



HENKILÖSTÖRAKENTEELLA ON VAIKUTUSTA

MAKUU-
HAAVAT

HOIDON
LAATU

INFEKTIOT

KUSTAN-
NUKSET

KAATU-
MISET

HENKILÖSTÖ-
PULA

TYÖ-
HYVIN-
VOINTI

Päittäjänä **SINÄ** Ratkaiset

1. Tulevaisuuden haasteet erikoissairaanhoidossa

Vuonna 2011 Suomen terveydenhuoltomenot olivat 17,1 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon osuus tästä oli 6,0 miljardia euroa. Tämä vastaa kolmannesta vuoden 2011 terveydenhuollon kokonaismenoista. Reaalisesti erikoissairaanhoidon menoissa oli kasvua edellisvuodesta 4,4 prosenttia. Erityisesti somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon menot jatkoivat kasvuaan ja olivat vuonna 2011 yhteensä 3,0 miljardia euroa. Kasvua edellisestä vuodesta oli 7,8 prosenttia. Asukasta kohden terveydenhuollon menot olivat 3 165 euroa. Kunnallisen terveydenhuollon 136 300 henkilöstä 75 000 työskentelee erikoissairaanhoidossa.

Henkilöstömenojen osuus erikoissairaanhoidossa on 65 %. Yhden lähihoitajan palkkakustannukset ovat noin 15 % pienemmät kuin sairaanhoitajan. Todellisuudessa kustannukset ovat tätä suuremmat, koska sairaanhoitajan työajasta kuluu suurempi osa hallinnollisiin tehtäviin, mikä on suoraan pois potilastyöstä.

Erikoissairaanhoidon suurin tulevaisuuden haaste on riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuus. Erikoissairaanhoidon henkilöstä siirtyy eläkkeelle noin 4000 vuodessa. Eläkepoistuma kunta-alalla on suurimmillaan vuosina 2013–2017. Terveydenhuollon vetovoimaisuuden varmistamiseksi olisikin nyt tehtävä kaikki mitä voidaan ja osataan. Tämä edellyttää aivan uudenlaista näkökulmaa työntekijöiden johtamiseen ja työn sisällön kehittämiseen.

2. Riittävä ja osaava henkilöstö erikoissairaanhoidon

Terveydenhuoltolaki (1.5.2011) velvoittaa sairaanhoitopiirit suunnittelemaan alueensa erikoissairaanhoidon palvelut niin, että julkisen palvelutuotannon resurssit ovat yhteen sovitettu vastaamaan tarkoituksenmukaisesti väestön palvelutarpeeseen. Suomalaisen väestön ikääntyminen ja tästä aiheutuva menojen kasvu on vuoteen 2030 mennessä nopeampaa kuin missään muussa EU-maassa. Välittömät rasitukset julkiselle taloudelle ovat mittavat.

Suomalaisten terveyttä uhkaavat ikääntymiseen liittyvä sairastuminen ja elintapasairaudet. Ylipaino ja liikkumattomuus, sekä niiden myötä lisääntyvä II tyypin diabetes, sydän- ja verisuonitaudit sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat suurimmat kustannukset. Ennusteen mukaan vuoteen 2018 mennessä puolelta miljoonalta suomalaiselta on löydetty diabetes.

Ikääntyvä väestö ja heidän palvelutarpeensa korostuvat erikoissairaanhoidossa kuntouttavana hoitotyönä, hoivan ja huolenpidon tehtävinä. Uusin tutkimustieto osoittaa, että hyvin vanhat ihmiset, myös dementoituneet, hyötyvät kuntouksesta.

Koska sairaanhoitajien tehtävät erikoissairaanhoidossa ovat nykyisin yhä enemmän hallinnollisia ja erityisosaamista vaativia, potilaiden hyvään perushoitoon liittyviä tehtäviä olisi siirrettävä entistä enemmän koulutetuille lähi- ja perushoitajille.

3. Lähi- ja perushoitajan koulutus vastaa erikoissairaanhoidon vaatimukseen

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitajakoulutus, on valmentanut sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia työelämään vuodesta 1995. Lähihoitajan erityisosaaminen syntyy perustutkinnon aikana valituista tutkinnon osista ja työosaamisesta. Lähihoitajan erityisosaamiseen kuuluu oman asiakasryhmän hoito- ja palveluprosessin syvämpi asiantuntemus.

Erikoissairaanhoidossa lähi- ja perushoitajat vastaavat potilaiden hyvästä perushoidosta, joka on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa ja kuntoutumista. Potilaan vähenevä perushoito lisää erilaisten infektioiden, iho-oireiden ja makuuhaavojen riskiä. Kroonisten haavojen arvellaan kuluttavan jopa 5 prosenttia länsimaiden terveydenhuollon kokonaisbudjetista. Haavahoidon kustannusten hallitsemisessa on tärkeintä haavojen ennaltaehkäisy, jossa päävastuu on hyvässä perushoidossa.

Lääkehoito on monissa sairauksissa keskeinen terveydenhuollon hoitokeino ja sen merkitys tulee kasvamaan entisestään väestön ikääntyessä, jolloin pitkäkestoisien sairauksien esiintyvyys ja lääkkeiden käyttö yleistyvät. Lääkehoito on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Sen toteuttaminen on myös osa lähi- ja perushoitajan työtä.

Nykyinen lähihoitajatutkinto antaa kattavan osaamisen mm. lääkehoidon osalta, mutta se jää usein suurelta osin hyödyntämättä erikoissairaanhoidossa. Lähi- ja perushoitajat ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joiden työkuvaan kuuluu myös lääkehoito.

Lähi- ja perushoitajien lääkehoitoon osallistuminen on määritelty selkeästi Sosiaali- ja terveysministeriön *Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa* (2005:32). Opetusministeriö on laatinut lääkehoidon osaamiskuvauksen (OPM 2006), joka antaa pohjan lähihoitajien lääkehoidon opetuksen tavoitteiden ja sisällön laatimiselle. Osaamiskuvauksen mukaisesti lähihoitajan on osattava lääkehoidon toteutus lääkärin määräysten perusteella eri annostelureittejä käyttäen, injektioina lihakseen sekä ihon alle, lääkkeiden jakamisen tarjottimelle ja annostelun potilaalle.

Koulutettujen lähi- ja perushoitajien osallistuminen lääkehoitoon on työnantajalta järkevää ja kustannustehokasta työvoiman käyttöä. Se turvaa myös sen, että työnantaja ei aiheuta itselleen työvoimapulaa ja vaikeuta oman organisaationsa päivittäistä toimintaa. Lähihoitajien osuuden pienentäminen erikoissairaanhoidossa johtaa kalliimpiin toimintamalleihin ja heikentää potilaiden perushoitoa.

4. Lähi- ja perushoitaja potilasturvallisuuden edistäjänä erikoissairaanhoidossa

Kaatumistapaturmat ovat nelinkertaistuneet viimeisen 25 vuoden aikana. Yli 65-vuotiaille suomalaisille sattuu 100 000 kaatumistapaturmaa vuosittain, joista lähes 40 000 vaatii sairaalahoitoa. Kuolemantapauksia kaatumistapaturmista aiheutuu yli 900 vuosittain.

lääkkäiden kaatumiset ovat mittava terveydenhuollon laadullinen ja taloudellinen ongelma. Tutkimusten mukaan kaatumisia tapahtuu 2,3–7 kaatumista tuhatta hoitopäivää kohden. (Healey 2007, Halfon ym. 2001, Lane 1999).

Kaatumisella voi olla merkittäviä vaikutuksia potilaan hyvinvointiin ja se voi aiheuttaa vakavia fyysisiä ja emotionaalisia vammoja, huonontaa elämänlaatua sekä pidentää sairaalahoitoa. (Stern & Jayasekara 2009.) Ikääntyneillä eritasoiset vammat voivat johtaa pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeeseen, jotka lisäävät myös terveydenhuollon kuluja. (Oliver ym. 2000). National Patient Safety Agency:n raportissa (2007) arvioitiin kaatumisista johtuvien välittömien terveydenhuollon kustannusten olevan Englannissa ja Walesissa noin 15 miljoonaa puntaa vuosittain (NPSA 2007). Tämä on noin 17 miljoonaa euroa.

Kaatumiset kotona, hoitolaitoksissa ja sairaaloissa aiheuttavat vuosittain yli 25 000 sairaalahoitojaksoa Suomessa. Lonkkamurtumia tapahtuu vuosittain noin 7000 ja näistä valtaosa on seurausta kaatumisista. Pysyvästi laitoshoitoon jää vuosittain yli 10 prosenttia lonkkamurtumapotilaista. Vuonna 2030 lonkkamurtumia on arvioitu olevan n.19 000 Suomessa.

Lonkkamurtuma maksaa murtuman jälkeisenä vuonna 22 000 euroa potilasta kohden ja jos henkilö ei kuntoudu murtuman jälkeen kotiin, vaan jää laitoshoitoon, kustannukset ovat moninkertaiset (55 000 euroa/potilas/vuosi).

Jorma Panula on todennut väitöskirjassaan (2010), että tutkituista lonkkamurtumapotilaista (N=461) 42 % oli kaatunut laitoksessa. Heistä 80 % oli ollut lyhyellä hoitokaudella. Kaatumisten ehkäisyssä on Panulan mukaan paljon parannettavaa. Lähihoitajan osaamisessa painottuu vahvasti päivittäisten toimintojen tukeminen ja kuntouttava ote. Hyvin hoidettu potilas ja turvallinen hoitoympäristö maksavat nopeasti takaisin kaatumisten mukana tuomia terveydenhuollon kustannuksia säästöinä.

5. Työnjaolla tehokkuutta erikoissairaanhoidoon

Terveydenhuollon työnjakoa arvioitaessa ensisijaisena kriteerinä tulisi olla potilaan saama hyöty. Työnjaon esteenä terveydenhuollossa esiintyy usein perinteiset ja hierarkkiset asenteet. Hagströmin ym. (1998) sekä Keeney ym. (2005) mukaan sairaanhoitajat eivät ole tottuneet delegoimaan tehtäviään ja voivat siksi suhtautua kielteisesti työn jakamiseen. Erityisesti tämä koskee lääkehoidon toteuttamista. Työn tarkoituksen mukaisella jakamisella hoitohenkilökunnan kesken voitaisiin kuitenkin helpottaa sairaanhoitajien työpaineita ja antaa heille enemmän aikaa keskittyä potilaan hoidossa vaativaa erityisosaamista edellyttäviin tehtäviin.

Yhteistyön parantaminen, ajankäytön tehostaminen ja taloudellisten menojen vähentäminen ovat olennainen osa terveydenhuollon kehittämistä. Parhaimmillaan työnjaon uusiminen on todettu parantavan ammatti-identiteettiä ja lisäävän työtyytyväisyyttä (Kärkkäinen ym. 2006).

Erikoissairaanhoidossa työnjakoa on kehitetty esimerkiksi äitiyspoliklinikalla (Kuopion yliopistollinen sairaala) ja urologisten potilaiden hoidossa (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri). Rutiininomaiset ultraäänitutkimukset on siirretty lääkäreiltä lähi- ja perushoitajille, jotka ovat saaneet lisäkoulutuksen ultraäänitutkimusten tekemiseen. Tämän ansiosta lääkäreiden työaika on vapautunut muihin vaativampiin tehtäviin ja röntgenlääkäripulaa on helpotettu valtakunnallisesti.

Lähi- ja perushoitajien osaamista on hyödynnetty urologisten, avanne- ja diabetespotilaiden ohjauksessa, vaativissa haavahoidoissa, näytteiden ottamisessa, jolloin koulutetumpi laboratoriohenkilökunta on keskittynyt näytteiden jatkotutkimuksiin, sekä pienemmissä toimenpiteissä avustamisessa ja potilaiden kotiutus- ja jatkohoidon toteutuksessa. Lääkäreiden ja hoitajien mielipiteitä koskevissa selvityksissä lääkäreistä (61 %) ja sairaanhoitajista (73 %) kannatti pienten vammojen hoitoon liittyvien tehtävien siirtoa koulutetuille lähi- ja perushoitajille.

Asiakaspalvelun ja tietohallinnan koulutusohjelman/osaamisalan suorittanut lähihoitaja voi työskennellä osastosihteerinä poliklinikoiden vastaanotto toiminnassa esihaastattelemassa potilaita, huolehtimassa ajanvarauksista ja avustamalla pienissä toimenpiteissä. Hän voi myös kirjoittaa puhtaaksi sairauskertomuksia ja lausuntoja. Ensihoidon koulutusohjelman/osaamisalan suorittanut lähihoitaja, voi toimia ensiapupoliklinikoilla ja leikkaussalissa immobilisaatiohoidon toteuttajana erilaisia lastoja ja kipsejä asennettaessa, vastata potilaan asentohoidosta, toimia avustavana hoitajana leikkaussalissa ja vastata potilaan heräämökäytöstä hoidosta.

On tärkeää tunnistaa lähihoitajien osaaminen ja ottaa se myös aktiivisesti käyttöön jokaisessa yksikössä, niin että kaikki tekevät sitä työtä, mihin heidät on koulutettu. Tämä tukee myös työhön sitoutumista ja alalla pysymistä. Vastuunjaossa olisi otettava huomioon kunkin yksilöllinen koulutus ja osaaminen, ei vain ammattinimike. Jos erikoissairaanhoidossa osastolla on käytössä yksilövastuiseen hoitotyön malli, lähihoitajan työ eroaa sairaanhoitajan työstä käytännössä vain lääkehoidon toteuttamisen osalta.

6. Lähi- ja perushoitajien osaamisen hyödyntäminen Pohjoismaissa

Norjan sairaaloissa on koulutetumpaa terveydenhuollon henkilöstöä (lääkäreitä ja sairaanhoitajia) kuin vastaavissa muissa maissa. Sillä ei ole kuitenkaan ollut todistettavaa vaikutusta korkeammasta tehokkuudesta.

Kokemukset Norjasta ovat osoittaneet, että vähentämällä lähihoitajia erikoissairaanhoidosta, ovat sairaanhoitajat turhaantuneet siihen, että heillä teetetään tehtäviä joihin he ovat täysin ylikoulutettuja. Myös potilaat saavat huonompaa palvelua, kun perushoittoon ei tule riittävää panostusta. Tämä on johtanut mm. mielialalääkkeiden käytön selvään lisääntymiseen ja se on vaikuttanut merkittävästi potilaan saaman hyvään hoitoon.

Kaikissa Pohjoismaissa on kehitetty suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä työnjakoa. Suomessa hammashuoltajille ja hammashoitajille on siirretty hammaslääkäreiden vähemmän vaativia tehtäviä. Sekä hammashuoltajat että hammashoitajat osallistuivat myös oikomishoitojen toteuttamiseen Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa.

7. Kohti vaikuttavampaa terveydenhuoltoa

Miten kaikki ammattiryhmät saataisiin tekemään yhteistyötä, jolla voitaisiin parantaa hoidon laatua? Toiminnan kehittämässä ja kallistuvan erikoissairaanhoidon kustannusten hallinnassa ensisijaisena tavoitteena on potilaiden mahdollisimman korkeatasoinen hoito ja potilasturvallisuuden lisääminen. Tuottavuuden kasvu ja parempi vaikuttavuus saavutetaan tehostamalla palveluprosesseja, kehittämällä työnjakoa ja ottamalla osaaminen käyttöön.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin mielestä kaksiportaisella henkilöstörakenteella varmistetaan laadukkaat erikoissairaanhoidon palvelut, yhdenvertainen oikeus hyvään hoitoon ja osaavan henkilöstön riittävyys tulevaisuudessa. Lähihoitaja on hoitotyön osaaja, joka työskentelee lähellä potilasta. Lähihoitaja tekee työtään itsenäisesti, osana moniammatillista työryhmää.

Lähi- ja perushoitajan perustehtävä on asiakkaan tai potilaan päivittäisten toimintojen tukeminen elämänsä eri vaiheissa terveyttä ja hyvinvointia suunnitelmallisesti edistäen.

Jos terveyden edistäminen epäonnistuu, silloin eivät mitkään resurssit tulevaisuudessa tule riittämään hallitsemattomasti kasvaviin erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Kansalaistemme fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyttäminen mahdollistavat täyden elämän ja säästävät sekä yksilöä että yhteiskuntaa ylimääräisiltä kustannuksilta.

Erikoissairaanhoidon tuleminen kuitenkin aina tarvitsemaan. Huono hoito johtaa aina ja väistämättä lisääntyviin kustannuksiin, joista merkittävä osa olisi estettävissä yksistään järkevällä työjaoilla. Päätäjänä sinulla on mahdollisuus vaikuttaa.

SuPer on Suomen suurin sosiaali- ja terveysalan toisen asteen tutkinnon suorittaneiden ja alalle opiskelevien ammattiliitto. Vuonna 1948 perustetussa liitossa on yli 84 000 jäsentä, joista noin 18 000 on opiskelijoita.



SUPER

SuPer - Lähi- ja perushoitajien oma liitto

WWW.SUPERLIITTO.FI