# läkkäiden omaishoidon tuki

Valtiontalouden tarkastusviraston
tarkastuskertomukset

5/2026

Tuloksellisuustarkastuskertomus

# läkkäiden omaishoidon tuki

Valtiontalouden tarkastusviraston
tarkastuskertomukset

5/2026

# Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus

D/23/04.07.02/2025

Valtiontalouden tarkastusvirasto on tehnyt tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen tuloksellisuustarkastuksen läkkäiden omaishoidon tuki. Tarkastus on tehty tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle, valtiovarainministeriölle, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle, hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle ja sosiaali- ja terveysvaliokunnalle.

Ennen tarkastuskertomuksen antamista sosiaali- ja terveysministeriöllä, valtiovarainministeriöllä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella, hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla on ollut mahdollisuus varmistaa, ettei kertomukseen sisälly asiavirheitä, sekä lausua näkemyksensä siinä esitetyistä tarkastusviraston kannanotoista.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen kannanottojen perusteella on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2028.

Helsingissä 10. huhtikuuta 2026

**Jaakko Eskola**
tarkastusyksikön johtaja

**Olli Karsio**
ylitarkastaja

**Julkaisutiedot**

ISSN-L: 1799-8093
ISSN: 1799-8107 (pdf)
ISBN: 978-952-499-590-0 (pdf)
URN:ISBN: 978-952-499-590-0
urn.fi/urn:isbn:978-952-499-590-0

**Kuvatiedot**

Valokuva: GettyImages.

# Tarkastusviraston kannanotot

Tarkastuksen kohteena oli hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä 65 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuki. Tarkastuksessa keskityttiin iäkkäisiin omaishoidettaviin, sillä suurin osa omaishoidon tukea saavista kuuluu tähän ikäryhmään. Omaishoidon tuki on tärkeä osa iäkkäiden palvelujärjestelmää nopeasti ikääntyvässä yhteiskunnassa, ja sitä pidetään merkittävästi korvaavia palveluita edullisempana. Omaishoidon tukea pidetään myös keskeisenä keinona vastata ikääntyvien kasvaviin palvelutarpeisiin. Silti sen kattavuus on 2020-luvulla vähentynyt.

Tarkastuksessa arvioitiin, toteutuvatko iäkkäiden omaishoidon tuen taloudelliset tavoitteet, kuinka toimivia omaishoitajille tarjottavat palvelut ja omaishoidon tuen järjestelmä ovat sekä kuinka houkutteleva omaishoidon tuki on. Tarkastus on ajankohtainen, koska parhaillaan valmistellaan hallituksen esitystä sosiaalihuollon palveluja koskevan sääntelyn uudistamiseksi sekä opasta omaishoidon tuesta, jonka tavoitteena on yhtenäistää omaishoidon tuen myöntämiskriteerit ja muut toimintakäytänteet.

## Omaishoidon tuen kustannustietojen puutteet vaikeuttavat säästöjen arvioimista

Omaishoidon tuki on keskimäärin edullisempaa kuin vastaavat korvaavat palvelut, mutta todellisten kustannussäästöjen arviointi on vaikeaa. Arviointia hankaloittaa se, että palvelujen ja omaishoidon tuen kokonaisuutta koskeva tieto on puutteellista, ja se, että kaikkien omaishoitoperheille myönnettyjen palvelujen kustannukset eivät sisälly omaishoidon tuen kustannuksiin. Säästöjä syntyy vain, jos omaishoidon tukea korvaavia palveluja todella järjestettäisiin tilanteissa, joissa omaishoito ei toteutuisi. Mahdollinen säästö pienenee, mitä enemmän omaishoitoperheelle tarjotaan hoitoa tukevia palveluja, ja vastaavasti kasvaa, mitä vähemmän palveluja annetaan.

Jotta omaishoidon tuen todelliset kustannukset voidaan määrittää, kustannusten sisältöä on välttämätöntä selkeyttää ja yhdenmukaistaa kansallisesti. Riippumatta siitä, kuinka paljon järjestelmä tosiasiallisesti maksaa, omaishoidon tuki kuitenkin osaltaan ylläpitää iäkkäiden palvelujärjestelmän toimivuutta.

## Tietopuutteet vaikeuttavat myös tiedolla johtamista omaishoidon tuessa

Tiedolla johtaminen ei ole iäkkäiden omaishoidon tuessa nykyisellään kansallisesti mahdollista, koska sille ei ole asetettu kansallisia määrällisiä tavoitteita, ja järjestelmää koskeva tietopohja on osittain puutteellinen. Monet hyvinvointialueet eivät pysty tuottamaan keskeisiä tietoja omaishoidon tuen kustannuksista, hakemuksista, päätöksistä, lakisääteisistä palveluista tai muista omaishoitoperheille annettavista sosiaali- ja terveyspalveluista. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon palvelujen päällekkäisyydet vääristävät kuvaa iäkkäiden palvelujen kattavuudesta, sillä sama henkilö voidaan tilastoida samanaikaisesti omaishoidon tuen, kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaaksi.

Tarkastus osoitti, että VTV:n hyvinvointialueilta saamat tiedot omaishoidon tuella hoidettavien määristä poikkeavat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoista niin paljon, että tietojen laadun varmistaminen on välttämätöntä. Omaishoidon tuen ohjaus, seuranta ja arviointi edellyttävät luotettavaa ja vertailukelpoista tietopohjaa.

## Hyvinvointialueiden erot korostavat tarvetta yhtenäistää omaishoidon tuen sääntelyä

Sote-uudistuksen tavoitteena on ollut varmistaa yhdenvertaiset sosiaalipalvelut koko maassa. Omaishoidon tuen myöntämiskriteerit on yhtenäistetty hyvinvointialuekohtaisesti, mutta tarkastuksen perusteella Suomessa on nyt 22 erilaista iäkkäiden omaishoidon tuen järjestelmää. Hyvinvointialueiden välillä on eroja muun muassa omaishoidon tuen myöntämiskriteereissä, toimintakyvyn ja palvelutarpeiden RAI-arvioinnin tulosten soveltamisessa, hoitopalkkioluokkien määrissä ja tasoissa, omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien myöntämisessä sekä omaishoitajia tukevien sosiaali- ja terveyspalvelujen laajuudessa. Alueiden välillä on eroja myös lakisääteisten vapaiden järjestämistavoissa ja niistä perittävissä asiakasmaksuissa sekä valmennusten, koulutusten ja hyvinvointi- ja terveystarkastusten toteuttamisessa.

Jotta omaishoidon tuen saatavuus olisi kansallisesti yhdenvertaista, omaishoitolain hoitopalkkioluokkakohtaisia myöntämiskriteereitä tulisi täsmentää. Erityisesti alimman hoitopalkkioluokan myöntämiskriteereitä tulisi tarkentaa, koska se määrittelee palvelun piiriin pääsyn. Lisäksi omaishoidon tukea ohjaaviin asiakirjoihin tulisi sisällyttää selkeä määritelmä siitä, kuinka paljon muita sosiaali- ja terveyspalveluja omaishoitoperheelle voidaan myöntää ilman, että se pienentää hoitopalkkiota.

## Alueiden sisäiset erot palveluissa ja päätöksissä lisäävät omaishoidon tuen asiakkaiden eriarvoisuutta

Omaishoidon tuen palvelujen saatavuuden näkökulmasta omaishoitoperheet ovat hyvinvointialueella periaatteessa yhdenvertaisessa asemassa, mutta palvelujen todellinen saavutettavuus vaihtelee. Alueiden sisällä asiakkaat voivat olla eriarvoisessa asemassa asuinpaikkakunnan mukaan, mikä johtuu palvelutarjonnan eroista. Hyvinvointialuemalliin siirtyminen on laajentanut esimerkiksi kiertävien perhehoitajien ja palvelusetelien käyttöä, mutta kaikilla alueilla niitä ei edelleenkään voida hyödyntää.

Hyvinvointialueiden palveluverkkoa koskevat päätökset vaikuttavat eri paikkakunnilla asuviin omaishoitoperheisiin eri tavoin. Palvelujen keskittäminen lisää joillekin omaishoitajille matkakustannuksia ja voi vaikeuttaa lakisääteisten vapaiden pitämistä. Ympärivuorokautisten asumispalvelupaikkojen vähentäminen supistaa vapaan ja hoitotehtävän tueksi tarjolla olevia hoitopaikkoja, mikä voi pidentää niihin pääsyn odotusaikoja. Kun lakisääteisten vapaiden vaihtoehtoja vähennetään, kysyntä kohdistuu harvempiin vaihtoehtoihin ja odotusajat kasvavat.

## Suuret asiakasmäärät heikentävät omaishoitoperheiden tilanteiden seurantaa

Omaishoidon tuessa omatyöntekijät ovat keskeisessä asemassa omaishoitoperheiden palvelujen koordinoinnissa, yhteyshenkilöinä sekä palvelujen toimivuuden ja hoidettavan edun varmistamisessa. Hyvinvointialueilla on kuitenkin suuria eroja siinä, kuinka monta omaishoitoperhettä omatyöntekijöillä on vastuullaan. Suuret asiakasmäärät lisäävät työkuormaa ja riskiä siitä, etteivät työntekijät pysty seuraamaan omaishoitoperheiden tilannetta tavoiteajassa tai valvomaan hoidon laatua. Tämän vuoksi omaishoidon tuen laadun valvonta nojaa yhä enemmän huoli-ilmoituksiin sekä läheisten ja omaishoitoperheiden kanssa työskentelevien ammattilaisten havaintoihin.

Tarkastus myös osoitti, että omaishoitoperheiden tilanteen seurantaa tehdään alueilla vaihtelevasti. Jotta perheiden tilanteisiin voidaan puuttua ajoissa ja ennaltaehkäisevästi, seurannalle olisi tarpeen laatia kansalliset tavoitteet.

## Tarkastusviraston suositukset

1. Iäkkäiden omaishoidon tuen kustannusten läpinäkyvyyttä tulee parantaa, jotta kustannussäästöt voidaan luotettavasti todentaa ja laskea. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä valtiovarainministeriön tulee selvittää omaishoidon tuen todelliset kokonaiskustannukset ja varmistaa, että kustannuksia seurataan kansallisesti ja alueellisesti yhdenmukaisesti.

2. Sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön tulee varmistaa, että hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla on riittävä tietopohja iäkkäiden omaishoidon tukea koskevaan päätöksentekoon.

3. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tulee edistää omaishoidon tuen tilastoinnin ja tietorakenteiden kansallista harmonisointia sekä tietojen laadun varmentamista.

4. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee tarkentaa omaishoitolain alimman hoitopalkkion myöntämisedellytyksiä koskevia säännöksiä, jotta omaishoidon tuen myöntäminen kansallisesti yhdenvertaisin perustein toteutuu.

5. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee asettaa kansalliset määrälliset tavoitteet iäkkäiden omaishoidon tuen kattavuudelle, jotta omaishoidon tuen järjestelmää voidaan ohjata ja kehittää tehokkaasti sekä saavuttaa potentiaaliset kustannussäästöt.

# Sisällys


**Tarkastusviraston kannanotot** **5**

**1 Mitä tarkastettiin** **10**

**2 Ovatko iäkkäiden omaishoidon tuelle asetetut taloudelliset tavoitteet toteutuneet?** **12**

2.1 Omaishoidon tuen kustannusten ja kustannussäästöjen mittakaava on epäselvä 12

2.2 Omaishoidon tuen houkuttelevuudessa on eroja alueiden välillä 32

**3 Ovatko hyvinvointialueet huolehtineet omaishoitajien palveluista ja tuesta?** **40**

3.1 Omaishoitajien valmennusten, koulutusten ja hyvinvointi- ja terveystarkastusten toimeenpano on hajanaista 40

3.2 Omaishoitajien vapaan järjestäminen on alueilla epäyhtenäistä 47

3.3 Omaishoitajan tuki voi supistua vain muutamaan lisäpalveluun 55

**4 Ovatko hyvinvointialueet myöntäneet omaishoidon tukea lakien ja ohjeiden edellyttämällä tavalla?** **60**

4.1 Omaishoitolain alueelliset tulkinnat johtavat vaihteleviin omaishoidon tuen käytäntöihin 60

4.2 Omaishoidon tuen sopimukset ja hoito- ja palvelusuunnitelmat tehdään lainsäädännön mukaisesti 68

**Liite 1: Miten tarkastettiin** **75**

**Liite 2: Kuvitteellinen asiakastapaus** **80**

**Viitteet** **81**

# 1 Mitä tarkastettiin

Tarkastuksen kohteena oli hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin (jatkossa hyvinvointialueiden) järjestämä iäkkäiden eli 65 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuki, toisin sanoen sopimusomaishoito. Tarkastuksen tavoitteena oli arvioida, ovatko iäkkäiden omaishoidon tuen taloudelliset tavoitteet toteutuneet ja onko omaishoidettavien ja omaishoitajien tuen ja palveluiden toimivuudesta sekä omaishoidon houkuttelevuudesta huolehdittu.

Omaishoidon tuki on hyvinvointialueen järjestämä lakisääteinen ja määrärahasidonnainen sosiaalipalvelu. Omaishoidon tukea voidaan myöntää heikentyneeseen terveydentilaan, toimintakykyyn tai vammaisuuteen perustuen. Omaishoitajana voi toimia hoidettavan omainen tai muu läheinen henkilö. Hyvinvointialue tekee omaishoidon tuesta omaishoitajan kanssa toimeksiantosopimuksen, jonka liitteenä on hoito- ja palvelusuunnitelma. Omaishoidon tuki muodostuu hoidettavalle annettavista palveluista sekä hoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista[1].

Tarkastus kohdennettiin iäkkäisiin, koska vanhushoivapolitiikan tavoitteena on lisätä kotona asumista ja omaishoitoa[2] vastauksena ikääntyvän väestön palvelutarpeiden kasvuun. Silti samaan aikaan iäkkäiden palvelujärjestelmään kohdistuu suuria säästöpaineita[3] ja iäkkäiden palvelujen[4] ja iäkkäiden omaishoidon tuen kattavuus on laskenut[5]. Suurin osa omaishoidon tukea saavista on myös iäkkäitä[6].

Omaishoidon tuen tavoitteena on paitsi pidentää kotona asumista myös tuoda kustannussäästöjä[7]. Yli 75-vuotiaiden omaishoidon tuelle asetetut määrälliset tavoitteet eivät ole kuitenkaan toteutuneet. Iäkkäiden laatusuosituksessa vuodelta 2013 yli 75-vuotiaiden omaishoidon tuen kattavuuden tavoitteeksi oli asetettu 6–7 prosenttia vuodelle 2017[8], mutta kattavuus oli 4,8 prosenttia vuonna 2017. Hallituksen esityksessä omaishoidon tuen uudistamiseksi (HE 85/2016 vp) vastaava tavoite oli 5 prosenttia vuodelle 2020. Kattavuus oli 4,6 prosenttia vuonna 2020. Tämän jälkeen omaishoidon tuelle ei ole asetettu kansallisia tavoitteita. 75 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuen kattavuus oli 4 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä vuonna 2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan 65 vuotta täyttäneistä omaishoidon tuen piirissä oli 33 574 henkilöä vuonna 2024. Omaishoidon tukea saavien iäkkäiden määrä laski vuodesta 2021 vuoteen 2023 mutta nousi jälleen vuonna 2024.

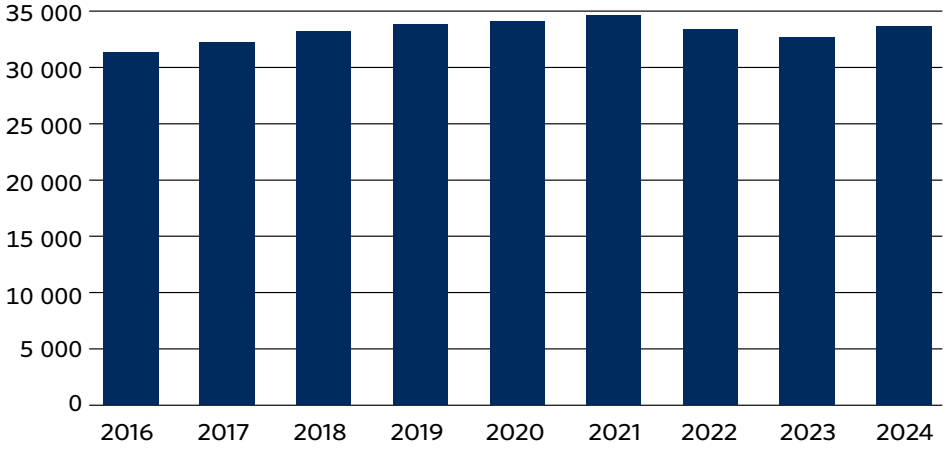
Iäkkäiden omaishoidon tuen kustannuksista ei ole tarkkaa tietoa kansallisesti. THL:n sopimusomaishoitajia käsittelevän raportin perusteella voidaan arvioida, että omaishoidon palkkioiden, mukaan lukien eläke- ja vakuutusmaksut, omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien ja lakisääteisten hyvinvointi- ja terveystarkastusten kokonaiskustannukset olisivat olleet noin 340 miljoonaa euroa vuonna 2023[9]. Raportin mukaan voidaan arvioida, että iäkkäiden omaishoidon tukea korvaavien palvelujen, kuten säännöllisen kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kustannukset olisivat jopa miljardi euroa vuosittain[10]. Tämä arvio ei sisällä kaikkia omaishoidon tuesta syntyviä kustannuksia eikä sen mahdollisia säästövaikutuksia, joita palvelutarpeen tai ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen lykkääntymisestä seuraa. Aikaisemmin on myös arvioitu, että sopimusomaishoidosta ja ilman sopimusta omaistaan hoitavien omais- ja läheishoivasta syntyy peräti 2,8 miljardin säästöt iäkkäiden palvelujärjestelmälle[11].

Tarkastuksessa vastattiin kolmeen tarkastuskysymykseen:

1. Ovatko iäkkäiden omaishoidon tuelle asetetut taloudelliset tavoitteet toteutuneet?
2. Ovatko hyvinvointialueet huolehtineet omaishoitajien riittävistä palveluista ja tuesta?
3. Ovatko hyvinvointialueet myöntäneet omaishoidon tukea ohjeistusten ja lainsäädännön edellyttämällä tavalla?

Tarkastuskriteerit perustuivat lakiin omaishoidon tuesta (937/2005, jatkossa omaishoitolaki), hallituksen esitykseen eduskunnalle laeiksi omaishoidon tuesta annetun lain ja eräiden muiden lakien muuttamisesta (HE 85/2016 vp), pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmaan sekä sosiaali- ja terveysministeriön antamaan laatusuositukseen aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027.

**Kuvio 1. Omaishoidon tuen 65 vuotta täyttäneet hoidettavat vuosina 2016–2024.**




Lähde: Sotkanet.fi.

# 2 Ovatko iäkkäiden omaishoidon tuelle asetetut taloudelliset tavoitteet toteutuneet?

Taloudellisten tavoitteiden toteutumisen arviointi osoittautui tarkastuksessa vaikeaksi. Hyvinvointialueet arvioivat itse, että omaishoidon tuki säästää verrattuna korvaaviin palveluihin ja lykkää muiden palveluiden tarvetta. Tarkastusviraston tekemät kustannussäästölaskelmat tukevat alueiden arvioita. Laskelmiin liittyy kuitenkin epävarmuuksia puutteellisten tietojen vuoksi.

Kustannussäästöjen toteutuminen perustuu omaishoidon tuen houkuttelevuudelle ja laajenemiselle. Omaishoidon kattavuus on osalla hyvinvointialueista laskenut ja osalla kasvanut. Hoitopalkkioluokkia on osalla alueista alennettu, ja omaishoidon tuen kriteerejä on useilla alueilla kiristetty hyvinvointialueuudistuksen yhteydessä.

## 2.1 Omaishoidon tuen kustannusten ja kustannussäästöjen mittakaava on epäselvä

Iäkkäiden omaishoidon tuen oletetaan aiheuttavan merkittävät säästöt iäkkäiden palveluihin. Merkittävä säästöpotentiaali perustuu ensisijaisesti siihen, että omaishoidon tukea korvaavien palvelujen kustannukset ovat sitä suurempia[12] sekä siihen, että omaishoidon tuki lykkää muiden hoivapalvelujen tarvetta. Vuoden 2016 omais- ja perhehoidon lakiuudistusta koskevassa hallituksen esityksessä (85/2016 vp) sekä sosiaali- ja terveysministeriön tekemissä vaikutusarvioinneissa säästöt perustuvat siihen, että omaishoidon tuen kattavuus kasvaa, että lisääntynyt tuki pidentää omaishoitojaksoja ja että sopimusomaishoidon aloitus myöhentyy, kun sosiaalihuoltolain mukainen vapaaoikeus lisääntyy[13].

Tarkastuksen keskeisenä tavoitteena oli selvittää hyvinvointialueiden iäkkäiden omaishoidon tuen kustannukset mahdollisimman tarkasti ja eritellysti, jotta tarkastuksessa voitaisiin arvioida omaishoidon tuen järjestelmän säästövaikutusta valtiontalouteen vertailemalla omaishoidon tuen kustannuksia korvaaviin palveluihin. Omaishoidon tuki koostuu

omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta ja tälle järjestettävistä vapaapäivistä, valmennuksesta ja koulutuksesta, hyvinvointi- ja terveystarkastuksesta, omaishoitajan hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevista sosiaali- ja terveyspalveluista sekä muista hoidettavalle annettavista sosiaali- ja terveyspalveluista. Osana VTV:n selvityspyyntöä alueille[14], niiltä pyydettiin tiedot edellä mainittujen palveluiden kustannuksista.

Tarkastusviraston tekemien kustannussäästölaskelmien mukaan omaishoidon tuki tuottaa säästöjä verrattuna korvaaviin palveluihin. Kustannussäästöjen arviointiin liittyy kuitenkin merkittäviä epävarmuuksia, koska tietopohja on puutteellinen. Tarkastuksen perusteella hyvinvointialueilla on puutteelliset seuranta- ja kustannustiedot edellä mainituista palveluista, minkä takia omaishoidon tuen todellisia kustannuksia on vaikea arvioida.

## Hyvinvointialueiden omaishoidon tuen kustannusten tietopohja on heikko

Omaishoidon tuen kustannusten tietopohja osoittautui esiselvityspyynnön[15] ja varsinaisen selvityspyynnön perusteella puutteelliseksi. Hyvinvointialueet tilastoivat hyvin vaihtelevasti iäkkäiden omaishoidon tuen kustannukset. Yhdeltäkään alueelta ei saatu tietoja kaikista omaishoidon tuen kustannuksista. Tämän vuoksi kustannustietoihin perustuvien säästölaskelmien tekeminen on vaikeaa. Erityisen vaikeaa on vertailla hyvinvointialueita keskenään.

**Taulukko 1. Iäkkäiden omaishoidon tuen ilmoitettujen kokonaiskustannusten rakenne.**

| Kustannus | Kuinka moni alue ilmoitti kustannuksen | Osuus alueista % |
|---|---|---|
| Hoitopalkkiot | 22 | 100 |
| Henkilöstökustannukset | 17 | 72,7 |
| Sijaisomaishoitajien palkkiot | 8 | 36,4 |
| Omaishoidon tuen vapaapäivien kustannukset | 6 | 27,2 |
| Palvelusetelit ja niiden kustannukset | 5 | 22,7 |
| Asiakaspalvelujen ja palvelujen ostot | 5 | 22,7 |
| Erittelemättömiä kustannuksia | 4 | 18,2 |
| Hallinnollisia kuluja / vyörytyserät | 3 | 13,6 |

Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Kaikki hyvinvointialueet pystyivät ilmoittamaan iäkkäiden omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannukset, jotka ovat omaishoidon tuen suurin kustannuserä. Muista kustannuksista alueet ilmoittivat tiedot vaihtelevasti. Hoitopalkkioiden jälkeen merkittävin kustannuserä omaishoidon tuessa ovat vapaiden järjestämiseen liittyvät kustannukset. Sijaisomaishoitajien palkkiot ilmoittivat osana kokonaiskustannuksia 8, vapaiden järjestämiseen liittyvät kustannukset 6 ja palvelusetelimenot 5 aluetta. Vapaiden järjestämiseen liittyviä kustannuksia hyvinvointialueet eivät pystyneet ilmoittamaan kattavasti, koska kuluja ei seurattu ollenkaan tai vain osaa kustannuksista pystyttiin seuraamaan. Kaikkia vapaapäivien järjestämisestä syntyviä kustannuksia ei myöskään kohdisteta alueilla osaksi omaishoidon tukea, ja siksi ne eivät pystyneet raportoimaan kustannuksia.

Henkilöstökustannukset tai osan niistä ilmoitti 17 hyvinvointialuetta. Henkilöstökustannukset koostuvat pääasiallisesti omaishoidon tuen asiakasohjaajina ja omatyöntekijöinä toimivan henkilöstön palkkakuluista. Omaishoitajille suunnattujen koulutusten ja valmennusten kustannukset ilmoittivat 9 ja hyvinvointi- ja terveystarkastusten kustannukset 3 aluetta. Lisäksi kokonaiskustannuksiin ilmoitettiin asiakaspalveluiden ja palveluiden ostoja 5, erittelemättömiä kustannuksia 4 ja hallinnollisia kuluja 3 aluetta.

Omaishoidon tukea koskevan lain (937/2005, 2 § jatkossa omaishoitolaki) mukaan tuen palvelukokonaisuuteen sisältyy myös hoidettavalle tarvittaessa annettavat palvelut. Yksikään alue ei laske näitä kustannuksia osaksi omaishoidon tuen kokonaiskustannuksia. Yksi alue ilmoitti, että ne tulisi laskea kokonaiskustannuksiin, mutta se ei ole mahdollista, koska kulut jakautuvat eri sektoreille.

Omaishoitolain (937/2005, 3 a §) mukaan hyvinvointialueen on tarvittaessa järjestettävä omaishoitajalle hänen hyvinvointiaan ja hoitotehtäväänsä tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja. 18 aluetta ilmoitti tarjoavansa laissa mainittuja palveluita ja neljä ei. Kolme aluetta pystyi raportoimaan kyseisten palvelujen kustannukset. Yleinen syy siihen, että kustannuksia palveluista ei pystytä ilmoittamaan oli se, että kustannuksia ei kohdisteta omaishoidon tukeen ja siksi ne eivät ole eroteltavissa muista iäkkäiden palvelujen kuluista.

Selvityspyynnön ja kuvitteellisten asiakastapausten perusteella omaishoitajalle ja hoidettavalle tarjotaan kuitenkin erilaisia palveluita tarpeen mukaan. Kuvitteellisen asiakastapauksen tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, miten alueilla myönnetään omaishoidon tukea ja sitä tukevia palveluita samassa tilanteessa oleville iäkkäille perheille (ks. tarkemmin liite 1: miten tarkastettiin). Kuvitteellisten asiakastapausten perusteella hoidettavalle tarjottavia palveluita ovat apuvälineet, asunnon muutostyöt, turvapuhelin ja -palvelut, fysioterapeutin tai toimintaterapeutin

palvelut, kotikuntoutus, kuntouttava päivätoiminta, kuljetuspalvelut ja kotihoidon käynnit. Omaishoitajalle tarjottavat palvelut puolestaan ovat yleensä omaishoitotilanteeseen taukoja tarjoavia palveluja, kuten virkistysvapaat ja harkinnanvaraiset vapaapäivät.

Selvityspyynnön perusteella omaishoitajalle tarjotaan virkistysvapaita tai harkinnanvaraisia ylimääräisiä vapaapäiviä (10 mainintaa), kotihoidon palveluita (9), kuntoutuspalveluita (6) ja kotihoidon tukipalveluita, kuten ateria-, turva-, kauppa-, siivous- tai peseytymispalveluita (5). Käytännössä useat edellä mainituista palveluista myönnetään omaishoitoperheen molempien osapuolen tukemiseksi, ja vastauksissa on siksi päällekkäisyyttä.

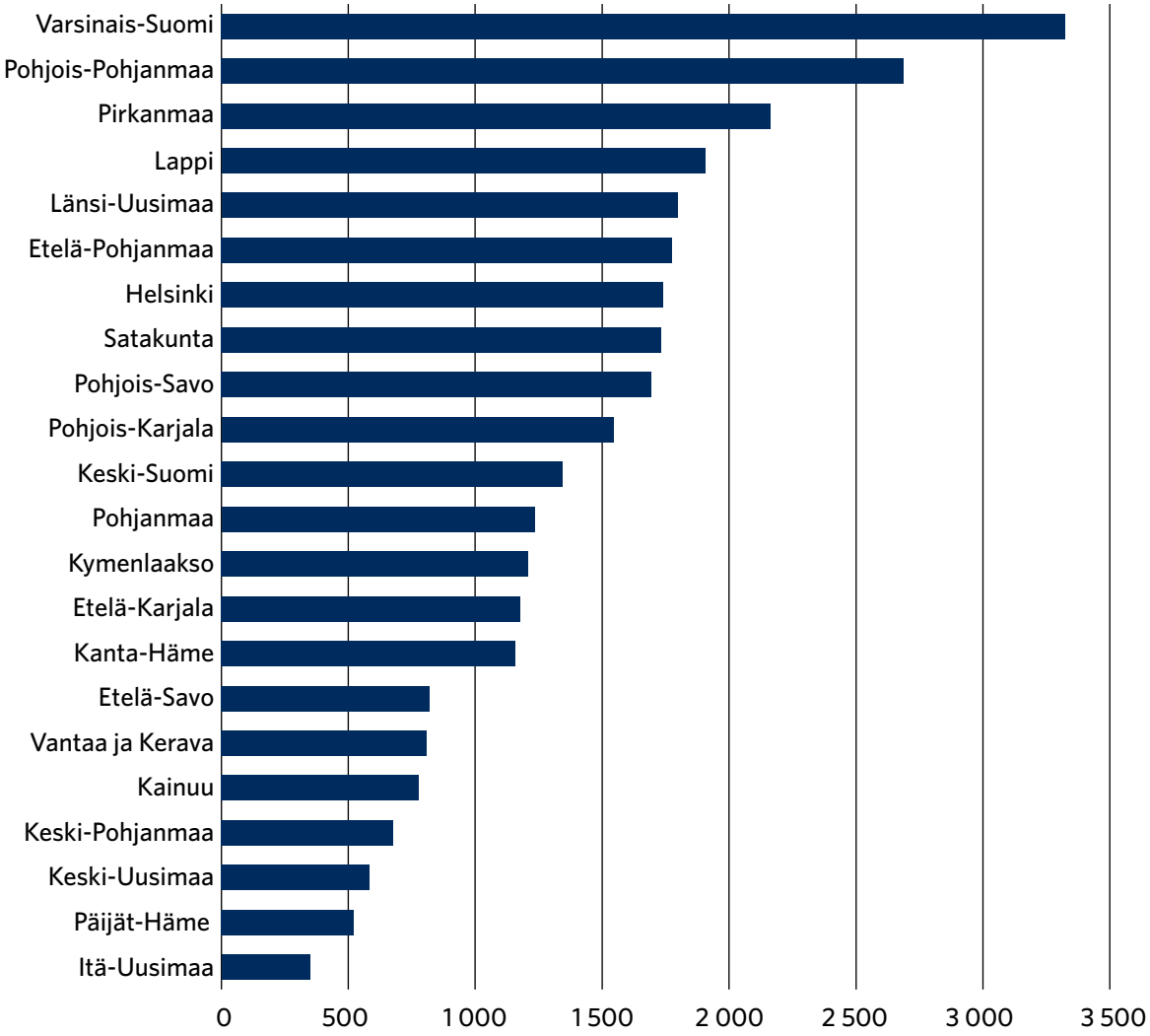
## Omaishoidon tuen kustannukset vaihtelevat hyvinvointialueittain

Iäkkäiden omaishoidon tuen kustannusten vaihtelu johtuu ensisijaisesti omaishoidettavien määrästä hyvinvointialueella. Omaishoidettavien määrään vaikuttavat iäkkään väestön osuus alueella, omaishoidon tuen myöntämiskriteerien tiukkuus, tuen rooli iäkkäiden palvelujärjestelmässä alueellisesti sekä alueen iäkkään väestön toimintakyky ja sairastavuus. Omaishoidon tuen kattavuus vaihtelee alueittain merkittävästi. Tarkastuksen perusteella omaishoidettavien määrä vaihteli 350:n (Itä-Uusimaa) ja 3 325:n (Varsinais-Suomi) välillä vuonna 2024. Koko maassa omaishoidettavia oli 31 024 vuonna 2024. (Ks. kuvio 13).

Alueiden selvityspyyntöön ilmoittamiin lukuihin omaishoidettavien määrästä liittyy epävarmuuksia, koska verrattaessa niitä THL:n ylläpitämän Sotkanetin tilastotietoihin, vain kahdella alueella (Länsi-Uudellamaalla ja Pohjanmaalla) alueen ilmoittama määrä oli sama kuin Sotkanetin tiedoissa. Tiedot poikkesivat toisistaan 100–600 hoidettavalla jopa 11 alueella.

Erot VTV:n ja Sotkanetin tietojen välillä eivät vaikuta muihin tässä luvussa esitettyihin kustannustietoihin, koska ne ovat hyvinvointialueiden ilmoittamia toteutuneita kustannustietoja. Vaikutus jäljempänä tässä luvussa esitettäviin kustannuslaskelmiin on kuitenkin selvä. Suurimmassa osassa tapauksista, VTV:lle ilmoitetut tiedot hoidettavien määristä ovat pienemmät kuin THL:lle. Jos hoidettavia on todellisuudessa enemmän kuin tarkastuksen yhteydessä on ilmoitettu, ovat potentiaaliset kustannussäästöt vielä tarkastuksessa tehtyjä laskelmia suuremmat.

**Kuvio 2. 65 vuotta täyttäneiden omaishoidettavien määrä hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa vuonna 2024.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Alueiden ilmoittamien tietojen perusteella iäkkäiden omaishoidon tuen kokonaiskustannukset olivat hieman alle 240 miljoonaa euroa vuonna 2024. Kokonaiskustannus on lähes sama, kuin mitä voidaan arvioida THL:n sopimusomaishoitoa koskevan raportin perusteella[16]. Kyseisessä raportissa omaishoidon tuen kustannukset koostuvat hoitopalkkioiden, vapaapäivien järjestämisen sekä hyvinvointi- ja terveystarkastusten arvioiduista kuluista. Kuten edellä tuotiin esille, sekä THL:n arvioista, että tarkastuksessa kerätyistä tiedoista puuttuu kuitenkin paljon omaishoidon tukeen sisältyviä kustannuksia, joten todelliset kustannukset ovat ilmoitettuja suuremmat.

Alueellisesti kokonaiskustannukset vaihtelivat 3,8 miljoonan euron (Kainuu) ja 22 miljoonan euron (Pohjois-Pohjanmaa) välillä. Kokonaiskustannukset korreloivat odotetusti hoidettavien määrän

kanssa, mutta myös eroja on. Eroja syntyy, koska hoitopalkkioiden tasoissa ja hoidettavien määrissä eri palkkioluokissa on alueiden välillä eroja ja koska osa alueista on pystynyt toimittamaan VTV:lle kattavammat tiedot kokonaiskustannuksista. Suurimmat kustannukset syntyvät Pohjois-Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa, missä on myös eniten hoidettavia. Pohjois-Pohjanmaalla on kuitenkin selvästi korkeampi hoitopalkkio 2. palkkioluokassa, mikä osaltaan selittää Pohjois-Pohjanmaan suurempia kustannuksia. Kokonaiskustannukset ovat myös suhteellisesti suuremmat alueilla, jotka ovat pystyneet ilmoittamaan kattavasti vapaapäivien järjestämiseen liittyvät kustannukset.

Vaikka kokonaiskustannukset eivät ole täysin verrannollisia keskenään, siksi että ilmoitetuissa tiedoissa on eroja, niiden perusteella voidaan arvioida karkeasti omaishoidon tuen kustannuksia hoidettavaa kohti. Kustannukset hoidettavaa kohti kuvaavat sitä, kuinka kallis omaishoidon tuen järjestelmä alueella on suhteessa muihin alueisiin. Tuloksiin vaikuttavat kuitenkin ilmoitettujen hoidettavien määrän sekä ilmoitettujen kokonaiskustannusten tarkkuus.

VTV:n tekemissä laskelmissa kustannuksiin hoidettavaa kohti vaikuttavat hoidettavien suuri määrä korkeammissa palkkioluokissa verrattuna muihin alueisiin, palkkioluokkien korkeampi taso verrattuna muiden alueiden palkkioluokkiin sekä kattavasti ilmoitetut kustannustiedot, jotka osaltaan vääristävät kuvion 3 tuloksia. Erityisesti Keski-Suomen, Vantaan ja Keravan sekä Helsingin VTV:lle ilmoittamat vapaapäivien kustannukset ovat korkeat ja ne on ilmoitettu kattavasti. Huolimatta tietopohjan aiheuttamasta epävarmuudesta alueiden välillä on selviä eroja hoidettavaa kohti aiheutuvissa kustannuksissa (ks. kuvio 3).

Iäkkäiden omaishoidon tuen kokonaiskustannusten suhteuttaminen vastaavan ikäiseen väestöön alueella kuvaa puolestaan omaishoidon tuen järjestelmän roolia osana iäkkäiden palvelujärjestelmää alueilla. Tulosten perusteella voi myös vertailla, kuinka paljon alueet panostavat omaishoidon tukeen muihin alueisiin verrattuna. Tuloksiin vaikuttavat omaishoidon tuen myöntämiskriteerien tiukkuus sekä iäkkään väestön toimintakyky ja sairastavuus, jotka vaikuttavat palvelutarpeeseen alueella. Koska ilmoitetut kokonaiskustannukset suhteutetaan suureen joukkoon väestöä, puutteet ilmoitetuissa kustannuksissa eivät vääristä tulosta merkittävästi.

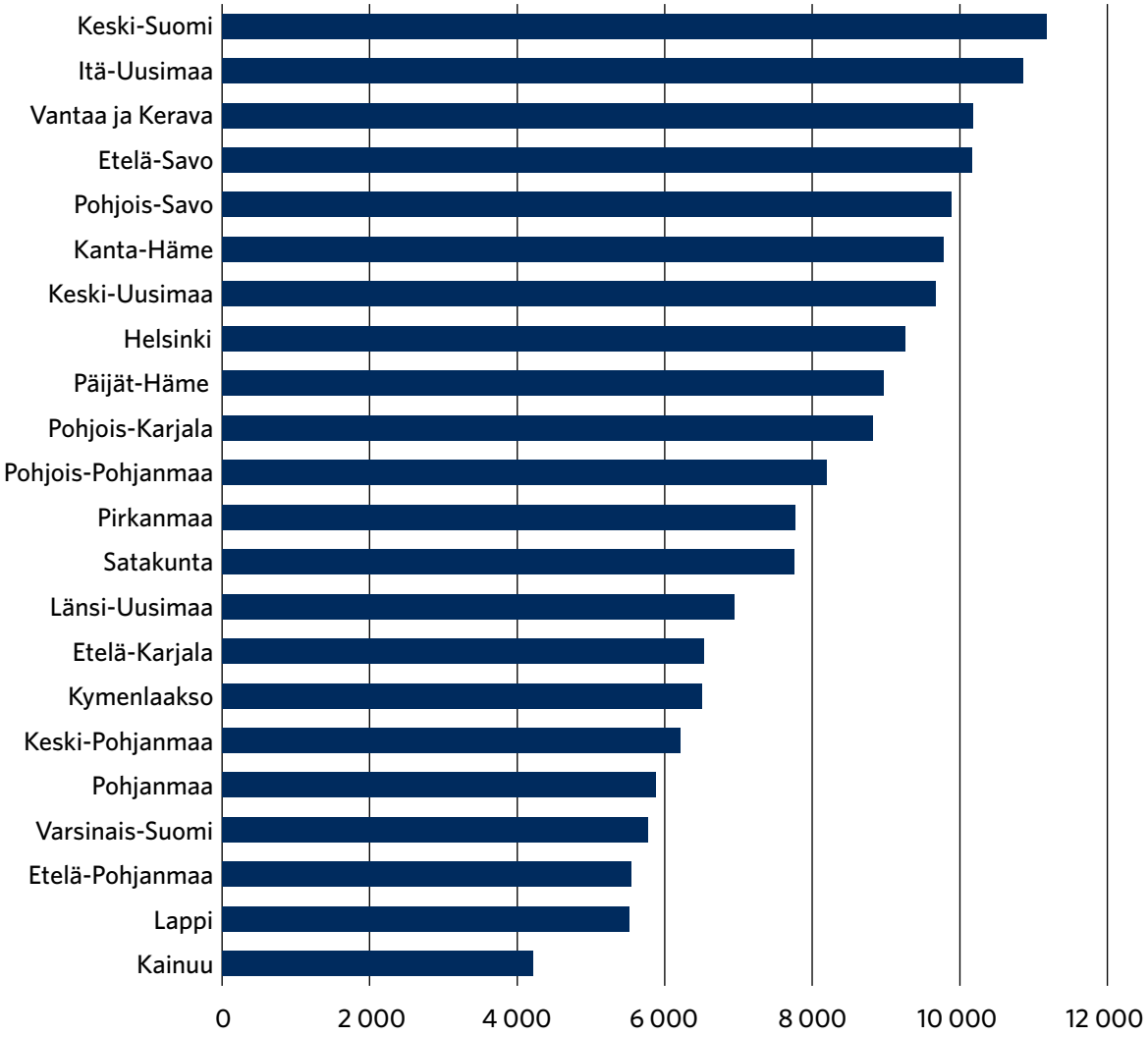
Päijät-Häme erottuu selvästi muista alueista pienellä omaishoidon tuen järjestelmällä, koska omaishoidon tuen kustannukset ovat väestöön suhteutettuna siellä kaikkein pienimmät, 80 euroa (ks. kuvio 4). Päijät-Hämeessä on omaishoidon tuessa hyvin tiukat myöntämiskriteerit. Muilla alueilla, joilla omaishoidon tuen järjestelmä on keskimääräistä suppeampi, on väestö nuorempaa ja koko väestön sairastavuus vähäisempää[17].

**Taulukko 2. Iäkkäiden omaishoidon kokonaiskustannukset ja kustannusrakenne hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa.**

| Hyvinvointialue | Kokonaiskustannukset vuonna 2024 | Kokonaiskustannusten rakenne |
|---|---|---|
| Pohjois-Pohjanmaa | 22 020 001 | Hoitopalkkiot, sijaisomaishoitajien palkkiot, osa vapaan järjestämisen kuluista, henkilöstökustannukset, muita kuluja |
| Varsinais-Suomi | 19 205 868 | Hoitopalkkiot, sijaisomaishoitajien palkkiot |
| Pirkanmaa | 16 802 200 | Hoitopalkkiot, omaishoidon tuen vapaat, perhehoidon kulukorvaus, hallinnollisia kuluja |
| Pohjois-Savo | 16 726 944 | Hoitopalkkiot, sijaisomaishoitajien palkkiot, asiakasohjauksen henkilöstökulut, palveluseteli vapaan järjestämistapana |
| Helsinki | 16 127 789 | Hoitopalkkiot, sijaisomaishoitajien palkkiot, vapaapäiväkulut (lakisääteinen ja harkinnanvarainen), henkilöstökulut |
| Keski-Suomi | 15 018 240 | Hoitopalkkiot, henkilöstökustannukset, omaishoidon tuen vapaat |
| Pohjois-Karjala | 13 612 439 | Hoitopalkkiot, arvio henkilöstökustannuksista, osa vapaan pitämisen kustannuksista |
| Satakunta | 13 438 165 | Hoitopalkkiot, henkilöstökustannukset, asiakaspalvelujen ostot, henkilöstön matkustuspalvelut, hallinnollisia kuluja |
| Länsi-Uusimaa | 12 463 785 | Hoitopalkkiot, sijaisomaishoitajien palkkiot, henkilöstökustannukset |
| Kanta-Häme | 11 318 463 | Hoitopalkkiot, arvio henkilöstökustannuksista, palvelujen ostot, hallinnollisia kuluja ja vyörytyserät |
| Lappi | 10 513 487 | Hoitopalkkiot, henkilöstökustannukset, palvelujen ostot, asiakaspalvelujen ostot, aineet ja tarvikkeet |
| Etelä-Pohjanmaa | 9 846 171 | Hoitopalkkiot |
| Etelä-Karjala | 8 665 153 | Hoitopalkkiot, arvio henkilöstökustannuksista |
| Etelä-Savo | 8 335 000 | Hoitopalkkiot, erittelemättömiä kustannuksia |
| Vantaa ja Kerava | 8 227 822 | Hoitopalkkiot, omaishoidon tuen vapaat, henkilösivukulut, palvelusetelikulut, asiakaspalvelujen ostot, muut kulut |
| Kymenlaakso | 7 857 900 | Hoitopalkkiot, sijaisomaishoitajien hoitopalkkiot, henkilöstökustannukset, palvelusetelit, hallinnollisia kuluja |
| Pohjanmaa | 7 254 925 | Hoitopalkkiot, henkilöstökustannukset |
| Keski-Uusimaa | 5 640 000 | Hoitopalkkiot, omaishoidon tuen vapaat, arvio omaishoidon sijaisavun kustannuksista, arvio henkilöstökustannuksista |
| Päijät-Häme | 4 673 003 | Hoitopalkkiot, henkilöstösivukulut, sijaisomaishoitajien palkkiot, palvelusetelien kustannukset |
| Keski-Pohjanmaa | 4 200 562 | Hoitopalkkiot, palveluseteli, perhehoidon palkkiot (omaishoitajien vapaapäivien sijaistuksia) ja henkilöstökulut |
| Itä-Uusimaa | 3 798 433 | Hoitopalkkiot, lisäksi erittelemättömiä kustannuksia |
| Kainuu | 3 781 709 | Hoitopalkkiot, henkilöstökustannukset |

Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

**Kuvio 3. Omaishoidon tuen kustannukset (€) omaishoidettavaa kohti hyvinvointialueittain vuonna 2024.**



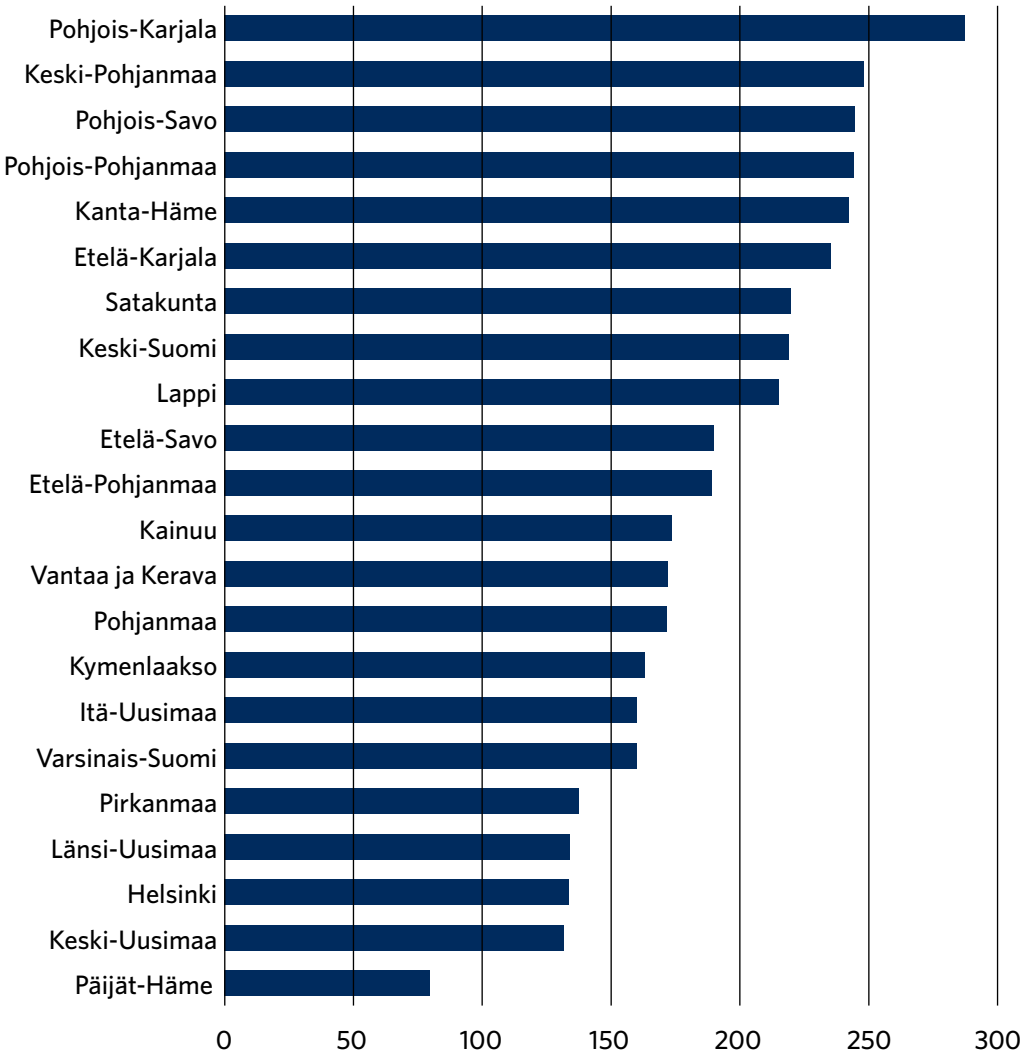

Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Tarkastuksen perusteella iäkkäiden omaishoidon tuen järjestelmät eroavat toisistaan selvästi kustannuksilla mitattuna. Omaishoidon tuen laajuus ja sen kustannukset hoidettavaa kohti vaihtelevat alueittain. Erot eivät selity pelkästään iäkkään väestön määrällä, vaan alueelliset panostukset ja omaishoidon tuen myöntämiskriteerit vaikuttavat alueellisten erojen syntyyn.

## Omaishoidon tuen kustannukset koostuvat pääosin hoitopalkkioista ja vapaapäivien järjestämisestä

Tarkastuksen perusteella suurin osa omaishoidon tuen kustannuksista koostuu hoitopalkkioista ja vapaapäivien järjestämisestä. Vaikka tarkastuksen havaintojen perusteella omaishoitoperheille tarjotaan paljon muitakin hoitotilannetta tukevia palveluita, niiden määrä kasvaa yleensä vasta ylemmissä palkkioluokissa ja vaativammissa hoitotilanteissa.

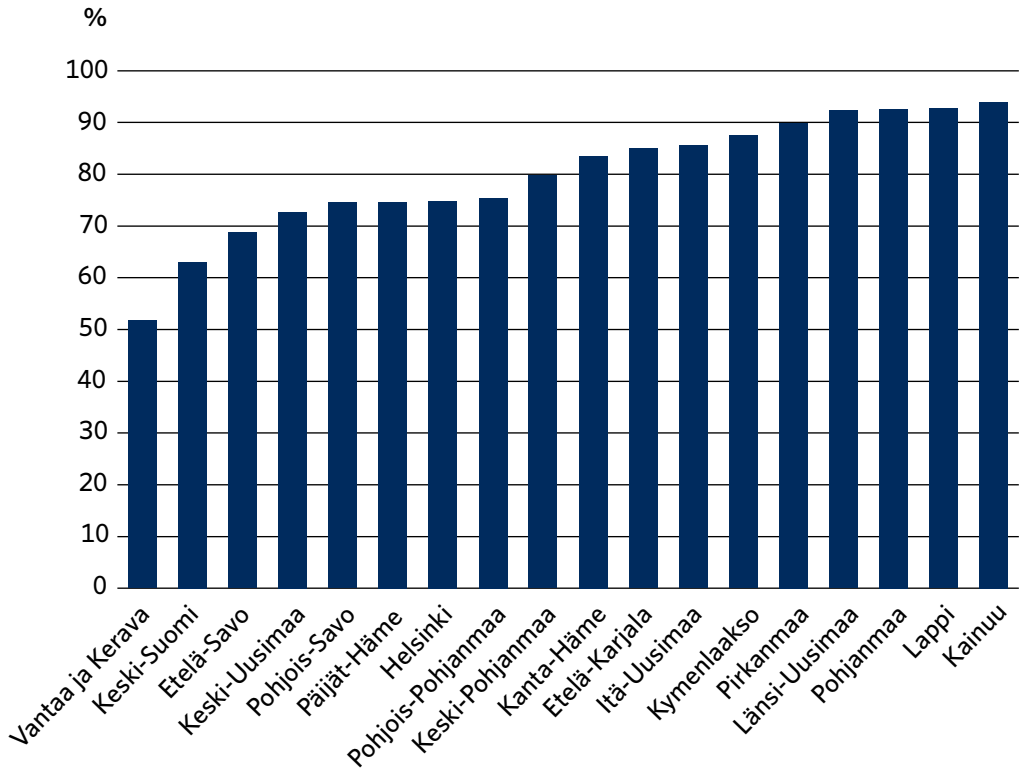
**Kuvio 4. Iäkkäiden omaishoidon tuen kokonaiskustannukset (€) suhteutettuna vastaavan ikäiseen väestöön hyvinvointialueella vuonna 2024.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Tarkastuksessa selvitettiin hyvinvointialueiden VTV:lle ilmoittamista tiedoista, miten suuren osuuden hoitopalkkiot ja vapaapäivien järjestäminen muodostavat omaishoidon tuen kokonaiskustannuksista. Lisäksi tiedoista laskettiin, miten omaishoidettavat jakautuvat eri palkkioluokkiin ja miten kustannukset jakautuvat eri palkkioluokkien kesken. Laskelmista voidaan päätellä, että omaishoidon tuen kustannukset kasaantuvat kahteen alimpaan palkkioluokkaan. Lisäksi kustannukset koostuvat pääosin hoitopalkkioista ja vapaapäivien järjestämisestä, koska varsinkaan alimmassa palkkioluokassa ei tarkastuksen perusteella vielä tarjota kattavasti hoitotilannetta tukevia palveluita vapaapäiviä lukuun ottamatta.

**Kuvio 5. Hoitopalkkioiden osuus iäkkäiden omaishoidon tuen kokonaiskustannuksista alueittain vuonna 2024.**



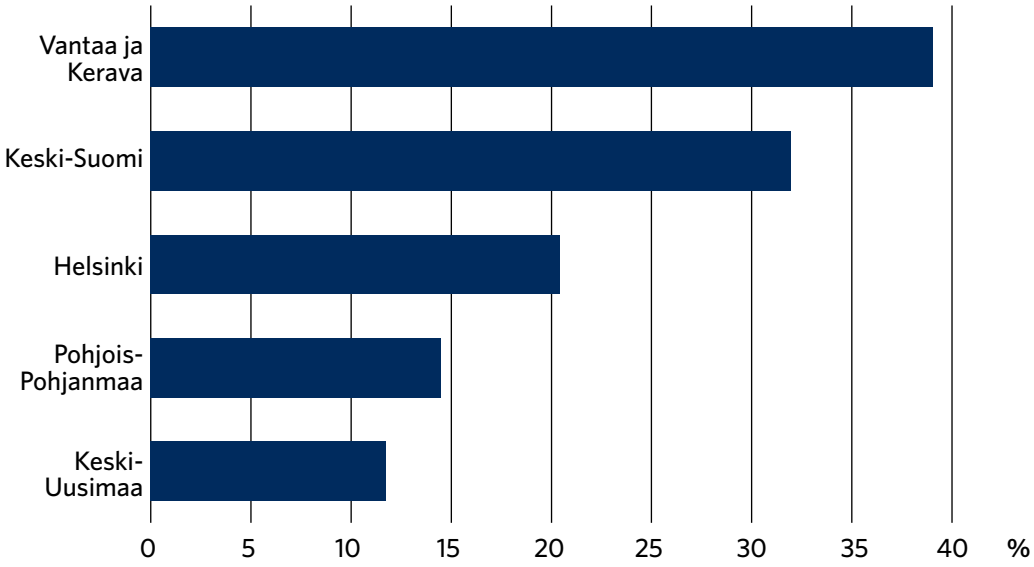

Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön. Puuttuvat tiedot: Etelä-Pohjanmaa, Pohjois-Karjala, Satakunta, Varsinais-Suomi.

Hoitopalkkioiden osuus omaishoidon tuen kokonaiskustannuksista alueella vaihteli tiedot ilmoittaneiden alueiden välillä 51,7 prosentin (Vantaa ja Kerava) ja 93,9 prosentin (Kainuu) välillä (ks. kuvio 5). Suureen vaihteluun vaikuttavat ilmoitettujen tietojen laatu ja tarkkuus sekä palkkioluokkien suuruus. Myös pidettyjen vapaapäivien määrä ja niiden kustannukset vaikuttavat siihen, kuinka suuren osuuden hoitopalkkiot muodostavat omaishoidon tuen kokonaiskustannuksista.

Viisi aluetta toimitti tiedot pidettyjen vapaapäivien kustannuksista riittävällä tarkkuudella. Niillä vapaapäivien järjestämisen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista vaihteli 11,8 ja 39 prosentin välillä (Ks. kuvio 6). Alueiden välillä on suurta vaihtelua vapaiden pitämisessä (Ks. luku 3.2), mutta vapaapäivien kustannukset ovat merkittävä osa omaishoidon tuen kokonaiskustannuksia.

Luvussa 3.1 käsitellään tarkemmin omaishoitajille suunnattujen valmennusten ja koulutusten sekä hyvinvointi- ja terveystarkastusten tilannetta alueilla. Tarkastuksen perusteella näiden palveluiden kustannuksia seurataan alueilla heikosti tai ei lainkaan. Yleensä hyvinvointi- ja terveystarkastusten kustannukset kohdistetaan terveydenhuollon yksiköille. Valmennuksia ja koulutuksia järjestetään esimerkiksi yhteistyössä

**Kuvio 6. Iäkkäiden omaishoidon omaishoitajien vapaiden järjestämisen kustannukset suhteessa iäkkäiden omaishoidon kokonaiskustannuksiin vuonna 2024.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Omaishoitajaliiton paikallisyhdistysten kanssa, ja niiden järjestämisen kustannukset saattavat kuulua kokonaan järjestöille. Vaihtoehtoisesti valmennusten ja koulutusten kustannukset sisältyvät henkilöstökustannuksiin, koska omaishoidon tuen omatyöntekijät tarjoavat myös yksilöllistä koulutusta ja valmennusta.

Kustannustietoja valmennuksista, koulutuksista sekä hyvinvointi- ja terveystarkastuksista toimittaneilla alueilla nämä kustannukset olivat hyvin pieniä ja niiden osuus omaishoidon tuen kokonaiskustannuksista oli erittäin vähäinen.

VTV:lle ilmoitettujen tietojen mukaan omaishoitajan hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja ilmoitti tarjoavansa 18 aluetta 22:sta, mutta vain kolme pystyi ilmoittamaan näiden palveluiden kustannuksia. Keski-Suomi ilmoitti etäpäivätoiminnan ja lähihoitajien käyntien kustannuksiksi 205 000 euroa ja virkistysvapaan palvelusetelin kustannuksiksi 43 685 euroa vuonna 2025. Pohjanmaa ilmoitti omaishoidon sijaisapua toteuttavien lähihoitajien vakanssien kustannuksiksi 184 980 euroa vuonna 2024. Satakunta ilmoitti kotiin menevien hoitajien kustannuksiksi 355 431 euroa vuonna 2024.

Kuten edellä on todettu, omaishoidettavalle tarvittaessa tarjottavia muita palveluita alueet eivät kohdista omaishoidon tukeen. Tarkastushavaintojen perusteella niiden osuus kustannuksista voi kasvaa suureksi korkeammissa palkkioluokissa. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluiden perusteella omaishoitoperheen saamat

palvelut lisääntyvät merkittävästi hoidettavan palvelutarpeiden lisääntyessä. Harkinnanvaraisia vapaapäiviä, vuorohoitoa ja kotihoidon käyntejä myönnetään omaishoitoperheille, kun omaishoitaja ei enää selviä hoidettavan hoidosta yksin. Näiden lisäpalveluiden kustannukset ovat suuria, ja ne lisäävät huomattavasti omaishoidon tuen kustannuksia hoidettavaa kohti korkeammissa palkkioluokissa ja avuntarpeiden lisääntyessä. Tarkastuksessa ei kuitenkaan saatu kerättyä tarkempia tietoja alueilta siitä, kuinka moni omaishoitoperhe saa kustannuksiltaan suuria lisäpalveluita ja kuinka paljon. Näitä palveluja käsitellään tarkemmin luvussa 3.3.

## Kokonaiskustannukset kasautuvat alempiin palkkioluokkiin

Aikaisemmin ei ole ollut saatavissa kansallisesti tietoa siitä, miten omaishoidettavat jakautuvat eri hoitopalkkioluokkiin. VTV:lle alueet toimittivat nämä tiedot kattavasti. Tiedot saatiin kaikkiaan 20 alueelta 22:sta (Ks. kuvio 7).

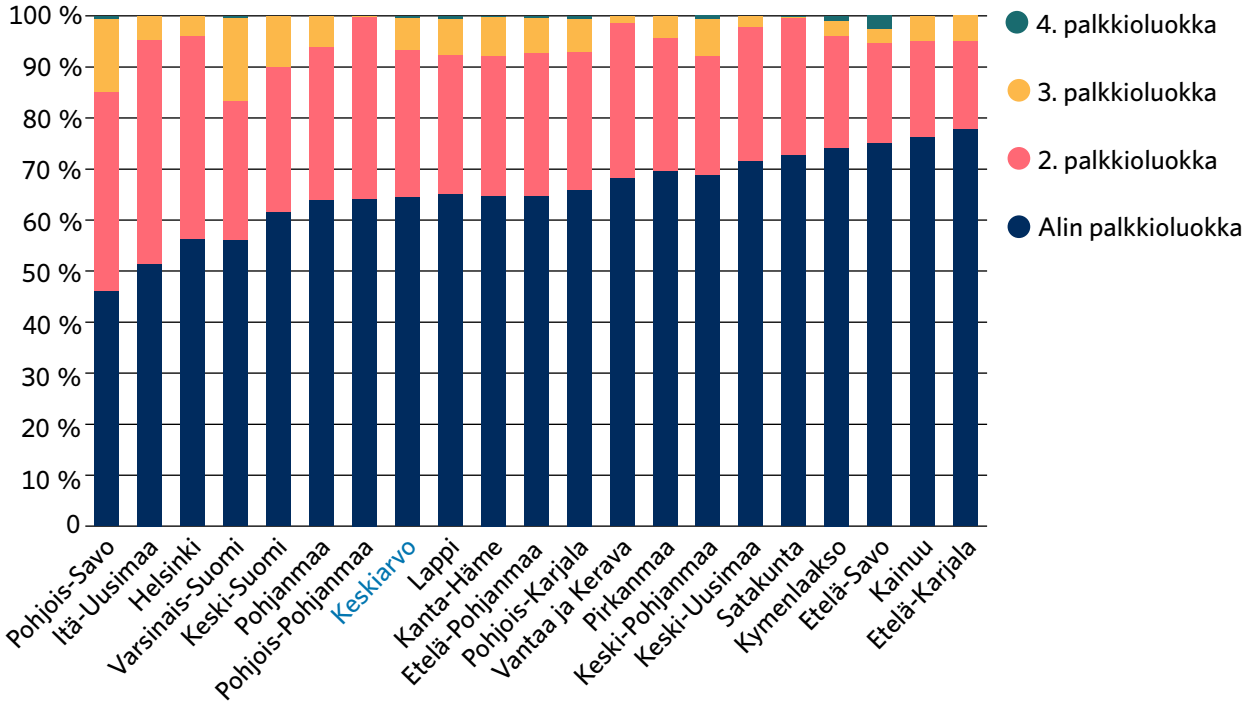
Kaikilla alueilla suurin osa omaishoidettavista sijoittui alimpaan palkkioluokkaan (46,1–76,2 prosenttia kaikista omaishoidettavista) kansallisen keskiarvon ollessa 64,6 prosenttia. Toiseen palkkioluokkaan omaishoidettavista sijoittui 17,1–44 prosenttia, ja kansallinen keskiarvo oli 28,7 prosenttia. Kolmanteen palkkioluokkaan sijoittui 0,1–16,5 prosenttia hoidettavista kansallisen keskiarvon ollessa 4,9 prosenttia. Ylimmän neljännen palkkioluokan osuudet jäivät hyvin pieniksi niiden 10 alueen osalta, joilla se oli käytössä.

Seitsemän aluetta pystyi ilmoittamaan omaishoitajien palkkioiden kustannukset palkkioluokittain. Eniten omaishoidettavia toisessa palkkioluokassa oli Pohjois-Savossa ja toiseksi eniten Itä-Uudellamaalla, joten toisen palkkioluokan kustannusten osuus hoitopalkkioiden kokonaiskustannuksista korostuu (Ks. kuvio 8). Yhdistettynä tietoihin omaishoidettavien jakautumisesta eri palkkioluokkiin voidaan päätellä, että jopa 90 prosenttia omaishoidon tuen hoitopalkkioiden kustannuksista muodostuu alimman ja toisen palkkioluokan kuluista (Ks. kuvio 7).

## Vapaiden myöntäminen ilman omaishoidon tukea läheistään hoitaville on vähäistä

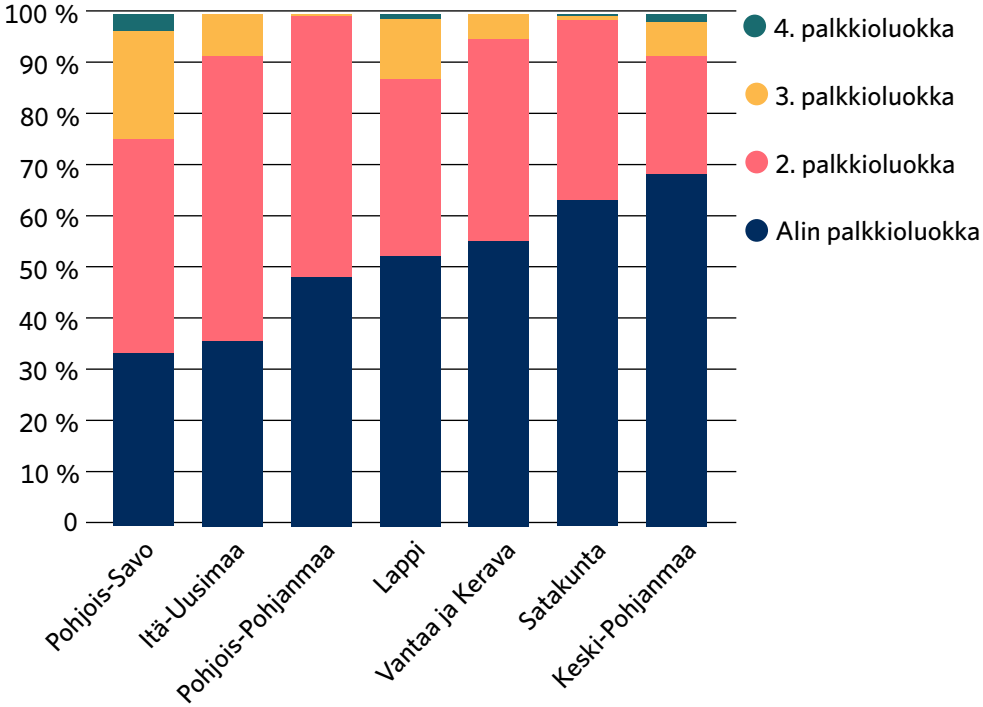
Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 27 b §:ssä säädetään, että hyvinvointialue voi järjestää omaistaan tai läheistään päivittäin sitovasti hoitavalle henkilölle vapaapäiviä tai alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita riippumatta siitä, onko kyse sopimusomaishoitajasta tai ei-sopimusomaishoitajasta.

**Kuvio 7. Omaishoidettavien suhteelliset osuudet eri palkkioluokissa alueittain vuonna 2024.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön. Puuttuvat tiedot: Länsi-Uusimaa ja Päijät-Häme.

**Kuvio 8. Kustannusten jakautuminen eri palkkioluokkiin maksettujen hoitopalkkioiden perusteella.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Ei-sopimusomaishoitajan vapaan aikainen hoito voidaan järjestää omaishoitolain mukaisen lakisääteisen vapaan järjestämistavoilla, ja vapaan järjestämisestä voidaan periä hoitajalta samansuuruinen asiakasmaksu kuin lakisääteisen vapaan palvelusta.[18]

Hallituksen esityksen eduskunnalle laeiksi omaishoidon tuesta annetun lain ja eräiden muiden lakien muuttamisesta (HE 85/2016 vp) taustа-asiakirjassa arvioitiin, että sosiaalihuoltolain 27 b §:n mukaiset vapaapäivät siirtäisivät sopimusomaishoidon alkamista keskimäärin vuodella eteenpäin ja tämä säästäisi omaishoidon tuen menoja 46 miljoonaa euroa vuonna 2020[19]. Sitä, ovatko arviot toteutuneet, ei tarkastuksessa voi kuitenkaan varmistaa. Tämä johtuu siitä, että saatavilla ei ole valtakunnallista tietoa siitä, kuinka monta vapaapäivää on myönnetty ikääntyneitä ilman omaishoitosopimusta hoitaneille henkilöille eikä tietoa myöskään kerätä. Viimeisin koko maata koskeva tieto koskee kaikenikäisiä ilman omaishoitosopimusta hoitavia läheisiä vuodelta 2017. Tuolloin sosiaalihuoltolain mukaisia vapaita oli myönnetty yhteensä vähän yli 500 läheishoitajalle[20]. Tietoa ei ole myöskään siitä, kuinka monta kuukautta sosiaalihuoltolain mukainen vapaa on keskimäärin lykännyt sopimusomaishoidon aloittamista.

Tarkastuksessa haastateltiin omaishoidon tuen asiantuntijoita 12 alueelta. Haastatteluiden perusteella sosiaalihuoltolain mukaisia vapaapäiviä myönnetään tavallisesti vain perheille, joilla omaishoidon tuen kriteerit täyttyvät, mutta jotka eivät halua jostain syystä vastaanottaa omaishoidon tukea. Näin toimitaan kuudella alueella. Kolmella alueella on mahdollista saada vapaapäiviä myös tilanteissa, joissa omaishoidon tuen kriteerit eivät vielä täyty, ja kuuden alueen omaishoidon tuen toimintaohjeesta löytyy maininta ei-sopimusomaishoitajille järjestettävistä vapaista[21]. Jos omaishoidon tuen kriteerit eivät täyty, omaishoidon tuen työntekijät tavallisesti ohjaavat asiakkaat muihin iäkkäiden palveluihin, joissa asiakkaiden palveluiden tarve saatetaan arvioida uudelleen ja päätetään tarvittavista palveluista. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittavat, että sosiaalihuoltolain mukaisten vapaiden tarjoaminen ei-sopimusomaishoitajille on vähäistä.

Omaishoitajaliiton tekemän omaishoitajakyselyn mukaan vain neljä prosenttia kaikista omaistaan ilman sopimusta hoitaneista henkilöistä oli saanut harkinnanvaraisia vapaita. Tätä voi osin selittää se, että omaishoitajakyselyn mukaan 48 prosenttia ilman sopimusta omaistaan hoitavista ei tiennyt mahdollisuudesta saada vapaata. Kyselyn mukaan hyvinvointialueet eivät aktiivisesti tarjoa mahdollisuutta vapaaseen.[22]

Harkinnanvaraisten vapaiden vähäistä tarjontaa alueilla voi kuitenkin osin selittää kuvitteellisia asiakastapauksia koskevilla havainnoilla. Niiden mukaan perheet, joille ei olisi myönnetty omaishoidon tukea, saisivat kuitenkin palvelutarpeen ja myöntämisedellytysten täyttyessä

samoja sosiaali- ja terveyspalveluja kuin sopimusomaishoitoperheet. Viidellä alueella perheelle myönnettäisiin päivätoimintaa, neljällä alueella perhehoitoa ja kolmella alueella lyhytaikaishoitoa.[23] Jos edellä mainittujen palvelujen katsotaan riittävän siihen, että asiakasta hoitava omainen tai läheinen saa hoidosta hengähdystauon, on ymmärrettävää, että sosiaalihuoltolain 27 b §:n mukaista vapaata ei henkilölle aktiivisesti tarjota. Lisäksi yksi syy sille, ettei vapaata välttämättä tarjota aktiivisesti, voi olla yksinkertaisesti se, ettei lyhytaikaishoidon paikkoja ole riittävästi tarjolla[24]. Hyvinvointialueilla ympärivuorokautisia hoitopaikkoja on vähennetty, mutta samaan aikaan lyhytaikaisten hoitopaikkojen tarve kasvaa. Ympärivuorokautisia hoitopaikkoja käytetään myös osa- ja vuorohoidon sekä omaishoidon tuen vapaan järjestämisen paikkoina. Lisäksi omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perustella osalla hyvinvointialueista lyhytaikaishoidon paikoilla hoidetaan tällä hetkellä myös ympärivuorokautisen hoidon paikkaa odottavia[25].

## Alueiden mukaan omaishoidon tuella saavutetaan kustannussäästöjä ja lykätään kalliimpia palveluita

Tarkastuksen selvityspyynnössä kysyttiin alueiden näkemyksiä omaishoidon tuella saavutetuista kustannussäästöistä. Kaikki vastaajat olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että iäkkäiden omaishoidon tuki vähentää tai lykkää sekä ympärivuorokautisen hoivan että muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta hyvinvointialueella. Lähes kaikki vastaajat (95 prosenttia) olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että iäkkäiden omaishoidon tuki korvaa kalliimpia hoitomuotoja. Vaikka vastaajat olivat varsin yksimielisiä siitä, että omaishoidon tuella voidaan lykätä tai vähentää muiden palvelujen tarvetta, heistä kuitenkin pienempi osa (82 prosenttia) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että omaishoidon tuen käytöllä hyvinvointialue saavuttaa kustannussäästöjä. Vastaajista vajaa 14 prosenttia ilmoitti, ettei omaishoidon tuella saavutettavia kustannussäästöjä ole mahdollista arvioida.

Vastaajat perustelivat kustannussäästöjen saavuttamista sillä, että omaishoidon tuella voidaan entistä heikkokuntoisempia omaisia hoitaa pidempään kotona, jolloin heidän asiakkuutensa kustannuksiltaan suurissa asumispalveluissa jää ajallisesti lyhyeksi. Vastaajat pitivät omaishoidon tukea myös muita sosiaalipalveluja korvaavana edullisempana palveluna. Sillä voidaan korvata säännöllisiä kotihoidon käyntejä, mahdollisia kotipalvelun tukipalveluja sekä asumispalveluja, joiden järjestäminen tulee hyvinvointialueille kalliimmaksi kuin omaishoitajalle maksettavat hoitopalkkiot.

Omaishoidon tuen näkeminen muita sosiaali- ja terveyspalveluja korvaavana palveluna peittää alleen kuitenkin sen, että omaishoitolain mukaan omaishoidon tukeen sisältyy myös omaishoidettavalle annettavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Kysymys ei näin ollen ole vain omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta ja omaishoitajan vapaapäivien kustannuksista. Yhdessä vastauksessa arvioitiin, että omaishoidon tuki, samaan aikaan annettava kotihoito (yli 2,5 t/vrk) sekä hoitajan lakisääteisten vapaiden järjestäminen tulevat yhdessä hyvinvointialueelle kuitenkin kalliimmaksi kuin ympärivuorokautisen palveluasumisen vuorokausihinta.

## Omaishoidon tuen korvaavat palvelut vaihtelevat alueittain

Hyvinvointialueille tehdyn selvityspyynnön perusteella omaishoidon tuki korvaa muita sosiaalipalveluita kaikilla palkkioluokkatasoilla. Korvaavat palvelut vaihtelevat alueittain, koska alueet ovat asettaneet omaishoidon tuelle erilaisia myöntämiskriteereitä ja siten eri alueilla tuella vastataan eri tasoisiin avun ja hoivan tarpeisiin[26]. Lisäksi tarkastuksen selvityksen mukaan korvaavien palveluiden kustannukset ja näin ollen myös mahdolliset kustannussäästöt vaihtelevat alueittain ja palkkioluokittain.

Suurin osa alueista ilmoitti useita korvaavia palveluita jokaiselle omaishoidon tuen palkkioluokalle. Tämä johtuu siitä, että omaishoitoperheiden tilanteet vaihtelevat yhden palkkioluokan sisällä, ja siitä, että eri palvelut voivat vastata samaan avun ja hoivan tarpeeseen. Rinnakkaisia vaihtoehtoja korvaaville palveluille ovat kotihoito, yhteisöllinen asuminen, perhehoito ja ympärivuorokautinen palveluasuminen. Alimmassa hoitopalkkioluokassa tyypillisin korvaava palvelumuoto on 2–3 kotihoidon käyntiä vuorokaudessa tai yhteisöllisen asumisen

**Taulukko 3. Omaishoidon tuen korvaavat palvelut hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa.**

| Omaishoidon tuen korvaavat palvelut | Alin palkkioluokka | 2. palkkioluokka | 3. palkkioluokka | 4. palkkioluokka |
|---|---|---|---|---|
| Kotihoito 1 käynti/vrk | 9 | 4 | 1 | 0 |
| Kotihoito 2 käyntiä/vrk | 15 | 4 | 2 | 1 |
| Kotihoito 3 käyntiä/vrk | 14 | 10 | 5 | 1 |
| Kotihoito 4 käyntiä/vrk | 5 | 18 | 6 | 2 |
| Yhteisöllinen asuminen | 12 | 15 | 3 | 0 |
| Ympärivuorokautinen asuminen | 2 | 13 | 20 | 13 |
| Perhehoito | 17 | 14 | 4 | 0 |

Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

palvelu (ks. taulukko 3). Toisessa hoitopalkkioluokassa yleisimmät korvaavat palvelut ovat neljä kotihoidon käyntiä vuorokaudessa, yhteisöllisen asumisen palvelu, perhehoito tai ympärivuorokautinen asuminen. Kolmannessa hoitopalkkioluokassa, joka on korkein palkkioluokka 12 alueella, ympärivuorokautinen palveluasuminen on selvästi yleisin korvaava palvelu. Neljännessä palkkioluokassa ympärivuorokautinen palveluasuminen on myös yleisin korvaava palvelu. Alueiden ilmoittamista korvaavista palveluista voidaan päätellä, että omaishoidon tuki korvaa ja lykkää muiden sosiaalipalveluiden tarvetta. Tarkastuksessa ei kuitenkaan ollut mahdollista arvioida sitä, kuinka paljon omaishoidon tuki lykkää esimerkiksi ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta.

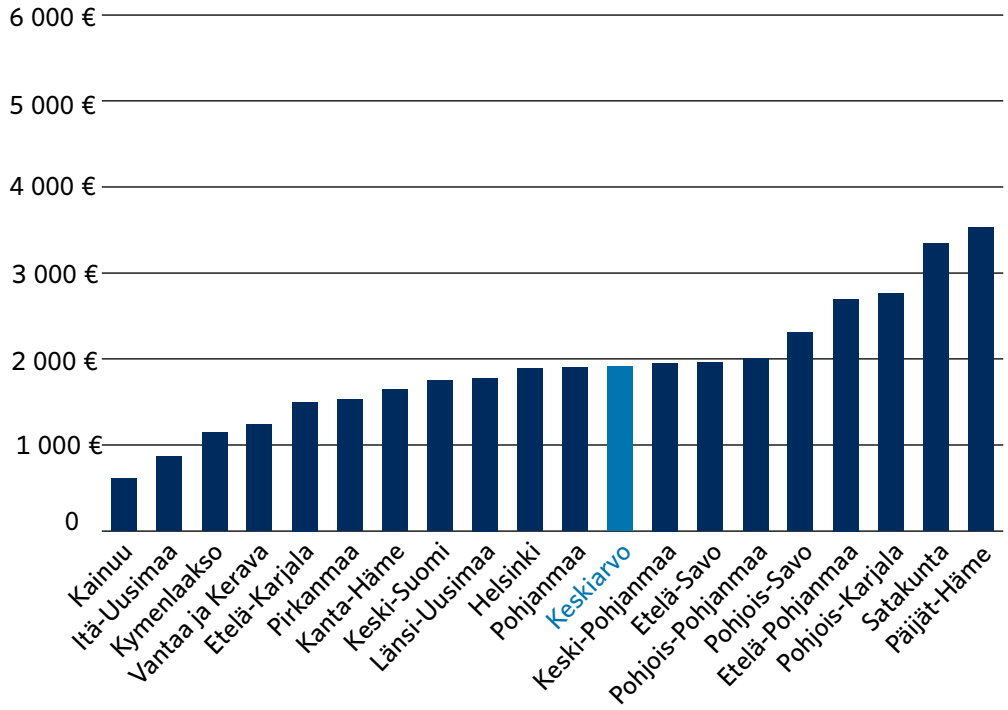
## Omaishoidon tuen laskennalliset säästöt ovat suuret verrattuna korvaaviin palveluihin

Tarkastuksessa laadittiin hyvinvointialueiden ilmoittamiin tietoihin perustuvia kustannussäästölaskelmia. Omaishoidon tuen kustannussäästöjä arvioitiin vertaamalla tuen laskennallista kuukausikustannusta alueiden ilmoittamien korvaavien palveluiden kuukausikustannuksiin. Laskelmat tehtiin alue- ja palkkioluokkakohtaisesti.

Laskelmiin liittyy epävarmuuksia puutteellisen tietopohjan vuoksi. Kustannussäästöjä arvioitaessa on huomioitava paitsi nämä epävarmuudet, myös se, ettei korvaaviin palveluihin tarvittavaa palvelutuotantokapasiteettia nykyisellään ole olemassa. Niiden järjestäminen olisi hyvin epätodennäköistä tai jopa mahdotonta, jos omaishoidon tuki kuvitteellisesti lopetettaisiin. Todennäköisemmin tällaisessa tilanteessa kotihoitoa ja asumispalveluja laajennettaisiin jonkin verran, mutta suurin osa omaishoitajista hoitaisi omaisiaan edelleen ilman omaishoidon tukea. Näin ollen todelliset säästövaikutukset riippuisivat täysin siitä, millaisia ratkaisuja omaisiaan hoitavat tekisivät ja millaiseksi iäkkäiden palvelujärjestelmää kehitettäisiin. VM:n tarkastuskertomusluonnokseen antamassa lausunnossa tuotiin esille, että omaishoidon tuen tuottamista kustannussäästöistä ei saada tukea vertailemalla ympärivuorokautisen hoivan ja omaishoidon tuen peittävyyttä alueittain. Suurempi omaishoidon tuen kattavuus ei näy pienempänä ympärivuorokautisen hoivan kattavuutena alueilla. Omaishoidon tuki ei siten välttämättä korvaakaan muita palveluita.

Kustannussäästölaskelmien merkitys ei liitykään ainoastaan siihen, kuinka paljon omaishoidon tuki potentiaalisesti säästää valtion varoja. Laskelmat tuovat myös esiin sen, kuinka erilaisia omaishoidon tuen järjestelmät ja kriteerit ovat eri puolella maata sekä kuinka paljon kotihoidon, yhteisöllisen asumisen ja ympärivuorokautisen hoidon kustannukset vaihtelevat alueittain.

**Kuvio 9. Potentiaalinen kustannussäästö kuukaudessa omaishoidettavaa kohti iäkkäiden omaishoidon tuen alimmassa palkkioluokassa hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa.**



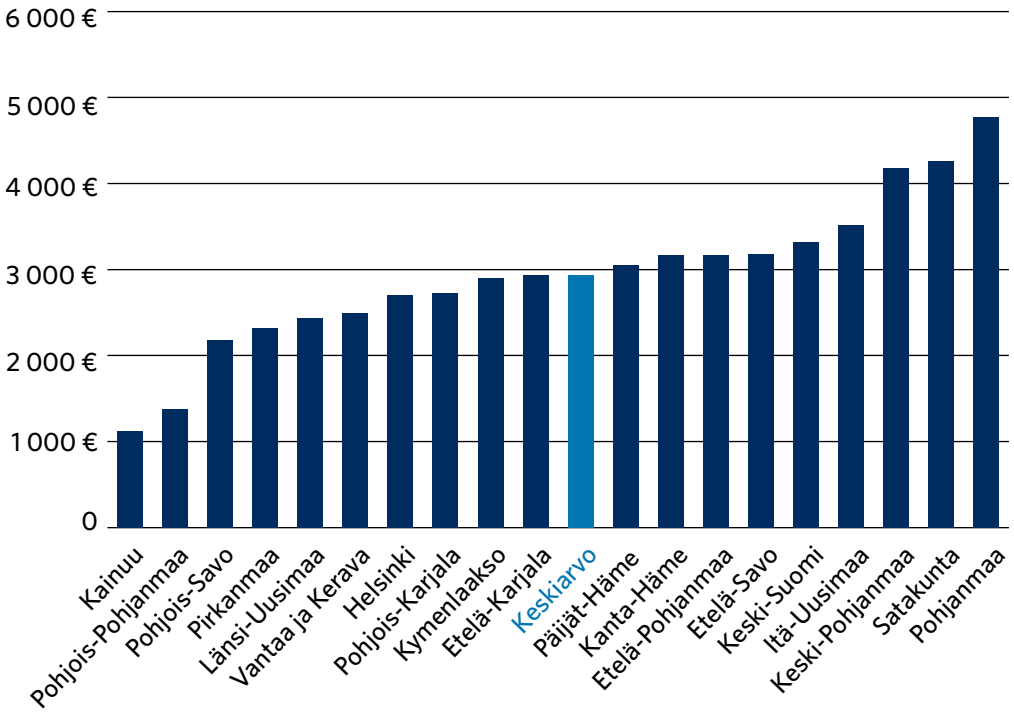

Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön ja VTV:n laskelmat. Puuttuvat tiedot Keski-Uusimaalta, Lapista ja Varsinais-Suomesta.

Alimmassa palkkioluokassa korvaavien palvelujen tuoma säästöpotentiaali on suurin niillä alueilla, joilla tuen myöntämiskriteerit edellyttävät niin suurta hoivan ja hoidon tarvetta, että korvaava palvelu sisältäisi useita kotihoidon käyntejä, yhteisöllistä asumista tai jopa ympärivuorokautista palveluasumista. Alimman palkkioluokan kriteerit edellyttävät ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon tarvetta vain Päijät-Hämeessä. Suurin potentiaalinen säästö on siten Päijät-Hämeessä (3 530 €), ja pienin Kainuussa (614 €). Ero on merkittävä (Ks. kuvio 9).

Luvuista ei kuitenkaan voi päätellä, että omaishoidon tuen järjestelmä toisi Päijät-Hämeelle eniten säästöjä. Koska Päijät-Hämeessä on omaishoidon tuessa tiukimmat kriteerit, suuressa palveluntarpeessa olevia iäkkäitä jää omaishoidon tuen ulkopuolelle ja heidän palvelutarpeisiinsa täytyy vastata muilla iäkkäille tarkoitetuilla palveluilla. Päijät-Hämeessä ne iäkkäät, jotka eivät ole vielä oikeutettuja omaishoidon tukeen voivat olla oikeutettuja esimerkiksi neljään kotihoidon käyntiin päivässä, mikä on huomattavasti kalliimpi tapa järjestää palvelut kuin omaishoidon tuki. Kainuussa puolestaan ne iäkkäät, jotka eivät ole oikeutettuja omaishoidon tukeen, eivät todennäköisesti ole oikeutettuja muihinkaan iäkkäiden palveluihin. Tämä pienentää kustannuksia muualla iäkkäiden palvelujärjestelmässä. Siten omaishoidon tuessa saatu säästö

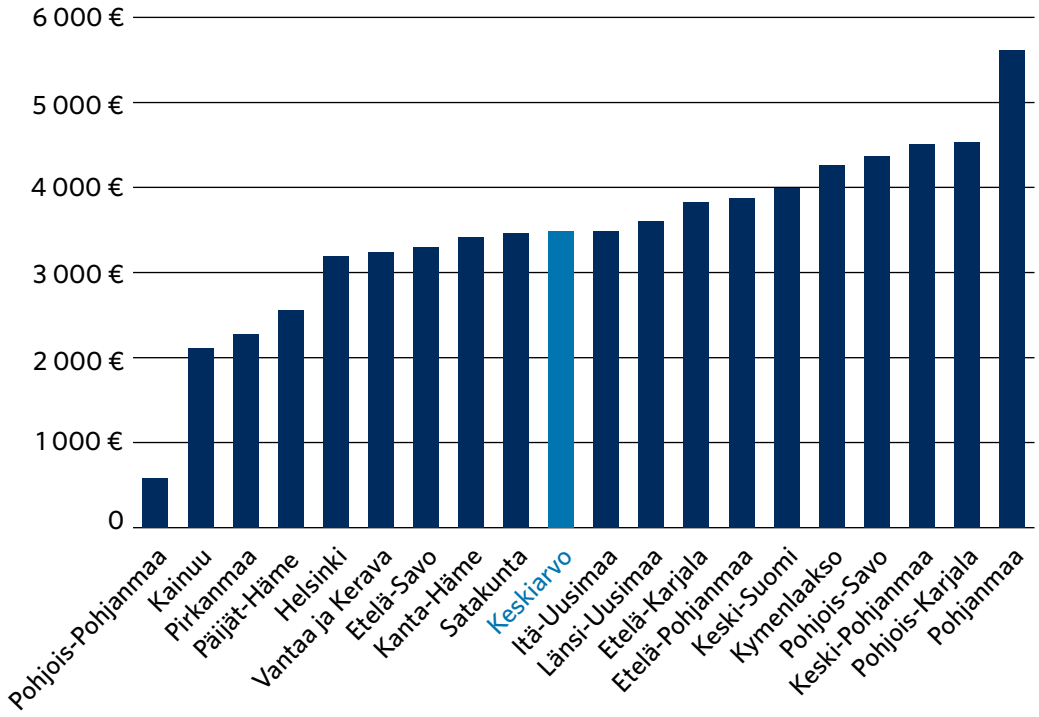
voi tarkoittaa kustannuksia muualla järjestelmässä. Sama periaate pätee myös ylempien palkkioluokkien kustannussäästölaskelmiin.Toisessa palkkioluokassa suurin säästöpotentiaali syntyy Pohjanmaalla (4 765 euroa) ja pienin Kainuussa (1 121 euroa) (ks. kuvio 10). Ero johtuu siitä, että Pohjanmaalla tämä palkkioluokka korvaa neljä kotihoidon käyntiä päivässä tai ympärivuorokautisen palveluasumisen – molemmat ovat kustannuksiltaan huomattavia ja Pohjanmaalla kansallista keskiarvoa kalliimpia. Kainuussa toinen palkkioluokka korvaa 2–3 kotihoidon käyntiä, joiden kustannukset ovat selvästi Pohjanmaata alhaisemmat.

**Kuvio 10. Potentiaalinen kustannussäästö kuukaudessa omaishoidettavaa kohti iäkkäiden omaishoidon tuen 2. palkkioluokassa hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön ja VTV:n laskelmat. Lapin osalta on mukana vain laskelma ympärivuorokautisen palveluasumisen osalta, koska tietoja kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen kustannuksista ei toimitettu. Puuttuvat tiedot Keski-Uusimaalta ja Varsinais-Suomesta.

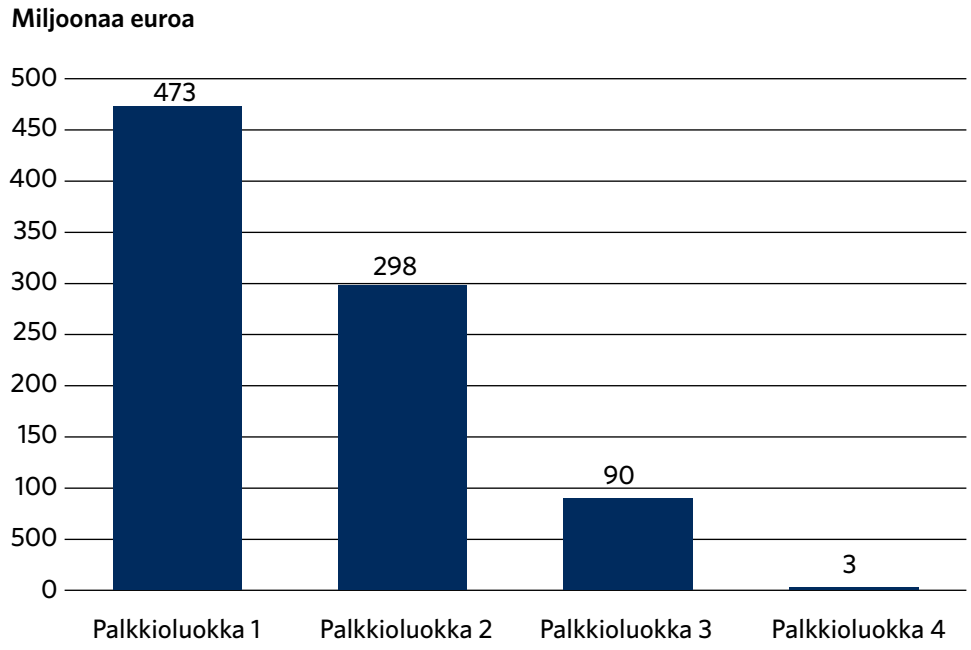
**Kuvio 11. Potentiaalinen kustannussäästö kuukaudessa omaishoidettavaa kohti iäkkäiden omaishoidon tuen 3. palkkioluokassa hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön ja VTV:n laskelmat. Lapin osalta on mukana vain laskelma ympärivuorokautisen palveluasumisen osalta, koska tietoja kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen kustannuksista ei toimitettu. Puuttuvat tiedot Keski-Uusimaalta ja Varsinais-Suomesta.

Kolmannessa palkkioluokassa suurin säästöpotentiaali syntyy Pohjanmaalla (5 619 euroa) ja pienin Pohjois-Pohjanmaalla (583 euroa) (ks. kuvio 11). Pohjanmaan suuret säästöt selittyvät sillä, että kolmas palkkioluokka korvaa ainoastaan ympärivuorokautista palveluasumista, joka on alueella erityisen kallista, ja sillä, että omaishoidon tuen palkkiotaso on keskimääräistä matalampi. Pohjois-Pohjanmaalla kolmas palkkioluokka voi korvata 1–4 kotihoidon käyntiä tai ympärivuorokautista asumista, jolloin korvaavien palvelumuotojen kustannukset vaihtelevat paljon. Lisäksi Pohjanmaalla on maan toiseksi korkein hoitopalkkio ja ympärivuorokautisen palveluasumisen kustannukset ovat kansallista keskiarvoa lähellä. Jos omaishoidon tuki korvaisi vain 1–2 kotihoidon käyntiä päivässä, omaishoidon tuki tulisi selvästi korvaavaa palvelumuotoa kalliimmaksi. Muillakin alueilla kolmas palkkioluokka korvaa yleensä vain ympärivuorokautista palveluasumista (14 alueella 22:sta). Pohjanmaan korkeat kustannukset ja muita matalampi palkkiotaso nostavat sen säästöpotentiaalin kuitenkin muita alueita suuremmaksi.

**Kuvio 12. Iäkkäiden omaishoidon tuen laskennallinen kustannussäästö (miljoonaa €) vuodessa korvaaviin palveluihin verrattuna kansallisesti ja eri palkkioluokissa vuonna 2024.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön ja VTV:n laskelmat.

Vuonna 2024 käytössä olleissa neljännen palkkioluokan laskelmissa säästöt jakautuivat tasaisemmin: 2 600–4 741 euroa.

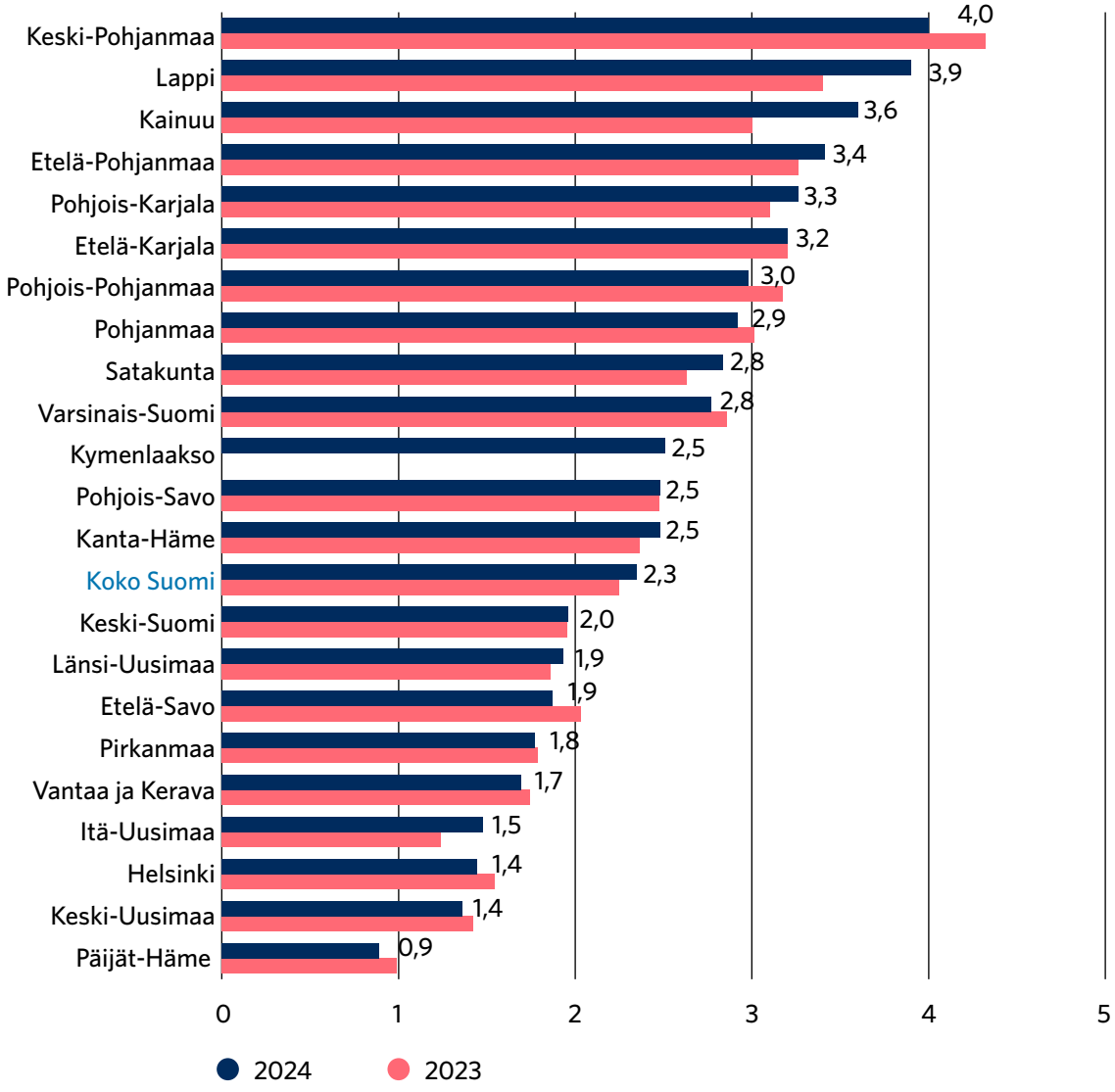
Kustannussäästölaskelmien perusteella arvioitiin, kuinka paljon iäkkäiden omaishoidon tuki säästää vuosittain eri palkkioluokissa alueittain ja kansallisesti (ks. kuvio 12). Kansallisella tasolla säästöt ovat samaa luokkaa kuin THL:n raportissa on esitetty (ks. luku 1)[27], mutta tarkastuksen laskelmien perusteella ne ovat hieman pienemmät. Potentiaalinen kustannussäästö verrattuna korvaaviin palveluihin on vuositasolla hieman yli 860 miljoonaa euroa. Selvästi yli puolet tästä syntyy alimmassa palkkioluokassaja yli kolmannes toisessa palkkioluokassa. Kun huomioidaan se, että lisäpalveluiden tarve todennäköisesti kasvaa ylemmissä palkkioluokissa, merkittävää säästöpotentiaalia syntyy kansallisesti vain kahdessa alimmassa palkkioluokassa. VTV:n laskelmissa ei ole voitu huomioida omaishoidettavalle annettavien lisäpalveluiden kustannuksia.

## 2.2 Omaishoidon tuen houkuttelevuudessa on eroja alueiden välillä

Omaishoidon tuen järjestelmää perustellaan taloudellisesti sillä, että se säästää valtion varoja korvaaviin palveluihin verrattuna. Vuoden 2016

omais- ja perhehoidon lakiuudistuksesta annetussa hallituksen esityksessä sekä sosiaali- ja terveysministeriön tekemissä lakimuutosten vaikutusarvioinneissa iäkkäiden omaishoidon tuen kustannussäästöt perustuivat myös oletukseen, että omaishoidon tuen kattavuus kasvaa. Oletettujen säästöjen toteutumiseksi on täten tärkeää, että omaishoidon tuki on houkutteleva vaihtoehto omaisiaan hoitaville ja omaishoidon tukeen oikeutetuille perheille.

**Kuvio 13. Iäkkäiden omaishoidon tuen kattavuus suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa vuosina 2023–2024.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.
Kymenlaakso ei toimittanut tietoja omaishoidettavien määrästä vuonna 2023.

## Omaishoidon kattavuus ja hoidettavien määrä on toisilla alueilla kasvanut ja toisilla vähentynyt

Omaishoidon tuen kattavuutta ja hoidettavien määrää voi pitää yhtenä mittarina sille, kuinka hyvin hyvinvointialueet ovat onnistuneet lisäämään omaishoidon tuen houkuttelevuutta. Tarkastuksen perusteella omaishoidon tuen kattavuus ja hoidettavien määrä on toisilla alueilla lisääntynyt ja toisilla vähentynyt 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa.

Omaishoidettavien määrä kasvoi absoluuttisesti 12 alueella ja laski 10 alueella vuosien 2023 ja 2024 välisenä aikana. Suhteutettuna vastaavan ikäisen väestön määrään omaishoidon tuen kattavuus kasvoi kahdeksalla alueella, pysyi samana neljällä alueella ja laski kymmenellä alueella (ks. kuvio 13). Tämän mittarin perusteella alueet jakautuvat siis karkeasti kahteen yhtä suureen osaan, joista toinen puoli oli onnistunut lisäämään omaishoidon tuen houkuttelevuutta alueellaan.

## Omaishoidon tuen kriteerit tiukentuivat joidenkin kuntien alueella ja höllentyivät toisilla sote-uudistuksen vuoksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen yhteydessä vastuu omaishoidon tuen järjestämisestä siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Tarkastuksen perusteella hyvinvointialueet ovat yhtenäistäneet omaishoidon tuen myöntämiskriteerit alueillaan. Kriteerien yhtenäistäminen on lisännyt yhdenvertaisuutta alueiden sisällä, mutta omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluiden perusteella yhtenäistämisen seurauksena kriteerit kiristyivät osalla kunnista yhdeksän hyvinvointialueen sisällä. Kolmella hyvinvointialueella kriteerit oli yhtenäistetty jo ennen uudistusta.

Kolmella hyvinvointialueella on lakkautettu kokonaan ennakoiva tai ehkäisevä omaishoidon tuen palkkioluokka sote-uudistuksen jälkeen. Osalla hyvinvointialueista myöntämiskriteerien yhtenäistämisen seurauksena omaishoidon tuen sopimuksia irtisanottiin tai palkkioluokkaa alennettiin. Useilla hyvinvointialueilla kriteerit tiukkenivat joissain alueen kunnissa ja höllentyivät toisissa. Yksittäisissä kunnissa omaishoidon tuki saattoi heikentyä selvästi, koska paikalliset kuntalisät poistettiin kriteerien yhtenäistämisen yhteydessä.

Myöntämiskriteerien yhtenäistäminen on vaikuttanut vaihtelevasti omaishoidon tuen houkuttelevuuteen alueiden sisällä. Yhtenäistäminen on kuitenkin lisännyt omaishoidon tuen myöntämisen yhdenvertaisuutta alueiden sisällä, mitä voi pitää myönteisenä muutoksena. Toisaalta alueiden väliset erot tuen myöntämisessä ovat edelleen selvät.

## Tiukka taloudellinen tilanne ja omaishoidon sitovuus estävät ryhtymästä omaishoitajaksi

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella omaishoitajaksi ryhtymisen houkuttelevuuteen vaikuttaa hoitopalkkion taso. Palkkiotason merkitystä arvioitiin haastatteluissa vaihtelevaksi. Osassa haastatteluista mainittiin, että omaishoitajat kokevat hoitopalkkion riittämättömäksi. Toisaalta osa haastateltavista arvioi hoitopalkkion tason olevan merkityksetön omaishoitajaksi ryhtymiselle. Hoitopalkkion merkitys mainittiin kuudella alueella kahdestatoista haastatellusta.

Muina omaishoitajuuden houkuttelevuutta lisäävinä tekijöinä haastatteluissa mainittiin tehokas ja vaikuttava tiedottaminen omaishoidon tuesta, lisäpalveluiden helpompi saatavuus sekä sujuva yhteys nimettyyn omatyöntekijään. Houkuttelevuutta lisäävinä tekijöinä mainittiin myös mahdollisuus saada kotihoidon palveluita omaishoidon tueksi sekä mahdollisuus harkinnanvaraisiin vapaapäiviin.

Lisäksi haastatteluissa tuotiin esiin useita muita omaishoitajuutta tukevia ja houkuttelevuutta lisääviä tekijöitä. Näitä olivat muun muassa tukipuhelinpalveluiden saatavuus, hyvinvointi- ja terveystarkastukset omaishoitajille sekä joustavat hakukäytännöt, kuten omaishoidon tuen hakeminen ilman lääkärinlausuntoa tai suullisesti. Myös aiempien kehittämishankkeiden myönteiset tulokset, käynnissä olevat kehittämistoimet, määrärahojen riittävyys sekä omatyöntekijän hyvä saavutettavuus nähtiin omaishoidon tuen houkuttelevuutta vahvistavina tekijöinä.

Haastatteluiden perusteella omaishoitajaksi ryhtymistä estävä tekijä on erityisesti omaishoidon sitovuus tai pelko sen sitovuudesta. Omaishoidon sitovuus nousi esille lähes kaikissa haastatteluissa. Sitovuuden pelko liittyy yhtäältä siihen, että omaishoito on yleisesti hyvin vaativaa ja toisaalta huoleen siitä, vaikeutuuko omaishoidettavan pääsy ympärivuorokautiseen jatkohoitoon, jos hän on jo omaishoidon piirissä. Haastatteluiden perusteella kyse on kuitenkin ennakkoluuloista tai -oletuksista. Haastateltavien mukaan omaishoitoperheiden tilanne on parempi verrattuna ei-omaishoitoperheisiin, koska he pääsevät omaishoidon tuen palveluiden piiriin ja saavat sen myötä henkilökohtaisen omatyöntekijän.

Tarkastuksen selvityspyynnön perusteella omaishoitajaksi ryhtymiseen on kannustettu alueilla korottamalla hoitopalkkioita, tarjoamalla monipuolisia vaihtoehtoja lakisääteisten vapaapäivien järjestämiseen ja apua sopivan vaihtoehdon valinnassa, auttamalla omaishoidon tuen hakemuksen täyttämisessä sekä tarjoamalla omaishoidon perheelle myös muita omaishoitajien hoitotyötä tukevia palveluja sekä vertaistukiryhmiä

Selvityspyyntöön vastanneista 22 hyvinvointialueesta 13 toi esiin, että tiukka taloudellinen tilanne rajoittaa omaishoidon tuen kehittämistä. Taloudelliset paineet ovat heijastuneet useilla alueilla omaishoidon tuen käytäntöihin siten, että kehittämistyö on vaikeutunut, tukea ei ole voitu myöntää hoidettavien todellista tarvetta vastaavasti ja omaishoidon tukeen varatut määrärahat eivät ole olleet riittäviä asetettuihin tavoitteisiin nähden. Lisäksi taloudellinen tilanne on johtanut myöntämiskriteereiden tiukentumiseen sekä siihen, että hoitopalkkioiden taso ei kaikilta osin vastaa hoidon sitovuutta tai on kokonaisuutena matala. Myös omaishoitajien vapaiden toteuttamiseen käytettävissä olevat vaihtoehdot ovat monilla alueilla rajalliset. Yhdeksän alueen mukaan yksi omaishoidon tuen laajentamista estävä tekijä on se, että omaishoitajia ei ole saatavilla.

## Omaishoidon tuen hakemusmäärät ja hylkäysosuudet vaihtelevat merkittävästi alueittain

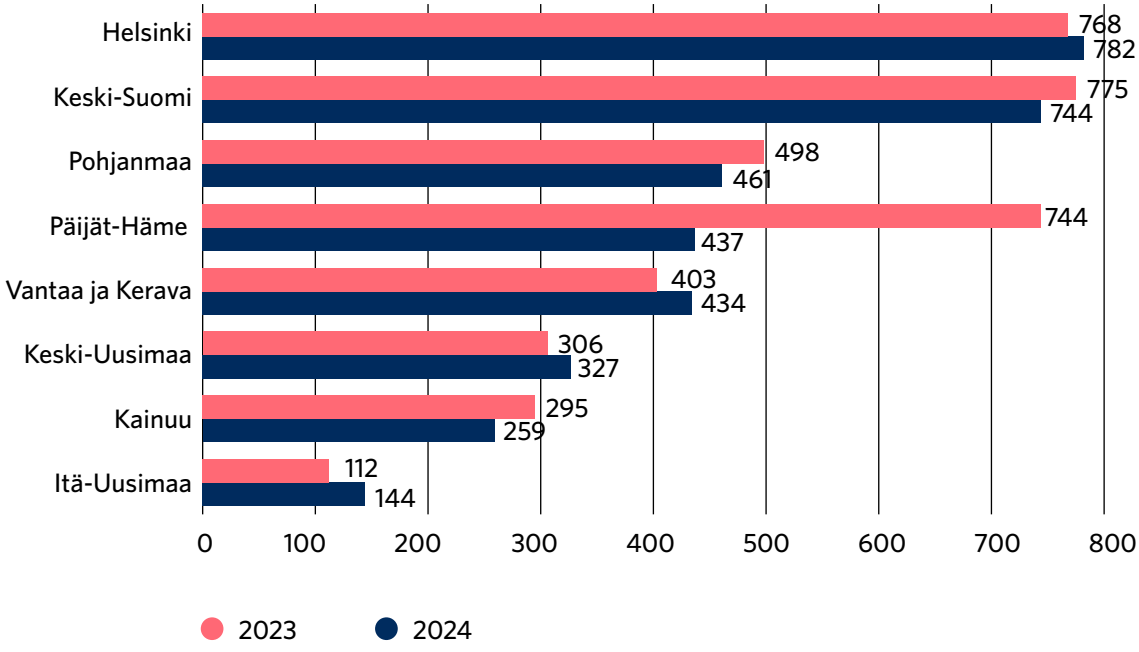
Oletettujen kustannussäästöjen saavuttamiseksi on tärkeää, että omaishoidon tuen houkuttelevuuden kehitystä pystytään seuraamaan ja arvioimaan. Varsinaisen omaishoidon tuen kattavuuden lisäksi toinen selvä houkuttelevuuden mittari on iäkkäiden omaishoidon tuen hakemusten määrän kehitys ja hylättyjen hakemusten suhde tehtyihin hakemuksiin.

Tarkastuksen selvityspyynnön perusteella osasta hyvinvointialueista ei ole kuitenkaan saatavissa edes yksinkertaista tietoa siitä, kuinka monta iäkkäiden omaishoidon tuen hakemusta hyvinvointialueelle on tullut vuosina 2023 ja 2024. Ainoastaan yhdeksän hyvinvointialuetta 22:sta ilmoitti, ettei omaishoidon tuen hakemuksia ja hakemuksiin annettuja kielteisiä päätöksiä koskeviin tietoihin liity epäselvyyksiä. Seitsemän hyvinvointialuetta ei pystynyt antamaan omaishoidon tuen hakemusten määrää kummaltakaan pyydetyltä vuodelta. Hyvinvointialueiden mukaan tietopuutteet johtuvat tietojärjestelmistä, esimerkiksi käytössä on ollut useampia asiakastietojärjestelmiä, tai siitä, ettei hakemusten määrää ylipäänsä ole seurattu.

Viidellä hyvinvointialueella hakemusten määrä kasvoi vuodesta 2023 vuoteen 2024. Vähiten hakemusten määrä kasvoi Helsingissä, noin 2 prosentilla, ja eniten Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella, jossa kasvu oli huomattavaa (28,6 prosenttia).

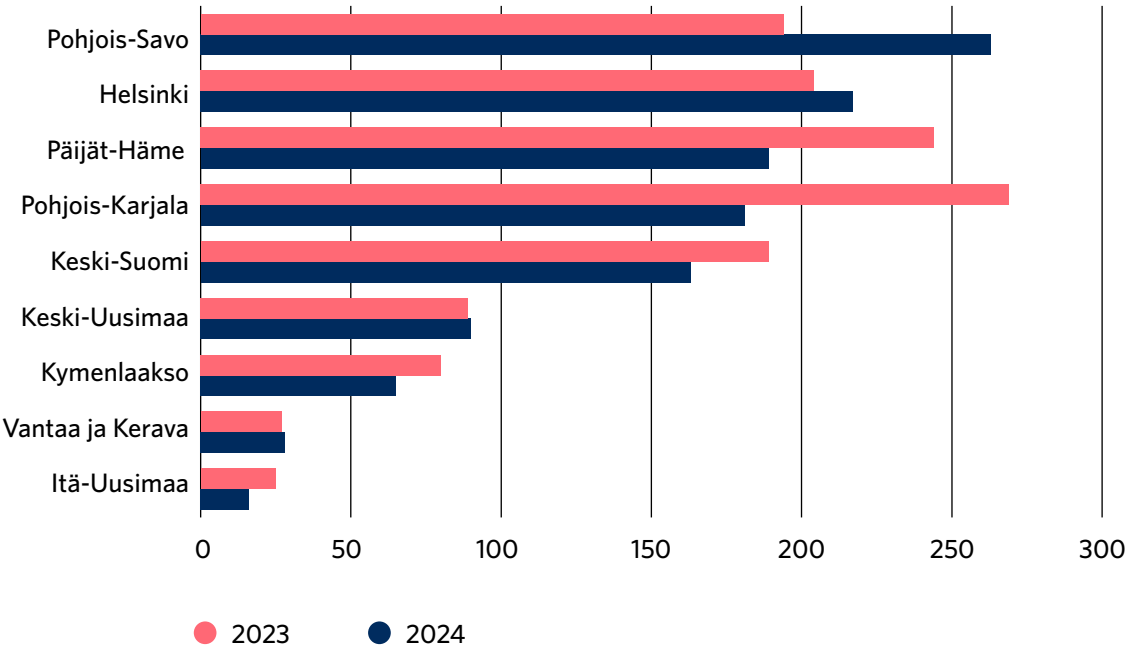
Neljällä hyvinvointialueella hakemusten määrät puolestaan supistuivat vuodesta 2023 vuoteen 2024. Hakemusten määrä vähentyi merkittävästi Päijät-Hämeen hyvinvointialueella, jossa vuonna 2024 hakemuksia tehtiin 41,3 prosenttia vähemmän verrattuna vuoteen 2023. Vähiten hakemusten määrät supistuivat Keski-Suomen hyvinvointialueella (-4 prosenttia) (Ks. kuvio 14).

**Kuvio 14. Omaishoidon tuen hakemusten määrät hyvinvointialueittain vuosina 2023 ja 2024.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

**Kuvio 15. Omaishoidon tuen hakemuksia koskevat kielteiset päätökset hyvinvointialueittain vuosina 2023–2024.**



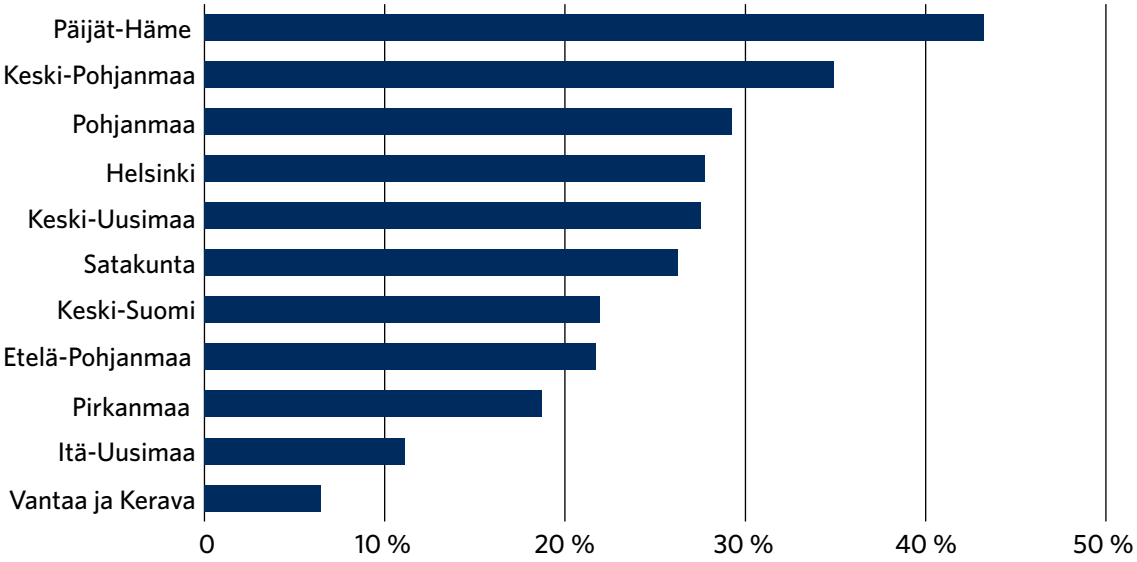

Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Kahdeksan hyvinvointialuetta (Helsinki sekä Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Uudenmaan, Päijät-Hämeen, Vantaan ja Keravan ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueet) pystyi ilmoittamaan, kuinka monta kielteistä päätöstä omaishoidon tuen hakemuksiin oli annettu vuosina 2023 ja 2024. Kielteisten päätösten määrä on kasvanut neljällä hyvinvointialueella (Pohjois-Savo, Helsinki, Keski-Uusimaa ja Vantaa ja Kerava) ja supistunut viidellä hyvinvointialueella (Päijät-Häme, Pohjois-Karjala, Keski-Suomi, Kymenlaakso ja Itä-Uusimaa) (Ks. kuvio 15).

Hyvinvointialueiden välillä on suuria eroja siinä, kuinka suuri osuus omaishoidon tuen hakemuksista saa kielteisen päätöksen (ks. kuvio 16). Korkea hylkäysprosentti voi liittyä tiukkoihin tai tiukentuneisiin kriteereihin, epätietoisuuteen siitä, milloin omaishoidon tukeen voi olla oikeutettu tai siihen, että iäkkäät eivät saa apua ja tukea riittävästi muista palveluista.

Hyvinvointialueiden VTV:n selvityspyyntöön antamien vastausten mukaan kaikilla alueilla kolme tärkeintä syytä omaishoidon tuen hakemuksen hylkäämiseen olivat samat. Tärkein syy oli, että hoidettava ei täytä hoidon tarpeen kriteereitä. Toiseksi tärkein oli se, että hoitajan terveyden ja toimintakyvyn ei katsottu vastaavan omaishoidon tuen vaatimuksia. Omaishoidon tuen myöntämiskriteereiden mukaan henkilö ei voi toimia omaishoitajana syistä, jotka liittyvät esimerkiksi omaishoitajan päihteiden käyttöön, mielenterveysongelmiin tai hoitajan terveydentilaan, kuten muistisairauteen, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin tai heikentyneeseen liikuntakykyyn[28]. Myös se, että omaishoitaja mahdollistaa hoidettavan runsaan tai haitallisen päihteiden käytön on ollut kielteisen päätöksen syy. Kolmanneksi tärkein syy hylätä hakemus oli se, että omaishoito yhdessä muiden palvelujen kanssa ei riitä turvaamaan hoidettavan hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta.[29] Avovastauksissa alueet toivat esiin kielteisen päätöksen syynä oli myös hoidettavan tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen runsaus. Hakemukseen on annettu kielteinen päätös, vaikka omaishoidon tuen myöntämiskriteerit täyttyisivät, jos kokonaisvastuu hoidettavasta on jollakin muulla taholla, kuten kotihoidolla.

**Kuvio 16. Omaishoidon tuen hakemista koskevien kielteisten päätösten osuus omaishoidon tuen hakemuksista hyvinvointialueittain vuonna 2024, %.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

# 3 Ovatko hyvinvointialueet huolehtineet omaishoitajien palveluista ja tuesta?

Omaishoitolaki (937/2005) velvoittaa hyvinvointialueita järjestämään omaishoitajille hoitotehtävää tukevia palveluja. Käytännössä alueet järjestävät omaishoitajille valmennusta, koulutusta sekä hyvinvointi ja terveystarkastuksia vaihtelevasti ja osin ohjeistuksesta poiketen. Osallistujamääristä ei ole luotettavaa tietoa.

Omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien määrä ja järjestämismuodot vaihtelevat alueittain, ja palveluverkon muutokset vaikeuttavat sopivan hoitopaikan löytymistä. Vapaiden käyttö on vähäistä, ja vapaiden järjestämistä koskevat valinnanmahdollisuudet vaihtelevat alueiden välillä ja sisällä. Palveluseteleitä käytetään laajasti vapaan järjestämismuotona, mutta niiden ehdot vaihtelevat merkittävästi.

Myös hoitotehtävää tukevien lisäpalvelujen määrä vaihtelee suuresti. Vaikka lisäpalveluja perustellaan hoitajan tukemisella, niiden tosiasiallinen kohde on hoidettava.

## 3.1 Omaishoitajien valmennusten, koulutusten ja hyvinvointi- ja terveystarkastusten toimeenpano on hajanaista

Omaishoidon tuen tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteutumista tukemalla omaishoitajan työtä. Hyvinvointialueen on tarvittaessa järjestettävä omaishoitajalle valmennusta, koulutusta, hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä hoitotehtävää tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja[30]. Omaishoitajat eivät siten automaattisesti ole oikeutettuja edellä mainittuihin palveluihin, vaan niiden saanti perustuu tarpeen arviointiin. Kuitenkin vain kolme hyvinvointialuetta oli kirjannut omaishoidon tuen toimintaohjeeseensa, että omaishoitajan tarve valmennukselle, koulutukselle ja tarkastuksille arvioidaan osana palvelutarpeen ja omaishoidon tuen arviointia[31].

Lainsäädäntö jättää alueille varsin vapaat kädet valmennuksen, koulutuksen sekä hyvinvointi- ja terveystarkastusten järjestämistavan ja -tiheyden osalta, mutta sisällön osalta on hieman toisin. Valmennuksen ja koulutuksen sisältöä on ohjeistettu omaishoidon lakiuudistuksesta annetussa hallituksen esityksessä (HE 85/2016 vp[32]) ja hyvinvointi- ja terveystarkastusten sisältöä sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti vuonna 2015 Kuntainfolla[33].

## Omaishoitajien valmennus painottuu omaishoitotehtävän alkamisen jälkeiseen aikaan

Hallituksen esityksessä omaishoidon lakiuudistuksesta (HE 85/2016 vp) valmennuksella tarkoitetaan toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea omaishoitajuutta ja kehittää omaishoitajaksi ryhtyvän henkilön valmiuksia omaishoitajana toimimisessa. Hyvinvointialueiden VTV:n selvityspyyntöön ilmoittamien tietojen mukaan varsinaisia valmennuksia ja koulutuksia järjestää 16 aluetta. Hallituksen esityksen (HE 85/2016 vp) mukaan valmennusta annetaan lähtökohtaisesti ennen omaishoitosopimuksen tekemistä, mutta sitä voidaan antaa tarvittaessa myös omaishoitotehtävän alettua. Esityksen mukaan ennakkovalmennus on keskeinen tekijä niin omaishoitajan jaksamisen kuin omaishoitotehtävän onnistumisen kannalta. Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella alueiden järjestämä valmennus ei ole kuitenkaan ennakkovalmennusta. Kaikki 16 aluetta järjestävät omaishoitajalle valmennusta omaishoidon tuen myöntämisen jälkeen. Valmennukseen osallistuminen ei ole siten ehdoton edellytys omaishoitosopimuksen tekemiselle vaan jättää alueille mahdollisuuden tapauskohtaiseen harkintaan[34].

Asiantuntijahaastattelujen mukaan osa alueista toteuttaa valmennuksen omana toimintanaan, yhteistyössä järjestöjen ja yhdistysten kanssa tai valmennuksen tuottavat yksinomaan järjestöt ja yhdistykset. VTV:n Omaishoitajaliiton alueyhdistyksille tekemän kyselyn mukaan yhdistykset tarjoavat runsaasti valmennusta ja koulutusta omaistaan ja läheistään hoitaville. Hyvinvointialueiden ja järjestöjen yhteistyö valmennuksessa voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että omatyöntekijän valmennusta voidaan täydentää Omaishoitoliiton Ovet-valmennuksella[35] tai että järjestöt osallistuvat alueiden järjestämiin valmennuksiin ja esittelevät omaishoitajille suunnattua toimintaa alueella. Myös hyvinvointialueen omaishoidon tuen työntekijät voivat käydä esittelemässä hyvinvointialueen omaishoidon tukea järjestöjen järjestämissä valmennustilaisuuksissa.[36]

Hyvinvointialueiden VTV:n selvityspyyntöön ilmoittamien tietojen mukaan osa hyvinvointialueista valmentaa kaikki omaishoitajat yksilöllisesti, eikä alue järjestä varsinaisia valmennustilaisuuksia[37].

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella alueiden omana toimintana järjestetyn valmennuksen tuottaa suurimmaksi osaksi omaishoitoperheen omatyöntekijä. Omatyöntekijä toteuttaa valmennuksen omaishoitoperheen kotona erillisellä valmennuskäynnillä (kotikäynti, sopeutumisvalmennus, alkuvalmennus). Osalla alueista valmennus tehdään aina puhelimitse, osalla se voidaan toteuttaa etä- tai lähivalmennuksena. Alueiden VTV:n selvityspyyntöön ilmoittamien vastausten mukaan digitaalisten ratkaisujen hyödyntämien omaishoitajien valmennuksessa on varsin vähäistä. Vain viidellä alueella valmennukset toteutetaan joko kokonaan etänä tai niihin on mahdollista osallistua myös etäyhteydellä (etävalmennus, digivalmennus)[38].

Osalla alueista omana toimintana järjestetyn valmennuksen tuottaa omatyöntekijän sijaan jokin muu taho[39]. Esimerkiksi Helsingissä valmennuksen tuottavat omaishoidon tuen sosiaaliohjaajat, Pirkanmaalla omaishoidon tuen yksikkö ja Pohjois-Pohjanmaalla Omaishoidon keskus. Muiden tahojen tuottama valmennus eroaa omatyöntekijöiden toteuttamasta valmennuksesta siten, että se on ryhmämuotoista ja toteutetaan kodin ulkopuolella. Lisäksi esimerkiksi Helsingin järjestämä valmennus sisältää usean valmennuskerran (6 kertaa).

Hallituksen esityksen (HE 85/2016 vp) mukaan valmennuksessa tulisi käsitellä muiden asioiden ohella myös omaishoitajan asemaan ja hyvinvointiin, kunnan (nykyisin hyvinvointialueiden) ja omaishoitajan yhteistyöhön sekä avustamisen ja hoivatyön perusteisiin liittyviä kysymyksiä. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelut viittaavat kuitenkin siihen, että omatyöntekijöiden valmennuksessa avustamisen ja hoivatyön perusteisiin liittyviä asioita ei käsitellä valmennuksissa lainkaan tai niiden käsittely on erittäin vähäistä. Valmennuskäynnillä käydään kertaalleen läpi samoja asioita kuin omaishoidon tuen palvelutarpeen arviointikäynnillä, eli palveluja, tukimuotoja ja vapaapäiviä koskevia asioita. Lisäksi käynnillä kerrotaan muista omaishoitoon liittyvistä tärkeistä asioista, kuten omaishoitosopimuksen ehdoista sekä omaishoitajan velvollisuuksista ja oikeuksista. Osa haastateltavista kuvasi omatyöntekijän antamaa valmennusta ”informatiiviseksi paketiksi” siitä, mitä omaishoito tarkoittaa. Helsingin järjestämissä valmennuksissa kerrataan palveluita koskevia asioita mutta käsitellään myös muita teemoja, kuten turvallista lääkehoitoa tai ravitsemusta, joista eri alan asiantuntijat käyvät puhumassa.

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella hyvinvointialueet järjestävät valmennusta vaihtelevasti. Osa alueista järjestää valmennusta säännöllisesti kerran tai kaksi kertaa vuodessa, osa epäsäännöllisesti ja eräät alueet kuten Pirkanmaa järjestää pääpiirteissään saman sisältöisiä valmennuksia kuusi kertaa vuodessa[40].

Tarkastushavaintojen perusteella valmennusten järjestämisen vaihtelevuutta selittää osin se, että omaishoitajat eivät usein osallistu järjestettyihin valmennuksiin. Niihin osallistuminen on vapaaehtoista. Asiantuntijahaastatteluissa tuotiin esiin, että omaishoitoyhdistykset ja hyvinvointialueet ovat joutuneet perumaan tai lykkäämään suunniteltuja valmennuksia. Yhdeksi syyksi hoitajien vähäiseen osallistumiseen omaishoidon tuen asiantuntijahaastatteluissa mainittiin myös pitkät välimatkat, joiden vuoksi omaishoitajat eivät osallistu kodin ulkopuolella järjestettäviin valmennuksiin. Heikkoa osallistumista saattaa kuitenkin selittää osin myös se, että Omaishoitajakysely 2024 mukaan puolisoaan eläkkeellä hoitavista sopimusomaishoitajista 37 prosenttia katsoi, että he eivät tarvitse valmennusta[41].

## Omaishoitajien koulutus ja valmennus mielletään useimmilla alueilla samaksi palveluksi

Omaishoitajan hoitotehtävää tukevan koulutuksen tavoitteena on tukea omaishoitajan osaamisen kehittämistä ja ylläpitää omaishoitajan valmiuksia omaishoitosuhteen kestäessä. Koulutuksen sisältö ja laatu määräytyvät omaishoitajan yksilöllisen tarpeen ja omaishoitotilanteen vaatimusten mukaisesti.[42] Vaikka omaishoitajaksi hyväksymiselle ei ole asetettu erityisiä osaamisvaatimuksia, hoidettavan hoidon raskauden lisääntyminen saattaa edellyttää uudenlaista osaamista hoitotehtävässä selviytymiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön Kuntainfon (2016) mukaan tarvittava koulutus voi liittyä esimerkiksi erilaisten apuvälineiden käyttöön, ergonomisten työasentojen opettamiseen ja haasteellisista tilanteista selviytymiseen. Se voi liittyä myös esimerkiksi muistisairaiden ja päihde- ja mielenterveysongelmaisten omaishoidon erityiskysymyksiin.[43] Esimerkiksi Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue järjestää omaishoitajille koulutusta apuvälineistä ja avustamisesta, muistisairaan kohtaamisesta, mielen hyvinvoinnista ja digitaalisista palveluista ja digituesta[44].

Koulutuksen järjestämistä koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että omaishoitajan yksilöllisiä tarpeita vastaava koulutus toteutuu vain hyvin harvalla hyvinvointialueella. Alueiden antamat vastaukset kuvitteellisiin asiakastapauksiin osoittivat, että esimerkiksi Etelä-Karjala voi järjestää omaishoitajalle valmennuskäyntejä kotiin, jos hoitaja tarvitsee tietoa apuvälineistä, ergonomiasta tai lääkehoidosta. Pohjois-Karjala puolestaan järjestää verkkokoulutuksia omaishoitajille muun muassa ravitsemuksesta ja muistisairauksista. Sen sijaan muut 20 hyvinvointialuetta eivät maininneet lainkaan omaishoitajalle järjestettävää koulutusta.

Havaintoa voi osin selittää se, että asiantuntijahaastattelujen mukaan hyvinvointialueet mieltävät koulutuksen ja valmennuksen yhdeksi ja samaksi asiaksi. Valmennusta koskevat havainnot kuitenkin osoittivat, että omatyöntekijöiden valmennus ei kuitenkaan sisällä konkreettisia ja käytännönläheisiä hoitotyöhön liittyvää asioiden tai toimintatapojen opettamista. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden mukaan omaishoitajat kuitenkin hyötyisivät varsinaisesta koulutuksesta, ja asiantuntijoiden mukaan omaishoitajat myös itse kokevat tarvitsevansa jatkuvaa "koulutusta". Vuoden 2024 Omaishoitajakyselyyn vastanneista, puolisoaan eläkkeellä hoitavista sopimusomaishoitajista 18 prosenttia kokikin, ettei tarjottu valmennus ole riittävää[45]. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelujen mukaan alueilla aiotaan kehittää omaishoitajille tarjottavaa ryhmävalmennusta ja koulutusta muun muassa siten, että siihen sisältyy selkeämmin asioita lääkehoidosta, ravitsemuksesta ja muista omaishoitotilanteeseen liittyvistä aiheista.

VTV:n selvityspyynnöllä yritettiin selvittää, kuinka moni uusista omaishoitajista osallistuu valmennuksiin ja koulutuksiin. Alueiden selvityspyyntöön antamat tiedot olivat kuitenkin vajavaiset. Tämä viittaa siihen, että hyvinvointialueilla ei ole tarkkaa tietoa siitä, kuinka moni uusista omaishoitajista osallistuu koulutukseen tai valmennukseen. Kuudentoista alueen raportoimat tiedot yhdessä haastattelujen kanssa viittaavat siihen, että valmennuksiin ja koulutuksiin osallistuminen on vähäistä. Omaishoidon tuen asiantuntijahaastatteluiden mukaan esimerkiksi Päijät-Hämeessä ongelmaan haetaan ratkaisua omaishoidon asiakasraadin avulla. Sen toivotaan löytävän ratkaisuja valmennusten ja koulutusten järjestämiseen. Lisäksi Päijät-Häme ja Kainuu ovat luoneet alueen omaishoidon verkkosivuille palvelupolkuja.

## Hyvinvointi- ja terveystarkastukset toteutuvat osin suositusten mukaan mutta osallistuminen jää heikoksi

Hallituksen esityksen (HE 85/2016 vp) mukaan myös hyvinvointi- ja terveystarkastukset ovat keskeisiä tekijöitä omaishoitajan jaksamiselle ja omaishoitotehtävän onnistumiselle. Niiden velvoittavaksi järjestämisellä on pyritty siihen, että aiempaa suuremmalle osalle omaishoitajista tehtäisiin hyvinvointi- ja terveystarkastus[46].

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelut viittaavat siihen, että hyvinvointialueilla on vaihtelevia käsityksiä siitä, mitä hyvinvointi- ja terveystarkastukset tarkoittavat. Kun haastatteluissa alueilta tiedusteltiin, miten hyvinvointi- ja terveystarkastukset toimivat hyvinvointialueella, haastateltavat tarkoittivat hyvinvointi- ja terveystarkastuksista puhuessaan lähinnä vain terveystarkastuksia[47]. Yhdellä alueella terveystarkastuksen kerrottiin olevan osa hyvinvointitarkastusta[48], yhdellä

alueella hyvinvointitarkastuksen kerrottiin olevan oma tarkastuksensa[49] ja yhdellä alueella se näyttäisi paikkakunnasta riippuen olevan joko osa hyvinvointitarkastusta tai erillinen tarkastus[50].

Myös hyvinvointi- ja terveystarkastuksiin osallistuminen on omaishoitajille vapaaehtoista[51]. Niitä suositellaan tarjottavaksi omaishoitajille noin kahden vuoden välein[52]. VTV:n selvityspyyntöön saadut tiedot osoittivat, että suositus toteutuu alueilla varsin hyvin. Alueet tarjoavat mahdollisuutta hyvinvointi- ja terveystarkastukseen yleisimmin joka toinen vuosi. Kolmella alueella mahdollisuutta tarjotaan harvemmin ja kolmella alueella puolestaan tarvittaessa useamminkin kuin joka toinen vuosi.[53]

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelut osoittivat, että terveystarkastuksia järjestetään alueilla monin tavoin. Niitä toteutetaan terveyskeskuksissa (4 aluetta), ikäneuvoloissa (2 aluetta), aikuisneuvolassa (1 alue) ja opiskelijaterveydenhoitoyksikössä (1 alue).

Osa alueista painottaa myös digitaalisia ratkaisuja. Omaishoitaja voi tehdä terveystarkastuksen Omaolossa[54]. Jos tarkastuksessa ilmenee jotain erityistä, ohjelma ohjaa omaishoitajan varaamaan vastaanottoajan omalta terveysasemalta.[55] Jos sähköinen terveystarkastus ei ole asiakkaalle mahdollinen, vaihtoehtoina on varata vastaanottoaika omalta terveysasemalta. Useimmat alueet ohjaavat omaishoitajaa varaamaan ajan terveystarkastukseen. Kahdella alueella myös omatyöntekijä voi tehdä yhteydenottopyynnön asiakkaan suostumuksella terveysaseman omahoitajalle terveystarkastuksen varaamiseksi[56]. Vain yhdellä alueella omatyöntekijä varaa omaishoitajalle ajan tarkastukseen[57]. Myös sairaanhoitajat voivat soittaa omaishoitajalle ja tarjota ajanvarausta, jos he havaitsevat, ettei omaishoitaja ole käynyt viime aikoina terveystarkastuksessa. Joillakin alueilla terveystarkastuksia järjestetään useammalla edellä mainitulla tavalla. Useimmilla alueilla on käytössä sähköinen ajanvaraus,[58] mutta ajan voi varata myös puhelimitse tai käymällä henkilökohtaisesti terveysasemalla. Käytännössä digitaaliset ratkaisut eivät siten ole poistaneet henkilökohtaiseen palveluun perustuvia toimintatapoja.

Hallituksen esityksen (HE 85/2016 vp) mukaan omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksen tekee terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on perehtynyt omaishoitoon liittyviin erityiskysymyksiin, esimerkiksi terveydenhoitaja[59]. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelujen perusteella suositus toteutuu hyvin siltä osin, että 11 hyvinvointialueella terveystarkastuksen suorittaa sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja ja yhdellä alueella alan opiskelija. Sen sijaan edellytys terveydenhuollon ammattihenkilön perehtyneisyydestä toteutuu heikommin. Viidellä alueella terveystarkastuksen tekee omaishoitoon perehtynyt sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja ja neljällä alueella

terveysasemalla omaishoitajan omahoitaja. Vantaalla ja Keravalla hyvinvointi- ja terveystarkastus on osin korvattu hyvinvointitapaamisella. Tapaamisessa omatyöntekijä ja omaishoitaja keskustelevat hoitajan hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Jos tapaamisessa ilmenee terveyteen liittyvää huolta, omatyöntekijä ohjaa omaishoitajan terveydenhuollon palveluihin.[60]

Hyvinvointi- ja terveystarkastuksiin osallistuneiden omaishoitajien määristä ei ole saatavilla alueilta tarkkoja tietoja. Vain kahdeksan hyvinvointialuetta 22:sta pystyi ilmoittamaan VTV:n selvityspyynnössä pyydetyt tiedot hyvinvointi- ja terveystarkastuksiin osallistuneiden omaishoitajien määrästä vuosilta 2023 ja 2024. Alueiden ilmoitusten mukaan näihin lukuihin liittyy kuitenkin epävarmuuksia. Alueet, jotka eivät ilmoittaneet pyydettyjä tietoja lainkaan, raportoivat, että terveystarkastukset kirjautuvat muille toimialueille ja tietoja ei saada asiakastietojärjestelmistä.[61]

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut viittaavat kuitenkin siihen, että terveystarkastuksiin osallistutaan huonosti. Vain neljä aluetta 12:sta arvioi, että omaishoitajat ovat melko hyvin hyödyntäneet mahdollisuuttaan osallistua terveystarkastuksiin. Hyvinvointialueiden sisällä on kuitenkin paikkakuntakohtaisia eroja. Toisilla paikkakunnilla osallistuminen on hyvällä tasolla, toisilla se on puolestaan vähentynyt aiemmista vuosista.

Viisi hyvinvointialuetta arvioi omaishoitajien osallistumisen terveystarkastuksiin vähäiseksi. Esimerkiksi Kainuussa terveystarkastuksiin osallistuu noin 30–40 prosenttia omaishoitajista. Haastatteluissa syyksi vähäiseen osallistumiseen mainittiin muun muassa se, että omaishoitajat eivät koe tarkastusta tarpeelliseksi. Omaishoitajaliiton omaishoitajakyselyn mukaan näin koki 29 prosenttia puolisoaan eläkkeellä hoitavista sopimusomaishoitajista[62]. Asiantuntijahaastatteluissa yhdeksi syyksi mainittiin myös se, että osalla omaishoitajista voi olla jo hoitokontakti terveysasemalla jonkin muun syyn, kuten säännöllisen verenpaineen seurannan, vuoksi. Joidenkin hyvinvointialueiden toimintaohjeiden mukaan hyvinvointi- ja terveystarkastus ei välttämättä ole tarpeellinen silloin, kun omaishoitaja on työterveyshuollon piirissä tai kun kyseessä on lyhytaikainen hoito[63]. Haastatteluissa mainittiin syyksi vähäiselle tarkastuksiin osallistumiselle niin ikään se, etteivät omaishoitajat ole tietoisia tarkastuksista. Tämä kertoo siitä, että osalla alueista omaishoitajien valmennuksessa ja omaishoidon tuesta tiedottamisessa on parannettavaa.

## 3.2 Omaishoitajien vapaan järjestäminen on alueilla epäyhtenäistä

Omaishoitolain 4 §:n mukaan kaikilla sopimusomaishoitajilla on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti ja vähintään kolme vuorokautta, jos hoito on ympärivuorokautisesti sitovaa. Hoito määritellään ympärivuorokautisesti sitovaksi, vaikka omaishoidettava viettäisi säännöllisesti osan vuorokaudesta kotinsa ulkopuolella järjestettyjen sosiaali-, terveys- tai kuntoutuspalvelujen piirissä. Pykälän mukaan alueet voivat järjestää omaishoitajille myös säädettyä enemmän vapaapäiviä ja alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita. Omaishoitajalle tarjottujen lakisääteisten, harkinnanvaraisten vapaiden ja virkistysvapaiden tarkoituksena on parantaa tai ylläpitää omaishoitajan jaksamista[64].

### Vapaan järjestämistapa on alueilla samankaltainen, mutta alueiden sisällä tavat eriytyvät

Alueiden VTV:n selvityspyyntöön ilmoittamat tiedot osoittivat, että hyvinvointialueet myöntävät omaishoitajille yhtä paljon vapaapäiviä vain toisessa palkkioluokassa, jossa kaikki alueet myöntävät kolme vapaapäivää. Muissa palkkioluokissa vapaapäivien määrä vaihtelee alueittain. Alimmassa hoitopalkkioluokassa kuusi aluetta myöntää kaksi ja 16 aluetta kolme vapaapäivää. Kolmannessa hoitopalkkioluokassa lähes kaikki alueet myöntävät kolme vapaapäivää, mutta Itä-Uudenmaa ja Kymenlaakso myöntävät neljä. Neljäs hoitopalkkioluokka on käytössä 13 alueella, joista Kymenlaakso myöntää neljä vapaapäivää ja muut kolme.[65]

Alueilta pyydettiin tiedot kolmesta yleisimmästä lakisääteisen vapaan järjestämistavasta. Selvityspyynnössä annetuista kuudesta vaihtoehdosta kaikki olivat käytössä 12 alueella. Viidellä alueella oli käytössä viisi vaihtoehtoa ja viidellä neljä. Kuvitteelliset asiakastapaukset osoittivat, että osa alueista tarjoaa myös muita vaihtoehtoja vapaan järjestämiseen, kuten Varsinais-Suomessa omaishoidon tukitiimin ja Etelä-Karjalassa kotihoidon.

Kaikki alueet tarjoavat lyhytaikaista ympärivuorokautista palveluasumista ja toimeksiantosuhteista sijaishoitoa, joiden arvioitiin olevan myös yleisimmät käytetyt vapaan muodot[66]. Tulos vastasi Omaishoitajaliiton kyselyn havaintoja[67]. Lisäksi valtaosa alueista tarjoaa perhehoitoa, kiertävää perhehoitajaa ja palveluseteliä. 14 aluetta tarjoaa päivätoimintaa. Omaishoidon tuen toimintaohjeiden mukaan asiakkailla ei kuitenkaan ole rajatonta valinnanvapautta, sillä hyvinvointialue voi päättää vapaan toteuttamistavasta hoidettavan edun mukaisesti[68]. Alue voi myös

järjestää vapaan ensisijaisesti sijaishoitona tai perhehoitona, jos asiakkaan toimintakyky ja hoitopaikan sijainti sen mahdollistavat.[69]

Myös alueiden sisällä on eroja vapaiden järjestämistavoissa. VTV:n hyvinvointialueiden vanhusneuvostoille tekemässä kyselyssä lähes kaikki vastaajat (10 aluetta 13:sta) katsoivat, että vapaiden järjestämistavoissa on kuntakohtaisia eroja[70]. Omaishoidon tuen asiantuntijahaastatteluissa tuli esiin, että esimerkiksi Kainuussa kiertäviä perhehoitajia on käytössä vain kolmessa kunnassa kahdeksasta ja Satakunnassa perhehoitoa perhekodissa järjestetään vain osassa aluetta.[71]

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen mukaan lakisääteiset vapaapäivät saadaan yleensä järjestettyä melko hyvin, ellei omaishoitoperheellä ole runsaasti erityistoiveita tai hoidettava vastustaa tiettyä sijaishoitopaikkaa. Suosittuihin paikkoihin voi joutua odottamaan pitkäänkin. Esimerkiksi Keski-Suomessa lyhytaikaishoidon jaksot on lyhennetty viikosta kolmeen vuorokauteen, jotta paikkoja riittää useammalle. Etelä-Karjalassa suunnitelmia vapaiden pitämisestä voidaan tehdä jopa vuodeksi eteenpäin. Lyhytaikaishoidon paikat järjestyvät yleensä parhaiten, mutta päivätoimintaan ja kiertävään perhehoitoon pääsyä voi joutua odottamaan.

Lakisääteisen vapaa aikaisesta hoidosta voidaan periä asiakasmaksu hoidettavalta[72]. Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella maksukäytännöt vaihtelevat: jotkin hyvinvointialueet perivät asiakasmaksun kaikista palveluista[73], toiset vain osasta[74], ja osa ei peri asiakasmaksua lainkaan[75]. Asiakas- ja potilasasiavastaavien mukaan lakisääteiset vapaapäivät eivät kuitenkaan aiheuta yleensä merkittäviä kustannuksia hoidettavalle[76].

## Palveluseteli on yleinen lakisääteisen vapaan järjestämistapa, mutta alueet rajaavat sen käyttöä

Hyvinvointialueet järjestävät osan vapaan järjestämisvaihtoehdoista omana toimintana, ostopalveluna tai palvelusetelillä. Alueiden VTV:n selvityspyyntöön annettujen vastausten perusteella 19 alueella 22:sta oli käytössä palveluseteli vapaan aikaisen hoidon järjestämiseen. Hyvinvointialueiden omien omaishoidon tuen toimintaohjeiden perusteella osa alueista on rajannut palvelusetelin käyttöä toisia tiukemmin. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella omaishoidon tuen vapaan palveluseteli on rajattu hoidettavan hoiva- ja hoitopalvelujen, mutta ei sairaanhoidollisen avun, ostoihin. Pohjanmaan hyvinvointialueella omaishoidon tuen vapaan palvelusetelillä voi puolestaan ostaa laajasti erilaisia kuntoutus- ja terapiapalveluja.

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut myös osoittivat, että osalla alueista on käytössä useampia palveluseteleitä vapaan

järjestämisessä, osalla vain yksi. Esimerkiksi Kainuussa, Helsingissä, Varsinais-Suomessa, Vantaalla ja Keravalla, Päijät-Hämeessä ja Pohjois-Karjalassa on käytössä palveluseteli vapaan järjestämiseen niin kotiin ostettavin palveluin kuin ympärivuorokautisena hoitona asumisyksikössä, palvelutalossa tai palveluasumisessa. Sen sijaan Pohjanmaalla, Länsi-Uudenmaalla, Itä-Uudenmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla palvelusetelillä voi ostaa vain kotona annettavia palveluja.[77]

Osalla alueista lakisääteisten vapaiden pitämiseen tarkoitetulla omaishoidon tuen palvelusetelillä voidaan ostaa kotiin esimerkiksi siivouspalveluja[78], jalkahoitoa, lymfaterapiaa, fysioterapiaa ja hierontaa[79]. Joillakin alueilla siivouspalvelujen, hieronnan ja jalkahoidon ostaminen palvelusetelillä on puolestaan kielletty[80]. Koska palvelusetelillä on mahdollisuus ostaa muita palveluja kuin sijaishoitoa, on mahdollista, että todellisuudessa omaishoitajat pitävät lakisääteisiä vapaapäiviä arvioitua tai tilastoitua vähemmän. Lisäksi riskinä on, että omaishoitajat kokevat muiden palvelujen ostamisen sijaishoidon palveluja houkuttelevammaksi vaihtoehdoksi, minkä vuoksi hoitajan jaksamista paremmin tukevat vapaapäivät jäävät todellisuudessa käyttämättä.[81]

Havainnot osoittivat myös, että osa alueista ei peri palvelusetelillä järjestetystä lakisääteisen vapaan aikaisesta hoidosta omavastuuta hoidettavalta[82], mutta esimerkiksi Kainuussa palveluntarjoaja perii omaishoitajalta matkakustannukset. Alueen pitkien etäisyyksien takia ne voivat olla hyvinkin suuret.[83] Omaishoidon tuen asiantuntijahaastatteluissa tunnistettiinkin omaishoitoperheiden taloudellisen tilanteen vaikutus lakisääteisen vapaan järjestämisvaihtoehtojen valintaan[84].

## Vapaapäivän pilkkominen ja kerryttäminen eivät aina tue omaishoitajan jaksamista

Omaishoitaja voi pitää hoitotehtävästään kertyneet vapaapäivänsä säännöllisesti kuukausittain tai sopia hyvinvointialueen kanssa vapaapäivien säästämisestä ja vapaan pitämisestä myöhemmin pidempänä ajanjaksona. Vaikka omaishoidon tuen myöntämisen perusteissa ja toimintaohjeissa suositellaan, että omaishoitajat pitäisivät lakisääteiset vapaansa säännöllisesti kuukausittain, omaishoidon tuen asiantuntijoiden mukaan omaishoitajat pyrkivät säästämään niitä. Omaishoitolaissa ei ole kuitenkaan säännöksiä siitä, kuinka pitkältä ajalta omaishoitaja voi kerryttää vapaita tai minkä ajan kuluessa kertyneet vapaapäivät on pidettävä. Tästä päättäminen on jätetty alueille.[85] Siten mahdollisuus siirtää ja kerryttää vapaita vaihtelee alueilla suuresti, minkä seurauksena omaishoitajat ovat eri alueilla eriarvoisessa asemassa.

Hyvinvointialueet voi omaishoidon tuen toimintaohjeiden perusteella jakaa viiteen ryhmään sen mukaan, milloin lakisääteiset vapaat on

pidettävä. Yleisin (6 aluetta) on toimintakäytäntö, jonka mukaan kuluvan vuoden kertyneet vapaapäivät on käytettävä kalenterivuoden loppuun mennessä mutta joulukuun vapaita saa käyttää vielä seuraavan vuoden alkupuolella (tammi–helmikuu). Seuraavaksi yleisimpiä toimintakäytäntöjä on kolme (jokaisessa 5 aluetta): kalenterivuoden aikana kertyneet vapaat on pidettävä kalenterivuoden loppuun mennessä, kertyneet vapaat on pidettävä seuraavan vuoden tammi–huhtikuuhun mennessä ja kertyneet vapaat tulee käyttää 3–6 kuukauden sisällä niiden kertymisestä. Vain yhdellä alueella vapaat on käytettävä kuuden kuukauden sisällä siitä, kun ne on ansaittu, ja kuluvan vuoden lakisääteiset vapaat on käytettävä seuraavan vuoden tammikuuhun mennessä.

Kahdentoista alueen omaishoidon tuen toimintaohjeista löytyi maininta siitä, kuinka pitkältä ajalta vapaapäiviä voi kerryttää. Kahdeksalla alueella vapaita voi kerryttää kuudelta kuukaudelta, kolmella alueella neljältä kuukaudelta ja yhdellä alueella kolmelta kuukaudelta.

Omaishoitolaki mahdollistaa myös lakisääteisten vapaapäivien pitämisen useampana alle vuorokauden pituisena jaksona siten, että jaksojen pituus on yhteensä enintään yksi vuorokausi eli 24 tuntia. Säännöksen tarkoituksena on tukea omaishoitajan mahdollisuutta normaaliin arkielämään kuuluvien asioiden hoitoon sekä tarjota mahdollisuutta lyhyeen irtautumiseen omaishoitotehtävästä.[86]

Kymmenen alueen omaishoidon tuen toimintaohjeessa mainitaan mahdollisuus jakaa vapaapäivä lyhyempiin jaksoihin, kahdentoista alueen toimintaohjeista mainintaa ei löydy. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelut ja omaishoidon tuen toimintaohjeet osoittivat, että siinä, kuinka moneen osaan vapaavuorokausi voidaan jakaa, on alueellisia eroja. Esimerkiksi Varsinais-Suomessa ja Itä-Uudellamaalla omaishoitaja voi jakaa vuorokauden enintään kolmeen hoitojaksoon (3 x 8 tuntia) ja Lapissa, Keski-Suomessa ja Pohjanmaalla puolestaan enintään neljään hoitojaksoon (4 x 6 tuntia). Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että palvelusetelillä hankitussa palvelussa yksi lakisääteinen vapaapäivä vastaa 12 tuntia[87]. Keski-Uudenmaalla alle vuorokauden mittaisten hoitojaksojen rinnastaminen yhteen lakisääteiseen vapaapäivään riippuu palvelumuodosta. Esimerkiksi neljä tuntia henkilökohtaista hoitoa kotiin ostopalveluna vastaa yhtä vapaapäivää, kun toimeksiantosuhteisessa sijaishoidossa 24 tuntia vastaa yhtä vapaata vuorokautta[88].

Tulokset osoittavat, että alueet järjestävät omaishoitajien lakisääteisiä vapaita varsin joustavasti. Riskinä on kuitenkin se, että lakisääteiset vapaapäivät eivät täytä tehtäväänsä. Niiden pitäisi ehkäistä omaishoitajien uupumista, mutta mahdollisuus kerryttää vapaapäiviä saattaakin edistää omaishoitajan uupumista. Sopimusomaishoidon tilannekuva 2024 -raportin mukaan olisikin tarpeellista pohtia sitä, millainen jousto lakisääteisten vapaiden kerryttämiseen ja siirtämisen osalta olisi

tarpeen[89]. Mahdollisuus jakaa vapaapäivä useampiin lyhyihin jaksoihin todennäköisesti toimii niille omaishoitajille, jotka kokevat tarvitsevansa vain lyhytaikaista, muutaman tunnin vapaata hoitotehtävästään, mutta ei niille, jotka tekevät raskasta hoitotyötä. Valtakunnallista tietoa ei kuitenkaan ole siitä, kuinka yleistä vapaapäivien jaksottaminen on, missä hoitopalkkioluokissa sitä yleisimmin käytetään ja miksi.

Yhden vapaapäivän jakaminen useaan osaan tarkoittaa myös sitä, että omaishoitaja tarvitsee sijaispalvelua useammin kuin kerran kuukaudessa. Lisäksi tarvitaan lisää uusia vapaan järjestämisen vaihtoehtoja, koska esimerkiksi lyhytaikaishoitoyksiköt ja asumispalveluyksiköt tuottavat palveluja yleensä vuorokausiperusteisesti. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelut osoittivatkin, että alueilla on otettu lyhytaikaisten lakisääteisten vapaiden järjestämisessä käyttöön uusia palveluvaihtoehtoja, kuten omaishoidon tukitiimi, omaishoidon lisävapaatiimi ja perhekodeissa toteutettava kuuden tunnin päivätoiminta. Lisäksi alueet ovat rekrytoineet lisää kiertäviä perhehoitajia.

## Omaishoitajat käyttävät vähän lakisääteisiä vapaapäiviä, vaikka omatyöntekijät kannustavat siihen

Omaishoidon tuen asiantuntijat kertoivat haastatteluissa, että he pyrkivät seurantakäynneillä ja puhelimessa motivoimaan, kannustamaan ja houkuttelemaan omaishoidon tuen perheitä lakisääteisten vapaapäivien pitämiseen. Omatyöntekijä on voinut esimerkiksi tehdä kotikäynnin yksinomaan siksi, jotta saisi ylipuhuttua omaishoidettavan lähtemään vuorohoitoon. Omatyöntekijöiden toiminnasta huolimatta lakisääteiset vapaansa pitämättä jättäneiden omaishoitajien osuus on pysynyt lähes muuttumattomana viimeisten runsaan kymmenen vuoden aikana[90].

Ilmarisen ym. (2024) tutkimuksen mukaan omaishoitajan vapaan pitämisessä on suuria alueellisia eroja, ja alueiden arvioiden mukaan keskimäärin 55 prosenttia omaishoitajista pitää vapaapäiviä. Tulos vastaa Omaishoitajaliiton Omaishoitajakyselyn tuloksia, joiden mukaan puolisoaan eläkkeellä hoitavista sopimusomaishoitajista vapaita oli käyttänyt 53 prosenttia. Kaikki vapaapäiviä pitäneet, puolisoaan eläkkeellä hoitaneet sopimusomaishoitajat eivät kuitenkaan olleet pystyneet pitämään kaikkia vapaapäiviään. Vain 38 prosenttia kyselyyn vastanneista sopimusomaishoitajista oli pitänyt kaikki tai lähes kaikki lakisääteiset vapaapäivänsä, ja 28 prosentilla vastaajista lakisääteisiä vapaapäiviä oli pitämättä.[91]

Tarkastuksen havainnot olivat samansuuntaiset Ilmarisen ym. (2024) tutkimuksen kanssa. Alueiden VTV:n selvityspyyntöön ilmoittamien tietojen mukaan lakisääteisten vapaapäivien käyttö vaihtelee alueilla huomattavasti. Vuonna 2024 vapaapäivien käyttöaste oli kuudella

alueella 17–89 prosenttia. Omaishoidon asiantuntijoiden haastatteluissa viisi aluetta 12:sta mainitsi, että noin puolet omaishoitajista ei käytä vapaapäiviään. Sen sijaan esimerkiksi Keski-Suomessa omaishoidon tuen asiantuntijat arvioivat, että noin 75 prosenttia omaishoitajista käyttää lakisääteisiä vapaapäiviä. Päijät-Hämeessä asiantuntijat puolestaan totesivat, että vapaita pidetään aika hyvin ja kynnys niiden käytön aloittamisen on alentunut. Alueiden VTV:n selvityspyyntöön antamien vastausten mukaan omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien käytön lisääminen onkin asetettu osalla alueista yhdeksi omaishoidon tuen tavoitteeksi.[92]

## Palveluverkon muutokset heikentävät omaishoitajien mahdollisuuksia pitää lakisääteiset vapaansa

Vapaapäivien pitämättömyys johtuu niin hoidettavasta kuin hoitajasta. Tutkimusten mukaan lakisääteisten vapaapäivien pitämistä hankaloittavat muun muassa tilapäishoitopaikkojen vähyys, niiden huono soveltuvuus omaishoidettavalle, hoitajan haluttomuus jättää hoidettava muiden hoitoon tai hoidettavan vastahakoisuus kotiin tulevaa hoitoa tai hoitopaikkaa kohtaan[93]. Nämä syyt tulivat esille myös omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluissa. Lisäksi muina syinä vapaapäivien pitämättömyyteen asiantuntijat mainitsivat, että omaishoitajat eivät koe tarvitsevansa vapaapäiviä tai että väsymyksestään huolimatta he eivät halua käyttää vapaapäiviä.  Asiakas- ja potilasasiavastaaville tehdyn kyselyn mukaan omaishoitajat eivät pidä vapaapäiviään myöskään siksi, että he eivät luota, että hoidettava saa tarjotussa sijaishoitopaikassa hänelle sopivaa hoitoa.

Tilapäishoitopaikkojen vähyyttä voi selittää se, että ympärivuorokautisia hoito- ja hoivapaikkoja on supistettu. Tämän seurauksena jäljelle jääneistä hoitopaikoista kilpailevat kotonaan ympärivuorokautista hoitopaikkaa odottavat, intervallihoidon asiakkaat, toimenpiteistä kuntoutuvat ja omaishoitajan vapaan ajaksi hoitopaikkaa tarvitsevat omaishoidettavat. Tällöin vapaapäivien pitämättömyyden syyt eivät liity hoidettavaan tai hoitajaan vaan alueiden tekemiin palveluverkkoa koskeviin päätöksiin.

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella näyttää siltä, että hyvinvointialueilla on tehty päätöksiä, jotka vaikuttavat omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien pitämiseen. Alueilla on uudistettu palveluverkkoa esimerkiksi lakkauttamalla palveluasumisyksiköitä tietyiltä paikkakunnilta ja keskittämällä palveluasumispaikat tietylle paikkakunnalle, lyhytaikaishoitopaikkoja on muutettu ympärivuorokautisen asumispalvelun paikoiksi tai ne on yhdistetty ympärivuorokautiseen asumispalveluyksikköön.

Asiantuntijoiden mukaan palveluverkon muutokset ovat johtaneet siihen, että monelle omaishoidettavalle kynnys lähteä palveluasumisen yksikköön on suuri. Esimerkiksi hoidettavat, joiden avuntarpeet ovat fyysisiä, eivät välttämättä halua mennä yksiköihin, joissa hoidettavat ovat suurimmaksi osaksi muistisairaita tai asumispalveluihin jonottavia heikkokuntoisia asiakkaita. Myös asiakas- ja potilasasiavastaavat mainitsivat yhdeksi syyksi vapaapäivien pitämättömyydelle hoidettavalle sopivan yksikön puutteen[94]. Asiantuntijoiden haastatteluissa tuotiinkin esille, että esimerkiksi 65–75-vuotiaille omaishoidettaville tarvittaisiin omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi lyhytaikaisia hoitopaikkoja.

Lisäksi joillakin alueilla on tehty päätös, että vammaispalvelujen omaishoidon tuen piirissä olevat asiakkaat siirtyvät 65 vuotta täytettyään vanhuspalvelujen omaishoidon tuen piiriin. Asiantuntijoiden mukaan vanhuspalvelujen vahvasti muistisairaille suunnatut palveluasumispaikat soveltuvat kuitenkin huonosti vammaisten henkilöiden tarpeisiin. Kun tähän lisätään vielä asiantuntijoiden mainita siitä, että myöskään omaishoitajat eivät halua viedä hoidettavia "väkisin" lyhytaikaishoidon yksikköön, johtaa sijaishoitopaikkojen yhdistäminen ympärivuorokautisiin asumispalvelupaikkoihin siihen, että omaishoitoperheiden on vaikeaa löytää tarjolla olevista vapaan järjestämisen vaihtoehdoista omaishoidettavan tarpeisiin sopivaa paikkaa. Löytämisen vaikeuden voi siten katsoa vaikeuttavan vapaapäivien pitämistä.[95]

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelujen perusteella myös hyvinvointialueiden omaishoidon tuen mutta myös muiden palvelujen, kuten kotihoidon tai tukipalvelujen, myöntämiskriteerien tiukentaminen vaikuttaa lakisääteisten vapaapäivien pitämiseen. Omaishoidon tuen piiriin tulevat hoidettavat ovat entistä heikkokuntoisempia ja omaishoitajat uupuneempia, minkä vuoksi yhä useampi omaishoitaja pitää lakisääteisiä vapaapäiviä heti sopimusomaishoidon alettua. Tämä lisää vapaan pitämiseen tarkoitettujen hoitopaikkojen tarvetta. Omaishoidettavien entistä heikompi kunto johtaa myös siihen, että heille on todellisuudessa tarjolla entistä vähemmän vapaan järjestämisvaihtoehtoja. Esimerkiksi heikkokuntoisia omaishoidettavia ei voida sijoittaa perhekoteihin ja päivätoimintaan, joissa hoidettavien tulee olla riittävän hyväkuntoisia niin fyysiseltä kuin kognitiiviselta toimintakyvyltään[96].

Lyhytaikaisten hoitopaikkojen keskittäminen pidentää kodin ja hoitopaikan välistä matkaa. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden mukaan pitkä välimatka vaikuttaa siihen, että hoidettavat eivät halua lähteä lyhytaikaishoidon yksikköön. VTV:n asiakas- ja potilasasiavastaaville kohdennetun kyselyn mukaan lyhytaikaishoitopaikan siirtyminen kauemmaksi kotoa aiheuttaa asiakkaille myös kohtuuttomia matkakustannuksia. Jos perheellä ei ole autoa, julkista liikennettä ei ole tai sitä ei pysty käyttämään, omaishoitoperhe joutuu käyttämään taksia hoidettavan

kuljettamisessa sijaishoitoon. Asiantuntijahaastatteluissa kerrottiin, että pitkät välimatkat saattavat aiheuttaa omaishoitoperheelle jopa 240 euron edestakaiset matkakustannukset. Sijaishoitopaikan ja kodin välisiin matkoihin ei voi kuitenkaan käyttää Kela-taksia, eikä omaishoitoperhe yleensä ole oikeutettu sosiaalihuoltolain 23 §:n mukaiseen liikkumista tukevaan palveluun (kuljetuspalvelu).[97]

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelut osoittivat myös, että osa alueista on karsinut vapaan järjestämisen vaihtoehtoja. Esimerkiksi palveluseteli ja päivätoiminta eivät enää kuulu vapaan järjestämisvalikoimaan jollain alueilla. Käytännössä palvelusetelin lakkauttaminen lisää hyvinvointialueen tuottamien sijaishoitopalveluiden kysyntää, minkä vuoksi niihin voi joutua jonottamaan. Päivätoiminnan muuttuminen lakisääteisen vapaan järjestämistavasta sosiaalipalveluksi merkitsee sitä, että omaishoitaja ei voi enää kerryttää vapaapäiviään ja hoidettava joutuu maksamaan palvelusta hyvinvointialueen määrittämän asiakasmaksun. Lisäksi jos päivätoiminta ei enää määrity omaishoitajan lakisääteiseksi vapaaksi, voi näyttää siltä, että omaishoitaja ei enää pidä lakisääteisiä vapaapäiviään.

## Harkinnanvaraisia vapaapäiviä ja virkistysvapaita tarjotaan vajaalla puolella alueista

Tarkastushavainnot osoittivat, että omaishoitajien palveluvalikoimaan sisältyy hyvinvointialueilla myös harkinnanvaraiset vapaapäivät sekä muutaman tunnin pituiset virkistysvapaat. Havaintojen mukaan vajaa puolet alueista järjestää omaishoitajille muutaman tunnin pituisia vapaita. Virkistysvapaa-käsite mainittiin vain neljän hyvinvointialueen toimintaohjeessa, mutta lisäksi viiden alueen toimintaohjeista löytyi maininta muutaman tunnin pituisesta määräaikaisesti, säännöllisesti tai tilapäisesti järjestetyistä vapaista, joita tarjotaan lähinnä kotiin. Pohjanmaa järjestää omaishoidon sijaisapua omaishoitajan kiireellisiin tai ennalta tiedettyihin menoihin. Satakunnassa omaishoitaja voi saada hoitajan omaishoidon lisävapaatiimistä ja Etelä-Savossa kiertävän perhehoitajan omaishoitajan asiointivapaan ajaksi. Helsinki järjestää harkinnanvaraista omaishoidon kotiavustajapalvelua, jotta omaishoitaja saa aikaa omien asioidensa hoitamiseen ja virkistäytymiseen. Vantaalla ja Keravalla omaishoitajalla on sen sijaan mahdollisuus viedä omaishoidettava päivätoimintakeskukseen, jos omaishoitajalla on jokin akuutti oma meno, kuten lääkärikäynti, eikä hoitoa ole pystytty muutoin järjestämään.[98]

Omaishoidon tuen toimintaohjeiden perusteella harkinnanvaraisten vapaapäivien (eli lisävapaapäivien) myöntäminen oli alueilla vähäistä. Vain neljän hyvinvointialueen omaishoidon tuen toimintaohjeista löytyi

maininta mahdollisuudesta myöntää lisävapaapäiviä. Esimerkiksi Keski-Uusimaa myöntää harkinnanvaraisia vapaapäiviä vain toisessa ja kolmannessa hoitopalkkioluokassa oleville omaishoitajille ja hoitopalkkioluokan mukaan enintään 1–2 tai 1–4 päivää kuukaudessa. Kuvitteellisia asiakastapauksia koskevat havainnot kuitenkin osoittivat, että kymmenellä hyvinvointialueella lisävapaapäivät kuuluivat omaishoitajalle annettavien palvelujen valikoimaan. Niitä voitiin myöntää myös alimmassa hoitopalkkioluokassa oleville omaishoitajille.

## 3.3 Omaishoitajan tuki voi supistua vain muutamaan lisäpalveluun

### Monen omaishoitajan tuki koostuu vain hoitopalkkiosta ja omatyöntekijän tuesta

Omaishoitolain 3 a §:ssä säädetään omaishoitajan hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevista sosiaali- ja terveyspalveluista, joita hyvinvointialueen tulee tarvittaessa järjestää omaishoitajalle. Omaishoitolaista annetussa hallituksen esityksessä (HE 131/2005 vp[99]) omaishoitoa tukevina lisäpalveluina mainittiin esimerkiksi tapaamiset sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kanssa sekä yhteisneuvottelut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa.

Vähimmillään lisäpalvelut voivat siis olla vain yhteyshenkilön nimeämistä. Tarkastuksen havaintojen mukaan tämä myös pitää osin paikkansa. Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella omaishoidon tuen piirissä on asiakasperheitä, joiden niin sanottu palvelupaketti koostuu lakisääteisten palvelujen ohella vain omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta. Asiantuntijahaastattelujen mukaan omaishoitoperheen palvelupaketti ei voi koskaan sisältää vain hoitopalkkiota, vaan siihen sisältyy aina pakollisena lisäpalveluna omaishoitoperheelle nimetty omatyöntekijä. Lakisääteiset vapaat sisältyvät pakettiin automaattisesti.[100]

Asiantuntijahaastattelujen mukaan suuri osa omaishoitoperheistä, joiden palvelupaketti sisältää vain hoitopalkkion, kuuluu alimpaan eli ensimmäiseen hoitopalkkioluokkaan. Kun hoidettavan tilanne muuttuu haastavammaksi, omaishoitajalle syntyy tarve lakisääteisten vapaapäivien pidolle, harkinnanvaraisille lisävapaapäiville, säännölliselle vuorohoidolle ja turvapalveluille.

Valtakunnallista tietoa ei ole kuitenkaan saatavilla siitä, kuinka moni omaishoitajista eri hoitopalkkioluokissa saa vain hoitopalkkion. Kainuun hyvinvointialueella omaishoidon tuen asiantuntijat arvioivat, että karkeasti noin puolet omaishoitoperheistä on pelkän hoitopalkkion varassa.

Päijät-Hämeessä haastateltavat puolestaan arvioivat, että 10–20 prosentilla omaishoitoperheistä hoitopalkkio on ainoa tuki. Pelkän hoitopalkkion saajien osuuksissa näyttäisi siten olevan huomattavia alueellisia eroja, joilla on vaikutusta myös alueiden omaishoidon tuen kustannuksiin.

## Laaja palveluvalikoima tukee omaishoitajaa, mutta palvelujen toteutus vaihtelee alueittain

Omaishoitajien tarve saada hoitopalkkion ohella muita, hoitotehtävää ja jaksamista tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja arvioidaan omaishoidettavan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä[101]. Vaikka omaishoitajalle myönnettäviä palveluja voidaan perustella omaishoitajan jaksamisen ja hoitotehtävän tukemisella, palvelut kohdistuvat kuitenkin tosiasiallisesti hoidettavaan[102], joka omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen mukaan mielletään asiakkaaksi. Omaishoidettavan mieltäminen omaishoitajan sijasta asiakkaaksi liittynee siihen, että esimerkiksi Pohjois-Karjalan ja Keski-Suomen omaishoidon tuen myöntämiskriteereiden mukaan omaishoitaja ei voi olla säännöllisen kotihoidon asiakas. Haastattelujen mukaan kotihoito voi kuitenkin toimia omaishoitajan työparina ja auttaa esimerkiksi pesuissa tai vaipanvaihdossa, jos omaishoitaja ei selviydy tietyistä hoitotehtävistä ilman apua[103]. Kotihoidolla mahdollistetaan myös sitä, että omaishoitaja voi käydä töissä. Esimerkiksi kotihoito käy päivällä lämmittämässä omaishoidettavalle aterian tai antamassa lääkkeet.[104] Käytännössä omaishoitajan ja -hoidettavan keskinäisriippuvuus ilmenee omaishoidon tuen toimintaohjeissa esimerkiksi siten, että joidenkin alueiden ohjeissa omaishoitajaa tukevina palveluina mainitaan vain lakisääteiset palvelut. Joidenkin alueiden ohjeissa puhutaan puolestaan omaishoidettavaa tai omaishoitajaa tukevista palveluista, omaishoitotehtävän vaatimista välttämättömistä palveluista tai omaishoitoa tukevista palveluista.[105]

Omaishoidon tuen toimintaohjeissa mainittiin varsin runsaasti suoraan omaishoitajille kohdennettuja palveluja. Näitä palveluja ovat esimerkiksi etävertaistukitoiminta, lisävapaapäivät, asiointivapaa, sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaiset tukipalvelut ja maksuttomat uimahalli- ja kuntosalikäynnit sekä kotiavustajapalvelu. Valtaosassa toimintaohjeista mainittiin vain 1–3 suoraan omaishoitajalle tarkoitettua palvelua. Alueiden toimintaohjeissa mainittiin myös Kelan järjestämät kuntoutuspalvelut sekä järjestöjen ja yhdistysten tuottamat palvelu- ja tukimuodot, kuten vertaistuki.

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluissa ja VTV:n selvityspyyntöön annetuissa vastauksissa tuotiin esille toimintaohjeissa mainittujen palvelujen ohella uusia palveluja. Uusina palveluina mainittiin

muun muassa kotihoito, kylvetyspalvelu, siivouspalvelu, kotihoidon ja kotihoidon lääkärin seuranta-asiakkuus, kotikuntoutus, apuvälineet, vuorohoito, päivätoiminta, sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu ja lääkkeenjako tukipalveluna sekä palvelusetelillä hankittavat palvelut. Tämä kertoo siitä, että alueet pyrkivät mahdollistamaan omaishoitajan hoitotehtävästä selviytymisen ja omaishoidettavan asumisen kotona kaikin käytettävissä olevin sosiaali- ja terveyspalveluin.

Runsas palveluvalikoima ei kuitenkaan merkitse sitä, että kaikki alueet tarjoaisivat samoja palveluja. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelut osoittivat, että palvelujen tarjonta vaihtelee alueittain. Esimerkiksi ateriapalvelu kuului vain yhden alueen palveluvalikoimaan ja päivätoiminta yhdeksän alueen palveluvalikoimaan 12 alueesta. Yleisimmät omaishoidon tukeen liitetyt palvelut olivat omatyöntekijä (12 aluetta), päivätoiminta (9 aluetta), kotihoito (8 aluetta), turvapuhelin (GPS-paikannin, turvakello, 6 aluetta), virkistysvapaat (6 aluetta), kiertävä perhehoitaja (5 aluetta) ja ylimääräiset vapaat (5 aluetta). Näistä palveluista päivätoiminnan, kotihoidon, turvapuhelimen ja omatyöntekijän kombinaatio löytyi kuuden alueen palveluvalikoimasta. Erot alueiden palveluvalikoimissa johtuivat lähinnä erilaisista tukipalveluista ja erityispalveluista, kuten kotihoidon ja kotihoidon lääkärin seuranta-asiakkuus.

## Alimmassa hoitopalkkioluokassa omaishoitajille tarjotaan vain vähän lisäpalveluja

Laaja palveluvalikoima ei kuitenkaan tarkoita, että omaishoitaja voi tosiasiassa saada kaikkia palveluja. Tarkastuksessa hoitajan saatavilla olevia palveluja yritettiin selvittää kuvitteellisilla asiakastapauksilla (ks. Liite 1). Kaikille alueille lähetettiin kuvaus kuvitteellisesta asiakastapauksesta ja tiedusteltiin, mitä palveluja omaishoitajan olisi mahdollista saada. Vain 12 aluetta 20 alueesta olisi myöntänyt omaishoitajalle lisäpalveluja. Tulosten perusteella alinta hoitopalkkiota saavan omaishoitajan lisäpalvelujen määrissä oli suuria alueellisia eroja. Keski-Suomen tarjoamien lisäpalvelujen määrä oli laajin (6 palvelua), ja siihen sisältyivät seuraavat palvelut: kotihoidon käynnit, ateriapalvelu, etävertaistukiryhmä, turvapuhelin ja virkistyshoitajan käynnit. Muiden 11 alueen palveluvalikoima oli hyvin suppea. Palveluvalikoimaan sisältyi vain 1–3 lisäpalvelua. Etelä-Karjalan ja Kainuun hyvinvointialueilla omaishoitajalle tarjottujen lisäpalveluiden määrä täytti minimivaatimuksen. Omaishoitajalle olisi tarjottu vain omatyöntekijän palvelut. Etelä-Karjalassa ja Kainuussa omaishoitoperhettä olisi kohdeltu näin ollen alueellisesti yhdenvertaisesti. Sen sijaan muiden alueiden 2–3 palvelun sisältämät lisäpalvelut erosivat toisistaan.

Kun kuvitteellista asiakastapausta muutettiin niin, että omaishoidettava tarvitsee hoitoa ja hoivaa ympärivuorokautisesti, omaishoitajan hoitotehtävää tukevien lisäpalvelujen määrä kasvoi kaikilla paitsi kahdella hyvinvointialueella. Kahdella alueella tarjottavat lisäpalvelut säilyivät ennallaan, kun taas muilla omaishoitajan lisäpalvelujen määrä kasvoi 1–5 uudella palvelulla. Yleisimmin omaishoitajan lisäpalveluihin sisällytettiin turvapalveluja, kuten ovihälytin tai paikantava turvakello (10 aluetta) ja harkinnanvaraiset lisävapaapäivät (8 aluetta). Lisäpalveluissa yleistyivät myös säännölliset vuorohoidon tai lyhytaikaishoidon jaksot (7 aluetta) ja kotihoidon käynnit (6 aluetta).

## Digitalisaatiota hyödynnetään omaishoidon palveluissa vähän

Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa laatusuosituksessa aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 suositellaan, että omaishoitoa kehitetään erilaisilla koti- ja perhehoidon yhdistelmävaihtoehdoilla[106]. Tarkastuksen perusteella suositus on toteutunut alueilla erittäin hyvin. Kaikilla alueilla on kehitetty erilaisia omaishoidon, kotihoidon, lyhytaikaisen perhehoidon ja kiertävän perhehoidon yhdistelmiä[107]. Perhehoitoa käytetään joko yksinomaan lakisääteisen vapaan tai myös lisävapaapäivien järjestämismuotona. Kotihoitoa tarjotaan joillakin alueilla vasta vähintään toiseen hoitopalkkioluokkaan kuuluville omaishoitajille. Joillakin alueilla kiertävät perhehoitajat vastaavat lyhytaikaisen hoidon tai sijaisavun tarpeeseen. Havaintojen perusteella vain yhdellä hyvinvointialueella omaishoidon tuessa ei ole tarjolla kotihoitoa.

Laatusuosituksen mukaan omaishoidon toimintamalleja voidaan kehittää joustaviksi ja tarpeen mukaisiksi myös hyödyntämällä digitalisaatiota ja hyvinvointiteknologiaa[108]. Palveluvalikoimia koskevien havaintojen mukaan omaishoitajan hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevissa palveluissa on digitaalisten palvelujen hyödyntämisessä kuitenkin vielä runsaasti kehitettävää[109]. Tarkastuksessa esiin tulleista palveluista turvapuhelimia, turvakelloja, ovihälyttimiä, paikantamia, kaatumishälyttimiä ja lääkeautomaatteja on käytetty kotihoidossa jo runsaat 15 vuotta[110]. Niiden käyttö on laajentunut sittemmin myös omaishoidon tukeen, koska kotihoito kuuluu omaishoidon tuen palveluvalikoimaan.

Tarkastuksen havainnot myös osoittivat, että vain kahdella alueella omaishoitajan hoitotehtävää tukevien palvelujen tuottamisessa on hyödynnetty sähköisiä palveluja, ja molemmilla alueillakin vain yhdessä palvelussa[111]. Sen sijaan sähköisiä palveluja hyödynnetään omaishoitoon liittyvien tietojen välittämisessä ja omaishoidon tuen ohjauksessa erittäin hyvin. Kaikilla alueilla on omat verkkosivut omaishoidon tuesta. Havainnot osoittivat myös, että alueet hyödyntävät sähköisiä palveluja

omaishoitajien lakisääteisten palvelujen tuottamisessa (esim. etävalmennus, terveystarkastus Omaolossa, vapaapäivien ilmoittaminen Oima-järjestelmässä).[112]

# 4 Ovatko hyvinvointialueet myöntäneet omaishoidon tukea lakien ja ohjeiden edellyttämällä tavalla?

Omaishoidon tuen myöntäminen edellyttää, että kaikkien kuuden lainsäädännössä mainitun ehdon on täytyttävä. Myöntämisprosessi on valtakunnallisesti samankaltainen, mutta hoidettavien palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnin RAI-arviointiedon käyttö ja soveltaminen omaishoidon tuen myöntämisprosessissa vaihtelevat alueittain. Tukea ei myönnetä pelkästään kodinhoitoon tai asiointiin, ja muut sosiaalipalvelut voivat alentaa palkkiota. Erityisryhmät kohtaavat omaishoidon tuen myöntämisprosessissa kieli-, palvelu- ja saavutettavuushaasteita.

Hyvinvointialueet tekevät omaishoidon tuen sopimukset ja hoito- ja palvelusuunnitelmat lainsäädännön mukaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa omaishoidon kokonaisuutta. Alueilla ei pystytä seuraamaan tavoitteiden mukaisesti omaishoitoperheiden tilanteita, mikä johtuu usein liian suuresta omaishoitoperheiden määrästä.

## 4.1 Omaishoitolain alueelliset tulkinnat johtavat vaihteleviin omaishoidon tuen käytäntöihin

Omaishoidon asiantuntijoiden haastattelujen perusteella hyvinvointialuemalliin siirtyminen yhtenäisti omaishoidon tuen myöntämiskriteerit ja hoitopalkkioluokat hyvinvointialueiden sisällä. Osalla alueista, kuten Etelä-Savossa ja Helsingissä, oli jo ennen sote-uudistusta yhtenäiset tuen myöntämiskriteerit ja Vantaalla ja Keravalla kriteerit olivat melko yhtenäiset. Siksi näillä alueilla myöntämiskriteereihin jouduttiin tekemään vain vähäisiä muutoksia. Joillakin alueilla on kuitenkin edelleen eroja omaishoidon tuen organisoinnissa kuntien tai suurempien alueiden välillä[113]. Kaikilla alueilla on kuitenkin käytössä vain yksi omaishoidon tuen toimintaohje myöntämiskriteereineen[114].

## Omaishoidon tuen myöntämiskäytännöt ovat yhteneväiset ja perustuvat kokonaisvaltaiseen arviointiin

Omaishoidon tuen myöntämisedellytyksistä säädetään omaishoitolain (937/2005) 3 §:ssä. Omaishoidon tuki muodostaa palvelukokonaisuuden, jossa omaishoitajan antama hoito yhdessä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävä. Omaishoidon tukea myönnettäessä arvioidaan hoidettavan tarvitsema hoito ja huolenpito. Lisäksi arvioidaan, mikä osa hoidettavan tarvitsemasta hoidosta ja huolenpidosta voidaan kattaa omaishoitajan antamana hoitona ja mikä osa edellyttää muita sosiaali- ja terveyspalveluja. Myöntämisprosessissa arvioidaan myös hoidettavan kodin soveltuvuutta siellä annettavalle hoidolle, hoitajan valmiutta ja kykyä selviytyä omaishoitoon liittyvistä tehtävistä sekä hoitajalle suunnattavien, omaishoitotehtävää tukevien sosiaalipalveluiden tarve. Lisäksi arvioidaan, onko tuen myöntäminen hoidettavan edun mukaista. Kaikkien edellä mainittujen myöntämisedellytysten tulee täyttyä, jotta omaishoidon tukea voidaan myöntää.[115]

Kuvitteellisia asiakastapauksia koskevien havaintojen perusteella omaishoidon tuen myöntämisprosessi on kaikilla alueilla hyvin samankaltainen ja noudattaa sosiaali- ja terveysministeriön kuntien päättäjille vuonna 2006 laatimaa opasta omaishoidon tuesta[116]. Kun omaishoidon tuen hakemus on saapunut omaishoidon tuen asioita hoitavaan yksikköön, yksiköstä soitetaan asiakkaalle ja sovitaan kotikäynti. Joissakin tapauksissa hakija ja omaishoidon tuen työntekijä voivat täyttää hakemuksen yhdessä myös kotikäynnillä. Joillain alueilla palvelutarpeen arvioitsija tutustuu mahdollisuuksien mukaan ennen kotikäyntiä asiakkaan terveystietoihin tai hakemuksessa liitteenä olevaan pakolliseen C-lääkärinlausuntoon, epikriisiin tai kuntoutussuunnitelmaan.

Kotikäynnillä sosiaalihuollon ammattihenkilö arvioi, täyttyvätkö omaishoidon tuen myöntämisperusteet. Jos päätös on myönteinen, arvioinnin tehneestä sosiaalihuollon ammattihenkilöstä tulee omaishoitoperheen omatyöntekijä[117]. Vanhuspalvelulain muuttamisesta annetussa hallituksen esityksessä (HE 4/2020 vp) todetaan, että vanhuspalvelulain (980/2012) mukaisen palvelutarpeen ja toimintakyvyn RAI-arvioinnin asianmukainen tekeminen edellyttää, että arvioiva ammattihenkilö tuntee asiakkaan[118]. Tämä tosiasiallisesti voi toteutua kuitenkin vasta iäkkään ollessa jo omaishoidon tuen piirissä. Vaikka omaishoidettava olisi ollut esimerkiksi kotihoidon piirissä ennen omaishoidon tuen piiriin tuloa, tarkastuksen havaintojen mukaan kotihoidon työntekijä ei tee omaishoidettavan RAI-arviota[119].

Kaikilla alueilla omaishoidettavan palvelutarvetta selvitetään haastattelemalla hoidettavaa ja hoitajaa ja keskustelemalla heidän kanssaan

hoidettavan voimavaroista, tuentarpeista ja muista käytössä olevista voimavaroista. Kaikilla alueilla omaishoidettavan palvelutarpeen arvioinnissa hyödynnetään myös RAI-arviointijärjestelmää[120]. Lisäksi hoidettavan toimintakykyä arvioidaan havainnoimalla, miten hän selviytyy kotiympäristössään.[121]

Hoidettavan kodin sopivuutta siellä annettavalle hoidolle arvioidaan havainnoimalla muun muassa asuinympäristön turvallisuutta, esteettömyyttä, tilaratkaisuja, varustetasoa sekä asuntoon mahdollisesti tarvittavia muutostöitä. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota esimerkiksi kodin mattoihin, kynnyksiin, palovaroittimiin, pesutiloihin, portaisiin ja mahdollisiin apuvälinetarpeisiin. Palvelutarpeen arvioitsija voi myös pyytää fysioterapeuttia tai kotikuntoutuksen edustajaa käymään perheen luona ja tekemään arvion asunnon muutostöistä. Palvelutarpeen arvioitsija voi myös ohjata perheen ottamaan yhteyttä Vanhustyön keskusliiton korjausneuvojiin tai hakemaan korjausavustusta Valtion tukeman asuntorakentamisen keskukselta (Varke).[122]

Kuvitteellisten asiakastapausten perusteella hoitajan sopivuutta ja valmiutta vastata hoidettavan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten lisäpalvelujen avulla selvitetään havainnoimalla ja keskustelemalla hoitajan kanssa siitä, millaiseksi hän itse arvioi oman terveydentilansa, toimintakykynsä, voimavaransa ja jaksamisensa toimia omaishoitajana. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota hoitajan mahdollisiin sairauksiin, muistiin, liikuntakykyyn, elämäntapoihin ja kykyyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Lisäksi hoitajan kanssa käydään läpi omaishoitoon liittyvät hoidolliset tehtävät. Kahdeksantoista alueen omaishoidon tuen myöntämiskriteereistä löytyi kirjaus, että arvioinnin tueksi hoitajalta voidaan tarvittaessa pyytää lääkärinlausuntoa hänen terveydentilastaan tai muuta asiantuntijalausuntoa hänen kyvystään toimia omaishoitajana. Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen mukaan lääkärinlausuntoa pyydetään kuitenkin hyvin harvoin[123].

Palvelutarpeen arvioitsija arvioi ja suunnittelee omaishoidon tuen sekä muiden sosiaalipalvelujen riittävyyttä keskustellen yhdessä hoidettavan ja hoitajan kanssa[124]. Myöntämisprosessin yhteydessä arvioidaan siten myös sitä, täyttääkö hoidettava myös tarvitsemiensa sosiaali- tai terveyspalvelujen myöntämiskriteerit. Omaishoidon tuen myöntämisprosessin yhteydessä tehdään siten mahdollisesti useampia palvelutarvearvioita. Havaintojen perusteella sen arviointi, onko tuen myöntäminen hoidettavan edun mukaista voi yksinkertaisimmillaan perustua kysymykseen siitä, haluaako hoidettava, että hänen tarpeisiinsa vastataan omaishoidon tuella ja hyväksyykö hän puolisonsa tai läheisensä omaishoitajakseen[125]. Hoidettavan näkemyksen selvittäminen edistää ja kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja toteuttaa sosiaalihuoltolain (1301/2014) 4 §:n 1 momentin 4 kohtaa, jonka mukaan asiakkaan

etua arvioitaessa asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omiin asioihinsa[126], mutta selvittäminen edellyttää myös, että asiakas ymmärtää, mitä hyväksyntä käytännössä merkitsee.

## Omaishoidon tuen myöntämiskriteerien tulkinta ja RAI-arvioinnin tulosten soveltaminen eivät ole alueellisesti yhtenäisiä

Omaishoitolaissa määritellään omaishoidon tuen myöntämiskriteerit yleisesti, jolloin hyvinvointialueille jää varsin suuri vapaus määritellä, mitä ne tarkoittavat omalla alueella. Tämän seurauksena alueet myöntävät omaishoidon tukea hyvin erilaisin perustein[127].

Erot tulivat esille myös alueiden kuvitteellisiin asiakastapauksiin antamissa vastauksissa. Perusasiakastapauksessa 20 aluetta olisi myöntänyt omaishoitajalle omaishoidon tuen alimman hoitopalkkioluokan mukaisesti. Kahdella alueella tukea ei olisi myönnetty lainkaan. Kun perusasiakastapausta muutettiin niin, että omaishoidettavan palveluntarve lisääntyi, olisi edelleen yksi alue jättänyt omaishoidon tuen myöntämättä. Toinen aiemmin tuen evänneistä alueista olisi myöntänyt sen alimman hoitopalkkioluokan mukaisesti, ja loput 20 aluetta olisi nostanut omaishoitajan hoitopalkkion seuraavaan hoitopalkkioluokkaan.

Kun seuraavassa vaiheessa omaishoitajan toimintakykyä ja terveydentilaa heikennettiin, olisi 8 aluetta 22:sta edelleen myöntänyt omaishoitajalle tukea toisen hoitopalkkioluokan mukaisesti. Näistä alueista viisi olisi myöntänyt omaishoitoperheelle 1–2 lisäpalvelua. Kolmella alueella tilanne olisi säilynyt ennallaan mutta omaishoitajaa olisi esimerkiksi suositeltu hankkimaan siivouspalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta ja ostamaan vapaan vaihtoehdoksi valitsemallaan palvelusetelillä palveluja oman jaksamisensa tueksi. Tämä tukee luvussa 3 käsiteltyä havaintoa siitä, että omaishoitajalle vapaan järjestämiseksi tarjottua palveluseteliä voidaan käyttää myös hoidettavan palvelutarpeisiin.

Alueiden omaishoidon tuen myöntämiskriteerejä koskevat havainnot osoittivat, että vaikka kaikki alueet täyttävät vanhuspalvelulain 15 a §:n velvoitteen arvioida hoidettavan toimintakykyä RAI-arviointivälineistöllä, päättävät hyvinvointialueet itse, miten ne arviointivälineistöä soveltavat. Havainnot osoittivat, että alueet käyttävät RAI-arviointivälineistöä hoitopalkkioluokkien myöntämiskriteereinä. Alueet valitsevat toimintakykymittarivalikosta itse mittarit, joilla ne arvioivat 65 vuotta täyttäneiden hoidon ja huolenpidon tarvetta.[128]

Vanhuspalvelulaissa ei määritellä tarkemmin, millä toimintakykymittareilla henkilöiden toimintakykyä on arvioitava. Tarkastuksen havainnot osoittivatkin, että käytetyissä mittareissa ja niiden määrissä on

osin alueellisia eroja. Osa mittareista, kuten arkisuoriutumista kuvaava ADL-H-mittari, kognitiomittari CPS ja palvelutarvetta kuvaava MapLe5, löytyivät kaikkien alueiden myöntämiskriteereistä lukuun ottamatta Helsingin kaupunkia sekä Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueita. Eräät mittarit löytyivät vain joidenkin alueiden myöntämiskriteereistä, ja joillakin alueilla tiettyjä mittareita voi käyttää harkinnanvaraisesti, jos esimerkiksi muut arvot eivät täyty[129].

Tarkastuksen havainnot osoittivat myös, että alueet soveltavat saman toimintakykymittarin tuottamia arvoja eri tavoin samassa hoitopalkkioluokassa. Esimerkiksi alimmassa hoitopalkkioluokassa ADL-H-mittarin arvo oli viidellä alueella vähintään 1 (tarvitsee ohjausta) ja kolmella alueella arvo oli kolme tai enemmän (tarvitsee runsaasti apua, arvo 3, tarvitsee runsaasti apua 1 tai 2, arvo 3–4). CPS-kognitiomittarin arvo oli yhdellä alueella enemmän kuin 0 (kognitiivisia häiriöitä, arvo >0) ja kahdella alueella vähintään kolme (kognition keskivaikea heikkeneminen, arvo 3, kognition keskivaikea/vaikea heikkeneminen, arvo 3–4). Palvelun tarvetta osoittava MapLe5-arvo oli viidellä alueella 3 (palvelutarve keskiverto) ja kolmella alueella vähintään kolme (palvelutarve keskiverto, arvo 3 tai palvelutarve keskiverto tai korkea, arvo 3–4).[130]

Havaintojen perusteella yksittäisen toimintakykymittarin arvo ei ole tuen myöntämisen kriteeri, vaan osa alueista edellyttää useamman toimintakykymittarin täyttyvän samanaikaisesti[131]. Osa alueista edellyttää, että MapLe5-arvon lisäksi on täytyttävä kahden muun toimintakykymittarin arvon (ADL-H tai CPS) tai kahden mittarin arvon lisäksi on täytyttävä yhden ennalta määritellyn mittarin arvo. Esimerkiksi Vantaalla ja Keravalla alimman hoitopalkkioluokan saaminen edellyttää, että hoidettava täyttää sekä hierakkista välineellistä arkisuoriutumista kuvaavan mittarin IHIER-C- (nykyinen IADLCH) ja MapLe5-arvot sekä jommankumman, CPS:n tai ADL-H:n, arvon. RAI-arviointivälineistön käyttö varmistaa siten vain sen, että hoidettavan hoidon ja huolenpidon tarvetta arvioidaan samanlaisilla mittareilla. Samanlaisten mittareiden käyttö ei kuitenkaan takaa sitä, että niistä saatuja tuloksia sovelletaan alueellisesti yhdenmukaisesti.

Tarkastuksen havaintojen mukaan toimintakykymittareiden arvot ovat vain suuntaa antavia[132]. Tämän voi katsoa johtuvan omaishoitolain 5 §:n 3 momentin 1 kohdasta. Sen mukaan, jos hoidon sitovuus on vähäisempää kuin mitä lain 4 §:n 1 momentissa edellytetään ja hoidon ja huolenpidon tarve on vähäistä, hoitopalkkio voidaan sopia omaishoitolaissa säädettyä määrää pienemmäksi. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että vaikka hoidettavan toimintakykymittareilla arvioitu palvelutarve täyttäisi toisen tai kolmannen hoitopalkkioluokan myöntämisen edellytykset, omaishoitajalle voidaan silti maksaa 1–2 palkkioluokkaa alempaa

hoitopalkkiota. Alueet voivat pienentää hoitopalkkiota joko käyttämällä alempaa hoitopalkkioluokkaa tai vähentämällä hoitopalkkioluokan mukaisesta palkkiosta 25 tai 50 prosenttia. Valtaosa alueista pienentää palkkiota alentamalla hoitopalkkioluokkaa.[133] Hoitopalkkion vähentäminen perustuu siihen, että hoidettavalle myönnetyt muut palvelut, kuten kotihoito tai päivätoiminta, vaikuttavat hoidon sitovuuteen ja vaativuuteen. Koska alueet saavat itse päättää, kuinka paljon jotakin palvelua voidaan antaa ilman että se vaikuttaa hoidon vaativuuteen ja sidonnaisuuteen, hoitopalkkioon vaikuttavien palvelujen määrissä on alueellisia eroja. Esimerkiksi hoitopalkkioluokkaa voidaan alentaa toisesta palkkioluokasta alimpaan, jos hoidettava saa kotihoitoa enemmän kuin kerran vuorokaudessa[134], enemmän kuin seitsemän tuntia viikossa[135], yli 40 tuntia viikossa[136] tai yli 30 tuntia kuukaudessa[137].

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen perusteella hoitopalkkioiden alentaminen on melko harvinaista. Yksittäisissä asiantuntijahaastatteluissa mainittiin esimerkiksi, että hoitopalkkion alentaminen saattaa koskea vain 1–2 asiakasta kaikista omatyöntekijän asiakkaista. Hoitopalkkioiden alentamisella on siten hyvin vähäisiä vaikutuksia omaishoidon tuen kokonaiskustannuksiin.

Omaishoidon tuen myöntämiskriteerit osoittivat myös, että vaikka henkilöllä olisi avuntarvetta kodinhoidollisissa tehtävissä, kuten siivouksessa, ruoanvalmistuksessa, ulkoilussa tai kodin ulkopuolisissa asioinneissa, yksikään alue ei myönnä omaishoidon tukea pelkästään näiden tarpeiden perusteella. Henkilöllä pitää olla tarpeita myös henkilökohtaisissa toiminnoissa. Osa alueista edellyttää, että hakijalla on avuntarpeita tietyissä henkilökohtaisissa toiminnoissa, ja niitä pitää esimerkiksi alimmassa hoitopalkkioluokassa olla määrällisesti useimmissa, useissa, lähes kaikissa tai numeerisesti ilmaistuna esimerkiksi 2–3 tai vähintään kolmessa toiminnossa.

Lisäksi joillakin alueilla hoidon ja huolenpidon tarvetta pitää olla tietty määrä yhdistyneenä tiettyihin avuntarpeisiin. Esimerkiksi Lapin myöntämiskriteerien mukaan alimmassa hoitopalkkioluokassa hoidettavalla pitää olla avuntarvetta vähintään yhdessä henkilökohtaisessa toiminnossa ja lääkehoidossa. Kymenlaaksossa alimmassa hoitopalkkioluokassa hoidettavalla pitää olla useampia avuntarpeita henkilökohtaisissa perustoiminnoissa ja kodin ulkopuolella liikkumisessa. Osa alueista puolestaan edellyttää toimintojen määrän sijasta tietyn määrän käyntikertoja päivässä. Myöntämiskriteereitä koskevat havainnot osoittivat niin ikään, että palvelutarpeiden kartoittamisessa painottuvat kaikilla alueilla selvästi toiminnot, jotka liittyvät lääkehuoltoon ja fyysiseen toimintakykyyn, kuten syömiseen, liikkumiseen, pukeutumiseen, wc-toimintoihin ja peseytymiseen. Sen sijaan kognitiivisiin ja psyykkisiin toimintoihin

liittyviä avuntarpeita mainittiin vajaassa kahdessa kolmasosassa alueiden omaishoidon tuen myöntämiskriteereistä.[138]

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluissa yhdeksi omaishoidon tuen kehittämiskohteeksi mainittiinkin tuen perusteet ja palkkioluokat. Koko maahan tarvittaisiin yhtenäiset omaishoidon tuen myöntämiskriteerit ja palkkioluokat[139]. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaankin parhaillaan yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa kansallista ohjeistusta omaishoidon tuen myöntämiskriteereille, palkkioluokille ja käytännöille. Ohjeistus perustuu THL:n vuonna 2022 julkaisemaan ehdotukseen omaishoidon kansallisista myöntämiskriteereistä.[140] Oppaan tavoitteena on yhtenäistää omaishoidon tuen myöntämiskriteerit ja muut toimintakäytänteet. Omaishoidon tuen opas on tarkoitus julkaista vuonna 2026.[141] Sosiaali- ja terveysministeriön tarkastuskertomusluonnokseen antaman lausunnon mukaan ministeriössä on valmisteilla myös hallituksen puoliväliriihen päätöksen mukainen selvitys omaishoidon tuen maksamisen siirtämisestä Kelaan.

## Tuen myöntämiseen vaikuttava omaishoitajan kokonaisvastuu määritellään alueilla eri tavoin

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen mukaan tuen myöntämiseen vaikuttava omaishoitajan kokonaisvastuu määritellään alueilla eri tavoin. Hyvinvointialueiden omaishoidon tuen toimintaohjeissa korostetaan omaishoitajan kokonaisvastuuta hoidettavansa hoidosta. Kokonaisvastuu määritellään alueilla vaihtelevasti ja joustavasti, mutta periaate kokonaisvastuun täyttymisestä on alueilla sama.

Kokonaisvastuulla tarkoitetaan omaishoitajan päävastuuta siitä, että hoidettava pärjää kotona ja että arki sujuu turvallisesti omaishoitajan antaman hoidon turvin. Tällaisia vastuualueita ovat erilaiset päivittäiset arjen toiminnot, kuten hygienia, ravitsemus, lääkkeiden ottaminen, pukeutuminen ja liikkuminen. Kokonaisvastuu ei tarkoita sitä, että omaishoitajan pitäisi olla vastuussa sairaanhoidollisista toimenpiteistä tai omaishoidettavan palveluiden järjestämisestä. Omaishoitoperheen kotona voi käydä terveydenhuollon ammattilaisia suorittamassa esimerkiksi sairaanhoidollisia toimenpiteitä, ja kotihoito voi käydä auttamassa sellaisissa tehtävissä, joista omaishoitaja ei selviydy yksin. Lisäksi omaishoitoperheen omatyöntekijä koordinoi palvelukokonaisuutta ja vapaapäivien järjestämistä, jolloin omaishoitajan ei tarvitse selvitä niiden hallinnoimisesta yksin.[142]

Kokonaisvastuun voidaan nähdä siirtyneen omaishoitajalta pois, jos kotiin annetaan niin paljon muita palveluja, että pääasiallinen vastuu hoidettavasta siirtyy esimerkiksi kotihoidolle. Se, milloin kokonaisvastuun katsotaan siirtyvän pois omaishoitajalta, vaihtelee alueittain.[143]

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluiden perusteella esimerkiksi Helsingissä ja Varsinais-Suomessa korostetaan tilanne- ja tapauskohtaista harkintaa ja joustavuutta eikä tarkasti määriteltyjä rajoja ole.

Haastatteluiden mukaan omaishoidon tuki voidaan lakkauttaa kokonaan, jos katsotaan, että omaishoitajalle ei jää riittävästi vastuuta hoidettavasta huolehtimisesta. Hoitopalkkiota voidaan myös leikata tilanteissa, joissa vastuun jakautuminen on muuttunut siten, että omaishoitaja ei ole enää yksin päävastuussa hoidettavasta.

Hyvinvointialueiden välillä on myös vaihtelua siinä, kuinka paljon omaishoidettavalle voidaan myöntää vuorohoitoa tai omaishoitajalle ylimääräisiä harkinnanvaraisia vapaapäiviä kuukaudessa, jotta kokonaisvastuu edelleen säilyy omaishoitajalla. Enimmillään vuorohoitoa voidaan myöntää kaksi viikkoa kuukaudessa ilman, että kokonaisvastuu siirtyy pois omaishoitajalta.[144]

## Erityisryhmät kohtaavat monenlaisia haasteita omaishoidon tuen myöntämisprosessissa

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden mukaan omaishoidon tuen saajissa on useita erityisryhmiä, joista yleisimmin mainittiin maahanmuuttajataustaiset (9 aluetta), 65 vuotta täyttäneet vammaiset henkilöt (4 aluetta), päihteiden käyttäjät, mielenterveysongelmaiset, päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivät omaishoitajat sekä harvaan asutuilla alueilla tai saaristossa asuvat omaishoitoperheet. Vaikka erityisryhmien erityistarpeita ei asiantuntijahaastatteluissa yleensä tullut esiin, erityisryhmien myöntämisprosessissa on erilaisia ongelmia.

Maahanmuuttajataustaisten ongelmat liittyivät erityisesti kieleen ja tulkkaukseen. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden mukaan tulkin välityksellä tehtävä RAI-arviointi on vaativaa ja aikaa vievää, eikä tulkkina toimiva omainen aina pysty välittämään kysymysten sisältöä luotettavasti. Lisäksi myöntämiskriteereitä ja päätöksiä ei ole kaikilla alueilla saatavilla asiakkaan omalla kielellä.

65 vuotta täyttäneillä vammaisilla henkilöillä siirtyminen vammaispalveluista ikääntyneiden palveluihin voi vaikuttaa hoitopalkkioluokkaan ja lisäpalvelujen jatkuvuuteen. Päihteitä käyttävien hoidettavien ja hoitajien kohdalla omaishoidon tuen lakkauttamisen perusteiden arviointi on työlästä ja aikaa vievää. Mielenterveysongelmaisille ei ole tarjolla tarpeita vastaavia palveluja, kuten omaishoitajan vapaan aikaisia sijaishoitopaikkoja. Harvaan asutuilla alueilla tai saaristossa asuvien omaishoitoperheiden ongelmat liittyivät palvelujen saavutettavuuteen ja palveluvalikon palvelujen saatavuuteen.[145]

## 4.2 Omaishoidon tuen sopimukset ja hoito- ja palvelusuunnitelmat tehdään lainsäädännön mukaisesti

Omaishoitolain 8 §:n mukaan omaishoidon tuesta on laadittava omaishoitosopimus, jonka liitteenä on hoito- ja palvelusuunnitelma. Omaishoidon tuki perustuu toimeksiantosuhteeseen omaishoitajan ja hyvinvointialueen välillä. Sopimuksen perusteella omaishoitajalle maksetaan hoitopalkkio kuukausittain. Omaishoitosopimuksen tulee sisältää vähintään tiedot hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta, oikeudesta vapaapäiviin ja vapaapäivien järjestämisestä, määräaikaisen sopimuksen kestosta tarvittaessa, sekä hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytyessä.

Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi hoidettavan ja hoitajan omaishoitolain mukaiset oikeudet ja niiden soveltaminen. Lisäksi suunnitelmaan tulee kirjata vähintään omaishoitajan antaman hoidon määrä ja sisältö, muiden hoidettavalle tarpeellisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja sisältö. Lisäksi suunnitelmaan kirjataan omaishoitajan hoitotehtävää tukevien palvelujen määrä ja sisältö ja se, miten hoidettavan hoito järjestetään hoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana.[146] Alueiden omaishoidon tukea ohjaavien toiminta-ohjeiden mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjataan tyypillisesti omaishoitolaissa määriteltyä minimiä laajemmin hoitoon ja palveluihin liittyvät suunnitelmat ja tavoitteet[147].

### Omaishoitosopimukset tehdään joko lainsäädännön mukaisesti tai laajempina

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelujen perusteella, he näkevät sopimuksen lähtökohtaisesti hallinnollisena asiakirjana, jonka perusteella hyvinvointialue maksaa hoitopalkkion omaishoitajalle ja omaishoitaja sitoutuu hoitamaan omaistaan. Haastattelujen perusteella omaishoitosopimuksen rooli on hyvin yhtenäinen ja lainsäädännön mukainen hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa. Suurimmat alueelliset erot omaishoitosopimuksessa liittyivät siihen, mihin tietojärjestelmään se tehdään. Uusi omaishoitosopimus tehdään silloin, kun palkkioluokka muuttuu.

Osa haastatelluista korosti sopimukseen kirjattavaa omaishoitajan velvollisuutta ilmoittaa hoidon muutoksista ja keskeytyksistä. Omaishoitajalla on sopimuksen mukaan vastuu olla aktiivisesti yhteydessä omatyöntekijään ja osaltaan huolehtia, että sopimusta noudatetaan ja että sopimus on ajantasainen. Omaishoitajan

ilmoitusvelvollisuus korostaa omaishoidon tuen epävirallista luonnetta ja sitä, että omaishoitajalla on merkittävä vastuu omaishoitotilanteesta.

Omaishoitosopimuksessa myös määritellään sopimuksen irtisanomisen ehdot. Molemmat osapuolet voivat irtisanoa sopimukset.[148] Asiantuntijahaastattelujen perusteella on harvinaista, että omaishoitaja irtisanoo sopimuksen. Tarkastuksen selvityspyyntöön annettujen vastausten perusteella sopimus päättyi yleisimmin siksi, että hoidettava siirtyi ympärivuorokautiseen hoitoon. Toiseksi ja kolmanneksi yleisimmät päättymissyyt olivat hoidettavan kuolema ja omaishoitajan toimintakyvyn aleneminen tai terveydentilan heikentyminen.

## Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa omaishoidon tuen palvelukokonaisuutta ja auttaa sen hallinnassa

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluiden mukaan omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelmasta käytetään eri alueilla useita nimityksiä, kuten omaishoidon suunnitelma, omaishoidon tuen suunnitelma sekä omaishoidon palvelusuunnitelma. Suunnitelma toimii sekä omaishoidon työntekijöiden että omaishoitoperheen työvälineenä. Omaishoidon sopimussuhteen alussa käydään läpi paljon tietoja, joita omaishoitajan ei voi olettaa muistavan ilman kirjallista tukea. Suunnitelma auttaa omaishoitoperhettä ja omaishoidon työntekijää palaamaan sovittuihin asioihin, ja he käyvät sen yleensä yhdessä läpi, jotta kirjaukset vastaavat yhteistä näkemystä. Myös työntekijä käyttää suunnitelmaa asiakkaan tilanteen arviointiin. Suunnitelmaa päivitetään, kun asiakas ottaa yhteyttä, kun omaishoitoperheen tilannetta tarkastetaan tai kun muista sosiaali- ja terveyspalveluista kysytään lisätietoja[149].

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen mukaan omaishoidon suunnitelmaan kirjataan tavallisesti asiakkaan toimintakyky, palvelutarve ja järjestettävät palvelut sekä omaishoitajan tehtävät, vastuut ja vapaat. Joillakin alueilla suunnitelmaan merkitään myös ne palvelut, joita omaishoidon tuki korvaa, esimerkiksi kotihoidon tai asumispalvelut. Toisinaan kirjataan myös yksityisesti hankitut tai kolmannen sektorin tarjoamat palvelut, jos asiakasperhe niitä käyttää.

Koska omaishoidon työntekijöillä on usein laajat valtuudet päättää omaishoitoperheen palveluista, suunnitelmaan kirjataan yleensä kaikki palvelut, joihin perhe on oikeutettu. Näitä voivat olla esimerkiksi kotihoito, päivätoiminta, perhehoito, lyhytaikainen asuminen ja liikkumisen tuki. Suunnitelmaan voidaan kirjata myös palvelut, joita aiotaan hakea omaishoidon tuen alettua. Käytännöt vaihtelevat jonkin verran. Joillakin alueilla omaishoidon suunnitelmaan kirjataan vain omaishoitoon kuuluvat palvelut, ja muut ikääntyneiden palvelut sisällytetään erilliseen iäkkäiden palvelusuunnitelmaan.

Monilla alueilla suunnitelmaan sisällytetään lisäksi tavoitteita, jotka voivat olla konkreettisia, kuten päivittäinen käynti postilaatikolla. Suunnitelmaan voidaan kirjata myös omaishoitajan jaksamista tukevia toimia ja palveluja sekä tärkeitä yhteystietoja, kuten ohjeet yhteydenottoon omaishoidon tukeen tai omatyöntekijään. Joissakin tapauksissa suunnitelmaan merkitään myös sosiaalipäivystyksen ja asiakasohjauksen yhteystiedot sekä toimintamalli tilanteisiin, joissa omaishoitaja on estynyt tekemästä hoitotyötä[150].

Omaishoitajan velvollisuus ilmoittaa muutoksista ja hoidon keskeytymisistä kirjataan alueesta riippuen joko omaishoidon sopimukseen tai hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoitajan ilmoitusvelvollisuus on tärkeää sekä taloudellisesti että palveluiden ajantasaisuuden varmistamiseksi: omaishoidon tukea ei tulisi maksaa tilanteissa, joissa hoito keskeytyy. Muutokset voivat vaikuttaa myös muuhun palvelukokonaisuuteen ja sen kustannuksiin[151].

Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelujen mukaan omaishoidon tuen myöntämisen ja hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä arvioidaan myös muiden palvelujen tarve, jotta hoidettavalle voidaan hakea ja myöntää kaikki tarvittavat palvelut yhden prosessin aikana. Alueittain vaihtelee, mistä palveluista omatyöntekijä voi päättää, mutta kaikilla alueilla heillä on kokonaisnäkemys asiakkaan palveluista, ja tämä kokonaisuus kirjataan hoitosuunnitelmaan. Useimmilla alueilla omatyöntekijä päättää esimerkiksi kotihoidon ja tukipalvelujen myöntämisestä. Kahdella alueella omatyöntekijä vastaa kaikista ikääntyneiden palveluista, myös ympärivuorokautisen hoidon päätöksistä.

## Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa on tehottomuutta

Omaishoidon asiantuntijoiden haastatteluissa nousi esille kirjaamiseen ja asiakastietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Kysyttäessä omaishoidon tuen hoito- ja palvelusuunnitelmien roolista kävi ilmi, että useilla alueilla omaishoidon tuen asiakkaiden tietoja kirjataan useisiin asiakastietojärjestelmiin. Päällekkäiset tai rinnakkaiset asiakastietojärjestelmät sekä asiakastietojen kirjaaminen useaan kertaan tai useisiin järjestelmiin on tehottomuutta tuottava asia haastatteluiden perusteella. Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan haastattelujen mukaan samat asiakasta koskevat tiedot voidaan kirjoittaa kolmeen eri paikkaan. Haastateltavien mukaan suurin osa työajasta kuluukin tietokoneella kirjaamiseen. Vastaavia kokemuksia päällekkäisestä kirjaamisesta oli myös Helsingissä, Kainuussa, Keski-Suomessa, Lapissa, Satakunnassa, Vantaalla ja Keravalla sekä Varsinais-Suomessa. Hyvinvointialueiden käytännöt ovat vaihtelevia johtuen erilaisten asiakastietojärjestelmien käytöstä ja

erilaisista kirjaamiskäytännöistä. Monella alueella oli toteutettu, käynnissä tai tulossa sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmäuudistus.

Päällekkäisistä tai rinnakkaisista asiakastietojärjestelmistä seuraa myös tilanteita, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset pääsevät vaihtelevasti lukemaan asiakasta koskevia kirjauksia eri järjestelmistä. Lähtökohtaisesti omaishoidon tuen työntekijät pääsevät alueilla lukemaan myös terveydenhuollon kirjauksia, mutta terveydenhuollon ammattilaiset eivät kaikissa tapauksissa pääse lukemaan sosiaalihuollon kirjauksia (Etelä-Karjala, Helsinki). Suurimmassa osassa haastatelluista alueista tiedonkulun kuitenkin todettiin toimivan hyvin ja suuremmaksi ongelmaksi koettiin asiakastietojen kirjaaminen useampaan kertaan eri järjestelmiin tai järjestelmien sisällä eri paikkoihin.

Osalla alueista on käytössä Oima-järjestelmä, joka on tarkoitettu kotiin tarjottavaan hoivan hallinnointiin. Oima-järjestelmässä voidaan hallinnoida omaishoidon tuen sopimuksia, palkkioiden maksua, vapaapäivien järjestämistä ja seurantaa ja esimerkiksi kulukorvauksia.[152] Haastatelluista alueista Oima-järjestelmä on käytössä Kainuussa, Lapissa, Etelä-Pohjanmaalla, Etelä-Savossa, Kanta-Hämeessä ja Varsinais-Suomessa. Satakunnassa ja Vantaalla ja Keravalla on siirrytty Oima-järjestelmän käyttöön haastatteluiden jälkeen vuoden 2025 aikana. Omaishoidon tuen asiantuntijat kokivat Oima-järjestelmän pääsääntöisesti omaishoidon tuen hallinnointia ja seurantaa helpottavaksi, mutta sen soveltuvuutta iäkkäiden omaishoitajien käyttöön kritisoitiin. Osa haastateltavista toisaalta kertoi iäkkäidenkin osaavan käyttää sähköisiä järjestelmiä hyvin.

## Hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen ja seuranta toteutuvat alueilla vaihtelevasti

Kuvitteellisten asiakastapausten perusteella omaishoitoperheen seuranta perustuu tietyin väliajoin tai tarvittaessa tehtäviin seuranta- tai kotikäynteihin, joiden yhteydessä päivitetään asiakas- tai hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja tehdään hoidettavalle RAI-toimintakykyarvio. Joillakin alueilla seuranta voidaan toteuttaa myös etäyhteyksin tai puhelimitse ilman RAI-arviota.[153]

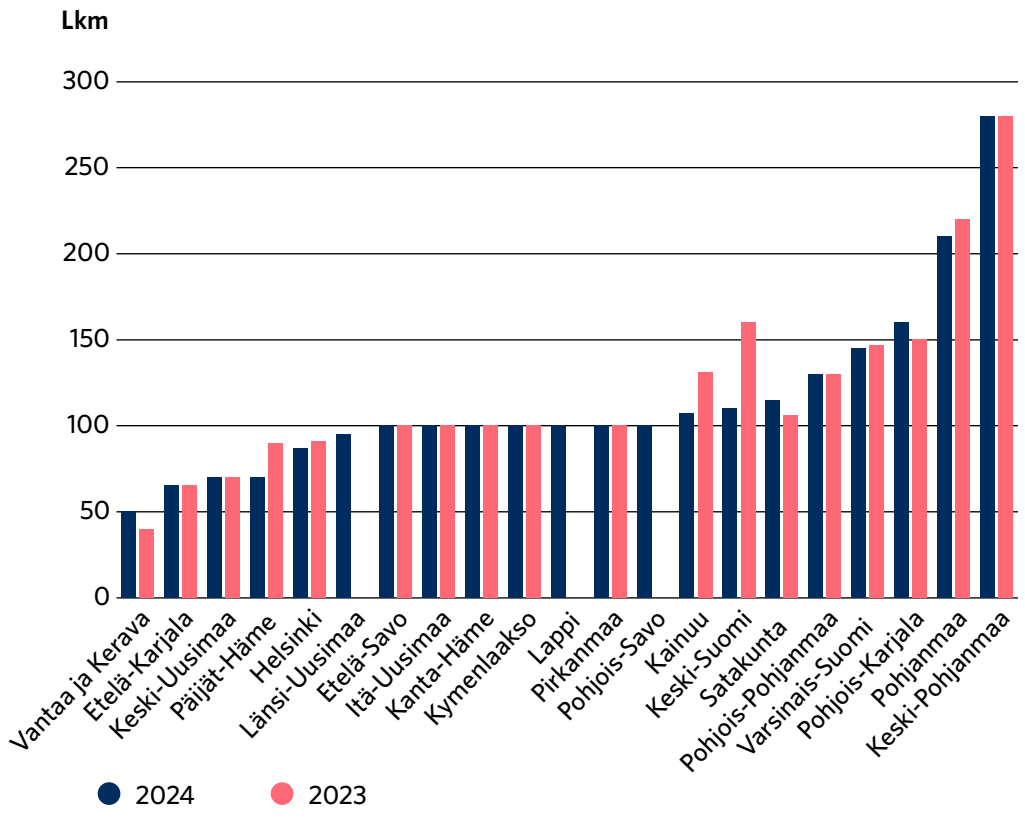
Hyvinvointialueiden vastausten perusteella perheen tilannetta seurataan yleisimmin vähintään kerran vuodessa (13 aluetta), tai aina tilanteen muuttuessa (16 aluetta). Viidellä hyvinvointialueella omaishoitoperheen tilannetta seurataan 1–2 vuoden välein ja yhdellä alueella 2–3 vuoden välein. Yhdellä alueella seurantaa tehdään kahdesti vuodessa. Yhdellä alueella seurantaa tehdään kolmen kuukauden kuluttua omaishoidon tuen myöntämisestä, ja sen jälkeen muutaman vuoden välein. Muutaman alueen vastauksissa käytetyt sanat (tavoite, pyritään)

viittaavat kuitenkin siihen, ettei kerran vuodessa tehtäväksi suunniteltu seuranta välttämättä käytännössä toteudu. Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastatteluissa kolme aluetta 12:sta ilmoitti pysyvänsä seurantojen tavoiteajoissa.

Omatyöntekijän suorittama seuranta perustuu myös tiiviiseen yhteistyöhön eri toimijoiden välillä. Omaishoitoperheen tilanne voi tulla esiin esimerkiksi moniammatillisessa palaverissa tai kotihoito tekee perheestä huoli-ilmoituksen (3 aluetta). Seuranta perustuu myös matalan kynnyksen yhteydenottoihin, eli omaishoitajien omaan aktiivisuuteen olla yhteydessä omatyöntekijään tilanteen muuttuessa (16 aluetta).[154]

Joillakin alueilla on käytössä asiakastietojärjestelmä, jonka avulla omaishoidon tuen työntekijät pystyvät seuraamaan, kuinka pitkään on kulunut edellisestä arviointi- tai seurantakäynnistä. Tällainen asiakastietojärjestelmä auttaa omaishoitoperheiden tilanteiden seurannassa.[155] Toisaalta haastattelujen mukaan järjestelmästä voi seurata myös päällekkäistä tai rinnakkaista työtä, koska kyseessä on yksi järjestelmä lisää, johon asiakkaan tietoja täytyy kirjata.

**Kuvio 17. Yhden omatyöntekijän vastuulla olevien omaishoitoperheiden lukumäärät vuosina 2023 ja 2024, lkm.**




Lähde: Hyvinvointialueiden antamat vastaukset VTV:n selvityspyyntöön.

Haastattelujen perusteella vain kolme aluetta 12:sta ilmoitti tavoittelevansa RAI-arviointien tekemistä kerran puolessa vuodessa. Alueista kaksi ilmoitti pysyvänsä tavoitteessa. Kahdella alueella RAI-arviointi pyritään tekemään kerran vuodessa, ja kolme aluetta ilmoitti tekevänsä RAI-arvioinnin noin kahden vuoden välein. Kaikilta alueilta ei saatu tietoa RAI-arviointikäytännöistä.

Lähtökohtaisesti kaikki alueet kuitenkin ilmoittivat, että osa omaishoitoperheistä on yhteydessä omaishoidon tuen palveluihin ennen kuin virallisia arviointikäyntejä tehdään. Näiden yhteydenottojen yhteydessä perheen tilannetta arvioidaan epävirallisesti ja tarpeen vaatiessa tehdään laajempi arviointi. Koko omaishoitotilanne voidaan arvioida uudelleen, jos tilanne omaishoitoperheessä on muuttunut. Omaishoitoperheen palveluihin voidaan tehdä myös pienempiä muutoksia, kuten lisätä palveluja tai järjestellä omaishoitajan vapaapäiviä uudelleen.

Omaishoitoperheiden tilanteen seuranta tavoiteajoissa on yhteydessä omaishoidon tuen henkilöstön resurssointiin. Tarkastuksen selvityspyyntöön saatujen vastausten perusteella omaishoitoperheiden määrä omatyöntekijää kohti vaihtelee erittäin paljon alueittain. Yhdellä työntekijällä oli vastuullaan alueesta riippuen 50–280 perhettä vuonna 2024 (ks. kuvio 17). Suurimmalla osalla alueista omatyöntekijän vastuulla oli noin 100 omaishoitoperhettä.

Omaishoidon tuen asiantuntijoiden haastattelujen perusteella hallittava määrä on suurin piirtein 100 omaishoitoperhettä, mutta tällöin omatyöntekijä ei välttämättä ehdi tehdä seurantoja tavoiteajassa. Haastatteluissa kolme aluetta ilmoitti pysyvänsä tavoiteajassa. Näillä alueilla omatyöntekijällä oli omaishoidettavia perheitä 50 (Vantaalla ja Keravalla), 70 (Päijät-Hämeessä) ja 115 (Satakunnassa). Jotta seuranta onnistuu, omatyöntekijöiden työtaakan ja vastuiden tulisi olla kohtuulliset.

Omaishoitajan jaksamisen tukemiseksi keskeisin omaishoidon tuen palvelu on lakisääteiset vapaapäivät. Myönnettyjen vapaiden pitäminen ja niiden pitämisen seuraaminen on täten tärkeää omaishoitotilanteen jatkuvuudelle. Tarkastuksen perusteella vapaiden pitämistä seurataan alueilla vaihtelevasti. Osalla alueista on käytössä tietojärjestelmiä, jotka mahdollistavat vapaiden pitämisen seurannan. Omatyöntekijät pystyvät seuraamaan järjestelmän avulla, kuinka paljon omaishoitajalla on vapaita pitämättä. Osalla alueista vapaiden pitämistä seurataan puolestaan eri järjestelmien tietoja yhdistämällä ja pitämällä kirjaa yksittäisten omaishoitajien vapaiden tilanteesta. Jollain alueella vapaapäivien käytön seuranta on epäsäännöllistä ja perustuu lähinnä siihen, että omaishoitajan yhteydenoton perusteella tai muutoin huomataan, ettei asiakas ole käyttänyt vapaapäiviä[156].

Omaishoitoperheen tilanteen seurantaan liittyy myös omaishoidon tuen palvelun informaalisuuteen liittyvät ongelmat. Omaishoidon tuen asiantuntijahaastatteluissa nousi esille, että omaishoidon tuki ulottuu syvälle perheen yksityiselämän piiriin. Haastateltavien mukaan epäiltyihin omaishoidon epäkohtiin, jotka tapahtuvat kodin piirissä, on vaikea puuttua. Asiantuntijahaastattelujen mukaan omaishoidon työntekijöillä on korkea kynnys kyseenalaistaa omaishoitajan kykenevyys tai kodin olosuhteiden sopivuus omaishoidolle. Epäkohtiin puuttumattomuuden riskiä kasvattaa se, jos alueilla ei pysytä omaishoitotilanteiden seurannan tavoiteajoissa.

# Liite 1: Miten tarkastettiin

Tässä liitteessä kuvataan, miten tarkastuksen tuloksiin on päädytty ja minkälaisia rajoituksia niihin liittyy.

## Tarkastuksen tavoite

Tarkastuksen tavoitteena oli arvioida, ovatko omaishoidon tuelle asetetut taloudelliset tavoitteet toteutuneet, onko varmistettu, että omaishoidettaville ja omaishoitajille tarjottavat palvelut ja omaishoidon tuen järjestelmä toimivat ja onko omaishoidon tuen houkuttelevuudesta huolehdittu.

Tarkastus on ajankohtainen, koska pääministeri Petteri Orpon hallitus on tehnyt sekä useita toisiinsa kytkeytyviä normi- ja rahoitusmuutoksia, jotka yhdessä vaikuttavat merkittävästi ikääntyneiden palveluihin että säästö- ja sopeutuspäätöksiä (2023–2026), jotka kohdistuvat hyvinvointialueisiin. Parhaillaan valmistellaan myös hallituksen esitystä sosiaalihuollon palveluja koskevan sääntelyn uudistamiseksi sekä opasta omaishoidon tuesta. Tarkastuksella pyrittiin tuottamaan oleellista ja uutta tietoa hallinnolle ja eduskunnalle omaishoidon palvelukokonaisuudesta, jota ne voivat hyödyntää omaishoidon tuen lainsäädäntöä ja toimintaa kehittäessään.

## Tarkastuksen kohdeasia ja tarkastuskohteet

Tarkastus kohdistui 65 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuen toimeenpanoon ikääntyneiden palveluissa hyvinvointialueilla (sis. Helsingin kaupungin). Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ja kehittää omaishoidon tukea ja hyvinvointialueet vastaavat palvelun järjestämisestä (myöntämisprosessista ja seurannasta).

Tarkastuksessa ei käsitellä omaishoidon tuen strategisia suunnitelmia, ikääntyneiden palvelujen johtamista, yksittäisten sosiaali- ja terveyspalvelujen myöntämiskriteereitä eikä omaishoidon tuen valvontaa. Tarkastuksessa ei käsitellä myöskään hoitajien ja hoidettavien asiakastyytyväisyyttä eikä järjestettyjen palvelujen riittävyyttä.

Tarkastuskertomusluonnoksesta pyydettiin lausunnot sosiaali- ja terveysministeriöltä, valtiovarainministeriöltä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta sekä hyvinvointialueilta ja Helsingin kaupungilta, joista

Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialueet eivät antaneet lausuntoa. Lausunnoissa annettu palaute on otettu huomioon lopullista tarkastuskertomusta laadittaessa. Lausunnot ja niistä tehty yhteenveto löytyvät tarkastusviraston verkkosivuilta.

## Tarkastuksen kysymykset ja kriteerit

Tarkastuksen kysymykset ja kriteerit on esitetty alla. Tarkastuksessa vastattiin suunnitelmassa esitettyihin kysymyksiin.

**Tarkastuskysymys 1: Ovatko iäkkäiden omaishoidon tuelle asetetut taloudelliset tavoitteet toteutuneet? Kysymykseen vastattiin viidellä osakysymyksellä:**

- Onko iäkkäiden omaishoidon tuella saavutettu kustannussäästöjä?
- Ovatko hyvinvointialueet edistäneet iäkkäiden omaishoitajaksi ryhtymistä?
- Onko iäkkäiden omaishoidon tuki vaikuttanut muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeeseen tai käyttöön?
- Onko iäkkäiden omaishoidon tuella ollut ennakoimattomia seurauksia?
- Ovatko ilman sopimusta omaisiaan hoitaville tarjottavat palvelut lykänneet sopimusomaishoidon alkamista?

**Kriteerit:** Tarkastuskysymyksen kriteereinä käytettiin pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmaa sekä hallituksen esityksen eduskunnalle omaishoidon tuesta annetun lain ja eräiden muiden lakien muuttamisesta (HE 85/2016 vp) tavoitteita ja keskeisiä ehdotuksia (2) ja taloudellisia vaikutuksia (3.1). Iäkkäiden omaishoidon tuelle asetettujen taloudellisten tavoitteiden katsotaan toteutuneen, jos omaishoidon tuki on tuottanut merkittäviä kustannussäästöjä, korvannut kalliimpia hoitomuotoja ja vähentänyt muiden hoivapalvelujen järjestämisen tarvetta. Taloudellisten tavoitteiden katsotaan toteutuneen myös silloin, kun tuki on edistänyt omaishoitajaksi ryhtymistä ja johtanut pidempiin omaishoitojaksoihin. Lisäksi taloudellisten tavoitteiden katsotaan toteutuneen, jos omaishoitajille tarjottu lisääntyvä tuki on siirtänyt hoidettavien vaihtoehtoisen palvelun tarvetta. Samoin tavoitteet täyttyvät, jos ei-sopimusomaishoitajille säädetty oikeus vapaapäiviin on myöhentänyt sopimusomaishoidon alkamista ja tuottanut säästöjä omaishoidon tuen kustannuksissa.

**Tarkastuskysymys 2: Ovatko hyvinvointialueet huolehtineet omaishoitajien palveluista ja tuesta? Kysymykseen vastattiin neljällä osakysymyksellä.**

- Ovatko hyvinvointialueet huolehtineet omaishoitajan lakisääteisistä tukipalveluista?
- Ovatko hyvinvointialueet huolehtineet omaishoitajien mahdollisuuksista pitää vapaapäiviä?
- Onko omaishoidon tueksi kehitetty erilaisia digitaalisia palveluja sekä erilaisia omaishoidon, kotihoidon, lyhytaikaisen ja kiertävän perhehoidon yhdistelmiä?
- Ovatko hyvinvointialueet mahdollistaneet omaishoidon tuen erityisen tuen tarpeessa oleville iäkkäille?

**Kriteerit:** Tarkastuskysymyksen kriteereinä käytettiin omaishoidon tukea koskevan lain (937/2005) 1, 3, 3 a ja 4 §:ää, pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelmaa sekä Laatusuositusta aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Hyvinvointialueiden katsotaan huolehtineen omaishoitajien palveluista ja tuesta, jos ne yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa ovat huolehtineet omaishoitajan työn tukemisesta siten, että se edistää hoidettavan edun mukaista omaishoidon toteuttamista. Hyvinvointialueilta edellytetään, että ne järjestävät omaishoitajille tarvittaessa valmennusta ja koulutusta hoitotehtävää varten, järjestävät hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevia muita sosiaali- ja terveyspalveluja, huolehtivat hoidettavien hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajien vapaan aikana, turvaavat omaishoitajien mahdollisuudet pitää vapaapäiviä palvelusetelin, kotipalvelun, intervallihoidon tai perhehoidon avulla, ja vastaavat pitämättä jääneiden vapaapäivien siirtämisestä seuraavalle kalenterivuodelle. Lisäksi hyvinvointialueiden katsotaan huolehtineen omaishoitajien palveluista ja tuesta, jos omaishoitajien yhdenvertaisuutta ja jaksamista on vahvistettu sekä omaishoidon tueksi on kehitetty digitaalisia palveluja ja erilaisia omaishoidon, kotihoidon, lyhytaikaisen ja kiertävän perhehoidon yhdistelmiä, joilla tulisi pystyä myöhentämään asiakkaiden siirtymistä ympärivuorokautiseen hoitoon.

**Tarkastuskysymys 3: Ovatko hyvinvointialueet myöntäneet omaishoidon tukea ohjeistusten ja lainsäädännön edellyttämällä tavalla? Kysymykseen vastattiin viidellä osakysymyksellä.**

- Onko omaishoidon tue tarpeenarviointi toteutettu ohjeistusten ja lainsäädännön mukaisesti?

- Onko omaishoidon tuen myöntämiskriteereitä tulkittu yhdenmukaisesti?
- Onko omaishoidon tuen hoito- ja palvelusuunnitelmat laadittu ohjeistusten ja lainsäädännön mukaisesti?
- Onko omaishoitosopimukset laadittu ohjeistusten ja lainsäädännön mukaisesti?
- Onko omaishoidettavan hoidon tarpeen muutoksia, hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista ja myöntämiskriteerien täyttymistä seurattu omaishoidon tuen myöntämisen jälkeen?

**Kriteerit:** Tarkastuskysymyksen kriteereinä käytettiin omaishoidon tukea koskevan lain (937/2005) 3, 7 ja 8 §:ää. Hyvinvointialueiden katsotaan myöntäneen omaishoidon tukea ohjeistusten ja lainsäädännön mukaisesti, jos ne myöntävät omaishoidon tukea lain määrittelemien myöntämisedellytysten perusteella ja ovat varmistaneet, että omaishoidettava tarvitsee kotioloissa hoitoa ja huolenpitoa alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn vuoksi, omaishoitaja on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarvittavien palvelujen avulla ja omaishoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia. Lisäksi hyvinvointialueiden tulee varmistaa, että omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa turvaa hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden, hoidettavan koti soveltuu terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavaan hoitoon, ja tuen myöntämisen on arvioitu olevan hoidettavan edun mukaista. Hyvinvointialueiden voidaan katsoa toimineen ohjeistusten ja lainsäädännön edellyttämällä tavalla myös silloin, kun omaishoitosopimus on laadittu lain mukaisesti ja sen liitteenä oleva hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää omaishoitajan antaman hoidon määrän ja sisällön, omaishoitajan hoitotehtävää tukevien palvelujen määrän ja sisällön sekä kuvauksen siitä, miten hoidettavan hoito järjestetään omaishoitajan vapaan, terveydenhoitokäyntien tai muun poissaolon aikana.

Tarkastuksen suunnitteluvaiheessa kuultiin sosiaali- ja terveysministeriötä tarkastusasetelmasta ja tarkastuksen kriteereistä. Kommenttien perusteella tarkastusasetelmaa täsmennettiin.

## Tarkastuksen aineistot ja menetelmät

Tarkastuksen aineistona olivat omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut, kyselyt, selvityspyyntö, kuvitteelliset asiakastapaukset sekä kirjallinen aineisto, joka koostui hyvinvointialueiden omaishoidon tuen myöntämistä ja/tai toimintaohjeita koskevista asiakirjoista, tukea koskevista laeista ja niitä koskevista hallituksen esityksistä ja ohjeistuksista sekä

tutkimuksista, selvityksistä ja tilastoista. Aineiston tarkastelu rajautui hyvinvointialueiden ensimmäisiin toimintavuosiin 2023–2025.

Pääasiallinen aineisto koostui 12 hyvinvointialueelle kohdistetusta iäkkäiden omaishoidon tuen asiantuntijahaastatteluista. Alueet valittiin maantieteellisen sijainnin, koon ja omaishoidon tuen järjestelmien erilaisuuden perusteella. Valinnassa hyödynnettiin selvityspyynnön tuloksia. Haastattelut tehtiin syys-lokakuussa 2025, ja ne kohdistuivat seuraaviin alueisiin: Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Helsinki, Kainuu, Kanta-Häme, Keski-Suomi, Lappi, Etelä-Pohjanmaa, Päijät-Häme, Satakunta, Vantaa ja Kerava ja Varsinais-Suomi. Haastateltavia oli yhteensä 24.

Kyselyitä tehtiin kolme: kysely hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sosiaaliasiavastaaville iäkkäiden omaishoidon tuesta (12/22 hyvinvointialuetta, vastausprosentti 54,5 %), kysely hyvinvointialueiden vanhusneuvostoille iäkkäiden omaishoidon tuesta (13/22 hyvinvointialuetta, vastausprosentti 64 %) ja Omaishoitajaliiton kanssa yhteistyönä tehty kysely hyvinvointialueilla toimiville ns. veturiyhdistyksille (21/25 veturiyhdistystä, vastausprosentti 84 %).

Selvityspyynnöllä kerättiin kaikilta hyvinvointialueilta tietoa 65 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuesta. Lisäksi kuvitteellisen asiakastapauksen ja sen muunnelmien avulla kerättiin kaikilta hyvinvointialueilta vertailukelpoista tietoa omaishoidon tuen myöntämis- ja seurantaprosesseista sekä omaishoidettaville, sopimusomaishoitajille ja ei-sopimusomaishoitajille tarjotuista palveluista. Menetelmässä todellisia asiakastapauksia mahdollisimman tarkasti muistuttavan esimerkkitapauksen avulla tarkastellaan, millaista kohtelua sama henkilö samoilla taustatiedoilla saisi eri alueilla.

Analyysimenetelminä käytettiin laadullista sisällönanalyysia ja kuvailevaa määrällistä analyysia sekä taloudellista arviointia.

## Tarkastuksen toteutusaika

Tarkastus toteutettiin 16.4.2025–10.4.2026. Tarkastuksen aineisto kerättiin pääosin keväällä ja syksyllä 2025.

## Tarkastuksen tekijät

Tarkastuksen tekivät johtava tuloksellisuustarkastaja Olli Karsio ja tuloksellisuustarkastusneuvos Taina Rintala. Tarkastusta ohjasi tarkastuspäällikkö Sari Hanhinen.

Tarkastuksessa tehtiin yhteistyötä Omaishoitajaliiton kanssa kuvitteellisten asiakastapausten laadinnassa ja veturiyhdistyksille laaditun kyselyn laadinnassa ja toteutuksessa sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa selvityspyynnön laadinnassa.

# Liite 2: Kuvitteellinen asiakastapaus

**Sepon ja Maijan tarina**

85-vuotias Seppo asuu kaksikerroksisessa 1970-luvulla rakennetussa omakotitalossa yhdessä puolisonsa Maijan kanssa. Omakotitalo sijaitsee suuren kaupungin keskustan ulkopuolella, mutta ei maaseudulla. Palvelut sijaitsevat usean kilometrin päässä kaupungin keskustassa. Sepon toimintakyky on heikentynyt pysyvästi ikääntymisen seurauksena. Seppo kulkee lyhyitä matkoja rollaattorin kanssa kotona, mutta ei pysty kulkemaan portaita tai lähtemään yksin ulos. Kodissa ei ole tehty mitään muutostöitä liikkumisen helpottamiseksi. Jalkojen ja käsien heikentyneen toimintakyvyn takia Seppo ei kykene selviämään itsenäisesti pukeutumisesta, suihkussa käymisestä ja ruokailemisesta. Seppo tarvitsee arjessa apua ja tukea jokapäiväiseen selviytymiseen. Seppo kuitenkin pystyy olemaan kotona muutaman tunnin yksin. Hänellä ei ole käytöshäiriöitä ja hänellä ei ole diagnosoitua muistisairautta.  Seppo ei karkaile eikä tarvitse lähtökohtaisesti öisin Maijan apua.

Sepon puoliso Maija on 78-vuotias. Maijalla ei ole vakavia toimintakykyä heikentäviä sairauksia. Hän hoitaa ruuanlaiton, kodin siivouksen ja pystyy auttamaan Seppoa nousemisessa ja erilaisissa siirtymisissä. Pariskunnalla ei ole autoa käytössä ja Maija hoitaa ruokaostokset pienessä lähikaupassa. Pariskunnan lapset asuvat toisilla paikkakunnilla ja käyvät kerran kuussa auttamassa arkiaskareissa. Lapset hoitavat myös Sepon ja Maijan laskujen maksun, koska Maija ei ole tottunut käyttämään digitaalisia palveluja. Pariskunnan sosiaalinen elämä on rajoittunut omaan kotipiiriin.

*Muunnelma 1.*

Sepon fyysinen tilanne on samanlainen kuin edellä on kuvattu, mutta lisäksi hänellä on diagnosoitu lievä Alzheimerin tauti. Tämän seurauksena hän tarvitsee huomattavasti enemmän valvontaa, ohjausta ja apua. Kommunikointi on vaikeutunut. Seppo ei enää selviä kotona kuin hyvin lyhyitä hetkiä yksin. Seppo karkailee usein ja hänellä on yöllistä levottomuutta.

*Muunnelma 2.*

Tilanne on muuten samanlainen kuin alkuperäisessä asiakastapauksessa, mutta Maijalla on paha reumatauti. Maijan liikkuminen on vaikeutunut ja ulkona liikkuessaan hän käyttää rollaattoria. Reuma on vaikuttanut siihen, että Maijan käsissä ei ole enää paljon voimaa. Ruuanlaitto ja kodin siistinä pitäminen onnistuvat edelleen joten kuten, mutta Sepon peseminen ja nostaminen sängystä eivät enää onnistu.

# Viitteet


1 Sosiaali- ja terveysministeriö: Omaishoito - Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.2.2026.

2 HE 131/2005 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi omaishoidon tuesta, laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta; Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Sosiaali- ja terveydenhuollon vuosien 2004—2007 tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Viitattu 15.1.2026.

3 Yle: Hyvinvointialueet leikkaavat taas vanhuspalveluita – professori: "Siellä he istuvat vaippojensa päällä tuntikausia". Viitattu 15.1.2026.

4 Saska, Saana (2024). Uudistunut palvelurakenne. Teoksessa Kehittyvät iäkkäiden palvelut. Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023. Toim. Sari Kehusmaa, Sari Honkanen & Petra Saukkonen. Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa. Viitattu 15.1.2026.

5 Ilmarinen, Katja (2024). Sopimusomaishoito ja toimeksiantosuhteinen perhehoito. Teoksessa Kehittyvät iäkkäiden palvelut. Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023. Toim. Sari Kehusmaa, Sari Honkanen & Petra Saukkonen. Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa. Viitattu 15.1.2026.

6 Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Sotkanet.fi. Viitattu 15.1.2026.

7 HE 85/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi omaishoidon tuesta annetun lain ja eräiden muiden lakien muuttamisesta.

8 Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

9 Ilmarinen, Katja & Lindström, Elina & Neijonen, Auri & Honkanen, Sari & Kehusmaa, Sari (2024). Sopimusomaishoidon tilannekuva 2024. Hyvinvointialueiden myöntämisperusteet, toimintakäytänteet ja omaishoidon tuen menot. THL Työpaperi 53/2024. Viitattu 15.1.2026.

10 Ks. viite 9.

11 Kehusmaa, Sari (2014). Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 15.1.2026.

12 Ks. viite 9, 11.

13 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016a). Omais- ja perhehoidon lakimuutosten vaikutusten arviointi. Julkaisematon; Ks. viite 7.

14 VTV:n selvityspyyntö 65 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuesta.
15 VTV:n esiselvityspyyntö hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille iäkkäiden omaishoidon tuen tietopohjasta.
16 Ks. viite 9.
17 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025). THL Tilastoraportti 26/2025 Kansallinen terveysindeksi 2021-2023. Viitattu 15.1.2026; Neittaanmäki, Pekka & Akimov, Kirill & Akimova, Veronika (2025). Hyvinvointialueiden väestöprofiilit ja sote-talous. JYU Reports No. 69/2025. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
18 Ks. viite 7.
19 Ks. viite 13.
20 Leppäaho, Suvi & Kehusmaa, Sari & Jokinen, Sari & Luomala, Oskari & Luoma, Minna-Liisa (2019). Kaikenikäisten omaishoito – Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa Anja Noro (toim.) Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018. Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:61, Helsinki.
21 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Päijät-Häme, Kanta-Häme, Lappi, Itä-Uusimaa.
22 Omaishoitajaliitto (2024). Omaishoitajakysely 2024. Omaishoitajien kokemuksia palveluista sekä omaishoidon vaikutuksesta terveyteen, talouteen ja työssäkäyntiin. Viitattu 31.12.2025.
23 Kuvitteelliset asiakastapaukset, palvelut perheelle, joka ei ole oikeutettu tukeen.
24 Ks. viite 9.
25 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu 1.10.2025.
26 Hyvinvointialueiden omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet.
27 Ks. viite 9.
28 Ks. viite 2, 26.
29 Ks. viite 14.
30 Laki omaishoidon tuesta (937/2005) 3 a §.
31 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Etelä-Karjala, Lappi, Pohjois-Savo.
32 Ks. viite 7.
33 Sosiaali- ja terveysministeriö (2015). Kuntainfo: Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten toteuttaminen. Tiedote 12.2.2015.
34 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Pirkanmaa.
35 Enemmän Ovet-valmennuksesta. Ks. Keinoja arkeen Ovet-valmennuksesta® - Omaishoitajat ry.
36 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut; Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Keski-Suomi, Päijät-Häme, Satakunta, Lappi, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaan.

37 Ks. viite 14.
38 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut.
39 Ks. viite 38; Kuvitteelliset asiakastapaukset Pirkanmaa, Länsi-Uusimaa, Kymenlaakso, Pohjois-Pohjanmaa.
40 Ks. viite 34.
41 Ks. viite 22.
42 Ks. viite 7.
43 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016b). Omaishoitoa koskevaan lainsäädäntöön muutoksia 1.7.2026 alkaen. Kuntainfo 6/2016, 13.10.2016. Helsinki.
44 Omaishoitajan koulutukset ja valmennukset | Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. Viitattu 21.1.2026.
45 Ks. viite 22.
46 Ks. viite 7.
47 Ks. viite 38.
48 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu 3.10.2025.
49 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu 23.9.2025.
50 Ks. viite 48.
51 Ks. viite 33.
52 Ks. viite 33.
53 Myös ks. viite 38.
54 Ks. myös viite 7, 14.
55 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut Helsinki, Varsinais-Suomi; Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Päijät-Häme, Pohjois-Pohjanmaa, Varsinais-Suomi.
56 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut Kainuu, Satakunta.
57 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu Keski-Suomi.
58 Ks. viite 14.
59 Ks. viite 7, 33.
60 Ks. viite 38; Kuvitteelliset asiakastapaukset, omaishoitajalle annettavat palvelut Vantaa ja Kerava.
61 Myös ks. viite 9.
62 Ks. viite 22.
63 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Etelä-Karjala, Satakunta, Päijät-Häme.
64 Ks. viite 7.
65 Ks. viite 14.
66 Ks. viite 14.
67 Ks. viite 22.
68 Esim. omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Etelä-Karjala, Päijät-Häme.

69 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Keski-Suomi; Myös Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Etelä-Karjala.
70 Myös Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Pohjois-Savo.
71 Myös Kuvitteelliset asiakastapaukset, omaishoitajalle annettavat palvelut.
72 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) 6 b §.
73 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu 30.9.2025.
74 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut 2.10.2025, 1.10.2025.
75 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu 6.10.2025.
76 VTV:n kysely omaishoidon tuesta asiakas- ja potilasasiavastaaville 2.6.2026.
77 Myös ks. viite 71.
78 Ks. viite 71; Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Itä-Uusimaa, Vantaa ja Kerava, Helsinki.
79 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Pohjois-Karjala.
80 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Itä-Uusimaa; Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu 25.9.2025.
81 Ks. viite 9.
82 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut 6.10.2025, 17.10.2025.
83 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelu 17.10.2025.
84 Ks. Tillman, Päivi & Blomgren, Jenni (2026). Työikäisten sopimusomaishoitajien perustoimeentulotuen saanti ja siihen yhteydessä olevat sosiodemografiset tekijät. Yhteiskuntapolitiikka 91 (2016): 1, 5–17.
85 Ks. viite 43.
86 Laki omaishoidon tuesta (937/2005) 4.2 §; Ks. viite 7.
87 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Helsinki, Etelä-Karjala.
88 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Keski-Uusimaa.
89 Ks. viite 9.
90 Linnosmaa, Ismo & Jokinen, Sari & Vilkko, Anni & Noro, Anja & Siljander, Eero (2014). Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Raportti 9/2012, THL.
91 Ks. viite 22.
92 Ks. viite 14.
93 Ks. viite 9; Myös esim. Mikkonen, Katja (2025). Selvitys ikäihmisten omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottavista palveluista ja palveluiden kehittämistarpeista Kainuun hyvinvointialueella. Opinnäytetyö (YAMK), Turun ammattikorkeakoulu.

94 Ks. myös viite 9; Virtamo, Meeri & Järnstedt, Pia & Tervonen, Sari (2023). Omaishoidon tilannekuva 2023. Omaishoitajayhdistysten näkemyksiä hyvinvointialueiden tarjoamista palveluista omaishoitajille ja hoidettaville. Omaishoitajaliitto ry.
95 Myös ks. viite 9, 76.
96 Myös ks. viite 9.
97 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Päijät-Häme, Satakunta, Varsinais-Suomi.
98 Ks. viite 26.
99 Ks. viite 2.
100 Esim. omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut 24.9.2025, 6.10.2025; Kuvitteelliset asiakastapaukset, omaishoitajalle annettavat palvelut Vantaa ja Kerava, Kymenlaakso, Pirkanmaa; Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo, Satakunta, Varsinais-Suomi.
101 Ks. viite 26, 38; Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 30. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
102 Ks. viite 2.
103 Esim. Ks. viite 48.
104 Omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut 25.9.2025, 30.9.2025.
105 Ks. viite 26.
106 Sosiaali- ja terveysministeriö (2024). Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:4, Helsinki.
107 Ks. viite 26, 38; Kuvitteelliset asiakastapaukset, omaishoitajalle annettavat palvelut, omaishoidettavalle annettavat palvelut.
108 Ks. viite 106.
109 Ks. viite 14, 38, 139.
110 Esim. Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa. Tuloksellisuustarkastuskertomus 3/2015. Valtiontalouden tarkastusvirasto, Helsinki.
111 Ks. viite 26.
112 Ks. viite 14, 38.
113 Esim. omaishoidon tuen asiantuntijahaastattelut 24.9.2025, 30.9.2025,7.10.2025, 17.10.2025.
114 Ks. viite 26.
115 Ks. viite 2, 135.
116 Sosiaali- ja terveysministeriö (2006); Kehusmaa Sari & Ilmarinen, Katja & Jokinen, Sari & Kauppinen, Sari (2022). Omaishoidon tuen kansalliset myöntämisperusteet – THL:n ehdotus. Työpaperi 43/2022. THL.
117 Ks. viite 38.

118 HE 4/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta.
119 Ks. viite 38.
120 Vrt. Kakko, Katri & Pellosniemi, Nina & Heikkilä, Rauha & Kela, Liisa & Hietaharju, Pauliina & Havulinna, Satu (2024). Kansallisesti yhdenvertaisia iäkkäiden palveluja edistämässä. RAI-arviointivälineistön kansallisen käytön toimeenpanon tuki -hankkeen loppuraportti. Raportti 4/2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
121 Ks. viite 71.
122 Kuvitteelliset asiakastapaukset, omaishoitajalle annettavat palvelut, omaishoidettavalle annettavat palvelut; Ks. viite 14, 38.
123 Ks. viite 38.
124 Ks. viite 38; Sosiaali- ja terveysministeriö (2006).
125 Ks. viite 26.
126 Myös HE 164/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.
127 Kehusmaa ym. (2022); Ks. viite 9.
128 Ks. viite 26; Kehusmaa ym. (2022).
129 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet Vantaa ja Kerava, Varsinais-Suomi.
130 Ks. viite 26; RAI. RAI kooste. Viitattu 3.2.2026.
131 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Etelä-Karjala, Pohjois-Savo, Satakunta, Varsinais-Suomi, Vantaa ja Kerava.
132 Ks. viite 26, 38.
133 Ks. viite 26.
134 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Päijät-Häme.
135 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Keski-Suomi.
136 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Helsinki.
137 Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet ja toimintaohjeet Satakunta, Kainuu, Pohjois-Savo.
138 Myös ks. viite 38.
139 Myös ks. viite 9.
140 Kehusmaa ym. (2022).
141 Lausunnolla lakimuutokset omaishoidon tukeen ja perhehoitoon - Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.1.2026.
142 Ks. viite 38.
143 Ks. viite 26.
144 Ks. viite 38.
145 Ks. viite 38.
146 Laki omaishoidon tuesta (937/2005) 7 §.

147 Ks. viite 26.
148 Laki omaishoidon tuesta (937/2005) 9 §.
149 Ks. viite 38.
150 Ks. viite 38.
151 Ks. viite 38.
152 Ks. viite 38.
153 Kuvitteelliset asiakastapaukset, omaishoitajalle annettavat palvelut, omaishoidettavalle annettavat palvelut.
154 Ks. viite 153.
155 Ks. viite 38.
156 Ks. viite 38.

Valtiontalouden tarkastusvirasto
Porkkalankatu 1 | PL 1119 | 00101 Helsinki
Puhelin 09 4321 | VTV.fi