

Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä

ELLI AALTONEN

Hoito ja hoiva

Omaishoito on ilmiö, johon liittyy Berenice Ficherin ja Joan Tronton (1990) jaottelun mukaisesti hoidon prosessi, jossa on välittämistä tai huolen kantamista (caring about), huolenpitoa (taking care), hoitamista (care giving) ja hoidon vastaanottamista (care receiving). Välittämisessä on kyse huomioon ottamisesta, kun taas huolenpidossa on vastuuta ja pyrkimystä tehdä asioita toisen puolesta tai toisen hyväksi. Huolenpito on eräänlaista koordinoivaa toimintaa, jossa keskeisenä elementtinä on vastuu asioiden sujumisesta. Hoitaminen edellyttää toisenlaista ajallista ja ruumiillista sitoutumista kuin huolenpito. Hoitamisen erilaisia aspekteja tarkastellaan usein ryhmittämällä niitä emotionaaliseen, fyysiseen ja taloudelliseen apuun tai luettelemalla erilaisia perushoivan muotoja. Omaishoidossa hoidettavien tarpeet edellyttävät usein sekä sairauksien hoitoa ja ehkäisyä että arjen sujuvuuden tukemista.

Omaishoito on yleiskäsitteellisesti monessa Euroopan maassa ymmärretty joka tapauksessa seläiseksi hoivaksi tai/ja hoidoksi, jota kohdistuu lapsiin, vanhuksiin tai vammaisiin ja jossa tuen, hoivan ja/tai hoidon antajana on epävirallinen taho, yleensä omainen tai lähipiirin tuttava. Tällainen palvelu voi olla maksutonta tai maksullista hoidettavalle itselleen ja varsinaiselle omaishoitajalle palkalla, palkkiolla, korvauksella tai ilman niitä tapahtuvaa työtä. Euroopassa omaishoidosta on tullut merkittävä sosiaalipoliittinen kysymys, kun väestö ikääntyy ja tarvitsee vanhuuden jossain vaiheessa enemmän palveluja ja hoivaa. Tämä hoiva ja huolenpito eivät näy voivan tapahtua laajentamalla pelkästään julkispalveluja tai siirtämällä kasvava hoidontarve palveluyritysten vastattavaksi. Nykyään korostetaan avohoidon mahdollisuuksia ja omaishoitajuuden avulla liitetään läheisistään huolta pitävät omaiset osaksi julkista palvelujärjestelmää.

Suomenkielisessä käännöksessä ”care” usein käännetään sanaksi hoito, kun palvelun antajana on virallinen instituutio, yleensä julkinen laitos. Kun palvelun antamisen paikka on asiakkaan oma koti tai sosiaalihuollollinen avohuolto, käsite ”care” usein korvataan sanalla ”hoiva”. Epävirallinen hoito näyttää siten olevan useammin ”hoivaa” kuin ”hoitoa”, vaikka suomenkielinen käsite onkin lakisäätöisesti määritelty ”omaishoidoksi”.

Omaishoidon käsitettä käytetään arkikielessä ja tutkimuksessa empiirisen käsitteen tavoin. Valtaosassa omaishoitajiin kohdistuvista tutkimuksista hoitamisen ja huolenpidon käsitettä ei ole määritelty lainkaan. Käytännössä käsitteiden monimerkitysisyys ilmenee esimerkiksi siten, että omaishoitajat eivät saata mieltää itseään omaishoitajiksi, koska he tulkitsevat sen viittavan joihinkin virallisiin omaishoitajiin tai ammattimaiseen hoitamiseen. Omaishoitajuutta on yritetty määritellä sanomalla, että se liittyy jonkun perheenjäsenen terveydentilassa tai toimintakyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin. Tällä tavoin omaishoitajuus on haluttu erottaa muusta perheenjäsenen toisilleen antamasta avusta, vaikka nämä jossain mielessä sijoittuvat samalle jatkumolle. (Aaltonen 2004.)

Tarkastelen tässä artikkelissa ensin omaishoidon asemaa eri maissa ja sitten omaishoidon ja julkisen palvelujärjestelmän suhdetta Suomessa. Lopuksi pohdin omaishoidon kehittämisen mahdollisuuksia.

Omaishoito eri maissa

Fiona Williams (2004) kirjoittaa muutosprosesseista, joihin epävirallisen hoivan nouseminen keskusteluun liittyy. Eurooppalaisissa hyvinvointivaltioissa on hahmottumassa uudenlaisia hyvinvointisopimuksia. Muutoksen alla ovat suhteet

valtioon, perheen, markkinoiden ja hoivan tuottajina toimivien vapaaehtoisen ja kansalaissektorin välillä, suhteet käteisen rahan ja hoivan palveluiden välillä, suhteet hoivattavan ja hoitajan välillä, suhteet sukupuolten välillä ja demografiset suhteet eli laaja yhteiskuntien ikääntyminen.

Eri maissa on eroja hoidon ja hoivan toteuttamisessa. Esimerkiksi Suomi ja Ranska edustavat mm. Rianne Mahonin (2002) mukaan ”uusfamiliaristista” mallia, jossa vanhempien valinnanvapauden nimissä on luotu tukia ja verohelpoituksia, joiden avulla voi jäädä kotiin ”hoitamaan” ja mahdollisesti palata myöhemmin työelämään. Pienten lasten kohdalla tuen suuruus on jo sitä luokkaa, että se mahdollistaa valinnan. Vanhusten ja vammaisten hoidossa omaishoidon tuen taso on niin alhainen ja kunnittain eritasoinen, ettei siinä voida vielä puhua vaihtoehdosta tai yleisestä valinnanvapaudesta.

Britannia ja Alankomaat kuuluvat taasen Williamsin (2004) mukaan eräänlaiseen kolmannen tien malliin, jossa on yhdistetty työ ja hoiva tai hoito. Erilaiset tuet mahdollistavat osa-aikatyön ja työn yhdistämisen hoitoon niin, että ihmiset voivat vapaa-aikanaan jakaa hoivatyön kotona keskenään. Toisin sanoen ihmisiä kannustetaan osallistumaan työmarkkinoille, mutta osaikaisina työntekijöinä, jolloin palvelujen julkinen tarjonta voidaan pitää matalana. Tästä on tietysti omat seurauksensa, kuten se, että hoivatyö pysyy aliarvostettuna ja huonosti palkattuna, vaikka järjestelmässä on pystytty hyvin ottamaan huomioon työ- ja perhe-elämän yhdistämisen vaateet. Hoivatyön aliarvostus näkyy näissä maissa kansainvälisen rekrytoinnin lisääntymisenä, jolloin hoitajina toimivat ulkomailta, yleensä köyhemmistä maista tulevat ja usein myös kouluttamat naistyöntekijät.

Epävirallisesta hoidosta tai hoivasta on Isonsa-Britanniassa vuonna 2001 hyväksytty erikseen vammaisia lapsia ja heitä hoitavia omaisia koskeva laki, joka antaa paikallisviranomaisille mahdollisuuden suorittaa rahallinen korvaus sosiaalipalvelujen hankkimista varten. Epävirallisen hoivan antajien jaksamista tuetaan myös palvelusetelillä lyhytaikaiseen tai tilapäiseen hoitoon. Omaishoidon ilmaantuminen Isonsa-Britanniassa omalla käsitteellään terveys- ja sosiaalipolitiikan kentälle ilmentää jossain mielessä astumista ulos siitä selviöstä, joka aikaisemmin luonnehti perheiden toimintaa sairaiden ja iäkkäiden jäsentensä hoitamisessa. Englannin kielessä omaishoito-sa-

nan synonyyminä on ”informal care” eli epävirallinen hoito tai epävirallinen hoiva ja ”family care givers” tarkoittaa perhehoidon tai -hoivan antajia. Molemmista englanninkielisissä synonyymeissä halutaan kuitenkin ilmaista, että hoito ei ole ammatillista eikä ammattimaista.

Hollannissa on luotu runsaasti vaihtoehtoja omaishoidon ja työelämän välisen suhteen parantamiseksi ja omaishoidon mahdollistamiseksi myös niille, jotka ovat työelämässä. Marja Pijl (2002) mainitsee tällaisina mahdollisuuksina katastrofivapaan, kymmenen päivän hoitovapaan, terminaalihoiton vapaan, työn keskeytyksen omaishoitoa varten, säästetyin vapaan ja pitkäaikaishoidon vapaan. Katastrofivapaata annetaan erityistilanteita varten, jotka vaativat työntekijän välitöntä toimintaa muutamasta tunnista muutama päivään. Enintään kymmenen päivän hoitovapaa annetaan sairaan lapsen, puolison tai vanhemman hoitamiseksi tilanteessa, jossa muu hoivavaihtoehto ei tule kysymykseen. Työnantaja maksaa 70 prosenttia palkasta ja vähintään minimipalkan, johon se saa vakuutuksesta täyden korvauksen. Terminaalihoiton vapaa sovitaan yksilökohtaisesti; se on vähintään kolmasosa työajasta vähintään kuukauden ajan ja enintään kuuden kuukauden ajan. Tällaisen vapaan korvaa suoraan työntekijälle julkinen vakuutusjärjestelmä.

Ruotsin ja Tanskan hoiva- ja hoitomalli kuuluu Williamsin (2004) mukaan ns. egalitaariseen malliin, jossa julkisesti tuetaan hoitoa ja jossa on hyvät äitiys- ja isyyslomajärjestelyt. Näillä kannustimilla miehet ja naiset saadaan jakamaan hoitotyötä. Malli toimii nykyisin tyypillisenä lastenhoidossa, mutta sitä sovelletaan myös ikääntymisestä johtuvaan hoiva- ja hoitotarpeeseen.

Omaishoidon ja julkisen palvelujärjestelmän välinen suhde

Palvelujärjestelmän ja omaishoitajan suhde on monimutkainen. Raja tavanomaisen auttamisen ja varsinaisen omaishoitajuuden välillä on liukuva ja saattaa vaikuttaa perheen ja julkisen sektorin välisiin suhteisiin. Julkisella palvelujärjestelmällä on erilaisia suhtautumistapoja omaisiin ja omaishoitajiin, kuten Julia Twigg (2000) erittelee.

Ensiksi palvelujärjestelmä voi suhtautua omaishoitajiin resurssina, jolloin kaikessa toiminnassa korostetaan omaishoidon ensisijaisuut-

ta ja mikäli se ei ole mahdollista, otetaan käyttöön muut palvelut. Pääasiana pidetään tällöin omaishoidon maksimointia ja varotaan, ettei virallinen korvaa tätä epävirallista. Tällöin on vaarana, että omaishoitaja eristäytyy suhteessa palvelujärjestelmään ja hoitajan valinnan mahdollisuudet kapenevat.

Toiseksi palvelujärjestelmä voi ottaa omaishoitajat yhteistyökumppaneiksi, jolloin julkiset palvelut asettuvat omaishoidon rinnalle ja tukevat tätä. Tällöinkin toiminnan kohteena on hoidettava, mutta hoitajan tarpeita otetaan huomioon hoidon jatkuvuuden nimissä.

Kolmanneksi palvelujärjestelmä voi kohdella omaishoitajaa asiakkaana, jolloin palvelut suunnitellaan helpottamaan hoitajan työtä. Toiminnan pääkohde on tuolloin hoitaja ja hänen hyvinvointina. Tällöin hoitaja-käsitteelle luodaan tiukka määritelmä esimerkiksi niin, että omaishoitajia ovat vain ne henkilöt, jotka hoitavat hyvin paljon hoitoa tarvitsevia henkilöitä ja ovat oikeutettuja saamaan omaishoidon tukea. Omaishoidossa eletään tällöin lyhytjänteisesti eikä huolehdita tulevista hoitotilanteista ennakkodusti. Neljänneksi palvelujärjestelmä voi ottaa hoiva- ja hoitotehtävien huolehtimisen itselleen. Tavoitteena on tällöin korvata omaishoito.

Suomen kunnista löytynee kaikkia näitä suhtautumistapoja. Timo Karjalainen (2004) on artikkelissaan pohtinut, mitä seuraa, jos omaishoittoon aletaan suhtautua kunnissa puhtaasti resurssina, joka säästää muita palvelumenoja, kuten ammatillisesta työstä syntyviä kustannuksia. Hänen näkökulmansa on, että omaishoito tulisi lyhyellä aikavälillä kunnallistaloudellisesti sietämättömän halvaksi suhteessa omaishoidon tuen kanssa ”kilpaileviin” ammattimaisiin pitkäaikais-hoidon vaihtoehtoihin. 1990-luvulla kunnat eivät vältäneet kiusausta kehittää asumispalveluja muiden palvelumuotojen kustannuksella. ”Miten kunnat nyt välttäisivät kiusauksen kehittää omaishoitoa ammattimaisten palvelujen kustannuksella”, kysyy Karjalainen. Käytännössä tämä tarkoittaa hoitovastuun siirtämistä julkiselta valalta eli kunnilta ja valtiolta takaisin yksityisille kansalaisille. Suuntaus voi sinänsä olla joissakin tilanteissa rahoituksellisesti ja eettisesti perusteltua, mutta sen ei Karjalaisen (2004) mielestä parane olla ristiriidassa yhteisten kansantaloudellisten hyötyjemme kanssa.

Omaishoidon kunnallis- ja valtiontaloudellinen halpuus perustuu Karjalaisen mukaan sii-

hen, että omaishoitajat ovat amatöörejä ja amatöörimäinen ”halpahoito” syö edellytykset ammattihoidon kehittämislä. Tällöin amatöörihoito ”dumpaa” ammattihoidon kunnallistaloudellista hintaa ammattihoidon tappioksi ja pitkäaikaishoitomme muuttuu ammattimaisesta amatöörimäisemmäksi.

Omaishoidon halpuus nojautuu Karjalaisen mielestä julkistaloudelliseen näköharhaan, koska emme havaitse pitkäaikaishoidon menojen alenemisesta aiheutuvia vastaavia välittömiä tulojen menetyksiä, emme esimerkiksi alan ammatilaisten menettämiä työtuloja tai menojen alenemisestä aiheutuvia välillisiä lisämenoja, kuten työttömyysturvamenojen kasvua, julkiselle vallalle. Jos kuntiin ja kansakuntaan kasautuu pitkällä aikavälillä paljon omaishoidon tuen turvin eläviä hoidettavia sekä heidän hoitajiaan, nämä ihmiset maksavat selvästi vähemmän veroja ja asiakasmaksuja kuin vaihtoehtoisen ammattimaisen avun piirissä olevat hoidettavat ja ammattihoitajat maksaisivat. ”Pitkällä aikavälillä kunnan ja valtion verotulot vähenevät ja kansainvälinen kilpailukykyimme vaarantuu, jos nuoremmat sukupolvet – ja hiukan varttuneemminkin – eivät voi täysipainoisesti keskittyä ammattinsa harjoittamiseen, joka myös tuottaa julkiselle vallalle verotuloja”, toteaa Karjalainen (2004).

OECD:n maavertailun mukaisesti ainakaan Pohjoismaiden omaishoidon tuen palkkiot eivät todista sitä, että kunnat olisivat merkittävästi siirtämässä ammatillista työtä omaishoidoksi (Consumer ..., 2003). Ruotsissa noin puolet kunnista maksaa jonkinlaista taloudellista tukea. Tällainen korvaus maksetaan hoidettavalle, vaikka se on tarkoitettu omaishoitajan tukemiseen, ja syyt tähän ovat osittain verotekniset. Ruotsissa resurssia on päätetty kohdentaa myös omaishoidettavien sijaishoidon kehittämiseen, neuvontaan ja henkilökohtaisen tuen antamiseen omaishoitajille. Julkista tukea ja hoitoa saavien asiakkaiden valintamahdollisuudet ovat OECD:n selvityksen mukaan Ruotsissa ja Norjassa rajallisemmat verrattuna esimerkiksi Hollantiin, jossa asiakaskohtaisen palvelubudjetin avulla henkilöt voivat itse valita tarvitsemansa palvelut ja niiden tuottajat. Suomessa on arvioitu olevan yli 300 000 omaishoitajaa (Vaarama & al. 2003) ja näistä omaishoitajista kunnallisen omaishoidon tuen piirissä vuonna 2002 oli vain 25 341. Suuntaus omaishoidossa on tuen saajien osalta ollut pikemminkin aleneva kuin Karjalai-

sen kuvaaman halpuuden vuoksi kasvava. Omaishoidon tuen käyttäjät vähenivät 1990-luvun alussa niin paljon, että pienestä uudesta kasvusta huolimatta tuen piirissä oli vuonna 2000 vasta yhtä suuri osa ikääntyneistä kuin 1990-luvun alussa.

Suomessa omaishoitajat tekevät hoitotyötä pääasiallisesti ansiotyön sijasta. He ovat eläkkeellä, jääneet kokonaan työstä pois, valinneet palkattoman vapaan tai toimivat työttömyytensä aikana omaishoitajina. Puolisoita hoitajista on 40 prosenttia ja eläkkeellä heistä on 52 prosenttia (Vaarama & al. 2003.) Eläkkeellä oleva omaishoitaja ei voi olla vaikuttamassa työttömyysturvamenojen kasvuun siten, että alan ammattilaiset menettäisivät tämän vuoksi tötulojaan. Tyypillisempi seuraus siitä, että puoliso tai lähiomainen ei toimisi omaishoitajana, on raskasta hoitoa vaativan hoidettavan siirtyminen laitoshoittoon tai kotihoitossa pärjäävän hoidettavan jääminen vaille tarpeellista jatkuvaa hoivaa, huolenpitoa tai turvallisuutta. Hoitajista 16 prosenttia on lisäksi kokoaikatyössä ja kuusi prosenttia osa-aikatyössä. Näille hoitajille omaishoidon tuki nykymuodossaan joko palveluna tai palkkiona, on tuke- massa oman kodin ulkopuolisen työn ohella tapahtuvaa hoitotyössä jaksamista. Työssä käyville omaishoitajille itse työssäkäynti voi olla omaa jaksamista vahvistavakin tekijä, mutta työelämän ja hoitotehtävän yhteensovittaminen on usein vaativaa ja raskasta.

Kahdeksan prosenttia omaishoitajista on työttömiä (Vaarama & al. 2003). Tällöin kyse on työttömyysturvan ja omaishoidon välisestä suhteesta. Työttömyysturvalain (1984) säädökset määrittävät työttömyyspäivärahaan oikeutetuksi työvoimatoimistoon ilmoittautuneen, kokoaikatyötä hakevan, työkykyisen työttömän henkilön, joka on työmarkkinoiden käytettävissä ja jolle ei ole voitu osoittaa työtä tai jota ei ole voitu ottaa koulutukseen. Omaishoitajan mahdollisuus päästä työttömäksi työnhakijaksi ja sitä kautta työttömyysturvan piiriin vaihtelee riippuen siitä, millaiseksi on arvioitu hakijan mahdollisuus olla työmarkkinoiden käytettävissä omaishoitotyön sitovuuden ja työmäärän perusteella.

Työvoimatoimikuntien ratkaisut ovat yksittäisiä sovellutuksia työministeriön yleisohjeesta, jonka mukaan vain sitova omaishoitajuus estää olemasta työmarkkinoiden käytettävissä. Mikäli omaishoitaja on ollut aiemmin työelämässä, hän sitä kautta pystyy usein osoittamaan, että hoito ei ole ollut aikaisemminkaan ympärivuorokautisesti

sitovaa. Jos näin ei ole, työttömyysturvan saamiseksi tarvitaan asiantuntijalausunto siitä, että työ ei ole ympärivuorokautisesti sitovaa. Omaishoitajina työskentelevät työttömät ovat, päinvastoin kuin Karjalainen (2004) väittää, pienentämässä työttömyysturvamenoja, erityisesti silloin, kun hoidon sitovuus on niin suuri, että omaishoitajaa ei voi tulkita työvoimamarkkinoiden käytettävissä olevaksi työvoimaksi. Myös ammattiliittojen käytäntö siitä, hyväksytäänkö omaishoidon tuki palkkiona päivärahan perusteena olevaksi palkkatuloksi, on kirjavaa. Tulkinnot johtuvat osittain siitä, että omaishoitajan suhde kuntaan ei ole työsuhde vaan toimeksiantosuhde. Näin ollen omaishoitajat joutuvat usein työttömyysturvaa hakiessaan huonompaan asemaan kuin ne, jotka ovat työttömänä ilman omaishoitorasitetta.

Suomessa perheen ja suvun piirissä tapahtuva epävirallinen hoiva on käytännössä mahdollista, kun hoitajina ovat puoliset ja lapset, jotka asuvat samassa taloudessa tai fyysisesti hoidettavan lähellä. Kuten Pertti Koistinen (2003) on todennut, perinteisen perheen hajoaminen esimerkiksi avioerojen ja lasten kodista muuttamisen kautta on merkinnyt sitä, että perheen kyky sitoutua omaisten hoivaan on pienentynyt, vaikka tarve tukeen on samanaikaisesti kasvanut. Yksilöllistämismuutos on lisännyt hoivan tarvetta ja vähentänyt samalla yksilöiden ja perheenjäsenten mahdollisuuksia ottaa kannettavakseen hoivatehtäviä. Voidaan kysyä, ovatko ihmisten omat verkostot vähenemässä ja itsekkyys kasvamassa, jolloin omaishoidon tulevaisuus rapautuu. Toisaalta ihmisillä on aikaisempaa enemmän halua saada laatua elämäänsä. Siirtymiseen yksilöllisyydestä yhteisöllisyyteen liittyvät myös huoli läheisistä ja palaaminen omien läheisten ja ystävien pariin.

Nykyisen kaltainen kunnittain poikkeaviin omaishoidon tuen palkkioluokkiin ja myöntämiskäytäntöihin perustuva järjestelmä ei aina- kaan ole tukemassa asenteellista muutosta yksilöllisestä elämäntavasta yhteisöllisyyteen ja läheisvastuuseen. Koko omaishoidon tukijärjestelmän onnistumisen edellytys on, että ihmiset todella kokevat henkilökohtaisen vastuun ohella yhteiskunnan tukevan heidän omaishoitotyötään ja luovan sille käytännön mahdollisuuksia. Jollei tällaista tukijärjestelmää kyetä luomaan, omaishoitajat ovat jatkossakin niitä, jotka ovat olosuhteiden vuoksi siihen pakotettuja, mutta eivät yhteiskunnan puolelta siihen tuettuja ja mahdollistettuja.

Omaishoidon kehittäminen osana kotihoitoa

Omaishoidon kehittämistä puoltaa se tosiasia, että monet iäkkäät ihmiset haluavat asua mahdollisimman pitkään kotona. Omaisten tarjoama apu, ehkä ympärivuorokautinen omaishoitajuuskin, on tällöin monesti inhimillinen ja taloudellinen mahdollisuus. Mutta hoidettavat ja omaishoitajatkin tarvitsevat erilaisia palveluja ja kuntien vähentyneet määrärahat riittävät yleensä hyvin suppeaan omaishoidon tukemiseen. Kolmannen sektorin järjestöt hahmottelevat entistä monitahoisemmaksi muuttunutta rooliaan jäsenistönsä edunvalvojana, markkinoilla kilpailevana palvelujen tuottajana ja ihmisten toimintavajeiden paikkaajana. Palvelusetelin mahdollistaessa palvelujen ostamisen myös yksityisiltä markkinoilta on luultavaa, että palveluyritykset tulevat entistä enemmän mukaan tarjoamaan omaishoitajan vapaapäivien sijaishoitoa ja hoidettavan kotiin annettavia palveluja.

Omaishoitoa kannattaa kehittää osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta, koska se ei ole päällekkäispalvelu muiden jo olemassa olevien palvelumuotojen kanssa, vaan yksi vaihtoehto ehkäistä raskaampien palvelujen piiriin siirtymistä ja keino myös korvata niitä. Vuonna 2001 laitoshoidossa oli kahdeksan prosenttia ja palveluasunnoissa viisi prosenttia yli 75-vuotiaista. Säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin selviytyi 12 prosenttia. Vuonna 2002 omaishoidon tuella hoidettavia oli 26 201, joista yli 75-vuotiaiden osuus 12 300 kattoi 3,4 prosenttia tästä ikäryhmästä (Vaarama & al. 2003). Laitoshoidon ja palveluasumisen osalta omaishoito ei ole päällekkäistä kuin enintään vuorotteluhoito ja vapaapäivien sijaishoidon osalta. Kotipalvelut ja omaishoito ovat tätä selkeämmin rinnakkaisia, koska omaishoidon tukeen sisältyy 41 prosentissa kotisairaanhoidoa ja 24 prosentissa kodinhoitoapua. Kotipalvelujen ja omaishoidon tuen kattavuutta ei tule kuitenkaan nähdä toistensa kilpailijoina, vaan omaishoidon tuella vähennetään tarvetta säännölliseen, intensiiviseen kotipalveluun ja mahdollistetaan sen kohdentaminen yksin asuville vanhuksille. Toisaalta omaishoidon tukeen liittyvillä kotipalveluilla on kahtalainen merkitys; niiden tulee turvata hoidettavalle ammatillinen hoito ja tuki omaishoitajan työn rinnalla ja turvata omaishoitajan jaksaminen.

Omaishoidon tuen kustannuksia verrataan

usein laitoshoitoon. Vähemmälle on jäänyt omaishoidon tarkastelu osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja siinä omaishoidon kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Jotta omaishoidon merkitystä osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakennetta voitaisiin arvioida nykyistä tarkemmin, tulisi toteuttaa vuositasoa pidempiä kustannusvaikuttavuusselvityksiä ja -tutkimuksia. Eri kuntatyypeistä ja näiden kuntien todellisten toteutuneiden omaishoidon kustannusten perusteella tulisi laatia omaishoidon kuntaprofiileja. Näin saataisiin vertailutietoja siitä, mitkä ovat kuntien todelliset omaishoidon kustannukset ja mikä on näiden kustannusten merkitys suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon valintoihin, jos omaishoidon vaihtoehto ei olisi ollut käytettävissä.

Valtakunnallista omaishoidon tuen tavoitetta tulisi nostaa. Kun vuonna 2012 yli 75-vuotiaita arvioidaan olevan 422 000 eli lähes 100 000 enemmän kuin nyt, kasvuun suhteuttaen omaishoidon tuen kattavuus tässä ikäluokassa tulisi vähintään kaksinkertaistaa nykyisestä (Aaltonen 2004). Näin kasvavalla omaishoidon tuella ehkäistäisiin palvelutarpeen suora ja liian nopea siirto intensiivisen koti- tai laitoshoidon piiriin, vaikka kotihoitoa järjestettäisiinkin jossain määrin yksilökohtaisesta tilanteesta riippuen omaishoidon tueksi. Kun kunnissa valmistellaan vanhusstrategioita ja niissä tarkastellaan kotona asumista ja sen kehittämistä, omaishoito jää herkästi sivuun tai muiden kotihoidon palvelumuotojen kehittämisen varjoon. Omaishoitoa ei useinkaan ajatella keinona sosiaali- tai terveydenhuollon kehittämisessä. Valtakunnallinen kattavuustavoite olisikin kuntien strategiatyölle suuntaa-antava.

Yksistään julkisilla resursseilla ikääntyvien ihmisten hoidon tarpeeseen ei pystytä tulevaisuudessa vastaamaan. Vaikka palveluyritysten määrä edelleenkin kasvaisi, kuten luultavaa on, pitkäaikaisesta hoidosta syntyvät hoitomaksut voivat olla monelle hoidettavalle kohtuuttomia tai palvelua ei ole saatavilla. Järjestöjen antama tuki ja vapaaehtoistyö on tärkeää, mutta hoidettavan asuinpaikasta riippuen myös sen saatavuus voi olla heikkoa ja jatkuvuus ylipäätään epävarma. Läheisen tuomaa turvallisuuden tunnetta hoidettavalle tai vastaavasti läheisen itse kokemaan tarvetta olla osittain vastaamassa omaisensa hyvinvoinnista ei voi korvata.

Omaishoito on pääosin eläkkeellä olevien puolisoitten työtä, joten se ei tule olemaan uhka am-

matilliselle, palkkasuhteeseen perustuvalla hoitotyöllä. Tilapäisten omaishoitajien tarve tulee kasvamaan, koska niitä tarvitaan työssä olevien ”omaishoitajien” hoitamisen mahdollistamiseksi. Heidän osuuteensa omaishoitajista kasvaa, jos työelämä tulee osaltaan tukemaan tällaisia järjestelyjä.

Omaishoidon tuki ja sen tarpeen arviointi

Omaishoidon tuki muodostuu nyt palkkiosta ja hoidettavalle tulevista palveluista. Palvelut kohdistuvat omaishoidossa pääasiassa hoidettavaan. Hoitajan työkykyä ja hyvinvointia tulisi kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin ottaa nykyistä enemmän huomioon. Tämä on tarpeen, koska omaishoitajat kokevat fyysisen terveydentilansa keskimääräistä heikommaksi. Omaishoitajilla esiintyy enemmän kroonisia sairauksia kuin muilla samanikäisillä ja he myös käyvät useimmin lääkärissä. Tyypillisiä fyysisiä sairauksia ovat selän rasittuminen nostoista, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja päänsärky. (Pietilä & Saarenheimo 2003.)

Omaishoitajat kärsivät myös emotionaalisesta stressistä, eristäytyneisyydestä, rahahuolista sekä vapauden ja identiteetin katoamisesta. Tutkimukset (mm. Neudorfer 1991; Pietilä & Saarenheimo 2003) ovat melko johdonmukaisesti osoittaneet, että omaishoitajilla on diagnosoitu enemmän depressiota ja ahdistusta kuin kontrolliryhmillä. Omaishoitajan työkyvyn ja kuntoisuuden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota niihin toimenpiteisiin ja tukemismuotoihin, joiden avulla omaishoitaja jaksaa työssään paremmin ja voi hetkellisesti vapautua muutoin sitovasta tai jopa ympärivuorokautisesta hoitovastuusta.

Omaishoidon tuen tarpeen arvioinnissa on tärkeää lääketieteellisten näkemysten integroiminen ihmisten psykososiaalisten ja sosiaalisten tarpeiden kanssa. Näiden erilaisten tarpeiden tasapuolinen huomioon ottaminen ja yhteensovittaminen on haasteellinen tehtävä, koska omaishoidon tuen myöntämiskäytännöissä on meneillään yhtäaikaisesti kaksi prosessia. Näistä ensimmäinen on sosiaalipalvelujen medikalisaatio ja toinen on terveyspalvelujen demedikalisaatio. Omaishoidon tuen myöntämisessä lääketieteellisten näkökohtien ylikorostaminen saattaa johtaa siihen, että hoidettavan sosiaaliset tarpeet ohitetaan ja esimerkiksi

kehitysvammaisen tai mielenterveysasiakas syrjäytyy tuen piiristä. Lääketieteellisten ongelmien alikorostaminen tai vähättely saattaa puolestaan johtaa siihen, että paljon hoidollista apua tarvitseva jää tuen ulkopuolelle. Lääketieteelliset perusteet näyttäisivät kuitenkin vaikuttavan sosiaalisia tarpeita enemmän omaishoidon tuen käytännöissä. (Aaltonen 2004.) Ne ohjaavat palvelujen päätöksentekoa voimakkaasti siihen suuntaan, että palvelut ohjautuvat lääketieteellisesti huonokuntoisille. Omaishoidon tuen tarpeiden arviointi ei näin ollen ole helppo tehtävä ja edellyttää moniammatillista osaamista.

Hoidon ja huolenpidon määrän lisäksi tulisi kyetä arvioimaan hoidon ja huolenpidon sitovuus. Hoidon ja huolenpidon määrä ja sitovuus ovat toisiaan täydentäviä kriteerejä. Vaikka hoidon ja huolenpidon määrä jäisikin arvioinnissa pieneksi, saattaa sitovuus olla niin suuri, että se nostaa omaishoitotilanteen tuen piiriin, tai vastaavasti hoidon ja huolenpidon sitovuus saattaa olla vähäinen, mutta silti säännöllisesti suoritettavien hoito- ja huolenpitotehtävien määrä voi olla runsas. Myös hoitajan soveltuvuuden ja voimavarojen tulisi kuulua omaishoidon tuen myöntämisen yhtenäisiin kriteereihin. Näin arvioinnissa selvitettäisiin omaishoitajan tiedostamat hoitovastuun rajat sekä työn ja hoitajan voimavarojen yhteensovittaminen. Arvioinnin avulla määriteltäisiin näiden kolmen kriteerin keskinäinen painoarvo. Arvioinnin lopputulos osoittaa omaishoitajan sijoittumisen johonkin laissa määriteltyyn omaishoidon tuen palkkioluokkaan, hoidettavalle annettavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrän ja intensiteetin sekä omaishoitajalle tarpeellisen muun tuen.

Palkkioluokkien määrä ja palkkion taso vaihtelevat tällä hetkellä kunnittain. Omaishoidon tuen palkkioluokat ja tasot tulisikin saattaa valtakunnallisesti yhtenäisiksi. Valtion tulisi ottaa vastuu omaishoitajille tulevien palkkioiden rahoituksesta omaishoidon jatkuvuuden ja aseman turvaamiseksi. Palkkioiden rahoitusvastuun siirtyminen valtiolle tarkoittaisi sitä, että omaishoidon tuen muut kunnille jäävät toimenpiteet eivät aiheuttaisi valtionosuuden korotusta, vaan ne hoidettaisiin kunnille palkkioiden siirrosta jäävillä säästöillä. Kunnan tehtävä olisi edelleen vastata omaishoidon tuen kokonaisuudesta, kuten tiedotuksesta, ohjauksesta ja neuvonnasta, arvioinnista, päätöksenteosta, palvelujen ja tuen antamisesta tai järjestämisestä, omaishoidon kehittämisestä,

yhteistyöstä muiden palvelujen tuottajien kanssa sekä seurannasta.

Omaishoitoon liittyneet valitukset eivät yleensä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta ole tulleet hyväksytyiksi. Hallinto-oikeuden päätökset ovat olleet hakijalle myönteiset niissä tapauksissa, kun omaishoidon tuki on lakkautettu tai palkkion määrää on pienennetty ilman riittäviä selvityksiä. Ongelmat asiakkaan oikeudellisessa asemassa syntyvät säännösten soveltamisessa. Perusoikeuksien merkitys korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön soveltamislanteissa muun muassa sen vuoksi, että kyseinen lainsäädäntö sisältää väljiä säännöksiä, jotka jättävät ratkaisijalle merkittävän määräysvallan. (Ylikylä-Leiva 2003.) Vaikka omaishoidon tuki kuuluu kunnan lakisäateisiin palveluihin, ei hoitajalle tai hoidettavalle muodostu subjektiivista oikeutta tähän tukeen. Kunnat järjestävät omaishoidon tuen palveluja ja maksavat omaishoidon tuen palkkiota tarkoitukseen varattujen määrärahojen puitteissa. Omaishoidon päätöksenteossa saatetaan viitata niukkoihin resursseihin; tämä lukitsee neuvottelumahdollisuudet olemattomiksi asiakkaan ja hänen omaisensa näkökulmasta. Puhe resurssien vähydestä on perustelu, joka esitetään

TIIVISTELMÄ

Elli Aaltonen: Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä

Omaishoitoon liitetään käsitteet hoiva, huolenpito ja huolen kantaminen, vaikka omaishoidon tuen tarvetta herkästi arvioidaankin sairaanhoidollisin kriteerein. Omaishoito on kuitenkin sekä hoitoa että hoivaa ja huolenpitoa, jolloin viimeksi mainitut käsitteet ovat eräänlaista koordinoivaa toimintaa, jossa keskeisenä elementtinä on vastuu asioiden sujumisesta.

Euroopassa omaishoidosta on tulossa merkittävä sosiaalipoliittinen kysymys, kun väestö ikääntyy ja tarvitsee vanhuuden jossain vaiheessa enemmän palveluja ja hoivaa. Eri maissa on eroja omaishoidon toteuttamisessa. Esimerkiksi Suomessa ja Ranskassa on luotu tukia ja verohelpotuksia, joiden avulla voi jäädä kotiin ”hoitamaan”. Vanhusten ja vammaisten omaishoidossa tuen taso on kuitenkin niin alhainen, ettei siinä voida vielä puhua vaihtoehdosta tai yleisestä valinnanvapaudesta.

Julkisen palvelujärjestelmän ja omaishoitajan suhde on Suomessa hyvinkin kunta- ja tilannekohtainen. Palvelujärjestelmä voi suhtautua omaishoitajiin resurssina, jolloin korostetaan omaishoidon työn ensisijaisuutta. Palvelujärjestelmä voi ottaa omaishoitajat yhteistyökumppaneiksi, jolloin julkiset palvelut tukevat omaishoitoa, tai asiakkaiksi, jolloin palvelut suunnit-

asiakkaalle silloin, kun hänen palvelutarpeisiinsa ei voida vastata joko ollenkaan tai ei ainakaan hänen toiveidensa mukaisesti.

Parhaimmillaan asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat silloin, kun asiakkaalla on valtaa palveluiden suunnittelussa. Omaishoidossa asiakkaan tai häntä hoitavan omaisen näkemysten aito huomioon ottaminen ja osallisuus ovat vaativia, koska silloin tarvitaan aikaisempaa enemmän erilaisten intressien yhteensovittamista ja neuvotteluja. Tällöin täytyy nykyisissä toimintakäytännöissä ja olosuhteissa konkreettisesti sovittaa palvelujen tarjontaa ja kysyntää ja neuvotella käytännöistä ja palvelujen sisällöstä. Alhaisimmillaan asiakkaan osallistuminen on silloin, kun asiakkaalla on oikeus saada tietoa palveluista, mutta ei muuta. Myös tämä oikeus joutuu nykyisin koetukselle johtuen siitä, että asiakas ei tiedä, mitä tietoa ja mistä tulisi kysyä. Omaishoidon tuen hakijan oikeudellista asemaa tulisi vahvistaa vähintään siten, että hänellä on oikeus saada omaishoidon tuen arviointi käynnistymään tietyn ajan kuluessa siitä, kun omaishoidon tukea koskeva hakemus on saapunut kunnalle. Vastaavasti päätös ja sopimus omaishoidon tuesta tulisi tehdä kohdullisissa ajassa hakemuksen saapumisesta.

tellaan helpottamaan hoitajan työtä. Palvelujärjestelmän tavoitteena voi olla myös omaishoidon korvaaminen ottamalla hoiva- ja hoitotehtävien huolehtiminen itselleen.

Timo Karjalainen on artikkelissaan (Yhteiskuntapolitiikka 5/2004) pohtinut, mitä seuraa, jos omaishoittoon aletaan suhtautua puhtaasti resurssina, joka säästää muita palvelumenoja, kuten ammatillisesta työstä syntyviä kustannuksia. OECD:n maavertailu ei kuitenkaan osoita, että Pohjoismaissa oltaisiin merkittävästi siirtämässä ammatillista työtä omaishoidoksi. Ruotsissa noin puolet kunnista maksaa jonkinlaista taloudellista tukea. Julkista tukea ja hoitoa saavien asiakkaiden valintamahdollisuudet ovat Ruotsissa ja Norjassa rajalliset. Suomessa on arvioitu olevan yli 300 000 omaishoitajaa ja näistä kunnallisen omaishoidon tuen piirissä on vähän yli 25 000. Omaishoito on pääosin eläkkeellä olevien puolisoiden työtä, joten se ei tule olemaan uhka ammatilliselle, palkkasuhteeseen perustuvalla hoitotyöllä. Tilapäisten omaishoitajaksojen tarve tulee oletettavasti kasvamaan, jos työelämä tulee osaltaan tukemaan tällaisia järjestelyjä.

Omaishoitoa kannattaa kehittää osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta, koska se ei ole päällekkäispalvelu muiden jo olemassa olevien palvelumuotojen kanssa, vaan vaihtoehto ehkäistä raskaampien palvelujen piiriin siirtymistä ja keino myös korvata

niitä. Valtakunnallista omaishoidon tuen tavoitetta tulisi nostaa. Näin kasvavalla omaishoidon tuella ehkäistäisiin palvelutarpeen suora ja liian nopea siirto intensiivisen koti- tai laitoshoidon piiriin, vaikka kotihoi-

toa järjestettäisiinkin jossain määrin yksilökohtaisesta tilanteesta riippuen omaishoidon tueksi. Omaishoidon tuen hakijan oikeudellista asemaa tulisi samankaltaisesti vahvistaa.

KIRJALLISUUS

- AALTONEN, ELLI: Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Selvityshenkilöraportti. Työryhmämuisioita 2004: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004
- ASETUS OMAISHOIDON TUESTA 318/1993
- CONSUMER DIRECTION AND CHOICE IN LONG-TERM CARE FOR OLDER PERSONS, INCLUDING PAYMENTS FOR INFORMAL CARE. Paris: OECD, 2003
- FISHER, BERENICE & TRONTO, JOAN: Toward a feminist theory of caring. In: Abel, E. K. & Nelson, M. K. (eds.): *Circles of Care. Work and identity in women's lives*. State University of New York. New York Press, 1990
- KARJALAINEN, TIMO: Ammattihoito vai omaishoito? *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 5, 546–553
- KOISTINEN, PERTTI: *Hoivan arvoitus*. Tampere: Vastapaino, 2003
- MAHON, RIANNE: Child care: Toward what kind of Social Europe? *Social Politics, international studies in Gender, State and Society* 9 (2002): 3, 343–379
- NEUDORFER, M. M.: Coping and health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia. *Nursing Research* 40 (1991), 260–265
- PIETILÄ, MINNA & SAARENHEIMO, MARJA: Omaishoidon tukeminen Suomessa. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 2003
- PIJL, MARJA: Developments in the support of carers of older persons in the Netherlands 1998–2002. Stockholm: Paper, 2002
- TWIGG, JULIA: Bathing – the body and community care. London: Paper, 2000
- TYÖTTÖMYYSTURVALAKI 602/1984
- VAARAMA, MARJA & VOUTILAINEN, PÄIVI & MANNINEN, MILLA: Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. *Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994–2002*. *Selvityksiä* 2003: 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003
- WILLIAMS, FIONA: Hoivan uudelleenarviointia sosiaalipolitiikassa. *Janus* 12 (2004): 1, 6–24
- YLIKYLÄ-LEIVA, HELENA: Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan oikeudellisesta asemasta. *Selvitys asiakkaiden kohtaamista oikeudellista ongelmista ensiasteen päätöksenteossa*. Helsinki: Edita, 2003.