

Saimaan ammattikorkeakoulu Lappeenranta
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma

Marika Lempiäinen

LIIKETOIMINTASUUNNITELMA YKSITYISESTÄ MUISTISAIRAIDEN IHMISTEN HOITOKODISTA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

Marika Lempiäinen

Liiketoimintasuunnitelma yksityisestä muistisairaiden ihmisten hoitokodista, 69 sivua

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaajat: lehtori Sari Kokkonen ja projektipäällikkö Kirsti Cederström

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa käyttökelpoinen muistisairaiden ihmisten hoitokodin liiketoimintasuunnitelma. Tavoitteena oli kuljettaa suunniteltavan hoitokodin ideaa läpi työn sekä pohtia aktiivisesti, kuinka tällainen yritys perustetaan ja suunnitellaan, jotta se vastaisi toimintatarkoitustaan parhaalla mahdollisella tavalla eli ylläpitäisi muistisairaiden ihmisten elämän laatua. Tavoitteena oli myös kannustaa lukijoita oman yrittäjäprofiilin pohtimiseen sekä huomaamaan, että yrittäjyys on myös yksi käypä vaihtoehto hoitoalalla. Lisäksi tarkoituksena oli jakaa tietoa yrittäjyydestä ja muistisairauksista sekä niiden hoidosta muille sairaanhoitajakollegoille.

Opinnäytetyö on projektitehtävä. Yritysmuoto oli valittu valmiiksi ja aihetta rajattu niin, että yrityksen perustaminen oli rajattu työn ulkopuolelle. Aineisto kerättiin ja siihen tutustuttiin. Teoriaosuuden jälkeen tehtiin liiketoimintasuunnitelma, johon sovellettiin SWOT-analyysia.

Projektin tuloksena oli liiketoimintasuunnitelma muistisairaiden ihmisten hoitokodista. Tärkeimmiksi asioiksi tällaisen yrityksen liiketoimintasuunnitelmaa tehtäessä nousivat muistisairaiden ihmisten käytösoireet ja fyysinen ympäristö. Hoitokoti suunniteltiin niin, että se ennaltaehkäisisi käytösoireiden syntymistä ja tukisi hänen selviytymistään jokapäiväisissä toiminnoissa. Esiin nousivat myös eettiset asiat, kuten yrityksen eettisyys, eli onko moraalisesti arveluttavaa yhdistää liiketalous ja hoitotyö, ja muistisairaana ihmisen oikeudet. Liiketalouden puolelta tärkeimmiksi asioiksi nousivat riskien hallinta ja kontrollointi. Lisäksi esille nousi tällaisten hoitokotien tarpeellisuus, koska tulevaisuudessa ikääntyneitä on suurin osa väestöstä.

Tulevaisuudessa tutkimuskohteina voisivat olla sairaanhoitajayrittäjät, hoitoalan yritykset ja yrittäminen hoitoalalla. Tutkimusaiheena voisi myös olla muistisairaiden ihmisten elämän laatu tällaisissa hoitokodeissa, joissa fyysinen ympäristö toimii lääkkeettömänä hoitomuotona.

Avainsanat: muistisairaudet, käytösoireet, yrittäjyys, muistisairaiden ihmisten hoitokoti

ABSTRACT

Marika Lempiäinen

A business plan for a private nursing home caring for people with dementia or memory disorders, 69 pages

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2012

Instructors: Senior Lecturer Sari Kokkonen and Project Manager Kirsti Cederström

The purpose of this thesis was to produce a useful business plan for a private nursing home caring for people with memory disorders or dementia. The aim was to carry the idea of the planned nursing home throughout the thesis, discussing how to plan and establish this kind of company so it would guarantee quality of life for its residents. Other aims for this work were to encourage readers and nursing colleagues to consider entrepreneurship and to realize that it could be an interesting choice for health care professionals.

This thesis was a project assignment. The form of business was pre-chosen, and the actual establishment of the business remained outside the scope of the project. The literature was gathered and read, after which the business plan was formulated and analyzed by SWOT.

The final product of the project was a business plan for a nursing home taking care of people with dementia or memory disorders. The most important things to be considered when making a business plan for this type of nursing home were behavioral symptoms of people with memory disorders or dementia and how this affects the needs for the nursing home's physical environment. The nursing home was planned to prevent the development of behavioral symptoms and to support the residents in their everyday life routines. Ethical issues affecting the company and rights of people with memory disorders or dementia were also discussed. From the business point of view, risk management and control was found to be important. The growing need for this type of nursing home was also noted due to the continuing increase in the elderly population in the future.

Further research might be done regarding nurse entrepreneurs, health care companies and entrepreneurs in health care. The target of study might be quality of life when living at the special kind of nursing home that uses the environment as part of a drug-free treatment.

Keywords: memory disorders, behavioral symptoms, entrepreneurship, nursing home

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 YRITYS, YRITTÄMINEN JA YRITTÄJÄ	8
2.1 Osakeyhtiö	9
2.2 Perustaminen.....	9
3 HOITOALAN YRITYS	10
3.1 Yrittäjänä hoitoalalla	11
3.2 Lainsäädäntö	12
3.3 Liikeidea.....	14
3.4 Taloussuunnittelu ja rahoitusvaihtoehdot	15
3.5 Kirjanpito ja tilintarkastus	16
3.6 Riskien hallinta.....	17
3.6.1 Hoitokodin riskien tunnistaminen ja arviointi	18
3.6.2 Hoitokodin riskien kontrollointi	21
3.7 Ostopalvelusopimus ja hoidon korvattavuus	24
3.8 Etiikka perustana hoitoalan yrityksessä	25
4 MUISTISAIRAS HOITOKODIN ASUKKAANA	26
4.1 Yleisimmät muistisairaudet	28
4.1.1 Alzheimerin tauti	28
4.1.2 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen.....	30
4.1.3 Lewyn kappale –tauti	30
4.1.4 Muut muistisairaudet.....	31
4.4 Käyttöoireet	31
4.4.1 Syyt.....	32
4.4.2 Käyttöoireiden ymmärtäminen ja hoito.....	34
4.5 Hoitokodin ympäristön merkitys muistisairaalle	36
4.5.1 Fyysinen ympäristö lääkkeettömänä hoitomuotona	36
4.5.2 Koulutettu henkilökunta	39
4.5.3 Viriketoiminta.....	42
4.6 Muistisairaahan oikeudet ja hoitokodin arvot perustana muistisairaahan asukkaalle hyvälle elämälle	43
4.6.1 Muistisairaahan oikeudet.....	44
4.6.2 Hoitokodin arvot.....	46
4.7 Muistisairaiden terveystaloudellinen merkitys	47
5 YKSITYISEN HOITOKODIN LIIKETOIMINTASUUNNITELMA	48
5.1 Liiketoimintasuunnitelma.....	49

5.2 SWOT-analyysi liiketoimintasuunnitelmasta.....	55
6 OPINNÄYTE TYÖN TOTEUTUS	57
6.1 Liiketoimintasuunnitelman työstäminen.....	58
6.2 Työn eettiset näkökohdat.....	59
7 POHDINTA	61
LÄHTEET	64

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on yksityisen muistisairaiden hoitokodin liiketoimintasuunnitelma. Tarkoituksena on tehdä työstä erottuva, teorian tietoon perustuva ja käyttökelpoinen liiketoimintasuunnitelma. Työn ulkopuolelle on rajattu itse yritystoiminnan käynnistäminen. Yrityksen yhtiömuodoksi on valittu osakeyhtiö, ja tästä syystä työssä on käsitelty vain osakeyhtiö. Työn tavoitteena on tuottaa toimiva muistisairaiden hoitokodin liiketoimintasuunnitelma. Lisäksi työn tarkoituksena ja tavoitteena on kuljettaa suunniteltavan hoitokodin ideaa läpi työn sekä pohtia ja perustella aktiivisesti, kuinka tällainen yritys perustetaan ja suunnitellaan, jotta se vastaisi toiminta tarkoitustaan parhaalla mahdollisella tavallaan.

Opinnäytetyöraportti alkaa liiketalouden teoriaosuudesta, joka on tehty enemmän hoitoalan yrityksen, eli suunnitteilla olevan hoitokodin, näkökulmasta. Tämän osuuden jälkeen on hoitoalan asiaa ja muistisairas hoitokodin asukkaana – osuus, jossa tarkastellaan muistisairauksia ja niiden merkityksiä. Nämä kaksi osa-aluetta, liiketalous ja hoitoala, kohtaavat liiketoimintasuunnitelmassa, jossa on kuvitteellisesti suunniteltu teoriaan pohjautuva, toimiva hoitokoti muistisairaille ihmisille. Raportin lopussa on opinnäytetyön toteutuksesta ja tekijän omaa pohdintaa aiheesta ja raportista.

Muistisairaille hoitokotia suunniteltaessa suurin huomio kiinnittyy käytösoireisiin. Tulevaisuutta on käytösoireiden ennaltaehkäisy ja hoitaminen lääkkeettömästi. Muistiliitto ry (2012b) on julkaissut Hyvän hoidon kriteerit dementiayksikköjen itsearviointiin ja kehittämiseen, ja yksi osa-alue on kuntoutumista edistävä hoitoympäristö, johon on myös pyritty liiketoimintasuunnitelmaa tehtäessä. Lisäksi työn läpi kulkee etiikka punaisena lankana. Eettiset asiat ovat hyvin kiinteä osa työtä. Tekijä toivookin saavansa lukijan pohtimaan esille nostettuja asioita itsenäisesti.

Yrittäjyyden ja hoitoalan yhdistäminen on mielenkiintoinen aihe. Hoiva-alan yrityksiä on tullut viime vuosikymmenellä roimasti lisää ja ala on nopeasti kasvava, noin 20 prosentin vuosivauhdilla (Holtari 2009). Suomi tarvitsee

yrittäjiä ja uusia kasvavia yrityksiä, kustantamaan muun muassa julkisia palveluja ja maksamaan eläkkeitä (Seppänen 2010).

Tilastokeskuksen (2009b) ennustuksien mukaan vuonna 2060 yli 65-vuotiaita lienee 29 prosenttia eli henkilömääränä 1 787 000, joka on senhetkisestä Suomen väkiluvusta noin vajaa kolmannes. Väestön ikääntyessä, muistisairaudet lisääntyvät. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2009a asiakkaina oli 3600 muistisairaista ihmistä sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisessä kotihoidossa. Tilastokeskuksen (2009a) mukaan, muistisairaiden asiakkaiden osuus niin vanhainkodeissa, terveyskeskuksen laitoshoidossa ja pitkäaikaishoidossa sekä tehostetussa palveluasumisessa on selvässä kasvussa. Kuntakyselyn osaraportissa (Väyrynen 2010) selviää, että eniten vaikeuksia kunnille tuotti vuonna 2010 iäkkäiden henkilöiden palveluasumisen järjestäminen.

Muistisairauksien taloudellinen merkitys on huomattava, koska niiden kokonaiskustannukset vuodessa ovat 1,5 - 2,5 miljardia euroa (Martikainen, Viramo & Frey 2010, 37). Tulevaisuutta ajatellen kodinomaisten hoitokotien lisääminen muistisairaille ja muistisairaana kuntoutuksen kehittäminen ovat toivottavaa (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 547).

Näihin lukuihin ja ennusteisiin viitaten opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Hyötyä liiketoimintasuunnitelman tekemisestä on niin opinnäytetyön tekijälle kuin myös sairaanhoitajakollegoille. Tekijä perehtyy aiheeseen ja työstää käyttökelpoisen liiketoimintasuunnitelman, jota pystytään käyttämään tulevaisuudessa, jos mahdollisesti yrittäjäksi ryhdytään. Sairanhoitajakollegat saavat tietoa yrittämisestä sekä tärkeää tietoa muistisairauksista, mitä taas tullaan tarvitsemaan ennusteiden mukaan tulevaisuudessa paljon. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on kannustaa lukijoita pohtimaan omaa yrittäjäprofiiliaan ja huomaamaan, että myös yrittäjyys on yksi mielenkiintoinen vaihtoehto hoitoalalla.

2 YRITYS, YRITTÄMINEN JA YRITTÄJÄ

Yritys käsitteenä määritellään yhden tai useamman henkilön harjoittamana toimintana, jonka tavoitteena on taloudellinen kannattavuus. Yrityksen tärkein tehtävä on siis tähdätä kannattavaan tulokseen. Henkilöä, joka harjoittaa yrityksen toimintaa eli yrittämistä kutsutaan yrittäjäksi. Omalla nimellä tai rekisteröidyllä toiminimellä toimivat ammatin- ja liikkeenharjoittajat, oikeushenkilöt, kuten esimerkiksi osakeyhtiöt ja avoinyhtiöt, julkiset rahoituslaitokset ja valtion liikelaitokset sekä asuntoyhteisöt ovat yrityksiä (Tilastokeskus 2011).

Suomen laki on myös määritellyt yritys-käsitteen. Laissa yrityksellä tarkoitetaan yhteisöä, säätiötä ja luonnollista henkilöä, joka harjoittaa taloudellista toimintaa, oli se sitten voittoa tuottava tai ei. (Suomen laki 2011.) Yritys on siis talousyksikkö, joka ostaa tuotannontekijöitä ja tuotantoprosessin kautta myy tuotetut tuotteet tai palvelut markkinoilla tulojen saavuttamiseksi.

Yrittäjäksi voi ryhtyä kuka tahansa luonnollinen henkilö ilman minkäänlaista koulutusta tai ammattinimikettä. Lähtökohtana yrityksen perustamisessa on tahto ja halu toimia yrittäjänä. Yrittäjyys on aina tietoinen valinta. Yrittäjyyttä on yleensä harkittu huolella ja kypsytelty tovi. Ennen yrityksen käynnistämistä on yrittäjällä tarpeellista olla jonkinlainen liikeidea sekä mahdollinen toimintasuunnitelma ideasta, jonka myötä on tehty vaihtoehtojen punnitsemista. (Holopainen 2010, 13.) Myös henkilökohtaisten taustojen ja yrittäjän ominaispiirteiden miettiminen ja kartoitus, kuten ikä, sukupuoli, koulutus, työkokemus, persoonallisuuspiirteet, arvoperusta ja asennemaailma ovat tarpeen (Lehti, Rope & Pyykkö, 2007, 39-42). Näin pystytään miettimään omaa soveltuvuutta yrittäjyyteen.

Tulevan yrityksen yhtiömuotoa on syytä harkita tarkoin, mikä on sopiva ja tarkoituksenmukainen. Yritysmuodon valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat perustajien lukumäärä, pääoman tarve, vastuu, toiminnan joustavuus, yrityksen jatkuvuus ja laajenemismahdollisuudet sekä voitonjako ja tappion kattaminen. Eri yritysmuotoja ovat yksityinen elinkeinoharjoittaja (yksityinen toiminimi), avoin yhtiö, kommandiittiyhtiö, osakeyhtiö ja osuuskunta. (Holopainen 2010, 21-34)

2.1 Osakeyhtiö

Osakeyhtiön perustajana voi olla yksi tai useampi henkilö. Osakeyhtiölaki ei velvoita perustajaa tai osakkeenomistajaa asumaan Euroopan talousalueella eli ETA-alueella. Osakeyhtiöllä tulee olla hallitus. Hallitukselle voidaan erikseen valita puheenjohtaja, jos hallituksessa on enemmän kuin yksi jäsen. Yhdellä hallituksen jäsenellä tulee olla asuinpaikka ETA-alueella, ellei Patentti- ja rekisterihallitus myönnä poikkeuslupaa. (Holopainen 2010, 29-30.)

Osakeyhtiö tarvitsee pääomaa vähintään 2500 euroa. Pääomaksi voi sijoittaa rahaa tai rahan arvoista omaisuutta, kuten kiinteistöjä ja osakkeita. Osakeyhtiössä vastuu rajoittuu yritykseen sijoitettuun osakepääoman määrään. Osakkeenomistaja ei ole vastuussa yhtiön sitoumuksista. (Keskuskauppakamari 2010, 19-20.)

Osakeyhtiön toimielimet ovat yhtiökokous, hallitus ja toimitusjohtaja. Toimitusjohtaja ei ole lain mukaan pakollinen. Osakeyhtiölaissa on erikseen määriteltä, mitä asioita kukin toimielin päättää. Yhtiökokouksella on ylin päätösvalta, hallitus vastaa yhtiön hallinnosta ja kirjanpidosta ja toimitusjohtaja on hallituksen valitsema ja vastaa yhtiön kaikesta juoksevasta hallinnosta. Osakeyhtiöllä on kirjanpitovelvollisuus ja yhtiökokous valitsee yritykselle tilintarkastajan. (Keskuskauppakamari 2010, 16-17.)

2.2 Perustaminen

Osakeyhtiön perustamisesta ja sen hallinnon järjestämisestä on erikseen säännökset osakeyhtiölaissa. Perustamisvaiheessa on aina laadittava osakeyhtiön perustamissopimus. Perustamissopimus tulee päivätä ja kaikkien osakkeenomistajien tulee se allekirjoittaa. Sen jälkeen perustamisilmoitus voidaan vasta tehdä kaupparekisteriin ja verohallinnolle, viimeistään kolmen kuukauden kuluessa sopimuksen allekirjoittamisesta. (Keskuskauppakamari 2010, 19.)

Osakeyhtiö tulee aina ennen toiminnan aloittamista rekisteröidä kaupparekisteriin, jonka jälkeen se on itsenäinen, juridinen osakeyhtiö (Holopainen 2010, 41). Jos osakeyhtiö tarvitsee elinkeinoluvan, tulee viranomaisten luvan myöntäminen ilmoittaa myös kaupparekisteriin. Elinkeinolupa hankitaan ennen toiminnan aloittamista. (Keskuskauppakamari 2010, 16.)

Kaupparekisteriin ilmoittautumisen jälkeen uusi yritys saa Y-tunnuksen eli yritys ja yhteisötunnuksen (Keskuskauppakamari 2010, 19). Yrityksen perustamisesta tulee myös ilmoittaa Verohallinnolle (Verohallinto 2011). Yrityksen tuotteiden ja palveluiden myynti ovat pääsääntöisesti arvonlisäverollisia. Arvonlisävero, josta käytetään Alv-tunnistetta, on yrittäjän valtiolle maksamaa välillistä veroa. (Holopainen 2010, 96.) Suomen arvonlisäverolaki määrää tietyt tavarat ja palvelut verottomiksi kuten muun muassa terveyden- ja sairaanhoidon sekä sosiaalihuollon (Suomen arvonlisäverolaki 2011, § 34, 35, 36).

3 HOITOALAN YRITYS

Hoitoalan yritys eroaa herkän ja haavoittuvan toiminta-alueensa takia selvästi muista palvelualojen yrityksistä. Hoitotyötä tarjotaan välittömässä vuorovaikutussuhteessa, välillä jopa pitkässäkin hoitoprosessissa. Hoitoprosessissa ja palvelutapahtumassa voidaan käsitellä usein asiakkaan henkilökohtaisia ja asiakkaalle itselleen arkoja asioita. (Nukari & Urponen 2006, 18.)

Hoitoalan yritykselle muita ominaisia piirteitä ovat pienyrittäjyys, naisyrittäjyys, eettisyys ja ammatillisuus (Rissanen & Sinkkonen 2004, 20-22). Hoitokotia perustettaessa eettiset asiat korostuvat, ja tästä syystä niiden pohtiminen on erityisen tärkeää. Muistisairaiden hoitokodissa ammattilaisten tulee työskennellä ammatin edellyttämien eettisten ohjeiden mukaisesti.

3.1 Yrittäjänä hoitoalalla

Hoitoalan yrityksen perustajalle on useimmiten ominaista se, että ajatusta kypsytellään monta vuotta ennen kuin tartutaan tuumasta toimeen. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry:n (2011) mukaan suositus omille jäsenilleen ennen yrittäjäksi ryhtymistä on vähintään kahden vuoden kokemus sairaanhoitajan tehtävistä. Yleensä ajatus kypsyä palkkatyötä tehdessä ja uskallus lähteä yrittämään vahvistuu, kun omataan tarpeeksi työkokemusta alalta. Hoitoalan yrittäjille tyypillistä on myös liiketoiminnan aloittaminen kutsumuksesta (Kainlauri 2007, 30). Kutsumus yrittäjyyteen voi lähteä halusta vaikuttaa johonkin epäkohtaan tai epäkohtiin. Usein työntekijällä voi olla ratkaisuja ongelmiin, mutta luovat ratkaisut eivät aina sovi byrokraattisen järjestelmän toimintoihin.

Hoitoalan yrittäjältä vaaditaan myös tiettyjä ominaisuuksia: optimistisuutta, pitkäjänteisyyttä, tavoitteellisuutta, kriittisyyttä, itseluottamusta, kunnianhimoa, halua ja kykyä hakea haasteita, epävarmuuden sietokykyä, riskinottoa, joustavuutta, energisyyttä, luotettavuutta ja tuloshakuisuutta. Näiden lisäksi oman persoonan, ammatti-identiteetin, laadun, palvelun ja kollegiaalisuuden kartoittaminen ja pohtiminen ovat tärkeitä hoitoalalle yrittäjäksi lähtevälle. (Martinkauppi-Vanninen 2006, 21-23) Lisäksi tärkeitä ominaisuuksia ovat oma osaaminen ja ammatillinen itsevarmuus, luotto omaan osaamiseensa. Suoraan sairaanhoitajaopintojen jälkeen ei ehkä ole parasta alkaa yrittäjäksi. Kädentaitojen ja teorian tiedon syventäminen muutamien vuosien ajan voisivat antaa hyvät eväät myöhemmälle yrittäjyydelle. Suomen Sairaanhoidajaliitto suosittelee vähintään kahden vuoden työkokemusta yrittäjäksi aikoville sekä täydennyskoulutusta joka vuosi. (Partinen 2006b, 10.)

Vahva ammatti-identiteetti ja ammatillisuus ovat tärkeimpiä piirteitä hoitoalan yrittäjälle. Vahva ammatti-identiteetti mahdollistaa sairaanhoitajuuden ja liiketalouden yhdistämisen; oma osaaminen ja tarjotut palvelut osataan hinnoitella ilman ongelmia tai tunnetta epämoraalisuudesta. (Martinkauppi-Vanninen 2006, 22.) Tästä johtuen työkokemus on tärkeää. Palkkatyötä toiselle tehtäessä oma ammatitaito vahvistuu ja samalla vahvistuu oma ammatti-

identiteettiä. Palkkatyössä vastavalmistunut sairaanhoitaja näkee myös toisten hoitajien toimintatapoja ja saa vanhemmilta konkareilta arvokasta hiljaista tietoa. Lisäksi palkkatyössä voi tulla eteen sellaisia asioita, joita ei opintojen aikana ole vastaan tullut.

Omassa yrityksessä on lisäksi paljon vastuuta. On taloudellista vastuuta, mutta myös erittäin iso vastuu asiakkaista. Vastavalmistuneelle sairaanhoitajalle tällainen vastuu voi käydä liian suureksi, varsinkin jos luottoa omaan osaamiseen ei ole tarpeeksi. Näistäkin syistä johtuen työkokemus ennen yrittäjyyttä olisi tärkeää.

Hoitoalan yrittäjältä vaaditaan myös laatua. Laatu tekee asiakkaat tyytyväisiksi, ja sitä halutaan ostaa. Laatuvaatimus tarkoittaa saavutettavissa olevaa toiminnan tasoa, johon pyritään ja halutaan. Todellista toimintaa verrataan laatuvaatimukseen. (Martinkauppi-Vanninen 2006, 22; Partinen 2006a, 26.)

Suomen Sairaanhoitajaliitto suosittelee yrittäjiksi aikovia sairaanhoitajia liittymään Sairaanhoitajaliittoon sekä Sairaanhoitajaliiton yrittäjähdistykseen. Jäsenille Sairaanhoitajaliitto tarjoaa monenlaisia hyödyllisiä palveluita kuten markkinointiapua ja koulutusta. Lisäksi liitto myöntää yrittäjätunnuksen sairaanhoitajayrittäjän tueksi. (Suomen Sairaanhoitajaliitto ry 2011.)

Sairaanhoitajaliitto on määritellyt laatuvaatimuksia omille jäsenilleen, jotka ovat yrittäjinä yrittäjätunnuksen alla. Vaatimuksina ovat itsensä ja hoitotyön jatkuva kehittäminen, ammatillinen vastuu tekemästään työstä, hoitotyön (nursing) arvojen ja toimintaperiaatteiden mukainen toiminta, ihmisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tunnistaminen eri-ikävaiheissa ja näitä tarpeita vastaavien hoitotyön auttamismenetelmien löytäminen sekä oman ammatillisen laadun kehittäminen, seuranta ja arviointi. (Suomen Sairaanhoitajaliitto 2011.)

3.2 Lainsäädäntö

Hoitoalan yrityksiä ohjataan ja valvotaan omalla sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllä (Kaarakainen 2006, 51). Yksityisen hoitoalan yrityksen

toiminnan harjoittaminen on aina luvanvaraista (Valvira 2011a). Terveydenhuollon ammattia yksityisesti harjoittaessaan tulee ottaa huomioon myös keskeisimmät lait. Nämä lait ovat yksityisen terveydenhuollon laki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilasvahinkolaki ja henkilötietolaki (Meincke & Karvonen-Kälkäjä 2006, 51). Lakien tarkoituksena on turvata asianmukainen ja ammatillisesti oikein toteutettava hoito, asiakkaan arvokas, yksilöllinen ja hyvä kohtelu sekä suojella niin yrittäjää ja hänen oikeuksiaan sekä suojella ja turvata asiakkaan yksityisyyttä. Esimerkiksi vaitiolovelvollisuus ja salassapito koskevat myös yksityistä terveydenhuollon sektoria.

Valvira on sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, jonka tehtävänä on myöntää lupia, valvoa ja ohjata. Valvira myöntää terveydenhuollon ammattilaisille oikeudet harjoittaa ammattiaan sekä kirjaa ne rekisteriin. Valvira myöntää myös luvat yksityisille terveydenhuollon yrityksille palvelujen tuottamiseen silloin, kun yritys toimii useamman kuin yhden aluehallintaviraston alueella. Muuten lupa haetaan aluehallintavirastolta. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo myös yksityisen puolen terveydenhuollon ammattilaisia ja toimintayksiköitä sekä niiden toimintaa. (Valvira 2011b.)

Yksityisen puolen hoitoalan yritykselle on lainsäädännössä myös määritelty kriteerit toimintayksikölle ja sen palveluista vastaavalle henkilölle, henkilöstömäärälle ja asiakkaalle tarjotuista palveluista. Toimintayksikön tulee olla sopiva aiotulle toiminnalle niin terveydellisiltä kuin muilta olosuhteiltaan, kuten kooltaan ja välineistöltään. Palvelusta vastaava henkilö vastaa vaadittujen asetusten täyttymisestä yksikössä. Henkilöstön tulee olla riittävä ja ammatillisesti tehtäviinsä päteviä. Asiakkaalle tarjottavien palveluiden tulee olla suunnitelmamuodossa ja perustua sopimukseen tai hallintopäätökseen. (Kainlauri 2007, 17-18.) Yksityisen hoitoalan yrityksen palveluista vastaavan johtajan tulee lain mukaan olla ammatillisesti pätevä ja laillistettu terveydenhuollon ammattilainen (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 2011a).

Lakisääteiset vakuutukset tulee yrittäjän itse huolehtia niin itselleen kuin yrityksen muille työntekijöille (Kainlauri 2007, 133). YEL-vakuutus eli yrittäjän eläkevakuutus voi määräytyä esimerkiksi vakuutetun yrittäjän tulojen

mukaisesti. YEL-vakuutus kattaa vanhuuseläkkeen, varhennetun vanhuuseläkkeen, osa-aikaeläkkeen, työkyvyttömyyseläkkeen ja työttömyyseläkkeen (vuotta 1950 ennen syntyneet). YEL-työtulo voi vaikuttaa yrittäjän sosiaaliturvaan, joten se kannattaa pitää todenmukaisena. (Suomen yrittäjät 2010.) Lisäksi tulee vakuuttaa yrityksen toimitilat, mahdolliset laitteet ja koneisto sekä työntekijät, kuten tapaturmavakuutukset ja eläkevakuutukset (Kainlauri 2007, 132).

3.3 Liikeidea

Liikeidea toimii oman yrityksen perustamisen lähtökohtana (Keskuskauppakamari 2010, 6). Liikeidealla tarkoitetaan tulevan yrityksen tapaa menestyä ja tuottaa tulosta valitulla toimialalla (Holopainen 2010, 13). Liikeideaksi eivät kelpaa kaikki ideat, vaan sen tulee kertoa kolme asiaa: asiakkaan ongelma tai tarve, yrityksen tarjoama ratkaisu asiakkaan ongelmaan ja ansaintamalli eli miten ansaitaan rahaa ratkaisulla (Keskuskauppakamari 2010, 7). Asiakkaan tarpeita vastaava, markkinoilta puuttuva ja toimiva liikeidea on yksi tärkeimmistä asioista pyrittäessä kannattavaan ja tuottavaan liiketoimintaan.

Liikeidea ei ole siis pelkkä idea vaan monen tekijän summa. Oleellisia piirteitä liikeideassa ovat konkreettisuus, todenmukaisuus, harmonisuus, markkinaperusteisuus ja kilpailukykyisyys. Konkreettinen liikeidea on ymmärrettävästi ja yksiselitteisesti kerrottu liiketoiminta. Todenmukaisuudella tarkoitetaan asioiden kertomista ilman tavoitetilaa eli miten asiat kyseisellä hetkellä ovat. Harmonisuudella haetaan liikeideassa tasapainoa tuotteiden tai palveluiden, kohderyhmän, yrityksen imagon ja toimintatavan välille eli kaikkien tulee olla toisiinsa kytköksissä sekä sopia toisiinsa toimiakseen. Markkinaperusteinen liikeidea perustuu juuri markkinoilla olevaan kysyntään. Kilpailukykyinen liikeidea taas mahdollistaa valitsemalla kentällä yrityksen menestymisen kilpailusta huolimatta. (Rope 2006, 49)

Kun liikeideana on muistisairaiden hoitokoti, sen oleellisena piirteenä on todenmukaisuus. Alueella, jossa on jo samanlaisia hoitokoteja, ei ole ehkä tarvetta enää uusille hoitokodeille. Väestöjakauma ja kunnan tarve tällaisille hoitokodeille vaikuttavat kysyntään. Hoitoalan yritysten kilpailu keskenään ei ole toivottua, koska tärkeää olisi hyvä verkostoituminen. Toisella yrityksellä voi olla erikoisosaamista tai palveluita, joita voi tulla tarvitsemaan. Tästä syystä uniikki, erilainen liikeidea, mutta kannattava, olisi tärkeää.

Liikeidean arviointi ja testaus eri menetelmillä on hyvä keino kehittää liikeideaa ennen sen toteuttamista. Eri analysointimenetelmien tarkoituksena on kehittää liikeideasta toimiva, kannattava ja tunnistaa markkinoilla jo olevat kilpailijat. (Kainlauri 2007, 34; Keskuskauppakamari 2010, 8-9.) Liikeidean kehittäminen aikaansa edellä olevaksi on hyvä kilpailuvaltti, mutta pelkkä idean kehittäminen ei riitä, jos myyjällä ei ole uskoa tuotteeseensa tai tarjoamaansa palveluun.

3.4 Taloussuunnittelu ja rahoitusvaihtoehdot

Kun liikeideaa on arvioitu, testattu ja kehitetty, on aika muuttaa idea numeroiksi rahoitussuunnitelmaa varten (Finnvera 2011). Huolellinen taloudellinen suunnittelu on edellytys yrityksen perustamiselle. Laskelmat ovat osa huolellista taloussuunnittelua pääasiassa yrittäjälle itselleen mutta myös ulkopuolisille rahoittajille. Moni ulkopuolinen rahoittaja vaatii laskelmat, koska näistä näkyy liikeidean kannattavuus. (Keskuskauppakamari 2010, 22.) Rahoitussuunnitelman keskeiset tekijät ovat pääoman määrä, vakuudet sekä korkokulut ja mahdolliset julkiset rahoitukset tai tuet (Holopainen 2010, 157).

Tuloslaskelmasta, taseesta ja kassavirrasta yrittäjä seuraa talouttaan (Kainlauri 2007, 107). Yrittäjillä tai yrittäjiksi aikovilla on taipumus yliarvioida tulot ja aliarvioida menot (Keskuskauppakamari 2010, 22). Tämä johtuu usein silmissä kiiluvista tulevista voitoista, joiden alle osa kustannuksista usein jää (Keskuskauppakamari 2010, 22). Realistinen rahoitussuunnittelu näyttää liikeidean kannattavuuden. Meno ja tuloarviolaskelmat ovat juuri tätä kannattavuuden arviointia varten. Laskelmat kertovat onko toiminta kannattavaa

ja onnistuuko toteuttaminen. Jos toiminta ei kannata, ei sen toteutuskaan onnistu. Silloin tulee liikeidea kehittää ja vahvistaa vielä kerran. (Kainlauri 2007, 107.)

Alkupääoman eli investointien, kuten toimitilat, koneet ja kalusteet, ja juoksevien kulujen, kuten perustamiskulut ja markkinointi, määrä ensimmäisten kuukausien aikana, tulee selvittää yrityksen perustamisvaiheessa (Kainlauri 2007, 107). Pääoman tarve yhteensä saadaan selville laskemalla, kun nämä edellä mainitut lasketaan yhteen (Keskuskauppakamari 2010, 22).

Perustamisvaiheessa tuloja ei ole joten yritys saa rahoitusta ulkoisilta rahoittajilta kuten Finnvera, ELY-keskus, Työ- ja elinkeinoministeriö, Tekes, sijoittajat sekä tukia jakavat eri järjestöt. Starttirahaa haetaan työvoimatoimistosta, ja se on harkinnanvarainen tuki (Kainlauri 2007, 114). On olemassa myös erikseen naisyrittäjälaina ja pienyrittäjälaina. Vieraan pääoman yleisin lähde on pankkilaina. Leasing-rahoitus on taas koneistoa ja laitteistoa varten pitkäaikaisvuokra- muodossa. Muita rahoitusmuotoja ovat ostolaskurahoitus ja investointi- eli osamaksurahoitus. (Keskuskauppakamari 2010, 24.) Rahoittajille on tärkeää, että yrittäjä on itse sijoittanut yritykseen pääomaa, koska se viestittää yrittäjän omaa uskoa hankkeeseen (Holopainen 2010, 157-159).

3.5 Kirjanpito ja tilintarkastus

Osakeyhtiöt ovat kirjanpitovelvollisia. Kirjanpidon tarkoitus on seurata yrityksen taloudellista menestystä laskemalla yrityksen kannattavuutta tilikausittain. Kirjanpito on lisäksi tilastointi- ja verotustarkoituksiin mutta myös rahoittajalle tärkeää tietoa. (Keskuskauppakamari 2010, 33.)

Kirjanpidossa on oma kahdenkertainen kirjanpitotekniikka. Kahdenkertainen tilinpito tarkoittaa, että tulot ja menot kirjataan ylös. Kaikki tilikauden aikaiset eli juoksevan kirjanpidon tapahtumat merkitään ylös. Tilinpäätös laaditaan juoksevan kirjanpidon tapahtumista tilikauden päätteeksi. (Keskuskauppakamari 2010, 33.)

Tuloslaskelma, tase, rahoituslaskelma ja liitetiedot muodostavat tilinpäätöksen. Liitteenä on muun muassa toimintakertomus. Pienyritykset on vapautettu toimintakertomuksen laatimisesta. Tällä pyritään siihen, että pienemmät osakeyhtiöt säästyvät toimintakertomuksen aiheuttamalta rasitukselta. Toiminnan tulos näkyy tuloslaskelmasta, ja yrityksen taloudellinen asema tilikauden päättymishetkellä näkyy taas taseesta. Yleensä tilikausi on 12 kuukautta, enintään kuitenkin 18 kuukautta. Tilikausi voi olla myös alle 12 kuukautta, jos sille on riittävät perusteet. Osakeyhtiö toimittaa tilinpäätöksen Patentti- ja rekisterihallitukseen. (Keskuskauppakamari 2010, 33.)

Tavallisesti yrityksissä on oltava tilintarkastaja, joka palkataan erikseen. Tilintarkastaja tarkistaa tilinpäätöksen ja tekee tarkistuksestaan tilintarkastuskertomuksen. Tarkoituksena on erityisesti omistajien edunvalvonta yhtiössä. Tilintarkastajan valitsee osakeyhtiössä yhtiökokous. (Keskuskauppakamari 2010, 33-34.)

3.6 Riskien hallinta

Yrittämiseen ja yrityksen pyörittämiseen liittyy aina riskejä. Liiketoiminnan riskit ovat aina tietoisesti otettuja riskejä, joihin tulisi varautua riskien hallinnalla. Tietoinen, suunnitelmallinen ja järjestelmällinen hallinta on hyvää riskienhallintaa (Toikka 2006, 131). Riskien hallinta tarkoittaa siis kaikessa yksinkertaisuudessaan riskinoton hallitsemista ja siitä syntyviä mahdollisia seurausvaikutuksia. Toisin sanoen, riskit tunnistetaan ja arvioidaan, tehdään päätökset ja toimeenpannaan päätökset. (Juvonen, Korhonen, Ojala, Salonen & Vuori 2005, 18.)

Riskejä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Näin päästään riskityyppien tunnistamiseen. Periaatteessa on vain kahdenlaisia riskejä; vakuutettavat ja ei-vakuutettavat riskit. Näiden alle voidaan listata mitä erilaisimpia riskejä. (Juvonen ym. 2005, 16.) Pääpiirteittäin riskit voidaan jakaa suurempiin kokonaisuuksiin kuten liike-, vahinko- ja henkilöriskeihin (Kainlauri 2007, 117-118).

Oleellisinta olisi kartoittaa tulevan yrityksen riskit ja miettiä, kuinka mahdolliset riskit saadaan hallintaan ja mitä voidaan vakuuttaa. Mitä suurempi ja monimutkaisempi yritys, sen välttämättömämpää on arvioida ja tunnistaa riskejä. Kaikkeen ei voida varautua, koska riskien hallinta on myös kustannuskysymys. Riskienhallinnan kustannuksissa on olemassa tietty optimikohta, jonka yli ei ole kannattavaa mennä. (Juvonen ym. 2005, 20.) Tästä johtuen suurien, todennäköisten riskien tunnistaminen olisi hoitokodille tärkeää. Kun kerrotaan riskin todennäköisyys siitä johtuvan seurauksen vakavuudella saadaan selville, kuinka suuresta riskistä on kyse (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 22).

Yrityksen talouteen liittyviä riskejä voidaan hallita yrityksen kannattavuuden ja vakavaraisuuden laskemisella sekä niiden lisäämisellä. Yrityksen on tuotettava voittoa ja saatava katetta toimiakseen. Yrityksen maksuvalmiutta tulee pitää yllä, jotta päivittäisistä maksuista selviydyttäisiin. (Toikka 2006, 136.)

Yrityksillä on myös velvoitteita, joiden toteuttamisessa riskienhallinta helpottaa. Velvoitteita ovat esimerkiksi eri lait, kuten työturvallisuus-, tuotevastuu- ja ympäristölaki. (Toikka 2006, 132.) Riskejä tulisi tarkkailla säännöllisesti ja systemaattisesti, koska riskienhallinta on parhaimmillaan jatkuvaa tietoista toimintaa (Juvonen ym. 2005, 30).

Yritys voi säännöllisin väliajoin arvioida ja analysoida riskejä, koska aina syntyy uusia riskejä yrityksen laajetessa ja muuttuessa. Apuna voi käyttää erilaisia asiantuntijoiden tekemiä kartoituslomakkeita, kuten PK-RH-kartoituslomakkeita. (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012.)

3.6.1 Hoitokodin riskien tunnistaminen ja arviointi

Hoitokodin riskien tunnistamisessa ja arvioinnissa on tärkeää huomata eri riskit eri näkökulmista. Hoitokotiin liittyviä riskejä voidaan tarkastella henkilö-, liike-, palo-, rikos-, sopimus- ja vastuu-, tuote-, tieto- ja ympäristöriskien näkökulmista (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012). Näiden näkökulmien kautta on pohdittu, mitä riskit konkreettisesti ovat muistisairaille henkilöille suunnatussa

hoitokodissa. Lisäksi on pohdittu, kuinka suuren uhan riski luo yrityksen toiminnalle.

Hoitokodin henkilöriskeillä tarkoitetaan henkilökuntaan ja organisaatioon kohdistuvia riskejä. Riskejä ovat tapaturmat työaikana, esimerkiksi liikenteessä, ja työtapaturmat, kuten ergonomiset haittatekijät (Toikka 2006, 138). Muita riskejä ovat työuupumus ja sairastumiset, työpaikanvaihto ja uudet henkilövalinnat, koulutuksen puute, huono työilmapiiri, työpaikkakiusaus ja työn psyykinen kuormittavuus. Tällaiset riskit ovat suuri uhkatekijä yritykselle, koska ne vaikuttavat välittömästi hoitokodin toimintaan. Esimerkiksi avainhenkilöillä voi olla paljon niin sanottua hiljaista tietoa hallussaan, mistä syistä heitä voi olla vaikea korvata nopeasti (Toikka 2006, 138).

Muistisairaiden hoitokodissa tällaiset asiat ovat suuri riski sen toiminnalle. Juuri työuupumus ja työn psyykinen sekä fyysinen kuormittavuus ovat yrityksen suurimmat riskitekijät. Muistisairaiden kanssa työskentely on haastavaa ja aika ajoin turhauttavaa. Aukkaiden kiittämättömyys, sairaudesta johtuen, tuo henkilökunnalle voimattomuuden ja turhautuneisuuden tunteita. Lisäksi riskinä on, että työntekijä, kuten tärkeä ja osaava avainhenkilö, lähtee yrityksestä ja laittaa oman, samanlaisen yrityksen pystyyn.

Yrittäjään itseensä voi kohdistua henkilökohtaisia riskejä. Näillä tarkoitetaan yrittäjän omaa panostusta yritykseen. Oma osaaminen sekä taloudelliset resurssit ovat asioita, joihin yrittäjä joutuu yrityksessään panostamaan. Yrittäjän vastuu osakeyhtiössä on rajattu osakepääomaan. Rahoitusmuodoissa ja lainoissa reaalivakuudeksi eli pantiksi käyvät kiinnitykset tai osakekirjat. (Toikka 2006, 144.) Yrittäjä voi myös itse sairastua tai joutua tapaturmaan. Tämä on erittäin suuri riski yrityksen toiminnalle, koska hoitokoti tarvitsee toimitusjohtajansa innovaatioita, panostusta ja ennen kaikkea johtamista.

Liikeriskeihin liittyvät yrityksen strategiset valinnat: mikä on toimialan kilpailu- ja markkinatilanne? Kilpailijoiden vahvuuksien ja heikkouksien tunnistamisen lisäksi hoitokodin tulee tunnistaa myös omat vahvuutensa ja heikkoutensa. Näitä riskejä ei voida vakuuttaa, vaan on oltava perillä ajan trendeistä ja kysynnän muutoksista. (Toikka 2006, 134.) Kaikkein suurin riski hoitokodille on,

jos ostopalvelusopimusta ei synny kunnan kanssa. Ilman ostopalvelusopimusta ei ole asiakkaita. Ilman asiakkaita yrityksellä ei ole tuloja.

Paloriskit kartoitetaan jo rakentamisvaiheessa, ja Suomessa rakennetaankin erittäin paloturvallisesti. Kunnalliset rakennusvalvontaviranomaiset valvovat rakentamisvaiheita ja myöhemmin palotarkastaja käy säännöllisesti toimitiloja tarkistamassa. (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012.) Hoitokodissa avotulen teko, tupakointi ja sähkölaitteet ovat suurimpia riskejä. Paloriskit ovat todellinen uhka yrityksen toiminnalle ja turvallisuudelle vakuutuksista huolimatta.

Rikosriskit voivat kohdistua hoitokodissa henkilökuntaan, toimitilaan tai hoitokodin asukkaisiin. Yrityksen toiminta tai tapa toimia voi myös olla rikollista. (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012.) Rikosriskit ovat myös potentiaalisia riskejä hoitokodissa, koska siellä säilytetään muun muassa huumaavia lääkkeitä. Lisäksi valehoitajat ja – lääkärit, eli joilla ei ole lain mukaista pätevyyttä harjoittaa ammattiaan, ovat rikollista toimintaa, jotka ovat myös mahdollisia hoitokodin riskejä.

Hoitohenkilökunnan rikokset asukkaita kohtaan ovat myös mahdollisia. Muistisairas ihminen on helppo kohde kaikenlaiselle väärälle toiminnalle. Rahan varastaminen, pahoinpitelyt ja kaltoinkohtelu ovat suurimmat riskit asukkaille. Myös varastaminen hoitohenkilökunnan välillä on riski työpaikan turvallisuudelle.

Sopimus- ja vastuuriskit tarkoittavat sopimusrikkomuksia, sopimussakkoja, vahingonkorvauksia, erimielisyyksiä ja muita sellaisia asioita, jotka horjuttavat yrityksen taloutta ja toimintaa. (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012.) Hoitokodissa vastuuriskeihin kuuluvat myös virheet, huolimattomuus, laiminlyönti ja varomattomuus. Vastuuriskeihin kuuluu vahingonkorvausvastuu esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa. (Toikka 2006, 141.) Vastuuriskeihin hoitokodissa voisivat kuulua myös tartuntatautien ennaltaehkäisy, niiltä suojautuminen ja asianmukainen hoito ja varotoimet.

Vastuuriskit ovat myös uhka hoitokodin toiminnalle, koska ne vaikuttavat yrityksen imagoon sekä kunnan kanssa tehtyyn ostopalvelusopimukseen. Kunta

ostaa laadultaan hyvää ja asianmukaisia hoitopalveluita, joten laiminlyönti ja hoitovirheet voivat pahimmillaan johtaa ostopalvelusopimuksen purkautumiseen.

Tuoteriskit olisivat tässä tapauksessa palveluun liittyviä riskejä. Sellaisia voisivat olla palvelun vaatimusten- ja lainsäädännön mukaisuus, palveluideaan liittyvät riskit ja palvelun myyntiin ja markkinointiin liittyvät riskit. (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012.) Kunnan kieltäytyminen ostopalvelusopimuksen tekemisestä on suurin riski hoitokotia ajatellen, koska se tulisi olemaan suurin tulojen lähde.

Tietoriskit ovat tietoturvaa uhkaavat asiat kuten rikkoutuminen, varkaus, katoaminen ja ilkivalta (Toikka 2006, 142). Nämä ovat myös suuria riskejä hoitokodin toiminnalle, koska asukkaalla tulee olla intymiteettisuoja. Tietovuodot vaikuttavat myös yrityksen imagoon negatiivisesti. Salaisten tietojen vuotaminen ulkopuolisille loukkaa asianomaisia sekä heidän läheisiään syvästi.

Ympäristöriskit ovat myös osittain kunnan valvomia mutta yritys on päävastuussa ympäristön suojelemisessa ja esimerkiksi asianmukaisen jätteenlajittelun ja -huollon järjestämisestä. (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012.) Hoitokodissa ympäristöriskeinä ovat lähinnä väärä jätteiden lajittelu, lääkejäte ja neulajäte.

3.6.2 Hoitokodin riskien kontrollointi

Riskien kontrollointi ja turvallisuuden organisoiminen kuuluvat yrityksen johdolle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 13). Hoitokodissa yrittäjän vastuulla olisi riskienhallinta ja turvallisuusasioiden koordinointi. Tukena olisivat ammattilaiset ja eri virastot kuten Valvira, Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ja Aluehallintavirasto, joilta saisi niin ohjausta, valvontaa kuin arviointiakin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 17). Edelliseen 3.6.1 luvun näkökulmiin pohjautuen, nyt on arvioitu, kuinka riskejä kontrolloitaisiin hoitokodissa konkreettisin toimin.

Hallintakeinoja henkilöriskeihin olisivat työntekijöiden vakuutukset, kehityskeskustelut, säännöllinen koulutus, työpaikan henkilöstön virkistätymispäivät ja – illat, aputyövälineet, ergonomiakoulutukset, riittävä hoitajamäärä, toimenkuvan mukainen palkkaus, työntekijöiden autonominen työvuorojen ja lomien suunnittelu sekä henkilökunnan yhteiset pelisäännöt.

Yrittäjän henkilökohtaisia riskejä pystytään hallitsemaan ottamalla henki- ja henkilövakuutukset ja vastuuvakuutukset. Näillä turvataan yrittäjän oma talous. Yrittäjän tulee myös tehdä yritykselleen realistinen maksusuunnitelma, joka on myös mitoitettu oikein. (Toikka 2006, 145.) Yrittäjän tulee myös pitää huolta omasta jaksamisestaan, koska yrityksen pyörittäminen on melkeinpä elämäntapa ja aluksi lomat ja vapaapäivät voivat olla vähissä. Tästä syystä yrittäjän oman yrittäjäprofiilin kartoittaminen olisi tärkeää. Näin yrittäjä tunnistaa omat voimavaransa sekä sen, onko hänestä yrittäjäksi.

Muistisairaiden hoitokoti olisi hyvä perustaa alueelle, jossa väestöjakauma olisi iäkäspainotteinen. Alueen olemassa olevat hoitokodit ja niiden palvelut tulisi myös ottaa huomioon ja miettiä, mikä olisi hoitokodin kilpailuvaltti. Järkevää olisi miettiä, tarvitseeko alue juuri tämäntyyppistä hoitokotia. Hoitokodin tulisi myös noudattaa jo suunnitteluvaiheessa annettuja laatusuosituksia.

Yrityksen paloriskin hallintaan kuuluu pelastussuunnitelman tekeminen (PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012). Riskit saadaan hallintaan, kun avotulen kuten kynttilöiden poltto kielletään, tupakointi sisätiloissa kielletään ja viallisista sähkölaitteista raportoidaan välittömästi ja niiden käyttö lopetetaan, kunnes vika on korjattu. Paloturvallisuuden takaamiseksi hoitokodin asukkailta kielletään paloturvallisuutta uhkaavat laitteet, kuten kahvinkeitin ja silitysraudat omissa huoneissa. Lisäksi henkilökunta on tietoinen paloturvallisuudesta, pelastussuunnitelmasta sekä palosammuttimien ja – peittojen paikoista.

Rikosriskejä hoitokodissa voidaan hallita turvallisuusvalvonnalla kuten kulunohjauksella, vartioinnilla, varashälyttimillä, teknisellä valvonnalla, valaistuksella ja rakenteellisella suojauksella (Juvonen ym. 2005, 74). Hoitokodin ovet ja ikkunat suljetaan ja lukitaan yöksi, lisäksi ulko-ovien luokse voi asentaa tv-valvonnan. Lääkkeet pidetään aina lukkojen takana, ja huumaavista kipulääkkeistä pidetään kirjaa.

Rikoksia voi sattua myös hoitokodin sisällä, ja näistä tilanteista tulee tehdä hoitokodille oma erillinen ohje, kuinka toimia, jos näkee esimerkiksi työkaverin varastavan tai loukkaavan asukasta. Näitä rikoksia voidaan myös hallita sopimalla yhteisistä pelisäännöistä ja mahdollisista rangaistuksista, kuten välittömästä ilmoituksen teosta viranomaisille. Pelisäännöt tehdään jokaiselle selväksi, ja ne ovat paperilla kaikkien henkilökuntaan kuuluvien nähtävillä. Henkirikoksissa ja hoitovirheissä otetaan aina yhteys virkavaltaan. Fyysinen tai henkinen väkivalta on hoitokodissa ehdottomasti kiellettyä ja johtaa aina jatkotoimenpiteisiin. Hoitokodin arvot ovat myös tärkeä osa näiden riskien hallintaa, joten arvot kirjoitetaan paperille kaikkien nähtäväksi. Arvot muistuttavat hoitohenkilökuntaa siitä, miten hoitokodissa toimitaan ja mitkä asiat ovat hoitokodille tärkeitä.

Sopimus- ja vastuuriskejä hallitaan juridisesti pätevillä, kirjallisilla sopimuksilla eri osapuolten välillä. Sopimuksia säilytetään ja arkistoidaan asian mukaisesti. Vastuuvakuutuksen saaminen edellyttää aina ammatillista tutkintoa, joten hoitohenkilökunnan tulee esittää virallinen tutkintotodistus työnantajalle. (Toikka 2006, 134, 141.) Hoitoalan lainsäädäntö hallitsee jo aika perusteellisesti tämän aihealueen riskejä. Lisäksi yrittäjä itse voi tarkistaa hoitohenkilökunnan pätevyudet Valviran rekisteristä.

Hoitokodin henkilökunta on vastuussa asukkaistaan, joten tartuntatautiapauksissa eristäminen, aseptinen työskentely sekä itsensä että muiden suojaaminen ovat hoitajien vastuulla. Parhain väline tämän riskin hallintaan on jokaisen hoitajan oma aseptinen omatunto. Hygieenisyyttä ja aseptiikkaa tuetaan hoitokodissa asianmukaisin välinein, esimerkiksi eritetahralaatikot ja toimintasuunnitelmat tartuntatautiepidemioita, kuten norovirusta, varten. Lisäksi saatavilla on erilaisia käsienpesuohjearroja, joita voisi liimata käsienpesupaikkojen luokse hoitohenkilökunnan tiloihin muistutukseksi.

Palveluriskien hallitseminen onnistuisi tekemällä kunnan kanssa ostopalvelusopimuksen, joka takaisi hoitokodin taloudellisen kannattavuuden ja asiakaskunnan löytämisen. Tiukka lainsäädäntö hoitoalan yrityksissä kontrolloi palveluiden laatua. Lisäksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet määrittelevät hoidon

hyvän laadun sekä oman ammatillisen veloitteen asiakkaan kohtelussa ja hoidossa.

Tietokoneella verkostoissa liikkuminen tulee tehdä turvalliseksi ja luotettavaksi, jotta ulkopuoliset eivät pääse yrityksen koneille tai verkkoon. Varmuuskopiointi tärkeistä dokumenteista on myös asianmukaista. (Toikka 2006, 142.) Tietoriskit voidaan hoitokodissa välttää siis asianmukaisilla tietokoneverkoston suojausohjelmilla, jotka ammattilainen käy asentamassa. Hoitohenkilökunnalle tehdään omat tunnukset sähköiseen kirjausjärjestelmään, jotta pystytään turvalliseen tiedon käsittelyyn. Hoitoalan lainsäädäntö kontrolloi tietoriskejä aika mittavasti, koska hoitohenkilökunta on aina vaitiolovelvollinen rangaistuksen uhalla. Suullisten raporttien pitäminen tulee tapahtua suojatussa tilassa, jotta arat ja henkilökohtaiset asiat eivät kantautuisi esimerkiksi omaisten korviin.

Ympäristöriskit kontrolloidaan lajittelemalla jätteet asianmukaisesti niille varattuihin pisteisiin. Neula- ja lääkejätepurkit merkitään asianmukaisesti lukittujen ovien taakse ja niiden hävittäminen tapahtuu asianmukaisesti. Hoitokodissa jätteet lajitellaan kunnan antamien lajitteluohjeiden mukaisesti.

Hoitokodin johto voi käyttää riskienhallinnan arvioinnissa ja turvallisuusasioiden suunnittelussa Sosiaali- ja terveysministeriön kattavaa opasta riskienhallinnasta. Varsinkin riskimatriisi riskin suuruuden määrittämiseksi olisi hyödyllinen riskienhallinnan organisoinnissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 23).

3.7 Ostopalvelusopimus ja hoidon korvattavuus

Kunnille kuuluu lakisääteinen järjestämisvastuu sosiaali- ja terveyspalveluista asukkailleen. Väestön perusoikeuksiin kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut kunta voi järjestää ja tuottaa joko itse tai ostaa yksityiseltä sektorilta. (Suomen Kuntaliitto 2012.) Kunnan hankinnasta tehdään aina ostopalvelusopimus yksityisen yrittäjän kanssa (Karvonen-Kälkäjä 2006, 105).

Ostopalvelusopimus on yrittäjän ja kunnan välinen sopimus, johon tulee määrittää ostettu palvelu ja sen hinta. Lisäksi on otettava huomioon palvelun laatu, jota on jo aiemmissa kappaleissa painotettu. Laadulle on Sosiaali- ja terveysministeriön tekemät laatuvaatimukset, jotka tulee täytyä ennen palveluiden tarjoamista kunnalle. Sosiaali- ja terveysalalla ostopalvelusopimukset tehdään usein joustaviksi ja niitä muokataan aina olosuhteiden niin vaatiessa. Lisäksi ostopalvelusopimukseen liitetään erillinen hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma, jos kyse on muustakin kuin asumispalveluista. (Karvonen-Kälkäjä 2006, 106-110.) Tärkeintä olisi siis markkinoinnin sijasta tehdä kunnan kanssa ostopalvelusopimus. Näin hoitokodille saataisiin asukkaita ja tyhjiä asukaspaikkojen ylläpitämiseltä vältyttäisiin.

Kansaneläkelaitos eli KELA myöntää hoitotukea niille oikeutetuille henkilöille. Tukia ovat perushoitotuki 59,73 e/kk, korotettu hoitotuki 148,69 e/kk ja ylin hoitotuki 314,41 e/kk. Tukiin vaikuttaa erityiskustannuksien määrä. Erityiskustannuksia ovat muun muassa sairaanhoito- ja lääkekulut. Lisäksi on erillinen veteraanilisä. Asukas voi lisäksi hakea toimeentulotukea ja yleistä asumistukea. (Kansaneläkelaitos 2012.) Asukas ei siis joudu omasta pussistaan maksamaan kaikkea suoraan. Jos hoitokodilla on ostopalvelusopimus, voi kunta veloittaa asiakkaalta haluamansa summan, joka on suhteutettu tämän eläkkeeseen. Jos asukkaalla on kovin pieni eläke, tulee kunnan laskea hintaa sen mukaan. Asukkaan säästöt tai varallisuus eivät vaikuta tukiin tai hintoihin.

3.8 Etiikka perustana hoitoalan yrityksessä

Etiikka on tiedettä, joka pyrkii selventämään, mitä on moraalii ja kuinka moraalisia ongelmia voitaisiin ratkaista. Etiikka pyrkii selvittämään, mikä on oikein ja mikä väärin, mikä on hyvää ja mikä paha. (Repo 2009, 37.)

Hoitotyön etiikka toimii hoitoalan yrityksen perustana. Hoitotyössä ihminen nähdään holistisena eli biopsykososiaalisena kokonaisuutena. Ihminen on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus eikä näitä ulottuvuuksia voi

erottaa toisistaan. Toiminnan tulee kohdistua ihmiseen kokonaisuutena hoitoalan yrityksessä. (Nukari & Urponen 2006, 19.) Hoitokodin tulee ottaa huomioon asukas holistisena yksilönä. Parhaiten se toteutuu tässä tapauksessa, kun hoitokoti suunnitellaan muistisairaana ihmisen näkökulmasta. Lisäksi jokaisella asukkaalla on yksilöllinen hoitosuunnitelma.

Hoitoalalla eettisen ongelmaratkaisun lähtökohdat ja eteneminen on hoitajan tunnettava etukäteen, jotta ratkaisun tekemiseen voitaisiin itse osallistua (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 61). Hoitoalan yritystä miettiessä ja suunniteltaessa on mietittävä yrityksen eettisyyttä eli tässä tapauksessa yrityksen toimintafilosofiaa: onko toiminta eettisesti oikein ja hyvää ja pohjautuuko toiminta-arvoihin. Lisäksi hoitoalan yritystä suunniteltaessa on hyvä miettiä, ettei toimintafilosofia ole ristiriidassa arvojen kanssa.

4 MUISTISAIRAS HOITOKODIN ASUKKAANA

Muisti on tärkeä osa ihmisten toimintakykyä ja identiteettiä. Ilman muistia olisi hankalaa suoriutua arkisista toiminnoista tai työtehtävistä. Muistin avulla pystytään oppimaan ja opiskelemaan. Muistin avulla pystytään muistelemaan mennyttä elämää eri ikävaiheissa. Muisti on yksi tärkeimmistä avaimista ihmisen minuuteen.

Muistamattomuudesta löytyy merkintöjä jo 800-luvulta eKr. Puhekielessä moni ”törmää” sanaan dementia, jolla useimmiten tavalliset ihmiset tarkoittavat muistamattomuuttaan tai muistinsa pettämistä. Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan sillä tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä. Itsenäinen selviytyminen arjen askareissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa heikentyy aikaisempaan tasoon verrattuna. Dementia on siis oireyhtymä, johon liittyy muistin ja kognitiivisten toimintojen heikentyminen. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 17; Haltia 2010, 22; Erkinjuntti 2010, 86-87; Käypä hoito 2012.) Dementia-oireyhtymän takana on yleensä jokin muistisairaus, joka voi olla pysähtynyt, etenevä tai parannettavissa oleva (Sulkava 2010, 120-133).

Normaaliin ikääntymiseen kuuluu kognitiivisten toimintojen kuten havaitsemisen, muistin, kielellisen ajattelun ja päättelyn heikentymistä valikoituvasti. Heikentyminen on kuitenkin hitaasti etenevää ja se tapahtuu ikääntymisen eri aikoina, ja heikentyminen ei vaikuta arjesta selviytymiseen. (Soininen & Hänninen 2010, 76.) Lisäksi muisti säilyy normaalissa ikääntymisessä, ihminen muistaa kuka hän on ja millaisen elämän on elänyt. Lisäksi hän tunnistaa ja muistaa läheiset aivan normaalisti. Tässä kohtaa muistin heikentymisellä tarkoitetaan satunnaisia, pieniä unohteluita, jotka eivät vaikuta arjesta selviytymiseen. Esimerkiksi ihminen ei muista, mihin on laittanut avaimet, kunnes hetken päästä ne jo löytää. Mahdollisen dementia-oireyhtymän erottamiseksi normaalista ikääntymisestä on tehty DSM-IV-tautiluokitus (American Psychiatric Association 1995).

Dementian määritelmä DSM-IV-tautiluokituksen mukaan jaetaan kahteen osaan, jossa ensimmäisessä osassa tulee olla älyllisen toimintakyvyn heikentymistä useammalla osa-alueella mukaan lukien muisti, ja joko afasiaa, apraksiaa, agnosiaa tai toiminnan ohjaamisen häiriötä. Lisäksi määritelmän mukaan, dementian määrittämiseksi, tulee olla näistä edellisistä toiminnon muutoksista johtuvaa, merkittävää sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan rajoittumista ja selvää heikentymistä aiemmalta paremmalta toiminnan tasolta. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82-84.)

Tautiluokituksen lisäksi on tärkeää tehdä myös muita tutkimuksia itse muistisairauden määrittämiseksi. Tärkeää olisi sairaushistorian ja perintötekijöiden kartoitus, sukulaisten tai läheisten haastattelu, neurologiset tutkimukset, kognitiivisten kykyjen testaus esimerkiksi, MMSE ja CERAD -muistitestit, aivojen magneettikuvaus tai tietokonetomografia ja eri laboratorionkokeet. (Sulkava 2010, 121-122.)

Muistisairauden diagnosointi on tärkeää, koska näin saadaan aloitettua oikea lääkitys ja hoitomuoto, jotka taas voivat parantaa sairauden kokonaan tai hidastaa sairauden etenemistä. Varhainen sairauden diagnosointi helpottaa niin sairastuneen läheisiä kuin sairastunutta itseäänkin. Parannettavissa olevat muistisairaudet saadaan taas hoidettua. Etenevien muistisairauksien osalta saadaan varhaisen taudinmäärityksen johdosta tilan etenemistä hidastettua

oikeilla lääkkeillä ja hoitomenetelmillä. Parhaimmillaan varhaisen taudinmäärityksen ansiosta saadaan pitkäaikaishoitoa lykättyä. (Erkinjuntti & Viramo 2010, 50-55.)

4.1 Yleisimmät muistisairaudet

Muistisairaudet ovat yleensä elimellisiä aivosairauksia, siksi on tärkeää selvittää muistamattomuuden aiheuttajat heti kun muistamattomuutta on alkanut ilmetä (Sulkava ym. 2008, 82). Tavallisimmat muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (AT), vaskulaariset kognitiiviset heikentymät ja Lewyn kappale –tauti (Viramo & Sulkava 2010, 31). Näitä kolmea sairautta tarkastellaan lähemmin.

4.1.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin, vaiheittain etenevä muistisairaus, joka aiheuttaa dementiaa. Noin 70%:lla kaikista etenevää muistisairautta sairastavista on Alzheimerin tauti. Alzheimer on vallitsevasti periytyvä sairaus, ja sen taustalla on tunnistettu virheitä kolmessa eri geenissä. Muita samanaikaisia riskitekijöitä ovat korkea ikä, suvussa esiintyvä dementia tai Alzheimer, Downin syndrooma sekä geneettiset riskitekijät. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121-122.) Muita riskitekijöitä edellisten lisäksi ovat vähäinen koulutus ja liikkumattomuus, yksinkertainen ammatti, diabetes sekä korkea verenpaine ja kolesteroli keski-ikässä (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 124-125).

Alzheimerin taudin syy on vielä toistaiseksi epäselvä.. Tärkein tunnettu riskitekijä ikääntymisen jälkeen on kuitenkin ApoE-geenin $\epsilon 4$ -alleeli, joka moninkertaistaa riskin sairastua Alzheimerin tautiin. Tämä alleeli löytyy kolmasosalta suomalaisista. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 124-125.) Yksinkertaisella ammatilla tarkoitetaan yksitoikkoista, liukuhihnamaista tai robottimaista työskentelyä, jossa aivot eivät saa ärsykejä.

Alzheimerin tauti on aivosairaus, ja se etenee hitaasti ja vaihteittain johtaen lopulta kuolemaan. Alzheimerin taudissa valikoidut aivojen alueet ja neurokemialliset järjestelmät vaurioituvat pikku hiljaa. Alzheimer jaetaan kahteen muotoon alkamisiän perusteella: varhain alkavaan sairastuvat alle 65-vuotiaat ja myöhään alkavaan sairastuvat yli 65-vuotiaat. Alzheimerissa neurofibrillimuutokset kehittyvät vaihteittain alkaen transentorinaalisesta vaiheesta Braakin ja Braakin mallissa. Transentorinaalisessa vaihe on prekliininen eli sairauden puhkeamista edeltävä. Seuraava vaihe on limbinen vaihe, jossa muutokset etenevät mm. hippokampukseen. Tämä on Alzheimerin varhainen vaihe, joka ilmenee muistin heikentymisenä. Viimeinen vaihe on neokortinaalinen vaihe eli Alzheimerin lievä vaihe, jossa muistin lisäksi alkavat myös kognitiiviset kyvyt heiketä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 122-126; Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 480.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerissa ohimolohkojen sisälohkot ovat tuhoutuneet suurimmaksi osaksi, ja nämä tuhoutuneet alueet voi nähdä pään magneettikuvissa atrofiana eli surkastumisena. Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerissa häiriöitä ilmenee kätevydessä, toiminnan ohjauksessa ja hahmotuksessa. Toisin sanoen arkielämässä selviytyminen heikkenee, käytösoireita voi ilmetä ja psyykkisten toimintojen säätely muuttuu. (Pirttilä ym. 2010, 127, 131-134.)

Alzheimerin tautiin ei ole olemassa parantavaa lääkitystä, mutta taudin etenemistä voidaan hidastaa ja oireita lääkitä. Alzheimerin varhainen diagnosointi parantaa ennustetta. Ennaltaehkäisy ja riskitekijöiden kartoittaminen ovat myös oleellisia asioita. Aktiivinen ja terveellinen elämä ovat suojaavia tekijöitä. Lääkehoitona käytetään muistisairauslääkkeitä taudin oireenmukaisesti. Lääkityksen lopettamista harkitaan aina yksilöllisesti taudin edetessä vaikeaan vaiheeseen. Alzheimeria voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi esimerkiksi eri terapiamuodoin ja psykososiaalisin hoitomuodoin, kuten vuorovaikutuksella ja virikkeillä. Muita lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat hoitoympäristö ja koulutetun hoitohenkilökunnan toiminta. (Soininen & Kivipelto 2010, 448-450; Pirttilä ym. 2010 480-481; Koponen & Saarela 2010, 485-490.) Koulutetun henkilökunnan tulee myös olla osaavaa ja luovaa.

4.1.2 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen ei ole oikeastaan sairaus vaan pikemminkin oireyhtymä, jossa muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen johtuu aivoverenkierron sairaudesta. Riski dementia-oireyhtymään ja Alzheimerin tautiin kasvaa vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän vuoksi. Tästä syystä ennaltaehkäisy, aivoverenkiertosaikojen varhainen diagnosointi ja hoito ovat tärkeitä. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142-144.)

Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän riskitekijät ovat vaskulaarisia, esimerkiksi kohonnut verenpaine ja diabetes, väestötieteellisiä kuten korkea ikä ja matala koulutustaso, geneettisiä, eli perinnöllisiä, ja aivohalvaukseen liittyvät, kuten iskeemiset, vauriot aivoissa (sijainnit ja laajuudet). (Erkinjuntti ym. 2010, 144.)

4.1.3 Lewyn kappale –tauti

Lewyn kappale – tauti on myös etenevä muistisairaus, ja se on degeneratiivinen eli rappeuttava aivosairaus. Tauti alkaa yleensä 50-80 vuoden iässä, ja tyypillisimmät oireet ovat kognitiivisen heikentymisen lisäksi vireyden, tarkkaavuuden ja kognitiivisten toimintojen vaihtelua, toistuvia, yksityiskohtaisia näköharhoja ja ekstrapyramidaalioireet. (Rinne 2010, 159-160.) Ekstrapyramidaalioireita ovat hitaus ja jäykkyys, kasvojen ilmeettömyys, askelten mataloituminen ja lyheneminen, lepovapina sekä eteenpäinkaatumistaipumus (Sulkava 2010, 128-129). Samoja oireita kuin Parkinsonin taudissa.

Lewyn kappale –taudin syytä ei tiedetä, mutta dopamiini ja asetyylikoliinia välittäjäaineena käyttävissä hermosoluissa tapahtuu muutoksia sairauden edetessä. Näiden välittäjäaineiden muutokset aiheuttavat oireita sairastuneilla. Pään magneettikuvissa on huomattu myös samanlaisia muutoksia aivoissa kuin Alzheimerin tautia sairastavien aivoissa. (Sulkava 2010, 128.)

Lewyn kappale –tautiin ei ole tällä hetkellä parantavaa hoitoa, mutta sitä voidaan hoitaa lääkkeillä ja lääkkettömillä hoitomuodoilla (Sulkava 2010, 130). Ekstrapyramidaalioireisiin voi auttaa fysioterapia sekä liikunta. Harhaisuutta ja näköharhoja voi ennaltaehkäistä kunnon yöunilla ja tarvittaessa päiväunilla. Myös ympäristön ärsykkeet voivat laukaista harhojen ilmestymisen kuten heijastavat pinnat ja varjot, joten niiden minimoiminen on oleellista. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 94-95.)

4.1.4 Muut muistisairaudet

Muita eteneviä muistisairauksia ovat otsa-ohimolohkorapheetumat, Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus ja muut ekstrapyramidaalisairaudet, prionitaudit, normaalipaineinen hydrokefalia, CADASIL ja harvinaiset perinnölliset muistisairaudet (Erkinjuntti 2010, 17). Lisäksi on parannettavissa olevia sairauksia, kuten masennus, B12-vitamiinin puute ja kilpirauhasen vajaatoiminta, jotka vaikuttavat muistiin. Lisäksi huono ravitsemustila voi johtaa muistin ja kognitiivisten toimintojen heikentymiseen. Muistiin vaikuttavat myös alkoholin liikakäyttö, päihteet ja lääkkeet. (Erkinjuntti 2010, 17.)

Varhainen diagnoosin tekeminen on siis erittäin tärkeää, jotta parannettavissa olevat tilat saataisiin hoidettua ja etenevät muistisairaudet saisivat asianmukaista hoitoa.

4.4 Käyttöoireet

Kaikille muistisairauksille yhteistä ovat ajoittain ja eri syistä ilmenevät käyttöoireet, jotka voivat olla ensimmäinen oire muistisairaudesta (Vataja 2010, 91). Käyttöoireilla tarkoitetaan poikkeavaa käyttäytymistä, joka on hankalaa ja toistuvaa ulkopuolisin silmin (Muistiliitto ry 2012). Deliriumin eli äkillisen sekavuustilan mahdollisuus tulee poissulkea ensimmäisenä, koska se ei ole normaali käyttöoire (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 243). Delirium

vanhuksella voi johtua esimerkiksi virtsatieinfektioista, ja se selviää helposti ja nopeasti virtsanäytteen ottamisella.

Käyttöoireita ovat myös psyykkisten toimintojen muutokset. Tavallisimpia käyttöoireita ovat masennus, apatia, levottomuus eli agitaatio, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, uni-valverytmin häiriöt, seksuaaliset käyttöoireet ja syömishäiriöt. (Vataja 2010, 91.)

Suurin haaste muistisairaiden ihmisten hoidossa ovat juuri käyttöoireet, koska ne vaikuttavat sairastuneiden ja heidän omaistensa elämänlaatuun heikentävästi (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118). Käyttöoireet ovat myös suurin syy omaisten loppuun palamiseen, mikä taas johtaa muistisairaahan ihmisen joutumisen laitoshoidon aiheuttaen taloudellista rasitetta (Vataja 2010, 92).

Sulkavan (2010, 133) mukaan juuri ennalta arvaamattomuus ja nopea vaihtelu käyttöoireissa aiheuttavat tuota edellä mainittua rasitetta omaisille. Käyttöoireet kuormittavat myös laitosten ja hoitokotien hoitohenkilökuntaa merkittävästi (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 232). Vanhustyön keskusliiton mukaan 79 %:lla muistisairailta on hankalia käyttöoireita hoitajien kokemana, ja 62,7 %:lla heistä käyttöoireet ovat levottomuutta tai aggressiivisuutta (Eloniemi-Sulkava 2011).

Käyttöoireita hoidetaan rauhoittavilla lääkkeillä usein liiallisesti ja jopa turhaan, ennustetta heikentäen (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118). Tästä syystä muistisairaahan henkinen ja fyysinen tukeminen olisi tärkeää, koska pelkkä lääkehoito ei riitä.

4.4.1 Syyt

Käyttöoireiden syntymiseen vaikuttaa seuraavat tekijät: dementoiva sairaus, fyysiset tekijät, henkilökohtaiset tekijät, vuorovaikutukselliset tekijät ja psykososiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön liittyvät tekijät (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 120). Tarkemmin tutkittaessa käyttöoireiden kehittymiseen

vaikuttavat potilaan peruspersoonallisuus, suhteet hoitajiin ja omaisiin, sairastuneen muu terveydentila ja mahdolliset lääkitykset haittavaikutuksineen, ympärillä oleva hoitoympäristö sekä neurobiologiset tekijät osana muistisairautta (Vataja 2010, 91). Muita syitä oireiden kehittymiseen voivat olla muiden suhtautuminen sairastuneeseen, väsymys ja kiputilat (Muistiliitto ry 2012). Eräs konkreettinen syy käytösoireisiin voi myös olla huono ravitsemustila (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 238).

Käytösoireiden kehittymiseen vaikuttavan peruspersoonallisuuden merkityksestä tiedetään hyvin vähän. Henkilöt, joilla peruspersoonallisuuden hallitsevina piirteinä ovat olleet aggressiivisuus, dominoivuus tai epäluuloisuus sairautta edeltävässä persoonassa, näyttävät kärsivän käytösoireista muita todennäköisemmin. (Vataja 2010, 96.)

Lääkitys voi lisätä levotonta tai psykoottista käyttäytymistä ja on tavallisin käytösoireiden aiheuttaja. Käytösoireita aiheuttavia lääkeaineita ovat ne lääkeaineet, joilla on antikolinergisia vaikutuksia, kuten furosemidi, digoksiini, teofylliini ja kodeiini. (Vataja 2010, 96.) Käytösoireita aiheuttavia tai pahentavia lääkkeitä ovat lisäksi neuroleptit (Sulkava 2010, 134). Syyt tai laukaisevat tekijät käytösoireisiin löytyvät myös yhä useammassa tapauksissa fyysisestä ympäristöstä, kuten ympäristön asenteista tai tunnelmasta (Sulkava 2010, 134). Eloniemi-Sulkavan ja Sulkavan (2009, 238) mukaan olisi erityisesti pyrittävä ymmärtämään muistisairaana henkilön näkökulmasta ympäristön merkityksiä sekä analysoimaan ympäristöä enemmän.

Muistisairauden vaihe on myös keskeinen tekijä käytösoireiden kehittymiselle. Varsinkin Alzheimerin tauti vaurioittaa limbistä järjestelmää aivoissa (Vataja 2010, 96-97). Limbinen järjestelmä säätelee muun muassa tahdosta riippumatonta toimintaa ja mielentilaa (Duodecim 2011). Frontosubkortikaalisen järjestelmän vauriot ovat myös käytösoireiden esiintymisen taustalla. Frontosubkortikaalinen järjestelmä koostuu viidestä tunnetusta piiristä, ja piirit osallistuvat motoristen toimintojen, tunne-elämän ja neuropsykologisten toimintojen säätelyyn. Myös välittäjäainejärjestelmä aivoissa on yhteyksissä käytösoireisiin varsinkin degeneratiivisissa muistisairauksissa. (Vataja 2010, 96-98.)

Tutkimuksen mukaan merkittävin selittäjä käytösoireiden syntyyn oli hoitokodissa asuvan asukkaan huono elämänlaatu. Toiminnan puuttuminen ja huono fyysinen toimintakyky, huono ravitsemustila ja pitkälle edennyt muistisairaus vaikuttivat kaikki yhdessä elämänlaadun huonontumiseen. (Eloniemi-Sulkava 2011.) Elämänlaadun parantaminen ja ylläpitäminen voisivat todennäköisesti myös ehkäistä käytösoireiden kehittymisen.

Myös asukkaiden määrä hoitokodissa vaikuttaa käytösoireiden syntyyn. Liian suuri asukasmäärä voi olla hankalasti hallittavissa, ja suuremmasta määrästä ihmisiä lähtee enemmän ääntä. Melu ja liika ihmisten määrä voivat laukaista käytösoireita. Ärtynisyys ja aggressiivisuus voivat myös lisääntyä ihmismäärän kasvaessa.

4.4.2 Käytösoireiden ymmärtäminen ja hoito

Käytösoireiden ensisijainen hoitomuoto on lääkkeetön hoito. Sillä tarkoitetaan perusteettoman rajoittamisen ja avuttomuuden korostamisen välttämistä. Lääkkeetön hoitomuoto tähtää käytösoireiden ennaltaehkäisyyn. Hoitomuodossa olennaisinta on selvittää syyt käyttäytymisen taustalla ja lisätä henkilökunnan vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa. (Koponen & Saarela 2010, 486.)

Käytösoireiden kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen auttaa hoitohenkilökuntaa ennakoimaan ja ennaltaehkäisemään käytösoireita. Lisäksi niiden ymmärrys antaa hoitohenkilökunnalle lisää lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. Tämä on eduksi hoidettavan muistisairaahan psyykelle sekä hoitohenkilökunnan työssä jaksamiselle. Varsinkin muistisairaahan henkilön käytösoiretilanteen tunnesisällöt antavat tietoa henkilön tarpeista, kokemuksista ja toiveista (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 238). Näitä viestejä hoitohenkilökunnan tulisi osata lukea tukeakseen muistisairaahan henkilön psyykettä ja selviytymistä päivittäisistä toiminnoista.

Eloniemi-Sulkavan ja Savikon (2009, 238) mukaan esimerkiksi aktiviteetin tarve, itsetunnon tukeminen, elämänhallinnan rakentaminen ja ahdistuneisuus voivat

ilmetä levottomana touhuamisena. Asettuminen muistisairaana asemaan ja tarkastelemalla maailmaa ja ympäristöä hänen näkökulmastaan saa ymmärtämään hänen reagoituaan ympärillä olevaan ja ympärillä tapahtuviin asioihin. Ikään kuin välissä olisi kielimuuri kahden henkilön välillä, turhautuneisuus ja väärinymmärrys ilmenevät ilman rauhallista ja ymmärtävää otetta.

Kun ymmärretään käytösoireita ja niiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä, pystytään räätälöimään yksilölliset hoitokeinot. Eloniemi-Sulkava & Savikko (2009, 240) ovat todenneet, että turvallisuuden tunne ja luottamus ovat avaintekijöitä muistisairaana käytösoireiden hoidossa. Ihmisen perustarpeisiin kuuluva turvallisuus ja sen tunne toteutuvat, kun hoitohenkilökunta sitoutuu muistisairaana hoitoon ja hoidolla on selvät tavoitteet. Aito välittäminen ja kunnioittaminen tuovat kenelle tahansa turvallisen olon. Turvallisilla ja arvostavilla ihmissuhteilla voidaan ehkäistä käytösoireiden esiintymistä (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 123).

Muistisairaana omat päivittäiset rutiinit ja rituaalit syventävät turvallisuuden tunnetta (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 124). Aktivoivat viriketoiminnat kuten musiikki, lemmikkieläimet ja liikunta, voivat olla hyödyllisiä käytösoireiden hoidossa (Sulkava 2010, 135). Omat tutut harrastukset ja kiinnostuksen kohteet tukevat turvallisuuden tunteen kokemista sekä antavat varmasti monille onnistumisen kokemuksia. Onnistumisen kokemukset vahvistavat muistisairaana itsetuntoa. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 240.)

Muistisairaana päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä on myös huolehdittava ja tarvittaessa autettava. Näihin kuuluvat hygieniasta huolehtiminen, mukava ja miellyttävä vaatetus, tasapainoinen nesteytys ja ravitseminen, riittävä lepo ja liikunta sekä turvallinen, huomaamattomasti rajoitettu ympäristö. (Muistiliitto ry 2012b.) Huomaamattomasti rajoitetulla ympäristöllä tarkoitetaan, että se mitä halutaan piilottaa, tehdään mahdollisimman huomaamattomaksi ja neutraaliksi. Esimerkiksi ulko-oven piilottaminen onnistuu samanvärisyydellä muiden seinien kanssa. Sen sijaan WC:n oven löytämistä voidaan helpottaa maalaamalla ovi punaiseksi, jotta se erottuu valkoisesta seinästä.

Käyttöoireiden hoitamisessa on olennaista muistisairauden hyvä hoito, käyttöoireita laukaisevien tekijöiden poistaminen ja lääkkeetön hoitomuoto kuten ympäristö ja aktivoiva viriketoiminta yksilöllisesti toteutettuna. Lääkehoitoa kokeillaan vasta kun kaikki edellä mainittu on toteutunut. Lääkehoito voi olla jatkuvaa, tarvittaessa annettavaa, kuten rauhoittavat ja unilääkkeet, tai ennaltaehkäisevää. Lääkehoito on tavoitteellista ja seurannanalaista hoitoa. (Sulkava 2010, 134-135.)

4.5 Hoitokodin ympäristön merkitys muistisairaalle

Parhaimmillaan muistisairauden etenemistä voidaan ehkäistä neutraalilla ja toimintoja tukevalla ja ylläpitävällä ympäristöllä. Luvussa 4.4 käsiteltiin ympäristön vaikutusta käyttöoireiden syntymiseen ja tässä luvussa ympäristön merkitystä tarkastellaan syvemmin. Koponen ym. (2010, 490) toteavat, että hoitoympäristöllä ja sen muutoksilla on vaikutusta muistisairaiden henkilöiden käytökseen. Koska ihminen on kokonaisvaltainen eli holistinen, on huomioitava myös fyysinen että psykososiaalinen ympäristö.

Hyvä fyysinen hoitoympäristö tukee muistisairaahan identiteettiä, toimintaa ja osallistumista sekä ylläpitää toimintakykyä. Hyvä psykososiaalinen ympäristö tarjoaa ilmapiiriä, joka on turvallinen ja arvostava sekä antaa tukea identiteetille. (Eloniemi-Sulkava 2011.)

4.5.1 Fyysinen ympäristö lääkkeettömänä hoitomuotona

Hyvässä fyysisessä hoitoympäristössä on otettu huomioon asuinympäristö, rauhallisuus, asuinhuoneet, hygienia-tilat, sauna ja pukuhuone, keittiö ja olohuone, käytävät ja muut tilat, uloskäynti ja muut ovet sekä huomioitu turvallisuus. Toisin sanoen koko hoitokoti tulisi olla suunniteltu muistisairaahan henkilön näkökulmasta. Huomioon tulisi ottaa, että myös pitkäaikaishoidossa

olevat muistisairaat henkilöt tarvitsee kuntouttavaa työtettä sairauden jokaisessa vaiheessa (Muistiliitto ry 2012b).

Muistisairaahan henkilön hoito lähtee hänen omista tarpeistaan, toiveistaan ja tuntemuksistaan (Muistiliitto ry 2012b). Lisäksi on ymmärrettävä muistisairaahan ihmisen erityistarpeet (Suomen muistiasiantuntijat 2012). Nämä erityistarpeet voidaan huomioida vain muistisairaille tarkoitetuissa hoitopaikoissa. Kodinomaisuus, virikkeet ja yksilöllinen hoito ovat muistisairaille tarkoitettujen hoitokotien ominaispiirteet. (Sulkava 2010, 137.)

Hoitokoti olisi hyvä jakaa kahteen osaan, jossa toisessa osassa voisi tapahtua potilasvaihtoa (Sulkava 2010, 137). Hoitokodissa ei suositella tekemään toistuvasti uusia järjestelyjä, koska muistisairaiden stressinsietokyky on heikentynyt ja ympäristön jatkuva muuttuminen voivat aiheuttaa muistisairaille ongelmia (Koponen ym. 2010, 490).

Hoitoympäristö, joka on helppokäyttöinen ja tarkoituksenmukainen, tukee asukasta selviytymään itsenäisesti ja hallitsemaan tilanteita. Huoneiden sijoittaminen kannattaa tehdä niin, että asukas näkee ja hahmottaa ne helposti. (Koponen ym. 2010, 490.) Hoitokodin selkeys, rauhallisuus ja levollisuus tulee huomioida muistisairaahan kaaos- ja ahdistusherkkyyden vuoksi (Suomen Muistiasiantuntijat 2012).

Hoitokodin yhteisöllisyys on siellä asuvien muistisairaiden yksi kantavista voimista. Tupakeittiön, henkilökunnan toimiston ja ”tiskimäisen vastaanoton” ja saunan keskeinen sijainti tukevat tätä yhteisöllisyyttä. (Kotilainen, Virkkola, Eloniemi-Sulkava & Topo 2003, 9.) Tällainen aikuisen ihmisen yhteisö tukee muistisairaahan henkistä hyvinvointia.

Hyvässä fyysisessä ympäristössä on huomioitu neutraali väritys eri pinnoilla, asukkaiden turvallisuus sekä oman huoneen selkeä merkitseminen asukkaan nimellä värikontrastia hyväksi käyttäen (Suomen Muistiasiantuntijat 2012). Turha rajoittaminen, kieltäminen ja vahtiminen aiheuttavat ärtymystä, stressiä ja epäonnistumisen tunteita. Näistä syistä on turvallisuus otettava huomioon ympäristössä teknologiaa hyväksi käyttäen. Tietyt ovet on saatava lukkoon, mutta turhaan lukittuja ovia on vältettävä. Seinien ja ovien värityksellä ja

liukuovilla voidaan myös huomaamattomasti piilottaa mitä halutaan. Ulkoilualue voidaan suunnitella aidatuksi ja ulkoportit sähköllä toimiviksi. Turvallinen ympäristö kattaa myös paloturvallisuudesta huolehtimisen. (Suomen Muistiasiantuntijat 2012; Kotilainen ym. 2003, 9-11.)

Kognitiivisten toimintojen heikentyminen muistisairailta voi johtaa virhetulkintoihin ympäristössä (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 119). Puutteellinen valaistus saattaa tehdä pelottavia varjoja, televisiosta näkyvät asiat voidaan tulkita väärin ja seinissä olevista peileistä ei tunnisteta omaa kuvaa vaan luullaan, että siellä on joku. Tällaiset ylivirikkeiset ympäristöt voivat johtaa käytösoireiden syntymiseen. (Koponen ym. 2010, 490; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 119; Kotilainen ym. 2003, 12-13.)

Hoitokodin ympäristön tulisi tarjota myös tukea ja apua päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen, kuten wc-käynnit, peseytyminen ja ruokailu. Huoneiden selkeä merkitseminen värillisillä kylteillä auttaa muistisairasta ihmistä hahmottamaan. Värilliset tukikaiteet ja pöntönkannet auttavat myös muistisairasta selviytymään päivittäisistä toiminnoista. Kynnysten ja mattojen poisjätö ja liukuesteet kylpytiloissa tuovat turvallisuutta ja estävät kaatumisia. Kylpyhuoneiden lämpötila, esteettisyys ja hyvä tuoksu houkuttelevat. Saunan tulee olla selkeä ja valaistu. Ruokapöytien tyhjänä pitäminen taas tukee muistisairasta keskittymään syömiseen. (Kotilainen ym. 2003, 23-27; Suomen Muistiasiantuntijat 2012.)

Turhat kukat ja koriste-esineet on karsittava, koska ne voivat aiheuttaa muistisairaalle kaaosta ja ahdistusta. Kodinomaisuutta tulee hakea muilla keinoilla. Käytäviä tulee olla mahdollisimman vähän, koska näin vältetään turha vaeltelu, joka voi myös aiheuttaa turhautumista ja johtaa käytösoireisiin. Hoitokoti olisikin hyvä suunnitella kodin rakennetta vastaavaksi: asuinhuoneet ryhmittyvät yhteisten tilojen ympärille. Tilaa tulee kuitenkin olla ja houkuttelevat pysähtymispaikat, kuten lehtien esillä olo tai hienot maisemat ikkunasta, ehkäisevät turhautumista. (Kotilainen ym. 2003, 27-28, 30; Suomen Muistiasiantuntijat 2012.)

Asukkaan huone tulisi kalustaa hänen omilla huonekaluillaan. Huoneessa tulisi olla mukava nukkumapaikka, nojatuoli ja säilytystilaa omille vaatteille. Asukkaan

oma huone on hänen oma, yksityinen alueensa, johon asukas voi vetäytyä omaan rauhaansa aina kun haluaa. Huone tulee valaista kodikkaasti, ei loisteputkivaloin. Asukkaan huoneen tulee olla myös turvallinen. Turvaa antavat liukuesteet, mattojen ja kynnysten poisjätö sekä palohälytin. (Kotilainen ym. 2003, 22; Suomen Muistiasiantuntijat 2012.)

Ulkoilu on tärkeää myös muistisairaille, koska ulkoilmassa liikkuminen ja oleskelu vähentävät tutkitusti stressiä ja parantavat näin mielialaa. Kaunis, tilava ja turvallinen piha-alue houkuttelevat ulkoiluun. Puutarha-alue ja pihamaa tarjoavat tuttuja aktiviteetteja. (Kotilainen ym. 2003, 36-37.) Pihamaa tarjoaa myös mahdollisuuden järjestää eri toimintaa vuodenaikojen mukaan.

Hyvä fyysinen hoitoympäristö voi parhaimmillaan ehkäistä käytösoireiden syntymistä. Muistisaira at asukka at huomioon ottava hoitoympäristö voi myös vähentää lääkkeellisen hoidon tarvetta käytösoireisiin.

4.5.2 Koulutettu henkilökunta

Käytösoireiden hoidossa yksi olennaisimmista asioista on koulutettu ja riittävä henkilökunta. Muistisairaiden hoidossa yksi tärkeimmistä asioista on aito yksilöllinen hoito (person centered care), johon hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa ja työssään ohjata vaihtoehdoksi psykoosilääkkeiden käyttämiselle. (Koponen & Saarela 2010, 486.) Yksi hyvän hoidon edellytyksiä ja hoitokodin laadun perusta on henkilökunnan määrä ja osaaminen. Henkilöstön määrä on sidoksissa hoitokodin asukkaisiin: millainen toimintakyky asukkailla on ja millainen on avun tarve? (Valvira 2012b.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukainen minimihenkilöstömäärä on 0,5-0,6 hoitotyöntekijää vuorokaudessa per asukas. Muun muassa käytösoireista kärsivien asukkaiden henkilöstömäärä suositus on vaihtoehto eli 0,6. Ympäri vuorokautisessa hoidossa 0,7-0,8 on hyvä henkilöstön määrä. Nämä henkilöstön mitoitus on tärkeitä asukkaan turvallisuuden ja henkilöstön työhyvinvoinnin turvaamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008.)

Henkilökunnan jatkuva kouluttaminen muistisairauksista ja niiden hoidosta on tärkeää. Hoitajien oma kiinnostus gerontologiseen hoitotyöhön on myös tärkeää. Teoriatiedon lisäksi hoitohenkilökunnalta vaaditaan omaa luovuutta, rohkeutta ja yhteistyökykyä moniammatillisessa hoitotiimissä. (Suomen muistiasiantuntijat 2012.) Keskeinen hoidollinen tehtävä on myös muistisairaahan lääkehoidon vasteen ja haittavaikutuksien seuraaminen ja arviointi (Koponen ym. 2010, 490). Lääkehoidon turvallinen toteutus, vasteen ja haittavaikutuksien arviointi vaativat taas hoitajalta kokemusta.

Haasteellisuutta hoitajille tuo lisäksi se, että muistisairas ei aina kykene ilmaisemaan tuntemaansa kipua ja kärsimystä. Tästä syystä hoitohenkilökunnan on oltava tarkka havaitsemaan muistisairaahan käyttäytymistä ja toimintakyvyn muutoksia, koska näiden taustalla voi olla kipu. (Juva, Voutilainen, Huusko & Eloniemi-Sulkava 2010, 525.)

Säännöllinen koulutus takaa osaamisen, mutta ylläpitää myös hoitajien motivaatiota (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 113). Koulutuksen lisäksi hoitohenkilöstön tukeminen auttaa työssä jaksamisessa, koska muistisairaath voivat olla usein hyvin epäkiitollisia saamastaan hoidostaan (Koponen & Saarela 2010, 490).

Henkilökunnan tietyt ominaispiirteet ovat tärkeitä muistisairaiden hoidossa. Hyvä, laaja ja kattava teoriatieto, positiivinen elämänasenne, erittelevä ajattelutapa, iloisuus ja huumorintaju, hyvä sekavuuden ja erilaisuuden sietokyky, itsensä kehittämisen halukkuus, rohkeus ja asiantuntijuus ovat keskeiset ominaisuudet. (Suomen muistiasiantuntijat 2012.)

Hoitaja, joka omaa nämä ominaisuudet, pystyy näkemään terveet ominaisuudet ja mahdollisuudet muistisairaassa henkilössä. Tällainen hoitaja näkee muistisairaahan maailman mielenkiintoisena ja erilaisena, hän myös osaa arvostaa tätä erilaisuutta ja erilaista maailmaa. Hoitaja myös näkee muistisairaahan kehittyvänä ja muuttavana ihmisenä, ei vain pysähtyneenä. (Suomen muistiasiantuntijat 2012.)

Koulutettu henkilökunta toteuttaisi myös elämänkaariterapiaa eli validaatioterapiaa. Validaatioterapia on käytösoireiden lääkkeetön hoitomuoto,

joka on tunne-elämää tukevaa ja kognitiivisesti suuntautunut terapiamuoto. Sen on kehittänyt amerikkalainen Naomi Feil. (Koponen 2010, 45.) Validaatioterapiassa hoitaja on tutustunut asukkaan elämänkaareen, siihen millaisen elämän asukas on elänyt. Tätä kautta hoitaja pystyy ymmärtämään asukkaan toimintaa ja reaktioita sekä hyödyntämään näitä tietoja vuorovaikutustilanteissa. Tutkimusten mukaan validaatiomenetelmä lisää hoitajien kunnioitusta vanhusta kohtaan. Lisäksi ei ja älä sanojen käyttö on tutkimuksien mukaan vähentynyt. (Pohjavirta & Sipola 2005.)

Suomalaisten kehittämä TunteVa® -toimintamalli perustuu validaatiomenetelmään. TunteVa® on kehittyvä vuorovaikutuksellinen toimintamalli, joka vahvistaa ja tukee muistisairasta henkilöä. Toimintamallin pyrkimyksenä on ymmärtää muistisairaahan ihmisen sisäistä elämysmaailmaa. (Tampereen Kaupunkilähetys Ry 2012.)

Hyvä hoitaja näkee siis pintaa syvemmälle ja osaa myös hyödyntää tätä taitoa hoitaessaan muistisairasta. Sairauden aiheuttamat oireet nähdään ammatillisina haasteina, joihin osataan käyttää myös luovaa ongelmanratkaisua (Koponen ym. 2010, 490). Esimerkiksi suihin voi houkuttaa laululla, tanssilla tai kiinnittämällä huomion muistisairasta miellyttäviin asioihin.

Koulutettuun hoitohenkilökuntaan kuuluu myös muistisairauksiin erikoistunut lääkäri, jolla on viimeisin tieto lääketieteellisestä hoidosta. Lääkäri ei ole vain konsultti vaan osa tiimiä, jolla on kokonaisnäkemys hoidosta. (Suomen muistiasiantuntijat 2012.)

Riittävän ja koulutetun henkilökunnan asenne, kiinnostus, vuorovaikutus ja lähestyminen muistisairaiden asukkaiden suhteen ovat olennaisia. Millaisella asenteella lähestytään? Mikä on kiinnostus muistisairauksia, muistisairaita ja heidän hoitoa kohtaan, entä sitoutuminen tukevaa ja ylläpitävään hoitoon? Miten vuorovaikutus tapahtuu, onko se hyvinvointia tukevaa? Miten lähestytään muistisairaista, hymyssä suin ja tasavertaisesti vai auktoriteettina ja käskävästi? (Muistiliitto ry 2012a.)

Ammatillisesti muistisairaahan hoitaminen on vaativa tehtävä, joka edellyttää hoidon onnistumiseksi hyvinvoivia hoitajia, jotka kokevat työnsä merkittävänä.

Vankan osaamisen ja systemaattisen itsensä kehittämisen ja kouluttamisen ohella, hoitajilta edellytetään myös uteliaisuutta, kokeilunhalua, oivallusta ja muistisairaana ihmisen kunnioittamista. Oman työn suunnittelun ja kehittämisen lisäksi hoitohenkilökunta tarvitsee kannustavan johtamisen taidot omaavan esimiehen. (Juva ym. 2010, 524.)

4.5.3 Viriketoiminta

Viriketoiminta kuten eri terapiat, ryhmätoiminnot sekä virkistys- ja muunlaiset toiminnot ovat yksi kiinteä osa käytösoireiden hoitamisessa ja ennaltaehkäisyssä (Koponen ym. 2010, 486). Tutkimusten mukaan uuden tai korvaavan oppimista voi esiintyä muistisairailta henkilöillä. Tämä osoittaa, että luovuuden käyttö tukee toimintakyvyn parantumista ja antaa näin mahdollisuuden luoda elämisen arvoisen elämän dementiaa sairastaville ihmisille. (Power 2010, Leen ja Adamsin 2011, 1 mukaan.) Viriketoiminta voi olla mitä tahansa luovaa toimintaa kuten musiikki-, tanssi-, taide- ja lemmikkieläinterapia. Virikepainotteinen hoitomuoto tähtää tuottamaan henkilölle mielihyvän kokemuksia ja tunteita (Koponen ym. 2010, 489).

Hoitokodissa voisi järjestää yhteisiä peli-iltoja, jumppahetkiä ja tansseja liikuntasalissa. Iso piha-alue ja katettu terassi mahdollistaisivat grilli-juhlat kesällä ja pihatalkoot syksyllä. Talvella hyväkuntoisimmat voisivat tehdä lumitöitä muiden katsellessa sisältä isoista avarista ikkunoista toisten touhuja. Hoitokodin mahdollisessa takkahuoneessa voitaisiin saunomisen yhteydessä grillata makkaraa ja laulaa yhteislauluja. Lähtökohtana viriketoiminnassa olisivat asukkaiden harrastukset ja kiinnostusten kohteet. Osallistuminen olisi vapaaehtoista.

Hoitokodissa voisi olla joka päivä viriketoimintavuorolainen. Viriketoimintavuoro kiertäisi hoitajien kesken ja viriketoiminta hoitaja tekisi pääasiassa viriketoimintaa eli esimerkiksi edellä mainittuja asioita. Muut hoitajat tarpeen mukaan auttaisivat. Viriketoimintahoitajan vuoro alkaisi esimerkiksi kello 10

aamulla ja päättyisi kello 18 illalla. Näin viriketoimintahoitaja voisi auttaa myös esimerkiksi ruokailutilanteissa.

Ideana olisi, että viriketoiminta eli VT-hoitaja olisi suunnitellut etukäteen ohjelman kuten lauluhetken, askarteluhetken tai muuta sellaista. Viriketoiminnan ei tarvitse olla mitään ihmeellistä vaan esimerkiksi ihan pelkkien arjen askareiden tekemistä yhdessä kuten ruuan laittoon osallistuminen. VT-hoitaja osallistuisi myös perushoitoon aina tarvittaessa. VT-hoitaja panostaisi myös jutteluhetkiin asukkaiden kanssa. Viikonloppuisin VT-hoitajaa ei olisi. VT-vuoro toisi vaihtelevuutta työhön ja antaisi mahdollisuuden luovaan toimintaan sekä fyysisesti kevyemmän työvuoron.

4.6 Muistisaira-an oikeudet ja hoitokodin arvot perustana muistisaira-an asukkaan hyvälle elämälle

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, 3 §) mukaan jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus saada tasa-arvoista, laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Lisäksi ihmisen yksi tärkeimmistä perusoikeuksista on itsemääräämisoikeus, joka tarkoittaa sitä, että toimintakykyisellä yksilöllä on oikeus päättää itseään koskevista asioista (Koponen, Juva & Hietanen 2010, 559). Nämä oikeudet kuuluvat myös muistisairaille ihmisille.

Eettiset periaatteet ohjaavat hoitotyötä. Periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan tekemisen välttäminen, oikeudenmukaisuus ja perusteltavuus. (ETENE 2000, 2008, Beauchamp & Childress 2001, Thompson, Melia & Boyd 2006, Leino-Kilven ja Välimäen 2008, 30 mukaan.) Näiden pohjalta hoitokoti pystyy määrittelemään omat arvonsa, jotka ohjaavat kaikkea hoitokodin toimintaa.

Oikeuksien toteutuminen ja hoitokodin arvojen mukainen toiminta luovat muistisairaille ihmisille elämisen arvoisen ja laadukkaan elämän. Oikeudet, periaatteet ja arvot ovat muistisairaiden asukkaiden eduksi turvaamassa heille

inhimillisen, oikeudenmukaisen ja arvokkaan elämän katsomatta heidän sairautensa tilaa tai vaihetta.

4.6.1 Muistisaira-an oikeudet

Yhdysvaltalaiset Virginia Bell ja David Troxell ovat esittäneet vuonna 1994 muistisaira-an oikeuksia koskevan suosituksen, jonka julkaisi myös kansainvälinen Alzheimer-järjestö. Suosituksessa on 12 periaatetta. Periaatteiden tavoitteina ovat muistisairaiden tasavertaisen aseman takaaminen yhteiskunnan jäsenenä sekä hyvä hoidon laatu. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 4.)

Ensimmäinen periaate on Bellin ym. (1994) mukaan; *Jokaisella muistisairaalla on oikeus saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaoireen* (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 4). Tätä periaatetta noudattaen hoitokodissa asukkaalle kerrottaisiin rehellisesti hänen sairautensa tilanne ja hoitosuunnitelmassa otettaisiin huomioon myös asukkaan omat toiveet. Toinen periaate Bellin ym. (1994) mukaan on: *Jokaisella on oikeus saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa* (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 4). Hoitokodissa periaate toteutuisi tekemällä aktiivista yhteistyötä muistisairauksiin erikoistuneen lääkärin kanssa.

Kolmas periaate Bellin ym. (1994) mukaan on: *Jokaisella on oikeus säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista* (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 4). Hoitokodissa tämä periaate huomioitaisiin yksilöllisellä hoitosuunnitelmalla, toteuttamalla validaatio-terapiaa ja kuntouttavalla työotteella. Neljäs ja viides periaate on Bellin ym. (1994) mukaan: *Jokaisella on oikeus tulla kohdelluksi aikuisena ja ...tuntea, että hänet otetaan vakavasti* (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 5). Hoitokodissa nämä periaatteet huomioitaisiin kohtaamalla asukkaat aikuisina, kanssaihmisinä.

Kuudes ja seitsemäs periaate on Bellin ym. (1994) mukaan: *Jokaisella on oikeus olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista ja*

...asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 5). Rauhoittavat lääkkeet voidaan korvata lääkkeettömillä hoitomuodoilla tai ainakin radikaalisti vähentää niiden turhaa käyttöä. Hoitokodista tutun ja turvallisen tekisi se, että arki suunnitellaan mahdollisimman säännölliseksi. Kahdeksas periaate Bellin ym. (1994) mukaan on: *Jokaisella on oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa* (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 5). Omaiset saivat vieraila hoitokodissa milloin tahansa ja tuoda myös asukkaan ystäviä tätä tapaamaan.

Bellin ym. (1994) mukaan yhdeksäs periaate on: *Jokaisella on oikeus käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella* (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 5). Omaiset voisivat aina halutessaan viedä asukasta hoitoyhteisön ulkopuolelle. Bellin ym. (1994) mukaan kymmenes ja 11. periaate on: *Jokaisella on oikeus saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minä-kuvaa tukevaan toimintaan joka päivä ja ...kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen*” (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 5). Kymmenes periaate toteutuisi hoitokodissa, kun asukkaat otettaisiin päivittäin mukaan normaaleihin arjen askareihin. Lisäksi tässä kohdassa myös hoitajien kuntouttava työote on olennaista, koska siinä hoitaja pystyisi konkreettisesti ohjaamaan asukasta muun muassa sitomaan kengännauhat ja pesemään hampaansa eikä tekemällä näitä toimintoja asukkaan puolesta. Tästä johtuen kuntouttava työote tukisi muistisairaana aikuista minäkuvaa.

11. periaatetta pyrittäisiin hoitokodissa toteuttamaan. Hoitajien hellydenosoitukset ovat inhimillisiä, kuten asukkaan halaaminen ja kädestä kiinni pitäminen. Kun hoitajat tulevat asukkaille tutuiksi, tulee hoitokodista aika tiivis yhteisö. Koska hoitajat ovat asukkaille enemmän kanssaihmissä, voivat asukkaat mieltää hoitajansa enemmän ystävikseen. Liiallinen jäykkyys on luonnotonta ystävien kesken, mutta myös toisen koskemattomuutta ja halua pitää oma reviirinsä on kunnioitettava puolin ja toisin. Suomessa vallitsee jonkinlainen koskemattomuuskulttuuri, ja varsinkin vanhemmat sukupolvet voivat ensin kavahtaa toisen kosketusta. Kuitenkin kosketus on yksi ihmisen perustarpeista. Kosketus saa ihmiset ystävällisemmiksi ja auttavaisemmiksi (Selin 2003).

12. periaate Bellin ym. (1994) mukaan on: *Jokaisella on oikeus hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, muistisairaahan ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta* (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 5). Periaate tukee koulutetun, osaavan ja ammattitaitoisen henkilökunnan tärkeyttä hoitokodissa. Lisäksi muistisairaita hoidettaessa nousee esille kaksi tärkeää oikeusperiaatetta: muistisairaahan ihmisen itsemääräämisoikeus ja suojaaminen. Itsemääräämisoikeuteen kuuluvat hoitotahdon tekeminen ja edunvalvonta, jotka muistisairas voi tahtoessaan järjestää ennen sairautensa etenemistä. Tässäkin asiassa korostuu varhaisen diagnosoinnin tärkeys. Suojaamisella tarkoitetaan sitä, että muistisairaahan fyysistä koskemattomuutta pyritään turvaamaan ja suojaamaan muilta oikeudenloukkauksilta. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 5.)

4.6.2 Hoitokodin arvot

Näiden periaatteiden ja oikeusperiaatteiden pohjalta on pohdittu ja määritelty, mitkä olisivat muistisairaiden ihmisten hoitokodin arvot. Hoitokodin arvojen määrittäminen olisi tärkeä osa hoitokodin perustamista, koska arvot toimisivat perustana hoitokodin toiminnalle, toimintatavoille ja asukkaiden hyvälle elämälle. Lisäksi arvot edustaisivat hoitokodille tärkeitä asioita ja toimisivat osana imagon luomista. Hoitokodin arvot sanelisivat myös yhteiset pelisäännöt. Tässä luvussa ei ole lähdettä, koska ennen arvojen määrittelyä on tutustuttu muiden hoitokotien arvoihin heidän Internet –sivuillaan. Kaikki siis ovat tekijän oman pohdinnan tulosta. Lisäksi arvoja on pyritty pohtimaan juuri muistisairaiden näkökulmasta. Muiden hoitokotien arvot toimivat inspiraation lähteinä tekijälle.

Muistisairaiden hoitokodin arvoja olisivat seuraavat:

1. Jokainen hoitokodin asukas on arvokas, tasavertainen ja ainutkertainen yksilö, jolla on oikeus turvaan, kunnioitukseen, suvaitsevaisuuteen ja rakkauteen.

2. Jokaisella asukkaalla on oikeus turvallisuuteen; kodikkaaseen ja lämminhenkiseen kotiin, jossa on oikeus osallistua arjen askareisiin ja saada hyvää tukea, kuntoutusta ja hoitoa päivittäisissä toiminnoissa.

3. Jokaisen asukkaan elämää on kunnioitettava; eletyn elämän kunnioittaminen, arvokkaiden muistojen ja tapojen kunnioitus sekä oikeus ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen kanssa käymiseen.

4.7 Muistisairaiden terveystaloudellinen merkitys

Tilastokeskuksen (2009b) tekemien väestöennustuksien mukaan yli 65-vuotiaiden määrä Suomessa tulee nousemaan 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Vuoteen 2060 mennessä yli 65-vuotiaiden määrä nousee 29 prosenttiin. Ennusteet perustuvat Tilastokeskuksen vuoden 2009 väestötilastoihin, eikä niitä tule tulkita toteutuvana kehityksenä.

Vanhemmissa ikäluokissa muistisairauksien esiintyvyys kasvaa, ja väestön ikärakenteen muutoksesta johtuen, muistisairaiden lukumäärä kasvanee voimakkaasti (Viramo & Sulkava 2010, 28). Suomessa vuosittaisiksi suoriksi hoitokustannuksiksi muistisairauksissa on arvioitu lähes miljardi euroa eli yhtä sairastunutta kohden noin 10 000 euroa (Martikainen, Viramo & Frey 2010, 37). Näyttää vahvasti siltä, että kyseessä on kallis kansantauti, joka lienee yksi vanhustyön suurimmista haasteista niin taloudellisesti kuin hoidollisestikin.

Vuonna 2007 tehtyjen laskelmien mukaan yli puolet kaikista terveyskeskusten pitkäaikaishoidon hoitopäivistä oli muistisairaiden käyttämiä. Vanhainkodeissa muistisairaiden prosentuaalinen osuus oli 49,2 kaikista vuoden 2007 hoitopäivistä. Vuonna 2001 vaikean muistisairaana laitoksessa asuvan henkilön hoitokustannukset olivat 19 291 euroa. Tutkimusten mukaan kustannuksia on saatu laskettua eri lääkkeettömillä hoitomuodoilla. (Martikainen ym. 2010, 45-48.) Tästä syystä osaavien, muistisairauksiin erikoistuneiden ja ammattitaitoisten hoitokotien olemassaolo olisi tärkeää. Hoitokotien tulisi olla kustannustehokkaita, niin taloudellisesti kuin hoidollisestikin.

Miten yhteiskunnan resurssit tulevat riittämään esimerkiksi vuonna 2060? On hyvin epätodennäköistä, että muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tai hoitoon tapahtuisi mullistavaa ja nopeaa kehitystä. Tästä johtuen panostus varhaiseen diagnosointiin, tukitoimiin, yksilöllisesti suunniteltuun ja valvottuun lääkehoitoon ja lääkkeettömään hoitoon voisivat mahdollisesti olla avaimia kustannustehokkaaseen hoitoon. Tarkemmin pohdittuna muistisairaana hoidon kehittyminen parantaa muistisairaiden elämänlaatua sekä arjessa selviytymistä. (Martikainen ym. 2010, 48-49.)

Muistisairaana hyvä elämänlaatu ja toimintakyky ovat myös yhteiskunnallisesti edullisempia. Näihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota tulevaisuudessa. Lisäksi hoitajien kouluttamiseen muistisairauksien hoitamiseen tulisi kiinnittää huomiota juuri väestöjakauman vuoksi. Myös nuorten sairaanhoitajaopiskelijoiden kiinnostusta vanhustyöhön tulisi lisätä sekä kannustaa heitä siihen. Vanhustyö tarjoaisi monelle erittäin haastavan mutta palkitsevan työuran.

5 YKSITYISEN HOITOKODIN LIIKETOIMINTASUUNNITELMA

Tässä luvussa liiketalous ja hoitotyö kohtaavat. Aiemman teorian pohjalta on tekijä suunnitellut kuvitteellisen hoitokodin ja tehnyt siitä liiketoimintasuunnitelman. Liiketoimintasuunnitelma on kattava mutta tiivis, josta tulevat selvästi esiin suunniteltu yritystoiminta, sen toteutus ja kannattavuus. Liiketoimintasuunnitelma esitetään yritystä perustettaessa muun muassa rahoittajille ja pankille.

Liiketoimintasuunnitelmassa esiintyvät nimet ovat tekijän nimeä lukuun ottamatta tekijän oman mielikuvituksen tuotosta. Hoitokodin kuvitteellisen nimen rekisteröimättömyys on tarkistettu (20.01.2012) Yritys- ja yhteisötietojärjestelmän Internet -sivuilta kohdasta YTJ -tietopalvelu -yrityshaku. Liiketoimintasuunnitelma on erillinen, irrotettava tuotos tässä opinnäytetyössä.

5.1 Liiketoimintasuunnitelma

LIIKETOIMINTASUUNNITELMA

<p>1. PERUSTIEDOT YRITYKSESTÄ</p>	<p>Kodinomainen hoitokoti muistisairaille ihmisille. Yhtiömuotona on osakeyhtiö ja yrittäjänä toimii sairaanhoitaja Marika Lempiäinen. Lempiäinen toimii sairaanhoitaja toimenkuvan lisäksi myös osakeyhtiön toimitusjohtajana. Hoitokodin nimi on Lempikoti Oy.</p> <p>Henkilöstö koostuu kahdesta sairaanhoitajasta, 14 lähihoitajasta, keittiöhenkilökunnasta, talonmiehestä ja siivoojista. Lisäksi Lempikoti Oy järjestää kerran viikossa muistisairauksiin erikoistuneen lääkärin paikalle. Asukas itse kustantaa lääkärikulut ja lääkekulut, Lempikoti Oy neuvoo asukasta KELAn korvaushakemuksissa tarpeen mukaisesti. Lempikoti Oy vastaa lääkkeiden hakemisesta apteekista, jaosta, antamisesta sekä säilytyksestä.</p> <p>Lempikoti Oy järjestää myös tarvittaessa paikalle fysioterapeutin tai toimintaterapeutin, asukas itse vastaa kuluista.</p> <p>Lempikoti Oy:n toimipaikka on Etelä-Karjalan alueella, luonnon helmassa, mutta automatkan päästä keskustan palveluista.</p> <p>Lempikoti Oy tähtää koko vuoden liikevaihdoksi 850 000 euroa. Lempikoti Oy käyttää kertyvät voitot asukkaiden hyväksi, yrityksen toiminnan laajentamiseen ja henkilökunnan kouluttamiseen.</p>
<p>2. SUUNNITELTU YRITYSHANKE</p>	<p>Lempikoti Oy tarjoaa ympärivuorokautista hoivaa ja sairaanhoitoa kaikenkuntoisille muistisairaille henkilöille. Lempikoti Oy on jaettu kahteen osaan: ensimmäinen osa on pitkäaikaissiipi nimeltään Onnela ja toinen on pitkäaikais- ja intervallisiipi nimeltään Toivola. Toivolan</p>

	<p>puolelle otetaan muistisairaita intervalli- eli lyhytaikaishoitajaksoisesti esimerkiksi omaishoitajan lomapäivien ajaksi tai sairaalassaolon jälkeen ennen lopullista kotiutumista. Toivolassa on myös pitkäaikaispaikkoja pariskunnille ja parempikuntoisille henkilöille. Toivola on Lempikoti Oy:n kevyempi koti, jossa asukkaat toimivat itsenäisesti.</p> <p>Lempikoti Oy:n tavoitteena on tarjota kodinomainen ympäristö muistisairaille ja tukea heidän arjessa selviytymistään. Lempikoti Oy toteuttaa yksilöllistä hoitomuotoa, omahoitajuutta sekä kuntouttavaa työtettä. Aukkaan oikeudet ja hoitamisen eettisyys ovat myös tärkeä osa hoitokodin toiminta-ajatusta.</p> <p>Onnelassa on seitsemän asukaspaikkaa ja Toivolassa kahdeksan asukaspaikkaa. Lisäksi Toivolassa on kaksi lyhytaikaisasukaspaikkaa.</p>
<p>3. ASIAKKAIDEN TARPEET JA KYSYNTÄ</p>	<p>Asiakkaina Lempikoti Oy:ssä ovat muistisairaajat ihmiset. Myös sairauden vaikeassa vaiheessa olevat muistisairaajat ihmiset kuuluvat hoitokodin asiakaskuntaan.</p> <p>Tilastokeskuksen tekemien väestöennustuksien mukaan, tällaisten hoitokotien kysyntä tulee kasvamaan tulevaisuudessa johtuen kasvavasta ikääntyneen väestön määrästä. Ikä on suurin muistisairauksien riskitekijä. Asiantuntijoiden mielestä on toivottavaa siirtyä perinteisestä laitoshoidosta kodinomaiseen ja vaikuttavaan hoiva-asumiseen (Suhonen ym. 2010, 547).</p>
<p>4. TUOTE/PALVELU</p>	<p>Lempikoti Oy on muistisairaahan henkilön näkökulmasta suunniteltu ja rakennettu kodinomainen hoitokoti. Lempikoti Oy on pohjapiirrokseltaan tyypillistä kodin rakennetta vastaava eli huoneet ovat ryhmittyneet yhteistilojen ympärille yhdessä tasossa. Tällainen ratkaisu tukee muistisairaahan arjessa selviytymistä sekä</p>

	<p>ennaltaehkäisee käytösoireiden syntymistä.</p> <p>Lempikoti Oy on pinta-alaltaan 300m² ja sisustukseltaan muistisairaita ihmisiä tukeva. Kodinomaisuutta on haettu vaaleilla, neutraaleilla ja lämpimillä väreillä. Lattiat ja seinäpinnat ovat vaaleat ja tilat selkeät ja avarat. Olohuoneen yhteydessä on tilava ja turvallinen avokeittiö, jossa ruuan laittoon asukkaat voivat halutessaan osallistua. Tilojen valaistus ja akustiikka on suunniteltu niin, että mahdolliset valaistuksesta johtuvat varjot on minimoitu ja tilojen avaruudesta huolimatta huoneiden kaikuminen on estetty.</p> <p>Lempikoti Oy:ssä on myös oma saunatila, pyykkitupa sekä takkahuone asukkaiden käytössä. Hoitokodin omasta keittiöstä tarjoillaan ravinnerikasta peruskotiruokaa erityisruokavaliot huomioiden. Ruokatarjoilu tapahtuu viisi kertaa päivässä. Raaka-aineina käytetään luomutuotteita lähitaloilta.</p> <p>Asukkaat toimivat kiinteänä osana hoitokodin arjen pyörittämisessä. Lisäksi hoitokodissa toimii erillinen viriketoiminta eli VT-vuorolainen, joka voi tarvittaessa käyttää hyväkuntoisempia kaupungilla ja muilla pikku retkillä.</p> <p>Hoitosuunnitelma tehdään jokaiselle asukkaalle yksilöllisesti. Hoidon tärkeinä osina ovat asukkaan elämänkaari, omaiset, ystävät sekä asukkaan itsemääräämisoikeus ja muistisairaana oikeudet.</p>
5. YRITYSKUVA	<p>Lempikoti Oy on laadukas sairaanhoitoa ja hoivaa tarjoava kodinomainen hoitokoti. Henkilökunta on alan osaavia ammattilaisia, joilla on vankka työkokemus. Lempikoti Oy käyttää näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä kuten validaatioterapiaa.</p> <p>Tulevaisuudessa Lempikoti Oy voisi tarjota koulutusta ja</p>

	<p>konsultointipalveluita muille kollegoille ja alan yrittäjille. Imagotavoitteena on olla maan johtava muistisairauksiin erikoistunut kodinomainen ympärivuorokautista hoivaa ja sairaanhoitoa tarjoava hoitokoti.</p>																																																			
6. MARKKINOINTI SUUNNITELMA	<p>Ostopalvelusopimus tehdään kunnan kanssa. Kilpailukeinoina Lempikoti Oy:llä on muistisairauksiin erikoistunut henkilöstö sekä se, että koko hoitokodin fyysinen olemus on suunniteltu muistisairaalle ihmisen näkökulmasta. Lisäksi Lempikoti Oy tekee toimintaansa koskevat päätökset aina muistisairaiden asukkaidensa hyväksi.</p>																																																			
7. TALOUDELLISET LASKELMAT & YRITYKSEN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT	<p>Rahoitussuunnitelma: LEMPIKOTI OY:N VUOSIBUDJETTI</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MENOT</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Lähihoitaja</td> <td>2000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vuosiansio</td> <td>24000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sotu 2 %</td> <td>480</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vakuutus 5 %</td> <td>1200</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tyel laki 21 %</td> <td>5040</td> </tr> <tr> <td></td> <td>YHTEENSÄ</td> <td>32720</td> </tr> <tr> <td></td> <td>14 lh/vuosi</td> <td>458080</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sairaanhoitaja</td> <td>2200</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vuosiansio</td> <td>26400</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sotu 2 %</td> <td>528</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vakuutus 5 %</td> <td>1320</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tyel laki 21 %</td> <td>5544</td> </tr> <tr> <td></td> <td>YHTEENSÄ</td> <td>33792</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 sh/vuosi</td> <td>67584</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vuokra, laina</td> <td>18000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Toimisto ja kp</td> <td>2400</td> </tr> </tbody> </table>	MENOT				Lähihoitaja	2000		Vuosiansio	24000		Sotu 2 %	480		Vakuutus 5 %	1200		Tyel laki 21 %	5040		YHTEENSÄ	32720		14 lh/vuosi	458080		Sairaanhoitaja	2200		Vuosiansio	26400		Sotu 2 %	528		Vakuutus 5 %	1320		Tyel laki 21 %	5544		YHTEENSÄ	33792		2 sh/vuosi	67584		Vuokra, laina	18000		Toimisto ja kp	2400
MENOT																																																				
	Lähihoitaja	2000																																																		
	Vuosiansio	24000																																																		
	Sotu 2 %	480																																																		
	Vakuutus 5 %	1200																																																		
	Tyel laki 21 %	5040																																																		
	YHTEENSÄ	32720																																																		
	14 lh/vuosi	458080																																																		
	Sairaanhoitaja	2200																																																		
	Vuosiansio	26400																																																		
	Sotu 2 %	528																																																		
	Vakuutus 5 %	1320																																																		
	Tyel laki 21 %	5544																																																		
	YHTEENSÄ	33792																																																		
	2 sh/vuosi	67584																																																		
	Vuokra, laina	18000																																																		
	Toimisto ja kp	2400																																																		

	YHTEENSÄ	20400
	Muu	
	henkilökunta	130000
	Ruokakulut	30000
	Sähkö,vesi+muu	
	t	8000
	Hoitotarvikkeet	3000
	YHTEENSÄ	171000
MENOT	KAIKKI YHT.	717064
TULOT	Tuloja oltava/pvä	1965
as.paikka	hinta/päivä	131
	hinta/kk	3929
	as.paikan	
TOIVOLA	hinta/kk	3950
8 paikkaa	YHTEENSÄ /kk	31600
	as.paikan	
ONNELA	hinta/kk	4100
7 paikkaa	YHTEENSÄ /kk	28700
TULOT	YHTEENSÄ /kk	60300
	YHTEENSÄ /v	723600
MUUT TULOT	lyh.paikka/päivä	160
lyh.paikka	1paikka/vuosi	58400
	2paikkaa/vuosi	116800
Lyh.paik.	20	
tavoite	hoitopäivää/kk	3200
	vuodessa YHT.	38400

MIN TULOT	YHTEENSÄ /V	723600
-----------	-------------	--------

MAX TULOT	YHTEENSÄ /V	840400
-----------	-------------	--------

Rahoitussuunnitelmaan viitaten olisi Onnelan puolen asukaspaikan hinta kuukaudessa 4100 euroa ja Toivolan puolen asukaspaikan hinta kuukaudessa 3950 euroa. Kysynnästä johtuen oletuksena rahoitussuunnitelmassa on, että kaikki hoitopaikat täyttyvät ostopalvelusopimusmuodossa. Lisätuloja hoitokoti saisi lyhytaikaishoitopaikoista, joiden tavoitteena on, että ainakin toinen lyhytaikaishoitopaikka olisi 20 päivää kuukaudessa käytössä.

Kuukausimaksu sisältäisi

- asumisen omassa tai jaetussa huoneessa
- pyykipalvelut, siivouspalvelut, kylvetyksen sekä saunotuksen
- ympärivuorokautisen perushoivan sekä osittaista sairaanhoitoa
- soittokellon ja turvakellon
- jalkahoitajan, parturi-kampaajan palvelut kerran kuukaudessa
- MMSE- muistitestit
- asukkaan fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimisen
- lääkehoidon ja lääkehuoltona lääkityksen seurannan ja arvioinnin, lääkkeiden noudon, jaon ja antamisen (asukas maksaa itse lääkkeet)
- ateriapalvelut, 5krt/vrk
- apuvälineiden lainaamisen
- viriketoiminnan (esim. askartelua, lehtien lukemista ja keskustelua yhdessä, jumppia, ulkoilua, retkiä sekä musiikkituokiot)
- validaatioterapian

Ikääntyvästä väestöstä johtuen Lempikoti Oy:llä on

	<p>tulevaisuudessa riittävästi asiakaskuntaa, koska kunta ei yksin pysty huolehtimaan muistisairaista ikääntyneistä ihmisistä. Tällainen tilanne pakottaa kunnat ostamaan palveluita yksityisiltä hoitokodeilta, koska kunnan omat palvelut eivät riitä tulevaisuudessa.</p>
<p>9. YHTEENVETO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muistisairaiden ihmisten hoitokoti Lempikoti Oy - 17 asukaspaikkaa, kaksi siipeä - ammattitaitoinen, osaava ja muistisairauksiin erikoistunut henkilökunta - oma keittiö, saunatilat ja pyykkitupa - aktiivinen yhdessä toimimisen periaate, hoitokodin arki - erinomaiset yrityksen laajentamismahdollisuudet, mm. konsultointi ja koulutuspalvelut, päiväkerhotoiminta hyväkuntoisille kotona asuville muistisairaille, jotka kaipaavat vertaistukea sekä omia kognitiivisia toimintoja ylläpitävää viriketoimintaa, kotihoidon palvelut.

5.2 SWOT-analyysi liiketoimintasuunnitelmasta

Liiketoimintasuunnitelma näyttää paperilla toimivalta ja idyllisen hoitokodin perustamissuunnitelmalta, mutta rahoitussuunnitelman mukaan hoitokodin perustaminen sekä itse toiminta on kallista. Seuraavaksi liiketoimintasuunnitelma on arvioitu SWOT-analyysillä. SWOT lyhenne tulee englannin kielen sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (uhat). SWOT jaetaan sisäisiin (vahvuudet ja heikkoudet) ja ulkoisiin (mahdollisuudet ja uhat) tekijöihin.

SWOT-analyysin tarkoitus tässä työssä on arvioida tehdyn liiketoimintasuunnitelman yritystä eli Lempikoti Oy:tä. Analyysin tarkoitus on

tunnistaa kehittämiskohdat, luoda lisää ideoita tekijän mieleen ja kannustaa myös lukijoita pohtimaan jatkokehittelyitä hoitokodille.

<p>S</p> <p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - kodinomaisuus - osaava, ammattitaitoinen ja riittävä henkilökunta eli korkea laatu ja palvelu (henkilökunnan määrä täyttää STM:n hyvän hoidon kriteerit 0,8 hoitajaa / asukas) - VT-vuoro tuo vaihtelevuutta työvuoroihin - yrityksen toiminta muistisairaiden asukkaiden käytösoireita ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä ylläpitävää -> muistisairaana hyvä elämänlaatu taattu - hoitokodin fyysinen ympäristö suunniteltu muistisairaana ihmisen näkökulmasta - riskien hallinta: riskit tunnistettu, arvioitu ja kontrolloitu (kts. sivu 16) 	<p>W</p> <p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - toiminta tulee kalliiksi, pystytäänkö kaikki menot kattamaan - hoitokoti tarvitsee vahvan, osaavan ja reilun johtajan, joka osaa ja pystyy johtamaan henkilökuntaa sekä hoitokodin toimintaa -> johtamisen haasteet - henkilökunnan väsyminen ja uupuminen, koska muistisairaiden hoito raskasta niin fyysisesti kuin psyykkisesti - onko hinta kilpailukykyinen?
<p>O</p> <p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoitokodin laajentaminen ja kehittyminen eli kilpailukykyisyys 	<p>T</p> <p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> - yritys riippuvainen kunnan ostopalvelusopimuksesta - samanlaiset hoitokodit samalla

<ul style="list-style-type: none"> - mahdollisuus olla alan johtava muistisairauksiin erikoistunut hoitokoti, tarjota konsultointia ja koulutuksia muille - kehittämissyhteistyö alan asiantuntijoiden ja tutkijoiden kanssa, osallistuminen tutkimuksiin ja uusien hoitomenetelmien kehittämisiin - yhteistyö alueen koulujen kanssa, opiskelijoille erilainen ja haastava työharjoittelupaikka 	<p>alueella, liikeidean ”varastaminen”</p> <ul style="list-style-type: none"> - henkilökuntamuutokset; henkilökunnan siirtyminen yrittäjäksi samalla liikeidealla, siirtyminen kilpailevalle yritykselle - korkea hoitomaksuhinta kuukautta kohden sulkee pois vähävaraiset ihmiset
---	---

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihe valittiin syksyllä 2011 ja opinnäytetyön alustava suunnitelma oli valmis marraskuussa 2011. Ohjaavien opettajien tapaamisen jälkeen alkoi varsinaisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Tiedonhakuja ja lähteitä oli etsitty jo syksyllä heti kun aihe oli valittu.

Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa kahden opettajan ohjaamana, toinen vastasi hoitotyöstä ja toinen taas liiketaloudesta. Opinnäytetyön rakenteesta vastasi tekijä itse, ja jo alkuvaiheessa oli selvää, että työssä ei tule erikseen olemaan puhdasta teoria- ja tutkimus- tai toimintaosuutta. Tarkoituksena oli kuljettaa kuvitteellisen, perustettavan hoitokodin ideaa läpi työn. Tekijän tavoitteena oli pohtia, kuinka tällainen yritys perustettaisiin vastaamaan tarkoitustaan sekä laatia realistinen ja käyttökelpoinen liiketoimintasuunnitelma eli työ oli projektitehtävän mallinen. Tekijä piti tärkeänä myös pohtia aiheeseen liittyviä eettisiä näkökohtia.

Opinnäytetyön tekemistä helpotti tekijän oma, vahva kiinnostus aiheeseen ja motivaatio tehdä lukijoihin vaikuttava opinnäytetyö. Opinnäytetyön rakenteen suunnittelu, tarkoitus ja tavoitteet helpottivat koko opinnäytetyöprosessia. Suunnitelmallinen, aikataulun mukainen eteneminen kehitti sekä itse tekijää

projektityöskentelyssä että itse työtä. Suunnitelmallisuus auttoi myös työn rajauksessa, koska aihe on laaja ja tietoa on paljon.

Työn aihetta rajattiin muutamaa otteeseen. Rajaus tehtiin niin, että työ käsittelisi yrittämistä hoitoalalla, muistisairauksista johtuvia käytösoireita ja muistisairaiden ihmisten hoitokotia. Rajauksen jälkeen aineistoa haettiin lisää Lappeenrannan tiedekirjaston sähköisestä Wilma-aineistotietokannasta. Hakusanoina käytettiin geriatria, muistisairaudet, gerontologinen hoitotyö, käytösoireet, hoivayrittäjäyys, sairaanhoitaja yrittäjänä ja yrittäminen sosiaali- ja terveysalalla. Näiden pohjalta löydettiin tarpeellinen aineisto tiedekirjastosta. Aineistoa oli tarjolla runsaasti, joten lähdekritiikin jälkeen jäljelle jäivät aihepiirin tuorein, luotettavin ja laadukkain aineisto. Aineistoon tutustuttiin huolellisesti lukemalla sekä jakamalla, mitä kaikkea työssä tultaisiin käyttämään. Jakaminen tapahtui merkitsemällä tietyt sivut ja kappaleet aihealueen mukaisesti muistilapuilla. Sen jälkeen aineisto referoitiin työhön argumentoiden. Opinnäytetyö on toteutettu tieteellisten käytänteiden mukaisesti ja tämän toteutumiseksi koko opinnäytetyöprosessin ajan oppaana on käytetty Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2008) Tutki ja kirjoita – kirjaa.

6.1 Liiketoimintasuunnitelman työstäminen

Liiketoimintasuunnitelman työstäminen alkoi heti teoriapuolen valmiiksi saamisen jälkeen. Suunnitelman tekeminen oli suhteellisen helppoa laajan perustiedon sisäistämisen jälkeen, joskin aikaa vievää. Liiketoimintasuunnitelman tekeminen oli luovaa toimintaa ja tästä johtuen tekijälle mieluisaa. Koska ajatuksena oli erillinen, työstä irrotettava liiketoimintasuunnitelma, oli se järkevää tehdä taulukon mukaan. Näin se erottuu työstä selvästi, on helppolukuinen ja itsenäisesti toimiva.

Liiketoimintasuunnitelman ideoinnissa on käytetty Internetistä löytyviä valmiita liiketoimintasuunnitelma pohjia. Lisäksi liiketoimintasuunnitelman pohjaideoinnissa on käytetty hyväksi Finnveran ”Miten laaditaan hyvä

Liiketoimintasuunnitelma Business Plan” – työkirjaa (Ruuska, Karjalainen & Johnsson 2001.)

Rahoitussuunnitelmaa varten on tietoa kerätty Internetistä Google – hakupalvelun kautta. Tietoa on haettu muiden hoitokotien hinnoittelusta, vakuutusten hinnoista, hoitokodin rakennuttamis- ja vuokrahinnoista sekä eri palkkatietoja. Tietoa ei ole suoraan käytetty työssä, vaan se on toiminut pohjana tekijälle realistisen rahoitussuunnitelman tekemisessä. Rahoitussuunnitelma on tehty erikseen Excel-ohjelmalla. Myös liiketalouden ohjaavalta opettajalta on saatu rahoitussuunnitelmaa varten ideoita ja vastaavanlaisia rahoitussuunnitelmapohjia.

6.2 Työn eettiset näkökohdat

Tämä luku käsittelee työn toteutukseen liittyviä eettisiä näkökohtia. Näitä ovat työssä käytetyt lähteet ja lähdekriittisyys, tiedonhaku ja tiedon haun polun tarkka kuvaaminen sekä plagiointi. Näitä asioita on pohdittu Hirsjärven ym. (2008) Tutki ja kirjoita –kirjan pohjalta.

Työtä varten tietoa, kirjallisuutta ja lähteitä on haettu monipuolisesti. Suurin osa tiedosta on haettu alan kirjallisuudesta ja Internetistä. Internetissä tietoa on haettu vapaasanahaualla Google–hakupalvelun kautta. Googlea käytettäessä, on tekijä tiennyt, mitä hakee. Hakusanoja on käytetty vapaasti muokaten halutun tiedon saamiseksi. Kaikki Internet –lähteet ovat käyneet läpi opinnäytetyön tekijän lähdekritiikin. Lähdekritiikissä tekijä on arvioinut kirjoittajan asemaa ja arvovaltaa, lähteen ikää, lähteen alkuperää eli missä ympäristössä tieto on julkaistu sekä lähteen uskottavuutta (Hirsjärvi ym. 2008).

Suurin osa Internet-lähteistä on luotettavilta ja tutuilta sivuilta, joihin myös lukijan on mahdollista helposti päästä. Tällaisia Internet lähteitä, joita on työssä hyödyksi käytetty, ovat Duodecim, Finlex, KELA, Käypä hoito, Muistiliitto, Sairaanhoitajaliitto, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto, Suomen muistiasiantuntijat, Tampereen kaupunkilähetys Ry, Tilastokeskus, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Valvira ja Vanhustyön Keskusliitto. Lisäksi lähteinä

käytettyjä tuttuja ja luotettavia sivuja olivat Finnvera, Opetushallitus, Talouselämä, Suomen Yrittäjät, Verohallinto ja YTJ – tietopalvelu. Lisäksi työssä lähteenä on käytetty Suomen lakia ja Suomen arvonlisäverolakia.

Nelli- tiedonhaunportaallista haettiin myös tietoa Terveysportti ja Science Direct tietokannoista sanoilla muistisairaudet, käytösoireet, dementia ja behavioral symptoms. Aineistoa löytyi paljon, mutta mitään uutta tai vielä löytämätöntä työhön liittyvää tietoa ei tullut vastaan. Uusia, tuoreita ja mielenkiintoisia tutkimuksia löytyi muistisairauksista, mutta ne jäivät työn aiheajauksen ulkopuolelle. Tästä syystä Nelliä löytyneet aineisto rajattiin työn ulkopuolelle.

Kirjallisuudesta tärkeimpänä lähteenä toimi Erkinjuntin ym. (2010) toimittama Muistisairaudet –kirja, johtuen kirjan kattavasta ja arvovaltaisista kirjoittajista. Kustantajana on toiminut Kustannus Oy Duodecim, joka on lääketieteeseen erikoistunut kustantamo. Tästä johtuen tekijä koki kirjan tiedon luotettavaksi.

Samaa, edellä kuvailtua lähdekritiikkiä on toteutettu myös kun tietoa on haettu kirjoista. Työssä käytettyjen kirjojen kirjoittajat ovat maan johtavia muistisairauksien asiantuntijoita. Tutut nimet, kuten Erkinjuntti, Sulkava ja Eloniemi-Sulkava, tulivat vastaan myös englanninkielisillä alan sivuilla sekä eri tutkimuksissa. Näiden nimien myötä vahvistui myös lähteiden luotettavuus ja kirjoittajien arvovaltaisuus. Tekijä on arvioinut myös lähteiden luotettavuutta syöttämällä lähteen kirjoittajan Google – hakupalveluun, josta on selvinnyt, että kyse on muistisairauksiin erikoistuneesta asiantuntijasta ja näin on tullut esille kirjoittajan tunnettuus ja arvostettuus sekä uusia, käyttökelpoisia lähteitä.

Tieteellinen varastaminen eli plagiointi tarkoittaa toisen tekijän tuottaman tieteellisen tekstin, ideoiden tai tutkimustulosten kopioimista ja näiden esittämistä omana (Hirsjärvi ym. 2008). Tässä työssä käytetyt lähteet on merkitty selvästi ja ohjeiden mukaisesti plagioinnin välttämiseksi. Lähdeviittaukset on tehty huolellisesti, luotettavasti sekä tarkasti ohjeiden mukaan.

Kaikki työssä käytetyt lähteet ovat myös lukijoiden saatavilla. Lähdeluettelo on myös annettujen ohjeiden mukaisesti kirjoitettu, ja kaikki työssä käytetyt lähteet löytyvät sieltä aakkosjärjestyksessä. Työssä käytetyt suorat lainaukset erottuvat

selvästi työstä sekä ovat ohjeiden mukaisesti kirjoitetut. Lähdeviitteet, suorat lainaukset sekä lähdeluettelon on tekijä huolellisesti tehnyt annettujen ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön toteutuskappaleessa on lisäksi kuvattu, kuinka työ on rajattu, aineisto koottu ja työ toteutettu. Tällainen tarkka kuvaaminen lisää työn uskottavuutta sekä luotettavuutta.

Opinnäytetyön suunnitelmallinen eteneminen osoittaa myös työn luotettavuutta. Työ on tehty aikataulun mukaisesti ja lähteiden hakuun on käytetty tarpeeksi aikaa. Lähteitä on myös haettu tarkoituksenmukaisesti lisää työn edetessä. Lähdehauissa on tiedetty mitä hakee, miten hakee ja mistä hakee. Tällainen suunnitelmallinen tiedonhaku lisää työn luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2008.)

7 POHDINTA

Työn aihe on mielenkiintoinen, ajankohtainen sekä ajatuksia herättävä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisa ja kehittävä projekti. Kiinnostusta löytyy edelleen yrittäjyyttä, muistisairaita ihmisiä sekä muistisairauksia ja varsinkin niiden lääkkeettömiä hoitomuotoja kohtaan. Työlle asetetut tavoitteet saavutettiin ja tuloksena oli hoitokodin liiketoimintasuunnitelma. Lisäksi hahmottui, mitä kaikkea yrityksen perustaminen vaatii ja kuinka tärkeää on hyvä, analysoitu sekä toimiva liikeidea. Lisäksi on osattava olla yrittäjä: riskejä ottava, omaan ideaansa uskova sekä johtamisen osaaja.

Työ on antanut paljon. Uutta tietoa, kuten kuinka perustetaan yritys, kuinka tehdään liiketoimintasuunnitelma sekä kuinka hoidetaan muistisairaita, on tullut paljon. Työstä tulee olemaan paljon hyötyä tulevaisuudessa, jos yrittäjäksi ryhdytään. Sairaanhoidtajayrittäjäprofiilin olemassa olo on huomioitu ja vahvuudet ja heikkoudet on tunnistettu työn etenemisen ohessa. Tehdyt yrittäjyystestit ovat vahvistaneet motivaatiotekijöitä yrittäjyyteen. Yrittäjältä vaadittuja luonteenpiirteitä ja ominaisuuksia on tunnistettu ja yrittämiseen liittyviä riskejä on pohdittu. Työssä onnistuttiin kuljettamaan kuviteltua hoitokotia läpi työn. Lisäksi projektin ohessa on käyty mielenkiintoisia ja antoisia keskusteluja niin työn ohjaajien kuin myös asiasta muuten kiinnostuneiden kanssa.

Aiheen eettisyys ja opinnäytetyön eettinen toteutus ovat myös huomioitu projektin edetessä. Työstä haluttiin luotettavasti toteutettu raportti ja, että se herättäisi lukijassa ajatuksia yrittäjyydestä sekä saisi lukijan kiinnostumaan muistisairaiden ihmisten hoitamisesta. Työllä haluttiin tarjota luotettavaa tietoa niin yrityksen perustamisesta kuin myös muistisairaiden hoidosta. Näissä on onnistuttu, koska moni on työn aiheen kuullessaan kiinnostunut aiheesta. Kiinnostavia tutkimuskohteita tulevaisuudessa voisivat olla sairaanhoitajayrittäjät, hoitoalan yritykset ja muistisairaiden ihmisten elämänlaatu tällaisissa hoitokodeissa, joissa fyysinen ympäristö toimii lääkkeettömänä hoitomuotona.

Työtä tehdessä esille nousi kysymys: Onko moraalisesti arveluttavaa yhdistää hoitotyö ja liiketalous? Ajatukset tästä asiasta ovat muuttuneet. Miksi omaa ammattitaitoa ei kyetä tai osata hinnoitella? Mitä väärää on olla ammatista ylpeä ja osata vaatia tekemästään työstään sitä vastaava palkka? Siitähän yrittäjyydestä on kyse, oman osaamisen myymisestä.

Kiinnostuksen kohteina on tehdä jotain luovaa, luoda jotain aivan omaa ja arvokasta, jotain erityistä. Kiinnostusta löytyy johtamiseen, voittamiseen, innostamiseen, inspiroimiseen, motivoimiseen, auttamiseen, selviytymiseen, riskeeraamiseen sekä pitää siitä, mitä tekee. Löytyy myös halua luoda jotain yhteiskunnallisesti merkittävää ja vaikuttavaa. Halua auttaa aidosti, kehittää ja elää mukana sellaisten ihmisten elämässä, jotka eivät enää itse pysty elämästään ja itsestään huolta pitämään. Näitä ihmisiä olisivat juuri muistisairaant ihmiset.

Yrittäjyydessä monia kiehtoo taloudellinen menestyminen. Yrityksen voiton tekemiseen tarvitaan enemmän motivaatiolähteitä kuin vain raha. Raha ei tuo onnea, on yksi elämän motoista. Yrityksen voitto toisi kuitenkin mahdollisuuksia ja laatua asukkaiden elämään ja tämä, jos mikä, motivoi. Miksi yrityksessä ei lähdettäisi tavoittelemaan suurinta mahdollisinta voittoa, jos sellainen joskus perustetaan?

Näistä johtuen, ei liiketalouden ja hoitotyön yhdistäminen ole mitenkään arveluttavaa. Päinvastoin, se on houkutteleva, luova vaihtoehto, jossa päästään itse tekemään, päättämään ja johtamaan. Ja mikä parhainta, päästään oikeasti

auttamaan halutulla tavalla. Yrittäjydessä on mahdollisuus olla hyödyksi yhteiskunnallisesti. Vastapainona on myös suuri vastuu ja riskit.

Työn tavoitteen mukaisesti toivotaan, että myös sinä, hyvä lukija, kiinnostuit yrittäjyydestä hoitoalalla. Olisiko sinusta yrittäjäksi?

LÄHTEET

American Psychiatric Association 2010. Neurocognitive Disorders. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/NeurocognitiveDisorders.aspx> (luettu 30.11.2011)

Asetus yksityisestä terveydenhuollosta 24.8.1990/744. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900744> (luettu 20.12.2011)

Duodecim 2011. Limbinen järjestelmä. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01934 (luettu 11.12.2011)

Eloniemi-Sulkava, U. 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa: käytösoireiden hoidosta muistisairaiden asukkaiden hyvinvoinnin tukemiseen. Espoo: Vanhustyön keskusliitto. PDF-tiedosto <http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/etusivu/> (luettu 05.01.2012)

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oy, 232, 238, 240, 243.

Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet: hoidon haaste. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 1.-2.painos. Helsinki: Edita Oy, 118, 119, 120, 123, 124.

Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86-87.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 17.

Erkinjuntti, T. & Viramo, P. 2010. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50-55.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 142-144.

Finnvera 2011. Hae rahoitusta. <http://www.finnvera.fi/Liiketoiminnan-aloitus/Hae-rahoitusta> (luettu 27.12.2011)

Haltia, M. 2010. Dementian tutkimuksen historiaa. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 22.

Holopainen, T. 2010. Yrityksen perustamisopas – käytännön perustamistoimet. 19. uud. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Holtari, S. 2009. Talouselämä: Raha ryntää vanhuksen luo. <http://www.talouselama.fi/uutiset/raha+ryntaa+vanhuksen+luo/a216014> (luettu 24.01.2012)

Juva, K., Voutilainen, P., Huusko, T. & Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaratekijät ja hyvä ympärikäytin hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 525.

Juvonen, M., Korhonen, H., Ojala, V. M., Salonen, T. & Vuori, H. 2005. Yrityksen riskienhallinta. Helsinki: Suomen Vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy.

Kaarakainen, M. 2006. Hoivayrityksen perustaminen ja toimintaa ohjaava lainsäädäntö. Teoksessa Rissanen, S. & Sinkkonen, S. (toim.) Hoivayrittäjyys. Jyväskylä: PS-kustannus, 51.

Kainlauri, A. 2007. Ideasta hyvinvointialan yrittäjäksi. Helsinki: WSOY pro.

Kansaneläkelaitos 2012. Erytyiskustannukset hoitotuessa. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/140508130830HL> (luettu 21.01.2012)

Kansaneläkelaitos 2012. Hoitotuen määrä. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/230801110805EH?OpenDocument> (luettu 21.01.2012)

Karvonen-Kälkäjä, A. 2006 Terveysthuollon palveluiden kilpailuttaminen ja tarjousmenettely. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. (toim.) Sairaanhoidon yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 105, 106-110.

Keskuskauppakamari 2010. Yrityksen perustajan opas 2010. Helsinki: Keskuskauppakamarin Palvelu Oy.

Koponen, H. 2010. Käypä hoito 2012: Suositukset: Muistisairauden käytösoireiden hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix00524> (luettu 19.2.2012)

Koponen, H., Juva, K. & Hietanen, M. 2010. Oikeudellisen toimintakyvyn arviointi hoitavan lääkärin kannalta. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 559.

Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485-490.

Kotilainen, H., Virkola, C., Eloniemi-Sulkava, U. & Topo, P. 2003. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Helsinki: Suomen dementiayhdistys.

Käypä hoito 2012. Suositukset: Muistisairaudet. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50044> (19.01.2012)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 3 §.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.

Lee, H. & Adams, T. 2011. Introduction. Teoksessa Lee, H. & Adams, T. (toim.) Creative Approaches in Dementia Care. London: Palgrave Macmillan, 1.

Lehti, E., Rope, T., Pyykkö, M. 2007. Mikä tekee yrittäjästä menestyvän – perusyrittäjästä superyrittäjäksi. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5.painos. Porvoo: WSOY Oy.

Martikainen, J., Viramo, P. & Frey, H. 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37, 45-49.

Martinkauppi-Vanninen, K. 2006. Millainen on hyvä sairaanhoitajayrittäjä. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. (toim.) Sairaanhoitaja yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 21-23.

Meincke, N. & Karvonen-Kälkälä, A. 2006. Yksityistä terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. (toim.) Sairaanhoitaja yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 51.

Muistiliitto ry 2012a. Käyttösoireet. http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/kaytosoireet/ (luettu 02.01.2012)

Muistiliitto ry 2012b. Lääkkeetön hoito. http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/hoito_ja_kuntoutus/laakkeeton_hoito/

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. 2009. Muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisen oikeusopas. Saatavana PDF-tiedosto www.muistiliitto.fi kohdasta Muisti ja muistisairaudet: Edunvalvonta: Lue lisää: Oikeusopas http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/edunvalvonta/ (luettu 17.01.2012)

Nukari, T. & Urponen, M. 2006. Hoitotyön etiikka yrittäjyyden perustana. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. (toim.) Sairaanhoitaja yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 18-19.

Partinen, H. 2006a. Sairaanhoitajayrittäjä ja laatu. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. (toim.) Sairaanhoitaja yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 26-27.

Partinen, H. 2006b. Taustaa sairaanhoitajan yrittäjyydelle. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. Teoksessa Sairaanhoitaja yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 10.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. . Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121-134.

Pirttilä, T., Suhonen, J., Rahkonen, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 480-481.

PK-RH® Pk-yrityksien riskienhallinta 2012. Pk-yrityksen riskienhallinta. <http://www.pk-rh.fi/pk-yrityksen-riskienhallinta/> (luettu 16.01.2012)

Pohjavirta, H & Sipola, S. 2005. Kohti arvostavaa vuorovaikutussuhdetta: Kokemuksia validaatiomenetelmästä heikkokuntoisten vanhusten. Sairaanhoidajalehti: 1/2005. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/1_2005/muut_artikkelit/kohti_arvostavaa_vuorovaikutussu/ (luettu 19.2.2012)

Repo, A. 2009. Etiikan teoriaa. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 37.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale – tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 159-160.

Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2004. Hoivayrittäjyyden käsite, tausta ja erityispiirteet. Teoksessa Rissanen, S. & Sinkkonen, S. (toim.) Hoivayrittäjyys. Jyväskylä: PS-kustannus, 20-22.

Rope, T. 2006. Liikeidea yritystoiminnan kuvaajana. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. (toim.) Sairaanhoidaja yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 49.

Ruuska, M., Karjalainen, L. & Johnsson, R. 2001. Työkirja: Miten laaditaan hyvä liiketoimintasuunnitelma Business Plan. Kuopio: Finnvera Oyj.

Selin, R. 2003. Kosketa. Se kannattaa. Tiede – lehti 2/2003. http://www.tiede.fi/artikkeli/376/kosketa_se_kannattaa (luettu 22.01.2012)

Seppänen, P. 2010. Talouselämä: Jonkun toisen pitäisi. http://www.talouselama.fi/pelin_henki/jonkun+toisen+pitaasi/a431262 (luettu 23.01.2012)

Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76.

Soininen, H. & Kivipelto, M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 448-450.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15, 13, 17. Saatavana PDF-tiedostona www.stm.fi tai http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16622.pdf (luettu 19.01.2012)

- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Julkaisuja 2008:3. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=lkaihminen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf (luettu 12.01.2012)
- Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 547.
- Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, Pitkälä, Stranbe, Sulkava & Viitanen 2010 (toim.) Geriatria. 2. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120-133, 134, 135, 137
- Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 1.-2.painos. Helsinki: Edita Publishing Oy, 82-84, 94-95, 113.
- Suomen arvonnisäverolaki 2011.
- Suomen laki 2011.
- Suomen Kuntaliitto 2012. Asiantuntijapalvelut: Sosiaali ja terveys. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/Sivut/default.aspx> (17.01.2012)
- Suomen Muistiasiantuntijat 2012. Dementoituneen hoito dementiayksikössä. http://www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page_id=32 (luettu 06.01.2012)
- Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 2011. Sairaanhoidajayrittäjä. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajaliitto/jasenyys/jasenlajit/sairaanhoidajayrittaja/> (luettu 28.11.2011)
- Suomen yrittäjät 2010. Yrittäjän eläkevakuutus YEL. <http://www.yrittajat.fi/fi-FI/yrittajaihmisena/yelvakuutus/> (luettu 28.12.2011)
- Tampereen Kaupunkilähetys Ry 2012. Validaatiomenetelmä TunteVa® -toimintamallin ytimenä. <http://www.tampereenkaupunkilahetus.net/?sid=91> (luettu 3.3.2012)
- Tilastokeskus 2011. Käsitteet ja määritelmät. <http://www.stat.fi/meta/kas/yritys.html> (luettu 21.10.2011)
- Tilastokeskus 2009a. Muistisairaant asiakkaat sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/lkaantyneet/dementia.htm> (luettu 24.01.2012)
- Tilastokeskus 2009b. Tilastot: Väestöennuste 2009-2060. Julkaistu 30.09.2009. http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_09-30_tie_001_fi.html (luettu 10.01.2012)
- Toikka, K. 2006. Riskien hallinta. Teoksessa Peltomaa, P. & Grönvall, U. (toim.) Sairaanhoidaja yrittäjänä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 131-145.

Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) 2011a. Luvat. <http://www.valvira.fi/luvat> (luettu 14.12.2011)

Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) 2012. Ohjaus ja valvonta: Sosiaalihuolto: Vanhustenhuolto. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/vanhustenhuolto (luettu 12.01.2012)

Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) 2011b. Terveystenhuollon luvat, valvonta ja niihin liittyvä ohjaus. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto (luettu 14.12.2011)

Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) 2011c. Yksityisen terveydenhuollon luvat. http://www.valvira.fi/luvat/yksityisen_terveydenhuollon_luvat (luettu 14.12.2011)

Vanhustyön keskusliitto 2012. MielenMuutos, Ikäihmisen hyvinvointi ja mielenterveys 2007- 2010. <http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/etusivu/> (luettu 04.01.2012)

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91-92, 96-98.

Verohallinto 2011. Yrityksen perustaminen. http://www.vero.fi/fi-FI/Yritys_ja_yhteisoasiakkaat/Yrityksen_perustaminen (luettu 12.12.2011)

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 28, 31.

Väyrynen, R. 2010. Ikääntyneiden palvelut 2010 – Kuntakyselyn osaraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana PDF – tiedostona http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr36_11.pdf (luettu 24.01.2012)