

Rauha Heikkilä, Magnus Björkgren
Marjo Vesa, Birgit Viitanen
Anita Laine, Kaisa Taimi
Anja Noro, Matti Mäkelä
Janne Asikainen
Britta Sohlman
Teija Hammar
Leila Mäkinen
Paula Andreasen
Harriet Finne-Soveri

Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla

Kotihoito Tampereella

RAPORTTI



Raportti 27/2014

Rauha Heikkilä, Magnus Björkgren, Marjo Vesa, Birgit Viitanen, Anita Laine,
Kaisa Taimi, Anja Noro, Matti Mäkelä, Janne Asikainen, Britta Sohlman,
Teija Hammar, Leila Mäkinen, Paula Andreassen, Harriet Finne-Soveri

Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla

Kotihoito Tampereella



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-308-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302- 309-3 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-309-3>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2014



Lukijalle

Tampereen kaupungin kotihoidossa on kehitetty tuotteistamista useamman vuoden ajan. Tässä raportissa kuvataan, miten kotihoidossa vuodesta 2007 käytössä ollut RAIHC (Home Care) -välinettä voidaan käyttää ikäihmisten toimintakyvyn kuvaamisen lisäksi myös esimerkiksi tarkasteltaessa Tampereen ikäihmisten palveluja ja voimavaratarpeita kokonaisvaltaisesti ja kustannustehokkaasti eri hoitoketjujen vaiheissa: kotihoito, tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido. Kotihoidon työntekijöiden tekemiä RAI-arviointeja apuna käyttäen löydetään eri asiakasryhmiä, joilla on samankaltaisuutta sekä toimintakyvyssä että palvelutarpeissa.

Aikaisemmin Tampereella on tuotteistettu asiakasryhmittelyyn pohjautuen RUG-III LTC/34 –luokituksen avulla kaupungin oma laitoshoido ja tehostettu palveluasuminen. Kolmantena askeleena oli tuotteistusprosessi kotihoidon palveluissa, ja tämän jälkeen Tampereen kaupungissa on tuotteistettu volyymeiltaan suurimmat ikäihmisten palvelut ja tarkastelu hoitoketjujen välillä on mahdollista.

Tulevaisuudessa palvelutuotteet pohjautuvat RUG-III/18-luokitukseen, joka mahdollistaa entistä paremmin palveluketjujen tarkastelun. Jo tässä tuotteistushankkeessa laskettiin tuotehinnat käyttäen RUG-III/18 –luokitusta.

Tampereen kaupungin strategisena tavoitteena on, että kotiin annettavia palveluja lisätään, monipuolistetaan ja tehostetaan. Hoivan tarve vaihtelee yksilöllisesti, siksi taloudellisuutta ja tuottavuutta kuvattaessa on asiakasrakente otettava huomioon. Yhtenä suunnittelun, johtamisen ja päätöksenteon työkaluna tavoitteen toteuttamisessa tullaan käyttämään RUG-III/18-luokitusta. Tuotteistus mahdollistaa taloudellisuus- ja tuottavuusvertailun laajentamisen yksittäisen palvelumuodon (esim. kotihoito) lisäksi koko ikäihmisten palveluvalikoiman kattavaksi. Lisäksi palvelujen hankinnoissa ja palvelusetelillä tuotettavissa palveluissa pystytään tulevaisuudessa huomioimaan entistä enemmän palvelujen vaikuttavuus.

Erja Pennanen
Kotihoidon päällikkö
Tampereen kaupunki,
Avopalvelut

Harriet Finne-Soveri
Ikäihmisten palvelut –yksikön päällikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Tiivistelmä

Rauha Heikkilä, Magnus Björkgren, Marjo Vesa, Birgit Viitanen, Anita Laine, Kaisa Taimi, Anja Noro, Matti Mäkelä, Janne Asikainen, Britta Sohlman, Teija Hammar, Leila Mäkinen, Paula Andreasen, Harriet Finne-Soveri. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla – Kotihoito Tampereella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 27/2014 52 sivua. Helsinki 2014. ISBN 978-952-302-308-6 (painettu); ISBN 978-952-302-309-3 (pdf)

Hankkeen tavoitteena oli muodostaa kotihoidon tuotteistus, jota voidaan käyttää Tampereen kaupungin tilaajan ja palvelutuottajien välisessä sopimusohjauksessa, asiakasohjauksessa ja palvelujen hankinnassa. Tämän saavuttamiseksi

1. kuvattiin kuuden palvelutuotteen sisällöt. Lähtökohtana olivat Tampereen kaupungin laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen kuusi palvelutuotetta, jotka pohjautuvat RUG-III LTC/34-luokitukseen. Kotihoidon palvelutuotteet pohjautuvat RUG-III/18-luokitukseen
2. laskettiin palvelutuotteille hinnat
3. käsiteltiin eri maksujärjestelmämalleja ja niiden käyttötarkoituksia.

Aineistona käytettiin Tampereen kotihoidon empiiristä aineistoa, joka oli RAI-HC (Home Care) välineellä arvioitu asiakkaiden avun tarve, joka luokiteltiin RUG-III/18 luokkiin. RAI-HC tiedonkeruut toteutettiin vuosina 2012-2013.

Kotihoidon tuotteistushankkeessa noudatettiin samaa asiantuntijapalveluiden tuotteistusprosessimallia (Lehtinen & Niinimäki 2005) kuin Tampereen kaupungin laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen tuotteistushankkeissa. Palvelutuotteiden sisältökuvauksissa käytettiin apuna Delfoi-menetelmää. Palvelutuotteet muodostuvat peruspalvelusta ja kuudesta ydinpalvelusta, jotka pohjautuvat RUG-III/18-luokitukseen.

Kuudelle palvelutuotteelle laskettiin hoitopäivän hinta, joka muodostuu RUG-vakioidusta kustannuksesta ja kiinteästä kustannuksesta. Lisääntyvä tarve järjestää palvelut kotiin edellyttää uudenlaisia tapoja kohdentaa osaamista ja voimavaroja palvelutarpeiden mukaisesti. Työkaluna tavoitteen toteuttamisessa tullaan käyttämään RUG-III/18-luokitusta. Tämä kuitenkin vaatii paljon yhteistä pohdintaa ja analysointia ei vain operatiivisella tasolla, vaan myös strategisen päätöksenteon tasolla.

Avainsanat: kustannukset, palvelutarve, tuotteistaminen, RAI, RUG-luokitus, tuotteet, kotihoito, kustannuspaino

Sammandrag

Rauha Heikkilä, Magnus Björkgren, Marjo Vesa, Birgit Viitanen, Anita Laine, Kaisa Taimi, Anja Noro, Matti Mäkelä, Janne Asikainen, Britta Sohlman, Teija Hammar, Leila Mäkinen, Paula Andreasen, Harriet Finne-Soveri. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla – Kotihoito Tampereella. [En produktifiering för hemvård baserat på RUG-III/18 klassificeringen]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 27/2014 52 sidor. Helsingfors, Finland 2014. ISBN 978-952-302-308-6 (tryckt); ISBN 978-952-302-309-3 (pdf)

Målsättningen med projektet var att utforma en produktifiering av hemvårdstjänster som kan användas av Tammerfors stad för kontraktsstyrning, klientstyrning samt för upphandling av hemvårdstjänster. För att uppnå detta

1. Beskrevs innehållet av sex olika serviceprodukter. Utgångsläget var de serviceprodukter som tidigare utvecklats för institutionsvården och effektiverat boende som baserats på RUG-III LTC/34 klassificeringen. Hemvårdens serviceprodukter grundar sig på RUG-III/18 klassificeringen.
2. Beräknades priserna för de serviceprodukterna
3. Gjordes en genomgång av olika prissättningssystem och deras användningsområden

Det empiriska forskningsmaterialet omfattade Tammerfors hemvårds RAI-HC (Home Care) bedömningar som utgör grunden för klassificeringen av klienter i RUG-III/18 grupper. RAI-HC materialet hämtades från åren 2012-2013.

Produktifieringen av hemvårdstjänster genomfördes med samma processmetoder baserat på ståndpunkter av sakkunniga (Lehtinen & Niinimäki 2005) som användes i projektet för institutionsvården och effektiverat boende. För utvecklingen av serviceprodukternas innehåll användes Delphi metoden som hjälpmedel. Serviceprodukterna utgörs av en grundservice samt sex stycken kärntjänster baserat på RUG-III/18 klassificeringen.

För de sex serviceprodukterna beräknades vårddygnspriser som omfattar en RUG-justerat kostnadsdel och en fast kostnadsdel. Det stigande behovet av hemvårdstjänster förutsätter nya tillvägagångssätt att fördela kunskande och resurser på basen av servicebehovet. Som arbetsredskap för att uppnå dessa målsättningar kommer den enhetliga RUG-III/18 klassificeringen att användas. Detta kräver däremot mycket sammanbundna diskussioner och analyser inte bara på det operativa planet utan också på det strategiska beslutsfattande planet.

Nyckelord: kostnader, vårdbehov, produktifiering, RAI, RUG-klassificeringen, vårdprodukter, hemvård, kostnadsvikter

Abstract

Rauha Heikkilä, Magnus Björkgren, Marjo Vesa, Birgit Viitanen, Anita Laine, Kaisa Taimi, Anja Noro, Matti Mäkelä, Janne Asikainen, Britta Sohlman, Teija Hammar, Leila Mäkinen, Paula Andreasen, Harriet Finne-Soveri. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla – Kotihoito Tampereella. Home care service packages based on the RUG-III/18 classification system]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 27/2014 52 pages. Helsinki, Finland 2014. ISBN 978-952-302-308-6 (printed); ISBN 978-952-302-309-3 (pdf)

The purpose of the study was to establish service packages for elderly home care to be used by the Municipality of Tampere in negotiations, case management, and service contracts. To achieve this, we

1. described six service packages. As a starting point we used service packages developed long-term care and sheltered housing based on the RUG-III/34 group version. The home care service packages were based on the RUG-III/18 version.
2. calculated price components for the service packages
3. examined different payment methods and their use

For the analysis we used RAI-HC (Home Care) Assessment Instrument by which clients are classified into a RUG-III/18 group. The data came from the home care agency in the Municipality of Tampere covering clients served in 2012 and 2013.

For developing the service packages we used a process and expert panel method similar to that applied in the studies developing service packages for long-term care and sheltered housing. The content of service packages were created using the Delphi-method. The service packages include a basic service and six core service packages based on the RUG-III/18 classification.

For each of the six service packages we calculated per diem prices. The per diem rate comprised of two cost components; a case-mix adjusted rate and a fixed rate. The increasing demand for home care services calls for new means to allocate human and capital resources. For this purpose, the RUG-III/18 classification will be applied as a tool. This will require collaborative analysis not only on the operative level but also on the strategic decisionmaking and policy levels.

Keywords: cost, elderly, services, productization, products, RAI, RUG-classification, home care, case-mix

Sisällys

Lukijalle	3
Tiivistelmä	4
Sammandrag	5
Abstract	6
Lyhenteitä ja käsitteitä	9
1 Johdanto	11
2 Hankkeen tavoitteet	13
3 Hankkeen organisointi	14
4 Standardituotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla	16
5 Tampereen kotihoidon tuotteistuksen empiirinen tarkastelu	18
5.1 Aineisto	18
5.2 Menetelmät	18
5.3 Palvelutuotteet ja asiakkaiden palvelutarve, terveydentilan vakaus, kipu	19
5.4 Palvelutuotekuvaukset	25
5.5 Palvelutuotteiden hinnoittelu	29
5.6 Maksujärjestelmä	31
6 Pohdintaa	37
Lähteet	39
Liitteet	40

Lyhenteitä ja käsitteitä

ADL	Activities in Daily Living, päivittäiset toiminnot, jonka mittaamiseen käytetään RAI-järjestelmään sisältyviä mittareita ADL-h ja ADL-RUG.
ADL-h	RAI-järjestelmään sisältyvä hierarkkinen ADL-mittari. Mittari huomioi päivittäisistä toiminnoista liikkumisen, wc:n käytön, henkilökohtaisen hygienian ja syömisen. Asteikko 0-6, missä 0 on itsenäinen ja 6 täysin autettava.
ADL-RUG	RUG-III-LTC-luokitukseen liittyvä ADL-mittari. Mittari huomioi päivittäisistä toiminnoista liikkumisen sängyssä, wc:n käytön, siirtymisen ja syömisen. Asteikko on 4-18.
CHESS	The MDS-Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs. Asiakkaan terveydentilan vakautta ja ennustetta kuvaava asteikko.
CPS	RAI-järjestelmään sisältyvä kognitiivisten toimintojen asteikko (Cognitive Performance Scale). Mittari huomioi lähimuistin, ymmärretyksi tulemisen, päätöksentekokyvyn, kyvyn syödä itse ja tajunnan tason. Asteikko 0-6, missä 0 on normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajaus.
Kustannuspaino	Kustannuspaino (Kp)/Case Mix Index (CMI) on yksittäisen asiakkaan laskennallinen resurssitarve, verrattuna (vertailuaineiston) kaikkien asiakkaiden keskiarvoon. Kts RUG.
MAPLe	Method for Assigning Priority Levels, palvelutarvetta kuvaava asteikko.
RAI	Resident Assessment Instrument, asiakkaan arviointimenetelmä.

RAI-järjestelmä	Minimum Data Set tai sen 2006 uudistettuun inter-RAI- kysymyslomakkeistoon perustuvat kysymyssarjat, käsikirjat, kysymyksistä koostetut mittarit sekä palvelu- ja hoitosuunnitelman apuvälineet.
RAI-HC	RAI Home Care. Perustuu kotihoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2.0) kysymyslomakkeistoon.
RAI-LTC	RAI Long Term Care. Perustuu laitoshoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2.0) kysymyslomakkeistoon.
RUG	RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakennetta kuvaava Resource Utilization Groups-luokitus.Kts kustannuspaino.
RUG-III	RAI-järjestelmään sisältyvän Resource Utilization Groups -luokituksen kolmas versio.
RUG-III HC/22	Resource Utilization Groups -luokituksen RAI-HC-asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 22 alaluokkaa.
RUG-III LTC/34	Resource Utilization Groups -luokituksen RAI-LTC-asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 34 alaluokkaa.
RUG-III/18	Resource Utilization Groups -luokituksen yhtenäinen asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 18 alaluokkaa.

1 Johdanto

Vuoden 2013 lopussa oli Suomen kuudessa suurimmassa kaupungissa 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä noin 263 000, mikä on 23 prosenttia enemmän kuin vuonna 2009. Tampereen kaupungin ikärakenne on Kuusikkovertailun keskitasoa iäkkäämpi (Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalouden kustannusten vertailu vuonna 2013). Ympäri vuorokautisen hoidon tarvitsijoita tulee olemaan aiempaa enemmän ja kansallisten laatusuosituksen mukaisesti yhä useampi pyritään hoitamaan omassa kodissaan.

Tampereen kotihoidon palveluilla tarkoitetaan asiakkaan selviytymisen kannalta riittäviä kotiin järjestettyjä sosiaali- ja terveystalouden palveluja kuten apua, tukea, hoivaa ja hoitoa, kuntoutusta sekä ohjausta päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumisessa tarvittaessa ympärivuorokautisesti (www.tampere.fi). Tampereen kaupunki siirtyi vuonna 2007 pormestariin ja otti käyttöön tilaaja-tuottajamallin, jonka tavoitteena on, että palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti tavoitellen vaikuttavuutta, monipuolisuutta ja taloudellisuutta. Tilaaja tilaa palvelut palvelun tuottajalta tilaajan ja tuottajan tekemän sopimuksen mukaisesti. Sopimuksessa määritellään muun muassa tuotettavien palvelujen hinta, laatu ja määrä. Palvelusopimusten edellytyksenä on, että palvelut on tuotettu ja palveluista saatavat korvaukset maksetaan palvelujen tuottajalle kuukausittain (Hakari 2009). Kotihoidon palvelut tuotettiin vuonna 2008 ja otettiin käyttöön tuntipohjaiset palvelutuotteet, jotka olivat peruskotihoito ja tehostettu kotihoito. Peruskotihoitoon kuuluu asiakas joka tarvitsee kotihoitoa alle 60 tuntia kuukaudessa. Tehostettuun kotihoitoon kuuluu asiakas, jonka toimintakyky on selkeästi alentunut ja joka tarvitsee kotihoitoa yli 60 tuntia kuukaudessa.

Tuntimäärään perustuvat palvelutuotteet eivät kuvaa asiakkaan hoitoisuutta. Heinäkuussa 2013 voimaan astuneen lain *ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouden palveluista (980/2012) eli vanhuspalvelulain* yhtenä tavoitteena on turvata iäkkäille ihmisille hyvä hoito ja huolenpito. Hoitoa ja huolenpitoa turvaava palvelukokonaisuus on suunniteltava vastaamaan iäkkään henkilön yksilöllisiä tarpeita, jotka on selvitettävä viivytyksettä ja monipuolisesti luotettavia arviointivälineitä käyttäen. RAI-järjestelmä on asiakkaan hoidon, palveluiden laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi kehitetty standardoitu ja kansainvälisesti päteväksi ja luotettavaksi osoitettu asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen arviointijärjestelmä (Morris ym. 1996, Sgadari ym. 1997). RAI-järjestelmästä saadaan myös RUG-luokitus (Resource Utilization Groups), joka kuvaa vanhuspalveluiden asiakasrakennetta. RUG-luokitus ryhmittelee asiakkaat päivittäisen voimavarakäytön perusteella kliinisesti yhdenmukaisiin luokkiin (Fries ym. 1994, Björkgren ym. 1998 Björkgren 2002.)

Asiakkaan palvelutarpeen arviointi ja palveluiden järjestäminen on keskitetty tilaajan puolelle perustettuun kotihoidon asiakasohjausyksikköön. Kotihoidon asiakasohjaaja arvioi asiakkaan palvelutarpeen yhdessä asiakkaan kanssa ja tilaa tarvittavat kotihoidon palvelut tuotannolta. Näin ollen asiakkaan saaman palvelun ratkaisee asiakkaan tarve – ei palvelujen tuotannon sen hetkiset resurssit. Samalla pystytään myös turvaamaan asiakkaiden tasapuolinen palveluiden saaminen. Kotihoidon RAI-järjestelmää käytetään palvelutarpeen ja tavoitteiden määrittelyssä sekä hoidon suunnittelussa.

Kotihoidon tuotteistuksen lähtökohtana olivat asiakasryhmittelyyn pohjautuvat tuotteistushankkeet Tampereen kaupungin laitoshoidon 2010–2011 (Heikkilä ym. 2013) ja Tehostettu palveluasuminen Tampereella 2012-2013 (Heikkilä ym. 2013). Yksiportaiseksi muuttumassa oleva palvelurakenne ja jatkotietojen edestakaisin siirtyvien asiakkaiden lisääntyminen edellyttävät palvelutyypin tarkastelua samanaikaisesti. Koska kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kustannusten ja toiminnan vertailu on entistä tärkeämpää, on kehitetty RUG-III/18-luokitus, joka selittää mahdollisimman hyvin asiakkaiden voimavaratarpeen vaihtelua palvelutyypistä ja RAI-arviointivälineestä riippumatta sekä mahdollistaa vertailun läpi hoitoketjun (Heikkilä ym. 2012.)

2 Hankkeen tavoitteet

Hankkeen tavoitteena oli muodostaa tuotteistus, jota voidaan käyttää Tampereen kaupungin tilaajan ja palvelutuottajien välisessä sopimusohjauksessa, asiakasohjauksessa ja palvelujen hankinnassa. Kotihoidon tuotteistuksessa tarkasteltiin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden lisäksi myös palveluasumisen asiakkaita, koska valtakunnallisesti linjataan kotona asumiseen säännöllisen kotihoidon lisäksi palveluasuminen. Lisäksi tuotteistukseen sisällytettiin nykyinen tehostettu palveluasuminen palvelutalossa/-asunnossa, sillä Tampereella ollaan muuttamassa palveluasumista kotihoidoksi osana palvelurakennemuutosta.

Tämän saavuttamiseksi Tampereen kaupungin järjestämään kotihoitoon

1. kuvattiin kuuden palvelutuotteen sisällöt. Lähtökohtana olivat Tampereen kaupungin laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen kuusi palvelutuotetta, jotka pohjautuvat RUG-III LTC/34-luokitukseen. Kotihoidon palvelutuotteet pohjautuvat RUG-III/18-luokituksen pohjalle
2. laskettiin palvelutuotteille hinnat
3. käsiteltiin eri maksujärjestelmämalleja ja niiden käyttötarkoituksia.

3 Hankkeen organisointi

Kotihoidon tuotteistushankkeessa muodostettiin ohjausryhmä, jolla oli päätösvalta tuotteistushankkeessa. Palvelutuotteiden sisältöryhmä työsti palvelutuotekuvaukset ohjausryhmään ja palvelutuotteiden hinnoitteluryhmä työsti kotihoidon palvelutuotteiden hintataulukon ohjausryhmään.

Tuotteistuksen ohjausryhmän jäsenet:

Tanja Koivumäki, suunnittelupäällikkö, pj ad. 2014, Tampereen kaupunki
Marjo Vesa, suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki, pj vuoden 2014 alusta
Heini Aspelin, ts. ostopalvelusuunnittelija, Tampereen kaupunki
Taina Humaloja, vastaava sairaanhoitaja, Kotipirtti ry
Jarkko Hämäläinen, suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki, ad 2014
Kaija Kallinen, toiminnanjohtaja, Kotipirtti ry
Johanna Leisio, vastaava asiakasohjaaja, Tampereen kaupunki, ad 2014
Maria Länsiö, toiminnanjohtaja, Tampereen Ensi- ja turvakoti ry
Leila Mäkinen, kotihoidon koordinaattori, Tampereen kaupunki
Erja Pennanen, kotihoidon päällikkö, Tampereen kaupunki
Kaisa Taimi, asiakasohjauspäällikkö, tilaajaryhmä, Tampereen kaupunki
Tiia Veko, johtaja, Pihlajalinna
Birgit Viitanen, ts. suunnittelija, Tampereen kaupunki

Kotihoidon palvelutuotteiden sisältöryhmä:

Tampereen kaupungin kotihoito:

Miia Aaltonen, lähihoitaja	Katri Lehto, kodinhoitaja
Eeva Aromaa, lähihoitaja	Tanja Leijokari-Olosunde, sairaanhoitaja
Jaana Ervelius, lähihoitaja	Anu Luotonen, terveydenhoitaja
Louise Fagerlund, sairaanhoitaja	Heli Manninen, lähihoitaja
Anne Forsberg, terveydenhoitaja	Niina Mattila, lähihoitaja
Margit Forss, sairaanhoitaja	Leena Mäkinen, lähihoitaja
Sirpa Haapalehto, kotihoidon esimies	Leila Mäkinen, kotihoidon koordinaattori
Anne Harra, perushoitaja	Riikka Männikkö, lähihoitaja
Mari Hirvonen, lähihoitaja	Johanna Nevala, kodinhoitaja
Kerstin Hummel-Jokinen, lähihoitaja	Marja-Liisa Saari, kotihoidon esimies
Tanja Kontkanen, sairaanhoitaja	Päivi Salo, lähihoitaja
Elina Korhonen, lähihoitaja	Jonna Sihvo, terveydenhoitaja
Merja Korpi, johtava kotihoidon esimies	Elina Sillman, sairaanhoitaja

Tampereen kaupungin asiakasohjaus

Sanna Gren, asiakasohjaaja

Arja Joenperä, asiakasohjaaja

Paula Kortnesniemi, asiakasohjaaja

Susanna Kotajärvi, asiakasohjaaja

Katja Matikka, asiakasohjaaja

Elina Lind, asiakasohjaaja

Marika Luosmala, vastaava asiakasohjaaja

Taru Luukkanen, asiakasohjaaja

Raili Palonen, asiakasohjaaja

Jonna Saarinen, asiakasohjaaja

Elina Sainio, asiakasohjaaja

Eeva Soukkala, asiakasohjaaja

Ulkoiset tuottajat

Kirsi Jerman, Kotipirtti ry

Sari Jämiä, Petsamo koti

Aino Kahiluoma, Kotipirtti ry

Anne Mäkelä, Kotipirtti ry

Marja Paloviita, Kotipirtti ry

Tiia Veko, Pihlajalinna

Sisältökuvausten kommentointia, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Teija Hammar, erikoistutkija

Britta Sohlman, kehittämisspäällikkö

Kotihoidon palvelutuotteiden hinnoitteluryhmä:

Tanja Koivumäki, suunnittelupäällikkö, pj ad. 2014, Tampereen kaupunki

Marjo Vesa, suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki, pj vuoden 2014 alusta

Arja Lepistö, talouspäällikkö, Tampereen ensi- ja turvakoti

Kaija Kallinen, toiminnanjohtaja, Kotipirtti ry

Anita Laine, taloussuunnittelija, Tampereen kaupunki

Johanna Leisio, vastaava asiakasohjaaja, Tampereen kaupunki, ad 2014

Leila Mäkinen, kotihoidon koordinaattori, Tampereen kaupunki

Kaisa Taimi, asiakasohjauspäällikkö, Tampereen kaupunki

Birgit Viitanen, suunnittelija, Tampereen kaupunki

Magnus Björkgren, projektipäällikkö, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Rauha Heikkilä, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

4 Standardituotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla

Tampereella ikäihmisten palvelujen tuotteistaminen alkoi laitoshoidon tuotteistamishankkeella (Heikkilä ym. 2013), jota seurasi tehostetun palveluasumisen tuotteistushanke (Heikkilä ym. 2013). Molemmista tuotteistushankkeissa palvelutuotteet pohjautuvat RUG-III LTC-luokituksen pohjalle. Tampereen kaupungin strategisena tavoitteena on kotona asumisen tukeminen – palvelurakennemuutokset kohdistuvat sosiaalihuoltolain mukaisen laitoshoidon supistamiseen ja avopalvelujen lisäämiseen. Koska kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kustannusten ja toiminnan vertailu on entistä tärkeämpää, on kehitetty RUG-III/18-luokitus, joka selittää mahdollisimman hyvin asiakkaiden voimavaratarpeen vaihtelua palvelutyypistä ja RAI-arviointivälineestä riippumatta sekä mahdollistaa vertailun läpi hoitoketjun (Heikkilä ym. 2012.) Kotihoidon palvelutuotteet pohjautuvat RUG-III/18-luokituksen pohjalle. Taulukossa 1 on esitetty eri RAI-välineet ja niiden RUG-luokitukset.

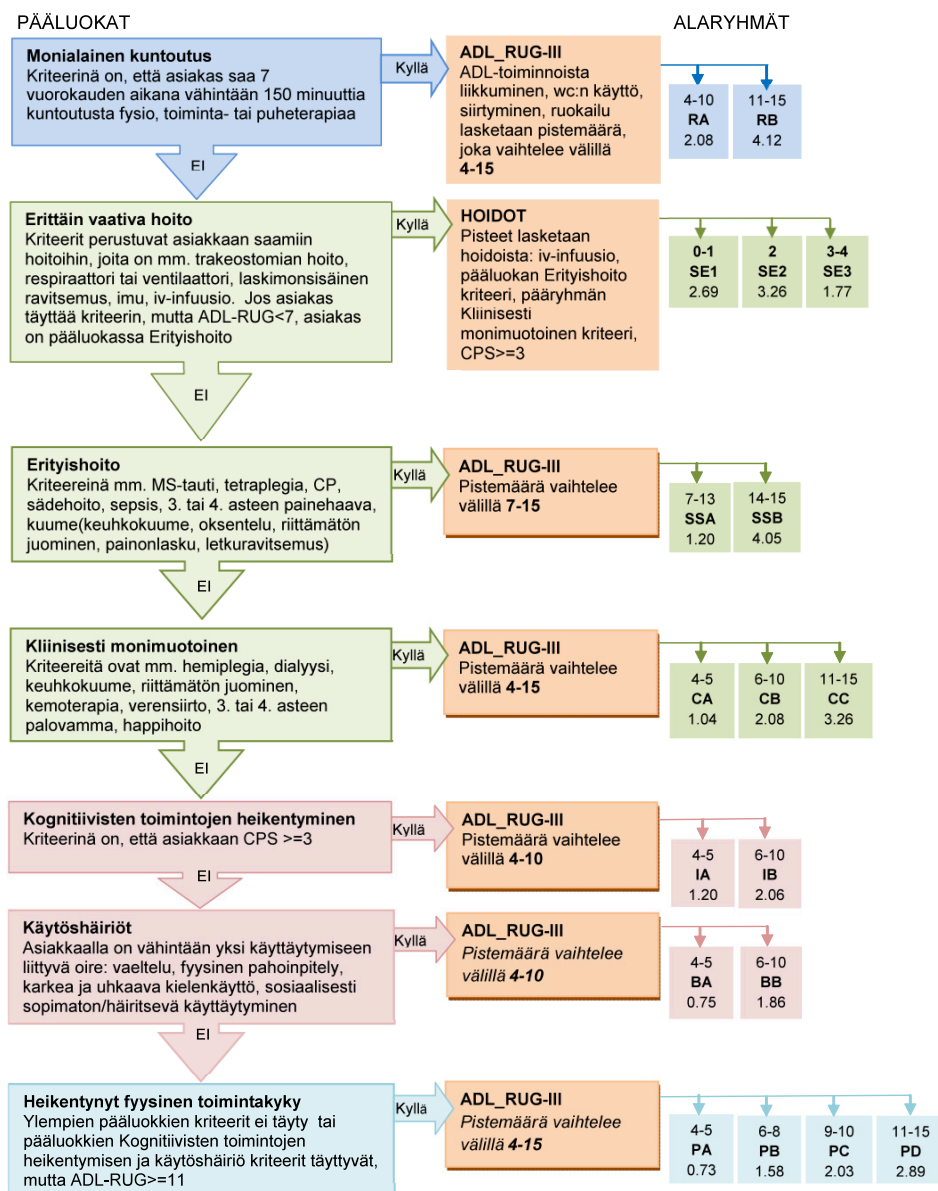
Taulukko 1. Eri RAI-välineet ja niiden RUG-luokitukset

RAI-väline	RUG-luokitus
RAI-HC (kotihoito ja palveluasuminen)	RUG-III HC/22 - 22 alaryhmää, RUG-III/18 - 18 alaryhmää
RAI-LTC (palveluasuminen ja laitoshoido)	RUG-III LTC/34 - 34 alaryhmää, RUG-III/18 - 18 alaryhmää

Tuotteistamiseen vaikuttaa sen käyttötarkoitus, joka voi olla toiminnan kuvaaminen tai laskutus, hinnoittelu, palkitseminen, tai sopimusten seuranta (Linna & Junnila 2012). Standardituotteistuksessa palvelutuotteet ryhmitellään esimerkiksi RUG-luokituksen avulla palvelutuotteiksi.

RUG-III/18-luokituksessa on seitsemän pääluokkaa ja niiden kriteerit perustuvat asiakkaan terveydentilaan, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja erityishoitoihin tai -tarpeisiin. Luokitus on hierarkkinen. Ensimmäiseen pääluokkaan *Monialainen kuntoutus* luokituu aktiivisen kuntoutuksen asiakkaat. Mikäli asiakas ei sovellu pääluokkaan *Monialainen kuntoutus*, testataan hierarkiassa seuraavaksi tulevan pääluokan *Erittäin vaativa hoito* kriteerit, sitten sitä seuraavan, kunnes pääluokka on määritelty. Pääluokkien sisällä fyysinen toimintakyky luokitaa alaryhmän kaikissa muissa pääluokissa paitsi pääluokka *Erittäin vaativa hoito*, missä luokittelijana on hoidot. RUG-III/18-luokituksen validointitutkimuksessa julkaistiin kahdet kustannuspainot:kotihoitoon ja palveluasumiseen omat kustannuspainot sekä tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoidon omat kustannuspainot. Kotihoidon kustannuspainot ovat korkeammat kuin tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon, koska koti-

hoidossa omaisten antama hoito on mukana (Heikkilä ym. 2012.) Kustannuspainot selitetään tarkemmin luvussa 6.5 Palvelutuotteiden hinnoittelu. Kuviossa 1 on kuvattu RUG-III/18-luokitusjärjestelmä, kuviossa on kotihoidon ja palveluasumisen kustannuspainot.



Kuvio 1. RUG-III/luokitusjärjestelmä

5 Tampereen kotihoidon tuotteistuksen empiirinen tarkastelu

5.1 Aineisto

Tampereen kotihoidon tuotteistusta tarkastellaan RAI-HC arviointiaineistojen avulla (RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut –yksikkö, THL 2013). Arviointiaineiston muodostivat Tampereen kaupungin kotihoidon alueet länsi, etelä ja itä sekä ulkoiset palveluntuottajat Pihlajalinna ja Kotipirtti (Taulukko 2).

Taulukko 2. Asiakkaiden RAI-arviointien lukumäärät eri yksiköissä

Palveluntuottaja	Asiakkaiden RAI-arvioinnit, lukumäärä			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Tampereen kaupungin kotihoito, länsi	631	618	694	713
Tampereen kaupungin kotihoito, etelä	360	390	495	500
Tampereen kaupungin kotihoito, itä	590	734	664	754
Pihlajalinna	97	98	86	95
Kotipirtti*				21

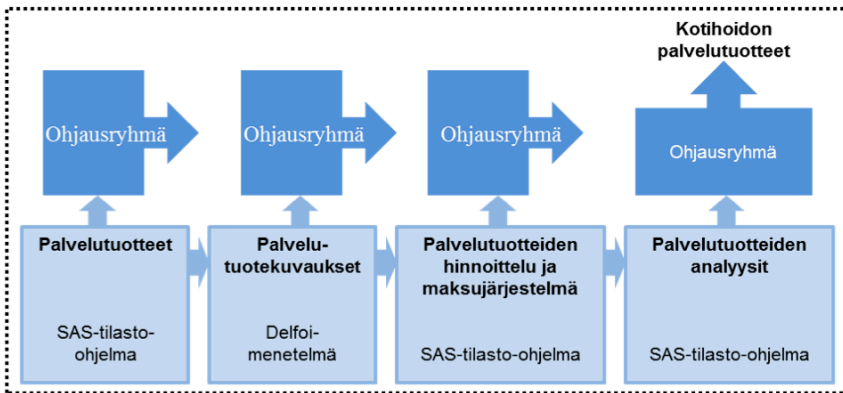
*RAI-arviointitiedot alkaen 2013_1

Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL 2013

5.2 Menetelmät

Palvelutuotteiden sisältökuvaukset tehtiin käyttäen apuna Delfoi-menetelmää, joka on kyselytutkimusta lähestyvä laadullinen menetelmä. Delfoi-tutkimus tulee ymmärtää pikemminkin lähestymistavaksi kuin itsenäiseksi tutkimusmenetelmäksi. Delfoi-menetelmän peruseräitä ovat asiantuntijoiden käyttö, anonymiteetti, toistaminen ja palaute asiantuntijoille sekä asiantuntijoiden mielipiteen lähestyminen kohti konsensusta. Kyselykierroksia toteutettiin niin kauan kuin saatiin yksimielisyys. Paneeliin osallistuvien asiantuntijoiden kannanotot ovat tasavertaisia. (Hyttinen & Aavarinne 2000.) Tilastolliset analyysit tehtiin RAI-aineistosta käyttämällä suoria

jakaumia, keskiarvoja ja ristiintaulukointia. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilasto-ohjelmaa. Kuviossa 2 on esitetty tuotteistusprosessi.

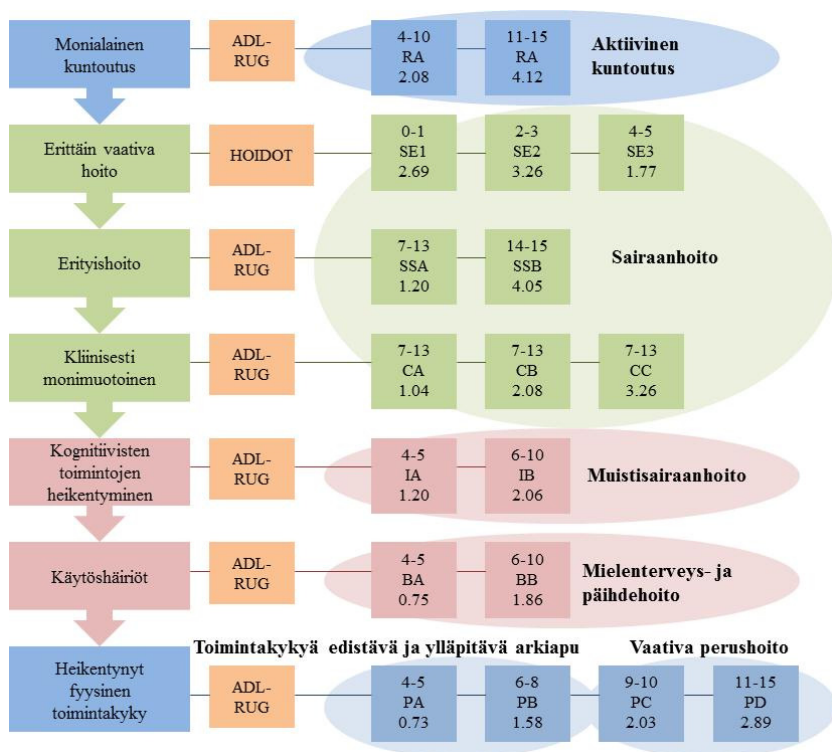


Kuvio 2. Kotihoidon tuotteistusprosessi

5.3 Palvelutuotteet ja asiakkaiden palvelutarve, terveydentilan vakaus, kipu

Kotihoidon asiakasryhmittelyyn perustuva tuotteistus Tampereella pohjautuu RUG-III/18-luokitukseen (kuvio 3). Lähtökohtana kotihoidon tuotteistukseen oli Tampereen kaupungin laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen tuotteistukset ja niiden kuusi palvelutuotetta.

Taulukon 3 perusteella voidaan todeta, että määrällisesti suurin palvelutuote oli *Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu* ja vastaavasti määrällisesti pienin *Aktiivinen kuntoutus* tarkastelujakson alussa 2012_1. Uusia asiakkaita oli yhteensä 242 asiakasta (14 %): *Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu* 160 asiakasta (17 %), *Mielenterveys- ja päihdehoito* 21 asiakasta (18 %), *Muistisairaanhoido* 26 asiakasta (9 %), *Vaativa perushoito* 5 asiakasta (26 %), *Sairaanhoido* 29 asiakasta 11 %, *Aktiivinen kuntoutus* 1 asiakas (8 %). Liitteessä 1 on esitetty kuviona, miten jokaisen palvelutuottajan asiakkaat jakaantuvat palvelutuotteisiin koko tarkastelujakson aikana (2012_1, 2012_2, 2013_1, 2013_2).



Kuvio 3. Kuusi palvelutuotetta pohjautuu RUG-III/18-luokitukseen

Taulukko 3. Eri palvelutuottajan asiakkaat palvelutuotteissa 2012_1 ja 2013_2, %

Palvelutuotteet	Tampereen kaupungin kotihoito, läntinen alue		Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue		Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue		Ulkoisen palvelutuottaja Pihlajalinnassa	
	2012_1 n=631	2013_2 n=713	2012_1 n=360	2013_2 n=500	2012_1 n=590	2013_2 n=754	2012_1 n=97	2013_2 n=95
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	54 %	57 %	60 %	60 %	59 %	59 %	66 %	49 %
Mielenterveys- ja päihdehoito	7 %	6 %	8 %	7 %	6 %	6 %	6 %	6 %
Muistisairaanhoito	21 %	20 %	18 %	17 %	15 %	16 %	18 %	33 %
Vaativa perushoito	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	2 %	0 %	0 %
Sairaanhoido	16 %	14 %	13 %	13 %	18 %	16 %	10 %	12 %
Aktiivinen kuntoutus	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %

*RAI-arviointitiedot alkaen 2013_1

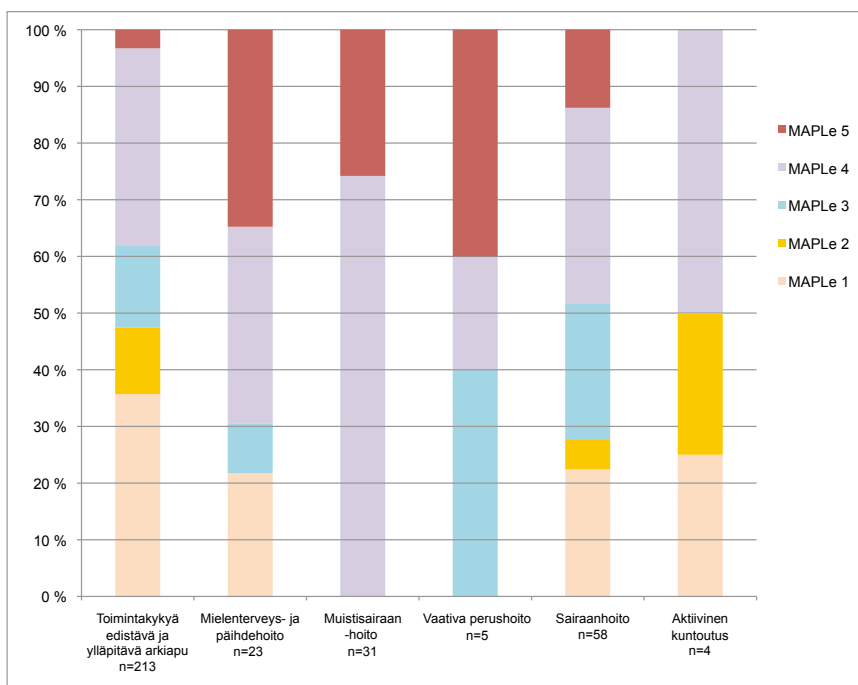
Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelu -yksikkö, THL 2013

uusien asiakkaiden palvelutarve (MAPLe) eri palvelutuotteissa 2013_2 (n=334). Liitteessä 2 on esitetty kuvioina Tampereen kotihoidon alueiden ja ulkoisen palvelutuottajan asiakkaiden palvelutarpeet palvelutuotteittain tarkastelujakson aikana (2011_1, 2012_2, 2013_1, 2013_2).

Taulukko 4. Asiakkaiden palvelutarve (MAPLe) eri palvelutuotteissa 2012_1, 2013_2, %

Palvelutuotteet	MAPLe 1		MAPLe 2		MAPLe 3		MAPLe 4		MAPLe 5		
	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	30 %	29 %	17 %	17 %	20 %	19 %	30 %	32 %	3 %	3 %	2012_1 n=969, 2013_2 n=1198
Mielenterveys- ja päihdehoito	5 %	9 %	7 %	4 %	8 %	11 %	39 %	39 %	42 %	38 %	2012_1 n=115, 2013_2 n=132
Muistisairaanhoito	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	59 %	64 %	41 %	36 %	2012_1 n=300, 2013_2 n=379
Vaativa perushoito	0 %	0 %	0 %	3 %	27 %	34 %	46 %	41 %	27 %	22 %	2012_1 n=19, 2013_2 n=32
Sairaanhoito	19 %	16 %	9 %	8 %	20 %	21 %	34 %	37 %	17 %	18 %	2012_1 n=262, 2013_2 n=303
Aktiivinen kuntoutus	9 %	22 %	18 %	6 %	27 %	11 %	27 %	39 %	18 %	22 %	2012_1 n=13, 2013_2 n=18

Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL 2013



Kuvio 5. Uusien asiakkaiden palvelutarve (MAPLe) eri palvelutuotteissa 2013_2 (n=334)

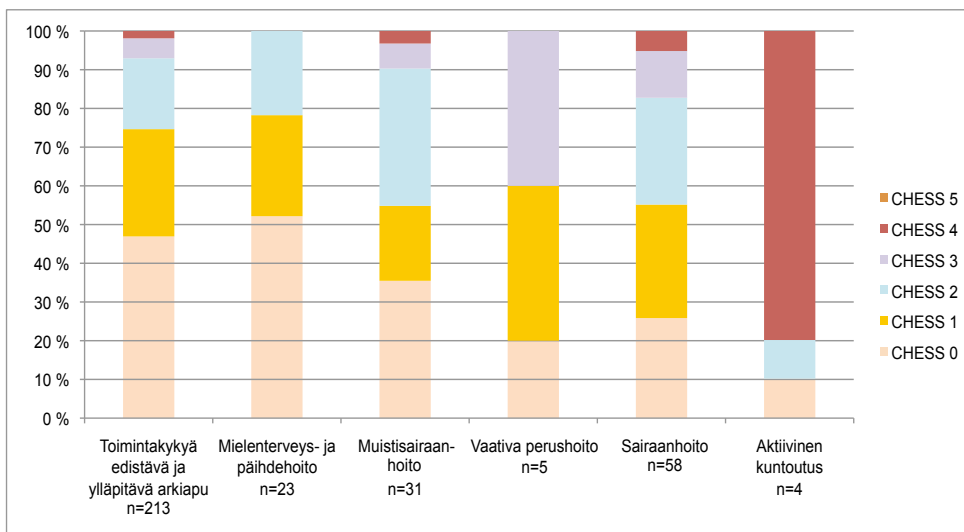
Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden terveydentilan vakautta tarkasteltiin CHES (The MDS-Changes in Health, End-Stage disease, Symptoms and Signs) mittarin avulla (Hirdes ym. 2003). Mittarin avulla arvioidaan asiakkaan terveydentilan va-

kautta oireiden esiintymisen (oksentelu, hengenahdistus, turvotus, tahaton painonlasku, riittämätön juominen, vähäisen ruuan tai juoman määrä), päätöksentekokyvyn huononemisenä, päivittäisten toimintojen suorituskyvyn huononemisenä ja kuuden kuukauden tai vähemmän olevan elinennusteen perusteella. Mittarin asteikko on 0-5, missä 0 merkitsee erittäin vakaata terveydentilaa, 1 vakaata terveydentilaa, 2 joko-seenkin vakaata terveydentilaa, 3 hieman epävakaata terveydentilaa, 4 melko epävakaata terveydentilaa ja 5 hyvin epävakaata terveydentilaa. Taulukossa 5 on esitetty koko kotihoidon (oma tuotanto ja ostopalvelu) asiakkaiden terveyden tilan vakaus kuudessa palvelutuotteessa. Kuviossa 6 on uusien asiakkaiden terveydentilan vakaus eri palvelutuotteissa 2013_2 (n=334). Liitteessä 3 on esitetty kuvioina Tampereen kotihoidon alueiden ja ulkoisen palvelutuottajan asiakkaiden terveydentilan vakaus palvelutuottein tarkastelujakson aikana (2011_1, 2012_2, 2013_1, 2013_2).

Taulukko 5. Asiakkaiden terveydentilan vakaus palvelutuotteissa 2012_1, 2013_2, %

Palvelutuotteet	CHESS 0		CHESS 1		CHESS 2		CHESS 3		CHESS 4		CHESS 5		
	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	57 %	52 %	26 %	28 %	13 %	15 %	4 %	5 %	0 %	1 %	0 %	0 %	2012_1 n=969, 2013_2 n=1198
Mielenterveys- ja päihdehoito	47 %	48 %	33 %	33 %	14 %	17 %	5 %	2 %	0,9 %	1 %	0 %	0 %	2012_1 n=115, 2013_2 n=132
Muistisairaanhoito	30 %	30 %	24 %	25 %	36 %	33 %	8 %	11 %	1 %	1 %	0 %	0 %	2012_1 n=300, 2013_2 n=379
Vaativa perushoito	42 %	19 %	21 %	34 %	26 %	28 %	11 %	13 %	0 %	6 %	0 %	0 %	2012_1 n=19, 2013_2 n=32
Sairaanhoito	23 %	22 %	26 %	35 %	30 %	21 %	16 %	15 %	5 %	7 %	0 %	0 %	2012_1 n=262, 2013_2 n=303
Aktiivinen kuntoutus	54 %	56 %	23 %	11 %	0 %	28 %	15 %	0 %	8 %	6 %	0 %	0 %	2012_1 n=13, 2013_2 n=18

Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL 2013



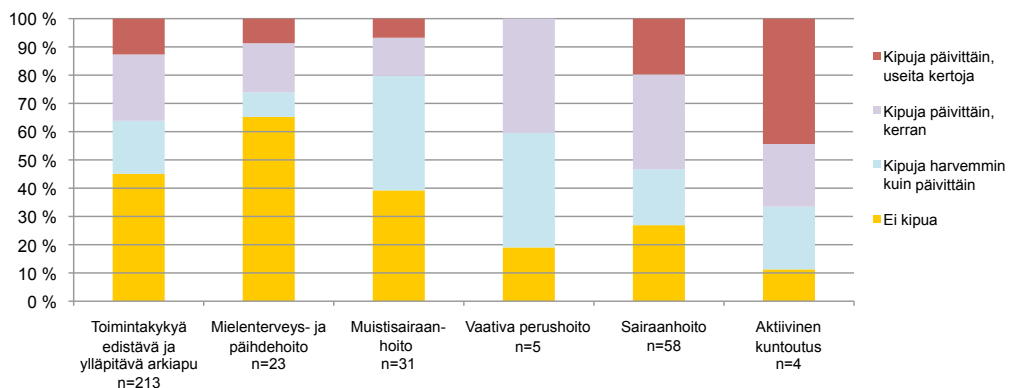
Kuvio 6. Uusien asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHES) eri palvelutuotteissa 2013_2, %

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kivun tiheyttä ja voimakkuutta tarkasteltiin kipumittarin avulla. Mittarin asteikko on 0-3, missä 0 merkitsee ei kipua, 1 kipuja harvemmin kuin päivittäin, 2 kipuja päivittäin – kerran, 3 kipuja päivittäin – useita kertoja. Taulukossa 6 on esitetty koko kotihoidon (oma tuotanto ja ostopalvelu) asiakkaiden kipu kuudessa palvelutuotteessa. *Mielenterveys- ja päihdehoito* ja *Muistisairaanhoito* palvelutuotteissa asiakkaiden kipu oli samankaltainen. Kaikkissa palvelutuotteissa asiakkailla esiintyi päivittäistä voimakasta kipua. Kuviossa 7 on uusien asiakkaiden kipu eri palvelutuotteissa 2013_2 (n=334). Liitteessä 4 on esitetty kuvioina Tampereen kotihoidon alueiden ja ulkoisen palvelutuottajan asiakkaiden kipu palvelutuottein tarkastelujakson aikana (2011_1, 2012_2, 2013_1, 2013_2).

Taulukko 6. Asiakkaiden kipu palvelutuotteissa 2012_1, 2013_2, %

Palvelutuotteet	Ei kipua		Kipuja harvemmin kuin päivittäin		Kipuja päivittäin, kerran		Kipuja päivittäin, useita kertoja		
	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	2012_1	2013_2	
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	34 %	34 %	26 %	25 %	31 %	30 %	10 %	11 %	2012_1 n=969, 2013_2 n=1198
Mielenterveys- ja päihdehoito	46 %	41 %	14 %	26 %	29 %	22 %	11 %	11 %	2012_1 n=115, 2013_2 n=132
Muistisairaanhoito	45 %	48 %	25 %	22 %	22 %	24 %	7 %	6 %	2012_1 n=300, 2013_2 n=379
Vaativa perushoito	26 %	15 %	32 %	30 %	32 %	33 %	11 %	22 %	2012_1 n=19, 2013_2 n=32
Sairaanhoito	30 %	28 %	21 %	25 %	36 %	34 %	13 %	12 %	2012_1 n=262, 2013_2 n=303
Aktiivinen kuntoutus	39 %	42 %	23 %	33 %	31 %	17 %	8 %	8 %	2012_1 n=13, 2013_2 n=18

Lähde: RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL 2013

**Kuvio 7. Uusien asiakkaiden kipu eri palvelutuotteissa 2012_1 ja 2013_2 (%)**

5.4 Palvelutuotekuvaukset

Tuotteistuksen ohjausryhmässä päädyttiin siihen, että kuusi palvelutuotetta ovat samannimiset kuin laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen palvelutuotteet. Kotihoidon palvelutuotteille tehtiin omat sisällölliset tuotekuvaukset, jotka muodostuivat peruspalvelusta ja kuudesta ydinpalvelusta. Tähdellä on merkitty se tieto, mikä saadaan asiakkaan RAI-arvioinnista (taulukko 7).

Taulukko 7. Kotihoidon palvelutuotekuvaukset

PERUSPALVELU

Asiakasta tuetaan arjessa selviytymisessä ja huomioidaan mm ravitseminen ja suunhoito. Toiminnan lähtökohtana on kuntoutumista edistävä työskentelytapa.

Asiakkaan sekä tarvittaessa omaisen tai läheisen kanssa yhdessä

- suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan asiakkaan palvelut
- huomioidaan kodin turvallisuus, tapaturmariskit ja niiden ennaltaehkäisy sekä apuvälineet, paloturvallisuus (yhteistyö palolaitoksen kanssa), asunnon muutostyöt
- kartoitetaan yhteistyöverkostot ja määritellään eri tahojen roolit: epäviralliset ja viralliset auttajat, eri alojen asiantuntijoiden konsultointi, kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut

Henkilöstöön ja työn organisointiin liittyviä tekijöitä:

Asiakkaan avun tarpeen huomioon ottaminen osaamisessa, resursoinnissa ja työvuorosuunnittelussa



KUUSI ERILAISTA YDINPALVELUA

Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu (PA, PB) :

Asiakkaan ensisijainen tarve on yksilöllinen apu arjessa selviytymisessä. Tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn koheneminen tai ennallaan pysyminen.

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tukeminen:

Fyysinen toimintakyky:

Rohkaistaan ja kannustetaan asiakasta

- arkiaskareisiin **ADL, IADL: tavalliset kotitaloustyöt, aterioiden valmistaminen*
- arki liikumiseen **fyysisiin aktiviteetteihin käytetty aika viimeksi kuluneen 3 vrk:n aikana*
- ulkoiluun **liikkuminen kodin ulkopuolella, pääsy kotiin, liikkumismuodot ja apuvälineet*
- erilaisiin liikuntapalveluihin mm. kuntosalitoiminta, kuntouttavat liikuntaryhmät, uimahallipalvelut

Kognitiivinen toimintakyky:

Ohjataan ja tuetaan asiakasta raha-asioiden hoitamisessa **CPS, päätöksentekokyky, IADL: raha-asioiden hoito*

lääkityksessä **CPS, päätöksentekokyky, IADL: lääkityksestä suoriutuminen*

Psyykinen toimintakyky:

Huomioidaan asiakkaan psyykinen hyvinvointi ** DRS, asiakas ilmaisee tai viittaa tuntevansa itsensä yksinäiseksi, elämäntavat (alkoholin käyttö), päivittäisten toimintojen suorituskyky huonontunut*

Sosiaalinen toimintakyky:

Rohkaistaan ja kannustetaan asiakasta osallistumaan erilaisiin ryhmiin ja tapahtumiin

**seurustelee luontevasti muiden kanssa, kuinka monena päivänä asiakas poistui kotoaan tavallisen viikon aikana*

erilaisiin kulttuuri-, liikunta- ja kirjastopalveluihin sekä ryhmiin ja yhteistyöverkostoihin

Huomioitavaa:

- asiakkaat pärjäävät vähäisillä kotihoidon avuilla, kun heillä on käytössä yksi tai useampi tukipalvelu **päivätoiminta-, siivous-, saattaja-, kuljetus-, vapaaehtois-, -turvapalvelut ja muut palvelut kauppa, apteekki, laboratorio, jalkojenhoitaja, tulkki*
- mahdollisesti omaisten/läheisten antama apu **kaksi eniten hoitoon osallistuvaa henkilöä, omaisten/läheisten antaman avun laajuus*

**=tieto saadaan asiakkaan RAI-arvioinnista*

Mielenterveys- ja päihdehoito (BA, BB):

Asiakkaan ensisijainen tarve on psykososiaalinen tuki hyvän arjen ylläpitämiseksi. Huomioidaan asiakkaan itsemääräämisoikeus, arvomaailma, voimavarat ja elämänkaari

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tukeminen:

Psyykinen toimintakyky:

Tuetaan asiakkaan henkistä

o kuntoa ja vireyttä **DRS, vähentynyt sosiaalinen kanssakäyminen, vetäytyy aktiviteeteistaan, eristyminen, harhaisuus, harhaluuloisuus, käyttäytymiseen liittyvät oireet*

o päihteettömyyttä tai päihteiden käytön vähentämistä **alkoholin käyttö*

Sosiaalinen toimintakyky:

Tuetaan asiakkaan osallistumista yhteisöllisiin toimintoihin ja taloudellisen tilanteen kartoitus

**osallistuminen, hoidosta ja perustarpeista tinkiminen*

Kognitiivinen toimintakyky:

Ohjataan ja tuetaan asiakasta arjen hallinnassa mm raha-asioiden hoitamisessa **CPS, IADL*

Fyysinen toimintakyky:

Tuetaan asiakasta

o omatoimisuudessa **ADL, henkilökohtainen hygienia, poikkeavan epäsiisti*

o ravitsemuksessa **BMI*

o lääkehoidossa ** kielteinen suhtautuminen hoitoon*

Huomioitavaa:

- o työntekijän työturvallisuuden turvaaminen (asiakkaan läheinen, parityöskentely, vartija)
- o asiakkaan kotiympäristön huomioiminen: siisteys ja siihen liittyvät toimenpiteet mm. terveystarkastajan ja/tai palotarkastajan kotikäynti
- o asiakkaalla tarvittaessa edunvalvoja, välitystili **asiakkaalla on virallinen edunvalvoja*
- o asiakas tarvitsee eri ammattiryhmien ohjausta ja tukea mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Muistisairaanhoito (IA, IB)

Asiakkaan ensisijainen tarve on jatkaa arkea turvallisesti omassa kodissaan. Huomioidaan asiakkaan elämäntapa ja elämänhistoria.

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tukeminen:

Kognitiivinen toimintakyky:

Tuetaan ja ylläpidetään asiakkaan

o vuorovaikutustaitoja **CPS, päätöksentekokyky, kyky ymmärtää muita, aistit*

o kognitiivista toimintakykyä muistikuntoutuksen avulla

Psyykinen toimintakyky:

Huomioidaan asiakkaan mieliala ja käytösoireet **DRS, käyttäytymiseen liittyvät oireet*

Sosiaalinen toimintakyky:

Kannustetaan ja tuetaan asiakasta

o osallistumaan erilaisiin harrasteisiin ja tilaisuuksiin **osallistuminen, eristyminen*

o ryhmätoimintaan mm kulttuuri- ja liikuntaharrasteisiin

Fyysinen toimintakyky:

Ohjataan ja tuetaan asiakasta

o päivittäisissä toimissa **ADL, liikkumismuodot ja apuvälineet, päivittäisten toimintojen suorituskyky*

o osallistumaan erilaisiin liikuntapalveluihin

o ravitsemusasioissa **BMI, ravinnon kulutus, nieleminen, suun terveys*

Huomioidaan:

- o asiakkaan turvallinen kotiympäristö **valaistus iltaisin, lattia ja matot, kylpyhuone ja wc, keittiö, pääsy kotiin, pääsy huoneisiin kotona (esim. ei voi kiivetä portaita)*
- o asiakkaan lääkehoidon toteuttaminen ja terveydentilan seuranta ja arviointi **hoitomyöntyvyys, CHES, terveydentilan kuvaajat*
- o tiedon antaminen asiakkaan omaisille/läheisille ja heidän tukemisensa **hoitoon osallistuvan henkilön tilanne*

Vaativa perushoito (PC, PD)

Asiakkaan ensisijainen tarve on elää hyvää ja mielekästä arkea kodissaan. Huomioidaan asiakkaan tavat ja tottumukset, yksilölliset tarpeet, arvot ja itsemääräämisoikeus.

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tukeminen:

Fyysinen toimintakyky:

Tuetaan ja autetaan asiakkaan

- jäljellä olevissa toimintakyvyissä **ADL, haavaumat, kaatumiset, aistit, apuvälineet*
- ravitsemuksessa **BMI ravinnon kulutus, suun terveys, nieleminen, ruokahalun menetys*
- erityistoiminnan seuraamisessa **virtsan pidätyskyky, ulosteen pidätyskyky, apuvälineet: vaipat, katetri*

Kognitiivinen toimintakyky:

Huomioidaan asiakkaan toiveet, asiakkaalla voi olla vaikeuksia ilmaista itseään tai tahtoaan

**ymmärretyksi tuleminen*

Psyykinen toimintakyky:

Huomioidaan asiakkaan

- mieliala **DRS, murheellinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme*
- kipu **asiakkaan terveydentila tai sairaudet tekevät asiakkaan kognitiivisen kyvyn, ADL-kyvyn, mielialan tai käytöksen epävakaaaksi, terveydentilan kuvaajat*
- turvallisuuden tunteen kokemus **asiakas pelkää jotain perheenjäsentään tai hoitajaa, laiminlyöty, pahoinpidelty tai kaltoinkohtelu*
- osallisuus oman elämän hallinnassa

Sosiaalinen toimintakyky:

Tuetaan ja autetaan asiakasta osallistumaan luovia menetelmiä käyttävään viriketoimintaan, sosiaalisten kontaktien säilymisessä esim. yhteydenpito omaisiin/läheisiin **osallistuminen*

Huomioidaan:

- asiakkaan lääke- ja sairauksien hoito ja lisäongelmien ehkäisy **hoitomyöntyyvyys, terveydentilan kuvaajat*
- omaisten/läheisten jaksaminen **hoitoon osallistuvan henkilön tilanne*

Sairaanhoito (SE1, SE2, SE3, SSA, SSB, CA, CB, CC)

Asiakkaan ensisijainen tarve on sairauden oireiden hoito ja seuranta. Tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman itsenäinen selviytyminen.

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tukeminen:

Fyysinen toimintakyky:

Tuetaan ja autetaan asiakasta

- päivittäisissä toiminnoissa **ADL, IADL, toimintakyvyn kohentamismahdollisuudet*
- ravitsemuksessa **BMI, ravinnon kulutus, nieleminen, ruokahalun menetys, suun terveys*
- lääke- ja sairauden hoidossa ja lisäongelmien ehkäisyssä **hoitomyöntyyvyys*

Kognitiivinen toimintakyky:

Tuetaan asiakasta sairauden hoitoon liittyvässä päätöksenteossa **CPS, päätöksentekokyky,*

ymmärretyksi tuleminen

Psyykinen toimintakyky:

Huomioidaan asiakkaan

- kipu **kivun esiintymistiheys ja voimakkuus, asiakkaan mielestä kivun voimakkuus häiritsee päivittäisiä toimintoja, kivun luonne, asiakkaan mielestä lääkkeet hillitsevät riittävästi kipua, haavaumat*
- mieliala **DRS, käyttäytymiseen liittyvät oireet: kielteinen suhtautuminen hoitoon*
- kokemus terveydentilastaan **CHESS, diagnoosit, terveydentilaa koskevia ongelmia, terveydentilan kuvaajat*

Sosiaalinen toimintakyky:

Tuetaan ja kannustetaan asiakasta osallistumaan luovia menetelmiä käyttävään kuntoutukseen/viriketoimintaan **osallistuminen*

Huomioidaan:

- kotiympäristön muokkaaminen ja hoitotarvikkeiden hankinta **kotiympäristö*
- saumaton hoitoketju, kotihoidon henkilöstön ammattiosaaminen **sairaalajaksot, päivystyspoli-klinikka käynnit*

Aktiivinen kuntoutus (RA, RB)

Asiakkaan ensisijainen tarve on kuntoutuminen. Tavoitteena on asiakkaan heikentyneen toimintakyvyn kohentuminen tai heikentymisen hidastaminen

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tukeminen:

Fyysinen toimintakyky:

Motivoidaan ja tuetaan asiakasta

- päivittäisissä toiminnoissa **ADL, IADL, toimintakyvyn kohentamismahdollisuudet, liikkumis-*
muodot ja apuvälineet
- ravitsemuksessa **BMI, ravinnon kulutus, ruokahalun menetys, tahaton painon lasku, nielemis-*
nen, suun terveys

Kognitiivinen toimintakyky

Tuetaan ja motivoidaan asiakasta kuntoutuksessa **CPS*

Asiakas tarvitsee eri ammattiryhmien ohjausta ja tukea kuntoutumiseen **fysioterapeutti, toiminta-*
terapeutti

Psyykinen toimintakyky:

Huomioidaan asiakkaan

- kipu **kivun esiintymistiheys ja voimakkuus, kivun luonne, asiakkaan mielestä lääkkeet hillitse-*
vät riittävästi kipua
- terveydentila **CHESS, asiakas pitää terveydentilaansa huonona, asiakkaan terveydentila tai*
sairaudet tekevät asiakkaan kognitiivisen kyvyn, ADL-kyvyn, mielialan tai käytöksen epävakaksi
- mieliala **DRS*

Sosiaalinen toimintakyky:

Kannustetaan ja tuetaan asiakasta erilaisiin ryhmätoimintoihin, harrasteisiin ja tilaisuuksiin sekä
kulttuuri- ja kirjastoharrasteisiin **osallistuminen*

Huomioidaan:

- kotiympäristön arviointi **valaistus iltaisin, lattia ja matot, kylpyhuone ja wc, keittiö, pääsy kotiin*
- omaisten/läheisten motivointi asiakkaan kuntoutumiseen mukaan
- asiakkaan kuntoutumissuunnitelma on kaikkien kuntoutukseen osallistuvien saatavilla

**=tieto saadaan asiakkaan RAI-arvioinnista*

5.5 Palvelutuotteiden hinnoittelu

Palvelutuotteiden hinnoittelun laskennassa huomioitiin vuoden 2011 ja 2012 tilinpäätöksen mukaan toteutuneet kustannukset. Hintalaskelmat tehtiin Tampereen kaupungin omista tuotantoyksiköistä ja yksityistä palveluntuottajista siinä määrin kuin oli saatavissa kustannus- ja toimintatietoja. Tässä julkaisussa raportoidaan ainoastaan Tampereen kaupungin oman kotihoidon kolmen alueen palveluhinnat. THL:n RAI-tietokannan aineistoista 2011 ja 2012 laskettiin kuuden palvelutuotteen kustannuspainot, jotka pohjautuvat RUG-18 luokitukseen. Yhdistämällä asiakasrakente-, kustannus- ja toimintatiedot, voitiin laskea palvelutuotteille ja koko RUG-18 luokitukselle euromääräiset hinnat. Kotihoitoon hinnat laskettiin hoitopäivätaulukkoina, koska näin saatiin sama laskentaperuste kuin laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa. Tämä mahdollistaa eri palvelutyyppejä vertailun keskenään, mikä ei onnistuisi jos kotihoidon hintataulukko olisi käytäntöperusteinen tai tuntiperusteinen.

Kotihoidon kustannuskomponentit

Kustannuskomponenteilla tarkoitetaan niitä kustannuslajeja, joista palvelutuotteen kokonaiskustannus muodostuu. Kotihoidon kuuden palvelutuotteen hintataulukko koostuu kahdesta hintakomponentista: RUG-vakioidusta hoitopäivän hinnasta ja kiinteästä hoitopäivän hinnasta. Hintaan sisältyy ainoastaan kotihoidon oman tuotannon hoiva- ja hoitotyön kustannukset. Hintaan ei laskettu ns. tukipalvelujen kustannuksia kuten lääkäripalvelujen, palvelubussiavustajien ja yöpartiotoiminnan kustannuksia.

Taulukko 8. Kustannuskomponenttien kustannuslajit

Kustannuskomponentti	Kustannuslajit
RUG-vakioitu hinta	Välittömät henkilöstökustannukset
RUG-kiinteä hinta	Palvelujen ostot Aine- ja tarvikkekustannukset Vuokrat Muut toimintakustannukset Muut rahoituskulut Arkiston vyörytys Kotihoidon hallinnon vyörytys

Muuttuvien kustannusten osuus oli vuonna 2012 keskimäärin 76 %. Kiinteään hintakomponenttiin sisällytettiin toiminnan muut kustannukset. Kiinteiden kustannusten osuus oli noin 24 %.

Kotihoidon palveluhinnat

Palveluntuottajien RUG-vakioidun hoitopäivän hinnan laskenta oli kaksivaiheinen. Ensin laskettiin oman tuotannon RUG-vakioitu hoitopäivän hinta siten, että hoitohenkilöstökustannukset jaettiin kuukaudessa keskimäärin hoidetulla asiakasmäärällä ja tämä jaettiin keskimääräisellä kustannuspainolla. RUG-vakioitu hinta on kotihoidon kustannus, kun asiakasrakente on yksi. Tämä kustannuskomponentti on vertailukelpoinen luku, verrattaessa henkilöstökustannuksia palveluntuottajien välillä. Mitä korkeampi on palveluntuottajan RUG-vakioitu hinta, sitä paremmin palveluntuottaja on resurssoinut suhteessa asiakasrakenteeseen. RUG-vakioitu hinta on myös tuottavuuden käänteisluku. Mitä korkeampi oli RUG-vakioitu hinta, sitä alhaisempi oli tuottavuus. Kiinteä hoitopäivän hinta laskettiin siten, että kiinteät kustannukset jaettiin kuukaudessa keskimäärin hoidotetulla asiakasmäärällä. Tämä kustannus on vastaavalla tavalla vertailukelpoinen palveluntuottajien välillä, mikäli hintaan on sisälletty samat kustannuslajit.

Taulukko 9. Tampereen kaupungin kotihoidon palvelutuotteiden hinnat vuonna 2012

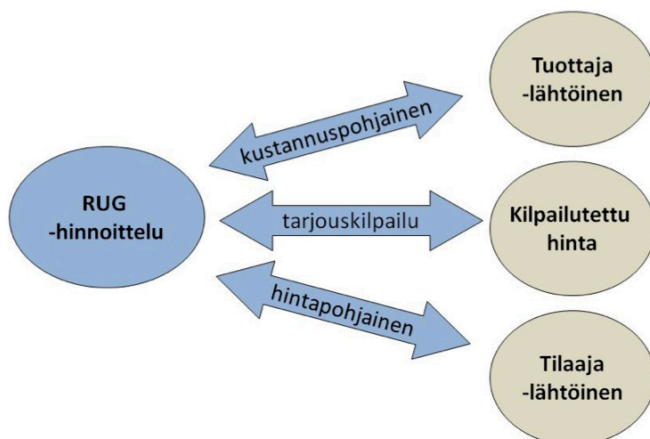
Palvelutuotteet	Kustannuspaino (CMI)	RUG-vakioitu hoitopäivän hinta	Kiinteä hoitopäivän hinta	Hoitopäivän hinta
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	0.76	20.18 €	7.54 €	27.72 €
Mielenterveys- ja päihdehoito	0.77	20.44 €	7.54 €	27.98 €
Muistisairaanhoito	1.29	34.25 €	7.54 €	41.79 €
Vaativa perushoito	2.74	72.75 €	7.54 €	80.29 €
Sairaanhoito	1.42	37.70 €	7.54 €	45.24 €
Aktiivinen kuntoutus	2.08	55.22 €	7.54 €	62.76 €

Taulukko 10. Tampereen kaupungin kotihoidon RUG-18 hinnat vuonna 2012

Kliininen pääluokka	RUG-III/18 alaryhmät	Kustannuspaino (CMI)	RUG-vakioitu hoitopäivän hinta	Kiinteä hoitopäivän hinta	Hoitopäivän hinta
Monialainen kuntoutus	RB	3,54	93,91 €	7,54 €	101,45 €
Monialainen kuntoutus	RA	1,78	47,34 €	7,54 €	54,88 €
Erittäin vaativa hoito	SE3	3,36	89,23 €	7,54 €	96,78 €
Erittäin vaativa hoito	SE2	3,36	89,23 €	7,54 €	96,78 €
Erittäin vaativa hoito	SE1	1,87	49,75 €	7,54 €	57,30 €
Erityishoito	SSB	3,93	104,37 €	7,54 €	111,91 €
Erityishoito	SSA	1,15	30,64 €	7,54 €	38,18 €
Kliinisesti monimuotoinen	CC	2,24	59,55 €	7,54 €	67,09 €
Kliinisesti monimuotoinen	CB	1,91	50,68 €	7,54 €	58,23 €
Kliinisesti monimuotoinen	CA	0,69	18,32 €	7,54 €	25,86 €
Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	IB	1,76	46,73 €	7,54 €	54,27 €
Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	IA	0,57	15,16 €	7,54 €	22,70 €
Käytöshäiriöt	BB	1,29	34,28 €	7,54 €	41,82 €
Käytöshäiriöt	BA	0,59	15,66 €	7,54 €	23,21 €
Alentunut fyysinen toimintakyky	PD	2,24	59,47 €	7,54 €	67,01 €
Alentunut fyysinen toimintakyky	PC	1,93	51,27 €	7,54 €	58,81 €
Alentunut fyysinen toimintakyky	PB	1,45	38,52 €	7,54 €	46,07 €
Alentunut fyysinen toimintakyky	PA	0,50	13,33 €	7,54 €	20,87 €

5.6 Maksujärjestelmä

Palvelutuotteiden laskutuksessa RUG -luokitusta voidaan käyttää monella eri tavalla. RUG -pohjainen laskutus on taloudellisten resurssien ohjausväline ja tästä johtuen sen kehittäminen on enemmän poliittinen kuin tieteellinen kysymys. RUG-palvelutuotteiden laskutuksessa ydin on hinnoittelumenetelmä. Hinnoittelumenetelmän valitseminen pohjautuu siihen miten RUG-tuotteistusta halutaan hyödyntää taloudellisten voimavarojen kohdentamisessa palveluntuottajille. Tässä hankkeessa pohdinnan alla oli kolme eri hinnoittelumallia (Maksujärjestelmä: OTW / j loppukuvauksen mukaisesti).



Kuvio 8. RUG –hinnoittelumallit

Sisäinen laskutus

Sisäisessä laskutuksessa RUG-tuotteistusta voidaan käyttää Tampereen kaupungin sopimusohjauksessa tilaajan ja tuottajan välisessä laskutuksessa. Aikaisemmin tehtyyn kustannuspohjaiseen tuotteistukseen nähden saadaan tarkempaa tietoa asiakkaiden hoitoisuudesta ja kustannuksista. Tietoa voidaan käyttää strategisessa päätöksenteossa, kotihoidon resurssien kohdentamisessa ja asiakasohjauksessa. Tietoisuus asiakkaiden hoitoisuudesta mahdollistaa ennakoitavuuden ja suunnitelmallisuuden.

Sisäisessä laskutuksessa RUG maksujärjestelmämalli on yleensä nk. kustannuspohjainen malli. Kustannuspohjaisesta maksujärjestelmästä puhutaan silloin, kun hoidon korvaus lasketaan palvelutuottajan todellisista kustannuksista. Tämä edellyttää sitä, että palvelun tuottajilta kerätään kustannus- ja toimintatietoja. Kustannuspohjaisessa maksujärjestelmässä hinnoitteluperuste on kaikille tuottajille sama, mutta korvaushinnat voivat vaihdella palvelutuottajien välillä. Kustannuspohjaisessa maksujärjestelmässä kustannuslaskentaa ei tarvitse tehdä vuosittain. Esimerkiksi laitoshoidon kustannuspohjaisissa RUG-maksujärjestelmissä on usein toimittu, että kerran lasketut kustannuskomponentit tarkistetaan vuosittain inflaatiokehityksellä tai muilla sovituilla neuvotteluilla. Kustannuspohjainen hinnoittelumalli on luonteva alku RUG maksujärjestelmän kehittämiseksi. Tällä menetelmällä opitaan hinnoittelemaan palvelut RUG-luokituksen avulla. Jos RUG-luokituksen käyttö rajoitetaan sisäiseen laskutukseen, niin kustannuspohjainen malli on luonnollinen maksujärjestelmä. Kustannuspohjainen RUG -laskelma antaa myös vertailutietoa hoidon kustannuksista. Tässä hankkeessa laskettiin Tampereen kaupungin omalle kotihoidolle kustannuspohjaiset RUG-hoitopäivän hinnat vuosille 2011 ja 2012.

Taulukko 11. Tampereen kaupungin kotihoidon kustannuskomponentit (RUG-III/18) vuonna 2012

Palveluntuottaja	RUG-vakioitu hoitopäivän hinta	Kiinteä hoitopäivän hinta
Tampereen kaupungin kotihoito	26,55 €	7,54 €

Hankkeessa kustannuskomponentit laskettiin kuntatasolla, mutta vastaavat kustannuskomponentit voidaan laskea erikseen kotihoidon alueellisille yksiköille ja ostopalveluyksiköille. Tämä vaatii kustannuslaskennan kehittämistä, mikäli kustannuksia halutaan seurata maksujärjestelmän osana.

Ulkoinen laskutus (käyttöönotto kilpailutuksen myötä)

Ulkoisten palveluntuottajien sopimuksissa on kirjattu, että sopimuskauden aikana otetaan käyttöön RAI:hin perustuva RUG-tuotteistus ja siihen liittyvät tuotekuvaukset. Tarkoituksena on kehittää RUG-tuotteistusta laskutuksen perustaksi. RUG-palvelutuotteiden hinnat määräytyvät kilpailutuksen pohjalta. Ensimmäisen kerran RUG-tuotteistusta käytetään Härmälän alueen ikäihmisten palvelujen kilpailutuksen yhteydessä 2014.

Tulevaisuudessa tarjouskilpailussa tilaaja pyytää tuottajilta tarjouksen RUG-hintataulukon tai RUG hintakomponenttien muodossa. RUG-hinnoittelussa on kyse kahdesta hintakomponentista (Taulukosta 11). Tarjouspyyntö voi liittyä molempiin RUG hintakomponentteihin tai ainoastaan toiseen niistä. Tampereen tehostetun palveluasumisen tuotteistushankkeessa päädyttiin malliin, jossa tilaajaa asettaa RUG-vakioidun hinnan ja palveluntuottajilta pyydetään tarjousta ainoastaan kiinteästä hintakomponentista. Asettamalla RUG-vakioidun hinnan itse, kunta pystyy tilaajana ohjaamaan hintakomponentin joka vaikuttaa henkilöstömitoitukseen. Tilajana kunnalla on myös intressi huolehtia laatuosiin pohjautuvista henkilöstömitoituksista. Tuottajan ja tilaajan näkökulmasta yhdistelmämalli on kilpailutuksen kannalta varsin yksinkertainen. Taulukossa 12 on esimerkki tarjouskilpailusta, jossa tilaaja asettaa RUG-vakioidun hoitopäivän hinnan ja tuottaja antaa tarjouksen kiinteästä hoitopäivän hinnasta.

Taulukko 12. Esimerkki kilpailutusmallista

Palveluntuottaja	RUG-vakioitu hoitopäivän hinta	Kiinteä hoitopäivän hinta
Tuottaja 1	27 €	8 €
Tuottaja 2	27 €	7 €
Tuottaja 3	27 €	10 €

Oletetaan, että kilpailutuksessa kilpailtiin vain hinnalla ja, tuottaja 2 on voittanut kilpailutuksen, jossa kotihoidon asiakkaiden keskimääräinen RUG hoitoisuus on 0,90, hoitopäivän laskutus toteutuisi seuraavasti:

$$0,90 \times 27 \text{ €} + 7 \text{ €} = 31,30 \text{ €}$$

Laskutusta toteutetaan aina toteutuneen hoidon ja asiakasrakenteen mukaan. Mikäli maksujärjestelmässä käytetään edellisvuoden toteutunutta asiakasrakennetta, voidaan etukäteen sopia vuosikorvauksesta. Toinen vaihtoehto on reaalitylaskutus esim. kuukausittain toteutunut hoito sovitun RUG -hintataulukon mukaisesti.

Palveluseteli

Tulevaisuudessa RUG-tuotteistukseen pohjautuvaa hinnoittelua voidaan käyttää kotihoidon palvelusetelin arvon määrittelyssä ja myöhemmin palvelusetelin käyttöönottamisessa. Palvelusetelijärjestelmissä RUG-luokitusta ja tuotteistusta voidaan hyödyntää monella eri tavalla.

Yksinkertaisin tapa hyödyntää RUG-luokitusta palvelusetelinä on käyttää sitä pohjana palvelusetelien määrän sopimiseen. Silloin palveluja ei hinnoitella RUG-luokituksen mukaan vaan asiakasrakennetietoja käytetään ainoastaan setelien määrän sopimiseen. Tampereen oman tuotannon kotihoidossa kotihoidon käyntikustannus oli 32,25 euroa ja se vastasi noin puolen tunnin kotipalvelua. Palvelusetelijärjestelmässä RUG-luokitusta voitaisiin hyödyntää siten, että porrastettaisiin asiakkaiden setelimäärä suhteessa hoitoisuuteen. Taulukossa 13 on esimerkki miten RUG -luokitusta voitaisiin käyttää setelimäärän porrastamisessa huomioiden asiakasrakenne.

Taulukko 13. Esimerkki RUG palvelusetelijärjestelmästä

RUG-III/18 alaryhmät	Kliininen pääluokka	Kustannuspaino (CMI)	Palvelusetelit viikossa
SSB	Erytishoito	3,93	23
RB	Monialainen kuntoutus	3,54	21
SE3	Erittäin vaativa hoito	3,36	20
SE2	Erittäin vaativa hoito	3,36	20
CC	Kliinisesti monimuotoinen	2,24	14
PD	Alentunut fyysinen toimintakyky	2,24	14
PC	Alentunut fyysinen toimintakyky	1,93	12
CB	Kliinisesti monimuotoinen	1,91	12
SE1	Erittäin vaativa hoito	1,87	12
RA	Monialainen kuntoutus	1,78	11
IB	Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	1,76	11
PB	Alentunut fyysinen toimintakyky	1,45	9
BB	Käytöshäiriöt	1,29	9
SSA	Erytishoito	1,15	8
CA	Kliinisesti monimuotoinen	0,69	5
BA	Käytöshäiriöt	0,59	5
IA	Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	0,57	5
PA	Alentunut fyysinen toimintakyky	0,50	4

RUG -palvelusetelijärjestelmässä asiakas, jonka hoitoisuus on korkeampi saa enemmän palvelusetelitä viikossa. Jos palvelusetelijärjestelmä on suunniteltu siten, niin kuin kunnissa yleensä, ettei se kata kaikkia kustannuksia vaan asiakkaalle jää myös omavastuu, niin tässä maksujärjestelmässä on myös hintakilpailua tuottajien välillä. Mikäli palveluseteli kattaa kaikki hoidon kustannukset, palveluntuottajat kilpailevat ainoastaan laadun tai muiden vastaavien kriteerien avulla. Mikäli hinnoittelun pohjana olisi RUG-hintataulukko ja asiakkaille annetaan vapaus valita palveluntuottaja, hintataulukko toimisi kuin palveluseteli.

Yhteenveto

Kehittäessä kotihoidon RUG maksujärjestelmää, kunta joutuu miettimään monta asiaa mm. miten korvaustasoa määritellään, käytetäänkö yhtenäistä laskutushintaa vai tuottajakohtaisia hintoja, miten kilpailuttaminen toteutuu. Koska kokemuksia RUG -luokituksen soveltamisesta kotihoidossa maksujärjestelmänä ei juuri löydy, lähdettiin tässä hankkeessa pohtimaan lähinnä erilaisia käyttömahdollisuuksia. RUG -maksujärjestelmän yleiset tavoitteet ovat varsin samanlaiset koti- ja laitoshoidossa.

RUG-maksujärjestelmän yleisiä tavoitteita:

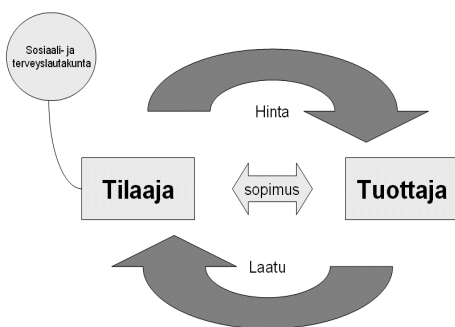
- Luodaan asiakkaan toimintakykyyn ja terveydentilaan perustuva hinnoittelu
- Palvelun tuottajalle maksettava korvaus sidotaan asiakasrakenteeseen
- Luodaan ennalta sovittu ja oikeudenmukaisempi korvausjärjestelmä
- Parannetaan kustannusten läpinäkyvyyttä ja hallintaa
- Kohennetaan palvelujen kustannustehokkuutta ja laatua
- Tulosperusteisen hankinnan kehittäminen (tilaaja-tuottajajärjestelmässä)

RUG-pohjaisen maksujärjestelmän kehittämisessä on sovittava useista yksityiskohdista, jotka kirjataan yleensä maksujärjestelmän sopimusliitteeseen.

RUG-maksujärjestelmän yksityiskohdat:

- RUG luokitusversion ja kustannuspainojen valitseminen
- Hintakomponenttien määrittäminen
- Hinnoittelumenetelmän valitseminen
- Laskutusmenetelmän valitseminen
- Ääritapausten huomioiminen
- Bonus-sanktiojärjestelmä
- Omaisten työpanosten huomioiminen
- Auditointi- ja seurantajärjestelmä

Yksi tärkeä näkökulma on myös kotihoidon maksujärjestelmän yhdenvertaisuus laitos- ja ympärivuorokautisen hoidon maksujärjestelmiin. RUG -menetelmä antaa hyvät mahdollisuudet kehittää ikäihmisten palveluihin yksiportainen ja yhteismitallinen hinnoittelu- ja korvausjärjestelmä, joka perustuu asiakkaiden hoitotarpeisiin ja joka voidaan hyödyntää tilaaja-/tuottajamalleissa. Toinen näkökulma on hoidon laadun ja vaikuttavuuden huomioiminen maksujärjestelmässä, mihin tarvitaan lisää tietoa, esimerkiksi kotihoidon (RAI-HC) laadunindikaattorit voitaisiin hyödyntää tässä asiassa. Bonus-sanktiojärjestelmät tulee käsitellä erillisinä asioina sopimusohjauksessa (Kuvio 9).



Kuvio 9. RAI:n hyödyntäminen tilaaja-/tuottajajärjestelmässä

6 Pohdintaa

Tampereen kaupungin kotihoidossa on käytetty RAI-järjestelmää vuodesta 2007 ja sen käyttöä on laajennettu vähitellen koskien yhä useampaa ikäihmisten parissa työskentelevää tahoa. Henkilöstöä on koulutettu käyttämään RAI:ta yhä paremmin ja tehokkaammin asiakkaan hoidon suunnittelussa, tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuuden arvioinnissa ja kehittämiskohteiden valinnassa. Kasvava vanhusväestö lisää tarvetta resurssien tehokkaaseen ja vaikuttavaan kohdentamiseen. Lisääntyvä tarve järjestää kotiin palvelut edellyttää uudenlaisia tapoja kohdentaa osaamista ja voimavaroja palvelutarpeiden mukaisesti. Näihin haasteisiin vastaamiseksi tarvitaan tulevaisuudessa palvelutoiminnan suunnittelussa, toiminnassa ja päätöksenteossa yhä enemmän tietoa muun muassa kunnan palvelujen piirissä olevien ikäihmisten toimintakyvystä. Yhtenä työkaluna tavoitteen toteuttamisessa on RUG-III/18-luokitus.

Kotihoidon tuotteistushankkeessa lähtökohtana oli aikaisemmin tehdyt tuotteistushankkeet Tampereen laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa, jotka pohjautuivat laitoshoidon RUG-luokitukseen. Kotihoidon RAI:ssa on oma RUG-III HC/22, mutta kotihoidon tuotteistushankkeessa palvelutuotteet pohjautuvat RUG-III/18-luokitukseen. RUG-III/18-luokitus mahdollistaa palvelujen tarkastelun hoitoketjussa. Tarkoitus on kotihoidon tuotteistuksen valmistuttua, tarkastella aiemmin valmistuneita laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen palvelutuotteita RUG-III/18 luokituksen pohjalta.

Kotihoidon tuotteistushankkeessa tehtiin palvelutuotteille sisältökuvaukset, hintataulukko ja pohdittiin eri maksujärjestelmämallien sopivuutta kotihoitoon. Kotihoitoon laskettiin hoitopäivän hinta samalla periaatteella kuin laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa, koska tämä mahdollistaa palvelujen järjestämisen ja vertailun eri palvelutyyppeiden välillä ikäihmisten palvelujen hoitoketjussa. Tuotteistushankkeen aikana todettiin, että yksityisillä palveluntuottajilla ei ollut käytössään kotihoidon RAI:ta, jonka vuoksi heille ei laskettu RUG-pohjaisia tuotehintoja. Tavoitteena on, että yksityiset palveluntuottajat käyttävät kotihoidon RAI:ta palveluasumisen yksiköissä. Kevään 2014 aikana kilpailutettiin Härmälän alueen ikäihmisten palvelut ja tarkoituksena on myös kilpailutuksen voittaneen palveluntuottajan kanssa sopia RUG-tuotteistuksen käyttöönotosta vuoden 2015 alusta. Lisäksi palveluntuottajan kanssa otetaan käyttöön RUG-pohjainen maksujärjestelmä.

Tampereen kaupungin oman tuotannon ja tilaajan välisissä sopimusneuvotteluissa syksyllä 2014 tullaan sopimaan tuotteistuksen käyttöönotosta vuonna 2015. Yksi haaste on se, että RUG-III/18-luokituksen tekninen toteutus on vielä kesken. Syksyn 2014 aikana kehitetään myös kotihoidon toiminnan raportointia, jotta kotihoidon

asiakkaiden RUG-luokitusraportit olisivat kaikkien saatavilla Tampereen kaupungin käyttämässä SAP-toiminnanohjausjärjestelmässä.

Strategisessa johtamisessa yhtenä työvälineenä on RUG-III/18-luokitus, joka mahdollistaa ikäihmisten palvelujen ja asiakkaiden voimavaratarpeiden tarkastelun hoitoketjussa. Ikäihmisten asuessa yhä pidempään kotona, on tärkeää mieltää tuotteistus ja palvelujen laatu palvelutyypistä riippumattomaksi kokonaisuudeksi. Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kustannuspainot pohjautuvat vuonna 2002 kerättyyn aikamittausaineistoon ja RAI-HC välineellä arvioituun ajankäyttöön ympärivuorokautisessa hoivassa. Kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen kustannuspainot pohjautuvat RAI-HC välineellä arvioituun ajankäyttöön. Toisaalta hoitomenetelmät ja teknologian hyödyntäminen on lisääntynyt. Hoitoketjun näkökulmasta olisi hyvä tehdä uusi aikamittaus kaikissa palvelutyypeissä. Kustannuspaino ei kuvaa kustannustasoa vaan asiakasrakennetta. Kustannustaso riippuu palvelutuottajan henkilöstökulujen ja muiden toiminnasta aiheutuvien kulujen tasosta. Palvelutuotteet ovat tarvelähtöisiä, jokainen palvelutuote kuvaa asiakkaan ensisijaisen tarpeen. Tampereella tilaaja voi jatkossa hyödyntää strategisessa johtamisessa palvelutuotteista hoitoketjussa siten, että mitä palveluja asiakas tarvitsee.

Kiitokset

Haluamme esittää kiitokset kaikille tuotteistusprosessissa mukana olleille, erityisesti kotihoidon työntekijöille sekä ulkoisille palveluntuottajille.

Lähteet

- Björkgren M, Häkkinen U, Finne-Soveri H. (1998) Pitkäaikaispotilaiden voimavaratarve RUG-luokituksella. Stakes. Aiheita1, Helsinki.
- Björkgren M. 2002. Case-mix classification and efficiency measurement in long-term care of the elderly. Stakes
- Fries BE, Cooney LM (1985) Validation and use of resource utilization groups as a case-mix measure for long-term care. *Med Care*. 1985 Feb;23(2):123-32.
- 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). *Med Care*. 1994 Jul;32(7):668-85.
- Hakari K (2009) Tampereen toimintamallin uudistus – vastaus tulevaisuuden haasteisiin. Teoksessa Haveri A, Majoinen K, Jäntti A (toim.) Haastava kuntajohtaminen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: 84-92.
- Heikkilä R, Tirronen A, Viitanen B, Salonen A-M, Björkgren M, Noro A, Asikainen J, Sakki J, Mäkelä M, Finne-Soveri H (2013) Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tehostettu palveluasuminen Tampereella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 20/2013, 49 sivua. Tampere 2013. ISBN 978-952-302-003-0 (painettu), ISBN 978-952-302-004-7 (verkkojulkaisu).
- Heikkilä R, Noro A, Asikainen J, Björkgren M, Nieminen J, Tirronen A, Suojalehto E, Ripsaluoma J, Lumio J, Pulli M, Majanmaa L, Finne-Soveri H (2013) Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tampereen kaupungin laitoshoido. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2013, 54 sivua. Tampere 2013. ISBN 978-952-245-843-3 (painettu), ISBN 978-952-245-849-0 (verkkojulkaisu).
- Heikkilä R, Gerasin A, Sakki J, Nieminen J, Björkgren M, Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H. (2012) Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen. Yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 58/2012, 46 sivua. Tampere 2012. ISBN 978-952-245-729-5 (painettu), ISBN 978-952-245-730-1 (verkkojulkaisu).
- Hirdes JP, Frijters DH, Teare GT (2003) The MDS-CHESS Scale: A New Measure to Predict Mortality in Institutionalized Older People. *Journal of American Geriatric Society* 51: 96-100.
- Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N (2008) The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine* 6:9 doi: 10.1186/1741-7015-6-9.
- Huusko S, Pikkarainen T, Törrö T (2011) DRG-hanke. Loppuraportti. Kainuun maakunta kuntayhtymä, D:47.
- Hyttinen H, Aavarinne H (2000) Delfi-menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa – esimerkkinä gerontologinen hoitotyö. *Hoitotiede* 3, 121-128.
- Lehtinen U, Niinimäki S (2005) Asiantuntijapalvelut: Tuotteistuksen ja markkinoinnin suunnittelu. Helsinki. WSOY.
- Linna M & Junnila M (2012) Sitä saa mitä tilaa. Seurantamittarit ja tuotteistus tilaajatoimintojen johtamisessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki, sivut 136-148.
- Morris JN, Fries BE, Carpenter GI, Bernabei R (1996) The RAI-HC assessment tool: an international reliability trial. *The Gerontologist* 36 (S1): 291.
- Sgadari A, Morris JN, Fries BE, Ljunggren G, Jonsson P, DuPasquier JN, Scroll M (1997) Efforts to Establish the Reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing* 26, suppl 2: S27-S30.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

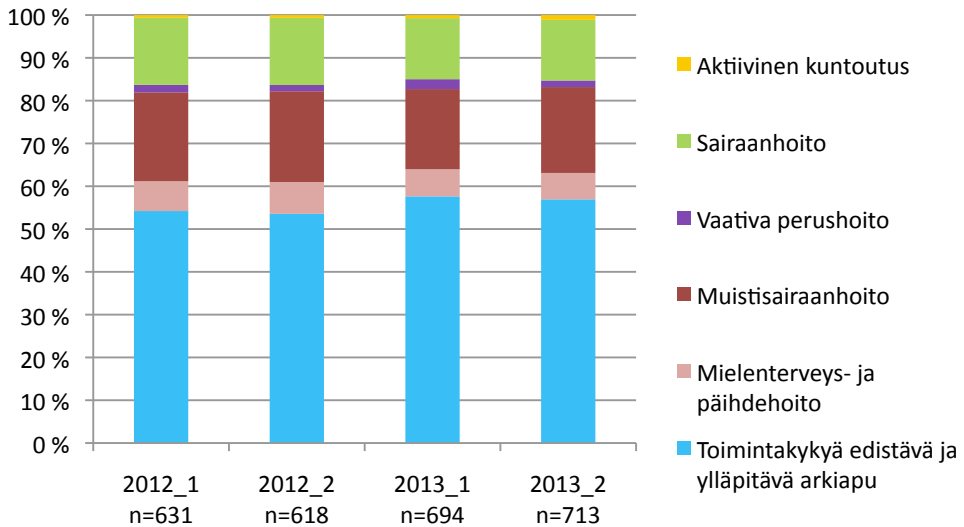
<http://www.tampere.fi/material/attachments/k/unna>

[ed_7034/Kotihoidon_kriteerit_paivitetty_12.2.2014.](http://www.tampere.fi/material/attachments/k/unna_ed_7034/Kotihoidon_kriteerit_paivitetty_12.2.2014.pdf)

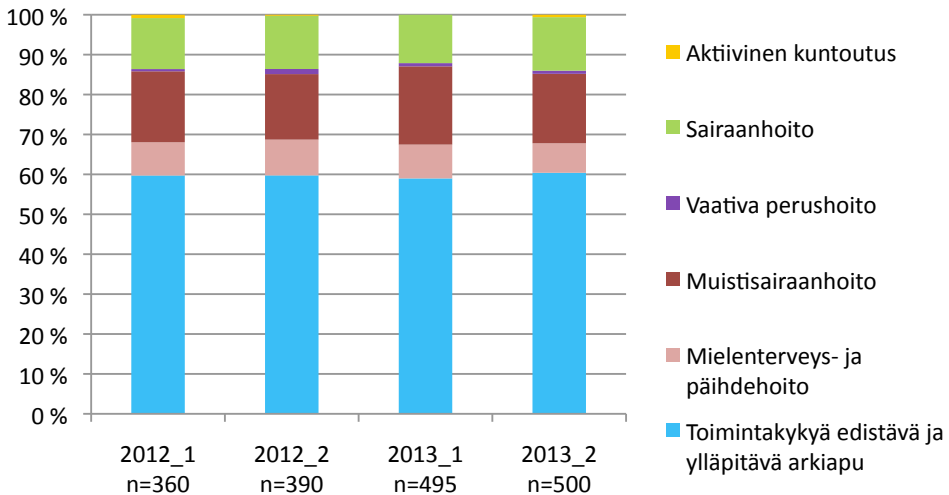
[pdf](#)

Liitteet

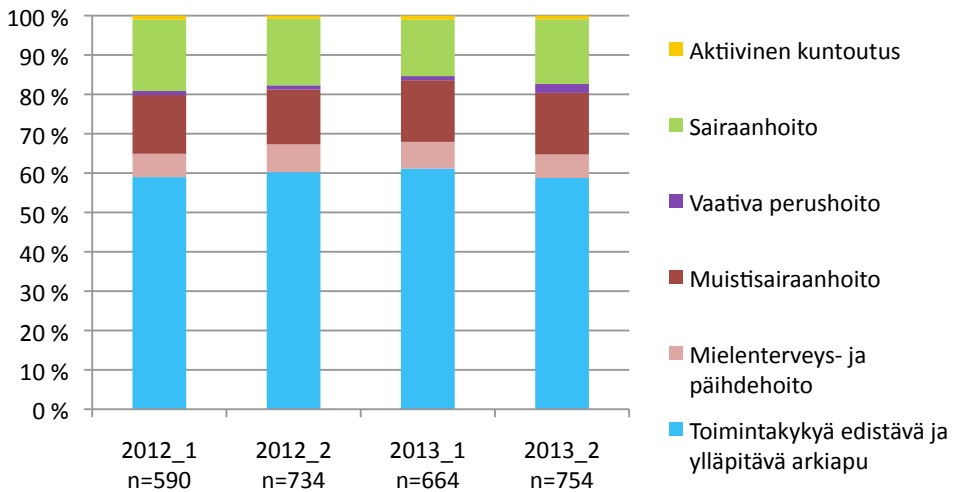
Liite 1. Arvioidut asiakkaat palvelutuotteittain, Tampereen kotihoito



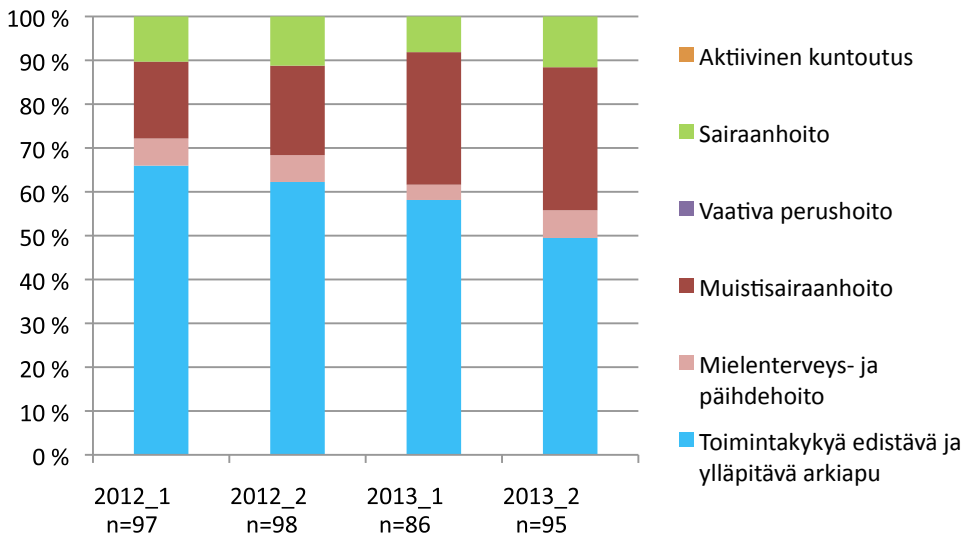
Kuvio 1. Asiakkaat palvelutuotteissa, Tampereen kaupungin kotihoito, läntinen alue, %



Kuvio 2. Asiakkaat palvelutuotteissa, Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue, %

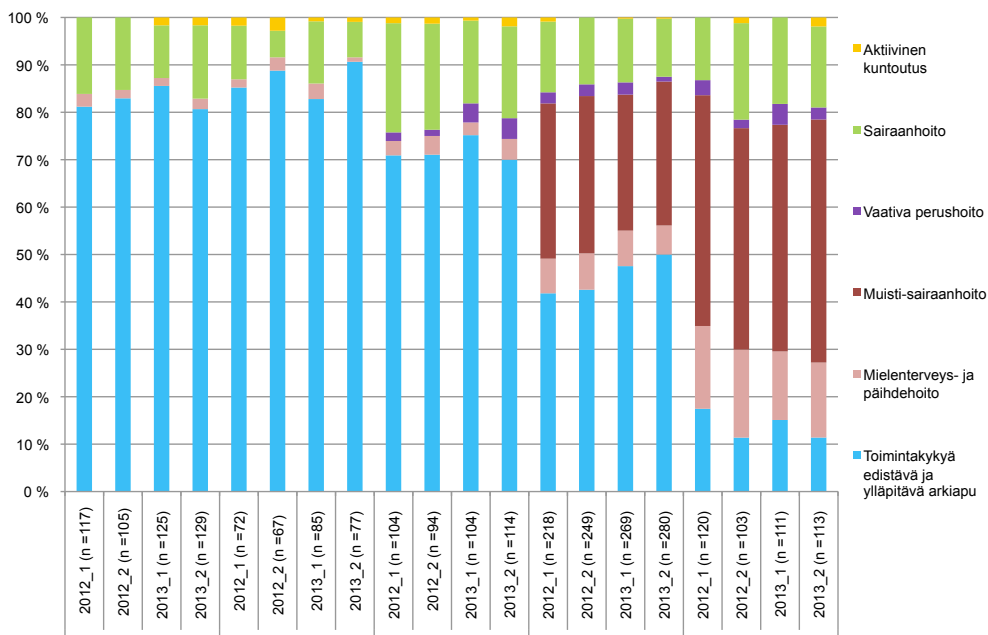


Kuvio 3. Asiakkaat palvelutuotteissa, Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue, %



Kuvio 4. Asiakkaat palvelutuotteissa, Ulkoinen palvelutuottaja Pihlajalinna, %

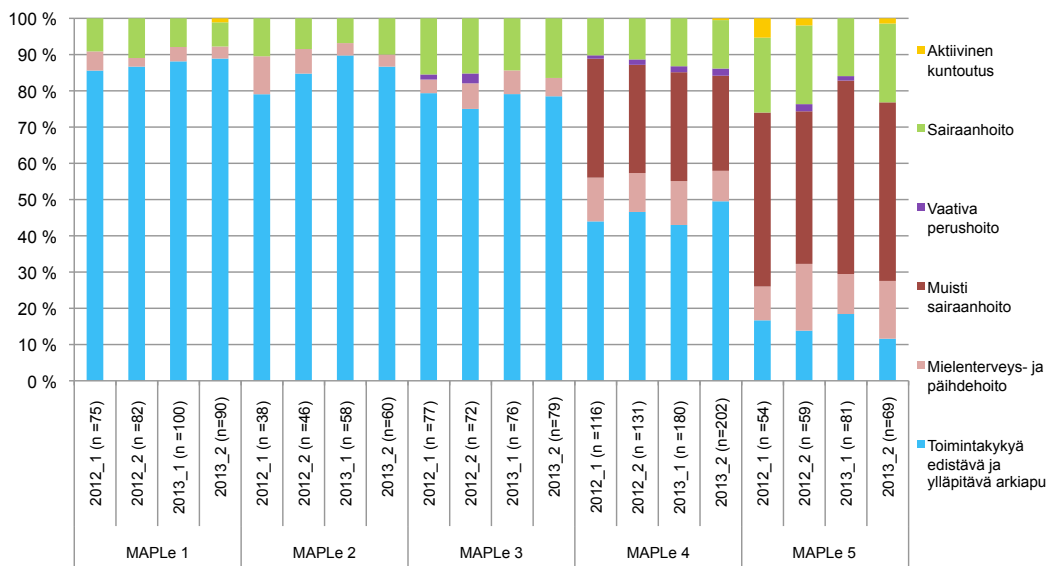
Liite 2. Asiakkaiden palvelutarve palvelutuotteittain Tampereen kotihoito



Kuvio 1. Asiakkaiden palvelutarve, Tampereen kaupungin kotihoito, läntinen alue, %

Taulukko 1. Palvelutarve (MAPLe) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, läntinen alue

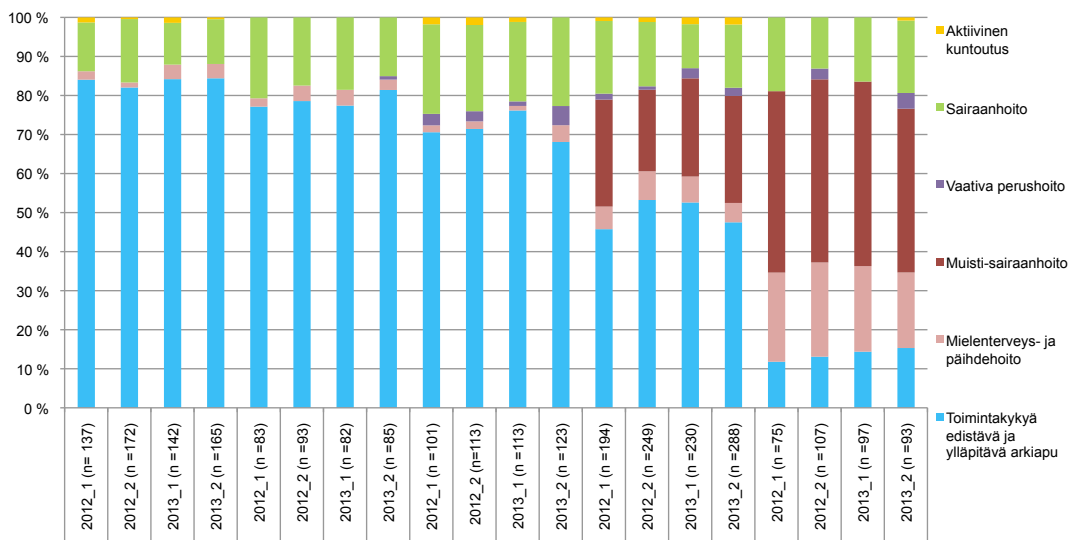
	Arvioidut asiakkaat				Keskiarvo				std			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	342	331	400	406	2.6	2.7	2.7	2.7	1.3	1.3	1.3	1.3
Mielenterveys- ja päihdehoito	44	46	44	44	4.2	4.1	4.0	4.0	1.1	1.0	1.1	1.1
Muistisairaanhoito	131	131	130	143	4.4	4.4	4.4	4.4	0.5	0.5	0.5	0.5
Vaativa perushoito	11	9	16	11	4.2	4.1	4.1	3.8	0.8	0.6	0.8	0.9
Sairaanhoito	99	97	99	101	3.2	3.4	3.4	3.3	1.3	1.3	1.3	1.4
Aktiivinen kuntoutus	4	4	5	8	3.3	3.0	2.2	3.0	1.0	1.4	1.3	1.6



Kuvio 2. Asiakkaiden palvelutarve, Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue, %

Taulukko 2. Palvelutarve (MAPLe) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue

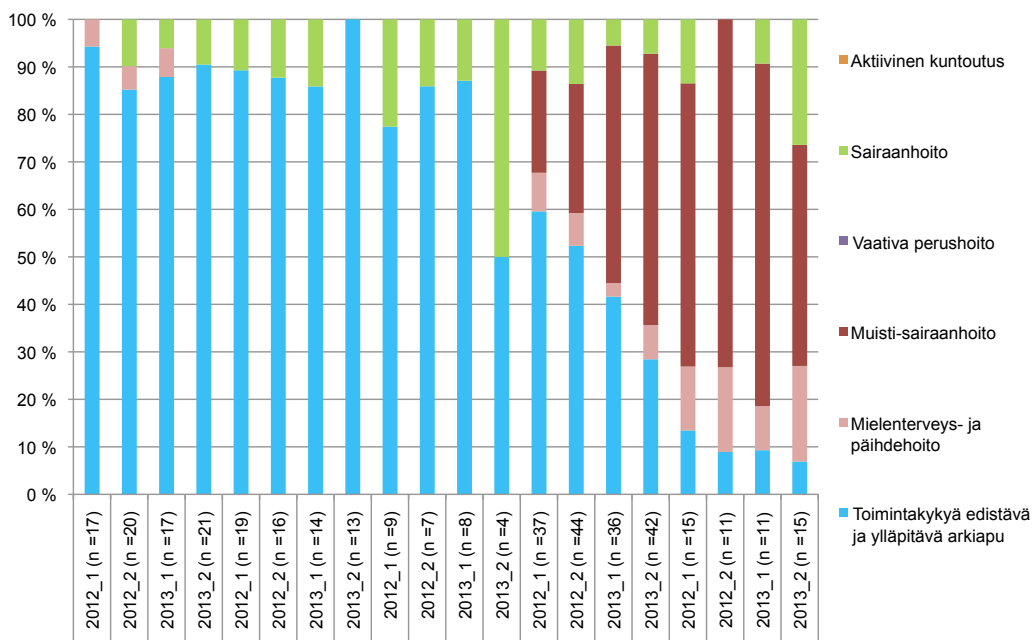
	Arvioidut asiakkaat				Keskiarvo				std			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	215	233	292	302	2.6	2.6	2.6	2.7	1.3	1.3	1.3	1.3
Mielenterveys- ja päihdehoito	30	35	42	37	3.4	3.8	3.7	3.8	1.3	1.2	1.2	1.2
Muistisairaanhoito	64	64	97	87	4.4	4.4	4.4	4.4	0.5	0.5	0.5	0.5
Vaativa perushoito	2	5	4	4	3.5	3.8	4.3	4.0	0.7	0.8	0.5	0
Sairaanhoito	46	52	40	67	3.3	3.4	3.5	3.6	1.35	1.4	1.3	1.2
Aktiivinen kuntoutus	3	1	0	3	5.0	5.0	0	3.3	0	.	0	2.1



Kuvio 3. Asiakkaiden palvelutarve, Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue, %

Taulukko 3. Palvelutarve (MAPLe) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue

	Arvioidut asiakkaat				Keskiarvo				std			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	348	442	406	443	2.5	2.6	2.6	2.6	1.3	1.3	1.3	1.3
Mielenterveys- ja päihdehoito	35	52	45	45	4.05	4.2	4.0	3.8	1.3	1.1	1.3	1.4
Muistisairaanhoito	88	102	104	118	4.4	4.5	4.4	4.3	0.5	0.5	0.4	0.5
Vaativa perushoito	6	8	7	17	3.5	4.0	3.9	3.8	0.5	0.9	0.4	0.9
Sairaanhoito	107	124	95	124	3.1	3.0	3.13	3.2	1.3	1.4	1.3	1.3
Aktiivinen kuntoutus	6	6	7	7	2.7	3.2	3.0	3.7	1.4	1.2	1.4	1.3

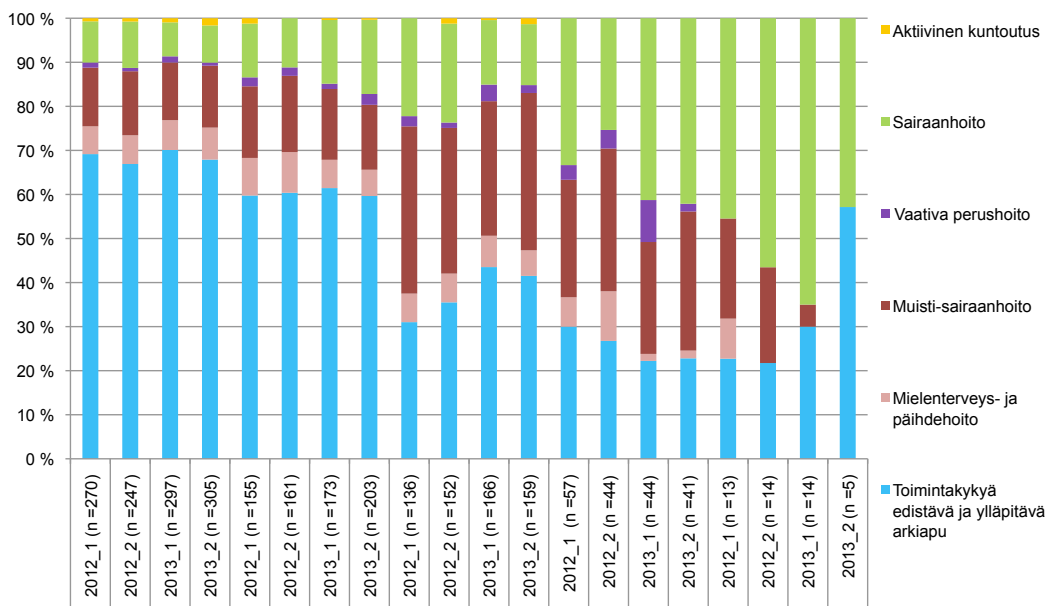


Kuvio 4. Asiakkaiden palvelutarve, ulkoinen palvelutuottaja Pihlajalinna, %

Taulukko 4. Palvelutarve (MAPLe) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, ulkoinen palvelutuottaja Pihlajalinna

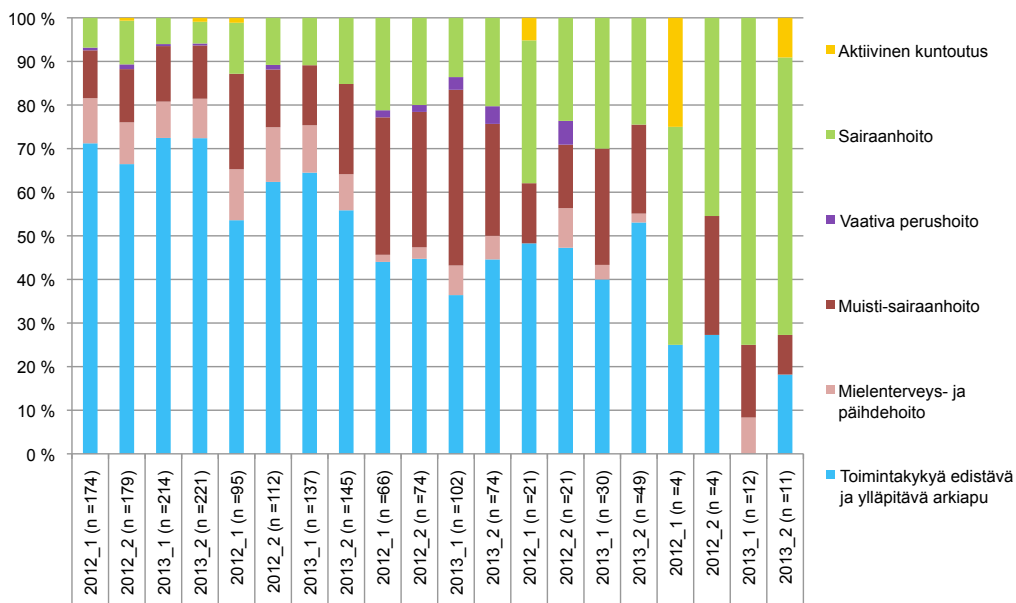
	Arvioidut asiakkaat				Keskiarvo				std			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	64	61	50	47	2.6	2.6	2.5	2.2	1.3	1.3	1.3	1.3
Mielenterveys- ja päihdehoito	6	6	3	6	3.8	3.8	3.3	4.5	1.5	1.5	2.1	0.5
Muistisairaanhoito	17	20	26	31	4.5	4.4	4.3	4.2	0.5	0.5	0.5	0.4
Vaativa perushoito	0	0	0	0								
Sairaanhoito	10	11	7	11	3.6	3.0	3.0	3.6	1.1	1.3	1.4	1.5
Aktiivinen kuntoutus	0	0	0	0								

Liite 3. Asiakkaiden terveydentilan vakaus palvelutuotteittain Tampereen kotihoito



Taulukko 1. Asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHES) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, läntinen alue

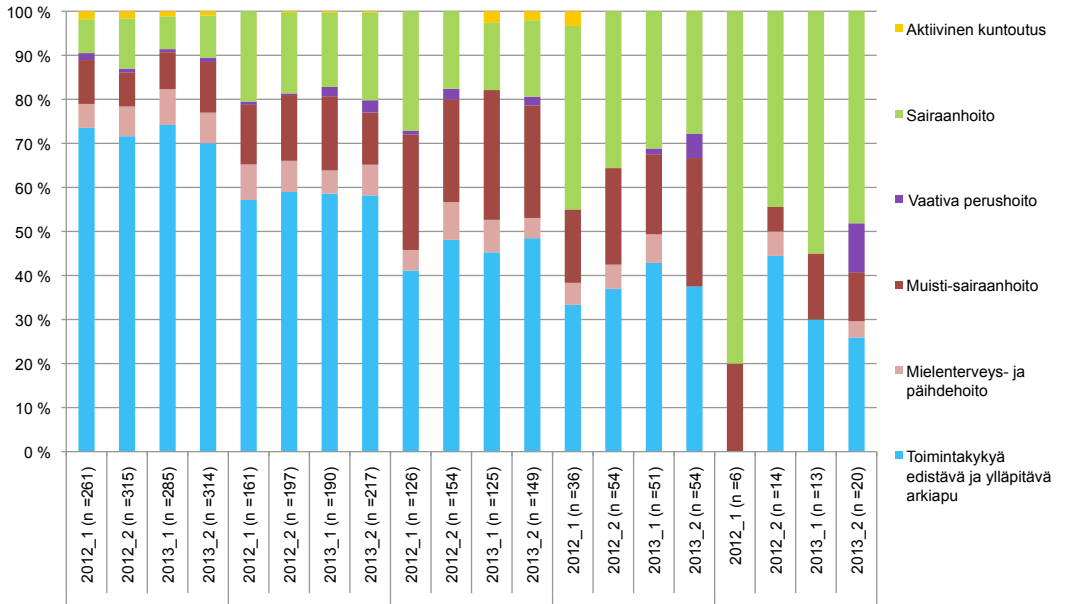
	N= arvioituiden asiakkaiden määrä				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	342	331	400	406	0.7	0.8	0.7	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9
Mielenterveys- ja päihdehoito	44	46	44	44	1.1	1.1	0.9	0.8	1.1	1.0	0.9	0.9
Muistisairaanhoito	131	131	130	143	1.4	1.4	1.3	1.3	1.1	1.1	1.0	1.0
Vaativa perushoito	11	9	16	11	1.4	1.4	1.6	1.3	1.1	1.1	1.1	0.9
Sairaanhoito	99	97	99	101	1.6	1.6	1.6	1.4	1.2	1.2	1.3	1.1
Aktiivinen kuntoutus	4	4	5	8	0.5	1.0	0.6	0.6	0.6	1.2	0.9	0.9



Kuvio 2. Asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHESS), Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue, %

Taulukko 2. Asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHESS) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue

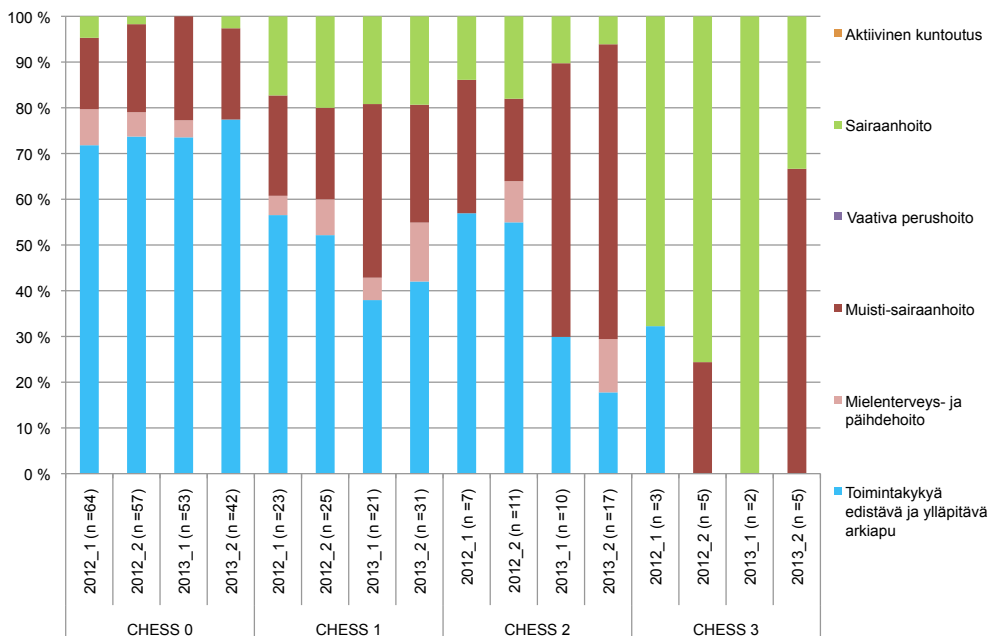
	N= arvioidut asiakkaat				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	215	233	292	302	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.8	1.0
Mielenterveys- ja päihdehoito	30	35	42	37	0.4	0.7	0.9	0.6	0.6	0.8	1.0	0.8
Muistisairaanhoito	64	64	97	87	1.1	1.2	1.4	1.2	0.9	1.0	1.0	1.0
Vaativa perushoito	2	5	4	4	1.0	1.2	1.5	1.5	1.4	1.3	1.0	1.0
Sairaanhoito	46	52	60	67	1.5	1.3	1.8	1.7	1.2	1.2	1.4	1.2
Aktiivinen kuntoutus	3	1	0	3	2.7	0.0		1.3	1.5			2.3



Kuvio 3. Asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHESS), Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue, %

Taulukko 3. Asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHESS) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue

	N= arvioidut asiakkaat				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	348	442	406	443	0.7	0.8	0.8	0.8	0.9	1.0	1.0	0.9
Mielenterveys- ja päihdehoito	35	52	45	45	0.9	1.0	0.8	0.7	0.9	1.0	1.0	0.9
Muistisairaanhoito	88	102	104	118	1.3	1.4	1.4	1.3	1.0	1.0	1.0	1.1
Vaativa perushoito	6	8	7	17	0.5	1.1	1.0	1.7	0.8	1.0	1.0	1.3
Sairaanhoito	107	124	95	124	1.6	1.4	1.5	1.5	1.1	1.2	1.2	1.2
Aktiivinen kuntoutus	6	6	7	7	0.5	0.2	1.0	1.0	1.2	0.4	1.0	1.0

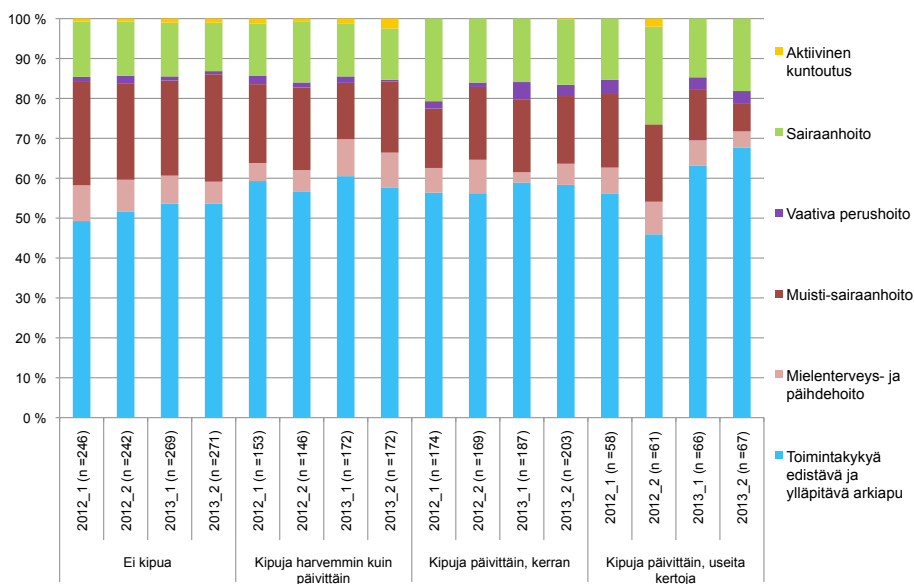


Kuvio 4. Asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHESS), ulkoinen palvelutuottaja Pihlajalinna, %

Taulukko 4. Asiakkaiden terveydentilan vakaus (CHESS) tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, ulkoinen palvelutuottaja Pihlajalinna

	N= arvioidut asiakkaat				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	64	61	50	47	0.4	0.4	0.3	0.4	0.7	0.7	0.6	0.6
Mielenterveys- ja päihdehoito	6	6	3	6	0.2	0.7	0.3	1.3	0.4	0.8	0.6	0.5
Muistisairaanhoito	17	20	26	31	0.5	0.8	0.8	1.4	0.7	1.2	0.8	1.0
Vaativa perushoito	0	0	0	0								
Sairaanhoito	10	11	7	11	1.2	1.6	1.7	1.6	1.1	1.0	1.0	1.2
Aktiivinen kuntoutus	0	0	0	0								

Liite 4. Asiakkaiden kipu palvelutuotteittain Tampereen kotihoito

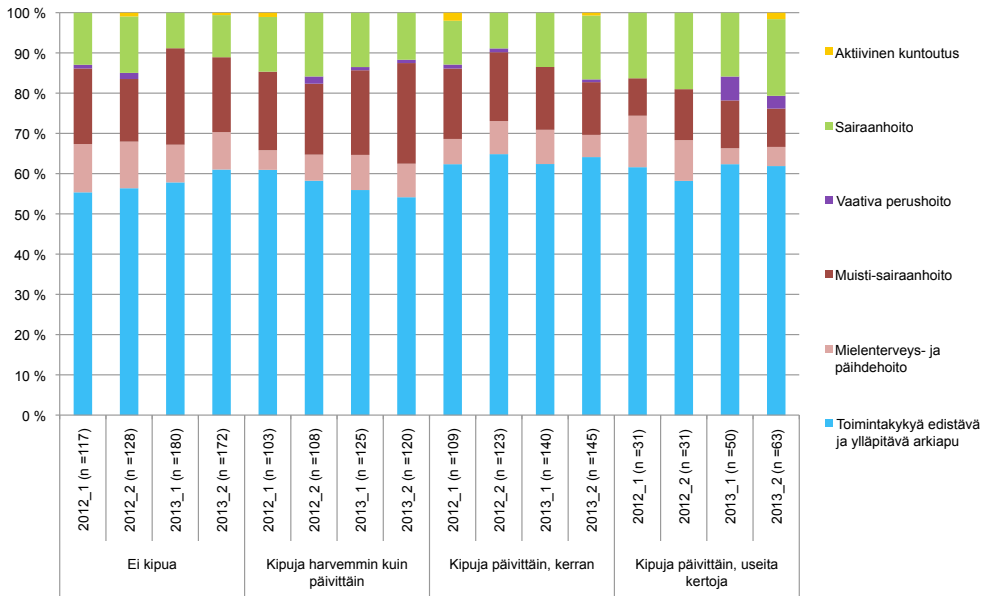


Kuvio 1. Asiakkaiden kipu, Tampereen kaupungin kotihoito, läntinen alue, %

Taulukko 1. Asiakkaiden kipu tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, läntinen alue

	N= arvioidut asiakkaat				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	342	331	400	406	1.1	1.1	1.1	1.2	1.0	1.0	1.0	1.0
Mielenterveys- ja päihdehoito	44	46	44	44	0.9	1.1	0.9	1.0	1.1	1.1	1.0	0.9
Muistisairaanhoito	131	131	130	143	0.9	1.0	0.9	0.8	1.0	1.0	1.0	0.9
Vaativa perushoito	11	9	16	11	1.4	0.7	1.6	1.7	1.1	0.9	1.0	1.0
Sairaanhoito	99	97	99	101	1.2	1.3	1.1	1.3	1.0	1.1	1.0	1.1
Aktiivinen kuntoutus	4	4	5	8	0.5	1.0	0.4	0.8	0.6	1.4	0.5	0.7

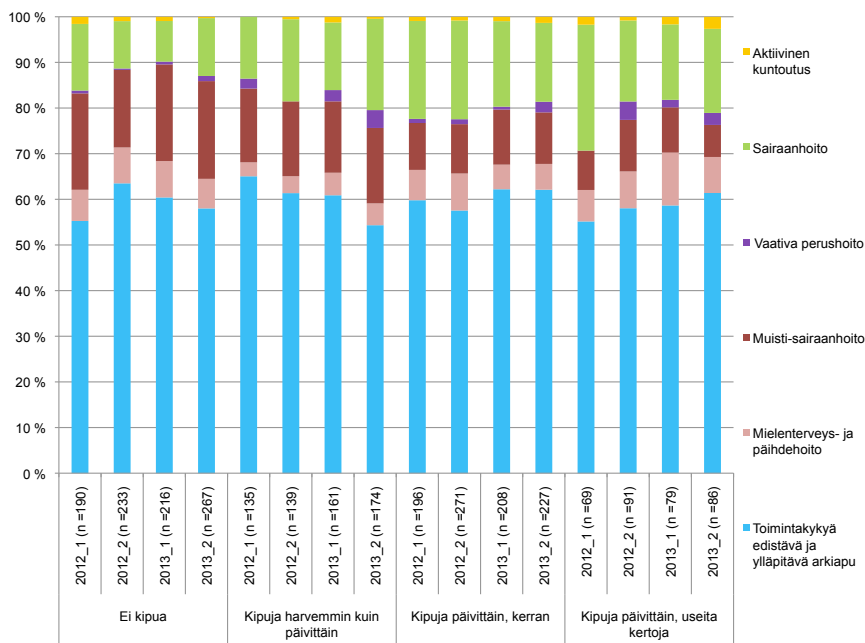
Liitteet



Kuvio 2. Asiakkaiden kipu, Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue, %

Taulukko 2. Asiakkaiden kipu tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, eteläinen alue

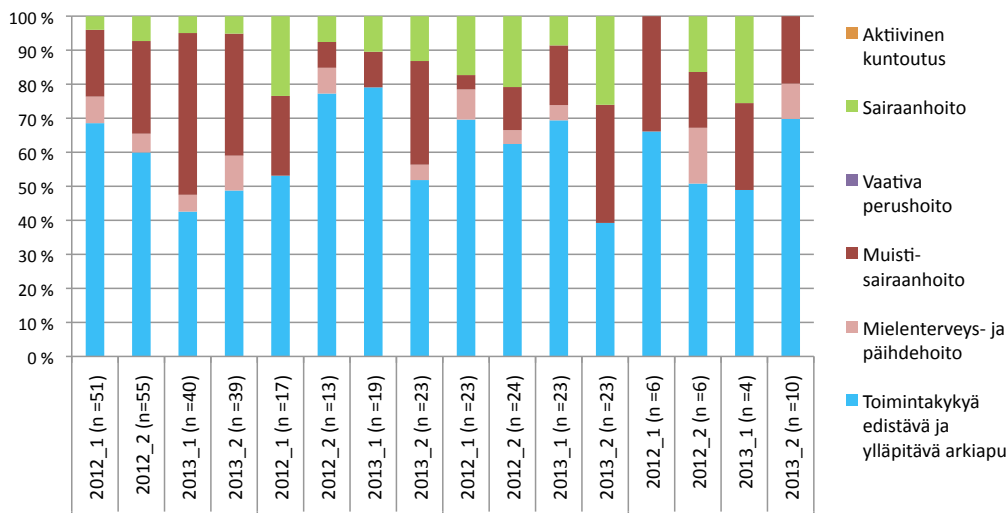
	N= arvioidut asiakkaat				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää arkiapua	215	233	292	302	1.2	1.2	1.2	1.2	1.0	1.0	1.0	1.1
Mielenterveys- ja päihdehoito	30	35	42	37	1.0	1.0	1.0	0.9	1.1	1.0	0.9	1.0
Muistisairaanhoito	64	64	97	87	1.0	1.1	0.9	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9
Vaativa perushoito	2	5	4	4	1.0	0.8	2.5	2.3	1.4	0.8	1.0	1.0
Sairaanhoito	46	52	60	67	1.2	1.1	1.3	1.4	1.0	1.0	1.0	1.1
Aktiivinen kuntoutus	3	1	0	3	1.7	0.0		1.7	0.6			1.5



Kuvio 3. Asiakkaiden kipu, Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue, %

Taulukko 3. Asiakkaiden kipu tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, Tampereen kaupungin kotihoito, itäinen alue

	N= arvioidut asiakkaat				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	348	442	406	443	1.3	1.3	1.2	1.2	1.0	1.1	1.0	1.1
Mielenterveys- ja päihdehoito	35	52	45	45	1.3	1.3	1.3	1.2	1.1	1.1	1.2	1.1
Muistisairaanhoito	88	102	104	118	0.9	1.1	1.0	0.8	1.0	1.0	1.0	0.9
Vaativa perushoito	6	8	7	17	1.2	2.3	1.3	1.4	0.8	1.0	1.0	0.9
Sairaanhoito	107	124	95	124	1.5	1.5	1.5	1.3	1.1	0.9	1.0	1.0
Aktiivinen kuntoutus	6	6	7	7	1.2	1.3	1.3	1.9	1.3	1.2	1.1	1.1



Kuvio 4. Asiakkaiden kipu, ulkoinen palvelutuottaja Pihlajalinna, %

Taulukko 3. Asiakkaiden kipu tuotteittain: asiakkaiden määrä, keskiarvo, keskihajonta, ulkoinen palvelutuottaja Pihlajalinna

	N= arvioidut asiakkaat				Keskiarvo (k.a)				Keskihajonta (std)			
	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2	2012_1	2012_2	2013_1	2013_2
Toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää arkiapu	64	61	50	47	0.8	0.8	1.1	1.1	1.0	1.0	0.9	1.1
Mielensterveys- ja päihdehoito	6	6	3	6	0.7	1.0	0.7	0.7	1.0	1.3	1.2	1.2
Muistisairaanhoito	17	20	26	31	0.7	0.5	0.5	0.9	1.0	0.9	0.9	1.0
Vaativa perushoito	0	0	0	0								
Sairaanhoito	10	11	7	11	1.2	1.3	1.3	1.4	0.8	1.1	1.1	0.8
Aktiivinen kuntoutus	0	0	0	0								