

Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola

Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna

Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006



ISSN 1236-2115

ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.)

ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2007

**Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994–2006. Helsinki 2007. 88 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2007:28)
ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.), ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)**

Selvityksen tavoitteena oli kuvata omaishoidon tuen turvin hoidettavia henkilöitä, omaishoitajia, omaishoitajille maksettavia palkkioita, omaishoidon tukeen sisältyviä palveluita ja omaishoidon tuen kehittämistarpeita. Tavoitteena oli myös verrata tilanteen kehitystä niin ajassa kuin alueellisesitkin. Lisäksi tässä selvityksessä kuvataan, miten 1.1.2006 voimaan tullut omaishoitolaki on vaikuttanut omaishoidon tukeen kunnissa.

Selvitys on jatkoa vuosina 1995, 1999 ja 2003 raportoiduille selvityksille ja tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiantona. Seurantatutkimuksen aineisto kerättiin kesäkuussa 2006 postikyselynä omaishoidon tuesta kunnissaan vastaavilta viranhaltijoilta. Kysely lähetettiin kaikkiin Manner-Suomen kuntiin (n=415). Vastausprosentti oli 88. Tutkimukseen osallistuneiden kuntien asukasluku kattoi 92,7 prosenttia Manner-Suomen asukasluvusta. Aineisto oli Manner-Suomen ja myös lääni- ja maakuntatasolla asukasluvun osalta edustava.

Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa oli tutkimusajankohtana (poikileikkaustilanne 30.4.2006) omaishoidon tuella hoidettavia henkilöitä 21 784. Hoidettavien määrä nousi noin kolmella tuhannella vuodesta 2002, 15 prosenttia. Hoidettavista naisia oli 46 ja miehiä 54 prosenttia. Suurin osa hoidettavista oli 75–84-vuotiaita (29 %), noin viidesosa oli 18–64-vuotiaita (22 %) ja yli 85-vuotiaita oli 17 prosenttia. Verrattuna vuoteen 2002 hoidettavien ikärakenne ei ollut juuri muuttunut.

Pääasiallinen hoidon ja huolenpidon tarve kolmasosalla hoidettavista oli pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma ja neljäsosalla vanhuuteen liittyvä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. Dementia oli hoidon tarvetta aiheuttava tekijä noin viidesosalla. Hoidollisesti raskaassa siirtävävaiheessa tutkimusajankohtana oli 143 henkilöä (1 %). Asiakkaiden hoitoisuus oli suurta, sillä lähes puolet omaishoidon tuella hoidettavista tarvitsi hoitoa ja huolenpitoa jatkuvasti ja melko paljon ja joka kolmas ympärivuorokautisesti. Verrattuna vuoteen 2002 asiakkaiden hoitoisuus oli samankaltainen.

Kolme neljäsosaa hoitajista oli naisia. Noin puolet omaishoitajista oli hoidettavien puolisoita ja joka viides oli joko lapsi tai vanhempi. Muita omaisia tai hoidettavalle henkilölle läheisiä oli kymmenen prosenttia omaishoitajista. Puolisoiden määrä omaishoitajina lisääntyi vuoden 1994 noin kolmasosasta lähes puoleen vuonna 2006. Yli puolet omaishoitajista oli työkäisiä, mutta tätä vanhempien omaishoitajien osuus on jatkuvasti lisääntynyt. Omaishoitajista yli puolet oli eläkkeellä ja noin viidenes kokopäivätoimisesti työssä. Vuoteen 2002 verrattuna tilanne muuttui niin, että eläkkeellä olevien omaishoitajien osuus kasvoi.

Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa omaishoidon tuen palkkiot sijoittuivat yleisimmin 300 ja 599 euron välille. Kaikkien maksettujen palkkioiden keskiarvo oli 416,32 euroa. Maakunnittain keskiarvo vaihteli 356 ja 555 euron välillä. Vuonna 2002 vastaava palkkioiden keskiarvo oli 287,89 euroa.

Omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden vastausten mukaan hoitopalkkioiden kustannukset nousivat vuodesta 2003 vuoteen 2005 noin 7 miljoonaa euroa, (11 prosenttia); vuonna 2005 hoitopalkkioihin oli varattu 72,9 miljoonaa euroa. Vastaavien viranhaltijoiden mukaan vuonna 2006 hoitopalkkioihin oli varattu 84,9 miljoonaa euroa, joka toteutuessaan on merkittävä lisäys.

Enemmistö (70 %) kuntien omaishoidon tuesta vastaavista viranhaltijoista arvioi, että vuoden 2006 alusta voimaan tullut omaishoitolaki ei ole vaikuttanut hoidettaville annettavien palveluiden määrään. Joka viides vastaaja arvioi palveluiden määrän lisääntyneen ja kolme prosenttia arvioi palveluiden määrän vähentyneen. Yleisimmin hoidettaville tarjottiin apuvälinepalveluja, kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua. Tukipalveluista yleisin oli kuljetuspalvelu, jota tarjottiin noin joka kolmannelle hoidettavalle.

Yleisimmät omaishoitajille järjestetyt palvelut olivat vapaapäivät, palveluohjaus, koulutus ja neuvonta, sosiaalityön palvelut sekä vertaisryhmätoiminta. Kunnan viranhaltijoiden arvioiden mukaan lakisääteiseen vapaaseen oikeutetuista omaishoitajista yli puolet piti lakisääteiset vapaansa. Omaishoidettavien hoito järjestettiin omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana suurimmaksi osaksi lyhytaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, erityishuoltopiirin laitoksessa tai kuntoutuslaitoksessa. Noin viidesosalle asiakkaista hoito järjestettiin sukulaisten, naapureiden tai vapaaehtoisten henkilöiden avulla tai lyhytaikaisoidossa palveluasumisyksikössä. Vähän käytettyjä sijaishoidon muotoja olivat lomituspalvelut kotona, perhehoitolomat ja kotipalvelun avulla järjestetty sijaishoito. Vuoteen 2002 verrattuna tilanne oli muuttunut vain vähän.

Omaishoitolain vaikutuksia omaishoidon tukemisessa kyselyyn vastanneet kuntien edustajat arvioivat avoimessa kysymyksessä, johon saatiin 276 vastausta. Osassa kunnista oli jo varauduttu lain tuomiin uudistuksiin ja määrärahaa oli varattu omaishoidon tukeen enemmän kuin aikaisemmin. Myöntämiskäytäntöjen selkiintyminen ja omaishoitajien aseman paraneminen mainittiin lain mukanaan tuomana myönteisinä muutoksina. Toisaalta laki oli tuonut myös paljon lisätyötä, kun tietoisuus laista lisääntyi, myös hakemusten määrät ja kustannukset lisääntyivät. 18 prosenttia kuntien edustajista arvioi, että laki ei ole vaikuttanut mitenkään heidän toimintaansa.

Omaishoidon tuen keskeiset kehittämishaasteet liittyvät vastaajien mukaan seuraaviin:

- 1) Omaishoidettavien ja -hoitajien elämänlaadun edistäminen
 - a. kehittämällä monipuolisia palveluita, kuten virkistys- ja kuntoutuspalveluita, omaishoitajan fyysisen, emotionaalisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi laajassa yhteistyössä eri toimijoiden, kuten kuntien, järjestöjen, seurakuntien jne. kanssa
 - b. kehittämällä tarkoituksenmukaisia vaihtoehtoja sijaishoidon järjestämiseksi hoidettavan kotona omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi
- 2) Kattava toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi niin hoidettavan kuin omaishoitajankin osalta, jotta tarvittava apu voidaan kohdentaa oikein ja tavoitteellisesti, hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaamana
- 3) Omaishoidon kehittäminen palvelurakenteen kiinteänä osana pitkäjänteisesti, ml. tuen kattavuuden lisääminen.

Asiasanat: avopalvelut, etuudet, omaishoitajat, omaishoito, sosiaalipalvelut

Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Stöd för närståendevård som social service. Utredning om stöd för närståendevård och förändringar 1994–2006 (Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994–2006). Helsingfors 2007. 88 s. (Social- och hälsovårdsministeriet rapporter, ISSN 1236-2115; 2007:28) ISBN 978-952-00-2344-7 (inh.), ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)

Målet för utredningen var att beskriva personer som vårdas med hjälp av stödet för närståendevård, närståendevårdare, vårdarvoden som utbetalas till närståendevårdare, tjänster som ingår i stödet för närståendevård och utvecklingsbehov i fråga om stödet för närståendevård. Ett annat mål var att jämföra utvecklingen av situationen såväl tidsmässigt som regionalt. Dessutom skildrar utredningen hur närståendevårdslagen som trädde i kraft 1.1.2006 har inverkat på stödet för närståendevård i kommunerna.

Utredningen är en fortsättning på de rapporter som inlämnats åren 1995, 1999 och 2003 och den utfördes på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet. Materialet i uppföljningsundersökningen insamlades i juni 2006 i form av en postenkät till tjänsteinnehavare med ansvar för stödet för närståendevård i sina respektive kommuner. Enkäten sändes till samtliga kommuner i det fasta Finland (n=415). Svarsprocenten var 88. Invånarantalet i de kommuner som deltog i undersökningen omfattade 92,7 procent av antalet invånare i det fasta Finland. I fråga om antalet invånare var materialet representativt både för det fasta Finland och på läns- och landskapsnivå.

Antalet personer som vårdades med stöd av stödet för närståendevård uppgick till 21 784 i de kommuner som deltog i undersökningen vid tidpunkten för undersökningen (genomsnittlig situation 30.4.2006). Antalet vårdbehövande hade stigit med ca tretusen, dvs. 15 procent från år 2002. Av de vårdbehövande var 46 procent kvinnor och 54 procent män. En majoritet av de vårdbehövande var 75–84-åringar (29 %), ungefär en femtedel var 18–64-åringar (22 %), över 17 procent var 85 år gamla eller äldre. Jämfört med år 2002 hade åldersstrukturen för de vårdbehövande knappt förändrats.

Det huvudsakliga behovet av vård och omsorg för en tredjedel av de vårdbehövande var en långvarig fysisk sjukdom eller skada, för en fjärdedel försvagning av den fysiska funktionsförmågan med anknytning till

ålderdom. Hos ungefär en femtedel var demens den faktor som förorsakade behov av vård. Vid tidpunkten för undersökningen befann sig 143 personer (1 %) under en tung behandlingsfas. Klienternas vårdberoende var stort eftersom närmare hälften av dem som vårdades med hjälp av stödet för närståendevård behövde ständig vård och omsorg i relativt stor omfattning, och var tredje klient dygnet runt. Jämfört med år 2002 hade klienternas vårdberoende inte förändrats.

Tre fjärdedelar av vårdarna utgjordes av kvinnor. Cirka hälften av närståendevårdarna var makor/makar till de vårdbehövande och var femte av dem var antingen barn eller förälder. Andra närstående eller nära personer till den vårdade personen utgjorde tio procent av närståendevårdarna. Andelen makor/makar steg från ungefär en tredjedel år 1994 till närmare hälften år 2006. Över hälften av närståendevårdarna var i arbetsför ålder men andelen äldre närståendevårdare har ständigt ökat. Av närståendevårdarna var över hälften pensionerade medan ca en femtedel arbetade heltid. Förändringen jämfört med situationen år 2002 var att andelen pensionerade närståendevårdare steg.

I de kommuner som deltog i undersökningen låg arvoden för stödet för närståendevård allmänt mellan 300 och 599 euro. Genomsnittet för samtliga utbetalda arvoden var 416,32 euro. Landskapsvis varierade genomsnittet mellan 356 och 555 euro. År 2002 var motsvarande genomsnittsvärde för arvoden 287,89 euro.

Enligt svaren från tjänsteinnehavarna med ansvar för stödet för närståendevård steg kostnaderna för vårdarvodena från år 2003 till år 2005 ca 7 miljoner euro (11 procent); år 2005 hade 72,9 miljoner euro reserverats för vårdarvodena. År 2006 reserverades enligt tjänsteinnehavarna 84,9 miljoner euro för vårdarvodena, vilket innebär en betydande ökning om det förverkligas.

En majoritet av de kommunala tjänsteinnehavarna med ansvar för stödet för närståendevård uppskattade att närståendevårdslagen som trädde i kraft vid ingången av år 2006 inte hade inverkat på antalet tjänster som erbjuds vårdbehövande. Var femte av dem som svarade uppskattade att antalet tjänster ökat medan tre procent uppskattade att antalet tjänster minskat. Oftast erbjöds de vårdbehövande hjälpmedelservice, hemsjukvård och hemtjänst. Den vanligaste stödtjänsten var färdtjänst som erbjöds ungefär var tredje vårdbehövande.

De vanligaste tjänsterna som ordnades för närståendevårdare var lediga dagar, servicehandledning, utbildning och rådgivning, sociala tjänster samt kamratstödsverksamhet. Enligt uppskattningar av kommunala tjänsteinnehavare utnyttjade över hälften av närståendevårdarna den lagstadgade ledighet som de var berättigade till.

Under närståendevårdarens lagstadgade ledighet ordnades vården för personer som vårdades med närståendevård för det mesta i form av kortvarig institutionsvård på ett ålderdomshem, hälsovårdscentrals baddavdelning, en institution inom ett specialomsorgsdistrikt eller en rehabiliteringsinrättning. För ca en femtedel av klienterna ordnades vården med hjälp av släktingar, grannar eller frivilliga eller i form av korttidsvård i en serviceboendeenhet. Former för ersättande vård som användes sällan var avbyttarservice hemma, ledighet för familjevård och ersättande vård som ordnats med hjälp av hemtjänsten. Jämfört med år 2002 hade situationen inte förändrats mycket.

En öppen fråga om närståendevårdslagens verkningar på stödet för närståendevård besvarades av 276 kommunala tjänsteinnehavare som deltog i enkäten. En del kommuner hade redan förberett sig på de reformer som lagen skulle medföra och mer anslag än tidigare hade reserverats för stödet av närståendevård. Förtydligandet av praxis vid beviljande av stöd och förbättringen av närståendevårdarens ställning nämndes som positiva förändringar som lagen hade lett till. Å andra sidan har lagen medfört mycket merarbete eftersom ökad medvetenhet om lagen haft som följd att även antalet ansökningar och kostnaderna ökat. Av kommunens företrädare uppskattade 18 procent att lagen inte på något sätt inverkat på deras verksamhet.

De centrala utmaningarna i fråga om utvecklande av stödet för närståendevård anknyter enligt svaren på följande punkter:

- 1) Främjande av livskvaliteten för både dem som vårdas med hjälp av närståendevård och för närståendevårdare genom att
 - a. utveckla mångsidiga tjänster så som rekreations- och rehabiliteringstjänster i syfte att upprätthålla närståendevårdarens fysiska, emotionella och sociala funktionsförmåga i omfattande samarbete med olika aktörer så som kommuner, organisationer, församlingar osv.
 - b. utveckla ändamålsenliga alternativ för ordnande av ersättande vård hemma hos den vårdbehövande under tiden för närståendevårdarens lagstadgade ledighet
- 2) Täckande bedömning av funktionsförmåga och resurser både för den vårdbehövande och närståendevårdaren för att kunna rikta hjälpen rätt och målinriktat, under styrning av vård- och serviceplanen
- 3) Långsiktigt utvecklande av närståendevården som en permanent del av servicestrukturen, inkl. utbyggnad av stödet.

Nyckelord: förmåner, närståendevård, närståendevårdare, sociala tjänster, öppen service

Summary

Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Support for informal care as a social service. A study of support for informal care and variations in it in 1994–2006. Helsinki 2007. 88 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2115; 2007:28) ISBN 978-952-00-2344-7 (pb), ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)

The study deals with persons cared for by support for informal care, caregivers, fees payable to caregivers, services included in and needs to develop the support for informal care. It also compares developments in the situation from both a temporal perspective and regionally. Furthermore, the study describes how the Informal Care Act, which entered into force on 1 January 2006, has influenced the support for informal care in municipalities.

The study is continuation to the studies reported on in 1995, 1999 and 2003, and it was commissioned by the Ministry of Social Affairs and Health. The information for the follow-up study was collected in June 2006 by a postal questionnaire addressed to officials responsible for informal care in municipalities. The questionnaire was sent to all municipalities in continental Finland (excepting the Åland Islands) (n=415). The response rate was 88 per cent. The number of residents in the municipalities that took part in the study covered 92.7 per cent of the population in continental Finland. The material was representative in regard to the population of both continental Finland and at the level of provinces and regions.

The persons cared for by means of support for informal care at the time of the study (cross sectional situation on 30 April 2006) numbered 21,784. Their number increased by 3,000 compared to 2002, i.e. 15 per cent. The proportion of women among those cared for was 46 and of men 54 per cent. The majority of the persons cared for were aged from 75 to 84 years (29%), about one fifth were 18- to 64-year-olds (22%) and 17 per cent were over 85. Compared to the year 2002, the age structure of the persons cared for had not changed much.

In regard to one third of those cared for the main need for care and attendance was due to a long-term physical illness or injury and in regard to one quarter to reduced physical functional capacity in old age.

Dementia was the factor that necessitated care for about one fifth. At the transition stage, in which giving care is particularly hard work, the persons numbered at the time of the study 143 (1%). Care intensity was high since almost half of those cared for by means of support for informal care needed care and attendance constantly and to a fairly great extent, and every third on a 24-hour basis. Care intensity for the clients was similar to that in 2002.

Three quarters of the caregivers were women. About one half of the caregivers were spouses of those cared for and every fifth was either a child or parent. Ten per cent of the caregivers were other relatives or persons close to the person cared for. Compared to 1994 the proportion of spouses increased from about one third to almost one half in 2006. More than half of the caregivers were of working age, but the proportion of caregivers older than that is on a constant increase. More than one half of the caregivers had retired from worklife and about one fifth had fulltime employment. Compared to 2002, the situation changed so that the proportion of caregivers in receipt of a pension increased.

In the municipalities that took part in the study the fees paid as support for informal care were most often between EUR 300 and 599. The average of all the fees paid was EUR 416.32. Regionally the average varied from EUR 356 to 555. In 2002 the average was EUR 287.89.

According to the replies received from the officials responsible for support for informal care the costs of fees payable for care increased by EUR 7 million (11%) from 2003 to 2005; the sum allocated for fees in 2005 was EUR 72.9 million. According to the responsible officials, EUR 84.9 was allocated for the year 2006, which is a considerable increase if realised.

The majority (70%) of the officials estimated that the Informal Care Act that entered into force at the beginning of 2006 has not affected the amount of the services given to clients. Every fifth respondent estimated that the amount of services had increased and three per cent estimated that the amount had decreased. Most often the services provided to clients consisted of assistive device services, home nursing and home services. The most common supportive service was transport service, which was provided to every third of the persons cared for.

The most common services provided for informal caregivers were days off, service guidance, training and advice, social work services and peer activities. The municipal officials estimated that more than 50 per cent of the caregivers who are entitled to statutory days off used that right.

During the caregivers' statutory days off the care for persons in informal care was mostly arranged in the form of short-term institutional care in an old people's home, a health centre ward, a special care district

institution or rehabilitation institution. For about one fifth of the clients care was arranged with the help of relatives, neighbours or volunteers or in short-term care in a service-housing unit. Types of care that were used to a minor extent included stand-in services at home, 'family care' holidays and respite care provided by means of home help service. Compared to 2002 the situation had changed only slightly.

The representatives of municipalities that responded to the questionnaire on support for informal care evaluated in an open question the impact of the Informal Care Act on the support for informal care in their municipality; there were 276 responses to that question. Some of the municipalities had already prepared themselves for the reforms necessitated by the Act, and the allocation for support for informal care was higher than before. The clarification of the granting praxis and the improved position of informal caregivers were mentioned as positive changes entailed by the Act. On the other hand, the Act has involved a great deal of additional work as the awareness of the Act has increased, and also the numbers of applications and costs have increased. 18 per cent of the representatives of municipalities estimated that the Act has not affected their work in any way.

The major challenges for developing support for informal care are according to the respondents related to the following:

- 1) Promotion of the quality of life of the persons cared for and the caregivers by
 - a. developing varied services, such as recreation and rehabilitation services, to maintain and promote the caregivers' physical, emotional and social functional capacity through an extensive cooperation between various actors such as municipal authorities, non-governmental organisations, parishes etc.,
 - b. developing appropriate options for organising respite care in the client's home during the caregiver's statutory days off;
- 2) A comprehensive evaluation of the functional capacity and resources in regard to both the person cared for and the caregiver so that the necessary help can be directed appropriately and purposefully, as guided by the care and service plan;
- 3) Development of informal care as an integral part of the service structure on a long-time basis, including increased coverage of support.

Key words: caregivers, informal care, non-residential services, social services

1 SELVITYKSEN TAUSTA	14
1.1 Johdanto	14
1.2 Omaishoidon tuen määritelmä ja asema	15
1.3 Omaishoidon tuen lainsäädännöllinen kehitys	17
1.4 Julkiseen omaishoidon tukeen liittyvä tutkimus	18
2 SELVITYKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
3 SELVITYKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4 TULOKSET	25
4.1 Omaishoidon tuella hoidettavien muotokuva	28
4.2 Omaishoitajien muotokuva	32
4.3 Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kehitys ja vaihtelu	35
4.4 Omaishoidon tuella hoidettavien palvelut ja palveluista perittävät maksut	40
4.5 Omaishoitajien lakisääteiset ja muut vapaat ja hoidettavien sijaishoidon järjestäminen vapaiden aikana	44
4.5.1 Omaishoitajien vapaat	44
4.5.2 Omaishoidettavien hoidon järjestäminen hoitajan lakisääteisen vapaan aikana	47
4.5.3 Omaishoidettavien hoidon järjestäminen muiden kuin omaishoitajan lakisääteisten vapaiden aikana	48
4.6 Muut omaishoitoa tukevat palvelut ja niistä perittävät maksut	50
4.7 Omaishoitolain voimaan tulon vaikutukset kuntien omaishoidon tuesta vastaavien henkilöiden arvioimina	53
5 TULOSTEN TARKASTELU	57
5.1 Tutkimustulosten yhteenveto ja pohdinta	57
5.1.1 Omaishoidon tuella hoidettaviin liittyvät tulokset	57
5.1.2 Omaishoitajiin liittyvät tulokset	58
5.1.3 Hoitopalkkioihin sekä omaishoidettavien ja -hoitajien palveluihin liittyvät tulokset	59
5.1.4 Omaishoitolain vaikutuksiin liittyvät tulokset	62
5.2 Tutkimuksen luotettavuus	63
LÄHTEET	65
LIITE 1. OMAISHOIDON TUEN SEURANTATUTKIMUS – Kyselylomake	67
LIITE 2. Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937	79
Liitetaulukko 1. Omaishoidon tuella hoidettavien avun tarve maakunnittain (%).	81
Liitetaulukko 2. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyvät palvelut maakunnittain (%).	82

Kuviot

Kuvio 1.	Hoidettavien ikä vuosina 1994–2006.	28
Kuvio 2.	Hoidettavien pääasiallinen hoidon ja huolenpidon syy.	29
Kuvio 3.	Hoidettavien avun tarve vuosina 1994–2006.	30
Kuvio 4.	Hoidettavan ja hoitajan perhesuhde.	32
Kuvio 5.	Hoitajien ikäjakaumat vuosina 1994–2006.	33
Kuvio 6.	Omaishoitajien työmarkkina-asema vuosina 1994–2006.	33
Kuvio 7.	Omaishoitoa vaikeuttavat tekijät.	34
Kuvio 8.	Omaishoitolain vaikutus hoidettaville annettujen palvelujen määrään.	40
Kuvio 9.	Yleisimpiä syitä omaishoitajan lakisääteisen vapaan käyttämättä jättämiseen maakunnittain.	45
Kuvio 10.	Kuntien järjestämät omaishoitajien virkistysvapaat ja muut kuin lakisääteiset vapaat maakunnittain.	46
Kuvio 11.	Hoidettavan hoidon järjestäminen hoitajan lakisääteisen vapaan aikana vuosittain 1998–2006.	47
Kuvio 12.	Hoidettavan hoidon järjestäminen omaishoitajan muiden (kuin lakisääteisten) vapaapäivien ja virkistysvapaiden aikana maakunnittain (%).	49
Kuvio 13.	Omaishoitajien omaishoitosopimuksiin sisältyviä palveluja maakunnittain.	52
Kuvio 14.	Palvelumaksujen vaikutus omaishoitajien palvelujen käyttöön (%) kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden arvioiden mukaan.	53

Taulukot

Taulukko 1.	Vastausprosentit maakunnittain.	23
Taulukko 2.	Tutkimukseen osallistuneet kunnat ja Manner-Suomen kunnat luokitellun asukasluvun mukaan.	24
Taulukko 3.	Omaishoidon tuen kirjallisten hakemusten ja uusien asiakkaiden määrät vuosina 2003–2005 ja 1.1.–30.4.2006.	25
Taulukko 4.	Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset vuosina 2003–2005 ja vuotta 2006 koskeva arvio.	36
Taulukko 5.	Arvio omaishoidon tuen palkkioihin varattavan määrärahan kehityksestä vuonna 2007 maakunnittain.	37
Taulukko 6.	Omaishoitajille maksettavat palkkiot.	38
Taulukko 7.	Kuntien maksaman hoitopalkkioin keskiarvot kunnan asukasluvun mukaan.	39
Taulukko 8.	Omaishoidon tuen keskipalkkiot maakunnittain.	39
Taulukko 9.	Omaishoidon tuen palkkioiden kehitys vuosina 1994–2006.	40
Taulukko 10.	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyvät palvelut ja niiden vaihtelu vuosina 1994–2006.	42

1 SELVITYKSEN TAUSTA

1.1 Johdanto

Perheet ja lähiyhteisöt ovat aina osallistuneet sairaiden ja vammaisten ihmisten hoitoon ja huolenpitoon. Huolimatta siitä, että yhteiskunta on ottanut vastuulleen aikaisemmin lähes yksinomaan perheelle ja lähiyhteisölle kuuluneita tehtäviä, omaisten ja läheisten merkitys hoidon tarjoajana ei ole hävinnyt. Ihmiset saavat edelleen huomattavan osan tarvitsemastaan avusta ja hoidosta perheenjäseniltään ja lähiyhteisöltään. (Rissanen 1999, Mikkola 2005, Vaarama ym. 2006.) Tällä niin sanotulla epävirallisella hoidolla on vahva asema, joka perustuu erityiseen, henkilökohtaiseen suhteeseen ihmisten välillä sekä tunteisiin ja kiintymykseen liittyvään vastuuntuntoon (Sipilä 2003). Omaishoidon tärkein motiivi on läheinen suhde, joka ei ole syntynyt hoidon tarpeen perusteella, vaan on olemassa siitä riippumatta (Mikkola 2005).

Raja tavanomaisen auttamisen ja varsinaisen omaishoitajuuden välillä on liukuva. Erona läheisten toisilleen antamaan vastavuoroiseen apuun omaishoitajuuteen liittyä annetun avun suuri sitovuus tai vaativuus. Omaishoidossa hoivan tarve perustuu omaisen tai läheisen terveydentilan tai toimintakyvyn heikentymiseen tai vammaisuuteen. Kunnallista omaishoidon tukea sai vuonna 2005 noin 29 000 omaishoitajaa. Omaishoitajien määrä on kasvanut tasaisesti vuodesta 1994 lähtien. Omaishoidon tuen turvin hoidettiin vuonna 2005 hieman yli 30 000 apua tarvitsevaa henkilöä. (Kuntien talous- ja toimintatilasto; Tilastokeskus & SOTKA -tietokanta, Stakes.)

Läheistensä hoitoon eriasteisesti osallistuvien omaisten määrä on kuitenkin huomattavasti suurempi. Varovaisimpienkin arvioiden perusteella voidaan todeta, että suurin osa omaisiaan hoitavista ihmisistä tekee hoivatyötä ilman omaishoidon tukea, vaikka hoidettavan avun tarve saattaisi edellyttää tuen saamista. Omaishoitajien määrää on arvioitu Stakesin Hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa¹. Vuonna 2006 kerätyn aineiston analyysin perusteella voidaan arvioida, että läheisensä pääasiällisiä auttajia on noin 280 000. Heistä noin 90 000 auttaa läheistään kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa, noin 26 000 kotiaskareissa, noin 60 000 henkilökohtaisissa päivittäistoimissa ja noin 30 000 sairaanhoidollisissa toimenpiteissä päivittäin.

¹ Omaishoitajien määrää koskeva artikkeli julkaistaan osana Suomalaisten hyvinvointi 2007 -teosta, joka ilmestyy loppuvuodesta 2007 Stakesin kustantamana.

Paineet omaishoidon tukemisen tutkimiseen ja kehittämiseen ovat olleet voimakkaat koko 2000-luvun, mikä näkyy mm. suurena tutkimus- ja kehittämishankkeiden määränä. Hankkeissa on selvitetty niin omaishoidon ja -hoitajuuden ongelmia, voimavaroja kuin toimivia tukijärjestelmiäkin. Hankkeiden pääasiallisiksi suosituksiksi voidaan määrittää esitykset kotihoidon lomituksen ja kotiin annettavan avun lisäämisestä sekä ihmisten yksilöllisten tarpeiden monipuolisesta huomioon ottamisesta tukitoiminnassa. Kehittämishankkeet ovat pitkälti keskittyneet kolmannen sektorin toiminnaksi. (ks. Pietilä & Saarenheimo 2003.) Erityisen vaikuttavaksi – myös kustannusvaikuttavaksi – näyttäisi muotoutuvan yksilöllisesti omaishoitoperheen tarpeisiin räätälöity tuki (Eloniemi-Sulkava ym. 2006).

Yhteiskunnallinen kiinnostus omaishoidon kehittämiseen on Suomessa ollut suurta. Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelmassa omaishoitajien asemaa esitettiin parannettavaksi ja omaishoitoa kehitettäväksi mm. lainsäädännöllisesti ja osana sosiaali- ja terveystalvuelu-järjestelmän kokonaisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2003 selvityshenkilön laatimaan ehdotukset niistä toimenpiteistä, joilla omaishoitoa voidaan kehittää. Selvityshenkilö teki omaishoidon kehittämiseksi 16 ehdotusta, joista ehdotusten suuntaisesti on toteutunut tai toteutumassa useita uudistuksia (Aaltonen 2004). Vuoden 2006 alusta voimaan tullut laki omaishoidon tuesta (937/2005) on merkittävä virstanpylväs omaishoidon tuen uudistamisessa. Lain tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus.

1.2 Omaishoidon tuen määritelmä ja asema

Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan tulee huolehtia määrärahojensa puitteissa. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat palvelut sekä omaishoitajalle annettava hoitopalkkio, vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut, jotka määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Omaishoidon tukea voidaan myöntää, jos

- o henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee hoitoa tai muuta huolenpitoa
- o hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla
- o hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia

- omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää
- hoidettavan koti on terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva ja
- tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 3§).

Omaishoitajan täytyy olla hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö eikä ns. vierashoitaja voi toimia omaishoitajana. Omaishoidon tukea haetaan hoidettavana olevan henkilön kotikunnalta. Omaishoidon tukea voidaan myöntää sekä pitkä- että lyhytaikaisen hoidon tarpeen perusteella. Jos kunta myöntää hoidettavalle omaishoidon tukea, kunta ja omaishoitaja tekevät toimeksiantosopimuksen omaishoidon tuesta. Omaishoitosopimuksen liitteenä on oltava hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on laadittava yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa. Omaishoitosopimuksen tehnyt omaishoitaja ei ole työsopimuslain (55/2001) tarkoittamassa työsuhteessa kuntaan, hoidettavaan tai hoidettavan huoltajaan. Omaishoitajan eläketurvasta säädetään kunnallisessa eläkelaisissa. Kunnan on otettava tapaturmavakuutuslain (608/1948) 57 §:n 1 momentin mukainen vakuutus hoitajalle. Omaishoitosopimukset laaditaan aina toistaiseksi voimassa oleviksi ellei ole erityistä syytä määräaikaisen sopimuksen tekemiseen. Määräaikaisen sopimuksen tekemisen lähtökohdaksi on aina hoidettavan etu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Omaishoidon tukeen sisältyy aina rahana suoritettava hoitopalkkio. Hoitopalkkio määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Hoitopalkkio on vähintään 300 euroa² kuukaudessa. Hoitopalkkio on kuitenkin vähintään 600 euroa³ kuukaudessa hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana, jos omaishoitaja joutuu jäämään lyhytaikaisesti pois töistä. Uuden 600 euron hoitopalkkion myöntämisen edellytyksenä on, ettei hoitajalla ole samalta ajalta vähäistä suurempia työtuloja eikä oikeutta erityishoitorahaan tai vuorottelukorvaukseen. Hoitajan esittämän erityisen syyn perusteella hoitopalkkio voidaan sopia säädettyjä vähimmäismääriä pienemmiksi. Kunnat päättävät omaishoidon tuen palkkioluokkien lukumääristä ja kriteereistä lain sallimissa rajoissa. Hoitopalkkioiden indeksisuoja parannettiin omaishoidon tuen uudistuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Omaishoitajalla on vuoden 2007 alusta lähtien oikeus vähintään kolmen vuorokauden mittaiseen vapaaseen kuukaudessa, jos hän on kuukauden

² 1.1.2007 alkaen 310,44 euroa

³ 1.1.2007 alkaen 620,28 euroa

aikana sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti. Oikeus kolmen vuorokauden vapaaseen on myös omaishoitajalla, jonka hoidettava viettää kodin ulkopuolella vähäisen osan vuorokaudesta. Omaishoitolain mukaan kunta voi myöntää kaikille omaishoidon tuen saajille myös enemmän vapaa- ja alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita lakisääteisen vapaan lisäksi. Niistä palveluista, joita kunta järjestää hoidettavalle lakisääteisen vapaan ajaksi ja jotka korvaavat omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa, hoidettavan maksettavaksi voi tulla enintään 9 euroa. (Laki omaishoidon tuesta [937/2005], Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna on osa kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta, jonka kehittämistä tulisi tarkastella erityisesti osana muita kotona asumista tukevia palveluita: kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa tai yhdistettyä kotihoitoa. Omaishoidon tuen uudistuksen keskeinen tavoite on vakiinnuttaa omaishoidon tuen asema kuntien palvelujärjestelmässä. Tämä edellyttää, että omaishoidon tuen strategiset linjaukset sisällytetään kunnan vanhus- ja vammaispoliittisiin strategioihin. Omaishoidon tuen strategia kytkeetään kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan, joissa osoitetaan voimavarat omaishoidon tukeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Omaishoidon roolia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista. Palvelujärjestelmän näkökulmasta omaishoitajat voidaan nähdä voimavaroina, jolloin korostetaan omaishoitajan työpanosta ja omaishoidon mahdollisuuksia inhimillisenä tapana vastata hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien kuntalaisten tarpeisiin. Omaishoitajat voidaan nähdä myös yhteisyökumppaneina ja asiakkaina, jolloin omaishoitoa tuetaan ja täydennetään julkisilla palveluilla. Tällöin tuen kohteena ovat sekä hoidettava että hoitaja. Laissa omaishoidon tuesta on otettu huomioon molemmat edellä esitetyt näkökulmat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

1.3 Omaishoidon tuen lainsäädännöllinen kehitys

Julkisen omaishoidon tuen historia ulottuu noin 15 vuoden taakse. Omaishoidon tukeminen aloitettiin ottamalla käyttöön vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki 1980-luvun alussa. Vuodesta 1993 lähtien omaishoidon tuki on ollut lakisääteinen sosiaalipalvelu, josta säädettiin sosiaalihuoltolaissa (710/1982) ja omaishoidon tuesta annetussa asetuksessa (318/1993).

Omaishoidon tuen kehittämisen keskeisenä tavoitteena on ollut omaishoitajien aseman parantaminen. Omaishoitajien oikeutta vapaaseen on asteittain parannettu vuosina 1998 ja 2002 voimaan tulleilla

sosiaalihuoltolain muutoksilla ja vuoden 2007 alusta omaishoidon tuesta annetun lain muutoksella. Vuoden 2007 alusta omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimuksen tehneellä henkilöllä on ollut oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin.

Vuoden 2006 alussa voimaan tullut laki omaishoidon tuesta (937/2005) kumosi sosiaalihuoltolain omaishoidon tukea koskevat säännökset (27a–27c §) sekä asetuksen omaishoidon tuesta (318/1993). Uusi laki sisältää useita muutoksia, jotka parantavat hoidettavien ja omaishoitajien asemaa. Uudessa laissa täsmennetään omaishoidon tuen myöntämisedellytyksiä, parannetaan omaishoitajan mahdollisuutta pitää vapaata, korotetaan hoitopalkkion vähimmäismäärää ja otetaan käyttöön uusi vähimmäishoitopalkkio hoidollisesti raskaita siirtymävaiheita varten sekä parannetaan palkkioiden indeksisuoja. Uutena omaishoidon tuen osana ovat omaishoitajalle annettavat hoitotehtävää tukevat sosiaalihuollon palvelut, jotka kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Omaishoitosopimukset on lähtökohtaisesti laadittava toistaiseksi voimassa oleviksi. Laki sisältää myös hoitopalkkion maksamisen keskeytymistä koskevat säännökset.

Niille palveluille, joita kunta järjestää hoidettavalle omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi ja jotka korvaavat omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa säädettiin 9 euron asiakasmaksu 1.10.2004 lukien. Vuoden 2006 alusta lukien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmak-sulainsäädäntöä uudistettiin siten, että yhdeksän euron katto omaishoi-tajan lakisääteisen vapaan aikana annettavista omaishoitajan hoitoa korvaavista palveluista, jotka järjestetään palvelusetelillä, laajennettiin koskemaan myös kotipalvelun hankkimista. (Laki sosiaali- ja terveyden-huollon asiakasmaksuista 734/1992.)

Maaliskuun alussa 2006 voimaan tullut sosiaalihuoltolain muutos turvaa yli 80-vuotiaille ja kaikille Kelan maksaman erityishoitotuen saajille oikeuden päästä ei-kiireellisten sosiaalihuollon palvelujen tarpeen arviointiin määräajassa (40a §). Uudistus toi 80 vuotta täyttäneille ja erityishoitotukea saaville omaishoidon tuen hakijoille oikeuden saada omaishoidon tuen tarpeen arviointi käynnistymään viimeistään seitsemän arkipäivän kuluttua yhteydenotosta kuntaan.

1.4 Julkiseen omaishoidon tukeen liittyvä tutkimus

Omaishoidon tukea sosiaalipalveluna on tutkittu neljän vuoden välein 1990-luvun puolivälistä lähtien (Antikainen & Vaarama 1995, Vaarama

ym. 1999, Vaarama ym. 2003). Näiden selvitysten keskeiset tulokset voidaan tiivistää seuraaviin kokonaisuuksiin:

- Omaishoidon tuella oli selvitysten mukaan varsin epävakaata asemaa kuntien palvelujärjestelmässä ja omaishoidon tukeen varattujen määrärahojen kehitys oli vaihtelevaa: määrärahat saattoivat nousta yhtenä vuonna ja laskea seuraavana. Näytti siltä, että tukeen varattavia määrärahoja vähennettiin tai lisättiin kunnan taloudellisen tilanteen mukaan, ilman pitkän aikavälin tavoiteasettelua.
- Omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja tukijärjestelmät vaihtelivat maksettujen palkkioiden ja annettujen palvelujen osalta. Kunnat erosivat toisistaan merkittävästi sen suhteen, miten hoidettavien toimintakykyä ja hoidon tarvetta arvioitiin. Kuntien käytössä olevat arviointimenetelmät otivat hyvin huomioon apua tarvitsevan henkilön fyysisen avun tarpeen, mutta selvästi heikommin mielenterveysongelmat ja dementian.
- Palvelujen maksullisuus vaikutti omaishoitajien halukkuuteen käyttää palveluja ainakin jossain määrin. Vuoden 2002 selvityksen mukaan asiakasmaksuja perittiin pääsääntöisesti vain annetuista palveluista. Asiakasmaksukäytäntöjen yhdenmukaistaminen esitettiin kehittämishaasteeksi samoin kuin se, että silloin, kun omaishoitaja ja hoidettava asuvat samassa taloudessa, tulisi asiakasmaksuja ja omaishoidon tukea käsitellä kokonaisuutena.
- Omaishoitajan lakisääteisestä vapaasta ei aina ollut sovittu. Vuonna 2002 vapaasta oli sovittu vain noin 70 prosentissa omaishoidon tukisopimuksista.
- Sijaishoidon sisällyttäminen omaishoidon tukisopimuksiin oli vähentynyt, vaikka kehityksen olisi selvityksissä esitettyjen päätelmien mukaan tullut olla päinvastainen huomioon ottaen omaishoitajan vapaan lakisääteisyys ja se, että oikeutta pitää vapaata lisättiin vuoden 2002 alusta. Selvityksen tulosten ulkopuolelle kuitenkin jäi se, missä määrin tämä kehityskulku kuvasti tarkoituksenmukaisten sijaishoitovaihtoehtojen puutetta.
- Omaishoidon tuen ulkopuolella oli paljon enemmän omaishoitajia kuin sen piirissä. Tämän esitettiin osaltaan johtuvan siitä, että omaishoidon tukea ei haettu, koska se saattoi vaikuttaa hoitajan tai hoitajan ja hoidettavan taloudelliseen asemaan. Arvioitiin, että omaishoidon tuen hakeutumukseen saattoi vaikuttaa myös se, että omaishoitajat kokivat läheisestä huolenpidon velvollisuudekseen. Koska 50 vuotta täyttäneiden ja aviopuolisoiden osuudet omaishoitajista olivat kasvaneet koko tarkastelujakson ajan, pääteltiin tämän merkitsevän sitä, että aviopuolison kotona hoitami-

nen nähtiin velvollisuudeksi, josta ei voinut kieltäytyä. Toisaalta esitettiin, että kaikki omaishoitajat eivät välttämättä edes tienneet haettavasta etuudesta tai kunnalla ei ollut taloudellisia resursseja myöntää tukea kaikille hakijoille.

- Yleisimmät omaishoitoa haittaavat ongelmat olivat tutkimuksiin osallistuneiden arvioiden mukaan hoidon raskaus ja hoitajien haluttomuus pitää vapaata. Esitettiin, että omaishoitajien voimavarat läheisen huolenpidon ja oman jaksamisen turvaamiseksi ovat aina yksilölliset ja näin ollen myös omaishoitajien tuen tarpeet vaihtelevat. Kehittämisehdotuksina esitettiin, että omaishoitajan tukemisen tulee lähteä hänen ja hoidettavan elämäntilanteen tunnistamisesta ja tuen tarpeiden yksilöllisestä huomioon ottamisesta, kun suunnitellaan palvelukokonaisuutta, joka vastaa sekä hoidettavan että hoitajan tarpeisiin. Esitettiin, että kohdistamalla jo käytössä olevia palveluja ja toimintamuotoja hoidettavan lisäksi suoraan myös omaishoitajaan, voidaan lieventää omaishoitotilanteita haittaavia ongelmia.

Omaishoitajat ja Läheiset -Liiton kesällä 2006 julkaisema selvitys kohdistui julkiseen omaishoidon tukeen ja sen tarkoituksena oli selvittää uuden omaishoitolain vaikutuksia omaishoitajien tilanteeseen ja omaishoidon tuen asemaan kuntien palvelurakenteessa. Kyselyyn osallistui 44 kuntaa ja 43 paikallisyhdistystä. Selvityksen tulosten mukaan omaishoidon tuen asema kunnissa oli epävakaata ja kuntien käytänteissä paljon kirjavuutta. Omaishoitajien vapaapäiviä jäi pitämättä, koska tarkoituksenmukaisia sijaishoitopaikkoja ei aina ollut. Paikallisyhdistysten vastaajat arvioivat, että 80 prosenttia omaishoidon tuella hoidettavista olisi laitoshoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa ilman omaishoitajaa. Puolet kuntien viranhaltijoista ja suurin osa paikallisyhdistysten vastaajista arvioi omaishoidon tukeen varatut määrärahat riittämättömiksi tarpeeseen nähden. Selvityksessä kehittämishaasteina nostettiin esiin omaishoidon tuen tarpeen arviointikäytänteiden yhdenmukaistaminen, hoitopalkkioiden siirtäminen Kelan vastuulle sekä hoidettavien tilapäishoitovaihtoehtojen monimuotoistaminen ja niiden riittävyyden turvaaminen. Esitettiin, että selvityshenkilön (ks. Aaltonen 2004) ehdotukset omaishoidon tuen kehittämiseksi tulisi panna toimeen. Kuntien viranhaltijat arvioivat paikallisyhdistysten vastaajia useammin omaishoitajien tilanteen paranevan uuden lain myötä. Sekä kuntien että paikallisyhdistysten vastaajat arvioivat, että omaishoidon tukeminen kuuluu kunnille. (Salanko-Vuorela ym. 2006.)

2 SELVITYKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän selvityksen tavoitteena oli kuvata omaishoidon tuen turvin hoidettavia henkilöitä, omaishoitajia, omaishoitajille maksettavia palkkioita, omaishoidon tukeen sisältyviä palveluita ja omaishoidon tuen kehittämistarpeita. Tavoitteena oli myös verrata tilanteen kehitystä niin ajassa kuin alueellisesti. Lisäksi tämän selvityksen tavoitteena oli kuvata, miten 1.1.2006 voimaan tullut omaishoitolaki on vaikuttanut omaishoidon tukeen kunnissa. Selvitys on jatkoa vuosina 1995, 1999 ja 2003 raportoiduille selvityksille (Antikainen & Vaarama 1995, Vaarama ym.1999, Vaarama ym. 2003) ja tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiantona.

Yksilöidyt tutkimustehtävät ovat

1. Kuvata omaishoidettavien lukumäärää ja taustatekijöitä (ikä, sukupuoli, hoidon tarpeen syy & avun tarve) ja näiden muutoksia vuosina 1994–2006 ja alueellisesti
2. Kuvata omaishoitajien lukumäärää ja taustatekijöitä (ikä, sukupuoli, perhesuhde hoidettavaan, työmarkkina-asema) ja näiden muutoksia vuosina 1994–2006 ja alueellisesti
3. Kuvata omaishoidon tuen palkkioita, omaishoidettavan ja -hoitajien palveluja sekä niiden kehitystä ja alueellisia vaihteluja vuosina 1994–2006
4. Kuvata 1.1.2006 voimaan tulleen omaishoitolain vaikutuksia kunnissa.

3 SELVITYKSEN TOTEUTTAMINEN

Seurantatutkimuksen aineisto kerättiin kesäkuussa 2006 lähettämällä kysely omaishoidon tuesta kunnissaan vastaaville viranhaltijoille: vanhus- ja/tai vammaispalvelujohtajille, sosiaali- tai perusturvajohtajille, johtaville sosiaalityöntekijöille ja vastaaville.

Kyselylomake uudistettiin tätä tutkimusta varten. Aikaisemmissa selvityksissä (Antikainen & Vaarama 1995, Vaarama ym. 1999, Vaarama ym. 2003) käytettyjä kyselylomakkeen osioita täsmennettiin, kuitenkin niin, että vertailtavuus edellisiin tutkimuksiin säilyi. Kyselylomakkeeseen lisättiin osioita, jotka mittasivat uuden omaishoitolain vaikutuksia kunnissa. Uudistustyö tehtiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton ja Stakesin asiantuntijoiden kanssa.

Kyselylomake koostui 46 osiosta, jotka sisälsivät tietoja kunnasta (12 osiota), hoidettavista (7 osiota) ja hoitajista (5 osiota), omaishoitajille maksettavista palkkioista (4 osiota), omaishoidon tukeen sisältyvistä palveluista (11 osiota), omaishoidon tuen asiakasmaksuista (5 osiota) sekä omaishoidon tuen kehittämistarpeista (1 osio). Lisäksi lomakkeessa oli yksi avoin kysymys, jossa vastaajaa pyydettiin arvioimaan uuden omaishoitolain vaikutuksia omaishoidon tukemiseen kunnassa. Kyselylomake käännettiin ruotsiksi niitä kuntia varten, joissa enemmistön kieli oli ruotsi. (Liite 1.)

Uudistetun mittarin sisällön validiteetin varmistamiseksi käytettiin asiantuntijapaneelia. Asiantuntijat (n=3) kävivät mittarin läpi osiolta ja arvioivat, mittaavatko sen osiot tutkimuksen tavoitteiden kannalta olennaisia asioita. Asiantuntijat arvioivat myös kyselylomakkeen osioiden konkreettisuutta ja selkeyttä. Pienen (< 5 000 asukasta), keskisuuren (n. 20 000 asukasta) ja suuren (> 50 000 asukasta) kunnan omaishoidon tuen asiantuntijat koekäyttivät lomaketta ennen sen käyttöön ottoa. Asiantuntija-arviointien ja koekäytön jälkeen lomakkeeseen tehtiin joitakin tarkennuksia.

Kysely lähetettiin kaikkiin kuntiin Ahvenanmaan kuntia lukuun ottamatta (n=415). Suomenkielisiä kuntia oli 389 ja ruotsinkielisiä 26. Kahden, elo-syyskuussa lähetetyn muistutuskirjeen jälkeen vastauksia saatiin 365, joista lopulliseen analyysiin tuli 362. Palautuneista lomakkeista kolme hylättiin seuraavista syistä: yksi palautui tyhjänä, yksi oli hyvin vaivaltaisesti täytetty ja yksi palautui liian myöhään. Saatuja tietoja tarkennettiin joissakin tapauksissa sähköpostitse ja puhelimitse.

Aineisto analysoitiin SPSS 12.01 for Windows ja Excel -ohjelmistoja käyttäen. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysilla. Aineiston analyysia kuvataan tarkemmin luvun 4. eri alaluvuissa, jotta lukijan on mahdollisimman helppo hahmottaa, miten tuloksiin on tultu. Tulokset esitetään frekvenssi- ja prosenttijakaumina ja/tai näiden muutoksina, euromäärinä ja näiden muutoksina sekä keskilukuina.

Vastausprosentti oli 88, joka vaihteli maakunnittain 75 ja 100 prosentin välillä. Kainuun ja Kymenlaakson maakuntien kaikki kunnat osallistuivat kyselyyn. Keskimääräistä useampi kunta jätti vastaamatta Keski-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan, Itä-Uudenmaan ja Lapin maakunnissa (taulukko 1).

Taulukko 1. Vastausprosentit maakunnittain (%).

Maakunta	Vastausprosentti
Kaikki tutkimukseen osallistuneet kunnat	87,9
Kainuu	100,0
Kymenlaakso	100,0
Pohjois-Savo	95,6
Kanta-Häme	93,6
Varsinais-Suomi	92,6
Pohjois-Pohjanmaa	92,5
Etelä-Pohjanmaa	92,3
Pohjanmaa	88,9
Pirkanmaa	87,5
Satakunta	85,2
Keski-Suomi	83,3
Etelä-Karjala	83,3
Päijät-Häme	83,3
Uusimaa	83,3
Itä-Uusimaa	80,0
Lappi	76,2
Pohjois-Karjala	75,0
Etelä-Savo	75,0
Keski-Pohjanmaa	75,0

Tarkasteltaessa tutkimukseen osallistuneita kuntia niiden asukasluvun perusteella, voitiin todeta, että tutkimukseen osallistui edustava joukko niin pieniä, keskisuuria kuin suuriakin kuntia (taulukko 2).

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneet kunnat ja Manner-Suomen kunnat luokitellun asukasluvun mukaan.

	Tutkimukseen osallistuneet kunnat		Manner-Suomen kunnat	
	Lkm	%	Lkm	%
alle 2 000	59	16,3	65	15,7
2 000–5 999	150	41,4	174	41,9
6 000–9 999	64	17,7	76	18,3
10 000–19 999	42	11,6	48	11,7
20 000–39 999	31	8,6	33	7,9
40 000–99 999	10	2,8	13	3,1
100 000 ja yli	6	1,6	6	1,4
Yhteensä	362	100,0	415	100,0

Tutkimukseen osallistuneiden kuntien asukasluku kattoi 93 prosenttia Manner-Suomen asukasluvusta. Aineisto oli Manner-Suomen ja myös lääni- ja maakuntatasolla asukasluvun osalta edustava.

4 TULOKSET

Tulokset kuvataan tutkimustehtävittäin (ks. luku 2.) alkaen omaishoidettavien lukumäärän ja taustatekijöiden raportoinnista päätyen omaishoitolaisten vaikutusten raportointiin. Omaishoidettavien ja omaishoitajien lukumäärän ja taustatekijöiden kuvausta edeltää omaishoidon tuen hakemiseen ja myöntämiseen liittyvien tekijöiden tiivis kuvaus, sillä vastaajilta tiedusteltiin myös näihin liittyviä asiakokonaisuuksia.

Omaishoidon tuen myöntäminen perustuu hakemukseen, hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevan ihmisen toimintakyvyn ja hoidon tarpeen arviointiin, omaishoitajaksi aikovan henkilön terveyden ja toimintakyvyn arviointiin sekä apua tarvitsevan ihmisen kodin arviointiin siitä näkökulmasta, onko koti terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan hoitoympäristöksi soveltuva. Omaishoidon tuen myöntämisen lähtökohtana on, että omaishoito on hoidettavan edun mukaista ja että hoidettavan omainen tai läheinen haluaa ryhtyä omaishoitajaksi ja että hoidettava hyväksyy hänet hoitajakseen.

Tämän selvityksen tulosten mukaan omaishoidon tukea haettiin aktiivisesti, sillä uusien hakemusten määrä kasvoi 2000-luvulla; omaishoidon tuen kirjallisten hakemusten määrä kasvoi neljänneksen vuodesta 2003 vuoteen 2005. Vuoden 2006 ensimmäisten neljän kuukauden aikana hakemuksia oli tutkimukseen osallistuneissa kunnissa tullut jo yli 11 000. Näistä 14 prosentille (n= 1 562) ei kuitenkaan myönnetty omaishoidon tukea. Suurin syy hakemusten hylkäämiseen vastaajien mukaan oli hoidon ja huolenpidon tarpeen vähäisyys. Hoitajan terveys ja toimintakyky eivät vastanneet omaishoitajalle asetettuja vaatimuksia yhdellä prosentilla hakijoista. Uusien asiakkaiden määrä kasvoi vajaan viisi prosenttia vuodesta 2003 vuoteen 2005 ja vuoden 2006 neljän ensimmäisen kuukauden aikana uusien asiakkaiden määrä oli jo lähes 2 800. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Omaishoidon tuen kirjallisten hakemusten ja uusien asiakkaiden määrät vuosina 2003–2005 ja 1.1.–30.4.2006.

	2003	2004	2005	1.1.–30.4. 2006	Muutos 2003–2005 Lkm	Muutos 2003–2005 %
Omaishoidon tuen kirjallisten hakemusten määrä (kpl) vuoden aikana	9 629	9 874	12 193	11 663	2 564	26,6
Uudet omaishoidon tuen asiakkaat (lkm)	4 168	3 946	4 348	2 776	180	4,3

Koska kattava toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden arviointi niin omaishoidettavan kuin -hoitajankin osalta on keskeisessä asemassa päättäessä omaishoidon tuen myöntämisestä sitä hakeneille, tiedusteltiin kuntien omaishoidon tuesta vastaavilta viranhaltijoilta, miten arviointia kunnissa tehtiin. Aiemmistä kyselyistä poiketen omaishoidettavan toimintakyvyn arviointiin käytettävien mittareiden/menetelmien käyttöön liittyvää kysymystä ei sisällytetty tähän kyselyyn, vaan tältä osin tukeuduttiin tuoreeseen selvitykseen (Voutilainen & Vaarama 2005), jossa selvitettiin laajasti mitä toimintakykymittareita kunnissa käytettiin palvelujen myöntämiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä. Sen sijaan omaishoitajan terveyden ja toimintakyvyn arviointiin liittyvä kysymys sisällytettiin kyselylomakkeeseen, sillä arviointi oli uusi omaishoitolaian mukanaan tuoma velvoite ja sen toteutumisesta haluttiin tietoa.

⁴Palvelujen myöntämiseen liittyvät päätökset kunnissa perustuivat toimintakyvyn arviointiin osittain. Suurimmillaan tämä osuus oli omaishoidon tuen asiakkaiden kohdalla (87,9 %). Toimintakyvyn mittausta palvelutarpeen arvioinnin perustana oli kirjallisesti ohjeistettu keskimäärin vajaassa 40 prosentissa kyselyyn vastanneista kunnista. Eniten oli kirjallisia ohjeistoja siitä, miten omaishoidon tuen asiakkaiksi pyrkivien henkilöiden toimintakyky arvioidaan (62,4 % tutkimukseen osallistuneista kunnista). Vastaajien mukaan potentiaalisten asiakkaiden (= omaishoidettavat) toimintakyvyn arviointiin käytettiin yleisimmin RAVA™ -järjestelmää. Kognitiivista toimintakykyä arvioitiin MMSE -mittaria käyttäen. Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen oli hyvin vähäistä verrattuna fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen. Ympäristötekijöiden, kuten esimerkiksi asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden arviointi, oli myös hyvin vähäistä. Omaishoidon tukeen liittyviä päätöksiä tehtäessä ei yleensä arvioitu omaishoitajaan liittyviä tekijöitä. Näin ollen esimerkiksi omaishoitajan terveyttä, voimavaroja tai hoitotaitoja ei arvioitu standardoidun mittarin avulla. Toimintakykymittareiden käytön lisänä tai sijasta käytettiin kuitenkin muita arviointimenetelmiä. Näistä yleisin oli kotikäynti. Toiseksi yleisintä oli se, että palveluista päätettiin lääkärinlausunnon perusteella ja kolmanneksi yleisintä se, että palveluista päätettiin moniammatillisessa tiimissä, esimerkiksi ns. SAS-työryhmissä.

⁴ Hoidettavien toimintakyvyn arvioinnin osalta tiedot perustuvat selvitykseen, joka tehtiin osana Sosiaalialan kehittämishanketta ja siinä Oikeus palvelun tarpeen arviointiin -osahanketta. Tarkoituksena oli mm. selvittää, mitä toimintakykymittareita kunnissa käytetään ikääntyneiden palvelutarvetta arvioitaessa palvelun saamiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä ja selvittää minkä ajan kuluessa yhteydenotosta palvelupisteeseen ikääntyneet pääsevät palvelutarpeen arviointiin kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tapauksissa. Aineisto kerättiin Manner-Suomen kunnista (N = 416) niiden ikääntyneiden palveluista vastaavilta henkilöiltä. Kyselyyn vastasi 287 kuntaa. (ks. Voutilainen & Vaarama 2005.)

Tässä omaishoidon tukea sosiaalipalveluna koskevassa selvityksessä omaishoidon tukeen liittyviä päätöksiä tehtäessä henkilöiden kykyä toimia omaishoitajana arvioitiin kunnissa yleisimmin kotikäynnin yhteydessä (96 % mainituista arviointitavoista). Kotikäynti ja lääkärin arvio sekä pelkästään lääkärin arvio omaishoitajan terveydestä oli käytössä neljäsosassa kuntia (molempien osuus oli 26 %). Omaishoitajan terveyden arviointiin oli kehitetty erityinen arviointisapluuna kuudessa kunnassa. Muutoin vastaajat toivat vastauksissaan esiin koko joukon erilaisia omaishoitajan terveyden ja toimintakyvyn arviointimenetelmiä. Yksittäisiä mainintoja oli mm. käytettävistä toimintakyvyn arviointimenetelmistä, jotka olivat samoja kuin omaishoidettavien toimintakyvyn arvioinnissa käytetyt (esim. RAVA™ -järjestelmä).

Niille hakijoille, joille omaishoidon tuki myönnettiin, omaishoitaja ja kunta tekivät pääsääntöisesti toistaiseksi voimassa olevan toimeksiantosopimuksen. Huhtikuun lopussa 2006 suurin osa omaishoidontuen sopimuksista oli toistaiseksi voimassa olevia sopimuksia (94 %) ja kuusi prosenttia määräaikaisia⁵ sopimuksia (n= 1 190). Tältä osin tilanne on muuttunut paljon, sillä vuonna 2002 omaishoidon tukisopimukset solmittiin useimmissa kunnissa (66 %) vuodeksi kerrallaan ja noin kolmasosassa kuntia sopimukset olivat voimassa toistaiseksi.

Toimeksiantosopimuksen liitteeksi laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Yli puolessa tähän tutkimukseen osallistuneissa kunnissa (54 %) omaishoitosopimuksen liitteenä olevia hoito- ja palvelusuunnitelmia tarkistettiin säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa. Suurimmassa osassa (75 %) tutkimukseen osallistuneista kunnista hoito- ja palvelusuunnitelmia tarkistettiin tarvittaessa, kuten silloin kun tuen tarpeessa tai muissa olosuhteissa tapahtui muutoksia ja/tai hoidettava tai omaishoitaja pyysi sitä. Vastausvaihtoehdot eivät olleet toisiaan poissulkevia, joten kunnissa oli käytössä sekä säännöllisen että tarpeen mukaisen tarkistuksen arviointikäytänteitä.

⁵ Määräaikainen sopimus voidaan tehdä tilanteissa, joissa omaishoitajan antama hoito korvataan tietyn määräajan jälkeen toisella palvelulla, joissa joko hoidettava tai hoitaja haluaa omaishoidon kestävän vain tietyn ajan tai hoidettava on siirtymässä esimerkiksi sairaalaan hoitoon. Myös omaishoitajan vaihtuminen tai hoidon sitovuuden muuttuminen tietynä ajankohtana saattaa olla syynä määräaikaiselle sopimukselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

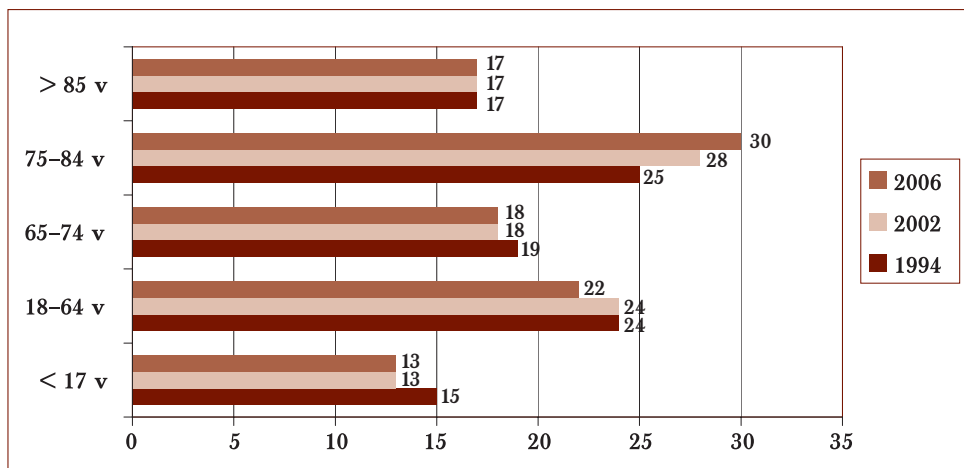
4.1 Omaishoidon tuella hoidettavien muotokuva

Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa oli tutkimusajankohtana yhteensä 21 784 omaishoidon tuella hoidettavaa. Hoidettavien määrä nousi vuodesta 2002 noin kolmella tuhannella, 16 prosenttia. Vuodesta 1994 hoidettavien määrä (n= 12 384) kasvoi yli yhdeksällä tuhannella, 76 prosenttia.

Hoidettavista naisten osuus oli vajaa puolet (46 %) ja miesten vähän yli puolet (54 %). Miesten osuus hoidettavista lisääntyi seuranta-aikana, sillä vuosina 1994 ja 1998 naisten osuus hoidettavista oli miesten osuutta suurempi, mutta vuonna 2002 miesten osuus oli 51 prosenttia.

Vuonna 2006 kolmannes hoidettavista oli 75–84 -vuotiaita, viidennes 18–64 -vuotiaita ja kuudennes yli 85-vuotiaita. Hoidettavien ikärakenne oli varsin samankaltainen kuin aikaisempina tutkimusajankohtina, mutta 75–84-vuotiaiden osuus hoidettavista kasvoi vuodesta 1994 vuoteen 2006 viisi prosenttiyksikköä. Kaikista iäkkäimpien – 85 vuotta täyttäneiden – osuus hoidettavista pysyi ennallaan. (Kuvio 1.)

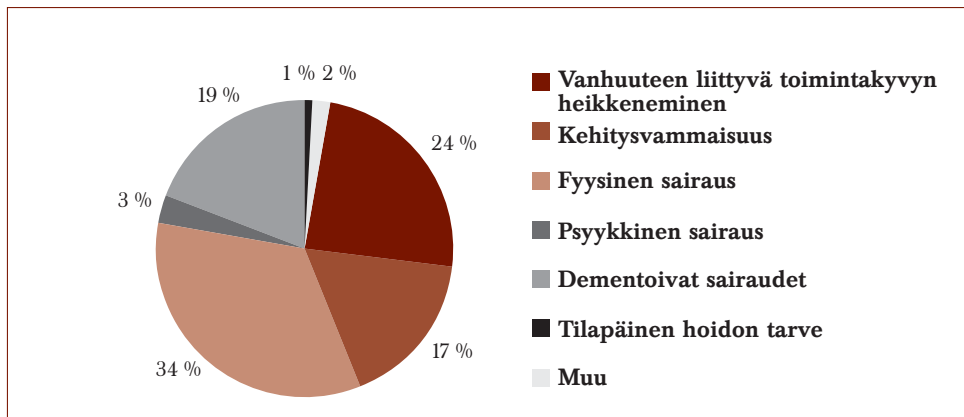
Kuvio 1. Hoidettavien ikä vuosina 1994–2006 (%).



Hoidon tarpeen syitä koskevaa kysymystä täsmennettiin tässä tutkimuksessa niin, että dementoivat sairaudet hoidon tarpeen aiheuttajina nostettiin omana kokonaisuutenaan esille kyselylomakkeessa. Muilta osin vastausvaihtoehdot pysyivät ennallaan. Pääasiallinen syy omaishoidon tuella hoidettavien henkilöiden hoitoon ja huolenpitoon oli kolmasosalla pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma ja neljäsosalla vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen. Dementoivat sairaudet olivat hoidon ja huolenpidon tarpeen syynä viidesosalla ja kehitysvammaisuus vajaalla viidesosalla hoidettavista. Hoidollisesti raskaassa siirtymävai-

heessa, kuten esimerkiksi saattohoidossa tai tilanteissa, joissa hoidettava siirtyi laitoksesta kotiin, vammainen lapsi aloitti koulunkäynnin tai henkilö toipui vakavasta onnettomuudesta, oli tutkimusajankohtana 143 henkilöä (1 %). Lyhytaikaista tai tilapäistä hoitoa tarvitsi alle prosentti hoidettavista. (Ks. kuvio 2.).

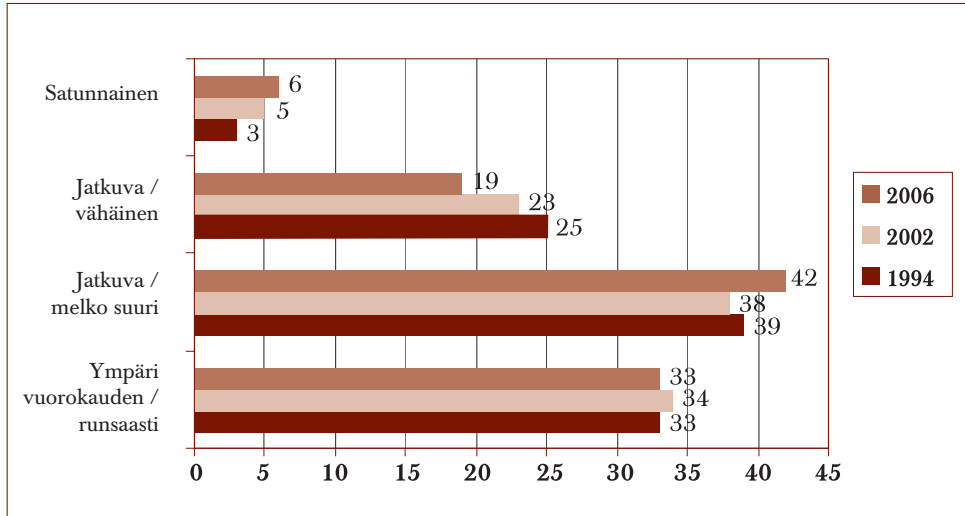
Kuvio 2. Hoidettavien pääasiallinen hoidon ja huolenpidon syy (%).



12 vuoden tarkastelujaksolla hoidon ja huolenpidon tarvetta aiheuttavat tekijät olivat pysyneet varsin samankaltaisina: vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen oli kaikissa aikaisemmissa selvityksissä suurin hoidon ja huolenpidon tarpeen aiheuttaja, noin 40 prosentilla, fyysinen sairaus noin kolmanneksella ja kehitysvammaisuus noin viidennesellä hoidettavista. Psykinen sairaus hoidon ja huolenpidon tarvetta aiheuttavana tekijänä oli aiemmissa selvityksissä noin viidellä prosentilla hoidettavista ja nyt entistä pienemmällä joukolla, noin kolmella prosentilla. Tilapäinen hoidon tarve oli kaikissa aiemmissa selvityksissä hoidon tarpeen syynä noin yhdellä prosentilla hoidettavista, kuten myös vuonna 2006.

Kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden arvioiden mukaan omaishoidon tuen turvin hoidettiin henkilöitä, joiden avun tarve oli suuri. Vastaajien mukaan yli 40 prosenttia omaishoidon tuella kotona hoidettavista tarvitsi hoitoa ja huolenpitoa jatkuvasti melko paljon ja kolmannes ympärivuorokautisesti. 12 vuoden aikana tilanne muuttui niin, että jatkuvasti vähän apua tarvitsevien osuus väheni ja jatkuvasti melko paljon apua tarvitsevien määrä kasvoi. Ympärivuorokauden apua tarvitsevien määrä oli samansuuruinen kuin aikaisemmissa tutkimuksissa; joka kolmas hoidettava tarvitsi apua runsaasti, ympäri vuorokauden. (Kuvio 3).

Kuvio 3. Hoidettavien avun tarve vuosina 1994–2006 (%).



Maakunnittain tarkasteltuna ympärivuorokauden runsaasti apua tarvitsevien osuus oli suurin Pohjois-Karjalassa (57,5 %) sekä Päijät- ja Kanta-Hämeessä (48,5 % & 47,1 %). Matalimmillaan ympärivuorokauden runsaasti apua tarvitsevien osuus oli Uudellamaalla (15,1 %) ja Itä-Uudellamaalla 15,4 %). (Liitetaulukko 1.)

Omaishoidontuella hoidettavista kolmella prosentilla oli henkilökohtainen avustaja (n=658).

Kuten aiemmissa, myös tässä selvityksessä arvioitiin sitä, missä määrin omaishoidon tuki korvaa laitoshoidoa. Tämä arvio auttaa osaltaan hahmottamaan omaishoidon tuella hoidettavien asiakkaiden hoitoisuutta. Kuntien omaishoidon tuesta vastaavia pyydettiin arvioimaan, miten suuri osa hoidettavista olisi laitoshoidossa tai muussa ympärivuorokautisessa hoidossa (terveyskeskusten vuodeosasto, vanhainkoti, ympärivuorokautinen palveluasuminen, kehitysvammahuollon laitos tai autettu asuminen, psykiatrinen asumispalvelu) ilman hoitavaa omaista. Vastausvaihtoehdot olivat:

- kaikki tai melkein kaikki (n. 75–100 %)
- puolet tai enemmän kuin puolet (n. 50–74 %)
- vähemmän kuin puolet (n. 25–49 %)
- harvempi (alle 25 %) ja
- ei kukaan.

Vuonna 2006 kyselyyn osallistuneista kuntien omaishoidon tuesta vastaavista viranhaltijoista kolmannes arvioi, että omaishoidon tuella kotona hoidettavista miltei jokainen olisi laitoshoidossa, ellei hoitavaa

omaista olisi. Niin ikään kolmannes vastaajista arvioi, että vähintään puolet hoidettavista olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Näin ollen siis kaksi kolmesta vastaajasta arvioi, että vähintään puolet omaishoidon tuella kotona hoidettavista henkilöistä olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa.

Kuntien viranhaltijoiden esittämien arvioiden ja kuntien omaishoidettavien kokonaislukumäärien perusteella voitiin arvioida, että omaishoidon tuella vuonna 2006 hoidetuista henkilöistä noin 10 600 olisi ollut laitoshoidossa, jollei hoitavaa omaista olisi. Vastaava luku vuonna 2002 oli noin 9 800, vuonna 1998 noin 8 900 henkilöä ja vuonna 1994 noin 7 900 henkilöä. Luku sisältää:

- kaikki hoidettavat niissä kunnissa, joiden viranhaltijat vastasivat, että hoidettavista kaikki tai melkein kaikki olisivat laitoshoidossa ilman omaishoitajaa
- puolet hoidettavista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että hoidettavista puolet tai enemmän kuin puolet olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa
- yhden kolmasosan hoidettavista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että vähemmän kuin puolet hoidettavista olisi laitoshoidossa ilman omaista sekä
- yhden neljäsosan niiden kuntien hoidettavista, joiden viranhaltijat arvioivat, että neljännes tai vähemmän hoidettavista olisi ollut laitoshoidossa ilman hoitavaa omaista.

Luku on arvio, joka lienee todellista henkilömäärää hieman suurempi. Esimerkiksi vastausvaihtoehdon ”kaikki tai melkein kaikki” valinneissa kunnissa vastaus voi tarkoittaa, että laitoshoidossa olevien osuus voi vaihdella 75–100 prosentin välillä sadan prosentin sijasta. Lisäksi on otettava huomioon, että kuntien viranhaltijoiden antamat arviot ovat subjektiivisia, ja niiden perusteet voivat vaihdella suuresti arvioijasta riippuen.

Asukaslukuun suhteuttamalla arvioitiin, että kaikkiaan Suomessa olisi ollut laitoshoidossa omaishoidon tuella hoidettavista yhteensä noin 11 600 henkilöä vuonna 2006, jollei hoitavaa omaista olisi. Arvio on siis hiukan vuoden 2002 arviota – 11 400 henkilöä – suurempi.

Omaishoidon avulla saaduksi laskennalliseksi bruttosäästökseen laitoshoidokuluista saatiin näin arvioiden noin 533 miljoonaa euroa, kun hoitopäivän keskimääräisenä bruttokustannuksena käytettiin kunnallisen vanhainkotihoidon 126 euroa (Kumpulainen 2005).

Maakunnittain tarkasteltuna Etelä- ja Pohjois-Savossa yli puolet (50,0–66,7 %) kyselyyn vastanneista kuntien viranhaltijoista arvioi, että kaikki asiakkaat olisivat laitoshoidossa ilman omaishoitajia. Pienimmillään (8,3 %) tämä osuus oli Kymenlaakson maakunnassa.

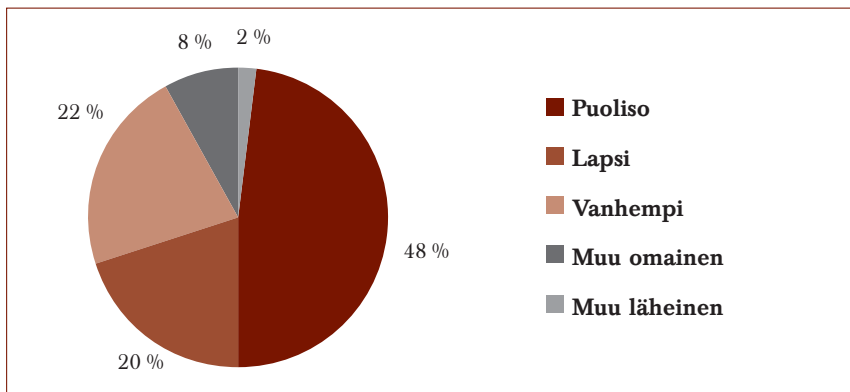
4.2 Omaishoitajien muotokuva

Omaishoitajien määrä tutkimukseen osallistuneissa kunnissa vuonna 2006 oli yhteensä 21 362. Tämä oli noin 3 000 (17 %) enemmän kuin vuonna 2002. Vuodesta 1994 omaishoitajien määrä kasvoi noin 10 000 henkilöä, 92 prosenttia.

Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa kolme neljäsosaa hoitajista oli naisia (75 %) ja yksi neljäsosa miehiä (25 %). Miesten osuus omaishoitajina kasvoi vuodesta 1994 vuoteen 2002, sillä vuonna 1994 miesten osuus omaishoitajista oli 19 ja vuonna 1998 22 prosenttia. Vuosina 2002 ja 2006 miesten osuus oli 25 prosenttia.

Omaishoito oli vuonna 2006 edelleen omaisten läheisilleen antamaa hoitoa. Puolet omaishoitajista oli hoidettavien puolisoita, viidennes hoidettavien vanhempia ja niin ikään viidennes hoidettavien lapsia. Muita omaisia tai hoidettavalle henkilölle läheisiä oli kymmenen prosenttia hoitajista⁶. (Kuvio 4.)

Kuvio 4. Hoidettavan ja hoitajan perhesuhde (% , n= 362).



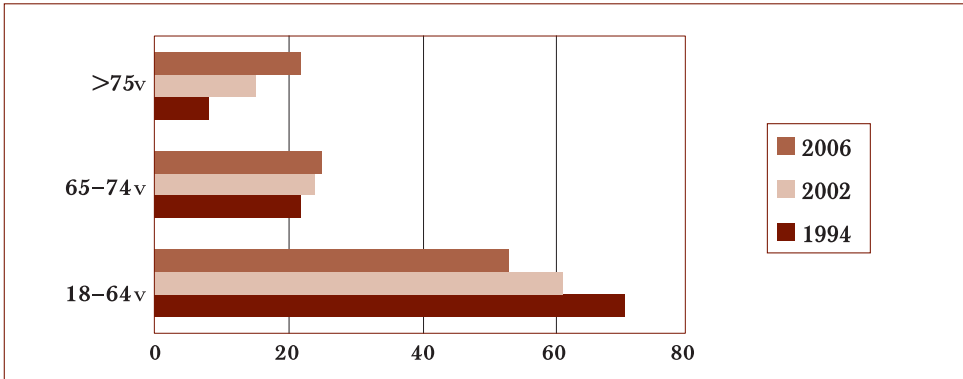
Puolisoiden osuus omaishoitajina kasvoi koko tarkastelujakson ajan: osuus oli 31 prosenttia vuonna 1994, 36 prosenttia vuonna 1998 ja 43 prosenttia vuonna 2002. Kun vuonna 2006 puolisoiden osuus oli jo lähes puolet, 48 prosenttia, kasvua oli 17 prosenttiyksikköä vuodesta 1994 ja viisi prosenttiyksikköä vuodesta 2002. Lasten ja vanhempien osuus omaishoitajista pysyi samansuuruisena ollen viidennes vuosina 2002 ja 2006. Joka kymmenes omaishoitaja kuului ”muut omaiset” -kategoriaan vuosina 2002 ja 2006.

Kyselyyn vastanneissa kunnissa enemmistö omaishoitajista oli työikäisiä. Suurin yksittäinen ikäryhmä oli 18-64 -vuotiaat, mutta tämä ikäryh-

⁶ Omaishoitolaian mukaan ns. vierashoitaja ei voi toimia enää omaishoitajana. Omaishoitajana voi kuitenkin toimia esimerkiksi avopuoliso tai muu hoidettavalle läheinen henkilö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Vierashoitajien osuus väheni tasaisesti aiemmissä selvityksissä ja oli noin neljä prosenttia vuonna 2002 (Vaarama ym. 2003).

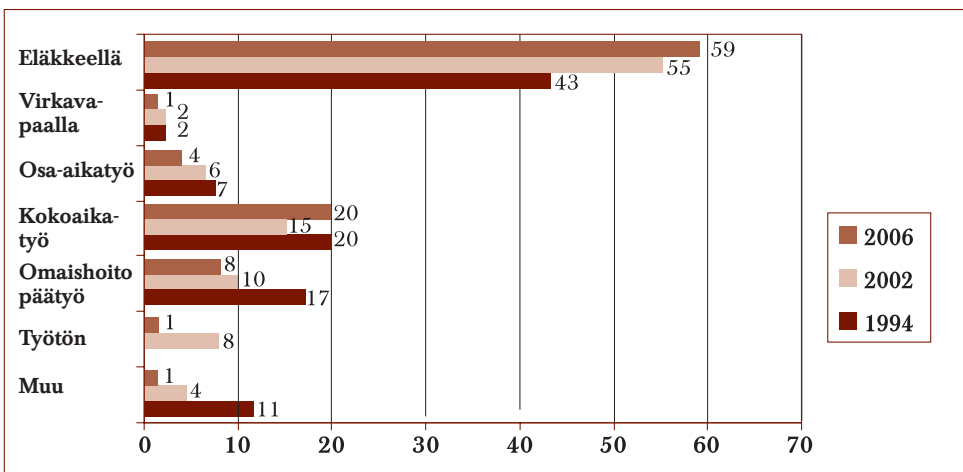
män osuus omaishoitajista pieneni 70 prosentista vuonna 1994 53 prosenttiin vuonna 2006, 17 prosenttiyksikköä. Samanaikaisesti iäkkäimpien, 75 vuotta täyttäneiden, omaishoitajien osuus kasvoi kahdeksasta 22:een prosenttiin, 14 prosenttiyksikköä. Kolme prosenttia omaishoitajista oli täyttänyt 85 vuotta (n=670) vuonna 2006. (Kuvio 5.).

Kuvio 5. Hoitajien ikäjakaumat vuosina 1994–2006 (%).



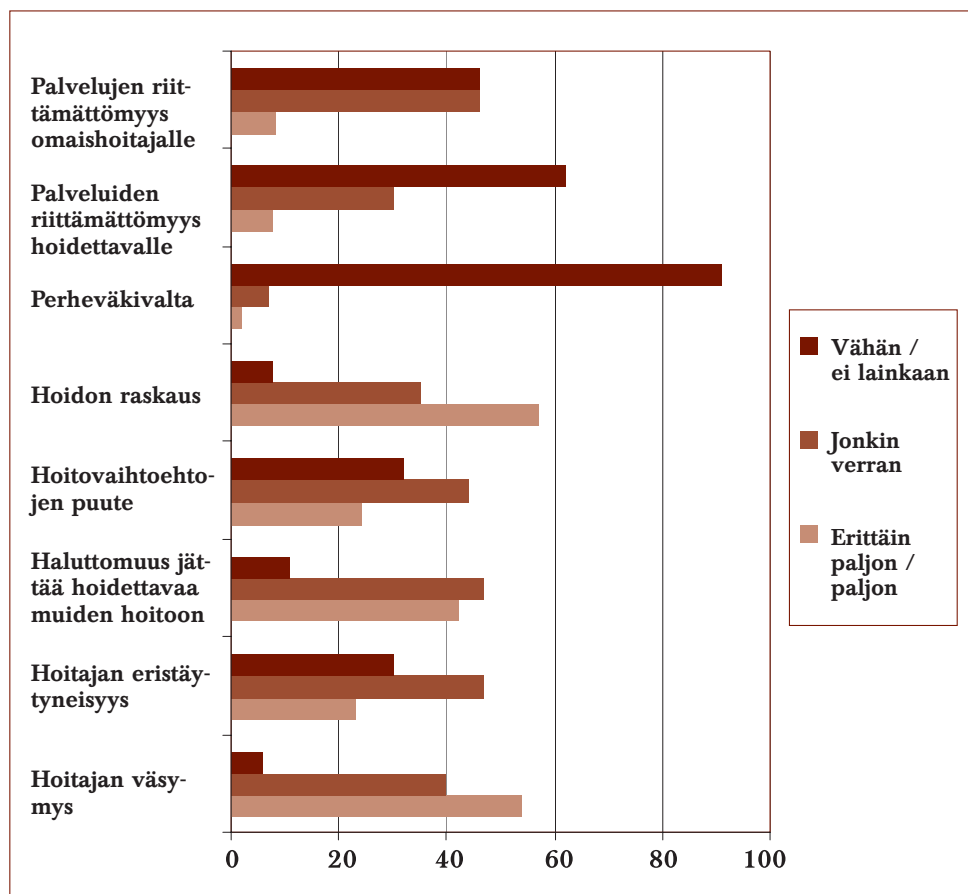
Omaishoitajista yli puolet oli eläkkeellä. Omaishoito oli kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden mukaan päätyö noin joka kymmennelle omaishoitajalle. Kokoaikatyön ohella omaistaan hoiti joka viides omaishoitaja, mutta osa-aikatyön ohella vain neljä prosenttia omaishoitajista. Työttömien omaishoitajien osuus oli seitsemän prosenttia. Vuodesta 1994 omaishoitajien työmarkkina-asema muuttui niin, että eläkkeellä olevien omaishoitajien osuus kasvoi selvästi, 16 prosenttiyksikköä. Sen sijaan omaishoitoa päätyökseen tekevien osuus pieneni yhdeksän prosenttiyksikköä. Muilta osin muutokset olivat varsin pieniä. (Kuvio 6.).

Kuvio 6. Omaishoitajien työmarkkina-asema vuosina 1994–2006 (%).



Omaishoitajien kokemia vaikeuksia omaishoitotilanteissa kuntien edustajat kuvasivat seuraavasti. Yli puolet vastaajista arvioi omaishoitajan väsymisen vaikeuttavan omaishoitoa erittäin paljon tai paljon (54 %). Noin puolet vastaajista arvioi hoitajan eristäytyneisyyden (47 %) ja hoitajan haluttomuuden vapaiden pitämiseen (47 %) vaikeuttavan omaishoitoa jonkin verran. Hieman alle puolet vastaajista arvioi hoitovaihtoehtojen puutteen omaishoitajan vapaan aikana (44 %) ja kunnan tarjoamien riittämättömien palvelujen (46 %) vaikeuttavan hoitoa jonkin verran. Hoidon raskauden (43 %) arvioitiin vaikeuttavan omaishoitoa paljon. Perheväkivallan arvioitiin vaikeuttavan omaishoitoa joissakin tapauksissa jonkin verran (7 %) (Kuvio 7.).

Kuvio 7. Omaishoitoa vaikeuttavat tekijät (% n= 198–355).



Kuntien edustajien arviot omaishoitoa vaikeuttavista tilanteista olivat samantyyppisiä kuin aiemmissakin selvityksissä. Verrattuna vuoteen 2002 tilanne on kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden arvioiden mukaan jonkin verran parantunut. Kun hoidon raskaus vaikeutti omaishoitoa 77 prosentissa omaishoitosuhteita vuonna 2002, vastaava osuus oli 57 prosenttia vuonna 2006. Niiden hoitajien osuus, jotka eivät halunneet jättää hoidettavaa toisten hoitoon, pieneni. Vuonna 2002 63 prosenttia kuntien edustajista arvioi tämän vaikeuttavan omaishoitoa kun vastaava luku oli 42 prosenttia vuonna 2006. Niin ikään hoitovaihtoehtojen puute omaishoitoa vaikeuttavana tekijänä väheni kuntien edustajien arvioiden mukaan. Vuonna 2002 kuntien viranhaltijat arvioivat, että tarkoituksenmukaisten hoitovaihtoehtojen puute haittasi omaishoitoa 37 prosentilla kun vastaava arvio vuonna 2006 oli 24 prosenttia.

4.3 Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kehitys ja vaihtelu

Ennen omaishoitolain voimaantuloa omaishoidon tuki voitiin myöntää hoitopalkkiona, palveluina tai näiden yhdistelmänä. Laki muutti tilannetta siten, että omaishoidon tukea ei enää voi myöntää pelkkinä palveluina, vaan tukeen sisältyy aina hoitopalkkio. Näin ollen omaishoidon tuki sisältää palkkion ja palvelut sekä omaishoidettavalle että hänen hoitajalleen. Pelkästään palveluina annetun omaishoidon tuen osuus oli aiempien tutkimusten tulosten perusteella varsin pieni, sillä vuonna 2002 kuusi prosenttia omaishoidon tuesta annettiin pelkästään palveluina. Tähän ja aiempiin tutkimuksiin osallistuneiden kuntien voimassa olleista omaishoitosopimuksista pelkästään hoitopalkkiona myönnetyn omaishoidon tuen osuus pieneni 87 prosentista vuonna 1994 (42 % vuonna 1998, 56 % vuonna 2002) 38 prosenttiin vuonna 2006, yhteensä 45 prosenttiyksikköä. Palkkion ja palveluiden yhdistelmänä myönnetyn omaishoidon tuen osuus puolestaan kasvoi selvästi 2000-luvulla: vuoden 2002 38 prosentista 62 prosenttiin vuonna 2006, 24 prosenttiyksikköä.

Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannuksista saatiin tietoa lähes kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kuntien osalta: 314–349 kunnasta vuosilta 2003–2005. Hoitopalkkioiden kustannukset nousivat kahden vuoden aikana noin 66 miljoonasta eurosta noin 73 miljoonaan euroon ja vuoden 2006 ennusteissa hoitopalkkioiden määrän arvioitiin nousevan lähes 85 miljoonaan euroon vuodessa. Todellisuudessa hoito-

palkkioihin käytettiin ko. vuosina edellä kuvattua enemmän euroja, koska tähän kyselyyn eivät vastanneet kaikki Suomen kunnat. Tilastokeskuksen Talous- ja toimintatilaston mukaan hoitopalkkioihin käytettiin vuonna 2003 yhteensä 82,4 miljoonaa euroa ja vuonna 2005 13 miljoonaa euroa enemmän, eli 95,4 miljoonaa euroa. (Taulukko 4.).

Taulukko 4. Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset vuosina 2003–2005 ja vuotta 2006 koskeva arvio (milj. €).

	2003	2004	2005	Arvio 2006	Erotus	Erotus	Erotus	Erotus
Tutkimukseen osallistuneiden kuntien lukumäärä	314	335	349	349	2003– 2005 €	2003– 2005 %	2005– 2006 €	2005– 2006 %
Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset yht. milj. € (tähän tutkimukseen osallistuneet kunnat)	65,6	73,0	72,8	84,9	7,2	11,0	12,1	16,6
Omaishoidon tuen hoitopalkkiot yhteensä (Tilastokeskus, Talous- ja toimintatilasto; kaikki kunnat)	82,4	88,3	95,4	–	13,0	15,8		

Vuotta 2007 koskevassa arviossa lähes puolet kuntien viranhaltijoista arvioi omaishoidon tuen palkkioihin varattavan määrärahan pysyvän vuoden 2006 tasolla ja niin ikään lähes puolet (47 %) arvioi määrärahan kasvavan vuoden 2006 tasosta. Omaishoidon tuen palkkioihin varattavan määrärahan arvioitiin kasvavan useimmissa Itä-Uudenmaan maakunnan kunnissa ja harvimmissa Pohjanmaan kunnissa (taulukko 5.).

Taulukko 5. Arvio omaishoidon tuen palkkioihin varattavan määrärahan kehityksestä vuonna 2007 maakunnittain (%).

Maakunta	Kasvaa	Pysyy samana	Vähenee	Ei osaa sanoa	Yht.
	%	%	%	%	
Kaikki tutkimukseen osallistuneet kunnat	47,7	48,3	1,5	2,5	100,0
Itä-Uusimaa	62,5	37,5	0,0	0,0	100,0
Etelä-Karjala	60,0	40,0	0,0	0,0	100,0
Kymenlaakso	58,3	33,3	0,0	8,4	100,0
Kainuu	55,6	44,4	0,0	0,0	100,0
Satakunta	56,5	43,5	0,0	0,0	100,0
Pohjois-Savo	54,0	46,0	0,0	0,0	100,0
Pirkanmaa	53,6	39,3	0,0	7,1	100,0
Etelä- Savo	53,3	40,0	0,0	6,7	100,0
Päijät-Häme	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Keski-Suomi	48,0	48,0	0,0	4,0	100,0
Uusimaa	47,4	47,4	0,0	5,2	100,0
Pohjois-Pohjanmaa	45,9	51,4	2,7	0,0	100,0
Keski-Pohjanmaa	44,4	55,6	0,0	0,0	100,0
Varsinais-Suomi	42,0	56,0	0,0	2,0	100,0
Pohjois-Karjala	41,7	58,3	0,0	0,0	100,0
Kanta-Häme	40,0	46,7	13,3	0,0	100,0
Etelä- Pohjanmaa	37,5	50,0	12,5	0,0	100,0
Lappi	37,5	56,3	0,0	6,2	100,0
Pohjanmaa	18,8	75,0	0,0	6,2	100,0

Paitsi hoitopalkkiot myös omaishoidon tukena myönnettävät palvelut aiheuttavat kunnissa kustannuksia, jotka tulisi omaishoidon tuen kokonaiskustannuksia arvioitaessa ottaa huomioon. Tässä selvityksessä kuntien omaishoidon tuesta vastaavilta viranhaltijoilta tiedusteltiin, onko kunnassa arvioitu näitä palveluiden kustannuksia. Kysymykseen vastanneista kunnista vain 43:ssa (12 %) oli arvioitu omaishoidon tukena myönnettävien palveluiden kustannuksia. Näin ollen luotettavia arvioita palveluiden kustannuksista ei voitu tehdä.

Hoitopalkkion suuruus määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Hoitopalkkio on vähintään 300 euroa (1.1.2007 lähtien 310,44 euroa) kuukaudessa. Hoitopalkkio on kuitenkin vähintään 600 euroa (1.1.2007 lähtien 620,28 euroa) kuukaudessa hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana, jos omaishoitaja joutuu jäämään lyhytaikaisesti

pois töistä. 600 euron hoitopalkkion myöntämisen edellytyksenä on, ettei hoitajalla ole samalta ajalta vähäistä suurempia työtuloja eikä oikeutta erityishoitorahaan tai vuorottelukorvaukseen. Kunnat päättävät omaishoidon tuen palkkioluokkien lukumääristä ja kriteereistä lain sallimissa rajoissa.

Omaishoitajille maksettiin kunnissa hyvin erisuuruisia omaishoidon tuen palkkioita. Palkkioluokkia oli kunnissa yleisimmin käytössä 3–5, joskin käytössä olevien palkkioluokkien lukumääräinen kirjo oli suuri. Jotta maksettuja palkkioita voitiin vertailla valtakunnallisesti ja maakunnittain, palkkiot luokiteltiin tässä tutkimuksessa viiteen luokkaan taulukossa 7. esitetyllä tavalla. Luokitteluväli oli 300 euroa. Suurin osa kuntien maksamista hoitopalkkioista sijoittui luokkaan 300–599 euroa. Alle 300 euron palkkioita⁷ maksettiin 74 kunnassa, keskipalkkio tässä palkkioluokassa oli 194 euroa. Alle 300 euron suuruista palkkiota maksettiin tutkimukseen osallistuneissa kunnissa yleisimmin hoitajan pyynnöstä ja vähäisen hoidon tarpeen ja/tai hoidon sitovuuden vuoksi. Kuntien omaishoidon tuesta vastaavat viranhaltijat arvioivat, että alle 300 euron palkkioita haluttiin, koska suurempi palkkio olisi heikentänyt omaishoitajien muita etuuksia. Vähäinen hoidon tarve ja/tai sitovuus oli alle 300 euron suuruisten palkkioiden syynä mm. silloin, kun omaishoitaja hoiti läheistään osa-aikaisesti tai satunnaisesti, kun hoidettava ja hoitaja asuivat eri paikkakunnilla ja/tai hoidettavien toimintakyky oli vain vähäisessä määrin alentunut (taulukko 6).

Taulukko 6. Omaishoitajille maksettavat palkkiot (€/kk, kuntien & omaishoitajien lukumäärä).

Luokat	Keskiarvo palkkioluokan sisällä €/kk	Kunnat lkm	Omaishoitajat lkm
alle 300 €	193,71	74	482
300–599 €	381,55	362	18 420
600–899 €	651,53	160	2 116
900–1299 €	1 074,54	30	261
yli 1300 €	1 361,01	8	83

Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kuntien hoitopalkkioiden keskiarvo oli 416,32 euroa kuukaudessa. Hoitopalkkioiden keskimääräinen

⁷ Palkkion määrä voi olla säädettyä alempi kahden edellytyksen täytyessä yhtä aikaa. Ensinnäkin hoidon sitovuuden tulee olla vähäisempää kuin oikeus lakisääteisen vapaan pitämiseen edellyttää. Lisäksi hoidon ja huolenpidon tarpeen tulee olla vähäistä. Hoitajan esittämän erityisen syyn perusteella hoitopalkkio voidaan sopia säädettyjä vähimmäismääriä pienemmiksi.

suuruus vaihteli kuitenkin suuresti kunnan asukasluvun mukaan. Kuntien asukasluvun mukaan tarkasteluna hoitopalkkiot vaihtelivat niin, että suurissa kunnissa palkkiot olivat pääsääntöisesti suuremmat kuin pienissä (taulukko 7).

Taulukko 7. Kuntien maksaman hoitopalkkion keskiarvot kunnan asukasluvun mukaan (kuntien keskiarvo €/kk).

Kunnan asukasluku	Palkkion keskiarvo €/kk
alle 2 000	375,44
2 000–5 999	358,45
6 000–9 999	361,83
10 000–19 999	390,21
20 000–39 999	379,30
40 000–99 999	391,15
100 000 ja yli	455,39
Kaikki tutkimukseen osallistuneet kunnat	416,32

Maakunnittain tarkasteltuna omaishoitajille maksetut keskipalkkiot vaihtelivat Etelä-Karjalan 356 eurosta Kanta-Hämeen 555 euroon (taulukko 8).

Taulukko 8. Omaishoidon tuen keskipalkkiot maakunnittain (€/kk, n=362).

Maakunta	Keskipalkkio €	Vaihteluväli €	Kuntien lukumäärä
Kaikki tutkimukseen osallistuneet kunnat	416,32	50–1414	362
Kanta-Häme	554,75	59–1280	15
Pohjois-Savo	469,93	250–1206	22
Pirkanmaa	463,95	140–1406	28
Uusimaa	451,80	50–1344	20
Päijät-Häme	444,41	234–694	10
Keski-Suomi	423,86	234–1330	25
Pohjois-Pohjanmaa	410,49	150–1414	37
Itä-Uusimaa	407,33	147–1034	8
Varsinais-Suomi	402,93	200–1344	50
Pohjanmaa	401,75	150–1403	16
Kainuu	401,58	150–897	10
Lappi	399,57	80–800	16
Satakunta	396,40	96–1300	23
Etelä- Savo	394,35	300–1053	15
Etelä-Pohjanmaa	392,96	100–1000	24
Keski-Pohjanmaa	384,23	150–1193	9
Kymenlaakso	379,95	100–1346	12
Pohjois-Karjala	374,26	150–661	12
Etelä-Karjala	355,58	150–693	10

Verrattaessa keskimääräisiä palkkioita kahdentoista vuoden seuranta-aikana, voidaan todeta, että omaishoidon tuen keskipalkkiot nousivat 233 eurosta vuonna 1994 reiluun 416 euroon vuonna 2006, 78 prosenttia. Vuoden 2006 hinnoin palkkio nousi 94 euroa, 56 prosenttia (taulukko 9).

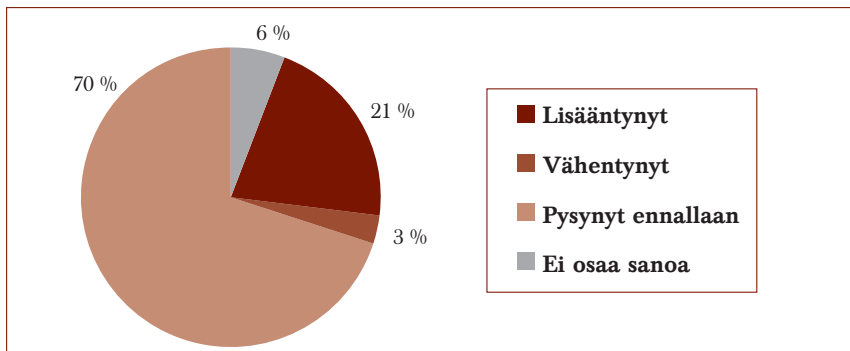
Taulukko 9. Omaishoidon tuen palkkioiden kehitys vuosina 1994–2006 (€).

	1994	1998	2002	2006	Muutos € 1994– 2006	Muutos % 1994– 2006	Defl. muutos € 1994– 2006	Defl. Muutos % 1994– 2006
Keskipalkkio	233,00	290,46	287,89	416,32	183,32	78,7	93,85	55,7

4.4 Omaishoidon tuella hoidettavien palvelut ja palveluista perittävät maksut

Omaishoidon tuen yksi keskeinen osa ovat hoidettavalle annettavat sosiaali- ja terveystyöpalvelut, jotka kirjataan omaishoitotosopimuksen liitteenä olevaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tämän selvityksen mukaan omaishoidon tuella hoidettavat saivat varsin monipuolisia palveluja. Palvelujen määrän arvioitiin pääsääntöisesti pysyneen ennallaan omaishoitolaisten voimaantumisen jälkeen; peräti 70 prosenttia kuntien omaishoidon tuesta vastaavista henkilöistä arvioi oman kuntansa tilannetta näin. Viides kymmenes kuntien viranhaltijoista arvioi, että palvelujen määrä lisääntyi. Vain kolmessa prosentissa kuntia palveluiden määrän arvioitiin vähentyneen (kuviot 8).

Kuvio 8. Omaishoitolaisten vaikutus hoidettaville annettujen palvelujen määrään (% n=359).



Kyselylomaketta uudistettiin tätä tutkimusta varten niin, että kun vuonna 2006 vastaajilta tiedusteltiin, mitä palveluita ja kuinka suurelle osalle omaishoidon tuella hoidettavista voimassa olevien hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaan annettiin, palveluvaihtoehtoihin lisättiin apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus, fysioterapia kotona, toimintaterapia, päiväsaaraalpalvelut ja kotisairaalan palvelut. Kuntien omaishoidon tuesta vastaavia pyydettiin arvioimaan, mitä palveluita ja kuinka suurelle osalle hoidettavista annettiin. Vastausvaihtoehdot olivat seuraavat:

- kaikille tai melkein kaikille (n. 75–100 %)
- puolelle tai yli puolelle (n. 50–74 %)
- alle puolelle (n. 25–49 %)
- alle neljäsosalle (alle 25 %) ja
- ei kenellekään.

Kuntien viranhaltijoiden esittämien arvioiden ja kuntien omaishoidon tuella hoidettavien kokonaislukumäärien perusteella tehtiin arvio kunkin eri palvelun yleisyydestä. Arvio tehtiin laskemalla mukaan:

- kaikki hoidettavat niissä kunnissa, joiden viranhaltijat vastasivat, että palvelu annettiin kaikille tai melkein kaikille
- puolet hoidettavista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin puolelle tai yli puolelle
- yksi kolmasosa hoidettavista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin alle puolelle hoidettavista sekä
- yksi neljäsosa hoidettavista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin alle neljäsosalle hoidettavista.

Näin saatujen lukumäärien perusteella voitiin määrittää palvelua saavien suhteellinen osuus. Kyseessä on laskennallinen arvio, joka lienee todellista osuutta jossakin määrin suurempi. Esimerkiksi vastausvaihtoehdon ”kaikille tai melkein kaikille” valinneissa kunnissa vastaus voi tarkoittaa, että kulloinkin tarkasteltavana olevaa palvelua saavien osuus voi vaihdella 75–100 prosentin välillä sadan prosentin sijasta. Lisäksi on otettava huomioon, että kuntien viranhaltijoiden antamat arviot on tehty ”sormituntumalla” ilman, että hoito- ja palvelusuunnitelmia olisi käyty järjestelmällisesti läpi. Arvio on parhaimmillaankin vain suuntaa antava. Täsmällisen kuvan tilanteesta saisi ainoastaan käymällä läpi kaikkien omaishoidettavien hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Yleisimmin omaishoidon tuella hoidettavien hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyviä palveluita olivat apuvälinepalvelut, neuvonta ja ohja-

us, kotisairaanhoido sekä lyhytaikainen laitoshoido. Tarkasteltaessa tilanteen kehitystä vuodesta 1994 vuoteen 2006 voitiin todeta, että erilaisia tukipalveluita, kuten ateriat-, kuljetus-, kylvetys- ja turvapalveluita sekä päivähoitoa, sisältyi kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden arvioiden mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmiin enemmän kuin 1990-luvulla (taulukko 10).

Taulukko 10. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyvät palvelut ja niiden vaihtelu 1994–2006 (yleisimmästä alkaen vuoden 2006 tilanteen mukaan).

Palvelu	1994		1998		2002		2006	
	Kuntia	Keski-arvo %	Kuntia	Keski-arvo %	Kuntia	Keski-arvo %	Kuntia	Keski-arvo %
Apuvälinepalvelut							319	54,4
Neuvonta ja ohjaus			315	62,5	313	39,6	318	50,0
Kotisairaanhoido	359	47,5	349	41,3	344	41,2	207	32,1
Lyhytaikainen laitoshoido	368	35,0	354	34,5	349	39,2	332	31,1
Kuljetuspalvelu	356	20,0	341	23,3	330	34,2	322	28,2
Kodinhoitoapu	377	32,5	362	32,1	358	24,7	210	26,3
Ateriapalvelu	360	10,0	349	11,3	343	10,6	338	24,0
Turvapalvelu	351	7,5	337	8,9	332	15,6	328	23,4
Kylvetys- ja saunotusapu	362	15,0	343	15,7	343	15,1	326	22,8
Vammaisten työ- ja päivätoiminta					309	5,0	313	21,2
Päivähoito	348	15,0	335	17,8	332	19,9	327	20,6
Fysioterapia kotona							304	18,9
Siivousapu	361	15,0	345	14,6	336	11,0	318	14,0
Toimintaterapia							283	12,7
Sopeutumisvalmennus							292	9,6
Tulkkipalvelut					299	1,2	304	8,4
Kotisairaalan palvelut							278	4,3
Päiväsairaalanpalvelut							279	4,1

Maakunnallinen vaihtelu omaishoidettavien saamista palveluissa oli varsin suurta. Suurinta vaihtelu oli apuvälinepalveluissa. Niitä saatiin eniten Pohjois-Pohjanmaalla, jossa 74 prosenttia hoidettavista sai apuvälinepalveluja. Niukkimmin apuvälinepalveluja saatiin Uudellamaalla, jossa niitä sai 26 prosenttia omaishoidettavista. Osuus jäi alle puoleen

kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kuntien keskiarvosta (54 %). Neuvontaa ja ohjausta saatiin yleisimmin Varsinais-Suomessa (77 %) ja vähiten Itä-Uudellamaalla (18 %). Kotisairaanhoidoa saivat puolestaan eniten Lapin (51 %) ja vähiten Kymenlaakson (14 %) kunnissa asuvat omaishoidettavat. Lyhytaikaista laitoshoidoa tarjottiin omaishoidettaville runsaimmin Pohjois-Savossa (41 %) ja niukkimmin Uudellamaalla (15 %) (liitetaulukko 2).

⁸Suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuneita kuntia (85 %) omaishoidon tuella annettavista palveluista perittiin asiakasmaksut samoin kuin vastaavista palveluista kunnassa muutoinkin. Alennettua maksua perittiin viidesosassa (n= 74) tutkimukseen osallistuneita kuntia. Maksu perittiin alennettuna yleisimmin jaksottaishoidosta tai muusta lyhytaikaisesta hoidosta (n= 41).

Hoidettavalta ei peritty asiakasmaksua lainkaan runsaassa viidenneksessä (n= 81) tutkimukseen osallistuneista kunnista. Myös harkinnan mukaan myönnettiin maksuttomia palveluja. Suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuneista kunnista (93 %) asiakasmaksua ei peritty hoitopalkkiosta.

Edelliseen tutkimukseen verrattuna tilanne oli muuttunut siten, että aiempaa useammat kunnat perivät omaishoidon tuen asiakkailta palveluista maksua samoin kuin vastaavista palveluista kunnassa muutoinkin. Vuonna 2002 tutkimukseen osallistuneista kunnista 61 prosenttia peri asiakasmaksuja omaishoidon tuen asiakkailta annettujen palveluiden osalta. Vuonna 2006 tutkimukseen osallistuneista kunnista 85 prosenttia peri asiakasmaksuja omaishoidon tukena annettavista palveluista. Asiakasmaksujen periminen omaishoidon tukena annetuista palveluista lisääntyi siis 14 prosenttiyksikköä. Vastaavasti niiden kuntien, jotka eivät perineet lainkaan asiakasmaksuja, osuus vähentyi 12 prosenttiyksikköä. Vuonna 2002 kunnista 34 prosenttia ei perinyt asiakasmaksuja lainkaan omaishoidon tukiasiakkailta, kun vastaava osuus vuonna 2006 oli 22 prosenttia. Vertailutietoa alennettujen maksujen muutoksista ei ole saatavissa, sillä niitä ei tiedusteltu aiemmissä tutkimuksissa.

⁸ Omaishoidon tukena annettavista palveluista tehdään kunnissa maksupäätös. Kunnat voivat pääsääntöisesti periä omaishoidon tukena annettavista palveluista samat maksut kuin sosiaali- ja terveystieteiden palveluista muutoinkin peritään. Kunnat voivat myös alentaa tai jättää asiakasmaksut perimättä omaishoidon tuen asiakkaille annettavista palveluista, esimerkiksi kotipalvelusta tai lyhytaikaisesta laitoshoidosta. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana annettavien palvelujen maksuista on säädetty erikseen asiakasmaksulaissa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005.) Tällöin maksu on yhdeksän euroa (1992/734, 6b §).

4.5 Omaishoitajien lakisääteiset ja muut vapaat ja hoidettavien sijaishoidon järjestäminen vapaiden aikana

Omaishoitolain mukaan omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimuksen tehneellä henkilöllä on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Omaishoitajan oikeutta lakisääteiseen vapaaseen lisättiin 1.1.2007 alkaen kahdesta vuorokaudesta kolmeen vuorokauden kuukaudessa. Lakisääteisten vapaapäivien lisäksi omaishoitajille voidaan järjestää muita kokonaisia vapaapäiviä tai alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita.

4.5.1 Omaishoitajien vapaat

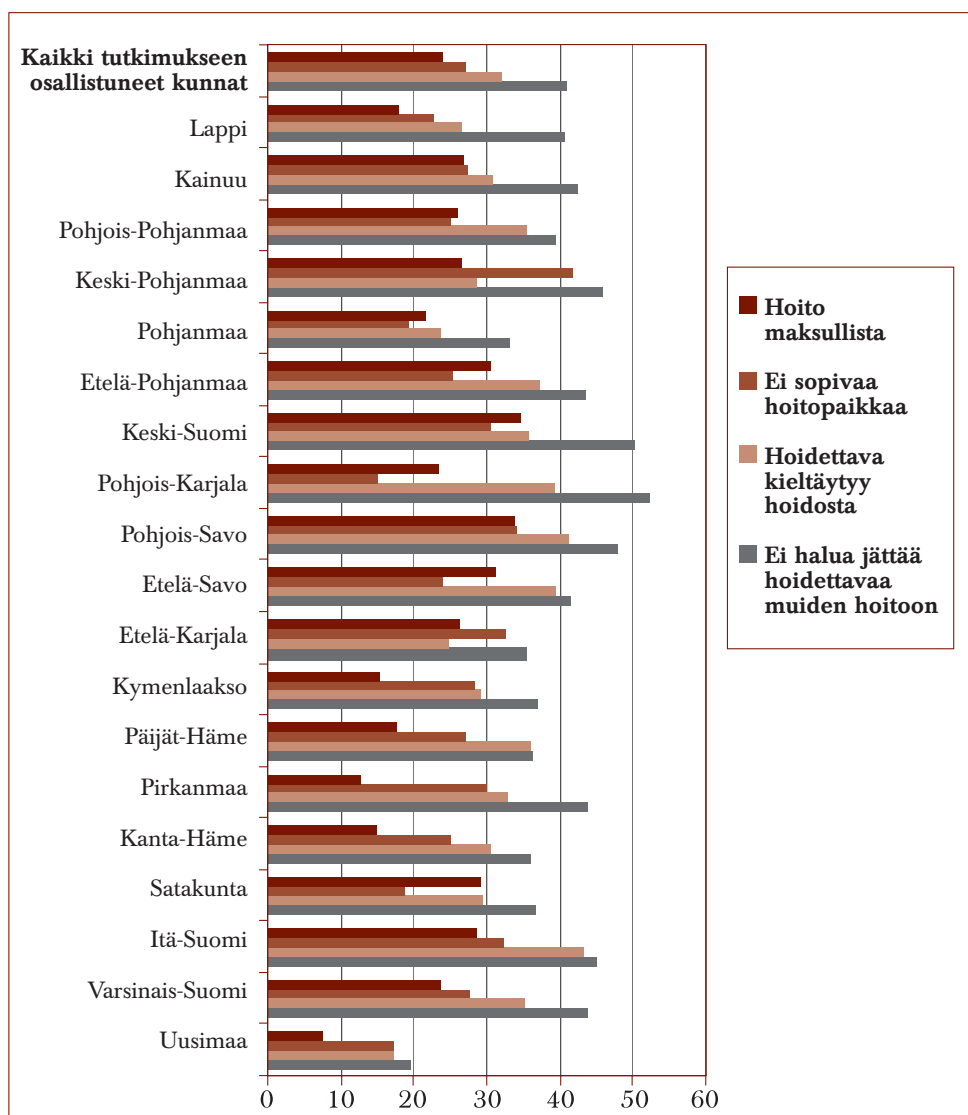
Tämän selvityksen tulosten mukaan 76 prosentilla omaishoitajista oli oikeus lakisääteiseen vapaaseen vuonna 2006. Osuus lisääntyi kuusi prosenttiyksikköä vuodesta 2002. Vuonna 1998 lakisääteiseen vapaaseen oikeutettujen osuus oli 79 prosenttia.

Tutkimukseen osallistuneiden kuntien lakisääteiseen vapaaseen oikeutetuista omaishoitajista ainoastaan 58 prosenttia käytti oikeuttaan lakisääteiseen vapaaseen. Toisin sanoen 42 prosenttia hoitajista ei käyttänyt lakisääteisiä vapaapäiviään. Tässä selvityksessä kysyttiin aiempaa selvitystä tarkemmin hoitajien vapaapäivistä kieltäytymisen syitä. Kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden mukaan 41 prosenttia niistä omaishoitajista, jotka kieltäytyivät vapaasta, eivät halunneet jättää hoidettavaansa muiden hoitoon lakisääteisten vapaapäiviensä ajaksi. Hoidettavan kieltäytyminen hoidosta oli puolestaan joka kolmannella omaishoitajalla syynä lakisääteisten vapaiden käyttämättä jättämiseen. Muita syitä olivat sopivan hoitopaikan puute (27 %) ja hoidon maksullisuus (24 %).

Vuonna 2002 kyselyssä kuntien viranhaltijoita pyydettiin arvioimaan kuinka monessa sopimuksessa lakisääteisestä vapaasta ei sovittu. Saatujen vastausten perusteella yli kolmasosa arvioi, että yleisin syy vapaasta sopimatta jättämiseen oli hoitajan haluttomuus pitää vapaapäiviään, joka voi johtua hoitajan haluttomuudesta jättää hoidettava muiden hoitoon tai että sijaishoito on maksullista. Toinen yleinen syy vapaapäivistä kieltäytymiseen oli hoidettavan kieltäytyminen hoidosta, joten hoitajien vapaapäivien käyttämättä jättämisen syyt olivat pysyneet samankaltaisina kahdessa viimeisimmässä tutkimuksessa.

Maakunnittain tarkasteltuna syyt lakisääteisestä vapaasta kieltäyty-
miseen vaihtelivat seuraavasti. Uudellamaalla viidesosa (20 %) ja Poh-
jois-Karjalassa runsas puolet (52 %) hoitajista ei halunnut jättää hoidet-
tavaa muiden hoitoon. Hoidettavan kieltäytyminen sijaishoidosta vaih-
teli Uudenmaan 17 prosentista Itä-Uudenmaan 43 prosenttiin. Sopivan
hoitopaikan puute lakisääteisten vapaiden käyttämättä jättämisen syynä
vaihteli Pohjois-Karjalan 15 prosentista Keski-Pohjanmaan 41 prosenttiin.
Hoidon maksullisuus vapaapäivistä kieltäytymisen syynä vaihteli Uuden-
maan seitsemästä prosentista Keski-Suomen 35 prosenttiin (kuvio 9).

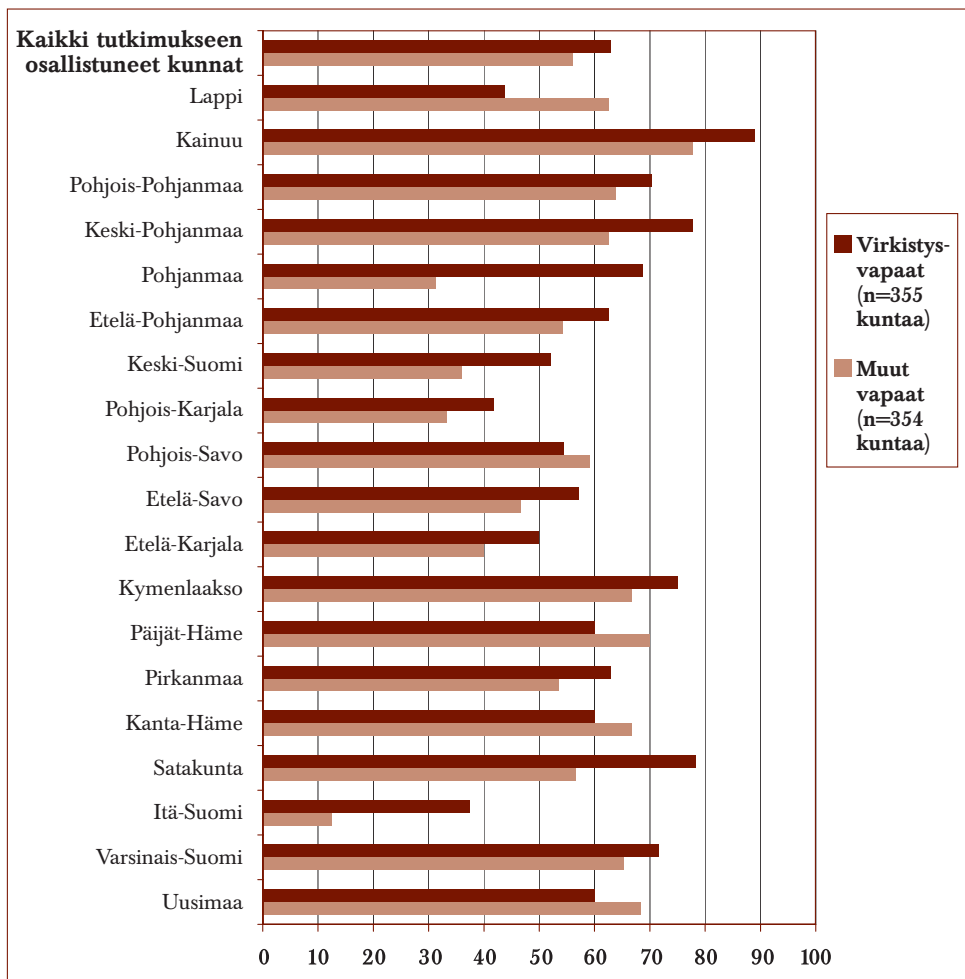
Kuvio 9. Yleisimpiä syitä omaishoitajan lakisääteisen vapaan käyttämättä jättämiseen maakunnittain (%).



Omaishoitolain mukaan kunnat voivat järjestää omaishoitajille lakisääteisten vapaapäivien lisäksi muitakin kokonaisia vapaapäiviä ja alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita. Tutkimukseen osallistuneista kunnista yli puolet (56 %) järjesti lakisääteisten vapaiden lisäksi muita vapaapäiviä omaishoitajille. Kaksi kuntaa kolmesta (63 %) järjesti alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita. Koska virkistysvapaat ja muut kuin lakisääteiset vapaapäivät ovat omaishoitolaissa määritelty uudistus omaishoitajille, tämän kysymyksen osalta ei ole käytettävissä vertailutietoa aikaisemmista tutkimuksista.

Omaishoitajien muita kuin lakisääteisiä kokonaisia vapaapäiviä järjestivät maakunnittain eniten Kainuun kunnat (78 %) ja vähiten Itä-Uudenmaan kunnat (13 %). Myös virkistysvapaita järjestivät eniten Kainuun kunnat (89 %) ja vähiten Itä-Uudenmaan kunnat (38 %) (kuvio 10).

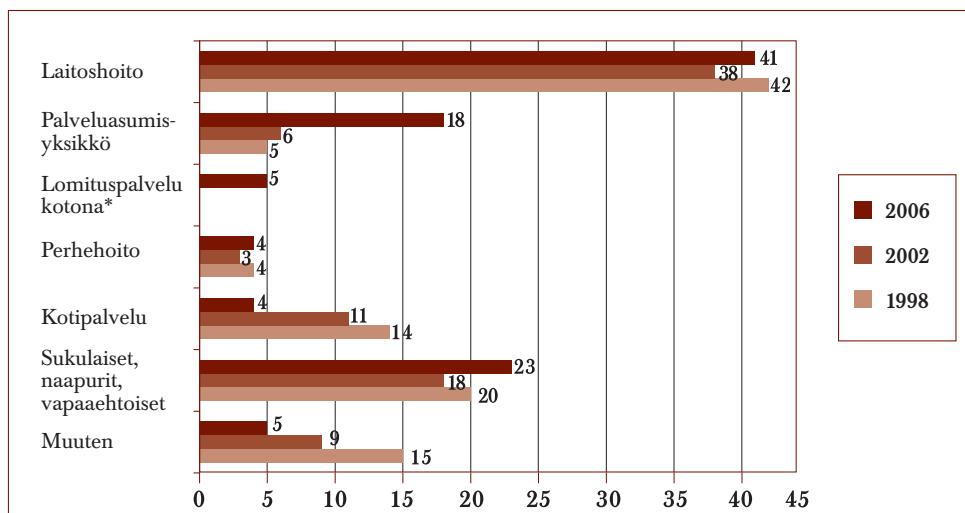
Kuvio 10. Kuntien järjestämät omaishoitajien virkistysvapaat ja muut kuin lakisääteiset vapaapäivät maakunnittain (%).



4.5.2 Omaishoidettavien hoidon järjestäminen hoitajan lakisääteisen vapaan aikana

Omaishoitolain mukaan kunnalla on velvollisuus huolehtia hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteisen vapaan aikana. Omaishoidettavien hoito järjestettiin omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana suurimmaksi osaksi lyhytaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, erityishuoltopiirin laitoksessa tai kuntoutuslaitoksessa (41 %). Muutosta vuosiin 1998 ja 2002 verrattuna ei juurikaan ollut tapahtunut laitoshoidon osalta; laitohoito oli edelleen yleisin hoitomuoto omaishoitajien lakisääteisten vapaiden aikana. Toiseksi yleisimmin lakisääteisen vapaan aikainen hoito järjestettiin sukulaisten, naapureiden tai vapaaehtoisten henkilöiden avulla (23 %). Tämä sijaishoidon järjestämisen tapa lisääntyi hivenen aiemmista vuosista. Kolmanneksi yleisintä sijaishoidon järjestäminen oli lyhytaikaishoidossa palveluasumisyksikössä (18 %). Hoidon järjestäminen palveluasumisyksiköissä lisääntyi vuosien 1998 ja 2002 viiden prosentin osuudesta 13 prosenttiyksikköä vuoteen 2006. Vähemmän käytettyjä sijaishoidon muotoja olivat vuonna 2006 lomituspalvelut kotona (5 %), perhehoito (4 %) ja kotipalvelu (4 %). Kotipalvelun osuus vähentyi vuodesta 1998 kymmenen prosenttiyksikköä vuoteen 2006 (kuvio 11).

Kuvio 11. Hoidettavan hoidon järjestäminen hoitajan lakisääteisen vapaan aikana vuosina 1998–2006 (%).



* Lomituspalvelua kotona ei kysytty vuosina 1998 ja 2002.

Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaisesta hoidosta perittiin enintään 9 euroa vapaapäivää kohden suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuneista kunnista (94 %) ja maksua ei peritty lainkaan kuudessa prosentissa kunnista (n= 22).

4.5.3 Omaishoidettavien hoidon järjestäminen muiden kuin omaishoitajan lakisääteisten vapaiden aikana

Kyselylomaketta uudistettiin tätä tutkimusta varten niin, että nyt kuntien omaishoidon tuesta vastaavia pyydettiin arvioimaan, kuinka suurelle osalle omaishoitajista järjestettiin hoidettavan sijaishoito myös muiden kuin omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien aikana. Vastausvaihtoehdot olivat seuraavat:

- kaikille tai melkein kaikille (n. 75–100 %)
- puolelle tai yli puolelle (n. 50–74 %)
- alle puolelle (n. 25–49 %)
- alle neljäsosalle (alle 25 %) ja
- ei kenellekään.

Kuntien viranhaltijoiden esittämien arvioiden ja kuntien omaishoitajien kokonaislukumäärien perusteella tehtiin arvio kunkin eri palvelun yleisyydestä. Arvio tehtiin laskemalla mukaan:

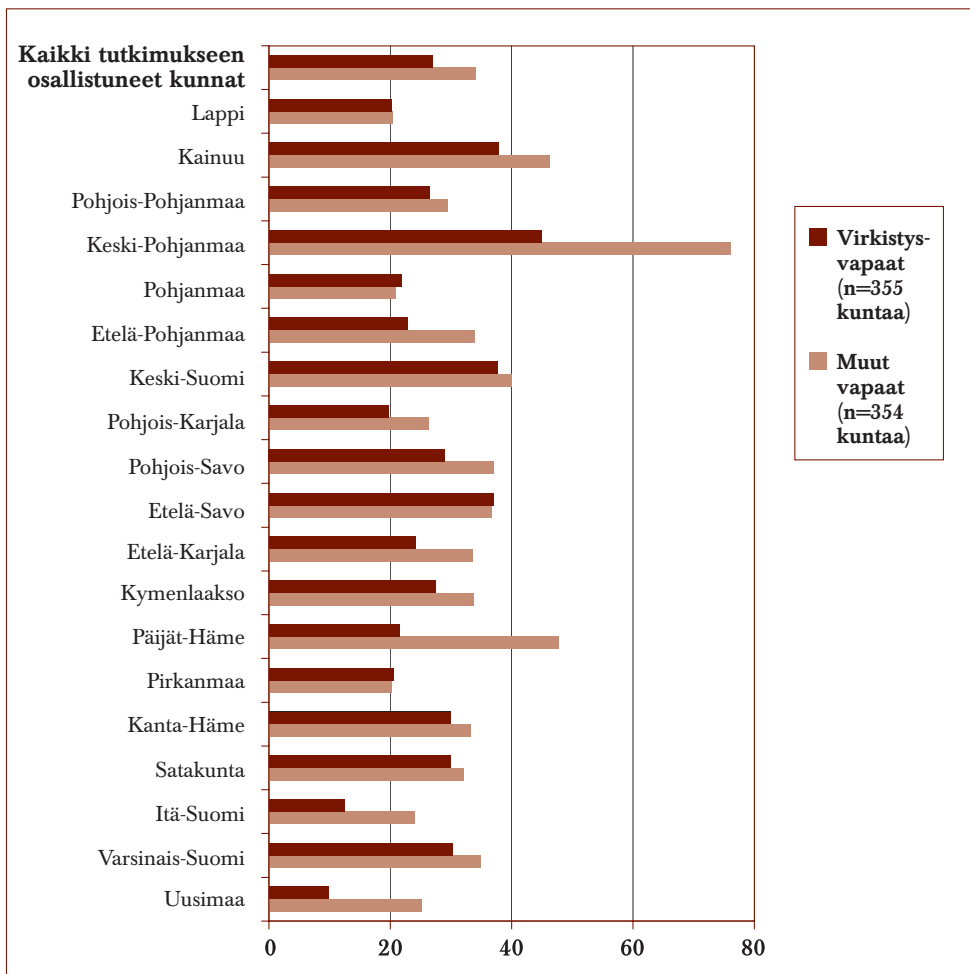
- kaikki omaishoitajat niissä kunnissa, joiden viranhaltijat vastasivat, että palvelu annettiin kaikille tai melkein kaikille
- puolet omaishoitajista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin puolelle tai yli puolelle
- yksi kolmasosa omaishoitajista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin alle puolelle hoidettavista sekä
- yksi neljäsosa omaishoitajista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin alle neljäsosalle hoitajista.

Näin saatujen lukumäärien perusteella voitiin määrittää palveluja saavien suhteellinen osuus. Kyseessä on laskennallinen arvio, joka lienee todellista osuutta jossakin määrin suurempi. Esimerkiksi vastausvaihtoehdon ”kaikille tai melkein kaikille” valinneissa kunnissa vastaus voi tarkoittaa, että kulloinkin tarkasteltavana olevaa palvelua saavien osuus voi vaihdella 75–100 prosentin välillä sadan prosentin sijasta. Lisäksi on otettava huomioon, että kuntien viranhaltijoiden antamat arviot on tehty ”sormituntumalla” ilman, että hoito- ja palvelusuunnitelmia olisi käyty järjestelmällisesti läpi. Arvio on parhaimmillaankin vain suuntaa

antava. Täsmällisen kuvan tilanteesta saisi ainoastaan käymällä läpi kaikkien omaishoidettavien hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa 34 prosentille omaishoitajista järjestettiin hoidettavan sijaishoito myös muiden kuin lakisääteisten vapaapäivien aikana. Maakunnittain tarkasteltuna muiden kokonaisten vapaapäivien aikaista sijaishoitoa järjestettiin eniten (76 %) Keski-Pohjanmaalla ja vähiten Pirkanmaalla ja Lapissa, joissa molemmissa viidennek-selle (20 %) omaishoitajista järjestettiin hoidettavan sijaishoito. Hoidet-tavan sijaishoito järjestettiin alle vuorokauden mittaisten omaishoitajan virkistysvapaiden ajaksi 27 prosentille omaishoitajista. Maakunnittain vaihtelu oli Keski-Pohjanmaan 45 prosentista Uudenmaan 10 prosenttiin (kuvio 12).

Kuvio 12. Hoidettavan hoidon järjestäminen omaishoitajan muiden (kuin lakisääteisten) vapaapäivien ja virkistysvapaiden aikana maakunnittain (%).



4.6 Muut omaishoitoa tukevat palvelut ja niistä perittävät maksut

Omaishoitolaki laajensi voimaan tullessaan omaishoidon tuen käsittämään omaishoitajan hoitopalkkion ja vapaiden lisäksi myös muuta omaishoitajalle tarjottavaa tukea. Tällaista tukea ovat omaishoitajan työtä tukevat sosiaalihuollon palvelut ja muut tarpeen mukaiset tukimuodot.

Kyselylomaketta uudistettiin tätä tutkimusta varten niin, että vuonna 2006 vastaajilta tiedusteltiin, mitä muita – lakisääteisten ja muiden vapaiden lisäksi annettavia – palveluita ja kuinka suurelle osalle omaishoitajista voimassa olevien hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaan annettiin. Kuntien omaishoidon tuesta vastaavia pyydettiin arvioimaan, mitä palveluita ja kuinka suurelle osalle omaishoitajista annettiin. Vastausvaihtoehdot olivat seuraavat:

- kaikille tai melkein kaikille (n. 75–100 %)
- puolelle tai yli puolelle (n. 50–74 %)
- alle puolelle (n. 25–49 %)
- alle neljäsosalle (alle 25 %) ja
- ei kenellekään.

Kuntien viranhaltijoiden esittämien arvioiden ja kuntien omaishoitajien kokonaislukumäärien perusteella tehtiin arvio kunkin eri palvelun yleisyydestä. Arvio tehtiin laskemalla mukaan:

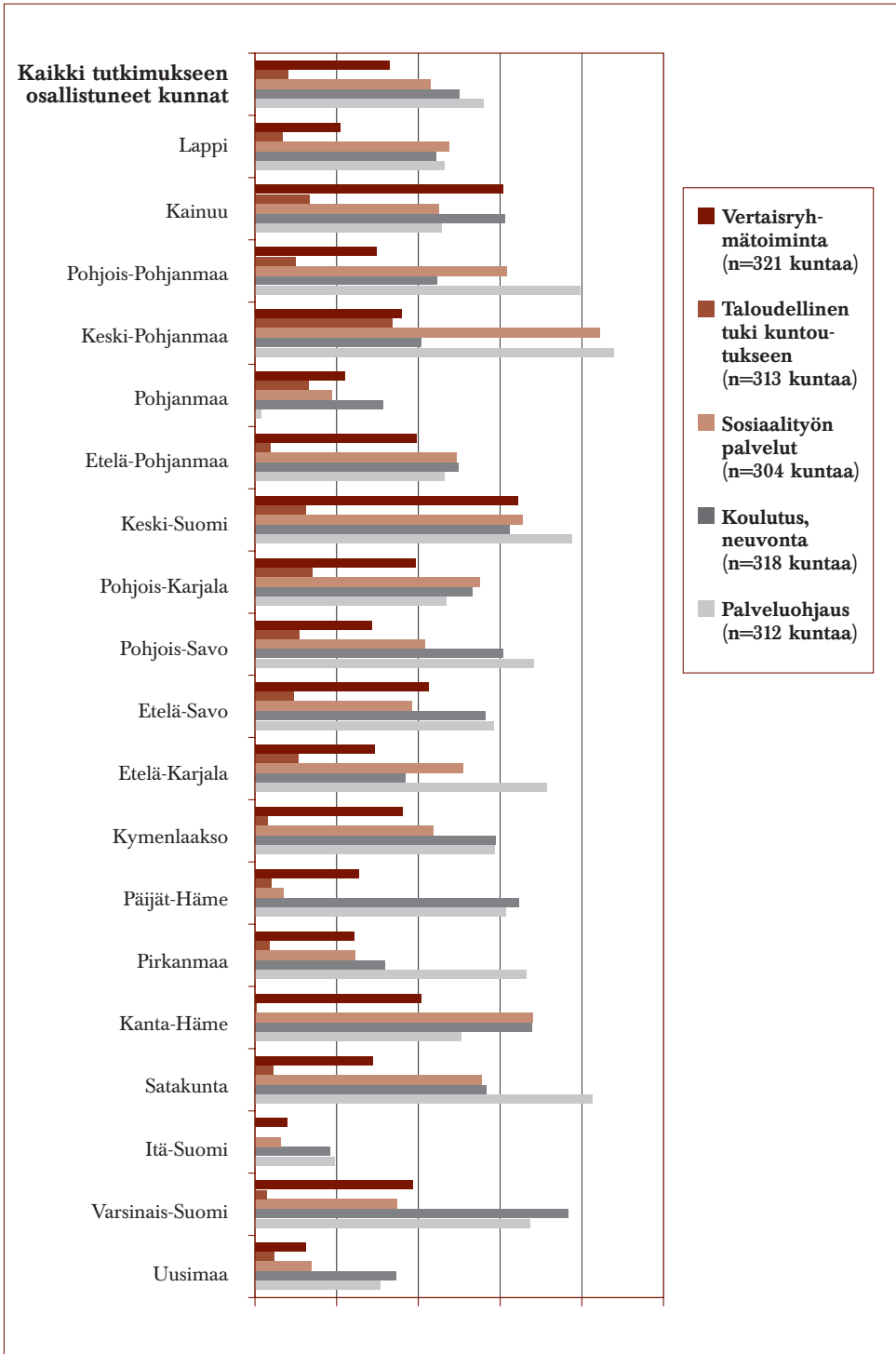
- kaikki omaishoitajat niissä kunnissa, joiden viranhaltijat vastasivat, että palvelu annettiin kaikille tai melkein kaikille
- puolet omaishoitajista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin puolelle tai yli puolelle
- yksi kolmasosa omaishoitajista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin alle puolelle hoitajista sekä
- yksi neljäsosa omaishoitajista niissä kunnissa, joiden viranhaltijat arvioivat, että palvelu annettiin alle neljäsosalle hoitajista.

Näin saatujen lukumäärien perusteella voitiin määrittää palvelua saavien suhteellinen osuus. Kyseessä on laskennallinen arvio, joka lienee todellista osuutta jossakin määrin suurempi. Esimerkiksi vastausvaihtoehdon ”kaikille tai melkein kaikille” valinneissa kunnissa vastaus voi tarkoittaa, että kulloinkin tarkasteltavana olevaa palvelua saavien osuus voi vaihdella 75–100 prosentin välillä sadan prosentin sijasta. Lisäksi on otettava huomioon, että kuntien viranhaltijoiden antamat arviot on tehty ”sormituntumalla” ilman, että hoito- ja palvelusuunnitelmia olisi käyty järjestelmällisesti läpi. Arvio on parhaimmillaankin vain suuntaa antava. Täsmällisen kuvan tilanteesta saisi ainoastaan käymällä läpi kaikki hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyi omaishoitajille tarjottavista palveluista yleisimmin palveluohjaus, jota sai yli puolet (56 %) omaishoitajista. Koulutusta, neuvontaa ja ohjausta sai puolet (50 %) ja sosiaalityön palveluja 43 prosenttia omaishoitajista. Omaishoitajien vertaisryhmätoiminta sisältyi kolmasosaan (33 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Omaishoitajien kuntoutukseen tarkoitettua taloudellista tukea sisältyi hoito- palvelusuunnitelmiin yleensä vähäisesti (8 %).

Maakunnallisessa vertailussa hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyvässä palveluohjauksessa oli suuria eroja. Palveluohjausta järjestettiin omaishoitajille eniten Keski-Pohjanmaalla (88 %) ja niukkimmin Pohjanmaalla (2 %). Eniten koulutusta ja neuvontaa sisältyi omaishoitajille hoito- ja palvelusuunnitelmiin Varsinais-Suomessa (77 %) ja vähiten Itä-Uudellamaalla (18 %). Sosiaalityön palveluja omaishoitajille sisältyi hoito- ja palvelusuunnitelmiin yleisimmin Keski-Pohjanmaalla (85 %) ja harvimmin Itä-Uudellamaalla (6 %). Vertaisryhmätoiminnassa vaihtelu oli Keski-Suomen 64 prosentista Itä-Uudenmaan 8 prosenttiin. Omaishoitajien kuntoutukseen tarkoitettu taloudellinen tuki vaihteli Itä-Uudenmaan nollostas prosentista Keski-Pohjanmaan 34 prosenttiin (kuvio 13).

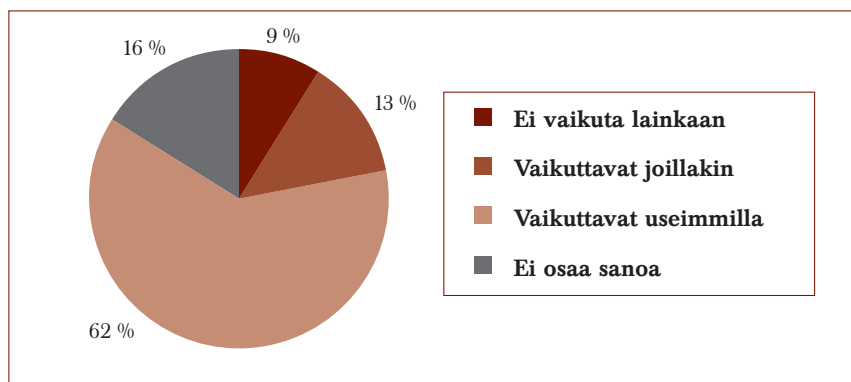
Kuvio 13. Omaishoitajien omaishoitosopimukseen sisältyviä palveluja maakunnittain (%).



Omaishoitajille annettavista palveluista perittiin samat maksut kuin vastaavista palveluista kunnassa muutoinkin suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuneita kuntia (86 %). Alennettua maksua perittiin ainoastaan neljässä prosentissa kunnista (n= 15). Joka kymmenes kunta (n= 39) ei perinyt asiakasmaksua lainkaan. Yleisimmin maksua ei peritty virkistysvapaiden aikaisesta sijaishoidosta, kuntoutuksesta ja kotipalvelun palveluista.

Yli puolet kuntien edustajista arvioi palveluista perittävien maksujen vaikuttavan joillakin hoitajilla halukkuuteen käyttää palveluja (62 %) (kuvio 14).

Kuvio 14. Palvelumaksujen vaikutus omaishoitajien palvelujen käyttöön (%) kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden arvioiden mukaan.



Kun vuonna 2002 yli puolet (57 %) kuntien edustajista arvioi, että palvelujen maksullisuus vaikutti ainakin joidenkin omaishoitajien halukkuuteen käyttää niitä, vastaava luku oli 62 prosenttia vuonna 2006. Tutkimukseen osallistuneista kuntien edustajista 18 prosenttia arvioi vuonna 2002, että palvelujen maksullisuus ei vaikuttanut lainkaan palvelujen käyttöön; vastaava luku vuonna 2006 oli 13 prosenttia. Muutos oli näin ollen pieni, vain viiden prosenttiyksikön suuruinen.

4.7 Omaishoitolain voimaan tulon vaikutukset kuntien omaishoidon tuesta vastaavien henkilöiden arvioimina

Vuoden 2006 alusta voimaan tulleen omaishoitolain vaikutuksia omaishoidon tukemiseen tiedusteltiin kuntien omaishoidon tuesta vastaavilta viranhaltijoilta avoimessa kysymyksessä, johon saatiin yhteensä 276 vastausta.

Omaishoitolain voimaantuloa edeltänyt ja lain voimaantulon jälkeen jatkunut omaishoidon tukemisen käsittely niin paikallisissa kuin valtakunnallisissakin medioissa oli vaikuttanut siihen, että kuntalaisten tietoisuus omaishoidon tuesta oli lisääntynyt. Tämä näkyi vastaajien mukaan siinä, että hakemuksia oli tullut tavallista enemmän: *”Ihmiset ovat hakeneet aktiivisemmin tukea”*.

Lain mukanaan tuomina myönteisinä vaikutuksina tuotiin esiin erityisesti omaishoidon tuen myöntämiskäytäntöjen selkiintyminen (n= 36): myöntämiskäytänteitä oli tarkistettu ja yhdenmukaistettu. Asiaa kuvattiin avoimeen kysymykseen annetuissa vastauksissa mm. seuraavasti:

”Laki antanut selkeät pelisäännöt”

”Myöntämisedellytykset tarkistettu” ja

”Selkeyttänyt maakunnassa yhteisten perusteiden toteutumista käytännössä.”

Yhtenäiset myöntämiskäytännöt ja/tai -kriteerit yhtäältä tukivat päätösten tekemistä niin kuntien kuin seutu- tai maakuntienkin tasolla, ja toisaalta takasivat tukea tarvitseville kuntalaisille yhdenvertaisen kohtelun. Omaishoitajien aseman arvioitiin parantuneen mm. siten, että lain voimaan tultua sopimukset tehtiin toistaiseksi voimassa oleviksi. Tämä oli vastaajien mukaan merkittävä parannus, sillä aikaisemmin suurin osa sopimuksista oli määräaikaaisia, yleensä yhden vuoden määräajaksi tehtyjä. Sopimusten laatiminen toistaiseksi voimassa oleviksi toi jatkuvuutta ja turvallisuutta omaishoidettaville ja -hoitajille.

Myönteisenä muutoksena kuvattiin myös huomion kiinnittäminen omaishoitajien terveyteen, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointiin. Tätä kuvattiin mm. seuraavasti:

”Kiinnitetty enemmän huomiota hoitajan kykyyn hoitaa” ja

”Tehty hoitajan voimien kartoitus”.

Myönteisenä muutoksena kuvattiin myös omaishoitajille tarjolla olevien palvelujen lisääntyminen. Vastaajien mukaan omaishoitajien tukea oli paitsi lisätty, myös monimuotoistettu. Tämä oli mahdollistunut mm. tehostamalla yhteistyötä kunnan eri toimijoiden sekä seurakuntien ja järjestöjen kanssa. Lisäksi omaishoitajien tarpeita ja toiveita kuunneltiin *”herkemällä korvalla”*: omaishoitajien lakisääteiset vapaapäivät ja virkistysvapaat pyrittiin järjestämään omaishoitajien haluamana ajankohtajana ja hoidettavan sijaishoito järjestämään omaishoitajien ja -hoidettavien haluamalla tavalla. Vaikka halukkuutta omaishoitajien tukemisen

lisäämiseksi ja palveluvalikoiman monipuolistamiseksi löytyikin, mainittiin niukat voimavarat usein kehityksen esteeksi; tätä tilannetta kuvattiin mm. näin:

”Haluja tukemiseen on, resursseja puuttuu”.

Konkreettisia esimerkkejä omaishoitajien tukemisen tehostamisesta mainittiin usean kunnan (n= 75) vastauksissa. Omaishoitajien palveluohjausta oli tehostettu. Muutamii kuntiin oli neuvonnan ja ohjauksen tehostamiseksi perustettu uusia toimia, kuten dementiaohjaajan ja palveluohjaajan toimet. Kuvattiin myös, että omaishoidon tukeen liittyvät tehtävät oli kunnassa keskitetty lain voimaan tulon jälkeen yhdelle henkilölle. Tämä selkeytti tilannetta monin tavoin niin asiakkaiden ohjauksen kuin omaishoidon tuen pitkäjänteisen suunnittelunkin näkökulmista.

Omaishoidon tuesta vastaavat viranhaltijat kuvasivat vastauksissaan myös omaishoitolain voimaan tuloon liittyviä haasteita (n=85). Näistä monet liittyivät siihen, että lain nopea valmistelu ja voimaantulo ei jättänyt juurikaan mahdollisuuksia varautua muuttuvaan tilanteeseen. Monissa kunnissa ei ollut varattu omaishoidon tuen määrärahoja talousarvioon riittävässä määrin. Työmäärän arvioitiin lisääntyneen mm. siitä syystä, että uusien hakemusten määrä lisääntyi, ja siksi, että ennen vuoden vaihdetta voimassa olleet sopimukset irtisanottiin ja tehtiin uudet, uutta lainsäädäntöä vastaavat sopimukset. Tässä yhteydessä myös hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkistettiin ja uudistettiin. Tilannetta kuvattiin mm. seuraavasti:

”Lain voimaantulo ei antanut siirtymävaihetta asioiden käsittelyyn. Ensimmäinen puoli vuotta on ollut hirvittävää ”.

”Kunnan omat ohjeet uusittu, hakemuksia tullut enemmän”.

Työmäärän kuvattiin lisääntyneen myös siitä syystä, että osalla omaishoidon tuen asiakkaista heidän tilanteessaan tapahtui muutoksia, joita käsiteltiin yhdessä. Muutaman kunnan (n= 20) vastauksissa kuvattiin, että osa niistä, jotka olivat omaishoidon tuen piirissä ennen vuotta 2006, jäi tuen ulkopuolelle omaishoidon tuen palkkioita korotettaessa. Lisäksi muutamassa kunnassa määrärahat eivät riittäneet siihen, että kaikille hakijoille olisi myönnetty omaishoidon tukea, vaikka omaishoidon tuen myöntökriteerit täyttyivätkin. Muuttunut tilanne aiheutti sen, että tuki päätöksistä tehtiin aiempaa runsaammin valituksia. Vaikka palkkioiden kuvattiin yleisesti nousseen, joillakin hoitajilla omaishoidon tuen palkkio myös laski. Vaikeaa tilannetta kuvattiin esimerkiksi seuraavalla tavalla:

”Laki on heikentänyt muutamien omaishoitajien palkkioita”

”Palkkioiden noustessa omaishoidon tukea voitiin myöntää harvemmille.”

Omaishoitolain vaikutuksia selvittäneeseen kysymykseen vastanneista 276 kunnan edustajista 14 prosenttia arvioi, että omaishoitolaki ei vaikuttanut heidän toimintaansa millään tavoin. Nämä vastaajat kuvasivat, että kunnissa oli varauduttu lain tuomiin uudistuksiin ennakkoon, mm. määrärahaa oli varattu talousarvioon omaishoidon tuen palkkioihin enemmän kuin aikaisemmin ja/tai omaishoidon tukeen oli panostettu monipuolisesti jo ennen lain mukanaan tuomia velvoitteita: *”Omaishoitajien tukemiseen panostettiin osittain jo ennen muutosta.”*

Avointen vastausten analyysin perusteella voitiin arvioida, että omaishoitolakia pidettiin useammin myönteisenä kuin kielteisenä muutoksena. Tätä kuvattiin mm. näin:

”Laki on tarpeellinen ja selkeyttää monia asioita, mutta jättää myös kunnan omaan harkintaan kohtia, joihin voisi olla selkeämmät ohjeet. Kansalaisille pitäisi kyllä myös tiedottaa sekin asia, että tuki on harkinnanvarainen...”

5 TULOSTEN TARKASTELU

5.1 Tutkimustulosten yhteenveto ja pohdinta

5.1.1 Omaishoidon tuella hoidettaviin liittyvät tulokset

Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa hoidettiin 30.4.2006 tilanteen mukaan omaishoidon tuella kaikkiaan 21 784 henkilöä, joka on 3 700 henkilöä enemmän kuin vastaavana ajankohtana vuonna 2002. Suurin osa eli kolmannes hoidettavista oli 75–84-vuotiaita ja heidän osuutensa kasvoi seuranta-aikana. Viidennes hoidettavista oli 18–64-vuotiaita ja kuudennes yli 85-vuotiaita. Hoidettavien ikäjakauma oli samankaltainen myös aikaisemmissa selvityksissä vuosina 1994, 1998 ja 2002. Miesten osuus hoidettavista lisääntyi seuranta-aikana ollen hieman yli puolet (54 %) hoidettavista.

Hoidettavien toimintakykyä arvioitiin suurimmassa osassa kuntia omaishoidon tuen myöntämiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä. Kuntien tässä yhteydessä käyttämät toimintakykymittarit määrittivät pitkälti apua tarvitsevan henkilön fyysisen toimintakyvyn ja avun tarpeen päivittäistoimissa (peseytyminen, erittäminen, ruokailu jne.) sekä välinetoiminnoissa (asiointi kodin ulkopuolella, puhelimen käyttö, raha-asioiden hoito jne.). Myös kognitiivista toimintakykyä arvioitiin tässä yhteydessä tarkoituksenmukaisella tavalla. Sen sijaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi jäi hyvin vähäiseksi. Samoin ympäristötekijöiden, kuten esimerkiksi asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden arviointi, oli vähäistä, vaikka omaishoidossa koti on sekä asuin- että työympäristö. (Ks. Voutilainen & Vaarama 2005.)

Toimintakykymittareiden painottuminen fyysisten ja kognitiivisten toimintavajeiden tunnistamiseen näkyy myös tässä ja aiemmissa tutkimuksissa esiin nousseina syinä omaishoidon tarpeeseen. Yleisimmät hoidon ja huolenpidon syyt olivat nimittäin pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma (34 %), vanhuuteen liittyvä (fyysisen) toimintakyvyn heikkeneminen (24 %) ja dementoivat sairaudet (19 %). Kehitysvammaisuus oli omaishoidon syynä 17 prosentilla. Psykkiset sairaudet näyttäytyivät hyvin niukasti omaishoidon syynä, ja niiden osuus oli entisestään laskeutunut: kolmella prosentilla omaishoidon tuella hoidettavista hoidon tarve aiheutui psyykkisistä syistä vuonna 2006. Tämän, kuten aiempienkin selvitysten tulokset, antavat runsaasti viitteitä siihen, että toimintakyky – toiminnan vajeita, mutta myös voimavaroja – tulisi arvioida nykyistä

laajemmin, myös psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät huomioon ottaen. Nykyinen fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointia painottava arviointitapa tuen myöntämisen perustana ei tunnista riittävässä määrin mielenterveyden ongelmia ja niiden aiheuttamaa tuen tarvetta.

Hoidettavien enemmistö tarvitsee runsaasti omaishoitajan apua. Kolmasosa hoidettavista tarvitsi hoitoa ja apua runsaasti ympärivuorokauden. Jatkuvasti melko paljon apua tarvitsi 42 prosenttia hoidettavista. Satunnaisesti apua tarvitsevien määrä oli pieni (6 %). Ympäri vuorokauden hoitoa tarvitsevien määrä säilyi samankaltaisena vuosina 1994, 2002 ja 2006. Jatkuvasti melko paljon hoitoa ja apua tarvitsevien määrä lisääntyi neljä prosenttia ja vähäistä hoitoa tarvitsevien määrä väheni kuusi prosenttia vuodesta 2002. Omaishoidon tuella hoidettavien suuri hoitoisuus näkyy myös siinä, että kuntien omaishoidon tuesta vastaavat henkilöt arvioivat, että lähes 12 000 hoidettavaa olisi asumis- tai laitoshoidon palvelujen pitkäaikaisasiakkaita ilman omaishoitajien tekemää työtä.

Hoidollisesti raskaassa siirtymävaiheessa oli hyvin pieni osuus hoidettavista (1%). Tämä mahdollisuus ei siten näyttäisi vielä löytäneen paikkaansa omaishoidossa.

5.1.2 Omaishoitajiin liittyvät tulokset

Omaishoitajien määrä on tasaisesti kasvanut vuodesta 1994. Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa oli 30.4.2006 yhteensä 21 362 omaishoitajaa. Omaishoidon tukeen liittyviä päätöksiä tehtäessä ei ennen lain voimaan tuloa juurikaan arvioitu omaishoitajan toimintakykyä, voimavaroja tai kykyä toimia hoitajana - ei ainakaan järjestelmällisesti standardoitua mittaria tai arviointijärjestelmää hyväksi käyttäen (ks. Voutilainen & Vaarama 2005). Laki oli selvästi parantanut tilannetta tältä osin, sillä vuonna 2006 tähän kiinnitettiin kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden mukaan selkeästi enemmän huomiota. Omaishoitajien kykyä toimia hoitajina arvioitiin suurimmassa osassa kuntia (96 %) yleisimmin kotikäynnin yhteydessä.

Omaishoidon tuen ulkopuolella on kuitenkin edelleen paljon enemmän omaishoitajia kuin sen piirissä. Myös näiden, erityisesti läheistään intensiivisesti auttavien omaishoitajien tuen tarpeet tulisi ottaa tarkasteluun. Monipuolinen yhteistyö kunnan eri toimijoiden, järjestöjen ja seurakuntien kanssa on tässä yhteydessä ensiarvoisen tärkeää, jotta tukea tarjotaan sekä julkista omaishoidon tukea saaville että sen ulkopuolella oleville omaishoitajille. Omaishoidon tuen keskittäminen kunnissa yh-

den – tai useamman – henkilön vastuulle selkeyttää tilannetta ja madaltaa yhteyden ottokynnystä etenkin, kun tästä tiedotetaan kuntalaisille riittävässä määrin. Neuvonnan, vertaistuen ja palveluohjauksen tulisi olla kaikkien omaishoitotyötä tekevien ulottuvilla.

Noin puolet omaishoitajista oli vuonna 2006 hoidettavien puolisoita ja viidesosa oli hoidettavan vanhempia ja lapsia. Vanhempien ja lasten osuutta omaishoitajina ei kysytty aikaisemmissa selvityksissä. Puolisoiden määrä omaishoitajina lisääntyi jokaisessa selvityksessä ollen 31 prosenttia vuonna 1994, 43 prosenttia vuonna 2002 ja jo 48 prosenttia vuonna 2006. Aiempien selvityksien päätelmissä nostettiin esille se, että puolisoiden osuuden kasvun taustalla saattoi olla se, että aviopuolison kotona hoitaminen nähtiin velvollisuudeksi, josta ei voinut kieltäytyä. Tämä on tarkoituksenmukainen tarkastelunäkökulma edelleen, sillä omaishoitajien enemmistö on iäkkäitä. Yli puolet omaishoitajista oli vuonna 2006 työkäisiä (53 %). Yli 65-vuotiaiden omaishoitajien osuus lisääntyi jokaisessa selvityksessä, ollen vuonna 1994 30 prosenttia, vuonna 2002 39 prosentista ja vuonna 2006 jo 47 prosenttia.

Yli puolet omaishoitajista oli eläkkeellä, 20 prosenttia koko-aikatyössä, neljä prosenttia oli osa-aikatyössä ja kahdeksan prosenttia hoiti omaistaan päätyönä. Eläkeläisten osuus omaishoitajina lisääntyi jokaisessa selvityksessä.

5.1.3 Hoitopalkkioihin sekä omaishoidettavien ja -hoitajien palveluihin liittyvät tulokset

Omaishoidon tuki vaihteli edelleen paljon niin maksettujen palkkioiden kuin annettujen palvelujenkin osalta sekä kunta- että maakuntatasolla. Maksettujen palkkioiden suuruus ei yksiselitteisesti korreloinut omaishoidon tuella hoidettavien hoitoisuuteen (ks. taulukko 8 ja liitetaulukko 1).

Aiemmissa selvityksissä todettiin, että omaishoidon tuen asema kuntien palvelujärjestelmässä oli epävakaa ja omaishoidon tuen määrärahojen kehitys vaihtelevaa. Määrärahat saattoivat nousta yhtenä vuonna ja laskea seuraavana. Tältä osin tilanne näyttäisi olevan muuttumassa. Selvityshenkilö korosti ehdotuksissaan (ks. Aaltonen 2004) sitä, että omaishoidon tukea on kehitettävä järjestelmällisesti ja pitkäjänteisesti osana kuntien palvelurakennetta. Kunnissa on edetty tähän suuntaan ja tämän selvityksen tulosten mukaan omaishoidon tuki sisältyy vanhuspoliittisiin strategioihin. Tutkimukseen osallistuneista kunnista yli 80 prosentilla oli ajantasainen vanhuspoliittinen strategia ja näistä lähes 90 prosenttiin sisältyi omaishoidon tuen kehittäminen osana kotona

asumista korostavaa strategiaa ja avopalveluita painottavaa palvelurakennetta. Tuen kehittämiseksi oli asetettu niin määrällisiä, kuten esimerkiksi kattavuuden ja palkkioihin varattujen määrärahojen nostamiseen liittyviä, kuin laadullisiakin tavoitteita. Laadulliset tavoitteet liittyivät pitkälti tuen myöntämiskriteereiden kehittämiseen ja annetun tuen monimuotoistamiseen.

Noin puolet kunnista arvioi omaishoidon tuen palkkioihin varattavan määrärahan kasvavan vuoden 2006 tasosta. Vuotta 2006 koskevassa arviossa kunnat olivat varanneet talousarvioon noin 12 miljoonaa euroa enemmän rahaa kuin vuonna 2005. Maakunnittain tilanne vaihteli kuitenkin paljon. Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden keskiarvo kaikkien tutkimukseen osallistuneiden 362 kunnan osalta oli vuonna 2006 416 euroa. Palkkio nousi vuodesta 2002 lähes 130 euroa. Maakunnittain keskipalkkion suuruus vaihteli Kanta-Hämeen 555 eurosta Etelä-Karjalan 356 euroon.

Voimassa olleiden sopimusten mukaan 76 prosentilla omaishoitajista oli oikeus lakisääteiseen vapaaseen vuonna 2006. Oikeus lakisääteiseen vapaaseen on vaihdellut 12 vuoden seurantajaksolla 70 ja 79 prosentin välillä. Kuntien viranhaltijoiden mukaan 42 prosenttia hoitajista ei pitänyt lainkaan lakisääteistä vapaata vuonna 2006. Yleisimmät syyt vapaapäivien käyttämättä jättämiseen olivat hoitajan haluttomuus jättää hoidettava muiden hoitoon (41 %) ja hoidettavan kieltäytyminen muusta hoidosta (32 %). Tältä osin tilanne ei ole juurikaan muuttunut. Tilanteen muuttumattomuus kuvastaa osaltaan tarkoituksenmukaisten sijaisvaihtoehtojen puutetta, erityisesti kotiin annettavan sijaishoitomahdollisuuksien puutetta. Omaishoitajien vapaan aikana hoidettavan sijaishoito järjestettiin vuonna 2006 yleisimmin laitoshoidossa (40 %) vanhainkodissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, erityishoitopiirin laitoksessa tai kuntoutuslaitoksessa. Toiseksi yleisimmin hoitoa järjestettiin sukulaisten avulla. Tulokset ovat hyvin samansuuntaisia kuin vuonna 1998 ja 2002. Tämä on – edelleen – erityisen tarpeellinen kehittämisskohte omaishoidon tuessa. Sijaishoidon sisältöön liittyvänä laadullisena kehittämiskohteena on, että sijaishoidossa ollessaan omaishoidettavalla on mahdollisuus saada fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä edistävää hoitoa ja palveluja.

Myönteisenä kehityskulkuna voidaan todeta se, että yli puolessa tähän tutkimukseen osallistuneista kunnista järjestettiin omaishoitajille myös muita kuin lakisääteisiä vapaita ja lisäksi alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita. Tilanne vaihteli kuitenkin eri puolilla Suomea paljon. Vähiten muita kuin lakisääteisiä vapaita järjestivät Itä-Uudenmaan kunnat ja eniten Kainuun kunnat.

Yli puoleen voimassa olleista omaishoitosopimuksista (62 %) sisältyi vuonna 2006 palkkio ja palvelut, 38 prosenttiin pelkästään palkkio. Tätä osin tilanne oli muuttunut varsin paljon. Tähän ja aiempiin tutkimuksiin osallistuneiden kuntien voimassa olleista omaishoitosopimuksista pelkästään hoitopalkkiona myönnetyn omaishoidon tuen osuus pieneni 87 prosentista vuonna 1994 38 prosenttiin vuonna 2006, 49 prosenttiyksikköä. Palkkion ja palveluiden yhdistelmänä myönnetyn omaishoidon tuen osuus puolestaan kasvoi selvästi 2000-luvulla: vuoden 2002 38 prosentista 62 prosenttiin vuonna 2006, 24 prosenttiyksikköä.

1.1.2006 voimaan tullut laki omaishoidon tuesta ei vaikuttanut omaishoidon tukena annettujen omaishoidettavien palveluiden määrään suurimmassa osassa kuntia. 70 prosentissa kunnista palvelujen määrän arvioitiin pysyneen ennallaan ja lisääntyneen 21 prosentissa kuntia. Yleisimmät omaishoidettavien palvelut olivat apuvälinepalvelut, neuvonta ja ohjaus, kotisairaanhoido, lyhytaikainen laitoshoido ja kuljetuspalvelut. Omaishoitajien palveluiden osalta hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyi yleisimmin omaishoitajien palveluohjausta (56 %), koulutusta ja neuvontaa (50 %), sosiaalityön palveluja (43 %) ja vertaisryhmätöimintää (33 %). Taloudellista tukea kuntoutukseen sisältyi hoito- ja palvelusuunnitelmiin vain vähän. Maakunnittain tarkasteltuna palvelujen tarjonta vaihteli suuresti.

Kuntien omaishoidon tuesta vastaavista viranhaltijoista 62 prosenttia arvioi palvelujen maksullisuuden vaikuttavan ainakin joidenkin omaishoitajien halukkuuteen käyttää palveluja. Alennettujen maksujen ja maksuttomien palvelujen myöntämistä tulisikin tarjota kunnissa tarveharkinnan mukaan omaishoitajien työn tueksi.

Erityisen tärkeää sekä omaishoidettavien että -hoitajien palveluiden kehittämisessä on se, että palvelut suunnitellaan koko perheyksikkö huomioon ottaen, sillä omaishoitotilanteet ovat aina yksilöllisiä. Omaishoitajuus voi olla lyhytaikainen tai useita kymmeniä vuosia kestävä elämänvaihe. Omaishoidon tuen kokonaisuutta suunniteltaessa on päätöksentekoon osallistuvien ammattilaisten tärkeää tunnistaa kunkin omaishoitotilanteen yksilölliset piirteet. Jotta tuki hyödyttäisi omaishoitoperhettä parhaalla mahdollisella tavalla, palvelujärjestelmän tulisi tunnistaa omaishoitajan ja hoidettavan tilanteiden yhteen kietoutuminen ja sovittaa tukimuodot tähän kokonaisuuteen. Tärkeää on myös se, että vaikka omaishoido vaatii erityisiä voimavaroja, se on osa perheen jokapäiväistä arkea, johon tukitoimien tulisi luontevasti sulautua. Tarvittavan tuen suunnittelussa tulisi arvioida paitsi ongelmia ja avun tarpeita, myös perheen ja lähiverkoston olemassa olevia voimavaroja, toimintatapoja ja selviytymisstrategioita. Perheellä ja palvelujärjestelmällä

on erilaiset toimintakulttuurit ja siten myös erilaiset odotukset. Palvelujärjestelmän ja ammattilaisten tulisi pyrkiä tunnistamaan näitä eroja ja pohtimaan niiden merkitystä oman toimintansa kannalta. Omaishoitotilanne on muuttuva ja edellyttää siten tukijärjestelmän joustavuutta. (Pietilä & Saarenheimo 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, Elo-niemi-Sulkava ym. 2006.)

5.1.4 Omaishoitolain vaikutuksiin liittyvät tulokset

Kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden mukaan omaishoitolaki vaikutti kunnissa niin, että kuntalaisten tietoisuus omaishoidon tuesta lisääntyi. Tämä näkyi mm. hakemusten suurentuneena määränä ja erilaisina tiedusteluina.

Lain mukanaan tuomina myönteisinä vaikutuksina tuotiin esiin erityisesti omaishoidon tuen myöntämiskäytäntöjen selkiintyminen, sillä myöntämiskäytänteitä oli tarkistettu ja yhdenmukaistettu. Yhtenäiset myöntämiskäytännöt ja/tai -kriteerit tukivat päätösten tekemistä ja takasivat tukea tarvitseville kuntalaisille yhdenvertaisen kohtelun. Omaishoitajien aseman arvioitiin parantuneen mm. siten, että lain voimaan tultua sopimukset tehtiin toistaiseksi voimassa oleviksi. Tämä oli vastaajien mukaan merkittävä parannus, sillä aikaisemmin suurin osa sopimuksista oli määräaikaaisia, yleensä yhden vuoden määräajaksi tehtyjä. Tämä toi jatkuvuutta ja turvallisuutta omaishoidettaville ja -hoitajille.

Myönteisenä muutoksena kuvattiin myös sitä, että omaishoitajien terveyden, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointiin oli kiinnitetty huomiota. Myönteisenä muutoksena kuvattiin myös, että omaishoitajille oli tarjolla enemmän palveluja kuin aiemmin. Vastaajien mukaan omaishoitajien palveluita oli paitsi lisätty myös palveluvalikoimaa monimuotoistettu. Tämä oli mahdollistunut mm. lisäämällä yhteistyötä kunnan eri toimijoiden sekä seurakuntien ja järjestöjen kanssa. Lisäksi omaishoitoa pyrittiin kehittämään niin, että sekä omaishoidettavien että -hoitajien tilanteen - toimintakyvyn ja voimavarojen - arviointia tehostettiin. Vaikka halukkuutta omaishoitajien tukemisen lisäämiseksi ja palveluvalikoiman monipuolistamiseksi löytyikin, mainittiin kunnan niukat taloudelliset voimavarat usein kehityksen esteeksi.

Omaishoidon tuesta vastaavat viranhaltijat kuvasivat vastauksissaan myös omaishoitolain voimaan tuloon liittyviä kielteisiä muutoksia. Näistä monet liittyivät siihen, että lain nopea valmistelu ja voimaantulo ei jättänyt juurikaan mahdollisuuksia varautua muuttuvaan tilanteeseen. Erityisesti talousarvioon ei ennätetty varata omaishoidon tuen kustan-

nuksia riittävässä määrin. Työmäärän arvioitiin lisääntyneen mm. siitä syystä, että uusien hakemusten määrä lisääntyi, ja siksi että ennen vuoden vaihdetta voimassa olleet sopimukset irtisanottiin ja tehtiin uudet, uutta lainsäädäntöä vastaavat sopimukset. Tässä yhteydessä myös hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkistettiin ja uudistettiin.

Joka kymmenes tutkimukseen osallistunut arvioi, että omaishoitolaki ei vaikuttanut heidän toimintaansa millään tavoin.

Omaishoidon tuen keskeiset kehittämishaasteet voidaan kiteyttää tämän selvityksen tulosten mukaan seuraaviin:

- 1) Omaishoidettavien ja -hoitajien elämänlaadun edistäminen
 - kehittämällä monipuolisia palveluita, kuten virkistys- ja kuntoutuspalveluita, omaishoitajan fyysisen, emotionaalisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi laajassa yhteistyössä eri toimijoiden, kuten kuntien, järjestöjen, seurakuntien jne. kanssa
 - kehittämällä tarkoituksenmukaisia vaihtoehtoja sijais- hoidon järjestämiseksi hoidettavan kotona omaishoi- tajan lakisääteisen vapaan ajaksi
- 2) Kattava toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi niin hoi- dettavan kuin omaishoitajankin osalta, jotta tarvittava apu voidaan kohdentaa oikein ja tavoitteellisesti, hoito- ja pal- velusuunnitelman ohjaamana
- 3) Omaishoidon kehittäminen palvelurakenteen kiinteänä osa- na pitkäjänteisesti, ml. tuen kattavuuden lisääminen.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kesäkuussa 2006 lähettämällä kysely omaishoidon tuesta kunnissaan vastaaville viranhaltijoille. Tutki- mustulosten luotettavuutta paransi se, että kyselyyn vastanneet henkilöt olivat henkilöitä, joilla oli vahva asiantuntemus omaishoidon tuesta so- siaalipalveluna: vanhus- ja/tai vammaispalvelujohtajia, sosiaali- tai pe- rusturvajohtajia, johtavia sosiaalityöntekijöitä ja vastaavia.

Kyselylomake uudistettiin tätä tutkimusta varten. Aikaisemmissa sel- vityksissä (Antikainen & Vaarama 1995, Vaarama ym. 1999, Vaarama ym. 2003) käytettyjä kyselylomakkeen osioita täsmennettiin, kuitenkin niin, että vertailtavuus edellisiin tutkimuksiin säilyi. Kyselylomakkee- seen lisättiin osioita, jotka mittasivat uuden omaishoitolain vaikutuksia kunnissa. Uudistustyö tehtiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton ja Stakesin asiantuntijoiden kanssa. Uudistustyöhön

osallistuneilla asiantuntijoilla oli vahva asiantuntemus omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna.

Uudistetun mittarin sisällön validiteetin varmistamiseksi käytettiin asiantuntijapaneelia. Asiantuntijat (n=3) kävivät mittarin läpi osio osiolta ja arvioivat, mittaavatko sen osiot tutkimuksen tavoitteiden kannalta olennaisia asioita. Asiantuntijat arvioivat myös kyselylomakkeen osioiden konkreettisuutta ja selkeyttä. Pienen (< 5 000 asukasta), keskisuuren (n. 20 000 asukasta) ja suuren (> 50 000 asukasta) kunnan omaishoidon tuen asiantuntijat koekäyttivät lomaketta ennen sen käyttööntotoa. Asiantuntija-arviointien ja koekäytön jälkeen lomakkeeseen tehtiin joitakin tarkennuksia. Mittarin kyvystä mitata sitä, mitä sillä oli tarkoitus mitata (validiteetti), saatiin näyttöä.

Kyselyn vastausprosentti kahden muistutuskierroksen jälkeen oli korkea, 88 prosenttia. Vastajaat olivat täyttäneet lomakkeet huolellisesti ja puuttuvia tietoja oli varsin vähän. Osa vastaajista piti kyselyä kuitenkin työläänä täyttää; tällä voi olla tulosten luotettavuutta heikentävä vaikutus. Tutkimuksen luotettavuutta lisättiin tarkastamalla epäselviä asioita soittamalla tai ottamalla sähköpostitse yhteyttä kuntiin. Myös kunnista otettiin yhteyttä tutkimusryhmään epäselvissä kysymyksissä. Toisaalta, osa kuntien edustajista kiitteli kyselylomaketta siitä, että se auttoi kehittämään omaishoidon tuen tilastointia kunnassa.

Koska omaishoitolaki oli ollut voimassa kyselyä kesällä 2006 tehtäessä vasta noin puoli vuotta, ei kunnissa pystytty arvioimaan lain vaikutuksia omaishoidettavien ja -hoitajien asemaan pitkällä aikavälillä. Vaikutusten arviointiin tarvitaan pidempi aika ja vasta mahdollisesti vuonna 2010 toteutettava kysely tuo tässä mielessä luotettavaa tietoa lain vaikutuksista.

Tutkimuksen aineistoa analysoitaessa vastaajien arviot (kaikille tai lähes kaikille – ei kenellekään) suhteutettiin eri tilanteissa omaishoidettavien ja -hoitajien lukumääriin. Näin saatujen lukumäärien perusteella voitiin määrittää palveluja saavien suhteellinen osuus. On otettava huomioon, että kyseessä on laskennallinen arvio, joka lienee todellista osuutta jossakin määrin suurempi. Lisäksi on otettava huomioon, että kuntien viranhaltijoiden antamat arviot on tehty ”sormituntumalla” ilman, että hoito- ja palvelusuunnitelmia olisi käyty järjestelmällisesti läpi. Arviot ovat suuntaa antavia. Täsmällisen kuvan tilanteesta saisi ainoastaan käymällä läpi kaikki hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina ja ne tuottavat uutta tietoa omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna.

LÄHTEET

Aaltonen E. 2004. *Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen*. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työmuistioita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Antikainen E & Vaarama M. 1995. *Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen*. Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna. Raportteja 172. Stakes. Helsinki.

Eloniemi- Sulkava U, Saarenheimo M, Savikko N & Pitkälä K. 2006. Kotona asuminen ja sen tukemisen mahdollisuudet. Teoksessa: Eloniemi- Sulkava ym. (toim.) *Omaishoito hoitotyönä*. Iäkkäiden dementiaerheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki.

Kumpulainen A. 2005. *Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten vertailu 2004*. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja. Edita. Helsinki.

Mikkola T. 2005. *”Tätä meidän elämää” – Tutkimus puolisohoivan arjesta*. Lisensiaattitutkimus. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. 2006. *Rakasta, mutta raskasta. Omaishoitajaa lähellä*. Omaishoitajat ja Läheiset -liitto ry. Helsinki.

Pietilä M & Saarenheimo M. 2003. *Omaishoidon tukeminen Suomessa*. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki.

Rissanen S. 1999. *Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 73. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Salanko-Vuorela M, Purhonen M, Järnstedt P & Korhonen A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. *”Hoitaahan ne joka tapauksessa”*. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. Helsinki.

Sipilä J. 2003. *Hoivan organisointi: vaivaistalosta markkinatavaraksi*. Janus 11, 23–28.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. *Omaishoidon tuki*. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Vaarama M, Rintala T, Eteläpää-Vainio S & Sinervo T. 1999. *Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna*. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Selvityksiä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Vaarama M, Voutilainen P & Manninen M. 2003. *Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna*. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Vaarama M, Luoma M-L & Ylönen L. 2006. *Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu*. Teoksessa: Kautto M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. s.104–136. Stakes. Helsinki.

Voutilainen P & Vaarama M. 2006. *Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa*. Raportteja 7. Stakes. Helsinki.

Lait ja asetukset

Asetus omaishoidon tuesta 318/1993

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992

Laki omaishoidon tuesta 737/2005

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

Tapaturmavakuutuslaki (608/1948)

Työsopimuslaki (55/2001)

Ajantasainen lainsäädäntö FINLEX -säädotietopankista osoitteessa:

<http://www.finlex.fi>

Tilastolähteet

Sotka -tietokanta, Stakes, ks. myös www.sotkanet.fi

Kuntien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus

LIITE 1. OMAISHOIDON TUEN SEURANTATUTKIMUS – Kyselylomake

Täydennä vastaus joko tyhjälle riville/taulukkoon tai ympyröi oikea vastausvaihtoehto. Joihinkin kysymyksiin voit valita useamman vaihtoehdon. Tämä mainitaan erikseen.

I KUNTAA KOSKEVAT TIEDOT

1. Kunta _____
2. Lääni _____
3. Vastaaja Nimi _____
- Virka-asema/
työtehtävä _____
- Osoite _____
- Puhelin _____
- Sähköposti _____

4. Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset vuosina 2003–2005 ja arvio palkkioiden kustannuksista vuonna 2006 (€/v).

	2003	2004	2005	2006 (arvio)
Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset €/v (ilman henkilösivukuluja)				

5. Kuinka arvioit omaishoidon tuen palkkioihin varattavan määrärahan kehittyvän kunnassanne vuonna 2007?

- 1 Määräraha pysyy samana tai lähes samana kuin vuonna 2006
- 2 Määräraha kasvaa vuoden 2006 tasosta
- 3 Määräraha vähenee vuoden 2006 tasosta
- 4 En osaa sanoa

6. Onko kunnassanne arvioitu omaishoidon tukena myönnettävien palveluiden kustannuksia?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

7. Jos vastasit kyllä, mitkä olivat omaishoidon tukena annettujen palveluiden kustannukset ja mitä vuotta arvio koskee.

_____ euroa vuonna _____

8. Omaishoidon tuen kirjallisten hakemusten ja myönnettyjen omaishoidon tukien määrä vuoden aikana.

	2003	2004	2005	1.1. – 30.4.2006
Omaishoidon tuen kirjallisten hakemusten määrä (kpl) vuoden aikana				
Uudet omaishoidon tuen asiakkaat (lkm)				
Omaishoidon tuen asiakkaiden määrä vuoden aikana				

9. Kuinka paljon kunnassanne on omaishoidon tukea 1.1. – 30.4.2006 hakeneita henkilöitä, joille ei voitu myöntää omaishoidon tukea, koska

- 1 Hoidettavan hoidon ja huolenpidon tarve oli niin vähäistä, etteivät omaishoidon tuen myöntämisen edellytykset täyttyneet _____ henkilöllä
- 2 Hoitajan terveys ja toimintakyky eivät vastanneet omaishoidolle asetettavia vaatimuksia _____ henkilöllä
- 3 Kunnan omaishoidon tuen kriteerit täyttyivät, mutta tukea ei voitu myöntää määrärahan riittämättömyyden takia _____ henkilölle
- 4 Muu syy _____ henkilöllä

Mainitse esimerkkejä syistä:

- 5 Kaikille omaishoidon tukea hakeneille voitiin myöntää omaishoidon tuki

10. Kuinka monta omaishoidon tuen sopimusta on 30.4.2006

- 1 voimassa toistaiseksi (lkm) _____
- 2 määräaikaista (lkm) _____

11. Sisältyykö omaishoidon tuki kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan?

- 1 Kunnalla ei ole vanhuspoliittista strategiaa
- 2 Ei
- 3 Kyllä

12. Millaisia tavoitteita omaishoidon tuelle on asetettu strategiassa?

II HOIDETTAVIA KOSKEVAT TIEDOT

13. Omaishoidon tuen piirissä 30.4.2006 olleiden ikäjakauma: hoidettavien lukumäärä ikäryhmittäin.

	Henkilöä
1 0–17 -vuotiaita	_____
2 18–64 -vuotiaita	_____
3 65–74 -vuotiaita	_____
4 75–84 -vuotiaita	_____
5 Yli 85 -vuotiaita	_____
Yhteensä	_____

14. Omaishoidon tuen piirissä 30.4.2006 olleiden sukupuolijakauma.

	Henkilöä
1 Naisia	_____
2 Miehiä	_____

15. Omaishoidon tuen piirissä 30.4.2006 olleiden **pääasiallinen** huolenpidon ja hoidon tarpeen syy: hoidettavien määrä kussakin ryhmässä. Hoidettavaa kohti otetaan huomioon vain yksi syy.

	Henkilöä
1 Vanhuuteen liittyvä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen	_____

- | | | |
|---|---|-------|
| 2 | Kehitysvammaisuus | _____ |
| 3 | Pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma | _____ |
| 4 | Psyykkinen sairaus | _____ |
| 5 | Dementia, muistihäiriö | _____ |
| 6 | Lyhytaikainen tai tilapäinen hoidon tarve | _____ |
| 7 | Hoidollisesti raskas siirtymävaihe (esim. saattohoito, siirtyminen laitoksesta kotiin, vammaisen lapsen koulunkäynnin aloittaminen, toipuminen vakavasta onnettomuudesta) | _____ |
| 8 | Muu, mikä? _____ | _____ |

16. Omaishoidon tuen piirissä 30.4.2006 olleiden hoidon ja avun tarpeen määrä: hoidettavien määrä kussakin ryhmässä.

- | | | |
|---|---|----------|
| | | Henkilöä |
| 1 | Ympäri vuorokautisesti runsaasti apua ja hoivaa tarvitsevia | _____ |
| 2 | Jatkuvasti melko paljon apua ja hoivaa tarvitsevia | _____ |
| 3 | Jatkuvasti jonkin verran apua tarvitsevia | _____ |
| 4 | Satunnaisesti apua tarvitsevia | _____ |

17. Kuinka monella omaishoidon tuen piirissä olevalla hoidettavalla on vammais-palvelulain mukainen henkilökohtainen avustaja?

_____ henkilöllä

18. Arvioi, kuinka moni omaishoidon tuen piirissä 30.4.2006 ollut hoidettava olisi ollut laitoshoidossa tai muussa ympärivuorokautisessa hoidossa (terveyskeskuk-sen vuodeosasto, vanhainkoti, ympärivuorokautinen palveluasuminen kehitys-vammahuollon laitos, kehitysvammahuollon autettu asuminen, ympärivuorokau-tinen psykiatrinen asumispalvelu), ellei omaishoidon tukea myönnettäisi.

- 1 Kaikki tai melkein kaikki (n. 75–100 %)
- 2 Puolet tai enemmän kuin puolet (n. 50–74 %)
- 3 Vähemmän kuin puolet (n. 25–49 %)
- 4 Harvempi (alle 25 %)
- 5 Ei kukaan

19. Arvioi, kuinka moni ennen 1.1.2006 omaishoidon tukea **pelkästään palveluina** saaneista henkilöistä sai 30.4.2006.

	Henkilöä
1 Omaishoidon tukea (= palkkio ja palvelut)	_____
2 Muita sosiaalihuollon palveluja kuin omaishoidon tukea (esim. sosiaalihoitolain, vammaispalvelulain tai kehitysvammalain mukaisia palveluja)	_____

III HOITAJIA KOSKEVAT TIEDOT

20. Hoitajan perhesuhde hoidettavaan: omaishoidon tuen piirissä olleiden hoitajien määrä kussakin ryhmässä 30.4.2006.

	Henkilöä
1 Puoliso	_____
2 Lapsi	_____
3 Vanhempi	_____
4 Muu omainen	_____
5 Muu hoidettavalle läheinen henkilö	_____

21. Hoitajien ikäjakauma: omaishoidon tuen piirissä olleiden hoitajien määrä kussakin ikäryhmässä 30.4.2006.

	Henkilöä
1 18–64 -vuotiaita	_____
2 65–74 -vuotiaita	_____
3 75–84 -vuotiaita	_____
4 Yli 85-vuotiaita	_____
Yhteensä	_____

22. Hoitajien sukupuolijakauma: omaishoidon tuen piirissä olleista hoitajista 30.4.2006.

	Henkilöä
1 Naisia	_____
2 Miehiä	_____

23. Hoitajan työmarkkina-asema: omaishoidon tuen piirissä olleiden hoitajien määrä kussakin ryhmässä 30.4.2006.

	Henkilöä
1 Hoitaja on eläkkeellä	_____
2 Hoitaja on osa-aikaeläkkeellä	_____
3 Hoitaja on virka- tai vuorotteluvapaalla työstä	_____
4 Hoitaja tekee kokoaikatyötä	_____
5 Hoitaja tekee osa-aikatyötä	_____
6 Omaisen tai muun läheisen henkilön hoitaminen on hoitajan päätehtävä (ei eläkkeellä eikä työssä)	_____
7 Hoitaja on työtön	_____
8 Hoitaja on opiskelija	_____
9 Muu, mikä? _____	_____

24. Lain mukaan omaishoitajan terveyden ja toimintakyvyn tulee vastata omaishoidon vaatimuksia. Miten kunnassanne kykyä toimia omaishoitajana arvioidaan?

Voit valita useita vaihtoehtoja.

- 1 Kotikäynnin yhteydessä
- 2 Lääkärin arvio (lääkärintodistus)
- 3 Ei arvioida lainkaan
- 4 En osaa sanoa
- 5 Muu, mikä? _____

IV OMAISHOITAJILLE MAKSETTAVAT PALKKIOT

25. Merkitse alla olevaan taulukkoon käyttämienne palkkioluokkien mukaiset omaishoidon tuen hoitopalkkiot (euroa/kk) sekä omaishoitajien lukumäärä kussakin luokassa (henkilöä).

Merkitse 1. palkkioluokaksi alin hoitopalkkioluokka.

Palkkioluokka	Palkkion suuruus euroa/kk 30.4.2006	Hoitajien lukumäärä 30.4.2006
1. lk		
2. lk		
3. lk		
4. lk		
5. lk		
		YHTEENSÄ

26. Maksetaanko kunnassanne alle 300 euron hoitopalkkioita?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

27. Kuinka monelle omaishoitajalle kunnassanne maksettiin alle 300 euron hoitopalkkiota 30.4.2006?

_____ henkilölle

28. Mitkä olivat pääasialliset syyt alle 300 euron palkkiolle?

V OMAISHOIDON TUKEEN SISÄLTYVÄT PALVELUT

29. Kuinka moneen 30.4.2006 voimassa olleeseen omaishoitosopimukseen ja sen liitteenä olevaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyy ainoastaan hoitopalkkio (ei hoidettavalle eikä omaishoitajalle omaishoidon tukena annettavia palveluita)?

_____ lkm

30. Miten usein kunnassanne tarkistetaan voimassa olevia hoito- ja palvelusuunnitelmia?

Voit valita useamman kuin yhden vaihtoehdon.

- 1 Vähintään kerran vuodessa
- 2 Harvemmin kuin kerran vuodessa
- 3 Tarvittaessa (esimerkiksi silloin kun tuen tarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia tai omaishoitaja taikka hoidettava pyytää)

Hoidettavalle annettavat palvelut

31. Miten 1.1.2006 voimaan tullut omaishoitolaki on vaikuttanut omaishoidon tukena hoidettavalle annettavien palveluiden määrään kunnassanne?

- 1 Palvelujen määrä on lisääntynyt
- 2 Palvelujen määrä on vähentynyt
- 3 Palvelujen määrä on pysynyt ennallaan
- 4 En osaa sanoa

32. Mitä palveluja ja kuinka suurelle osalle hoidettavista annettiin 30.4.2006 voimassa olleiden hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaan?

Ympyröi valitsemasi vastausvaihtoehto.

Palvelumuoto hoidettavalle	Palvelua annetaan				
	Kaikille tai lähes kaikille n.75–100 %	Puoille tai yli puolelle n. 50–74 %	Alle puolelle n. 25–49 %	Alle neljäs osalle alle 25 %	Ei kenellekään
Apuvälinepalvelut	1	2	3	4	5
Kotihoido (yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido)	1	2	3	4	5
Kotisairaanhoido	1	2	3	4	5
Kotipalvelun kodinhoitoapu	1	2	3	4	5
Kotipalvelun tukipalvelut, joista					
- ateriapalvelut	1	2	3	4	5
- kuljetuspalvelut	1	2	3	4	5
- kylvytys-/saunotusapu	1	2	3	4	5
- siivousapu	1	2	3	4	5
- turvapalvelut	1	2	3	4	5
- muu, mikä	1	2	3	4	5
Päivätoiminta palvelukeskuksessa tai vastaavassa	1	2	3	4	5
Päiväsairaalan palvelut	1	2	3	4	5
Vammaisten työ- ja päivätoiminta	1	2	3	4	5
Toimintaterapia	1	2	3	4	5
Fysioterapia kotona	1	2	3	4	5
Kotisairaalan palvelut	1	2	3	4	5
Lyhytaikaishoido kuntoutuslaitoksessa, palveluasumisyksikössä, vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalaassa	1	2	3	4	5
Tulkkipalvelut	1	2	3	4	5
Henkilökohtainen avustaja	1	2	3	4	5
Sopeutumisvalmennus	1	2	3	4	5
Muu(t) palvelu(t), mi(t)kä?	1	2	3	4	5

Omaishoitajalle annettavat palvelut

33. Mitä palveluja ja kuinka suurelle osalle omaishoitajista annetaan 30.4.2006 voimassa olevien sopimusten ja niiden liitteinä olleiden hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaan? *Ympyröi valitsemasi vastausvaihtoehto.*

Palvelu- tai tukimuoto omaishoitajalle	Palvelua annetaan				
	Kaikille tai lähes kaikille n. 75–100 %	Puolelle tai yli puolelle n. 50–74 %	Alle puolelle n. 25–49 %	Alle neljäsosalle alle 25 %	Ei kenellekään
Hoidettavan hoidon järjestäminen omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana	1	2	3	4	5
Hoidettavan hoidon järjestäminen omaishoitajan muiden kuin lakisääteisten kokonaisten vapaapäivien ajaksi (lakisääteisen vapaan lisäksi)	1	2	3	4	5
Hoidettavan hoidon järjestäminen omaishoitajan alle vuorokauden mittaisten virkistysvapaiden ajaksi	1	2	3	4	5
Taloudellinen tuki kuntoutukseen tai kuntoutuspalvelut	1	2	3	4	5
Palveluohjaus	1	2	3	4	5
Sosiaalityön palvelut	1	2	3	4	5
Omaishoitajan koulutus, neuvonta ja ohjaus	1	2	3	4	5
Omaishoitajien vertaisryhmätoiminta	1	2	3	4	5
Muu palvelu, mikä?	1	2	3	4	5

34. Kuinka monella omaishoitajalla oli 30.4.2006 voimassa olleiden sopimusten mukaan oikeus lakisääteiseen vapaaseen (2 vrk/kk) kunnassanne?

_____ henkilöllä

35. Kuinka moni niistä omaishoitajista, jotka olivat 30.4.2006 voimassa olleiden sopimusten mukaan oikeutettuja lakisääteiseen vapaaseen, ei arviosi mukaan pidä lainkaan vapaita kunnassanne?

_____ henkilöä

36. Jos omaishoitaja ei pidä lainkaan lakisääteistä vapaata, kuinka suuri osa hoitajista jättää vapaan pitämättä seuraavista syistä. *Syitä voi olla yksi tai useampi omaishoitajaa kohti. Ympyröi valitsemasi vastausvaihtoehto.*

Syy	Osuus omaishoitajista, jotka eivät pidä lakisääteistä vapaataan väittämässä mainitusta syystä				
	Kaikki tai lähes kaikki hoitajat n. 75–100 %	Puolet tai yli puolet hoitajista n. 50–74 %	Alle puolet hoitajista n. 25–49 %	Alle neljäsosa hoitajista alle 25 %	Ei kukaan hoitaja
Hoitaja ei saa sopivaksi arvioimaansa hoitopaikkaa hoidettavalle	1	2	3	4	5
Hoitaja ei halua jättää hoidettavaansa muiden hoitoon	1	2	3	4	5
Hoitajan vapaan ajaksi järjestettävä hoito on maksullista	1	2	3	4	5
Hoidettava kieltäytyy muusta kuin omaishoidosta	1	2	3	4	5
Omaishoitaja järjestää vapaan aikaisen hoidon sukulaistensa kanssa	1	2	3	4	5
Muu(t) syy(t), mi(t)kä - -	1	2	3	4	5

37. Miten omaishoidettavien hoito on järjestetty hoitajien lakisääteisen vapaan aikana? *Ilmoita hoidettavien määrä eri hoitomuodoissa.*

Hoidettavan hoitomuoto	Hoidettavien henkilöiden lukumäärä
Lyhytaikainen laitoshoido vanhainkodissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai erityishuoltopiirin laitoksessa tai kuntoutuslaitoksessa	
Lyhytaikaishoito palveluasumisyksikössä	
Lomituspalvelu kotona (esim. järjestön tuottama palvelu)	
Perhehoitona	
Kotipalvelun avulla	
Sukulaisten, naapureiden tai vapaaehtoisten avulla	
Muuten, miten?	
Yhteensä	

38. Järjestetäänkö kunnassanne omaishoitajille muita kuin ns. lakisääteisiä vapaapäiviä?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

39. Järjestetäänkö kunnassanne omaishoitajille alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

VI OMAISHOIDON TUEN ASIAKASMAKSUT

40. Asiakasmaksut hoidettavalle annettavista palveluista. *On mahdollista valita useampi vaihtoehto.*

- 1 Peritään samat asiakasmaksut kuin vastaavista palveluista kunnassa muutoinkin
- 2 Peritään maksu alennettuna, mistä palveluista _____
- 3 Maksua ei peritä, mistä palveluista _____

41. Asiakasmaksut omaishoitajalle annettavista palveluista. *On mahdollista valita useampi vaihtoehto.*

- 1 Peritään samat asiakasmaksut kuin vastaavista palveluista kunnassa muutoinkin
- 2 Peritään maksu alennettuna, mistä palveluista _____
- 3 Maksua ei peritä, mistä palveluista _____

42. Hoitopalkkiosta hoidettavalta perittävä asiakasmaksu.

- 1 Peritään maksu
- 2 Maksua ei peritä

43. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaisesta hoidosta perittävät maksut.

- 1 Enintään 9 € vapaapäivää kohden
- 2 Maksua ei peritä

44. Vaikuttavatko palveluista perittävät asiakasmaksut omaishoitajien tai omaishoidon tuella hoidettavien halukkuuteen käyttää palveluja?

- 1 Eivät vaikuta lainkaan
- 2 Vaikuttavat joillakin
- 3 Vaikuttavat useimmilla
- 4 Vaikuttavat kaikilla
- 5 En osaa sanoa

VII OMAISHOIDON TUEN KEHITTÄMISTARPEET

45. Arvioi omaishoitotilanteissa esiin tulleiden vaikeuksien merkitystä. Arvioi alla lueteltujen omaishoitotilanteissa esiintyvien vaikeuksien merkitystä ja ympyröi vastausvaihtoehto, jonka arvioit parhaiten kuvaavan vaikeuden merkitystä kunnassasi.

	Vaikeuttaa omaishoitoa				
	Erittäin paljon	Paljon	Jonkin verran	Vähän	Ei lainkaan
Hoitajan väsymys	1	2	3	4	5
Hoitajan eristäytyneisyys ja yksinäisyys	1	2	3	4	5
Hoitajan haluttomuus pitää vapaata ja jättää hoidettava toisten hoitoon	1	2	3	4	5
Hoitovaihtoehtojen puute omaishoitajan vapaa-aikana	1	2	3	4	5
Hoidon raskaus (esim. hoidettavan inkontinenssi tai dementiaoireisen henkilön käytösoireet)	1	2	3	4	5
Perheväkivalta	1	2	3	4	5
Kunta ei pysty tarjoamaan riittävästi palveluja hoidettavalle	1	2	3	4	5
Muita, mitä? __ - -	1	2	3	4	5

46. Miten uuden omaishoitolain voimaan tulo on vaikuttanut omaishoidon tukemiseen kunnassanne?

LIITE 2. Laki omaishoidon tuesta

2.12.2005/937

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §

Lain tarkoitus

Tämän lain tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen.

2 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) *omaishoidolla* vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla;
- 2) *omaishoitosopimuksella* hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan välistä toimeksiantosopimusta omaishoidon järjestämisestä;
- 3) *omaishoitajalla* hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen;
- 4) *omaishoidon tuella* kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista;
- 5) *omalla työllä* omassa tai perheenjäsenen yrityksessä, liikkeessä tai ammatissa taikka maa-, metsä-, koti- tai muussa taloudessa suorittettua työtä ja itsenäistä tieteellistä tai taiteellista työtä sekä päätoimista opiskelua.

3 §

Tuen myöntämisedellytykset

Kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos:

- 1) henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee kotiloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa;

- 2) hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla;
- 3) hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia;
- 4) omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää;
- 5) hoidettavan koti on terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva; ja
- 6) tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista.

4 §

Omaishoitajalle järjestettävä vapaa

Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sidonnaisuus katsotaan ympärivuorokautiseksi siitä huolimatta, että hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta käyttäen kotinsa ulkopuolella järjestettyjä sosiaali- tai terveyspalveluja taikka saaden kuntoutusta tai opetusta. (3.11.2006/950) L:lla 950/2006 muutettu 1 momentti tulee voimaan 1.1.2007. Aiempi sanamuoto kuuluu:

Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sidonnaisuus katsotaan ympärivuorokautiseksi siitä huolimatta, että hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta käyttäen kotinsa ulkopuolella järjestettyjä sosiaali- tai terveyspalveluja taikka saaden kuntoutusta tai opetusta.

Kunta voi järjestää omaishoitajalle 1 momentissa säädettyä enemmän vapaapäiviä sekä alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita. Vapaapäiviä ja virkistysvapaita voidaan järjestää muillekin kuin 1 momentissa tarkoitetuille omaishoitajille.

Kunnan on huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan vapaan aikana. Edellä 1 momentissa tarkoitettujen vapaapäivien ja virkistysvapaan pitäminen eivät vähennä hoitopalkkion määrää.

5 §

Hoitopalkkio

Palkkion taso määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Hoitopalkkio on vähintään 300 euroa kuukaudessa.

Jos omaishoitaja on hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana lyhytaikaisesti estynyt tekemästä omaa tai toisen työtä, palkkio on vähintään 600 euroa kuukaudessa edellyttäen, että hoitajalla ei ole tältä ajalta:

- 1) vähäistä suurempia työtuloja;
- 2) oikeutta sairausvakuutuslain (1224/ 2004) 10 luvun mukaiseen erityishoitorahaan;
- 3) oikeutta vuorotteluvapaalain (1305/ 2002) 13 §:n mukaiseen vuorottelukorvaukseen.

Hoitopalkkio voidaan sopia säädettyä määrää pienemmäksi, jos:

- 1) hoidon sitovuus on vähäisempää kuin mitä 4 §:n 1 momentissa edellytetään ja hoidon ja huolenpidon tarve on vähäistä; taikka
- 2) siihen on hoitajan esittämä erityinen syy.

6 § (3.11.2006/950)

Hoitopalkkion määrän tarkistaminen

Hoitopalkkion määrä tarkistetaan kalenterivuositain työntekijän eläkelain (395/2006) 96 §:ssä tarkoitettulla palkkakertoimella.

L:lla 950/2006 muutettu 6 § tulee voimaan 1.1.2007. Aiempi sanamuoto kuuluu:

6 §

Hoitopalkkion määrän tarkistaminen

Hoitopalkkioiden määriä tarkistetaan kalenterivuositain kertoimella, joka vuosittain vahvistetaan työntekijäin eläkelain (395/ 1961) 7 b §:n soveltamista varten.

7 §

Hoito- ja palvelusuunnitelma

Omaishoidon tuesta on laadittava yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelmaan tulee liittää tiedot tämän lain mukaisista hoidettavan ja hoitajan oikeuksista koskevista säännöksistä ja niiden soveltamisesta.

Lisäksi suunnitelmaan tulee kirjata ainakin:

- 1) omaishoitajan antaman hoidon määrä ja sisältö;
- 2) muiden hoidettavalle tarpeellisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja sisältö;
- 3) omaishoitajan hoitotehtävää tukevien sosiaalihuollon palvelujen määrä ja sisältö; sekä
- 4) miten hoidettavan hoito järjestetään hoitajan vapaan, terveydenhoitoon liittyvien käyntien tai muun poissaolon aikana.

8 §

Omaishoitosopimus

Omaishoidon tuesta laaditaan omaishoitajan ja kunnan välillä sopimus, jonka liitteenä on oltava hoito- ja palvelusuunnitelma.

Omaishoitosopimuksen tulee sisältää tiedot ainakin:

- 1) hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta;
- 2) oikeudesta 4 §:n 1 momentin mukaisesti vapaapäiviin;
- 3) mainitun 4 §:n 2 momentin mukaisen vapaan järjestämisestä;
- 4) määräaikaisen sopimuksen kestosta; sekä
- 5) hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytyessä hoitajasta johtuvasta syystä tai hoidettavasta johtuvasta muusta kuin terveydellisestä syystä.

Omaishoitosopimus on voimassa toistaiseksi. Erityisestä syystä sopimus voidaan tehdä määräaikaisena. Sopimusta voidaan tarvittaessa tarkistaa.

9 §

Omaishoitosopimuksen irtisanominen ja purkaminen

Kunta voi irtisanoa omaishoitosopimuksen päättymään aikaisintaan irtisanomista seuraavan kahden ja omaishoitaja irtisanomista seuraavan yhden kuukauden kuluttua. Jos sopimuksen jatkaminen vaarantaa hoidettavan tai omaishoitajan terveyden tai turvallisuuden, sopijapuolet voivat purkaa sopimuksen välittömästi.

Irtisanomisajasta riippumatta sopimus päättyy sen kuukauden lopussa, jonka aikana hoito hoidettavan terveydentilan muutoksista johtuen käy tarpeettomaksi. Jos omaishoito hoidettavan terveydentilasta johtuvasta syystä keskeytyy tilapäisesti, hoitopalkkion maksaminen keskeytyy kuukauden kuluttua.

Sopimusehto, joka poikkeaa tämän pykälän säännöksistä omaishoitajan vahingoksi, on mitätön.

10 §

Omaishoitajan eläke- ja tapaturmavakuutusturva

Omaishoitaja ei ole työsopimuslain (55/ 2001) tarkoittamassa työsuhhteessa sopimuksen tehneeseen kuntaan, hoidettavaan tai hoidettavan huoltajaan.

Omaishoitajan eläketurvasta säädetään kunnallisessa eläkelaisissa (549/2003).

Omaishoidon tuesta hoitajan kanssa sopimuksen tehneen kunnan on otettava tapaturmavakuutuslain (608/1948) 57 §:n 1 momentin mukainen vakuutus hoitajalle.

11 §

Palvelun järjestäjä

Omaishoidon tuen järjestämisestä vastaa se kunta, joka sosiaalihuoltolain (710/1982) 3 luvun mukaan on velvollinen järjestämään hoidettavalle sosiaalipalveluja.

12 §

Muutoksenhaku ja omaishoitotosopimusta koskevan riidan käsittely

Muutoksenhausta tässä laissa tarkoitetuissa asioissa on voimassa, mitä sosiaalihuoltolain 7 luvussa säädetään. Omaishoitotosopimusta koskeva riita käsitellään hallintoriita-asiana hallinto-oikeudessa siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

13 §

Voimaantulo

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2006.

Tällä lailla kumotaan sosiaalihuoltolain 27 a–27 c § niihin myöhemmin tehtyine muutoksineen. Jos muussa lainsäädännössä viitataan tällä lailla kumottuihin säännöksiin tai niiden nojalla annettuun asetukseen, viittauksen on katsottava tarkoittavan tämän lain säännöksiä.

Ennen tämän lain voimaantumista voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Kunnan on huolehdittava siitä, että omaishoitotosopimukset ja niiden liitteinä olevat hoito- ja palvelusuunnitelmat saatetaan vastaamaan tämän lain säännöksiä 1 päivästä tammikuuta 2006.

Muutossäädösten voimaantulo ja soveltaminen:

3.11.2006/950:

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2007.

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

HE 136/2006, StVM 21/2006, EV 117/2006

Liitetaulukko 1. Omaishoidon tuella hoidettavien avun tarve maakunnittain (%).

Maakunta	%				Yhteensä
	Ympäri- vuoro- kauden runsaasti apua tarvit- sevat	Jatkuvasti melko pal- jon apua tarvitsevat	Jatkuvasti vähän apua tarvitsevat	Satunnais- ta apua tarvitsevat	
Uusimaa	15,2	35,0	25,9	23,9	100,0
Varsinais-Suomi	31,8	47,8	19,4	1,0	100,0
Itä-Uusimaa	15,4	65,7	18,4	0,5	100,0
Satakunta	33,7	52,7	12,8	0,8	100,0
Kanta-Häme	47,1	41,5	10,9	0,5	100,0
Pirkanmaa	36,1	49,9	13,5	0,5	100,0
Päijät-Häme	48,5	42,2	8,7	0,6	100,0
Kymenlaakso	28,0	48,3	22,0	1,7	100,0
Etelä-Karjala	32,1	19,0	30,5	18,4	100,0
Etelä-Savo	38,9	38,3	20,6	2,2	100,0
Pohjois-Savo	44,2	26,4	27,1	2,3	100,0
Pohjois-Karjala	57,5	24,1	14,3	4,1	100,0
Keski-Suomi	38,4	40,6	20,5	0,5	100,0
Etelä-Pohjanmaa	34,7	44,4	17,6	3,3	100,0
Pohjanmaa	28,6	44,2	21,9	5,3	100,0
Keski- Pohjanmaa	34,6	39,4	22,1	3,9	100,0
Pohjois- Pohjanmaa	44,0	43,1	12,1	0,8	100,0
Kainuu	33,3	57,9	8,2	0,6	100,0
Lappi	38,7	38,6	20,6	2,1	100,0

Liitetaulukko 2. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin sisältyvät palvelut maakunnittain (%).

	Apuvälineet	Neuvonta ja ohjaus	Kotisairaanhoidot	Lyhytkaishoitot	Kuljetus	Kotipalvelu	Ateriapalvelu	Turvapalvelut	Kylvytys	Päivätoiminta	Fysioterapia
Kaikki tutkimukseen osallistuneet kunnat	54,4	50,0	32,1	31,3	28,1	26,3	24,1	23,4	22,8	20,6	18,9
Uusimaa	25,8	34,4	30,5	15,3	15,3	30,5	12,6	13,2	8,7	11,2	10,8
Varsinais-Suomi	43,1	76,7	26,3	28,8	27,5	25,7	23,3	22,3	24,8	24,5	17,5
Itä-Uusimaa	68,4	18,4	32,5	26,5	24,4	25,9	25,0	22,8	22,9	24,2	20,8
Satakunta	68,5	56,6	27,5	28,0	36,1	23,6	26,9	28,0	24,9	22,6	22,4
Kanta-Häme	51,5	67,8	36,8	32,8	33,7	25,7	27,3	22,6	22,0	24,3	19,7
Pirkanmaa	54,9	31,8	27,0	22,1	17,9	26,0	17,3	14,9	15,1	14,7	10,1
Päijät-Häme	66,6	64,5	15,3	31,1	12,4	15,2	23,5	20,3	17,6	15,9	18,5
Kymenlaakso	32,3	58,9	14,0	38,2	25,5	25,3	26,3	24,9	23,9	27,9	20,3
Etelä-Karjala	38,2	36,8	26,3	28,1	14,1	8,4	22,3	21,1	22,7	12,2	8,6
Etelä-Savo	64,2	56,4	37,8	35,6	41,4	26,0	22,3	26,3	22,4	22,7	23,1
Pohjois-Savo	61,7	60,8	41,1	41,0	41,9	26,7	23,6	27,6	24,4	22,1	19,5
Pohjois-Karjala	62,5	53,3	30,4	27,5	27,4	32,3	28,2	26,3	26,0	19,4	16,2
Keski-Suomi	46,3	62,3	36,3	36,4	30,9	34,1	24,3	25,2	26,9	26,0	21,3
Etelä-Pohjanmaa	49,2	49,8	37,1	30,6	34,4	24,0	25,7	26,1	22,4	16,8	20,1
Pohjanmaa	42,9	31,3	29,8	31,9	28,3	31,2	25,6	26,0	26,2	21,2	23,8
Keski-Pohjanmaa	64,9	40,8	44,9	31,5	40,5	34,0	24,1	30,8	25,6	16,4	23,2
Pohjois-Pohjanmaa	73,9	44,5	35,1	29,3	29,4	29,0	26,2	25,1	25,6	21,9	21,5
Kainuu	55,3	61,6	30,2	39,1	27,5	19,5	23,8	19,6	24,8	23,7	25,6
Lappi	62,8	44,2	51,3	36,0	27,3	35,7	26,9	20,8	25,8	23,6	16,8

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ

ISSN 1236-2115

- 2007:
- 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystuottajan tila ja kehittyminen 2006.
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
 - 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
 - 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
 - 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
 - 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
 - 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
 - 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
 - 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
 - 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004–2007.
Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)
 - 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
 - 11 Samapalkkaisuusohjelma. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
 - 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Toim. Jaana Kaakinen, Jarmo Nieminen, Jukka Ohtonen.
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)
 - 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väliraportti varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)

- 14 Annakaisa Iivari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa Iivari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap – Finland. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman, Riitta Sääntti.
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat tekijät.
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. ”Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasia“. Alkoholiohjelman ja alkoholi-politiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004-2006.
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)
- 21 Nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)
- 25 Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2327-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2328-7 (PDF)
- 26 Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)
- 27 Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi.
ISBN 978-952-00-2342-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2343-0 (PDF)
- 28 Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006.
ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)