Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:3

Selvityshenkilö Elli Aaltosen ehdotukset

Valtakunnallinen omaishoidon **uudistaminen**

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Helsinki 2004

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä omaishoidon kehittämisehdotuksista ja kustannuksista ... 13

1 Johdanto ... 20

2 Omaishoito osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ... 22
2.1 Palvelujärjestelmään kohdistuvat monet paineet ... 22
2.2 Avohoitoa ja ehkäiseviä palveluja tarvitaan ... 23
2.3 Omaishoito on merkittävä sosiaalipoliittinen kysymys ... 27

3 Omaishoidon tilanne Suomessa 2003 ... 30
3.1 Omaishoidon tuen lainsäädäntö ... 30
3.2 Omaishoidon tuen muodot ja laajuus ... 31
3.3 Omaishoidon tuen kustannukset ja kustannusvaikuttavuus ... 35

4 Omaishoidon kehittämisalueet ... 37
4.1 Omaishoidon tuen kattavuustavoite vuoteen 2012 ... 37
4.2 Työelämän ja omaishoidon välinen suhde ... 39
4.3 Omaishoidon tuki on vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvaa hoitoa ja huolenpitoa ... 43
4.4 Omaishoidon tuki muodostuu hoitajan palkkiosta, hoidettavan palveluista ja hoitajan saamasta tuesta ... 44
4.5 Kriteerit omaishoidon tuen myöntämiselle ... 45
4.6 Omaishoidon tuen palkkio ... 49
4.7 Omaishoidon tuen palkkion sitovuus ja rahoitus ... 51
4.8 Omaishoidon tuen palkkion verotus ... 52
4.9 Omaishoitajalle kohdentuva käynnistämiskorvaus ... 53
4.10 Omaishoidon tuen palkkion suhde muihin etuuksiin ... 54
4.11 Omaishoidon tukeen liittyvät sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden maksut ... 57
4.12 Omaishoitajien tukeminen ... 60
4.13 Omaishoitajien vapaa, sen järjestäminen ja sijaishoidon maksut ... 62
4.14 Hoito- ja palvelusuunnitelman sekä palkkio- ja tukisopimuksen suunnittelu ja toteutus ... 64
4.15 Omaishoitajan ja hoidettavan oikeusturva ja asema ... 67
4.16 Kuntien, järjestöjen, palveluyritysten ja muiden tahojen yhteistyö ja työnjako ... 69

5 Esityksiin liittyvät lakimuutokset ... 72

6 Esityksistä johtuvat muut toimenpiteet ... 80

7 Omaishoidon kehittämisehdotusten kustannus- ja tasa-arvovaikutukset ... 85
7.1 Kustannusvaikutukset ... 85
7.2 Esitysten tasa-arvovaikutukset ... 92

8 Lähdeluettelo: ... 94

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 9.10.2003 selvityshenkilön laatimaan ehdotukset toimenpiteistä, joilla omaishoitoa voidaan kehittää osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Selvityksessä tuli tarkastella omaishoidon tuen perusteita ja määrää, omaishoitajien vapaajärjestelyjä ja muita heidän jaksamistaan tukevia toimenpiteitä. Tarkastelussa tuli ottaa huomioon yhtymäkohdat vero- ja sosiaaliturvalainsäädäntöön sekä tehdä esityksiä työelämän ja omaishoidon kehittämiseksi. Selvityshenkilöksi ministeriö nimesi sosiaalineuvos, YTT Elli Aaltosen ja toimikausi oli 1.12.2003 - 29.2.2004.

Selvitystehtävän sisältö ja tulokset ilmenevät oheisesta raportista. Selvityshenkilö on verrattain lyhyen määrärajan puitteissa selvittänyt omaishoidon tämän hetken pulmakohdat ja laatinut pitkän ajan toimenpidesuunnitelman niiden korjaamiseksi. Samalla selvityshenkilö tarjoaa ministeriölle strategisen kehikon, jossa omaishoidon kattavuutta, palveluja ja tukea lisäämällä kyetään varautumaan siihen palvelujen tarpeeseen, jonka väestön ikääntyminen vääjäämättä tuo vuosikymmenen vaihteen jälkeen. Selvityshenkilön esityksillä kyetään tämä palvelujen tarve ennakoimaan ja saamaan omaishoitojärjestelmä siihen mennessä valmiiksi. Näin omaishoidosta tulisi merkittävä osa kotihoitoa, jonka avulla ehkäistään, siirretään ja korvataan laitoshoitoa ja tehostettua palveluasumista sekä vähennetään kotipalvelujen tarvetta.

Uudistus sisältää lainsäädännöllisiä muutoksia ja rahoitusvastuun jakamista kuntien ja valtion kesken vuosina 2006 - 2012. Uudistuksia on mahdollista toteuttaa jaksottaen ne tämän hallituskauden ja seuraavan hallituskauden toimenpiteiksi. Selvityshenkilö esittää omaishoidon tuen lakivalmistelua, palkkioiden tasokorotusta ja palkkioiden rahoitusvastuun siirtoa kunnilta valtiolle käynnistettäväksi tällä hallituskaudella. Seuraavalle hallituskaudelle jäisivät rahoitusvastuun siirron vieminen päätökseen, työelämän ja työttömyysturvan lakimuutokset, verotusuudistukset ja omaishoidon palkkion ja muiden sosiaaliturvaetuuksien välisen suhteen korjaaminen. Omaishoitajien vapaapäivien laajentaminen voidaan toteuttaa tarvittaessa asteittain tämän ja seuraavan hallituskauden aikana.

Selvityshenkilö on lähtenyt siitä, että omaishoito edellyttää merkittävän uudistustyön ollakseen osa avohoidollista sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Se toteutuessaan parantaa nykyisten omaishoitajien ja hoidettavien asemaa, helpottaa jatkossa työelämästä omaishoitoon siirtymistä ja vähentää vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden hoidon ja hoivan siirtymistä kotihoidon ulkopuolisiin palveluihin.

Saatuaan työnsä valmiiksi selvityshenkilö luovuttaa kunnioittaen raporttinsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä, 30. maaliskuuta 2004

Elli Aaltonen

Tiivistelmä omaishoidon kehittämisehdotuksista ja kustannuksista

Tämä selvitystyö on vastaus siihen pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman kohtaan, jossa edellytetään selvitettävän, kuinka omaishoitoa voidaan kehittää lainsäädännöllisesti ja osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Selvityshenkilö esittää 16 omaishoidon kehittämisaluetta, joista osa esitetään lainsäädännön muutoksina ja osa muina kehittämistoimenpiteinä.

Suomi vanhenee nopeasti. Vuonna 2010 yli 75-vuotiaita arvioidaan olevan 400 000, vuonna 2020 lähes 500 000 ja vuonna 2030 noin 700 000. Laitoshoidossa yli 75-vuotiaista on kahdeksan prosenttia ja palveluasunnoissa viisi prosenttia. Säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin selviytyy 12 %. Vanhuspoliittisen strategian tavoitteet on lähes saavutettu lukuun ottamatta kotipalveluja. Tavoitteena on, että vuoteen 2007 mennessä kotipalvelun kattavuus olisi 25 % yli 75-vuotiaista.

Omaishoidosta on tulossa merkittävä sosiaalipoliittinen kysymys jo pelkästään siksi, että väestö ikääntyessään tarvitsee vanhuuden jossain vaiheessa enemmän palveluja ja hoivaa. Vammaishuollossa erityisesti mielenterveyspotilaiden omaishoidon tuki on heikko. Näiden hoiva ja huolenpito ei taloudellisestikaan voi tapahtua laajentamalla pelkästään julkispalveluja tai siirtämällä kasvava hoidon tarve palveluyritysten vastattavaksi. Tässä selvityksessä tiedostetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen organisoinnin tarve yhtä tärkeänä kuin palvelujen tuotantotapojen uudistaminen. Uudelleen organisointi tarkoittaa omaishoidon ottamista sentyyppiseksi investointikohteeksi, että kattavuutta kasvattamalla siitä tulee merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. Vain näin omaishoidolla pystytään ehkäisemään ja korvaamaan avopalvelujen ja laitoshoidon tarvetta ja hallitsematonta kasvua väestön ikääntyessä. Omaishoito on myös mahdollinen kasvava hyvinvoinnin tuotantotapa kotihoidon alueella. Arvovalintana pidetään sitä, että omaishoidolla on niin merkittävä rooli julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen ehkäisijänä tai korvaajana, että sitä tulee julkisin varoin tukea. Selvityksessä esitetyt omaishoidon tuen lainsäädännölliset muutokset ja muut kehittämisesitykset sekä esitykset rahoitusvastuista perustuvat näihin sosiaali- ja terveydenhuollon organisoinnin ja tuotantotapojen uudistamistarpeisiin.

Suomessa on arvioitu olevan yli 300 000 läheisensä hoidossa olevaa ihmistä ja näistä yli 26 000 on kunnallisen omaishoidon tuen piirissä. Suurin joukko tarvitsee apua vanhuuden hoitotarpeisiin kuten dementiaan. Hoidettavista eri ikäryhmiin kuuluvia kehitysvammaisia on 18 % ja fyysisesti sairaita on 30 %. Mielenterveyspotilaita omaishoidon tuen piirissä olevista on vain 5 prosenttia. Omaishoidon tuki toimii nyt pikemminkin laitoshoidon korvaajana kuin sen lykkääjänä. Kuntien arvion mukaan lähes puolet omaishoidon tuella hoidettavista olisi jonkinasteisessa laitoshoidossa ilman omaishoitajaa.

Omaishoitajista yli puolet on eläkkeellä (52 %). Hoitajista lähes 20 % on hoitotyön rinnalla koko- tai osa-aikatyössä. Työttömiä heistä on kahdeksan prosenttia ja vain yksi prosentti tekee omaishoitotyötä virkavapaallaan. Miehiä hoitajista on 25 % ja hoidettavista yli puolet. Omaishoitotilanne kestää usein vuosia. Vanhukset ovat asiakkaina lyhyemmän aikaa, vuodesta viiteen vuoteen. Vammaisasiakkailla omaishoito saattaa kestää vuosikymmeniä.

Omaishoidon tuki annetaan yleisimmin palkkiona (56 % sopimuksista), mutta palkkion suuruus vaihtelee 30 eurosta 1 260 euroon. Kodinhoitoavun ja sijaishoidon osuus omaishoidon

turvaajana on vuosien aikana vähentynyt. Kotisairaanhoito ja lääkäripalvelut sisältyvät näitä useammin suunnitelmiin. Omaishoitajien mielestä suurimmat omaishoidon puutteet ovat palkkion pienuus, määräaikaisuus ja verollisuus. Omaishoitajat kaipaavat lisää palveluja hoidettavalle, tukea, neuvontaa, kuntoutusta ja koulutusta sekä hoitoa helpottavia välineitä ja tekniikkaa. Mahdollisuus omaan virkistymiseen hoitotyön ohella on vähäistä ja vapaapäivien laitoshoitomainen sijaishoito ja sijaishoidon korkeat maksut estävät lakisääteisten vapaapäivien pitämistä.

Selvityshenkilö esittää, että valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennestrategiaan lisätään omaishoidon kattavuuden tavoite, joka olisi vuonna 2012 keskimäärin 8 % yli 75-vuotiaiden määrästä (noin 34 000) ja muita omaishoidon tuen saajia, joihin kuuluvat tätä nuorempien ikäryhmien pitkäaikaissairaat ja vammaisryhmät, olisi tuolloin vähintään 18 000. Tämä tavoite (52 000) tulee huomioida suuntaa-antavana kuntien vanhus- ja vammaispoliittisissa strategioissa, valtionhallinnon omissa pitkän tähtäimen ohjelmissa ja vuosien 2006 - 2012 valtion ja kuntien määrärahoissa. Selvityshenkilö on laskenut esitystensä kustannusvaikutukset tällä, asteittain vuoteen 2012 nousevalla kattavuudella.

Selvityshenkilön esitykset omaishoidon tuen kattavuudesta, palkkioista sekä palveluista ja tuesta kasvattavat kustannuksia. Rahoitusvastuuta omaishoidon tuen kustannusten osalta tulisikin jakaa valtion ja kuntien kesken. Rahoitusvastuun jakamisella turvataan haluttu avo- ja kotihoidon kehityssuunta ja tehdään se ennakoidummin ja taloudellisemmin kuin mitä tulevina vuosikymmeninä joka tapauksessa jouduttaisiin resurssoimaan. Selvityshenkilö esittää, että vastuu omaishoidon tuen kokonaisuudesta ja sen vaatimista resursseista säilyisi edelleen kunnalla, mutta palkkiot maksettaisiin vuoden 2007 alusta ylimpään palkkioluokkaan sijoittuvien, vuoden 2008 alusta keskimmäiseen ja vuoden 2009 alusta myös alimpaan palkkioluokkaan sijoittuvien osalta valtion varoista Kansaneläkelaitoksen kautta. Rahoitusuudistus tulee valmistella samanaikaisesti vuonna 2006 voimaantulevan omaishoidon tuen lainsäädännön kanssa.

Selvityshenkilö esittää, että työmarkkinajärjestöjen puitesopimuksia ja suosituksia käyttämällä tulee edistää vuorotteluvapaan, lyhennetyn työajan, vuosilomalain mukaisen säästövapaan, pakottavan perhesyyn säännösten, ylityövapaiden, etätyön ja osa-aikaeläkeratkaisujen sekä valmisteilla olevan työaikapankin mahdollisuuksia omaishoitoon. Omaishoitoystävällinen työsuhdepolitiikka tarkoittaa erilaisia toimenpiteitä, joilla asenteellisesti ja lakisääteisin muutoksin mahdollistetaan työntekijöiden omaishoito työsuhteen aikana. Lisäksi selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö valmistelisi sopimusneuvotteluja varten työnantajajärjestöjen, palkansaajajärjestöjen ja valtion kolmikantavalmisteluun työsopimuslain 4 luvun 6 §:n ja 3 §:n muuttamisen, jolloin äkillisesti sairastuneen lapsen hoidon järjestämiseksi tai hoitamiseksi mahdollistunut tilapäinen, enintään neljän työpäivän vapaa laajenisi omiin vanhempiin ja puolisoon, kun tällainen henkilö ei kykene yksin itsestään huolehtimaan. Samoin työntekijän oikeus saada hoitovapaata alle kolmevuotiaan lapsensa hoitamiseksi vähintään kuukaudeksi mahdollistuisi omien vanhempien, puolison tai lasten terminaalihoidon ajaksi. Työministeriölle esitetään työttömyysturvalain muuttamista siten, että omaishoitotilanteen II ja III palkkioluokan mukainen hoitosopimus on sellainen, joka estää hoitajaa olemasta työmarkkinoiden käytettävissä. Vastaavasti sosiaalihuoltolain mukaista omaishoitoa tulisi sen päätyttyä pitää työmarkkinoilla olona ja omaishoitotyön aikana saatu omaishoidon tuen palkkio tulisi laskea päivärahan perustana olevaksi palkkatuloksi, jos omaishoitaja ei ole ollut työttömänä työnhakijana hoitotyötä tehdessään.

Omaishoidon tuella tarkoitetaan jatkossakin nykyisen lainsäädännön mukaisesti vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvaa hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota erityisis-

tä syistä voidaan järjestää myös omaishoitajan kotona. Tästä hoidosta ja huolenpidosta on päävastuussa siihen nimetty omaishoitaja, jonka kanssa kunta tekee asiaa koskevan toimeksiantosopimuksen. Omaishoidon tuen piiriin ei jatkossa kuuluisi sellainen sopimus, jossa hoitava henkilö on hoidettavalle vieras. Omaishoidon tukea ei tulisi jatkossa kohdentaa sellaiseen julkiseen, palveluyrityksen tai järjestön ylläpitämään hoitoyksikköön, johon kuuluvat hoidettavalle tarjottavat ympärivuorokautiset palvelut, säännöllinen hoito ja muu huolenpito.

Selvityshenkilö esittää, että kunnallinen omaishoidon tuki muodostuisi kolmesta osasta eli omaishoitajalle tulevasta palkkiosta, hoidettavalle tulevista palveluista ja omaishoitajalle tulevasta muusta tuesta, joka on uusi elementti omaishoidon tuessa. Tällä halutaan korostaa omaishoitajan oman jaksamisen, kuntoutuksen, virkistyksen ja tuen merkitystä omaishoidon turvaajana. Lainsäädäntöön esitetään, että näiden osien arviointi tapahtuu kolmen kriteerin eli hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrän, sitovuuden sekä hoitajan soveltuvuuden ja voimavarojen perusteella. Arvioinnissa käytettäisiin avuksi valtakunnallista mittaristoa, joka esitetään valmisteltavan sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla yhteistyössä Kuntaliiton, Kansaneläkelaitoksen, sosiaali- ja terveysalan järjestöjen ja Stakesin kanssa vuoden 2005 loppuun mennessä osana ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” opasta. Oppaaseen kootaan kunnille ja omaishoitajille omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon keskeinen ohjeisto ja informaatio.

Selvityshenkilö esittää, että jokaiseen kuntaan perustetaan omaishoidon arviointia, toteutusta ja seurantaa varten moniammatillinen tiimi, jossa tulee olla ainakin kunnan sosiaalihuollon, terveydenhuollon, kuntoutuksen ja Kansaneläkelaitoksen edustus. Tiimi tekee arvion hakijan edellytyksistä kunnallisen omaishoidon tuen piiriin sekä esityksen asianomaiselle kunnalle palkkion, hoidettavan palvelujen ja hoitajan tuen määrästä ja sisällöstä. Kunnalla on mahdollisuus poiketa tiimin esittämästä hoito- ja palvelusuunnitelmasta sekä hoitajalle tulevasta tuesta. Kunta päättää omaishoidon tuen myöntämisestä tai hylkäämisestä. Hyväksyessään kunta voi poiketa tiimin esittämästä palkkiosta vain siinä tapauksessa, että tiimin esitys ei ole yksimielinen. Lainsäädäntöön esitetään lisäksi, että kunnissa nimetään joku viranhaltijoista omaishoidon yhteyshenkilöksi.

Omaishoidon tuen palkkioluokat ja niiden tasot esitetään valtakunnallisesti yhtenäisiksi 1.1.2006 alkaen. Alin palkkioluokka (luokka I) on 300 euroa ja toinen palkkioluokka (luokka II) 600 euroa ja ylin palkkioluokka (luokka III) 1 000 euroa kuukaudessa. Lain voimaantulo ei vaikuta olemassa oleviin palkkioihin alentavasti. Tämän jälkeen palkkioihin tulee vuosittaiset indeksitarkistukset. Omaishoidon tuen palkkiosta ei tule periä palvelumaksua. Omaishoitajan lakisääteinen vapaa ei jatkossakaan vaikuta palkkioon. Palkkiota voidaan alentaa silloin, kun hoidettava tai hoitaja on poissa hoitotilanteesta yli viisi päivää kerrallaan, mikäli kunta huolehtii hoidettavan hoidosta ja huolenpidosta poissaolon aikana. Vuorohoidossa ja muussa jaksottaisessa, ei-säännöllisessä omaishoidossa keskeytykset otetaan huomioon jo palkkion määrittelyssä. Selvityshenkilö esittää, että palkkiosta osa tai kokonaan voidaan omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa omaishoitajan aloitteesta muuttaa maksuttomiksi palveluiksi hoidettavalle tai tueksi omaishoitajalle itselleen tai näihin mahdollistaviksi palveluseteleiksi, mikäli molemmat sopimuksen osapuolet sen hyväksyvät.

Omaishoitajan saaman palkkion osalta esitetään tuloverolakiin lisäystä siitä, että omaishoitajalla on mahdollista vähentää verotuksessa palkkiosta omaishoitovähennys, 2 300 euroa vuodessa. Verolainsäädännössä tulisi jatkossa mahdollistaa kotitalousvähennys myös ei- vanhempiensa kanssa samassa taloudessa asuville lapsille, jotka järjestävät nämä palvelut vanhemmilleen ja maksavat vähennyksen mukaisia kotitalous-, hoiva- tai hoitotöitä.

Selvityshenkilö esittää lisäksi, että omaishoidon tuen palkkio tulisi määrittää sellaiseksi etuoikeutetuksi tuloksi, jota ei oteta huomioon lasten kotihoidon tuessa ja yksityisen tuen hoitolisissä, äitiys- tai äidin vanhempainrahassa, kuntoutusrahassa, lesken eläkkeessä, asumistuessa, työmarkkinatuessa, opintotuessa, sotilasavustuksessa, työttömyyseläkkeessä, työkyvyttömyyseläkkeessä ja yksilöllisessä varhaiseläkkeessä. Vastaavasti omaishoidon tuen arvioinnissa ei jatkossa muilla omaishoidon tuen hakijan tai hoidettavan saamilla etuuksilla ole vaikutusta, vaan arviointi suoritetaan laissa määriteltyjen kriteerin ja valtakunnallisten mittareiden avulla.

Kodinhoitoapua, kotisairaanhoitoa ja päivätoimintaa tulee omaishoidossa lisätä. Palvelujen tuottamisessa käytetään julkisia palveluja ja palvelusetelin ja ostopalvelusopimusten avulla yritysten ja järjestöjen palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää yksityiskohtaisemmat neuvottelut järjestöjen, yritysten, seurakuntien ja julkisen tahon kanssa omaishoidon yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi. Tavoitteena on työnjaon ja yhteistyön periaatteiden selkiyttäminen ja sitä kautta pitkäjänteisen palvelu- ja tukitoiminnan varmistaminen omaishoitoon, jotka periaatteet kirjataan vuoden 2005 loppuun mennessä valmistuvaan ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” oppaaseen.

Avo-, koti- ja laitoskuntoutusta omaishoidossa tulee lisätä. Selvityshenkilö esittää, että kuntoutusasiain neuvottelukunnan tulee selvittää ja tehdä tarkemmat esitykset siitä, miten veteraanikuntoutuksen malli voidaan ottaa käyttöön omaishoidossa siten, että olemassa olevaa laitoskapasiteettia, ammattitaitoa ja resursseja voitaisiin hyödyntää jatkossa palvelemaan omaishoidossa olevien hoidettavien ja hoitajien kuntoutustarvetta.

Selvityshenkilö esittää, että omaishoitotyön ja jaksamisen tukemiseksi kaikilla niillä omaishoitajilla, jotka on hyväksytty kunnallisen omaishoidon tuen piiriin, on oikeus kahteen vuorokauteen vapaata kalenterikuukautta kohden. Kun kyse on jaksottaisesta, ei-säännöllisestä hoidosta ja huolenpidosta, vapaapäivien määrä suhteutetaan arvioituun hoidon ja huolenpidon määrään ja sitovuuteen. Lainsäädäntöön esitetään lisäksi, että kunnan on edelleen huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi, joka järjestämistapa arvioidaan yhteistyössä omaishoitajan ja hoidettavan kanssa moniammatillisessa tiimissä ja kirjataan hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Sosiaali- ja terveysalan palveluyritykset täydentävät julkista ja järjestöjen palvelutarjontaa. Palvelusetelin käyttöä omaishoidon lakisääteisten vapaapäivien aikaisen sijaishoidon järjestämisessä tulee aktivoida. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on antaa tästä käynnissä olevaan palvelusetelitoteutukseen täydentävät yhtenäiset toimintaohjeet koko maahan. Suositeltavaa on, että kunnat edelleen käyttäisivät asiakasmaksulain mahdollisuutta jättää omaishoidon tukeen liittyvistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista maksu perimättä tai periä se pienempänä kuin mitä asetus edellyttää.

Lakisääteisten vapaiden sijaishoitomuotoja tulee monipuolistaa. Tällaisia muotoja ovat esimerkiksi omaishoitajien välinen hoitorinki tai hoitopari, vanhusten perhepäivähoito, palvelusetelin avulla järjestyvä pienhoitokodin ja ryhmäkodin tarjoama sijaishoito tai kotipalvelu, työosuuskunnat, sosiaalisten yritysten tarjonta, vapaaehtoisista ja työttömistä koulutetut sijaishoitajat ja naisyrittäjien sijaisapuverkosto. Lakisääteisten vapaiden osalta on sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla säännös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin, jolla rajoitettaisiin kunnan mahdollisuutta periä maksuja omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi järjestetyistä palveluista siltä osin, kun palvelut korvaavat omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa.

Kuntien tulee huolehtia siitä, että omaishoitajat saavat riittävästi tukea. Tuen kohteena tulee olla muutkin kuin kunnallisen omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen korkeaa asiantuntemusta tulee käyttää omaishoitajien tukemiseen vertaisryhmien, yksilöllisten keskustelujen, virkistyksen, kuntoutuksen ja koulutuksen avulla. Selvityshenkilö esittää lisäksi, että järjestöt yhteistyössä vapaan sivistystyön koulutuslaitosten kanssa järjestävät omaishoitajille kuntouttavan työotteen koulutusta. Sosiaalityön neuvottelukunnalle esitetään, että omaishoito kytketään osaksi neuvottelukunnan valmistelussa olevaa sosiaalipäivystyksen ja kriisipalvelujen mallia. Kaikkien omaishoitajien tai hoidettavien tiedon saannin ja osallisuuden parantamiseksi esitetään, että luodaan malli sellaisesta internetpohjaisesta rekisteristä tai tietopankista, jota voitaisiin jatkossa käyttää kunnissa myös omaishoidon päivystyksen ja kriisiavun yhteystiedostona.

Raha-automaattiyhdistyksen vuosien 2005 – 2012 järjestöille myönnettävien kohdennettujen toiminta-avustusten ja projektiavustusten määrärahoja tulisi kohdentaa enenevässä määrin omaishoitajien neuvonta- ja palveluohjausmallien kehittämiseen, hoidettavien ja hoitajien kuntoutusmallikokeiluihin ja sijaishoidon uusien mallien kehittämiseen. Rahoitusta tulee kohdentaa myös järjestöjen ja kuntien yhteisiin hankkeisiin, joilla vapaaehtoispanosta kootaan omaishoidon ympärille nykyistä organisoidummin alueellisiksi ja paikallisiksi läheisauttajaverkostoiksi. Raha-automaattiyhdistyksen projektiavustusta esitetään varattavaksi omaishoidon hankkeisiin vähintään 10 miljoonaa euroa/vuosi, joka tulee huomioida sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen välisissä tulosneuvotteluissa.

Sosiaalialan kehittämisohjelman ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen hankerahoja esitetään varattavaksi kuntien käyttöön yhteensä 4,5 miljoonaa euroa vuosina 2005 - 2007. Tällaisia hankkeita ovat Terveys 2015 -ohjelman voimaharjoitteluohjeiden ja ikäihmisten liikunnan laatusuosituksen täytäntöönpanokokeilut omaishoidossa, omaishoidon kuntoutuksen sekä kuntouttavan työotteen kehittämishankkeet, läheisauttajaverkostohankkeet ja palveluohjauskokeilut yhteistyössä järjestöjen kanssa. Sosiaalialan osaamiskeskusten ja lääninhallitusten tulee myös osaltaan huolehtia, että alueellisiin sosiaalialan kehittämisohjelman toimeenpanosuunnitelmiin sisältyy kunnallisen kotipalvelutoiminnan, terveydenhuollon tai järjestöjen palvelutoiminnan yhteyteen perustettavia omaishoitajien kohtaamispaikkahankkeita, sijaishoitomallien monipuolistamishankkeita ja läheisauttajaverkostohankkeita. Mahdollisuuksien mukaan tulee käyttää myös Euroopan unionin ESR ja EAKR rahoitusta.

Omaishoidon tuen hakijan oikeudellista asemaa esitetään lainsäädäntöteitse vahvistettavaksi siten, että hänellä on oikeus saada omaishoidon tuen arviointi käynnistymään 14 vuorokauden kuluessa omaishoidon tukea koskevan hakemuksen kunnalle saapumisesta lukien. Päätös ja sopimus omaishoidon tuesta esitetään tehtäväksi kuukauden kuluessa hakemuksen saapumisesta lukien. Omaishoidon tuen päätös esitetään jatkossa tehtävän toistaiseksi, ellei omaishoidon ennakoitu kesto, omaishoitajan tai hoidettavan oma tahto tai muu perusteltu syy muuta edellytä. Omaishoidon tuen lainsäädäntöön esitetään mahdollisuutta hakea hallinto-oikeuden päätöksestä lupaa muutoksenhakuun korkeimmalta hallinto-oikeudelta.

Jotta omaishoidon merkitystä osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakennetta voitaisiin arvioida nykyistä tarkemmin, selvityshenkilö esittää, että Stakesin ja Kuntaliiton yhteistyönä tulisi koota riittävä otos ja laatia omaishoidon kuntaprofiileja. Näin saataisiin vertailutietoja siitä, mitkä ovat kuntien todelliset omaishoidon kustannukset ja mikä on näiden kustannusten merkitys suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon valintoihin, jos omaishoidon vaihtoehto ei olisi ollut käytettävissä.

Omaishoidon uudistuksen kokonaishinta on 298 miljoonaa euroa ja se toteutuu vuosien 2006 - 2012 aikana. Kustannukset uudistuksesta jakaantuvat valtion ja kuntien kesken siten, että valtio ottaa vuodesta 2007 asteittaisesti vastuun palkkioiden rahoituksesta ja kunnat lisäävät palveluja ja tukea. Kunnat suorittavat palkkioiden tasokorotuksen vuonna 2006 ja sen jälkeen uudelleen suuntaavat palkkioiden määrärahoja ja lisäävät määrärahoja omaishoidon palveluihin ja tukeen. Kunnat käyttävät palkkioihin ja palveluihin vuonna 2005 noin 164 miljoonaa euroa (vuoden 2002 kustannustasolla arvioituna) ja vuonna 2012 palveluihin ja tukeen 164 miljoonaa euroa, jolloin uudistuksesta ei aiheudu kuntien kustannusten lisäystä vuoden 2005 tasoon verrattuna. Vuoden 2006 tilapäinen palkkiokustannusten nousu ja vuosien 2010 - 2012 kustannusten kasvu eivät näillä perusteilla aiheuta kuntien laskennallisen valtionosuuden tarkistamista ylöspäin. Vastaavasti selvityshenkilö esittää, että vuosien 2007 - 2009 kustannusten vähennykset eivät aiheuta kuntien laskennallisen valtionosuuden tarkistamista alaspäin. Uudistus mahdollistaa kunnille omaishoidon kattavuuden ja siihen liittyvien palvelujen ja tuen lisäämisen, koska ne tulevat katetuiksi palkkioiden rahoitusvastuun siirtymästä aiheutuvilla säästöillä.

Valtion kustannukset lisääntyvät omaishoidon tuen uudistuksesta johtuen 298 miljoonaa euroa. Raskaimmat vuodet ovat 2008 ja 2009, joissa näkyy alimman ja keskimmäisen palkkioluokan siirtymästä ja kattavuuden kasvusta johtuvat lisäykset. Muina vuosina valtion kustannusten lisäys on 20 - 40 miljoonan euron tasoa. Esitetty omaishoidon tuen kehittämisen kustannusvaikutus ja rahoitusvastuun jakaminen valtion ja kuntien kesken takaa varmuuden kehittämistoimenpiteistä ja siitä, että omaishoidosta tulee kattavuuden kasvun myötä merkittävä osa kunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta ja eri asiakasryhmien kotihoitoa ja sen avulla kyetään suunnitelmallisesti estämään laitoshoidon, tehostetun palveluasumisen ja kasvavan kotipalvelutarpeen lisäkustannus. Väestön ikääntymisen huippu alkaa vuodesta 2015, jota palvelujen tarvetta näillä omaishoidon tuen esityksillä kyetään ennakoimaan ja saamaan omaishoidon järjestelmä siihen mennessä valmiiksi.

Omaishoidon tuen kokonaiskustannukset ovat kuitenkin varovaisellakin arviolla vuonna 2012 noin 200 miljoonaa euroa vähemmän kuin hoidettavista mahdollisesti aiheutuvat laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannukset, joita jouduttaisiin ainakin osittain käyttämään, mikäli omaishoitoa ei olisi.

Selvityshenkilö pitää edellä esitettyä kustannusjakoa uudistuksen varmistamiseksi ensisijaisena. Toisena vaihtoehtona on viedä uudistus läpi nykyisellä tavalla, jolloin valtio osallistuu laskennallisen valtionosuuden korotuksella uusiin kuntien kustannuslisäyksiin. Mikäli uudistuksen koko rahoitusvastuu jäisi kunnille, kuntien kustannukset kasvaisivat 298 miljoonaa euroa. Vastaavasti valtionosuudet kunnille kasvaisivat nykytasosta 95 miljoonaa euroa, joten uudistuksen nettolisäys kunnille olisi 203 miljoonaa euroa.

Tässä vaihtoehdossa on kuitenkin oletettavaa, että esitettyyn kattavuustavoitteeseen ei kunnissa ryhdyttäisi vastaamaan ja omaishoidon rooli laitoshoidon estäjänä ja korvaajana sekä kotihoidon menetelmänä estyisi. Tällöin omaishoito ei parhaimmillaankaan edustaisi sitä pitkäjänteistä strategista kehittämisotetta, jota sosiaali- ja terveydenhuoltoon jo pelkästään vuosikymmenen jälkeisen väestön dramaattisen ikääntymisen johdosta tarvitaan. Kattavuustavoitteesta ei tulisi tinkiä, koska sillä turvataan pitkälläkin aikajänteellä omaishoidon merkittävä kehittäminen valitun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennestrategian ja sosiaalipalvelujen uudistamisvaateen mukaisesti.

Selvityshenkilön esitys omaishoidon kehittämisestä on usealle vuodelle ulottuva strateginen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisvalinta, johon sisältyy vuosien 2004 ja 2005 lainsää-

däntövalmistelu, rahoitusneuvottelut ja muut valmistelevat toimenpiteet. Sen jälkeen uudistus ajetaan sisään neljän vuoden periodilla vuodesta 2006 alkaen. Kattavuutta nostetaan vuoteen 2012. Uudistuksen rahoitukseen tulee viimeistään hallitusohjelman puolivälin neuvottelujen yhteydessä, vuoden 2005 keväällä, osoittaa riittävä osuus. Omaishoidon ratkaisut tuleekin nähdä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisena ja tuotannollisena uudistuksena ja tehdä vuosittaiset panostukset koko sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien kehyspäätöstä vasten.

Toimenpide	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lausunnot	----								
Lainsäädäntövalmistelu		------							
Opas ja ohjeistus		-------							
Rahoitusneuvottelut		------							
Lain voimaantulo			--						
Palkkioiden tasokorotus			--						
Rahoitussiirtymäkausi				----------					
Kattavuuden lisäykset				----------			----------		
Palvelujen ja tuen lisäykset			----------						
Kuntien kehittämishankkeet		----------							
Ray:n rahoitushankkeet		----------							

Selvityshenkilön esitys on omaishoidon kokonaisuudistus, jonka toimenpiteitä tulee rytmittää valtiontalouden kehyksen suhteessa vuosille 2006 – 2012. Selvityshenkilö esittää, että tämän hallituskauden aikana tulisi tehdä kunnallista omaishoidontukea koskevat lakimuutokset ja palkkioiden tasokorotus sekä käynnistää palkkioiden rahoitusvastuun siirto kunnilta valtiolle. Sosiaalialan kehittämisohjelmaan ja kansalliseen terveydenhuoltohankkeeseen liittyvät hanke-esitykset olisivat myös tämän hallituskauden tehtäviä. Omaishoitajien vapaapäivien laajeneminen voidaan toteuttaa asteittain tämän ja seuraavan hallituskauden aikana. Seuraavalle hallituskaudelle jäisivät rahoitusvastuun siirron vieminen päätökseen, työelämän ja työttömyysturvan lainsäädäntömuutokset, verotukseen liittyvät uudistukset ja omaishoidon tuen palkkion saaminen etuoikeutetuksi tuloksi selvityksessä esitettyihin muihin etuuksiin nähden.

1 Johdanto

Eduskunta on kiinnittänyt huomiota omaishoidon kehittämisen tarpeellisuuteen useiden vuosien aikana. Valtiontilintarkastajien kertomus vuodelta 2000 nostaa esille omaishoitajien eriarvoisen aseman eri puolilla maata, verotukselliset epäkohdat, kotiin tulevien palvelujen korkeat maksut, jotka osaltaan estävät vapaapäiväsäännösten käytännön toteutuksen, ja omaishoitajien saaman vähäisen tuen. Valtiontalouden tarkastusvirasto on vanhustenhuollon rahoitusta koskevassa tarkastuskertomuksessaan vuonna 2002 pitänyt yhtenä puutteena omaishoidon tuen riittämättömyyttä ja sitä, että omaishoidon, palveluasumisen ja kotiin annettavien palvelujen avulla ei ole kyetty kompensoimaan laitoshoidon vähennystä. Valtiovarainvaliokunnan lausunnossa hallituksen vuoden 2002 toimenpidekertomukseen on edellytetty, että omaishoidon pahimpiin epäkohtiin tulee puuttua mahdollisimman pian. Tällaisina epäkohtina valiokunta on pitänyt vanhusten, vammaisten ja psyykkisesti sairaiden omaishoitajien saaman tuen vähyyttä, omaishoidon ja työelämän välisiä epäkohtia, asuinkuntien erilaisia käytäntöjä ja niistä syntyvää epätasa-arvoisuutta, omaishoidon ja muiden tulonsiirtojen yhteensovittamisen epäkohtia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön vähyyttä kotihoidossa. Lisäksi useat kansanedustajat ovat tehneet kirjallisia kysymyksiä omaishoidon toimimattomuudesta.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman mukaan omaishoitajien asemaa parannetaan sekä selvitetään, kuinka omaishoitoa voidaan kehittää lainsäädännöllisesti ja osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Selvityksessä edellytetään kiinnitettävän erityistä huomioita omaishoidon tuen perusteisiin, määrään, omaishoitajien vapaajärjestelyjen kehittämiseen siten, että palvelujen hinta ei muodostu esteeksi vapaapäivien kehittämiselle sekä riittävien tukipalvelujen saatavuuteen. Omaishoidon uudistamisen todetaan toteutuvan osana sosiaalialan kehittämishanketta.

Sosiaali- ja terveysministeriön maaliskuussa 2003 julkaisemassa Sosiaalialan kehittämishankkeen muistiossa esitetään omaishoitajien aseman parantamista pitkäjänteisillä ratkaisuilla, tuki- ja lomapalveluilla ja oikeudella jäädä pois työstä oman vanhemman hoidon järjestämiseksi. Omaishoito mainitaan myös valtioneuvoston vuosille 2004 - 2007 vahvistamassa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa, jossa esitetään kuntien ja järjestöjen yhteistyötä omaishoidon tuen kattavuuden ja hoitoa tukevien sekä hoitajien jaksamista edistävien palvelujen lisäämiseksi.

Sosiaalialan kehittämistä koskeva valtioneuvoston periaatepäätös 2.10.2003 edellyttää, että sosiaalipalvelujen saatavuutta parannetaan säätämällä perusteet asiakkaan palvelutarpeen arvioinnille. Vanhusten palveluja ja kunnallista sosiaalityötä koskevat säädösmuutokset ja toimenpiteet toteutetaan asteittain vuodesta 2005 alkaen. Vanhusten palvelujen kitkattomuus varmistetaan seudullisesti toimivilla palveluketjuilla ja ensisijaisena tavoitteena on kotona asumisen tukeminen ja ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen. Kuntien valtionosuuksia lisätään vuoteen 2007 mennessä 398 miljoonaa euroa, josta 100,5 miljoonaa euroa on sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteiden toteuttamista varten. Sosiaalialan ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen osahankkeisiin on varattu hallituksen kehyspäätöksen mukaisesti vuosille 2004 - 2007 yli 50 miljoona euroa vuodessa. Hankkeiden painoalueet määritellään vuosittain talousarvioesityksen antamisen yhteydessä.

Lokakuussa 2003 julkaistu sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanosuunnitelma esittelee ne periaatepäätöstä toteuttavat hankkeet, jotka käynnistetään 2003 - 2004. Yksi näistä on omaishoidon kehittäminen, jonka toimenpiteinä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädännön muutokset, selvityshenkilötyö, jossa esitetään tarvittavat toimenpiteet ja lakimuutokset, omaishoidon työryhmän asettaminen ja yhteistyön tiivistäminen Kuntaliiton, järjestöjen, sosiaalialan osaamiskeskusten ja Raha-automaattiyhdistyksen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 7.11.2003 vuoden 2004 loppuun toimivan työryhmän, joka on ollut omaishoitoa koskevan selvityshenkilön työn tukena ja toimii edelleen sosiaalialan kehittämishankkeen omaishoitoa koskevana ohjausryhmänä. Työryhmä toimii myös tiedonvälitys- ja keskustelufoorumina, jossa linjataan omaishoidon ja omaishoitajien asemaa koskevaa selvitystä ja jossa tämän selvitystyön jälkeen käynnistetään tätä koskevat jatkotoimet hallitusohjelman mukaisesti. Työryhmässä on edustus Suomen Kuntaliitosta, kunnista, sosiaalialan osaamiskeskuksista, kuudesta sosiaali- ja terveysalan järjestöstä ja sosiaali- ja terveysministeriöstä. Sen puheenjohtajana toimii neuvotteleva virkamies Viveca Arrhenius sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmä on kokoontunut selvityshenkilötyön aikana viisi kertaa.

Tämä raportti on valmistunut sosiaali- ja terveysministeriön 7.10.2003 asettaman selvityshenkilötyön pohjalta. Joulukuun 2003 alussa käynnistyneen ja helmikuun 2004 loppuun asti kestäneen selvitystyön tavoitteena on ollut arvioida, millaisia parannuksia omaishoitajien asemaan tarvitaan ja miten omaishoidon tukea on tarpeen kehittää osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Tarkastelun kohteena on ensisijaisesti ollut sosiaalihuoltolain 17 §:n mukainen omaishoidon tuki. Selvityksessä on tarkasteltu erityisesti omaishoidon tuen perusteita ja määrää sekä omaishoitajien vapaajärjestelyjä ja muita heidän jaksamistaan tukevia toimenpiteitä. Tarkastelussa on otettu huomioon yhtymäkohdat vero- ja sosiaaliturvalainsäädäntöön sekä tehty esityksiä työelämän ja omaishoidon kehittämiseksi. Erilaisten palveluntuottajien kuten kuntien, palveluyritysten ja järjestöjen mahdollisuuksia tukea omaishoitajia on myös arvioitu. Omaishoitajien ja hoidettavien oikeudelliseen asemaan on kiinnitetty erityistä huomiota.

Selvityksen alussa on kuvaus omaishoidon asemasta osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta, omaishoidon tämän hetken tilannekuvaus ja analyysi keskeisistä ongelmista omaishoitajien, hoidettavien ja kuntien kannalta. Omaishoidon taloudellisuudesta ja kustannuksista on tehty lyhyt arvio. Kappaleessa 4 on esitetty keskeiset omaishoidon kehittämisehdotukset perusteluineen. Kappaleessa 5 on esitetty näistä kehittämisalueista lainsäädäntöön tulevat asiat ja kappaleessa 6 muut kehittämistoimenpiteet vastuutahoittain. Kappaleessa 7 on esitetty kehittämisehdotusten kustannus- ja tasa-arvovaikutukset.

Tässä selvityksessä keskitytään antamaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin?

1. Millaista kunnallisen omaishoidon tuen valtakunnallista kattavuustavoitetta haetaan?
2. Millä kriteereillä arvioidaan mahdollisuus päästä kunnallisen omaishoidon tuen piiriin?
3. Mikä on näiden kriteerien suhde omaishoitajan saaman palkkion suuruuteen, hänen saamaansa muuhun tukeen ja hoidettavalle annettaviin palveluihin?
4. Millaisia verotuksellisia helpotuksia omaishoidon tuen palkkioon tulee sisällyttää?
5. Miten omaishoidon tuen palkkio tulee suhteuttaa erilaisiin sosiaaliturvaetuuksiin?
6. Miten hoidon keskeytykset vaikuttavat palkkioon?
7. Miten paljon omaishoitajan tulee saada vapaata työstään lakisääteisenä etuutena ja miten vapaan aikainen hoidettavan hoito tulisi järjestää sekä mitä muutoksia vapaapäivien aikaisiin sijaishoidon maksuperusteisiin tulisi tehdä?
8. Miten työelämän ja omaishoidon tuen suhdetta saadaan edistettyä?
9. Miten omaishoitajien ja hoidettavien oikeudellisista asemaa parannetaan?

10. Miten kunnat, yritykset, järjestöt ja muut toimijat saadaan nykyistä parempaan yhteistyöhön omaishoidon edistämiseksi?
11. Miten omaishoidon tuen kehittämiseen liittyvä lain toimeenpano ja esityksistä johtuvat muut toimenpiteet rahoitetaan?

Selvitystyön kuluessa selvityshenkilö on osallistunut kolmeen kuntaseminaariin ja neljään järjestöseminaariin. Omaishoidon kehittämiseen liittyviä kuulemistilaisuuksia on ollut kymmenen, joissa on kuultu Kuntaliittoa, Kansaneläkelaitosta, valtiovarainministeriötä, työministeriötä, sosiaali- ja terveysministeriön terveysosastoa ja ammatillisia keskusjärjestöjä. Palkansaajajärjestöistä kuulemistilaisuuksiin on osallistunut SAK, Akava ja STTK ja työnantajajärjestöistä TT, PT, Kunnallinen työmarkkinalaitos ja Valtion työmarkkinalaitos. Alakohtaisista ammattijärjestöistä on erikseen neuvoteltu Superin, Tehyn ja KTV:n kanssa. Erillisiä tapaamisia on lisäksi ollut Kuntaliiton, Stakesin ja projekteja toteuttavien sosiaali- ja terveysjärjestöjen, yliopistojen ja sosiaalialan osaamiskeskusten edustajien sekä kuntien omaishoidon tuesta vastaavien viranhaltijoiden ja päättäjien kanssa. Työryhmän ja ministeriön kanssa järjestettiin selvitystyön loppuvaiheessa kutsuseminaari, johon kutsuttiin ministeriöiden, kuntien, Kuntaliiton, Kansaneläkelaitoksen, Raha-automaattiyhdistyksen, järjestöjen ja yritysten sekä ammattiliittojen edustajia. Selvitystyön tausta-aineistona on käytetty aikaisempia tutkimuksia ja selvityksiä, kuntien hyviä toimintamalleja sekä järjestöjen projektisuunnitelmia ja -raportteja.

2 Omaishoito osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää

2.1 Palvelujärjestelmään kohdistuvat monet paineet

Suomalaista hyvinvointivaltiota ja sen palvelujärjestelmää nimitetään skandinaaviseksi tai pohjoismaiseksi. Pohjoismaiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle on tyypillistä se, että julkinen sektori sekä kustantaa että tuottaa merkittävän osan palveluista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tavoitteena on ylläpitää hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä sekä korvata omatoimisuutta. Palvelujen tarkoituksena on tukea ihmistä selviytymään arkisissa elämässä. Ne ovat universaaleja, periaatteessa kaikille käytettävissä olevia palveluja.

Vaikka julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Pohjoismaissa määräävässä roolissa, 1990-luvulta lähtien hyvinvointipluralismi alkoi jäsentää sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajiksi alettiin ymmärtää julkiset palvelutuottajat, yritykset, järjestöt ja omaiset.

Suomalainen sosiaali- ja terveysjärjestelmä kokee monia paineita. Paineet hyvinvointipalvelujen aiheuttamien julkisten menojen pienentämiseksi ja samalla paineet vastata kasvaviin palvelutarpeisiin, joita syntyy esimerkiksi työttömyyden, perherakenteen muutoksen ja väestön ikääntymisen myötä, ovat suuret. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 nostaa haasteeksi käyttäjän aseman vahvistamisen. Asiakkaan ja omaisen mahdollisuutta osallistua hoidon ja hoitojärjestelyjen suunnitteluun halutaan parantaa esimerkiksi yksilöllisellä hoito- ja palvelusuunnitelmalla, jossa sovitetaan yhteen asiakkaan tarpeet ja palvelut sekä täsmennetään viranomaisten työnjako.

Valtioneuvoston vuonna 2001 asettama kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi määrittää tavoitteeksi väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja palvelujen riittävyyden turvaamisen maan eri osissa asukkaan maksukyvystä riippumatta. Palvelujärjestelmien toimivuuden turvaamiseksi valtioneuvosto on määritellyt viisi asiakokonaisuutta, joilla uudistamistoimenpiteitä käynnistetään ja toteutetaan. Ne ovat toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ, hoitoon pääsyn turvaaminen, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen, toimintojen ja rakenteiden uudistaminen ja terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti lokakuussa 2002 Sosiaalialan kehittämishankkeen selvittämään, miten ennaltaehkäisevää toimintaa ja sosiaalipalveluja tulee uudistaa ja parantaa niin, että ne tukevat ihmisten hyvinvoinnin kehittymistä ja vähentävät syrjäytymistä sekä sosiaalisten ongelmien syntymistä ja kasaantumista. Ensisijainen tavoite vanhustenhuollossa on ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen ja kotona asumisen tukeminen. Tavoitteen toteuttamiseksi vuosina 2004 - 2007 toimeenpannaan muun muassa palvelusetelin käyttöönotto kotipalveluissa, kotipalvelujen ja kotihoidon kehittämishankkeet, omaishoidon kehittäminen sekä ikäihmisten laitoshoidon kehittäminen.

Valtioneuvosto antoi lokakuussa 2003 periaatepäätöksen sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaalialan tulevaisuuden turvaamisessa tavoitteena on palvelujen saamisen ja laadun turvaaminen, palvelurakenteen ja toimintojen uudistaminen sekä henkilöstön osaamisen ja työolojen kehittäminen. Useilla valtakunnallisilla, alueellisilla, seudullisilla ja paikallisilla toimenpiteillä ja hankkeilla pyritään vastaamaan näihin haasteisiin. Tarkoituksena on varmistaa myös sosiaalialan pitkän aikavälin kehittäminen, jota varten on käynnistetty ”Hyvinvointi 2015” -ohjelman valmistelu. Sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanoon liittyen kansallisen terveydenhuoltoprojektin johtoryhmää on täydennetty sosiaalialan edustajilla, joten näillä kahdella hankkeella on yhteinen johtoryhmä.

2.2 Avohoitoa ja ehkäiseviä palveluja tarvitaan

Erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta perustellaan tavallisimmin viittaamalla väestörakenteeseen ja hyvinvointioloihin ja sitä kautta esimerkiksi väestön ikääntymiseen, iän myötä yleistyviin sairauksiin ja sosiaalipalvelujen tarpeen kasvuun. Sairaudet ja väestön ikääntyminen ovatkin helposti nimettäviä tekijöitä, jotka luovat tarvetta julkisille ja yksityisille, ammatti-ihmisten ja omaisten tuottamille palveluille. On muitakin rakenteellisia tekijöitä, jotka aiheuttavat hoivan tarvetta, vaikka väestön hyvinvointiolot pysyisivät ennallaan. Sellaisina rakenteellisina tekijöinä voidaan pitää perheiden ja yhteisöjen purkautumista sekä ihmisten sosiaalisen ja alueellisen liikkuvuuden lisääntymistä. Seuraavassa tarkastellaan eri väestöryhmien kuten vanhusten, vammaisten ja mielenterveyspalvelujen kehitystä ja kustannuksia 1990-luvulta nykyiseen.

Suomi vanhenee nopeasti. Vuonna 2000 Suomen väestöstä 767 168 eli 15 % oli 65 vuotta täyttäneitä. Yli 75-vuotiaita oli tuolloin 330 000 ja heistä runsaat 77 000 yli 85-vuotiaita. Suhteellisesti eniten on kasvanut 85-vuotiaiden määrä eli 48 %. Vuonna 2030 ennustetaan yli 65-vuotiaiden määrän ylittävän 1,3 miljoonaa. Yli 75-vuotiaiden määrä on 2030 lähellä 700 000 ja 85 vuotta täyttäneiden määrä miltei kaksinkertaistunut nykyiseen verrattuna. Miehet saavat eliniässään hieman kiinni naisia, jolloin parisuhteessa nykyistä pidempään elävien määrä kasvaa.

Taulukko 1. Väestön kehitys ikäryhmittäin 2000 - 2030

Ikä	1990	2000	Muutos 90-00	2010	Muutos 00-10	2020	Muutos 10-20	2030	Muutos 20-30	Muutos 00-30	
	lkm	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
0-14	964 203	936 333	-2,9	858 486	-8,3	842 299	-1,9	814 108	-3,3	-150 095	-15,6
15-64	3 361 310	3 461 133	3,0	3 496 854	1,0	3 257 918	-6,8	3 087 145	-5,2	-274 165	-8,2
65-74	389 897	435 783	11,8	502 743	15,4	709 324	41,1	658 990	-7,1	269 093	69,0
75-84	231 125	254 329	10,0	301 736	18,6	369 423	22,4	536 758	45,3	305 633	132,2
85+	51 943	77 056	48,3	96 145	24,8	114 349	18,9	152 754	33,6	100 811	194,1
lkm	4 998 478	5 171 302	3,5	5 257 974	1,7	5 295 333	0,7	5 251 785	-0,8	253 307	5,1

Lähde: SOTKA-tietokanta, www.tilastokeskus.fi

Vanhuspoliittisen strategian suositus on, että 75 vuotta täyttäneistä 90 % selviytyy kotona itsenäisesti tai sosiaali- ja terveyspalvelujen tai lähiomaisten ja tuttavien turvin. Määrälliset tavoitteet on lähes saavutettu, sillä ympärivuorokautisten palvelujen (tehostetun palveluasumisen, vanhainkodin, terveyskeskuksen) piirissä on 10,3 % 75 vuotta täyttäneistä. Ikääntyneiden laitoshoidossa vuoden 2002 lopussa oli 31 800 asiakasta. Asiakasmäärä on 11 % pienempi kuin vuonna 1995 ja 14 % pienempi kuin 1990. Avopalveluista lisäystä on tullut palveluasumiseen, jonka osuus on noussut 1,9 %:sta lähes 3 prosenttiin suhteessa yli 65-vuotiaisiin 1995 - 2002 välisenä aikana. Tukipalvelut ovat yleistyneet, mutta niitä on lisätty vain sen verran, kun vanhuksia on tullut lisää.

Väestön vanheneminen tulee tekemään painetta myös terveyspalveluihin, sillä ikääntyvät käyttävät niistä suuren osan. Terveyskeskuksen vuodeosastohoidosta 65 vuotta täyttäneet käyttävät tätä nykyä 90 %. Somaattisesta vuodeosastohoidosta he käyttävät puolet ja psykiatrisesta vuodeosastohoidosta reilun kymmenesosan. Perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä ikääntyneiden osuus on viidesosa ja somaattisessa erikoissairaanhoidossa osuus on neljäsosa.

Taulukko 2. Ikääntyneet keskeisimpien sosiaalitoimien avopalvelujen asiakkaina ajalla 1990 - 2000

Palvelu	1990	1995	2000	Muutos 1990-2000		Muutos 1995-2000	
	lkm	lkm	lkm	lkm	%	lkm	%
Kodinhoitoapu	125 571	86 748	82 977	-42 594	-33,9	-3 771	-4,4
Tukipalvelut	103 096	97 967	104 473	1 377	1,3	6 506	6,6
Kotipalveluasiakkaat							
(sis. päällekkäiskäytön)	228 667	185 068	187 450	-41 217	-18,0	2 382	1,3
Omaishoidon tuki	13 196	11 294	14 318	1 122	8,5	3 024	26,8

Lähde: SOTKA-tietokanta. Analyysi: Evergreen 2000

Avohuollon palveluissa huomiota herättävää on ollut kodinhoitoavun asiakasmäärien vähentyminen miltei kolmanneksella kymmenessä vuodessa. Kodinhoitoavun kattavuus suhteessa kaikkiin 75-vuotiaisiin on runsaassa 10 vuodessa alentunut 47 %. Säännöllisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon piirissä oli 12 % yli 75-vuotiaista vuonna 2001. Käyntikertojen mediaani oli vuonna 1995 kahdeksan ja vuonna 1999 kymmenen. Käytännössä asiakkaiden luona siis käydään 1 - 2 kertaa viikossa. Kodinhoitoavun keskimääräinen intensiteetti on siten varsin alhainen, mutta paljon apua tarvitsevien osalta se on selvästi noussut.

Kodinhoitoavun volyymin laskua selittää osittain palveluasumisen laajentuminen. Lähes 4 000 työntekijää on siirretty työskentelemään palveluasuntoihin. Vaikka kotipalvelun virkoja on lisätty, on tämä resurssi pois ikääntyneiden omiin koteihin suunnattavasta palvelusta. Kotipalveluhenkilöstön lisätarve on 3 600, kun tavoitellaan valtakunnallisen tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) ja palvelusetelin käyttöön ottoon liitettyä 25 %:n kattavuutta.

Eräs tärkeimmistä kotona selviytymistä estävistä tekijöistä on dementia. Dementoituneiden henkilöiden hoitaminen on jo nyt haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Dementoituvat sairaudet johtavat toimintakyvyn alenemiseen ja palvelutarpeen voimakkaaseen kasvuun, ensin avo- ja myöhemmin laitospalveluissa. Tutkimusten mukaan Suomessa kahdeksan prosenttia yli 65-vuotiasta ja 35 % yli 85-vuotiaista kärsii vähintään keskivaikeasta dementiasta. Vähintään keskivaikeasti dementoituneiden yli 65-vuotiaiden määrä on nyt 75 000 ja luvun ennustetaan olevan 128 000 vuonna 2030.

Taulukko 3. Arvio ikääntyneiden keskeisten hoivapalvelujen kustannuksista ja kustannusrakenteesta vuosina 1992 ja 2000 (mmk)

	1992		2000		Muutos		Deflatoitu muutos	
	mmk	%	mmk	%	mmk	%	mmk	%
Kodinhoitoapu	1347	13,4	1877	17,2	530	39,3	314	20,1
Tukipalvelut	416	4,1	296	2,7	-120	-28,8	-187	-38,7
Omaishoidontuki (kotihoidont.)	175	1,7	303	2,8	128	73,1	100	49,3
Palveluasuminen	150	1,5	1302	12,0	1152	768,0	1128	648,3
Vanhainkoti	3429	34,0	3700	34,0	271	7,9	-278	-7,0
Pitkäaikaishoito terveydenhuollossa	4555	45,2	3411	31,3	-1144	-25,1	-1873	-35,4
Käyttökustannukset yhteensä	10072	100,0	10889	100,0	817	8,1	-795	-6,8

Lähteet: Kansantalouden tilinpidon implisiittiset deflaattorit/terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut, Tilastokeskus 2001, Kumpulainen 2000, SOTKA-tietokanta, Stakesin hoitoilmoitusrekisterit, Suomen Kuntaliitto 2000a, 2000b, Vaarama 1995, Vaarama ym. 1999a, Vaarama & Kaitsaari 2002

Vuonna 2000 ikääntyneiden hoivapalveluihin käytettiin 10,9 miljardia markkaa (1,8 miljardia euroa). Kustannusten laskua on eniten tapahtunut laitoshoidossa ja kasvua palveluasumisessa. Tässä näkyy, että kotihoidonavun kokonaiskustannukset kasvoivat noin viidenneksen huolimatta siitä, että asiakaskunta supistui.

Mielenterveyden häiriöitä on enemmän kuin yleisesti ajatellaan. Niiden esiintymistiheys suomalaisessa aikuisväestössä on 20 – 25 %. Häiriöt ovat kaiken aikaa lisääntyneet ja nyt kiinnitetään erityistä huomiota lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmien kasvuun. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat kokonaiskustannukset ovat ainakin 2,5 miljardia euroa eli 2,4 % bruttokansantuotteesta. Jo 1980-luvulla selvästi yli puolet mielenterveyspalvelujen tarpeessa olevista kansalaisista ei ollut minkäänlaisen hoidon tai avun piirissä. 1990-luvulla tehtyjen supistusten takia ei ole mitään syytä olettaa, että tyydyttämättömän hoidon tarpeen osuus olisi vähentynyt samanaikaisesti kun ongelmat ovat kasvaneet. Psyykkisesti häiriintyneiden lasten oireilu tulee havaituksi kahdessa kolmesta tapauksesta. Lastenpsykiatriset käynnit ovat lisääntyneet erikoissairaanhoidossa 1995 - 2000 lähes puolella (50 000:sta 80 000:een). Kasvatus- ja perheneuvolapalvelujen resurssien vähyys sekä kouluterveydenhuollon alasajo ovat osaltaan syynä siihen, että ongelmat mielenterveystyössä lisääntyvät. Mielenterveystyön tilasta kertoo myös vapaaehtoistyöntekijöiden määrä, mikä on suurempi kuin muissa terveyspalveluissa. Voimavaroja ei ole ennalta ehkäisevään työhön, vaan joudutaan keskittymään lähinnä akuutin hoidon tarpeessa olevien auttamiseen. Erityisesti arkielämässä selviytymistä, kotikuntoutusta ja päivätoimintaa tarvitaan.

Vuonna 2001 vammaispalvelujen mukaisia palveluja Suomessa käytti noin 90 000 henkilöä ja palvelujen kokonaiskustannukset olivat 164 miljoonaa euroa. Vammaispalvelujen piirissä oli noin 1,7 % väestöstä. Subjektiivisen oikeuden palveluihin kului noin 80 % kokonaiskustannuksista. Käyttäjämääriltään suurimmat vammaispalvelulain mukaiset palvelumuodot ovat kuljetuspalvelut, tulkkipalvelut ja palveluasuminen sekä henkilökohtainen avustajatoiminta. Henkilökohtaista avustajaa lukuun ottamatta vammaisella on niihin oikeus eli kunnan on ne asiakkaalle järjestettävä. Kaikkien vammaispalvelulain mukaisten palvelujen asiakasmäärät ovat lisääntyneet tasaisesti 1990-luvulla käyttäjien lukumäärällä mitattuna. Kuljetuspalvelu on

laajin vammaispalvelu ja sitä sai vuonna 2000 noin 66 500 henkilöä. Kehitysvammahuollossa on laitoshoitoa vähennetty ja asumispalveluja lisätty 1980-luvulta lähtien. Myös palvelujen järjestämistavoissa on tapahtunut paljon muutoksia. Kunnat ovat lisänneet omaa asumispalvelujen tuotantoa kun taas kuntayhtymien osuus toiminnasta on pienentynyt. Palveluyritysten ja järjestöjen rooli vammaisten palveluasumisen tarjoajana on lisääntynyt.

Taulukko 4. Vammaispalvelulain palvelujen asiakkaat 1990, 2001 ja asiakaskohtaiset kustannukset v. 2001

Vammaispalvelulain palvelu	Asiakas-määrä 1990	Asiakas-määrä 2001	Asiakas-määrän lisäys% 1990-2001	Kustannukset v. 2001 asiakasta kohti/vuosi (euroa)
Vaikeavammaisten kuljetuspalvelut	35 000	70 800	+102	972
Vaikeavammaisten tulkkipalvelut	2 300	3 200	+38	1 495
Henkilökohtainen avustajatoiminta	1 300	3 100	+135	8 211
Vaikeavammaisten palveluasuminen	(1997) 1 500	2 100	+43	17 376
Asunnon muutostyöt ja asunnon välineet		7 000		3 455

Lähde: Vammaispalvelut kunnissa, 2001

2.3 Omaishoito on merkittävä sosiaalipoliittinen kysymys

Perheen ja suvun piirissä tapahtuva epävirallinen hoiva on mahdollista, kun hoitajina ovat puolisot ja lapset, jotka asuvat samassa taloudessa tai fyysisesti hoidettavan lähellä. Perinteisen perheen hajoaminen esimerkiksi avioerojen ja lasten kodista muuttamisen kautta on merkinnyt sitä, että perheen kyky sitoutua omaisten hoivaan on pienentynyt, vaikka tarve tukeen on samanaikaisesti kasvanut. Yksilöllistämisprosessi on lisännyt hoivan tarvetta ja vähentänyt samalla yksilöiden ja perheenjäsenten mahdollisuuksia ottaa kannettavakseen hoivatehtäviä. Kysytään, onko ihmisten omat verkostot vähenemässä ja itsekkyys kasvamassa, jolloin omaishoidon tulevaisuus rapautuu. Toisaalta ihmisillä on aikaisempaa enemmän halua saada laatua elämäänsä. Siirtymiseen yksilöllisyydestä yhteisöllisyyteen liittyy myös huoli läheisistä ja palaaminen omien läheisten ja ystävien pariin.

Palvelujen niukka tarjonta on merkinnyt viimeisen kymmenen vuoden aikana sitä, että odotukset omaisten osallistumisesta läheistensä hoitamiseen ovat entisestään lisääntyneet. Yhteiskunnassa haluttaisiin lisätä omaisten, kotitalouksien ja perheiden, lähiyhteisöjen ja järjestöjen vastuuta hoivan tuottajina. Vanhuuden hoivakysymyksessä on kaksi puolta. Kun 65 vuotta täyttäneiden eliniän odote on naisilla tällä hetkellä 84 vuotta ja miehillä 80 vuotta, tarkoittaa se ns. vanhuuden iän todellista pidentymistä. 65-vuotiaana saatetaan tulevaisuudessa olla vielä työelämässä tai siirtymässä uusin odotuksin ns. kolmanteen ikään, joka on monien toimintojen täyttämää. Tähän ikään voi kuulua palvelujen tarvetta, mutta myös mahdollisuutta olla löyhästi voimavarana järjestö- tai vapaaehtoistyössä. Tämän iän jälkeen on varsinainen

vanhuus, jolloin riippuvuus muista kasvaa ja tarvitaan runsasta hoitoa ja huolenpitoa. Järjestöt ovat se väylä, jolla ihmiset saadaan osallistumaan yhteiskuntaan ja niiden organisoima palvelutoiminta ja vapaaehtoistyö ovat tärkeitä omaishoidon tukijoita. Jatkossa erityisesti vapaaehtoistyön muotoja ja siinä ns. nuorten eläkeläisten voimavaroja omaishoidon tuen antajina tulee kehittää.

Omaishoidosta on joka tapauksessa tulossa merkittävä sosiaalipoliittinen kysymys, kun väestö ikääntyy ja tarvitsee vanhuuden jossain vaiheessa enemmän palveluja ja hoivaa. Tämä hoiva ja huolenpito ei taloudellisestikaan voi tapahtua laajentamalla pelkästään julkispalveluja tai siirtämällä kasvava hoidon tarve palveluyritysten vastattavaksi. Joissakin maissa (esimerkkinä Saksa ja Japani) on otettu käyttöön hoivavakuutus kompensoimaan pitkäaikaishoidon kustannuksia. Saksassa otettiin vuonna 1995 sairausvakuutuksen yhteyteen hoivavakuutus, joka kattaa yli 90 prosenttia maan väestöstä. Japanissa hoivavakuutus astui voimaan vuoden 2000 alusta. Tällaisilla vakuutuksilla maksetaan pitkäaikaista hoitoa tarvitsevalle tai hänen hoitajalleen, jotta julkiselta hoitopalvelun laajenemisesta vältyttäisiin. Iso-Britanniassa vuonna 2001 hyväksyttiin vammaisia lapsia ja heitä hoitavia omaisia koskeva laki, joka antaa paikallisviranomaisille mahdollisuuden suorittaa rahallinen korvaus sosiaalipalvelujen hankkimista varten. Omaishoitajien jaksamista tuetaan palvelusetelillä lyhytaikaiseen tai tilapäiseen hoitoon. Omaishoidon ilmaantuminen omana käsitteenään terveys- ja sosiaalipolitiikan kentälle ilmentää jossain mielessä astumista ulos siitä itsestään selvyydestä, joka aikaisemmin luonnehti perheiden toimintaa sairaiden ja iäkkäiden jäsentensä hoitamisessa. Nykyään korostetaan avohoidon mahdollisuuksia ja omaishoitajuuden avulla liitetään läheisistään huolta pitävät omaiset osaksi julkista palvelujärjestelmää. Omaishoidon avulla kyetään järjestämään henkilökohtaisesti räätälöityjä palveluja asukkaan omassa kodissa, joka mallina vastaa hallitusohjelman vaateeseen vahvistaa kotihoitoa.

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän muutos

	Traditionaalinen malli	**Uusi malli**
Muutokset sosiaali- ja terveyspalveluissa: a) standardipalveluista joustaviin palveluihin	- laitoshoitolähtöisyys - standardipalvelut - jäykät, byrokraattiset aikataulut - palvelujen erillisyys - asiakas passiivinen	- kotihoitolähtöisyys - liukuhihnapalvelut - joustavat, asiakaslähtöiset aikataulut - koordinoidut palvelut - asiakas aktiivinen yhteistyökumppani
b) implisiittisestä vuorovaikutuksesta kohti eksplisiittistä vuorovaikutusta omaishoidon kanssa	- omaishoiva yksityisasia - omaishoito implisiittistä ja huomaamatonta - formaali ja informaali toisensa poissulkevia	- omaishoito osa palvelukokonaisuutta - omaishoito seurannassa ja ohjeistuksessa - informaali ja formaali toisiaan täydentäviä

Lähde: Evers 1990 (mukaillen)

Palvelujärjestelmän ja omaishoitajan suhde on monimutkainen. Raja tavanomaisen auttamisen ja varsinaisen omaishoitajuuden välillä on liukuva ja saattaa vaikuttaa perheen ja julkisen sektorin välisiin suhteisiin. Julkisella palvelujärjestelmällä on erilaisia suhtautumistapoja omaisiin ja omaishoitajiin. Ensiksi palvelujärjestelmä voi suhtautua omaishoitajiin resursseina, jolloin kaikessa toiminnassa korostetaan omaishoidon ensisijaisuutta ja mikäli se ei ole mahdollista, otetaan käyttöön muut palvelut. Pääasiana pidetään tällöin omaishoidon maksimointia ja varotaan, ettei virallinen korvaa tätä epävirallista. Tällöin on vaarana, että omaishoitaja eristäytyy suhteessa palvelujärjestelmään ja hoitajan valinnan mahdollisuudet kapeutuvat. Toiseksi palvelujärjestelmä voi ottaa omaishoitajat yhteistyökumppaneiksi. Tällöin julkiset palvelut asettuvat omaishoidon rinnalle ja tukevat tätä. Tällöinkin toiminnan kohteena on hoidettava, mutta hoitajan tarpeita huomioidaan hoidon jatkuvuuden nimissä. Kolmanneksi palvelujärjestelmä voi kohdella omaishoitajaa asiakkaana, jolloin palvelut suunnitellaan helpottamaan hoitajan työtä. Toiminnan pääkohde on tuolloin hoitaja ja hänen hyvinvointina. Tällöin hoitaja -käsitteelle luodaan tiukka määritelmä esimerkiksi niin, että omaishoitajia ovat vain ne henkilöt, jotka hoitavat hyvin paljon hoitoa tarvitsevia henkilöitä ja ovat oikeutettuja saamaan omaishoidon tukea. Omaishoidossa eletään tällöin lyhytjänteisesti eikä huolehdita tulevista hoitotilanteista ennakoidusti. Neljänneksi palvelujärjestelmä voi ottaa hoiva- ja hoitotehtävien huolehtimisen itselleen. Tavoitteena on tällöin korvata omaishoito. Suomen kunnista löytyy kaikkia näitä suhtautumistapoja, eniten omaishoidon käyttöä resursseina ja sitä, että vain kaikkein vaikeimmat omaishoitotilanteet otetaan julkisen sektorin kumppaneiksi.

Omaishoitoon sisältyy palvelujärjestelmän ja omaishoitajan sekä hoidettavan suhteen määrittämisen lisäksi eri toimijoiden kuten julkisen vallan, palveluyritysten ja järjestöjen välisen suhteen määrittely. Julkinen valta haluaa välttää laitoshoidon korkeita kustannuksia ja toisaalta monet iäkkäät ihmiset haluavat asua mahdollisimman pitkään kotona. Omaisten tarjoama apu, ehkä ympärivuorokautinen omaishoitajuuskin, on tällöin monesti inhimillinen ja taloudellinen mahdollisuus. Mutta hoidettavat ja omaishoitajatkin tarvitsevat erilaisia palveluja ja kuntien vähentyneet määrärahat riittävät yleensä hyvin suppeaan omaishoidon tukemiseen. Kolmannen sektorin järjestöt hahmottelevat entistä monitahoisemmaksi muuttunutta rooliaan jäsenistönsä edunvalvojana, markkinoilla kilpailevana palvelujen tuottajana ja ihmisten toimintavajeiden paikkaajana. Palvelussetelin mahdollistaessa palvelujen ostamisen myös yksityisiltä markkinoilta, on luultavaa, että palveluyritykset tulevat entistä enemmän mukaan tarjoamaan omaishoitajan vapaapäivien sijaishoitoa ja hoidettavan kotiin annettavia palveluja.

Tässä selvityksessä tiedostetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen organisoinnin tarve yhtä tärkeänä kuin palvelujen tuotantotapojen uudistaminen. Uudelleen organisointi tarkoittaa omaishoidon ottamista sentyyppiseksi investointikohteeksi, että kattavuutta kasvattamalla siitä tulee merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. Vain näin omaishoidolla pystytään ehkäisemään ja korvaamaan avopalvelujen ja laitoshoidon tarvetta ja hallitsematonta kasvua väestön ikääntyessä. Omaishoito on myös mahdollinen kasvava hyvinvoinnin tuotantotapa kotihoidon alueella. Arvovalintana pidetään sitä, että omaishoidolla on niin merkittävä rooli julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen ehkäisijänä tai korvaajana, että sitä tulee julkisin varoin tukea. Selvityksessä esitetyt omaishoidon tuen lainsäädännölliset muutokset ja muut kehittämisesitykset sekä esitykset rahoitusvastuista perustuvat näihin sosiaali- ja terveydenhuollon organisoinnin ja tuotantotapojen uudistamistarpeisiin.

3 Omaishoidon tilanne Suomessa 2003

3.1 Omaishoidon tuen lainsäädäntö

Jo 1980-luvulla käytiin poliittista keskustelua ja asetettiin komiteoita selvittämään erilaisia kotona hoitamisen muotoja. Tuolloin valtakunnallisissa suunnitelmissa korostettiin kotona hoitavien henkilöiden tukemista. Kuitenkin vasta 1990-luvulla kotihoidon tukijärjestelmää uudistettiin. Hallituksen vuoden 1992 budjettiesityksessä todetaan, että ”vammaisten, vanhusten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tukijärjestelmän uudistus on keino, jolla laitoshuollon tarvetta voidaan vähentää ja vanhusten huollon kokonaiskustannuksia supistaa”. Vuonna 1993 omaishoidon tukijärjestelmä laajeni käsittämään hoitopalkkion ohella myös hoidon turvaamiseksi välttämättömät palvelut. Yksilöiden tarpeen mukaan tuki voidaan antaa joko hoitopalkkiona tai palveluina tai molempina. Tukea voidaan antaa sekä pitkäaikaiseen että lyhytaikaiseen hoitoon. Palveluja voidaan lisätä tai vähentää hoidettavan tai hoitajan toimintakyvyn mukaan. Vuoden 1997 muutoksen myötä sitovaa hoitotyötä tekevät hoitajat saivat lakisääteisen oikeuden vähintään yhteen vapaapäivään kuukautta kohti ja palkkiolle säädettiin minimitaso. Vuonna 2002 vapaapäivien määrä lisättiin kahteen päivään kalenterikuukautta kohti ja samalla vapaaseen oikeutettujen piiriä laajennettiin.

Omaishoidon tuki määritellään sosiaalihuoltolaissa osaksi sosiaalipalveluja. Lakia on tarkoitettu sovellettavaksi siten, että jos henkilö hoitaa sellaista henkilöä, jolla on alentunut toimintakyky, vamma, sairaus tai muu vastaavanlainen syy, tällaisella henkilöllä on mahdollista saada omaishoidon tukea. Hänet on siten tulkittu lain tarkoittamaksi omaishoitajaksi. Omaishoidon tuella tarkoitetaan pääasiassa vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön omassa kodissa tapahtuvan hoidon tai muun huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja palveluja. Samoin todetaan, että tällainen henkilö, joka hoitaa, voi olla hoidettavan omainen, läheinen tai muu henkilö. Tällä halutaan ilmaista, että henkilön ei tarvitse olla sukulaissuhteessa hoidettavaan. (SHL 27 §.)

Omaishoidon käsitettä käytetään arkikielessä ja tutkimuksessa empiirisen käsitteen tavoin. Valtaosassa omaishoitajiin kohdistuvista tutkimuksista hoitamisen ja huolenpidon käsitettä ei ole määritelty lainkaan. Käytännössä käsitteiden monimerkityksellisyys ilmenee esimerkiksi siten, että omaishoitajat eivät saata mieltää itseään omaishoitajiksi, koska he tulkitsevat sen viittaavan joihinkin virallisiin omaishoitajiin tai ammattimaiseen hoitamiseen. Omaishoitajuutta on yritetty määritellä sanomalla, että se liittyy jonkun perheenjäsenen terveydentilassa tai toimintakyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin. Tällä tavoin omaishoitajuus on haluttu erottaa muusta perheenjäsenten toisilleen antamasta avusta, vaikka nämä jossain mielessä sijoittuvat samalle jatkumolle.

Omaishoidon tuesta tulee laatia hoitajan ja kunnan välille sopimus, jossa sovitaan hoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, sen maksamisesta hoidon keskeytyksen ajalta, hoitajalle järjestettävästä vapaasta, hoidon arvioidusta kestosta ja muista hoitoa koskevista seikoista (A omaishoidon tuesta). Omaishoitaja ei ole työsuhteessa kuntaan, hoidettavaan tai hoidettavan huoltajaan. Omaishoitaja on kunnallisten viranhaltijain ja työntekijäin eläketurvan piirissä ja kunnan tulee ottaa sopimuksen tehneelle tapaturmavakuutuslain mukainen vakuutus. (SHL 27 §.)

Omaishoitajan työn sidonnaisuus on kuvattu laissa lakisääteisen vapaan oikeuden kohdalla. Omaishoitajan on katsottu olevan oikeutettu vapaaseen, joka on vähintään kaksi vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohden, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sidonnaisuus ei kuiten-

kaan lain mukaan heikkene, mikäli hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta kodin ulkopuolella saamassa kuntoutusta, opetusta tai muita sosiaali- ja terveyspalveluja. Kunnan on lain mukaan huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi.

Omaishoidon tuesta annetussa asetuksessa todetaan, että omaishoidon tuesta laaditaan yhdessä hoidettavan ja hoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tulee sisältää hoitajan antaman hoidon lisäksi sen turvaamiseksi välttämättömät palvelut sekä niiden määrä ja sisältö. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee lisäksi ilmetä, miten hoidettavan hoito suunnitellaan järjestettäväksi hoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana. Asetuksen teksti noudattaa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain viestiä siitä, että "sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan" (SHAL 8 §). Sosiaalihuoltolain 28 § toteaa, että sosiaalipalveluista voidaan periä maksuja siten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa säädetään.

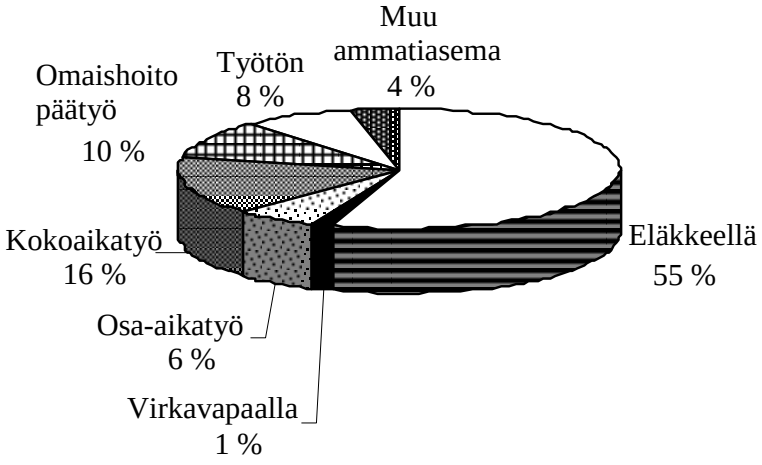
Asetuksessa määritellään hoitopalkkion suuruus, johon vaikuttavat hoidon sitovuus ja vaativuus (Asetus 7 §). Asetuksen viesti on ymmärrettävissä siten, että omaishoitajan tulisi kuitenkin jaksaa hoitaa sitovasti ja hoidon tarpeen tulisi olisi kohtuullisen suuri, jotta lain tarkoittama hoitopalkkion minimi (1.1.2004 alkaen 229,29 euroa/kk) toteutuisi. Asetus kuitenkin mahdollistaa minimin alle menevän palkkion, mikäli sitovuus ja hoidon tarpeen määrä eivät täyty. Lain tarkoittama omaishoitaja voi siten olla pienemmälläkin sitovuudella ja hoidettavan hoidon tarpeella. Omaishoidon tuen palkkio on saajalle verotettavaa tuloa.

3.2 Omaishoidon tuen muodot ja laajuus

OECD:n 2003 maavertailun mukaisesti Ruotsin ja Norjan palvelurakennemallissa epävirallisen hoidon palkkiot eivät näyttele merkittävää roolia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ruotsissa noin puolet kunnista maksaa jonkinlaista taloudellista tukea. Tällainen korvaus maksetaan hoidettavalle, vaikka se on tarkoitettu omaishoitajan tukemiseen ja syyt tähän ovat osittain verotekniset. Ruotsissa resursseja on päätetty kohdentaa sijaishoidon kehittämiseen, neuvontaan ja henkilökohtaisen tuen antamiseen omaishoitajille. Julkista tukea ja hoitoa saavien asiakkaiden valintamahdollisuudet ovat OECD:n selvityksen mukaan Ruotsissa ja Norjassa rajallisemmat verrattuna esimerkiksi Hollantiin, missä asiakaskohtaisen palvelubudjetin avulla henkilöt voivat itse valita tarvitsemansa palvelut ja niiden tuottajat.

Suomessa on arvioitu olevan yli 300 000 omaishoitajaa (Sihvo 1989, arvio), ja näistä omaishoitajista kunnallisen omaishoidon tuen piirissä vuonna 2002 oli 25 341. Omaishoidon tuen käyttäjät vähenivät 1990-luvun alussa niin paljon, että nyt alkaneesta uudesta kasvusta huolimatta tuen piirissä oli vuonna 2000 vasta yhtä suuri osa kuin 1990-luvun alussa. Omaishoitajat tekevät hoitotyötä pääasiallisesti ansiontyön sijasta. He ovat eläkkeellä, jääneet kokonaan työstä pois, valinneet palkattoman vapaan tai toimivat työttömyytensä aikana omaishoitajina. Puolisoita hoitajista on 40 % ja eläkkeellä heistä on 55 %. Yli 65-vuotiaita on 39 %. Hoitajista miehiä on 25 % ja hoidettavista miehiä on yli puolet. Hoitajista 16 % on kokoaikatyössä, kuusi prosenttia osa-aikatyössä ja kahdeksan prosenttia työttömiä. Yksi prosentti omaishoitajista on virkavapaalla. Työssäkäyville omaishoitajille itse työssäkäynti voi olla omaa jaksamista vahvistavakin tekijä, mutta työelämän ja hoitotehtävän yhteensovittaminen on usein vaativaa ja raskasta.

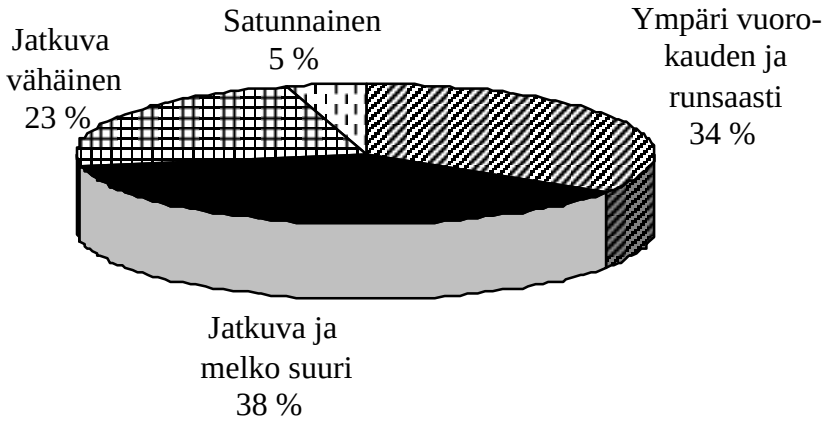
Kuvio 1. Hoitajien ammattiasema (%) (N = 378 kuntaa)



Lähde: STM:n selvityksiä 2003:8

Hoidettavat ovat ikäihmisiä, yli 65-vuotiaita heistä on 63 %. Lähes puolet tarvitsee apua vanhuuden hoidon tarpeen vuoksi. Hoidettavista eri ikäryhmiin kuuluvia kehitysvammaisia on 18 %, fyysisesti sairaita 30 %, psyykkisesti sairaita 5 % ja tilapäisen avun tarvitsijoita 2 %. Ympärivuorokautisuus on omaishoidon tuen saajien hoidon sitovuudessa tyypillistä. Hoidettavista 34 % tarvitsee apua määrällisesti runsaasti tai ympäri vuorokauden. Jatkuvaa ja melko suurta avun tarvetta on 38 %:lla ja jatkuvaa, mutta vähäistä 23 %:lla hoidettavia. Satunnaista avun tarve on vain 5 %:lla. Omaishoidon tuki toimii nyt pikemminkin laitoshoidon korvaajana kuin sen lykkääjänä. Kuntien arvion mukaan lähes puolet omaishoidon tuella hoidettavista eli 11 400 henkilöä olisi jonkinasteisessa laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Omaishoidon piirissä kaikkiaan olevista henkilöistä (yli 300 000) noin 60 000 arvioidaan olevan pysyvästi tai ajoittain laitoshoitokuntoisia.(STM 2003:8.)

Kuvio 2. Hoidettavien jakautuminen hoidon ja avun tarpeen määrän perusteella prosentteina vuonna 2002 (N = 371 kuntaa)



Lähde: STM:n selvityksiä 2003:8

Omaishoitotilanne kestää usein vuosia. Vanhukset ovat asiakkaina lyhyemmän aikaa, vuodesta viiteen vuoteen. Vammaisasiakkailla omaishoito saattaa kestää vuosikymmeniä. Esimerkiksi Helsingissä runsas viidesosa omaishoitosuhteista kestää yli viisi vuotta ja lähes 10 % yli 10 vuotta.

Omaishoidon tuki annetaan yleisimmin palkkiona (56 % sopimuksista). Palkkion suuruus vaihtelee runsaasti kuntien välillä, 30 eurosta 1 200 euroon. Kaikissa maksuluokissa maksetaan myös lailla säädettyä minimipalkkiota pienempiä palkkioita. Kuntien maksamien palkkioiden keskiarvo vuonna 2002 oli 287 euroa ja vastaavasti vuonna 1998 keskiarvo oli 290 euroa kuukaudessa.

Rahatuen osuus sopimuksissa on vuosien aikana lisääntynyt ja erityisesti kodinhoitoavun ja sijaishoidon osuus on vähentynyt. Kodinhoitoapu sisältyy 24,7 %:iin ja sijaishoito 15 %:iin omaishoidon tuen hoito- ja palvelusuunnitelmista. Kotisairaanhoito ja lääkäripalvelut sisältyivät näitä useammin suunnitelmiin. (STM 2003:8.) Taloudellisen tuen ja palvelujen lisäksi omaishoitajat tarvitsevat neuvontaa, kuntoutusta ja koulutusta sekä materiaalista apua kuten hoitoa helpottavia välineitä ja tekniikkaa. Näiden osuus hoito- ja palvelusuunnitelmissa on marginaalinen.

Palveluseteliä käyttää vain 10 % kuntia. Palveluseteliä käyttävissä kunnissa joka neljäs myönsi setelin kaikille omaishoidon tukee oikeutetuille. Muissa kunnissa oikeus seteliin riippui hoidon vaativuudesta tai muusta kriteeristä kuten hoidon sitovuudesta tai raskaudesta. Palvelusetelin arvo vaihtelee 13,50 eurosta 168 euroon palvelusta riippuen.(STM 2003:8.) Halvimmaksi on arvotettu siivousapu ja kalleimmaksi kotisairaanhoito. Palvelusetelin käyttö oletettavasti kasvaa tätä koskevien lainsäädäntömuutosten tultua voimaan vuoden 2004 alusta lukien.

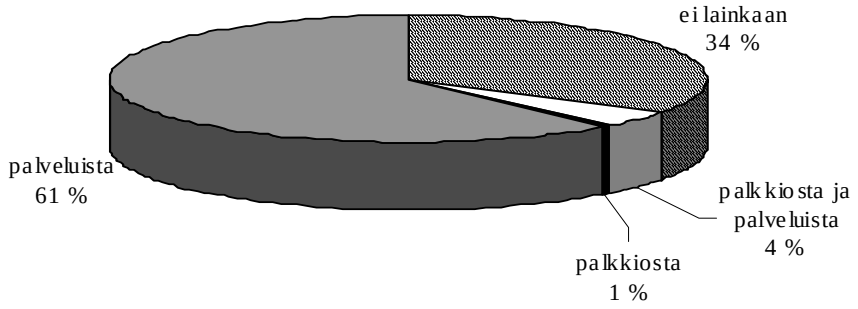
Keskimäärin noin 70 prosentissa omaishoidon tukisopimuksista oli sovittu hoitajan lakisääteisestä vapaasta. Syy siihen, ettei omaishoitajan vapaasta oltu sovittu sopimuksessa, oli hoidon vähäinen sitovuus ja se, että kunnat eivät pysty käytännössä järjestämään tarvittavaa sijaishoitoa. Muut syyt vapaan sopimatta jättämiseen olivat hoitajan haluttomuus pitää vapaata tai sijaishoidon maksullisuus. Osa omaishoitajista järjestää vapaiden aikaisen hoidon itse sukulaistensa kanssa.

Selvityksen mukaan hoidettavien sijaishoito järjestetään omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana pääosin laitoshoitona joko vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Toiseksi eniten sijaishoidon järjestämisessä turvaudutaan lyhytaikaiseen hoitoon hoiva-, hoito- tai pienkodissa sekä palvelutalossa. Sukulaisten antama apu on myös merkittävä. Kotipalvelun käyttö sijaishoidon järjestämisessä on hieman vähentynyt vuodesta 1998.

Oma omaishoitajaryhmänsä ovat ne, jotka eivät ole päässeet kunnallisen omaishoidon tuen piiriin. Näitä omaishoitajia kunnat auttavat kodinhoitoavulla (80 % kunnista) ja tukipalveluilla sekä kotisairaanhoidolla. Lyhytaikaista hoitoa tarjoaa noin puolet kunnista. Näyttääkin siltä, että omaishoidon tuen piiriin päässeet saavat ensisijaisesti palkkion ja vähäisessä määrin palveluja ja erityisesti vähenevässä määrin kodinhoitoapua, ohjausta ja neuvontaa ja kuntoutusta. Ne kotitaloudet, jotka eivät ole päässeet omaishoidon tuen piiriin, saavat kotihoitoa ja tukipalveluja, mutta edelleen vähäisessä määrin sijaishoitoa, neuvontaa, ohjausta ja kuntoutusta.

Omaishoidon tukeen sisältyvät palvelut ovat yleensä saajalle maksullisia. Kunnista 61 % perii asiakasmaksuja omaishoidon asiakkailta, joskin asiakasmaksujen periminen on vähentynyt 15 % vuoteen 1998 verrattuna. Kunnista 34 % ei peri asiakasmaksuja lainkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovittujen palvelujen osalta. Palkkiosta maksun perii yksi prosentti kunnista. Suurin osa kunnista (65 %) perii maksun hoitajan lakisääteisen vapaan osalta normaalin hinnoittelun mukaisesti ja maksu on tätäkin suurempi asetuksessa suositeltujen vapaiden osalta. Kunnista 16 % ei peri sijaishoidosta lainkaan maksua.(STM 2003:8.)

Kuvio 3. Asiakasmaksujen perimistavat ja niiden yleisyys (% kunnista) (N =371 kuntaa)



Lähde: STM:n selvityksiä 2003:8

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton 2004 barometrikyselyyn hyvinvoinnin tilasta kunnissa sisältyi kysymyksiä omaishoidosta. Vastaajia pyydettiin arvioimaan omaishoidon tilanne kunnassa nyt ja viiden vuoden kuluttua. Tilannetta pyydettiin arvioimaan omaishoidon merkityksen, määrärahojen, vapaapäivien, omaishoitajan jaksamisen ja tukemisen, palvelujen riittävyyden ja eri toimijoiden yhteistyön kannalta. Lisäksi sosiaali- ja terveysjohtajat arvioivat kolme tärkeintä seikkaa omaishoidon kehittämisessä. Omaishoidon tilanteen arvioitiin olevan viiden vuoden kuluttua parempi kuin nyt. Parannusta arvioitiin tapahtuvan omaishoitajien jaksamiseen ja tukemiseen varattujen resurssien osalta ja julkisen, palveluyritysten, järjestöjen ja seurakuntien yhteistyön toimivuudessa. Vastaajista 75 % arvioi nämä seikat tällä hetkellä arvosanalla 2 - 3 (janalla 1 - 5) ja viiden vuoden kuluttua arvosanalla 3 - 4. Heikoimman arvion sai tällä hetkellä tukeen varattujen määrärahojen riittävyys, jonka senkin arvioitiin hivenen paranevan viiden vuoden aikana. Parannusta arvioitiin tapahtuvan myös omaishoitajien vapaapäivien järjestymisessä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyydessä. Terveydenhuollon johtajat pitivät omaishoidon tilannetta sosiaalijohtajia huonompana. Kolme tärkeimmäksi määriteltyä kehittämisaluetta ovat vastaajien mielestä omaishoitajien jaksamisen tukeminen, vapaapäivien ja niiden aikaisen sijaishoidon järjestäminen ja määrärahojen lisäys.

3.3 Omaishoidon tuen kustannukset ja kustannusvaikuttavuus

Omaishoidon tukea kysytään paljon enemmän kuin kunnat voivat sitä myöntää. Vain 20 % kunnista on sitä mieltä, että kunnan omaishoidon tuen määrärahat riittävät kaikkien kriteerit täyttävien hoidettavien kotona hoitamiseen. Näyttää siltä, että mitä pienempi kunta, sitä enemmän määrärahaa talousarviossa yleensä varataan. Toisaalta myös, mitä suurempi osuus kunnan asukkaista on yli 65-vuotiaita, sitä enemmän määrärahoja asukasta kohti varataan. Asukasta kohti laskettu omaishoidon tuen määräraha vaihtelee yhdestä eurosta ja 67 euroon.

Taulukko 6. Omaishoidon tuen määrärahat asukasta kohti talousarviossa ilmoitettujen euromäärien mukaan lääneittäin vuosina 1994 – 2002

Lääni	1994	1998	2002	Muutos 1994-2002 (abs.)	Deflatoitu muutos (abs.)	Muutos 1994-2002 %	Deflatoitu muutos %
Etelä-Suomi	11,94	15,64	16,56	4,62	2,11	38,69	14,62
Länsi-Suomi	16,31	18,16	16,35	0,04	-3,39	0,25	-17,15
Itä-Suomi	16,15	18,84	16,89	0,74	-2,65	4,58	-13,57
Oulu	16,15	18,50	19,63	3,48	0,09	21,55	0,45
Lappi	19,01	21,19	18,16	-0,85	-4,84	-4,47	-21,05
Yhteensä	15,47	17,83	16,88	1,41	-1,84	9,11	-9,82

Lähde: STM:n selvityksiä 2003:8

Omaishoidon tuen myöntämisen yhtenä perusteluna on se, että se korvaa laitoshoitoa. On arvioitu, että Suomessa on yli 300 000 omaishoitajaa ja näiden hoidettavista 60 000 olisi ilman omaishoitajaa pysyvästi tai ajoittain laitoshoidossa. Kuntien ilmoituksen mukaan (STM

2003:8) tällä hetkellä omaishoidon tuella hoidettavista 26 000:sta noin 11 400 olisi jonkinasteisen laitoshoidon tarpeessa ilman omaishoitoa. Mikäli näistä 11 400:sta 1/3 olisi sijoitettu laitoshoitotasoiseen hoitoon ja 2/3 ympärivuorokautisen, tehostetun palveluasumisen tasoiseen hoitoon, laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen säästö olisi tällä laskelmalla 310 miljoonaa euroa ja säästö vähennettynä vuoden 2002 budjetoidut omaishoidon tuen palkkiot olisi 237 miljoonaa euroa.

Koska omaishoidon tuella hoidettavat saavat myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, on näidenkin palvelujen kustannukset laskennassa huomioitava. Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2002 aineiston mukaan (STM 2003:8) omaishoidon tukena annettiin eniten lääkärin palveluja ja kotisairaanhoitoa (yli 40 % sopimuksista) ja näiden jälkeen lyhytaikaista laitoshoitoa, kuljetuspalveluja ja kodinhoitoapua. Päivähoitoa, kylvetyspalvelua ja kuntoutusta annettiin harvemmin. Seuraavassa taulukossa on laskettu omaishoidon tukena annettujen palvelujen kustannukset kunkin palvelun kohdalla arvioidulla intensiteetillä.

TAULUKKO 7: Arvioitu omaishoidon tuki palveluina

Palvelu	Sisältyy sopimuksiin	Arvioitu asiakkaiden lkm	Palvelun arvioitu intensiteetti	Yksikkö-kustannus €	Kustannukset yhteensä €
Lääkäripalvelut	44,10 %	8 056	5 käyntiä/vuosi	54,70	2 203 367
Kotisairaanhoito	41,20 %	7 526	0,75 käyntiä/vko	40,30	11 829 268
Lyhytaikainen laitoshoito	39,20 %	7 161	28,3	118,70	24 055 491
Kuljetuspalvelu	34,20 %	6 248	8 matkaa/kk	10,00	5 997 750
Kodinhoitoapu	24,70 %	4 512	3 käyntiä/vko	29,60	20 835 516
Päivähoito	19,90 %	3 635	1 pv/vko	54,00	10 208 012
Kuntoutus	17,50 %	3 197	10 x/vuosi	55,40	1 771 083
Erikoissairaanhoidon palvelut	15,70 %	2 868	6 x/vuosi	165,20	2 842 837
Kylvetys- & saunotusapu	15,10 %	2 758	1 x/vko	33,80	4 848 283
Sijaishoito	14,90 %	2 722	7 pv/vuosi	118,70	2 261 653
Ateriapalvelu	10,60 %	1 936	300 pv/vuosi	6,00	4 899 478
Yhteensä					**91 752 738**

Lähde: Stakesin hoitoilmoitusrekisterit, STM Selvityksiä 2003:8, Hujanen 2003, Stakes Aiheita 1/2001

Vaikka edelliseen laskelmaan sisältyykin useita epävarmuustekijöitä (kuten puuttuvat vastaukset, keskimääräisen palvelun intensiteetin arviointi, kysymysten erilainen tulkinta), voidaan kustannusarviota pitää kuitenkin suuntaa antavana. Laskelma osoittaa, että omaishoidon tuen saajille annettiin vuonna 2002 palveluja noin 91 miljoonan eurolla. Kun nämä palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset vähennetään omaishoidon tuen palkkioihin varatun määrärahan ohella arvioiduista laitoshoitokustannuksista, jää vuoden 2002 nettosäästöksi vielä 146 miljoonaa euroa.

Edellistä arviota voi verrata Helsingin kaupungin vuonna 2002 tekemään kustannuslaskentaan. Helsingin kaupungin selvitys osoittaa, että omaishoidon tukeen liittyvät palvelut muodostavat Helsingissä suurimman kustannuserän eli 62 % kokonaismenoista. Omaishoidon tuen palkkioiden osuus on 36 % ja palvelujen jakamiseen käytettävät työvoimakustannukset

2 % kustannuksista. Mikäli Helsingin vastaus suhteutetaan koko Suomeen, jossa vuonna 2002 budjetoitiin omaishoidon tuen palkkioihin 73 miljoonaa euroa, palvelujen osuus olisi 125 miljoonaa euroa ja työvoimakustannukset 4 miljoonaa euroa. Tälläkin laskelmalla nettosäästöksi jää vielä 155 miljoonaa. Palvelumaksuista aiheutuvia tuloja ei laskelmassa ole huomioitu laitoshoito- eikä avohoitopalvelujen osalta.

Helsingin kaupungin selvitys osoittaa lisäksi, että palvelujen osuus vaihtelee runsaasti eri asiakasryhmien kohdalla. Keskimääräiset asiakaskohtaiset palvelukustannukset olivat Helsingissä vuonna 2002 yhteensä 666 euroa/kk hoidettavaa kohti. Kehitysvammaisen hoidettavan kohdalla palvelukustannukset olivat 455 euroa/kk, vammaisasiakkaalla 863 euroa/kk ja vanhusasiakkaalla 580 euroa kuukaudessa. Vanhusten kohdalla hoitovaatimusten kasvu, hoitopalkkion kasvu ja omaishoidon keston kasvu näyttävät merkitsevän palvelujen käytön lisääntymistä. Vammaisten kohdalla ikä korreloi eniten palvelujen määrään. Ikääntymisen myötä lisääntyvät erityisesti kotisairaanhoito, kuljetuspalvelut ja fysioterapia. Kehitysvammaisten kohdalla ikä korreloi sekä palveluja vähentävästi (erityisesti fysioterapia ja kuntoutus) että niitä lisäävästi (kotipalvelu). Omaishoidon tuella hoidettava asiakas maksoi kaupungille vuonna 2002 oheispalveluineen keskimäärin 1 079 euroa kuukaudessa ja vanhainkotihoito maksoi keskimäärin 3 026 euroa kuukaudessa.

Tutkimuksissa omaishoitoa on tutkittu osana vanhusten kotihoitoa. Vähemmälle on jäänyt omaishoidon tarkastelu osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja siinä erityisesti omaishoidon kustannusten selvittäminen ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Jotta omaishoidon merkitystä osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakennetta voitaisiin arvioida nykyistä tarkemmin, tulisi valtakunnallisten tutkimuslaitosten (esimerkiksi Stakes) kautta toteuttaa vuositason ja pidemmän aikavälin kustannusvaikuttavuusselvityksiä ja -tutkimuksia. Stakesin ja Kuntaliiton yhteistyönä tulisi koota riittävä otos eri kuntatyypeistä ja kuntien todellisten toteutuneiden omaishoidon kustannusten perusteella laatia omaishoidon kuntaprofiileja. Testialustana voidaan käyttää valtakunnallisen ”Hyvä ja laadukas omaishoito” hankkeen 25 kuntaa. Näin saadaan vertailutietoja siitä, mitkä ovat kuntien todelliset omaishoidon kustannukset ja mikä on näiden kustannusten merkitys suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon valintoihin, jos omaishoidon vaihtoehto ei olisi ollut käytettävissä.

4 Omaishoidon kehittämisalueet

4.1 Omaishoidon tuen kattavuustavoite vuoteen 2012

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta 1990-luvun alussa uudistettiin, esitettiin laitoshoidon vähentämisen rinnalla lisättäväksi avohoitoa, kotihoitoa ja palveluasumista. Palveluasuminen on edellä kerrotun mukaisesti lisääntynyt, mutta kotihoidon määrä vähentynyt. Siivousapu on yksityisten palveluyritysten vastuulla, tukipalveluilla on korvattu kodinhoitoapua ja kodinhoitoavun resurssit ovat vähentyneet. Tuolloin ei yhtenä strategisena sosiaali- ja terveydenhuollon valintana kuitenkaan esitetty omaishoidon tuen vahvistamista. Huomioiden tuleva väestön ikäkehitys ja ikäihmisten määrän kasvu omaishoidon tuki on viimeistään nyt laitettava sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen ja erityisesti kotihoidon kehittämisen keskiöön.

Vuonna 1996 julkaistiin YK:n suositukseen perustuen kansallinen vanhuspoliittinen tavoite- ja strategiasuunnitelma, jossa määrälliseksi tavoitteeksi asetettiin se, että 90 % yli 75-

vuotiaista asuu tavallisessa asunnossa, 3 – 5 % palveluasunnossa ja 5 – 7 % vanhainkodissa tai muussa laitoksessa. Tämän jälkeen on kunnille suositeltu kotipalvelujen lisäämistä siten, että palvelujen kattavuus olisi vuonna 2007 valtakunnallisella tasolla 25 % yli 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä, joka tarkoittaisi 100 000 henkilöä. Kansallisten ja kansainvälisten arvioiden mukaan 30 – 50 % kotona asuvista yli 75-vuotiaista tarvitsee jotakin apua ainakin satunnaisesti ja noin 25 – 30 % tarvitsee säännöllistä apua. Avun tarve lisääntyy iän mukana niin, että noin puolet 85 vuotta täyttäneistä tarvitsee ulkopuolista apua.

Vuonna 2001 laitoshoidossa oli kahdeksan prosenttia ja palveluasunnoissa viisi prosenttia yli 75-vuotiaista. Säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin selviytyi 12 %. Vuonna 2002 omaishoidon tuella hoidettavia oli 26 201, joista yli 75-vuotiaiden osuus oli 12 300, joka on 3,4 %:n kattavuus tästä ikäryhmästä. Laitoshoidon ja palveluasumisen osalta omaishoito ei ole päällekkäistä kuin korkeintaan vuorotteluhoidon ja vapaapäivien sijaishoidon osalta. Kotipalvelut ja omaishoito ovat selkeämmin päällekkäisiä, koska omaishoidon tukeen sisältyy 41 %:ssa kotisairaanhoitoa ja 24 %:ssa kodinhoitoapua. Kotipalvelujen ja omaishoidon tuen kattavuutta ei tule kuitenkaan nähdä toistensa kilpailijoina, vaan omaishoidon tuella vähennetään tarvetta säännölliseen, intensiiviseen kotipalveluun ja mahdollistetaan sen kohdentaminen yksinasuville vanhuksille. Toisaalta omaishoidon tukeen liittyvillä kotipalveluilla on kahtalainen merkitys; turvata hoidettavalle ammatillinen hoito ja sen seuranta omaishoitajan työn rinnalla ja turvata omaishoitajan jaksaminen.

Valtakunnalliseksi tavoitteeksi tulisi asettaa omaishoidon tuen lisääminen siten, että vuonna 2012 omaishoidon tuen piirissä hoidettavina olisi keskimäärin 8 % yli 75-vuotiaista (vuonna 2012 on 422 000 yli 75-vuotiasta) ja tätä nuorempia hoidettavia olisi vähintään 18 000. Omaishoidon tuen kattavuus olisi tuolloin 52 000.

Omaishoidon tukea määritellään kansallisesti lainsäädännön ja erilaisten toimintasuunnitelmien ja ohjeiden tasolla. Kunnallisella tasolla palvelujen tuottamista määritellään erilaisten paikallisten strategioiden, ohjeiden ja päätösten perusteella. Kunnat ovat viime vuosien aikana valmistelleet vanhus- ja vammaispoliittisia strategioita. Kunnista yli 90 % on tehnyt tai valmistelee vanhusstrategiaa. Kun strategioissa tarkastellaan kotona asumista ja sen kehittämistä, omaishoito jää herkästi sivuun tai muiden kotihoidon palvelumuotojen kehittämisen varjoon. Samoin omaishoitoa ei useinkaan ajatella keinona vammaispalvelujen tai niihin liittyvän avoterveydenhuollon kehittämisessä. Erityisesti mielenterveystyön suunnitelmissa omaishoitoa tulisi vahvistaa.

Esitys 1. Omaishoidon tuen asema kunnallisissa palvelustrategioissa ja kattavuustavoite vuoteen 2012.

Valtakunnalliseksi tavoitteeksi esitetään, että vuonna 2012 omaishoidon tuen kattavuus olisi keskimäärin 8 % yli 75-vuotiaiden määrästä (noin 34 000) ja tätä nuorempia omaishoidon tuen saajia eri vammais- ja sairausryhmistä olisi tuolloin vähintään 18 000. Tavoite (52 000) tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten strategioiden, sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen toimeenpanosuunnitelmissa ja valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) tarkistuksissa sekä vuosien 2006 - 2012 valtion ja kuntien määrärahoissa.

Kunnat toteuttaessaan sekä sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto, lääninhallitukset, Stakes ja sosiaalialan osaamiskeskukset avustaessaan, ohjeistaessaan ja tukiessaan kuntien vanhus- ja vammaispoliittisten strategioiden valmistelua, painottavat omaishoidon tuen asemaa ja näkyvyyttä osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja rakenteiden kehittämistä. Valtakunnallinen kattavuustavoite on kuntien strategiatyölle suuntaa-antava.

4.2 Työelämän ja omaishoidon välinen suhde

Pohjoismaisessa hyvinvointivaltioajattelussa hoivapalvelut ja työelämä on liitetty yhteen. Tästä ovat esimerkkinä onnistuneet ratkaisut perhe-elämän ja työelämän yhteen nivomisesta ja perhevapaiden kustannusten jakamisesta valtion, työnantajien ja vakuutettujen kesken. Omaishoito on jäänyt meillä tällaisten ratkaisujen ulkopuolelle, koska siitä ei ole tullut vielä sellaista kysymystä kuin mitä pienten lasten hoidosta työelämään osallistumisen mahdollistajana jo 1970-luvulla tuli. Ratkaisuja joudutaan jatkossa kuitenkin Suomessakin etsimään monesta suunnasta, myös työelämästä käsin.

Omaishoitoystävällinen työsuhdepolitiikka tulee jatkossa entistä välttämättömämmäksi, jotta omaishoito onnistuisi. Omaishoitotyötä voidaan tehdä myös ansiotyön ohella, jolloin omaishoitaja on koko- tai osa-aikaisesti työssä. Hoitajista 16 % on tällä hetkellä kokoaikatyössä, kuusi prosenttia osa-aikatyössä, yksi prosentti virkavapaalla ja kahdeksan prosenttia työttömänä. Kun eläkkeelle päästään tulevaisuudessa nykyistä myöhempään, ei eläkkeelle siirtymisen jälkeinen hoitaminen enää riitä. Hoidettavien hoidon tarve keski-iän noustessa on myös entistä pidempiaikaista. Väestön ikääntyessä ja huoltosuhteen heiketessä yhä useammat omaishoitajat ovat työelämässä ja työelämän sekä omaishoidon väliseen suhteeseen joudutaan kiinnittämään entistä enemmän huomiota.

Yksistään julkisilla resurssilla ikääntyvien ihmisten hoidon tarpeeseen ei pystytä tulevaisuudessa vastaamaan. Vaikka palveluyritysten määrä edelleenkin kasvaisi, kuten luultavaa on, pitkäaikaisesta hoidosta syntyvät hoitomaksut voivat olla monelle hoidettavalle kohtuuttomia tai palvelua ei ole saatavilla. Järjestöjen antama tuki ja vapaaehtoistyö on tärkeää, mutta hoidettavan asuinpaikasta riippuen myös sen saatavuus voi olla heikkoa ja jatkuvuus ylipäätään epävarma. Läheisen tuomaa turvallisuuden tunnetta hoidettavalle tai vastaavasti läheisen itse kokemaa tarvetta olla osittain vastaamassa omaisensa hyvinvoinnista ei voi korvata. Työssäkäyville omaishoitajille itse työssäkäynti voi olla omaa jaksamista vahvistavakin tekijä, mutta työelämän ja hoitotehtävän yhteensovittaminen on usein vaativaa ja raskasta.

Tulevaisuudessa tarvitaan kaikkien edellä mainittujen tahojen osuutta omaishoidon onnistumiseksi: julkista palkkiota hoitajille, julkista palvelua hoidettaville, palveluyritysten vaihtoehtoa palvelujen tarjoajana, järjestöjen antamia palveluja ja tukea, vapaaehtoistyötä sekä työelämän omaishoitomyönteisyyttä erilaisten vapaajärjestelyjen ja taloudellisten kompensaatioiden muodossa.

Työelämän myönteinen asennoituminen omaishoitoon rohkaisee työntekijöitä jäämään pois työstä osa- tai kokoaikaisesti määräajaksi, mutta samalla mahdollistaa hyvin koulutetun ja kokemusta omaavan työntekijän paluun takaisin työelämään. Ilman omaishoitomyönteistä työelämää, työntekijät joutuvat läheisen hoidon vuoksi jättämään työpaikkansa, johon heillä on kokemusta ja osaamista. Toisena vaihtoehtona on omaisen hoidon siirtyminen kokonaan yhteiskunnan vastuulle, joka on kansantaloudellisesti kaikille kustannuksista vastaaville osapuo-

lilla nykyistä kalliimpi vaihtoehto. Työelämän onnistuneilla järjestelyillä edistetään uusien työpaikkojen luomista omaishoitovapaiden ajaksi ja vältetään julkisilla varoilla koulutetun työvoiman kohtaama pakko tehdä valinta omaishoidon tai työelämän välillä.

Hollannissa on luotu runsaasti vaihtoehtoja omaishoidon ja työelämän välisen suhteen parantamiseksi ja omaishoidon mahdollistamiseksi myös niille, jotka ovat työelämässä. Alun perin kehitys Hollannissa lähti pienten lasten hoitojärjestelyistä, mutta on laajennut hoitotilanteisiin, joissa työntekijä hoitaa vammaista, pitkäaikaissairasta tai äkillisesti sairastunutta omaistaan. Tällaisia mahdollisuuksia ovat ns. katastrofivapaa, kymmenen päivän hoitovapaa, terminaalihoidon vapaa, työn keskeytys omaishoitoa varten, säästetty vapaa ja pitkäaikaishoidon vapaa. Katastrofivapaata annetaan erityistilanteita varten, jotka vaativat työntekijän välitöntä toimintaa muutamasta tunnista muutamaan päivään. Yleensä työnantaja harkitsee vapaan antamisen tilannekohtaisesti ja samalla vapaapäätöksellä antaa sen palkallisena. Enintään kymmenen päivän hoitovapaa annetaan sairaan lapsen, puolison tai vanhemman hoitamiseksi tilanteessa, jossa muu hoitovaihtoehto ei tule kysymykseen. Työnantaja maksaa 70 % palkasta ja vähintään minimipalkan, johon se saa vakuutuksesta täyden korvauksen. Terminaalihoidon vapaa sovitaan yksilökohtaisesti sen ollessa vähintään kolmasosa työajasta vähintään kuukauden ajan ja enintään kuuden kuukauden ajan. Erityisissä tilanteissa vapaa voi kestää jopa 18 kuukautta. Vapaan korvaa suoraan työntekijälle julkinen vakuutusjärjestelmä (500 euroa kuukaudessa). Myös Ruotsissa ja Englannissa on toteutettu läheisen terminaalivaiheen hoitoon osallistumista työelämän järjestelyin.

Saadakseen Hollannissa työn keskeytyksen omaishoitoa varten työntekijän on täytynyt työskennellä työnantajan palveluksessa vähintään vuoden ja vapaa voi olla 6 - 18 kuukautta ja vähintään kolmasosa viikkotyöajasta. Työnantaja ottaa vapaan ajaksi työttömän työntekijän. Julkinen vakuutus maksaa työntekijälle palkkamenetyksenä 500 euroa kuukaudessa. Säästetty vapaa tarkoittaa sitä, että työnantaja hyväksyy työajan tai työpalkan keräämisen (enintään 10 % työajasta tai palkasta), jota työntekijä voi halutessaan käyttää omaishoitoon. Säästetty vapaa voi olla kerrallaan enintään vuosi. Hollannissa suunnitteilla oleva pitkäaikaishoidon vapaa tarkoittaisi sitä, että työntekijä voi käyttää vapaata sairaan lapsen, puolison tai vanhemman hoitoon. Sen maksimikesto voisi olla kuusi kertaa viikoittainen työtuntien määrä (220 - 240 tuntia), yleensä hajotettuna 12 kuukauden sisälle. Työntekijä voisi työnantajan suostumuksella vaihtaa tämän kuuden viikon täysimittaiseen vapaaseen.

Suomen työsopimuslainsäädännössä ja työaikalainsäädännössä on tällä hetkellä vaihtoehtoja, joita voi jossain määrin käyttää myös omaishoitoon alkaen aivan lyhytaikaisista poissaolomahdollisuuksista pidempään yhtäjaksoiseen ja kokoaikaiseen työstä poissaoloon. Laki vuorotteluvapaasta tuli voimaan kokeiluna vuonna 1996 ja on nyt voimassa vuoden 2007 loppuun saakka. Se on järjestely, jossa kokoaikatyössä oleva työntekijä siirtyy vapaalle ja samalla työnantaja palkkaa työvoimatoimistosta työttömän työnhakijan. Vapaa perustuu sopimukseen työntekijän ja työnantajan välillä ja edellyttää vähintään vuoden palvelusuhdetta tähän työnantajaan sekä sitä, että työntekijä on tehnyt ennen vuorotteluvapaan alkamista työntekijän eläkelain edellyttämää työtä vähintään kymmenen vuotta. Kesto on yhtäjaksoisesti 90 kalenteripäivää ja enintään 359 kalenteripäivää. Työntekijä saa vuorottelukorvauksena 70 prosenttia työttömyyspäivärahasta. Vuorotteluvapaata on käytetty erityisesti opetus-, sosiaali- ja terveysalalla ja näiden käyttö on keskittynyt kuntasektorille. Valtaosa vuorotteluvapaalla olijoista on ollut naisia (71 %). Palkansaajien yleisimmät motiivit vuorotteluvapaalle jäämiseen ovat opiskelu (18 %), lisäajan tarve perheelle (15 %), stressi ja työpaikan huono ilmapiiri (15 %), kuntoutuksen ja levon tarve (13 %) sekä harrastukset (9 %). Vuorotteluvapaan koetut vaikutukset ovat olleet positiivisia. Suurimpana ongelmana vuorottelijat kokevat toimeentulon heikentymisen. Työantajat pitävät hyvinä puolina sitä, että vuorottelu ehkäisee henkilöstön uu-

pumista ja tuo uusia tuulia organisaatioon. Samoin vuorottelusta nähdään olevan hyötyä uusien työntekijöiden sisäänajossa. Taloudellisesti vuorottelu merkitsee yritykselle säästöä palkkakustannuksissa.

Vuorotteluvapaassa korostuvat pitkähkö poissaolon mahdollisuus työmarkkinoilta, elinkaariajattelu (eli tietyissä elinvaiheissa vapaa on käyttökelpoinen) ja työntekijän oma aloitteellisuus vapaaseen. Se ei ole sellainen subjektiivinen oikeus kuin esimerkiksi vanhempainvapaat, vaan siitä sovitaan työnantajan kanssa. Se on sosiaalipoliittinen järjestelmä, jossa vapaan pitoa tuetaan taloudellisesti. Vaikka hallituksen esityksessä (135/1996) vuorottelun tavoitteista todetaankin, että työssä olevalla saattaa olla tarvetta turvalliseen, väliaikaiseen poissaoloon työmarkkinoilta henkilökohtaisista syistä, esimerkiksi omaisen hoitamisen vuoksi, ei vuorotteluvapaan käyttö omaishoitoon ole ollut mitenkään tyypillistä. Sen käyttöä läheisten hyvinvoinnin turvaajana tulisi nykyistä enemmän tiedottaa työpaikkojen, työvoimatoimiston, työnantaja- ja palkansaajajärjestöjen ja omaishoidon järjestöjen kautta.

Työsopimuslaissa on säännökset poissaolosta pakottavista perhesyistä (TSL 4 luku 7 §). Työntekijällä on oikeus tilapäiseen poissaoloon työstä, jos hänen välitön poissaolonsa on välttämätöntä hänen perhettään kohdanneen sairaudesta tai onnettomuudesta johtuvan, ennalta arvaamattoman ja pakottavan syyn vuoksi. Säännös edellyttää tapahtuman ennalta-arvaamattomuutta, tilapäisyyttä ja pakottavuutta. Säännös on tulkinnanvarainen, kun kyseessä on eri taloudessa tai jopa eri paikkakunnalla asuva omainen. Työaikalain säädösten mukaan (15 §:n) mukaan työntekijä voi sosiaalista tai terveydellisistä syistä siirtyä tekemään lyhyempää työaikaa, kun siitä sovitaan työnantajan kanssa. Lyhennetyn työajan osalta lain yksityiskohtaisissa perusteluissa mainitaan yhtenä syynä sairaan läheisen hoito. Lainsäätäjä on tässä ainakin pyrkinyt siihen, että omaishoidon tilanne liittyy työntekijän sosiaalisiin syihin, joihin työntekijällä on periaatteessa mahdollisuus vedota lyhennetyn työajan saamiseksi. Työnantajan on pyrittävä tällöin järjestämään työt niin, että työntekijä voi tehdä lyhennettyä työaikaa. Kyse on siis pitkälti lakiin kirjatusta suosituksesta, joka edellyttää sopimusta ja sopimus on määräaikainen.

Omaishoitoon voidaan käyttää lisäksi ainakin vuosilomalain mukaista säästövapaata, ylityövapaita ja osa-aikaeläkeratkaisuja. Osa-aikaeläke voi vaihtoehtona olla selvästi muita vaihtoehtoja pidempiaikainen ratkaisu omaishoitojärjestelyihin, mutta työntekijän kannalta taloudellinen ja perustavanlaatuinen ratkaisu. Työaikapankin käyttöönoton valmistelu on meneillään. Työaikapankin ja säästövapaan käytön edellytyksenä on se, että tilanne pitää kyetä riittävän ajoissa ennakoimaan ja sopimaan työnantajan kanssa. Työssäkäyvien omaishoitajien kyselyaineistosta (2002/12) selviää, että työssä olevat omaishoitajat toivovat työantajan puolelta joustavia työaikoja ja oman työkyvyn ylläpitämiseen liittyviä toimia.

Työnantajan kannalta katsottuna työntekijän mahdollisuuksia tarpeen vaatiessa osallistua vanhempiensa hoitoon voidaan edistää työmarkkinajärjestöjen toimenpitein kehittämällä joustavia työaikaratkaisuja työpaikkatasolla tai työelämän osapuolet voivat sopia puitesopimuksia, joissa sovitaan omaishoidon ja työelämän pelisäännöistä. Lakisääteisten ratkaisujen ongelmaksi muodostuvat määräaikaiset työsuhteet, joita pidetään jonkin asteisena yhteiskunnallisena epäkohtana tai ainakaan niitä ei tulisi tietoisesti tavoitella. Järjestelyistä ei saisi työnantajan näkemyksen mukaan syntyä palkanmaksuvelvollisuutta.

Työelämän ja omaishoidon yhteensovittamisen keinot voivat ja niiden tulee olla moninaiset riippuen siitä, edellyttääkö omaishoidon tilanne määräaikaista poissaoloa kokonaan työelämästä, osa-aikatyön ja työelämän joustoja omaishoidon onnistumiseksi työn rinnalla vai pidempiaikaisen poissaolon mahdollisuutta, jonka jälkeen työntekijä voi palata työhön. Yhteen-

sovittamisen parantamiseksi voidaan kolmikantavalmistelussa esittää lainsäädännöllisiä ratkaisuja tai sopimuksin sitovasti sovittuja ratkaisuja. Ratkaisut voivat olla myös suositusluonteisia, jolloin niistä neuvotellaan työnantaja- ja työntekijäkohtaisesti.

Omaishoidossa on edellä kuvatun työelämän ja omaishoidon periaatteellisen ja merkittävän kysymyksen rinnalla kyse myös työttömyysturvan ja omaishoidon välisestä suhteesta. Työttömyysturvalain säädökset (4 §) määrittävät työttömyyspäivärahaan oikeutetuksi työvoimatoimistoon ilmoittautuneen, kokoaikatyötä hakevan, työkykyisen työttömän henkilön, joka on työmarkkinoiden käytettävissä ja jolle ei ole voitu osoittaa työtä tai jota ei ole voitu ottaa koulutukseen. Omaishoitajan mahdollisuus päästä työttömäksi työnhakijaksi ja sitä kautta työttömyysturvan piiriin vaihtelee riippuen siitä, millaiseksi on arvioitu hakijan mahdollisuus olla työmarkkinoiden käytettävissä omaishoitotyön sitovuuden ja työmäärän perusteella. Työvoimatoimikuntien ratkaisut ovat yksittäisiä sovellutuksia työministeriön yleisohjeesta, jonka mukaan vain sitova omaishoitajuus estää olemasta työmarkkinoiden käytettävissä. Mikäli omaishoitaja on ollut aiemmin työelämässä, hän sitä kautta pystyy usein osoittamaan, että hoito ei ole ollut aikaisemminkaan ympärivuorokautisesti sitovaa. Jos näin ei ole, työttömyysturvan saamiseksi tarvitaan asiantuntijalausunto siitä, että työ ei ole ympärivuorokautisesti sitovaa. Tässä selvityksessä esitetään omaishoidon tuen arvioimiseksi valtakunnallisesti yhtäläiset kriteerit ja palkkioluokat, joiden perusteella II (keskimmäinen) ja III (ylin) palkkioluokka osoittaa sellaista hoidon ja huolenpidon määrää ja sitovuutta, että niiden piirissä olevalla omaishoitajalla ei ole realistisia mahdollisuuksia olla samaan aikaan työmarkkinoiden käytettävissä.

Myös käytäntö, hyväksytäänkö omaishoidon tuki palkkiona päivärahan perusteena olevaksi palkkatuloksi, vaihtelee. Tulkinnat johtuvat osittain siitä, että omaishoitajan suhde kuntaan ei ole työsuhde vaan toimeksiantosuhde. Työttömyysturvalakia tulisi uusia siten, että omaishoitotyö kerryttäisi työssäoloaikaa, kun omaishoitaja ei ole työnsä aikana saanut työttömyysturvaa ja hoitotyön päätyttyä ilmoittautuu työvoimatoimistoon työttömäksi työnhakijaksi. Samoin omaishoitotyön aikana saatu omaishoidon tuen palkkio tulisi laskea päivärahan perustana olevaksi palkkatuloksi.

Esitys 2. Työelämäratkaisuja omaishoidon tukemiseksi.

Omaishoitoystävällinen työsuhdepolitiikka tarkoittaa erilaisia toimenpiteitä, joilla asenteellisesti ja lakisääteisin muutoksin mahdollistetaan työntekijöiden omaishoito työsuhteen aikana. Näillä seikoilla turvataan työelämän ja omaishoidon nykyistä parempi yhteensovittaminen.

Työmarkkinajärjestöjen toimenpitein kuten puitesopimuksia ja suosituksia käyttämällä tulee edistää ja tiedottaa keinoista mahdollistaa työntekijän siirtyminen ennalta sovituksi ajaksi omaishoitoon. Tällaisia voimassa olevia keinoja ovat vuorotteluvapaan, lyhennetyn työajan, pakottavan perhesyyn säännösten, vuosilomalain mukaisen säästövapaan, ylityövapaiden, etätyön ja osa-aikaeläkeratkaisujen sekä valmisteilla olevan työaikapankin suomat mahdollisuudet. Lisäksi työmarkkinajärjestöjen yhteisellä sopimuksella tulee lähteä kokeilemaan uusia vaihtoehtoja omaishoidon ja työelämän yhteensovittamiseksi. Tällaisia ovat enintään kymmenen päivän hoitovapaakokeilut lapsen, puolison tai vanhemman hoitamiseksi tilanteessa, jossa muu hoitovaihtoehto ei tule kysymykseen tai pitkäaikaishoidon vapaa sairaan lapsen, puolison tai vanhemman hoitoon yhtäjaksoisena tai hajotettuna viikoittain tunneiksi sovitun aikamäärän sisällä.

Sosiaali- ja terveysministeriölle esitetään, että se valmistelisi sopimusneuvotteluja varten työnantajajärjestöjen, palkansaajajärjestöjen ja valtion kolmikantavalmisteluun esityksen työsopimuslain 4 luvun 6 §:n muuttamiseksi. Nykyinen pykälän sisältö koskee tilapäistä hoitovapaata työntekijän lapsen tai muun hänen taloudessaan vakituisesti asuvan lapsen, joka ei ole täyttänyt 10 vuotta, sairastuessa äkillisesti. Tällöin työntekijällä on oikeus saada lapsen hoidon järjestämiseksi tai tämän hoitamiseksi tilapäistä hoitovapaata enintään neljä työpäivää kerrallaan. Pykälään esitetään lisättäväksi mahdollisuus tilapäiseen hoitovapaaseen samoin ehdoin myös omien vanhempien ja puolison osalta, kun tällainen henkilö ei kykene yksin itsestään huolehtimaan.

Sosiaali- ja terveysministeriölle esitetään, että se valmistelisi sopimusneuvotteluja varten työnantajajärjestöjen, palkansaajajärjestöjen ja valtion kolmikantavalmisteluun esityksen työsopimuslain 4 luvun 3 §:n muuttamiseksi. Nykyinen pykälän sisältö koskee työntekijän oikeutta saada hoitovapaata lapsensa tai muun hänen taloudessaan vakituisesti asuvan lapsen hoitamiseksi, kunnes lapsi täyttää kolme vuotta. Hoitovapaana voidaan pitää pykälän mukaan enintään kaksi vähintään kuukauden pituista jaksoa, jolleivät työnantaja ja työntekijä sovi kahta useammasta tai kuukautta lyhyemmästä jaksosta. Pykälään esitetään uutta momenttia koskien työntekijän oikeutta saada hoitovapaata omien vanhempien, puolison tai lapsien tai muiden hänen taloudessaan vakituisesti asuvien lasten terminaalihoidon ajaksi vähintään saman kestoisena ja samanlaisin työnantajan ja työntekijän välisin sopimuksin määriteltynä kuin alle kolmevuotiaan hoitovapaan osalta on säädelty.

Työministeriölle esitetään työttömyysturvalain 5 §:n muuttamista siten, että omaishoitotilanteen II ja III palkkioluokan mukainen hoitosopimus on sellainen, joka estää hoitajaa olemasta työmarkkinoiden käytettävissä. Vastaavasti sosiaalihuoltolain mukaista omaishoitoa tulisi sen päätyttyä pitää työmarkkinoilla olona ja omaishoitotyön aikana saatu omaishoidon tuen palkkio tulisi laskea päivärahan perustana olevaksi palkkatuloksi, jos omaishoitaja ei ole ollut työttömänä työnhakijana hoitotyötä tehdessään.

4.3 Omaishoidon tuki on vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvaa hoitoa ja huolenpitoa

Nykyinen lainsäädäntö määrittää omaishoidon tuen vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvaksi hoidoksi tai muuksi huolenpidoksi. Hoito ja huolenpito voidaan erityisistä syistä järjestää myös hoitajan kotona. Hoitajan kotiin järjestettyyn ympärivuorokautisen hoitoon sovelletaan kuitenkin perhehoitajalain (312/92) säännöksiä silloin, kun muut perhehoidolle asetetut edellytykset täyttyvät.

Muu kuin hoidettavan oma koti on syytä säilyttää omaishoidon tuen piirissä, koska esimerkiksi lasten omaishoidon mahdollistamiseksi voi hoidettavan siirtyminen lapsen kotitalouteen olla tulevaisuudessa yksi vaihtoehto. Omaishoidon tukea ei tulisi kuitenkaan kohdentaa sellaiseen julkiseen, yksityiseen tai järjestön ylläpitämään hoitoyksikköön, johon kuuluvat ympärivuorokautiset palvelut kuten yöaikainen turvallisuus, säännöllinen hoito ja muu huolenpito. Hoidettavalla tulee olla ensisijainen mahdollisuus sen palveluyksikön palveluihin, jossa hän asuu.

Nykyinen lainsäädäntö mahdollistaa, että kunta voi tehdä sopimuksen omaishoidon tuesta myös muun henkilön kuin hoidettavan omaisen tai läheisen kanssa. Puolisoiden, lasten tai vanhempien osuus omaishoitajista on 67 %, muita omaisia on yhdeksän prosenttia ja ystäviä yksi prosentti. Vierashoitajia, joilla ei välttämättä ennen omaishoitosuhteen alkamista ole ollut hoidettavaan mitään tuttavuutta, on kolme prosenttia eli 850. Nämä vierashoitajat ovat opiskelijoita, kotiäitejä tai äitiys- ja vanhempainlomalla olevia. Pieni määrä kuntia on käyttänyt vierashoitajaa omaishoidon toimeksiantosopimussuhteessa ja tätä kautta välttänyt työsopimuksen tekemisen hoitajan kanssa. On ollut myös tapauksia, joissa kotipalvelun työntekijä on siirretty palkkasuhteesta useiden hoidettavien hoitoon toimeksiantosopimussuhteella. Omaisen ja läheisen tekemän työn tukeminen ja turvaaminen omaishoidon tuen palkkiolla, palveluilla ja omaishoitajalle annettavalla tuella tulee pitää erillään työsuhteeseen perustuvasta palkkatyöstä.

Esitys 3. Omaishoidon tuki on vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvaa hoitoa ja huolenpitoa.

Omaishoidon tuella tarkoitetaan jatkossakin nykyisen lainsäädännön mukaisesti vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvaa hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota erityisistä syistä voidaan järjestää myös omaishoitajan kotona. Tästä hoidosta ja huolenpidosta on päävastuussa siihen nimetty omaishoitaja, jonka kanssa kunta tekee asiaa koskevan toimeksiantosopimuksen.

Omaishoidon tuen piiriin ei kuulu sellainen sopimus, jossa hoitava henkilö on hoidettavalle vieras. Omaishoidon tuki perustuu hoitajan ja hoidettavan yhteiseen tahtoon ja siinä olennaista on tuttuussuhde omaishoitajan ja hoidettavan välillä jo ennen omaishoitosuhteen alkamista.

Omaishoidon tukea ei tulisi jatkossa kohdentaa sellaiseen julkiseen, palveluyrityksen tai järjestön ylläpitämään hoitoyksikköön, johon kuuluvat hoidettavalle tarjottavat ympärivuorokautiset palvelut, säännöllinen hoito ja muu huolenpito.

4.4 Omaishoidon tuki muodostuu hoitajan palkkiosta, hoidettavan palveluista ja hoitajan saamasta tuesta

Omaishoidon tuen kokonaisuus esitetään jatkossa muodostettavan kolmesta osa-alueesta eli hoitajan palkkiosta, hoidettavalle tulevista palveluista ja omaishoitajalle tulevasta tuesta. Omaishoitajan työkyvyn ja kuntoisuuden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi tässä selvityksessä kiinnitetään erityistä huomiota niihin toimenpiteisiin ja tukemismuotoihin, joiden avulla omaishoitaja jaksaa työssään paremmin ja joiden avulla hän voi hetkellisesti vapautuvia muutoin sitovasta tai jopa ympärivuorokautisesta hoitovastuusta.

Omaishoidon tuen suullinen, kirjallinen tai sähköinen hakemus käynnistää moniammatillisen omaishoidon tiimin arvioinnin. Arviointiin tulisi jokaisella omaishoidon tuen hakijalla olla oikeus huolimatta siitä, mikä on kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen tilanne tai määrärahat. Kukin omaishoidon tuen osa-alue esitetään arvioitavan erillisinä. Arvioinnissa esille tulevat tarpeen mukaiset toimenpiteet ja niiden toteutustavat kirjataan hoidettavan hoito- ja palvelu-

suunnitelmaan ja hoitajan ja kunnan väliseen sopimukseen. Nämä asiakirjat liitetään varsinaiseen kunnallisen omaishoidon tuen päätökseen allekirjoitettuina liitteinä.

Kunta päättää omaishoidon tuen myöntämisestä tai hylkäämisestä. Kunnan tehdessä omaishoidon tukea koskevaa myönteistä päätöstä, sillä on oikeus päättää asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman ja hoitajan tuki- ja palkkiosopimuksen lopullisesta sisällöstä palvelujen ja tuen määrän ja intensiteetin osalta. Tavoitteena omaishoidon tuen jatkuvuuden ja merkityksen turvaamiseksi tietenkin olisi, että kunta pystyisi pitäytymään kaikkien omaishoidon tuen osien, myös hoidettavalle tulevien palvelujen tai hoitajalle tulevan tuen kokonaisuudessa. Kunnan tulee kuitenkin pitäytyä arvioinnin osoittamassa omaishoidon tuen palkkioluokassa, mikäli moniammatillinen tiimin esitys tästä on yksimielinen. Palkkion maksamisesta esitetään täten sitovampaa, arvioinnin osoittamaa velvoitetta kuin mitä tähän asti on ollut. Omaishoidon tuen palkkioiden rahoitusvastuun siirtämistä asteittain valtiolle esitetään myöhemmin tässä selvityksessä.

Mikäli päätös omaishoidon tuesta on hakijalle kielteinen, palveluohjauksen keinoin hakijaa tulee ohjata normaalien julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin tai palvelusetelein tai muutoin palveluyritysten ja järjestöjen piiriin palvelujen hakijaksi.

Esitys 4. Omaishoidon tuki muodostuu hoitajan palkkiosta, hoidettavan palveluista ja hoitajan saamasta tuesta.

Kunnallisen omaishoidon tuen lainsäädäntöön esitetään omaishoidon tuen muodostuvan kolmesta osasta eli omaishoitajalle tulevasta palkkiosta, hoidettavalle tulevista palveluista ja omaishoitajalle tulevasta muusta tuesta. Tässä selvityksessä esitetään tarkemmin, miten näiden osa-alueiden arviointi toteutetaan valtakunnallisesti yhtenäisten mittareiden avulla.

4.5 Kriteerit omaishoidon tuen myöntämiselle

Omaishoito on hoidon[1] prosessi, jossa on välittämistä tai huolen kantamista (caring about), huolenpitoa (taking care), hoitamista (care giving) ja hoidon vastaanottamista (care receiving). Välittämisessä on kyse huomioon ottamisesta, kun taas huolen kantamisessa on vastuuta ja pyrkimystä tehdä asioita toisen puolesta tai toisen hyväksi. Huolenpito taasen on eräänlaista koordinoivaa toimintaa, jossa keskeisenä elementtinä on vastuu asioiden sujumisesta sekä arjen sujuvuuden tukemisesta kuten ruokailusta, liikkumisessa avustamisesta, kodinhoidollisista tehtävistä, psykososiaalisesta tuesta hoidettavalle ja hänen kaikenpuolisen hyvinvoinnin takaamisesta. Hoitaminen edellyttää toisenlaista ajallista ja ruumiillista sitoutumista kuin huolenpito. Hoitamisen alueita tarkastellaan usein luettelemalla erilaisia perushoidon muotoja kuten henkilökohtainen hygienia, puhtaus, sairaanhoidolliset ja terveyden säilyttämiseen liittyvät toimenpiteet sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus. Hoidettavat tarvitsevat monenlaista apua riippuen hoidettavan iästä, vammasta, sairaudesta ja henkilökohtaisista tarpeista.

---

[1] Jaottelu perustuu Ficherin ja Tronton 1990 malliin

Omaishoidon asiakkuus muodostuu hoidettavasta, omaishoitajasta ja muista tähän talouteen liittyvistä henkilöistä. Omainen on hoidettavalle tärkeä yhteistyökumppani, jonka vastuulla hänen jokapäiväinen hoitonsa ja huolenpitonsa on ja joka saa hoidon turvaamiseksi ja hoitajana jaksamiseksi tarpeellisen määrän ulkopuolista tukea. Hoidettavalle on usein omaishoitajan hoidon ja huolenpidon ohella tarpeellista kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotta kotihoito onnistuisi. Omaishoitajan ja hoidettavan suhde perustuu aina molempien omaan haluun. Siksi asiakkuudesta ei voi eriyttää hoidettavaa tai hoitajaa, vaan he yhdessä muodostavat omaishoidon ytimen. Ytimen rinnalla asiakkuuteen saattaa kuulua muita taloudessa asuvia, kuten sisaret, lapset, puoliso, muut sukulaiset tai läheiset.

Omaishoidon tuen tarpeen arvioinnissa on tärkeää lääketieteellisten näkemysten integroiminen ihmisten psykososiaalisten ja sosiaalisten tarpeiden kanssa. Näiden erilaisten tarpeiden tasapuolinen huomiointi ja yhteensovittamisen on haasteellinen tehtävä, koska omaishoidon tuen myöntämiskäytännöissä on meneillään yhtaikaisesti kaksi prosessia, joista ensimmäinen on sosiaalipalvelujen medikalisaatio ja toinen terveyspalvelujen demedikalisaatio. Omaishoidon tuen myöntämisessä lääketieteellisten näkökohtien ylikorostaminen saattaa johtaa siihen, että hoidettavan sosiaaliset tarpeet ohitetaan ja esimerkiksi kehitysvammainen tai mielenterveysasiakas syrjäytyy tuen piiristä. Lääketieteellisten ongelmien alikorostaminen tai vähättely saattaa puolestaan johtaa siihen, että paljon hoidollista apua tarvitseva jää tuen ulkopuolelle. Lääketieteelliset perusteet näyttävät kuitenkin vaikuttavan sosiaalisia tarpeita enemmän omaishoidon tuen käytännöissä. Ne ohjaavat palvelujen päätöksentekoa voimakkaasti siihen suuntaan, että palvelut ohjautuvat lääketieteellisesti huonokuntoisille. Omaishoidon tuen tarpeiden arviointi ei näin ollen ole helppo tehtävä ja edellyttää moniammatillista osaamista.

Omaishoidon arviointi tulisi tehdä kotikäynnin muodossa kaikille hakijoille ja arvioinnin tulisi perustua moniammatilliseen tilannearvioon, jossa huomioidaan hoidettavan toimintakyky, hoidon ja huolenpidon tarve ja määrä, hoitajan jaksaminen ja elin- ja asuinympäristön valmiudet omaishoidon turvaamiseen. Arvioinnissa on kyse sen tilanteen hahmottamisesta, jossa yleisen, läheisiin ja perheisiin liittyvän hoidon ja huolenpidon raja ylittyy siten, että siirrytään julkisen vallan määrittämään omaishoidon tukeen. Tällöin omaishoitotilanne täyttää tietyt yhteisesti sovittavat kriteerit. Tällöin on yleensä kyse muusta kuin tilapäisestä hoidosta tai kertatapahtumasta. Hoitosuhde on ajallisesti sitova ja se edellyttää säännöllistä apua. Perushoidon ja huolenpidon tarve on päivittäistä ja omaishoidon avulla ehkäistään, pitkitetään tai korvataan laitoshoitotarvetta. Arvolähtökohtana tällöin on se, että omaishoitajan työn määrä on niin suuri, että yhteiskunnan tulee siihen osallistua.

Kuntien päättäessä nykyisin omaishoidon tuen myöntämisestä, arviointimenetelmät ovat vaihtelevat. Usein käytetään RAVA-järjestelmää (42 % kunnista käyttää tätä) tai itse kehitettyä kriteeristöä, lääkärintodistusta tai muita arviointijärjestelmiä (kuten Rai-mittari, MMSE-testi, ADL-mittari, Cerad-järjestelmä, GDS-mittari, KYKY-mittari). Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavat eniten hoidettavan avun tarve ja hoidon sitovuus. Jonkin verran painoarvoa annetaan myös hoitajan terveydelle, hoitotaidoille, hoitopaikan olosuhteille ja sille, saako hoidettava jo joitakin sosiaali- ja terveyspalveluja. Myös laitospaikkatilanne on yksi kriteeri, jolloin laitoshoitoa tarvitseva henkilö sovitaan hoidettavan kotona omaisten ja mahdollisten muiden palvelujen turvin, koska hoitopaikkaa ei ole tarjolla.

Arvioinnissa on tärkeä tiedostaa omaishoitoasiakkaiden erilaisuus ja tarpeiden heterogeenisuus. Ongelmana onkin, miten arvioinnissa tulevat esille erilaiset lapsen, nuoren, vanhuksen, psyykkisesti sairaan, vammaisen, vaikean sairauden omaavan tai dementikon omaishoitotilanteet. Pitkäaikaissairaiden lasten tai nuorten hoitotarpeissa korostuvat lääkitykseen ja sairaanhoitoon liittyvät seikat, hygienian, terveellisen ruokavalion, kuntoutuksen ja harrastus- sekä

vapaa-ajan toiminnan tarve. Pitkäaikaissairaalla lapsella tai nuorella on suuri vaara pudota vertais-, kaveri- ja harrastustyhjiöön. Arkielämä pitkäaikaissairaan tai vammaisen lapsen tai nuoren kanssa on koko perhettä sitovaa ja usein fyysisesti raskasta. Vanhempien aikaa kuluu lukuisissa tutkimuksissa, kuntoutuksen ja kodinmuutostarpeiden selvittämisessä sekä hoitoon ja sijaishoitoon liittyvissä järjestelyissä. Vammainen hoidettava voi olla fyysisesti raskas hoidettava vaatien lisäksi kuntoutusta tai hänellä saattaa olla vaikeuksia itsensä ilmaisemisessa. Kehitysvammainen hoidettava saattaa tarvita vähemmän fyysiseen hoitoon ja terveydentilaan liittyvää huolehtimista, mutta toisaalta vaatii jatkuvaa tukea päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Sosiaaliset taidot ja itsensä ilmaisukyky ovat heikot ja omaishoitaja joutuu ottamaan huomioon käyttäytymisen äkilliset muutokset. Eri vammaisryhmillä avun tarpeen luonne vaihtelee paljon, esimerkkinä kuurot ja kuurosokeat tai halvaantuneet. Ms-sairaudessa taudin tila vaihtelee dramaattisesti ja vaatii edetessään yhä enemmän ja yhä tiiviimpää hoitoa ja huolenpitoa. Mielenterveyssairaan hoidossa korostuu avun tarve päivittäisessä suoriutumisessa ja lääkityksen seuranta on tärkeää. Hoidettavan todellisuus ja mielikuvat sekoittuvat ja monissa mielensairauksissa itsetuhoisuus on merkittävä uhkatekijä, jonka vuoksi omaiset joutuvat valvojan rooliin. Psykiatrisen potilaan käytös vaihtelee suurestikin ja voi olla arvaamatonta, mielialaan liittyviä käyttäytymisvaihteluja ja epärealistiselle vaikuttavia pelon ilmaisuja saattaa olla runsaasti. Dementoituneen ihmisen kohdalla korostuvat käytösoireet kuten levottomuus, erityisesti öisin, fyysisen toimintakyvyn ongelmat kuten kävelykyvyn heikkeneminen, jäykkyys ja pidätyskyvyttömyys sekä akuutit sairaudet.

Omaishoidon tuen palkkion, palvelujen ja tuen määrän ja tason arviointi tulisi tapahtua hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrän ja sitovuuden sekä hoitajan soveltuvuuden ja voimavarojen perusteella. Hoidettavan hoidon ja huolenpidon tarpeiden määrittelyssä tulisi käyttää mittaristoa, jonka avulla saadaan selville asiakkaan fyysiset, kognitiiviset, sosiaaliset sekä psyykkiset ja emotionaaliset tekijät. Mittaristo mahdollistaisi tällöin nykyistä paremmin erilaiset hoitotilanteet lapsen, nuoren, vanhuksen, psyykkisesti sairaan, vammaisen, vaikean sairauden omaavan ja dementikon kohdalla.

Hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrän fyysiset tekijät kuten aistitoimintojen, liikkumisen, ihon kunnon, suun ja hampaiden hoidon, erittämisen, syömisen ja juomisen, ruokailun, peseytymisen ja pukeutumisen, nukkumisen ja lepäämisen, kivun ja lääkkeiden ottamisen määrittäminen tapahtuu parhaiten RAVA-indeksin eli päivittäisen avun tarpeen ja toimintakyvyn mittauksen avulla. Lopputulokseksi saadaan indeksi 1 - 4, jolloin pienin indeksitulos vastaa itsenäistä, satunnaista kotihoitoa vastaavaa hoitotilannetta, indeksi 2 - 3 tehostettua kotihoitoa, palveluasumista, tehostettua palveluasumista ja vanhainkotihoitoa ja sitä ylempi indeksi terveyskeskussairaalaa, vanhainkodin pitkäaikaislaitoshoitoa tai erityislaitosta vastaavaa hoitotilannetta.

Fyysisen hoidon ja huolenpidon mittarit eivät omaishoidon tuen arvioinnissa riitä. Kognitiiviset tekijät kuten muisti, toiminnallinen oppimiskyky, orientaatio, päätöksentekokyky eli kyky tehdä itsenäisen elämän ratkaisuja sekä ymmärtämiskyky ovat yhtä tärkeitä. Lisäksi tulee arvioida hoidettavan sosiaalisia ja vuorovaikutuksellisia tekijöitä kuten osallistumista itsensä ulkopuoliseen toimintaan, tiedon ja ohjauksen tarvetta ja kykyä kommunikoida. Näiden lisäksi mittariston avulla tulee kyetä arvioimaan psyykkiset ja emotionaaliset tekijät kuten mieliala, sairaudentunto, turvallisuus, seksuaalisuus, ajatusten, kokemusten ja tunteiden ilmaisu sekä hengellisyys.

Hoidon ja huolenpidon määrän lisäksi mittaristolla tulee kyetä arvioimaan hoidon ja huolenpidon sitovuus. Tämä mitataan omaishoitajien tekemien toimintojen ja läsnäolon sekä valvonnan intensiteetillä. Sitovuutta voidaan mitata esimerkiksi vuorokausi- ja viikkorytmiin liit-

tyvällä läsnäolon, valvonnan ja toimenpiteiden määrällä. Hoidon ja huolenpidon määrä ja sitovuus ovat toisiaan täydentäviä kriteerejä. Vaikka hoidon ja huolenpidon määrä jäisikin arvioinnissa matalaksi, saattaa sitovuus olla niin korkea, että se nostaa omaishoitotilanteen tuen piiriin tai vastaavasti hoidon ja huolenpidon sitovuus saattaa olla vähäinen, mutta silti säännöllisesti suoritettavien hoito- ja huolenpitotehtävien määrä olla runsas.

Omaishoidon tuen myöntämisen yhtenäisiin kriteereihin kuuluu myös hoitajan soveltuvuus ja voimavarat. Arvioinnissa selvitetään omaishoitajan tiedostamat hoitovastuun rajat sekä työn ja hoitajan voimavarojen yhteensovittaminen. Jossain tapauksissahan hoitaja saattaa itsekin olla niin huonokuntoinen, että hoitajan rooli on hänelle kohtuuton. Jos hoitovastuu on rajatonta, omaishoitaja uupuu ja on kykenemätön tuottamaan tarvittavaa huolenpitoa. Tämä on jo perusteltu syy omaishoidon tuen hylkäämiselle, jolloin omaishoitajan ja hoidettavan hyvinvoinnin turvaaminen toteutetaan järjestämällä heille normaalilla tavalla riittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kotiin ja sen ulkopuolelle. Jos hoitajalla on dementoiva sairaus, mielenterveyden ongelmia, päihteiden väärinkäyttöä tai hoitajan ikä ja muu terveydellinen kunto selvästi rajoittaa häntä toimimasta omaishoitajana, vaikka rinnalle arvioitaisiin riittävä määrä hoidettavalle tulevia palveluja ja tukea, tulisi omaishoidon tuen myöntämistä myös välttää.

Omaishoitajan soveltuvuutta ja voimavaroja voidaan arvioida käymällä läpi hoitajan työolot sekä työn sisältö ja vaatimukset, joista osa tulee esille jo hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrän ja sitovuuden arvioinnissa. Terveyden osalta arvioidaan omaishoitajan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky kuten terveyden tila, kunto, henkinen kestävyys, työilmapiiri, työn teon toimintatavat ja sosiaaliset taidot. Hoitajan soveltuvuuden arviointiin kuuluu myös se, miten hoitaja kykenee luomaan omaishoitotilanteeseen tarvittavan turvallisuuden tunteen. Samoin arvioidaan, onko varmuus kaltoin kohtelun poissulkemisesta. Asianmukaisen hoidon vastakohta on kaltoin kohtelu, joka ymmärretään käyttäytymiseksi, jossa fyysistä tai psyykkistä voimaa käyttäen loukataan hoidettavan persoonaa tai omaisuutta niin, että siitä seuraa hänelle kärsimystä. Kaltoin kohdelluksi joutuu Suomessa tutkimusten mukaan joka kymmenes ihminen ja tässä joukossa on oletettavasti myös omaishoidettavia. Ammattiauttajien on usein vaikea tunnistaa kaltoin kohtelua perheessä ja myös yhteiskunnan kielteinen käsitys saattaa johtaa asian vähättelyyn. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä ja vuosittaisessa seurantatilanteessa tulee kaltoin kohtelu ottaa aina esille. Selvästi osoitettu epäily hoidettavan kaltoin kohtelusta on este omaishoidon tuen sopimuksen solmimiselle tai sen jatkamiselle. Hoidon tarpeen arviointi tulee kuitenkin tällöinkin tehdä ja tältä pohjalta hoidettavalle tulisi antaa riittävä määrä kodinhoitoapua ja muita palveluja tai arvioida laitossijoituksen tarvetta.

Esitys 5. Omaishoidon tuen arvioinnin kriteerit ja mittarit.

Kunnallisen omaishoidon tuen lainsäädäntöön esitetään, että omaishoidon tuen palkkion, palvelujen ja tuen määrän ja tason arviointi tapahtuu kolmen kriteerin eli hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrän, hoidon ja huolenpidon sitovuuden sekä hoitajan soveltuvuuden ja voimavarojen perusteella.

Hoidettavan hoidon ja huolenpidon arvioinnissa käytetään mittaristoa, jonka avulla saadaan selville asiakkaan fyysiset, kognitiiviset, sosiaaliset sekä psyykkiset ja emotionaaliset tekijät. Hoitajan soveltuvuus ja voimavarat arvioidaan terveyden, työkunnon, työympäristön, henkisen kestävyyden, sosiaalisten taitojen ja työn teon toimintatapojen osalta. Mittariston avulla määritellään myös näiden kolmen kriteerin keskinäinen painoarvo. Arvioinnin lopputulos

osoittaa omaishoitajan sijoittumisen johonkin laissa määriteltyyn omaishoidon tuen palkkioluokkaan, hoidettavalle annettavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrän ja intensiteetin sekä omaishoitajalle tarpeellisen muun tuen.

Mittariston aikaansaaminen annetaan sosiaali- ja terveysministeriön tehtäväksi yhteistyössä Kuntaliiton, Kansaneläkelaitoksen, sosiaali- ja terveysalan järjestöjen ja Stakesin kanssa vuoden 2005 loppuun mennessä. ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” oppaan yhtenä aihealueena on tässä selvityksessä esitettyjen omaishoidon tuen kolmen kriteerin (eli hoidon ja huolenpidon määrä, hoidon ja huolenpidon sitovuus sekä hoitajan soveltuvuus ja voimavarat) arviointiin sopiva valtakunnallinen mittaristosuositus. Valmistelutyössä voidaan hyödyntää käynnissä olevaa valtakunnallista ”Hyvä ja laadukas omaishoito” kehittämishanketta.

4.6 Omaishoidon tuen palkkio

Nykyinen lainsäädäntö määrittää palkkion minimin hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Arviointimenetelmät, joilla sitovuutta ja hoidon määrää arvioidaan ja joiden pohjalta omaishoitotilanne sijoittuu kunnan päättämiin palkkioluokkiin, vaihtelevat. Maksuluokkia on kahdesta viiteen, joiden maksuluokkien rajat ovat kunnittain hyvinkin vaihtelevat. Joissakin kunnissa asianomainen lautakunta on vahvistanut hyvinkin tarkkaan maksuluokkakohtaiset myöntämiskriteerit ja osassa kuntia maksuluokkaan sijoittuminen tehdään esittelevän tai päättävän viranhaltijan omalla tuntumalla. Koska määrärahaa on kunnissa vähän, on hoitotilanne usein sijoitettu alempiin maksuluokkiin kuin mihin hoidon tarpeen ja sitovuuden perusteella olisi kuulunut. Myös hoidon katsominen vähäiseksi tai tilapäiseksi on jäänyt paikallisten tulkintojen varaan, jolloin asetuksen määrittämää alinta maksua voidaan tällä perusteella alittaa.

Palkkioluokkien määrä ja palkkion taso vaihtelevat. Palkkiot vaihtelevat luokkien sisällä 30 eurosta 1 260 euroon kuukaudessa. Omaishoidon tuen palkkiot ovat nousseet viimeisen kymmenen vuoden aikana, keskipalkkion nousu on ollut 55 euroa, mutta kun otetaan huomioon pakkaindeksimuutos, palkkion todellinen arvo on pienentynyt. Keskimääräinen palkkio omaishoitajaa kohti vuonna 2002 oli 287 euroa. Erot kuntien välillä ja se, että kaikissa palkkioluokissa maksettiin vuonna 2002 myös lailla säädettyä minimipalkkiota pienempiä palkkioita, antaa perusteita sille, että palkkioluokat tulisi määrittää laissa selkeämmin kuin nyt on. Nythän laissa määritellään ainoastaan minimipalkkio (1.1.2004 alkaen 229,29 euroa/kk), josta on mahdollisuus poiketa hoidon sitovuuden vähetessä, hoidon tarpeen ollessa vähäistä ja tilapäistä tai jos alentamiseen on joku erityinen syy. Omaishoidon alinta palkkiotasoa voidaan verrata esimerkiksi perhehoidon palkkioon ja korvauksiin[2], lasten kotihoidontukeen[3] tai kun-

[2] Vuoden 2004 alusta lukien hoitopalkkion vähimmäismäärä on 230 euroa ja enimmäismäärä 689 (kokoaikaisuus) tai 345 euroa (ei kokoaikaisuus) hoidossa olevaa kohti kuukaudessa. Perhehoitajalle maksetaan kulukorvausta, jonka suuruus on vähimmillään 301 euroa ja enimmillään 601 euroa perhehoidossa olevaa henkilö kohti kuukaudessa. Käynnistämiskorvauksen enimmäismäärä on 2 401 euroa perhehoidossa olevaa henkilöä kohti.

[3] Hoitoraha on 252, 28 euroa ja lisäksi 84,09 euroa alle 3-vuotiaasta ja 50,46 euroa alle kouluikäisestä sisaruksesta kuukaudessa. Kotihoidon tuen hoitolisä on enintään 168,19 euroa kuukaudessa.

ta-alan hoitoapulaisen peruspalkkaan[4], joskin mikään näistä vaihtoehdoista ei ole rinnakkainen omaishoitotilanteelle.

Joissakin kunnissa peritään vielä omaishoidon tuen palkkiostakin sosiaalipalvelumaksu, jolloin palkkion myöntäminen on verotuksen, palvelumaksun ja sen johdosta, että omaishoidon tuki lasketaan tuloksi eräitä sosiaalietuuksia määriteltäessä, omaishoitajalle negatiivista tuloa.

Omaishoidon tuen esitetään jatkossa muodostuvan kolmesta osasta; omaishoitajan palkkiosta, hoidettavan palveluista ja omaishoitajalle tulevasta muusta tuesta. Kokonaisuus rakennetaan yksilöllisesti ja kokonaisuuden keskinäiset määrät ja suhteet kirjataan nykyistä sitovammin omaishoitajan ja kunnan väliseen sopimukseen ja hoidettavalle tulevien palvelujen osalta hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Jos omaishoitaja esittää, voidaan arvioitu omaishoidon tuen palkkio tai osa siitä muuttaa hoidettavalle tuleviksi palveluiksi tai hoitajalle tulevaksi tueksi, jotka ovat maksuttomia ja joiden määrä suhteutetaan palkkion pienennyksen arvoon. Tämä palkkion ja palvelujen tai tuen välinen suhteuttaminen perustuu aina omaishoitajan esitykseen ja se toteutetaan vasta sen jälkeen, kun palkkion, palvelujen ja muu tuen määrä on erillisinä arvioitu ja suunnitelmaan sekä sopimusluonnokseen kirjattu.

Omaishoidon tuen palkkiota ei myöskään tule sitoa hoidettavan tai hoitajan tuloihin, vaan se on hoitajan hoidon ja huolenpidon määrän ja sitovuuden perusteella maksettava palkkio. Se ei ole sosiaaliavustusta tai tarveharkintaista toimeentulotukea, vaan palkkiota tehdystä työstä.

Nykyinen asetus omaishoidon tuesta toteaa, että omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa sovitaan hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytyksen ajalta. Hoitopalkkiota alennetaan monenlaisilla perusteilla. Toiset kunnat käyttävät kansaneläkelain sairauspäivärahaoikeudessa mainittua keskeytyssääntöä (yli yhdeksän päivää), toiset soveltavat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain mukaisia hoitomaksujen alentamissäännöksiä (yli seitsemän päivää), asiakasmaksusäännöksiä kotihoidon osalta (viisi päivää) tai laskevat keskeytykset keräten jokaisen keskeytyspäivän kalenterikuukaudessa todellisina. Omana ryhmänään keskeytyksen osalta on käsiteltävä vuorohoidossa tai muussa ei-säännöllisessä omaishoidossa olevat hoidettavat, joiden osalta omaishoidon tuen arviointivaiheessa määritellään tältä pohjalta palkkioluokkaan vaikuttava hoidon ja huolenpidon sitovuus ja määrä. Vuorohoidon ja muun ei-säännöllisen, jaksottaisen omaishoidon osalta palkkioluokka kyetään jo ennakkoon määrittämään poissaolot huomioiden ja keskeytyksiä ei tarvitse erikseen kuukausittain laskea.

Esitys 6. Omaishoidon tuen palkkioluokat ja tasot.

Omaishoidon tuen palkkioluokat ja tasot esitetään valtakunnallisesti yhtenäisiksi. Omaishoidon tuen palkkioluokkia esitetään kolme 1.1.2006 alkaen. Alin palkkioluokka (luokka I) on 300 euroa ja toinen palkkioluokka (luokka II) 600 euroa ja ylin palkkioluokka (luokka III) 1 000 euroa kuukaudessa. Lain voimaantulo ei vaikuta olemassa oleviin palkkioihin alentavasti.

Ylin palkkio kohdennetaan omaishoitajalle, jolla on arvioinnin osoittama soveltuvuus ja voimavarat omaishoitoon ja jonka hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrä ja sitovuus osoittaa laitoshoitotasoa tai jonka hoidettava otetaan pitkäaikaisesta laitoshoidosta omaishoitoon tai

[4] Peruspalkka on 1 295 euroa kuukaudessa.

jonka hoidettava on kotona saattohoitovaiheessa. Ylin palkkio kohdennetaan lisäksi työelämästä palkattomalle vapaalle, omaishoitotyöhön siirtyvälle työntekijälle, jonka hoidettava edellyttää laitoshoitotasoisen hoidon ja huolenpidon määrää ja sitovuutta. Alimman ja keskimmäisen palkkioluokan tasoa voi kuvata sillä, että alimmassa palkkioluokassa hoidon ja huolenpidon määrä ja sitovuus on melko runsas, mutta ei yleensä yöaikainen. Keskimmäisessä palkkioluokassa hoidon ja huolenpidon tarve on runsas vaatien pääsääntöisesti ympärivuorokautista sitovuutta. Palkkioluokkien sisällölliset erot määrittyvät tarkemmin kriteerien pohjalta laadittavassa valtakunnallisessa mittaristossa.

Omaishoidon tuen palkkiosta ei peritä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (743/1992) mukaista palvelumaksua. Omaishoitajan lakisääteinen vapaa ei vaikuta palkkioon. Palkkiota voidaan alentaa silloin, kun hoidettava tai hoitaja on poissa hoitotilanteesta yli viisi päivää kerrallaan (ohjeena käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 32 §:n 2 momentin säännöksiä kotona annettavan palvelun osalta) ja mikäli kunta huolehtii hoidettavan hoidosta ja huolenpidosta poissaolon aikana. Keskeytys voi sattua peräkkäisinä päivinä kahden kalenterikuukauden ajalle, jolloin palkkion alennus kohdistetaan jälkimmäisen kuukauden palkkioon. Vuorohoidossa ja muussa jaksottaisessa tai ei-säännöllisessä omaishoidossa keskeytykset otetaan huomioon jo palkkion määrittelyssä.

Omaishoidon tuen palkkiot sidotaan indeksiin, joka turvaa niiden tason säilymisen vähintään yhtä tehokkaasti kuin niihin nykyisin sovellettava työikäisen tel-indeksi.

Palkkiosta osa tai kokonaan voidaan omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa omaishoitajan aloitteesta muuttaa maksuttomiksi palveluiksi hoidettavalle tai tueksi omaishoitajalle itselleen tai näihin mahdollistaviksi palveluseteleiksi, mikäli molemmat sopimuksen osapuolet sen hyväksyvät. Muutos tulee mainita omaishoidon tukea koskevassa päätöksessä ja eritellä omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa palvelujen ja palvelusetelien määränä.

4.7 Omaishoidon tuen palkkion sitovuus ja rahoitus

Omaishoidon tuen arvioinnista esitetään uudenlaista etuutta hoidettaville ja hoitajille. Hakijan yhteys kuntaan käynnistää omaishoidon tuen tarpeen moniammatillisen arvioinnin lakiin kirjattavien kriteerien mukaisesti käyttäen apuna valtakunnallista mittaristoa. Tiimiin kuuluvat kunnan sosiaalihuollon, terveydenhuollon, kuntoutuksen ja Kansaneläkelaitoksen edustaja. Arvioinnin jälkeen omaishoidon tiimi siirtää hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelman ja hoitajan tuki- ja palkkiosuunnitelman päätöksentekijälle. Kunnallisella päätöksentekijällä on oikeus muuttaa hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja hoitajan tukisuunnitelmaa niiltä osin, mitä on palvelua ja tukea esitetty kunnan omana, ostopalveluin tai palvelusetelein toteutettavaksi. Kunnan tulisi kuitenkin pitäytyä arvioinnin osoittamassa omaishoidon tuen palkkioluokassa, mikäli kaikki tiimin jäsenet ovat esityksestä yksimielisiä.

Esitykset omaishoidon tuen kattavuuden kasvusta, omaishoidon tuen palkkiosta sekä hoidettavalle tulevista palveluista ja hoitajan tuesta tulevat helpottamaan omaishoitajien ja hoidettavien asemaa. Ne kasvattavat rahoitustarvetta ja rahoitusvastuuta omaishoidon tuen kustannusten osalta tulisikin jakaa valtion ja kuntien kesken. Omaishoidon tuen kehittäminen ja kattavuuden lisäys on tarpeellista nyt, jotta väestön ikääntyessä vältettäisiin nähtävissä oleva paine uudelleen laitoshoitoon ja nykyistenkin palveluasuntojen muuttamiseen pikkuhiljaa laitostasoisiksi. Kun vanhustenhuollon jälkeenjääneisyyden korjaaminen edellyttää jo nyt yli 6 000 työntekijän lisäystä laitoksiin ja kotipalveluun, omaishoidon kehittämisellä kyetään helpotta-

maan tulevien vuosikymmenien vielä runsaampaa henkilöstötarvetta. Omaishoidon rahoitusvastuun jakamisella turvataan tämä kehityssuunta ja tehdään se ennakoidummin ja taloudellisemmin kuin mitä tulevina vuosikymmeninä joka tapauksessa jouduttaisiin resurssoimaan.

Valtion tulisi ottaa vastatakseen omaishoitajille tulevien palkkioiden rahoitusvastuu omaishoidon jatkuvuuden ja aseman turvaamiseksi. Palkkioiden rahoitusvastuun siirtyminen valtiolle tarkoittaisi sitä, että omaishoidon tuen muut kunnille jäävät toimenpiteet eivät aiheuttaisi valtionosuuden korotusta, vaan ne hoidettaisiin kunnille palkkioiden siirrosta jäävillä säästöillä. Kunnan tehtävä on edelleen vastata omaishoidon tuen kokonaisuudesta kuten tiedotuksesta, ohjauksesta ja neuvonnasta, arvioinnista, päätöksenteosta, palvelujen ja tuen antamisesta tai järjestämisestä, omaishoidon kehittämisestä, yhteistyöstä muiden palvelujen tuottajien kanssa sekä seuranasta.

Esitys 7. Omaishoidon tuen palkkioiden rahoitusvastuu siirretään asteittain valtiolle.

Omaishoidon tuen palkkioiden osalta rahoitusvastuuta esitetään muutettavaksi siten, että vastuu omaishoidon tuen kokonaisuudesta ja sen vaatimista resursseista säilyisi edelleen kunnalla, mutta palkkiot maksettaisiin vuoden 2007 alusta ylimpään, vuoden 2008 alusta keskimmäiseen ja vuoden 2009 alusta myös alimpaan palkkioluokkaan sijoittuvien osalta valtion varoista Kansaneläkelaitoksen kautta.

Osana sosiaali- ja terveysministeriön lainsäädäntövalmistelua käynnistetään valtiovarainministeriön ja Kansaneläkelaitoksen kanssa tarkemmat neuvottelut rahoitusvastuun ja siihen liittyvien toimenpiteiden osalta sekä siirtoa koskevat budjettivalmistelut. Rahoitusesitykset tulee valmistella ja käsitellä samanaikaisesti omaishoitoa koskevan lainsäädäntöuudistuksen kanssa. Tässä yhteydessä tulee lainsäädännöllisesti selvittää, miten omaishoidon tuen palkkio määritellään sellaiseksi ei-sosiaaliturvaetuudeksi, että Euroopan unionin oikeuskäytännön mukaisesti sitä ei katsota ulkomaille siirtyväksi sosiaalietuudeksi.

4.8 Omaishoidon tuen palkkion verotus

Omaishoitajan saama hoitopalkkio on veronalaista tuloa, josta toimitetaan ennakonpidätys. Veroprosentti kasvaa, mikäli hoitajalla on hoitopalkkion lisäksi palkka- tai eläketuloa, jolloin maksettava palkkio katsotaan sivutuloksi. Ilman omaishoidon tuen palkkio-osaa omaishoitajat jäävät omaishoidon tuen eläkeoikeuden ja tapaturmavakuutuksen ulkopuolelle. Omaishoitajat pitävät verollisuutta suurimpana omaishoidon kehittämisen esteenä. On ehdotettu palkkion verottomuutta ja sitä, että palkkion verotus muutettaisiin lähdeveroksi. Sopivaksi lähdeveron määräksi on esitetty mm. kunnallista veroäyriä vastaavaa prosenttia. Lähdevero kohdistuisi kunnalle tai valtiolle.

Verottomuus tai lähdevero eivät istu nykyiseen verojärjestelmään. Omaishoidon tuen palkkion verottomuuden tai lähdeveron rinnalla voisi olla mahdollisuutena verotuksen omaishoitovähennys. Mallina voidaan käyttää kotitalousvähennystä, jossa verovelvollinen saa omassa henkilökohtaisessa verotuksessa vähentää tietyn enimmäismäärän siitä korvauksesta, jonka hän on asunnossaan tai vapaa-ajan asunnossa tehdystä kotitalous-, hoiva- tai hoitotyöstä maksanut. Kotitalousvähennyksen käyttö on lisääntynyt. Vuonna 2000 kotitalousvähennystä käytettiin 13,6 miljoonaa euroa ja vuonna 2002 jo 43 miljoonaa euroa. Omaishoitovähennyksellä ja kotitalousvähennyksellä on sama tavoite, hajottaa sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinta-

keinoja palvelujen kysynnän kasvaessa ja väestön ikääntyessä. Ero omaishoidon tuen ja kotitalousvähennyksen välillä on sisällöllinen. Kotitalousvähennyksessä verovelvollinen saa vähentää työstä maksamistaan kustannuksista. Omaishoidon osalta vähennyksen tekijänä olisi omaishoitaja, jolla olisi oikeus tehdä vähennys verotetusta palkkiosta tiettyyn määrään saakka.

Kotona hoidon järjestymistä helpottaisi muutkin sellaiset keinot, joilla läheiset välimatkoista huolimatta voisivat osallistua tulevaisuudessa omaistensa hyvinvoinnin tuottamiseen. Kotitalousvähennystä tulisi kehittää siten, että myös ei -vanhempiensa luona asuvilla lapsilla olisi mahdollista omassa verotuksessaan suorittaa kotitalousvähennys vanhemmilleen järjestämästä ja maksamasta kotitalous-, hoiva- tai hoitotyöstä. Tämä lisäisi osaltaan niiden pienituloisten eläkeläisten mahdollisuutta saada palveluja kotiinsa, jotka eivät kunnallisverotuksen eläketulovähennyksen takia veroja maksa ja joilla ei kuitenkaan ole mahdollista saada kunnan koti- tai siivouspalvelua.

Koska kotitalousvähennyksen osalta on ilmennyt ongelmia siinä, mikä työsuoritus on sellaista, josta vähennyksen voi tehdä, tulisi epäselvyyksien välttämiseksi hoitajan ja kunnan välisessä omaishoidon toimeksiantosopimuksessa selventää, mitä sopimuksen mukaiseen omaishoitoon, josta palkkio maksetaan, kuuluu. Lähtökohtana on, että normaali päivittäinen ja viikkosiivous kuuluvat osaksi omaishoitoa, mutta vuosisiivoukset, suursiivoukset, kodin korjaukset ja ikkunanpesut ovat tyypillisiä kotitalousvähennykseen kuuluvia työsuorituksia.

Esitys 8. Omaishoidon tuen palkkion verotus ja vähennykset.

Omaishoitajan saaman palkkion osalta esitetään tuloverolakiin lisäystä siitä, että omaishoitajalla on mahdollista vähentää verotuksessa palkkiosta omaishoitovähennys 2 300 (kaksinkertainen kulloinkin vallitsevaan kotitalousvähennykseen nähden) euroa vuodessa.

Kotitalousvähennyksen ja omaishoidon tuen palkkion välisten epäselvyyksien välttämiseksi hoitajan ja kunnan välisessä omaishoidon tuen toimeksiantosopimuksessa tulee riittävästi selventää, mitä sopimuksen mukaiseen omaishoitoon, josta palkkio maksetaan, kuuluu.

Verolainsäädännössä tulee jatkossa mahdollistaa kotitalousvähennys myös ei- vanhempiensa kanssa samassa taloudessa asuville lapsille, jotka järjestävät vanhemmilleen ja maksavat vähennyksen mukaisia kotitalous-, hoiva- tai hoitotöitä.

4.9 Omaishoitajalle kohdentuva käynnistämiskorvaus

Omaishoidon kehittämisessä tulisi nykyistä enemmän kiinnittää huomiota omaishoitajan jaksamiseen ja tukemiseen, vaikka omaishoitajan terveydentilan fyysistä oireilua ei olisikaan vielä nähtävissä. Tähän liittyvät erilaiset tukemisen muodot kuten kuntoutus, säännölliset omaishoitajan terveydentilan seurannat, työnohjaus, ammatillinen koulutus, virkistys, vapaapäivien järjestyminen ja tukiryhmät.

Hoitotyötä helpottavaa on myös omaishoitajan hoitoympäristön toimivuus ja tarpeellisten tarvikkeiden ja välineiden järjestäminen. Tällaisia ovat erityisesti laitteet, jotka helpottavat hoitajan ja hoidettavan välistä yhteyttä kuten summerit, puhelimet, vilkkuvalot, automaattinen kulkutievalaistus sisätiloissa ja langattomat sisäviestimet. Ergonomisia ratkaisuja ovat säädettä-

vät sängyt, muunneltavat yö/hoitopöydät ja sänkyyn liitettävät ottimet, joista omaishoitaja saa tukea nostovaiheessa. Liukastumisen esteet ja korotetut tuolit ovat tärkeitä nostojen helpottajia kuten myös erilaiset ote- ja voima-avut. Omaishoidon tuen sopimuksen tekovaiheessa tulisi arvioida, mikä on sellaisten ergonomisten ratkaisujen, asunnon muutostöiden tai välineiden tarve, joilla helpotetaan omaishoitajan työn fyysistä rasittavuutta. Tällainen käynnistämiskorvaus perustuisi todelliseen menolaskelmaan ja sille määrättäisiin kattosumma.

Tässä yhteydessä tulee kuitenkin muistaa, että Kansaneläkelaitoksen myöntämissä vammaisetuuksissa korostetaan niiden kattavan myös sairaudesta tai vammasta aiheutuvia erityiskustannuksia, jotka omaishoitotilanteessa arvioidaan hoidettavan kunnosta ja tarpeista käsin. Myös vammaispalvelulaki (12 §) korvaa siihen oikeutetulle hoidettavalle sellaisia asunnon muutostöitä, jotka ovat henkilön vamman tai sairauden vuoksi välttämättömät. Tällaisia voivat olla ovien leventäminen, luiskien rakentaminen, kylpyhuoneen ja WC:n vesijohdon asentaminen, kiinteiden kaulusteiden ja rakennus- ja sisustusmateriaalin muuttaminen sekä vastaavat muut henkilön vakituisessa asunnossa suoritettavat rakennustyöt. Korvattavia asuntoon kuuluvia laitteita ja välineitä ovat nostolaitteet tai vastaavat muut asuntoon kiinteästi asennettavat välineet ja laitteet. Nämä korvaukset olisivat ensisijaisia käynnistämiskorvaukseen nähden.

Esitys 9. Omaishoitajalle kohdennettava käynnistämiskorvaus.

Omaishoidon tukea koskevaan lainsäädäntöön esitetään omaishoitajan hoitotyön helpottamiseksi tarpeellisten, välittömän hoitoympäristön muutostöiden, laitteiden ja välineiden hankintaan liittyvää käynnistämiskorvausta, joka perustuisi todelliseen menolaskelmaan ja joka olisi enintään sama kuin perhehoitajalaissa perhehoidon käynnistämisestä maksettava korvaus (vuonna 2004 enintään 2 401 euroa). Käynnistämiskorvaus on toissijainen, jolloin ne välineet ja laitteet sekä kodin muutostyöt, joita hoidettavan on mahdollista saada muun lainsäädännön kautta ja jotka ovat samanaikaisesti helpottamassa omaishoitajan työtä, ovat käynnistämiskorvauksen ulkopuolella. Käynnistämiskorvaukseen ei sisälly hoitotarvikkeet.

Verotuksellisesti esitetään käynnistämiskorvaukseen sovellettavan perhehoitajien korvausten verotuskäytäntöä. Tällöin käynnistämiskorvaus verotetaan maksettavien korvausten mukaisesti työkorvauksena, mutta omaishoitaja voi vähentää sen omassa verotuksessaan.

4.10 Omaishoidon tuen palkkion suhde muihin etuuksiin

Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavat nykyisin jossakin määrin myös omaishoitajan saamat muut taloudelliset tuet. Kunnista 36 % edellyttää omaishoidon tukea saavan henkilön saavan myös eläkkeensaajan hoitotukea[5]. Kunnista 25 % pitää lapsen hoitotukea[6] edellytykse-

---

[5] Eläkkeensaajien hoitotukea maksetaan henkilölle, jonka toimintakyvyn voidaan sairauden tai vamman johdosta arvioida olevan yhdenjaksoisesti alentunut ainakin vuoden ajan. Lisäehtona on 65 vuoden ikä tai se, että henkilö saa kansaneläkelain tai eri ansioeläkkeiden mukaista täyttä työkyvyttömyyseläkettä mukaan lukien yksilöllisen varhaiseläkkeen. Eläkkeensaajien hoitotuki on jaettu kolmeen kategoriaan sen mukaan, miten merkittäviä esimerkiksi hoidon tarve ja erityiskustannukset ovat. Alinta hoitotukea (51,79 euroa/kk) maksetaan, jos hakija tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissaan, kotitaloustyössä ja asioinnissa kodin ulkopuolella säännöllisesti toistuvaa toisen henkilön apua ja ohjausta tai valvontaa tai hänelle aiheutuu sairaudesta erityiskustannuksia. Korotetun hoitotuen (128,93 euroa/kk) myöntämiseksi edellytetään, että hän tarvitsee apua monissa henkilökohtaisissa toi-

nä omaishoidon tuen saamiselle ja 20 % kunnista edellyttää, että hoidettava saa vammaistukea[7]. Taloudellisten tukien huomioon ottaminen on kuitenkin vähentynyt. Joissakin asiakastilanteissa on vammaispalvelulain mukaista henkilökohtaista avustajajärjestelmää[8] ja kunnallista omaishoidon tukea pidetty toistensa vaihtoehtoina. Henkilökohtainen avustajajärjestelmä ei ole vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (1987/380) mukaisen kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluva tukitoimi.

Omaishoidon tuen palkkio vaikuttaa nykyisin moniin sosiaalivakuutuslainsäädäntöön, työttömyysturvalakiin tai muihin lakeihin kirjattuihin etuuksiin. Omaishoidon tuen palkkio otetaan nykyisin tulona huomioon seuraavissa etuuksissa:

- Lasten kotihoidon tuen ja yksityisen tuen hoitolisissä omaishoidon tuki ei ole etuoikeutettua tuloa (Asiakasmaksulain 10 a §).
- Sairausvakuutuslain mukainen äitiys- tai äidin vanhempainraha minimoidaan, jos tämän kauden aikana omaishoidon tuen perusteella tehty työ on sellaista, joka edellyttää vanhempainpäivärahan maksamista miniminä (Minimointisäännös SVL 22 §).
- Kuntoutusrahassa omaishoidon tuki otetaan tulona huomioon (Kuntoutusrahalaki18 § 2 mom.).
- Perhe-eläkelain mukaisen leskeneläkkeen täydennysmäärässä omaishoidon tuki otetaan tulona huomioon (Perhe-eläkelain 38/1969 15 b §:n 3 mom. ja 30 §:n 1 mom. 2 kohta).

---

minnoissa, huomattavassa määrin säännöllistä ohjausta tai valvontaa tai hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta huomattavia erityiskustannuksia. Korkein eli erityishoitotuki (257,84 euroa/kk) edellyttää, että henkilö on yhtämittaisen hoidon ja valvonnan tarpeessa tai hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta erittäin huomattavia erityiskustannuksia. Eläkkeensaajien hoitotuen saamiseen eivät vaikuta tulot tai varallisuus ja etuus maksetaan hakijalle itselleen. Eläkkeensaajien hoitotuen myöntää ja maksaa Kela, ilman että kunnalla olisi käytännössä osuutta prosessiin ja sen rahoittaa valtio. Eläkkeensaajien hoitotuki lasketaan tuloksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksua määrättäessä. Eläkkeensaajien hoitotukea saa noin 160 000 ihmistä.

[6] Lapsen hoitotukea voi saada alle 16 -vuotias lapsi, joka sairauden, vian tai vamman vuoksi on vähintään puolen vuoden ajan siinä määrin hoidon ja kuntoutuksen tarpeessa, että siitä aiheutuu erityistä taloudellista tai muuta rasitusta. Lapsen hoitotukea saa noin 44 000 henkilöä. Tuki on porrastettu kolmeen ryhmään ja se on veroton etuus (77,32 euroa/180,43 euroa/335,09 euroa/kk).

[7] Vammaistukea voi hakea työikäinen 16-64 -vuotias henkilö, jonka toimintakyky on heikentynyt sairauden takia ja jolla ei sairautensa takia ole oikeutta muihin tukiin tai korvauksiin. Alin vammaistuki myönnetään, jos sairaus tai vamma olennaisesti haittaa ja siitä syntyy jatkuvia erityiskustannuksia. Erityiskustannuksia voivat aiheuttaa esimerkiksi sairaanhoitopalvelut, matkat, vaatetus ja ruokavalio. Alin vammaistuki on 77,32 euroa /kk. Korotettu vammaistuki on 180,43 euroa kuukaudessa ja erityisvammaistuki 335,09 euroa kuukaudessa. Vammaistuen myöntää ja maksaa Kela ja sen rahoittaa valtio. Vammaistukea ei lasketa tuloksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksua määrättäessä. Vammaistukea saa noin 12 000 ja sitä ei makseta työkyvyttömyys- tai sitä vastaavaa eläkettä saavalle.

[8] Henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta aiheutuvat kustannukset voidaan korvata sellaiselle vammaiselle henkilölle, joka tarvitsee runsaasti toisen henkilön apua kotona jokapäiväiseen elämään liittyvissä asioissa tai kodin ulkopuolella asioiden hoitamisessa, opiskelussa, harrastuksissa, työssä ja yleensä yhteiskunnallisessa osallistumisessa. Kustannuksiksi luetaan myös työnantajan maksettavaksi kuuluvat lakisääteiset maksut ja korvaukset sekä muut kohtuulliset avustajasta aiheutuvat välttämättömät kulut.

- Asumistukilain mukaisessa asumistuessa omaishoidon tuki huomioidaan. (Asumistukilain 408/1975, 3 §:n 1 momentin 2 kohta sekä asumistukiasetuksen 949/1993, 1 §).
- Työmarkkina-asetuksen mukaisessa työmarkkinatuessa omaishoidon tuki on tukeen vaikuttavaa tuloa (Työttömyysturvalain 1290/2002, 9 luvun 3 §).
- Opintotukilain mukaisessa opintotuessa omaishoidon tuki ei ole etuoikeutettua tuloa (Opintotukilain 65/1994 17 §, 19 § ja 22 §).
- Sotilasavustuslain mukaisessa sotilasavustuksessa (Sotilasavustuslain 781/1993, 11 §) omaishoidon tuen palkkio vähentää sotilasavustusta. Tilanne lienee enempi teoreettinen, mutta voi tulla kysymykseen esimerkiksi varusmiehen puolison hoitaessa kotonaan omaa vanhempaansa tai lastaan.
- Työttömyyseläke alenee, jos omaishoidon tuki on enemmän kuin 448,44 euroa kuukaudessa (Kansaneläkelaki 1956/ 347, 22 §).
- Työkyvyttömyyseläke alenee, jos omaishoidon tuki on enemmän kuin 60 % osatyökyvyttömyyseläkkeen eläkepalkasta ja enemmän kuin 40 % täydestä työkyvyttömyyseläkkeen eläkepalkasta (Kansaneläkelaki 1956/ 347, 22 §).
- Yksilöllinen varhaiseläke alenee, jos omaishoidon tuki on enemmän kuin 229 euroa kuukaudessa (Kansaneläkelaki 1956/ 347, 22 §).

Ero omaishoidon tuen palkkion ja Kansaneläkelaitoksen vammaisetuuksien välillä on siinä, että Kelan etuudet myönnetään hoidettavalle, kun taas omaishoidon tuen palkkio myönnetään hoitajalle. Hoitotuet ja vammaistuet ovat hoidettavan käytettävissä omaishoidon tuen rinnalle tarvittavien palvelujen maksuun, hoitotarvikkeisiin ja sairaudesta tai vammasta aiheutuviin erityiskustannuksiin. Omaishoidon tuen myöntämisen ehtona ei ole laissa, että hoidettava saa Kelan vammaisetuuksia, joskin kuten edellä todettiin, osa kunnista pitää sitä yhtenä myöntämiskriteerinä. Jatkossa omaishoidon tuen määrittymiseen tulisi vaikuttaa ainoastaan lakiin kirjattujen kriteerien ja arviointia helpottavan ja yhtenäistävän mittariston avulla tehtävän moniammatillisen arvioinnin osoittama lopputulos siitä, mikä on palkkioluokan taso.

Esitys 10. Omaishoidon tuen palkkion ja eräiden muiden etuuksien välinen suhde.

Omaishoidon tuen palkkio tulisi määrittää sellaiseksi etuoikeutetuksi tuloksi, jota ei oteta huomioon lasten kotihoidon tuessa ja yksityisen tuen hoitolisissä, äitiys- tai äidin vanhempainrahassa, kuntoutusrahassa, lesken eläkkeessä, asumistuessa, työmarkkinatuessa, opintotuessa, sotilasavustuksessa, työttömyyseläkkeessä, työkyvyttömyyseläkkeessä ja yksilöllisessä varhaiseläkkeessä.

Vastaavasti omaishoidon tuen arvioinnissa ei jatkossa muilla omaishoitajan tai hoidettavan saamilla etuuksilla ole vaikutusta, vaan arviointi suoritetaan laissa määriteltyjen kriteerin ja valtakunnallisten mittareiden avulla.

Omaishoidon tukea ja kokoaikaisen henkilökohtaisen avustajan palkkaamiseksi korvattavia kustannuksia ei myönnetä päällekkäin. Mikäli hoidettava siirtyy vammaispalvelulain mukaiseen kokoaikaiseen avustajajärjestelmään, omaishoidon tuki lakkautetaan.

4.11 Omaishoidon tukeen liittyvät sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden maksut

Omaishoidon tuki annetaan palkkiona 56 %:ssa sopimuksista. Pelkästään palveluina omaishoidon tuki annetaan 5 %:ssa kuntia. Palveluista kotisairaanhoito ja lääkäripalvelut, neuvonta ja ohjaus sekä lyhytaikainen laitoshoito (vuorotteluhoito ja vapaapäivien sijaishoito) sisältyvät sopimuksiin. Sijaishoidon ja kodinhoitoavun sisällyttäminen sopimuksiin on kuitenkin vähentynyt. Kodinhoitoapu sisältyy 24,7 %:iin ja sijaishoito 15 %:iin omaishoidon tuen hoito- ja palvelusuunnitelmista. Sijaishoitoa oletettavasti sisältyy muihinkin kuntien antamiin palveluihin, koska lakisääteisen vapaan sijaishoidosta on sovittu 70 %:ssa sopimuksista. Näyttää siis siltä, että terveydenhuoltopalveluista kotisairaanhoito- ja lääkäripalvelut ovat omaishoidon tuen piiriin päässeille hoidettaville järjestyneet paremmin kuin sosiaalihuollon palvelut.

Kotihoito eli kotisairaanhoito ja kodinhoitoapu ovat sekä hoidettavalle että hoitajalle erityisen tärkeitä. Hoidettava saa tällöin ulkopuolista ammatillista hoitoa ja tietoa, jota tietoa myös omaishoitaja hyödyntää omassa työssään. Kun omaishoidossa olevista 34 % on joko laitoshoitotasoisen tai muutoin runsaan, ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa, on kotipalvelun merkitys omaishoidon turvaajana ensisijainen. Kotipalvelu auttaa lisäksi omaishoitajan jaksamista sekä lisää molempien, hoidettavan ja hoitajan kodin ulkopuolista sosiaalista verkostoa. Kotipalvelua on järjestetty julkisen, järjestöjen ja palveluyritysten palveluna. Yritysten osuus palvelusetelin voimaantulon jälkeen kodinhoitoavun tarjoajana lisääntyy.

Osa omaishoidossa olevista on vuorohoidossa, jolloin hoito vuorottelee kotona tapahtuvan omaishoidon ja laitoksessa tapahtuvan lyhytaikaishoidon välillä. Vuorohoidosta on erilaisia tuloksia. Se näyttää lievittävän omaisten kuormittuneisuutta. Toisaalta se näyttää joissakin tilanteissa heikentävän hoidettavien kuntoa ja tällöin jopa nopeuttavan hoidettavan laitokseen joutumista. Vuorotteluhoidon järjestelyihin saattaa vaikuttaa hoitotuen ehto, jonka mukaan kuukauden aikana annettu laitoshoito ei saa olla pidempi kuin kotihoito. Vuorohoito toteutetaan yleisimmin julkisessa hoitoyksikössä, vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Päiväsairaalanhoidon ja päivätoiminnan vaikutukset omaishoitajien ja hoidettavien jaksamiseen ovat useimmiten positiiviset ja niiden käyttöä omaishoitoa tukevana ja erityisesti hoidettavan mielialaa ja kuntoisuutta edistävänä tulisi edelleen vahvistaa. Päivätoiminnassa hoitajalle annetaan mahdollisuus vapaahetkeen samalla, kun hoidettava saa hoidollisia palveluja, virkistystä ja huolenpitoa. Järjestöt ovat julkisen rinnalla olleet päivätoiminnan toteuttajia ja järjestöjen rooli päivä- ja tukipalvelujen antajina on kuntien säästötoimenpiteiden aikana korostunut.

Järjestöjen tuottamat sijaishoito, neuvonta ja ohjauspalvelut, virkistys, koulutus ja muu tukeminen ovat monipuolistamassa omaishoidon palveluvalikkoa. Järjestöt organisoivat myös vapaaehtoistoimintaa kuten ystäväpalvelua, kotimiestoimintaa ja tukihenkilötoimintaa. Haasteena on se, miten osaamme hyödyntää erilaisia verkostoja, järjestöjen jäsenkuntaa ja spontaania yksittäisten ihmisten osallistumista omaishoitoon. Vapaaehtoistyön järjestäminen omaishoitoon edellyttää hyvää suunnittelua, pedagogista ohjausta ja eettisiä periaatteita toisen kotiin menemisessä. Vapaaehtoistyön muotoja omaishoitoon tulisi kehittää ja laajentaa alueellisiksi ja paikallisiksi läheisauttajaverkostoiksi. Tällöin esimerkiksi niille, jotka ovat jääneet eläkkeelle, työttömille tai muille auttamisesta kiinnostuneille mahdollistuu halutun määräinen, omaan tahtoon perustuva omaishoidon tukeminen. Paikallisella, seudullisella tai alueellisella omaishoidon läheisauttajaverkoston luomisella ja kouluttamisella saadaan joustavia ja asia-

kaslähtöisiä vaihtoehtoja hoidettavien ja omaishoitajien virkistys- ja vapaa-ajan toimintaan, vertaistukeen ja sijaishoitoon.

Omaishoidossa hoidettavien kuntoutus on vähäistä. Kuntoutusta annetaan vähän niin omaishoitajille kuin hoidettavillekin eikä sitä useinkaan mainita hoitajan sopimuksessa eikä hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Usein ajatellaan, että omaishoitaja vastaa hoidettavan kunnosta, jolloin kunnon ylläpitämiseen tai edistämiseen ei ehditä kiinnittää arkirutiinien ja hoidon aikana huomiota. Omaishoidon kuntoutuspalveluilla tulee kuitenkin ymmärtää kaikkea sitä kokonaisuutta, mikä on määritelty lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa[9] (1015/1991). Myös välineiden ja tekniikan osuus omaishoidon kuntoutuspalveluissa on marginaalinen. Asiakkaan on usein vaikea tulkita, mitkä apuvälineet ovat julkisin varoin kustannettavia. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö apuvälineiden ja asunnon muutostöiden on osalta yleensäkin vähäistä.

Kuntoutusta tulee lisätä avokuntoutuksena, kotikuntoutus mukaan lukien ja laitoskuntoutuksena omaishoidossa oleville hoidettaville ja heidän hoitajilleen. Esimerkiksi Vireyttä elämään -projektissa kuntoutetaan kotona asuvia vanhuksia fysioterapeutin avulla ja edesautetaan omaishoitajienkin jaksamista räätälöidyn kuntoutuksen avulla. Koto-projektissa tavoitteena on kuntouttavan päivätoiminnan kehittäminen dementoituneille ja heidän omaishoitajilleen. Ryhmässä dementoituneet saavat siten mahdollisuuden antaa vertaistukea ja auttaa huonompikuntoisia. Kuntoutusta tulee järjestää hoidettaville myös hoitolaitoksissa olojen aikana. Erityiskuntoutuslaitosten tarjoamia kuntoutusjaksoja tulee voida suunnitella siten, että hoitajan loma ja hoidettavan kuntoutus tulevat saman aikaan ja tukevat kotona tapahtuvaa hoitoa ja hoitajan vapaapäivien järjestelyjä.

Veteraanikuntoutus voi toimia mallina omaishoidossa. Siinäkin on tavoitteena suurempi määrä avokuntoutusta kuin nykyisin. Valtioneuvoston vuoden 2002 kuntoutuselonteossa todetaan, että veteraanikuntoutuksen ja kuntien vanhustenhuollon yhteistyön tulisi olla nykyistä kiinteämpää. Kun veteraanien määrä vähenee, pääsevät yhä useammat säännölliseen kuntoutukseen. Olisi syytä selvittää, miten olemassa olevaa laitoskapasiteettia, ammattitaitoa ja resursseja voitaisiin hyödyntää jatkossa omaishoidossa olevien kuntoutustarvetta palvelemaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki) 1 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista voidaan periä maksuja palvelun käyttäjältä, jollei lailla toisin säädetä. Omaishoidon tuki ei kuulu maksuttomiin sosiaalipalveluihin, mutta kunnilla on kuitenkin vapaus itse päättää, missä määrin omaishoidon tuesta tai siihen kuuluvista palveluista peritään maksuja. Maksujen suuruutta rajoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain 2 §:n 2 momentti, jonka mukaan maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuneita kustannuksia ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 11 §, joka edellyttää, että sosiaalihuollon palveluista määrätty maksu on jätettävä perimättä tai sitä on alennettava siltä osin kuin maksun periminen vaarantaa henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteuttamista. Kunnista 61 % perii asiakasmaksuja omaishoidon asiakkailta. Myönteistä on se, että 1/3 ei peri lainkaan maksuja omaishoidon tukeen sisältyvistä palveluista. Palvelujen

---

[9] Lääkinnällinen kuntoutus on kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ylläpitävää ja parantavaa toimintaa. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja ovat esimerkiksi kuntoutumista ja siihen liittyviä palveluja koskeva neuvonta ja ohjaus työ- ja toimintakyvyn arviointeineen ja työkokeiluineen, fysio-, toiminta- tai puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus.

maksuttomuus on lisääntynyt, jolla oletettavasti osaltaan kompensoidaan pientä omaishoidon tuen palkkiota ja palkkio yhä useammin korvataan maksuttomalla palvelulla.

Esitys 11. Omaishoidon tukena annettavat sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden maksut.

Kodinhoitoapua, kotisairaanhoitoa ja päivätoimintaa tulee omaishoidossa oleville hoidettaville lisätä. Samoin tulee lisätä apuvälinepalvelua ja arvioida nykyistä paremmin välineiden ja tekniikan, asunnon muutostöiden ja päivittäisten hoitotarvikkeiden osuus osana omaishoidon palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisessa tulee käyttää julkisia palveluja ja palvelusetelien ja ostopalvelusopimusten avulla yritysten ja järjestöjen palveluja.

Avo-, koti- ja laitoskuntoutusta omaishoidossa tulee lisätä. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tulee selvittää ja tehdä tarkemmat esitykset siitä, miten veteraanikuntoutuksen malli voidaan ottaa käyttöön omaishoidossa siten, että olemassa olevaa laitoskapasiteettia, ammattitaitoa ja resursseja voitaisiin hyödyntää jatkossa palvelemaan omaishoidossa olevien hoidettavien ja hoitajien kuntoutustarvetta.

Kansallisen terveydenhuoltohankkeen koordinaatioryhmälle esitetään, että ”Terveys 2015” -ohjelman voimaharjoitteluohjeiden ja ikäihmisten liikunnan laatusuosituksen täytäntöönpanoa omaishoidossa tulee kunnissa käynnistää osana kansallista terveydenhuoltohanketta.

Vuorotteluhoidon mahdollisuutta omaishoidossa tulee helpottaa. Sosiaali- ja terveysministeriölle ja Kansaneläkelaitokselle esitetään hoitotuen myöntämiskäytäntöjen uudistamista siten, että päätöksenteossa voi käyttää joustavuutta kuukausittain laitoshoidon ja kotihoidon hoitojaksojen pituuden suhteen, mikäli nykyinen16 vuorokauden sääntö saadaan tällä joustavuudella keskimäärin toteutumaan. Edelleen uudistetaan avo- ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän esitys siitä, että eläkkeensaajien hoitotuen keskeyttäminen laitoshoidon ajalta kumottaisiin ja että hoitotukea voitaisiin maksaa myös niille henkilöille, jotka ovat jo laitoshoidossa.

Raha-automaattiyhdistyksen rahoitusta ja sosiaalialan kehittämishankerahoitusta tulee kohdentaa järjestöjen ja kuntien yhteisiin hankkeisiin, joilla vapaaehtoispanosta kootaan omaishoidon ympärille nykyistä organisoidummin. Näin eläkkeelle jääneille tai muille läheisauttamisesta kiinnostuneille mahdollistetaan halutun määräinen, omaan tahtoon perustuva omaishoidon tukeminen, johon he saavat koulutuksen ja muun tuen asiakasjärjestöiltä. Vapaaehtoistyön muotoja omaishoitoon tulee kehittää alueellisiksi ja paikallisiksi läheisauttajaverkostoiksi. Raha-automaattiyhdistyksen projektiavustusta esitetään varattavaksi tässä selvityksessä esitettyihin ja muihin omaishoitohankkeisiin vähintään 10 miljoonaa euroa/vuosi. Sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen hankerahoja esitetään vastaavasti varattavaksi yhteensä 4,5 miljoonaa euroa vuosina 2005 - 2007. Toteutusvastuussa ovat valtakunnalliset ja alueelliset hankkeiden toimijatahot ja johtoryhmät.

Suositeltavaa on, että kunnat edelleen käyttäisivät asiakasmaksulain mahdollisuutta jättää omaishoidon tukeen liittyvistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista maksu perimättä tai periä se pienempänä kuin mitä asetus edellyttää samalla kun huomioivat maksun perimättä jättämisen tai alentamisvelvoitteen maksun vaarantaessa toimeentulon edellytyksiä tai elatusvelvollisuuden toteuttamista.

4.12 Omaishoitajien tukeminen

Palvelut kohdistuvat omaishoidossa pääasiassa hoidettavaan. Hoitajan työkykyä ja hyvinvointia tulisi kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin huomioida nykyistä enemmän. Tämä on tarpeen, koska omaishoitajat kokevat fyysisen terveydentilansa keskimääräistä heikommaksi. Omaishoitajilla esiintyy enemmän kroonisia sairauksia kuin muilla samanikäisillä ja he myös käyvät useimmin lääkärissä. Tyypillisiä fyysisiä sairauksia ovat selän rasittuminen nostoista, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja päänsärky.

Omaishoitajat kärsivät myös emotionaalisesta stressistä, eristäytyneisyydestä, rahahuolista sekä vapauden ja identiteetin katoamisesta. Tutkimukset ovat melko johdonmukaisesti osoittaneet, että omaishoitajilla on diagnosoitu enemmän depressiota ja ahdistusta kuin kontrolliryhmillä. Myös psyykelääkkeiden käytön on havaittu olevan yleisempää kuin niillä, jotka eivät hoida omaisiaan. Erityisesti dementiapotilaan omaishoito on poikkeuksellisen raskasta. Taudin ennuste on huono, tauti aiheuttaa myös psykoottisia oireita kuten uniongelmia ja vaeltelua. Taudin edetessä tilanne saattaa johtaa jopa hoitajan kaltoin kohteluun. Mielenterveyspotilaan hoidossa hoidolliset toimenpiteet saattavat olla vähäisiä, mutta sairauden muut piirteet hoitajalle henkisesti erityisen raskaita.

Omaishoitajalle kohdistuvan tuen muodot voidaan jakaa taloudelliseen, tiedolliseen, toiminnalliseen ja tunnetukeen. Taloudellinen tuki on suora rahallinen tuki, jota omaishoitaja voi saada eläkkeenä, palkkana tai omaishoidon tuen palkkiona sekä käynnistämiskorvauksena. Omaishoidon tuen palkkiota pidetään tärkeänä tunnustuksena omaishoitajan tekemälle työlle. Tiedollisesti omaishoitajia tuetaan koulutuksella, työnohjauksella, vertaistuella ja jo arviointilanteessa annettavalla informaatiolla. Kokeiluissa on todettu, että omaisilla ei ole useinkaan tietoa saatavilla olevista tukimuodoista eivätkä he välttämättä jaksa hakea ulkopuolista apua. Erilaiset tukiryhmätoiminnat omaishoitajille voivat perustua juuri omaisten neuvontaan ja koulutukseen.

Toiminnallinen tuki on suoraa auttamista omaishoidon mahdollistamiseksi tai omaishoitajan jaksamisen tukemista palveluin tai muilla keinoin. Vaikka suurin osa palveluista kohdennetaankin hoidettavalle, niistä välillinen hyöty tulee omaishoitajalle hänen jaksamisen turvaamisen kautta. Omaishoitajan työtä eniten tukevia palveluja ovat lyhytaikainen hoito hoidettavalle, päivähoito ja kotipalvelu. Hoidettavalle tulevien palvelujen lisäksi hoitajan jaksamista lisätään vapaapäivillä ja vapaahetkillä, sosiaalisilla aktiviteeteilla, kuntoutuksella ja kriisiavulla. Toiminnallinen tuki on omaishoitajan terveydentilasta huolehtimista ja kuntoutusta.

Omaishoitajien erilaisiin tunnetuen tarpeisiin voidaan vastata järjestämällä vapaata, lepoa, ohjausta, neuvontaa, virkistymistä, liikuntaa, kuntoutusta ja vertaistukea. Vertaistukiryhmät perustuvat ryhmän terapeuttiseen ja empaattiseen ilmapiiriin ja taakan jakamiseen ja selviytymistaitojen ja ongelmaratkaisutaitojen kohentamiseen. Vertaistukea järjestöt ovat toteuttaneet kouluttamalla vertaisohjaajiksi sopivia henkilöitä, joilla on omaehtoista kokemusta omaishoitajuudesta. Tällaisiin vertaistukiryhmiin on kutsuttu omaishoitajien kannalta keskeiset yhteistyötahot kuten kotipalveluohjaajat, sosiaalityöntekijät, seurakunnan edustajat, sosiaali- ja terveysjärjestöjen edustajat ja oppilaitokset. Tunnetukea voidaan antaa lisäksi kahdenkeskisissä keskusteluissa tai yhdessäolona esimerkiksi virkistyksen kautta. Tutkimusten mukaan omaisten eniten tarvitsemaa tukea on riittävä vapaa-aika ja lepo.

Tulevina vuosina tulee panostaa omaishoitajien kuntouttavaan työotteeseen. Kuntouttava työote on tapa tehdä arjen työtä, jossa perusta on hoidettavan ja omaishoitajan yhdessä toimimisessa. Kuntouttava työote näkyy hoitotoimenpiteissä ja tavassa kohdata asiakas sekä toteuttaa

hoito- ja muut toimenpiteet kuten peseytyminen, ruokailu ja wc-käynnit. Toimenpiteet tehdään omaishoitajan omaakin kuntoa säästäen, ergonomisesti oikealla tavalla ja asiakkaan omatoimisuutta mahdollisesti ylläpitäen ja edistäen. Työote edellyttää, että omaishoitajalle tarjotaan mahdollisuus hankkia tietoa ja taitoja kuntouttavan työotteen hallintaan. Omaishoitajasta ei ole tarkoitus tehdä ammattilaista, mutta hänen hyvinvointiaan ja työssä suoriutumista voidaan helpottaa kuntouttavan työotteen menetelmällä.

Omaishoitajan tukea voi antaa julkinen sektori, palveluyritykset tai kolmas sektori. Julkinen sektori tuottaa omaishoitoon palveluja, jotka välillisesti auttavat myös omaishoitajaa. Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tulee jatkossa kiinnittää nykyistä enemmän huomiota omaishoitajien terveydentilan seurantaan, kuntoutukseen, kuntouttavan työotteen hallintaan ja sellaisten yksilöllisesti arvioitujen ergonomisten ratkaisujen järjestämiseen, joilla helpotetaan omaishoitajan työn fyysistä rasittavuutta. Omaishoitajien kriisipalvelujen toteuttaminen tulee järjestää osana sosiaali- ja terveydenhuollon päivystysjärjestelmää. Kunnat voivat siirtää ostopalvelusopimusten tai palvelusetelien avulla osan omaishoidon palveluista tuotettavaksi yritys- ja järjestötoimintana. Järjestöt ovat tuottaneet myös sosiaalista ja emotionaalista tukea omaishoitajille ja sitä tulee edelleen vahvistaa. Järjestötoiminnan eräs muoto on vapaaehtoistyö, jota kautta kansalaiset voivat välittää toisilleen apua ja tukea.

Esitys 12. Omaishoitajien tukemisen keinot.

Omaishoidon tuen arviointiin esitetään jatkossa sisältyvän omaishoitajan soveltuvuuden ja voimavarojen arvioinnin, jolta pohjalta sovitaan tarpeelliset palvelut ja muu tuki omaishoitajalle ja jotka kirjataan kunnalle esitettävään palkkio- ja tukisopimusesitykseen.

Kuntien tulee huolehtia siitä, että omaishoitajat saavat riittävästi tukea. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen korkeaa asiantuntemusta tulee käyttää omaishoitajien tiedolliseen, fyysiseen ja emotionaaliseen tukemiseen vertaisryhmien, yksilöllisten keskustelujen, virkistyksen, kuntoutuksen ja koulutuksen avulla. Tuen kohteena tulee olla muutkin kuin kunnallisen omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat ja hoidettavat, jota varten Raha-automaattiyhdistyksen tulee osoittaa sekä yleis- että projektiavustusta, jälkimmäistä vähintään 10 miljoonaa euroa vuodessa.

Sosiaalityön neuvottelukunnalle esitetään, että omaishoito kytketään osaksi neuvottelukunnan valmistelussa olevaa sosiaalipäivystyksen ja kriisipalvelujen mallia. Omaishoitoon myöhemmin tässä selvityksessä esitettävän internet-pohjaisen rekisterin avulla kootaan tiedot päivystysorganisaatioille valmiiksi. Palvelujen saajina tulee olla muutkin kuin kunnallisen omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat. Näistä palveluista ja niihin liittyvästä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä laaditaan tarkemmat ohjeet valtakunnalliseen vuoden 2005 loppuun mennessä valmistuvaan ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” oppaaseen.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen tulee yhteistyössä vapaan sivistystyön koulutuslaitosten kuten kansanopistojen, työväenopistojen, vapaaopistojen ja kesäyliopistojen kanssa toteuttaa omaishoitajille kuntouttavan työotteen koulutusta ja opastusta.

Osana sosiaalialan kehittämisohjelman hankkeita tulee kunnissa käynnistää omaishoitajien kohtaamispaikkoja kunnallisen kotipalvelutoiminnan ja terveydenhuollon tai järjestöjen pal-

velutoiminnan yhteyteen. Hankkeisiin kutsutaan kuntien ohella oppilaitoksia ja vapaaehtoisjärjestöjä.

4.13 Omaishoitajien vapaa, sen järjestäminen ja sijaishoidon maksut

Omaishoitajan lakisääteinen vapaa on nykyisessä laissa vähintään kaksi vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohden, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sidonnaisuus ei kuitenkaan lain mukaan heikkene, mikäli hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta kodin ulkopuolella saamassa kuntoutusta, opetusta tai muita sosiaali- ja terveyspalveluja. Kunnan on lain mukaan huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi. Tämän lisäksi hoitajalle on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä vapaata, joka tulee porrastaa hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Hoitajalle, jonka vastuulla on runsaasti huolenpitoa ja hoitoa tarvitseva henkilö, on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä vähintään yksi vapaapäivä viikossa, yksi vapaa viikonloppu kuukaudessa sekä vuosittain yhtäjaksoinen vähintään viikon pituinen vapaa.

70 %:ssa kuntien omaishoidon tukisopimuksista on sovittu hoitajan lakisääteisestä vapaasta. Sopiminen on vähentynyt verrattuna vuoteen 1998. Sopimatta jättämisen syiksi ilmoitetaan hoitajan haluttomuus pitää vapaata, hoidettavan siirtäminen vapaapäivien ajaksi pois kotoa, yleensä laitoshoitoon tai se, että vapaapäivien aikainen sijaishoito on maksullista. Osa kunnista toteaa, että hoitaja järjestää vapaansa sukulaisten kesken. Osassa kuntia vapaapäivien aikaisesta sijaishoidosta sovitaan vain ylimpien maksuluokkien kohdalla. Syy jättää sopimatta lakisääteisestä vapaasta on se, että omaishoitajan antaman hoidon ei ole katsottu täyttävän lain edellyttämää hoitotyön sitovuutta. Omaishoitajista 23 %:lla on kuitenkin mahdollisuus myös asetuksessa todettuihin suositusvapaisiin.

Myös omaishoitajilla itsellään on esteitä vapaan käyttämisessä. Yksi yleisimpiä on se, että hoidettava on lomajakson jälkeen laitoksesta kotiutuessaan ollut huonossa kunnossa ja se on estänyt jatkossa vapaiden pitämisen. Toisena syynä mainitaan se, että vapaan pitäminen tule liian kalliiksi tai tilapäispaikkoja laitoshoidon rinnalla on liian vähän. Hoidettavan oma mielipide sijaishoidosta saattaa vaikuttaa päätökseen. Hoitajalla voi olla niin vahva suhde hoidettavaan, että hän ei halua jättää hoidettavaa toisen hoitoon.

Hoidettavan sijaishoitopaikka lakisääteisten vapaiden aikana on useimmiten vanhainkoti tai terveyskeskuksen vuodeosasto (lähes 40 %). Hoito saatetaan järjestää myös pienkodissa tai erityishuoltopiirin laitoksessa (13 %). Sijaishoito järjestetään useammin (17 %) sukulaisten kuin kotiavun kautta (12 %). Kotiavun käyttö vapaapäivien järjestämisessä on vähentynyt. Vapaaehtoistyöhön ja omaishoitajien oma-apuryhmiin tai omaisyhdistysten järjestelyihin sijaishoidon aikana turvaudutaan harvoin (alle 5 %). Kun sijaishoitoa järjestetään, palvelu on useimmiten kunnallista. Ostopalvelusopimuksella yksityiseltä palveluntuottajalta sijaishoito ostetaan 20 %:ssa tapauksia. Suurin osa kunnista perii hoidettavalta korvauksen kunnan normaalin hinnoittelun mukaisesti lakisääteisiltä vapailta ja maksu on tätäkin suurempi asetuksessa suositeltujen vapaiden osalta. Kunnista 16 % ei peri maksua lainkaan sijaishoidosta. (STM 2003:8.)

Vapaan aikana osa hoitajista haluaa olla kotona kaikessa rauhassa ilman hoitovastuuta. Joillekin hoitajille on taas hyvä päästä pois tutuista ympyröistä, saada itsekin esimerkiksi kuntouttavaa hoitoa tai uusia virikkeitä. Hoidon järjestämisessä vaihtoehtojen olemassaolo ja se, että

omaishoitaja voi luottaa hoitoon, on tärkeää omaishoitajan loman onnistumiselle. Hoitoa tulisi järjestää kotiin tai laitokseen hoidettavan tilanteesta riippuen. Kotiin järjestetty hoito on erityisen tarpeellista hoidettavalle, jonka muistiin, havaitsemiseen tai aistitoimintoihin liittyy häiriöitä, jotka vaikeuttavat vieraassa ympäristössä toimimista. Marraskuussa 2003 annettu hallinto-oikeuden päätös edellytti hoidettavan tulehdusalttiuden vuoksi sijaishoidon järjestämistä muualla kuin kunnan tarjoamassa laitoshoidossa. Laitoshoito saattaa linkittyä onnistuneesti omaishoitoon esimerkiksi silloin, kun hoidettavan kunto edellyttää intervallihoidon tasoista hoitoa.

Kotona tapahtuvan sijaishoidon ja laitoshoidon välille tulisi rakentaa monentyyppisiä uusia vaihtoehtoja. Eräs on omaishoitajien välinen hoitorinki tai hoitopari, jolloin hoidettava siirtyy toisen omaishoitajan vapaan aikana toisen omaishoitajan kotiin. Tällöin hoito muuttuu toiselle hoitajalle tilapäisesti raskaaksi, mutta toisaalta antaa hoidettavalle tuttua seuraa, kodinomaista hoitoa ja jatkuvuuden hoitojärjestelyissä. Järjestely edellyttää hoitoympäristön täydentämistä ja sopivuuden varmentamista. Omaishoitajan hoitotaakkaa voidaan keventää esimerkiksi lähihoitajakoulutuksen tai ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveydenhuolto-opiskelijoiden harjoittelijatyön avulla. Vanhusten perhepäivähoito sijaishoidon vaihtoehtona merkitsee asiakkaille säännöllisiä hoitotilanteita tutussa, kodinomaisessa ympäristössä. Se tarjoaa mahdollisuuden ottaa huomion hoidettavien toiveet ja tarpeet omasta osallistumisasteesta riippuen. Monessa kunnassa lasten perhepäivähoidon määrä on vähentynyt ja hoitajilla on hyvä ammattitaito ja kokemus huolenpitoon. Näihin sijaishoitovaihtoehtoihin voidaan lisäksi kytkeä palvelukeskus, kotisairaanhoito tai kotipalvelu päiväaikaan, mikäli hoidettavien kunto ja kuntoutuksen tarve tai lääkitys sitä edellyttävät.

Sijaishoidossa edellytetään kokemusta hoivatyöstä ja työn edellyttämää empatiakykyä sekä hoitotyöhön tarpeellista fyysistä kuntoa. Eräs keino sijaishoitoon on naisyrittäjien oma sijaisapuverkosto, jolle suunnitellaan alaan liittyvä orientaatiokoulutus ja ohjausmuodot. Sijaishoitajiksi voidaan palkata työttömiä, jolloin sijaishoidon esimiessuhteet tulee kunnassa sopia siten, että omaishoidon palveluohjaaja tai muu kunnan sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen on lähiesimies. Mikäli työttömillä ei ole aiempaa alan kokemusta, tulee kunnan taholta järjestää koulutusta asiakaskohteissa ja toteuttaa työnohjauksellisia tapaamisia. Tämän typpiset keinot mahdollistavat palveluiden tuottamisen kohtuuhintaisina tai palvelusetelin avulla.

Terveyskeskuksen vuodeosastohoidon ja vanhainkotihoidon rinnalla tulisi enemmän kokeilla myös palvelusetelin avulla järjestyviä yksityisten palveluyritysten ja järjestöjen ylläpitämiä pienhoitokoteja ja ryhmäkoteja sekä järjestää hoidettavan terveydentila huomioiden myös ympärivuorokautista hoitoa kotiin. Eräs keino on kehittää laajaa omaishoitajarinkiä, joka työllistäisi yhteisen sijaishoitajan tai varata jatkuvana käyttöön hoitopaikkoja järjestöjen tai yksityisten palvelun tuottajien ylläpitämistä tai julkisista hoitoyksiköstä.

Omaishoitajien vapaamahdollisuuksia voidaan lisätä järjestämällä heille kohtaamispaikka, joka on auki päivittäin, viikoittain tai kuukausittain. Vastaava malli Englannissa on omaishoitajajärjestöjen perustamat omaishoitajien keskukset eri puolille maata. Ruotsissa on kehitetty omaisia tukeva akuuttipalvelumuoto "Drop in service", jossa tarjotaan omaishoitajille turvaa akuuteissa tilanteissa. Omaishoitaja voi esimerkiksi jättää hoidettavan hoitoon ilman ennakkovarausta, kun ei itse jaksa. Tampereella on järjestöjen ja kaupungin järjestämä yhteinen omaishoidon infopiste, jossa on yhteistyötä eri järjestöjen kanssa palvelujen tiedottamisesta ja vapaaehtoistoiminnan järjestämisestä. Kohtaamispaikan henkilökunta voi samanaikaisesti huolehtia hoidettavista, jolloin hoitajat saattavat levätä, virkistyä, saunoa, huolehtia juoksevista asioista, saada tietoa palveluista ja tavata vertaisiaan.

Esitys 13. Omaishoitajien vapaa, sen järjestäminen ja sijaishoidon maksut.

Lainsäädäntöön esitetään, että omaishoitajien työn ja jaksamisen tukemiseksi kaikilla niillä, jotka on hyväksytty kunnallisen omaishoidon tuen piiriin, on oikeus kahteen vuorokauteen vapaata kalenterikuukautta kohden. Kun kyse on jaksottaisesta, ei-säännöllisestä hoidosta ja huolenpidosta, vapaapäivien määrä suhteutetaan arvioituun omaishoidon määrään ja sitovuuteen. Omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa sovitaan, miten lomapäivät pidetään joko kuukausittain tai pidemmälle ajalle keräten ja jaksottaen. Tämän lisäksi hoitajalle, jolla on runsaasti hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva henkilö, on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä vapaata vähintään yksi vapaapäivä viikossa, yksi vapaa viikonloppu kuukaudessa sekä vuosittain yhtäjaksoinen vähintään viikon pituinen vapaa.

Lainsäädäntöön esitetään lisäksi, että kunnan on edelleen huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi, joka järjestämistapa arvioidaan yhteistyössä omaishoitajan ja hoidettavan kanssa moniammatillisessa tiimissä ja kirjataan hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee myös kirjata, mikä on hoidettavan toive vapaan aikaisesta hoitopaikasta. Sijaishoidon järjestämisessä tulee korostaa yksilöllisiä ratkaisuja. Hoidettavan hoitopaikkaa valittaessa tulee ottaa huomioon hoidettavan terveydelliset olosuhteet.

Lakisääteisten vapaiden sijaishoitomuotoja tulee monipuolistaa. Tällaisia muotoja ovat esimerkiksi omaishoitajien välinen hoitorinki tai hoitopari, vanhusten perhepäivähoito, palvelusetelin avulla järjestyvä pienhoitokodin ja ryhmäkodin tarjoama sijaishoito tai kotipalvelu, työosuuskunnat, sosiaalisten yritysten tarjonta, vapaaehtoisista ja työttömistä koulutetut sijaishoitajat ja naisyrittäjien sijaisapuverkosto. Uusien sijaishoitomuotojen jatkokehittäminen toteutetaan osana järjestöjen avustus- ja projektitoimintaa, osana valtakunnallista sosiaalialan kehittämistoimintaa ja osana EU-rahoitteista hanketoimintaa.

Lakisääteisten vapaiden osalta on sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla säännös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin, jolla rajoitettaisiin kunnan mahdollisuutta periä maksuja omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi järjestetyistä palveluista siltä osin, kun palvelut korvaavat omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa.

4.14 Hoito- ja palvelusuunnitelman sekä palkkio- ja tukisopimuksen suunnittelu ja toteutus

Nykyisessä omaishoitoa koskevassa asetuksessa todetaan, että omaishoidon toteutusta varten on tehtävä hoito- ja palvelusuunnitelma ja sopimus kunnan ja omaishoitajan kanssa. Kunnan ja omaishoitajan väliseen sopimukseen edellytetään kirjattavan omaishoidon tuen sisältö eli palkkion ja palvelujen määrät ja intensiteetti, hoitopalkkion luokkien määrittäminen, vapaapäivien aikaisen hoidon järjestäminen sekä sopimuksen irtisanomisaika, mikäli halutaan poiketa asetuksen antamasta ajasta. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee sisältää omaishoitajan antaman hoidon lisäksi sen turvaamiseksi välttämättömät palvelut sekä niiden määrä ja sisältö. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee asetuksen mukaan ilmetä, miten hoidettavan hoito suunnitellaan järjestettäväksi hoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä on kyse neuvottelusta toisten organisaatioiden, ammattikuntien ja asiakkaiden välillä. Tällöin omaishoitajien ja hoidettavien tarvearvioinnit ovat tärkeitä ja niitä voidaan kutsua palvelujärjestelmän avaintapahtumiksi, koska käytännössä ne avaavat ovet palvelujärjestelmään. Omaishoidon palveluprosessiin sopii palveluohjauksen jäsennys, jonka perusteella prosessi voidaan eritellä palvelutarpeen arvioinniksi, palvelujen suunnitteluksi, päätöksenteossa asiakkaiden valikoinniksi, palvelujen organisoinniksi ja tilanteen seurannaksi. Oleellista on tilanteen seurannan merkitys, jonka perusteella tarpeita ja palvelujen vastaavuutta arvioidaan jatkuvasti.

Omaishoidon tuki voi perustua ainoastaan huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen kartoitukseen, johon tuovat oman osaamisensa sosiaalityön, hoitotyön ja lääketieteellisen työn osaajat sekä muut omaishoitoon ja palveluun osallistujat. Tämä moniammatillinen osaaminen kulminoituu ja tulee näkyväksi hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Se ohjaa palvelujen tehokasta kohdentumista ja tavoitteellista toteutumista. Se turvaa jatkuvuuden ja eri tuottajien palvelujen liittymisen saumattomaksi kokonaisuudeksi. Asiakirjalla on juridinen perusta, sillä lait velvoittavat suunnitelman laatimiseen (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista/asiakaslaki 812/2000, laki potilaan asemasta ja oikeuksista/potilaslaki 785/1992, laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 599/1994, sekä henkilörekisterilaki 471/1994 ja sen muutokset).

Omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelman haaste on, miten rakennetaan verkostot sukulaisten, naapureiden, hoidon organisaatioiden, hoitohenkilökunnan ja asiantuntijoiden kanssa niin, että muodostuu aukoton kokonaisuus ja että kaikki panos on sopusoinnussa omaishoidon tavoitteiden kanssa. Kaikissa näissä tilanteissa esiintyy yhteensovittamisen ongelmia, intressiristiriitoja ja toisistaan poikkeavia tilanteen tulkintoja. Tällaiset ristiriidat ovat vaikeita siitäkin huolimatta, että nykyisessä hoidossa ja hoitokäytännöissä korostetaan potilaan oikeuksien ja tahdon ensisijaisuutta. Yhteistyön vaateet ovat entisestään korostuneet, koska asiakkaat ovat samanaikaisesti usean eri organisaation asiakkaana. Työntekijät joutuvat moniammatillisessa omaishoidon tiimissä ymmärtämään järjestelmiä, toisia organisaatioita ja ammattilaisia, mutta ennen kaikkea tärkeää on ymmärtää asiakas osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Useimmitenhan yksittäistä asiakasta koskevat päätökset tehdään organisaation sisällä eikä niiden välillä. Tärkeimmät yhteistyösuhteet paikantuvat omaishoidon osalta kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja laitoshoidon välille, mutta myös julkisten, palveluyritysten ja järjestöjen palvelujen välille.

Moniammatillisen omaishoidon arvioinnin tavoitteena on hyvä omaishoidon asiakasturvallisuus, tiedonkulku, asiakastyytyväisyys, hyvä vaikuttavuus ja laadunvarmennus, oikea hoidon porrastus, taloudellisuus ja kokonaisvaltainen suunnittelu. Hoito- ja palvelusuunnitelman sekä palkkio- ja tukisuunnitelman tekoon kuuluu tarvearvioinnin, neuvottelun, sopimisen ja toiminnan vaiheet. Tarvearvioinnissa perehdytään perusteellisesti hoidettavan ja omaishoitajan tilanteeseen, taustoihin ja tilannekohtaisin tarpeisiin. Neuvotteluvaiheessa hoidettava ja omaishoitaja yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa keskustelevat ja he kaikki jäsentävät samalla sekä hoidettavan että omaishoitajan tarpeita, toiveita ja odotuksia. Lisäksi he tutustuvat paikallisiin olosuhteisiin ja vaihtoehtoihin vastata näihin tarpeisiin. Sopimisen vaiheessa päätellään, millainen esitys päätöksen tekoon tehdään palkkiosta, ohjauksesta, tuesta ja palveluista. Tällöin muotoillaan hoito- ja palvelusuunnitelma ja palkkio- ja tukisuunnitelma. Samalla sovitaan seuraava aika, jolloin omaishoidon onnistumista seurataan ja palvelujen ja tuen riittävyyttä arvioidaan. Toimintavaiheeseen sisältyy hoito- ja palvelusuunnitelman ja sopimusluonnoksen liittäminen osaksi sitä esitystä, jolla perusteella päätöksentekijä myöntää tai jättää myöntämättä omaishoidon tuen. Hoito- ja palvelusuunnitelma hoidettavan henkilön

palveluista ja palkkio- ja tukisopimus hoitajan kanssa voikin onnistuessaan parantaa heidän itsemääräämisoikeutta ja vaikuttamismahdollisuuksia.

Seurattaessa omaishoidon tuloksellisuutta, vaikuttavuutta ja laatua, hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma ja tuki- ja palkkiosopimus antavat tiedot tätä työtä varten. Ne konkretisoivat omaishoitajasta ja hoidettavasta lähtevän työotteen ja mahdollistavat tarkistukset sovittuun palvelujen tuen ja palkkion määrään olosuhteiden muutoksesta riippuen. Seurannassa voidaan myös sopia hoitajan työn vähentämisestä tai lisäämisestä, palvelujen lisäämisestä tai vähentämisestä ja palkkion tarkistamisesta näitä taustoja vasten.

Kuka sitten ottaa vastuun siitä, että omaishoitajan yhteydenotto käynnistää omaishoidon tarpeen moniammatillisen arvioinnin, vastaa hoito- ja palvelusuunnitelman sekä tuki- ja palkkiosopimusesityksen viemisestä päätöksen tekoon, niiden täytäntöönpanosta ja seurannasta sekä rakentaa yhteistoiminnan eri asiantuntijoiden välille huolehtien, että asiakas pysyy hoidon ja palvelun subjektina läheistensä kanssa koko prosessin ajan? Tarvitaan yhteyshenkilöä ja palveluohjausta. Eri toimijat muodostavat toisistaan riippuvaisten suhteiden verkoston ja näin ollen palveluohjaus on myös verkostotyötä. Verkostomaisen toiminnan logiikan ymmärtämiseksi palveluohjaajalta edellytetään koordinointikykyä ja kumppaneiden tasavertaisuuden oivaltamista. Palveluohjaus on muuta kuin hallinnollinen päätöksentekoprosessi, jota käsitystä niukat henkilöstöresurssit tukevat. Palveluohjauksessa kootaan asiakkaan tarvitsema lukuisten eri tahojen tuottama tuki ja palvelut ja sovitetaan ne yhteen omaishoidon kannalta mielekkääksi kokonaisuudeksi niin, että asiakaslähtöinen työote vahvistuu erityisesti monia palveluja tarvitsevien hoidettavien kohdalla. Palveluohjauksen suunnittelu ja toteutus edellyttää hyvää yhteistyötä julkisen, palveluyritysten ja järjestökentän välillä.

Esitys 14. Moniammatillinen tiimi, palveluohjaus ja kunnan yhteyshenkilön nimeäminen.

Lainsäädäntöön esitetään, että jokaiseen kuntaan esitetään perustettavaksi omaishoidon arviointia, toteutusta ja seurantaa varten moniammatillinen tiimi, jossa tulee olla ainakin kunnan sosiaalihuollon, terveydenhuollon, kuntoutuksen ja Kansaneläkelaitoksen edustus. Tiimi tekee arvion hakijan edellytyksistä kunnallisen omaishoidon tuen piiriin sekä esityksen asianomaiselle kunnalle palkkion, hoidettavan palvelujen ja hoitajan tuen määrästä ja sisällöstä. Kunta päättää omaishoidon tuen myöntämisestä tai hylkäämisestä. Hyväksyessään hoidettavan omaishoidon tuen piiriin kunnalla on mahdollisuus poiketa tiimin esittämästä hoito- ja palvelusuunnitelmasta sekä hoitajalle tulevasta tuesta. Kunta voi poiketa tiimin esittämästä palkkiosta vain siinä tapauksessa, että tiimin esitys ei ole yksimielinen.

Lainsäädäntöön esitetään, että kunnissa nimetään joku viranhaltijoista omaishoidon yhteyshenkilöksi.

Osana sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanoa tulee käynnistää omaishoidon palveluohjauskokeiluja. Palveluohjaaja toimii omaishoitotilanteiden koordinoijana ja ottaa vastuuta hoidettavan ja hoitajan tukemisesta ja palvelujen järjestämisestä. Hän toimii saumattoman hoitoketjun rakentajana yhteistyössä muiden asiantuntijoiden ja palvelujen tuottajien kanssa. Hän antaa myös asiantuntija-apua sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille ja omaishoitajille.

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä yhteistyössä Kuntaliiton ja järjestöjen kanssa on laatia omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelman ja tuki- ja palkkiosopimuksen mallilomakkeet valtakunnalliseen ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” oppaaseen vuoden 2005 loppuun mennessä. Valtakunnallista ”Hyvä ja laadukas omaishoito” kehittämishanketta voidaan käyttää valmistelutyössä kokeilualustana.

4.15 Omaishoitajan ja hoidettavan oikeusturva ja asema

Suomen perustuslaissa määritellään kansalaisten oikeudet sosiaaliturvaan. Lain 19 § 2 momentin mukaan ”julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Yksilön kannalta on ongelmallista riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen määritelmän avoimuus. Säännökset eivät aseta ”riittävän” tasolle mitään laatuvaatimuksia. Perustuslain 21 §:n säännöksistä seuraa, että yksilölliseen, yksityisen henkilön etua, oikeutta tai velvollisuutta koskevaan hallintopäätökseen voi hakea muutosta valittamalla. Sosiaalihuollossa tämä säännönmukainen muutoksenhakukeino on hallintovalitus. Viranhaltijan päätökseen ei kuitenkaan suoraan voi hakea hallinto-oikeudelta päätöstä, vaan asiakkaan on ensin tehtävä oikaisuvaatimus lautakunnalle. Ellei lautakunnan päätös ole myönteinen, päätökseen tyytymätön voi tehdä hallintovalituksen hallinto-oikeuteen.

Omaishoitoon liittyneet valitukset eivät yleensä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta ole tulleet hyväksytyiksi. Hallinto-oikeuden päätökset ovat olleet hakijalle myönteiset niissä tapauksissa, kun omaishoidon tuki on lakkautettu tai palkkion määrää on pienennetty ilman riittäviä selvityksiä. Huomiota kiinnittää niiden valitusten määrä, joissa valittaja on aiemmin saanut omaishoidon tukea, mutta se on sittemmin lakkautettu, vaikka hoidettavan kunto on saattanut kiistatta jopa heikentyä. Tällaiset tapaukset vaikuttavat kohtuuttomilta, vaikka ei voidakaan osoittaa, että nämä olisivat omaishoidon tuesta annettujen säännösten vastaisia. Kunnilla on käytäntönä jättää hakuajan jälkeen tulleet hakemukset ratkaisematta jonoon. Siinä tapauksessa, että omaishoidon tuen saajissa tapahtuu vuoden aikana muutoksia, tuki voidaan myöntää jonossa olevalle. Tämä on osittain vastoin perustuslain 21 §:ää, jonka mukaan asiakkaalla on oikeus saada asiansa käsitellyksi. Omaishoidon tukea hakeneiden joukossa on jossain määrin myös sellaisia henkilöitä, jotka mitä ilmeisimmin täyttäisivät edellytykset saada muun lain, esimerkiksi vammaispalvelulain mukaisia palveluja. Joidenkin asiakkaiden pysyminen omaishoidon tuen asiakkaina voi perustua tietämättömyyteen muista vaihtoehdoista. Palvelujen niukka mainostaminen tai palvelujen jonot kertovat väistämättä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on sellaista kysyntää, johon ei yksikertaisesti voida vastata.

Ongelmat asiakkaan oikeudellisessa asemassa syntyvät säännösten soveltamisessa. Perusoikeuksien merkitys korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön soveltamistilanteissa muun muassa sen vuoksi, että kyseinen lainsäädäntö sisältää väljiä säännöksiä, jotka jättävät ratkaisijalle merkittävän määräysvallan. Vaikka omaishoidon tuki kuuluu kunnan lakisääteisiin palveluihin, ei hoitajalle tai hoidettavalle muodostu subjektiivista oikeutta tähän tukeen. Kunnat järjestävät omaishoidon tuen palveluja ja maksavat omaishoidon tuen palkkiota tarkoitukseen varattujen määrärahojen puitteissa. Omaishoidon päätöksenteossa saatetaan viitata niukkoihin resursseihin, joka lukitsee neuvottelumahdollisuudet olemattomiksi asiakkaan ja hänen omaisen näkökulmasta. Puhe resurssien vähyydestä on perustelu, joka esitetään asiak-

kaalle silloin, kun hänen palvelutarpeisiin ei voida vastata joko ollenkaan tai ei ainakaan hänen toiveiden mukaisesti.

Nykyisessä kunnallisen omaishoidon tuen asetuksessa omaishoidon tuesta hoitajan ja kunnan välillä laadittava sopimus voidaan kunnan puolelta irtisanoa seuraavan kahden ja hoitajan puolelta seuraavan yhden kuukauden kuluttua. Jollei sopimusta ole irtisanottu, sopimus on sopimuskauden jälkeen voimassa toistaiseksi. Irtisanomisajasta riippumatta sopimus päättyy sen kuukauden lopussa, jonka aikana hoito hoidettavan terveydentilan muutoksista johtuen käy tarpeettomaksi tai hänet siirretään pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Omaishoidon sopimukset tehdään nykyisin yleisimmin kalenterivuodeksi kerrallaan. Tällöin määrärahatilanteesta riippuen voidaan asetuksen irtisanomiskohdan avulla säädellä sitä, kuinka monta omaishoidon tuen saajaa kulloinkin on. Toisaalta tämä heikentää omaishoitajan ja hoidettavan omaishoidon tuen jatkuvuutta, koska tietoisuutta siitä, jatkuuko tuki seuraavana vuonna, ei ennen seuraavan vuoden budjetin vahvistamista ole.

Kärjistyneimmin määrärahojen vähyys ilmenee juuri tapauksissa, joissa aiemmin omaishoidon tukena maksettavaa hoitopalkkiota saaneet ovat yhtäkkiä jääneet ilman tätä etuutta. Näissä yhteyksissä on syytä pohtia niin sanotun luottamuksensuojan periaatetta. Sen päämerkitys ilmenee siinä, että viranomainen ei yksipuolisesti voi muuttaa virheellistäkään etuutta suovaa päätöstä asianomaisen kannalta huonommaksi. Periaatteen merkitys on siis yksilön oikeus luottaa hallintoviranomaisen käytäntöön ja tämän luottamuksen suojaaminen. Luottamuksensuojalle ei ole annettu omaishoidon tukea koskevissa valituksissa sellaista merkitystä, että sen perusteella olisi esimerkiksi mahdollista torjua omaishoidon tuen lakkauttaminen sellaisessakaan tapauksessa, jossa tuota etuutta on siihen asti vuosien ajan myönnetty asiakkaalle. 1.2.2004 voimaan tulleen hallintolain (434/2003) mukaan viranomaisen toimien on suojattava oikeusjärjestyksen perusteella oikeutettuja odotuksia. Säännös tullee merkitsemään luottamuksensuojaperiaatteen vahvistamista ja voi näin olen vaikuttaa siihen, miten jatkossa tullaan arvioimaan julkisen vallan tekemien päätösten muuttamista yksityiselle haitalliseen suuntaan. Nähtäväksi jää, voisiko myös omaishoidon tuen saajien luottamus kerran menetetyn tuen jatkuvuuteen tulla tulevaisuudessa tätä kautta suojatuksi.

Parhaimmillaan asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat silloin, kun asiakkaalla on valtaa palveluiden suunnittelussa. Omaishoidossa asiakkaan tai häntä hoitavan omaisen näkemysten aito huomioon ottaminen ja osallisuus on vaativaa, koska silloin tarvitaan aikaisempaa enemmän erilaisten intressien yhteensovittamista ja neuvotteluja. Tällöin täytyy nykyisissä toimintakäytännöissä ja olosuhteissa konkreettisesti sovittaa palvelujen tarjontaa ja kysyntää ja neuvotella käytännöistä ja palvelujen sisällöstä. Alhaisimmillaan asiakkaan osallistuminen on silloin, kun asiakkaalla on oikeus saada tietoa palveluista, mutta ei muuta. Myös tämä oikeus joutuu nykyisin koetukselle johtuen siitä, että asiakas ei tiedä mitä tietoa ja mistä tulisi kysyä. Tyypillisin viranomaisyhteys on kunnan kotipalveluun, josta omaishoidon tukea kotihoidon vaihtoehtona esitetään harkiten riippuen määrärahoista. Toinen tiedon saantia estävä tekijä on hoidettavan sairaudentila. Mikäli henkilö ei vammastaan tai sairaudestaan johtuen ole enää itse kykenevä hankkimaan tietoa tai tekemään omaishoidon tukeen liittyviä ratkaisuja tai sanomaan mielipidettään, joudutaan viranomaistehtävässä olettamaan hänen tahtonsa esimerkiksi omaishoitajan tai muiden läheisten kautta. Omaishoidon alueella tulisikin harkita omaishoitajan tai hoidettavan aseman parantamista muodostamalla kaikista omaishoitajista, jotka ilmoittautuvat, oma rekisterinsä tai tietopankkinsa, jota käytetään aktiiviseen tiedotukseen ja josta asiakkaan luvalla on mahdollista siirtää omaishoitoa koskevat henkilötiedot sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasrekistereihin. Internet- pohjainen rekisteri toimisi myös tieto- ja palautekanavana asiakkaasta kunnan viranomaisiin. Rekisteriä voitaisiin jatkokehittää omaishoidon päivystyksen tai kriisiavun yhteystiedostoksi.

Esitys 15. Omaishoitajan ja hoidettavan oikeusturvan ja aseman parantaminen.

Tässä selvityksessä omaishoidon tuen lainsäädäntöön esitettävät muutokset ja muut toimenpiteet vahvistavat hoidettavan ja omaishoitajan oikeudellista asemaa. Yhteydenotto kuntaan käynnistää tämän esityksen mukaan moniammatillisen omaishoidon tuen tarpeen arvioinnin, joka tehtäisiin maan eri osissa tasapuolisesti lakiin kirjattujen kriteerien ja kuntien arviointia auttavan valtakunnallisen mittaristo-oppaan avulla. Mikäli kunta hyväksyy hakijan kunnallisen omaishoidon tuen piiriin, arvioinnin tuloksena esitettävä, valtakunnallisesti yhtäläinen omaishoitajan palkkiotaso olisi päätöksentekoa sitova. Lakisääteinen vapaa esitetään kaikille kunnallisen omaishoidon tuen piiriin hyväksytyille. Vuosittainen omaishoidon tuen tilanteen seuranta tapahtuisi moniammatillisen tiimin toimesta, jollei sitä tiheämpään seurantaan ole muutoin tarvetta. Kunnassa tulee lisäksi nimetä joku viranhaltijoista omaishoidon yhteyshenkilöksi.

Omaishoidon tuen hakijan oikeudellista asemaa esitetään lainsäädäntöteitse vahvistettavaksi siten, että hänellä on oikeus saada omaishoidon tuen arviointi käynnistymään 14 vuorokauden kuluessa kunnalliseen omaishoidon tukea koskevan hakemuksen kunnalle saapumisesta lukien. Päätös ja sopimus omaishoidon tuesta esitetään tehtäväksi kuukauden kuluessa hakemuksen saapumisesta lukien.

Omaishoidon tuen päätös esitetään jatkossa tehtävän toistaiseksi, ellei omaishoidon ennakoitu kesto, omaishoitajan tai hoidettavan oma tahto tai muu perusteltu syy muuta edellytä. Laista poikkeava voimassaolo kirjataan omaishoidon tuen päätökseen.

Omaishoidon tuen lainsäädäntöön esitetään mahdollisuutta hakea hallinto-oikeuden päätöksestä lupaa muutoksenhakuun korkeimmalta hallinto-oikeudelta.

Terveydenhuollon hoitoon pääsyn kriteerejä valmistelevalle työryhmälle esitetään, että hoitoon pääsyssä tulee ottaa huomioon omaishoitotilanne silloin, kun omaishoitajan odottaminen terveydenhuollon toimenpiteeseen vaarantaa omaishoidon jatkuvuuden.

Omaishoitajan tai hoidettavan tiedon saannin ja osallisuuden parantamiseksi esitetään, että sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskeskus (Stakes) valmistelee mallin internet-pohjaiseksi rekisteriksi tai tietopankiksi, johon omaishoitajilla on mahdollista ilmoittautua. Rekisteriä käytetään aktiiviseen tiedotukseen ja palautekanavana. Siitä on asiakkaan luvalla mahdollista siirtää omaishoitoa koskevat henkilötiedot sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasrekistereihin. Rekisteriä tulisi voida jatkossa käyttää omaishoidon päivystyksen ja kriisiavun yhteystiedostona. Rekisterimallin valmistuttua sovitaan kunta- tai seutukuntakohtaisesti sen ylläpidosta joko kuntien tai järjestöjen toimesta.

4.16 Kuntien, järjestöjen, palveluyritysten ja muiden tahojen yhteistyö ja työnjako

Kunnilla on oman toiminnan rinnalla vaihtoehtoina ostopalvelusopimuksin tai palvelusetelien avulla hankkia omaishoitoon tarvittavia palveluja ja tukea palveluyrityksiltä, järjestöiltä ja seurakunnilta. Sosiaali- ja terveysjärjestöjä on tuhansia. Raha-automaattiyhdistyksen tietokannasta löytyy 1169 järjestöä, joilla on yli 15 000 jäsenyhdistystä. Ne toimivat jäsenistönsä edunvalvojina, tuottavat palveluja, ovat oman erityisalueensa kehittäjiä ja järjestävät vapaaehtoistoimintaa ja vertaistukea. Järjestöjen osuus palvelujen antajana on kaiken aikaa kasvanut.

Ne tuottavat sosiaalipalveluja 17 % ja terveyspalveluja 4 % koko palvelutuotannosta ja järjestön palvelusta onkin saattanut tulla julkisen palvelun korvaaja pikemminkin kuin lisäarvon tuoja. Sosiaalibarometrin 2003 mukaan järjestöjen merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana näyttää olevan edelleen jonkin verran kasvussa. Järjestöt tarjoavat palvelujen ohella jäsenilleen ja suurelle yleisölle aineellista, toiminnallista, emotionaalista ja tiedollista tukea. Keskeisellä sijalla ovat vapaaehtoistoiminta ja vertaistukeen perustuvat tukimuodot. Kun hyvinvointivaltion toimintamallina on ollut tarjota ammattilaisten apua joka tilanteeseen, puhutaan nyt sosiaalisesta pääomasta ja ihmisten omista voimavaroista. Nyt ja tulevaisuudessa monella vireässä eläkeiässä ollessaan voi olla mahdollisuus ja halua toimia omaishoidon tukena. Tässä selvityksessä tehty esitys käynnistää osana sosiaalialan kehittämisohjelmaa hankkeita, joilla edistetään alueellisten ja seudullisten läheisauttajaverkostojen perustamista, turvaisi osaltaan tämäntyyppistä vapaaehtoistyön uutta organisointia omaishoitoon.

Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnan linjauksissa nousee esille asiakaslähtöisyys, paikallisuus ja heikoimmassa asemassa olevien auttaminen. Omaishoito sopii hyvin näihin periaatteisiin ja useat omaishoitoa koskevat projektit ovat saaneet Raha-automaattiyhdistyksen avustusta. Järjestöt ovat projektien kautta kokeilleet uusia omaishoidon toimintamalleja kuten palvelusetelin käyttöä, kuntoutusta, vapaapäivien järjestelyä, sijaishoitoa ja tiedotusta. Raha-automaattiyhdistys on myöntänyt avustusta vuodelle 2004 yli sadalle omaishoitoprojektille yhteensä 7,6 miljoonaa euroa. Omaishoidon kehittämisprojektit voidaan jakaa:

- omaishoitajien koulutus-, neuvonta- ja ohjaustoimintaan, johon kuuluvat koulutus- ja palveluryhmät, päiväkurssit, tiedotuskirjeet puhelinneuvonta ja päivystystoiminta,
- omaishoitajan vapaan järjestämiseen, johon kuuluvat hoidettavien päivähoito, kotiin tuotava hoito ja intervallihoito. Palvelusetelikokeiluissa omaishoitajat ovat ostaneet hoidettavalleen palveluita kunnan maksusitoumuksella. Hoitajille on järjestetty eripituisia lepojaksoja järjestöjen toimesta heidän vapauttamisekseen hoitotyöstä.
- omaishoitajien tuki- ja vertaistoimintaan, johon kuuluvat tuki- ja vertaisryhmät, psykologis-kasvatukselliset ryhmät ja yksilöterapia. Esimerkiksi Verrokki-projektissa on koulutettu omaishoitajaryhmille vertaisohjaajia omaishoidon kokeneista vapaaehtoisista sekä kehitetty toimintamalleja ryhmien toimintaan.

Projektin ongelmana on se, että sen päättyessä toiminta loppuu ellei sitä ole pystytty integroimaan osaksi järjestöjen pysyvää toimintakokonaisuutta tai kuntien toimintaa. Projektin jälkeen palveluja ei yleensäkään voida jatkaa kunnissa yhtä edullisina. Odotukset kohdistuvat erityisesti kuntien ja järjestöjen yhdessä tuottamiin tuki- ja palvelumuotoihin. Järjestöt ovat joutuneet uuteen tilanteeseen avustuslain säädöksellä, joka edellyttää, että Raha-automaattiyhdistyksen avustuksen myöntämisellä ei saa olla vähäistä suurempaa kilpailua ja markkinoiden toimintaa häiritsevää vaikutusta. Julkisista hankinnoista annetun lainsäädännön mukaan kunnan on lähes poikkeuksetta kilpailutettava hankinta ostaessaan palvelun oman organisaation ulkopuolelta. Tilanne on muuttumassa edelleen, mikäli Euroopan unionin palveludirektiivi tulee koskemaan palvelujen ostoa ja myyntiä sisämarkkinoilla. Unionin näkökulma on, että jos ostoon sisältyy taloudellisia intressejä, se on kilpailutettava. Hankintalainsäädäntöä ollaan Suomessa parhaillaan uudistamassa kilpailuttamisen ja menettelytapojen osalta.

Vuonna 2001 Suomessa oli 2 885 yksityistä sosiaalipalveluyksikköä, joista 40 % tuotti asumispalveluja ja 30 % kotipalveluja. Koska yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annettu laki ja siihen liittyvä rekisteri ei erittele voittoa tuottavia palveluyrityksiä ja voittoa tavoittelematonta järjestöjen palvelutuotantoa, luvuissa on mukana molemmat palvelun tuottajat. Esimerkiksi kotipalvelun tuottajista 70 % on puhtaita yrityksiä ja 30 % järjestöjä. Vuonna

2000 sosiaalipalveluyritysten liikevaihto oli noin 270 miljoonaa euroa. Palveluyritykset ovat yhä useammin tulleet vaihtoehdoksi julkiselle palvelulle siinä ilmenevien palvelujen saatavuus- tai kattavuusongelmien vuoksi.

Omaishoitoon kokeiltiin palvelusetelin soveltuvuutta vuosina 1995 - 1997 ja sen jälkeen useilla kunnilla ja järjestöillä on ollut omia palvelusetelikokeilujaan. Tulokset ovat osoittaneet, että palvelusetelin avulla on voitu tarjota tilapäishoitoa omaishoidon lakisääteisten ja muiden vapaiden ajaksi ja kyetty lisäämään sijaishoidon toimintamalleja. Vuoden 2004 alussa voimaan tulleet lakimuutokset mahdollistavat kotipalvelujen (kodinhoitoavun ja tukipalvelujen) hankinnan palvelusetelien avulla, joka on omiaan lisäämään yksityistä palvelutuotantoa. Palvelusetelien on arvioitu lisäävän kuntien kotipalvelujen saajien määrää 10 000. Vuonna 2001 säännöllistä kotipalvelua tai kotisairaanhoitoa saa 12 % yli 75-vuotiaista ja kattavuustavoitteena vuoteen 2007 on 25 %. Palvelusetelin käyttö koskee myös muita asiakasryhmiä kuten lapsiperheitä, pitkäaikaissairaita ja vammaisia ja sitä voidaan käyttää myös omaishoitajien vapaan aikaiseen sijaishoitoon. Käyttöönoton laajentaminen edellyttää yhtenäisiä toimintaohjeita koko maahan.

Palvelusetelin käytöstä kotipalvelun hankkimiseen on säädetty erikseen siten, että tilapäisessä kotipalvelussa kunta päättää maksusta ja säännöllisen kotipalvelun osalta maksu on riippuvainen kotitalouden koosta ja henkilön tuloista kuten kunnallisessakin kotipalvelussa. Jos toiminta järjestetään palvelusetelin avulla, nousee esille kysymys kilpailuttamisesta ja siitä, että järjestöt eivät voi omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien aikaisen sijaishoidon osalta olla palvelujen tarjoajia, jos he ovat kyseiseen toimintaan saaneet Raha-automaattiyhdistyksen avustusta.

Kuntien, järjestöjen ja yksityisten palveluyritysten ohella seurakunnat, oppilaitokset ja yksittäiset kansalaiset ovat toimineet jossain määrin omaishoitajien vapaan aikana palvelujen antajina hoidettaville, järjestäneet virkistystoimintaa ja tukea omaishoitajille. Seurakuntien diakoniatyön kohteena ovat yksinasuvat ja kotihoidossa omaishoitajien vastuulla olevat hoidettavat. Valtakunnallisen yhteisvastuu-keräyksen tuotto joitakin vuosia sitten aktivoi seurakuntia entistä vahvempaan rooliin omaishoidon tukipalvelujen tuottajina. Sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksilla on oma roolinsa omaishoidon kurssien ja täydennyskoulutuksen järjestäjinä. Oppilaitokset voivat toteuttaa erilaisia omaishoidon vapaan aktiviteetteja ja virkistystä sekä olla mukana harjoittelijatyön avulla sijaishoidon järjestelyissä.

Vuoden 2004 sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten päätettävinä olleista kehittämishankerahahakemuksista 18 sisälsi pääasiassa vanhustenhuollon kehittämistä, jossa vähäisessä määrin sivuttiin omaishoitoa. Hankkeet olivat kotihoidon tai päivätoiminnan kehittämistä, joissa omaishoitajat ja hoidettavat saattoivat olla asiakasryhmänä mukana. Vain yhdessä hankkeessa oli tavoitteena edistää vapaaehtoisten verkostoon perustuvia joustavia vaihtoehtoja ja sitä kautta kehittää omaishoitajien vertaistuen muotoja myös teknologisia sovellutuksia käyttäen. Hanke on läheisauttajaverkostokokeilutyyppinen. Sosiaalialan osaamiskeskusten rooli liittyy kehittämishankkeiden alueelliseen ja seudulliseen käynnistämiseen ja koordinointiin sekä niiden kautta saatujen hyvien käytäntöjen levittämiseen. Osaamiskeskusten tulee osaltaan huolehtia, että sosiaalialan kehittämishankkeen alueellisissa toimeenpanosuunnitelmissa otetaan mukaan niitä kehittämishanke-esityksiä, joita tässä selvityksessä on tuotu omaishoidon osalta esille. Tällaisia ovat hoidettavien sijaishoitomuotojen monipuolistaminen, palveluohjaushankkeet, läheisauttajaverkoston toteuttaminen, omaishoitajien rekisterin perustaminen ja omaishoitajien kohtaamispaikkojen perustaminen kunnallisen kotipalvelutoiminnan ja terveydenhuollon tai järjestöjen palvelutoiminnan yhteyteen.

Esitys 16. Kuntien, järjestöjen, palveluyritysten ja muiden tahojen yhteistyö.

Sosiaali- ja terveysministeriölle esitetään käynnistettäväksi yksityiskohtaisemmat neuvottelut järjestöjen, palveluyritysten ja julkisen tahon omaishoidon yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi. Tavoitteena on työnjaon ja yhteistyön periaatteiden selkiyttäminen ja sitä kautta pitkäjänteisen palvelu- ja tukitoiminnan varmistaminen omaishoitoon, jotka periaatteet kirjataan vuoden 2005 loppuun mennessä valmistuvaan ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” oppaaseen.

Raha-automaattiyhdistykselle esitetään, että järjestöille myönnettävien kohdennettujen toiminta-avustusten ja projektiavustusten yhtenä painopisteenä olisi omaishoitajien tukeminen. Raha-automaattiyhdistyksen vuosien 2005 - 2012 projektiavustusmäärärahoja tulisi kohdentaa omaishoitajien neuvonta- ja palveluohjausmallien kehittämiseen, hoidettavien ja hoitajien kuntoutusmallikokeiluihin, läheisauttajaverkostokokeiluihin ja sijaishoidon uusien mallien kehittämiseen. Omaishoidon projektiavustuksiin tulisi varata vähintään 10 miljoonaa euroa/vuosi. Omaishoidon tukeen liittyvien järjestöprojektien riittävään alueelliseen laajuuteen, yhteistyöhön kuntien kanssa ja hyvien käytäntöjen juurruttamiseen tulisi myöntämiskäytännöissä kiinnittää huomiota. Asia tulee huomioida sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen välisissä tulosneuvotteluissa.

Sosiaali- ja terveysalan palveluyritykset täydentävät julkista ja järjestöjen palvelutarjontaa. Palvelusetelin käyttöä omaishoidon lakisääteisten vapaapäivien aikaisen sijaishoidon järjestämisessä tulee aktivoida. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on antaa tästä käynnissä olevaan palvelusetelitoteutukseen täydentävät yhtenäiset toimintaohjeet koko maahan.

Sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen määrärahoista vuosina 2005 - 2007 esitetään varattavaksi 4,5 miljoonaa euroa omaishoidon palvelujen ja tuen kehittämistyöhön kunnissa. Tällaisia hankkeita ovat Terveys 2015-ohjelman voimaharjoitteluohjeiden ja ikäihmisten liikunnan laatusuosituksen täytäntöönpanokokeilut omaishoidossa, omaishoidon kuntoutuksen sekä kuntouttavan työotteen kehittämishankkeet, läheisauttajaverkostohankkeet ja palveluohjauskokeilut yhteistyössä järjestöjen kanssa.

Sosiaalialan osaamiskeskusten ja lääninhallitusten tulee osaltaan huolehtia, että alueellisiin sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanosuunnitelmiin sisältyy kunnallisen kotipalvelutoiminnan, terveydenhuollon tai järjestöjen palvelutoiminnan yhteyteen perustettavia omaishoitajien kohtaamispaikkahankkeita, sijaishoitomallien monipuolistamishankkeita ja läheisauttajaverkostohankkeita. Mahdollisuuksien mukaan tulee käyttää myös Euroopan unionin ESR ja EAKR rahoitusta siltä osin, kun tavoitteena on työelämän tai omaishoidon tasaarvon lisääminen ja syrjäytymisen ehkäisy sekä omaishoidon kehittäminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta.

5 Esityksiin liittyvät lakimuutokset

Selvityshenkilötyön esityksistä omaishoidon tuen valtakunnalliseksi kehittämiseksi osa toteutuu lainsäädännöllisten muutosten avulla. Tällaisia ovat omaishoidon tuen sisällön määrittäminen ja omaishoidon tuen palkkioluokkiin, niiden tasoihin sekä arviointiin ja arviointikriteereihin liittyvät valtakunnalliset yhtäläistämisesitykset. Lakiesitys voimaantullessaan turvaa omaishoidon tukea hakevalle moniammatillisen tiimin arvioinnin ja päätöksen tietyn ajan kuluessa hakemuksen saapumisesta. Laissa esitetään omaishoitajan ja kunnan välisen toimek-

siantosopimuksen ja hoidettavalle laadittavan hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö palkkioiden, palvelujen ja hoitajalle tulevan tuen osalta. Palkkioiden osalta esitetään arviointitiimin yksimielisen esityksen sitovuutta päätöksenteossa. Käynnistämiskorvausehdotus sisältyy lakiin, samoin muutokset sopimuksen voimassaoloon. Kunnan moniammatillisen tiimin kokoonpano ja omaishoidon yhteyshenkilön nimeäminen todetaan lakiesityksessä. Samanaikaisesti on sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla lakimuutos lakisääteisen vapaan sijaishoidon maksujen kohtuullistamisesta. Lakiesitykseen sisältyy myös omaishoitajan lakisääteisen vapaan laajentaminen kaikille omaishoidon tuen piirissä oleville ja sijaishoidon järjestämiseen liittyvät edellytykset. Lakiesitykseen sisältyy palkkioiden rahoitusvastuun siirtäminen asteittain valtiolle (Kansaneläkelaitokselle) ja palkkion määrittäminen etuoikeutetuksi tuloksi suhteessa sosiaalilainsäädännön mukaisiin etuuksiin. Muutoksenhakuoikeuteen esitetään omaishoitajien osalta muutosta. Omaishoitovähennyksen osalta ehdotetaan tuloverolain muutosta. Omaishoitajien tasa-arvoisen aseman osalta ehdotetaan työttömyysturvalakiin täydennyksiä työmarkkinoilta poissaoloa koskevan pykälän sekä työmarkkinoilla käytettävissä olemista selittävän pykälän osalta.

Laki

sosiaalihuoltolain (17.9.1982/710) muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

muutetaan 17 päivänä syyskuuta 1982 annetun sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 a §:n 1 ja 2 momentti ja 27 b §:n 2 ja 3 momentti sekä 49 §:n 1 ja 2 momentti sellaisina kuin ne ovat 27 a §:n 1 ja 2 momentti laissa 1365/1992 ja 27 b §:n 2 ja 3 momentti mainitussa laissa 1134/2001, sekä 49 §:n 1 ja 2 momentti sellaisena kuin se on laissa 1134/2002, sekä

lisätään 27 a §:ään uudet 3-12 momentit 27 b §:ään uudet 1 ja 4-8 momentit, seuraavasti:

27 a §

Omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvan hoidon tai muun huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota, palveluja ja muuta tukea, jotka määritellään hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa ja hoitajan kanssa tehtävässä sopimuksessa.

Omaishoidon tukea voidaan antaa, jos henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanalaisen syyn vuoksi tarvitsee hoitoa tai muuta huolenpitoa, joka on mahdollista järjestää hoidettavan kotona sopimalla siitä hänen omaisensa tai läheisensä kanssa ja tarpeellisten palveluiden ja tuen avulla. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehnyt henkilö ei ole työsopimuslain tarkoittamassa työsuhteessa sopimuksen tehneeseen kuntaan, hoidettavaan tai hoidettavan huoltajaan. Mikäli sopimus tehdään muun kuin hoidettavan omaisen tai muun läheisen kanssa, on kysymyksessä työsopimus, johon sovelletaan työsopimuslain säännöksiä.

Hoito- ja muu huolenpito voidaan erityisistä syistä järjestää myös hoitajan kotona. Hoitajan kotona järjestettyyn ympärivuorokautiseen hoitoon sovelletaan kuitenkin perhehoitajalain (312/92) säännöksiä silloin, kun myös muut perhehoidolle asetetut edellytykset täyttyvät. Omaishoidon tukea ei voida antaa sellaiseen julkiseen, palveluyrityksen tai järjestön ylläpitämään hoitoyksikköön, joka tarjoaa asukkaalleen ympärivuorokautiset palvelut sekä muun hoidon ja huolenpidon.

Jokaisessa kunnassa tulee olla omaishoidon arviointia, toteutusta ja seurantaa varten moniammatillinen tiimi. Tiimissä tulee olla ainakin terveydenhuollon, sosiaalihuollon, kuntoutuksen ja Kansaneläkelaitoksen edustus. Tiimi tekee arvion omaishoidon tuen palkkion, hoidettavan palvelujen ja hoitajan tuen määrästä ja sisällöstä ja tekee näitä koskevan esityksen asianomaiselle kunnalle. Kunta tekee hylkäävän tai myöntävän päätöksen tiimin esittämästä palkkiosta ja muista tarpeellisista palveluista ja hoitajan tuesta omaishoidon turvaamiseksi.

Omaishoidon tuen palkkion, palvelujen ja tuen määrän ja tason arviointi tapahtuu hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrän ja sitovuuden sekä hoitajan soveltuvuuden ja voimavarojen perusteella. Hoidettavan hoidon ja huolenpidon määrittelyssä käytetään valtakunnallista mittaristoa, jonka avulla saadaan selville fyysiset, kognitiiviset, sosiaaliset sekä psyykkiset ja emotionaaliset tekijät. Hoitajan soveltuvuus ja voimavarat arvioidaan terveyden, työkunnon, työympäristön, henkisen kestävyyden, sosiaalisten taitojen ja työnteon toimintatapojen osalta. Arvioinnin tulos osoittaa omaishoitajan sijoittumisen omaishoidon tuen palkkioluokkiin, hoidettavalle annet-

tavien sosiaali- ja terveyspalvelujen määrän ja intensiteetin sekä omaishoitajalle työssään tarpeellisen muun tuen. Mittariston avulla määritellään myös näiden kolmen kriteerin keskinäinen painoarvo.

Omaishoidon tuen arviointi tulee käynnistää 14 vuorokauden kuluessa omaishoidon tukea koskevan hakemuksen kunnalle saapumisesta lukien. Päätös ja sopimus omaishoidon tuesta on tehtävä kuukauden kuluessa hakemuksen saapumisesta lukien.

Omaishoidon tuesta hoitajan ja kunnan välillä laadittavassa sopimuksessa tulee sopia:

1) hoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta ja sen suorittamisesta;

2) hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytymisen ajalta;

3) hoitajalle järjestettävästä vapaasta ja muusta hoitajalle annettavasta tuesta kuten hoitajan tukemiseksi annettavasta kuntoutuksesta, koulutuksesta tai virkistyksestä;

4) hoidon arvioidusta kestosta,

5) sopimuksen irtisanomisesta; sekä

6) muista hoitoa koskevista seikoista.

Sopimus on tehtävä toistaiseksi, ellei omaishoidon ennakoitu kesto, omaishoitajan tai hoidettavan oma tahto tai muu perusteltu syy muuta edellytä. Laista poikkeava voimassaolo ja sen syy on kirjattava sopimukseen. Kunta voi irtisanoa toistaiseksi voimassa olevan sopimuksen päättymään aikaisintaan irtisanomista seuraavan kahden ja hoitaja irtisanomista seuraavan yhden kuukauden kuluttua. Kunnalla on oltava toistaiseksi voimassa olevan sopimuksen irtisanomiseen erityisen painava syy. Irtisanomisajasta riippumatta sopimus päättyy sen kuukauden lopussa, jonka aikana hoito hoidettavan terveydentilan muutoksista johtuen käy tarpeettomaksi tai hänet siirretään pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Hoidon keskeytymisestä lyhytaikaisen laitoshoidon ajalta on sovittava erikseen.

Riippumatta siitä, mitä sopimuksen irtisanomisajasta on sovittu, sopijapuolet voivat purkaa sopimuksen välittömästi, jos sopimuksen jatkaminen vaarantaa hoidettavan turvallisuuden.

Omaishoidon tuesta laaditaan yhdessä hoidettavan ja hoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tulee sisältää hoitajan antaman hoidon lisäksi sen turvaamiseksi välttämättömät muut palvelut sekä niiden määrä ja sisältö sellaisena kuin kunta on ne hyväksynyt moniammatillisen tiimin tekemän esityksen pohjalta. Hoito- ja palvelusuunnitelma liitetään tukea koskevaan sopimukseen.

Muilla palveluilla tarkoitetaan kotisairaanhoitoa, kotipalveluja sekä muita hoidettavan kannalta välttämättömiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee ilmetä, miten hoidettavan hoito suunnitellaan järjestettäväksi hoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana.

Omaishoidon tukena maksettavan hoitopalkkion maksaa Kansaneläkelaitos. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa sekä omaishoitajan kanssa tehtävässä sopimuksessa mainitut palvelut sekä muun tuen suorittaa se kunta, joka tämän lain 3 luvun mukaan on velvollinen järjestämään hoidettavalle sosiaalipalveluja. Kunnan on nimettävä vähintään yksi viranhaltijoistaan omaishoidon yhteyshenkilöksi, johon hoitaja ja hoidettava sekä muut omaishoitoon liittyvät tahot voivat tarvittaessa olla yhteydessä.

27 b §

Kunnan päätös palkkioluokasta perustuu moniammatillisen tiimin tekemään esitykseen, josta kunta voi poiketa vain siinä tapauksessa, että esitys ei ole yksimielinen. Palkkioluokat ovat 1.1.2006 alusta seuraavat:

I	luokka	300 euroa kuukaudessa
II	luokka	600 euroa kuukaudessa
III	luokka	1000 euroa kuukaudessa

Lain voimaantulo ei vaikuta olemassa oleviin palkkioihin alentavasti. Omaishoidon tukena annettava hoitopalkkio maksetaan hoitajalle. Omaishoitajien lakisääteinen vapaa ei vaikuta palkkioon. Palkkiota voidaan alentaa silloin, kun hoidettava tai hoitaja on poissa hoitotilanteesta yli viisi päivää kerrallaan. mikäli kunta huolehtii

hoidettavan hoidosta ja huolenpidosta poissaolon aikana. Keskeytys voi sattua peräkkäisinä päivinä kahden kalenterikuukauden ajalle, jolloin palkkion alennus kohdistetaan jälkimmäisen kuukauden palkkioon. Vuorohoidossa tai muussa jaksottaisessa, ei-säännöllisessä omaishoidossa olevien hoidettavien osalta keskeytykset otetaan huomioon jo palkkion määrittelyssä.

Omaishoidon tuen palkkiota pidetään sellaisena etuoikeutettuna tulona, jota ei oteta huomioon myönnettäessä sosiaali- ja terveydenhuollon tai muun sosiaalilainsäädännön mukaisia etuuksia. Tuen saajan ja hoidettavan saamilla etuuksilla ei ole vaikutusta omaishoidon tuen arvioinnissa.

Palkkiosta osa tai kokonaan voidaan omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa omaishoitajan aloitteesta muuttaa maksuttomaksi palveluksi hoidettavalle tai tueksi omaishoitajalle itselleen tai näihin mahdollistaviksi palveluseteleiksi mikäli molemmat sopimuksen osapuolet sen hyväksyvät. Muutos tulee mainita omaishoidon tukea koskevassa päätöksessä ja eritellä omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa palvelujen ja palvelusetelien määränä.

Hoitopaikan tulee terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan olla siellä annettavalle hoidolle sopiva. Omaishoitajalle maksetaan korvaus hoidon käynnistämisestä aiheutuvista tarpeellisista kustannuksista, kuten hoitotyön helpottamiseksi tarpeellisten välittömän hoitoympäristön muutostöiden sekä laitteiden ja välineiden hankintaan liittyväistä kustannuksista *käynnistämiskorvauksena*. Käynnistämiskorvaus on omaishoitajaa kohti enintään 2 401 euroa. Käynnistämiskorvauksen suuruuden arvioi moniammatillinen tiimi todellisten kulujen mukaisena ja korvauksen maksaa kunta.

Omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimuksen tehneellä henkilöllä on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Kun kyse on jaksottaisesta, ei-säännöllisestä omaishoidosta, vapaapäivien määrä suhteutetaan arvioituun hoidon ja huolenpidon määrään ja sitovuuteen. Omaishoitajan ja kunnan välisessä sopimuksessa sovitaan, miten lomapäivät pidetään. Kunnan on huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteiden vapaan ajaksi. Tämä järjestämistapa arvioidaan yhteistyössä omaishoitajan ja hoidettavan kanssa moniammatillisessa tiimissä ja kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee myös kirjata hoidettavan toive vapaan aikaisesta hoitopaikasta. Hoitopaikkaa valittaessa tulee ottaa huomioon hoidettavan terveydelliset olosuhteet.

Hoitajalle, jonka vastuulla on runsaasti hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva henkilö, on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä vähintään yksi vapaapäivä viikossa, yksi vapaa viikonloppu kuukaudessa sekä vuosittain yhtäjaksoinen vähintään viikon mittainen vapaa.

- -

49 §

Hallinto-oikeuden päätökseen, joka koskee sosiaalipalvelun antamista tai siitä määrätyn maksun suuruutta taikka sosiaalisen luoton myöntämistä tai määrää, ei saa hakea muutosta valittamalla lukuun ottamatta tämän lain 27 a - c §:ssä säänneltyä omaishoidon tukea.

Hallinto-oikeuden päätöksestä, joka koskee toimeentulotuesta annetussa laissa (1412/1997) tarkoitetun toimeentulotuen antamista tai määrää taikka kuntien välistä erimielisyyttä laitoshoidon antamisvelvollisuudesta tai laitoshoidon kustannusten korvaamisesta taikka tämän lain 27 §:n a - c §:ssä säänneltyä omaishoidon tukea, saa valittaa, jos korkein hallinto-oikeus myöntää valitusluvan.

- -

. _____

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 200

- -

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3 päivänä elokuuta 1992 annetun lain (734/1992) 4 §:n 1 kohta seuraavasti:

4 §

Maksuttomat sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluista ovat maksuttomia:

1) sosiaalihuoltolain (710/1982) 17 §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettu sosiaalityö ja 2 kohdassa tarkoitettu kasvatus- ja perheneuvonta sekä 27 a - c §:ssä tarkoitettu omaishoidon tuki. Omaishoidossa olevien sijaishoidosta voidaan periä enintään 9 euron maksu vuorokaudessa.

- -

_____

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 200

_____

Laki

työttömyysturvalain 5 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

lisätään 30 päivänä joulukuuta 2002 annetun työttömyysturvalain (1290/2002) 2 luvun 4 §:ään uusi 4 momentti seuraavasti ja

muutetaan saman luvun 11 §:n 1 momentti:

4 §

Yritystoiminta

- -

Sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 a ja 27 b:n tarkoittamassa omaishoitotilanteessa katsotaan II ja III palkkioluokan mukainen hoitosopimus sellaiseksi, joka estää hoitajaa olemasta työmarkkinoiden käytettävissä tämän pykälän 1 momentin 3 kohdan mukaan.

11 §

Työmarkkinoilta poissaolo

Työnhakijalla, joka on ollut välittömästi työttömäksi työnhakijaksi rekisteröitymistä edeltäneiden kuuden kuukauden aikana työmarkkinoilla vähemmän kuin kuusi viikkoa, eikä voi esittää pätevää syytä poissaololleen, ei ole oikeutta työttömyysetuuteen 60 päivän ajalta työttömäksi työnhakijaksi ilmoittautumisesta lukien. Työnhakijan katsotaan olleen työmarkkinoilla, jos hän on ollut työssäoloehtoon luettavassa työssä tai työllistynyt yritystoiminnassa, tai omassa työssä taikka ollut työvoimapoliittisessa toimenpiteessä tai ollut työttömänä työnhakijana työvoimatoimistossa. Sosiaalihuoltolain 27 a - c §:n mukaista omaishoitoa pidetään työmarkkinoilla olona, jos omaishoitaja ei ole ollut työttömänä työnhakijana hoitotyötä tehdessään.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 200

Laki

tuloverolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

lisätään 30 päivänä joulukuuta 1992 annettuun tuloverolakiin (1535/1992) uusi 127 c § seuraavasti:

127 c §

Omaishoitovähennys

Verovelvollinen, joka on tehnyt kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuen palkkiosta ja jolle maksetaan sosiaalihuoltolain (17.9.1982/710) 27 b §:n säädettyä I-III luokan mukaista omaishoidon tukea saa vähentää palkkiosta enintään 2 300 euroa vuodessa omaishoitovähennyksenä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 200

---

6 Esityksistä johtuvat muut toimenpiteet

Ne selvityshenkilötyön esitykset, jotka eivät sisälly kappaleen 5 lainsäädännöllisiin muutoksiin, käynnistävät toimenpiteitä sosiaali- ja terveysministeriössä, Kansaneläkelaitoksessa, Kuntaliitossa, kunnissa, Stakesissa, työnantaja- ja palkansaajajärjestöissä, Raha-automaattiyhdistyksessä, sosiaali- ja terveysalan järjestöissä sekä sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen toimijoissa. Seuraavassa esitetään näiden esitysten jatkotoimenpiteet käynnistävät vastuutahot.

1. Sosiaali- ja terveysministeriö:

Omaishoidon strategiatyöhön liittyvät toimenpiteet

1. Omaishoidon vuoteen 2012 liittyvä valtakunnallinen kattavuustavoite. Valtakunnalliseksi tavoitteeksi selvityshenkilö esittää sitä, että vuonna 2012 omaishoidon tuen kattavuus olisi keskimäärin 8 % yli 75-vuotiaiden määrästä (noin 34 000) ja tätä nuorempia omaishoidon tuen saajia eri vammais- ja sairausryhmistä olisi tuolloin vähintään 18 000. Tavoite (52 000) tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten strategioiden, sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuollon hankkeen toimeenpanosuunnitelmissa ja valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) tarkistuksissa sekä vuosien 2006-2012 valtion määrärahoissa.

Omaishoidon lakiuudistuksen valmisteluun liittyvät toimenpiteet

1. Omaishoidon tuen palkkioiden rahoitusvastuu. Selvityshenkilön esitys omaishoidon tuen palkkioiden rahoitusvastuun siirtämisestä asteittain valtiolle vuoden 2007 alusta ylimpään, vuoden 2008 alusta keskimmäiseen ja vuoden 2009 alusta myös alimpaan palkkioluokkaan sijoittuvien osalta edellyttää sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön ja Kansaneläkelaitoksen tarkempia neuvotteluja rahoitusvastuun ja siihen liittyvien toimenpiteiden osalta sekä siirtoa koskevia budjettivalmisteluja. Rahoitusesitykset tulee valmistella ja käsitellä samanaikaisesti omaishoitoa koskevan lainsäädäntöuudistuksen kanssa. Tässä yhteydessä tulee lainsäädännöllisesti selvittää, miten omaishoidon tuen palkkio määritellään sellaiseksi ei-sosiaaliturvaetuudeksi, että Euroopan unionin oikeuskäytännön mukaisesti sitä ei katsota ulkomaille siirtyväksi sosiaalietuudeksi.

2. Omaishoidon tuen palkkion verotus ja vähennykset. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää neuvottelut valtiovarainministeriön kanssa verolainsäädännön muutoksesta, jotta jatkossa mahdollistuisi kotitalousvähennys myös ei-vanhempiensa kanssa samassa taloudessa asuville lapsille, jotka järjestävät vanhemmilleen ja maksavat vähennyksen mukaisia kotitalous-, hoiva- tai hoitotöitä.

3. Käynnistämiskorvauksen vähennys verotuksessa. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistäisi neuvottelut valtiovarainministeriön kanssa verolainsäädännön muutoksesta omaishoitoa koskevaan lainsäädäntöön esitetyn omaishoitajan käynnistämiskorvauksen verotuskäytännöstä. Tällöin käynnistämiskorvaus verotettaisiin makset-

tavien korvausten mukaisesti työkorvauksena, mutta omaishoitaja voisi vähentää sen omassa verotuksessaan.

4. Omaishoidon vuorotteluhoidon mahdollisuutta tulee helpottaa. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää neuvottelut Kansaneläkelaitoksen kanssa hoitotuen myöntämiskäytäntöjen uudistamisesta siten, että päätöksenteossa voi käyttää joustavuutta kuukausittain laitoshoidon ja kotihoidon hoitojaksojen pituuden suhteen, mikäli nykyinen 16 vuorokauden sääntö saadaan tällä joustavuudella keskimäärin toteutumaan.

Työelämän ja omaishoidon yhteensovittamiseen liittyvät toimenpiteet

1. Tilapäisen hoitovapaan (TSL 4 luku 6 §) laajentaminen omaishoitoon. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö valmistelisi sopimusneuvotteluja varten työnantajajärjestöjen, palkansaajajärjestöjen ja valtion kolmikantavalmisteluun esityksen työsopimuslain 4 luvun 6 §:n muuttamiseksi. Nykyinen pykälän sisältö koskee tilapäistä hoitovapaata työntekijän lapsen tai muun hänen taloudessaan vakituisesti asuvan lapsen, joka ei ole täyttänyt 10 vuotta, sairastuessa äkillisesti. Tällöin työntekijällä on oikeus saada lapsen hoidon järjestämiseksi tai tämän hoitamiseksi tilapäistä hoitovapaata enintään neljä työpäivää kerrallaan. Pykälään esitetään lisättäväksi mahdollisuus tilapäiseen hoitovapaaseen samoin ehdoin myös omien vanhempien ja puolison osalta, kun tällainen henkilö ei yksin kykene itsestään huolehtimaan.

2. Työntekijän oikeus hoitovapaaseen (TSL 4 luku 3 §) omaishoidon terminaalivaiheen osalta. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli sopimusneuvotteluja varten työnantajajärjestöjen, palkansaajajärjestöjen ja valtion kolmikantavalmisteluun esityksen työsopimuslain 4 luvun 3 §:n muuttamiseksi. Nykyinen pykälän sisältö koskee työntekijän oikeutta saada hoitovapaata lapsensa tai muun hänen taloudessaan vakituisesti asuvan lapsen hoitamiseksi, kunnes lapsi täyttää kolme vuotta. Hoitovapaana voidaan pitää pykälän mukaan enintään kaksi vähintään kuukauden pituista jaksoa, jolleivät työnantaja ja työntekijä sovi kahta useammasta tai kuukautta lyhyemmästä jaksosta. Pykälään esitetään uutta momenttia koskien työntekijän oikeutta saada hoitovapaata omien vanhempien, puolison tai lapsien tai muiden hänen taloudessaan vakituisesti asuvien lasten terminaalihoidon ajaksi vähintään saman kestoisena ja samanlaisin työnantajan ja työntekijän välisin sopimuksin määriteltynä kuin alle kolme vuotiaan hoitovapaan osalta on säädelty.

3. Puitesopimukset ja suositukset omaishoidon ja työelämän yhteensovittamiseksi. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistäisi työmarkkinajärjestöjen kanssa keskustelut siitä, miten työmarkkinajärjestöjen puitesopimuksia ja suosituksia käyttämällä edistetään ja tiedotetaan keinoista mahdollistaa työntekijän siirtyminen ennalta sovituksi ajaksi omaishoitoon. Tällaisia voimassa olevia keinoja ovat vuorotteluvapaan, pakottavan perhesyyn säännösten, lyhennetyn työajan, vuosilomalain mukaisen säästövapaan, ylityövapaiden, etätyön ja osa-aikaeläkeratkaisujen sekä valmisteilla olevan työaikapankin suomat mahdollisuudet.

Kuntien omaishoidon ohjaustoimintaan liittyvät toimenpiteet

1. ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” opas. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on yhteistyössä Kuntaliiton, Kansaneläkelaitoksen, Stakesin ja sosiaali- ja terveysalan järjestöjen kanssa vuoden 2005 loppuun mennessä valmistella kunnille ja omaishoitajille tarkoitettu ”Kunnallisen omaishoidon tuen arvioinnin ja päätöksenteon” opas, joka sisältäisi seuraavia aihealueita: omaishoidon tuen arvioinnin valtakunnallinen mittaristosuositus, periaatteet järjestöjen, palveluyritysten ja julkisen tahon omaishoidon yhteistyöstä ja työnjaosta, omaishoidon sosiaalipäivystyksen ja kriisipalvelujen mallit sekä omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelman ja tuki- ja palkkiosopimuksen mallilomakkeet.

Mittaristotyössä omaishoidon tuen kolmen kriteerin (eli hoidon ja huolenpidon määrä, hoidon ja huolenpidon sitovuus sekä hoitajan soveltuvuus ja voimavarat) arviointiin luodaan sopiva valtakunnallinen mittaristo. Omaishoidon yhteistyön periaatteiden selvittämisen tavoitteena on pitkäjänteisen palvelu- ja tukitoiminnan varmistaminen omaishoitoon. Omaishoitajille kohdennettavien päivystys- ja kriisipalvelujen osalta tulee käynnistää neuvottelut sosiaalityön neuvottelukunnan kanssa siitä, että omaishoito kytketään osaksi neuvottelukunnan valmistelussa olevaa sosiaalityön päivystysmallia. Palvelujen saajina tulee olla muutkin kuin kunnallisen omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat. Omaishoidon mallilomakkeet osaltaan helpottavat kuntien omaishoidon arviointia, päätöksentekoa ja seurantaa. Käynnissä olevaa valtakunnallista omaishoidon kehittämishanketta (Hyvä ja laadukas omaishoito) ja siinä mukana olevaa 25 kuntaa voidaan käyttää mittariston ja mallilomakkeiden kehittämisen testialustana.

2. Palveluseteli omaishoidossa. Sosiaali- ja terveysalan palveluyritykset täydentävät julkista ja järjestöjen palvelutarjontaa Palvelusetelin käyttöä omaishoidon lakisääteisten vapaapäivien aikaisen sijaishoidon järjestämisessä tulee aktivoida. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee omaishoidon palvelusetelitoiminnasta käynnissä olevaan palvelusetelitoteutukseen täydentävät yhtenäiset toimintaohjeet koko maahan.

3. Avo-, koti- ja laitoskuntoutuksen lisääminen omaishoitoon. Selvityshenkilö esittää, että kuntoutusasiain neuvottelukunta selvittäisi ja huolehtisi siitä, että veteraanikuntoutuksen malli voidaan ottaa käyttöön omaishoidossa siten, että olemassa olevaa laitoskapasiteettia, ammattitaitoa ja resursseja voitaisiin hyödyntää jatkossa palvelemaan omaishoidossa olevien hoidettavien ja hoitajien kuntoutustarvetta.

4. Omaishoitotilanteen huomioiminen hoitoon pääsyssä. Terveydenhuollon hoitoon pääsyn kriteerejä valmistelevalle työryhmälle esitetään, että hoitoon pääsyssä tulisi ottaa huomioon omaishoitotilanne silloin, kun omaishoitajan odottaminen terveydenhuollon toimenpiteeseen vaarantaa omaishoidon jatkuvuuden.

2. Kuntaliitto:

1. Omaishoidon tuen asema kunnallisissa palvelustrategioissa**.** Selvityshenkilö esittää, että Kuntaliitto, avustaessaan, ohjeistaessaan ja tukiessaan kuntien vanhus- ja vammaispoliittisten strategioiden valmistelua, painottaa omaishoidon tuen asemaa ja näkyvyyttä osana

sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja rakenteiden kehittämistä. Suuntaa-antavana tulisi käyttää omaishoidon valtakunnallista kattavuustavoitetta vuoteen 2012.

2. Palvelujen ja tuen lisääminen omaishoitoon. Selvityshenkilö esittää, että Kuntaliitto omalla toiminnallaan edistäisi kunnissa sosiaali- ja terveyspalvelujen ja tuen lisäämistä omaishoitoon sekä omaishoidon kattavuuden kasvua. Selvityshenkilön esitys omaishoidon tuen palkkioiden rahoitusvastuun asteittaisesta siirtymisestä valtiolle vuosina 2007-2009 mahdollistaa kunnille omaishoidon palvelujen ja tuen lisäämisen. Kunnilla säilyy edelleen omaishoidon tuen kokonaisvastuu kuten tiedotus, ohjaus, arviointi, päätöksenteko, palvelujen ja tuen antaminen tai järjestäminen, kehittäminen, yhteistyö muiden palvelujen tuottajien kanssa ja seuranta.

3. Stakes:

1. Omaishoidon kustannusvaikuttavuuden selvittäminen. Selvityshenkilö esittää, että Stakes yhteistyössä Kuntaliiton kanssa kokoaa riittävän otoksen eri kuntatyypeistä ja kuntien toteutuneiden omaishoidon kustannusten perusteella laatii omaishoidon kuntatalousprofiileja. Näin saataisiin vertailutietoja siitä, mitkä ovat kuntien todelliset omaishoidon kustannukset ja mikä on näiden kustannusten merkitys suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon valintoihin, jos omaishoidon vaihtoehto ei olisi ollut käytettävissä. Käynnissä olevaa valtakunnallista omaishoidon kehittämishanketta (Hyvä ja laadukas omaishoito) ja siinä mukana olevaa 25 kuntaa voidaan käyttää testialustana.

2. Omaishoitajien internet-pohjainen rekisterimalli. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskeskus (Stakes) valmistelee mallin internet-pohjaiseksi rekisteriksi tai tietopankiksi, johon omaishoitajilla on mahdollista ilmoittautua. Rekisteriä käytetään aktiiviseen tiedotukseen ja palautekanavana. Rekisteriä tulisi voida jatkossa käyttää omaishoidon päivystyksen tai kriisiavun yhteystiedostona. Rekisterimallin valmistuttua sovitaan kunta- tai seutukuntakohtaisesti sen ylläpidosta joko kuntien tai järjestöjen toimesta.

4. Raha-automaattiyhdistys:

1. Omaishoidon tukemisen keinot. Selvityshenkilö esittää, että sosiaali- ja terveysalan järjestöjen korkeaa asiantuntemusta hoidettavien että omaishoitajien tukemiseen tulee käyttää yhä monipuolisemmin. Tällöin tuen kohteena tulee olla muutkin kuin kunnallisen omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat. Raha-automaattiyhdistykselle esitetään, että järjestöille myönnettävien kohdennettujen toiminta-avustusten ja projektiavustusten yhtenä painopisteenä olisi omaishoidon tukeminen. Raha-automaattiyhdistyksen vuosien 2005 – 2012 avustusmäärärahoja tulisi kohdentaa enenevässä määrin omaishoitajien neuvonta- ja palveluohjausmallien kehittämiseen, hoidettavien ja hoitajien kuntoutusmallikokeiluihin ja sijaishoidon uusien mallien kehittämiseen. Rahoitusta tulee kohdentaa myös järjestöjen ja kuntien yhteisiin hankkeisiin, joilla vapaaehtoispanosta kootaan omaishoidon ympärille nykyistä organisoidummin alueellisiksi ja paikallisiksi läheisauttajaverkostoiksi. Omaishoidon projektiavustuksiin tulisi varata vähintään 10 miljoonaa euroa/vuosi. Omaishoidon tukeen liittyvien järjestöprojektien riittävään alueelliseen laajuuteen, yhteistyöhön kuntien

kanssa ja hyvien käytäntöjen juurruttamiseen tulisi myöntämiskäytännöissä kiinnittää huomiota. Asia tulee huomioida sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen välisissä tulosneuvotteluissa.

5. Järjestöt:

1. Omaishoitajien kuntouttavan työotteen täydennyskoulutus. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen tulee yhteistyössä vapaan sivistystyön koulutuslaitosten, kuten kansanopistojen, työväenopistojen, vapaaopistojen ja kesäyliopistojen kanssa, toteuttaa omaishoitajille kuntouttavan työotteen koulutusta ja opastusta. Yhteistyökumppaneina voivat olla alueelliset omaishoitajajärjestöt tai sijaishoitoa tarjoavat järjestöt.

2. Omaishoitajien tukeminen. Järjestöjen yleisavustustoiminnan yhtenä painopisteenä olisi omaishoitajien tukeminen. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen korkeaa asiantuntemusta tulee käyttää omaishoitajien tiedolliseen, fyysiseen ja emotionaaliseen tukemiseen vertaisryhmien, yksilöllisten keskustelujen, virkistyksen, kuntoutuksen ja koulutuksen avulla. Tuen kohteena tulee olla muutkin kuin kunnallisen omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat.

3. Järjestöjen omaishoidon hankkeet. Järjestöjen Raha-automaattiyhdistykselle esitettävien uusien omaishoidon projektiavustusten sisältöinä tulisi olla vuosien 2005 - 2012 aikana omaishoitajien neuvonta- ja palveluohjausmallien kehittäminen, hoidettavien ja hoitajien kuntoutusmallikokeilut, läheisauttajaverkostokokeilut ja sijaishoidon uusien mallien kehittäminen. Omaishoidon tukeen liittyvien järjestöprojektien riittävään alueelliseen laajuuteen, yhteistyöhön kuntien kanssa ja hyvien käytäntöjen juurruttamiseen tulisi myöntämiskäytännöissä kiinnittää huomiota.

6. Sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen toimijat:

1. Omaishoidon kehittäminen hankemäärärahoilla. Selvityshenkilö esittää, että sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen määrärahoista vuosina 2005 - 2007 varataan 4,5 miljoonaa euroa kuntien omaishoidon palvelujen ja tuen kehittämistyöhön. Tällaisia tässä selvityksessä tarkemmin esiteltyjä valtakunnallisesti merkittäviä terveydenhuoltoon liittyviä hankkeita ovat Terveys 2015 -ohjelman voimaharjoitteluohjeiden ja ikäihmisten liikunnan laatusuosituksen täytäntöönpanokokeilut omaishoidossa sekä omaishoidon kuntoutuksen ja kuntouttavan työotteen kehittämishankkeet. Sosiaalialan kehittämiseen liittyviä valtakunnallisesti merkittäviä omaishoidon hankkeita ovat omaishoitajarekisterimallin kehittäminen, läheisauttajaverkostohankkeet ja palveluohjauskokeilut yhteistyössä järjestöjen kanssa.

2. Alueelliset ja seudulliset kehittämishankkeet omaishoitoon. Selvityshenkilö esittää, että sosiaalialan osaamiskeskusten ja lääninhallitusten tulee osaltaan huolehtia omaishoidon sisällyttämisestä alueellisiin sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanosuunnitelmiin. Erityisesti kaivataan tässä selvityksessä tarkemmin esiteltyjä kunnallisen kotipalvelutoiminnan, terveydenhuollon tai järjestöjen palvelutoiminnan yhteyteen perustettavia omaishoitajien kohtaamispaikkahankkeita, sijaishoitomallien monipuolistamishankkeita ja lä-

heisauttajaverkostohankkeita. Mahdollisuuksien mukaan tulee käyttää myös Euroopan unionin ESR ja EAKR rahoitusta siltä osin, kun tavoitteena on työelämän tai omaishoidon tasa-arvon lisääminen ja syrjäytymisen ehkäisy sekä omaishoidon kehittäminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta.

7 Omaishoidon kehittämisehdotusten kustannus- ja tasa-arvovaikutukset

7.1 Kustannusvaikutukset

Seuraavassa on arvioitu selvityshenkilön esityksistä aiheutuvat vuosittaiset kustannukset vuosina 2006 - 2012, jolloin esitetty omaishoidon tuen kattavuustavoite olisi saavutettu. Uudistuksen kokonaishinta on 298 miljoonaa euroa ja se toteutuu vuosien 2006 - 2012 aikana. Suurimmat kustannukset syntyvät kattavuuden lisäyksestä, omaishoidon tuen vuoden 2006 palkkioiden tasokorotuksesta, vapaapäiväoikeuden laajenemisesta ja hoidettavien palvelujen sekä hoitajien tuen lisäyksestä. Kustannusvaikutuksiin ei ole laskettu muutoksia verotuloissa selvityshenkilön esittämien vähennysten osalta, mutta ei myöskään omaishoitajien palkkioiden ja määrän lisäyksestä johtuvaa verotulojen kasvua, joka on tällä kattavuustavoitteella vähintään nelinkertainen nykyiseen verotulopohjaan verrattuna. Vapaapäivien maksujen kohtuullistamisesta aiheutuva asiakasmaksujen vähennys on huomioitu tätä koskevassa lakiesityksessä.

Taulukko 8. Omaishoidon tuen esitysten kokonaiskustannukset vuosina 2006-2012 (vuosi 2005 arvioitu vuoden 2002 tasossa), miljoonaa euroa.

Kustannusalue	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Palkkiot vuosittain	73	154	170	176	201	226	258	298
Palvelut ja muu tuki vuosittain	91	98	110	116	125	137	149	164
Kustannukset yhteensä	164	252	280	292	326	363	407	462

Tämän hetken omaishoidon kustannukset ovat 164 miljoonaa euroa. Uudistus kasvattaa kustannuksia vuodesta 2006 vuoteen 2012 yhteensä 298 miljoonaa. Selvityshenkilö esittää, että omaishoidon tuen kokonaisvastuu säilyy edelleen kunnilla, mutta rahoitusvastuu palkkioiden osalta siirtyy valtiolle kolmen vuoden siirtymäaikana vuosina 2007 - 2009. Kuntien vastuulle jää palvelujen ja tuen kasvun turvaaminen, jota niillä on mahdollista tehdä palkkioista säästyvillä voimavaroilla. Esityksen vuosittaiset kustannusten lisäykset valtiolle ja kunnille 2006 - 2012 on esitetty taulukossa 9.

Taulukko 9. Valtion ja kuntien kasvavat ja vähenevät omaishoidon tuen kustannukset vuosina 2006-2012 verrattuna edelliseen vuoteen (vuosi 2005 arvioitu vuoden 2002 tasossa), miljoonaa euroa.

Kustannusalue	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Valtion rahoituksen vuosittainen lisäys palkkioiden siirrosta johtuen	0	0	+50	+75	+76	+24	+32	+41
Kuntien palkkioiden tasokorotuksesta ja siirrosta aiheutuvat lisäykset tai vähennykset	73	+81	-34	-69	-51	0	0	0
Kuntien palvelujen ja tuen lisäykset	91	+7	+ 12	+6	+9	+12	+12	+15

Valtion kustannukset lisääntyvät palkkioiden rahoituksessa + 298 miljoonaa euroa 2006-2012. Raskaimmat vuodet ovat 2008 ja 2009, joissa näkyy alimman ja keskimmäisen palkkioluokan siirtymästä ja kattavuuden kasvusta johtuvat lisäykset. Kuntien kustannukset lisääntyvät eniten lakimuutosten voimaantultua vuonna 2006 (+ 88 milj. euroa), jolloin palkkioihin tulee tasokorotus ja rahoitusvastuu palkkioista on edelleen kunnilla. Vuosina 2010 – 2012 palkkioiden rahoitusvastuuta ei kunnilla enää ole, mutta kunnat lisäävät palveluja ja tukea kuten myös vuosina 2007 - 2009, jotka lisäykset tulevat katetuiksi palkkioiden rahoitusvastuun siirtymästä säästyvillä palkkiomäärärahoilla. Kunnat käyttävät palkkioihin ja palveluihin vuonna 2005 noin 164 miljoonaa euroa (vuoden 2002 kustannustasolla arvioituna) ja vuonna 2012 palveluihin ja tukeen 164 miljoonaa euroa. Vuoden 2006 tilapäinen palkkiokustannusten nousu ja vuosien 2010 - 2012 kustannusten kasvu eivät näillä perusteilla aiheuta kuntien laskennallisen valtionosuuden tarkistamista ylöspäin. Vastaavasti selvityshenkilö esittää, että vuosien 2007 - 2009 kustannusten vähennykset eivät aiheuta kuntien laskennallisen valtionosuuden tarkistamista alaspäin.

Selvityshenkilön esitykset rasittavat näin ollen valtiota. Esitetty omaishoidon tuen kehittämisen kustannusvaikutus ja rahoitusvastuun jakaminen valtion ja kuntien kesken takaa varmuuden kehittämistoimenpiteistä ja siitä, että omaishoidosta tulee kattavuuden kasvun myötä merkittävä osa kunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta sekä kotihoitoa ja sen avulla kyetään suunnitelmallisesti estämään laitoshoidon, tehostetun palveluasumisen ja kasvavan kotipalvelutarpeen lisäkustannus. Väestön ikääntymisen huippu alkaa vuodesta 2015, jota palvelujen tarvetta näillä omaishoidon tuen esityksillä kyetään ennakoimaan ja saamaan omaishoidon järjestelmä valmiiksi. Kunnille mahdollistuu tarpeellinen lisäys omaishoidon turvaamiseksi palveluihin ja tukeen sillä rahoitussäästöllä, mitä palkkioiden rahoitusvastuun siirto valtiolle tarjoaa.

Mikäli palkkion rahoitus jäisi edelleen kunnille ja lisäksi kasvaisi omaishoidon turvaamiseksi tarpeelliset palvelut ja muu tuki, on oletettavaa, että kattavuustavoitteeseen ei kunnissa ryhdyttäisi vastaamaan, vaan omaishoidon tuen saajien määrä vähentyisi ja omaishoidon rooli laitoshoidon estäjänä ja korvaajana sekä kotihoidon menetelmänä estyisi. Omaishoito ei parhaimmillaankaan edustaisi sitä pitkäjänteistä strategista kehittämisotetta, jota sosiaali- ja terveydenhuoltoon jo pelkästään väestön ikääntymisen johdosta nyt ja erityisesti 2010 jälkeen kaivataan.

Selvityshenkilö esittää kuitenkin seuraavassa ministeriön jatkoneuvotteluja varten sen vaihtoehdon kustannusvaikutukset, jossa kunta vastaa esitysten mukaisista palkkioiden, palvelujen ja muun tuen lisäyksistä ja valtio lisää laskennallista valtionosuutta kuntien kasvavien kustannusten suhteessa.

Taulukko 10. Kuntien kustannusten muutokset palkkioiden, palvelujen ja tuen lisäyksistä ja niistä johtuvat valtionosuuden lisäykset vuosina 2006-2012 verrattuna edelliseen vuoteen (vuosi 2005 arvioitu vuoden 2002 tasossa), miljoonaa euroa.

Kustannusalue	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kuntien kustannusten lisäykset; palkkiot, palvelut ja muu tuki yhteensä	164	+88	+28	+12	+34	+37	+44	+55
Kunnille kustannusten lisäyksiin tuleva valtionosuuden lisäys	52	+28	+9	+4	+11	+12	+14	+17

Mikäli uudistuksen koko rahoitusvastuu jäisi kunnille ja valtio osallistuisi lisäyksiin laskennallisen valtionosuuden korotuksella, kuntien kustannukset kasvaisivat 298 miljoonaa euroa. Vastaavasti valtionosuudet kunnille kasvaisivat nykytasosta 95 miljoonaa euroa, jolloin uudistuksen nettolisäys kunnille olisi 203 miljoonaa euroa.

Omaishoidon tuesta syntyviä kustannuksia voidaan verrata, ei pelkästään jo budjetoitujen ja kasvavien kustannusten suhteessa, vaan suhteessa siihen, mitä omaishoidon tuella koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa ja erityisesti kasvavina laitoshoidon kuluina säästetään. Kuntien ilmoituksen mukaan (STM 2003:8) tällä hetkellä omaishoidon tuella hoidettavista 26 000:sta noin 11 400 olisi jonkinasteisen laitoshoidon tarpeessa ilman omaishoitoa. Näistä 11 400:sta on tässä laskelmassa 1/3 sijoitettu laitoshoitotasoiseen hoitoon ja 2/3 ympärivuorokautisen, tehostetun palveluasumisen tasoiseen hoitoon. Uuden vuonna 2006 voimaantulevan omaishoitajien palkkioluokituksen osalta on arvioitu, että korkeimman palkkioluokan piiriin tulisi 15 % hoidettavista ja keskimmäiseen palkkioluokkaan piiriin 35 % hoidettavista. Vuosittainen laitoshoidon tai tehostetun palveluasumisen lisäys on kattavuuden kasvun suhteessa sijoitettu vuoden 2005 pohjaan vuosina 2006 - 2012.

Taulukko 11. Omaishoidon tuella säästyvät laitoshoidon ja ympärivuorokautisen, tehostetun palvelu asumisen kustannukset vuosina 2005-2012, (vuosi 2005 arvioitu vuoden 2002 tasossa), miljoonaa euroa.

Kustannusarvio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Laitoshoidon arvioitu säästö [10]	123	130	140	144	175	184	210	244
Tehostetun palveluasumisen arvioitu säästö[11]	187	224	241	249	298	317	362	421
Säästö yhteensä	310	354	381	393	473	501	572	665
Säästö vähennettynä omaishoidon tuen kustannukset	146	102	101	101	147	138	165	203

Omaishoito toimii laitoshoidon korvaajana ja alemmissa palkkioluokissa laitoshoidon ehkäisijänä. Sen avulla säästetään vuoden 2005 omaishoidon tuen kattavuudella yli 100 miljoonaa euroa laitoshoitotasoisen hoidon ja lähes 200 miljoonaa euroa tehostetun, ympärivuorokautisen palveluasumisen kustannuksia. Kun omaishoidon tuen kattavuustavoite vuonna 2012 olisi 52 000 hoidettavaa, laitoshoidon kustannuksia säästyy jo lähes 250 miljoonaa euroa ja tehostetun, ympärivuorokautisen palveluasumisen kustannuksia yli 400 miljoonaa euroa. Kun otetaan huomioon selvityshenkilön esittämät omaishoidon tuen lisäykset ja laajennukset, todellinen säästö vuoden 2012 tasolla on yli 200 miljoonaa euroa.

Kustannusvertailussa ei ole huomioitu sitä, että omaishoidon lisäys vähentäessään laitoshoitoa lisää Kansaneläkelaitoksen maksamia hoitotukia. Vertailussa ei ole huomioitu myöskään palveluista kunnille asiakaskasmaksuina tulevia muutoksia. Molempien kustannusvaikuttavuutta voi pitää kuitenkin marginaalisena suhteessa uudistuksen kokonaiskustannuksiin ja vastaavasti omaishoidon tuella muihin palveluihin tuleviin säästöihin nähden.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia lisätään vuosina 2004 - 2007 hallituksen kehyspäätöksen mukaisesti asteittain siten, että vuonna 2007 lisäys on 398,5 miljoonaa euroa vuoteen 2003 verrattuna. Valtionosuuden lisäyksestä on varattu sosiaalialan kehittämishankkeen valtionosuusrahoitukseen 2004 - 2007 yhteensä 110 miljoonaa euroa. Selvityshenkilön esitys omaishoidon kehittämisestä on usealle vuodelle ulottuva strateginen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisvalinta, johon sisältyy vuosien 2004 ja 2005 lainsäädäntövalmistelu, rahoitusneuvottelut ja muut valmistelevat toimenpiteet. Sen jälkeen uudistus ajetaan sisään neljän vuoden periodilla vuodesta 2006 alkaen. Kattavuutta nostetaan vuoteen 2012 asti. Uudistuksen rahoitukseen tulee viimeistään hallitusohjelman puolivälin neuvottelujen yhteydessä vuoden 2005 keväällä osoittaa riittävä osuus. Omaishoidon ratkaisut tuleekin nähdä so-

[10] Vuonna 2005 laskettu 1/3 laitoshoitotasoisista hoidettavista eli 11 400:sta ja vuosina 2006-2012 on lisätty 15 % hoidettavien vuotuisen määrän lisäyksestä keskimääräisen laitoshoidon kustannuksen piiriin, 91,50 euroa/vrk.

[11] Vuonna 2005 laskettu 2/3 laitoshoitotasoisista hoidettavista eli 11 400:sta ja vuosina 2006-2012 on lisätty 35 % hoidettavien vuotuisen määrän lisäyksestä tehostetun palveluasumisen kustannusten piiriin, 67,50 euroa/vrk.

siaali- ja terveydenhuollon rakenteellisena ja tuotannollisena uudistuksena ja tehdä vuosittaiset panostukset koko sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien kehyspäätöstä vasten tämän ja seuraavan hallituskauden aikana kuusi vuotta kestävällä toimenpiteiden jaksotuksella.

Selvityshenkilö näkee omaishoidon tuen kattavuuden kasvattamisen ja tuen samanaikaisen kehittämisen tarpeelliseksi vaihtoehdoksi estää ikääntyneiden määrän kasvaessa, erityisesti 2010 jälkeen dramaattisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän palautuminen laitoshoitoiseen, ei-kotihoitoa tukevaan malliin. Kattavuustavoitteesta ei tulisi tinkiä, koska sillä turvataan pitkälläkin aikajänteellä omaishoidon merkittävä kehittäminen valitun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennestrategian ja sosiaalipalvelujen uudistamisvaateen mukaisesti.

Yksityiskohtaiset kustannuslaskennan perusteet:

1. Omaishoidon tuen palkkion kustannusten lisäys vuosittain 2006-2012:

Nykyisten hoidettavien hoidon ja huolenpidon määrän ja sitovuuden pohjalta arvioituna 15 % hoitajista sijoittuu palkkioluokkaan III (korkein, 1000 euroa) 35 % hoitajista palkkioluokkaan II (keskimmäinen, 600 euroa) ja 50 % hoitajista palkkioluokkaan I (alimmainen, 300 euroa). Tällöin omaishoito korvaa puolella hoidettavista laitoshoitotasoista tai muutoin ympärivuorokautista kodin ulkopuolista hoitoa ja huolenpitoa ja puolet hoidettavista on laitoshoidon tai kodin ulkopuolisen muun hoidon tai tiiviin kotihoidon ehkäisevässä omaishoidossa.

Vuonna 2002 omaishoidon tuen palkkioihin oli kunnissa varattu määrärahoja 73 miljoonaa euroa. Vuonna 2002 maksettujen palkkioiden keskiarvo oli 287 euroa kuukaudessa. Hoidettavia oli tuolloin 26 200 ja hoitajia 25 340.

Vuonna 2005 lakiuudistus ei ole vielä voimassa, joten tilanne arvioidaan vuoden 2002 tasossa.

Vuonna 2006 palkkioiden kokonaiskustannus olisi nykyisellä kattavuudella 154 miljoonaa euroa. Ero vuoden 2005 arvioituun kuntien omaishoidon tuen budjettiin on + 81 milj. euroa. Keskimääräinen palkkiokustannus on 510 euroa kuukaudessa. Kattavuusarvio on 26 000 hoidettavaa ja hoitajamääräarvio on 25 300.

Korkein palkkioluokka 3 800 hoitajaa x 12 kk x 1000 euroa, 45 milj. euroa
Keskimmäinen palkkioluokka 8 800 hoitajaa x 12 kk x 600 euroa, 63 milj. euroa
Alin palkkioluokka 12 700 hoitajaa x 12 kk x 300 euroa, 46 milj. euroa

Vuonna 2007 palkkioiden kokonaiskustannus olisi kasvaneella kattavuudella 170 miljoonaa euroa. Ero vuoden 2006 arvioituihin kustannuksiin on + 16 milj. euroa. Kattavuusarvio on 30 000 hoidettavaa ja hoitajamäärä 28 000.

Korkein palkkioluokka 4 200 hoitajaa x 12 kk x 1000 euroa, 50 milj. euroa
Keskimmäinen palkkioluokka 9 800 hoitajaa x 12 kk x 600 euroa, 70 milj. euroa
Alin palkkioluokka 14 000 hoitajaa x 12 kk x 300 euroa, 50 milj. euroa

Vuonna 2008 omaishoidon tuen palkkioiden kokonaiskustannus olisi kasvaneella kattavuudella 176 miljoonaa euroa. Ero vuoden 2007 arvioituihin kustannuksiin on + 6 milj. euroa. Kattavuusarvio on 32 000 hoidettavaa ja hoitajamääräarvio on 29 000.

Korkein palkkioluokka 4 300 hoitajaa x 12 kk x 1000 euroa, 52 milj. euroa
Keskimmäinen luokka 10 100 hoitajaa x 12 kk x 600 euroa, 73 milj. euroa
Alin luokka 14 600 hoitajaa x 12 kk x 300 euroa, 51 milj. euroa

Vuonna 2009 palkkioiden kokonaiskustannus olisi kasvaneella kattavuudella 201 miljoonaa euroa. Ero vuoden 2008 arvioituihin kustannuksiin on + 25 milj. euroa. Kattavuusarvio on 35 000 hoidettavaa ja hoitajamääräarvio on 33 000.

Korkein palkkioluokka 4 950 hoitajaa x 12 kk x 1000 euroa, 59 milj. euroa
Keskimmäinen luokka 11 550 hoitajaa x 12 kk x 600 euroa, 83 milj. euroa
Alin luokka 16 500 hoitajaa x 12 kk x 300 euroa, 59 milj. euroa

Vuonna 2010 palkkioiden kokonaiskustannus olisi kasvaneella kattavuudella 226 miljoonaa euroa. Ero vuoden 2009 arvioituihin kustannuksiin on + 25 milj. euroa. Kattavuusarvio on 40 000 hoidettavaa ja hoitajamääräarvio on 37 000:

Korkein palkkioluokka 5 500 hoitajaa x 12 kk x 1000 euroa, 66 milj. euroa
Keskimmäinen luokka 12 900 hoitajaa x 12 kk x 600 euroa, 93 milj. euroa
Alin luokka 18 600 hoitajaa x 12 kk x 300 euroa, 67 milj. euroa

Vuonna 2011 palkkioiden kokonaiskustannus olisi kasvaneella kattavuudella 258 miljoonaa euroa. Ero vuoden 2010 arvioituihin kustannuksiin on + 32 milj. euroa**.** Kattavuusarvio on 45 000 hoidettavaa ja hoitajamääräarvio on 42 000.

Korkein palkkioluokka 6 300 hoitajaa x 12 kk x 1000 euroa, 76 milj. euroa
Keskimmäinen luokka 14 700 hoitajaa x 12 kk x 600 euroa, 106 milj. euroa
Alin luokka 21 000 hoitajaa x 12 kk x 300 euroa, 76 milj. euroa.

Vuonna 2012 palkkioiden kokonaiskustannus olisi kasvaneella kattavuudella 298 miljoonaa euroa. Ero vuoden 2011 arvioituihin kustannuksiin on + 40 milj. euroa**.** Kattavuusarvio on 52 000 hoidettavaa ja hoitajamääräarvio on 49 000.

Korkein palkkioluokka 7 300 hoitajaa x 12 kk x 1000 euroa, 87 milj. euroa
Keskimmäinen luokka 17 100 hoitajaa x 12 kk x 600 euroa, 123 milj. euroa
Alin luokka 24 600 hoitajaa x 12 kk x 300 euroa, 88 milj. euroa.

2. Omaishoidon tuen sijaishoidon, muiden palvelujen ja tuen kustannusten lisäys vuosittain 2006 - 2012:

A. Sijaishoito:

Lakisääteisen vapaan sijaishoidon osalta kuntien velvoitteet lisääntyvät. Esityksen mukaan kaikki kunnallisen omaishoidon tuen piirin kuuluvat hoitajat saavat vuoden 2006 alusta oikeuden lakisääteisen vapaaseen, kaksi vuorokautta kuukautta kohti. Vuorottelu-, jaksottais- ja muussa ei-säännöllisessä hoidossa vapaiden määrä suhteutetaan arvioituun omaishoidon määrään ja sitovuuteen. Koska kunnilla on vastuu sijaishoidon järjestämisestä, kuntien kustannukset kasvavat. Vuonna 2005 laki ei ole vielä voimassa, joten tilanne arvioidaan nykyisessä ta-

sossa. Sijaishoidon kustannukset sisältyvät omaishoidon tukena annettujen palvelujen kokonaiskustannuksiin, jonka on arvioitu olevan 91 miljoonaa euroa.

Vuodesta 2006 eteenpäin laskelmissa on lähdetty siitä, että lakisääteistä vapaata käyttää 80 % hoitajista. Kuntien vastuulle sijaishoidon kustannukset tulisivat samassa suhteessa kuin vuonna 2002 eli 70 % käyttäisi julkista sijaishoitoa tai kunnan kautta järjestettyä sijaishoitoa. Kustannusvaikutus on laskettu tältä osin täysimääräisenä (24 vrk/hoidettava/vuosi). Vuonna 2006 kunnan kautta järjestettyä sijaishoitoa käyttäisi 2 000 hoidettavaa enemmän kuin vuonna 2005. Kustannukset laskettuna lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausikustannuksella ovat 118 euroa x 2 000 hoidettavaa x 24 vrk = + 5,6 miljoonaa euroa vuoden 2005 tasoon verrattuna.

Vuonna 2007 sijaishoidon järjestäminen laajenee kattavuuden kasvun myötä + 3 200 (80 % kasvusta) uuteen hoidettavaan vuoden 2006 tasoon verrattuna. Näistä 2 200 edellyttäisi kunnan järjestävän sijaishoidon. Kustannus laskettuna lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausikustannuksella 118 euroa x 2 200 x 24 vrk = + 6,2 miljoonaa euroa vuoden 2006 tasoon verrattuna.

Vuonna 2008 sijaishoidon järjestäminen laajenee kattavuuden kasvun myötä + 1 600 (80 % kasvusta) hoidettavaan vuoden 2007 tasoon verrattuna. Näistä 1 100 edellyttäisi kunnan järjestävän sijaishoidon. Kustannus laskettuna lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausikustannuksella 118 euroa x 1 100 x 24 vrk = + 3 miljoonaa euroa vuoden 2007 tasoon verrattuna.

Vuonna 2009 sijaishoidon järjestäminen laajenee kattavuuden kasvun myötä + 2 400 (80 % kasvusta) hoidettavaan vuoden 2008 tasoon verrattuna. Näistä 1 700 edellyttäisi kunnan järjestävän sijaishoidon. Kustannus laskettuna lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausikustannuksella 118 euroa x 1 700 x 24 vrk = + 4,8 milj. euroa vuoden 2008 tasoon verrattuna.

Vuonna 2010 sijaishoidon järjestäminen laajenee + 4 000 hoidettavaan (80 % kasvusta) vuoden 2009 tasoon verrattuna. Kustannus laskettuna lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausikustannuksella 118 euroa x 2 800 x 24 vrk = + 7,9 miljoonaa euroa vuoden 2009 tasoon verrattuna.

Vuonna 2011 sijaishoidon järjestäminen laajenee + 4 000 hoidettavaan (80 % kasvusta) vuoden 2010 tasosta. Kustannus laskettuna lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausikustannuksella 118 euroa x 2 800 x 24 vrk = + 7,9 miljoonaa euroa vuoden 2010 tasoon verrattuna.

Vuonna 2012 sijaishoidon järjestäminen laajenee + 5 600 hoidettavaan (80 % kasvusta) vuoden 2011 tasosta. Kustannus laskettuna lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausikustannuksella 118 euroa x 4 000 x 24 vrk = + 11,3 miljoonaa euroa vuoden 2011 tasoon verrattuna.

B. Palvelut ja muu tuki:

Kunnat alkavat vuodesta 2007 alkaen, jolloin palkkioiden rahoitusvastuu siirtyy asteittain valtiolle, kohdentaa näitä määrärahavarauksia (73 milj. euroa vuoden 2002 tasossa) omaishoidon palveluihin ja muuhun tukeen kuten hoitajan ja hoidettavan kuntoutukseen, kotipalveluihin, kotisairaanhoitoon ja päivätoimintaan kuljetuksineen. Myös käynnistämiskorvaus tulee uutena muotona palveluvalikkoon. Palvelujen ja muun tuen kustannukset kasvavat vuosina 2006 - 2012 yhteensä + 26,3 miljoonaa euroa vuoden 2005 tasoon verrattuna.

Vuonna 2005 omaishoidon tuen kattavuus on arvioitu vielä nykyiselle tasolle (26 000). Omaishoidon tuen saajat saivat vuonna 2002 (STM 2003:8 ja Stakes yksikkökustannukset 2001), arviolta palveluja 91 miljoonan euron edestä.

Vuoden 2006 palveluista ja tuesta aiheutuvat lisäkustannukset ovat matalat. Kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon lisäys sisältyy siihen vuoteen 2007 asetettuun kattavuustavoitteeseen, jolla perusteella aiemmin on päätetty lisätä kuntien valtionosuuksia vanhustenhuollon kehittämiseksi. Palveluseteliin ja kotipalveluihin tehdyt voimavaralisäykset hyödyntävät myös omaishoitoa. Muut lisäykset ovat + 2,1 miljoonaa euroa:

- kuntoutus osana omaishoidon tukea, kustannukset nyt 1,7 milj. euroa, lisäys + 30 %, + 0,6 milj. euroa,
- käynnistämiskorvaus 400 x maksimi 2 400 euroa = + 1milj. euroa,
- omaishoitajien muuhun tukemiseen +0,5 milj. euroa.

Vuonna 2007 omaishoidon tuen kattavuuden on arvioitu kasvavan + 4000 hoidettavaa. Kustannuksia kasvattavat kattavuuden nousun lisäksi seuraavat palvelujen lisäykset + 5,8 miljoonaa euroa:

- kuntoutus osana omaishoidon tukea, lisäys noin 50 %, + 1 milj. euroa,
- päivätoiminta kuljetuksineen osana omaishoidon tukea, kustannukset nyt 10 milj. euroa, lisäys 25 %, + 2,5 milj. euroa,
- omaishoitajan muuhun tukeen + 0,9 milj. euroa,
- käynnistämiskorvaus, 600 saajaa x maksimi 2 400 euroa, + 1,4 milj. euroa.

Vuosina 2008 - 2009 kattavuuden on arvioitu kasvavan + 5000 hoidettavaa. Siitä ja palvelujen lisäyksestä vuoden 2007 tasoon verrattuna kustannukset kasvavat + 7,2 miljoonaa euroa:

- kodinhoitoapu osana omaishoidon tukea, kustannukset nyt 20 milj. euroa, lisäys noin 10 %, + 2 milj. euroa,
- kotisairaanhoito osana omaishoidon tukea, kustannukset nyt 12 milj. euroa, lisäys 10 %, + 1,2 milj. euroa,
- kuntoutus osana omaishoidon tukea, lisäys 20 % + 0,6 milj. euroa,
- päivätoiminta kuljetuksineen osana omaishoidon tukea, lisäys 10 %, + 1,2 milj. euroa,
- omaishoitajan muuhun tukeen, lisäys + 1 milj. euroa,
- käynnistämiskorvaus, 500 saajaa x maksimi 2 400 euroa, + 1,2 milj. euroa.

Vuosina 2010-2012 kattavuuden on arvioitu kasvavan + 17000 hoidettavaa. Siitä ja palvelujen lisäyksestä kustannukset kasvavat vuoden 2009 tasoon verrattuna + 11,2 miljoonaa euroa.

- kodinhoitoapu osana omaishoidon tukea, lisäys noin 15 %, + 4 milj. euroa,
- kotisairaanhoito osana omaishoidon tukea, lisäys noin 20 %, + 3 milj. euroa,
- kuntoutus osana omaishoidon tukea, lisäys 10 %, + 1 milj. euroa,
- päivätoiminta kuljetuksineen osana omaishoidon tukea, lisäys noin 10 %, + 1 milj. euroa,
- omaishoitajan muuhun tukeen, lisäys + 1 milj. euroa,
- käynnistämiskorvaus, 500 saajaa x maksimi 2 400 euroa, + 1,2 milj. euroa.

7.2 Esitysten tasa-arvovaikutukset

Tämän selvityksen palkkio- ja palveluesityksillä pyritään osaltaan kaventamaan sitä kuilua, mikä omaishoidossa sukupuolten välillä tällä hetkellä on. Kun palkkiot ovat pienet, yleensä naiset tyytyvät tekemään moraaliseen hoitovastuuseen vedoten omia voimavaroja koettelevaa

omaishoitotyötä vuosikausia. Palkkion tasokorotuksella pyritään omaishoidon asemaa nostamaan ja sitä kautta estämään omaishoidon syrjäytyminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä omaksi marginaaliseksi toiminnaksi, jota yhteiskunnan puolelta ei tunnusteta, mutta jota kuitenkin tarvitaan. Riittävien palkkioiden, palvelujen ja hoitajan tukemisen avulla omaishoito nostetaan yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon kotihoitoa tukevaksi keskeiseksi alueeksi.

Omaishoitajista miehiä on 25 % ja hoidettavista miehiä on yli puolet. Naisten pidempi elinikä merkitsee sitä, että miehet keskimäärin hyötyvät puolisohoidosta enemmän kuin naiset. Kyse on myös siitä, miten työssä olevat, niin miehet kuin naiset, olisivat mahdollisia määräaikaisesti ottamaan osaa vanhempiensa tai muiden läheistensä hoitamiseen. Työntekijöiden sidokset kotitalouteen ja perheeseen nähdään vielä kapeasti, pienten lasten ja lasten vanhempien perspektiivistä. Jatkossa on kyse on myös perhesidoksesta, jota tarvitaan sairaiden ja vanhusten sekä heidän lastensa välisessä työssä. Miehen saattaa olla jopa kiusallista olla sidoksissa äitinsä tai isänsä hoitoon ja siksi se jää usein työyhteisössä kertomatta. Työelämässä saattavat sellaiset työntekijät, jotka rekrytointitilanteessa kertovat omaishoitosidoksestaan, olla työntekijöinä epätasa-arvoisessa asemassa muihin työntekijöihin nähden.

Työelämän omaishoitomyönteisyys tarkoittaa myös näiden asioiden tasa-arvoistamista.

Tämän selvitystyön työelämään liittyvillä esityksillä on tavoitteena lisätä miesten halukkuutta ja mahdollisuutta ottaa osaa omaishoitotyöhön naisten rinnalla ja sitä kautta tasapuolistaa sitä mahdollista kehitystä, että naisvaltaiset alat kantaisivat vastuun väestön uusiutumisen ohella myös ikääntyvän väestön huollosta. Uudistuksilla on tavoitteena vaikuttaa myönteisesti naisvaltaisten toimialojen ja yritysten toimintaedellytyksiin ja sitä kautta myös naisten työmarkkina-asemaan.

Selvityshenkilön esitys korostaa omaishoitajien jaksamisen turvaamista ja muuta tukemista. Koska omaishoitajista on tällä hetkellä naisia 75 %, ehdotukset hoitajien tukemisesta, hoitoa helpottavista laitteista ja välineistä, vapaapäivistä, kuntouttavan työotteen hallinnasta ja kuntoutuksesta lisäävät heidän elämän hallintaa ja motivaatiota hoitotyöhön. Samoin selvityshenkilön esitykset lisätä omaishoidon tuen palveluja ja monipuolistaa sijaishoidon vaihtoehtoja sekä käyttää näiden palvelujen hankintaan palveluseteliä ja ostopalveluja lisäävät osaltaan naisyrittäjyyttä.

Arviointi omaishoidon kehityksestä ja sen tasa-arvovaikutuksista selvityksessä esitettyyn suuntaan tulisi antaa valtioneuvostolle tämän hallituskauden aikana.

8 Lähdeluettelo:

Ala-Nikkola, Merja. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Tampereen yliopisto. Tampere 2003.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere 2000.

Asetus omaishoidon tuesta 318/1993.

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.

Avo- ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistioita. Sosiaali- ja terveysministeriö 30:2001. Helsinki 2001.

Ett år efter Anhörig 300. Uppföljning av kommunernas arbete med utveckling av anhörigstöd år 2002. Socialstyrelsen. Stockholm 2003.

Evers, Adalbert. Payments for Care: a comparative overview. Avebury 1990.

Fisher, Berenice & Tronto, Joan. Toward a feminist theory of caring. In the book. Circles of Care. Work and identity in women's lives. Eds. Abel E. K. & Nelson M. K. State University of New York Press. New York 1990.

Hallintolaki 434/2003.

Heikkilä, Matti & Papro, Antti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002.Stakes. Raportteja 268. Helsinki 2002.

Heinonen, Sirkkaliisa & Tervonen, Sari. Arvokas arki omassa kodissa. Esimerkkejä dementoituvien kotona asumisen tukiprojekteista Alzheimer- ja dementiayhdistyksissä. Alzheimerliiton julkaisusarja 2:2002. Helsinki 2002.

Hoitovakuutustyöryhmän muistio, Sosiaali- ja terveysministeriö 7:2001. Helsinki 2001.

Huohvanainen, Jaana. Lievästi dementoituneen henkilön kokemuksia kotona selviytymisestä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Työelämän muutosten ennakointi osana hyvinvointiklusteria Pohjois-Karjalassa projekti. Joensuu 1999.

Husso, Riitta. OMPAS - projekti. Omaishoidontoiminnan kehittäminen kohdennetulla palvelusetelillä ja verkostoitumisen avulla. Vanhus- ja lähimmäispalvelujen liitto. Helsinki 2002.

Hyvinvointivaltio organisoituu uudelleen - entä sukupuolijärjestelmä? Tasa-arvojulkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriö 6:2001. Helsinki 2001.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4:2001. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2001.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. SVT 2003:1. Stakes. Saarijärvi 2003.

Kansaeläkelaki 347/1956.

Kansallisen sosiaalialialan kehittämisohjelman toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2003.

Karisto, Antti. Mitä on kolmas ikä? Käsitteestä ja sen käytöstä. Gerontologia 16:2002:3, 138-142. Helsinki 2003.

Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän loppuraportti. Kauppa- ja teollisuusministeriö. Helsinki 2002.

Koistinen, Pertti. Hoivan arvoitus. Vastapaino. Tampere 2003.

Kotona annettavien palvelujen maksuja selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 27:1997. Helsinki 1997.

Kuntoutushankkeen tausta ja suunnittelu. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki 2003.

Kuntoutuksen kustannukset ja vaikuttavuus. Työryhmämuistioita 5:2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2002.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 812/2000.

Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 1310/2003.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta 1311/2003.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n muuttamisesta 1309/2003.

Laki vammaispalvelujen erityishuollosta 519/1977.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996.

Lasten ja nuorten kuntoutus sosiaali- ja terveysjärjestöissä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki 2001.

Lehtinen, Ville. Mielenterveyspalvelut. Kirjassa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002, sivut 106-128. Stakes. Raportteja 268:2002. Helsinki 2002.

Lindström, Niina. Kolmannen sektorin rooli julkishallinnon yhteispalveluissa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki 2003.

Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva 2003.

Metteri, Anna (toim.) Sairastuminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki 2003.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna, Demonoituvan henkilön oikeudellinen asema, suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja 241/2003. Jyväskylä 2003.

Neudorfer, MM. Coping and health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia. Nursing Research, 40, 260-265. 1991.

Nätti, Jouko & Ruuskanen, Sauli & Virmasalo, Ilkka. Vähän mutta hyvää. Vuorotteluvapaan-kokeilun seurantatutkimuksen loppuraportti. Työministeriö 180/1997, Helsinki 1997.

Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994-2002. Sosiaali- ja terveysministeriö 8:2003. Helsinki 2003.

Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD. Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care. Paris 2003.

Palvelut kotiin setelillä? Selvitys palvelusetelin käytön tehostamisesta kunnan kotipalveluissa. Työryhmämuistioita 10:2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2002.

Perhehoitajalaki 312/1992.

Pietilä, Minna & Saarenheimo, Marja. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Geriatrisen kun-toutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki. 2003.

Pijl, Marja. Developments in the support of carers of older persons in the Netherlands 1998-2002. Stockholm 2002.

Pijl, Marja. Developments in the support of carers of older persons in England 1998-2002. Stockholm 2002.

Päivärinta, Eeva & Haverinen, Riitta. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työnte-kijöille ja palveluista vastaaville. Stakes julkaisuja. Helsinki 2002.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma. Helsinki 2003.

Rautavaara, Aulikki & Kauppinen, Sari & Salminen, Anna-Liisa & Wiman, Ronald. Vam-maisten palvelut. Kirjassa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002, 142-158. Sta-kes. Raportteja 268:2002. Helsinki 2002.

RAVA indeksi, vanhuksen avun tarpeen ja toimintakyvyn mittari. Suomen Kuntaliitto. Hel-sinki 2003.

Rintala, Taina. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Stakes. Tutkimuksia 132. Helsinki 2003.

Rissanen, Sari. Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina? Kuopion yliopisto. Kuopio 1999.

Saarenheimo, Merja & Pietilä, Minna. Iäkkäät omaishoitajat – omaisia vai hoitajia (painossa). Helsinki 2004.

Siivonen, Satu. Kotilomituspalvelu omaishoitajan ja dementoituneen läheisen kotihoidon tu-kena. Alzheimer-liiton julkaisusarja 3:2000. Helsinki 2002.

Sosiaalibarometri 2004-kysely. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki 2004.

Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Oppaita 11:2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2001.

Sosiaalihuoltolaki 710/1980.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettu laki 734/1992.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2003.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuntoutuspalvelut. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveyskertomus 2002. Julkaisuja 2002:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2002.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2001.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Suvinen, Nina. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kela 56/2003. Helsinki 2003.

Tenkanen, Raija. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopisto. Rovaniemi 2003.

Tronto, Joan C. Moral Boundaries: a political Argument for an Ethic of Care. New York 1993.

Twigg, Julia. Bathing – the body and community care. London 2000.

Työsopimuslaki 55/2001.

Työttömyysturvalaki 602/1984.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari. Ikääntyneiden palvelut. Kirjassa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002, 76-105. Stakes. Raportteja 268:2002. Helsinki 2002.

Valtioneuvoston antama kuntoutusselonteko. Helsinki 2002.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö 2002:6. Helsinki 2002.

Valtiovarainvaliokunnan lausunto 7/2003. Hallituksen toimenpidekertomus vuodelta 2002.

Vammaispalvelut kunnissa. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien asiakkaat ja kustannukset kunnissa 2001. Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2003.

Väätäinen, Eija. Työn ja omaishoidon yhteensovittaminen. Kuopion yliopisto. Kuopio 2004.

Walker, David. Writing and reflection. In the book: Boud D. & Keogh R. Walker D. (eds.) Reflection: Turning experience into learning, pages 52-68. London 1988.

Ylikylä-Leiva, Helena. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan oikeudellisesta asemasta. Selvitys asiakkaiden kohtaamisista oikeudellista ongelmista ensiasteen päätöksenteossa. Edita. Helsinki 2003.