

25.08.2009

LSLH-2009-02266/So-0
EDUSKUNNAN OIKEUSASIAMIEHEN
KANSLIA
Dnro 213/2/09
Saapui 28/8-09
postissa ☒ jätti itse ☐ telefax ☐

Eduskunnan oikeusasiamies

Viite: Eduskunnan oikeusasiamiehen selvityspyyntö 25.3.2009, Dnro 213/2/09

YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA OLEVIENT VANHUSTEN HOIDON VALVONTA

Eduskunnan oikeusasiamiehen Länsi-Suomen lääninhallitukselle osoittama selvityspyyntö ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoidon valvonnasta sisältää kysymyksiä läänin alueella sijaitsevien toimintayksiköiden lukumääristä, lääninhallituksen tarkastustoiminnasta, henkilöstömitoituksesta hoitopaikoissa, vanhusten hoidosta ja kohteista sekä lääninhallituksen toimenpiteistä epäkohtatilanteissa. Lisäksi lääninhallitukselta pyydetään arviota omista valvontaedellytyksistään. Selvitys on annettava eduskunnan oikeusasiamiehelle 28.8.2009 mennessä.

Eduskunnan oikeusasiamiehen pyytämän selvityksen laatimiseen ovat osallistuneet Länsi-Suomen lääninhallituksen eri toimipaikkojen lääninlääkärit, lääninsosiaalitarkastajat sekä terveydenhuollontarkastajat, joiden tehtäväkuvaan vanhusasiat kuuluvat. Selvitys perustuu vanhusten ympärivuorokautista hoitoa koskeviin omaisyhteydenottoihin, epäkohtailmoituksiin, kanteluihin, tarkastuskäynteihin, viranomaisyhteistyöhön sekä lääninhallituksen ohjaustehtävässä esiin tulleisiin näkökohtiin. Selvitystä varten läänin alueella toimivien kunnallisten vanhusten ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa antavien sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköiden lukumäärät on päivitetty tiedustelemalla asiaa kirjeitse kunnilta itseltään. Kirjekyselystä huolimatta toimintayksiköiden lukumääriä ei voida täysin pitää luotettavina kuntaliitosten, kuntayhtymien ym. toimintaympäristöjen muutosten vuoksi, toisaalta terveyskeskusten pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastojen yksikkömäärittelyä on vaikeuttanut, että osastoilla hoidetaan usein muitakin potilaita kuin pitkäaikaisessa hoidossa olevia vanhuksia.

Länsi-Suomen lääninhallituksen selvitys koostuu sosiaalihuollon (liite 1) ja terveydenhuollon (liite 2) osioista, joiden sisältö jäsentyy eduskunnan oikeusasiamiehen esittämien kysymysten mukaan ja joissa kummassakin kokemukset vanhusten ympärivuorokautisesta hoidosta esitetään toimipaikoittain: Jyväskylä (Keski-Suomi), Tampere (Pirkanmaa), Turku (Varsinais-Suomi ja Satakunta) sekä Vaasa (Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa ja Keski-Pohjanmaa); tosin sosiaalihuollon osiossa Jyväskylän ja Tampereen vastaukset esitetään henkilöstötilanteen vuoksi yhteisinä. Erittelemällä vastaukset toimipaikoittain saavutetaan laaja-alainen selvitys, jossa eri näkökulmat täydentävät informoivalla tavalla toisiaan.

Länsi-Suomen lääninhallitus esittää lääninlääkäreiden, lääninsosiaalitarkastajien sekä terveydenhuollontarkastajien antamien selvitysten yhteenvedona seuraavaa:

Hoitohenkilöstömitoitus

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus linjaa vanhusten ympärivuorokautisten yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden lupakäytäntöä, joten ainakin luvan myöntämisvaiheessa laatusuosituksen mukainen henkilöstön vähimmäismitoitus toteutuu. Lääninhallitukseen tulleiden yhteydenottojen perusteella on oletettavaa, että toimiluvan edellyttämä mitoitus ei käytännössä kuitenkaan aina toteudu. Lisäksi on edelleen ns. vanhoja

Turun toimipaikka
Itsenäisyydenaukio 2
PL 22
20801 Turku
faksi 071 874 2113

Jyväskylän palveluysikkö
Cygnæuksenkatu 1
PL 41
40101 Jyväskylä
faksi 071 874 2842

Tampereen palveluysikkö
Uimalankatu 1
PL 346
33101 Tampere
faksi 071 874 2500

Vaasan palveluysikkö
Wolffintie 35
PL 200
65101 Vaasa
faksi 071 874 2703

24.08.09

LSLH-2009-02266/So-0

toimintayksikköjä, joiden toimilupaan laatusuositus ei ole vielä vaikuttanut; esim. Turun toimintayksikössä on pitkään myönnetty tehostetun palveluasumisen toimilupia hoitohenkilöstömitoituksella 0,4 hoitajaa asukasta kohden. Näissä yksiköissä ei myöskään ole vaadittu riittävästi avustavaa henkilöstöä, jolloin ruokahuollon, siivouksen ym. tehtävät ovat hoitohenkilöstön vastuulla. Vaikka laatusuosituksen hoitohenkilöstömitoitus täytyisi-kin, kyse on vähimmäismitoituksesta, jonka lisäksi henkilöstön rakenne on pääsääntöisesti yksipuolinen (yleensä yksi AMK –tasoinen ja muut kouluasteen taseisia hoitajia); avustavaa henkilöstöä on minimaalisen vähän eikä hoitohenkilöstöä lisätä asukkaiden hoitoisuudessa tapahtuvien muutosten myötä. Lisäksi hoitajiksi palkataan epäpäteviä työntekijöitä.

Kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden henkilöstörakenteen ja –mitoituksen suhteen on todettavissa samaa kuin edellä. Kun vanhainkodeissa asukkaiden hoitoisuus edellyttäisi hoitohenkilöstömitoitusta 0,6 hoitajaa asukasta kohden, mitoitus kanteluserelvitysten perusteella on usein 0,4 – 0,5. Ilta- ja yövuoroissa työntekijöiden määrä on säästösyistä supistettu usein minimitasolle. Yksi yöhoitaja saattaa joutua vastaamaan koko vanhainkodin tai asumispalvelun yövalvonnasta ja lisäksi hänen vastuulleen on voitu antaa turvapuheinhälytyksiin vastaaminen. Yövuoroissa työtä tekevien koulutus on usein kirjavaa; tietoon on tullut, että koko toimintayksiköstä on vastannut työntekijä, jolla ei ole sosiaali- ja/tai terveydenhuollon koulutusta. Ongelmana on, että kunnat itse usein laskevat hoitohenkilöstömitoitukseen myös avustavan henkilöstön, jolloin lääninhallituksen ja kuntien näkemykset hoitohenkilöstön riittävydestä ovat toisistaan poikkeavat. Vastaavasti terveydenhuollon toimintayksiköissä hoitohenkilöstöön luetaan siivoustyötä tekevät laitospulaiset sekä hallinnollista työtä tekevät osastonhoitajat. Tavallista myös on, erityisesti terveydenhuollon yksiköissä, että virallinen hoitopaikkamäärä on ylitetty, kuitenkin lisäämättä henkilökuntaa. Säästösyistä laitospulaisten määrästä on tingitty, jolloin heidän tehtäviään on siirtynyt hoitajien vastuulle. Säästösyistä ei myöskään oteta sijaisia tai heitä ei saada, jolloin hoitotyötä tekevät opiskelijat. Kanteluserelvityksissä on ilmennyt, että vuodeosaston hoitohenkilöstömitoitus on ollut 0,5, kun sen laatusuosituksen mukaan olisi pitänyt olla vähintään 0,6 – 0,7 hoitajaa potilasta kohden, ja eräässä toisessa tapauksessa 0,39, kun laatusuosituksen mukainen minimitaso olisi ollut 0,5 hoitajaa potilasta kohden. 2000-luvulla terveydenhuollon vuodeosastojen toiminta on muuttunut paljon: osastoilla on akuutti-, kuntoutus-, pitkäaikais-, päihde- ja saattohoitopotilaita sekä dementoivia ja psykiatrisia sairauksia sairastavia, mikä edellyttäisi henkilöstön määrän nostoa 0,1 – 0,2 hoitajalla. Näin ei ole tapahtunut. Kunnat tavoittelevat sekä sosiaali- että terveydenhuollon kehittämissuunnitelmissaan yleensä laatusuosituksen hoitohenkilöstömitoituksen vähimmäistasoa. Todellisenä ongelmana on pätevien hoitajien, tai edes alan opiskelijoiden saaminen sijaisuuksiin. Kuntoisuudeltaan vaativien vanhusten hoitotyössä on täysin kouluttamattomia, hoitotyön kokemusta vailla olevia työntekijöitä. Vastuu heidän ohjaamisesta sekä asukasturvallisuudesta kuormittaa vakituisten hoitajien muutenkin raskasta työtä.

Laatusuosituksen mukaisen hoitohenkilöstömitoituksen riittävyys hyvän hoidon turvaajana

Laatusuosituksen määrittämä hoitohenkilöstömitoitus antaa hyvän perustan toimintayksikön henkilöstömäärän arvioinnille, mutta hyvä hoito riippuu henkilöstömäärän lisäksi työntekijöiden koulutuksesta, kokemuksesta ja asenteista, toimintayksikön johtamisesta, työyhteisön ilmapiiristä, onnistuneesta sijaisrekrytoinnista sekä toimitiloista ja välineistä. Hyvä hoito edellyttää myös, että yksikön toiminta-ajatus, palveluala ja asukkaiden tarpeet kohtaavat, esim. tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoidetaan nykyään usein vanhuksia, jotka hoitoisuudeltaan perinteisesti ovat sijoittuneet vanhainkoteihin tai jopa terveyskeskuksen vuodeosastolle. Lisäksi dementoituvien vanhusten tarpeet jäävät usein ottamatta huomioon ns. sekayksiköissä.

24.08.09

LSLH-2009-02266/So-0

Hoitohenkilöstön vähimmäismitoitusta pidetään riittämättömänä tai ainakin ehdottomana minimimääränä, joka em. muiden olosuhdetekijöiden ollessa kunnossa saattaa olla riittävä mitoitus tukemaan vanhuksen fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä sekä turvaamaan hänen hyvän hoitonsa ja kohtelunsa. Toisaalta halutaan todeta, että vanhustenhuollon tila olisi maassamme huomattavasti nykyistä parempi, jos edes laatusuosituksen minimivaatimukset toteutuisivat järjestelmällisesti kaikissa toimintayksiköissä, ja jos tämän mitoituksen lisäksi toimintayksiköissä olisi selkeästi erillinen avustava henkilökunta siivous-, ruoka- ja pyykinhuollon tehtäviin. Henkilöstön vähäinen määrä ei mahdollista toiminnan kehittämistä yksikössä.

Vanhusten hoito ja kohtelu

Vanhusten hyvä hoito ja kohtelu ei aina toteudu. *Liikkumisrajoituksia* käytetään perusteellisesti eikä niiden käytöstä ole kaikissa tapauksissa asianmukaisia asiakas- tai potilasasiakirjamerkintöjä. Toimintayksiköissä käytetään geriatriasia tuoleja, korotettuja sängynlautoja sekä magneetti- tai sitomisvoimia. Suurin osa rajoituksista perustellaan vanhuksen omalla turvallisuudella eikä niitä välttämättä mielletä varsinaisiksi rajoituksiksi, vaikka sellaisia ovatkin. Geriatrian tuolin käyttöä perustellaan lisäksi kuntouttavalla työotteella; kuntoutumisen hyvän käytännön mukaista ei kuitenkaan ole, että vanhuksen istuttaminen tuolissa kestää koko iltapäivän. Tietoon on tullut, että vanhus on lukittu omaan huoneeseensa ja pimeää pelkäävä pyörätuoliasukas on suljettu komeroon.

Omaisten kanteluissa usein esitetään, että kunnallisissa vanhainkodeissa hoidetaan vanhuksia *liian runsaalla lääkityksellä*, koska henkilöstöä on niukasti. Lääketieteellistä näyttöä näistä tilanteista on usein vaikea saada. Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö näyttää kuitenkin olevan melko yleistä, mm. iäkkäille ja dementoivia sairauksia sairastaville määrätään lääkkeitä, jotka eivät ole heille parhaiten soveltuvia. Terveystieteiden kanteluissa on tullut esiin tilanteita, joissa hoitajat ovat antaneet potilaalle lääkkeitä, joita ei ole kirjattu lääkejakolistalle tai joista ei ole konsultoitu lääkärinä. Lääkehoidon toteutuksessa on ilmennyt muutoinkin virheellisyttä, mistä syystä lääninhallitus on joutunut kantelupäätöksessään korostamaan, että vanhuksen lääkehoidon tarvetta ja vaikuttavuutta on arvioitava säännöllisesti. Terveyskeskuksissa, joissa on geriatri, iäkkäiden lääkitykseen on kiinnitetty enemmän huomiota käypä hoito -ohjeiden mukaisesti. Myönteistä on, että yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä on tarkastuskäynneillä usein tuotu esiin, että vanhuksen muutettua toimintayksikköön hänen lääkitystään on voitu vähentää ja useissa yksiköissä unilääkkeiden käyttö on minimaalista aktiivisen päivätoiminnan ja ulkoilun vuoksi.

Kunnallisissa vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla henkilöstön niukkuuden vuoksi vanhuksen *ulkoilu jää vähiin*. Vanhainkodeissa vanhuksia viedään usein pieninä ryhminä istumaan piha-alueelle tai parvekkeelle, mutta yksilölliseen ulkoiluttamiseen jää harvoin mahdollisuutta. Ulkoilutus on pitkälle omaisten aktiivisuuden, opiskelijoiden, harjoittelijoiden ja vapaaehtoisten varassa. Vanhusten vähäistä ulkoilua perustellaan myös vanhuksen haluttomuudella lähteä ulos. Kaikilta osin tilanne ei kuitenkaan ole näin huono. Osassa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ulkoilu on osa normaalia päivärytmiä; vanhuksilla on mahdollisuus ulkoiluun henkilökunnan avustamana ja omaehtoista ulkoilua tuetaan turvallisine piha- ja puutarha-alueineen.

Kaikissa tapauksissa ei yksityisten toimintayksiköiden henkilökunnan ammattitaito näytä riittävän pidemmän aikavälin ruokalistojen suunnitteluun eikä näyttöä ole siitä, että osataisiin valmistaa vanhuksille soveltuvia ja *riittävät ravitsemusarvot* sisältäviä aterioita. Ammattitaito voi olla riittämätön myös arvioimaan vanhuksen ravitsemustilan heikkene mistä tai työpaineissa ei tähän kiinnitetä riittävästi huomiota. On ollut tapauksia, joissa vanhus kieltäytyy syömästä hänelle tarjottuja aterioita eikä henkilöstö löydä keinoja, miten toimia tällaisen asukkaan kanssa. Vuodeosastoilla usein ongelmana on painon harva mitta, jolloin on riski, että laihtumista/kuihtumista ei havaita riittävän ajoissa. Henkilökun-

24.08.09

LSLH-2009-02266/So-0

nan niukkuudesta herää epäily, ehtiikö vanhus suunnitellun ajan puitteissa syömään ateriansa ja jos hänet syötetään, ei ruoka ole enää välttämättä lämmintä. Henkilöstön vähäisyydellä selittyy myös hoivayksikön käytäntö, että päiväkahvia on vain "saatavilla", mutta kaikki asukkaat eivät kuntoisuutensa vuoksi pysty sitä itse noutamaan tai nauttimaan itsenäisesti. Säästöä haetaan ateriakustannuksista, jolloin esim. yksityisissä toimintayksiköissä kaupan tarjoukset määrittävät ruokahuollon hankintoja ja ateriat saattavat toteutua liian yksipuolisina, "vain puurona", kuten omaiset asian usein kokevat. Säästöä haetaan myös ulkoistamalla ruokahuolto, jolloin ateriakokonaisuudet ovat tarkoin määriteltäviä eikä vanhusten mielihaluja voida ottaa huomioon. Päivällinen ja/tai iltapala tarjoillaan eräissä tapauksissa vanhusten nukkumaan laittamisen vuoksi liian aikaisin, jolloin yöllinen paasto ylittää suositellun 11 tuntia.

Henkilöstön vähyys selittää osin myös vanhusten *hygienian puutteita*. Vaippojen käytöllä mitätöidään vanhuksen halu päästä WC:hen. Kanteluissa on myös tullut esille, että vaippoja on vaihdettu liian harvoin ja omaisyhteydenotoissa on kerrottu, ettei partaa ajeta tai suupielä pyyhitä ruokailun yhteydessä. Tietoon on myös tullut, etteivät vanhukset pääse suihkuun riittävän usein tai että suun hygieniasta ei huolehdita riittävästi.

Terveyskeskukset vastaavat *sosiaalihuollon toimintayksiköiden lääkäri-, laboratorio- ym. terveydenhuollon palveluista*, tosin yksityisillä toimintayksiköillä on usein lisäksi yksityinen sopimuslääkäri, joka käy yksikössä säännöllisin välein ja joka on tavoitettavissa puhelimitse tarvittaessa. Asukkaat maksavat nämä lääkärikäynnit itse. Terveyskeskuksen lääkäritilanteen mukaan terveyskeskuslääkäri joko käy säännöllisesti toimintayksikössä tai asukkaat viedään terveyskeskukseen lääkärin vastaanotolle. Ulkopaikkakuntalaisilla asukkailla on useimmiten maksusitoumus omasta kotikunnastaan toimintayksikön sijaintikunnan terveyskeskuspalveluja varten. Yksityisten toimintayksiköiden kotisairaanhoidon palvelut järjestyvät lähtökohtaisesti kunnan kotisairaanhoidon kautta, mutta usein käytäntönä on, että yksikön sairaanhoitaja ottaa tarvittavat laboratorionäytteet ja ne toimitetaan tutkittavaksi julkisen terveydenhuollon laboratorioon. Mahdollinen epäkohta lääkäripalvelujen suhteen liittyy vanhusten kuljettamiseen terveyskeskukseen. Eräissä tapauksissa toimintayksikkö on edellyttänyt, että omainen hoitaa kuljetuksen ja saattamisen – joskus oman kotikuntansa terveyskeskukseen, kun kuntien välistä maksusitoumusta ei ole. Läninhallitus on valvontatoiminnassaan korostanut hoitohenkilöstön osaamista tunnistaa vanhuksen terveydentilassa tapahtuvia muutoksia samoin kuin lääkehoidon vaikutuksia sekä vanhuksen oikeutta saada ajoissa lääkäripalveluja.

Palvelu- ja hoitosuunnitelmien laadinnan velvoite tunnustetaan pääsääntöisesti lähes kaikissa julkisen ja yksityisen sektorin toimintayksiköissä. Suunnitelmien taso ja tarkkuus niin sosiaali- kuin terveydenhuollossakin on kirjava. Suunnitelma laaditaan asukkaan tulovaiheessa, mutta sen seuranta ja päivittäminen usein laiminlyödään. Tavoitteita ei ole osattu konkretisoida, ongelmana myös on, että ei ole mittareita tai kuvauksia, joilla suunnitelman etenemistä voitaisiin seurata. Omaisten osallistumista on joissakin terveydenhuollon yksiköissä vähätelty ja potilaslain 4 §:ää on tulkittu niin, että pitkäaikaishoidossa ei välttämättä ole tarvetta laatia hoitosuunnitelma.

Vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa kokemusta on parhaiten romanikulttuurista. Uskontoihin liittyviä ruoka-asioita kunnioitetaan, mutta yleisesti ottaen maahanmuuttajavanhusten *kulttuuri- ja kielikysymyksiä* ei ole otettu riittävästi huomioon eikä maahanmuuttajien tarpeisiin ole varauduttu ikääntymispoliittisissa strategioissa. Erityisesti dementoituvien vieraskielisten vanhusten hoidon järjestäminen tulee olemaan haaste. Jossain määrin apua on tulkkipalveluista sekä hoitoalalla olevista maahanmuuttajataustaisista koulutetuista hoitajista. Myös kuuroilla ja sokeilla vanhuksilla on erityistarpeita, joihin vastaaminen vaatii erityisasiantuntemusta.

24.08.09

LSLH-2009-02266/So-0

Asumispalvelujen kilpailutuksissa odotetaan, että toimintayksikkö hoitaa vanhuksen elämän loppuun saakka, mikä ymmärretään toimintayksikön valmiudeksi *saattohoitoon*. Käsite jää määrittelemättä ja epäselväksi niin ostajalle kuin palvelujentuottajallekin. Epäselvää esim. on, minkälainen toiminta edellyttää terveydenhuollon toimiluvan. Käytännössä sosiaalihuollon yksikön asukas lähetetään terveyskeskuksen sairaalaan usein siinä vaiheessa, kun hänen hoitonsa sosiaalihuollon yksikössä ei enää ole lääketieteellisistä syistä mahdollinen. Yleisesti ottaen voitaneen todeta, että kuntien toimintayksikköihin lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden sekä lääkärin ja sairaanhoidon erityisasiantuntemuksen saaminen saattohoitotilanteissa on helpompaa kuin yksityisiin toimintayksikköihin. Tosin terveydenhuollon yksiköissäkin on havaittu sellaisia puutteita, että saattohoitopotilaalle ei aina ole pystytty järjestämään omaa huonetta tai kivunlievitys ei ole ollut riittävää.

Terveyskeskuksissa ja kunnallisissa vanhainkodeissa on lääninhallituksen käsityksen mukaan hyvät ohjeistukset *kuolemantapauksiin varautumisesta*. Yksityiset palvelujentuottajat ovat omatoimisesti hankkineet näitä ohjeita käyttöönsä. Kokemukset tältä osin ovat ristiriitaiset; toisaalta pidetään ilmeisenä puutteena, ettei yksityisen sektorin henkilöstöllä ole kuolemaan varautumisen ohjeita, mutta toisaalta palveluyksiköt ovat tältä osin olleet hyvin valveutuneita ja henkilöstö on yhdessä keskustellut kuolemantapaukseen liittyvistä toimenpiteistä. Todettakoon tältä osin, että yksityisten toimintayksikköjen varautuminen asukkaiden kuolemaan ei ole ollut erityisemmin esillä lääninhallituksen tarkastus- ja valvontatoiminnassa.

Muina vanhusten hoitoon ja kohteluun liittyvinä epäkohtina lääninhallitus toteaa mm., että vanhuksen ja hänen läheisensä mielipiteet ja tahto ohitetaan sijoituspaikkaa ja hoitoa koskeissa asioissa; hoito- ja palveluketjut eivät toimi, mistä syystä vanhus voi joutua jonotamaan pitkäänkin hänelle epätarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa; potilasta/asiakasta ei ole riittävästi informoitu tietosuoja-asioissa; potilasasiakirjoja ja sosiaalihuollon asiakasasiakirjoja ei useinkaan ole eroteltu toisistaan; ostopalvelusopimuksissa ei ole määritelty asiakastietojen säilyttämisestä ja arkistoinnista; vanhuksen yksityisyyttä ei kunnioiteta: erityisesti kunnallisissa yksiköissä on käytössä edelleen useamman hengen huoneita ja hygieniatiloja on liian vähän; vuodeosastopaikkojen tyhjentämiseksi vanhainkotien ja asumispalvelujen pieniä yhden hengen huoneita on muutettu kahden hengen huoneiksi; laatusuosituksen laitoshoidon kattavuustavoite (3 %) on saanut kunnat vähentämään laitospaikkojaan lisäämättä resursseja avohoitoon; tehostetun palveluasumisen yksiköt ovat muuttuneet hoitoisuudeltaan vaativien vanhusten hoitopaikoiksi ilman, että hoitohenkilöstöä on lisätty; kunnilla on asukkaiden toimintakykyyn nähden liian "kevyitä" yksiköitä, joissa ei ole yövalvontaa; asumispalveluyksikössä asukkaana (vuokra)huonetta käytetään vieraan henkilön intervallihuoneena, jos hän itse esim. joutuu sairaalaan; liian vähän kiinnitetään huomiota vanhusten kuntoutukseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn; säästösyistä on karsittu virikepalveluja ja apuvälineiden hankintoja; toimintayksiköiden paloturvallisuus ei ole kaikilta osin kunnossa ja pelastusviranomaisten vaatimukset esim. sprinklauksen suhteen vaihtelevat alueittain; palvelujen kustannusvastuu on yhä enenevässä määrin siirtynyt – ja siirtyy – vanhuksille itselleen, joilla usein on vaikeuksia verrata hintoja ja palvelujentuottajia; hoivatuotteen pilkkominen usealle alihankkijalle (esim. siivouksen, pyykinhuollon ja ruokahuollon osalta) vähentää ympärivuorokautisen hoidon laatua: palvelu pirstoutuu eikä huolenpito ole kokonaisvaltaista, erityisesti kun vielä hoitohenkilöstöstä säästetään; lisäksi todelliseksi haasteeksi on nousemassa motivoituneen ja koulutetun hoitohenkilöstön rekrytointi vanhusten hoitolaitoksiin.

Lääninhallituksen toimenpiteet havaittujen puutteiden tai epäkohtien korjaamiseksi
Neuvonnalla, ohjauksella ja työkokouksilla, sekä resurssien mukaan seminaareissa ja koulutuspäivillä on tuotu esille ikäihmisten palvelujen laatusuositusta sekä hyvän hoidon periaatteita. Lääninhallitukseen tulleet kantelut ja epäkohtailmoitukset ovat johtaneet pääsääntöisesti kirjallisten selvityspyyntöjen lähettämiseen kantelujen kohteille, tarvittaessa

24.08.09

LSLH-2009-02266/So-0

lääninhallitus on tehnyt tarkastuksia ko. toimintayksiköissä. Valvonta käynnistyy usein myös lääninhallituksen omasta aloitteesta, kun tieto jostakin epäkohdasta tulee esim. median kautta. Kantelu- ja valvontapäätöksissään lääninhallitus on antanut hallinnollista ohjausta sekä velvoittanut yksityistä palvelujentuottajaa tai kuntaa korjaamaan epäkohdat sekä toimittamaan annetussa määräajassa selvityksen toimenpiteistä, joihin se epäkohtien poistamiseksi on ryhtynyt. Ns. vanhojen toimintayksiköiden henkilöstömitoituksen saattaminen laatusuosituksia vastaavaksi on toteutettu lääninhallituksen tarkastuksissa ja kantelupäätöksissä sovittujen tai annettujen määräaikojen puitteissa, tai henkilöstöllisyys on toteutettu toimilupamuutosten yhteydessä. Terveyskeskusten osalta lääninhallituksen päätösten vaikutuksia on seurattu sosiaali- ja terveyslautakuntien pöytäkirjojen avulla. Lääninhallitus toteuttaa tulossopimuksissa vuosittain hyväksytyt valvontatarkastukset kunnallisiin ja yksityisiin vanhustenhuollon yksikköihin ja arvioi laatusuosituksen toteutumista niissä. Vuodesta 2009 alkaen lääninhallitus noudattaa lupamenettelyssään ja valvonnassa lääninhallitusten yhteistä, myös Valviran hyväksymää vanhustenhuollon valvontasuunnitelmaa: *Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus, Vanhusten ympärivuorokautinen hoito ja palvelut*.

Ovatko lääninhallituksen toimenpiteet johtaneet epäkohtien poistumiseen?

Yksityisten toimintayksiköiden kohdalla lääninhallituksen toimenpiteet ja vaatimukset ovat johtaneet useimmiten epäkohtien poistumiseen, koska lääninhallituksella on ääritapauksissa valvontalain nojalla mahdollisuus jopa keskeyttää toiminta tai peruuttaa toimilupa. Yleensäkin yksityisten sosiaalipalvelujen lupa- ja valvontakäytännöllä on päästy hyvään alkuun kohtuullisen hyvän laatutason varmistamiseksi yksiköissä. Kunnallisten palvelujen laatutason varmistamisessa lääninhallituksen keinot ovat vähäisemmät. Perinteisesti kunnat ovat kuitenkin korjanneet puutteita sen suuntaisesti, mitä lääninhallitus on päätöksissään esittänyt. Kuntatalouden kiristytessä on nähtävissä merkkejä tilanteen muuttumisesta tältä osin. Joltain osin lääninhallituksen toimenpiteet ovat johtaneet myös terveydenhuollossa epäkohtien poistumiseen. Jälkivalvonnassa on todettu, että yksiköt ovat korjanneet henkilöstömitoitusta joko lisäämällä henkilökuntaa, vähentämällä potilaspaikkoja tai lisäämällä ostopalveluita.

Lääninhallituksen oma arvio valvontaedellytyksistään – valvottavien yksiköitten määrä ja valvontaresurssien riittävyys

Selvityksen liitteissä 1 ja 2 (taulukot 1a ja 1b) esitetään Länsi-Suomen läänin alueella toimivien yksityisten ja kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon, vanhuksille tarkoitettujen ympärivuorokautisten toimintayksikköjen lukumäärät 1.1.2009. Sosiaalihuollossa luvanvaraisia yksityisiä toimintayksiköitä on 307 ja kunnallisia yksiköitä 411, yhteensä 718 vanhusten ympärivuorokautista toimintayksikköä. Vuonna 2008 kunnallisiin toimintayksikköihin tehtiin asiakaskantelujen ja henkilökunnan tekemien epäkohtailmoitusten perusteella 14 tarkastusta (3,4 % yksiköiden kokonaismäärästä) sekä yksityisiin toimintayksikköihin lupatarkastuksia ja kanteluihin sekä epäkohtailmoituksiin perustuvia tarkastuksia yhteensä 80 (26 % toimintayksiköiden kokonaismäärästä). Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksityisten toimilupien määrä on kasvanut vuosittain 10 – 20 %.

Terveydenhuollon luvanvaraisia vanhusten ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköitä on 12 ja kunnallisia yksiköitä 133, yhteensä 145 vanhusten ympärivuorokautista toimintayksikköä. Terveydenhuollon yksikköihin on tehty vuonna 2008 yksi kanteluun perustuva tarkastus. Muilta osin tarkastusten tekemiseen ei ole ollut kansanterveyslain 42 §:n 1 momentissa tai yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 17 §:n 1 momentissa tarkoitettua perusteltua syytä.

Selvityksen liitteissä esitetään vakava huoli Länsi-Suomen lääninhallituksen eri toimipaikkojen vähäisistä valvontaresursseista. Mahdollisuuksia ei ole toimintayksikköjen ehkäisevään valvontaan ja ohjaukseen, eikä palvelurakenteiden kokonaisuuksien tarkasteluun,

24.08.09

LSLH-2009-02266/So-0

mikä toimintatapana olisi vaikuttavuudeltaan tuloksellisinta. Myöskään ohjauksellisia seurantakäyntejä ei pystytä tekemään. Kanteluihin ja epäkohtailmoituksiin liittyviä tarkastuskäyntejä pystytään tekemään vain rajoitetusti ja oikeussuojan tarpeeseen vastataan kohduttomalla viiveellä. Huomattava osa lääninhallituksen valvontaresursseista kohdentuu yksityisen toiminnan toimilupa- ja toimiluvan muutos -prosesseihin tarkastuskäynteineen. Pääsääntöisesti myös ilmoituksenvaraisen toiminnan rekisteröintiin liittyvä arviointityö edellyttää lisäselvityksiä.

Toimintaympäristön muutokset vaikeuttavat valvontaresurssien tasapainottelua. Yksityisesti tuotetut sosiaali- ja terveyspalvelut ja toiminnalle myönnettävät toimiluvat tulevat määrällisesti kasvamaan. Osaltaan tätä kehitystä tukevat kuntien mahdollisuudet palvelusetelien käyttöön. Haasteita yksilön oikeusturvan valvontaan lisää peruspalvelujen monituottajamalli, jossa vanhukselle siirtyy entistä suurempi vastuu omien palvelujensa järjestämisessä. Toisaalta kuntatalouden heikkeneminen vaikeuttaa lakisääteisten palvelujen järjestämistä lisäten kantelujen ja epäkohtailmoitusten määrää. Ennakoitavissa myös on, että kantelut lisääntyvät kunta- ja palvelurakenteen muutosvaiheissa, kun palvelujen käyttäjät kokevat palvelujen saatavuudessa ongelmia (aikaisemmat käytännöt hajoavat). Muutosvaiheessa on myös ikäihmisten palvelujen rakenne. Ympäri vuorokautisen hoidon lisäksi huomiota tulee kiinnittää aikaisempaa enemmän vanhusten ja omaishoitajien selviytymiseen kotona ja kotona asumista tukevien palvelujen saatavuuteen.

Valvonnan kannalta huolestuttava toimintaympäristömuutos tulee olemaan aluehallinto-uudistus, joka toteutuessaan vuoden 2010 vähentää lääninhallituksen niukkoja asiantuntijaresursseja nykyisestä.

Muut valvontaa haittaavat epäkohdat

Valvontalain mukainen kunnan valvontavastuu alueellaan toimivista yksityisistä sosiaali- palvelujentuottajista ei useinkaan toteudu. Ongelmalliseksi tilanteen tekee kunnan kaksoisrooli: kunta on valvontaviranomainen, mutta myös ostopalvelusopimusten kautta valvottavan tuotteen ostaja. Kuntien omien palvelujen valvonnan suhteen lääninhallitukselta puolestaan puuttuvat keinot esim. saada kunta lisäämään sosiaali- ja terveydenhuollon hoitohenkilöstöä; tilannetta auttaisi lailla säädetyt toiminnan minimivaatimukset.

Terveydenhuollon tiloja ja laitteita koskeva lainsäädäntö, ohjaus ja valvonta on jaettu monelle viranomaiselle, mistä syystä kokonaisvaltainen ohjaus ja valvonta ei ole mahdollinen. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta hyötyisi tuoreesta tilastollisesta seurantatiedosta: Ysteri – rekisteritietojen hyödyntäminen tilastollisena tietoaaineistona antaisi tarkoitukseen hyvän työkalun. Valvontatehtävän jatkokehittämisen kannalta on tärkeää, että maakuntien välillä on vuorovaikutusta vanhusten ympärivuorokautisen hoidon kokonaistilanteen ymmärtämiseksi. Jatkossa on tarpeen myös aika ajoin toteuttaa peruspalvelujen arvioinnin tapaista vanhuspalvelujen tarkastelua.

Osastopäällikkö


Sakari Suominen

Sosiaalihuollon tulosryhmän päällikkö


Marjatta Aittolahti

Terveydenhuollon tulosryhmän päällikkö


Heikki Siirilä