

## SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Viite: Lausuntopyyntöne 28.6.2016, STM010:00/2015

**Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä –  
Hoidon saatavuutta selvittäneen alatyöryhmän muistio**

*Kuuloliitto ry on jäsenyhdistystensä muodostama sosiaali- ja terveysalan kansalaisjärjestö, jonka tarkoituksena on vaikuttaa kuulovammaisten ihmisoikeuksien toteutumiseksi ja valvoa kuulovammaisten etuja sekä heidän tarvitsemiensa apuvälineiden ja palveluiden määrää ja laatua. Edustamme jäsenyhdistystemme kautta noin 16.000 kuulovammaista henkilöä. Suomessa kuulokojeen on saanut noin 100 000 henkilöä ja kuulokojeen käytöstä hyötyisi 300 000 suomalaista.*

Yleistä

Kiitämme uudistamistyöryhmää siitä, että se on pyytänyt kommentteja muistioon myös potilaita edustavalta SOSTE:n koordinoimalta Potilas- ja kansanterveysjärjestöjen verkostolta, POTKA:lta. On tärkeää, että potilaiden ja heitä edustavien järjestöjen näkökulma otetaan huomioon hoidon saatavuuden perusteiden uudistuksessa. Kuuloliitto on mukana POTKA-verkostossa ja yhtyy sen lausunnossaan esittämiin näkökulmiin. Haluamme kuitenkin tuoda vielä erikseen esille ikääntyneiden huonokuuloisten tarpeet ja heidän terveystalvihuuhinsa liittyvät haasteet.

Muistiossa on mielestämme paljon kannatettavia ehdotuksia potilaiden näkökulmasta, kuten eri potilasryhmien tarpeiden parempi huomioiminen hoidon saatavuudessa sekä hoitosuunnitelmien kattavampi käyttö potilaan tavoitteellisessa hoidossa.

Muistutamme, että ikääntyneillä potilailla on yhtäläinen oikeus muiden ikäryhmien potilaisiin verrattuna yksilölliseen kuulemisen tarpeiden arviointiin. Tiedossamme on useita tapauksia, joissa potilaan ikä on asettanut hänet erilaiseen asemaan suhteessa nuorempiin potilaisiin. Joissakin hoitoyksiköissä on rutiinomaisesti voitu myöntää ja sovittaa ikääntyneille vain yksi kuulokoje, vaikka kansallisten suositusten mukaan tavoitteena on myös ikääntyneiden osalta molemminpuolinen kuulo. Lisäksi ikääntyneille on voitu tarjota vain perusmallisia kuulokojeita ilman että olisi otettu tosiasiallisesti huomioon ikääntyneen henkilön yksilöllisiä tarpeita kuulemisessa ja apuvälineen valinnassa.

Pidämme kannatettavana muistion sivuilla 15 ja 16 olevaa ehdotusta siitä, että merkittävimpien sairausongelmien hoitoketjuihin luotaisiin tarkastuspisteitä, eli palveluja, joiden ainakin pitäisi hoitoketjuun kuulua. Olemme työryhmän kanssa samaa mieltä, että hoitopolkujen tarkastuspisteiden tulisi perustua vahvaan tieteelliseen näyttöön, ja niitä voitaisiin määrittää kansallisten ja kansainvälisten hoitosuositusten pohjalta. Mallihoitopolut auttaisivat sekä ammattilaisia että potilaita. Kuuloliitossa meneillään olevassa Ikäkuulo-projektissa on nimittäin ilmennyt, että perusterveydenhuollon henkilökunta ei välttämättä tiedä, minkälainen kuulonkuntoutuksen hoitopolku on ja henkilökunnasta vain harva on saanut täydennyskoulutusta kuulo-asioissa. Kuulovammaista potilasta tarkastuspisteet hyödyttäisivät myös, koska silloin hän pystyisi paremmin seuraamaan oman hoitonsa kulkua, ja tietäisi mitä asioita voi oman hoitonsa osalta odottaa.

Pidämme kannatettavana myös terveys- ja hoitosuunnitelmien parempaa hyödyntämistä ja potilaiden vahvaa osallisuutta hoitosuunnitelman tekemisessä. Tällä hetkellä kuulovammaisille hoitosuunnitelmia tehdään vielä vaihtelevasti ja on hoitoyksikköjä, joissa hoitosuunnitelmia ei tehdä lainkaan. Haasteena on lisäksi se, että asiakas ei välttämättä tiedä tällaisesta suunnitelmasta eikä sitä ole tehty yhteistyössä potilaan kanssa kuten hoitosuunnitelma olisi tarkoitettu tehtävän.

### **Hoidon saatavuus perustuu yhtenäisiin kriteereihin**

Muistiossa korostetaan (s.19), että hoidon saatavuus ja hoitoon pääsy eivät saa riippua hoitoa tarvitsevan henkilön iästä, asuinpaikasta, sosioekonomisesta tilanteesta tai muista hänen terveysongelmastaan riippumattomista tekijöistä. Esitämme kuitenkin huolestamme siitä, miten valvotaan sitä, ettei hoidon saatavuuteen tai itse hoitoon pääse syntymään eriarvoistavia mekanismeja, esimerkiksi potilaan iän perusteella. Korostammekin, että kaikkia potilaita tulee hoitaa yksilöinä ja selvittää myös ikääntyneiden henkilöiden yksilölliset tarpeet ja yksilöllinen tilanne hoitotyössä. Hoidon tarpeen arvioinnin toteuttaminen on keskeisessä asemassa potilaan onnistuneessa hoidossa.

Vaikka kuulovammaisten potilaiden kannalta tärkeä apuvälineiden valinta on jo nykyisen lainsäädännön perusteella tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta (1363/2011), 2.2 §), niin tiedossamme on tapauksia, joissa kuulokojekuntoutuksen suositusraja-arvoja on tulkittu niin, että potilailta on evätty apuvälineitä pelkän postitse tulleen kuulokäyrän perusteella, siis ilman potilaan näkemistä. <sup>1</sup>Tällöin lähetteessä mainitut potilaan vaikeudet tulla toimeen ilman kojetta on jätetty huomioimatta, samoin kuin edellä mainitun asetuksen vaatimukset.

Pidämme hyvänä muistiossa esitettyä ajatusta, että osana hoidon saatavuuden uudistusta kehitetään mahdollisuuksia tuoda erityispalveluja / erikoissairaanhoidon palveluja peruspalvelujen oheen (s.19). Huonokuuloisuus koskettaa merkittävää osaa ikääntyneestä väestöstä. Tällä hetkellä kuulokojesovitus on Suomessa erikoissairaanhoidon vastuulla, ja pitkät matkat kuulokeskuksiin voivat nousta joillekin ikääntyneille esteeksi riittävien palvelujen hakemiselle. Tietyillä puolin Suomea, kuten Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueella, on kokeiltu niin sanottua jalkautetun kuulokojesovituksen mallia, jossa terveyskeskuksessa toimii säännöllisesti tai osaaikaisesti audionomi (kuulontutkija) ja korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri. <sup>2</sup>Näin potilas voi saada osan kuulokojesovitukseen liittyvistä palveluista lähellä olevasta perusterveydenhuollon toimipisteestä. Kannatamme vastaavien mallien laajempaa kehittämistä osana hoidon saatavuuden uudistusta.

Kannatamme myös ajatusta kehittää terveydenhuoltoon vammaisten kannalta tärkeitä esteettömiä ja saavutettavia sähköisiä palveluja, kuten ajanvaraus internetin välityksellä. Lisäksi pidämme kannatettavana hoidon tarpeen arviointiin tarkoitettujen verkko- ja muiden työkalujen kehittämistä. Näiden palvelujen osalta on myös varmistettava palvelun esteettömyys ja saavutettavuus vammaisten ja ikääntyneiden henkilöiden kannalta.

<sup>1</sup> Uuteen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin ollaan ehdottamassa sellaista muotoilua tarpeen arviointiin, joka mielestämme korostaa liikaa tarpeen objektiivista määrittelyä, ja jättää potilaan kokeman subjektiivisen tarpeen liian vähälle huomiolle. Yhdymme hallinto-oikeuden professorin Olli Mäenpään näkemyksiin siitä, että on ongelmallista, kun sote-uudistuksen eri osat etenevät eri tahtiin. Mielestämme sote-uudistuksessa on kyettävä turvaamaan myös potilaan ja asiakkaan kokeman subjektiivisen palvelutarpeen merkitys hoidon ja palvelujen tarvetta arvioitaessa. Hoitotyössä tulee aina selvittää potilaan yksilöllinen tilanne, jotta hänen yksilöllistä palveluntarvetta voidaan tosiasiallisesti arvioida. ks. Ylen uutiset 26.8.2016 [http://yle.fi/uutiset/oikeusoppineet\\_pitavat\\_ongelmallisena\\_sotelakien\\_eritahtista\\_valmistelua\\_keskeiset\\_kysymykset\\_ovat\\_viela\\_avoinna/9118258](http://yle.fi/uutiset/oikeusoppineet_pitavat_ongelmallisena_sotelakien_eritahtista_valmistelua_keskeiset_kysymykset_ovat_viela_avoinna/9118258)

<sup>2</sup> Vuoden 2016 audiologian päivien julkaisu

On kuitenkin tiedostettava, että sähköisten palvelujen kehittämisen ohella tullaan vielä pitkään tarvitsemaan myös muita palveluja, kuten kasvokkain saatavia palveluja. Ikääntyneestä väestöstä vain osalla on mahdollisuus asioida sähköisesti ja sen tähden on varmistettava myös muut tavat saada palveluja tai ottaa yhteyttä terveydenhuollon palveluntarjoajiin.

Muistiossa sivuilla 19-20 tuodaan esiin, että potilaalla tai hänen omaisillaan tai edustajallaan on oltava riittävästi mahdollisuuksia yhteydenottoon palveluntuottajiin. Seuraavaksi nostetaan esiin mahdollisia yhteydenoton tapoja, kuten käynti palveluntuottajan toimipaikassa, kirje, puhelu (mukaan lukien tekstiviesti ja internet puhelu) ja yhteydenotto palveluntuottajan verkkosivujen kautta. Tämä ei kuitenkaan mielestämme näy varsinaisessa lakitekstiehdotuksessa (s.22), jossa todetaan, että terveydenhuoltolain pykälää 51 muutetaan seuraavaan muotoon:

*Kunnan on järjestettävä asukkaalle mahdollisuus välittömään hoidon tarpeen ensiarviointiin ja neuvontaan ja tarpeen mukaan hoidon aloittamiseen vähintään arkipäivisin virka-aikana. Tämä voidaan toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanottopalveluna, puhelinpalveluna, etäkonsultaationa **tai** sähköisenä palveluna.*

Ehdotammekin, että pykälää korjataan niin, että tai -sana korvataan ja- sanalla, jolloin pykälä kuuluu seuraavasti:

*Kunnan on järjestettävä asukkaalle mahdollisuus välittömään hoidon tarpeen ensiarviointiin ja neuvontaan ja tarpeen mukaan hoidon aloittamiseen vähintään arkipäivisin virka-aikana. Tämä voidaan toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanottopalveluna, puhelinpalveluna, etäkonsultaationa **ja** sähköisenä palveluna.*

Näin varmistetaan yhteydenoton saaminen terveydenhuollon palveluihin erilaisten käyttäjäryhmien (vammaiset, ikääntyneet) kannalta.

Pidämme hyvänä, että tulevaisuuden hoidon saatavuudessa kyettäisiin paremmin erottelemaan eri potilasryhmät (s.22), esimerkiksi kyetään erottamaan ne potilaat, jotka tarvitsevat säännöllistä hoitoa selviytyäkseen arjessa niistä potilaista, joiden ongelma voidaan saada kuntoon jo yhden käynnin perusteella.

Kannatamme työryhmän ehdottamia hoidon saatavuuden määräaikojen asettamista jatkossakin. Määräajat ovat potilaan oikeusturvan kannalta merkittävä asia. Nykyinen hoitotakuu on esimerkiksi auttanut lyhentämään hoitoon pääsyn aikaa kuulonkuntoutuksen erikoissairaanhoidon palveluihin eri puolella Suomea.

### Kriteeristöt ja mittarit

Pidämme erittäin kannatettavana muistiossa sivulla 24 olevaa kirjausta siitä, että yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet päivitetään ajantasaiseksi ja niitä päivitetään jatkossa säännöllisesti. Yhtenäisten hoidon perusteiden uudistuksessa on otettava huomioon lääketieteen, diagnostisten menetelmien sekä hoitomenetelmien jatkuva kehittyminen ja kirjoitettava yhtenäiset perusteet tämä huomioiden. Esimerkiksi nykyiset kuulonkuntoutuksen kriteerit eivät huomioi kaikkia ikäkuuloisia, ja kriteerejä tulisi tarkistaa siten, että ne ottaisivat huomioon myös huonomman korvan kuulokynnykset ja kuulon heikentymisen korkeilla taajuuksilla<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Samuli Hannula ja Elina Mäki-Torkko (2013). Suomen lääkärilehti 35/2013 s. 2129-2131. ”Nykyiset kiireettömän hoidon perusteet vaativat päivittämistä ja ikäkuulosta tulisi laatia hoitosuositus, kuten muistakin kansantaudeista”.

Mielestämme on myös erittäin tärkeää, että maakunnilla tulee olla vastuu seurata, miten yhtenäisiä perusteita käytetään varsinaisessa hoitotyössä, koska tiedossamme on erittäin isoja alueellisia eroja tämänhetkisten kuulokojekuntoutuksen kansallisten yhtenäisten perusteiden toteuttamisessa.

Kannatamme sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitoon liittyvien kirjausten kehittämistä osana hoidon saatavuutta ja sote-uudistusta. Tällä hetkellä haasteena on, että esimerkiksi perusterveydenhuollosta ei ole saatavissa tilastotietoja kuuloon liittyvistä käyntisyistä. Samaten kuulonkuntoutuksesta kaivattaisiin ripeästi valtakunnallista rekisteriä, joka auttaisi paremmin arvioimaan hoitoon liittyviä kysymyksiä.

#### Lausunnon keskeinen sisältö

- Pidämme hyvänä ajatusta luoda yleisimpien terveysongelmien, kuten kuulo-ongelmien, osalta mallihoitosuunnitelmat, joissa määritellään yleinen hoitoprosessin kulku. Näin potilaalla on parempi mahdollisuus seurata oman hoitonsa edistymistä ja varmistaa hoidon toteutuminen.
- Kannatamme hoitosuunnitelmien kehittämistä hoitotyön arjen välineeksi ja niiden tehokkaampaa käyttöä hoitotyössä. On kuitenkin aina varmistettava, että hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. Näin potilas sitoutetaan paremmin osalliseksi omaan hoitoonsa.
- Potilaan yksilöllisen hoito- ja palvelutarpeen määrittelyssä on otettava huomioon myös potilaan subjektiivinen kokemus tarpeesta objektiivisen tarpeen määrittelyn rinnalle. Kuulovammaisen potilaan tilanne on osattava ottaa kokonaisuutena huomioon. Lisäksi korostamme, että potilaan yksilöllisen tilanteen huomioiminen ja yksilöllinen tarpeiden arviointi tulee koskettaa kaikenikäisiä potilaita.
- Mielestämme työryhmän ehdottamaa terveydenhuoltolain 51§ muotoilua pitää tarkentaa niin, että potilaalla on mahdollisuus saada yhteys hoidon tarpeen ensi-arviointiin monella eri tavalla, kuten sähköisesti ja tapaamalla kasvotusten ammattilaisen. Näin varmistetaan hoidon tarpeen ensiarviointiin pääsy myös vammaisten ja ikääntyneiden potilaiden osalta.
- Koska hoitotakuu on selkeästi auttanut lyhentämään kuulonkuntoutuksen hoitoon pääsyä, niin kannatamme muistiossa ehdotettujen hoitoon pääsyn aikarajojen määrittämistä.
- Pidämme hyvänä, että yhtenäisiä hoidon perusteita päivitetään jatkossa säännöllisesti ja maakunnilla on velvollisuus seurata, miten yhtenäisiä perusteita käytetään varsinaisessa hoitotyössä.

Kuuloliitto ry

Pekka Lapinleimu  
Toiminnanjohtaja

Lisätietoja:

Erityisasiantuntija Anniina Lavikainen: anniina.lavikainen@kuuloliitto.fi, puh. 050 303 4841.