JHL:n näkemyksiä hallitusohjelmassa oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskohteisiin

Hallitusohjelmassa on nostettu hyvin esiin keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmia ja kehittämiskohteita. JHL katsoo, että sosiaali- ja terveyspalveluita uudistettaessa on tärkeää tehdä poikkihallinnollista yhteistyötä eri hallinnonalojen välillä ja lisäksi yhteistyössä alan asiantuntijoiden kanssa eri tasoilla. Työmarkkinajärjestöt ovat yksi näitä asiantuntijaryhmiä.

Sote-palvelut sisältävät monenlaisia palveluita ja vaikuttavat olennaisesti ihmisten elämään kaikissa elämänvaiheissa. Siksi saumattomat palveluketjut ovat tärkeitä ja siksi myös eri alojen ammattilaisten näkemykset ovat keskeisiä niin palvelujen toteuttamisen, kustannusten kuin vaikuttavuudenkin kannalta.

Erityisesti seuraaviin asioihin tulee kiinnittää huomiota:

1. Ammattiryhmien välinen työnjako ja hoito-/palvelutakuu

Sosiaali- ja terveydenhuolto kaipaa uudistamista. Yhtenä keskeisenä keinona näemme sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation toteuttamisen. Tämä edellyttää moniammatillista yhteistyötä usean eri hallinnonalan välillä (sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi mm. varhaiskasvatus ja opetus).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulee järjestää ja myös pääosin tuottaa julkisina palveluina, jolloin myös niiden valvonta on helpompaa ja toiminta läpinäkyvää. Ostopalveluita ja palveluseteleitä voi käyttää täydentämään julkisia palveluita silloin, kun oma tuotanto ei riitä tai tarvitaan sellaisia palveluita, joissa esimerkiksi järjestöillä on jo pitkäaikaista osaamista.

<u>Eri ammattiryhmien välinen työnjako</u>

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelee useita eri ammattiryhmiä. Palvelujen vaikuttavuuden kannalta on olennaista, että kukin ammattiryhmä voi tehdä omaa osaamistaan vastaavaa työtä ja lisäksi niin, että ammattiryhmien välinen yhteistyö toimii.

Esimerkiksi vanhusten palveluissa tehostetussa palveluasumisessa tarvitaan niin lääkäreitä, lähi- ja sairaanhoitajia kuin hoiva-avustajia, laitoshuoltajia ja muuta tukipalveluhenkilöstöä. Samoin kehitysvammaisten hoidossa työskentelee useita eri ammattiryhmiä. Avustava henkilöstö mahdollistaa sen, että hoitoalan henkilökunta voi tehdä omaa työtään ja näin resurssit kohdentuvat oikein.

Hoiva-avustajat osallistuvat hoivaan omalla osaamisellaan, samoin laitoshuoltajat, jotka vanhuspalveluissa voivat osallistua tarvittaessa myös hoivaan- ja ovat nykyisin osallistuneetkin – mutta olennaista on, että heitä on riittävästi, jotta hoitajien aika ei mene oheistöihin. Avustava- ja tukipalveluhenkilöstö on keskeinen osa toimivaa palveluketjua ja siihen panostaminen on tärkeää myös hoiva-alan ammattilaisten vaikean rekrytointitilanteen vuoksi. Niin laitoshuoltajat kuin ruokapalvelutyöntekijät ja hoiva-avustajatkin vaikuttavat osaltaan hyvän ja laadukkaan palvelun tuottamiseen. Kuitenkin niin, että aina on oltava työvuorossa riittävä määrä hoitoalan ammattilaisia.

Vanhustenhoidossa mitoitus tulee ulottaa myös kotihoitoon, jossa on koko ajan huonokuntoisempia hoidettavia. Kehitysvamma-ala ja lastensuojelu ovat myös henkilöstöintensiivisiä palveluita ja mitoitusta näihin tulee selvittää.

Ammattihenkilölainsäädäntö

Sosiaalialan ammattihenkilölainsäädäntö määrittelee henkilöstön kelpoisuudet. Viimeisin muutos aiheutti sen, että osa aiemmin pätevistä työntekijöistä tuli lakimuutoksen myötä epäpäteviksi. Aiemmin suoritetut vajaamielishoitajan ja päivähoitajan tutkinnot eivät nykyisin enää pätevöitä työskentelemään sosiaalialalla. Myös esimerkiksi yhteisöpedagogi on turhaan rajattu sosiaalihuollon ammattihenkilölain ulkopuolelle. Tällaisia liian suppeita rajoituksia on poistettava ja tarvittaessa mahdollistettava tutkinnon päivittäminen, jotta koulutettu ja osaava työvoima saadaan mahdollisimman tehokkaasti käyttöön. Sosiaalialan ammattihenkilölainsäädäntö on saatettava ajan tasalle niin, että se huomioi alan ammatti- ja erikoisammattitutkinnot.

Sekä terveydenhoidon että sosiaalihuollon puolella on tulkittu myös lääkehoitoa liian suppeasti ja rajattu lääkehoito esimerkiksi vain laillistetuille tai nimikesuojatuille henkiöille ja rajattu lääkehoito pois ns. vanhoilta tutkinnoilta eli mm. apuhoitajilta, perushoitajilta ja mielenterveyshoitajilta, jotka edustavat koulutukseltaan jatkuvaa linjaa ennen lähihoitajanimikettä. Tällaiset liian tiukasti tulkitut rajaukset on saatava pois, jotta henkilökuntaa voidaan käyttää mahdollisimman tehokkaasti. Lääkehoito-osaaminen on voitava päivittää työn ohessa, mutta pelkästään lääkehoidon päivittäminen ei voi tarkoittaa sitä, että koko tutkinto on suoritettava uudestaan.

Hoito- ja palvelutakuu

Peruspalvelujen vastaanottoon terveyskeskukseen (tai vastaavaan) on päästävä viikossa. Nopea hoitoonpääsy estää tilanteen pahentumista ja säästää kustannuksia.

Sosiaalihuollossa nykyinen kolmen kuukauden aika asiakassuunnitelman tekemiseen on kohtuuttoman pitkä. Mikäli havaitaan palvelutarve, on palvelujen pariin (esimerkiksi lastensuojelu, perhepalvelut, vanhusten tai vammaisten palvelut) päästävä nopeammin. Pahimmillaan kolmen kuukauden aikana esimerkiksi mielenterveys- tai päihdeongelma pahenee tai asiakas ei enää ole halukas hoitoon.

Vanhuspalveluissa on erityisen tärkeää tehdä päätökset nopeasti, jotta vanhus pääsee tarvittavien palvelujen piiriin (esim. tehostettu palveluasuminen) ja vältetään tarpeeton sairaalan ja kodin välinen siirtely, mikä paitsi että on inhimillisesti kestämätöntä, on myös kustannuksiltaan kallista.

Olennaista palvelujen saatavuuden kannalta on se, että terveyskeskukseen pääsee maksutta ja tästä on säädettävä pikaisesti asiakasmaksulainsäädännössä. Myös maksukatosta ja esimerkiksi palveluasumisen maksuista on säädettävä niin, että maksut ovat tasapuolisia ja kohtuullisia. Tällä turvataan palvelujen yhdenvertainen saatavuus kaikille.

2. JHL:n näkemyksiä sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation kehittämiseksi

Sosiaali- ja terveydenhuolto kaipaa kipeästi uudistamista. Edellisellä hallituskaudella tehtiin paljon hyvää pohjatyötä, jota on syytä hyödyntää. Myös tavoitteet ovat pitkälti samansuuntaiset: kaikille tulee taata yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveyspalvelut riippumatta siitä missä he asuvat tai mikä kenenkin tulo- ja varallisuustilanne on.

Aiemmassa mallissa isona puutteena oli sosiaalipalvelujen vähäinen osuus ja erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittaminen. Palvelukokonaisuuden onnistumisessa on keskeistä laaja monialainen yhteistyö. Varhaiskasvatus, koulut, sosiaalitoimi, terveyspalvelut, työvoimapalvelut ynnä muut muodostavat laajan kokonaisuuden ja siksi tiedonkulun eri toimijoiden välillä on oltava saumatonta. Näin eri alojen ammattilaiset voivat yhdessä suunnitella kussakin tapauksessa tehokkaimman palvelukokonaisuuden.

Edellisten hallituskausien aikana on käynnistetty runsaasti erilaisia hankkeita ja kokeiluja. Näistä saadut hyvät kokemukset on otettava osaksi normaalia toimintaa. Lyhytjänteinen hankerahoituksiin pohjautuva malli ei ole järkevä eikä kustannustehokas.

JHL katsoo, että sosiaali- ja terveyspalveluita uudistettaessa

1. Kustannuksiin on kiinnitettävä huomiota, mutta lyhytjänteisiä säästöjä ei ole syytä tavoitella. Sosiaali- ja terveyspalveluissa vaikuttavuus tapahtuu usein vasta pitkän ajan kuluessa. Lisäpanostus ennaltaehkäisevään toimintaan tuo säästöjä usein vasta vuosien tai jopa vuosikymmenien kuluttua. Toimivat palveluketjut ovat paras tae tuloksekkaalle toiminnalle.

2. Henkilöstö on avainasemassa palveluiden onnistumisessa. Siksi uudistusta on suunniteltava yhdessä henkilöstön kanssa. Näin näkemyksiä työn kehittämiseen saadaan työn tekijöiltä ja yhdessä sovittavat asiat otetaan tehokkaammin käyttöön työpaikkojen käytännöissä. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat henkilöstöintensiivisiä palveluita, mikä tarkoittaa sitä, että ilman riittävää ja ammattitaitoista henkilöstöä ei voida tuota laadukkaita vaikuttavia palveluita.

3. Perusterveydenhuolto on saatava kuntoon. Perusterveydenhuolto on toteutettava ensisijaisesti julkisen sektorin toimesta. Toimiva perusterveydenhuolto edellyttää riittävän laajaa palveluverkostoa. Suomessa perusterveydenhuollon suurin ongelma on tällä hetkellä eriarvoisuus hoitoon pääsyssä. Tämä voidaan ratkaista asettamalla hoitotakuu. Se voi vaatia lisää resursseja julkiseen terveydenhuoltoon, mutta myös ostopalveluiden tai palveluseteleiden käyttöä tarvittaessa. Teknologia ja digitaalisuus tuottavat uusia innovaatiota ja malleja ja näistä voi olla apua erityisesti haja-asutusalueella etävastaanotto- ja muilla vastaavilla ratkaisuilla.

Erikoissairaanhoito toimii Suomessa pääsääntöisesti hyvin. Kun perusterveydenhuoltoa uudistetaan, on tärkeä varmistaa saumaton palveluketju erikoissairaanhoidon kanssa ja riittävät resurssit joka tasolla.

4. Sosiaalipalvelut on saatava toimimaan oikea-aikaisesti. Nämä palvelut kohdistuvat heikommassa asemassa oleviin ihmisiin, jolloin ammattitaitoisen henkilöstön rooli on merkittävä. Varhaisessa vaiheessa tehty asiakassuunnitelma ohjaa henkilön oikean palvelun pariin. Palvelun laadulla ja oikea-aikaisuudella on suuri merkitys parhaimman vaikuttavuuden saamiseksi ja siksi resursointi on saatava kuntoon. Vanhusten palveluasumisen mitoitustyö on jo pitkällä. Myös kotihoidossa ja lastensuojelussa on selvitettävä mitoituksen käyttöönottoa. On myös mahdollistettava työn ja omaishoidon yhdistäminen tasa-arvoisesti niin, että se ei samalla heikennä erityisesti naisten työmarkkina-asemaa.

Vanhuspalveluissa on syytä pohtia onko nykyisin vallalla oleva suuntaus kotihoidon ensisijaisuudesta aina kohtuullista. Kotona asumista tulee tukea mahdollisimman pitkään, mutta silloin kun koti ei enää mahdollista itsenäistä elämää, on vanhuksella oltava oikeus erilaisten muiden asumisratkaisujen piiriin. Kunnan järjestämillä hyvin toteutetuilla hyte-palveluilla on mahdollista edesauttaa kotona asumista pitkäänkin.

Järjestöjen rooli Suomessa sosiaalipalvelujen tuottamisessa on merkittävä ja järjestöjen asema pitää varmistaa jatkossakin. Erityisesti haja-asutusalueella järjestö voi olla ainoa toimija ja yhteistyö kunnan kanssa on tärkeää.

Sosiaalipalveluissa oikea-aikainen ennaltaehkäisevä työ on merkittävässä asemassa kustannusten säästämiseksi ja myös inhimillisesti katsottuna. Mitä nopeammin avun tarvitsija voidaan ohjata palveluiden ääreen, sitä kevyemmillä palveluilla voidaan selvitä ja ehkäistä kustannusten kasvaminen myöhemmin.

5. **Sosiaali- ja terveyspalveluissa on päästävä nopeasti hoitoon ja/tai hoidontarpeen arviointiin.** Valtaosa palveluista kohdistuu pienelle osalle käyttäjiä ja palveluiden kohdentaminen tälle ryhmälle on keskeistä. Tarvitaan matalan kynnyksen palveluita, joihin voi helposti hakeutua ilman ajanvarausta. Terveyspuolella hyvä esimerkki on terveyskioskitoiminta. Sosiaalipuolella pitää olla vastaavanlaisia palveluita tarjolla. Esimerkkejä monialaisista palvelukonsepteista on eri puolilla maata ja näistä saatuja kokemuksia on hyödynnettävä ja kehitettävä palvelutarjontaa monialaisesti yhdessä eri alojen ammattilaisten kanssa.

6. **Tiedonkulku** eri toimijoiden välillä on järjestettävä tietojärjestelmiä kehittämällä. Tästä esimerkkinä on valmisteilla oleva Apotti-järjestelmä. Teknologian kehittämisen ohella on muistettava asiakkaat, jotka eivät kykene asioimaan digitaalisten palvelujen kautta.

7. Sote-uudistuksen ohella eduskunnassa oli käsittelyssä lukuisa määrä muita sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntöhankkeita ja ne on otettava nopeasti uudelleenvalmisteluun. Näitä ovat mm. asiakasmaksulaki, vammaispalvelulaki ja itsemääräämislaki.

3. Tavoitteet vammaispolitiikan osalta

Vammaispalvelulaki tarvitsee uudistuksen ja siitä vallitsee selkeä konsensus. Laki uudistuksen käsittely ehdittiin aloittaa jo edellisessä vaalikaudella ja uudistus olisi mahdollista saattaa loppuun hyvin kivuttomasti. Luonnos jo sinällään on varsin hyvä ja pienillä muokkauksilla erinomainen. Vammaispalvelulain uudistuksen yhteydessä tultaisiin käymään myös keskustelua henkilökohtaisen avun voimavararajauksen poistamisesta tai säilyttämistä.

Henkilökohtaisten avustajien työ on työvoimapoliittisesti mielenkiintoinen, koska se mahdollistaa hyvin matalan kynnyksen työllistymiselle. Henkilökohtaisten avustajien määrä on moninkertaistunut viimeisen 10 vuoden aikana. Vuonna 2009 Suomessa arvioitiin olevan noin 7000 avustajaa kun vuonna 2019 arvioidaan olevan jopa 35000 henkilökohtaista avustajaa.

JHL:n kyselyn (v. 2015) mukaan, joka kolmas henkilökohtainen avustaja oli ennen avustajan työtä ollut pitkäaikaistyötön. Tässä on siis mahdollista tehdä työllistävää politiikkaa. Henkilökohtaisista avustajista on jo nyt pääkaupunkiseudulla huutava pula ja samaa on havaittavissa myös muualla Suomessa.

Lisätietoa JHL:n erityisasiantuntijoilta:

- erityisasiantuntija Sari Bäcklund (sosiaali- ja terveyspolitiikka) sari.backlund@jhl puh. 050 377 8894
- sopimustoimitsija Veikko Lehtonen (vammaispolitiikka) veikko.lehtonen@jhl.fi puh. 050 318 3598