

Kansallinen omaishoidon

KEHITTÄMISOHJELMA

Työryhmän loppuraportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	19.3.2014
Tekijät	Toimeksiantaja
Kansallista omaishoidon kehittämisohjelmaa laativa työryhmä (KOHO-työryhmä) Puheenjohtaja: Ylijohtaja Elli Aaltonen, Itä- Suomen aluehallintovirasto Sihteerit: Sari Jokinen, THL, Anne-Mari Raassina, STM, Merja Salanko Vuorela, Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry	Sosiaali- ja terveysministeriö HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä STM110:00/2011; 17.1.2012
Muiston nimi	
Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti	

Tiivistelmä

■ Kansallisessa omaishoidon kehittämisohjelmassa linjataan omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet ja kehittämistoimenpiteet. Ohjelma kattaa toimeksiantosopimukseen perustuvan sopimusomaishoidon ja muun omaishoidon.

Omaishoito määritellään hoitomuodoksi, joka mahdollistaa kaikenikäisten hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien toimintakyvyltään heikentyneiden, sairaiden ja vammaisten henkilöiden kotona asumisen. Ohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota omaishoitajien aseman vahvistamiseen, yhdenvertaisuuteen ja jaksamisen tukemiseen.

Laki sopimusomaishoidosta korvautuu nykyisen omaishoidon tuesta annetun lain. Laissa säädettäisiin muun muassa sopimusomaishoidon edellytyksistä ja hoitopalkkioiden saantiperusteista. Kunta järjestäisi sopimusomaishoidon tueksi tarpeenmukaisia palveluita, kuten terveystarkastuksia ja vastuutyöntekijän tuen. Sopimusomaishoitajilla olisi oikeus vapaaseen. Hoitopalkkioiden ja palvelujen järjestämisen ja rahoitusvastuun jakautumiseen valtion ja kuntien kesken esitetään kaksi vaihtoehtoista mallia. Sopimusomaishoitajien lisäksi kunnat tukisivat muita omaishoitajia uuden sosiaalihoitolain mukaisilla palveluilla.

Omaishoidon tuella tehdyn hoitotyön laskennallinen arvo on nykyisin noin 1,7 miljardia euroa ja omaishoidon tuen kustannukset ovat noin 450 miljoonaa euroa vuodessa. Omaishoidon tuki vähentää julkisia palvelumenoja arviolta 1,3 miljardia euroa vuodessa. Sopimusomaishoidon kehittämisen kustannukset ovat arviolta 468 miljoonaa euroa vuodessa ohjelmakauden lopussa 2020. Suurin menojen kasvu aiheutuisi 20 000 uudesta sopimusomaishoitajasta. Sopimusomaishoidon arvo kasvaisi 2,5 miljardiin ja sopimusomaishoidolla palvelumenoissa saatavat säästöt runsaaseen 1,5 miljardiin euroon vuodessa vuonna 2020.

Asiasanat

Omaishoidon tuki, omaishoito

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2014:2

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-00-3483-2 (PDF)
URN:ISBN:978-952-00-3483-2
<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-00-3483-2

Muut tiedot

www.stm.fi

Kokonaissivumäärä

79

Kieli

Suomi

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	19.3.2014
Författare	Uppdragsgivare
Arbetsgruppen som utarbetar ett nationellt utvecklingsprogram för närståendevården (arbetsgruppen KOHO)	Social- och hälsovårdsministeriet
Ordförande: Överdirektör Elli Aaltonen, Regionförvaltningsverket i Östra Finland	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
Ordförande: Överdirektör Elli Aaltonen, Regionförvaltningsverket i Östra Finland	SHM110:00/2011, 17.1.2012
Anne-Mari Raassina, SHM,	
Merja Salanko Vuorela, Närståendevårdare och Vänner-förbundet	
Rapportens title	
Nationellt utvecklingsprogram för närståendevården. Arbetsgruppens slutrapport	
Referat	
<p>■ Det nationella utvecklingsprogrammet för närståendevården stakar ut de strategiska målen och utvecklingsåtgärderna för att utveckla närståendevården. Programmet omfattar närståendevård enligt avtal och övrig närståendevård.</p> <p>Närståendevård definieras som en vårdform som möjliggör att personer i olika åldrar som behöver vård och omsorg och har försvagad funktionsförmåga, är sjuka och handikappade kan bo hemma. Programmet fokuserar särskilt på att stärka närståendevårdarnas ställning, lika behandling och stöd för att orka i arbetet.</p> <p>En lag om närståendevård enligt avtal skulle ersätta nuvarande lagen om stöd för närståendevård. I lagen skulle föreskrivas om bl.a. förutsättningar för närståendevård enligt avtal och grunder för beviljande av vårdarvoden. Kommuner skulle ordna ändamålsenliga tjänster till stöd för närståendevården enligt avtal, såsom hälsokontroller och stöd av ansvarig arbetstagare. Närståendevårdare enligt avtal skulle ha rätt till ledighet. Två alternativa modeller för fördelning av ordnandet och finansieringen av vårdarvodena och tjänsterna enligt avtal mellan staten och kommunerna föreslås. Förutom närståendevårdarna enligt avtal skulle kommunerna stöda andra närståendevårdare genom tjänster enligt den nya socialvårdslagen.</p> <p>Det kalkylerade värdet av det vårdarbete som utförs med hjälp av stödet för närståendevård är numera cirka 1,7 miljarder euro och kostnaderna för stödet cirka 450 miljoner euro per år. Stödet för närståendevård minskar de offentliga serviceutgifterna med uppskattningsvis 1,3 miljarder euro per år. Kostnaderna för utvecklandet av närståendevården enligt avtal är uppskattningsvis 468 miljoner euro per år i slutet av programperioden 2020. Den största utgiftsökningen skulle orsakas av 20 000 nya närståendevårdare enligt avtal. Värdet av närståendevården enligt avtal skulle öka till 2,5 miljarder, och besparingarna i serviceutgifterna till följd av närståendevården enligt avtal till drygt 1,5 miljarder årligen år 2020.</p>	
Nyckelord	
Närståendevård, stöd för närståendevård	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2014:2	Övriga uppgifter www.stm.fi/
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	79
ISBN 978-952-00-3483-2 (PDF)	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3483-2	Finska
http://urn.fi/ URN:ISBN:978-952-00-3483-2	
 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET	

SISÄLLYS

OSA I: TAUSTA	7
1 TOIMEKSIANTO	9
2 KEHITTÄMISOHJELMAN KESKEINEN SISÄLTÖ	11
3 JOHDANTO	13
OSA II: OMAISHOIDON NYKYTILA	15
4 OMAISHOIDON NYKYTILA	17
4.1 Omaishoidon tukea koskeva lainsäädäntö	17
4.2 Omaishoitopalkkion verotus ja sosiaaliturvamaksut	20
4.3 Omaishoidon kattavuus	21
4.4 Omaishoidon toimijakenttä.....	25
4.5 Omaishoidon kustannukset ja omaishoidon kansantaloudellinen merkitys.....	26
4.6 Omaishoito Euroopassa	28
4.7 Omaishoidon nykytilan arviointi	29
OSA III: TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET	33
5 KANSALLINEN OMAISHOIDON KEHITTÄMISOHJELMA	35
5.1 Arvot.....	36
5.2 Visio vuodelle 2020.....	37
5.3 Vuoteen 2020 mennessä saavutetut omaishoidon tavoitteet.....	37
5.4 Omaishoidon uusi määritelmä ja omaishoidon eri muodot	40
5.5 Sopimusomaishoito	40
5.6 Sopimusomaishoidon hoitopalkkioluokat	47
5.7 Sopimusomaishoidon vaihtoehtoiset järjestämis- ja rahoitusmallit.....	51
5.8 Muu omaishoito.....	55
5.9 Kehittämisohjelman edellyttämät lainsäädännön muutokset.....	56
5.10 Toimenpideohjelma	59
6 KEHITTÄMISOHJELMAN VAIKUTUKSET	64
6.1 Kustannusvaikutukset.....	64
6.2 Yhteiskunnalliset vaikutukset.....	70
7 Kehittämistyöhön liittyvää kirjallisuutta	73
LIITE:	
Liite 1. Eriävä mielipide, Simopekka Koivu	77
Liite 2. Täydentävä lausuma, Eevaliisa Virnes, Merja Etholén-Rönnberg, Raimo Nieminen	79

**OSA I:
TAUSTA**

1 TOIMEKSIANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 17.1.2012 työryhmän laatimaan Suomen ensimmäisen kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman 31.12.2013 mennessä.

Toimeksiannon mukaan työryhmän tehtävänä on:

- 1) laatia kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma siten, että siihen sisältyvät tällä ja seuraavalla hallituskaudella toteutettavat tavoitteet ja toimenpiteet, toimenpiteiden kustannus- ja muiden vaikutusten arviointi sekä toimeenpanosuunnitelma;
- 2) koordinoida eri hallinnonalojen, kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden toimenpiteitä, yhteistyötä ja työnjakoa omaishoidon kehittämisessä;
- 3) selvittää mahdollisesti tarpeelliset säädösmuutokset.

Työryhmän tuli ottaa työssään huomioon uudistuva sosiaalihuollon lainsäädäntö, hallituksen esitys laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta sekä kunta- ja palvelurakennemuutokseen liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevat uudistukset.

Työryhmän puheenjohtajana toimi ylijohtaja Elli Aaltonen Itä-Suomen aluehallintovirastosta. Työryhmän varapuheenjohtaja oli hallitusneuvos Riitta Kuusisto sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän jäseninä olivat sosiaalineuvos Hanna Ahonen Valvirasta, ylitarkastaja Timo Annala ja neuvotteleva virkamies Hannele Savioja, molemmat valtiovaraministeriöstä, idän palvelualueen johtaja Merja Etholén-Rönnberg Helsingin kaupungista, neuvotteleva virkamies Pekka Humalto ja talousjohtaja Mikko Staff, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä, tutkija Sari Kehusmaa Kelasta, kansanedustaja Anneli Kiljunen Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry:stä, sosiaali- ja terveysjohtaja Raimo Nieminen Lempäälän kunnasta, ekonomisti Joonas Rahkola SAK ry:stä, hallitusneuvos Susanna Siitonen työ- ja elinkeinoministeriöstä, erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes Suomen Kuntaliitosta ja asiantuntija Johan Åström EK:sta 12.9.2012 asti, jonka jälkeen EK:n edustajina toimivat asiantuntija Vesa Rantahalvari (13.9.2012 alkaen), asiantuntija Antti Kondelin (29.1.2013 alkaen) ja asiantuntija Simopekka Koivu (5.8.2013 alkaen). Työryhmän pysyviä asiantuntijoita olivat toiminnanjohtaja Janet Grundström Leijonaemot ry:stä, toiminnanjohtaja Pia Hytönen Omaiset mielenterveystyön tukena -keskusliitto ry:stä, toiminnanjohtaja Pirkko Karjalainen Vanhustyön Keskusliitto ry:stä, työalasihteeri Irene Nummela Kirkkohallituksesta ja sosiaaliturvapäällikkö Virpi Peltomaa Näkövammaisten keskusliitto ry:stä. Työryhmän sihteereinä toimivat tutkija Sari Jokinen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta, neuvotteleva virkamies Anne-Mari Raassina sosiaali- ja terveysministeriöstä ja toiminnanjohtaja Merja Salanko-Vuorela Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry:stä.

Työnsä tueksi työryhmä kuuli seuraavia asiantuntijoita: Erityisasiantuntija Ilari Keso, neuvotteleva virkamies Virpi Vuorinen ja neuvotteleva virkamies Lassi Kautonen, kaikki sosiaali- ja terveysministeriöstä, koulutussuunnittelija Malla Heino Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry:stä, tohtori Mary Larkin De Montfort University -yliopistosta Iso-Britanniasta, erikoistutkija Eero Siljander ja tutkimusprofessori Ismo Linnosmaa, molemmat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta, kuntoutuspäällikkö Tuula Ahlgren, tutkimushallintopäällikkö Laura Kallioma-Puha, suunnittelupäällikkö Essi Rentola ja johtava tutkija Anna-Liisa Salminen, kaikki Kelasta, projektipäällikkö Susanna Hyvärinen ja johdon laskentatoimen asiantuntija Kari Laakoli, molemmat Helsingin kaupungista, vanhempi tutkija Kaisa Kauppinen Työterveyslaitok-

selta sekä valmistelupäällikkö Hilppa Tervonen ja avustusvalmistelija Anne Kukkonen, molemmat Raha-automaattiyhdistyksestä (RAY).

Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman lähtökohtana ovat toimineet pääministeri Kataisen hallituksen ohjelman omaishoitoa koskevat kehittämistavoitteet:

- Kehitetään yhdessä kuntien ja järjestöjen kanssa omaishoitoa.
- Omaishoitajien ja hoidettavien yhdenvertaisuutta parannetaan yhtenäistämällä tuen myöntämisperusteet.
- Omaishoidon tuen saatavuutta ja kattavuutta lisätään.
- Tuetaan omaishoitajan jaksamista kehittämällä tukipalveluja, mahdollistamalla vapaapäivien pitäminen sekä kehittämällä säännöllisiä terveystarkastuksia.
- Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (Kaste II) painopisteenä on mm. omaishoidon tukipalvelujen kehittäminen.
- Omaishoidon tuen verotuksen poistomahdollisuus arvioidaan.
- Edistetään toimintamalleja, joilla pienten lasten vanhemmat ja iäkästä tai sairasta läheistään hoitavat voivat nykyistä joustavammin tehdä lyhyempää työpäivää tai ottaa palkatonta vapaata työstä yhdessä työnantajan kanssa sopimalla.

Työryhmä on kokoontunut 17 kertaa. Työryhmän väliraportti lähetettiin laajalle lausuntokierrokselle toukokuussa 2013. Lausuntoja saatiin kaikkiaan 99. Lausuntopalauteesta laadittiin yhteenveto, jonka jälkeen työryhmä valmisteli loppuraportin.

Työryhmän muistioon liittyy Eevaliisa Virneksen, Merja Etholén-Rönnerbergin ja Raimo Niemisen täydentävä lausuma ja Simopekka Koivun eriävä mielipide.

Helsingissä 19 päivänä maaliskuuta 2014

Elli Aaltonen

Hanna Ahonen

Riitta Kuusisto

Pekka Humalto

Timo Annala

Hannele Savioja

Merja Etholén-Rönnerberg

Mikko Staff

Sari Kehusmaa

Anneli Kiljunen

Raimo Nieminen

Joonas Rahkola

Susanna Siitonen

Eevaliisa Virnes

Simopekka Koivu

Merja Salanko-Vuorela

Anne-Mari Raassina

Sari Jokinen

2 KEHITTÄMISOHJELMAN KESKEINEN SISÄLTÖ

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma on vuosina 2014 - 2020 toteutettava ohjelma, jossa linjataan omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet sekä lainsäädännölliset ja muut kehittämistoimenpiteet. Ohjelma kattaa toimeksiantosopimukseen perustuvan omaishoidon eli sopimusomaishoidon ja muun hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattavan omaishoidon. Ohjelma on suunnattu valtion, kuntien, kuntayhtymien, työelämän, järjestöjen ja seurakuntien päätöksentekijöille.

Ohjelmassa omaishoidolla tarkoitetaan hoitomuotoa, joka mahdollistaa kaikenikäisten toimintakyvyltään heikentyneiden, vammaisten ja sairaiden henkilöiden kotona asumisen. Ohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota omaishoitajien aseman vahvistamiseen, yhdenvertaisuuteen asuinpaikasta riippumatta ja jaksamisen tukemiseen. Ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamiseen kehitettyjä joustoja tulee hyödyntää nykyistä paremmin ottamalla käyttöön ja levittämällä hyviä käytäntöjä. Näin voidaan edistää työntekijöiden mahdollisuuksia hoitaa iäkkäitä vanhempiaan ansiotyön ohella ja säilyttää vammaisten lasten vanhempien työsuhteet. Kelan ja kuntien edellytetään lisäävän ja kehittävän omaistaan hoitavien kuntoutusta.

Ohjelmassa esitetään säädettäväksi laki sopimusomaishoidosta. Uusi laki korvaisi nykyisen omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005). Laissa säädettäisiin muun muassa sopimusomaishoidon edellytyksistä, omaishoitosopimuksesta sekä hoitopalkkioiden valtakunnallisista saantiperusteista, palkkioluokista ja palkkioiden määrästä sekä sopimusomaishoitoa tukevista palveluista.

Hoidon vaativuuden ja sitovuuden mukaan määräytyviä hoitopalkkioluokkia olisi kolme. Palkkioiden tasoa korotettaisiin nykyisestä ja ne säilyisivät verotettavana ansiotulona. Kaikilla hoitopalkkion saantiperusteet täyttävillä olisi niin sanottu subjektiivinen oikeus palkkioon sekä lakisääteiseen vapaaseen. Vapaa olisi kahdessa ylimmässä palkkioluokassa kolme ja alimmassa palkkioluokassa kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Sopimusomaishoitajan vapaan aikaisia hoidettavan hoitovaihtoehtoja monipuolistettaisiin. Sopimusomaishoitoon voisi sisältyä myös muita tarpeenmukaisia sosiaali- ja terveystalvuuksia, kuten sopimusomaishoitajan aloitus- ja muita terveystarkastuksia sekä vastuutyöntekijän antamaa tukea.

Sopimusomaishoidon järjestämis- ja rahoitusvastuun jakautumiseen valtion ja kuntien kesken esitetään kaksi vaihtoehtoista mallia. Kummassakin mallissa omaishoitosopimus tehtäisiin kunnan ja omaishoitajan välillä. Niin sanotussa vahvennetussa kuntamallissa kunta vastaisi sopimusomaishoitajan ja hoidettavan palvelujen lisäksi hoitopalkkion järjestämisestä ja saisi niitä varten valtionosuutta. Niin sanotussa Kelan rahoitusmallissa Kela (valtio) vastaisi hoitopalkkion maksatuksesta ja rahoituksesta ja palvelut säilyisivät kunnan vastuulla.

Omaishoidon tuella tehdyn hoitotyön laskennallinen arvo arvioituna omaishoidolle vaihtoehtoisten hoitomuotojen kustannusten avulla on nykyisin noin 1,7 miljardia euroa vuodessa. Omaishoidon tukeen sisältyvien hoitopalkkioiden ja palvelujen kustannukset ovat nykyisin arviolta 450 miljoonaa euroa vuodessa. Omaishoidon tuki on siten arviolta 1,3 miljardia euroa muita hoitomuotoja edullisempi. Kehittämisohjelman vuosikustannukset olisivat sopimusomaishoidon osalta arviolta 94 miljoonaa euroa vuonna 2016, mistä ne kasvaisivat 468 miljoonaan euroon vuoteen 2020 mennessä, jolloin kehittämisohjelma olisi toteutettu täydessä laajuudessaan. Suurin menojen kasvu aiheutuisi sopimusomaishoitajien määrän asteittaisesta lisäämisestä noin 20 000 henkilöllä eli nykyisestä noin 40 500 henkilöstä noin 60 000 henkilöön vuo-

teen 2020 mennessä. Toisaalta sopimusomaishoidon kehittämisen avulla hillittäisiin muiden hoitomuotojen kustannusten kasvua. Kehittämisohjelman toteutuminen kasvattaisi sopimusomaishoidon laskennallisen arvon 2,5 miljardiin euroon ja sopimusomaishoidon avulla palvelujen menoissa saatavat laskennalliset säästöt runsaaseen 1,5 miljardiin euroon vuodessa vuonna 2020.

Muita kuin sopimusomaishoitajia ehdotetaan tuettavaksi tarpeen mukaan uuden vuonna 2015 voimaan tulevan sosiaalihuoltolain perusteella annettavilla palveluilla ja tuella. Muu omaishoito on hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattavaa ilman sopimusta toteutettavaa hoitoa ja huolenpitoa.

Kunnan järjestämien palvelujen lisäksi sopimus- ja muut omaishoitajat voivat saada vertaistukea, valmennusta ja neuvontaa järjestöiltä, seurakunnilta ja lähiyhteisöiltä. RAY:n järjestöille myöntämiä avustuksia ei voi käyttää lakisääteiseen toimintaan, mutta myös sopimusomaishoitajat voivat osallistua RAY-rahoitteiseen omaishoitajien jaksamista tukevaan toimintaan. Järjestöjen RAY-avustuksilta edellytetään systemaattisuutta ja pitkäkestoisuutta.

3 JOHDANTO

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma on ensisijaisesti valtion sekä kuntien ja kuntayhtymien päätöksentekijöille suunnattu strateginen väline omaishoidon lyhyen ja pitkän aikavälin kehittämiseen. Kehittämisohjelma toimii myös työelämän, järjestöjen, seurakuntien ja omaishoitajien yhteistyön kehittämisstrategiana. Nämä toimijat ovat avainasemassa tehtaessa palveluja, muuta sosiaaliturvaa ja työelämää koskevia päätöksiä.

Omaishoidon edellytysten parantaminen vaatii poliittista päätöksentekoa, kuten lainsäädännön ja rahoituksen uudistamista, sekä informaatio-ohjauksen vahvistamista. Myös nykyisen lainsäädännön antamat mahdollisuudet, kuten ansiotyön ja perhe-elämän yhteensovittamisen mahdollistavat joustot, on syytä ottaa laajempaan käyttöön.

Hyvinvointipalveluihin kohdistuu määrällisiä ja laadullisia haasteita, joihin varautumista voidaan parantaa omaishoitoa kehittämällä. Hallituksen periaatepäätösten mukaisesti ikäihmisten, kaikenikäisten vammaisten ja pitkäaikaissairaiden on voitava asua ensisijaisesti omassa kodissa tarpeellisten palvelujen tukemana.

Kasvavaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kysyntää aiheuttaa erityisesti väestön ikääntymisestä ja siihen liittyvästä hoidon ja huolenpidon tarpeen lisääntymisestä. Muistisairauksiin ja muihin toimintakykyä rajoittaviin sairauksiin sairastuu vuosittain yhä suurempi määrä ihmisiä. Myös eri-ikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmat, syrjäytyminen, perherakenteiden muutokset ja sukulaissuhteiden löyhentyminen luovat paineita palvelujärjestelmälle. Samaan aikaan hoitoalan ammattilaisia on siirtymässä eläkkeelle ja työvoiman lisätarve on ilmeinen.

Hallituksen 29.11.2013 tekemään päätökseen rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta sisältyy laitoshoidon vähentäminen vanhustenhuollossa siten, että vuoden 2017 loppuun mennessä kuntien menot kasvavat 300 miljoonaa euroa vähemmän verrattuna siihen, mitkä menot olisivat nykyisellä palvelurakenteella jatkettaessa. Hallitus on myös tehnyt periaatepäätöksen vammaispalvelujen uudistamisesta ja vammaisten laitoshoidon asteittaisesta lakkauttamisesta vuoteen 2020 mennessä. Näihin tavoitteisiin voidaan päästä muun muassa kehittämällä omaishoitoa ja sen edellytyksiä sekä lisäämällä omaishoidon houkuttelevuutta vaihtoehtoisena kotona tapahtuvana hoitomuotona.

Omaishoidon tarpeen kasvuun vastaaminen ei onnistu ilman niin työikäisten kuin eläkkeellä olevien henkilöiden panosta. Nykyään jo noin viidennes työssäkäyvistä yli 30-vuotiaista suomalaisista auttaa eri tavoin omaistaan tai muuta läheistään kotona selviytymisessä (Mäkelä ym. 2012). Omaishoitoa ja ansiotyötä yhteen sovittamalla ja työelämän joustoja hyödyntämällä olisi tulevaisuudessa kyettävä vastaamaan myös työurien pidentämiseen ja työllisyysasteen nostamiseen liittyviin haasteisiin.

Onnistunut työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen sekä joustavat ja toimivat omaishoitajastävälliset käytännöt työpaikoilla vaikuttavat koettuun työtyytyväisyyteen ja -hyvinvointiin sekä vähentävät henkilöstön vaihtuvuutta ja poissaoloja. Hyvillä käytännöillä vähennetään myös työnantajan rekrytointi-, perehdytys- ja koulutuskustannuksia. Mahdollisuus pysyä työelämässä omaishoitotilanteesta riippumatta parantaa omaishoitoperheiden toimeentuloa ja lisää yhteiskunnan verotuloja (Väestöliiton elokuussa 2013 päättynyt Perheystävällinen työpaikka -hanke ja Pickard ym. 2012).

Kunnilla on keskeinen rooli omaishoitoa tukevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä, tuottamisessa ja rahoituksessa. Kelan maksamat etuudet tukevat vammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden henkilöiden itsenäistä selviytymistä ja

toimeentuloa. Julkisten palveluntuottajien rinnalla toimii suuri määrä muita toimijoita: yrityksiä, järjestöjä, yhdistyksiä, lähiyhteisöjä ja seurakuntia. Omaishoidon onnistumisen edellytyksenä on omaishoitajien ja julkisten sekä muiden toimijoiden yhteistyö. Tehostamalla yhteistyötä ja luomalla sille tarvittavat edellytykset on mahdollista parantaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien ihmisten ja heidän omaishoitajiensa elämänlaatua.

Omaisiin kohdistuvat hoitovelvoitteet ovat muuttuneet vuosikymmenten kuluessa. Suomessa omaisilla oli lakisääteinen, huoltoapulain säännöksiin perustuva hoitovelvoite 1970-luvulle asti. Lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan poistettiin huoltoapulaista 1970. Aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus poistettiin 1977. Kotihoidon tukeminen tuli osaksi suomalaista sosiaalipolitiikkaa 1980-luvun alussa. Sosiaalihuoltoasetukseen sisällytettiin 1984 vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki, joka määriteltiin vaihtoehtoiseksi kotipalvelun muodoksi.

Omaishoidon tukea on kehitetty vaiheittain runsaan 20 vuoden ajan. Vuonna 1992 sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän, jonka tavoitteena oli selvittää hoitavien omaisten työoikeudellinen asema. Asetus omaishoidon tuesta (318/1993) tuli voimaan 1.7.1993. Lyhytaikaisen omaishoidon tuen mahdollisuuksia selvitettiin sosiaali- ja terveysministeriön kokeiluasetukseen perustuneessa hankkeessa 1990-luvun puolivälissä. Omaishoitajien lakisääteinen vapaa sisällytettiin sosiaalihuoltolakiin 1998, ja vuonna 2002 vapaan määrää lisättiin aiemmasta yhdestä vuorokaudesta kahteen vuorokauteen kalenterikuukaudessa. Omaishoitajalle otettavasta tapaturmavakuutuksesta säädettiin 2002. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaisiin hoidettavan palveluihin säädettiin enimmäisasiakasmaksu 2004. Vuonna 2004 sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilö Elli Aaltosen selvittämään omaishoidon uudistamista.

Nykyinen laki omaishoidon tuesta (937/2005) tuli voimaan vuoden 2006 alussa. Lakisääteisen vapaan määrää lisättiin kolmeen vuorokauteen kuukaudessa vuonna 2007. Sosiaaliturvan uudistamiskomitea (SATA) ehdotti vuonna 2009 eläkkeensaajan hoitotuen liittämistä osaksi hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja omaishoidon tuen hoitopalkkion muuttamista valtion rahoittamaksi ja Kelan toimeenpanemaksi tueksi. Ehdotus ei saanut riittävää kannatusta. Vuonna 2011 lakiin lisättiin säännökset omaishoitajan vapaan ja muun tilapäisen poissaolon aikaisesta sijaishoidosta (8.4.2011/318). Vuosina 2013–2014 kuntien valtionosuutta on lisätty 10 miljoonaa euroa omaishoidon tukipalvelujen kehittämiseksi.

1.4.2011 alkaen omaisiaan hoitaville säädettiin työ sopimuslaissa (55/2001) hoito-vapaa oikeus. Jos työntekijän poissaolo on tarpeen hänen perheenjäsenensä tai muun hänelle läheisen henkilön erityistä hoitoa varten, työnantajan on pyrittävä järjestämään työt niin, että työntekijä voi jäädä määrääjäksi pois työstä. Työnantaja ja työntekijä sopivat vapaan kestosta ja muista järjestelyistä.

Omaishoidon tuen tilannetta Suomen kunnissa on selvitetty Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakesin) ja Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) selvityksin. Selvitykset on toteutettu koko maan kattavin kuntakyselyin 1994, 1998, 2002, 2006 ja 2012.

**OSA II:
OMAISHOIDON NYKYTILA**

4 OMAISHOIDON NYKYTILA

4.1 OMAISHOIDON TUKEA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Omaishoidon tuki on lakisääteinen hoidettavan henkilön sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan on huolehdittava tätä tarkoitusta varten varaamiensa määrärahojen rajoissa. Omaishoidon tuki perustuu kunnan hoidettavalle henkilölle tekemään päätökseen, jonka pohjalta tehdään omaishoitajan ja kunnan välinen omaishoitosopimus.

Vuonna 2006 voimaan tulleeseen lakiin omaishoidon tuesta (937/2005) sisältyvät seuraavat omaishoittoa koskevat määritelmät:

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla;

Omaishoitajalla tarkoitetaan hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen;

Omaishoitosopimuksella tarkoitetaan hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan välistä toimeksiantosopimusta omaishoidon järjestämisestä;

Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoittoa tukevista palveluista.

Tuen myöntämisedellytykset

Lain mukaan kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos:

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

Kuntien itsensä laatimat yksityiskohtaisemmat omaishoidon tuen myöntämisperusteet vaihtelevat huomattavasti.

Oikeus vapaaseen

Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta kalenterikukautta kohti edellyttäen, että omaishoitaja on sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin siten, että hoito on yhtäjaksoista tai siinä on vain vähäisiä keskeytyksiä. Vähäiseksi keskeytykseksi on katsottu säännöllinen hoidettavan poissaolo kodin ulkopuolisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa, kuntoutuksessa tai opetuksessa joka kestää enintään 7 tuntia arkipäivää kohti. Lain mukaan kunnan on huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan vapaan aikana. Kunta voi järjestää omaishoitajalle lakisääteisen vapaan lisäksi muita vapaapäiviä ja alle vuorokauden pituisia virkistysvapaata.

Sijaishoito

Laissa on erikseen säännökset omaishoitajan vapaan ja muun poissaolon aikaisesta sijaishoidosta, jossa kunta tekee toimeksiantosopimuksen sijaishoitajan kanssa (8.4.2011/318). Sijaishoitajalla on samanlainen työoikeudellinen asema sekä eläke- ja tapaturmavakuutusturva kuin omaishoitajalla. Sijaishoito voidaan järjestää toimeksiantosopimuksella sijaishoitajan kanssa, jos omaishoitaja suostuu siihen. Lisäksi edellytyksenä on, että järjestely toteutetaan ottamalla huomioon hoidettavan henkilön mielipide ja että järjestely arvioidaan hoidettavan henkilön edun mukaiseksi. Lain mukaan sijaishoitajan kanssa tehtävässä toimeksiantosopimuksessa sovitaan:

- 1) sijaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta;
- 2) tarvittaessa sijaishoitajalle aiheutuvien kustannusten korvaamisesta;
- 3) toimeksiantosopimuksen voimassaolosta; sekä
- 4) tarvittaessa muista sijaishoitoa koskevista seikoista.

Hoitopalkkio

Omaishoidon tukeen kuuluu aina hoitopalkkio. Hoitopalkkion taso määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Kunnat päättävät palkkioluokkien lukumäärästä ja perusteista lain sallimissa rajoissa. Laissa säädetään vähimmäispalkkiosta, joka on 381 euroa kuukaudessa vuonna 2014. Hoitopalkkio on kuitenkin omaishoitajan työtuoloja sekä sairausvakuutuksen erityishoitorahaa ja vuorotteluvapaalain mukaista vuorottelukorvausta koskevin rajoituksin vähintään 761,99 euroa kuukaudessa niin sanottun hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana, jos omaishoitaja joutuu jäämään pois ansiotyöstä. Kaikkia hoitopalkkioita tarkistetaan vuosittain palkkakertoimella.

Nykyisin useissa kunnissa on käytössä myös muita palkkioluokkia kuin laissa säädetty vähimmäispalkkiot.

Eläke- ja tapaturmavakuutus

Omaishoitopalkkiosta karttuu omaishoitajalle eläketurvaa. Kunnan on otettava tapaturmavakuutus omaishoitosopimuksen tehneelle omaishoitajalle.

Hoito- ja palvelusuunnitelma

Omaishoidon tuesta on laadittava yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Lain mukaan suunnitelmaan tulee kirjata ainakin:

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

Omaishoitosopimus

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

Omaishoitosopimuksen tulee sisältää tiedot ainakin:

- 1) hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta;
- 2) oikeudesta lakisääteisiin vapaapäiviin;
- 3) muun vapaan järjestämisestä;
- 4) määräaikaisen sopimuksen kestosta; sekä
- 5) hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytyessä hoitajasta johtuvasta syystä tai hoidettavasta johtuvasta muusta kuin terveydellisestä syystä.

Omaishoitosopimus on voimassa toistaiseksi. Erityisestä syystä sopimus voidaan tehdä määräaikaisena.

Laissa on säännökset omaishoitosopimuksen irtisanomisesta ja purkamisesta. Kunta voi irtisanoa omaishoitosopimuksen päättymään aikaisintaan irtisanomista seuraavan kahden ja omaishoitaja irtisanomista seuraavan yhden kuukauden kuluttua. Jos sopimuksen jatkaminen vaarantaa hoidettavan tai omaishoitajan terveyden tai turvallisuuden, sopijapuolet voivat purkaa sopimuksen välittömästi. Irtisanomisajasta riippumatta sopimus päättyy sen kuukauden lopussa, jonka aikana hoito hoidettavan terveydentilan muutoksista johtuen käy tarpeettomaksi. Jos omaishoito hoidettavan terveydentilasta johtuvasta syystä keskeytyy tilapäisesti, hoitopalkkion maksaminen keskeytyy kuukauden kuluttua.

Palveluista perittävät asiakasmaksut

Kunta tekee omaishoidon tukena annettavista palveluista maksupäätöksen.

Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana hoidettavalle annettavien omaishoitoa korvaavien palvelujen maksuista on säädetty erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, 6b §). Maksu on enintään 11,30 euroa vuorokaudelta vuonna 2014. Maksu ei kerrytä asiakasmaksulain 6a §:n mukaista maksukattoa.

Muista omaishoidon tukeen sisältyvistä palveluista perittävistä maksuista ja hoitopalkkiosta hoidettavalta perittävästä maksusta ei ole erikseen säädetty, joten maksut voidaan määrätä maksuja koskevien yleissäännösten perusteella. Kunnat voivat pääsääntöisesti periä omaishoidon tukena annettavista palveluista samat maksut kuin

sosiaali- ja terveyspalveluista muutoinkin peritään. Kunnat voivat myös alentaa tai jättää asiakasmaksut perimättä. Asiakasmaksun periminen hoidettavalta hoitopalkkiosta on hyvin harvinaista.

Muutoksenhaku ja omaishoitosopimusta koskevan riidan käsittely

Kunnan omaishoidon tuesta tekemään päätökseen voi hakea muutosta sosiaalihuoltolaissa säädetyllä tavalla. Omaishoitosopimusta koskeva riita käsitellään hallintoriita-asiana hallinto-oikeudessa siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

Omaishoitoon vaikuttavat lakiuudistukset

Sosiaalipalvelujärjestelmää ollaan parhaillaan uudistamassa sekä rakenteiltaan että lainsäädännöltään. Uudistukset tulevat vaikuttamaan myös omaishoitoon. Omaishoitoon vaikuttavia lakiuudistuksia ovat 1.7.2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki (980/2012), valmisteilla oleva laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, sosiaalihuoltolaki sekä uudistuva vammaislainsäädäntö. Myös kuntarakenne- ja valtionosuusuudistus ovat merkittäviä omaishoidon kehittämisen kannalta.

4.2 OMAISHOITOPALKKION VEROTUS JA SOSIAALITURVAMAKSUT

Omaishoidon tuen hoitopalkkio on ansiotuloa, jota verotetaan kuten muutakin työn perusteella saatavaa tuloa. Hoitopalkkio oikeuttaa kunnallisverotuksen ansiotulovähennykseen (Tuloverolaki 105 a §) ja työtulovähennykseen (Tuloverolaki 125 §). Hoitopalkkiosta peritään omaishoitajalta työeläkemaksu (alle 53-vuotiailta 5,55 % ja 53 vuotta täyttäneiltä 7,05 % v. 2014) ja sairausvakuutuksen päivärahamaksu (0,84 % v. 2014), joista kumpikin on vähennyskelpoinen verotuksessa. Vakuutettujen sairaanhoitomaksu on 1,32 prosenttia kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta vuonna 2014. Verotettavista eläke- ja etuustuloista perittävä sairaanhoitomaksu on 1,49 prosenttia.

Verotuksen jälkeinen omaishoidon ”nettohoitopalkkio” on riippuvainen muun muassa omaishoitajan muiden tulojen suuruudesta ja tulolajeista.

Vuonna 2014 kuntatyönantajan keskimääräinen eläkevakuutusmaksu (KuEL-maksu) on 17,75 prosenttia. Omaishoidon tuen hoitopalkkio määritellään työkorvaukseksi (ei palkaksi), joten kunta ei maksa siitä sairausvakuutusmaksua.

Vaikka kunnalla on lakisääteinen velvollisuus ottaa omaishoitajalle tapaturmavakuutus, se on luonteeltaan vapaaehtoinen vakuutus. Vapaaehtoisessa vakuutuksessa vakuutusyhtiö ja vakuutuksenottaja sopivat vakuutusmaksusta, johon vaikuttavat muun muassa korvauksen suuruus, kattavuus ja kesto. Kysymys on yksityisoikeudellisesta sopimuksesta, jossa kilpailu sääntelee hintoja. Lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa tapaturmavakuutusmaksu vaihtelee 0,3 %:sta 8,0 %:iin palkasta työn vaarallisuuden mukaan.

4.3 OMAISHOIDON KATTAVUUS

Suomessa ainoastaan lakisääteistä omaishoidon tukea saavista omaishoitajista on saatavilla tilastotietoa. Kun omaishoidosta halutaan saada kokonaiskuva, joka kattaa myös ilman omaishoidon tukea omaistaan tai läheistään auttavat, on nojaututtava erilliskyselyihin perustuviin arvioihin.

Omaishoidon tukea myönnettiin vuoden 2012 aikana yhteensä 40 600 hoidettavalle. Heidän omaishoitajinaan toimi 40 500 omaishoitajaa (kuvio 1). Yli 65-vuotiaiden omaishoitajien osuus kaikista kunnan kanssa sopimuksen tehneistä omaishoitajista on kasvanut jatkuvasti. Vuonna 2006 heidän osuutensa oli 47 prosenttia ja vuonna 2012 jo 53 prosenttia. Kumpanakin vuonna myös valtaosa hoidettavista oli yli 65-vuotiaita. Vuodesta 2006 vuoteen 2012 pienentyivät 18–64- ja 65–74-vuotiaiden hoidettavien osuudet ja muihin ikäryhmiin kuuluvien hoidettavien osuudet kasvoivat. Vuonna 2012 omaishoidon tuella hoidetuista 67 prosenttia oli täyttänyt 65 vuotta, joka viides (19 %) oli 18–64-vuotias ja joka seitsemäs (14 %) alle 18-vuotias.

Tilastokeskus kokosi Stakesille vuonna 2006 väestötöksenä Suomessa vakinaisesti asuvilta henkilöiltä Hyvinvointi ja palvelut -tutkimusaineiston (HYPA), jossa vastaajilta kysyttiin keskinäisestä auttamisesta. Tämän aineiston perusteella tehdyssä tutkimuksessa arvioitiin, että runsaat 1,2 miljoonaa 18–79-vuotiaasta suomalaista auttoi joskus omaisiaan, tuttaviaan tai ystäviään, jotka eivät vanhuuden, vammaisuuden tai sairauden vuoksi tulleet toimeen ilman toisen henkilön apua. Yleisimmin apua annettiin kodin ulkopuolisissa toimissa ja kotitöissä. Henkilökohtaisissa toiminnoissa (esim. peseytyminen, ruokailu) auttoi 13 prosenttia ja sairaanhoidollisissa toimissa 10 prosenttia auttajista. Päivittäistä apua henkilökohtaisissa toiminnoissa antoi noin 58 000 henkilöä ja sairaanhoidollisissa toimenpiteissä auttoi päivittäin noin 29 000 henkilöä. Niin sanottuja pääasiallisia auttajia arvioitiin kyselyn perusteella olevan kaikkiaan noin 300 000. (Kattainen ym. 2008.)

Tilastokeskus toisti vastaavan väestötöksen perustuvan HYPA-tutkimuksen THL:n toimeksiantona vuosina 2009 ja 2013. Auttajien prosentuaalinen osuus vastanneista 18–79-vuotiaista suomalaisista ei juurikaan vaihdellut vuosien 2006, 2009 ja 2013 kyselyissä: hieman yli 30 prosenttia vastaajista auttoi iäkkäitä, vammaisia tai sairaita läheisiään eri tavoin. Myös auttajien väestötietoihin suhteutettu kokonaismäärä oli vuonna 2009 samaa luokkaa kuin kolme vuotta aiemmin tehdyssä kyselyssä eli runsaat 1,2 miljoonaa henkilöä. Vuoden 2013 vastausten nojalla auttajien määrä sen sijaan nousi vuoden 2012 väestötietoihin suhteutettuna 1,25 miljoonaa (vuoden 2013 väestötiedot eivät ole vielä saatavilla). Vastaavasti niin sanottujen pääasiallisten auttajien määrä kasvoi arviolta noin 350 000 henkilöön. (Vilkko ym., ilmestyy 2014.)

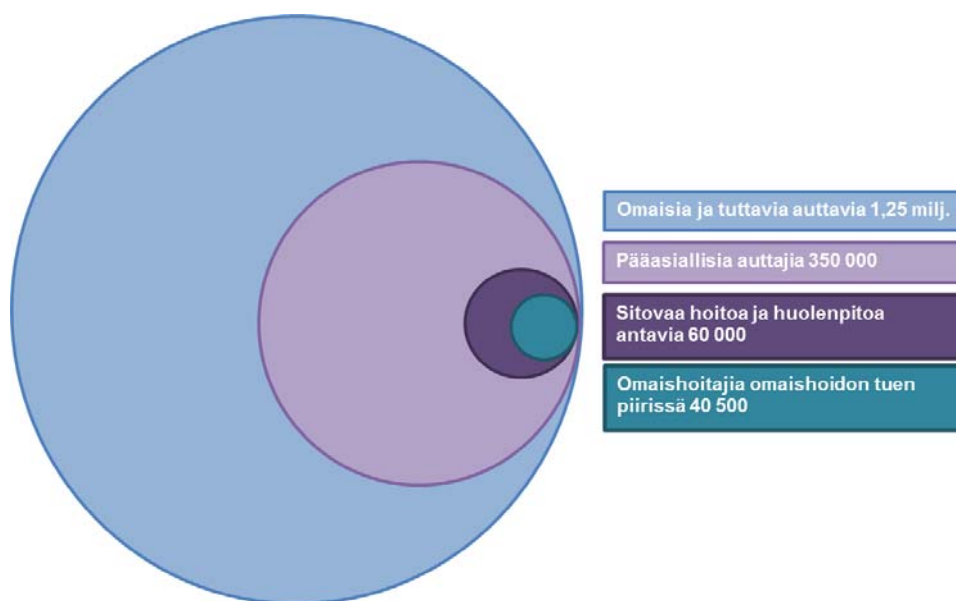
Pääasiallisten auttajien määrä ei kuitenkaan kerro suoraan auttamisen määrästä tai siitä, mihin toimintoihin apua annetaan. Pikemminkin siinä on kyse hoivavastuun jakautumisesta auttamiseen osallistuvien verkostossa. Vuosina 2009 ja 2013 tehdyt kyselyt eroavat joiltakin osin vuoden 2006 kyselystä. Auttamisen tehtäväkuvasta ja useudesta (esim. kotitöissä tai henkilökohtaisissa toiminnoissa auttamisen päivittäisyys vs. harvemmin tapahtuva auttaminen) ei ole vuosien 2009 ja 2013 kyselyiden perusteella mahdollista tehdä arvioita. Sen sijaan omaishoivan sitovuutta ja auttajien sitoutuneisuutta pyrittiin tavoittamaan kysymyksellä siitä, kuinka moni vastaaja oli tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Vuoden 2009 kyselyssä tällaisia auttajia oli väestöön suhteutettuna noin 50 000 ja vuonna 2013 noin 60 000.

Nämä luvut ovat suuremmat kuin omaishoidon tuesta annetun lain mukaisen omaishoitosopimuksen tehneiden henkilöiden määrät virallisissa tilastoissa noina vuosina. Näin ollen kysymys näyttää tavoittaneen sekä ne auttajat, jotka ovat tehneet

omaishoitolain mukaisen sopimuksen että ne, jotka hoito- ja palvelusuunnitelmassa tai muutoin tehdyin sitoumuksin (esim. suullisesti) ovat sopineet auttamisesta. Näin toimitaan monesti omaishoitotilanteissa, joissa kotihoidon työntekijät vastaavat joihinkin avuntarpeisiin ja omainen pitää huolta joistakin muista sovitusta tehtävistä, vaikkei olekaan tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimusta. (Vilkko ym., ilmestyy 2014.)

Yllä esitetyistä arvioluvuista puuttuvat ne omaisiaan ja läheisiään hoitavat henkilöt, jotka ovat yli 80-vuotiaita. Esimerkiksi vuoden 2009 HYPA-kyselyn mukaan läheisiään auttavia henkilöitä, erityisesti päivittäin toista auttavia kuin itsensä pääasialliseksi auttajaksi mieltäviä, oli suhteellisesti eniten 50–64 ja 65–79-vuotiaiden ikäluokissa (Vilkko ym., ilmestyy 2014). Virallisen tilaston mukaan yli 65-vuotiaiden omaishoidon tuesta sopimuksen tehneiden omaishoitajien määrä on vuodesta 2010 kasvanut nopeammin kuin tätä nuorempien omaishoitajien. Siten on oletettavaa, että 18–79-vuotiaiden omaistaan ja läheistään hoitavien määrän perusteella arvioiduissa omaishoidon kattavuuslukuissa saattaa olla jonkin verran vinoumaa, joka pienentää arvioita omaistaan ja läheistään hoitavien määrästä.

Edellä esitettyjen lukujen nojalla työryhmä on päättänyt arvioimaan, että kaikkiaan 60 000:lla sitovaa ja vaativaa hoitoa ja huolenpitoa antavalla omaisella tai läheisellä omaishoidon tuen saantiedellytykset täyttyisivät, mutta heistä noin 20 000:lla ei ole kunnan kanssa tehtyä omaishoitosopimusta.



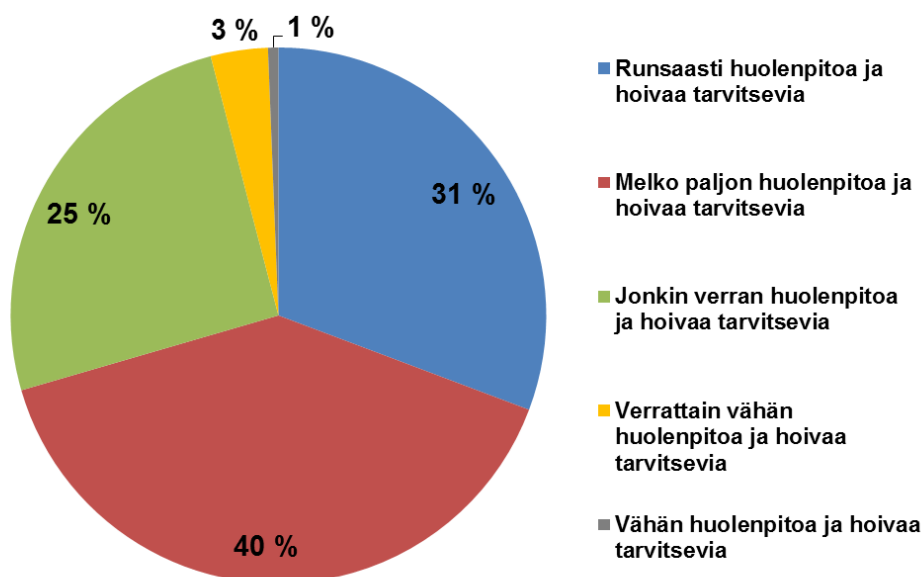
Kuvio 1. Omaisiaan ja läheisiään auttavat ja omaishoidon tukea saavat Suomessa. (Kattainen ym. 2008; Kuntien talous- ja toimintatilasto 2013; Vilkko, ilmestyy 2014)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) teki vuonna 2012 omaishoidon tukea koskevan kuntakyselyn, jossa kuntavastaajia pyydettiin arvioimaan omaishoidon tuen nykytilaa ja haasteita omassa kunnassaan. Vastaava kysely oli toteutettu edellisen kerran vuonna 2006 (ks. Kattainen ym. 2008). Vuoden 2012 kyselyyn vastasi 210 kuntaa,

joissa oli noin 27 000 toimeksiantosopimuksen tehnyttä omaishoitajaa. Saatujen vastausten perusteella on mahdollista varsin luotettavasti arvioida koko maan tilannetta.

Kyselyn mukaan kolme yleisintä pääasiallista syytä omaishoidettavien hoidon ja huolenpidon tarpeeseen olivat fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, muistisairaudet ja pitkäaikaiset fyysiset sairaudet tai vammat. Myös kehitysvammaisten henkilöiden osuus omaishoidettavista oli huomattava. Omaishoidon tukea oli myönnetty selvästi vähemmän psykiatrisen sairauden vuoksi hoidon ja huolenpidon tarpeessa oleville. Vain harvalla omaishoidettavalla pääasiallinen syy hoidon ja huolenpidon tarpeeseen oli päihdesairaus tai päihdeongelma. Hoidollisesti raskaassa siirtymävaiheessa oli noin joka sadas omaishoidettava. (Siljander ym., ilmestyy 2014.)

Kuntakyselyn perusteella runsaasti tai melko paljon huolenpitoa ja hoivaa tarvitsevia oli yhteensä noin 70 prosenttia omaishoidettavista (kuvio 2). Kuntien arvion mukaan 44 prosenttia omaishoidettavista olisi vuonna 2012 ollut laitoshoidossa tai muussa ympärivuorokautisessa hoidossa ellei omaishoidon tukea olisi myönnetty, mikä tarkoittaisi maan laajuisesti melkein 18 000 henkilöä.



Kuvio 2. Arvio omaishoidettavien hoidon ja huolenpidon tarpeen määrästä vuonna 2012, prosenttiosuuksina kaikista omaishoidon tukea saavista henkilöistä. (Siljander ym., THL raportti ilmestyy 2014)

THL:n kuntakyselyn perusteella miesten osuus sekä omaishoidettavista että omaishoitajista oli muutaman prosenttiyksikön kasvussa vuoteen 2006 verrattuna. Omaishoitajista noin 70 prosenttia oli naisia ja omaishoidettavista puolestaan noin 56 prosenttia miehiä vuonna 2012.

Kyselyn mukaan yli puolet omaishoitosopimuksen tehneistä omaishoitajista oli vuonna 2012 eläkkeellä. Noin neljäsosa oli 75 vuotta täyttäneitä. Työssäkäyvien omaishoitajien osuus oli vähentynyt vuodesta 2006. Vuonna 2006 joka neljäs omaishoitaja oli töissä, mutta 2012 enää noin joka kuudes. Kolme prosenttia omaishoitajista oli työttömiä ja neljä prosenttia työvoiman ulkopuolella.

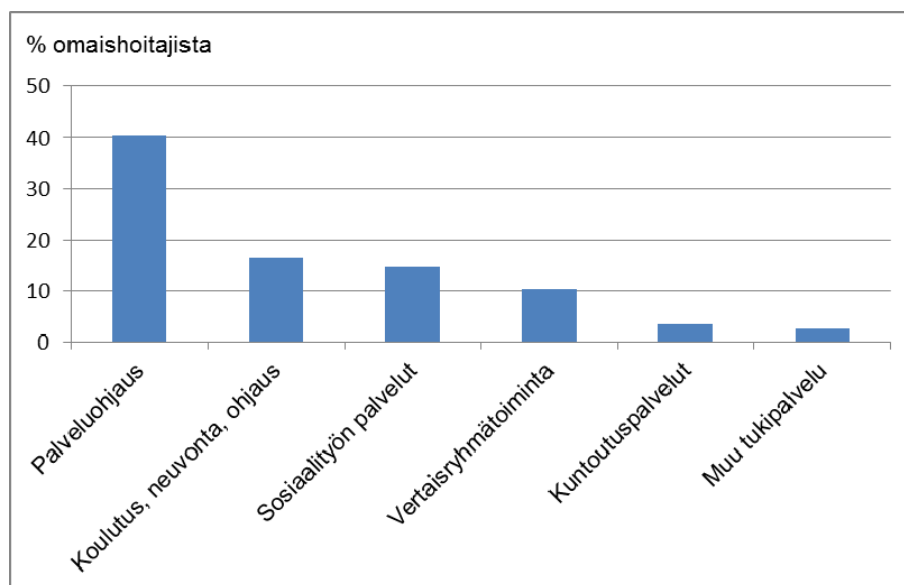
Omaishoitajista noin puolet hoiti puolisoaan. Noin joka neljännellä omaishoidettava oli oma lapsi. Vanhempiensa omaishoitajina toimivien aikuisten lasten osuus oli

laskussa. Vuonna 2006 heitä oli omaishoitajista joka viides, mutta 2012 enää vain noin joka seitsemäs.

Kunnat järjestivät sekä 2006 että 2012 omaishoitajan vapaiden aikaisen hoidettavan hoidon yleisimmin joko laitoshoidona tai tavallisen palveluasumisen yksikössä. Vain noin puolet omaishoitajista piti lakisääteiset vapaansa. Omaishoidon tuesta annettuun lakiin huhtikuussa 2011 tehdyn lisäyksen mukainen toimeksiantosuhteinen omaishoitajan vapaan aikainen sijaishoitaja oli noin viidellä prosentilla hoidettavista vuonna 2012.

Kyselyn mukaan yleisin hoito- ja palvelussuunnitelmaan kirjattu omaishoidettavan palvelu olivat apuvälinepalvelut, joita sai lähes neljäsosa omaishoidettavista. Muita yleisimpiä palveluita olivat kotihoidon palvelut (22 %), lyhytaikainen laitoshoido (18 %), muut tukipalvelut (sis. ateria-, kuljetus-, turva-, kylvetyspalvelut, 16 %).

Yleisin hoito- ja palvelussuunnitelmaan kirjattu omaishoitajan palvelu oli palveluohjaus (Kuvio 3.). Huomattavasti pienempi osa omaishoitajista sai koulutusta ja neuvontaa tai sosiaalityön palveluita. Vertaisryhmätoimintaan osallistui noin joka kymmenes omaishoitaja. Kuntoutuspalveluita tai jotain muita tukipalveluita sai vain muutama prosentti omaishoitajista.



Kuvio 3. Kuntakyselyyn vastanneiden kuntien omaishoitajille antamat palvelut vuonna 2012 (Siljander ym., THL raportti ilmestyy 2014)

Kunnan kanssa omaishoitosopimuksen tehneiden omaishoitajien määrä on kasvanut vuosittain noin 1 100–1 900 omaishoitajalla (Sotkanet). Kuntakyselyn perusteella voidaan arvioida, että omaishoidon tuen hakemuksista hylättiin noin joka viides vuonna 2011. Kuntakyselyn mukaan yleisimmät syyt siihen, että omaishoidon tuen hakemusta ei hyväksytty, olivat kunnan asettamien tuen myöntämiskriteerien täyttämättömyys (noin 75 % hylätyistä hakemuksista) ja määrärahojen riittämättömyys noin joka kuudennen hakemuksen kohdalla.

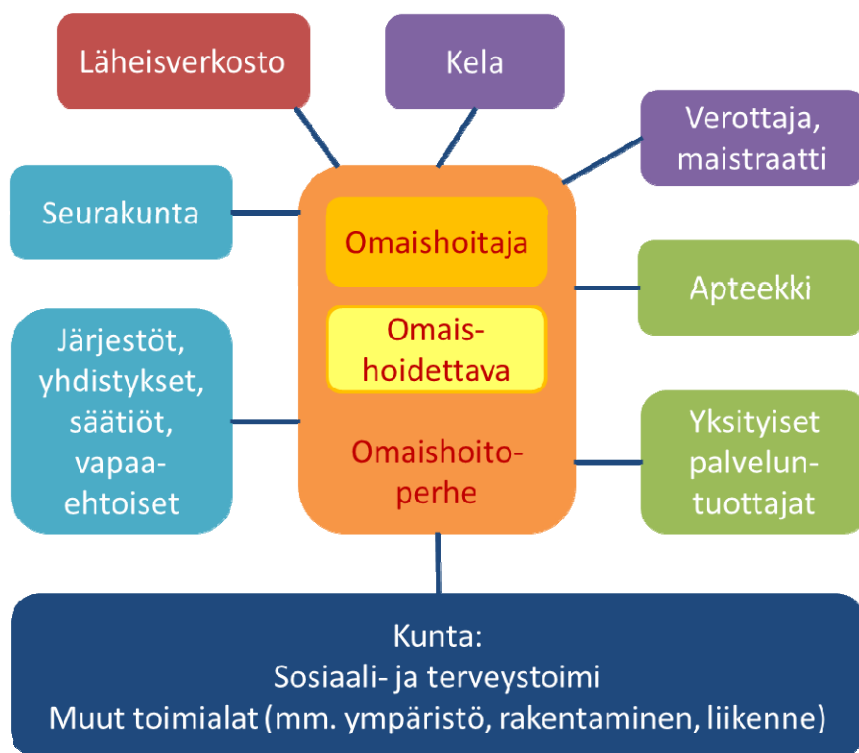
4.4 OMAISHOIDON TOIMIJA-KENTTÄ

Omaishoitajan ja hänen hoidettavansa tukena ja yhteistyökumppaneina ovat läheisverkoston lisäksi kunnan eri toimialat, Kela ja muut valtion viranomaiset, seurakunnat, kolmannen sektorin toimijat ja yksityisen sektorin palveluntuottajat. Yhden perheenjäsenen omaishoito koskettaa yleensä koko perhettä, jota tuetaan perheenä ja yksilöinä. Osa omaishoidosta ja läheisavusta toteutetaan niin sanotun hoitorenkaan avulla, jolloin yhden henkilön hoitamisesta huolehtivat useat omaiset, muut läheiset henkilöt, ammattilaiset ja/tai vapaaehtoiset.

Kunta järjestää pääosan omaishoitajille ja hoidettaville annettavista palveluista ja maksaa omaishoitajalle hoitopalkkion. Kela maksaa hoidettaville vammaisetuuksia ja järjestää omaishoidettaville ja -hoitajille kuntoutusta. Vuonna 2013 Kelan omaishoitoon liittyvää kuntoutusta sai 568 henkilöä ja siihen käytettiin 1,4 miljoonaa euroa Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahoja. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea omaishoitajan toimintakykyä ja elämänlaatua.

Järjestöt ja yhdistykset toimivat asiantuntijoina, vertaistukena, kehittäjinä ja edunvalvojina. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan omaishoitajista yli puolet osallistuu sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan. Nykyisin Raha-automaattiyhdistyksen avustuksista noin 11 miljoonaa euroa kohdistuu järjestöille hankkeisiin tai toimintoihin, joilla tuetaan omaishoitajien jaksamista. Myös seurakunnilla on paljon omaishoitajien ja omaishoitoperheiden hyvinvointiin liittyvää toimintaa.

Kuviossa 4 on esitetty omaishoidon tukena nykyisin toimiva eri toimijoiden verkosto laajimmillaan. Kuntatasolla omaishoidon toimijoiden määrä ja yhteistyö, omaishoitajien ja hoidettavien asema toimijaverkostossa ja omaishoitoa tukevat palvelut vaihtelevat.



Kuvio 4. Omaishoidon toimijakenttä

4.5 OMAISHOIDON KUSTANNUKSET JA OMAISHOIDON KANSANTALOUDELLINEN MERKITYS

Omaishoidon tuen kustannukset

Kunnat maksoivat omaishoitajille hoitopalkkioita yhteensä 173 miljoonaa euroa vuonna 2012. Hoitopalkkioiden kustannuksina on lisäksi otettava huomioon kuntien hoitopalkkioista maksamat sotu-maksut, jotka olivat arviolta 35 miljoonaa euroa (n. 20 % palkkiosummasta). Hoitopalkkiomenot (ilman sotu-maksuja) kasvoivat vuosina 2006–2012 nimellisesti keskimäärin 8,5 prosenttia vuodessa. Vuonna 2012 kasvu oli 6,9 prosenttia edellisvuodesta. Omaishoidon tukena annettavien palvelujen kustannuksia ei tilastoida valtakunnallisesti. Palveluiden kokonaiskustannusten arvioidaan yleensä olevan vähintään samaa luokkaa kuin hoitopalkkioiden kustannukset. Omaishoidon tuen kokonaiskustannukset ovat siten nykyisin arviolta 450 miljoonaa euroa vuodessa.

Omaishoidon tuen yksilökohtaiset kustannukset vaihtelevat huomattavasti hoidettavan ja hoitajan palvelujen sisällön ja määrän sekä hoitopalkkion tason mukaan. Helsingin kaupungin tekemän selvityksen mukaan omaishoidon tuen kustannus kunnalle oli noin 13 300 euroa hoidettavaa kohti vuonna 2011. Tästä keskimäärin runsaat puolet, noin 6 980 euroa oli palvelujen kustannuksia (Laakoli 2012).

Keskimääräinen omaishoidon hoitopalkkio oli THL:n selvityksen mukaan 445 euroa kuukaudessa vuonna 2012. Noin 90 prosenttia hoitopalkkioista sijoittui välille 365–737 euroa kuukaudessa. Keskimääräiset hoitopalkkiot jäivät jälkeen elinkustannusindeksin kehityksestä vuosina 2006–2012.

Omaishoidon hoitopalkkion vaikutus verotuloihin

Omaishoidon hoitopalkkio on veronalaista tuloa. Jos omaishoidon hoitopalkkio muutettaisiin verovapaaksi tuloksi, mutta siitä perittäisiin edelleen vakuutetun työeläkemaksu ja sairausvakuutuksen päivärahamaksu, verotulot supistuisivat arviolta noin 51 miljoonaa euroa vuoden 2013 ennakoiduilla hoitopalkkioiden tasoilla ja saajamäärillä.

Arviota tehdessä on käytetty 2013 veroperusteita ja oletettu lisäksi, että hoitopalkkiosta perityt työeläkemaksu ja sairausvakuutuksen päivärahamaksu olisivat edelleen vähennyskelpoisia verotuksessa (vrt. mahdolliset muut tulot). Verotulojen muutokseen sisältyy valtion- ja kunnallisveron lisäksi sairaanhoitovakuutusmaksun, kirkollisveron ja YLE-veron muutos. Pääosin verotulojen väheneminen aiheutuisi kunnallisverotulon supistumisesta, joka olisi noin 38 miljoonaa euroa eli 74 % verotulojen supistumisen yhteismäärästä. Arvio on tehty Tilastokeskuksen SISU-mikrosimulointimallilla (aineistona vuoden 2011 rekisteripohjaisen otosaineiston vuoden 2013 tasoon ajantasaistettu versio).

Omaishoidon laskennallinen arvo

Omaishoito korvaa osittain kunnan järjestämiä palveluja ja siksi se hillitsee kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvua. Omaishoidon tuen piirissä olevan hoidettavan hoito vaatisi ilman omaishoitoa tavallisesti joko säännöllistä kotihoitoa, pal-

veluudesta tai laitoshoidon. Myös omaishoidon tuen ulkopuolella tehtävä omaishoito voi korvata säännöllisiä ja vaativia palveluita.

Taulukossa 1 on esitetty arvio omaishoidon tuen keskimääräisistä kokonaiskustannuksista ja yleisimpien omaishoidon tuella vaihtoehtoisten palvelujen bruttokustannuksia kunnalle asiakasta kohti.

Taulukko 1. Omaishoidon tuen ja yleisempien vaihtoehtoisten palvelujen kustannukset (brutto)¹

Palvelu	Kustannukset kunnalle €/vuosi/asiakas
Omaishoidon tuki (palkio ja palvelut)	13 300
Kotihoito (2 käyntiä/vrk, 38 €/käynti)	27 700
Vanhusten tehostettu palveluasuminen (141 €/vrk)	51 500
Vanhainkotihoidon (180 €/vrk)	65 700
Kehitysvammahuollon palvelut yhteensä	37 000
Hoidon kehitysvammalaitoksessa (297 €/vrk)	108 400

Lähteet: Kuntien talous- ja toimintatilasto 2012, Laakoli 2012, Vartiainen 2013a ja 2013b

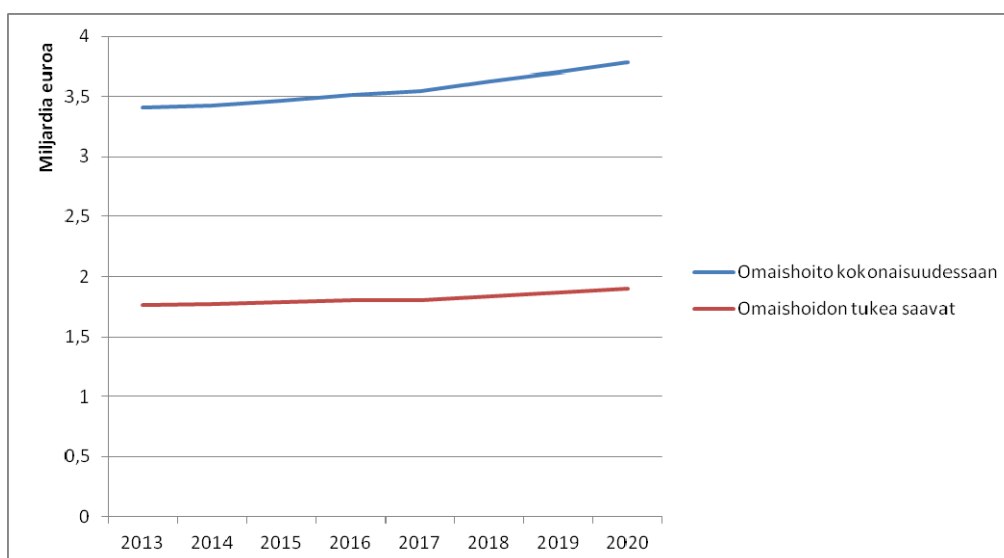
Kehusmaan ym. (2013) tutkimuksen mukaan yli 70-vuotiaiden omaishoito säästi julkisia menoja keskimäärin 20 000 euroa vuodessa hoidettavaa henkilöä kohden vuonna 2013. Kuten kappaleessa 4.3 todettiin, vähäisemmässä määrin omaisiaan ja läheisiään joko kotona tai kodin ulkopuolella auttavia arvioidaan olevan lähes miljoona. Heidän tekemänsä työpanoksen arvoa on vaikea täsmällisesti määrittää.

Omaishoitona tehtävän hoitotyön laskennallinen arvo verrattuna omaishoidolle vaihtoehtoisten palvelujen kustannuksiin on Kelassa tehdyn arvion mukaan 3,4 miljardia euroa vuonna 2013 (kuvio 5). Suurin osa omaishoidon arvosta kertyy omaishoidon tuen ulkopuolella tehdystä omaishoidosta, koska ilman omaishoidon tukea olevien hoitajien määrä on suuri verrattuna tukea saaviin. Pääosa omaishoidon arvosta syntyy vanhusten hoidossa. Tiedot omaishoidon tuen ulkopuolella olevien omaisten apua saavien palvelutarpeesta ovat puutteelliset muiden kuin vanhusten osalta, joten laskelma todennäköisesti aliarvioi omaishoidon laskennallisen arvon alle 65-vuotiaiden hoidossa.

¹ Omaishoidon tuen kustannukset perustuvat Helsingin kaupungin selvitykseen vuodelta 2011. Kotihoidon yksikkökustannustiedot perustuvat Kuusikko-kuntien omana toimintana järjestämän kotihoidokäynnin keskimääräiseen kustannukseen (38 €/käynti) vuonna 2012. Vanhusten tehostetun palveluasumisen kustannusarvio on laskettu Kuusikko-kuntien pitkäaikaisen palveluasumisen vuorokausikustannusten perusteella laskemalla keskiarvo oman toiminnan (164 €/vrk) ja ostopalvelun (117 €/vrk) yksikkökustannuksista vuonna 2012. Kehitysvammahuollon kustannukset ovat Kuusikko-kuntien ilmoittamat kehitysvammahuollon palvelujen keskimääräiset kustannukset vuonna 2012 (laitoshoidon, asumispalvelut, perhehoito, työ- ja päivätoiminta ja muut kehitysvammalain mukaiset palvelut; kustannukset sisältävät kolmen kunnan (Helsinki, Espoo, Turku) osalta myös omaishoitajan vapaan aikaisen hoidon kustannukset. Vanhainkotihoidon ja kehitysvammalaitoksissa annettavan hoidon keskimääräiset kustannukset on saatu Kuntien talous- ja toimintatilastosta jakamalla vuoden 2012 kokonaiskustannukset hoitopäivien määrällä.

Kehusmaan ym. (2013) tutkimuksen mukaan kunnan kanssa omaishoitosopimuksen tehneiden omaishoitajien tekemän hoitotyön laskennallinen arvo arvioituna kunnan järjestämien omaishoidolle vaihtoehtoisten palvelujen kustannuksilla on 1,7 miljardia euroa vuonna 2013.

Kuviossa 5 esitetään ennuste omaishoidon laskennallisesta arvosta vuoteen 2020 saakka, mikäli omaishoidon kattavuus säilyisi nykyisellään. Kuvion laskelma pohjautuu ennusteeseen Kelan etuuksia saavien pitkäaikaisesti sairaiden ja vammaisten henkilöiden määrästä. Laskelma kertoo, miten omaishoidon laskennallinen arvo muuttuu väestön ikääntyessä, jos omaishoidon yleisyys ja omaishoidon tuen kattavuus säilyvät nykyisellään. Omaishoidolle vaihtoehtoisten palvelujen kustannukset on laskettu taulukon 1 kustannusten mukaisesti, vuoden 2012 rahana. Omaishoidolle vaihtoehtoisten palvelujen tarpeen arvio perustuu pääasiassa esimerkkikunnilta (Lempäälä, Tampere) saatuihin tietoihin. Omaishoidon kokonaisarvoa koskevassa laskelmassa lapsien ja aikuisten osalta ovat mukana vain omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat. Vanhusten osalta mukana on myös ilman tukea tehty omaishoitotyö, jos se korvaa kuntien palveluja.



Kuvio 5. Ennuste nykyisellä omaishoidon tuella annettavan omaishoidon ja epävirallisen omaishoidon laskennallisesta arvosta omaishoidon nykyisellä kattavuudella 2013 - 2020. (Kelan aktuaariosaston ennuste etuuksien saajista 2013–2020, Tilastokeskuksen tulonjakoaineiston omaishoidon tukea saaneet 2010, Kehusmaa ym. 2013)

4.6 OMAISHOITO EUROOPASSA

Euroopan Unionin alueella arvioidaan olevan 100–125 miljoonaa omaishoitajaa (First European Quality of Life Survey 2005, Second European Quality of Life Survey, 2009). Tutkimuksessa on arvioitu, että Euroopassa 75 prosenttia pitkäaikaishoidosta toteutuu omaisten ja läheisten avulla. Epävirallisen hoivan antajia on arvioitu olevan 15–25 prosenttia aikuisväestöstä. Noin kolme neljästä omaistaan hoitavista on naisia.

EU-parlamentissa toimii omaishoidon intressiryhmä. Omaishoito on keskeisesti esillä myös EU-komissiossa. Komissio pohtii muun muassa ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamisen kysymyksiä, koska Euroopan väestö vanhenee, palvelujen raken-

teet muuttuvat ja työurat pitenevät. Komissiossa on valmisteilla hanke, joka pyrkii lisäämään ikääntyvän väestön pitkäaikaishoidon sosiaalisia investointeja jäsenvaltioihin. Hanke koskee myös omaishoitoa, johon liittyviä hankkeita on tarkoitus rahoittaa Euroopan sosiaalirahastosta.

Euroopan maiden välillä on huomattavia eroja omaishoitoa tukevissa järjestelmissä ja toimissa, kuten lainsäädännössä, taloudellisessa tuessa omaishoitajille ja hoidettaville, hoidettavien tilapäishoidon järjestämisessä, omaishoitajien koulutuksessa ja valmennuksessa sekä omaishoitajien terveydenhuollossa. Osassa maista, kuten Baltian maissa, Saksassa ja Italiassa, puolisoilla on laissa säädetty velvollisuus vastata puolisonsa elatuksen lisäksi myös hänen muusta huolenpidostaan. Tämän lisäksi aikuisilla lapsilla on velvollisuus huolehtia vanhemmistaan.

Omaishoitoa tukevaa lainsäädäntöä on Suomessa ja Iso-Britanniassa. Muun muassa Iso-Britannia ja Irlanti ovat laatineet kansallisen omaishoidon strategian. Kummankin maan strategiassa korostetaan omaishoitoon liittyvän asenneilmapiirin merkitystä sekä omaishoitajien valtaistumista ja mahdollisuutta osallistua palvelujen suunnitteluun. Iäkkäille ja vammaisille henkilöille maksettava hoitotuki on käytössä Suomessa, Saksassa, Itävallassa ja Ranskassa. Omaishoitajille maksettava tuki on käytössä Suomen lisäksi Ruotsissa, Iso-Britanniassa ja Irlannissa.

Hoidettavan tilapäishoitoa ja omaishoitajan lomaa järjestetään Suomen lisäksi Ruotsissa ja Irlannissa. Espanjassa terveyskeskukset järjestävät valmennusta omaishoitajille, ja Iso-Britanniassa ja Irlannissa valtio tukee omaishoitajien koulutusta. Ruotsissa omaishoitajille järjestetään terveystarkastuksia. Vapaaehtoistyöllä on merkittävä rooli omaishoitajien tukemisessa useissa Euroopan maissa.

Omaishoito on paljon tutkittu aihe Euroopassa. Omaishoitojärjestöjen ja tutkimuslaitosten yhdyssiteenä toimiva Eurocarers määrittelee omaishoitajan seuraavasti:

Carer is a person who provides unpaid care to someone with a chronic illness, disability or other long lasting health or care need, outside a professional or formal framework.

Periaatteinaan Eurocarers korostaa omaishoitajien oikeutta ohjaukseen ja neuvontaan, mahdollisuuksia toimia tasavertaisina kansalaisina ja omaishoitajuuden tunnistamista ja tunnustamista. Vuonna 2013 on perustettu omaishoidon maailmanjärjestö International Alliance of Carer Organizations (IACO).

Kansainvälisinä suuntauksina ovat omaishoitajien aseman vahvistaminen ja omaishoidon tukeminen osana kansalaisyhteiskunnan vahvistamista sekä julkisen ja muiden sektorien työnjaon kehittäminen. Keskustelua käydään ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamisesta sekä siihen liittyvistä hoitovapaakäytännöistä.

4.7 OMAISHOIDON NYKYTILAN ARVIOINTI

Alla olevassa nelikentässä on analysoitu omaishoidon ja sen toimintaympäristön kokonaisuutta kansallista omaishoidon kehittämissuunnitelmaa laatineen työryhmän tekemän SWOT-analyysin (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) avulla.

SWOT-analyysin tarkoituksena on auttaa omaishoidon kehittämiskohteiden tunnistamisessa ja omaishoidon strategian laatimisessa. Vahvuudet (S) ovat omaishoitoon liittyviä myönteisiä ja heikkoudet (W) kielteisiä tekijöitä. Mahdollisuudet (O) ovat omaishoidon kehittämistä tukevia tekijöitä ja uhat (T) omaishoidon kehittymistä vaa-

rantavia tekijöitä. Alla olevassa yhteenvedossa ja seuraavissa kappaleissa kuvataan analyysin keskeisiä tuloksia.

<p style="text-align: center;">OMAISHOIDON VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Turvaa kotona asumisen ▪ Edistää hyvin toteutuessaan hoidettavan ja hänen hoitajansa hyvinvointia ja ylläpitää hoidettavan toimintakykyä ▪ Lisää luottamusta läheisen huolenpitoon ▪ Vahvistaa perhearvoja ▪ On hoitajalle palkitsevaa ▪ Vastaa hyvin kotihoidon tarpeisiin ▪ Vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarvetta ▪ Hillitsee julkisten menojen kasvua 	<p style="text-align: center;">OMAISHOIDON HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Omaishoitajien osaamisesta, jaksamisesta ja sosiaalisista verkostoista ei huolehdita riittävästi ▪ Hoidettavan itsemääräämisoikeus voi tulla laiminlyödyiksi ▪ Ennaltaehkäisevä ja kuntouttava toiminta on puutteellista ▪ Omaishoidon tuen myöntäminen on määrärahasidonnaista ▪ Hoitopalkkioiden myöntämisen yhtenäiset kriteerit puuttuvat ▪ Järjestöjen ja seurakuntien osaamista ei hyödynnetä riittävästi
<p style="text-align: center;">OMAISHOIDON MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parantaa kotona tapahtuvan hoidon edellytyksiä ▪ Vähentää kodin ulkopuolisen pitkäaikais-hoidon tarvetta ▪ Varmistaa toimijoiden yhteistyön avulla oikea-aikaisen ja joustavan tuen ▪ Teknologian hyödyntäminen 	<p style="text-align: center;">OMAISHOIDON UHAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteiskunnan kovat arvot ja asenteet vähentävät halukkuutta omaishoittoon ▪ Julkisen talouden heikkeneminen vähentää omaishoitajien tukemista ▪ Tietämättömyys työelämän joustoista aiheuttaa siirtymistä pois työelämästä ja lisää rekryointitarvetta ja epävarmuutta ▪ Työkäisenä omaishoitajana toimiminen heikentää taloudellista asemaa ja tulevaa eläketurvaa ▪ Omaishoitajat ylikuormittuvat ▪ Omaishoittoon turvaudutaan, vaikka muu hoitomuoto olisi parempi ▪ Sukulaissuhteiden löyhentyminen heikentää omaishoidon mahdollisuuksia

Omaishoito turvaa kotona asumisen

Omaishoitajien avulla ja heitä tehtävässään tukemalla kaikenikäisten, fyysiseltä, psyykkiseltä ja kognitiiviselta toimintakyvyltään erilaisten ihmisten on mahdollista asua kotona tutussa ympäristössä. Omaishoito yhtenä vaihtoehtoisena hoitomuotona helpottaa väestön ikääntymisen vuoksi hyvinvointipalveluihin kohdistuvia määrällisiä ja laadullisia haasteita. Omaishoitajien jaksamisen tukeminen vähentää hoito- ja hoiva-alan työvoimatarvetta ja julkisia menoja, sillä ilman omaishoitajan antamaa huolenpitoa moni hoidettava olisi sijoitettuna kodin ulkopuoliseen pitkäaikaishoitoon tai tarvitsisi runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluja.

Hyvin tuettu omaishoito vähentää omaishoitajan uupumisen vaaraa. Riittävällä, tarpeiden mukaan räätälöidyillä, joustavilla ja oikea-aikaisilla palveluilla on mahdollista turvata omaishoitajan ja hänen hoidettavansa hyvinvointi. Hoivatyötä tekevä omainen kokee usein työnsä palkitsevaksi.

Omaishoitajille annettu tuki ei ole riittävää

Nykyisin omaishoidon tuki, kuten suurin osa kunnan järjestämistä sosiaalipalveluista, on säännelty väljällä puitelainsäädännöllä, joka antaa sijaa kunnan laajalle harkintavallan käytölle. Väljä puitelaki ja määrärahasidonnaisuus ovat johtaneet siihen, että erilaisia sosiaalipalveluja tarvitsevat henkilöt ovat asuinkunnastaan riippuen keskenään hyvin eriarvoisessa asemassa. Tämä koskee myös omaishoidon tuen hakijoita ja saajia.

Omaisiaan hoitavia on maassamme paljon. Vain osa sitovaa ja raskasta hoitoa toteuttavista henkilöistä on saanut omaishoitosopimuksen kuntansa kanssa. Tämä johtuu ainakin osittain kuntien taloudellisesta tilanteesta ja omaishoidon tuen määrärahasidonnaisuudesta. Omaishoidon tuen saaminen voi olla vaikeaa erityisesti lapsille ja mielenterveyskuntoutujille, joilla ei ole fyysisen toimintakyvyn vajeita ja joiden hoidon ja huolenpidon tarpeita ei tämän vuoksi tunnisteta. Ilman tukea omaistaan hoitavan jaksaminen on koetuksella ja uupumisen vaara on suuri.

Omaishoitosopimuksen kunnan kanssa tehneetkään eivät aina saa riittävää tukea, sillä tuen ja palvelujen tarjonta vaihtelee kunnasta toiseen. Ongelmana on myös se, että omaishoidon tuen hoitopalkkioiden myöntämiselle ei ole olemassa yhtenäisiä, valtakunnallisia kriteereitä.

Omaishoitajan tiedot ja taidot voivat olla puutteelliset, jolloin liiallisesta kuormittumisesta voi seurata omaishoitajan terveyden vakava heikkeneminen tai kaltoinkohtelun uhkaa. Jos omaishoitotilannetta ei tarkastella hoitajan ja hoidettavan vuorovaikutussuhteena, vaarana on keskittyminen liikaa omaishoitajan mielipiteisiin ja hoidettavan näkemysten laiminlyönti.

Omaishoidon toimijoiden yhteistyö ei ole niin toimivaa kuin olisi tarpeen. Tällöin heikkoutena voi olla myös se, että omaishoitajille ja heidän hoidettavilleen suunnattu tuen ja palvelujen tarjonta ei ole tarpeeksi monipuolista, kattavaa ja saumatonta. Etenkään järjestöjen ja seurakuntien osaamista ja palveluja ei osata vielä riittävästi käyttää täydentämään kunnan palveluja.

Omaishoidon hoitopalkkiot vaihtelevat kunnittain paljon. Lisäksi niiden ja sosiaalietuuksien yhteensovittamiseen liittyy ongelmia.

Toimijoiden yhteistyö ja omaishoitajan tukeminen parantavat omaishoidon edellytyksiä

Omaishoidon tukeminen sekä omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa hyvinvoinnin varmistaminen on kansantaloudellinen etu. Omaishoitoa tukemalla voidaan mahdollistaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien henkilöiden kotona asuminen ja heidän omaishoitajiensa jaksaminen. Yksilöllisesti räätälöidyin palveluin tuettu omaishoito edistää hoidettavien ja omaishoitajien terveyttä ja hyvinvointia, vähentää omaishoitajan kuormittumista sekä vähentää tarvetta kodin ulkopuoliseen pitkäaikaishoitoon. Oikea-aikainen ja joustava tuki, joka toteutetaan omaishoidon toimijoiden yhteistyötä tehostamalla ja järjestöjen sekä seurakuntien osaamista hyödyntämällä, tukee omaishoidon onnistumista. Toimijoiden saumaton yhteistyö turvaa omaishoitajalle ja hoidettavalle avun myös äkillisissä ja yllättävissä tilanteissa.

Kaikkien yhteiskunnan sektorien tuki, esteettömät ja kotona asumista tukevat asuin- ja elinympäristöt sekä teknologian hyödyntäminen parantavat omaishoidon edellytyksiä. Ammattilaisille oppilaitoksissa ja työpaikoilla annettava omaishoidon osaamiseen liittyvä koulutus lisää omaishoitajien tukemisessa tarvittavia tietoja ja

taitoja. Omaishoitajien työn arvostus ja heidän hyväksymisensä aidoiksi yhteistyökumppaneiksi edistää omaishoitajien jaksamista.

Kovenevat arvot ja tiukkeneva talous voivat estää omaishoidon kehittämisen

Omaishoidon uhkana voivat olla yhteiskunnan toimintatavat, arvot ja asenteet sekä niiden pohjalta toteutetut tai toteuttamatta jääneet toimenpiteet. Omaishoitajaksi ei haluta tai uskalleta ryhtyä, jos omaishoitoa ei arvosteta eikä sitä tueta tarpeen mukaisesti. Omaishoitajiksi ryhtyvien määrää voivat vähentää myös perhekoon pienentyminen, parisuhteiden purkautuminen, yksin elävien määrän lisääntyminen sekä perheiden ja sukujen hajaantuminen kauas toisistaan. Näistä syistä johtuen monilla henkilöillä ei ole omaishoitajaksi haluavaa tai kykenevää läheistä.

Työikäisen henkilön ryhtyminen omaishoitajaksi voi olla mahdotonta taloudellisista syistä, sillä hoitopalkkion määrä saattaa olla riittämätön toimeentulon turvaamiseksi. Työntekijät ja työnantajat ovat edelleen laajalti tietämättömiä työelämän joustot mahdollistavasta lainsäädännöstä tai sen suomia mahdollisuuksia joustoihin ei haluta tai voida käyttää hyväksi. Omaishoitajaksi ryhtymisen halukkuutta vähentää myös, jos omaishoitoa pidetään vain keinona vähentää kustannuksia eikä omaishoitaja voi luottaa saavansa tarpeellista tukea. Omaishoitaja saattaa tuolloin pelätä, että omaishoidon tukeminen lopetetaan ja hoitajan vastuulle jää voimavaroihin nähden liian suuri taakka.

Julkisen talouden heikentyminen voi vähentää julkisen sektorin mahdollisuuksia omaishoitajien tukemiseen. Tiukassa taloustilanteessa kunnat voivat varata riittämättömästi määrärahoja omaishoidon tukemiseen, jolloin kaikki tukeen oikeutetut eivät saa tukea tai omaishoitosopimuksia irtisanotaan, vaikka omaishoitotilanne jatkuisi entisellään.

Myös läheisten muodostaman tukiverkoston puutteellisuus voi lisätä omaishoitajan kuormittumista. Ilman tukea jääneen omaishoitajan kuormittuminen voi johtaa hänen fyysisen ja psyykkisen terveytensä heikkenemiseen sekä ongelmiin sosiaalisissa suhteissa. Omaisiaan hoitavat eivät aina osaa, jaksaa tai halua hakea tukea. Näin voi käydä myös erittäin sitovassa ja raskaassa omaishoitotilanteessa, jos omaishoitaja tai hoidettava vierastaa ajatusta ulkopuolisesta avusta. Omaishoitoon saatetaan turvautua myös sellaisissa tilanteissa, joissa jokin muu hoitomuoto olisi hoidettavalle parempi. Vaihtoehtoisten hoitopaikkojen riittämättömyys saattaa pitkittää omaishoitotilannetta kohtuuttomasti vaarantaen sekä hoidettavan että omaishoitajan hyvinvoinnin.

OSA III:
TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

5 KANSALLINEN OMAISHOIDON KEHITTÄMISOHJELMA

Lähtökohtana perustuslaki ja kansainväliset sopimukset

Perustuslain 19 §:n mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään huolenpitoon. Lisäksi julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmis-oikeuksien toteutuminen.

Suomi ratifioi vuonna 1991 YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen, joka painottaa lapsen oikeutta asua kotonaan vanhempiensa kanssa. Sopimus edellyttää, että lapsen etu otetaan huomioon kaikessa lapsia koskevassa viranomaistyössä.

Vuonna 2002 Suomi ratifioi ikäihmistien suojelua koskevan Euroopan sosiaalisen peruskirjan. Peruskirjan artikla 23:n mukaan kaikilla ikääntyneillä on oltava mahdollisuus viettää itsenäistä elämää tutussa ympäristössä niin kauan kuin he haluavat ja ovat siihen kykeneviä. Tämä tulee toteuttaa huolehtimalla heidän tarpeitaan ja terveydentilaansa vastaavien asuntojen sekä asumisen, terveydenhuollon ja muiden palvelujen riittävästä saatavuudesta. Suomi on saanut Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitealta huomautuksen siitä, että lainsäädäntömme sallii vanhusten asettamisen eriarvoiseen asemaan. Komitea edellyttää, että omaishoidon tuen kriteerejä yhdenmukaistetaan. Suomi raportoi tehdyistä toimenpiteistä 2016. Kansallisella omaishoidon kehittämisohjelmalla vastataan osaltaan huomautukseen.

Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus edellyttää, että vammaiselle henkilölle taataan tasapuolinen kohtelu kaikilla elämänalueilla. Hänellä on oltava oikeus ja mahdollisuus olla yhteiskunnan täysivaltainen jäsen. Yleissopimuksen artikla 19:n mukaisesti vammaisella henkilöllä tulee olla mahdollisuus valita asumismuotonsa ja se, keiden kanssa asuu. Hänen tulee saada tarvittavat palvelut valitussa asumismuodossa asumisen ja osallisuutensa tukemiseksi. Myös hänen perheenjäsentensä tulee saada tarvitsemansa apu, jotta vammaisen henkilö voi asua kotonaan.

Omaishoidon kehittämisohjelman tavoitteet ja ydinsisältö

Omaishoidon kehittämisohjelma turvaa perustuslain ja kansainvälisten sopimusvelvoitteiden toteutumista. Lisäksi se edistää osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisen tavoitteita. Omaishoito on osa lähipalveluja. Omaishoidon kehittämisohjelman tavoitteet on sovitettu yhteen uudistuvan sosiaalihuoltolain, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain, asiakasmaksujärjestelmän uudistamisen, itsemääräämisoikeudesta annettavan lain ja vanhuspalvelulain, laatusuosituksen sekä uudistuvan vammaislainsäädännön kanssa.

Suomen sosiaali- ja terveystieteiden keskeisiä tavoitteita ovat ennaltaehkäisevän ja toimintakykyä edistävän toiminnan vahvistaminen sekä kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja laitoshoidon vähentäminen. Omaishoidon kehittämisohjelmalla varmistetaan, että omaishoidosta kehittyy merkittävä hoitomuoto, joka osaltaan mahdollistaa toimintakyvyltään erilaisten henkilöiden kotona asumisen. Henkilöitä, joilla ei ole omaishoitajaksi soveltuvaa omaista tai läheistä tai jotka eivät halua valita omaishoitoa ei aseteta eriarvoiseen asemaan, vaan myös heidän kotona asumistaan tuetaan tarpeen mukaisin palveluin.

Kehittämisohjelma sisältää omaishoidon arvoperustan, vision omaishoidon tilanteesta vuonna 2020, omaishoidon uudet määritelmät (sopimusomaishoito ja muu omaishoito, joita kumpaakin yhdessä tarkoitettaessa käytetään jatkossa käsitettä omaishoito), vaihtoehtoiset mallit sopimusomaishoidon järjestämiseksi (vahvennettu kuntamalli ja Kelan rahoitusmalli), arvion tarvittavista säädösmuutoksista sekä arvion uudistuksen kustannus- ja muista vaikutuksista. Kehittämisohjelma sisältää myös toimenpideohjelman, johon on koottu omaishoidon kehittämisen tavoitteet ja niiden toteuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet.

5.1 ARVOT

Omaishoidon strategian arvopohjan ydin on ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, yhdenvertaisuus, luottamus ja turvallisuus. Nämä arvot ohjaavat käytännön toimintaa omaishoitotilanteissa.

Ihmisarvon kunnioittaminen

- hoidettavaa ja omaishoitajaa arvostetaan ja kohdellaan hyvin
- erilaisuus ja yksilölliset tarpeet hyväksytään ja otetaan huomioon

Itsemääräämisoikeus

- omaisella sekä hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevalla henkilöllä on vapaus valita omaishoidon, muiden hoitomuotojen ja näiden yhdistämisen välillä
- omaishoitajalla ja hoidettavalla on valinnan mahdollisuuksia omaishoitoa tukevissa palveluissa
- palveluja valittaessa otetaan huomioon hoidettavan etu ja mielipide
- omaishoitajan ja hänen hoidettavansa toimijuutta tuetaan ja vahvistetaan

Yhdenvertaisuus

- omaishoitajien ja hoidettavien asema on asuinkunnasta riippumaton
- eri sairaus-, vammais- ja ikäryhmiin kuuluvat hoidettavat ovat yhdenvertaisessa asemassa
- toimintakyvyn sekä hoidon, huolenpidon ja palvelujen laaja-alainen tarpeen arviointi turvaavat yhdenvertaisuuden

Turvallisuus

- omaishoitoa tuetaan suunnitelmallisesti ja omaishoitotilanteen mahdollisiin muutoksiin varaudutaan etukäteen
- sosiaalisen tuen ja palvelujen saatavuus turvataan
- kodin ja muun elinympäristön turvallisuudesta huolehditaan
- kaltoinkohtelua ja väkivaltaa ehkäistään riittävällä tuella

Luottamus

- omaishoitaja voi luottaa tehtyihin sopimuksiin ja niiden jatkuvuuteen

- omaishoitajan, hoidettavan, ammattilaisten ja muiden auttajien välillä vallitse keskinäinen luottamus
- omaishoitajan ja hänen hoidettavansa oman elämänsä asiantuntijuuteen luotetaan
- hoidettava voi luottaa siihen, että hänen palvelunsa järjestetään yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti

5.2 VISIO VUODELLE 2020

Omaishoito on sopimusomaishoitona tai muuna omaishoitona toimijoiden yhteistyönä toteutettu arvostettu hoitomuoto. Omaishoito mahdollistaa osaltaan kaikenikäisten hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien toimintakyvyltään heikentyneiden, sairaiden tai vammaisten henkilöiden kotona asumisen. Omaishoitotilanteiden riittävä tukeminen edistää hoidettavien ja omaishoitajien hyvinvointia.

5.3 VUOTEEN 2020 MENNESSÄ SAAVUTETUT OMAISHOIDON TAVOITTEET

1. Omaishoitajien keskinäinen yhdenvertaisuus ja nykyistä vahvempi asema on saavutettu

Kunta selvittää hoidettavan palvelutarpeet ennen niihin vastaavan hoitomuodon tai hoitomuotojen valitsemista. Kun henkilöllä todetaan palvelutarpeita, selvitetään, onko hänen oman etunsa ja toiveidensa mukaista vastata niihin osittain tai kokonaan sopimusomaishoidolla tai muulla omaishoidolla, jos hoitajaksi halukas ja kykenevä henkilö on olemassa. Subjekttiivinen oikeus sopimusomaishoitoon, sopimusomaishoitajan hoitopalkkioon ja vapaaseen lakisääteisten edellytysten toteutuessa on vahvistanut koko maan laajuisesti niiden henkilöiden keskinäistä yhdenvertaisuutta, joiden kohdalla sopimusomaishoidon kriteerit täyttyvät.

Omaishoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa tasavertaisina sopimusosapuolena omaishoidon toimeksiantosopimuksen sisältöön. Omaishoitajien käytännön asiantuntemusta hyödynnetään hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Sopimusomaishoitajien tiedonsaantia hoidettavan hoitoon ja huolenpitoon liittyvistä asioista sekä mahdollisuuksiaan asioida tarvittaessa hoidettavan puolesta on parannettu ottaen huomioon hoidettavan tietosuoja. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutukseen on sisällytetty riittävästi tietoa omaishoitajuudesta sekä omaishoitotilanteiden tunnistamisesta ja tukemisesta, jotta omaishoitajia tukeva tarpeenmukainen moniammatillinen toimintamalli toteutuu.

2. Sitova ja vaativa omaishoito on sopimusomaishoidon piirissä ja muuta omaishoitoa tuetaan sosiaalihuoltolain mukaisin palveluin

Sopimusomaishoitajien määrä on kasvanut vuoden 2012 noin 40 500:sta noin 60 000:een vuoteen 2020 mennessä. Sopimusomaishoidosta on tullut merkittävä hoitomuoto. Sopimusomaishoidon aseman vahvistuminen on käynnistynyt keskittymällä omaishoitosopimuksen tehneiden omaishoitajien ja omaishoitoperheiden tuen ja palvelujen kehittämiseen. Uusien sopimusomaishoitajien määrän kasvu on nopeutunut

vähitellen monipuolistuneen tuen ja palveluiden, omaishoitajien juridisen aseman vahvistumisen sekä omaishoitomyönteisten asenteiden kehittymisen myötä. Uusi sosiaalihuoltolaki on lisännyt tukea niille omaishoitajille, jotka vastaavat hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatusta hoidosta tai huolenpidosta ilman sopimusomaihoidon toimeksiantosopimusta.

3. Sopimusomaihoidon tukevien palvelujen ja hoitopalkkioiden järjestämisen ja rahoitusmalli turvaa omaishoitajien yhdenvertaisuuden

Työryhmä on hahmotellut kaksi vaihtoehtoista sopimusomaihoidon kuuluvien palkkioiden ja palvelujen järjestämisen ja rahoituksen mallia, jotka on nimetty vahvenneiksi kuntamalliksi ja Kelan rahoitusmalliksi. Mallien kuvaukset ovat kappaleessa 5.7.

4. Sopimusomaihoidon hoitopalkkiot on määritelty laissa

Omaishoitopalkkiot turvaavat sopimusomaihoidon kohtuullisen korvauksen hoidosta ja huolenpidosta. Laissa on määritelty kolme hoitopalkkioluokkaa sopimusomaihoidon antaman hoidon ja huolenpidon sitovuuden ja vaatavuuden mukaan. Hoitopalkkio on korvaus omaishoidon suorittamasta hoitotehtävästä, ei sosiaaliturvaetus. Hoitopalkkioiden tasoa on nostettu, mikä hyödyttää pienituloisimpia sopimusomaihoidon enemmän kuin hoitopalkkion verottomuus. Hoitopalkkion veronalaisuus myös turvaa sopimusomaihoidon eläke- ja sairausturvan sekä kuntien ja valtion verotulot, joita tarvitaan muun muassa palvelujen rahoitukseen. Hoitopalkkion saanti ei ole sidoksissa vammaisuuksien tai lasten kotihoidon tuen saantiin. Tarvittavat muutokset omaishoitopalkkion ja sosiaalietuuksien yhteensovittamiseksi on tehty.

5. Omaisiaan ja läheisiään hoitavien, heidän hoidettaviensa ja koko omaishoitoperheen hyvinvointi on turvattu

Kunnat ovat turvanneet omaishoitajien ja hoidettavien hyvinvoinnin tarpeenmukaisin, yksilöllisin palvelukokonaisuuksin. Toimiva palveluohjaus on järjestetty tarvittaessa vastuutyöntekijän ja moniammatillisen tiimin avulla. Kunta ja muut toimijat tukevat omaishoitajaa hänen omaishoidon roolissaan ja hänelle annetaan mahdollisuus lepoon, virkistykseen sekä riittävään valmennukseen ja ohjaukseen tehtävänsä. Kunta järjestää sopimusomaihoidon maksuttomat aloitustarkastukset ja muut tarpeen mukaiset terveystarkastukset hoidon laadun turvaamiseksi ja omaishoidon jaksamisen tukemiseksi. Omaishoitajat toteuttavat hoidettavien toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä toimintatapoja.

Kunnat ovat kehittäneet omaishoitajien kuntoutusta ja tarjoavat sitä suunnitelmallisesti. Kela on asettanut omaishoitajien kuntoutuksen yhdeksi harkinnanvaraisen kuntoutuksen painoalueeksi ja lisännyt tähän tarkoitukseen käytettäviä määrärahoja. Omaishoitajien kuntoutuksen kehittämistä varten Kela on toteuttanut uusien kuntoutusmallien tutkimusta, jolla on selvitetty niiden kustannusvaikuttavuus.

6. Ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamiseen kehitettyjä joustoja hyödynnetään

Työelämässä on toimivia mahdollisuuksia ryhtyä sopimus- tai muuksi omaishoitajaksi ansiotyön ohessa. Lainsäädännön suomia mahdollisuuksia työn ja omaishoidon

yhteensovittamiseen hyödynnetään. Työpaikalla työntekijän omaishoitotilanne on tiedossa ja työntekijän toimiminen omaishoitajana mahdollistetaan sovittamalla yhteen työntekijän tarpeet ja työpaikan tuotanto- ja palvelutoiminta. Työpaikoilla voidaan tukea omaishoitajana toimimista työ- ja työaikajärjestelyillä kuten etätyöllä, työaikapankilla ja vuosilomajärjestelyillä, vuorotteluvapaalla, osittaisella hoitovapaalla tai laissa säädetyllä vapaalla perheenjäsenen tai muun läheisen hoitamiseksi. Työntantajien ja työntekijöiden järjestöt ovat tehostaneet joustoja koskevaa neuvontaa ja ohjausta. Työpaikoilla on kehitetty hyviä käytäntöjä edistämään esimerkiksi vammaisten lasten vanhempien mahdollisuuksia sovittaa yhteen omaishoito ja ansiotyö sekä luotu käytäntöjä, joilla työntekijät voivat ansiotyön ohella joustavasti hoitaa omia vanhempiaan.

7. Omaishoittoon liittyviä asiakasmaksuja on sisällytetty maksukattoon

Omaishoittoon liittyvät asiakasmaksut on otettu huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmän uudistuksessa. Mahdollisuudet säätää omaishoidon hoitopalkkio etuoikeutetuksi tuloksi sosiaali- ja terveydenhuollon tulosidonnaisia asiakasmaksuja määrättäessä on selvitetty. Omaishoitajan antamasta hoidosta ei peritä hoidettavalta asiakasmaksua.

8. Omaishoidon toimijoiden yhteistyötä on vahvistettu eri hallinnonalojen toimenpitein

Kotona asumisen ja omaishoidon edellytykset on otettu huomioon laaja-alaisesti kuntastrategioissa ja kuntien hyvinvointisuunnitelmissa. Asukkaiden hyvinvoinnista sekä asuin- ja elinympäristöjen esteettömyydestä ja turvallisuudesta on huolehdittu sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi ympäristösuunnittelusta, asumisesta, rakentamisesta, liikennesuunnittelusta, kulttuuri- ja liikuntapalveluista, opetuksesta ja elinkeinotoiminnasta vastaavilla toimialoilla sekä palo- ja pelastustoimissa.

9. Järjestöjen ja seurakuntien rooli omaishoitajien tukena on selkiytetty

Neuvontaa, koulutusta, valmennusta, vertaistukea, virkistystoimintaa ja vapaaehtoistyötä suositellaan järjestöjen ja seurakuntien tehtäväkenttään kuuluvaksi niiltä osin kuin ne eivät sisälly kunnan lakisääteisiin tehtäviin. Järjestöt ja yhdistykset tekevät yhteistyötä keskenään ja kunnan kanssa toiminnan vaikuttavuuden parantamiseksi ja juurtumisen edistämiseksi. Kehittämishankkeilla kehitetään muun muassa toimintamalleja ansiotyön ja omaishoitajuuden yhteensovittamiseen. RAY lisää järjestöjen avustusten systemaattisuutta ja pitkäjänteisyyttä. Myös sopimusomaisohoitajat voivat osallistua RAY-rahoitteiseen toimintaan. Myös EU:n rahastojen ja ohjelmien kautta saatavaa rahoitusta hyödynnetään omaishoidon kehittämishankkeissa. Palveluja tuottavien järjestöjen ja yritysten keskinäinen asema kunnan järjestämisvastuun alaisten palvelujen tuottajina on selkiytetty ottamalla huomioon järjestöjen erityisasiantunteus erilaisten sairauksien ja vammojen hoidossa.

Toteuttamalla edellä kuvatut omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet kyetään hillitsemään sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvupaineita, joita aiheuttaa etenkin väestön ikääntymisestä. Omaishoidon kehittäminen hillitsee menojen kasvua erityisesti vähentämällä ympärivuorokautisen hoidon palveluiden ja kotihoidon palveluiden tarvetta. Vaikka omaishoitoa kehitetään ja tuen kattavuutta laajennetaan, tapahtuu suurin osa omaishoidosta ja läheisavusta vuonna 2020 edelleen sopimusomaisohoidon ulkopuolella. Tästä muusta omaishoidosta ja omaisten antaman avun tukemisesta

huolehditaan hoidettavalle ja omaishoitajalle annettavien riittävien julkisten palvelujen sekä järjestöjen, seurakuntien palveluiden ja muun epävirallisen tuen avulla.

5.4 OMAISHOIDON UUSI MÄÄRITELMÄ JA OMAISHOIDON ERI MUODOT

Omaishoito on hoitomuoto, joka tukee heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi hoitoa tai huolenpitoa tarvitsevien kaikenikäisten henkilöiden kotona asumista. Huolenpito voi olla myös hoidettavan päivittäisten toimien tukemista, ohjausta tai valvontaa. Tuen, ohjauksen ja valvonnan tarve koskee erityisesti henkilöitä, joilla on mielenterveysongelmia, aivovamma tai muistisairaus, kehitysvammaisia henkilöitä, sekä muita henkilöitä, joilla on psyykkisen tai kognitiivisen toimintakyvyn vajeita. Omaishoitoon voi sisältyä myös hoidettavan auttamista kodin ulkopuolisissa toiminnoissa.

Kunta selvittää palveluja hakevan henkilön palvelutarpeet monipuolisesti ja luotettavasti arviointimenetelmiä käyttäen yhteistyössä hoidettavan henkilön ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Palvelutarpeiden selvittäminen on riippumaton siitä, mikä hoitomuoto tai hoitomuotojen yhdistelmä hoidettavalle mahdollisesti valitaan. Palvelutarpeita selvitettyä kiinnitetään huomiota henkilön fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, voimavaroihin, kuntoutumisen mahdollisuuteen ja asuin- ja elinympäristön toimivuuteen sekä hänen hoitoonsa ja huolenpitoonsa osallistuvien omaisten ja läheisten voimavaroihin ja tarpeisiin.

Jos palvelutarpeita todetaan, kunta tekee hoito- ja palvelusuunnitelman yhdessä hoidettavan henkilön ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä kunnan palvelujen järjestämisestä vastaava toimija arvioi yhdessä hoidettavan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa, voidaanko palvelutarpeisiin tai osaan niistä vastata omaishoidolla. Omaishoito voidaan valita hoitomuodoksi, jos se on hoidettavan edun ja toiveiden mukaista ja hänellä on omaishoitajaksi halukas, kykenevä ja soveltuva omainen tai muu läheinen ihminen.

Hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan, miltä osin omaishoitaja vastaa hoidettavan hoidosta ja huolenpidosta ja miltä osin niihin mahdollisesti vastataan muilla palveluilla. Lisäksi suunnitelmaan kirjataan palvelut ja muut tukitoimet, joita hoidettava tarvitsee omaishoitajan antaman hoidon ja huolenpidon lisäksi. Mikäli omaishoitaja saa tehtävänsä tueksi palveluja, ne kirjataan hänelle erikseen laadittavaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan.

Omaishoito voidaan toteuttaa joko sopimusomaishoitona tai muuna omaishoitona. Sopimusomaishoidosta säädetään uudessa erityislaissa ja muun omaishoidon tukemisesta uudessa sosiaalihuoltolaissa. Kunta ja muut toimijat voivat tukea sekä sopimusomaishoitoa että muuta omaishoitoa myös muilla kuin lakisääteisillä palveluilla.

5.5 SOPIMUSOMAISHOITO

1. Omaishoitosopimuksen osapuolet

Sopimusomaishoito perustuu toimeksiantosopimukseen (omaishoitosopimus), joka tehdään hoitajan ja kunnan välillä. Kunta on sopimuksen osapuoli riippumatta siitä,

säädetäänkö omaishoidon *hoitopalkkion* järjestämis- ja rahoitusvastuu kunnalle vai Kelalle (ks. kappale 5.7). Kunnan on perusteltua olla sopimuksen osapuoli, koska sillä on vastuu välttämättömän huolenpidon ja palvelujen järjestämisestä ja hoitomuodon valinnasta. Toimeksiantosopimuksella kunta antaa omaishoitajan hoidettavaksi tehtäviä, joiden järjestämisestä sen olisi huolehdittava muulla tavalla, jos omaishoito ei olisi mahdollinen. Sopimusomaishoitajan antamasta hoidosta ei peritä hoidettavalta asiakasmaksua.

Työryhmässä on ollut esillä myös vaihtoehto, että omaishoitosopimus tehtäisiin omaishoitajan ja Kelan välillä, jos Kelalla olisi järjestämis- ja rahoitusvastuu hoitopalkkion osalta. Kelan olisi perusteltua olla sopimuskumppanina, jos haluttaisiin painottaa omaishoitosopimuksen rinnastusta työsopimukseen, jonka ydinsisältö on työsuorituksen tekeminen vastiketta vastaan. Sopimusomaishoidossa on kuitenkin kyse laajemmasta kokonaisuudesta, johon kytkeytyvät olennaisena osana myös kunnan järjestämät omaishoitoa tukevat palvelut ja muut tukitoimet (esim. kodin varustaminen omaishoitoon soveltuvaksi).

2. Sopimusomaishoidon edellytykset

Sitova ja vaativa hoidon tarve

Työryhmä ehdottaa, että sopimusomaishoidon avulla voidaan vastata sellaisten henkilöiden hoidon ja huolenpidon tarpeeseen, jotka tarvitsevat *sitovaa* ja *vaativaa* hoitoa tai huolenpitoa heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi. Huolenpito voi olla myös sitovaa ja vaativaa hoidettavan päivittäisten toimien tukemista, ohjausta tai valvontaa. Vaativuus ja sitovuus määritellään tarkemmin hoitopalkkion määrätymisperusteissa (ks. kappale 5.6).

Sopimusomaishoidon edellytysten nykyistä tarkemman määrittelyn tavoitteena on parantaa omaishoitajien ja hoidettavien yhdenvertaisuutta verrattuna nykyiseen lainsäädäntöön. Nykyisen lain mukaan kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos henkilö tarvitsee hoitoa tai muuta huolenpitoa alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi ilman, että laissa määriteltäisiin tarkemmin, miten usein hoidon tai huolenpidon tarpeen tulee esiintyä ja miten intensiivistä sitoutumista sen tyydyttäminen vaatii hoitajalta. Tavoitteena on myös varmistaa tuki erityisesti sitoville ja vaativille omaishoitotilanteille.

Jos henkilön hoidon ja huolenpidon tarve ei ole niin vaativaa ja omaishoitajan toteuttama osuus hoidosta ja huolenpidosta niin sitovaa, että se vastaisi sopimusomaishoidolle asetettuja perusteita, niin tarpeeseen voidaan vastata muulla omaishoidolla ja sitä tarvittaessa tukevilla palveluilla (ks. kappale 5.9). Myös silloin, kun omaishoitaja henkilön hoidon ja huolenpidon vaativuuden ja sitovuuden perusteiden täyttymisestä huolimatta ei halua ryhtyä sopimusomaishoitajaksi, kyseessä on muu omaishoito.

Hoito ja huolenpito voidaan järjestää joko kokonaan tai osittain sopimusomaishoitona. Omaishoitosopimus voidaan näin ollen tehdä myös työssäkäyvän omaishoitajan kanssa, jos omaishoitaja vastaa omaisensa vaativasta hoidosta ja huolenpidosta sitovasti ansiotyönsä ohella. Omaishoitosopimus voidaan tehdä myös silloin, kun hoidettava viettää osan arkipäivistään kotinsa ulkopuolella, esimerkiksi päivähoitossa, päivätoiminnassa tai suorittamassa oppivelvollisuuttaan, mutta tarvitsee sitovaa ja vaativaa hoitoa muina aikoina. Omaishoitosopimus voidaan tehdä myös tilanteissa, joissa hoidettava asuu osan vuodesta kodin ulkopuolella.

Omaishoitosopimuksen tekeminen edellyttää pääsääntöisesti, että sopimusomaishoidon oletetaan kestävän vähintään kolme kuukautta. Saattohoidon tai muun raskaan

siirtymävaiheen aikana sopimus voidaan harkinnan mukaan tehdä myös tätä lyhyemmäksi ajaksi. Omaishoitosopimus ei tule kysymykseen tapauksissa, joissa hoidettava on kunnan järjestämässä ympärivuorokautisessa hoidossa kodin ulkopuolella säännöllisesti yli 14 vuorokautta kalenterikuukaudessa. Tällöin kyseessä voi olla muun omaishoidon piiriin kuuluva omaisen tai läheisen antama hoito ja huolenpito, jossa omaishoitajaa tuetaan tarpeellisin sosiaalipalveluin.

Halukas, kykenevä ja soveltuva hoitaja

Sopimusomaishoidon edellytyksenä on, että hoidettavalla henkilöllä on omainen tai muu läheinen henkilö, joka on halukas, kykenevä ja soveltuva toimimaan sopimusomaishoitajana. Sopimusomaishoitajan tulee pääsääntöisesti olla täysi-ikäinen. Kunnan sosiaalihuollosta vastaava viranomainen selvittää sopimusomaishoitajaksi halukkaan henkilön kyvyn ja soveltuvuuden tehtävään. Tätä varten terveydenhoitaja tekee henkilölle tarvittaessa terveystarkastuksen, jonka järjestäminen on kunnille uusi harkinnanvarainen sopimusomaishoitoon liittyvä tehtävä. Terveystarkastusta ei välttämättä tarvita esimerkiksi tilanteessa, jossa sopimusomaishoitajaksi halukkaalla henkilöllä ei ole pitkäaikaissairauksia ja hän on työterveyshuollon piirissä.

Soveltuva koti

Sopimusomaishoito tapahtuu pääsääntöisesti hoidettavan tai hänen ja hoitajan yhteisessä kodissa. Se voi tapahtua myös hoitajan kodissa. Tällaisten tilanteiden osalta rajanveto sopimusomaishoidon ja perhehoidon välillä on täsmennettävä sopimusomaishoitoa ja perhehoitoa koskevien lainsäädännön uudistusten yhteydessä. Kodin, jossa hoito tapahtuu, on sovellettava omaishoitoon sellaisenaan tai tarpeellisten muutostöiden ja apuvälineiden järjestämisen jälkeen.

Hoidettavan toivomukset ja etu

Sopimusomaishoidon edellytyksenä on, että hoidettava hyväksyy hoitajan sopimusomaishoitajakseen ja että sopimusomaishoito on muutenkin hoidettavan toiveiden ja edun mukaista. Asiakkaan tahdon selvittämisestä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812 /2000).

3. Sopimusomaishoitajan etuudet sekä hoitoa tukevat palvelut ja muu tuki

Hoitopalkkio

Sopimusomaishoitajalle maksetaan hoitopalkkio. Sopimusomaishoidossa otetaan nykyisten kahden lakisääteisen vähimmäispalkkion sijaan käyttöön kolme valtakunnallista hoitopalkkioluokkaa, jotka määräytyvät hoidettavan hoidon ja huolenpidon vaativuuden ja sitovuuden mukaan (ks. kappale 5.6). Hoitopalkkioiden määrää tarkistetaan vuosittain palkkakertoimella. Hoitopalkkio säilyy veronalaisena tulona. Kunta voi halutessaan maksaa hoitopalkkioon kuntakohtaista lisää. Hoitopalkkion maksaminen voidaan keskeyttää hoidettavasta tai hoitajasta johtuvasta terveydellisestä tai muusta syystä.

Vapaa

Sopimusomaishoitajalle kuuluu aina oikeus lakisääteiseen vapaaseen, jonka aikana kunta järjestää hoidettavalle sopimusomaishoitoa korvaavan hoidon. Nykyisin oikeus

lakisääteiseen vapaaseen on sidoksissa siihen, onko omaishoitajan antama hoito ja huolenpito ympärivuorokautista tai päivittäin jatkuvaa. Vapaoikeuden ulottaminen kaikkia sopimusomaishoitajia koskevaksi laajentaa kunnan järjestämistä vastuuta lakisääteisen vapaan aikaisten hoidettavan palvelujen osalta.

Lakisääteisen vapaan määrä muutetaan riippuvaiseksi hoitopalkkioluokasta. Lakisääteinen vapaa on kahteen ylimpään palkkioluokkaan kuuluvilla kolme ja alimpaan palkkioluokkaan kuuluvilla kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Nykyisin lakisääteinen vapaa on siihen oikeutetuille aina kolme vuorokautta kalenterikuukautta kohti.

Kunta voi järjestää sopimusomaishoitajalle lakisääteisen vapaan lisäksi nykyiseen tapaan myös muita vapaita harkintansa mukaan. Kunta päättää, miten hoidettavan hoito järjestetään lakisääteisen ja muun vapaan aikana kuitenkin niin, että hoidettavan ja sopimusomaishoitajan mielipide otetaan huomioon. Lisäämällä kotiin annettavaa tukea, toimeksiantosuhteista sijaishoitoa ja palvelusetelin käyttöä hoidettaville turvataan heille soveltuva hoito omaishoitajan vapaan aikana ja kannustetaan sopimusomaishoitajia pitämään vapaansa. Lakisääteisen vapaan aikaisen vapaan aikaisesta omaishoitoa korvaavasta palvelusta peritään kuten nykyisinkin alennettu maksu.

Omaisen vapaan tai muun poissaolon ajaksi kunta voi nykyiseen tapaan tehdä toimeksiantosopimuksen sijaishoitajan kanssa.

Eläke- ja muu vakuutusturva

Sopimusomaishoitajalla on oikeus eläketurvaan ja tapaturmavakuutukseen. Tarve sopimusomaishoitajan vastuuvakuutukseen sekä työttömyysturvaan koskeviin muutoksiin selvitetään erikseen.

Valmennus, ohjaus ja muu tuki

Kunta huolehtii, että sopimusomaishoitaja saa tarpeellisen valmennuksen ja ohjauksen hänen tehtävänsä. Valmennus toteutetaan yhteistyössä järjestöjen kanssa hyödyntäen niiden kehittämiä valmennusohjelmia. Kunta myös seuraa sopimusomaishoitajan ja hoidettavan terveydentilaa ja toimintakykyä säännöllisesti sopimuskauden aikana ja tukee sopimusomaishoitajan jaksamista tarpeen mukaan. Kunnan järjestämien palvelujen lisäksi sopimusomaishoitaja voi saada kuntoutusta Kelasta ja muilta toimijoilta sekä vertaistukea, valmennusta ja neuvontaa järjestöiltä, seurakunnilta ja lähiyhteisöiltä.

Omaishoitoa tukevat palvelut

Sopimusomaishoitoon voi sisältyä sopimusomaishoitajan lakisääteisen ja muu vapaan aikaisen sopimusomaishoitoa korvaavan hoidettavan hoidon lisäksi muita kunnan järjestämiä hoidettavalle annettavia tarpeellisia sosiaali- ja terveyspalveluita sekä sopimusomaishoitoa tukevia palveluita sopimusomaishoitajalle. Kunta tekee palveluista muutoksenhakukelpoiset päätökset kyseisiä palveluita koskevan lainsäädännön mukaisesti.

Vastuutyöntekijä

Kunta nimeää sopimusomaishoidon tueksi vastuutyöntekijän silloin, kun omaishoitaja ja hoidettava tarvitsevat tukea omaishoidon ja palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa. Vastuutyöntekijä varmistaa tarvittaessa moniammatil-

lisen tiimin tukemana omaishoitotilanteen tuen ammattitaitoisen suunnittelun ja koordinoinnin. Vastuutyöntekijän nimeäminen on kunnille uusi harkinnanvarainen tehtävä muiden kuin iäkkäiden osalta. Iäkkäille henkilöille tarpeen mukaan nimettävästä vastuutyöntekijästä on säädetty vanhuspalvelulaissa.

4. Oikeus sopimusomaishoittoon

Sopimusomaishoidon edellytysten olemassaolo arvioidaan kunnassa tehtävän henkilön palvelutarpeiden selvityksen yhteydessä. Olennaisia kysymyksiä ovat, tuleeko hoidettavalle henkilölle niin sanottu subjektiivinen oikeus saada hoitonsa järjestetyksi sopimusomaishoitona, jos sen laissa säädettävät edellytykset täyttyvät sekä se, mitä sopimusomaishoidon tukemiseen liittyviä osatekijöitä (hoitopalkkio, vapaat, erilaiset palvelut) mahdollinen subjektiivinen oikeus koskee.

Subjektiivisella oikeudella tarkoitetaan sitä, että järjestämisvastuussa olevan tahon on myönnettävä palvelu tai etuus jokaiselle, joka täyttää laissa säädetyt myöntämisedellytykset. Jos henkilöllä on palveluun tai etuuteen subjektiivinen oikeus, järjestämisvastuussa olevalla taholla ei ole mahdollisuutta tapauskohtaiseen tarveharkintaan eikä määrärahojen puute tai vähäisyys voi olla syynä palvelun tai etuuden epäämiseen.

Valittava sopimusomaishoidon järjestämismalli (ks. kohta 5.7) vaikuttaa osaltaan siihen, miten sopimusomaishoidon suhde käytettävissä oleviin määrärahoihin ja tapauskohtaiseen tarveharkintaan järjestyy, sillä kunta ja Kela ovat tässä mielessä hyvin erilaisia toimijoita.

Vaihtoehto, jossa järjestämisvastuu sopimusomaishoidosta säilyy kokonaisuudessaan kunnalla

Nykyisin suurin osa kunnan järjestämisestä sosiaalipalveluista, mukaan lukien omaishoidon tuki, on säännelty väljällä puitelainsäädännöllä, joka antaa sijaa kunnan laajalle harkintavallan käytölle ja määrärahasidonnaisuudelle. Jos päädytään siihen, että kunta vastaa sopimusomaishoidon järjestämisestä kokonaisuudessaan, uudessa laissa on selkeästi ilmaistava, muodostuuko ja miltä osin hoidettavalle henkilölle subjektiivinen oikeus saada perustuslain turvaama välttämätön hoitonsa ja huolenpitonsa nimenomaan sopimusomaishoitona vai jääkö hoitomuodon valinta nykyiseen tapaan viime kädessä kunnan päätettäväksi.

Myös useiden perustuslain säännösten kannalta on merkityksellistä, muodostuuko henkilölle subjektiivinen oikeus sopimusomaishoittoon vai ei. Työryhmä on tarkastellut kysymystä erityisesti suhteessa perustuslain 6 §:ssä säädettyyn yhdenvertaisuusperiaatteeseen. Yhdenvertaisuussäännöksen tarkoituksena on estää yksilöiden tai ryhmien asettaminen ilman yleisesti hyväksyttävää perustetta toisiaan edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Samanlaisissa tilanteissa on ihmisiä kohdeltava samalla tavalla.²

Subjektiivinen oikeus sopimusomaishoittoon vahvistaisi koko maan laajuisesti niiden henkilöiden keskinäistä yhdenvertaisuutta, joiden kohdalla sopimusomaishoidon kriteerit täyttyvät. Nämä henkilöt ovat usein jo lähtökohtaisesti paremmissa asemassa kuin ne hoidon tarpeessa olevat henkilöt, joilla ei ole omaista tai muuta läheistä henkilöä tukenaan. Viimeksi mainittujen henkilöiden hoitomuodon valinta on viime kädessä riippuvainen kunnan ratkaisusta. Sosiaalihuollon

² Arajärvi, Johdatus sosiaalioikeuteen, Helsinki 2011

asiakaslaki ja erityisesti vanhuspalvelulaki tosin velvoittavat ottamaan huomioon asiakkaan omat toivomukset. Siitä huolimatta asiakkaan hoitomuodon valintaan vaikuttaa pitkälti kunnan palvelurakenne ja se, millaisia hoitopaikkoja on käytettävissä. Subjektiiivinen oikeus sopimusomaishoitoon merkitsee, että sopimusomaishoidon kriteerien täytyessä henkilöllä on suurempi vaikutusmahdollisuus oman hoitomuotonsa valinnassa kuin sellaisella henkilöllä, jonka kohdalla sopimusomaishoito ei ole mahdollinen.

Työryhmä on arvioinut, että edellä kuvatussa tilanteessa yhdenvertaisuusperiaatteesta poikkeamiseen saattaisi olla yleisesti hyväksyttäviä perusteita. Väestön ikääntymisestä johtuvan palvelutarpeiden lisääntymiseen on varauduttava kaikin mahdollisin keinoin. Siksi sopimusomaishoidon houkuttelevuutta hoidon järjestämismuotona on tarpeen vahvistaa, jotta entistä suurempi osa palvelutarpeista voidaan toteuttaa sen avulla. Tätä on painotettu muun muassa vanhuspalvelulain perusteluissa ja monissa muissa yhteyksissä. Siitä huolimatta nykyinen omaishoidon tuki on ollut monissa kunnissa kuntatalouden kiristyessä leikkausten kohteena, vaikka pidemmällä tähtäimellä tämä hoitomuoto olisi kunnan kokonaistalouden kannalta monia muita vaihtoehtoja taloudellisempi. Subjektiiivinen oikeus sopimusomaishoitoon turvaisi myös nykyistä paremmin hoidon jatkuvuutta, kun kunnan tarkoitukseen varaamien määrärahojen puute ei enää voisi johtaa sopimuksen päättymiseen.

Työryhmä pitää perusteltuna, että kunnan ollessa sopimusomaishoidon järjestämisvastuussa hoidettavalla henkilöllä on laissa säädettävien edellytysten täytyessä subjektiiivinen oikeus sopimusomaishoitoon. Subjektiiivinen oikeus koskisi sopimusomaishoitajan hoitopalkkiota, siihen liittyvää eläke- ja muuta sosiaaliturvaa sekä lakisääteistä vapaata, jonka aikana kunnan olisi järjestettävä hoidettavan hoito. Muut omaishoitoon liittyvät omaishoitajalle ja hoidettavalle annettavat palvelut pysyisivät harkinnanvaraisina ja määrärahasidonnaisina.

Vaihtoehto, jossa hoitopalkkion järjestämisvastuu siirtyy Kelalle

Työryhmä esittää sopimusomaishoidon vaihtoehtoiseksi järjestämismalliksi niin sanottua Kelan rahoitusmallia, jossa vastuu sopimusomaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion ja siihen liittyvän sosiaaliturvan osalta on Kelalla. Kelan rahoitusmallissa kysymys subjektiiivisestä oikeudesta sopimusomaishoidon palkkioon näyttäytyy eri valossa kuin kunnan ollessa järjestämisvastuussa palkkion osalta. Kela on valtakunnallinen viranomainen ja sen tehtävät painottuvat erilaisten taloudellisten etuuksien maksamiseen. Etuuksien saantiperusteet on määritelty asianomaisissa laeissa varsin tarkoin, eikä tarveharkinnalle juurikaan ole sijaa. Käytännössä tämä merkitsisi, että Kela maksaisi hoitopalkkion kaikille lakisääteiset edellytykset täyttävälle sopimusomaishoitajille.

Kelan rahoitusmallissakin kunta vastaa sopimusomaishoitoon liittyvien palvelujen järjestämisestä. Subjektiiivinen oikeus koskee sopimusomaishoitajan hoitopalkkion lisäksi siihen liittyvää eläke- ja muuta sosiaaliturvaa sekä lakisääteistä vapaata, jonka aikana kunnan on järjestettävä hoidettavan hoito. Muut palvelut ovat määrärahasidonnaisia kuten silloinkin, kun järjestämisvastuu koko sopimusomaishoidosta on kunnalla.

Rahoitusvastuun siirto Kelalle merkitsee, että valtion on varattava talousarvioonsa tarkoitusta varten arviomääräraha. Jos määräraha osoittautuu riittämättömäksi, lisätalousarviossa on varattava määrärahaan tarpeen mukainen lisäys.

5. Omaishoitosopimuksen sisältö, voimassaolo ja tarkistaminen

Sopimusomaishoitajan ja kunnan väliseen omaishoitosopimukseen sisältyy-

- sopimusomaishoitajan tehtävät pääpiirteissään (tehtävien yksityiskohtaisempi kuvaus sisällytetään hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan)
- sopimusomaishoitajan hoitopalkkioluokka ja palkkion määrä, joka kirjataan sopimukseen joko sopimusehtona, jos kunta vastaa hoitopalkkion myöntämisestä tai lisätietona, jos Kela vastaa hoitopalkkion myöntämisestä (ks. kohta 5.7)
- sopimusomaishoitajan lakisääteisen ja muun vapaan määrä
- tarvittaessa oikeus vastuutyöntekijään
- tieto sopimuksen voimassaolosta ja tarkistamisesta
- liitteinä hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelma sekä tarvittaessa omaishoitajan oma hoito- ja palvelusuunnitelma

Omaishoitosopimukseen ei ole tarpeen kirjata oikeuksia, jotka kuuluvat lain mukaan yhtäläisinä kaikille sopimusomaishoitajille (esim. eläke- ja tapaturmavakuutus ja sopimuksen irtisanomista koskevat ehdot), mutta niitä koskeva maininta voidaan sisällyttää myös omaishoitosopimukseen. Sopimukseen ei myöskään kirjata sopimusomaishoitajalle ja hoidettavalle annettavia palveluita, joista kunta tekee erikseen muutoksenhakukelpoiset päätökset.

Omaishoitosopimus on pääsääntöisesti voimassa toistaiseksi, mutta sitä tarkistetaan aina omaishoitotilanteen muuttuessa olennaisesti. Sopimus tarkistetaan myös aina hoidettavan tullessa täysi-ikäiseksi, millä tuetaan hoidettavan mahdollisuuksia itsenäistymiseen ja mahdolliseen muuttoon lapsuudenkodista. Sopimus voidaan tehdä määräaikaiseksi omaishoitajan tai hoidettavan niin halutessa tai jos kunta arvioi, että hoidon ja huolenpidon tarve on tilapäinen esimerkiksi hoidettavan leikkauksesta kuntoutumisen tai sairaudesta toipumisen ajan. Sopimusosapuolten mahdollisuudesta irtautua sopimuksesta säädetään laissa.

6. Hoito- ja palvelusuunnitelma

Omaishoitosopimuksen liitteenä on aina hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan sopimusomaishoitajan antaman hoidon ja huolenpidon sisältö ja määrä. Kunta tekee sopimusomahoidosta ja siihen sisältyvistä hoidettavan palveluista hoidettavalle muutoksenhakukelpoisen päätöksen. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan myös hoidettavan tarpeiden mukaiset sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain, kehitysvammalain ja terveydenhuoltolain mukaiset palvelut, joista tehdään erilliset päätökset kyseisten lakien mukaisesti. Lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan, miten hoidettavan hoito järjestetään omaishoitajan vapaan ja muun poissaolon aikana sekä varautumis- ja kriisisuunnitelma omaishoitotilanteen äkillisten muutosten varalle.

Mikäli sopimusomaishoitaja tarvitsee tehtävänsä tukevia palveluita, niistä tehdään hänelle oma hoito- ja palvelusuunnitelma, joka myös liitetään omaishoitosopimukseen.

Kunta tarkistaa hoito- ja palvelusuunnitelmat säännöllisesti vuosittain, omaishoitotilanteen muuttuessa ja hoidettavan tai omaishoitajan pyynnöstä.

7. Sopimusomaishoitoon liittyviä erityiskysymyksiä

Pääsääntöisesti perheessä voi olla yhtä hoidettavaa kohti yksi sopimusomaishoitaja. Joissakin tilanteissa voidaan sopia, että sopimusomaishoitaja hoitaa yhtä aikaa useampaa henkilöä, esimerkiksi kahta vammaista lastaan tai sairaita vanhempiaan. Tällaisessa tilanteessa palkkiot ja vapaat sovitetaan yhteen uudessa laissa säädettävällä tavalla. Erityistilanteessa, jossa perheessä on useampia kuin yksi sairas tai vammaisen henkilö, myös sopimusomaishoitajia voi olla samassa perheessä enemmän kuin yksi.

Yhteishuoltajuustilanteissa sopimusomaishoito voidaan jakaa lapsen vanhempien kesken, jos se on tarkoituksenmukaista ja lapsen edun mukaista. Jos sopimusomaishoito on jaettu erillään asuvien vanhempien kesken, vapaavuorokaudet sisältyvät lapsen poissaolojaksoon.

Jos perheeseen kuuluu sopimusomaishoitajan ja hänen hoitamansa henkilön lisäksi muita perheenjäseniä, heidän ei katsota olevan hoidettavan omaishoitajia. Näiden muiden perheenjäsenten sopimusomaishoidossa olevalle henkilölle antama apu on luonteeltaan muuta perhesuhteisiin kuuluvaa läheisapua. Sopimusomaishoitajan sijaishoitajana voi kuitenkin toimia myös perheenjäsen.

Sopimusomaishoitaja ei voi toimia samanaikaisesti hoidettavansa henkilökohtaisena avustajana. Sen sijaan sopimusomaishoidossa oleva vammaisen henkilö voi saada henkilökohtaisen avustajan esimerkiksi kodin ulkopuolisiin toimintoihin.

5.6. SOPIMUSOMAISHOIDON HOITOPALKKIOLUOKAT

Sopimusomaishoitoon kuuluu aina sopimusomaishoitajalle maksettava hoitopalkkio. Sopimusomaishoidossa otetaan käyttöön kolme valtakunnallista hoitopalkkioluokkaa. Hoitopalkkioluokkiin sijoittumisen perusteet kirjataan lakiin.

Hoitopalkkion saantiperusteet muodostuvat hoidettavan hoidon ja huolenpidon vaativuudesta ja sitovuudesta. Vaativuudella tarkoitetaan hoidettavan toimintakykyyn liittyvää hoidon ja huolenpidon sisältöä ja määrää. Lasten kohdalla hoidon vaativuutta arvioidaan suhteessa ikätasoiseen hoitoon. Sitovuudella tarkoitetaan sopimusomaishoitajan antaman hoidon ja huolenpidon ajallista määrää ja säännöllisyyttä. Hoitopalkkioiden perusteiden soveltamisesta käytäntöön laaditaan valtakunnallinen ohjeistus.

Hoitopalkkioiden tasoa nostetaan nykyisestä. Hoitopalkkioiden määrät ovat 500, 700 ja 1 100 euroa kuukaudessa (vuoden 2013 tasossa). Hoitopalkkioiden määrää tarkistetaan vuosittain palkkakertoimella. Hoitopalkkio säilyy veronalaisena tulona.

Kaikissa hoitopalkkioluokissa hoidettava voi saada tarpeenmukaisia palveluja ja sopimusomaishoitaja palveluja, jotka tukevat hänen jaksamistaan. Kahteen ylimpään hoitopalkkioluokkaan kuuluu kolme ja alimpaan palkkioluokkaan kaksi sopimusomaishoitajan lakisääteistä vapaavuorokautta kalenterikuukautta kohti.

Hoitopalkkioiden saantiperusteet kuvataan taulukossa 2. Hoidon ja huolenpidon vaativuus ja sitovuus jaetaan kahteen tasoon (I ja II). Ylimmän palkkion saaminen edellyttää ylempää tasoa (I) sekä vaativuudessa että sitovuudessa. Saattohoidon kuuluu aina ylimpään hoitopalkkioluokkaan. Keskimmäisen palkkion saaminen edellyttää, että joko hoidon ja huolenpidon vaativuus tai sitovuus on ylempää tasoa (I). Alimmassa palkkioluokassa hoidon ja huolenpidon vaativuus ja sitovuus ovat alem-

paa tasoa (II). Taulukossa 3 hoitopalkkioiden määräytymistä kuvataan matriisin avulla.

Jos kunnassa tai kuntayhtymässä arvioidaan, että kuntakohtaisten lisien maksaminen palkkioihin on perusteltua niiden palvelujärjestelmän ja -rakenteen kannalta, kuntakohtaisten lisien maksaminen on mahdollista.

Taulukko 2. Työryhmän ehdotus sopimusomaishoidon hoitopalkkioluokkiin sijoittumisen perusteiksi ja hoitopalkkioiden määräksi

PALKKIO-LUOKAT	KAIKISSA SOPIMUSOMAISHOIDON PALKKIOLUOKISSA OMAISHOITOTILANNETTA TUETAAN HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAAN KIRJATUIN PALVELUIN
Ylin 1100 €	I Vaativuus: Hoidettava tarvitsee heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi runsaasti jatkuvaa tai lähes jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa, huolenpitoa, tukea, ohjausta ja/tai valvontaa, minkä vuoksi hän voi olla yksin korkeintaan aivan lyhyitä ajanjaksoja vuorokaudessa. I Sitovuus: Sopimusomaishoitaja vastaa tarvittavien palvelujen tukemana hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatusta hoidosta, huolenpidosta, tuesta, ohjauksesta ja/tai valvonnasta ajallisesti siinä määrin, että hänen ei olisi mahdollista tehdä ansiotyötä kodin ulkopuolella.
Keskimmäinen 700 €	I Vaativuus: Hoidettava tarvitsee heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi runsaasti jatkuvaa tai lähes jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa, huolenpitoa, tukea, ohjausta ja/tai valvontaa, minkä vuoksi hän voi olla yksin korkeintaan aivan lyhyitä ajanjaksoja vuorokaudessa. II Sitovuus: Sopimusomaishoitaja vastaa osaltaan hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatusta hoidosta, huolenpidosta, tuesta, ohjauksesta ja/tai valvonnasta sellaisten tarvittavien palvelujen tukemana, että hänen on tai olisi mahdollista tehdä osa- tai kokoaikaista ansiotyötä ja hyödyntää tarvittaessa erilaisia työelämän joustoja. Hoidettava voi olla arkisin esimerkiksi päivätoiminnassa, päivähoitossa, työssä tai hän voi opiskella tai hän voi saada säännöllistä ympärivuorokautista kodin ulkopuolella järjestettävää hoitoa enintään 14 vuorokautta kuukaudessa. TAI II Vaativuus: Hoidettava tarvitsee heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi päivittäin hoitoa, huolenpitoa, tukea, ohjausta ja/tai valvontaa arjessa selviytymiseen. Hoidettavalla on sen verran omia voimavaroja, että hän selviytyy yksin joitakin ajanjaksoja vuorokaudesta. I Sitovuus: Sopimusomaishoitaja vastaa tarvittavien palvelujen tukemana hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatusta hoidosta, huolenpidosta, tuesta, ohjauksesta ja/tai valvonnasta sellaiselta osalta, että hänen ei olisi mahdollista tehdä ansiotyötä kodin ulkopuolella.
Alin 500 €	II Vaativuus: Hoidettava tarvitsee heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi päivittäin hoitoa, huolenpitoa, tukea, ohjausta ja/tai valvontaa arjessa selviytymiseen. Hoidettavalla on sen verran omia voimavaroja, että hän selviytyy yksin joitakin ajanjaksoja vuorokaudesta. II Sitovuus: Sopimusomaishoitaja vastaa osaltaan hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatusta hoidosta, huolenpidosta, tuesta, ohjauksesta ja/tai valvonnasta sellaisten tarvittavien palvelujen tukemana, että hänen on tai olisi mahdollista tehdä osa- tai kokoaikaista ansiotyötä ja hyödyntää tarvittaessa erilaisia työelämän joustoja. Hoidettava voi olla arkisin esimerkiksi päivätoiminnassa, päivähoitossa, työssä tai hän voi opiskella tai hän voi saada säännöllistä ympärivuorokautista kodin ulkopuolella järjestettävää hoitoa enintään 14 vuorokautta kuukaudessa.
Hoidettavan oppivelvollisuuden suorittaminen ei vaikuta hoitopalkkioluokkaan. Saattohoitotilanteet kuuluvat aina ylimpään hoitopalkkioluokkaan. Kaikkien hoitopalkkioluokkien osalta voidaan sopia palkkion alentamisesta, jos sopimusomaishoitaja niin haluaa.	

Taulukko 3. Sopimusomaishoidon hoitopalkkioluokkien määrittäminen matriisin avulla

		SITOVUUS	
		I Sitovuus: Sopimusomaishoitaja vastaa tarvittavien palvelujen tukemana hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatusta hoidosta, huolenpidosta, tuesta, ohjauksesta ja/tai valvonnasta ajallisesti siinä määrin, että hänen ei olisi mahdollista tehdä ansiotyötä kodin ulkopuolella.	II Sitovuus: Sopimusomaishoitaja vastaa osaltaan hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatusta hoidosta, huolenpidosta, tuesta, ohjauksesta ja/tai valvonnasta sellaisten tarvittavien palvelujen tukemana, että hänen on tai olisi mahdollista tehdä osa- tai kokoaikaista ansiotyötä ja hyödyntää tarvittaessa erilaisia työelämän joustoja. Hoidettava voi olla arkisin esimerkiksi päivätoiminnassa, päivähoidossa, työssä tai hän voi opiskella tai hän voi saada säännöllistä ympärivuorokautista kodin ulkopuolella järjestettävää hoitoa enintään 14 vrk/kk.
PALKKIOLUOKKA 1 = 1100 € PALKKIOLUOKKA 2 = 700 € PALKKIOLUOKKA 3 = 500 € *Saattohoitotilanteet kuuluvat aina ylimpään palkkioluokkaan			
VAATIVUUS	I Vaativuus: Hoidettava tarvitsee heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi runsaasti jatkuvaa tai lähes jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa, huolenpitoa, tukea, ohjausta ja/tai valvontaa, mikä vuoksi hän voi olla yksin korkeintaan aivan lyhyitä ajanjaksoja vuorokaudessa.	1	2
	II Vaativuus: Hoidettava tarvitsee heikentyneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi jokapäiväistä hoitoa, huolenpitoa, tukea, ohjausta ja/tai valvontaa arjessa selviytymiseen. Hoidettavalla on sen verran omia voimavaroja, että hän selviytyy yksin joitakin ajanjaksoja vuorokaudesta.	2	3

5.7 SOPIMUSOMAISHOIDON VAIHTOEHTOISET JÄRJESTÄMIS- JA RAHOITUSMALLIT

Työryhmä ehdottaa sopimusomaishoidon järjestämiseen ja rahoittamiseen kahta vaihtoehtoista mallia: Vahvennettua kuntamallia ja Kelan rahoitusmallia. Järjestämis- ja rahoitusmallien pääpiirteet ja kuntien ja Kelan rooli mallien toteuttamisessa on kuvattu kuviossa 6.



Kuvio 6. Sopimusomaishoidon vaihtoehtoiset järjestämis- ja rahoitusmallit

Kummallekin järjestämis- ja rahoitusmallille on yhteistä:

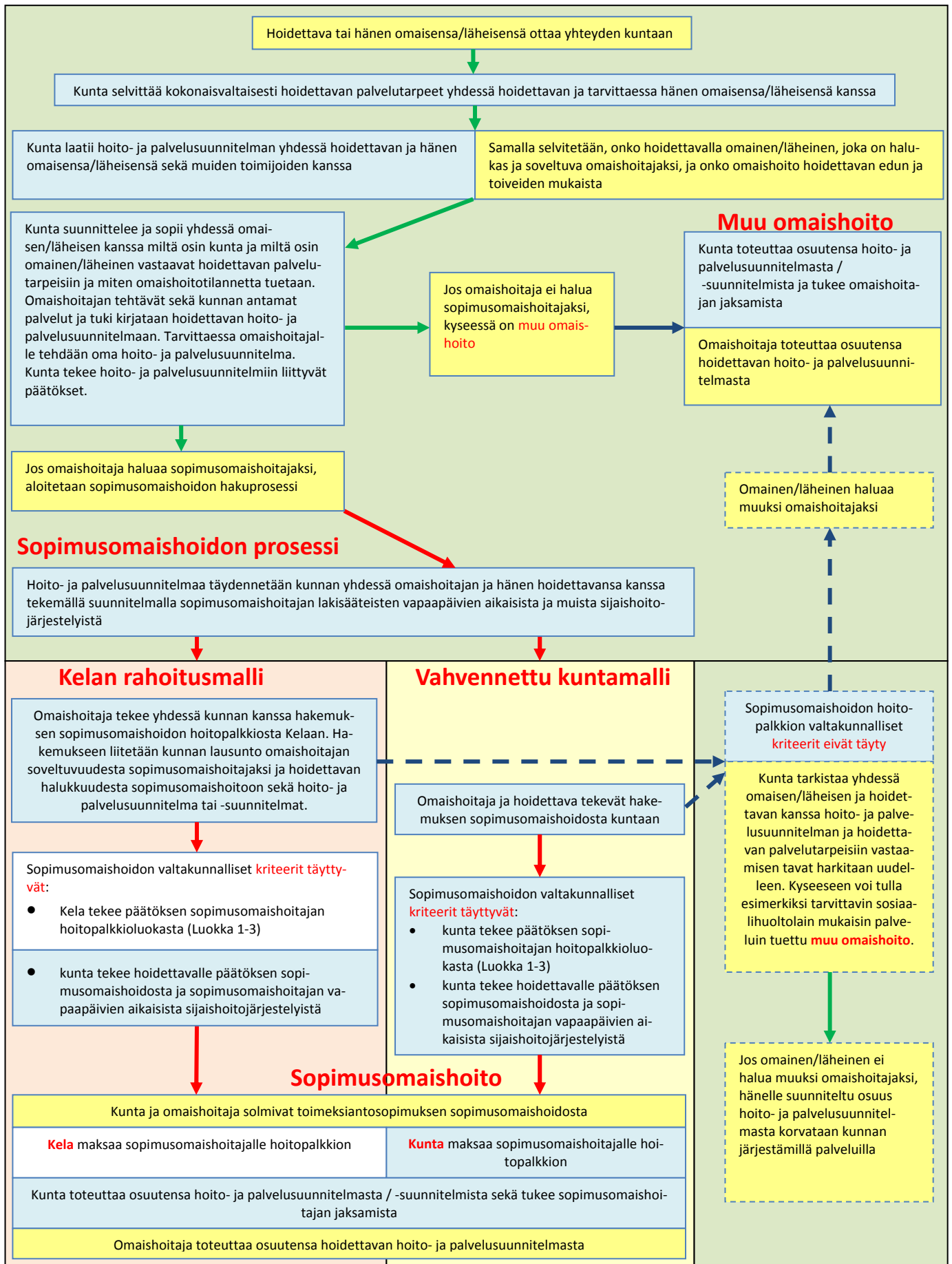
- kunta selvittää hoidettavan palvelutarpeet yhdessä hoidettavan ja hänen omaisensa/läheisensä kanssa
- kunta selvittää hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä, onko hoidon tai huolenpidon järjestäminen joko osittain tai kokonaan omaishoitona hoidettavan edun ja toiveiden mukaista, ja onko hänellä omaishoitajaksi halukas omainen tai muu läheinen ihminen
- kunta selvittää, onko sopimusomaishoitajaksi halukas henkilö kykenevä ja soveltuva huolehtimaan hoidosta tai muusta huolenpidosta
- kunta laatii yhdessä hoidettavan ja hänen omaishoitajansa kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman
- kunta tekee hoidettavalle päätöksen sopimusomaishoidosta sekä päätökset omaishoitoa tukevista hoidettavan ja omaishoitajan palveluista
- kunta ja omaishoitaja tekevät toimeksiantosopimuksen sopimusomaishoidosta
- kunta tarkistaa hoito- ja palvelusuunnitelman vuosittain ja tarpeen mukaan muulloin
- sopimusomaishoidon hoitopalkkion myöntämisen perusteet ja hoitopalkkioluokat (3) ovat valtakunnallisesti yhtenäiset
- kunnalla on vastuu sopimusomaishoitajan lakisääteisen vapaan, muiden sopimusomaishoitoa tukevien palvelujen ja hoidettavalle annettavien palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Valtio osallistuu rahoitukseen valtionosuusjärjestelmän kautta.

Taulukossa 4 kuvataan järjestämis- ja rahoitusmallien eroja sekä arvioidaan niihin liittyviä vahvuuksia (+) ja heikkouksia (-).

Kuviossa 7 kuvataan sopimusomaishoidon ja muun omaishoidon palveluprosessin vaihtoehtoisten järjestämismallien palveluprosessien kulkua. Järjestämismallista riippumatta tarkoitus on, että hoidettava ja sopimusomaishoitajaksi halukas omainen tai läheinen voivat halutessaan asioida pelkästään kunnan viranomaisien kanssa. Hakemus Kelalle voitaisiin toimittaa sähköisesti suoraan kunnasta.

Taulukko 4. Vahvennetun kuntamallin ja Kelan rahoitusmallin erot sekä mallien arviointi

Vahvennetussa kuntamallissa:	Vahvuudet (+) ja heikkoudet (-)	Kelan rahoitusmallissa:	Vahvuudet (+) ja heikkoudet (-)
<ul style="list-style-type: none"> kunta vastaa hoitopalkkioiden järjestämisestä ja rahoituksesta ja valtio osallistuu rahoitukseen valtionosuusjärjestelmän kautta 	<ul style="list-style-type: none"> sopimusomaishoitajien yhdenvertaisuus lisääntyy sopimuksen muuttaminen omaishoidon muutostilanteissa joustavampaa kuin kahden viranomaisen mallissa 	<ul style="list-style-type: none"> Kela vastaa hoitopalkkioiden järjestämisestä ja ne rahoitetaan valtion varoista 	<ul style="list-style-type: none"> sopimusomaishoitajien yhdenvertaisuus lisääntyy yhdenmukaiset palkkiopäätökset koko maassa rahoitus turvatumpi
<ul style="list-style-type: none"> kunta tekee päätöksen sopimusomaishoitajan hoitopalkkiosta 	<ul style="list-style-type: none"> päätöksenteko todennäköisesti nopeampaa kuin kahden viranomaisen mallissa 	<ul style="list-style-type: none"> Kela tekee päätöksen sopimusomaishoitajan hoitopalkkiosta ja hoitopalkkioluokasta 	<ul style="list-style-type: none"> tukee kuntataloutta kahdesta viranomaisesta johtuva kaksivaiheinen päätöksenteko saattaa olla hitaampaa kuin päätöksenteko yhden viranomaisen mallissa
<ul style="list-style-type: none"> kunta maksaa sopimuksen tehneelle omaishoitajalle hoitopalkkion ja hoitaa palkkioon liittyvät sosiaaliturvamaksut kunta ottaa tapaturmavakuutuksen sopimusomaishoitajalle 	<ul style="list-style-type: none"> yksinkertaisempi muutoksenhaku kuin kahden viranomaisen mallissa järjestämisvastuun, kustannusten ja päätösten kohdistuminen samalle taholle tukee palvelujen kokonaisvaltaista suunnittelua 	<ul style="list-style-type: none"> Kela maksaa sopimuksen tehneelle omaishoitajalle hoitopalkkion sopimusomaishoitajan tapaturmavakuutusta koskevan lainsäädännön uudistamistarve ja sotu-maksuista huolehtiva toimija selvitetään erikseen 	<ul style="list-style-type: none"> muutoksenhaku kahden viranomaisen mallissa kunta ja Kela tekevät toisiaan sitovia päätöksiä palvelujen ja palkkioiden valvonta eri toimijoilla
<ul style="list-style-type: none"> kunta arvioi hoitopalkkioluokan uudelleen omaishoitotilanteen muuttuessa olennaisesti 	<ul style="list-style-type: none"> valvonta kokonaisuudessaan (palvelut, palkkiot) yhdellä alueellisella toimijalla (Aluehallintovirastot valvovat kuntien toimintaa) kunnittaiset/alueelliset erot päätöksissä voivat säilyä merkittävinä riskinä omaishoidon palveluihin varattavien määrärahojen riittämättömyys lisää kuntien omaishoitoon liittyviä menoja 	<ul style="list-style-type: none"> Kela arvioi hoitopalkkioluokan uudelleen omaishoitotilanteen muuttuessa olennaisesti 	<ul style="list-style-type: none"> kuntien ja Kelan välinen vastuun- ja tehtäväjako voi aiheuttaa ongelmia, jos sitä ei kunnolla selkiytetä ja ohjeisteta palkkioiden siirto Kelan vastuulle aiheuttaa tietojärjestelmän rakentamiskustannuksia Kelalle riskinä omaishoittoa tukevien palvelujen riittämättömyys lisää valtion omaishoitoon liittyviä menoja suurempi riski hoitopalkkion tulkittamiseksi eksportoitavaksi etuudeksi



Kuvio 7. Omaishoidon palveluprosessi

Rahoitusmallia valittaessa huomioon otettavat EU-säädökset

EU-tuomioistuin on tulkinnut erilaisia hoivaan, huolenpitoon ja vammaisten tai toimintakyvyltään rajoittuneiden henkilöiden tukemiseen tai auttamiseen liittyviä etuuksia. Etuudet, joiden myöntäminen perustuu objektiivisesti laissa määriteltyyn asemaan ja joiden tarkoituksena on parantaa hoivasta ja huolenpidosta riippuvaisen henkilön terveydentilaa ja elämää, täydentävät EU-tuomioistuimen mukaan sairausvakuutusetuuksia ja niitä on siksi pidetty sairauteen liittyvinä EU:n sosiaaliturvaa koskevien koordinaatioasetusten (883/2004 ja 987/2009) mukaisina sosiaaliturvaetuuksina.

Kunnan järjestämät sosiaalipalvelut, joihin nykyinen omaishoidon tuki katsotaan kuuluvaksi, eivät ole eksportoitavissa. Jos omaishoidon hoitopalkkio erotettaisiin täysin muusta sopimusomaishoitajalle annettavasta tuen kokonaisuudesta ja siihen ei liittyisi harkinnanvaraisuutta ja määrärahasidonnaisuutta, on mahdollista, että EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa sopimusomaishoidon hoitopalkkio voitaisiin katsoa koordinaatioasetuksen sairausetuuksia täydentäväksi sairausetuudeksi, jotka on myös maksettava toiseen maahan.

5.8 MUU OMAISHOITO

Omaishoitoa toteutetaan myös ilman omaishoitajan kanssa tehtävää toimeksiantosopimusta muuna omaishoitona. Tällöinkin omaishoitajan tehtävät kirjataan hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kysymys on omaishoidosta, joka on tavanomaisiin perhe- ja ystävyyssuhteisiin liittyvää toimintaa laajempaa hoitoa tai huolenpitoa, joka voi tarvita tuekseen kunnan järjestämiä tai muita palveluja.

Sopimusomaishoidon ulkopuolella olevaa omaishoitoa toteuttavat pääasiassa omaishoitajat, joiden antama hoito ja huolenpito ei täytä sopimusomaishoidon ja hoitopalkkioiden saantikriteereitä. Muu kuin sopimusomaishoito tulee kyseeseen myös silloin, kun henkilön vaativaa ja sitovaa hoitoa tai huolenpitoa toteuttava omainen tai läheinen ei halua tehdä sopimusomaishoidon toimeksiantosopimusta eikä halua sopimusomaishoitoon kuuluvaa hoitopalkkiota, mutta tarvitsee tehtävänsä ja jaksamistaan tukevia sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja. Muuta omaishoitoa on myös esimerkiksi omaishoito, jossa työssäkäyvä henkilö pitää huolta omaisestaan ja hoitaa häntä säännöllisesti osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa viikonloppuisin ja lomaaikoinaan. Tällöin hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa varaudutaan siihen, miten omaisen tai läheisen osuus hoitotyöstä järjestetään tilanteissa, joissa hän on estynyt toimimaan omaishoitajana. Kunnalla on aina vastuu välttämättömän huolenpidon ja tarpeellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä.

Kunnan tuki sopimusomaishoidon ulkopuolella olevalle omaishoidolle koostuu selvitettyjen palvelutarpeiden edellyttämistä:

- omaishoitajalle annettavista sosiaalihuoltolain mukaisesta ohjauksesta, neuvonnasta ja palveluista
- omaishoitajan jaksamista tukevista palveluista, kuten virkistystoiminnasta, kuntoutuksesta tai teknologisista ratkaisuksista
- hoidettavalle annettavista sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain, kehitysvammalain tai terveydenhuollon lainsäädännön mukaisista palveluista

Kunta sisällyttää omaishoitajalle ja hänen hoidettavalleen annettavat palvelut heidän hoito- ja palvelusuunnitelmiinsa sekä tekee päätökset tarvittavista palveluista. Lisäksi ilman toimeksiantosopimusta omaishoitajana toimiva omainen tai läheinen voi saada vertaistukea, valmennusta ja neuvontaa järjestöiltä, seurakunnilta ja lähiyhteisöiltä sekä kuntoutusta Kelasta.

Jos perheeseen kuuluu hoito- ja palvelusuunnitelmaan tai -suunnitelmiin kirjatun omaishoitajan ja hänen hoitamansa tai hoitamiensa henkilöiden lisäksi muita perheenjäseniä, heidän ei katsota olevan hoidettavan omaishoitajia hoidon ja huolenpidon vähäisemmän sitovuuden vuoksi. Näiden muiden perheenjäsenten omaishoidossa olevalle henkilölle antama apu on luonteeltaan muuta perhesuhteisiin kuuluvaa läheisapua.

Perhe- ja ystävyys-suhteisiin kuuluva läheisapu ei kuulu lakisääteiseen omaishoittoon

Sopimusomaishoidon ja muun omaishoidon lisäksi on tilanteita, joissa henkilöt huolehtivat omaisistaan ja muista läheisistä ihmisistä osana normaalia perhe- ja ystävyys-suhteisiin kuuluvaa toimintaa. Esimerkiksi vanhemmuuteen kuuluu lapsen ikätasoisesta hoidosta ja hyvinvoinnista huolehtiminen. Läheisapuun kuuluva huolenpito voi tapahtua joko kotona, muussa asumismuodossa tai ympärivuorokautisen hoidon yhteydessä. Se on sitovuudeltaan ja vaatavuudeltaan vähäisempää kuin sopimusomaishoito tai muu omaishoito. Läheisapu voi olla esimerkiksi kaupassa käyntiä, pankkiasioiden hoitoa, lumen luontia, ulkoilutusta, ruokailussa avustamista, lukemista tai henkistä tukea, jos niistä ei avunsaajan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan ole tarkoitus huolehtia osana kunnan järjestämää kotipalvelua, kotihoitoa tai henkilökoh- taista apua.

Perhe- ja ystävyys-suhteisiin kuuluvan läheisavun antajaa ei tueta säännöllisillä julkisilla palveluilla. Hoidettavan hoidosta pääasiallisesti vastaavat ammattilaiset voivat tukea läheisavun antajaa ja vahvistaa hänen mahdollisuuksiaan olla mukana läheisen- sä arjessa. Läheisavun antaja voi saada vertaistukea, valmennusta ja neuvontaa myös järjestöiltä, seurakunnilta ja lähiyhteisöiltä.

5.9 KEHITTÄMISOHJELMAN EDELLYTTÄMÄT LAINSÄÄDÄNNÖN MUUTOKSET

Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman tultua hyväksytyksi sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää kehittämisohjelman edellyttämän lainsäädännön uudistamistyön. Kehittämisohjelman toimenpideohjelman mukaan laki omaishoidon tuesta kumotaan ja korvataan uudella sopimusomaishoidosta annettavalla lailla vuonna 2016. Muuta omaishoitoa tuetaan vuonna 2015 voimaan tulevassa uudessa sosiaalihuolto- laissa säädettävällä tuella ja palveluilla. Valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa sopimusomaishoito ja muu omaishoidon tukeminen ja siihen liittyvät palvelut kuuluvat perustason tehtäviin ja ne toteutetaan lähipalveluina.

Kehittämisohjelmaan sisältyy myös eräitä muita lainsäädännön muutosehdotuksia sekä ehdotuksia lainsäädäntöön liittyviksi selvityksiksi. Omaishoidon tuesta annettuun lakiin sisältyvät tapaturmavakuutusta koskevat säännökset ehdotetaan korvattavaksi uudella lailla. Toimenpideohjelman sisältyy myös sopimusomaishoitajan vastuuvakuutusta koskevan lainsäädännön tarpeen selvittäminen. Sosiaali- ja terveyden-

huollon asiakasmaksulainsäädäntöä ehdotetaan tarkistettavaksi omaishoitoon liittyvien asiakasmaksujen osalta. Rajanvetoa sopimusomaishoidon ja perhehoidon välillä on täsmennettävä sopimusomaishoitoa ja perhehoitoa koskevien lainsäädännön uudistusten yhteydessä. Lisäksi esitetään omaishoidon huomioon ottamista sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen sähköistä käsittelyä ja säilyttämistä koskevassa lainsäädännössä.

Työryhmä kannattaa asumistukeen valmisteilla olevaa muutosta, jossa asumistukilakia ehdotetaan muutettavaksi siten, että omaishoidon palkkio säädetään etuoikeutetuksi tuloksi, joka ei vaikuta yleisen asumistuen määrään.

Omaishoidon tuesta annetun lain korvaaminen lailla sopimusomaishoidosta

Laissa sopimusomaishoidosta säädetään seuraavista asioista:

- edellytyksistä, joiden täytyessä sopimusomaishoito voidaan valita hoitomuodoksi
- kunnan velvollisuudesta arvioida sopimusomaishoitajaksi aikovan henkilön soveltuvuus ja kykenevyys tehtävään tarvittaessa terveydenhoitajan tekemän terveystarkastuksen avulla
- kunnan velvollisuudesta selvittää sopimusomaishoitoa tukevien hoidettavan ja sopimusomaishoitajan palvelujen tarve
- kunnan velvollisuudesta varata talousarvioonsa määräraha sopimusomaishoitoa tukevia palveluja varten
- hoitopalkkioluokista ja niiden mukaisten palkkioiden myöntämisperusteista
- sopimusomaishoitajan oikeuksista, kuten vapaapäivistä, tarpeenmukaisista terveystarkastuksista, neuvonnasta ja ohjauksesta
- sopimusomaishoitajan ja hoidettavan oikeudesta tarvittaessa kunnan nimeämään vastuutyöntekijään
- sopimusomaishoitajan velvollisuudesta huolehtia hoidettavan hoidosta sopimuksen mukaisessa laajuudessa
- kunnan velvollisuudesta valvoa sopimusomaishoitajan antaman hoidon ja huolenpidon laatua
- kunnan velvollisuudesta tehdä hoidettavalle päätös sopimusomaishoidosta ja tehdä sopimusomaishoitajan kanssa toimeksiantosopimus, jonka sisältö määritellään laissa
- omaishoitosopimuksen tekemisestä, voimassaolosta, irtisanomisesta ja purkamisesta sekä hoitopalkkion maksamisesta sopimusomaishoidon keskeytymisen ajalta
- muutoksenhausta kunnan tekemiin päätöksiin palveluista. Muutoksenhaku tapahtuu sosiaalihuoltolaissa säädetyllä tavalla.
- omaishoitosopimukseen liittyvien riitojen ratkaisemisesta
- siirtymäkaudesta, jonka aikana turvataan nykyisten omaishoidon tuen saajien asema

Vahvennetussa kuntamallissa:

- kunnan velvollisuudesta huolehtia sopimusomaishoidon järjestämisestä palvelujen ja hoitopalkkion osalta
- kunnan mahdollisuudesta maksaa kuntakohtaisia hoitopalkkion lisiä
- kunnan velvollisuudesta ottaa hoita-

Kelan rahoitusmallissa:

- kunnan velvollisuudesta huolehtia sopimusomaishoidon järjestämisestä muilta kuin hoitopalkkion osalta
- kunnan velvollisuudesta toimittaa Kelalle lausunto hoidettavan halukuudesta sopimusomaishoitoon ja

jalle eläkevakuutus ja tapaturmavakuutus (jota koskevat säännökset uudistetaan) ja vastuuvakuutus, mikäli se päätetään sisällyttää lakiin

- kunnan velvollisuudesta varata talousarvioonsa riittävä määräraha hoitopalkkioita varten
- muutoksenhausta kunnan päätöksiin hoitopalkkioista. Muutoksenhaku kuten sosiaalihuoltolaissa säädetään.
- Kelan velvollisuudesta tehdä sopimusomaishoitajalle päätös hoitopalkkion myöntämisestä ja määrästä sekä velvollisuudesta maksaa palkkio
- kunnan velvollisuudesta ilmoittaa Kelalle hoidon sitovuudessa ja vaativuudessa tapahtuvista olennaisista muutoksista
- Kelan rooli eläke-, tapaturma- ja mahdollisessa vastuuvakuutuksessa selvitetään erikseen
- valtion velvollisuudesta varata talousarvioonsa arviomääräraha hoitopalkkioita varten
- muutoksenhausta Kelan päätöksiin hoitopalkkioista kuten Kelan etuukissa.

Muutoksenhaku ja valvonta vahvennetussa kuntamallissa

Vahvennetussa kuntamallissa kunnan sosiaalihuollon viranhaltija tekee hoidettavalle henkilölle kirjallisen päätöksen hoidon järjestämisestä sopimusomaishoitona sekä sopimusomaishoitoon sisältyvistä palveluista ja sopimusomaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta. Päätökseen voi hakea muutosta. Sopimusomaishoitoa ja sitä tukevia hoidettavan palveluja koskevasta viranhaltijan päätöksestä voi tehdä oikaisuvaatimuksen kunnan sosiaalilautakunnalle tai vastaavalle toimielimelle 14 päivän kuluessa päätöksestä tiedon saatuaan. Kunnan sosiaalilautakunta tai vastaava toimielin antaa kirjallisen päätöksen asiasta. Sosiaalilautakunnan tai vastaavan toimielimen päätöksestä voi valittaa hallinto-oikeuteen 30 vuorokauden kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta. Hallinto-oikeuden päätökseen, joka koskee sopimusomaishoidon järjestämistä ja sopimusomaishoitoon sisältyviä palveluita ja hoitopalkkiota, ei saa hakea muutosta valittamalla.

Omaishoitosopimus perustuu kunnan hoidettavalle tekemään päätökseen sopimusomaishoidosta ja siihen sisältyvistä palveluista ja hoitopalkkiosta. Sopimusomaishoitajalle maksettava hoitopalkkio ja sopimusomaishoitoon sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kirjataan sopimusehdoiksi omaishoitosopimukseen. Jos omaishoitaja ei hyväksy sopimusta, hän ei allekirjoita sitä. Omaishoitosopimusta koskeva riita käsitellään hallintoriita-asiana hallinto-oikeudessa siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

Aluehallintovirasto valvoo sopimusomaishoidon järjestämistä toimialueellaan. Jos sopimusomaishoidon järjestämisessä havaitaan asiakasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia, sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto tai aluehallintovirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään. Kunta valvoo sopimusomaishoitajan antaman hoidon ja huolenpidon laatua.

Muutoksenhaku ja valvonta Kelan rahoitusmallissa

Kelan rahoitusmallissa kunnan päätöksenteko ja muutoksenhaku ovat samanlaiset kuin vahvennetussa kuntamallissa lukuun ottamatta hoitopalkkiota. Kela tekee sopimusomaishoitajalle päätöksen sopimusomaishoitajan hoitopalkkiosta. Kelan päätökseen voi hakea muutosta. Muutosta haetaan sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnalta kirjallisella valituksella 30 päivän kuluessa siitä, kun hakija on saanut tiedon päätöksestä. Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan päätökseen voi hakea muutosta valittamalla vakuutusoikeuteen siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään. Vakuutusoikeus on ylin valitusaste. Sen päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Jos Kela hyväksyy kaikilta osin sille toimitetussa valituksessa esitetyt vaatimukset, se antaa asiasta oikaisupäätöksen. Oikaisupäätökseen voi hakea muutosta edellä kuvatulla tavalla. Jos Kela ei voi mielestään oikaista päätöstään vaaditulla tavalla, se lähettää valituksen edelleen sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan.

Omaishoitosopimus perustuu kunnan hoidettavalle tekemään päätökseen sopimusomaishoidosta ja siihen sisältyvistä palveluista sekä Kelan sopimusomaishoitajalle tekemään päätökseen hoitopalkkiosta. Sopimusomaishoitoon sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kirjataan omaishoitosopimukseen sopimusehdoiksi. Sopimukseen kirjataan lisätietona Kelan sopimusomaishoitajalle maksama hoitopalkkio. Jos omaishoitaja ei hyväksy sopimusta, hän ei allekirjoita sitä. Omaishoitosopimusta koskeva riita käsitellään hallintoriita-asiana hallinto-oikeudessa siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

Aluehallintovirasto valvoo sopimusomaishoidon järjestämistä toimialueellaan. Jos sopimusomaishoidon järjestämisessä havaitaan asiakasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tai aluehallintovirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään. Kunta valvoo sopimusomaishoitajan antaman hoidon ja huolenpidon laatua..

Kela on eduskunnan valvoma laitos. Kelan toimintaa valvovat eduskunnan valitsemat valtuutetut.

5.10 TOIMENPIDEOHJELMA

Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman toimenpiteet on koottu 35 toimenpidettä sisältäväksi toimenpideohjelmaksi, jolla toteutetaan työryhmän asettamia omaishoidon kehittämistavoitteita.

Työryhmä ehdottaa, että kehittämisohjelman toimeenpanoa varten asetetaan ohjausryhmä. Ohjausryhmä koordinoi ja seuraa kehittämisohjelman toimenpiteiden toteutumista, osallistuu ohjelman seurantaindikaattorien kehittämiseen sekä toimii sopimusomaishoittoa koskevan säädösvalmistelun tukena. Ohjausryhmä priorisoi tarvittaessa toimenpiteiden toteutuksen vuosille 2014–2020.

Taulukko 4. Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman toimenpiteet

TAVOITETILA	TOIMENPITEET	EHDOTETUT VASTUUTA-HOT	LAINSÄÄDÄNTÖMUUTOKSET JA MUUT LISÄTIEDOT	AIKATAULU (lakien osalta lain voimaantulo)
1. Omaishoitajien keskinäinen yhdenvertaisuus ja nykyistä vahvempi asema on saavutettu	1.1 Selvitetään hoidettavan palvelutarpeet sosiaalihuoltolain, vanhuspalvelulain tai vammaispalvelulain perusteella hoitomuodosta riippumatta. Arvioidaan hoidettavan palvelutarpeiden perusteella omaishoidon soveltuvuus hoitomuotona sekä omaishoidon sitovuus ja vaativuus.	Sosiaali- ja terveystoimi	Opas, lainsäädännön uudistus	2015- (sosiaalihuoltolaki), 2016- (sopimusomaishoitolaki)
	1.2 Otetaan käyttöön valtakunnallisesti yhtenäiset sopimusomaishoidon hoitopalkkioiden myöntämisperusteet ja määritellään palkkion suuruus eri palkkioluokissa.	STM	Uusi laki sopimusomaishoidosta	2016
	1.3 Laaditaan sopimusomaishoidon toimeksiantosopimukseen malli, jota sopimusomaishoittoon liittyvien lomakkeiden tuottajat voivat hyödyntää.	THL, STM, Kuntaliitto	Opas	2016
	1.4 Selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä kehitettäessä sopimusomaishoitajan tiedonsaantiin ja hoidettavan puolesta asiointiin liittyvät kysymykset ottaen huomioon hoidettavan tietosuojaa.	STM, THL, Tietosuojavaltuutettu, Kuntaliitto	Lainsäädännön muutokset	2014–2015
2. Sitova ja vaativa omaishoito on sopimusomaishoidon piirissä ja muuta omaishoittoa tuetaan sosiaalihuoltolain mukaisin palveluin	2.1 Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman toteuttaminen sisällytetään seuraavaan hallitusohjelmaan.	Puolueet		2015
	2.2 Säädetään laki sopimusomaishoidosta, joka korvaa nykyisen omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005). Turvataan siirtymäsäännöksiin nykyisten omaishoidon tuensaajien asema siirtymäkauden ajan.	STM	Uusi laki	2016
	2.3 Lisätään asteittain sopimusomaishoitajien määrää 20 000 sopimusomaishoitajalla siten, että lisäys on saavutettu vuoden 2020 lopussa.	Kunnat STM (Kela)		2016–2020
	2.4 Laaditaan ammattilaisten tueksi opas tukemaan omaishoidon kehittämistä kunnissa. Oppaassa hyödynnetään olemassa olevia sähköisiä käsikirjoja, mm. Vammaispalvelujen käsikirjaa. Oppaaseen sisällytetään muun muassa omaishoidon laatukriteeristö ja opastus henkilön sopimusomaishoitajaksi soveltuvuuden arviointiin.	STM, THL, Kuntaliitto	Opas	2016-

	2.5	Koulutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ottamaan omaishoito huomioon hoitomuotona hoidettavan palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä ja toimimaan yhteistyössä omaishoitoperheen kanssa.	OKM, OPH, Sosiaali- ja terveysalan oppilaitokset, kunnat	Opas	2017-
	2.6	Tuotetaan ajantasaista tutkimustietoa omaishoidosta ja sen kustannusvaikuttavuudesta sekä kehitetään omaishoidon prosesseja osana kotihoitoa. Tehdään uuden sopimusomaishoitola-in toimeenpanosta ja taloudellisista ja ihmisiin kohdistuvista vaikutuksista valtakunnallinen erillisseuranta. Seurataan muun omaishoidon tukemista osana uuden sosiaalihuoltolain seurantaa.	THL, Kela		2016–2020
	2.7	Otetaan huomioon mahdollisuudet parantaa omaishoidosta saatavaa seurantatietoa kehitettäessä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia sähköisiä järjestelmiä sekä tilasto- ja rekisteritoimea.	THL, Tilastokeskus, Kela		2014-
3. Sopimusomaishoitoa tukevien palvelujen järjestämis- ja rahoitusmalli turvaa omaishoitajien yhdenvertaisuuden	3.1	Päätetään sopimusomaishoidon järjestämis- ja rahoitusmallista. Ks. vaihtoehtoiset mallit väliraportin luvussa 6.7. Vahvennettu kuntamalli Kelan rahoitusmalli	STM, Kela	Uusi laki sopimusomaishoidosta	2016
	3.2	Varaudutaan omaishoitajien määrän kasvuun lisäämällä valtion ja kuntien omaishoidon tukemiseen kohdistuvaa rahoitusta.	Valtio, kunnat, Kela		2016–2020
4. Sopimusomaishoitajien hoitopalkkiot on määritelty laissa	4.1	Nostetaan vähimmäishoitopalkkion tasoa. Otetaan käyttöön 3-luokkainen hoidon vaativuuden ja sitovuuden mukaan määräytyvä hoitopalkkio, joka säilyy veronalaisena tulona. Säädetään hoitopalkkion maksamisesta myös sopimusomaishoitajan kuntoutuksen aikana.	STM	Uusi laki sopimusomaishoidosta	2016
	4.2	Tehdään tarvittavat muutokset omaishoitopalkkion ja sosiaalietuuksien yhteensovittamiseen. Yhdenmukaistetaan omaishoidon hoitopalkkion kohtelu eläkkeensaajan asumistuen ja yleisen asumistuen myöntämisen yhteydessä määrittelemällä hoitopalkkio etuoikeutetuksi tuloksi, jota ei oteta huomioon yleiseen asumistukeen vaikuttavana tulona.	STM	Lainsäädännön muutos	2015–2016
	4.3	Säädetään sopimusomaishoitajien aloitus- ja muut terveystarvikset maksuttomiksi.	STM	Lainsäädännön muutos	2016
	4.4	Seurataan hoitopalkkioiden kehitystä, omaishoitajien toimeentuloa ja palkkioita koskevaa päätöksentekoa.	Kunnat, Kela, THL		2016-

5. Omaisiaan ja läheisiään hoitavien, heidän hoidettaviensa ja koko omaishoitoperheen hyvinvointi on turvattu	5.1 Turvataan sopimusomaishoidossa kunnan tarvittaessa nimeämän vastuutyöntekijän ja muussa omaishoidossa sosiaalihuoltolain mukaisen omatyöntekijän tuki, mikäli omaishoitaja ja hoidettava tarvitsevat tukea omaishoidon ja palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa.	Sosiaali- ja terveystoimi	Lainsäädännön muutos (uusi laki sopimusomaishoidosta ja uusi sosiaalihuoltolaki)	2015- (sosiaalihuoltolaki), 2016- (sopimusomaishoitolaki)
	5.2 Annetaan omaishoitajille valmennus tehtävänsä (esim. OVET-valmennus).	Järjestöt, sosiaali- ja terveystoimi	Opas	2016-
	5.3 Monipuolistetaan omaishoitoperheille annettavaa tukea ja palveluita sekä sopimusomaishoitajan vapaan aikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamisvaihtoehtoja lisäämällä erityisesti kotiin annettavaa tukea, toimeksiantosuhteista sijaishoitoa, palvelusetelin käyttöä ja kuntoutusta.	Sosiaali- ja terveystoimi	Opas, hyvien käytäntöjen levittäminen, Innokylä	2015-
	5.4 Varaudutaan hoito- ja palvelusuunnitelmissa omaishoitoperheen äkillisiin ja yllättäviin tilanteisiin ja turvataan kriisipalvelut. Mahdollistetaan myös omaishoidosta luopuminen turvaamalla tarvittavat omaishoitoa korvaavat palvelut.	Sosiaali- ja terveystoimi	Opas	2016
	5.5 Säädetään sopimusomaishoitajiksi halukkaiden tarpeenmukaisista aloitus- ja muista terveystarkastuksista.	Sosiaali- ja terveystoimi	Uusi laki sopimusomaishoidosta	2016
	5.6 Arvioidaan säännöllisesti omaishoitajan jaksaminen ja hänen saamansa tuen riittävyys (esim. COPE-indeksillä).	Sosiaali- ja terveystoimi		2016-
	5.7 Lisätään Kelan sopimus- ja muille omaishoitajille järjestämää harkinnanvaraista kuntoutusta ja kuntoutukseen osallistuvien määrää. Kela asettaa omaishoitajien kuntoutuksen yhdeksi harkinnanvaraisen kuntoutuksen pitkän aikavälin painoalueeksi. Omaishoitajien kuntoutuksen kehittämistä varten toteutetaan uusien kuntoutusmallien tutkimusta, jolla selvitetään kuntoutuksen kustannusvaikuttavuus.	Kela, STM	Määrärahan lisäys harkinnanvaraisen kuntoutuksen kolmi- vuotissuunnitelmiin	2016-
	5.8 Hyödynnetään teknologian antamia mahdollisuuksia omaishoitoa tuettaessa ja annetaan käyttäjille tarvittava opastus.	Sosiaali- ja terveystoimi		2014-
	5.9 Selvitetään sopimusomaishoitajan tapaturmavakuutusta koskevan lainsäädännön uudistamistarve ja vastuuvakuutusta koskevan lainsäädännön tarve sekä sopimusomaishoitajan eläkevakuutuksen järjestäminen Kelan rahoitusmallissa.	STM	Selvitykset, lainsäädännön muutokset	2014–2015
	5.10 Kerätään seurantatietoa kehittämisohjelman toimeenpanosta omaishoitajien ja hoidettavien näkökulmasta.	Järjestöt		2016-

	5.11 Perustetaan kuntiin/kuntayhtymiin omaishoidon kehittämiseksi yhteistyöfoorumia, jotka seuraavat säännöllisesti sopimusomaishoidon ja muun omaishoidon kehittymistä alueella esimerkiksi seminaarien ja kyselyjen avulla.	Kunnat ja kuntayhtymät, järjestöt, seurakunnat		2017-
	5.12 Painotetaan omaishoitoa tukevien palveluiden valvontaa osana Valviran ja aluehallintovirastojen valvontaa.	Valvira, Aluehallintovirastot	Valvontaohjelmat	2016-
6. Ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamiseen kehitetyt joustot hyödynnetään	6.1 Käytetään paremmin hyödyksi työaikajoustoja, etätyötä, vuorotteluvapaita, palkattomia vapaita, hoitovapaita ja sairauksiin liittyviä vapaita ja parannetaan niitä koskevaa tiedotusta. Levitetään hyviä käytäntöjä mm. viestinnän ja kokeilujen keinoin. Hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan selkeästi omaishoidon sitovuuden aste työssäkäynnin kannalta työhallinnon viranomaisten päätöksentekoa varten.	TEM, STM, työmarkkinaosapuolet, omaishoitajärjestöt	Oppaat, kehittämishankkeet	2015-
7. Omaishoittoon liittyviä asiakasmaksuja on sisällytetty maksukattoon	7.1 Arvioidaan asiakasmaksulainsäädännön uudistamisen yhteydessä sopimus- ja muuhun omaishoittoon liittyvien palvelujen maksujen sisällyttäminen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukattoon ja mahdollisuudet säätää omaishoidon hoitopalkkio etuoikeutetuksi tuloksi tulosidonnaisia asiakasmaksuja määriteltäessä.	STM	Lainsäädännön muutokset	2015–2016
8. Omaishoidon toimijoiden yhteistyötä on vahvistettu eri hallinnonalojen toimenpitein	8.1 Kehitetään omaishoitoa tukevia kunnan palvelutarjontaa täydentäviä palveluja	Järjestöt, seurakunnat, yritykset		2015–2020
	8.2 Tehdään tiedonkulku eri toimijoiden välillä saumattomaksi selvittämällä tiedonkulun esteet ja korjaamalla puutteet.	STM, VM, kunnat, Tietosuojavaltuutettu, Kela		2015
9. Järjestöjen ja seurakuntien rooli omaishoitajien tukena on selkiytetty	9.1 Turvataan kolmannen sektorin toimintaedellytykset omaishoitajien jaksamisen tukemiseksi arvioimalla uudelleen kolmannen sektorin rahoituksen mahdollisuudet.	STM, RAY, kunnat	RAY:n strategia	2015-
	9.2 Turvataan RAY:n avustukset järjestöille omaishoidon tukemiseen (mm. omaishoitajien valmennus ja vertaistuki, uusien toimintamallien kehittäminen).	RAY, STM, järjestöt	RAY:n strategia	2015-

6 KEHITTÄMISOHJELMAN VAIKUTUKSET

6.1 KUSTANNUSVAIKUTUKSET

Kustannusvaikutusten arvioinnissa keskitytään arvioimaan kustannusvaikutuksia, joita syntyy nykyisen omaishoidon tuesta annetun lain korvaamisesta uudella sopimusomaishoidosta annettavalla lailla. Luvun lopussa esitetään arvio kustannusten jakautumisesta valtion ja kuntien kesken työryhmän esittämissä vaihtoehtoisissa sopimusomaishoidon järjestämis- ja rahoitusmalleissa. Kustannusten jakautuminen valtion ja kuntien kesken on arvioitu vakiintuneen käytännön mukaisesti 50/50 prosenttia -mallilla. Uudistusten kokonaisvaikutusta kuntien peruspalvelujen valtiosuuksiin ei ole arvioitu, vaan se tulee tehdä kehys- ja talousarviovalmistelun yhteydessä huomioiden hallituksen uusimmat linjaukset. Luvun lopussa esitetään myös arvioita siitä, kuinka paljon sopimusomaishoidon lisäämisen ja muun kehittämisen avulla pystytään hillitsemään julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia.

Kustannusarviot on tehty vuoden 2013 hintatasossa olettaen, että sopimusomaishoidon piirissä olevien henkilöiden vuotuinen määrä kasvaa vuoden 2012 noin 40 500 henkilöstä 60 000 henkilöön vuoteen 2020 mennessä. Laskelmat on tehty olettaen, että poikkileikkaustilanteessa tuen saajien määrä on keskimäärin 80 prosenttia vuotuisesta tuen saajien määrästä (32 000 henkilöä vuonna 2012 ja 48 000 henkilöä v. 2020).

Kustannusarvio kattaa sopimusomaishoitajien hoitopalkkioista, vapaapäivistä ja terveystarkastuksista sekä sopimusomaishoitoa tukevista sosiaalipalveluista aiheutuvat lisäkustannukset kunnille ja valtiolle (Kelalle). Kustannusarviossa tarkastellaan myös sopimusomaishoitoon liittyvien kuntien ja valtion hallinnointikustannusten muutoksia.

Kehittämisohjelman mukaan sopimusomaishoidon laajeneminen tapahtuu lähivuosina vähitellen ja vastaavasti myös sopimusomaishoidon kustannukset kasvavat asteittain. Laskelmat perustuvat oletukseen, jonka mukaan kehittämisen kustannukset jakautuvat viiden vuoden ajanjaksolle (2016–2020) ja toteutuvat täysimääräisesti vuonna 2020.

Muille kuin sopimusomaishoitajille annettava tuki ja palvelut myönnettäisiin työryhmän ehdotuksen mukaan valmistella olevan uuden sosiaalihuoltolain perusteella. Näiden omaishoitajien tuesta ja palveluista aiheutuvat kustannukset on huomioitava uuden sosiaalihuoltolain kustannusarviossa.

Hoitopalkkiot

Omaishoitajille maksettujen hoitopalkkioiden määräksi vuonna 2013 on oletettu 180 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi kuntien maksettaviksi tulevat sosiaaliturvamaksut, joiden on oletettu olevan 20 prosenttia palkkiosummasta. Omaishoidon palkkioiden kustannusten arvioidaan siten olevan vuonna 2013 soutuineen yhteensä noin 216 miljoonaa euroa, josta valtiosuus (30,96 %) on 66,9 miljoonaa euroa.

Omaishoidon hoitopalkkioiden muutoksen kustannusarvio perustuu oletukseen, että koko maassa otetaan käyttöön kolmiportainen hoitopalkkio. Hoitopalkkion määrä on työryhmän ehdotuksen mukaan alimmassa palkkioluokassa 500 €/kk, keskimmissä palkkioluokassa 700 €/kk ja ylimmässä palkkioluokassa 1 100 €/kk. Palkkion saajista viidesosan (20 %) oletetaan sijoittuvan ylimpään palkkioluokkaan, vajaan

kolmanneksen (30 %) keskimääräiseen palkkioluokkaan ja puolen (50 %) alimpaan palkkioluokkaan. Keskimääräinen hoitopalkkio kasvaa 680 euroon kuukaudessa, mikä on 235 euroa suurempi kuin THL:n kuntaselvityksen mukainen keskimääräinen hoitopalkkio vuonna 2012.

Näillä perusteilla uusien sopimusomaishoitajien hoitopalkkioista aiheutuvat kustannukset ovat sotu-maksut huomioiden keskimäärin 9 800 euroa hoidettavaa kohti vuodessa ja sopimusomaishoitajien palkkioiden korotuksesta aiheutuvat kustannukset sotu-maksut huomioiden keskimäärin noin 3 300 euroa hoidettavaa kohti vuodessa.

Hoitopalkkioiden kustannukset kasvavat (ml. sotut) yhteensä arviolta 259 miljoonaa euroa, josta 102 miljoonaa euroa on palkkioiden korotuksia ja 157 miljoonaa euroa uusien sopimusomaishoitajien hoitopalkkioita.

Sopimusomaishoitajien tarpeenmukaiset terveystarkastukset

Sopimusomaishoitajien terveystarkastusten kustannusarvio perustuu terveydenhoitajan suorittaman tarkastuksen kustannuksiin kunnallisessa terveydenhuollossa. Terveystarkastuksen yksikköhinta on 85 euroa tarkastusta kohti vuoden 2013 hintatasossa (Väisänen ja Hujanen 2007). Kustannusarviossa oletetaan, että sopimusomaishoitajille tehdään vuosittain 30 000 terveystarkastusta, josta aiheutuvat kustannukset ovat 3 miljoonaa euroa.

Sopimusomaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaiset palvelut

Työryhmä ehdottaa, että kaikilla sopimusomaishoitajilla on oikeus lakisääteiseen vapaaseen. Kahteen ylimpään palkkioluokkaan kuuluvilla vapaata olisi 3 vuorokautta ja alimpaan luokkaan kuuluvilla kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti.

Lakisääteisen vapaaseen oikeutettuja oli 76 prosenttia sopimukseen tehneistä omaishoitajista vuonna 2006 tehdyn kuntakyselyn mukaan (vuoden 2012 selvityksestä osuutta ei ole saatavissa). Lakisääteiseen vapaaseen oikeutettujen omaishoitajien määrä lähes kaksinkertaistuisi. Mikäli sopimusomaishoitajista 70 prosenttia pitää vapaansa ja puolella heistä on oikeus 3 vuorokauden ja puolella 2 vuorokauden vapaaseen kalenterikuukautta kohti, vapaan määrä kasvaa lähes 0,5 miljoonalla vuorokaudella ja vapaan aikana järjestettävien palvelujen kustannukset kasvavat arviolta 77 miljoonaa euroa. Laskelmassa on oletettu, että vapaan aikaisen palvelun kustannukset ovat keskimäärin 155 euroa vuorokaudelta.

Lakisääteisen vapaan aikaisesta omaishoitoa korvaavasta hoidosta maksetaan asiakasmaksu, joka on nykyisin 11,30 euroa vuorokaudessa. Vapaapäivien kokonaismäärän kasvu lisää asiakkaiden asiakasmaksuja ja vastaavasti kuntien maksutuloja arviolta 6 miljoonaa euroa.

Muut omaishoitoa tukevat tarpeenmukaiset sosiaalipalvelut ja vastuutyöntekijät

Mikäli kunnat lisäävät sopimusomaishoitoa tukeviin muihin kuin lakisääteisen vapaan aikaisiin palveluihin käytettäviä menoja keskimäärin 1 000 eurolla vuoden aikana hoidettavaa kohti, nykyisten noin 40 500 hoidettavan ja heidän sopimusomaishoitajien palveluista aiheutuvat menot kasvavat yhteensä 40 miljoonaa euroa vuodessa. Mikäli 20 000 uuden hoidettavan ja sopimusomaishoitajan palvelujen ja muun tuen kustannukset ovat sopimusomaishoitajan vapaan aikaisten palvelujen lisäksi keski-

määrin 4 000 euroa vuodessa hoidettavaa kohti lakisääteisen vapaan järjestämisen kustannusten lisäksi, näiden palvelujen kustannukset ovat 80 miljoonaa euroa vuodessa.

Työryhmä ehdottaa, että sopimusomaishoitajille ja heidän hoitamilleen henkilöille nimetään tarvittaessa vastuuhenkilö. Jo nykyisin iäkkäille omaishoidossa oleville henkilöille voidaan nimetä vastuutyöntekijä vanhuspalvelulain perusteella. Iäkkäiden henkilöiden vastuutyöntekijästä aiheutuvat kustannukset on otettu huomioon vanhuspalvelulain säätämisen yhteydessä. Siten vastuuhenkilöstä aiheutuvat lisäkustannukset koskevat lasten, nuorten ja työikäisten sopimusomaishoitoa. Sopimusomaishoitolain perusteella nimettävästä vastuutyöntekijästä aiheutuvat lisäkustannukset ovat arviolta 8,3 miljoonaa euroa olettaen, että 80 prosentille hoidettavista nimettäisiin vastuuhenkilö. Kuntien rekryointitarve (1:70-asiakas-hoitajasuhteella) on arviolta 165 henkilötyövuotta. Vastuuhenkilöstä aiheutuvien kustannusten oletetaan laskelmassa olevan keskimäärin 50 430 euroa vuodessa.

Sopimusomaishoidon hallinnointikustannukset kunnissa

Omaishoidon tuen hallinnointikustannusten muutosta asiakkaiden määrän kasvaessa 40 500:sta 60 000 asiakkaaseen arvioidaan Helsingin kaupungilta saatujen arvioiden perusteella. Hallinnointikustannukset ovat arviolta 44,86 euroa omaishoidon tuen asiakasta kohti vuodessa. Arviossa on otettu huomioon palkkion maksatus, kirjaaminen sekä päätöksen tulostus ja lähettäminen. Vahvennetussa kuntamallissa sopimusomaishoidon hallinnoinnista 20 000 uudelle sopimusomaishoitajalle aiheutuu arviolta 0,9 miljoonan euron lisäkustannus.

Palkkion maksatuksen siirto Kelalle vähentää kuntien kustannuksia arviolta enintään runsaan miljoona euroa. Näin ollen kuntien kokonaiskustannukset palkkion kirjaamisesta ja päätöksenteosta säilyisivät jokseenkin ennallaan sopimusomaishoitajien määrän kasvusta huolimatta. Toisaalta Kelan rahoitusmallissa lausunnosta, jonka kunta tekisi Kelalle hoitopalkkion päättämistä varten hoidettavan hoidon tarpeesta, omaishoitajan hoitotyön laajuudesta sekä omaishoitajan soveltuvuudesta sopimusomaishoitajaksi, aiheutuu kunnille noin 0,8 milj. euron lisäkustannukset. Laskelma perustuu oletukseen, että kunta tekisi noin 15 000 lausuntoa vuodessa ja niistä aiheutuva lisätyö on keskimäärin noin tunti hoidettavaa kohti, mikä vaatii kuntiin noin 15 lisähenkilötyövuotta. Henkilötyövuoden kustannuksiksi sotuineen on arvioitu 50 400 euroa.

Sopimusomaishoidon palkkioiden toimeenpanon kustannukset Kelalle

Kela on tehnyt alustavan arvion kustannuksista, joita Kelalle aiheutuu, mikäli sopimusomaishoitajan hoitopalkkion myöntäminen ja maksatus siirrettään Kelan tehtäväksi. Kelan alustava arvio perustuu nykyiseen sopimuksen tehneiden omaishoitajien määrään (40 500 henkilöä). Hoitopalkkiopäätöksiä tehdessään Kela käyttäisi palkkiohakemuksen tietoja sekä tietojärjestelmissä jo olevaa tietoa. Kunta liittäisi hakemukseen lausunnon hoidettavan hoidon tarpeesta, omaisen hoitotyön laajuudesta ja omaisen soveltuvuudesta hoitajaksi.

Kelan henkilöstötarpeen arvioinnissa oletetaan, että omaishoidon hoitopalkkion hakemuksia käsitellään vuosittain noin 12 000. Oletus perustuu THL:n omaishoidon tuen kuntakyselyyn vuonna 2012.

Kelassa omaishoidon hoitopalkkion toimeenpanon henkilöstötarvetta arvioitiin käyttämällä vertailualueutena vammaisuuksia. Lisäksi Kela arvioi elatustuen siirto-

projektin kokemusten perusteella hoitopalkkion tietojärjestelmän luomiseen ja nykyisten tuen saajien tietojen siirtämiseen tarvittavaa työpanosta. Hoitopalkkion siirto- projektia varten Kelan olisi perustettava omaishoidon hoitopalkkion ryhmä, tietojen siirtoryhmä, tietojärjestelmäryhmä ja ohje- ja koulutusryhmä.

Vuosittaisen etuustyön henkilöstötarpeeksi arvioidut henkilötyövuodet (brutto) sisältävät kokonaishenkilöstötarpeen. Työpanos sisältää kaiken hoitopalkkioon liittyvän työn, kuten asiakaspalvelun, ratkaisutyön, koulutuksen, suunnittelun, asiantuntijalääkärin ja lakimiesten työn sekä vakuutuspiirien hallinnollisen työn. Arvion mukaan omaishoidon hoitopalkkion toimeenpanon henkilöstötarve on Kelassa 21 henkilötyövuotta, mitä vastaavat kustannukset ovat 1,4 miljoonaa euroa vuodessa. Tämä merkitsisi toimeenpanon kustannuksiksi 35 euroa sopimusomaishoidossa olevaa henkilöä kohti. Kuntien omaishoidon palkkioiden hallinnointikustannuksiksi on edellä arvioitu 44,86 euroa asiakasta kohti, joten palkkioiden toimeenpanon siirtäminen Kelalle säästää kuntien kustannuksia arviolta 0,6–1,7 miljoonaa euroa.

Kela on lisäksi arvioinut tietojärjestelmien rakentamiseen tarvittavan kertaluonteisen työn kustannuksia. Työhön sisältyy omaishoidon palkkioiden tietojärjestelmän rakentaminen Kelaan ja nykyisten tuen saajien tietojen siirtäminen kuntien tietojärjestelmistä Kelan tietokantaan sekä automaattisten etuus päätösten tekeminen heille tiedonsiirron yhteydessä. Tietojärjestelmän rakentamiseen tarvittava työpanos on Kelassa arviolta 26,5 henkilötyövuotta ja tätä vastaavat kustannukset ovat 1,8 miljoonaa euroa.

Henkilömitoitukseen vaikuttaa erityisesti siirron aikataulutus. Jos suunnittelulle ja toteutukselle ei ole varattu riittävästi aikaa, projektin kokonaistyötuntimäärä ja kustannukset nousevat.

Sopimusomaishoidon kehittämisen kustannukset

Sopimusomaishoidon kehittäminen kehittämisohjelman mukaisesti lisää omaishoidon tukemiseen käytettäviä kustannuksia arviolta 468 miljoonaa euroa vuonna 2020 (vuoden 2013 rahassa). Kehittämisohjelma noin kaksinkertaistaisi nykyisen sopimukseen perustuvaan omaishoittoon annettavan tuen (vrt. kappale 4.5). Suurin menojen kasvu aiheutuisi sopimusomaishoitajien määrän lisäämisestä 20 000 henkilöllä. Osa menojen kasvusta aiheutuisi siitä, että myös nykyisten omaishoitosopimuksen tehneiden omaishoitajien tukea kehitettäisiin ohjelman mukaisesti. Viiden vuoden jaksotuksella sopimusomaishoidon kustannusten lisäys olisi 94 miljoonaa euroa vuonna 2016, mistä kustannukset kasvavat vuosittain siten, että vuonna 2020 ne toteutuvat täysimääräisinä. (Kuvio 8.)

Valtion ja kuntien kustannukset sopimusomaishoidon kehittämisestä jakautuvat eri tavoin vahvennetussa kuntamallissa ja Kelan rahoitusmallissa (taulukot 5 ja 6). Vahvennetussa kuntamallissa valtion osuus sopimusomaishoidon kustannuksista kasvaa arviolta 236 miljoonaa euroa ja kuntien sopimusomaishoidon kustannukset kasvavat arviolta 233 miljoonaa euroa vuonna 2020. Kelan rahoitusmallissa valtion kustannukset sopimusomaishoidosta kasvavat arviolta 513 miljoonaa euroa ja kuntien kustannukset vähenevät noin 45 miljoonaa euroa vuonna 2020. Kelan rahoitusmallissa valtion rahoitusvastuulle siirtyvät nykyisten ja uusien sopimusomaishoitajien hoitopalkkiot ja niiden hallinnointi.

Taulukko 5. Sopimusomaishoidon kehittämisen kustannukset vahvennetussa kuntamallissa vuonna 2020³

	Kokonais- kustannus milj. €	Valtion menojen muutos milj. €	Kuntien menojen muutos milj. €
Hoitopalkkiot (uudet)	+156,7	+78,4	+78,4
Hoitopalkkiot (korotukset)	+102,4	+51,2	+51,2
Sopimusomaishoitajan laki- sääteisen vapaan aikaiset palvelut	+77,1	+38,6	+38,6
Omaishoitoa tukevien sosiaa- lipalvelujen lisääminen (lisä- palvelut ja uudet asiakkaat, vastuutyöntekijä)	+128,3	+64,2	+64,2
Terveystarkastukset	+ 2,6	+ 1,3	+1,3
Hallinnointi- kustannukset	+ 1,0	+ 2,0	- 1,0
Yhteensä	+468,1	+235,6	+232,6

Taulukko 6. Sopimusomaishoidon kehittämisen kustannukset Kelan rahoitusmallissa vuonna 2020⁴

	Kokonais- kustannus milj. €	Valtion menojen muutos milj. €	Kuntien menojen muutos milj. €
Hoitopalkkiot (uudet)	+156,7	+156,7	0
Hoitopalkkiot (vanhat +korotukset)	+102,4	+251,5	-149,1
Sopimusomaishoitajan lakisääteisen vapaan aikai- set palvelut	+77,1	+38,6	+38,6
Sopimusomaishoitoa tuke- vien sosiaalipalvelujen lisääminen (lisäpalvelut ja uudet asiakkaat, vastu- työntekijä)	+128,3	+64,2	+64,2
Sopimusomaishoitajien terveystarkastukset	+ 2,6	+1,3	+1,3
Hallinnointi- kustannukset	+0,9	+0,5	+0,5
Yhteensä	+468,1	+512,7	-44,6

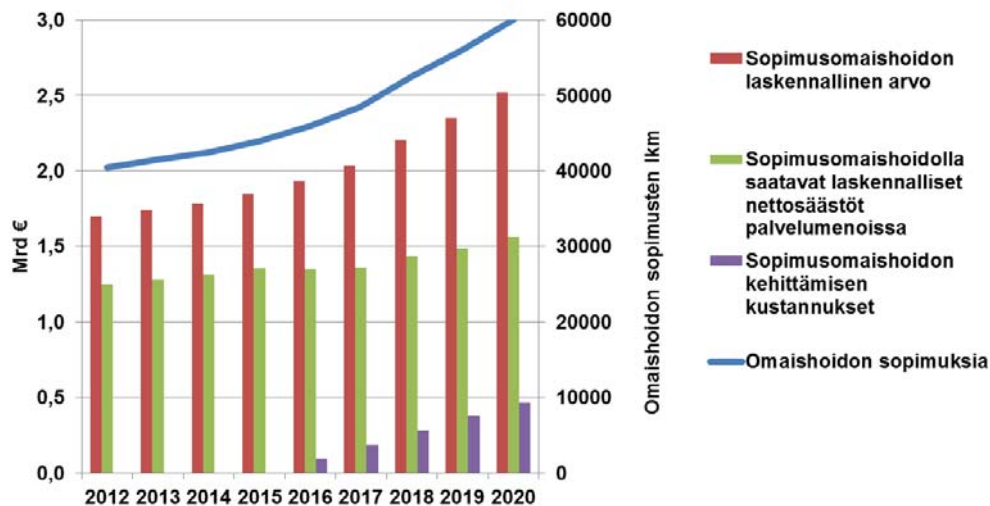
³ Kustannusten jakautuminen valtion ja kuntien kesken on arvioitu vakiintuneen käytännön mukaisesti 50/50 prosenttia -mallilla. Uudistusten kokonaisvaikutusta kuntien peruspalvelujen valtionosuuksiin ei ole arvioitu, vaan se tulee tehdä kehys- ja talousarviovalmistelun yhteydessä huomioiden hallituksen uusimmat linjaukset.

⁴ ks. alaviite ³.

Sopimusomaishoidon lisääminen hillitsee palvelujen kokonaiskustannusten kasvua

Sopimusomaishoitoon sisältyvien hoitopalkkioiden ja palveluiden lisääminen ja taroituksenmukainen kohdentaminen hillitsevät odotettavissa olevaa julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Palvelujen järjestäminen laitoshoidon tai palveluasumisena tulee yleensä kalliimmaksi kuin omaishoidon tukeminen, vaikka sopimusomaishoidon hoitopalkkioiden tasoa korotettaisiin ja omaishoittoa tukevia palveluita kehitettäisiin kehittämisohjelmassa esitetyllä tavalla. Omaishoittoa tukemalla voidaan myöhentää tai kokonaan välttää laitoshoidon tai muuhun kotin ulkopuoliseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisiä sekä vähentää kotihoidon palvelujen tarvetta. Omaishoidon kehittäminen tukee palvelurakenteen muutosta avohoitopainotteisemmaksi ja vähentää tarvetta etenkin uusien vanhusten hoitopaikkojen perustamiseen, mikä pienentää investointikustannuksia.

Omaishoidon tukea maksetaan nykyisin noin 40 500 henkilölle vuoden aikana. Kehittämisohjelman luvussa 4.5 arvioidaan, että nykyisen omaishoidon tuella tehtävän hoitotyön laskennallinen arvo on noin 1,7 miljardia euroa, kun arvo lasketaan omaishoidolle vaihtoehtoisten palvelujen kustannuksilla. Kehittämisohjelman kustannukset kasvavat vuosittain ja ovat arviolta 468 miljoonaa euroa kehittämisohjelman lopussa vuonna 2020. Kun sopimusomaishoittoa kehitettäisiin ja sopimusomaishoitajien määrää lisättäisiin asteittain 60 000 henkilöön, sopimusomaishoidon laskennallinen arvo verrattuna vaihtoehtoisten hoitomuotojen kustannuksiin kasvaisi vuosittain ja olisi noin 2,5 miljardia euroa vuonna 2020. Kun otetaan huomioon sopimusomaishoidolle vaihtoehtoisten hoitomuotojen kustannukset sekä sopimusomaishoidon kokonaiskustannukset eli omaishoidon tuen nykyiset kustannukset ja sopimusomaishoidon kehittämiseen käytettävät kustannukset, sopimusomaishoidolla saatava nettosäästö julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen menoissa kasvaisi nykyisestä noin 1,3 miljardista eurosta runsaaseen 1,5 miljardiin euroon vuodessa vuonna 2020. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Sopimusomaishoidon kehittämisen vaikutukset sopimusomaishoidon laskennalliseen arvoon ja sopimusomaishoidolla saataviin nettosäästöihin palvelumenoissa 2016 - 2020

6.2 YHTEISKUNNALLISET VAIKUTUKSET

Omaishoidon kehittämisohjelmaan kirjatulla toimilla vahvistetaan omaishoidon asemaa hoitomuotona, jota yhteiskunta tukee entistä suuremmilla voimavaroilla. Kehittämisohjelman toimeenpano edistää valtakunnallista politiikkatavoitetta kotona asuminen ensisijaisuudesta erilaisista toimintakyvyn vajeista riippumatta. Omaishoidon kehittämisohjelma muuttaa toteutuessaan palvelurakennetta kotihoitopainotteisemmaksi, jolloin myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä voidaan siirtää kotona asumisen tukemiseen. Omaishoidon kehittämisohjelman yhteiskunnalliset vaikutukset kytkeytyvät kuitenkin myös siihen, miten asenteet omaishoitoa ja omaishoitajien tukemista kohtaan muuttuvat lähivuosisikymmeninä. Riittäväksi koettu tuki edistää omaisten ja hoidon tarpeessa olevien myönteistä asennoitumista omaishoitoon.

Kehittämisohjelmassa painotetaan erityisesti sellaisia toimenpiteitä, joiden toteutuksessa omaishoitajat ja heidän hoidettavansa olisivat yhdenvertaisessa asemassa riippumatta hoidettavan iästä, hoidon ja huolenpidon tarpeen syystä tai asuinkunnasta. Ohjelmaan kirjattujen toimenpiteiden avulla parannetaan omaistaan tai muuta läheistä ihmistä hoitavien ja heidän hoidettaviensa hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista tukemalla entistä suurempaa osaa heistä sopimusomaishoidon ja muun tuen keinoin. Kehittämisohjelman tavoitteet voivat kuitenkin jäädä toteutumatta, jos kunnilla ei ole riittäviä resursseja omaishoitotilanteita tukevien palvelujen järjestämiseen. Omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa yhdenvertaisuuden toteutumista palveluissa vaikeuttavat kuntien palvelutarjonnan, taloudellisen tilanteen ja taajama-asteen erot. Näiden tekijöiden vaikutus on riippuvainen valtion ja kuntien talouden yleisestä kehityksestä sekä siitä, millaisiin ratkaisuihin soite-järjestämislaissa ja kuntauudistuksessa päädytään.

Omaishoidon määrittelemisen hoitomuodoksi muiden hoitomuotojen, kuten kotihoidon ja laitoshoidon, rinnalle odotetaan lisäävän omaishoitajien arvostusta ja vahvistavan heidän asemaansa. Omaishoitotilanteissa annettavan tuen yksilöllisempi muotoilu lisää omaishoidon suosiota hoitomuotona. Olennaista on, että omaishoitajilla ja heidän hoidettavillaan on mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Heidän oman elämänsä asiantuntijuuden arvostaminen ja mielipiteidensä huomioon ottaminen palvelutarpeiden arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä vahvistaa itsemääräämisoikeutta, toimijuutta ja osallisuutta. Vaikutusmahdollisuuksien paraneminen, riittävät ja tarpeiden mukaiset palvelut sekä omaishoitajalle annettava tuki luovat pohjan sujuvalle arjelle ja sen mukanaan tuomalle hyvinvoinnille vähentäen syrjäytymisen ja kaltoinkohtelun riskiä.

Omaishoitotilanteissa on vaarana, että omaishoitaja kuormittuu liikaa, uupuu ja jopa sairastuu psyykkisesti tai fyysisesti. Riski on suurin erityisesti iäkkäillä puoliso-omaishoitajilla. Kehittämisohjelman tavoitteena on varmistaa, että omaishoitajat voivat ja uskaltavat pitää lakisääteiset vapaansa sekä saavat tarvittavat terveystarkastukset, palvelut ja jaksamisen tuen, jotta heidän riskinsä uupua ja sairastua pienenee. Vaarana on myös, että omaishoitaja ja hoidettava eristyvät yhteisöstä. Omaishoitotilanteen riittävä tuki antaa omaishoitajille ja heidän hoidettavilleen mahdollisuuden pitää yllä sosiaalisia suhteita, osallistua ja harrastaa.

Kehittämisohjelman mukaan omaishoitajalle ja hoidettavalle voidaan nimetä vastuutyöntekijä, joka tarvittaessa moniammatillisen tiimin tukemana varmistaa omaishoitotilanteen tuen ammattitaitoisen suunnittelun ja koordinoinnin. Hyvin ja yksilöllisesti tuetussa omaishoitotilanteessa omaishoitaja jaksaa paremmin huolehtia myös hoidettavansa hyvinvoinnista. Räättälöity ja vastuuhenkilön antama tuki vähentää tutkitusti terveydenhuollon ennakoimattomia käyntejä. Omaishoitajan kuormittuneis-

suutta vähentää myös, jos hoidettavan hyvinvointi omaishoitajan vapaiden aikana varmistetaan hoidettavan ikäryhmän ja tarpeiden mukaisella omaishoitoa korvaavalla hoidolla. Näin voidaan korjata nykyinen kestävätilanne, jossa suuri osa omaishoitajista jättää vapaapäivänsä käyttämättä.

Kehittämisohjelmassa painotetaan, että kunta ei yksin tuota kaikkia niitä palveluita, joita omaishoitotilanteissa tarvitaan. Avaintekijänä omaishoitajien riittävän tuen varmistamisessa on kunnan, Kelan, järjestöjen, seurakuntien ja yksityissektorin palveluntuottajien toimijoiden yhteistyö. Tämän vuoksi on tärkeää, että esimerkiksi järjestöille taataan riittävät taloudelliset resurssit niiden tekemän työn jatkuvuuden turvaamiseksi. Omaishoitajat tarvitsevat järjestöjen erityisosaamiseen piiriin kuuluvia palveluja, kuten hoidettavan sairauten tai vammaan liittyviin haasteisiin pureutuvaa valmennusta ja vertaistukea.

Vammaisten lasten laitoshoidon vähennettäessä on tärkeää ottaa huomioon, että omaishoitoperheet tarvitsevat kotiin riittävästi tukea, jottei tilanne käy perheenjäsenille liian kuormittavaksi. Laitoshoidosta säästyvä raha on tämän vuoksi tarpeen suunnata omaishoitotilannetta tukeviin kohtuuhintaisiin tai maksuttomiin palveluihin, kuten lapsiperheiden kotipalveluun ja kotisairaanhoidon, hoidettavan henkilökohtaiseen apuun sekä lyhytaikaishoiton kodin ulkopuolella, kuten perhehoitoon.

Lasten ja nuorten palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä on otettava huomioon, että he ovat kehittyviä ja kasvavia ihmisiä, joiden tarpeet muuttuvat iän karttuessa. Omaishoito ei välttämättä ole paras vaihtoehto vammaisen nuoren tai nuoren aikuisen kannalta, sillä se voi estää hänen itsenäistymisensä. Vamman tai muun syyn vuoksi ikäryhmäänsä enemmän hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevan lapsen tai nuoren omaishoitotilanteessa vaarana on, että vanhempien ja lapsen välille syntyy taloudellinen tai hoivariippuvuussuhde. Tämän vuoksi on tärkeää, että omaishoitotilanne otetaan uudelleen tarkasteluun viimeistään täysi-ikäisyyden kynnyksellä; lapsuudenkodista tulee olla mahdollista siirtyä itsenäiseen elämään. Näiden ja muunkinlaisten omaishoitotilanteiden päättämisen tueksi on oltava riittävä, jotta omaishoitaja ja hoidettava eivät jää yksin muuttuneessa tilanteessa.

Kehittämisohjelman tavoitteiden toteutuessa omaishoitajina toimivien työntekijöiden asema työpaikoilla ja rekrytointitilanteissa paranee. Työelämässä hyväksytään se, että työntekijöiden sidokset perheeseen ja omaisiin ulottuvat pienten lasten hoidon lisäksi myös iäkkäiden, sairaiden ja vammaisten omaisten ja läheisten hoitoon ja huolenpitoon. Tämä otetaan huomioon työpaikoilla työajoissa ja muissa työhön liittyvissä järjestelyissä.

Kehittämisojelmaan on kirjattu tavoite jo nykyisten lakien mahdollistamien ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamiseen kehitettyjen joustojen parempi hyödyntäminen. Opittaessa hyödyntämään joustoja työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen helpottuu. Omaistaan hoitavan poissaolojaksojen sijaisjärjestelyjen suunnittelu ennalta helpottaa työnantajiin kohdistuvia paineita. Joustojen avulla omaishoitajan ei välttämättä tarvitse irrottautua työelämästä, mikä on tärkeää ammatillisen osaamisen ylläpitämiseksi ja toimeentulon turvaamiseksi. Vammaistaan lastaan joissakin tapauksissa jopa koko työikänsä hoitavalle vanhemmalle omaishoidon ja ansiotyön yhteensovittaminen on erityisen tärkeää, jotta eläkekertymä olisi riittävä ja perheen taloudellinen tilanne kohtuullinen. Lisäksi työyhteisöön kuulumisen lisää mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen. Joskus osa-aikainenkaan työ ei kuitenkaan ole mahdollista omaistaan hoitavalle. Tuolloin tilannetta helpottaa mahdollisuus palata entiseen työhön omaishoitotilanteen päätyttyä.

Kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen tehneistä omaishoitajista on naisia noin 70 prosenttia. Hoidettavista miehiä on runsaat puolet. Suuri osa omaishoidosta on

puolisohoitoa. Naisten pidemmän eliniän vuoksi miehet hyötyvät puolisohoidosta keskimäärin useammin kuin naiset. Omaishoitotilanteiden parempi tukeminen lisää erityisesti naisten hyvinvointia ja motivaatiota omaishoittoon. Miesten kasvava elinikä todennäköisesti lisää omaishoidon mahdollisuuksia ja miesten osuutta omaishoitajista. Riittävät palkkiot, palvelut ja hoitajien tuki vahvistavat omaishoidon asemaa ja miesten suhteellinen osuus omaishoitajista saattaa kasvaa.

Erityistä huolta on herättänyt, jäävätkö sellaiset hoidon ja huolenpidon tarpeessa olevat henkilöt, joilla ei ole omaishoitajaksi halukasta, sopivaa tai kykenevää omaista tai läheistä, huonompaan asemaan palvelujen osalta ja loukkaako sopimusomaishoidon kehittäminen perusoikeuksiin kuuluvaa ihmisten yhdenvertaisuutta lain edessä. Tämä riski torjutaan selvittämällä kaikkien palvelutarpeet kehittämisohjelman mukaisesti samalla tavalla riippumatta valittavasta hoitomuodosta tai hoitomuotojen yhdistelmästä, laatimalla hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma sekä järjestämällä palvelut asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Omaishoitajat täydentävät kuntien, järjestöjen ja seurakuntien palvelutarjontaa, ja omaishoidon tukeminen vapauttaa kunnan ja muiden toimijoiden resursseja niille, joilla auttavaa omaista ei ole. Omaishoidon kehittäminen helpottaa yhteiskunnan varautumista väestön ikääntymisestä aiheutuvaan hoidon ja huolenpidon tarpeessa olevan väestönosan kasvuun, lyhentää kodin ulkopuolisessa hoidossa vietettävää aikaa ja vähentää paineita ympärivuorokautisten julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäämiseen.

7 KEHITTÄMISTYÖHÖN LIITTYVÄÄ KIRJALLISUUTTA

Aaltonen, E. 2004. Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Työryhmämuistio 2004:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3790.pdf&title=Valtakunnallinen_omaishoidon_uudistaminen_fi.pdf

Andren, S., Elmstahl, S. 2008. Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: a five-year follow-up study. *International Psychogeriatrics* 20:6, 1177-1192.

Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N., Pitkälä, K. (toim.) 2006. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementia- ja muistihäiriöiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy.

Eloniemi-Sulkava, U. Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L et al. 2009. Family Care as Collaboration: Effectiveness of a Multicomponent Support Program for Elderly Couples with Dementia. Randomized Controlled Intervention Study. *Journal of the American geriatrics society*. Volume: 57. Issue: 12. Pages: 2200-2208. Published: DEC 2009.

Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, IL., Hentinen M. et al. 2001. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: A randomized trial. *Journal of the American geriatrics society*. Volume: 49. Issue: 10 Pages: 1282-1287. Published: OCT 2001

Eurofoundation: Company initiatives for workers with care responsibilities for disabled children or adults.

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/47/en/1/EF1147EN.pdf>

First European Quality of Life Survey: Families, work and social networks. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005.

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/92/en/1/ef0592en.pdf>

Gehring, S., Heino, M., Kaivolainen, M., Malmi, M. 2012. OVIA OMAISHOITA-JUUTEEN, Käsikirja Ovet-omaishoitajavalmennuksen järjestäjille. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. Helsinki.

Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta (29.11.2013).

Heino, M. 2011. Yhteistyöllä hyvään arkeen omaishoitoperheissä. Hyvät käytännöt ja palveluohjaus omaishoitajien arjen tukena – projektin (CARERI 2007-2010) loppuraportti. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. Helsinki.

Heino, M., Malmi, M. (toim.) 2013. Ovet Valmennusmalli omaishoitajille, Ovet-projekti 2010-2012, projektiraportti. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. Helsinki.

Juntunen, K., Salminen, A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. 78/2011

- Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino oy, Tampere.
- Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M., Salanko-Vuorela, M. (toim.). 2011. Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Kaivolainen, M., Purhonen, M. (toim.). 2011. Omaishoidon strategia – yhteinen näkemys tavoitteeksi. Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry:n julkaisuja, Kehitys Oy. Helsinki.
- Kalliomaa-Puha, L. 2007. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90. Vammala.
- Kattainen E., Muuri, A., Luoma M, Voutilainen P 2008: Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille. Teoksessa Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J., Heikkilä, M. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2008. Vammala.
- Kauppinen, K. & Jolanki, O. 2012. Työn sekä omais- ja läheishoivan yhdistäminen – työssä jatkamisajatukset. Teoksessa Perkiö-Mäkelä, M. & Kauppinen, T. (toim.). Työ, terveys ja työssä jatkamisajatukset. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 41. Helsinki: Työterveyslaitos, Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 133-56.
- Kehusmaa, S., Auttio-Rämö, I., Rissanen, P. 2013. Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. Yhteiskuntapolitiikka 78:2, 138-51.
- Kehusmaa Sari, Autti-Rämö Ilona, Helenius Hans, Rissanen Pekka. Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. BMC Health Service Research 2013 Aug 15;13:317.
- Kokko, A. 2013. Perheystävällinen työpaikka. Hankkeen loppuraportti 2013. Väestöliitto ry. PRXpress Oy, Helsinki.
- Kotiranta, T. 2009. Omaiset osana hoidon ja hoivan kokonaisuutta. Opas ammattihenkilöstön ja omaisten välisen yhteistyön tueksi. Omaisena edelleen ry. Helsinki.
- Kröger, T. & Yeandle, S. (toim.) 2013. Combining paid work and family care. policies and experiences in international perspective. The Policy Press.
- Laakoli K. 2012. Henkilökohtainen budjetti -hahmottelua. Helsingin kaupunki, Sosiaalivirasto, Vanhusten palvelujen vastuualue. 19.9.2012. Julkaisematon esitys.
- Luodemäki, S., Ray, K., Hirstiö-Snellman, P. 2009. Arjessa mukana, omaistyön käsikirja. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n julkaisuja. Painotalo Miktor, Helsinki.
- Meriranta, M. (toim.) 2010. Omaishoitajan käsikirja. Unipress. Helsinki.
- Metsola A. ja Penttonen T. 1995: Lyhytaikaisen omaishoidon tuen mahdollisuudet. Omaishoidon kokeilun loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1995:6. Helsinki.
- Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni – Tutkimus puoliso- ja hoivan arjen toimijuuksista. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 21. Helsinki.
- Mäkelä, M., Vilkkö, A., Blomgren, J., Sainio, P., Koskinen, S., Noro, A. 2012. Avun antaminen. Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.). Teoksessa Terveys,

toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Patronen, M., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M., Juntunen, E., Laaksonen, S., Karikko, W. 2012. Henkilökohtainen budjetti – Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Suomen itsenäisyyden juhlarahaston julkaisusarja, Sitra 298. KL-Kustannus Oy, Hakapaino, Helsinki.

Pickard, L. 2012. Public Expenditure Costs of Carers Leaving Employment. LSE Health and Social Care Blog. London School of Economics & Political Science, 25 April 2012 at: <http://blogs.lse.ac.uk/healthandsocialcare/2012/04/25/dr-linda-pickard-public-expenditure-costs-of-carers-leaving-employment/>

Saarenheimo, M., Pietilä M. (toim.) 2005. Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Tutkimusraportti 6. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus kirjapaino Oy. Helsinki.

Salanko-Vuorela, M., Purhonen M., Järnstedt, P., Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. ”Hoitaahan ne joka tapauksessa”. Omaishoitajat ja Läheiset liitto ry. Kehitys Oy. Helsinki.

Second European Quality of Life Survey. Overview. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>

Siljander, E., Linnosmaa, I., Jokinen, S., Vilkkko, A., Noro, A. Omaishoidon tuki peruspalveluna – Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa 2010-2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti. (Ilmestyy 2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriö 1992. Vanhuksen, vammaisen ja pitkäaikaissairaana kotihoidon tukea selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1992:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-10834.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma. Työryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:10. Helsinki. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1855763>

Vartiainen A. 2013. Kuuden suurimman kaupunginkehitysvammahuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 6/2013. Helsinki.

Vartiainen, A. 2013. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2013.

Vilkkko, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. Läheisapu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (Ilmestyy 2014.)

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. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1062715

Väisänen A., Hujanen T. 2010. Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007. Avauksia 1/2010

ERIÄVÄ MIELIPIDE

KANSALLISEN OMAISHOIDON KEHITTÄMISOHJELMAA LAATINEEN TYÖRYHMÄN RAPORTTI

Kansallisen omaishoidon kehittämissuunnitelmaa laatinut työryhmä on saanut työnsä päätökseen ja työryhmän linjaukset omaishoidon kehittämisen strategisiksi tavoitteiksi ja kehittämistoimenpiteiksi ovat luettavissa loppuraportista. Kehittämissuunnitelmassa omaishoito määritellään hoitomuodoksi, joka mahdollistaa kaikenikäisten hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien toimintakyvyltään heikentyneiden, sairaiden ja vammaisten henkilöiden kotona asumisen. Laki omaishoidosta korvasi nykyisen omaishoidon tuesta annetun lain. Laissa säädettäisiin muun muassa sopimusomaishoidon edellytyksistä, omaishoitosopimuksesta, hoitopalkkioiden saantiperusteista sekä palkkioluokista. Esitän tässä lausunnossa eriävän mielipiteen sopimusomaishoidon katsomisesta niin sanotuksi subjektiiviseksi oikeudeksi sekä omaishoidon palkkion säätämisestä etuoikeutetuksi tuloksi, joka ei vaikuta yleisen asumistuen määrään.

Valtiovarainministeriön budjettikatsauksen 2014 mukaan Suomen julkisyhteisöjen velka kokonaistuotannosta nousee tänä vuonna noin 60 prosenttiin. Myös kuntatalouden velkaantuminen jatkuu, ja velan arvioidaan kasvavan runsaalla 2 miljardilla eurolla vuonna 2014.⁵ Julkisen talouden tasapainottamiseksi velkaantumiskehityksen suunnan kääntäminen vaatii lähivuosina noin 3 miljardin euron säästöjä.

Hyvinvointivaltion palvelutaso on suhteutettava rahoituksen kestävyysmäärän mukaan. Sopimusomaishoidon muuttaminen subjektiiviseksi oikeudeksi lisää omaishoidon kustannuksia ja on muutos väärään suuntaan julkisen talouden tasapainottamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden lakisääteinen järjestämisvastuu kuuluu kunnille ja kunnat voivat tuottaa palvelut joko itse tai hankkia ne järjestöiltä tai muilta yksityisiltä palvelutuottajilta. Kuntien tulee edelleen voida itse päättää palvelurakenteesta ja hoitomuotojen valinnasta.

Työryhmän raportin mukaan omaishoidon kehittämissuunnitelman toteuttaminen kaksinkertaistaisi nykyisen sopimukseen perustuvaan omaishoitoon annettavan tuen ja olisi arviolta 468 miljoonaa euroa vuonna 2020 (vuoden 213 rahassa). Suurin menojen kasvu aiheutuisi sopimusomaishoitajien määrän lisäämisestä 20 000 henkilöllä.

⁵ <http://verkkojulkaisut.vm.fi/zine/26/cover#-/zine/26/toc>

Kustannusten kasvun vastapainoksi työryhmä on arvioinut, että sopimusomaishoitoa lisäämällä voidaan myöhentää tai kokonaan välttää laitoshoitoon tai muuhun kodin ulkopuoliseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisiä sekä vähentää kotihoidon palvelujen tarvetta. Yleisesti arvioiden näin voidaan asian olettaa olevan edellyttäen kuitenkin, että sopimusomaishoito korvaa muita kustannuksiltaan kalliimpia hoitomuotoja. Vaarana on, että sopimusomaishoito ei silti vähennä laitoshoitoon siirtymisiä, vaan kokonaiskustannukset kasvavat niin omaishoidon kuin laitoshoidon alati kasvavien kustannusten myötä.

Katson myös, että asumistukilain muuttamiselle niin, että omaishoidon palkkio säädetään etuoikeutetuksi tuloksi, ei ole taloudellisia edellytyksiä.

Vaikka kansallisen omaishoidon kehittämissuunnitelmaa laatinut työryhmä ei ole ottanut kantaa sopimusomaishoitoon sisältyvien palvelujen ja hoitopalkkioiden ensisijaisen järjestämis- ja rahoitusvastuun jakautumiseen valtion ja kuntien kesken, katson, että omaishoito tulee tulevaisuudessakin järjestää kunnan sosiaalipalveluna, jotta sopimusomaishoidon tukea ei voitaisi katsoa koordinaatioasetuksen sairausetuuksia täydentäväksi sairausetuudeksi.

Helsingissä, 10.3.2014

Simopekka Koivu

Kansallisen omaishoidon kehittämissohjelman työryhmä

Täydentävä lausuma

Sopimusomaishoidon vaihtoehtoisista järjestämis- ja rahoitusmalleista on jatkovalmisteluun valittava Kelan rahoitusmalli, jossa Kela vastaa sopimusomaishoidon hoitopalkkioista ja ne rahoitetaan valtion varoista. Malli parantaa sopimusomaishoidon järjestämismahdollisuuksia ja lisää sopimusomaishoitajien ja hoidettavien yhdenvertaisuutta koko maassa.

Vahvennettu kuntamalli tarkoittaisi subjektiivista oikeutta hoitopalkkioihin ja vapaapäiviin, ja loisi siten sopimusomaishoitoon vahvemmat oikeudet muihin lakisääteisiin, määrärahasidonnaisiin palveluihin nähden. Kuntien lakisääteisiä tehtäviä ja veloituksia ei voida enää lisätä eikä laajentaa.

Kela-mallissa sopimusomaishoitajan oikeus lakisääteiseen vapaaseen syntyisi Kelan hoitopalkkiota koskevan päätöksen myötä. Kunta kuitenkin vastaisi vapaanaikaisten palvelujen järjestämisestä hoidettavalle. Tämän vuoksi valtion tulee korvata vapaanaikaisten palvelujen kustannukset kunnille täysimääräisesti.

Jatkovalmistelussa on syytä arvioida myös sopimusomaishoidon hoitopalkkioiden ja Kelan hoitotukien yhteensovittamista. Yhteensovittamisessa on otettava huomioon myös ne vanhukset, vammaiset ja sairaat henkilöt, joilla ei ole omaisia tai läheisiä auttamassa ja jotka ovat kokonaan riippuvaisia ulkopuolisista palveluista.

Helsingissä 12.3.2014

Eevaliisa Virnes
erityisasiantuntija
Suomen Kuntaliitto

Merja Etholén-Rönneberg
Idän palvelualueen johtaja
Helsingin kaupunki

Raimo Nieminen
sosiaali- ja terveystoimen johtaja
Lempäälän kunta