

Hoitoajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa ja päivitetty RUG-luokitus

– Aikamittaushankkeen loppuraportti

Visa Väisänen
Tiina Pesonen
Laura Corneliusson
Salla Ruotsalainen
Timo Sinervo
Anja Noro



Raportti 12/2022

Visa Väisänen, Tiina Pesonen, Laura Corneliusson, Salla Ruotsalainen,
Timo Sinervo & Anja Noro

Hoitoajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa ja päivitetty RUG-luokitus

Aikamittaus-hankkeen loppuraportti



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Rodeo

ISBN 978-952-343-970-2 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-970-2>

PunaMusta Oy
Vantaa, 2022

Lukijalle

Ikäihmisten palveluiden laatu, henkilöstömäärä ja henkilöstön hyvinvointi nousevat keskusteluun säännöllisesti, vaikka alaa on kehitetty pitkään. Ikäihmisten palveluiden sisällöstä on kuitenkin liian vähän tietoa ja keskustelua käydään usein vahvistamattomilla väitteillä.

Tämä raportti on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttaman Aikamittaus-hankkeen loppuraportti. Hanke liittyy tiiviisti ikäihmisten palveluiden kehittämiseen. Taustana ovat ikäihmisten palvelujärjestelmässä tapahtuneet muutokset ja palveluita koskevat lakiuudistukset, kuten henkilöstömitoituksen määrittäminen lailla tai RAI-välineistön säätäminen kansalliseksi toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin välineeksi ikäihmisten palveluihin.

Raportti tarjoaa tietoa siitä, kuinka paljon erikuntoiset asiakkaat saavat työntekijöiden aikaa kotihoivossa ja ympärivuorokautisissa palveluissa sekä siitä, miten työntekijöiden työaika jakautuu päivän aikana, niin työhön asiakkaiden kanssa kuin matkoihin tai työyksikön muuhun työhön.

RAI:n muuttuminen kansalliseksi arviointivälineeksi on tuottanut tarpeen päivittää siinä olevan asiakasrakenneluokituksen (RUG) kustannuspainot, jotka kuvaavat asiakkaan hoidon tarpeen määrää. Kotihoivossa kustannuspainoja ei ole laskettu aiemmin aikamittaukseen perustuen, vaan ne ovat olleet laskennallisia.

Raportti sisältää kuvauksen hankkeen taustasta ja tiedonkeruusta, sekä tuloksia työntekijöiden työnajan jakautumisesta ja asiakkaiden saadusta asiakasajasta ja sen sisällöstä. Tämän lisäksi esittelemme päivitettyä RUG-luokituksen kustannuspainot.

Raportti on suunnattu ensisijaisesti sosiaali- ja terveysalan ja tulevien hyvinvointialueiden ikäihmisten palveluiden asiantuntijoille, kehittäjille, päättäjille ja johtajille. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää työn organisoinnissa, suunnittelussa ja resurssien tarkoituksenmukaisessa kohdentamisessa. Tämän lisäksi raportin tulokset koskettavat RAI-verkoston jäsenien ja asiantuntijoiden työtä sekä ikäihmisten palveluita tutkijoita ja kehittäjiä.

Haluamme erityisesti kiittää tutkimukseen osallistuneita yksiköitä ja työntekijöitä heidän panoksestaan tiedonkeruussa. Mukana olleet yksiköt ja niiden esihenkilöt sekä työntekijät sitoutuivat hankkeeseen ja mahdollistivat sen toteutumisen, vaikka koronapandemia ja vallitseva resurssitilanne toivat omat haasteensa. Työajanseurannan avulla saimme arvokasta tietoa nykyisestä hoitotyöstä ikäihmisten palveluissa. Lähetämme kiitokset myös raporttia kommentoineille ja siinä auttaneille kollegoille. Lopuksi haluamme kiittää RAI-asiantuntijoita, jotka ovat omalla asiantuntijuudellaan herättäneet keskustelua ja auttaneet hankkeen monissa eri vaiheissa.

Helsingissä joulukuussa 2022,
Kirjoittajat

Tiivistelmä

Visa Väisänen, Tiina Pesonen, Laura Corneliusson, Salla Ruotsalainen, Timo Siervo & Anja Noro. Hoitoajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa ja päivitetty RUG-luokitus: Aikamittaus-hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 12/2022. 125 sivua. Helsinki 2022. ISBN 978-952-343-970-2 (verkkojulkaisu)

Suomen ikäihmisten palveluissa on tapahtunut huomattavia muutoksia verrattuna vuosituhannen alkuun. Kotihoidon roolia on merkittävästi kasvatettu samalla kun laitoshoidon palveluita on vähennetty. Tehostettu palveluasuminen on puolestaan muodotunut yleisimmäksi ympärivuorokautisen hoidon palveluksi. Ikäihmisten palveluihin vaikuttavat tällä hetkellä niin kasvavat asiakasmäärät kuin vallitseva henkilöstöpula. Lisäksi lakiuudistukset, kuten hoitajamitoitus ja sen ohella RAI-järjestelmän kansallinen käyttöönotto tuovat muutoksia toiminnan organisointiin.

Tutkimuksen tavoitteena oli päivittää toimintakykyä ja palvelutarvetta arvioivan RAI (Resident Assessment Instrument) -järjestelmän RUG (Resource Utilization Groups) -asiakasrakenneluokituksen kustannuspainot, sillä aikaisemmat painot perustuvat vanhentuneisiin vuoden 2002 tietoihin. Tämän lisäksi tarkoituksena oli selvittää ikäihmisten palveluiden työntekijöiden työajan jakautumista, sekä muodostaa kokonaiskuva asiakkaille kohdistuneista palveluista.

Hankkeessa toteutettiin laajamittainen työajanseuranta koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Työntekijät kirjasivat työaikaansa toiminnoittain sekä asiakkaittain viikon/vuorokauden ajan. Tietoja kerättiin myös yksikön ulkopuolisilta työntekijöiltä. Muodostettuun aineistoon yhdistettiin asiakkaiden toimintakykyä ja palvelutarvetta kuvaavien RAI-arviointien tiedot sekä kotihoidon Avohilmon käyntitietoja.

Työntekijöiden kirjaama aika jaettiin asiakasaikaan (asiakas läsnä ja asiakas ei läsnä) sekä muuhun aikaan. RUG-luokituksen kustannuspainot laskettiin perustuen RUG-luokkien asiakkaiden keskimääräiseen saatuun palkkapainotettuun asiakasaikaan. Koti- sekä ympärivuorokautisessa hoidossa noin 55–65 prosenttia työajasta oli asiakasaikaa, josta valtaosa kului arkitoiminnoissa auttamiseen. Asiakkaan saamaan hoitoaikaan oli yhteydessä asiakkaan fyysinen toimintakyky, mutta myös hoitopaikalla oli merkitystä.

RUG-III/18-luokitukselle laskettiin päivitettyt kustannuspainot. Tämän lisäksi hankkeessa kehitettiin vaihtoehtoiset RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitukset, jotka ovat luotettavuudeltaan ja tarkkuudeltaan parempia. Hankkeessa päivitettyjä RUG-luokituksia voidaan käyttää vertailukehittämisessä ja yksikön hoitoressurssien jakamisessa. Jatkossa luokitusten käyttöä rahoituksen tai henkilöstömitoituksen laskemisen tukena tulisi selvittää.

Avainsanat: aikamittaus, työajanseuranta, ikäihmisten palvelut, kotihoito, ympärivuorokautinen hoito, RAI-järjestelmä, RUG-asiakasrakenneluokitus, kustannuspainot

Sammandrag

Visa Väisänen, Tiina Pesonen, Laura Corneliusson, Salla Ruotsalainen, Timo Sinervo & Anja Noro. Hoitoajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa ja päivitetty RUG-luokitus: Aikamittaus-hankkeen loppuraportti. [Distribution av vårdtid i tjänster och service för de äldre och uppdaterad RUG- klassifikation- Aikamittaus- projektets slutrapport]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 12/2022. 125 sidor. Helsingfors, Finland 2022.

ISBN 978-952-343-970-2 (nätpublikation)

Tjänster och service för äldre i Finland har genomgått stora förändringar under de senaste åren. Rollen av hemvård har blivit allt större, och institutionell vård har minskat. Den åldrande befolkningen och brist av personal påverkar servicen för de äldre. Vidare har policyändringar, som lagen för personaldimensionering och nationellt ibruktage av RAI-systemet, påverkat organisering av social- och hälsovårdstjänster.

Syftet med Tidmätning (Aikamittaus)-projektet var att uppdatera RAI-systemets RUG-klassifikationsvikter samt undersöka hur äldrevårdspersonalens tid distribueras under arbetsdagen och vilken service de äldre får.

Tidsmätningen gjordes i serviceboende samt inom hemvården. Personalen dokumenterade varje aktivitet som gjordes under arbetsdagen. Denna data kombinerades med data från RAI-registret och från ”Vårdanmälningar inom den öppna primärvården” (Avohilmo) registret.

Personalens tid delades in i direkt och indirekt arbete med brukare samt andra kategorier. RUG-klassifikationens kostnadsvikter kalkylerades med hjälp av varje gruppens genomsnittlig konstansviktad vårdtid.

I både serviceboende och hemvård var den direkta vårdtiden 55–60 procent av arbetstiden. Det mesta av vårdtiden gick åt till att hjälpa med dagliga aktiviteter och dokumentation. Speciellt funktionsförmåga påverkade vårdtiden, men det var också variation i vårdtid mellan platsen/organisationen.

RUG-klassifikationens kostnadsvikter uppdaterades. Alternativa RUG-III/13 och RUG-III/17-HC utvecklades, och de visade hög reliabilitet och precision. De uppdaterade RUG-vikterna kan användas till benchmarking för att effektivisera distributionen av resurser. I framtiden kan klassifikationen användas för kalkylering av kostnader och ekonomiska behov samt för att räkna ut personalbehovet.

Nyckelord: tidmätning, tjänster och service för äldre, hemvård, serviceboende, RAI-systemet, RUG-klassifikation, kostnadsvikter

Abstract

Visa Väisänen, Tiina Pesonen, Laura Corneliusson, Salla Ruotsalainen, Timo Sinervo & Anja Noro. Hoitoajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa ja päivitetty RUG-luokitus: Aikamittaus-hankkeen loppuraportti. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 12/2022. 125 pages. Helsinki, Finland 2022. ISBN 978-952-343-970-2 (online publication)

Finnish care services for older people have seen significant changes since the beginning of the century. Home care is emphasized, and assisted living facilities have largely replaced institutional longterm care. Aging population, chronic shortage of staff, and policy changes, such as the introduction of staffing level, have further affected care provision.

The aim of the project was to update the cost weights for the RUG-classification used in the RAI-system. Additionally, the goal was to examine the distribution of worktime among care workers and to gain an overview of the different services offered to clients.

A staff time measurement was carried out in home care services and in assisted living facilities (with 24-hour assistance). Care workers documented their worktime per action and per client. The data was merged with the RAI-assessments of the clients and with additional home visits from the Finnish care register.

The staff time was divided into direct care and indirect care, and into other categories. RUG-classification's cost weights were calculated based on the average cost-weighted care time received among the clients in each clinical subgroup.

In both homecare and assisted living 55-65 percent of worktime was spent on caretime. Most of the caretime consisted of helping clients with activities related to daily living, in addition to nursing documentation. While especially functional status affected the care time received by clients, place of care was also a significant factor.

Cost weights for the Finnish RUG-III/18-classification were updated. In addition, alternative classifications RUG-III/13 and RUG-III/17-HC were developed, which have higher reliability and precision. The RUG-classifications can be used in benchmarking and for efficient distribution of care resources. In the future, the classification could be used in calculation of funding and in determining the staffing level.

Keywords: staff time measurement, care for older people, home care, assisted living, Resident Assessment Instrument, RUG-classification, cost weights

Sisällysluettelo

Lukijalle	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	5
Abstract	6
Sisällysluettelo	7
Lyhenteet ja käsitteet.....	10
Johdanto	15
Taustaa	17
RAI-arviointijärjestelmä	17
RUG-asiaksrakenneluokitus.....	18
Hankkeen kuvaus	20
Aikamittaus-hankkeen tavoitteet.....	21
Aikamittaus-hankkeen vaiheet.....	22
Tutkimusluvut ja eettinen ennakoarviointi	22
Osallistujien rekrytointi ja koulutus	22
Työajan seurannan suunnittelu	23
Työajan seurannan toteutus	25
Täydentävät aineistot.....	27
Datan kuvaus.....	29
Puuttuvien tietojen täydentäminen.....	29
Datan käsittely	30
Työajan jakaminen luokkiin	31
Matkojen ja keskeytysten erityinen jakaminen.....	31
Asiakkaiden nimien yhdistäminen RAI-tietoihin.....	32
RAI-arviointien käsittely	33
Avohilmon tiedot	33
Päällekkäisten käyntien poistaminen.....	34
Metodit	36
Hoitajien työajan jakautuminen	36
Asiakastyön määrittelmä eri palvelutyypeissä.....	37
Aikamittaus-hankkeen työaikaluokitus	37
Asiakkaan saama hoitoaika.....	39
Kustannuspainojen laskeminen.....	40
Vähän asiakkaita sisältävien luokkien kustannuspainojen täydentäminen	41
Palkkapainojen määrittely	42
Työntekijöiden työajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa.....	44
Aikamittaukseen osallistuneiden työntekijöiden perustietoja	44
Työntekijöiden työajan jakautuminen kotihoidossa.....	46
Työntekijöiden työajan jakautuminen ympärivuorokautisessa hoidossa	49

Työajan jakautumisen vertailu palvelutyyppeiden ja ammattiryhmien välillä	52
Yksikkökohtaiset erot asiakasajan jakautumisessa	54
Yhteenveto	57
Asiakkaiden saama hoitoaika koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa	58
Aikamittaus-hankkeen asiakasrakenne RAI-mittareiden avulla tarkasteltuna....	58
Kotihoito.....	59
Ympärivuorokautinen hoito.....	60
Asiakasrakenteen muutokset	61
Käyntimäärät kotihoidossa.....	61
Yksikön omien työntekijöiden toteuttamat käynnit.....	62
Tukipalvelujen käynnit	62
Yksikön ulkopuolisten työntekijöiden toteuttamat käynnit	63
Hoitoaikojen jakautuminen asiakkaille.....	64
Kotihoito.....	64
Ympärivuorokautinen hoito.....	65
Omaisten määrä ja vaikutus hoitoaikaan	67
Hoitoaika suhteessa kuntoisuuteen ja palvelutarpeeseen	69
Yksikkökohtaiset erot	71
Yhteenveto luvun tuloksista.....	72
RUG-luokituksen päivitetty kustannuspainot	73
RUG-III/18-luokitus	73
RUG-III/18-luokituksen toimintaperiaate	73
RUG-III/18-luokituksen asiakasmäärät	75
RUG-III/18-luokituksen päivitetty kustannuspainot.....	77
RUG-III/18-luokituksen päivitetty kustannuspainot kotihoidossa	77
RUG-III/18-luokituksen päivitetty kustannuspainot ympärivuorokautisessa hoidossa	78
Yli palvelurakenteen lasketut kustannuspainot	80
RUG-III/18-luokituksen kehittämistarpeita	81
Vaihtoehtoinen RUG-III/13-luokitus	82
RUG-III/13-luokituksen kotihoidon kustannuspainot	84
RUG-III/13-luokituksen ympärivuorokautisen hoidon kustannuspainot.....	85
Vaihtoehtoinen laajennettu RUG-III/17-HC-luokitus vain kotihoitoon	86
RUG-III/17-HC-luokituksen kustannuspainot kotihoidossa	88
RUG-luokitusten tilastolliset ominaisuudet	89
RUG-luokitusten selitysasteet	90
RUG-luokitusten variaatiokertoimet	92
Yhteenveto	93
Pohdinta.....	94
Työntekijöiden asiakastyön osuus on lisääntynyt	94
Asiakkaiden saamassa hoitoajassa on vaihtelua	96

RUG-luokituksen kustannuspainojen päivitys.....	99
Tulosten luotettavuus.....	100
Jatkotutkimustarpeet.....	103
Johtopäätökset ja suositukset.....	106
Lähteet.....	108
Liitteet.....	111

Lyhenteet ja käsitteet

ADL	Activities of Daily Living. Arjen perustoiminnot, joita voidaan mitata muun muassa RAI-järjestelmän mittareilla ADL-H ja ADL-RUG.
ADL-H	Activities of Daily Living Hierarchy, RAI-mittari. Asiakkaiden keskimääräinen suoriutumiskyky arjen perustoiminnoista toiminnosta, joita ovat liikkuminen, ruokailu, WC:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Asteikko 0–6 ja mitä suurempi arvo, sitä enemmän asiakas tarvitsee apua näissä neljässä perustoiminnossa.
ADL-RUG	RUG-III-luokitukseen liittyvä ADL-mittari, joka huomioi päivittäisistä toiminnoista liikkumisen sängyssä, wc:n käytön ja siirtymisen.
Asiakastyö	Tässä tutkimuksessa asiakastyö jaettiin asiakas läsnä ja ei läsnä -aikaan. Asiakas läsnä -aikaan luettiin sellainen asiakastyö, joka tehtiin asiakkaan läsnä ollessa, kun taas asiakas ei läsnä -aikaan laskettiin esimerkiksi asiakastietojen kirjaaminen toimistolla, ilman asiakasta.
Avohilmo	Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusjärjestelmä. Se sisältää tietoja perusterveydenhuollosta ml. työterveys ja kotihoito.
CHESS	Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs, RAI-mittari. Asiakkaiden terveydentilan vaihtelua kuvaava mittari. Asteikko 0–5 ja mitä suurempi arvo, sitä epävakaampi terveydentila.
CPS	Cognitive Performance Scale, RAI-mittari. Asiakkaiden kognitiota kuvaava mittari. Asteikko 0–6 ja mitä suurempi arvo, sitä heikentyneempi kognitio on.
EasyRAIDER	RAI-vertailutietokanta, jota ylläpitää THL. EasyRAIDER-tietokantaan on koottu vertailutietoja RAI-

välinettä käytäviltä palveluntuottajilta viiden viimeisen vuoden ajalta. RAI-HC-(MDS) ja interRAI-HC-välinettä käyttävien palveluntuottajien vertailutiedot ovat koottu HC-easyRAIder-tietokantaan. Puolestaan RAI-LTC ja interRAI-LTCF-välinettä käyttävien palveluntuottajien tiedot ovat koottu LTC-easyRAIder-tietokantaan.

IADL

Instrumental Activities of Daily Living, RAI-mittari. Asiakkaan keskimääräinen vaikeus selviytyä arjen välinetoiminnoista, joita ovat aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt ja puhelimen käyttö. Asteikko 0–6 ja mitä suurempi arvo sitä enemmän vaikeuksia selviytyä välinetoiminnoista.

interRAI-HC

Kotihoidon ympäristöön suunniteltu RAI-arviointiväline. Uudempi kuin RAI-HC-väline.

interRAI-LTCF

Ympäri vuorokautisen hoidon ympäristöön suunniteltu RAI-arviointiväline. Uudempi kuin RAI-LTC-väline.

Kotihoito

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon muodostama palvelukokonaisuus, jolla tuetaan kotona asumista.

Kustannuspaino

Case Mix Index (CMI). Kustannuspaino sisältyy RAI-järjestelmän asiakasrakenneluokitukseen (RUG). Kustannuspaino kertoo kuinka paljon hoitohenkilöstöresursseja tiettyyn alaluokkaan kuuluva asiakas käyttää suhteessakeskimääräiseen asiakkaaseen. Laskettu erikseen eri palvelutyyppeihin.

MAPLe5

Method for Assigning Priority Levels, RAI-mittari. Asiakkaan palvelutarvetta kuvaava mittari. Asteikko 1–5 ja mitä suurempi arvo sitä suurempi on asiakkaan palvelutarve. Suunniteltu kotihoidon RAI-välineelle.

Pitkäaikainen laitoshoido

Ikääntyneiden pitkäaikaisella laitoshoidolla tarkoitetaan vanhainkodeissa ja terveystieteiden vuodeosastoilla annettavaa hoitoa.

RAI	Resident Assessment Instrument. Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin välineistö.
RAI-HC	RAI Home Care. Kotihoidon RAI-väline, joka perustuu Minimum Data Set (MDS) 2.0 kysymyslomakkeeseen.
RAI-LTC	RAI Long Term Care. Ympäri vuorokautisen hoidon RAI-väline, joka perustuu Minimum Data Set (MDS) 2.0 kysymyslomakkeeseen.
RUG	Resource Utilization Groups. RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakenneluokitus.
RUG-III	RAI-järjestelmään sisältyvän Resource Utilization Groups -luokituksen kolmas versio.
RUG-III/18	Suomessa käytössä oleva yli palvelurakenteen toimiva asiakasrakennetta kuvaava Resource Utilization Groups -luokituksen versio, joka on yhteinen RAI-HC ja RAI-LTC -välineiden kesken ja sisältää yhteensä 18 alaluokkaa.
RUG-III/13	Tässä tutkimuksessa Suomen palvelujärjestelmään luotu vaihtoehtoinen yli palvelurakenteen toimiva Resource Utilization Groups -luokituksen versio, joka sisältää yhteensä 13 alaluokkaa.
RUG-III/17-HC	Tässä tutkimuksessa Suomen palvelujärjestelmään luotu kotihoidossa toimiva Resource Utilization Groups -luokituksen versio, joka sisältää yhteensä 17 alaluokkaa.
Tehostettu palveluasuminen	Tällä hetkellä yleisin ympärivuorokautisen hoidon palvelumuoto Suomessa. Tehostetusta palveluasumisesta henkilökunta on paikalla ympärivuorokauden.
Välillinen työ	Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittelee välillisen työn tarkoittavan huoneiden ja yhteisten tilojen siivousta, pyykki- ja kiinteistöhuoltoa, ruoan

valmistusta ja lämmitystä, yksikön johtajan ja vastuuhenkilön esimies- ja hallinnollista työtä sekä muita vastaavia hoitoa ja huolenpitoa mahdollistavia tehtäviä.

Välitön asiakastyö

Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista määrittelee välittömän asiakastyön tarkoittavan hoitoa ja huolenpitoa sekä asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviä ja ylläpitäviä tehtäviä, asiakasta koskevien tietojen kirjaamista, palvelutarpeen arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja päivittämistä.

Ympäri vuorokautinen hoito Pitkäaikaishoito, kun asiakas ei enää kykene asumaan kotona kotihoidon turvin. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Koostuu tehostetusta palveluasumisesta sekä laitoshoidosta.

Johdanto

Suomessa ikäihmisten palvelut ovat olleet muutoksessa viimeisten vuosikymmenten aikana. Laitoshoidon osuus ympärivuorokautisessa hoidossa on pienentynyt ja tilalle ovat tulleet tehostetun palveluasumisen palvelut. Lisäksi ikäihmisiä koskeva politiikka Suomessa on korostanut kotihoitoa ensisijaisena vaihtoehtona silloinkin, kun ikäihminen tarvitsee säännöllistä apua ja palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020c). Tämän myötä kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet ja tulevat entisestään kasvamaan. Säännöllistä hoitoa ja hoivaa saavien ikäihmisten toimintakykyä ja palvelutarvetta tulee arvioida säännöllisesti. Kansalliseksi arviointivälineeksi on säädetty RAI-välineistö, joka tullaan ottamaan käyttöön kaikissa ikäihmisten säännöllisissä palveluissa ja asiakasohjauksessa viimeistään 1.4.2023 alkaen (980/2012).

Vapaaehtoisuuteen perustuvalla RAI-vertailukehittämisellä on Suomessa pitkät perinteet ja yhteistyötä ikäihmisten palvelujärjestäjien kanssa on tehty 20 vuotta (Heikkilä ym. 2021). RAI-välineistöllä voidaan arvioida asiakkaan toimintakykyä ja palvelutarvetta sekä hoidon laatua. Kansallisesti yhtenäinen välineistö mahdollistaa asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen kartoittamisen laaja-alaisesti ja yhdenmukaisesti. Samalla tavoitteena on parantaa palveluiden laatua ja yhdenvertaisuutta.

Ikääntyneiden palveluiden laadusta on viime vuosina keskusteltu Suomessa laajasti. Esimerkiksi vuonna 2019 ympärivuorokautisen hoidon laatu nousi keskustelunaiheeksi, kun useista palvelutarjoajien yksiköistä paljastui vakavia puutteita, joiden johdosta Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto joutui keskeyttämään näiden toiminnan asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. Aluehallintaviranomaisten tarkastuksissa ilmeni mm. epäselvyyksiä asukkaiden lukumääristä, liian alhaisia henkilökuntamitoituksia, vakavia osaamisen puutteita sekä lääkehoitoon liittyviä ongelmia. (Valvira 2019).

Helmikuussa 2020 hallitus antoi eduskunnalle muutosesityksen koskien Lakia ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Muutosehdotuksen tavoitteena oli turvata iäkkäiden henkilöiden perustuslain mukaista oikeutta välittömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä parantaa erityisesti kotiin annettavien palvelujen laatua ja saatavuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a). Lakiuudistuksen myötä palveluntuottajat veloitetaan käyttämään RAI-arviointivälineistöä iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa (980/2012). Lisäksi lakiuudistuksessa säädettiin henkilöstömitoitus ympärivuorokautiseen hoitoon, joka tulee voimaan vaiheittain siten, että tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon yksiköissä 1.4.2023 hoitajamitoituksen tulee olla 0,65 ja 1.12.2023 0,70. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a; PTK 100/2022/11 vp).

Palvelurakenteen ja hoitokäytäntöjen muutoksien myötä tavat tuottaa ikäihmisten palveluita ovat merkittävästi muuttuneet. Teknologian kehityksen myötä erilaisten etäpalveluiden käyttö on erityisesti kotihoidossa lisääntynyt (Josefsson & Hammar 2022). Teknologia laajentaa palveluvalikoimaa sekä tehostaa palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin kotihoidon henkilöstön työaika vapautuu niin muihin tehtäviin kuin asiakkaiden kohtaamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b). Ympäri vuorokautisessa hoidossa puolestaan toimintayksikön yleisiä ylläpitotehtäviä, kuten siivousta ja pyykkihuoltoa on siirretty pois hoitajilta muille työntekijäryhmille (Kehusmaa & Alastalo 2021a). Teknologiset ratkaisut ja henkilöstöresurssien tarkoituksenmukaisempi käyttö ovat muuttaneet hoitohenkilöstön ajankäyttöä ja työajan jakautumista asiakas- ja muihin tehtäviin.

Ikääntyneiden palveluiden yksikkötason hoitoresurssien suunnittelussa voidaan hyödyntää RAI-arviointiin perustuvaa RUG-voimavaratarveluokituksen kustannuspainoja, jotka määräytyvät sen mukaan kuinka paljon asiakas tarvitsee hoitajien aikaa ja apua. Asiakkaiden hoitoisuus määrittää hoidontarpeen, joka taas liittyy vahvasti henkilöstön määrän ja osaamisen tarpeeseen, sekä henkilöstön asiakkaille kohdentamaan aikaan. Kustannuspainot perustuvat yleensä RAI-välineistöllä arvioituun asiakkaiden kuntoisuuteen ja aikamittaukseen. Hoitokäytäntöjen ja palvelurakenteen muuttamisen myötä on syntynyt tarve toteuttaa uusi aikamittaus, sillä viimeisestä aikamittauksesta on kulunut jo 20 vuotta (Björkgren ym. 1998; Laine ym. 2004). Lisäksi Suomessa tällä hetkellä käytössä olevat kotihoidon RUG-luokituksen kustannuspainot ovat laskennallisia eivätkä perustu aikamittaukseen.

Tämän hankkeen yhtenä tavoitteena on päivittää hoidontarpeen arvioinnissa käytettävät RUG-luokituksen kustannuspainot vastaamaan tämän päivän hoitokäytänteitä ja asiakkaiden tarpeita. Tämän lisäksi selvitettiin koti- ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön työajan jakautumista ja asiakkaiden kuntoisuuden ja palvelutarpeen yhteyttä saatuun hoitoaikaan. Hankkeen tulokset tukevat tasa-arvoisen ja laadukkaan hoidon toteutumista. On myös tärkeää, että hoidon suunnittelussa ja rajallisten resurssien kohdentamisessa on käytössä ajantasainen tietopohja asiakkaiden tarvitsemista ja saamista hoitoajoista, sekä hoitajien työaikojen jakautumisesta.

Taustaa

Ikääntyneille tarjottavat palvelut koostuvat muun muassa kotihoidosta, ympärivuorokautisesta hoidosta, kotisairaanhoidosta ja päiväkeskustoiminnasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a). Suomessa laitoksissa tarjottavaa palvelua on tietoisesti vähennetty. Nykyään vain hyvin pieni osa ikääntyneistä saa pitkäaikaista laitoshoidoa lääketieteellisin perustein (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b). Sen sijaan ikääntyneille tarjottavien palveluiden painopiste on siirtynyt kotona tarjottaviin palveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b). Asiakkaiden palvelutarve määrittää palveluihin pääsyä ja samalla osittain näiden palveluiden resurssointia.

Hallituksen kärkihankkeessa *Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018* rakennettiin keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli, jossa asiakas saa apua yhdellä yhteydenotolla (Noro & Karppanen 2019). Asiakasohjaus kartoittaa ikäihmisen voimavarat, tarpeet ja toiveet sekä tarvittaessa järjestää palvelutarpeen mukaiset palvelut. Asiakas- ja palveluohjauksella pyritään sujuvoittamaan ja helpottamaan asiakkaan asiointia sekä yhdenvertaistamaan palvelujen saamisen kriteerejä (Noro & Karppanen 2019).

Asiakkaan palvelutarve arvioidaan säännöllisesti ikäihmisten palveluissa ja arvioinnin avulla päivitetään asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa tai asiakassuunnitelmaa. Palvelutarpeen kartoituksen yhteydessä arvioidaan, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään sekä missä asioissa hän tarvitsee tukea tai apua. Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään luotettavia, yhtenäisiä ja vertailukelpoisia arvioinnin välineitä, hyödyntäen eri ammattilaisten osaamista. Lain mukaan arvioinnissa on otettava huomioon henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät (Oikeusministeriö 2012; 980/2012 14§).

RAI-arviointijärjestelmä

Suomessa yhtenä palvelutarpeen arviointijärjestelmänä on käytetty kansainvälistä standardoitua RAI, Resident Assessment Instrument -välineistöä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a; Noro ym. 2005; Finne-Soveri ym. 2006), joka huomioi lain vaatimat toimintakyvyn osa-alueet, terveydentilan ja voimavarat. RAI on kansainvälisen interRAI tutkijaverkoston ylläpitämä ja kehittämä järjestelmä, joka on käytössä useissa maissa ympäri maailmaa (InterRAI 2022). Suomessa RAI on ollut käytössä vapaaehtoisuuden perusteella vuodesta 2000 ja laajimmin sitä käytetään juuri ikäihmisten palveluissa. Vuonna 2020 RAI-arviointien kattavuus 75 vuotta täyttäneillä asiakkailla kotihoidossa oli noin 43 prosenttia ja ympärivuorokautisessa hoidossa hie-man korkeampi, noin 48 prosenttia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a). RAI-

järjestelmän käyttöön on liittynyt tiivistä yhteistyötä ja vertailukehittämistä THL:n ja RAI:ta käyttävien organisaatioiden kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a.)

RAI-välineistöä voidaan käyttää iäkkäiden ihmisten palvelutarpeen kartoitukseen tai hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-välineet koostuvat asiakkaan tilannetta kartoittavista ydinkysymyksistä sekä täydentävistä välinekohtaisista kysymyksistä. Arviointituloksista muodostuu herätteitä ja RAI-mittareita, jotka auttavat tulosten tarkastelussa ja hyödyntämisessä. RAI-mittarit koostuvat useammasta kysymyksestä antaen laajemman kuvan asiakkaan tarpeista ja toimintakyvyn osa-alueista kuin yksittäinen arviointikysymys. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a.)

RAI-välineistä on kehitetty eri versioita palvelemaan eri toimintaympäristön tarpeita (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a). Tähän tutkimukseen osallistuvien yksiköiden käytössä ovat kotihoidon RAI-arviointivälineet RAI-HC tai interRAI-HC ja ympärivuorokautisen hoidon RAI-arviointivälineet RAI-LTC tai RAI-LTCF.

RUG-asiakasrakenneluokitus

RUG (Resource Utilization Groups) on asiakkaan tarvitseman hoitoajan määrää arvioiva luokitus, joka pohjautuu RAI-arviointeihin (Heikkilä ym. 2012). RUG-luokituksessa hyödynnetään tietoja asiakkaan psyykkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä sekä erityishoidon tarpeesta. Näiden tietojen perusteella asiakkaat voidaan jaotella kliinisiin pääluokkiin, jotka ennustavat tarvittavaa hoitoresurssien määrää, kuten henkilöstön osaamista ja asiakkaan hoitoon käytettävää aikaa.

RUG-luokitus koostuu seitsemästä kliinisestä pääluokasta, johon asiakas sijoittuu vaikeimman ongelmansa perusteella. Nämä pääluokat sisältävät alaluokkia, jotka vaihtelevat hoidontarpeen mukaan. Jokaiselle alaluokalle on laskettu kustannuspainot, koostuen asiakaspohjaisesta asiakasajasta painotettuna hoitohenkilöstön palkkakustannuksilla. Kustannuspainot kertovat siis tietyn asiakasryhmän voimavarakustannuksista, keskimääräisen asiakkaan kustannuspainon ollessa 1,0. (Heikkilä ym. 2012).

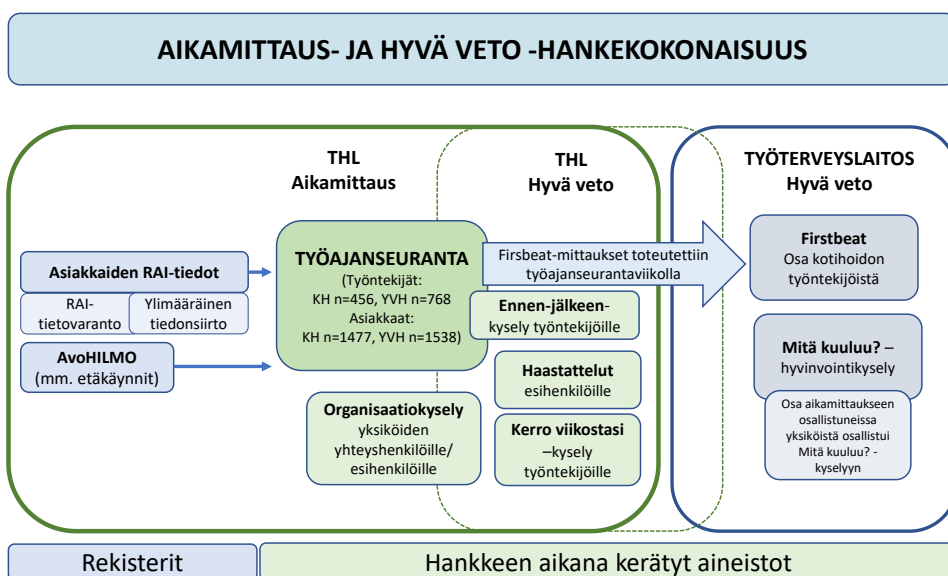
RUG-luokituksen kustannuspainot perustuvat asiakkaan saamaan hoitoaikaan, joka puolestaan pohjautuu aikamittauksessa toteutettuun työajanseurantaan. Suomessa aikamittauksia on aikaisemmin tehty vuosina 1995 ja 2002, jolloin työajanseuranta toteutettiin ainoastaan ympärivuorokautisessa hoidossa (Björkgren ym. 1999; Laine 2005a). RAI-arviointivälineistön kansallisen käyttöönoton myötä on tärkeää, että välineistön tiedot, kuten kustannuspainot, perustuvat päivitettyyn ajankohtaiseen tietoon.

Eri palvelutyypeille on olemassa omat RUG-luokitukset, joiden pituus ja jakokriteerit poikkeavat toisistaan. Heikkilän ym. (2012) mukaan palvelurakenteen kehittäminen Suomessa kotihoitoa korostavaksi sekä tarve pystyä vertailemaan eri palvelutyyppien kustannuksia ja toimintaa johtivat tarpeeseen kehittää kansallinen yli palvelurakenteen toimiva RUG-luokitus. Vuonna 2012 kehitetty RUG-III/18-luokitus on tällä hetkellä Suomessa käytössä sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon

RAI-välineissä ja se jakaa asiakkaat eri hoidontarveluokkiin molemmissa palvelutyypeissä yhdenmukaisten jakokriteerien perusteella. RUG-III/18-luokitus mahdollistaa siten voimavaratarpeiden tarkastelun ja vertailun palvelutyypin välillä. Kustannuspainot ovat kuitenkin RUG-III/18-luokituksessa laskettu kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen hoitoon erikseen.

Hankkeen kuvaus

Hankkekokonaisuus koostui kahdesta tutkimuksesta: Aikamittaus- ja Hyvä Veto – hankkeista, joista Hyvä Veto –hanke toteutettiin Työterveyslaitoksen ja THL:n yhteishankkeena. Molemmilla hankkeilla oli oma erillinen toimeksiantosopimuksensa STM:n kanssa. Hyvä veto -hankkeessa selvitettiin työntekijöiden hyvinvointiin ja kuormitukseen liittyviä asioita ja hankkeeseen liittyviä tiedonkeruita toteutettiin myös Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneissa yksiköissä. Aikamittaus-hankkeessa päivitettiin työajanseurannan tietojen perusteella RUG-asiakasrakenneluokituksen kustannuspainot kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen hoitoon. Kuviossa 1 on tarkemmin kuvattu, miten eri tiedonkeruut jakautuivat Aikamittaus- ja Hyvä veto -hankkeiden kesken. Tässä raportissa esitellään Aikamittaus-hankkeen tulokset. Hyvä veto -hankkeen tulokset julkaistaan eri raportissa. Tässä raportissa hankkeen suunnittelu- ja toteutusvaiheet kuvataan ainoastaan Aikamittaus-hankkeen osalta.



Kuvio 1. Aikamittaus- ja Hyvä veto -hankekokonaisuus. KH = Kotihoito, YVH = Ympärivuorokautinen hoito.

Aikamittaus-hankkeen keskeisin tiedonkeruu oli työajanseuranta, jossa yksiköiden työntekijät kirjasiivat työaikaansa päivän/viikon ajan. Työajanseuranta-aineistoon yhdistettiin tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden asiakkaita koskevia tietoja THL:n ylläpitämästä RAI-tietovarannosta ja THL:n hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo). RAI-tietovarannosta siirrettiin asiakkaiden viimeisimmän RAI-arvioinnin tiedot sekä

Avohilmo-rekisteristä etäkäynnit ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden käynnit kotihoidon osalta. Asiakkaiden RAI-tietoja täydennettiin lisäksi ylimääräisellä RAI-tiedonsiirrolla. Lisäksi täydentävänä tiedonkeruuna toteutettiin organisaatiokysely yksiköiden esihenkilöille ja yhteyshenkilöille, jolla kerättiin taustatietoja tutkimukseen osallistuneista yksiköistä, kuten henkilöstön ja asiakkaiden lukumääristä, tiimirakenteesta sekä työn organisoinnista.

Hyvä veto -hankkeen tiedonkeruita toteutettiin Aikamittaus-hankkeen yhteydessä. Työajanseurantalomakkeiden mukana oli vapaaehtoinen Ennen-jälkeen-kysely työntekijöille. Kyselyssä henkilöstöltä kysyttiin ennen työvuoroa lyhyesti palautumisesta edellisestä työvuorosta, unihäiriöistä sekä työvuoron jälkeen työn kuormittavuudesta ja työhyvinvoinnista. Työajanseurannan jälkeen toteutettiin erillistiedonkeruu, jossa haastateltiin aikamittaukseen osallistuneiden yksiköiden esihenkilöitä henkilöstötilanteesta ja työn organisoinnista. Lisäksi työntekijät saivat osallistua vapaaehtoiseen laadulliseen työntekijäkyselyyn (Kerro viikostasi), jossa pyydettiin kertomaan edellisestä työviikosta. Työterveyslaitos puolestaan toteutti Firstbeat-sykevälivaihtelumittauksia osalle kotihoidon työntekijöistä työajanseurannan yhteydessä. Aikamittaukseen osallistuneiden yksiköiden työntekijät saivat halutessaan vastata myös Työterveyslaitoksen toteuttamaan Mitä kuuluu? -työhyvinvointikyselyyn, joka toteutettiin työajanseurannan jälkeen.

Hankekokonaisuudessa kerättiin monipuolinen tutkimusaineisto, jota voidaan hyödyntää laajasti ikäihmisten palveluiden ja RAI-järjestelmän kehittämisessä, työntekijöiden työajan tarkoituksenmukaisemmassa kohdentamisessa sekä hoidon laadun ja työntekijöiden työhyvinvoinnin parantamisessa.

Aikamittaus-hankkeen tavoitteet

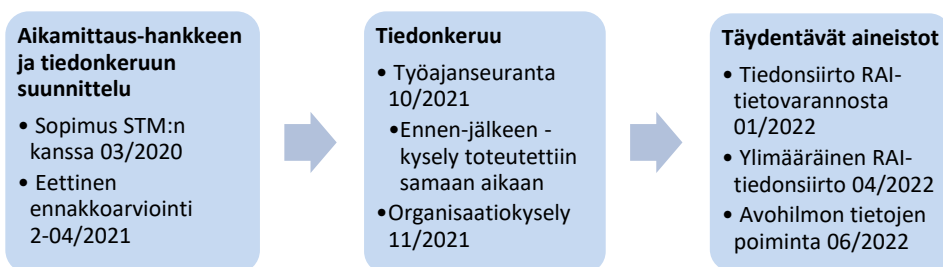
Aikamittaus-hankkeen keskeisenä tavoitteena oli päivittää vuonna 2023 palvelutarpeen arviointimenetelmänä valtakunnallisesti käyttöönotettavaan RAI-järjestelmään sisältyvän RUG-III/18-luokituksen kustannuspainot nykyhoitokäytäntöjen mukaisiksi. Kustannuspainojen avulla voidaan myös arvioida yksikön henkilöstötarvetta. Tässä hankkeessa kartoitettiin myös ensimmäistä kertaa laajamittaisesti kotihoidon asiakkaiden saamaa hoitoaikaa, kotihoidon henkilöstön työajan kohdentumista asiakas- ja muuhun työhön, mahdollistaen kotihoidon kustannuspainojen laskemisen ensimmäistä kertaa työajanseurantaan perustuen. Kotihoidon aikamittauksia voidaan myös käyttää vertailukohtana tuleville tutkimuksille. Hankkeessa selvitettiin myös, miten asiakkaan saama hoitoaika oli yhteydessä asiakkaan toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen.

Lisäksi tutkimuksessa saatiin yksityiskohtaista tietoa ikäihmisten palveluiden työntekijöiden työn kokonaisuudesta, siitä miten työpäivät rakentuvat, kuinka paljon työaikaa asiakkaalle ja muuhun työhön kohdentuu sekä mitä toimintoja työaikana

tarkemmin tehdään. Tietoja voidaan hyödyntää ikäihmisten palveluiden kehittämisessä sekä henkilöresurssien tarkoituksenmukaisemmassa kohdentamisessa.

Aikamittaus-hankkeen vaiheet

Sosiaali- ja terveysministeriö ja THL solmivat toimeksiantosopimuksen Aikamittaus-hankkeesta maaliskuussa 2020 (VN/3966/2020) (Kuvio 2). Koronapandemia kuitenkin siirsi hankkeen aloitusta vuodella ja varsinainen tiedonkeruun suunnittelu aloitettiin alkuvuodesta 2021. Työajanseuranta toteutettiin syksyllä 2021. Viimeisenä toteutettiin rekisteriaineistojen tiedonsiirrot sekä niiden yhdistäminen työajanseuranta-aineistoon. Aikamittaus-hankkeen tutkimustiimi koostui seitsemästä työntekijästä.



Kuvio 2. Aikamittaus-hankkeen eri vaiheet.

Tutkimusluvut ja eettinen ennakoarviointi

Aikamittaus ja työajanseuranta liittyvät Suomessa kansallisesti käyttöön otettavan RAI-järjestelmän RUG-luokituksen kustannuspainojen päivittämiseen. THL toteutti aikamittauksen STM:n toimeksiannosta. Aikamittaus-hankkeessa tehtävä tutkimus on THL lain (668/2008; 553/2019) mukaista tutkimustoimintaa, jota tarvitaan laissa säädetyn tehtävän hoitamiseen. RAI-toiminnassa THL on rekisterinpitäjä. RAI-aineistojen käyttöön on kansallinen tutkimuslupa (dnro THL/1118/6.02.00/2021), joka on voimassa vuoteen 2026. Lisäksi kaikkien RAI-käyttäjien kanssa THL on tehnyt alilisenssisopimukset, joissa on maininta RAI-tiedon käytöstä tutkimuksessa. Näin ollen aikamittaukseen ei haettu erillisiä tutkimuslupia kohdeorganisaatioista, ellei organisaatio sitä erikseen pyytänyt. Aikamittaus- ja Hyvä veto -hankekokonaisuuden eettisyyden arvioi THL:n Tutkimuseettinen työryhmä (TuET), joka antoi hankkeelle puoltavan lausunnon (THL/1447/6.02.01/2021).

Osallistujien rekrytointi ja koulutus

Tutkimukseen osallistuneilta yksiköiltä edellytettiin RAI-järjestelmän käyttöä. Näin ollen mukaan rekrytoitiin RAI-vertailukehittämisessä mukana olevia koti- ja ympäri-vuorokautisen hoidon yksiköitä. Tutkimuksesta tiedotettiin alustavasti muun muassa

RAI-vertailukehittämisen johtoryhmässä ja kutsu RAI-vertailukehittämisessä mukana oleville yksiköille lähetettiin kesäkuussa 2021. Alustavasti mukaan ilmoittautui 25 kotihoidon ja 50 ympärivuorokautisen hoidon yksikköä. Pula henkilöstöstä, vallitseva koronatilanne ja muutokset työajanseurannan aineistonkeruussa vaikuttivat osaltaan lopulliseen osallistujamäärään, joka oli 17 kotihoidon ja 44 ympärivuorokautisen hoidon yksikköä. Tarkemmat tiedot osallistuneista yksiköistä on kuvattu jäljempänä kapaleessa Työajanseurannan toteutus.

On tärkeä huomioida, että tässä hankkeessa yksiköiden osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Aikaisemmissa aikamittauksissa (Björkgren ym. 1998; Laine ym. 2004) asiakkaita pyrittiin rekrytoimaan erillisillä kohdistetuilla valitsemiskriteereillä, jotta tutkimuksen otos olisi edustava myös pienempien RUG-luokkien osalta. Tässä hankkeessa ilmoittautuneiden yksiköiden asiakasrakennetta ei selvitetty etukäteen ja aikamittaus suoritettiin yhdessä erässä. Erillistä otoksen stratifiointia ei siis tehty, minkä vuoksi tutkimuksen asiakasrakenne vastaa pääosin kansallista asiakkaiden jakautumista RUG-luokkiin. Osallistujien rekrytoinnin vaikutuksia hankkeen tuloksiin käsitellään luvussa RUG-III/18-luokituksen kehittämistarpeita sekä pohdinnassa.

Osallistuneista yksiköistä oli nimetty henkilö, joka koordinoi hanketta yksikössä ja toimi yhteyshenkilönä. Työajanseurantaan osallistuneille yksiköille järjestettiin Microsoft Teams -etäkoulutuksia, joissa käytiin läpi työajanseurannan toteutus sekä eri lomakkeiden rakenne ja niiden täyttäminen. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yhteyshenkilöille pidettiin erilliset tilaisuudet, jotka nauhoitettiin ja olivat siten katsottavissa myös jälkeenpäin. Työntekijöiden ohjeistamista varten puolestaan kuvattiin opastusvideot, jotka olivat katsottavissa YouTubesta työntekijöille parhaiten sopivaan aikaan. Videot julkaistiin kaksi viikkoa ennen työajanseurannan toteuttamista. Kotihoidon koulutusvideota on katsottu 31.12.2021 mennessä 253 kertaa ja ympärivuorokautisen hoidon videota 385 kertaa. Lisäksi hankkeen puitteissa yksiköille tarjottiin erillistä interRAI-muuntokoulutusta, mikäli yksiköt ottivat hankkeen aikana käyttöön uudemman interRAI-välineen. Yksiköille järjestettiin yksi interRAI HC -muuntokoulutus sekä yksi interRAI LTCF -muuntokoulutus.

Työajanseurannan suunnittelu

Työajanseuranta oli alun perin tarkoitus toteuttaa elektronisesti matkapuhelimeen laadattavalla sovelluksella tai muulla erillisellä laitteella, mutta elektroniseen tiedonkeruuseen liittyvien haasteiden takia tiedonkeruu päädyttiin toteuttamaan paperilomakkeilla. Tiedonkeruun muuttumisesta informoitiin yksiköitä ennen sitovaa ilmoittautumista.

Työajanseurantaa varten suunniteltiin ja painettiin erilliset lomakkeet koti- ja ympärivuorokautiseen hoitoon (Taulukko 1). Kotihoitoon oli omat lomakkeet työntekijöille, omaisille ja tukipalvelujen työntekijöille. Ympärivuorokautisessa hoidossa oli omat lomakkeet yksikön omille työntekijöille, yksikön ulkopuolisille työntekijöille sekä omaisille. Kaikissa lomakkeissa oli mukana tiedote tutkimuksesta sekä

lomakkeen täyttöohjeet. THL:n yhteistyökumppanin kanssa tehtiin sopimus lomakkeiden taitosta, painosta, postituksesta yksiköihin sekä aineiston tallennuksesta sähköiseen muotoon.

Taulukko 1. Tiedonkeruussa käytetyt lomakkeet ja niiden sisältö eri palvelutyypeissä

	Kotihoito	Ympäri vuorokautinen hoito
Yksikön työntekijät (lomakevihko)	Tiedote ja täyttöohjeet Työajanseurantalomakkeet 5 kpl Ennen-jälkeen -kysely	Tiedote ja täyttöohjeet Työajanseurantalomake 1 kpl Ryhmätoimintolomake Ennen-jälkeen -kysely
Yksikön ulkopuoliset työntekijät		Tiedote ja täyttöohjeet Työajanseurantalomake Ryhmätoimintolomake
Omaiset/läheiset	Tiedote ja täyttöohjeet Käyntien seurantalomake	Tiedote ja täyttöohjeet Käyntien seurantalomake

Yksikön työntekijöiden lomakkeet olivat sidottu vihoksi, joka sisälsi tiedotteen tutkimuksesta, lomakkeen täyttöohjeet, Ennen-jälkeen -kyselyn sekä varsinaisen työajanseurantalomakkeen, joita oli kotihoidon vihossa 5 kappaletta ja ympärivuorokautisen hoidon vihossa yksi. Ympäri vuorokautisen hoidon vihossa oli lisäksi erillinen ryhmätoimintolomake. Työajan kirjaaminen perustui määriteltyyn toimintoluokitukseen. Toimintoluokituksessa oli kotihoidossa neljä ja ympärivuorokautisessa hoidossa viisi eri aikatyyppejä. Nämä aikatyypit olivat:

Kotihoito

1. Asiakastoiminto, asiakas mukana
2. Asiakastoiminto, asiakas ei mukana
3. Muu toiminto
4. Etäkäynti

Ympäri vuorokautinen hoito

1. Asiakastoiminto, asiakas mukana
2. Asiakastoiminto, ryhmätilanne
3. Asiakastoiminto, asiakas ei mukana
4. Muu toiminto
5. Tukitoiminto

Jokainen aikatyyppejä puolestaan sisälsi vielä tarkempia toimintoja, kuten hygienia, wc-käynti ja pukeutumisessa avustaminen. Toimintoluokitukseen pyydettiin kommentteja ikäihmisten hoitotyön asiantuntijoilta, kuten RAI-asiantuntijoilta sekä esihenkilöiltä. Kommenttien perusteella luokitusta muokattiin ja täydennettiin. Lomakkeiden taitosta, painatuksesta ja postituksesta yksiköihin vastasi ulkopuolinen yhteistyökumppani.

Työajanseurannassa yksikön työntekijä kirjasi lomakkeelle yhden päivän aikana tekemät kaikki toiminnot minuutin tarkkuudella. Lomakkeeseen kirjattiin työntekijätunniste, työpäivän aloitus- ja lopetusaika sekä toimintokohtaisesti asiakkaan nimen

(mikäli kyseessä ei ollut asiakastoiminto, kohta jätettiin tyhjäksi), toiminnon aloitus- ja lopetusajan, aikatyypin numeron sekä toimintotyyppin numeron/numerot (Kuvio 3).

Työntekijän lomake, ympärivuorokautinen hoito (kulkee työntekijän mukana)				
Työntekijän tunniste:		Aikatyypit: 1 = Asiakastoiminto, asiakas mukana 2 = Asiakastoiminto, ryhmätilanne 3 = Asiakastoiminto, asiakas ei mukana 4 = Muu toiminto 5 = Tukitoiminto		
Työpäivä alkoi (klo):				
Asiakkaan nimi	klo alku	klo loppu	Aikatyyppi	Toimintotyyppi

Kuvio 3. Esimerkkikuva työajanseurantalomakkeesta ympärivuorokautisessa hoidossa.

Ympärivuorokautisessa hoidossa yksikön ulkopuolisille työntekijöille oli oma lomake. Lomakkeeseen kirjattiin asiakkaan nimi (kenelle aika kohdentui), aloitus- ja lopetusajaksi sekä valittiin työntekijäryhmä, kuten lääkäri, terapeutti tai sosiaalityöntekijä. Mikäli yksikön ulkopuolinen työntekijä osallistui ryhmätoimintaan, kirjasi hän lisäksi osallistujien nimet, aloitus- ja lopetusajan ja ryhmätoiminnon muodon (kuntoutus, yhteinen aktiviteetti, ulkoilu, muu) erilliselle lomakkeelle.

Omaisille ja läheisille oli omat lomakkeet koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Lomakkeen mukana oli tiedote tutkimuksesta ja lomakkeen täyttöohjeet. Omaisten/läheisten lomakkeilla kerättiin tietoa omaisen/läheisen asiakkaan kanssa viettämästä ajasta. Lomakkeeseen merkittiin käynnin päivämäärä, tulo- ja lähtöaika sekä suhde läheiseen. Kotihoidossa lomakkeella kerättiin lisäksi tietoa siitä, asuuko läheinen asiakkaan kanssa ja toimiiko läheinen virallisena omaishoitajana. Lisäksi kotihoidon asiakkaiden luokse jaettiin tukipalvelujen tuottajille lomake, johon he pystyivät kirjaamaan käyntinsä asiakkaan luona. Lomakkeelle kirjattiin käynnin päivämäärä, kellonaika sekä valittiin tukipalvelun muoto (esim. turva-, ateria- tai siivouspalvelu).

Työajanseurannan toteutus

Työajanseuranta toteutettiin yksiköissä syksyllä 2021 11.10.–24.10. välisenä aikana siten, että seuranta-aika yksikössä oli yhden viikon (Taulukko 2). Tiedonkeruu ajoitettiin siten, ettei se osu samaan aikaan muiden isojen valtakunnallisten tiedonkeruiden tai syysloman kanssa. Näin ollen tiedonkeruu oli yksiköissä viikolla 41 lukuun ottamatta Etelä-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueiden yksiköitä, joissa seuranta toteutettiin viikolla 42. Työajanseurantaan osallistui yksiköiden kaikki

työntekijät, kuten esihenkilöt, lähihoitajat, sairaanhoitajat, fysio- ja toimintaterapeutit, hoiva-avustajat ja laitosapulaiset.

Työntekijöiden tunnistamisessa käytettiin työntekijöiden muodostamaa pseudo-nyymiä työntekijätunnistetta. Asiakkaat puolestaan tunnistettiin nimellä. Kotihoidossa yksiköiden työntekijät kirjasivat työaikaansa toiminnoittain ja asiakkaittain viikon ajan (Taulukko 2). Myös omaiset ja asiakkaan luona käyneet tukipalvelujen työntekijät kirjasivat käyntinsä viikon ajan. Omaiset ja tukipalvelujen työntekijät kirjasivat aikaansa tunnisteetta. Ympäri vuorokautisessa hoidossa yksikön omat työntekijät kirjasivat työaikaansa yhden vuorokauden ajan, lukuun ottamatta terapeutteja, jotka kirjasivat asiakaskäynnit viikon ajalta. Lisäksi yksikön ulkopuolisten työntekijöiden ja omaisten aikaa kirjattiin viikon ajan.

Taulukko 2. Työajanseuranta-aika Aikamittaus-hankkeen aikana eri palvelutyypeissä

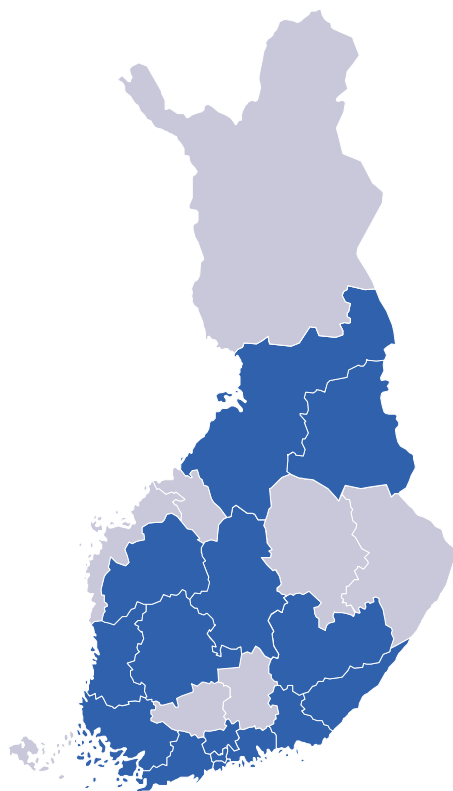
	Kotihoito	Ympäri vuorokautinen hoito
Yksikön työntekijät	Viikko	24 tuntia (terapeuteilta lisäksi asiakastyö viikon ajalta)
Yksikön ulkopuoliset työntekijät		Viikko (asiakastyö)
Tukipalvelut (käynnit/lkm)	Viikko	
Omaiset	Viikko	Viikko

Työajanseurantalomakkeet postitettiin yksiköihin noin viikkoa ennen varsinaista työajanseurantaa. Yksiköiden yhteyshenkilö organisoi lomakkeiden jakamisen yksiköissä sekä vastasi työntekijöiden ja omaisten tiedottamisesta. Kotihoidossa omaisten/läheisten sekä tukipalveluhenkilöstön lomakkeet jaettiin asiakkaiden kotiin ja työntekijöitä pyydettiin tarvittaessa auttamaan omaisia kirjauksissa. Työajanseurannan ajaksi oli järjestetty tukipuhelin, joka palveli arkipäivisin klo 7–20. Lisäksi yksikön työntekijöille oli laadittu mallilomake työajan kirjaamisen tueksi. Yksiköille lähetettiin lomakkeet myös sähköisesti, jotta tarvittaessa he pystyivät tulostamaan lomakkeita lisää.

Aikamittaus-hankkeeseen osallistui lopulta 17 kotihoidon yksikköä, jotka koostuivat 30 tiimistä ja 44 ympärivuorokautisen hoidon yksikköä, jotka koostuivat 72 tiimistä. Työntekijöiden työajanseurantaan osallistui kotihoidossa 456 ja ympärivuorokautisessa hoidossa 768 työntekijää. Kotihoidon työntekijöistä 25 oli varahenkilöstöä, joista saatiin vain asiakaskäyntien tiedot. Siten he eivät olleet mukana työntekijöiden työajan jakautumista koskevissa analyyseissä. Osassa ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä oli tehostetun palveluasumisen lisäksi myös tavallista palveluasumista. Näissä yksiköissä työajanseuranta koski tehostetun palveluasumisen asukkaita ja

työntekijöitä. Yksiköitä oli mukana yhteensä 15 eri tulevalta hyvinvointialueelta (Kuvio 4). Kotihoidon kaikki yksiköt olivat julkisen palveluntuottajan, kun taas ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä 17 kappaletta (39 %) oli yksityisen palveluntuottajan yksiköitä.

Työajanseurantaviikon jälkeen yksiköiden yhteyshenkilöt postittivat täytetyt lomakkeet suoraan yhteistyökumppanille, joka tallensi aikamittauksessa kerätyn aineiston, skannasi tutkimuslomakkeet sekä toimitti sähköisen aineiston tietoturvallisesti THL:ään. Yhteistyökumppanilla oli voimassa oleva tietosuojasopimus THL:n kanssa.



Tulevat hyvinvointialueet (sinisellä), joista oli mukana yksiköitä:

- Etelä-Karjalan hyvinvointialue
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Etelä-Savon hyvinvointialue
- Helsinki
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
- Kainuun hyvinvointialue
- Keski-Suomen hyvinvointialue
- Keski-Uusimaan hyvinvointialue
- Kymenlaakson hyvinvointialue
- Länsi-Uusimaan hyvinvointialue
- Pirkanmaan hyvinvointialue
- Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Satakunnan hyvinvointialue
- Vantaa-Keravan hyvinvointialue
- Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Tulevat hyvinvointialueet (harmaalla), joista ei ollut mukana yksiköitä:

- Lappi
- Keski-Pohjanmaa
- Pohjanmaa
- Pohjois-Savo
- Pohjois-Karjala
- Kanta-Häme
- Päijät-Häme

Kuvio 4. Aikamittaus-hankeeseen osallistuneet yksiköt tulevien hyvinvointialueiden mukaan. Tutkimuksessa mukana olleet alueet on kuvattu kartassa sinisellä.

Täydentävät aineistot

Täydentävänä tiedonkeruuna toteutettiin organisaatiokysely marraskuussa 2021, johon vastasivat yksiköiden esihenkilöt. Kyselyssä kerättiin mukana olleiden yksiköiden taustatietoja, kuten tietoa henkilöstön ja asiakkaiden lukumäärästä,

tiimirakenteesta sekä työn organisoinnista. Kysely pilotoitiin kahdessa yksikössä, jonka jälkeen se lähetettiin ilman muokkauksia lopuille yksiköille.

Aikamittaus-hankkeessa hyödynnettiin yksiköissä tehtyjä RAI-arviointeja, jotka siirtyivät normaalissa syksyn 2021 tiedonsiirrossa THL:ään. Siten yksiköiden ei tarvinnut tehdä erillisiä RAI-arviointeja aikamittausta varten. RAI-arvioinnit yhdistettiin THL:n ylläpitämästä RAI-tietovarannosta. Tämän lisäksi toteutettiin ylimääräinen RAI-tiedonsiirto, jossa tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden asiakkaiden viimeisimmät RAI-arviointien tiedot siirrettiin THL:ään erillisenä tiedonsiirtona. Lisäksi tutkimusaineistoon yhdistettiin kotihoidon etäkäynnit ja lääkäreiden ja fysioterapeuttien käynnit Avohilmo-rekisteristä (perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus). Näitä asiakkaita koskevia palvelujen käyttötiedot koskivat aikaväliä 1.10.-31.10.2021.

Datan kuvaus

Lomakkeiden sisältö toimitettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen tietoturvallisesti tallentamisen suorittaneelta yhteistyökumppanilta marraskuussa 2021. Tiedot saapuivat lomakkeittain Excel-tiedostoina, kotihoito ja ympärivuorokautinen hoito erikseen. Tämän lisäksi saatiin lomakkeiden skannaukset, joita oli yhteensä noin 9200 kappaletta. Yhteistyökumppani hävitti alkuperäiset paperilomakkeet helmikuussa 2022.

Excel-tiedostojen rivikohtainen tieto työntekijöiden lomakkeissa sisälsi asiakkaan nimen, toiminnon aloitus- ja lopetusajan, aikatyypin, sekä toimintotyyppin. Tämän lisäksi lomakekohtaisesti oli tiedot työntekijän tunnisteesta, organisaation koodista, työpäivän alku ja loppuajoista, sekä viikonpäivästä. Omaisten, ulkopuolisten työntekijöiden ja ryhmätoimintojen lomakkeet olivat erillisissä tiedostoissa, joilla oli erilainen rakenne. Kotihoidon puolella omaisten sekä ulkopuolisten työntekijöiden (tuki- palvelujen) lomakkeessa rivikohtainen tieto oli asiakaskohtainen ja sarakkeet vastasivat käyntejä. Muut lomakkeet vastasivat työntekijän lomakkeen rakennetta.

Rivejä, eli toimintoja, oli työntekijän lomakkeessa kotihoidon puolella yhteensä 39 825 ja ympärivuorokautisen hoidon puolella 23 005. Aineistoista tehtiin varmuuskopiot, jotka säilytettiin erillään. Datan käsittely, muokkaaminen ja analysointi suoritettiin RStudio:n versiolla 4.1.1.

Puuttuvien tietojen täydentäminen

Aineisto sisälsi jonkin verran puuttuvia tietoja. Tyhjiä soluja oli erityisesti esimerkiksi työpäivien alku- ja loppuajoissa, toimintojen alku- ja loppuajoissa, aikatyypeissä ja toimintotyypeissä. Puuttuvia tietoja pyrittiin täydentämään mahdollisuuksien mukaan. Muutokset tehtiin lähtökohtaisesti tilasto-ohjelmistolla kaikille sopiville soluille, mutta osassa tapauksia vaadittiin manuaalista tarkastelua ja tulkintaa. Tulkintaa vaatineet muutokset tehtiin systemaattisesti ja usean tutkijan yhteistyönä. Kaikkia puuttuvia tietoja ei saatu täydennettyä tai korjattua. Puuttuvien tietojen täydentämisen merkitystä tutkimuksen luotettavuuden ja tulosten tulkinnan kannalta käsitellään pohdinnassa (sivu 102).

Puutteelliset työpäivien ja toimintojen alku- ja loppuajat pyrittiin korjaamaan systemaattisesti. Puuttuvat työpäivien alku- tai loppuajat määriteltiin kyseisen päivän ensimmäisen tai viimeisen kirjatun toiminnon alku- tai loppuajoista. Puuttuvien yksittäisten toimintojen aikojen tilalle merkittiin joko edellisen kirjatun toiminnon loppusaika ja/tai seuraavan kirjatun toiminnon aloitusaika. Osassa tapauksista kirjaaminen oli kuitenkin epäselvää, esimerkiksi kirjaukset eivät edenneet ajallisesti johdonmukaisesti. Tällöin puuttuvia tietoja täydennettiin mahdollisuuksien mukaan ottaen

huomioon työpäivän todellinen kulku. Kaikkia puuttuvia tietoja ei pystytty täydentämään.

Asiakkaan nimet käytiin läpi ja selkeät kirjoitusvirheet tai epäselvyydet tarkistettiin skannatuista lomakkeista. Yksiköiden RAI-asiakkaiden nimilistaa käytettiin apuna oikeiden nimien määrittelyssä. Hyväksytyjä nimien muotoiluja oli yhteensä 15 kappaletta. Nimien määrittelyssä ongelmaksi koituivat erityisesti lempinimien, toisten nimien ja pelkkien etunimien käyttö.

Puuttuvia aikatyyppejä tai toimintotyypppejä sisältävät rivit käytiin systemaattisesti läpi. Suuressa osassa tapauksia työntekijä oli kirjoittanut ”Asiakkaan nimi” -kohtaan täydentävää lisätietoa (esimerkiksi ”matka”, ”ruokatauko” tai ”toimistotyö”). Valtaosa puuttuvista aikatyypeistä ja toimintotyypeistä täydennettiin rivin muiden tietojen perusteella. Kokonaan tyhjä rivit poistettiin.

Yhteistyökumppani oli kirjannut tallennuksen yhteydessä epäselvyyksiä sisältäviin soluihin #-merkin. Epäselvyyksiksi oli tulkittu muun muassa lomakkeiden marginaaleihin tehdyt kirjaukset, epäselvä käsiala tai tekstin kirjoitus soluun, jossa tuli olla numero. Hankkeen tutkijat kävivät kaikki #-merkin sisältävät rivit läpi lomakkeiden skannausten avulla ja korjasivat tietoja. Osassa tapauksia solun sisältö muutettiin puuttuvaksi (NA). Suuressa osassa tapauksia muutoksia ei kuitenkaan tarvinnut tehdä, sillä skannatun lomakkeen tiedot vastasivat aineistossa olevaa tietoa.

Datan käsittely

Kotihoidon ja ympärivuorokautisen lomakkeet käsiteltiin erikseen lomakekohtaisesti. Tiedoista laskettiin työpäivän pituus, sekä määriteltiin usean aikatyypin tai usean asiakkaan sisältävät rivit.

Työpäivän pituus laskettiin päiväkohtaisesti työntekijän kirjaamien työpäivän alku- ja loppuaikojen perusteella. Kotihoidossa neljällä työntekijällä oli rikkonainen päivä, jossa keskellä päivää oli merkittävä tauko (ei työaikaa). Näiden työntekijöiden työpäivän pituus laskettiin ja korjattiin aineistoon manuaalisesti. Muutama työntekijä oli kirjannut ympärivuorokautisessa hoidossa useamman kuin yhden päivän. Näiltä poistettiin muut päivät ensimmäistä lukuun ottamatta.

Osassa kirjauksia oli yhden rivin kohdalla useampi aikatyypin tai toimintotyyppi. Aikatyypit muokattiin siten, että rivikohtaisesti sallittiin vain yksi aikatyypin. Tällöin sen aikatyypin toiminnot olivat toimintotyyppi-sarakkeessa muodossa ”1,3,12”. Muiden aikatyypin toiminnot muutettiin muotoon ”2–2,3–10”. Aineisto rakennettiin siten, että jos riville on merkitty useampi toiminto, niin merkitty aika jaetaan tasaisesti jokaiselle toiminnolle. Työajan jaosta kerrotaan tarkemmin seuraavan alaotsikon alla.

Useammat asiakkaat sisältävät rivit purettiin siten, että jokaiselle asiakkaalle tehtiin erillinen rivi. Näillä riveillä oli alkuperäisen rivin tiedot, mutta toiminnon kesto jaettiin asiakkaiden määrällä. Esimerkki: Kotihoidossa kirjattu rivi, jossa on neljä nimeä, toiminto 4–3 (etäkäynti, ruokailussa avustaminen), ja toiminnon kesto oli 40

minuuttia. Tällöin aineistoon muodostuu neljä riviä, jossa jokainen asiakas saa 10 minuuttia aikaa. Tällä varmistetaan työntekijöiden ajan ja asiakkaiden saaman ajan yhdenmukaisuus.

Työajan jakaminen luokkiin

Jokaisen rivin aika jaettiin sen sisältämien toimintojen kesken, eli useita eri toimintoa sisältävän rivin kesto jaettiin tasaisesti jokaiselle toiminnolle. Tästä ovat poikkeuksena matkat ja keskeytykset, joiden erilainen jako käsitellään seuraavassa luvussa. Toiminnot ja niiden sisältämä aika luokiteltiin sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa seitsemään eri luokkaan, jotka on kuvattu tarkemmin metodeissa sivuilla 38–39. Toimintoluokituksen tarkempi sisältö on kuvattu liitteissä 1–4. Luokat olivat:

1. Asiakasaika, asiakas mukana
2. Asiakasaika, asiakas ei mukana
3. Asiakasaika, asiakasta ei tunnistettu
4. Työyhteisötyö
5. a) Matkat (kotihoito)
6. b) Ylläpitotyö (ympäri vuorokautinen hoito)
7. Tauot
8. Keskeytykset

Näiden lisäksi laskettiin työntekijäkohtainen kirjaamaton työaika, joka oli viimeinen luokka. Kirjaamaton aika laskettiin vähentämällä työntekijän kokonaistyöajasta kirjattujen toimintojen kokonaisaika. Jäljelle jäävälle ajalle ei ollut siis kirjattu toimintoja. Liitteessä 5 kerrotaan tarkemmin kirjaamattoman ajan mahdollisesta sisällöstä.

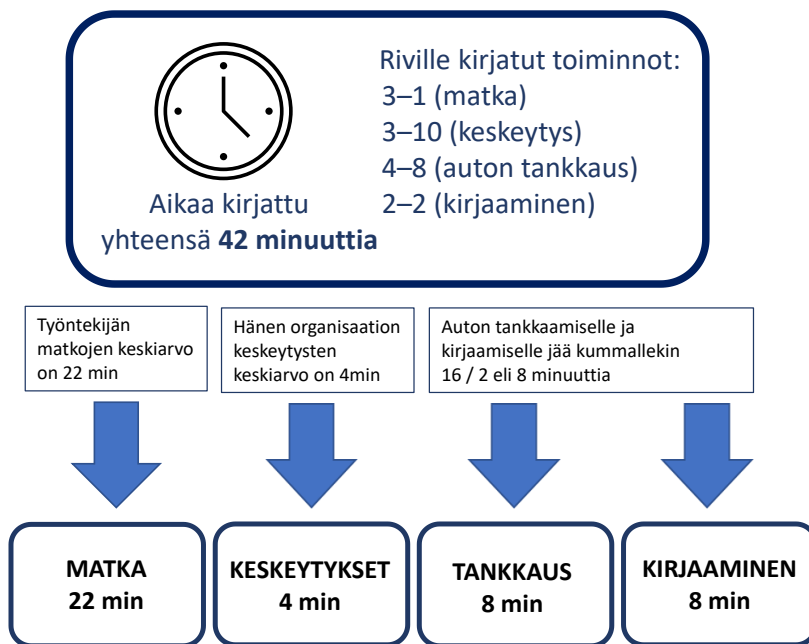
Matkojen ja keskeytysten erityinen jakaminen

Matkoihin ja keskeytyksiin sovellettiin erilaista toimintojen ajan jakamista. Lähtökohtana oli, että matkojen osuus ei pitäisi pienentyä kohtuuttoman pieneksi, jos samassa toiminnossa oli muita toimintoja (esim. kirjaaminen ja auton tankkaus). Sama pätee keskeytyksiin, jotka normaalin rivikohtaisen ajan jaon mukaan saisivat huomattavasti enemmän aikaa, vaikka omalle rivilleen kirjatun keskeytyksen kesto oli keskimäärin vain 5 minuuttia.

Kotihoidossa matkoille laskettiin työntekijäkohtainen keskiarvo. Jos tieto oli puuttuva, tilalle laskettiin organisaation työntekijöiden matka-aikojen keskiarvo. Työntekijöiden, joiden keskimääräinen matkojen kesto oli organisaation työntekijöiden ylimmässä kvartaalissa, matka-ajat asetettiin ylimmän kvartaalin raja-arvoksi. Ylimmän kvartaalin havainnot perustuivat yleisesti vain muutamaa toimintoon ja olivat täten epätarkkoja, jonka takia niitä rajattiin. Keskeytyksille laskettiin organisaatiokohtainen keskiarvo, joka asetettiin kaikille työntekijöille.

Matkan tai keskeytyksen sisältävät rivit jaettiin siten, että matka tai keskeytys saivat lähtökohtaisesti yllä olevan prosessin mukaan lasketun arvon. Jäljelle jäävä aika jaettiin tasan muiden toimintojen kesken. Kotihoidossa oli myös toimintoja, joissa oli sekä matka että keskeytys. Jos rivillä ei ollut muita toimintoja, kaikki aika allokoitiin matkalle ja keskeytykselle annettiin 1 minuutti. Jos rivillä oli muita toimintoja matkan ja keskeytyksen lisäksi, matka-ajalle asetettiin työntekijän keskiarvo, tauolle organisaation keskiarvo, ja jäljelle jäävä aika jaettiin muiden toimintojen kesken.

Esimerkki matkan ja keskeytyksen sisältävän rivin ajan jakamisesta näkyy kuviossa 5. Aineistoon liittyvistä teknisistä syistä rivit, joiden toimintojen kesto oli liian lyhyt suhteessa työntekijän keskiarvoihin, jaettiin normaalisti kaikille tasan. Tällä vällettiin negatiivisia kestoja.



Kuvio 5. Esimerkki työajan jakautumisesta kuvitteellisen kotihoidon työntekijän kirjaamasta rivistä, jossa oli useita toimintoja.

Asiakkaiden nimien yhdistäminen RAI-tietoihin

Jokaiselle toiminnolle, jonka kohteena oli asiakas, oli ohjeistus kirjata asiakkaan koko nimi. Aineistossa kuitenkin esiintyi useita erilaisia muotoja ja kirjaustapoja asiakkaiden nimistä. Osaan lomakkeista oli kirjattu esimerkiksi pelkästään nimikirjaimet, pelkkä etunimi, tai etunimi ja sukunimen ensimmäinen kirjain. Asiakkaiden liittämisen RAI-tietokantaan oli tämän takia monimutkaista. Tarkoituksena oli muodostaa

linkki työajanseurannan sekä muiden aineistojen (RAI ja Avohilmo) välille, sekä loppujen lopuksi poistaa aineistosta tunnistellinen tieto, eli asiakkaiden nimet. Tutkimuksen kohteena olevien yksiköiden asiakkaiden nimilistat saatiin RAI-tietokannasta, joiden perusteella yhdistäminen tehtiin.

Työajanseurantaan kirjatut asiakkaiden nimet siivottiin ja muokattiin niin, että ne olivat valmiita yhdistämiseen. Hyväksytyjä nimen muotoja oli 15 kappaletta, jotka koostuivat erilaisista tavoista järjestellä asiakkaan etunimi, sukunimi, toinen nimi, sekä näiden alkukirjaimet. Nimien yhdistämisessä voitiin käyttää pelkkää asiakkaan etu- tai sukunimeä, jos yksikön nimilistassa oli vain yksi tietyn nimen omaava henkilö. RAI-tietokannasta kootulle nimilistan nimille muodostettiin vastaavat 15 eri muuttujaa, jotka yhdistettiin työajanseurannan nimiin yksitellen. Nimien yhdistäminen tehtiin niin, että yksittäiset tiimit oli yhdistetty isommiksi organisaatioiksi. Erityisesti ympärivuorokautisen hoidon puolella tietyn osaston tai tiimin työntekijät hoitivat usein eri tiimin asiakkaita. Myös kotihoidon puolella tehtiin asiakaskäyntejä oman tiimirakenteen ulkopuolella.

On tärkeä huomioida, että RAI-arviointien puutteellisuuden ja nimien kirjaamisen poikkeusten takia osaa nimistä ei pystytty yhdistämään RAI-arviointiin. Kotihoidossa yhdistämättömät nimet johtuivat pääosin RAI-arviointien puutteellisuudesta, eli osalle asiakkaista ei syystä tai toisesta ollut tehty RAI-arviointia. Sen sijaan ympärivuorokautisessa hoidossa RAI-arviointeja oli kattavammin, mutta nimien kirjaaminen oli osittain puutteellista, sisältäen pelkästään asiakkaan etu- tai lempinimen. Jos asiakkaan nimeä ei saatu yhdistettyä RAI-arviointiin, rivit ja niiden sisältämä aika jätettiin pois asiakaskohtaisesta aineistosta (poikkeuksena aikatyypin 3: Asiakas ei läsnä, asiakasta ei tunnistettu). Rivit sisältyivät kuitenkin työntekijä- ja yksikkökohtaiseen aineistoon.

RAI-arviointien käsittely

Tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden asiakkaiden RAI-arvioinnit poimittiin vuoden 2020 keväästä alkaen. Tämän lisäksi tehtiin erillistiedonsiirto uusista loppuvuoden 2021 tiedoista, jotta asiakkaisiin saataisiin kiinni uusien ja päivitetyn RAI-arviointi. Yhdestä asiakkaasta saattoi siis löytyä useampi arviointi. Arvioinneista valittiin uusien kokonaisarviointi. Tällöin osa-arvioinnit, joissa oli esimerkiksi puuttuvia mittaritietoja, jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Asiakkaat, joista ei löytynyt ollenkaan kokonaisarviointia jätettiin ulos asiakaskohtaisesta aineistosta.

Avohilmon tiedot

THL:n hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) käyntitietojen tarkoituksena oli täydentää kotihoidon asiakkaiden saamaa palvelukokonaisuutta yksikön ulkopuolisten työntekijöiden osalta. Näitä tietoja ei kerätty aikamittauksen lomakkeilla. Kohteena oli erityisesti lääkäreiden ja fysioterapeuttien toteuttamat kotikäynnit, sekä kaikki etäkäynnit.

Avohilmosta haettiin yksiköiden asiakkaiden käyntitiedot yhden kuukauden ajalta. Etä- ja kotikäyntien palvelutapahtumat haettiin vuoden 2021 lokakuulta.

Palvelumuodoista mukaan otettiin asiakkaan luona tapahtuneet avosairaanhoidon ja fysioterapian käynnit, sekä muiden kuin sairaanhoitajien ja lähihoitajien suorittamat kotihoidon, kotisairaanhoidon, sekä kotipalvelun käynnit. Tämän lisäksi mukaan otettiin kaikkien ammattiryhmien suorittamat etäkäynnit ja ammattihenkilöiden väliset konsultaatiot ja kirjaukset. Käyntitiedoista rajattiin pois käynnin yhteystavan perusteella vastaanotolla tapahtuneet käynnit (R10), sekä vuodeosastohoito (R80). Tämän lisäksi käynnit, joissa ajanvaraus oli peruuntunut, rajattiin ulos tarkastelusta. Koska käyntitiedot olivat kuukauden ajalta, jaettiin asiakkaan saama asiakasaika lokakuun päivien lukumäärällä (31).

Käynnin suorittanut työntekijäluokka määriteltiin käyntiin kirjatun ammattiluokan mukaan. Osasta käyntejä tämä tieto kuitenkin puuttui, jolloin luokka pääteltiin käynnin ammattioikeuden perusteella, tai tämän puuttuessa palvelumuodon mukaan. Esimerkiksi kotisairaanhoidon käynneistä melkein kaikkien kirjattujen käyntien ammattiryhmä oli sairaanhoitaja, jolloin ammattitiedoiltaan puutteelliset kotisairaanhoidon käynnit merkittiin sairaanhoitajan suorittamiksi.

Käyntitiedoista määriteltiin käynnin kesto sen alku ja loppuaikojen perusteella. Samalla korjattiin muutamien käyntien kirjauksia, joissa oli selkeitä virheitä käynnin alku- ja loppuajoissa. Näitä olivat esimerkiksi käynnit, joissa päivä ei vaihtunut puoliyön jälkeen, tai alku- ja loppuajat olivat väärin päin. Tämän lisäksi osassa käyntejä aikaleimoja ei ollut kirjattu, vaan esimerkiksi fysioterapeutin kotikäynnin kesto saattoi olla nolla minuuttia. Nollan minuutin käynnit muutettiin vastaamaan tietyn työntekijäluokan, yhteystavan ja palvelumuodon keskimääräistä käynnin kestoja, jos otos oli vähintään 10. Muuten käynnin kesto muutettiin yhteen minuuttiin. Kaikkien käyntien enimmäiskesto rajattiin 8 tuntiin (koski 32 käyntiä). Erityisesti kotisairaanhoidon käynnit saattavat koostua pitkistäkin hoitopisoidista, mutta mukana voi olla myös virheellisiä kirjauksia.

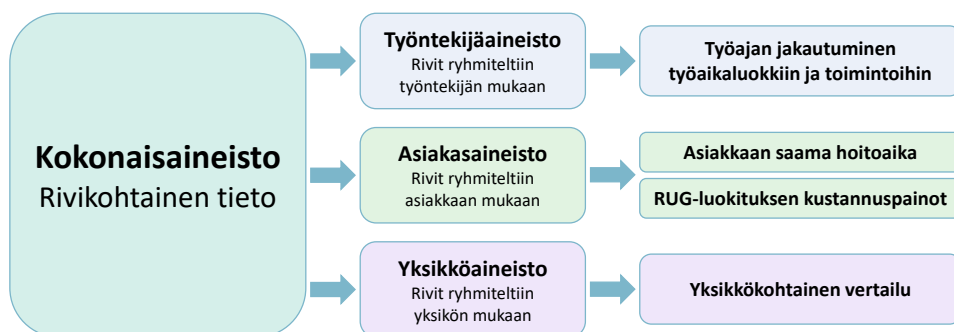
Päällekkäisten käyntien poistaminen

On mahdollista, että Avohilmon poiminnassa oli sellaisia käyntejä, jotka oli kerätty jo työajanseurannan lomakkeiden avulla. Tämän takia Avohilmon käynneistä etsittiin ja tarkastettiin mahdolliset päällekkäiset käynnit. Ensiksi Avohilmon ja työajanseurannan käynnit yhdistettiin niin, että käynneillä tuli olla sama päivä, organisaatiokoodi, sekä suorittanut työntekijäluokka. Sen jälkeen käynnit rajattiin niihin, joissa oli sama asiakas (N = 5565). Tämän jälkeen toiminnon alku rajattiin niin, että toiminnon alku oli +/- 10 minuuttia, eli 14:40 käynti yhdistettiin 14:30-14:50 alkaneisiin käynteihin (N = 117). Lopuksi käynnin keston erotus rajattiin enintään 15 minuuttiin, eli jos käynnin kesto oli Avohilmossa 35 minuuttia, sallittu käynnin kesto työajanseurannassa oli 20–50 minuuttia. Lopulta päädyttiin 59 käyntiin, jotka määriteltiin

päällekkäisiksi käynneiksi. Nämä 59 käyntiä rajattiin ulos Avohilmo-aineistosta ja täten myös asiakaskohtaisesta ajasta.

Metodit

Kokonaisaineistosta muodostettiin molemmille palvelutyypeille kolme erillisaineistoa: työntekijä-, asiakas- ja organisaatioaineistot (Kuvio 6). Toimintoihin kulunut aika ryhmiteltiin joko työntekijän, asiakkaan tai organisaation tunnusteen perusteella. Työntekijä-, asiakas- ja organisaatiokohtaisissa aineistoissa oli yksityiskohtaiset tiedot eri toimintoihin ja aikatyyppeihin kuluneesta ajasta, sekä työntekijöiden ja asiakkaiden määrästä.



Kuvio 6. Erillisaineistojen muodostaminen ja tutkimuksen osat, joissa niitä käytettiin.

Eri aineistoja hyödynnettiin tutkimuksen eri osissa, joita olivat hoitajien työajan jakautuminen, asiakkaan saama hoitoaika sekä kustannuspainojen laskeminen. Tämän lisäksi tarkasteltiin yksikkökohtaista vaihtelua. Seuraavaksi kuvaamme, miten tutkimuksessa määriteltiin hoitajien työajan työaikaluokat ja asiakkaan saama hoitoaika. Lopuksi kuvaillaan RUG-luokituksen kustannuspainojen ja palkkapainojen laskeminen.

Hoitajien työajan jakautuminen

Työntekijäkohtaisen aineiston avulla analysoitiin työntekijöiden työajan jakautuminen eri työaikaluokkiin koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Sitä varten työntekijöiden kirjaama työaika luokiteltiin viiteen eri pääluokkaan. Työaikaluokitusta tehdessä hyödynnettiin vanhuspalvelulain määritelmää sekä Valviran ohjeistusta välittömästä asiakastyöstä ja välillisestä työstä. Näitä ei kuitenkaan voitu hyödyntää sellaisenaan, koska välittömän ja välillisen työajan tulkinta vaihtelee eri palvelutyypeissä.

Tässä raportissa käytettiin erillistä yli palvelurakenteen yhtenevää työajan luokitusta. Seuraavaksi on tarkemmin kuvattu lain määritelmä välittömästä asiakastyöstä sekä välillisestä työstä sekä miten siihen suhteutuu tässä tutkimuksessa käytetty

työaikaluokitus. Lisäksi asiakkaan saaman hoitoajan laskemisessa on hyödynnetty lain määritelmää niistä työntekijöistä, joiden työaika voidaan laskea välittömään asiakastyöhön.

Asiakastyön määritelmä eri palvelutyypeissä

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) uudistuksen ensimmäisen vaiheen keskeisenä tavoitteena oli turvata ikäihmisille laadukkaat, yhdenvertaiset ja kustannustehokkaat palvelut. Tavoitteena oli myös varmistaa riittävä hoidosta ja huolenpidosta vastaava henkilöstö ja sitä kautta parantaa asiakkaiden ja potilaiden turvallisuutta (HE 4/2020 vp). Lakiin kirjattiin siten velvoite vähimmäishenkilöstömitoituksesta, jonka laskeminen perustuu välittömään asiakastyön osuuteen. Tämän vuoksi lakiin kirjattiin myös määritelmät välittömästä asiakastyöstä sekä välillisestä työstä.

Laissa välittömällä asiakastyöllä tarkoitetaan hoitoa ja huolenpitoa sekä asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviä ja ylläpitäviä tehtäviä, asiakasta koskevien tietojen kirjaamista, palvelutarpeen arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja päivittämistä. Välillisellä työllä puolestaan tarkoitetaan huoneiden ja yhteisten tilojen siivousta, pyykki- ja kiinteistöhuoltoa, ruoan valmistusta ja lämmitystä, yksikön johtajan ja vastuuhenkilön esimies- ja hallinnollista työtä sekä muita vastaavia hoitoa ja huolenpitoa mahdollistavia tehtäviä. (9.7.2020/565).

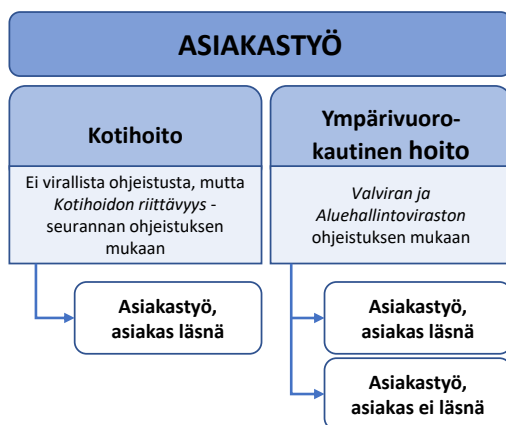
Laki määrittelee ne työntekijät, jotka voivat osallistua välittömään asiakastyöhön. Näitä ovat sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneet henkilöt, soveltuvan tutkinnon suorittaneet, kotiaavustajat, hoitoapulaiset ja hoiva-avustajat, viriketoiminnan ohjaajat sekä toimintayksiköiden johtajat ja vastuuhenkilöt. Myös opiskelijat voidaan lukea soveltuvien osin, mikäli heillä on opintojen kautta hankittu riittävä osaaminen.

Valvira ja Aluehallintovirasto (2020) ovat laatineet lakiin perustuen yksityiskohdaisemman ohjeistuksen välittömään asiakastyön ja välillisen työn sisällöstä. Ohjeistus koskee kuitenkin vain ikääntyneiden ympärivuorokautista hoitoa, joten välittömään asiakastyön ja välillisen työn määrittelyyn ei ole vakiintunutta yli palvelurakenteen sopivaa luokitusta. Kotihoidossa tulkinta asiakastyön sisällöstä vaihtelee ja esimerkiksi Vanhuspalvelujen tila -tutkimukseen liittyvässä Kotihoidon riittävyys -seuranassa asiakasajaksi luetaan ainoastaan asiakkaan luona tai kanssa tehty työ (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c).

Aikamittaus-hankkeen työaikaluokitus

Työaika luokiteltiin viiteen pääluokkaan, jotka olivat 1) asiakastyö, asiakas läsnä, 2) asiakastyö, asiakas ei läsnä, 3) työyhteisötyö, 4a) matkat (kotihoitossa) 4b) ylläpityö (ympärivuorokautisessa hoidossa) ja 5) keskeytykset. Kuviossa 7 on kuvattu, miten (välittömän) asiakastyön määritelmä eri palvelutyypeissä vertautuu tämän raportin luokitukseen. Valviran ja Aluehallintoviraston (2020) ohjeistuksen mukaiseen välittömään asiakastyöhön ympärivuorokautisessa hoidossa vertautuu tässä raportissa

”asiakastyö, asiakas läsnä” ja ”asiakastyö, asiakas ei läsnä” -luokat. Kotihoidon riittävyys -seurannan ohjeistuksen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c) mukaiseen asiakastyöhön kotihoidossa puolestaan vertautuu ainoastaan ”Asiakastyö, asiakas läsnä” -luokka.



Kuvio 7. Aikamittaus-hankkeessa olevien asiakastyöluokkien vertautuminen asiakastyön määritelmään eri palvelutyypeissä.

Asiakastyö, asiakas läsnä -luokka koostui työajasta, joka vietettiin asiakkaan kanssa. Kotihoidossa siihen sisältyi myös yksikön omien työntekijöiden toteuttamat etäkäynnit ja ympärivuorokautisessa hoidossa työntekijöiden ryhmätoimintoihin kulunut työaika sekä yksikön ulkopuolisten sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden asiakkaalle kohdentama aika. Tähän luokkaan kuului mm. arkitoiminnoissa auttaminen, johon sisältyy päivittäinen hygienia, wc-käynnit, peseytyminen, pukeutuminen, ruokailu, siistiminen ja asiakkaan asioissa avustaminen. Lisäksi luokkaan kuuluivat sairaanhoidolliset toimenpiteet, lääkehoito, toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistäminen, ulkoilu, kirjaaminen, palvelutarpeen arviointi ja hoitosuunnitelman laatiminen, jatkohoidon järjestäminen, hoitoneuvottelu, moniammatillinen työskentely asiakkaan luona, läheisen tukeminen, saattaminen sekä työntekijän/opiskelijan perehdytys ja ohjaus asiakkaan luona.

Asiakastyö, asiakas ei läsnä -luokkaan kuului se asiakkaiden hoitamiseen kulunut työaika, jota ei tehty fyysisesti asiakkaan luona, kuten asiakkaan asioiden hoitaminen tai asiakastietojen kirjaaminen esimerkiksi toimistolla. Muita tarkempia tähän luokkaan kuuluvia toimintoja olivat lääkehoito, asiakkaan palveluiden ja etuuksien järjestäminen, palvelutarpeen arviointi, hoitosuunnitelma, konsultointi, moniammatilliset kokoukset sekä omaiskontakti. On huomioitavaa, että sama toiminto saattoi olla molemmissa asiakastyön luokissa, koska kyseistä toimintoa tehtiin sekä asiakkaan kanssa että ilman asiakasta.

Työyhteisötyö koostui työyksikköön kohdistuneesta työajasta, kuten palavereista, yleisistä tarviketilauksista sekä suunnittelu- ja kehittämistyöstä. Lisäksi luokkaan kuului toimistotyö, esimies- ja hallinnollinen työ sekä tiedottaminen, työssä tarvittavien vaatteiden ja tarvikkeiden kerääminen ja huolto sekä opiskelijan tai uuden työntekijän perehdytys.

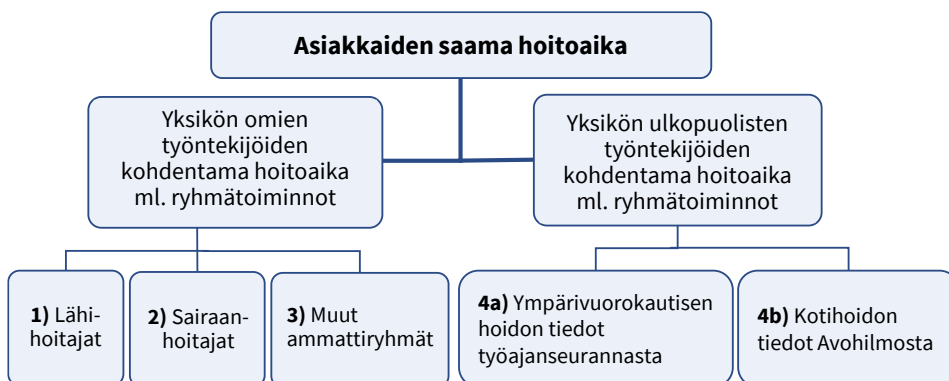
Kotihoidossa **matkat** olivat omana pääluokkanaan ja siihen kuului siirtymisiin kulunut työaika. Ympäri vuorokautisessa hoidossa puolestaan omana pääluokkanaan oli **ylläpitotyö**, johon kuului siivoukseen, pyykki- ja ruokahuoltoon kulunut työaika. **Keskeytyksiin ja häiriöihin** kulunut työaika luokiteltiin omaksi pääluokakseen. Eri työaikalokkien toiminnot löytyvät liitteistä 1–4. Kokonaistyöajan ulkopuolelle jäänyt aika, jota työntekijä ei ollut kirjannut mihinkään toimintoon, luettiin kirjaamattomaksi ajaksi. Se laskettiin vähentämällä toimintoihin kulunut aika työntekijän työpäivän kokonaispituudesta.

Asiakkaan saama hoitoaika

Asiakkaan saama hoitoaika analysoitiin asiakasaineiston avulla. Asiakkaan saamaa hoitoaika hyödynnettiin edelleen kustannuspainojen laskemisessa. Asiakkaan saama hoitoaika muodostettiin työntekijöiden työajanseurannasta muodostetun asiakasaineiston ja Avohilmon tietojen perusteella. Hoitoaika muodostettiin työntekijöiden työajanseurannassa kirjaaman asiakkaan perusteella.

Asiakasaikaan laskettiin yksikön omien 1) lähihoitajien, 2) sairaanhoitajien ja 3) muiden ammattiryhmien (yksikön omat fysio-, toiminta- ja puheterapeutit, geronomit, sosionomit, ohjaajat, hoito- ja hoiva-apulaiset, hoiva-avustajat sekä esihenkilöt) kirjaama asiakaskohtainen työaika (Kuvio 8). Lisäksi aikaan sisällytettiin 4) yksikön ulkopuolisten työntekijöiden, kuten lääkäreiden, fysioterapeuttien tai sosiaalityöntekijöiden kirjaama asiakasaika. Ympäri vuorokautisessa hoidossa yksikön ulkopuolisten työntekijöiden aika asiakkaille saatiin työajanseurannasta ja vastaavasti kotihoidossa Avohilmasta, joka sisälsi tiedot myös etäkynneistä.

Osa työajanseurannassa kirjatuista toiminnoista oli usealle asiakkaalle kohduttuina ryhmätoimintoja. Asiakaskohtainen ryhmätoimintoaika saatiin jakamalla ryhmätoiminnon kesto toimintoon osallistuneiden asiakkaiden lukumäärällä. Ryhmätoimintojen asiakaskohtaiset ajat sisältyivät yksiköiden omien ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden kirjaamaan asiakasaikaan.



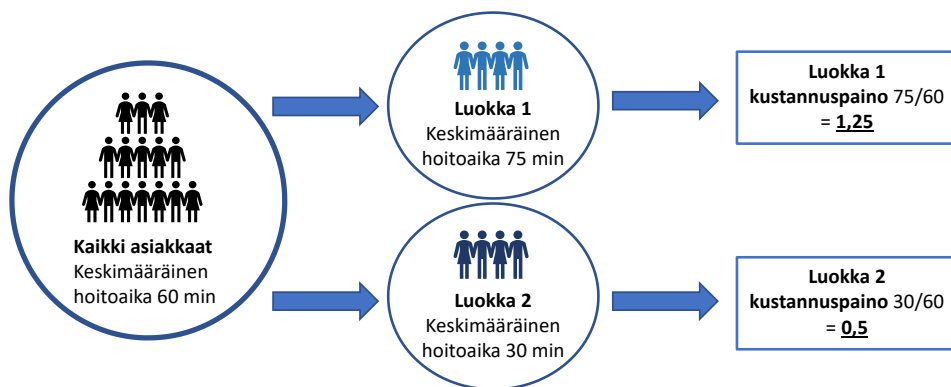
Kuvio 8. Asiakkaan saaman hoitoajan muodostuminen.

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. Mikäli työntekijä ei ollut kohdentanut kyseistä asiakasaikaa tietylle henkilölle, tämä aika jaettiin kaikkien yksikön asiakkaiden kesken. Omaisten aikaa ei laskettu osaksi asiakkaan saamaa hoitoaikaa.

Kustannuspainojen laskeminen

Kustannuspainojen laskemisessa hyödynnettiin asiakasaineistoa. Kustannuspainot palkkapainotettiin, eli asiakasajassa otettiin huomioon se kuinka paljon ja kenen ammattilaisen hoitoaikaa asiakas sai. Kustannuspainot laskettiin nykyisen RUG-III/18-luokituksen mukaisesti erikseen kotihoitoon sekä ympärivuorokautiseen hoitoon. Samalla tarkastellaan asiakasmääriltään isoimpien RUG-III/18-luokkien asiakasrakennetta, sekä RUG-III/18-luokituksen mahdollisia heikkouksia. Tämän lisäksi tuloksissa esitetään vaihtoehtoiset RUG-luokitukset (RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC), jotka paikkaavat joitain nykyisen luokituksen ja aineiston ongelmia.

Kustannuspainot laskettiin RUG-III/18-alaluokittain. Alla on kuvattu esimerkkitapausta kahden kuvitteellisen alaluokan kustannuspainojen laskemisesta (Kuvio 9). Jokaiselle alaluokalle laskettiin sen sisältämien asiakkaiden keskimääräinen päiväkohmainen saatu asiakasaika, joka suhteutettiin kotihoidon tai vastaavasti ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden keskimääräiseen saatuun asiakasaikaan. Asiakkaiden saama aika painotettiin työntekijäryhmien palkkapainoilla, joiden laskutapa on kuvattu alempana. Palkkapainotetut minuutit eivät täysin vastaa asiakkaan todellista saamaa asiakasaikaa, vaikkakin palkkapainoilla ei ollut suurta vaikutusta saatuun hoitoaikaan.



Kuvio 9. Esimerkki RUG-luokituksen kustannuspainojen laskemisesta kahdessa kuvitteellisessa alaluokassa. Hoitoaika on esitetty palkkainotettuina minuutteina per vuorokausi.

Vähän asiakkaita sisältävien luokkien kustannuspainojen täydentäminen

Osassa RUG-alaluokista oli liian vähän asiakkaita luotettavien kustannuspainojen laskemiseen. Näissä alaluokissa kustannuspainojen laskemisessa päätettiin hyödyntää toisen palvelutyyppin painoja, jolloin asiakasmäärältään pienten luokkien osalta pystyttiin yhdistämään kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärät. Raja-arvoksi asetettiin 20 asiakasta, eli alaluokat, joiden kustannuspaino perustui alle 20 asiakkaaseen, täydennettiin toisen palvelutyyppin asiakasajalla.

Lasketut kustannuspainot standardisoitiin suhteuttamalla niiden keskihajonta kustannuspainojen keskiarvoon (Z-score). Tämä luku kerrottiin täydennettävän palvelutyyppin kustannuspainojen keskihajonnalla, jonka jälkeen se lisättiin uusien kustannuspainojen keskiarvoon. Tällöin saatiin uusiin kustannuspainoihin suhteutettu luku, joka käyttäytyy hajonnaltaan ja ryhmiltään toisen palvelutyyppin laskettujen painojen kaltaisesti, mutta perustuu silti toisen palvelutyyppin asiakkaiden saatuun aikaan.

Tätä lukua hyödynnettiin määrittelemään lopullinen kustannuspaino. Kustannuspainoissa painotettiin RUG-luokan asiakkaiden määrän mukaan joko oman palvelutyyppin laskettua kustannuspainoa, tai toisen palvelutyyppin aineistosta johdettua kustannuspainoa. Kustannuspainojen osuus alle 20 asiakkaan luokista määrittyi suoraan kyseisen palvelutyyppin osuudesta kyseisen luokan kokonaisasiakasmäärästä. Ryhmissä, joissa asiakkaita oli 20 tai yli, lopullinen kustannuspaino koostui kokonaan uudesta oman palvelutyyppin kustannuspainosta.

Matemaattinen kaava 20 tai vähemmän asiakasta sisältävien alaluokkien kustannuspainojen täydentämiselle oli:

$$Y_1 = \left(X_1 * \frac{N_1}{N_{kaikki}} \right) + \left(\left((X_2 - \mu_2) / \sigma_2 \right) * \sigma_1 + \mu_1 \right) * \frac{N_2}{N_{kaikki}} \right)$$

Kaavassa: Y = Täydennetty RUG-alaluokan kustannuspaino
 X = Aineistosta laskettu suora tietyn alaluokan kustannuspaino
 μ = RUG-luokituksen alaluokkien kustannuspainojen keskiarvo
 σ = RUG-luokituksen alaluokkien kustannuspainojen keskihajonta
 N = Aineiston asiakkaiden määrä tietyssä alaluokassa
 $_1$ = Täydennettävän alaluokan palvelutyyppi (esim. kotihoito)
 $_2$ = Toinen palvelutyyppi (esim. ympärivuorokautinen hoito)

Esimerkiksi kuudennen pääluokan Käytöshäiriöt toisessa alaluokassa (6 BB) oli kotihoidossa vain kahdeksan asiakasta. Kotihoidon kustannuspainoa täydennettiin ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saadulla asiakasajalla niin, että ympärivuorokautisen hoidon kotihoitoon standardisoidun painon (1,02 \rightarrow 2,03) osuus oli 72 % ja kotihoidon alkuperäinen painon (1,74) osuus 28 %. Lopullinen täydennetty kustannuspaino oli siten 1,95.

Palkkapainojen määrittely

RUG-luokituksen kustannuspainojen laskemisessa tulee ottaa huomioon eri työntekijäryhmät. Tunti lääkärin aikaa on organisaation resurssien kannalta eri asia kuin tunti lähihoitajan aikaa. Tämän takia asiakkaalle kohdentuneet toiminnot ja käynnit painotettiin toiminnon suorittaneen työntekijän työntekijäryhmän perusteella. Tähän tarkoitukseen tuli määritellä työntekijöiden palkkapainot.

Palkkapainot laskettiin työntekijäryhmittäin Tilastokeskuksen vuoden 2020 kansallisten tulotietojen perusteella. Palkkatiedot suhteutettiin määrällisesti suurimpaan työntekijäryhmään (lähihoitajat), joiden palkkapainoksi asetettiin 1,0. Painojen laskemisessa käytettiin kyseisen työntekijäryhmän kokoaikaisten työntekijöiden keskimääräistä kuukausipalkkaa, mukaan lukien ylityökorvaukset ja työaikalisät. Lopulliset käytetyt palkkapainot näkyvät taulukossa 1.

Painot laskettiin seuraaville työntekijäluokille: Lääkäri, osastonjohtaja (esihenkilö), sairaanhoitaja, lähihoitaja, hoidossa avustava henkilökunta, fysioterapeutti, sekä muu henkilöstö. Työntekijäluokka määriteltiin Tilastokeskuksen (2022) ammattiluokitus 2010-luokituksen perusteella, joka pohjautuu kansainväliseen International Standard of Classification of Occupations (ISCO) -standardiin. Kaikkia työntekijäluokkia ei löytynyt sellaisenaan standardista, minkä vuoksi osassa käytettiin määrittelynä myös henkilön koulutustaustaa. Lääkäri, esihenkilö (osastonjohtaja) ja fysioterapeutti määriteltiin suoraan luokituksen perusteella. Sen sijaan sairaanhoitajista otettiin mukaan vain ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat (ei ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tai erikoissairaanhoitajatutkinnon suorittaneita).

Luokituksessa lähihoitajat ja hoidossa avustava henkilökunta olivat osittain samassa ISCO-luokassa. Avustava henkilökunta eroteltiin siten, että ilman tutkintoa tai ylioppilastutkinnon omaavat luokan jäsenet, joilla ei pitäisi olla lähihoitajan ammattioikeutta, laskettiin hoidossa avustavaksi henkilökunnaksi. Hoidossa avustava

henkilökunta ja muu henkilöstö olivat myös sekaisin samassa ISCO-luokassa. Erottelu tehtiin sen perusteella, oliko henkilön pääsijainen tutkinto terveys- ja hyvinvointialalla (esim. sosiaali- ja terveysalan perustutkinto tai peruskoulutus) vai palvelualalla (esim. laitoshuoltajat, siivoojat ja keittäjät).

Taulukko 3. Käytetyt palkkapainot, perustuen Tilastokeskuksen vuoden 2020 tietoihin. Palkkapainot on suhteutettu suurimman työntekijäluokan (lähihoitaja) palkkaan

Työntekijä	Palkkapaino
Lääkäri	2,50
Esihenkilö (osastonjohtaja)	1,35
Sairaanhoitaja	1,15
Lähihoitaja	1,00
Hoidossa avustava henkilöstö (sote-alan koulutus)	0,88
Fysioterapeutti	1,00
Muu henkilöstö (ei sote-alan koulutusta)	0,81

Palkkapainot asettuivat johdonmukaisesti, lukuun ottamatta fysioterapeuttien jокseenkin alhaista painoa. Tätä selittää työaikalisien ja ylityökorvausten puute, jotka nostivat lähihoitajien keskimääräistä palkkaa. Fysioterapeuttien työajat sen sijaan ovat yleisesti ottaen säännölliset, jolloin erilaiset lisät eivät nosta keskimääräistä palkkaa. On myös tärkeä huomioda, että vastaava pätee osittain kotihoidon sairaanhoitajiin, joiden työaika on usein säännöllinen, ilman viikonlopputöitä. Palkkapainoissa on kuitenkin mukana sairaanhoitajien työaikalisät ja ylityökorvaukset, eli erityisesti kotihoidon sairaanhoitajien palkkapaino voi olla hieman liian korkea.

Aikaisemmissa aikamittauksissa palkkapainot on suhteutettu sairaanhoitajien palkkaan, minkä takia kustannuspainotuksen vaikutus on aiemmin ollut merkittävä. Tässä hankkeessa palkkapainot on kuitenkin suhteutettu suurimman työntekijäryhmän, eli lähihoitajien palkkaan. Tällöin palkkapainojen vaikutus saattaa jäädä pienemmäksi kuin aiemmissa aikamittauksissa.

Työntekijöiden työajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa

Tässä luvussa tarkastellaan Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneiden työntekijöiden työajan jakautumista eri työaikaluokkiin ja edelleen tarkempiin toimintoihin. Työaikaluokkien määrittely on kuvattu tarkemmin menetelmät -osiossa (sivut 38–39). Tuloksissa keskitytään erityisesti suurimpien työntekijäryhmien eli lähihoitajien ja sairaanhoitajien työajan jakautumiseen koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Lisäksi työajan jakautumista eri työaikaluokissa tarkempiin toimintoihin tarkastellaan tässä vain yleisimpien toimintojen osalta. Eri työntekijäryhmien työajan jakautuminen yksittäisiin toimintoihin on kuvattu liitteissä 1–4. Tutkimuksessa saatiin yksityiskohtaista tietoa työntekijöiden työn kokonaisuudesta, siitä miten työpäivät rakentuivat, kuinka paljon työaika asiakkaalle ja muuhun työhön kohdentui ja tarkemmin mitä toimintoja työaikana tehtiin. Aikamittaus-hankkeen tuloksia koskien hoitohenkilöstön työajan jakautumista on aiemmin julkaistu THL:n Tutkimuksesta tiiviisti julkaisusarjassa 29/2022 (Pesonen ym. 2022a).

Aikamittaukseen osallistuneiden työntekijöiden perustietoja

Yhteensä aikamittauksessa oli mukana 1224 työntekijää, joista 456 työskenteli kotihoidossa ja 768 ympärivuorokautisessa hoidossa. Pienestä osasta työntekijöitä ei ollut saatavilla taustatietoja. Tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden ikä oli keskimäärin 44 vuotta. Kyseisessä tehtävässä he olivat olleet 5 vuotta (mediaani) ja suurin osa heistä oli naisia (93 %). Työntekijöistä 78 prosenttia oli vakituisessa työsuhteessa ja 85 prosenttia teki kokoaikatyötä. Ympärivuorokautisesta hoidosta 37 prosenttia työntekijöistä työskenteli yksityisellä sektorilla, kun kotihoidossa puolestaan kaikki työntekijät työskentelivät julkisella sektorilla. Taulukossa 4 on kuvattu tarkemmin molempien palvelutyyppeiden työntekijärakenne.

Kummassakin palvelutyypissä suurin osa työntekijöistä oli lähihoitajia, joiden osuus on lähellä kansallista tasoa verrattaessa Vanhuspalvelujen tila -seurantaan, jonka mukaan työntekijöistä lähihoitajia on kotihoidossa 74 prosenttia ja ympärivuorokautisessa hoidossa 67–72 prosenttia (Kehusmaa & Alastalo 2021b). Seuraavaksi suurin ammattiryhmä oli sairaanhoitajat, noin 13 prosenttia kaikista työntekijöistä. Yksikön omien terapeuttien määrä erityisesti kotihoidossa oli melko alhainen (1 %), mikä saattaa johtua siitä, että asiakkaan luona käyvät terapeutit eivät ole kyseisen kotihoidon yksikön henkilöstöä, vaan tulevat esimerkiksi erillisestä fysio- tai toimintaterapiaan keskittyvistä yksiköistä.

Taulukko 4. Työntekijärakenne Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneissa koti-hoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä

	Kotihoito: Työntekijöiden määrä (%)	Ympärivuorokautinen hoito: Työntekijöiden määrä (%)
Esihenkilö	20 (4,4 %)	19 (2,5 %)
Sairaanhoitaja	60 (13,2 %)	97 (12,6 %)
Lähihoitaja	360 (78,9 %)	510 (66,4 %)
Terapeutit ja ohjaajat	5 (1,1 %)	17 (2,2 %)
Hoidossa avustava sote-henkilöstö	3 (0,7 %)	67 (8,7 %)
Muu henkilöstö	0 (0 %)	29 (3,8 %)
Opiskelijat ym.	8 (1,9 %) *	29 (3,8 %)
Yhteensä	456 (100 %)	768 (100 %)

* Luvussa mukana kolme työntekijää, jotka toimivat työsuunnitteluun liittyvissä tehtävissä

Ympärivuorokautisessa hoidossa avustavaa sote-henkilöstöä, joihin lukeutuivat hoiva-avustajat, kotiavustajat, hoitoapulaiset ja hoiva-apulaiset, oli noin 9 prosenttia työntekijöistä. Kotihoidossa tämän työntekijäluokan osuus oli hyvin alhainen. Todennäköisesti kotihoidossa, jossa työtä tehdään hyvin itsenäisesti, on vähemmän hoiva-avustajille sopivia työtehtäviä. Hoiva-avustaja ei esimerkiksi saa osallistua lääkehoidon tehtäviin ja toteuttamiseen ilman erillistä pätevyyttä (980/2012 3 a §).

Muuta henkilöstöä, johon lukeutuivat laitoshuoltajat ja -apulaiset sekä siivoajat, työskenteli ainoastaan ympärivuorokautisessa hoidossa. Opiskelijoita oli kummassakin palvelumuodossa melko vähän. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalviteista (980/2012) määrittelee, että opiskelijat voidaan laskea mukaan yksikön henkilöstöön, ja tätä kautta mitoitukseen, jos heillä on riittävä osaaminen. Tässä tutkimuksessa heidän kirjaamaansa työtä ei kuitenkaan voitu laskea mukaan, sillä opintojen vaiheesta ei ollut saatavilla tietoa. Lisäksi kotihoidossa työskenteli kolme (alle 1 %) työntekijää työn suunnitteluun liittyvissä tehtävissä.

Tässä luvussa esitetyistä työajan jakautumista koskevista analyyseistä rajattiin ulos erittäin vähän työaika kirjanneet työntekijät sekä kotihoidon varahenkilöstö (n = 25), joilta oli tiedossa ainoastaan asiakaskäyntejä koskeva työaika. Tämän vuoksi lopullisissa analyyseissä kotihoidosta oli mukana 417 ja ympärivuorokautisesta hoidosta 735 työntekijää. Asiakastyön jakautuminen tarkempiin toimintoihin esitetään ainoastaan sote-henkilöstön osalta ja tietyin rajauksin. Kotihoidossa ei raportoida terapeuttien ja ohjaajien, avustavan henkilöstön eikä opiskelijoiden työajan jakautumista alhaisen työntekijöiden määrän (n<10) takia. Ympärivuorokautisessa hoidossa raportoinnin ulkopuolelle jää muu henkilöstö sekä opiskelijat.

Työntekijöiden työajan jakautuminen kotihoidossa

Kotihoidon (KH) työntekijöiden keskimääräinen työpäivän kesto oli 7 tuntia 45 minuuttia (4 h 30min – 10h 45min) (Taulukko 5). Tämä laskettiin lähi- ja sairaanhoitajien työpäivän pituuksien perusteella. Kun tauot vähennettiin työpäivän kokonaiskestosta, laskennallinen työaika oli noin 7 tuntia ja 17 minuuttia. Taukojen kesto oli päivän aikana keskimäärin 28 minuuttia.

Lähihoitajat tekivät työpäivän aikana keskimäärin 10 asiakaskäyntiä, kestoiltaan keskimäärin 24 minuuttia. Sairaanhoitajilla taas asiakaskäyntejä oli keskimäärin vähemmän (4 käyntiä), mutta ne olivat kestoiltaan pidempiä, noin 33 minuuttia. Kotihoidon lähihoitaja kävi viikon aikana keskimäärin 26 eri asiakkaan luona.

Taulukko 5. Kotihoidon esihenkilöiden, sairaanhoitajien ja lähihoitajien työajan jakautuminen toimintoihin ja niiden kesto yhden työpäivän aikana (n = työntekijöiden määrä)

Työajan jakautuminen työaika- luokittain (n = 401)	Esihenkilö n = 20	Sairaanhoitaja n = 54	Lähihoitaja n = 327
Asiakastyö, asiakas läsnä (koti- ja etäkäynti)	6,0 % 27min	28,3 % 2h 5min	52,5 % 3h 48min
Asiakastyö, asiakas ei läsnä (esim. kirjaaminen toimistolla)	5,7 % 26min	25,2 % 1h 53min	3,7 % 16min
Työyhteisötyö *	76,4 % 5h 44min	29,3 % 2h 9min	20,1 % 1h 27min
Matkat	2,7 % 12min	8,6 % 39min	15,2 % 1h 6min
Keskeytykset ja häiriöt	5,4 % 25min	3,8 % 17min	1,3 % 6min
Kirjaamaton työaika	4,0 % 18min	6,0 % 27min	7,8 % 34min
Yhteensä	100 % 7h 32min	100 % 7h 30min	100 % 7h 17min

*Muun muassa palaverit, yleiset tarviketilaukset sekä suunnittelu- ja kehittämistyö.

Asiakaskäyntien toteuttamisesta kotihoidossa vastasivat pääasiassa lähihoitajat. Suurin osa heidän työajastaan kohdistui asiakastyöhön (56 %), josta valtaosa tapahtui asiakkaan luona. Myös sairaanhoitajien työajasta suurin osa (54 %) oli asiakastyötä, mutta se jakautui eri tavalla lähihoitajiin verrattuna. Sairaanhoitajien asiakastyöstä lähes puolet tehtiin muualla kuin asiakkaan luona. Esihenkilöiden työajasta suurin osa (76 %) kului toimistolla tapahtuvaan työyhteisötyöhön, mutta sen lisäksi heidän työpäiväänsä kuului myös noin tunti asiakastyötä päivässä. Keskeytyksiin kului eniten aikaa esihenkilöillä sekä jonkin verran sairaanhoitajilla.

Seuraavaksi kuvataan, miten työaika jakautui eri työaikaluokkien sisällä. Tarkastelussa keskitytään ainoastaan yleisimpiin toimintoihin, mutta yksityiskohtaisempi

työajan jakautuminen eri toimintoihin kussakin työaikaluokassa on kuvattu liitteissä 1–4. Taulukossa 10 on esitetty yleisimmät toiminnot, joihin kotihoidon hoitajilla kului aikaa asiakkaan kanssa tehtävässä asiakastyössä. Lähihoitajilla asiakkaan kanssa tapahtuvasta työstä suurin osa meni arkitoiminnoissa auttamiseen (47 %), johon kuului seuraavat toiminnot: päivittäinen hygienia, wc-käynti, suihku/kylpy/sauna, pukeutuminen ja siinä avustaminen, ruokailussa avustaminen/ruuan lämmitys, siistiminen, asiakkaan ohjaus ja asioissa avustaminen. Seuraavaksi eniten aikaa lähihoitajilla meni lääkehoitoon (24 %) ja kirjaamiseen (15 %). Sairaanhoidajilla puolestaan suurin osa asiakaskäynnin ajasta meni sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin (30 %), arkitoiminnoissa auttamiseen (24 %) ja lääkehoitoon (18 %). Yksityiskohtaisempi työajan jakautuminen eri toimintoihin kussakin työaikaluokassa on kuvattu liitteissä 1–4.

Yleisimmät asiakastyön, asiakas läsnä toiminnot (Kotihoito)



*Päivittäinen hygienia, wc-käynti, suihku/kylpy/sauna, pukeutuminen ja siinä avustaminen, ruokailussa avustaminen/ruuan lämmitys, siistiminen, asiakkaan ohjaus ja asioissa avustaminen

Kuvio 10. Asiakkaan kanssa tapahtuvan päivittäisen työajan jakautuminen ja siihen liittyvät yleisimmät toiminnot kotihoidon sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla.

Asiakastyö (asiakas läsnä) työajan lisäksi kotihoidossa lähihoitajien työajasta 16 minuuttia oli sellaista asiakastyötä, jossa asiakas ei ollut mukana. Tämä aika kului pääosin kirjaamiseen (40 %). Sairaanhoidajilla puolestaan oli lähes kaksi tuntia tällaista asiakastyötä päivässä, josta suurin osa oli kirjaamista (27 %). Seuraavaksi eniten aikaa kului asiakkaan palveluiden ja etuuksien järjestämiseen (19 %), lääkehuoltoon (17 %) sekä konsultointiin ja moniammatillisiin kokouksiin (17 %). Sairaanhoidajien asiakastyössä korostui siten asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelu yhdessä muiden ammattiryhmien sekä omaisten kanssa.

Työntekijöillä kului myös jonkin verran aikaa työyhteisötyöhön (Kuvio 11). Tämän aikaa kului eniten esihenkilöillä, joilla esimies- ja hallinnolliseen työhön (sis. tiedottaminen) kului päivittäin 2 tuntia ja 20 minuuttia työaika. Esihenkilöiden työyhteisötyöhön sisältyi myös merkittävä määrä palavereita ja suunnittelu- ja kehittämissuhteita. Sairaanhoidajilla kului päivittäin noin 2 tuntia ja lähihoitajilla noin 1½ tuntia

työyhteisötyöhön. Molemmilla ammattiryhmillä kyseinen aika kohdistui pääosin toimistotyöhön, joka sisälsi myös yksikön yleiset tarvikeilaukset. Työyhteisötyö sisälsi toimintoja, jotka voidaan lukea asiakastyötä valmisteleviksi tehtäviksi, kuten työssä tarvittavien vaatteiden ja tarvikkeiden kerääminen, johon lähihoitajilla kului päivittäin lähes puoli tuntia työaika.

Vleisimmät työyhteisötyön toiminnot (Kotihoito)



Kuvio 11. Vleisimmät työyhteisötyöhön liittyvät toiminnot ja niihin kulunut päivittäinen aika kotihoidon esihenkilöillä, sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla.

Kirjaamatonta työaika kotihoidon työntekijöillä oli 4–8 prosenttia työajasta eli keskimäärin noin 32 minuuttia päivässä. Kirjaamatonta työaika ja sen mahdollista todellista sisältöä pyrittiin selvittämään erilaisin menetelmin. Paljon ja vähän työaika kirjanneiden työaikojen jakautumista vertailtiin, jolloin saatiin tietoa siitä, mistä kirjaamaton työaika mahdollisesti koostuu (Liite 5). Kotihoidossa kirjaamaton työaika kohdistui pääosin työvuoron alkuun ja loppuun, eli esimerkiksi työtavaroiden hakeamiseen ja palauttamiseen, jolloin vaikutukset asiakastyön määrään jäivät todennäköisesti pieneksi. Kotihoidossa kirjaamaton aika näytti painottuvan vahvasti työyhteisötyöhön ja taukoihin. Myös toimistolla ja matkoilla tapahtuvaa asiakastyötä (asiakas ei mukana) oli kirjaamattomassa ajassa jonkin verran. Asiakastyön osuus, jossa asiakas oli läsnä, ei juurikaan eronnut paljon ja vähän kirjanneiden työntekijöiden välillä.

Työntekijöiden työajan jakautuminen ympärivuorokautisessa hoidossa

Ympäri vuorokautisen hoidon (YVH) työntekijöiden työpäivän kesto oli keskimäärin 8 tuntia ja 3 minuuttia (1–18 h). Laskennallinen toteutunut työaika taukojen vähentämisen jälkeen oli noin 7 tuntia ja 36 minuuttia. Taukojen kesto päivän aikana oli keskimäärin 27 minuuttia.

Taulukko 6. Ympäri vuorokautisen hoidon esihenkilöiden, sairaanhoitajien, lähihoitajien ja hoidossa avustavan henkilöstön keskimääräinen työajan osuus ja kesto eri työaikaluokissa yhden työpäivän aikana (n = työntekijöiden määrä)

Työaikaluokka (n = 665)	Esihenkilö n = 17	Sairaanhoitaja n = 95	Lähihoitaja n = 487	Avustava n = 66
Asiakastyö, asiakas läsnä	9,0 % 43min	43,5 % 3h 13min	47,4 % 3h 34min	39,2 % 2h 50min
Asiakastyö, asiakas ei läsnä (esim. kirjaaminen toimistolla)	8,1 % 40min	24,6 % 1h 53min	16,6 % 1h 16min	14,2 % 1h 18min
Työyhteistyö *	76,2 % 6h 29min	14,6 % 1h 6min	10,5 % 48min	5,7 % 25min
Ylläpitotyö **	1,2 % 6min	2,8 % 13min	6,2 % 30min	23,6 % 1h 41min
Keskeytykset ja häiriöt	1,6 % 8min	1,9 % 9min	1,4 % 7min	0,6 % 2min
Kirjaamaton aika	4,9 % 24min	14,2 % 1h 2min	18,8 % 1h 29min	18,6 % 1h 20min
Yhteensä % / min/pvä	100 % 8h 30min	100 % 7h 36min	100 % 7h 44min	100 % 7h 16min

*Muun muassa palaverit, yleiset tarviketilaukset sekä suunnittelu- ja kehittämistyö

**Siivous, pyykkihuolto, ruuan valmistus ja lämmitys kaikille asukkaille ja tiskaus, muu tukitoiminto

Ympäri vuorokautisessa hoidossa sairaanhoitajien ja lähihoitajien asiakastyön osuus työajasta oli suurin piirtein yhtä suuri (68 % verrattuna 64 %). Lähihoitajilla oli enemmän asiakkaiden luona tapahtuvaa asiakastyötä, kun taas sairaanhoitajilla oli lähihoitajia enemmän sellaista asiakastyötä, jossa asiakas ei ollut mukana (Taulukko 6). Myös hoidossa avustavalla henkilöstöllä työajasta yli puolet (53 %) oli asiakastyötä, josta suurin osa tapahtui asiakkaan kanssa. Ylläpitotyöhön, kuten siivoamiseen, pyykki- ja ruokahuoltoon kului lähihoitajilla päivittäin noin puoli tuntia, kun taas avustavalla henkilöstöllä siihen kului lähes kaksi tuntia. Ympäri vuorokautisessa hoidossa esihenkilöillä valtaosa työajasta (76 %) koski työyhteistyötä, mutta he osallistuivat myös asiakastyöhön (17 % työajasta). Tästä asiakasajasta puolet tapahtui asiakkaan läsnä ollessa. Esihenkilöillä oli myös pisin työpäivä (8h 30 min), mikä voi

osittain johtua siitä, että työajanseurannan järjestäminen saattoi vaatia esihenkilöiltä kyseisenä päivänä pidemmän työvuoron tekemistä.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa työskenteli myös terapeutteja ja ohjaajia (n = 17), jotka osallistuiivat työajanseurantaan. Fysio-, toiminta- ja puheterapeuttien, sekä geronomien, sosionomien ja ohjaajien osalta raportoidaan vain asiakasaika, sillä he kirjasivat asiakkaisiin liittyvät toiminnot viikon ajalta. Yksikön omien terapeuttien ja ohjaajien työajasta asiakasaikaa oli noin puolet (48 %) eli hieman alle 4 tuntia, josta puolet oli asiakkaan kanssa tehtävää työtä. Yksikön omien terapeuttien ja ohjaajien lisäksi yksikön ulkopuoliset terapeutit ja ohjaajat kirjasivat asiakkaille kohdistuneen työajan viikon ajalta. Heidän osaltaan työaikaa seurattiin asiakaskäyntien lukumääränä ja kestona. Viikon aikana yksikön ulkopuolisten terapeuttien käyntejä kirjattiin yhteensä 163 kappaletta ja yksi käynti oli kestoltaan keskimäärin 38 minuuttia. Yksikön ulkopuolisten terapeuttien ja ohjaajien aikaa oli kirjattu viikon ajalta yhteensä 101 tuntia, kun yksikön omien terapeuttien ja ohjaajien kirjaama aika oli 61 tuntia. Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköt käyttivät siis enemmän ulkopuolisia terapeutteja, vaikkakin joillain yksiköillä oli oma tai jaettu fysioterapeutti työntekijänä.

Asiakastyö, asiakas läsnä työajan jakautumista tarkemmin ympärivuorokautisessa hoidossa on kuvattu kuviossa 12. Tästä työajasta lähi- ja sairaanhoitajilla sekä hoidossa avustavalla henkilöstöllä valtaosa kului arkitoiminnoissa auttamiseen, jonka lisäksi jonkin verran aikaa kului sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla lääkehoitoon ja avustavalla henkilöstöllä ryhmätoimintoihin. Lisäksi sairaanhoitajilla kului jonkin verran aikaa sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Tarkemmin hoitajien asiakkaiden kanssa tekemät toiminnot ja niiden osuudet on kuvattu liitteessä 2.

Yleisimmät asiakastyön, asiakas läsnä toiminnot (Ympäri vuorokautinen hoito)



*Päivittäinen hygienia, wc-käynti, suihku/kylpy/sauna, pukeutuminen, siirtymisessä avustaminen ja kääntäminen, ruokailussa avustaminen/ruuan lämmitys, asuinympäristön viihtyvyydestä huolehtiminen ja siistiminen, asiakkaan ohjaus ja asioissa avustaminen

Kuvio 12. Yleisimmät toiminnot, joihin asiakkaan kanssa tapahtuva päivittäinen työaika jakautui sairaanhoitajilla, lähihoitajilla ja avustavalla henkilöstöllä ympärivuorokautisessa hoidossa.

Asiakastyö, asiakas läsnä työajan lisäksi ympärivuorokautisessa hoidossa sairaanhoitajilla oli lähes kaksi tuntia sellaista asiakastyötä, jossa asiakas ei ollut läsnä. Lähihoitajilla vastaavasti tällaista työtä oli hieman yli tunti päivässä. Tästä työajasta molemmat ammattiryhmät käyttivät eniten aikaa kirjaamiseen (sairaanhoitajat 37 % ja lähihoitajat 55 %) ja toiseksi eniten lääkehoitoon (27 % ja 23 %). Sairaanhoitajilla kului lisäksi yhteensä lähes puoli tuntia päivässä asiakkaan palveluiden ja etuuksien järjestämiseen, konsultointiin sekä moniammatillisiin kokouksiin. Hoiva-avustajilla asiakastyötä, jossa asiakas ei ollut mukana oli yli tunti päivässä, josta suurin osa meni kirjaamiseen (28 %). Yksikön omien terapeuttien ja ohjaajien työajasta hieman alle kaksi tuntia päivässä kului asiakastyöhön, jossa asiakas ei ollut mukana.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa työyhteisötyön tarkempi sisältö ja keskeisimmät toiminnot eri työntekijäryhmillä on kuvattu kuviossa 13 (tarkemmin liitteessä 4). Esihenkilöillä kului lähes 6h 30 minuuttia työpäivästä työyhteisötyöhön ja suurimmaksi osaksi se oli esimies ja hallinnollista työtä (ml. tiedottaminen). Sen lisäksi esimiesten työyhteisötyö koostui toimintotyöstä (sis. tarviketilaus) ja suunnittelu- ja kehittämistyöstä. Sairaanhoitajilla työyhteisötyötä oli reilu tunti ja lähihoitajilla 48 minuuttia päivässä, mikä molemmilla ammattiryhmillä kului pääosin palavereihin sekä toimintotyöhön. Sairaanhoitajilla oli myös jonkin verran suunnittelu- ja kehittämistyötä.

Yleisimmät työyhteisötyön toiminnot (Ympäri vuorokautinen hoito)



Kuvio 13. Yleisimmät työyhteisötyöhön liittyvät toiminnot ja niihin kulunut päivittäinen työaika ympärivuorokautisen hoidon esihenkilöillä, sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla.

Kirjaamatonta aikaa oli ympärivuorokautisessa hoidossa huomattavasti kotihoitoa enemmän, keskimäärin noin 1h 25 minuuttia eli noin 14 prosenttia työpäivästä. Kirjaamaton työaika vähentää tutkimuksen luotettavuutta, koska se saattaa sisältää mitä tahansa aikaa, joka jää tuloksissa pimentoon. Myös ympärivuorokautisen hoidon aiheistolla tehtiin analyyskejä, joilla pyrittiin selvittämään kirjaamattoman ajan todellista sisältöä. Ympäri vuorokautisessa hoidossa kirjaamaton työaika jakautui tasaisemmin eri työaikaluokkiin verrattuna kotihoitoon, mutta silti siinä painottui ylläpitotyö, työyhteisötyö, sekä asiakastyö ilman asiakasta. Tarkempi analyysi löytyy kotihoidon ta-paan liitteestä 5.

Työajan jakautumisen vertailu palvelutyypin ja ammattiryhmien välillä

Työajan jakautumisessa oli sekä eroja että yhtäläisyyksiä eri palvelutyypin ja ammattiryhmien välillä. Esimerkiksi asiakastyön osuus ja sisältö olivat hyvin samankaltaisia ympärivuorokautisen hoidon lähi- ja sairaanhoitajilla, kun taas kotihoidossa niissä oli enemmän vaihtelua ammattiryhmien välillä. Kotihoidon sairaanhoitajien työssä korostui asiakastyö, jota ei tehty asiakkaan kanssa, mutta myös asiakkaan kanssa tehtävän työn sisältö poikkesi lähihoitajan työstä. Toisaalta molemmissa

palvelutyypeissä lähihoitajat viettivät sairaanhoitajia enemmän aikaa asiakkaan kanssa, ja heillä oli keskeinen rooli asiakkaiden päivittäisessä hoitamisessa ja arjen toiminnoissa auttamisessa. Sekä koti- että ympärivuorokautisen hoidon lähihoitajat viettivät päivittäin yhtä paljon aikaa asiakkaan kanssa.

Sairaanhoitajien työssä puolestaan korostui lähihoitajia enemmän asiakastyö, jossa asiakas ei ollut mukana. Molemmissa palvelutyypeissä sairaanhoitajien työpäivästä noin 2 tuntia kului tällaiseen työhön, jolloin työaika kului asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnitteluun moniammatillisesti sekä asiakkaan palveluiden, etuuk-sien ja lääkehuollon järjestämiseen. Myös omaiskontakteihin kului sairaanhoitajilla lähihoitajia enemmän työaika molemmissa palvelutyypeissä. Kotihoidossa suurempi osa hoitajien työajasta kohdistui työyhteistyöhön verrattuna ympärivuorokautiseen hoitoon. Toisaalta ympärivuorokautisessa hoidossa kirjaamattoman ajan osuus oli suurempi, jolloin ero työyhteistyön osuuksissa voi todellisuudessa olla pienempi.

Kirjaamiseen kokonaisuudessaan kului molemmissa palvelutyypeissä ja molem-milla ammattiryhmiltä suurin piirtein yhtä paljon päivittäistä työaika (41–48 minuut-tia) (Kuvio 14). Kirjaaminen on tärkeä osa laadukasta hoitotyötä ja kuuluu siten osaksi asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa palvelutyyppistä riippumatta. Toisaalta palvelu-tyyppien välillä oli selvä ero siinä, missä kirjaamista tehdään. Kotihoidossa korostui asiakkaan luona kirjaaminen, kun taas ympärivuorokautisessa hoidossa hoitajat kirja-sivat asiakkaan luona keskimäärin vain 5 minuuttia päivässä. Tämä voi johtua siitä, että ympärivuorokautisessa hoidossa kaikilla hoitajilla ei ole käytössä työnantajan lai-tetta, jolla sähköinen kirjaaminen onnistuisi asiakkaan luona.

Myös lääkehoidon ja -huollon kokonaisuuteen kului suurin piirtein yhtä paljon päivittäistä työaika hoitajilla molemmissa palvelutyypeissä (38–56 minuuttia). Sai-raanhoitajilla korostuivat asiakkaan lääkehoitoon liittyvät tehtävät, kuten lääkehoi-don järjestäminen. Lähihoitajilla puolestaan lääkityksen kokonaisuudesta isompi osa kului varsinaiseen lääkehoitoon asiakkaan luona. Eniten työaika lääkehoidon koko-naisuuteen kului kotihoidon lähihoitajilla, mikä kertoo kotihoidon asiakkaiden moni-naisista sairauksista ja lääkityksistä. Siten suurelta osalta asiakaskäyntejä tekeviltä työntekijöiltä edellytetään lääkelupia ja laaja-alaista lääkehoidon osaamista. Kotihoi-don käynneistä noin 66 prosentissa oli mukana lääkehoitoa. Lisäksi 73 prosentissa käyntejä oli mukana lääkehoitoa ja/tai sairaanhoidollisia toimenpiteitä.



Lääkehoito ja -huolto



Kirjaaminen

Kotihoito

Sairaanhoitajat **42 minuuttia**

Sairaanhoitajat **48 minuuttia**

Lähihoitajat **56 minuuttia**

Lähihoitajat **41 minuuttia**

Ympäri vuorokautinen hoito

Sairaanhoitajat **51 minuuttia**

Sairaanhoitajat **46 minuuttia**

Lähihoitajat **38 minuuttia**

Lähihoitajat **48 minuuttia**

Kuvio 14. Lähi- ja sairaanhoitajien lääkehoitoon ja kirjaamiseen päivittäin kuluva aika koti- sekä ympärivuorokautisessa hoidossa.

Molemmissa palvelutyypeissä lähihoitajat olivat kirjanneet vähän päivittäistä työaika (4–6 minuuttia) toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistämiseen sekä ulkoiluun. Tämä ei välttämättä anna todellista kuvaa hoitajien toteuttamasta kuntoutuksesta tai toimintakyvyn edistämisestä. Arkitoiminnoissa avustamisen yhteydessä on voinut olla mukana toimintakykyä tukevaa toimintaa, jota hoitajat ei ole välttämättä mieltäneet erilliseksi kuntoutukseksi tai toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Siten osa tähän kuuluvista toiminnoista on voinut kirjautua esimerkiksi arkitoiminnoista auttamiseksi.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa puolestaan osa kuntoutuksesta kirjautui ryhmätoiminnon alle. Huomioitavaa on myös, ettei hoitajien kirjaama aika kerro koko totuutta asiakkaan saamasta toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistämisestä tai ulkoilusta, koska näitä toimintoja asiakkaille toteuttavat myös terapeutit, yksikön ulkopuoliset työntekijät, vapaaehtoiset sekä omaiset. On kuitenkin muistettava, että kuntouttavalla työotteella on mahdollista ylläpitää asiakkaan omia voimavaroja ja toimintakykyä, ja siten esihenkilön ja työkalttuurin tulisi tukea ja kannustaa työntekijöitä sen toteuttamiseen päivittäisessä hoitotyössä.

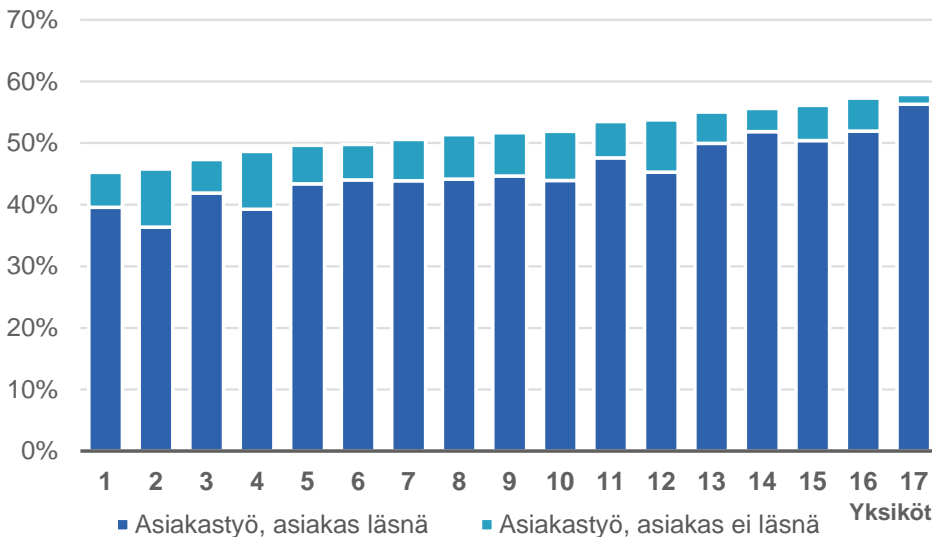
Yksikkökohtaiset erot asiakasajan jakautumisessa

Aikamittaukseen osallistuneiden yksiköiden koko vaihteli molemmissa palvelutyypeissä. Tässä tutkimuksessa yksikkö määräytyi osoitteen mukaan. Jostakin yksiköstä (osoitteesta) oli mukana vain yksi tiimi, kun taas toisesta osallitui koko yksikkö. Näin ollen yksiköiden koossa oli suurta vaihtelua. Kotihoidon yksiköissä työntekijöitä oli keskimäärin 27, määrän vaihdella 11–42 välillä ja asiakkaita keskimäärin 94, lukumäärän vaihdella 34–213 välillä. Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköissä työntekijöitä oli vähimmillään 9 ja enimmillään 38, keskiarvon ollessa 19. Ympäri vuorokautisen hoidon yksikössä asiakkaita oli puolestaan keskimäärin 38, määrän

vaihdellessa 16–80 välillä. Isommissa yksiköissä toiminta oli jakautunut erillisiin pienempiin tiimeihin. Ympäri vuorokautisen hoidon yksikkövertailusta jätettiin pois neljä yksikköä alhaisen hoitajien lukumäärän (≤ 5) takia.

Hoitajien asiakastyön osuuksissa oli jonkin verran hajontaa yksiköiden välillä. On tärkeää huomioida, että erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa mittausajanjakso oli vain yksi vuorokausi, jolloin päivittäinen vaihtelu hoitotoimenpiteiden määrässä, päivärytmisissä, yhteisessä aktiviteetissa, asiakkaiden avuntarpeessa ja työntekijöiden määrässä voi selittää osan asiakasajan vaihtelusta yksiköiden välillä. Myös kirjaamaton työaika saattaa selittää yksiköiden välisiä eroja. Alla esitetyt yksikkökohtaiset asiakastyön osuudet koskevat yksiköiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien kirjaamaa asiakastyötä.

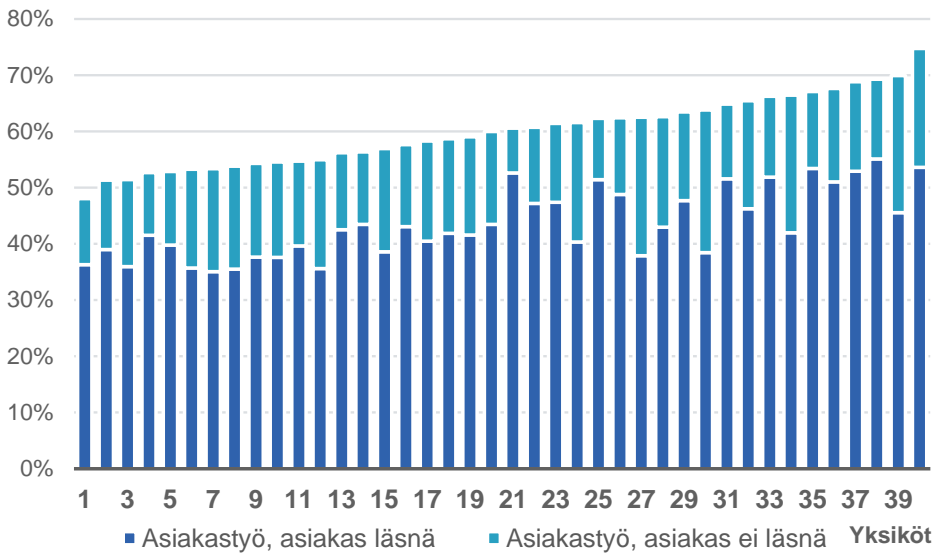
Kotihoidossa hoitajien koko asiakas aika vaihteli eri yksiköissä 46–58 prosentin välillä (kuvio 15). Asiakastyö (asiakas läsnä) vaihteli 36–56 prosentin välillä ja asiakastyö (asiakas ei läsnä) 2–9 prosentin välillä. Koko asiakastyön jakautuminen asiakas läsnä ja ei läsnä osuusksiin eri yksiköissä voi johtua työnorganisointiin liittyvistä eroista, kuten siitä, mitä asiakkaaseen liittyviä tehtäviä tehdään asiakkaan luona ja mitä puolestaan toimistolla. Eri yksiköissä matkoihin kuluvan työajan osuus vaihteli 8–17 prosentin välillä. Yksikkökohtainen hoitajien kaikkien työaikaluokkien työajan jakautuminen esitetään liitteissä 8 ja 9.



Kuvio 15. Hoitajien asiakastyön osuudet eri kotihoidon yksiköissä.

Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköissä hoitajien koko asiakastyön osuus vaihteli 48–75 prosentin välillä (Kuvio 16). Asiakkaan kanssa vietetyn ajan osuus oli alhaisimmillaan 35 prosenttia ja korkeimmillaan 55 prosenttia, kun puolestaan asiakastyön

osuus, jossa asiakas ei ollut mukana vaihteli 8–25 prosentin välillä eri yksiköissä. Vaikka asiakastyön osuudessa näyttää olevan vaihtelua eri yksiköiden välillä on se kuitenkin pienentynyt aikaisempaan vuoden 2002 aikamittaukseen verrattuna, jolloin asiakastyön osuus vaihteli eri ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä 18–78 prosentin välillä (Laine 2005a). Yksiköiden kesken oli eroja siinä, kuinka paljon hoitajien työaika kuluu ylläpitotyöhön eli muun muassa yleiseen yksikön siivoamiseen ja pyykkihuoltoon. Ylläpitotyön osuus vaihteli yksiköittäin 0–12 prosentin välillä. Myös työyhteisötyön osuudessa oli suurta vaihtelua yksiköiden välillä, sen ollessa pienimmillään 3 prosenttia ja suurimmillaan 23 prosenttia työajasta.



Kuvio 16. Hoitajien asiakastyön osuudet eri ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä.

Kirjaamattoman ajan analyysin mukaan osa kirjaamattomasta ajasta oli todennäköisesti työyhteisötyötä, mikä voi selittää työyhteisötyön osuuden yksikkökohtaista vaihtelua. Lisäksi kirjaamaton aika itsessään vaihteli suuresti yksiköittäin (9–32 %). Kirjaamattoman ajan suhteellisen suuri osuus ympärivuorokautisessa hoidossa voi johtua muun muassa palvelutyyppien eroista. Kotihoidon työpäivät ovat tarkasti suunniteltuja, kun taas ympärivuorokautisessa hoidossa tulee enemmän yllättäviä tilanteita, jotka saattavat sekoittaa päivää ja siten myös kirjaamista. Tämän lisäksi eri asiakkaiden auttaminen ja keskeytykset saattoivat vaikeuttaa tarkkaa kirjaamista. On myös mahdollista, että osassa yksiköistä keskityttiin kirjaamaan ainoastaan asiakastyön toiminnot, mikä nosti kirjaamattoman ajan osuutta. Kotihoidossa työntekijät pystyivät todennäköisesti myös tarpeen mukaan tarkistamaan asiakaskäynnit

toiminnanohjausjärjestelmästä, kun taas ympärivuorokautisessa hoidossa vastaavaa mahdollisuutta ei todennäköisesti ollut.

Yhteenveto

Ympäri vuorokautisen hoidon lähi- ja sairaanhoitajilla kului asiakastyöhön keskimäärin viisi tuntia päivässä, kun vastaavasti kotihoidon hoitajilla siihen kului keskimäärin neljä tuntia. Päivittäisestä työajasta lähihoitajat viettivät eniten aikaa asiakkaan kanssa molemmissa palvelutyypeissä. Siten heillä on keskeinen rooli asiakkaiden päivittäisessä hoitamisessa ja arjen toiminnoissa auttamisessa. Sekä koti- että ympärivuorokautisen hoidon lähihoitajat viettivät yhtä paljon päivittäin aikaa asiakkaiden parissa. Sairaanhoitajien työssä puolestaan korostui asiakastyö, jossa asiakas ei ollut läsnä. Sairaanhoitajat vastasivat asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelusta yhdessä muiden ammattiryhmien sekä omaisten kanssa, ja tämä tapahtui usein muualla kuin asiakkaan läsnä ollessa. Sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa on paljon työtehtäviä, joissa tarvitaan sosiaali- ja terveysalan koulutusta, kuten lääkehoidon osaamista. Kotihoidossa tämä näkyi siinä, että jopa 73 prosentissa käynneistä oli mukana lääkehoitoa ja/tai sairaanhoidollisia toimenpiteistä, jotka edellyttävät asianmukaista koulutusta.

Asiakkaiden saama hoitoaika koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa

Tässä luvussa kuvataan Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneiden kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden asiakkaiden saamaa hoitoaikaa. Ensiksi tarkastellaan asiakkaiden kuntoisuutta ja palvelutarvetta, sekä sitä miten hoitoaika on tässä tutkimuksessa muodostettu. Asiakasrakennetta verrataan kansalliseen asiakasrakenteeseen LTC-easyRAIder (ympärivuorokautinen hoito) ja HC-easyRaider (kotihoito) tietokantoja avulla, jotka pitävät sisällään koko Suomen RAI-arvioinnit. Tämän lisäksi analysoidaan kotihoidon käyntimääriä, asiakkaiden saamaa hoitoaikaa kokonaisuudessaan sekä toiminnoittain jaoteltuna. Lopuksi kuvataan saadun hoitoajan suhdetta asiakkaiden kuntoisuuteen ja palvelutarpeeseen, sekä kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yksikkökohtaista hoitoaikojen vaihtelua. Aikamittaus-hankkeen tuloksia koskien asiakkaiden saamasta hoitoajasta on aiemmin julkaistu THL:n Tutkimuksesta tiiviisti julkaisusarjassa 37/2022 (Pesonen ym. 2022b).

Aikamittaus-hankkeen asiakasrakenne RAI-mittareiden avulla tarkasteltuna

Asiakasrakennetta kuvaavat tunnusluvut ovat RAI-arvioinnissa muodostuvia asiakkaan toimintakyvyn osa-alueita ja tarpeita kuvaavia mittareita. Arkisuoriutumista kuvaavat IADL ja ADL-H, joista välinetoimintoja kuvaava IADL saadaan vain kotihoidon RAI-välineillä. Kognition tasoa kuvaa CPS-mittari, masennuksen oireita DRS-mittari, asiakkaan terveydentilan vakautta CHESS-mittari sekä asiakkaan palvelutarvetta MAPLe5-palvelutarveluokitus. Näissä mittareissa suurempi arvo kertoo heikommasta toimintakyvystä ja näin myös suuremmasta palvelutarpeesta. (Asikainen 2021a; Asikainen 2021b).

Taulukko 7. RAI-arvioinnin mittareita ja niiden asteikot. Mittareiden suurempi arvo kertoo heikommasta toimintakyvystä.

Lyhenne	Mittarin sisältö	Alkuperäinen nimi	Asteikko
ADL-H	Arkisuoriutuminen, perustoiminnot	Activities of Daily Living Hierarchy	0–6
IADL	Arkisuoriutuminen, väline-toiminnot	Instrumental Activities of Daily Living Capacity	0–6
CPS	Kognitio	Cognitive Performance Scale	0–6
CHES	Terveyden vakaus	Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs	0–5
DRS	Masennuksen oiremittari	Depression Rating Scale	0–14*
MAPLe5	Palvelutarveluokitus	Method for Assigning Priority Levels	1–5

*DRS-mittarin arvo kolme tai enemmän viittaa masennusepäilyyn.

Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneiden yksiköiden asiakkaiden toimintakykyä ja palvelutarvetta kuvataan RAI-mittareiden ja muiden tunnuslukujen avulla. On tosin huomioitava, että RAI-tiedot voivat poiketa hieman toisistaan riippuen organisatiossa käytössä olevasta RAI- välineen versioista. Näin ollen eri RAI-välineiden avulla suoritettavat mittaukset voivat tuottaa hieman toisistaan poikkeavaa tietoa. Suurimmalle osalle tutkimukseen osallistuneista 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, eli 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. Ympärivuorokautisessa hoidossa kyseinen arvo muodostui siten niistä asiakkaista, jotka olivat arvioitu RAI-HC-välineellä.

Kotihoito

Kotihoidossa miesten keskimääräinen ikä oli noin 79 ja naisten noin 83 vuotta. Kotihoidossa naiset suoriutuivat keskimäärin hieman miehiä paremmin välineellisistä arjen toiminnoista (IADL; ka. 2,6 vrt. 2,8) sekä arjen perustoiminnoista (ADL-H; 0,8 vrt. 0,7). Kognitio (CPS) oli keskimäärin lievästi heikentynyt sekä miehillä että naisilla. Miehillä puolestaan oli naisia harvemmin masennusepäily. Noin 59 prosentilla asiakkaista oli terveydentilassa vähintään lievää epävakautta (CHES 1 tai yli). Kotihoidon asiakkailla keskimääräinen palvelutarve (MAPLe) oli kohtalaista/suurta sekä miehillä että naisilla.

Ympäri vuorokautinen hoito

Ympäri vuorokautisessa hoidossa miesten keskimääräinen ikä oli noin 81 ja naisilla 85 vuotta. Keskimääräinen avuntarve arjen perustoiminnoissa (ADL-H) oli kohtalaisen suurta sekä miehillä että naisilla (3,8). Myös kognitio oli heikentynyt keskivaikeasti/vaikeasti niin miehillä kuin naisilla (3,3). Miehistä masennusepäily (DRS ≥ 3) oli noin viidenneksellä, kun taas naisista se oli joka kolmannella. Ympäri vuorokautisessa hoidossa terveydentilan vakaus (CHESS) oli naisilla keskimäärin hieman alhaisempi kuin miehillä. Ympäri vuorokautisessa hoidossa keskimääräinen palvelutarve (MAPLe) oli suurta/erittäin suurta niin miehillä kuin naisilla.

Taulukko 8. Keskimääräinen asiakasrakenne Aikamittaus-hankkeen eri palvelutyypeissä toimintakyky- ja palvelutarvemittareilla kuvattuna (ka. = keskiarvo)

	Kotihoito				Ympäri vuorokautinen hoito			
	Aikamittaus 2021			Easy- RAlder 2021	Aikamittaus 2021			Easy- RAlder 2021
	Miehet n = 494	Naiset n = 983	Kaikki n = 1477	Kaikki n = 31 892	Miehet n = 497	Naiset n = 1041	Kaikki n = 1538	Kaikki n = 25 888*
Ikä (ka.)	78,9	82,7	81,4	81,9	80,6	84,7	83,3	84,1
Kertynyt hoitoaika (ka. vuosina)	3,2	3,2	3,2	3,3	2,6	3,2	3,1	2,5
Arkisuoriutumisen, välinetoimintot (IADL 0-6, ka.)	2,8	2,6	2,7	3,1	5,9**	5,6***	5,7	5,5
Arkisuoriutumisen, perustoimintot (ADL-H 0-6, ka.)	0,8	0,7	0,8	0,9	3,7	3,8	3,8	3,5
Kognitio (CPS 0-6, ka.)	1,6	1,4	1,5	1,5	3,3	3,3	3,3	3,3
Masennusepäily (DRS ≥ 3), %	8	14	12	13	20	32	28	32
Terveydentilan vakaus (CHESS 0-5, ka.)	1,0	1,0	1,0	1,1	1,3	1,5	1,4	1,5
Palvelutarve (MAPLe 1-5, ka.)	3,4	3,4	3,4		4,4	4,3	4,3	

*Tehostetun palveluasumisen asiakkaiden arviot

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

Ympäri vuorokautisessa hoidossa Aikamittaus-hankkeen asiakasrakenne vastasi kansallista tehostetun palveluasumisen asiakasrakennetta lukuun ottamatta fyysistä toimintakykyä (ADL-H), joka oli hankkeeseen osallistuneilla ympärivuorokautisen

hoidon asiakkailta jonkin verran heikentyneempi. Kotihoidossa puolestaan hankkeeseen osallistuneiden asiakkaiden fyysinen toimintakyky (IADL ja ALD-H) oli hieman kansallista tasoa parempi. Muiden asiakasrakennetta kuvaavien tunnuslukujen osalta kotihoidon asiakasrakenteen Aikamittaus-hankkeessa vastasi kansallista kotihoidon asiakasrakennetta.

Asiakasrakenteen muutokset

Palvelurakenne ikäihmisten pitkäaikaishoidossa on muuttunut 2000-luvun alun tilanteeseen verrattuna, jolloin ympärivuorokautista hoitoa annettiin pääosin vanhainkohteissa ja jonkin verran terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla. Palvelurakenteen muutoksen myötä tehostettu palveluasuminen on muodostunut yleisimmäksi ympärivuorokautisen hoidon palvelumuodoksi. Tarkasteltaessa tämänhetkistä asiakasrakennetta 2000-luvun alun tilanteeseen (Taulukko 9) nähdään, että nykyisen tehostetun palveluasumisen asiakkaiden kuntoisuus vastaa aikaisempaa vanhainkotien asiakkaiden kuntoisuutta.

Taulukko 9: Asiakasrakenteen muutokset. Asiakkaiden sukupuoli sekä keskimääräinen ikä, hoitoaika, fyysinen toimintakyky ja kognitio vuosina 2004 ja 2021 eri palvelutyypeissä

	Ympärivuorokautinen hoito				Kotihoito		
	2004*		2021		2004**	2021	
	Vanhainkoti n = 3748	Terveyskeskus n = 1996	EasyRAlder 2021/2*** n = 25 888	Aikamittaus- tutkimus n = 1538	RAI- tiedot	EasyRAlder 2021/2*** n = 31 892	Aikamittaus- tutkimus n = 1477
Arkiuoriutuminen, perustoiminnot (ADL-H)	3,6	4,7	3,5	3,8	0,5	0,9	0,8
Kognition taso (CPS)	3,4	4,1	3,3	3,3	1,2	1,5	1,5
Ikä (keskiarvo)	82,9	80,7	84,0	83,3		81,9	81,4
Naisten osuus (%)	76	73		68			67
Hoitoaika vuosina (keskiarvo)	2,7	2,2	2,8	3,1		3,3	3,2

*Noro, 2005; **Laine ym., 2006; ***THL:n EasyRAlder tietokanta

Käyntimäärät kotihoidossa

Seuraavaksi tarkastellaan kotihoidon asiakkaille kohdistuneita käyntimääriä yksikön omien työntekijöiden ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden toteuttamina. Tämän

lisäksi täydentävinä tietoina esitetään tukipalveluiden käyntejä ja THL:n hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) palvelutapahtumia.

Yksikön omien työntekijöiden toteuttamat käynnit

Lähes puolet (46 %, n = 679) kotihoidon asiakkaista oli sellaisia, joiden luona käytiin harvemmin kuin kerran päivässä. Asiakkaita, joiden luona käytiin kerran tai kahdesti päivässä, oli 41 prosenttia (n = 602), ja 11 prosenttia asiakkaista oli sellaisia, joiden luona käytiin kolme kertaa päivässä. Asiakkaita, joiden luona käytiin 4 kertaa päivässä tai enemmän, oli 2 prosenttia (n = 36). Käyntimäärien kasvaessa myös asiakkaiden saama hoitoaika lisääntyi. Asiakkaat, joiden luona kotihoito kävi kerran päivässä, saivat keskimäärin 17,1 minuuttia hoitoaika. Asiakkaat, joilla oli kotihoidon käyntejä 1–2 päivässä, saivat keskimäärin 43,6 minuuttia hoitoaika. Asiakkaat, joiden luona kotihoito kävi 3 kertaa päivässä, saivat keskimäärin 79,6 minuuttia hoitoaika. Asiakkaat, joiden luona kotihoito kävi 4 kertaa päivässä tai useammin, saivat keskimäärin 136,5 minuuttia hoitoaika. Kotihoidon työntekijät kävivät asiakkaan luona keskimäärin 9 kertaa viikossa.

Taulukko 10. 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
Yhteensä	100 % (n = 1477)	37,6 min	5,1

Kotihoidon asiakas oli viikon aikana keskimäärin kontaktissa noin viiden eri työntekijän kanssa, tosin eri työntekijöiden määrä vaihteli 1 ja 21 työntekijän välillä. Käyntien lisäksi kotihoidon asiakkaille kohdentui myös jonkin verran etäkäyntejä ja yksikön ulkopuolisten työntekijöiden käyntejä, kuten lääkäreiden ja terapeuttien käyntejä. Tietoja asiakkaiden osallistumisesta päivätoimintaan ei kerätty tässä tutkimuksessa.

Tukipalvelujen käynnit

Kotihoidossa tukipalvelujen henkilöstöä pyydettiin kirjaamaan käynnit asiakkaan luona seurantaviikon ajan. Tukipalveluiksi laskettiin turva-, ateria-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä kauppapalvelut. Tukipalvelujen käyntejä oli kirjattu 297 kotihoidon asiakkaalle (noin 20 %), ja näiltä asiakkailta saaduilla tukipalvelujen tiedoilla laskettiin keskimääräiset tukipalvelujen käyntimäärät. Tukipalvelujen käyntejä oli keskimäärin 3,5 kertaa viikossa, joista hieman yli puolet oli ateriapalveluja. Seuraavaksi eniten käyntejä oli kauppa- ja siivouspalveluissa. On tosin huomioitava, että

kotihoidon tukipalvelujen tiedot eivät välttämättä sisällä kaikkia käyntejä, sillä tukipalveluiden tuottajia ei pystytty suoraan informoimaan työajanseurannasta.

Tukipalvelujen käyntejä tarkasteltiin myös perustuen Avohilmon tietoihin. Jos palvelutapahtumaan oli kirjattu, että asiakas on kotihoidon asiakas, myös hänen käyttämistään tukipalveluista löytyi tiedot. Avohilmon tiedoissa asiakkaita, joihin kohdistui vähintään yksi tukipalvelu, oli 649 (noin 44 % kaikista kotihoidon asiakkaista). Suurin osa asiakkaista oli vain yhden tukipalvelun asiakas, kun taas noin 34 prosentilla asiakkaista oli kaksi eri tukipalvelua. Hieman alle 5 prosenttia asiakkaista oli kolmen tai useamman tukipalvelun asiakas. Noin puolet Avohilmon tietojen tukipalveluista oli turvapalvelua ja noin kolmasosa ateriapalvelua. Loput tukipalvelumuodot olivat hyvin vähäisessä käytössä.

Työajanseurannan tukipalvelulomakkeen sekä Avohilmon tietojen perusteella osalle kotihoidon asiakkaista kohdistuu myös tukipalveluita. Yleisimmät tukipalvelut ovat tietojen perusteella ateriapalvelu ja turvapalvelu. Myös kauppa- ja siivouspalveluita käytetään hieman. On tärkeä huomioida, että tukipalvelujen käyntejä ja aikaa ei laskettu mukaan kotihoidon asiakkaan saamaan hoitoaikaan. Tukipalvelut saattavat kuitenkin olla tärkeä osa asiakkaan palvelukokonaisuutta ja jopa mahdollistaa kotona asumisen ja kotihoidon asiakkaana pysymisen.

Yksikön ulkopuolisten työntekijöiden toteuttamat käynnit

Kotihoidon aineistoon yhdistettiin myös asiakkaiden palvelutapahtumia THL:n hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) lokakuulta 2021. Tarkoituksena oli saada tietoa yksikön ulkopuolisten työntekijöiden suorittamista koti- ja etäkäynneistä, joita ei kerätty työajanseurannassa. Avohilmon käyntien tietosisältö ja rajaukset kuvataan tarkemmin kappaleessa Datan kuvaus (sivut 33–35). Avohilmon käyntien sisältämä aika on laskettu mukaan kotihoidon asiakkaiden asiakaskohtaiseen aikaan, mutta käyntitiedon eriävän rakenteen vuoksi niitä käsitellään seuraavaksi erikseen.

Avohilmon palvelutapahtumia oli aineiston asiakkailla kuukauden aikana yhteensä 9055. Ne kohdistuivat 1121 kotihoidon asiakkaalle (noin 76 %). Lopuilla 356 asiakkaalla ei ollut kirjauksia lokakuussa 2021. Keskimääräinen palvelutapahtuman kesto oli noin 20 minuuttia (mediaani 13 minuuttia). Kotihoidon asiakkaalla, jolla oli kirjauksia, oli keskimäärin hieman alle 2 palvelutapahtumaa viikon aikana (8 koko kuukauden aikana).

Yhteystavaltaan hieman alle 40 prosenttia palvelutapahtumista oli etäkäyntejä (reaaliaikainen etäasiointi, puhelin tai web-pohjainen chat-palvelu). Hieman alle kolmannessa osassa kirjauksia yhteystavan tieto oli puutteellinen. Loput palvelutapahtumat jakautuivat tasan kotikäyntien ja asiakastyön (asiakas ei läsnä) välille. Jälkimmäiseen sisältyi ammattihenkilöiden välinen konsultaatio, asiakirjamerkintä, asiakkaan asian hoito sekä muu asiointi.

Avohilmon palvelutapahtumista suurin osa (noin 74 prosenttia) oli lähihoitajan tai sairaanhoitajan suorittamia. Fysioterapeutin käyntejä oli noin 11 prosenttia ja lääkärin

käynntejä noin 9 prosenttia. Puolet käynneistä oli kirjattu palvelumuodoltaan kotisairaanhoidon alle, kun taas hieman yli neljännes käynneistä oli koodin kotihoito alla. Loput palvelutapahtumista oli fysioterapian, avosairaanhoidon ja muiden määrältään pienempien palvelumuotojen alla.

Jatkohoitotiedot, eli tieto siitä, minne asiakas ohjattiin käynnin jälkeen, olivat suurilta osin puutteellisia. Osalle asiakkaista laadittiin käynnin jälkeen jatkohoidon suunnitelma. Hieman alle 10 prosenttia käynneistä oli osa hoito-ohjelmaan ja suunnitelmaan kuuluvista käynneistä, ja jatkotoimenpide oli uuden vastaanottoajan varaaminen.

Hoitoaikojen jakautuminen asiakkaille

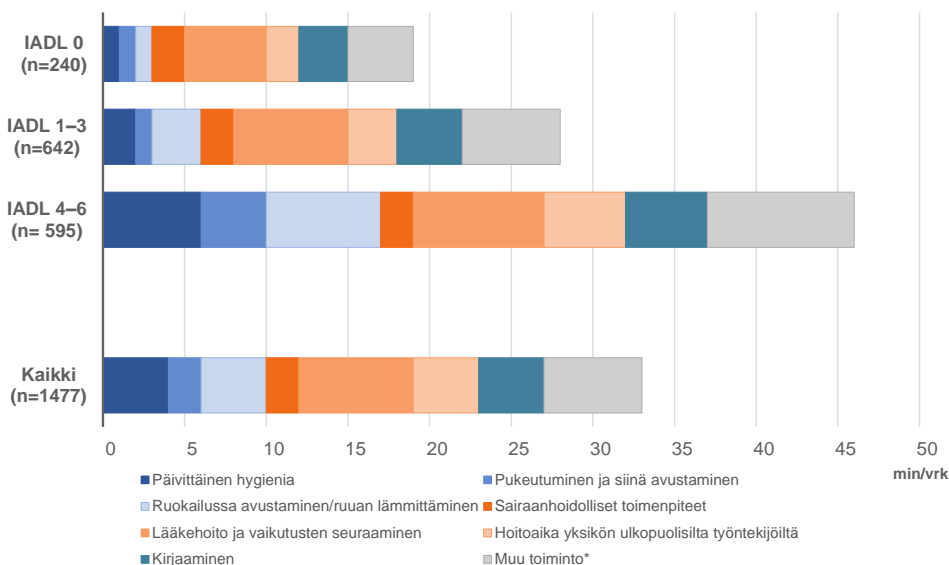
Asiakkaiden hoitoaikaa tarkasteltiin kokonaisuudessaan sekä jaoteltuna toiminnoittain. Kotihoidon asiakkaat (n = 1477) saivat hoitoaikaa keskimäärin noin 38 minuuttia päivässä. Vastaavasti ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat (n = 1538) saivat hoitoaikaa keskimäärin noin 117 minuuttia päivässä. Asiakkaiden saamasta hoitoajasta yksikön ulkopuolisilta työntekijöiltä kotihoidossa oli noin 4 minuuttia ja ympärivuorokautisessa hoidossa noin 2 minuuttia. Suurin osa hoitoajasta oli lähihoitajien aikaa, niin koti- kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Hoitoajasta kotihoidossa 33 minuuttia (87 %) ja ympärivuorokautisessa hoidossa 90 minuuttia (77 %) oli sellaista, jossa asiakas oli läsnä.

Tietoa hoitoajoista kerättiin toiminnoittain sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa. Tässä tekstissä esitellään toiminnot niin, että ajaltaan pienimmät toiminnot on yhdistetty. Yksityiskohtaisempi kuvaus siitä, miten aika jakaantui kaikkien toimintojen kesken, löytyy liitteistä 6 ja 7.

Kotihoito

Kotihoidon asiakkaiden saama keskimääräinen hoitoaika on kuvattu ryhmiteltynä IADL:n mukaan kuviossa 17. Tässä kuvioissa kuvataan hoitoaikaa, jossa asiakas oli läsnä. Asiakkaiden arkitoiminnoissa auttamiseen liittyvät toiminnot on kuvattu sinisellä ja sairaanhoidolliset tai lääkinälliset toimenpiteet oranssilla. Näiden aikojen lisäksi kotihoidon asiakkaat saivat keskimäärin noin 5 minuuttia hoitoaikaa, jossa asiakas ei ollut läsnä. Hoitoaika, jossa asiakas ei ollut läsnä, piti sisällään seuraavat toiminnot: palveluiden järjestäminen, kirjaaminen muualla kuin asiakkaan luona, hoitosuunnitelman tai palvelutarpeen arviointien laatiminen/päivittäminen, lääkehuollon järjestäminen, omaiskontakti, moniammatilliset kokoukset ja konsultointi.

Asiakkaiden saama hoitoaika
koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa



*Hoidon suunnittelu, asiakkaan ohjaus, läheisen tukeminen, moniammatillinen työskentely ja kuntoutus, siistiminen

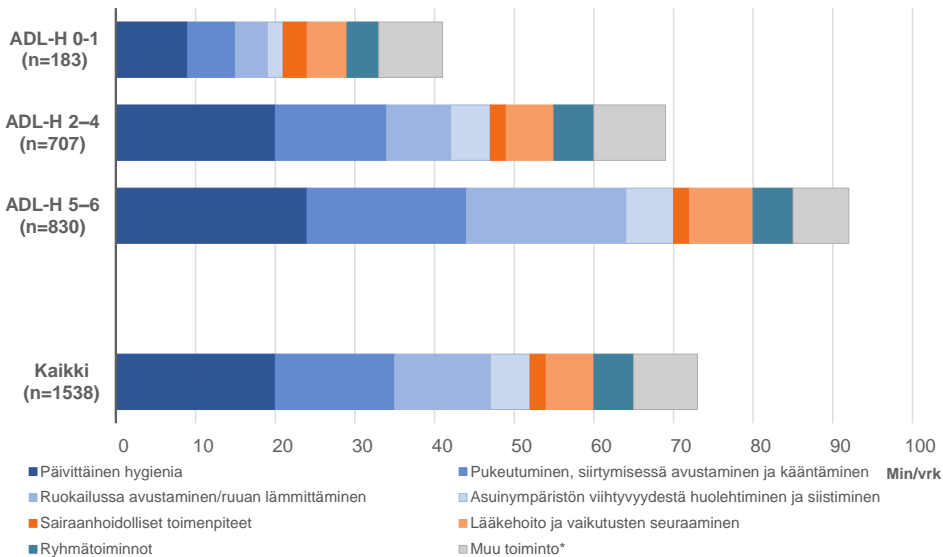
Kuvio 17. Kotihoidon asiakkaille kohdistuneiden eri toimintojen keskimääräinen aika ryhmiteltynä arjen välinetoiminnoista suoriutumista mittaavan IADL-mittarin arvon mukaan.

Tarkastellessa kaikkia kotihoidon asiakkaita ja toimintoja, joissa asiakas oli läsnä, eniten hoitoaikaa kului keskimäärin lääkehoitoon ja vaikutusten seuraamiseen (7min). Lääkehoitoon kuluva aika myös lisääntyi jonkin verran asiakkaan arkisuoriutumisen heikentyessä. Myös arjen perustoimintoihin, erityisesti ruokailussa ja päivittäisessä hygieniassa avustamiseen käytetty aika lisääntyi, kun asiakkaan arkisuoriutuminen välinetoiminnoissa heikkeni. Lisäksi ulkopuolinen hoitoaika lisääntyi kotihoidon asiakkaan arkisuoriutumisen heikentyessä. Puolestaan kirjaamiseen ja sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin kuluva aika pysyi lähes samana arkisuoriutumisessa vaihdella. Muu toiminto -luokkaan yhdistettiin toimintoja, joihin meni keskimäärin vähän aikaa. Nämä toiminnot olivat hoidon suunnittelu, asiakkaan ohjaus, läheisen tukeminen, moniammatillinen työskentely, kuntoutus ja siistiminen. Näihin kuluva aika lisääntyi hie-man asiakkaan arkisuoriutumisen heikentyessä.

Ympärivuorokautinen hoito

Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saama keskimääräinen hoitoaika (asiakas läsnä) ryhmiteltynä ADL-H -mittarin mukaan on kuvattu kuviossa 18. Asiakkaiden arkitoiminnoissa auttamiseen liittyvät toiminnot on kuvattu sinisellä ja sairaanhoidolliset tai lääkinnälliset toimenpiteet oranssilla. Näiden aikojen lisäksi

ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaat saivat keskimäärin noin 27 minuuttia hoitoaika, jossa asiakas ei ollut läsnä. Hoitoaika, jossa asiakas ei ollut läsnä, piti sisällään seuraavat toiminnot: palveluiden järjestäminen, kirjaamista muualla kuin asiakkaan luona, hoitosuunnitelman tai palvelutarpeen arviointien laatiminen/päivittäminen, lääkehuollon järjestäminen, omaiskontakti, moniammatilliset kokoukset ja konsultointi.



* Kirjaaminen asiakkaan luona, hoidon suunnittelu, asiakkaan ohjaus, läheisen tukeminen, moniammatillinen työskentely, perehdytys ja kuntoutus

Kuvio 18. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaille kohdistuneiden eri toimintojen keskimääräinen aika ryhmiteltynä arjen perustoiminnoista suoritumista mittaavan ADL-H-mittarin arvon mukaan.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakasajasta, jossa asiakas oli läsnä, eniten hoitoaika kului keskimäärin päivittäiseen hygieniaan (20 min), pukeutumiseen, siirtymisessä avustamiseen ja kääntämiseen (15 min) ja ruokailussa avustamiseen (12 min). Näihin kuluva aika myös lisääntyi eniten, kun asiakkaan arjen perustoiminnoissa suorituminen heikkeni. Sen sijaan kirjaamiseen, sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin ja ryhmätoimintoihin kulunut aika ei juuri muuttunut arkisuoritumisen heikentyessä, mutta lääkehoitoon kulunut aika lisääntyi hieman. Muu toiminto -luokkaan yhdistettiin toimintoja, joihin meni keskimäärin vähän aikaa. Näitä toimintoja olivat asuinympäristön viihtyvyydestä huolehtiminen ja siistiminen, hoidon suunnittelu, asiakkaan ohjaus, läheisen tukeminen, moniammatillinen työskentely, perehdytys ja kuntoutus. Tämän luokan toimintoihin kulunut aika pysyi melko samana, vaikka arkisuoritumisessa oli eroja.

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 ryhmätoiminnon kestäessä keskimäärin 29 minuuttia. Yhteisruokailussa avustaminen oli yleisin yksikön omien työntekijöiden toteuttama ryhmätoiminto. Yksikön ulkopuolisten työntekijöiden toteuttamia ryhmätoimintoja oli kirjattu 245 asiakkaalle (16 %) yhden ryhmätoiminnon keston ollessa keskimäärin noin 53 minuuttia. Yleisimmät yksikön ulkopuolisten työntekijöiden toteuttamat ryhmätoiminnot olivat yhteinen aktiiviteetti ja kuntoutus.

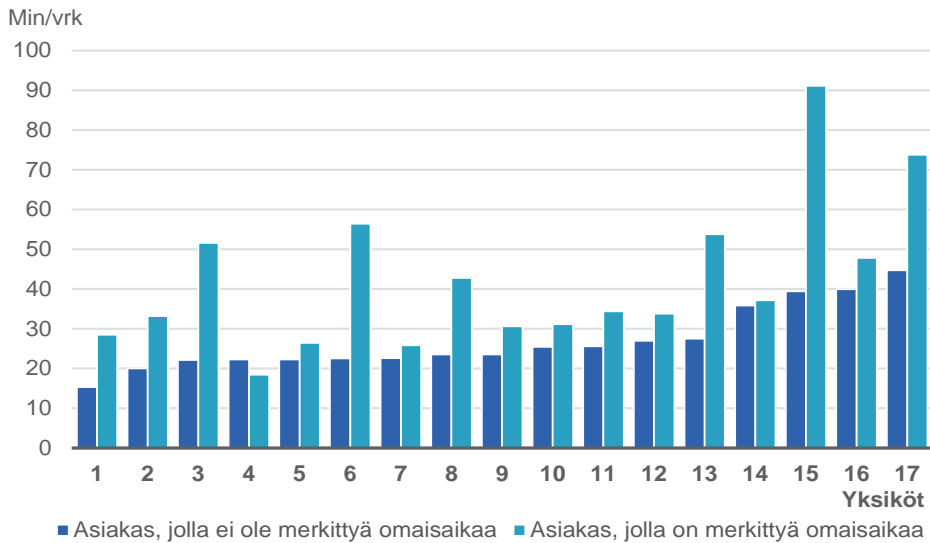
Omaisten määrä ja vaikutus hoitoaikaan

Osana tutkimusta kartoitettiin omaisten asiakkaan kanssa yhdessä viettämää aikaa. Omaisia pyydettiin kirjaamaan asiakkaan kanssa viettämänsä aika kotihoidossa kotona olevaan, sekä ympärivuorokautisessa hoidossa joko asunnossa olevaan tai omaisille annettuun lomakkeeseen. Kotihoidossa 349 asiakkaan ja ympärivuorokautisessa hoidossa 392 asiakkaan omainen tai omaiset kirjasivat vapaaehtoisesti asiakkaan kanssa viettämänsä ajan. Näistä omaisista 54 asui yhdessä kotihoidon asiakkaan kanssa. Kotihoidon asiakkaista 25:lle oli merkitty omaishoitaja. Omaisten päivittäinen asiakkaan kanssa yhdessä vietetty aika rajattiin analyyseissä 16 tuntiin.

Omaiset viettivät päivittäin keskimäärin enemmän aikaa kotihoidon asiakkaiden kanssa (keskimäärin 83 minuuttia), verrattuna ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin (keskimäärin 32 minuuttia). Omaiset, jotka asuivat kotihoidon asiakkaan kanssa, viettivät keskimäärin huomattavasti enemmän aikaa asiakkaan kanssa (202 minuuttia), verrattuna kotihoidon asiakkaisiin, joiden omaiset eivät asuneet asiakkaan kanssa (61 minuuttia).

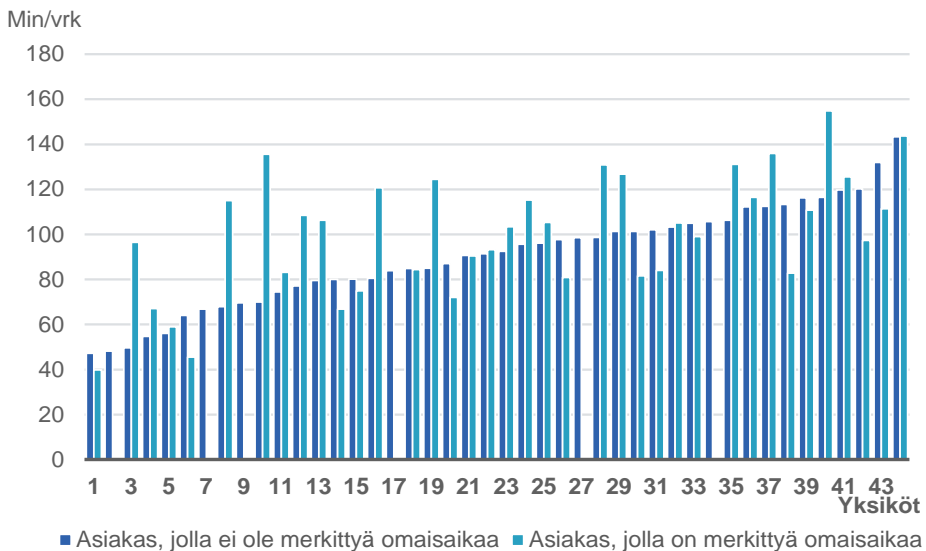
Asiakkaat, joilla oli omainen, joka vietti asiakkaan kanssa aikaa, saivat enemmän hoitoaikaa työntekijöiltä. Kotihoidossa asiakkaat, joille ei ollut kirjattu omaisten aikaa saivat työntekijöiden hoitoaikaa keskimäärin 34 minuuttia päivässä. Sen sijaan asiakkaat, joilla oli omainen, joka vietti asiakkaan kanssa aikaa, saivat hoitoaikaa työntekijöiltä keskimäärin 48 minuuttia päivässä. Myös ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaille, joilla oli omainen, joka vietti asiakkaan kanssa aikaa, kohdentui enemmän päivittäistä hoitoaikaa verrattuna asiakkaisiin, joilla ei ollut omaisten aikaa (123 vrt. 114 minuuttia). Hoitoajan ja omaisajan vaikutus vaihteli organisaatioittain. Korkeamman hoitoajan jakautuminen niille, joilla on omainen, vaikutti olevan kotihoidossa yleisempää kuin ympärivuorokautisessa hoidossa (Kuviot 19 ja 20)

Asiakkaiden saama hoitoaika
koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa



Kuvio 19. Kotihoidon asiakkaiden, joilla on/ei ole omaisia keskimääräinen hoi-
tajilta saatu päivittäinen hoitoaika yksiköittäin.

Tuloksissa on huomioitava, että kaikki omaiset eivät välttämättä kirjanneet aikaansa. Lisäksi on huomioitava omaisten käyntien suhteellisen lyhyt seuranta-aika (1 viikko). Näin ollen asiakkaiden luona aikaansa viettäneiden omaisten määrä, ja omaisten asiakkaiden kanssa yhdessä viettämä aika, voi tosiasiallisesti olla suurempi.



Kuvio 20. Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden, joilla on/ei ole omaisia
keskimääräinen saatu päivittäinen hoitoaika yksiköittäin

Hoitoaika suhteessa kuntoisuuteen ja palvelutarpeeseen

Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saaman asiakasajan suhdetta tarkasteltiin myös asiakkaiden kuntoisuuteen ja palvelutarpeeseen. Palvelutarve voidaan määrittellä monella eri tavalla. Asiakkaiden RAI-arvioinnin tiedot sisältävät useita kuntoisuutta mittaavia mittareita, kuten esimerkiksi arjen perus- ja välinetoiminnoista suoriutumista käsittelevät ADL-H ja IADL. Näiden lisäksi on olemassa muun muassa kognitiosta kertova CPS ja terveyden vakautta mittaava CHESS. Palvelutarpeesta kertova MAPLe5 koostuu useista eri mittareista ja muista RAI-arviointien tiedoista.

Mittareiden asteikoissa alhaisempi arvo tarkoittaa parempaa toimintakykyä ja pienempää palvelutarvetta. Ympärivuorokautisessa hoidossa muutamalla mittarilla on rajoitteita verrattuna kotihoitoon, koska RAI-arvioinnin LTC-väline (long term care) ei sisällä samoja kysymyksiä (esim. välinetoimintoihin liittyviä). Tämän takia ympärivuorokautisessa hoidossa IADL-mittaria ei voida laskea ja MAPLe5 voi saada vain arvoja 3–5. On myös hyvä huomioida, että MAPLe5-palvelutarveluokitus on suunniteltu kuvaamaan erityisesti kotihoidon asiakkaiden palvelutarvetta.

Arki-suoriutumista tarkasteltiin kotihoidossa IADL ja ADL-mittareilla. Sen sijaan ympärivuorokautisessa hoidossa käytettiin vain ADL-H-mittaria, koska IADL-mittaria ei voi laskea RAI:n LTC-välineistä. Jotta erilaisten työntekijäryhmien antama panos tulisi esiin tuloksissa, sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa käytettiin palkkapainotettua asiakasaikaa. Taulukoissa esitetyt minuuttimäärät eivät siis ole todellisia saatuja minutteja, vaikka ero palkkapainotettujen ja painottomien minuuttien välillä olikin hyvin pieni.

Taulukko 11. Kotihoidon asiakkaiden keskimääräiset saadut hoitoajat IADL, ADL-H ja CPS-mittareiden mukaan. IADL mittaa arjen välinetoiminnoista suoriutumista, ADL-H arjen perustoiminnoista suoriutumista ja CPS kognitiota

IADL	n	Asiakasaika	ADL-H	n	Asiakasaika	CPS	n	Asiakasaika
0	240	22,6	0	899	30,0	0	380	31,7
1	235	26,0	1	302	41,0	1	358	34,6
2	305	37,0	2	117	49,5	2	538	39,2
3	100	35,0	3	103	60,5	3	131	51,6
4	272	41,6	4	23	63,3	4	13	51,2
5	226	58,8	5	27	101,8	5	52	55,5
6	91	54,4	6	6	106,6	6	5	85,2

Taulukko 12. Kotihoidon asiakkaiden keskimääräiset saadut hoitoajat CHESS ja MAPLE-mittareiden mukaan. CHESS mittaa terveyden epävakautta ja MAPLE palvelutarvetta

CHESS	n	Asiakasaika	MAPLE5	n	Asiakasaika
0	599	32,3	1	161	20,8
1	438	37,9	2	103	29,6
2	300	41,9	3	450	39,2
3	99	55,2	4	529	38,9
4	40	55,0	5	234	49,8
5	1	66,5			

Taulukoissa 11–14 esitetään asiakkaiden saamia hoitoaikoja kuntoisuuden ja palveluntarpeen mukaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Kuntoisuuden alentuessa ja palveluntarpeen noustessa keskimääräinen asiakkaiden saama hoitoaika lisääntyy. On tosin huomioitavaa, että samankuntoiset asiakkaat kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa saavat keskimäärin poikkeavan määrän hoitoaikaa. Keskimäärin samankuntoiset asiakkaat saavat kotihoidossa lähes puolet vähemmän hoitoaikaa, verrattuna samankuntoisiin asiakkaisiin ympärivuorokautisessa hoidossa.

Kotihoidossa asiakkaiden saama hoitoaika lisääntyi asiakkaan palvelutarpeen kasvaessa. Asiakkaat, joilla oli vähäinen palvelutarve (MAPLe 1) saivat päivittäistä hoitoaikaa noin 21 minuuttia, kun taas asiakkaat, joilla oli erittäin suuri palvelutarve (MAPLe 5), saivat hoitoaikaa yli 2 kertaa enemmän (50 minuuttia). Ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaat saivat keskimäärin päivittäistä hoitoaikaa suurin piirtein yhtä paljon kaikissa palvelutarveluokissa (112–119 minuuttia). Terveyden vakauden heikentyessä hoitoaika lisääntyi kotihoidossa. Kotihoidossa asiakkaat, joilla oli vähäistä terveyden epävakautta (CHESS 0), saivat keskimäärin 32 minuuttia hoitoaikaa, kun taas asiakkaat, joilla oli suurta terveyden epävakautta (CHESS 4–5), saivat keskimäärin 55 minuuttia hoitoaikaa. Ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaat saivat keskimäärin päivittäistä hoitoaikaa suurin piirtein yhtä paljon kaikissa CHESS-luokissa (115–121 minuuttia), lukuun ottamatta CHESS luokkaa 5, jossa oli vain 5 asiakasta (53 minuuttia).

Taulukko 13: Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden keskimääräiset saadut hoitoajat ADL-H ja CPS-mittareiden mukaan. ADL-H mittaa arjen perustoiminnoista suoriutumista ja CPS kognitiota

ADL	n	Asiakasaika	CPS	n	Asiakasaika
0	38	62,9	0	58	111,5
1	145	91,0	1	142	112,9
2	190	100,4	2	228	106,7
3	335	112,6	3	549	112,5
4	182	120,2	4	183	132,5
5	347	127,3	5	175	115,5
6	301	137,1	6	203	134,5

Taulukko 14: Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden keskimääräiset saadut hoitoajat CHES ja MAPLE-mittareiden mukaan. CHES mittaa terveyden epävakautta ja MAPLE palvelutarvetta

CHES	n	Asiakasaika	MAPLE5	n	Asiakasaika
0	457	115,9	3	251	112,2
1	416	115,3	4	557	119,8
2	378	119,7	5	730	116,2
3	184	115,7			
4	98	121,6			
5	5	53,4			

Kognition (CPS) ja fyysisen toimintakyvyn (IADL kotihoidossa, ADL-H ympärivuorokautisessa hoidossa) yhteisvaikutus oli yhteydessä asiakaskohtaiseen hoitoaikaan sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa. Asiakkaiden saama keskimääräinen hoitoaika lisääntyi asiakkaan kognition ja fyysisen toimintakyvyn heikentyessä. Kognitio on yhteydessä kykyyn suoriutua päivittäisistä välinetoiminnoista, joten henkilö, jolla kognitio on vaikeasti tai erittäin vaikeasti heikentynyt, tarvitsee paljon apua päivittäisissä toiminnoissa. Näin ollen näiden mittareiden välillä on korkea korrelaatio, vaikka ne mittaavatkin eri asioita.

Yksikkökohtaiset erot asiakasajassa

Asiakkaiden saamassa ajassa oli merkittävää yksiköiden välistä vaihtelua. Yksiköiden keskimääräinen kokonainen hoitoaika vaihteli kotihoidossa 23–63 minuutin välillä, ja ympärivuorokautisessa hoidossa 53–172 minuutin välillä. Yksiköiden kokonaisasiakasmäärä vaihteli kotihoidossa 33–169 välillä ja ympärivuorokautisessa hoidossa 9–80 välillä. Vaikka hoitoaika näyttää keskimäärin hieman lisääntyvän asiakkaiden RAI-mittareilla mitatun kuntoisuuden mukaan, yksiköiden välinen vaihtelu ei selity pelkästään asiakkaiden keskimääräisellä mittareilla mitatulla palveluntarpeella tai

kuntoisuudella. On tärkeää huomioida, että tässä käytetyt mittarit eivät kokonaan kuvaava asiakkaan kokonaisvaltaista kliinistä terveyden ja toimintakyvyn tilannetta.

Hoitoaikojen vaihtelu organisaatioittain saattaa osittain selittyä käytettävissä olevilla resursseilla tai eroavista käytännöistä esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa. Koska palvelutarpeen arviointi tehdään kunnan sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisen toimesta, on mahdollista, että palvelujen ja hoitoaikojen määrässä on kuntakohtaista vaihtelua (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301). On huomioitava, että hoitoaikojen vaihtelu voi myös osittain johtua tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden eriävistä aikojen kirjaamiskäytännöistä tai siitä, että osa työntekijöistä ei osallistunut tutkimukseen. Toissiasialliset ajat voivat näin ollen olla jonkin verran suurempia kuin tässä esitetyt.

Yhteenveto

Kotihoidon asiakkaat saivat keskimäärin noin 38 minuuttia ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat keskimäärin noin 117 minuuttia hoitoaikaa päivässä. Tarkastellessa kaikkia kotihoidon asiakkaita ja toimintoja, joissa asiakas oli läsnä, eniten hoitoaikaa kului keskimäärin lääkehoitoon ja vaikutusten seuraamiseen (7min), ruokailussa avustamiseen/ruuan lämmittämiseen (4min) ja kirjaamiseen (4min). Tarkastellessa kaikkia ympärivuorokautisen hoidon asiakkaita ja toimintoja, joissa asiakas oli läsnä, eniten hoitoaikaa kului keskimäärin päivittäiseen hygieniaan ja wc-käynteihin (17min), pukeutumiseen, siirtymisessä avustamiseen ja kääntämiseen (15min), ja ruokailussa avustamiseen/ruuan lämmittämiseen (12min). Asiakkaiden saamaan hoitoaikaan vaikutti asiakkaan fyysinen toimintakyky ja kotihoidossa myös palvelutarve. Toimintakyvyltään samankaltaiset asiakkaat saivat päivittäistä hoitoaikaa vähemmän kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Vaikka hoitoaika näyttää keskimäärin lisääntyvän asiakkaiden palvelutarpeen mukaan, vaihtelu yksiköiden välillä ei näytä etenkin kotihoidossa selittyvän yksinomaan asiakkaiden keskimääräisellä palvelutarpeella tai kuntoisuudella.

RUG-luokituksen päivitetty kustannuspainot

RUG-hoidontarveluokituksen (Resource Utilization Groups) kustannuspainot laskettiin kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen hoitoon hankkeessa toteutettuun aikamittaukseen perustuen. Kustannuspainojen laskentaperiaate on kuvattu tarkemmin metodit-osiossa (sivu 40). Tässä kappaleessa esitellään nykyinen Suomessa käytössä oleva RUG-III/18-luokitus ja sen toimintaperiaate, aikamittausaineiston RUG-III/18-luokien asiakasmäärät, sekä aikamittaukseen perustuvat RUG-III/18-luokituksen päivitetty kustannuspainot.

Tämän lisäksi käsitellään yli palvelurakenteen laskettujen kustannuspainojen haasteita ja tuodaan esille päivitettyihin kustannuspainoihin liittyviä kehittämistarpeita. Sen jälkeen esitellään vaihtoehtoiset luokitukset (RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC), joilla pyritään vastaamaan aikamittausaineistolla päivitetyn RUG-III/18-luokituksen heikkouksiin. Lopuksi tarkastellaan eri luokitusten tilastollisia ominaisuuksia, muun muassa selitysasteiden ja variaatiokertoimien avulla.

RUG-III/18-luokitus

RAI-arviointiväline mahdollistaa RUG-asiakasrakenneluokituksen käytön. Asiakkaiden RAI-arviointitietoihin perustuen asiakas sijoittuu tiettyyn RUG-luokkaan, joka kertoo asiakkaan tarpeiden mukaisen hoidon ja palveluiden toteuttamiseen tarvittavan henkilöstöresurssien määrästä. Suomessa käytössä oleva yli palvelurakenteen toimiva RUG-III/18-luokitus on samanlainen kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Kustannuspainot on kuitenkin laskettu erikseen näihin palvelutyypeihin. (Heikkilä ym. 2012).

Kotihoidon RUG-III/18-luokituksen aikaisemmat kustannuspainot kattavat myös tavallisen palveluasumisen asiakkaat, ja vastaavasti ympärivuorokautisen hoidon painot kattavat terveystieteiden vuodeosaston sekä vanhainkotien asiakkaat.

RUG-III/18-luokituksen toimintaperiaate

RUG-III/18-luokitus on Suomessa käytössä oleva yli palvelurakenteen toimiva RUG-luokitus, joka pohjautuu alun perin Yhdysvalloissa laitoshoitoon kehitettyihin luokituksiin. Yhtenäinen RUG-III/18-luokitus on muodostettu kotihoidon RUG-III HC/22- ja ympärivuorokautisen hoidon RUG-III LTC/34-luokitusten pohjalta. RUG-luokituksissa asiakkaat ryhmitellään kliinisten ominaisuuksien perusteella eri luokkiin, jotka kuvaavat asiakkaiden hoitoresurssien tarvetta. (Fries & Cooney 1985; Fries ym. 1994). RUG-III/18-luokituksessa asiakkaat jaetaan seitsemään pääluokkaan ja sen

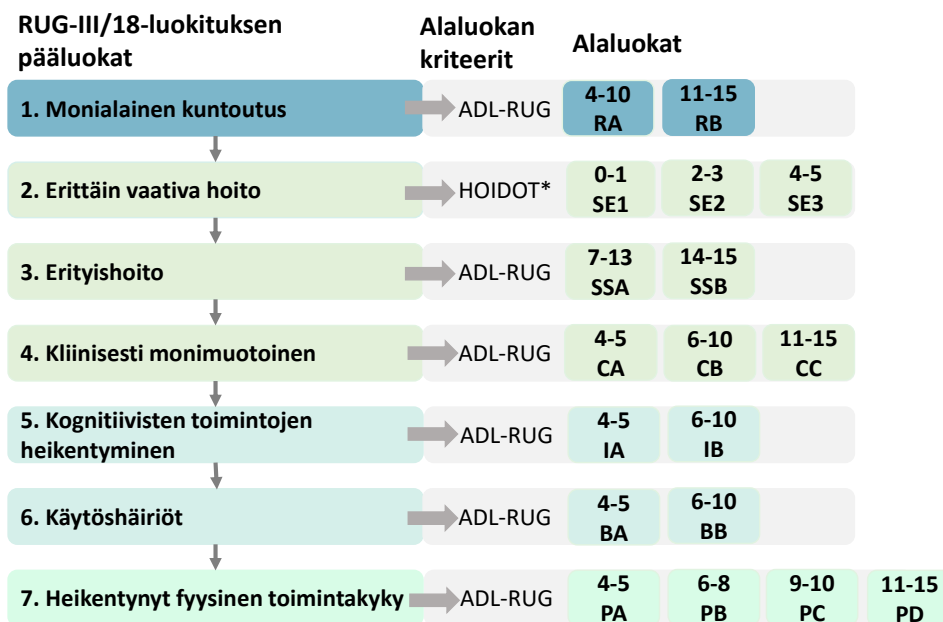
jälkeen edelleen 18 alaluokkaan. Jokaiselle alaluokalle on laskettu oma kustannuspaino. Suurempi kustannuspaino kertoo suuremmasta hoitoresurssien tarpeesta ja sitä kautta korkeammista kustannuksista. Luokituksen toimintaperiaate kuvataan kuviossa 23.

RUG-III/18-luokitus sisältää seitsemän kliinistä pääluokkaa:

1. Monialainen kuntoutus (Special Rehabilitation, R)
2. Erittäin vaativa hoito (Extensive Service, SE)
3. Erityishoito (Special Care, SS)
4. Kliinisesti monimuotoinen (Clinically Complex, C)
5. Kognitiivisten toimintojen heikentyminen (Impaired Cognition, I)
6. Käytöshäiriöt (Behaviour Problems, B)
7. Heikentynyt fyysinen toimintakyky (Reduced Physical Function, P)

Hierarkkisessa RUG-III/18-asiakasrakenneluokituksessa asiakkaiden jako pääluokkiin tapahtuu seuraavalla tavalla: Jos asiakas ei kuulu ensimmäiseen pääluokkaan Monialainen kuntoutus, niin tämän jälkeen testataan seuraava pääluokka (Erittäin vaativa hoito) ja niin edelleen, kunnes kriteerit täyttävä kliininen pääluokka on löytynyt. On tärkeä huomioida, että asiakkaan ensisijainen tarve määrittää pääluokan. Tällöin asiakkaalla voi olla muitakin alempien pääluokkien tarpeita, esimerkiksi kognition alenemaa tai käytösoireita.

Pääluokat jakautuvat edelleen alaluokkiin, joita on pääluokasta riippuen kahdesta neljään. Jako alaluokkiin tapahtuu asiakkaan ADL-RUG-mittarin arvon mukaan (4–15). ADL-RUG-mittari muodostuu asiakkaan RAI-arvioinnin mukaan, ja se kertoo asiakkaan arjen perustoiminnoista suoriutumisen. Mitattuja päivittäistoimintoja ovat sängyssä liikkuminen, siirtyminen ja wc:n käyttö. Mitä isompi mittarin arvo on, sitä enemmän asiakas tarvitsee apua näissä päivittäistoiminnoissa. Ensimmäisissä alaluokissa ADL-RUG-mittarin arvo on pieni ja se kasvaa alaluokkien edetessä. Poikkeuksena alaluokkien jakoon on pääluokka 2 Erittäin vaativa hoito, jossa jako tapahtuu asiakkaan saaman hoitomuotojen määrän perusteella (0–5). Hoitomuotoihin sisältyy iv-infuusio, pääryhmän erityishoito kriteeri, pääryhmän kliinisesti monimuotoinen kriteeri, CPS mittarin arvo 3 tai enemmän, sekä laskimonsisäinen ravitus (vain RAI-LTC).



*Luokan 2 alaluokat määräytyvät eri hoitomuotojen määrän mukaan

Kuvio 23. RUG-III/18-luokituksen toimintaperiaate ja alaluokkien jakoperusteet asiakkaan arjen perustoiminnoista suoriutumista mittaavan ADL-RUG-mittarin arvon tai hoitomäärien mukaan (Mukaillen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a).

RUG-III/18-luokitus koostuu siis yhteensä 18 alaluokasta, jotka antavat kuvan asiakkaan kliinisistä erityistarpeista (pääluokka) sekä arkitoiminnoissa suoriutumisen tasosta (alaluokka). Luokitusta voidaan käyttää yksikössä tarvittavan henkilöstön määrän ja osaamisen määrittelyyn, yksikköjen väliseen vertailuun, vertailukehittämiseen, sekä tulevaisuudessa mahdollisesti rahoituksen tai hoitajamitoituksen laskentaan.

RUG-III/18-luokituksen asiakasmäärät

Seuraavaksi tarkastellaan aikamittausaineiston tutkimusjoukkoa ja sen jakautumista RUG-III/18-luokkiin. Taulukossa 15 näkyy aikamittausaineiston ja valtakunnallisen RAI-vertailutietokannan (EasyRAIder) asiakkaiden määrien osuudet RUG-pääluokittain ja pääluokan Heikentynyt fyysinen toimintakyky osalta myös alaluokittain. Vertailutietokannan tiedot ovat vuoden 2021 syksyltä. (THL 2021).

Taulukko 15: Aikamittausaineiston asiakkaiden määrä RUG-III/18-päälukittain, verrattuna EasyRAider RAI-vertailutietokantaan (THL 2021)

RUG-III/18-pääloukka	Aikamittaus Kotihoito (%)	EasyRAider HC (Kotihoito) (%)	Aikamittaus Ympäri vuorokautinen hoito (%)	EasyRAider LTC (Ympäri vuorokautinen hoito) (%)
7P-pääloukan osalta myös alaloukat				
1 R: Monialainen kuntoutus	1	1	Alle 1	0
2 SE: Erittäin vaativa hoito	Alle 1	1	2	1
3 SS: Erityishoito	5	5	10	8
4 C: Kliinisesti monimuotoinen	18	16	12	12
5 I: Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	14	21	23	27
6 B: Käytöshäiriöt	6	6	4	5
7 P: Heikentynyt fyysinen toimintakyky	56	50	49	48
7 PA (ADL-RUG*: 4-5)	52	44	6	7
7 PB (ADL-RUG: 6-8)	2	3	3	3
7 PC (ADL-RUG: 9-10)	Alle 1	0	1	1
7 PD (ADL-RUG: 11-15)	2	3	39	36

* ADL-RUG-mittari kertoo asiakkaan arjen perustoiminnoista suoriutumisesta (sängyssä liikkuminen, siirtyminen ja wc:n käyttö). Isompi mittarin arvo tarkoittaa, että asiakas tarvitsee apua enemmän näissä päivittäistoiminnoissa.

RAI-vertailutietokannassa asiakkaiden osuudet raportoidaan kokonaislukuina ainoastaan pääloukittain, pääloukkaa 7 lukuun ottamatta. Taulukosta nähdään, että aikamittausaineiston kotihoidon asiakkaat 7 PA-loukasta ja pääloukasta 4 olivat jonkin verran yliedustettuna. Sen sijaan erityisesti pääloukan 5 asiakkaat olivat aineistossa aliedustettuna, verrattuna valtakunnallisen RAI-tietokannan tietoihin. Ympäri vuorokautisessa hoidossa aineiston loukkien asiakasmäärät vastasivat enemmän vertailutietokannan tietoja, vaikkakin pääloukka 5 oli ympäri vuorokautisessa hoidossa myös hieman aliedustettuna.

Pääloukka 5 sisältää asiakkaat, joiden kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt, mutta joiden fyysinen toimintakyky ei ole merkittävästi ole alentunut. Näyttäisi, että aikamittausaineistossa henkilöillä, joiden kognitio oli alentunut, myös fyysinen toimintakyky oli merkittävästi heikentynyt, minkä vuoksi tämänkaltaiset asiakkaat päätyivät todennäköisesti pääloukan 5 sijasta pääloukkaan 7. Tämä voi myös selittää osan pääloukan 7 yliedustuksesta aikamittausaineistossa verrattuna koko maan lukuihin. Ympäri vuorokautisen hoidon aineistossa on mahdollista, että kyseiset asiakkaat keskittyvät enemmässä määrin erikoistuneisiin dementiayksikköihin, joita oli mukana tutkimuksessa vain muutama. Vertailukannan asiakkaiden ryhmittely RUG-III/18-loukkiin on kuitenkin yleisellä tasolla melko lähellä aineiston asiakkaiden jakautumista.

Erityisesti tiettyjen luokkien vähäinen asiakasmäärä aineistossa vastaa koko maan RUG-luokituksen jakautumista.

RUG-III/18-luokituksen päivitettyt kustannuspainot

RUG-III/18-luokituksen kustannuspainot päivitettiin perustuen hankkeessa toteutettuun aikamittaukseen (n = 1477 kotihoidossa ja n = 1538 ympärivuorokautisessa hoidossa). Asiakkaat ryhmiteltiin RUG-luokkiin, minkä jälkeen luokkien keskimääräiset asiakasajat suhteutettiin palvelutyypin keskimääräiseen saatuun asiakasaikaan. RUG-III/18-luokituksen kustannuspainojen laskentaperiaate on kuvattu tarkemmin metodeissa, sivulla 40.

RUG-III/18-luokituksen päivitettyt kustannuspainot kotihoidossa

Kotihoidon RUG-III/18-luokituksen päivitettyt kustannuspainot näkyvät taulukossa 16. Taulukossa esitetyt asiakasajat ja kustannuspainot ovat palkkapainotettuja (katso metodit, sivu 42). Yhteensä yhdeksän alaluokkaa (1 RA, 1 RB, 2 SE1, 2 SE2, 2 SE3, 3 SSB, 4 CC, 6 BB, ja 7 PC) sisälsi alle 20 asiakasta, minkä vuoksi niiden kustannuspainoja korjattiin ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saamalla ajalla. Tämä on kuvattu tarkemmin metodeissa (sivu 41). Alkuperäiset täydentämättömät kustannuspainot näkyvät taulukoissa suluissa.

Valtaosa kotihoidon asiakkaista asettui muutamaan kevyempään luokkaan, kuten alaluokkiin 4 CA ja 7 PA. Koska kustannuspainot suhteutetaan keskimääräiseen asiakkaaseen, jolla oli kotihoidon aineistossa kohtuullisen vähän saatua asiakasaikaa, raskaampien alaluokkien painot ovat huomattavan korkeita. Vastaava ilmiö toistuu aikaisemmissa kotihoidon kustannuspainoissa (Heikkilä ym. 2012).

Taulukko 16: Kotihoidon päivitetty RUG-III/18-luokituksen aika- ja kustannuspainot. Suluissa alkuperäiset lasketut kustannuspainot, joita ei ole täydennetty toisen palvelutyyppin asiakkaiden saamalla ajalla

RUG-III/18- alaluokka	Asiakkaiden määrä (KH)	Keskimääräinen asiakasaika (min)	Kustannuspaino, aikamittaus 2022	Kustannuspaino, laskennallinen 2012
1 RA	7	52	1,13 (1,37)	2,08
1 RB	1	239	3,71 (6,28)	4,12
2 SE1	2	38	2,51 (0,99)	2,69
2 SE2	0		3,03 (-)	3,26
2 SE3	0		4,55 (-)	1,77
3 SSA	59	43	1,12	1,20
3 SSB	7	83	2,97 (2,18)	4,05
4 CA	227	37	0,97	1,04
4 CB	28	68	1,78	2,08
4 CC	14	99	2,16 (2,60)	3,26
5 IA	173	44	1,16	1,20
5 IB	36	57	1,49	2,06
6 BA	86	31	0,83	0,75
6 BB	8	66	1,95 (1,74)	1,86
7 PA	765	30	0,79	0,73
7 PB	35	56	1,47	1,58
7 PC	6	58	1,85 (1,52)	2,03
7 PD	23	108	2,84	2,89

Kursiivi = Kustannuspaino laskettu osittain tai kokonaan ympärivuorokautisen hoidon painojen perusteella (katso menetit, sivu 41). Suluissa alkuperäinen paino.

Lihavoitu = Kustannuspaino perustuu 20 tai useampaan havaintoon.

KH = Kotihoito.

Päivitetyt kustannuspainot näyttävät johdonmukaisilta ja suhteutuvat aikaisempiin painoihin hyvin. Aikaisempi epäjohdonmukaisuus 2 SE -pääluokassa, jossa alaluokkien kustannuspainot eivät edenneet lineaarisesti, on korjaantunut. On kuitenkin huomioitava, että yhdeksässä alaluokassa kustannuspaino perustuu osittain tai kokonaan ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saatuun aikaan. Tämän lisäksi pääluokkien 1 ja 2 painot perustuvat pieneen kokonaismäärään asiakkaita, mikä vähentää näiden luokkien kustannuspainojen luotettavuutta merkittävästi.

RUG-III/18-luokituksen päivitetty kustannuspainot ympärivuorokautisessa hoidossa

Ympärivuorokautisen hoidon RUG-III/18-luokituksen päivitetty kustannuspainot näkyvät taulukossa 17. Taulukossa esitetyt asiakasajat ja kustannuspainot ovat palkkainotettuja. Alaluokat 1 RA, 1 RB, 2 SE1, 2 SE3, 4 CA ja 7 PC sisälsivät alle 20 asiakasta, minkä takia niitä korjattiin kotihoidon asiakkaiden saamalla ajalla (kuvattu tarkemmin metodeissa sivulla 41). Alkuperäiset täydentämättömät kustannuspainot on esitetty taulukossa suluissa.

Taulukko 17: Ympäri vuorokautisen hoidon päivitetty RUG-III/18-luokituksen aika- ja kustannuspainot. Suluissa alkuperäiset lasketut kustannuspainot, joita ei ole täydennetty toisen palvelutyypin asiakkaiden saamalla ajalla

RUG-III/18- alaluokka	Asiakkaiden määrä (YVH)	Keskimääräinen asiakasaika (min)	Kustannuspaino, aikamittaus 2022	Kustannuspaino, aikamittaus 2002
1 RA	2	87	0,88 (0,75)	1,13
1 RB	3	134	1,28 (1,15)	1,26
2 SE1	5	139	1,10 (1,19)	1,54
2 SE2	23	137	1,18	1,30
2 SE3	2	165	1,41 (1,41)	1,36
3 SSA	62	138	1,18	1,10
3 SSB	89	137	1,18	1,17
4 CA	18	90	0,85 (0,77)	0,74
4 CB	27	103	0,88	1,04
4 CC	142	121	1,03	1,09
5 IA	145	87	0,74	0,67
5 IB	206	107	0,92	0,86
6 BA	45	80	0,68	0,56
6 BB	21	119	1,02	0,86
7 PA	91	89	0,76	0,51
7 PB	45	96	0,82	0,83
7 PC	16	118	0,99 (1,01)	0,92
7 PD	596	130	1,11	1,03

Kursiivi = Kustannuspaino laskettu osittain kotihoidon painojen perusteella (katso metodit, sivu 41). Suluissa alkuperäinen paino.

Lihavoitu = Kustannuspaino perustuu 20 tai useampaan havaintoon.

YVH = Ympäri vuorokautinen hoito.

Merkittävä osa ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista asettui raskaimpiin luokkiin, erityisesti alaluokkaan 7 PD. Kotihoidon kustannuspainoihin verrattuna ympärivuorokautisen hoidon painoissa on huomattavasti vähemmän hajontaa, eli asiakkaiden saama aika vaihteli hoitoisuuden mukaan vain vähän. Myös aikaisemmissa vuoden 2002 kustannuspainoissa on kohtuullisen pieni hajonta (Heikkilä ym. 2012).

Päivitetty kustannuspainot näyttävät johdonmukaisilta lukuun ottamatta kolmannen pääluokan Erityishoito alaluokkia. Painot suhteutuvat vanhoihin vuoden 2002 painoihin verrattain hyvin, joskin ero kevyempien ja raskaampien luokkien välillä on jonkin verran pienentynyt. Aikaisempi epä johdonmukaisuus 2 SE-luokassa ei enää ilmene päivitettyissä painoissa. Pääluokan Erityishoito alaluokkien SSA ja SSB päivitetty painot ovat identtiset (1,18), mikä viittaa siihen, että luokitus ei erottele asiakkaita saadun hoitoajan mukaan tässä pääluokassa.

On tärkeää huomioda, että viidessä luokassa kustannuspaino perustuu osittain kotihoidon asiakkaiden saatuun aikaan. Pääluokkien 1 ja 2 painot perustuvat myös hyvin alhaiseen kokonaismäärään asiakkaita, mikä heikentää niiden luotettavuutta merkittävästi.

Yli palvelurakenteen lasketut kustannuspainot

Hankkeen yhtenä alkuperäisenä tavoitteena oli selvittää yli palvelurakenteen lasketujen kustannuspainojen mahdollisuutta. Nykyinen RUG-III/18-luokitus toimii yli palvelurakenteen, mutta kustannuspainot on kuitenkin laskettu erikseen koti- ja ympärivuorokautiseen hoitoon. Yli palvelurakenteen lasketut kustannuspainot tarkoittaisivat sitä, että koti- ja ympärivuorokautisen hoitoon olisi yhdet kustannuspainot. Yli palvelurakenteen laskettaviin kustannuspainoihin liittyy kuitenkin huomattavia ongelmia.

Yli palvelurakenteen laskettujen kustannuspainojen ongelmat johtuvat pääosin palvelutyypin välisistä eroista hoidon resurssoinnissa, suunnittelussa sekä toteutuksessa. Asiakkaalle kohdistununeeseen asiakasaikaan vaikuttaa RUG-luokituksen lisäksi merkittävästi se, onko asiakas koti- vai ympärivuorokautisen hoidon asiakas (Taulukko 18).

Taulukko 18: Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin kohdistuneet hoitoajat RUG-luokittain

RUG-III/18- alaluokka	Asiakkaiden määrä		Keskimääräinen asiakasaika (min)	
	KH	YVH	KH	YVH
1 RA	7	2	52	87
1 RB	1	3	239	134
2 SE1	2	5	38	139
2 SE2	0	23		137
2 SE3	0	2		165
3 SSA	59	62	43	138
3 SSB	7	89	83	137
4 CA	227	18	37	90
4 CB	28	27	68	103
4 CC	14	142	99	121
5 IA	173	145	44	87
5 IB	36	206	57	107
6 BA	86	45	31	80
6 BB	8	21	66	119
7 PA	765	91	30	89
7 PB	35	45	56	96
7 PC	6	16	58	118
7 PD	23	596	108	130
Kaikki	1477	1538	38	117

KH = Kotihoito, YVH = Ympärivuorokautinen hoito.

Asiakasajan määrä on merkittävästi korkeampi ympärivuorokautisessa hoidossa verrattuna kotihoitoon. Asiakkaalle kohdistuneen asiakasajan hajonta eroaa myös merkittävästi palvelutyypeittäin. Kotihoidossa saatu asiakasaika vaihtelee noin 10–80

minuutin välillä, riippuen asiakkaan palvelutarpeesta. Ympäri vuorokautisessa hoidossa sen sijaan kaikki asiakkaat saivat kohtalaisesti aikaa, riippumatta niin vahvasti heidän yksilöllisistä palvelutarpeistaan. Kotihoidossa käynnit ovat tarkemmin suunniteltuja, kun taas ympärivuorokautisessa hoidossa on enemmän kaikille asiakkaille kohdistuvia yhteisiä toimintoja.

Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon asiakasaineistojen yhdistämisen jälkeen useiden RUG-luokkien asiakkaat painottuivat vahvasti vain toisen palvelutyypin asiakkaisiin. Tällöin kotihoitopainotteisten alaluokkien kustannuspainot olisivat huomattavan alhaiset, kun taas paljon ympärivuorokautisen hoidon asiakkaita sisältävien luokkien painot olisivat erittäin korkeat. Tasaisesti asiakkaita kummastakin palvelutyypistä sisältävien luokkien laskettu kustannuspaino ei sen sijaan vastaa kummankaan palvelutyypin asiakkaiden aikamittauksessa saamaa todellista hoitoaikaa, vaan asettuisi niiden välimaastoon. Alaluokkien kustannuspainojen suuruteen vaikuttaisi siis eniten asiakkaiden jakautuminen koti- ja ympärivuorokautiseen hoitoon.

Edellä mainittujen tekijöiden takia yli palvelurakenteen laskettujen kustannuspainojen oikeanlainen tulkinta on erittäin vaikeaa. Kotihoidon asiakkaiden ja yksiköiden keskimääräiset kustannuspainot asettuisivat erittäin alhaisiksi ja niiden keskinäinen vertailu vaikeutuisi. Sen sijaan ympärivuorokautisen hoidon kustannuspainot olisivat erittäin korkeita. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakasaika ei kuitenkaan ole täysin vertailukelpoista, minkä takia yli palvelurakenteen laskettujen kustannuspainojen tulkinta ja hyödyntäminen on hyvin haastavaa ilman suurta varovaisuutta ja palvelujärjestelmän tarkkaa tuntemusta.

RUG-III/18-luokituksen kehittämistarpeita

RUG-III/18-luokituksen kustannuspainojen päivittäminen hankkeessa kerätyllä aikamittausaineistolla sisältää heikkouksia, jotka rajoittavat luokituksen luotettavuutta, käyttöä ja tulkintaa. Näihin vaikuttivat erityisesti tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden rekrytointi ja RUG-luokituksen asiakasjakauma ikäihmisten palveluissa.

Kerätty aikamittausaineisto on erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa erittäin homogeeninen. Aikaisemmissa aikamittauksissa tiedonkeruuseen pyrittiin rekrytoimaan mukaan laajasti esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoja, joissa asiakkaat painottuvat enemmän vähän asiakkaita sisältäviin RUG-luokkiin (Björkgren ym. 1998; Laine ym. 2004). Tässä hankkeessa osallistuminen perustui kuitenkin vapaaehtoisuuteen eikä erillistä otoksen stratifiointia tehty, minkä takia asiakkaiden jakautuminen RUG-luokkiin vastaa melko tarkasti valtakunnallista jakaumaa. Tämän johdosta osaan luokista asettui vain hyvin vähän asiakkaita.

Aineiston asiakkaat sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa painottuivat vahvasti muutamiin alaluokkiin. Vastaavasti osaan luokista sijoittui vain hyvin vähän asiakkaita. Esimerkiksi pääluokat 1 ”Monialainen kuntoutus” ja 2 ”Erittäin vaativa hoito” sisälsivät kokonaisuudessaan vain muutamia asiakkaita. Ilmiö on nähtävissä

myös valtakunnallisessa RAI-aineistossa, jossa vain noin prosentti kaikista asiakkaista sijoittui näihin pääluokkiin. Kuntoutusasiakkaita ja kliinisesti vaativia pitkäaikaispotilaita ei ollut tutkimuksessa tarpeeksi, minkä takia näiden asiakkaiden kustannuspainot ovat epäluotettavia.

Luokituksen ja aineiston ongelmiin saattaa vaikuttaa myös esimerkiksi iäkkäiden palvelujärjestelmään kohdistuneet merkittävät muutokset vuosituhaten alkuun verrattuna. Nykyisin terveyskeskusten vuodeosastoilla ei ole juurikaan pitkäaikaishoidossa olevia asiakkaita, ja RUG-pääluokkien kriteerien johdosta esimerkiksi ensimmäiseen Monialainen kuntoutus -pääluokkaan ei juurikaan asetu asiakkaita, vaikka he olisivat kuntoutuksen piirissä.

Nykyinen tilanne, jossa tiettyihin luokkiin ei aineistossa asetu juurikaan yhtään asiakasta, samalla kuin suurin osa asiakkaista pakkautuu muutamaa luokkaan, heikentää luokituksen käytettävyyttä ja luotettavuutta merkittävästi. Luokituksen parannusehdotukset rajoittuvat RUG-III/18-algoritmin muuttamiseen tai esimerkiksi RUG-III/18-luokituksen pienempien luokkien yhdistämiseen ja/tai isompien luokkien jakamiseen. Luokituksen tiivistämistä tukee se, että kaikkia luokituksen alaryhmiä ei näytä tarvittavan suomalaisessa iäkkäiden palvelujärjestelmässä, eli koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa, joissa luokitus on toistaiseksi pääosin käytössä.

RUG-III/18-algoritmin muuttaminen tarkoittaisi käytännössä asiakkaat eri luokkiin jakavan logiikan merkittävää muokkaamista. Tämä vaatisi mittarin laajan kliinisen uudelleentarkastelun, mukauttamisen ja validoinnin. Näitä toimia ei tässä tutkimushankkeessa käynnistetty, mutta kyseinen työ saattaa olla tulevaisuudessa tarpeellinen, etenkin jos RAI:n ja RUG-luokituksen roolia sote-palveluissa esimerkiksi rahoituksen tai hoitajamitoituksen määrittelyssä lisätään merkittävästi.

Hankkeessa päädyttiin vaihtoehtoisten RUG-luokitusten määrittämiseen. Tämä toimenpide on teknisesti helpoin, ja se voidaan tehdä saumattomasti rinnakkain päivitetyn RUG-III/18-luokituksen ohella. Tämän lisäksi vaihtoehtoiset RUG-luokitukset perustuvat melko yksinkertaisiin luokkien yhdistämisiin tai jakamisiin. Laajaa selvitystyötä ja validointia ei tarvitse myöskään tehdä, sillä vaihtoehtoiset luokitukset pohjautuvat laajalti jo olemassa oleviin RUG-III/22 ja RUG-III/18-luokituksiin. Jatkossa saattaa kuitenkin tulla tarve arvioida RUG-luokituksia tarkemmin tai päivittää niiden kustannuspainoja uudelleen.

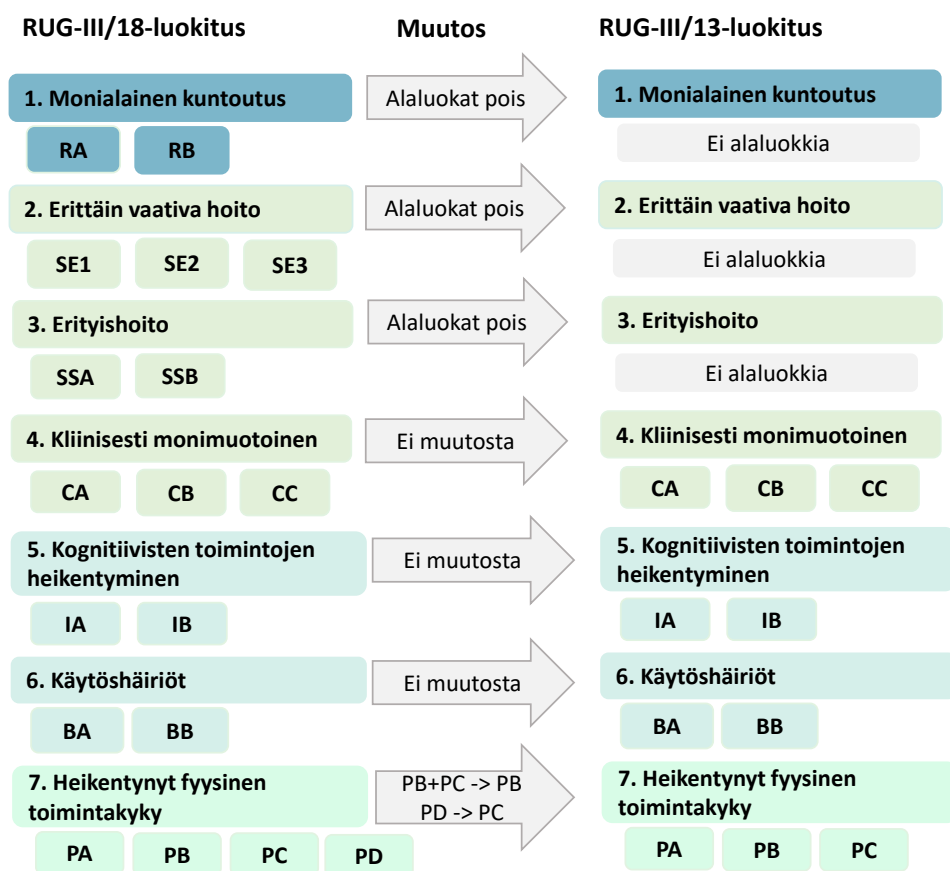
Vaihtoehtoinen RUG-III/13-luokitus

Seuraavaksi käsitellään hankkeessa kehitettyjen vaihtoehtoisten RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitusten sisältöä, toimintaperiaatteita ja niiden laskettuja kustannuspainoja. Vaihtoehtoiset luokitukset pyrkivät parantamaan kustannuspainojen luotettavuutta, erityisesti asiakasmäärältään pienimmissä luokissa. Ensimmäinen vaihtoehtoisista RUG-luokituksista on luokiltaan pelkistetty RUG-III/13-luokitus. Tässä luokituksessa on yhdistetty asiakasmääriltään pienimpiä alaluokkia. Lisäksi pääluokan Eri-tyishoito tapauksessa alaluokat yhdistettiin, sillä ympärivuorokautisessa hoidossa

alaluokilla oli toisiaan vastaavat kustannuspainot, minkä lisäksi kotihoidossa 3 SSB-luokassa oli vain muutama asiakas.

RUG-III/13-luokituksessa pääluokkia on sama määrä kuin RUG-III/18-luokituksessa, mutta alaluokkien kustannuspainojen laskentaan voidaan käyttää suurempaa asiakasmäärää, mikä lisää painojen luotettavuutta. Samalla luokituksen käytettävyys ja ymmärrettävyys paranee, kun asiakasmääriltään pienimpien luokkien määrä vähenee.

Yhteensä yhdeksän alaluokkaa yhdistettiin neljään luokkaan, eli RUG-III/18-luokituksen verrattuna RUG-III/13-luokituksessa on viisi alaluokkaa vähemmän (Kuvio 24). 1 Monialainen kuntoutus ja 2 Erittäin vaativa hoito -pääluokkien alaluokat yhdistettiin uusiksi 1 R ja 2 SE -luokiksi. Pääluokan 3 ”Erytishoito” alaluokat yhdistettiin yhdeksi 3 SS-luokaksi. Viimeisenä, 7 PB ja 7 PC -luokat yhdistettiin uudeksi 7 PB-luokaksi, jolloin samalla 7 PD-luokan nimi vaihtui 7 PC-luokaksi.



Kuvio 24. RUG-III/13-luokituksen toimintaperiaate verrattuna RUG-III/18-luokituksen.

Taulukossa 19 on kuvattu RUG-III/13-luokituksen alaluokkien asiakkaiden määrät aikamittausaineistossa, verrattuna aikaisempaan RUG-III/18-luokitukseen. Luokkien yhdistäminen koski kotihoidossa 117 asiakasta (noin 8 %) ja ympärivuorokautisessa hoidossa 247 asiakasta (noin 16 %). Kokonaisuudessaan alle 20 asiakasta sisältävien luokkien määrä väheni merkittävästi 15 kappaleesta vain kuuteen.

Taulukko 19: Vaihtoehtoisen RUG-III/13-luokituksen luokkien muutokset ja asiakkaiden määrät (n)

RUG-III/18- alaluokka	RUG-III/18 Asiakkaiden määrä		RUG-III/13- alaluokka	RUG-III/13 Asiakkaiden määrä	
	KH	YVH		KH	YVH
1 RA	7	2	1 R	8	5
1 RB	1	3			
2 SE1	2	5	2 SE	2	30
2 SE2	0	23			
2 SE3	0	2			
3 SSA	59	62	3 SS	66	151
3 SSB	7	89			
4 CA	227	18	4 CA	227	18
4 CB	28	27	4 CB	28	27
4 CC	14	142	4 CC	14	142
5 IA	173	145	5 IA	173	145
5 IB	36	206	5 IB	36	206
6 BA	86	45	6 BA	86	45
6 BB	8	21	6 BB	8	21
7 PA	765	91	7 PA	765	91
7 PB	35	45	7 PB	41	61
7 PC	6	16			
7 PD	23	596			

KH = Kotihoito. YVH = Ympärivuorokautinen hoito.

RUG-III/13-luokituksen kotihoidon kustannuspainot

RUG-III/13-luokitus toimii RUG-III/18-luokituksen kanssa identtisesti, eli kotihoidon ja ympärivuorokautiseen hoitoon lasketaan erilliset kustannuspainot. Asiakasaika ja kustannuspaino ovat palkkapainotettuja. Vastaavasti, alle 20 asiakasta sisältävien alaluokkien kustannuspainot on laskettu osittain toisen palvelutyyppin asiakkaiden saadun ajan perusteella. RUG-III/13-luokituksen kustannuspainot näkyvät palvelutyypeittäin taulukoissa 20 ja 21.

**Taulukko 20: Vaihtoehtoisen RUG-III/13-luokituksen kustannuspainot kotihoi-
dossa. Suluissa alkuperäiset lasketut kustannuspainot, joita ei ole täydennetty
toisen palvelutyypin asiakkaiden saamalla ajalla**

RUG-III/13- alaluokka	Asiakkaiden määrä (KH)	Keskimääräinen asiakasaika (min)	Kustannuspaino, aikamittaus 2022	RUG-III/18 kustannus- paino 2022	Kustannuspaino, laskennallinen 2012
1 R	8	76	1,89 (1,99)	1,13–3,71	2,08–4,12
2 SE	2	38	2,43 (0,99)	2,51–4,55	1,77–3,26
3 SS	66	47	1,23	1,12–2,97	1,20–4,05
4 CA	227	37	0,97	0,97	1,04
4 CB	28	68	1,78	1,78	2,08
4 CC	14	99	1,97 (2,60)	2,16	3,26
5 IA	173	44	1,16	1,16	1,20
5 IB	36	57	1,49	1,49	2,06
6 BA	86	31	0,83	0,83	0,75
6 BB	8	66	1,83 (1,74)	1,95	1,86
7 PA	765	30	0,79	0,79	0,73
7 PB	41	56	1,48	1,47–1,85	1,58–2,03
7 PC	23	108	2,84	2,84	2,89

Kursiivi = Kustannuspaino laskettu osittain ympärivuorokautisen hoidon painojen perusteella (katso menetit, sivu 41). Suluissa alkuperäinen paino.

Lihavoitu = Kustannuspaino perustuu 20 tai useampaan havaintoon.

KH = Kotihoito.

RUG-III/13-luokituksen kotihoidon kustannuspainot näyttävät johdonmukaisilta. Yhdistettyjä ja alle 20 asiakkaan sisältäviä luokkia lukuun ottamatta luokituksen kustannuspainot vastaavat RUG-III/18-luokituksen kustannuspainoja. Muuttuneet kustannuspainot asettuvat melko lähelle RUG-III/18-luokituksen painoja, joskin ne perustuvat enemmissä määrin kotihoidon asiakkaisiin ja ovat täten tarkempia sekä luotettavampia. Kotihoidon luokituksessa neljä luokkaa perustuu osittain ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saamaan aikaan (vrt. yhdeksän luokkaa kotihoidon RUG-III/18-luokituksessa). 1 R ja 2 SE -pääluokkien painot perustuvat vieläkin erittäin alhaiseen kokonaismäärään asiakkaita, mikä vähentää näiden luokkien kustannuspainojen luotettavuutta merkittävästi.

RUG-III/13-luokituksen ympärivuorokautisen hoidon kustannuspainot

Ympärivuorokautisen hoidon RUG-III/13-luokituksen palkkapainotetut asiakasajat ja kustannuspainot näkyvät taulukossa 21. Alle 20 asiakasta sisältävien alaluokkien kustannuspainot on laskettu osittain kotihoidon asiakkaiden saaman ajan perusteella.

Taulukko 21: Vaihtoehtoisen RUG-III/13-luokituksen kustannuspainot ympärivuorokautisessa hoidossa. Suluissa alkuperäiset lasketut kustannuspainot, joita ei ole täydennetty toisen palvelutyypin asiakkaiden saamalla ajalla

RUG-III/13- alaluokka	Asiakkaiden määrä (YVH)	Keskimääräinen asiakasaika (min)	Kustannuspaino, aikamittaus 2022	RUG-III/18 kustannuspaino 2022	Kustannuspaino, aikamittaus 2022
1 R	5	115	1,03 (0,99)	0,88–1,28	1,13–1,26
2 SE	30	139	1,19	1,10–1,41	1,30–1,54
3 SS	151	137	1,18	1,18–1,18	1,10–1,17
4 CA	18	90	0,79 (0,77)	0,85	0,74
4 CB	27	103	0,88	0,88	1,04
4 CC	142	121	1,03	1,03	1,09
5 IA	145	87	0,74	0,74	0,67
5 IB	206	107	0,92	0,92	0,86
6 BA	45	80	0,68	0,68	0,56
6 BB	21	119	1,02	1,02	0,86
7 PA	91	89	0,76	0,76	0,51
7 PB	61	102	0,87	0,82–0,99	0,83–0,92
7 PC	596	130	1,11	1,11	1,03

Kursiivi = Kustannuspaino laskettu osittain kotihoidon painojen perusteella (katso menetit, sivu 41).

Suluissa alkuperäinen paino.

Lihavoitu = Kustannuspaino perustuu 20 tai useampaan havaintoon.

YVH = Ympäri vuorokautinen hoito.

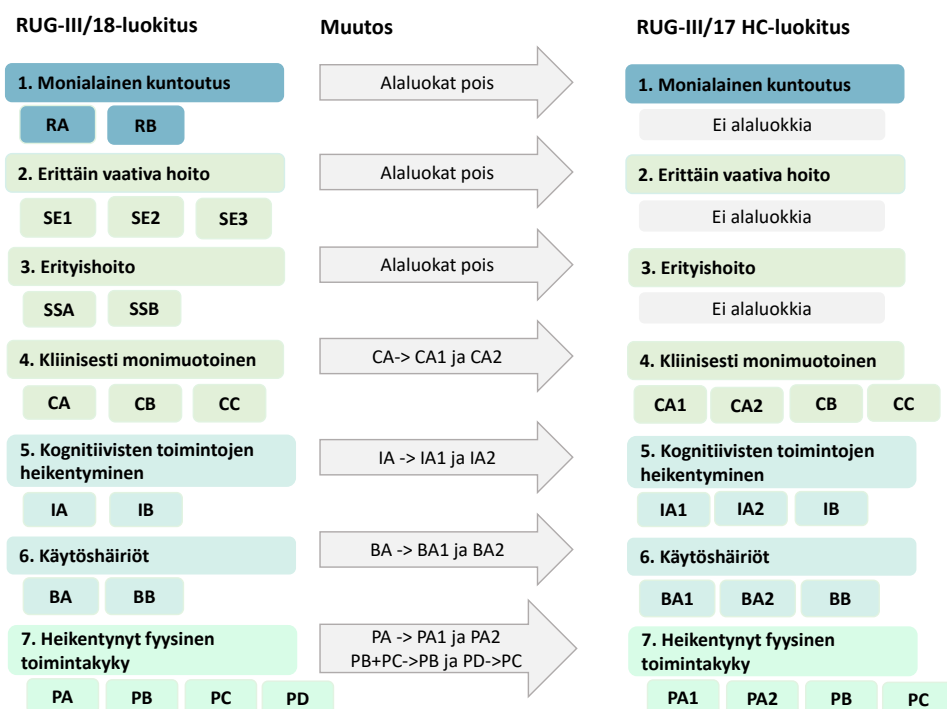
RUG-III/13-luokituksen ympärivuorokautisen hoidon kustannuspainot näyttävät myös johdonmukaisilta. Yhdistettyjä ja alle 20 asiakkaan sisältäviä luokkia lukuun ottamatta luokituksen kustannuspainot vastaavat RUG-III/18-luokituksen päivitettyjä kustannuspainoja. Muuttuneet kustannuspainot asettuvat melko lähelle RUG-III/18-luokituksen painoja, joskin ne perustuvat enemmissä määrin ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin ja ovat täten tarkempia sekä luotettavampia. Ympäri vuorokautisen hoidon luokituksessa kaksi luokkaa perustuu osittain kotihoidon asiakkaiden saamaan aikaan (vrt. viisi luokkaa ympärivuorokautisen hoidon RUG-III/18-luokituksessa). 1 R-luokan paino perustuu erittäin alhaiseen kokonaismäärään asiakkaita, ja on siten luotettavuudeltaan alhainen.

Vaihtoehtoinen laajennettu RUG-III/17-HC-luokitus vain kotihoitoon

Toinen vaihtoehtoinen luokitus RUG-III/18-luokituksen rinnalle on kotihoitoon luotu RUG-III/17-HC-luokitus. RUG-III/17-HC-luokitus toimii vain kotihoidon RAI-välineellä tehdyillä RAI-arvioinneilla. Sitä ei voida laskea ympärivuorokautiseen hoitoon, sillä IADL-mittari ei ole käytössä ympärivuorokautisen hoidon RAI-välineissä erilaisten kysymysten takia.

Vastaavasti kuin aikaisemmin esitetystä RUG-III/13-luokituksessa, tässä luokituksessa asiakasmääriltään pienimpiä alaluokkia on yhdistetty, mutta sen lisäksi kotihoidon asiakasmääriltään suurimpia alaluokkia on jaettu pienempiin alaluokkiin. RUG-III/17-HC-luokituksessa pienempien alaluokkien kustannuspainojen laskentaan voidaan käyttää suurempaa asiakasmäärää, sekä suurimpien alaluokkien asiakkaat saavat heidän hoitoisuuttansa paremmin vastaavat ja tarkemmat kustannuspainot.

Yhdeksän alaluokkaa yhdistettiin neljään luokkaan, minkä lisäksi neljä alaluokkaa jaettiin kahdeksaan uuteen alaluokkaan (Kuvio 25). Alaluokkien yhdistäminen vastaa RUG-III/13-luokitusta. Alaluokkien jakaminen taas vastaa pääosin laajennettua RUG-III/22-luokitusta (Heikkilä ym. 2012). Neljän alaluokan jakaminen tehtiin asiakkaan IADL-mittarin arvon mukaan, ja se koski asiakasmäärältään suurimpia 4 CA, 5 IA, 6 BA ja 7 PA -luokkia.



Kuvio 25. RUG-III/17-HC-luokituksen toimintalogiikan muutokset verrattuna RUG-III/18-luokitukseen.

IADL-mittari kuvaa asiakkaan välineellisistä päivittäistoiminnoista suoriutumista (esimerkiksi puhelimen käyttöä, ruoan valmistusta ja kaupassa käymistä) (Asikainen 2021a). Luokkien jakamisessa käytettiin 0–6 -asteikkoista capacity-mittaria, koska se tarjosi parhaan selitysasteen. Kyseinen IADL-mittari on myös yleisessä käytössä yksiköissä. Luokat jaettiin mittarin mukaan niin, että ensimmäiseen luokkaan päätyvät

asiakkaat, joiden mittarin arvo oli 0–1 ja toiseen luokkaan he, joilla arvo oli 2 tai enemmän. Tästä poikkeuksena on alaluokka 5 IA, jossa ensimmäiseen luokkaan päätyivät arvot 0–3 ja toiseen luokkaan 4–6. Kognition alenema oli aineistossa vahvasti yhteydessä arjen välinetoiminnoista suoriutumiseen, minkä takia luokan raja-arvo asetettiin korkeammaksi.

Taulukko 22: RUG-III/17-HC-luokituksen muuttuneet luokat ja asiakasmäärät

RUG-III/18- alaluokka	N (kotihoito)	RUG-III/17-HC- alaluokka	N (kotihoito)
1 RA	7	1 R	8
1 RB	1		
2 SE1	2		
2 SE2	0	2 SE	2
2 SE3	0		
3 SSA	59	3 SS	66
3 SSB	7		
4 CA	227	4 CA 1	83
		4 CA 2	144
4 CB	28	4 CB	28
4 CC	14	4 CC	14
5 IA	173	5 IA 1	58
		5 IA 2	115
5 IB	36	5 IB	36
6 BA	86	6 BA 1	27
		6 BA 2	59
6 BB	8	6 BB	8
7 PA	765	7 PA 1	328
		7 PA 2	437
7 PB	35	7 PB	41
7 PC	6		
7 PD	23	7 PC	23

Taulukossa 22 näkyy RUG-III/17-HC-luokituksen alaluokkien asiakkaiden määrät aineistossa verrattuna aikaisempaan RUG-III/18-luokitukseen. Alaluokkien 4 CA, 5 IA, 6 BA ja 7 PA jakaminen koski valtaosaa kotihoidon asiakkaista (n = 1251, 85 %).

RUG-III/17-HC-luokituksen kustannuspainot kotihoidossa

RUG-III/17-HC-luokitus toimii RUG-III/18-luokituksen kanssa identtisesti, vaikka sen kustannuspainot lasketaan vain kotihoidon. Asiakasaika ja kustannuspainot ovat palkkapainotettuja. Vastaavasti, alle 20 asiakasta sisältävien alaluokkien kustannuspainot on laskettu osittain ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saaman ajan perusteella. Tämän mahdollisti se, että täydennetyt luokat eivät olleet jaettuja luokkia,

jolloin RAI:n LTC-välineistä puutteellista IADL-tietoa ei tarvinnut. RUG-III/17-HC-luokituksen kustannuspainot näkyvät taulukossa 23.

Taulukko 23. Kotihoidon laajennetun RUG-III/17-HC-luokituksen kustannuspainot. Suluissa alkuperäiset lasketut kustannuspainot, joita ei ole täydennetty toisen palvelutyypin asiakkaiden saamalla ajalla

RUG-III/17-HC- alaluokka	Asiakkaiden määrä (KH)	Asiakas- aika (min)	Kustannuspaino, aikamittaus 2022	RUG-III/18 kustannus- paino 2022	RUG-III/13 kustannus- paino 2022	Kustannuspaino, laskennallinen 2002
1 R	8	76	1,89 (1,99)	1,13–3,71	1,89	2,08–4,12
2 SE	2	38	2,43 (0,99)	2,51–4,55	2,43	1,77–3,26
3 SS	66	47	1,23	1,12–2,97	1,23	1,20–4,05
4 CA 1	83	29	0,76	0,97	0,97	1,04
4 CA 2	144	42	1,10			
4 CB	28	68	1,78	1,78	1,78	2,08
4 CC	14	99	1,97 (2,60)	2,16	1,97	3,26
5 IA 1	58	37	0,98	1,16	1,16	1,20
5 IA 2	115	48	1,25			
5 IB	36	57	1,49	1,49	1,49	2,06
6 BA 1	27	23	0,61	0,83	0,83	0,75
6 BA 2	59	35	0,93			
6 BB	8	66	1,83 (1,74)	1,95	1,83	1,86
7 PA 1	328	23	0,60	0,79	0,79	0,73
7 PA 2	437	36	0,93			
7 PB	41	56	1,48	1,47–1,85	1,48	1,58–2,03
7 PC	23	108	2,84	2,84	2,84	2,89

Kursiivi = Kustannuspaino laskettu osittain ympärivuorokautisen hoidon painojen perusteella (katso menetit, sivu 41). Suluissa alkuperäinen paino.

Lihavoitu = Kustannuspaino perustuu 20 tai useampaan havaintoon.

KH = Kotihoito.

RUG-III/17-HC -luokituksen kustannuspainot laskettiin vain kotihoitoon. Luokituksen kustannuspainot vastaavat RUG-III/13-luokituksen painoja, jaettuja luokkia lukuun ottamatta. Jaetut luokat toimivat johdonmukaisesti, ja erottelevat asiakasmääriltään suurimmat luokat selvästi hoitoisuudeltaan erilaisiin luokkiin. Yhteensä neljä alle 20 asiakasta sisältävää luokkaa perustuvat osittain ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saamaan aikaan. Vastaavasti kuin aikaisemmissakin luokituksissa, 1 R-luokan paino perustuu alhaiseen kokonaismäärään asiakkaita ja on luotettavuudeltaan alhainen.

RUG-luokitusten tilastolliset ominaisuudet

Seuraavaksi tarkastellaan RUG-III/18, RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitusten tilastollisia ominaisuuksia. RUG-luokitusten selityskykyä suhteessa asiakkaan

saamaan palkkapainotettuun hoitoaikaan arvioitiin regressioanalyysillä. Eri RUG-luokitusten palkkapainotetun hoitoajan selitysasteet analysoitiin yksinään, ja vakioituna eri taustamuuttujilla. Tämän lisäksi tarkasteltiin eri RUG-luokitusten alaluokkien sisäistä vaihtelua variaatiokertoimien avulla, millä saatiin tietoa siitä, kuinka hyvin luokkien jaottelu toimii.

RUG-luokitusten selitysasteet

Selitysasteet eri RUG-luokituksissa näkyvät taulukoissa 24 ja 25. Perusmallissa asiakkaan saama asiakasainoa selitetään RUG-luokituksella, ilman muita muuttujia. Tämän jälkeen perusmalli vakioitiin erikseen jokaisella taustamuuttujalla. Vakioidussa mallissa on mukana kaikki taustamuuttujat. Taustamuuttujat olivat yksikkö, jossa asiakas oli hoidettavana, asiakkaan sukupuoli ja ikä, sekä tieto siitä, oliko asiakkaalla omaisten kirjauksia.

Taulukko 24. Päivitetyn RUG-III/18-luokitusten selitysasteet. Selitettävä muuttuja: Asiakkaan saama hoitoaika

RUG-III/18-luokitus	Kotihoidon selitysaste (%)	Ympäri vuorokautisen hoidon selitysaste (%)
Perusmalli	17,6	11,3
Vakioitu: yksikkö	24,9	29,9
Vakioitu: ikä	18,6	12,0
Vakioitu: sukupuoli	18,3	11,6
Vakioitu: omainen	19,7	11,7
Vakioitu malli*	27,8	30,3

*Malli, jossa selittävinä tekijöinä RUG-luokituksen ohella vakioitu asiakkaan yksikkö, ikä, sukupuoli ja omainen.

Kotihoidon perusmallissa RUG-III/18-luokitus selitti noin 18 prosenttia saadun asiakasajan vaihtelusta. Ympäri vuorokautisen hoidon luokitus selitti vain noin 11 prosenttia asiakasajassa tapahtuvasta vaihtelusta. Mallin vakiointi asiakkaan yksiköllä nosti selityskykyä kotihoidossa noin 8 prosenttiyksikköä, kun taas ympäri vuorokautisessa hoidossa huomattavasti enemmän, noin 18–19 prosenttiyksikköä. Kaksiluokkainen omaisten kirjausten muuttuja lisäsi kotihoidon mallin selitystasetta noin kahdella prosenttiyksiköllä. Muut taustamuuttujat nostivat selityskykyä hieman alle prosenttiyksikön kummassakin palvelutyypissä.

Kun regressiomallit vakioitiin kaikilla taustamuuttujilla, RUG-III/18-luokituksen selitysaste oli kotihoidon aineistossa noin 28 prosenttia ja ympäri vuorokautisen hoidon aineistossa noin 30 prosenttia.

Taulukko 25. Vaihtoehtoisten RUG-luokitusten selitysasteet. Selitettävä muuttuja: Asiakkaan saama hoitoaika

Vaihtoehtoiset luokitukset	RUG-III/13: Kotihoidon selitysaste (%)	RUG-III/13: Ympäri vuorokautisen hoidon selitysaste (%)	RUG-III/17-HC: Kotihoidon selitysaste (%)
Perusmalli	15,5	11,4	17,8
Vakioitu: yksikkö	23,1	29,9	25,4
Vakioitu: ikä	16,6	12,1	18,5
Vakioitu: sukupuoli	16,3	11,7	18,6
Vakioitu: omainen	17,7	11,8	19,5
Vakioitu malli*	26,2	30,3	27,9

*Malli, jossa selittävinä tekijöinä RUG-luokituksen ohella vakioituasiakkaan yksikkö, ikä, sukupuoli ja omainen.

Kotihoidon vaihtoehtoisen RUG-III/13-luokituksen selitysaste oli noin 16 prosenttiyksikköä, kun taas ympärivuorokautisen hoidon mallissa noin 11 prosenttia. RUG-III/17-HC-luokituksen selityskyky oli noin 18 prosenttia. Vastaavasti kuin RUG-III/18-luokituksessa, vakiointi yksiköllä vaikutti selitysasteeseen eniten, erityisesti ympärivuorokautisen hoidon mallissa. Muut muuttujat vaikuttivat mallin selityskykyyn vain vähän.

Kokonaan vakioitujen mallien selitysasteet olivat RUG-III/13-luokituksessa kotihoidon mallissa noin 26 prosenttia ja ympärivuorokautisen hoidon mallissa noin 30 prosenttia. RUG-III/17-HC-luokituksen selitysaste oli noin 28 prosenttia. Regressioanalyysin perusteella RUG-III/18 ja RUG-III/13-luokitusten toimivuuden välillä oli kotihoidossa pieni ero, kun taas ympärivuorokautisessa hoidossa ne selittivät asiakasaikaa yhtä hyvin.

Aikaisemmassa vuoden 2002 aikamittaukseen ja RAI-HC-arviointitietoihin perustuvissa kustannuspainoissa selitysasteet olivat jonkin verran korkeammat. Aikamittaukseen perustuvan ympärivuorokautista hoitoa vastaavien palvelumuotojen perusmallin selitysaste oli 15 prosenttia, joka nousi vakiointien jälkeen 36 prosenttiyksikköön. Kotihoidon luokitukseseen ei käytetty aikamittausta, vaan RAI-HC-arviointitietoja. Tältä osin selitysaste oli perusmallissa 27 prosenttia ja kokonaan vakioidussa mallissa 58 prosenttia. (Heikkilä ym. 2012).

Kansainvälisissä eri RUG-luokituksia arvioivissa aikamittaus- ja validaatiotutkimuksissa selitysasteet ovat vaihdelleet iäkkäiden (tehostetun) palveluasumisessa noin 14 ja 65 prosentin välillä. Suurin osa selitysasteista asettui kuitenkin lähemmäs 30 prosenttiyksikköä. On tärkeä huomioida, että valtaosa tutkimuksista koski alaluokittaan laajempia RUG-III/44 ja RUG-III/34-luokituksia, joiden selityskyky on alaluokkien suuremman määrän takia automaattisesti jonkin verran korkeampi. Yleisesti ottaen 30 prosenttia käytetään viitearvona riittävälle RUG-luokitusten selityskyvylle. (Turcotte ym. 2019).

Tämän hankkeen aikamittausaineistolla lasketut eri RUG-luokitusten kustannuspainot ja niiden selityssasteet näyttävät kohtuullisilta. Yksikön (osaston) vakioinnin merkittävä vaikutus selityssasteeseen nähtiin myös aikaisemmissa painoissa (Heikkilä ym. 2012). RUG-luokitus selittää asiakkaan saatua asiakasaikaa vuoden 2021 aikamittausaineistolla kohtuullisen hyvin, kun huomioidaan aineiston erityispiirteet, tutkimuksen rekrytoinnin haasteet, toimintaympäristön muutokset, sekä hoitomenetelmien kehittyminen.

RUG-luokitusten variaatiokertoimet

RUG-luokitusten alaluokkien sisäisestä vaihtelusta kertovat niiden variaatiokertoimet. Variaatiokerroin (coefficient of variation) kertoo tietyn ryhmän standardisoidusta keskihajonnasta suhteessa aineiston keskiarvoon. RUG-luokitusten valossa alhaisemmat variaatiokertoimien arvot viittaavat siihen, että luokituksen mukaan ryhmiteltyjen asiakkaiden saamassa hoitoajassa on kohtuullisen vähän hajontaa. Sen sijaan, jos variaatiokertoimet ovat suuria, luokituksen ryhmien sisällä on paljon hajontaa resurssien käytössä.

Yleisesti ottaen olisi toivottavaa, että yksittäisten RUG-luokkien variaatiokertoimet olisivat mahdollisimman pienet, mutta vähintään vähemmän kuin koko aineiston variaatiokerroin. Tällöin ryhmissä on pienempi vaihtelu kuin koko aineistossa, jolloin luokituksen jaottelu toimii paremmin kuin tilanne ilman luokittelua. Aikaisemmissa tutkimuksissa variaatiokertoimia ei ole raportoitu kotihoidossa tehdyistä aikamittauksista (Turcotte ym. 2019).

Aikamittausaineiston RUG-luokitusten variaatiokertoimista valtaosa oli pienempiä kuin koko aineiston variaatiokerroin. Kotihoidossa keskimääräinen variaatiokerroin oli noin 0,79. RUG-III/17-HC-luokitus suoriutui hieman paremmin, variaatiokertoimen ollessa 0,77. Muutama hoitoisuudeltaan raskaampi ja asiakasmäärältään pienempi luokka oli kotihoidossa variaatiokertoimeltaan suurempi kuin aineiston keskiarvo.

Vastaavasti ympärivuorokautisessa hoidossa keskimääräinen variaatiokerroin oli RUG-III/18-luokituksella noin 0,42 ja RUG-III/13-luokituksella noin 0,45. Kotihoitoon verrattuna ympärivuorokautisessa hoidossa useamman alaluokan variaatiokerroin oli korkeampi kuin koko aineiston. Nämä luokat olivat asiakasmäärältään pienempiä ja hoitoisuudeltaan kevyempiä luokkia, kuten 4 CA, 5 IA ja 7 PA. Näiden alaluokkien korkeampi variaatiokerroin oli odotettavissa oleva tulos, eikä vaikuta juurikaan luokituksen toimivuuteen. Aikaisemmissa tutkimuksissa variaatiokertoimet ovat olleet noin 0,5–0,65 välillä (Turcotte ym. 2019).

Laskettujen variaatiokertoimien valossa RUG-luokitusten alaluokkien sisäinen vaihtelu käyttäytyy kohtalaisen hyvin ja odotetusti. Eri luokitusten variaatiokertoimet eivät juurikaan eroa toisistaan. Kotihoidon variaatiokertoimet olivat huomattavasti suuremmat verrattuna ympärivuorokautiseen hoitoon, eli kotihoidon asiakkaiden saama asiakasaika vaihteli enemmän, myös RUG-alaluokkien sisällä. Valtaosalla

asiakkaista RUG-luokan variaatiokerroin ei kuitenkaan noussut yli koko aineiston keskiarvon, eli alaluokat onnistuvat jaottelemaan asiakkaat hoitoisuuden mukaan.

Yhteenveto

Hankkeessa toteutettiin työajanseuranta, jonka pohjalta saatiin tieto asiakaskohtaisesta hoitoajasta. Näihin tietoihin perustuen RUG-III/18-luokituksen kustannuspainot päivitettiin vastaamaan vuoden 2021 hoitokäytänteitä ja palvelurakennetta. Samalla huomattiin päivitettyjen painojen luotettavuudessa heikkouksia, joita pyrittiin parantamaan vaihtoehtoisilla RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokituksilla, joissa yksittäisiä alaluokkia on yhdistetty tai jaettu. RUG-luokituksen käyttö mahdollistaa yksikkövertailun, vertaiskehittämisen ja tiedolla johtamisen. Vaihtoehtoiset, luotettavuudeltaan ja tarkkuudeltaan paremmat luokitukset mahdollistavat jatkossa RUG-luokituksen käytön myös hinnoituksen ja tuotteistamisen tukena, sekä mahdollisesti esimerkiksi henkilömitoituksen tai rahoituksen laskennassa.

Suosittelimme RUG-III/18-luokituksen päivitettyjen kustannuspainojen käyttöä. RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitusten käyttöä voidaan arvioida riippuen tilanteesta ja tavoitteista. Kotihoidossa laajennettu RUG-III/17-HC-luokitus jaottelee asiakkaat tarkemmin ja luotettavammin ryhmiin, mutta ei ole vertailukelpoinen ympärivuorokautisen hoidon luokitusten kanssa. RUG-III/13-luokitus sen sijaan sisältää luotettavimmat kustannuspainot ja on samanlainen yli palvelurakenteen, ja soveltuu täten yleisempään käyttöön. Se on kuitenkin supistettu erityisesti kuntoutus- ja erityishoitoa saavien asiakkaiden osalta, jolloin näitä asiakkaita koskevissa ympäristöissä nykyisen RUG-III/18-luokituksen päivitettyjen kustannuspainojen käyttö saattaa olla sopivampaa.

Pohdinta

Ikäihmisille tarjottavat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat muuttuneet merkittävästi vuosituhannen alusta. Kansallinen ikäpolitiikka perustuu ensisijaisesti kotona asumiseen silloinkin, kun ikääntynyt tarvitsee säännöllistä tukea ja palvelua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020c). Lisäksi pitkäaikaishoito on siirtynyt enenevässä määrin vanhainkodeista ja terveyskeskuksien vuodeosastoilta ympärivuorokautiseen tehostettuun palveluasumiseen. Käytännössä ikäihmisten pitkäaikaishoitoa tarjotaan tällä hetkellä kotihoitona tai tehostetussa palveluasumisessa. Palvelurakenteen muutoksen lisäksi tehostettuun palveluasumiseen on määritelty laissa henkilöstömitoitus.

Ikäihmisten palveluista käydään vilkasta keskustelua muun muassa hoidon laadun, henkilöstön saatavuuden ja henkilöstön hyvinvoinnin osalta. Jotta palveluita voidaan suunnitella tiedon perusteella, käynnistettiin Aikamittaus-hanke, jossa seurattiin koti-hoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa, mitä henkilöstö tekee työpäivän aikana ja kuinka paljon erikuntoiset asiakkaat saavat työntekijöiden aikaa.

Tässä hankkeessa toteutetulla työajanseurannalla pyrittiin saamaan selkeä kuva hoitohenkilöstön työnkuvasta ja siitä, mihin työaika tarkemmin jakautuu. Toiminnan-ohjausjärjestelmien käyttöönoton ja työn sisällön muutosten sekä esimerkiksi hoiva-avustajien yleistymisen takia yksityiskohtaista tietoa eri työntekijöiden työnkuvasta ei juurikaan ole. Tämän lisäksi aikamittauksen tavoitteena oli selvittää asiakkaan saaman hoitoajan yhteyttä kuntoisuuteen ja palvelutarpeeseen, eli toisin sanoen sitä, miten rajalliset hoitoresurssit jakautuvat eri asiakkaille. Kirjattujen toimintojen kautta oli myös mahdollista saada tietoa asiakasajan tarkemmasta sisällöstä.

Aikaisempi ikäihmisten palveluiden työntekijöiden työajanseuranta, eli aikamittaus, toteutettiin vuonna 2002 pääasiassa laitoshoidon yksiköissä, vaikka mukana oli myös tehostetun palveluasumisen yksiköitä. Tämän jälkeen palvelujärjestelmä ja hoitokäytännöt ovat kuitenkin kehittyneet ja muuttuneet (Heikkilä ym. 2012).

Hankkeeseen sisältyi myös RUG-III/18-luokituksen kustannuspainojen päivittäminen. Aikaisemmat laitoshoidon painot perustuvat vuonna 2002 tehtyyn aikamittaukseen, kun taas kotihoiton painot ovat laskennallisia, sillä ne perustuvat RAI-arviointien sisältämiin tietoihin saadusta hoitoajasta. Nykyisiä käytössä olevia kustannuspainoja onkin ajateltu lähinnä tilapäisinä (Heikkilä ym. 2012). Seuraavaksi käydään läpi hankkeen tuloksia peilaten niitä ikäihmisten palveluiden valtakunnallisiin tavoitteisiin ja keskusteluun, sekä aikaisempien tutkimusten tuloksiin.

Työntekijöiden asiakastyön osuus on lisääntynyt

Tutkimuksella saatiin uutta tietoa työntekijöiden työpäivästä sekä siitä, miten työaika jakautuu eri toimintoihin ikäihmisten palveluissa. Kansallinen tavoite on ollut lisätä työntekijöiden asiakasajaa ja -työtä (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto

2017), mikä nähdään yhtenä keinona parantaa ikäihmisten hoitotyön laatua. Myös vanhuspalvelulain uudistamisen keskeinen tavoite oli parantaa hoidon laatua, minkä vuoksi henkilöstömitoitus säädettiin ympärivuorokautiseen hoitoon (980/2012). Hoitajien asiakastyön lisääminen nähdään laadun parantamisen lisäksi kustannustehokkaaksi siksi, että heidän työaikansa kohdentuu oikein eikä hoitajien resursseja kohdenneta muuhun toimintaan, kuten yleiseen siivoamiseen tai muihin yksikön ylläpitotöihin (Finne-Soveri ym. 2005).

Aikaisempiin aikamittaustutkimuksiin verrattuna asiakastyön osuus ympärivuorokautisessa hoidossa on kasvanut. Vuoden 1995 aikamittauksessa asiakastyön osuus oli 40 prosenttia ja vuonna 2002 hieman korkeampi, noin 49 prosenttia (Laine 2005b). Tässä tutkimuksessa kaikkien ympärivuorokautisen hoidon työntekijöiden asiakasaika oli keskimäärin 62 prosenttia. Asiakastyön osuuden kasvua eivät selitä asiakkaiden kuntoisuuden muutokset, sillä asiakasrakenne on pysynyt ympärivuorokautisessa hoidossa lähes samana 2000-luvun alun tilanteeseen verrattuna, joskin aiemmat vanhainkotiyksiköt ja terveyskeskusten vuodeosastot ovat vaihtuneet tehostetuksi palveluasumiseksi (Noro 2005). Ainakin osittain muutosta selittää se, että hoitajien työaika kohdentuu entistä paremmin varsinaiseen hoitotyöhön. Ympärivuorokautisessa hoidossa ylläpitotyön eli siivoamisen sekä pyykki- ja ruokahuollon osuus hoitajien työpäivästä oli suhteellisen pieni. Tulosten valossa näyttäisi, että kansallisessa tavoitteessa koskien hoitajien asiakastyöajan lisäämistä on onnistuttu. Vertailussa tosin tulee muistaa palvelurakenteesta tapahtunut muutos, minkä vuoksi luvut eivät välttämättä ole täysin vertailukelpoisia.

Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeessa *Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018* yhtenä tavoitteena oli lisätä asiakasajan osuutta kotihoidon työntekijöiden työajasta (Noro & Karppanen 2019). Asiakasajan osuudelle ei ole asetettu kansallisia tavoitteita, mutta kärkihankkeessa tavoiteltiin, että lähihoitajien työajasta 60 prosenttia ja sairaanhoitajien työajasta 40 prosenttia on asiakastyötä. Kotihoidossa asiakastyöksi luetaan yleensä vain asiakkaan kanssa tehty työ, mikä tarkoittaa kotikäyntien lisäksi puhelimella tai videolla tapahtuvaa etäyhteyttä asiakkaan kanssa. Tulkinnoissa voi olla yksikkökohtaisia eroja. Tässä tutkimuksessa yksikään yksikkö ei päässyt tähän tavoitteeseen, keskimääräisen asiakkaan kanssa tehtävän työn ollessa lähihoitajilla 53 prosenttia ja sairaanhoitajilla 28 prosenttia. Vastaavia tuloksia on saatu kansallisessa Vanhuspalveluiden tila -seurannassa, jossa sairaanhoitajien työajasta 32 prosenttia ja lähihoitajien työajasta 52 prosenttia kului asiakkaan luona (Josefsson & Kehusmaa 2022).

Toisaalta kotihoidon sairaanhoitajien työajasta neljännes oli sellaista asiakastyötä, jossa asiakas ei ollut läsnä. Heidän työssään korostui asiakkaiden hoidon suunnittelu, etuuksien ja palveluiden järjestäminen sekä moniammatillinen työskentely ja konsultointi. Näiden tehtävien hoitaminen voi olla sujuvampaa ja helpommin toteutettavissa muualla kuin asiakkaan luona. Siten tulisi miettiä, pitäisikö kotihoidossa asiakastyöhön laskea myös se asiakasaika, jossa asiakas ei ole läsnä, jotta asiakastyön

kokonaisuus tulisi näkyväksi. Vaikka lähtökohtaisesti asiakastyön osuuden lisääminen on kannatettavaa, tulee kuitenkin varmistaa, ettei sujuvamminkin muualla tehtävää työtä siirretä asiakkaan luona tehtäväksi vain, jotta päästäisiin asetettuihin asiakastyön osuuden tavoitteisiin. Samoin on arvioitava asiakastyön osuuden kasvattamisen vaikutuksia henkilöstöön. Erityisesti, kun henkilöstön saatavuus on hankalaa, on vältettävä tekemästä uudistuksia, jotka johtaisivat työntekijöiden sairauspoissaolojen kasvuun tai hakeutumiseen pois alalta.

Asiakastyön jakautuminen asiakas läsnä ja asiakas ei läsnä -työhön vaihteli yksiköiden välillä. Tulosten valossa näyttää, että työn organisoinnissa on merkittäviä yksikkökohtaisia eroja. Työn organisoinnin hyväksi havaitut toimintamallit tulisi tunnistaa ja hyödyntää entistä paremmin kansallisessa ikäihmisten palveluiden vertaiskehittämisessä. Asiakastyön lisäksi hoitotyö ikäihmisten palveluissa sisältää paljon myös muita tehtäviä, jotka ovat välttämättömiä laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon kannalta. Siten hoitotyötä tarkastellessa tulisi huomioida työn sisältö kokonaisuudessaan. Tutkimus ei suoraan kerro siitä, kuinka suureksi hoitajien asiakastyön osuus on mahdollista kasvattaa. Hoitajien työ saattaa sisältää tehtäviä, jotka eivät kuulu varsinaiseen hoitotyöhön. Siten jatkossa tulisi selvittää vielä tarkemmin, kuinka paljon ja minkälaisia tehtäviä hoitajien työstä voisi siirtää muille ammattiryhmille, kuten hoivaavustajille tai avustavalle henkilöstölle. Tulevaisuudessa teknologian avulla voi olla mahdollista vapauttaa muun muassa lääkehoitoon tai kirjaamiseen kuluva työaika muihin asiakastyön tehtäviin.

Asiakkaan saamassa hoitoajassa on vaihtelua

Tutkimuksessa asiakkaiden hoitoaika sisälsi työntekijöiden kirjaaman asiakasajan, jossa asiakas oli läsnä, sekä asiakastyön, jossa asiakas ei ollut läsnä. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaan saama hoitoaika on lisääntynyt verrattuna aikaisempiin aikamittauksiin. Vuonna 1995 asiakkaan saama keskimääräinen hoitoaika päivässä oli 83 minuuttia ja vuonna 2002 111 minuuttia (Laine 2005b). Vastaavasti tässä tutkimuksessa se oli 117 minuuttia. Asiakkaan saama hoitoaika ei ole lisääntynyt suhteessa niin paljon kuin asiakastyön osuus on kasvanut.

Asiakkaan saamaan hoitoaikaan oli yhteydessä asiakkaan fyysinen toimintakyky niin koti- kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Heikentynyt kognitio yhdessä heikentyneen fyysisen toimintakyvyn kanssa lisäsi asiakkaiden saamaa hoitoaikaa. Erityisesti kotihoidossa asiakkaiden saama hoitoaika näytti perustuvan asiakkaan palvelutarpeeseen. Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakkaan fyysinen toimintakyky (ADL-H) vaikutti saatuun hoitoaikaan. Ympäri vuorokautisessa hoidossa asiakkaiden saamassa hoitoajassa oli kuitenkin vähemmän vaihtelua ja hoitoaika jakautui tasaisemmin kaikille yksikön asiakkaille, vaikka kuntoisuudessa oli eroja.

Fyysinen toimintakyky ei selittänyt kuin osan hoitoaikojen eroista. Aikaisemmassa tutkimuksessa on saatu vastaavia tuloksia siitä, että fyysinen toimintakyky

itsessään ei selitä tarpeeksi hoitoaikojen vaihtelua eikä avun tarvetta (Laine ym. 2007). Asiakkaan saamaan hoitoaikaan vaikutti myös se, missä hän oli hoidossa. ADL-H-mittarilla tarkasteltuna kuntoisuudeltaan samankaltaisten asiakkaiden saama hoitoaika oli suurempi ympärivuorokautisessa hoidossa kuin kotihoidossa. Samankaltaisia eroja voitiin havaita myös RUG-luokituksen eräissä luokissa.

Tässä tutkimuksessa ei kerätty tietoa siitä, kuinka asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä tuetaan. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden osallistuminen päivätoimintaan jäi tutkimuksen tiedonkeruun ulkopuolelle. Näin ollen tässä raportissa esitetyt tulokset kuvaavat työn sisältöä ja hoitoaikojen jakautumista etenkin kotihoidossa vain asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ja kognition mukaan. On mahdollista, että ympärivuorokautisen hoidon aineistossa on enemmän sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen kohdistuvaa aikaa. Kokonaisvaltaisessa ja ihmislähtöisessä hoitotyössä tulisi kuitenkin huomioida fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös sosiaalinen toimintakyky (Fawcett 1995; WHO 2015). Aikaisemman tutkimuksen mukaan erityisesti psykososiaalinen palvelutarve on tyydyttämätöntä kotihoidon asiakkailla (Van Aerschot ym. 2022). Palvelutarpeen arvioinnissa on otettava huomioon asiakkaan yksilölliset tarpeet (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301), ja kuntien on tarjottava sosiaali- ja terveystalvveluja, jotka tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980). Jatkossa olisikin tärkeä selvittää erityisesti kotihoidossa sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen toteutumista ja sen vaikutuksia asiakkaiden ja työntekijöiden hyvinvointiin. Tutkimuksessa ei kotihoidossa tarkasteltu myöskään tukipalveluita, kuten ateriapalveluita tai siivousta, jotka kuuluvat ympärivuorokautisessa hoidossa palveluun.

Hoitoajoissa oli huomattavia eroja yksiköiden välillä molemmissa palvelutyypeissä. Tästä hoitoaikojen vaihtelusta asiakkaiden kuntoisuus selitti vain osan. Sama ilmiö oli havaittavissa myös aikaisemmassa aikamittauksessa, jossa hoitoajoissa todettiin suurta vaihtelua osastojen/yksiköiden välillä (Heikkilä ym. 2012). On mahdollista, että vallitseva henkilöstöresurssitilanne yksiköissä vaikutti asiakkaiden saamaan hoitoaikaan siten, että henkilöstöpulasta kärsivissä yksiköissä asiakkaiden hoitoaikoja jouduttiin lyhentämään. Suomen lähi- ja perushoitajaliiton tekemän selvityksen mukaan 38 prosenttia vanhustenhuollossa työskentelevistä kokivat päivittäin, että heillä ei ole riittävästi aikaa asiakkaille (Erkkilä & Kangas 2020). Aikamittaus-tutkimus ei vastannut siihen saiko asiakas tarpeisiinsa nähden riittävästi aikaa. Tästä sekä tukipalveluiden puuttumisesta huolimatta kotihoidossa asiakkaan saama aika vaikuttaa joissakin ryhmissä varsin vähäiseltä. Jatkossa onkin arvioitava, onko kotihoito riittävästi resursoitu suhteessa palvelutarpeeseen. Samoin asiakasajan yksikkökohtaisia eroja ja sen suhdetta asiakkaan todellisiin tarpeisiin tulisi jatkossa selvittää.

Vaikka ympärivuorokautisen hoidon asiakkaan saama hoitoaika on kahdessa kymmenessä vuodessa hieman lisääntynyt, ei ympärivuorokautisen hoidon asiakasrakenteessa ole tapahtunut merkittäviä muutoksia RUG-luokituksella tarkasteltuna (Noro,

2005). Muutoksia ei myöskään havaittu tarkastellessa asiakasrakennetta keskeisimpien RAI-mittareiden avulla (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021). Tämän hetken tehostetun palveluasumisen asiakasrakennetta vastaa pääosin aiempaa vanhainkotien asiakasrakennetta. RUG-luokituksessa ainoastaan pääluokan 4 ”Kliinisesti monimuotoinen” osuus on jonkin verran pienentynyt aiempaan verrattuna. Pääluokan 5 ”Kognitiivisten toimintojen heikentyminen” koko on puolestaan hieman kasvanut. Raskashoitaiseksi luokiteltavat asiakkaat puolestaan kuuluvat pääluokkiin 1 ”Monialainen kuntoutus”, 2 ”Erittäin vaativa hoito” ja 3 ”Erityishoito” (HE 4/2020 vp). Näiden luokkien osuudet ovat pysyneet samana. Asiakkaan saaman hoitoajan lisääntyminen ei siten todennäköisesti selity asiakkaiden kuntoisuuden huonontumisella.

Kotihoidon vertailutietoja on heikommin saatavilla. RAI-mittareiden perusteella kuitenkin näyttäisi, että kotihoidon asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky ja kognition taso ovat alentuneet 2000-luvun alkuun verrattuna (Laine ym. 2006).

Julkisessa keskustelussa on tuotu esille, että ikäihmisten palveluiden asiakkaat ovat entistä raskashoitaisempia (Haatainen 2016). Vaikka kliinisten mittareiden valossa asiakkaiden kuntoisuudessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia ympärivuorokautisessa hoidossa, on mahdollista, että työntekijät kokevat asiakkaiden hoitamisen olevan entistä raskaampaa. Asiakkaiden kuntoisuus ja hoitoisuus eivät suoraan kerro siitä, kuinka raskaaksi työntekijät kokevat asiakkaan hoitamisen. Työntekijät voivat kokea fyysisesti huonompikuntoisen asiakkaan helpommin hoidettavana kuin fyysiseltä toimintakyvyltään parempikuntoisen. Esimerkiksi RUG-luokituksessa pääluokkaan 5 sijoittuvat asiakkaat (Kognitiivisten toimintojen heikentyminen) ovat fyysiseltä toimintakyvyltään kohtalaisessa kunnossa, jolloin vaeltelu ja karkailu voi olla muita luokkia yleisempää, mikä voi kuormittaa työntekijöitä. Näin ollen asiakkaiden kuntoisuus ei välttämättä ole suoraan yhteydessä työntekijän kuormitukseen tai työhyvinvointiin. Lisäksi on mahdollista, että tehostetussa palveluasumisessa työskentelevät työntekijät vertaavat nykyistä tilannetta aiempaan, jolloin nykyiset tehostetun palveluasumisen asiakkaat hoidettiin vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodesastoilla.

Kotihoidossa asiakkaat ovat aiempaa huonokuntoisempia. Lisäksi kotihoidossa ei ole vertailukelpoista tietoa siitä, miten resurssointi on muuttunut. Myös asiakkaiden saama hoitoaika vaikuttaa varsin matalalta. Samoin Krögerin ym. (2018) tulokset osoittavat, että henkilöstön kiire on lisääntynyt selkeästi vuosien 2005 ja 2015 välillä.

Työntekijän kokeman raskashoitoisuuden taustalla voivat olla myös työolosuhteet, kuten hallinnollisen työn lisääntyminen, asiakasmäärän kasvu sekä lisääntynyt häirintä ja väkivalta (Kröger ym. 2018). Myös tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että nykyisin työntekijän työaika jakautuu entistä useammalle asiakkaalle, mikä voi olla yhteydessä raskashoitoisuuden kokemukseen. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että muuttuneiden työolosuhteiden takia ikääntyneiden hoidossa työskentelevät kokevat, että he eivät pysty tarjoamaan kokonaisvaltaista hoitoa (Jones ym. 2021; Trydegård 2012). Työntekijöiden kokemuksia asiakkaiden

raskashoitoisuudesta tulisi tutkia tarkemmin. Mahdollisesti asiakkaiden kuntoisuutta kuvaavien mittareiden lisäksi tarvittaisiin myös muita mittareita arvioimaan sitä, kuinka raskaita asiakkaat ovat hoitaa.

Asiakkaat, joilla oli omainen, joka vietti asiakkaan kanssa aikaa, saivat enemmän hoitoaika työntekijöiltä. Vaikka osa tästä ajasta voi selittyä sillä, että omaisten kanssa tehtyyn yhteistyöhön on mennyt enemmän aikaa, yhdenvertaisuuden kannalta olisi tärkeää selvittää omaisten vaikutusta asiakkaan saamaan hoitoaikaan. Kotihoidossa asiakkaalla saattaa myös olla omainen, esim. puoliso, joka on palvelun tarpeessa, mutta ei ole kotihoidon asiakas. Tällöin hoitaja saattaa kotikäynnin yhteydessä samalla auttaa myös asiakkaan omaista, vaikka hän ei olisi virallisesti palvelujen piirissä.

Omaisten osallistumisen asiakkaiden elämään on kuitenkin todettu parantavan asiakkaiden elämänlaatua ja vähentävän sairaalakäyntejä (Gaugeler 2005). Yhteistyö omaisten kanssa olisikin hyvä huomioida resurssoinnissa. Omaisten roolista asiakkaiden saamaan hoitoaikaan ja palvelukokonaisuuteen tarvitaan lisää tietoa. Ilmiö saattaa selittyä osittain sillä, että omainen toimii asiakkaan 'edunvalvojana' ja onnistuu vaatimaan omaiselleen enemmän hoitoaika. Palvelutarpeen arvioinnissa tulisi mahdollisesti kiinnittää entistä enemmän huomiota yksinasuvien asiakkaiden hoidon riittävyteen.

RUG-luokituksen kustannuspainojen päivitys

Hankkeessa päivitettiin RUG-III/18-luokituksen kustannuspainot perustuen toteutettuun aikamittaukseen. Tämän lisäksi kehitettiin vaihtoehtoiset RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitukset, jotka ovat luotettavuudeltaan ja käytettävyydeltään mahdollisesti parempia.

Alkuun on tärkeä mainita, että RUG-luokituksen kustannuspainot kuvaavat kyseisen luokan asiakkaiden keskimääräistä asiakasaikaa suhteessa kunkin palvelutyypin keskimääräiseen asiakkaaseen. Tämän takia koti- ja ympärivuorokautisen hoidon kustannuspainoja ei voi vertailla keskenään. Sen sijaan vertailua tietyn palvelutyypin luokituksen alaluokkien kesken voi tehdä. Kustannuspainojen käyttö tulisi keskittyä tiimi- tai yksikkötason asiakasrakenteen kuvaamiseen ja selvittämiseen. Asiakaskohteisessa tarkastelussa kustannuspaino kertoo asiakkaan tarvitsevista hoitoresursseista ja hinnoittelusta, mutta muut RAI-mittarit toimivat paremmin esimerkiksi palvelutarpeen tai fyysisen toimintakyvyn kuvaamisessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a).

Kustannuspainot eivät myöskään suoraan kuvaa koko kustannustasoa, vaan asiakasrakennetta, eli sitä kuinka paljon kyseisen alaluokan asiakkaat tarvitsevat eri ammattilaisten hoitoaika. Lopulliset asiakkaan hoitoon liittyvät kustannukset riippuvat annetun asiakasajan lisäksi myös muista tekijöistä ja oheiskustannuksista, kuten esimerkiksi vuokrasta ja matkakustannuksista. Kustannuspainojen tulkinnassa ja

käytössä tuleekin siis tehdä oletus, että nämä tekijät ovat verrattain vastaavia eri yksiköiden kesken.

Kerätty aineisto vastasi asiakasrakenteeltaan RAI-vertailukannan tietoja. Tähän sisältyi myös nykyisen kansallisen ikäihmisten palvelujärjestelmän piirre, jossa palveluiden asiakkaat eivät asetu kaikkiin RUG-luokkiin. Kotihoidon asiakkaista valtaosa oli pääluokan 7 (Alentunut fyysinen toimintakyky) ensimmäisessä alaluokassa. Vastaavia tuloksia on huomattu aikaisemmissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Kanadassa tehdyssä kotihoidon RUG-III/HC-luokituksen validaatiotutkimuksessa (Poss ym. 2008) tuotiin esille tarve ottaa luokituksen kehittämisessä huomioon pääluokan 7 suuri asiakasmäärä. Alun perin RUG-järjestelmä on suunniteltu Yhdysvalloissa, jossa palvelujärjestelmä poikkeaa Suomen palvelujärjestelmästä. Ikäihmisten palveluissa, jossa RAI-järjestelmää Suomessa pääosin käytetään, ei RUG-luokituksen kaikkiin luokkiin juurikaan asetu asiakkaita, toisin kuin Yhdysvalloissa.

Koska asiakkaat sijoittuivat sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa voimakkaasti tiettyihin luokkiin, luotiin vaihtoehtoisia RUG-luokituksia, joilla RUG-luokituksen erottelukykyä ja luotettavuutta voidaan parantaa. Kotihoidossa alaluokkia, joihin sijoittui paljon asiakkaita, jaettiin useampaan ryhmään. Luokitusta voisi käyttää kotihoidon resurssoinnin tarkempaan suunnitteluun tai hinnoittelumallien luomiseen.

Tässä tutkimuksessa ei pystytty ottamaan täysin huomioon omaisten antamaa aikaa tai tukipalveluiden osuutta asiakkaan hoidossa. Tukipalveluissa esimerkiksi ateriapalvelun aika on hankalasti määriteltävissä. Toinen ongelma oli, että tukipalvelut hajautuivat niin monelle palveluntuottajalle, että ajan mittaaminen oli ongelmallista. Tämä saattaa olla yksi selitys sille, että kotihoidossa asiakkaan saama hoitoaika oli varsin alhainen joissakin kuntoisuusluokissa.

Tulosten luotettavuus

Kohtalaisen laaja ja yksityiskohtainen tiedonkeruu loi vahvan pohjan esitetyille tiedoille ja kustannuspainoille. Toisaalta monimutkainen tiedonkeruu aiheutti myös jonkin verran haasteita.

Tutkimuksen tulokset perustuvat Suomessa toimiviin yksiköihin, joten tulokset ovat yleistettävissä vain Suomen iäkkäiden ihmisten palvelujärjestelmään. Kotihoidon yksiköistä mukana ei ollut yhtäkään yksityistä toimijaa, joten tältä osin tulokset eivät ole täysin yleistettävissä yksityisiin palveluntuottajiin, erityisesti jos niissä on merkittävästi eriäviä toimintaperiaatteita. Kansainvälinen vertailu on luonnollisesti haastavaa, koska eri maiden palvelujärjestelmät poikkeavat toisistaan.

On tärkeä painottaa, että tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Alustavista ilmoittautumista muutama yksikkö jättäytyi pois haastavan koronapandemian- tai henkilöstötilanteen takia. Tällöin on mahdollista, että tutkimukseen on tullut mukaan esimerkiksi henkilöstötilanteeltaan hieman keskivertoa parempia yksiköitä.

Työntekijä- ja asiakaskohtaisten tulokset eivät siis välttämättä edusta kaikkia ikäihmisten palveluiden yksiköitä.

Toisaalta kustannuspainojen laskennan näkökulmasta tämä on positiivinen asia. Tutkimukseen saatiin mukaan henkilöstötilanteeltaan vähintään kohtalaisessa tilanteessa olevia yksiköitä, joihin koronapandemia ei vaikuttanut mittaushetkellä vakavasti. Tällöin koronapandemian ja henkilöstöpulan sekoittava vaikutus painoihin on todennäköisesti pieni. On myös mahdollista, että tutkimukseen liittyvillä yksiköillä on keskivertoa paremmat käytännöt esimerkiksi koskien hoidon järjestämistä tai johtamista.

Tutkimuksen tulosten tulkinnassa on myös muutamia rajoitteita. Hankkeessa kerätty aineisto ei pysty vastaamaan siihen, että onko saatu hoitoaika riittävä. Henkilöstön raportoiman asiakaskohtaisen ajan minuuttimäärät kertovat ainoastaan siitä, kuinka paljon asiakas sai työajanseurantaan perustuen hoitoaika hoitohenkilökunnalta. Ne eivät kerro siitä, vastaako asiakkaan saama hoitoaika hänen tarvitsemaansa hoitoa ja palveluita. Tulokset eivät myöskään kerro saiko asiakas hoitoaikaan sen verran, kun hänen palvelusuunnitelmaansa oli kirjattu.

Kustannuspainoja laskettaessa yhtenä oletuksena on, että palvelut vastaavat palveluntarvetta, mutta on mahdollista, että osalla asiakkaista todellinen palvelutarve on suurempi, kuin heille kohdistunut asiakasaika. Aikaisempien tutkimusten mukaan osalle kotona asuvista apu on riittämätöntä (Van Aerschot 2014; Aaltonen & Van Aerschot 2021). Tämä saattaa nousta erityiseksi huoleksi kotihoidossa, jossa asiakkaan saatu asiakasaika oli joissain tapauksissa huomattavan matala.

On myös tärkeä painottaa, että tutkimuksen tulokset ja päivitetty kustannuspainot eivät ota kantaa, missä asiakkaita kannattaisi hoitaa kustannusnäkökulmasta. Vaikka kotihoidon kustannuspainot ovat joissain luokissa isommat kuin ympärivuorokautisen hoidon painot, niitä ei voi verrata keskenään, sillä ne suhteutuvat kyseisen palvelutyyppin keskimääräiseen saatuun asiakasaikaan.

Tutkimus sisälsi useita selviä vahvuuksia. Ensinnäkin tiedonkeruu mahdollisti kohtalaisen kattavan ja monipuolisen aineiston, jota täydennettiin RAI-arviointien ja Avohilmon palvelutapahtumien tiedoilla. Aineistoon muodostui tarkasti kirjattu työpäivän kulku toimintoittain minuutin tarkkuudella yli 1200 kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon työntekijältä. Ottaen huomioon tiedonkeruun laajuuden, tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden työntekijät kirjasivat työaikaansa kiitettävästi, vaikka ympärivuorokautisessa hoidossa kirjaamatonta aikaa olikin jonkin verran.

Kun työntekijöiden työaika ryhmiteltiin kohteena olevan asiakkaan mukaan, saadusta asiakasajasta ja palvelukokonaisuudesta pystyttiin muodostamaan tarkat asiakaskohtaiset tiedot. Asiakkaisiin liitettiin heidän uusimpien RAI-arviointien tiedot, minkä lisäksi kotihoidon asiakkaiden saatua asiakasaikaa täydennettiin yksikön ulkopuolisten työntekijöiden käyntitiedoilla Avohilmasta. Muodostettu yksityiskohtainen ja tietosisällöltään monipuolinen asiakasaineisto mahdollisti saadun asiakasajan

tarkastelun asiakkaan kuntoisuuden mukaan, sekä RUG-III/18-luokituksen kustannuspainojen päivittämisen.

Tutkimukseen osallistui laaja osallistujajoukko erilaisia yksiköitä ympäri maan. Kotihoidon yksiköitä oli niin isoista kaupungeista kuin myös haja-asutusalueilta. Ympärivuorokautisessa hoidossa oli mukana myös yksityisiä toimijoita ja esimerkiksi demensian hoitoon erikoistuneita yksiköitä. Aineiston asiakkaiden jakautuminen RUG-luokkiin vastasi myös kohtuullisen hyvin RAI-vertailukannan tietoja, eli kerätty aineisto ei eronnut asiakasrakenteeltaan merkittävästi koko maan RAI-arvioinneista.

Tutkimuksen aineisto mahdollisti koti- ja ympärivuorokautisen hoidon eri työntekijöiden työnajan jakautumisen tarkastelun. Näin saatiin yksityiskohtaiset tiedot eri työntekijöiden suorittamista toiminnoista, niiden kohdentumisesta eri asiakkaille ja näiden vaihtelusta yksiköittäin. Työntekijän kirjauksiin perustuen analysoitiin myös asiakkaan saamaa palvelukokonaisuutta. Asiakkaan palvelutarpeen ja kuntoisuuden yhteyttä saatuun asiakasaikaan tarkasteltiin eri asiakasluokissa, sekä asiakkaaseen kohdistuneista toiminnoista saatiin tarkka kuva.

Asiakaskohtaiseen analyysiin pohjautuen päivitettiin RUG-III/18-luokituksen kustannuspainot. Päivitetyt painot perustuvat nyt myös kotihoidon osalta aikamittaukseen, eivätkä ole enää laskennallisia. Hankkeessa kehitetyt vaihtoehtoiset RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitukset pyrkivät parantamaan nykyisen RUG-luokituksen pienempien luokkien luotettavuutta, sekä kotihoidossa isoimpien luokkien tarkkuutta ja erottelukykä.

Tutkimus, ja erityisesti sen tiedonkeruu, sisälsi myös joitain heikkouksia. Alun perin työajanseuranta oli tarkoitus toteuttaa elektronisesti, jotta sen vaikutus työntekijöiden työpäivään olisi ollut mahdollisimman vähäinen. Soveltuvaa vaaditussa aikataulussa käyttöön otettavaa järjestelmää ei kilpailutuksessa löydetty, minkä vuoksi päädyttiin paperilomakkeiden käyttöön. Tämä saattoi vaikuttaa jonkin verran työntekijöiden työhön ja työpäivän kulkuun. Vaikka lomakkeiden täyttämiseen tarjottiin kattavat ohjeet, sekä koulutus esimiehille, itse täyttämistä ei luonnollisesti voitu valvoa. Tämän lisäksi tukipalvelujen tuottajia ei suoraan informoitu tutkimuksesta. Nämä tekijät saattoivat vaikuttaa erityisesti omaisten, tukipalveluiden, sekä ulkopuolisten työntekijöiden lomakkeiden täyttämiseen. Näiden lomakkeiden kerätty tietosisältö saattaa olla osittain puutteellinen.

Kirjaamattoman työajan kohtalaisen suuri osuus erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa vähentää tulosten luotettavuutta. Kirjaamattomasta työajasta ei saada tarkkaa käsitystä siitä, mitä toimintoja tänä aikana on tapahtunut. Kirjaamattoman ajan sisältöä yritettiin kuitenkin selvittää. Liitteessä 5 näkyy työajan jakautumisen vertailu paljon ja vähän aikaa kirjanneiden kesken, mikä viittaa siihen, että asiakasajaa (asiakas läsnä) ei pitäisi olla kirjaamattomassa työajassa merkittäviä määriä. Kirjaamaton työaika näytti painottuvan pääosin työyhteisötyöhön, taukoihin, ja jossain määrin myös asiakasaikaan, jossa asiakas ei ollut läsnä.

Tutkimukseen osallistuminen tapahtui työajalla, joten oletettavasti suurin osa yksiköiden työntekijöistä osallistui tutkimukseen. On silti mahdollista, että oli joitakin yksittäisiä työntekijöitä, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. Osa lomakkeista oli myös puutteellisesti täytetty. Tämän lisäksi ympärivuorokautisen hoidon työajanseuranta perustui vain yhteen vuorokauteen, mikä saattoi vaikuttaa erityisesti yksikkövertailun tuloksiin työpäivien luonnollisesta vaihtelusta johtuen. On siis mahdollista, että tutkimuksessa esitetyt työntekijöiden työtä kuvaavat ajat ja asiakkaiden saadut hoitoajat ovat jonkin verran pienemmät kuin todellisuudessa. Tällä ei kuitenkaan ole vaikutusta laskettuihin kustannuspainoihin, sillä ne perustuvat suhteellisiin aikoihin. Aikaisemmissa RUG-validointitutkimuksissa 1–7 päivän seuranta-aika sekä lomakkeiden käyttäminen on kuitenkin todettu riittävän luotettavaksi (Björkgren ym. 1998).

Työntekijöiden lomakkeisiin kirjattujen nimien yhdistämisessä RAI-aineistoon oli jonkin verran haasteita. Erityisesti kotihoidossa osasta yksiköiden asiakkaista ei löytynyt RAI-kokonaisarviointia. Tämä vähentää asiakkaiden määrää, mikä vaikuttaa kustannuspainojen luotettavuuteen. Ympärivuorokautisessa hoidossa osa työntekijöistä kirjasi asiakkaan nimeksi esimerkiksi pelkän etunimen tai asiakkaan lempinimen, jolloin sen rivin tietoja ei pystytty yhdistämään asiakkaaseen. Tämän takia ympärivuorokautisen hoidon keskimääräinen asiakaskohtainen aika saattaa todellisuudessa olla jonkin verran korkeampi, kuin tuloksissa on esitetty.

Viimeisenä, yksiköiden osallistuminen tutkimukseen perustui vapaaehtoisuuteen eikä rekrytoinnissa erikseen huomioitu asiakasmääriltään pienimpien luokkien asiakkaiden saamista tutkimukseen esimerkiksi kuntoutus- ja sairaalaosastojen avulla. Tästä johtuen erityisesti kuntoutus- ja erityishoidon tarpeessa olevia asiakkaita ei ollut aineistossa riittävästi, minkä vuoksi osa RUG-III/18-luokituksen alaluokkien päiviteytistä kustannuspainoista perustuu alhaiseen määrään asiakkaita. Aikaisemmissa aikamittauksissa osallistuminen perustui myös vapaaehtoisuuteen, mutta rekrytoinnissa huomiottiin erityisesti pienempien luokkien asiakkaiden riittävä edustus. Tämän tutkimuksen kustannuspainoja täydennettiin tarvittaessa toisen palvelutyypin standardisoidulla asiakasajalla, sekä vaihtoehtoiset RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitukset merkittävästi vähensivät alle 20 asiakasta sisältävien luokkien määrää.

Jatkotutkimustarpeet

Tutkimuksen tuloksista nousee esiin useita jatkotutkimustarpeita. Tutkimus ei tuottanut tietoa siitä, vastaavatko asiakkaiden saamat palvelut heidän palvelutarvettaan. Tämän lisäksi ei myöskään selvitetty asiakkaalle suunniteltua aikaa ja sitä, miten se suhteutuu asiakkaalle kohdennettuun asiakasaikaan. Joissakin palveluntarveluokissa kotihoidon hoitoajat olivat huomattavan matalia. Tulosten valossa tulevaisuudessa tulisi tutkia, erityisesti kotihoidossa, miten asiakkaiden todellinen saatu asiakasaika vertautuu suunniteltuun aikaan ja todelliseen palvelutarpeeseen sekä edelleen hoidon laatuun ja asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Tutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin vuoden 2021 syksyllä, jolloin hoitajamitoitus tehostetun palveluasumisen yksiköissä oli 0,55, eli 11 työntekijää kahtakymmentä asiakasta kohden. Lakimuutoksen myötä hoitajamitoitus nousee kuitenkin portaittain asettuen vuoden 2023 joulukuussa lukuun 0,7 eli 14 työntekijään jokaista kahtakymmentä asiakasta kohden. Hoitajamitoituksen nousun vaikutuksia asiakkaiden saamaan hoitoaikaan tulisi tutkia jatkossa esimerkiksi vastaavalla tiedonkeruultaan suppeammalla aikamittauksella tai esimerkiksi toiminnanohjausjärjestelmien, RAI-arviointien tai THL:n hoitoilmoitusjärjestelmän rekisteritietojen avulla. Oletettavasti asiakkaille kohdentuneen asiakasajan tulisi nousta työntekijöiden suhteellisen määrän lisääntyessä, mutta toisaalta on mahdollista, että aikaa kuluu myös johonkin muuhun, mitä on resurssitilanteen puitteissa jätetty vähemmälle huomiolle.

Sekä Suomessa että kansainvälisesti on laajasti keskusteltu kääntyneiden palveluita koskevasta työntekijäpulasta, ja suurien ikäluokkien ikääntyessä hoitoa tarvitsevien määrä tulee entisestään lisääntymään (WHO 2015; Tilastokeskus 2022). Työntekijäpulan ratkaisemiseksi onkin ehdotettu hoiva-avustajien määrän lisäämistä, joskin tämä ehdotus on herättänyt keskustelua hoiva-avustajien lisäämisen vaikutuksesta asiakasturvallisuuteen sekä alan palkkoihin (Sihto & Blomberg 2020; Rytönen 2020). Jatkossa voisikin selvittää tarkemmin kuinka paljon ja minkälaisia hoiva-avustajille soveltuvia työtehtäviä ikäihmisten palveluissa on ja miten hoiva-avustajien lisääminen vaikuttaa asiakasturvallisuuteen, hoidon laatuun ja työtyytyväisyyteen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suuri osa työntekijöiden päivittäisestä asiakastyöstä kohdistuu arkitoiminnoissa auttamiseen. Myös osa muista työtehtävistä näyttää olevan sellaisia, joihin ei välttämättä tarvita täysimittaista sosiaali- ja terveysalan koulutusta. Samalla on kuitenkin otettava huomioon se, että vaikka näennäisesti työtehtävä ei vaatisi lähihoitajan koulutusta, hoitajat arvioivat käynneillä asiakkaan kuntoisuutta ja siinä tapahtuvia muutoksia, mikä edellyttää riittävää koulutusta. Ympäri vuorokautisessa hoidossa työntekijärakenteen muutos voi olla helpompaa kuin kotihoidossa.

Hoiva-avustajia ei juurikaan ollut kotihoidon yksiköissä. Vaikka kotihoidon käynneistä valtaosa sisälsi lääkehoitoa ja sairaanhoidollisia toimenpiteitä, kaikilla käynneillä niitä ei kuitenkaan ollut. Mahdollisuutta, että osan kotihoidon käynneistä voisi suorittaa hoiva-avustaja, voisi selvittää. Toisaalta etenkin kotihoidossa asiakaskäynneillä hoidetaan useita erilaisia tehtäviä. Vaikka päätehtävä onkin usein arkitoiminnoissa avustamista, on koulutuksella merkitystä asiakkaan kuntoisuuden muutosten arvioinnissa. Samoin etenkin muistisairaiden asiakkaiden kohdalla tehtävien eriyttäminen tarkoittaisi sitä, että asiakkaan luona käy entistä suurempi määrä eri työntekijöitä, mikä merkitsee hoidon jatkuvuuden heikkenemistä ja asiakkaan näkökulmasta hoidon sekavuuden lisääntymistä. Hoiva-avustajien laajemman hyödyntämisen ikäihmisten palveluissa tulisikin kuitenkin pohjautua asiakkaiden saamaan hoidon sisällön ja laadun turvaamiseen, eikä esimerkiksi vain kustannustehokkuuteen.

Päivitetty RUG-III/18-luokituksen kustannuspainot saattavat jatkossa tarvita uuden aikamittauksen. Erityisesti jos RUG-luokituksen käyttöä laajennetaan merkittävästi esimerkiksi hyvinvointialueiden sosiaalihuollon rahoituksen tai ikäihmisten palveluiden henkilömitoituksen laskentaan, kustannuspainojen luotettavuuteen ja toimivuuteen tulee kiinnittää huomioita. Kustannuspainoja tulee jatkossa seurata, erityisesti jos ikäihmisten palveluissa tapahtuu merkittäviä muutoksia. On myös tärkeää määrittellä ja selvittää mitä palveluita painoihin sisällytetään tulevaisuudessa, esimerkiksi koskien kotihoidon tukipalveluita ja omaisten antamaa aikaa.

Osa RUG-luokituksen päivitettyjen kustannuspainojen alaluokista perustuu hyvin alhaiseen määrään asiakkaita. Tällä hetkellä kuitenkin vain pieni osuus ikäihmisten palveluiden asiakkaista asettuu näihin alaluokkiin. Jos kotikuntoutuksen tai erityisten kuntoutusyksiköiden rooli ikäihmisten palveluissa lisääntyy tulevaisuudessa merkittävästi, tai jos RUG-luokituksen käyttöä halutaan laajentaa esimerkiksi akuuttihoidon jälkeiseen kuntoutukseen, tulisi kerätä näitä asiakkaita sisältävä täydentävä aikamittausaineisto. Tällöin varmistetaan näidenkin RUG-luokkien kustannuspainojen tarkkuus, toimivuus ja luotettavuus.

Johtopäätökset ja suositukset

Aikamittaus-hankkeessa toteutettiin laajamittainen työajanseuranta koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa, jolla saatiin tietoa työntekijöiden työajan jakautumisesta, asiakkaiden saamasta hoitoajasta, sekä siitä, mistä toiminnoista asiakastyö ja muu työ tarkemmin koostuu. Aineiston avulla päivitettiin myös RAI-järjestelmän RUG-luokituksen kustannuspainot. Hankkeen tulokset täydentävät valtakunnallisia ikäihmisten palvelujärjestelmän tiedonkeruita.

Tulokset osoittavat, että työntekijöiden asiakastyön määrä sekä asiakkaiden saama hoitoaika on lisääntynyt ympärivuorokautisessa hoidossa viimeisen 20 vuoden aikana. Tulokset osoittavat myös sen, että ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaat ovat kutakuinkin samankuntoisia, vaikka laitoshoidosta on siirrytty tehostettuun palveluasumiseen. Sen sijaan kotihoidossa asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia. Kotihoidon varsin matalat asiakasajat herättävät kysymyksen siitä, onko palvelun määrä riittävää kaikissa tilanteissa ja onko kotihoidossa riittävästi resursseja suhteessa palvelutarpeeseen.

Asiakastyön osuiksissa sekä asiakkaan hoitoajoissa oli suurta yksikkökohtaista vaihtelua. Tätä voivat selittää yksiköiden erilaiset henkilöstötilanteet, hoitoon pääsyn erot, hoitokäytännöt, toimintakulttuurit ja työn organisoimismallit. Asiakkaiden kuntoisuus selitti hoitoaikojen vaihtelusta vain osan, joten psyykkisellä ja sosiaalisella toimintakyvyllä sekä ympäristötekijöillä on todennäköisesti vaikutusta asiakkaan hoitoaikaan. Kun epävirallisena tavoitteena on kotihoidossa ollut päästä asiakasajassa 60 prosenttiin osuuteen, on syytä arvioida, mikä on sellainen taso, johon on mahdollista päästä, jotta asiakkaiden hoidon laatu pysyy riittävän hyvällä tasolla ja taso on myös henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta kestävä. Vallitsevassa henkilöstötilanteessa ei ole kestävää lisätä tehokkuutta, mikäli se johtaa henkilöstön kuormitukseen tai alan vaihtamiseen.

Eri toimintoihin kuluva aika ei sisältänyt erityisen suuria yllätyksiä kummassakaan palvelumuodossa. Kotihoidossa on kuitenkin syytä arvioida sitä, pitäisikö etenkin sairaanhoitajien osalta sellainen asiakkaan hoitoon liittyvä aika, jota tehdään muualla kuin asiakkaan luona, syytä laskea mukaan välittömään hoitoaikaan. Sairaanhoitajilla on suhteellisen paljon sellaista työtä, kuten kirjaaminen, asiakkaan jatkohoidon selvittely, lääkärin konsultointi tai moniammatillisen työn organisointi, jota ei aina ole mielekästä eikä mahdollistakaan tehdä asiakkaan kanssa. Tehostetussa palveluasumisessa lähihoitajat käyttivät noin puoli tuntia päivässä ylläpitotyöhön, eli siivoukseen tai ruokien jakamiseen. Vaikka aika ei kuulosta kovin suurelta, on kuitenkin syytä arvioida, voidaanko tätä työtä siirtää muille ammattiryhmille. Suuremmissa organiaatioissa on mahdollista rekrytoida esimerkiksi tiimien yhteisiä hoiva-avustajia, mutta pienemmissä tämä on hankalampaa.

Kirjaamiseen kuuluu sekä lähihoitajilta että sairaanhoitajilta noin 45 minuuttia. Kirjaamisen merkitys on ilmeinen, mutta on syytä arvioida, miten käyttäjäystävällisiä kirjaamiseen käytetyt tietojärjestelmät ovat.

Hoitoaikojen yksiköiden välinen vaihtelu on tullut esille aiemmissakin tutkimuksissa. Tämän tutkimuksen positiivisia poikemia voisi jatkossa tarkastella lähemmin ja selvittää näiden yksiköiden toimintakäytänteitä sekä työn organisointi- ja resurssintimalleja. Tietoa parhaista käytännöistä tulisi selvittää ja hyödyntää vertaiskehittämisessä. Kun palveluiden järjestäminen siirtyy hyvinvointialueille, on todennäköistä, että palveluun pääsyn kriteerit yhdenmukaistuvat hyvinvointialueen sisällä. Muutos tarjoaakin mahdollisuuden tutkia, miten palvelurakenteet muuttuvat kuntien välillä ja mitä vaikutuksia tällä on asiakkaiden hoidon laadulle ja henkilöstölle.

Asiakkaille kohdistuneella palkkapainotetulla asiakasajalla päivitettiin RUG-III/18-luokituksen kustannuspainot. Painot pysyivät suhteellisen samankaltaisina verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin. Kustannuspainojen rakenne on pysynyt siten kohtuullisen vakaana, vaikka toimintaympäristö ja -käytännöt ovat muuttuneet. Hankkeessa kehitettiin myös kaksi vaihtoehtoista RUG-luokitusta, jotka mahdollistavat RUG-luokituksen laajemman käytön vertailukehittämisen ja yksikkövertailun lisäksi myös hinnoittelun ja tuotteistuksen määrittelyyn, sekä mahdollisesti jatkossa myös esimerkiksi hyvinvointialueiden rahoituksen sekä hoitajamitoituksen laskennan tukena.

Hankkeen tulosten ja työn perusteella suosittelimme RUG-III/18-luokituksen päivitettyjen kustannuspainojen käyttöä ikäihmisten palveluiden RAI-arvioinneissa ja vertailukehittämisessä. Vaihtoehtoisten RUG-III/13 ja RUG-III/17-HC-luokitusten käyttöä tulisi jatkossa selvittää yhdessä palveluntuottajien ja hyvinvointialueiden kanssa. Vaihtoehtoisia luokituksia voidaan käyttää myös esimerkiksi tutkimus- ja kehittämissuhteissa.

Suomen ikääntyneiden palveluiden kokonaisuus vaatii jatkokehittämistä. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon välillä ei käytännössä ole tällä hetkellä mitään palvelumuotoa, vaikka tavoitteena onkin kehittää niin sanottuja välimuotoisia palveluita. Raportin tulosten perusteella samankuntoiset asiakkaat saavat hyvin erilaisen määrän hoitoa kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa. Tulos herättää kysymyksen siitä, ovatko kaikki asiakkaat oikeassa hoitopaikassa: onko kotihoidossa liian huonokuntoisia asiakkaita ja onko ympärivuorokautisessa hoidossa liian hyväkuntoisia asiakkaita. Jatkossa olisikin oleellista selvittää välimuotoisen palvelumuodon kehittämisen mahdollisuuksia. Kun asiakas pääsee kotihoidosta palveluasumisen piiriin, välimuotoisessa asumisessa asiakkaan ei enää tarvitse muuttaa uuteen palveluksikkoon saadakseen lisää palveluita. Näyttää kuitenkin ilmeiseltä, että erityisesti kotihoidossa myös rahoituksen ja hoitoresurssien määrää tulisi nostaa, jotta ikääntyneiden palveluiden laatu ja saatavuus turvattaisiin.

Lähteet

- Aaltonen M S, Van Aerschot, L H (2021). Unmet care needs are common among community-dwelling older people with memory problems in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(4), 423-432.
<https://doi.org/10.1177/1403494819890800>
- Asikainen, J (2021a). HC-easyRAIder-tietokanta: RAI-vertailutietokannan kuvaus ja tietosisältö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Asikainen, J (2021b). LTC-easyRAIder-tietokanta: RAI-vertailutietokannan kuvaus ja tietosisältö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Björkgren M, Häkkinen U, Finne-Soveri H (1998). Pitkäaikaishoitilaiden voimavaratarve RUG-luokituksella. *Stakes Aiheita* 1, Helsinki.
- Eduskunnan täysistunto (2022). PTK 100/2022/11 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/PoytakirjaAsiakohhta/Sivut/PTK_100+2022+11.aspx
- Erkkilä S, Kangas T (2020). Selvitys superilaisten kokemasta työkuormasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä 2020. Suomen lähi- ja perushoitajien liitto, Helsinki.
- Fawcett, J (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing (3rd ed.). F. A. Davis Company. World Health Organization. (2015). World report on aging and health. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- Finne-Soveri H, Björkgren M, Noro A, Vähäkangas P (2005). RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas (toim.). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. *Stakes*, Helsinki 2005. ISBN 951-33-1772-2.
- Fries BE, Cooney LM (1985). Resource Utilization Groups: a patient classification for long-term care. *Med Care* 23: 110-22.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E (1994). Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *MedCare* 32: 668-85.
- Gaugler JE (2005). Family involvement in residential long-term care: a synthesis and critical review. *Aging & mental health*, 9(2), 105-118. <https://doi.org/10.1080/13607860412331310245>
- Haatainen T (2016). Kirjallinen kysymys hoitohenkilöstön työkuormasta KK 374/2016 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Sivut/KK_374+2016.aspx
- Hallituksen esitys (2020). HE 4/2020 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_4+2020.aspx
- Heikkilä R, Gerasin A, Sakki J, Nieminen J, Björkgren M, Noro A, Mäkelä M & Finne-Soveri H (2012). Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteiden – yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 58/2012. 46 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-729-5 (painettu), ISBN 978-952-245-730-1
- Heikkilä R, Björkgren M, Vesa M, Viitanen B, Laine A, Taimi K, Noro A, Mäkelä M, Asikainen J, Sohlman B, Hammar T, Mäkinen L, Andreassen P, Finne-Soveri H (2014). Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III/18-luokituksen avulla – Kotihoito Tampereella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 27/2014 52 sivua. Helsinki 2014. ISBN 978-952-302-308-6 (painettu); ISBN 978-952-302-309-3.
- Heikkilä R, Mäkelä M, Havulinna S, Hietaharju P, Lind M & Noro A (toim.). (2021). Valoisa tulevaisuus – RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 9/2021. 104 sivua. Helsinki 2021. ISBN 978-952-343-737-1
- Hirdes J, Poss JW, Curtin-Telegdi N (2008). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Med* 6 (9). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-9>
- InterRAI (2002). Speaking One Language for High Quality Care Worldwide. <https://interrai.org/>
- Jones MT, Heckenberg RA, Wright BJ, Hodgkin S (2021). Understanding the nature and impact of occupational stress on Australian rural aged care workers. *Health Soc Care Community*. 2021; 29: 643-653. <https://doi.org/10.1111/hsc.13338>
- Josefsson K, Hammar T (2022). Kotihoidon etäpalveluissa on vielä kehittämisen varaa. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Josefsson K, Kehusmaa S (2022). Kotihoito toukuussa 2022: vain puolet kotihoidon työajasta on asiakasaikaa. Tutkimuksesta tiiviisti 63/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kehusmaa S, Alastalo H (2021a). Laki muuttui – miten kävi henkilöstömitoituksen? Tutkimuksesta tiiviisti 6/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
- Kehusmaa S, Alastalo H (2021b). Laki muuttui – Lähi- ja sairaanhoitajien määrä ei vielä ole nousut vanhuspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 47/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
- Laine J (2005a). Henkilöstö ja työvoiman käyttö pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M & Vähäkangas P (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. *Stakes*, Helsinki. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf>
- Laine J (2005b). Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. *Stakes*, Tutkimuksia 151. Helsinki.

- 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.
- Laine J, Rajala T, Lahtinen Y, Noro A, Finne-Soveri H, Talvinko T, Valvanne J (2007). Selittääkö fyysinen toimintakyky asiakkaan saamaa hoitoaika vanhusten laitoshoidossa? RAVA-indeksin ja RAI-järjestelmän hierarkkisen toimintakykymitarin vertailu. *Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti* 2007;44:153–162
- Noro A (2005). Asiakasrakenne pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas (toim.). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki 2005. ISBN 951-33-1772-2
- Noro A, Karppanen S (2019). Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. 978–952–00–4060–4
- Oikeusministeriö (2012). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Pesonen T, Väisänen V, Ruotsalainen S, Corneliusson L, Sinervo T, Noro A (2022a). Hoitohenkilöstön työajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta. Tutkimuksesta tiiviisti 29/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Pesonen T, Väisänen V, Corneliusson L, Ruotsalainen S, Sinervo T, Noro A (2022b). Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta. Tutkimuksesta tiiviisti 37/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rytkönen M (2020). Hoiva-avustajakoulutus heikentää vanhushoidon laatua ja luo uuden matalapalkka-alan. *Demokraatti* 17.9.2020. <https://demokraatti.fi/?p=719808>
- Sihto H, Blomberg AL (2020). Hokkuspokkus ei ratkaise hoivahenkilöstön pulaa- JHL tarjoaa lääkeksi hoiva-avustajien määrän lisäämistä. *Demokraatti* 14.9.2020. <https://demokraatti.fi/hoiva-avustajat-ovat-jo-olemassa-nyt-on-varmistettava-heidan-osaamisensa>
- Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301> Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020a). Kuntainfo: Vanhuspalvelulain muutokset 1.10.2020. <https://stm.fi/-/kuntainfo-vanhuspalvelulain-muutokset-1.10.2020>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020b). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020c). Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2022a). Palvelut ja etuudet iäkkäille. <https://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022). Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021). EasyRAIDER tietokannat. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022a). Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022b). Vanhuspalvelujen tila (Vanpal). <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/vanhuspalvelujen-tila-vanpal->
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022c). Vastausohjeet kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen seurantaan. https://thl.fi/documents/10531/7409550/Vastausohje_Kotihoido_syksy2022+%281%29.pdf/a3e057d5-8ffa-69b6-3902-54c5aa6f91a1?t=1666264383677
- Tilastokeskus (2022). Väestö ja yhteiskunta. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Turcotte LA., Poss J, Fries B, Hirdes JP (2019). An Overview of International Staff Time Measurement Validation Studies of the RUG-III Case-mix System. *Health Services Insights*, 2019:12. doi:10.1177/1178632919827926
- Trydegård GB (2012). Care work in changing welfare states: Nordic care workers' experiences. *European journal of ageing*, 9(2), 119–129. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0219-7>
- Valvira (2019). Valviran ja aluehallintovirastojen tarkastuskäynnit vanhusten hoivakodeissa- samantyyppiset ongelmat toistuvat monin paikoin. <https://www.valvira.fi/-/valviran-ja-aluehallintovirastojen-tarkastuskaynnit-vanhusten-hoivakodeissa-samanlaiset-ongelmat-toistuivat-monin-paikoin>
- Valvira ja Aluehallintovirasto (2020). Välittömän ja välillisen asiastyön määrittely vanhus- tehotun palveluasumisen ja laitoshoidon toimintayksiköissä. Dnro V/36386/2020.

- https://www.valvira.fi/documents/14444/326610/Valittoman_ja_valillisen_asiakastyon_maarittely.pdf/926d58c9-d7c1-9666-1a10-25326007de24?t=1603955312644
- Van Aerschot L (2014). Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Van Aerschot L, Kadi S, Rodrigues R, Hrast MF, Hlebec V, Aaltonen M (2022). Community-dwelling older adults and their informal carers call for more attention to psychosocial needs: Interview study on unmet care needs in three European countries. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 101, Article 104672. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104672>

Liitteet

Liite 1

Kotihoidon hoitajien asiakastyö, asiakas läsnä ja asiakastyö, asiakas ei läsnä työajan jakautuminen tarkempiin toimintoihin

Asiakastoiminto, asiakas mukana	Sairaanhoitaja n = 54	Lähihoitaja n = 327
Päivittäinen hygienia, wc-käynti	6min, 1 %	23min, 5 %
Suihku/kylpy/sauna	2min, < 1 %	6min, 1 %
Pukeutuminen ja siinä avustaminen	5min, 1 %	17min, 4 %
Ruokailussa avustaminen/ruuan lämmittäminen	9min, 2 %	36min, 8 %
Sairaanhoidolliset toimenpiteet	37min, 8 %	16min, 3 %
Lääkehoito ja vaikutusten seuraaminen	23min, 5 %	53min, 11 %
Siistiminen	4min, 1 %	17min, 4 %
Kirjaaminen	18min, 4 %	34min, 7 %
Asiakkaan ohjaus ja asioissa avustaminen ml. apuvälineet ja tietotekniikka	5min, 1 %	9min, 2 %
Läheisen tukeminen/ohjaus	4min, 1 %	3min, 1 %
Jatkohoidon järjestäminen	4min, 1 %	< 1min, < 1 %
Palvelutarpeen arviointi, hoitosuunnitelma, hoitoneuvottelu	4min, 1 %	1min, < 1 %
Toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistäminen, ulkoilu	1min, < 1 %	4min, 1 %
Moniammatillinen työskentely asiakkaan luona, saattaminen	2min, < 1 %	1min, < 1 %
Työntekijän/opiskelijan ohjaus/perehdytys asiakkaan luona	2min, 1 %	1min, < 1 %
Etäkäynnit	3min, 1 %	4min, 1 %
Yhteensä	100 % 2h 5min	100 % 3h 48min

Asiakastoiminto, asiakas EI mukana	Sairaanhoitaja n = 54	Lähihoitaja n = 327
Asiakkaan palveluiden ja etuuksien järjestäminen	21min, 4 %	2min, < 1 %
Kirjaaminen	30min, 6 %	6min, 1 %
Palvelutarpeen arviointi, hoitosuunnitelma	14min, 3 %	4min, 1 %

Lääkehuollon järjestäminen	20min, 4 %	2min, < 1 %
Omaiskontakti	8min, 2 %	1min, < 1 %
Konsultointi	16min, 3 %	1min, < 1 %
Moniammatilliset kokoukset	3min, 1 %	< 1min, < 1 %
Yhteensä	100 % 1h 53min	100 % 16min

Liite 2

Ympäri vuorokautisen hoidon hoitajien asiakastyö, asiakas läsnä ja asiakastyö, asiakas ei läsnä työajan jakautuminen tarkempiin toimintoihin

Asiakastoiminto, asiakas mukana	Sairaanhoidtaja n = 95	Lähihoitaja n = 487	Avustava n = 66
Päivittäinen hygienia, wc-käynti	38min, 8 %	46min, 9 %	44min, 10 %
Suihku/kylpy/sauna	6min, 1 %	10min, 2 %	14min, 3 %
Pukeutuminen, siirtymisessä avustaminen ja kääntäminen	36min, 7 %	42min, 9 %	27min, 6 %
Ruokailussa avustaminen/ruuan lämmittäminen	36min, 8 %	35min, 7 %	41min, 9 %
Sairaanhoidolliset toimenpiteet	14min, 3 %	7min, 1 %	2min, < 1 %
Lääkehoito ja vaikutusten seuraaminen	21min, 4 %	20min, 4 %	2min, < 1 %
Asuinympäristön viihtyvyydestä huolehtiminen ja siistiminen	12min, 3 %	13min, 3 %	10min, 2 %
Kirjaaminen	5min, 1 %	6min, 1 %	2min, < 1 %
Palvelutarpeen arviointi ja hoitosuunnitelma	1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	0min, 0 %
Toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistäminen, ulkoilu	3min, 1 %	6min, 1 %	3min, 1 %
Asiakkaan ohjaus ja asioissa avustaminen	7min, 1 %	10min, 2 %	8min, 2 %
Läheisen tukeminen/ohjaus	3min, 1 %	1min, < 1 %	1min, < 1 %
Moniammatillinen työskentely asiakkaan luona	2min, < 1 %	1min, < 1 %	0min, 0 %
Työntekijän/opiskelijan ohjaus/perehdytys asiakkaan luona	4min, 1 %	1min, < 1 %	1min, < 1 %
Ryhmätoiminnot	5min, 1 %	12min, 2 %	9min, 2 %
Kuntoutus	< 1min	1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Ruokailussa avustaminen	4min	7min, 2 %	7min, 1 %
Yhteinen aktiviteetti	< 1min	3min, 1 %	2min, < 1 %
Ulkoilu	< 1min	1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Yhteensä	3h 13min	3h 34min	2h 50min

Asiakastoiminto, asiakas EI mukana	Sairaanhoidtaja n = 95	Lähihoitaja n = 487	Avustava n = 66
Asiakkaan palveluiden ja etuuksien järjestäminen	8min, 2 %	2min, < 1 %	2min, < 1 %
Kirjaaminen	33min, 7 %	28min, 6 %	22min, 5 %

Palvelutarpeen arviointi ja hoitosuunnitelman laatiminen / päivittäminen	6min, 1 %	3min, 1 %	2min, < 1 %
Lääkehoolto	26min, 5 %	11min, 2 %	1min, < 1 %
Omaiskontakti	4min, 1 %	2min, < 0 %	1min, < 1 %
Konsultointi	8min, 2 %	2min, < 0 %	< 1min, < 1 %
Moniammatilliset kokoukset	7min, 2 %	1min < 0 %	1min, < 1 %
Muut asiakastoiminnot, asiakasta ei tunnustettu	21min, 5 %	27min, 6 %	48min, 10 %
Yhteensä	1h 53min	1h 16min	1h 18min

Työyhteisötyöhön kuluvan ajan jakautuminen tarkempiin toimintoihin kotihoidossa

KOTIHOITO			
Työyhteisötyö	Esihenkilö n = 20	Sairaanhoid- taja n = 54	Lähihoitaja n = 327
Palaveri	1h 13min, 15 %	24min, 5 %	12min, 3 %
Toimistotyö sis. tarviketilaus	43min, 9 %	44min, 9 %	29min, 6 %
Opiskelijan tai työntekijän perehdytys, koulutus, arviointi ja lääketentti	17min, 4 %	11min, 2 %	5min, 1 %
Suunnittelu- ja kehittämistyö	60min, 12 %	22min, 5 %	13min, 3 %
Esimies ja hallinnollinen työ sekä tiedottaminen	2h 20min, 29 %	5min, 1 %	1min, < 1 %
Työssä tarvittavien vaatteiden ja tarvikkeiden kerääminen ja huolto	4min, 1 %	16min, 3 %	25min, 5 %
Muu, kuten työpisteen/työtilan siistiminen, autojen huolto ja tankkaus	3min, 1 %	7min, 1 %	5min, 1 %
Yhteensä	5h 44min	2h 9min	1h 27min

Työyhteisötyöhön kuluvan ajan jakautuminen tarkempiin toimintoihin sekä ylläpityöhön kuluvan ajan jakautuminen ympärivuorokautisessa hoidossa

YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOITO				
Työyhteisötyö	Esihenkilö n = 17	Sairaanhoid- taja n = 54	Lähihoitaja n = 327	Avustava n = 66
Palaveri	33min, 6 %	23min, 5 %	17min, 4 %	7min, 1 %
Toimistotyö sis. tarviketi- laus	28min, 5 %	9min, 2 %	6min, 1 %	2min, < 1 %
Opiskelijan tai työntekijän perehdytys, koulutus, arvi- ointi ja lääketentti	47min, 9 %	12min, 3 %	14min, 3 %	7min, 1 %
Suunnittelu- ja kehittämis- työ	36min, 7 %	10min, 2 %	6min, 1 %	7min, 1 %
Esimies ja hallinnollinen työ sekä tiedottaminen	3h 52min, 44 %	9min, 2 %	2min, < 1 %	0min, 0 %
Työssä tarvittavien vaattei- den ja tarvikkeiden kerää- minen ja huolto	13min, 3 %	2min, < 1 %	3min, < 1 %	2min, < 1 %
Yhteensä	6h 29min	1h 6min	48 min	25 min
Ylläpitotyö	Esihenkilö n = 17	Sairaanhoi- taja n = 54	Lähihoitaja n = 327	Avustava n = 66
Siivous	0 min, 0 %	3min, 1 %	7min, 1 %	17min, 4 %
Pyykkihuolto	0 min, 0 %	2min, 1 %	8min, 2 %	32min, 7 %
Ruuan valmistus ja lämmit- tys kaikille asukkaille ja tis- kaus	0 min, 0 %	4min, 1 %	11min, 2 %	39min, 9 %
Muu tukitoiminto	6min, 1 %	3min, 1 %	5min, 1 %	13min, 3 %
Yhteensä	6min	13 min	30 min	1h 41min

Kirjamattoman ajan analyysi:

Työajan jakautuminen paljon ja vähän työaikaa kirjanneiden kesken.

Kotihoito	Yli 12,5 % kirjaamatonta työaikaa n: 115	Alle 2,5 % kirjaamatonta työaikaa n: 184	Ero (%)	Suhteellinen ero (%)
Asiakastyö, as läsnä	46,4 %	43,8 %	2,6 %	5,9 %
Asiakastyö, ei läsnä	3,8 %	6,6 %	2,8 %	42,4 %
Työyhteistyö	9,7 %	26,2 %	16,5 %	63,0 %
Matkat	11,1 %	15,7 %	4,6 %	29,3 %
Tauot	3,7 %	6,5 %	2,8 %	43,1 %
Ympäri vuorokautinen hoito	Yli 20 % kirjaamatonta työaikaa n: 283	Alle 4 % kirjaamatonta työaikaa n: 125	Ero (%)	Suhteellinen ero (%)
Asiakastyö, as läsnä	32,4 %	41,2 %	8,8 %	21,4 %
Asiakastyö, ei läsnä	11,3 %	19,6 %	8,3 %	42,3 %
Työyhteistyö	5,9 %	17,3 %	11,4 %	65,9 %
Ylläpitotyö	5,0 %	16,7 %	11,7 %	70,1 %
Tauot	4,4 %	5,8 %	1,4 %	24,1 %

Kirjaamattomaan aikaan olivat yhteydessä palvelutyyppi (YVH:ssa enemmän kirjaamatonta aikaa), kokemus kiireestä, jos työpäivä ei mennyt kuten suunniteltu, suurempi keskeytysten määrä, ja jos oli iltavuorossa (testattu samassa mallissa). Nämä kaikki heijastavat kiirettä, jolloin mahdollista, että ei todenmukaista kuvaa päivän kulusta. Mahdollisesti tehty myös muita tehtäviä, jotka ovat kiireen/keskeytysten ja häiriöiden vuoksi jääneet merkitsemättä työajan seurantaan. Lähi- ja sairaanhoitajien välillä ei ollut eroja kirjaamattoman ajan osuuksissa: Lähihoitajilla kirjaamatonta aikaa oli noin 16 prosenttia kokonaistyöajasta ja sairaanhoitajilla noin 13 prosenttia. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p > .05$).

Liite 6

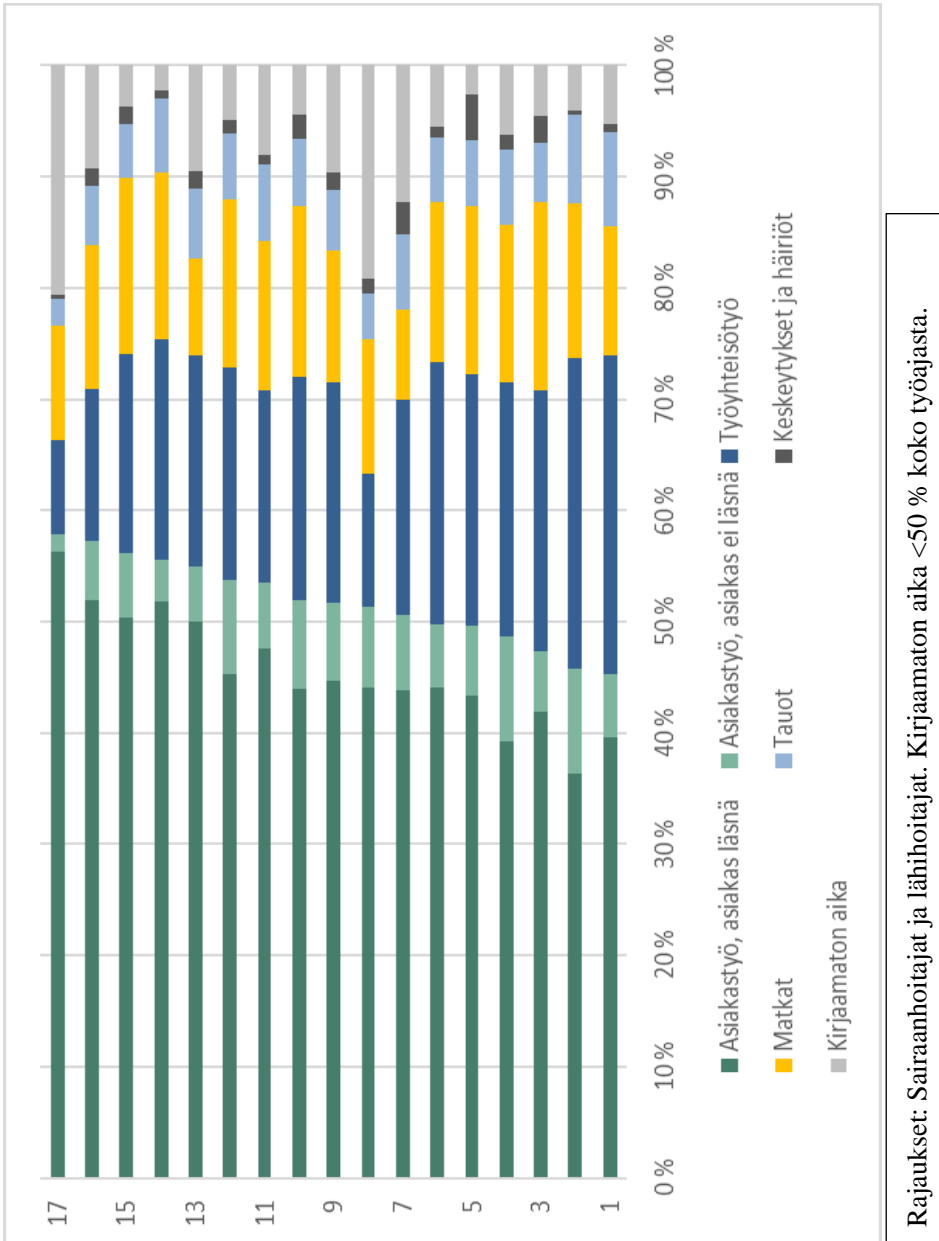
Kotihoidon asiakkaiden saaman asiakasajan jakautuminen tarkempiin toimintoihin, jaoteltuna IADL-luokituksen mukaan.

Asiakastoiminto, asiakas mukana (KH)	IADL 0 n = 240	IADL 1-3 n = 642	IADL 4-6 n = 595	Kaikki n = 1477
Päivittäinen hygienia, wc-käynti	< 1min, 3 %	1min, 5 %	5min, 11 %	3min, 8 %
Suihku/kylpy/sauna	< 1min, 3 %	1min, 2 %	1min, 2 %	1min, 2 %
Pukeutuminen ja siinä avustaminen	1min, 4 %	1min, 5 %	4min, 8 %	2min, 7 %
Ruokailussa avustaminen/ruuan lämmittäminen	1min, 4 %	3min, 12 %	7min, 15 %	4min, 13 %
Sairaanhoidolliset toimenpiteet	2min, 14 %	2min, 9 %	2min, 5 %	2min, 7 %
Lääkehoito ja vaikutusten seuraaminen	5min, 28 %	7min, 24 %	8min, 17 %	7min, 20 %
Siistiminen	< 1min, 2 %	2min, 6 %	4min, 8 %	2min, 7 %
Kirjaaminen	3min, 15 %	4min, 14 %	5min, 12 %	4min, 13 %
Asiakkaan ohjaus ja asioissa avustaminen ml. apuvälineet ja tietotekniikka	1min, 5 %	1min, 4 %	1min, 3 %	1min, 4 %
Läheisen tukeminen/ohjaus	< 1min, 1 %	< 1min, 1 %	1min, 2 %	< 1min, 1 %
Jatkohoidon järjestäminen	< 1min, 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Palvelutarpeen arviointi, hoitosuunnitelma, hoitoneuvottelu	< 1min, 1 %	< 1min, 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, 1 %
Toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistäminen, ulkoilu	< 1min, 3 %	< 1min, 2 %	1min, 2 %	1min, 2 %
Moniammatillinen työskentely asiakkaan luona, saattaminen	< 1min, 1 %	< 1min, 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Työntekijän/opiskelijan ohjaus/perehdytys asiakkaan luona	< 1min, 1 %	< 1min, 1 %	< 1min, 1 %	< 1min, 1 %
Etäkäynnit	< 1min, 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Avohilmon käynnit (asiakas läsnä)	2min, 11 %	3min, 10 %	5min, 11 %	4min, 11 %
Yhteensä	18min	28min	45min	33min

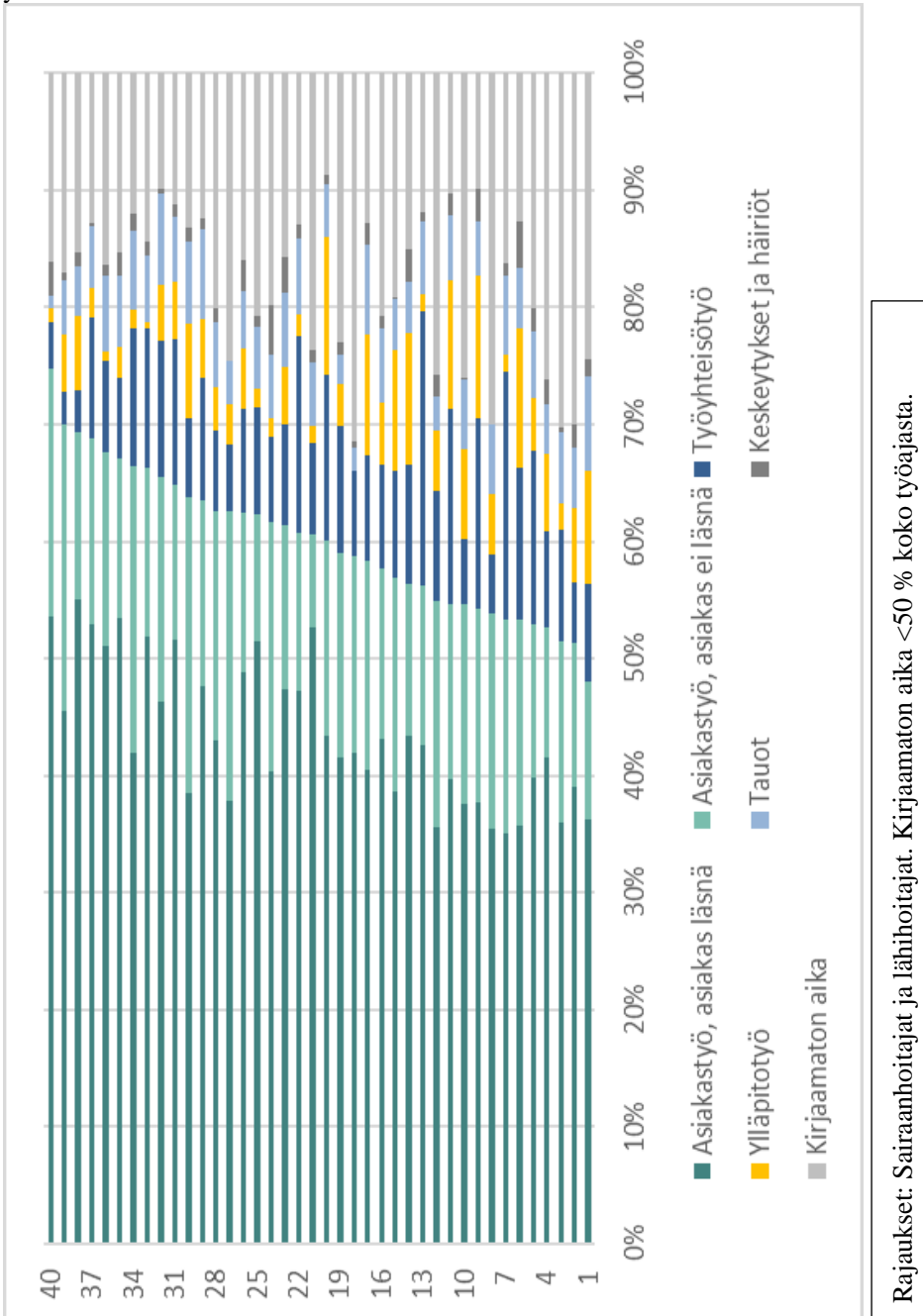
Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saaman asiakasajan jakautuminen tarkempiin toimintoihin, jaoteltuna ADL-H-luokituksen mukaan.

Asiakastoiminto, asiakas mukana (YVH)	ADL-H 0-1 n = 183	ADL-H 2-4 n = 707	ADL-H 5-6 n = 830	Kaikki n = 1538
Päivittäinen hygienia, wc-käynti	7min, 16 %	17min, 24 %	20min, 22 %	17min, 22 %
Suihku/kylpy/sauna	2min, 5 %	3min, 4 %	4min, 5 %	3min, 5 %
Pukeutuminen, siirtymisessä avustaminen ja kääntäminen	6min, 13 %	14min, 20 %	20min, 21 %	15min, 20 %
Ruokailussa avustaminen/ruuan lämmittäminen	4min, 9 %	8min, 12 %	20min, 21 %	12min, 16 %
Sairaanhoidolliset toimenpiteet	3min, 6 %	2min, 3 %	2min, 2 %	2min, 3 %
Lääkehoito ja vaikutusten seuraaminen	5min, 11 %	6min, 8 %	8min, 8 %	6min, 8 %
Asuinympäristön viihtyvyydestä huolehtiminen ja siistiminen	2min, 5 %	5min, 7 %	6min, 6 %	5min, 6 %
Kirjaaminen	2min, 4 %	1min, 2 %	1min, 1 %	1min, 2 %
Palvelutarpeen arviointi ja hoitosuunnitelma	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistäminen, ulkoilu	3min, 6 %	3min, 4 %	2min, 2 %	2min, 3 %
Asiakkaan ohjaus ja asioissa avustaminen	4min, 9 %	4min, 6 %	3min, 3 %	4min, 5 %
Läheisen tukeminen/ohjaus	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Moniammatillinen työskentely asiakkaan luona	< 1min, 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %	< 1min, < 1 %
Työntekijän/opiskelijan ohjaus/perehdytys asiakkaan luona	< 1min, < 1 %	< 1min, 1 %	1min, 1 %	1min, 1 %
Ryhmätoiminnot	4min, 10 %	5min, 7 %	5min, 5 %	5min, 6 %
Yhteensä	44min	1h 9min	1h 32min	1h 16min

Hoitajien työajan jakautuminen eri työaikaluokkiin eri kotihoiton yksiköissä



Hoitajien työajan jakautuminen eri työaikaluokkiin eri ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä



Liite 10

Kotihoidon yksiköiden kokonaishoitoaikojen vaihtelu asiakkaiden keskimääräisten MAPLE, CPS ja IADL mittareiden sekä itseilmoitetun henkilökuntatilanteen mukaan.

Organisaa- tio	Maple ka	CPS ka	IADL ka	Hoitoaika ka min	Hoitoaika vaihteluväli (min)	Asiakkaiden määrä
1	3.07	1.39	2.33	23.14	3.31-151.51	46
2	3.33	1.7	2.66	24.9	5.53-76.82	33
3	3.75	1.47	2.92	29.88	1.78-100.03	76
4	3.47	1.68	2.65	31.21	1.32-108.77	62
5	3.28	1.35	2.62	31.31	3.78-129.43	111
6	3.64	1.74	2.46	31.66	3.07-108.53	169
7	3.22	1.56	2.46	32.94	1.72-96.86	81
8	3.19	1.16	1.93	33.17	3.02-150.15	91
9	3.56	1.58	3.54	33.18	2.71-107.97	81
10	3.59	1.63	2.81	34.07	3.08-374.01	123
11	3.01	1.26	2.23	34.43	7.59-116.73	93
12	3.22	1.26	2.78	38.85	4.39-153.84	68
13	3.4	1.41	3.22	42.28	4.21-199.19	111
14	3.29	1.48	2.7	46.11	5.81-181.41	84
15	3.17	1.27	2.39	54.01	5.46-285.75	84
16	3.46	1.49	2.87	55.66	3.93-141.09	80
17	3.54	1.42	2.66	63.79	3.27-379.62	84

Liite 11

Ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden kokonaishoitoaikojen vaihtelu asiakkaiden keskimääräisten MAPLE, CPS ja IADL mittareiden mukaan.

Organisaatio	Maple ka	CPS ka	ADL ka	Hoitoaika ka min	Hoitoaika vaihteluväli	Asiakkaiden määrä
1	4.36	3.43	3.79	53.21	6.00–110.60	14
2	4.47	3.15	3.58	61.37	18.68–221.25	40
3	4.51	3.59	3.54	76.41	27.51–166.51	39
4	4.33	3.48	2.77	79.44	37.10–177.41	52
5	4.72	3.72	3.56	83.81	41.85–141.85	18
6	4.07	4	4.15	87.01	41.05–169.83	41
7	4.35	3.47	3.29	91.39	53.19–181.53	17
8	4.2	2.73	3.43	93.73	34.88–174.88	30
9	4.25	2.88	3.73	101	37.59–202.54	77
10	4.16	3.43	3.47	101.55	34.33–217.49	49
11	4.39	3.78	4.1	101.8	30.60–208.38	41
12	3.86	2.21	3	102.1	36.26–158.28	28
13	3.85	2.62	2.92	103.51	6.88–468.59	13
14	4.11	3.46	4.32	103.8	26.97–172.97	28
15	4.55	3.48	3.19	106.05	32.23–332.11	31
16	4.46	3.34	3.43	106.23	29.62–302.47	35
17	4	2.76	3	110.63	41.99–193.69	29
18	4.32	3.05	3.38	112.47	62.46–306.46	40
19	4.28	2.58	4.04	112.95	36.04–253.18	74
20	4.13	2.8	4.39	113.18	23.26–337.17	69
21	4.27	3.54	3.98	116.98	28.31–262.31	41
22	4.07	2.43	3.07	117.65	37.31–236.45	30
23	4.44	3.75	4.78	118	23.76–223.76	36
24	4.26	2.88	3.44	118.86	51.69–225.69	34
25	4.17	2.54	2.83	120.65	52.19–256.04	54
26	4.67	3.13	3.79	121.76	62.64–213.50	24
27	4.31	3.62	3.23	127.74	29.07–209.07	26

Liitteet

28	4.46	3.08	3.08	130.1	79.24–219.83	24
29	4.1	2.67	3.37	130.68	49.86–201.86	30
30	4.67	3	4	131.42	94.81–201.54	12
31	4.4	3.74	3.49	135.72	47.10–323.46	35
32	4.75	3.34	2.98	138.87	59.91–255.23	56
33	4.31	4.11	4.43	138.97	73.27–237.73	35
34	4.31	3.25	4.75	139	76.28–243.21	16
35	4.48	3.52	3.68	139.72	61.99–232.77	25
36	4.29	3.54	4.05	140.45	57.59–254.49	80
37	4.6	4.27	4.47	142.57	90.50–201.43	30
38	4.28	3.28	5.13	144.72	78.49–239.70	39
39	4.18	3.41	3.94	148.91	68.71–272.84	34
40	4.16	4.5	5.12	149.86	77.61–265.61	32
41	4.39	3.13	3.65	156.23	72.31–264.88	31
42	4.44	3.67	2.89	166.72	77.34–221.83	9
43	4.5	3.4	4.9	170.64	138.44–245.44	20
44	4.4	5.4	5.85	172.4	58.15–244.15	20

