

Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin

SARI KEHUSMAA & ILONA AUTTI-RÄMÖ & PEKKA RISSANEN

Johdanto

Suomalainen väestö ikääntyy voimakkaasti tulevina vuosikymmeninä. Ikääntyvässä yhteiskunnassa vastuu omasta ja läheisten hyvinvoinnista nousee entistä tärkeämmäksi. Yhä useammalla on lähipiirissään omaisia, joiden arjesta selviytyminen vaatii tukea. Palveluiden tarve kasvaa, kun väestö vanhenee, ja on todennäköistä, että myös omaishoidon merkitystä palvelujärjestelmässä on vahvistettava.

Suomalaiset ovat erittäin sitoutuneita auttaamaan läheisiään. Viidentoista EU-maan vertailussa suomalaiset auttoivat vanhoja ihmisiä eniten Euroopassa (Huber & al. 2009). Suurin osa annetusta avusta tapahtuu omaishoidon tukijärjestelmän ulkopuolella. Vuonna 2010 omaishoidon tukea sai noin 37 000 hoitajaa. Kansainvälisesti vertaillen Suomessa tukea omaishoittoon saa keskivertoa harvempi ja maksettu tuki on meillä keskiarvoa alhaisempi (mt.). Lähes kaikissa Euroopan maissa on käytössä rahallinen avustus, jota maksetaan joko omaishoitajalle tai hoidettavalle (poikkeuksena Sveitsi ja Slovakia) (Colombo & al. 2011).

Omaishoidon tukemisen periaatteet ovat herättäneet keskustelua, kun osa kunnista on ryhtynyt irtisanomaan voimassa olevia omaishoitosopimuksia ja uudelleen arvioimaan, ketkä täyttävät omaishoitajan kriteerit. Yleensä näitä toimia perustellaan kunnan säästötavoitteella. Tällä artikkelilla haluamme osallistua keskusteluun omaishoidon tukemisen taloudellisuudesta tarjoamalla tutkimukseen perustuvaa tietoa siitä, millaiset ovat omaishoidon menot verrattuna omaisten avulla saavutettuihin säästöihin ikään-

tynneiden hoidossa. Artikkelimme lähtökohta on taloudellinen, kuten ovat myös ne perustelut, joilla tukipäätöksiä uudelleenarviointia tavallisesti selitetään.

Osalla kunnista on systemaattisesti tapana alimitoittaa omaishoidon budjettivarat. Kuntien vaihteleva panostus omaishoidon tukeen aiheuttaa taloudellista eriarvoisuutta eri kunnissa asuvien omaistaan hoitavien kesken. Ei ole olemassa rekisteritietoa siitä, kuinka usein omaishoidon tukea kunnasta kysyvälle vastataan, että kuluvan vuoden määrärahat on jo käytetty ja uusia sopimuksia tehdään seuraavalla budjettikaudella. Aikaisempien selvitysten mukaan omaishoidon tuella on varsin epävakaata asemaa kuntien palvelujärjestelmässä ja omaishoidon tukeen varattujen määrärahojen kehitys on ollut vaihtelevaa: määrärahat saattavat nousta yhtenä vuonna ja laskea seuraavana. Näyttää siltä, että tukeen varattavia määrärahoja vähennetään tai lisätään kunnan taloudellisen tilanteen mukaan, ilman pitkän aikavälin tavoiteasettelua (Antikainen & al. 1995; Vaarama & al. 1999; Vaarama & al. 2003). Vuonna 2006 tuli voimaan laki omaishoidon tuesta (Laki omaishoidon tuesta 737/2005). Uusimman, vuonna 2006 tehdyn omaishoitovelvoituksen mukaan laki olisi parantanut tilannetta tavoitteen asettelun osalta ja omaishoito oli kirjattu useammin muun muassa kuntien vanhuspoliittisiin strategioihin (Voutilainen & al. 2007). Kuntien taloustilanteen kiristyessä omaishoidon tuen määrärahat ovat kuitenkin jälleen leikkausten kohteena, ja Suomessa on kuntia, jotka säästösyystä irtisanovat voimassa olevia omaishoitosopimuksia.

Ongelman aiheuttaa omaishoidon tuen harkinnanvarainen rahoitus. Kunta voi harkintansa mukaan itsenäisesti päättää, paljonko se lopulta panostaa omaishoittoon. Kunnalla on rahoituksesta päättäessään mahdollisuus toimia ”vapaaomatkoistajana”. Vaikka kunnassa omaishoidon tuen määrärahat alimitoitettaisiin, omaiset auttavat silti läheisiään. Kansainväliset vertailut vahvistavat suomalaisten aktiivisuuden omaisten auttamisessa. Suomalaiset auttavat vanhoja ihmisiä eniten Euroopassa (15 EU-maan vertailu) (Huber & al. 2009). Stakesin Hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa vuonna 2006 kerätyn aineiston analyysin perusteella on arvioitu, että läheisensä pääasiallisia auttajia on noin 280 000 suomalaista (Voutilainen & al. 2007). Kansallinen erityispiirteemme on iäkkäiden, eläkkeellä olevien omaishoitajien suuri määrä.

Omaishoivan vaikutus vanhuusiän palvelujen menoihin on epäselvä, vaikka omaisten apu on osa pitkäaikaishoidon kokonaisuutta. Aikaisempien tutkimusten perusteella näyttää siltä, että omaishoito on Suomessa melko yleistä (Blomgren & al. 2006), mutta tämä ei automaattisesti tarkoita sitä, että kaikki annettu omaishoito vaikuttaa pitkäaikaishoidon menoihin. Omaishoito vaikuttaa julkisiin menoihin vain, jos läheisten antama apu korvaa kunnan ja Kelan järjestämistä kuuluville palveluja tai etuuksia. Ei liioin ole olemassa selkeää rajaa tavanomaisen auttamisen ja omaishoidon välillä. Jos omaisten apu ainoastaan täydentää palveluja, ei se vaikuta kuntien ja Kelan kustantaman (nk. virallisen) hoidon kustannuksiin. Siinä tapauksessa palveluja tarvitaan yhtä paljon, oli omaishoitoa tai ei.

Tässä artikkelissa tarkastelemme omaishoidon taloudellista arviointia kolmesta näkökulmasta. Ensin keskitymme omaishoidon määrittelyyn. Omaisten apu on hyvin heterogeenista alkaen aviopuolison kotona tekemistä arkiaskareista päättyen erittäin vaativiin ja raskaisiin ympärivuorokautista läsnäoloa edellyttäviin omaishoitotilanteisiin. Toiseksi tarjoamme lyhyen katsauksen erilaisiin tapoihin mitata omaisten avun määrää ja arvottaa sitä rahana. Esitämme empiiriset tulokset Kelan Ikä-hankkeen aineistosta, josta laskimme omaisilta apua saavien henkilöiden hoidon menot ja vertasimme niitä samankuntoisten, virallisten palvelujen varassa olevien, hoidon menoihin. Omaishoidon vaihtoehtokustannukseksi saadaan tällöin säästö virallisen hoidon menoissa. Lopuksi arvioimme, mil-

laisia budjettivaikutuksia omaishoidon tuen kattavuuden lisäämisellä olisi.

Aineistona käytämme Kelan Ikä-hankkeen aineistoa. Ikä-hanke on ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuustutkimus, johon osallistuvat olivat heikkokuntoisia Kelan eläkettä saavia hoitotuen saajia. Tutkittavien hoitoa ja palvelujen käyttöä seurattiin rekisteritietojen ja kyselyiden avulla vuoden ajalta. Lisäksi heidän toimintakykynsä ja terveystensä selvitettiin mittauksien ja kyselyiden avulla. (Hinkka & al. 2010).

Omaisten antama apu tulisi ottaa huomioon ikäihmisten pitkäaikaishoidon menoja tutkittaessa. Käytännössä puuttuu tietoa siitä, millainen taloudellinen merkitys tällä avulla on Suomessa. Taloudellisen arvioinnin menetelmien kehittäminen ja kokeilu onkin tarpeen, jotta omaisten avun merkitys voidaan paremmin huomioida sosiaali- ja terveystaloudellisissa päätöksenteossa.

Omaisten avun monimuotoisuus

Yksilön saama hoito ja hoiva voidaan jakaa kahteen ryhmään sen mukaan, mikä taho hoivaa antaa. Virallista (formaalista) hoivaa ja hoitoa tuotetaan julkisessa palvelujärjestelmässä kunnan, valtion tai esimerkiksi järjestöjen kautta. Virallisen hoivan ja hoidon tuottaminen aiheuttaa kustannuksia ja se lasketaan mukaan kansantalouden tilinpitoon. Epävirallinen (informaalin) hoiva ja hoito tuotetaan perheen tai muiden läheisten tai kolmannen sektorin palkattomana työnä. Sitä ei lueta mukaan sosiaalipalveluihin eikä kansantalouden tilinpitoon (Vaarama & al. 1999; Vaarama & al. 2003; Antikainen & al. 1995; Voutilainen & al. 2007).

Tässä artikkelissa omaisten apu pitää sisällään sekä epävirallisen hoivan että omaisten antaman hoivan silloinkin, kun se kuuluu omaishoidon tukijärjestelmän piiriin. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan tulee huolehtia. Tuki on kokonaisuus, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut ja omaishoitajalle rahana maksettava hoitopalkkio, vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut. Omaishoitajan on oltava hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö. Niin sanottu vierashoitaja ei pääsääntöisesti voi toimia omaishoitajana. Omaishoitosopimuksen tehnyt omaishoitaja ei ole työsuhteen tarkoituksessa työsopimuksella kunnan, hoidet-

tavaan tai hoidettavan huoltajaan. (Omaishoidon tuki 2013a; Omaishoidon tuki 2013b.)

Kun omaistaan hoitava ei saa täyttä markkinapalkkaa tekemästään työstä, pidämme työtä omaisten apuna, vaikka se oikeuttaisi omaishoidon tuen maksamiseen. Omaisen apu sisältää aina vastikkeettoman työn elementin. Perustemme tätä määritelmää sillä, että ulkopuolinen hoitaja ei suostuisi omaishoidontuen suuruudella palkkiolla hoitamaan yhtä sitoutuneesti hänelle täysin vierasta henkilöä.

Omaisten avun monimuotoisuus tekee avun sisällön yksiselitteisen määrittämisen haasteelliseksi. Määritelmällisesti on haastavaa rajata tilanne, jossa esimerkiksi aviopuolisoiden normaali arkielämä muuttuu omaishoidoksi. Käytännössä moni päätyneekin vähitellen hoitosuhteeseen ja huolehtimaan läheisestään tämän terveydentilan heikentyessä. Aikaisemmissa tutkimuksissa omaishoitotilanteita on määritelty muun muassa avun laadun ja intensiteetin mukaan (Voutilainen & al. 2006). Eija Kattaisen ja kollegoiden (2008) tutkimuksessa auttaminen on jaettu neljään kategoriaan: auttamiseen 1) kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa, 2) kotiaskareissa, 3) henkilökohtaisissa päivittäistoimissa ja 4) sairaanhoidollisissa toimenpiteissä. Avun intensiteettiä kirjoittajat kuvaavat luokituksella päivittäin, viikoittain, kuukausittain ja harvemmin.

Aikaisempien tutkimusten perusteella on erotettavissa kaksi tekijää, jotka ovat yhteydessä omaisten hoitotyön määrään, raskauteen ja sitovuuteen. Nämä ovat hoidettavan toimintakyky ja se, asuuko hoitaja yhdessä autettavan kanssa. Erik Bonsang (2009) havaitsi Euroopan aineistolla tehdyssä tutkimuksessa, että omaisten apu korvasi virallisen palvelujärjestelmän palveluja. Tämä efekti kuitenkin hävisi, kun hoidettavien toimintakyky laski. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että heikkokuntoisemmat tarvitsevat palveluja riippumatta omaishoidosta. Lisäksi on havaittu, että jos ikäänäntynyt asuu yhdessä auttajan kanssa, saadun avun määrä kasvaa merkittävästi (Bond & al. 1999; Motel-Klingebiel & al. 2005). Yhdessä asujista 96 prosenttia raportoi saavansa päivittäistä omaisten apua, yksin asujista 36 prosenttia.

Omaisten avun mittaaminen ja arvottaminen rahana

Omaisten avun rahallisen arvon määrittämisessä perusongelma on, että sillä ei ole markkinahintaa. Työvoiman kysyntäteorian mukaan hinnattomaan työhön liittyy ongelmia. Jos työstä ei makseta korvausta, sen rajakustannus on työnantajan kannalta katsottuna nolla ja silloin sitä teetetään mahdollisimman paljon. Käytännössä tämä voi näkyä siten, että omaishoitajilla on riski ajautua tilanteeseen, jossa toimitaan hoitajan jakamisen äärirajoilla.

Toinen merkittävä ongelma liittyy mahdollisuuteen siirtää joitain julkisen sektorin tehtäviä omaishoitajille. Tällöin julkinen sektori siirtää menoja epävirallisen hoidon verkostolle. Koska ei ole käytössä keinoa arvioida epävirallisen hoitotyön määrää ja arvoa, siirto näkyy ainoastaan säästönä julkisen sektorin menoissa. Vaihtoehtojen toimintatapojen menojen tunnistaminen ei aina ole itsestään selvää, koska vaihtoehtojen kustannukset eivät välttämättä realisoidu samalle taholle. Siksi vaihtoehtokustannuksen unohdaminen onkin tavallinen virhe päätöksenteossa.

Mitä keinoja sitten on käytetty omaisten avun määrän mittaamisessa? Eniten on käytetty avun mittaamista hoitoon käytetyllä ajalla (Mc Daid 2001; Moore & al. 2001). Hoitoon käytettyjen tuntien mittaamiseen suositellaan päiväkirjamenetelmän käyttämistä. Hoitotuntien keräämiseen liittyy kuitenkin sisältöongelma: mitkä tehtävät lasketaan auttamiseksi? Yleensä joudutaan erittelemään tarkemmin tehtävittäin ajankäyttöä (Tilastokeskus 2009). Toinen päiväkirjamenetelmän käytössä huomioitava seikka on, että yhden henkilön saama kokonaisapu saattaa koostua useamman henkilön työpanoksesta. Esimerkiksi sisarukset saattavat jakaa ikäänäntyneiden vanhempiensa hoitovastuuta keskenään. Jotta hoitoon käytettyä kokonaisaikaa ei aliarvioida, on huomioitava yhden avun antajan sijasta kaikkien auttajien hoitoon käyttämä aika. (Van den Berg 2004.)

Kun hoitotunnit on kerätty, niille arvioidaan hinta käyttämällä niin kutsuttua vaihtoehtokustannusta. Periaatteessa hoitotuntin hinnan pitäisi vastata omaishoitajan tuntityön hintaa työmarkkinoilla. Tällöin hoitotuntien hinta vaihtelisi omaisen palkkatason mukaan. Toisena vaihtoehtona on käytetty hoitotyön ammattilaisille työmarkkinoilla maksettavaa keskimääräistä palkkatasoa, jolloin kaikille omaishoitajille muodostuu sama tuntihinta. Työn tuntihinnassa pi-

täisi kuitenkin lisäksi huomioida ammattitaidon vaikutus työn tuottavuuteen. Koska ammattihoitajan työn tuottavuutta voidaan pitää korkeampana, pitäisi omaishoitotyöstä maksettavan palkan olla ammattilaisen palkkaa pienempi. Tällainen ei-ammattilaisten ryhmä voisi olla esimerkiksi henkilökohtaisten avustajien ryhmä, jolloin hintana voitaisiin käyttää henkilökohtaisille avustajille maksettua palkkiota. Suomessa tämän lähestymistavan ongelmana on se erityispiirre, että noin puolet omaishoitajista on Suomessa eläkeläisiä. Mikä olisi sopiva eläkeläisen työtuntihinta?

Koska suomalaiset omaishoitajat ovat eurooppalaisia hoitajia useammin eläkkeellä, etsimme toisenlaista lähestymistapaa, joka sopii paremmin kansalliseen käytäntöömme. Kirjallisuudessa on esitetty vaihtoehtoisena metodina niin kutsuttua markkinakustannusta (*market cost*) (Van den Berg & al. 2006). Tämä menetelmä edellyttää, että omaisten avulle on markkinoilla olemassa läheinen substituutti, jonka hintaa voidaan käyttää. Suomessa ikääntyneiden hoitovastuu on kunnilla. Mikäli hoitavaa omaista ei olisi, käytettäisiin julkista palvelua, jolle voidaan laskea yksikkökustannus.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, paljonko omaishoidetut ja ainoastaan kunnan palvelujen varassa olevat käyttivät julkisia palveluja. Yksittäisen palvelun käytön menot laskettiin kertomalla palvelun käyttömäärä niiden yksikkökustannuksilla, joita THL julkaisee (Hujanen 2003). Henkilön palvelujen käytön kokonaismenot vuoden ajalta on summa kaikkien käytettyjen palvelujen menoista:

$$C = \sum Q_i * P_i, \text{ missä}$$

C on palvelujen käytön menot yhteensä

Q_i on palvelun i käyttömäärä

P_i on palvelun i yksikkökustannus.

Kun verrataan omaishoitoa saaneen menoja samankuntoisen kunnan palvelujen varassa olevan henkilön menoihin, saadaan omaishoidolla korvattujen palvelujen rahallinen arvo.

Markkinakustannus-lähestymistavassa tulee huomioiduksi se osa omaisten apua, jolle on olemassa substituutti. Siten tarkastelussa on mukana vain raskain omaisten antaman avun osa. Tällöin hoidettavan toimintakyky on niin heikko, että kunnan arvioima hoidontarvekynnys ylittyy.

Se osa omaishoitoa, jota voidaan pitää tavanomaisena auttamisena, jää tarkastelun ulkopuolelle. Menetelmä aliarvioi omaisten avun kokonais-työpanosta, keskittyen vain raskaimpaan apuun.

Lähestymistapa on kuitenkin käyttökelpoinen arvioitaessa sitä, mikä osa lainsäädännössä yhteiskunnan vastuulle kuuluvasta hoidosta tuotetaan käytännössä omaisten apuna. Koska menetelmässä lasketaan omaishoidon rahallinen arvo, voidaan se ottaa huomioon tehtäessä kustannusvertailuja eri hoitovaihtoehtojen tai -järjestelmien välillä.

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto kerättiin Kelan Ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen (Ikähanke 2002–2007) yhteydessä. Aineiston otos koostuu 732:sta eläkkeellä olevasta Kelan hoitotuen kriteerit täyttävästä henkilöstä, jotka asuvat 41 erikokoisessa kunnassa eri puolilla Suomea. Tutkittavien toimintakyky oli alentunut ja kotona selviytyminen vaarantunut siinä määrin, että he saivat kunnallista kodinhoitoapua tai vastaavaa apua omaisiltaan tai läheisiltään. Taulukossa 1 on kuvattu tutkittavien toimintakykyyn, terveyteen ja palvelujen käyttöön liittyviä tekijöitä (taulukko 1).

Tutkimukseen ei valittu henkilöitä, joilla oli vakava tai nopeasti etenevä sairaus. Muilta osin tutkimusotosta ei rajattu sairauksien suhteen, joten tutkittavien sairaudet jakautuvat satunnaisesti vastaavan väestön sairauksien mukaan. Tutkimuksen poissulkukriteerinä oli kuitenkin vaikea dementia tai vaikea muistihäiriö (Mini Mental State Examination MMSE < 18). (Hinkka & al. 2006.)

Tutkittavien hoidon kokonaiskustannukset laskettiin vuoden ajalta. Mukana ovat sekä sosiaali- että terveyspalvelujen käytöstä aiheutuneet kustannukset. Käytetyistä kunnallisista palveluista: kotipalvelusta, palveluasumisesta, kotisairaanhoidosta ja vanhainkotihoitosta, kerättiin tiedot kuntien yhdyshenkilöiltä. Kelan rekistereistä kerättiin tiedot lääkekustannuksista, lääkärikäynneistä, tutkimuksista ja hoidosta yksityisellä sektorilla sekä matkakustannuksista. Hilmosta saatiin tiedot erikoissairaanhoidon käytöstä ja perusterveydenhuollon käynnit kysyttiin tutkittavilta. Palvelujen käytön menot laskettiin kertomalla palvelujen käyttömäärät keskimääräisillä yksikkökustannuksilla. Tutkittavien saamaa

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.

	Koko aineisto	Ikä alle 75 vuotta	Ikä 75 vuotta tai enemmän
	n=732	n=215	n=517
Ikä, keskiarvo (keskihajonta)	78 (6.4)	70 (2.8)	82 (4.7)
Miehiä, n (%)	101 (14)	61 (28)	40 (8)
GDS, Keskiarvo (keskihajonta)*	4.2 (2.5)	4.1 (2.5)	4.2 (2.5)
Masentunut			
GDS 7–13, n (%)	131 (18)	38 (18)	93 (18)
MMSE, keskiarvo (keskihajonta)†	25 (2.9)	26 (2.8)	25 (2.9)
Laskenut kognitiivinen suorituskyky			
MMSE <24, n (%)	210 (29)	44 (20)	166 (32)
HRQOL 15D, keskiarvo (keskihajonta)‡	0.73 (0.1)	0.73 (0.1)	0.73 (0.1)
FIM, keskiarvo (keskihajonta)§	116 (7.9)	116 (8.6)	115 (7.6)
Leski, n (%)	455 (62)	81 (38)	374 (72)
Yksin asuva, n (%)	527 (72)	138 (64)	359 (75)
Kaupunkimaisessa ympäristössä asuva, n (%)	511 (70)	151 (70)	360 (70)
Heikentynyt terveydentila			
viimeksi kuluneen vuoden aikana, n (%)	484 (66)	138 (64)	346 (67)
Saako omaisten apua, n (%)			
Kyllä	535 (73)	146 (68)	389 (75)
Ei	91 (12)	32 (15)	59 (12)
Ei tietoa	106 (15)	37 (17)	69 (13)
Kotipalvelun käynnit			
käyntiä/viikko, keskiarvo (keskihajonta)	1.9 (4.9)	2.0 (6.2)	1.8 (4.2)
Sairaalajakso, n (%)	365 (50)	101 (47)	264 (51)
Käynnit perusterveydenhuollon lääkäriä, keskiarvo (keskihajonta)	4 (3.9)	4 (3.9)	4 (3.9)

* GDS: Geriatric Depression Scale, depressioseula, max 15, ei masennusta arvoilla 0–6.

† MMSE: Mini Mental State Examination, muistin minitesti, max 30, arvot alle 24 viittaavat dementiaan.

‡ 15D: Terveyteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL 15D), vaihteluväli 0–1, missä 1 merkitsee täydellistä terveyttä.

§ FIM: Itsenäinen toimintakyky, muodostuu kahdeksastatoista toiminnasta, jotka pisteytetään arviointiasteikolla 7 täysin itsenäinen – 1 täydellinen apu.

Mittarin kokonaispistemäärä vaihtelee 126 ja 18 pisteen välillä. Kokonaispisteytyksestä erotellaan motorinen ja kognition välisumma.

omaisten apua kysyttiin sekä tutkittavilta itseltään että kuntien yhdyshenkilöiltä. (Kehusmaa & al. 2010.)

Tutkittujen itsenäistä toimintakykyä arvioitiin FIM-toimintakykymittarilla. Siinä henkilön suoriutumista toimintakyvyn kannalta keskeisistä avaintoiminnoista arvioidaan 7-portaisella asteikolla. Arvioinnin suoritti työryhmä, jonka jäsenet olivat suorittaneet FIM-pätevyitysmuokutuksen. (Granger & al. 1986.)

Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin 15D-mittarilla. Se on standardoitu geneerinen elämänlaatumittari, jonka vastaaja täyttää itse. Mittari sisältää 15 terveyden ja elämänlaadun kannalta merkityksellistä ulottuvuutta, joista jokainen on jaettu viiteen tasoon. Mittarin tuotta-

ma profiili muutetaan indeksiluvuksi käyttämällä arvotusmallia. Sekä FIM:in että 15D:n toistettavuus ja validiteetti on osoitettu aikaisemmissa tutkimuksissa. (Sintonen 2009.)

Tutkittavien asumismuoto ja avun lähteet selvitettiin. Luokittelimme tutkitut sen mukaan, saavatko he apua vain omaisilta, vain kunnan palveluista tai molemmista. Lisäksi luokittelimme vain omaisilta apua saavat sen mukaan, asuvatko he yksin vai yhdessä auttavan omaisen kanssa. Luokat olivat: 1) yksin asuvat vain omaisilta tai läheisiltä apua saavat, 2) omaisten hoitamattomat, jotka asuvat yhdessä auttajansa kanssa, 3) henkilöt, joilla hoitovastuu jakautuu omaisten antaman avun ja kunnan palvelujen kesken, 4) henkilöt, jotka saivat ainoastaan kunnan jär-

jestämiä palveluja.

Esitämme empiiriset tulokset kahdessa osassa. Ensimmäisenä kuvataan kustannusmalli, johon omaisten avun vaihtoehtokustannukset perustuvat. Toiseksi laskemme tämän kustannusmallin avulla, millaisia budjettivaikutuksia olisi omaishoidon tuen kattavuuden lisäämisellä.

Kustannusmalli

Aineistosta laskettiin kustannusestimaatit neljälle saadun avun ryhmälle. Aikaisempien kansainvälisten tutkimusten tulosten perusteella hoidettavan toimintakyky ja asumismuoto ovat yhteydessä avun tarpeeseen ja omaisten avun määrään (Bonsang 2009; Bond & al. 1999; Motel-Klingebiel & al. 2005). Myös omat aikaisemmat tuloksemme Suomen aineistolla vahvistavat, että terveydenhuollon palvelujen käytön kustannuksia selittää terveyteen liittyvä elämänlaatu (15D) ja sosiaalipalvelujen käytön kustannuksia itsenäinen toimintakyky (FIM) (Kehusmaa & al. 2012). Lisäksi havaitsimme, että palvelujen käytön kustannukset vaihtelevat Suomessa kunnittain. Kunnat voivat järjestää palvelut omista lähtökohdistaan, joten kunnittainen vaihtelu on huomioitava kustannusestimaatteja laskettaessa Suomessa.

Keskimääräisen palvelujen käytön kustannusestimaatit laskettiin neljälle saadun avun ryhmälle, joissa huomioitiin asuuko hoitaja yhdessä autettavan kanssa vai asuuko autettava yksin. Vakioimme laskelmassa itsenäisen toimintakyvyn ja terveyteen liittyvän elämänlaadun, lisäksi huomioimme kuntatason vaihtelun. Analyysissä käytettiin kustannusten logaritimuunnosta, koska kustannusjakauma oli vino. Logaritimuunnos purettiin takaisin euroiksi käyttämällä Smearing-estimaatteja (Duan 1983). Data-analyysit tehtiin SAS ohjelman Proc mixed LS-meansillä.

Tuloksena saimme siten keskimääräiset yhden vuoden hoidon menot samankuntoiselle henkilölle, eri hoitovaihtoehdoissa. Edellä esitetyn markkinakustannusmetodin mukaan arvotettuna vuoden omaishoidon rahallinen arvo Kelan eläkettä saavan hoitotukea saavien aineistossa oli keskimäärin 20 000 euroa vuodessa. Tarkastelussa olivat mukana kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä Kelan hoidettavalle maksamat etuudet. Tämä merkitsee sitä, että omaishoidetun palveluihin ja etuuksiin käytettiin keskimäärin 20 000 euroa vähemmän vuodessa rahaa kuin vastaavankuntoisen

kunnan hoitovastuulla olevan henkilön hoitoon. (Kehusmaa & al. käsikirjoitus arvioitavana BMC Health Service Research).

Budjettivaikutusten arviointi

Omaishoito on yleistynyt koko 2000-luvun, mutta omaishoidon tuen kattavuus ei ole saavuttanut sille asetettua tavoitetta. Seuraavaksi tutkimme, olisiko taloudellisesti perusteltua nostaa tuen kattavuutta, koska iso osa omaishoidosta näyttää jäävän tuen ulkopuolelle. Valtion toteuttaessa lainsäädäntö- ja politiikkatoimia on tarpeen arvioida niiden taloudellisia vaikutuksia. Yksi tapa on tehdä erilaisiin vaihtoehtoihin oletuksiin perustuvia laskelmia. Tällaista taloudellisten vaikutusten arviointia kutsutaan budjettivaikutusten arviointiksi. Budjettivaikutusten arviointi toimii taloudellisena arviointikehikkona siitä, minkä tekijöiden muutokset vaikuttavat lopullisiin nettokustannuksiin. Analyysi on taloudellinen arviointikehikko, jonka tavoite on tuoda esiin toiminnan kaikki kustannukset ja säästöt päätöksentekotilanteessa. (ks. esim. Mauskopf & al. 2007.) Budjettivaikutusten analysoinnissa korostuu päätöksentekijän näkökulma. Suositus kuitenkin on, että budjettivaikutusten analyysin tulee pitää sisällään suoria kustannusvaikutuksia laajempi näkökulma päätöksenteon alla olevaan asiaan.

Budjettivaikutusten analyysi ei tuota tarkkaa ennustetta uuden toimintatavan nettokustannuksista. Se toimii taloudellisena arviointikehikkona siitä, minkä tekijöiden muutokset vaikuttavat lopullisiin nettokustannuksiin. Kaikki arviointimenetelmät ovat herkkiä niissä käytetyille oletuksille. Käytettyjen oletusten täytyy perustua tutkimustietoon tai muihin mahdollisimman luotettaviin lähteisiin. Lisäksi osana budjettivaikutusten analyysia tulee tarkastella laskelmin herkkyyttä oletusten muutoksille.

Toteutimme budjettivaikutusten analyysin kahdelle vaihtoehdolle. Ensimmäisessä vaihtoehdossa oletetaan, että omaishoidon tuen kattavuutta yli 75-vuotiailla laajennettaisiin yhdellä prosentilla, jolloin saavutettaisiin omaishoidon tuen virallinen tavoite. Tavoitteeseen pääseminen toisi tuen piiriin 4 300 uutta omaishoidon tukea saavaa hoitajaa. Luonnollisesti yhden prosenttiyksikön muutosta voidaan kertaannuttaa, jolloin voidaan arvioida suurempien kattavuuden nousujen vaikutusta. Toisessa vaihtoehdossa omaishoidon tu-

kea maksettaisiin kaikille raskasta ja sitovaa hoitotyötä tekeville. Tällöin uusia omaishoitajia tulisi 23 000 (Moisio & al. 2008). Tuolloin omaishoidon tukea saavia hoitajia olisi Suomessa 60 000. Lähtöoletuksena on, että uudet omaishoidettavat olisivat ikääntyneitä Kelan hoitotuen saajia, koska käyttämämme kustannusmalli perustuu tähän populaatioon. On kuitenkin huomattava, että vaikeasti dementoituneet rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle (MMSE<18). Tutkittavat saattoivat kärsiä muistioireista, mutta heidän tuli pystyä kommunikoimaan sanallisesti.

Tulokset: omaishoidon tuen kattavuuden nostamisen budjettivaikutus

Koska maksettu omaishoidon tuki vaihtelee hoidettavan hoidontarpeen ja asuinkunnan mukaan, on perusteltua laskea vaikutukset eri omaishoidon tuen tasoilla. Vuoden 2010 rahana maksettiin vähimmäismääräistä tukea 353 euroa/kk, keskimääräinen tuki oli 441 euroa/kk ja hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen tuki 707 euroa/kk. Arvioimme uusien omaishoidon piiriin tulevien hoitajien tuen tasoa näiden kolmen eri tuen tason mu-

kaan. Ensimmäisessä ääri vaihtoehdossa uusien tukea saavien omaishoidon tuki on alin mahdollinen. Tätä vertasimme keskimääräiseen tuen tasoon. Korkeimpana ääri vaihtoehdona on hoidollisesti raskaan tuen mukainen taso.

Lisäksi laskelmassa arvioidaan herkkyyssanalyysillä sitä, kuinka herkkä laskettu budjettivaikutus on lähtöoletusten muuttamiselle. Tässä tutkimuksessa palvelujen käytön kustannuksille lasketaan ± 10 prosentin marginaali. Tämä tarkoittaa sitä, että toteutettu tutkimus olisi yli- tai aliarvioinut 10 prosentilla palvelujen käyttövaikutuksia eli omaishoidolla saavutettuja säästöjä palvelujen käytössä.

Tukimenoja nostaisi uusille omaishoitajille maksettava omaishoidon tuki. Jos uusia tuen piiriin tulevia hoitajia olisi 4 300, alimman tukitason mukaan omaishoidon tuen menot nousisivat 18 miljoonaa euroa vuodessa. Keskimääräisen tuen mukaan menot nousisivat 23 miljoonaa ja hoidollisesti raskaan tuen mukaan 36 miljoonaa euroa vuodessa. Mikäli uusia hoitajia olisi 23 000, tukimenot nousisivat vastaavasti alimmillaan 97 miljoonaa euroa, keskimääräisen tuen mukaan 121 miljoonaa ja korkeimmillaan 195 miljoonaa euroa vuodessa. (Taulukko 2.)

Omaishoito säästää virallisten palvelujen käyt-

Taulukko 2. Budjettivaikutus eritasoisille tuille, mikäli uusia omaishoitajia tulisi omaishoidon tuen piiriin 4 300 (jolloin tuen kattavuus nousisi 1 %:n) tai 23 000 henkilöä (jolloin raskasta ja sitovaa hoitotyötä tekevät tulisivat tuen piiriin).

SÄÄSTÖ PALVELUJEN KÄYTÖSSÄ VUODESSA			
Uusien omaishoitajien lukumäärä	Omaishoidon säästö € vuodessa/hoidettava	Saavutettu säästö € palvelujen käytössä vuodessa	
4 300	20 000	86 000 000	
23 000	20 000	460 000 000	
TUKIMENOJEN LISÄYS VUODESSA			
Uusien omaishoitajien lukumäärä	Tukimenot alimman palkkiotason mukaan (353 €/kk)	Tukimenot keskimääräisen palkkiotason mukaan (441 €/kk)	Tukimenot hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen palkkion mukaan (707 €/kk)
4 300	18 214 800	22 755 600	36 481 200
23 000	97 428 000	121 716 000	195 132 000
NETTOSÄÄSTÖ VUODESSA (= palvelujen käytössä havaittu säästö – tukimenojen lisäys)			
Uusien omaishoitajien lukumäärä	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan alimman palkkiotason mukaan (353 €/kk)	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan keskimääräisen palkkiotason mukaan (441 €/kk)	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen palkkion mukaan (707 €/kk)
4 300	67 785 200	63 244 400	49 518 800
23 000	362 572 000	338 284 000	264 868 000

Taulukko 3. Herkkyyshanalyysi budjettivaikutukselle, mikäli palvelujen käytössä saavutetun säästön mittauksessa olisi tapahtunut 10 %:n yli- tai alimittaus.

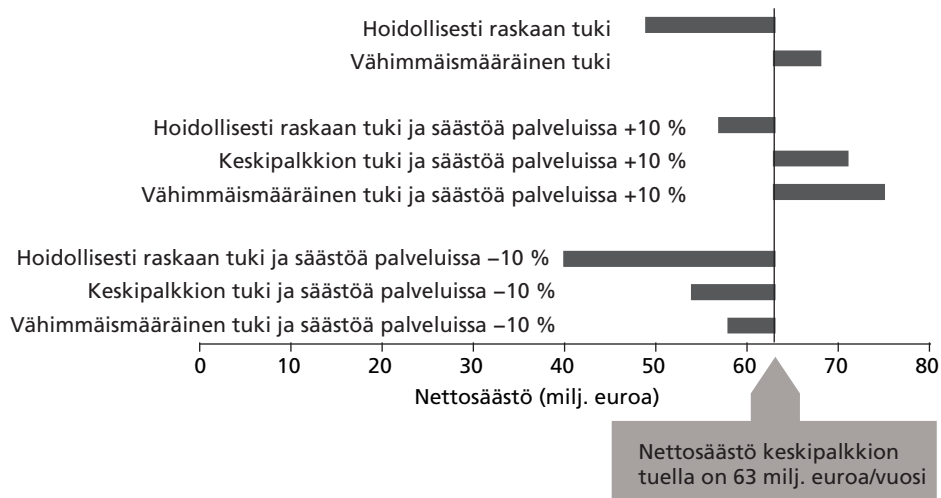
HERKKYYSANALYYSI			
Nettosäästö, jos palvelujen käyttövaikutus olisikin tukittua 10 % pienempi (17 816 €/vuosi)			
Uusien omaishoitajien lukumäärä	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan alimman palkkiotason mukaan (353 €/kk)	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan keskimääräisen palkkiotason mukaan (441 €/kk)	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen palkkion mukaan (707 €/kk)
4 300	58 394 000	53 853 200	40 127 600
23 000	312 340 000	288 052 000	214 636 000
Nettosäästö, jos palvelujen käyttövaikutus olisikin tutkittua 10 % suurempi (21 775 €/vuosi)			
Uusien omaishoitajien lukumäärä	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan alimman palkkiotason mukaan (353 €/kk)	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan keskimääräisen palkkiotason mukaan (441 €/kk)	Nettosäästö, jos uudet tuet maksetaan hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen palkkion mukaan (707 €/kk)
4 300	75 417 700	70 876 900	57 151 300
23 000	403 397 000	379 109 000	305 693 000

töä, vaikka omaishoidon tuen kokonaisuuteen kuuluvat myös hoidettavalle tarjotut palvelut ja hoitajan vapaan aikainen hoito. Tulostemme mukaan omaisten hoitamien henkilöiden palveluihin kului keskimäärin 20 000 euroa vuodessa vähemmän rahaa kuin niiden henkilöiden hoitoon, joiden pääasiallinen hoitovastuu oli yksinomaan kunnalla. 4 300 uuden omaishoitajan hoitotyö säästää kuntien palveluissa 86 miljoonaa euroa vuodessa. Mikäli uusia omaishoitajia tulisi tuen piiriin 23 000, heidän hoitotyönsä säästää kuntien palveluissa 460 miljoonaa euroa vuodessa.

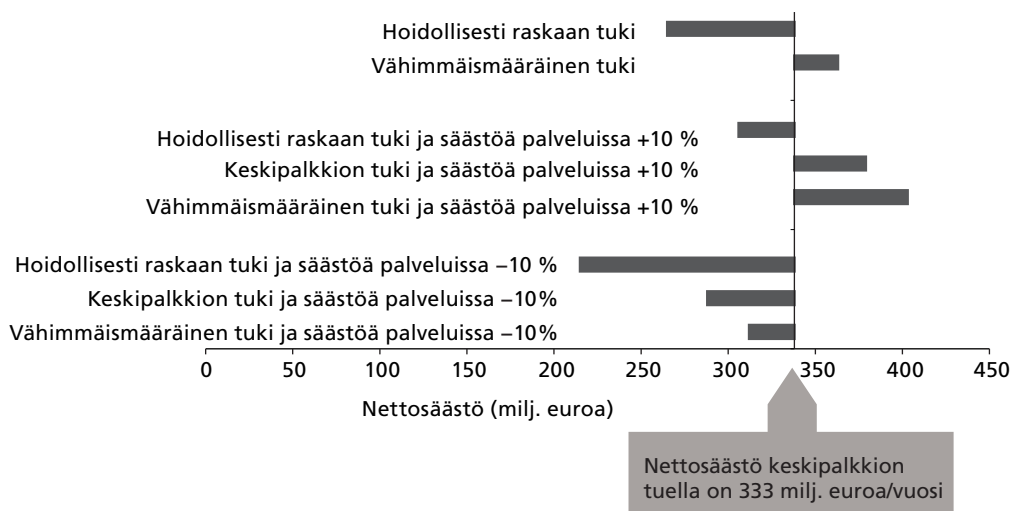
Budjettivaikutuksessa eli nettosäästössä huomioidaan sekä omaishoidon tuen meno että vastaavasti omaishoidolla saavutettu säästö palveluissa. Omaishoidon tuen kattavuuden noususta aiheutunut säästö palvelujen käytössä on suurempi kuin uusien tukien maksamisesta koituvat menot. Nettosäästö olisi 63 miljoonaa euroa, jos uusia hoitajia olisi 4 300 ja he saisivat keskimääräistä tukea. Mikäli tukea maksettaisiin 23 000 uudelle hoitajalle, olisi nettosäästö keskimääräisen tuen mukaan 338 miljoonaa euroa vuodessa (taulukko 2). Taulukossa 2 on esitetty vastaava nettosäästö myös alimman tuen ja hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen tuen tapauksissa.

Taulukossa 3 on esitetty herkkyyshanalyysi sen

suhteen, että palvelujen käytössä saavutetun säästön mittauksessa olisi tapahtunut 10 prosentin yli- tai aliarviointi. Kuviossa 1 on esitetty nettosäästön herkkyyshanalyysi 4 300 uuden hoitajan tilanteelle graafisesti. Kuviossa vertailukohtana on keskipalkkion mukainen säästö eli 63 miljoonaa euroa vuodessa. Herkkyyshanalyysin tulokset esitetään kaikille kolmelle tuen tason vaihtoehdolle. Pienimmillään nettosäästö olisi 40 miljoonaa, jos kaikki uudet tuet maksettaisiin hoidollisesti raskaimman vaihtoehdon mukaan ja palvelujen käytön säästö olisikin laskettua 10 prosenttia pienempi. Suurimmillaan nettosäästö olisi 75 miljoonaa euroa, jos uusille tuen saajille tuki maksettaisiin vähimmäismääräisenä ja palvelujen käytön säästö olisikin laskettua 10 prosenttia suurempi. Kuviossa 2 on esitetty vastaava herkkyyshanalyysi 23 000 uuden hoitajan tapauksessa. Jos uusia omaishoidon tukea saavia olisi 23 000, nettosäästö olisi pienimmillään 195 miljoonaa euroa, jolloin kaikki uudet tuet maksettaisiin raskaan siirtymävaiheen mukaan ja palvelujen käytön säästö olisikin 10 prosenttia arvioitua pienempi. Suurimmillaan nettosäästö olisi 403 miljoonaa euroa, jos kaikki uudet tuet maksettaisiin alimman tukitason mukaan ja palvelujen käytön säästövaikutus olisi aliarvioitu 10 prosenttia.



Kuvio 1. Budjettivaikutuksen herkkyyksianalyysi 4 300 uudelle omaishoidon tukea saavalle, jos palvelujen käyttövaikutuksissa olisi tehty $\pm 10\%$:n virhe. Budjettivaikutus keskipalkkiolle, vähimmäismääräiselle palkkiolle ja hoidollisesti raskaan tuen palkkioille.



Kuvio 2. Budjettivaikutuksen herkkyyksianalyysi 23 000 uudelle omaishoidon tukea saavalle, jos palvelujen käyttövaikutuksissa olisi tehty $\pm 10\%$:n virhe. Budjettivaikutus keskipalkkiolle, vähimmäismääräiselle palkkiolle ja hoidollisesti raskaan tuen palkkioille.

Pohdinta

Omaisten apu korvaa kunnan järjestämistä kuuluvia palveluja, ja siksi se säästää virallisen pitkäaikaishoidon menoja. Suuri osa tästä avusta tapahtuu omaishoidon tuen ulkopuolella. Virallisen tavoitteen saavuttaminen omaishoidon tuen kattavuudessa toisi uusia tuen saajia 4 300 henkilöä. Budjettivaikutusten analyysissä heidän tekemänsä hoitotyö johtaa keskimäärin 63 mil-

joonan euron nettosäästöön vuodessa. Herkkyyksianalyysissä nettosäästön vaihteluväli oli 40–75 miljoonaa euroa vuodessa. On arvioitu, että tällä hetkellä 60 000 omaishoitajaa tekee raskasta ja sitovaa hoitotyötä. Mikäli omaishoidon tuki laajennettaisiin koskemaan koko tätä ryhmää, uusia tuen saajia tulisi 23 000. Heidän tekemänsä hoitotyö johtaa keskimäärin 338 miljoonan euron nettosäästöön vuodessa. Herkkyyksianalyysis-

sä nettosäästön vaihteluväli oli 214–403 miljoonaa euroa vuodessa.

Saamamme tulos osoittaa, että Suomessa epävirallisen, omaishoidon tuen ulkopuolella tehdyn omaishoidon taloudellinen merkitys on suuri. Kansainvälisesti vertaillen suomalaiset auttavat eniten vanhoja ihmisiä Euroopassa (Huber & al. 2009). Epävirallinen omaishoito siirtää kunnan järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen kustannuksia kotitalouksille. Kotitalouksien kannettavaksi jäävä hoitovastuu säästää sosiaali- ja terveydenhuollon menoja, mutta tämän epävirallisesti tehdyn hoitotyön määrää ja rahallista arvoa on vaikea arvioida.

Suomessa omaishoidon tuen virallisena kattavuustavoitteena on saada 5–6 prosenttia yli 75 vuotiaista tuen piiriin. Tuen kattavuustavoite on melko pieni, kun se suhteutetaan epävirallisen omaishoidon yleisyyteen. On arvioitu, että sitovaa ja raskasta omaishoitotyötä tekee 60 000 hoitajaa. Toteutuessaankin kattavuustavoitteen ulkopuolelle jää kolmannes näistä hoitajista.

Tekemämme budjettivaikutusanalyysi on taloudellinen arviointikehikko, jonka tavoite on tuoda toiminnan kaikki kustannukset ja säästöt esille päätöksentekotilanteessa. Tulos ei tarkoita sitä, että mikäli omaishoidon tuen piiriin tulisi uusia hoitajia, vastaavasti menot laskisivat nettosäästön osoittamalla summalla. Näin siksi, että säästö realisoituu jo tällä hetkellä. Tulos osoittaa, että palvelumenoissa saavutetun säästön perusteella olisi taloudellisesti kestävä maksaa tukea nykyistä useammalle omaistaan hoitavalle.

Tuloksemme perustuu Kelan eläkkeensaajan hoitotukea saavien aineistoon, joten se on yleistettävissä heikkokuntoiseen iäkkääseen väestöön. Tutkittavat osallistuivat Kelan kuntoutuksen vaikuttavuustutkimukseen, johon voitiin ottaa mukaan vain henkilöitä, jotka pystyivät vielä sanallisesti kommunikoimaan, vaikka heillä muisti olikin heikentynyt. Vaikeaa muistisairautta sairastavat eivät osallistuneet tutkimukseen (MMSE<18).

Myös aikaisemmissa tutkimuksissa omaishoidon on havaittu vähentävän laajasti ikäihmisten palvelujen käytön kustannuksia (Bonsang 2009; Bond & al. 1999; Motel-Klingebiel & al. 2005). Tässä tutkimuksessa saamamme tulos noudattaa muualla Euroopassa tehtyjen tutkimusten tuloksia, vaikka palvelujärjestelmät ovatkin hyvin erilaiset eri EU-maissa. Suomessa on tutkittu muun muassa dementia-perheiden tukemista (Eloniemi-Sulkava & al. 2006). Ulla Eloniemi-

Sulkavan ja työryhmän (2006) tutkimus nostaa esiin räätälöidyn tuen tarpeen ja hyödyn omaishoidossa. Muistisairaiden hoidossa perhelähtöisesti räätälöidyt ja koordinoitut palvelut maksoivat vuodessa keskimäärin 5 015 euroa/perhe vähemmän kuin vertailuryhmän perheen palvelut. Puolet säästöistä kertyi laitoshoidon viivästyttämisestä, puolet avohuollon palvelujen käytöstä.

Tässä tutkimuksessa pääosa säästöstä syntyi sosiaalipalveluissa. Päivittäisistä toimista huolehtimisen lisäksi omaishoito vaikuttaa myös käytettyjen terveyspalvelujen kustannuksiin. Omaishoidon ei ole havaittu vaikuttavan todennäköisyyteen joutua sairaalahoitoon, mutta mikäli ikääntynyt joutuu sairaalahoitoon, omaishoidettavien hoidon kustannukset ovat alhaisemmat (Van Houtven & al. 2004). Tämä merkitsee sitä, että omaishoidossa olevilla on vähemmän hoitopäiviä. Todennäköisesti heidät voidaan kotiuttaa terveydenhuollossa nopeammin kuin muut ikääntyneet potilaat.

Omaishoidon rahallisen arvon määrittämisessä käyttökelpoinen menetelmä on markkinakustannusmetodi, jossa omaisten avun arvo määräytyy sillä virallisissa palveluissa saatavan säästön mukaan. Tulosten tulkinnessa on kuitenkin huomioitava, että menetelmä aliarvioi omaisten avun kokonaisuuden. Tarkastelussa on mukana vain se osa hoitoa, joka korvaa virallisia palveluja. Tässä tutkimuksessa huomioitiin kuntien ja Kelan kustannukset. Tarkastelun ulkopuolelle jäi muun muassa vaikutus verotuloihin. Omaishoidon tuki on verotettavaa tuloa, joten sen maksamisella on suoria vaikutuksia tuloverojen kertymään. Lisäksi maksetulla hoitopalkkiolla on myös kulutuksen kautta syntyviä välillisiä vaikutuksia.

Aikaisempi tutkimusnäyttö osoittaa omaishoidon vaikutuksen palvelujen käyttöön laskevan, kun hoidettavan toimintakyky huononee (Bonsang 2009). Palvelujen käyttövaikutuksen optimoinnin kannalta olisi tärkeää saada ikääntynyt riittävän aikaisessa vaiheessa omaishoidon tuen piiriin. Omaishoidon tuen piiriin pääseminen on tärkeää myös omaishoitajan oikeuksien kannalta. Omaishoitajista 48 prosenttia on puolisoita. Tutkimukset osoittavat, että puolisoaan hoitavien hoitotaakka on suurempi ja heillä on siksi suurempi riski saada esimerkiksi terveyshaittoja (Bond 1999). Myös tässä tutkimuksessa totesimme, että yhteistaloudessa auttajansa kanssa asuvan palvelujen käyttömenot olivat alhaisimmat. Puolisohoitajien olisikin tärkeää saada riit-

tävää tukea hoitotyöhönsä.

Omaishoidosta maksettu palkkio on melko pieni. Tämän vuoksi ei ole kovin todennäköistä, että palkkio sinällään olisi ainoa syy ryhtyä omaishoitajaksi. Moni päätyy hoitamaan läheistään vähitellen omaisen kunnan heikentyessä, eikä edes itse tiedosta olevansa omaishoitaja. Silti hoitopalkkiolla on merkitystä omaishoitajien sosioekonomisen aseman säilyttämisen kannalta, koska omaishoito voi vaikuttaa työikäisen hoitajan ansio- ja työllistymismahdollisuuksiin pitkällä aikavälillä (Glendinning & al. 2009).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että omaishoidolla on negatiivinen vaikutus hoitajien tai joskus hoitajana toimineen taloudelliseen tilanteeseen. Paitsi mahdollinen työtulon menetys myös kohonneet kulut vaikuttavat taloudelliseen tilanteeseen. Hoitajat raportoivat kohonneista lääke-, matka-, puhelin- ja tarvikkeista sekä muista ”juoksevista kuluista”. Kulujen havaittiin nousevan sen mukaan mitä enemmän hoitoon jouduttiin käyttämään aikaa. (Glendinning & al. 2009.) Käytännössä tämä tarkoittaa kulujen olevan korkeimpia niillä, jotka hoitavat huonokuntoisimpia. Suomessa 85 prosenttia kunnista peri asiakasmaksuja omaishoidon tukena annettavista palveluista vuoden 2006 omaishoitotoselvityksen mukaan. Omaishoitajista 42 prosenttia jättää pitämättä heille myönnettyt vapaat, ja neljännes heistä ilmoitti vapaapäivistä kieltäytymisen syyksi vapaan aikaisen hoidon maksullisuuden. (Voutilainen & al. 2007.)

Omaishoidon vaikutusta hoitajan työssäkäyntiin on tutkittu ”Health and long-term care” tutkimuksessa (European Commission 2007). Omaishoitajilta kysyttiin, oliko omaishoito vaikuttanut heidän työntekoonsa. Vain 5 prosenttia raportoi vaikutuksista työntekoon: 3 prosenttia oli vaihtanut kokopäivätyön osa-aikaiseen ja 2 prosenttia oli keskeyttänyt työn teon. Suomessa STM:n tekemän selvityksen mukaan omaishoitajista 60 prosenttia on eläkkeellä, noin 20 prosenttia on kokoaikatyössä, 4 prosenttia osa-aikatyössä, loput joko työttömänä, virkavapaalla tai heillä on jokin muu asema (Vaarama & al. 2003). Työttömänä ja samaan aikaan omaishoitajana olevien määrä vaihtelee suhdanteiden mukaan. Enimmillään tällaisessa tilanteessa on ollut arviolta 8 prosenttia omaishoitajista. Työmarkkinoiden joustavuus, esimerkiksi mahdollisuus osa-aikatyöhön tai lyhennettyyn työaikaan, vaikuttaa myös merkittäväällä tavalla ansiotyön ja omais-

hoidon yhdistämiseen. Työlainsäädäntö sinällään pitää nykyisellään sisällään mahdollisuuksia esimerkiksi osa-aikatyön tekemiseen, mutta toimintakulttuuri työmarkkinoilla ei ehkä suosi näiden mahdollisuuksien käyttöä.

Suomessa ja muissa pohjoismaissa on korkea työllisyysaste, erityisesti naisten työssäkäynti on yleistä. Lisäksi eläkeikä on kansainvälisesti vertaillen melko korkea. Tämä merkitsee käytännössä sitä, että ei ole olemassa suurta reserviä potentiaalisia työikäisiä omaishoitajia. Väestön ikääntyessä omaishoitajien keski-ikä tuleekin nousemaan. Yhä useammin omaishoitaja on itsekin yli 70-vuotias, joka käyttää hoitotyöhön keskimäärin 25 tuntia viikossa (Schultz & al. 2004). Ennistä tärkeämpää onkin myös hoitajan jaksamista huolehtiminen.

EU-maissa on käytössä erilaisia järjestelmiä omaishoidon tukemiseen. Yleisesti ottaen näyttää siltä, että mitä useammalle tukea maksetaan, sitä pienemmäksi yksittäisen henkilön saama palkkio jää (Tjadens & al. 2011). Palkkiotasot ovat melko alhaiset suhteessa hoitotyöhön käytettyyn aikaan. Maksettu palkkio ei kuitenkaan ole ainoa vaihtoehto tukea omaishoitajia. Tulonsiirrot ovat maasta riippuen osa kokonaisuutta, johon kuuluvat hoitosuunnitelma, koulutus omaishoitajalle ja erilaiset tukipalvelut.

Väestön vanheneminen koskettaa koko Eurooppaa. Eri tahot ovatkin arvioineet, millä keinoin tuleviin pitkäaikaishoidon tarpeisiin pystytään vastaamaan. OECD:n julkaiseman selvityksen mukaan pääosa pitkäaikaishoidon työpanoksesta on niin kutsuttua epävirallista hoivaa eli yleisimmin omaishoitoa. 15 EU-maan vertailussa suomalaiset auttoivat vanhoja ihmisiä eniten (Huber & al. 2009).

Esitettyjen tulosten perusteella näyttää siltä, että jo tällä hetkellä omaishoidon taloudellinen merkitys iäkkäiden hoidossa on merkittävä. Omaisten apu on Suomessa yleistä, mutta suurin osa avusta ei kuulu omaishoidon tuen piiriin. Tällä hetkellä epävirallinen omaishoito säästää merkittävästi kuntien hoivamenoja. Taloudellisesti olisi perusteltua maksaa tukea ainakin niille omaishoitajille, jotka tekevät raskasta ja sitovaa hoitotyötä. Suomalaiseen palvelujärjestelmään on sisäänrakennettu epävirallinen hoitoresurssi, joka säästää virallisten palvelujen menoja, mutta jonka taloudellinen arvo jää arvioimatta esimerkiksi pitkäaikaishoidon menoja laskettaessa.

Johtopäätökset

Omaishoito on nähtävä osana pitkäaikaishoidon kokonaisuutta, ja sillä on merkittävä vaikutus pitkäaikaishoidon menoihin. Esitettyjen tulosten ja aikaisempien tutkimusten mukaan omaishoito vähentää merkittävästi sosiaalipalvelujen menoja, ja lisäksi sillä on vaikutusta terveyspalvelujen menoihin. Silti sen taloudellista merkitystä ei tavallisesti huomioda pitkäaikaishoidon menoja laskettaessa.

Omaishoidon rahallisen arvon määrittämisessä käyttökelpoinen menetelmä on markkinakustannusmetodi, jossa omaisten avun arvo määrittyy

virallisissa palveluissa saatavan säästön mukaan.

Omaishoidon tuen kattavuuden nostaminen on perusteltua, koska tulostemme mukaan epävirallinen omaishoito on yleistä ja säästää merkittävästi kuntien hoivamenoja. Suomessa asetettua 5–6 prosentin kattavuustavoitetta yli 75-vuotiailla ei vielä ole saavutettu, joskin omaishoidon tuen asiakasmäärät ovat kasvaneet melkein 70 prosenttia 2000-luvulla. Tuen kattavuustavoite on melko pieni, kun se suhteutetaan epävirallisen omaishoidon yleisyyteen. On arvioitu, että sitovaa ja raskasta omaishoitotyötä tekee 60 000 hoitajaa. Toteutuessaankin asetetun kattavuustavoitteen ulkopuolelle jää kolmannes näistä hoitajista.

KIRJALLISUUS

- Antikainen, Eija & Vaarama, Marja: Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen. Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna. Raportteja 172. Helsinki: Stakes, 1995.
- Blomgren, Jenni & Martikainen, Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo: Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 71 (2006): 2, 167–178.
- Bond, J. & Farrow, G. & Gregson, B. A. & Bamford, C. & Buck D. & McNamee, P. & Wright, K.: Informal caregiving for frail older people at home and in long-term care institutions: who are the key supporters? *Health Soc Care Community* 7 (1999): 6, 434–444.
- Bonsang, Eric: Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *J Health Econ* 28 (2009): 1, 143–154.
- Colombo, Francesca & al.: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris: OECD, 2011.
- Drummond, Michael & Sculpher, Mark & Torrance, George & O'Brien, Bernie & Stoddart, Greg: *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Duan, N.: Smearing Estimate: A Nonparametric Transformation Method. *Journal of the American Statistical Association* 78 (1983): 383, 605–610.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla & Saarenheimo, M & Savikko, N. & Pitkälä, K.: Kotona asumisen ja sen tukemisen mahdollisuudet. Teoksessa Eloniemi-Sulkava, Ulla & al. (toim.): *Omaishoito hoitotyönä. Iäkkäiden dementiaerheiden tukimallin vaikuttavuus*. Tutkimusraportti 14. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 2006.
- European Commission: *Health and long-term care in the European Union*. Special Eurobarometer, 283/Wave 67.3., 2007.
- Glendinning, Caroline & Tjadens, Frits & Arksey, Hilary & Morée, Marjolein & Moran, Nicola & Nies, Henk: *Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers*. Report for the European Commission DG EMPL. Negotiated Procedure VT/2007/114. Working Paper No. EU 2342, 2009.
- Granger, C. & Hamilton, B. & Keith, R. & Zielesny, M. & Sherwin, F.: *Advances in functional assessment for medical rehabilitation*. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 1 (1986): 3, 59–74.
- Huber, M. & Rodrigues, R. & Hoffmann, F. & Gasiot, K. & Marin, B.: *Facts and Figures on Long-Term Care – Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
- Hujanen, Timo: *Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001*. Aiheita 1/2003. Helsinki: Stakes, 2003.
- Hinkka, K. & Karppi, S. L. & Aaltonen, T. & Ollonqvist, K. & Gronlund, R. & Salmelainen, U. & Puukka, P. & Tilvis, R.: A network-based geriatric rehabilitation programme: study design and baseline characteristics of the patients. *Int J Rehabil Res* 29 (2006): 2, 97–103.
- Hinkka, Katariina & Karppi, Sirkka-Liisa (toim.): *IKÄ-kuntoutus*. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112. Helsinki: Kela, 2010.
- Kattainen, Eija & Muuri, Anu & Luoma, Minna-Liisa & Voutilainen, Päivi: *Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille*. S. 218–231. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): *Suomalaisen hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes, 2008.
- Kehusmaa, Sari & Autti-Rämö, Ilona & Valaste, Maria & Hinkka, Katariina & Rissanen, Pekka: *Economic evaluation of a geriatric rehabilitation programme: A randomized controlled trial*. *J Rehabil*

- Med. 42 (2010): 10, 949–55.
- Kehusmaa, Sari & Autti-Rämö, Ilona & Helenius, Hans & Hinkka, Katariina & Valaste, Maria & Rissanen, Pekka: Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly patients. *BMC Health Services Research* 12:204, 2012.
- Kehusmaa, Sari & Autti-Rämö, Ilona & Helenius, Hans & Rissanen, Pekka: Does informal care reduce the formal care expenditure on elderly care? Estimates based on the Age Study. *Käsikirjoitus BMC Health Service Research*.
- Laki omaishoidon tuesta 737/2005.
- Mauskopf, J. & Sullivan, S. D. & Annemans L.: Principles of Good Practice for Budget Impact Analysis: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices – Budget Impact Analysis. *Value in Health* 10 (2007): 5, 336–347.
- McDaid, David: Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer’s disease: Methodological and practical challenges. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16 (2001): 4, 400–405.
- Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti: *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes, 2008.
- Moore, Michael & Zhu, Carolyn & Clipp, Elizabeth: Informal Costs of Dementia Care: Estimates From the National Longitudinal Caregiver Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 56B (2001): 4, 219–228.
- Motel-Klingebiel, A. & Tesch-Roemer, C. & von Kondratowitz, H.: Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing & Society* 25 (2005): 6, 863–882.
- Omaishoidon tuki. Helsinki: Kuntaliitto. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/omaishoidontuki/Sivut/default.aspx>. Päivitetty 31.1.2013a.
- Omaishoidon tuki. Helsinki: STM. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut /sosiaalipalvelut/omaishoito. Päivitetty 31.1.2013b.
- Schulz, Richard & Martire, Lynn: Family Caregiving of Persons With Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 12 (2004): 3, 240–249.
- Sintonen, Harri: The health-related quality of life (HRQoL) instrument. <http://www.15d-instrument.net/15d>. (luettu 9.1.2009)
- Tilastokeskus: Suomen virallinen tilasto, Ajankäyttötutkimus, osallistuminen ja vapaaehtoistyö, 2009.
- Tjadens, Frits & Colombo, Francesca & Llana Nozal, Ana & Mercier Jerome: *Help Wanted. Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD, 2011.
- Vaarama, Marja & Rintala, Taina & Eteläpää-Vainio, Sirkka & Sinervo, Timo: Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. *Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1999:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 1999.
- Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Manninen, Milla: Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. *Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2003.
- Van den Berg, Bernard & Brouwer, Werner & Koopmanschap, Marc: Economic valuation of informal care An overview of methods and applications. *Eur J Health Econom* (2004): 5, 36–45.
- Van den Berg, Bernard & Brouwer, Werner & van Exel J & Koopmanschap, Marc & Van den Bos GA & Rutten F: Economic valuation of informal care: lessons from the application of the opportunity costs and proxy good methods. *Soc Sci Med*. 62 (2006): 4, 835–45.
- Van Houtven, C. H. & Norton, E. C.: Informal care and health care use of older adults. *J Health Econ* 23 (2004): 6, 1159–1180.
- Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja: *Toimintakyky- ja terveysministeriön selvitys ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa*. Raportteja 7/2006. Helsinki: Stakes, 2006.
- Voutilainen, Päivi & Kattainen, Eija & Heinola, Reija: *Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007:28. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2007.

SUMMARY

Sari Kehusmaa & Ilona Autti-Rämö & Pekka Risänen: Impact of informal care provision on elderly care expenditure (Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoisiin)

The continuing growth of the elderly population and the sustainability gap in public finances are putting local authorities under pressure to exercise greater efficiency in the allocation of their care resources. If local authorities decide to restrict access to services, family and relatives will have to assume ever greater responsibility for care provision. It is predicted that the need for informal care will increase in the future. Informal care is a significant part of long-term care, but it is not known what impact informal care has on care expenditure. Since most people caring for a family member at home receive no benefits for informal care, it is challenging to determine the economic significance of this care in Finland.

This study discusses different ways of measuring in monetary terms the help and informal care provided by family and relatives. We present empirical results on the extent of savings resulting from informal care provision and offer our assessment of the budget effects of an increased coverage of the informal care allowance.

The data were collected in connection with a geriatric rehabilitation program undertaken by the Social Insurance Institution (Kela). The sample comprises 732 retired persons who meet the Kela eligibility criteria for Care allowance for pensioners and who live in 41 municipalities of different sizes in different parts of Finland. The costs of their care were followed one year. We measured independent functional capacity using the FIM scale and health-related quality of life using the 15D questionnaire.

Informal care provided by family and relatives substitutes for services that are the responsibility of local authorities and reduces formal long-term care expenditure. When the expenses incurred from the informal care of an older person are compared with the expenses incurred from the delivery of municipal services to a person whose functional ability and health are simi-

lar, we obtain the monetary value of services substituted by informal care.

The official target set for informal care coverage (5–6% of the population aged 75 or over) increased the number of allowance recipients by 4,300. An analysis of budget effects showed that the care input for these people brought average net savings of 63 million euros a year. In sensitivity analysis the range of net savings was 40–75 million euros a year. It has been estimated that some 60,000 informal carers are engaged in this physically demanding and restrictive job. An extension of informal care support to cover the whole group would increase the number of allowance recipients by 23,000. The informal care provided by these people would bring net annual savings of 338 million euros.

Our analysis of budget effects is an economic evaluation framework designed to incorporate all operational costs and savings for purposes of informed decision-making. The results show that in view of the costs savings achieved in service expenditure, it would be justifiable and economically viable to pay out allowances to larger numbers of people caring for a family member. In Finland a smaller proportion of informal carers receive support than in other countries on average, and the amount of the allowance is also lower than average.

Based on these results it seems that even as it stands, informal care has considerable economic significance in the provision of care services for older people. Informal care provision is very common in Finland, but most of the care providers are not eligible to receive informal care allowance. Informal care significantly reduces local authorities' care expenditure. It would be economically justifiable to extend eligibility at least to those informal carers who are currently engaged in this physically demanding and restrictive job without any support. The Finnish service system has a built-in informal care resource whose monetary value remains hidden when calculating the expenses of long-term care, for instance.

Keywords: informal care, older people, costs