

Eija Puoliväli

Ideaalisen, yksityisen dementiakodin mallintaminen

Opinnäytetyö

Kevät 2010

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Vanhustyön koulutusohjelma



OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma

Tekijä: Puoliväli Eija

Työn nimi: Ideaalisen, yksityisen dementiakodin mallintaminen

Ohjaaja: Hietaniemi, Elina ja Hannu, Helena

Vuosi: 2010

Sivumäärä: 95

Liitteiden lukumäärä: 3

Hoivayrittäjyydelle ja yksityiselle dementiahoidolle on tänä päivänä ja tulevaisuudessa yhä enemmän kysyntää. Tehostettujen asumispalvelujen käyttäjistä yhä useammat ovat dementiaa sairastavia. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia mallinnus ideaalisesta, yksityisestä dementiakodista.

Työn tutkimuksellinen lähestymistapa oli laadullinen tutkimus. Työhön kuului pienimuotoinen vanhuspalveluiden tarvekartoitus, jossa haluttiin selvittää ikääntyvien omia toiveita palveluista. Aineisto kerättiin lomakehaastatteluna ja tulokset käsiteltiin osittain sisällön analyysillä ja osittain määrällisen tutkimuksen SPSS- ohjelmalla. Tuloksista selvisi, että ikääntyvät halusivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja laitoksessa he halusivat saada oman huoneen, jonne voi viedä omia tavaroita.

Kehittämistyössä laadittiin teoria- ja tutkimustiedon pohjalta ideaalisen, yksityisen dementiakodin malli. Tuloksissa kuvattiin dementiakodin toimintaperiaatteet, henkilökunnan dementiahoitotyön osaamisvaatimukset, virikkeellinen ja turvallinen hoitoympäristö, palveluiden tuotteistaminen ja hinnoittelu sekä hoivakodin johtaminen, markkinointi, taloudelliset laskelmat ja liiketoimintasuunnitelma. Tuloksista laaditussa kuviossa on esitettyä hyvän dementiahoitotyön ja hoivayrittäjyyden elementit.

Avainsanat: dementia, dementiahoitotyö, hoivayrittäjyys

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS ABSTRACT

Faculty: School of health care and social work

Degree programme: Degree Programme in Health Care and Social Services /
Elderly Care

Author: Puoliväli, Eija

Title of thesis: Modelling ideal private dementia care in a nursing home.

Supervisor(s): Hietaniemi, Elina and Hannu, Helena

Year: 2010

Number of pages: 95

Number of appendices: 3

There is continuously more demand for nursing enterprises and private dementia care. More and more of the intensified living service users are suffering from dementia. The goal of this thesis is to create a modelling of ideal and private dementia care in a nursing home.

The present work has been carried out through qualitative study. Part of the thesis was a smallish need charting of elderly care services in order to discover the individual wishes of elderly people. The material was gathered through form interview and partly processed with analysis of contents and partly by SPSS-program of quantitative studies. The results show that the aging want to live at home for as long as it is possible. If living in a facility, they wanted to get their own room with their personal effects.

Modelling of ideal and private dementia care in a nursing home were created through the development work passed on theory and study. Results described dementia nursing homes function principles, demands of personnel's dementia knowledge, stimulating and safe nursing environment, branding and pricing of services, nursing home management, marketing, economical and financial calculations and business plan. A diagram drawn of results of the study shows the elements of good dementia care and nursing enterprise.

Keywords: dementia, dementical nursing work, nursing enterprise

SISÄLTÖ

OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ	2
THESIS ABSTRACT	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	7
2 DEMENTIA.....	9
2.1 Dementia sairautena	9
2.2. Dementiahoitotyö	10
3 DEMENTOITUVAN HYVÄN HOIDON ELEMENTIT	13
3.1 Hoitofilosofia dementiayksikössä	13
3.2 Henkilökunnalta vaadittava osaaminen.....	16
3.2.1 Dementoituvan aito, tasavertainen kohtaaminen	16
3.2.2 Dementoituvan tasapainoisen ravitsemuksen varmistaminen.....	18
3.2.3 Dementoituvan suun ja hampaiden terveydestä huolehtiminen.....	20
3.2.4 Dementoituvan käytösoireiden asiallinen ymmärtäminen	22
3.2.5 Tietotaito dementoituvan lääkehoidon erityispiirteistä.....	23
3.2.6 Kuntouttava työote dementoituvan toimintakyvyn ylläpitäjänä	24
3.3 Läheiset dementoituvan rinnalla	27
3.4 Fyysisen hoitoympäristön osatekijät	28
4 HOIVAYRITTÄJYYS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA.....	31
4.1 Hoivayrittäjyyden käsite	32
4.2 Toimintaa ohjaavat lait ja säädökset	33
4.3 Hoivayrittäjä.....	34
4.4 Kunnat ja hoivayrittäjyys	35
4.5 Johtaminen hoivayrityksessä.....	36
4.6 Laadunhallinta hoivayrityksessä	37
4.6.1 Laatuksiteerit ja vaatimukset.....	37
4.6.2 Laatuöskentelyn tekniikoita ja menetelmiä	38
4.6.3 Balanced Scorecard - tasapainoinen arviointi	39
4.6.4 Euroopan laatupalkintomalli (EFQM- malli).....	41
4.7 Liikeideasta liiketoimintasuunnitelmaksi.....	42
4.8 Palvelujen tuotteistaminen ja hinnoittelu hoivayrityksessä	44
4.9 Markkinointi hoivayrityksessä	46
4.10 Kustannus- ja kannattavuuslaskenta	47
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	50
6 KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUKSELLINEN LÄHESTYMISTAPA.....	51
7 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMISPROSESSI	53
8 VANHUSPALVELJEN TARVEKARTOITUS.....	55
8.1 Haastattelujen tulokset	55
8.2 Johtopäätökset tarvekartoituksesta.....	57
9 IDEAALIMALLI YKSITYISESTÄ DEMENTIAKODISTA	59

9.1 Toimintaa ohjaavat periaatteet	59
9.2 Moniammatillinen henkilöstörakenne.....	60
9.3 Henkilökunnan osaamisvaatimukset.....	63
9.3.1 Aito, tasavertainen kohtaaminen.....	64
9.3.2 Tasapainoinen ravitseminen	64
9.3.3 Suuhygieniä ja hampaiden hoito	65
9.3.4 Haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen	66
9.3.5 Lääkehoidon vaatimukset.....	68
9.3. 6 Toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen	69
9.4 Läheisten ohjaaminen ja tukeminen.....	71
9.5 Toimiva ja turvallinen hoitoympäristö.....	73
9.6 Johtaminen ja laadunhallinta.....	75
9.7 Tuotteistaminen ja hinnoittelu	77
9.7.1 Tuotteistaminen.....	77
9.7.2 Hinnoittelu	79
9.8 Markkinointi.....	81
9.9 Ideaalisen dementiakodin kuvitteellinen liiketoimintasuunnitelma.....	83
9.9.1 Suunniteltu yrityschanke.....	83
9.9.2 Kustannusarvio ja kannattavuuslaskelma	85
9.10 Hoivayritys dementoituville.....	93
10 POHDINTA	94
10.1 Tarvekartoituksen eettisyys ja luotettavuus	94
10.2 Työn tuloksen arvioiminen	95
10.3. Oma toimintani ja oppimiskokemukseni	95
10.4 Kehittämisehdotuksia.....	96
LÄHTEET.....	97
LIITTEET	

Kuvioluettelo

KUVIO 1. Dementoituvan hyvän hoidon elementit.	13
KUVIO 2. Dementoituvan asiakkaan fyysisen hoitoympäristön osatekijät.	28
KUVIO 3. BSC- kehä.	40
KUVIO 4. EFQM- malli.	41
KUVIO 5. Esimerkki päivän kulusta dementiakodissa.	62
KUVIO 6. Ideaalisen, yksityisen dementiakodin malli.	92

1 JOHDANTO

Dementia-asiakkaiden osuus tehostetussa palveluasumisessa on noussut neljässä vuodessa (vuodesta 2001 vuoden 2005 loppuun) 6,7 %, jolloin heidän osuutensa kaikista asiakkaista oli 37,8 % (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet [viitattu 3.1.2010]). Määrän lisäys on suuri ja julkinen sektori ei pysty yksin vastamaan hoivan tarpeeseen vaan tarvitsee yhteistyökumppanikseen hoivayrittäjää. Hoivayrittäjyydelle tuo mahdollisuuksia myös ikääntyvien paraneva taloudellinen tilanne, jolloin he pystyvät osallistumaan suuremmalla osuudella kustannuksiin.

Opinnäytetyöni tarkoitus on mallintaa ideaalinen, yksityinen dementiahoitoyksikkö. Luomassani mallissa kokoon samaan kuvioon (KUVIO 6) hyvän dementiahoitotyön ja hoivayrittäjyyden elementit.

Opinnäytetyössäni esittelen lyhyesti, mitä dementia on sekä erilaiset dementoivat sairaudet ja dementiahoitotyön. Lisäksi esittelen dementoituvan hyvän hoidon elementit. Ne muodostuvat hoivayksikön arvoista ja tavasta tehdä työtä, osaavasta henkilökunnasta, läheisten tukemisesta ja toimintaan mukaan ottamisesta sekä virikkeellisestä ja turvallisesta hoitoympäristöstä. Hoivayrittäjyysosiossa paneudun hoivayrittäjyys- ja hoivayrittäjäkäsitteisiin sekä esittelen hoivayrittäjyyttä ohjaavaa lainsäädäntöä ja yhteistyötä kuntatoimijoiden kanssa. Hoivayrityksen johtaminen vaatii monipuolista osaamista hoivayrittäjältä. Laadunhallinta on tärkeää yrityksen toiminnan kehittämisen ja kilpailukykyyn kannalta. Kilpailutilanteessa auttavat selkeästi tuotteistetut palvelut, jolloin niitä on helpompi markkinoida. Yrityksen kannattavuuden vuoksi hinnoittelu täytyy tehdä kustannuslaskentaan perustuen ja markkinoinnilla saada ostajat uskomaan, että tuotettu palvelu on hintansa arvoinen.

Opinnäytetyössäni käytän hoivayrityksen palveluiden käyttäjästä nimitystä asiakas, asukas tai dementoituva. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008 [viitattu 1.2.2010]) mukaan ikääntyvät, myös dementoituvat, asuvat omassa kodissaan yhä pitempään ja siksi heidän sairautensa on kehittynyt jo dementian

asteelle heidän tullessaan hoivakotiin eikä enää voida puhua muistihäiriöstä. Koska dementia on etenevä sairaus, käytän työssäni termiä dementoituva. Yleisestä suosituksesta huolimatta mielestäni asioista pitää puhua niiden oikealla nimellä, koska silloin asian kanssa tekemisiin joutuvat voivat käsitellä asiaa rehellisesti ja sopeutua siihen. Dementoituvan lähimmistä ihmisistä käytän nimitystä läheiset.

Kehittämistyöni pohjana on laaja teoria- ja tutkimustietoon perehtyminen, jonka avulla olen laatinut mallinnuksen ideaaliselle, yksityiselle dementiakodille. Tärkeimpänä lähtökohtana työssäni on asiakaslähtöisyys, jonka viitoittamana olen halunnut luoda vaikeasta ja julmastakin sairaudesta kärsivälle ihmiselle hyvän, turvallisen ja virikkeellisen paikan asua ja elää. Samalla olen pyrkinyt luomaan mallin yritystoiminnalle, joka on kannattavaa ja tarjoaa haastavan ja innostavan työpaikan osaavalle henkilöstölle.

2 DEMENTIA

Dementia on oire etenevästä, aivoja vaurioittavasta sairaudesta, joka aiheuttaa useiden älyllisten toimintojen heikentymistä. Dementiassa uuden oppiminen ja aiemmin opitun mieleen palauttaminen vaikeutuvat. Siihen liittyy ainakin yksi seuraavista häiriöistä:

- dysfasia eli kielellinen häiriö;
- apraksia, tahdonalaisten liikkeiden häiriö: liikesarjojen suorittamisen vaikeus vaikka motoriikka on kunnossa;
- agnosia, havaintotoiminnan vaikeus: nähdyn esineen tunnistamisen vaikeus tai nähdyn merkityksen käsittämisen vaikeus vaikka näköhavainnon jäsentäminen on normaali;
- toiminnan ohjaamisen häiriö mm. suunnitelmallisuudessa, kokonaisuuden jäsentämisessä ja abstraktissa ajattelussa.

Oireet kehittyvät pikku hiljaa, vähintään kuukausien kuluessa. Ne rajoittavat merkittävästi sosiaalista ja ammatillista toimintaa, koska toimintakyky heikkenee huomattavasti aikaisemmasta tasosta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 54- 55.)

2.1 Dementia sairautena

Suomessa dementiaa sairastaa joka kahdestoista 65 vuotta täyttänyt ja joka kolmas 85 vuotta täyttänyt henkilö. 85000 henkilön on arvioitu sairastavan vähintään keskivaikeaa dementiaa ja tulevana vuosikymmeninä heidän määränsä kaksinkertaistuu. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 5.)

Yleisin dementiaan johtava sairaus on Alzheimerin tauti, jonka osuus kaikista dementiasairauksista on 65 – 70 %. Taudin tunnusmerkkinä on mm. laaja-alainen, valikoiva hermosolukato sisemmässä ohimolohkossa. Aivoihin saostuu myös liukoisesta beetapeptidistä amyloideja eli valkuaisainekertymiä. Lisäksi monissa aivojen hermovälittäjäainejärjestelmissä tapahtuu heikkenemistä. Muistitoiminnoissa hermoimpulssien välittäjänä tarvitaan asetyylikoliini-välittäjäainetta, jonka määrä vähenee Alzheimerin taudissa merkittävästi.

Alzheimerin taudin kesto on keskimäärin kymmenen vuotta ja sen eteneminen voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: alkuvaihe, keskivaihe ja loppuvaihe. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62 - 64.)

Toiseksi yleisin muistisairaus on verenkiertoperäinen dementia, jonka osuus on 15–20 % kaikista dementiaista. Potilaan oireet määräytyvät aivoihin syntyneen vaurion sijainnin ja laajuuden mukaan. Verenkiertoperäisen dementian esiintyvyys lisääntyy iän mukana. Kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava tauti on Lewyn kappale-tauti, jota sairastaa 10–15 % kaikista muistisairaista. Siinä aivojen välittäjäaineiden dopamiinin ja asetyylikoliinin välinen määrällinen suhde häiriintyy ja tämä aiheuttaa oireita. Seuraava ryhmä on otsalohkorappeumasta johtuvat muistisairaudet, joita ovat otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia (afasia = puheen tuottamisen häiriö) ja semanttinen (semanttinen = merkitysopillinen) dementia sekä peittyvästi periytyvä Hakolan tauti. Näihin liittyviä yleisiä oireita ovat arvostelu- ja kontrollikyvyn sekä suunnitelmallisuuden heikkeneminen ja käyttäytymisen tahdittomuus. Henkisten toimintojen heikkenemistä esiintyy myös 30 %:lla Parkinsonin tautia sairastavista, kun sairaus etenee. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 74, 90 – 93, 96.) Alkoholidementian yleisimpinä syinä ovat alkoholin suurkulutus ja pään vammat. Oireet painottuvat mieleen painamisen ongelmiin, mikä johtunee B1- vitamiinin eli tiamiinin puutoksesta. (Alkoholidementia 2004 [viitattu 17.2.2010].)

2.2. Dementiahoitotyö

Dementoituvien hoitotyön johtavana ajatuksena on asiakkaiden inhimillisten oikeuksien kunnioittaminen sekä heidän elämänlaatunsa parantaminen. Suunnitelmallisella hoitotyöllä voidaan varmistaa dementoituvien oikeudet hyvään hoitoon, läheisten mahdollisuudet tukeen ja henkilökunnan hyvä ammattitaito. (Heimonen & Qvick 2002, 4.)

Alzheimer-keskusliitto on julkaissut vuonna 1995 Dementoituneiden oikeudet-asiakirjan, jossa määritetään dementoituvien inhimilliset oikeudet. (Heimonen & Qvick 2002, 4)

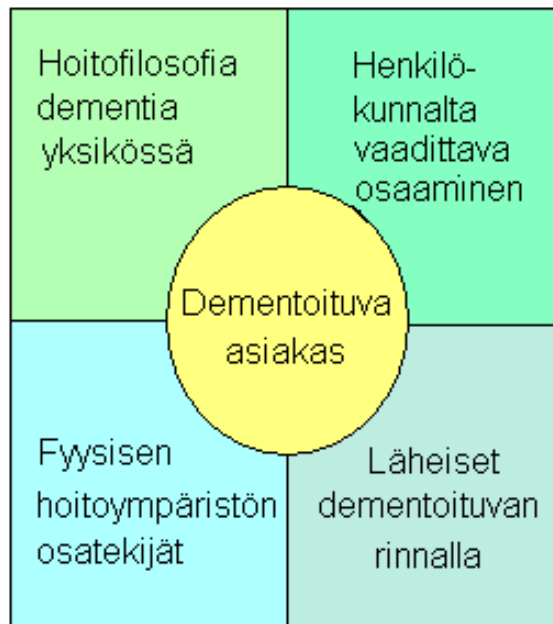
Jokaisella dementoituvalla on oikeus:

1. Saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementisoireen
2. Saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa
3. Säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista
4. Tulla kohdelluksi aikuisena
5. Tuntea, että hänet otetaan vakavasti
6. Olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista
7. Asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon
8. Olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa
9. Käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella
10. Saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan joka päivä
11. Kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen
12. Hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, dementoituvan ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta
(Heimonen & Qvick 2002, 4.)

Dementoituvan hoitotyössä korostuvat prevention, eläytymisen, itsemääräämisen, kokonaisvaltaisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. Preventionissa kiinnitetään huomiota tunnettujen riskitekijöiden vähentämiseen, riittävän aikaiseen taudin tunnistamiseen, tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen sekä toimivien hoitoketjujen ja inhimillisten hoitopaikkojen luomiseen. Eläytymällä laaja-alaisesti dementoituvan elämysmaailmaan voidaan löytää ratkaisuja ja lohdutusta hänen kärsimyksensä. Itsemääräämisoikeuden korostaminen on tärkeää, koska dementoivan sairauden heikentäessä ihmisen kykyä päättää omista asioistaan, syntyy helposti tilanne, jossa omaiset ja hoitohenkilökunta päättävät hänen puolestaan ja dementoituvasta tulee hoidon kohde. Sairauden edetessä joudutaan jossain vaiheessa päättämään edunvalvojan määräämisestä, koska näin suojataan dementoituvaa hänen elämänsä vahingoittavilta päätöksiltä ja teoilta. Huolimatta dementoivasta sairaudesta ihminen säilyttää ainutlaatuisuutensa ja yksilöllisyytensä elämänsä loppuun asti ja siksi tämä tulee ottaa huomioon tehtäessä hoitoratkaisuja ja valittaessa hoitojärjestelmiä dementoituvalle. Koska dementia on etenevä sairaus, hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää monipolvisessa hoitoketjussa. Hoitoa linjaa hyvin kokonaisvaltainen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää paljon tietoa asiakkaan elämänsästä,

kokemusmaailmasta ja mieltymyksistä. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 300–301.)

3 DEMENTOITUVAN HYVÄN HOIDON ELEMENTIT



KUVIO 1: Dementoituvan hyvän hoidon elementit.

Dementoituvan hyvän hoidon elementit ovat kuvattuna yllä olevassa kuviossa (KUVIO 1). Dementoituvan hyvä hoito muodostuu dementiayksikön hoitofilosofiasta, henkilökunnalta vaadittavasta osaamisesta, läheisten huomioimisesta dementoituvan rinnalla sekä fyysisen hoitoympäristön osatekijöistä. Näitä kaikkia selvitetään tarkemmin tulevissa luvuissa.

3.1 Hoitofilosofia dementiayksikössä

Dementiayksikön hoitofilosofia (KUVIO 1) on yksikön tapa toimia ja tehdä töitä. Siihen kuuluvat osaava ja työhönsä sitoutunut henkilökunta, kuntouttava työote, dementoituvia varten suunniteltu ympäristö sekä arvot, jotka ohjaavat kaikkea toimintaa hoivayksikössä. Valitun hoitofilosofian tarkoitus on varmistaa dementoituvalle asiakkaalle hyvä, turvallinen ja virikkeellinen asuinympäristö, joka mahdollistaa täysipainoisen elämän julmasta sairaudesta huolimatta.

Kuntouttava hoitotyö on henkilökunnan tapa tehdä päivittäistä työtään. Kuntouttavassa hoitotyössä hoitaja tukee hoidettavan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista omatoimisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Lyhyellä aikavälillä passivoiva, puolesta tekevä hoitotyö on nopeampaa, mutta pitemmällä aikavälillä on tehokkainta ja yhteiskunnalle edullisinta tehdä hoitotyö siten, että ihminen säilyttää omatoimisuutensa ja itsemääräämisoikeutensa mahdollisimman kauan. Onnistuneeseen kuntouttavaan hoitotyöhön tarvitaan riittävät henkilöstöresurssit. (Mäkisalo-Ropponen [viitattu 26.8.2009].)

Kuntouttavan hoitotyön hyvät periaatteet saadaan dementiayksikössä toteutettua parhaiten omahoitajamallin mukaisesti. Omahoitajamallissa eli yksilövastuisessa hoitotyössä potilaalle nimetään yksi hoitaja koko hoitajakson ajaksi. Yksilövastuisen hoitotyön peruspiirteitä ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Omahoitaja on vastuussa potilaan hoidosta ja hänen perheestään ympäri vuorokauden. Hänellä on myös oikeus tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ja toimia niiden mukaan. Koordinoimalla hoitotyötä hän varmistaa sen johdonmukaisuuden ja harmonian, koska tällöin kaikilla hoitoon osallistuvilla on yhteinen näkemys potilaan hoidosta. Kattavuudesta voidaan käyttää nimitystä potilaan kokonaihoito. (Hegyvary 1987, 17–18.)

Laadukas hoitotyö on aina asiakaslähtöistä eli se lähtee asiakkaan tarpeista ja toiveista. Asiakaslähtöisyyttä ovat tutkineet viime vuosina mm. Sorsa ja Niemi. Sorsan (2002, 55) tutkimuksessa asiakaslähtöisen yhteistyön periaatteiksi muodostuivat: yhdenvertaisuus, arvostus, välittäminen, luottamus, itsemäärääminen, kokonaisvaltaisuus, verkostokeskeisyys, myönteisyys ja yksilöllisyys. Alkuna yhteistyölle ovat asiakkaan toiveet ja tarpeet sekä se, että yhteistyö syntyy asiakkaan omasta tahdosta. Kohtaamisessa korostuvat kiireettömyys, läsnäolo, vierellä oleminen, yhdessä tekeminen, kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen sekä kaikkien aistien käyttö. Niemen (2006, 59, 62) tutkimuksessa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiksi muodostuivat yksilöllisyys, valinnanvapaus, perhekeskeisyys, vuorovaikutus ja osallistuminen. Hän totesi, että erityisesti dementiaa sairastavien kohdalla yksilöllisyyden toteutumisessa omahoitajamalli toimii hyvin.

Asiakaslähtöisyyden tukena on yhdessä asiakkaan kanssa laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tekemiseen velvoittaa myös laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000). Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan neuvotellen yhdessä asiakkaan ja mahdollisesti hänen läheisensä kanssa. Organisaatiota edustaa omahoitaja, joka toimii tilanteessa asiantuntijuutensa ja osaamisensa turvin. Ensimmäinen vaihe suunnitelman laadinnassa on asiakkaaksi tulo eli tutustumisvaihe, jolloin tutustutaan asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa sekä selvitetään ehkäisevän työn mahdollisuuksia. Tässä vaiheessa kartoitetaan asiakkaan asuin- ja elinympäristö, itsenäistä selviämistä tukevia keinoja ja menetelmiä sekä tutustutaan asiakkaan elämänvaiheisiin ja -kokemuksiin. Tämän tutustumisen perusteella todetaan ja päätetään yhdessä suunnitelman laatimisen tarpeesta ja näin siirrytään seuraavaan vaiheeseen. (Päivärinta & Haverinen 2002, 35–37.)

Neuvotteluvaiheessa työntekijä kokoaa asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset taustatietolomakkeen avulla. Myös asiakkaan taloudellista tilannetta selvitetään. Sopimisen vaiheessa asiakkaan hoidon ja palvelujen tarpeet sekä kuntoutus ja ohjaus laitetaan tärkeysjärjestykseen ja mietitään, kuinka niihin voidaan vastata. Asiat kirjataan suunnitelmaan voimavaralähtöisesti. Suunnitelman onnistumiselle on erittäin tärkeää, minkälaisen ilmapiirin työntekijä onnistuu neuvotteluun luomaan. Asiakas on koko neuvottelun ajan ensisijainen osallistuja, myös hänen läheisensä läsnä ollessa. Kaikkien läsnäolijoiden tulee olla selvillä siitä, miksi ja mitä tietoja kootaan. (Päivärinta & Haverinen 2002, 40–43.)

Toimintavaiheessa toteutetaan yhdessä laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Toteutumisen kirjaamisessa keskitytään voimavaralähtöisyyteen eli kiinnitetään huomio ihmisen selviytymiseen ja osaamiseen ongelmien sijasta. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti. Asiakkuuden päättyessä arvioidaan työn vaikutuksia ja saavutettuja tuloksia. Palvelun tuottajan vaihtuessa toteutetaan ns. ”saattaen vaihtaminen”, jolloin aikaisempi työntekijä perehdyttää uuden työntekijän asiakkaan tilanteeseen ja tutustuttaa heidät toisiinsa. Kumppanuuden päättyessä kuolemaan myös omaiset otetaan

arviointitilanteeseen mukaan. Hoito- ja palvelusuunnitelma on osa asiakastietoja ja sitä koskevat yleiset arkistointilait. (Päivärinta & Haverinen 2002, 44–47.)

3.2 Henkilökunnalta vaadittava osaaminen

Työn osaaminen on paljon muutakin kuin teoria- ja kokemusperäinen tieto työn kohteesta ja välineistä. Siihen kuuluu myös sosiaalisten tilanteiden, suhteiden ja kommunikaation hallinta sekä työn ja sen ongelmien muuttamisen hallinta. Tällöin myös osaamisvaatimukset (KUVIO 1) ovat lähes rajattomat. (Högström 2006.)

Dementiatyössä henkilökunnalta vaaditaan hyvää tietotaitoa dementiasta sekä dementoituvan hoitotyöstä. Lisäksi henkilökunnalta vaaditaan luovuutta, hyvää yhteistyökykyä ja moniammatillisuutta. Dementiayksikön henkilökuntaan tulisikin kuulua sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattikoulutuksen saaneita ihmisiä. Henkilökunnalle tulee varata mahdollisuus jatkuvaan kouluttautumiseen, koska koulutus auttaa heitä ymmärtämään paremmin dementoitunutta, jaksamaan työssään paremmin sekä pitää heidän tietonsa ja taitonsa ajan tasalla. . (Dementoituneen hoito dementiayksikössä [viitattu 23.8.2009].)

Seuraavissa luvuissa esitellään henkilökunnalta vaadittavaa osaamista ja eläytymiskykyä sekä erilaisten ryhmien järjestämis- ja ohjaamistaitoja.

3.2.1 Dementoituvan aito, tasavertainen kohtaaminen

Kaiken hoito- ja ihmissuhdetyön keskeinen tekijä on vuorovaikutustapahtuma. Siinä kommunikoidaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen kielellä. Viestintä tapahtuu paitsi puhutun kielen myös ei-kielellisten viestien (kehonkielen) avulla. Vuorovaikutuksessa ihmiset lähettävät toisilleen ajatuksiaan, uskomuksiaan, arvojaan, tunteitaan ja kokemuksiaan. Hyvän vuorovaikutussuhteen elementtejä ovat: empaattinen ymmärtäminen, positiivinen arvostus, aitous, avoimuus,

luottamus, turvallisuus, joustavuus, sitoutuneisuus sekä aito välittäminen. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 6-7.)

Abstraktin ja vertauskuvallisen ajattelun sekä muistin heiketessä dementoituvan ajatteluprosessit köyhtyvät, mistä johtuen hänen mielen mallinsa häiriintyvät ja selviytymiskeinojen löytyminen vaikeutuu ja aiheuttaa stressiä. Hoitotyössä on tärkeää löytää sairastuneen vahvuudet ja heikkoudet. Vahvuuksia hyväksikäyttäen selvittää erilaisista haasteista ja heikkoudesta tuntien osataan olla vaatimatta asioita, joihin sairastunut ei enää kykene. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 10.)

Toimivan vuorovaikutuksen perusta on luottamus ja empatia. Luottavainen asenne perustuu yleensä aikaisempiin kokemuksiin elämässä eli elämänhistorian pohjalta tuleviin tunnesiirtoihin. Dementiapotilaan kohdalla luottamussuhteen syntymisessä hoitajan käyttäytymisellä on suuri merkitys. Soveltamalla kohtaamistilanteessa seuraavan listan ohjeita hoitaja voi tukea dementoituvan turvallisuuden kokemuksia:

- Ole kiireetön ja rauhallinen, kyseiseen ihmiseen ja hetkeen keskittyvä.
- Ole ”hyvää tarkoittava ihminen”.
- Viestitä välittämisestä.
- Viestitä huolenpidosta.
- Ole vakuuttava.
- Pyri olemaan rooliton ja aito ihminen.
- Anna tilaa (esimerkiksi anna vaihtoehtoja, kysy mielipiteitä, älä pakota).
- Kunnioita fyysistä reviiriä.
- Toimi lupauksesi mukaan, ole rehellinen siinä mitä sanot.
- Joissakin tilanteissa voi olla tarpeellista olla ”lempeän luja”. Älä kuitenkaan viestitä pakottamista, vaan turvallista tilanteen hallintaa.

(Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 22–23, 25.)

Dementoituvalle puhuttaessa tulee hakea katsekontakti samalta viestintäkorkeudelta ja käyttää hänen etunimeään. Hahmottamisen parantamiseksi ja huulilta lukemisen helpottamiseksi huulipunaa käyttäminen on suositeltavaa. Kuuleminen kannattaa varmistaa, mutta varoa korottamasta ääntä tarpeettomasti.

Äänensävyyn kannattaa kiinnittää huomiota, sillä korkea ääni viestittää hermostuneisuutta. Dementoituvalle puhutaan hitaasti ja näin hänelle annetaan aikaa ajatella ja ymmärtää. Puheessa käytetään lyhyitä sanoja ja yksinkertaisia lauseita, mutta muistetaan puheen ilmeikkyys, sillä erilaiset runot ja riimit voivat olla hyvin dementoituvan muistissa. Häneltä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan ja samalla tavalla vain pari kertaa. Monimutkaisia valintakysymyksiä ei kannata käyttää. Kommunikaation onnistumiseksi oikea valaistus on tärkeä ja kannattaa varmistaa, ettei kasvoille tule varjoja. Keskusteluhetken miellyttävä tunnelma auttaa dementoituvaa rentoutumaan ja silloin hänen kommunikaationsa sujuu paremmin. Laulaminen ja hyräily viestittävät hyvää tahtoa. Dementoituvalle joutuu vastaamaan toistuvasti samoihin kysymyksiin ja kannattaa muistaa myös non-verbaalinen viestintä. (Vallejo Medina 2008.)

3.2.2 Dementoituvan tasapainoisen ravitsemuksen varmistaminen

Hyvä ravitsemustila on ehdoton edellytys dementoituvan ikäihmisen toimintakyvylle ja toimintakyvyn säilymisellä on oleellinen vaikutus hänen elämänlaatuunsa. Hyvä ravitsemustila ehkäisee tai siirtää monien sairauksien puhkeamista ja nopeuttaa niistä toipumista. (Ikääntyminen ja ravitsemus 2008.) Dementoituvan ravitsemuksen tavoitteina onkin hyvä ravitsemustila, riittävät ravintoainevarastot, toimintakyvyn ylläpitäminen ja säilyttäminen sekä hyvä elämänlaatu. Riittäviä ravintoainevarastoja tarvitaan sairastumis- ja stressitilanteiden varalta. (Suominen 2002, 12.)

Yleensä ikääntyessä energian tarve pienenee, koska perusaineenvaihdunnan taso laskee ja liikunta usein vähenee. Yksilölliset erot ovat kuitenkin huomattavat. Ruuan laatuun on syytä kiinnittää huomiota, koska vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve ei pienene. Ikääntynyt tarvitseekin runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita sekä kohtuullisesti proteiinia. Elimistön vanhenemismuutokset saattavat huonontaa ruuan hyväksikäyttöä ja lisätä ravintoaineiden hukkaa elimistöstä. (Suominen 2002, 12.)

Proteiinin hyväksikäyttö ravinnosta heikkenee iän myötä ja koska proteiinin tarve ei vähene vaikka lihasmassa pienenee, tulee ravinnon proteiinipitoisuus olla 15 - 20 % kokonaisenergiasta. Lyhytaikainenkin liian vähäinen proteiinin saanti heikentää immuunipuolustusta ja vähentää solu- ja lihasmassaa esimerkiksi sairastumisen yhteydessä. Proteiinisuositus ikäihmisillä on 1 - 1,2 g/kg/vrk ja sairaille kaksinkertainen. Jos syödään niin vähän, että energiaa saada vähemmän kuin kulutetaan, elimistö käyttää proteiinia energian tarpeen tyydyttämiseen eikä sitä riitä kudoksille (Pitkälä ym. 2005, 5268). (Suominen & Kivistö 2005, 10.)

Ravitsemustilan arviointiin on kehitetty erilaisia kysymyssarjoja, joilla voidaan arvioida ikääntyneiden henkilöiden virheravitsemusriskiä. Yksi tällainen kysely on MNA (= Mini Nutritional Assessment)-testi. Testin avulla voidaan löytää ne yli 65 - vuotiaat, joilla on kohonnut riski virhe- tai aliravitsemukselle ja sen vahingollisille seurauksille. (Suominen 2002, 54.) Näin heidän ravitsemukseensa voidaan kiinnittää erityishuomiota ja täydentää tarvittaessa ruokavaliota täydennysravintovalmisteilla. MNA- testin tulosten perusteella ei voi tehdä johtopäätöksiä ruokavaliosta ja ravinnonsaannista. (Suominen & Kivistö 2005, 29.)

Ikäihmisillä ravitsemuksen tärkeimpiä riskitekijöitä ovat ruokahalun heikkeneminen tai katoaminen (anoreksia), hidas laihtuminen sekä proteiini- ja energiaaliravitsemus, johon liittyy lihaskato eli sarkopenia. Lihaskadon edetessä kehonhallinta heikkenee, mikä altistaa kaatumisille ja murtumille. Aliravitsemuksen takia tulehdusvaste huononee ja infektiot lisääntyvät. Toisen avun varassa olevat vanhukset ovat erittäin suuressa aliravitsemusriskissä. (Pitkälä ym. 2005, 5265.)

Aliravitsemuksesta kärsivän dementoituvan hoidossa on tärkeää painon seuranta ja MNA- testin säännöllinen tekeminen. Säännöllisellä punnitsemisella on tärkeämpää selvittää painon muutokset kuin normaalipaino. Sairauksien ja lääkkeiden vaikutukset ravitsemustilaan tulee selvittää ja hoitaa kuntoon. Energian ja ravintoaineiden saanti turvataan mm. energiatiheällä ruokavaliolla, täydennysravintovalmisteilla ja ravintolisillä. Ruokahalua herätellään positiivisilla mielikuvilla, kauniilla kattauksella, tuoksuilla ja järjestämällä sosiaalinen ruokailutilanne. Energian saantia lisätään runsaalla aamupalalla, järjestetään useita pieniä aterioita pitkällä ajanjaksolla (iltapalan myöhentäminen) sekä lisätään

rasvaa ruokaan (öljyn käyttö, rasvaiset maitotuotteet, ei sokerittomia eikä kevyttuotteita). (Pitkälä ym. 2005, 5268.)

Lautasmalli auttaa koostamaan tasapainoisen aterian. Puolet lautasesta täytetään kasviksilla. Raakaraasteet kannattaa raastaa riittävän hienoksi ja osa kasviksista voi olla kypsennettyjä. Neljäsosa lautasesta täytetään perunalla, riisillä tai pastalla. Vajaa neljännes jää liha- tai kalaruoan osuudeksi. Ruokajuomaksi sopii maito, piimä tai vesi. Ateriamalliin kuuluu myös yksi tai kaksi palaa leipää ja marja- tai hedelmäjätkiruoka. Osan ateristiasta voi syödä myös välipalana. (Suominen 2002,19.)

Lautasmallin mukainen ateria sisältää runsaasti kuitua. Ikääntyvien ruokavaliassa kannattaa suosia viljan kuituja, koska ne lisäävät tehokkaammin suolen sisältöä kuin kasvien kuidut. (Suominen & Kivistö 2005, 26.) Kuitu edistää suolen toimintaa ja ehkäisee ummetusta. Se myös hidastaa sokerin imeytymistä ja vähentää verensokerin nousua. Kuidut sitovat sappihappoja ja edistävät näin rasva-aineenvaihduntaa ja kiihdyttävät kolesterolin poistumista elimistöstä. Riittävästä nesteen saannista tulee huolehtia. Päivittäin tulisi nauttia vähintään 1,5 litraa nestettä. Neste voi olla vettä, mehua, maitovalmisteita, kotikaljaa, kahvia tai teetä. (Suominen 2002, 20.)

3.2.3 Dementoituvan suun ja hampaiden terveydestä huolehtiminen

Dementoituvan suun ja hampaiden hoito on tärkeää, koska suun tulehdukset levittävät bakteereita koko kehoon ja ihmiselle, jonka yleistila on heikko, se voi olla kohtalokasta. Erityisesti kiinnityskudosten tulehdus voi lisätä sydän- ja aivoinfarktin riskiä. Tulehtuneesta suusta voi päästä verenkiertoon bakteereita, jotka voivat aiheuttaa vakavan sydäntulehduksen henkilölle, jolla on sydämen läppävika tai keinoläppä, tai komplikaatioita tekoniveltien alueelle. Vuodepotilaille suusta keuhkoihin päässeet bakteerit voivat aiheuttaa keuhkokuumeen. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 22.)

Monien yleissairauksien hoito vaikeutuu, jos suussa on tulehduksia. Tällaisia sairauksia ovat mm. sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, astma, keuhkohtaumatauti, reuma, Parkinsonin tauti, MS- tauti ja krooniset tulehdukselliset suolistosairaudet. Suun ja hampaiden täytyy olla hoidettuna ennen syöpähoitoja, elinsiirtoja ja tekonivelleikkauksia ja niistä täytyy huolehtia hyvin myös hoitojen jälkeen. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 23.)

Hampaattomuus ei vähennä suutulehdusten riskiä varsinkaan, jos ihmisellä on hammasproteesit. Proteesin pinta on hyvä kasvualusta bakteerille. Mikrobit pääsevät helposti tulehduksen heikentämän limakalvon läpi ja ovat riski yleisterveydelle samoin kuin hampaiden tulehduksetkin. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 23.)

Terveys 2000-tutkimuksen mukaan suomalaisista eläkeläisistä 44 % on hampaattomia. Hampaattomuus on vähentynyt 80-luvun alusta 30 %:lla. Hampaallisilta eläkeläisiltä puuttuivat usein kaikki yläleuan hampaat tai väli- ja poskihampaat alaleuasta. Tutkimuksen mukaan kiinnityskudostulehdukset ovat merkittävä hammashoidollinen kansanterveysongelma suomalaisessa aikuisväestössä. Verrattaessa ilmoitettujen harjauskertojen lukumäärää ja todettua ienterveyttä voitiin todeta, ettei harjauksella oltu päästy tavoiteltuun tulokseen. (Suomalaisten aikuisten suun terveys 2004, 67, 69, 71, 96–97.)

Suun ja hampaiden tila ohjaa ravinnon käyttöä. Hyvillä hampailla voi nauttia monipuolisesta ja terveellisestä ruuasta. Huono suun terveys muuttaa ruokavaliota helposti suuntaan, joka vain pahentaa suun vaivoja. Suun terveydestä huolehdittaessa ovat tärkeitä monipuolinen ravinto, liian sokerin välttäminen, säännölliset ruokailut ja turhien välipalojen sekä makeiden juomien välttäminen. Hampaat kestävät hyvin 5–6 ruokailukertaa päivässä, jolloin ruokailujen välillä sylki ennättää korjata happohyökkäysten aiheuttaman mineraalikadon eli alkavat reiät hampaiden pinnoilta. Tiheä syöminen lisää myös hiivasiienen esiintymistä suussa ja näin suutulehdusten vaara kasvaa. (Lahtinen 2000.)

Minimivaatimus jokaisen vanhuksen suun ja hampaiden hoidossa on se, että kivut ja tulehdukset hoidetaan ja päivittäinen suuhygienia saadaan toimimaan (Lahtinen

2000). Hammashoidossa on tärkeintä säännöllisyys ja yksilöllinen, tarpeenmukainen hoito. Hoitoväli määräytyy suun terveydentilan ja yleisterveyden mukaan. Sairaudet ja lääkitykset lisäävät helposti hoidontarvetta. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 27.)

Hampaat tulee puhdistaa ienrajoja myöten vähintään kerran päivässä, mielellään aamuin illoin. Ikääntyneen ihmisen hampaisto ei ole tasainen ja terve ja siksi sen puhdistaminen on vaikeampaa kuin nuoren ihmisen hampaiston. Ikenien vetäytyminen ja hammasvälien suureneminen aiheuttavat ongelmakohtia, joiden puhdistamista täytyy omatoimiselle vanhukselle hienovaraisesti neuvoa. Suositeltavia puhdistusvälineitä ovat henkilökohtainen sähköhammasharja tai tavallinen hammasharja, fluoria sisältävä hammastahna sekä hammastikut, hammasväliharja ja/ tai hammaslanka. Huonokuntoisen potilaan suun puhdistamiseen tarvitaan sideharsotuppoja. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 34–37.)

Jos ikääntyvä ei itse pysty tai osaa puhdistaa hampaitaan, häntä autetaan niin kuin muussakin peseytymisessä. Koska illat ovat usein hoitolaitoksissa kiireisiä, voidaan perusteellinen hampaiden puhdistus tehdä päivällä ja illalla tehdään vain kevyt harjaus tai huuhtelu. Dementoituva ei välttämättä hyväksy sähköhammasharjaa tai avaa suutaan. Posken silittäminen auttaa avaamaan suun ja takahampaiden väliin voi laittaa esimerkiksi pehmeän hammasharjan varren, jotta pääsee harjaamaan myös hampaiden kielenpuoleiset pinnat. Jos puhdistus ei jollakin kerralla onnistu, ei kannata yrittää väkisin vaan kokeilla myöhemmin uudelleen. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 38–40.)

3.2.4 Dementoituvan käytösoireiden asiallinen ymmärtäminen

Käytösoireiden selittäviä tekijöitä ovat itse dementoiva sairaus, sen vaikeusaste ja siitä aiheutuvat kongnitiiviset muutokset. Käytösoireista osa johtuu virhetulkinnoista, joita aiheuttavat kongnitiiviset häiriöt. Yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt taas synnyttävät mm. aggressioita ja depressiota. Yleensä tutussa ja turvallisessa ympäristössä käytösoireita on vähiten. Ympäristön

tunnelma ja kanssaihminen asenne vaikuttavat myös oireiden ilmaantumiseen. Käyttöoireita laukaisevina tekijöinä toimivat hoitajan epäarvostava, dementoitunutta ymmärtämätön ja pakottava asenne sekä ympäristötekijät, kuten liiallinen ärsykkeiden määrä, melu ja alati vaihtuvat ihmiset. Myös vuorokauden ajalla, dementoituneen persoonallisuudella, elämänhistorialla ja muilla sairauksilla on vaikutusta oireiden ilmaantumiseen. (Sulkava ym. 2006, 14.)

Dementoituviiin sairauksiin liittyvistä käyttöoireista psykologisia oireita ovat masennus, ahdistuneisuus, unihäiriöt, aistiharhat, harhaluulot ja virhetulkinnat. Käyttäytymisen oireita ovat fyysinen aggressiivisuus, levottomuus, kuljeskelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko-oireet, toisto-oireet ja tavaroiden keräily sekä katastrofireaktiot ja sundowning-oire. (Sulkava ym. 2006, 15.)

Koska käyttöoireiden hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia, se asettaa suuria vaatimuksia hoitohenkilökunnalle. Heidän kommunikointitaitojaan tulee kehittää, koska oikealla suhtautumisella käyttöoireen laukeaminen voidaan useimmiten estää. Käyttöoireita voidaan hoitaa mm. aktivoivalla viriketoiminnalla, realiteettiterapialla, muistelu- ja musiikkiterapialla. Ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden hoidossa voi käyttää yksilö- tai ryhmäterapiaa. (Sulkava ym. 2006, 18.) Henkilökunnalle tulee antaa jatkuva mahdollisuus osallistua näiden menetelmien koulutukseen ja käytännön harjoitteluun.

3.2.5 Tietotaito dementoituvan lääkehoidon erityispiirteistä

Lääkehoito on yksi osa dementoituneen hyvää hoitoa, mutta se ei koskaan saa olla ainoa hoito. Dementiapotilaat ovat herkkiä saamaan lääkkeitä haittavaikutuksia, varsinkin keskushermostoon vaikuttavista lääkkeitä. Tähän vaikuttavat heidän orgaaninen aivosairautensa ja korkea ikä. Ikääntyneillä lääkkeiden metaboliassa tapahtuu ikääntymisen aiheuttamia muutoksia, josta seuraa lääkkeiden kumuloitumisvaara. Myös lääkevaste ja lääkkeiden sietokyky muuttuvat ikääntyessä. (Viramo, Huusko, Joiniemi & Sulkava 2004, 6–7.)

Dementiapotilaan muiden sairauksien lääkehoidossa on hyvä noudattaa seuraavia periaatteita. Selvitetään potilaan koko lääkitys ja sen asianmukaisuus. Aloitetaan lääkitys pienillä annoksilla ja nostetaan annosta vastetta seuraten. Dementikolla hoitoannos on usein selvästi pienempi ja annostus harvempi kuin nuorella aikuisella. Vältetään monilääkitystä sekä väsyttäviä ja kolinenergisiä lääkkeitä. Tarkistetaan oireenmukaisten lääkkeiden tarpeellisuus säännöllisin väliajoin, pidetään mielessä lääkkeiden yhteisvaikutus ja vaihdetaan haitalliset lääkkeet vähemmän haitallisiin. Huolehditaan, että potilas ottaa lääkkeensä niin kuin ne on määrätty ja minimoidaan lääkemyrkytysten vaara. Vältetään verenpainetta alentavia lääkkeitä, jos potilaalla on matala verenpaine tai hän kärsii ortostaattisesta verenpaineesta. Harkitaan, onko jonkin sairauden hoitosuosituksen täydellisestä noudattamisesta potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. (Viramo ym. 2004, 8.)

Varsinaisia dementialääkkeitä on vain Alzheimerin tautiin. Samoja lääkkeitä voidaan käyttää myös ns. sekamuotoisissa dementioissa, joissa potilaan oireistossa on piirteitä paitsi Alzheimerin taudista myös Lewyn kappale-taudista tai vaskulaarisesta dementiasta. Alzheimer-lääkkeet ovat joko kolinenergisia tai gluminenergisia. Lääkevalinta ja annostelu ovat hyvin yksilöllisiä, mutta muu sairastaminen ei vaikuta juurikaan lääkevalintaan, vain vaikea munuaisten tai maksan vajaatoiminta täytyy ottaa huomioon. Muiden sairauksien lääkkeillä voi olla yhteisvaikutuksia Alzheimer-lääkkeiden kanssa. Alzheimer-lääkkeet hidastavat kognitiivisten oireiden etenemistä ja parantavat potilaan yleistilaa. Hoitovaste lääkkeille saadaan yleensä hitaasti. Aluksi saattaa esiintyä haittavaikutuksia, jotka häviävät kahdessa viikossa. Elleivät oireet häviä, kannattaa vaihtaa toiseen lääkeaineeseen. 10 – 15 % Alzheimer-potilaista ei hyödy lääkityksestä. (Viramo ym. 2004, 9–19.)

3.2.6 Kuntouttava työote dementoituvan toimintakyvyn ylläpitäjänä

Dementiatyössä kuntouttavan hoitotyön periaatteita ovat dementoituvan henkilön yksilöllisyyden tunnustaminen ja kunnioittaminen, itsenäisyyden tukeminen, hänen

jäljellä olevien heikentyneiden ja menetettyjen toimintakyvyn alueidensa tunnistaminen ja huomioon ottaminen sekä säilyneiden toimintakyvyn alueiden ja voimavarojen tukeminen ja ylläpitäminen. Hoitotyön tulee olla tavoitteellista, suunnitelmallista ja systemaattista. (Lundgren 1998, 13.)

Virikkeellinen ympäristö, lämpimät ihmissuhteet ja mielekäs toiminta parantavat dementoituvan ihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä (Semi & Eloniemi- Sulkava 1999, 5). Viriketoiminnalla ja liikunnalla ehkäistään toimeettomuutta ja siitä aiheutuvaa apaattisuutta, passivoitumista ja ennen aikaista voimavarojen alaspäinmenoa. Toteutusmuotoja voivat olla keskustelupohjainen toiminta, hengellinen toiminta, harrastustoiminta ja luova toiminta, aivovoimistelu, virkistystoiminta, käden taidot, kotityöt, liikunnallinen toiminta ja kaikki muut, mistä asukas nauttii. (Airila 2000, 5.)

Dementoituvien liikunnalla ja liikunnanohjauksella yritetään ennaltaehkäistä, korjata tai korvata tiettyjä toiminnanvajauksia. Liikunnalla pyritään parantamaan lihasvoimaa ja -kestävyyttä. Lihasvoimaharjoitteet hyödyttävät dementoituvaa kehon tuntemisen ja yksinkertaisten motoristen toimintojen ylläpitämisessä. Suurten lihasryhmien harjoittaminen auttaa tasapainon säilyttämisessä. Reipas kävely ylläpitää hapenottoa, kotivoimisteluohjelmilla edesautetaan nivelten liikkuvuutta ja rintalihasten sekä hartiaseudun lihasten liikkuvuusharjoitteet ovat tärkeitä kehon yläosan ryhdin ja hengityselimistöön toimintakapasiteetin vuoksi. (Ruuskanen 2002, 10–12.)

Kävely on kestävyyttä ylläpitävänä liikuntamuotona tuttu ja turvallinen. Sitä voidaan harjoittaa niin sisällä kuin ulkona. Dementoituvan lenkkeily ulkona ylläpitää hänen tietoisuuttaan ympäristöstä, luonnosta, vuoden aikojen vaihtelusta, liikenteestä ja muista ihmisistä. Hän saa myös myönteisiä kokemuksia kuulumisesta laajempaan yhteisöön. Kestävyyslajeista hiihto ja uiminen käyvät dementoituville, joiden sairaus ei ole vielä edennyt kovin pitkälle ja joiden fyysinen toimintakyky on riittävä. (Ruuskanen 2002, 27–28.)

Päivittäisten toimintojen yhteydessä tehtävät liikkeet ovat tärkeitä dementoituvien toimintakyvyn ylläpitämisessä, mutta ne eivät yksin riitä. Lisäksi täytyy huomioida

lihasvoiman, nivelten liikkuvuuden, tasapainon ja koordinaation sekä reaktio- ja liikenopeuden harjaannuttaminen. (Ruuskanen 2002, 29.)

Ryhmässä tapahtuvat kotivoimistelutuokioiden kannattaa aloittaa tutulla laululla tai ”rituaalilla” ja riittävän pitkään ”lämmittelyvaiheeseen” kannattaa kiinnittää huomiota samoin kuin rentouttaviin harjoitteisiin liikuntatuokion jäähdyttelyosassa. Näin syntynyt levollinen ja rauhallinen olo voi säilyä jopa koko loppupäivän. Voimaharjoittelu tulisi olla lähinnä kestovoimatyypistä, jolloin eri lihasryhmiä kuormitetaan pienellä vastuksella mutta suhteellisen ”suurilla” toistomäärillä. Tanssi- ja musiikkiliikunta kehittävät koordinaatiota ja tasapainoa sekä ylläpitävät reaktio- ja liikenopeuteen liittyviä tekijöitä. Tanssi voi olla erilaisia variaatioita perinteisistä vakiotansseista ja tanhuista. Niitä voidaan toteuttaa istumatansseina, piirileikkeinä seisten tai istuen tai sovellutuksina vain käsillä tai jaloilla tehtävin liikkein. Ei ole olemassa väärää tanssia tai liikettä, tärkeintä on yrittäminen ja liikunnasta saatava hyvä mieli. (Ruuskanen 2002, 29–31.)

Helpon pallopelit, joiden sääntöjä pystyy soveltamaan dementoituvalla sopiviksi, edistävät kontaktin saantia syvästikin dementoituneeseen henkilöön. Pallot antavat aggressiivisille tunteille purkautumismahdollisuuksia. Pallopelit auttavat hahmottamaan tilaa, suuntaa ja voiman säätelyä sekä harjaannuttavat reaktio- ja liikenopeutta sekä koordinaatiokykyä. Pallottelupelit soveltuvat myös pyörätuolista pelaamiseen. Tarkkuusheitot ovat hyviä ylläpitämään silmä–käsi- koordinaatiota. (Ruuskanen 2002, 31–32.)

Eri taidemuotojen käyttö viriketoiminnassa saa dementoituvassa aikaan positiivisia tunnekokemuksia, jotka auttavat ehkäisemään ja hoitamaan käytösoireita. Sairaudesta johtuen dementoituvan tunteiden ilmaisu ei onnistu enää totutulla tavalla, mutta eri taidemuotoja käyttävien luovuusryhmien avulla he saavat keinon käsitellä omia kokemuksiaan ja tunteitaan sekä ilmaista itseään. Taiteiden harrastaminen piristää, virkistää mieltä, antaa elämänlaatua parantavia mielihyvän kokemuksia sekä pitää elämässä kiinni. (Semi & Eloniemi-Sulkava 1999, 5.)

Yksi eri taiteen ja toiminnan keinoja hyödyntävä menetelmä on TTAP- menetelmä. Se on strukturoitu, tavoitteellinen ja teemallinen ryhmätoiminnan muoto, jonka

vahvuutena on yksilökeskeisyys. Se tukee hyvin osallistujan identiteettiä ja antaa jokaiselle mahdollisuuden olla oma itsensä. Dementoutuvat voivat ilmaista itseään puheen, kuvan tai liikkeen avulla. Toimintaa suuntaa yhtenäinen teema, ja ohjauskokonaisuus etenee yhdeksässä vaiheessa. (Laakko 2006, 15–17.)

Muistelua pidetään muistissa säilyneen menneisyyden haltuun ottamisena ja muistelijan oman identiteetin lujittamisena. Muistelussa tuotetaan koetun todellisuuden tulkintoja, joilla kertoja hakee valinnoilleen psykologista, sosiaalista ja moraalista oikeutusta. (Korkiakangas 2002, 173–174.) Muistelu rakentaa siltoja kertojan menneisyyden ja tulevaisuuden välille, rohkaisee sosiaalisuuteen ja auttaa solmimaan uusia ihmissuhteita. Se myös lähentää hoitohenkilökuntaa ja ikääntyvää sekä siirtää kulttuurillista pääomaa sukupolvelta toiselle ja näin mahdollistaa ikääntyvälle antavan osan ihmissuhteessa. Muistelu myös lisää ymmärrystä ja auttaa arvioimaan tämän hetken toimintoja. Monet myös nauttivat muistelusta. (Gibson 2006, 22–26; Korkiakangas 2002, 176–177.)

3.3 Läheiset dementoituvan rinnalla

Dementoituvan siirtyminen laitoshoitoon voi olla häntä hoitaneelle läheiselle helpottava ja vapauttava kokemus, sillä ympärivuorokautinen hoitaminen on raskasta ja vaatii sitoutumista. Samalla se voi tuntua sairastuneen hylkäämiseltä ja aiheuttaa stressiä sekä pelkoa siitä, miten sairastunut pärjää vieraassa ympäristössä vieraiden ihmisten kanssa. Kun sairastuneen läheiset otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, heidän pelkonsa helpottuu ja heistä saadaan kallisarvoisia yhteistyökumppaneita. Läheiset voidaan ottaa mukaan dementoituvan hoitoon monilla tavoin, kunhan heitä rohkaistaan ja opetetaan siihen, ettei hoitaminen ole asioiden tekemistä dementoituvan puolesta. (KUVIO 1) (Routasalo 2004, 90–91.)

Dementoituvaa kotona hoitanut läheinen on hyvä tietolähde kartoitettaessa sairastuneen toimintakykyä ja hänen jäljellä olevia voimavarojaan. Hän voi myös kertoa, kuinka he ovat korvanneet toimintakykyyn tulleita puutteita. Näin

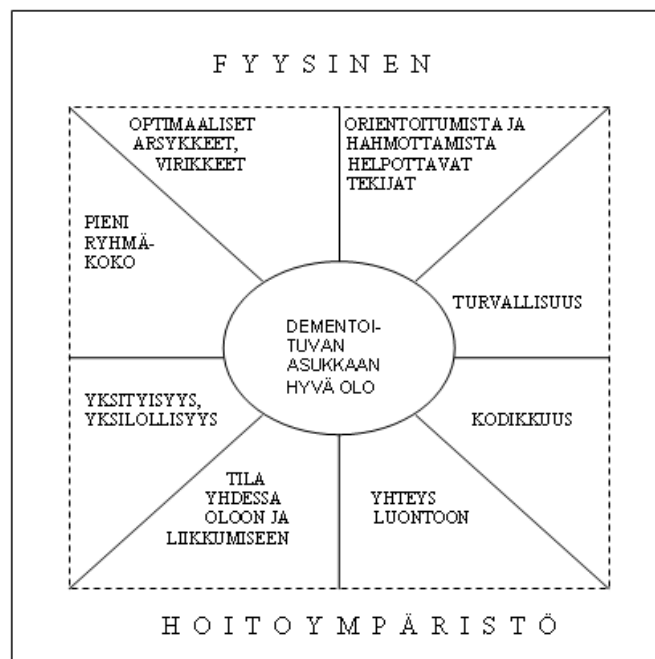
dementoituvasta ja hänen läheisestään tehdään moniammatillisen yhteistyöryhmän osallistujia. (Routasalo 2004, 91.)

Läheiset ovat dementoituvan yhdyside ympäröivään maailmaan. He pitävät sairastuneen kiinni tässä ajassa kertomalla perheen, sukulaisten ja ystävien tapahtumista. Läheisen läsnäolo rauhoittaa ja luo turvallisuutta. Yhteiset muistot tuottavat dementoituneelle iloa ja hyvää mieltä. (Routasalo 2004, 91.)

Dementoituvan läheiset tarvitsevat tietoa ja tukea sekä tunteen siitä, että heitä kuunnellaan ja ymmärretään. Käyttösoireet voivat pelottaa ja ahdistaa läheisiä siinä määrin, että he lopettavat vierailut dementoituvan luona. Tieto käyttösoireiden syistä auttaa heitä jaksamaan. (Sulkava ym. 2006, 52.)

3.4 Fyysisen hoitoympäristön osatekijät

Ahoranta ja Virolainen (2001) ovat laatineet vuosina 1991- 2000 julkaistujen kirjoitusten perusteella seuraavan kuvion dementoituvan asiakkaan fyysisen hoitoympäristön osatekijöistä (KUVIO 1).



KUVIO 2. Dementoituvan asiakkaan fyysisen hoitoympäristön osatekijät. (Ahoranta & Virolainen 2001)

Heidän omassa hoitohenkilökunnalle tehdyssä haastattelututkimuksessaan tulivat esille samat asiat. Hoitoympäristön tulisi ylläpitää kotiympäristön tunnelmaa tarjoamalla omaa tilaa ja yksilöllisyyttä. Yksikön pieni koko ja tuttuus tukevat tätä tunnelmaa. Ihanteelliseksi asukasmääräksi hoitajat määrittivät alle 10 asukasta. Sauna, hillityt värit, viherkasvit, entisajan esineet, kaunis ympäristö ja mahdollisuus jatkaa arkipäivän elämää omien tuttujen tapojen mukaan luovat kodikkuutta. Kotiin kuuluu myös yhdessäolo ja siksi yhteinen, tilava oleskelutila on tärkeä. (KUVIO 2) (Ahoranta & Virolainen 2001, 27–28; Kotilainen, Virkola, Elonheimo-Sulkava & Topo 2003, 19.)

Dementiayksikön rauhallinen, kaikille aisteille helposti hahmotettava ja selkeä yleisilme auttaa dementoituvaa asukasta hahmottamaan hoitoyksikkönsä paremmin. Yksikön pohjapiirustuksen tulisi olla selkeä ja yksinkertainen, tilojen lähellä toisiaan ja näköyhteydessä toisiinsa. Pitkät käytävät ja monet ovet saavat asukkaan eksymään. Seinä- ja lattiapinnat eivät saa aiheuttaa heijastumia eikä lattiassa saa olla voimakkaita kuvioita, väri vaihteluita eikä materiaalivaihtumisia. Väärin suunnattu keinovalo voi aiheuttaa heijastumia. Ikkunoista tuleva luonnon valo on tärkeä elementti. Hyvä akustiikka on tärkeä yleisissä tiloissa. Liikaan meluun ja kaikumiseen kannattaa kiinnittää huomiota, sillä dementoituvat häiriintyvät kovista äänistä. (KUVIO 2) (Ahoranta & Virolainen 2001, 30–31; Kotilainen ym. 2003, 21, 27, 30–34.)

Orientoitumista parantavat erilaiset opasteet ja värikoodaus ja ne auttavat asukasta itsenäiseen liikkumiseen yksikössä. Oma huone voidaan merkitä esimerkiksi nimellä, nuoruuden aikaisella valokuvalla tai jollain muulla tunnisteella ja asukkaalle mieluisalla värillä. Värikoodausta käytetään ohjaamaan asukkaita eri paikkoihin, kuten esimerkiksi WC:hen. (KUVIO 2) (Ahoranta & Virolainen 2001, 32; Kotilainen ym. 2003, 28.)

Yhteisten tilojen tulee olla riittävän suuret ja helposti muunneltavat. Makuuhuoneiden ei tarvitse olla kovin suuria, koska asukkaat eivät vietä siellä paljon aikaa. Yksikössä tulisi olla paljon ikkunoita, jotta asukkaat voivat seurata luonnon tapahtumia. Sisätiloissa voisi olla huone, jossa asukkaat saavat vapaasti touhuta, avalla kaappeja ja ovia. Tekemättömyys masentaa ja turhauttaa. Kauniit

kuvat ja värit sekä muodot ja materiaalit tekstiileissä tuottavat mielihyvää. Mahdollisuus ulkoiluun ja siellä puuhasteluun antaa mielihyvän kokemuksia ja ylläpitää toimintakykyä. Aidattu ulkoilualue mahdollistaa itsenäisen ulkoilun. (KUVIO 2) (Ahoranta & Virolainen 2001, 34–36.)

Turvalliseksi hoitoyksiköksi koettiin sellainen yksikkö, jossa asukkaalta on estetty pääsy paikkoihin, jossa hän ei pysty turvallisesti liikkumaan tai toimimaan. Vaarallisten aineiden ja esineiden on hyvä olla lukitussa paikassa tai niin ylhäällä, ettei niihin pääse käsiksi (Kotilainen ym. 2003, 26). Myös valvonta kuuluu turvallisuuteen. Erilaiset kulunvalvontalaitteet ovat tärkeä osa yksikön turvallisuutta. Asukaskohtaiset kulunvalvontalaitteet mahdollistavat esteettömän kulun sallituissa paikoissa mutta estävät asukasta pääsemään tiloihin, joissa hän voisi joutua vaaratilanteeseen. Sisätiloissa turvallisuutta edistävät turvalliset pintamateriaalit, huonekalut, laitteet, tilaratkaisut sekä apuvälineet, tuet ja kaiteet, riittävä valaistus ja paloturvallisuus. Useimmat vastaajat mainitsivat tärkeimmäksi turvallisuustekijäksi riittävän henkilökunnan määrän. Aukkaat ovat rauhallisempia, kun hoitaja on näköpiirissä. (KUVIO 2) (Ahoranta & Virolainen 2001, 39–41.)

4 HOIVAYRITTÄJYYS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Hoivayrittäjyys on Suomessa varsin uutta. Vuonna 2002 noin viidennes kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista tuotettiin yksityisesti. Yksityisessä palvelutuotannossa on suuria alueellisia vaihteluja. Uudellamaalla yksityisten yritysten osuus on suurin, noin 30 % sosiaalipalveluiden työvoimasta työskenteli yrityksissä tai järjestöissä vuonna 2002. Ahvenanmaalla, Keski- Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla osuudet ovat pienimmät, noin 16 %. (Kauppinen & Niskanen 2005, 24, 29.) Hoivayrittäjyyden ominaispiirteitä ovat pienyrittäjyys ja naisyrittäjyys. Valtaosa yrityksistä työllistää vakituisesti 1–9 ihmistä. Kansainvälisten kokemusten mukaan myös hoiva-alalle voi syntyä suuryrityksiä. (Rissanen & Sinkkonen 2004, 20–21.)

Väestön ikääntyminen ja ikäihmisten lisääntynyt palveluiden tarve ovat keskeiset palvelurakenteen haasteet (Rissanen & Sinkkonen 2004, 15). Uusia toimijoita tarvitaan lisää, jotta voidaan tarjota tarkoituksenmukaista hoitoa ihmisen koko elämänkaaren ajan (Leppänen 2007, 5).

Hoivayrittäjät pitävät yrityksen tärkeimpinä kehittämiskohteina laatuun liittyviä asioita. Monet kunnat vaativat ajantasaisia laatukäsikirjoja ostaessaan palveluja hoivayrittäjiltä. Laadukkaalla yrityksellä on paremmat mahdollisuudet saada uusia asiakkaita ja myös asiakkaiden omaiset ja lähipiiri ovat tyytyväisiä tarjottuihin palveluihin. Pienelläkin hoivayrityksellä on mahdollisuus menestyä, jos sillä on hyvä oma konsepti ja muista eroava osaaminen ja tietotaito. Yhtenä menestymiskeinona on perustaa yritys sinne, missä ei vielä ole hoiva-alanyrittäjyyttä. (Leppänen 2007, 60, 69.)

Vanhuksille palveluja tarjoavien hoivayritysten tulevaisuus näyttää hyvältä, koska vanhusväestö lisääntyy ja palveluja tarvitaan enenevässä määrin. Tulevaisuudessa ikäihmiset pystyvät suuremmista eläkkeistään rahoittamaan tarvitsemiaan palveluita itse ja näin voi syntyä vastakkainasettelua hyvin toimeen tulevien ja rahattomien vanhusten välille. Tasa-arvo palveluiden ostomahdollisuudessa ei tällä tavoin pääsisi toteutumaan. (Leppänen 2007, 65.)

4.1 Hoivayrittäjyyden käsite

Hoivayrittäjyyden yläkäsitteinä voidaan pitää: sosiaali- ja terveysalan yrittäjyyttä, uusyrittäjyyttä, hyvinvointiyrittäjyyttä tai hyvinvointialan palveluyrittäjyyttä. Hoivayrittäjyydestä ei ole yksiselitteistä eikä yleistä määritelmää, vaan sitä täytyy selittää hoivan ja yrittäjyyden kautta. Hoivalla ymmärretään hoitoa, vaalintaa ja huolenpitoa ja se on hyvin kulttuurisidonnaista. Myös yrittäjyys on vaikeasti määriteltävä käsite. Sen kantasana yrittää kuvaa tietynlaista ajattelu-, toiminta- ja suhtautumistapaa. Ajatteluna yrittäminen on päämäärätietoista ja tahtovaa, toimintana se on pyrkimistä, ahkerointia ja ponnistelua. Se on myös pyrkimystä hankkia toimeentulo itselle ja luoda työpaikkoja mahdollisesti myös muille. (Rissanen & Sinkkonen 2004, 12–14.) Yrittäjyyttä voidaan kuvata kaavalla:

$$\text{yrittäjyys} = \text{uskallus} \times \text{motivaatio} \times \text{yrittäjäosaaminen}$$

(Viitala & Jylhä 2006, 39).

Sosiaali- ja terveysalalla yrittäminen on vaativampaa kuin monella muulla alalla. Pääsääntöisesti yrittäjältä vaaditaan ammatillinen koulutus ja työkokemusta sekä lisäksi hänen tulee olla luvan saanut ammatinharjoittaja. Hänen yrittämistään valvotaan monen julkisen sektorin organisaation toimesta. (Tenhunen 2004, 7.) Hoivayrittäjyyden erottaa muusta yrittäjyydestä vahva eettisyyden ja ammatillisuuden vaatimus. Hoivapalvelujen ”myyntiin ja ostamiseen” liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen arvopohja, jonka yritysten työntekijät ovat omaksuneet jo koulutuksessaan. Oman vivahteensa yrittämiseen antavat myös asiakkaiden elämäntilanne ja hoivan tarve, minkä vuoksi asiakkaat voivat tulla hyvin riippuvaisiksi yrittäjästä ja hänen työntekijöistään. (Rissanen & Sinkkonen 2004, 22.)

Lemposen ja Kahilan (2002) tutkimuksen mukaan tuotettavan palvelun tulee olla laadukasta, turvallista, tarkoituksenmukaista, inhimillistä ja ihmisarvoa kunnioittavaa sekä rehellisesti tuotettua. Palvelun luotettavuus ja saatavuus olivat myös tärkeitä asioita. Tutkimuksessa haastateltuja kuntien viranhaltijoita ja luottamusmiehiä askarrutti yksityisten yritysten asiakkaiden oikeusturva eli se, mihin asiakkaat voivat valittaa, jos eivät ole tyytyväisiä saamiinsa palveluihin.

4.2 Toimintaa ohjaavat lait ja säädökset

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992) antaa kunnille oikeuden järjestää osan sosiaali- ja terveystalvueluista ostamalla niitä yksityisiltä palveluntuottajilta [viitattu 14.3.2009]. Tällä vuoden 1993 valtionosuusuudistuksella oli suuri vaikutus varsinkin sosiaalihuollon yritystoiminnalle. Se synnytti kysyntää yrityspohjaiselle palvelutuotannolle. (Kauppinen & Niskanen 2005, 43; Lemponen & Kahila 2002, 9.)

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996) määrää, että palveluja tarjoavan toimintayksikön toimitilat tulee olla olosuhteiltaan sopivat, riittävät ja asianmukaiset. Yrityksellä tulee olla toiminnan edellyttämä henkilöstö, jonka kelpoisuusvaatimukset ovat samat kuin esimerkiksi kunnan vastaavassa toiminnassa. Palveluiden tulee perustua sopimukseen, johon liittyy yhdessä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma. Ennen ympärivuorokautisen toiminnan aloittamista yrittäjällä täytyy olla lääninhallituksen myöntämä lupa ja hänen täytyy tehdä ilmoitus toiminnan aloittamisesta kunnalle, jonka alueella yritys toimii. Palveluiden tuottajan on laadittava vuosittain toimintakertomus lääninhallitukselle, jolla on myös tarkastusoikeus perustellusta syystä. [Viitattu 27.2.2009.] Lupa- ja ilmoitusvelvollisuus koskee järjestöjä, yrityksiä ja yksityisiä henkilöitä, jotka tuottavat sosiaalipalveluja liike- tai ammattitoimintaa harjoittamalla. Lääninhallitus pitää rekisteriä kaikista alueellaan toimivista palveluntuottajista. (Kauppinen & Niskanen 2005, 21.)

Toimintaa määrittävät lisäksi mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja laki sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) [viitattu 26.1.2010].

4.3 Hoivayrittäjä

Yrittäjäpersoonaan liittyviä ominaisuuksia ovat kyky tehdä päätöksiä, into ja luottamus omaan ammattitaitoon ja ideaan, halu onnistua ja toteuttaa itseään, ulospäin suuntautuneisuus, pitkäjänteisyys sekä pelottomuus, itsevarmuus ja valmius harkittujen riskien ottamiseen. Taloudellinen vastuu ja riski liittyvät yrittäjyyteen ja ne vaativat yrittäjältä myös paineensietokykyä. (Viitala & Jylhä 2006, 39.)

Hoivayrittäjänä toimivalla on oltava alaan soveltuva koulutus ja työkokemusta, jotta laadukas hoivatyö toteutuu. Työkokemuksen aikana luodaan verkostoja ja saadaan tunnettavuutta eri organisaatioissa, mikä auttaa yrityksen asiakaskontakteissa. Tämän lisäksi tarvitaan kaupallisen alan tuntemusta. Jotta yritys pysyy ajan tuomien uudistusten mukana, on lisäkoulutus suositeltavaa. Moniammatillisuus on suositeltavaa, koska silloin asiakkaille voidaan tarjota kattavampia palveluja. (Leppänen 2007, 63.)

Vuonna 2004 84 prosenttia hoivayrittäjistä oli naisia. Heidän keski-ikänsä oli 45 vuotta ja he olivat perheellisiä. Tavallisimmin he olivat toimineet yli kuusi vuotta julkisella sektorilla ennen yrityksen perustamista. (Rissanen, Rautiainen, Sinkkonen & Kosola 2004, 69–70.) Hoivayrittäjillä on ammatillista osaamista mutta yrittäjäosaaminen heiltä puuttuu. Suurimpia ongelmia aiheuttavat tuotteistaminen, hinnoittelu ja markkinointi. (Pitkänen 2002, 21.)

Hoivayrittäjät olivat tyytyväisiä työhönsä, he kokivat sen palkitsevana ja haasteellisena. He olivat tyytyväisiä työn itsenäisyyteen ja tunteeseen, että on saavuttanut jotakin merkittävää. Myös heidän työhön sitoutumisensa oli vahvaa ja he olivat kokeneet uupumisoireita vain harvoin, vaikka monet kertoivatkin tekevänsä usein tai jatkuvasti liikaa töitä. Työssä jaksamista selittävät yrittäjän omat piirteet kuten asenteet, arvot, luonteenpiirteet, terveys, ammatillinen osaaminen ja harrastukset, jotka mahdollistavat työstä irrottautumisen. Työn mielenkiintoisuus, haasteellisuus ja kannustavuus sekä asiakastyytyväisyys ja taloudellinen menestyminen auttoivat työssä jaksamisessa. Myös lähimpien

ihmisten kuten perheen tuki oli tärkeä. (Rissanen, Rautiainen, Sinkkonen & Kosola 2004, 79–82.)

Hoivayrittäjät kuvasivat työnsä usein raskaaksi, jonka taustalla oli jatkuva vastuu, yksin yrittäminen ja naisyrittäjäisyys. Naisyrittäjän täytyy todistaa pärjäävänsä ja se aiheuttaa paineita, samoin henkilöstöstä, yrityksen imagosta ja kannattavuudesta huolehtiminen. Kokemukseen työn raskaudesta liittyi hoivatyön fyysinen ja psyykinen raskaus ja iäkkäiden asiakkaiden terveyden tilan väistämätön heikkeneminen huolimatta hyvästä hoidosta ja viimein elämän päättyminen. (Rissanen ym. 2004, 79 -82.)

4.4 Kunnat ja hoivayrittäjäisyys

Hoivayrittäjäisyydessä on kaksi erilaista työmuotoa: hoivakotipalveluja tuottavat ja hoivapalveluja asiakkaan kotiin tuovat yritykset. Hoivakotiyritysten maksavana asiakkaana on useimmiten kunta, kun taas kotiin tuotavien palvelujen maksajina ovat asiakkaat itse. Koska kunta on usein paikallisesti ainut asiakas, vallitsee tällöin ostajan monopoli, joka voi määrätä hintatason, johon yrittäjän on sopeutettava toimintansa. (Tenhunen 2004, 62–63.)

Sosiaalipalveluyritysten kehitys ja kasvumahdollisuudet ovat edelleenkin voimakkaasti sidoksissa julkisen sektorin päätöksiin palvelujen järjestämisestä. Yritysten kehittyminen ja kasvu riippuvat kuntien palvelujen ostopäätöksistä ja muiden edellytysten luomisesta yrittämiselle. Arviolta 80 % yritysten tuloista tulee joko suoraan tai välillisesti kunnilta. (Tenhunen 2004, 43; Asikainen, Kahila & Mylly 2005, Tiivistelmä.) Järviseudulla ja Karhukunnissa virkamiehille ja luottamushenkilöille tehdyssä internetkyselyssä vastaajat arvioivat hyvinvointipalvelujen ostamisen nousevan lähivuosina jopa 20- 50 %: iin (Träsk, Maunus & Kahila 2005, 50).

Laki julkisista hankinnoista (30.3.2007/348) määrää, että kuntien on kilpailutettava palvelut, joita se ei tuota itse tai yhdessä muiden kanssa [viitattu 16.3.2009]. Kilpailutus edellyttää kaikkia sektoreita kehittämään kustannuslaskentaansa ja

laatujärjestelmiään. Tarjouspyynnön tekeminen ja siihen vastaaminen edellyttävät, että pystytään kuvaamaan, mitä ostetaan ja myydään ja millaista laatutasoa palvelulta vaaditaan. (Kauppinen & Niskanen 2005, 35; Myllys, Enlund & Träsk 2005,17.) Kuntien osto-osaaminen on kirjavaa ja taitamattomuuttaan kunnat joskus rikkovat lakia julkisista hankinnoista. Laatukriteerejä täytyy täsmentää, jotta yritykset tietävät, mitä kunnat haluavat. Liian tiukoiksi kriteerejä ei kuitenkaan pidä tehdä, ettei yhtenäistetä yritysten palveluja liiaksi ja tukahduteta innovatiivisuutta. (Pitkänen 2002, 20.) Kilpailuttaminen on osa nykypäivää yrityksen ollessa yhteistyössä kuntien kanssa, lisäksi palvelut täytyy tuotteistaa (Leppänen 2007, 61).

4.5 Johtaminen hoivayrityksessä

Inhimillisten voimavarojen johtamiseen kuuluu monia eri osa-alueita, joiden hoitamisella pyritään parantamaan työympäristöä, huomioimaan työyhteisön vuorovaikutukseen, terveyteen ja laatuun vaikuttavia seikkoja. Organisaatioon saadaan inhimillistä näkökulmaa mahdollisuuksien tunnistamisen, henkilöstön arvioimisen, koulutustarpeiden määrittelyn ja johtajan toimintaedellytysten huomioimisella. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollossa työvoiman saatavuus ja pysyvyys pakottavat panostamaan osaamisen johtamiseen ja työhyvinvointiin. Tämä sopii hyvin yhteen myös nykyisin vallalla olevaan laatujohtamisajatteluun. Osaamisen johtamisen tausta-ajatuksena on oppiva organisaatio, jonka henkilöstö lisää kykyään luoda todellisuuttaan ja tulevaisuuttaan ja jonka osallistumista innovatiiviseen yhteistyöhön organisaatio tukee. Oman toiminnan parantamisen edellytyksiä ovat työhön sitoutuminen, aloitekykyisyys, vastuuntuntoisuus ja omien vahvuuksien sekä heikkouksien tunnistaminen. (Laaksonen, Niskala, Ollila & Risku 2005, 89–91.)

Ihmisten ja tehtävien johtaminen edellyttää johtajalta koordinoitukykyä, päätöksentekotaitoa, johtamistaitoa, taitoa hallita konflikteja, suunnittelu- ja organisointitaitoa, oikeudenmukaisuutta sekä kykyä hallita ihmissuhteita. Liiketoiminnan johtaminen edellyttää liiketoiminnan tuntemusta, asiakassuuntautuneisuutta, tuloshakuisuutta, strategista ajattelua,

tehokkuuskokemusta ja suoritushalua. Lähiesimiehen työn alueisiin kuuluvat valta ja vastuu, suunnittelu, henkilöstöasiat, taloushallinto, päätöksenteko sekä organisointi ja valvonta, jonka alle kuuluu vielä delegointi ja koordinointi. Johtajalla on aina tietty asema organisaatiossa, johon kuuluu valtaa ja vastuuta. Vastuuta hän voi jakaa jonkun toisen kanssa, mutta sitä ei voi jakaa pois. (Laaksonen ym. 2005, 72–76.)

4.6 Laadunhallinta hoivayrityksessä

Laadunhallinta tarkoittaa toimintajärjestelmää, joka on suunniteltu varmistamaan sen, että organisaation tuottamat palvelut täyttävät sille asetetut vaatimukset sekä asiakkaan, organisaatiossa toimivien ammattilaisten että johtamisen näkökulmasta. Laadunhallinta edellyttää, että organisaatio tietää tehtävänsä ja toimintansa päämäärän, myös laadun osalta. Organisaation on luotava edellytykset sovitun laatutason mahdollistamiseksi sekä tunnistettava laadun monet ulottuvuudet ja laatuun vaikuttavat tekijät omassa organisaatiossa. Lisäksi sen on oltava jatkuvasti selvillä asiakkaidensa tarpeista ja odotuksista sekä varmistettava, että henkilöstöllä on tarvittava osaaminen. Organisaation on pystyttävä arvioimaan oma laatutilanteensa sekä tarvittaessa korjaamaan ja muuttamaan toimintatapojaan. (Hietaniemi 2009b.)

4.6.1 Laatuksiteerit ja vaatimukset

Laatukriteeri on laadun määrittämisen perustaksi valittu mitattavissa oleva ominaisuus, esimerkiksi jonotusajan pituus. Laatuvaatimus on laatukriteerille asetettu ehto. Se voi olla suurin tai pienin sallittu arvo tai vaihteluväli. Se voi olla objektiivisesti tai subjektiivisesti asetettu ja perustua yleiseen sopimukseen tai organisaatio voi asettaa sen sisäiseksi tavoitteekseen. (Hietaniemi 2009b.)

Laatukriteerit auttavat konkretisoimaan, jäsentämään ja täsmentämään laatua ja ohjaavat hyvää palvelua. Ne osoittavat, mitä laadulla tarkoitetaan ja helpottavat dokumentointia. Niillä päästään kiinni myös arviointiin eli siihen, onko asetetut

laatutavoitteet saavutettu. Laatukriteerien käyttötarkoitusta voidaan arvioida asiakas-, työntekijä- ja organisaatiotasolta. Asiakastasolle laatukriteereillä arvioidaan palvelujen saatavuutta, tuottajan palvelukykyä ja kustannuksia. Tällöin kriteerin tulee olla määritelty asiakaslähtöisesti, sen pitää olla herkkä, pätevä ja luotettava sekä vertailukelpoinen eri tuottajien kanssa. Työntekijätasolle laatukriteeri mahdollistaa oman työn tulosten ja tavoitteiden toteutumisen seurannan, ongelmakohtien paikannuksen ja toiminnan kehittämisen sekä vertailun muihin organisaatioihin. Organisaatiotasolla ne lisäksi auttavat tiedottamisen ja markkinoinnin suuntaamisessa sekä voimavarojen jakautumisen seurannassa. (Hietaniemi 2009b.)

4.6.2 Laatutyöskentelyn tekniikoita ja menetelmiä

Laatutyöskentelyn tekniikat ja menetelmät ovat sellaisia työskentelyn apuvälineitä, jotka tehostavat ja tukevat laatutyöskentelyä. Ne ovat peräisin mm. tilastotieteestä ja niitä käytetään paljon työryhmätyöskentelyssä. Käytetyimpiä ovat mm. seinätekniikka, vuokaavio ja syy- seurauskaavio eli kalanruotokaavio. *PDCA- sykli* eli Demingin- syklin käyttö laatutyöskentelyssä varmistaa sen, että parannustoimi toteutetaan suunnitelmallisesti ja myönteinen vaikutus saadaan vakiinnutettua. PDCA- syklissä on neljä vaihetta: suunnittelu (plan), toteuttaminen kokeiluna (do), vaikutuksen tarkistaminen (chek) ja toimiminen vaikutuksen vakiinnuttamiseksi (act). (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 91 - 92, 138 -139.)

Seinätekniikassa käytetään seinälle kiinnitettäviä tarralappuja, joiden avulla työryhmän työ nostetaan näkyville. Työtapa on joustava ja luovuutta tukeva sekä auttaa hahmottamaan kokonaisuuksia. Tarralappuja käytettäessä, niille kirjoitettuja asioita on helppo ryhmitellä uudelleen. Periaatteena on, että yhdelle lapulle kirjoitetaan vain yksi asia riittävän selvällä ja näkyvällä käsialalla. Seinätekniikkaa voidaan käyttää hyväksi laadittaessa vuokaaviota eli työnkulkukaaviota.

Vuokaaviota käytetään kuvaamaan työprosessin kulkua, jolloin voidaan nähdä prosessin ajallisesti perättäiset ja toisiinsa liittyvät vaiheet. Laadittaessa

vuokaaviota yhdessä syntyy hedelmällistä keskustelua, joka keskittyy tapahtumiin eikä yksittäisiin ihmisiin. Sen avulla voidaan analysoida prosessin sujuvuutta, yhteistyötä ja tiedonkulkua sekä ennakoida tulevia hankaluuksia ja ongelmakohtia. (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 126, 130.)

Vuokaaviossa käytetään yleisesti tunnettuja symboleja. Ympyrä kuvaa alkua ja loppua. Suorakaide kuvaa vaihetta, työtehtävää tai tapahtumaa. Jokaisesta suorakaiteesta on vain yksi etenemissuunta, joka osoitetaan nuolella. Mikäli etenemissuuntia on useita, silloin piirretään vinoneliö, mikä tarkoittaa sitä, että täytyy tehdä päätös kumpaa etenemissuuntaa edetään. Vuokaaviossa lieriö kuvaa tietokantaan tallentamista ja vino suorakaide dokumentin syntymistä, kuusikulmiolla ilmaistaan mittausta tai arviointia ja mikäli työnkulku on epäselvä, silloin piirretään pilvi. (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 130 - 131.)

Syy-seurauskaaviolla eli kalanruotokaaviolla voidaan kuvallisesti esittää lopputulokseen vaikuttavia tekijöitä ja niiden välisiä suhteita. Sitä käytetään syiden ja seurausten analysointiin ja ongelman aiheuttajien tunnistamiseen. Sen avulla yhdistetään erilaiset, yksilölliset käsitykset syistä ja helpotetaan ryhmätyötä: yhden ideasta toisille syntyy uusia ajatuksia. Asiaan vaikuttavia tekijöitä joudutaan myös tarkastelemaan objektiivisesti ja näin ymmärrys asiasta syvenee. Syy-seurauskaavion avulla syntyy riittävän laaja- alainen kokonaiskuva asiasta. Syyt ja ehdotukset ryhmitellään luokiksi. Pääruodot edustavat pääluokkia ja pikkuruodot yksittäisiä syitä. (Outinen, Holma & Leminen 1994, 132 - 133.)

4.6.3 Balanced Scorecard - tasapainoinen arviointi

Robert Kaplan ja David Norton kehittivät 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla Balance Scorecard (BSC) – tasapainoinen tulokortti menetelmän yritysten pitkäaikaisen strategian luomiseksi. BSC toimii johtamisen strategisena työkaluna jäsentäen suunnittelua ja päätöksentekoa sekä auttaa yritystä kehittymään kohti määrittelemäänsä visiota eli tavoitetilaa. (Tuurala 2002.)

BSC:n tasapainoisessa arvioinnissa huomioidaan tuloksen ja vaikuttavuuden näkökulma, toimintojen kehittäminen ja prosessinäkökulma, uudistumisen, työkyvyn ja osaamisen uusintamisen näkökulma sekä asiakasnäkökulma (KUVIO 3). (Tuurala 2002)



KUVIO 3. BSC- kehä. (Tuurala 2002)

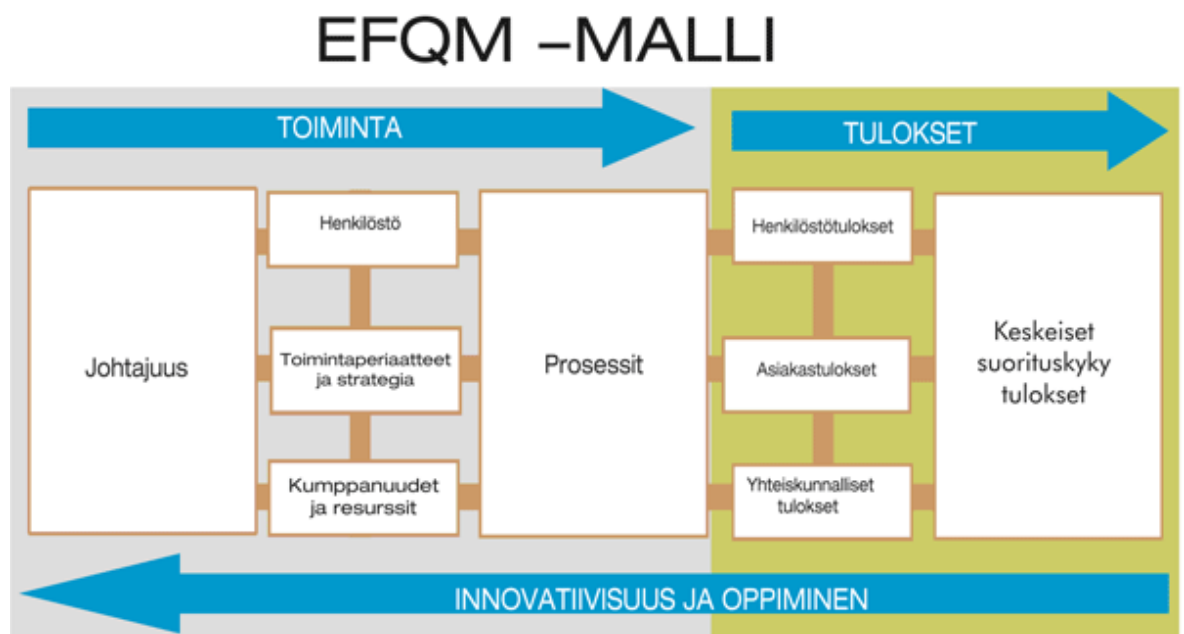
BSC edistää oppivan organisaation ajatusta ja tukee laaja-alaista laatuajattelua. Kehittäminen tapahtuu ilmiöiden ja tulosten mittaamisesta ja tutkimisesta saatujen tietojen perusteella. Tämä mahdollistaa kestäväen kehityksen. Strategiajaksolle laaditut konkreettiset päämäärät liittyvät esimerkiksi markkina-asemaan, kilpailukykyyn, markkina-arvoon, asiakasvaikuttavuuteen ja asiakastytyväisyyteen, joista johdetaan menestystekijät eri johtamisulottuvuuksilla. Menestystekijät määrittävät tapahtumat, jotka täytyy toteuttaa, että päämäärä saavutetaan. (Tuurala 2002.)

BSC:n mittareita tarvitaan useita ja niiden tulee olla tasapainossa monen asian suhteen. Tasapainon tulisi vallita raha- ja ei-rahamääräisten sekä ulkoisten ja sisäisten mittareiden ja tulosmittareiden ja ennakoivien mittareiden välillä. Lyhyen ja pitkän tähtäimen tavoitteet tulisi olla tasapainossa mittaristossa. (Malmi, Peltola & Toivanen 2002, 30–32.)

4.6.4 Euroopan laatupalkintomalli (EFQM- malli)

EFQM- malli on itsearvioinnin työkalu, jota voidaan soveltaa monenlaisiin organisaatioihin. Se on avoin, joustava ja muokattavissa monenlaisiin tarpeisiin. Sen avulla arvioidaan sekä toimintaa että tuloksia ja arvioinnin seurauksena pitäisi tapahtua kehittämistoimintaa. (Keto & Malinen 2007.)

Itsearviointiin tulee ottaa mukaan koko henkilökunta ja eri organisaatiotasot. Näin onnistutaan paremmin kehittämistyössä. Itsearviointiin osallistuvien tietämys organisaation toiminnasta ja strategiasta paranee. Itsearviointia tehtäessä käydään keskustelua muutostarpeista ja kehittämishaasteista ja siten henkilökunta on valmiimpi sopeutumaan tuleviin muutoksiin ja syntyy yhteinen kehittämisen henki. Itsearviointi ja organisaation suunnittelu- ja kehittämistoiminta tulee olla yhteisessä suunnitteluohjelmassa, jolloin kehittämishankkeiden ottaminen mukaan organisaatio toimintaan on joustavaa. (Keto & Malinen 2007)



KUVIO 4. EFQM- malli. (The EFQM Excellence Model 2003, Keto & Malinen 2007)

EFQM- malli (KUVIO 4) perustuu yhdeksään arviointialueeseen. Viidessä ensimmäisessä arviointialueessa kuvataan toimintatapoja eli mitä tehdään ja millä tavalla. Neljä seuraavaa arviointialuetta keskittyvät tulosten arviointiin. Tuloksia tulkittaessa otetaan kantaa siihen, kuvastavatko tulokset myönteistä kehitystä tai

hyvää suorituskkyä, ovatko tulokset seurausta toimintatavoista ja miten oman yrityksen tulokset pärjäävät verrattaessa muihin. (Keto & Malinen 2007.)

Täydellisesti soveltaen EFQM- malli antaa yrityksen toiminnan laatutasosta pisteytyksen, jonka avulla voidaan vertailla eri organisaatioita keskenään sekä eri ajankohtina. Vaikka mallista jätetään pisteytys pois, sillä saadaan esille organisaation vahvuudet, parantamisalueet ja kehittämiskohteet. Itsearviointia suorittaessaan niin johto kuin henkilöstökin omaksuu organisaation toiminnan tavoitteet, oppii tunnistamaan kehittämiskohteita ja heidät saadaan havaitsemaan ja levittämään parhaita toimintamalleja. (Keto & Malinen 2007.)

Arviointi tapahtuu **TUTKA**- logiikalla, missä

- määritellään **TU**loket, jotka halutaan saada aikaan
- suunnitellaan järkevät ja yhdenmukaiset **Toimintatavat**
- Käytännössä sovelletaan
- Arvioidaan ja parannetaan toimintatapaa. (Hietaniemi 2009b.)

4.7 Liikeideasta liiketoimintasuunnitelmaksi

Liikeidea vastaa kysymyksiin: mitä, kenelle ja miten. Liikeideassa määritellään yrityksen tapa tehdä toiminta-ajatuksen mukaista liiketoimintaa ja tulosta. Se kuvaa yrityksen menestystekijöitä ja sitä, kuinka yrittäjäyys muutetaan liiketoiminnaksi. Se kertoo myös, millaista imagoa eli mielikuvaa ja mainetta asiakkaiden mielissä tavoitellaan. Liikeidea kannattaa kirjata mahdollisimman tarkasti, koska silloin sitä on helpompi arvioida ja kehittää. (Viitala & Jylhä, 2006.)

Liikeidea muotoillessa täytyy miettiä yrityksen kilpailuedut ja menestystekijät. Kilpailuetujen tarkka määrittely luo perustan tehokkaalle markkinointiviestinnälle, asiakaspalvelulle, jatkuvalla tuotekehitykselle ja investoinneille. Tässä yhteydessä on hyvä pohtia yrityksen ainutlaatuisuutta eli sitä, missä yritys on paras ja millä se houkuttelee asiakkaita jo olemassa olevilta yrityksiltä. Samoin kannattaa kuvailla tulevan yrityksen asiakkaat ja miettiä, onko heitä tarpeeksi. Sitten määritetään

markkina-alue, organisaatio ja se, onko yrityksellä olemassa kehitysnäkymiä. (Viitala & Jylhä 2006, 52–53.)

Lupaava liikeidea täyttää asiakkaan tarpeen eli ratkaisee jonkin ongelman. Se on innovatiivinen ja ainutlaatuinen, sillä on selvä kohde ja se on taloudellisesti kannattava pitkällä aikavälillä (McKinsey & Company 2000,37; Tenhunen 2004,108).

Liikeidea täytyy jalostaa liiketoimintasuunnitelmaksi, koska muun muassa rahoittajat haluavat sen päätöksentekonsa tueksi. Sillä osoitetaan, että yrityksen tuotteella tai palvelulla on liiketoimintamahdollisuus. Siinä kerrotaan, mihin tähdätään eli kuvataan yrityksen päämäärät ja tavoitteet sekä strategia eli keinot, joilla tavoitteisiin pyritään. Liiketoimintasuunnitelma on yrittäjälle henkinen matka, jonka aikana hänelle selviää, kannattaako lähteä luomaan uutta ja miten se kannattaa tehdä. (Viitala & Jylhä 2006, 60–61.)

Liiketoimintasuunnitelmaan on hyvä liittää ns. SWOT- analyysi (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats), jonka avulla voidaan tarkastella yrityksen toiminnan osa-alueiden vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia. Asiat kirjataan nelikenttään. SWOT- analyysin hyöty yritykselle on sen laatimisen yhteydessä käyty keskustelu, jossa nostetaan asioita esille, selkiytetään niitä ja dokumentoidaan ne. Analyysin avulla tehdään yhteenveto yrityksen nykytilasta ja arvioidaan tulevaa. (Tenhunen 2004, 109; Viitala & Jylhä 2006, 59.)

Yrityksen toimintaympäristön ja markkinakehityksen analysointiin käytetään P.E.S.T.E.L.- analyysiä. Analyysin tarkoituksena on hahmottaa yrityksen toimintaympäristö ja siinä odotettavissa olevat muutokset. Toimintaympäristössä tapahtuu jatkuvasti yrityksen toimintaan vaikuttavia muutoksia, joita kaikkia ei voida selvittää vaan täytyy keskittyä tärkeimpiin tekijöihin. Tarkastelun kohteena ovat yleensä taloudellinen, poliittinen, sosiaalinen, teknologinen, ekologinen ja lainsäädännöllinen ympäristö. Taloudellista ympäristöä tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota talouskehitykseen ja sen vaikutuksesta hintoihin. Lisäksi otetaan huomioon suhdanne-ennusteet, korkotaso ja inflaatio. Poliittisen ympäristön kohdalla huomioidaan poliittiset päätökset, lakimuutokset ja päättäjien asenne

yrittöimintaa kohtaan. Sosiaalisen ympäristön kohdalla huomioidaan väestörakenteen kehitys, koulutustason kehittyminen, kulutustottumusten muutokset ja lisääntynyt vapaa-aika. Teknologisen ympäristön muutoksiin vaikuttavat tietoliikenteen kehitys sekä korvaavien tuotteiden ja tuotantomenetelmien kehittyminen. Ekologiseen ympäristöön vaikuttavat ympäristönsuojelulait, jätteiden käsittely ja energian kulutus. Lainsäädännöllistä ympäristöä muuttavat työvoimalainsäädäntö sekä terveys-, turvallisuus- ja tuoteturvallisuuslainsäädäntö. (Johnson, Scholes & Whittington 2006, 65–68.)

4.8 Palvelujen tuotteistaminen ja hinnoittelu hoivayrityksessä

Palvelun tuotteistaminen on työtä, jolla asiantuntemus ja osaaminen jalostuvat markkinointi- ja toimituskelpoiseksi palvelutuotteeksi. Asiantuntemuksen ja osaamisen tuotteistaminen mahdollistaa niiden monistamisen eli siirtämisen ammattilaiselta toiselle. Osaamisen monistamisen keinoja ovat mm. käsikirjat, työohjeet, prosessikuvaukset, koulutusmateriaalit, seminaarit ja palvelun jatkuva kehitystyö. Tuotteistamisessa tuotetaan erilaisia dokumentteja ja voidaankin sanoa, että tuotteistaminen on pahasti kesken, jos palvelusta on olemassa vain dokumentoimaton ajatus. (Parantainen 2007, 11, 16–18.)

Tuotteistamalla palveluita organisaatio kehittää palvelutuotteitaan vastaamaan asiakkaan tarpeita. Tuotteistamisessa palvelun sisältö, laatu ja kohderyhmä täsmentyvät ja asiakkaat voivat arvioida niiden hinta-laatu- suhdetta. (Kivistö 2003, 9.) Suomalaisen yhteiskunnan taloudelliset ja poliittiset muutospainet ovat luoneet myös sosiaali- ja terveysalalle tehokkuusvaatimuksia. Suoritteita on alettu ostaa ja myydä yhä enemmän. Suoritteiden tuotteistaminen edistää sosiaali- ja terveysalan toiminnan laatuvaatimusten noudattamista sekä mahdollistaa hallitun asiakaspalautteen hyödyntämisen ja tuotteen jatkuvan kehittämisen. (Jämsä & Manninen 2000, 7–9.)

Sosiaali- ja terveysalan tuotteilla on omat erityispiirteensä, koska niiden tarkoituksena on edistää asiakkaan terveyttä, hyvinvointia ja elämänhallintaa. Niihin liittyy myös lähes poikkeuksetta alan ammattilaisen ja asiakkaan välinen

vuorovaikutus. Tulevaisuuden teknologinen kehityskään ei voi poistaa tätä inhimillisen työpanoksen osuutta. (Jämsä & Manninen 2000, 24.)

Rovaniemen ammattikorkeakoulun Keerna- ohjelman aikana tehtyjen tuotteistamisten tuloksia arvioitiin sosiaali- ja terveystalouden asiakkaiden, palvelujen tuottajien eli henkilökunnan ja johtamisen näkökulmasta sekä taloudellisesta näkökulmasta. Tuotteistamisprosessit korostivat asiakasta palveluiden lähtökohtana ja laadukkaamman palvelun tarjoamiseksi toteutettiin konkreettisia toimenpiteitä, kuten ajan kohdentaminen asiakastyöhön. Hoito- ja palveluketjujen selkiytyminen varmisti hoidon jatkuvuuden. Hoitohenkilöstölle tuloksena oli työn mielekkyyden lisääntyminen ja laadun parantuminen sekä uuden oppiminen. Kriittisyys omaa työtä kohtaan lisääntyi samoin kuin kustannustietoisuus. Johtamisen näkökulmasta tulokset paransivat päätöksentekoa, taloudellista toimintaa, henkilöstöjohtamista sekä yhteistyötä. (Koukkula, Lohiniva & Karjalainen 2004, 58–60.)

Yksityinen palvelun tuottaja voi hinnoitella tuotteensa vapaasti ja muuttaa hintaa tarvittaessa. Palvelun on oltava asiakkaalle tarpeellinen sekä selvä ja rajattu kokonaisuus. Hinnoittelun tulee olla selkeää. Julkiselle sektorille myydyin palvelun hinta määräytyy yleensä tarjouskilpailun perusteella ja siitä muodostuu ns. sopimushinta, joko on kiinteä ja voimassa tietyn periodin ajan. (Tenhunen 2004, 29.)

Hoivayritykset hinnoittelevat tuotteensa palvelupaketteina joko hoitopäivähintana tai kotipalvelussa tuntitaksana eikä niitä pilkota pienempiin osiin. Asumispalveluja tuottavien yritysten liikevaihdosta 2/3 muodostuu kunnalle myydystä palvelusta. Kunta maksaa suurimman osan hoitomaksusta, koska asiakkaiden eläkkeet ovat pieniä. Asiakas saa Kelalta henkilökohtaista hoito- ja asumistukea. Hoitomaksusta eritellään vuokra ja loppuosa on palvelumaksua. Lääkkeet ja lääkärisikäynnit maksaa asiakas itse. (Järvenpää, Mylly, Ääri & Asikainen 2005, 33.)

Julkisilta palveluntuottajilta kuluttajat saavat maksuttomia, hinnaltaan edullisia tai asiakkaan maksukyvyyn mukaan hinnoiteltuja palveluja. Siksi yksityinen palveluntuottaja ei voikaan kilpailla hinnalla vaan hänen kilpailuetunsa

muodostuvat palvelujen saatavuudesta, joustavuudesta, asiakaslähtöisestä toiminnasta ja palvelun laadusta. (Tenhunen 2004, 29.) Julkisten ja yksityisten palvelujen hintavertailu vinoutuu usein, koska kuntien laskelmat eivät sisällä kaikkia kustannuksia ja siksi yksityisen palvelun hinta tuntuu kalliilta (Pitkänen 2002, 20; Lemponen & Kahila 2002, 65).

Hoivapalveluiden hinnoittelu ei teknisesti eroa esim. hotellien tekemästä hinnoittelusta. Vaikeaa siitä tekee mm. suomalaissa yhteiskunnassa valalla oleva ajattelu, ettei ole sopivaa ”rahastaa” toisen heikkoudesta eli valalla on yleisen soveliaisuuden ongelma. Hinnoittelun perusteena käytetään asiakkaan hoivan tarvetta, vaikka se ei kerro liiketoiminnan todellisia kuluja, jotka pitäisi kattaa palveluista saatavilla tuloilla. Lisäksi yrittäjän kuuluisi saada kohtuullinen korvaus liiketoimintariskistä. Kunnat ovat yrityksille sekä asiakas että toimintaympäristö. Kunta voi helpottaa yritysten toimintaa järjestämällä toimitiloja, subventoimalla kehityskustannuksia ja luomalla muilla tavoin optimaalisia toimintaedellytyksiä. Yksityinen palvelutuotanto on kunnille tärkeää, se luo joustavuutta palveluiden järjestämiseen ja vähentää kuntien tarvetta pääomien sitomiseen. Tästä lisäarvosta kunnat eivät ole valmiita maksamaan. (Porali 2005, 35–36.) Kehittyvän yrityksen täytyy tehdä voittoa, koska nollatuloksella ei ole varaa tehdä investointeja ja kehittää toimintaansa (Pitkänen 2002, 20).

Kannattavuuslaskelmia täytyy tehdä tuotteistettaessa ja hinnoiteltaessa palveluja. Osallistuttaessa tarjouskilpailuihin täytyy palvelujen laadun ja hinnoittelun olla kohdallaan. Hoidon laatua yrittäjät kehittävät asiakastytyväisyyskyselyiden avulla. (Leppänen 2007, 64.)

4.9 Markkinointi hoivayrityksessä

Hoivayrittäjyyden markkinat ovat epätäydelliset, koska lainsäädännön ja muun ohjauksen lisäksi markkinoihin vaikuttaa täydellisen kilpailun puuttuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja joskus jopa kilpailun mahdottomuus (Rissanen & Sinkkonen, 2004, 23–24.) Hoivayritysten markkina-alue on useimmiten kunta, jonka alueella yritys sijaitsee. Näin on varsinkin asumispalveluja tuottavien

yritysten kohdalla, koska asukkaat tulevat yleensä kunnan kautta. Muilta paikkakunnilta tulevien asiakkaiden kohdalla muodostuu ongelmaksi sairaanhoidon järjestäminen, koska ensiavun jälkeen heidän pitäisi mennä saamaan jatkohoitoa omaan kuntansa. (Järvenpää ym. 2005, 29.)

Asumispalveluyritysten menestymisen edellytyksenä on pitää käyttöaste mahdollisimman korkeana, mikä edellyttää asumispaikkojen mitoitusta tilanteen mukaan ja vapautuvien asumispaikkojen täyttämistä välittömästi. (Leppänen 2007, 64.)

4.10 Kustannus- ja kannattavuuslaskenta

Kustannuslaskennan tehtävänä on tuottaa organisaatiolle rahamääräistä tietoa, jonka avulla se voi tehdä toimintaansa koskevia päätöksiä. Kustannuslaskennan kohteena on ensisijaisesti tuotanto ja sen riittävä hahmottaminen. Tuotannon odotetaan synnyttävän tavaroita, palveluja, tietoa tai elämyksiä. Laskentatoimen tuottamasta tiedosta on apua johtajalle hänen tehdessä päätöksiä ja ohjatessaan organisaatiotaan taloudellisesti järkevään suuntaan. (Pellinen 2006, 23,25, 41.)

Kustannuslaskentajärjestelmän perustana ovat erilaiset laskentakohteet. Kustannukset kohdistetaan aina jollekin vastuukohteelle, missä kustannusten voidaan katsoa syntyneen. Vastuualueiden rajat täytyy määritellä selkeästi, jotta kustannukset saadaan kohdistettua oikein ja kustannuslaskenta voisi toimia hyvin. Vastuualueet voidaan jakaa neljään eri perustyyppiin niiden luonteen mukaisesti:

1. Kustannuspaikka, vastaa yksikössä syntyneistä kustannuksista. Se voi osallistua suoraan toimintaan tai palvella muita yksiköitä (esimerkiksi talousosasto, henkilöstöosasto tai tietopalveluosasto).
2. Tuottoyksikkö, vastaa yksikön tuotoista (esim. myyntiyksikkö).
3. Tulosityksikkö, vastaa sekä kustannuksista että tuotoista. Ovat isompia kuin erilliset tuotantokokonaisuudet tai markkina-alueet.

4. Investointiyksiköt, vastaavat kustannusten ja tuottojen lisäksi myös yksikköön sitoutuneesta pääomasta.

Kustannus tarkoittaa resurssien käytön hintaa. Resursseja ovat esim. työvoima, raaka - aineet ja ostopalvelut, koneet, laitteet ja kiinteistöt. Resurssien käytöllä on aina jokin tarkoitus, kuten palvelun tarjoaminen tai tavaran tuottaminen. Kustannukset voidaan luokitella joko muuttuviin ja kiinteisiin kustannuksiin, välittömiin ja välillisiin kustannuksiin tai erillis- ja yhteiskustannuksiin. (Ikäheimo, Lounasmeri & Walden 2005, 135 -137.)

Toimintolaskenta on yksi kustannuslaskennan laji, joka tuottaa tarkimmat tiedot toiminnoista aiheutuvista kustannuksista. Toimintoperusteisessa kustannuslaskennassa tuotantoprosessi jaetaan toimintoihin. Toiminnot ovat tuotantoprosessin eri vaiheita ja niiden avulla tuotetaan ydinpalvelut asiakkaalle. Toiminnot ovat palvelutapahtuman osia, joihin käytetään resursseja. Resurssien käytöstä aiheutuneet kustannukset kohdistetaan toiminnoille. Työkäseurannalla selvitetään kuinka paljon työntekijöiden työajasta kuluu kunkin toiminnon suorittamiseen. Toisiinsa liittyvät toiminnot muodostavat toimintoketjun, jonka tuloksena syntyy tuote. Toimintoketjua voidaan kuvata esimerkiksi vuokaavion avulla. Toiminnoista kertyneet kustannukset kohdistetaan tuotteille. Toimintolaskennan avulla voidaan analysoida eri tuotantoprosessien ajankäyttöä ja kohdentaa resurssit tarkoituksenmukaisesti. (Kivistö 2003, 179 -189.)

Laskentamenetelmän valinnassa on tärkeintä, että saadaan riittävästi oikeaa informaatiota. Perinteinen laskenta on kirjanpitopainotteinen ja se mittaa tarkasti ns. volyymiresursseja, joiden kulutus on suhteessa suoritteiden aikaansaamiseen. Kaikki organisaation resurssit eivät ole volyymisidonnaisia eivätkä suoritteet kuluta kaikkia resursseja suhteellisesti samaa määrää. Toimintolaskennassa ns. yleiskustannukset on jaettu jokaiselle toiminnolle erikseen esimerkiksi koneiden kustannukset koneen käytön eli konetuntien perusteella. (Alhola 2008, 20- 23.)

Yritystoiminnan menestyksen keskeisin tekijä on toiminnan kannattavuus (Ikäheimo ym. 2005, 118). Kannattavuusanalyseissa pyritään kustannustietoja suhteuttamalla saamaan käsitys eri vaihtoehtojen edullisuudesta. Kannattavuus on

aina suhteessa ajanjaksoon ja laskentakohteeseen. Osaavasti laadituista kannattavuuslaskelmista voi olla korvaamaton hyöty vaikeiden ja tärkeiden päätösten arvioinnissa. Laskelmien avulla voidaan perustella tehtyjen valintojen järkevyyttä ja toimintaa saa organisaatiossa oikeutuksensa. Kannattavuuslaskelmien tulisi kohdistua yrityksen liiketoiminnan kehittämisen tärkeimpiin kysymyksiin. (Pellinen 2006, 163–165.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytteen tavoitteena on laatia teoria- ja tutkimustietoa hyödyntäen mallinnus yksityisestä, ideaalisesta dementiakodista. Työn tuloksissa kuvaan dementiayksikön hoitofilosofian, henkilökunnan osaamisvaatimukset, läheisten ottamisen mukaan dementoituvan hoitoon, virikkeellisen ja turvallisen hoitoympäristön sekä hoivayrittäjyyden elementit.

6 KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUKSELLINEN LÄHESTYMISTAPA

Opinnäytetyöni muodostuu pienimuotoisesta vanhuspalveluiden tervekartoituksesta ja ideaalisen dementiakodin mallintamisesta. Tutkimuksellinen lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, jossa pyritään ymmärtämään tutkimuskohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti (Vilkkä 2005, 97).

Tarvekartoituksessa oli tavoitteena löytää asioita, joita ikääntyneet tai heidän läheisensä pitävät merkityksellisinä asumispalveluita valitessaan. Aineiston keräsin lomakehaastatteluna, jota varten olin laatinut valmiin kysymyslomakkeen (Liite 1). Ikääntyneiden kohdalla suoritin haastattelun itse ja myös kirjasin heidän vastauksensa lomakkeeseen, heidän läheisensä täyttivät lomakkeen itsenäisesti. Tämä aineiston keräystapa sopi tutkimukseeni, koska aiheeni oli hyvin rajattu ja tavoitteena oli kuvata ikääntyneiden ja heidän läheistensä mielipidettä asumispalveluista (Vilkkä 2005, 97, 101).

Kyselylomakkeessa oli avoin kysymys ja monivalintakysymyksiä. Avoimella kysymyksellä haettiin vastaajien omia ideoita ja toiveita asumispalveluista. Avoimen kysymyksen tuottaman aineiston käsittelin sisällön analyysin periaatteella, mikä oli varsin yksinkertaista, koska aineisto oli pieni eikä luokitteluja muodostunut kuin kaksi: omassa kodissa asuina ja hoivakodissa asuminen. Vaihtoehtokysymysten vastaukset käsittelin määrällisen tutkimuksen periaatteella, jossa käytin apuna SPSS-ohjelmaa. Määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä voidaan tuottaa tutkimusaineistosta erilaisia luokitteluja ja vertailuja, etsiä aineistosta syy-seuraussuhteita ja lainalaisuuksia, jotka voidaan esittää numeerisesti (Vilkkä 2005, 50). Suurimmaksi osaksi tulokset ovat määrällisiä osuuksia. Mielestäni ne kertovat enemmän kuin prosenttiosuudet, koska tutkimusaineisto oli niin pieni. Ristiintaulukointia ei voinut tehdä kuin vanhusten ja läheisten vastausten suhteen, eikä niissäkään tullut eroja. Sukupuolimuuttujaa ei aineistosta löytynyt, koska vastaajat olivat kaikki naisia. Iältään he olivat melko yhtenäinen ryhmä eikä erottelua ollut mielekästä tehdä senkään suhteen.

Käyttäessäni sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää aineiston kokoamisessa ja käsittelyssä muodostui tarvekartoituksen metodiseksi lähestymistavaksi menetelmätriangulaatio, jossa tutkimusmenetelmänä käytetään sekä laadullista että määrällistä tutkimusta (Vilkkä 2005, 55).

Ideaalisen dementiakodin mallin pyrin luomaan teoria- ja tutkimustiedon avulla. Mallintamisella tarkoitetaan prosessin nykytilan, tavoitetilan tai ideaalitalan kuvaamista sanallisesti ja käsitekaaviolla. Mallinnus ei ole työohjeistus, mutta prosessin toimintalogiikka esityksestä täytyy selvittää. Mallinnuksen lähtökohta voi olla se, että lähdetään puhtaalta pöydältä tai otetaan lähtökohdaksi esimerkiksi laeista ja asetuksista löytyvät määräykset tai jo valmiina oleva malli. (Kataja 2007 [viitattu 27.1.2010].) Käsitekaavio sisältää kaiken tarpeelliseksi arvioidun tiedon järjestelmästä ja sen toiminnasta. Sen avulla tehdään ”näkyväksi” ihmisen käyttämä käsitteistö ja tietämys prosessin toiminnasta. (Kangassalo 1999 [viitattu 27.1.2010].)

7 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMISPROSESSI

Opinnäytetyön aihe minulla oli valmiina jo aloittaessani opintoni vanhustyön koulutusohjelmalla. Tosin silloin en vielä tiennyt, että siitä tulee opinnäytetyö. Silloin oli vain haave, jonka halusin toteuttaa sitten, kun olen valmistunut geronomiksi. Opiskelun aikana sattuneiden erinäisten tapahtumien jälkeen tuosta haaveesta muotoutui opinnäytetyön aihe, joka muuntui yksityisen ideaalisen dementiakodin mallintamiseksi, koska toteutus ei tällä hetkellä näytä mahdolliselta.

Uudelleen kolutukseen hakeuduin terveydellisistä syistä ja vanhustyöhön suuntauduin isäni hoitamisesta saamieni kokemusten innoittamana. Isäni sairasti Alzheimerin tautia neljä vuotta ja häntä hoitaessani näin omaisen näkökulmasta, minkälaisia palveluja dementoituva tarvitsee ja myös, mitä ja minkä tasoisia palveluja oli tarjolla. Opinnäytetyössäni halusin kehitellä hoivakodin mallin, joka huomioi dementoituvan ja hänen perheensä tarpeet mahdollisimman hyvin. Mallissa tulee korostumaan asiakaslähtöisyys niin hoidossa, työaikajärjestelyissä, päiväjärjestyksessä kuin kodin suunnittelussa ja sisustuksessa.

Opinnäytetyöni alkoi lokakuussa 2006, jolloin tapasin Yritystallin projektipäällikön Helena Hannun ensimmäisen kerran. Hän ohjasi minut osallistumaan Oman yrityksen perustaminen - teemapäivään marraskuussa 2006. Maaliskuussa 2007 osallistuin TE- keskuksen järjestämään Yritystoiminnan aakkoset - seminaarisarjaan. Näiden opintojen jälkeen kehitelin ideaa projektityön periaatteelta. Tammikuussa 2008 anoin luvan tarvekartoituksen tekemiseen ja toteutin sen helmi–toukokuun aikana ollessani terveyskeskus-, kotipalvelu- ja kotisairaanhoidon harjoitteluissa.

Syyskuussa 2008 opinnäytetyön aiheseminaarissa projektityöni vaihtui opinnäytetyöksi. Tästä alkoi teoriaosion kokoaminen ja syksyn 2009 olen kehitellyt mallinnusta ideaalisesta dementiakodista. Tietoa siitä, minkälainen ideaalinen dementiakoti pitäisi olla, on kertynyt tutkimalla kirjallisuutta ja tutkimustuloksia, havainnoimalla ja keskustelemalla hoitohenkilökunnan ja omaisten kanssa dementiakotiharjoittelun aikana, keskustelemalla hoivayrittäjien kanssa sekä

omista kokemuksistani isäni sairauden aikana. Paljon ajatuksia antoi Dementoituneen vanhuksen hoito- opintojakso. Kuuntelin opetusta mielessäni ajatus, miten esille tulleet asiat näkyvät suunnittelemassani ideaalisessa dementiakodissa. Näitä tietoja olen yrittänyt jalostaa kolmen vuoden ajan ja saada kiteytyneeseen muotoon tähän opinnäytetyöhön.

8 VANHUSPALVELJEN TARVEKARTOITUS

8.1 Haastattelujen tulokset

Vanhuspalveluiden tarvekartoituksen tein keväällä 2008 lomakehaastatteluna (Liite 1). Tutkimuslupahakemuksen (Liite 2) tein Järviseudun terveyslautakunnalle helmikuussa 2008. Toteutin haastattelut terveyskeskusharjoittelun sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon harjoittelujen aikana.

Haastatteluun vastasi yhdeksän ikääntyvää ja kaksi läheistä. Ikääntyvien kyselyt toteutin haastattelemalla heitä itse, läheiset vastasivat haastatteluun itsenäisesti. Kaikki haastatellut ikääntyvät olivat naisia, heidän ikänsä vaihteli 78–90 vuoteen ja kaikki asuivat edelleen omassa kodissaan. Ainoastaan yhdellä ei ollut käytössä mitään tukipalvelua.

Avoimeen kysymykseen, jolla kartoitettiin vastaajien omia toiveita ja ideoita asumispalveluista, vastasi kahdeksan haastateltua. Viisi heistä halusi jatkossakin asua omassa kodissaan ja toivoivat sinne kodin hoitamiseen tarvittavia palveluja, kuten siivousta ja ruokapalvelua. Lisäksi he toivoivat kotisairaanhoidon palveluja, lääkehuoltoa ja voinnin seuranta. Kotona saisi mielellään käydä aina sama hoitaja. Kolme vastaajista toivoi laitokseen omaa huonetta, johon voisi viedä omia tavaroita. Laitoksessa saisi olla hyvä, luotettava ja kohtelias henkilökunta, joka olisi paikalla ympäri vuorokauden. Ulkoilu- ja liikkumismahdollisuus ja omaisten mukana olo olivat myös toivomuslistalla. Molempiin paikkoihin toivottiin puhe- ja seurustelukavereita sekä kerhotoimintaa.

Kahdeksan haastateltua asuisi mieluiten omassa kodissa palveluiden turvin, kaksi asuisi tuetusti vuokrahuoneistossa ja yksi hoivakodissa. Kotona asumista tukevaksi palveluksi kuusi halusi päivätoimintaa ja yksi intervalliasumista. Lisäksi he toivoivat kotisairaanhoidon ja kotipalvelun apua sekä kaupassa käynti apua ja kuljetus- ja ateriapalvelua, myös kahvittelu ja kerhotoiminta tukisivat kotona asumista.

Laitokseen jouduttuaan kymmenen asui mielellään samassa asuinpaikassa elämänsä loppuun asti, vain yhdelle sillä ei ollut merkitystä. Palvelukeskus saisi yhdeksän mielestä olla keskustassa palvelujen lähellä, kaksi olisi mielellään syrjäkylällä luonnon keskellä, jonne palvelut tuodaan. Kaikki vastaajat halusivat hoivakodin tarjoavan heille oman huoneen, jossa olisi oma wc ja suihku. Seitsemän halusi myös saunomismahdollisuuden. Lisäksi hoivakotiin haluttiin tuoda omia tavaroita ja huonekaluja kuten keinutuolin, tauluja ja valokuvia. Hoivakodin toivottiin tarjoavan ruokailu-, kuntoutus- ja ulkoilumahdollisuuden, lääkäripalveluja, hyviä kavereita ja kodinomaista toimintaa.

Hoivakodin tarjoamista tukipalveluista ateriapalvelua, lääkehuoltoa, siivousta ja pyykinpesua kaikki vastaajat pitivät joko tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Muista tukipalveluista tärkeänä tai erittäin tärkeänä piti yhdeksän jalkahoitoa, seitsemän kuntosalia, kuusi hammashoitoa ja parturi/ kampaamopalveluita neljä vastaajaa. Omina toiveina tukipalveluiksi oli kaksi vastaajaa kirjannut ulkoilun, kaupassa käynnin ja vanhuksen kuuntelemisen.

Viihtymistä tukevin palveluina 10 toivoi palvelukeskuksen järjestävän hartaushetkiä, yhdeksän toivoi yleistä ulkoilua ja neljä käsitöiden tekemistä. Kolme vastaajaa halusi askartelua tai yhteislaulua ja kaksi vastaajaa halusi joko menneiden aikojen muistelua, pientä puuhastelua sisällä ja ulkona tai läheisille mahdollisuuden yöpyä palvelukeskuksessa.

Kahdeksan vastaajaa ilmaisi halukkuuden saattohoitokodin käyttämiseen, kun heidän elämänkaarensa lähenee loppuaan. Tarve tuettuun asumiseen oli yhdellä mahdollisimman pian, neljällä vuoden sisällä, kolmella viiden vuoden sisällä ja kolmella myöhemmin. Kaikki vastaajat olivat valmiita osallistumaan asumiskustannuksiin osittain myös itse.

8.2 Johtopäätökset tarvekartoituksesta

Tarvekartoitukseen vastanneet olivat omissa toiveissaan varsin realistisia. Kotiin he toivoivat kodinhoidollisia palveluja, ruoka- ja lääkehuoltoa sekä tuttua hoitajaa. Tutun hoitajan kanssa asiat sujuvat ongelmitta, hänelle ei tarvitse joka kerta selittää samoja asioita ja keskustelukin sujuu ilman ujustelua. Laitokseen he toivoivat omaa huonetta, jossa on suihku ja wc. Omia rakkaita tavaroita on mukava viedä mukanaan muistuttamaan eletystä elämästä. Läheisten valokuvat lohduttavat ja muistuttavat, ettei ole yksin maailmassa. Ulkoilu koettiin tärkeäksi kunnon ylläpitäjänä. Yksinäisyydestä kertoi toive puhe- ja seurustelukaverista.

Ikääntyneiden halu asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään nousi esille yksimielisesti kyselyn vastauksissa. Huoli kotona pärjäämisestä oli ilmeinen. Vastaajat tiedostivat hyvin tarpeensa kodinhoidollisiin palveluihin. Päivätoimintaan osallistumisen ajateltiin tukevan hyvin kotona asumista. Siellä tapaa ikätovereita, joiden kanssa voi keskustella ajankohtaisista asioista sekä muistella menneitä aikoja. Päivän aikana saa hoidettua myös pankki- ja kauppa-asiat.

Asuinpaikan vaihtaminen on iso ja raskas asia ja suurin osa vastaajista haluaisikin asua laitokseen jouduttuaan samassa paikassa elämänsä loppuun asti. Hoitopaikka saisi olla keskustassa lähellä palveluja. Todennäköisesti tarvitseminaan palveluina vastaajat ajattelivat terveydenhuollon palveluja. Tukipalveluista he toivoivat täysihoidon mahdollistavia palveluja. Käden motoriikan heikentyessä ja yleissairauksien lisääntyessä jalkahoitajan palvelut käyvät välttämättömiksi. Oman kunnon hoitamisen moni koki tärkeäksi ja toivoi siksi kuntosalia hoivakotiin sekä ulkoilumahdollisuutta.

Viihtymistä tukevana palveluna oli suosituin hartaushetkien järjestäminen. Hengellisyys nousee merkittäväksi tekijäksi, kun ikää karttuu. On lohdullisempaa ajatella lähestyvää kuolemaa, kun on olemassa jonkinlainen käsitys siitä, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Tutut hengelliset laulut lohduttavat ja virkistävät.

Laittaessani mukaan saattohoitokotia koskevan kysymyksen olin hyvin epävarma siitä, miten vastaajat siihen suhtautuisivat. Ikäihmiset olivat valmiita ja halukkaita

keskustelemaan asiasta. Suhtautuminen saattohoitokotiin oli luonnollista ja positiivista. Varsinkin vastaajat, jotka olivat kokeneet sairaalaympäristön rauhattomaksi ollessaan läheisensä kuolinvuoteen vierellä, olisivat mielellään valinneet saattohoitokodin. He olivat hyvin perillä, mitä saattohoitokoti tarkoittaa.

Lähes kaikki arvelivat tuetun asumisen tulevan omalle kohdalle viiden vuoden sisällä. He olivat tiedostaneet, että oma kunto voi muuttua nopeastikin. Kaikki olivat valmiita maksamaan itse osan hoitokustannuksista, he pitivät sitä itsestään selvänä. Pieni eläke ei mahdollista kokonaan itse hankittua palvelua.

9 IDEAALIMALLI YKSITYISESTÄ DEMENTIAKODISTA

9.1 Toimintaa ohjaavat periaatteet

Hoivakodin toimintaa ohjaavina periaatteina ovat asiakaslähtöisyys, kuntouttava työote ja osaava henkilökunta.

Kuntouttava hoitotyö on tärkeä, koska dementoituvan potilaan omatoimisuus ja toimintakyky häviät hyvin nopeasti, ellei asiaan puututa määrätietoisesti. Sairastuneen itsetunnolle on tärkeää, että häntä rohkaistaan käyttämään vielä jäljellä olevaa toimintakykyään. (Lundgren 1998, 13.) Asukkaan annetaan päättää asioistaan niin pitkälle kuin se onnistuu. Aamulla pukeuduttaessa hän saa valita, minkälaiset vaatteet hän pukee päällensä. Päätöstä voidaan helpottaa tarjoamalla muutama vaihtoehto. Kun henkilökunta tuntee asukkaan elämänhistorian ja mieltymyksiä, heidän on helppo tarjota asukkaalle mieluisia vaihtoehtoja.

Yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa sairastuneen ja hänen läheisensä tukemisen parhaalla mahdollisella tavalla. Omahoitaja perehtyy asukkaan elämänhistoriaan ja ymmärtää siksi hänen käyttäytymistään erilaisissa tilanteissa, ja sairauden edetessä hän voi toimia asukkaan muistina. Omahoitaja tuntee myös asukkaan läheiset ja osaa huomioida heidän tuen tarpeensa. Hän tekee asukkaalle hoito- ja palvelusuunnitelman yhdessä asukkaan ja hänen läheisensä kanssa. Hän kantaa päävastuun hoidettavansa asioiden hoidosta ja huolehtii siitä, että hoitoa koskevat päätökset ovat kaikkien asianosaisten tiedossa. Hän on myös vastuussa asiallisesta ja voimavaralähtöisestä kirjaamisesta. Hän huolehtii yhteydenpidosta läheisten kanssa. Kun tiedottajana on yksi ja sama hoitaja, madaltuu yhteydenottokynnys myös kotoa hoitopaikkaan päin. Tutkimuksen mukaan omahoitajamalli mahdollistaa parhaiten yksilöllisyyden toteutumisen dementoituvien hoidossa (Niemi 2006, 62).

Toteutuakseen kuntouttava työote ja omahoitajuus edellyttävät riittäviä henkilöstöresursseja. Henkilöstömitoitusta suunniteltaessa otetaan huomioon asukkaiden toimintakyky ja avun tarve, yksikön tarjoamien palveluiden vaikutus

sekä henkilöstön koulutus rakenne, osaaminen ja osaamisen hyödyntäminen. Hyvä henkilökuntamitoitus ympärivuorokautista hoivaa tarjoavassa yksikössä, jossa on vaativia pitkäaikaisasukkaita, on 0,7–0,8 hoitotyöntekijää asukasta kohti. Jotta tämä mitoitus toteutuu käytännössä, se edellyttää sitä, että poissaolevien työntekijöiden tilalle otetaan sijaiset. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 34–36.)

9.2 Moniammatillinen henkilöstörakenne

Dementiakodin toimiva henkilöstörakenne on moniammatillinen. Hoito on tiimityötä, jossa käytetään jokaisen vahvuudet hyödyksi. (Dementoituneen hoito dementiayksikössä [viitattu 23.8.2009].) Henkilöstöön kuuluvien toimintaterapeuttien ja fysioterapeuttien osuus henkilöstömitoitukseen lasketaan heidän työhön osallistumisensa mukaan. Sosiokulttuurillista työtä kannattaa tehdä erilaisten kulttuuritoimen ja järjestöjen edustajien kanssa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 35.)

Henkilökunnasta suurin osa on lähihoitajia, joilla kullakin on omat vahvuutensa ja erityisosaamisensa, joita hyödynnetään. Geronomi hoivakodin johtajana voi hyödyntää monipuolista osaamistaan niin johtamisessa, laatutyössä kuin terveyden- ja sairauksien hoidossa sekä sosiaalialan asiantuntijuutta vaativissa tehtävissä. Laitoshuoltaja ottaa hoidettavia mukaan työhönsä esimerkiksi pölyjen pyyhkimiseen ja pyykkihuoltoon. Hän osallistuu myös tarvittaessa ruokailutilanteeseen sekä paikalle osuessaan ohjaa tai auttaa asukkaita wc-käynneillä. Koska keittiö on dementiakodin sydän, keittäjäkin on osallinen asukkaiden elämään. Henkilökuntarakennetta monipuolistetaan aina tarpeen mukaan toimintaterapeutilla, kuntohoitajalla tai fysioterapeutilla, joiden palvelut hankitaan ostopalveluina. Lääkäri vierailee hoivakodissa vähintään kerran kuukaudessa, lisäksi paikalle kutsutaan tarpeen niin vaatiessa kampaaja, parturi tai jalkahoitaja. Näin valittu henkilökunta täyttää Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008, 35) asettamat vaatimukset ja täydennyskoulutuksella varmistetaan heidän osaamisensa syveneminen ja laajeneminen.

Hoivakodissa on kaksi kotia, joissa kummassakin on kahdeksan asukasta. Henkilökunta on yhteinen ja se jakautuu työtehtäviin aina kulloisenkin tilanteen mukaan. Asukkaan omahoitaja pyrkii olemaan mahdollisimman paljon työssä samassa kodissa hoidettavansa kanssa, jotta heidän suhteensa pysyy kiinteänä ja hoitaja pääsee tapaamaan hoidettavan läheisiä, kun he vierailevat kodissa.

Kuviossa 5 on esimerkki työvuorojen ja työtehtävien järjestämisestä hoivakodissa. Eri väreillä on havainnollistettu eri vuoroissa olevien työntekijöiden osallisuus. Johtajan, laitoshuoltajan ja keittäjän työaika on liukuva, jolloin he ovat paikalla siihen aikaan, kun se kunakin päivänä on tarpeellista. Ensimmäinen aamuvuorolainen keittää aamupuron, joten keittäjä voi tulla töihin hiukan myöhemmin. Keittäjä valmistelee viikonlopun ruuat niin, että hänen ei tarvitse olla paikalla viikonloppuisin vaan muu henkilökunta voi valmistaa ruuan silloin.

Työvuorossa (Liite 3) on joka päivä kolme hoitajaa sekä aamu että iltavuorossa ja kolmena päivänä viikossa ns. päivävuorolainen, jonka työvuoro on kello kymmenestä kahdeksaan. Näinä päivinä on tarkoitus erityisesti panostaa viriketoimintaan ja liikuntaan. Ulkoilutus on järkevintä sijoittaa aamuvuorolaisten vuoron loppuun, jolloin ulos ennättää todennäköisesti ainakin kaksi hoitajaa. Hoitajat voivat vaihtaa omat vaatteet päällensä jo ulos lähtiessään, jolloin ulkoilu tulee hoitajillekin houkuttelevammaksi ja hoitajat ovat tarkoituksenmukaisesti pukeutuneita.

Yöhoitaja (KUVIO 5) tulee vuoroon kello 21.00 ja lopettelee iltavuorolaisen kanssa iltatoimet. Viimeinen iltavuorolainen lähtee töistä kello 22.00 annettuaan sitä ennen raportin yöhoitajalle. Ensimmäinen aamuvuorolainen tulee töihin kello kuusi ja päästää yöhoitajan raportin jälkeen vapaalle. Aamuvuorolainen tekee aamutoimia niiden asukkaiden kanssa, jotka heräävät aikaisin ja huolehtii ensimmäisiä aamupaloja esimerkiksi diabeetikoille. Varsinaisesti aamutoimet käynnistyvät, kun muutkin aamuvuorolaiset, johtaja ja laitoshuoltaja tulevat töihin.

Päivän aikana on varattuna useampia kuntoilu- ja virikehetkiä, koska ryhmät täytyy pitää pieninä. Pieniä ryhmiä on helpompi ohjata ja silloin ohjaaja ennättää huomioida riittävästi jokaista ohjattavaa. Kaikkien tuokioiden ei tarvitse olla ennalta suunniteltuja, vaan spontaanisuus ja hetkeen tarttuminen kannattaa pitää mielessä. Alkuiltaan kannattaa miettiä tekemistä, jotta asukkaat eivät pitkästy ja rupea odottelemaan nukkumaanmenoa liian aikaisin. Erilaisia vapaaehtoisryhmiä voi pyytää silloin esiintymään tai järjestämään esimerkiksi yhteislauluhetkiä tai runonlausuntaa. Iltapalaa odotellessa voidaan kuunnella rauhallista musiikkia ja käydä kahdenkeskisiä keskusteluja asukkaiden kanssa ja näin valmistella asukkaille paras mahdollinen yöuni.

9.3 Henkilökunnan osaamisvaatimukset

Henkilökuntaa rekrytoitaessa kiinnitetään erityishuomio dementiaosaamiseen ja asennoitumiseen dementoituvia ja työntekoa kohtaan. Työntekijöiltä edellytetään sitoutumista työhön ja sen kehittämiseen sekä laadun varmistamiseen. Työntekijöille tarjotaan itsensä kehittämisen mahdollisuus koulutussuunnitelman mukaisesti, joka laaditaan kehityskeskustelujen perusteella. Jokaisen työntekijän vahvuuksia käytetään hyödyksi ja jokaiselle annetaan mahdollisuus toteuttaa omia erityislahjojaan. Työpaikkakokouksissa sovitaan jokaisen työntekijän halukkuudesta eri vastuualueiden hoitamiseen ja neuvotellaan työjärjestyksestä, joka mahdollistaa asioiden sujuvan hoitamisen. Antamalla työntekijöille vastuuta ja vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä varmistetaan työntekijöiden työmotivaatio ja viihtyminen työpaikassa. (Laaksonen ym. 2005, 89–91.)

Seuraavissa luvuissa kerrotaan, kuinka eri osaamisvaatimukset täyttämällä, voidaan vastata asukkaiden tarpeisiin ja täyttää heidän odotuksensa palveluiden suhteen.

9.3.1 Aito, tasavertainen kohtaaminen

Henkilökunnalle korostetaan, että kohtaaminen dementoituvan kanssa on kahden aikuisen kohtaamistilanne. Puhetyylin tulee olla aikuiselle ihmiselle sopivaa, turhaa lepertelyä tulee välttää, mutta silti puheen tulee ilmaista aitoa välittämistä ja dementoituvan ottamista todesta. Omaan kehonkieleeseen ja ilmeisiin tulee hoitohenkilökunnan kiinnittää huomiota, koska viesti ei mene perille tai se aiheuttaa dementoituvassa hämmennystä, jos sanat merkitsevät eri asiaa kuin, mitä eleet tai ilmeet kuvastavat. Kun dementoituva saa kokonaisvaltaisesti samanlaista viestiä hoitajalta, hänen luottamuksensa hoitajaa kohtaan kasvaa ja vahvistuu. (Vallejo Medina 2008.)

Asukkaan elämäkertatietojen tunteminen helpottaa kohtaamistilannetta, koska hoitaja pystyy ymmärtämään asukkaan reagointia asioihin ja erilaisiin tilanteisiin. Erilaisia asioita voi myös selittää käyttäen hyväksi asukkaan tuntemia käsitteitä ja verrata tapahtumaa hänen tuntemaansa tapahtumaan. Esimerkiksi voimistelutuokiossa voi liikkeitä selittäessään käyttää asukkaiden työhistoriaan liittyviä kuvauksia kuten: nyt lypsetään lehmiä, kurotetaan ylähyllältä jokin tavara tai pilkotaan polttopuita.

9.3.2 Tasapainoinen ravitsemus

Hoivakodissa kiinnitetään huomiota asukkaiden erilaiseen, yksilölliseen energian tarpeeseen. Paljon liikkuva, vaelteleva asukas tarvitsee energiaa paljon runsaammin kuin mielellään paikallaan viihtyvä. Ruuan maittavuuteen kiinnitetään myös huomiota, koska vain syöty ruoka varmistaa tarvittavan vitamiinien ja proteiinien saannin. Aliravitsemuksen seurannassa huolehditaan asukkaiden säännöllisistä punnituksista ja kiinnitetään huomiota painon muutoksiin (Pitkälä 2005, 5268). Mikäli painon laskua havaitaan, tehdään MNA- testi mahdollisen virheravitsemuksen toteamiseksi sekä tarkastetaan yleinen terveydentila, jotta sairaustilat voidaan hoitaa. Jos kaikista toimista huolimatta asukkaan paino

laskee, silloin turvaudutaan täydennysravintovalmisteisiin ja ravinnonlisiin. D-vitamiini ja kalsiumin riittävään saantiin kiinnitetään huomiota.

Ruoka valmistetaan hoivakodissa, jolloin ruuan tuoksu ja ruuanvalmistukseen kuuluvat toimet ja äänet toimivat ruokahalun herättäjänä. Ruokailutilanteesta pyritään tekemään mahdollisimman rauhallinen ja miellyttävä, sosiaalinen tilanne. Kaunis kattaus ja ympäristö lisäävät myös viihtyvyyttä. (Pitkälä 2005, 5268.) Ruokailuvälineiden valinnassa huomioidaan muodon ja värien vaikutus hahmottamiseen. Ruokailuvälineistä täytyy saada hyvin kiinni. Sininen, keltainen tai punainen raita lautasen reunassa auttaa erottamaan sen pöydän pinnasta ja lautasen kuviottomuus auttaa ruokaa erottumaan lautasesta. (Kotilainen ym. 2003, 35.)

Riittävä kuidun saanti varmistetaan erilaisilla täysjyväviljavalmisteilla ja runsaalla kasvien, juuresten ja hedelmien käytöllä. Iltapalalla tarjoillaan hedelmäsalaattia, jolla pyritään suolentoiminnan parantamiseen ja ummetuslääkkeiden tarpeen pienentämiseen. Myös riittävään (1,5 litraa/päivä) nesteen saantiin kiinnitetään huomiota. Mehuja tarjoillaan ruoka-aikoina ja välipalojen yhteydessä mutta väliaikoina janojuomana tarjoillaan raikasta vettä.

Valitsemalla ruuan koostumus syöjän taitojen mukaan varmistetaan riittävä ravinnon saanti. Sormiruuan käyttö jatkaa joidenkin asukkaiden itsenäistä ruokailua ja sosemainen ruoka on tarpeen hänelle, jolla on vaikeuksia pureskelussa tai nielemisessä. (Vallejo Medina 2008.)

9.3.3 Suuhygieniä ja hampaiden hoito

Asukkaiden päivittäisestä suun ja hampaiden puhdistamisesta on vastuussa jokainen työvuorossa oleva. Omahoitaja huolehtii suun ja hampaiden vuosittaisesta tarkastuksesta ja hoidosta. Hoitoväli määräytyy jokaisen yksilöllisen hoidontarpeen mukaan. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 27.)

Suun ja hampaiden päivittäinen perusteellinen puhdistus suoritetaan silloin, kun se näyttäisi parhaiten onnistuvan. Kylpyhuoneeseen laitetaan seurantalista, josta voidaan varmistaa, että puhdistus tulee tehtyä joka päivä. Jos perusteellinen puhdistus on tehty jo päivällä, illalla voidaan tyytyä vain kevyempään harjaukseen tai suun huuhteluun. Omahoitaja huolehtii, että asukkaalla on yksilöllistä tarvetta vastaavat puhdistusvälineet sekä huolehtii niiden uusimisesta niin, että ne pysyvät hyväkuntoisina.

Säännölliset ruokailuajat ovat tärkeitä myös hampaiden hyvinvoinnille. Janojuomana käytetään vettä. Riittävä juominen on tärkeää myös syljenerityksen kannalta. Asukkaiden lääkelistat tarkastetaan ja mikäli mahdollista valitaan sellaisia lääkkeitä, jotka häiritsevät mahdollisimman vähän syljeneritystä. Sylki on tärkeää paitsi hampaiden suojelemisessa myös pureskelussa ja puhumisessa. Kuivasta suusta kärsiville käytetään ksylitolipastilleja tai -puristeita. Ksylitolipurukumin käyttö tuskin onnistuu kovinkaan monella, koska dementoitunut todennäköisesti nielaisee sen hyvin helposti. Suunkostutukseen voidaan käyttää myös keinosylkeä ja ruokaöljyä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 8.)

Dementoituvaa käyttää proteeseja niin kauan kuin se suinkin onnistuu, koska riittävä ruuan hienontaminen onnistuu parhaiten, kun suussa on vähintään 9–10 toimivaa hammasparia. Uusien proteesien tekoa kannattaa harkita tarkoin, koska dementoituvan voi olla vaikea tottua niihin. Vanhojen proteesien korjaaminen ja pohjaaminen on monesti parempi vaihtoehto. Proteeseja tuleekin huoltaa säännöllisesti, koska ihmisen suu muuttuu koko elämän ajan.

9.3.4 Haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen

Asukkaiden käytösoireita ehkäistään ja vähennetään luomalla hoivakotiin lämmin, turvallinen ja ymmärtävä ilmapiiri. Huolehtimalla sopivasta määrästä virikkeitä ja liikuntaa estetään turhautumisen ja pitkästymisen aiheuttamia häiriöitä. Liian

melun ja touhuamisen välttäminen ja selkeä päivärytmi luovat rauhallisen vaikutelman, jolloin dementoituvan kaottinen mieli rauhoittuu. (Sulkava 2006, 15.)

Hoitoperiaatteeksi otetaan se, että pyritään selvittämään käytösoireen laukaiseva tekijä ja eliminoimaan se. Omahoitajan tehtävänä on viedä tieto asukkaan papereihin ja kirjata menetelmät, joilla oireen laukeaminen pyritään estämään sekä kirjata ylös myös seurantatulokset. Täydennyskoulutuksella pidetään hoitohenkilökunnan tietotaito ajan tasalla ja parannetaan sitä. (Sulkava 2006, 19.)

Vaeltelevalle mahdollistetaan vapaa liikkuminen ja huolehditaan myös hänen riittävästä päivittäisestä liikunnastaan. Pesutilanteessa aggressiivisesti käyttäytyvä rauhoittuu monesti saunan lämmössä. Hänelle kannattaa selittää, mitä tehdään. Suihkussa käyminen voi olla monelle vieras tapa peseytyä tai hän on unohtanut sen, silloin voidaan ottaa käyttöön pesuvadista peseytyminen, koska se on tuttu tapa jo nuoruudesta. (Vallejo Medina 2008.)

Aggressiivista käyttäytymistä kohdatessaan ja yrittäessään laukaista tällaista tilannetta hoitajan on hyvä muistaa STOP- ohje.

S = Slow down = pysähdy ja vaikene, jolloin tunteesi tasaantuvat; lähde pois, jos mahdollista

T = Think about, what is happening = Mieti, miltä kuulostat ja miltä sinusta tuntuu.
Mieti, voitko tehdä asian myöhemmin, kun olet rauhoittunut, ja voiko joku kertoa sinulle, miltä asia näyttää.

O = Options = Mieti muita toimintavaihtoehtoja, kysy toisilta ideoita.

P = Plan to have time to yourself. = Yliväsyneenä ja ylikuormittuneena on mahdotonta olla antava ja rakastava ihminen, joten varaa aikaa päivittäisiin omiin aktiviteetteihin ja riittävään lepoon. (Aggressive Behaviour 1992.)

9.3.5 Lääkehoidon vaatimukset

Asukkaiden lääkitykset tarkastetaan ensimmäisenä heidän tullessaan hoivakotiin. Geriatrisen poliklinikan kanssa pyritään tekemään hyvin läheistä yhteistyötä ja yhdessä löytämään paras mahdollinen lääkitys kullekin asukkaalle. Kodin omalääkäri seuraa sairauksien kehittymistä ja puuttuu tarvittaessa asioihin. (Viramo ym.2004, 8.)

Käytöshäiriöitä pyritään hoitamaan ensisijaisesti lääkkeettömästi. Hoitohenkilökunnan ymmärtävä ja kunnioittava asennoituminen ja asukkaan elämänhistorian tuntemus auttavat ehkäisemään oireita. Sopiva määrä viriketoimintoja sekä ulkoilua ja liikuntaa suuntaavat asukkaan aktiivisuuden toivotunlaiseen toimintaan. Vaeltelun ja touhuilun mahdollistava ympäristö samoin kuin henkilökunnan kanssa keskusteleminen rauhoittavat asukasta. (Sulkava ym. 2006, 18.) Vain vaikeissa tapauksissa turvaudutaan rauhoittavien lääkkeiden käyttöön ja niistä pyritään eroon mahdollisimman lyhyen käytön jälkeen, koska keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksina sekavuutta, keskittymiskyvyn puutetta ja kaatumisriskiä.

Unettomuuden hoidossa auttavat päivän ja yön selkeä erottaminen toisistaan, riittävä touhuilu, liikunta ja ulkoilu päivällä sekä pitkäaikaisen sängyssä olon välttäminen päiväsaikaan. Yön yntäjaksoisuuteen voidaan vaikuttaa myös iltaisin tapahtuvalla rauhallisen musiikin kuuntelulla ja keskustelulla. Nukahtamisessa auttavat rauhallinen ympäristö ja yksilölliset uneen valmistavat toimet, kuten yöasuun pukeutuminen, hyvän yön toivottaminen ja valojen sammuttaminen. Makuuhuoneen sopivasta lämpötilasta huolehditaan ja näin varmistetaan virkistävä yöuni. Lääkitystä vaativien uni-valverytmin häiriöiden ja ei-elimellisen unettomuuden hoidossa tehokas ja turvallinen lääke on melatoniini (1–6 mg) juuri ennen nukkumaan menoa. (Kivelä 2007, 6–9.)

Ummetuksesta kärsivien asukkaiden mahdolliset suolistosairaudet selvitetään ja hoidetaan ne. Samoin kartoitetaan lääkkeet, jotka aiheuttavat ummetusta, ja vaihdetaan ne vähemmän haitallisiin mikäli mahdollista. Ummetuksen ehkäisyssä keskitytään varmistamaan asukkaan riittävä liikunta, kuidun saanti ravinnosta sekä

nesteytys. Ruokailun laukaisemaa paksusuolen voimakasta supistumista eli gastrokolistista refleksiä hyödynnetään huolehtimalla ummetuksesta kärsivä asukas wc-istunnolle noin puolen tunnin sisällä aamupalan nauttimisesta. Myös liikunta saa hermoston välityksellä aikaan gastrokolisen refleksin ja siksi myös liikuntasuorituksen jälkeen kannattaa yrittää ulostamista. Ulostemassaa tai sen vesimäärää lisääviä lääkkeitä käytetään hyvin harkiten ja mahdollisimman lyhyitä aikoja ja suolta stimuloivia lääkkeitä vain kerta-annoksina. (Vallejo Medina ym. 2005, 104–105.)

Dementoituvan kivun hoito on haastavaa, koska hän ei itse enää välttämättä osaa kertoa kokevansa kipua. Aggressiivisuus, levottomuus, passiivisuus tai unettomuus on usein kivun aiheuttamaa ja siksi kivun asiallinen ja riittävä hoitaminen on tärkeää. Seuraamalla asukkaan käyttäytymistä hoitohenkilökunta osaa epäillä kipua ja kysellä siitä asukkaalta, jolloin asia voidaan hoitaa. Parasetamoli on turvallinen lääke postoperatiivisen kivun ja kudonvauriosta johtuvan kivun hoidossa. Tulehduskipulääkkeistä COX-2 salpaajat ovat turvallisempia kuin vanhemmat tulehduskipulääkkeet. Kivun hoidossa kannattaa muistaa myös fysikaaliset hoidot, tukiliivit sekä kuntoutus. (Viramo ym. 2004, 43–45.)

9.3. 6 Toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen

Jokaiselle asukkaalle tehdään toimintakyvykartoitus heti hänen tullessaan hoivakotiin ja hänen hoito- ja palvelusuunnitelmaansa kirjataan toimenpiteet, joiden avulla ylläpidetään hänen toimintakykyään, tasapainoaan ja vireystilaansa. Seurantakartoitus tehdään puolen vuoden välein ja toimintaohjelmaa korjataan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten mukaan. Seurantakartoitus tehdään heti uudelleen, jos toimintakyvyssä tapahtuu huomattavia muutoksia. Vuorohoitojaksolle tulevalle tehdään kattava toimintakyvyn arviointi ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan, kuinka hänen jäljellä olevia voimavarojaan ylläpidetään ja kohennetaan. Hänelle laaditaan ohjeet kotona tapahtuvia aktiviteetteja varten.

Testien ja suunnitelmien tekoa varten kutsutaan hoivakotiin fysioterapeutti tai kuntohoitaja ja toimintaterapeutti, jotka tekevät yhdessä asukkaan, hänen läheisensä ja omahoitajan kanssa toimintaohjelman. He ohjaavat ja neuvovat muuta henkilökuntaa päivittäisten ohjelmien toteutuksessa. Vuorohoitolaisen omaishoitajaa opastetaan kotona tapahtuvan toiminnan toteutuksessa. Kuntoilun onnistumiseksi hoivakotiin hankitaan erilaisia ikäihmisille tarkoitettuja kuntosalivälineitä ja muita voimistelun apuvälineitä sekä muistelu- ja taidetuokioissa tarvittavia välineitä.

Päivittäiseen ulkoiluun kiinnitetään erityistä huomiota. Hoivakodin piha-alueelle suunnitellut polut houkuttelevat kiertelemään ympäri aluetta. Polkujen varrella olevat penkit mahdollistavat lepo hetken kesken lenkkeilyyn. Myös läheisiä rohkaistaan lähtemään ulos asukkaiden kanssa, koska tällöin tapaamisiin tulee vaihtelua ja virikkeet ulkona antavat aiheita erilaisiin muisteluihin. Asukkaiden kunnon mukaan järjestetään myös pitempiä lenkkejä sekä talvella hiihtoa niille, joilta se vielä sujuu.

Liikuntatuokioihin kehitellään erilaisia tuolijumppia, yksinkertaisia pallopelejä ja tansseja. Silloin tällöin järjestetään tossutansseja, jos asukkaat innostuvat niistä. Tasapainon ylläpitäminen on kaatumisten ehkäisyssä välttämätöntä ja siksi hoivakotiin rakennetaan muunneltava tasapainorata, joka yritetään saada ahkeraan käyttöön.

Erilaiset muistelutuokiot kuuluvat vakituisesti hoivakodin viikko-ohjelmaan. Niitä toteutetaan erilaisina variaatioina joko ryhmässä tai kahdenkeskisinä keskusteluina. Hedelmällistä olisi, jos silloin tällöin saisi myös asukkaan läheisiä mukaan. Näin hoitohenkilökunta saa uutta tietoa asukkaan elämästä ja kokemuksista. Myös läheiset saavat mahdollisuuden yhdessä muistella asioita ja tapahtumia ja monien asioiden merkitys itse kullekin selkenee. Muisteluun voidaan ottaa valmiiksi suunniteltu aihe tai muistelu voi lähteä jostakin lausahduksesta tai esineestä, jonka osallistujat näkevät.

Eri taidelajeja käytetään hyväksi viriketuokioita järjestettäessä. Tanssi, runot, piirtäminen ja maalaaminen tarjoavat dementoituvalle mahdollisuuden itsensä ja tunteidensa ilmaisulle. (Semi & Eloniemi-Sulkava 1999, 5.) Kodissa kokeillaan mahdollisimman monenlaisia menetelmiä, jotta jokaiselle asukkaalle löytyisi mieluisin toimintamuoto. Kodissa harjoittelujaan tekevät opiskelijat voivat kokeilla uusia menetelmiä, joista parhaiten toimivat otetaan pysyvään käyttöön. Henkilökunta osallistuu opiskelijoiden järjestämään toimintaa ja näin he oppivat uuden menetelmän, jota jatkavat opiskelijan lähdettyä talosta.

Eri järjestöjen ja vapaaehtoisten tarjoama apu otetaan kiitollisena vastaan, koska kaikki vaihtelu on tervetullutta. Talon oma ohjelma sopeutetaan ulkopuolelta tulevan tarjonnan mukaan, ettei elämä käy liian hektiseksi. Hartaushetkiä järjestetään säännöllisesti. Eri seurakunnat järjestävät ohjelmaa vuorotellen. Toive hartaushetkien järjestämisestä tuli ilmi tarvekartoituksessakin.

9.4 Läheisten ohjaaminen ja tukeminen

Omaishoitajalle hoidettavan joutuminen hoivakotiin aiheuttaa helposti pelkoa ja syyllisyyttä, mutta kun hänet otetaan mukaan läheisensä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, hänen stressinsä helpottuu. Asukkaan läheinen on myös hyvä tietolähde kartoitettaessa asukkaan toimintakykyä ja jäljellä olevia voimavaroja. Läheiset pitävät dementoituvan kiinni ympäröivässä maailmassa kertoessaan vierailuillaan sukulaisten ja ystävien kuulumisia. (Routasalo 2004, 91.) Läheisten vierailut noteerataan joka kerta ja kulloinkin vuorossa oleva hoitaja on velvollinen kertomaan läheisille hoidettavan ja kodin kuulumisia. Dementoivan sairauden laadun huomioiden kuulumisten kertomista ei voi jättää hoidettavan vastuulle, koska tällöin läheisten saama informaatio todennäköisesti jää hyvin puutteelliseksi.

Vaikeista käytöshäiriöistä kärsivän asukkaan läheisille täytyy selittää, että ongelmat johtuvat asukkaan sairaudesta ja neuvoa kuinka kannattaa käyttäytyä, ettei häiriökäyttäytyminen laukea (Sulkava ym. 2006, 52). Läheisen on raskasta seurata rakkaan ihmisen käytöksen muuttumista, joten hän tarvitsee paljon tukea ja aikaa luottamuksellisiin keskusteluihin. Asukkaan omahoitaja on tässä

ratkaisevassa asemassa, koska hän on henkilökunnasta tutuin. Asia ei saa jäädä vain omahoitajan varaan, vaan jokainen vuorossa oleva on velvollinen kuuntelemaan läheisen hätää ja auttamaan sekä helpottamaan hänen oloaan.

Hoivakodissa ei ole vierailuaikoja vaan läheiset ja ystävät ovat tervetulleita kotiin, mihin aikaan vaan. Heidän toivotaan osallistuvan kodin arkiaskareisiin, jolloin hekin kokevat kuuluvansa yhteisöön. Asukkaiden yksityisyyden ja intimitetin suojelemiseen kiinnitetään huomiota eivätkä ne saa kärsiä, vaikka kodissa on vieraita.

Hoivakodissa järjestetään läheisten iltoja, joissa on mahdollista jakaa tietoa ja kuulumisia sekä kuulla kehittämis-ideoita, joita läheisillä varmasti on, kunhan heitä rohkeistaan kertomaan niistä. Läheiset otetaan mukaa erilaisiin kodissa järjestettäviin tilaisuuksiin ja tempauksiin. Eri järjestöjen kanssa pyritään järjestämään ystäväpalvelua niin, että asukkaat, joilla ei ole läheisiä tai he asuvat kaukana, voivat saada järjestön kautta jonkun paikalle tapahtumiin.

Asukkaiden läheisille, varsinkin iäkkäille puolisoille, järjestetään mahdollisuus ruokailuun hoivakodissa. Isompia ryhmiä pyydetään ilmoittamaan halukkuudestaan ruokailuun, jotta keittäjä osaa varata riittävästi ruokaa. Hoivakodissa on mahdollista keittää kahvia silloin, kun asukkaalla on vieraita. Hoivakodille laaditaan esittelyvihkonen, jossa asukkaille ja heidän läheisilleen kerrotaan kodin toimintaperiaatteista, arvoista ja palveluista. Hoivakodissa on vuokrattavana myös huone läheisten yöpymistä varten. Huone on tarpeen saattohoitovaiheen aikana ja silloin, kun läheiset asuvat kaukana eikä heillä ole paikkakunnalla paikkaa, missä yöpyä.

Vuorohoitolaisten omaishoitajia tuetaan jaksamaan vaativassa ja raskaassa tehtävässään. Heille jaetaan tietoa dementoivasta sairaudesta, annetaan vinkkejä, kuinka erilaisista tilanteista selviää parhaiten. Heille neuvotaan erilaisia nosto- ja auttamistapoja, joilla hoitamista saa hiukan kevennettyä, myös erilaisten apuvälineiden käytössä opastetaan. Omaishoitajan kanssa keskustellaan kotiin tehtyjen toimintaohjeiden tarpeellisuudesta. Ohjeilla ja suunnitellulla ohjelmalla ei ole tarkoitus kuormittaa omaishoitajaa entisestään vaan auttaa hoidettavaa

säilyttämään omatoimisuutensa mahdollisimman pitkään, silloin hoitaminenkin on helpompaa ja hoidettava voi olla kotona pitempään.

9.5 Toimiva ja turvallinen hoitoympäristö

Hoitoympäristön suunnittelussa kiinnitetään erityishuomiota siihen, että tiloista tulee toimivat nimenomaan dementoituvien hoitamista ajatellen. Hoitoympäristön yleisilme tulee olla kodinomainen, rauhallinen, selkeä ja valoisa. Hoitohuoneet ovat niin suuria, että sänkyyn hoitaminen elämän lopussa on mahdollinen, muutoin neliöitä sijoitetaan mieluummin yleisiin, yhteisiin tiloihin (Ahoranta & Virolainen 2001, 34).

Hoivakodin rakennus suunnitellaan siten, että muodostuu sisäpiha, joka on osa asukkaiden itsenäistä ulkoilutilaa. Alue aidataan, jolloin se on turvallinen. Aita maisemoidaan pensastoilla, jolloin ei synny suljetun paikan tuntua. Alueelle sijoitetaan perinteisiä, asukkaille entuudestaan tuttuja, myrkyttömiä kasveja. Ainakin muutama kukka- ja vihannespenkki sijoitetaan niin, että sen lähelle pääsee pyörätuolilla ja kasvien hoito onnistuu myös istualtaan. Polut suunnitellaan siten, etteivät ne risteä ja että muodostuu erilaisia reittejä, joita voi kulkea. Polkujen varsille sijoitellaan penkkejä levähdyspaikoiksi. (Kotilainen ym. 2003, 37–38.)

Kesällä puutarhassa voi olla myös kanihäkki, jonka asukkeja dementoituvat voivat ruokkia ja joiden touhuja on mukavaa seurata. Kodissa vierailee säännöllisesti myös ystävä-koira, jota on mukava rapsutella ja hellitellä. Riippuen asukkaiden yleissairauksista kodissa voi asustaa myös kissa.

Kummankin kodin makuuhuoneet sijoitetaan omaan siipeensä, jonka suunnittelussa vältetään turhia käytäviä. Kummassakin kodissa on oma ruokailutila, jotta ruokailuhetket pysyvät kodikkaina ja rauhallisina. Juhlapyhien aikana yhteinen ruokailu voidaan järjestää oleskelutilaan ja näin syntyy juhlava ja koko väkeä yhdistävä tilaisuus. Hoivakodin yhteiset tilat sijaitsevat keskellä rakennusta.

Omaan huoneeseensa jokainen asukas saa tuoda omia rakkaita tavaroitaan ja esineitä kuten keinutuolin, valokuvia ja tauluja. Tämä toive tuli kaikilta tarvekartoitukseen vastanneilta. Vastaajat olivat yksimielisiä myös siitä, että jokaisella on hyvä olla oma huone, jossa on wc ja suihku. Hoivakoti tarjoaa yhteisön, johon kuulua sekä seuraa, mutta jokaisella täytyy olla mahdollisuus myös yksityisyyteen ja omaan rauhaan - paikkaan, joka on vain minua varten

Värien käytöllä autetaan dementoituvia hahmottamaan tilat paremmin. Wc:n kansi ja turvakaiteet ovat joko punaiset tai keltaiset, koska näiden värien erotuskyky säilyy pisimpään. Turvakaiteitten päissä on pallo, jolloin kaiteen loppumisen huomaa eikä synny vaaratilannetta, kun käsi tapaakin vain tyhjää. Punaisen ja keltaisen värin käyttö saa huonetilan tuntumaan lämpimämmältä ja valoisammalta, mikä Suomen pitkän ja pimeän syksyn aikana on tarpeellista. Sininen ja vihreä väri sopii makuutiloihin. Valikoivalla värien käytöllä saadaan nostetuksi esiin kohteita, joita asukkaiden halutaan löytävän, ja voidaan piilottaa kohteita, joita heidän ei haluta huomaavan. (Kotilainen ym. 2003, 31.) Myös erilaisten ovien käyttö auttaa suuntaamaan asukkaiden huomiota. Esimerkiksi liuku- tai paljeovien käyttö kohteissa, joita ei haluta asukkaiden huomaavan. Ulosmenon houkutusta voidaan vähentää naamioimalla tuulikaapin ovi niin, ettei sitä helposti miellä oveksi ja kalustamalla tiloja niin, että kulku ohjautuu pois päin ovelta.

Yhteisiin tiloihin järjestetään nurkkaus, jossa on mahdollista avalla ovia ja laatikoita sekä järjestellä tavaroita aina uudelleen ja uudelleen. Sinne voidaan laittaa esille myös laitteita, jotka ovat tuttuja asukkaiden työelämästä kuten vanha kirjoituskone, laskukone, kirnu tai poljettava ompelukone. Esineitä vaihdellaan, jotta mielenkiinto säilyy ja jokaiselle asukkaalle löytyy jotain mielenkiintoista. Näytteille voidaan laittaa erilaisia aihekokonaisuuksia, joista saadaan muistelutuokioihin virikkeitä ja aiheita myös spontaaneihin keskusteluihin.

Toive saunomismahdollisuudesta tuli esiin tarvekartoituksessa ja dementiakodissa se on erittäin hyvä ratkaisu. Saunassa on lämmin peseytyä ja sauna on asukkaille myös entuudestaan tuttu peseytymispaikkana. Tämän päivän dementoituville suihku on tullut tutuksi vasta myöhemmällä iällä ja siksi se unohtuu helposti

sairauden edetessä. Kiukaan voi asentaa hiukan lattiatason alapuolelle, jolloin lauteiden ei tarvitse olla korkealla ja niille on helppo päästä istumaan. (Kotilainen ym. 2003, 24.)

Säilytystilojen sijoitteluun kiinnitetään huomiota niin, että tarvittavat apuvälineet ovat helposti saatavissa ja oikeassa paikassa. Säilytystiloissa on liuku- tai paljeovet, joiden taakse apuvälineet saadaan piiloon, silloin kun niitä ei tarvita. Sijoitettaessa välineet niitä varten suunniteltuihin tiloihin ne eivät ole esteinä kulkureiteillä eivätkä aiheuta asukkaille virhetulkintoja. (Kotilainen ym. 2003, 25.)

Hoivakodin suunnittelussa turvallisuuteen kiinnitetään erityishuomiota ja pyritään löytämään sellaisia ratkaisuja, että ne toimivat niin, etteivät asukkaat niitä huomaakaan. Vaaralliset aineet ja esineet laitetaan lukollisiin kaappeihin, jolloin ei ole vaaraa, että asukkaat saavat niitä käsiinsä. Tarvittaessa kulunvalvontalaitteilla huolehditaan yöaikaisesta turvallisuudesta. Joko sänkyyn tai lattialle sijoitettava laite ilmoittaa yöhoitajalle, että asukas on lähtenyt sängystä, jolloin hoitaja tietää käydä tarkistamassa, että vessareissu sujuu ongelmitta. Pimeänä aikana valaistus voidaan hoitaa liiketunnistimella varustetulla lampulla. Käytettävä teknologia on suunniteltava asukaskohtaisesti sen mukaan, mikä ratkaisu kussakin tilanteessa parhaiten toimii.

9.6 Johtaminen ja laadunhallinta

Hoivatyön ja hoivayrityksen johtaminen on haastavaa ja vaatii monipuolista osaamista. Aarvan (2009, 193) väitöskirjatutkimuksen perusteella hoivan johtamistehtävistä tärkeimmiksi nousivat asiakaslähtöisyys ja henkilöstöhallinto, seuraavana oli ihmistenjohtaminen. Keskeisimmiksi johtamisperiaatteiksi nousivat arvot ja osaamisen johtaminen. Johtamisen lähtökohdissa painottuivat ihmiset asiakkaina ja työntekijöinä.

Määrätietoisella johtamisella hoivakotiin pyritään luomaan toimiva työyhteisö, jonka perustana ovat työntekoa tukeva organisaatio, työtekoa palveleva johtaminen, selkeät töiden järjestelyt, yhteiset pelisäännöt, avoin vuorovaikutus

sekä toiminnan jatkuva arviointi. Työyhteisössä pidetään perustehtävätietoisuus kirkkaana mielessä. (Järvinen 2001, 27–28.) Työasioiden käsittelyssä käytetään voimavarakeskeisyyttä, joilla saadaan aikaan hyvä tunnelma, voimaantumisen tunteita, rakentava yhteishenki sekä paljon kehittämisideoita. Voimavarakeskeisessä työskentelyssä pyritään tavoitetilan rakentamiseen ja toiveikkuuden herättämiseen sekä tavoitetta tukevien muutosten etsimiseen. Tällöin nostetaan esiin edistyminen ja jaetaan kiitosta. Asioihin vaikuttavat hyvät tekijät pyritään löytämään. (Hietaniemi 2009a)

Henkilöstön johtamisessa keskeisenä ovat henkilöstön kanssa vuosittain käytävät kehittämiskeskustelut, jossa arvioidaan työntekijän työtehtäviä ja suorituksia, kartoitetaan työntekijän kiinnostuksen kohteet ja vahvuudet ja mietitään täydennyskoulutuksen suuntaamista. Kehityskeskustelussa on mahdollisuus myös henkilökohtaisen palautteen antamiseen ja saamiseen vastavuoroisesti. Kehityskeskustelujen perusteella laaditaan henkilökunnalle koulutussuunnitelma, jolla ylläpidetään ja parannetaan heidän osaamistaan ja työmotivaatiotaan sekä sitoutetaan heidät työpaikkaansa. (Hietaniemi 2009a.)

Toiminnan ja tulosten arvioinnissa otetaan käyttöön EFQM- malli, jonka pohjalta suoritetaan itsearviointi. Kun koko henkilöstö osallistuu toimintaan, heidän tietoisuutensa yrityksen strategiasta ja kehittämistarpeista paranee. Itsearviointi yritetään saada toimimaan mahdollisimman nopeasti, koska kunnat vaativat tietoa yrityksen toiminnan ladusta, ostaessaan niiltä palveluja. (Keto & Malinen 2007.)

Laatukäsikirjan laadinta aloitetaan heti, kun toiminta on vakiintunut. Siihen kuvataan eri toimintojen prosessikaaviot, joita laadittaessa löydetään prosessien kriittiset pisteet ja ongelmakohdat, joihin kehittämistyössä voidaan puuttua. Opiskelijat voisivat tehdä prosessikuvauksia jonkun harjoittelunsa aikana. Laatukäsikirjan laatiminen on esimiehen vastuulla mutta toimiakseen käytännössä siihen täytyy sitouttaa koko henkilökunta.

Strategisessa johtamisessa sovelletaan BSC- menetelmää, koska sillä pystytään huomioimaan yrityksen toiminnan eri osa-alueet ja pitämään kehittämispanostukset tasapainossa. Erilaisia mittareita otetaan käyttöön

vähitellen. Niitä laaditaan samalla, kun toteutetaan laatukäsikirjaa. BSC:tä käyttämällä pyritään suuntaamaan toimintaa asiakaskeskeisemmäksi, keskittymään oleellisiin asioihin sekä toteuttamaan strategiaa paremmin ja konkreettisemmin ((Malmi, Peltola & Toivanen 2002,255). Hoivakodin toimittua jonkun aikaa, voidaan osallistua projektiin, jonka aikana yritykselle laaditaan kattava mittaristo.

9.7 Tuotteistaminen ja hinnoittelu

9.7.1 Tuotteistaminen

Hoivakodissa panostetaan korkeatasoisten palvelujen tuottamiseen, mikä edellyttää toiminnan eri osien sujuvaa yhteistyötä ja sitä, että eri toimijat arvostavat toistensa työpanosta. Jotta palvelu olisi helpompi hahmottaa ja hinnoitella se jaetaan ydinpalveluihin, tukipalveluihin ja toiminnan mahdollistaviin palveluihin. (Lämsä & Uusitalo 2003, 101–102.)

Hoivakodin olemassa olon syy ja ydinpalvelu on hoivan ja hoidon tarjoaminen. Laatukäsikirjaan kuvataan prosessikaaviolla hoivaprosessin kulku. Hoivaan kuuluu asiakkaalle tarjottava apu peseytymisessä, pukeutumisessa ja ruokailussa. Hänen lääkehoidostaan huolehditaan, mikä tarkoittaa reseptien uusimista, lääkkeiden jakamista ja annostelua sekä lääkkeiden vaikutuksen seurantaa. Asiakkaan kulloinkin tarvitsemista sairauden hoidollisista tarpeista huolehditaan. Hoivakodissa käy kerran kuukaudessa lääkäri, jolle esitellään perushoidolliset asiat ja hän seuraa asiakkaiden lääkityksen sujumista. Tämä kuuluu hoivan hintaa, mutta uudet sairaudet ja lääkärissä käynnit sekä lääkkeet asiakas maksaa erikseen.

Hoivan vaativuudessa määritellään neljä eri tasoa. Kevein taso (Hoiva 1) on sellainen, että hoidettava tarvitsee pientä avustusta pukemisessa, peseytymisessä ja ruokailussa sekä yleistä valvontaa ja lääkehoidosta huolehtimisen. Tällainen hoiva on tarpeen vuorohoitajaksolle tuleville, vielä suhteellisen omatoimisille

asiakkaille. Seuraavalla tasolla (Hoiva 2) asiakas tarvitsee apua peseytymisessä, pukemisessa ja syömisessä, hänen lääkkeensä huolehditaan ja hänellä on vaipat käytössä. Tämän tasoiset hoidettavat ovat hoivakodin vakituisia asukkaita, mutta myös osa vuorohoitoasiakkaista voi olla näin hoidettavia. Kolmannella tasolla (Hoiva 3) hoidettavat ovat kahden autettavia ja neljäs taso (Hoiva 4) on saattohoitovaihe.

RAI- ja Rava- indeksit eivät toimi hyvin dementoituvan hoidettavuuden määrittelyssä ja siksi kunnan kanssa sopimuksista neuvoteltaessa tuleekin tästä asiasta keskustella ja sopia tarkasti. Heidän kanssaan täytyy päästä sopimukseen, kuinka hoidon tarpeen muuttuminen määritellään ja kuka sen päättää. Tasolta toiselle siirryttäessä hoitomaksu nousee, koska henkilökunnan työmäärä lisääntyy.

Tärkeitä tukipalveluja ovat asuminen, ruokailu, siivous, pyykkihuolto ja viriketoiminta sekä liikunta ja ulkoilu. Tarvekartoitukseen osallistuneet pitivät näitä vähintään tärkeinä hoivakodin tarjoamina tukipalveluina.

Asumiseen jokaiselle asiakkaalle tarjotaan oma huone, jossa on wc ja suihku. Hoivakodissa on myös kaksi hiukan isompaa huonetta, jotta pariskunnalle on mahdollista järjestää yhteinen huone. Huoneiden koko on 20–22 m², yhteisistä tiloista asiakkaan osuudeksi on laskettu 6 m². Vuokraan sisältyy myös sähkö, vesi ja lämpö.

Ruokailussa kiinnitetään huomiota riittävän energian, vitamiinien, kuidun ja nesteen saantiin. Kaksi kertaa vuodessa asuinhuoneissa tehdään suursiivous ja liinavaatteet vaihdetaan kahden viikon välien, ellei erityistarvetta vaihtamiselle ilmaannut. Viikottain tehdään normaali viikkosiivous. Laatukäsikirjaan tehdään kaikista toimista tarkka selvitys ja määritellään vastuhenkilöt toiminnoille.

Hinnoittelussa näistä tukipalveluista on koottu täysihoitopaketti. Jokaisen asiakkaan kanssa tehdään vuokrasopimus ja lasketaan vuokran suurus, johon hän voi hakea Kelalta eläkkeensaajan asumistukea. Siivoukseen on laskettu kuluvan yksi tunti viikossa ja pyykkiä on laskettu kertyvän yksi koneellinen viikkoa kohti.

Viriketoimintaan ja liikuntaan on laskettu kaksi tuntia jokaista asiakasta kohti päivässä.

Vuorohoitoon tuleville on voimaannuttamispaketti, joka sisältää fysioterapeutin/kuntohoitajan ja toimintaterapeutin suorittaman toimintakykykartoituksen sekä yhdessä asiakkaan, hänen läheisensä ja omahoitajan kanssa laaditun toimintasuunnitelman, ohjeet kotona tapahtuville aktiviteeteille ja omaishoitajan opastuksen niiden toteuttamisesta. Yksi voimaannuttamisjakso kestää kaksi viikkoa ja samaa ohjelmaa voidaan toteuttaa vielä seuraavallakin jaksolla, jolloin tehdään uusi toimintakykykartoitus, jotta voidaan arvioida aktiviteettien vaikutuksia. Tulosten perusteella tehdään tarvittavat muutokset toimintaohjelmaan.

Toimintaa mahdollistavana palveluna on hoivakodin johtaminen. Johtajan palkka ja johtamisesta koituvat kulut vyörytetään palveluhintoihin. Samoin täytyy tehdä myös esimerkiksi kuntosaliin hankittavien laitteiden hankintahinnalle, koska ilman kunnollisia laitteita ei voida toteuttaa tehokasta ja tuloksellista toimintaa. Jotta näiden kulujen vaikutus asiakashintoihin jäisi mahdollisimman pieneksi, järjestetään hoivakodissa oheistoimintaa, joilla voidaan kattaa osa kuluista. Tällaista oheistoimintaa on esimerkiksi omaishoitajille järjestettävät tieto- ja virkistyspäivät, kotona asuville ikäihmisille järjestettävät kuntopiirit ja terveydenhoitohenkilöstölle järjestettävät opintopäivät. Asukkaiden läheisille ja ystäville suunnataan pienimuotoista ruokapalvelua.

9.7.2 Hinnoittelu

Seuraavaksi esittelen tuotteiden sisältöä tarkemmin ja annan niille viitteellisiä hintoja, jotta voin tehdä liiketoiminnallisia laskelmia.

Hoiva 1:

lääkkeiden jako ja annostelu
peseytymis- ja pukeutumisapu

Hoiva 2:

lääkkeiden jako ja annostelu
peseminen ja pukeminen

ruokailussa avustaminen
silmälläpito
Hinta: 60 €/ vrk

ruokailussa avustaminen/ syöttäminen
seuranta, vaipat
Hinta: 70 €/ vrk

Hoiva 3:

Kahden avustettava

Hinta: 80 €/ vrk

Hoiva 4:

Saattohoitovaihe

Hinta: 90 €/ vrk

Täysihoitopaketti:

Asuminen: vuokra, vesi, sähkö ja lämpö 14 €/ m2

huone + wc	20–22 m2
yhteiset tilat	6 m2
asumiskustannukset	364–392 €/ kk
	12 €–13 €/ vrk

ruoka 14 €/ vrk

siivous (1h/ vk)

pyykki (1–2 koneellista/ vk) 3 €/ vrk

viriketoiminta

lehdet ja TV 2 h/ vrk

liikunta ja ulkoilu 25 €/ vrk

54 €–55 €/ vrk

Voimaannuttamispaketti 20 €/ kerta

Hintaesimerkkejä:

Omatoiminen vuorohoitoasukas: Yksi hoito jaksaa voi kestää esimerkiksi kaksi viikkoa eli 14 vuorokautta.

Hoiva 1 + täysihoito + voimaannuttamispaketti =

$14 \text{ vrk} \times (60 \text{ €/ vrk} + 54 \text{ €/ vrk}) + 20 \text{ €/ kerta} = 1616 \text{ €}$

Vakituisten asukkaiden hoitopäivähinta:

Hoiva 2 + täysihoito = 70 € + 54 € = 124 €

Hoiva 3 + täysihoito = 80 € + 54 € = 134 €

Hoiva 4 + täysihoito = 90 € + 54 € = 144 €

Avioparin kustannukset hoivakodissa:

Asumiskustannukset $14 \text{ €/m}^2 \times (22 \text{ m}^2 + 12 \text{ m}^2) = 476 \text{ €}$, josta päivää kohti lasketut asumiskustannukset ovat 16 €.

Täysihoitopaketin hinta on 58 € puolisolta.

Avioparilta, jossa toinen tarvitsee hoivapalveluja ja toinen ei, päivän kustannukset ovat

$58 \text{ €} + 58 \text{ €} + 70 \text{ €} = 186 \text{ €/ vrk.}$

Luentopaketti: Luentopaketin hinta muodostuu luennoitsijan palkkiosta, luentotilan vuokrasta ja tarjoilusta.

Luennointipalkkio (kolme tuntia)	300 €
Tilavuokra	400 €
Kahvitus	60 €

760 €

Jos kurssin hinta 25 €, se edellyttää, että osallistujia on vähintään 30 ja tällöin saadaan vasta kulut peitettyä.

9.8 Markkinointi

Markkinoinnin lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja niihin vastaaminen. Vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa rakennetaan asiakkaalle paras mahdollinen palvelu. (Lämsä & Uusitalo 2003, 28–29.) Dementoituvalle ja hänen läheiselleen tarjotaan palvelua, jonka laatuun ja saatavuuteen he voivat luottaa. Kunta-asiakkaalle tarjotaan palvelua, joka täydentää julkisen sektorin palveluja ja tukee asiakkaiden kotona pärjäämistä sekä vähentää laitospaikkojen tarvetta.

Markkinoinnin tärkeänä kulmakivenä on osaava henkilökunta sekä sen suhtautuminen asiakkaisiin, työtovereihin ja työhön. Palvelua kuluttava asiakas

huomio tämän helposti ja siksi siihen kiinnitetään erityishuomiota. (Lämsä & Uusitalo 2003, 29.) Myös henkilöstön johtaminen on ratkaisevaa. Asiakkaiden puhuttelutavoista keskustellaan ja niistä sovitaan yhteinen linjaus. Työyhteisön avoimen vuorovaikutuksen säilyminen varmistetaan nopealla konflikteihin puuttumisella sekä muistutetaan perustehtävätietoudesta.

Markkinoinnissa kiinnitetään huomiota yrityksen vahvuusalueisiin, joilla pyritään erottumaan muista kilpailijoista (Lämsä & Uusitalo 2003, 83). Markkinoinnissa korostetaan ravitsemustilaa ja kuntoutukseen sekä suun ja hampaiden terveyteen panostamista. Ajan kuluessa nämä panostukset näkyvät ja toimivat yrityksen mainoksina.

Yrityksen selkeät tuotteet helpottavat asiakkaan valintaa. Tutustuttuaan tuotevalikoimaan he tietävät, mitä ovat ostamassa ja mitä se maksaa. Tuotteita muokataan muuttuvan tarpeen ja kysynnän mukaan ja näin pysytään mukana kilpailussa. Tuotteita joudutaan mahdollisesti muokkaamaan myös muuttuvien määräysten ja poliittisten päätösten mukaan, koska hoiva-ala on hyvin säänneltyä toimintaa.

Tiedottaminen hoidetaan mainonnalla lehdistössä sekä paikallisradiossa. Hoivakodin valmistuttua pidetään avoimien ovien päivät, jolloin kaikki halukkaat pääsevät paikan päälle katsomaan, minkälaiset tilat ovat. Hoivakodille tehdään heti myös kotisivut, joita päivitetään jatkuvasti ja näin varmistetaan ajantasainen tieto. Kotisivut palvelevat etenkin dementoituvien läheisiä, jotka voivat seurata tiedotusta helposti kaukaakin. Samoin palvelua etsivät voivat tutustua hoivakotiin vaivattomasti. Hoivakodin yhteystiedot laitetaan myös puhelinluetteloon, koska kaikki ikäihmiset eivät vielä hallitse tietokoneen käyttöä. Samasta syystä hoivakodista laaditaan myös esittelyvihkonen, jossa kerrotaan hoivakodin toimintaperiaatteita, tuotteista, henkilökunnasta ja fyysisestä ympäristöstä.

Kunnan päättäjien kanssa ollaan yhteydessä jo suunnitteluvaiheessa ja kunnan tarpeet otetaan huomioon, koska se ovat hoivakodin suurin asiakas. Päättäjille selvitetään hoitoperiaatteita ja niiden vaikutusta dementoituvien toimintakykyyn. Yritys sitoutuu hoitamaan asukasta hänen loppuelämänsä ajan. Asukas käy

terveyskeskuksessa ja sairaalassa saamassa vain akuuttihoitoa. Hänet kotiutetaan heti, kun hänen tilansa on vakiintunut ja paraneminen käynnistynyt. Tämä edellyttää kunnalta toimivaa kotisairaaloimintaa ja kotisairaanhoidoa.

Hoitopäivän hinta voi tuntua korkealta, mutta työmäärä, joka siihen sisältyy, antaa rahan takaisin myöhemmänä hoivan tarpeena sekä laitospaikkojen tarpeen vähenemisenä. Kunnan kanssa tehtävässä sopimuksessa sovitaan palvelujen hinnoista ja määrittelytavoista ja kunta sitoutuu ostamaan hoitopaikan asukkaalle yksilöllisen hoidontarpeen mukaan.

Hoivakodin johtaja kiertää luennoimassa dementiahoitotyöstä ja -hoitokäytännöistä sekä dementoituvien ja muidenkin ikääntyvien suun ja hampaiden hoidosta. Nämä luentokäynnit toimivat myös yhtenä markkinointikeinona.

9.9 Ideaalisen dementiakodin kuvitteellinen liiketoimintasuunnitelma

9.9.1 Suunniteltu yrityshanke

Tarkoituksena on perustaa yksityinen dementiakoti, joka tarjoaa hoivaa ja hoitoa dementoivaa sairautta poteville asiakkaille, jotka eivät enää pärjää kotona tai tarvitsevat vuorohoitoa.

Liikeidea. Yrityksen asiakkaina ovat dementoivaa sairautta potevat, heidän läheisensä sekä asuinkuntansa. Yrityksen tarjoama hyöty sairastuneelle ja hänen läheiselleen on se, että dementoituva saa turvallisen ja viihtyisän asuinpaikan, jossa on tarjolla kaikki hänen tarvitsemansa palvelut ympäri vuorokauden. Kunnalle tarjoutuu mahdollisuus ostaa yritykseltä palvelu, jolloin kunnan resursseja vapautuu muihin tarpeisiin eikä kunnan tarvitse investoida uuteen palvelulaitokseen.

Yrityksen tapa toimia on dementoituvaa kunnioittava ja arvostava. Hoitoperiaatteena on kuntouttava hoitotyö, jota toteutetaan omahoitaja-

periaatteella. Henkilökuntamitoitus on suositusten mukainen eli 0,8 hoitajaa jokaista hoidettavaa kohden. Dementiakodissa on kaksi kotia, joissa kummassakin on kahdeksan asukasta. Hoitajia yrityksessä on 11. Heidän lisäksi henkilökuntaan kuuluu johtaja, laitosapulainen ja keittäjä sekä ostopalveluna lääkäri, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti/kuntohoitaja, aina kulloisenkin tarpeen mukaan.

Yrityksen markkinoitavia tuotteita ovat:

- Hoiva- ja hoitopalvelut, joihin sisältyy myös suusta ja hampaista huolehtiminen.
- Täysihoidopaketti, joka sisältää asumispalvelut, ruoka- ja pyykkihuollon, siivouksen, viriketoiminnan sekä liikunta- ja ulkoilupalvelut.

Toiminta-ajatus, arvot ja visio. Yrityksen toiminta-ajatuksena on tarjota turvallinen, kodinomainen paikka dementoituvalle asukkaalle, joka ei enää pärjää omassa kodissaan tai tarvitsee vuorohoitoa. Toimintaa ohjaa asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys, kunnioitus ja arvostus sekä asiakkaan tarpeiden kokonaisvaltainen huomioiminen. Luonnonläheisyys, kotieläimet ja puutarha antavat virikkeitä ja lisäävät viihtyvyyttä. Liikuntamahdollisuuksista ja viriketoiminnasta huolehtiminen auttavat toimintakyvyn säilyttämisessä.

Yrityksen visiona on, että hoivakodissa asuu virkeitä, toimintakykynsä säilyttäneitä dementoituja. Heillä on mahdollisuus viettää koko loppuelämänsä hoivakodissa ja he käyvät sairaalassa saamassa vain akuuttihoidon.

Perustelut yrityksen perustamiselle ja suunnitellulle liikeidealle. Yritys kannattaa perustaa, koska ikääntyvien määrän lisääntyminen. Yli 65-vuotiaiden prosentuaalinen osuus kasvoi vuodesta 1990 vuoteen 2008 3,2 % ja yli 85-vuotiaiden osuus lähes kaksinkertaistui eli 1 %:sta 1,9 %:iin (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet [viitattu 3.1.2010]). Dementia-asiakkaiden osuus sosiaali- ja terveystalouden palveluiden käyttäjinä esimerkiksi tehostetun palveluasumisen osalta nousi neljän vuoden aikana (vuodesta 2001 vuoden 2005 loppuun) 6,7 % eli 31,1 %:sta 37,8 %:iin (Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveystalouden palvelujen piirissä 2001, 2003 ja 2005 [viitattu 3.1.2010]). Koska kehitys on näin voimakasta, kuntien resurssit eivät riitä takaamaan jokaiselle tarvitsevalle hoitopaikkaa.

Tulevaisuudessa eläkkeet ovat suurempia kuin tänä päivänä ja siksi ikääntyvien taloudellinen tilanne on parempi ja he voivat osallistua suuremmalla osuudella hoitokustannuksiin. Tämä lisää yksityisten sosiaali- ja terveystalouden kysyntää ja näin perustettavan yrityksen markkinat ja kannattavuus ovat turvatut. Yrityksen markkinointivalttina ovat laadukkaat, dementoituvan toimintakykyä ylläpitävät työmenetelmät, jotka varmistavat hoidettavien elämänlaadun pysymisen korkeana. Riittävä henkilökuntamitoitus mahdollistaa dementoituvan asumisen hoivakodissa elämänsä loppuun asti, jolloin hoitopaikan vaihdot jäävät pois. Hoivakodissa huomioidaan myös hoidettavien läheiset. Yrityksen perustajalla on tarvittava ammattitaito ja hän haluaa tuottaa palveluja, jotka ovat asiakaslähtöisiä.

Markkinointi. Dementoituvalle ja hänen läheiselleen tarjotaan palveluna hoivapaikka, joka takaa dementoituvalle hyvän elämän. Hän saa turvallisen, kodikkaan ja virikkeellisen asuinpaikan, jossa hänen tarpeisiinsa vastataan. Kunta voi ostaa palveluita, joiden tuottamiseen sen omat resurssit eivät riitä, eikä kunnan tarvitse investoida uusiin kiinteistöihin.

Palvelut on selkeästi tuotteistettuja, jolloin asiakas tietää, mitä on ostamassa. Kunnan kanssa neuvotellaan ja sovitaan, kuinka hinta yksittäisen asukkaan kohdalla muodostuu. Kunta ostaa palvelun jokaisen asukkaan yksilöllisen tarpeen mukaan.

Tiedottaminen hoidetaan mainonnalla lehdistössä ja paikallisradiossa. Hoivakodin valmistuttua pidetään avoimien ovien päivät, jolloin jokainen halukas pääsee tutustumaan tiloihin. Tiedottamista tapahtuu myös omistajan luentomatkojen yhteydessä.

9.9.2 Kustannusarvio ja kannattavuuslaskelma

Investoinnit kiinteistöön ja kalustukseen. Kustannukset on laskettu uudisrakennukselle. Dementiakodissa on kaksi kotia, joissa on kahdeksan asukashuonetta kummassakin. Kummallakin kodilla on oma ruokailutila ja yhteisiä

tiloja olohuone, kuntosali/ryhmätila, sauna ja keittiö. Dementiakodin asuinhuoneet ovat kooltaan 20–22 m², joihin kaikkiin sisältyy 5 m² wc ja suihku. Lisäksi kodissa on henkilökunnan sosiaalitilat, kanslia, omaisille vuokrattava huone ja varastotiloja. Yhteispinta-alaksi rakennukselle tulee noin 520 m².

Tontin pinta-ala on noin 1,5 ha, joka mahdollistaa tilavan pihan rakentamisen. Rakennus suunnitellaan niin, että muodostuu sisäpiha, jota laajennetaan ja aidataan ja näin asukkaat voivat ulkoilla siellä itsenäisesti. Tontti on yrittäjän perheen omistuksessa.

Kodin yleiset tilat kalustetaan ja sisustetaan, mutta asukashuoneisiin jokainen asukas tuo omia huonekalujaan ja tavaroita. Kuusi asukashuonetta varataan vuoroahoitoasiakkaille, jotka myös kalustetaan ja sisutetaan.

Viitteellisiä lukuja kustannuksiin olen saanut puhelinkeskusteluissa hoivayrittäjä Anita Sillanpään ja rakennusmestari Merja Keisalan kanssa sekä tapaamisessa Suomenselän Lähivakuutusyhdistyksen yhteyspäällikkö Jukka Äyrän kanssa.

Rakentaminen	500 000 €
Kalusteet ja sisustaminen	60 000 €
Tontin maa- ja pohjan rakentam., viemäröinti	47 000 €
Rakennuksen maa- ja pohjan rakentam.	49 000 €
Maalämpö	34 000 €
Sähköistys	100 000 €
LVI-työt (mm. 18 wc/suihkua)	200.000 €
Sprinkleri	45.000 €
Ilmastointi	65.000 €
Vesiliittymä	15 000 €
Sähköliittymä	20 000 €
Yht.	<hr/> 1 100 000€

Palkkamenot. Palkkamenot on laskettu niin, että jokaisella hoitajalla olisi neljän vuoden kokemus.

	vuosi	kuukausi
Hoitajat	11 x 1785 €/ kk x 12,5 kk = 245 438 €	20 453 €
Laitoshuoltaja	1 x 1663 €/ kk x 12,5 kk = 20 788 €	1 732 €
Keittäjä	1 x 1908 €/ kk x 12,5 kk = 23 850 €	1 988 €
Toimintaterapeutti / fysioterapeutti	0,4 x 2160 €/ kk x 12,5 kk = 10 800 €	900 €
Vuorolisät (laskettu esim.-listan mukaan, Liite 3)	61 465 €	5122 €
Työnantajaosuudet 30 %	108 702 €	9 059 €
	<hr/>	
	471 043 €	39 254 €
Yrittäjä: 2160 €/ kk x 12,5 kk	27 000 €	2 250 €
YEL 21,2 %	5 724 €	477 €
Tapaturmavakuutus 16,42	44 €	4 €
Lääkäripalkkio (ostopalveluna 2 h / kk)	3 120 €	260 €
	<hr/>	
	35 888 €	2 991 €
Muut menot:		
Sähkö	7 000 €	583 €
Vesi	4 500 €	375 €
Vakuutukset	1 413 €	118 €
Ruoka	24 000 €	2 000 €
Huolto (talonmiespalvelut)	5 000 €	417 €
Siivous ja hoitotarvikkeet	2 000 €	167 €
Toimisto- ja puhelinkulut	1 500 €	125 €
Palkanlaskenta ja kirjanpito	7 600 €	633 €
	<hr/>	
	53 013 €	4 418 €

Palkanlaskenta ja kuukausittainen kirjanpito on laskettu 600 € kustannusten mukaan ja lisäksi on laskettu tilinpäätöskulut noin 400 € / v. Korkokulut 1,1 milj. € lainasta ovat tämän hetken 1,5 % koron mukaan 1 375 € / kk, kun oletetaan, ettei kahtena ensimmäisenä vuonna mene lyhennyksiä lainkaan.

Menot kuukaudessa:

Palkkamenot	39 254 €
Yrittäjän palkkamenot ja lääkäripalkkio	2 991 €
Muut kulut	4 418 €
Korkokulut	1 375 €
	<hr/>
Yhteensä	48 038 €

Pääomantarve ja rahoitus. Rahoitus investointeihin ja käyttöpääomaan saadaan yrittäjän omasta rahoituksesta sekä sijoittajilta. Lainaa haetaan pankilta ja Finveralta, jolta haetaan myös takausta. Yrityksen kehittämiseen ja innovaatiotoimintaan voi saada rahoitusta Teknologian kehittämiskeskukselta. ELY- keskus ei avusta hoivakotien rakentamista. Yrittäjä voi hakea starttirahaa, jota voi saada 18 kuukauden ajan. Starttirahan suuruus on 25,63 € päivältä, johon voi saada harkinnanvaraisesti korotusta 60 %.

Investoinnit	1 100 000 €
Käyttöpääoma	100 000 €
Kustannusylitysvaraus	200 000 €
	<hr/>
Pääoman tarve yhteensä	1 400 000 €
Oma rahoitus	100 000 €
Sijoittajien rahoitus	200 000 €
Pankkilaina	400 000 €
Finnveran laina	700 000 €
	<hr/>
Rahoitus yhteensä	1 400 000 €

Uudisrakennuksen arvosta 70 % käy lainojen vakuudeksi, lopuille lainoille haetaan Finnveran takausta.

Tulot liiketoiminnasta. Hoivakodin asukkaat tarvitsevat vähintään ”Hoiva 2”-mukaisia palveluja, koska voimassa olevien suositusten ja ikääntyvien omien toiveiden mukaan, he asuvat kotona mahdollisimman pitkään.

Kuukausimaksu: $30 \times 124 \text{ €} = 3720 \text{ €}$

Kahden viikon vuoroahoito:

omatoiminen asukas $14 \text{ vrk} \times (60 \text{ €} + 54 \text{ €}) / \text{vrk} + 20 \text{ €} / \text{kerta} = 1\,616 \text{ €}$

”Hoiva 2”- palvelua tarvitseva $14 \text{ vrk} \times (70 \text{ €} + 54 \text{ €}) / \text{vrk} + 20 \text{ €} / \text{kerta} = 1\,756 \text{ €}$

Hoivakodissa on varattuna vuoroahoitoasiakkaille kuusi asukashuonetta, jolloin kodissa voi kuukauden aikana olla 13 vuoroahoitoasiakasta.

Tulot:

10 vakituista asukasta		37 200 € / kk
Vuoroahoitoasukkaat	4 x 1 616 €	6 464 €
	9 x 1 756 €	15 804 €
	Yht.	<hr/> 59 468 € / kk

Tuloslaskelma. Ensimmäisen vuoden tuloslaskelmaan ei voi vielä laskea muita tuloja kuin hoivatuloja, koska yrityksen käynnistämässä on niin paljon työtä, ettei kaikkea voi aloittaa samaan aikaan.

	Vuosi	Kuukausi
Myyntituotot	713 616 €	59 468 €
	<hr/>	<hr/>
LIIKEVAIHTO	713 616 €	59 468 €
Muuttuvat kulut:	53 013 €	4 418 €
	<hr/>	<hr/>
MYYNTIKATE	660 603 €	55 050 €

Kiinteät kulut:

Palkkamenot	506 931 €	42 245 €
	<hr/>	<hr/>
KÄYTTÖKATE	153 672 €	12 905 €
Korkokulut	16 500 €	1 375 €
	<hr/>	<hr/>
RAHOITUSTULOS	137 172 €	11 530 €
Poistot	00	00
	<hr/>	<hr/>
TOIMINNALLINEN	137 172 €	11 530 €
NETTOTULOS		

Kannattavuuden arviointi. Tulos näyttää laskelmassa kohtalaiselta, mutta täytyy ottaa huomioon, ettei lainan lyhennyksiä ole ollenkaan. Kun ne lasketaan mukaan tulos jää pienemmäksi, mutta kannattavaa toiminta kuitenkin on. 1,1 milj. € lainan lyhennykset tekevät 110 000 € vuodessa ja 9 167 € kuukaudessa, joten lisää tuloja täytyy kertyä, jotta kehittämiseenkin jää rahaa. Lyhennysvapaat vuodet alussa ovat tarpeen, koska toiminta lähtee käyntiin vähitellen. Toimintaa aloiteltaessa tulot ja menot yritetään pitää tasapainossa rekrytoimalla henkilökuntaa vähitellen hoidettavien lisääntyessä. Jatkossakin toiminnan pitäminen kannattavana edellyttää hoivapaikkojen pitämistä täynnä kaiken aikaa.

Swot- analyysi.

	Vahvuudet (S)	Heikkoudet (W)
Sisäiset	-osaava, työhönsä sitoutunut henkilökunta -viriketoimintaan ja liikkumiseen panostaminen -yritystoimintaan soveltuvat tilat -erityisosaamisena suun- ja hampaiden hoitamisessa	-henkilökunnan riittävyys, saatavuus
	Mahdollisuudet (O)	Uhat (T)
Ulkoiset	-dementoituvien lisääntyvä määrä	-kunnallispoliittiset päätökset -yllättävät lakimuutokset, uudet

-dementoituvien maksukyvyn
paraneminen
-hyväksyvä suhtautuminen
yksityisiin hoivakoteihin

määräykset ja vaatimukset
-yleisen taloustilanteen
heikkeneminen

Menestystekijät (O + S)

Hoivakodin ajanmukaiset toimitilat, osaava, työhönsä sitoutunut henkilökunta ja erityisosaamiseen panostaminen luovat edellytykset laadukkaalle toiminnalle., joka on turvattu lisääntyvän hoivantarpeen vuoksi. Laadukas toiminta vahvistaa yleistä positiivista mielipidettä yksityisistä hoivayrityksistä.

Heikkoudet vahvuuksiksi (O + W)

Laadukas toiminta ja yrityksen hyvä maine tekevät yrityksestä halutun työpaikan ja näin henkilökunnan riittävyys on varmistettu.

Uhat hallintaan (T + S)

Yrityksen hyvät hoitotulokset saavat poliittiset päättäjät vakuuttuneiksi panostuksen kannattavuudesta ja he antavat hoidettaville tarvittavat maksusitoumukset. Uusien määräysten astuessa voimaan sopeutetaan yrityksen toiminta niiden mukaan.

Mahdolliset kriisitilanteet (T + W)

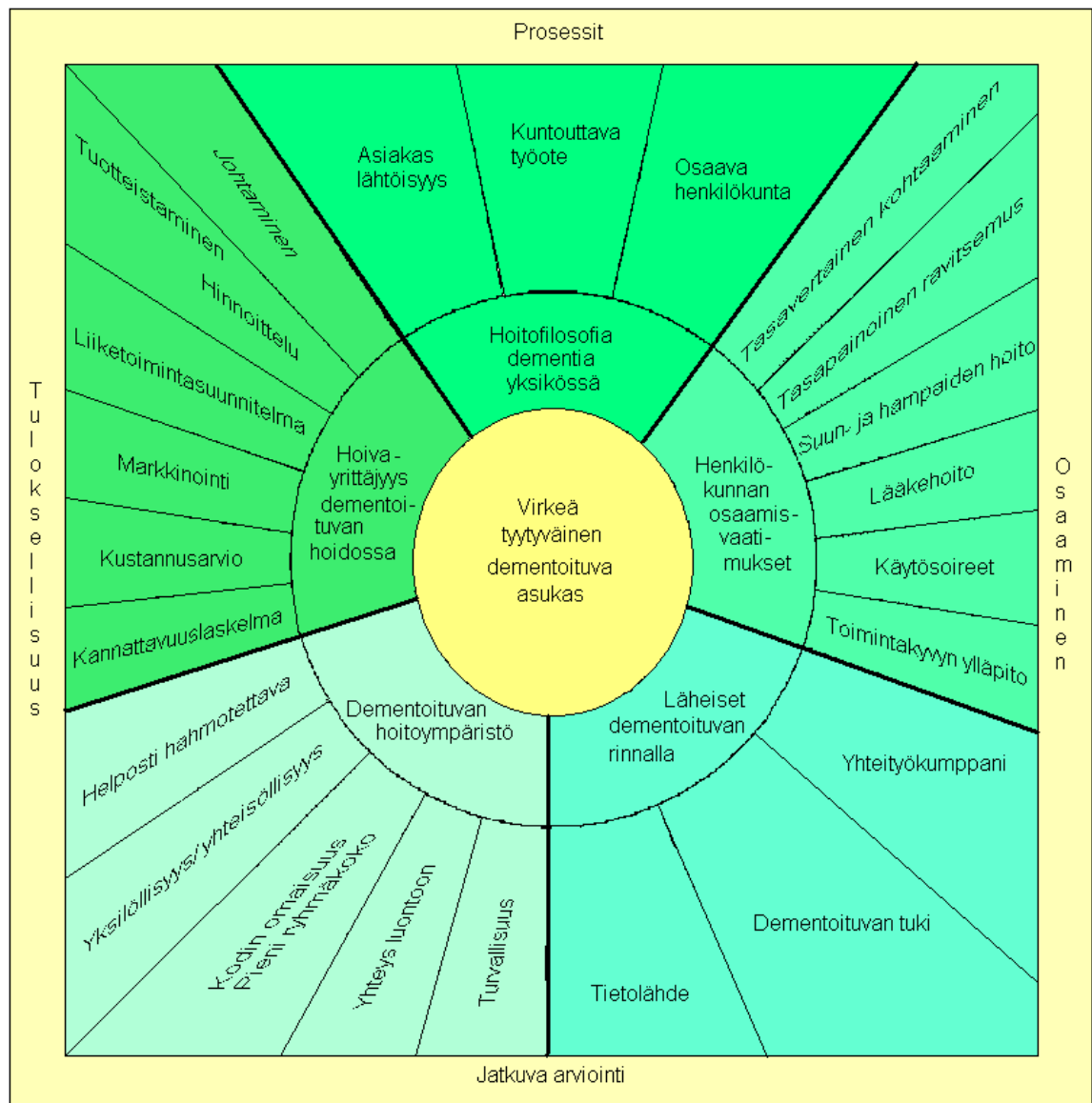
Paha työvoimapula ja uudet asioista huonosti perillä olevat päättäjät voivat vaikeuttaa yrityksen toimintaa samoin kuin syvä yleismaailmallinen lama.

PESTEL-analyysi. PESTEL- analyysin lainsäädännöllisen ympäristön muutokset ovat hoivayritykselle merkittävimmät, koska hoiva-alan toiminta on hyvin säänneltyä. Jos valtio tekee isoja, nykyisestä paljon poikkeavia lakimuutoksia, voi yritykselle käydä mahdottomaksi vastata niihin ja sopeuttaa toimintaansa niiden mukaan.

Taloudellisen tilanteen suuret muutokset vaikuttavat tietenkin. Jos kunnat eivät anna maksusitoumuksia oman huonon taloudellisen tilanteensa vuoksi, eivät dementoituneet pysty ostamaan palvelua yksityiseltä yrittäjältä, koska vielä heidän eläkkeensä eivät yksin riitä hoivamaksuihin.

Sosiaalinen kehitys, ikääntyvien lisääntyvä määrä ja ihmisten vaatimustason nousu, ovat laadukasta hoivatyötä tekeväälle yritykselle positiivisia asioita.

9.10 Hoivayritys dementoituville



KUVIO 6: Ideaalisen, yksityisen dementiakodin malli.

Yllä olevaan kuvioon (KUVIO 6) olen koonnut laadukkaana, yritystoimintapohjaisen dementiakodin mallin. Siitä löytyvät hyvän dementiahoitotyön sekä hoivayrittäjyyden elementit. Jotta toiminta pysyisi hyvällä tasolla ja kehittyisi, tarvitsee kiinnittää huomiota ulkokehällä oleviin asioihin eli jatkuvaan arviointiin, tuloksellisuuteen, prosessien toimivuuteen ja osaamisen ylläpitämiseen.

10 POHDINTA

10.1 Tarvekartoituksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöhöni kuuluvan tarvekartoituksen olen pyrkinyt tekemään hyvää tutkimustapaa käyttäen (Vilkkä 2005, 30). Harjoitteluiden ohjaajat valitsivat minulle haastateltavat ja jokaiselta kysyttiin henkilökohtaisesti halukkuus haastatteluun. Läheisille jätin haastattelulomakkeen ikääntyvän kotiin ja he saivat vapaaehtoisesti vastata siihen, jos halusivat.

Kyselyn saatekirjeessä kerroin, miksi teen kyselyä. Siinä selvitin myös, että kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastauskaavakkeet tuhoetaan, kun opinnäytetyö on valmistunut. Kirjeen kirjoitin fonttikoolla 16 ja vahvennetulla kirjasimella, jotta ikääntyneiden oli helpompi lukea se. (Vilkkä 2005, 153.)

Avoimen kysymyksen vastaukset käsittelin sisällönanalyysia soveltaen. Kovin paljon analysoitavaa ei ollut, koska vastauksia oli vähän. Vastaukset käsittelivät halukkuutta asua kotona ja sinne tarvittavia palveluja sekä toisena kohtana hoivakodille asetettuja toiveita. Kysymys oli ensimmäisenä haastattelulomakkeella, jotta muut kysymykset eivät johdattelisi vastaajia vaan he esittäisivät omia toiveitaan ja näkemyksiään. Vastaajat olivat hyvin realistisia eivätkä esittäneet mitään utopistisia toiveita. Haastattelutilanteessa yritin heitä jopa innostaa keksimään jotakin ja kerroin heille, ettei palvelua vielä tarvitse minkään palvelutuottajan tarjota vaan he voivat kertoa, mikä heidän mielestään olisi tarpeellista ja hyvää.

Monivalintakysymykset käsittelin SPSS- ohjelmalla. Sen avulla en kuitenkaan saanut esille muuta kuin määrällisiä tietoja. Otoksen pienestä koosta johtuen prosenttiosuuksien ilmoittaminen tuloksissa olisi harhaanjohtavaa. Ristiintaulukointia ei voinut tehdä kuin vastaajien mukaan. Ikääntyvät ja läheiset olivat vastanneet niin samoin, ettei siinäkään tullut esille eroavaisuutta. Läheiset vastasivat itsenäisesti haastatteluun enkä tiedä, kuinka he sen tekivät.

Mahdollisesti he vastasivat yhdessä ikääntyvän kanssa ja silloinhan vastaukset tietysti yhtenäistyivät. Muita ristiintaulukointimuuttujia ei vastauksissa ollut, koska vastaajat olivat kaikki naisia ja iältään he olivat varsin yhtenäinen ryhmä, 79–90-vuotiaita, joten ryhmittelyä iänkään mukaan ei ollut mielekästä tehdä.

10.2 Työn tuloksen arvioiminen

Opinnäytetyöni tuloksena tuotin mallinnuksen ideaalisesta, yksityisestä dementiakodista. Kuvioon olen koonnut tärkeimmät asiat sekä hoivan periaatteista, henkilökunnan osaamisesta, läheisten osallisuudesta että hoivayrittäjyydestä. Toivon kuvion selventävän sitä laajaa tietomäärää, joka täytyy hallita, kun haluaa tuottaa yksityisesti laadukkaita dementiahoidon palveluja.

Mallintamisen teoriapohjaa selvittäessäni jouduin toteamaan, että vielä on varsin vähän kirjoitettua teoriatietoa mallintamisesta. Erilaisia ohjeita mallintamisen suorittamisesta ja kuvauksia toteutusprosesseista kyllä löytyi.

10.3. Oma toimintani ja oppimiskokemukseni

Opinnäytetyöni suunnittelun aloitin jo opiskelujeni ensimmäisenä syksynä, tosin silloin sitä pidettiin projektityönä. Olin kovin innoissani ja tein suunnitelmia sillä mielellä, että tämä projekti toteutetaan heti, kun olen valmistunut. Järviseudun terveyslautakunta teki vuoden 2008 alkupuolella linjauksen, ettei Alajärvellä tarvita uusia hoivapaikkoja. Tämä päätös lannisti intoani ja menetin mielenkiintoni hetkeksi koko projektiin. Syksyllä 2009 opinnäytetyön ideaseminaarissa päätettiin, että teen aiheesta opinnäytetyöni, ja niin työ jatkui.

Innostus aihetta kohtaan on säilynyt tuota pientä notkahdusta lukuun ottamatta koko työn tekemisen ajan. Tuloksellisessa toiminnassa on monesti ollut toivomisen varaa, mutta hetkittäin olen tehnyt töitä varsin tehokkaasti, ja nämä viimeiset kolme viikkoa ovat olleet todella hyviä. Pitkä työskentelyaika on ollut tarpeellinen,

koska aihealue on ollut laaja. Olen perehtynyt sekä dementiahoitotyöhön että hoivayrittäjyyteen, ja olen tarvinnut aikaa asioiden sisäistämiseen.

Yhteistyötahoa minulla ei ole ollut, koska aloitin työn tekemisen oman yrityksen suunnittelemisena. Yhteistyötaho olisi antanut raamit työlle ja toiminut neuvottelukumppanina ja ideoijana. Nyt olen voinut toteuttaa omia toiveitani ja näkemyksiäni ilman ulkopuolisia rajoitteita. Hyvänä apuna työssäni ovat olleet ohjaavat opettajan, perheeni ja monet ystäväni. Ohjaavien opettajien kanssa olen käynyt monta pitkää keskustelua, joissa olemme ideoineet hoivakotia ja sen eri toteutustapoja. Kiitoksia siitä heille.

Tämän työn valmistumisen jälkeen voin sanoa omaavani melkoisesti tietoa dementiahoitotyöstä ja hoivayrittämisestä. Yrittäjyysosiossa on vielä paljon opittavaa, mutta hyvä pohjatieto on nyt hankittu ja uskon, että osaavien asiantuntijoiden avulla voisin onnistua perustamaan toimivan yrityksen. Vieläkin jossain mielen pohjalla elää toive mahdollisuudesta yrityksen toteuttamiseen.

10.4 Kehittämisehdotuksia

Tärkeimpänä kehittämisaiheena pidän toimivien testien luomista dementoituvien toimintakyvyn ja hoivan tarpeen määrittämiseksi. Kun olisi olemassa oikeat mittarit hoitoisuuden määrittämiseksi, Kelan olisi helpompi tehdä oikeita päätöksiä hoitotukien maksamisesta, samoin omaishoitajat saisivat oikean kokoisen omaishoidontuen ja hoivayrittäjä voisi perustella hoivamaksun suuruuden pitävien testitulosten perusteella.

LÄHTEET

- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Aggressive Behaviour- Educating Nursing Assistants. 1992. Journal of Gerontological Nursing.
- Ahoranta, P. & Virolainen, A. 2001. Fyysinen hoitoympäristö dementoituvan hyvän hoidon mahdollistajana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, terveystieteiden opettajankoulutus. Tutkielma. Julkaisematon.
- Alkoholidementia. Päivitetty 8.10.2004. [Verkkosivu]. Suomen muistiasiantuntijat ry. [Viitattu 17.2.2010]. Saatavana: http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=35&submit=displayDoc&documentId=38&view=cat
- Airila, A. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. Helsinki: Kuntokallio.
- Alhola, K. 2008. Toimintolaskenta: perusteet ja käytäntö. Helsinki: WSOYpro.
- Asikainen, P., Kahila, P. & Myllys, R (toim.). 2005. Hyvinvointipalvelut ja hoivayrittäjäyys: Entrecare- hyvinvointialan yrittäjäyden kasvuprojekti Satakunnassa ja Etelä- Pohjanmaalla. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sarja A. Tutkimukset 4/2005.
- Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä 2001, 2003 ja 2005. "Ei päiväystä". [Verkkosivu]. Helsinki: THL. [Viitattu 3.1.2010]. Saatavana: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/lkaantyneet/dementia.htm>.
- Dementoituneen hoito dementiayksikössä. "Ei päiväystä". [Verkkosivu]. Suomen Muistiasiantuntijat ry. [Viitattu 23.8.2009]. Saatavana: http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=32#.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää: muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY.
- Gibson, F. 2006. Reminiscence and recall: a practical guide to reminiscence work. London: Age Concern

- Heimonen, S.-L. & Qvick, L. (toim.). 2002. Dementoituvien hyvän hoidon elementit: kriteeristö kehittämisen tueksi hoitopaikoissa. Helsinki : Alzheimer-keskusliitto.
- Hegyvary, S. T. 1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Suomentaja Anja Suistola & Tarja Virtanen. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hietaniemi, E. 2009a. Vanhustyön johtaminen ja vanhuspalvelujen talous- kurssin luentoateriaali
- Hietaniemi, E. 2009b. Vanhustyön laadun kehittäminen- kurssin luentomateriaali.
- Högström, S. Päivitetty 6.9.2006. Osaaminen tietotyössä. [Verkkosivu]. Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 9.2.2010]. Saatavana: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tietotyö/Voimavarat/Osaaminen/Osaaminen+tietotyossa.htm>
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 13.02.2008. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. [Viitattu 1.2.2010]. Saatavana: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#fi
- Ikäheimo, S., Lounasmeri, S. & Walden, R. 2005. Yrityksen laskentatoimi. Helsinki : WSOY.
- Johnson, G., Scholes, K. & Whittington, R. 2006. Exploring corporate strategy: Text and cases. Harlow : Financial Times/Prentice Hall.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi
- Järvenpää, E., Mylly, R., Ääri, A & Asikainen, P. 2005. Hoivayrittäjyys ja liiketoiminta yrityshaastattelujen valossa. Teoksessa: P. Asikainen, P. Kahila & R. Mylly. (toim.) Hyvinvointipalvelut ja hoivayrittäjyys: Entrecare- hyvinvointialan yrittäjyyden kasvuprojekti Satakunnassa ja Etelä- Pohjanmaalla. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Saatavana: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sarja A. Tutkimukset 4/2005, 18.
- Järvinen, P. 2001. Onnistu esimiehenä. Helsinki: WSOY.
- Kangassalo, H. 17.8.1999. Käsitteellinen mallintaminen-´99. [www-dokumentti]. [Viitattu 27.1.2010]. Saatavissa: <http://www.cs.uta.fi/kurssit/KMal/kmal-s99.html>
- Kataja, K. 15.3.2007. Prosessien mallintaminen. [pdf-tiedosto]. [Viitattu 27.1.2010]. Saatavissa: https://www.jyu.fi/hallinto/suunnittelu/laatutyo/tilaisuuksia/QPR_koulutus04102007kataja.pdf

- Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2005. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki : Stakes (Saarijärvi : Gummerus). Raportteja / Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Keisala, M. 2010. Rakennusmestari. Puhelinkeskustelu 15.2.2010.
- Keto, U & Malinen, H. 2007. Itsearviointi laatujärjestelmän osana. KeVer- verkkolehti (2). [Viitattu 12.2.2010]. Saatavana: <http://ojs.seamk.fi/index.php/kever/article/view/1015/864>
- Kivelä, S.-L. 2007. Muistisairaiden unettomuus. Dementiauutiset (3), 6–9.
- Kivistö, A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja. C. Oppimateriaalit 5.
- Korkiakangas, P. 2002. Muistelusta voimavaroja vanhuuteen. Teoksessa: Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.
- Kotilainen, H., Virkola, C., Eloheimo-Sulkava, U. & Topo, P. 2003. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Koukkula, R., Lohiniva, V. & Karjalainen, L. 2004. Sosiaali- ja terveysalan tuotteistamista oppimassa: Keerna- ohjelman arviointitutkimus. Rovaniemi: Rovaniemen ammattikorkeakoulu
- Laakko, K. 2006. Ryhmätoiminnassa teema vie yhteiseen elämukseen. Dementiauutiset (4), 15–17.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Laaksonen, R., Rantala, L & Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Ymmärrä – tule ymmärretyksi: vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Lahtinen, A. 2000. Ikääntyneiden suun terveys ja ravinto. [www-dokumentti]. [Viitattu 26.10.2009]. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/artikkelit/suunterveys.html>
- Laki julkisista hankinnoista (30.3.2007/348). [Verkkosivu]. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. [Viitattu 16.3.2009]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/>

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). [Verkkosivu]. Oikeusministeriö: Edita Publishing Oy. [Viitattu 27.2.2009]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812). [Verkkosivu]. Oikeusministeriö: Edita Publishing Oy. [Viitattu 26.1.2010.]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/>
- Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (29.4.2005/272). [Verkkosivu]. Oikeusministeriö: Edita Publishing Oy. [Viitattu 26.1.2010.]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (3.8.1992/733). [Verkkosivu]. Oikeusministeriö: Edita Publishing Oy. [Viitattu 14.3.2009]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559). [Verkkosivu]. Oikeusministeriö: Edita Publishing Oy. [Viitattu 26.1.2010]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/>
- Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (9.8.1996/603). [Verkkosivu]. Oikeusministeriö: Edita Publishing Oy. [Viitattu 27.2.2009]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/>
- Lemponen, V. & Kahila, P. 2002. Hyvinvointi, kunta ja arvot : näkemyksiä neljästä maaseutukunnasta. Seinäjoki : Helsingin yliopisto, maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsingin yliopiston maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus, Seinäjoki. Sarja B 26.
- Leppänen, S. 2007. Hoivayrittäjäyys osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta, sosiaali- ja terveyshallinto. Pro gradu –työ. Julkaisematon.
- Lundgren, J. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Lämsä, A.-M. & Uusitalo, O. 2003. Palvelujen markkinointi esimiestyön haasteena. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Malmi, T., Peltola, J. & Toivanen, J. Balanced Scorecard – Rakenna ja sovelta tehokkaasti. Helsinki: Talentum.
- Mc Kinsey & Company. 2000. Ideasta kasvuyritykseksi: käsikirja liiketoimintasuunnitelman laatimiseen. Suomentaja Maarit Tillman. Helsinki: WSOY.

- Myllys, R., Enlund, I. & Träsk, M. 2005. Hyvinvointialan kehitysnäkymät ja hoivayrittäjyys. Teoksessa: P. Asikainen, P. Kahila & R. Myllys (toim.) Hyvinvointipalvelut ja hoivayrittäjyys: Entrecare- hyvinvointialan yrittäjyyden kasvuprojekti Satakunnassa ja Etelä- Pohjanmaalla. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sarja A. Tutkimukset 4/2005, 18.
- Mäkisalo-Ropponen, M. "Ei päiväystä". Varhainen lintu madon löytää – sosiaali- ja terveydenhuolossakin. [www-dokumentti]. [Viitattu 26.8.2009]. Saatavana: <http://www.kolumbus.fi/merjaelina.makisalo/kirjoituksia.htm>
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa : yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu-työ. [Viitattu 7.9.2009]. Saatavana: <http://www.uku.fi/tht/gradut.shtml#2006.pdf>
- Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas. Helsinki: WSOY.
- Parantainen, J. 2007. Tuotteistaminen: rakenna palvelusta tuote 10 päivässä. Helsinki : Talentum.
- Pellinen, J. 2006. Kustannuslaskenta ja kannattavuusajattelu. Helsinki: Talentum
- Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S. & Strandberg, T. 2005. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti. 60, 5265- 5270
- Pitkänen, K. 2002. Toimivat hoiva-alan markkinat eivät synny jahkaamalla. Sosiaaliturva 90 (10), 20–22.
- Porali, M. 2005. Hoivayrittäjyys on bisnes siinä missä hotellikin. Kuntalehti (19), 35- 36.
- Päivärinta, E. & Harverinen, R. 2002. Ikäihmistien hoito- ja palvelusuunnitelma : opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus : Sosiaali- ja terveysministeriö
- Rissanen, S., Rautiainen, I., Sinkkonen, S. & Kosola, T. 2004. Hoivayrittäjyyden kuvaus ja yrittäjien kokemukset. Teoksessa: S. Rissanen & S. Sinkkonen (toim.) Hoivayrittäjyys. Jyväskylä : PS-kustannus.

- Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2004. Hoivayrittäjyyden käsite, tausta ja erityispiirteet. Teoksessa: S. Rissanen & S. Sinkkonen (toim.) Hoivayrittäjyys. Jyväskylä : PS- kustannus.
- Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi.
- Ruuskanen, J. 2002. Dementia ja liikunta: opas dementiapotilaan liikunnan ohjaamiseksi. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto.
- Semi, T. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Taiteet dementoituneiden ihmisten elämänlaadun parantajina. Helsinki: Elämänlaatus dementoituneille.
- Sillanpää, A. 2009. Toimitusjohtaja. Sillanpää-koti. Puhelinkeskustelu 2.11.2009.
- Sorsa, M. 2002. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu- työ. Julkaisematon.
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Helsinki : Janssen-Cilag : Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000-tutkimus. 2004. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 26.10.2009]. Saatavana: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2004b16.pdf>.
- Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä. 2003. Ikäihmisten suun hoito – opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Helsinki: Hammaslääkäriliiton kustannus Oy.
- Suominen, M. (toim.) 2002. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot : opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 5. uud. p. Helsinki: Ravitsemusterapeuttien yhdistys.
- Suominen, M. & Kivistö, S. (toim.) 2005. Ravitsemus osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Tenhunen, L. 2004. Yrittäminen sosiaali- ja terveysalalla. Järvenpää: Yrityssanoma Oy.
- Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. ”Ei päiväystä”. [Verkkosivusto]. Helsinki: THL. [Viitattu 3.1.2010]. Saatavana: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c>
- Träsk, M., Maunus, S. & Kahila, P. Kunta hyvinvointialan yritysten asiakkaana. Teoksessa: P. Asikainen, P. Kahila & R. Mylly (toim.).

2005. Hyvinvointipalvelut ja hoivayrittäjyys: Entrecare-hyvinvointialan yrittäjyyden kasvuprojekti Satakunnassa ja Etelä-Pohjanmaalla. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sarja A. Tutkimukset 4/2005.
- Tuurala, T. 2002. Balanced Scorecard BSC- tasapainoinen arviointi. [Verkkosivu]. Laatuakatemia. [Viitattu 11.2.2010]. Saatavana: <http://www.kotiposti.net/tuurala/BSC.htm>
- Vallejo Medina, A. 2008. Dementoituneen vanhuksen hoitopintojakson luentomateriaali.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.
- Viitala, R. & Jylhä, E. 2006. Liiketoimintaosaaminen: menestyvän yritystoiminnan perusta. Helsinki: Edita Prima Oy
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Viramo, P., Huusko, T., Joiniemi, M. & Sulkava, R. 2004. Dementiapotilaan lääkehoito: opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Helsinki : Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Äyrä, J. 2010. Yhteyspäällikö. Suomenselän Lähivakuutusyhdistys. Tapaaminen 25.1.2010.

LIITTEET

Liite 1: Vanhuspalvelujen tarvekartoitus- kyselylomake ja saatekirje 1(5)

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



ARVOISA VASTAAJA

Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa geronomiksi eli vanhustyön asiantuntijaksi. Tämä kysely kuuluu osana opiskeluihini ja haluan tällä kyselyllä kartoittaa vanhusten ja heidän läheistensä toiveita ja tarpeita vanhuspalveluiden suhteen. Saamieni tietojen avulla on mahdollista kehittää laadukkaita ja asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvia palveluja.

Kyselyn tekemiseen olen saanut luvan Järvisseudun terveyslautakunnalta. Antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja kyselylomakkeet hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Henkilöllisyytenne ei paljastu missään vaiheessa.

Kiitoksia vaivannäöstänne ja avustanne.

Eija Puoliväli
Geronomiopiskelija
puh. 040-5946748



VANHUSPALVELUJEN TARVEKARTOITUS

1. Jos teidän / läheisenne toimintakyky (kunto) edellyttää runsasta palvelujen tarvetta, millaisia palveluja tai asumismuotoja toivoisitte tarjottavan? (Omat toiveet, ideat)

2. Oma / läheiseni lähivuosien toimintakyky (kunto) huomioon ottaen asuisin / läheisenne asuisi mieluiten (rastita yksi vaihtoehto)

_____ omassa kotona, palveluiden turvin

_____ tuetusti vuokrahuoneistossa

_____ hoivakodissa

_____ muistiyksikössä

_____ muu, mikä _____

3. Minkälaisia kotona asumista tukevia palveluja haluaisitte itsellenne/ läheisellenne tällä hetkellä?

_____ päivätoimintaa (mahdollisuus ruokailuun, lääkehuoltoon, saunomiseen, ystävien tapaamiseen, viriketoimintaan, asioiden hoitoon ym.)

_____ intervalli- eli lyhytaikaisasuminen

_____ jotain muuta, mitä _____

4. Mitä toivoisitte hoivakodin teille / läheisellenne tarjoavan?

_____ oman huoneen, millaisen _____

_____ oma WC, suihku

_____ saunomismahdollisuus

_____ muuta, mitä _____

5. Miten tärkeänä pidätte seuraavia oheispalveluita kotona asumista tukemaan tai palvelukeskusten / hoivakotien palvelutarjonnassa?

	erittäin tärkeä	tärkeä	ei välttämätön
ateriapalvelu	_____	_____	_____
lääkehuolto	_____	_____	_____
siivous	_____	_____	_____
pyykinpesu	_____	_____	_____
jalkahoito	_____	_____	_____
parturi / kampaamopalvelut	_____	_____	_____
kuntosali	_____	_____	_____
hammashoito	_____	_____	_____
muuta _____			

6. Minkälaisia viihtymistä tukevia palveluja toivoisitte tarjottavan vanhusten palvelukeskuksissa? Valitse kolme mieluisinta vaihtoehtoa.

_____ erilaisia retkiä luontoon tai tutustumiskohteisiin

_____ käsitöiden tekemistä

_____ hartaushetkiä

_____ askartelua

_____ yleistä ulkoilua

___ menneiden aikojen muistelua

___ yhteislaulua

___ pientä puuhastelua sisällä ja ulkona

___ läheisillä mahdollisuus yöpyä palvelukeskuksessa

___ muuta, mitä _____

7. Kun elämän kaarenne jossain vaiheessa lähestyy loppuaan, haluaisitteko/ haluaisiko läheisenne mahdollisesti viettää viimeiset päivänsä saattohoitokodissa?

___ kyllä

___ ei

8. Haluaisitteko itse asua / läheisenne asuvan palvelukeskuksessa, missä saisitte kaikki tarvitsemanne palvelut, elämänne loppuun saakka?

___ mielelläni

___ ei merkitystä

9. Jos teillä olisi mahdollisuus vaikuttaa, valitsisitteko itsellenne/ läheisellenne palvelukeskuksen, joka sijaitsee (rastita mieluisin vaihtoehto)

___ keskustassa palvelujen lähellä

___ syrjäkylällä luonnon keskellä, jonne palvelut tuodaan

___ jokin muu paikka, mikä _____

10. Miten määrittelisitte tuetun asumistarpeen itsellenne / läheisellenne?

_____ mahdollisimman pian

_____ vuoden sisällä

_____ 5 vuoden sisällä

_____ myöhemmin

11. Kuinka paljon olisitte valmis osallistumaan kustannuksiin, jos siten on

mahdollista saada vanhukselle yksilöllisiä, laadukkaita palveluita?

_____ voisi maksaa kokonaan itse

_____ voisin maksaa osittain itse

_____ olisin valmis ostamaan palveluseteleillä

_____ en olisi valmis maksamaan lainkaan

Vastauksissanne ajatellun palveluiden tarvitsijan ikä _____ v

___ mies

___ nainen

Kyselyyn vastasi ___ vanhus itse

___ vanhuksen läheinen

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Seinäjoen ammattikorkeakouluHAKEMUS
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Koskenalantie 17
60100 Seinäjoki05.02.2008

Järvisseudun terveyslautakunta
Lääkärintie 1
62900 Alajärvi

TUTKIMUSLUPA- ANOMUS

Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa vanhustyön koulutusohjelmalla geronomiksi. Valmistun 2009 joulukuussa.

Opintoihini kuuluvan projektityön osana haluaisin tehdä kyselytutkimuksen vanhuspalveluiden toiveista, tarpeista ja käyttöhalukkuudesta. Kyselyt olisi tarkoitus toteuttaa kevään 2008 aikana suorittaessani terveyskeskusjakson-, kotisairaanhoidon- ja kotipalvelun käytännön harjoitteluja Alajärvellä. Haluaisin vanhusten sekä heidän läheistensä vastaavan kyselyyn.

Kyselylomake liitteenä.

Ystävällisin terveisin

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Eija Puoliväli Elina Hietaniemi Helena Hannu
Geronimiopiskelija Ohjaava opettaja Ohjaava opettaja

LIITTEET Kyselylomake

Liite 3: Työvuorotaulukko

1(1)

TAULUKKO 1. Esimerkki hoitajien työvuorotaulukosta.

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
Hoitaja 1	00- 6:15	vp	vp	13- 21	7:30 15:30	7:30 15:30	6- 14	vp	13- 21	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	13- 21	10- 18	13- 21	15:30	vp	7:30 15:30	15- 21
Hoitaja 2	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	13- 21	13- 21	14- 22	vp	7:30 15:30	13- 21	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	vp	6- 14	7:30 15:30	13- 21	6- 14.15	vp	7:30 15:30
Hoitaja 3	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	7:30 15:30	13- 21	13- 21	vp	vp	7:30 15:30	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	7:30 15:30	13- 21	14- 22	7:30 15:30	6- 14.15	vp
Hoitaja 4	vp	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	13- 21	7:30 15:30	13- 21	7:30 15:30	vp	13- 21	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	13- 21	7:15 15:30	14- 22	vp
Hoitaja 5	7:30 15:30	13- 21	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	7:30 15:30	13- 21	7:30 15:30	6- 14	7:30 15:30	vp	vp	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 15:30	13- 21	vp	13- 21
Hoitaja 6	6- 14	7:30 15:30	13- 21	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	7:30 15:30	10- 18	7:30 15:30	13- 21	7:30 15:30	vp	13- 21	14- 22	21- 24	00- 24	vp	vp	12:45 21	7:30 7.30-
Hoitaja 7	vp	6- 14	7:30 15:30	13- 21	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	13- 21	13- 21	10- 18	7:30 15:30	vp	vp	7:15 15:30	21- 24	00- 6:15	vp	13- 21	14- 22
Hoitaja 8	13- 21	7:30 15:30	vp	13- 21	7:30 15:30	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	vp	10- 18	7:30 15:30	6- 14	13- 21	7:15 15:30	vp	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14
Hoitaja 9	7:30 15:30	vp	6- 14	10- 18	13- 21	13- 21	vp	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	13- 21	7:30 15:30	vp	13- 21	13- 21	7:30 15:30	7:15 15:30	21- 24	00- 6:15	vp
Hoitaja 10	vp	13- 21	13- 21	7:30 15:30	7:30 15:30	vp	7:30 15:30	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	6- 14	13- 21	7:30 15:30	7:15 15:30	14- 22	vp	vp	14- 22	21- 24	00- 6:15
Hoitaja 11	13- 21	10- 18	7:30 15:30	7:30 15:30	10- 18	vp	vp	6- 14	14- 22	21- 24	00- 6:15	vp	13- 21	7:30 15:30	6- 14	13.45 21	vp	vp	13.45 21	7:30 15:30	21- 24
Päivän miehitys	3+3	3+3+1	3+3	3+4+1	4+3+1	3+3	3+3	3+3	3+3+1	3+3	3+3+1	3+3+1	3+3	3+3	3+3	3+3+1	3+3+1	3+3	3+3	3+3	3+3