



# Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta

## PÄÄLÖYDÖKSET

- Asiakkaat saivat päivittäistä hoitoa keskimäärin 38 minuuttia kotihoidossa ja 117 minuuttia ympärivuorokautisessa hoidossa. Valtaosa asiakasajasta oli lähihoitajilta.
- Tästä ajasta asiakkaan luona tahtuvaa hoitoaika oli kotihoidossa noin 33 minuuttia (87 %) ja ympärivuorokautisessa hoidossa noin 90 minuuttia (77 %).
- Asiakkaan saamaan hoitoaikaan oli yhteydessä palvelutarve, kognition taso sekä erityisesti kyky suoriutua arjen perus- ja väline-toiminnoista.
- Fyysiseltä toimintakyvyltään samankaltaiset asiakkaat saivat kotihoidossa merkittävästi vähemmän hoitoaika verrattuna ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin.
- Kotihoidon asiakkaan luona kävi keskimäärin viisi eri kotihoidon työntekijää, yhteensä keskimäärin 9 kertaa viikon aikana.
- Asiakkaat, joille oli kirjattu omaisten aikaa, saivat enemmän hoitoaika työntekijöiltä.

Aikamittaushankkeessa toteutettiin työajanseuranta koti- ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä, joissa työntekijät kirjasivat työaikaansa asiakkaittain ja toiminnoittain päivän/viikon ajan. Tässä raportissa tarkastellaan asiakkaiden saamaa hoitoaika koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa suhteessa heidän toimintakykynsä ja palvelutarpeeseensa. Laki velvoittaa, että pitkäaikaishoidossa olevan ikäihmisen saaman palveluiden tulee sisältöltään ja määrältään vastata hänen kulloisiakin palvelutarpeitansa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, 565/2020, 14§). Lisäksi yksikön tulee varmistaa, että siellä työskentelevän henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat yksikön asiakkaiden määrää ja palvelutarpeita siten, että palvelut voidaan turvata laadukkaasti.

Ajantasaista tietoa ei ole saatavilla siitä, kuinka paljon ja minkä ammattilaisen tarjoamaa hoitoaika palvelutarpeiltaan erilaiset asiakkaat saavat ikäihmisen palveluissa. Vastaavatyypinen asiakkaalle kohdentuneen hoitoajan seuranta tutkimus on Suomessa tehty edellisen kerran vuonna 2002, tosin vain ympärivuorokautisessa hoidossa. Sen jälkeen palvelurakenne ja hoitokäytännöt ikäihmisten pitkäaikaishoidossa ovat kuitenkin oleellisesti muuttuneet. Tämän vuoksi on tarve päivittää tietopohja asiakkaalle kohdentuneesta hoitoajasta sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa, ottaen huomioon asiakkaiden toimintakyvyn ja erilaiset palvelutarpeet. Tässä tutkimuksessa saatuja tietoja voidaan hyödyntää muun muassa henkilöstöresurssien kohdentamisessa ja ikäihmisten palveluiden kehittämisessä. Kun tiedetään yksikön asiakasrakenne ja palvelutarve, henkilöstöresurssit ja asiakasaikaa on mahdollista kohdentaa tarkoituksenmukaisemmin, lainsäädännön asettamissa puitteissa. Tuloksia tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden työajan ja kautumisesta asiakastyöhön ja muihin tehtäviin on aiemmin julkaistu erillisessä raportissa (Pesonen ym. 2022).

Julkaisu perustuu Aikamittaushankkeessa kerättyyn kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon työntekijöiden työajan seurantaan asiakkaalle kohdentuneen ajan osalta. Ympärivuorokautisessa hoidossa yksikön omien työntekijöiden lisäksi yksikön ulkopuoliset työntekijät kirjasivat käyntinsä ja siihen kuluneen ajan asiakkaiden luona. Myös asiakkaiden omaisia pyydettiin kirjaamaan aika, jonka he viettivät asiakkaiden kanssa. Lisäksi kotihoidon tukipalvelujen henkilöstö kirjasi käynnit asiakkaiden luona työajanseurannan aikana. Työajanseuranta-aineistoon yhdistettiin asiakkaan viimeisimmän toimintakykyä ja palvelutarvetta kuvaavan RAI (Resident Assessment Instrument) -kokonaisarvioinnin tiedot. Aineistoon yhdistettiin kotihoidon asiakkaiden osalta myös etäkäynnit ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden, kuten esimerkiksi lääkäreiden ja fysioterapeuttien, käynnit THL:n hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo).

## Asiakkaan saaman hoitoajan määrittely

Asiakkaan saama hoitoaika muodostettiin työntekijöiden työnajanseurannasta saatujen tietojen perusteella. Asiakasaikaan laskettiin yksikön omien 1) lähihoitajien, 2) sairaanhoitajien ja 3) muiden ammattiryhmien<sup>1</sup> kirjaama asiakaskohtainen työaika (kuvio 1). Lisäksi aikaan sisällytettiin 4) yksikön ulkopuolisten työntekijöiden, kuten lääkäreiden, fysioterapeuttien tai sosiaalityöntekijöiden kirjaama asiakasaika. Ympärivuorokautisessa hoidossa

**Tiina Pesonen**, tutkija  
**Visa Väisänen**, tutkija  
**Laura Corneliusson**, tilastotutkija  
**Salla Ruotsalainen**, tutkija  
**Timo Sinervo**, tutkimusprofessori  
**Anja Noro**, tutkimusprofessori

Sähköposti: etunimi.sukunimi@thl.fi

<sup>1</sup> Muihin ammattiryhmiin lukeutuivat yksikön omat fysio-, toiminta- ja puheterapeutit, geronomit, sosionomit, ohjaajat, hoito- ja hoiva-apulaiset, hoiva-avustajat sekä esihenkilöt.

## Näin tutkimus tehtiin:

Tutkimukseen osallistui kutsuttuna 17 kotihoidon ja 44 ympärivuorokautisen hoidon yksikköä, jotka ovat mukana RAI-vertailukehittämisessä. Suurin osa ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä oli tehostettua palveluasumista, mutta mukana oli myös muutama laitoshoidon yksikkö. Kotihoidon asiakkaita oli yhteensä 1477, joille oli työajanseurannassa kirjattu aikaa ja joille oli tehty RAI-arviointi. Vastaavasti ympärivuorokautisen hoidon asiakkaita oli yhteensä 1538. Osassa ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä oli tehostetun palveluasumisen lisäksi myös tavallista palveluasumista. Näissä yksiköissä työajanseuranta koski tehostetun palveluasumisen asukkaita ja työntekijöitä.

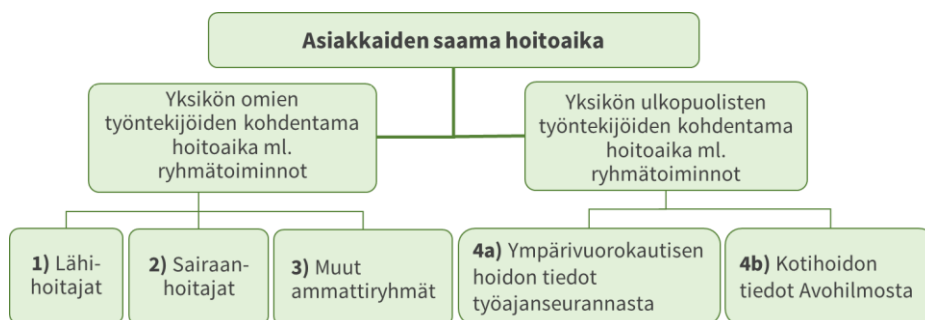
Työajanseuranta toteutettiin syksyllä 2021 (viikot 40 ja 41) siten, että kotihoidon yksiköissä työntekijät kirjasiivat työaikaansa toiminnottain ja asiakkaittain viikon ajan. Myös omaiset ja asiakkaan luona käynyt tukipalvelujen henkilöstö kirjasiivat käyntinsä viikon ajan. Ympärivuorokautisen hoidon työntekijät kirjasiivat työaikaansa yhden vuorokauden ajan ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden ja muun henkilöstön sekä fysio- ja toimintaterapeuttien aikaa kirjattiin viikon ajan. Työaikakirjaukset tehtiin paperilomakkeille ja asiakkaiden tunnistetietona käytettiin nimeä. Työajanseuranta-aineistoon yhdistettiin THL:ssä asiakkaiden lähimmät RAI-arvioinnit.

Lisäksi kotihoidon asiakkaisiin yhdistettiin täydentävinä tietoina käyntejä THL:n Avohilmo-rekisteristä.

Aikamittaushanke on saanut THL:n Tutkimuseettisen työryhmän puoltavan lausunnon (THL/1447/6.02.01/2021).

Yksikön ulkopuolisten työntekijöiden aika asiakkaille saatiin työajanseurannasta ja vastaavasti kotihoidossa Avohilmosta, joka sisälsi tiedot myös etäkänneistä.

Osa työajanseurannassa kirjatusta toiminnoista oli usealle asiakkaalle kohdentuneita ryhmätoimintoja. Asiakaskohtainen ryhmätoimintoaika saatiin jakamalla ryhmätoiminnon kesto toimintoon osallistuneiden asiakkaiden lukumäärällä. Tämän vuoksi on huomioitava, että asiakaskohtainen ryhmätoimintoaika ei kerro sitä, kauanko asiakas keskimäärin vietti aikaa ryhmätoiminnoissa päivittäin, vaan siitä, kuinka paljon työntekijän aikaa kohdentui asiakkaalle. Ryhmätoimintojen asiakaskohtaiset ajat sisältyivät yksiköiden omien ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden kirjaamaan asiakasaikaan. Yleisimpiä ryhmätoimintoja olivat muun muassa ruokailussa avustaminen, yhteinen aktiviteetti, kuntoutus ja ulkoilu.



Kuvio 1. Asiakkaan saaman hoitoajan muodostuminen.

Asiakkaan saama hoitoaika oli pääosin asiakkaan luona tapahtuvaa hoiva- ja hoitoaika. Tämän lisäksi se sisälsi jonkin verran myös sellaista asiakasaikaa, jossa asiakas ei ollut läsnä (Pesonen ym., 2022). Tällaista työtä oli esimerkiksi asiakastietojen kirjaaminen toimistolla, asiakkaan hoidon suunnittelu, omaiskontaktit sekä palveluiden ja lääkehuollon järjestäminen. Mikäli työntekijä ei ollut kohdentanut kyseistä asiakasaikaa tietylle henkilölle, tämä aika jaettiin kaikkien yksikön asiakkaiden kesken.

## Taustatietoja asiakkaista ja palveluista

Tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden asiakkaista valtaosa oli yli 65-vuotiaita. Ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaat olivat keskimäärin hieman iäkkäämpiä kuin kotihoidossa (83,3 vs. 81,4 vuotta). Enemmistö asiakkaista oli naisia (kotihoidossa 67 % ja ympärivuorokautisessa hoidossa 68 %). Alle 65-vuotiaista asiakkaista (yhteensä 134) enemmistö oli kuitenkin miehiä molemmissa palvelutyypeissä.

Kotihoidon työntekijät kävivät asiakkaan luona viikon aikana keskimäärin 9 kertaa. Lähes puolet asiakkaista (46 %, n=679) oli sellaisia, joiden luona käytiin harvemmin kuin kerran päivässä (Taulukko 1). Asiakkaita, joiden luona käytiin 1-2 kertaa päivässä oli 41 prosenttia (n=602) ja 11 prosentilla asiakkaista (n=160) käytiin keskimäärin 3 kertaa päivässä. Asiakkaita, joilla kotihoidon työntekijät kävivät päivittäin 4 kertaa tai enemmän oli 2 prosenttia (n=36). Asiakkaiden saama hoitoaika lisääntyi käyntimäärien kasvaessa. Kotihoidon asiakas oli viikon aikana kontaktissa keskimäärin noin viiden eri työntekijän kanssa, lukumäärän vaihdeltaessa yhden ja 21 työntekijän välillä. Tämän lisäksi asiakkaille kohdentui jonkin verran etäkänneitä ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden käyntejä. Kotihoidossa tietoja asiakkaan osallistumisesta päivätoimintaan ei kerätty.

## RAI-arviointi ja siinä käytettävät välineet

RAI-arviointijärjestelmä on kansainvälisen interRAI tutkijaverkoston kehittämä ja ylläpitämä standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin väline. RAI-väline sisältää kysymyksiä eri osa-alueista, joiden avulla arvioidaan asiakkaan toimintakykyä sekä selvitetään asiakkaan palvelutarpeet yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. RAI-arviointitietoja hyödynnetään suunniteltaessa yksilöllisiä ja tarpeenmukaisia palveluja asiakkaalle. (THL, 2022).

Suomessa RAI-arviointijärjestelmä on ollut vapaaehtoisuuteen perustuen käytössä jo vuodesta 2000 (THL, 2022). Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) uudistuksessa RAI-järjestelmä säädettiin kansalliseksi ikäihmisen toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin välineeksi, jonka myötä se tulee ottaa käyttöön kaikissa ikäihmisten palveluissa viimeistään 1.4.2023.

RAI-järjestelmään kuuluu useita eri välineitä. Tällä hetkellä Suomessa ikäihmisten palveluissa on käytössä neljä eri RAI-välinettä.

Kotona asuvan palvelut:

- RAI-HC (Home Care)
- interRAI-HC

Ympäri vuorokautinen hoiva:

- RAI-LTC (Long Term Care)
- interRAI-LTCF
- RAI-HC (joissakin yksiköissä)

**Taulukko 1. Kotihoidon asiakkaiden keskimääräiset asiakaskäynnit, saatu hoitoaika ja eri työntekijöiden lukumäärä viikossa**

Käyntejä keskimäärin	Kotihoidon asiakkaat % (lkm)	Saatu hoitoaika (ka. min/vrk)	Eri työntekijät (ka. lkm/vko)
Alle 1 päivässä	46 % (n=679)	17,1 min	2,5
1–2 päivässä	41 % (n=602)	43,6 min	6,5
3 päivässä	11 % (n=160)	79,6 min	9,4
4 tai enemmän päivässä	2 % (n=36)	136,5 min	12,0
<b>Yhteensä</b>	<b>100 % (n=1477)</b>	<b>37,6 min</b>	<b>5,1</b>

Lisäksi kotihoidossa tukipalvelujen (esimerkiksi turva-, ateria- ja siivouspalvelu) henkilötöä pyydettiin kirjaamaan käynnit asiakkaan luona työajanseurantaviikon ajan. Tukipalvelujen käynnit saatiin yhteensä 297 kotihoidon asiakkaalta (20 %). Keskimääräiset tukipalvelujen käynnit laskettiin niiden asiakkaiden osalta, joiden luona tukipalvelujen käyntejä oli kirjattu työajanseurantaviikon aikana. Heillä tukipalveluiden käyntejä oli keskimäärin 3,5 viikossa, joista valtaosa oli ateriapalveluja. Kotihoidon tukipalveluiden osalta on kuitenkin todettava, että saadut tiedot eivät todennäköisesti sisällä kaikkia käyntejä, koska tukipalveluiden tuottajia ei pystytty suoraan ohjeistamaan mittauksen toteuttamisesta.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa osa asiakkaista osallistui ryhmätoimintoihin, joita toteuttivat sekä yksikön omat että yksikön ulkopuoliset työntekijät. Yksikön omien työntekijöiden ryhmätoimintoja oli kirjattu 615 asiakkaalle (40 %) ja ryhmätoiminto kesti keskimäärin 29 minuuttia. Asukkaiden yhteisruokailussa avustaminen oli yleisin yksikön omien työntekijöiden toteuttama ryhmätoiminto. Yksikön ulkopuolisten työntekijöiden toteuttamia ryhmätoimintoja oli kirjattu 245 asiakkaalle (16 %) ja yhden ryhmätoiminnon kesto oli keskimäärin noin 53 minuuttia. Yleisimmät yksikön ulkopuolisten työntekijöiden toteuttamat ryhmätoiminnot olivat yhteinen aktiviteetti ja kuntoutus.

## Asiakkaiden toimintakyky ja palvelutarve koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa

Asiaksrakennetta kuvaavat tunnusluvut ovat RAI-arvioinnissa muodostuvia asiakkaan toimintakyvyn osa-alueita ja tarpeita kuvaavia mittareita. Tässä julkaisussa käytettyjä mittareita ovat fyysistä toimintakykyä kuvaavat IADL (vain kotihoidon arvioinneissa) ja ADL-H, kognition tasoa kuvaava CPS-mittari, masennuksen oiremittari (DRS), asiakkaan terveydentilan vakausmittari (CHESS) sekä palvelutarvetta kuvaava MAPLe-mittari, joka yhdistää useita toimintakyvyn mittareita. Näissä mittareissa suurempi arvo kertoo huonommasta toimintakyvystä ja suuremmasta palvelutarpeesta. Mittarit muodostuvat useista yksittäisistä RAI-arvioinnin kysymyksistä, jotka mittaavat samaa osa-aluetta. Esimerkiksi kognitiomittari (CPS) muodostuu päätöksentekokykyä, lähimuistia, ymmärretyksi tulemistä sekä syömistä koskevista arviointikysymysten tuloksista. (THL, 2022).

Aikamittaushankkeeseen osallistuneiden yksiköiden asiakkaiden toimintakykyä ja palvelutarvetta kuvataan RAI-mittareiden ja muiden tunnuslukujen avulla taulukossa 2. Suurimmalle osalle kotihoidon asiakkaista (63 %, n=933) RAI-arviointi oli tehty interRAI-HC-välineellä ja ympärivuorokautisessa hoidossa enemmistö asiakkaista (74 %, n=1132) oli arvioitu RAI-LTC-välineellä. Muutamassa ympärivuorokautisen hoidon yksikössä oli käytössä RAI-HC-väline, joten osa (11 %, n=167) ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista oli arvioitu kotihoidon RAI-HC-välineellä. Välineellisistä päivittäistoiminnoista suoriutumista, kuten kykyä käyttää puhelinta tai käydä kaupassa, kuvaava IADL-mittari muodostuu ainoastaan kotihoidon RAI-välineillä tehdyistä arvioinneista. Ympäri vuorokautisen hoidon osalta kyseinen arvo muodostui siten niistä asiakkaista, jotka olivat arvioitu RAI-HC-välineellä.

Kotihoidossa miesten keskimääräinen ikä oli noin 79 ja naisilla 83 vuotta. Kotihoidossa naiset suoriutuivat keskimäärin hieman miehiä paremmin välineellisistä arjen toiminnoista (IADL) sekä arjen perustoiminnoista (ADL-H). Kognitio (CPS) oli keskimäärin lievästi heikentynyt sekä miehillä (1,56) että naisilla (1,42). Miehillä puolestaan epäiltiin naisia harvemmin masennusta. Noin 59 prosentilla asiakkaista oli terveydentilassa vähintään lievää

## RAI-arvioinnin mittarit

RAI-arvioinnista muodostuu asiakkaan tarpeita ja toimintakyvyn eri osa-alueita kuvaavia mittareita.

- IADL (Instrumental Activities of Daily Living scale, asteikko 0–6) kertoo kyvystä suoriutua asioiden hoitoon liittyvistä välinetoiminnoista (aterioiden valmistaminen, tavalliset kotityöt ja puhelimen käyttö). Luokka 0 kuvaa itsenäistä suoriutumista ja luokka 6 suuria vaikeuksia kaikissa välinetoiminnoissa suoriutumisessa. Saadaan kotihoidon RAI-arvioinneista.
- ADL-H (Activities of Daily Living Hierarchy, asteikko 0–6) kertoo avuntarpeesta arjen neljässä perustoiminnoissa (liikkuminen, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia). Luokka 0 tarkoittaa itsenäistä suoriutumista ja luokka 6 erittäin suurta avuntarvetta.
- CPS (Cognitive Performance Scale, asteikko 0–6) kertoo asiakkaan kognition tasosta. Luokka 0 tarkoittaa normaalia kognitiota ja luokka 6 erittäin vaikeaa kognition häiriötä.
- DRS (Depression Rating Scale, asteikko 0–14) on masennuksen oiremittari. Mittarin tulos 3 pistettä tai enemmän kertoo masennusepäilystä.
- CHES (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs, asteikko 0–5) on terveyden vakausmittari. Luokka 0 tarkoittaa vakaata terveydentilaa ja luokka 5 erittäin epävakaa terveydentilaa.
- MAPLe (Method for Assigning Priority Levels, asteikko 1–5) kertoo asiakkaan palvelutarpeesta. Luokka 1 kuvaa vähäistä ja luokka 5 erittäin suurta palvelutarvetta.

epävakautta (CHES 1 tai yli). Kotihoidon asiakkailla keskimääräinen palvelutarve (MAPLe) oli kohtalaista/suurta sekä miehillä että naisilla.

**Taulukko 2. Keskimääräinen asiakasrakenne aikamittaushankkeen eri palvelutyypeissä toimintakyky- ja palvelutarvemittareilla kuvattuna. (ka.=keskiarvo)**

Sukupuoli	Kotihoito n=1477		Ympäri vuorokautinen hoito n=1538	
	Miehet n=494	Naiset n=983	Miehet n=497	Naiset n=1041
Ikä (ka.)	78,9	82,7	80,6	84,7
Kertyneet hoitopäivät (mediaani)	765	834	634	833
Arki suoriutuminen, välineelliset toiminnot (IADL 0–6, ka.)	2,82	2,58	5,86*	5,63**
Arki suoriutuminen, perustoiminnot (ADL-H 0–6, ka.)	0,82	0,71	3,75	3,78
Kognitio (CPS 0–6, ka.)	1,56	1,42	3,28	3,30
Masennusepäily (DRS ≥ 3), %	8,3	13,7	19,5	32,0
Terveydentilan vakaus (CHES 0–5, ka.)	0,99	1,03	1,25	1,46
Palvelutarve (MAPLe 1–5, ka.)	3,42	3,37	4,39	4,28

\*n=36, \*\*n=131 (mittari ei sisälly useimpien yksiköiden käyttämään RAI-välineeseen ympärivuorokautisessa hoidossa).

Ympäri vuorokautisessa hoidossa miesten keskimääräinen ikä oli noin 81 ja naisilla 85 vuotta. Keskimääräinen avuntarve arjen perustoiminnoissa (ADL-H) oli keskiarvoa suurempaa sekä miehillä että naisilla. Myös kognitio oli heikentynyt keskiarvoa suuresti/vaikeasti niin miehillä kuin naisilla. Miehistä masennusepäily (DRS≥3) oli noin viidenneksellä, kun taas naisista se oli joka kolmannella. Ympäri vuorokautisessa hoidossa terveydentilan vakaus (CHES) oli naisilla keskimäärin hieman alhaisempi kuin miehillä. Keskimääräinen palvelutarve (MAPLe) oli suurta/erittäin suurta niin miehillä kuin naisilla ympärivuorokautisessa hoidossa.

## Asiakkaiden saama hoitoaika ja omaisilta saatu aika

Kotihoidon asiakkaat (n=1477) saivat hoitoaika keskimäärin noin 38 minuuttia päivässä. Vastaavasti ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat (n=1538) saivat hoitoaika keskimäärin noin 117 minuuttia päivässä. Suurin osa hoitoajasta oli lähihoitajien aikaa niin koti- kuin ympärivuorokautisessa hoidossa (Taulukko 3). Hoitoajasta kotihoidossa 33 minuuttia (87%) ja ympärivuorokautisessa hoidossa 90 minuuttia (77%) oli sellaista, jossa asiakas oli läsnä. Asiakkaiden saamasta hoitoajasta noin 4 minuuttia oli yksikön ulkopuolisilta työntekijöiltä kotihoidossa ja noin 2 minuuttia ympärivuorokautisessa hoidossa. Asiakkaiden saamassa ajassa oli yksiköiden välistä vaihtelua. Yksiköiden keskimääräinen hoitoaika vaihteli kotihoidossa 23–63 minuutin välillä ja ympärivuorokautisessa hoidossa 53–172 minuutin välillä. Osittain vaihtelua voi selittää erot yksiköiden asiakasrakteissa. Yksikön asiakkailla kohdentui keskimäärin enemmän hoitoaika, mikäli keskimääräinen palvelutarve oli asiakkailla suurempi.

## Palvelurakenteen muutokset

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon palvelurakenne on muuttunut viimeisten vuosikymmenten aikana. Vielä 2000-luvun alussa ympärivuorokautisen hoidon yksiköt olivat pääosin vanhainkoteja (vk) sekä terveyskeskusten pitkäaikaisosastoja (tk). Palvelurakenteen muutoksen myötä em. palvelumuodot ovat vähentyneet ja niiden tilalle on muodostunut tehostettu palveluasuminen (tehpa), joka on tällä hetkellä yleisin palvelumuoto ympärivuorokautisessa hoidossa.

## Pitkäaikaishoidon asiakasrakenteen muutokset

Pitkäaikaishoidon asiakasrakenteen muutosta voidaan tarkastella keskeisimpien RAI-mittareiden (CPS ja ADL-H) avulla.

### Ympäriavuorokautinen hoito:

Vuonna 2004\*:

- **CPS:** 3,36 (vk) / 4,12 (tk)
- **ADL-H:** 3,61 (vk) / 4,74 (tk)

Vuonna 2022:

Koko Suomen aineisto\*\*/ Aikamittaus

- **CPS:** 3,3 (tehpa) / 3,3
- **ADL-H:** 3,5 (tehpa) / 3,8

### Kotihoito:

Vuonna 2004: \*\*\*

- **CPS:** 1,2
- **ADL-H:** 0,5

Vuonna 2021, Aikamittaus:

- **CPS:** 1,47
- **ADL-H:** 0,75

\* Noro, 2005

\*\* RAI-LTC EasyRAlder -tietokanta

\*\*\* Laine ym., 2006

## Taulukko 3. Asiakkaiden saama keskimääräinen hoitoaika sekä omaisilta saatu aika koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa

	Kotihoito n=1477	Ympäriavuorokautinen hoito n=1538
<b>Asiakkaiden saama hoitoaika, yhteensä (min/vrk)</b>	<b>37,6 min</b>	<b>116,6 min</b>
Lähihoitajat	28,0 min	81,5 min
Sairaanhoidajat	4,3 min	16,6 min
Muut ammattiryhmät*	1,4 min	16,2 min
Yksikön ulkopuoliset työntekijät**	3,9 min	2,3 min
<b>Omaisilta saatu aika (min/vrk), mikäli asiakkaalla oli omainen</b>	<b>82,9 min n=349</b>	<b>32,1 min n=393</b>
Omainen, ei asu asiakkaan kanssa	61,1 min, n=295	
Omainen, asuu asiakkaan kanssa	201,7 min, n=54	

\* Fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, geronomi, sosionomi, ohjaaja, hoito- ja hoiva-apulainen, hoiva-avustaja, kotiaavustaja, esihenkilö

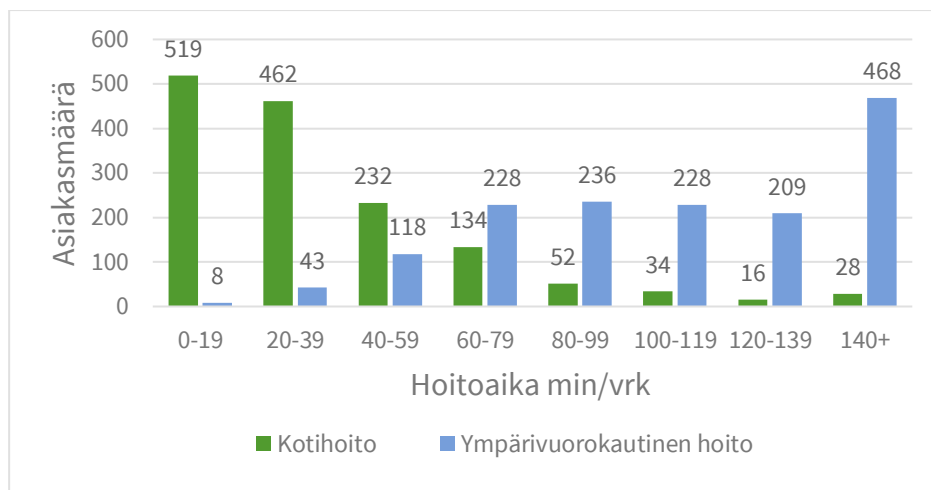
\*\* Lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, jalkojen hoitaja, muu yksikön ulkopuolinen työntekijä. Kotihoidon tiedot haettu Avohilmosta, sisälsivät myös etäkäynnit.

Kotihoidossa yhteensä 349 asiakkaan ja ympärivuorokautisessa hoidossa 393 asiakkaan omainen/omaiset kirjasiivat vapaaehtoisesti asiakkaan kanssa viettämäänsä ajan työajan-seuraviikon aikana. Omaisista pieni osa oli sopimusomaishoitajia ja kotihoidon asiakkaan kanssa asui 54 omaista. Omaiset viettivät päivittäin enemmän aikaa kotihoidon asiakkaan kanssa verrattuna ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin (83 minuuttia vs. 32 minuuttia). Kotihoidossa ne asiakkaat, jotka asuivat omaisten kanssa, saivat enemmän omaisten aikaa kuin asiakkaat, jotka eivät asuneet omaisten kanssa (202 minuuttia vs. 61 minuuttia). Keskimääräinen omaisten aika laskettiin niiden asiakkaiden kesken, joille omaisten käyntejä oli kirjattu seurantaviikon aikana. Omaisten päivittäinen kirjattu aika rajattiin analyseissä 16 tuntiin.

Tulosten mukaan asiakkaat, joille oli kirjattu omaisten aikaa, saivat enemmän hoitoaikaa työntekijöiltä. Kotihoidossa asiakkaat, joille ei ollut kirjattu omaisten aikaa saivat työntekijöiden hoitoaikaa keskimäärin 34 minuuttia päivässä. Sen sijaan asiakkaat, joille oli kirjattu omaisten aikaa, saivat hoitoaikaa työntekijöiltä keskimäärin 48 minuuttia päivässä. Myös ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaille, joille oli kirjattu omaisten aikaa, kohdentui enemmän päivittäistä hoitoaikaa verrattuna asiakkaisiin, joilla ei ollut omaisten aikaa (123 vs. 114 minuuttia).

Asiakkaiden saamassa hoitoajoissa oli suurta hajontaa (Kuvio 2). Kotihoidossa reilusti yli puolet asiakkaista (66 %) sai päivittäistä hoitoaikaa alle 40 minuuttia. Pieni osuus (9 %) kotihoidon asiakkaista sai asiakasaikaa kuitenkin huomattavasti enemmän, vähintään 80 minuuttia. Ympäriavuorokautisessa hoidossa vain noin kymmenes asiakkaista sai asiakasaikaa vähemmän kuin tunnin. Suurin osa asiakkaista (59 %) sai asiakasaikaa 60–139 minuuttia, kun taas huomattavalle osalle (30 %) ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista kohdistui aikaa 140 minuuttia tai enemmän.





**Kuvio 2. Asiakasmäärät jaoteltuna saadun päivittäisen hoitoajan mukaan.**

Kotihoidossa pieni osa asiakkaista sai moninkertaisen määrän hoitoaikaa verrattuna keskimääräiseen kotihoidon asiakkaaseen. Tämän vuoksi kotihoidon asiakkaan saadun asiakasajan keskiarvo (38 min) ei kuvaa tarkasti tyypillistä kotihoidon asiakasta. Mediaani, eli keskimäisen havainnon arvo, asiakasajalle on 10 minuuttia alhaisempi (28 minuuttia), mikä kuvaa paremmin keskimääräisen kotihoidon asiakkaan saamaa asiakasajaa. Ympäri vuorokautisessa hoidossa vaihtelu keskimääräisen hoitoajan ympärillä on suhteellisesti pienempää, jolloin mediaani (112 min) oli lähempänä keskimääräistä hoitoaikaa (117 min).

### **Kognition ja fyysisen toimintakyvyn yhteys asiakkaan saamaan hoitoaikaan**

Asiakkaan kognitiota eli muistia ja muita tiedonkäsittelyyn liittyviä toimintoja kuvaa CPS-mittari ja fyysistä toimintakykyä IADL- ja ADL-H-mittarit. IADL-mittari kertoo kyvystä suoriutua asioiden hoitoon liittyvistä välinetoiminnoista (aterioiden valmistaminen, tavalliset kotityöt ja puhelimen käyttö). Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen vaikuttaa alkuvaiheessa välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen, joten IADL-mittaria käytetään usein kuvaamaan kotihoidon asiakkaiden fyysistä toimintakykyä. ADL-H-mittari puolestaan kertoo, kuinka paljon apua asiakas tarvitsee suoriutuakseen viimeiseksi menettävistä arjen perustoiminnoissa, joita ovat liikkuminen kotona, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. ADL-H-mittarin avulla kuvataan usein ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden fyysistä toimintakykyä.

Lähes kaikilla (83 %) kotihoidon asiakkailla oli jonkinlaisia vaikeuksia suoriutua vähintään yhdestä päivittäisestä välinetoiminnoista (IADL 1-6). Suuria vaikeuksia vähintään yhdessä toiminnoissa (IADL 4-6) oli 40 prosentilla kotihoidon asiakkaista. Neljänneksellä kotihoidon asiakkaista kognitio oli normaali ja lievästi/keskivaikeasti se oli heikentynyt 70 prosentilla. Kotihoidossa ainoastaan noin 5 prosentilla kognitio oli vaikeasti tai erittäin vaikeasti heikentynyt. Kotihoidon asiakkailla sekä kognitio (CPS) että fyysinen toimintakyky (IADL) olivat yhteydessä asiakaskohtaiseen hoitoaikaan (taulukko 4). Asiakkaiden saama hoitoaika lisääntyi asiakkaan kognition ja fyysisen toimintakyvyn heikentyessä. Asiakaskohtainen hoitoaika oli suurinta silloin kun sekä kognitio että fyysinen toimintakyky olivat merkittävästi heikentyneet (58 minuuttia). Kognitio on yhteydessä kykyyn suoriutua päivittäisistä välinetoiminnoista, joten henkilö, jolla kognitio on vaikeasti tai erittäin vaikeasti heikentynyt, tarvitsee paljon apua esimerkiksi aterioiden valmistamisessa, tavallisissa kotitöissä ja puhelimen käytössä. Tämän takia IADL-luokissa 0-3 ei juuri ollut henkilöitä, joilla kognitio oli vaikeasti tai erittäin vaikeasti heikentynyt.

**Taulukko 4. Kotihoidon asiakkaan saama hoitoaika suhteessa asiakkaan fyysiseen toimintakykyyn (IADL, kyky suoriutua välinetoiminnoista) ja kognitioon (CPS), (95 % luottamusvälit)**

Kotihoito min/vrk	IADL 0	IADL 1–3	IADL 4–6	Yhteensä
<b>CPS 0</b>	<b>21,4</b> (18,2–24,7) n=105	<b>26,4</b> (23,6–29,2) n=182	<b>51,3</b> (39,8–62,8) n=91	<b>31,1</b> (27,7–34,4) n=380
<b>CPS 1–3</b>	<b>22,5</b> (19,9–25,1) n=134	<b>34,3</b> (31,9–36,7) n=454	<b>48,5</b> (44,7–52,3) n=433	<b>38,7</b> (36,7–40,7) n=1027
<b>CPS 4–6</b>	n=1*	n=4*	<b>58,2</b> (43,6–72,9) n=65	<b>56,3</b> (42,6–70,0) n=70
<b>Yhteensä**</b>	<b>22,0</b> (19,9–24,0) n=240	<b>32,0</b> (30,2–33,9) n=640	<b>50,0</b> (46,3–53,7) n=589	<b>37,6</b> (35,8–39,4) n=1477

\*n<10, jonka takia tuloksia ei raportoida.

\*\*Kahdeksalta asiakkaalta puuttui IADL-mittarin tiedot.

Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaista lähes kaikilla (96 %) oli jonkinasteinen kognition alenema sekä avuntarvetta arjen perustoiminnoissa (97 %) (taulukko 5). Vaikeasti tai erittäin vaikeasti kognitio oli heikentynyt 36 prosentilla asiakkaista. Yli puolet (54 %) asiakkaista tarvitsivat paljon tai erittäin paljon apua arjen perustoiminnoissa. Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakkaiden saama hoitoaika oli yhteydessä asiakkaan avuntarpeeseen. Mitä enemmän asiakas tarvitsi apua arjen perustoiminnoissa, sitä enemmän hän sai hoitoaikaa. Kognition tasolla ei yksistään ollut kovin suurta vaikutusta asiakkaalle kohdennettuun hoitoaikaan ympäri vuorokautisessa hoidossa, mutta eniten hoitoaikaa (132 minuuttia) saivat kuitenkin asiakkaat, joiden kognitio oli vaikeasti heikentynyt ja jotka tarvitsivat paljon apua arjen perustoiminnoissa.

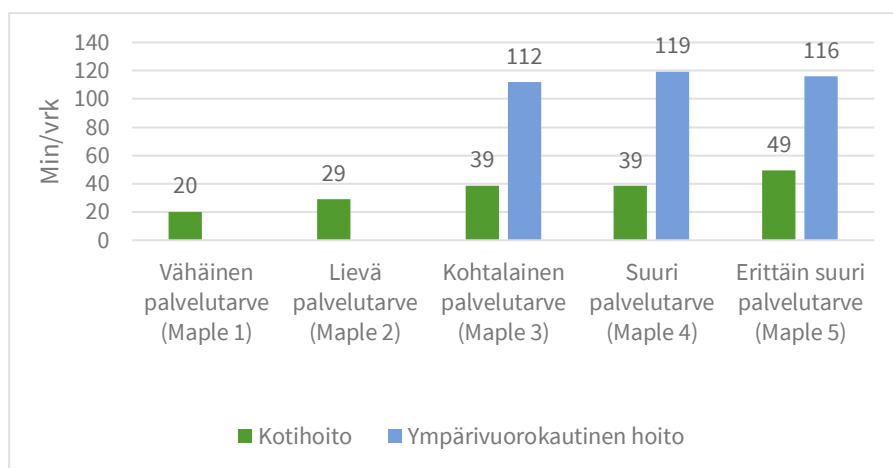
**Taulukko 5. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaan saama hoitoaika suhteessa asiakkaan fyysiseen toimintakykyyn (ADL-H, kyky suoriutua arjen perustoiminnoista) ja kognitioon (CPS), (95 % luottamusvälit)**

Ympäri vuorokautinen hoito min/vrk	ADL-H 0	ADL-H 1–3	ADL-H 4–6	Yhteensä
<b>CPS 0</b>	n = 7*	<b>116,8</b> (92,9–140,7) n=26	<b>118,3</b> (94,9–141,7) n=25	<b>110,9</b> (95,9–125,9) n=58
<b>CPS 1–3</b>	<b>64,1</b> (54,8–73,3) n = 31	<b>103,2</b> (99,0–107,3) n=536	<b>125,6</b> (120,3–130,9) n=352	<b>110,4</b> (107,1–113,7) n=919
<b>CPS 4–6</b>	n = 0*	<b>108,4</b> (99,3–117,4) n=108	<b>132,0</b> (127,5–136,4) n=453	<b>127,4</b> (123,4–131,5) n=561
<b>Yhteensä</b>	<b>63,8</b> (55,9–71,6) n=38	<b>104,5</b> (100,8–108,2) n=670	<b>128,9</b> (125,5–132,2) n=830	<b>116,6</b> (114,1–119,2) n=1538

\*n<10, jonka takia tuloksia ei raportoida.

### Palvelutarpeen yhteys asiakkaalle kohdennettuun aikaan

Asiakkaan palvelutarvetta kuvaa viisiluokkainen MAPLe-mittari. Mittari on kehitetty kotihoidon asiakkaiden palvelutarpeen arvioimiseen ja se huomioi erityisesti asiakkaan suoriutumisen välineellisistä toiminnoista. Näin ollen ympärivuorokautisen hoidon RAI-arvioinneissa mittari voi saada vain arvoja 3, 4 tai 5. Kotihoidon asiakkaista vähäistä palvelutarvetta (MAPLe 1) oli 11 prosentilla ja lievää palvelutarvetta (MAPLe 2) 7 prosentilla asiakkaista (Kuvio 3). Kotihoidossa kohtalaista avuntarvetta oli 31 prosentilla ja ympärivuorokautisessa hoidossa 16 prosentilla asiakkaista. Puolestaan suuri avuntarve (MAPLe 4) oli kotihoidossa 36 ja ympärivuorokautisessa hoidossa 36 prosentilla asiakkaista. Kotihoidon asiakkaista erittäin suuri avuntarve (MAPLe 5) oli 16 prosentilla ja vastaavasti ympärivuorokautisessa hoidossa 48 prosentilla.

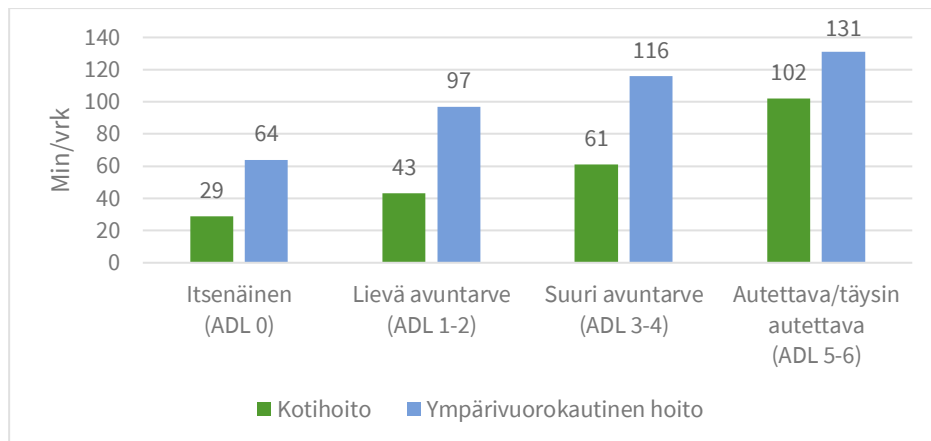


**Kuvio 3. Asiakkaiden saama keskimääräinen päivittäinen hoitoaika (minuutteina) eri palvelutarveluokissa (MAPLe) koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa.**

Kotihoidossa asiakkaiden saama hoitoaika lisääntyi asiakkaan palvelutarpeen kasvaessa. Asiakkaat, joilla oli vähäinen palvelutarve (MAPLe 1) saivat päivittäistä hoitoaika noin 20 minuuttia, kun taas asiakkaat, joilla oli erittäin suuri palvelutarve (MAPLe 5), saivat hoitoaika noin 2,5 kertaa enemmän (49 minuuttia). Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakkaat saivat keskimäärin päivittäistä hoitoaika suurin piirtein yhtä paljon kaikissa palvelutarveluokissa (112–119 minuuttia).

Vertailu kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kesken (Kuvio 4) osoittaa, että avuntarpeiltaan samassa ADL-H-luokassa olevat asiakkaat saivat ympärivuorokautisessa hoidossa selvästi enemmän hoitoaika. Itsenäisesti (ADL-H 0) perustoiminnoista suorituvia asiakkaita ei juurikaan ollut ympärivuorokautisessa hoidossa, kun taas autettavia/täysin autettavia (ADL-H 5–6) oli kotihoidon asiakkaista vain muutama. Asiakkaat, joilla oli lievää avuntarvetta (ADL-H 1-2, n=419) saivat kotihoidossa päivittäistä hoitoaika noin 43 minuuttia, kun taas vastaavat asiakkaat ympärivuorokautisessa hoidossa (n=355) saivat hoitoaika keskimäärin 97 minuuttia päivässä. Kotihoidossa asiakkaat, joilla oli suuri avuntarve perustoiminnoissa (n=126) saivat hoitoaika 61 minuuttia päivässä ja vastaavasti 116 minuuttia ympärivuorokautisessa hoidossa (n=517).





**Kuvio 4. Asiakkaan saama keskimääräinen hoitoaika arki suoriutumisen (ADL-H) mukaan koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa.**

Vertailu kuntoisuudeltaan ja avuntarpeiltaan samankaltaisten asiakkaiden saamasta hoitoajasta koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa on haastavaa, eikä yksittäinen mittari selitä täysin hoitoaikojen eroja. Asiakkaiden saamaan hoitoaikaan vaikuttavat monet muutkin tekijät, kuten kognitio ja yleinen terveydentila. Kuntoisuudeltaan ja palvelutarpeiltaan samanlaisten asiakkaiden saamissa hoitoajoissa saattaa tulosten mukaan silti olla eroja palvelutyyppien välillä.

## Pohdinta

Tämä tutkimus tuo uutta tietoa siitä, kuinka paljon hoitoaika ikäihmisten pitkäaikaishoidon asiakkaille kohdentuu suhteessa heidän palvelutarpeisiinsa. Lähihoitajat ovat suurin ammattiryhmä ikäihmisten palveluissa (Kehusmaa & Alastalo, 2021) ja heidän työajastaan suurin osa on asiakastyötä, joten asiakkaille kohdentuva hoitoaika oli siten pääosin lähihoitajilta. Tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden asiakasrakenteen vastasi suurelta osin valtakunnallista ikäihmisten hoivan asiakasrakennetta RAI-mittareiden keskiarvoilla tarkasteltuna (THL, 2021). Sekä kansallisen RAI-vertailutiedon että tämän tutkimuksen mukaan ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat tarvitsivat keskimäärin enemmän apua arjen perustoiminnoissa, heillä oli heikentyneempi kognitio ja enemmän masennusepäilyä sekä suurempi palvelutarve verrattuna kotihoidon asiakkaisiin.

Kotihoidon asiakkaiden saama päivittäinen hoitoaika vaihteli suuresti. Huomattava osuus asiakkaista sai päivittäistä hoitoaika vähemmän kuin keskimääräinen kotihoidon asiakas, kun taas pienelle osalle asiakkaista hoitoaika kohdentui moninkertainen määrä. Hoitoajan lisääntyessä myös käyntimäärät asiakkaan luona kasvoivat. Keskimäärin kotihoidon asiakkaan luona kävi viisi eri työntekijää yhteensä 9 kertaa viikossa. Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta huolestuttavana voi pitää sitä, että 3 tai 4 kertaa päivässä palvelua saaneiden asiakkaiden luona kävi keskimäärin yli 10 eri työntekijää ja suurimmillaan 20. Kotihoidon työntekijöiden lisäksi osalla asiakkaista kävi tukipalvelujen henkilöstöä ja yksikön ulkopuolisia työntekijöitä. Turvallisen kotiympäristön ja luotettavan hoitosuhteen luominen voi olla haasteellista, mikäli asiakkaan luona käy suuri määrä eri ihmisiä. Hoidon pirstaloituminen liian monelle eri työntekijälle voi vaikuttaa myös hoidon laatuun. Osa kotihoidon asiakkaista sai virallisen hoitoajan lisäksi myös läheisapua. On tärkeä pitää mielessä, että kotona asuvan asiakkaan palvelukokonaisuudesta kotihoito voi suunnitellusti muodostaa vain osan. Lisäksi läheisten apu voi mahdollistaa kotona asumisen osalle kotihoidon asiakkaista myös silloin, kun virallinen apu yksistään ei enää riitä turvaamaan kotona asumista.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakkaiden saamassa hoitoajassa oli suhteellisesti pienempää vaihtelua. Tämä voi johtua asiakasrakenteen ja etenkin toimintaympäristön erityispiirteistä. Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakkaat ovat kuntoisuudeltaan ja palvelutarpeeltaan keskimäärin keskenään enemmän samankaltaisia kuin kotihoidossa. Myös toimintaympäristö, jossa asiakkaat ja hoitajat ovat samassa tilassa, pienentää hoitoaikojen vaihtelua. Tämän lisäksi hoitokäytänteissä korostuu hoitoajan kohtalaisen tasapuolinen jakautuminen kaikkien asiakkaiden kesken. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden

saaman hoitoajan hyvin pienet vaihtelut eri palvelutarveluokissa (MAPLe) voivat selittyä myös sillä, että kotihoitoon suunniteltu palvelutarveluokitus ei erittele tarpeeksi hyvin ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden palvelutarpeita.

Erot asiakasrakenteessa selittävät osittain kotihoidon asiakkaiden saamaa vähäisempää keskimääräistä hoitoaika. Erityisesti fyysisen toimintakyvyn heikentyminen lisäsi asiakkaiden saamaa hoitoaika, ja ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaat tarvitsivat apua kotihoidon asiakkaita enemmän juuri arjen perustoiminnoista suoriutumisessa. Asiakkaiden toimintakykyä kuvaavissa mittareissa oli kuitenkin hajontaa sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa. Osa kotihoidon asiakkaista oli huonompikuntoisia kuin keskimääräinen ympärivuorokautisen hoidon asiakas ja puolestaan ympärivuorokautisessa hoidossa oli muutamia asiakkaita, joiden kuntoisuus oli keskimääräistä kotihoidon asiakasta parempi. Tarkoituksenmukaisen hoidon kannalta on tärkeää varmistaa, että asiakas on niiden palveluiden asiakas, joissa hänen hoidon tarpeisiinsa voidaan parhaiten vastata.

Tutkimus ei vastaa siihen onko saatu hoitoaika riittävä suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen. Erityisesti kotihoidossa huomiota herättää se, jos toimintakyvyltään ja palvelutarpeeltaan samankaltaiset asiakkaat saavat huomattavasti vähemmän hoitoaika verrattuna ympärivuorokautiseen hoitoon. Tämä on huolestuttavaa etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, joilla ei ole omaisia tai joiden omaisilla ei ole mahdollisuutta osallistua hoitoon. Tulosten arvioinnissa on syytä muistaa, että tässä tutkimuksessa asiakkaan toimintakykyä tarkasteltiin vain muutaman mittarin avulla, mikä ei vastaa yksilöllistä ja kokonaisvaltaista asiakkaan palvelutarpeen arviointia. Lisäksi on mahdollista, että työajanseuranta ei täysin kattanut koko palvelukokonaisuutta kaikkien asiakkaiden osalta.

Tutkimustulokset osoittavat sen, että asiakkaiden saama hoitoaika on lisääntynyt hieman ympärivuorokautisessa hoidossa. Aiemman Aikamittaustutkimuksen mukaan vuonna 2002 asiakkaille kohdentunut aika oli 111 minuuttia päivässä (Laine, 2005), kun se nyt oli 117 minuuttia päivässä. Kotihoidon osalta vastaavia lukuja ei ole saatavilla, koska vastaavanlaista työajanseurantaa ei ole aiemmin tehty kotihoitoon. Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden keskimääräinen avuntarve perustoiminnoissa tai kognition taso ei ole heikentynyt merkittävästi kahdessakymmenessä vuodessa siten, että ne selittäisivät hoitoajan lisääntymistä. Hoitoajan lisääntymistä voi selittää palvelurakenteen muutos. Vielä 2000-luvun alussa ympärivuorokautinen hoito toteutettiin pääosin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla. Tänä päivänä tehostettu palveluasuminen on pääasiallinen ympärivuorokautisen hoidon palvelumuoto ja siten asiakkaiden kuntoisuus vastaa 2000-luvun alun vanhainkotien asiakkaiden kuntoisuutta.

Asiakkaiden työntekijöiltä saama hoitoaika oli sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa jonkin verran suurempi, jos asiakkaalle oli kirjattu myös omaisten aikaa. Asiakasajan ero säilyi, vaikka tarkastelussa otettiin huomioon fyysinen toimintakyky ja palvelutarve. Pohdittaessa syitä ilmiölle, tulee muistaa, että asiakkaiden saamaan hoitoaikaan kirjattiin myös työntekijöiden omaiskontakteihin kuluva aika. Näin ollen osa hoitoajasta on voinut kohdentua omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön, jolloin varsinaisessa asiakkaan saamassa hoitoajassa ei ole eroa. Tämän lisäksi kotihoidossa asiakkaalla saattaa olla omainen, esim. puoliso, joka on palvelun tarpeessa, mutta ei ole kotihoidon asiakas. Tällöin hoitaja saattaa kotikäynnin yhteydessä samalla auttaa myös asiakkaan omaista, joka vie enemmän aikaa.

On mahdollista, että omaisaikaa saaneet asiakkaat olivat useammin elämän loppuvaiheen hoidon tai saattohoidon piirissä, jolloin heidän palvelutarpeensa on myös oleellisesti suurempi. Suurempi hoitoaika voi selittyä myös aktiivisilla omaisilla. Yhdenvertaisuuden kannalta on ongelmallista, jos asiakkaiden saaman palvelun määrä riippuu siitä, onko heillä aktiivisia omaisia vai ei. Oletettavasti hoito kuitenkin suunnitellaan lähtökohtaisesti asiakkaan palvelutarpeen mukaan, mutta aktiivisen omaisen läsnäolo saattaa silti kasvattaa asiakasaikaa. Yhteistyö omaisten kanssa on silti tärkeää, minkä takia olisi hyvä pohtia, miten se voidaan huomioida resurssoinnissa. Omaisten roolista asiakkaiden saamaan hoitoaikaan ja palvelukokonaisuuteen tarvitaan lisää tietoa.

Tutkimuksen selvä vahvuus on sen kattava tiedonkeruu ja aineisto. Yksiköiden työntekijät kirjasiivat aikaansa toiminnoittain ja asiakkaittain minuuttikohtaisesti, jolloin asiakkaille kohdentuneesta asiakasajasta saatiin erityisen tarkka kuva. Vastaavaa tiedonkeruuta ei olla

tällä laajuudella Suomessa aikaisemmin suoritettu. Aikamittaukseen osallistui yhteensä 61 yksikköä. Tutkimukseen pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja kirjo palveluntuottajia ympäri Suomea. Vallitsevan pandemiatilanteen ja muiden olosuhdetekijöiden takia osa alustavasti ilmoittautuneista yksiköistä ei kuitenkaan päätenyt osallistumaan tutkimukseen. On siis mahdollista, että tiedonkeruuseen osallistuneet yksiköt olivat keskimääräisesti paremmassa tilanteessa esimerkiksi henkilöstön, asiakkaiden kuntoisuuden, tai pandemian vaikutusten osalta, mikä saattaa vaikuttaa tuloksiin. Työntekijöiden työajanseuranta sisälsi myös kirjaamatonta työaika, erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa, jota voidaan pitää tutkimuksen heikkoutena. Kirjaamaton aika kohdentui todennäköisesti suurelta osin työyhteisötyöhön ja taukoihin, mutta se on voinut sisältää myös asiakkaiden hoitoaika. Tutkimuksen tiedonkeruun ja työntekijöiden kirjaamisen mahdollisista puutteista kerrotaan tarkemmin aikaisemmassa työntekijöiden aikaa käsittelevässä julkaisussa (Pesonen ym. 2022).

Seuraavaksi Aikamittaushankkeessa saatujen tutkimustulosten avulla tullaan päivittämään RAI-järjestelmän RUG (Resource Utilization Groups) -luokituksen kustannuspainot. RUG-luokituksessa asiakkaat jaetaan hoidontarpeen mukaan luokkiin ja kustannuspainot kertovat siitä, kuinka paljon hoitohenkilöstöresursseja tiettyyn hoidontarveluokkaan kuuluva asiakas käyttää.

## Johtopäätökset

Tutkimus antaa uutta tietoa ikääntyneiden pitkäaikaishoidon asiakkaiden saamasta hoitoajasta yli palvelurakenteen sekä toimintakyvyn ja palvelutarpeen vaikutuksesta päivittäiseen hoitoaikaan. Asiakkaiden saamaan hoitoaikaan vaikutti erityisesti asiakkaan fyysinen toimintakyky ja kotihoidossa myös palvelutarve. Toimintakyvyltään samankaltaiset asiakkaat saivat päivittäistä hoitoaika vähemmän kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Tämä herättää kysymyksiä erityisesti asiakkaiden yhdenvertaisesta hoidosta ja henkilöstön työhyvinvoinnista sekä siitä, vastaako palvelujärjestelmä tämän hetken tarpeita. Lisää tietoa kuitenkin tarvitaan siitä, mitkä muut tekijät kuin asiakkaan kuntoisuus ovat yhteydessä asiakkaan saamaan hoitoaikaan. Lisäksi osa asiakkaista sai tulosten mukaan hoitoa huomattavan monelta eri työntekijältä. Sekä asiakkaan että työntekijän näkökulmasta saattaisi olla parempi, että hoito keskittyisi pääosin samalle hoitotiimille.

Asiakkaan saama hoito perustuu toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Tämä prosessi yhdenmukaistuu, kun RAI-arviointivälineistö otetaan kansallisesti käyttöön 1.4.2023. Välineistö mahdollistaa paremman hoidon kohdentamisen asiakkaan palvelutarpeen mukaan, mikä voi edistää työajan käytön tehokkuutta ja hoitoresurssien tarkoituksenmukaista jakautumista. Onkin erityisen tärkeää, että loputkin palveluntuottajat ottavat RAI:n aktiiviseksi osaksi hoitokäytäntöjä ja asiakkaan palvelutarpeen kartoitusta.

---

## Lähteet

Laine, J. (2005). Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. *Stakes, Tutkimuksia 151*. Helsinki 2005.

Laine, J., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. (2006). Kotihoidon organisointi, henkilöstö ja tuottavuus. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. *Stakes, Helsinki 2006*.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Noro, A. (2005). Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. *Stakes, Helsinki 2005*.

Pesonen, T., Väisänen, V., Ruotsalainen, S., Corneliusson, L., Sinervo, T., & Noro, A. (2022). Hoitohenkilöstön työajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa: Tuloksia Aikamittaushankkeesta. Tutkimuksesta tiiviisti Nro 29/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144461>

THL. (2021). EasyRAlder tietokannat. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>

THL. (2022). Tietoa RAI-järjestelmästä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

---

#### **Tämän julkaisun viite:**

Pesonen, T., Väisänen, V., Corneliusson, L., Ruotsalainen, L., Sinervo, T. & Noro, A. (2022). Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta. Tutkimuksesta tiiviisti 37/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.



#### **Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

ISBN 978-952-343-919-1 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-919-1>