



Asia: O 41/2023 vp Terveysthuollon toimivuus

Eduskunnan tarkastusvaliokunnan pyyntö asiantuntijalausunnosta tutkimukseen perustason avosairaanhoidon rakenteista, resursseista ja rahoituksesta.

Vanhustyön keskusliiton lausunto tukee monin osin tutkimuksen suosituksia ja tuo lisäehdotuksia ikääntyneiden palveluiden yhdenvertaiseen järjestämiseen. Näemme erityisesti oleelliseksi tuottaa valtakunnallisesti yhtenäiset kriteerit ja käytännöt, yhdenvertaisen hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden takaamiseksi, sekä kustannustehokkuuden ja rahoituksen takaamisen rakenteellisten uudistusten kautta.

Järjestelmä on hajanainen, mikä lisää eriarvoisuutta. Yhteistyön kehittäminen on kannatettavaa, mutta pelkkä yhteistyön kehittäminen ei riitä, vaan tarvitaan valtakunnallinen kokonaisuudistus, jossa määritellään yhtenäiset toimintamallit ja kriteerit hoitoon pääsulle sekä hoidon jatkuvuudelle. Hyvinvointialueiden hajanaiset käytännöt lisäävät eriarvoisuutta ja yhtenäiset toimintamallit olisivat välttämättömiä. Valtakunnallisten asiantuntijoiden käyttö yhtenäistämässä olisi kannatettavaa ja parantaisi tehokkuutta.

Kela-korvausmallia olisi hyvä selvittää, mutta emme kannata niiden siirtämistä hyvinvointialueille. Kela-korvausten siirtäminen hyvinvointialueille aiheuttaa riskin siihen, että hoitopääsy ja yksilön oikeus valita hoitopaikkansa vaarantuvat ja alueellinen eriarvoisuus lisääntyy. Hyvinvointialueet toimivat tällä hetkellä hyvin itsenäisesti ja niiden erilaiset käytännöt ja ratkaisut voivat lisätä eriarvoistumista.

Arvioidessa mahdollisuutta rajata avosairaanhoidon sektorien rinnakkaiskäyttöä, olisi hyvä huomioida, että valinta eri sektoreiden välillä ei välttämättä ole todellinen vaihtoehto, vaan riippuvainen esimerkiksi maantieteellisestä sijainnista ja työterveyshuollon sisällöstä. Yksityisten Kela-korvausten määrät ovat niin pieniä, että vähävaraisille se ei tuo aitoa vaihtoehtoa yksityisten palveluiden käyttämiseen, eikä yksityisiä palveluita ole tarjolla kaikkialla. Perussairaanhoitoa henkilötasolla tulisi tarkastella kokonaisuutena. Päällekkäisyys syntyy jos sekä työterveyden, yksityisen että julkisen terveydenhuollon palveluita käytetään yhtä aikaa. Sen sijaan että rajataan valinta, tulisi ne rakentaa täydentämään toisiaan.

Työterveyshuolto on olennainen osa työn tuottavuuden ja tehokkuuden ylläpidossa. Esimerkiksi ikäihmisten palveluasumisessa on välttämätöntä olla toimiva, ennakoiva ja sairaanhoidon sisältävä työterveyshuolto, jotta tiukat henkilöstömitoitukset, valvontalain ja hyvinvointialueita määrittävän järjestämislain velvoittava 24/7 mitoitus pystytään toteuttamaan. Ennakoiva ja oikeaan osuva työterveyshuolto on välttämättömyys, ja päällekkäisyys syntyy vain, jos sekä työterveyden, että julkisen terveydenhuollon palveluita käytetään yhtä aikaa. Työterveyshuollon sairaudenhoitoa ei kuitenkaan ole kaikkien työntekijöiden mahdollista järjestää taloudellisista syistä ja työterveyshuollon sisältö vaihtelee, eikä useinkaan ole kaikenkattava.

Hoitovastuullisen ammattilaisen nimeämiseen sektorista riippumatta, näemme riskinä mallin toimivuuden, jossa hoitoalan ammattilaisen tulisi kyseenalaistaa toisen



ammattilaisen toiminta. Ratkaisuna voisi toimia tiedon siirron ja järjestelmäintegraatioiden mahdollistaminen, jolloin potilastiedot siirtyisivät ja Kanta-järjestelmässä tiedot olisivat saatavilla ajantasaisesti, ja tiedot siirtyisivät integraatioiden kautta myös sektorien välillä.

Valtakunnallisen asiantuntijaryhmän tulisi laatia yhtenäiset kriteerit hoitoon pääsulle, ja ikäihmisten hoitoon pääsyn kriteerien laadinnassa tulee huomioida laajan valtakunnan maantieteelliset ratkaisut hoidon toteuttamistavoissa. Yhdenvertaisten palveluiden toteuttamisessa yhtenäiset kriteerit kaikkia sektoreita koskien ovat oleelliset.

Sektorin sisällä omalääkäri- ja hoitajamalli on ikäihmisille suositeltava ratkaisu, sisältäen yhteydenottokanavat, joita ikäihmiset osaavat käyttää. Omalääkäri- ja hoitajamalliin tulee luoda varahenkilöjärjestelmä.

Perhehoito tarjoaa inhimillisen ja kustannustehokkaan ratkaisun ikääntyneiden hoivakriisiin, keventää kotihoidon kuormaa ja tukee ihmisten kotona pärjäämistä. Kun perhehoitoon kytketään omasairaanhoidaja, syntyy palvelumalli, joka tuo hoivan lähelle ihmistä, vahvistaa hoidon jatkuvuutta ja parantaa palveluiden vaikuttavuutta. Tämän toteuttaminen edellyttää tietoisuuden lisäämistä, asiakasprosessien kehittämistä ja perhehoidon rakenteiden vahvistamista koko maassa.

Julkista terveydenhuoltoa tulee vahvistaa, mutta kaikki sektorit tulee ottaa mukaan toteuttamaan toimiva perusterveydenhuolto, hoidon kriteeristö tulisi yhtenäistää ja palvelujen päällekkäisyyksien selvittäminen ja tehostaminen on kannatettavaa.

Ehdotukseen julkisen sektorin lääkäripalvelujen saatavuudesta esimerkiksi lisäämällä perusterveydenhuollon lääkäriavainsseja tai hankkimalla palveluja yksityiseltä sektorilta, yliopistosairaaloiden ja terveysasemien työnjaon selkeyttäminen voisi tuoda tehokkuutta, samoin kuin liikkuvien palvelujen ja kotihoitomallien kehittäminen. Alueelliset erot tulisi huomioida, sillä yksityisiä palveluita ei ole tarjolla kaikkialla.

Uudenlaisia ratkaisuita voisi etsiä esimerkiksi kiinnittämällä huomio sairaanhoitajiin ja heidän osaamispotentiaalin hyödyntämiseen. Suomen korkealuokkainen sairaanhoitajakoulutus lisättynä eritasoisilla asiantuntijakoulutuksilla, voisi tukea tai osin korvata lääkäreiden tekemää työtä. Esimerkkinä resptien uusinta, haavahoidot, diabeteshoito ja perustason tutkimukset. Voisiko sairaanhoitajia kehittää erikoistumaan ikäihmisten geriatriseen tutkimukseen ja hoitoon, jolloin lääkäreiden tarve vähenisi ja ikäihmisten geritariset palvelut olisivat paremmin turvattavissa maantieteellisesti haastavilla alueilla?

Myös perhehoito tarjoaa ratkaisun esimerkiksi kotihoidon työmäärän hallintaan. Ikäihmiset tarvitsevat paljon hoivaa, ja kotihoidon ammattilaisten työaika tulisi keskittää hoitotyöhön. Keskitetty ja koordinoitu toimintamalli on avain perhehoidon vahvistamiseen. Perhehoidon resurssit, ohjauksen rakenteet ja myöntämiskriteerien joustavuus tarvitsevat kehittämistä ja ne kuuluvat olla osa palvelukokonaisuutta myös perusterveydenhuollon kumppanina.



Ikäihmisten kirjaamisen käytänteet tulisi selventää ja yhtenäistää sekä luoda toimivat integraatiot järjestelmien välille, jotta tieto liikkuisi ikäihmisten palveluasumisessa, kotihoidossa yksityisten palvelutuottajien ja julkisen sektorin välillä. Ikäihmisten lainsäädäntövaateita tietojen kirjaamisesta tulisi selkiyttää ja huomioida niiden osuus ja tosiasiallinen vaikutus ikäihmisten hyvinvoinnin kokonaisuudessa.

Tutkimustulosten mukaan rahoitusjärjestelmä on liian monikanavainen. Näkemyksemme mukaan lisäselvitystä tulisi tehdä julkisen sektorin työnjaon malleista ja kehittämisestä. Päällekkäisyydet ja tehottomuus sekä uusien palvelumallien käytön vähäisyys kuormittaa niin toiminnaltaan kuin rahoitukseltaankin. Ikäihmisten saamat palvelut ja niihin liittyvät kustannukset tulisi tarkastella kokonaisuutena, kuten Ikäihmisten palveluasumisen tai kotihoidon maksujen määrittely.

Perusterveydenhuollon palveluiden tarpeen kasvu tulee kohdistumaan erityisesti ikääntyneisiin. Palvelutarve vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan ja palveluntarve ei kohtaa palveluiden saatavuuden kanssa. Ikääntyneet kuuluvat usein matalampaan sosioekonomiseen asemaan ja he ovat monisairaita. Nämä ryhmät jäävät tutkimuksen mukaan palveluissa sivuun, eivätkä saa tarpeellisia palveluita. Avosairaanhoidon rahoituksen ja rakenteiden uudistuksessa tulisi ottaa erityisesti huomioon ikääntyneiden tarpeet.

Julkisen sektorin toimintaa tehostaa lääkärien määrän lisääminen ja paremmat työolosuhteet julkisella sektorilla, sekä työnjaon uudistaminen (viitaten aiempiin vastauksiin sairaanhoitajien tehtäväkuvien kehittämisestä). Omalääkärimalli palvelee niin asiakkaita kuin lääkäreitäkin. Eri sektorien mukaan ottaminen henkilön perusterveydenhuollon järjestämiseksi ja päällekkäisyyksien poistamiseksi on oleellista.

Palveluasumisen maksukäytäntöä tulisi uudistaa. Palveluasumisessa asiakkaan tuloiksi määritellään mm oletettu metsätulo (metsäpinta-alan mukaan), erilaiset tuet ja eläkkeet ja muu omaisuus. Kun palvelunjärjestäjä voi tuloista ottaa maksimissaan 85% ja ikäihmisen pakollisiin menoihin jätetään alle 200 euroa niin tosiasiallisesti ikäihmisen kaikki tulot ja omaisuuserät kuluvat palveluasumismaksuihin hyvinvointialueille. Palveluasumisen vuokra on erillinen kuluerä ja siihen ikäihminen hakee asumistukea Kelalta. Lisäksi palveluasumisessa palvelusetelillä asuva asiakas voi jäädä niin sanotusti miinuksen puolelle, eli rahat eivät riitä kuluihin, kun oletettuja tuloja on laskettu tuloiksi (omaisuuserät). Käytännössä nykyinen käytössä oleva vuokramalli ohjaa rakentamaan pieniä asuntoja, jolloin kiinteistön omistajat saavat per neliö enemmän vuokratuottoja kuin jos heillä olisi ikäihmiselle tarjota väljempi asunto. Samalla yhteiskunnan eli veronmaksajien rahoja virtaa kiinteistöihin eikä ikäihmisen hoitoon. Nykymalli ohjaa sekä hyvinvointialueita että kiinteistöjen omistajia maksimoimaan veronmaksajien varat omiin rahavirtoihinsa. Kyseessä on osaoptimointi ikäihmisten palveluissa. Tähän tulisi puuttua ja rakentaa aivan uusi rakenne ikäihmisten palveluihin ja niiden järjestelyihin niin kotihoidossa kuin palveluasumisessa.

Eva Korkiamäki

Järjestöjohtaja

Vanhustyön keskusliitto – Centraförbundet för de gamlas väl ry