

Henkilöstömitoituksen muutokset – geriatriin näkökulma

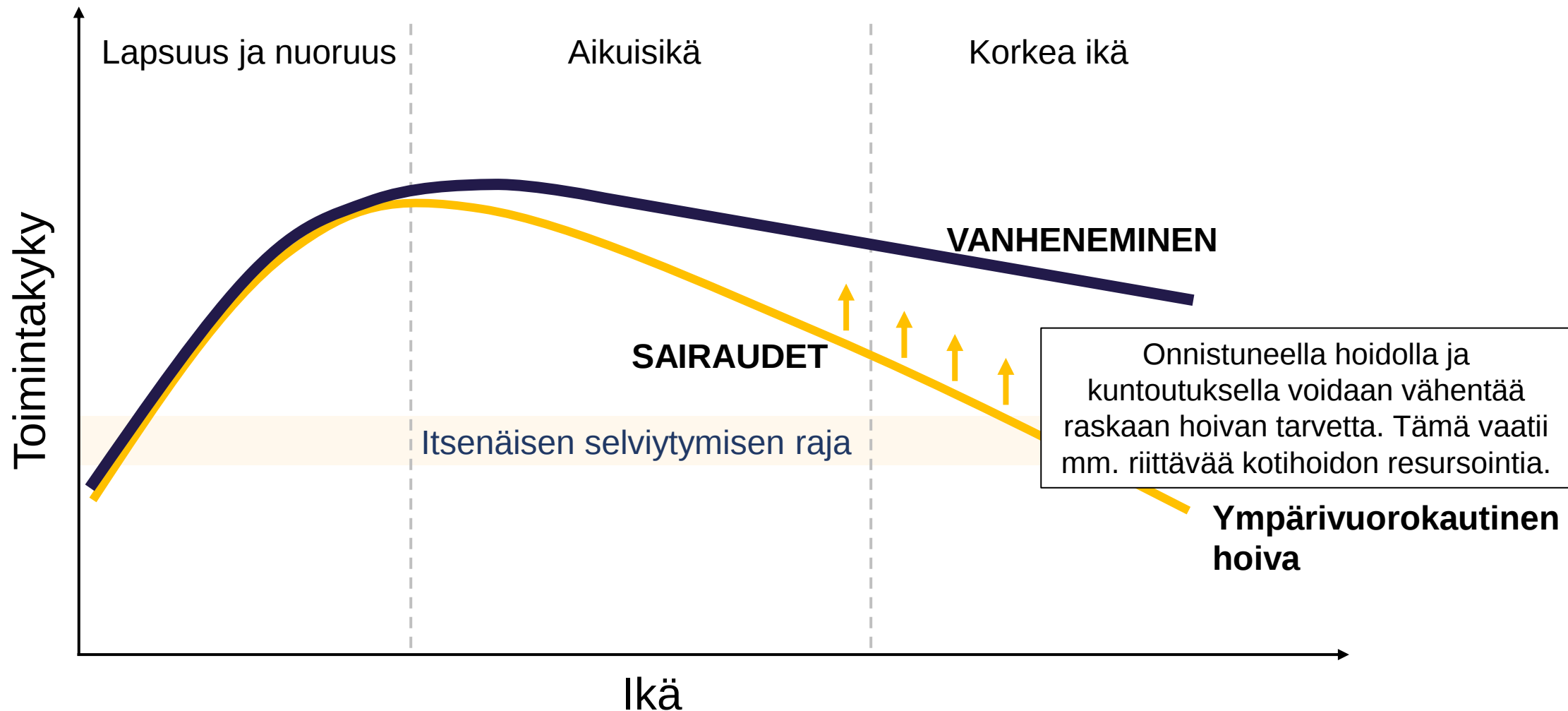
Esa Jämsen

LT, geriatrian erikoislääkäri

professori, Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

ylilääkäri, HUS, geriatrian linja

Ympäri vuorokautisessa palveluasumisen asukkaat ovat monisairaita ja suurella osalla on edennyt muistisairaus – heidän avuntarvettaan ei voi vähentää mutta huonolla hoidolla tilannetta voidaan heikentää.



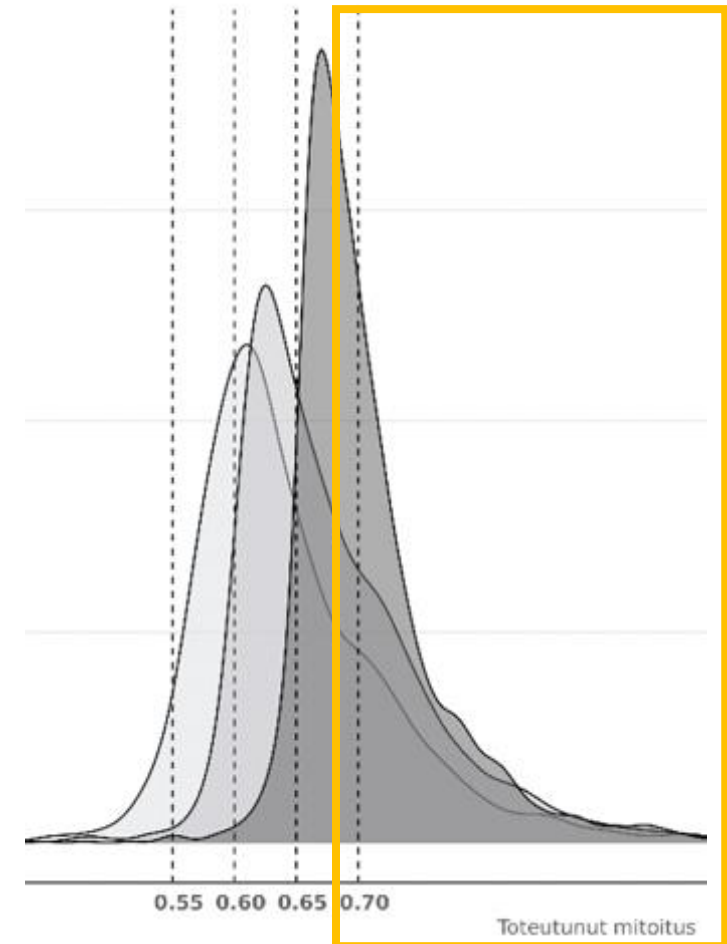
On epävarmaa, onko laskusta 0,6 työntekijään hyötyä.

Hoidon laadun ja turvallisuuden on arvioitu parantuneen. Päivystyksen käyttö näyttää vähentyneen.

Mahdollisuus 0,65 pienempään mitoitukseen koskee vain pienenevää osuutta yksiköistä.

Useita riskejä: perustarpeet jäävät tyydyttämättä, terveystalveluiden käyttö lisääntyy, minimi tulkitaan normiksi, henkilöstöongelmat lisääntyvät...

Hyötyä vaatimustason laskusta saataisiin vain, jos henkilöstö siirretään varhaisempiin palveluihin.



Nosto 0,7 työntekijään ei todennäköisesti ole realistista eikä tarkoituksenmukaista.

Henkilöstön riittävydessä ja pääsyssä ympärivuorokautiseen hoivaan on ongelmia jo nyt.

Hoidon laatu tai turvallisuus ei parane, jos henkilöstöllä ei ole riittävää osaamista.

Liian korkea vaatimus ohjaa henkilöstöä pois palveluista, joilla ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta voitaisiin ehkäistä.

Yhteenveto

Pyrkimys antaa hyvinvointialueille enemmän liikkumavaraa henkilöstön kohdentamisessa on tervetullut, samoin suunta kohti yksikkökohtaista tarvearviointia laaja-alaisia tarvearviointeja hyödyntäen.

En näe todellista säästöpotentiaalia: vapautuvat työntekijät tarvitaan varhaisempiin palveluihin, joilla ehkäistään 24/7 hoivan tarvetta.

Laadun ja turvallisuuden parantaminen edellyttäisi henkilöstörakenteen huomiointia ja osaamistason parantamista.

Ennen toimia, jotka uhkaavat perustarpeiden täyttymistä, tulisi arvioida, mitä muita mahdollisuuksia hyvinvointialueilla on saavuttaa vastaava säästö.

Parantamisen varaa...

(Kotihoidon RAI-tiedot 2020)

Yksinäisyyttä 26 %

Mielialaoireita 14 %

Kaatumisia (edeltävä 90 vrk) 24 %

Päivittäistä kovaa kipua 24 %

Ei apuvälinettä liikkumisvaikeuksista huolimatta 9 %

Ei kuntoutusta vaikka potentiaalia 83 %

Tahaton painonlasku 4 %

Antipsykootti käytössä 20 %

Unilääke käytössä 28 %

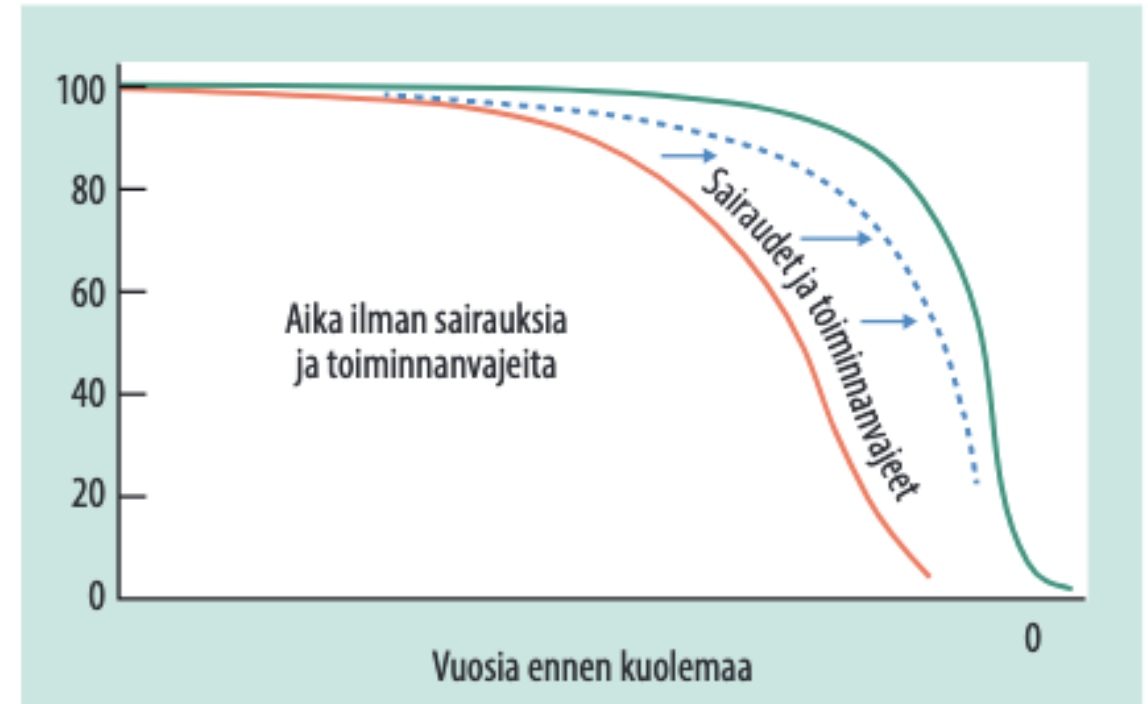
lääkällä vältettävä lääke käytössä 40 %

Lääkitystä ei ole tarkastettu vuoteen 11 %

Väestötasolla noin kolmannes 75 vuotta täyttäneistä käyttää ainakin yhtä iäkkäillä vältettävää lääkettä. Terveyskeskusten lääkärivaje, vähäisempi vanhuspalveluiden henkilöstö ja liiallinen monilääkitys ovat yhteydessä käyttöön.

Mitä toimenpiteitä tarvitaan?

- Hoidon ja hoivan tarvetta pitää pystyä vähentämään.
- Kohdentamalla resurssit tarkoituksenmukaisesti voidaan parantaa sitä kautta hoidon vaikuttavuutta.
- Olennaista on löytää ne tilanteet, joissa resurssien käyttö ei johda terveyshyötyyn.
- Oikea hoito oikealle potilaalle oikeaan aikaan.



Sidonnaisuudet

- LT, dosentti, geriatrian erikoislääkäri
- geriatrian professori, Helsingin yliopisto
- ylilääkäri, HUS, Sisätaudit ja kuntoutus, geriatrian linja
- Asiantuntijatehtävät: Fimean Lääke 75+- ja riskilääketyöryhmät, Oppiportin Gerastenia-, Sairaalapotilaan sekavuus-, Vajaaravitsemus- ja Yleistilan lasku verkkokurssien työryhmät, Tampereen lääkäripäivien järj.tmk.pj, Kelan sosiaalilääk. neuvottelukunnan jäsen, STM:n vanhus- ja eläkeläisasioiden neuvottelukunnan jäsen
- Julkaisutoiminta: Annals of Medicine section editor, kahden Duodecimin oppikirjan toimituskunnan jäsen
- Tutkimusrahoitus: valtion tutkimusrahoitus
- Luentopalkkiot: Chiesi, Duodecim, Farmasian oppimiskeskus, Lundbeck, Lääkäriliitto, Nuori Lääkäri Yhdistys, SPR, Terveystalo