

Kehitetään ikäihmisten
kotihoitoa
ja vahvistetaan
kaikenikäisten
omaishoitoa

HALLITUKSEN
KÄRKIHANKE



Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018

Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61/2018

Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018

Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi

Anja Noro (toim.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

ISBN: 978-952-00-4021-5

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Helsinki 2019



Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö	01/2019	
Tekijät	Anja Noro (toim.)		
Julkaisun nimi	Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018 Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61/2018		
Diaari/hankenumero	STM/1824/2018	Teema	
ISBN PDF	978-952-00-4022-2	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2		
Sivumäärä	98	Kieli	suomi
Asiasanat	omaishoito, perhehoito, lakien toimeenpano ja vaikutukset		
Tiivistelmä	<p>Reportissa esitellään omais- ja perhehoidon tilasto- ja tutkimustietoa useasta eri näkökulmasta. Raporttiin sisältyy sosiaali- ja terveysministeriön Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta tilaama selvitys omaishoidon tuesta annettuun lakiin, perhehoitolakiin ja sosiaalihuoltolakiin tehtyjen muutosten vaikutuksista ja lakien toimeenpanoon suunnatun valtiosuuden käytöstä kunnissa, artikkelit Kelan ja Kuntaliiton tekemistä selvityksistä, valtakunnallisia tilastotietoja ja järjestöjen toiminnan tarkastelua.</p> <p>Omais- ja perhehoidon kehitystä on arvioitu kootun tiedon pohjalta ja tehty päätelmiä ja suosituksia jatkotoimenpiteiksi. Omaishoidon määrä on hieman lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä, mutta erityisesti iäkkäillä. Maakuntien välillä on isoja eroja omaishoidon peittävydessä. Omaishoitajat ovat useimmiten eläkeikäisiä ja naisia. Omaishoitajille on kunnissa lisätty valmennusta ja hyvinvointi- ja terveystarkastuksia. Joissakin maakunnissa on lisätty kiertäviä perhehoitajia mahdollistamaan omaishoitajien vapaiden pitämistä. Omaishoitajien vapaiden pitäminen on hieman lisääntynyt. Iäkkäiden perhehoitoa on lisätty etenkin I&O – kärkihankkeen kokeilumaakunnissa.</p> <p>Kunnille myönnetty valtiosuuden lisäys (95 milj. euroa) on lisännyt joidenkin kuntien tukea omais- ja perhehoitajille, osassa kuntia lisärahoituksen vaikutuksia ei pystytty arvioimaan.</p>		
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/ jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet	01/2019	
Författare	Anja Noro (red.)		
Publikationens titel	Utveckling av närstående- och familjevården åren 2015–2018 Slutsatser och rekommendationer för fortsatta åtgärder		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 61/2018		
Diarie-/ projektnummer	STM/1824/2018	Tema	
ISBN PDF	978-952-00-4022-2	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2		
Sidantal	98	Språk	finska
Nyckelord	närståendevård, familjevård, genomförande och konsekvenser av lagarna		
Referat	<p>I rapporten presenteras statistik- och forskningsinformation om närstående- och familjevården ur flera olika perspektiv. I rapporten ingår social- och hälsovårdsministeriets utredning, som beställts av Institutet för hälsa och välfärd, om konsekvenserna av ändringarna i lagen om stöd för närståendevård, familjevårdslagen och socialvårdslagen och användningen av statsandelen för genomförandet av lagarna i kommuner, artiklar om Folkpensionsanstaltens och Kommunförbundets utredningar, riksomfattande statistikinformation och granskning av organisationernas verksamhet.</p> <p>Man har bedömt utvecklingen av närstående- och familjevården utifrån den samlade informationen och dragit slutsatser och gett rekommendationer för fortsatta åtgärder. Mängden närståendevård har ökat något i alla åldersgrupper, men särskilt bland äldre. Det finns stora skillnader mellan landskapen i fråga om täckningsgraden för närståendevård. Närståendevårdarna är oftast i pensionsåldern och kvinnor. Kommunerna har i ökad grad förberett närståendevårdare för vårduppdraget och ökat antalet undersökningar av deras välmående och hälsa. I vissa landskap har man ökat antalet ambulerande familjevårdare för att möjliggöra ledigheter för närståendevårdare. Antalet ledigheter för närståendevårdare har ökat något. Familjevården av äldre har ökat framför allt i de landskap där försök görs inom ramen för spetsprojektet Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras.</p> <p>Den ökning av statsandelen som beviljats kommunerna (95 miljoner euro) har ökat stödet till närståendevårdare i vissa kommuner. I en del kommuner har man inte kunnat bedöma effekterna av tilläggsfinansieringen.</p>		
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health	01/2019	
Authors	Anja Noro (ed.)		
Title of publication	Development of informal care and family care in 2015–2018 Conclusions and recommendations for further measures		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 61/2018		
Register number	STM/1824/2018	Subject	
ISBN PDF	978-952-00-4022-2	ISSN (PDF)	2242-0037
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2		
Pages	98	Language	finnish
Keywords	Informal care, family care, implementation and effects of legislation		
<p>Abstract</p> <p>This report presents statistical and research data on informal care and family care from various viewpoints. The report includes several documents. First, a survey of the National Institute for Health and Welfare studies the effects of amendments to the Informal Care Act, Family Care Act and Social Welfare Act, and clarifies, how the relating central government transfers to local government, have been used by municipalities. The report also contains articles on surveys by the Social Insurance Institution of Finland (Kela) and the Association of Finnish Local and Regional Authorities, presents national statistics, and reviews non-governmental organisations' activities.</p> <p>The development of informal and family care has been assessed based on the information gathered, and conclusions and recommendations have been made for further measures. Informal care has become slightly more common in all age groups, but particularly regarding older people. There are significant regional differences in the coverage of informal care. Informal caregivers are most often women in pensionable age. Municipalities are increasingly offering training, wellbeing checks, and medical examinations to informal caregivers. Some counties have employed more family carers to provide services in clients' homes, which allows informal caregivers some free time. Informal caregivers have free time slightly more often than before. Family care of older persons has become more common, particularly in those counties that piloted the key project on improved home care and enhanced informal care.</p> <p>The increase of central government transfers to local government (EUR 95 million) has improved some municipalities' support to informal caregivers and family carers. It was, however, not possible to assess the effects of additional financing in all municipalities.</p>			
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Distributed by/ Publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Sisältö

LUKIJALLE	9
Päätelmät ja suositukset jatkotoimiksi	11
Päätelmät	11
Suosituksat jatkotoimiksi	14
Toimintamallit	14
Tietoon perustuva seuranta	16
1 Johdanto	18
2 Omais- ja perhehoitoa koskevat käsitteet ja lainsäädäntö	20
2.1 Keskeiset omais- ja perhehoidon käsitteet	20
2.2 Omaishoitoon liittyvät lakimuutokset	21
2.3 Perhehoitoon liittyvät lakimuutokset	22
2.4 Viestintä omais- ja perhehoitoa koskevan lainsäädännön muutoksista	23
2.5 Omais- ja perhehoitoa koskevan lainsäädännön muutosten tavoitellut vaikutukset	23
3 Kaikenikäisten omaishoito – Omais- ja perhehoidon kysely 2018 <i>Suvi Leppäaho, Sari Kehusmaa, Sari Jokinen, Oskari Luomala ja Minna-Liisa Luoma, THL</i>	25
3.1 Tiedonkeruu	25
3.2 Kaikenikäisten omaishoidon tuen ja palvelujen tilanne	26
3.3 Pohdinta	32
4 Iäkkäiden perhehoidon tilanne – Omais- ja perhehoidon kysely 2018 <i>Suvi Leppäaho, Sari Jokinen, Sari Kehusmaa, Oskari Luomala ja Minna-Liisa Luoma, THL</i>	37
4.1 Tiedonkeruu	37
4.2 Iäkkäiden perhehoidon tilanne	38
4.3 Pohdinta	41
5 Omaishoitajat rekisteritietojen valossa: omaishoitajien ja hoitopalkkioiden määrä, tulotaso ja tiettyjen Kelan etuuksien käyttö <i>Päivi Tillman, Kela</i>	44

6	Kuntien omaishoidon tuen palkkioiden kustannukset sivukuluineen vanhuspalveluissa	
	<i>Teija Mikkola, Kuntaliitto</i>	54
7	Omais- ja perhehoidon suosituksia maakunnallisiin linjauksiin vuosille 2018–2025	
	<i>Irma Ahokas-Kukkonen Essote, Merja Tepponen Eksote ja Eija Tolonen Kainuu</i>	61
	7.1 Johdanto.....	61
	7.2 Omais- ja perhehoidon visio ja arvot.....	63
	7.3 Suosituksia maakunnallisiin linjauksiin	64
8	Tukea omais- ja läheishoitajille	81
	8.1 Omaishoitajien hyvinvointia edistävä järjestölähtöinen toiminta <i>Kaisa Parvianen, Juha Timoskainen ja Sari Tervonen, Omaishoitajaliitto</i>	81
	8.2 Muistisairaiden läheisten kokemuksia <i>Minna Teiska, Muistiliitto</i>	84
	8.3 Kelan kuntoutus omaishoitajille <i>Pirjo K. Tikka, Kela</i>	87
9	Tietovarannot koskien omais- ja perhehoitoa	91
	9.1 Tilastotiedot.....	91
	9.2 Seurantoja ja tutkimuksia.....	92
	9.3 Järjestöjen omaishoitajien tukea kuvaavia selvityksiä.....	93
	9.4 Omais- ja perhehoitoon liittyvän tiedonkeruun systematisointia tarvitaan	94
	Liite 1. Omaishoidon ja perhehoidon tilastoja vuosina 2000–2017	96
	Liite 2. Iäkkäiden palvelujen peittävyys (%) ikäryhmittäin vastaavanikäisestä väestöstä vuosina 2001–2017	97
	Liite 3. Ikääntyneiden palvelujen kustannuskehitys vuosina 2001–2017	98

LUKIJALLE

Hallituksen vuosien 2019–2022 kehysriihen kirjaukset ja julkisen talouden suunnitelma hyväksyttiin valtioneuvoston yleisistunnossa perjantaina 13.4.2018. Vastauksena professori Juho Saaren eriarvoisuutta käsitelleen työryhmän esitykseen omaishoidosta, hallitus päätti teettää seurantaselvityksen omaishoidon ja perhehoitolakien uudistusten vaikutuksista sekä asettaa selvityshenkilön työelämän ja omaishoidon paremman yhteensovittamisen keinojen tunnistamiseksi. Seurannalla oli tarkoitus selvittää iäkkäiden palvelujen, omais- ja perhehoidon käyttöä, muutosta ja kustannusten kohdentamista kunnissa. Lainsäädäntöön tehtyjen uudistusten toimeenpanon tuki on ollut osa hallituksen Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O) -kärkihankkeen tehtäviä.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman I&O-kärkihankkeen ohjausryhmä¹ asetti omais- ja perhehoidon jaoksen toimikaudeksi 4.5.2018–31.12.2018² Omais- ja perhehoidon jaoksen tehtävänä oli tukea omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005) ja perhehoitolain (263/2015) uudistusten vaikutusten seurantaa. Lisäksi sen tehtävänä oli koota ja arvioida olemassa olevaa tutkimus- ja tilastotietoa omais- ja perhehoidosta lakiuudistusten vaikutusten seurannan tueksi. Omais- ja perhehoidon jaos myös arvioi ja selvitti tulevia tutkimus- ja seurantarapeita. Tämän lisäksi se toimi ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamista kartoittavan selvityshenkilön³ tukiryhmänä.

Tässä omais- ja perhehoidon jaoksen tuottamassa raportissa on koottuna omais- ja perhehoidon tilasto- ja tutkimustietoa useasta eri näkökulmasta. Raporttiin sisältyy sosiaali- ja terveysministeriön Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta tilaama selvitys omaishoidon

¹ Asettamispäätös – Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa ohjausryhmä STM/071:00/2015

² Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa ohjausryhmä - Omais- ja perhehoitojaoksen asettaminen STM/1824/2018

³ Selvityshenkilön asettaminen työelämän ja omaishoidon paremman yhteensovittamisen keinojen tunnistamiseksi STM/1975/2018

tuesta annettuun lakiin, perhehoitolakiin ja sosiaalihuoltolakiin tehtyjen muutosten ja omais- ja perhehoitoon suunnatun valtionosuuden lisäyksen vaikutuksista kunnissa vuodelta 2018. Raportti sisältää myös artikkelit Kelan etuuksiin ja verotustietoihin perustuvan selvityksen ja seurantatietoja Kuntaliiton tekemistä selvityksistä, omais- ja perhehoidon maakunnallisen kehittämisen uutta näkökulmaa, valtakunnallisia tilastotietoja sekä omais- ja perhehoidon tarkastelua järjestöjen toiminnan näkökulmasta.

Omais- ja perhehoidon jaoksen puheenjohtajana toimi Anja Noro STM:stä ja sihteerinä toimi Leea Rautanen-Muhli, STM:stä. Jäseninä olivat Urpo Hautala VM, Tuomas Helminen STM (20.8.2018 alkaen), Merja Kaivolainen Omaishoitajaliitto (20.8.2018 asti), Sari Kauppinen STM (20.8.2018 asti), Satu Karppanen STM, Sari Kehusmaa THL, Raija Leinonen Perhehoitoliitto, Minna-Liisa Luoma THL, Teija Mikkola Kuntaliitto, Minna Teiska Muistiliitto, Sari Tervonen Omaishoitajaliitto (20.8.2018 alkaen), Päivi Tillman Kela, Anne-Mari Raassina STM ja Atte Virtanen Tilastokeskus.

Omais- ja perhehoidon jaos on arvioinut omais- ja perhehoidon kehitystä ja tilannetta usean eri tietolähteen – selvitysten, tilastotietojen ja järjestöjen toiminnan – näkökulmasta. Raportin alussa omais- ja perhehoidon jaos esittää päätelmiä ja suosituksia jatko-toimenpiteiksi kokoamansa aineiston pohjalta.

Joulukuussa 2018

Noro Anja	Hautala Urpo	Helminen Tuomas
Karppanen Satu	Kehusmaa Sari	Leinonen Raija
Luoma Minna-Liisa	Mikkola Teija	Teiska Minna
Tervonen Sari	Tillman Päivi	Raassina Anne-Mari
Virtanen Atte	Rautanen-Muhli Leea	

Päätelmät ja suositukset jatkotoimiksi

Omais- ja perhehoidon jaos on arvioinut omais- ja perhehoidon kehitystä ja tilannetta usean eri tietolähteen – selvitysten, tilastotietojen ja järjestöjen toiminnan - näkökulmasta. Omais- ja perhehoidon jaos esittää seuraavat päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi:

Päätelmät

- Omaishoidettavien määrä on lisääntynyt noin 6 prosenttia vuodesta 2015, vuonna 2017 omaishoidettavia oli yhteensä 47 886 henkilöä. Omaishoidon tuella hoidettavien henkilöiden määrän kasvu näyttää hieman nopeutuneen, mutta kasvu on ollut tavoiteltua vähäisempää. Kaikista omaishoidon tuella hoidettavista reilut kaksi kolmasosaa on iäkkäitä henkilöitä.
- Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneiden omaishoitajien määrä vuonna 2017 oli Sotkanetin tietojen perusteella yhteensä 46 132 henkilöä, joista 65 vuotta täyttäneitä tai vanhempia oli yli puolet (58 %). Verotustietojen perusteella omaishoidon tukea saavien omaishoitajien (ml. sijaishoitajat) lukumäärä oli hieman suurempi, yhteensä 48 816 henkilöä. Omaishoitajien määrä on kasvanut tarkastelujaksolla tasaisesti lähes kaikissa maakunnissa ja etenkin vanhimmissa, erityisesti 68–87-vuotiaiden, ikäryhmissä.
- Sopimusomaishoitajuus kohdentuu useammin naisille, noin 70 % kaikista omaishoitajista oli naisia. Naisten osuus vaihtelee ikäryhmittäin siten, että 28–47-vuotiaita omaishoitajia on neljä viidestä, mutta yli 87-vuotiaista enää vain reilut 40 %. Vaikka naisia on suuri osa omaishoitajista, sukupuolijakauma tasoittuu mitä vanhemmista omaishoitajista on kyse.

- Työikäisten omaishoitajien tulotaso on keskimäärin jonkin verran matalampi kuin muilla vastaavaan ikäryhmään kuuluvilla. Omaishoidon tuen piirissä olevat työikäiset turvautuvat toimeentulotukeen useammin kuin muut vastaavassa ikäryhmässä.
- Omaishoidon tuen peittävyys 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä on saavuttanut vähintään 5 prosentin peittävyyden noin puolessa kunnista, koko maan keskiarvon ollessa 4,8 prosenttia. Kuntien ja maakuntien välillä olevat suuret erot omaishoidon tuen kattavuudessa ovat säilyneet kattavuuden vaihdellessa Uudenmaan 3,6 prosentista Kainuun 8,5 prosenttiin vuonna 2017.
- Iäkkäiden perhehoidettavien määrä on lisääntynyt 343 henkilöstä 729 henkilöön vuodesta 2015 vuoteen 2017. Iäkkäitä henkilöitä hoitavien perhehoitokotien lukumäärä on samaan aikaan lisääntynyt 100:lla (yhteensä 239). THL:n seurannan mukaan määrä oli korkein Keski-Suomessa, Pohjois-Karjalassa ja Pirkanmaalla.
- Iäkkäitä hoitavien perhehoitajien ja erityisesti kiertävien perhehoitajien määrä on lisääntynyt vuodesta 2016 vuoteen 2018 niissä maakunnissa, joissa toteutettiin I&O kärkihankkeen kokeiluja. Perhehoidon määrää on saatu lisättyä Etelä-Savossa ja Etelä-Karjalassa⁴ sekä Pohjois-Karjalassa⁵, joissa oli perhehoitoon liittyvät kokeilut. Erityisesti on lisääntynyt kiertävien perhehoitajien määrä.
- Lakimuutosten tavoitteena oli lisätä omais- ja perhehoitoa tukevia palveluja, jotta kiinnostus omaishoitajana ja perhehoitajana toimimiseen lisääntyisi ja he jaksaisivat tehtävässään. Omaishoidon tuesta annetun lain ja perhehoitolain edellyttämiä palveluja on lisätty kunnissa ja kuntayhtymissä. Eniten on lisätty omais- ja perhehoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä omais- ja perhehoitajien vapaiden sijaistusvaihtoehtoja. Edelleen ympärivuorokautinen hoito (tehostettu palveluasuminen tai laitoshoido) on kuitenkin yleisin omaishoitajan loman aikainen sijaistusvaihtoehto.
- THL:n seuranta (2018) osoittaa, että omais- ja perhehoitoa edistäviä toimenpiteitä ei ole toteutettu kaikissa kunnissa niin laajasti kuin lainsäädännön uudistukselle asetetut tavoitteet edellyttäisivät.

⁴ Etelä-Karjala: Kiertävät perhehoitajat vuonna 2016 (0) ja 2018 (96); Perhehoitajat 2016 (0) ja 2018 (63).

⁵ Pohjois-Karjala: ikäihmisten perhekodit 2016 (18) ja 2018 (27); Perhehoitajat 2016 (24) ja 2018 (42).

- Sosiaalihuoltolain mukaan päivittäin sitovaa hoitoa ja huolenpitoa antavalle omaiselle voidaan myöntää harkinnanvaraisia vapaapäiviä, mutta tätä tukimuotoa on hyvin vähän käytetty kunnissa. Tämä johtune osin siitä, että tukimuodon tunnettuus on jäänyt heikoksi.
- Omais- ja perhehoitolakien sekä sosiaalihuoltolain muutosten tavoitteena on ollut lisätä omaishoitajien vapaiden pitämistä monipuolistamalla omaishoitajien vapaiden sijaistamistapoja ja järjestämällä sijaishoitoa entistä useammin siten, että omaishoidettava voi olla omassa kodissaan muun muassa kiertävien perhehoitajien avulla. Vaikka omaishoitajien vapaiden järjestäminen on mahdollista usealla eri tavalla, omaishoitajista vain puolet oli käyttänyt vapaapäiväoikeuttaan ja tämä osuus ei ole lisääntynyt vuodesta 2012.
- Kunnille omaishoidon tuesta annetun lain ja perhehoitolain uudistusten toimeenpanoon tarkoitettujen valtionosuuksien (95 milj. euroa) kohdentumista ei voitu todentaa, koska kuntien järjestelmistä ei ole riittäväällä tarkkuudella saatavissa tätä koskevaa seurantatietoa. Peruspalvelujen valtionosuudet kunnille ovat yleiskatteellisia, eivät korvamerkittyjä, joten tietyille kunnalle kohdennetun omais- ja perhehoidon kehittämiseen tarkoitetun valtionosuuden lisäyksen euromäärä ja sen käytön kohdentuminen eivät välttämättä ole kunnan tiedossa.
- Yhtenä omaishoidon ja perhehoidon kehittämisen ja lisäämisen tavoitteena on ollut kustannusten kasvun hillitseminen korvaamalla omaishoidolla kalliimpia hoitomuotoja. Yksityiskohtaisten kustannustietojen puuttuessa tätä ei ole mahdollista arvioida euromääräisesti. Kuntien virkamiesten arviot siitä, miten omaishoidettavat olisivat sijoittuneet, jos omaishoidon tukea ei olisi myönnetty, viittaavat kuitenkin siihen, että merkittävä osa heistä olisi raskaampien palvelujen piirissä (intensiivinen kotihoito tai tehostettu palveluasuminen). Sitä omaishoidon lisäämisellä voi olla myös kustannusten kasvua vähentäviä vaikutuksia sen lisäksi, että se mahdollistaa turvallisen kotona asumisen pidempään.

Suosituksat jatkoimiksi

Toimintamallit

- Omaishoitajien vapaiden pitämisen lisääminen edellyttää vapaiden sijaistamistapojen monipuolistamista ja erityisesti vapaan aikaisen hoidon järjestämistä entistä yleisemmin myös siten, että omaishoidettava voi olla omassa kodissaan, muun muassa kiertäviä perhehoitajia on syytä rekrytoida ja kouluttaa lisää. Hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa tulee ottaa puheeksi vapaiden pitäminen oleellisena jaksamiseen liittyvänä asiana. On tärkeää tietää, miten vapaiden pitäminen olisi omaishoitajan ja hänen hoidettavansa mielestä paras järjestää.
- Omais- ja perhehoidon toteutumista maakunnissa edesauttaa
 - asiakas- ja palveluohjauksen käyttöönotto ja yhtenäiset omais- ja perhehoidon toimintamallit
 - omais- ja perhehoidon keskusten, myös verkostomaisesti toimivien, sekä omais- ja perhehoidon yhteen sovitettujen toimintamallin käyttöönotto, seuranta ja tuki
 - omaishoidon maakunnalliset toimintaohjeet tai sääntökirja
 - perhehoidon maakunnalliset toimintaohjeet tai sääntökirja
- Omaishoitoa voidaan edistää ja tukea myös
 - toimintaohjeilla äkillisiin ja kriisitilanteisiin, esimerkiksi varamalla ns. kriisipaikkoja omaishoidettaville
 - tukemalla omaishoitajia lääkehoidon järjestämisessä
 - lisäämällä ammattilaisten tukea omaishoitajille etäyhteyksillä ja digitaalisilla palveluilla
 - kannustamalla järjestö- ja vapaaehtoistoimijoita omaishoitoperheiden arjen tueksi

- Järjestöjen ja niiden paikallisyhdistysten vapaaehtois pohjainen ja vertaistukea tuottava toiminta tarjoaa lakisääteisen omaishoidon tuen ja perhehoidon rinnalle merkittävän tukimuodon, joka lisää sekä hoitajien että hoidettavien hyvinvointia ja osallisuutta. Järjestöt tekevät lisäksi valtakunnallista ja paikallista vaikuttamis- ja neuvontatyötä mm. omais- ja perhehoidon toimintaedellytysten turvaamiseksi ja kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaedellytykset on turvattava julkisella tuella. Järjestöjen toiminta vaatii resursseja, vaikka niiden perusta on vapaaehtoistoiminnassa.
- Lyhytaikainen perhehoito ja erityisesti hoidettavan kotona tapahtuva kiertävä perhehoito kiinnostaa monia, mutta taloudellinen turvattomuus on haaste. Työttömissä henkilöissä on potentiaalia saada lisää perhehoitajia. Perhehoitajien työttömyysturvan ja heidän kohteluun työttömyysturvan aktiivimallissa koskevien ohjeistusten on oltava perhehoitoa mahdollistavia, selkeitä ja yhdenmukaisia koko maassa.
- Perhehoitajan tarvitsema osaaminen vaihtelee perhehoidettavan henkilön toimintakyvyn, sairauksien, elämäntilanteen ja tarpeiden mukaan. Useimmilla iäkkäillä perhehoidettavilla on lääkehoidon tarvetta. Lääkehoidon toteuttamiseen perhehoidossa tarvitaan yhdenmukaisia ja selkeitä toimintakäytäntöjä. Olisi arvioitava, voitaisiinko perhehoitajan antamassa lääkehoidossa ottaa käyttöön saman tyyppinen toimintamalli kuin vammaispalveluihin on esitetty. Hallituksen esitykseen uudeksi vammaispalvelulaksi (HE 159/2018) sisältyy säännös, jonka mukaan henkilökohtaisen avustajan antamaan henkilökohtaiseen apuun voisi osana palvelun kokonaisuutta kuulua sellaisia hoitotoimenpiteitä, jotka ovat välttämättömiä apua tarvitsevan henkilön itsenäiselle suoriutumiselle ja jotka hän voisi tehdä itse ilman toimintarajoitetta. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi lääkkeen antaminen sekä muusta omahoidosta huolehtiminen. Toimenpiteiden suorittamiselle olisi vammaispalvelulakia koskevan esityksen mukaan edellytyksenä, että avustettava henkilö ja avustaja ovat saaneet yksilöllisen tarpeen mukaisen perehdytyksen ja mahdollisuuden jatkuvaan ohjauksen palvelujen järjestäjältä.
- Muistisairaiden määrän ennustetaan kasvavan merkittävästi tulevien vuosikymmenten aikana ja suuntaus on nähtävissä jo tällä hetkellä. Yhä useammin iäkkään henkilön omaishoitotilanteen taustalla on muistisairaus. Muistisairauksien voidaan olettaa lisääntyvän

omaishoidon tarpeen syynä, mikä on huomioitava omais- ja perhehoidon tukien ja tukipalvelujen suunnittelussa ja kohdentumisessa.

- Koska työikäisten sopimusomaishoitajien tulotaso on keskimäärin jonkin verran matalampi kuin saman ikäisellä väestöllä keskimäärin, on pohdittava, onko omaishoidosta maksettava hoitopalkkio riittävä erityisesti lapsiperheille ja millä keinoin omaishoidon ja ansiotyön sovittamista yhteen voitaisiin parantaa. Tammikuussa 2019 julkaistut selvityshenkilö Laura Kalliomaan-Puhan ehdotukset omaishoidon ja työelämän yhteensovittamisen keinoista on arvioitava seuraavaa hallitusohjelmaa laadittaessa.
- Omais- ja perhehoidon lisääntymistä voidaan edistää selvittämällä omais- ja perhehoidon mahdollisuus aina asiakas- ja palveluohjauksessa ja palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Omais- ja perhehoitoon pääsyn kriteerit vaihtelevat, joten hakijoiden yhdenvertaisuutta voidaan parantaa yhdistämällä myöntämisperusteet vähintään maakuntatasolla. Kun kriteerejä yhtenäistetään, on varmistettava, että uudet kriteerit eivät vähennä maakunnan omais- ja perhehoitajien määrää.
- Omaishoidosta ja hoitajan vapaan vaihtoehtoisista järjestämistavoista tiedottamista väestölle on tehostettava ja perhehoidon tunnettavuutta on lisättävä yhteistyössä alan toimijoiden kesken.
- Tiedottamista kuntatoimijoille omais- ja perhehoidon lakimuutoksista ja niiden toimeenpanosta on tehostettava.

Tietoon perustuva seuranta

- Koska omais- ja perhehoidosta on tarkoitus saada kiinteä osa iäkkäille, pitkäaikaissairaille ja vammaisille henkilöille tarjottavaa palvelukokonaisuutta, niiden seuranta on systemaattisesti lisättävä.
- Seurantatieto on koottava pääsääntöisesti osana normaalitoimintaa, jossa kirjataan kaikki omaishoitosopimuksen tehneet hoitajat ja hoidettavat taustatietoineen sekä myönteiset ja kielteiset tukipäätökset.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojärjestelmään tarvitaan, erityisesti akuuttitilanteita varten, tietoa siitä, onko asiakkaana olevalla henkilöllä omaishoitajan tai mahdollisesti perhehoitajan status.
- Lisäksi tarvitaan tietoa sekä omaishoitotilanteiden päättymiseen liittyvien riskien että omais- ja perhehoitajien hyvinvointi- ja terveys-tarkastusten seuranta ja arviointia varten.
- Tietojohdamisen tueksi on luotava ajantasaiset ja informatiiviset indikaattorit.
- Tarvitaan myös laajempaa seuranta ja arviointia sekä omais- ja perhehoitajien että omais- ja perhehoidossa olevien sosiaali- ja terveyspalvelujen ja muiden tukien tarpeesta ja kokonaiskäytöstä, kustannuksista ja vaihtoehtoiskustannuksista (esim. osana THL:n ja Kelan seuranta).
- On tarpeen arvioida, tarvitaanko laaja väestötutkimus omais- ja perhehoidon laajuudesta ja hyväksyttävyydestä. Tutkimuksessa olisi selvitettävä omaisista ja läheisistä huolehtimisen laajuutta ja sitovuutta sekä kiinnostusta ja mahdollisuuksia omaishoitajana ja perhehoitajana toimimiseen sekä näkemyksiä omais- ja perhehoidon roolista ja mahdollisuuksista osana palvelujärjestelmää.

1 Johdanto

Omais- ja perhehoidon vahvistamisella on ollut tärkeä asema, johon kohdennettiin lisävaihtoehtoja pääministeri Sipilän hallituksen ohjelmassa. Omaishoitoa on jo kehitetty usean vuosikymmenen ajan ja selvityksiä omaishoidosta osana sosiaalipalveluja tehty säännöllisesti (Antikainen ja Vaarama 1995, Vaarama ym. 1999, Vaarama 2003, Voutilainen 2007, Linnosmaa ym. 2014, Vilkkonen ym. 2014).

Hallituksen iäkkäiden kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon (I&O) -kärkihankkeessa kehitettiin keinoja vahvistaa sekä omais- että perhehoitoa. I&O-kärkihankkeen käynnistyessä omaishoidon tuen laajasta käytöstä huolimatta sen arvioitiin toteutuvan alueellisesti vaihtelevasti, tukipalveluja tarjottiin liian vähän ja niiden koettiin olevan yksipuolisia. Omaishoitajien vapaiden järjestäminen oli tuolloin puutteellista ja sijaisjärjestelyt eivät vastanneet asiakkaiden tarpeita. Perhehoito ei ole ollut vielä vakiintunut osaksi palvelujärjestelmää, vaikka siinä nähtiin lisäysoptimaalia erityisesti iäkkäiden osalta. I&O-kärkihankkeen yhtenä kärkeä oli omais- ja perhehoidon vahvistaminen ja näiden palveluvaihtoehtojen houkuttelevuuden lisääminen. Työikäisten miesten ja naisten mahdollisuuksia omaisensa hoitamiseen oli tavoitteena lisätä sukupuolinäkökulma huomioiden. Omaishoidon osalta I&O-kärkihankkeeseen kohdentui kaikenikäisiin. (STM 2016 a). Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilön ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamiseksi keväällä 2018 ja selvityshenkilön raportti luovutettiin tammikuussa 2019 (Kallioma-Puha 2018).

Omais- ja perhehoitoa on edistetty osana maakunnallisia ikäihmisten yhteen sovitettuja palvelukokonaisuuksia, jotka I&O-muutosagentit laativat maakuntiin yhteistyössä muiden maakunnallisten toimijoiden kanssa (STM 2016 b). Omais- ja perhehoidosta toteutettiin kokeilu Essoten johtamana. Kokeiluun osallistui myös Eksote ja Kainuu. Kokeiluhankkeessa luotiin Etelä-Savon asiakaslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon (OSSI, 2016–2018). OSSI-hankkeessa perustettiin ja mallinnettiin verkostomainen omais- ja perhehoidon osaamiskeskuksen toimintamalli, joka laajeni suuremmaksi palveluohjausverkostoksi. Lisäksi kehitettiin omaishoidon yhteneväiset toimintamallit omaishoidon tunnistamisesta omaishoidon päättämiseen. Kokeiluissa juurrutettiin erityisesti muistisairaana, päihde- ja mielenterveyskuntoutujien sekä erityislapsiperheiden omaishoidon malleja. Lisäksi kehitettiin kuntoutusta ja lääkehoitoa osana omais- ja

perhehoidon tukea. Kaikenikäisten toimeksiantoperusteista ja ikäihmisen ammatillista perhehoitoa kehitettiin ja lisättiin omais- ja perhehoidon valmennuksia, koulutuksia ja vertaistukea. OSSI-hankkeessa luotiin myös maakunnalliset omaishoidon sääntökirjat ja perhehoidon sääntökirjat (Koinsaari ja Rautio 2018.)

Tämän raportin tavoitteena on luoda katsaus omais- ja perhehoidon kehitykseen vuosina 2015–2018 ja arvioida lakimuutosten toimeenpanoa kunnissa.

LÄHTEET

- Antikainen E ja Vaarama M (1995). Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen. Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna. Raportteja 172. Stakes, Helsinki.
- Kalliomaa-Puha L (2018). Ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittaminen. Selvityshenkilön raportti. STM raportteja ja muistioita 2018:60.
- Koinsaari J ja Rautio E (2018). Osallisuus, monitoimijuus ja arjen tuki. Käsikirja onnistuneeseen omais- ja perhehoidon tukeen sekä sektorirajat ylittävän palveluohjausverkoston perustamiseen. STM raportteja ja muistioita 2018:55.
- Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa kärkihankkeen kotisivut <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>, luettu 31.12.2018.
- Linnosmaa I, Jokinen S, Vilkkonen A, Noro A, Siljander E (2014). Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 9/2014.
- Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma. STM raportteja ja muistioita 2014:24. Helsinki. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1877786
- Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa – hankesuunnitelma (2016 a). STM raportteja ja muistioita 2016:41.
- Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016–2016. Hakujulistus (2016 b). STM raportteja ja muistioita 2016:32.
- Vaarama M, Rintala T, Eteläpää-Vainio S ja Sinervo T (1999). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Selvityksiä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Vaarama M, Voutilainen P, Manninen M (2003). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Vilkkonen A, Muuri A, Saarikalle K, Noro A, Finne-Soveri H (2014). Läheisapu. Teoksessa 'Suomalaisten hyvinvointi 2014' toim. Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L ym. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 222–237.
- Voutilainen P, Kattainen E, Heinola R. (2007). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. Yliopistopaino, Helsinki.

2 Omais- ja perhehoitoa koskevat käsitteet ja lainsäädäntö

2.1 Keskeiset omais- ja perhehoidon käsitteet

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoitamista omaisen tai muun läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä hoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista (Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Omaishoidon tuki on harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, jota kunta järjestää sitä varten varaamiensa määrärahojen rajoissa. Omaishoidon tuki perustuu lakiin omaishoidon tuesta (Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Omaishoitosopimuksella tarkoitetaan hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan välistä toimeksiantosopimusta omaishoidon järjestämisestä (Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Omaishoitajalla tarkoitetaan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt kunnan/kuntayhtymän kanssa omaishoitosopimuksen (Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Läheisapu on perheen, muiden omaisten, naapurien, ystävien ja tuttavien sekä rajatussa määrin myös joidenkin järjestöjen toimintaa. Se on luonteeltaan ns. epävirallista auttamista ja huolenpitoa.

Sijaishoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka tulee omaishoitoperheen kotiin omaishoitajan sijaiseksi esimerkiksi tämän lakisääteisten vapaapäivien ajaksi.

Perhehoidolla tarkoitetaan hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Kunta tai kuntayhtymä

tekee toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa tai sopimuksen perhehoidon järjestämisestä yksityisen perhehoidon tuottajan kanssa. Ammatillinen perhehoito on perhehoitoa, jota annetaan yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain perusteella ammatillisessa perhehoidossa. (Perhehoitolaki 263/2015.)

Kunnat järjestävät perhehoitoa toimeksiantosuhteisena tai ostavat perhehoidon ammatilliselta perhehoidolta. Lasten ja nuorten lisäksi perhehoidossa voi olla aikuisia kehitysvammaisia, mielenterveyskuntoutujia tai ikäihmisiä. Perhehoitoa voidaan järjestää lyhytaikaisena esimerkiksi omaishoitajan vapaan ajan tai jatkuvana, jolloin henkilö asuu perhehoitajan kodissa. Perhehoidossa voidaan samanaikaisesti hoitaa enintään neljää henkilöä, hoitajan kanssa samassa taloudessa asuvat alle kouluikäiset lapset ja muut erityistä hoitoa tai huolenpitoa vaativat henkilöt mukaan luettuina, tai enintään kuutta henkilöä, jos perhehoidossa annettavasta hoidosta, kasvatuksesta tai muusta huolenpidosta vastaa vähintään kaksi ennakkovalmennuksen käynnyttä perhehoidossa asuvaa henkilöä, joista ainakin toisella on lisäksi tehtävään soveltuva koulutus ja riittävä kokemus hoito- tai kasvatustehtävistä. (Perhehoitolaki 263/2015.)

Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa kunta/kuntayhtymä ja perhehoitaja tekevät toimeksiantosopimuksen. Toimeksiantosuhte ei ole työsuhde. Toimeksiantosuhteisia perhehoitajia toimii myös toiminimellä. Toimeksiantosopimussuhteiset perhehoitajat ja perhehoidin hyväksyy kunta tai kuntayhtymä. (Perhehoitoliitto 2018.)

Ammatillinen perhehoito on luvanvaraista toimintaa, jota toteutetaan yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain perusteella ammatillisessa perhehoidossa. Ammatillisilta perhehoitajilta edellytetään vahvempaa osaamista kuin toimeksiantosuhteisilta perhehoitajilta, mikä mahdollistaa myös erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien henkilöiden sijoittamisen perhehoitoon. (Perhehoitolaki 263/2015, Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011)

2.2 Omaishoitoon liittyvät lakimuutokset

Muutokset omaishoidon tuesta annettuun lakiin (937/2005, omaishoitolaki), sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (734/1992, asiakasmaksulaki) tulivat voimaan 1.7.2016 alkaen. Muutokset liittyivät pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelman ja vuonna 2014 julkaistun kansallisen omaishoidon kehittämissuunnitelman toimeenpanoon. Omaishoitolaissa oikeutta lakisääteiseen vapaaseen laajennettiin koskemaan kaikkia omaishoitosopimuksen tehneitä omaishoitajia (4 §). Oikeus vapaaseen porrastettiin hoidon sitovuuden mukaan. Jokaisella omaishoitosopimuksen tehneellä hoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Kuten ennen lainmuutosta, omaishoitajalla on edelleen oikeus pitää

vapaata vähintään kolme vuorokautta kalenterikuukautta kohti, jos hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin.

Omaishoitajan mahdollisuutta käyttää vapaataan alle vuorokauden mittaisissa jaksoissa täsmennettiin (4 §). Kunta ja omaishoitaja voivat sopia, että omaishoitaja pitää vapaavuorokautensa useampana alle vuorokauden pituisena jaksona siten, että jaksojen pituus on yhteensä enintään vuorokausi. Jaksottamisesta voidaan sopia tapauskohtaisesti tai siitä voidaan sopia toistaiseksi voimassaolevasti omaishoitosopimuksessa. Lisäksi omaishoitolakiin lisättiin säännös (3 a §) omaishoitajien valmennuksesta, koulutuksesta sekä hyvinvointi- ja terveystarkastuksista, joita kunnan on järjestettävä tarvittaessa. Omaishoitolain siirtymäsäännöksen mukaan omaishoitajan valmennusta koskevaa säännöstä alettiin soveltaa 1.1.2018 alkaen.

Sosiaalihuoltolaissa (27 b §) täsmennettiin kunnan mahdollisuutta järjestää vapaata ilman omaishoitosopimusta omaistaan tai läheistään hoitavalle henkilölle. Kunta voi tarvittaessa järjestää tuen tarpeessa olevan henkilön päivittäin sitovaa hoitoa ja huolenpitoa antavalle omaiselle tai läheiselle vapaapäiviä sekä alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita. Kunnalle säädettiin velvollisuus järjestää hoidettavan hoito tarkoituksenmukaisella tavalla hoitajan vapaan aikana.

Asiakasmaksulakiin lisättiin säännös (6 c §), jonka mukaan sosiaalihuoltolain mukaisen vapaan ajaksi järjestetyn sijaishoidon asiakasmaksu määräytyy samoin perustein kuin omaishoitosopimuksen tehneiden omaishoitajien vapaan aikaisessa sijaishoidossa. Enimmäismaksu on tällä hetkellä 11,50 euroa vapaata vuorokautta kohti. Poikkeuksena ovat palvelut, jotka on säädetty kokonaan tai osittain maksuttomiksi.

2.3 Perhehoitoon liittyvät lakimuutokset

Perhehoitolain muutokset tulivat voimaan 1.7.2016. Muutokset koskevat toimeksiantosuhteista perhehoitoa. Perhekodissa hoidettavien enimmäismäärää nostettiin siten, että hoidettavia voi olla enintään kuusi, jos laissa säädetyt edellytykset täyttyvät (7 §). Poikkeuksena ovat ennen perhehoitolain voimaantuloa 1.4.2015 tehdyt toimeksiantosopimukset, joissa hoidettavien enimmäismäärä voi kuuden sijaan olla seitsemän. Perhehoitajan lakisääteisten vapaapäivien määrää lisättiin vähintään kahteen vuorokauteen kuukaudessa sellaista kalenterikuukautta kohden, jona hän on toiminut toimeksiantosopimuksen perusteella vähintään 14 vuorokautta perhehoitajana (13 §).

Lisäksi säädettiin, että kunnan on tarvittaessa järjestettävä toimeksiantosopimuksessa sovittavalla tavalla perhehoitajalle hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä hänen

hyvinvointiaan tukevia sosiaali- ja terveystalvveluja. Päätoimisille perhehoitajille säädettiin oikeus hyvinvointi- ja terveystarkastuksiin vähintään joka toinen vuosi, muille kunnan on järjestettävä tarkastuksia tarvittaessa. (15 a §). Perhehoidon vähimmäispalkkiota nostettiin 88,75 eurolla 775 euroon (16 §).

2.4 Viestintä omais- ja perhehoitoa koskevan lainsäädännön muutoksista

Lainsäädännön muutoksista tiedotettiin kuntia usealla tavalla mm. kuntainfoilla sekä I&O-kärkihankkeen maakunnallisten käynnistystilaisuuksien yhteydessä järjestettiin infot omais- ja perhehoidon uudistuksesta Helsingissä 14.10, Kuopiossa 19.10, Turussa 7.11 ja Tampereella 14.11. Helsingin tilaisuus videoitiin.

Tietoa uudistuksesta on levitetty myös mm. THL:n omaishoitoa koskevassa I&O-kärkihankkeen työpajassa Helsingissä 6.6.2017 sekä Kelan ja eläkeläisjärjestöjen omaishoitoa koskevissa tilaisuuksissa 2016–2017.

2.5 Omais- ja perhehoitoa koskevan lainsäädännön muutosten tavoitellut vaikutukset

Omais- ja perhehoidon lainsäädäntöä uudistettiin 1.7.2016 alkaen. Omais- ja perhehoidon kehittämisestä arvioitiin syntyvän lisäkustannuksia 49,3 milj. euroa vuonna 2016, 90,0 milj. euroa vuonna 2017 ja 95 milj. euroa vuodesta 2018 alkaen. Lisäkustannukset on korvattu kunnille 100 prosentin valtionosuutena.

Kuntien valtionosuuksia on lisätty asteittain omaishoitoa tukevia palveluja ja perhehoitoa koskevien lakimuutosten voimaantulosta. Valtionosuuden lisäys on vuositasolla yhteensä 95 miljoonaa euroa vuodesta 2018 alkaen. Hallituksen esitysten (85/2016vp ja 86/2016 vp) mukaan omaishoidon laskennallinen osuus tästä on noin 78 prosenttia ja perhehoidon osuus noin 22 prosenttia. Omaishoitoa tukevien palvelujen uudistamiseen tarkoitettua valtionosuuden lisäyksestä muiden kuin sopimuksen tehneiden omaishoitajien sijaisjärjestelyjen osuus on 31 prosenttia, omaishoitosopimuksen tehneiden omaishoitajien vapaan laajennuksen osuus 25 prosenttia ja omaishoitajien vapaa-oikeuden käytön lisääntymisen osuus 23 prosenttia. Omaishoitajien koulutuksen ja valmennuksen osuus on yhteensä 18 prosenttia ja hyvinvointi- ja terveystarkastusten osuus 3 prosenttia.

Perhehoidon kehittämiseen osoitetusta valtionosuuden lisäyksestä eri toimenpiteiden osuudet jakautuvat seuraavasti: Perhehoitajien vapaa-ajan laajennus 35 prosenttia, vapaiden käytön lisääntyminen 17 prosenttia, vähimmäispalkkioiden korottaminen 16 prosenttia, hyvinvointi- ja terveystarkastukset 2 prosenttia ja muu perhehoitajien tuen lisäys 29 prosenttia. Edellä mainitut osuudet eivät ole korvamerkittjä, vaan ne perustuvat hallituksen esitysten arvioihin lisäkustannusten jakautumisesta vuonna 2018.

Omais- ja perhehoidon lisäämisellä odotettiin olevan suuret säästövaikutukset intensiiviseen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannuksiin. Omaishoitoa koskevan hallituksen esityksen (HE 85/2016 vp) mukaan uudistusten vaikutuksesta lisääntyvän omaishoidon arvioitiin tuovan kunnille vuonna 2016 hieman yli 42 miljoonan ja vuonna 2017 noin 113 miljoonan euron säästöt. Vuoteen 2020 mennessä uudistuksesta syntyvän säästön arvioitiin kasvavan noin 190 miljoonaan euroon vuodessa. Perhehoitoa koskevan hallituksen esityksen (86/2016 vp) mukaan uudistusten vaikutuksesta lisääntyvän perhehoidon arvioitiin tuovan kunnille vuonna 2016 hieman yli 2 miljoonan ja vuonna 2017 noin 7 miljoonan euron säästöt. Vuoteen 2020 mennessä uudistuksesta aiheutuvan säästön arvioitiin kasvavan noin 30 miljoonaan euroon vuodessa. Omais- ja perhehoidon säästöpotentiaalin oli tarkoitus pienentää kuntien valtionosuuksia peruspalvelujen valtionosuusprosentin (v. 2018 25,34 %) verran.

LÄHTEET

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta (251/2003)

Laki (734/1992) ja asetus (912/1992) sosiaali- ja terveyshuollon asiakasmaksuista

Laki omaishoidon tuesta (937/2005)

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011)

Perhehoitolaki (263/2015)

Perhehoitoliitto 2018. Hyvää perhehoitoa ikäihmisille -toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

www.alueuudistus.fi

Kuntainfot 2016:

https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-omaishoitoa-koskevaan-lainsaadantoon-muutoksia-1-7-2016-alkaen

https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-perhehoitolakiin-muutoksia-1-7-2016-lukien

3 Kaikenikäisten omaishoito – Omais- ja perhehoidon kysely 2018

*Suvi Leppäaho, Sari Kehusmaa, Sari Jokinen, Oskari Luomala ja
Minna-Liisa Luoma, THL*

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti STM:n toimeksiannosta osana I&O-kärkihanketta Omais- ja perhehoidon kyselyn (OMPE). Kyselyllä selvitettiin omais- ja perhehoitolakeihin tehtyjen muutosten ja omais- ja perhehoidon kehittämiseen suunnatun lisämäärärahan vaikutuksia kunnissa vuonna 2017.

3.1 Tiedonkeruu

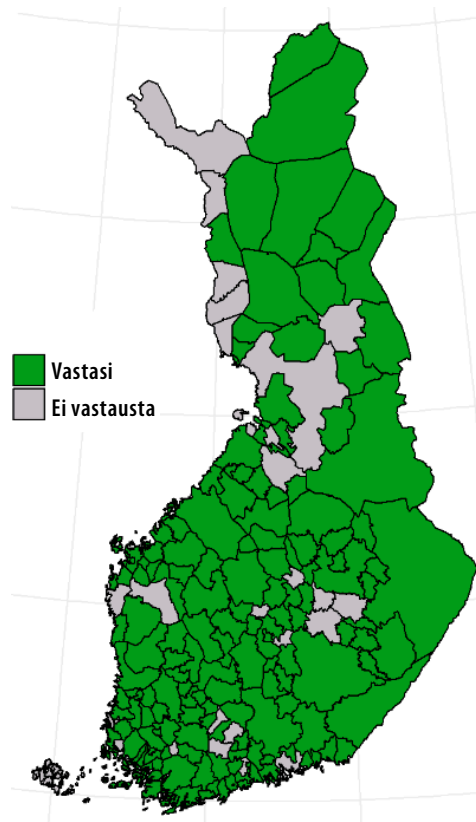
Kyselylomakkeen suunnitteluun osallistui asiantuntijoita eri organisaatioista; Kelasta, Kuntaliitosta, Omaishoitajaliitosta, Perhehoitoliitosta, STM:stä, Tilastokeskuksesta ja VM:stä.

Kysely lähetettiin kuntien omais- ja perhehoidosta vastaaville asiantuntijoille. THL selvitti vastaajien yhteystiedot maakuntien I&O-kärkihankkeen muutosagenttien (n=19) avulla toukokuussa 2018. Tiedot tarkistettiin THL:ssä ja kuntien yhteyshenkilöihin oltiin vielä erikseen yhteydessä yhteystietojen oikeellisuuden varmistamiseksi. Kustakin kunnasta, kuntayhtymästä tai yhteistoiminta-alueelta tunnistettiin yksi yhteyshenkilö, jonka tehtävänä oli koordinoida kyselyyn vastaaminen kunnassaan. Koska kyselyn sisältö oli hyvin laaja, osassa kunnista useampi asiantuntija osallistui kyselyn täyttämiseen.

Kysely toteutettiin sähköisenä tiedonkeruuna aikavälillä 7.9.–7.10.2018. Tiedonkeruun aikana vastaajiin pidettiin aktiivisesti yhteyttä, jotta mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn. Kyselyllä tavoitettiin 86 prosenttia (n=163) Manner-Suomen kunnista, kuntayhtymistä ja

yhteistoiminta-alueista (kuvio 1). Aineisto kattaa 84 prosenttia (n=38 473) omaishoitajista ja 82 prosenttia (n=39 211) omaishoidettavista Manner-Suomessa.

Selvitys tuotti seurantatietoa, ja tuloksia verrataan soveltuvin osin THL:n vuonna 2012 tekemään selvitykseen Omaishoidon tuista ja palveluista kunnissa (Linnosmaa I, Jokinen S, Vilkkö A ym. 2014).



Kuvio 1. Omais- ja perhehoidon -kyselyyn vastanneet kunnat, kuntayhtymät ja yhteistoiminta-alueet.

3.2 Kaikenikäisten omaishoidon tuen ja palvelujen tilanne

Omaishoitajia ja -hoidettavia on kaikissa ikäryhmissä

Omaishoitajien kokonaismäärä oli 46 132 ja omaishoidettavien 47 886 vuonna 2017. Omaishoidettavien ja omaishoitajien määrän kehitystä voidaan seurata kattavasti virallisesta tilastosta, jossa omaishoidettavien määrä on tilastoitu omaishoitajia tarkemmin.

Omaishoitajien määrä on saatavilla tilastoista ikäryhmittäin vain 65 vuotta täyttäneistä ja tätä nuoremmista. OMPE-kyselyssä tietoja selvitettiin tarkemmalla ikäjaottelulla. Omaishoitajissa ja -hoidettavissa painottuivat iäkkäät henkilöt; omaishoitajista 58 prosenttia ja omaishoidettavista 67 prosenttia oli 65 vuotta täyttäneitä. Omaishoitajina toimi myös alaikäisiä henkilöitä (2 %). OMPE-kyselyn ja virallisen tilaston omaishoitajien ja omaishoidettavien ikäryhmittäiset osuudet vastaavat toisiaan. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Omaishoitajat ja omaishoidettavat ikäryhmittäin vuonna 2017.

Omaishoitajien ikäjakauma v. 2017	OMPE-kysely, THL	Sotkanet, THL
Alle 18-vuotiaat	2,1 %	-
18–64-vuotiaat	39,0 %	-
65–74-vuotiaat	24,0 %	58,0 %
75–84-vuotiaat	24,0 %	
Yli 84-vuotiaat	10,9 %	
Omaishoidettavien ikäjakauma v. 2017	OMPE-kysely, THL	Sotkanet, THL
Alle 18-vuotiaat	15,8 %	16,4 %
18–64-vuotiaat	15,9 %	16,4 %
65–74-vuotiaat	17,2 %	16,7 %
75–84-vuotiaat	30,5 %	29,4 %
Yli 84-vuotiaat	20,6 %	21,1 %

Muistisairaudet ovat yleisin omaishoidon syy

Omaishoitoperheet olivat taustatiedoiltaan samanlaisia vuosina 2012 ja 2017. Omaishoitajat olivat edelleen useimmin naisia, ja omaishoidettavissa oli lähes yhtä paljon naisia ja miehiä. Omaishoitajina toimi yleisimmin hoidettavan puoliso ja toiseksi yleisemmin hoidettavan äiti tai isä. (Taulukko 2.)

Omaishoidettavien pääasiallisen hoidon ja huolenpidon tarpeen syissä on tapahtunut muutoksia viiden vuoden aikana. Muistisairauksien osuus on kasvanut kahdeksalla prosentilla ja siitä on tullut yleisin omaishoidon syy. Muistisairaudet korvasivat ennen kaikkea fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen osuutta hoidon ja huolenpidon syissä. Psykiatrisia sairauksia tai päihdesairauksia tunnistettiin harvoin omaishoidon ensisijaiseksi syyksi. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Omaishoitoperheiden taustatiedot vuosina 2012 ja 2017.

Sukupuolijakauma	2012	2017
Omaishoitajat, naisia	69 %	70 %
Omaishoidettavat, naisia	44 %	45 %
Omaishoitajien perhe- tai hoitosuhde omaishoidettavaan		
Puoliso	58 %	60 %
Vanhempi	23 %	21 %
Lapsi	14 %	14 %
Muu omainen tai läheinen	5 %	5 %
Omaishoidettavien pääsialliset hoidon ja huolenpidon tarpeet syyt		
Muistisairaus tai muut muistiongelmat	26 %	34 %
Pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma	25 %	24 %
Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen	29 %	21 %
Kehitysvammaisuus	15 %	14 %
Muut syyt (esim. psykiatriset sairaudet, päihdesairaudet, hoidollisesti raskas siirtymävaihe)	5 %	7 %

Hyvinvointi- ja terveystarkastuksia järjestetään jo useimmissa kunnissa

Kuntien tehtävänä on järjestää omaishoitajille valmennusta, koulutusta ja hyvinvointi- ja terveystarkastuksia tarpeen mukaan (Omaishoitolaki 3 a §). Näillä toimilla pyritään tukemaan hoitajan jaksamista. Hyvinvointi- ja terveystarkastusten sekä koulutusten järjestäminen tulivat lakisääteiksi 1.7.2016 ja valmennusten järjestämistä koskevaa säännöstä on sovellettu vuoden 2018 alusta alkaen. Vuonna 2017 hyvinvointi- ja terveystarkastuksia järjestettiin jo laajasti (84 %). Sen sijaan koulutuksia järjestettiin vain hieman yli kolmanneksessa kunnista (39 %). Uusille omaishoitajille suunnattuja valmennuksia järjestettiin 42 prosentissa kunnista vuonna 2017. Suunnitelman omaishoitajien valmennuksen järjestämiseksi vuodelle 2018 oli tehnyt 68 prosenttia kunnista.

Maksuton hyvinvointi- ja terveystarkastus tarjottiin vähintään kahden vuoden välein 68 prosentissa kunnista kaikille omaishoitajille ja 25 prosentissa vain osalle omaishoitajista. Edelleen on kuntia, joissa ei järjestetä tarkastuksia. Hyvinvointi- ja terveystarkastuksia voidaan toteuttaa samassa kunnassa useilla eri tavoin. Kunnat järjestivät tarkastuksia useimmin hoitajan tai lääkärin vastaanotolla (82 %) ja toisinaan myös omaishoitajan kotona (22 %). Sähköisiä tarkastuksia esimerkiksi videoyhteyden välityksellä järjestettiin vielä harvoin (4 %). Kuntien vastausten mukaan hyvinvointi- ja terveystarkastusten sisällöissä huomioitiin laajasti muun muassa omaishoitajan voimavaroihin ja jaksamiseen, toimintakyvyn arviointiin, sekä tuen ja palvelujen riittävyyteen liittyviä osatekijöitä. Omaishoitajien

vapaapäivien käyttö huomioitiin huonoiten, ja se huomioitiin tarkastusten sisällössä 66 prosentissa kunnista. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten sisällöt kunnissa vuonna 2017.

Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten sisällössä seuraavat osa-alueet huomioivat kunnat	
Omaishoitajan voimavarat ja jaksaminen	86 %
Terveystarkastuksen edistäminen sekä sairauksien ehkäisy, tunnistaminen ja hoito	85 %
Toimintakyvyn arviointi, edistäminen ja ylläpito	85 %
Tuen ja palvelujen riittävyys ja soveltuvuus omaishoitajan ja hänen perheensä tarpeisiin	83 %
Omaishoitajan mieliala	82 %
Hoidettavan vaikeat muisti- tai käytösongelmat	82 %
Kuntoutusmahdollisuudet	80 %
Kodin ja muun asuin- ja elinympäristön olosuhteet, kodin muutostöiden tarve sekä apuvälineiden ja niiden käyttöön liittyvän opastuksen tarve	79 %
Hoidon sitovuus	79 %
Koettu terveydentila	75 %
Suhde hoidettavaan	70 %
Omaishoitajan vapaapäivien käyttö	66 %

Vain puolet omaishoitajista pitää lakisääteisiä vapaitaan

Omaishoitajilla on oikeus vähintään kahteen vapaavuorokautteen kuukaudessa ja kolmeen mikäli hoito on lähes ympärivuorokautisesti sitovaa (4 §). Omaishoidon vapaita myönnettiin 80 %:lle omaishoitajista sitovimman omaishoidon mukaan kolme vapaavuorokautta kuukaudessa. Vaikka omaishoito on hyvin sitovaa, silti vain puolet (50 % vuonna 2012 ja 54 % vuonna 2017) omaishoitajista pitivät heille myönnettyjä lakisääteisiä vapaitaan. Vapaavuorokausia voidaan pitää myös lyhyempinä jaksoina. 73 %:ssa kunnista omaishoidon vapaita jaksotettiin omaishoitajien toiveesta, mutta harvemmin myös kuntien omasta toiveesta (8 %).

Kunnan tehtävänä on huolehtia hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä omaishoitajan vapaana aikana (4 §). Ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikkö säilytti paikkansa selvästi yleisimpänä omaishoidon vapaan aikaisena hoitojärjestelyinä. Vuonna 2017 toimeksiantosopimuksellinen sijaishoito oli kaksi kertaa yleisempi ja tavalinen palveluasuminen huomattavasti harvinaisempi hoitojärjestely verrattuna vuoteen 2012. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Omaishoidettavan hoidon järjestäminen omaishoitajan vapaan aikana kunnissa vuonna 2017.

Omaishoidettavan hoidon järjestäminen omaishoitajan vapaan aikana	2012	2017
Lyhytaikaishoitona ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikössä	40 %	38 %
Sijaishoitona toimeksiantosopimuksella omaishoidettavan kotona	10 %	21 %
Lyhytaikaishoitona tavallisen palveluasumisen toimintayksikössä	16 %	7 %
Perhehoitona	4 %	5 %
Kunnan järjestämän kotihoidon palveluilla	2 %	5 %
Sukulaisten, naapureiden tai vapaaehtoisten avulla	11 %	2 %
Jokin muu järjestely (esim. palveluseteli)	17 %	22 %

Vapaita järjestetään vähän ilman omaishoitosopimusta läheisiään hoitaville

Sosiaalihuoltolain 27 b §:n mukaan ilman omaishoidon sopimusta läheistensä sitovasta hoidosta vastaaville henkilöille voidaan myöntää vapaita. Kunnat eivät myönnä vapaita vielä laajasti, sillä vapaita myönnettiin yhteensä vähän yli 500 läheisauttajalle vuonna 2017. Yli kolmasosa kunnista oli kuitenkin myöntänyt näitä vapaita.

Omaishoito korvaa myös ympärivuorokautista hoitoa

Kuntia pyydettiin arvioimaan, mihin palveluihin iäkkäät omaishoidettavat olisivat sijoittuneet, jos omaishoidon tukea ei olisi myönnetty. Arvioiden mukaan ilman omaishoidon tukea palvelutarpeeseen olisi vastattu ennen kaikkea kotihoidon, intensiivisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen palveluilla (91 %). Vanhuspalvelulain 14 § ajatus kotiin annettavien palvelujen ensisijaisuudesta näkyy myös oheisissa jakaumissa. Silti kolmasosa hoidettavista olisi tarvinnut ympärivuorokautisen hoidon palveluja, mikäli omaishoito ei olisi toteutunut. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Iäkkäiden omaishoidettavien osuus muissa palveluissa, jos omaishoidon tukea ei olisi myönnetty.

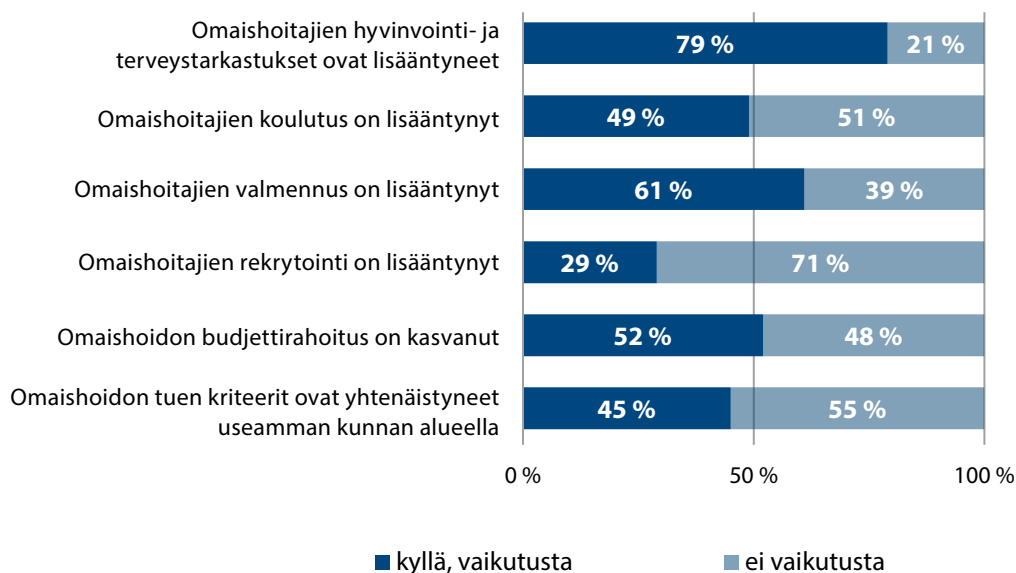
Iäkkäiden omaishoidettavien osuus muissa palveluissa, jos omaishoidon tukea ei olisi myönnetty	
Kotihoito	34 %
Intensiivinen kotihoito (yli 60 käyntiä/kuukausi)	29 %
Tehostettu palveluasuminen	28 %
Perhehoito	5 %
Vanhainkoti- ja laitoshoido	4 %

Omaishoidon menojen tilastointia on kehitettävä

Kyselyssä selvitettiin omaishoidon tuen palkkioiden ja palvelujen toteutuneita bruttokustannuksia vuosina 2015–2018. Kunnat raportoivat kustannustietoja kuitenkin hyvin puutteellisesti. Omaishoidon palkkioiden menot olivat kunnissa tilastoituna parhaiten, mutta tietoja ei monissakaan kunnissa ollut enää saatavilla takautuvasti vuosilta 2015 ja 2016. Palkkioita huonommin kunnissa oli tiedossa vapaiden sijaiskustannusten, hyvinvointi- ja terveystarkastusten, valmennusten, koulutusten ja muiden omaishoidon tukena annettujen palvelujen kustannukset. Näihin useimmat kunnat eivät kyenneet ilmoittamaan kustannustietoja. Omaishoidon kustannuksia ei pystytä raportoimaan luotettavasti puutteellisten ja puuttuvien vastausten suuren määrän vuoksi.

Kuntien arvioit omaishoidon lakimuutosten ja lisämäärärahan vaikutuksista

Kuntia pyydettiin arvioimaan 1.7.2016 voimaan tulleiden omaishoidon lakimuutosten vaikutuksia alueellaan. Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten arvioitiin lisääntyneen lähes 80 prosentissa kunnista, valmennusten 61 prosentissa ja koulutusten puolella kunnista. Vaikka lakimuutokseen sisältyi valtion lisämääräraha kunnille, vain puolet kunnista arvioi, että omaishoidon tuen budjettirahoitus oli lisääntynyt. Omaishoidon tuen myöntämiskriteerejä oli yhtenäistänyt muiden kuntien kanssa niin ikään noin puolet kuntavastaajista. Omaishoitajien rekrytoinnin arvioitiin lisääntyneen vain alle kolmanneksessa kunnista. (Kuvio 1.)



Kuvio 2. Kuntien arviot 1.7.2016 voimaan tulleiden omaishoidon lakimuutosten vaikutuksista seuraaviin osa-alueisiin.

Valtio varasi omaishoidon kehittämiseen lisämäärärahaa, jota on jaettu kunnille valtionosuuksina vuodesta 2016 alkaen. Lisämääräraha on 75 miljoonaa euroa vuosittain. Kuntia pyydettiin arvioimaan omaishoidon kehittämisen suunnatun lisämäärärahan vaikutuksia käytettävissä olevien rahojen määrään omaishoidon tuissa ja palveluissa omassa kunnassaan. Kysymykseen vastanneesta 106 kunnasta 53:sta vastattiin, että lisämääräraha ei ohjautunut tai vaikuttanut omaishoittoon. Lisämääräraha ei ole omaishoittoon korvamerkittyä rahaa, eikä rahojen käyttöä pystytä seuraamaan valtakunnallisella tasolla. Osa kunnista raportoi positiivisia vaikutuksia omaishoidon tuissa ja palveluissa. 23 kuntaa vastasi, että lisämäärärahaa on hyödynnetty omaishoidon palvelujen kehittämisessä, 14 kuntaa arvioi, että lisämäärärahan avulla omaishoidon tuki on voitu myöntää kriteerit täyttävälle hakijoille ja 12:sta painotettiin, että rahaa on ollut käytettävissä riittävästi tai enemmän. 13 kunnan asiantuntija ei osannut kertoa lisämäärärahan vaikutuksista kunnassaan.

3.3 Pohdinta

Omais- ja perhehoidon kysely nostaa esiin kolme keskeistä kehittämiskohdetta omaishoidossa. Tärkeimpänä havaintona on, että edelleen vain puolet omaishoitajista pitää heille myönnettyjä vapaapäiviä. Omaishoitajan jaksamisen kannalta olisi tärkeää mahdollisuus hoitotyön tauottamiseen vapailla. Toisena nousee esiin muistisairaiden määrän lisääntyminen omaishoidossa. Muistisairauksiin liittyvien erityispiirteiden huomioiminen omaishoidon tukipalveluissa muodostuu entistä tärkeämmäksi kysymykseksi. Kolmantena huomiona on vaikeus ohjata omaishoidon tukea lakiuudistuksen ja kohdentaa omaishoidon kehittämiseen erityisrahoitusta. Puolet vastanneista kunnista arvioi, että lisämääräraha ei ole vaikuttanut tai ohjautunut omaishoittoon.

Omaishoidon tukeen ei ole subjektiivista oikeutta, vaan kunta voi myöntää Omaishoitolaian 3 §:n edellytyksin tukea siinä määrin ja siinä laajuudessa kuin kunta päättää. Omaishoidon tuen myöntämiselle ei ole kansallisesti yhtenäisiä kriteerejä. Yhdenvertaisuuden toteutuminen havaittiin omaishoidon tuen kipupisteeksi jo THL:n vuoden 2012 selvityksessä (Linnosmaa ym. 2014). Eriarvoisuutta osaltaan luo se, että kunnat myöntävät tukea omien kriteeriensä mukaan. Omaishoidon tuen myöntämisessä ja palveluissa on täten alueellista vaihtelua.

Vapaiden pitämistä voidaan tukea hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa nykyistä enemmän

Kuntien vastausten perusteella sopimusomaishoitotilanteet ovat raskaita ja siksi hoitajien jaksamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Suurimmalle osalle hoitajista (80 %) oli myönnetty vapaavuorokausia sitovan omaishoitotilanteen mukaan. Kuntien arvioiden

mukaan kolmannes hoidettavista olisi sijoittunut ympärivuorokautiseen hoitoon, ja hie-
man alle kolmasosa intensiiviseen kotihoitoon, mikäli omaishoidon tukea ei olisi myön-
netty.

Vain puolet omaishoitajista pitää lakisääteisiä vapaitaan. Kuntien tehtävä on tukea
omaishoitajien jaksamista järjestämällä heille hoidon sitovuudesta riippuen kahdesta kol-
meen vapaavuorokautta kuukaudessa, sekä huolehtimalla hoidettavan hoidon järjestämi-
sestä vapaan ajaksi. Omaishoitajia tulisi tukea ja kannustaa vapaiden pitämiseen, ja asian
esiin ottaminen olisi luontevaa hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa. Vain kaksi kolmasosa
kunnista ilmoitti, että tarkastuksissa huomioidaan vapaiden pitäminen. Läheisen ihmi-
sen hoitovastuusta luopuminen edes lyhyeksi ajaksi voi olla hoitajalle henkisesti raskasta
ja siihen tarvitaan ammattilaisen tukea. Omaishoito ei ole perinteinen hoitaja-hoidettava
suhde, vaan se perustuu useimmin syvään välittämiseen. Omaishoidon vapaajärjestelyistä
tulisi sopia aidosti omaishoitoperheiden tarpeita ja toiveita kuunnellen. Omaishoitajien ja
-hoidettavien olon tulee olla turvallinen ja luottamuksellinen, jotta he voivat luottaa va-
paajärjestelyjen toimivuuteen.

Hyvinvointi- ja terveystarkastuksessa tunnistetaan yksilöllisiä tarpeita ja riskitekijöitä

Tulosten mukaan kaikkien omaishoitajien kutsuminen maksuttomiin tarkastuksiin kahden
vuoden välein toteutui noin kahdessa kunnassa kolmesta. Tarkastuksissa voidaan käsitellä
kaikille omaishoitajille yhteisiä teemoja, mutta omaishoitotilanteet ovat kuitenkin erilaisia,
minkä vuoksi yksilöllisten hyvinvointi- ja terveystarkastusten tunnistaminen on tärkeää. Tarkas-
tuksia toteutettiin useimmin hoitajan tai lääkärin vastaanotolla ja tarkastusten sisällöissä
käsiteltiin laajasti omaishoitajien hyvinvointia ja hoitotehtävässä jaksamista. STM:n (2015)
suosituksen mukaan maksuttomat hyvinvointi- ja terveystarkastukset on tarkoitettu kai-
kille sopimuksen tehneille omaishoitajille, ja mahdollisuus tarkastukseen tulisi tarjota noin
kahden vuoden välein. Omaishoitajia voidaan kutsua tarkastuksiin myös kohdennetusti
esimerkiksi hyvinvointia edistävien kotikäyntien tai omaishoitajan tai vastuutyöntekijän ha-
vaintojen perusteella (STM 2015).

Lakiuudistus lisäsi omaishoitajien valmennusta

Omaishoitajien valmennusten järjestäminen tuli lakisääteiseksi vuoden 2018 alussa. Tu-
lostien perusteella näyttää siltä, että kunnat olivat valmistautuneet valmennusten aloitta-
miseen ja niiden järjestäminen aloitettiin omaishoitolain siirtymäsäännöksen mukaisesti
useimmissa kunnissa. Valmennuksen tavoitteena on valmistaa omaishoitajia hoitotehtä-
vässä toimimiseen. Valmennuksessa käsitellään esimerkiksi keskeisien hoidon ja hoivan,
sekä kunnan ja omaishoitajan yhteistyöhön liittyviä kysymyksiä. Tavoitteena on, että lähes
kaikki uudet omaishoitajat osallistuvat valmennukseen. (STM 2016.)

Omaishoitajien koulutuksia voitaisiin järjestää huomattavasti enemmän, sillä vain yli kolmannes kunnista järjesti niitä vuonna 2017. Koulutuksen tarkoituksena on omaishoitajina toimivien hoitotehtävän tukeminen yksilölliset tarpeet huomioiden. Koulutuksia voidaan räätälöidä esimerkiksi muistisairaita hoitavien omaishoitajien tarpeisiin sopiviksi. (STM 2016.) Se, miksi koulutuksia järjestetään vähän, ei ilmene tuloksista. On kuitenkin mahdollista, että kaikki kuntien yhteistyönä järjestämät palvelut eivät ilmene näissä tuloksissa.

Muistisairaiden omaishoidettavien määrä kasvaa

Yhä useammin omaishoidon pääasiallisena syynä on hoidettavan muistisairaus. Muistisairaahan hoito ja huolenpito on sitovaa ja se vaatii sopeutumista monilla elämänalueilla kaikilta läheisiltä. Tyypillisesti muistisairaahan omaishoitaja on puoliso. Etenevää muistisairautta sairastavan hoitajan on tärkeää saada riittävästi taukoja hoitotyöhön. Tutkimusnäyttöä on päivätoiminnan vaikuttavuudesta hoitajan jaksamisen tukemisessa (Gaugler, Jarrot, Zarit ym. 2003; Mossello, Caleri, Razzi ym. 2008), ja jo kahden viikkokäynnin päivätoiminnalla voidaan edistää merkittävästi hoitajan jaksamista (Zarit, Parris Stephens, Townsend ym. 1998). Ryhmämuotoisena palveluna päivätoiminta on kunnille edullista järjestää. Raskaimmaksi muistisairaahan omaishoitajat kokevat hoidettavan käytösoireet. Siksi olisikin tärkeää kohdistaa muistisairasta hoitavalle koulutusta käytösoireiden kohtaamisessa ja käsittelyssä. Lääkkeettömillä hoitomuodoilla on saatu hyviä tuloksia muistisairaahan käytösoireiden hallinnassa.

Sosiaalihuoltolain mukaisia vapaapäiviä myönnetään vain harvalle

Kunnat eivät ole ottaneet aktiivisesti käyttöön mahdollisuutta tukea vapain sellaista läheistä, joka hoitaa läheistään ilman omaishoitosopimusta. STM:n (2014) arvioiden mukaan noin 20 000 henkilöä tekee sitovaa ja vaativaa läheisauttamistyötä, mutta he eivät ole hakenneet tai heille ei ole myönnetty omaishoidon tukea. Erityisesti näitä läheisauttajia olisi mahdollista tukea vapaita myöntämällä. Yli kolmasosa kunnista oli aktivoitunut järjestämään sosiaalihuoltolain mukaisia vapaita läheisauttajille, mutta yhteensä vain noin 500 läheisauttajalle myönnettiin vapaita. Määrä on vähäinen oletettuun läheisauttajien määrään verrattuna. Näillä hoitajilla on kohonnut riski uupua hoitotyöhön ja he ovat pääsääntöisesti kaikenlaisen seurannan ulkopuolella.

Kustannusten seuranta on parannettava

Kunnissa omaishoidon kustannuksia tilastoidaan hyvin vaihtelevasti, ja useimmissa kunnissa kustannuksia ei voida erotella esimerkiksi hyvinvointi- ja terveystarkastusten, koulutusten ja valmennusten osalta. Tulokset kertovat siitä, että omaishoidon tukena annettuja palveluja on hajautettu eri hallintojen alle. Esimerkiksi hyvinvointi- ja terveystarkastukset voidaan järjestää osana terveydenhuoltoa, kun muut omaishoidon tuen palvelut ovat

sosiaalipalveluja. Kunnat eivät saa toteutuneita kustannuksia välttämättä selville myöskään siinä tapauksessa, jos palvelut ovat ulkoistettu. Kattavampi kustannusten ja muiden omaishoidon tukiin liittyvien tunnuslukujen tilastointi auttaisi myös kuntia kehittämään toimintaansa ja suunnittelemaan toimintaansa taloudellisesti kestäväällä tavalla.

Lisämääräraha kohdentui heikosti omaishoitoon

Omaishoitoon kohdennettiin valtion budjetissa lisämääräraha. Puolet vastanneista kunnista ilmoitti, että lisämääräraha ei ole ohjautunut tai vaikuttanut omaishoitoon. Vastauksen perusteella näyttääkin siltä, että tällä tavoin toteutettuna määrärahan kohdentumista tarkoitettuun kohteeseen ei voida varmistaa. Toisaalta kunnista puolet arvioi omaishoidon budjettirahoituksen kasvaneen vuoden 2016 omaishoidon lakimuutosten jälkeen. Tulokset eivät kerro sitä, onko kasvanut budjetti suoraan seurausta valtion lisämäärärahasta vai ovatko kunnat muutoin varautuneet lain tuomiin lisävelvoitteisiin.

Omaishoitoperheiden erilaisuus vaikeuttaa tukipalveluiden kehittämistä

Omaishoitoperheitä on hyvin monenlaisia. Omaishoitajia ja -hoidettavia on kaikissa ikäryhmissä, ja omaishoidon haasteet vaihtelevat eri elämäntilanteissa. Lapsiperheen tuen tarpeet eroavat paljon iäkkään avioparin tilanteesta. I&O-kärkihankkeen kokeilujen yhteydessä omaishoitajilta saatu palaute kertoo vaihtelevista tuen tarpeista ja ongelmista oikea-aikaisen tuen saamisessa. Ongelmanratkaisuun on kehitetty asiakasohjauksen malleja, joissa voidaan huomioida nykyistä paremmin erityisen tuen tarve. Keskeistä on tunnistaa jaksamisen ongelmat ja hakea niiden ratkaisemiseksi monipuolisia vaihtoehtoja. I&O-kärkihankkeen kokeiluhankkeessa esimerkiksi kiertävän perhehoitajan käytöstä sijaisena omaishoitajan loman aikana on saatu hyviä tuloksia.

Omaishoidon merkitys tulee kasvamaan väestön ikääntyessä. Tämän selvityksen tulosten perusteella omaishoidon kehittämistyötä on määrätietoisesti jatkettava. Uusia toimintamalleja voidaan hakea esimerkiksi I&O-kärkihankkeessa kokeilluista ratkaisuista.

KESKEISET HAVAINNOT

- Omaishoidettavan muistisairaus on yleisin omaishoidon syy
- Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksia järjestetään kunnissa jo laajasti
- 80 % omaishoitajista tekee lähes ympärivuorokautisesti sitovaa omaishoitotyötä

- Edelleen vain puolet omaishoitajista pitää lakisääteisiä vapaitaan
- Ilman omaishoitosopimusta läheisiään auttaville myönnetään vapaita vielä vähäisesti
- Omaishoidon kustannuksia ei tilastoida kunnissa kattavasti
- Puolet kunnista arvioi, että omaishoidon kehittämisen lisämääräraha ei vaikuttanut tai ohjautunut omaishoittoon

LÄHTEET

- Antikainen E. ja Vaarama M. Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen. Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna. Raportteja 1995:172. Helsinki: Stakes 1995.
- Gaugler JE, Jarrot SE, Zarit SH, Parris Stephens M-A, Townsend A, Greene R. Adult day service use and reductions in caregiving hours. Effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:55–62.
- Linnosmaa I, Jokinen S, Vilkkonen A, Noro A ja Siljander E. Omaishoidon tuki – Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Raportti 2014:9. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (Vanhuspalvelulaki 980/2012). Annettu Helsingissä 28.12.2012.
- Laki omaishoidon tuesta (Omaishoitolaiki, 937/2005). Annettu Helsingissä 2.12.2005.
- Mossello E, Caleri V, Razzi E, ym. Day care for older dementia patients. Favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:1066–1072.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Annettu Helsingissä 30.12.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Omaishoitoa koskevaan lainsäädäntöön muutoksia 1.7.2016 alkaen. Kuntainfo 2016:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Kuntainfo: Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten toteuttaminen. Tiedote 12.2.2015. Saatavilla osoitteessa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/genomforande-av-undersokningar-av-narstaendevardarnas-valmaende-och-halsa (luettu 4.12.2018).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Kansallinen omaishoidon Kehittämishojjelma Työryhmän loppuraportti. Raportteja ja muistioita 2014:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2018.
- Vaarama M, Rintala T, Eteläpää-Vainio S ja Sinervo T. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Selvityksiä 1999:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 1999.
- Vaarama M, Voutilainen P, Manninen M. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Selvityksiä 2003:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.
- Voutilainen P, Kattainen E, Heinola R. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006. Selvityksiä 2007:28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.
- Zarit SH, Parris Stephens M-A, Townsend A, Greene R. Stress reduction for family caregivers. Effects of adult day care use. *J Gerontol B Soc sci* 1998;53:S267–277.

4 Läkkäiden perhehoidon tilanne – Omais- ja perhehoidon kysely 2018

*Suvi Leppäaho, Sari Jokinen, Sari Kehusmaa, Oskari Luomala ja
Minna-Liisa Luoma, THL*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti STM:n toimeksiannosta osana I&O-kärki-hanketta Omais- ja perhehoidon kyselyn (OMPE). Kyselyllä selvitettiin omais- ja perhehoitolakeihin tehtyjen muutosten ja omais- ja perhehoidon kehittämiseen suunnatun lisämäärärahan vaikutuksia kunnissa vuonna 2017.

4.1 Tiedonkeruu

Kyselylomakkeen suunnitteluun osallistui asiantuntijoita eri organisaatioista; Kelasta, Kuntaliitosta, Omaishoitajaliitosta, Perhehoitoliitosta, STM:stä, Tilastokeskuksesta ja VM:stä.

Kysely lähetettiin kuntien omais- ja perhehoidosta vastaaville asiantuntijoille. THL selvitti vastaajien yhteystiedot maakuntien I&O-kärkihankkeen muutosagenttien (n=19) avulla toukokuussa 2018. Tiedot tarkistettiin THL:ssä ja kuntien yhteyshenkilöihin oltiin vielä erikseen yhteydessä yhteystietojen oikeellisuuden varmistamiseksi. Kustakin kunnasta, kuntayhtymästä tai yhteistoiminta-alueelta tunnistettiin yksi yhteyshenkilö, jonka tehtävänä oli koordinoida kyselyyn vastaaminen kunnassaan. Koska kyselyn sisältö oli hyvin laaja, osassa kunnista useampi asiantuntija osallistui kyselyn täyttämiseen.

Kysely toteutettiin sähköisenä tiedonkeruuna aikavälillä 7.9.–7.10.2018. Tiedonkeruun aikana vastaajiin pidettiin aktiivisesti yhteyttä, jotta mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn.

Kyselyllä tavoitettiin 86 prosenttia (n=163) Manner-Suomen kunnista, kuntayhtymistä ja yhteistoiminta-alueista.

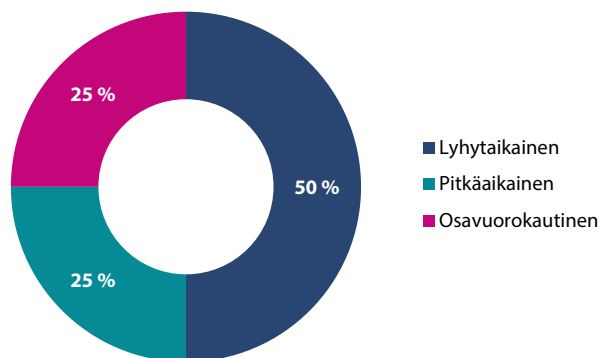
4.2 Iäkkäiden perhehoidon tilanne

Iäkkäiden perhehoitoa järjestetään alle puolessa kunnista

Perhehoito ei ole vielä vakiintunut monenkaan kunnan palveluvalikkoon. Vajaa puolet (45 %) kyselyyn vastanneista kunnista, kuntayhtymistä ja yhteistoiminta-alueista järjesti iäkkäiden perhehoitoa. Näissä kunnissa oli vuonna 2017 yhteensä 1 286 iäkästä hoidettavaa toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa. Iäkkäiden perhehoidettavien määrän arvioidaan edelleen kasvavan noin 37 prosenttia vuoden 2018 aikana niissä kunnissa, jotka ilmoittivat sekä perhehoidettavien määrän vuonna 2017 ja tavoitemäärän vuonna 2018.

Iäkkäiden perhehoidon yleisyys vaihtelee alueellisesti paljon. Eniten iäkkäiden perhehoitoa oli Keski-Suomessa, Pohjois-Karjalassa ja Pirkanmaalla, joissa kussakin oli yhteensä yli 170 hoidettavaa. Pohjanmaalla iäkkäiden perhehoitoa ei vielä järjestetä yhdessäkään kunnassa.

Lyhytaikaista perhehoitoa järjestettiin 51 kunnassa ja sen merkitys iäkkäiden perhehoidossa on suuri. Puolet iäkkäistä hoidettavista oli lyhytaikaishoidossa. Pitkäaikaisessa ja osavuorokautisessa perhehoidossa oli kummassakin neljäsosa hoidettavista. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Iäkkäiden perhehoidon eri muodot vuonna 2017.

Kuntien mielestä perhehoitajiksi haluavia ei ole riittävästi

Perhehoitajana toimiminen edellyttää perhehoitajan ennakovalmennuksen suorittamista (Perhehoitolaki 6 §). Vuonna 2017 ennakovalmennuksen suoritti 291 henkilöä yhteensä 48 kunnassa. Samana vuonna heistä noin puolet aloitti perhehoitajana.

Toimeksiantosuhteisten päätoimisten perhehoitajien määrä oli 273 vuonna 2017. Heistä noin kaksi kolmasosaa toimi perhekodeissa ja kolmasosa oli kiertäviä perhehoitajia. Vastausten mukaan perhehoidon yleistymistä rajoittaa tällä hetkellä perhehoitajien huono saatavuus. Yhdeksän kuntaa kymmenestä kertoi, että perhehoitajiksi haluvia ei ole riittävästi. Perhehoitolain muutokset eivät ole kuntien mielestä ratkaisseet perhehoitajien saatavuuden ongelmaa, sillä suurin osa kunnista arvioi, että muutoksilla ei ole ollut vaikutusta perhehoitajien määrään.

Perhehoidon käynnistäminen ei näyttäisi olevan kiinni rahojen riittämättömyydestä, sillä useimmat kunnat arvioivat perhehoidon järjestämiseen budjetoitujen määrärahojen olevan melko tai täysin riittävät. Perhehoidon mahdollisuus selvitettiin palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä järjestelmällisesti kuitenkin vain viidenneksessä kuntia.

Perhehoitajat käyttävät hyvin heille myönnettyjä lakisääteisiä vapaitaan

Hyvinvointi- ja terveystarkastukset (15 a §), työnhousu, koulutus sekä vastuutyöntekijä (15 §) tukevat perhehoitajien jaksamista ja hoitotehtävää. Puolet niistä kunnista, joissa iäkkäiden perhehoitoa jo on, järjesti perhehoitajille vuonna 2017 hyvinvointi- ja terveystarkastuksia, yli kolmasosa järjesti heille työnhoususta ja yli puolet koulutusta. Vastuutyöntekijä oli nimetty kaikille perhehoitajille jokaista hoidettavaa kohden lähes aina. Toisinaan nämä palvelut järjestetään kuntien ja järjestöjen yhteistyönä, minkä vuoksi kaikki järjestetyt palvelut eivät välttämättä ilmene kuntien vastauksista.

Perhehoitajalla on oikeus kahden vuorokauden vapaaseen, jos hän on toiminut kalenterikuukaudessa vähintään 14 vuorokauden ajan perhehoitajana (13 §). Perhehoitajat käyttivät varsin hyvin heille myönnettyjä lakisääteisiä vapaitaan. Päätoimisista perhehoitajista 79 prosenttia piti kaikki vapaansa ja 14 prosenttia osan lakisääteisistä vapaistaan.

Kunnan tehtäviin kuuluu huolehtia tai tarvittaessa avustaa hoidettavan hoidon järjestämisessä perhehoitajan vapaan ajaksi. Selvästi useimmin hoidettavan hoito turvattiin toisen perhehoitajan avulla (Taulukko 1). Toisinaan perhehoitajat pitävät vapaata lyhytaikaisen perhehoidon hoitajaksojen välissä, jolloin vapaan aikaisia hoitojärjestelyjä ei tarvita.

Taulukko 1. Hoidettavan hoidon järjestäminen perhehoitajan vapaan aikana kunnissa vuonna 2017.

Hoidettavan hoidon järjestäminen perhehoitajan vapaan aikana	
Perhehoitona	70 %
Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksikössä lyhytaikaishoitona	13 %
Sukulaisten, naapureiden tai vapaaehtoisten avulla	3 %
Jokin muu järjestely	14 %

Perhehoidon palkkiot ovat lain edellyttämän minimitason yläpuolella

Perhehoidon hoitopalkkion minimi oli 784,03 euroa hoidettavaa kohden kuukaudessa vuonna 2017 (16 S, STM 2016). Kunnat voivat määritellä itse palkkioluokkien lukumäärän ja hoitopalkkioiden suuruuden lain edellyttämän vähimmäispalkkion huomioiden. Hoitopalkkion suuruus määräytyy hoidettavuuden perusteella. Pitkäaikaisessa perhehoidossa hoitopalkkion suuruus oli yleisimmin yli 1 000 euroa hoidettavaa kohden kuukaudessa ja lyhytaikaisessa perhehoidossa yli 50 euroa hoidettavaa kohden vuorokaudessa. (Taulukko 2.)

Taulukko 1. Taulukko 2. Pitkä- ja lyhytaikaisen perhehoidon hoitopalkkiot kunnissa vuonna 2017.

	Pitkäaikainen perhehoito (hoidettava/kk)	Lyhytaikainen perhehoito (hoidettava/vrk)
Ylin palkkioluokka, mediaani	1 276 €	67 €
Alin palkkioluokka, mediaani	1 012 €	53 €
Vaihteluväli	775–2 334 €	33–190 €

Pitkäaikaisesta perhehoidosta peritään yli puolessa kunnista laitoshoidon maksu

Perhehoidon asiakasmaksu vaihtelee sen mukaan, onko kysymys pitkäaikaisesta vai lyhytaikaisesta perhehoidosta. Pitkäaikaisen perhehoidon asiakasmaksuna on tavallisimmin pitkäaikaisen laitoshoidon maksu, joka on enintään 85 prosenttia hoidettavan kuukausituloista. Laitoshoidon maksu peritään yli 60 prosentissa kunnista. Vastoin laitoshoidon maksun periaatetta, yli kolmasosassa kunnista hoidettavat huolehtivat lisäksi itse lääke- ja lääkärikuluista. Lopuissa kunnista asiakasmaksu määräytyi pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen maksun tai muiden, vaihtelevien periaatteiden mukaan.

Lyhytaikaisen ja osavuorokautisen perhehoidon asiakasmaksuissa on enemmän kuntakohtaisia eroja. Lyhytaikaisen ympärivuorokautisen perhehoidon asiakasmaksu asettui useimmin 20–35 euron välille vuorokaudessa. Osavuorokautisen perhehoidon asiakasmaksu oli useimmin 15–25 euroa hoitokertaa kohden. Vastausten perusteella asiakasmaksun suuruuteen ei vaikuta merkittävästi toteutetaanko hoito perhehoitajan tai hoidettavan kotona.

4.3 Pohdinta

Perhehoito ei ole vielä nykyisin kovin merkittävä iäkkäiden palvelumuoto suurimmassa osassa maatumme. Vain alle puolet kunnista järjestää tällä hetkellä perhehoitoa. Perhehoidon houkuttelevuuden lisäämisessä ja tunnetuksi tekemisessä on vielä paljon työtä.

Perhehoitoa kehittämällä voidaan tukea kotona asumista ja korvata muita hoidon ja huolenpidon muotoja. Kunnille on vuoden 2018 alusta alkaen suunnattu vuosittainen 20 miljoonan euron lisämääräraha perhehoidon kehittämiseen. Tällä kyselyllä selvitettiin, kuinka määrärahaa on hyödynnetty ja millainen vaikutus sillä on ollut perhehoidon määrään ja perhehoitajille annettavaan tukeen.

Suurin osa kunnista arvioi, että perhehoitajiksi haluavia ei ole riittävästi. Perhehoitajien riittävä saatavuus on edellytys perhehoidon lisäämiselle. Perhehoitajien rekrytointivaikeuksista huolimatta, kunnat arvioivat, että hoidettavien määrä voi kasvaa jopa 37 prosenttia vuoden 2018 loppuun mennessä.

Perhehoitajiksi sopivista ennakkovalmennetuista vain noin puolet aloittaa perhehoitajina. Ei ole saatavilla tietoa miksi näin on, mutta valmennuksen suorittaneita tulisi tukea entistä paremmin tehtävässä aloittamisessa. Heillä tulee olla varmuus siitä, että heille löytyy riittävä määrä sopivia hoidettavia, ja että he saavat riittävän tuen perhehoitajana toimissaan.

Perhehoitajan hyvinvoinnista, osaamisesta ja jaksamisesta tulee huolehtia kohdennetuilla koulutuksilla, tarjoamalla mahdollisuus työnohjaukseen sekä huolehtimalla säännöllisistä hyvinvointi- ja terveystarkastuksista. Näitä eivät läheskään kaikki perhehoitoa tarjoavat kunnat vielä järjestä perhehoitajilleen. Myös vastuutyöntekijä on oleellinen perhehoitajan tuki ja heitä kunnat ovat nimenneet lähes aina.

Monissa kunnissa olisi jo valmiudet perhehoidon lisäämiseen; ennakkovalmennuksia on järjestetty, käytössä on perhehoidon sääntökirja tai perhehoidon koordinaattori. Perhehoidon laajempi käyttöönotto kuitenkin edellyttää, että perhehoidon mahdollisuus otetaan nykyistä paremmin huomioon iäkkäiden palvelutarpeen arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä, jotta asiakasohjauksessa löydetään perhehoitoon sopivat asiakkaat.

Iäkkäiden perhehoito on tavallisimmin lyhytaikaista. Lyhytaikaisesta perhehoidosta on saatu hyviä kokemuksia omaishoitajan vapaan aikaisen sijaishoidon järjestämisessä. Tutun perhehoitajan väliaikaishoidosta hyötyvät varsinkin muistisairailla asiakkailla, joille totuttu vaihtuviin hoitajiin ja uuteen ympäristöön on vaikeaa. Vaikka muistisairaus on yleisin

omaishoidon syy, vain noin viisi prosenttia omaishoitajien vapaista toteutuu perhehoidon avulla.

Pitkäaikaisessa perhehoidossa hoidettavat iäkkäät ihmiset eivät voi olla fyysisesti, psyykkisesti tai kognitiivisesti niin huonokuntoisia, että tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa. Kunnat kuitenkin yleisesti perivät perhehoidosta ympärivuorokautisen laitoshoidon maksun. Ongelmallista on, että maksuun ei osassa kunnista sisälly lääke- ja lääkärikulut, jolloin yhdenvertaisuus ympärivuorokautisessa laitoshoidossa olevien kanssa ei toteudu. Liian suureksi muodostuva asiakasmaksu voi estää iäkkäiden perhehoidon kasvua todelliseksi palveluvaihtoehdoksi.

Perhehoidon kehittäminen vakiintuneeksi hoitomuodoksi edellyttää selkeitä toimintaohjeita ja tehokasta koordinoitua. Perhehoitajiksi halukkaiden ennakkovalmennus ja rekrytointi tulee toteuttaa järjestelmällisesti. Lisäksi tarvitaan aktiivista markkinointia ja viestintää, joiden avulla voidaan vähentää perhehoitoon liittyviä ennakkoluuloja sekä lisätä palvelumuodon tunnettuutta ja houkuttelevuutta. Kun perhehoito on otettu osaksi kunnan palveluvalikkoa, tulee sen mahdollisuus ottaa huomioon aina palvelutarpeen arviointia ja hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä. I&O-kärkihankkeen myötä iäkkäiden perhehoitoa on kehitetty osassa Suomea onnistuneesti.

KESKEISET HAVAINNOT

- Iäkkäiden perhehoito on vielä vähäistä, mutta monissa kunnissa on järjestetty perhehoitajien ennakkovalmennusta
- Lähes kaikki kunnat arvioivat perhehoidon määrärahat melko tai täysin riittäviksi
- Kuntien vastausten perusteella iäkkäiden hoidettavien määrän arvioidaan perhehoidossa kasvavan reilulla kolmanneksella vuoden 2018 aikana
- Kolme neljäsosaa perhehoidon iäkkäistä hoidettavista oli lyhytaikaisessa tai osavuorokautisessa perhehoidossa
- Iäkkäiden pitkäaikaisesta perhehoidosta peritään useimmissa kunnissa pitkäaikaisen laitoshoidon maksu, silti on tavallista että hoidettavat maksavat itse lääke- ja lääkärikulut

LÄHTEET

Perhehoitolaki (263/2015). Annettu Helsingissä 20.3.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Perhehoidon palkkiot ja korvaukset vuonna 2017. Kuntainfo 2016:11.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Hyvä perhehoito -työryhmä. Perhehoitolain toimeenpanon tuki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:25.

5 Omaishoitajat rekisteritietojen valossa: omaishoitajien ja hoitopalkkioiden määrä, tulotaso ja tiettyjen Kelan etuuksien käyttö

*Päivi Tillman, Kela*⁶

Tässä luvussa esitellään tilastotietoja vuosilta 2015–2017 omaishoidon tukea saaneiden lukumäärästä ja maksettujen palkkioiden suuruudesta koko maassa ja maakunnittain sekä ikäryhmittäin. Lisäksi kuvataan omaishoitajien tulotasoa sekä Kelan maksamien perustoi-meentulotuen, asumistuen ja vammaisuuksien käyttöä. Tutkimusaineistona käytetään kokonaisrekisteriaineistoja. Verotustiedot valmistuvat viiveellä verovuoden päättymisen jälkeen, joten vuoden 2018 tietoja ei ollut kirjoitushetkellä vielä käytettävissä.

Omaishoitajien määrittely perustuu tässä luvussa verotietoihin. Omaishoidon hoitopalkkio on veronalaista tuloa, joten sen avulla omaishoitajat pystytään identifioimaan verotustiedoista. Ne omaishoitajat, joiden hoidettavat eivät ole omaishoidon tuen piirissä ja jotka eivät siten saa hoitopalkkiota, eivät sisälly tässä luvussa omaishoitajien määrään eivätkä myöskään ne omaishoitajat, joiden omaishoidon tuki muodostuu pelkästään palveluista ja vapaapäivistä. Toisaalta, luvuissa ovat mukana myös lyhytaikaisesti omaishoitajien sijaisina toimineet sijaishoitajat, mikä selittää lukujen eroa esimerkiksi THL:n tilastoihin verrattuna. Alle 68-vuotiaiden osalta aineiston määrittelemisessä on hyödynnetty lisäksi

⁶ Kiitos tutkija Pekka Heinolle Kelasta rekisteriaineistojen poiminnasta ja etuuksien koko väestöä koskevien käyttäjäosuuksien laskemisesta.

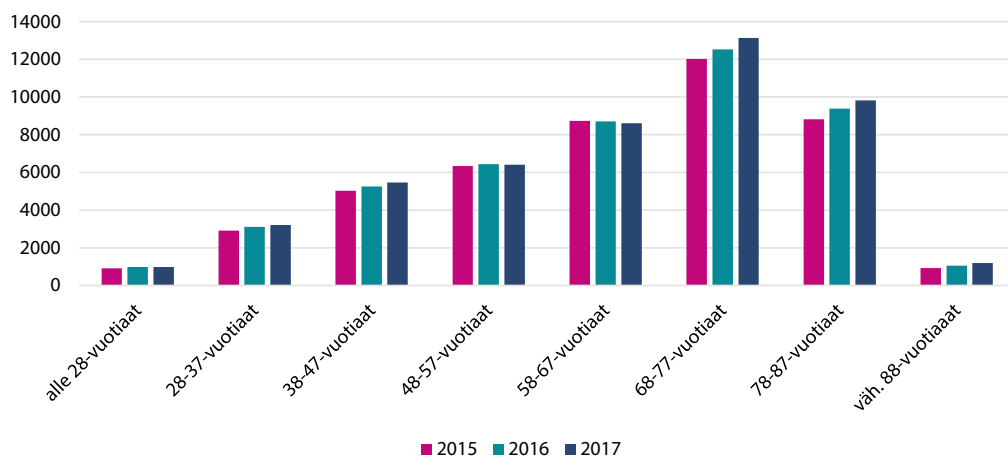
erillisluvalla Kuntien Eläkevakuutuksesta (Keva) saatuja tietoja henkilöistä, joille on kertynyt työeläkettä omaishoitajana toimimisen perusteella.

Taulukoissa 1 ja 2 ja kuviossa 1 ja 2 esitetään omaishoidon hoitopalkkioita saaneiden henkilöiden määrä maakunnittain ja ikäryhmittäin vuosina 2015–2017. On hyvä huomata, että vaikka omaishoitajien lukumäärä pysyy vuosittain suhteellisen samana, kyseessä ei ole mikään pysyvä henkilövaranto, vaan lukujen sisällä tapahtuu jatkuvasti muutoksia, kun uusia omaishoitajia aloittaa ja aiemmin omaishoitajana toimineita lopettaa. Esimerkiksi Kevalta saadusta aineistosta selviää alle 68-vuotiaiden osalta, että 61 %:lle omaishoitajista oli vuoden 2017 osalta maksettu omaishoidon hoitopalkkioon perustuvia eläkemaksuja 12 kuukauden ajan eli käytännössä he ovat toimineet omaishoitajana koko vuoden ajan. Alle 68-vuotiaista omaishoitajista 78 % oli saman aineiston mukaan toiminut omaishoitajana vuonna 2017 yli puolen vuoden ajan.

Jokaisena tarkasteluvuonna 70 % omaishoitajista oli naisia. Naisten osuus vaihtelee ikäryhmittäin niin, että 28–47-vuotiaiden osalta se oli jokaisena tarkasteluvuotena yli 80 % ja yli 87-vuotiaiden osalta vain reilu 40 %.

Taulukko 1. Omaishoidon hoitopalkkiota saaneiden henkilöiden lukumäärä vuosina 2015–2017 ikäryhmittäin, henkilöä.

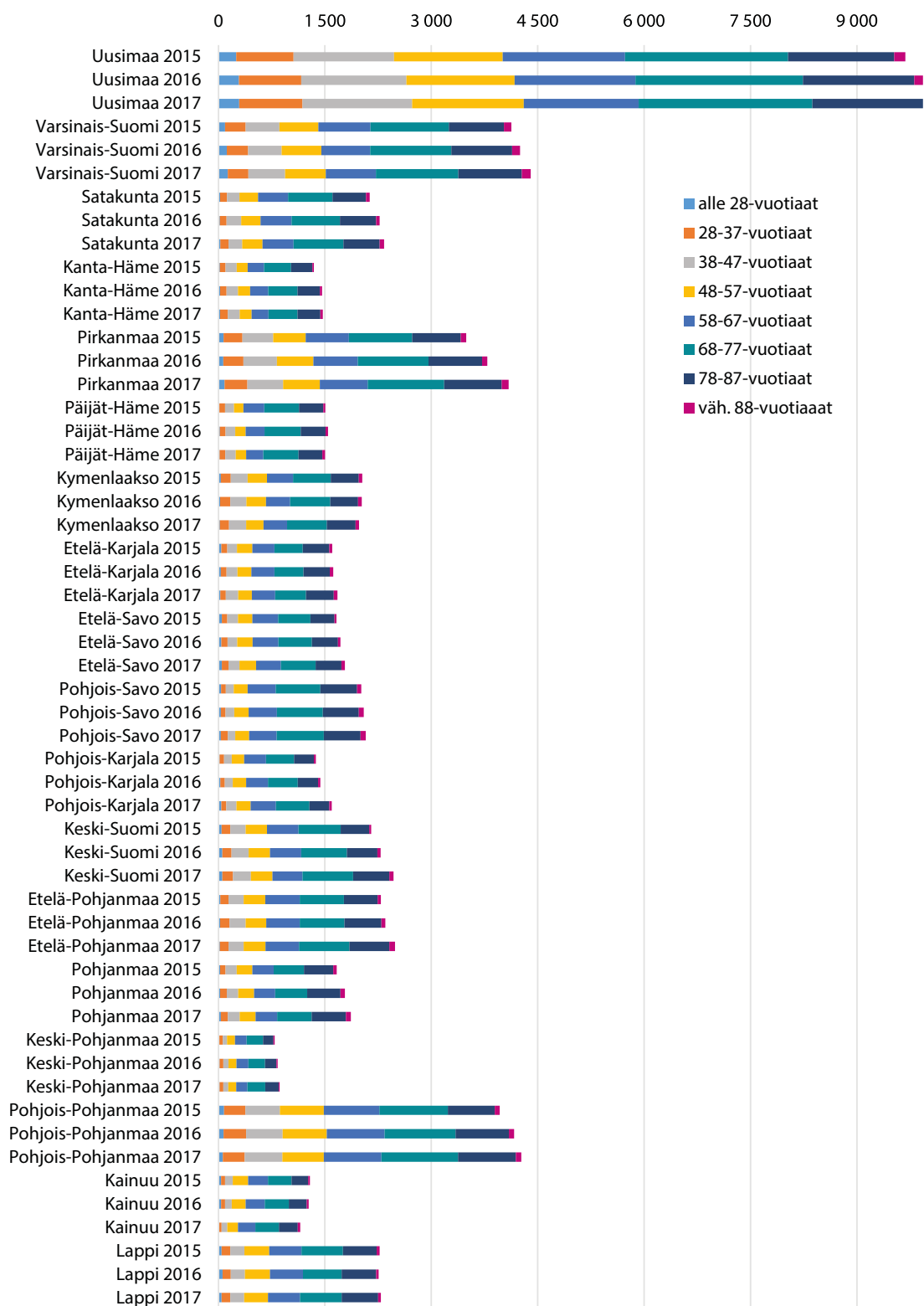
	2015	2016	2017
alle 28-vuotiaat	908	978	973
28–37-vuotiaat	2917	3102	3207
38–47-vuotiaat	5020	5256	5466
48–57-vuotiaat	6342	6434	6410
58–67-vuotiaat	8737	8713	8614
68–77-vuotiaat	12017	12526	13133
78–87-vuotiaat	8821	9388	9817
väh. 88-vuotiaat	926	1049	1196
Yhteensä	45 688	47 446	48 816



Kuvio 1. Omaishoidon hoitopalkkiota saaneiden henkilöiden lukumäärä vuosina 2015–2017 ikäryhmittäin, henkilöä.

Taulukko 2. Omaishoidon hoitopalkkiota saaneiden omaishoitajien lukumäärä 2015–2017 maakunnittain, henkilöä.

	2015	2016	2017
Uusimaa	9 684	9 983	10 175
Varsinais-Suomi	4 127	4 252	4 401
Satakunta	2 131	2 273	2 336
Kanta-Häme	1 347	1 462	1 469
Pirkanmaa	3 492	3 791	4 089
Päijät-Häme	1 504	1 543	1 501
Kymenlaakso	2 025	2 020	1 981
Etelä-Karjala	1 605	1 620	1 678
Etelä-Savo	1 662	1 718	1 781
Pohjois-Savo	2 012	2 049	2 076
Pohjois-Karjala	1 374	1 436	1 595
Keski-Suomi	2 152	2 286	2 466
Etelä-Pohjanmaa	2 290	2 353	2 489
Pohjanmaa	1 665	1 783	1 867
Keski-Pohjanmaa	791	835	863
Pohjois-Pohjanmaa	3 964	4 167	4 270
Kainuu	1 290	1 270	1 152
Lappi	2 270	2 260	2 289
Yhteensä	45 688	47 446	48 816



Kuvio 2. Omaishoidon hoitopalkkiota saaneiden henkilöiden lukumäärä vuosina 2015–2017 ikäryhmittäin ja maakunnittain.

Seuraavaksi tarkastellaan omaishoidosta maksettujen veronalaisten hoitopalkkioiden suuruutta vuosina 2015–2017 (taulukot 3,4 ja kuvio 3). Omaishoitajille maksettavien hoitopalkkioiden määrästä ja alimmasta hoitopalkkiosta säädetään omaishoidon tuesta annetulla lailla (937/2005), ja sen mukaan hoitopalkkiota tarkistetaan kalenterivuositain työntekijän eläkelain (395/2006) 96 §:ssä tarkoitetulla palkkakertoimella. Osittain hoitopalkkioiden muutos selittyy tällä indeksitarkistuksella.

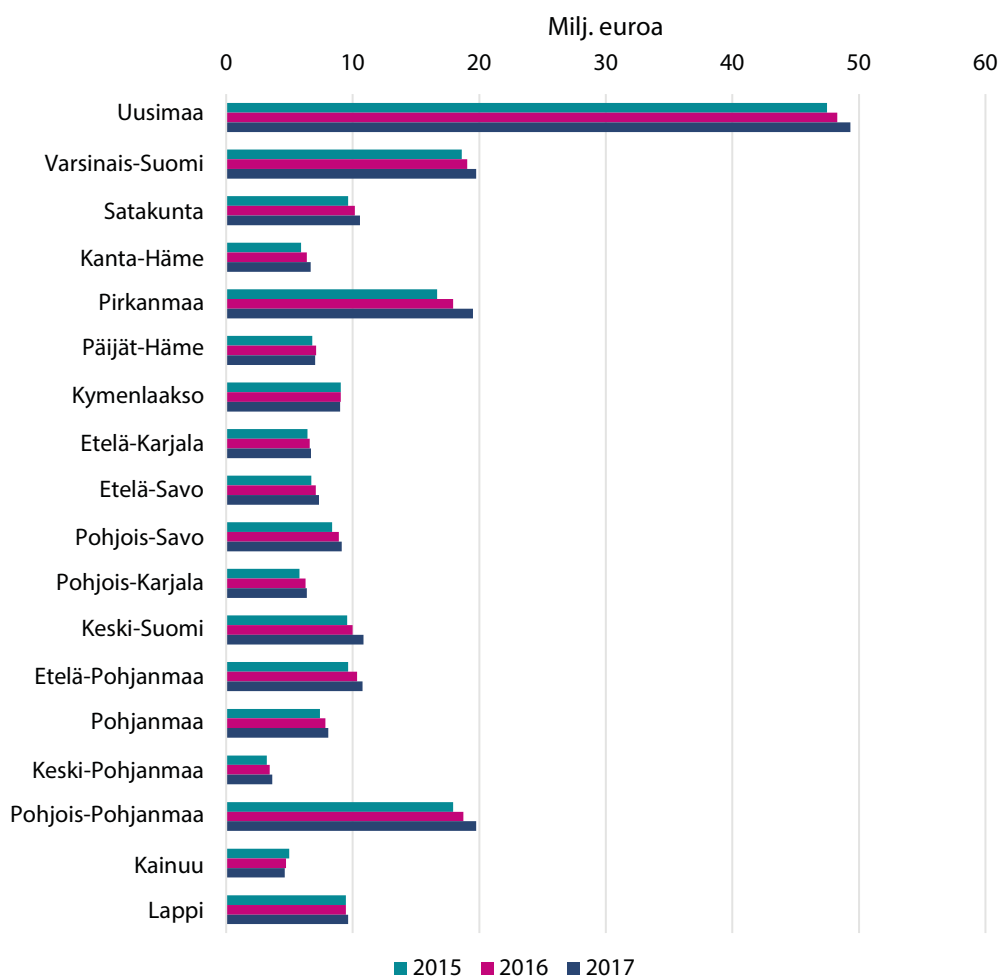
Taulukko 3. Maksetut omaishoidon hoitopalkkiot vuosina 2015–2017 ikäryhmittäin, milj. euroa.

	2015	2016	2017
alle 28-vuotiaat	2,5	2,5	2,5
28–37-vuotiaat	13,5	14,2	14,8
38–47-vuotiaat	24,2	25,5	26,7
48–57-vuotiaat	29	29,6	29,7
58–67-vuotiaat	40	39,7	39,3
68–77-vuotiaat	54,6	57,2	60,5
78–87-vuotiaat	37,5	40	42
väh. 88-vuotiaat	3,6	4,1	4,9
Yhteensä	203,6	211,3	218,8

Taulukko 4. Maksetut omaishoidon hoitopalkkiot vuosina 2015–2017 koko maassa ja maakunnittain, milj. euroa.

	2015	2016	2017
Koko maa	203,6	211,3	218,8
Uusimaa	47,49	48,28	49,34
Varsinais-Suomi	18,61	19,04	19,76
Satakunta	9,63	10,17	10,57
Kanta-Häme	5,92	6,37	6,68
Pirkanmaa	16,66	17,93	19,50
Päijät-Häme	6,79	7,10	7,02
Kymenlaakso	9,05	9,05	9,00
Etelä-Karjala	6,43	6,61	6,70
Etelä-Savo	6,74	7,09	7,33
Pohjois-Savo	8,38	8,89	9,12
Pohjois-Karjala	5,79	6,28	6,37
Keski-Suomi	9,55	9,99	10,85

	2015	2016	2017
Etelä-Pohjanmaa	9,64	10,34	10,77
Pohjanmaa	7,41	7,83	8,06
Keski-Pohjanmaa	3,20	3,44	3,65
Pohjois-Pohjanmaa	17,93	18,73	19,77
Kainuu	4,97	4,73	4,64
Lappi	9,47	9,45	9,64

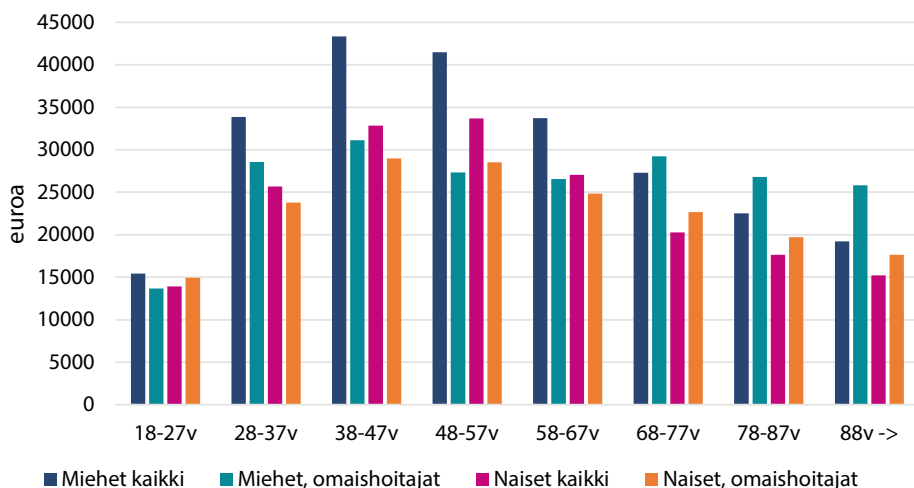


Kuvio 3. Maksetut omaishoidon hoitopalkkiot vuosina 2015–2017 maakunnittain, milj. euroa.

Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin omaishoitajien taloudellista tilannetta vuonna 2017 kuvaamalla heidän verotettavia ansiotulojaan ja joidenkin Kelan etuuksien käyttöä. Näillä pyritään välillisesti saamaan käsitys omaishoitajien ja omaishoitokotitalouksien taloudellisesta tilanteesta, sillä luonnollisesti silläkin on oma vaikutuksensa omaishoidon onnistumiseen. Omaishoitajien verotettavia ansiotuloja vuonna 2017 kuvataan verotustietojen perusteella, Kelan etuusrekisteritietojen perusteella kuvataan perustoimeentulotuen ja asumisen tukien (eläkkeensaajan asumistuki, yleinen asumistuki, opintotuen asumislisä) saamista. Lisäksi kuvataan vammaistukien käyttöä vuonna 2017. On syytä tarkentaa, että etuuksia ei välttämättä ole maksettu omaishoitajana toimimisen aikana. Osa tarkastelussa olevista omaishoitajista on ollut omaishoitajana vain osan tarkasteluvuotta, ja koska käytössä ei ollut tarkkoja päivämääriä omaishoidon kohdentumisesta, tätä ei ole mahdollista selvittää tarkemmin. Joka tapauksessa etuudet on kuitenkin maksettu sellaisen kalenterivuoden aikana, jolloin henkilö on toiminut myös omaishoitajana.

Kuviossa 4 esitetään omaishoidon tukea saaneiden ja koko väestön keskimääräiset verotettavat ansiotulot ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Omaishoidon hoitopalkkio sisältyy ansiotuloihin.

Kuviosta näkyy selvästi ero työkäisten ja vanhuuseläkeikäisten omaishoitajien välillä: nuorempien omaishoitajien ansiotulot ovat pääsääntöisesti ikäluokan keskimääräistä tuloa pienemmät (lukuun ottamatta kuitenkin alle 28-vuotiaita naisomaishoitajia), kun taas 68-vuotiaasta lähtien omaishoitajien verotettavat ansiotulot ovat kaikissa ikäluokissa ikäluokan keskimääräisiä tuloja korkeammat.

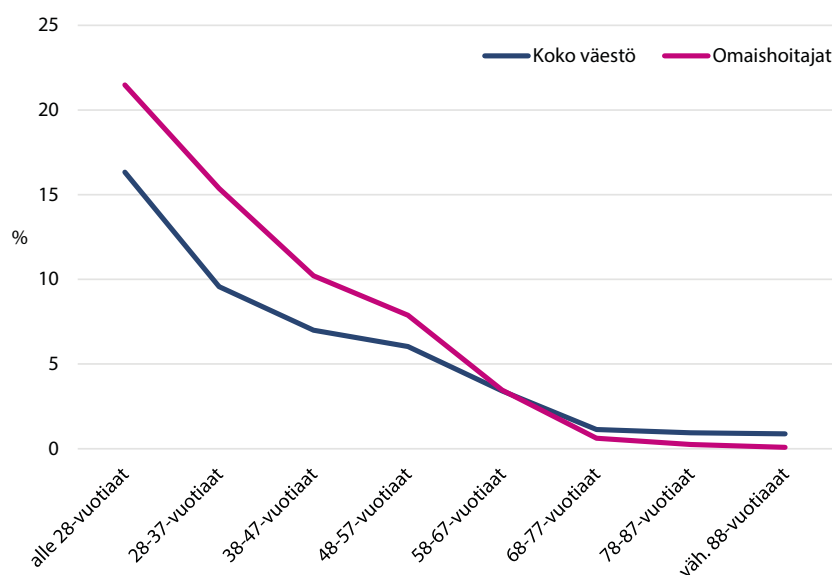


Kuvio 4. Verotettavat ansiotulot keskimäärin vuonna 2017, euroa, ikäryhmittäin koko väestö ja omaishoidon hoitopalkkiota saaneet.

Vastaava ero työikäisten ja muiden omaishoitajien välissä näkyy myös perustoimeentulotuen käytössä. Kaikkiaan 2 171 (4,4 % kaikista omaishoidon hoitopalkkiota saaneista) omaishoidon hoitopalkkiota saanutta omaishoitajaa kuului kotitalouteen, joka oli saanut Kelan maksamaa perustoimeentulotukea vuonna 2017 (Kuvio 5). Saajien osuus oli pienempi kuin koko väestössä (7 %). Perustoimeentulotuen toimeenpano siirtyi kunnilta Kerralle vuoden 2017 alussa, mutta kunnat saattoivat myöntää tukea vielä tammi-maaliskuulle 2017. Nämä tiedot eivät näy esitettävissä luvuissa, joten todellinen perustoimeentulotuen saajien osuus vuonna 2017 voi olla esitettyä suurempi.

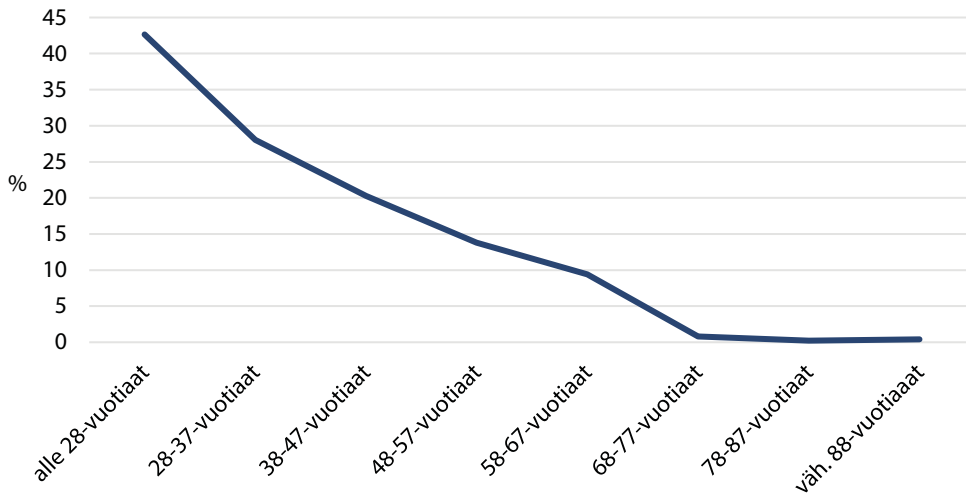
Kuviossa 5 esitetään perustoimeentulotuen käyttö ikäryhmittäin koko väestössä ja omaishoitajien keskuudessa. Käyttö painottui etenkin nuorien omaishoitajien kotitalouksiin, sillä alle 28-vuotiaista useampi kuin joka viides (21 %) omaishoitaja kuului toimeentulotukea saaneeseen kotitalouteen. Heistä vajaa puolet, 43 %, oli toiminut omaishoitajana koko vuoden ajan, ja lähes viidennes (18 %) vain alle kuukauden, mikä voi myös tarkoittaa, että he ovat toimineet sijaisomaishoitajana. Käyttö väheni iän myötä niin, että 28–37-vuotiaista 15 % ja 38–47-vuotiaista 10 % kuului toimeentulotukea saaneeseen perheeseen. Pääosa saajista oli työikäisiä: toimeentulotukea saaneissa kotitalouksissa asuneista omaishoitajista 95 % oli alle 68-vuotiaita.

Perustoimeentulotukea saaneisiin kotitalouksiin kuuluvia omaishoitajia oli kaikista maakunnista, mutta suhteellisesti eniten Uudellamaalla, missä 9 % omaishoitajien kotitalouksista oli saanut toimeentulotukea. Puolelle saajista oli maksettu toimeentulotukea vähintään kuuden kuukauden ajalta, osalle (11 %) vuoden 2017 jokaisena kuukautena.



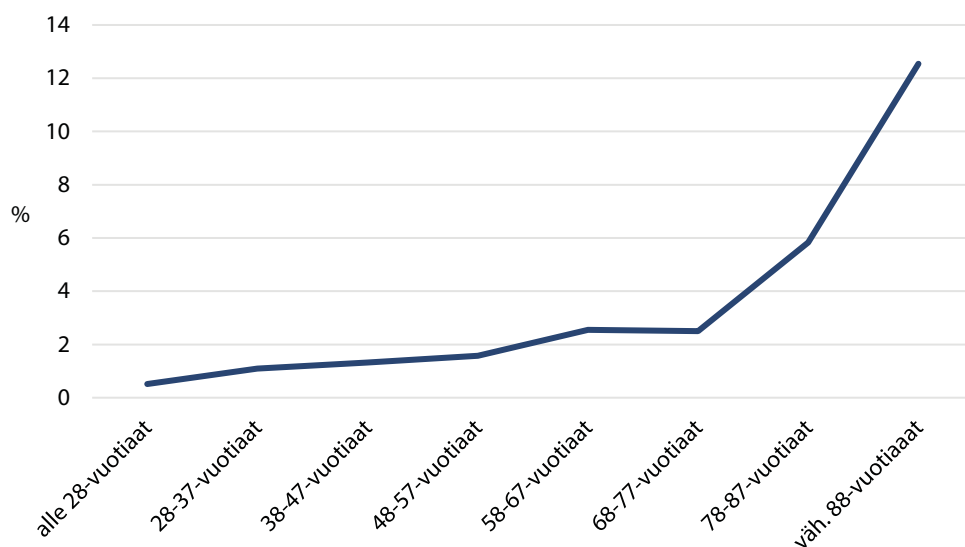
Kuvio 5. Kelan maksamaa perustoimeentulotukea saaneet, osuus väestöstä ikäryhmittäin koko väestössä ja omaishoidon hoitopalkkiota saaneiden keskuudessa vuonna 2017, %.

Kelan maksamaa asumistukea (opintotuen asumislisä, eläkkeensaajan asumistuki, asumistuki) sai 8,7 % omaishoitajista vuonna 2017 (Kuvio 6). Myös asumistuen saanti painottui nuorempiin ikäluokkiin.



Kuvio 6. Kelan maksamaa asumistukea vuonna 2017 saaneet, osuus omaishoidon hoitopalkkiota saaneista omaishoitajista, %.

On tyypillistä, että omaishoidossa olevat saavat Kelasta vammaisetuuksia. Mutta, myös osa omaishoidon hoitopalkkiota saaneista (1 484 henkilöä, 3 % kaikista omaishoitajista) sai itse Kelan maksamaa vammaisetuutta vuonna 2017 (Kuvio 7). Vammaisetuuksia maksetaan, hakemuksen perusteella, vammaisille ja pitkäaikaisesti sairaille, joiden toimintakyky on ollut heikentynyt vähintään vuoden ajan. Esimerkiksi eläkettä saavan hoitotuen osalta toimintakyvyn heikentymisellä tarkoitetaan, että hakijalla on vaikeuksia huolehtia itsestään ja selviytyä arjen toiminnoista ja hoitotuen saaminen edellyttää, että tarvitsee apua henkilökohtaisissa toiminnoissa, kuten peseytymisessä, pukeutumisessa tai kommunikoinnissa tai ohjausta tai valvontaa, kuten muistuttelua, kannustusta ja silmälläpitoa arjen eri toiminnoissa. Vammaisetuuksien kohdentuminen omaishoitajana antaa mielenkiintoista tietoa omaishoitajien toimintakyvystä. On myös mahdollista, että vammaistuki on maksettu vasta omaishoidon päättymisen jälkeen samana kalenterivuonna, ei omaishoitajien aikana.



Kuvio 7. Kelan maksamaa vammaistukea saaneet, osuus omaishoidon hoitopalkkiota saaneista omaishoitajista, %.

Lopuksi

Omaishoitajien määrä on kasvanut tarkastelujaksolla tasaisesti lähes kaikilla alueilla ja etenkin vanhimmissa, 68–87-vuotiaiden ikäryhmissä. Niin ansiotuloissa kuin Kelan tiettyjen etuuksien käytössä oli havaittavissa selkeä ero työikäisten ja muiden omaishoitajien välillä.

Verotiedot on käytännössä ilmeisesti ainoa valtakunnallinen tietolähde, jonka perusteella pystyy identifioimaan kaikki viralliset, hoitopalkkiota saaneet omaishoitajat Suomessa. Sen sijaan omaishoidossa olevia tällä aineistolla ei ole mahdollista identifioida. Tässä artikkelissa käytössä ollut aineisto sisälsi vain vuositason summatiedot hoitopalkkion suuruudesta, jolloin ei ole mahdollista tarkastella esimerkiksi omaishoidon kestoa vuoden aikana tai kuukausittaisten hoitopalkkioiden suuruutta. Yksityiskohtaisempaan tarkasteluun tarvittaisiinkin tarkempaa tutkimusaineistoa.

6 Kuntien omaishoidon tuen palkkioiden kustannukset sivukuluineen vanhuspalveluissa

Teija Mikkola, Kuntaliitto

Omaishoidon tuesta vastaava kunta/kuntayhtymä päättää, missä laajuudessa se järjestää omaishoidon tukea ja kuinka paljon se osoittaa talousarviossa voimavaroja omaishoidon tukeen. Suomen Kuntaliiton keski suurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannusvertailuissa on tarkasteltu omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannuksia vertailukelpoisesti vuodesta 2014 lähtien vanhuspalveluissa. Vertailussa on kerätty tietoa omaishoidon tuen hoitopalkkioista sivukuluineen mukaan lukien kulut henkilöstöstä, joka tekee omaishoidon päätöksiä ynnä muuta omaishoitoon liittyvää hallintoa. Muita omaishoidon tuesta aiheutuvia kustannuksia, kuten omaishoitajan vapaan aikaisia kustannuksia, ei ole ko. kokonaisuudessa mukana. Muista kuin iäkkäiden omaishoidon hoitopalkkioista sivukuluineen ei ole saatavissa erikseen tietoa Kuntaliiton vertailussa, vaan ne on sisällytetty osaksi suurempia palvelukokonaisuuksia.

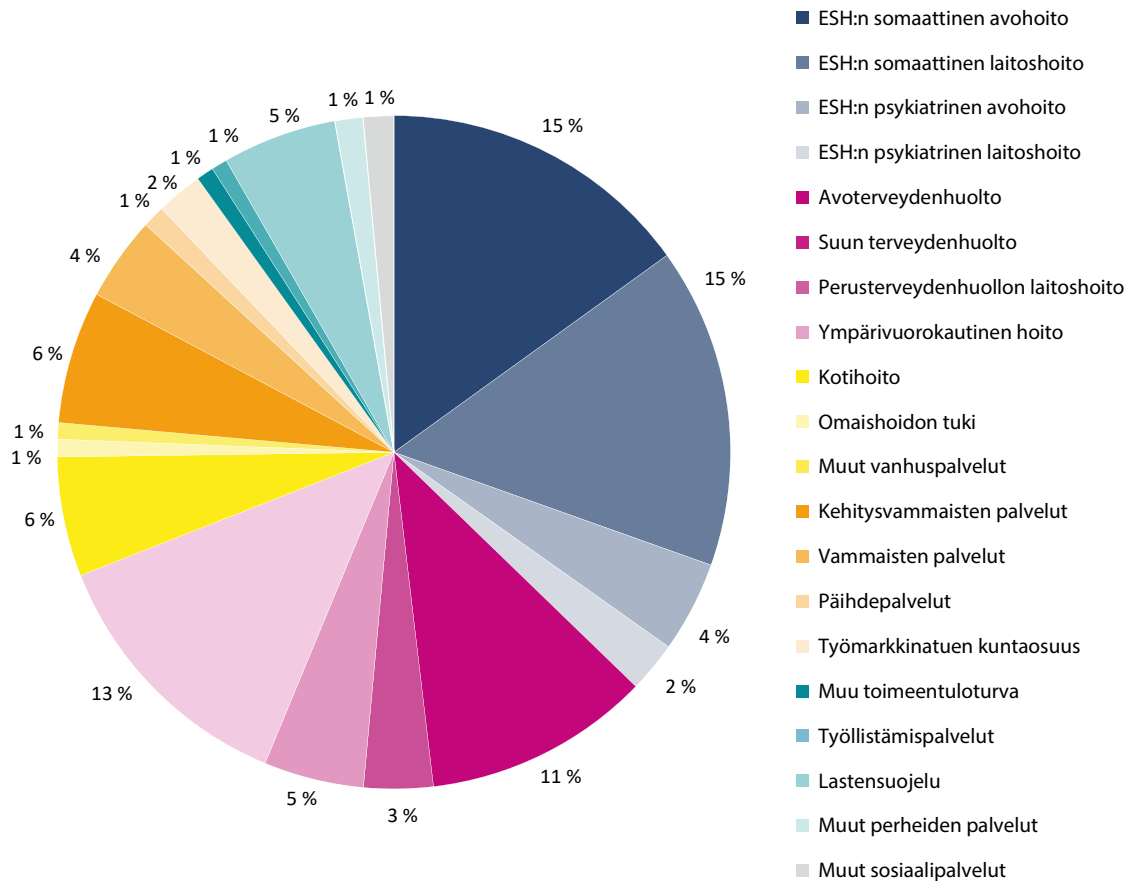
Vuonna 2017 iäkkäiden omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset sivukuluineen olivat 17 887 820 € keski suurissa kunnissa (Taulukko 1). Vertailussa olivat mukana seuraavat kunnat: Järvenpää, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Kotka, Lohja, Loviisa, Porvoo, Rauma, Rovaniemi, Salo, Sipoo ja Tuusula. Lisäksi vertailussa oli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (ilman Puolankaa, joka on Kainuun sotessa osajäsenenä), Mustijoen perusturva, joka käsittää Mäntsälän ja Pornaisen kunnan, sekä perusturvaliikelaitos Saarikka, joka vastaa Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kuntien sekä Saarijärven kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Em. kuntien väestö oli 621 312 asukasta.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveystoimen kustannukset ikäryhmän asukasta kohden keskiarvoissa kunnissa vuonna 2017

Toimintamuoto	0-6	7-14	15-49	50-64	65-74	75-84	85+	Yhteensä	€
ERIKOISSAIRAANHOITO	805	646	945	1 297	1 944	2 816	2 984	1 279	794 831 438
Somaattinen	784	406	620	1 058	1 798	2 712	2 920	1 046	649 702 368
Avohoito	388	295	357	555	826	1 103	934	517	321 343 309
Laitoshoido	396	111	262	504	973	1 608	1 986	528	328 359 059
Psykiatrinen	21	241	325	239	145	104	64	234	145 129 070
Avohoito	20	152	209	157	94	54	26	150	93 284 569
Laitoshoido	1	89	116	81	51	50	38	83	51 844 501
PERUSTERVEYDENHUOLTO	643	656	376	437	838	1 667	3 449	653	405 863 278
Avoterveydenhuolto	551	370	267	275	518	733	807	374	232 318 035
Suun terveydenhuolto	92	285	100	101	93	86	52	114	70 917 656
Peruster.huollon laitoshoido	0	1	10	61	228	848	2 589	165	102 627 587
SOSIAALITOIMI	906	1 352	902	706	1 168	4 307	14 747	1 503	933 681 379
Vanhuspalvelut			0	8	760	3 847	13 862	692	430 162 820
SHL:n mukainen laitoshoido			0	3	57	368	1 713	75	46 360 139
Tehostettu palveluasuminen				4	356	1 965	7 684	365	226 513 857
Kotihoido			0	1	239	1 162	3 675	197	122 509 399
Omaishoidon tuki					60	204	323	29	17 887 820
Muut vanhuspalvelut				0	47	148	466	27	16 891 605
Erityisryhmien palvelut	121	316	441	387	363	427	833	394	244 784 455
Vammaisten palvelut	39	60	87	136	190	344	778	139	86 121 078
Kehitysvammaisten palvelut	82	253	299	206	139	74	53	219	135 812 023
Päihdepalvelut		3	54	45	34	9	2	37	22 851 354
Toimeentuloturva ja työll.	0	0	206	205	24	11	15	131	81 546 828
Työmarkkinatuen kuntaosa			116	134	10			77	47 535 098
Muu toimeentuloturva	0	0	45	34	14	11	15	29	17 730 924
Työllistämispalvelut			46	36				26	16 280 806
Lasten ja perheiden palvelut	762	998	207	6	3	3	2	235	145 907 175
Lastensuojelu	603	829	163	2	1	2	2	188	117 097 699
Muut perheiden palvelut	159	169	44	5	1	1	0	46	28 809 476
Muut sosiaalipalvelut	23	38	48	99	19	19	35	50	31 280 101
KAIKKI YHTEENSÄ	2 354	2 655	2 224	2 439	3 950	8 789	21 179	3 435	2 134 376 095
Väestö 31.12.2017	43 998	59 293	251 409	132 472	78 589	40 014	15 537	621 312	
Muu ryhmittely									
ERIKOISSAIRAANHOITO	805	646	945	1 297	1 944	2 816	2 984	1 279	
Avohoito	408	447	566	712	920	1 157	960	667	
Laitoshoido	397	200	378	585	1 024	1 658	2 024	612	
Vanhusten ymp.vrk.hoido (ter+sos)					641	3 180	11 987	525	
Sos. ja terv. vanhuspalvelut					987	4 694	16 451	777	
TERVEYDENHUOLTO	1 447	1 302	1 321	1 734	2 782	4 483	6 432	1 933	
ESH+muu terveydenhuolto*	1 447	1 302	1 322	1 742	3 434	7 977	19 505	2 569	

* ESH+muu terveydenhuolto: sisältyy erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kustannukset sekä sosiaalitoimesta yli 65-vuotiaiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotipalvelun kustannukset

lääkäiden omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset sivukuluineen olivat 0,8 prosenttia keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset toimintamuodoittain vuonna 2017.

Taulukossa 2 on nähtävissä vertailukuntien iäkkäiden omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset sivukuluineen ikävakioituina €/asukas kunnittain. Ikävakiointilla poistetaan kuntien ikärakenteen erilaisuuden vaikutus kustannuksiin. Ikävakiointilla saadaan siten selville, millä tasolla kustannukset olisivat, jos vertailtavien kuntien ikärakenne olisi sama kuin valitussa vakioväestössä. Keskisuurissa kunnissa vakioväestönä on koko maan väestö.

lääkäiden omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset sivukuluineen olivat keskimäärin 29 € asukasta kohden vuonna 2017 (ks. taulukko 2).

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveystoimen ikävakioidut kustannukset kunnittain €/asukas ja hoitomuodittain vuonna 2017

Toimintamuoto	Kainuu	Saarikka	Kotka	Rovaniemi	Järvenpää	Lohja	Salo	Rauma	Kirkkonummi	Porvoo	Loviisa	Tuusula	Kerava	Mustajoki	Sipoo	Kauniainen	Keskiarvo	Minimi	Maksimi
Erikoissairaanhoito	1 472	1 212	1 352	1 476	1 194	1 287	1 287	1 237	1 103	1 207	1 199	1 211	1 191	1 198	1 106	969	1 276	969	1 476
Somaattinen	1 230	935	1 084	1 153	890	1 075	1 073	1 018	868	1 043	971	982	979	1 028	955	804	1 041	804	1 230
Avohoito	598	409	570	599	398	580	561	458	387	514	496	507	450	471	524	432	514	387	599
Laitoshoito	632	526	513	554	492	495	512	560	481	529	475	475	529	557	431	371	527	371	632
Psykiatrinen	242	277	268	322	303	212	213	219	235	164	228	229	212	171	150	166	235	150	322
Avohoito	154	222	125	184	207	164	151	138	144	112	179	177	107	117	101	92	151	92	222
Laitoshoito	88	55	143	138	96	48	62	81	91	52	49	52	105	54	49	74	84	48	143
Perusterveydenhuolto	643	784	719	638	778	639	689	640	622	555	592	650	683	791	570	670	654	555	791
Avoterveydenhuolto	354	433	455	406	408	358	407	399	357	307	367	375	319	344	333	360	374	307	455
Suun terveydenhuolto	136	150	100	90	111	123	108	132	102	103	109	124	121	115	86	126	113	86	150
Perusterhuollon laitoshoido	152	200	163	142	258	159	174	110	162	146	116	151	242	332	150	184	168	110	332
Sosiaalitoimi	1 737	1 831	1 722	1 493	1 631	1 580	1 490	1 510	1 584	1 497	1 448	1 362	1 273	1 085	1 376	1 373	1 523	1 085	1 831
Vanhuspalvelut	775	813	689	744	805	740	621	756	809	696	845	608	457	614	640	618	711	457	845
SHL:n mukainen laitoshoido	26	0	0	93	10	54	191	150	176	84	164	0	77	76	128	23	77	0	191
Tehostettu palveluasuminen	437	556	470	322	548	410	201	357	367	341	377	429	241	262	276	332	375	201	556
Kotihoito	271	182	169	236	204	183	172	178	211	237	260	132	102	251	171	171	202	102	271
Omaisoidon tuki	24	31	27	33	39	32	33	36	43	20	18	35	14	18	28	47	29	14	47
Muut vanhuspalvelut	16	44	24	60	3	61	24	35	12	13	26	11	23	7	37	46	28	3	61
Erityisryhmien palvelut	457	550	425	437	407	409	411	310	413	412	290	435	322	248	312	437	396	248	550
Kehitysvammaisten palvelut	310	370	241	237	206	243	176	156	201	226	177	215	163	144	172	270	220	144	370
Vammaisten palvelut	125	132	129	170	163	127	176	126	186	119	81	188	131	93	118	158	139	81	188
Päihdepalvelut	22	48	56	30	38	39	59	28	26	67	32	33	29	11	22	9	37	9	67
Toimeentuloturva ja työllistämispalvelut	135	151	232	127	106	122	165	94	109	180	156	67	144	68	100	59	133	59	232
Työmarkkinatuven kuntaosa	75	80	139	83	71	78	98	59	58	94	95	42	68	38	40	39	77	38	139
Muu toimeentuloturva	43	41	36	35	17	28	40	10	28	31	36	11	24	17	30	20	29	10	43
Työllistämispalvelut	16	29	58	9	19	17	26	25	23	56	25	14	52	13	30	0	27	0	58
Lasten ja perheiden palvelut	288	294	307	174	229	283	266	264	215	197	132	247	279	139	146	143	234	132	307
Lastensuojelu	206	250	230	137	186	234	249	214	172	183	75	218	235	79	75	105	187	75	250
Muut perheiden palvelut	82	44	77	36	43	49	17	50	43	14	56	29	44	60	71	38	46	14	82
Muut sosiaalipalvelut	82	23	68	11	84	26	28	86	38	13	25	6	72	15	177	115	50	6	177
Yhteensä	3 851	3 826	3 793	3 606	3 602	3 506	3 466	3 387	3 309	3 260	3 239	3 223	3 147	3 074	3 051	3 013	3 453	3 013	3 851
Muu ryhmittely																			
ERIKOISSAIRAANHOITO	1 472	1 212	1 352	1 476	1 194	1 287	1 287	1 237	1 103	1 207	1 199	1 211	1 191	1 198	1 106	969	1 276	969	1 476
Avohoito	751	631	695	784	605	744	712	597	531	626	676	683	556	587	626	524	665	524	784
Laitoshoito	720	581	657	692	589	543	574	641	572	581	524	527	634	611	480	445	611	445	720
Vanhusten ymp.vrk.hoito	596	729	620	536	789	608	553	609	687	549	642	549	550	656	542	506	602	506	789
Sos. ja ter.v. vanhuspalvelut	867	911	789	770	993	791	726	787	898	786	902	682	651	907	713	676	803	651	993
TERVEYDENHUOLTO	2 114	1 995	2 071	2 114	1 971	1 926	1 976	1 878	1 725	1 762	1 791	1 860	1 874	1 990	1 675	1 640	1 930	1 640	2 114
ESH+ MUU TERVEYDENHUOLTO*	2 849	2 733	2 710	2 764	2 734	2 573	2 540	2 563	2 479	2 425	2 592	2 422	2 294	2 579	2 251	2 165	2 584	2 165	2 849

Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset sivukuluineen olivat vuonna 2017 korkeimmillaan Kauniaisissa, 47 €/asukas ikävakioituna. Alhaisimmat kustannukset olivat Keravalla, 14 €/asukas ikävakioituna. Kustannuksiin vaikuttavat muun muassa kuntien poliittiset päätökset omaishoidon tukemisesta sekä kulttuuriset tekijät läheisavun antamisesta ja omaishoidon tuen hoitopalkkioiden hyödyntämisestä.

Taulukossa 3 on esitetty vertailukuntien iäkkäiden omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset sivukuluineen vuosina 2014–2017. Vuonna 2014 kustannukset olivat 25 €/asukas ikävakioituna ja vuonna 2017 29 euroa/asukas ikävakioituna.

Taulukko 3. Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset sivukuluineen ikävakioituna €/asukas kunnittain vuosina 2014–2017.

	2014	2015	2016	2017
Kauniainen			54	47
Kirkkonummi	40	43	45	43
Järvenpää	39	36	36	39
Rauma	31	35	34	36
Tuusula	33	33	36	35
Rovaniemi	29	32	31	33
Salo	25	26	29	33
Lohja	24	28	29	32
Saarikka		36	36	31
Sipoo	30	23	26	28
Kotka	34	36	28	27
Kainuu	22	20	22	24
Porvoo	20	19	19	20
Loviisa	20	23	20	18
Mustijoki	13	12	12	18
Kerava	13	11	14	14
Kemi	23	24		
Varkaus	16	18		
Mikkeli	16	21		
Imatra	23	23		
Kaarina	34	42	42	
Kaikki	25	27	29	29
Min.	13	11	12	14
Max.	40	43	54	47

Kuntaliitossa on tutkittu edellä kuvatusti vuosittain keskisuurten kuntien omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannuksia sivukuluineen vertailukelpoisesti sopien kuntien tiedontuottajien kanssa yhteisistä tietosisällöistä. Kuntaliitossa on selvitetty myös yleisemmällä tasolla omaishoidon tuen ja perhehoidon kehittämistä ja kehittämisen kustannusvaikutuksia kyselyssä hallitusohjelman ja kehysriihen vaikutuksista kuntatalouden tasapainoon. Touko-kesäkuun vaihteessa vuonna 2017 toteutettuun kyselyyn vastasi yhteensä 142 kuntaa ja kuntayhtymää. Lisäksi tietoja saatiin 11 sairaanhoitopiiriltä eli yli puolet maan sairaanhoitopiireistä osallistui kyselyyn. Asukasluvultaan kyselyyn vastanneet kunnat, kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit kattoivat yli puolet Suomen väestöstä. Kyselystä kävi ilmi, että vaikka raskaampien palvelumuotojen kustannuksia on pyritty alentamaan parantamalla omais- ja perhehoitajien etuja, niin kyselyyn vastanneiden mukaan omais- ja perhehoitoa kehittämällä on kuitenkin saatu aikaan vain 30 miljoonan euron säästöt. Säästö on kaukana maan hallituksen alkuperäisestä 135 miljoonan euron säästö-tavoitteesta. Lakiesityksissä esitettyjä arvioita voimakkaampaa kustannusten kasvua ovat synnyttäneet omais- ja perhehoidon etujen parannukset, muun muassa oikeus vapaaseen, valmennus, hyvinvointi- ja terveystarkastukset.

Kunnat ovat vähentäneet kalliimpia hoitomuotoja ja laitoshoidoa jo useiden vuosien ajan ja omaishoito lisääntyy kunnissa. Omaishoidon tuen myöntämiskriteerit ovat kunnissa olennaisesti kotihoidon myöntämiskriteerejä tiukemmat, joten ilmeistä on, että omaishoidon asiakkaiden toimintakyky on keskimäärin huomattavasti kotihoidon asiakasta huonompi. Tämä on käynyt myös ilmi tutkittaessa suurten ja keskisuurten kuntien iäkkäiden siirtymistä ympärivuorokautiseen hoitoon. Omaishoidon tukea saavat asiakkaat ovat merkittävästi erilainen ryhmä verrattuna muihin kotihoidon asiakaslaskennassa oleviin ja heillä on keskimääräistä suurempi riski siirtyä ympärivuorokautisten palvelujen piiriin.

Koska omaishoidettavat ovat aiempaa huonokuntoisempia, omaishoidon kustannukset tulevat kasvamaan kunnissa. Hoitopalkkioiden lisäksi kustannuksia nostavat hoidettavalle ja hoitajalle tarjottavat erilaiset palvelut. Kansallinen tilastointi vaatii aiempaa tarkempaa omaishoidettavan ja omaishoitajan palvelujen käytön ja hoitopalkkioiden seuranta, jotta saataisiin selvitettyä omaishoidon tuen todelliset kustannukset verrattuna muihin palvelumuotoihin. Nykyisin kerran vuodessa kotihoidon asiakaslaskennan yhteydessä toteutettava seuranta ei tätä mahdollista. Ikääntyneiden perhehoito on varteen otettava palvelumuoto, mutta sen käyttöönottoon on varattava vuosia kunnissa.

LÄHTEET

Halminen, Linna, Silander, Mikkola, Tyni, Koivuranta & Hörhammer. Iäkkäiden ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijät. Ikääntyneen väestön palvelut -projektin julkaisu nro 10. Painossa.

Mikkola Teija & Nemlander Anu. 2018. Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannukset vuonna 2017. Suomen Kuntaliitto.

http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3494

<https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2017/hallitusohjelman-sopeutustoimet-jaamassa-tavoitteista-kuntien-omat-toimet-korjaavat>

7 Omais- ja perhehoidon suosituksia maakunnallisiin linjauksiin vuosille 2018–2025

Irma Ahokas-Kukkonen, Essote, Merja Tepponen, Eksote ja Eija Tolonen, Kainuu

7.1 Johdanto

Vuonna 2017 Suomessa oli omaishoitosopimuksia 46 132 (Sotkanet 2018). Selvitysten mukaan kuitenkin yli miljoona suomalaista auttaa säännöllisesti läheistään. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen omaishoidon tuen kuntakyselyn mukaan sopimusomaishoitajista 70 prosenttia oli naisia, 60 prosenttia eläkkeellä ja 17 prosenttia työssäkäyviä. (Linnosmaa ym. 2014.) Omaishoidon tuella hoidettavat henkilöt olivat kaikenikäisiä, mutta eniten tukea saivat yli 75-vuotiaat ja alle 18-vuotiaat omaishoitoperheet.

Omaishoidon tuen turvin kotona olevien määrissä on suuria kunta ja maakunta-kohtaisia vaihteluja, sillä tuen kattavuus esim. yli 75-vuotiailla vaihtelee 3,3–7,5 prosentin välillä kunnasta tai maakunnasta riippuen (THL 1/2018). Omaishoidon taloudellinen merkitys yhteiskunnalle on kuitenkin huomattava ja sen on arvioitu säästävän sosiaali ja terveydenhuollon menoja useita miljardeja euroja vuosittain.

Laki omaishoidon tuesta tuli voimaan vuonna 2006. Omaishoidon tukea on kehitetty vaiheittain runsaan 20 vuoden ajan perustuen selvityksiin ja tutkimuksiin, joissa on esitetty tarvittavia kansallisen tason linjauksia ja yhtenäisiä kriteerejä. Mm. kansallisessa omaishoidon kehittämisohjelmassa linjattiin omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet ja kehittämistoimenpiteet. Ohjelma määritteli toimeksiantosopimukseen perustuvan sopimusomaishoidon ja muun omaishoidon hoitomuodoksi, jotka mahdollistavat kaiken

ikäisten hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien toimintakyvyltään heikentyneiden, sairaiden ja vammaisten henkilöiden kotona asumisen. Ohjelmassa kiinnitettiin erityistä huomiota omaishoitajien aseman vahvistamiseen, yhdenvertaisuuteen ja jaksamisen tukemiseen. (STM 2014:2.)

Valtion budjetissa on lisätty kunnille omais- ja perhehoitolakien toimeenpanoon lisämääräraha valtionosuuksiin merkittävästi. Vuodesta 2018 alkaen valtionosuuksiin lisäys on 95 miljoonaa euroa vuosittain.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2016–2018 toteuttamalla kärkihankkeella on vahvistettu ikääntyvien kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa kehittämällä omaishoitoperheille uudenlaisia palveluja ja lisäämällä perhehoitoa maakuntiin. Lisäksi on luotu alueellisia omais- ja perhehoidon keskuksia, jotka vastaavat mm. omais- ja perhehoitajien ja heidän sijaistensa rekrytoinnista sekä omais- ja perhehoitajien koulutuksen järjestämisestä. Perhehoitoon on otettu käyttöön kiertävien perhehoitajien – toimintamalli osaksi palvelukokonaisuutta. (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O) -kärkihanke 2016–2018).

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 korostetaan omais- ja perhehoidon ottamista osaksi iäkkäiden integroitua palvelurakennetta, jossa korostuu teknologian ja robotisaation hyödyntäminen omaishoitajien tueksi (STM 2017:6).

Tässä artikkelissa kuvatus toimeenpanosuunnitelman tavoitteena on ohjata maakuntia järjestämään omais- ja perhehoitoa nykyistä asiakaslähtöisemmin vahvaksi osaksi palvelurakennetta. Tavoitteena on nostaa palvelujen ennakointi ja varhainen tuki keskiöön eri omais- ja perhehoidon asiakassegmenteille palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Toimeenpanosuunnitelma tukee alueellisia toimintaohjeita ja sääntökirjoja.

Parhailaan valmistellaan valinnanvapauslainsäädäntöä, jonka voimaantulo tuo omais ja perhehoitoon uusia palvelujen toteuttamistapoja muun muassa henkilökohtaisen budjetin tai asiakassetelin. Tämä tarkoittaa, että omaishoitoperheelle myönnetään esimerkiksi vuosittainen määräraha, jolla omaishoitoperhe voi hankkia tarpeeseen perustuvan palvelukokonaisuuden, joka parhaiten tukee perheen arjessa pärjäämistä ja omaishoidon jatkamista.

Seuraavassa on kuvattu maakuntatasolle omais- ja perhehoidon visio ja arvot sekä annetaan suosituksia perusteluineen maakuntatason linjauksiin.

7.2 Omais- ja perhehoidon visio ja arvot

Omais- ja perhehoidon kehittämisessä visiona on, että ”Omais- ja perhehoidolla on merkittävä ja arvostettu rooli osana maakunnan palvelurakennetta”.

Keskeisiä arvoja ovat **asiakslähtöisyys, vastuullisuus, jatkuvuus ja kumppanuus**, joiden tulee olla yhdenmukaisia omais- ja perhehoidon alueellisen sääntökirjan/ toimintaohjeen sisällön kanssa. Esimerkkejä näistä ovat Essoten omaishoidon sääntökirja ja perhehoidon sääntökirjat, jotka kehitettiin OSSI-hankkeessa Etelä-Savossa (Koinsaari 2018).

Asiakslähtöisyys omais ja perhehoidossa tarkoittaa sitä, että

- asiakasperhe on osallisena palvelujensa suunnittelussa ja tuntee olevansa arvostettu
- asiakkaan voimavaroja tuetaan ja autetaan häntä pärjäämään kotona mahdollisimman pitkään
- huomioidaan asiakkaan ja läheisten toiveet
- asiakasperheelle aina nimetään omatyöntekijä
- asiakassegmentointia hyödynnetään palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa

Vastuullisuus tarkoittaa sitä, että

- asiakasperheelle on määritelty palvelun tavoitteet ja mahdollistetaan niiden toteutuminen
- omatyöntekijä koordinoi asiakasperheen palvelujen kokonaisuuden moniammatillista toteutumista
- asiakasperheen kanssa sovitaan yhteiset toimintatavat ja sitoudutaan niihin

Jatkuvuus tarkoittaa sitä, että

- asiakasperheen palvelut perustuvat asiakassuunnitelmaan ja heille on nimetty omatyöntekijä
- asiakasperheen palvelujen sujuvuudesta huolehditaan moniammatillisesti
- asiakasperheen palvelut sujuvat katkeamatta integroiduissa sosiaali- ja terveyspalveluissa
- asiakasperheellä on nimetty omatyöntekijä ja hänen sijaistajansa

Kumppanuus tarkoittaa sitä, että

- asiakasperheen osallisuutta lisätään asiantuntijasta kehittäjäkumppaniksi
- asiakasperhettä kuullaan aidosti palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa
- asiakasperhettä tuetaan ennakoimalla ja varhaisella tuella
- verkostotyötä vahvistetaan kuntien/kuntayhtymien, järjestöjen ja yritysten kanssa

7.3 Suosituksia maakunnallisiin linjauksiin

1. Lisätään omais- ja perhehoidon kattavuutta

Omais- ja perhehoidon kattavuuden lisääminen on yksi keskeinen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Omaishoidon tuen saajien sekä perhehoitajien määrä on hitaasti kasvanut lähinnä yli 75 vuotiaiden osalta. Maakunnallisesti ja alueellisesti omais- ja perhehoidon kattavuus vaihtelee varsin paljon eri-ikäisten palvelukokonaisuuksissa. Erityisesti ikääntyneiden perhehoito on Suomessa vielä varsin vähän käytetty mutta lisääntyvä hoitomuoto ja jatkuvassa perhehoidossa oli vuonna 2017 yhteensä 729 ikäihmistä.

Omais- ja perhehoitoa kehittämällä on tarkoitus tukea kotona asumista ja korvata muuta kalliimpaa hoitoa ja siten pienentää kuntien kustannusten kasvua huomattavasti. Kehusmaan (2014) mukaan omaishoito laskee merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Ilman omaisten apua olisivat ikääntyneiden hoidon menot vuosittain 2,8 miljardia euroa nykyistä suuremmat.

Tulevaisuudessa omais- ja perhehoidon kattavuuden lisääminen edellyttää maakunnallisesti ja alueellisesti riittävien resurssien varaamista omais- ja perhehoidon tukipalveluiden järjestämiseen sekä tuottamiseen.

Omais- ja perhehoitoa aktivoidaan ja kehitetään myös kaupunkiympäristöissä, monipuolistamalla palveluja houkutteleviksi vaihtoehtoiksi. Omaishoidon tukipalveluja kehitetään ottamalla vahvemmin mukaan sijaishoitajuus. Perhevapaissa lisätään työssäkäyvän omaisen mahdollisuutta toimia omaishoitajana. Perhehoito eri muodoissaan on vaihtoehto asumispalvelulle tai kotihoidolle tai toimii täydentävä palveluna omaishoitoperheille (perhekoti, kiertävä perhehoitaja). Kansalaisille ja palveluohjauksen ammattilaisille lisätään omais- ja perhehoidon tietoisuutta tehostamalla informaatio-ohjausta ja lisäämällä viestintää.

Maakunnallinen ja alueellinen sosiaali- ja terveyspalvelujen integroitu järjestäminen tukee omais- ja perhehoidon toteuttamista osana palvelurakennetta. Käynnistettäessä omais- ja perhehoidon maakunnallista yhteistyötä on koottava järjestämisen kannalta keskeiset toimijat yhteen ja tehtävä yhteinen suunnitelma sekä sovittava eri toimijoiden rooleista ja tehtävistä. Onnistunut omais- ja perhehoidon toteutuminen vaatii verkostotoimijuutta.

Kehittämis ehdotuksia

- lisätään tavoitteellisesti omais- ja perhehoitajien määrää alueilla ja maakunnissa vuoteen 2025 mennessä
- vakiinnutetaan kaikenikäisten ja eri asiakasryhmien omais- ja perhehoito osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta
- lisätään uusia omais- ja perhehoitajien tukimuotoja ja turvataan heidän jaksamisensa lisäämällä erityisesti kotiin annettavaa monipuolista ja yksilöllistä tukea esimerkiksi sijaishoitajien ja kiertävien perhehoitajien palvelujen turvin
- tehostetaan ja lisätään omais- ja perhehoitoon liittyvää eri kanavia hyödyntävää informaatio-ohjausta ja viestintää
- hyödynnetään ajankohtaista tutkittua tietoa omais- ja perhehoidosta ja sen kustannusvaikuttavuudesta
- omais- ja perhehoidon alueellisessa ja maakunnallisessa kehittämisessä kootaan yhteen keskeiset toimijat ja tehdään yhteinen suunnitelma, jossa sovitaan eri toimijoiden roolit ja tehtävät

2. Omais- ja perhehoito otetaan näkyväksi osaksi palvelurakennetta

Suomalaisen vanhushoivapolitiikan julkilausuttuna tavoitteena on, että mahdollisimman moni iäkäs asuisi kotonaan ja saisi siellä tarvitsemansa hoivan (Sointu 2017, 18). Iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen mukaan palvelujen järjestämisvastuussa olevan tahon erityisenä haasteena on tukea omaistaan/läheistään hoitavia (Laatusuositus hyvän ikään-tymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019, 24, 27). Iäkkäiden palvelurakennetta uudistettaessa tulee erityisesti kehittää muun muassa omais- ja perhehoitoa. Meneillään oleva valtakunnallinen koti- ja omaishoidon uudistus muuttaa sekä palvelujen sisältöä, että rakennetta. Omais- ja perhehoidon kehittämisen taustalla ovat hallitusohjelman kirjaukset omaishoitajien ja vastaavien vapaaehtoishoitajien sekä perhehoitajien vapaajärjestelmän kehittämisestä sekä perhehoitajien tuen ja kannustimien kehittämisestä. Lisäksi tavoitteena on lisätä omaishoitajien ja iäkkäitä henkilöitä hoitavien perhehoitajien määrää (STM, 2016).

Omaishoidon tuki ja perhehoito ovat lakisääteisiä sosiaalipalveluja, joista laaditaan toimeksiantosopimus hoitajan ja kunnan/kuntayhtymän välille. Molemmat palvelukokonaisuudet toteutuvat vaihtelevasti alueellisesti eri puolilla maata ja eri väestöryhmien kesken

huolimatta siitä, että niiden inhimillisyys palvelumuotona ja kustannustehokkuus palvelujen järjestäjälle on osoitettu useissa tutkimuksissa ja selvityksissä. Palvelujärjestelmän pirstaleisuudesta sekä palvelurakenteen osittaisesta epätarkoituksenmukaisuudesta johtuen hallituksen I&O-kärkihankkeessa on kehitetty iäkkäiden omais- ja perhehoitajien palveluja nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi vuosina 2016-2018.

Valtioneuvoston selvitysraportin mukaan kattavampi omaishoitoperheen kotona asumista tukeva palvelujen kokonaisuus on julkiselle sektorille usein edullisempaa kuin kodin ulkopuolinen ympärivuorokautinen hoito. Suurimmat kustannukset aiheutuvat omaishoitajan työssäkäynnin mahdollistavista omaisen hoivaa korvaavista palveluista, hoidettavan toimintakykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta sekä omaishoitajan vapaista. Omaishoito ja kotona asumista tukevat palvelut täydentävät, mutta eivät korvaa, toisiaan. Omaishoitajien jaksamista voidaan tukea joustavilla ja yksilöllisillä palveluilla joiden sisältö räätälöidään omaishoitajan työssäkäynnin, fyysisten, henkisten ja sosiaalisten tarpeiden mukaan. Omaishoitajien jaksamista voidaan parantaa myös koulutuksella ja valmennuksella sekä sijaishoidon ja työpaikoilla annettavalla tuella (VNK 162/2017).

Selvitysryhmä ehdotti raportissaan ns. hoivamallin soveltuvuutta omaistaan hoitaville. Selvityksessä luonnosteltiin malli lyhyehköstä hoivavapaasta ja hoivavapaakorvauksesta. Hoivavapaamalli koostuisi työsopimuslain (L 55/2001) mukaisesta palkattomasta vapaasta, jonka ajalle olisi mahdollista saada hoivavapaakorvausta sairausvakuutuslain (L 1224/2004) perusteella. Hoivavapaa korvausta voisi saada perheenjäsenen tai muun läheisen kuoleman lähestyessä enintään 20 päiväksi sairasta omaista kohti. Muissa tapauksissa kuin kuoleman lähestyessä hoivavapaakorvaus laskettaisiin työntekijää kohden, ja se olisi enintään kymmenen päivää/työntekijä vuodessa (VNK 162/2017).

Kehitettäessä omais- ja perhehoitoa vahvemmas osaksi palvelurakennetta tulee huomioida, että kyseiset palvelut tukevat asiakkaan palvelukokonaisuutta. Toimiva omais- ja perhehoidon järjestäminen ja koordinointi edellyttävät prosessina selkeää toimintamallia ja usein myös riittävän suurta väestöpohjaa. Omais- ja perhehoito tulee sisällyttää kiinteästi asiakas- ja palveluohjaukseen sekä keskeiseksi osaksi asiakkaan palvelutarpeen arviointia. Alueelliset omais- ja perhehoidon osaamiskeskukset, jotka toimivat myös verkostomaisesti, tarjoavat mahdollisuuden koordinoida asiakaslähtöisesti ja sujuvasti omais- ja perhehoitajien ja heidän sijaistensa rekrytointia. Lisäksi ne huolehtivat omais- ja perhehoitajien valmennuksen ja muun koulutuksen järjestämisestä sekä terveystarkastuksista ja kuntoutuksesta eri ikä- ja väestöryhmien tarpeisiin. Omais- ja perhehoidon osaamiskeskuksista voidaan myös hyödyntää vahvasti monipuolisia digitaalisia ratkaisuja esimerkiksi erilaisten etäyhteyksien ja turvateknologiassa.

Maakunnallinen ja alueellinen sosiaali- ja terveyspalvelujen integroitu järjestäminen tukee omais- ja perhehoidon toteuttamista osana palvelurakennetta. Käynnistettäessä omais- ja

perhehoidon maakunnallista yhteistyötä on koottava järjestämisen kannalta keskeiset toimijat yhteen ja tehtävä yhteinen suunnitelma sekä sovittava eri toimijoiden rooleista ja tehtävistä. Onnistunut omais- ja perhehoidon toteutuminen vaatii useita eri toimijoita; yhteistyössä mukana olevilla tahoilla tulee olla tehtynä hallinnolliset päätökset omais- ja perhehoidon sisällyttämisestä ikäihmisten palveluvalikkoon sekä kyseisten toimintojen järjestämisestä maakunnallisena ja alueellisena yhteistyönä. Käytössä tulee olla myös yhte-näiset sääntökirjat, joissa määritellään, miten omais- ja perhehoitoa järjestetään, tuotetaan ja toteutetaan.

Eryteisesti käynnistettäessä alueellista eri ikäryhmille suunnattua perhehoitoa siitä tulee tiedottaa riittävän monipuolisesti, järjestää perhehoitajien rekrytointeja, tarjota asianmu-kaista valmennusta ja koulutusta perhehoitajaksi aikoville sekä ohjeistaa eri toimijoita. Erytisen tärkeää on tiedottaa laaja-alaisesti mahdollisille asiakkaille ja heidän läheisilleen. Eri tavoin toteutettu perhehoito lisää palvelurakenteessa asiakkaiden valinnanvapautta ja tarjoaa vaihtoehtoja muun muassa omaishoitajien vapaiden järjestämiseen. Kansalli-sena tavoitteena on, että lyhytaikainen perhehoito on jatkossa keskeinen keino omaishoi-tajien sekä omaisten ja läheisten vapaan aikaisen hoidon järjestämiseen (STM, Kuntainfo 6/2016).

Palvelurakennetta kehitettäessä tulee maakunnallisesti ja alueellisesti arvioida myös omais- ja perhehoidon kokonais- ja vaihtoehtoiskustannuksia, kuten terveystalvelujen, kotihoidon ja tukipalvelujen ym. käyttöä kyseisten asiakasryhmien osalta. Usein asiakkaat tarvitsevat muitakin sosiaali- ja terveystalveluja selviytyäkseen omais- ja perhehoitajien antamalla hoidolla ja huolenpidolla. Arvioitaessa näiden palvelukokonaisuuksien kustan-nuksia ja edullisuutta tulee huomioida varsinaisten hoitajille maksettavien palkkioiden ja lakisääteisten vapaapäivien lisäksi asiakkaan käyttämät ja tarvitsemat muut palvelukoko-naisuudet, jotta voidaan arvioida todellisia palvelujen järjestämiseen käytettäviä euroja. Usein etenkin omaishoidossa olevat asiakkaat rinnastetaan laitoshoidossa oleviin asiak-kaisiin. Varsin tavallinen ja paljon käytetty vertaus kuuluu ”mikäli omaishoitajaa ei olisi to-teuttamassa tätä arvokasta hoivatyötä, niin hoidettava olisi laitoshoidossa”. Olisiko kuiten-kin tämän vertauksen osalta mietittävä entistä useammin vaihtoehtoa, jossa hoidettava olisikin intensiivisen kotihoidon tai muiden asumistalvelujen piirissä laitoshoidon sijasta? Näin siksi, että palvelurakennetta ohjaava kansallinen normi- ja informaatio-ohjaus lähtee siitä, että kotiin tuotavat talvelut ovat aina ensisijaisia suhteessa ympärivuorokautisiin ja laitoshoidon talveluihin.

STM:n ohjeistuksen mukaisesti syksyllä 2018 on tehty kansallinen selvitys omais- ja perhe-hoidon uudistuksien vaikutuksista kunnissa ja kuntayhtymissä (https://stm.fi/artikkeli/-/as-set_publisher/omais-ja-perhehoitouudistusten-vaikutuksia-arvioidaan-vuonna-2018).

Kehittämisehdotuksia

- koordinoidaan maakunnallisesti alueellinen sosiaali- ja terveystalvelujen integroitu omais- ja perhehoidon toimintamalli yhtenäisillä sääntökirjoilla (toimintaohjeilla)
- perustetaan omais- ja perhehoidon verkostomaisesti toimivia osamiskeskuksia koordinoimaan asiakaslähtöistä omais- ja perhehoitoa, sijaistamista ja rekrytointia, joissa hyödynnetään vahvasti monipuolisia digitaalisia ratkaisuja etäyhteyksissä ja turvateknologiassa
- yhdistetään omais- ja perhehoito kiinteästi asiakas- ja palveluohjaukseen sekä keskeiseksi osaksi asiakkaan palvelutarpeen arviointia
- arvioidaan maakunnallisesti omais- ja perhehoidon vaihtoehtois- ja kokonaiskustannuksia

3. Monipuolistetaan palveluvalikoimaa omais- ja perhehoidon sisällössä ja kehitetään erilaisia palveluvaihtoehtoja

Omais- ja perhehoito on osa lähipalvelua ja palvelukokonaisuuksia ohjataan lainsäädännöllä. Molemmissa palveluissa on viimeisten vuosien aikana nostettu keskiöön palvelujen sisällöllinen kehittäminen sekä palveluvalikoiman monipuolistaminen yksilöllisemmäksi.

Kehittämisehdotuksia

- palvelu- ja asiakasohjauksen henkilöstön osaamisen vahvistaminen omais- ja perhehoidon tunnistamiseksi ja asiakkaiden ohjaamiseksi
- kehitetään omais- ja perhehoidon keskus näkyväksi osaksi palvelurakennetta yhteisenä tahtotilana monitoimijaisesti
- alueellisten toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto strategisen toimeenpano-ohjelman linjausten ja sääntökirjojen mukaisesti
- koulutuksien ja valmennuksien, mentoroinnin ja vertaistuen systemaattinen käyttöönotto
- kriisipaikkojen järjestäminen omaishoitoperheen arjen tueksi äkillisten tilanteiden varalle
- perhehoidon lisääminen omaishoidon tueksi, mikä mahdollistuu joko kiertävillä perhehoitajilla tai lyhytkestoisella asumisella perhekodissa, näillä toimilla mahdollistetaan omaishoidon jatkuminen ja omaishoitajien vapaiden pitäminen
- omais- ja perhehoidon asiakkaiden ottaminen mukaan kehittäjäkumppaneiksi
- etäyhteyksien ja digitaalisten palvelujen edistäminen ja kehittäminen

4. Asiakasperheen palvelukokonaisuus muodostetaan moniammatillisesti yhteen sovittaen sosiaali- ja terveystalvet iästä ja toimintakyvystä riippumatta

Omaishoitajien jaksaminen on keskeinen omaishoidon onnistumisen edellytys. Omaishoitoperheelle tulee muodostaa kattava, laadukas ja joustava palvelukokonaisuus koko omaishoitoprosessin ajaksi aina palvelutarpeen arvioinnista tilanteeseen, jossa omaishoitajuus päättyy. Omaishoidettavan ja hoitajan asettamien tavoitteiden tulee ohjata suunnitelman toimeenpanoa.

Asiakasperheen palvelukokonaisuuteen sisältyy arjen tukia sekä sosiaali- että terveystalvet, joista muodostetaan sujuva palvelupolku ja siinä asiakas- ja palveluohjauksella on iso rooli. Sosiaali- ja terveystalvet pitävät sisällään kotiin vietävät talvet, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon talvet ja muut tukitalvet. Omaishoitajan terveystarkastukset ovat osa omaishoitajien terveyden edistämistä. Asiakassuunnitelma, jota ohjaa asiakkaan oma tavoite, laaditaan moniammatillista tiimiä hyödyntäen ja määrittellen eri toimijoiden roolit ja vastuut. Sosiaali- ja terveystalvet lisäksi on tärkeää, että arki sujuu ja arjen talvet on integroitu palvelukokonaisuuteen. Perhehoito voi toimia osana omaishoitoperheen palvelukokonaisuutta. Omaishoitoperheitä voidaan tukea myös yhteisöllisillä tukimuodoilla ja järjestötoimijoiden ratkaisuilla. Omaishoitoperheille tulisi nimetä omatyöntekijä esim. palveluohjaaja. Hänellä tulee olla aktiivinen rooli omaishoitoperheen tai perhehoitajan tukena.

Oikeat talvet oikeaan aikaan lisäävät omaishoitoperheen turvallisuutta.

Kehittämisehdotuksia

- Asiakassuunnitelma tehdään moniammatillisesti kunnioittaen asiakkaan omia tavoitteita
- Omaishoitoperheelle nimetään omatyöntekijä tai palveluohjaaja
- Omaishoitajien terveystarkastukset huomioidaan asiakassuunnitelmassa
- Sosiaali- ja terveydenhuollon talvet lisäksi huomioidaan omaishoitoperheen arjen sujuvuus
- Perhehoidon mahdollisuus huomioidaan osana palvelukokonaisuutta

5. Asiakasperheet otetaan kehittäjäkumppaneiksi

Asiakasosallisuus perustuu ajatukselle, että jokainen asiakas ja perhe ovat osallisena omassa asiakastapahtumassaan, jossa asiakasperhettä kuunnellaan aidosti. Asiakasosallisuutta on myös asiakkaiden, kehittäjä-asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden tekemä yhteistyö esimiesten ja päätöksentekijöiden kanssa. Asiakaslähtöisellä toiminnalla tavoitellaan talvet vaikuttavuutta ja hyvinvoinnin lisääntymistä: Asiakkaat osallistuvat

palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen, toteuttamiseen ja arviointiin sekä vaikuttavat päätöksentekoon yhteiskehittämisen periaatteiden mukaan toiminnan alusta loppuun. Asiakkaat eivät ole viiteryhmä, jonka näkemystä kysytään jälkeinpäin. (Kirjavainen & Niskala, 2017.)

Omais- ja perhehoidossa asiakasosallisuus tarkoittaa sitä, että asiakasperhe osallistetaan yksilöllisen palvelukokonaisuuden muodostamiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Asiakassuunnitelma kootaan asiakasperheen ja monialaisen asiantuntijaryhmän kanssa yhteistyössä. Lähtökohtana on omais- ja perhehoidon asiakkaan palvelujen tarvelähtöinen palvelujen räätälöinti arjessa pärjäämisen tueksi. Omais- ja perhehoidon perheelle nimetään systemaattisesti omatyöntekijä eli palveluohjaaja, joka ohjaa ja tukee asiakasta tai asiakasperhettä palveluissa ja valinnoissa sekä arjen tilanteiden mahdollisesti kriisiytyessä. Omais- ja perhehoitajille tarjotaan osallisuutta palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen kumppanuudella, kokemusasiantuntijoiden ja asiakasraadeilla.

Tärkeää on huomioida erityislasten omaishoitoperheiden perhetilanne, johon sopii harvoin ajatus pelkästä hoitaja–hoidettava-asetelmasta. Perhekokonaisuuteen kuuluvat tiiviisti hoitaja-äiti tai -isä, kumppani ja hoidettava eli erityislapsi tai -lapset ja sisarukset. Eri-tyislapsen omaishoitoperhe kohdataan kokonaisvaltaisena asiakkaana ja otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun, osaksi moniammatillista verkostoa. Palvelujen suunnittelun pohjana ovat terveystietojen lisäksi moniammatillisen ammattilaistiimin ja asiakkaan oma arviointi erityislapsiperheen toimintakyvystä. Tässä huomioidaan perheen voimavarat ja vahvuudet, jolloin omaishoitoperheen motivaatiota ja osallisuutta on mahdollista vahvistaa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen maakunnallisessa uudistuksessa järjestäjän tulee johtaa ja resursoida osallisuustyötä sekä koordinoida toimintaa yhteistyössä. Toiminta tulee olla kirjattuna maakunta- ja palvelustrategiaan sekä hyvinvointikertomuksiin tavoitteina, toteutumisena ja seurantana. Toteutumista tulee arvioida systemaattisesti. Järjestäjän tulee myös koordinoida yhdessä järjestöjen ja palveluntuottajien kanssa maakunnallista yhteiskehittämistä ja tehdä yhteistyötä kuntien ja omais- ja perhehoidon järjestöjen sekä vanhus- ja vammaisneuvostojen kanssa. Lisäksi järjestäjä hallinnoi yhtenäistä ja monikanavaista maakunnallista tai valtakunnallista asiakaspalautejärjestelmää. (Kirjavainen & Niskala, 2017.)

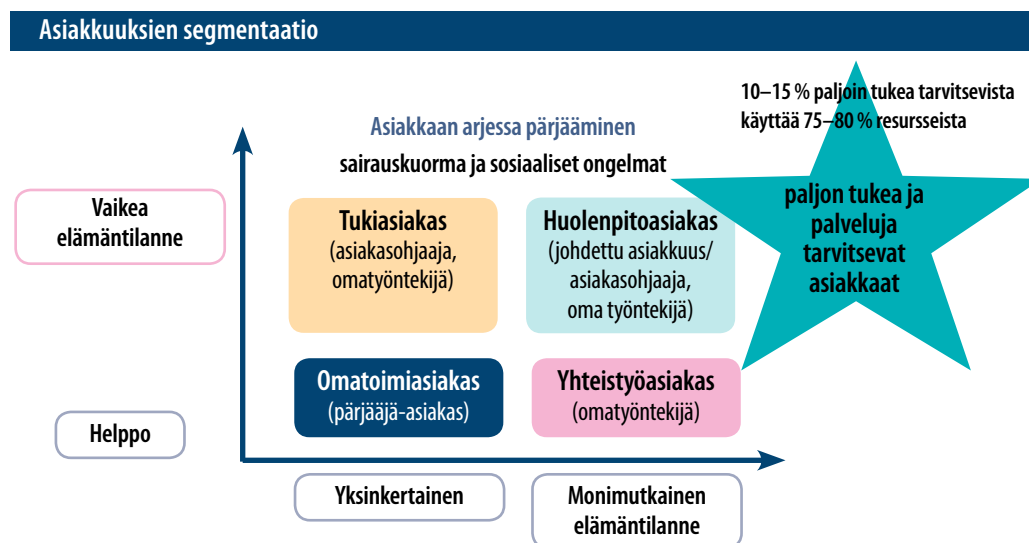
Kehittämis ehdotuksia

- asiakas ja perhe osallistetaan räätälöidyn ja yksilöllisen palvelukokonaisuuden muodostamiseen moniammatillisessa yhteistyössä
- asiakassuunnitelma kootaan asiakkaan/perheen ja monialaisen asiantuntijaryhmän yhteistyönä

- omais- ja perhehoidon perheelle nimetään systemaattisesti omatyöntekijä tai asiakasohjaaja, joka ohjaa ja tukee palveluissa
- asiakasosallisuutta vahvistetaan palvelujen suunnittelussa kehittäjäkumppanuudella, kokemusasiantuntijoilla ja asiakasraadeilla
- sosiaali- ja terveystyöpalvelujen maakunnallisessa uudistuksessa järjestäjä johtaa ja resursoi osallisuustyötä, joka kirjataan maakunta- ja palvelustrategiaan sekä hyvinvointikertomuksiin tavoitteina, toteutumisenä ja seurantana

6. Asiakassegmentointia hyödynnetään omais- ja perhehoidon palveluja kehitettäessä

Asiakaslähtöisessä toimintatavassa lähtökohtana ovat asiakkaan ja hänen perheensä tukeminen sekä tarvelähtöinen, ns. räätälöity palvelujen suunnittelu. Tärkeää on vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja siten, että tavoitteena on yhdessä tekeminen asiakkaan kanssa. Asiakaslähtöinen palvelu lisää myös asiakkaan ja palveluntuottajan välistä avoimuutta ja luottamusta: asiakkaan ja palveluntuottajan välinen kumppanuus vahvistaa asiakkaan elämänhallintaa ja voimaantumista. Arjessa pärjääminen on yhtäältä ihmisen ja perheen itseohjautumiskykyä ja toisaalta kykyä sopeutua elämään sairauden ja sosiaalisten ongelmien kanssa. Sosiaalisen tuen tarpeen, sairauksien ja/ tai vammaisuuden perusteella voidaan asiakkuuksia tarkastella asiakassegmentoinnilla. Alla olevassa kuvassa on hahmoteltu asiakassegmenttejä riippuen sosiaalisten ongelmien määrästä ja sairauskuorman suuruudesta, jotka vaikuttavat asiakasperheen selviytymiskykyyn. (Koivuniemi & Simonen 2011.)



Kurkaura-hanke kehitti asiakaslähtöisiä palvelumalleja, joissa pyrittiin tunnistamaan erilaisia asiakastarpeita ja vastaamaan niihin paremmin. Asiakkaille tuotettiin välineitä, joiden avulla he voivat osallistua omaan hoitoonsa aktiivisemmin. (asiakassegmentaatio mukaellen Koivuniemi & Simonen 2011)

Kuva 1. Asiakassegmentaatio omais- ja perhehoidon asiakasperheelle

Omais- ja perhehoidossa on syytä huomioida nykyistä vahvemmin eri ikä- ja väestöryhmien, kuten lasten ja nuorten, työikäisten, ikääntyneiden ja paljon tukea tarvitsevien omaishoitoperheiden erityistarpeita. Palvelukokonaisuuden muodostaminen yhdessä asiakasperheen kanssa on tarvelähtöinen, joka sisältää usein sekä sosiaali- että terveyspalveluja, ennaltaehkäisevät palvelut mukaan lukien. Tällöin moniammatillinen tiimi voi hyödyntää edellä mainittua segmentaatiota asiakasohjauksessa, palvelujen kohdentamisessa ja työntekijöiden asiakaskohtaisessa vastuun määrittelyssä. Tavoitteena tulee olla, että suurin osa omais- ja perhehoidon asiakkaista sijoittuu ryhmään ”omatoimiasiakas”, jolloin asiakasperheellä on nimetty oma työntekijä ja omaishoidon palvelut ovat asiakassuunnitelmaan perustuvia.

Asiakasvastaava pitää systemaattisesti yhteyttä asiakasperheeseen tukien omatoimisuutta ja omaishoidon jatkumista mm. huolehtimalla ns. kevyemmästä tuesta ja vapaapäivien systemaattisesta pitämisestä. Vain pienen osan omais- ja perhehoidon asiakkaista tulee sijoittua ryhmään ”huolenpitoasiakas”. Tässä ryhmässä ovat perheet, joissa on paljon sairauskuormaa, sosiaalisia ongelmia ja arki on muutoinkin haastavaa. He ovat johdettuja asiakkaita, joita tukee vahvasti asiakasohjaajan/omatyöntekijän lisäksi moniammatillinen tiimi.

Valmisteilla olevan valinnanvapauslain voimaan tullessa henkilökohtaisella budjetilla on mahdollista tukea monia omais- ja perhehoidon asiakasperheitä muodostamaan nykyistä tarvelähtöisempi palvelukokonaisuus yli sosiaali- ja terveyspalvelujen rajojen (HE 47/2017 vp). Näin voidaan ennaltaehkäistä ja myöhentää raskaisiin palveluihin siirtymistä. Käyttöön tuleva asiakasseteli lisää myös asiakkaiden valinnanvapautta.

Kehittämisehdotuksia

- huomioidaan nykyistä vahvemmin omais- ja perhehoidon eri ikä- ja väestöryhmien, kuten lasten ja nuorten, työikäisten, ikääntyneiden ja paljon tukea tarvitsevien omaishoitoperheiden erityistarpeita
- muodostetaan yhdessä asiakasperheen kanssa tarvelähtöinen palvelukokonaisuus sisältäen sekä sosiaali- että terveyspalvelut, ennaltaehkäisevät palvelut mukaan lukien
- hyödynnetään palvelumuotoilua tunnistettaessa asiakkuusprofileja ja asiakassegmenttejä
- tuetaan omais- ja perhehoidon asiakkaita pysymään ”pärjääjä”-asiakkaina mahdollisimman pitkään monimuotoisesti ennakoivilla tukimuodoilla ja asiakassuunnitelmaan perustuvilla palveluilla
- vahvistetaan asiakasvastaavien roolia ja moniammatillisia tukimuotoja ”huolenpito”-asiakkuuksissa
- hyödynnetään asiakassegmentointia vaihtoehtoisia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia arvioitaessa

7. Digitaalisten palveluja hyödynnetään mukaan omais- ja perhehoidon palveluissa

Oma- ja kotihoidon palvelujen sähköiset mahdollisuudet ovat olleet keskeinen osa I&O-kärkihanketta, tästä esimerkkinä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tiedonvälitys asiakkaan tarpeiden huomioinnissa (KAAPO – keskitetyn palveluohjauksen toimintamalli) sekä kokonaisvaltaisen asiakassuunnitelman laadinta ja ylläpito. Kärkihankkeessa on kehitetty uudenlaisia toimintamalleja, joita tuetaan digitaalisilla palveluilla kaikkialla Suomessa: Asiakas voi esimerkiksi valita digitaalisen palvelukanavan tai etävastaanoton. Pitkäaikaista hoitoa ja seurantaa tarvitseville potilaille on tarjolla digitaalisesti toteutettuja palveluneuvonnan ja palveluohjauksen sekä terveyssozialityön palveluita. Myös osa kotihoidon käynneistä voidaan korvata virtuaalikäynneillä. (Silius ym. 2018, Kettunen 2018, Ritvanen 2018, STM 2016a, 2016b).

Hyvä palveluneuvonta ja ohjaus edellyttävät laajaa palvelutietovarantoa. Valtakunnallisesti on julkisen sektorin ja yksityisten palvelujen tietoja koottu yhteiseen palvelutietovarantoon (Suomi.fi). Suomi.fi-palvelutietovaranto on keskitetty tietovaranto, johon organisaatiot tuottavat tiedot tarjoamistaan palveluista ja asiointikanavista. Palvelujen kohderyhmänä voivat olla yksityishenkilöt, yritykset tai viranomaiset. Käyttöoikeudesta ja käyttövelvollisuudesta säädetään ns. KaPA-laissa eli laissa hallinnon yhteisistä sähköisen asioinnin tukipalveluista (571/2016). Palvelua tuottaa Väestörekisterikeskus. Käyttäjäorganisaatio vastaa PTV:hen tuomiensa tietojensa oikeellisuudesta. Kun palvelut on kuvattu palvelutietovarantoon, voidaan palveluihin liittyvää tietoa esittää avoimen rajapinnan kautta esimerkiksi organisaation omilla verkkosivuilla tai muissa kohteissa, joissa palvelutietoa halutaan julkaista. Palvelutietoja ylläpidetään vain yhdessä paikassa.

Ikäihmisten omais- ja perhehoidon toimintamalleja tukevien sähköisten palveluiden tavoitteena on

- helpottaa ja mahdollistaa asiakkaiden hyvää ja turvallista kotona asumista,
- tarjota omaisille mahdollisuus seurata ikäänntyneen tai omaishoidettavan henkilön terveyttä ja hoitoa sekä osallistua sen suunnitteluun ja toteuttamiseen,
- varmistaa ammattilaisille kokonaisvaltainen kuva asiakkaan terveydestä ja hoidosta,
- mahdollistaa ammattilaisten yhteistyö ja asiakkaiden kokonaisvaltainen hoiva,
- tuottaa palveluiden järjestäjälle tarvittava tieto asiakkaista, palveluista ja palveluiden tuottajien toiminnasta.

Digitaalisuuden hyödyntäminen omaishoidossa edistää vertaistukea - digitaalisella etähoivalla tuetaan omaishoitajien arkea. Digipalvelujen tulee olla kiinteä osa omaishoidon palvelukokonaisuutta ja -prosesseja. Palvelujen tulee olla helppokäyttöisiä, toimintaprosesseja tukevia ja mahdollisimman monien käyttäjien saavutettavissa riippumatta asuinpaikasta tai palveluntuottajan sijainnista sekä kustannustehokkaita. Kehittäminen ja palvelujen käyttöönotto tulee olla ketterää ja asiakkaiden ja henkilöstön osallistumista tukevaa.

Kuntalaisen/läheisen tulee saada kootusti tietoa palveluista, etuuksista ja kotona-asumista tukevasta teknologiasta sekä ohjausta niiden käytössä digitaalisessa muodossa. Yhteydenoton on oltava helppoa ja ajasta ja paikasta riippumatonta, ns. kynnyksetöntä palvelua, jolloin kuntalainen/läheinen voi arvioida omaa tilannettaan digitaalisten palvelujen avulla ja hakeutua palvelujen piiriin (julkinen, yksityinen, 3. sektori).

Asiakkaalla tulee olla digitaalinen asiakassuunnitelma, joka on hänen ja palvelukokonaisuuteen osallistuvien ammattilaisten käytössä yhdessä päivitettyinä. Omaishoidon asiakastiedot ovat asiakkaan suostumuksella toimijoiden käytettävissä siten, että asiakkaan tarvitsee kertoa ne vain kerran/ tilanteen muuttuessa. Tiedonkulku toimijalta toiselle on sujuvaa.

Asiakas saa digitaalisesti ohjausta palvelujen käytössä asiakassuunnitelmansa mukaisesti. Omaishoidon asiakkaalla/läheisillä on käytettävissään monikanavaisia digitaalisia palveluja, jotka helpottavat tai sujuvoittavat palvelujen saamista ja asiointia. Äkillisissä tilanteissa tai kriisitilanteissa palvelu on saatavissa 24/7 myös digitaalisesti esimerkiksi etäyhteydellä. Puolesta-asiointi on mahdollista kaikissa ikäryhmissä. Teknologia on osa kotona asumista ja muuta tuettua (palvelu)asumista, mikäli se soveltuu kuntalaisen/asiakkaan tarpeisiin ja tuottaa lisäarvoa eli lisää esimerkiksi turvallisuutta tai yhteisöllisyyttä.

Digitaalinen etähoiva voidaan toteuttaa usean eri palvelukanavana kautta. Sähköiset asiointipalvelut mahdollistavat omaishoitoperheeseen yhteydenpidon sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin, mahdollisten tutkimustulosten saamisen sujuvasti, aikojen varaamisen ammattilaiselle sekä erilaisten hakemusten ja esitietojen toimittamisen, ajasta ja paikasta riippumatta. Omaishoidossa voidaan hyödyntää myös helppokäyttöisiä videoyhteyksiä niin vertaistuen kuin ammattilaisen ja omaishoitoperheen väliseen yhteydenpitoon, ohjaukseen ja neuvontaan. Lisäksi videoyhteyden avulla voidaan tuoda kotiin viriketoimintaa, kuntoutusta ja erilaisia tapahtumia.

Kotona asumisen turvallisuutta voidaan parantaa teknologian avulla. Esimerkiksi paikantavat turvapuhelimet mahdollistavat avunsaamisen myös ulkona liikuttaessa. Lisäksi kotiin voidaan helposti asentaa aktiivisuuden seurantaan liittyviä antureita sekä tarvittaessa esim. ovivahti turvaamaan muistisairaana asumista. Lääkkeen ottamisesta voidaan

muistuttaa, valvoa ja ohjeistaa erilaisilla teknisillä ratkaisulla. Erilaiset älykkäät dosettiratkaisut mahdollistavat henkilön toteuttaa omaa lääkehoitoa mahdollisimman pitkään itse.

Kehittämisehdotuksia

- maakunnat ottavat käyttöön myös sähköisiä ratkaisuja asiakasohjauksessa
- maakunnan alueen sosiaali- ja terveysalan yritykset kuvaavat palvelut www.suomi.fi
- palvelutietovarantoon
- palveluneuvontaa on tarjolla monikanavaisesti verkossa, puhelimitse ja matalan kynnyksen palveluna
- maakunnassa järjestetään valmennusta ja opetusta digitaalisten ratkaisujen käytöstä yhteistyössä esimerkiksi järjestöjen ja kansalaisopistojen kanssa
- omais- ja perhehoitajille hoitajille mahdollistetaan sähköinen asiointi ja virtuaalisten verkostojen hyödyntäminen maakunnassa
- osana palveluprosessia palvelujen järjestäjä tarjoaa tarvittaessa teknisen ratkaisun omais- ja perhehoidon käyttöön
- älykästä analytiikkaa hyödynnetään toiminnan seurannassa ja kehittämisessä

8. Järjestöt ja vapaaehtoistoimijat aktivoidaan vahvemmin omaishoitoperheiden arjen tueksi; omais- ja perhehoitoon kutsutaan järjestötyössä mukana olevia vapaaehtoisia (esim. Omaishoitajaliiton, Perhehoitoliiton ja Muisti ry:n vapaaehtoistoimijoita)

Kolmas sektori on merkittävä iäkkäiden palveluntuottaja julkisen ja yksityisen sektorin rinnalla. Järjestöt ovat monissa maaseutukunnissa merkittäviä palvelun tuottajia ja työllistäjiä. Järjestöiltä odotetaan panosta sosiaalisten verkostojen ja yhteisöllisyyden vahvistajina. Suomessa on alueita, joissa julkiset palvelut eivät riitä eikä yritysmäiselle palvelutuotannolle ole edellytyksiä. Järjestöjen palvelutoimintaa syntyy usein juuri tällaisiin tilanteisiin toiminnan heikon tuottavuuden, pitkien välimatkojen ja harvan asutuksen aiheuttamien tuotantokustannusten tai asiakkaiden vähäisen maksukyvyn vuoksi. Järjestöillä on erittäin suuri rooli sosiaalisen tuen ja kuntoutuksen alueella. Järjestöt voivat järjestää erilaista koulutusta ja valmennusta (esim. Perhehoitoliitto perhehoitajien koulutusta, tai Omaishoitoliitto esim. Ovet-valmennusta®).

Paikallisyhdistykset järjestävät mm:

- vertaistukea keskustelu- ja toimintaryhmissä
- virkistystä, tapahtumia, retkiä jne.

- valmennusta koulutusta, ohjausta, neuvontaa
- kehittävät ja toteuttavat omaishoitoperheitä tukevia toimintamuotoja vapaaehtois pohjalta ja STEA:n jakamien avustusten tuella (erilaiset hankkeet ja OmaisOiva-toiminta osassa yhdistyksiä)

Paikallisyhdistykset järjestävät omaishoitajille vertaisryhmiä, joista osa on tarkoitettu kaikille omaishoitajille ja osa on suunnattu esimerkiksi erityislasten vanhemmille tai omaishoitajille, joiden omaishoitotilanne on päättynyt hoidettavan läheisen kuolemaan tai muuttanut muotoaan hoidettavan läheisen siirryttyä pitkäaikaishoittoon (Katse huomiiseen -ryhmät). Samankaltaisten elämäkokemusten jakaminen ryhmässä voimaannuttaa ja vuorovaikutus tukee jaksamista. Ymmärtämiseen ei vertaisten kesken tarvita aina edes sanoja.

Perhehoitoliitto ry on perhehoidon asiantuntijajärjestö, jonka toiminnan painopisteitä ovat perhehoitajien ja heidän alueyhdistystensä toiminnan tukeminen, perhehoidon kehittäminen ja perhehoidosta tiedottaminen.

Kehittämisehdotuksia

- järjestöjen roolia osana omais- ja perhehoidon kokonaisuutta vahvistetaan lisäämällä tiedottamista ja neuvontaa
- palveluohjauksessa ja asiakassuunnitelmaa laadittaessa huomioidaan järjestöjen mahdollisuudet
- maakunnissa nimetään yhteyshenkilö järjestötyöhön
- järjestöjen valmennusta ja koulutusta sekä muuta HYTE-toimintaa hyödynnetään omais- ja perhehoidon tukena
- vapaaehtoisten roolia vahvistetaan omaishoidon tukena
- järjestöjen ja kuntien kanssa sovitaan työnjaosta ja yhteistyöstä, joilla tuetaan omais- ja perhehoitoa
- maakunnan palvelulupauksessa huomioidaan järjestöjen rooli

9. Ammatillista perhehoitoa edistetään maakunnassa franchising-periaatteella, jota toteutetaan kumppanuuden periaatteella eri taustaisten yrittäjien kanssa

Tulevaisuudessa eri-ikäisten perhehoitoa tulee edistää nykyistä monipuolisemmilla menetelmillä. Tällä hetkellä lainsäädäntö mahdollistaa perhehoidon yksityisessä kodissa tai ammatillisessa perhehoitokodissa, kuten esimerkiksi Kaarinan senioreiden perhehoitokylä osoittaa. Yhteisöllistä perhehoidon mallia voidaan toteuttaa joka puolella Suomea välimuotoisen asumisen palveluna muun muassa iäkkäille tai vammaisille henkilöille. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa franchising-malli on vielä varsin vähän tunnistettu ja käytetty palvelumalli, vaikka perinteisessä liike-elämässä franchising on yksi varteenotettava vaihtoehto yrittäjyydessä. Kuitenkin Hollannissa tällä konseptillä toimiva

yritys on yksi käytettävissä oleva vaihtoehto toteuttaa esimerkiksi muistisairaille suunnattua perhehoitokoti-toimintamallia. Hollannin malli voisi olla myös suomalaisessa järjestelmässä yksi tapa lisätä mielenkiintoa perhehoitoon ja sen toteuttamiseen pienimuotoisena yritystoimintana.

Kehittämisehdotuksia

- eri-ikäisten perhehoitoa edistetään nykyistä monipuolisemmilla toimintamalleilla
- maakunnissa ja kuntayhtymissä haetaan ja kokeillaan aktiivisesti uusia toimintamalleja, joilla mahdollistetaan ammatillisen perhehoidon laajeneminen osana palvelurakennetta

10. Perhehoitoon alueellinen toimintamalli ja rekrytointi yhteistyössä Perhehoitoliiton kanssa

Perhehoidon tehokas järjestäminen vaatii onnistuakseen riittävän suuren väestöpohjan ja keskitetyn koordinoinnin omais- ja perhehoitokeskuksesta tai perhehoitoyksiköstä, josta koordinoidaan perhehoidon järjestämistä, rekrytointia ja perhehoitajien valmennusta. Perhehoidon järjestämisestä vastaa tulevassa sosiaali- ja terveystalouden maakuntamallissa maakunta.

Perhehoitoa ei ole ilman perhehoitajia ja perhehoitoa ei tarvita palveluvaihtoehtona, ellei sillä ole käyttäjiä. Alueellinen omais- ja perhehoitokeskus tai perhehoitoyksikkö, perhehoidon ohjausryhmä, yhteinen perhehoidon koordinaattori ja alueittain nimetyt perhehoidon vastuutyöntekijä(t) turvaavat perhehoidon systemaattisen toiminnan ja kehittämisen. Omais- ja perhehoidon keskus tai perhehoitoyksikkö on sekä verkostomainen toimintatapa että toimipiste, missä perhehoidon koordinaattori(t) ja muut perhehoidon yhteistyötahot työskentelevät. Perhehoidon ohjausryhmä on työntekijöistä koottu ryhmä, joka ohjaa perhehoidon järjestämistä ja kehittämistä alueella. Perhehoidon koordinaattorin tehtävänä on yhteen sovittaa palveluja ja tehdä yhteistyötä sekä työntekijöiden että perhehoitajien kanssa. Perhehoidon alueellinen vastuutyöntekijä, esimerkiksi perhehoidon palveluohjaaja on nimetty työntekijä, joka tekee läheistä yhteistyötä perhehoitajien kanssa sekä toimii yhteistyölinkkinä perhehoitoyksikköön / omais- ja perhehoidon keskuksen.

Perhehoitajaksi hyväksyminen edellyttää perhehoidon valmennuksen suorittamista. Perhehoitoliitto ylläpitää rekisteriä valmennuksen käyneistä ja täydennyskoulutetuista perhehoitajista. Maakunnat/kuntayhtymät/kunnat voivat tehdä yhteistyötä Perhehoitoliiton kanssa rekrytoidessaan perhehoitajia, myös ylimaakunnallisessa yhteistyössä (Perhehoitoliitto 2018).

Kehittämisehdotuksia

- käyttöön otetaan maakunnissa/ kuntayhtymissä/ kunnissa toimintamalli, jossa perhehoitoa koordinoi omais- ja perhehoidon keskus tai perhehoitoyksikkö
- organisoidaan alueella perhehoito siten, että perhehoidon järjestämisestä ohjaa ja koordinoi ohjausryhmä, perhehoidon koordinaattori yhteen sovittaa palveluja yhteistyössä työntekijöiden ja perhehoitajien kanssa sekä perhehoidon alueellinen vastuutyöntekijä tekee läheistä yhteistyötä perhehoitajien kanssa ja on yhteistyölinkkinä perhehoitoyksikköön/ omais- ja perhehoidon keskuksen
- rekrytoidaan valmennettuja perhehoitajia yhteistyössä Perhehoitoliiton kanssa maakunnallisesti ja ylimaakunnallisesti

LÄHTEET

- Franchising - malli Hollannissa; Opinnäytetyö Aalto & Kettunen: Hoivayrittäjyys ikääntyvien palveluissa-nyt ja tulevaisuudessa, s. 27. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63684/B70_netti.pdf;jsessionid=9A7080E1A1B3464900742093D804F7B1?sequence=1<http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=19101>
- Hallituksen esitys valinnanvapauslaiksi HE 47/2017 vp
- Kehusmaa S, 2014: Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 31. Kelan tutkimusosasto.
- Kehusmaa S, Erhola K. Kotihoito omaishoidon tukipalveluna. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 1/2018, tammikuu 2018.
- Keronen, M. Asiakaslähtöisyys – olennainen tekijä sosiaalihuollossa. Tesso 3/2013.
- Kettunen Marjut (toim.). IkäOpastin asiakasohjaus Kymenlaaksossa. Periaatteet ja toimintamalli. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:54. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4010-9>
- Kirjavainen & Niskala, 2017; Asiakasosallisuus sote-uudistuksessa.
- Koinsaari Jaana ja Rautio Eveliina. Osallisuus, monitoimijuus ja arjen tuki. Käsikirja onnistuneeseen omais- ja perhehoidon tukeen sekä sektorirajat ylittävään palveluohjausverkoston perustamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:55. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4011-6>
- Koivuniemi K, Simonen K, 2011. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT TECHNOLOGY 62, Espoo 2012.
- Kuntainfo 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Linnoosmaa I, Jokinen S, Vilkkonen A, Noro A, Siljander E. Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 9/2014.
- Perhehoitoliitto 2018. Hyvää perhehoitoa ikäihmisille -toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti.
- Ritvanen Johanna. KomPASSi- hanke. Maakunnallisen iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin perustaminen Varsinais-Suomeen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:53. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4009-3>
- Silius-Miettinen Pirjo, Noro Anja, Lähesmaa Jukka, Vuokko Riikka. Kokonaisarkkitehtuurin kuvaus. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken-ikäisten omaishoitoa -kärkihanke. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:50. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4006-2>

- Sointu L 2016. Hoiva suhteessa. Tutkimus puolisoaan hoivaavien arjesta. Acta Universitatis Tamperensis 2195. Tampere University Press.
- Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma.
- Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa – hankesuunnitelma (2016 a). STM raportteja ja muistioita 2016:41.
- Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016-2016 (2016 b). Hakujulistus. STM raportteja ja muistioita 2016:32.
- Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. Omaishoidon tuki, opas kuntien päättäjille
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö tiedottavat; Omais- ja perhehoito-uudistusten vaikutuksia arvioidaan vuonna 2018 https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/omais-ja-perhehoitouudistusten-vaikutuksia-arvioidaan-vuonna-2018.
- Sotkanet 2018, THL. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy4PAwA=®ion=s07M-BAA=&year=sy6rAAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimes-tamp=201802280718>
- Shemeikka R, Buchert U, Pitkänen S, Pehkonen-Elmi T, Kettunen A. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviämiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 37/2017. Julkaisun pysyvä osoite on <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-384-2>
- Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 11, 2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>
- www.alueuudistus.fi

Omais- ja perhehoidon toimeenpanoa ohjaava lainsäädäntö

- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta (251/2003)
- Hallintolaki 434/2003 ja Hallintolain käyttölaki (586/1996)
- Henkilötietolaki (523/1999)
- Julkisten alojen eläkelaki (81/2016)
- Kotikuntalaki (201/1994)
- Kunnallinen eläkelaki (549/2003)
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)
- Laki (734/1992) ja asetus (912/1992) sosiaali- ja terveyshuollon asiakasmaksuista
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) (asetus 988/1977)
- Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä (504/2002)
- Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta (511/2016)
- Laki omaishoidon tuesta 4a§ (937/2005) ja muutos (318/2011)
- Laki perhehoitolain muuttamisesta 510/2016
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Laki vammaisuuden perusteella annettavista palveluista ja tukitoimista (380/1987) asetus (759/1987)
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011)
- Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996)
- Perhehoitolaki (263/2015)
- Sairausvakuutuslaki (1224/2004)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Sosiaalihuoltolaki (710/1982) ja – asetus (607/1983)
- Tietosuojalaki (516/2004)
- Työtaturma- ja ammattitautilaki (459/2015)
- STM:n opas 2005:32 Turvallinen lääkehoito
- STM:n julkaisu 2017:6 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: Ravitsemussuosituksien ikääntyneille

Valvira: Valvontaohjelmat

Valvira 7/2013 Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä

Hyvä perhehoito -työryhmän raportti perhehoitolain toimeenpanon tueksi 2017. <http://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3875-5>

8 Tukea omais- ja läheishoitajille

8.1 Omaishoitajien hyvinvointia edistävä järjestölähtöinen toiminta

Kaisa Parvianen, Juha Timoskainen ja Sari Tervonen, Omaishoitajaliitto

Omaishoitajaliitto ry toimii asiantuntijana ja vaikuttajana omaishoitajien aseman parantamiseksi. Liiton eri puolilla Suomea toimivat 70 paikallisyhdistystä tavoittavat laajasti omaishoitajia ja järjestävät monimuotoista vapaaehtois pohjaista vertaistukea sekä ammatillisesti ohjattua neuvontaa, Ovet-valmennusta ja ryhmätoimintoja.

Tässä artikkelissa omaishoitaja määritellään Suomen omaishoidon verkoston määritelmän mukaan: Omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti. (Vrt. tämän raportin luku 2.1.)

Liiton 34 paikallisyhdistystä sai vuodelle 2017 avustuksia Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STEA) jakamista veikkausvoittovaroista. Liitto käynnisti raha-automaattivastuksella vuonna 2014 omaishoitajien hyvinvointia edistävän OmaisOiva-toiminnan, joka on yhdessä yhdistysten kanssa kehittännyt tukitoimintaa paikalliselle tasolle. 31 yhdistystä tarjoaa OmaisOivan tukea yli 200 kunnassa vuonna 2018. OmaisOivan tukimuotoja ovat Ovet-valmennukset, ohjatut vertaisryhmät sekä kioski- ja kahvilatoiminnat (matalan kynnyksen toiminnat).

Taulukossa yksi on esitetty OmaisOiva-toimintoihin osallistuneiden määrät vuosina 2014–2017. Osallistumiskertoja on neljän vuoden aikana lähes 100 000. Omaishoitajaliitto kerää paikallisyhdistyksiltä tiedot OmaisOiva-toimintaan osallistuneista ja heidän kokemuksistaan toiminnasta. Tilastot koskevat vain OmaisOiva-toimintaa toteuttavia paikallisyhdistyksiä. Lisäksi liiton muut paikallisyhdistykset järjestävät toimintaa ja tukevat omaishoitajia toiminta-alueillaan, mutta tilastotietoa toiminnasta ei ole liiton käytössä.

Taulukko 1. Omaishoitajien hyvinvointia edistävän OmaisOiva-toiminnan osallistujamäärät vuosina 2014–2017

Vuosi	Ovet-valmennus [®]	Ohjattu ryhmätoiminta	Matalan kynnyksen toiminnot	Yhteensä
2014	69	364	4 651	5 084
2015	195	1 159	12 870	14 224
2016	642	2 429	32 974	36 045
2017	556	3 096	40 072	43 724

Ovet-valmennuksen ja muun ryhmämuotoisen vertaistukeen perustuvan toiminnan hyödyllisyys tulee esiin toimintaan osallistuneille tehdyistä palautekyselyistä, joihin vastaa noin 3 000 omaishoitajaa vuosittain. Heistä yli 95 % on kokenut toimintaan osallistumisen lisänsen voimavaroja ja antaneen intoa huolehtia omasta hyvinvoinnistaan. Lisäksi omaishoitajat kokevat vertaistukea tarjoavat toiminnot tärkeinä.

Yleisemminkin omaishoitajille suunnatut valmennukset ja muut ryhmämuotoiset tukimuodot on arvioitu tutkimuksissa omaishoitajille hyödyllisiksi tukimuodoiksi. Omaishoitajien ja hoidettavien tarpeet ja tilanteet ovat hyvin erilaisia. Omaishoitotilanteiden monimuotoisuudesta kumpuaa tarve räätälöityihin tukitoimiin. (Shemeikka ym. 2017.)

Kokemuksia Ovet-valmennuksista[®]

Omaishoitajaliitto kehitti Ovet-valmennuksen raha-automaattivastusrahoituksella vuosina 2010–2012. Liiton paikallisyhdistykset ovat toteuttaneet Ovet-valmennuksia vuodesta 2010 lähtien. Liitto rekisteröi Ovet-valmennuksen tavaramerkiksi vuonna 2016. Vuoden 2018 alusta lähtien omaishoitotosopimuksen tehneiden omaishoitajien valmennus on lain mukaan kunnan järjestämisvastuulla (Laki omaishoidon tuesta 3 a §). Liiton paikallisyhdistysten järjestämä Ovet-valmennus täydentää kuntien lakisääteistä valmennusta, joten omaishoitotosopimuksen tehneet omaishoitajat voivat osallistua Ovet-valmennukseen sen jälkeen, kun ovat saaneet kunnalta valmennuksen tai sopineet kunnan kanssa sen toteutumisesta.

Ovet-valmennus on osallistujille maksutonta ryhmätoimintaa, jossa käsitellään alustusten, keskustelujen ja harjoitteiden avulla keskeisiä omaishoitajuuteen liittyviä asioita. Ovet-valmennuksen tavoitteena on omaishoitajien vahvuuksien tukeminen ja uusien voimavarojen löytäminen. Ovet-valmennuksessa käsitellään ohjaajan avulla mm. omaishoidon tunnusmerkkejä, yhteiskunnan palveluja, avustamisen ja hoivatyön perusteita, muustosta osana elämää. Keskeistä on kokemusten ja tunteiden jakaminen yhdessä muiden omaishoitajien kanssa, vertaistukea hyödyntäen. Ovet-valmennus koostuu kahdeksasta 90 minuutin osiosta, jotka voidaan järjestää useana kokoontumiskertana.

Vuonna 2017 järjestettiin 69 Ovet-valmennusta 54 kunnassa. Ovet-valmennuksiin osallistui 556 henkilöä, joista 81 % oli eläkkeellä, 8 % ansiotyössä, 5 % työttömiä ja loput muulla työelämästatuksella. Osallistujista valtaosa oli naisia. Ovet-valmennukseen osallistujista noin 68 % hoitaa puolisoaan, 17 % omaa vanhempaansa tai appivanhempaansa, 9 % lastaan ja loput muita omaisia tai läheisiä. Omaishoidon tukea sai 56 % osallistujista. Lähes 2/3 osallistujille Ovet-valmennus oli ensimmäinen kerta, kun he olivat mukana yhdistyksen toiminnassa.

Vuoden 2017 palautteiden mukaan omaishoitajat kokivat Ovet-valmennuksen hyödylliseksi. Ovet-valmennus lisäsi tietoa hoivatyöstä, avustamisesta ja tarjolla olevista palveluista. Lisäksi Ovet-valmennus antoi omaishoitajille muun muassa keinoja arvioida omia voimavaroja ja rohkeutta hakea palveluja. Taulukoissa kaksi ja kolme on esitetty palautekyselyjen tuloksia tarkemmin.

Taulukko 2. Ovet-valmennuksen® palautekyselyyn vastanneet vuonna 2017 (n=518)

Ovet-valmennuksesta opin uutta	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoivatyöstä saamani tieto lisäsi valmiuksiani toimia omaishoitajana	0 %	0,79 %	4,34 %	40,63 %	54,24 %
Avustamiseen liittyvät osuudet lisäsivät avustamistaitojani	0,40 %	0,60 %	9 %	45,80 %	44,20 %
Tiedän nyt enemmän omaishoitoperheen palveluista	0 %	0 %	2,53 %	25,29 %	72,18 %

Taulukko 3. Ovet-valmennuksen® palautekyselyyn vastanneet vuonna 2017 (n=527)

Ovet-valmennus antoi minulle	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Keinoja arvioida voimavarojani	0 %	0,58 %	5,77 %	40,38 %	53,27 %
Uusia näkökulmia omaishoitajuuteen	0 %	0,39 %	2,90 %	31,33 %	65,38 %
Intoa huolehtia omasta hyvinvoinnistani	0 %	0,77 %	4,22 %	35,12 %	59,89 %
Rohkeutta hakea tukea ja apua (palveluja)	0 %	0 %	3,70 %	28,40 %	67,90 %
Rohkeutta kertoa ajatuksistani ja tunteistani	0,19 %	0,58 %	4,06 %	32,50 %	62,67 %
Ylpeyttä siitä, että olen omaishoitaja	0,59 %	1,39 %	9,70 %	35,05 %	53,27 %

LÄHTEET

Shemeikka R, Buchert U, Pitkänen S, Pehkonen-Elmi T, Kettunen A 2017. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviytymiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 37/2017

8.2 Muistisairaiden läheisten kokemuksia

Minna Teiska, Muistiliitto

Suomessa on lähes 200 000 muistisairautta sairastavaa henkilöä ja määrän ennustetaan kolminkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä. Muistisairauden voidaan ajatella olevan koko perheen sairaus, sillä myös puoliso, lapset, sisarukset ja ystävät kohtaavat suuria muutoksia ja luopumista sekä käyvät läpi suuren tunteiden ja reaktioiden skaalan.

Lääkkeettömien menetelmien käytöstä tutkimusnäyttöä

Muistisairauteen voi liittyä käyttäytymistä, jonka ympäristö voi kokea häiritseväksi tai vaikeaksi hallittavaksi. Muutokset käyttäytymisessä saattavat vaikuttaa muistisairaaseen itseensä, hänen läheisiinsä ja hoitavaan henkilöstöön. Muistiliiton vuonna 2018 Hoitotyön tutkimussäätiöltä tilaaman järjestelmällisten katsausten tutkimusnäyttö tukee lääkkeettömien menetelmien käyttöä muistisairaiden haasteelliseksi koetun käyttäytymisen hoitamisessa. Vahvin näyttö liittyy musiikin käyttöön, mutta tutkimusnäyttö tukee myös muistisairaahan yksilölliset tarpeet ja toivomukset huomioivien menetelmien käyttöä kiihtyneisyyden ja aggressiivisuuden vähentämiseksi. Tutkimusnäyttö omaisille suunnatuista interventioista oli positiivista, koulutusinterventioissa omaisille opetettiin muun muassa kommunikointia muistisairaahan kanssa, lääkkeettömiä hoitomuotoja sekä annettiin tietoa muistisairaahan haasteelliseksi koetusta käyttäytymisestä.

Carers' Survey – omaisten näkemyksiä

Alzheimer European toteuttamassa Carers' Survey tutkimuksessa olivat mukana Suomen lisäksi Hollanti, Skotlanti, Tsekki ja Italia. Suomessa tutkimukseen vastasi 2017 keväällä 363 muistisairaahan läheistä, jotka vastaushetkellä hoitivat tai tukivat muualla tavoin muistisairausdiagnoosin saanutta perheenjäsentä tai ystävää.

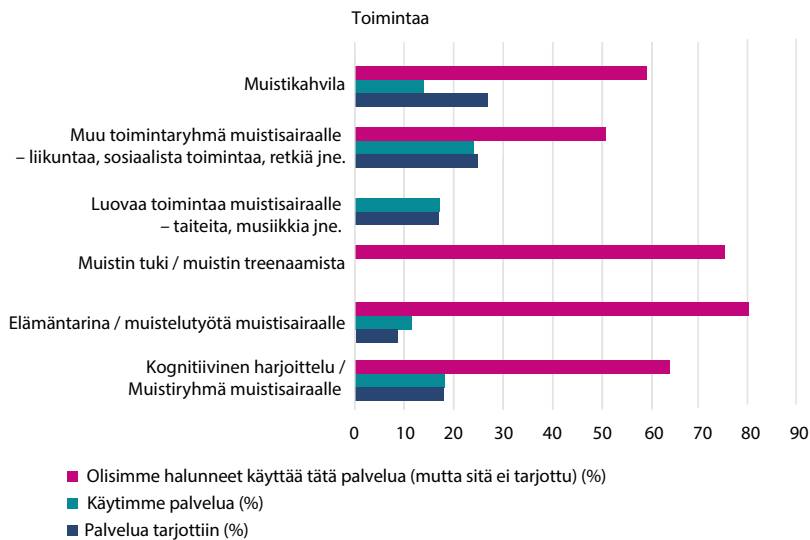
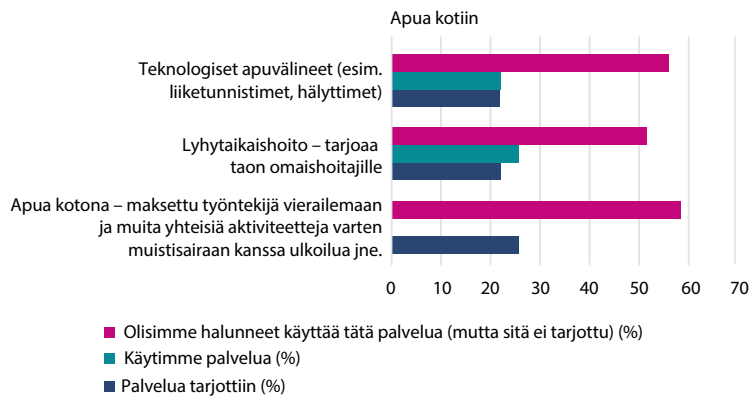
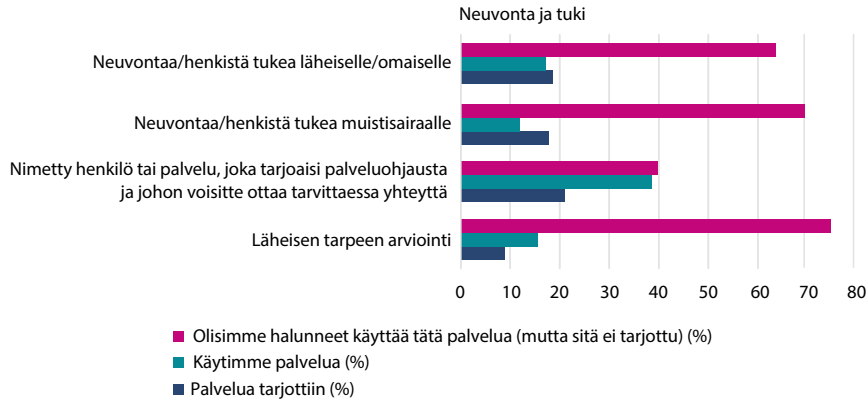
Valtaosa vastaajista (87 %) oli naisia ja iältään 45–69 vuotiaita (n. 67 % vastanneista). Lähes viidesosa (23 %) vastaajista oli 70-vuotiaita tai sitä vanhempia, 44-vuotiaita tai sitä nuorempia oli kymmenesosa. Vastaajista 41%:a kertoi muistisairaana olevan puoliso tai kumppani, yli puolella vastaajista (51 %) muistisairas oli jompikumpi omista vanhemmista. Vastaajista reilu kolmasosa oli kokoaikaisessa palkkatyössä lähes puolet (47 %) eläkkeellä. Vastanneista 57 % koki olevansa muistisairaana ensisijainen hoitaja, 14 % vastanneista jakoi hoitajuuden yhden tai useamman sukulaisen /ystävän kanssa.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan mitä palveluita heille tarjottiin diagnoosin ja sitä seuranneiden kuuden kuukauden aikana. Kaksi viidestä ilmoitti, ettei heille oltu tarjottu nimettyä henkilöä tai palvelua, joka tarjoaisi palveluohjausta ja johon he voisivat ottaa tarvittaessa yhteyttä. Vastaajista kolme neljästä oli sitä mieltä, että he olisivat toivoneet läheisten tarpeiden arviointia, mutta tätä palvelua ei oltu tarjottu. Samoin vastaajista suurin osa koki, ettei muistisairaalle tai omaiselle / läheiselle oltu tarjottu neuvontaa tai henkistä tukea (palvelua ilman jääneet vastaajat olisivat palvelua käyttäneet, mikäli sitä olisi tarjottu).

Lähes kaksi kolmesta vastaajista olisi käyttänyt kotiin tarjottua apua (maksettu työntekijä vierailemaan ja muita yhteisiä aktiviteetteja varten muistisairaana kanssa ulkoilua jne.) mikäli sitä olisi tarjottu. Samoin yli puolet omaisista/läheisistä olisi halunnut lyhytaikaishoitoa, mikäli sitä olisi tarjottu. Reilulle viidesosalle lyhytaikaishoitoa oli tarjottu ja reilu neljännes vastaajista oli käyttänyt lyhytaikaishoitoa. Teknologisia apuvälineitä (esim. liikkeentunnistimia tai hälyttimiä) oli tarjottu noin viidesosalle vastaajista, ja saman verran oli käyttänyt palvelua. Sen sijaan yli puolelle teknologisia ratkaisuja ei oltu tarjottu, mutta he olisivat olleet niitä halukkaita käyttämään.

Carers' Surveyn tulosten mukaan muistisairaille tarjottiin vähän erilaisia lääkkeettömiä menetelmiä sisältäviä palveluita. Kognitiivista harjoittelua tai muistiryhmää ei oltu tarjottu 64 %:lle vastanneista, elämäntarina tai muistelutyötä 80 %:lle, muistin treenaamista 75 %:lle, luovaa toimintaa 66 %:lle ja muuta toimintaryhmää (kuten liikuntaa ja sosiaalista toimintaa) 51 %:lle. Kaikki näin vastanneet olisivat halunneet käyttää oheisia palveluita, mikäli niitä olisi tarjottu.

Lähes puolet tutkimukseen vastanneista ajatteli, että diagnoosista olisi ollut enemmän hyötyä, jos se olisi tehty varhaisemmassa vaiheessa. Keskimäärin tutkimuksissa mukana olleissa maissa kesti kaksi vuotta saada diagnoosi. Läheisten mukaan suurimpia esteitä riittävän varhaiselle diagnoosille olivat, ettei muististaan huolestunutta otettu riittävän vakavasti alkuvaiheessa tai ettei hän halunnut hakeutua tutkimuksiin. Yli puolet (52%) läheisistä/omaisista oli sitä mieltä, että muistisairaana hoitaminen sai heidät tuntemaan olonsa yksinäiseksi.



Kuviot (1–3) Vastaajia pyydettiin arvioimaan mitä palveluita heille tarjottiin diagnoosin ja sitä seuranneiden kuuden (6) kuukauden aikana.

LÄHTEET

World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International (ADI), 2015. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen – Raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. Annukka Tuomikoski, Heidi Parisod, Ashlee Oikarainen, Hannele Siltanen, Arja Holopainen. Muistiliiton julkaisusarja 1/2018

European Carers' Report 2018: Carers' experiences of diagnosis in five European countries, Alzheimer Europe 2018.

8.3 Kelan kuntoutus omaishoitajille

Pirjo K. Tikka, Kela

Omaishoitajien kuntoutuskurssit

Omaishoitajille on tarjolla erilaisia tukimuotoja, joista yhtenä ovat Kelan järjestämät omaishoitajien kurssit. Kelan kuntoutus tukee osaltaan omaishoitajien arjessa jaksamista kuntien ja kuntayhtymien, omaishoitajien kattojärjestönä toimivan Omaishoitajaliiton ja sen paikallisyhdistysten sekä muiden kolmannen sektorin (järjestöt, seurakunnat) toimijoiden toiminnan lisäksi.

Omaishoitajien kuntoutuskursseille voivat osallistua henkilöt, jotka hoitavat tai hoivavat päivittäin omaistaan tai läheistään. Kurssille osallistuminen ei edellytä omaishoitosopimusta kunnan kanssa ja tämä mahdollistaa erilaisessa tilanteessa olevien omaishoitajien osallistumisen. Kelan kuntoutuksessa yleisesti vaadittu sairauden määrittely puuttuu omaishoitajakursseilta. Riittää, kun lääkärinlausuntoon on kuvattu omaishoitajan tilanne ja uupumisoireet, jotka ovat uhka omaishoidon jatkumisen kannalta.

Kelan kuntoutuksena omaishoitajien kurssit alkoivat 2000-luvulla ja niitä on kehitetty 2010-luvulla. Kehittämisen taustalla on ollut omaishoitajien kuntoutuksen arviointitutkimuksen tulokset ja niistä saatu tieto. Lisäksi kurssien sisältöjä on kehitetty Kelan ulkopuolisten asiantuntijoiden kanssa. Kehittämisen yhtenä tuloksena käynnistyivät vuonna 2013 omaishoitajien kurssit, joissa oli varattu hoidettavalle läheiselle mahdollisuus olla kursilla mukana. Osatekijänä ns. parikurssin käynnistämiseksi olivat hoidettavan puutteelliset

mahdollisuudet saada intervallipaikka ajalle, jolloin häntä hoitava omaishoitaja osallistui kurssille. Nämä kurssit ovat nykyisellään suosituimpia kuin yksin kurssille osallistuvien omaishoitajien kurssit ja määrällisesti niitä järjestetään huomattavasti enemmän. Vuoden 2017 alusta alkaen on tarjottu mahdollisuus omaishoitajien kuntoutukseen myös heille, jotka hoitavat lasta tai nuorta. Näitä kursseja on vuositasolla muutama.

Kela on kohdentanut omaishoitajien kuntoutukseen aikaisempaa enemmän rahoitusta. Kun vuonna 2013 omaishoitajakurssien kustannukset olivat noin 1,4 milj. euroa, olivat kustannukset vuonna 2017 lähes 2,8 milj. euroa. Omaishoitajien kursseille osallistuneiden henkilöiden määrä on noussut samassa suhteessa 568 omaishoitajasta 1014 omaishoitajaan samalla ajanjaksolla (Taulukko 1).

Taulukko 1. Omaishoitajien kursseille osallistuneet sukupuolen ja ikäryhmän mukaan.

Sairaus- tai ammattiala	Sukupuoli	Ikäryhmä	35–44 v	45–54 v	55–64 v	Yli 64 v
		Yhteensä	Saajat	Saajat	Saajat	Saajat
Omaishoitajat, yhteensä	Yhteensä	1 014	10	26	75	903
	Miehet	246	3	3	11	229
	Naiset	768	7	23	64	674
Omaishoitajat, aikuista hoitavat	Yhteensä	992	2	12	75	903
	Miehet	243	-	3	11	229
	Naiset	749	2	9	64	674
Omaishoitajat, lasta tai nuorta hoitavat	Yhteensä	22	8	14	-	-
	Miehet	3	3	0	-	-
	Naiset	19	5	14	-	-

Kelan tilaston mukaan eniten omaishoitajien kuntoutuskursseille osallistuvat Uusimaalaiset (163 omaishoitajaa) ja Pohjois-Pohjanmaalla (151 omaishoitajaa) asuvat henkilöt. Vähiten omaishoitajakurssien mahdollisuutta käyttävät Keski-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Kymenlaakson omaishoitajat, joissa kursseille osallistuneiden omaishoitajien lukumäärän vaihteluväli on 7–13. Maakunnalliset ja alueelliset erot kuntoutuksen hyödyntämisessä muiden tukimuotojen lisäksi on arvoitus. Ainoastaan Uusimaan luku on selitettävissä väestötiheydellä.

Tutkimus ja kehittäminen

Omaishoitajakurssien kehittämisestä saadaan tutkimustuloksia Kelan Muutos-hankkeessa. Hankkeessa tutkitaan, millaisia vaikutuksia Kelan kuntoutuspalveluiden muutoksilla on ollut asiakkaalle. Muutos-hankkeen taustalla on lainsäädännön muutokset tai kehittämistyön tulosten perusteella tehdyt uudistukset. Tutkimus on luonteeltaan

kuntoutuspalveluiden toimenpanon tutkimusta, kun palvelun tai etuisuuden sisällöt, toimintatavat tai ehdot ovat muuttuneet tai luotu kokonaan uusi palvelu. Omaishoitajakursien Muutos-hankkeen tiedon tarpeen taustalla ovat tehdyt kehittämistoimet kurssien sisällössä ja uuden palvelun mukaan tulossa. Tutkimus kohdistuu asiakkaan kokemukseen siitä, onko kuntoutus hänen kannalta oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista. Tutkimus tuottaa soveltamiskelpoista tietoa kuntoutuksen kehittämis-, ohjaus- ja vaikuttamistyöhön. Hanke toteutetaan ajalla 1.5.2015–31.12.2019 ja rahoitetaan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 12 §:n mukaisista kehittämistoiminnan varoista sekä koordinoidaan Kelan tutkimusryhmästä.

Kelan etäkuntoutushankkeessa yhtenä osaprojektina on selvittää etäkuntoutuksen mahdollisuutta omaishoitajille. Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen verkko-pohjaisen etäkuntoutusintervention avulla – osaprojekti toteutettiin 1.8.2016–31.12.2018. Tässä kehittämishankkeessa on tavoitteena saada tietoa, miten etäkuntoutusinterventio on toteutettavissa omaishoito-tilanteessa. Omaishoitajien etäkuntoutushanke toteutettiin näennäiskokeellisessa asetelmassa vertaamalla kolmea eri tyyppistä omaishoitajaryhmää. Kelan rahoittamassa hankkeessa on tutkittu yli 60-vuotiaiden omaishoitajien etäkuntoutusta ja sen vaikutuksia omaishoitajien psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimuksen on toteuttanut Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter. Hankkeessa laadittiin omaishoitajille uudenlainen mielen hyvinvoinnin tukemiseen suunnattu 12 viikon kestoinen ja käyttäjäystävällinen verkko-ohjelma OMApolku, joka perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin. Verkko-ohjelmaan yhdistettiin säännöllinen henkilökohtaisen tukihenkilön tukikontakti ohjelman aikana, joka toteutettiin tässä hankkeessa puhelimitse. Tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien ikäjakauma vaihteli 60 ja 88 ikävuoden välillä. Enemmistö tutkittavista oli naisia ja valtaosa oman puolisonsa omaishoitajia. Tutkittavat rekrytoitiin pääosin Keski-Suomen ja Pirkanmaan seuduilta. Hankkeen tulokset osoittivat, että etäkuntoutus lisäsi omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia. Omaishoitajat myös sitoutuivat verkko-ohjelmaan hyvin ja kokivat sen pääosin riittävän helppokäyttöiseksi. Säännöllinen tukihenkilön kontakti oli tutkittaville omaishoitajille tärkeää. Tämän hankkeen perusteella omaishoitajien etäkuntoutusmalli oli toimiva ja vaikuttava malli, johon on kuitenkin suositeltavaa liittää säännöllinen tukikontakti jossakin muodossa, joka voi olla esim. lyhennetty ryhmämuotoinen lähikuntoutus tai tukihenkilön kirjallinen palaute tai puhelinsoitto. On myös syytä huomioida, että ikäihmiset ovat tietoteknisiltä taidoiltaan hyvin heterogeeninen ryhmä, jolloin tietotekniikan käyttöön kuntoutuksessa tarvitaan riittävästi perehdyttämistä. (Lappalainen ja Pakkala 2018)

Muu Kelan kuntoutus

Omaishoitajat ja perhehoitajat voivat osallistua Kelan järjestämään kuntoutukseen myös muulla perusteella kuin omais- tai perhehoitajana toimimisen perusteella. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja on tarjolla sairauden perusteella laaja valikoima.

Usein omais- tai perhehoitajana toimivalla saattaa olla sairauksia, joista kuntoutuminen edistää hoitajana toimimista. Kelan järjestämät erilaiset kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit eri sairauksia sairastaville saattaa olla tarpeellista ja näitä kursseja on usealle yksilöidylle sairaudelle. Myös yksilöllinen kuntoutus voi tulla kyseeseen, jos tarve kuntoutumiseen on laajempi kuin mitä kurssi tarjoaa.

Esimerkiksi KIILA-kuntoutus on suunnattu työikäisille ja TULES-kursseja on sekä työikäisille että työelämästä poissa oleville. Jos hoitaja on täyttänyt 68 vuotta, hänellä on mahdollisuus osallistua ikääntyneiden monisairaiden IKKU-kurssille. IKKU-kurssi on ryhmässä tapahtuvaa kuntoutumista ja hoitajana toimiva voi hyötyä laaja-alaisemmasta ja eri asiantuntijoiden toteuttamasta kuntoutuksesta.

LÄHTEET

Lappalainen Päivi, Pakkala, Inka. Sähköpostiviesti 29.11.2018, Lappalainen Päivi, tutkijatohtori, ja Inka Pakkala, tutkijatohtori, Kelan etähankkeen koordinaattori ja tutkija, Jyväskylän yliopisto

9 Tietovarannot koskien omais- ja perhehoitoa

Omais- ja perhehoidon jaos kartoitti käytettävissä olevia omais- ja perhehoidon seuranta-tietoja ja pohti mahdollisesti tarvittavaa lisätietoa.

Seuraavassa on kuvattu eri tietolähteistä saatavilla olevaa tutkimus- ja tilastotietoa. Jaoksen jäsenet saivat tehtäväkseen kerätä koosteen organisaationsa kaikista meneillään olevista tai parin vuoden sisällä valmistuneista omais- ja perhehoitoa koskevista tutkimuksista, selvityksistä ja tilastotiedoista. Jäseniltä toivottiin pohdintaa siitä, miten tätä tietoa voidaan hyödyntää omais- ja perhehoitolakien vaikutusten arvioinnissa. Jäseniä pyydettiin myös valmistelemaan esitys organisaationsa aineistoista, niiden käyttöoikeuksista ja hyödyntämismahdollisuuksista sekä tiedonkeruun jatkuvuudesta ja kirjoittamaan aineiston perusteella lyhyt artikkeli.

9.1 Tilastotiedot

Omaishoidon ja perhehoidon indikaattoreista on saatavilla tietoa sotkanetistä vuoteen 2017 saakka. (Liitteet 1,2,3).

Omaishoidon tuen asiakkaista on saatavilla lukumäärä ja peittävyys tietoa ikäryhmittäin (mm. 0–17, 18–64, 65–74, 75–84, 85+) vuoden ajalta, mutta ei sukupuolen mukaan (Liite 1).

Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneiden omaishoitajien lukumäärä saadaan alle 65 -vuotiaiden osalta ja kaikki yhteensä, mutta ei sukupuolen mukaan. Tilastotietoa on saatavilla myös omaishoidon tuen palkkioiden yhteismäärästä aina vuoteen 2014 saakka. (Liite 1).

Perhehoidossa olleiden vanhusten lukumäärä vuoden lopussa ja hoitopäivät vuoden aikana sekä vanhusten perhehoitokotien lukumäärät ovat saatavilla Sotkanetissä (www.sotkanet.fi). (Liite 1).

Lisäksi sotkanetissä on lukumäärä ja peittävyystiedot ikäihmisten palveluissa olleiden henkilöiden määrästä ja osuuksista (Liite 2).

Ikäihmisten palveluiden nettokustannukset ovat saatavilla kunnan kustantamista palveluista laitoshoidon, ympärivuorokautisen hoidon (tehostettu palveluasuminen), kotihoiton ja muiden ikäihmisten palvelujen osalta (Liite 3).

Kelaan kertyy jatkuvasti rekisteri- ja tilastotietoja Kelan etuuksien käytöstä. Lisäksi Kelan tutkimus on toteuttanut verotietoihin pohjautuvia rekisteriselvityksiä maksetuista omaishoidon hoitopalkkioista alueittain sekä hoitopalkkiota saaneiden omaishoitajien tulokehityksestä ja -rakenteesta (mm. Tillman ja Mikkola 2018, Mikkola ja Tillman 2017, Mikkola, Komu ja Tillman 2016, Ahola ym. 2014). Verotustietojen perusteella kerättyjä vuositasoisia tietoja maksettujen omaishoidon hoitopalkkioiden ja perhehoidon palkkioiden saajista ja määrästä kunnittain hyödynnettiin omaishoitolain vaikutusten arvioinnissa (kts. luku 5 tässä raportissa).

9.2 Seurantoja ja tutkimuksia

STM tilasi THL:stä omais- ja perhehoidon vaikutusten selvityksen vuonna 2018. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, kuinka omaishoito- ja perhehoitolakeja on toimeenpantu ja kuinka toimenpiteisiin tarkoitetut valtionosuudet ovat kohdentuneet. THL toteutti tiedonkeruun syyskuussa 2018 ja sen tulokset on raportoitu tämän raportin luvuissa 3 ja 4.

THL on aiemmin toteuttanut vuonna 2012 selvityksen omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa (Linnosmaa ym. 2014). Aiempia vastaavia selvityksiä on tehty muutama vuoden välein (Antikainen ja Vaarama 1995, Vaarama ym. 1999, Vaarama 2003, Voutilainen 2007, Linnosmaa ym. 2014, Vilkkonen ym. 2014).

THL on toteuttanut vanhuspalvelulain toimenpanon seurannan kuntakyselyjä vuosina 2013, 2014, 2016 ja 2018. Niissä on sivuttu myös omais- ja perhehoitoon liittyviä asioita.

FinSote (<http://www.terveytemme.fi/finsote/>) ja FinTerveys (<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-finterveys-tutkimus>) ovat otospohjaisia väestötutkimuksia, joita toteutetaan määräajoin. Niissä on kysymyksiä

läheishoivasta ja sopimusomaishoitajuudesta, mutta niissä erityiskysymysten osalta vastaajamäärät voivat jäädä pieniksi.

Kelassa on omaishoitoon liittyvien rekisteritutkimusten lisäksi tehty mm. postikyselytutkimus omaishoidon hoitopalkkiota saaneille ja haastattelututkimus kuntien omaishoidosta vastaaville (ks. Tillman ym. 2014), mutta ei perhehoitoon liittyvää tutkimustoimintaa. Omaishoidon kyselytutkimuksen aineistoon perustuen on julkaistu useita tieteellisiä artikkeleita ja tutkimusblogikirjoituksia. Lisäksi Kelan julkaisusarjoissa on julkaistu omaishoitaiheisiä tutkimuksia (Kalliomaa-Puha 2007, Kehusmaa 2014).

Kuntaliitossa on saatavilla rajatusti tietoa kuntien järjestämästä omaishoidon tuesta ja omaishoidon tuen kustannuksista osana vanhuspalveluja. Tiedon lähteinä ovat keskisuurten kuntien kuntavertailu sekä Kuntaliiton, Kelan, STM:n ja Hyvinvointialojen liiton Ikäänntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (2014-2018) -projekti.

Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannusvertailuja on tehty vuodesta 2004 lähtien. Kerätyt tiedot ovat julkisia: www.kuntaliitto.fi/sotekust

Ikäänntyneen väestön palvelut -projektin rekisteriaineistotutkimuksessa on kerätty tietoja Kuntaliiton suurten ja keskisuurten kuntien kustannusvertailuissa olevien kuntien iäkkäiden henkilöiden (henkilöiden, jotka ovat täyttäneet 75 vuotta vuonna 2014 tai aiemmin) sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä vuosina 2009–2014. Aineisto on saatu tutkimuskäyttöön, ja sen käyttö lupa tutkimuskäyttöön päättyy joulukuussa 2018. Lisätiedot hankkeesta: www.kuntaliitto.fi/ikaantyneet

Vuonna 2017 julkaistiin valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) määrärahalta toteutettu Omaishoitajaliiton, Kuntoutussäätiön sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun yhteistyönä laadittu Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviämiseen -raportti. Selvitys vahvisti aiempien tutkimusten tulosta siitä, että omaishoitajien ja hoidettavien tarpeet ja tilanteet ovat hyvin erilaisia. Omaishoitotilanteiden monimuotoisuudesta kumpuaa tarve räätälöityihin tukitoimiin.

9.3 Järjestöjen omaishoitajien tukea kuvaavia selvityksiä

OmaisOiva on omaistaan hoitavien tueksi kehitettyä toimintaa, jota Omaishoitajaliitto ja sen 31 paikallisyhdistystä toteuttavat ympäri Suomea. OmaisOiva-toimintaa on järjestetty vuodesta 2014 lähtien RAY:n/STEA:n myöntämien avustuksien turvin. Omaishoitajaliitto

kerää tietoa toimintaan osallistuneista omaishoitajista muun muassa lukumäärätietoa sekä kokemuksia.

Muistiliitossa on toteutettu muistisairaiden läheisille suunnattu Carer's Survey, joka toteutettiin yhteistyössä Alzheimer European ja Bangorin yliopiston kanssa vuonna 2017. Tutkimukseen osallistuivat Suomen lisäksi Alankomaat, Tsekki, Italia ja Skotlanti. Suomesta tutkimukseen kerättiin 363 vastausta. Muistiliitolla on käyttöoikeudet tutkimustuloksiin niiden julkaisun jälkeen.

Muistiliitto on teettänyt vuonna 2018 Hoitotyön tutkimussäätiöllä (Hotus) järjestelmällisten katsausten katsauksen, jonka tarkoituksena oli koota ja arvioida vuoden 2015 jälkeen julkaistuja järjestelmällisiä katsauksia lääkkeettömien menetelmien vaikutuksista muistisairautta sairastavan henkilön haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen. Katsausten katsaus sisälsi yhteensä 21 järjestelmällistä katsausta (joissa yhteensä 205 alkuperäistutkimusta) sekä kaksi järjestelmällisten katsausten katsausta.

Perhehoitoliitto järjestää ikäihmisten perhehoidon kouluttajakoulutusta. Kouluttajien määristä sekä ennakoivammennukseen osallistuneista on saatavilla tietoa. Näitä tietoja voitaisiin hyödyntää esimerkiksi kyselyjen jalkauttamisessa.

9.4 Omais- ja perhehoitoon liittyvän tiedonkeruun systematisointia tarvitaan

Koska omais- ja perhehoidosta on tarkoitus saada kiinteä osa iäkkäille, pitkäaikaissairaille ja vammaisille henkilöille tarjottavaa palvelukokonaisuutta, niiden seuranta on systematisoitava, jotta saadaan vertailukelpoista tietoa. Omais- ja perhehoidon seurantaan liittyvää tietoa on paljon mutta se on hajallaan. Kaikkea seurantaan tarvittavaa tietoa ei myöskään ole käytettävissä. Siksi on tarpeen pohtia sekä sitä, mitä tietoa seurantaan tarvitaan, ja sekä sitä, miten se kootaan.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmiin tarvitaan systemaattista kirjaamista omais- ja perhehoitotilanteista. Seurantatietoa on koottava pääsääntöisesti osana normaalitoimintaa, josta on saatava selville muun muassa omaishoitosopimuksen tehneet hoitajat ja omaishoidettavat taustatietoineen sekä myös myönteiset ja kielteiset tukipäätökset. Asiakas- ja potilastietojärjestelmiin tarvitaan, erityisesti akuuttitilanteita varten, tietoa siitä, onko asiakkaana olevalla henkilöllä omaishoitajan tai mahdollisesti perhehoitajan status. Lisäksi tarvitaan tietoa sekä omaishoitotilanteiden päättymisestä, joka on riski sinänsä, että omais- ja perhehoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten seuranta ja arviointia varten.

Tietojohdamisen tueksi on luotava ajantasaiset ja informatiiviset indikaattorit, jotka kertovat sekä omais- ja perhehoitajien että omais- ja perhehoidossa olevien asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen ja muiden tukien tarpeesta ja kokonaiskäytöstä, kustannuksista ja vaihtoehtoiskustannuksista (esim. osana THL:n ja Kelan seurantoja).

Lisäksi on syytä arvioida, onko tarvetta laajemmin selvittää väestönäkökuilmasta omais- ja perhehoidon laajuutta ja hyväksyttävyyttä. Tutkimuksessa olisi selvitettävä ensinnäkin omaisista ja läheisistä huolehtimisen laajuutta ja sitovuutta sekä kiinnostusta ja mahdollisuuksia omaishoitajana ja perhehoitajana toimimiseen sekä näkemyksiä omais- ja perhehoidon roolista ja mahdollisuuksista osana palvelujärjestelmää.

LÄHTEET

- Ahola E, Tillman P ja Mikkola H. Omaishoidosta maksettavat palkkiot ja omaishoitajien tulotaso – rekisteri-tutkimus vuodelta 2012. Teoksessa: Tillman P, Kalliomaa-Puha L ja Mikkola H. Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Työpapereita 69/2014, Kela.
- Antikainen E ja Vaarama M (1995). Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen. Valtakunnallinen selvitys omais-hoidon tuesta sosiaalipalveluna. Raportteja 172. Stakes, Helsinki.
- Kalliomaa-Puha Laura (2018). Ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittaminen. Selvityshenkilön raportti. STM raportteja ja muistioita 2018:60.
- Kalliomaa-Puha L. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90, 2007.
- Kehusmaa S. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131, 2014.
- Linnosmaa I, Jokinen S, Vilkkonen A, Noro A, Siljander E. Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 9/2014.
- Mikkola H, Komu M ja Tillman P. Maskaako maakunta omaishoidon palkkion sote-uudistuksen jälkeen? Kelan tutkimusblogi 23.3.2016. Saatavissa: <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3031>
- Mikkola H, Tillman P. Omaishoitajat odottavat jo tekoja. Kelan tutkimusblogi 16.3.2017. Saatavissa: <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3798>
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi © Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2005–2018. www.sotkanet.fi
- Tillman P, Kalliomaa-Puha L, Mikkola H, toim. Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Helsinki: Kela, Työpapereita 69, 2014.
- Tillman P, Mikkola H. Työkäinen omaishoitajaperhe voi joutua rahapulaan. Kelan tutkimusblogi 22.3.2018. Saatavissa: <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4482>
- Vaarama M, Rintala T, Eteläpää-Vainio S & Sinervo T (1999). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Selvityksiä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Vaarama M, Voutilainen P, Manninen M (2003). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Vilkkonen A, Muuri A, Saarikalle K, Noro A, Finne-Soveri H (2014). Läheisapu. Teoksessa 'Suomalaisten hyvinvointi 2014' toim. Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L ym. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 222-237.
- Voutilainen P, Kattainen E, Heinola R. (2007). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. Yliopistopaino, Helsinki.

Liite 1. Omaishoidon ja perhehoidon tilastoja vuosina 2000–2017

(Lähde: sotkanet.fi)

	2000	2005	2010	2015	2016	2017
Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneet alle 65 vuotiaita hoitajia vuoden aikana yhteensä	14 128	16 429	18 502	19 088	18 921	19 375
Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä	7 600	13 153	18 710	25 019	25 231	26 757
Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä	21 728	29 582	37 212	44 107	44 152	46 132
Omaishoidon tuen asiakkaat vuoden aikana / 1000 asukasta	4	6	7	8	8	9
Omaishoidon tuki, 0–17-vuotiaat hoidettavat vuoden aikana	2 861	3 771	5 132	7 252	7 468	7 851
Omaishoidon tuki, 18–64-vuotiaat hoidettavat vuoden aikana	5 229	6 656	7 778	7 687	7 679	7 832
Omaishoidon tuki, 65–74-vuotiaat hoidettavat vuoden aikana	4 055	5 279	6 277	7 824	7 917	8 006
Omaishoidon tuki, 75–84-vuotiaat hoidettavat vuoden aikana	6 142	9 231	11 571	13 446	13 933	14 088
Omaishoidon tuki, 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana	4 158	5 286	6 808	9 120	9 513	10 109
Omaishoidon tuki hoidettavat vuoden aikana yhteensä	22 445	30 223	37 566	45 329	46 510	47 886
Omaishoidon tuki, 65+ vuotiaat hoidettavat yhteensä	14 355	19 796	24 656	30 390	31 363	32 203
Omaishoidon tuki, hoitopalkkiot yhteensä, 1 000 euroa (–2014)	64 283	94 803	152 567	-	-	-
Perhehoidossa olleet vanhuset 31.12.	84	67	79	343	456	729
Vanhusten perhehoitokotien lukumäärä 31.12.	46	37	43	138	178	239
Perhehoidossa olleiden vanhusten hoitopäivät vuoden aikana	26 130	21 591	22 602	68 334	84 718	96 422

© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005–2018

Liite 2. Iäkkäiden palvelujen peittävyys (%) ikäryhmittäin vastaavanikäisestä väestöstä vuosina 2001–2017

(Lähde: sotkanet.fi)

75 täyttäneet	2001	2005	2010	2015	2016	2017
Kotona asuvat, %	89,6	89,6	89,5	90,6	90,9	91,1
Omaishoidon hoidettavat, % (2012 alkaen)	3,2	3,7	4,2	4,7	4,7	4,8
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat, %	11,8	11,2	11,8	11,8	11,3	11,3
Ikäntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat, %	2,2	3,4	5,6	7,1	7,3	7,5
Vanhainkoti tai pitkäaikainen laitoshoido terveyskeskuksessa, %	8	6,8	4,7	2,1	1,7	1,3
80 vuotta täyttäneet						
Kotona asuvat, %	84	84,4	85	86,5	86,6	87,1
Omaishoidon hoidettavat, % (2012 alkaen)				5,7	5,9	6
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat, %	16,4	15,7	16,1	16,4	16,2	15,9
Ikäntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat, %	3,4	5,1	8	10,3	10,7	10,9
Vanhainkoti tai pitkäaikainen laitoshoido terveyskeskuksessa, %	12,4	10,3	6,8	3	2,5	1,8
85 vuotta täyttäneet						
Kotona asuvat, %	75,9	76,1	77,6	80,4	80,6	81,2
Omaishoidon hoidettavat, % (2012 alkaen)	5,6	6	6	6,5	6,7	6,9
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat, %	20,9	20,5	21,5	22,2	21,9	21,8
Ikäntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat, %	4,8	7,5	11,9	15	15,6	15,9
Vanhainkoti tai pitkäaikainen laitoshoido terveyskeskuksessa, %	19,1	16,1	10,3	4,4	3,7	2,7

© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005–2018

Liite 3. Ikääntyneiden palvelujen kustannuskehitys vuosina 2001–2017

(Lähde: sotkanet.fi)

	2001	2005	2010	2015	2016	2017
Ikääntyneiden laitoshoidon nettokäyttökustannukset, 1 000 euroa	530 377	634 862	755 709	560 572	472 751	413 928
Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset, 1 000 euroa (2015–)	-	-	-	1 442 347	1 555 498	1 618 098
Kotihoidon nettokäyttökustannukset, 1000 euroa	389 100	453 476	608 592	934 803	950 188	974 041
Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset, 1000 euroa (2015–)	-	-	-	386 593	391 892	421 320
Ikääntyneiden laitoshoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	102,1	120,8	140,6	102,2	85,9	75,1
Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (2015–)	-	-	-	262,9	282,6	293,5
Kotihoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	74,9	86,3	113,2	170,4	172,7	176,7
Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (2015–)	-	-	-	70,5	71,2	76,4

© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005–2018



Kotihoidon sekä omais- ja perhehoitajien palveluja on uudistettu nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi vuosien 2016–2018 aikana hallituksen I&O-kärkihankkeena.

I&O-kärkihankkeen tavoitteena on ollut kehittää ikäihmisille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut.

Toimeenpanon läpileikkaavina ajureina ovat olleet iäkkäiden osallisuuden lisääminen, digitalisaation hyödyntäminen, tiedolla johtaminen sekä poikkihallinnollinen yhdessä tekeminen.

Uudistuksessa on luotu malleja iäkkäiden maakunnallisille palvelukokonaisuuksille, jossa on sovitettu yhteen heille suunnattuja palveluja.

Alueellisen kehittämistyön tuloksia jaetaan tämän raporttisarjan myötä hyödynnettäväksi laajasti myös muissa maakunnissa.

Lisätietoa: <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>