Esa Jämsen
geriatrian professori
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta
18.10.2024

Asiantuntijalausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta

Hallitus esittää eduskunnalle nk. vanhuspalvelulain muuttamista siten, että ympärivuorokautisen palveluasumisen toteutunut henkilöstön vähimmäismitoitus laskettaisiin nykyisestä 0,65 työntekijästä 0,6 työntekijään asiakasta kohti vuoden 2025 alusta lähtien. Esitys pitää sisällään sekä nykyisen vähimmäisvaatimuksen laskun että tulossa olevan noston 0,7 työntekijään asukasta kohti perumisen. Muutosta perustellaan ensisijaisesti julkisen talouden säästöpaineilla, joskin esityksessä ja sen perusteluissa tuodaan esille myös tavoite mahdollistaa hyvinvointialueille vapaampi hoitajaresurssien käyttö.

Otan esitykseen kantaa ikääntyneiden sairauksien hoidon ja kuntoutuksen asiantuntijana ja tarkastellen ikääntyneiden palveluita kokonaisuutena.

Yleiset kommentit

Väestön ikääntymisestä seuraavaan kasvavaan hoidon ja hoivan tarpeeseen vastaaminen edellyttää olemassa olevien resurssien tarkoituksenmukaista kohdentamista palveluihin, joilla ikääntyneen väestön toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan parantaa ja siten samalla vähentää sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä. Ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta voitaisiin vähentää tai ainakin viivästyttää nykyistä paremmalla pitkäaikaisten ja akuuttisen sairauksien hoidolla ja kuntoutuksella. Tällainen kehitys on välttämätöntä, jotta rajalliset paikat riittäisivät niitä välttämättä tarvitseville ja toisaalta jotta henkilöstöä riittää tarvittaville paikoille. Lisäksi pääsyä ympärivuorokautiseen palveluasumiseen, kun sen tarve on kiistaton, olisi tarpeen helpottaa. Näissä suhteissa lakiesityksen pyrkimys antaa hyvinvointialueille enemmän liikkumavaraa hoitohenkilökunnan kohdentamisessa eri palveluiden välillä on tervetullut. Olen samaa mieltä myös siitä, että lakiesitys helpottaisi ikääntyneiden palveluiden järjestämistä ja pääsy ympärivuorokautiseen palveluasumiseen voisi parantua.

Lakiesityksessä tuodaan nyt varsin selkeästi esille se, että kyse on vähimmäismitoitukseen puuttumisesta: toteutuessaan laki mahdollistaisi ympärivuorokautisen henkilöstömitoituksen laskemiseen 0,6 työntekijään asiakasta kohti niissä yksiköissä, joissa se on mahdollista. Koska

vanhuspalvelulain 20 § edellyttää riittävää henkilöstöä, muutos koskisi vain osaa, esityksen perusteella noin kolmannesta yksiköistä.

On kannatettava ajatus, että henkilömitoitus määräytyisi jatkossa aiempaa selvemmin yksikkökohtaisesti asiakkaiden tarpeiden perusteella ja että tarpeiden ja laadun arvioinnissa hyödynnettäisiin laaja-alaisten RAI-arviointien tuloksia. Jo esityksen perusteluiden ja esityksestä annettujen lausuntojen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että käytännössä tarve on pääsääntöisesti yli 0,65 työntekijää asukasta kohti. Väestön ikääntymisen myötä rajalliset paikat kohdentuvat yhä sairaammille ja huonokuntoisemmille ikääntyneille, joten hoidollisten tarpeiden voidaan odottavan kasvavan. Henkilöstömitoituksen lasku on siten käytännössä toteutettavissa rajallisessa ja pienenevässä osassa ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköitä. Jos samanaikaisesti rahoitusperusteet määrittyvät vähimmäisvaatimuksen perusteella, hyvinvointialueiden mahdollisuudet järjestää ikääntyneiden palveluita heikentyvät.

Koska raskaan hoidon ja hoivan tarpeen vähentäminen edellyttää ikääntyvän väestön pitkäaikaisten ja akuuttien sairauksien hyvää, oikea-aikaista, suunnitelmallista ja tarkoituksenmukaista hoitoa sekä toimintakykyä ylläpitäviä ja parantavia käytäntöjä, en pidä realistisena ajatusta, että hyvinvointialueilla olisi mahdollisuutta saavuttaa säästöjä esitetyllä tavalla ympärivuorokautisen palveluasumisen vähenevän työvoimatarpeen myötä. Tämä työpanos tarvitaan muissa ikääntyneiden palveluissa.

Ongelmallista esityksessä on lisäksi se, että ensisijaisesti taloudellisin perustein tavoitellaan säästöjä haavoittuvimmassa asemassa olevien ikääntyneiden hoidosta. Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on kyse runsaasta sairauksien aiheuttamasta avuntarpeesta ja hyvin henkilökohtaisiin perustarpeisiin vastaamisesta. Ennen toimia, jotka voivat uhata perustarpeiden täyttymistä, hyvinvointialueiden toimintoja tulisi tarkastella laajemmin ja arvioida, mitä muita mahdollisuuksia on vastaavan säästön saavuttamiseen. Myös lakiesityksen vaikutukset tulisi arvioida laajemmin kuin vain ympärivuorokautisen palveluasumisen näkökulmasta.

Hoidon ja hoivan kannalta perusteltu henkilöstömitoitus

Koska ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden tarpeet, henkilökunnan rakenne ja osaaminen ja toimintatilat vaihtelevat yksiköittäin, on vaikea perustellusti määrittää tiettyä riittävää henkilöstömitoitusta kuvaavaa lukua. Lisäksi on ilmeistä, että välttämättömiin tarpeisiin riittävä

minimimitoitus ei riitä tuottamaan tavoitteen mukaista laadukasta ja turvallista hoitoa ja huolenpitoa. Vaikka aiemmin 0,55–0,6 työntekijän henkilöstömitoituksellakin on hyvin johdetuissa ja osaavissa yksiköissä voitu järjestää laadukkaita ja turvallisia palveluita, tämä käy koko ajan vaikeammaksi, sillä ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyy paikkojen rajallisuuden vuoksi aiempaa raskashoitoisempia ikääntyneitä.

Suhtaudun kriittisesti pelkkään henkilöstömitoituksen tarkasteluun, sillä se ei kerro, miten palvelu vastaa asukkaiden tarpeisiin eikä ota huomioon henkilöstön rakennetta tai osaamista. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole keinoja, joilla hoidon laatua voitaisiin luotettavasti mitata tai henkilöstön osaamista huomioida otettaessa kantaa minimitasoon. Henkilöstömitoituksen säätämiseen alun perin määritetyt perusteet ovat siksi nähdäkseni edelleen olemassa, ja henkilöstömitoituksen kasvun myötä ympärivuorokautisen hoidon laatu on parantunut ja aiempia ongelmia on saatu vähennettyä. Siksi henkilöstömitoituksesta säätäminen on nähdäkseni perusteltua, ja kysymys on siis siitä, mikä on riittävä perusteltu mitoitus.

Kuten lakiesityksessä tulee esille, ympärivuorokautisen palveluasumisen asukkaista suuri osa sairastaa edennyttä muistisairautta ja heillä on muistisairauteen ja/tai muihin pitkäaikaissairauksiin kytkeytyen runsasta avuntarvetta henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa, kuten pukeutumisessa, peseytymisessä tai ruokailussa. Käytännössä ympärivuorokautisen hoivan asukkaat elävät elämänsä 1–2 viimeistä elinvuotta. Tästä seuraa väistämätön runsaan henkilökohtaisen avun tarve.

Nyt, kun lähes kaikki yksiköt täyttävät 0,65 työntekijän velvoitteen, päivystyskäytön, valvontaviranomaisten tietoon tulleiden ongelmatilanteiden on todettu vähentyneen ja hoidon laadun ja asiakasturvallisuuden on katsottu parantuneen. Suhtaudun vakavuudella aluevalvontaviranomaisten, Valviran ja muiden lausunnonantajien näkemykseen ja perusteisiin siitä, että nykyistä mitoitusta ei tulisi laskea. Mitoituksesta tinkiminen uhkaa johtaa asiakkaiden toimintakyvyn heikentymiseen ja epätarkoituksenmukaiseen ensihoidon, päivystyksen ja sairaalahoidon käyttöön. Tietyissä tapauksissa akuuttien sairauksien hoitoa ja saattohoitovaiheen osaamista voidaan tukea liikkuvilla palveluilla (esim. kotisairaala), mutta liikkuvat täydentävät palvelut eivät voi vastata päivittäisiin tarpeisiin muistisairaiden ja vaativahoitoisten monisairaiden asiakkaiden hoidossa.

Lakiesityksessä on tuotu esille sosiaalihuoltolain muutoksia (mm. vuorokauden ajasta riippumaton kotihoito, välimuotoinen palveluasuminen),

joilla pyritään vähentämään ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Nämä toimet eivät sovellu nyt käsiteltävänä olevan lakiesityksen perusteiksi, koska ne vaikuttavat ympärivuorokautisen hoivan tarpeeseen, eivät siellä (jo) olevien ikääntyneiden hoidon ja hoivan tarpeeseen. Koska ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaat tarvitsevat runsasta apua ja ohjausta päivittäisissä toiminnoissa ja koska heillä on merkittäviä sairauksien hoitoon liittyviä tarpeita (ks. tarkemmin alla), en pidä realistisena ajatusta, että henkilöstömitoituksessa huomioitaisiin muita kuin sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöitä, joilla on osaamista monisairaiden ikääntyneiden hoidosta. Samoista syistä pidän teknologisten ratkaisujen tuomia hyötyjä ympärivuorokautisessa palveluasumisessa hyvin rajallisina ja katson niiden rajoittuvan erilaisiin teknisiin tai seurantaluontoisiin toimiin, joiden merkitys henkilöstömitoitusta ajatellen on vähäinen.

Yllä olevasta huolimatta suhtaudun suurin varauksin ajatukseen henkilöstömitoituksen nostamisesta 0,7 työntekijään asukasta kohden. Kuten esityksessä todetaan, jo nyt henkilöstön riittävyydessä on haasteita, ja vaatimuksen kasvattaminen voi heikentää pääsyä ympärivuorokautiseen palveluasumiseen ja ohjata epätarkoituksenmukaisella tavalla henkilöstöä pois varhaisemmista palveluista, joilla ympärivuorokautisen hoivan tarvetta voitaisiin vähentää. Lisäksi uhkana on resurssien kuluminen rekrytointiin tai vuokratyövoimaan. Jos kasvavaan henkilöstömitoitukseen vastattaisiin ensisijaisesti hoiva-avustajien määrää lisäämällä, on mielestäni epävarmaa, että se parantaisi hoidon laatua tai asiakasturvallisuutta. On selvää, että osassa yksiköitä tarvitaan ehkä selvästikin vähimmäisvaatimusta korkeampi henkilöstömitoitus, mikä tulee jo nyt lainsäädännössä. RAI-arviointitietoja hyödyntämällä yksikkökohtainen resurssien kohdentaminen ja laadun tarkkailu tulee jatkossa yhä helpommaksi.

Pelkän henkilöstömitoituksen tarkastelun sijaan olisi aiheellista tarkastella henkilöstörakennetta sekä henkilöstön pysyvyyttä. Henkilöstön puutteet ja vaihtuvuus heikentävät hoidon jatkuvuutta, joka olisi haavoittuvien ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden kohdalla erittäin tärkeää. Kun hoitajat tuntevat asiakkaat, heidän työnsä helpottuu ja eettinen kuormitus vähenee, asiakkaiden elämänlaatu paranee ja muistisairauksiin liittyvät ongelmat ja suunnittelematon terveyspalveluiden käyttö vähenevät.

Henkilöstörakenne ja osaaminen

Laadukkaat palvelut ja asiakas- ja potilasturvallisuus eivät riipu vain henkilöstömitoituksesta, vaan työtä tekevistä ammattilaisista

(ammattiryhmät) ja heidän osaamisestaan. Vanhuspalvelulain 20 § 1 momentin mukaan ”iäkkäiden palvelujen toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut”, mutta missään ei kuitenkaan säädellä sitä, mitä on riittävä osaaminen.

Ympärivuorokautisen palveluasumisen asukkaat ovat monisairaita ja suurella osalla heistä on edennyt muistisairaus. Sairauksiensa vuoksi heillä on myös erilaisia oireita (kipu, masennus, muistisairauden neuropsykiatriset liitännäisoireet), he ovat esimerkiksi vajaaravitsemuksen ja kaatumisten riskissä ja heidän terveydentilansa voi muuttua nopeastikin. Suurella osalla on perustellusti käytössä useita eri lääkkeitä, joista osa, kuten insuliini, veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet ja opioidit, luokitellaan riskilääkkeiksi (lääkkeet, jotka virheellisesti annosteltuna voivat johtaa vakaviin seurauksiin, pahimmillaan kuolemaan). Liialla ja yhtä lailla liian vähäisellä hoidolla voidaan vaikuttaa haitallisesti loppuelämän aikaiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun mutta myös terveyspalveluiden käyttöön. Näin ollen ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden turvallinen ja tarkoituksenmukainen hoito edellyttää riittävää lääketieteellistä ja sairaanhoidollista osaamista.

Varsinkin kokemattomien lähihoitajien ja hoiva-avustajien lääketieteellinen osaaminen on usein varsin heikkoa, mikä voi sairauksien ja oireiden jäämiseen huomiotta ja lääkehoitoon liittyviin vaaratilanteisiin. Riittävän lääketieteellisen ja sairaanhoidollisen osaamisen ja tuen puuttuessa asukkaiden terveydentila ja toimintakyky ovat uhattuna ja ensihoidon, päivystyksen ja sairaalahoidon käyttö lisääntyy. Muistisairaiden asiakkaiden kohdalla jo päivittäisten askareiden hoito edellyttää ymmärrystä muistisairaudesta ja asukkaan tuntemisesta. Puutteellinen ymmärrys asukkaan tilanteesta voi johtaa perustarpeiden huomiotta jäämiseen, muistisairauden käytösoireiden lisääntymiseen ja pahimmillaan vaaratilanteisiin. Koska muistisairaan voi olla vaikea ilmaista tarpeitaan, riittävän kielitaidon merkitystä ei voi väheksyä. Esityksen perusteluissa on tuotu esille muistisairauden käytösoireiden esiintymisen lisääntyminen. Tulkitsen tämän huolestuttavaksi viitteeksi osaamisen ja hoidon puutteista, sillä käytösoireiden taustalla ovat usein hoitamattomat oireet tai muut tarpeet, lääkehoidon haitat, henkilökunnan toimintatavat tai hoitoympäristöön liittyvät tekijät.

Edellä esitetyistä syistä on vaikea nähdä, että pelkkä hoitajamitoituksen nostaminen nykyisestä johtaisi hoidon tai asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Tarkoituksenmukaisempaa olisi puuttua henkilöstörakenteeseen (sairaanhoitajien osuus, lääkäripalveluiden toteutustapa) ja varmistaa henkilökunnan osaamista tämän vaativan asiakasryhmän hoidossa.

Yhteenveto

Ympärivuorokautisen palveluasumisen henkilöstömitoituksen keventäminen on perusteltua vain, jos se johtaa henkilöstö- ja muiden resurssien siirron varhaisempiin palveluihin, jotka auttavat jatkossa vähentämään ympärivuorokautisen hoivan tarvetta. Tämä tavoite ei todennäköisesti toteudu, jos esitetyn lakimuutoksen seurauksena hyvinvointialueiden rahoitus samalla vähenee.

Toteutuessaan lakiesitys voisi parantaa pääsyä ympärivuorokautiseen palveluasumiseen, mutta alle 0,65 työntekijän mitoitus riittää vain pienenevässä osassa yksiköistä, joten säästöt jäävät todennäköisesti odotettua pienemmiksi. Lisäksi vähimmäismitoituksen laskemiseen liittyy selkeitä riskejä (puutteet asiakkaiden perustarpeisiin vastaamisessa, lisääntynyt päivystys- ja sairaalahoidon tarve, henkilöstön jaksamisen ja pysyvyyden heikentyminen), jotka realisoituessaan vesittäisivät odotetut hyödyt. Riskinä on lisäksi, että vähimmäisvaatimusta aletaan tulkita perustasona, koska vakiintuneita käytäntöjä yksikkökohtaisen riittävän mitoituksen määrittämiseen ei ole. Tällöin osa ikääntyneistä jää vaille tarvitsemaansa hoitoa ja hoivaa.

Henkilöstömitoituksen laskeminen antaisi hyvinvointialueille mahdollisuuden ohjata henkilöstöä varhaisempiin palveluihin, kuten kotihoitoon. Tämä olisi tärkeää, jotta ympärivuorokautisen hoivan tarvetta voitaisiin hillitä. Koska työntekijät tarvitaan muissa tehtävissä hyvinvointialueella, ei ole realistista odottaa, että esityksessä kuvattuja säästöjä 900–1000 työntekijän työpanoksesta vähentymisen myötä olisi saavutettavissa. Päinvastoin, jos vähimmäisvaatimuksen laskeminen johtaa hyvinvointialueiden rahoituksen vähenemiseen, ikääntyneiden palvelut heikentyvät.

Pidän nykyistä 0,65 työntekijän vähimmäisvaatimusta lähtökohtaisesti perusteltuna. Toisaalta en usko, että henkilöstömitoituksen vähimmäisvaatimuksen nostaminen 0,7 työntekijään asiakasta kohti parantaisi palvelun laatua tai turvallisuutta. Sen sijaan ikääntyneiden

palvelut kokonaisuutena tarkastellen voisivat heikentyä ja pääsy ympärivuorokautiseen palveluasumiseen vaikeutua. Henkilöstömitoituksen nosto aiemmin suunnitellulla tavalla ei siten ole luultavasti tarkoituksenmukaista eikä henkilöstön riittävyydessä jo nähdyt ongelmat huomioiden myöskään realistista.

Jos ja kun tavoitteena on tarkoituksenmukaisten palveluiden järjestäminen ikääntyneelle väestölle, hyvinvointialueiden rahoitusta ei tulisi sitoa henkilöstömitoituksen vähimmäisvaatimukseen vaan ikääntyneen väestön tarpeeseen ja hoidon laatuun. Koska ympärivuorokautisesta palveluasumisesta ”vapautuva” työvoima tarvitaan hyvinvointialueilla muihin ikääntyneiden palveluihin, ennen kaikkea kotihoitoon, en näe, miten henkilöstömitoituksen laskeminen johtaisi säästöihin ilman, että ikääntyneiden palvelut kokonaisuutena heikentyisivät nykyisestä. Ennemmin kyse on resurssien ohjaamisesta varhaisempiin palveluihin.

Lopuksi totean, että pidän lakiesityksessä ongelmallisena sitä, että seuraukset on arvioitu vain yhden palvelun (ympärivuorokautinen palveluasuminen osalta). Esityksen vaikutukset tulisi vähimmilläänkin arvioida myös muiden ikääntyneiden palveluiden kannalta: ympärivuorokautista palveluasumista koskevat vaatimukset eivät saa heikentää muiden ikääntyneiden oikeuksia tarvitsemaansa hoitoon. Lisäksi tarkasteltaessa haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden perustarpeiden toteutumista rinnalla tulisi tarkastella sitä, ovatko vastaavat säästöt saavutettavissa muilla keinoin. Nyt tavoiteltua vastaava ja todennäköisesti suurempi säästö yhteiskunnalle voitaisiin saada tarkastelemalla kriittisesti ja puuttumalla erikoissairaanhoidon kasvaviin kustannuksiin ja uusiin potilaskohtaisesti hyvin kalliisiin hoitoihin, joilla saavutettava terveyshyöty voi olla hyvin rajallinen.