

**Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8**

*Marja Vaarama, Päivi Voutilainen, Milla Manninen*

*Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna*  
**Selvitys omaishoidon tuesta ja sen  
vaihtelusta 1994–2002**

---

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

---

**Helsinki 2003**

## Tiivistelmä

Marja Vaarama, Päivi Voutilainen, Milla Manninen. Omaishoidon tuki sosiaalipalvelu-  
na. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994 – 2002. Helsinki, 2003. 81 s.  
(Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2003:8.)  
ISBN 952-00-1451-2

Selvityksen tavoitteena oli kuvata omaishoidon tuen laajuutta, myöntämiskäytäntöjä ja -  
perusteita, omaishoitajien asemaa palkkioiden suuruuden, vapaan ja muun annetun tuen  
avulla sekä omaishoidon tukeen liittyviä kehittämistarpeita. Selvitys on jatkoa vuosina  
1994 ja 1998 tehdyille valtakunnallisille selvityksille. Aineisto kerättiin keväällä 2002  
kyselylomakkeella kaikista kunnista Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Vastausprosentti  
oli 89,6 (n= 387).

Omaishoidon tuella hoidettavien määrä kasvoi vuodesta 1998, mutta asukasluvuun  
suhteutettuna tuen kattavuus kuitenkin laski hieman. Omaishoidon tukeen kuntien  
talousarvioissa varattujen määrärahojen kehitys oli pääsääntöisesti vaihtelevaa. Vaikka  
määrärahat kasvoivat kaikissa lääneissä, asukasluvuun suhteutettuna määrärahat olivat  
kuitenkin vuoden 1998 tasoa matalammat.

Enemmistö hoidettavista oli yli 65-vuotiaita ja yleisimmät hoidon tarpeen syyt olivat  
vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen tai pitkäaikainen fyysinen sairaus tai  
vamma. Niukka enemmistö hoidettavista oli miehiä. Omaishoitajat olivat puolisoita  
(43 %), lapsia (22 %) tai vanhempia (22 %). Miesten osuus omaishoitajista kasvoi.  
Enemmistö hoitajista oli työikäisiä, mutta yli puolet oli eläkkeellä.

Merkittävin omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttava tekijä oli hoidettavan avun ja  
hoidon tarve sekä hoidon sitovuus. Taloudellisen tarveharkinnan merkitys oli vähäinen.  
Omaishoidolla oli huomattava merkitys laitoshoidon korvaajana, sillä ilman omais-  
hoitajaa arviolta noin 11 400 henkilöä koko maassa olisi ollut laitoshoidossa vuonna  
2002.

Kuntien käyttämät omaishoidon tukipalkkiot vaihtelivat suuresti, kuten aiemmissakin  
selvityksissä. Korkeimman maksuluokan keskimääräinen palkkio nousi hieman, mutta  
toisaalta entistä suurempi osa omaishoitajista kuului alimpiin maksuluokkiin. Hoito-  
palkkioiden keskimääräinen suuruus vaihteli pääasiassa kunnan asukasluvun mukaan.  
Suurimmissa kunnissa maksettiin suurimpia hoitopalkkioita. Keskimääräinen palkkio  
koko maassa oli 287,89 euroa/kk.

Hoidon sitovuuden ja hoitopalkkion suuruuden määrittämiseksi noin 75 prosenttia  
kunnista arvioi omaishoidettavan toimintakykyä ja hoitoisuutta erilaisin toimintakyvyn  
arviointimenetelmin. Suurin osa kuntien edustajista arvioi käytössä olevan arviointi-  
menetelmän ottavan erittäin hyvin huomioon hoidettavan fyysisen tilan, mutta huomati-  
tavasti heikommin dementiaan tai mielenterveyteen liittyvät ongelmat.

Omaishoidon tukea annettiin yleisimmin rahana, seuraavaksi yleisimmin rahan ja  
palveluiden yhdistelmänä. Yksittäisistä palveluista kotisairaanhoido ja lääkäripalvelut  
sisältyivät useimmin omaishoidon tukisopimuksiin. Asiaksmaksujen periminen palve-

luista väheni, mutta enemmistö kunnista peri edelleen asiakasmaksun joko annetuista palveluista tai yhteen sovitettuna palkkiosta ja palveluista.

Omaishoitajan lakisääteisestä vapaasta oli sovittu noin 70 prosentissa omaishoidon tukisopimuksia. Yleisin syy vapaasta sopimatta jättämiseen oli hoidon vähäinen sitovuus. Vapaan aikana sijaishoito järjestettiin lähinnä laitoshoidona. Yleisimpinä omaishoito-tilanteita haittaavina ongelmina nousivat esiin hoidon raskaus ja hoitajan haluttomuus pitää vapaata tai jättää hoidettava toisten hoitoon.

Omaishoidon tuella oli vuoden 2002 tulosten mukaan edelleen varsin epävakaa asema kuntien palvelujärjestelmässä. Keskeisimpinä kehittämishaasteina nousivat esiin omaishoidon tuen myöntämisperusteiden yhtenäistäminen sekä omaishoitajien ja -hoidettavien fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen yksilöllinen määrittäminen tarkoituksenmukaisen tuen mahdollistamiseksi.

**Asiasanat:** Avohoito, etuudet, kunnat, omaishoito, palkkiot, sosiaalipalvelut

## Sammandrag

Marja Vaarama, Päivi Voutilainen, Milla Manninen. Stöd för närståendevård som social service. Utredning om stöd för närståendevård och förändringar 1994 – 2002. Helsingfors, 2003. 81 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2003:8.)  
ISBN 952-00-1451-2

Avsikten med utredningen var att illustrera hur omfattande användningen av stödet för närståendevård är och vilken praxis och vilka principer som används då stöd beviljas. Därutöver definierades närståendevårdarnas ställning på basis av lönernas storlek, ledigheter och annat stöd som erhållits samt olika utvecklingsbehov som har att göra med stöd för närståendevård. Utredningen är en fortsättning på de riksomfattande utredningarna som gjordes åren 1994 och 1998. Uppgifterna samlades in våren 2002 genom en enkät som sändes till alla kommunerna med undantag av Åland. Svarsprocenten var 89,6 (n= 387).

Antalet personer som vårdas med stöd för närståendevård har stigit sedan år 1998, men i relation till medborgarantalet har stödets omfattning dock minskat en aning. Utvecklingen av anslagen som reserverats för stöd för närståendevård i kommunernas budgeter var i huvudsak varierande. Även om anslagen ökade i alla länen, var anslagen ändå i relation till medborgarantalet på lägre nivå än år 1998.

Majoriteten av närståendevårdsklienterna var över 65-åringar och de vanligaste orsakerna till behovet av vård var försämrad funktionsförmåga i anslutning till åldrandet och långvarig fysisk sjukdom eller skada. En knapp majoritet av närståendevårdsklienterna var män. Vårdarna var makor/makar (43 %), barn (22 %) eller föräldrar (22 %). Andelen män som var närståendevårdare hade ökat. Majoriteten av vårdarna var i arbetsför ålder, men över hälften var pensionerade.

Den mest betydelsefulla faktorn med inverkan på beviljandet av stöd för närståendevård var behovet av hjälp och vård samt hur bindande vården var. Den ekonomiska behovsprövningens betydelse var liten. Betydelsen av närståendevård i stället för institutionsvård är betydande eftersom det utan närståendevårdare skulle ha funnits uppskattningsvis cirka 11 400 personer inom institutionsvården i hela landet år 2002.

Kommunernas närståendepenning varierar mycket, liksom också i tidigare utredningar. Den högsta arvodesklassens genomsnittliga ersättning steg en aning, men å andra sidan hörde en allt större del av närståendevårdarna till de lägre arvodesklasserna. Vårdarvodenas genomsnittliga storlek varierade huvudsakligen i enlighet med kommunens invånarantal. I de största kommunerna betalades större vårdarvoden. Det genomsnittliga arvodet i hela landet var 287,89 euro/mån.

För att avgöra hur bindande vården var och vårdarvodets storlek bedömde cirka 75 procent av kommunerna enligt olika metoder för uppskattning av funktionsförmåga närståendevårdspatientens funktionsförmåga och vårdberoende. Största delen av företrädarna för kommunerna ansåg att uppskattningsmetoden som användes, på ett mycket gott sätt, tog i beaktande patientens fysiska tillstånd, men inte lika väl problem i samband med demens eller psykisk hälsa.

Stöd för närståendevård gavs oftast i form av pengar och näst oftast som en kombination av pengar och tjänster. Utav de enskilda tjänsterna ingår hemsjukvård och läkartjänster oftast i närståendevårdens stödavtal. Uppbärandet av klientavgifter för tjänsterna minskade, men trots det uppbär majoriteten av kommunerna fortfarande en klientavgift antingen för de tjänster som erhållits eller en sammanlagd avgift för arvodet och tjänsterna.

Om lagstadgad ledig tid för närståendevårdaren hade avtalats i cirka 70 procent av stödavtalen för närståendevård. Den allmännaste orsaken till att den lediga tiden förblev oavtalad var att vården var föga bindande. De vanligaste problemen som uppkom i samband med närståendevården var att vården var tung och vårdaren var ovillig att hålla ledigt eller lämna patienten i någon annans vård.

Stödet för närståendevård hade enligt uppgifterna för år 2002 fortfarande en mycket osäker ställning inom kommunernas servicesystem. Centrala utmaningar för utvecklingen var standardisering av grunderna för beviljande av stöd för närståendevård samt, för att möjliggöra ett ändamålsenligt stöd, att individuellt definiera närvårdarnas och patienternas fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska resurser.

**Nyckelord:** Arvoden, förmåner, kommuner, närståendevård, socialtjänster, öppenvård

## Summary

Marja Vaarama, Päivi Voutilainen, Milla Manninen. Support for informal care as a social service. Report on support for informal care and its variation 1994 – 2002. Helsinki, 2003. 81p. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2003:8.) ISBN 952-00-1451-2

The aim of the report was to illustrate the extent of the use of support for informal care at home and what practice and principles are used when support for informal care is allocated. In addition, the position of informal carers was defined based on the size of allowances, time off, and other support received. Different aspects of development related to support for informal care were also determined. The report follows the national studies carried out in 1994 and 1998. Information was compiled through a questionnaire sent to all municipalities with the exception of Ahvenanmaa. The answering percentage was 89,6 (n= 387).

The number of persons whose care depends on support for informal care has increased since 1998; however, in relation to the whole population the extent of the support has diminished somewhat. The development of subsidies reserved for support for informal care in municipal budgets was diverse. Although the amount of subsidy increased in all provinces, in relation to the whole population the level of subsidy was still lower than in 1998.

The majority of informal care clients were over 65 years of age and the most common factors causing the need for care were an age-related decrease in functional capacity and long-term physical illness or injury. A narrow majority of informal care clients were men. Carers were spouses (43 %), children (22 %) or parents (22 %). The proportion of men as informal carers had increased. The majority of carers were work aged, however, more than half of them were pensioned.

The most important factor affecting the allocation of support for informal care was the need for help and care as well as how binding the care was. The importance of the economic means test was minor. The significance of informal care instead of institutional care is important because, without informal carers, there would have been approximately 11 400 persons in institutional care in the entire country in 2002.

Municipal compensation for support for informal care varies greatly, as in earlier reports. Compensation according to the highest payment bracket increased somewhat, although on the other hand a larger number of informal carers belonged to the lower brackets. The average size of the compensation varied according to the number of inhabitants in the municipality. In the largest municipalities more compensation was paid. The average compensation in the whole country was EUR 287,89 per month.

In order to determine how binding the care was and the size of the compensation c. 75 percent of the municipalities used different methods of determination to define the functional capacity and dependency on care of the patients in informal care. Most of the municipal representatives estimated that the method they used successfully considered the physical condition of the patient whereas problems relating to dementia or mental health were less successfully taken into consideration.

Support for informal care was primarily given as monetary compensation and secondarily in the form of a combination of money and services. Home nursing and medical services are the most common of the individual services included in agreements concerning support for informal care. The charging of client fees for services decreased, although the majority of the municipalities still charge a client fee either for services rendered or as the sum of compensation and services.

Agreements concerning time off for informal carers were made in c. 70 percent of the agreements on support for informal care. The most common reason for the lack of agreements concerning time off was that the care was not very binding. Usual problems that arose in connection to informal care were the exhausting nature of the care and the fact that the carer was unwilling to take time off or leave the patient in the care of someone else.

According to information on 2002 support for informal care still held a very unstable position in municipal services systems. Central challenges with regard to development were the standardisation of requirements for the allocation of support for informal care and, in order to make possible the appropriate support, the individual definition of the physical, mental, social and economic resources of the informal carers and patients.

**Key words:** Allowances, informal care at home, social services

## SISÄLLYS

<b>Tiivistelmä</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammandrag</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>1 JOHDANTO JA SELVITYKSEN TARKOITUS</b> .....	<b>11</b>
<b>2 SELVITYKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>14</b>
<b>3 SELVITYKSEN TULOKSET - OMAISHOIDON TUKI KÄYTÄNNÖSSÄ...</b>	<b>17</b>
3.1 Omaishoidon tuen kattavuus ja muutokset .....	17
3.1.1 Omaishoidon tuen kattavuus .....	17
3.1.2 Määrärahojen kehitys .....	19
3.1.3 Hoidettavat .....	22
3.1.4 Hoitajat .....	26
3.2 Omaishoidon tuen myöntämiskäytännöt .....	31
3.2.1 Myöntämisperusteet .....	31
3.2.2 Hoitopalkkioiden määrät ja maksuluokat .....	34
3.2.3 Omaishoidon tukisopimus - rahaa vai palveluja? .....	40
3.2.4 Palvelusetelin käyttö omaishoidossa .....	42
3.2.5 Asiakasmaksujen perintä .....	43
3.3 Omaishoitajan asema .....	44
3.3.1 Omaishoitajan vapaa .....	44
3.3.2 Sijaishoidon järjestäminen .....	46
3.3.3 Lakisääteisen vapaan vaikutus .....	49
3.3.4 Ilman omaishoidon tukea omaistaan hoitavien henkilöiden asema .....	50
3.3.5 Omaishoidon tuen kehittämistarpeet .....	52
<b>4 TULOSTEN TARKASTELU</b> .....	<b>55</b>
4.1 Yhteenveto .....	55
4.2 Päätelmät .....	60
 <b>LIITTEET</b>	
Liite 1. Kyselylomake .....	64
Liite 2. Vastaamatta jättäneet kunnat .....	74
Liitekuviot .....	75
Liitetaulukot .....	76

## 1 JOHDANTO JA SELVITYKSEN TARKOITUS

Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan tulee huolehtia (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, § 17). Sillä tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvan hoidon tai muun huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja palveluja, jotka määritellään hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Omaishoidon tukea voidaan antaa, jos henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee hoitoa tai muuta huolenpitoa, joka on mahdollista järjestää hoidettavan kotona sopimalla siitä hänen omaisensa tai läheisensä kanssa ja tarpeellisten palveluiden avulla. (Sosiaalihuoltolaki § 27 a.) Omaishoidon tukea voidaan myöntää sekä pitkä- että lyhytaikaisen hoidon tarpeen perusteella. Hoito ja muu huolenpito voidaan erityisistä syistä järjestää myös hoitajan kotona. Hoitajan kotona järjestettyyn ympärivuorokautiseen hoitoon sovelletaan kuitenkin perhehoitajalain (420/1992) säännöksiä silloin, kun myös muut perhehoidolle asetetut edellytykset täyttyvät. Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa.

Vaikka omaishoidon tuki on lakisääteinen palvelu, laki ei takaa omaishoitajalle subjektiivista oikeutta tähän tukeen. Paikallisella tasolla kunnan viranomaiset päättävät siitä, millä kriteereillä tukea myönnetään. Aiempien selvitysten perusteella omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavat eniten hoitoa tarvitsevan henkilön hoidon tarve ja hoidon sitovuus. Lisäksi hoitajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvät tekijät, kuten terveys tai taito auttaa apua tarvitsevaa läheistään, hoitopaikan olosuhteet, hoidettavan saamat palvelut sekä se, panostetaanko kunnassa avo- vai laitospalveluiden kehittämiseen, vaikuttavat tuen myöntämiseen. (Antikainen & Vaarama 1995, Vaarama ym. 1999a, Vaarama ym. 1999b)

Kunnat rahoittavat omaishoidon tuen ja saavat siihen valtionosuutta (Valtionosuus kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin). Omaishoidon tuesta annettussa asetuksessa (318/1993) määritelty omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion vähimmäismäärä on vuoden 2003 alusta 224,20 euroa kuukaudessa, muutoin kunta voi soveltaa omia maksuluokkia. Vuonna 2002, jolloin tämän tutkimuksen aineisto kerättiin, hoitopalkkion vähimmäismäärä oli 218,95 euroa kuukaudessa. Omaishoidosta maksettava hoitopalkkio on veronalaista tuloa, josta toimitetaan ennakonpidätys. Palkkioihin suoritetaan työntekijäin eläkelain TEL-indeksin mukainen tarkistus vuosittain.

Omaishoitajan tuesta sopimuksen tehnyt henkilö ei ole työsopimuslain (320/70) tarkoittamassa työsuhteessa sopimuksen tehneeseen kuntaan, hoidettavaan tai hoidettavan huoltajaan. Omaishoitajalla on kuitenkin oikeus eläkkeeseen kunnallisten viranhaltijain ja työntekijäin eläkelain (202/1964) mukaisesti. Omaishoidon tuesta hoitajan kanssa sopimuksen tehneen kunnan on otettava tapaturmavakuutuslain (608/1948) 57 §:n 1 momentin mukainen vakuutus hoitajalle (Sosiaalihuoltolaki § 27 b-c). Vakuutus korvaa omaishoitotyössä sattuneiden tapaturmien lisäksi omaishoitoon liittyvillä matkoilla sattuneet tapaturmat. Vakuutuksen perusteella omaishoitajalla on oikeus saada ansionmenetykskorvauksena mm. päivärahaa ja tapaturmaeläkettä sekä kustannusten korvauksena tarpeellisen hoidon korvaukset kokonaisuudessaan. Korvaus käsittää myös tapaturman

vuoksi tarpeellisesta kuntoutuksesta aiheutuneet kustannukset sekä pysyvästä haitasta maksettavan haittarahan.

Omaishoidon tuesta laaditaan hoitajan ja kunnan välillä sopimus, jossa tulee sopia seuraavista asioista:

- hoitajalle maksettavasta palkkiosta ja sen suorittamisesta
- hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytymisen ajalta
- hoitajalle järjestettävästä vapaasta
- hoidon arvioidusta kestosta
- sopimuksen irtisanomisesta sekä
- muista hoitoa koskevista seikoista.

(Asetus omaishoidon tuesta, § 1)

Omaishoidon tuesta laaditaan sopimuksen liitteeksi yhdessä hoidettavan ja hoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee sisältää hoitajan antaman hoidon lisäksi hoidon turvaamiseksi välttämättömät palvelut sekä niiden määrä ja sisältö. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee myös ilmetä, miten hoidettavan hoito suunnitellaan järjestettäväksi hoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana. (Asetus omaishoidon tuesta, § 2) Hoidettavalta voidaan periä näistä palveluista asiakasmaksu (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, § 1).

Vuoteen 1998 asti sosiaalihuoltolain mukaista omaishoidon tukea saavilla omaishoitajilla ei ollut lomaoikeutta, vaan ainoastaan hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella porrastettu mahdollisuus vapaaseen. Hoitajalle, jonka vastuulla oli runsaasti hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva henkilö, tuli mahdollisuuksien mukaan järjestää vähintään yksi vapaapäivä viikossa, yksi vapaa viikonloppu kuukaudessa sekä vähintään yksi viikon pituinen yhtäjaksoinen vapaa vuodessa. (Asetus omaishoidon tuesta, § 5). Uudistus jätti omaishoitajien vapaan järjestämisen tarpeellisuuden kuntien harkittavaksi. Kuntia ei myöskään veloitettu järjestämään hoidettavalle sijaishoitoa hoitajan vapaan ajaksi, vaan sijaishoidon järjestäminen jäi hoitajan ja hoidettavan väliseksi asiaksi. Omaishoidon tukea koskeva asetus jätti kuntien päätettäväksi myös sen, kuka maksaa sijaishoidosta aiheutuneet kustannukset. Vuonna 1997 sosiaalihuoltolain 27 b pykälää muutettiin siten, että 1.1.1998 lukien sitovaa hoitotyötä tekevillä omaishoitajilla oli lakisääteinen oikeus vähintään yhteen vapaapäivään kuukautta kohti. Vuonna 2001 sosiaalihuoltolain 27 b pykälää muutettiin edelleen niin, että vuoden 2002 alusta omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimuksen tehneellä henkilöllä on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin.

Lakisääteisen vapaan pitäminen ei vähennä omaishoitajan saaman hoitopalkkion määrää. Kunnan on huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi. Tämä edellyttää sitä, että omaishoitaja ja kunta ovat tehneet sopimuksen omaishoidon tuesta sosiaalihuoltolain 27 b pykälän 1 momentin mukaisesti. Tässä sopimuksessa voidaan myös sopia siitä, miten lakisääteinen vapaajärjestely käytännössä toteutetaan, esimerkiksi säännöllisesti kerran kuukaudessa tai keräämällä vapaa usean päivän kokonaisuuksiksi. Tämä merkitsee sitä, että sijaishoidon järjestämisessä kuntien tulisi ottaa huomioon myös hoidettavan näkemykset sijaishoidosta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa linjauksissa on 1980-luvulta lähtien asetettu tavoitteeksi se, että ihminen voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuinympäristössään, läheistensä ja sosiaalisten verkostojensa keskuudessa. Kotona asumisen tueksi tulisi olla tarjolla riittävä määrä laadultaan korkeatasoisia, nopeasti saatavia ja ammattitaitoisesti tuotettuja sosiaali- ja terveyspalveluja. Omaishoidon tukeminen on tärkeä osa strategiaa, ja omaishoidon kehittämiseksi on tehty monia sitä tukevia uudistuksia lainsäädäntöön, kuten edellä on kuvattu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992; 1996; 1999, Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001, Vaarama ym. 2001).

Tässä selvityksessä luodaan katsaus omaishoidon tuen kehittymiseen vuodesta 1994 sekä arvioidaan omaishoidon tuen kehittymistä käytännössä. Omaishoidon tuesta on tehty aiemmin valtakunnalliset selvitykset vuosina 1994 ja 1998. Vuonna 1998 tehdyn selvityksen tulokset voidaan tiivistää seuraavasti:

- Omaishoidon tuella hoidettavista suurin osa (76 %) tarvitsi apua jatkuvasti ja paljon, runsas kolmannes ympäri vuorokauden. Hoidon yleisin peruste oli vanhuus (37 %), fyysinen sairaus tai vamma (37 %) tai kehitysvammaisuus (20 %).
- Omaishoidon tuella tapahtuva hoito oli lähinnä puolison, omien vanhempien tai oman lapsen antamaa hoitoa. Hoitajista enemmistö oli alle 65-vuotiaita ja naisia. Joka kolmas hoitaja oli yli 65-vuotias ja joka kymmenes yli 75-vuotias. Eläkkeellä oli vajaa puolet, lähes viidennes hoiti omaistaan kokoaikatyönsä ohella, 12 prosentille hoitajista omaishoitotyö oli päätyö. Vuonna 1998 hoitajista 12 prosenttia oli työttömiä. Tyypilliset hoitaja-hoidettava -parit olivat vammaisia lapsiaan hoitavat vanhemmat, vanhempiaan hoitavat keski-ikäiset lapset sekä iäkkäitä puolisoitaan hoitavat iäkkäät omaishoitajat.
- Omaishoidon tukea annettiin yleisimmin rahana ja palveluina.
- Vuonna 1998 omaishoidon tukeen käytettiin kaikkiaan noin 546 miljoonaa markkaa, eli keskimäärin 1 727 mk/asiakas/kk. Vuonna 1994 määrä oli arviolta 1 400 mk/asiakas/kk. Kunnissa oli ajanjaksolla 1995–1998 alettu käyttää aiempaa useammin korkeimpia maksuluokkia, minkä vuoksi keskimääräiset hoitopalkkiot olivat nousseet.
- Sekä rahapalkkioiden että annettujen palvelujen määrä vaihteli suuresti kunnittain ja lääneittäin. Suuremmissa kunnissa omaishoidon tuki kohdistui pienemmälle ryhmälle, mutta palkkiot olivat pienempiä kuntia suurempia. Pienissä kunnissa tukea annettiin vähäisemmällä tarveharkinnalla, mutta tuet olivat melko pieniä ja palvelut vähäisiä. Palvelujen osuus, ilman hoitopalkkiota sekä neuvontaa ja vapaan järjestämistä, oli vuonna 1998 lähes ennallaan vuoteen 1994 verrattuna.
- Kunnissa hoitopalkkion suuruutta määriteltiin hyvin erilaisilla ja osittain eri asioita painottavilla toimintakyvyn arviointiasteikoilla. Kuntien edustajien antamien arviointien mukaan käytössä olevat arviointiasteikot ottivat erittäin hyvin huomioon fyysiset toimintakyvyn vajavuudet, kun taas mielenterveyteen liittyvien häiriöiden huomioiminen oli heikompaa.

- Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttivat eniten hoidettavan avun ja hoidon tarve sekä hoidon sitovuus. Omaishoidon tuen saamisen liittäminen muiden taloudellisten tukien saamiseen vaihteli kuitenkin melkoisesti kunnittain.
- Omaishoitajan vapaan aikana hoidettavan sijaishoito järjestettiin lähes puolessa tapauksista laitoshoidona ja pääasiassa kunnallisena palveluna. Yleisin omaishoitajien lakisääteisen vapaan pituus oli viikko tai enemmän kerrallaan. Osa kunnista antoi hoitajalle mahdollisuuden pitää myös ylimääräistä vapaata.
- Asiakasmaksujen periminen annetuista palveluista oli yleistynyt vuodesta 1994. Hoitajan oikeus lakisääteiseen vapaaseen oli merkittävästi lisännyt niiden kuntien määrää, jotka perivät hoidettavalta asiakasmaksun sijaishoidosta. Yli puolet kunnista myös arvioi palvelujen maksullisuuden vaikuttavan joidenkin omaishoitajien halukkuuteen käyttää palveluja. Huolimatta siitä, oliko kyseessä hoitajan lakisääteisen vai ylimääräisen vapaan aikana järjestetty sijaishoito, kunnat perivät hoidettavalta pääsääntöisesti kunnan normaalin hinnoittelun mukaisen asiakasmaksun.
- Yleisimpiä omaishoitotilanteita haittaavia ongelmia olivat hoidon raskaus, hoitajan väsymys ja hoitajan haluttomuus pitää vapaata tai jättää hoidettava toisten hoitoon sekä hoitopalkkion pienuus. Ongelmat olivat samantyyppisiä kuin vuonna 1994. Omaishoidon tukea kysyttiin pääosin enemmän kuin sitä voitiin myöntää.
- Omaishoidon tuen ulkopuolella olevien määrä oli huomattavasti suurempi kuin omaishoidon tuen piirissä olevien määrä. Kunnat tukivat omaishoidon tuen ulkopuolella olevia hoitajia erilaisilla palveluilla, mutta kuntien välillä tässä oli suuria eroja.

Tämä selvitys on jatkoa on jatkoa edellisille valtakunnallisille selvityksille ja se tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiantona. Tavoitteena oli selvittää omaishoidon tuen kehitystä vertaamalla tuloksia edellisten selvitysten tuloksiin sekä sitä, miten 1.1.2002 voimaan astunut lainsäädäntöuudistus alkoi käytännössä toteutua.

## **2 SELVITYKSEN TOTEUTTAMINEN**

Tämän selvityksen tavoitteena oli kuvata omaishoidon tuen laajuutta, myöntämiskäytäntöjä ja -perusteita, omaishoitajien asemaa palkkioiden suuruuden, vapaan ja muun annetun tuen avulla sekä omaishoidon tukeen liittyviä kehittämistarpeita.

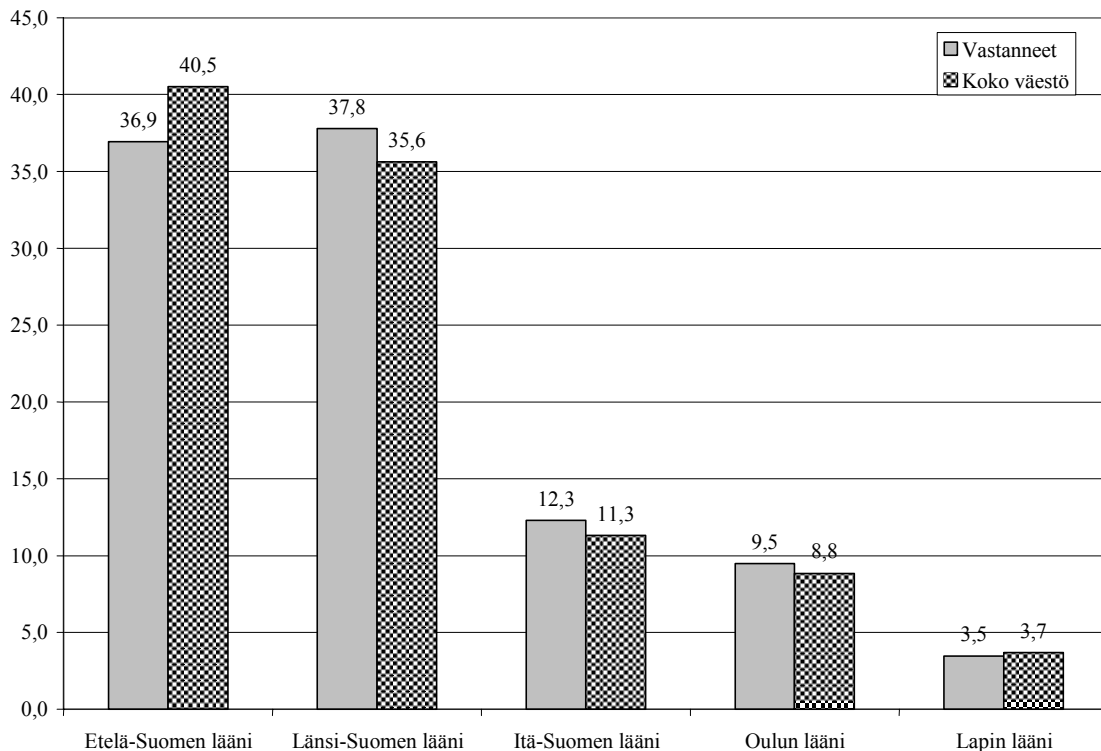
Aineisto kerättiin keväällä 2002 kuntiin kohdennettuna kyselynä. Kyselylomake jakaantui seuraaviin kahdeksaan osa-alueeseen: kuntaa, hoidettavia ja hoitajia koskevat tiedot, omaishoitajille maksettavat palkkiot, omaishoidon tukena annettavat palvelut, asiakasmaksut, hoitajan vapaan järjestämistä koskevat sekä omaishoidon tuen kehittämistarpeita selvittävät kysymykset. (Liite 1.) Lomakkeet postitettiin toukokuussa 2002. Uusinta-kyselyt vastaamatta jättäneille kunnille tehtiin kesä- ja elokuussa 2002. Kyselyyn vastasivat omaishoidon tuen toteuttamisesta ja seurannasta kunnissaan vastaavat viranhaltijat.

Viimeiset lomakkeet palautuivat syyskuun aikana. Tietoja jouduttiin kuitenkin monin paikoin tarkentamaan mm. puhelinsoitoin, joten tallennus ja aineiston tarkistaminen saatiin päätökseen vasta marraskuun lopussa.

Kerätty aineisto analysoitiin SPSS 11.0 -ohjelmalla. Tulokset esitetään valtakunnan, lääni- ja kuntatasoilla tavoitteena tuottaa yleiskuva sosiaalipalveluna tapahtuvasta omaishoidon tukemisesta. Tulokset raportoidaan frekvenssi- ja prosenttijakaumina, keskilukuina ja ristiintaulukointeina. Selvityksessä verrataan vuoden 2002 kyselyn tuloksia vuosina 1994 ja 1998 tehtyjen selvitysten tuloksiin. Tutkimuksessa oli mukana vuoden 1994 aineisto niiltä osin kuin se on vertailukelpoinen vuoden 2002 aineiston kanssa. Ahvenanmaan kunnat eivät olleet mukana vuosien 1998 ja 2002 tutkimuksissa.

Kysely lähetettiin 432 kunnalle, ja siihen vastasi 387 kuntaa. Kyselyn vastausprosentti oli 89,6 % (kuvio 1). Liitteessä 2. on luettelo niistä kunnista, jotka eivät vastanneet kyselyyn. Kyselyyn vastasi keskimääräistä useampi Itä-Suomen ja Oulun läänin kunta ja harvempi Etelä-Suomen läänin kunta. Vastausprosentit lääneittäin esitetään kuviossa 1.

**Kuvio 1. Vastausprosentti lääneittäin.**



Aineiston asukasluku kattoi 83,8 prosenttia koko maan asukasluvusta. Aineisto oli siten sekä läänitasolla että asukasluvun osalta edustava (liitekuvio 1).

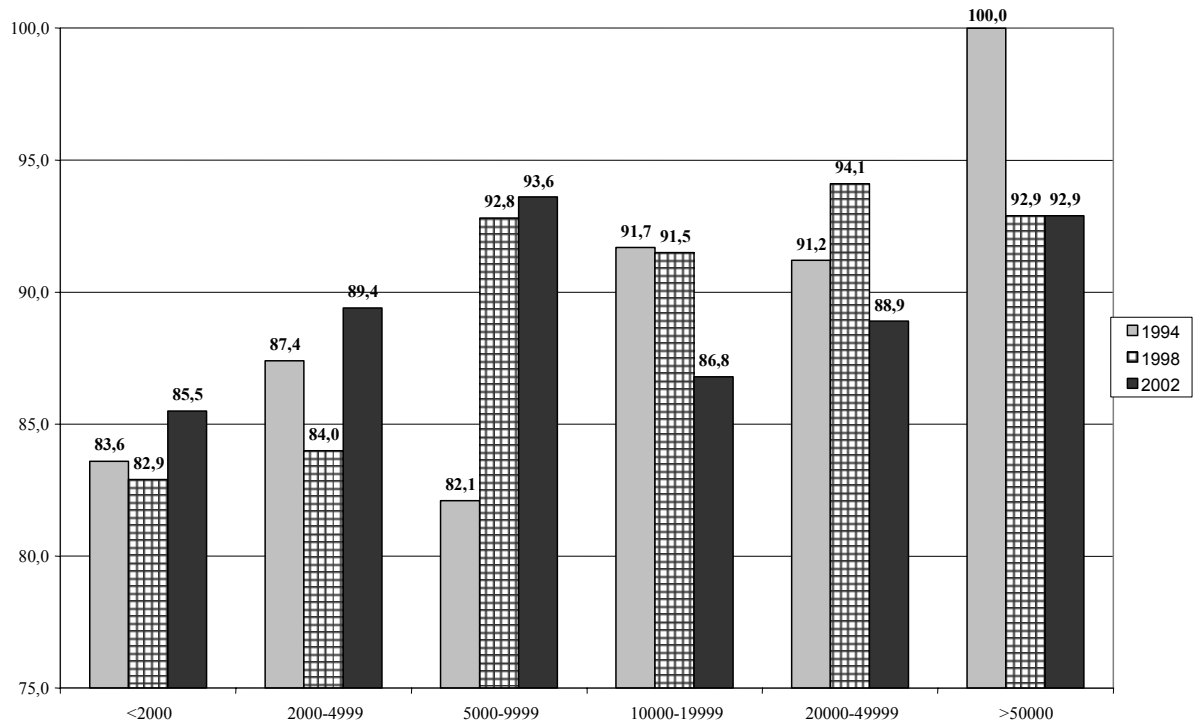
Kuntaryhmittäin tarkasteltuna tutkimusaineisto edusti Suomea erittäin hyvin (taulukko 1).

**Taulukko 1. Seurantatutkimukseen vastanneiden ja kaikkien kuntien lukumäärät ja suhteellinen osuus kuntaryhmittäin.**

	Vastanneet kunnat						Kaikki kunnat	
	1994		1998		2002		2002	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Kaupunkimainen	61	16,1	61	15,8	60	15,5	66	15,3
Taajaan asuttu	62	16,4	64	16,6	67	17,3	75	17,4
Maaseutumainen	255	67,5	261	67,6	260	67,2	291	67,4
<b>Yhteensä</b>	<b>378</b>	<b>100</b>	<b>386</b>	<b>100</b>	<b>387</b>	<b>100</b>	<b>432</b>	<b>100</b>

Kuntien asukasluvun mukaan tarkasteltuna paras vastausprosentti vuonna 2002 oli 5 000 - 10 000 sekä suurissa yli 50 000 asukkaan kunnissa (Kuvio 2.)

**Kuvio 2. Vastausprosentti kunnan asukasluvun mukaan vuosina 1994, 1998 ja 2002.**



Kysymyksittäin tarkasteltuna vastausprosentti vaihteli melko paljon. Kyselylomake arvioitiin useissa kunnissa melko työlääksi täyttää, eikä kaikkia kysytyjä tietoja omaishoidon tuen saajista ollut saatavilla. Toinen ongelma oli, että eräissä kunnissa kyselyyn vastattiin alueittain tai vastaajaryhmittäin. Kotka, Kyyjärvi, Lahti, Lapua, Oulu, Paimio, Raisio ja Riihimäki palauttivat kaksi lomaketta tai ilmoittivat samalla lomakkeella kahden ryhmän tiedot erikseen. Näiden kuntien tiedot yhdistettiin koontilomakkeelle niiltä osin kuin se oli mahdollista. Jatkoselvityksiä tehtäessä lomakkeen rakennetta tuleekin pohtia uudelleen nämä näkökulmat huomioon ottaen.

### **3 SELVITYKSEN TULOKSET - OMAISHOIDON TUKEI KÄYTÄNNÖSSÄ**

#### **3.1 Omaishoidon tuen kattavuus ja muutokset**

##### **3.1.1 Omaishoidon tuen kattavuus**

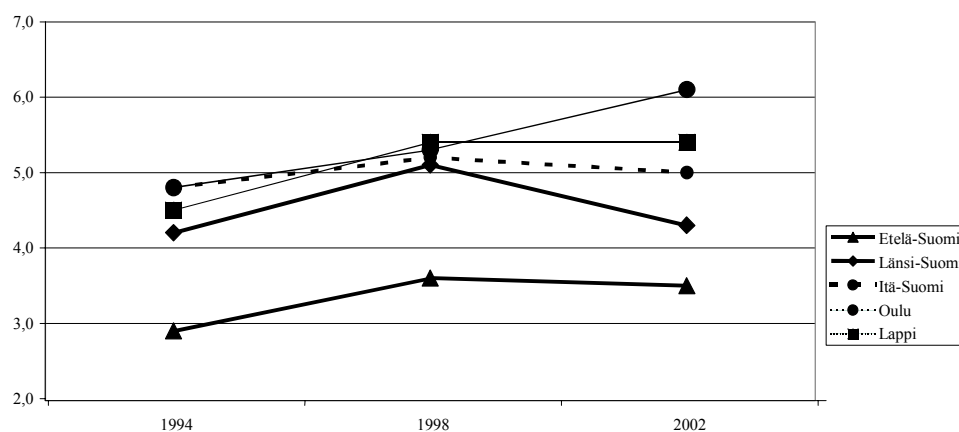
30.4.2002 omaishoidon tukia oli maksussa kyselyyn vastanneissa kunnissa yhteensä 14 413, suunnilleen sama määrä kuin vuonna 1998. Koska tähän nimenomaiseen kysymykseen kuitenkin jätti vastaamatta suurista kunnista esimerkiksi Helsinki, saadaan omaishoidon tuella hoidettavien todellisesta määrästä luotettavampi arvio tarkastelemalla hoidettavien määriä. Huhtikuussa 2002 vastanneissa kunnissa hoidettiin omaishoidon tuella 18 713 henkilöä, mikä oli 4 300 henkilöä suurempi kuin vastaava luku vuoden 1998 selvityksessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietokannan (SOTKA) mukaan omaishoidon tuella hoidettiin vuonna 2001 kaikkiaan 24 630 henkilöä, joista 65 vuotta täyttäneitä oli 15 901. SOTKA-tietokannasta saatu omaishoidon tuen saajia koskeva luku perustuu laskelmaan, jossa kukin omaishoidon tuella hoidettava henkilö lasketaan omaishoidon tukea saaneeksi vain kerran riippumatta siitä, kuinka monta kertaa hän on ollut omaishoidon tuen asiakkaana.

Tulosten mukaan omaishoidon tuen kattavuus oli tukea maksaneissa kunnissa keskimäärin 4,4 sopimusta 1 000 asukasta kohden, mikä oli 0,5 sopimusta vähemmän kuin vuonna 1998. Etelä-Suomen läänissä tuen kattavuus jäi lähes prosenttiyksikön verran koko maan keskimääräistä kattavuutta alhaisemmaksi, kun taas Oulun ja Lapin läänissä kattavuus oli korkeampi kuin koko maassa keskimäärin. Läänien sisällä oli kuitenkin merkittäviä kuntakohtaisia eroja. Esimerkiksi Etelä-Suomen läänissä sijaitsevassa Forsassa omaishoidon tuen piirissä oli tuhannesta asukkaasta vain 0,8 henkilöä, kun vastaava suhdeluku samassa läänissä sijaitsevassa pienessä Saaren kunnassa oli 11,5. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2. Omaishoidon tuen kattavuus lääneittäin asukasta kohden 30.4.2002.**

Lääni	Kuntien määrä	Keskiarvo	Min	Max
Etelä-Suomi	63	3,5	0,8 (Forssa)	11,5 (Saari)
Länsi-Suomi	171	4,2	0,6 (Orivesi)	17,8 (Kannonkoski)
Itä-Suomi	60	5,0	0,7 (Vieremä)	53,7 (Heinävesi)
Oulu	44	6,1	1,7 (Vihanti)	40,5 (Piippola)
Lappi	18	5,4	1,9 (Rovaniemi)	15,7 (Utsjoki)
Koko maa	356	4,4	0,6 (Orivesi)	53,7 (Heinävesi)

Kuviossa 3. esitetään omaishoidon tuen kattavuuden kehitys 1 000 asukasta kohden lääneittäin vuodesta 1994 vuoteen 2002. Kaikissa lääneissä kattavuus kasvoi vuodesta 1994 vuoteen 1998, mutta sen jälkeen kattavuus pieneni Etelä-, Länsi- ja Itä-Suomen lääneissä. Etelä- ja vuonna 2002 myös Länsi-Suomen läänissä oli keskimääräistä vähemmän omaishoidon tukisopimuksia 1 000 asukasta kohden. Itä-Suomen, Oulun ja Lapin lääneissä omaishoidon tukisopimusten määrä 1 000 asukasta kohden oli koko tarkasteluajanjakson koko maan keskimääräistä sopimusten määrää suurempi. Tuloksen mukaan omaishoidon tuen kattavuus pääsääntöisesti laski vuonna 2002.

**Kuvio 3. Omaishoidon tuen kattavuus 1 000 asukasta kohden lääneittäin vuosina 1994 - 2002 (%).**

### 3.1.2 Määrärahojen kehitys

Määrällisesti eniten omaishoidon tukia oli huhtikuussa 2002 maksussa Länsi-Suomen läänissä ja vähiten Lapin läänissä. Kyselyyn vastanneista 387 kunnasta omaishoidon tukea maksettiin 356 kunnassa vuonna 2002. (Liitetaulukko 1.) Kolmekymmentäyksi kuntaa jätti kuitenkin vastaamatta kysymykseen. Kysymykseen vastanneista kunnista tukia maksettiin kyselyhetkellä huhtikuun lopussa 2002 lukumääräisesti eniten Tampereella (568 kpl). Kuntien väliset erot olivat suurimmat Länsi-Suomen läänissä, jossa on asukasmäärältään sekä hyvin isoja (Tampere 197 774 ) että hyvin pieniä (Iniö 238) kunta. Etelä-Suomessa erot olisivat todennäköisesti olleet vielä suuremmat, jos Helsinki olisi vastannut kysymykseen maksussa olleiden tukien määrästä.

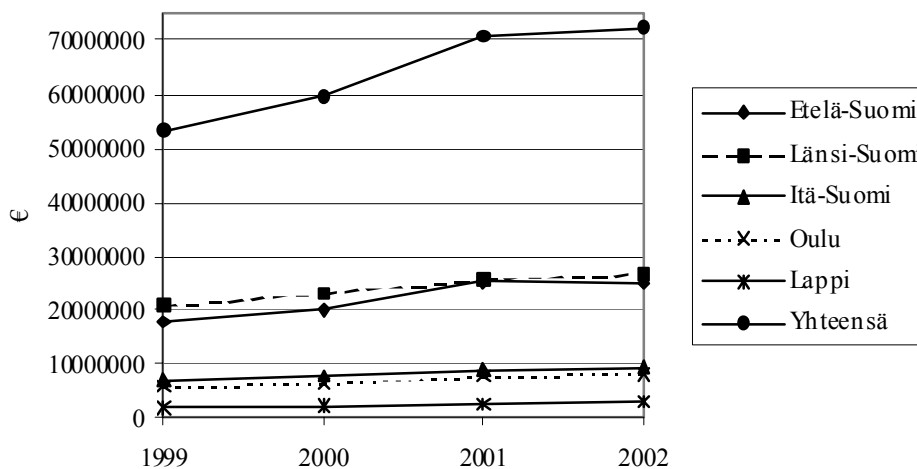
Määrärahoja koskevaan kysymykseen vastanneet kunnat olivat varanneet vuodelle 2002 omaishoidon tukea varten yhteensä 72 318 666 euroa eli keskimäärin 16,88 €/asukas. Keskimääräistä enemmän omaishoidon tukeen sekä asukasta että yli 65-vuotiasta kohden oli varattu rahaa Oulun läänissä (19,63 €), niukkimmin Länsi-Suomen läänissä (16,35 €). (Taulukko 3.)

Eniten omaishoidon tuen määrärahaa asukasta kohden oli varannut Jäppilä (67 €), vähiten (alle yhden euron) Mouhijärvi, Jämsä ja Karjalohja. Hyvin niukasti määrärahoja asukasta kohden olivat varanneet myös Vihti (1,49 €) ja Pietarsaari (3,48 €). Omaishoidon tuen määrärahat asukasta kohden nousivat hiukan vuodesta 1998 lukuun ottamatta Lapin lääniä. Kun määrärahojen kehitystä tarkasteltiin vuoden 2002 hinnoin, voitiin todeta, että asukasta kohden määräraha oli kasvanut vain Etelä-Suomen ja Oulun läänissä, muissa määräraha oli pienempi kuin vuonna 1994.

**Taulukko 3. 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

**Kuvio 4. Omaishoidon tuen määrärahojen kehitys lääneittäin vuosina 1999 - 2002 (€).**



Vuosina 1999 - 2002 talousarvioissa ilmoitetut omaishoidon tuen määrärahat kasvoivat kaikissa lääneissä. Määrärahat nousivat prosentuaalisesti eniten Lapin läänissä ja vähiten Länsi-Suomen läänissä. (Kuvio 4.) Myös vuoden 2002 hinnoilla (deflatoitu muutos) tarkasteltuna määrärahat kasvoivat vuodesta 1999 vuoteen 2002.

Omaishoidon tuen määrärahojen kehitys oli pääosin vaihtelevaa eli määräraha saattoi nousta yhtenä vuonna ja laskea seuraavana. Kaikkiaan noin neljäsosassa vastanneista kunnista omaishoidon tuen määrärahat nousivat jatkuvasti vuosina 1999 - 2002 ja laskivat vajaassa kolmessa prosentissa. Noin 70 prosentissa kunnista määrärahojen kehitys oli vaihtelevaa. Omaishoidon tuen vaihtelevan kehityksen 233 kunnasta lähes puolet sijoittui Länsi-Suomen lääniin ja noin 17 prosenttia Itä-Suomen ja Etelä-Suomen lääneihin. Vuosina 1999 - 2002 määrärahojen kehityssuunta oli nouseva keskimääräistä useammin Etelä-Suomen läänissä. Kun koko maassa vain yhdeksässä kunnassa omaishoidon määrärahoja supistettiin vuosittain, Oulun ja Lapin lääneissä tällaisia kuntia ei kuitenkaan ollut lainkaan. Keskimääräistä useammassa Lapin läänin kunnassa omaishoidon tuen määrärahojen kehitystrendi oli vaihteleva. (Taulukko 4).

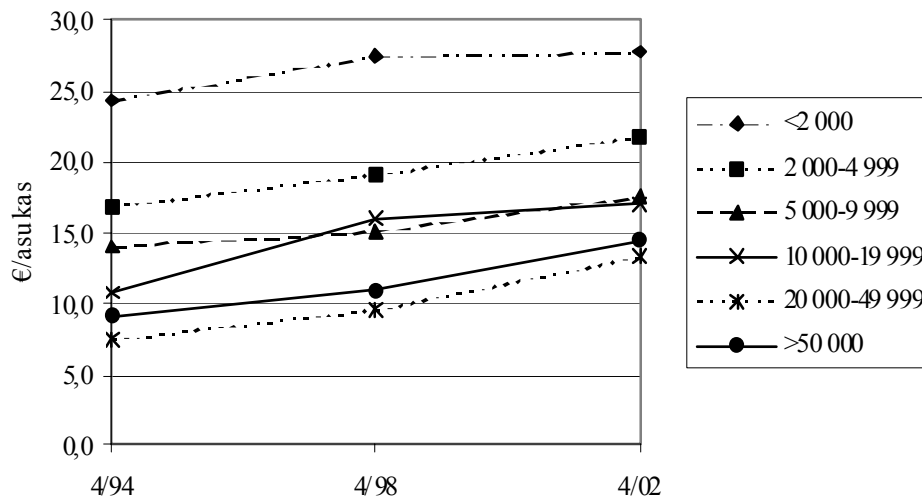
**Taulukko 4. Omaishoidon tuen määrärahojen kehitys vuosina 1999 - 2002 lääneittäin (vastanneiden kuntien lukumäärä ja prosenttiosuus).**

Lääni	Kehitys						Yhteensä lkm
	Laskeva		Nouseva		Vaihteleva		
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	
Etelä-Suomi	3	4,8	24	38,1	35	55,6	63
Länsi-Suomi	4	2,6	37	24,2	112	73,2	153
Itä-Suomi	2	3,5	16	28,1	39	68,4	57
Oulu	0	0	12	27,3	32	72,7	44
Lappi	0	0	2	11,8	15	88,2	17
Koko maa	9	2,7	91	27,2	233	70,4	334

Kuntakohtaiset muutokset olivat suuria. Eniten määrärahat kasvoivat Länsi-Suomen lääniin kuuluvassa Ähtärissä. Suhteellisesti eniten määräraha laski saman läänin alueella olevassa Siikaisten kunnassa.

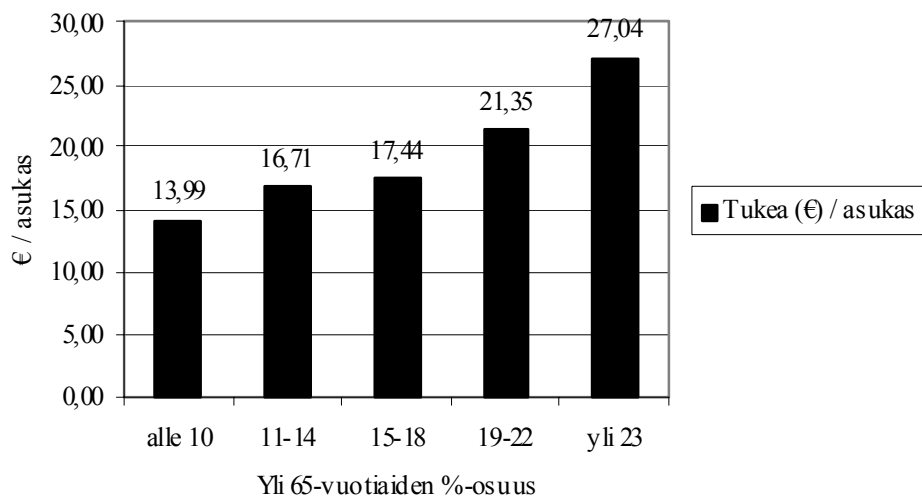
Määrärahojen kehityksen tarkastelu suhteessa kunnan asukaslukuun osoitti, että mitä pienempi kunta, sitä enemmän määrärahaa talousarviossa yleensä varattiin. Alle 2000 asukkaan kunnissa määräraha oli lähes kaksinkertainen verrattuna yli 20 000 asukkaan kuntiin. (Kuvio 5.)

**Kuvio 5. Omaishoidon tuen määrärahat asukasta kohti kunnan asukasluvun suhteen vuosina 1994 - 2002 (€).**



Toisaalta, mitä suurempi osuus kunnan asukkaista oli yli 65-vuotiaita, sitä enemmän määrärahoja asukasta kohden varattiin (kuvio 6).

**Kuvio 6. Omaishoidon tuen määrärahat asukasta kohti yli 65-vuotiaiden osuuden suhteen (€).**



Mielenkiintoista tarkastelussa oli se, että vaikka näitä edellä mainittuja tekijöitä tarkasteltiin samanaikaisesti, kunnan asukasluku näytti edelleen selittävän merkittävän osan vaihtelusta (taulukko 5). Kun kunnat jaettiin kolmeen ryhmään siten, että ensimmäisessä ryhmässä olivat kunnat, joissa yli 65-vuotiaiden osuus oli pieni (alle 15 %), toisessa keskimääräinen (15 - 18 %) ja kolmannessa suuri (yli 18 %), voitiin havaita, että riippumatta yli 65-vuotiaiden määrästä pienemmissä kunnissa oli asukaslukuun suhteutettuna varattu huomattavasti enemmän määrärahoja omaishoidon tukeen. Tästä trendistä ainoana poikkeuksena olivat kunnat, joissa oli 10 000 - 20 000 asukasta ja alle 15 prosenttia yli 65-vuotiaita.

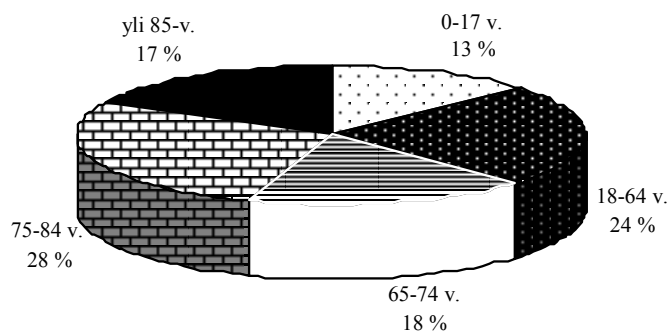
**Taulukko 5. Omaishoidon tuen määrärahat asukasta kohti kunnan asukasluvun ja yli 65-vuotiaiden osuuden suhteen.**

Asukkaita	Yli 65-vuotiaiden osuus						kuntia yhteensä
	Alle 15 %		15-18 %		Yli 18 %		
	€/as	kuntia	€/as	kuntia	€/as	kuntia	
<2 000	21,92	3	28,24	11	27,96	44	58
2 000-4 999	17,96	10	19,74	30	22,99	84	124
5 000-9 999	15,86	13	15,32	31	19,48	54	98
10 000-19 999	18,18	11	14,70	19	19,52	11	41
>20 000	12,91	19	13,95	13			32
Kuntia yhteensä		56		104		193	353

### 3.1.3 Hoidettavat

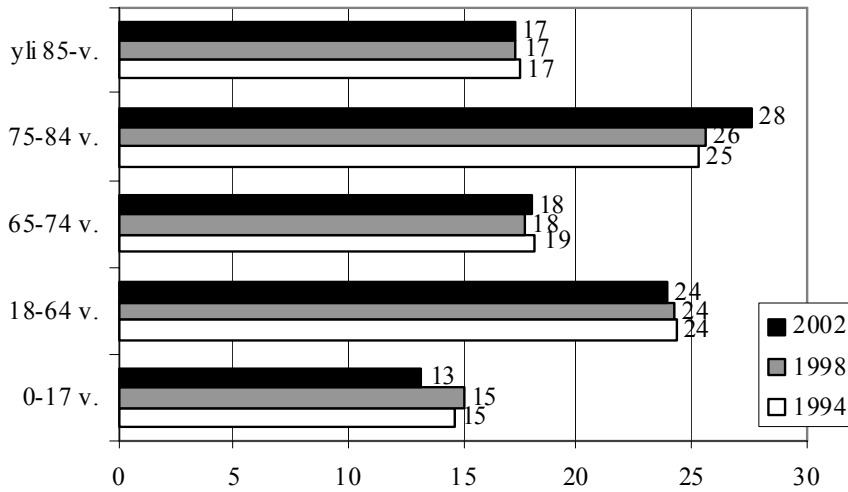
Tutkimusajankohtana kyselyyn vastanneissa 376 kunnassa hoidettiin omaishoidon tuella kaikkiaan 18 713 henkilöä, mikä oli noin 4 300 henkilöä enemmän kuin vuonna 1998. Enemmistö (63 %) hoidettavista oli yli 65-vuotiaita, työikäisiä oli neljännes ja alle 18-vuotiaita 13 prosenttia. (Kuvio 7.)

**Kuvio 7. Hoidettavien ikäjakauma prosentteina (N= 376 kuntaa).**



Verrattuna vuoteen 1994 hoidettavien ikäjakauma oli hyvin samankaltainen. Lasten ja nuorten osuus väheni ja 75 - 84-vuotiaiden osuus kasvoi hieman. (Kuvio 8.)

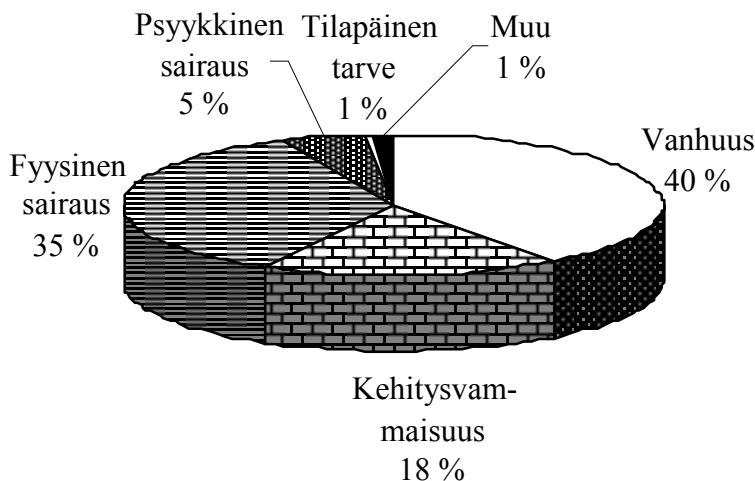
**Kuvio 8. Hoidettavien ikäjakauman muutos prosentteina 1994 - 2002.**



Etelä-Suomen läänissä omaishoidon tuki kohdentui vuosina 1998 ja 2002 keskimääräistä useammin lapsiin ja nuoriin, ja keskimääräistä vähemmän vanhuksiin. Koko maassa alle 18-vuotiaiden osuus hoidettavista kuitenkin väheni hieman vuodesta 1998. Itä-Suomen, Oulun ja Lapin lääneissä lapset ja nuoret saivat omaishoidon tukea keskimääräistä harvemmin, Oulun ja Lapin lääneissä puolestaan 75 - 84-vuotiaiden osuus tuen saajista oli suurempi kuin muissa lääneissä.

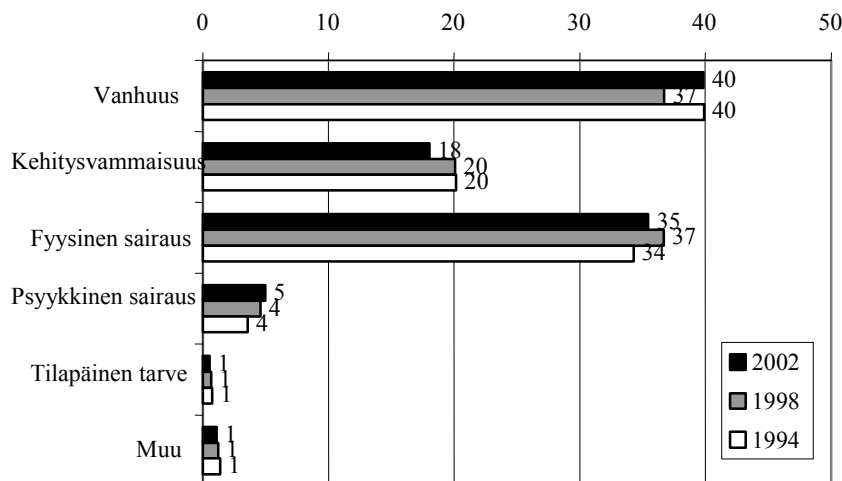
Vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen ja pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma olivat kaksi yleisintä omaishoidon tuen myöntämisperustetta. Kolmanneksi yleisin syy oli kehitysvammaisuus. Psykkisesti sairaiden osuus oli edelleen hyvin vähäinen. Kuten aiemminkin, myös vuonna 2002 omaishoidon tuki kohdentui lähes yksinomaan pitkäaikaisen hoidon tarpeessa oleville. (Kuvio 9.)

**Kuvio 9. Hoidettavien jakautuminen pääasiallisen hoidon tarpeen perusteella prosentteina vuonna 2002 (N= 368 kuntaa).**



Vuoteen 1994 verrattuna muutokset hoidon tarvetta aiheuttavissa tekijöissä olivat vähäisiä (kuvio 10).

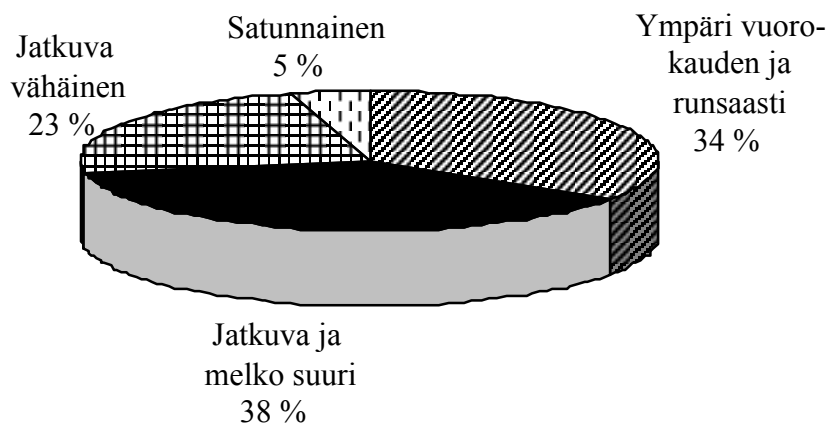
**Kuvio 10. Hoidon tarvetta aiheuttavien tekijöiden muutokset prosentteina 1994 - 2002.**



Vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikentyminen oli Oulun läänin kunnissa yleisin syy hoidon tarpeeseen, Etelä-Suomen läänin kunnissa puolestaan fyysinen sairaus aiheutti useimmin hoidon tarpeen. Kuitenkin myös Etelä-Suomessa vanhuuteen liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi tarvittiin enemmän hoitoa kuin edellisinä tutkimusvuosina 1994 ja 1998.

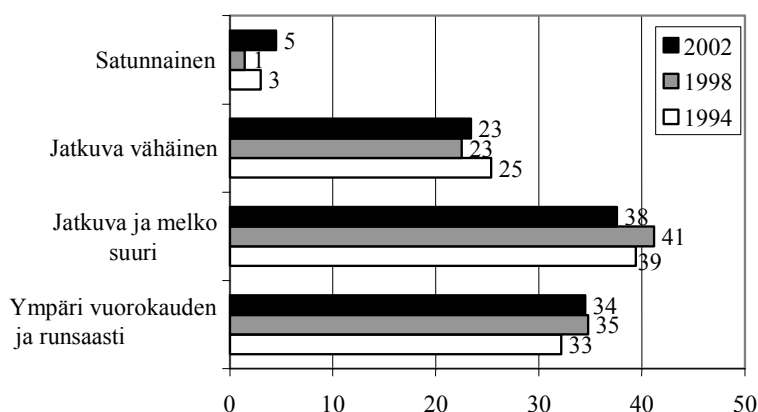
Omaishoidon tuen piirissä olevista henkilöistä vajaat kolme neljäsosaa tarvitsi apua joko ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti, ja hoidon ja avun tarve oli runsas tai melko suuri. Jatkuvasti jonkin verran apua tarvitsi vajaa viidennes ja viisi prosenttia hoidettavista tarvitsi apua satunnaisesti. (Kuvio 11.)

**Kuvio 11. Hoidettavien jakautuminen hoidon ja avun tarpeen määrän perusteella prosentteina vuonna 2002 (N = 371 kuntaa).**



Vuoteen 1998 verrattuna ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti apua tarvitsevien osuus väheni hieman ja jatkuvasti jonkin verran apua tarvitsevien osuus pysyi ennallaan. Satunnaisesti apua tarvitsevien osuus puolestaan kasvoi. Vuoteen 1994 verrattuna muutokset ovat kuitenkin vähäisiä.

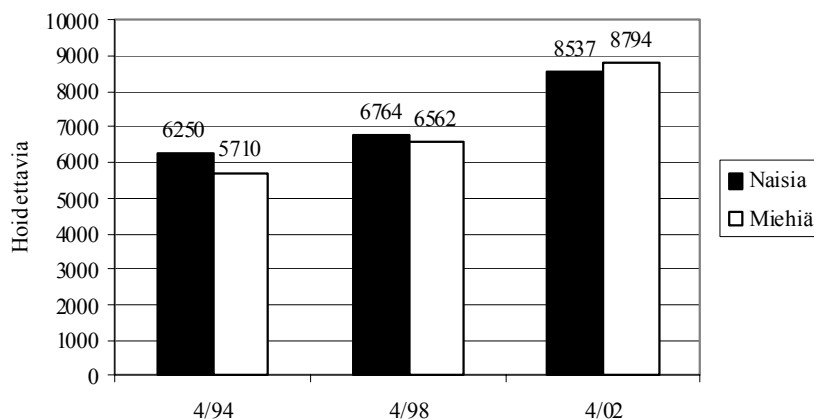
**Kuvio 12. Hoidon ja avun tarpeen määrän muutos prosentteina 1994 - 2002.**



Lääneittäin omaishoidon tukea saavien henkilöiden hoidon ja avun tarpeen määrä vaihteli melkoisesti. Sekä vuonna 1998 että vuonna 2002 ympärivuorokautisesti ja runsaasti apua tarvitsevia oli keskimääräistä enemmän Itä-Suomen läänissä ja keskimääräistä vähemmän Etelä-Suomen läänissä. Jatkuvasti melko paljon apua tarvitsevia oli keskimääräistä enemmän Oulun läänin kunnissa. Jatkuvan vähäisen avun tarve oli suurin Etelä-Suomen ja Lapin läänien tuen saajilla. Satunnaisen avun tarve oli erityisen korkea Etelä-Suomen läänissä, missä tarve oli noin kymmenkertainen verrattuna vuoteen 1998. Tämä kasvu kuitenkin selittynee Helsingin vastauksilla, sillä vuonna 1998 Helsinki ei vastannut satunnaista avun tarvetta kartoittavaan kysymykseen, mutta vuoden 2002 kyselyn tulosten mukaan Helsingissä oli 639 satunnaisen avun tarvitsijaa omaishoidon tuen asiakkaina.

Hoidettavista naisia oli vuonna 1994 ja 1998 hieman enemmän kuin miehiä, mutta vuonna 2002 miehiä oli naisia enemmän, 51 prosenttia. Miesten osuus kasvoi jo vuoteen 1998. (Kuvio 13).

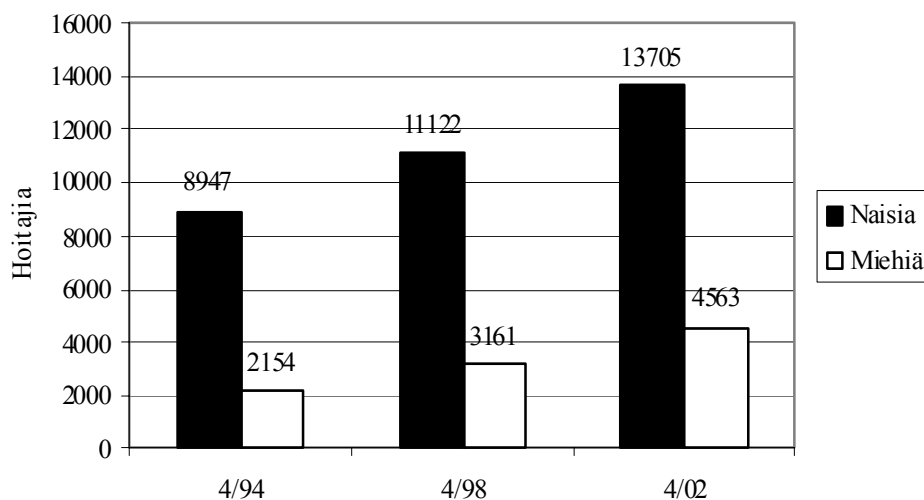
**Kuvio 13. Hoidettavien sukupuolijakauma (lkm) 1994 (N= 376 kuntaa), 1998 (N= 383 kuntaa) ja 2002 (N= 377 kuntaa).**



### 3.1.4 Hoitajat

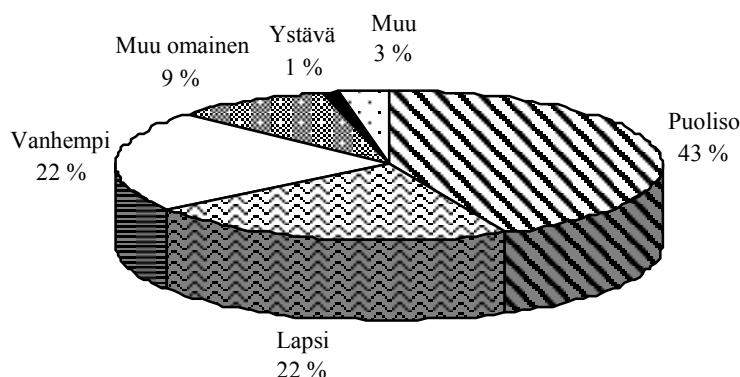
Kyselyyn vastanneissa kunnissa oli keväällä 2002 kaikkiaan 18 268 omaishoidon tuella vanhusta, vammaista tai pitkäaikaissairasta hoitavaa henkilöä. 25 prosenttia hoitajista oli miehiä, kun heidän osuutensa vuonna 1994 oli 19,4 ja vuonna 1998 22,1 prosenttia. Miesten osuus hoitajista kasvoi siis vuodesta 1994 vuoteen 2002 noin 29 prosentilla. (Kuvio 14.)

**Kuvio 14. Hoitajien sukupuolijakauma (lkm) vuosina 1994 (N= 373 kuntaa), 1998 (N= 386 kuntaa) ja 2002 (N= 373 kuntaa).**



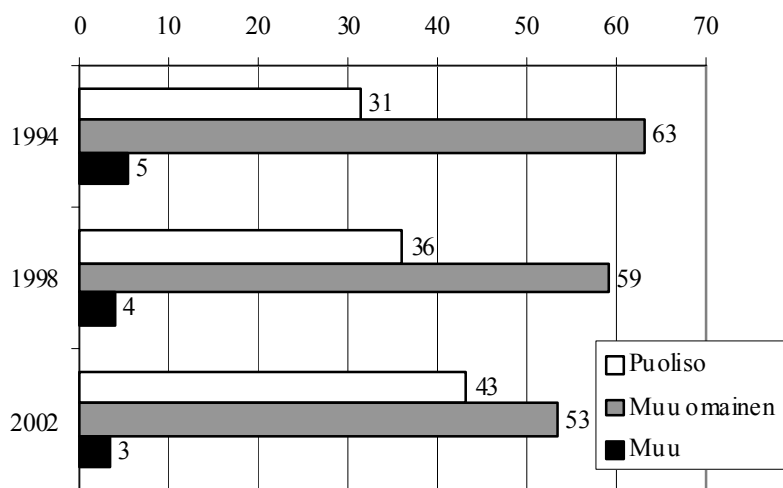
Suurin hoitajaryhmä olivat puoliset, toiseksi suurimmat omat lapset tai omat vanhemmat. Vierashoitajan (ystävä, muu) osuus oli vain noin neljä prosenttia. (Kuvio 15.)

**Kuvio 15. Hoitajan ja hoidettavan sukulaisuussuhde prosentteina vuonna 2002 (N= 384 kuntaa).**



Omaishoidon tuella tapahtuva hoito oli edelleen vuonna 2002 omaisten läheisilleen antamaa hoitoa. Puolisoiden osuus omaishoitajista lisääntyi vuodesta 1994, muiden omaisten puolestaan väheni. Vierashoitajien osuus väheni myös entisestään. (Kuvio 16.)

**Kuvio 16. Hoitajan ja hoidettavan sukulaisuussuhteen muutokset prosentteina 1994 - 2002.**

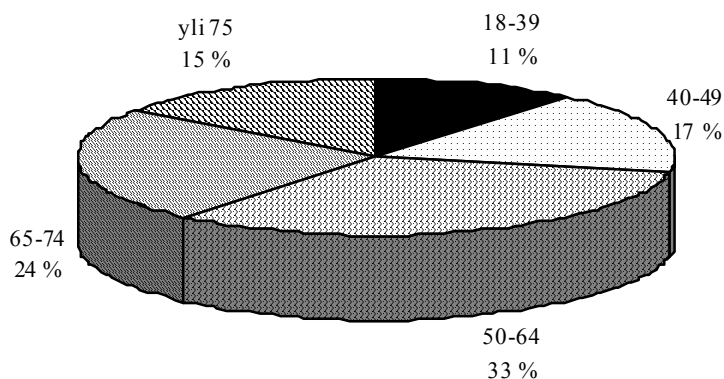


Lääneittäin tarkasteltuna puoliso oli useimmin omaishoitaja Etelä-Suomen (49 %) ja Itä-Suomen (45 %) lääneissä vuonna 2002. Puolisoiden osuus lisääntyi vuodesta 1998. Lapin läänissä omaishoitaja oli keskimääräistä useammin oma lapsi, harvemmin puoliso. Muiden omaisten osuus hoitajista väheni kaikissa lääneissä. Vierashoitajien, ystävien tai muiden, osuus hoitajista oli suurin Itä-Suomen läänissä.

Kyselyyn vastanneissa kunnissa enemmistö omaishoitajista oli työikäisiä. Suurin yksittäinen ikäryhmä olivat 50 - 64-vuotiaat. Kaksi viidestä oli yli 65-vuotias ja lähes joka

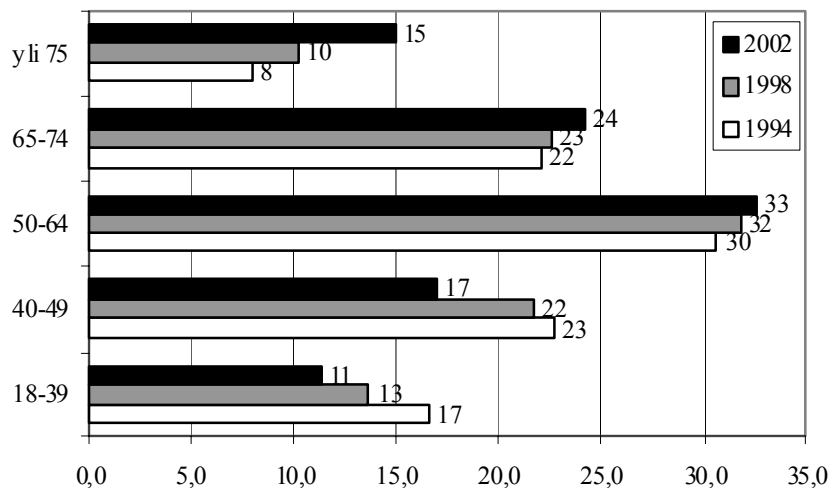
seitsemäs yli 75-vuotias. 40 - 49-vuotiaita oli alle viidennes ja 18 - 39-vuotiaita 11 prosenttia. (Kuvio 17.)

**Kuvio 17. Hoitajien ikäjakauma prosentteina (N= 376 kuntaa).**



Vuoteen 1994 verrattuna alle 50-vuotiaiden työikäisten osuus hoitajista väheni ja yli 65-vuotiaiden osuus lisääntyi. Yli 75-vuotiaiden hoitajien osuus lisääntyi eniten. (Kuvio 18.)

**Kuvio 18. Hoitajien ikäjakauman muutos prosentteina 1994 - 2002.**



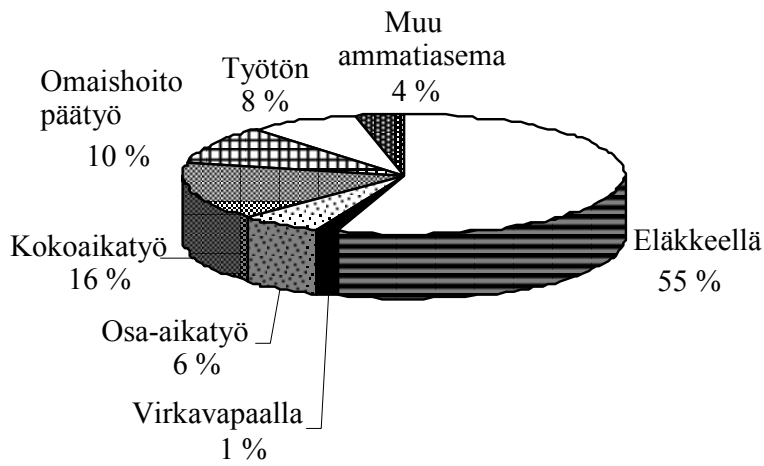
Nuorimmat hoitajat olivat Lapin läänin kunnissa, joissa miltei kaksi viidestä omaishoitajasta oli alle 50-vuotias. Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien osuus puolestaan oli Lapin läänissä keskimääräistä pienempi vuonna 2002. Vuoden 1998 tulos oli tältä osin samanlainen.

Omaishoitajista yli puolet oli eläkkeellä. Omaishoito oli kuntien mukaan päätyö noin kymmenelle prosentille omaishoitajista. Kokoikätyön ohella omaistaan hoiti 16 pro-

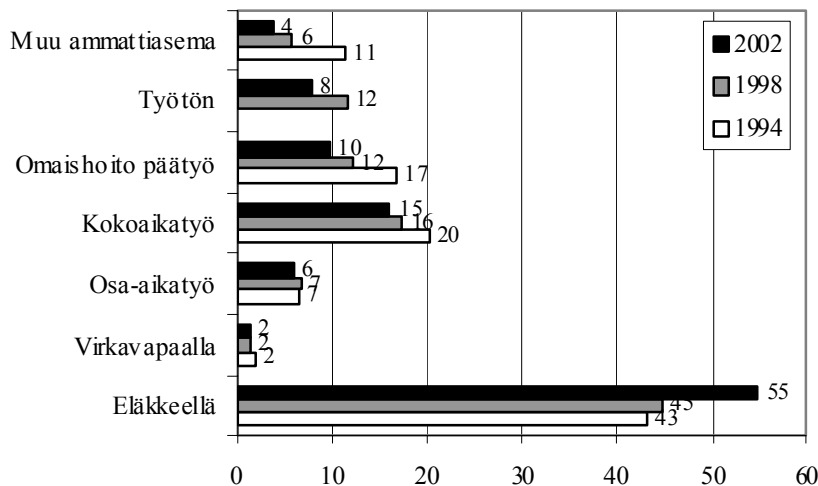
senttia ja osa-aikatyön ohella kuusi prosenttia omaishoitajista. Työttömiä omaishoitajista oli kahdeksan prosenttia (Kuvio 19). Ryhmään "muut" kuului lähinnä kotiäitejä ja äitiys- tai vanhempainlomalla olevia sekä opiskelijoita. Lisäksi joissakin kunnissa tähän ryhmään kuului myös yrittäjiä, maanviljelijöitä ja maatalonemäntiä.

**Kuvio 19. Hoitajien ammattiasema (%) (N = 378 kuntaa).**

Verrattuna vuoteen 1994 eläkkeellä olevien hoitajien määrä lisääntyi samalla kun kaikkien muiden ammattiryhmien osuus laski. (Kuvio 20.)



**Kuvio 20. Hoitajien ammattiaseman muutos prosentteina 1994 - 2002.**



Eläkeläisten osuus omaishoitajista nousi Oulun lääniä lukuun ottamatta kaikissa muissa lääneissä. Eläkkeellä oli kaksi kolmasosaa Etelä-Suomen ja kaksi viidesosaa Lapin läänin omaishoitajista. Eniten eläkeläisten osuus hoitajista nousi Etelä-Suomen läänissä (18 %) vuodesta 1998 vuoteen 2002. Lapin läänissä työttömien osuus omaishoitajista

oli edelleen korkeampi kuin muualla maassa. Osa-aikatyötä tekevien osuus nousi hieman Lapin ja Itä-Suomen lääneissä, mutta laski Etelä-Suomen ja Oulun lääneissä. Koko-aikatyötä tekevien osuus nousi hieman Lapin läänin kunnissa, muualla se pysyi lähes edellisvuosien tasolla. Omaishoitoa päätyönään tekevien osuus pienentyi Etelä-Suomen ja Oulun läänien kunnissa. Omaishoito muuttui siis yhä enemmän eläkeiässä olevien puolisoitten, omien lasten tai vanhempien tekemäksi hoivatyöksi, jonka kohteena olivat jatkuvasti paljon tai melko paljon apua tarvitsevat omat puoliset, iäkkäät vanhemmat tai omat lapset.

Kuntien edustajilta tiedusteltiin, miten kunnan sosiaalitoimi tukee omaishoitajien jaksamista. Vain kaksi kysymykseen vastanneista 384 kunnasta ilmoitti, ettei omaishoitajien jaksamista tueta mitenkään. Yli 90 prosenttia kunnista ilmoitti tarjoavansa hoidettavalle sijaishoitoa omaishoitajan vapaan ajaksi. Lähes puolet kunnista teki yhteistyötä terveystoimen, seurakunnan tai järjestöjen kanssa tukeakseen omaishoitajien jaksamista. Lähes yhtä moni kunta myös piti säännöllisesti yhteyttä omaishoitajiin. Ympäri vuorokautinen yhteydenpito omaishoitajien ja kunnan henkilöstön välillä ongelmatilanteissa oli mahdollista 37 prosentissa kunnista. Reilut 20 prosenttia kunnista ylläpiti omaisryhmiä tai järjesti omaishoitajille koulutusta ja työnohjausta. Lähes neljäsosa kunnista ilmoitti tukeavansa omaishoitajiensa jaksamista jotenkin muuten kuin yllä mainituilla tavoilla. Näitä ns. muita tapoja olivat kuntien vastausten mukaan muun muassa erilaisen virkistystoiminnan järjestäminen (leirit, retket, kylpylälomat, joulujuhlat, vesijump-pa, kuntosaliryhmät), tiedottaminen, Omaishoitajat ja läheiset -liiton julkaiseman Läheillä -lehden tilaaminen, maksuttomien kotipalvelukäyntien, päivätoiminnan, jaksottais-hoidon tai dementianeuvojan palveluiden tarjoaminen sekä taloudellisen tuen myöntäminen sijaishoitajan palkkaamiseen. (Taulukko 6.).

**Taulukko 6. Kunnan sosiaalitoimen tarjoama tuki omaishoitajille (N=384 kuntaa).**

Sijaishoidon tarjoaminen omaishoitajien vapaan ajaksi	90,9
Yhteistyön ja/tai tuen tarjoaminen kunnan terveystoimen, seurakunnan tai järjestöjen toiminnalle tai omaishoitajien oma-apuryhmille	49,5
Säännöllinen yhteydenpito omaishoitajiin	47,1
Yhteydenpitomahdollisuuden tarjoaminen kunnan henkilöstöön vuorokauden ympäri	37,2
Jotenkin muuten	23,7
Omaisryhmien organisointi	23,2
Koulutuksen ja työnohjauksen tarjoaminen omaishoitajille	22,4
Taloudellisen tuen myöntäminen omaishoitajille lomaa varten	16,7
Ei mitenkään	0,5

## 3.2 Omaishoidon tuen myöntämiskäytännöt

### 3.2.1 Myöntämisperusteet

#### Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavat tekijät

Vuonna 2002, kuten aiemminkin, omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttivat kuntien edustajien mukaan eniten hoidettavan henkilön avun ja hoidon tarve sekä hoidon sitovuus. Jonkin verran vaikuttivat myös hoitajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvät tekijät (esimerkiksi terveys tai hoitotaidot), hoitopaikan olosuhteet ja hoidettavan saamat palvelut ja sekä laitosten paikkatilanne.

Taulukossa 7 kuvataan omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavia tekijöitä lääneittäin. Taulukon pienet arvot kuvaavat suurta vaikutusta, eli mitä suurempi arvo, sitä pienempi vaikutus kyseisellä tekijällä oli omaishoidon tuen myöntämiseen. Läneittäin tarkasteltuna omaishoidon tuen myöntämisperusteet olivat melko yhtenevät lukuun ottamatta "muiden tekijöiden" vaikutusta. "Muut tekijät" vaikuttivat omaishoidon tuen myöntämiseen keskimääräistä hieman enemmän Etelä-Suomen ja Lapin lääneissä. Näitä tekijöitä olivat kuntien vastausten mukaan esimerkiksi omaishoidon määrärahojen suuruus, hoidettavan oma toive hoidon järjestämisestä ja muiden palveluiden järjestämisen vaikeus esimerkiksi pitkien välimatkojen vuoksi. Omaishoidon tuen myöntämiseen erittäin paljon tai jonkin verran vaikuttavat tekijät olivat samoja kuin aiemmissa tutkimuksissa vuosina 1994 ja 1998.

**Taulukko 7. Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavat tekijät lääneittäin prosentteina vuonna 2002.**

Tekijät	Koko maa	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi
	keskiarvo	keskiarvo	keskiarvo	keskiarvo	keskiarvo	keskiarvo
Avun ja hoidon tarve	1,05	1,08	1,07	1,02	1,09	1,00
Hoidon sitovuus	1,15	1,08	1,17	1,14	1,21	1,17
Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet	2,79	2,69	2,81	2,73	2,69	3,05
Muut tekijät	3,11	3,44	2,62	2,40	3,09	4,00
Hoidettavan saamat palvelut	3,12	3,19	3,29	3,15	2,87	3,11
Hoitopaikan olosuhteet	3,28	3,16	3,66	3,24	3,04	3,32
Laitosten paikkatilanne	3,70	3,89	3,82	3,55	3,29	3,95
Hoitajan ja hoidettavan sukulaisuussuhde	4,53	4,47	4,50	4,55	4,89	4,26
Hoitajan eläkkeellä olo	4,57	4,58	4,61	4,61	4,40	4,63
Hoidettavan varallisuus	4,87	4,85	4,83	4,84	4,88	4,95
Hoitajan varallisuus	4,89	4,82	4,86	4,92	4,92	4,95

*(1=vaikuttaa erittäin paljon omaishoidon tuen myöntämiseen, 5=ei vaikuta lainkaan omaishoidon tuen myöntämiseen).*

Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavista tekijöistä taloudellisen tarveharkinnan merkitys oli vähäinen. Vastanneista kunnista vajaa kymmenen prosenttia (n = 36) ilmoitti hoidettavan varallisuuden vaikuttavan jonkin verran tai vähän omaishoidon tuen

myöntämiseen. Erittäin paljon tai paljon hoidettavan varallisuus vaikutti tuen myöntämiseen ainoastaan neljässä kysymykseen vastanneista kunnista. Huolimatta siitä, että suurimmalle osalle kunnista hoidettavan varallisuudella ei ollut lainkaan merkitystä omaishoidon tuen myöntämisessä, oli kuntien välillä kuitenkin melkoisia eroja. Lapin läänissä kuntien väliset erot olivat pienimmät. (Liitetaulukko 4.). Hoitajan varallisuuden vaikutus tuen myöntämiseen oli lähes yhtä vähäistä. Erittäin paljon tai paljon hoitajan varallisuuden ilmoitettiin vaikuttavan tuen myöntämiseen ainoastaan viidessä kunnassa. Itä-Suomen ja Lapin lääneissä tällaisia kuntia ei ollut lainkaan. (Liitetaulukko 5.)

Kunnan laitospaikkatilanne vaikutti erittäin paljon omaishoidon tuen myöntämiseen 22 kunnassa. Oulun läänissä laitospaikkatilanteen merkitys omaishoidon tuen myöntämiseen vaihteli eniten. (Liitetaulukko 6.)

Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttivat jossakin määrin myös omaishoitajan saamat muut taloudelliset tuet, joskin niiden merkitys vaihteli suuresti kunnittain. Yli puolessa vastanneista kunnista muut taloudelliset tuet eivät vaikuttaneet omaishoidon tuen myöntämiseen. Vastanneista 378 kunnasta 36 prosenttia edellytti omaishoidon tukea saavan henkilön myös saavan eläkkeensaajan hoitotukea. Runsas neljäsosa puolestaan ilmoitti pitävänsä lapsen hoitotukea edellytyksenä omaishoidon tuen saamiselle ja vajaa viidennes kunnista edellytti, että hoidettava saa vammaistukea. Läneittäin tarkasteltuna muiden taloudellisten tukien huomioon ottaminen myönnettäessä omaishoidon tukea väheni vuodesta 1998. Eläkkeensaajan hoitotuki oli keskimääräistä yleisemmin omaishoidon tuen saamisen edellytys Oulun läänissä. Vammaistuen edellyttäminen oli muita läänejä yleisempää Lapin ja Etelä-Suomen lääneissä ja harvinaisempaa Oulun läänissä. Lapsen hoitotuen saamista edellytettiin omaishoidon tukea myönnettäessä keskimääräistä useammin Etelä-Suomen ja harvemmin Oulun läänissä. (Taulukko 8.)

**Taulukko 8. Muiden kotona hoitamisen mahdollistavien tukien merkitys omaishoidon tuen myöntämiseen lääneittäin. (% kunnista.)**

Lääni	Eläkkeensaajan hoitotuki	Vammaistuki	Lapsen hoitotuki
	%	%	%
Etelä-Suomi	37,0	20,5	32,9
Länsi-Suomi	35,3	18,5	25,0
Itä-Suomi	33,3	19,0	27,0
Oulu	41,7	16,7	20,8
Lappi	36,8	21,1	26,3
Koko maa	36,2	18,9	26,4

Omaishoidon tukisopimukset solmittiin useimmissa kunnissa (66 %) vuodeksi kerrallaan. Lähes kolmasosassa vastanneista 355 kunnasta sopimukset olivat voimassa toistaiseksi ja vain seitsemässä kunnassa ne tehtiin alle vuoden pituiseksi ajanjaksoksi kerrallaan. 70 prosenttia vastanneista kunnista tarkisti voimassa olevia sopimuksia vuoden välein ja runsas viidesosa kunnista tarkisti vain tarvittaessa. Vain 20 kuntaa tarkisti sopimukset useammin kuin kerran vuodessa.

## Omaishoito laitoshoidon korvaajana

Omaishoidon tuen myöntämisen yhtenä perusteluna on, että se korvaa laitoshoidon. Vuonna 2002 kyselyyn vastanneiden kuntien edustajista lähes puolet arvioi, että omaishoidon tuella kotona hoidettavista miltei jokainen olisi laitoshoidossa, jollei hoitavaa omaista olisi. Yli 80 prosenttia vastaajista arvioi, että vähintään puolet omaishoidon tuen piirissä olevista olisi ollut laitoksessa ilman omaishoitajaa. Osuudet kasvoivat hieman vuodesta 1998. (Taulukko 9.)

**Taulukko 9. Arvio laitoshoidossa olevista ilman hoitavaa omaista vuosina 1994, 1998 ja 2002.**

Arvio tuen piirissä olevista laitoshoidossa	Kuntien määrä					
	4/1994		4/1998		4/2002	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Melkein kaikki	210	55,4	182	47,6	188	49,3
Noin joka toinen	101	26,6	114	29,8	127	33,3
Noin joka kolmas	50	13,2	66	17,3	51	13,4
Harvempi	18	4,7	20	5,2	15	3,9
<b>Yhteensä</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	<b>382</b>	<b>100,0</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>
Arvio tuen piirissä olevista laitoshoidossa	Arvio laitoshoidossa olevista					
	4/1994		4/1998		4/2002	
	lkm	% kaikista	lkm	% kaikista	lkm	% kaikista
Melkein kaikki	4 981	41,2	5 333	37,7	6 516	46,2
Noin joka toinen	1 961	16,2	2 232	15,8	2 475	17,6
Noin joka kolmas	833	6,9	1 170	8,3	664	4,7
Harvempi	169	1,4	207	1,5	160	1,1
<b>Yhteensä</b>	<b>7 944</b>	<b>65,8</b>	<b>8 942</b>	<b>63,3</b>	<b>9 815</b>	<b>69,6</b>

Kuntien arvioiden ja hoidettavien kokonaislukumäärien perusteella voitiin arvioida, että omaishoidon tuella vuonna 2002 hoidetuista henkilöistä 9 815 henkilöä olisi ollut laitoshoidossa, jollei hoitavaa omaista olisi. Vastaava luku vuonna 1998 oli 8 942 henkilöä ja vuonna 1994 7 944 henkilöä. Luku sisältää

1. kaikki niiden kuntien hoidettavat, jotka vastasivat, että hoidettavista melkein kaikki tai kaikki olisivat laitoksessa ilman omaishoitajaa,
2. puolet niiden kuntien hoidettavista, jotka vastasivat, että hoidettavista noin joka toinen olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa,
3. yhden kolmasosan niiden kuntien hoidettavista, jotka ilmoittivat, että noin joka kolmas olisi laitoshoidossa ilman omaista ja
4. yhden neljäsosan niiden kuntien hoidettavista, jotka arvioivat, että alle kolmasosa hoidettavista olisi ollut laitoshoidossa ilman omaista.

Näin laskettuna ilman omaishoitajaa vuonna 2002 laitoshoidossa olisi ollut 70 prosenttia kaikista tähän kysymykseen vastanneiden kuntien 14 098:sta omaishoidon tuella hoidetuista henkilöistä, eli 9 815 henkilöä. Luku on arvio, joka lienee todellista henkilömäärää hieman suurempi. Esimerkiksi vaihtoehdon "kaikki tai melkein kaikki" valin-

neissa kunnissa vastaus voi tarkoittaa, että laitoshoidossa olevien osuus voi vaihdella 75 - 100 prosentin välillä sadan prosentin sijasta. Lisäksi on otettava huomioon, että kuntien viranhaltijoiden antamat arviot ovat subjektiivisia, ja niiden perusteet voivat vaihdella suuresti arvioijasta riippuen. Asukaslukuun suhteuttamalla arvioitiin, että kaikkiaan Suomessa olisi ollut laitoshoidossa omaishoidon tuella hoidettavista yhteensä noin 11 400 henkilöä vuonna 2002, jollei hoitavaa omaista olisi. Vastaava arvio vuodelta 1994 oli 8 500 henkilöä ja vuodelta 1998 9 900 henkilöä. Omaishoidon avulla saaduksi laskennalliseksi bruttosäästökseksi laitoshoitokuluista saatiin noin 379 miljoonaa euroa, kun hoitopäivän hintana käytettiin 91,50 euroa (Heikkinen ym. 2001). Kun tästä vähennettiin omaishoidon tuen kustannukset, jäi nettosäästökseksi arviolta noin 283 miljoonaa euroa. Vuonna 1998 omaishoidon aiheuttaman säästön suuruudeksi arvioitiin noin 219 miljoonaa euroa, joten nettosäästö kasvoi noin 64 miljoonalla eurolla, 41 prosenttia. Kun nettosäästöä tarkasteltiin vuoden 2002 hinnoin, kasvua oli 41 miljoonaa euroa, 17 prosenttia.

Omaishoitajien antaman hoidon merkitys laitoshoidon korvaajana vuonna 2002 oli suurin Itä-Suomen läänin kunnissa, ja vähäisin Lapin läänin kunnissa. Omaishoidon tuen merkitys laitoshoidon korvaajana lääneittäin on esitetty liitetaulukossa 2 (Itä-Suomen läänissä oli muita yleisempää myöntää omaishoitoa sillä perusteella, että omaisten antama hoito korvaa laitoshoidon). Lähes 80 prosenttia Itä-Suomen läänin omaishoidettavista olisi kuntien viranomaisten arvioiden mukaan ollut laitoshoidossa, ellei hoitavaa omaista olisi ollut. Vastaava luku vuonna 1998 oli 59 prosenttia. Harvimminkin tuen edellytettiin korvaavan laitoshoidon Etelä-Suomen läänin kunnissa, joissa laitoshoidossa olisi vuonna 2002 ollut 56 prosenttia hoidettavista, ellei hoitavaa omaista olisi ollut. Vastaava luku vuonna 1998 oli 46 prosenttia. (Liitetaulukko 3)

### 3.2.2 Hoitopalkkioiden määrät ja maksuluokat

#### Palkkion suuruus

Palkkion suuruus vaihteli suuresti kuntien ja asiakkaiden välillä. Koska kuntien maksamat hoitopalkkiot vaihtelivat huomattavasti maksuluokkien sisällä, kysyttiin keskiarvojen lisäksi myös minimejä ja maksimejä eri luokkien sisällä. Taulukossa 10. mainitut maksuluokkien keskiarvot laskettiin suoraan ilmoitettujen euromäärien keskiarvona painottamatta niitä sopimusten lukumäärällä. Vertailtavuuden vuoksi myös vuosien 1994 ja 1998 tiedot muutettiin euroiksi.

**Taulukko 10. Maksetut hoitopalkkiot maksuluokittain vuosina 1994, 1998 ja 2002 (€/kk).**

	Maksuluokka														
	1. luokka			2. luokka			3. luokka			4. luokka			5. Luokka		
	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02
Keskiarvo	433	431	498	291	289	338	205	214	256	171	213	216	159	202	170
Kuntia	365	379	344	350	355	310	272	258	231	80	18	75	17	2	19
Asiakkaita yhteensä	1 914	3 153	4 273	3 740	5 499	5 817	2 831	3 870	5 170	586	175	1 591	83	26	207

Korkeimmassa maksuluokassa keskimääräinen hoitopalkkio nousi noin 430 eurosta kuukaudessa lähes viiteensataan euroon kuukaudessa, mikä selittynee osittain sillä, ettei erityismaksuluokkaa enää eritelty kyselylomakkeessa. Vuonna 1998 erityismaksuluokassa keskimääräinen palkkio oli 663 euroa kuukaudessa ja näitä sopimuksia oli 199 kappaletta. Myös toisessa ja kolmannessa maksuluokassa keskimääräiset palkkiot nousivat. Neljännessä maksuluokassa keskimääräinen palkkio pysyi samana ja viidennessä laski noin 30 euroa.

Kaikissa maksuluokissa maksettiin vuonna 2002 myös huomattavasti lailla säädettyä minimipalkkiota pienempiä palkkioita. Tällaista ilmiötä ei havaittu vuonna 1998. Näitä jopa alle sadan euron palkkioita kunnat perustelivat esimerkiksi sillä, että suurempi palkkio vähentäisi hoitajan eläkettä. Tämä perustelu sopi hyvin yhteen sen tuloksen kanssa, että entistä suurempi joukko omaishoitajista oli eläkeläisiä. Toisaalta kunnat merkitsivät kyselylomakkeeseen myös muita kuin kuukausittaisia hoitopalkkioita, esimerkiksi korvauksia yksittäisistä kotihoitopäivistä. Nämä jätettiin luonnollisesti keskiarvoa laskettaessa huomiotta. Tästä johtuen palkkiot kuitenkin vaihtelivat luokkien sisällä 30 eurosta 1260 euroon.

Aiempiä vuosina kyselylomakkeessa kysyttiin erikseen sopimusmaksuluokkaan kuuluvien hoitajien saaman palkkion suuruutta ja hoitajien määrää tässä luokassa. Vuonna 2002 ns. sopimusmaksuluokkaa ei enää kysytty erikseen, mutta palkkiot, jotka alittavat lakisääteisen hoitopalkkion minimirajan, voidaan katsoa kuuluviksi sopimusmaksuluokkaan.

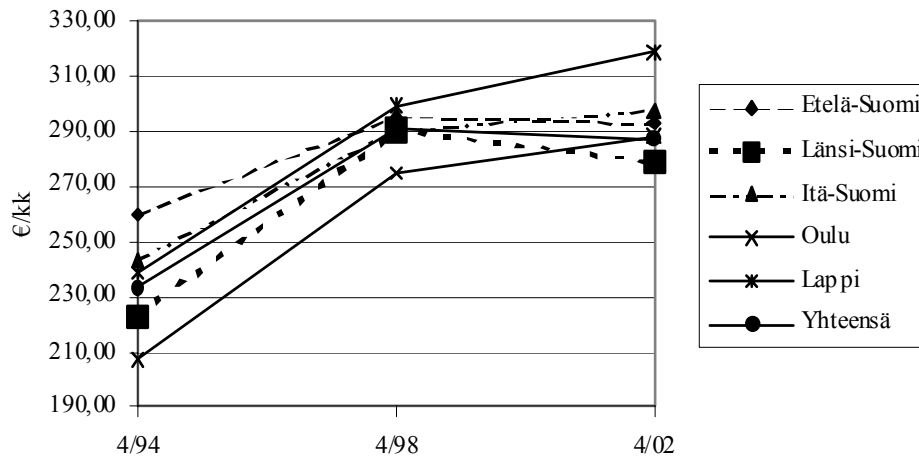
Yli kolmessa neljäsosassa kunnista hoitopalkkio ei pienentynyt vaikka hoidettava oli päiväsaikaan kodin ulkopuolella hoidossa. Ainoastaan viidessä kunnassa kodin ulkopuolinen hoito, esimerkiksi hoidettavan koulunkäynti, oli peruste omaishoidon tuen epäämiselle.

Keskimääräistä maksettua palkkiota oli vaikea määrittellä tarkasti, koska palkkiot vaihtelivat maksuluokkien sisälläkin. Keskimääräisen palkkion määrittämistä varten tarkasteltiin ensin eri kuntien maksamia keskimääräisiä palkkioita<sup>1</sup>. Tämän jälkeen laskettiin kuntien keskimääräinen hoitopalkkioiden keskiarvo. Tällöin erikokoisten kuntien painoarvo oli keskiarvossa samansuuruinen. Näin laskettuna kuntien maksamien hoitopalkkioiden keskiarvo oli vuonna 2002 koko maassa 287,89 euroa kuukaudessa. Vuonna 1998 vastaava keskiarvo oli 290,46 euroa kuukaudessa, joten hoitopalkkioiden keskiarvo oli neljässä vuodessa hieman laskenut.

Omaishoidon tuen keskipalkkiot olivat kuitenkin nousseet vuodesta 1994. Vuodesta 1994 vuoteen 1998 kasvu oli selkeä, mutta vuosien 1998 ja 2002 välillä palkkiot kääntyivät lievään laskuun. Palkkio oli vuonna 1994 noin 233 euroa kuukaudessa ja vuonna 2002 se oli 288 euroa kuukaudessa, palkkio nousi siis kaikkiaan 55 euroa kuukaudessa vuodesta 1998 vuoteen 2002. Koko maan tasolla hoitopalkkion keskiarvo pysyi lähes ennallaan, läänitasolla kehityksessä oli eroja. Länsi-Suomen läänissä keskimääräinen hoitopalkkio laski neljässä vuodessa yli kymmenen euroa, kun taas Lapin läänissä keskimääräinen palkkio oli vuonna 2002 lähes 20 euroa suurempi kuin vuonna 1998. Myös Oulun läänissä palkkio nousi yli kymmenen euroa. Matalimpia palkkioita maksettiin Länsi-Suomen ja korkeimpia Lapin läänissä. (Kuvio 21; Liitetaulukko 7.)

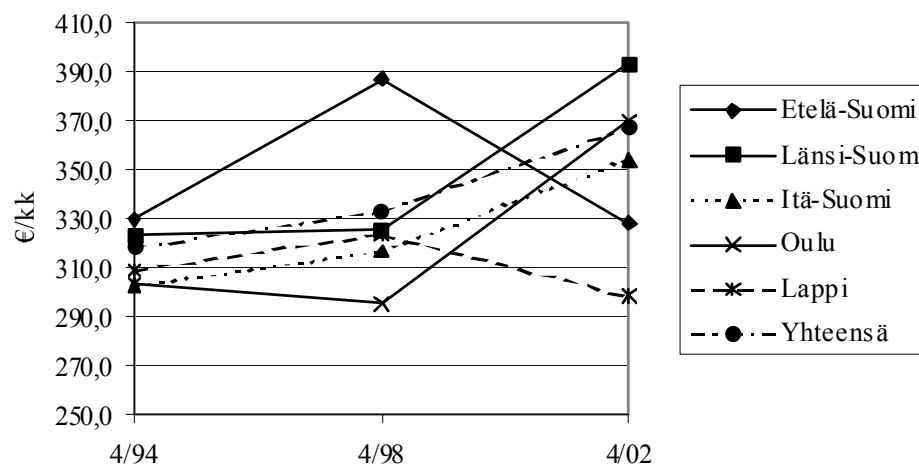
<sup>1</sup> Kunnan sisällä maksettujen hoitopalkkioiden keskiarvo laskettiin painottamalla keskiarvoa sopimusten määrällä eri maksuluokissa.

**Kuvio 21. Kuntien maksamat hoitopalkkiot lääneittäin vuosina 1994, 1998 ja 2002 (kuntien keskiarvo €/kk).**



Kuntien maksamien palkkioiden suuruutta arvioitiin myös vertaamalla kuntien talousarviossaan ilmoittamia omaishoidon tuen määrärahoja maksussa olleiden tukien lukumäärään. Näin saatu hoitopalkkion suuruus oli kuitenkin todellista suurempi, koska poikkeileikkauksena saatu tukien lukumäärä oli pienempi kuin tukien lukumäärä koko vuoden aikana. Toisaalta talousarviossa ilmoitettu omaishoidon tukeen varattu määräraha ei välttämättä toteutunut ilmoitetun mukaisena. Näin tarkasteltuna läänien väliset erot olivat hieman erilaiset, vaikkakin päälinjat olivat samankaltaiset. Valtakunnallisesti hoitopalkkioiden keskimääräinen suuruus nousi. Etelä-Suomen läänissä tukien taso oli selvästi muita korkeampia vielä vuonna 1998, mutta vuonna 2002 palkkioiden euromäärä pieneni keskimääräistä alemmaksi. Myös Lapin läänissä tukien taso laski vuoden 1998 jälkeen. Oulun läänissä tuet olivat aiemmin muuta maata matalampia, mutta vuonna 2002 keskimääräinen taso nousi maan keskiarvon tasalle. (Kuvio 22.; Liitetaulukko 8.)

**Kuvio 22. Hoitopalkkioiden suuruus talousarviossa ilmoitettujen määrärahojen ja maksussa olleiden tukien mukaan lääneittäin vuosina 1994 - 2002.**



Hoitopalkkioiden keskimääräinen suuruus vaihteli suuresti kunnan asukasluvun ja yli 65-vuotiaiden osuuden mukaan. Suuremmissa kunnissa maksettiin suurimpia palkkioita. Toisaalta kaikkein pienimmissä, alle 2 000 asukkaan kunnissa, palkkiot olivat vuonna 2002 keskimäärin suurempia kuin niissä kunnissa, joiden asukasluku oli 2 000 - 10 000 välillä. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11. Kuntien maksaman hoitopalkkion keskiarvot kunnan asukasluvun mukaan (kuntien keskiarvo €/kk).**

Asukkaita	Palkkion keskiarvo €/kk
Alle 2 000	289
2 000-4 999	270
5 000-9 999	279
10 000-19 999	306
Yli 20 000	333

Kun tarkastelussa yhdistettiin kunnan asukasluku ja 65 vuotta täyttäneen väestön osuus, havaittiin, että kunnan asukasluku vaikutti palkkion suuruuteen edelleen niin, että kuntakoon kasvaessa palkkiot pääsääntöisesti kasvoivat. Sama kehitystrendi oli edelleen nähtävissä, vaikka 65 vuotta täyttäneen väestön osuus vaihteli alle 15 prosentista yli 18 prosenttiin. (Taulukko 12.)

**Taulukko 12. Kuntien maksaman hoitopalkkion keskiarvot yli 65-vuotiaiden osuuden ja kuntakoon mukaan.**

Asukkaita	Yli 65-vuotiaiden osuus						
	Alle 15 %		15 - 18 %		Yli 18 %		kuntia yhteensä
	€/kk	kuntia	€/kk	kuntia	€/kk	kuntia	
Alle 2 000	272	4	297	10	289	46	60
2 000-4 999	290	11	281	29	263	80	120
5 000-9 999	282	12	254	34	293	55	101
10 000-19 999	311	15	274	18	353	11	44
>20 000	335	19	328	11			30
Kuntia yhteensä	298	61	287	102	296	192	355

### Maksuluokkien määrä

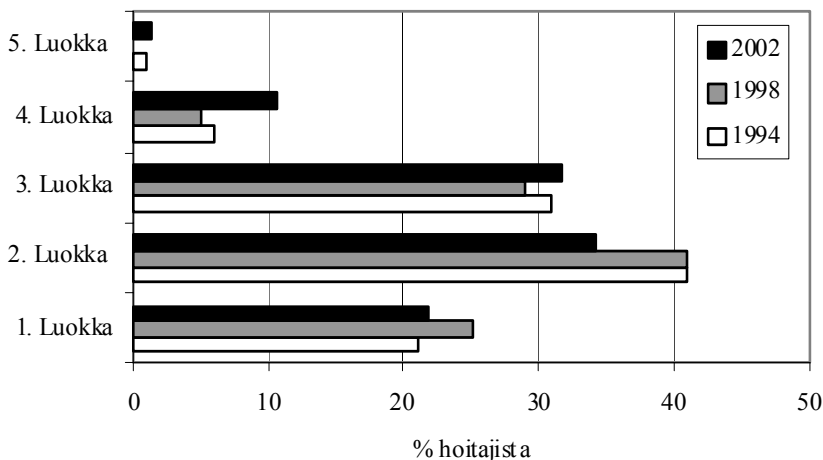
Käytettyjen maksuluokkien määrässä tapahtui vuodesta 1994 muutoksia, joista kuitenkin suuri osa selittynee kysymysten muotoilulla. Kuten aiemminkin, myös vuonna 2002 kunnissa käytettiin yleisimmin kolmea maksuluokkaa. Kolmen maksuluokan käyttäjien osuus kuitenkin laski lähes viisi prosenttiyksikköä vuodesta 1998. Vastaavasti neljää ja viittä maksuluokkaa käyttävien kuntien osuus kasvoi. Vuoden 1998 tutkimuksessa kysyttiin erikseen erityismaksuluokan ja sopimusmaksuluokan käytöstä, mikä saattoi lisätä raportoitujen luokkien määrää. Nyt lomakkeessa kysyttiin vain viittä maksuluokkaa. (Taulukko 13.)

**Taulukko 13. Käytettyjen maksuluokkien määrä vuosina 1994, 1998 ja 2002 ( % kunnista, N=367).**

	1 luokka	2 luokkaa	3 luokkaa	4 luokkaa	5 luokkaa
1994	4,4	20,1	53,6	17,5	4,4
1998	6,5	22,3	51,3	16,9	3,0
2002	7,1	17,7	46,6	18,8	9,8

Lääneittäin maksuluokkia käytettiin melko yhtenevästi. Etelä-Suomen ja Oulun läänien kunnista runsas viidennes käytti kahta maksuluokkaa, Itä-Suomen läänissä oli puolestaan eniten neljää maksuluokkaa käyttäviä kuntia (26 %). Viiden maksuluokan käyttö oli Lapin läänissä huomattavasti yleisempää kuin muualla maassa. Lapin läänissä viittä maksuluokkaa käytti lähes 30 prosenttia kunnista, muualla maassa osuus vaihteli 7 - 11 prosentin välillä. (Liitetaulukko 9.)

Vuonna 2002 entistä suurempi osa omaishoitajista kuului alimpiin maksuluokkiin; ylimpiin maksuluokkiin kuuluvien omaishoitajien osuus väheni vuodesta 1998. Maksuluokkien 3 - 5 käyttö on kasvanut noin kymmenen prosenttiyksikköä. (Kuvio 23.)

**Kuvio 23. Hoitajien jakautuminen hoitopalkkion maksuluokkiin vuosina 1994, 1998 ja 2002.**

### Hoitopalkkion suuruuden määrittäminen

Merkittävin omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttava tekijä oli hoidettavan avun ja hoidon tarve sekä hoidon sitovuus. Näin ollen olisi oletettavaa, että avun ja hoidon tarve vaikuttaisi myös hoitopalkkion suuruuteen. Kysymykseen vastanneista kunnista (N = 379) yli kolmella neljäsosalla oli vuonna 2002 käytössä jokin toimintakyvyn arviointimenetelmä, jonka avulla määriteltiin hoidon sitovuutta ja siten hoitopalkkion suuruutta. Arviointimenetelmien käyttö yleistyi vuodesta 1998, jolloin niitä käytti noin kaksi kolmasosaa kunnista. Vuonna 2002 toimintakyvyn arviointimenetelmien käyttö oli yleisintä Lapin läänissä ja vähäisintä Länsi-Suomen läänissä. Yleisimmin käytössä oli yksi toimintakyvyn arviointiasteikko. Vain yhdeksässä kunnassa käytettiin kolmea tai use-

ampaa toimintakyvyn arviointimenetelmää. 50 kuntaa jätti tarkemmin ilmoittamatta käyttämänsä menetelmät. (Taulukko 14.)

**Taulukko 14. Kuntien käyttämien erilaisten arviointimenetelmien määrä.**

Käytössä olevien arviointimenetelmien lkm	Kuntia	%
Vain yksi tapa	177	60,2
Kaksi tapaa	58	19,7
Useampia tapoja	9	3,1
Ilmoitettu, mutta ei eritelty	50	17,0
Yhteensä	294	100

Yleisimmin käytössä oli RAVA<sup>TM</sup> -järjestelmä, jota käytti 123 kuntaa, 42 prosenttia kysymykseen vastanneista kunnista. Lisäksi 17 kuntaa ilmoitti, että kunta oli ottamassa käyttöön RAVA<sup>TM</sup> -järjestelmän. 70 kuntaa käytti itse kehittelemiään hoitoisuutta mittaavia mittareita, joista ainakin osa perustui johonkin yleisemmin tunnettuun mittariin. Melko käytetty oli myös Mini Mental State Examination eli MMSE-testi, jota käytti 48 kuntaa. Muita kuntien ilmoittamia toimintakyvyn arviointimenetelmiä olivat muun muassa Activities of Daily Living eli ADL -mittari, Barthelin indeksi, FIM<sup>TM</sup> -järjestelmä, Joensuu-luokitus, KYKY -mittari, RAI -tietojärjestelmä ja SAS -mittari. Myös ikääntyneiden ihmisten masennusta kartoittava Geriatric Depression Scale, GDS, sekä ikääntyneiden muistihäiriöiden ja dementian selvittelyyn tarkoitettu CERAD -järjestelmä mainittiin käytettyinä arviointimenetelminä. Kolmen pienen kunnan vastaajat ilmoittivat, että työntekijät tunsivat asiakkaat niin hyvin, ettei erillisten arviointimenetelmien käyttöön ollut tarvetta. Ainakin 30 kunnassa tuen tarpeen arvioi moniammatillinen työryhmä. Arvion tekemiseen kuului yleensä kotikäynti asiakkaan luona. 13 kuntaa ilmoitti käyttävänsä lääkärin lausuntoa ainakin osana tarpeen arviointia.

Vastaajilta tiedusteltiin myös, miten hyvin nyt käytössä olevat arviointimenetelmät ottivat huomioon hoidettavien fyysisen tilan, mielenterveyteen liittyvät ongelmat ja dementian. Yleisesti ottaen kunnat olivat varsin tyytyväisiä käytössään oleviin arviointimenetelmiin ja tyytyväisyys oli lisääntynyt vuodesta 1998. 70 prosenttia kuntien vastaajista arvioi, että käytetyt menetelmät ottivat erittäin hyvin huomioon hoidettavien fyysisen tilan, mutta vain noin kolmasosa kuntien vastaajista arvioi, että dementiaan liittyvät oireet tulivat hyvin huomioiduiksi. Viidesosa vastaajista arvioi, että nykyiset toimintakyvyn arviointimenetelmät eivät lainkaan ottaneet huomioon hoidettavien mielenterveyteen liittyviä ongelmia ja niistä aiheutuvaa avun ja hoidon tarvetta. (Taulukko 15.)

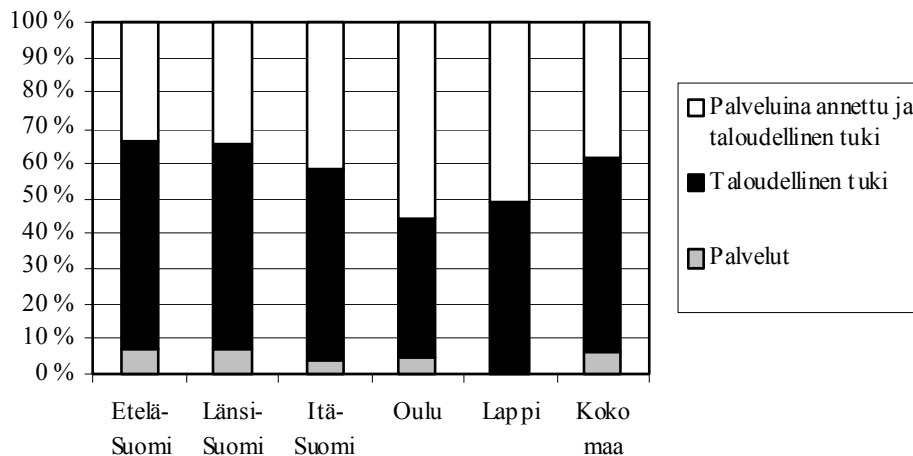
**Taulukko 15. Toimintakyvyn eri osa-alueiden huomiointi käytetyn arviointiasteikon avulla (%). (N=277)**

Toimintakyvyn osa-alueet	Arviointiasteikko huomioi		
	Erittäin hyvin	Kohtalaisesti	Ei lainkaan
Mielenterveyteen liittyvät ongelmat	16,3	64,4	19,3
Dementia	34,9	56,7	8,7
Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen	70,0	27,1	2,9

### 3.2.3 Omaishoidon tukisopimus - rahaa vai palveluja?

Vuodesta 1998 omaishoidon tuki on voitu antaa joko rahana, palveluina tai näiden yhdistelmänä. Kun vuoden 1994 omaishoidon tukea koskevassa selvityksessä tuki annettiin 87 prosentissa sopimuksista pelkästään rahana, niin vuonna 1998 pelkästään rahana annettu tuki oli supistunut 42 prosenttiin. Vuonna 2002 kysymykseen vastanneissa kunnassa tuki annettiin pelkästään rahana 56 prosentissa sopimuksista, joten pelkästään rahana annettavien tukien osuus nousi vuodesta 1998. Pelkästään palveluina annettiin vuonna 2002 vain kuusi prosenttia tuesta. Sopimusten rakennetta koskeviin kysymyksiin vastasi vuonna 2002 kuitenkin vain alle puolet kunnista, joten todellisuudessa tukisopimusten rakenne saattaa poiketa tässä esitetystä. Läänikohtaiset erot sopimusten rakenteessa olivat varsin pieniä. (Kuvio 24.)

**Kuvio 24. Omaishoidon tuen sopimusten rakenne lääneittäin (%). (N=171 kuntaa.)**



Kuntia pyydettiin myös nimeämään ne palvelut, joita omaishoidon tukisopimukseen sisältyi. Vähintään yhden palvelun ilmoitti 358 kuntaa. Palveluita selvittävän kysymyksen eri kohtiin jätti vastaamatta 7,5 - 26,1 prosenttia kunnista. Eniten jätettiin vastaamatta erikoissairaanhoidon palveluja ja loma-ajan toimintaa koskeviin kysymyksiin. Taulukossa 16. kuntien vastausten keskiarvot kuvaavat prosenteiksi muutettuna, kuinka suureen osaan tukisopimuksista kyseinen palvelu sisältyi. Jos palvelu sisältyi kaikkiin tai lähes kaikkiin sopimuksiin, tämä tulkittiin 100 prosentiksi. Vastaavasti, jos palvelu sisältyi noin kolmeen neljäsosaan sopimuksista, prosenttiosuus oli 75 ja jos se sisältyi noin puoleen sopimuksista, prosenttiosuus oli 50. Jos annettu palvelu sisältyi noin yhteen neljäsosaan sopimuksista, prosenttiosuus oli 25 ja jos palvelu sisältyi vain muutama tai ei yhteenkään sopimukseen, tulkittiin ko. palvelun prosenttiosuus nollassi. Vuoden 1994 aineisto käsitti myös Ahvenanmaan.

Yksittäisistä palveluista kotisairaanhoido ja lääkäripalvelut sisältyivät useimmin omaishoidon tukisopimuksiin, ja niiden osuus oli lähes sama vuonna 1998. Myös neuvonta ja ohjaus sekä lyhytaikainen laitoshoido sisältyivät sopimuksiin melko yleisesti. Neuvonnan ja ohjauksen osuus kuitenkin väheni sopimuksissa yli 20 prosenttiyksikköä vuodesta 1998, ja lyhytaikaisen laitoshoidon sisällyttäminen sopimukseen puolestaan hieman yleisty. Sijaishoidon sisällyttäminen sopimuksiin väheni eniten vuodesta 1998, vuonna

2002 sen osuus oli noin 15 prosenttia. Tämä lasku saattaa johtua lomakkeen sanamuodosta, joka vuonna 1998 oli "sijaishoidon järjestäminen" ja vuonna 2002 "sijaishoito". Itse kysymys oli molempina vuosina sama: "Kuinka moneen 30.4.1998/2002 voimassa olleeseen omaishoidon tukisopimukseen liittyvään hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyvät seuraavat palvelut?"

Kuljetuspalvelun sisällyttäminen sopimukseen yleistyi vajaasta neljäsosasta runsaaseen kolmasosaan sopimuksista. Harvimmin sopimukseen vuonna 2002 sisältyivät tulkkipalvelu, henkilökohtainen avustaja ja loma-ajan toiminta. Näitä palveluja ei aiempina vuosina kysytty. (Taulukko 16.) Muita joissakin kunnissa sopimuksiin sisältyviä palveluita olivat esimerkiksi apuvälinepalvelu, aurauspalvelu, erilaiset terapiat, "ostokuriiri", vaa-tehuolto ja viriketoiminta.

**Taulukko 16. Omaishoidon tukisopimusten sisältämät palvelut.**

Palvelu	4/1994		4/1998		4/2002	
	kuntia	% sopimuksista ka	kuntia	% sopimuksista ka	kuntia	% sopimuksista
Hoitopalkkio			351	91,0		
Neuvonta ja ohjaus			315	62,5	313	39,6
Sijaishoito			347	52,9	303	14,9
Kotisairaanhoido	359	47,5	349	41,3	344	41,2
Lääkäripalvelut	315	35,0	304	41,0	299	44,1
Lyhytaikainen laitoshoido	368	35,0	354	34,5	349	39,2
Kodinhoitoapu	377	32,5	362	32,1	358	24,7
Kuljetuspalvelu	356	20,0	341	23,3	330	34,2
Päivähoito	348	15,0	335	17,8	332	19,9
Kylvetys- tai saunotusapu	362	15,0	343	15,7	343	15,1
Siivousapu	361	15,0	345	14,6	336	11,0
Erikoissairaanhoidon palvelut	304	10,0	290	12,7	286	15,7
Ateriapalvelu	360	10,0	349	11,3	343	10,6
Turvapalvelu	351	7,5	337	8,9	332	15,6
Erytisopetus					307	6,8
Tulkkipalvelut					299	1,2
Henkilökohtainen avustaja					319	2,8
Työkeskustoiminta					309	5,0
Iltapäivähoito					298	8,1
Kuntoutus					301	17,5
Loma-ajan toiminta					293	3,0

Kodinhoitoavun sisältyminen sopimuksiin oli yleisintä Lapin läänissä (30 %), ja harvinaisinta Etelä-Suomen läänissä (20 %). Kotisairaanhoido sisältyi keskimääräistä useammin tukisopimukseen Oulun läänin kunnissa (56 %) ja keskimääräistä harvemmin Etelä-Suomen läänissä (38 %). Lyhytaikaisen laitoshoidon sisällyttäminen sopimuksiin oli keskimääräistä yleisempää Itä-Suomen läänin kunnissa (44 %). Neuvonnan ja ohjauksen sisältyminen tukisopimukseen oli yleisintä Etelä-Suomen läänin kunnissa (39 %) ja harvinaisinta Lapin läänissä (25 %). Sijaishoito sisältyi sopimukseen harvimmin Lapin läänissä ja yleisimmin Oulun läänissä. (Liitetaulukko 10.)

### 3.2.4 Palvelusetelin käyttö omaishoidossa

Palveluseteli oli käytössä vain kymmenessä prosentissa (n= 37) vastanneista kunnista. Palveluseteliä käyttävistä kunnista joka neljännessä kaikki omaishoitajat olivat oikeutettuja palveluseteliin. Muissa kunnissa oikeus palveluseteliin riippui hoidon vaativuudesta tai muista vastaavista kriteereistä. Yleisimmin käytetyt kriteerit olivat hoidon raskaus ja hoidon sitovuus. Neljä kuntaa ilmoitti käyttävänsä hoitoisuuden arviointiin jotakin toimintakykymittaria ja suunnilleen yhtä monessa kunnassa kerrottiin palvelusetelien myöntämisen perustuvan aina tapauskohtaiseen harkintaan. Kahdessa kunnassa palvelusetelien myöntämisen edellytyksenä oli KELAn hoitotukipäätös. Useimmissa kunnissa palveluseteleitä myönnettiin vain hoitajan vapaan aikaisen hoidon järjestämiseen.

Palvelusetelin arvo vaihteli 13,50 ja 168 euron välillä palvelusta riippuen. Palveluseteliä käytettiin useimmin kodinhoitoapuun, lyhytaikaiseen laitoshoittoon ja ns. muihin palveluihin. "Muut palvelut" liittyivät pääsääntöisesti omaishoitajan vapaan järjestämiseen eli hoidettavan hoidon ostamiseen vapaan ajaksi. (Taulukko 17.)

**Taulukko 17. Yhden palvelusetelin arvo eri palveluissa.**

Palvelut	n	min	max	keskiarvo	keskihajonta
Kodinhoitoapu	6	10,09	68,00	31,72	25,47
Siivousapu	1	13,50	13,50	13,50	
Kotisairaanhoido	1	100,00	100,00	100,00	
Lyhytaikainen laitoshoido	6	22,70	80,73	34,24	22,82
Päivähoito tai -toiminta	1	59,00	59,00	59,00	
Loma-ajan toiminta (esim. kesäleiritointiminta)	1	22,71	22,71	22,71	
Muut palvelut	6	25,00	168,00	77,68	50,78

Vuodessa käytettyjen palvelusetelien määrä vaihteli palveluittain ja kunnittain kolmen ja 720 välillä. Eniten palveluseteleitä käytettiin omaishoitajan vapaan järjestämiseen eli sijaishoidon ostamiseen. (Taulukko 18.)

**Taulukko 18. Käytettyjen palvelusetelien määrä vuodessa.**

Palvelut	Käytettyjen palvelusetelien määrä vuodessa (kpl)				
	n	min	max	keskiarvo	keskihajonta
Kodinhoitoapu	4	3	35	17	14,25
Kotisairaanhoido	1	12	12	12	
Lyhytaikainen laitoshoido	5	24	148	73	51,37
Loma-ajan toiminta (esim. kesäleiritointiminta)	1	11	11	11	
Muut palvelut	9	3	720	133	228,55

Kuudessa kunnassa palveluseteleitä käytettiin lyhytaikaisen laitoshoidon kustannusten korvaamiseen hoitajan lakisääteisen vapaan aikana. Muihin kuin kyselylomakkeessa mainittuihin tapoihin järjestää sijaishoido palveluseteleitä myönnettiin yhdeksässä kun-

nassa. (Taulukko 19.) Näistä muista tavoista yleisin oli kuntien ilmoitusten mukaan sijaishoitajan palkkaaminen kotiin.

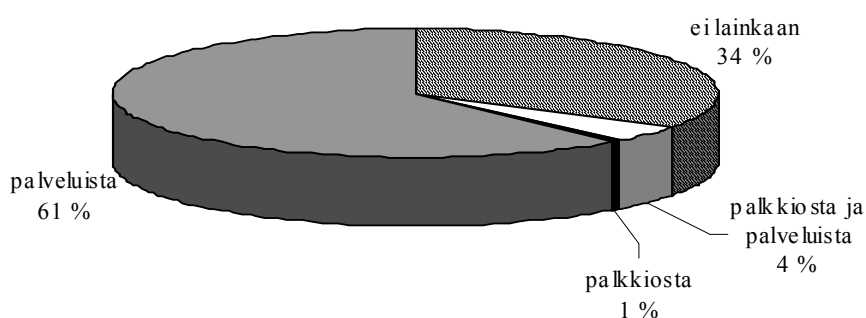
**Taulukko 19. Palvelusetelien käyttö sijaishoidon järjestämiseen: vuoden aikana käytettyjen setelien määrä ja setelin keskimääräinen arvo (€).**

Sijaishoitomuoto	N	Käytettyjen palvelusetelien määrä vuodessa yhteensä	Yhden palvelusetelin keskimääräinen arvo (€)
Lyhytaikainen laitoshoido	6	540	55
Hoito palvelutalossa	2	129	119
Omais yhdistyksen järjestämä sijaishoido	2	58	57
Perhehoito	2	13	28
Kotipalvelu	1	17	39
Muu	9	940	60

### 3.2.5 Asiakasmaksujen perintä

Huhtikuussa 2002 kyselyyn vastanneista kunnista 61 prosenttia peri asiakasmaksuja omaishoidon tukiasiakkailta vain annetuista palveluista, kun vastaava luku vuonna 1998 oli 76 prosenttia. Kaksi kuntaa 371 kunnasta peri asiakasmaksua hoitopalkkiosta, ja 16 kuntaa peri maksun yhteen sovitettuna hoitopalkkiosta ja palveluista. 126 (34 %) kuntaa ei perinyt asiakasmaksuja lainkaan. (Kuvio 25.) Vuoteen 1998 verrattuna asiakasmaksujen periminen palveluista oli vähentynyt 15 prosenttiyksikköä.

**Kuvio 25. Asiakasmaksujen perimistavat ja niiden yleisyys (% kunnista) (N =371 kuntaa).**



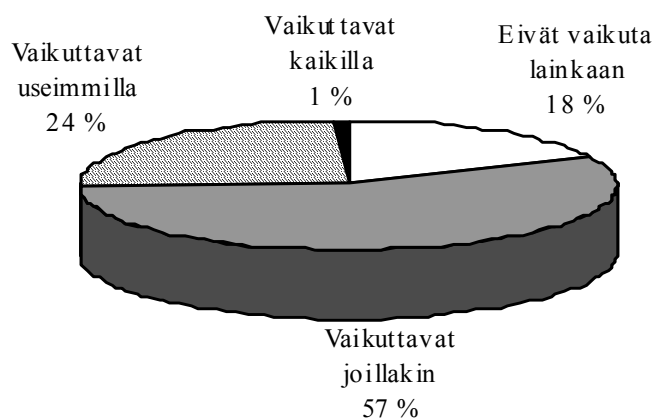
Asiakasmaksujen perintää koskevaan kysymykseen vastanneista 361 kunnasta 65 prosenttia peri asiakasmaksun omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajalta ja vain 16 prosentissa kunnista hoito oli hoidettavalle maksutonta. Hoitajan lisävapaan aikana maksutonta hoitoa tarjosi alle kahdeksan prosenttia vastanneista 288 kunnasta. Lakisääteisenkin vapaan aikana yli kolmessa neljäsosassa asiakasmaksuja perivistä kunnista hoidettava maksoi hoidostaan kunnan normaalin hinnoittelun mukaan, lisävapaan aikana osuus oli vielä suurempi. (Taulukko 20.)

**Taulukko 20. Hoidettavalta perittävät hoitomaksut hoitajan lakisääteisen (N=288 kuntaa) ja lisävapaan (N=361 kuntaa) aikana.**

	Kunnan normaalin hinnan	Ei mitään	Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn hinnan
Hoitajan lakisääteisen vapaan aikana	77,0	16,3	6,6
Hoitajan lisävapaan aikana	86,1	7,6	6,3

Yli puolet vastanneista kunnista arvioi, että palvelujen maksullisuus vaikutti ainakin joidenkin omaishoitajien halukkuuteen käyttää niitä. Alle viidesosa arvioi, ettei maksullisuus vaikuta. Vain kolme kuntaa 357:stä arvioi palvelujen maksullisuuden vaikuttavan kaikilla omaishoitajilla. (Kuvio 26.)

**Kuvio 26. Kuntien arvio palvelujen maksullisuuden vaikutuksesta omaishoitajien halukkuuteen käyttää omaishoidon tuen palveluja (% kunnista).**



### 3.3 Omaishoitajan asema

#### 3.3.1 Omaishoitajan vapaa

Keskimäärin noin 70 prosentissa kysymykseen vastanneiden kuntien omaishoidon tukisopimuksista oli sovittu hoitajan lakisääteisestä vapaasta. Vuonna 1998 heti uuden asetuksen voimaan tulon jälkeen vastaava osuus oli 79 prosenttia. Etelä-Suomen ja Lapin lääneissä kehitysvammaista hoitavan omaisen lakisääteinen vapaa oli määritelty sopimuksissa keskimäärin useammin kuin muista syistä omaistaan hoitavien. Itä-Suomessa vanhuuteen liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen tai fyysisen sairauden vuoksi omaistaan hoitavien ja Oulun läänissä psyykkisesti sairasta omaistaan hoitavien kanssa lakisääteisestä vapaasta on sovittu muita ryhmiä useammin. (Taulukko 21.)

**Taulukko 21. Lakisääteisestä vapaasta sopiminen omaishoidon tukisopimuksissa hoidettavan hoidon syyn perusteella lääneittäin.**

Hoidon syy	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi	Koko maa
Vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen	70,7	69,0	77,4	68,0	64,7	70,4
Kehitysvammaisuus	79,1	71,9	72,6	78,8	87,5	75,2
Fyysinen sairaus	60,5	60,8	76,5	75,4	78,6	65,2
Psyykinen sairaus	59,1	71,1	44,6	94,1	88,0	68,0
Muu	50,0	93,9	38,5	100,0		70,0

Kysymykseen omaishoitajien lakisääteisestä vapaasta sopimatta jättämisestä vastasi 202 kuntaa ja näistä lähes puolet ilmoitti syyksi hoidon vähäisen sitovuuden. Noin 11 prosenttia ilmoitti, ettei sijaishoitoa pystytty järjestämään. Kahdeksan kuntaa ei pitänyt asiaa niin tärkeänä, että siitä sovittaisiin kirjallisesti sopimuksessa. (Taulukko 22.)

**Taulukko 22. Syyt omaishoitajien lakisääteisestä vapaasta sopimatta jättämiseen (vastanneiden kuntien lkm).**

Syyt vapaan sopimatta jättämiseen	Kuntien määrä				
	Kaikissa sopimuksissa	Noin 3/4 sopimuksista	Noin 1/2 sopimuksista	Noin 1/4 sopimuksista	Kuntien määrä yhteensä
Hoidon sitovuus vähäinen	27	13	20	32	92
Sijaishoitoa ei pystytty järjestämään	6	2	1	14	23
Ei pidetty tärkeänä asiana	5	1		2	8
Muu syy	18	18	22	21	79
<b>Yhteensä</b>	<b>56</b>	<b>34</b>	<b>43</b>	<b>69</b>	<b>202</b>

Yli kolmasosa kysymykseen vastanneista kunnista ilmoitti vapaasta sopimatta jättämisen syyksi ns. muun syyn. Yleisin "muu" syy oli hoitajan haluttomuus pitää vapaata. Useimmissa vastauksissa haluttomuuden syytä ei eritelty, mutta osa vastaajista tulkitsi haluttomuuden johtuvan esimerkiksi siitä, että hoitaja ei halunnut jättää hoidettavaansa muiden hoitoon tai että sijaishoito oli kunnassa maksullista. Toinen varsin yleinen "muu" syy sopimatta jättämiseen oli hoidettavan kieltäytyminen sijaishoidosta joko sen maksullisuuden tai hänelle vieraan hoitajan vuoksi. 17 kuntaa ilmoitti, että osa omaishoitajista järjesti vapaiden aikaisen hoidon itse sukulaistensa kanssa. Kuudessa kunnassa sopimusten tarkistus oli vielä kesken, minkä vuoksi kaikissa omaishoidon tukisopimuksissa ei vielä ollut mainintaa kahden kuukausittaisen vapaapäivän järjestämisestä. Neljä vastaajaa ilmoitti, ettei kunnalla ollut mahdollisuuksia järjestää sopivaa sijaishoitoa. Kymmenen vastaajan mukaan hoitaja ja hoidettava eivät puolestaan hyväksyneet tarjottua sijaishoitoa, yleensä laitoksessa. 13 kunnassa vapaiden järjestämisestä ei ollut erikseen sovittu, koska sijaishoito järjestyi muutenkin aina tarvittaessa. Kirkkonummella sosiaalilautakunta oli päättänyt, että sijaishoidosta sovitaan vain kahteen ylimpään maksuluokkaan kuuluvien omaishoitajien kanssa.

Vuoden 2002 tulokset olivat samankaltaiset vuonna 1998 tehdyn selvityksen tulosten kanssa. Niiden kuntien määrä, jotka eivät pystyneet järjestämään sijaishoitoa, kuitenkin lisääntyi. Myös niiden kuntien osuus, jotka eivät pitäneet vapaan kirjaamista tärkeänä kasvoi, vaikka tämä olikin edelleen harvinaista (4 %).

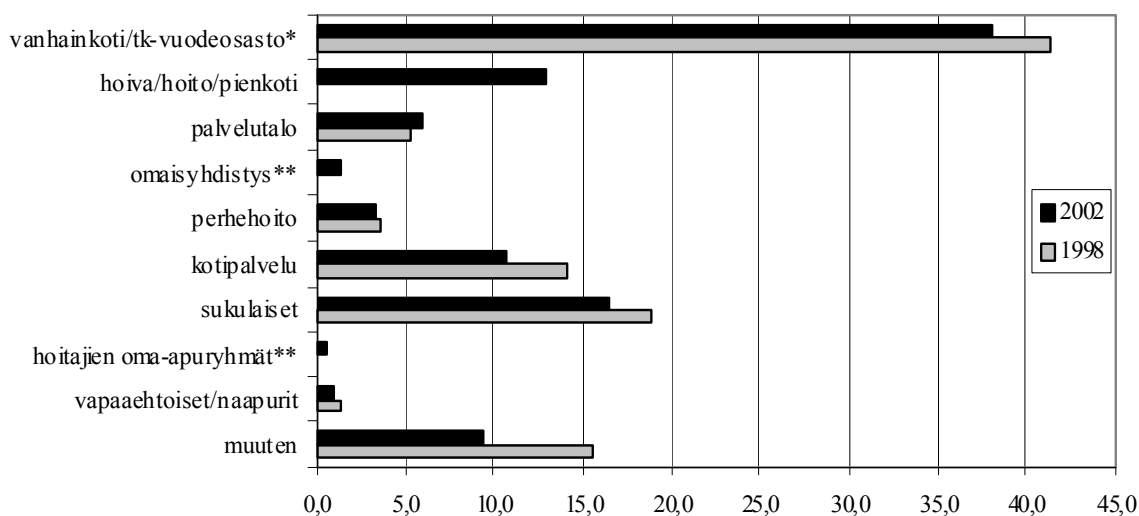
Tärkein syy jättää sopimatta lakisääteisestä vapaasta oli kuitenkin se, että omaishoitajan antaman hoidon ei katsottu täyttävän lain edellyttämää hoitotyön sitovuutta. Tämän seurauksena sopimukseen ei katsottu tarpeelliseksi kirjata, miten omaishoitajan lakisääteinen vapaajärjestely käytännössä toteutetaan. Kuitenkin edellä todettiin, että hoidettavat olivat pääosin jatkuvasti ja paljon apua tarvitsevia, ja suurin osa olisi tarvinnut laitospaikan, ellei hoitavaa omaista olisi ollut. Tämän perusteella hoitotyö voitaisiin tulkita sitovaksi, mutta vapaasta ei silti sovittu.

### **3.3.2 Sijaishoidon järjestäminen**

#### **Hoitomuodot**

Hoidettavien sijaishoito järjestettiin omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana pääosin laitoshoidona joko vanhainkodeissa tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Tulos oli samansuuntainen kuin vuonna 1998 tehdyssä selvityksessä, tosin nyt lomakkeessa annettiin valmiina yksi vaihtoehto enemmän: "lyhytaikainen laitoshoido hoiva-, hoito- tai pienkodissa tai erityishuoltopiiriin laitoksessa". Tällä tavalla järjestettiin noin 13 prosenttia sijaishoidosta. Toiseksi eniten sijaishoidon järjestämisessä turvaututtiin sukulaisten antamaan apuun. Sen sijaan vapaaehtoistyöntekijöihin tai naapuripuun turvautuminen oli vähäistä. Kaikkein vähäisintä oli hoidon järjestäminen omaisyhdistysten tai hoitajien oma-apuryhmien kautta. Kotipalvelun käyttö sijaishoidon järjestämisessä oli hieman vähentynyt vuodesta 1998. Muuten kuin kyselylomakkeessa mainituilla tavoilla omaishoito oli järjestetty lähes kymmenessä prosentissa tapauksista. Avovastausten perusteella näitä muita tapoja olivat lomittajan palkkaaminen hoidettavan kotiin, hoitajan vapaiden järjestäminen samanaikaisesti hoidettavan sairaala- tai kuntoutusjaksojen tai vammaisten lasten ja nuorten leirien kanssa. Myös erilaisia päivähoitoja käytettiin omaishoitajan vapaan mahdollistamiseen. (Kuvio 27.)

**Kuvio 27. Sijaishoidon järjestämistavat hoitajan lakisääteisen vapaan aikana (%).**



\*sisältää kaiken laitoshoidon vuoden 1998 osalta

\*\* ei kysytty vuonna 1998

Länsi-Suomen ja Lapin lääneissä turvauduttiin sijaishoidossa muita läänejä useammin laitoshoittoon, Oulun ja Lapin lääneissä sukulaisten antamaan apuun, Etelä-Suomen läänissä kotipalveluun ja Itä-Suomen läänissä muihin järjestelyihin. Perhehoitoon turvauduttiin muita läänejä keskimääräistä useammin Oulun läänissä ja palvelutalossa järjestettyyn sijaishoittoon Etelä-Suomen läänissä. Omaishoitajien oma-apuryhmien ja omaisyhdistysten järjestämän sijaishoidon käyttö oli harvinaista kaikissa lääneissä. (Liitetäulukko 11.)

Sijaishoito järjestettiin useimmiten kunnallisena palveluna. Noin viidesosa sijaishoidosta järjestettiin ostopalvelusopimuksin ja yksityisesti tuotettuina. Itä- ja Pohjois-Suomessa käytettiin enemmän yksityisesti tuotettuja palveluja kuin Etelä- ja Länsi-Suomen lääneissä. Etelä- ja Länsi-Suomen lääneissä suosittiin puolestaan ostopalvelua enemmän kuin maan muissa osissa. (Taulukko 23).

**Taulukko 23. Sijaishoidossa olevien henkilöiden palvelujen järjestäminen palvelun tuottajan mukaan prosentteina.**

Tuottajat	Henkilöiden osuus lääneittäin					
	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi	Koko maa
Kunnallisena palveluna	79,6	80,7	78,9	74,8	78,3	79,2
Ostopalvelusopimuksella	12,5	13,3	7,1	10,2	8,2	11,3
Yksityisesti tuotettuna	7,9	6,0	14,0	15,1	13,6	9,5
Yhteensä	2 382	3 786	1 642	1 359	515	9 684

## Vapaan pituus

Tutkimuksessa selvitettiin omaishoitajan vapaan pituutta tiedustelemalla kunnilta, mikä pituisina hoitojaksoina omaishoitajien lakisääteisen vapaan mahdollistava sijaishoito kunnissa järjestettiin. Noin yhdessä neljäsosassa vastanneista kunnista lakisääteinen vapaa oli pituudeltaan melko usein tai useimmiten yksi viikko tai enemmän. Suunnilleen saman verran oli myös niitä kuntia, jotka ilmoittivat, että hoitaja ei halunnut pitää lainkaan vapaata. Alle neljän tunnin, 10 - 23 tunnin tai yhden vuorokauden pituiset sijaishoitajaksot kuukaudessa olivat harvinaisia. Vuonna 1998 omaishoitajat pitivät edellä kuvattuja lyhyitä lomajaksoja huonoina vaihtoehtoina, joten tulos vastaa omaishoitajien toiveita. (Taulukko 24.)

Lääneittäin tarkasteltuna omaishoitajien lakisääteisen vapaan pituuksissa oli eroja. Etelä-Suomen, Oulun ja Lapin lääneissä oli hieman keskimääräistä enemmän sellaisia kuntia, joissa omaishoitajien lakisääteinen vapaa järjestettiin melko usein tai useimmiten yhdeksi viikoksi tai pidemmäksi ajaksi kerrallaan. Itä-Suomen läänin kunnissa omaishoitajien vapaa järjestettiin melko usein tai useimmiten 4 - 6 vuorokauden pituisena. Etelä-Suomen läänissä oli suhteellisesti eniten sellaisia kuntia, joissa hoitaja melko usein tai useimmiten ei halunnut pitää lainkaan vapaata. (Taulukko 24).

**Taulukko 24. Lakisääteisen vapaan yleisimmät toteutustavat lääneittäin (%).**

Toteutustavat	Osuus kuntien maininnoista					Yhteensä
	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi	
Hoitaja ei halunnut pitää vapaata lainkaan.	26,8	25,5	22,9	24,1	27,3	25,3
Alle 4 tuntia kerrallaan	3,0	5,3	3,8	2,6	4,5	4,2
4-9 tuntia kerrallaan	9,6	13,2	9,6	9,5	6,8	11,1
10-23 tuntia kerrallaan	2,0	2,1	1,9	1,7	2,3	2,0
1 vrk kerrallaan	4,5	3,9	5,7	3,4	6,8	4,4
2-3 vrk kerrallaan	11,6	11,6	12,1	14,7	11,4	12,1
4-6 vrk kerrallaan	15,2	14,6	21,7	14,7	11,4	15,8
1 viikko tai enemmän kerrallaan	27,3	23,7	22,3	29,3	29,5	25,2

Tutkimuksessa haluttiin selvittää myös sitä, kuinka suuri osuus omaishoitajista sai lakisääteisen vapaan lisäksi mahdollisuuden pitää ylimääräistä vapaata. Vastanneiden kuntien arvioiden mukaan omaishoitajista keskimäärin 23 prosentilla oli mahdollisuus myös ylimääräiseen vapaaseen. Lääneittäin tarkasteltuna ylimääräisen vapaan antaminen oli keskimääräistä yleisempää Etelä- ja Itä-Suomen lääneissä ja harvinaisempaa Oulun läänissä. (Taulukko 25).

**Taulukko 25. Ylimääräistä vapaata saavat omaishoitajat (vastanneiden kuntien lkm, keskiarvo prosentteina).**

Lääni	Kuntien lkm	Keskiarvo
Etelä-Suomi	42	27,1
Länsi-Suomi	116	20,9
Itä-Suomi	37	26,3
Oulu	30	18,1
Lappi	9	20,9
Koko maa	234	22,7

Ylimääräisen vapaan pituus oli tavallisimmin kolme vuorokautta tai enemmän kuukaudessa. Lisävapaan kohdalla näytti tapahtuneen muutosta vuodesta 1998, jolloin lisävapaan saaminen oli huomattavasti tavallisempaa, mutta vapaan pituus lyhyempi kuin vuonna 2002. Koska vuonna 1998 vastausprosentti tämän kysymyksen kohdalla oli varsin huono, on todennäköistä, että lisävapaan saaminen ei ollut silloinkaan kovin yleistä (selvityksen tekijöiden arvio vuonna 1998 oli 15 - 20 prosenttia, Vaarama yms. 1999, 73), joten lisävapaan saamisessa ei ehkä ole tapahtunut suurta muutosta.

### 3.3.3 Lakisääteisen vapaan vaikutus

#### Asiakasmaksun periminen sijaishoidosta

Vuoden 1994 selvityksen mukaan lähes puolessa vastanneista kunnista hoitajan vapaan pitäminen ei vaikuttanut hoitopalkkion suuruuteen ja noin kahdessa viidestä kunnasta se vähensi hoitopalkkion suuruutta. Tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty tarkemmin, kuinka paljon hoidettava joutui maksamaan hoitajan vapaan aikana tapahtuvasta sijaishoidosta. Tätä kysyttiin vuosina 1998 ja 2002. Suurin osa kunnista peri hoidettavalta korvauksen kunnan normaalin hinnoittelun mukaan, ja maksu oli suurempi hoitajan ylimääräisen vapaan aikana. Vain harva kunta (16,3 % vastanneista kunnista) ei perinyt sijaishoidosta lainkaan maksua, ja vielä harvempi (7,6 %) jätti maksun perimättä, kun kyseessä oli hoitajan ylimääräinen vapaa. Sen sijaan maksun määrittely hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli suunnilleen yhtä yleistä lakisääteisen ja ylimääräisen vapaan kohdalla. Kuntia, jotka eivät perineet lainkaan maksua tai perivät sen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti, oli vuonna 2002 hieman enemmän kuin vuonna 1998. (Taulukko 26.)

**Taulukko 26. Hoidettavan maksamat asiakasmaksut hoitajan vapaan aikana (kuntien lkm ja %).**

	Hoidettava maksaa hoidostaan						
	kunnan normaalin hinnoittelun mukaisesti		ei mitään		hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovitun mukaisesti		yhteensä
	kuntien lkm	%	kuntien lkm	%	kuntien lkm	%	kuntien lkm
Lakisääteisen vapaan aikana	278	77	59	16,3	24	6,6	361
Ylimääräisen vapaan aikana	248	86,1	22	7,6	18	6,3	288

Oulun läänissä oli eniten kuntia, jotka perivät sijaishoidosta sekä hoitajan lakisääteisen että ylimääräisen vapaan aikana kunnan normaalin hinnoittelun mukaisen maksun. Etelä-Suomen läänissä oli eniten sellaisia kuntia, jotka eivät perineet sijaishoidosta maksua hoitajan lakisääteisen vapaan aikana. Lapin läänissä kaikissa kunnissa perittiin hoitajan ylimääräisen vapaan aikana maksu sijaishoidosta. Etelä-Suomen läänin kunnissa hoidettavan sijaishoidon maksut sekä hoitajan lakisääteisen vapaan että ylimääräisen vapaan aikana määriteltiin hoito- ja palvelusuunnitelmissa huomattavasti useammin kuin muiden läänien kunnissa. (Liitetaulukko 12.)

### **3.3.4 Ilman omaishoidon tukea omaistaan hoitavien henkilöiden asema**

#### **Arvio omaishoidon tuen ulkopuolelle jääneistä**

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Suomessa hoidettiin omaishoidon tuella keväällä 2002 yhteensä 18 713 henkilöä. Kotona hoidettavien henkilöiden määrän on arvioitu olevan kuitenkin tätä lukua huomattavasti suurempi. Valtakunnallisen vanhusbarometrin mukaan (Vaarama ja Kaitsaari 2002, s. 139) vuonna 1998 kotona asui noin 133 000 toisten apua tarvitsevaa 60 vuotta täyttänyttä henkilöä. Omaishoitajat ja Läheiset -liiton arvion mukaan kaikki ryhmät mukaan lukien omaishoidettavia olisi yli 300 000. Tämä luku perustuu Sihvon vuonna 1989 esittämään arvioon, johon on viitattu myös Vaaraman & Antikaisen selvityksessä (1995). 300 000 näyttää valtakunnallisen vanhusbarometrin lukuun verrattuna liian suurelta, sillä vammaisia ja muita ryhmiä ei liene enemmän kuin vanhuksia. Silti tulos merkitsee sitä, että suurin osa omaisiaan hoitavista ihmisistä tekee hoivatyötä ilman omaishoidon tukea, vaikka hoidettavan avun tarve saattaisi edellyttää tuen saamista. Ei kuitenkaan tiedetä, saavatko he jotain muuta tukea, kuten tukea henkilökohtaisen avustajan palkkaamiseen (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoiminta 759/1987 § 16). Tässä selvityksessä näiden henkilöiden määrää pyrittiin arvioimaan kysymällä kuntien edustajilta arviota siitä, kuinka paljon he arvioivat omassa kunnassaan olevan sellaisia omaistaan kotona hoitavia henkilöitä, joilla ei ole omaishoidon tuesta sopimusta, mutta joiden tarpeet edellyttäisivät tuen myöntämistä.

Seuraavassa tarkastellaan asiaa niiden kuntien osalta, jotka vastasivat sekä maksussa olevia omaishoidon tukia koskevaan kysymykseen että tukijärjestelmän ulkopuolella omaisiaan hoitavia koskevaan kysymykseen. Tällaisia kuntia oli noin 60 prosenttia kaikista kyselyyn vastanneista kunnista. Arvio omaishoidon tuen laajuudesta laskettiin siten, että voimassa olevien sopimusten ja ei tukea saavien, mutta sitä tarvitsevien henkilöiden määrät laskettiin yhteen. Tästä yhteissummasta laskettiin voimassa olevien sopimusten suhteellinen osuus. Tämän laskentatavan mukaan omaishoidon tukijärjestelmän piirissä oli vajaa 70 prosenttia niistä henkilöistä, joiden tarve edellyttäisi tuen myöntämistä. Paras tilanne oli keskimäärin Itä-Suomen läänissä ja heikoin Lapin läänissä. (Taulukko 27.)

**Taulukko 27. Arvio omaishoidon tuen kattavuudesta lääneittäin (%).**

Lääni	Sopimusten määrä yhteensä	Eivät saa tukea, mutta olisivat siihen oikeutettuja	Arvio omaishoidon tuen kattavuudesta	Vastanneiden kuntien määrä	
	lkm	lkm	%	lkm	% kaikista
Etelä-Suomi	1 404	674	67,6	42	57,5
Länsi-Suomi	2 922	1 281	69,5	111	60,3
Itä-Suomi	1 666	613	73,1	39	61,9
Oulu	1160	487	70,4	31	64,6
Lappi	512	407	55,7	11	57,9
Koko maa	7 664	3 462	68,9	234	60,5

### Omaishoidon tuen ulkopuolella olevien hoitajien tukeminen

Huolimatta siitä, että kaikki kotona omaistaan hoitavat henkilöt eivät kuuluneet omaishoidon tukijärjestelmän piiriin, heillä oli kuitenkin mahdollisuus saada tukea kunnilta muiden palvelujen muodossa. Tutkimuksessa selvitettiin, minkälaista tukea kunnat antavat niille omaisiaan kotona hoitaville henkilöille, joiden kanssa ei ole tehty omaishoidon tukisopimusta.

Yleisin omaishoidon tukemisen muoto oli kodinhoitoapu, jota annettiin 80 prosentissa vastanneista kunnista. Seuraavaksi yleisimpiä olivat ateriapalvelu ja kotisairaanhoido. Näitä palveluja antavien kuntien osuus oli kuitenkin selvästi pienempi kuin kodinhoitoapua antavien kuntien. Lyhytaikaista laitoshoidoa tarjosi noin puolet vastanneista kunnista. Vähiten kunnat ilmoittivat tukevansa hoitajaa sijais- ja iltapäivähoidolla, kuntoutuksella ja loma-ajan toiminnalla. (Taulukko 28.) Kahdessatoista kunnassa vastaaja ilmoitti kunnan tukevan omaishoidon tuen ulkopuolelle jääviä hoitajia muuten kuin lomakkeessa mainituilla keinoilla. Näitä muita keinoja olivat avovastausten mukaan lähinnä omaishoitajaryhmät ja omaishoitajille suunnatut virkistyspäivät ja -matkat.

Itä-Suomen kunnissa hoitajia tuettiin järjestämällä hoidettavalle lyhytaikaista laitoshoidoa ja päivähoitopalveluita keskimäärin useammin kuin muissa lääneissä. Etelä-Suomen läänin kunnissa hoitajia tuettiin keskimääräistä useammin kodinhoitoavun ja ateriapalvelun avulla. Lapin läänin kunnissa tuki annettiin muiden läänien kuntia useammin kotisairaanhoidona ja siivousapuna. (Taulukko 28.)

**Taulukko 28. Kunnan antama tuki hoitajille, jotka hoitavat omaistaan ilman omaishoidon tukea lääneittäin (%).**

Palvelut	Osuus kaikista läänin kunnista					
	Kuntien	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi
	lkm	%	%	%	%	%
Kodinhoitoapu	326	97,1	90,6	83,6	85,1	66,7
Kotisairaanhoido	248	58,6	68,4	72,1	68,1	77,8
Lyhytaikainen laitoshoido	179	41,4	50,0	60,7	46,8	50,0
Ateriapalvelu	257	77,1	70,8	63,9	66,0	66,7
Kylvetys- tai saunotusapu	207	55,7	58,5	59,0	51,1	44,4
Päivähoito	117	31,4	32,2	36,1	29,8	22,2
Siivousapu	111	20,0	33,3	27,9	34,0	38,9
Turvapalvelu	159	47,1	38,0	49,2	51,1	38,9
Kuljetuspalvelu	144	48,6	33,3	42,6	36,2	55,6
Käynnit terveyskeskuslääkärillä	73	18,6	19,3	23,0	27,7	11,1
Sijaishoido	23	4,3	7,0	9,8	0,0	11,1
Neuvonta ja ohjaus	37	14,3	7,5	9,8	10,6	16,7
Erikoissairaanhoidon palvelut	39	11,4	8,2	18,0	10,6	5,6
Henkilökohtainen avustaja	44	31,4	14,0	6,6	12,8	22,2
Työkeskustoiminta	49	8,6	12,9	13,1	14,9	33,3
Iltapäivähoito	20	2,9	5,8	4,9	10,6	0,0
Kuntoutus	25	4,3	7,6	3,3	6,4	22,2
Loma-ajan toiminta	14	2,9	2,9	3,3	8,5	5,6
Kodin muutostyöt	67	18,6	12,3	31,1	19,1	27,8
Apuvälinepalvelu	108	32,9	25,1	37,7	27,7	33,3
Muu	12	1,4	4,7	4,9	0	0

### 3.3.5 Omaishoidon tuen kehittämistarpeet

#### Hoitajien näkökulmasta

Kuntien edustajia pyydettiin arvioimaan omaishoitotilanteissa esiin tulleiden ongelmien merkitystä. Yleisimmiksi ongelmiksi arvioitiin hoidon raskaus ja hoitajien haluttomuus pitää vapaata tai jättää hoidettava toisten hoitoon. Vuoden 1998 selvitykseen verrattuna kyselylomakkeeseen lisättiin vuonna 2002 enemmän vaihtoehtoja, mikä johtikin siihen, että muut kuin lomakkeessa mainitut syyt eivät enää nousseet tärkeinä esiin. Kolmanneksi omaishoitotilanteita erittäin paljon tai paljon haittaavaksi ongelmaksi kuntien edustajat arvioivat hoitajien väsymyksen sekä henkisen uupumisen. Myös hoitopalkkion pienuuden arvioitiin haittaavan omaishoidoa paljon tai erittäin paljon lähes puolessa vastanneista kunnista. Perheväkivaltaa ei maininnut yksikään kunta omaishoitotilanteita paljon haittaavana ongelmana. (Taulukko 29). Edellä mainittujen ongelmien lisäksi avovastauksissa nousivat esiin hoidettavan kieltäytyminen sijaishoidosta, hoitopalkkion verotus ja hoitajan oma huono terveydentila.

Itä-Suomessa korostuivat muita läänejä enemmän hoitajan väsymys ja hoitajan puutteelliset hoitotiedot ja -taidot. Länsi-Suomen läänissä hoitovaihtoehtojen puute koettiin useammin ongelmaksi kuin muissa lääneissä. Etelä-Suomen ja Lapin lääneissä arvioitiin

ihmissuhdeongelmien aiheuttavan haittaa omaishoitotilanteissa muita läänejä useammin. (Taulukko 29).

**Taulukko 29. Omaishoitotilanteita erittäin paljon tai paljon haittaavat ongelmat (%) tärkeysjärjestyksessä lääneittäin.**

Ongelmat	Koko maa	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi
	%	%	%	%	%	%
Hoidon raskaus	77,2	75,6	77,0	82,9	72,7	76,9
Hoitajan haluttomuus pitää vapaata tai jättää hoidettava toisten hoidettavaksi	63,4	67,2	63,6	62,5	58,8	58,3
Hoitajan väsymys	62,9	60,4	64,0	62,2	64,1	60,0
Hoitajan henkinen uupumus	60,5	59,1	64,6	54,8	50,0	71,4
Palkkion pienuus	46,9	59,3	46,7	44,8	36,4	44,4
Hoitajan eristäytyneisyys ja yksinäisyys	39,4	34,6	40,3	41,7	43,8	25,0
Hoitovaihtoehtojen puute	37,4	20,0	44,4	40,5	36,4	16,7
Palvelujen puute	16,1	21,4	17,9	15,0	9,1	0
Ihmissuhdeongelmat	8,3	12,5	5,3	6,3	18,3	0
Hoitajan puutteelliset tiedot ja taidot	5,7	6,7	0	17,6	8,3	0
Puutteellinen hoitoympäristö	3,5	7,1	0	0	16,7	0
Perheväkivalta	0	0	0	0	0	0

Kuntien edustajien arviot olivat samantyyppisiä kuin aiempina tutkimusvuosina 1998 ja 1994. Osa ongelmista on sellaisia, että niihin ei välttämättä ole mahdollista vaikuttaa yhteiskunnallisilla toimenpiteillä. Näistä esimerkkeinä on hoitajan haluttomuus pitää vapaata. Tämä voi kuitenkin heijastaa myös tarkoituksenmukaisten sijaishoitovaihtoehtojen puutteita tai hoitajan riippuvuutta hoidettavasta. Yksilöllinen tuki ja ohjaus voisivat auttaa ongelmien ratkaisussa. Vuoden 1994 selvityksessä esille tulleista omaishoitotilanteissa esiintyvistä ongelmista muun muassa hoidon raskautta on pyritty helpottamaan vapaan lakisääteistämällä. Sallimalla sitovaa hoitotyötä tekeville hoitajille kaksi lakisääteistä vapaapäivää kuukautta kohden on pyritty turvaamaan hoitajille sekä taloudelliset että käytännölliset mahdollisuudet vapaanpitoon. Toisaalta hoidon raskautta on pyritty lieventämään antamalla hoitajille myös ylimääräistä vapaata ja tukemalla hoitajia erilaisilla palveluilla. Hoidon raskaus ei ole ongelmana kuitenkaan vähentynyt kuntien arvioissa.

### Kuntien näkökulmasta

Hoitopalkkion pienuus todettiin omaishoitotilanteissa yhdeksi ongelmia aiheuttavaksi tekijäksi niin vuonna 1994, 1998 kuin vuonna 2002. Hoitopalkkion pienuus saattaa olla syynä siihen, etteivät ihmiset halua ryhtyä raskaaseen ja sitovaan hoitotyöhön. Ongelma olisi osittain ratkaistavissa nostamalla omaishoidon hoitopalkkion määrää, mutta esteenä näyttää olevan kuntien taloudellinen tilanne. Hoitopalkkion pienuus on mahdollista tulkita seuraukseksi kysynnän ja tarjonnan välisestä epätasapainosta. Omaishoidon tuen

tarjonnan ja hoitajien tarpeen välistä suhdetta pyrittiin selvittämään omaishoidon tuen määrärahojen riittävyttä koskevilla kysymyksillä.

Taulukossa 30. esitetään nelikenttä, joka on muodostunut niiden kuntien vastauksista, jotka olivat täysin samaa tai täysin eri mieltä taulukossa esitetyistä omaishoidon tuen kysyntää ja tarjontaa koskevista väittämistä. Koska tarjontaa koskeviin väittämiin vastanneiden kuntien määrä oli 379 ja kysyntää koskeviin kysymykseen vastanneiden 356, on taulukossa 30. tarkasteltu kuntien antamia vastauksia vain absoluuttisina lukuina.

**Taulukko 30. Omaishoidon kysyntä ja tarjonta, kuntien lukumäärä.**

Tarjonta	Kysyntä	
	Tukea ei haeta riittävästi	Tukea haetaan riittävästi
Kunnan määrärahat eivät riitä tuen myöntämiseen vaikka tarve edellyttäisi	21	12
Kunnan määrärahat riittävät tarvittavan tuen myöntämiseen	3	24

Tulosten mukaan kunnat jakautuivat selkeästi kahteen ryhmään: niihin, jotka arvioivat, että tarjonta ja tarve olivat tasapainossa (24 kuntaa), sekä niihin, jotka arvioivat sekä tarjonnan että kysynnän olevan todellista tarvetta vähäisempää (21 kuntaa). Vähiten oli sellaisia kuntia, jotka arvioivat omaishoidon tuelle olevan vähemmän kysyntää kuin kunnassa oli tarjontaa. Tilanne oli muuttunut vuodesta 1998 siten, että tuolloin niitä kuntia, joissa kaikkia tukea hakevia ei voitu ottaa tuen piiriin oli enemmän kuin niitä kuntia, joissa sekä tarjonta että omaishoidon tuen kysyntä olivat todellista tarvetta vähäisempiä.

Yli 40 prosenttia kunnista arvioi, että kunnan omaishoidon tuen määrärahat eivät riittäneet kaikille omaishoitajille, joiden hoidettavien avun tarve sitä edellyttäisi. Vain yksi viidestä vastanneesta kunnasta oli sitä mieltä, että kunnan omaishoidon tuen määrärahat riittivät kaikkien kriteerit täyttävien hoidettavien kotona hoitamisen tukemiseen. Osuudet eivät ole juurikaan muuttuneet vuodesta 1998.

Kuntien antamat arviot poikkesivat kuitenkin melkoisesti lääneittäin. Oulun ja Lapin läänin vastanneista kunnista noin 40 prosenttia oli sitä mieltä, että kunnan omaishoidon tuen määrärahoja oli liian vähän. Sen sijaan Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä runsaat 20 prosenttia vastanneista kunnista oli sitä mieltä, että kunnan omaishoidon tuen määrärahat riittivät.

Kun kysymystä omaishoidon tuen riittävydestä tarkasteltiin kysynnän eli omaishoidon tuen hakemisen kannalta, olivat kuntien arviot hieman yhteneväisempiä kuin tarjonnan osalta. Vastanneista kunnista yli kaksi kolmasosaa arvioi, että väite omaishoidon tuen riittämättömästä hakemisesta piti jossakin määrin paikkaansa. Sen sijaan niitä kuntia, jotka arvioivat omaishoidon tukea haetun riittävästi, oli huomattavasti enemmän kuin niitä kuntia, jotka olivat sitä mieltä, että omaishoidon tukea ei haettu riittävästi. (Taulukko 31).

**Taulukko 31. Omaishoidon tuen riittävyyteen liittyvät ongelmat lääneittäin (%).**

Lääni	Hoidettavan avun tarve edellyttää, mutta					
	kunnan määrärahat eivät riitä			omaishoidon tukea ei haeta riittävästi		
	Täysin sama mieltä	Pitää jossakin määrin paikkansa	Ei pidä lainkaan paikkaansa	Täysin sama mieltä	Pitää jossakin määrin paikkansa	Ei pidä lainkaan paikkaansa
	%	%	%	%	%	%
Etelä-Suomi	37,5	38,9	23,6	15,5	67,6	16,9
Länsi-Suomi	32,0	45,3	22,7	10,1	69,0	20,8
Itä-Suomi	32,3	50,0	17,7	12,1	67,2	20,7
Oulu	40,0	40,0	20,0	2,3	74,4	23,3
Lappi	42,1	42,1	15,8	12,5	87,5	0
Koko maa	34,6	44,1	21,4	10,7	69,9	19,4

## 4 TULOSTEN TARKASTELU

### 4.1 Yhteenveto

#### Omaishoidon tuen kattavuus ja muutokset

Omaishoidon tuella hoidettavien määrä kasvoi yhtäjaksoisesti vuodesta 1994 lähtien, jolloin ensimmäinen valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna tehtiin. Myös SOTKA -tietokannasta saatava tieto, joka kuvaa omaishoidon tuella hoidettujen eri henkilöiden määrän vuoden aikana, vahvisti tämän kehityskulun. Omaishoidon tuen kattavuus, omaishoidon tukisopimusten määrä suhteutettuna kunnan asukaslukuun, kuitenkin laski hiukan vuodesta 1998 vuoteen 2002. Etelä-Suomen läänissä kattavuus oli koko maan keskimääräistä kattavuutta matalampi, Oulun ja Lapin lääneissä puolestaan korkeampi. Läänien sisällä oli kuitenkin merkittäviä kuntakohtaisia eroja.

Omaishoidon tuen määrärahojen kehitys oli pääosin vaihtelevaa, eli määräraha saattoi nousta yhtenä vuonna ja laskea seuraavana. Talousarvioissa ilmoitetut määrärahat kasvoivat kaikissa lääneissä, mutta asukasta kohti suhteutettuna omaishoidon tuen määrärahat olivat vuonna 2002 hieman vuoden 1998 tasoa matalammat. Oulun läänin kunnat varasivat keskimääräistä enemmän määrärahaa asukasta kohden, Länsi-Suomen läänin kunnat puolestaan niukkimmin. Toisaalta pienet kunnat varasivat asukaslukuun suhteutettuna suuria kuntia enemmän määrärahoja omaishoidon tukeen.

#### Hoidettavat

Kyselyyn vastanneissa kunnissa hoidettiin 30.4.2002 tilanteen mukaan kaikkiaan 18 713 henkilöä, noin 4 300 henkilöä enemmän kuin vastaavana ajankohtana vuonna 1998. Vuonna 2002 enemmistö hoidettavista (63 %) oli yli 65-vuotiaita, työikäisiä oli neljännes ja lapsia ja nuoria alle 15 prosenttia. Hoidettavien ikäjakauma oli hyvin samankaltainen myös vuosina 1994 ja 1998. Miesten osuus hoidettavista kasvoi 51 prosenttiin

vuonna 2002, aiempina vuosina hoidettavien enemmistö oli naisia. Etelä-Suomen läänissä omaishoidon tuki kohdentui keskimääräistä useammin lapsiin ja nuoriin, Oulun ja Lapin lääneissä puolestaan 75 - 84-vuotiaiden osuus tuen saajista oli keskimääräistä suurempi.

Vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen ja pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma olivat omaishoidon tuella hoidettavien pääasiallisimmat hoidon tarpeen syyt. Vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen hoidon tarpeen syynä lisääntyi, fyysinen sairaus tai vamma puolestaan hieman väheni. Omaishoidon tuella hoidettavista reilu kolmannes tarvitsi runsaasti apua 24 tuntia vuorokaudessa. Satunnaisen avun tarpeessa olevia oli hyvin vähän, viisi prosenttia. Ympäri vuorokautisen ja jatkuvan avun tarve kuitenkin väheni hieman vuodesta 1998. Vuosina 1998 ja 2002 ympäri vuorokauden ja runsaasti apua tarvitsevia oli keskimääräistä enemmän Itä-Suomen läänin kunnissa ja keskimääräistä vähemmän Etelä-Suomen läänin kunnissa.

## **Hoitajat**

Omaishoidon tuella tapahtuva hoito oli vuonna 2002 lähinnä omaisten läheisilleen antamaa hoitoa. Puoliso oli hoitajana yli 40 prosentilla omaishoidettavista. Puolisoiden määrä omaishoitajina lisääntyi vuosista 1994 ja 1998, muiden omaisten osuus puolestaan väheni. Puoliso oli useimmin omaishoitaja Etelä-Suomen läänin kunnissa, Lapin läänin kunnissa puolestaan oma lapsi. Miesten osuus omaishoitajina kasvoi ollen 25 prosenttia vuonna 2002.

Enemmistö hoitajista oli työikäisiä; joka kolmas kuului 50-64 -vuotiaiden ikäluokkaan. Yli 65-vuotiaiden osuus omaishoitajina lisääntyi neljässä vuodessa 33 prosentista 39 prosenttiin. Yli puolet omaishoitajista oli eläkkeellä, 16 prosenttia kokoaikatyössä, kuusi prosenttia osa-aikatyössä ja kymmenen prosenttia hoiti omaistaan päätyönään. Kahdeksan prosenttia omaishoitajista oli työttömiä. Omaishoito muuttuikin yhä enemmän eläkeiässä olevien puolisoitten, omien lasten tai vanhempien tekemäksi hoivatyöksi, jonka kohteena olivat jatkuvasti paljon tai melko paljon apua tarvitsevat omat puoliset, iäkkäät vanhemmat tai omat lapset. Eläkeläisten osuus omaishoitajina kasvoi Oulun lääniä lukuun ottamatta kaikissa muissa lääneissä.

Kunnan sosiaalitoimi tuki omaishoitajien jaksamista pääasiallisesti järjestämällä sijaishoitoa omaishoitajan vapaan ajaksi. Muina tuen muotoina olivat säännöllinen yhteydenpito omaishoitajiin ja yhteistyö kunnan muiden omaishoitajille tukea tarjoavien tahojen, kuten järjestöjen tai seurakunnan, kanssa.

## **Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavat tekijät**

Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttivat eniten hoidettavan avun ja hoidon tarve sekä hoidon sitovuus. Jonkin verran vaikuttivat myös hoitajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvät tekijät (esimerkiksi terveys tai hoitotaidot), hoitopaikan olosuhteet ja hoidettavan saamat palvelut ja sekä laitosten paikkatilanne. Nämä tuen myöntämiseen

vaikuttavat tekijät olivat samoja myös aiemmin tehdyissä selvityksissä vuosina 1994 ja 1998.

Omaishoidon tuen myöntämiseen vaikuttavista tekijöistä taloudellisen tarveharkinnan merkitys oli vähäinen. Vajaa kymmenen prosenttia kunnista ilmoitti hoidettavan varallisuuden vaikuttavan jonkin verran tai vähän omaishoidon tuen myöntämiseen. Hoitajan varallisuuden vaikutus tuen myöntämiseen oli vielä hoidettavan varallisuuden vaikutustakin vähäisempää.

### **Tuen merkitys laitoshoidon korvaajana**

Omaishoidon tuen oletetaan korvaavan kallista laitoshoidoa. Kuntien arvion mukaan kysymykseen vastanneissa kunnissa (n = 381) laitoshoidossa olisi omaishoidon tuella hoidettavista vuonna 2002 lähes 10 000 henkilöä, ellei hoitavaa omaista olisi. Asukaslukuun suhteuttamalla omaishoidon tuella hoidettavista olisi laitoshoidossa koko maassa ollut noin 11 400 henkilöä vuonna 2002, ellei hoitavaa omaista olisi. Laskennallinen nettosäästö laitostalouksissa oli siten 283 miljoonaa euroa, joka kasvoi vuodesta 1998 noin 64 miljoonalla eurolla. Vuonna 2002 omaishoitajien antaman hoidon merkitys laitoshoidon korvaajana oli suurin Itä-Suomen läänin, ja vähäisin Lapin läänin kunnissa.

### **Hoitopalkkiot**

Omaishoidon tukipalkkion suuruus vaihteli kunnittain erittäin paljon, kuten aiemmissakin selvityksissä. Kuntien maksamien hoitopalkkioiden keskiarvo oli vuonna 2002 koko maassa 287,89 euroa kuukaudessa, mikä oli hieman vähemmän kuin vuonna 1998. Korkeimmassa maksuluokassa keskimääräinen hoitopalkkio nousi noin 430 eurosta kuukaudessa lähes viiteensataan euroon kuukaudessa. Vuonna 2002 entistä suurempi osa omaishoitajista kuului kuitenkin alimpiin maksuluokkiin. Kaikissa maksuluokissa maksettiin vuonna 2002 huomattavasti lailla säädettyä minimipalkkiota pienempiä palkkioita. Tällaista ilmiötä ei havaittu vuonna 1998.

Tarkasteltaessa kuntien maksamia omaishoidon tukipalkkioita pidemmällä aikavälillä, todettiin, että tuen keskimäärät kuitenkin nousivat vuodesta 1994. Vuodesta 1994 vuoteen 1998 kasvu oli selkeää, mutta vuosien 1998 ja 2002 välillä palkkiot laskivat hiukan. Tässä oli läänikohtaisia eroja: Länsi-Suomen läänissä palkkiot laskivat, Oulun ja Lapin lääneissä puolestaan nousivat. Matalimpia palkkioita maksettiin Länsi-Suomen, korkeimpia Lapin läänissä.

Hoitopalkkioiden keskimääräinen suuruus vaihteli pääasiassa kunnan asukasluvun ja jossakin määrin yli 65-vuotiaiden osuuden mukaan. Suurimmissa kunnissa maksettiin suurimpia palkkioita. Toisaalta myös kaikkein pienimmissä, alle 2 000 asukkaan kunnissa, maksettiin keskimäärin suurempia palkkioita kuin niissä kunnissa, joissa asukasluku oli 2 000 ja 10 000 välillä. Kun palkkioiden suuruutta tarkasteltiin ottamalla samanaikaisesti huomioon sekä kunnan asukasluku että 65 vuotta täyttäneen väestön osuus, havaittiin, että kunnan koko vaikutti edelleen palkkion suuruuteen niin, että kun-

takoon kasvaessa palkkiot kasvoivat. Kehitystrendi oli siis sama, vaikka 65 vuotta täytäneen väestön osuus vaihteli.

Yli kolme neljäsosaa vastanneista kunnista käytti vähintään yhtä hoidettavan toimintakykyä määrittelevää arviointimenetelmää tai -mittaria arvioidessaan hoidon sitovuutta ja siten hoitopalkkion suuruutta. Näiden menetelmien ja mittarien käyttö yleistyi vuodesta 1998. Yleisimmin käytössä oli RAVA™ -järjestelmä, jota käytti 123 kyselyyn vastanneista kunnista. Toiseksi eniten, 70 kunnassa, käytettiin itse kehiteltyjä mittareita, joista ainakin osa perustui johonkin yleisemmin tunnettuun mittariin. Vastaajien mukaan vuonna 2002 käytössä olleet hoidettavien hoitoisuutta ja toimintakykyä määrittävät menetelmät ja mittarit ottivat erittäin hyvin huomioon hoidettavien fyysisen toimintakyvyn vajavuudet, mutta varsin heikosti hoidettavien mielenterveyteen liittyvät ongelmat.

### **Omaishoidon tuen rakenne**

Omaishoidon tukea annettiin yleisimmin rahana. Ainoastaan rahana annettavan tuen osuus on noussut vuodesta 1998 ollen 56 prosenttia vuonna 2002. Omaishoidon tuen rakenteessa on kuitenkin läänien välisiä eroja. Oulun ja Lapin lääneissä tuki annettiin muita läänejä yleisemmin sekä rahana että palveluina. Yksittäisistä omaishoidon tukisopimuksiin sisältyvistä palveluista kotisairaanhoido ja lääkäripalvelut olivat yleisimmät, ja niiden osuus oli lähes sama kuin vuonna 1998. Myös neuvonta ja ohjaus sekä lyhytaikainen laitoshoido olivat melko yleisesti sopimuksiin sisältyviä palveluja. Sijaishoidon sisällyttäminen sopimuksiin oli vähentynyt kaikkein eniten vuodesta 1998, nyt se sisältyi enää noin 15 prosenttiin sopimuksista.

### **Asiakasmaksut**

Kunnat perivät omaishoidon tuen asiakasmaksua yleisimmin vain annetuista palveluista. Vuoteen 1998 verrattuna asiakasmaksujen periminen palveluista kuitenkin väheni. Noin kolmasosa kunnista ei perinyt asiakasmaksua lainkaan. Yhteen sovitettuna palkkiosta ja palveluista maksun peri 16 kuntaa ja vain kaksi kuntaa peri asiakasmaksun hoitopalkkiosta. Yli puolet kyselyyn vastanneista kunnista arvioi palvelujen maksullisuuden vaikuttavan omaishoitajien halukkuuteen käyttää palveluja ainakin jossakin määrin. Alle viidesosa arvioi, ettei palvelujen maksullisuus vaikuttaisi lainkaan.

### **Omaishoitajan vapaa**

Keskimäärin noin 70 prosentissa kysymykseen vastanneiden kuntien omaishoidon tukisopimuksista oli sovittu hoitajan lakisääteisestä vapaasta. Vuonna 1998 vastaava osuus oli 79 prosenttia. Yleisimpänä syynä lakisääteisestä vapaasta sopimatta jättämiseen mainittiin hoidon vähäinen sitovuus, joka oli merkittävin syy myös vuonna 1998. Yli kolmasosa vastanneista kunnista oli maininnut vapaasta sopimatta jättämisen syyksi jonkin muun syyn, joista yleisin oli hoitajan haluttomuus pitää vapaata. Omaishoidetta-

via koskevien tulosten mukaan hoidettavat kuitenkin olivat pääosin jatkuvasti ja runsaasti apua tarvitsevia, ja heistä suurin osa olisi tarvinnut laitoshoidoa, ellei hoitavaa omaista olisi ollut.

Omaishoitajan vapaan aikana hoidettavan sijaishoito järjestettiin pääosin laitoshoitona joko vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tulos oli samansuuntainen kuin vuonna 1998. Toiseksi eniten sijaishoidon järjestämisessä turvaututtiin sukulaisten antamaan apuun. Sen sijaan vapaaehtoistyöntekijöihin tai naapuriapuun turvautuminen oli vähäistä. Sijaishoito järjestettiin useimmiten kunnallisena palveluna. Noin viidesosa sijaishoidosta tuotettiin ostopalvelusopimuksin ja yksityisten yritysten toimesta.

Neljännes kunnista järjesti sijaishoidon useimmiten tai melko usein vähintään yhden viikon mittaisena jaksona. Alle neljän tunnin, 10 - 23 tunnin tai yhden vuorokauden pituiset sijaishoitojaksot kuukaudessa olivat harvinaisia. Vuonna 1998 omaishoitajat pitivät juuri näitä lyhyitä vapaita huonoina vaihtoehtoina, joten kehitys vastasi omaishoitajien toiveita. 25 prosenttia kyselyyn vastanneista kunnista ilmoitti kuitenkin, että useimmiten tai melko usein omaishoitajat eivät halunneet pitää lainkaan vapaata. Vastanneiden kuntien arvioiden mukaan omaishoitajista keskimäärin 23 prosentilla oli mahdollisuus myös ylimääräiseen vapaaseen. Ylimääräisen vapaan pituus oli tavallissimmin kolme vuorokautta tai enemmän kuukaudessa.

Suurin osa kunnista peri hoidettavalta lakisääteisen vapaan aikana järjestettävästä sijaishoidosta asiakasmaksun kunnan normaalin hinnoittelun mukaan, osuus oli vielä suurempi hoitajan ylimääräisen vapaan aikana. Vain harva kunta ei perinyt sijaishoidosta lainkaan maksua, ja vielä harvempi jätti maksun perimättä, kun kyseessä oli hoitajan ylimääräinen vapaa. Sen sijaan sijaishoidosta perittävän maksun määrittely hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli suunnilleen yhtä yleistä lakisääteisen ja ylimääräisen vapaan aikana. Kuntia, jotka eivät perineet lainkaan maksua tai perivät sen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti, oli vuonna 2002 hieman enemmän kuin vuonna 1998.

### **Omaishoidon tuen ulkopuolelle jääneet hoitajat ja heidän tukemisensa**

Omaishoidon tuen ulkopuolella olevien määrä oli huomattavasti suurempi kuin omaishoidon tuen piirissä olevien määrä. Huolimatta siitä, että kaikki kotona omaistaan hoitavat henkilöt eivät kuuluneet omaishoidon tukijärjestelmän piiriin, oli heillä kuitenkin mahdollisuus saada tukea kunnilta muiden palvelujen muodossa. Kodinhoitoapu oli yleisin hoitajien tueksi annettu palvelu. Seuraavaksi yleisimpiä olivat ateriapalvelu ja kotisairaanhoido. Näitä palveluja tarjoavien kuntien osuus oli kuitenkin selvästi pienempi kuin kodinhoitoapua antavien kuntien osuus. Lyhytaikaista laitoshoidoa tarjosi noin puolet vastanneista kunnista. Vähiten kunnat ilmoittivat tukevansa hoitajaa sijais- tai iltapäivähoidolla, kuntoutuksella ja loma-ajan toiminnalla.

### **Ongelmat**

Yleisimmät omaishoitotilanteita haittaavat ongelmat olivat hoidon raskaus ja hoitajan haluttomuus pitää vapaata tai jättää hoidettava toisten hoitoon. Näiden tekijöiden lisäksi

yleisiksi ongelmiksi mainittiin hoitajien väsymys ja henkinen uupumus. Myös hoitopalkkion pienuuden arvioitiin haittaavan omaishoitoa paljon tai erittäin paljon lähes puolessa vastanneista kunnista. Näiden ongelmien lisäksi kuntien vastauksissa nousivat esiin hoidettavan kieltäytyminen sijaishoidosta, hoitopalkkion verotus ja hoitajan oma huono terveydentila.

Omaishoidon tuen kysyntä ja tarjonta eivät olleet tasapainossa, sillä tukea kysyttiin enemmän kuin sitä voitiin myöntää. Vain yksi viidestä vastanneesta kunnasta oli sitä mieltä, että kunnan omaishoidon tuen määrärahat riittivät kaikkien kriteerit täyttävien hoidettavien kotona hoitamiseen. Kuntien vastausten mukaan tukea kuitenkin osattiin hakea pääsääntöisesti riittävästi.

## 4.2 Päätelmät

Omaishoidon tuella on edelleen varsin epävakaa asema kuntien palvelujärjestelmässä. Vuodesta 1999 vuoteen 2002 noin 70 prosentissa kuntia omaishoidon tukeen varattujen määrärahojen kehitys oli vaihtelevaa: määrärahat saattoivat nousta yhtenä vuonna ja laskea seuraavana. Näyttää siltä, että tukeen varattavia määrärahoja voidaan tarvittaessa vähentää tai lisätä kunnan taloudellisen tilanteen mukaan.

Omaishoidon tuen myöntämisperusteet vaihtelevat. Omaishoidon tukijärjestelmät vaihtelivat maksettujen palkkioiden ja annettujen palvelujen osalta kunnittain. Kunnat erosivat toisistaan merkittävästi sen suhteen, miten hoidettavien toimintakykyä ja hoitoisuutta arvioitiin. Kuntien käytössä olevat arviointimenetelmät ottivat hyvin huomioon apua tarvitsevan henkilön fyysisen avun tarpeen, mutta selvästi heikommin mielenterveysongelmat ja dementian. Tämä merkitsee yhtäältä sitä, että käytetyt menetelmät eivät ota riittävästi huomioon eri ryhmien erilaista avun tarvetta ja toisaalta sitä, että samaa etuutta voidaan myöntää hyvin erilaisiin arviointeihin perustuen. Tästä voi seurata se, että omaishoidon tuella hoidettavat ihmiset ja heidän omaishoitajansa ovat erilaisessa asemassa maan eri osissa ja mahdollisesti jopa saman kunnan sisällä. Jotta hoidettavien ja hoitajien yhdenvertaisuutta voitaisiin lisätä, tulisi omaishoidon tukipalkkioita määriteltäessä edelleen kehittää toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointimenetelmiä niin, että myös mielenterveysongelmat tulisivat nykytilannetta paremmin kartoitettua. Näin myös ne omaishoitajat, joiden läheisellä on mielenterveysongelmia, saataisiin nykyistä laajemmin tuen piiriin. Mielenterveyspotilaiden asema omaishoidon tuen saajina olisi selvitettävä perusteellisesti. Yhtenäinen ja selkeä järjestelmä turvaisi sen, että vähemmän hoitoa tarvitsevat saisivat vähemmän ja enemmän hoitoa tarvitsevat enemmän omaishoidon tukea.

Palvelujen maksullisuus vaikuttaa omaishoitajien halukkuuteen käyttää niitä ainakin jossain määrin. Vuoden 2002 selvityksen mukaan asiakasmaksuja perittiin pääsääntöisesti vain annetuista palveluista. Asiakasmaksukäytäntöjä tulisi yhdenmukaistaa. Silloin, kun omaishoitaja ja hoidettava asuvat samassa taloudessa, tulisi asiakasmaksuja ja omaishoidon tukea käsitellä kokonaisuutena. Jos hoidettavalta ei perittäisi asiakasmaksua hoitajan vapaan ajalta, luotaisiin omaishoitajalle paremmat edellytykset vapaan pitämiseen.

Omaishoitajan lakisääteisestä vapaasta ei aina sovita. Vuonna 2002 vapaasta oli sovittu vain noin 70 prosentissa omaishoidon tukisopimuksista. Tämä ei välttämättä kuvasta kuntien kykenemättömyyttä täyttää lainsäätäjän asettamia tavoitteita, koska omaishoidon tukisopimukseen kirjataan omaishoitajan lakisääteisen vapaan järjestelyt vain siinä tapauksessa, että hoitotyö on sitovaa. Toisaalta, hoidon sitovuuden määrittely ei ole yksiselitteistä. Tämän selvityksen omaishoidettavia koskevien tulosten mukaan hoidettavat tarvitsivat pääsääntöisesti apua jatkuvasti ja runsaasti, ja heistä suurin osa olisi tarvinnut laitoshoidoa, ellei hoitavaa omaista olisi ollut. Näin ollen hoito olisi kenties useammin voitu määritellä sitovaksi.

Sijaishoidon sisällyttäminen omaishoidon tukisopimukseen oli huolestuttavasti vähentynyt, vaikka kehityksen tulisi olla päinvastainen, kun otetaan huomioon, että omaishoitajan vapaa on lakisääteinen ja oikeutta pitää vapaata lisättiin vuoden 2002 alusta. Tämän selvityksen tulosten ulkopuolelle kuitenkin jää, missä määrin tämä kehityskulku kuvastaa tarkoituksenmukaisten sijaishoitovaihtoehtojen puutetta.

Omaishoidon tuen ulkopuolella on paljon enemmän omaishoitajia kuin sen piirissä. Tämä saattaa johtua siitä, että omaishoidon tukea ei haeta, koska se saattaa vaikuttaa hoitajan tai hoitajan ja hoidettavan taloudelliseen asemaan. Omaishoidon tuen hakemattomuuteen saattaa vaikuttaa myös omaishoitajien käsitys hoitovelvollisuudestaan. Koska 50 vuotta täyttäneiden ja aviopuolisoiden osuudet omaishoitajista ovat kasvaneet koko kahdeksan vuoden tarkastelujakson ajan, saattaa tämä merkitä sitä, että aviopuolison kotona hoitaminen nähdään velvollisuudeksi, josta ei voi kieltäytyä. Toisaalta kaikki omaishoitajat eivät välttämättä edes tiedä haettavasta etuudesta tai kunnalla ei ole resursseja myöntää tukea kaikille hakijoille.

Yleisimmät omaishoitoa haittaavat ongelmat ovat hoidon raskaus ja hoitajien haluttomuus pitää vapaata. Omaishoitajan voimavarat läheisen huolenpidon ja oman jaksamisen turvaamiseksi ovat aina yksilölliset ja näin ollen myös omaishoitajien tuen tarpeet vaihtelevat. Omaishoitajan tukeminen lähtee tämän elämäntilanteen tunnistamisesta ja tuen tarpeiden yksilöllisestä huomioon ottamisesta, kun suunnitellaan palvelukokonaisuutta, joka vastaa sekä hoidettavan että hoitajan tarpeisiin. Kohdistamalla jo käytössä olevia palveluja ja toimintamuotoja hoidettavan lisäksi suoraan myös omaishoitajaan, voidaan ehkä lieventää omaishoitotilanteita haittaavia ongelmia.

## Kirjallisuus

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

*Heikkinen K., Hujanen T. & Rusama H. 2001. Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2000. Aiheita 23. Stakes, Helsinki.*

*Sihvo, T. 1989. Arki ja apu. Sosiaalihuollon väestötiedustelun raportti 1. Sosiaalihuollon julkaisuja 14/1988. Helsinki.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö 1992. Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Työryhmämuistio. Sarjat 7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö 1999. Vanhuspolitiikka. Esitteitä 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.*

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

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

*Vaarama M., Törmä S., Laaksonen S. & Voutilainen P. 1999b. Omaishoitajien tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito. Omaishoidon palvelusetelikoikeuden loppuraportti. Selvityksiä 10. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.*

*Vaarama M., Luomahaara J., Peiponen A. & Voutilainen P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun laadun kehittämiseen. Raportteja 259. Stakes, Helsinki.*

*Vaarama, M. & Kaitsaari, T. 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.) Suomalainen hyvinvointi.*

*Vaarama M., Voutilainen P. & Kauppinen S. 2002. Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Heikkilä M. & Parpo A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Stakes, Helsinki.*

**Lait & asetukset**

Kunnallisten viranhaltijain ja työntekijäin eläkelaki 202/1964

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992

Perhehoitajalaki 420/1992

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

Tapaturmavakuutuslaki 608/1948

Työsopimuslaki 320/1970

Asetus omaishoidon tuesta 318/1993

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987

## 1. Kyselylomake

### STAKES

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

### OMAISHOIDON TUEN SEURANTATUTKIMUS

#### KYSELYLOMAKE

Ohje: Täydennä vastaus joko tyhjälle riville/taulukkoon tai ympyröi oikea vastaus.

#### I KUNTAA KOSKEVAT TIEDOT

1. Kunta \_\_\_\_\_ koodi \_\_\_\_\_

2. Lääni \_\_\_\_\_

3. Vastaaja nimi \_\_\_\_\_

virka-asema/työtehtävä \_\_\_\_\_

osoite \_\_\_\_\_

puh. numero \_\_\_\_\_

4. Omaishoidon tuen markkamäärän suuruus (mk/v) kunnan talousarvioissa ja paljonko tästä summasta perittiin veroa tai muita maksuja?

	1999	2000	2001	2002 (euroa)
Omaishoidon tuen määrärahan suuruus (mk/v)				
Perityn veron määrä mk/v tai %				

5. Omaishoidon tuen kirjallisten hakemusten, maksettujen omaishoidon tukien ja asiakkaiden määrä vuoden aikana?

	1999	2000	2001	30.4.2002
Omaishoidon kirjallisten hakemusten määrä (kpl)				
Maksussa olleet omaishoidon tuet (kpl)				
Omaishoidon tuen asiakkaiden määrä (henkilöä)				

#### 6. Omaishoidon sopimusten sitovuus

Miten pitkäksi aikaa omaishoidontuen sopimukset kunnassanne tehdään? \_\_\_\_\_ kk/vuosi

Miten usein kunnassanne tarkistetaan voimassa olevia sopimuksia? \_\_\_\_\_ kk välein

#### 7. Onko kunnassanne käytössä palveluseteli?

Ei 0

Kyllä 1

#### Jos kyllä, mitkä tekijät vaikuttavat kunnassanne palvelusetelien myöntämiseen?

Oikeutettuja palveluseteliin ovat kaikki omaishoitajat 1

Oikeus palveluseteliin riippuu hoidon vaativuudesta tms. kriteereistä 2

Mitä kriteereitä kunnassanne käytetään? \_\_\_\_\_

**8. Sisältykö omaishoidon tuki kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan?**

Ei	0
Kyllä	1
Millä tavoin? _____	
_____	
_____	

**II HOIDETTAVIA KOSKEVAT TIEDOT****9. Omaishoidon tuen piirissä 30.4.2002 olleiden ikäjakauma: hoidettavien lukumäärä ikäryhmittäin.**

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

**10. Omaishoidon tuen piirissä 30.4.2002 olleiden sukupuolijakauma.**

naisia	_____	henkeä
miehiä	_____	henkeä.

**11. Pääasiallinen huolenpidon ja hoidon tarpeen syy: hoidettavien määrä kussakin ryhmässä 30.4.2002.**

	Henkilöä
vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen	_____
kehitysvammaisuus	_____
pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma	_____
psykkinen sairaus	_____
lyhytaikainen tai tilapäinen hoidon tarve	_____
muu (saattohoito, leikkaukseen joutuminen, yms.)	_____

**12. Hoidon ja avun tarpeen määrä: hoidettavien määrä kussakin ryhmässä 30.4.2002.**

	Henkilöä
1. ympärivuorokautisesti runsaasti apua ja hoivaa tarvitsevia	_____
2. jatkuvasti melko paljon apua ja hoivaa tarvitsevia	_____
3. jatkuvasti jonkin verran apua tarvitsevia	_____
4. satunnaisesti apua tarvitsevia	_____

**13. Arvioi, kuinka moni omaishoidon tuella 30.4.2002 kotona hoidettava olisi ollut laitoshoidossa tms. pysyvähoidossa, jollei hoitavaa omaista olisi.**

Kaikki tai melkein kaikki	1
Noin joka toinen	2
Noin joka kolmas	3
Harvempi	4

**III HOITAJIA KOSKEVAT TIEDOT**

**14. Hoitajan perhesuhde hoidettavaan: hoitajien määrä kussakin ryhmässä 30.4.2002.**

**Henkilöä**

- |                            |       |
|----------------------------|-------|
| 1. puoliso                 | _____ |
| 2. lapsi                   | _____ |
| 3. vanhempi                | _____ |
| 4. muu omainen             | _____ |
| 5. ystävä                  | _____ |
| 6. muu (ns. vierashoitaja) | _____ |

**15. Hoitajien ikäjakauma: hoitajien määrä kussakin ikäryhmässä 30.4.2002.**

**Henkilöä**

- |                      |       |
|----------------------|-------|
| 1. 18-39 -vuotiaita  | _____ |
| 2. 40-49 -vuotiaita  | _____ |
| 3. 50-64 -vuotiaita  | _____ |
| 4. 65-74 -vuotiaita  | _____ |
| 5. yli 75 -vuotiaita | _____ |

**16. Hoitajien sukupuolijakauma: hoitajista oli 30.4.2002**

naisia \_\_\_\_\_ henkeä  
miehiä \_\_\_\_\_ henkeä

**17. Hoitajan ammattiasema: hoitajien määrä kussakin ryhmässä 30.4.2002.**

**Henkilöä**

- |  |       |
|--|-------|
| 1. hoitaja on eläkkeellä   | _____ |
| 2. hoitaja on virkavapaalla työstä   | _____ |
| 3. hoitaja tekee osa-aikatyötä   | _____ |
| 4. hoitaja tekee kokoaikatyötä   | _____ |
| 5. hoitotyö on omaishoitajan päätyö<br>(hoitaja työllistää itsensä omaishoitajana) | _____ |
| 6. työtön  | _____ |
| 7. muu ammattiasema, mikä?   | _____ |

**18. Miten kunnan sosiaalitoimi tukee omaishoitajien jaksamista?**

Ympyröi oikeat vaihtoehdot.

Ei mitenkään	0
Tarjoamalla sijaishoitoa vapaan ajaksi	1
Myöntämällä omaishoitajille taloudellista tukea loman pitämistä varten	2
Pitämällä säännöllisesti yhteyttä omaishoitajiin esimerkiksi sosiaalityöntekijän tai johtavan kodinhoitajan kotikäyntien avulla	3
Tarjoamalla yhteydenpitomahdollisuuden kunnan henkilöstöön/hoitoyksikköön kaikkina vuorokauden aikoina tuen ja neuvonnan saamiseksi	4
Järjestämällä omaishoitajille koulutusta ja työnohjausta	5
Tekemällä yhteistyötä ja/tai tukemalla terveystoimen, seurakunnan tai järjestöjen vastaavaa toimintaa tai omaishoitajien oma-apuryhmien toimintaa	6
Omaisryhmiä organisoimalla	7
Jotenkin muuten, miten? _____	8

**IV OMAISHOITAJILLE MAKSETTAVAT PALKKIOT****19a. Merkitse alla olevaan taulukkoon käyttämienne maksuluokkien mukaiset omaishoidon tuen hoitopalkkion lukumäärät ja suuruudet (euroa/kk) sekä hoitajien lukumäärä kussakin luokassa (henkilöä).**

Merkitse 1. maksuluokaksi eniten hoitoa tarvitsevien hoidettavien hoitajille maksettu hoitopalkkio.

Palkkion maksuluokka	Palkkion suuruus euroa/kk 30.4.2002			Hoitajien lukumäärä 30.4.2002
	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	
1. lk				
2. lk				
3. lk				
4. lk				
5. lk				

Ei

Kyllä

**19b. Vähennetäänkö kunnassanne maksuluokkien palkkiota esim. päiväsaikaan tapahtuneesta kodinulkopuolisesta hoidosta?**

0

1

**19c. Onko kodin ulkopuolinen hoito esim. päivätoiminnassa/koulussa käynti peruste omaishoidon tuen epäämiselle?**

0

1

**20. Miten paljon seuraavat seikat vaikuttavat omaishoidon tuen myöntämiseen?**

Ympyröi oikea vaihtoehto: 1 = erittäin paljon, 2 = paljon, 3 = jonkin verran, 4 = vähän, 5 = ei lainkaan

Avun ja hoidon tarve	1	2	3	4	5
Hoidon sitovuus	1	2	3	4	5
Hoidettavan saamat palvelut (esim. kotipalvelut tai jaksottainen laitoshoido)	1	2	3	4	5
Hoidettavan varallisuus	1	2	3	4	5
Hoitajan varallisuus	1	2	3	4	5
Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet (esim. terveys tai hoitotaidot)	1	2	3	4	5
Hoitajan eläkkeellä olo	1	2	3	4	5
Hoitajan ja hoidettavan sukulaissuhde	1	2	3	4	5
Hoitopaikan olosuhteet	1	2	3	4	5
Laitosten paikkatilanne	1	2	3	4	5
Muu, mikä?	1	2	3	4	5

21. Vaikuttavatko omaishoidon tuen myöntämiseen muut taloudelliset tuet ja mikäli kyllä, ympyröikää ne tuet, jotka ovat kunnassanne omaishoidon tuen myöntämisen edellytyksenä (=jollei ole oikeutettu ao. tukeen, ei voi saada myöskään omaishoidon tukea)

Ei	0
Kyllä	1
Eläkkeensaajan alin hoitotuki	1
Eläkkeensaajan korotettu hoitotuki	2
Eläkkeensaajan erityishoitotuki	3
Alin vammaistuki	4
Korotettu vammaistuki	5
Erityisvammaistuki	6
Lapsen alin hoitotuki	7
Lapsen korotettu hoitotuki	8
Lapsen erityishoitotuki	9
muut tuet (esim. tapaturmalain mukainen haittalisä)	10

22. Perustuvatko omaishoidon tuen saantiin ja hoitopalkkion suuruuteen liittyvät päätökset toimintakyvyn arviointiin ja mikäli kyllä, onko käytettävissänne jokin hoidettavan toimintakyvyn arviointiasteikko?

Ei	0
Kyllä	1
Mitä mittaria kunnassanne käytetään?	
Joensuu luokitus	1
KYKY	2
MMSE	3
RAI	4
RAVA	5
Vaasa	6
Muu, mikä _____	7

23. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, niin miten hyvin käyttämäanne arviointiasteikko ottaa huomioon hoidettavan toimintakyvystä seuraavat tekijät?

Ympyröi oikea vaihtoehto: 1 = erittäin hyvin, 2 = kohtalaisesti, 3 = ei lainkaan

Mielenterveyteen liittyvät häiriöt	1	2	3
Dementiaan liittyvät oireet	1	2	3
Fyysiset tekijät	1	2	3

## V OMAISHOIDON TUKEEN LIITTYVÄT PALVELUT

24a. Kuinka moneen 30.4.2002 voimassa olleeseen omaishoidon tukisopimukseen ei sisälly lainkaan hoitopalkkiota, vaan tuki annetaan palveluina?

\_\_\_\_\_ sopimusta.

24b. Kuinka moneen 30.4.2002 voimassa olleeseen omaishoidon tukisopimukseen ei sisälly lainkaan palveluita, vaan tuki annetaan ainoastaan rahana?

\_\_\_\_\_ sopimusta.

25. Kuinka moneen 30.4.2002 voimassa olleeseen omaishoidon tukisopimukseen liittyvään hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyvät seuraavat palvelut?

Ympyröi oikea vaihtoehto: 1 = kaikkiin tai lähes kaikkiin, 2 = noin kolmeen neljäsosaan, 3 = noin puoleen, 4 = noin yhteen neljäsosaan, 5 = vain muutamaan tai ei yhteenkään

Kodinhoitoapu	1	2	3	4	5
Ateriapalvelu	1	2	3	4	5
Siivousapu	1	2	3	4	5
Kylvetys- tai saunotusapu	1	2	3	4	5
Kuljetuspalvelu	1	2	3	4	5
Turvapalvelu	1	2	3	4	5
Kotisairaanhoito	1	2	3	4	5
Lääkäripalvelujen käyttö	1	2	3	4	5
Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö	1	2	3	4	5
Lyhytaikainen laitoshoido	1	2	3	4	5
Neuvonta ja ohjaus (esim. sopeutumisvalmennus, avohuollon ohjaus)	1	2	3	4	5
Erityisopetus	1	2	3	4	5
Tulkkipalvelut	1	2	3	4	5
Henkilökohtainen avustaja	1	2	3	4	5
Työkeskustoiminta	1	2	3	4	5
Päivähoito tai -toiminta (esim. palvelukeskuksessa, päiväsairaalassa tai lasten päiväkodissa)	1	2	3	4	5
Sijaishoito	1	2	3	4	5
Iltapäivähoito (esim. koulun jälkeen)	1	2	3	4	5
Kuntoutus	1	2	3	4	5
Loma-ajan toiminta (esim. kesäleiritoiminta)	1	2	3	4	5
Muita palveluja, mitä?	1	2	3	4	5

26. Jos kunnassanne on käytössä palvelusetelikäytäntö, miten paljon ja millä euromäärällä edellä mainittuihin palveluihin palveluseteleitä käytetään?

Palvelut	Yhden palvelusetelin arvo (euroa)	Käytettyjen palvelusetelien määrä vuodessa
Kodinhoitoapu		
Ateriapalvelu		
Siivousapu		
Kylvetys- tai saunotusapu		
Kuljetuspalvelu		
Turvapalvelu		
Kotisairaanhoito		
Lääkäripalvelujen käyttö		
Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö		
Lyhytaikainen laitoshoido		
Sopeutumisvalmennus, tms. ohjaus		
Tulkkipalvelut		
Päivähoito tai -toiminta (esim. palvelukeskuksessa, päiväsairaalassa tai lasten päiväkodissa)		
Iltapäivähoito (esim. koulun jälkeen)		

Kuntoutus		
Loma-ajan toiminta (esim. kesäleiritoiminta)		
Muihin palveluihin, mihin?		

## VI OMAISHOITAJAN VAPAA

### 27. Kuinka monen omaishoitajan kanssa on sovittu lakisääteisestä vapaasta (2vrk/kk) 30.4.2002 kussakin ryhmässä?

	Henkilöä
1 vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen	_____
2 kehitysvammaisuus	_____
3 pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma	_____
4 psyykinen sairaus	_____
5 lyhytaikainen tilapäinen hoidon tarve	_____
6 muu (saattohoito, leikkaukseen joutuminen, yms.)	_____

### 28. Jos omaishoitajan lakisääteisestä kahden vuorokauden vapaasta ei ole sovittu sopimuksessa, niin arvioi kuinka monessa tapauksessa lakisääteisestä vapaasta ei ole sovittu, koska:

Ympyröi oikea vaihtoehto: 1 = kaikissa, 2 = noin kolmessa neljäsosassa, 3 = noin puolessa, 4 = noin yhdessä neljäsosassa, 5 = vain muutamassa tai ei yhdessäkään

Hoidon sitovuus on niin vähäinen, ettei vapaasta sopiminen ole tarpeellista (hoito ei ole ympärivuorokautista tai jatkuva päivittäistä)	1	2	3	4	5
Sijaishoitoa ei pystytä järjestämään vapaan ajaksi	1	2	3	4	5
Omaishoitajien vapaan järjestämistä ei pidetä kunnassa tärkeänä asiana, niin että vapaasta sovittaisiin sopimuksissa	1	2	3	4	5
Muusta syystä, mistä?	1	2	3	4	5

### 29. Miten omaishoidettavien sijaishoito on järjestetty hoitajien lakisääteisen vapaan aikana? Ilmoita hoidettavien määrät eri hoitomuodoissa.

	Kunnallisena palveluna (hlö lkm)	Ostopalvelusopimuksella (hlö lkm)	Yksityisesti tuotettuna (hlö lkm)
1. Lyhytaikainen laitoshoido vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla			
2. Lyhytaikainen laitoshoido hoiva-, hoito- tai pienkodissa tai erityishuoltopiiriin laitoksessa			
3. Palvelutalossa			
4. Omaishoidetuksen järjestämänä sijaishoitona			
5. Perhehoitona			
6. Kotipalvelun avulla			
7. Sukulaisten avulla			
8. Omaishoitajien oma-apuryhmien avulla			
9. Vapaaehtoisten tai naapureiden avulla			
Muuten, miten?			

**30. Miten moni sijaishoito lakisääteisen vapaan aikana on toteutettu palveluseteliä käyttäen ja mikä on yhden palvelusetelin arvo euroina?**

	Yhden palvelusetelin arvo (euroa)	Käytettävien palvelusetelien määrä vuodessa
1. Lyhytaikainen laitoshoido vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla		
2. Lyhytaikainen laitoshoido hoiva-, hoito- tai pienkodissa tai erityishuoltopiirin laitoksessa		
3. Palvelutalossa		
4. Omaishoidon järjestämänä sijaishoitona		
5. Perhehoitona		
6. Kotipalvelun avulla		
7. Muuten, miten?		

**31. Minkä pituisina hoitajaksoina omaishoitajien lakisääteisen vapaan mahdollistava sijaishoito on kunnassanne järjestetty, kun tarkastelujakso on yksi vuosi?**

	Ei tapauksia	Harvoin	Melko usein	Useimmiten
Hoitaja ei halua pitää vapaata lainkaan	1	2	3	4
Alle 4 tuntia kerrallaan	1	2	3	4
4-9 tuntia kerrallaan	1	2	3	4
10-23 tuntia kerrallaan	1	2	3	4
1 vuorokausi kerrallaan	1	2	3	4
2-3 vuorokautta kerrallaan	1	2	3	4
4-6 vuorokautta kerrallaan	1	2	3	4
1 viikko tai enemmän kerrallaan	1	2	3	4

**32. Miten suuri osuus kuntanne omaishoitajista saa lakisääteisen vapaan (2vrk/kk) ohella lisävapaata?**

\_\_\_\_\_ %.

**33. Kuinka paljon omaishoitajat saavat yleisimmin lisävapaata?**

Alle 1 vuorokausi kuukaudessa	1
1-2 vuorokautta kuukaudessa	2
3 vuorokautta tai enemmän kuukaudessa	3

**34. Paljonko kunnassanne on sellaisia omaista kotona hoitavia henkilöitä, joilla ei ole omaishoidon tuesta sopimusta kunnan kanssa, mutta jotka olisivat siihen oikeutettuja?**

Arvio: \_\_\_\_\_ henkilöä.

**35. Miten kuntanne tukee sellaisia omaista kotona hoitavia henkilöitä, joilla ei ole omaishoidon tuesta sopimusta kunnan kanssa?**

Ympyröi seuraavista vaihtoehdoista **viisi** eniten annettua palvelua.

Kodinhoitoapu	1
Ateriapalvelu	2
Siivousapu	3
Kylvetys- tai saunotusapu	4
Kuljetuspalvelu	5
Turvapalvelu	6
Kotisairaanhoido	7
Lääkäripalvelut	8
Erikoissairaanhoidon palvelut	9
Lyhytaikainen laitoshoido	10
Neuvonta ja ohjaus (esim. sopeutumisvalmennus, tms. ohjaus)	11
Henkilökohtainen avustaja	12

Työkeskustoiminta	13
Päivähoito tai -toiminta (esim. palvelukeskuksessa, päiväsairautalassa tai lasten päiväkodissa)	14
Sijaishoito	15
Iltapäivähoito (esim. koulun jälkeen)	16
Kuntoutus	17
Loma-ajan toiminta (esim. kesäleiritoiminta)	18
Kodin muutostyöt	19
Apuvälinepalvelut	20
Muu, mikä?	21

## VII ASIAKASMAKSUIHIN LIITTYVÄT TIEDOT

### 36a. Periiikö kunta asiakasmaksun omaishoidon tuesta?

Asiakasmaksua ei peritä hoitopalkkiosta eikä annettavista palveluista	1
Asiakasmaksu peritään yhteen sovitettuna hoitopalkkiosta ja palveluista	2
Asiakasmaksu peritään vain hoitopalkkiosta	3
Asiakasmaksu peritään vain annetuista palveluista	4

### 36b. Periiikö kunta maksun lakisääteisen vapaa-ajan osalta

Ei	1
Kyllä	2

### 37. Kuinka paljon hoidettava maksaa hoidostaan?

Ympyröi oikea vaihtoehto. 1 = kunnan normaalin hinnoittelun mukaan, 2 = hoidettava ei maksa mitään, 3 = hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn hinnan mukaisesti

a) Hoitajan lakisääteisen vapaan aikana	1	2	3
b) Hoitajan lisävapaan aikana	1	2	3

### 38. Vaikuttavatko palveluista perittävät asiakasmaksut omaishoitajien halukkuuteen käyttää palveluja?

Eivät vaikuta lainkaan	1
Vaikuttavat joillakin	2
Vaikuttavat useimmilla	3
Vaikuttavat kaikilla	4

## VIII OMAISHOIDON TUEN KEHITTÄMISTARPEET

### 39. Arvioi omaishoitotilanteissa esiin tulleiden ongelmien merkitystä.

Ympyröi kolme yleisintä ongelmaa. Ongelma haittaa omaishoitoa: 1 = erittäin paljon, 2 = paljon, 3 = jonkin verran, 4 = vähän, 5 = ei lainkaan

Hoitajan väsymys	1	2	3	4	5
Hoitajan henkinen uupumus	1	2	3	4	5
Hoitajan eristäytyneisyys ja yksinäisyys	1	2	3	4	5
Hoitajan haluttomuus pitää vapaata ja jättää hoidettava toisten hoitoon	1	2	3	4	5
Hoito vaihtoehtojen/valintojen puute vapaa-aikana	1	2	3	4	5
Hoitajan puutteelliset tiedot ja taidot	1	2	3	4	5

Puutteellinen hoitoympäristö	1	2	3	4	5
Hoidon raskaus (esim. hoidettavan inkontinenssi tai dementia)	1	2	3	4	5
Hoitopalkkion pienuus	1	2	3	4	5
Perheväkivalta	1	2	3	4	5
Ihmissuhdeongelmat	1	2	3	4	5
Palvelujen puute	1	2	3	4	5
Muita, mitä?	1	2	3	4	5

#### 40. Omaishoidon tuen riittävyyteen liittyvät ongelmat.

Arvioi seuraavia ongelmia ympyröimällä kuntanne tilanteeseen parhaiten sopiva vaihtoehto:

1 = olen täysin samaa mieltä, 2 = pitää jossakin määrin paikkansa, 3 = ei pidä lainkaan paikkaansa

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a) Kunnan määrärahat eivät riitä omaishoidon tuen myöntämiseen, vaikka hoidettavan avun tarve sitä edellyttäisi | 1 | 2 | 3 |
| b) Omaishoidon tukea ei haeta riittävästi, vaikka hoidettavan avun tarve sitä edellyttäisi                      | 1 | 2 | 3 |

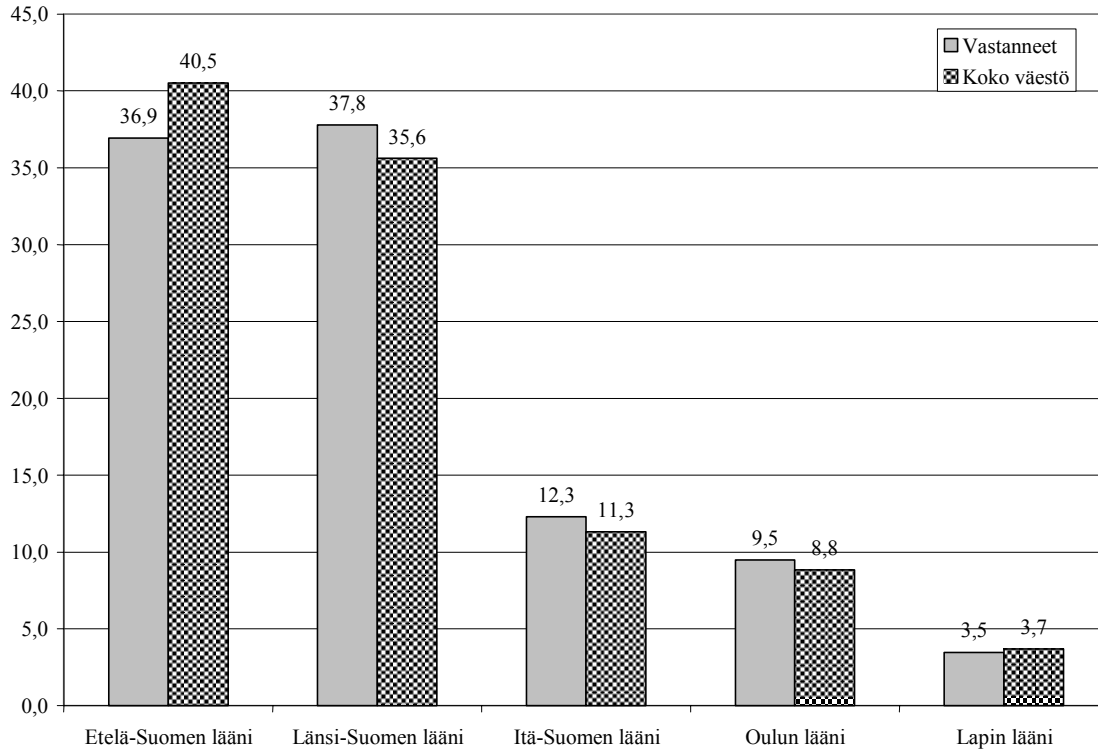
**KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!**

## 2. Vastaamatta jättäneet kunnat

Kunta	Lääni
1. Artjärvi	Etelä-Suomi
2. Espoo	Etelä-Suomi
3. Hanko	Etelä-Suomi
4. Hartola	Etelä-Suomi
5. Imatra	Etelä-Suomi
6. Järvenpää	Etelä-Suomi
7. Lammi	Etelä-Suomi
8. Liljendal	Etelä-Suomi
9. Nastola	Etelä-Suomi
10. Nummi-Pusula	Etelä-Suomi
11. Parikkala	Etelä-Suomi
12. Ruokolahti	Etelä-Suomi
13. Tammisaari	Etelä-Suomi
14. Valkeala	Etelä-Suomi
15. Ypäjä	Etelä-Suomi
16. Juupajoki	Länsi-Suomi
17. Karijoki	Länsi-Suomi
18. Karstula	Länsi-Suomi
19. Kaustinen	Länsi-Suomi
20. Kihniö	Länsi-Suomi
21. Kiikoinen	Länsi-Suomi
22. Dragsfjärd	Länsi-Suomi
23. Honkajoki	Länsi-Suomi
24. Kuhmalampi	Länsi-Suomi
25. Lohtaja	Länsi-Suomi
26. Maksamaa	Länsi-Suomi
27. Merimasku	Länsi-Suomi
28. Pirkkala	Länsi-Suomi
29. Pyhäranta	Länsi-Suomi
30. Rymättylä	Länsi-Suomi
31. Rääkkylä	Länsi-Suomi
32. Sauvo	Länsi-Suomi
33. Toholampi	Länsi-Suomi
34. Ullava	Länsi-Suomi
35. Outokumpu	Itä-Suomi
36. Vesanto	Itä-Suomi
37. Haapavesi	Oulu
38. Hailuoto	Oulu
39. Oulunsalo	Oulu
40. Posio	Lappi
41. Tornio	Lappi

## Liitekuviot

Liitekuvio 1. Aineiston edustavuus lääneittäin (%).



## Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. Maksussa olleet omaishoidon tuet lääneittäin vuosina 1994 - 2002.

Lääni	4/1994		4/1998		4/2002	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Etelä-Suomi	3 171	26	4 608	31,4	2622	17,9
Länsi-Suomi	5 146	42,2	5 854	39,9	6701	45,8
Itä-Suomi	1 978	16,2	1 938	13,2	2792	19,1
Oulu	1 358	11,1	1 631	11,1	1768	12,1
Lappi	527	4,3	646	4,4	746	5,1
Koko maa	12 180	100	14 677	100	14629	100
Kuntia	383		384		356	

Liitetaulukko 2. Kuntien lukumäärät ja suhteellinen osuus lääneittäin sen mukaan, kuinka suuri osa tuella hoidettavista olisi laitoksessa, ellei hoitavaa omaista olisi.

Lääni	Noin joka kolmas					
	4/1994		4/1998		4/2002	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Etelä-Suomi	15	18,8	15	19,5	13	18,3
Länsi-Suomi	21	11,8	31	17,2	22	12,2
Itä-Suomi	5	8,5	12	19,7	7	11,1
Oulu	6	13,6	5	11,4	7	14,6
Lappi	3	16,7	3	15	2	11,1
Koko maa	50	13,2	66	17,3	51	13,1
Lääni	Harvempi					
	4/1994		4/1998		4/2002	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Etelä-Suomi	6	7,5	6	7,8	5	7
Länsi-Suomi	6	3,4	4	2,2	4	2,2
Itä-Suomi	2	3,4	4	6,6	4	6,3
Oulu	4	9,1	3	6,8	2	4,2
Lappi	0	0	3	15	0	0
Koko maa	18	4,7	20	5,2	15	3,9
Lääni	Yhteensä					
	4/1994	4/1998	4/2002			
	lkm	lkm	lkm			
Etelä-Suomi	80	77	71			
Länsi-Suomi	178	180	181			
Itä-Suomi	59	61	63			
Oulu	44	44	48			
Lappi	18	20	18			
Koko maa	379	382	381			

**Liitetaulukko 3. Läänittäinen arvio laitoshoidossa olevien määrästä, jollei hoitavaa omaista olisi.**

Lääni	Kuntia			Kaikki			Puolet			Kolmasosa		
	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02
Etelä-Suomi	80	77	71	625	524	959	462	690	351	478	658	141
Länsi-Suomi	178	180	181	2 587	2 824	2655	881	1 030	1281	213	263	358
Itä-Suomi	59	61	63	1 056	625	1627	301	309	458	47	154	43
Oulu	44	44	48	459	1 088	980	236	130	237	63	53	91
Lappi	18	20	18	254	272	295	81	73	148	32	42	31
Koko maa	379	382	381	4 981	5 333	6516	1 961	2 232	2475	833	1 170	664
Lääni	Neljäsosa			Laitoshoidossa yhteensä			Hoidettavia yhteensä			% kaikista		
	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02	4/94	4/98	4/02
Etelä-Suomi	47	90	61	1 612	1 962	1512	3 171	4 237	2693	50,8	46,3	56,1
Länsi-Suomi	28	9	60	3 709	4 126	4354	5 099	5 709	6701	72,7	72,3	65,0
Itä-Suomi	41	59	30	1 445	1 147	2158	1 964	1 938	2792	73,6	59,2	77,3
Oulu	53	24	10	811	1 295	1318	1 332	1 605	1768	60,9	80,7	74,5
Lappi	0	25	0	367	412	474	512	646	746	71,7	63,8	63,5
Koko maa	169	207	161	7 944	8 942	9816	12 078	14 135	14 700	65,8	63,3	66,8

**Liitetaulukko 4. Hoidettavan varallisuuden vaikutus omaishoidon tuen myöntämiseen lääneittäin (1 = vaikuttaa erittäin paljon, 2= vaikuttaa paljon, 3= vaikuttaa jonkin verran, 4= vaikuttaa vähän, 5= ei vaikuta lainkaan).**

Lääni	N	Keskiarvo	Keskihajonta	Min	Kunta
Etelä-Suomi	72	4,85	0,57	1	Lahti
Länsi-Suomi	183	4,83	0,53	1	Masku
Itä-Suomi	63	4,84	0,48	3	Nilsia, Vehmenrsalmi, Vieremä
Oulu	48	4,88	0,61	1	Sotkamo
Lappi	19	4,95	0,23	4	Ylitornio
Koko maa	378	4,87	0,53	1	3 kuntaa

**Liitetaulukko 5. Hoitajan varallisuuden vaikutus omaishoidon tuen myöntämiseen lääneittäin. (1=vaikuttaa erittäin paljon, 2= vaikuttaa paljon, 3= vaikuttaa jonkin verran, 4= vaikuttaa vähän, 5=ei vaikuta lainkaan.)**

Lääni	N	Keskiarvo	Keskihajonta	Min	Kunta
Etelä-Suomi	73	4,8	0,65	1	Lahti
Länsi-Suomi	182	4,9	0,51	1	Masku
Itä-Suomi	63	4,9	0,33	3	Maaninka
Oulu	48	4,9	0,58	1	Sotkamo
Lappi	19	4,9	0,23	4	Ylitornio
Koko maa	385	4,9	0,51	1	3 kuntaa

**Liitetaulukko 6. Laitosten paikkatilanteen vaikutus omaishoidon tuen myöntämiseen lääneittäin. (1=vaikuttaa erittäin paljon, 2=vaikuttaa paljon, 3=vaikuttaa jonkin verran, 4=vaikuttaa vähän, 5=ei vaikuta lainkaan.)**

Lääni	Keskiarvo	Keskihajonta	Min	Kunta
Etelä-Suomi	3,9	1,19	1	Asikkala, Porvoo, Vihti
Länsi-Suomi	3,8	1,19	1	Kannonkoski, Kokkola, Kruunupyyl, Kullaa, Kälviä, Leivonmäki, Mänttä, Teuva
Itä-Suomi	3,6	1,29	1	Keitele, Kuopio, Rantasalmi, Sonkajärvi, Suonenjoki
Oulu	3,3	1,35	1	Haapajärvi, Hyrynsalmi, Nivala, Pyhäjärvi, Sotkamo, Taivalkoski
Lappi	4,0	1,27	1	Pello
Koko maa	3,7	1,24	1	23 kuntaa

**Liitetaulukko 7. Hoitopalkkioiden keskimääräinen suuruus euroina lääneittäin vuosina 1994, 1998 ja 2002.**

Lääni	4/1994	4/1998	4/2002
Etelä-Suomi	260,2	295,2	293,2
Länsi-Suomi	222,9	291,0	279,2
Itä-Suomi	243,5	291,0	298,0
Oulu	207,5	275,2	288,3
Lappi	238,5	299,4	318,9
Yhteensä	233,1	290,5	287,9

**Liitetaulukko 8. Hoitopalkkioiden keskimääräinen suuruus talousarvioissa ilmoitettujen markkamäärien ja maksussa olleiden tukien mukaan lääneittäin vuosina 1994-2002.**

Lääni	4/1994	4/1998	4/2002
Etelä-Suomi	329,6	387,3	328,2
Länsi-Suomi	323,4	325,4	393,4
Itä-Suomi	302,9	316,5	354,7
Oulu	303,2	295,3	369,7
Lappi	309,1	324,3	298,9
Yhteensä	318,4	333,2	367,1

**Liitetaulukko 9. Kuntien käyttämien maksuluokkien määrä lääneittäin (kuntien lkm ja %).**

Lääni	Maksuluokka										Yhteensä	
	1		2		3		4		5			
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Etelä-Suomi	6	8,8	15	22,1	27	39,7	15	22,1	5	7,4	68	18,5
Länsi-Suomi	13	7,5	28	16,2	91	52,6	27	15,6	14	8,1	173	47,1
Itä-Suomi	3	4,8	10	16,1	26	41,3	16	25,8	7	11,3	62	16,9
Oulu	3	6,4	10	21,3	19	40,4	10	21,3	5	10,6	47	12,8
Lappi	1	5,9	2	11,8	8	47,1	1	5,9	5	29,4	17	4,6
Yhteensä	26	7,1	65	17,7	171	46,6	69	18,8	36	9,8	367	100

**Liitetaulukko 10. Kodinhoitoavun, kotisairaanhoidon, lyhytaikaisen laitoshoidon, neuvonnan, ja sijais-hoidon sisältyminen tukisopimuksiin liittyviin hoito- ja palvelusuunnitelmiin lääneit-täin.**

Lääni	Kodinhoitoapu		Kotisairaanhoido		Lyhytaikainen laitoshoito		Neuvonta ja ohjaus		Sijaishoito	
	kuntia	%	kuntia	%	kuntia	%	kuntia	%	kuntia	%
Etelä-Suomi	67	19,8	66	38,3	68	41,5	58	38,8	61	11,5
Länsi-Suomi	167	28,7	158	39,6	161	35,6	142	27,6	139	11,0
Itä-Suomi	58	26,7	55	46,0	58	42,7	53	33,5	48	10,4
Oulu	47	25,0	47	55,9	45	40,6	43	36,6	38	13,8
Lappi	19	30,3	18	47,2	17	39,7	17	25,0	17	2,9
Koko maa	358	27,7	344	43,0	349	38,8	313	31,8	303	10,9

**Liitetaulukko 11. Hoidettavien osuus eri hoitomuodoissa omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana lääneittäin.**

Hoitomuoto	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi	Koko maa
Lyhytaikainen laitoshoito	48,4	55,8	52,3	43,9	54,8	51,1
Palvelutalossa	10,9	2,0	4,6	4,0	2,7	6,0
Omaisyhdistyksen järjestämänä	0,0	3,0	1,2	0,1	0,0	1,4
Perhehoitona	2,9	3,4	3,6	4,0	1,9	3,3
Kotipalvelun avulla	17,2	9,3	3,6	9,3	6,8	10,7
Sukulaisten avulla	9,4	17,6	13,6	26,7	27,6	16,5
Omaishoito oma-apuryhmien avulla	0,0	0,5	1,8	0,7	0,0	0,6
Vapaaehtoisten tai naapureiden avulla	0,8	1,3	1,2	0,1	1,9	1,0
Jotenkin muuten	10,4	7,1	14,3	11,1	4,3	9,5
Yhteensä	2 382	3 684	1 642	1 359	515	9 684

**Liitetaulukko 12. Hoidettavan itsensä maksettavat hoitokustannukset hoitajan vapaan aikana lääneittäin.  
(%)**

Lääni	Hoidettava maksaa hoidostaan hoitajan					
	lakisääteisen vapaan aikana			ylimääräisen vapaan aikana		
	kunnan normaalin hinnan	ei mitään	hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn hinnan	kunnan nor- maalin hinnan	ei mitään	hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn hinnan
Etelä-Suomi	58,3	30,6	11,1	81,4	6,8	11,9
Länsi-Suomi	48,1	10,8	6,0	83,2	11,5	5,3
Itä-Suomi	86,7	8,3	5,0	91,3	4,3	4,3
Oulu	91,1	4,4	4,4	94,6	2,7	2,7
Lappi	87,5	6,3	6,3	93,3	0,0	6,7
Koko maa	77,0	16,3	6,6	86,1	7,6	6,3

- 2003: 1 Kirsi Alila. Laadun kehittäminen ja ohjaustoiminta varhaiskasvatuksessa.  
ISBN 952-00-1273-7
- 2 Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Toim. Anne Hietanen, Tiina-Mari Lyyra.  
ISBN 952-00-1276-1
- 3 Anette Malinen. Kartoitus alkoholikorvikkeiden käytöstä Suomessa vuonna 2002.  
ISBN 952-00-1313-X
- 4 Tapaturmatilanne 2002. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ja niiden torjuntatyö.  
ISBN 952-00-1314-8
- 5 Kannustavan sosiaaliturvan haaste. Toim. Pentti Kananen, Ulla Salonen-Soulié.  
ISBN 952-00-1316-4
- 6 Eeva Kangasniemi. Rakkaudella yli rajojen? Lumeavioliitot.  
ISBN 952-00-1320-2
- 7 Riittakerttu Kaltiala-Heino. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa?  
ISBN 952-00-1346-6
- 8 Marja Vaarama, Päivi Voutilainen, Milla Manninen. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2002.  
ISBN 952-00-1451-2