

Seinäjoen
ammattikorkeakoulun
julkaisusarja

B

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Anu Aalto & Salla Kettunen

Hoivayrittäjyys ikääntyvien palveluissa –nyt ja tulevaisuudessa

Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
B. Raportteja ja selvityksiä 70

Anu Aalto & Salla Kettunen

Hoivayrittäjyys ikääntyvien palveluissa –nyt ja tulevaisuudessa



Seinäjoki 2013

Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
Publications of Seinäjoki University of Applied Sciences

- A. **Tutkimuksia** Research reports
- B. **Raportteja ja selvityksiä** Reports
- C. **Oppimateriaaleja** Teaching materials
- D. **Opinnäytetöitä** Theses

SeAMK julkaisujen myynti:

Seinäjoen korkeakoulukirjasto
Kalevankatu 35, 60100 Seinäjoki
puh. 020 124 5040 fax 020 124 5041
seamk.kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-5863-57-4
ISBN 978-952-5863-58-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 1456-1743
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)

KIITOKSET

Kiitokset CarePrise-projektin sosiaali- ja terveysalan sekä liiketalouden ammattilaisista koostuneelle projektiryhmälle:

Pia-Maria Haapala

Helena Hannu,

Marita Lahti,

Kirsti Sorama sekä

Pauliina Talvitie,

jotka auttoivat meitä eteenpäin ohjeillaan ja kommentteillaan.

Seinäjoella kesäkuussa 2013

Anu Aalto & Salla Kettunen

TIIVISTELMÄ

Raportissa kuvataan ikääntyvien palveluihin keskittyvää hoivayrittäjyyttä. Tietojen kerääminen tehtiin osana EU-rahoitteista CarePrise-projektia vuosien 2011–2013 aikana. Tavoitteena oli löytää ja kuvata erilaisia hyviä käytäntöjä eri maista – niin hoivayrittäjyyden kuin sosiaali- ja terveysalan yrittäjyyskasvatuksen alalta. Käytäntöjä etsittiin kumppaneiden, saatujen vihjeiden, tiedotusvälineissä esiin tulleen tiedon sekä internetin avustuksella.

Hyvien käytäntöjen toimintaympäristöä kartoitettiin jotta saatiin tietoa käytännöt mahdollistavista erityispiirteistä, jotka mahdollistavat kyseisen toiminnan. Raportoidut hyvät käytännöt toimivat erilaisissa hyvinvointiyhteiskunnissa, joissa julkisella, yksityisellä, kolmannella ja epävirallisella sektorilla on erilaiset roolit.

Toimintaympäristön kartoittamista tehtiin myös tulevaisuuden näkökulmasta. Tulevaisuuskuvia rakennettiin yhdistämällä delfoi-tekniikkaa hyödyntävää kyselyä sekä aikaisempia jo olemassa olevia tutkimuksia. Hyvien käytäntöjen ja tulevaisuuskuvien valossa ideoitiin uudenlaisia palveluita, joille ehkä vielä ei ole markkinoita, mutta jotka tulevaisuudessa voisivat olla haluttuja palveluja.

Tällä hetkellä hoivapalveluiden markkinat ovat murrosvaiheessa. Siellä missä liikkuu suurimmat volyymit ja rahat, liikkuvat myös suuret yritykset, jotka valtaavat parhailtaan markkinoita. Osa hoivapalveluiden markkinoista on kilpailtuja, mutta monet yritykset ovat löytäneet oman tilansa markkinoilta tarkoituksenmukaisen konseptin tai hyvin kohdennetun tarjonnan avulla. Markkinarakoja tulee olemaan myös tulevaisuudessa. Pienet yritykset voivat rajata ja kohdistaa palveluita entistä enemmän joko alueellisesti tai kohderyhmänsä puolesta.

Asiasanat: hoiva, yrittäjyys, hoivayrittäjyys, hyvät käytännöt, yrittäjyyskasvatus

ABSTRACT

The report describes the market-based care of the elderly. Data collection was done during the years 2011–2013 as part of an EU co-funded project called CarePrise. The goal was to find good practices in Finland, Germany, Austria, Poland, and the Netherlands. Such practices were sought with the help of international partners, received clues, and media, including the Internet.

The good practices found in the field of social and health care were described. In addition, the operational environment was charted, in order to find out if there were special features that made a particular activity possible and good. The good practices were found in countries with different kinds of welfare models. The countries put different emphasis on the public, private, non-governmental and informal sectors. Changes in society also make the need for entrepreneurship education visible. Future professionals will work in an environment where cooperation between different actors is part of everyday work.

The future perspectives were also analyzed. Future scenarios were developed utilizing the Delphi technique in an enquiry, and on the basis of the existing research. In the light of good practices and future scenarios, new service ideas were developed. The authors thought of such service concepts for which there may be no market at the moment but which might be desired services in the future.

At the moment, the private market of elderly care services is under transformation. Where the largest volumes and money are, there are also the big companies, which are trying to take over the market. There are market segments with much competition, but, on the other hand, many firms have found their space on the market thanks to a well-designed business concept or well-targeted supply. Niches will also exist in the future. Services provided by small and medium-sized enterprises may become more targeted than before, either locally or by target group.

Key words: care, entrepreneurship, good practices, entrepreneurship education

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	5
ABSTRACT	7
1 JOHDANTO	11
1.1 Keskeiset käsitteet	12
2 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUITA JÄRJESTETÄÄN JA TUOTETAAN ERI TAVOIN	15
2.1 Erilaisia hyvinvointivaltioita	17
2.2 Itävalta	19
2.3 Saksa	21
2.4 Suomi	22
2.5 Puola	25
2.6 Hollanti	27
3 HYVÄT KÄYTÄNNÖT	29
3.1 Yksilöllistä apua haastaviin elämäntilanteisiin	30
3.2 Tekniset innovaatiot	37
3.3 Asumisen erilaiset ratkaisut	41
3.4 Sektorit ylittävä yhteistyö ja verkostoitunut palvelu	46
3.5 Koonti hyvistä käytännöistä	56
4 YRITTÄJYYSKASVATUS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA	61
4.1 Yrittäjyysopintojen toteutustapoja Suomessa	61
4.2 Yrittäjyyskasvatus Saksassa, Itävallassa ja Puolassa	64
5 TULEVAISUUSKUVAT	67
5.1 Tulevaisuuden tutkimuksen peruskäsitteitä	67
5.2 Tulevaisuuskuvioiden muodostaminen	69
5.2.1 Vahva kansalaisyhteiskunta ja universaalit julkiset palvelut	71
5.2.2 Julkinen sektori koordinoi palveluntuotantoa ja huolehtii heikommista	72
5.3 Muutoksia	74
5.4 Tulevaisuuden palveluja	81
6 HYVIEN KÄYTÄNTÖJEN LIITTYMINEN LAAJEMPAAN KESKUSTELUUN	86
6.1 Yhteiskunnan ja yksilön välinen vastuun jako	86
6.2 Palvelutarjonnan organisoiminen	88
6.3 Työn organisoiminen ja asiakkaan huomioiminen	90
6.4 Lopuksi	92
LÄHTEET	94
LIITTEET	100

1 JOHDANTO

Eliniän odote on ollut pitkään kasvussa eli ihmiset elävät kauemmin kuin aikaisempina vuosina (Tilastokeskus, 2012 a). Lisäksi syntyvyys on laskenut, joten voidaan puhua väestön kaksoisikäntymisestä. Suuret ikäluokat lähestyvät ikää, jossa palveluntarve kasvaa. Alle 75-vuotiailla toimintakyvyn vaikeudet ovat vielä harvinaisia, mutta vaikeudet lisääntyvät melko nopeasti yli 75-vuotiailla. (Tilastokeskus, 2012 c; Tilastokeskus, 2012 b.) CarePrise – Hoivayrittäjyyden hyvien käytäntöjen kartoittaminen eurooppalaisessa hoivayrittäjyydessä -projekti perustuu tästä kehityksestä kumpuavalle tarpeelle. Kuinka kasvavaan palvelutarpeeseen voidaan vastata?

Samanaikaisesti tapahtuu myös muita muutoksia. Lääketiede pystyy parantamaan yhä useampia sairauksia ja meneillään on myös ns. medikalisoitumiskehitys, joka tarkoittaa sitä, että tarjolla on yhä enemmän (lääke)hoitoa tapauksissa, joita ei aiemmin pidetty sairauksina. Positiivista kehityksessä on esim. dementian tai pidentäjäkyvttömyyden määrittäminen sairauksiksi ja sitä kautta hoitokeinojen kehittyminen, jolloin useiden ihmisten elämänlaatua on voitu parantaa. Esteettinen plastiikkakirurgia ja vitamiinimarkkinat ovat nekin osoitus vanhenemisen medikalisoitumisesta. Vanheneminen ja sen mukanaan tuomat vaivat ovat osa elämää. Lääketieteen keinoin on mahdollista kuitenkin pidentää elämän laatua ja pituutta. (Jylhä, 2003.)

Nykypäivän kansalaisuudessa korostuvat asiakkuus ja kuluttajuus. Näissä rooleissa on keskeistä saada valita itselle sopivia palveluita kasvavasta palveluntarjonnasta. Kaikille samanlaisina tarjottavat palvelut eivät riitä vastaamaan asiakkaiden yksilöllisiin ja rajattomiin tarpeisiin. Kun resurssit kuitenkin ovat rajalliset, on harkittava, mitä palveluja julkinen sektori ylläpitää verovaroin. Miten vastataan siihen kysyntään, joka on rajattu julkisen sektorin järjestämistä vastuun ulkopuolelle? Keskustelu tulee käydä aika-ajoin uudelleen, sillä palvelutarpeet muuttuvat ja hoitomuodot kehittyvät. Nyt julkisen sektorin järjestämistä vastuun ulkopuoliset palvelut tuotetaan yritysten ja järjestöjen toimesta ja yksityiset henkilöt kustantavat ne itse.

CarePrise-projektin tavoitteena oli hoivayrittäjyyden hyvien käytäntöjen kartoittaminen erityisesti tulevaisuuden tarpeet huomioiden. Tarkastelun keskiössä oli yksityisen sektorin palveluntarjonnan mahdollisuudet sekä niiden kysynnän ennakointi. Hyvinvointia tuottavat järjestelmät ja eri sektoreiden osuus palveluiden tuotannossa on erilaista eri maissa. Tässä mielessä hyvien käytäntöjen ja eri maissa toimivien mallien tarkasteleminen oli mielekäästä, sillä saimme

aineksia miettiä toisin tekemisen tapoja. Kumppaniemme avulla selvitimme ikääntyvien hoivan järjestämistapoja Suomen lisäksi Puolassa, Saksassa, Itä-vallassa ja Hollannissa.

Luvussa kaksi käsittelemme erilaisia tapoja järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja. Tarkasteluun on valittu sellaisia viitekehyksiä, jotka ovat vaikuttaneet paljon esimerkkimaidemme sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen ja organisoimiseen. Nostamme eri maista esiin joitakin vallitsevia sosiaali- ja terveysjärjestelmän piirteitä. Kolmannessa luvussa kuvataan eri maista löydettyjä hyviä käytäntöjä. Käytännöissä on sekä suuria kokonaisuuksia että pieniä toimintatapoja, jotka on koettu toiminnan kannalta olennaisiksi ja hyväiksi. Käytäntöjen kuvaamisessa on kunnioitettu niiden erilaisuutta, eikä niitä ole pyritty saamaan yhteismitallisiksi, vaan ne ovat laajuudeltaan ja yksityiskohdiltaan vaihtelevia. Neljännessä luvussa käsittelemme yrittäjyyskasvatuksen hyviä käytäntöjä.

Viidennessä luvussa pohdimme sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta. Ensin esittelemme, kuinka tulevaisuuskuvat muodostettiin tässä projektissa. Sen jälkeen kuvaamme tulevaisuuden tutkimisen eri tapoja sekä muodostamme kaksi erilaista tulevaisuuden kuvaa. Lisäksi pohdimme, millaisia muutoksia tulevaisuus tuo tullessaan – jotakin jo tiedetään ja osaa voidaan ennakoita. Tulevaisuuskuvioiden ja muutossuuntien innoittamina ideoimme joitakin tulevaisuuden palveluja. Luvussa kuusi etsimme vielä mahdollisia yhteyksiä ja näkökulmia löytämiemme hyvien käytäntöjen ja teorioiden välille.

1.1 Keskeiset käsitteet

CarePrise-projektissa keskityttiin ikäihmisille palveluja tuottavaan hoivayrittäjyyteen. Hoiva voidaan määritellä palkalliseksi tai palkattomaksi työksi, johon sisältyy psykologista, emotionaalista ja fyysistä huolenpitoa niistä, jotka eivät selviydy omin avuin (Anttonen & Sipilä 2000, 103). Hoivasta merkittävä osa on tunnettyötä, toisten tarpeiden ja hyvinvoinnin huomioimista (Zechner 2011, 22). Kotisairaanhoidtaja, eli terveydenhuollon edustaja, voi käydä vanhuksen kotona antamassa lääkityksen ja kodinhoitaja taas huolehtia hoivapalveluna vanhuksen syömisestä, puhtaudesta yms. (Anttonen & Sipilä 2000, 103, 105.) Hoivaan sisältyy avun tarvetta, kykenemättömyyttä, voimattomuutta, riippuvaisuutta tai osaamattomuutta. Hoivassa olennaisina osina ovat myös kohtaaminen, konkreettinen tekeminen, katseet, kosketukset, puheet, tavat, kohtaamiset ja väistelyt. Hoiva on luonteeltaan erilaista laitoksissa kuin koteihin vietynä. Laitoksissa on omat

sääntönsä, joihin asukkaiden on sopeuduttava, kun taas koteihin mentäessä hoivan antaja toimiikin asiakkaan ehdoilla. (Tedre 1999, 20; 41–45.)

Sosiaalitieteissä hoivan ja hoidon erona pidetään sitä, että kun hoidossa tavoitellaan tilanteen muuttumista ja usein sairaudesta paranemista, niin hoiva puolestaan pyrkii säilyttämään, kuntouttamaan ja saamaan ihmisen elämäntilannetta paremmaksi. Voi riittää myös, että ihmisen siinä tilassa olevat voimavarat otetaan hyvin käyttöön ja niitä hyödynnetään ja ylläpidetään. Hoiva keskittyy hoivattavaan henkilöön kokonaisuutena, kun taas esimerkiksi terveydenhuollossa annettava hoito voidaan rajata tarkastikin. (Zechner, 2013.)

Pohjoismaissa hoivan käsitteeseen on sisällytetty myös ansiotyönä tehty hoivatyö, toisin kuin esim. brittitutkimuksessa. Siinä hoiva käsitetään palkattomana työnä. Hoivatyötä ei yleisemminkään pidetä suurta taloudellista arvoa tuottavana. Kehittyneiden maiden sosiaali- ja terveyspalveluissa hoivatyötä tekevät ovat usein sosiaalisissa ja taloudellisissa hierarkioissa alemmilla tasoilla. Yhä useammin he ovat ulkomaalaistaustaisia. (Zechner 2011, 20–21).

Ovatko hoivapalvelut sosiaali- vai terveyspalveluita? Monet hoivapalvelut sisältävät myös hoitoa. Käsitteiden käyttö on kirjavaa ja käytännöt vakiintumattomia. Eri maissa tulkinnat ovat erilaisia. Vanhuspalveluissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sijoittuminen sosiaali- tai terveyssektorille vaihtelee maittain, myös tehtäviin vaadittava koulutus on erilainen eri maissa. Pohjoismaissa sosiaalipalveluiden asema on vakiintunut osaksi sosiaalihuoltoa. Laajimpana niistä ovat lasten päivähoito ja vanhojen ihmisten hoivaan ja asumiseen liittyvät palvelut. (Anttonen & Sipilä 2000, 103.)

Hoivapalveluita ei tuoteta kaikissa maissa julkisesti. Yhteiskunnallinen kysymys niistä tulee silloin, kun eri sukupolvien ei enää edellytetä asuvan toistensa läheisyydessä ja huolehtivan toisistaan. Hoivaa voidaan järjestää eri tavoin: ostamalla markkinoilta, julkisen sektorin tuottamana tai tuottamalla yhteistyössä kansalaisjärjestöjen ja seurakuntien kanssa.

CarePrise-projektin keskeisiä käsitteitä oli hoivan lisäksi yrittäjyys. Yrittäjyyttä määriteltäessä viitataan usein Schumpeteriin, joka on 1900-luvun alkupuolella vaikuttanut taloustieteilijä. Hän määritteli yrittäjyyttä siten, että yrittäjyyden tarkoituksena on uudistaa tai mullistaa tuotantotapoja. Se tapahtuu hyödyntämällä kekseliäästi teknologisia, vielä kokeilemattomia mahdollisuuksia, joko uusien hyödykkeiden tuotannossa tai jo olemassa olevien hyödykkeiden tuottamisessa uudella tavalla. (Schumpeter Reismanin 2004, 58 mukaan.) Se voi tarkoittaa esimerkiksi uudenlaisen materiaalin käyttämistä tai uusien

markkinoiden löytämistä tai luomista. Schumpeterin ajatuksia on sovellettu teknologian kehittämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ei vielä niinkään, mutta tulevaisuudessa mahdollisesti enemmänkin.

Cox puolestaan on määritellyt yrittäjyyden toimintana, joka vastaa markkinoilla havaittuihin mahdollisuuksiin. Yrittäjät puolestaan henkilöinä, joita motivoi pyrkimys voittoihin. Toiminta pitää sisällään valppauden huomioida voittojen mahdollisuudet, rahoituksen järjestelyt, resurssien hallinnan ja projektin loppuunsaattamisesta huolehtimisen. Yrittäjät kantavat riskit kuluttajille tarjotuista uusista tuotteista ja palveluista. (Cox 2009, 18.)

Hoivayrittäjyys on yksi yrittäjyyden muoto. Sinkkonen ja Rissanen (2004, 15) tarkoittavat hoivayrittäjyydellä yritysperusteista toimintaa, jonka pääasiallisia toiminta-alueita ovat eri asiakasryhmien asumispalvelut (avo- ja laitoshoido), kodinhoito (kotipalvelu ja kotisairaanhoido), sekä lasten päivähoido (päiväkoti-yritykset). CarePrise-projektissa käytämme käsitettä hoivayrittäjyys. Hoivayrittäjyys voi sisältää sosiaali- ja terveysalan yritysten lisäksi myös muita hyvinvointia tuottavia yrityksiä. Tähän päädyttiin sen vuoksi, että eri maiden hyvät käytännöt ja niitä tuottava yritystoiminta yrittäjineen ei ole suoraan verrannollinen suomalaisen koulutusjärjestelmän tuottamien kelpoisuuksien ja suomalaisessa lainsäädännössä määriteltujen pätevyysvaatimusten kanssa.

Hoivayrittäjyyteen liitetään tiettyjä erityispiirteitä, jotka erottavat sen monen muun alan yrittäjyydestä:

”...pienyrittäjyys, naisyrittäjyys, eettisyyden ja ammatillisuuden kietoutumisen yrittäjyyteen, markkinoiden epätäydellisyyden (osittais-, puolittais-, vale- ja epäaidot markkinat) sekä valtion ja kuntien suorittaman ohjauksen tietyt tyypit, jotka eivät kohdistu samassa muodossa ja samassa määrin muuhun yrittäjyyteen.” (Sinkkonen ja Rissanen 2004, 20).

Hoivayrittäjyyteen liittyy ajoittain vilkastakin keskustelua eettisistä ja moraalisisista näkökulmista. Yhtäältä keskusteluun nousevat näkökulmat toisen hädällä rahastamisesta ja toisaalta mahdollisuudesta palveluiden tarjontaan ja saamiseen. Aivan kuten kaikessa toiminnassa, on hoivayrittäjydessäkin mahdollista toimia eettisten ja moraalisten normien mukaisesti tai niitä kierteäen. Yrittäjyyden eettisiä ja moraalisia näkökulmia käsittelevät laajemmin esimerkiksi Tall ym. (2013). Tässä julkaisussa emme ota laajemmin kantaa siihen, kuinka hoiva tulisi toteuttaa, vaan etsimme erilaisia toimivia keinoja.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUITA JÄRJESTETÄÄN JA TUOTETAAN ERI TAVOIN

Sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavat julkinen sektori, yritykset ja järjestöt. Palvelunkäyttäjät, omaiset ja muut kansalaiset muodostavat näiden lisäksi merkittävän toimijaryhmän, joita voidaan kutsua epävirallisen sektorin toimijoiksi. Se vastaa epävirallisesta hoivasta ja omaishoidosta ja muodostaa merkittävän osan palvelurakennetta. (Toikko 2012, 73.)

Kun tarkastellaan kokonaisuutena julkista, yksityistä, kolmatta ja epävirallista sektoria puhutaan ns. hyvinvoinnin sekataloudesta (mixed economy of welfare). Se sisältää ajatuksen eri sektoreiden välisestä yhteistyöstä. Teoreettisesti ajatellen näistä neljästä tahosta voidaan muodostaa 16 erilaista yhdistelmää palvelutuotannon organisoimiseksi. Mahdollisuuksia järjestää ja tuottaa palveluita on paljon enemmän kuin olemme tottuneet ajattelemaan. Alla (Powell 2007) on taulukko erilaisten yhdistelmien mahdollisuuksista. Toimijoina ovat valtio/kunta, markkinat (yritykset), vapaaehtois- sekä epävirallinen sektori. Vapaaehtoissektorilla voidaan tarkoittaa esim. keskinäistä apua ja itseapuryhmiä. Epävirallisella sektorilla tarkoitetaan puolestaan perheiltä, ystävilta ja naapureilta saatua apua.

Taulukossa 1 vaakarivi kuvaa sitä, kuka palvelun rahoittaa. Pystysarake kertoo kuka palvelun tuottaa tai toimittaa asiakkaalle. Erilaiset vaihtoehdot muodostuvat sen mukaan, kuka rahoittaa ja kuka puolestaan tuottaa palvelun. Kolmannen ulottuvuuden tähän tarkasteluun tuo sääntelyn aste palveluiden järjestämisessä. Esimerkiksi, kohdassa 2 markkinat tuottavat palveluja ja valtio tai kunta rahoittaa, kun kohdassa 5 valtio tai kunta tuottaa ja markkinat rahoittavat.

Taulukko 1. Hyvinvoinnin sekatalouden erilaiset yhdistelmät. (Powell 2007, 13.)

Rahoitus	Tuottaja			
	Julkinen sektori	Yksityinen sektori	Vapaaehtois-sektori	Epävirallinen sektori
Julkinen sektori	1	2	3	4
Yksityinen sektori	5	6	7	8
Vapaaehtoissektori	9	10	11	12
Epävirallinen sektori	13	14	15	16

Powell (2007, 4) korostaakin, että welfare mixin tarkastelussa pelkän tuottajuuden sijaan huomio kannattaa kiinnittää myös palveluiden rahoittamis- ja sääntelykysymyksiin. Esimerkiksi julkisen sektorin (valtion) rooli voi olla palveluiden rahoittamista tai tukemista niin, että käyttäjät voivat saada palvelut joko ilmaiseksi tai alhaisin hinnoin. Hyväntekeväisyysjärjestöt puolestaan voivat saada rahoitusta tai tukea toiminnalleen julkiselta sektorilta, joko valtiolta tai kunnilta. Valtio/julkinen sektori voi vaikuttaa palveluihin myös sääntelemällä hintatasoa tai palvelustandardeja. Julkinen sektori esimerkiksi sääntelee hyvinkin tarkasti vanhusten palveluasumista ja sen laatustandardeja. Ilman näiden kaikkien kolmen ulottuvuuden (tuottajuus, rahoitus ja sääntely) tarkastelua kokonaiskuva jää ohueksi.

Nykyaikaisen hyvinvointivaltion tarina on nähty valtion intervention kasvuna. Hyvinvointivaltiot ja niiden kehitys tulisi pikemminkin nähdä welfare mixinä, jossa julkinen sektori, vapaaehtoiset, perhe ja yksityinen sektori ovat olleet eri rooleissa eri aikoina. Keskustelu valtion sopivasta roolista jakautuu oikeiston ja vasemmiston perinteisten näkemysten mukaisesti. Vapaaehtoissektoria sen sijaan kannattaa sekä vasemmisto että oikeisto, kun taas epävirallinen sektori asemoituu kannatuksensa puolesta poliittisesti enemmän oikealle. (Powell 2007, 12–15.)

Projektissa etsittiin hyviä käytäntöjä Suomen lisäksi Saksasta, Itävallasta, Hollannista ja Puolasta. Maiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät ovat keskenään erilaisia. Taulukossa 2 verrataan maita väestön määrän ja tiheyden sekä ostovoiman avulla. Nämä luvut tuovat esiin maiden välisiä eroja ja auttavat ymmärtämään järjestelmien erilaisia lähtökohtia. Itävallassa ja Saksassa valtaa pitävät suuret ja perinteiset organisaatiot, jotka toimivat pitkälti yksityisen palvelutuottajan tavoin. Valtio toimii kiinteästi yhteistyössä näiden järjestöjen kanssa. Suomi on harvaan asuttu maa, mikä asettaa omat haasteensa palveluiden tarjonnalle. Suomen järjestelmälle on ominaista julkisen sektorin vahva rooli. Puolassa järjestelmä tukeutuu perheenjäsenten antamaan hoivaan, tulotason ja ostovoiman ollessa selkeästi muita maita alhaisempia. Vaikka julkinen sektori osin kompensoisikin yksityiseltä ostettuja palveluja, on niissä todennäköisesti aina tietty omavastuu, mikä merkitsee oman rahan tarvetta. Hollannissa on monipuolinen yritysten, julkisen sektorin ja vakuutusjärjestelmien verkosto. Vakuutusperustainen järjestelmä tarjoaa otolliset olosuhteet yrityksille. Monet vanhuspalveluja tuottavat organisaatiot toimivat säätiöinä. Erityyppiset järjestelmät haastoivat miettimään palveluiden järjestämistä eri näkökulmista ja etsimään hyviä käytäntöjä laaja-alaisesti.

Taulukko 2. Kumppanimaiden vertailu väestön ja ostovoiman avulla (Eurostat 2011).

	Itävalta	Saksa	Suomi	Puola	Hollanti
Väestö	8,2 milj.	82,4 milj.	5,2 milj.	38,1 milj.	16,7 milj.
Väestötiheys as/km ²	99	230	16	122	492
Ostovoima (hintaerot tasoitettu, EU 27=100 vuonna 2011)	129	121	114	64	131

2.1 Erilaisia hyvinvointivaltioita

Hyvinvointivaltio voidaan määritellä laajaksi yhteiskuntapoliittiseksi järjestelmäksi, jonka taustalla on tietynlainen aatemaailma (Julkunen 2006, 30–32; Toikko 2012, 17). Perinteisesti hyvinvointivaltiot on jaoteltu pohjoismaisiin, mannereurooppalaisiin ja angloamerikkalaisiin valtioihin (Esping-Andersen 1999). Vaikka tyypittely on tehty lähinnä 1980-luvun tilanteen pohjalta, se antaa kuitenkin lähtökohdan keskustella erilaisista hyvinvointivaltioista ja niille ominaisesta sosiaalipolitiikasta.

Pohjoismainen hyvinvointivaltio on malli, jossa julkisella sektorilla on keskeinen asema. Julkinen sektori on päävastuussa yhteiskuntapolitiikan suunnittelusta ja toteutuksesta. Keskeisessä asemassa ovat julkiset palvelut ja verotukseen perustuvat tulonsiirrot. Mallin mukaisesti kaikille pyritään tarjoamaan tasapuoliset mahdollisuudet mm. koulutukseen ja terveydenhuoltoon eli puhutaan universalismista. (Julkunen 2006; Anttonen & Sipilä 2010.) Kaikille kansalaisille tulisi olla tarjolla samanlaiset palvelut asuinpaikasta riippumatta. Universaalia hyvinvointivaltiota pidetään sosiaalisen vastuun korkeana muotona. Valtion kautta välitämme myös vieraista ja toteutamme heihin kohdistuvia moraalisia velvollisuuksia. Toisaalta veroja maksamalla ostamme itsemme vapaaksi henkilökohtaisesta vastuusta. (Julkunen 2001, 261; 2006, 30–31.)

Verotuksen vastineena julkisen sektorin järjestämät ja tarjoamat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet niin kattavat, että yksityiselle kysynnälle ei juuri ole ollut tilaa. Vasta viimeisen parin vuosikymmenen aikana yksityisen sektorin rooli palvelujen tuottajana on alkanut kasvaa.

Suomessa kehittelyn alla oleva palvelurakennemuutos on tuomassa valtaa enemmän kunnille tai sosiaali- ja terveysalueille. Samalla laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista

(nk. Vanhuspalvelulaki) määrää kunnat tekemään yhteistyötä mm. yritysten ja järjestöjen kanssa sekä itsenäisen suoriutumisen tukemisesta ja ikääntyneen ottamisesta mukaan oman hoitosuunnitelmansa tekemiseen (L 28.12.2012 / 980). Laki tulee asteittain voimaan heinäkuusta 2013 alkaen. Lisäksi potilasdirektiivi antaa mahdollisuuden hoitokorvausten saamiseen EU- ja ETA-maiden sekä Sveitsin alueella saadusta hoidosta. Eli käytännössä direktiivi laajentaa valinnanvapautta. Nähtäväksi jää, kuinka sitä tulkitaan ja miten tuleva linja painottuu.

Angloamerikkalaisessa hyvinvointivaltion mallissa korostetaan yksilön vastuuta ja vapautta. Julkisen sektorin tehtävä on lähinnä tukea yksilöiden toimintaa. Yksilön tehtävä on järjestää itselleen vakuutukset sairastumista ja eläkettä varten. Hyvinvointiin pyritään yksilön oman vastuun ja valintojen avulla. (Toikko 2012, 17–18.)

Iso-Britanniassa meneillään oleva kehitys tavoittelee ihmisten, yhteisöjen ja kansalaisyhteiskunnan voimien valjastamista laajan yhteiskunnallisen uudistuksen käyttöön. Hanke on nimetty Big Societyksi. Siihen kuuluu julkisten palvelujen uudistaminen ja päätösvalan sekä resurssien siirtäminen keskuhallinnolta paikallistason yhteisöille, yrityksille, julkisen sektorin työntekijöille sekä kansalaisille, julkisten palvelujen käyttäjille ja tuottajille. Toisaalta halutaan aktivoida kansalaisyhteiskuntaa ja rakentaa yhteisöllisyyttä. Hankkeessa lähdetään ajatuksesta, että yhteisöllisyys muodostaa hyvinvointiyhteiskunnan peruskiven, ei julkinen sektori. Britanniassa nähdään välttämättömänä, että julkisten palveluiden tuotanto avataan erityyppisille, keskenään kilpaileville toimijoille. Sitä kautta uskotaan palveluiden saatavuuden, laadun ja innovaatioiden kehittyvän. (Haavisto 2011.) Tavoitteena on kasvattaa kansalaisia selviytymään itsenäisesti omista ongelmistaan. Yhteiskunnan tehtävänä on tarjota yksilöille mahdollisuudet tyydyttää tarpeensa siten, että he saavat tehdä elämänsä oman näköisekseen. Keinoina tähän voidaan käyttää esimerkiksi vero- ja maksupolitiikkaa, lainsäädännön muuttamista, palveluseteljä sekä tilaaja-tuottaja-malliin siirtymistä. (Gilbert, 2002, 3–4; Valkama, Kallio, Haatainen, Laurila & Siitonen 2008, 40–42.)

Mannereurooppalaisessa hyvinvointivaltiossa valtio toimii hyvinvoinnin ”alustana”, mutta kansalaisilla on huomattava vastuu oman työpanoksensa kautta. Koulutus ja terveydenhoito saatetaan kustantaa verovaroin, mutta sosiaalisen turvallisuuden tasoa säädellään kansalaisten työsuhteiden avulla. Kansalaisten väliset tuloerot, ja niistä johtuvat erot elinolosuhteissa, ovat suuremmat kuin pohjoismaisessa mallissa. Saksa mannereurooppalaisena maana edustaa hyvinvointivaltion mallia, joka nojaa kansalaisyhteiskuntaan. (Anttonen & Sipilä

2000, 10.) Saksassa ja Itävallassa perheellä on pohjoismaista hyvinvointimallia vahvempi rooli vanhusten hoitamisessa. Näissä maissa pyritään mahdollisimman pitkälle järjestelemään asiat perheen ja naapureiden avulla. Kuitenkin avun tarpeen mukaan saadaan myös rahallista korvausta. Tämän hoitorahan avulla vanhus voi itsenäisesti tai omaisten avustuksella ostaa tarvittavia palveluja. Palveluasumista ja laitoshoidtoa on kuitenkin yleisesti tarjolla ja sen osuus on lisääntymässä.

Eteläisessä Euroopassa perheen ja suvun merkitys on vahvempi. Ne ovat vastuussa jäsenistään julkisen vallan roolin ollessa niukempi. (Anttonen & Sipilä 2000, 12.) Mallia kutsutaan suoritusperustaiseksi ja se nojaa vakuutusperiaatteeseen. Perusajatuksena on, että etuudet ansaitaan tekemällä työtä. Etuuksien tarkoituksena on ylläpitää osa työnteon päättymiseen (hyväksyttävästä syystä) mennessä saavutetusta kulutustasosta. Etuuksien taso on riippuvainen maksetuista suorituksista, jotka kuitenkin ovat useimmiten lailla määriteltäviä. Sekä työntekijät että työnantajat, ja joskus myös julkinen valta, osallistuvat vakuutuksen rahoittamiseen.

Tarkastelluista maista Puolassa perheen asema on vahvin. Vanhuksista huolehtivat ensisijaisesti omat lapset tai muut sukulaiset ja vain noin 5 % perheistä käyttää ulkopuolista apua vanhuksen hoitamisessa (Summary of Central Legislation... 2011). Sosiaalinen paine omaisista huolehtimiseen on suuri: julkisiin palveluihin tukeudutaan, jos ketään muuta ei ole saatavilla. Laitospaikkaakin saattaa joutua jonottamaan jopa vuosia. Tällainen marginaali sosiaalipolitiikka kohdistuu niihin, jotka eivät ole ansainneet sosiaaliturvaa työntekijänä tai yrittäjänä. Malli pohjaa ajatukseen, jonka mukaan jokainen järjestää itse toimeentulonsa ja huolenpitonsa niin, että valtion rooli voi jäädä mahdollisimman vähäiseksi. Valtion ei myöskään tarvitse näin ollen puuttua yksilöiden elämään. Sosiaalipolitiikka jää tällöin köyhiä ja muita marginaaliryhmiä varten. Avustukset ovat yleensä niukkoja ja ne perustuvat tarveharkintaan. (Anttonen & Sipilä 2000, 192.) Suoritusperustainen, marginaali ja universaali sosiaalipolitiikka toimivat yleensä rinnan, eivät puhtaina malleina. Eri maissa sosiaalipoliittisten mallien keskinäinen painotus on erilainen.

2.2 Itävalta

Itävallassa sosiaali- ja terveyspalvelujen suurimpia tuottajia ovat muutamat isot järjestöt. Valtio tukee järjestöjen toimintaa ostamalla palveluja sekä antamalla osan rahoituksesta. Järjestöt keräävät lisäksi lahjoitusvaroja ja näin asiakkaan maksama hinta pystytään pitämään matalana ja palvelutarjonta laajana.

Valinnanvapaus palveluja hankittaessa koetaan yleisesti ottaen tärkeäksi. Lisäksi on huomioitava se, että osavaltiot voivat päättää itsenäisesti monista asioista. Itävallassa ei esimerkiksi ole yhtenäistä koulutusta tai vaatimustasoa vanhustyön ammatteihin. Maassa koulutetaan vanhustyöhön sosiaalipuolella ainakin 17 eri nimikkeellä (Petterhofer & Laister 2011).

Itävallassa julkinen tuki palvelujen hankkimiseen tulee niin kutsuttuna hoitorahana (Pflegegeld). Henkilölle maksettava summa vaihtelee määritellyn avun tarpeen mukaisesti. Raha maksetaan henkilön tilille ja hän itse (tai omaiset) päättää mistä, millaisia ja minkä verran palveluja hankkii. Projektin aikana tutustuimme Salzburgin osavaltioon, jossa valinnanvapaus palveluiden hankinnassa on vahva arvo. Kysymyksemme valinnanvapaudesta mahdollisesti aiheutuvista ongelmista tuntui heistä erikoiselle. Itävallassa ikäihmisten hoidon järjestäminen on vahvasti puolison ja lasten vastuulla, valtio tukee sitä ensisijaisesti hoitorahan muodossa. Tarvittaessa apua asioiden hoitamiseen saa myös sosiaaliviranomaisilta.

Osavaltion viranomaiset ovat vastuussa hoitokotien rakentamisesta, ylläpidosta ja niiden toiminnasta sekä minimistandardien täyttymisestä, kunhan vain tarve hoitokodille on näytetty toteen. Eläkkeestä enintään 80 % voidaan ottaa asuinpalvelukuluihin. (Hilfswerk 2012.) Hoitokotien vaihtoehtona on yleisesti ympäri- vuorokautinen hoito kotona. Hoitorahan korkeimmat luokat antavat hyvän tuen hoitajan palkkaamiseksi kotiin. Itävallasta löytyy useita yrityksiä ja organisaatioita, jotka välittävät avustajia etenkin Puolasta, Slovakiasta, Tšekistä, Unkarista ja Romaniasta. Vuonna 2012 noin 20 000 hoitoa tarvitsevan hoito oli järjestetty tällä tavoin. Pääsääntöisesti avustajat toimivat toiminimellä ja maksavat verot Itävaltaan. Toki palvelun ostajan on mahdollista myös toimia työnantajana, mutta tällöin säädökset esim. työ- ja vapaajaksojen pituuden suhteen sekä muut työehdot ovat tarkemmin määritettyjä. (Lahner 2012.)

Kotiavun yksityisiä tarjoajia ei vielä ole paljoa. Alaa pitävät hallussaan suuret organisaatiot. Kaikilla alueilla ei myöskään ole kilpailevaa tarjontaa. (Hilfswerk 2012.) Etenkin pienet kylät vuoristossa voivat olla onnellisia yhdestäkin palveluntarjoajasta. Tällaisessa tilanteessa voikin olla hyvä, että tarjoajana on aatteelliselta pohjalta toimiva organisaatio, joka ei välttämättä nosta hintaa kilpailutilanteen hyödyntämisen sallimissa rajoissa.

2.3 Saksa

Saksan hyvinvointipoliittista mallia voidaan kuvata yhtenäisenä huolimatta Itä- ja Länsi-Saksan erilaisesta historiasta. Yhden Saksan mallin kuvaamista perustellaan Itä-Saksan käytäntöjen ja lakien vähäisellä vaikutuksella Saksan nykyiseen hyvinvointipoliittikkaan. Sosiaalipoliitiikan historiallinen lähtökohta on, että työntekijät perheineen vakuutetaan riskien varalta vakuutusmaksuilla. Sosiaalivakuutus on kehittynyttä, mutta verovaroin rahoitetut etuudet ja palvelut ovat vähäisiä. Saksa on esimerkki siitä, miten palkkatyöntekijät on turvattu ja myös vahvasta mieselättäjämallista, jossa perheenjäsenetkin pyritään turvaamaan palkkatyöntekijöiden vakuutusten kautta. (Anttonen ja Sipilä, 2000.)

Itävallan tavoin myös Saksassa sosiaali- ja terveyspalvelut ovat pääsääntöisesti suurten järjestöjen tuottamia. Kansalaisjärjestöillä on vahva asema ja valtio siirtää niille paljon tehtäviä. Ne saavat rahoitusta valtiolta sekä yksityisiltä lahjoittajilta. Yksityisten lahjoittajien motivaatiota vahvistaa lahjoituksista saadut verohelpotukset. Järjestöjen toiminta on yritysmäistä ja ne lasketaan yksityiseen sektoriin kuuluviksi. Saksalainen terveydenhuollon malli perustuu hallituksen, osavaltioiden ja järjestöjen väliseen päätöksentekoprosessiin (Sorenson, 2008). Sosiaalilainsäädännön mukaan osavaltioiden, paikallisviranomaisten, pitkäaikaishoidosta vastaavien vakuutusyhtiöiden ja sairaanhoidon palveluiden tulee työskennellä yhdessä alueellisella ja paikallisella tasolla. Tarkoituksena on työskennellä rakenteiden kehittämiseksi ja sopeuttaa niitä alueellisiin ja paikallisiin tarpeisiin. Saksassa terveys- ja hoivapoliittiset tavoitteet vaihtelevat osavaltioiden ja alueiden välillä suuresti. (Döhner & Kofahl 2006, 51.)

Saksan sosiaalipoliittisessa mallissa sosiaalivakuutus turvaa työntekijöiden toimeentulon. Yksityinen pitkäaikaishoidon vakuutus on pakollinen. Noin 9 %:lla kansalaisista se on yksityisen tarjoajan kautta ja noin 89 %:lla julkisen kautta. Palvelut, joita tämän vakuutuksen avulla ei saa katettua, maksetaan paikallisviranomaisten kautta verovaroin. Vakuutuksen avulla maksetaan osam. asumispalveluiden ja laitoshoidon maksuista (noin 51–55 %) ja loppuosa on omavastuuta. (Döhner & Kofahl 2006, 80, 84.) Tasapainon säilyttäminen perheiden, järjestöjen ja valtion kesken koetaan tärkeäksi. Laki myös velvoittaa sosiaaliavun pyrkimään toiminnallaan siihen, että hoivan ottavat huolekseen läheiset tai se hoidetaan naapurivun turvin. (Sozialgesetzbuch XII § 61 ja § 63.) Kuulemamme mukaan myös Saksan alueella toimii Itä-Euroopasta tulevia hoitajia Itävallan tapaan, tosin Saksassa heidän toimintansa on laitonta.

Saksalaiset asiantuntijat ovat sitä mieltä, että kansalaisyhteiskunnan tukemista ei saa vähentää, sillä ilman vahvaa kansalaisyhteiskuntaa maa ei selviä vanhan

väestönosan osuuden kasvusta (Altersbilder in der Gesellschaft 2010, 142). Yksi ilmenemä vahvasta kansalaisyhteiskunnasta on suuri vapaaehtoistyöntekijöiden määrä. Toimintoja tuetaan myös mahdollisuudella maksaa tiettyyn rajaan saakka verovapaata korvausta tehdystä vapaaehtoistyöstä ja saada verovähennyksiä tehdyistä lahjoituksista. Sosiaalipoliittiset ideat syntyvät kansalaistoiminnassa. Kansalaisten näkökulmasta valtio ei saa muodostua liian vahvaksi. Saksalainen sosiaalipoliitikko on laajasti hyväksyttyä, eikä sosiaalivaltiota ole arvosteltu jyrkästi. Esping-Andersen (1999, 197–198) pitää saksalaista hyvinvointimallia yksimielisimpänä kaikista moderneista hyvinvointivaltioista ja olettaa sen johtuvan pitkälti vakuutusperiaatteesta. Vakuutusmaksut tuottavat oikeuden etuuksiin; maksujen ja etuuksien vastaavuus on helppo ymmärtää ja hyväksyä.

Saksassa omaishoitaja saa eläkevakuutuksen sekä veroetuja ja koulutusta hoitamiseen. (Döhner & Kofahl, 2006, 14.) Hoitorahan alin määritelmä täyttyy kun hoidon tarve on vähintään 90 minuuttia päivässä. Tuolloin korvaus on 235 euroa/kk rahana tai 450 euron edestä palveluja. Korkeimmalla tasolla korvaus on vastaavasti 700/1550 euroa. Etumuotoja, palveluja ja rahaa on myös mahdollista yhdistellä. (Pflege abc 2012.) Hoitorahan saajan on näytettävä, mihin raha on käytetty. Sen voi käyttää ostamalla palveluja ja tarvikkeita, mutta myös maksaa hoitavalle omaiselle. Kotihoidossa olevien, vakuutuksesta rahallista korvausta saavien henkilöiden hoidon laatua tarkkaillaan. Laaduntarkkailun suorittavat valitut ammattilaiset, jotka käyvät kodeissa arvioimassa tilanteen kahdesti vuodessa. Vaativimmalla hoitotasolla arviointi tehdään kolmen kuukauden välein. (Döhner & Kofahl 2006, 75.) Sosiaalisesti perheen tai lasten oletetaan huolehtivan perheenjäsenistään. Omaisten osuus hoivantuottamisesta on kuitenkin vähenemässä.

Hoivarahan osuuden ylittävät kulut katetaan eläkkeestä/säästöistä/ omaisuudesta. Sosiaalitukea asumispalveluun- tai laitoshoitoon saa vasta, mikäli kaikki omaisuus on jo käytetty ja voidaan näyttää toteen, että vanhuksella ei ole varoja. Saksassa käydään aktiivista keskustelua vanhuuden köyhyydestä, sillä eläkkeet eivät seuraa elinkustannusten kohoamista. Yhä useammalla eläkeläisellä on vaikeuksia yllättävien menojen tai sairauden kohdatessa.

2.4 Suomi

Suomessa terveydenhuolto kattaa kaikki kansalaiset ja sen organisoiminen ja rahoittaminen ovat julkisen sektorin vastuulla. Pieni osa rahoituksesta tulee Kansaneläkelaitoksen tai suorien asiakasmaksujen kautta. Toimintaa on jaoteltu niin, että läänit toimivat valvojaviranomaisena ja useimmissa tapauksissa

kunnilla on palveluiden järjestämisvastuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Soerenson 2008, 72–73.)

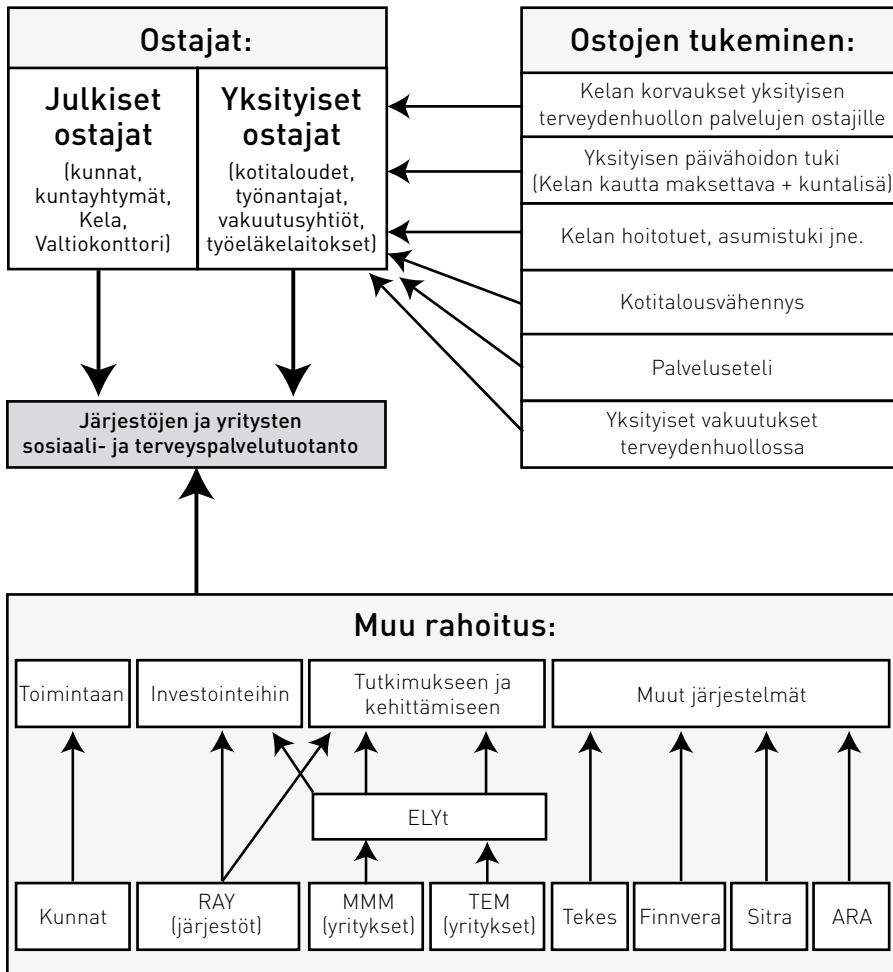
Suomessa ei ole lakiin kirjattua hoitovastuuta iäkkäistä omaisista. Kunnilla on velvoite tarjota hoitoa sitä tarvitseville. Omaishoitajat saavat hoitopalkkiota 375 euroa kuukaudessa, mutta se voi olla myös n. 750 euroa kuukaudessa, jos omaishoitaja on hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana lyhytaikaisesti estynyt tekemästä omaa tai toisen työtä. Omaishoitajalla on myös oikeus vapaapäiviin, kuntoutukseen ja rentoutumiseen. Omaishoidon tuen myöntää ja maksaa kunta. (Omaishoidon tuki 2012.) Ongelmaksi voi muodostua kunnan sosiaalipuolen määrärahojen vähyys, jolloin on mahdollista, että kaikkien omaishoitajien kanssa ei solmita sopimuksia, joiden perusteella omaishoidon tukea myönnetään.

Kotipalvelut kattavat koko maan. Osa kotipalveluista on maksuttomia (esim. saattohoito, kotisairaanhoido), mutta suuressa osassa on omavastuuosuus. Kotihoidon asiakkaalle tehdään moniammatillisena yhteistyönä henkilökohtainen suunnitelma. Siinä määritellään, mitä palveluita asiakkaalle toimitetaan. Kunnan toimittamien kotipalveluiden hinta on omavastuuosuutta, joka on asiakkaan maksettava. Suomessa 75-vuotta täyttäneestä väestöstä reilu 12 % oli vuonna 2011 säännöllisen kotihoidon asiakkaina. 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana tehostetun palveluasumisen asiakkaiden määrä ja osuus on jatkuvasti kasvanut samalla, kun laitoshoidon on purettu. (Tossavainen & Kuronen 2012, 3.)

Kun ostaa palveluja kotiin tai vapaa-ajan asunnolle yksityiseltä sektorilta, on oikeus saada verovähennystä. Kotitalousvähennystä saa tavanomaisesta kotitalous-, hoiva- ja hoitotyöstä, kunnossapito- ja perusparannustyöstä sekä tietotekniikan asennus- ja neuvontapalveluista maksettusta summasta (Veronmaksajien keskusliitto ry, 2013). Verovähennystä ei kuitenkaan voi tehdä, mikäli ei ole verotettavaa tuloa tai sitä on niin vähän, että se ei riitä kotitalousvähennyksen täysimääräiseen hyödyntämiseen. Tältä kannalta katsottuna järjestelmä on pienituloisten kannalta epäedullinen.

Suomessa kunnilla on velvollisuus järjestää laissa säädetyt sosiaali- ja terveyspalvelut. Tästä syystä kunnat ovat käytännössä yksityisten hoiva- ja terveyspalveluiden suurimpia asiakkaita. Terveyspalveluiden rahoitus muodostuu kuntien ja valtion rahoitusosuuksista, käyttäjämaksuista ja yksityisestä terveydenhuollon sektorista, jota tuetaan sairausvakuutuksen avulla. (Myhrman 2007, 89.) Kuntien maksettavaksi jäi vuonna 2009 n. 61 % sosiaali- ja terveysmenoista, valtionosuudet kattoivat n. 30 % ja käyttäjämaksut n. 9 %. Kuntien kokonais-

menoista 56 prosenttia menee sosiaali- ja terveystoimen menojen kattamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011 b.)



Kuvio 1. Yhteenveto rahavirroista yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012.)

Tulevaisuuden suuntauksena on pyrkiä mahdollistamaan iäkkäiden ihmisten asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Tähän pyritään ennakoivan otteen ja lakitermein ilmaistuna ”riittävän ja oikean aikaisen” avun tarjoamisen myötä (L 28.12.2012/980). Lähtökohdana on siis pyrkimys tarjota palveluja jo ennalta ehkäisevästi.

2.5 Puola

Puolassa vanhuksat on perinteisesti hoidettu kotona perheen kesken. Edelleen on olemassa suuri sosiaalinen paine ikääntyvien hoitamiseen perheen ja naapuruston voimin. Laitosasuminen on olemassa vaihtoehtona, mutta sitä käyttää hyvin pieni osa vanhuksista – käytännössä ne, joilla ei ole muuta vaihtoehtoa eli huolehtivia sukulaisia, naapureita tai rahaa. Laitosasumisen taso on myös ollut pitkään heikkoa, hoitohenkilökuntaa on ollut tarpeeseen nähden vähän eivätkä rakennukset ole vastanneet paljon hoivaa tarvitsevien tarpeita. Puolassa valtiolla on vastuu vain ”vaikeassa sosiaalisessa ja materiaalisessa asemassa” olevien perheiden vanhustenhuollosta. (Summary of Central Legislation... 2011.) Yhteiskunnallinen ja sosiaalinen odotus on, että omaishoitajan työtä tehdään ilman eri tunnustusta. (Mestheneos ja Triantafillou 2003, 77.)

Bledowskin (2004, 18) raportoiman kyselyn mukaan, 90 % ikääntyvistä odottaa saavansa apua sitä tarvitessaan ensisijaisesti puolisolta ja lapsilta, muilta perheenjäseniltä, naapureilta. Vasta näiden jälkeen tulevat maininnat terveydenhuollosta (Community nurse), sosiaalityöntekijöistä, avustusjärjestöistä ja kirkosta. Myös lain mukaan lapsilla on taloudellinen velvoite huolehtia ikääntyvistä/vammautuneista vanhemmista, samaan tyyliin kuin vanhemmilla on velvollisuus huolehtia lapsistaan (mt. 19).

Puolan vierailulla oli mielenkiintoista huomata omaisten vahva mukanaolo vanhuksen hoidossa myös laitosjakson aikana. Omaiset ovat apuna ruokailussa, mahdollisesti peseytymisessä, seurana jne. Vierailun aikana kiinnitimme huomiota myös siihen, että miespotilaiden luona oli vierailulla miesporukoita. Yhdessä keskusteltiin tai pelattiin.

Kotiapu on järjestetty paikallisviranomaisten, maakunnan ja alueen yhteistyönä. Päivätoimintaa ylläpitävät paikallisviranomaiset. Kotisairaanhoidon koetaan riittämättömäksi. Kotiavun saaminen on kiinni tulotasosta ja kaikkien kotitaloudessa asuvien yhteenlasketusta avuntarpeesta. Kotihoito on maksutonta, mutta sen lisäksi tulevat maksut, kuten lääkkeet ja yksityiset terveydenhoitokulut ovat suuri taloudellinen rasite omaishoitajille. (Mestheneos ja Triantafillou 2003, 113.)

Sosiaalihuolto tarjoaa kolmentasoisia pitkäaikaishoitoa vanhuksille. Ensimmäisenä tasona ovat hoivan ja hoidon palvelut kotiin. Vaihtoehtoisesti niitä on saatavilla myös ”tukikeskuksista”. Toisena tasona ovat erikoishoidon ja hoivan palvelut edelleen kodeissa, mutta myös ”tukikeskuksissa”. Kolmannen tason muodostavat ympärivuorokautista sekä jatkuvaa hoitoa ja hoivaa tarjoavat ”social assistance houses”. (Prekurat ja Chylek 2007, 3.) Näiden palvelujen

piiriin pääseminen edellyttää kuitenkin sitä, että muualta apua ei ole saatavilla. Kaupungeissa avun saaminen on pääsääntöisesti helpompaa kuin maaseudulla. Julkisen sektorin tarjoaman avun rinnalla on olemassa myös puolivirallinen naapuriavun rakenne. Siinä naapureistaan huolehtivat henkilöt voivat tehdä sopimuksen sosiaalikeskuksen (social welfare centre) kanssa, jolloin he saavat pienen maksun korvaukseksi annetusta avusta. Tällainen malli ei kuitenkaan ole kovin yleinen. (Bledowski ym. 2004, 32–33.)

Työttömyys hankaloittaa sukupolvien välisen hoivan toteuttamista. Ilman palkkatuloja nuoremmat polvet eivät pysty huolehtimaan vanhempiensa hoitomaksuista. Tämä on aiheuttanut muuttoliikkeen parempien palkkojen perässä ulkomaille (ks. edellä hoitajana toimiminen Itävallassa ja Saksassa). Työikäisen väestön muutto ulkomaille ei helpota maan rakenteellisia ja taloudellisia ongelmia. Esimerkiksi sairaanhoitajia tarvittaisiin Puolassa enemmän kuin julkisin varoin pystytään palkkaamaan.

Kansallinen terveysrahasto (National Health Fund) perustettiin vuonna 2003. Sen tehtäviin kuuluvat mm. terveyspalveluiden järjestäminen, terveyspalveluiden sopimusten kehittäminen ja kaikille terveyspalveluiden tarjoajille eri palveluiden yhteisten kattohintojen miettiminen. Kansallinen terveysrahasto saa varansa palkoista maksettavasta osuudesta (9%). Kuuluminen kansallisen terveysrahastoon on pakollista ja periaatteessa kaikki kansalaiset tulevat kuulumaan sen piiriin. Vakuutus takaa kaikille pääsyn perus- ja erikoissairaanhoidon sekä tiettyihin apuvälineisiin. Asiakkaan voivat vapaasti valita mm. hoitajansa, lääkärinsä ja sairaalansa hyväksytyjen palveluntuottajien joukosta. (Ministerstwo Zdrowia 2003.)

Puolassa sosiaali- ja terveysalalla toimi joitakin yksityisiä lääkäreitä ja hoitajia myös sosialismin aikana. Yksityistä tarjontaa on ryhdytty rakentamaan uudelleen. Vuodesta 1999 saakka pitkäaikaishoitoa tarjoavia yksiköitä on tehty myös sairaaloiden ulkopuolelle. Vuonna 2011 sairaaloiden tuli yhtiöittää toimintansa. Samana vuonna tuli myös mahdolliseksi perustaa yksityisiä yrityksiä sosiaali- ja terveydenhoidon alalle yleisemminkin. Aiemmin se on ollut mahdollista oikeastaan vain fysioterapian alalla. (Summary of Central Legislation... 2011.)

2.6 Hollanti

Kaikki Hollannin kansalaiset ovat oikeutettuja terveydenhuoltoon, joka rahoitetaan sosiaalivakuutuksen avulla. Hollannin mallissa on mukana suuri määrä instituutioita, säännöksiä ja velvollisuuksia. Palvelun tuottajina ovat tyypillisesti itsenäiset toiminnanharjoittajat tai voittoa tavoittelemattomat organisaatiot. Keskushallinnon kokoavan sateenvarjon alla on toisistaan riippuvia julkisia ja yksityisiä hankkeita. (Sorenson 2008, 55.) Vanhusten osalta järjestelmä kantaa vastuun pitkäaikaishoidosta. Omaisilta ja naapureilta saatava hoito on olennaista, mutta kenelläkään ei ole lakiin perustuvaa velvollisuutta tällaisen hoidon antamiseen. Sosiaalinen odotus sille kyllä on. Suuntana on kuitenkin Suomen tavoin pyrkiä siihen, että vanhukset hoidetaan kotonaan mahdollisimman kauan. (Mot 2010, 5,7.)

Hollannin järjestelmä perustuu siihen, että kaikkien tulee olla vakuutettuja lain määräysten mukaisesti. Ihmiset voivat valita vakuutuslaitoksensa, eivätkä vakuutuslaitokset voi kieltäytyä vakuuttamasta sairastakaan henkilöä. Valtion ja vakuutuslaitosten välillä on kompensointijärjestelmä, joka tasoittaa vakuutusyhtiöille paljon hoitoa vaativista asiakkaista syntyviä tappioita. Pitkäaikaishoidossa vanhuksen tulee itse maksaa osuutensa hoidosta. Hallitukset vahvistavat budjetit neljäksi vuodeksi kerrallaan ja jos kulut ylittyvät, nousevat hoidon omavastuuosuudet ja maksut. Kunnat saavat valtiolta rahaa kotipalveluiden järjestämiseksi. Järjestelmän rahoitus muodostuu veroista, sosiaaliturvamaksuista sekä omavastuuosuuksista. (Mot 2010, 5, 7.)

Maksusitoumusten myöntämisen hoitoon ja toimenpiteisiin myöntää CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg: Hoitotarpeen arviointikeskus). CIZ:in tehtävänä on itsenäinen, objektiivinen ja täydellinen arviointi. Se tekee päätöksensä hakijoiden tilan perusteella, ei sen mukaan, paljonko rahaa on käytettävissä. Vakuutus korvaa hoitotoimenpiteitä päätöksen mukaisesti joko palveluna tai rahana, jolloin avun tarvitsija itse ostaa tarvitsemansa palvelun, mistä haluaa. Rahana saatu korvaus perustuu henkilökohtaiseen hoivabudjettiin ja sen kertymistä ja käyttämistä valvotaan. Se on 25 % pienempi kuin vastaavien palveluiden arvo, sillä oletus on, että asiakas pystyy saamaan hintaetua kilpailuttamalla palveluntuottajia. Henkilökohtaisen budjetin käyttäminen vaatii kuitenkin, että asiakas pystyy itse valitsemaan palveluntarjoajan, pitämään kirjaa kuluista, raportoimaan jne.

Palvelujen laadun tarkkailuun on olemassa oma organisaationsa, mutta lähtökohtaisesti jokainen palveluntarjoaja on vastuussa laadun varmistamisesta. Palveluntuotannon organisaatorakenne on suhteellisen monimutkainen,

ja kattohintojen määrittelyyn sekä hinnan ja tarjottavan palvelun suhteen tarkkailemiseen on oma organisaationsa. (Mot 2010, 6.) Pääsääntöisesti vakuutus sisältää henkilökohtaisen avun ja hoivan, sairaanhoidon ja muut hoito-
toimenpiteet. Osa pitkäaikaishoidon kotiin saatavien palveluiden kuluista on kuitenkin siirretty eri instituution vastuulle, jotta kuntien sosiaalipalveluilla olisi parempi mahdollisuus toimintaan. On arvioitu, että vuonna 2006 noin kolmannes yli 65-vuotiaista sai apua. (Mot 2010, 7.)

3 HYVÄT KÄYTÄNNÖT

Projektin aikana etsittiin hyviä käytäntöjä hoivayrittäjyydestä. Hoivayrittäjyys käsittää laajimmillaan kaikenikäisten huolenpidon, joka on toteutettu yritys-toimintana. Projektin alussa rajausta tarkennettiin ikääntyvään väestöön kohdennettuun hoivayrittäjyyteen. Tavoitteena oli löytää hyviä esimerkkejä ikääntyvien parissa toimivasta hoivayrittäjyydestä, sen toteuttamisesta ja ideoita sen edistämiseen. Tieto tulee ensisijaisesti palvelemaan opetuksen taustamateriaalina, joten katse on tulevaisuudessa – tarvitaan tietoa sekä nykytilanteesta että tulevaisuuskuvista. Löydetyt esimerkit toimivat aina tietyssä toimintaympäristössä. Esimerkiksi perinteet, lait, toimintatavat, rahoitusmallit ja omaisten velvollisuus hoivan antamiseen vaihtelevat eri maissa ja kulttuureissa. Käytännöt eivät siis ole suoraan hyödynnettävissä, mutta niissä on hyvä idea. Ideoita voi jatkojalostaa omiin käyttötarkoituksiin sopiviksi.

Eri sektoreiden välisillä rajapinnoilla toimivat käytännöt ovat mielenkiintoisia. Mikä tekee käytännöstä hyvän ja kuka tai kuinka sen voi määritellä? Otimme lähtökohdaksi, että hyvän käytännön tulee olla hyväksi koettu ja toimiva myös arjessa. Hyvä käytäntö voi olla joku pieni yksityiskohta, tapa toimia, toiminnan filosofia tai koko liikeidea. Tärkeintä on, että se tarjoaa hyvin toimivan mallin johonkin asiaan. Yrityspuolelle rajautumisesta jouduttiin osittain tinkimään. Saksassa, Itävallassa ja Hollannissa rahoitusjärjestelmä poikkeaa suomalaisesta, jolloin myös järjestöt, yrittäjyys ja vapaaehtoisuus nivoutuvat eri tavoin toisiinsa. Teimme kartoitusta yrityksistä ja toimunnoista etsimällä tietoa internetistä, kyselemällä alan asiantuntijoilta, kuulemalla suosituksia ulkomaisilta kumppaneiltamme, luottamalla yleiseen maineeseen sekä tarkkailemalla uutisointia.

Lähestyimme useita yrityksiä ja teimme haastatteluja tai vierailuja kotimaassa kaikkiaan 15 kpl (lisäksi opiskelijat keräsivät materiaalia harjoittelunsa yhteydessä 14 paikasta), Saksassa 9 kpl, Itävallassa 12 kpl, Puolassa 8 kpl ja Hollannissa 3 kpl (vierailukohteet sisälsivät useita eri toimintamuotoja). Lisäksi saimme Itävallan ja Puolan tilanteista kirjallisia selvityksiä. Haastateltavat saivat itse määritellä, mikä on toimivaa, erityistä ja hyvää heidän toiminnassaan.

Hyvä käytäntö on hyvä useimpien tahojen kannalta katsottuna, mutta ei aina välttämättä aivan kaikkien kannalta (käyttäjäasiakas, maksaja-asiakas, tilaaja, tuottaja, yhteiskunta, yhteisö). Hyvät käytännöt vaihtelevat suuruusluokaltaan sekä sen osalta, millaiseen asiaan ne tuovat ratkaisun. Tämän takia myös kuvausten yksityiskohtaisuus ja tyyli vaihtelevat. Samaan muottiin pakattaessa hyvien käytäntöjen erityispiirteet eivät enää pääsisi esiin. Tarkasteluissa

huomioitiin mahdollisuus yritystoimintaan. Useimmissa tapauksissa on nähtävillä, että tarvetta esitellyn käytännön kaltaiselle toiminnalle olisi, mutta maksaja vielä puuttuu. Ei myöskään ole ajatuksena, että esittelystä asiasta tulisi välttämättä koko kansan kattava palvelu, vaan se voi sopia erikoistuneelle yritykselle, joka palvelee vain tiettyä osaa markkinoista.

Seuraavaksi esittelemme löydettyjä hyviä käytäntöjä. Käytäntöjä on luokiteltu laajempien otsikoiden alle kokonaisuuden hahmottamisen helpottamiseksi.

3.1 Yksilöllistä apua haastaviin elämäntilanteisiin

Saksassa, Itävallassa ja Hollannissa julkisella sektorilla on selkeäsi määritelty rooli hoivan ja hoidon järjestämisessä sekä antamisessa ikääntyville. Järjestelmät sekä omaisten hoitovelvoitteen osuus vaihtelevat, mutta apua ja tukea on saatavilla kunnan tai valtion taholta. Kaikissa näissä maissa on vakuutusperusteinen järjestelmä. Mukana on myös käytäntöjä, joissa vakuutusyhtiöllä voi olla tappiollisia toimintoja/palveluja, mikäli niiden avulla säästetään kokonais-kustannuksissa. Suomeen sovellettuna voisi ajatella, että julkisella palveluntuottajalla olisi intressi vastaavaan toimintaan, etenkin mikäli osaoptimoinnin mahdollisuus poistetaan.

Näissä kolmessa maassa on olemassa mahdollisuus nk. hoitorahan saamiseen. Raha maksetaan apua tarvitsevalle, joka sitten päättää, kuinka sen käyttää. Hoitotarpeen määrän mukaan korvaukselle on eri portaita. Itävallassa rahan käyttöä ei valvota. Sen saa käyttöönsä, kun lääkäri toteaa hoidon tarpeen. Saksassa hoitorahan käyttö pitää todistaa kuittien avulla. Mikäli hoivan ensisijainen antaja on omainen, käydään hoidettavan tila, hoivan tarve sekä laatu tarkastamassa määrääjoin. Hollannissa perushoiva kuten peseminen, pukeminen ja ruokailu katsotaan ensisijaisesti perheen velvollisuudeksi. Kaikissa maissa on vahva pyrkimys hoitaa ihmiset kotiin niin kauan kuin mahdollista. Palveluasumista tai laitoshoidoa käytetään Puolassa hyvin vähän. Saksassa, Itävallassa ja Hollannissa Suomea vähemmän osin rakenteellisista, mutta monesti myös kustannussyistä. Kotiin pyritään hoitamaan kauemmin ja Itävallan vuoristoalueita lukuun ottamatta, se onkin helpompaa, sillä etäisyydet eivät pääsääntöisesti ole kovin pitkiä. Vuoristoalueilla tosin on järjestetty toimintaa niin, että työntekijä joka asuu alueella, toimii siellä hyvin itsenäisesti ja huolehtii asiakkaista.

Etäisyyksien kasvaessa kotiin tuotavien palvelujen hinta kasvaa nopeasti. Samoin tapahtuu, kun päivittäisiä käyntejä tarvitaan useita. Jos työntekijän aikaa

kuluu paljon siirtymisiin tai asiakas tarvitsee apua vaikkapa jokaisen ruokailun yhteydessä, voi muuttaminen palveluasumisen piiriin tulla edullisemmaksi. Kustannusten lisäksi tulee huomioida myös muita näkökulmia kuten turvallisuuden tunne, yksinäisyys tai osallisuus.

Keskusteltavia kysymyksiä on tietenkin se, kuinka subjektiiviseksi koetaan oikeus kotipalveluun asuinpaikan sijainnista huolimatta. Esimerkiksi Itävallassa laki ei velvoita toimittamaan kotihoitoa jokaiseen kotiin (vaikeimpia syrjäiset vuoristoalueet). Apua tarjotaan, mutta sen saaminen voi edellyttää muuttoa. Tällaisessa järjestelmässä voi olla hyväksi, että kotipalvelun tarjonta hoituu pääsääntöisesti aatteellisten järjestöjen kautta. Jos asialla olisivat täysin markkina-perustein toimivat yritykset, ne tuskin olisivat kiinnostuneet avun viemisestä syrjäisiin paikkoihin tai sitten hinta olisi sellainen, että siihen ei asiakkaalla ole varaa. Saksassa tämä kehitys on nähtävillä. Siellä monissa maaseutukylissä on vain yksi palveluntarjoaja, jonka hinta-laatusuhde ei välttämättä ole asiakkaan kannalta katsottuna kohdallaan. Toimiakseen hoivamarkkinat tarvitsevat tarpeeksi asiakkaita ja palveluntuottajia, jotta syntyy kilpailua, joka pitää laadun hyvänä ja hinnan kohtuullisella tasolla.

HOITAJIEN VÄLITYSPALVELU / ITÄVALTA

Lähtökohta: Vanhuksille halutaan antaa mahdollisuus asua ja saada apua omassa kodissa, tutussa ympäristössä. Tavoitteena on mahdollistaa arvokas ja arvostava vanheneminen. Lasten ja muiden perheenjäsenten oletetaan myös osaltaan huolehtivan vanhusten hoitamisesta.

Toteutus: Välityspalvelu etsii ja välittää päteviä hoitajia vanhusten tai muiden hoivaa tarvitsevien kotiin. Usein hoitajat tulevat naapurimaista paremman palkkatason perässä. Hoitajilla tulee kuitenkin jo olla kokemusta Itävallassa vanhusten parissa työskentelemisestä (tulkinta vaihtelee hieman välittäjäkohtaisesti) sekä asiointiin, tietojen vaihtamiseen ja avun soittamiseen riittävä kielitaito. Avustajilta ei vaadita erityistä ammattitutkintoa, sillä kotihoidon työntekijöille ei ole olemassa kansallista säännöstöä tai standardeja.

Hoitaja asuu hoidettavan luona, omassa huoneessaan, sovitun mittaisissa jaksoissa (työ- /vapaajakson rytmitys vaihtelee 2 viikosta 3 kuukauteen). Hoivattavan luona asuttua jaksoa seuraa vähintään samanmittainen vapaajakso. Näin kaksi avustajaa hoitaa henkilöä vuoron perään. Hoitajille kuuluu vähintään kahden tunnin oma aika päivittäin. Hoidettava tai hänen omaisensa voi toimia työnantajana, jolloin Itävallan tiukemmat työaikalainsäädännön määräykset ovat voimassa (2 vk rytmi). Toinen mahdollisuus on, että hoitaja työskentelee

yrittäjänä/toiminimellä, eli huolehtii itse veroista ym. maksuista, jolloin palvelun ostajan ja hoitajan välillä voidaan sopia asioista hyvin vapaasti (3 kk rytmi mahdollistuu). Samalla hoidettavalla on ainakin kaksi hoitajaa, jotka vuorottelevat. Vaihto tapahtuu hoidettavan kotona, joten omaisten ei tarvitse tehdä eri järjestelyjä vaihdon takia. Välityspalvelu auttaa mahdollisissa ongelmatapauksissa. Hoitaja auttaa hoidettavaa päivittäisissä asioissa sekä kotona asumista tukevissa toimissa. Mm. pukeminen, ruuan laitto, asiointiapu, henkilökohtainen hygienia ja seuranpito kuuluvat hoitajien tehtäviin. He eivät tee sairaanhoidollisia toimenpiteitä, vaan neuvottelevat niistä aina erikseen hoitavan lääkärin kanssa.

Välityspalvelun kuukausimaksu sisältää hoitajien hankinnan, tietoa laeista, jotka säätelevät ympärivuorokautista (koti-)hoitoa, apua hoitorahan ja mahdollisen avustuksen hakemiseen, tuloverotusta varten tarvittavat liitteet hoivattavalle (tai omaiselle joka toimii työnantajana) sekä avun tarvittavien apuvälineiden hankkimisessa.

Hoitajan palkkaaminen kotiin on lain mukaan mahdollinen, kun hoivattava saa valtiolta hoitorahaa, vähintään 3. tason mukaan (määritelty hoidon tarve yli 120 h kuukaudessa).

Esimerkkiyrityksenä olevan hoitajien välityspalvelun kuukausimaksu on 83 euroa, hoitajan palkka, matkakustannukset, palkan sivukulut 2 100–2 840 euroa/kk (riippuen hoitajan koulutuksesta ja palkkatasosta sekä kotimatkan kustannuksista).

Esimerkilaskelma:

Kuukausittainen tulo	1 500,00 e
Hoitoraha, taso 4	664,30 e
Sosiaalitoimiston apu	550,00 e
Tulot yhteensä:	2 714,30 e
Hoitajien palkkakustannukset (sis. sivukustannukset, matkakulut ja välityspalvelun maksun)	-2 200,00 e
Käyttörahaa jää:	514,30 e
Palkatun työntekijän sivukulujen vähennys tuloverotuksessa	149,93 e / kk
Hoidettavalle jää kuukausittain käytettäväksi: tästä maksettava kaikki normaalit menot, kuten ruoka (myös hoitajan), vuokra, lääkkeet ym.	663,92 e

Hoitorahaa vastaa Suomessa lähinnä eläkettä saavan hoitotuki, jonka yläraja on tällä hetkellä 314,41 euroa kuukaudessa. Hoitorahan taso sekä sosiaali-toimiston myöntämä avustus tekevät järjestelmästä kilpailukykyisen hoivakotien ja palveluasumisen kanssa. Itävallassa lapsilla ja osassa maata myös lapsenlapsilla on velvollisuus osallistua vanhempien ja mahdollisesti myös isovanhempien hoitokuluihin.

Erityishuomioita: Itävallassa puolisoilla ja lapsilla on Suomea suurempi velvollisuus hoivan järjestämisessä. Palvelu- ja laitosasumisen maksut ovat korkeampia kuin Suomessa, joten motivaatio vaihtoehtojen etsimiseen on olemassa, sillä taloudellisesti kilpailukykyisiä vaihtoehtoja palvelu-/laitosasumiselle on olemassa.

Yritystoiminnan näkökulma: Välityspalvelun ansainta koostuu asiakkaalta perittävästä palvelumaksusta, joka on n. 85 € kuukaudessa. Kannattaakseen yrityksellä on oltava riittävästi sekä hoitajia että asiakkaita.

COACHING – SENIOREIDEN JA OMAISTEN NEUVONTAPALVELU / SAKSA

Lähtökohta: Ihmisten kohtaamat haasteet vaihtelevat eri elämäntilanteissa. Elämäntilanteen muuttuminen esim. eläkkeelle jäädessä tai sairauden kohdatessa voi joskus olla lamaannuttava tai aiheuttaa vaikeuksia elämän hallintaan. Samoin omaisesta huolehtiminen on haastavaa niin henkisesti kuin fyysisestikin. Neuvontapalvelun avulla koetetaan saada oma potentiaali käyttöön. Omaishoitajien elämää pyritään järjestelemään niin, että hoitotaakka ja muu elämä pysyvät tasapainossa.

Toteutus: Neuvontapalveluita myyvät etupäässä yksityiset psykoterapian tai muut psykologian alan yritykset. Usein tutustumiskäynti on maksuton ja sen aikana tutustutaan puolin ja toisin sekä sovitaan etenemisestä. Jatkotapaamiset ovat maksullisia.

Senioreiden neuvontapalvelun tavoitteena on neuvoa ja tukea muutoksen aikana. Usein prosessissa reflektoidaan ja analysoidaan menneisyydestä nousevat taustat, nykyisyys ja tulevaisuus. Yleisesti tavoitteena ovat sen suuntaiset asiat kuten henkinen tasapaino, onni ja elämän odotusten täyttyminen, suunnan antaminen elämälle, tyytyväisyyden asteen ja itsetuntemuksen sekä -tunnon koheneminen ja henkisen vireyden ylläpysyminen. Tyytyväisyys omaan elämään lisääntyy ja jaksaminen helpottuu kun ihminen voi käyttää omat voimavaransa sekä saa pidettyä tasapainon voimavaroja vievien ja akkuja lataavien asioiden välillä.

Omaishoitajille suunnatussa valmennuksessa keskitytään ratkomaan niitä kysymyksiä, jotka nousevat hoidettavan sairauden laadusta käsin. Kuinka ratkotaan konfliktitilanteita? Mihin kiinnitän huomiota, jos hoidettavalla on muistisairaus? Mitä tehdä, jos hoidettavalla on tapana karkailla? Entä kun mikään ei enää tunnu riittävän? Valmennuksessa myös pyritään auttamaan omaishoitajan jaksamista etsimällä keinoja, kuinka hänelle tärkeät sosiaaliset suhteet ja tarvittavat hengähdysketket saadaan järjestettyä ilman huonoa omaa tuntoa.

Yritystoiminnan näkökulma: Yrityksen tulot koostuvat asiakkaiden maksuista. Palvelu on hinnoiteltu ajankäytön mukaan, tuntihinnan vaihdellessa 65 euron molemmin puolin. Asiakas maksaa hinnan suoraan. Neuvontapalveluun ja valmennuksiin saa vain harvoin sairaskassojen tukea.

Erityishuomioita: Saksassa palvelu- ja laitosasumisen maksuihin vaikuttaa koko omaisuus. Maksut ovat Suomeen verrattuna korkeampia, joten ihmisillä on suurempi motivaatio etsiä vaihtoehtoisia tapoja järjestää hoito sekä pitää huolta omasta jaksamisesta. Suomessa asiakaskunnan löytäminen tällaiselle palvelulle voi olla vielä haastavaa.

KOTIHOIDON TUKIHENKILÖ TAI PALVELUOHJAAJA / HOLLANTI

Lähtökohta: Kotona asuvien ja sairauksista kärsivien tai apua tarvitsevien tarpeet ovat moninaiset. Usein jonkin akuutin tilanteen takia paikalle menevä kotisairaanhoido havaitsee muitakin avuntarpeita. Tavoitteena on löytää ja havaita keinoja joilla elämä helpottuu.

Toteutus: Kotipalvelulla on nimetty henkilö, joka toimii tukihenkilönä. Hänen tehtävänä on tarjota keskusteluapua ihmisille, joilla on avun tarvetta. Tukihenkilö etsii eri mahdollisuuksia "ammattillisesta työkalupakista". Keinoja ovat mm. oman tukiverkon aktivoiminen tai laajentaminen ja omaisten kanssa tilanteesta keskusteleminen. Myös ulkopuolisen kotiavun käyttöön ottaminen, ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen ovat käytössä olevia keinoja.

Tukihenkilö näkee tilanteen ulkopuolisena sekä tietää ammatilliset mahdollisuuden ja keinot auttamiseen. Häneltä vaaditaan hyvää paikallisen palvelutarjonnan tuntemusta, ihmistuntemusta sekä tilannetajua. Tukihenkilö on tarpeellinen myös moniongelmaisissa tapauksissa, joissa akuutisti hoidettava asia on vain oire jostakin muusta. Tukihenkilö ei pakota, vaan hän auttaa vaihtoehtojen löytymisessä.

Tukihenkilön toiminta maksaa, mutta sen avulla saadaan pitkällä aikavälillä säästöjä. Rahallista säästöä tuo se, että tarve voimakkaampiin tukitoimiin ja palveluihin vähenee. Asiakkaan kannalta hyvää on, että elämän laatua parannetaan tai sen heikkenemistä ainakin pystytään hidastamaan.

Tämän tyyppinen toiminta muistuttaa palveluohjausta Suomessa.

LEMMIKIT / HOLLANTI

Lähtökohta: Tuttu lemmikki laskee asukkaan stressitasoa ja antaa päiville sisältöä.

Toteutus: Asukas saa ottaa lemmikkinsä mukaan palvelutaloon, mikäli pystyy siitä itse huolehtimaan. Lemmikkien on todettu laskevan ihmisten stressitasoa, antavan päiville sisältöä ja auttamaan paikan omaksi kodiksi tuntemisessa. Jos lemmikistä ei pysty enää huolehtimaan, on siitä luovuttava.

Joskus myös työntekijät tuovat koiriaan asuinpalveluyksiköihin. Koirat saavat oleilla siellä päivän ajan ja lähtevät omistajansa mukana kotiin. Lemmit voivat olla omiaan myös houkuttelemaan vapaaehtoisia toimintaan mukaan. Vapaaehtoiset voivat käydä hoitamassa vanhuksen lemmikkiä ja samalla he ovat seurana vanhukselle.

Yritystoiminnan näkökulma: Lemmikkien käytön ympärille on jonkun verran viritetty liiketoimintaa. Pienyrittäjät voivat tarjota ”lemmikkiterapiaa” ostopalveluna esimerkiksi laitoksiin.

IHMISKESKEINEN HOITOFILOSOFIA / HOLLANTI

Lähtökohta: Apua tarvitseva ihminen otetaan hoidon keskiöön ja asioita tarkastellaan hänen lähtökohdistaan ja tahtoaan kunnioittaen.

Toteutus: Ihmislähtöisen hoitofilosofian toteutusta tukee sitä edistävä organisaatio. Organisaatio jakaa parhaita malleja ja sen edustajat toimivat konsultin tavoin osallistuvissa yksiköissä. Ihmiskeskeinen lähtökohta sisältää varsinaisen hoidon lisäksi myös hoitoympäristön sekä hoitajat – ammattilaiset ja omaiset. Ihmiskeskeisyyden idea leikkaa läpi organisaation, sitä toteutetaan hoitotyössä, mutta myös tukipalveluissa. Lähestymistavan taustalla on aina ajatus ”Kuinka voin auttaa?” ei ammattiavun kaataminen asiakkaalle. Sen sijaan asiakasta kuunnellaan, hänen toiveensa ja tavoitteensa kuullaan, eri vaihtoehtoista

kerrotaan ja asiakas saa tehdä päätökset. Mikäli asiakas ei itse siihen pysty, hänen omaisensa tekevät sen hänen puolestaan.

Asiakaslähtöisyys ei tarkoita sitä, että asiakas on kuningas. Ihmislähtöisyydessä lähdetään siitä, että asiakasta kuunnellaan ja ammattitaitoa käytetään hänen tavoitteidensa saavuttamiseksi. Filosofian tavoitteena on osoittaa toiminnan sokeita pisteitä, joita ammattilaisille tai organisaatioissa on saattanut tulla. Motivaatio filosofian toteutukseen lähtee usein organisaation johdolta, joka huomaa, että jokin asia ei toimi tai se voi lähteä laatuongelmista tai yhdistymisten seurauksena tulevista työkuultuureiden yhdistämisistä.

Hollannin järjestelmässä asiakas voi vapaasti valita palvelut haluamaltaan tuottajalta. Palveluntuottajat saavat työstä kiinteästi määritellyt hinnat, joten hintakilpailun sijaan he voivat kilpailla muilla tekijöillä, esim. laadulla. Ihmislähtöinen ajattelu on yksi tapa pyrkiä laadukkaan palvelun tuottamiseen ja asiakkaiden saamiseen.

Erityishuomioita: Yritys voi käyttää filosofiaa oman toimintansa asiakaslähtöisyyden tukemiseen ja terävöittämiseen. Mielenkiintoista on se, että kun asiakkaalle on selvitetty eri vaihtoehdot selkeästi, hän tekee ”järkevämpiä” päätöksiä oman hoitonsa suhteen. Sairaana ihmisellä tai hänen omaisillaan on helposti taipumus haluta kaikki mahdollinen hoito. Vaihtoehtoista ja niiden seurauksista tietoisena hän pystyy paremmin valitsemaan.

KOTIUTUSKETJU / SAKSA

Lähtökohta: Samojen henkilöiden hakeutuminen lääkärin vastaanotolle tai sairaalakierteeseen päätyminen pyritään ehkäisemään kotiin saatavan hoidon avulla. Kotiuttamisen onnistuminen sairaalasta tai kuntoutuksesta vaatii hoidon jatkumisen turvaamista.

Toteutus: Yrityksellä on auto, joka on varustettu sairaanhoidollisilla perusvälineillä sekä tutkimus- ja näytteenottokalustolla. Sairaanhoidtaja voi ottaa kotiutetun potilaan kotona tarvittavat näytteet tai suorittaa kokeet. Tulokset analysoidaan normaaliin tapaan laboratoriossa, joka lähettää tulokset edelleen hoitavalle lääkärille. Lääkäri tekee tietojen perusteella päätökset hoidosta.

Usein samat henkilöt käyvät usein lääkärissä erinäisten kokeiden yms. vuoksi. Ottamalla näytteitä kotona lääkärin vastaanotolle saadaan väljyyttä. Sairaaloiden ja kuntoutusyksiköiden kannalta tämä toiminta mahdollistaa suunnitelman mukaisen kotiutuksen. Kun tiedossa on, että hoitoa saa ja näytteitä voidaan

ottaa myös kotoa käsin, voidaan kotiutus varmemmin suorittaa suunniteltuna päivänä, ja hoitopaikkoja on näin ollen enemmän kierrossa mukana. Hoitoketju ei katkea ja asiakas paranee paremmin. Huonosti toteutetusta kotiutuksesta on riskinä onnettomuus, kun heikosti liikkuva vanhus vaikkapa kaatuu kotona ja saa uuden vamman. Kotona käyvä ammattilainen näkee samalla koko ympäristön ja voi ehdottaa tarvittavia muutoksia; useimmiten esteettömyyden ja apuvälineiden suhteen.

Maksut: Saksalainen sairausvakuutus kattaa kyseiset palvelut. Tämä palvelu on sairausvakuutusyhtiölle tappiollista, mutta se kompensoidaan muilla osa-alueilla. Ensinnäkin, hoitopäivät sairaaloissa ja kuntoutusyksiköissä ovat kalliimpia kuin tämä toiminta. Toiseksi, toiminnalla markkinoidaan omia kotihoidon palveluita niin lääkärin ja sairaaloiden kuin yksityisten asiakkaidenkin suuntaan.

Yritystoiminnan näkökulma: Suomalaisessa järjestelmässä maksavana asiakkaana pitäisi olla joku muu kuin hoidettava asiakas. Jos tällainen toiminta todistetusti tuo säästöjä erikoissairaanhoidolle tai helpotusta lääkärripulaan niin sillä olisi markkinarako. Markkinoita on, mikäli tämä on kunnille ja kuntayhtymille keino säästää, eikä mahdollisuutta osaoptimointiin ole.

Erytishuomioita: Kyse on oikeastaan laajennetusta kotisairaanhoidosta.

3.2 Tekniset innovaatiot

Hoivan ja hoidon tukena käytettävältä teknologialta odotetaan paljon – ja sitä pelätään. Vastustajat näkevät silmissään robotin tai muun laitteen, joka laitetaan auttamaan ihmisen sijaan. Puolestapuhujat näkevät laitteita, jotka helpottavat itse työtä ja toisaalta antavat hoitajille mahdollisuuden tehdä ydintyönsä, kun tukitoimia hoidetaan laitteilla. Tässä luvussa kuvaamamme hyvä käytäntö voi olla jollekin myös kauhukuva riippuen siitä, kuinka tekniikan käytön hoivan apuna kokee. Huomasimme kuitenkin jo projektiryhmämme osalta, että tutustuminen teknisiin innovaatioihin madaltaa kynnystä ja voi muuttaa suhtautumista niihin.

Haastattelemamme ihmiset totesivat, että käyttäjät suhtautuvat tekniikkaan ennakkoluulottomasti. Teknologisten apuvälineiden ja ohjelmistojen tulee olla hyvin suunniteltuja käyttäjäkuntaansa ajatellen. Myös käyttäjätuen saatavuus on olennaista. Esimerkiksi paikannusjärjestelmien avulla muutoin eksymisvaarassa oleva henkilö voi edelleen turvallisesti liikkua itsenäisesti vaikkapa marjastamassa tai kodin ympäristössä. Olennaista teknologisissa sovelluksissa on ottaa huomioon käyttäjäryhmä. Osa laitteista ja sovelluksista sopii vaikk-

kapa muistisairaille ja osa aiheuttaa heissä todennäköisesti suurta levottomuutta. Arviot on tehtävä tilannekohtaisesti.

Teknologian avulla voidaan joissakin paikoin säästää kustannuksia ja helpottaa työtä. Toisaalta kehittyvään teknologiaan investoiminen on kallista. Teknologia tuo mukanaan mahdollisuuksia hoitaa vaikeampia sairauksia tai tehdä enemmän, jolloin kustannukset voivat myös nousta teknologian käyttöönoton mukana.

TEKNOLOGIA ASUNNOISSA /SAKSA

Lähtökohta: Ihmiset tarvitsevat apua ja tukiverkostoja jotta voivat asua ja selviytyä omassa kotonaan pidempään. Useimmissa tapauksissa kotona asuminen on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta paras ratkaisu. Asuntoon asennetun avustavan tekniikan pitää olla niin helppokäyttöistä, että sen kanssa pärjäävät myös ikäihmiset. Heidän turvallisuuden tasoaan ja tunnettaan sekä palveluiden saatavuutta pystytään edesauttamaan järjestelmän avulla.

Toteutus: Peruskorjauksen tai rakentamisen yhteydessä asuntoihin on mahdollista vetää kaapelointi, joka mahdollistaa teknisen laitteiston käyttöönoton halutussa aikataulussa ja laajuudessa. Tekniikkaa on monenlaista. Esimerkiksi kulunvalvontaan on eri sovelluksia (ovivahdit, mukana kannettava laite, jonne voidaan määritellä sallittu liikkumisalue, kaatumisesta ilmoittavat sensorit jne.). Useimmat sovellukset toimivat sillä periaatteella, että ne laukaisevat ennalta ohjelmoiden hälytysketjun poikkeavuuden ilmetessä.

Sähkön, veden ja lämmön kulutusta mittaavat laitteet antavat mahdollisuuden tarkkaan seurantaan. Näin on mahdollista tarkkailla myös tavallisesta poikkeavia muutoksia. Esimerkiksi, jos aamulla sähkön kulutus ei nouse, on oletettavissa, että kukaan ei suorita normaaleja aamutoimia, jolloin laitteisto antaa hälytyksen.

On jo olemassa järjestelmiä, jotka toimivat ikään kuin palveluportaalina. Oman kodin kosketusnäytön kautta voidaan tilata verkostossa toimivien palveluntuottajien palveluja. Niitä voivat olla vaikkapa siivous-, ruoka- tai saattamiseen liittyvät palvelut. Verkostoon voidaan lisäksi liittää myös perheenjäseniä ja heidän keskinäistä yhteydenpitoa.

Lisäksi on paljon erilaista turvallisuuteen liittyvää tekniikkaa kuten liesivahdit, jotka katkaisevat sähkön liedestä jos se kuumenee liikaa, mahdollisuus asentaa

avainlukkojen tilalle sormenjäljen tunnistava lukkon ja GPS-tekniikkaan pohjautuvia mahdollisuuksia paikannukseen.

Rakennetuissa malliasunnossa on huomattu, että kun tekniikka pysyy lähes näkymättömissä, ei sen hyväksyttävyydessä ole ollut ongelmia. Eniten asunnon valitsemisessa ratkaisevat hinta ja pohjaratkaisu. Tekniikan vastaisuutta ei ole havaittu ja myös iäkkäät ihmiset ovat oppineet hyvin käyttämään kosketusnäyttöä. Näytössä olevan aloituskuvan tulee olla niin selkeä, että laitetta voi käyttää myös ilman minkään opaskirjan lukemista.

Erityisesti valvontateknologian kohdalla on mietittävä myös eettisiä kysymyksiä. Turvallisuus on tärkeätä, mutta onko iäkkäällä ihmisellä edelleen oikeus ottaa riskejä ja hyväksytäänkö onnettomuuden mahdollisuus elämään kuuluvana asiana? Selkeintä tietenkin olisi, mikäli ihmiset ilmaisisivat oman tahtonsa jo ennakkoon.

Yritystoiminnan näkökulma: Yksityiset ihmiset eivät vielä suuressa määrin hanki teknisiä apuvälineitä ja laitteistoja itselleen. Teknologiset ratkaisut tulevat todennäköisimmin kuitenkin lisääntymään, jolloin on kysyntää sekä laitteistojen toimittajille, mutta etenkin niiden ylläpitoon ja käyttäjäystävällisten ohjelmistojen tekemiselle. Asiakkaita on todennäköisempää saada julkiselta sektorilta, yhdistyksistä ja yrityksistä investointikustannusten vuoksi. Jos teknologisten ratkaisujen hinnat laskevat tulevaisuudessa, ovat myös yksityisasiakkaat potentiaalisia.

VIDEOYHTEYS KOTIPALVELUN TUKENA / SUOMI

Lähtökohta: Ikääntyneiden yksinäisyyden tunne ja turvattomuus lisääntyvät sairauksien sekä liikuntavaikeuksien myötä. Videoyhteyden kautta tapahtuvien yhteydenottojen avulla näitä pystytään helpottamaan. Yhteys toimii vahvasti myös kuntoutuksen tukena.

Toteutus: Kaupunki on hankkinut laitteistot ja kilpailuttanut ohjelmiston ylläpitäjän. Kuntoutusjaksolla olleille asiakkaille on kerrottu mahdollisuudesta saada kotiin laitteisto, jonka avulla voi osallistua ohjattuihin ohjelmiin sekä pitää yhteyttä muihin vastaavan tai yhteensopivan laitteiston käyttäjiin, eli muiden osallistujien kanssa ja esim. lapsiin. Mukaan tuleminen on täysin vapaaehtoista. Mukaan tulevien asiakkaiden on myös oltava kognitiiviselta tasoltaan hyvässä kunnossa, heikko liikkuminen sen sijaan ei ole este.

Laitteisto on toimintavalmis yhdellä napin painalluksella ja valikot on tehty hyvin selkeiksi ja ohjaaviksi. Käytettävyydessä on onnistuttu, sillä sekä asiakkaat että hoitajat ovat tyytyväisiä. Ongelmatapauksissa voi ottaa yhteyttä joko hoitajaan tai suoraan palvelun tuottajaan. Palvelun tuottaja on huomionut iäkkään asiakaskunnan puhelinpalvelussaan ja osaa heitä palvella. Tämä onkin erittäin tärkeää palvelun onnistumisen kannalta.

Ohjelmatarjonta palvelussa on "Ajankohtaiset aamukahvit", jonka aikana osallistujat juttelevat vapaasti ja voivat keskustella päivän uutisista tai muista aiheista. "Kotijumppaa" on tarjolla lähes joka arkipäivä. Jumpan ohjaa fysioterapeutti, joka on suunnitellut sen erityisesti mukana olijoiden mukaan. Kuntoutus perustuukin helppojen liikkeiden päivittäiseen toistamiseen. Koska kuvayhteys on molemmin puolinen, pystyy fysioterapeutti samalla ohjaamaan sekä tarkkailemaan kuinka liikkeet sujuvat. Pidemmän aikaa yhteydessä ollessa ja jutellessa pystytään helpommin huomaamaan, mikäli asiakkaan kunnossa on tapahtunut muutoksia. Asiakkaat voivat myös ottaa yhteyttä hoitajiin milloin vain ja keskustella mielessä olevista asioista tai kysymyksistä. Asiakkaan kannalta tämä edesauttaa arvokkuuden säilyttämistä, sillä on aivan eri asia keskustella pikaisesti pesulle viennin yhteydessä kuin kaikessa rauhassa sopivana hetkenä.

Tuloksina on huomattu, että asiakkaat kuntoutuvat paremmin ja pysyvät mieleltään virkeämpinä usein tapahtuvan keskusteluyhteyden avulla. Videoyhteys on tuonut arkeen mielekkyyttä ja mielenrauhaa. Omaehtoinen yhteydenottaminen on vähäisempää, mutta usein ohjatun tuokion jälkeen linjoille jäädään juttelemaan keskenään niitä näitä. Videoyhteys ei kovaa kotikäyntejä kokonaan, mutta on havaittu, että videoyhteyttä käyttävien asiakkaiden kotikäyntien tarve on osalla vähentynyt. Videoyhteyden käyttäminen on hyvä apuväline etenkin kuntouttavassa, ennakoivassa ja ennalta ehkäisevässä toiminnassa.

Kuinka raha liikkuu? Tässä mallissa asiakas saa laitteiston korvauksetta määräraajaksi käyttöönsä. Kustannukset korvaa kaupungin sosiaalitoimi.

Yritystoiminnan näkökulma: Iäkkäille kohdistetun palvelun ylläpito-, ohjaus- ja neuvontapalveluille voisi olla kysyntää tulevaisuudessa, jos palvelu yleistyy. Myös ohjelmatuotannolle voi syntyä kysyntää, joskin palvelussa on suuri merkitys tuttujen henkilöiden reaaliaikaisella kohtaamisella.

HOIDON TUKENA KÄYTETTÄVÄ TEKNOLOGIA / HOLLANTI, SAKSA

Lähtökohta: Tavoitteena on löytää keinoja henkilöstön riittävyteen ja kustannusten karsimiseen ilman, että hoidon taso kärsii.

Toteutus: Hollannissa kodeissa tapahtuvaan lääkkeiden jakamiseen tarvitaan kaksi henkilöä: toinen jakaa lääkkeet ja toinen tarkastaa, että ne ovat oikein. Lääkkeiden jakaja ottaa kuvan lääkedosetista ja lähettää sen tarkastavalle osapuolelle. Näin ollen lääkkeiden jakamista varten molempien henkilöiden ei tarvitse olla fyysisesti samassa paikassa. Myös lääkekelloja on käytössä. Lääkkeet jaetaan valmiiksi lääkekelloon, joka sekä muistuttaa lääkkeiden ottamisesta oikeaan aikaan ääni- tai valomerkillä että mahdollistaa vain kyseisen ajankohdan lääkkeiden ottamisen. Mikäli lääkkeitä ei oteta sallitun ajan puitteissa, ne siirtyvät takaisin kotelon sisään, eikä näin ollen tule vaaraa yliannostuksesta. Vastaavia laitteita käytetään Suomessakin.

Saksassa joillakin kotihoidoilla on käytössä lähettimellinen sensori, joka kulkee ihmisen mukana. Laite ilmoittaa, mikäli henkilö kaatuu tai poistuu ennalta määritellyltä alueelta. Laite myös automaattisesti ilmoittaa hälytyksen eteenpäin määritellyä hälytysketjua pitkin. Kotipalveluilla on käytössä kuvaa välittäviä laitteita, joiden avulla valvotaan lääkkeiden ottamista. Myös kameravalvonta on mahdollista saada huoneeseen niin haluttaessa.

Telelääketiede auttaa kotona tehtävissä hoitotoimenpiteissä. Hoitaja voi ottaa kuvan esim. haavasta ja lähettää sen lääkärille, joka antaa lisää hoito-ohjeita. EKG voidaan mitata kotona ja tulkita myöhemmin.

Yritystoiminnan näkökulma: Laitteiden hankintakustannukset ovat useille mahdollisia, mutta silti niin korkeita, että kokeilumielessä sellaista ei hankita. Yritystoiminnalle voisi olla tilausta vuokraajana ja myyjänä. Tutustumisjakson aikana hyväksi havaittuun laitteeseen on helpompi investoida.

3.3 Asumisen erilaiset ratkaisut

Sopivalla asuinympäristöllä on suuri merkitys omassa kodissa pärjäämiselle. Liikuntakyvyn heiketessä ja sosiaalisen kanssakäymisen hankaloituessa ovat suurena vaarana yksinäisyys ja omaan asuntoon ikään kuin eristyksiin jääminen. Yhteisöllisen asumisen vahvuuksia on se, että voi olla vahvasti mukana päättämässä omaa asumista ja naapurustoa koskevista asioista. Muuttaessaan yhteisöön ihmiset tekevät tietoisien valinnan, joka sisältää myös naapuriavun. Siihen on luvallista tukeutua ja sen avulla voi pidempään määrätä oman elämänsä kulusta.

Nyt ikääntyvät sukupolvet haluavat olla itse mukana päättämässä siitä, kuinka ja kuka heitä hoitaa. He myös ottavat rohkeammin kantaa siihen, minkä hoivan

ja hoidon katsovat hyväksi. Oma varautuminen lisää suosiotaan, sillä ihmiset olettavat, että julkisten palveluiden riittävyys, kattavuus ja laatu voivat avun tarpeen kasvaessa olla erilaisia kuin tällä hetkellä.

Yhteisöllisen asumisen eri muotoja on useissa maissa. Painotukset vaihtelevat sukupolvien välisyydestä ikäihmisten yhteisöihin, samoin vaihtelee myös se, kuinka paljon yhteisö säätelee omaa toimintaansa esimerkiksi palavereiden tai työvuorojen kautta. Yhteisöllinen asuminen lähtee asukkaiden omasta kiinnostuksesta ja halusta. Palveluasuminen puolestaan vastaa avun tarpeeseen silloin, kun kotona ei enää pärjää itsenäisesti. Palveluasumista on yleisesti saatavilla muualla paitsi Puolassa, jossa se ei ole yleistä kulttuurin eikä taloudellisen tilanteen vuoksi.

Palveluasuminen on perusluonteeltaan hyvin samankaltaista kaikissa maissa. Asunto vuokrataan ja sinne ostetaan tarvittavat palvelut. Palveluasumisen luonne vaihtelee hieman asumisen järjestämisen mukaan. Asukkailla voi olla kokonaan omat huoneistot aivan kuin missä tahansa kerrostalossa tai asuminen voi olla enemmän hoivakodin tyylistä, jolloin jokaisella on kylpyhuone huoneen yhteydessä, mutta ei keittiötä. Erot yksiköiden ja maiden välillä syntyvät enemmänkin toimintatavoista tai vaikkapa teknologian käytöstä kuin itse puitteista.

YHTEISÖLLINEN ASUMINEN / SAKSA, SUOMI

Lähtökohta: Ikääntyneen ihmisjoukon kasvaessa hoivan ja hoidon riittävyys arveluttaa. Ikääntyvät haluavat olla aktiivisia, päättää omista asioistaan, mukaan lukien sen, kuinka heitä hoidetaan. He ovat valmiita panostamaan itse aikaa ja rahaa oman vanhuutensa järjestämiseen. Yhteisöllisen asumisen mallissa he voivat aktivoitua ja etsiä itselleen tai perustaa asuinyhteisön, jossa he ovat päättämässä omasta asumisestaan ja jolta saavat apua ja tukea.

Toteutus: Asuinyhteisöt syntyvät usein joko yksittäisen ihmisen tai vaikkapa vanhusneuvoston aloitteesta. Aktiiviset toimijat keräävät asiasta kiinnostuneita yhteen ja vievät asiaa eteenpäin. Asuinyhteisön kiinteistö voi olla oma (asunto-osakeyhtiö), vuokrattu (vuokra-asunnot) tai olla näiden välimuoto (asumisoikeusasunnot). Kiinteistön omistajana voi tällöin olla esimerkiksi mukaisesti yhdistys tai kaupunki.

Asuinyhteisön yksi perusajatus on, että yhteisön jäsenet katsovat toistensa perään ja myös voivat tehdä erilaisia asioita yhdessä – kukin kiinnostuksensa mukaan. Asukkaat voivat organisoida asukasyhdistykseksi, joka huolehtii siitä että talon asukkaat ymmärtävät yhteisöllisyyden merkityksen sekä luovat omat

keskinäiset pelisäännöt. Tuleville asukkaille voidaan järjestää pitkäaikainen yhteisöllisyyskoulutus, jossa keskustellaan runsaasti, tutustutaan toisiin tuleviin asukkaisiin sekä sovitaan säännöistä. Toisessa esimerkissä asuinyhteisö ostaa välittäjän tai sovittelijan palveluita. Yhteisön perustamisen alkuaikaan välittäjältä ostettuja tunteja oli enemmän, vakiinnuttamisen vaiheessa 2,5 tuntia viikossa. Heillä oli käytäntö, jonka mukaan kaikki asukkaat kokoontuvat yhteiseen kokoukseen joka toinen viikko. Tapaamisissa käytiin välittäjän avulla lävitse suunnitelmia sekä mahdollisia ongelmia, epäsopevia tuottavia asioita tai muita asioita jotka mietityttävät. Ulkopuolisen välittäjän osallisuus on koettu hyvin tarpeelliseksi. Myöhemmin, kun yhteisö on saatu hyvin toimimaan, on välittäjän työ vähentynyt.

Asuinyhteisöön on mahdollista saada palveluja aivan vastaavasti kuin muuallekin. Yksityiseltä, julkiselta, vapaaehtoisilta ja omiaisilta. On myös hyvin mahdollista, että sairastavaa autetaan yhteisön sisäisesti. Sovitaan esimerkiksi vuorot, milloin kukakin käy auttamassa. Näin kukaan ei rasitu liiaksi, mutta asia tulee hyvin hoidettua. Yhteisöasumisen yksi kantava ajatus on juuri se, että naapuria autetaan ja heistä huolehditaan, mutta kuitenkin niin että jokaisella on oma yksityinen kotinsa.

Asuinyhteisöihin haetaan asumaan. Yleensä tulijat joko haastatellaan tai tutustutetaan muuten talon tai yhteisön toimintaperiaatteeseen. Näin yleensä tulee ilmi, mikäli hakijalla on aivan eri odotukset asumista kohtaan kuin mitkä ovat yhteisöasumisen periaatteet.

Asukkaiden ikäjakauma on laaja, joten oletettavasti kaikki asukkaat eivät ole yhtä aikaa huonossa kunnossa, vaan aina on tarpeeksi jäseniä, jotka saavat yhteisöllisyyden ja yhteiset toiminnat pysymään yllä. Tämän näkökulman takia yhteisö ei saisi olla liian pieni. Saksassa painotetaan jo enemmän eri sukupolvien yhteisöllistä asumista, Suomessa useimmat esimerkit ovat vielä ikääntyvien asumiseen liittyviä.

Taloihin rakennetaan useita erikokoisia tiloja, joissa asukkaiden on mahdollisuus kokoontua. Yleensä niissä on suuri yhteinen tila, jota voi käyttää vaikka ruokasalina ja kokoontumispaikkana. Monesti rakennuksista löytyy myös vieras-huone tai huoneisto, jossa asukkaiden vieraat voivat yöpyä mahdollisesti pientä maksua vastaan. Tilaa voidaan käyttää myös esim. paikalle tilatun jalkahoitajan hoituhuoneena. Usein asukasyhteisö itse huolehtii yhteisten tilojen siivouksista, pihan laittamisesta yms. niin pitkälle kuin mahdollista.

Kuinka raha liikkuu? Omistusmuodon mukaisesti asukkaat maksavat joko vastiketta tai vuokraa. Lisäksi maksetaan yhdessä tai erikseen ostetuista palveluista normaalisti.

Yritystoiminnan näkökulma: Välittäjän toiminta ostetaan ulkopuolelta. Palvelun tarjoaminen olisi mahdollisuus yritystoiminnalle. Hoiva-alan yrittäjän ansaintamahdollisuudet ovat yhteisön asukkaiden ostamissa palveluissa. Asukkaat ostavat kuntonsa mukaan palveluja, joita yksityiset palveluntuottajat voivat tarjota. Käytäntö mahdollistaa monenlaisten liiketoimintamallien toteutumisen. Pienyrittäjät voivat joko toimia itsenäisesti ja tarjota palvelujaan suoraan asiakkaille. Mahdollista on myös perustaa eräänlainen verkosto, jossa on useita tuottajia. Asiakas maksaa tällöin verkostoa isännöivälle organisaatiolle.

PIENI HOIVAKOTI -TIEDOTUS / SUOMI

Lähtökohta: Vanhuuden ja avun tarpeen myötä asuminen käy jossakin vaiheessa yksinäiseksi, vaikeaksi sekä turvattomaksi. Hoivakodissa on mahdollista asua ja elää vielä suhteellisen itsenäisesti turvallisissa olosuhteissa. Valtakunnallisesti hoidon strateginen painopiste siirtyy kotona hoitamiseen, niinpä hoivakotien on jatkuvasti muistutettava olemassa olostaan ja tarpeellisuudestaan.

Toteutus: 10-paikkaisessa hoivakodissa on työntekijöinä kaksi sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa. Lisäksi on kiinteistönhoitajan tehtäviä ja juoksevia asioita hoitava henkilö. Hallintotehtävät vievät noin 40 % yhden henkilön työajasta. Päiväaikaan paikalla on hoitajia, yöaikainen hoito tapahtuu turvapuhelimen ja päivystyspalvelun avulla. Ovilla on liikkeen tunnistavat matot, jotka voidaan asettaa ilmoittamaan liikkumisesta. Lisäksi ulkona on valvontakamera. Asukkaiden tulee olla sen kuntoisia, että he suoriutuvat perustoiminnoista itsenäisesti. Suurimmalla osalla tämän hetkistä asiakkaista on muistisairaus.

Tavoitteena on se, että kunto, vireys ja elämänhalu säilyvät tai mahdollisesti kasvavat. Sitä edesautetaan myös omaisten kanssa yhdessä. Usein asukkaat ovat avoimempia palautteen antamisessa omaisilleen kuin työntekijöille. Näin ollen myös omaisten kautta tuleva tieto on tärkeätä ja omaiset halutaan muutenkin pitää mukana toiminnassa. He saavat osallistua retkille ym. ohjelmaan sekä vierailta talossa myös ”kaikkien” vieraina yhteisissä tiloissa.

Kaupunki on kilpailuttanut kolmivuorohoitoa tarjoavat hoitopaikat. Kaksivuorohoitoa tarjoava hoitokoti ei ole osallistunut tarjouskilpailuun, vaan kaupunki ostaa heiltä asukaspaikkoja tarpeen mukaan. Tähän mennessä tarvetta on ollut niin, että hoivakodin paikat ovat täynnä.

Aktiivinen omasta toiminnasta ja tilanteesta tiedottaminen viranomaisiin päin on tärkeitä. Vaikka tiedonvälitys on pitkälti yksisuuntaista, on se koettu hyväksi molemmiin puolin. Hoivakoti kertoo toiminnasta ja kuulumisista säännöllisesti kunnan suuntaan. Tiedottaminen ei ole kaavamaista tai sinänsä virallista, vaan tapahtuu virkamiehiä tai päättäjiä kohdattaessa tai vaikka sähköpostilla. Tiedotus ja dokumentointi auttavat tilanteissa, jolloin omaisten ja hoivakodin välillä on ollut näkemuseroja annetusta hoidosta. Samalla tiedottaminen on yrityksen markkinointia suurimman asiakkaansa eli kunnan suuntaan. Hoivakoti tunnetaan ja sen laatu sekä työtavat ovat tuttuja niille, jotka päättävät asiakkaiden sijoituspaikoista.

Kuinka raha liikkuu? Asukas maksaa hoivakodille vuokran sekä kunnalle hoitomaksun (karkeasti 35 % asiakkaan nettotuloista). Hänellä on mahdollisuus saada Kelalta asumistukea sekä hoitotukea. Yrittäjä laskuttaa kunnalta hoitopäivämaksun kokonaisuudessaan. Yrityksen rahoitus tulee kunnan maksamista hoitopäivämaksuista sekä asukkaiden vuokrista.

Yritystoiminnan näkökulma: Yritys toimii periaatteella, että hoitajia on läsnä vain päiväaikaan. Tämä keventää kustannuksia, mutta rajaa samalla asiakaskuntaa.

PIENI HOIVAKOTI, KOLMIVUOROHOIDO -TOIMINTAFILOSOFIA / SUOMI

Lähtökohta: Tarjoaa asukaspaikkoja vanhuuden heikentämille tai muuten yöhoidon tarpeessa oleville. Kun kotona ei enää pärjää tai siellä olo on turvatonta, on hoivakoti yksi vaihtoehto.

Toteutus: Hoivakoti tarjoaa ympärivuorokautista hoivaa kuuden työntekijän voimin (koulutuksilla lähihoitaja, sosionomi, geronomi, sairaanhoitaja). Yrittäjät ovat aiemmin työskennelleet kunnallisella puolella ja päättivät ryhtyä yhdessä yrittäjiksi kaupungin vuokratiloihin. Kyseessä on keskikokoinen kunta.

Yksikkö on asukkaille koti ja he voivat osallistua kodinomaisesti toimintaan omien kykyjensä mukaan. Monet asukkaista ovat virkistyneet, kun ravitsemus ja lääkitys ovat säännöllistyneet ja ehkä parantuneet ja sosiaalinen elämä on vilkastunut. Pääsääntöisesti asukkaiden tulee olla yhden ihmisen autettavia, poikkeuksena sairaustapaukset.

Toiminnan malli on yrityksessä rakennettu sellaiseksi, joka on omistajiensa toimintafilosofian mukainen. Yrittäjinä he saavat toteuttaa omaa näkemystään hyvästä hoivasta. Yksikön toiminta muotoutuu asiakkaiden tarpeiden mukaiseksi. Tästä syntyvät kodinomaisuus, tunnelma ja asiakkaat huomioiva kokonaisuus ovat yrityksen kilpailuvallit.

Maksut: Asukas maksaa hoitomaksun kunnalle/kuntayhtymälle, vuokran ja ruuan yrittäjälle. Asukas voi saada Kelalta hoitotukea ja asumistukea.

Yrityksen rahoitus muodostuu kunnan maksamista hoitopäivämaksuista sekä asukkaiden maksamista ruuasta ja vuokrasta. Tällä mallilla toimivia yrityksiä voitaisiin kutsua julkisen sektorin alihankkijoiksi ja samalla yhden, kokonaisvaltaisen palvelun tuottajiksi. Yritys toimii hyvin paljon samalla logiikalla kuin julkisen sektorin toimijat. Malli voi olla varsin toimiva, mutta riskialtis.

Yritystoiminnan näkökulma: Yrityksellä on selkeä toimintakonsepti. Asiakkaat tulevat kuntayhtymien ja kuntien kautta määräaikaisen sopimuksen mukaisesti. Yksittäinen kunta on usein ainut maksava asiakas. Tämä kasvattaa yrityksen riskiä – entä jos kunta lakkaa ostamasta hoivakodin paikkoja? Tämänkaltaisia yrityksiä on paljon, mutta vielä on palveluille ollut riittävästi kysyntää.

3.4 Sektorit ylittävä yhteistyö ja verkostoitunut palvelu

Yksittäisellä yrityksellä on rajalliset mahdollisuudet palvelutarjonnan laajentamiseen. Kotiin tarjottavien hoiva- ja hoitopalveluiden kirjo on melkoisen laaja yhden yrityksen hoidettavaksi. Verkostoitumalla voidaan saavuttaa huomattavia hyötyjä. Iäkkään ihmisen ei ole välttämättä enää helppo etsiä tai löytää avun tarjoajia. Eri palveluntuottajilta tulevat laskut ovat myös hankalia. Yritykselle on siis etua, mikäli se pystyy toimimaan verkostossa, joka näyttää asiakkaan suuntaan yhdeltä palvelukokonaisuudelta. Kilpailuetua haetaan myös muun yhteistyön, kumppanuuksien tai toimintojen yhdistämisen avulla.

Toiminta eri sektoreiden rajat ylittävällä tavalla on joillakin aloilla jo tuttua, kun taas toisaalla sitä vielä opetellaan. Suomessa on melko selkeä ero ammattityön ja vapaaehtoistyön työnjaon välillä, eikä vapaaehtoistyön tekeminen vanhustenhoidon parissa ole niin yleistä kuin muissa tarkastelemissamme maissa. Vapaaehtoistyön koordinointi ja ohjaus vaativat aikaa, mutta tulos on myös palkitsevaa.

KOTIPALVELUT YHTEISKUNNALLISENA YRITYKSENÄ / SUOMI

Lähtökohta: Kotipalveluita tarvitsevat useat eri ryhmät, esim. ikäihmiset ja lapsiperheet. Yhteiskunnallisena yrityksenä toteutettu kotipalvelu osallistuu samalla paikallistalouden ja -yhteisön aktivointiin, kun osa yrityksen voittovaroista palautetaan takaisin tukemaan lähiyhteisöjen toimintaa.

Toteutus: Toiminta on lähtenyt liikkeelle aktiivisesti toimivista asukasyhdistyksistä, jotka tuottivat vapaaehtoisvoimin erilaisia siivous- ja talonmiespalveluita. Edullisille palveluille oli kysyntää ja toiminta kasvoi. Työtä ei voinut enää tehdä vapaaehtois pohjalta, jolloin päädyttiin kehittämään yhteinen yritys 13 asukasyhdistyksen ja kaupungin kanssa. Jokainen omistajajäsen omistaa yhtä suuren osan yrityksestä eli 1/14. Yhteiskunnallinen yritys toimii paikallistalouden moottorina. Yrityksen voittovaroista noin puolet palautetaan asukasyhdistyksille (omistajille), jotka voivat käyttää varat toimintansa ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Yhdistykset tarjoavat erilaista aktivointia ja toimintaa alueidensa asukkaille.

Yritys oli haastatteluhetkellä pyörinyt vuoden ja toiminta oli vasta vakiintumassa. Tavoitteena on saada tulevaisuudessa työllistettyä yritykseen myös pitkäaikais-työttömiä ja vajaakuntoisia. Yrityksen omistajatahot muodostavat verkoston. Verkoston avulla hyvin moni alueen asukkaista voi kokea yrityksen ikään kuin omakseen. Aktiiviset asukasyhdistykset auttavat alueensa asukkaiden hyvinvoinnin tukemisessa. Hyvinvoivat asukkaat ovat tietenkin myös kaupungin etu.

Yritystoiminnan näkökulma: Yritystoiminta ja palvelut pyörivät täysin markkinaehtoisesti. Palveluiden hinta vaihtelee 30–41€ välillä, kotipalvelun hinta on edullisempi kuin kotisairaanhoidon. Siivouspalvelua on mahdollista ostaa myös kaupungin myöntämällä palvelusetelillä. Yhteiskunnallisen yrityksen kautta voidaan olla mukana ratkaisemassa erilaisia yhteiskunnallisia ongelmia ohjaamalla osa voitontuotosta niiden ratkaisemiseen. Jos yritystoiminta ja voiton tuottaminen sosiaali- ja terveysalalla arveluttaa, voi yhteiskunnallinen yrittäjyys olla vaihtoehto.

KOTIAPU, -HOITO JA -SAIRAANHOITO / SUOMI

Lähtökohta: Yritys tuottaa kotona asumista tukevia palveluita. Palveluiden kirjo on laaja, se käsittää kotiavun ja kotisairaanhoidon lisäksi kodin pienet korjaustyöt sekä ympärivuorokautisen hoitopäivystyksen. Esimerkiksi lamppujen vaihdot, lumityöt tai ruohon leikkaaminen tapahtuvat samalla käynnillä. Ajatuksena on kokonaisvaltaisen arjen avun antaminen samojen, tuttujen ihmisten toimesta.

Toteutus: Yrityksen työntekijät tekevät hallintoa lukuun ottamatta kaikkia töitä. Työnkuva on monipuolinen: hoivan ja hoidon toimien lisäksi myös kodin muut avuntarpeet, vaikkapa pienet korjaukset ja asennukset. Yrityksessä työskentelee niin sairaanhoitajia kuin lähihoitajiaakin. Avun tarve määritellään asiakkaan ja tarpeen vaatiessa myös omaisten kanssa.

Valtavirran kotipalveluyrityksistä tämä yritys eroaakin juuri monipuolisen palvelutarjontansa avulla. Yrityksen perustaja on aikoinaan katsonut oman omaisen seikkailua palveluviidakossa ja haluaa nyt yrityksenä toimesta tarjota laaja-alaista palvelua. Osa hyvää palvelua ovat myös pysyvät työntekijät, jotka tulevat nopeasti tutuksi asiakkaalle ja päinvastoin.

Toimintaa on kehitetty tekemisen ohella. Kotihoidossa ja kotisairaanhoidossa näkee monta pikkujuttua, joissa tarvitaan apua. Yrityksen valtti on se, että nämä asiat voidaan korjata. Jos vaikkapa asiakasta pestäessä huomataan tukikahvan puute, yritys voi sen siihen asentaa. Näkemys on kokonaisvaltaisempi kuin kapean palvelutarjonnan yrityksissä. Yritys toimii keskiuudessa kaupungissa. Se on rajannut palvelusäteensä selkeällä kilometrimäärällä.

Yritystoiminnan näkökulma: Yritysidean mukaisesti palvelutarjonta on määriteltä arjen auttamisen kautta, sitä ei ole lohkottu pieniksi paloiksi. Erona moniin muihin on juuri monipuolisuus. Yritys hinnoittelee palvelunsa ja myy samalla hinnalla palvelut niin yksityisille asiakkaille kuin myös julkisen puolen asiakkaille. Mitään erityisiä sopimuksia kaupungin kanssa ei ole, vaan kaupunki ostaa palveluita asiakkailleen tarpeen niin vaatiessa.

APUA PÄIVITTÄISEEN ELÄMÄÄN / SAKSA

Lähtökohta: Aktiivisen elämän elämiseen tarvitaan apua, jota kotihoito ja kotisairaanhoido eivät anna. Yrityksen kautta saatava apu ei vaadi hoito-/hoiva-alan koulutusta. Yrityksen ja järjestön välille on tehty toimintamalli, jonka avulla myös vähävaraiset voivat saada apua.

Toteutus: Yritykseltä voi ostaa apua kiinteään tuntihintaan. Tarjolla on hyvin monen laatuista palveluja esim. muutot lähialueella (muuttofirmat usein kantavat laatikot sisään, mutta eivät pura laatikoita tai asettele huonekaluja paikoilleen), virastoasioinnit, kotitaloustyöt, saattamiset, tietotekniikan kanssa toimiminen, pienet korjaustyöt, asunnon, kasvien ja eläinten hoitaminen loma- tai sairaalajakson aikana, virastoasioinnit, dokumenttien ja paperitöiden hoitaminen, vapaa-ajan toiminta ja dementoituneen hoitaminen muutaman tunnin jaksoissa (hoitavan omaisen asioinnin tms. ajan).

Yrityksellä on yksi kontaktinnumero, josta kaikki palvelut saa tilata. Yritys on verkostoitunut ja saattaa organisoida apua myös esim. Punaisen Ristin, vähävaraisia auttavan järjestön tai toisen yrityksen kautta. Asiakas saa palvelunsa kuitenkin yhdestä numerosta. Yritys myös etsii sopivia ammattilaisia tekemään sellaisia töitä, mitä sen palveluvalikoimaan ei kuulu.

Yksi yrityksen erikoisuus on sen toimiminen yhteistyössä järjestön kanssa. Yrityksen toimialueella Saksassa tuloerot ovat tuntuvia. Kaikilla avun tarvit-sijoilla ei ole varaa avun hankkimiseen yksityiseltä sektorilta. Yrityksen kanssa kiinteässä yhteistyössä toimii järjestö, joka kerää lahjoitusvaroja. Näillä varoilla kustannetaan apua henkilöille, jotka sitä tarvitsevat, mutta joilla ei ole varaa sitä muuten hankkia.

Yritystoiminnan näkökulma: Yritysveloittaa asiakasta (tai järjestöä) 20–25 euroa/h riippuen työn sisällöstä. Auton matkakorvaus on 30 snt/km. Pienillä paikka-kunnilla maksukykyistä asiakaskuntaa ei ole tarpeeksi, mutta suuremmilla paikkakunnilla voisi olettaa kysyntää olevan.

OHJATTU SENIORIASUMINEN / SUOMI

Lähtökohta: Estää yksinäisyyttä ja syrjäytymistä. Ylläpitää toimintakykyä sekä keskittyy elämiseen sairastamisen sijaan. Suunta on ulos ja osallistumaan. Pää-määrinä ovat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen sekä omien voimavarojen aktiivinen käyttö. Useat seniorit asuvat yksin. Sairauden iskiessä on uhka yhteiskunnasta erakoitumiseen ja sairaala/terveyskeskus-kierteeseen. Toimintakyvyn ylläpitämisen ja aktiivisen elämän avulla voidaan lykätä kalliiseen institutionaaliseen hoitoon joutumista.

Toteutus: Lähtökohtana on 17 asuntoa käsittävä esteetön vuokratalo. Asukkaat asuvat normaalisti vuokra-asunnoissaan ja maksavat vuokran. Vuokralaisten valintaan osallistuu vuokranantajan ohella myös sosiaali- ja terveystieteiden edus-taja. Kyse ei ole palvelutalosta vaan normaalista vuokra-asumisesta. Asukkaat voivat ostaa sinne tarvitsemiaan palveluita (mm. kotihoito, ateriapalvelut).

Vanhustyön ohjaaja rohkaisee asukkaita toimimaan itsenäisesti ja pitämään yllä toimintakykyä. Ohjaaja on paikalla pääsääntöisesti arkipäivisin. Ohjaajan tehtäväkuva on hyvin monipuolinen. Siihen kuuluvat palvelunohjaus, rohkai-seminen, aktivoiminen, toimintojen suunnittelu ja organisointi, yhteisöllisyyden ja ryhmätoiminnan luominen. Ohjaaja myös pystyy havainnoimaan tuttujen asukkaiden voinnissa tapahtuvia muutoksia ja tarttumaan akuutteihin asioihin.

Talosta yksi asunto on remontoitu toimistoa ja yhteistä käyttöä ja toimintaa varten. Yhteisissä tiloissa kokoontuu eri piirejä (runo- käsityöpiirit, liikunta-, peli-, luku- ja tarinatuokiot, vierailut, muistijumppa, musiikki ym.) sekä vietetään yhteisiä hetkiä vaikkapa nimi- ja syntymäpäivien merkeissä. Muutenkin tilan-käyttöön on kiinnitetty huomiota. Talosta löytyviä kaiteita ei käytetä ainoastaan liikkumisen apuna vaan myös apuvälineinä liikuntatuokioissa ja tasapaino-

harjoittelussa. Tasapainoharjoittelu ja tasapainon mittaukset ovat tärkeitä toimintakyvyn ja onnettomuuksien ehkäisemisen kannalta. Harjoittelulla onkin saatu aikaan erinomaisia tuloksia. Mielenkiintoinen on myös esimerkki kukka-kaupan kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Seniorit aukovat lehtiä kukkakaupalle, saavat tekemisen ja käsijumpan palkkioksi ympäri vuoden tuoreita kukkia. Toimintaa järjestetään hyvin laajan verkoston kanssa yhdessä. Yhteyksiä on useisiin yhdistyksiin, seurakuntaan, kunnallisiin palveluihin sekä yrityksiin.

Vaikka talo on jo alun perin rakennettu esteettömäksi, on arjen toimivuuden kannalta tarvittu vielä paljon pieniä asioita: sähköisesti avautuvat ovet, luiska ovelle, kaiteita, roskalaatikoiden sijoituspaikkojen tarkastaminen, jotta oma-toiminen roskapussin vieminen onnistuu.

Toimintaa on kehitetty pikkuhiljaa, asukkaiden ja vanhustyön ohjaajan keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Ryhmäytyminen ja aktiivinen toiminta arjessa ovat tulleet mukaan pikkuhiljaa. Toiminnassa on kokeiltu kaikenlaista, joku toimii, joku toinen ei. Osa asukkaista oli "autettu avuttomaksi" ja heidän aktivoimisensa ja omaan kykyihinsä luottamaan saaminen on ollut haasteellista, mutta palkitsevaa.

Kuinka raha liikkuu? Asukas maksaa vuokran. Lisäksi hän voi ostaa esim. koti- tai ateriapalveluita, mikäli tarpeen. Asukas voi saada Kelalta tukia (esim. asumis- ja hoitotuki). Retkistä, ostosmatkoista, teatterista ym. toiminnoista tulevat kulut maksaa jokainen itse. Sosiaali- ja terveystieteiden piiri maksaa vanhustyön ohjaajan palkan kokonaisuudessaan, siitä ei peritä mitään asiakasmaksuja.

Yritystoiminnan näkökulma: Liiketoimintaa mallissa on varsinaisesti asunnon vuokraus. Senioriasumisen lisääntyessä voi hyvin olla mahdollista, että esim. geronomit toimisivat ohjaajina ja tarjoaisivat palvelujaan yhteisöille, esimerkiksi yhden kerrostalon asukkaille. Tehtäväkenttänä olisi niin asukkaiden aktivointi kuin yhteisön rakentaminen ja mahdollisten ongelmien ratkominen. Asumisen organisointi tällä tavoin tuottaa mahdollisuuksia monenlaisille oheispalveluille ja yritystoiminnalle. Esimerkiksi hyvinvointialojen yrittäjille (laaja-alaisesti ymmärrettynä). Myös palveluohjaukselle, kiinteistöalan toimijoille ja muille pienyrittäjille. Palvelut voidaan ostaa joko suoraan pienyrittäjiltä tai isomman verkostoa hallinnoivan yrityksen kautta.

Erityishuomioita: Ohjatusta senioriasumisesta tulee vuokra- ja työvoimakustannuksia. Samalla se auttaa asukkaiden elämänlaadun ja toimintakyvyn hyvänä pitämisessä. Näin ollen toiminta kokonaisuudessaan on yhteiskunnalle kannattavaa, sillä se ehkäisee liian aikaista laitostumista.

VERKOSTOITUNUT HOIVAPALVELU / SUOMI

Lähtökohta: Yritys tuottaa kotiin vietäviä hoivapalveluja. Kantavana ajatuksena on, että asiakas saa kaiken tarvitsemansa avun samasta paikasta.

Toteutus: Yrityksellä on omalla palkkalistalla lähihoitajia, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä lääkäri. Nämä ammattilaiset tuottavat kotihoidon, -sairaanhoidon ja -palvelun. Yrityksestä voi lisäksi tilata paljon muitakin arjen elämää helpottavia palveluita, kuten ateriapalvelun, siivouksen, jalkahoidon, turvapalvelut, pyykkihuollon. Vaikka kaikki palvelut tilataan ja laskutetaan yhdestä paikasta, on taustalla tuottajien verkosto. Hoivapalveluyrittäjä valikoi verkostoyrityksiksi samalla arvopohjalla toimivia yrityksiä. Johdon roolina ovat organisointi ja vastuun jakaminen oikeille tahoille.

Yritys hyödyntää teknologisia apuvälineitä, jotta aikaa säästyy enemmän varsinaiseen työhön. Esimerkiksi työnohjausjärjestelmästä näkee suoraan, missä työntekijät liikkuvat, minkä aikaa he ovat olleet asiakkaan luona sekä saadaan hoitajien raportit kotikäynneistä. Järjestelmä palvelee samalla myös laskutuksen tukena, sillä huonomuistiset asiakkaat eivät välttämättä muista lainkaan, että heidän luonaan on käyty.

Asiakkaalle nimetään aina omahoitaja, joka katsoo, että palvelut lähtevät asiakkaan omista tarpeista. Yritys hyödyntää paljon kotitalousvähennystä ja Kela-korvausta. Näiden asioiden hoitaminen vaatii hyvää kykyä asioiden hoitamiseen. Kaikilta asiakkailta raha-asioiden hoitaminen itsenäisesti ei onnistu. Omahoitajan ja omaisen kanssa sovitaan myös, kuka hoitaa asiakkaan tuki- ja raha-asiat.

Yritys on laatinut itselleen palvelutakuun. He lupaavat toimittaa palvelun 4–6 tunnin sisällä tilauksesta. Tämä on mahdollista siten, että sairaanhoitaja ja lähihoitaja, jotka varsinaisesti ovat sinä päivänä toimistotehtävissä, lähtevät tarvittaessa asiakaskäynnille. Tällä järjestelyllä pystytään koko ajan pitämään työntekijöitä ikään kuin reservissä. Lisäksi yritys toteuttaa kaksi kertaa vuodessa sekä asiakastytyytyväisyys- että työtyytyväisyyskyselyn.

Yritys on koonnut aktiivisista kiinnostuneista asiakkaista asiakasraadin. Raati pohtii asiakkaiden tarpeita ja palvelujen vastaamista nykytarpeisiin. Yrittäjä saa raadilta arvokkaita mielipiteitä; monesti yrittäjällä on ollut eri ajatuksia sen suhteen, millaisia palveluiden tulisi olla. Asiakkaille riittää usein yksinkertaisemmat ja arkisemmat palvelut.

Yritystoiminnan näkökulma: Asiakas maksaa ostamistaan palveluista. Osa maksusta voi tulla palvelusetelin, avustuksen tai tuen muodossa. Yrittäjän osaamista on se, että tuntee erilaisten tukien, verovähennysten ja avustusten viidakon. Asiakkaan kanssa katsotaan aina, onko kaikki sellaiset tuet haettu, joihin hän on oikeutettu.

Yrityksen toiminta rahoitetaan kokonaisuudessaan asiakasmaksuilla. Kustannustason nousuun on varauduttava edellisen vuoden lopulla tai viimeistään heti vuoden alussa. Yrityksen hintataso on alan sisällä korkeammasta päästä, sitä perustellaan etenkin palvelun nopealla toimituksella ja laadulla. Hinnoittelu on myös läpinäkyvää. Kiinnostuneille hinnan koostumus puretaan auki ja näytetään kuinka se muodostuu.

Erityishuomioita: Yritys on kokenut ydintoimintansa onnistuneeksi. Ketteryys ja nopea reagointi ovat perusajatuksia ja yrittäjä kokee, että ne asiat katoavat suurissa yrityksissä. Yritys on kasvuhaluinen, mutta haluaa säilyttää pienen yrityksen edut, joten kasvu on toteutettu franchising-mallin kautta. Tällä hetkellä Suomessa on useita yrittäjävetoisia yksiköitä, lisäksi yksiköitä on jo olemassa sekä perusteilla ulkomailla.

KUMPPANUUSMALLI / SAKSA

Lähtökohta: Sairasvakuutusyhtiö haluaa laajentaa sellaista palveluntuottajien verkostoa, jonka laatuun ja tarjontaan se voi luottaa. Yhteistyö on avoin sekä suurille että pienille yrityksille.

Toteutus: Sairasvakuutusyhtiö tarjoaa asiantuntemuksensa yritysten käyttöön. Yritys voi päättää, kuinka kiinteästi haluaa sitä hyödyntää. Joko se voi jatkaa ulkoisesti kuten ennenkin, liittyy tarjolla olevan brändin osaksi markkinointia tai muuttaa yrityksen kokonaan brändin alle. Yritys voi vapaasti päättää, kuinka kiinteästi se haluaa brändin alla toimia. Se voi ottaa tarjonnasta sen verran käyttöönsä, mitä kokee tarvitsevansa (asiantuntija-apu, ohjelmistot, käsikirjat, laskelmat, analyysit jne.).

Sairasvakuutusyhtiö tavoittelee tällä tavalla sitä, että voi suositella asiakkailleen yrityksiä, joista tietää tarvittavien palveluiden olevan laadukkaasti saatavilla. Yhtiö lupaa asiakkailleen palvelua 24 h sisällä, joten mitä useampi palvelun tarjoaja on olemassa, sitä paremmin tämä lupaus on lunastettavissa. Vakuutusasiakkaat kysyvät yhä useammin, mitä yrityksiä sairasvakuutusyhtiö suosittelee. Lisäksi näkyvyys lisääntyy, kun muita yrityksiä toimii yhtiön brändin alla.

Yritys puolestaan saa markkinointietua sekä asiantuntija-apua. Brändin avulla pienellekin yritykselle voi aueta uusia ovia eli lääkäreitä, sairaaloita ja klinikoita kumppaneiksi. Asiakas puolestaan saa helpommin tietoa siitä, millaisia yrityksiä markkinoilla on ja tietää, että brändin alla toimivat yritykset täyttävät tietyt laatuvaatimukset. Toimintamallia tarjoillaan sekä markkina-asemansa jo vakiinnuttaneille yrityksille, että uusille yrityksille tai yrittäjiksi haluaville.

Liittyvä yritys tekee ensin kolmen vuoden sopimuksen. Kolmen vuoden aikana nähdään, onko kumppanuudesta hyötyä yritykselle. Lyhyemmällä aikajaksolla on vaikea nähdä, johtuvatko muutokset kumppanuusmallista vai jostakin muusta. Tämän jälkeen kumppanuuslisenssiä voi haluttaessa jatkaa vuoden kerrallaan.

Yritystoiminnan näkökulma: Yritys maksaa sairausvakuutusyhtiölle kertakorvauksena 7 000 euroa sekä kuukausittain 250–500 euroa sen mukaan, kuinka paljon palveluita käytetään. Suomalaisessa toimintaympäristössä voisi kuvitella, että olisi yritys, joka huolehtisi liiketaloudellista johtamista pienten hoiva-yritysten puolesta. Eli olisi jaettu johtajuus – päivittäiset toiminnot yksikössä ja toisaalta liiketalouden hallinto sen alan ammattilaisten käsissä.

Erityishuomioita: Palveluiden hinnoittelu on Saksassa pitkälti laissa määrätty. Brändin alla toimivat yritykset, eivät siis kilpaile niinkään hinnoilla, vaan markkinaosuuksilla. Heidän etunaan on voittaa uskollinen asiakaskunta, jonka maksajana joku sairaskassa toimii.

ASUMISPALVELUYKSIKÖN AVAAMINEN YHTEISÖLLE / ITÄVALTA, HOLLANTI

Lähtökohta: Ympäröivän yhteisön saaminen mukaan asumispalveluja tuottavan yksikön toimintaan tuo vireyttä molempiin. Asumispalveluyksikkö saa vapaaehtoisia mukaan työskentelyyn ja yhteisö palveluntarjoajan. Yksikkö voi tarjota esim. ruokailupaikan ympäristön ikäihmisille tai pelialueen pihallaan.

Toteutus: Itävallassa ja Hollannissa vapaaehtoistoiminta kuuluu osana elämäntapaan. Vapaaehtoisia kuitenkin myös houkutellaan aktiivisesti. Erään hollantilaisen asumispalveluyksikön yhteydessä oli vapaaehtoisten hoitama puutarha, petankkikenttä sekä pieni kotieläinaitaus. Vapaaehtoisia motivoi vastapalveluksena saatu lupa pelata biljardia yksikön hienolla biljardipöydällä, puutarhan antimet, joita sai ottaa myös itselle, petankin peluu mukavassa ja suojaisessa pihassa sekä mahdollisuus käydä katselemassa ja hoitamassa eläimiä lasten kanssa vaikkapa kauppareissulla.

Monilla vapaaehtoisilla asuu omainen yksikössä, mutta ei kaikilla. Paikallinen biljardiseura on ottanut käyttännöksi, että koska he saavat käyttää hyvää pöytää, edellyttävät he jäseniltään pientä vapaaehtoistyön tekemistä yksikön hyväksi.

Vapaaehtoistoimintaa on myös tarjolla monenlaista. Puutarhatyöt, asukkaiden luona vierailu tai kävelyttäminen, eläinten hoitaminen tai pihan kunnostus sopivat hyvinkin erilaisille ihmisille. Jokainen voi löytää oman mielenkiintonsa kohteen.

Paikkaa myös tehdään tutuksi järjestämällä yksikön ravintolassa alueen yhdistysten kokouksia ja tapahtumia. Näin asukkaat näkevät ikkunoistaan toimintaa ja muille paikallisille paikka tulee läheisemmäksi.

Itävallassa puolestaan oli aluksi projektin avulla panostettu 50+ -ikäryhmän toimintaan. Toimintaa on alkuun saamisen jälkeen jatkettu täysin vapaaehtoisesti, kunnallinen päiväkeskus tarjoaa kokoontumistilat. Toiminnassa mukana olevia kiinnostaa enemmän porukalla tehtävät hiihto- ja patikointiretket, mutta samalla osa heistä jää vapaaehtoisiksi keskuksen toimintaan. Toisaalta toiminnalla halutaan aktivoida ikääntyvää väestöä ja tukea heidän hyvinvointiaan.

Yritystoiminnan näkökulma: Vapaaehtoistyössä rahaa ei liikutella kuin ehkä tarvikkeiden ostamisen muodossa, eikä se ole yrittäjyyttä. Kuitenkin yksiköt voivat tavallaan markkinoida itseään edistämällä vapaaehtoistoimintaa.

Erityishuomioita: Hollannissa on ns. naapurustomalli laajalti käytössä. Palveluntarjonta lähtee naapuruston palvelemisesta, auttamisesta, sitouttamisesta, vastavuoroisuudesta.

HALLINNOLLISTEN TOIMIEN YHDISTÄMINEN / HOLLANTI

Lähtökohta: Hollannissa on kova kilpailu hoivan- ja hoidontuottajien kesken. Hintakilpailu asiakkaan suuntaan ei ole mahdollista, sillä vakuutusperusteinen järjestelmä sanelee hintatason määrittämällä korvauksien suuruuden. Yksi säästökohde hoivan tarjoajilla on hallinnollisten toimien yhdistäminen (Holding-yhtiöllä).

Toteutus: Säätiönä toimiva asumis- ja hoitopalveluja tuottava humanististen periaatteiden mukaisesti toimiva yksikkö sekä katolisen kirkon ylläpitämä lääkäri-asema sijaitsevat lähekkäin. Vaikka ruohonjuuritason periaatteet poikkeavat monella kohtaa toisistaan (humanistinen ja katolinen), ovat yksiköt yhdistäneet hallintoaan. Heillä on yksi yhteinen johtaja sekä molemmilla osapuolilla oma operatiivinen johtaja. Talous- ja henkilöstöhallinto toimivat yhteisesti, mutta

kumpikin osapuoli vastaa omasta päivittäisestä toiminnastaan. Näin ollen erilaiset periaatteet eivät vaikuta yhteistyöhön.

Kuinka raha liikkuu? Malli on onnistunut tuomaan säästöjä, sillä keskivertohinta yleiskustannuksille vastaavissa yksiköissä on 15 %, kun näissä yksiköissä on päästy 8 %:iin.

HOTELLIPALVELUT SENIOREILLE / ITÄVALTA

Lähtökohta: Ikääntyneille lomailijoille sekä kuntoutukseen ja hoitoihin tulijoille halutaan tarjota kotoisa ja turvallinen ympäristö. Asiakkaiden sitouttaminen kilpailuilla markkinoilla on hyvin tärkeätä.

Toteutus: Hotellissa on selkeästi kaksi erilaista sesonkia. Talviturismi perustuu hiihtäjiin ja kesäaika terveysturismiin. Hotellissa on panostettu asiakkaiden sitouttamiseen. Asiakkaita puhutellaan nimellä, he ovat hotellin omistavan perheen vieraita ja vieraitahan toki autetaan, mikäli apua ”huonon päivän” tullen tarvitsee.

Hotelli tarjoaa paketteja, joihin kuuluu majoitus sekä hoitoja. Asiakas maksaa hinnan yhdellä kertaa ja hotelli hoitaa maksut eteenpäin kuljetuksista vastaavalle, hoidot antavalle sekä kuntoutuksen järjestävälle osapuolelle. Lisäksi tarjolla on myös erilaisia retkiä, konsertteja ym. toimintaa, joiden kulut lisätään hotellilaskuun. Retket on suunniteltu niin, että eri kuntoiset osallistujat pääsevät mukaan. Vaelluksella halukkaat kävelevät päämäärään ja heikosti liikkuvat viedään autolla. Retkikohteessa kaikki viettävät aikaa ohjelman merkeissä yhdessä syöden ja jutustellen.

Puolihoitoon kuuluu aamiainen sekä ruokailu. Ruokailuun kuuluu salaatti, keitto, pääruoka sekä jälkiruoka. Ajatellen iäkästä kohderyhmää, siinä on paljon syötävää. Hotellin erikoisuus on, että asiakkaat saavat aamupalalla paperin, jossa kerrotaan päivän pääruoan vaihtoehdot. Asiakas kirjaa tai ilmoittaa tarjoilijalle, haluaako syödä ruoan lounaalla vai päivällisellä vai haluaako mahdollisesti syödä vaikkapa salaatin ja keiton lounaalla ja pääruoan sekä jälkiruoan päivällisellä (yhdistely on vapaata).

Hotellin alakerrassa on hoitotiloja, joissa osa paketteihin kuuluvista hoidoista annetaan. Näin ollen heikosti liikkuvien asiakkaiden ei tarvitse kulkea kauaksi. Hotelli myös järjestää kuljetukset kauempaan annettaviin hoitoihin.

Asiakkailla ja hotellilla löytyy hyvin pitkiä asiakassuhteita, jopa 40 vuotta kestäneitä. Kun paikka ja ihmiset ovat tuttuja, myös heikommassa terveydentilassa on helpompi lähteä reissuun. Hotellivierailta on myös tiettyjä ajankohtia, milloin he tulevat, ja näin ollen he tapaavat vuodesta toiseen samoja ihmisiä lomallaan; harrastavat ja pelailevat heidän kanssaan. Henkilökohtaista asiakassuhdetta vaalitaan mm. joulun- ja syntymäpäivätervehdysten avulla.

Kuinka raha liikkuu? Sairasvakuutus korvaa joitakin hotellipakettiin liittyviä hoitoja. Vakuutusten korvauspolitiikka on kiristynyt ja nyt hoitoja ei enää korvata yhtä helposti. Asiakas maksaa hotellille, joka puolestaan huolehtii maksut edelleen yhteistyökumppaneilleen.

3.5 Koonti hyvistä käytännöistä

Taulukko 1. Koonti hyvistä käytännöistä.

YKSILÖLLISTÄ APUA HAASTAVIIN ELÄMÄNTILANTEISIIN

	Asiakas	Liiketoiminta/Yritys	Yhteisö/Yhteiskunta
Hoitajien välityspalvelu	<ul style="list-style-type: none"> • mahdollistaa kotona asumisen • jatkuva apu 	<ul style="list-style-type: none"> • tavoittaa markkinat kotipalvelun ja asumispalveluiden väliltä 	<ul style="list-style-type: none"> • asumispalveluiden kysynnän hillitseminen • arvokas ikääntyminen kotiympäristössä • heikkoutena palkkarakojen "valuminen" ulkomaille (hyvin usein)
Coaching – senioreiden ja omaisten valmennus	<ul style="list-style-type: none"> • auttaa elämänhallintaa etenkin muutostilanteissa 	<ul style="list-style-type: none"> • tukea tarvitsevia omaishoitajia (asiakkaita) yhä enemmän 	<ul style="list-style-type: none"> • hyvin voivat yksilöt tukevat yhteisöä ja tarvitsevat vähemmän yhteiskunnan palveluja

	Asiakas	Liiketoiminta/Yritys	Yhteisö/Yhteiskunta
Kotihoidon tukihenkilö/ palveluohjaaja	<ul style="list-style-type: none"> • avun oikea-aikainen saaminen • riittävän laajan avun saaminen • asiantuntija-apu 	<ul style="list-style-type: none"> • tuo lisää asiakkaita • laajempi palveluvalikoima 	<ul style="list-style-type: none"> • riittävä ja oikeaan aikaan saatu apu tukee mahdollisuuksia itsenäiseen asumiseen • henkilökohtaiset verkostot hoidon tukena säästää yhteiskunnan varoja • yhteisöllisyys vahvistuu vastavuoroisessa auttamisessa
Lemmikit	<ul style="list-style-type: none"> • palveluasunto tuntuu enemmän omalta kodilta, kun siellä on tavaroiden lisäksi tuttu lemmikki • vähentää stressaamista 	<ul style="list-style-type: none"> • levolliset asiakkaat, edullinen terapeutin menetelmä 	<ul style="list-style-type: none"> • ”kliinisyys” palveluasumisessa vähenee • vapaaehtoisia voi houkutella mahdollisuus eläinten hoitoon
Ihmiskeskeinen hoitofilosofia	<ul style="list-style-type: none"> • yksilön tahtoa kunnioitetaan ja se huomioidaan 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakastyytyväisyys • työntekijöiden tyytyväisyys, kommunikointi • matala hierarkia 	<ul style="list-style-type: none"> • ihmisen kunnioittava kohtelu • hoidon lisäksi myös hoitoympäristö huomioidaan
Kotiutusketju	<ul style="list-style-type: none"> • tuki akuutista vaiheesta kotiin 		<ul style="list-style-type: none"> • sairaalakierteen todennäköisyys pienenee • sairaalapaikat paremmassa kierrossa

TEKNISET INNOVAATIOT

	Asiakas	Liiketoiminta/Yritys	Yhteisö/Yhteiskunta
Teknologia asunnoissa	<ul style="list-style-type: none"> • lisää itse määräämistä asumisessa • turvallisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • uudet markkinat 	<ul style="list-style-type: none"> • ihmiset pystyvät asumaan pidempään kotona • uusia tapoja yhteisöllisyyteen

	Asiakas	Liiketoiminta/Yritys	Yhteisö/Yhteiskunta
Videoyhteys kotipalvelun tukena	<ul style="list-style-type: none"> hoitajan hyvä tavoitettavuus arjen mielekkyyden lisääntyminen ja yhteisöllisyys 	<ul style="list-style-type: none"> jokapäiväinen kuntoutustuokio parantaa tuloksia kustannussäästöjä 	<ul style="list-style-type: none"> yksilö voi osallistua kotoa käsin erilaiseen toimintaan, lisää osallisuutta
Hoidon tukena käytettävä teknologia	<ul style="list-style-type: none"> turvallisuus rohkaisee omatoimisuuteen 	<ul style="list-style-type: none"> työntekijät voivat olla eri paikoissa, silti konsultoida toisiaan varmistuskäynnit vähenevät, kun asia voidaan hoitaa tekniikan avulla, säästöt erottautuminen markkinoilla 	<ul style="list-style-type: none"> ammattitaitoinen henkilöstö voi keskittyä hoitamiseen, ei valvontaan ympäristönäkökulma

ASUMISEN ERILAISET RATKAISUT

	Asiakas	Liiketoiminta/Yritys	Yhteisö/Yhteiskunta
Yhteisöllinen asuminen	<ul style="list-style-type: none"> turvaa ja seuraa, kuitenkin oma koti osa kustannuksista jaettavissa asukkaiden kesken 	<ul style="list-style-type: none"> palveluita kotiin vievillä yrityksillä suurempi asiakasjoukko yhdessä paikassa 	<ul style="list-style-type: none"> ihmisten omaehtoinen ja vastavuoroinen tuki elämän mielekkyys, aktiivisuus ja osallisuus paremmin hallussa
Pieni hoivakoti -tiedotus	<ul style="list-style-type: none"> maksaja-asiakkaalla (kunta) ajantasainen tieto toiminnasta omaiset tervetulleita kylään ja tapahtumiin 	<ul style="list-style-type: none"> muistuttaa olemassa olostaan eli markkinoi mahdollisia muutoksia helpompi perustella, kun tietoa pidemmältä ajalta toimintatapojen tutuus 	<ul style="list-style-type: none"> omaisten ja asukkaiden kanssakäyminen
Pieni hoivakoti, kolmivuorohoito-toimintafilosofia	<ul style="list-style-type: none"> toiveita kuunnellaan kodinomaisuus 	<ul style="list-style-type: none"> asiakastyytyväisyys kilpailuvaltti asiakkaiden ja työntekijöiden suuntaan tyytyväinen asiakas on helpompi hoidettava 	<ul style="list-style-type: none"> kodin oloja muistuttava asuminen monipuolistaa valikoimaa verorahat jäävät alueelle (paikallisuus)

SEKTORIT YLITTÄVÄ YHTEISTYÖ JA VERKOSTOITUNUT PALVELU

	Asiakas	Liiketoiminta/Yritys	Yhteisö/Yhteiskunta
Kotipalvelut yhteiskunnallisena yrityksenä	<ul style="list-style-type: none"> • palveluja ostaessa auttaa myös omaa yhteisöä • palveluntuottaja lähellä 	<ul style="list-style-type: none"> • yhteisöllisyys markkinointivaltti • kantaa sosiaalista vastuuta (markkinointivaltti) 	<ul style="list-style-type: none"> • osa voitosta tuloutetaan yhteisölliseen tarkoitukseen, hyödyttää paikallistoloutta
Kotiapu, -hoito ja -sairaanhoito	<ul style="list-style-type: none"> • yhdeltä yritykseltä saatavissa laajasti kotona asumista tukevia palveluita • kotona asuminen pitempään 	<ul style="list-style-type: none"> • kyky vastata erilaisiin palveluntarpeisiin • monipuolisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • mahdollistaa kotona asumista
Apu päivittäiseen elämään	<ul style="list-style-type: none"> • vastaa arkipäiväisiin avuntarpeisiin, jotka eivät liity hoitamiseen • arkipäivän toimivuus ja aktiivinen arki sujuvat hoivaan 	<ul style="list-style-type: none"> • markkinarako hoiva- ja hoitoyritysten sekä remontti- ja muuttofirmojen välissä 	<ul style="list-style-type: none"> • mahdollistaa yhteiskunnan täysivaltaisen jäsenyyden ja osallisuuden • yhteistyö eri sektoreiden välillä, julkisen avun tarve lykkääntyy
Ohjattu senioriasuminen	<ul style="list-style-type: none"> • omatoimisuutta tukeva ympäristö • turvallisuus • yhteisöllisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaat tavoitettavissa samasta paikasta 	<ul style="list-style-type: none"> • kevyen tuen avulla asukkaat pärjäävät pidempään kotona • yhteistyö eri yksiköiden kesken luontevoituu
Verkostoitunut hoivapalvelu	<ul style="list-style-type: none"> • palvelut yhdestä paikasta • valinnanvapaus 	<ul style="list-style-type: none"> • laaja tarjonta verkottumalla 	<ul style="list-style-type: none"> • joustava kotona asumisen tukimuoto • säästöt; julkisen avun tarve lykkääntyy
Kumppanuusmalli	<ul style="list-style-type: none"> • mahdollisuus saada suosituksia • tietty laadun taso taattu 	<ul style="list-style-type: none"> • markkinointi • konsultaatio • käsikirjat yms. 	<ul style="list-style-type: none"> • silta yritys- ja järjestö-sektoreiden välillä • useampia vakuuttavia toimijoita markkinoilla

	Asiakas	Liiketoiminta/Yritys	Yhteisö/Yhteiskunta
Asumispalveluyksikön avaaminen yhteisölle	<ul style="list-style-type: none"> vireyttä ja vaihtelua vapaaehtoisten tuomaa lisäohjelmaa 	<ul style="list-style-type: none"> vapaaehtoisten saaminen helpompaa markkinointia ja myyntiä myös tulevalle asiakaskunnalle 	<ul style="list-style-type: none"> lisää palveluja kokoontumispaikka → yhteisöllisyyttä, yhteen kuulumuutta palveluista osallisia nekin, jotka eivät asu siellä
Hallinnollisten toimien yhdistäminen	<ul style="list-style-type: none"> viestii halusta kohdentaa resursseja käyttäjä-asiakkaalle 	<ul style="list-style-type: none"> jää enemmän resursseja ydintoimintaan säästetään yleiskustannuksissa 	<ul style="list-style-type: none"> säästöjä hakemalla yrityksillä paremmat mahdollisuudet menestyä; toiminnan jatkuvuus
Hotellipalvelut senioreille	<ul style="list-style-type: none"> mahdollistaa ikääntyvien matkailun helppo valmispaketti pitkäaikainen asiakassuhde: luottamus ja turvallisuus yhteiskunta korvaa joidenkin pakettiin kuuluvia hoitoja 	<ul style="list-style-type: none"> henkilökohtainen asiakassuhde (luodaan huomionosoitusten avulla) perheyritys: asiakkaat omistajien vieraina 	<ul style="list-style-type: none"> kanta-asiakkuuksien ja hotellin toimintojen kautta muodostuu yhteisöjä

4 YRITTÄJYYSKASVATUS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Tilastot kertovat kasvavasta ikääntyvien määrästä, toimintakyvystä ja taloudellisen tilanteen kehityksestä. Ikääntyville kohdistettavat palvelut tulevat olemaan iso osa koko julkisen sektorin palveluista, joka näkyy jo nyt monilla alueilla työntekijöiden, rahan ja tilojen riittämättömyytenä. Työ- ja elinkeinoministeriön sosiaalialan toimialaraportin julkistamistilaisuudessa (20.11.2012) todettiin, että palveluja ja tuottavuutta on uudistettava, palvelutarpeita hillittävä, työntekijöiden työnkuvaa on fokusoitava ydinosamiseen ja työmuotoja tulee moninaistaa. Sosiaali- ja terveysalan työpaikat ovat rakennemuutoksessa ja valmistuvien ammattilaisten on oltava tietoisia eri vaihtoehdoista.

Ennakointitietoa tuottaneiden hankkeiden mukaan tulevien vuosien ikäihmiset ovat tottuneet käyttämään rahaa erilaisten palveluiden ostamiseen omien valintojen mukaan. He ovat tottuneet olemaan asiakkaita, vertailemaan ja hankkimaan palveluita omiin tarpeisiinsa myös muualta kuin julkiselta sektorilta. (Klusteriennakontihanke 2011; Tulevaisuuden tarpeet Hämeenlinnan seudulla 2011.) Heillä on näkemystä siitä, mitä haluavat ja kuinka haluavat itseään autettavan. Tällä hetkellä Suomesta löytyy muun muassa yksityisiä lääkäripalveluja, fysioterapian, vanhusten asumisen ja kotiavun palveluja. Yritysten tarjoamat palvelut ovat lisävaihtoehto niille, jotka haluavat sellaisia palveluja, joita julkisella puolella ei ole tarjolla tai haluavat palvelun ”omilla ehdoillaan”. He haluavat vaikuttaa vaikkapa palvelun ajankohtaan, sisältöön tai tarjoajaan. Näin yksityisen palvelutuotannon avulla mahdollistetaan laajempi ja monipuolisempi palvelutarjonta sekä lisätään asiakkaan valinnanmahdollisuuksia.

4.1 Yrittäjyysopintojen toteutustapoja Suomessa

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluopetuksessa on huomioitu alan kehittyminen ja uudet haasteet. Yrittäjyyttä on otettu mukaan eri koulutusohjelmiin sekä pakollisissa että vapaasti valittavissa opinnoissa. Opintojen aikana opiskelijat saavat kuulla esimerkkejä oman alansa erilaisten yrittäjien tarinoista ja opiskelevat yrittäjyyden perusasioita. Opinnoissa työskennellään oma-aloitteisesti korostaen sisäisen yrittäjyyden ja moniammatillisen työskentelyn tärkeyttä. On esimerkkejä, joissa perusopintojen jälkeen opiskelijalla on mahdollisuus kehittää omaa yritysideaansa sekä osaamistaan tulevana yrittäjänä henkilökohtaisen opetussuunnitelman mukaisesti.

Hyviä kokemuksia on saatu vapaasti valittavalta opintojaksolta, jossa sosiaali- ja terveysalan, tekniikan sekä liiketalouden opiskelijat muodostavat monialaisia

ryhmiä, ideoivat uudenlaista yritystoimintaa hyvinvointialaan liittyvän asiakas-tarpeen pohjalta ja laativat sille liiketoimintasuunnitelman. Opiskelijoille avautuu monia näkökulmia mahdollisuudesta toimia asiantuntijana yrityksessä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen voi toimia asiantuntijana myös jossakin alan tuotteita suunnittelevassa ja kehittävässä yrityksessä tuoden teknologisiin ratkaisuihin käyttäjälähtöisen näkökulman. Terveysteknologian kehitys tuo uusia mahdollisuuksia ikääntyneille asua pitempään kotona ja liikkua turvallisesti (ks. myös FinnSight 2015, 87). Ammattilaisten monialainen osaaminen, innovatiivisuus ja yhteistyökyky ovat keskeisiä taitoja kehitettäessä uusia ratkaisuja helpottamaan ikääntyneiden arkea. Näitä taitoja pyritään vahvistamaan jo opiskelun aikana. Yrityksen perustaminen tälle alalle tarjoaa mahdollisuuden myös kansainvälisille markkinoille. Esimerkiksi Venäjällä on kasvavia vientimahdollisuuksia kaupallisille hoivapalveluille ja erityisesti vanhusten kotona asumista tukeville välineille. (Venäjä tarjoaa mahdollisuuksia kansainvälistymiseen 2012)

Opiskelijoille halutaan antaa eväitä ammattinsa harjoittamiseen useissa erilaisissa työympäristöissä. Sosiaali- ja terveysalalla yrittäjänä toimiva henkilö tarvitsee usein työkokemusta ennen kuin edes saa perustaa yrityksen. Seuraavaksi esitellään haastattelujen kautta esiin tulleita yrittäjyysopintojen hyviä käytäntöjä.

TYÖELÄMÄN YHTEISTYÖPROJEKTIT / SUOMI

Lähtökohta: Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ei ole aivan helppoa hahmottaa, kuinka yrittäjyys liittyy heidän alaansa. Yhteistyöprojektien avulla on mahdollista harjoitella taitoja, joita yrittäjyydessä tarvitaan.

Toteutus: Yrittäjyyteen liittyvät taidot ja valmiudet ovat yksi yrittäjyyskasvatuksen osa-alue. Todellisesta työelämästä tulevat yhteistyöprojektit motivoivat opiskelijoita oma-aloitteisuuteen, kokeiluihin sekä riskien ottamiseen.

Projekteja toteutetaan työelämän edustajien kanssa yhteistyössä. Opiskelijat saavat ratkaistakseen jonkin todellisen asian tai ongelman. Tämä motivoi enemmän kuin kuvitteellisten tehtävien parissa työskentely. Yrittäjyys tulee esiin enemmänkin sisäisenä yrittäjyytenä, kun opiskelijat itse suunnittelevat, toteuttavat, tekevät virheitä ja ottavat vastuun. Opettajan osa on tärkeä kokonaisuuden onnistumisessa: opettaja irtautuu perinteisestä roolistaan ja toimii enemmänkin valmentajana.

OPINTOTARJONTA / SUOMI

Lähtökohta: Lisätä yrittäjyyskasvatusta sosiaali- ja terveystalouden oppilaitoksissa; innostaa opiskelijoita valitsemaan näitä kursseja. Tällä hetkellä on olemassa joitakin pakollisia kursseja lähes kaikissa sosiaali- ja terveystalouden opinto-ohjelmissa.

Toteutus: Omalta alalta ja saman koulutuksen saaneiden yrittäjien tarinat ovat kiinnostavia. Yrittäjiä kutsuaan luennoille joko puhumaan tai haastateltaviksi. Opiskelijoilla on mahdollisuus tavata elävä esimerkki yrittäjästä sekä kuulla heidän yrittäjätarinansa. Yrittäjä näyttäytyy ”tavallisena ihmisenä” ja kynnys ajatella itseään yrityksessä tai jopa yrittäjänä voi madaltua.

Kaikille yhteisten yrittäjyysopintojen jälkeen selkeästi hahmotettava jatko-mahdollisuus helpottaa vapaavalintaisten yrittäjyysopintojen valintaa. Yrittäjyyspolku haarautuu kolmeen: yksi polku niille, jotka haluavat valmistuttuaan hakeutua toisen palvelukseen. Yrittäjyysopintoja ei tarvitse ottaa enempää, jos ei halua. Toinen polku vie vapaavalintaisten opintojen kautta tutustumaan lisää yrittäjyyteen. Opiskelija voi valita kursseja vapaavalintaisten opintojen tarjottimelta. Kolmas polku on tarkoitettu niille, joilla on selkeä aikomus ryhtyä yrittäjäksi. Opiskelijoita tuetaan koulutuksen sekä valmennuksen muodossa kehittämään omaa liikeideaa eteenpäin. Opiskelijoille laaditaan henkilökohtainen opintosuunnitelma. Heitä saatellaan kohti yrittäjyyttä myös tarjoamalla palveluja liikeidean hiomiseksi ja rahoituksen hakemiseksi.

Yrittäjyyskasvatusta voidaan tukea myös uudenaikaisilla opiskelumenetelmillä. Kahden asian opettelemisen yhdistäminen on tuonut hyviä tuloksia. Informaatiotekniikan kurssilla harjoitustehtävät ovat todellisia terveystalouden yritys-esimerkkejä. Samalla kun tehdään harjoituksia tekniikan oppimisen vuoksi, opitaan asia-sisältöä mm. toimintojen hinnoista ja hintojen muodostumisesta.

ERI ALOJEN OPISKELIJOIDEN YHTEISTYÖ / SUOMI

Lähtökohta: Opiskelijat oppivat omalta alaltaan paljon ja nopeasti. Työelämässä on kuitenkin osattava keskustella myös muiden alojen edustajien kanssa. Myös oman asiantuntijuuden tunnistaminen kehittää.

Toteutus: Joko sosiaali- ja terveystalouden sisäisesti tai ammattikoreakoulun eri koulutusalojen edustajia ryhmytetään. Kun samassa ryhmässä on edustajia muotoilusta, tekniikasta, liiketaloudesta sekä sosiaali- ja terveystaloudelta, on

tuloksena mielenkiintoinen vuoropuhelu. Usein tällaiset ryhmät myös keksivät erinomaisia ratkaisuja ja näkökulmia annettuun tehtävään. Samalla opiskelijat huomaavat, että heillä on oman alansa ammattitaitoa, sekä oppivat keskustelemaan eri alan edustajien kanssa.

Liiketalous ja terveysala ovat tehneet yhteistyötä myös siten, että näiden alojen opiskelijoista on tehty pareja. He opastavat toisiaan oman alansa asioihin. Oppiminen toiselta opiskelijalta on ollut positiivinen ja tehokas kokemus.

OPETTAJIEN AMMATTITAITO / SUOMI

Lähtökohta: Monet sosiaali- ja terveysalan opettajat ovat toimineet työuransa aikana julkisen työnantajan työntekijöinä. Ammatillista kokemusta yksityisellä sektorilla toimimisesta ei läheskään aina ole.

Toteutus: Jotta opiskelijoille voidaan opettaa sosiaali- ja terveysalan yrityssektorista, on opettajilla oltava tietoa. Yritystoiminta on tullut sosiaali- ja terveysalalle pikkuhiljaa viimeisen 20 vuoden aikana. Joillakin osa-alueilla se on ollut pidempään käytössä (päivähoito, lastensuojelu, fysioterapia ja fysikaaliset hoitolaitokset), mutta toisaalla se on edelleen uutta. Ei ole itsestään selvää, että opettajilla on kokemusta yritystoiminnasta. Lisäksi sosiaali- ja terveysalalla suhtautuminen alan yritystoimintaan voi olla kriittistä.

Sosiaali- ja terveysalan opettajien ja muun henkilökunnan oman osaamisen lisääminen on avainasemassa yrittäjyyskasvatuksen toteutuksessa. Tätä kautta on mahdollista saada aikaan intoa ja ymmärrystä yrittäjyyttä kohtaan, jolloin se voi alkaa näkyä jokapäiväisessä opetuksessa. Yrittäjyyskasvatus on erilaisten pedagogisten ratkaisujen hakemista ja soveltamista.

4.2 Yrittäjyyskasvatus Saksassa, Itävallassa ja Puolassa

Saksan ja Itävallan sosiaali- ja terveyssektoria hallitsevat vanhat, perinteiset järjestöt. Poliittista tahtotilaa sektorin uudistamiselle ei ole, vaikka asiantuntijoiden mielestä sellainen olisikin tarpeellista. Terveyspuolella yrityksiä on kuitenkin jonkin verran olemassa, sosiaalipuolella hyvin vähän. Yrittäjyys ei näyttäydä järjestelmässä suuressa roolissa, eikä siihen koulutuksessakaan panosteta. Yrittäjyden teemoja käsitteleviä opintojaksoja ei käytännössä ole laisinkaan kandidaattitasolle tullessa. Siitä syystä käytäntöjä ei myöskään ole voitu kuvata. Siitä eteenpäin opiskeltaessa joissakin koulutusohjelmissa yrittäjyyttä koskettelevia teemoja on. Lukujärjestyksissä on valinnaisuutta hyvin vähän, jos laisinkaan, joten opiskelijat eivät voi vaikuttaa koulutuksensa sisältöön.

Itävallassa hoivapuolella on joitakin vapaita ammatinharjoittajia. Haastatelluista kouluista joissakin on luennoilla käynyt yrittäjä kertomassa yrittäjyydestään. Yrittäjyyttä lähelle tulevissa opinnoissa on myös huomattu lainsäädännön tuntemisen tärkeys. Hoivayrittäjyys on uusi alue, joten myöskään virkamiehet eivät vielä tunne lainsäädännön eri sovellustapoja kovinkaan hyvin. Näin ollen on koettu erittäin tärkeäksi, että aloittava yrittäjä itse on hyvin perillä lainsäädännöstä, sillä todennäköisesti hänen on tiedettävä enemmän kuin virkamiesten saadakseen toiminta kuntoon. Opettajina eivät toimi ainoastaan hoiva-alan asiantuntijat, vaan myös mm. yritysjohtamisen ja viennin asiantuntijoita. Yleisesti ottaen tällä hetkellä ongelmana on se, että mahdolliset asiakkaat eivät löydä yrityksiä – tai osaa edes etsiä niitä. Tieto tarpeesta ja tarjonnasta ei kohtaa. (Pantuchek 2011; Kriegl 2011.)

Saksassa suuret järjestöt hallitsevat sosiaali-, hoiva- ja hoitotyön alaa. Järjestöillä on osia, jotka toimivat yritysmäisesti tarjoten jotakin tiettyä palvelua (kotipalvelu, palvelutaloja jne.). Johtopaikoille vaaditaan henkilö, jolla on sekä sosiaali-/hoitoalan koulutus sekä talous-/johtamiskoulutus. Toinen vaihtoehto on jakaa johtajuus kahdelle eri henkilölle. Yksi haastattelemistamme kouluista vastaa haasteeseen varta vasten räätälöidyllä koulutusohjelmalla. Koulutusohjelma yhdistelee eri tieteitä. Perusta on sosiaalityö, mutta lisäksi on mm. markkinointia, johtamista, taloushallintoa, liiketaloutta, lakiopintoja sekä yksityisen puolen ”ulkopuolelle” jäävien toimijoiden ominaisia piirteitä käsitteleviä opintoja. (Christa 2011.)

Valmistuttuaan opiskelijat työskentelevät eniten järjestöissä ja muilla ei yksityisen puolen aloilla. Sosiaalialan toiminta on hyvin tiukasti lailla säädelty, mutta joillakin aloilla voi olla yksityisiä yrityksiä. Näitä ovat esimerkiksi kotihoito/-hoiva, lasten ja nuorten kasvun tukeminen. Sosiaalipalveluiden antaminen perheille ja nuorille on säädelty erityisellä lailla. Sosiaalityöntekijät voivat toimia yksityisesti holhoajina. Social management koulutus antaa valmiuden myös tähän. Vammaisten apu on myös ala, jolla voi toimia yksityisyrittäjänä, mutta suurin osa opiskelijoista tulee työskentelemään muualla kuin yksityisellä sektorilla.

Puolassa oppivelvollisuus on 18 ikävuoteen saakka. Suomalaista perusopetusta vastaavassa koulussa 13-vuotiaat opiskelevat yhteiskunnallisia aineita, joissa on oma osuus taloudelle ja yrittäjyyden opetukselle (25h). Toisen asteen opetuksessa tulee kaikilla olla yrittäjyysopintoja ainakin 76 tuntia (vajaa 3 op), mutta rehtori voi päättää myös laajemmasta tarjonnasta. Opintotarjonta on tieteiden välistä, mutta sitä on arvosteltu liian teoreettiseksi, sillä se keskittyy pääasiassa taloustieteisiin ja makrotalouteen. Korkeakouluissa yrittäjyysopintojen valitseminen on vapaaehtoista. (Michalski 2011.)

Vaikka Puolassa tällä hetkellä kaikki opiskelevatkin yrittäjyyttä, halutaan sisältöjä muuttaa niin, että ne teorian oppimisen sijaan kannustaisivat enemmän yrittäjäksi ryhtymiseen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi he olivat kiinnostuneita suomalaisista esimerkeistä. Puolassa on hyvin yritysmyönteinen ilmapiiri. Maassa on myös paljon EU-rahoitteisia hankkeita, joilla yritysten syntymistä ja kasvamista pyritään edistämään. Yrittäjyys sosiaali- ja terveysalalla on vielä uutta. Lainsäädäntöä on kuitenkin jo muutettu alan yritystoiminnan lisäämiseksi. Ongelmana vielä tällä hetkellä on heikko maksukyky. Yksityisillä ihmisillä ei ole varaa maksaa hoitoa omasta pussista, eikä julkiselta puolelta ole helppoa saada maksusitoumuksia. Terveys-/kauneusturismi on kuitenkin saanut merkittävän aseman Puolassa. Useat lääkäriasemat ja yksityiset sairaalat tarjoavat toimenpiteitä ulkomaisille asiakkaille. Hinnastot löytyvät verkkosivuilta niin dollareina kuin euroinakin.

5 TULEVAISUUSKUVAT

Tämänhetkisen tilanteen tarkasteleminen ei yksin anna riittävää kuvaa tulevaisuuden palvelukysynnästä eikä tulevaisuuden tarpeisiin vastaamisesta. Tulevaisuuden ennakkoinnin avulla voidaan muodostaa vaihtoehtoisia tulevaisuuskuvia ja miettiä, miltä maailma tai tietty toimintaympäristö näyttää esimerkiksi 10 vuoden päästä. Työskentelyn apuna käytetään usein asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, mihin tulevaisuudessa mennään.

Näkemykset auttavat tulevaisuutta koskevien suunnitelmien laatimisessa ja päätösten tekemisessä. CarePrise-projektissa on kartoitettu hoivayrittäjyyden hyviä käytäntöjä ikääntyvien ja ikääntyneiden palveluissa. Projekti toteutetaan ammattikorkeakoulussa ja tavoitteena on tiedon tuottaminen opetuskäyttöön. Mielenkiintoisia kysymyksiä tämän lähtöasetelman kannalta ovat olleet mm. Missä tulevat ammattilaiset työskentelevät? Muuttuuko eri sektoreiden välinen työnjako hoivan alalla? Millä hoivan osa-alueilla on mahdollisuuksia yrityssektorin toimintaan? Millaisia palveluja tulevaisuuden seniorit haluavat?

Ennakointi on osa tulevaisuudentutkimuksen tieteenhaaraa. Ennakoinnin avulla voidaan saada tietoa erilaisten tulevaisuuden kuvien pohjaksi. Alan tulevaisuuden kuvat puolestaan vaikuttavat valmistuvien ammattilaisten osaamistarpeeseen ja siihen, mitä heille tullaan opettamaan. Tässä julkaisussa keskitytään tämän hetkisten esimerkkien ja vaihtoehtoisten tulevaisuuskuviin esittelemiseen.

5.1 Tulevaisuuden tutkimuksen peruskäsitteitä

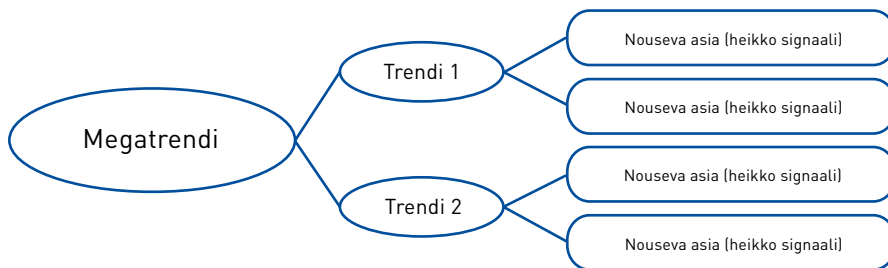
Tulevaisuuskuvat ovat vapaamuotoisia kuvauksia tai tarinoita tulevaisuuden tilanteesta ja perustuvat nyt käytettävissä olevaan tietoon. Mahdolliset tulevaisuudet rakentuvat niiden asioiden varaan, joita voimme kuvitella, jotka ovat mahdollisia ja todennäköisiä. Lisäksi siihen vaikuttaa myös kaikki sellainen, mikä on olemassa, mutta mitä emme osaa kuvitella. Rubinin (2007) mukaan tulevaisuuden skenaario on yksi vaihtoehtoinen tulevaisuuden tila monien erilaisten mahdollisuuksien joukossa, kun taas ennuste on sellainen tulevaisuuden tila, jota sen esittäjä pitää todennäköisimpänä tai ainoana kaikista mahdollisista ja kuviteltavissa olevista vaihtoehdoista.

Tulevaisuuskuvia laadittaessa voidaan toisaalta miettiä todennäköisiä tulevaisuuskuvia, mutta myös haluttuja tulevaisuuden tiloja. Mikäli teemme tulevaisuuskuvan vain todennäköiseen kehityskulkuun perustuen, on mahdollista, että lopputuloksena on itseään toteuttava ennuste. Voimme kuitenkin laatia myös

tulevaisuuskuvia, jotka eivät ole jatkumoitakaan nykyiselle kehitykselle, vaan tavoite-tiloja joihin haluaisimme päästä. Tällaisen tavoitetilan luominen sosiaali- ja terveysalalla ei ole helppoa sillä se, mikä toisen mielestä on toivottavaa, ei sitä välttämättä toiselle ole. Yleisellä tasolla on helppoa puhua hyvästä terveydentilasta, hoidon helposta saatavuudesta jne., mutta keinot niiden saavuttamiseksi jakavat mielipiteitä.

Todennäköiset kehityskulut perustuvat usein megatrendeihin, jotka ovat suuria yhteiskunnallisia, taloudellisia, poliittisia ja teknologisia muutoksia, jotka eivät mene ja tule noin vain. Nämä muutokset kehittyvät hitaasti ja, kun ne kerran ovat syntyneet, ne vaikuttavat meihin jonkin aikaa – seitsemästä kymmeneen vuotta tai vielä pidempään. (Naisbitt & Aburdene, 1990, 12.) Mannermaa (1999, 87) määrittelee megatrendit ilmiöiksi tai ilmiökokonaisuuksiksi, joilla voidaan nähdä olevan yleinen jo toteutuneen kehityksen perusteella tunnistettavissa oleva suunta ja jonka uskotaan jatkuvan samansuuntaisesti myös tulevaisuudessa.

Megatrendit koostuvat erilaisista nousevista asioista eli trendeistä, joita voidaan havainnoida heikkojen signaalien avulla. Trendit puolestaan kertovat lähi-menneydestä ja tässä hetkessä näkyvästä muutoksen suunnasta, joka voi jatkua samana tulevaisuudessakin. Heikot signaalit puolestaan ovat merkkejä nousevista muutoksista, joista voi tulevaisuudessa tulla jotakin suurta – tai sitten ei. (Hiltunen 2012, 76, 94, 108; Kuva 1.).



Kuva 1. Heikkoja signaaleja havainnoimalla voidaan tunnistaa trendejä, jotka puolestaan muodostavat megatrendejä (Hiltunen 2012, 76).

Mustalla joutsenella tai villillä kortilla tarkoitetaan hyvin nopeasti tapahtuvaa, yllättävää asiaa, jolla on laaja-alaiset vaikutukset. Sitä on vaikea ennakoida, varautuminen on hankalaa ja niiden toteutumistodennäköisyys on alhainen. (Hiltunen 2012, 143; Taleb 2010, 18.) Esimerkkejä tällaisista tapahtumista ovat mm. terrori-iskut tai äkilliset luonnonkatastrofit, kuten tsunamit.

5.2 Tulevaisuuskuvien muodostaminen

CarePrise-projektissa toteutettiin delfoi-kysely asiantuntijoille. Delfoimenetelmässä pyydetään tutkittavan alan asiantuntijoita vastaamaan tulevaisuutta koskeviin kysymyksiin. Asiantuntijat vastaavat anonyymisti kysymyksiin omasta näkökulmastaan. Analyysivaiheessa vastaukset luokitellaan, jolloin saadaan esiin kehityssuuntia, joista ollaan hyvin samaa mieltä sekä mahdollisesti muista poikkeavia vastauksia. Delfoi-prosessissa yhdistyvät sekä laadullinen että määrällinen tutkimusmenetelmä kysymyksen asettelusta riippuen (Kuusi & Linturi 2006).

Delfoi-tekniikalle ei ole yhtä oikeaoppista toteutusmenetelmää. Joskus käytetään yhtä, usein kahta kyselykierrosta. Toisen kierroksen tehtävänä on antaa mahdollisuus kommentoida ensimmäisellä kierroksella esiin tulleita ajatuksia, sekä etsiä konsensusta eroavuuksiin. (Kuusi & Linturi 2006.) Tässä projektissa kysely toteutettiin puolistrukturoituna sähköisenä kyselynä. Vastaajat saivat vastata kysymyksiin anonyymisti ja oman asiantuntijuutensa näkökulmasta. Menetelmä ei ole tilastollisesti kattava, vaan siinä nimenomaan halutaan saada esiin asiantuntijoiden ajatuksia ja näkemyksiä.

Toteutettu delfoi-tutkimus ei tuottanut toivottua tulosta. Ensimmäisen kierroksen vastausmäärä jäi vähäiseksi, eikä esiin noussut mitään taustatietoon nähden yllättävää. Toisen kierroksen toteuttamiselle tai prosessin laadukkaalle läpiviemiselle ei ollut edellytyksiä. Sen sijaan päädyimme reflektoimaan kerättyä aineistoa sosiaali- ja terveysalalta jo olemassa olevan ennakoitietiedon valossa. Asiantuntijoilta saamamme vastaukset peilattiin muuta tutkimustietoa vasten. Näitä raportteja olivat: Vesterinen, 2011. SOTE-ennakointi; Sorama 2012. Klusteriennakointimalli osaamistarpeiden ennakointiin; Suomalainen ym. 2012. Yksityisen varautumisen lähtökohdat tulevaisuuden hoiva- ja hyvinvointipalvelussa; Hiilamo ym. 2010. Hyvinvoinnin turvaamisen rajat; Hartman, 2012. Näkemyksestä menestystä; Lauttamäki & Hietanen 2006, Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015.

Delfoi-kyselyn taustalle megatrendeiksi valittiin ikärakenteen muutos, teknologian kehittyminen, sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä, alueellinen kehitys ja väestöryhmien eriytyminen. Megatrendeille on ominaista, että vaikka kehitys tapahtuisi varsinaisesti jollakin muulla alueella, sen vaikutukset heijastuvat myös tarkasteltavaan kokonaisuuteen eli tässä tapauksessa sosiaali- ja terveysalaan. Saadut vastaukset ja muun tutkimustiedon tulokset luokiteltiin ja niitä analysoitiin PESTE-analyysin avulla. PESTE-analyysissä pohdittiin viiden esiin nousseen teeman poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia, teknologisia ja

ympäristöllisiä vaikutuksia. Osa vaikutuksista on samansuuntaisia, mutta osa voi olla myös keskenään ristiriidassa. Tällöin on taustatiedon varassa harkittava, kumpi keskenään erilaisista vaikutteista on voimakkaampi; jäävätkö molemmat näkymään, vai jättääkö voimakkaampi heikomman alleen.

Analyysissä esiin nousseiden teemojen ja taustamateriaalin perusteella laadimme vaihtoehtoisia tulevaisuuskuvia noin vuoteen 2025. Tulevaisuuskuvat on laadittu hieman kärjistäen niin, että toiseen on koottu enemmän positiivisia kehityskulkuja ja toiseen negatiivisia. Niille annettiin nimet "Vahva kansalaisyhteiskunta ja universaalit julkiset palvelut" sekä "Julkinen sektori koordinoi palveluntuotantoa ja huolehtii heikoimmista". Tulevaisuuskuvat eivät ole itseään toteuttavia kehityssuuntia. Niiden laatimisen taustalla on päinvastoin usein halu jatkaa jotakin tiettyä ajatusrakennelmaa ja katsoa mihin se johtaa. Tulevaisuuskuvien uudelleen suuntaaminen onnistuu tekemällä matkan varrella korjausliikkeitä tai päätöksiä, joilla voidaan torjua ei toivottuja kehityskulkuja. "Vahvan kansalaisyhteiskunta ja universaalit julkiset palvelut" tulevaisuuskuvan taustalla oletetaan, että talouskasvu on pysynyt suotuisana. Pohjoismaista hyvinvointivaltiota ylläpidetään ja kehitetään edelleen maltillisesti ja sitä ohjataan toimimaan enemmän yhteistyössä yritysten ja järjestöjen kanssa. Työvoiman riittävyttä on edesautettu tekemällä uusia avauksia työn uudelleen organisoimisessa. Rohkea investointi ennakoiavaan työhön on alkanut tuottaa tulosta. Kansalaisyhteiskunnan rakenteita on pidetty yllä ja tuettu mm. ottamalla vapaaehtoisia mukaan ammatilliseen hoitotoimintaan.

Tulevaisuuskuvan "Julkinen sektori koordinoi palveluntuotantoa ja huolehtii heikoimmista" syntymiseen on myötävaikuttanut talouden heikko tilanne ja lama. Talouskasvua ei ole ollut ja työttömyyttä on paljon. Yhteiskunnassa vallitsevat arvot ovat koventuneet. Veroja paljon maksavat kansalaiset eivät enää saa palveluja julkisesta terveydenhuollosta, jonka seurauksena motivaatio verojen maksamiseen on heikentynyt. Pohjoismainen hyvinvointimalli on rapistunut ja on siirrytty lähelle anglo-amerikkalaista mallia.

Kuvaamme molempien tulevaisuuskuvien kohdalla, miten kehitys on edennyt palvelurakenteen, ennakoiavan hoidon ja terveyden edistämisen, yksityisen varautumisen, kotiin vietävien palveluiden ja palvelujen saatavuuden osalta.

5.2.1 Vahva kansalaisyhteiskunta ja universaalit julkiset palvelut

Palvelurakenne. Julkisen sektorin rooli on säilynyt vahvana ja Suomi on edelleen pohjoismainen hyvinvointivaltio. Sairaanhoidon ja sosiaalihuollon välinen työnjako mahdollistaa asiakkaan kannalta joustavan hoidon ja hoivan kokonaisuuden järjestämisen. Rahoitusmallit eivät enää mahdollista eri toimijoiden osittaisoptimointia, vaan toiminta on kokonaisuudessaan tehokasta niin taloudellisesti kuin asiakkaan hoidon jatkuvuuden näkökulmasta.

Markkinoilla toimii myös paljon yksityisiä palveluntuottajia, etenkin suuria. Työvoimaa on saatavilla riittävästi ja se on ammattitaitoista. Uudet teknologiset ratkaisut sekä työn uudelleen organisoiminen ovat edesauttaneet myönteistä kehitystä. Eri sektoreiden työntekijät ja omaiset toimivat luontevasti yhdessä tukien toistensa työtä. Julkinen sektori organisoi palveluiden kokonaisuutta mm. hyödyntämällä palveluseleitä ja henkilökohtaisia budjetteja. Palveluiden kysyntä on erilaistunut. Erikoistuneet pienet palveluntuottajat pärjäävät suurien seassa markkinoilla.

Teknologian alalle on syntynyt useita yrityksiä, jotka toimivat sekä laitteistojen ylläpitäjinä että ohjelmistojen tuottajina. Moniin laitteisiin on kehitetty senioriystävällisiä käyttöliittymiä ja muutenkin on keskitytty käyttömukavuuteen. Järjestöjen palveluntuotanto pystyy haastamaan yksityiset palveluntuottajat hinta-laatu-suhteen kilpailussa.

Ennakoiva hoito ja terveyden edistäminen. Palvelutarjontaa on kehitetty menestyksekkäästi terveyttä edistävien ja ennalta ehkäisevien palveluiden suuntaan. Pitkällä aikavälillä säästöjä tuovia investointeja on tehty rohkeasti. Kunnilla on selkeät palvelustrategiat, jotka auttavat myös muita palveluntuottajia palveluntuotantonsa ja kehityksensä suuntaamisessa. Palveluiden kysynnän kasvu on pystytty pitämään aisoissa. Ennakoivan avun, hoivan, sosiaalisten verkostojen sekä teknologisten ratkaisujen avulla yksinäisyyttä ja turvattomuutta pystytään välttämään. Ennakoiva hoito välittää saajalleen tunnetta huolenpidosta ja välittämisestä.

Yksityinen varautuminen. Julkisesti tuotettujen ja verovaroilla tuettujen palveluiden lisäksi seniorikansalaiset ostavat haluamiaan ja hyväksi katsomiaan palveluja. Hoitokulujen varalle otetut vakuutukset ja sijoitukset ovat yleistyneet. Asumisessa erilaiset yhteisöllisen asumisen muodot ovat yleistyneet huomattavasti, sekä palvelu- ja laitosasumisen määrät ovat vähentyneet. Erilaiset asukasryhmät ja naapuriavun verkostot toimivat aktiivisesti. Eläkkeelle jääneistä huomattava osa hyödyntää asiantuntemustaan edelleen joko yritystoiminnan

tai vapaaehtoistyön tehtävissä. Järjestötoiminnan lisäksi myös ns. neljännen sektorin toiminta tunnustetaan ja sitä tuetaan.

Kotiin vietävät palvelut. Laitoshoitoa on vähennetty huomattavasti palveluiden painopisteen siirtyessä kotiin vietäviin palveluihin. Kotiin hoitaminen on pääsääntöisesti julkiselle sektorille laitosasumista edullisempaa; poikkeuksen tekevät useita käyntejä tarvitsevat etenkin haja-asutusalueella asuvat henkilöt. Kotihoidon alalla toimii suuri joukko yksityisiä yrityksiä ja palvelutarjonta on laaja. Teknologia on yleisesti hyväksytty hoivan tukena käytetty apu. Esimerkiksi pakasteateriat, liikkumista turvaavat laitteet, henkilöpaikannus, turvatekniikka niin kodinkoneissa kuin valvonnassa ja hoivan apuvälineet ovat arkipäivää. Tietokoneiden välityksellä käytävät keskustelut, jumppatuokiot sekä asioiden hoito osallistavat sekä antavat mahdollisuuden hoitaa itse omia asioita. Asuminen kotona on mahdollista hyvin pitkään.

Ympäristön kannalta katsottuna olisi tehokkaampaa, mikäli apua tarvitsevat olisivat lähellä toisiaan, mieluiten samassa rakennuksessa. Jatkuva henkilöautoilla asiakkaan luota toisen luo ajeleminen kuormittaa ympäristöä, mutta yleistyvät sähköautot lieventävät henkilöautoilla tehtyjen matkojen ympäristövaikutuksia.

Palveluiden saatavuus. Syrjäseuduilla hoitoon pääsyä helpottavat hoivabussit, joissa on tarjolla laaja kirjo sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluita. Suurissa yksiköissä palveluntuotannossa pystytään hyödyntämään keskittämisestä saatavia etuja.

5.2.2 Julkinen sektori koordinoi palveluntuotantoa ja huolehtii heikoimmista

Palvelurakenne. Julkisen sektorin tehtävänä on huolehtia, että tarvittavat palvelut ovat yhteiskunnassa saatavilla. Sen merkitys palveluiden tuottajana on vähentynyt samalla kun organisointivastuuta on lisätty. Julkisen sektorin rooli on muuttunut heikoimmassa asemassa olevista ja moniongelmaisista huolehtijaksi, parempiosaiset hankkivat palvelut yksityisiltä tuottajilta. Palveluita tarjoavat usein ulkomaiset suuret yritykset. Useilla palveluilla on aiempaa korkeammat omavastuuosuudet ja sanktiomenettelyt ovat yleisesti käytössä. Sosiaalipoliittisen järjestelmän hajanaisuus mahdollistaa osaoptimoinnin.

Työvoiman saaminen etenkin julkisen puolen hoito- ja hoivatehtäviin on vaikeutunut. Julkisen puolen ammattihenkilöstö painottuu erikoissairaanhoidon,

julkisiin avopalveluihin on vaikea saada riittävästi väkeä. Koulutettua työvoimaa ei ole riittävästi, vaikka sitä on pyritty kouluttamaan työvoimareserveistä. Työntekijöiksi koulutetaan myös sellaisia henkilöitä, jotka eivät varsinaisesti sovellu alalle tai joilla ei ole aitoa kiinnostusta työskentelyyn. Koulutuksessa opittu teoria hyvästä hoivasta on ristiriidassa käytännön tilanteen kanssa ja aiheuttaa osaltaan työntekijöiden uupumista sekä motivaation heikkenemistä.

Työvoimapulasta johtuen teknologisilla apuvälineillä joudutaan korvaamaan ihmiskontakteja. Ajatuksiltaan virkeille, heikosti liikkuville ikäihmisille on tarjolla vertaistukiryhmiä jotka toimivat tietoliikenneverkon avulla joko videovälitteisenä tai sosiaalisessa mediassa. Teknologiasta on myös etsitty kiivaasti apua työvoimapulaan, joten uusia ratkaisuja on markkinoilla runsaasti.

Kansalaisyhteiskunta toimii omana sektorinaan. Yhteistyötä muiden sektoreiden kanssa on, mutta yhteistoiminta ei ole sulavaa.

Ennakoiva hoito ja terveyden edistäminen. Palveluiden tarjonta on pitkälti kysyntään reagoivaa, ei suunnitelmallista kehittämistä tai ennalta ehkäisevää. Kädestä suuhun eläminen estää ennakoivien toimien tekemistä. Puutteelliset strategiat vaikeuttavat eri sektoreiden välisen yhteistyön tekemistä ja kehittämistä. Hoitoon pääseminen tapahtuu vasta sairauden akuutissa vaiheessa, jolloin hoitotoimenpiteet ovat raskaampia ja kalliimpia, mitä aiemmassa vaiheessa annetut. Ostovoimaisten ja julkisen terveydenhuollon varassa olevien kansalaisten hoidon saatavuus ja laatu ovat eriytyneet sosiaalisen aseman mukaan ja se näkyy sekä hyvinvoinnissa että terveydessä.

Yksityinen varautuminen. Ne joilla on varaa tai mahdollisuus, ovat turvanneet oman hoitonsa tai eläkeaikaisen toimeentulonsa vakuutuksilla tai säästöillä. Naapuriapu on yleistä, asukkaat auttavat toinen toistaan. Palveluiden saamista pyritään turvaamaan muuttamalla syrjäseuduilta keskuksiin. Kansaneläkkeiden osuus on pieni heikon talouskasvun takia ja työeläkkeiden lupaukset eivät ole pitäneet, jonka seurauksena eläkeläisköyhyys on lisääntynyt.

Kotiin vietävät palvelut. Laitos- ja palveluasumisen paikkojen vähyyks pakottaa kotona asumiseen, vaikka kuntoisuus ei oikeasti enää siihen riitä. Palveluasumisen piiriin pääsee vasta huomattavan heikkokuntoisena. Yksinäisyys ja eristyisyys omiin koteihin ovat lisääntyneet. Intensiivinen hoiva (esim. palvelutalot, vanhainkodit ja laitoshoidot) keskittyy yhä enemmän huonokuntoisiin sekä muistisairaisiin asiakkaisiin.

Palveluiden saatavuus. Julkinen sektori ei takaa avun saamista harvaan asutuilla alueilla, vaan sieltä on muutettava lähemmäs palveluja. Kuntien vaihtelevat keinot palveluiden järjestämiseen ovat johtaneet suuriin laatu- ja saatavuuseroihin. Universalismin periaate ei käytännössä toteudu ja siitä onkin monin osin luovuttu. Markkinoiden kilpailu ei ole tervettä, sillä alan suuret yritykset ovat ostaneet pieniä pois markkinoilta, eikä hintakilpailu toimi.

5.3 Muutoksia

Tässä luvussa tarkastellaan niitä muutoksia, jotka ovat jo tiedossa ja tulevat vaikuttamaan sosiaali- ja terveysalan toimintaan. Käytössä olevien tietojen perusteella emme voi arvioida riittävästi muutosten voimakkuutta, suuntaa tai seurauksia. Nämä muutokset vaikuttavat kuitenkin olennaisesti toimintaympäristöön ja siksi ne tulee huomioida, kun mietitään tulevaisuuden hoiva-yrittäjyyttä.

YRITYSKENTTÄ

Palvelujen tuotanto on siirtymässä enenevästi yrityksille ja järjestöille, joskin julkisen tuotannon osuus on edelleen keskimäärin 70 prosenttia. Kuitenkin nopeasti kasvavissa vanhusten asumispalveluissa yksityinen sektori tuottaa palveluista jo yli puolet (Tossavainen & Kuronen 2012 b, 8). Joillakin palvelualoilla tarpeet ja kysyntä ovat kasvaneet niin, että näiden palvelujen tuottaminen on tullut houkuttelevaksi myös yksityisille voitto tavoitteleville toimijoille. Toisaalta monilla palvelutoiminnan alueilla ei ole riittäviä liiketaloudellisia edellytyksiä markkinoiden muotoutumiseen.

Viime vuosina on nähty suurten, usein kansainvälisten, yritysten ryntäys markkinoille. Näiden yritysten liiketoimintaosaaminen on vahvaa, usein vahvempaa kuin pääsääntöisesti ostavana osapuolena olevilla kunnilla. Tämä asetelma on aiheuttanut markkinoille melkoisen myllerryksen. Seuraavan muutaman vuoden aikana markkinoiden oletetaan tasapainottuvan, jonka jälkeen on paremmin nähtävissä, ketkä siellä pärjäävät ja millaisia toimintatapoja ja käytäntöjä kunnilla on – sekä kuinka omia kustannuksia osataan laskea ja kilpailutuksia tehdä.

Julkaistujen tutkimusten perusteella alalle oletetaan syntyvän sekä suuria että keskisuuria maakunnallisia ja valtakunnallisia yrityksiä. Suomalaiset yritykset laajentavat ulkomaille ja vastaavasti Suomessa toimii kansainvälisiä yrityksiä. Palvelut tuotetaan kyllä lähellä asiakasta, mutta tuotannosta vastaava yrittäjä tai yritys voi olla kaukana. Asiakkaan valinnan- ja vaikutusmahdollisuuksien

oletetaan paranevan ja yhä useammin asiakas voi vaikuttaa siihen, missä ja miten häntä hoidetaan. Kuntien tulee laatia palvelustrategioita ja tuotteistaa omia palveluitaan. Tähän prosessiin liittyy myös hinnoittelu ja sen läpinäkyvyys. Oletettavissa on, että ala kiinnostaa pääomasijoitusyhtiöitä, vakuutusyhtiöitä ja muita rahoittajia, kuitenkin pääsääntöisesti kasvukeskuksissa. (Hartman 2012, 42–43.)

Koskiaho (2008, 291–293) ennustaa franchising-yrittäjyyden lisääntymistä. Franchising-yrittäjyydessä yksittäinen yrittäjä saa käyttöönsä valmiin ja elinkeelpoisen liiketoimintakonseptin ja ketjun tukipalveluineen. Yrittäjä vastaa muilta osin itsenäisesti oman yrityksensä toiminnasta. Ketjun avulla pyritään nopeaan liiketoiminnan kasvuun ja leviämiseen laajalle alueelle. Iso-Britanniassa franchise-yrittäjyys sai vauhtia lainsäädännöstä, jonka mukaisesti vanhusten ja vammaisten hoitoa muutettiin laitoksista kotihoitoa painottavaksi. Tällä hetkellä Suomessa on meneillään laitoshoidon supistaminen. Seuraukset jäävät nähtäväksi. Tämänkin julkaisun käytännöissä on yksi esimerkki yrityksestä, joka laajentaa kotihoidon toimintaansa franchising-mallin kautta (luku 3.4) kuntiin, joissa on käytössä palveluseteli.

Uutena alan yrittäjyyteen liittyvänä yritystoiminnan toimintamallina ovat nousseet esiin yhteiskunnalliset yritykset. Näillä yrityksillä tulee lisääntyessään olemaan vaikutusta alan yrityskenttään. Työ- ja elinkeinoministeriön raportissa (Laiho ym. 2011) todetaan, että yhteiskunnallisten yritysten liiketoimintamallia kohtaan on kiinnostusta yrittäjäksi aikovien, jo toimivien yritysten sekä kansalaisjärjestöjen piirissä. Raportissa todetaan lisäksi, että julkisten palvelujen, erityisesti hoito- ja hoivapalvelujen tarpeen tyydyttämiseksi tarvitaankin uusia ratkaisuja sekä tuottavuutta ja vaikuttavuutta lisääviä tuotantomalleja. Tässä suhteessa yhteiskunnalliset yritykset voisivat olla näiden palvelujen tuotantomalleja rikastava malli. Niiden todetaan toimivan palvelumarkkinoilla samoilla ehdoilla ja edellytyksillä kuin muutkin yritykset, eikä niille tulisi luoda uusia tai erillisiä tukia ja verohelpotuksia.

Työ- ja elinkeinoministeriön raportissa (TEM 4/2011) esitetään, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamistapojen kehittämistarpeeseen vaikuttaa se, että kuntien väliset ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa ja riittävyudessa ovat suuret. Julkisista hankinnoista annetun lain tulkinta, kansalliset hankintakäytännöt ja puutteellinen hankintaosaaminen ovat olleet ongelmallisia sekä järjestöille että alan yrittäjille. Alan yritykset ovat pääosin pieniä ja monissa erityispalveluissa järjestöt ovat merkittäviä toimijoita. Suuret kilpailutuskokonaisuudet saattavat johtaa markkinoiden keskittymiseen monipuolistumisen sijasta.

Kansalaisjärjestöillä on perinteisesti ollut tärkeää palvelujen kehittäjän ja uudistajan rooli ja niiden merkitys erityispalveluiden tuottajana on suuri. TEM:n raportissa (TEM 4/2011) todetaan, että nykyisen palvelurakenteen monipuolisuus on osin järjestöjen toiminnan tulos ja monet nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut ovat järjestöjen kehittämiä. Järjestöillä on kuitenkin ongelmia palvelujen tuottamisessa. Kansalaisyhteiskuntapolitiikan neuvottelukunnan (KANE:n) mukaan yksi järjestöjen kohtaama ongelma on EU-lainsäädäntö ja toimintalogiikka, jotka eivät ole yhteensopivia suomalaisten kansalaisjärjestöjen luonteen ja yhteiskunnallisen roolin, eikä pohjoismaisen verorahoitteisuuden ja julkisen järjestämistä vastuun varaan rakentuvan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kanssa. Myös Suomessa elinkeinotoiminnan ja yleishyödyllisen toiminnan raja ja sen tulkinta ovat hämärtyneet. Järjestöt ovat yhtiöittäneet tai muuten eriyttäneet palvelutoimintaansa tai sen osia muusta yleishyödyllisestä toiminnastaan tilanteen selkiyttämiseksi ja riskien välttämiseksi. Harvaan asutussa ja väestöpohjaltaan pienessä maassa kysymykseksi kuitenkin nousee, missä määrin maan eri osissa ja eri palvelualueilla on mahdollisuus tuottaa palveluita liiketaloudellisesti kannattavasti.

Voidaan siis todeta, että siellä, missä palvelutarve on suuri, se houkuttaa yksityistä yritystoimintaa alueelle. Kuitenkin harvaan asutussa ja väestöpohjaltaan pienessä maassa on alueita, joissa palvelujen tuottaminen liiketaloudellisesti kannattavasti ei ole mahdollista. Järjestötkään eivät välttämättä toimi ”marginaalisilla” alueilla. Tulevaisuudessa liiketaloudellisesti houkuttavimmat palvelut saattavat ajautua isoille kansainvälisesti toimiville yrityksille. Järjestöt huolehtivat vähemmän kannattavasta ja niiden profiiliin sopivasta toiminnasta yhteiskunnallisen yrityksen muodossa. Tässä skenaariossa saattaa pienille yksityisille yrityksille jäädä vain marginaaliset huonosti tuottavat palveluiden katvealueet.

VAKUUTUKSET JA SIJOITTAMINEN VANHUUDEN VARALLE

Yli 70 % suomalaisista haluaa edelleen palvelujärjestelmän toimivan pääsääntöisesti verorahoitteisesti ja samoin koettiin tärkeäksi, että julkinen järjestelmä vastaa vanhuusiän palveluista. Lähes yhtä tärkeäksi kuitenkin koettiin oma taloudellinen varautuminen. Kuluttajapaneelityyppisesti toteutetussa kyselyssä saatiin selville, että 66 % vastaajista säästää. Tarkemmin vanhuuden varalle säästämistä kysyttäessä yleiseen elämiseen säästää 41 % ja oman kunnan mahdollisesta heikkenemisestä johtuviin menoihin 17 %. Vanhuuden varalle säästäminen on yleisintä 55–74-vuotiaiden keskuudessa. (Suomalainen ym. 2012, 35–36, 40, 42.) Nämä lähtökohdat luovat markkinoita vakuutus- ja sijoitussäästämisen tuotteille.

On totta, että pääosalla eläköityvästä väestöstä on aiempia sukupolvia enemmän rahaa käytettävissä. Samalla on kuitenkin pidettävä mielessä, että myös suomalaisessa yhteiskunnassa on kasvavia tuloeroja. Osa ihmisistä elää toimeentulon rajalla, jopa sen alle. Saksassa ja Hollannissa vieraillessamme kuulumme vanhuuden köyhyyden yleistyvän. Eläkkeet eivät seuraa mm. asumis- ja ruokakustannusten nousua, jolloin sairastuminen, lääkekulut tai muu yllättävä menoerä voivat suistaa vaikeuksiin.

LAINSÄÄDÄNTÖ

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (nk. **potilasdirektiivi**) antaa potilaalle oikeuden saada EU- tai ETA-maassa tai Sveitsissä aiheutuneista terveydenhuoltokustannuksista sama korvaus, johon hän olisi oikeutettu, jos kustannus olisi aiheutunut Suomessa. Potilasdirektiivi astuu voimaan viimeistään vuoden 2014 alusta.

Tällä hetkellä Suomessa ei ole tarkasti määrätty, mitkä hoidot ym. kuuluvat korvattavien kustannusten piiriin. Suomessa käytössä olevat hoidot ja hoito-suositukset perustuvat useimmiten Suomen lääkäriseuran Käypähoito-suositukseen (www.kaypahoito.fi). Potilasdirektiivi avaa potilaalle mahdollisuuden hoidon saamiseen myös maissa, joissa hoitokäytännöt ja käytettävät hoidot voivat poiketa suomalaisesta linjasta. Sosiaali- ja terveysministeriö joutuu nyt pohtimaan uudelleen sen, kuinka määritellään se hoito, johon potilas on Suomessa oikeutettu ja on näin ollen direktiivin nojalla oikeutettu saamaan korvauksen vastaavasta hoidosta muualla EU:n alueella.

Suomessa potilaan omavastuu riippuu siitä, käyttääkö hän julkisia vai yksityisiä terveyspalveluja. Potilasdirektiivin toimeenpanossa on ratkaistava, rinnasteaanko ulkomailla saatu hoito Suomessa yksityiseen vai julkiseen terveydenhuoltoon. Potilaan saama korvaus ja maksama omavastuu riippuvat siitä, mikä malleista valitaan. Ratkaisematta on vielä myös se, vastaako kustannuksista valtio, potilaan kotikunta vai sairausvakuutus. Tällä hetkellä (kesäkuu 2013) lausuntokierroksella on neljä eri mallia, joissa kaikissa lähtökohta on, että potilas maksaa hoitokustannukset aina ensin itse ja hakee jälkikäteen korvausta Suomesta. STM:n asettaman ohjausryhmän mukaan potilaan kannalta yksinkertaisin menettely olisi korvaushakemuksen jättäminen Kelaan, kuten nykyisinkin ulkomailla aiheutuneista hoitokuluista. Myös muista EU-maista tulevilla potilailla on oikeus hakea terveyspalveluja Suomesta ja näitä henkilöitä on kohdeltava kuten kunnan asukkaita. Suomeen tulevan potilaan on päästävä kunnalliseen terveydenhuoltoon samassa ajassa ja samoin edellytyksin kuin

kunnan asukkaiden. Potilas maksaa itse hoidon kustannukset ja hakee niihin jälkikäteen korvausta kotimaastaan. (Miten korvataan ulkomailta haettu hoito? 2013.)

Korvattavan hoidon määrittely ja hallinnollinen toteutus on vielä kesken, mutta potilasdirektiivi tulee kuitenkin mahdollistamaan itsensä hoidattamisen toisessa EU-maassa. On vaikea kuvitella suurta ryntäystä ulkomaille hoitoon hakeutumiseen. Toisaalta on varmasti myös tapauksia, joissa kielitaitoinen potilas on halukas hankkimaan hoidon muualta, mikäli saa sen nopeammin tai itselleen sopivammaksi katsomallaan tavalla. Samalla tämä toimii myös toisin päin. Suomalaisten hoiva-alan yritysten mahdollinen asiakaskunta ulkomailla kasvaa kun myös heidän tietyt hoitonsa korvataan, vaikka hoidon saaminen olisi tapahtunut Suomessa.

Vuonna 2010 **Kotikuntalakiin** (L 11.3.1994/201 3a§ ja 3b§) tehtiin muutos, joka mahdollistaa pitkäaikaisessa hoitosuhteessa olevan ihmisen kotikunnan vaihtamisen. Periaatteessa esim. laitoshoidossa olevalle henkilölle on siitä saakka ollut mahdollista muuttaa muun perheen mukana toiselle paikkakunnalle laitoshoitoon. Mitään suurta liikehdintää ei kuitenkaan ole tapahtunut. Tämän oikeuden rinnalla kulkee Sosiaalihuoltolain (L 17.9.1982/710) määritelmä, jonka mukaan ”lähtökunnan” on edelleen vastattava hoidon kustannuksista. Ilman tätä sitoumusta muutto ei rahallisista syistä usein ole kuitenkaan mahdollista. Vanhuksia ajatellen laki ei ole yhtä olennainen kuin esim. pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsevan nuoren kohdalla (esim. vammaisuuden takia). Harvalla löytynee halukkuutta byrokratian läpikäymiseen, mikäli vanhuksen oletettavasti tarvitsema laitoshoidon ajanjakso ei ole kovin pitkä.

Tulevaisuuteen suuntautuneena ajatusleikkinä tämä on kuitenkin mielenkiintoinen ajatellen esimerkiksi valtakunnallisesti tai eri maakunnissa toimivaa yritystä, jolla on toimipisteitä useissa kunnissa. Mikäli sekä lähtö- että tulokunta ovat saman yrityksen asiakkaita, voisi kuvitella että löytyisi helpommin mahdollisuuksia neuvotella potilaan maksusitoumuksen saamisesta.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (L 28.12.2012 /980) eli niin kutsuttu **Vanhuspalvelulaki** tulee asteittain voimaan, alkaen heinäkuusta 2013. Laissa painotetaan eri sektoreiden välistä yhteistyötä sekä ikääntyneen ottamista mukaan oman hoitosuunnitelmansa tekemiseen. Lain tavoitteena on turvata ikääntyneelle väestölle tietyt palvelut. Lain kautta pyritään ennakoivaan ja ennaltaehkäisevään työotteeseen sekä kotiin vietävien palvelujen painottamiseen asumis- ja laitospalveluiden sijaan.

Laki antaa selkeän viestin siitä, että kotiin vietäviä palveluja tuottaville yrityksille tulee olemaan entistä enemmän kysyntää. Millä aikataululla ja kuinka laajasti lain mukanaan tuomat muutokset toteutuvat jää nähtäväksi.

KOULUTUS

Tulevaisuuden näkymät ammattitaitoisen työvoiman riittävydestä vaihtelevat tyydyttävistä todella synkeisiin. Lähivuosina alalta kuitenkin poistuu työntekijöitä enemmän kuin sinne tulee, eikä työvoiman tarpeen vähenemisestä ole mitään viitteitä. Työn uudelleen organisoimisella voidaan vaikuttaa jonkin verran. Meneillään olevissa kokeiluissa koulutetaan hoiva-avustajia, jotka voisivat huolehtia nimensä mukaisesti hoivasta (peseminen, pukeminen, ruokailu, ulkoilu jne.). Lähi- ja sairaanhoitajien resursseja jäisi enemmän käytettäväksi hoitoon ja erityisesti sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Aina uudelleen nousee myös ajatuksia siitä, voisiko joitakin lääkärin nykyisin hoitamia tehtäviä siirtää hoitajille. Esimerkkejä tästä on mm. rajattu oikeus kirjoittaa lääkemääräyksiä.

Hollannissa on jo paljon keskustelua siitä, että sairaaloissa ja laitoksissa ravintola- palvelut, hallinnolliset palvelut, siivous- ja pesulapalvelut ja sairaanhoito toimivat lomittain, mutta vastaten omista osa-alueistaan. Sairaanhoitaja ei enää jakele tai keräile ruokatarjottimia tai lajittele pyykkejä hyllyille. Näin niukkenevaa resurssia eli hoitohenkilökuntaa vapautetaan sen tehtävän toteuttamiseen, johon heillä on erityisosaamista. Samassa prosessissa luodaan työtehtäviä, joihin ei tarvita välttämättä pitkää koulutusta. Osa tehtävistä on sellaisia, joissa tarvitaan enemmän alalle soveltuvuutta kuin pitkän koulutuksen tuomaa ammattitaitoa. Näin luodaan mahdollisuuksia myös mm. heikomman kielitaidon omaavien maahanmuuttajien, matalan koulutusasteen tai osatyökykyisten siirtymiseen työvoimareservistä aktiivisen työvoiman pariin.

Tällä hetkellä ammattiliitot pelkäävät tällaisen kehityksen luovan matalapalkka- alan. Yhteiskunnallisesti ihmisten saaminen töihin on kannattavaa. Lisäksi on kannattavaa, mikäli sosiaali- ja terveysalan työvoimapulaan löydetään helpotusta. Sen olettaisi olevan myös alalla toimivien etu, sillä on vaikea kuvitella ammattilaisten motivoituvan työskentelemään olosuhteissa, joissa työntekijä- pula vaikuttaa hoivan ja hoidon laatuun.

GREEN CARE

Green Care:sta puhuttaessa tarkoitetaan hoivaa, jonka osana käytetään jollakin tavoin luonnon elementtejä. Green Care on luontoon ja maaseutu ympäristöön liittyvää toimintaa, jolla edistetään ihmisten hyvinvointia ja elämälaatua.

Hyvinvointia lisäävät vaikutukset syntyvät muun muassa luonnon elvyttävyyden, osallisuuden ja kokemuksellisuuden avulla. Toiminta sijoittuu usein luonnon-ympäristöön tai maatilalle, mutta luonnon elementtejä voidaan tuoda ja käyttää myös kaupunki- ja laitosympäristöissä. (Green Care ry, 2013.)

Luonto edistää psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia (Salonen 2012, 238). Ikäihmisten hoivaa ja hoitoa ajatellen löytyy esimerkkejä terapiapuutarhoista, ulkoilusta luonnon helmassa tai puistossa, kaverikoiratoiminnasta ja ikkunoista näkyvistä maisemista. Toipuville henkilöille luontomaisemasta voi olla apua, kun taas yksinäisyydestä kärsivä vanhus voi mieluummin katsella kadun vilinää.

Tällä hetkellä Green Care on Suomessa ollut vielä enemmän mielenterveyskuntoutujien ja nuorten parissa tehtävän työn, sekä työikäisten stressinhallinnassa käytetty työkalu. Ikääntyvien hoivassa sen käyttö normaalia ulkoilua lukuun ottamatta on ollut vähäistä. Green Care toimintana ei ole uutta. Luontoa, puutarhan hoitoa ja eläimiä on käytetty toipumisen tukena lähes aina. Hoidon ja hoivan siirtyminen laitoksiin on ehkä siitä hetkellisesti etäännyttänyt ja nyt uudelleen tuleminen tapahtuu Green Care brändin alla. Mahdollisuuksia brändin laajempaan hyödyntämiseen ikäihmisten hoivassa on olemassa.

ARVOT: YHTEISÖLLISYYS VAI INDIVIDUALISMI

Parin sukupolven aikana suomalaisen yhteiskunnan arvot ovat liukuneet pois usean sukupolven suurperheestä ydinperheen ja yksilön korostamiseen. Nyt on nähtävillä uusi yhteisöllisyyden esiin nostaminen, jossa perhe tai läheinen tukiverkko ei enää perustukaan sukulaisuuteen.

Suomalaista hyvinvointivaltiota luotaessa 1970- ja 1980-luvuilla hyvinvointikäsitteenä on ollut vallitsevasti liberalistinen individualismi, jossa painottuivat vapaus, resurssit, autonomia, itsensä toteuttaminen ja valinnan mahdollisuus. Nämä arvot ovat säilyneet vallitsevina, vain perimmäinen kriteeri on suuntautunut yksilön vapaudesta toteuttaa itseään kohti valinnan vapautta. (Kajanoja 2009, 103–105.)

Valinnan vapauden korostuminen näkyy myös yksilöllisen hoivan ja hoidon vaatimuksena. Ikääntyvät ikäluokat ilmaisevat jo nyt selkeästi sen, että he eivät tyydy tasapäistävään hoivaan ja hoitoon, vaan haluavat yksilöllisempää lähestymistä. He haluavat tietoa eri vaihtoehtoista, toimivat kuluttajamaisesti ja valitsevat vaihtoehtoista hyväksi katsomansa. He haluavat näin päättää omasta hoidostaan. Tämä suuntaus sopii hyvin yhteen luvussa 3.1 esitellyn ihmislähtöisen hoitofilosofian kanssa. Siinä asiakkaalle kerrotaan eri vaihtoehtoista ja asiakas sen jälkeen päättää mitä haluaa.

Moni ikääntyvä on ilmaissut myös sen, että ei haluaisi ainakaan muuttaa asumaan lastensa kanssa hoivaa saadakseen. Mieluisampia ovat sellaiset tukiverkostot, joissa itse voi enemmän vaikuttaa siihen, keneltä ottaa apua vastaan. Tämä voi ruokkia uudenlaisia yhteisöllisyyden muotoja sukulaisuussuhteiden lisäksi. Näin tarkasteltuna itsenäisyyden ja itse määräämisen ei tarvitse olla vastakkainen asia yhteisöllisyydelle ja yhdessä tekemiselle, mutta se tarkoittaa todennäköisesti uudenlaisten, sukulaisuuteen perustumattomien turvaverkkojen omaehtoista rakentamista.

Yhteisöllisyyden ja individualismin tiimoilta käyty keskustelu on lähellä hyvinvointivaltion tulevaisuudesta käytyjä pohdintoja. Kuten luvussa 2.1 todettiin, hyvinvointivaltiossa veroja maksamalla pidämme yhteisönä huolta heikommista, kuitenkin samanaikaisesti ostaen itsemme vapaaksi henkilökohtaisesta vastuusta toimia toisten hyväksi. Kehityskulut voivat kulkea useisiin suuntiin.

5.4 Tulevaisuuden palveluja

Tässä luvussa hahmottelemme millaisille palveluille voisi tulevaisuudessa olla kysyntää. Palveluita ideoitaessa on yhdistelty osia löydetystä hyvistä käytännöistä tulevaisuuskuvien antamiin mahdollisuuksiin. Uusia kokonaisuuksia on rakennettu ajatellen ulkomailta tuotujen mallien soveltumista suomalaiseen ympäristöön. Tämä tarkoittaa sitä, että kuvattujen palveluideoiden kaltaisia palveluita saattaa jo jossakin olla olemassa tai suunnitteilla, mutta olemme kuitenkin katsoneet niiden merkityksen sellaiseksi, että haluamme vielä tässä tuoda niitä esiin. Tulevaisuuden palveluille ominaista on asiakkaan mahdollisuus valita sekä vaikuttaa oman hoitonsa kulkuun.

IKÄKAMPUS

Ikäkampus muodostuu eri toiminnoista. Kaikki sen toiminnot rakennetaan ”rollaattorietäisyydelle” eli parin sadan metrin säteen sisäpuolelle. Ikäkampus muodostuu asumiseen sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntarjoajille rakennetuista tiloista. Sieltä ovat saatavilla kotipalvelut, lääkäri, kuntoutus, ja sosiaalipalvelut. Alueen toimintaa elävöittävät monet harrastusmahdollisuudet. Päivisin kampuksen luokkatiloissa ja jumppasaleissa tarjonta on kohdennettu eläkeikäisille, iltapäivisin painopiste muuttuu koululaisten iltapäivätoimintaan, josta se illan edetessä suuntautuu enemmän työikäisen väestön tarjonnaksi.

Alueen monipuolista käyttäjäkuntaa palvelevat ravintola- ja kahvilapalvelut, kampaamo- ja jalkahoitopalvelut sekä pieni päivittäistavara kauppa. Asukkaat

ja satunnaiset kävijät voivat nauttia liikkumisesta esteettömäksi rakennetussa ympäristössä, kesäisin suojaisista oleskelupaikoista ja talvella hyvin hoidetuista kulkuväylistä. Myös lapsiperheet ja etenkin vaunujen tai rattaiden kanssa liikkuvat arvostavat näitä ominaisuuksia. Nuorta väkeä houkuteltaan paikalle tietoisesti tarjoamalla perheille ja lapsille sekä leikki- että liikuntapaikkoja ja mahdollisuus lounastaa lapsiystävällisesti suunnitellussa ravintolassa. Kävijät elävöittävät senioripainotteista asukaskuntaa ja toisaalta toiminnan tullessa tutuksi on kynnyksensä vapaaehtoistyön tekemiseen matalampi.

Ikäkampuksen toimijat ja oppilaitokset tekevät kiinteätä yhteistyötä. Oppilaitoksilla on ikäkampuksen alueella luokkatiloja, joissa järjestetään käytännön läheistä opetusta ja samalla opiskelijat tutustuvat alueeseen ja tiloihin, joihin voivat mennä suorittamaan käytännön harjoittelujaksoja opiskelun aikana. Opiskelijat tuovat alueelle ”nuorta elävyyttä” ja voivat myös ilta-aikoina toimia ikäihmisten avustajina ja vapaaehtoistyöntekijöinä saaden monipuolisia oppimiskokemuksia.

TEKNOLOGISET PALVELURATKAISUT

Teknologiset ratkaisut ovat tulevaisuudessa arkipäivää useilla eri osa-alueilla. Telelääketiedettä käytetään etenkin konsultoituessa lääkäriä kotihoidon tilanteissa tai toisessa yksikössä toimivaa erikoislääkäriä. Käytettäviä sovelluksia parannetaan jatkuvasti. Tietoturvasta huolehditaan kehittämällä sitä aktiivisesti.

Arjen apuna toimivat laitteet yleistyvät. Tavallisia ovat henkilöseurantaan soveltuvat GPS-tekniikkaa hyväksi käyttävät laitteet ja niiden ohjelmistot, robotiikkaa hyödyntävät ”kaverit” terapiassa, ruokailussa, kuntoutuksessa, turvatekniikan sovellukset liikkumisen ja kaatumisen seuraamisessa sekä hälytysjärjestelmien muodossa. Yhä useammin käytetään videoneuvotteluyhteyksien tavoin toimivia ratkaisuja.

Hoivatyöntekijöille fyysisesti raskaiden tehtävien avuksi on kehitetty apuvälineitä. Ne ovat käteviä ja nopeita käyttää, myös muotoilu on huomioitu, joten ne eivät pelota massiivisella tai ympäristöön kuulumattoman näköisellä olemuksellaan. Tekniikka, teknologiset ratkaisut, ohjelmistojen kehittäminen ja tukipalvelutoiminnot muodostavat yrityksille laajan markkina-alueen.

TERVEYSTURISMI

Ikääntyvässä väestössä on paljon hyvän kielitaidon omaavia ja matkusteluun tottuneita ihmisiä. Heille on aivan luonnollista matkustaa saamaan hoitoa,

vaikkapa reumaan Alppien radon-luoliin tai viettämään kuntolomaa haluamaansa kohteeseen. Samalla kun esim. Saksan ja Itävallan alueella sairaskassat kiristävät kuntolomien korvauskäytäntöjä, tulee varallisuustason noustessa uutta asiakaskuntaa muista maista. Jo nyt venäläiset ja japanilaiset ovat löytäneet eurooppalaiset hoidot.

Internetin kautta on helppoa löytää tietoa sairauksista ja niiden hoidoista. On monia hoitomuotoja, joita Suomessa on tarjolla niukalti tai ei laisinkaan. Tällaisia vaihtoehtoisia hoitoja esim. Parkinsonin tautiin löytyy mm. Puolasta. Oman lukunsa muodostavat kauneushoidoiksi luokiteltavat hoitotoimenpiteet, joita Puolassa on niin ikään paljon tarjolla. Puolan houkuttelevuus perustuu hyvään koulutukseen, mutta ainakin toistaiseksi myös edulliseen hintatasoon.

Potilasdirektiivi mahdollistaa Suomalaisille yrityksille asiakkaiden houkuttelemisen muualta EU- ja ETA-alueelta sekä Sveitsistä. Suomi tunnetaan ulkomailla pohjoismaisena hyvinvointivaltiona, jossa terveydenhuollon taso on hyvä. Tätä asiaa on hyvä käyttää markkinoinnissa. Suomessa on myös aloja, jotka edustavat alansa huippuosaamista.

MATKAILU

Suurella osalla eläkkeelle jäävistä on kertynyt työeläkettä sen verran, että sitä voi käyttää enemmän kuin päivittäiset tarpeet vaativat. Suuri osa 60+ -ikäisestä väestöstä on tottunut lomailemaan ja matkustelemaan. Pakettimatkat ovat helppoja matkustajille. Matkanjohtaja huolehtii käytännön asioista ja hänen puoleensa voi kääntyä apua tarvittaessa. Matkaan on saatavilla tietty palvelupaketti ja oppaan ansiosta vaihtoehto on houkutteleva myös kielitaidottomille matkaajille.

Terveyden heiketessä halutaan edelleen matkustella. On myös sairauksia, joille löytyy apua lämpimästä, aurinkoisesta tai muuten sopivasta ilmanalasta. Tällaisia matkailijoita voi houkutella tarjoamalla hotellityyppistä majoitusta, jossa yhdistyvät normaali majoitus, mahdollisuus tehdä retkiä jaksamisen mukaan sekä mahdollisuus saada tarvittava hoiva ja hoito omalla kielellä.

Jo nyt löytyy esimerkkejä suomalaisista hoivapalveluista, jotka ovat perustaneet toimipisteen Espanjaan. Siellä on mahdollisuus asua loman ajan, saada sairaanhoidollista apua sekä perushoivaa. Tällainen paikka mahdollistaa matkustamisen esimerkiksi avioparille myös sellaisessa tilanteessa, jossa toinen puolisoista tarvitsee hoitoa. Hoivapalvelu huolehtii heikommasta parempi-kuntoisen tehdessä päiväretkiä. Kumpikin osapuoli voi nauttia lomasta oman jaksamisen mukaan.

ELÄMÄNTAPAVALMENTAJA

Henkilökohtainen valmentaja on käsitteenä vielä hieman vieras, mutta kysyntä kasvaa. Henkilökohtainen valmentaja voi toimia nyt tunnetulla fyysisen toimintakyvyn osa-alueella. Tulevaisuudessa entistä enemmän on kysyntää kuitenkin eräänlaisella elämäntapavalmentajalla. Hän on asiakkaansa neuvojana ja tukijana hyvin erilaisissa prosesseissa; laihduttamisessa, liikkumisessa, sairauden tai muun suuren elämänmuutoksen käsittelemisessä, uusien toimintatapojen etsimisessä, elämänilon ja -tasapainon hakemisessa jne.

Elämäntapavalmentajan työkenttä on laaja. Painotuksesta riippuen siihen soveltuu sosiaalialan, sairaanhoidon, ravitsemuksen, fysioterapian tai psykologian ammattilainen. Elämäntapavalmennukseen erittäin hyvän lähtökohdan saisi myös monialaisesta tiimistä, johon jokainen toisi oman asiantuntemuksensa.

HALLINNOINTIPALVELU HOIVAYRITYKSILLE

Erityisesti pienille ja keskisuurille hoivayrityksille suunnatuilla hallinnointipalveluilla voisi olla kysyntää. Hallinnointipalvelut olisivat erikoistuneet asiakasyritystensä tarpeiden mukaisen rekrytoinnin avustamiseen, auttamaan työntekijöiden valinnassa, hoitamaan talous- ja henkilöstöhallinnon sekä asioinnin Kelan kanssa. Hallinnointipalvelu tuntee toiminta-alueensa kuntien toiminnan, seuraa niiden strategisia linjauksia ja keskustelee aktiivisesti virkamiesten kanssa. Hallinnointipalvelun erikoisosaamista ovat myös kilpailutusasiakirjojen laadinta. Kilpailutustilanteissa etuna on se, että hallinnointipalvelu tuntee asiakasyrityksensä ja voi myös ehdottaa näille yhteistyön tekemistä kilpailutustilanteissa. Näin ollen pienet yritykset muodostavat kunnille varteen otettavan vaihtoehdon suurten toimijoiden rinnalle.

Hoivayritykset voivat osallistua hallinnointiin sen verran kuin haluavat. Ne voivat ostaa hallinnointipalvelulta erilaisia paketteja – yksittäisestä osasta koko hallinnon hoitamiseen. Kun hallinnointi tapahtuu osaavien ammattilaisten toimesta, se hoituu nopeammin kuin yksittäisen yrittäjän tekemänä. Yrittäjä voi myös keskittyä enemmän oman yrityksensä päivittäiseen pyörittämiseen.

TAHDONVALVOJA

Terveystieteiden ja ikääntyvien hoivassa ja hoidossa puhutaan asiakkaista. Asiakkuus ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteinen asia. On maksaja-asiakas, tilaaja-asiakas, käyttäjäasiakas ja ehkäpä vielä käyttäjäasiakkaan ääntä käyttävä asiakas. Sellaiset lienevät harvoja tilanteita, joissa kaikkien näiden asiakkaiden

etu on sama. Niin kauan kuin käyttäjäasiakas kykenee itse päättämään omasta hoidostaan sekä ilmaisemaan oman tahtonsa luotettavasti, on tilanne vielä selkeä. Mutta mitä tapahtuu tilanteessa, jossa esim. muistisairas tai muuten jo sekavaksi tai tiedottomaksi käynyt potilas ei itse onnistu ilmaisemaan tahtoaan?

Hoitotahto on kirjallinen ja todistajien varmentama asiakirja siitä, kuinka henkilö toivoo itseään hoidettavan. Hoitotahtoon voi laatia hyvin yksityiskohtaisesti, mutta on olemassa myös valmiita pohjia, jotka usein perustuvat perushoidon ja aktiivisen hoidon määritelmiin. Käytännön esimerkit kertovat, että hankaluuksia tällaisen hoitotahtoon toteutumisessa on ainakin kaksi. 1) Vaikka hoitotahto on kirjattu potilastietoihin, hoitava henkilökunta ei sitä välttämättä sieltä huomaa. 2) Kuinka ja kuka saa määritellä eri sairauksien ja avuntarpeen kohdalla, mikä on perushoitoa ja mikä aktiivista hoitoa (nenä-mahaletkun avulla ruokkiminen, nesteytys, lisähappi, antibioottihoito...)? Hoitotahtoon on mahdotonta kirjata ylös kaikkia eri mahdollisuuksia nykyisenkään hoidon tasolla. Lisäksi hoitotahtoon kirjoittamisen ja hoitotarpeen ajankohtaistumisen välillä voi mennä aikaa ja hoitosuosituksia, -teknologioita tai -tavat voivat muuttua.

Tahdonvalvoja käy asiakkaan kanssa laajoja keskusteluja etukäteen. Keskustelujen kautta saadaan kuva elämäkatsomuksesta, suhtautumisesta hoitoon ja toiveista elämän loppua lähestyttäessä. Tahdonvalvojan tehtävänä on valvoa hoidossa olevan asiakkaan tahdon toteutumista. Hän huolehtii, että tarvittavat dokumentit hoitotahtoon virallisuudesta ja hänelle suoduista valtuuksista ovat olemassa ja että ne ovat hoidon kannalta oikeissa paikoissa. Hän myös vierailee asiakkaan luona hoidon aikana ja varmistaa, että kaikki sujuu niin kuin pitää.

Tahdonvalvojan toimenkuva on oleellinen tapauksissa, joissa omaiset ovat kaukana, eivätkä itse pysty tarkkailemaan tilannetta haluamallaan tavalla. He voivat palkata tahdonvalvojan avukseen. Kaikilla ei myöskään ole omaisia, jotka tehtävää voisivat hoitaa tai omaisten näkemys hoidosta voi poiketa asiakkaan omasta. Toiminta on myös linjassa sen kanssa, että yhä useampi ikääntyvä haluaa itse olla päättämässä omasta hoidostaan ja hoivastaan. He eivät halua muuttua "tuntemattomiksi potilaiksi", joita hoidetaan ikään kuin liukuhinnalla samalla periaatteella kuin kaikkia muitakin.

6 HYVIEN KÄYTÄNTÖJEN LIITTYMINEN LAAJEMPAAN KESKUSTELUUN

Luvussa 2 esittelimme laajemmin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä sekä niihin liittyvää teoriaa. Hyvät käytännöt on esitelty lyhyesti luvussa 3, mutta kuvausten yhteydessä ei ole otettu kantaa yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tässä luvussa tuomme esiin joitakin yhteyksiä esittelemiemme hyvien käytäntöjen sekä laajemman keskustelun tai teoreettisen pohdinnan välillä. Yhteyksiä on paljon ja laajasti. Rajaamme kuitenkin näkökulmamme muutamaaan avaukseen, joiden avulla lukija voi aiheesta kiinnostuessaan tutkia asiaa pidemmälle.

Tarkastelemissamme maissa yhteiskunnilla on vastuu vähintäänkin heikoimmassa asemassa olevista ihmisistä ja heidän hoidostaan, mutta myös laajemmin kansalaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta. Yhteiskuntien varallisuuden ja palvelujärjestelmien kehittyessä kansalaisille on annettu yhä laajenevia oikeuksia hoitoon ja hoivaan. Huoltosuhteen heikentyessä palveluiden rahoitus käy yhä vaikeammaksi. Päättäjät joutuvat miettimään keinoja kuinka palveluntarjonta varmistetaan myös tulevaisuudessa sekä tekemään ratkaisuja, joilla palvelut voidaan turvata.

6.1 Yhteiskunnan ja yksilön välinen vastuun jako

Yksi yhä uudelleen esiin nostettu mahdollisuus on **ulkomaalaistaustaisen työvoiman** houkuttelevinen hoitoalalle. Suomeen on houkuteltu hoitajia ainakin Filippiineiltä ja Espanjasta. Tarkastelimme projektissa viiden EU-maan ikääntyvien hoivan hyviä käytäntöjä. Näistä Itävallassa näkyi vahvoja viitteitä Zechnerin (luku 1.1) esiin tuomasta havainnosta, jonka mukaan hoivatyöntekijät ovat yhä useammin ulkomaalaistaustaisia, alemman taloudellisen hierarkian tasolta. Lähtömaissa alhainen tulotaso, työttömyys ja julkisen talouden heikko tilanne toimivat työntekijöinä. Itävalta houkuttelee naisia tekemään ”keikkatyötä”, jonka avulla he voivat taata toimeentulon ehkä myös perheelleen. Hoitajat tulevat heikommasta taloudellisesta asemasta paremman tulotason houkuttamina. Kuulemiemme väitteiden mukaan tilanne on samankaltainen myös Saksassa, mutta koska siellä tällaista työnteon mallia ei ole laillistettu, ei myöskään ole olemassa varmaa tietoa asiasta.

Lähtömaan kannalta tilanne on hankala. Toisaalta työttömyyden vaivaamista maista työn ja rahan perään lähtevät lähettävät rahaa kotimaahansa. Toisaalta etenkin koulutettu ja ammattitaitoinen hoivahenkilöstö olisi tarpeen myös oman maan terveydenhuollossa. Myös tulomaa joutuu sopeuttamaan järjestelmänsä.

Itävalta on esimerkki siitä, kuinka kansalaisten harjoittama toiminta (hoitajien palkkaaminen yksityisesti ulkomailta) oli pitkään laitonta – harmaata taloutta – kunnes se laillistettiin. Tämä hyvä käytäntö on siis lähtenyt ruohonjuuritasolta; yksityiset ihmiset ovat löytäneet ratkaisun, joka on laajuudessaan pakottanut yhteiskunnan tunnustamaan ja laillistamaan toimintamuodon.

Ulkomailta houkuteluttavan henkilöstön lisäksi on esitetty ajatuksia ikääntyvässä väestössä piilevistä voimavaroista. Ihminen ei unohda tietoaan ja taitojaan eläkkeelle jäämisen yhteydessä, eivätkä useimmat myöskään lopeta aktiivista toimintaa. Eläkkeellä ollessa toimintaa on mahdollista suunnata omien mielenkiinnon kohteiden mukaisesti ja tehdä sen verran kuin haluaa. Yhteiskunnallisesti kiinnostavaa on se, voitaisiinko mielenkiinnon kohteita ohjata yhteiskunnan toivomaan suuntaan.

Saksan, Itävallan, Hollannin ja Suomen valtiot toivovat ja odottavat yhteisöllisyyden vahvistumista. Kun kansalaiset huolehtivat itsestään ja naapureistaan, se helpottaa yhteiskunnan suuntaan aiheutuvaa painetta. Seppänen & Pessi (2011, 166,180) esittävät näkemyksiä tuottavan vanhenemisen näkökulmasta, jossa hedonistisen kolmannen iän elämisen lisäksi suurten ikäluokkien edustajat osallistuisivat tuotteiden tai palvelujen tuottamiseen myös eläkkeelle jäämisen jälkeen. Toiminta voi olla myös välillistä siten, että ikääntyneen toiminta vähentää yhteisöjen, yritysten ja muiden ihmisten tuottamien palvelujen ja tuotteiden tarvetta. Kirjoittajien mukaan lähipiirin auttaminen ja hoivaaminen onkin hyvin yleistä ja sitä tekee suurista ikäluokista noin kolmasosa ainakin jossakin määrin. Päivittäistä hoivaa antavia on hyvin pieni osa. Pääsääntöisesti annettu apu on satunnaista, eikä se ole sen luonteista, että se olennaisesti korvaisi tai tekisi tarpeettomaksi ammattimaisia hoivapalveluja. Annetun hoivan kohteena on useimmiten oma äiti tai anoppi. Kanssaihmissen ja omasta hyvinvoinnista huolehtimisen lisäksi ikääntyviltä toivotaan osallistumista myös muuhun vapaaehtoistyöhön ja kansalaisyhteiskunnan toimintaan. Toiveet eläköityvän väestön aktiivisesta yhteiskunnallisesta ja yhteisön hyväksi tekemästä toiminnasta ovat vahvoja.

Suoran hoivan antamisen lisäksi yksilöt voivat pyrkiä vaikuttamaan oman hoivan tarpeensa kehittymiseen. Yksi olennainen avun tarpeeseen vaikuttava tekijä on se, millaisessa ympäristössä asuu; kulkuyhteydet, palveluiden sijainti, esteettömyys, sosiaaliset verkostot. Aineistossamme on useita esimerkkejä siitä, kuinka asumisen ratkaisuilla halutaan itse vaikuttaa omaan tulevaisuuteen. Yhteisöllinen asuminen (luku 3.3) on yksi tällaisista ratkaisuista ja sen suosio on Saksassa kasvanut tasaisesti, ja Suomessa siihen kohdistuu lisääntyvää kiinnostusta.

Valtiolla ja instituutioilla on mahdollisuuksia edistää ja aktivoida lähiyhteisöjä ja yhteisöllisyyttä. Seglowin (2011) mukaan auttamishalun tulee perustua vapaaseen tahtoon, mutta sitä voidaan auttaa epäsuorasti mm. luomalla kaavoituksella olosuhteita, jotka motivoivat keskinäiseen auttamiseen, tukemalla asukasryhmiä, kansalaisliikkeitä ja järjestöjä sekä tukemalla ja kannustamalla yksilöitä demokraattiseen osallistumiseen. Tällaisia keinoja voidaan kutsua sosiaalisiksi insinööritaidoksi: valtio tukee tavallisten kansalaisten motiiveja, asenteita ja mahdollisuuksia keskinäisen auttamisen ja huolenpidon suuntaan.

Tulevaisuudessa on pohdittava sosiaalisen insinööritaidon uutta luovia muotoja (Pessi & Seppänen 2011, 312–313). Vapaaehtoistoimintaa ja osallistumista on kaikissa sukupolvissa, sen suuntaaminen on taitoa vaativa laji. Viimeaikaisten keskustelujen perusteella saa käsityksen, että yksilön oikeuksia korostetaan, vaikka se vaikuttaisi negatiivisesti yhteisöön. Mikäli sosiaalisen insinööritaidon avulla painopistettä saadaan takaisin keskinäiseen auttamiseen ja huolenpitoon, on ajatus toivoa luova aikana, jolloin huolehdittavia on yhä enemmän ja huolehtijoita vähemmän.

Hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä on oikeuksien lisäksi myös vastuu siirretty yksilöille. Tästä näkökulmasta hyvinvoinnin tulevaisuus liittyy olennaisilta osiltaan siihen, missä määrin erilaiset vajeet hyvinvoinnissa nähdään jälleen yhteiskunnallisina kysymyksinä, joihin julkisen vallan tulee systemaattisesti ja vaikuttavasti vastata. Saari arvioi vuosien 2010–2020 olevan ratkaisevia hyvinvoinnin eriarvoistumisen suhteen ja rakenteellisten uudistusten vuosikymmen. (Saari, 2011, 359–361.)

6.2 Palvelutarjonnan organisoiminen

Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluja on yksityistetty voimakkaasti viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. Kunnat ovat oman tuotannon sijaan ostaneet palveluja järjestöjen muodostamilta yhtiöiltä tai yksityisiltä yritysiltä. Kunnat eivät ole aina osanneet laskea tuottamiensa palveluiden hintoja tarpeeksi hyvin ja näin on saatettu päätyä tilanteeseen, jossa muutaman vuoden ostopalvelutoiminnan jälkeen huomataan, että palveluiden ostaminen ei ole tuottanut oletettua ja toivottua säästöä kunnan omaan tuottamiseen verrattuna. Yritykset ovat myös saattaneet alihinnoitella palvelun, jolloin ensimmäisen sopimuskauden jälkeen hintoja on tarkastettu ylöspäin enemmän kuin yleisen kustannusten nousun verran.

Ilmiönä uudelleen kunnallistamisen voi siis katsoa kertovan siitä, että uudessa kilpailutilanteessa ei ole osattu toimia. Kuntien, yritysten ja järjestöjen välisiä markkinoita ei ole saatu aidosti toimiviksi kaikissa tilanteissa tai kaikissa palvelutyypeissä. Esimerkiksi (mielenterveyspuolen) kuntouttava toiminta hyötyy jatkuvuudesta, jota muutaman vuoden välein tapahtuva kilpailuttaminen ja palveluntarjoajan vaihtaminen eivät tue. Lyhytjänteisyys ei myöskään tue palveluiden kehittämistä. Tilanne ei ole helppo myöskään silloin, jos palveluntarjontaa halutaan ostaa paljon yhdeltä tarjoajalta. Silloin kunnan toiminnan kannalta muuten niin tärkeät pk-yritykset eivät välttämättä voi vastata pyyntöön.

Euroopassa, ja osin jo Suomessakin, on esimerkkejä kerran ulkoistettujen palveluiden uudelleen kunnallistamisesta. Kettunen (2013) löytää monta syytä uudelleen kunnallistamisen perusteiksi; oletetut edut yksityistämisestä eivät ole toteutuneet kaikilta osin, ilmapiiri on muuttunut ja kansalaisilta tulee kritiikkiä; kumppanuudet ovat kärsineet jatkuvista kilpailutilanteista ja aiheuttaneet katkoksia palvelutoimintaan; valinnanvapaus on saattanut olla vain hyväosaisten saatavilla ja palvelutuotannon läpinäkyvyys on voinut kärsiä. Kunnallistaminen on joissakin tapauksissa merkinnyt parempaa palveluiden saatavuutta ja tuonut tilaisuuden kehittää kaupungin toimintoja kokonaisvaltaisemmin. Kokonaisuuksien johtaminen ja osaamisen vahvistaminen ovat myös olleet tärkeitä näkökulmia uudelleen kunnallistamisia tehtäessä.

Verkostoituminen voi tarjota ratkaisun pienille yrityksille suuriin kilpailutuksiin osallistumiseen. Eri maista löytämässämme hyvissä käytännöissä oli useampikin esimerkki siitä, kuinka erilaisia kumppanuuksia tai verkostoja hyödynnetään laadukkaan palveluntarjonnan takaamiseksi (luku 3.4). Verkostoissa yrityksillä on mahdollisuus keskittyä ehkä kapeankin alan omaan erityisosaamiseen. Kapean alan palvelua voi olla kuitenkin hankala markkinoida, mutta kun yritys verkostoituu toisiaan tukevia palveluja tarjoavien yritysten kanssa, voi asiakas parhaillaan tilata palveluja yhdestä numerosta ja maksaa yhdellä laskulla, vaikka ne käytännössä tuotetaankin usean yrityksen voimin.

Varamäki ym. (2006, 8, 12; 2004, 17) ovat tutkineet erityisesti kärkiyritysverkostoja. Verkostoon osallistuvat yritykset ovat kiinnostuneita sen avulla saatavista hyödyistä, mutta myös kustannuksista. Kärkiyritysverkoston käsitteellä tarkoitetaan verkostoa, jonka tavoitteena on koota yhteen eri yritysten toisiaan täydentäviä resursseja ja osaamista niin, että kyetään tarjoamaan asiakkaalle tuote tai palvelu yhtenä kokonaisuutena. Asiakkaan ei tällöin tarvitse itse huolehtia eri osien tilaamisesta, vaan asiakas voi ostaa projektiryhmältä yhtenäisen

kokonaisuuden. Verkoston yhdistäessä yritysten erikoisosaamiset markkinoille voidaan tuoda kilpailukyvyllään parempia kokonaisuuksia, jotka parantavat sekä yksittäisten yritysten, että koko ryhmän kilpailukykyä isompia yrityksiä vastaan. Verkostossa on usein yksi yritys, joka resurssiensa, markkinakontaktiensa tai tuoteoikeuksiensa turvin on vahvemmassa asemassa kuin muut.

Verkostoissa on aina liiketoimintaa luovia yksiköitä, joiden kautta muu verkoston resurssipääoma työllistyy tai tulee asianmukaiseen käyttöön. Kärkiyrityksissä esimerkiksi luodaan uutta liiketoimintaa aktiivisemmin ja intensiivisemmin kuin verkoston muissa yrityksissä. Kärkiyritysten strategia ja toimintamalli vaikuttavat siihen, millaiseksi verkosto sen ympärillä muodostuu. Verkoston syntyminen yrityksen ympärille edellyttää läheisten suhteiden rakentamista kärkiyrityksen ja yhteistyökumppaneiden välille. Kärkiyrityksen verkostoitumisaste kasvaa kahdenvälisen suhteiden tiivistyessä. (Varamäki ym. 2006, 13.)

Verkostoitumalla yritykset myös saavat uutta asiakaskuntaa verkoston muiden yritysten asiakkaista. Yhdessä näkyvyys ja markkinointimahdollisuudet paranevat. Verkostojen toimivuuden edellytyksenä on kuitenkin, että siinä osallisena olevat tuntevat saavansa hyötyä verkostossa toimimisesta. Verkostojen toiminta perustuu yhteiseen näkemykseen siitä, mitä ollaan tekemässä, sekä luottamukseen siitä, että jokainen hoitaa osansa. Aineistomme esimerkit löytyvät luvusta 3.4, jossa kuvaillaan kotimaista verkostoitunutta hoivapalvelu sekä saksalaista kumppanuusmallia. Kummassakin esimerkissä yksi yrityksistä on ollut yhteistyön alulle panija ja toimii vetovastuussa. Saksan esimerkissä kumppanuusyritykset ovat samaan aikaan myös toistensa kilpailijoita. Verkoston vahvin toimija pyrkii toiminnallaan varmistamaan, että kaikille riittää asiakkaita, mutta silti on oltava selkeä näkemys siitä, mitä hyötyä kumppanuus tuo.

6.3 Työn organisointi ja asiakkaan huomioiminen

Työn uudelleen organisoimista kaivataan. Toki työnjakoa on olemassa nytkin, mutta vielä selkeämpää jakoa eri ammattitaitoa edellyttäviin tehtäviin kaivataan. Aalto ym. (2011, 74) ottavat kantaa vuodeosastojen työnjakoon. Heidän mukaansa tehtävät tulisi jakaa eri funktioihin: hotelli, ruokailu ja hoitotyö, jolloin lähi- ja sairaanhoitajat voisivat keskittyä varsinaiseen hoitotyöhön. Ruokailuun ja perushuoltoon, kuten siivoukseen ja linavaatehuoltoon, olisi omat työntekijänsä. Tämä olisi myös osana auttamassa hoitajapulaan. Tällaista työnjakoa näimme Hollannin vierailun aikana. Järjestön hallinto ja ravintolapalvelut toimivat selkeimpinä esimerkkeinä. Hallinnointi on yhdistetty toisen järjestön kanssa, ravintolatoiminta oli oma kokonaisuutensa, joka sisälsi ateriapalvelun lisäksi kahvilan sekä tilausravintolan toiminnot.

Suomalaisten asumisyksiköiden viihtyisyydessä on suuria eroja. Kustannuseroja ei sanottavasti ole, näin ollen ero on enemmän toteuttamisessa, hoitotiimin hengessä ja suunnittelutavassa. Yksityinen palvelukoti tehdään asukasta ajatellen houkuttelevaksi, kunnan kohde ja sen toteuttaminen on monimutkaisen päätöksentekoketjun takana, jolloin asukas jää liian helposti huomiotta. Samaan asiakaslähtöisyyden näkökulmaan liittyy myös vanhuksen siirtäminen paikasta toiseen hoivan tarpeen mukaan. Aalto ym. (2011) visioivat tulevaisuudesta, jossa uusissa rakennuksissa toimii vanhainkoti, palveluasunto ja tavallinen palveluasunto samoissa tiloissa. Vanhus voi olla eri palvelujärjestelmien piirissä, vaikka asuukin fyysisesti samassa paikassa. Palvelutasoa voidaan tarvittaessa nostaa esim. sairauden ajaksi. Tarpeen mukaan voitaisiin päättää kunkin huoneen (= vanhuksen) osalta, kuuluuko hän sillä hetkellä palveluasumisen vai tehostetun palveluasumisen piiriin. Kirjoittajat olettavat, että nykyinen lainsäädäntö antaisi tähän mahdollisuuden. Elämän loppuvaiheessa hoidon intensiteettiä voidaan nostaa saattohoitoon saakka samassa huoneessa. (Mt, 67–75.) Tällaisten tulevaisuuden hahmottelujen tavoitteena on, että myös sairas vanhus saa hyvää ja yksilöllistä hoitoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon potilaat ovat kadonneet ja tilalle on tullut asiakkaita. Kuinka potilas ja asiakas erottuvat toisistaan? Potilas voi olla passiivinen vastaanottaja, mutta asiakas valitsee, osallistuu ja päättää. Tulevat ikäihmiset haluavat siis olla asiakkaita – päättää itse omasta hoivastaan. Löytämämme hyvien käytäntöjen osalta tämä tulee esiin etenkin luvussa 3.1 esitellyssä ihmiskeskeisessä hoitofilosofiassa. Keronen (2013) määrittelee itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden osaksi asiakaslähtöisyyttä. Hänen mukaansa tarpeisiin vastaamisen ei tulisi jäsentyä viranomaisten tai muiden toimijoiden rajalinjojen mukaisesti, vaan toimien tulisi muodostaa asiakkaan näkökulmasta saumaton kokonaisuus. Käsitteenä asiakaslähtöisyys voi merkitä sitä, että asiakas käynnistää asiakkuuden ja tähän kysyntään reagoidaan. Jos asiakas ei hakeudu palveluihin, ei ole kysyntääkään. Termi asiakaskeskeisyys viittaa siihen, että asiakas tai potilas ymmärretään tärkeimmäksi rooliksi, joka koko palvelujärjestelmässä on. Potilaan omat voimavarat, kyvyt ja halu ottaa osaa itsensä huomioimiseen, ovat asiakaskeskeisyyden lähtökohta.

Termien määrittely on toisaalta hiusten halkomista, mutta niukkenevien resurssien tilanteessa siitä voi tulla olennainen kysymys. Asiakaslähtöisyys palautuu pitkälti ”Julkinen sektori koordinoi palveluntuotantoa ja huolehtii heikoimmista” tulevaisuuskuvaan, joka esiteltiin luvussa 5.2. Asiakaslähtöisyys on enemmän reaktiivista toimintaa, ei ennakoivaa ja ennalta ehkäisevää.

6.4 Lopuksi

Ikäihmisten palveluihin kohdistuva hoivayrittäjyys on hyvin monimuotoista. Tulevaisuudessa se on vielä monimuotoisempaa. Se voi kattaa kaiken seurapidon ja saattohoidon väliltä. Osa tarpeista on jokapäiväisiä inhimilliseen elämään liittyviä asioita ja osa voi vaatia erikoisosaamista sairaanhoidon alalta. Alan palveluntuotanto on jakautunut eri sektoreille ja merkit viittaavat siihen, että tällainen sekatuotantomalli tulee olemaan vallitseva myös tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveysalaa opiskelevien on hyvä tiedostaa tämä muutos. Vaihtoehdot työurien suhteen ovat lisääntyneet huomattavasti. Yrittäjyys ja yrittäjämäinen toiminta ovat tulleet niin kiinteiksi osiksi työskentelemistä, että yrittäjyyden peruseriaatteiden tiedostaminen on olennaista kaikille alalla työskenteleville. Sekä julkisella että yksityisellä puolella on tärkeää olla tietoinen siitä, kuinka toiminnan kustannukset syntyvät. Niukkenevien resurssien aikana se on olennaista. Työntekijän on vaikea ymmärtää säästöperusteita tai toiminnassa tehtäviä muutoksia, jollei tiedosta kustannusten ja rahoituksen muodostumisen peruseriaatteita.

Myös yksilöllistyvän hoivan ja hoidon vaatimus tuo hoitajat ja muut työntekijät uudenlaisen tilanteen eteen. Yksi standardiratkaisu kuhunkin tilanteeseen ei enää ole riittävä. Asiakkaalla on toiveita ja työntekijällä tiettyjä ”tuotteita”, joista hänen tulee pystyä tarjoamaan vaihtoehtoja ja tavallaan markkinoimaan niitä asiakkaalle. Henkilökunnan asiantuntijarooli saakin uuden ulottuvuuden, johon vaaditaan yrittäjähenkisyyttä.

Kouluttaville organisaatioille tulevaisuuden työkentän muuttuminen on myös mietinnän paikka. Millaiseen työympäristöön tulevat ammattilaiset sijoittuvat? Mitä heidän tulee ammatissaan osata ja tietää? Kysymys ei ole yksiselitteinen. Tämän projektin aikana saadun tiedon valossa yksi tulevien ammattilaisten tärkeistä taidoista on työskentely eri alojen ammattilaisten kanssa yhteistyössä. Sosiaali- ja hoitotyö tulee, mitä ilmeisimmin, sisältämään myös tiimityötä ja yhteistyötä organisaatioiden, yritysten, julkisen sektorin, mutta myös eri alojen ammattilaisten kanssa. Tekniikan osaajan olisi pystyttävä keskustelemaan hoitavan henkilökunnan kanssa siitä, millaisia ongelmia arjessa on ja kuinka niitä voitaisiin ratkoa. Teknisissä ratkaisuissa tullaan usein myös sosiaalisten ulottuvuuksien äärelle, jolloin laitteen toimivuus sinänsä ei riitä, vaan laitteen tulee sopia käyttäjälle ja käyttöympäristöön. Tämä on vain yksi esimerkki.

Ikääntyvien hoivayrittäjyydelle näyttää tulevaisuudessa olevan tilausta. Yrittäjän kannattaa kuitenkin miettiä tarkasti oman toimintansa logiikka: mistä tulee

rahaa, kuinka hinta muodostuu, kuka maksaa, kenelle palvelu markkinoidaan, millainen kilpailu juuri sillä alueella on, millaisia yhteistyökumppaneita ja kuinka paljon halutaan, mikä on osaamisen ydintä, imago jne. Vaikka ikääntyvien palveluita tarjoava hoivayrittäjyyden kenttä on tällä hetkellä myllerryksessä, on siellä kuitenkin tilaa ja markkinarakoja löydettävissä. Oman idean kirkastamiseksi kannattaa nähdä vaivaa.

LÄHTEET

- Aalto, I., Kekäläinen, R. & Vauramo, E. 2011. EKSOTE vanhuspalveluiden inventointi. [Verkkojulkaisu]. Espoo: Sotera. [Viitattu 25.2.2013]. Saatavana: www.sotera.fi/pdf/Eksote_Inventointi.pdf
- Altersbilder in Gesellschaft. 2010. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. 2000. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. 2010. Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa. *Janus* 18(2), 104–120.
- Bledowski, P., Pedich, W., Bien, B., Wojszel, B.Z. & Czekanowski, P. 2004. National Background Report for Poland. Eurofamcare-projektiraportti. [Verkkojulkaisu]. Hamburg: Eurofamcare. [Viitattu 12.8.2011]. Saatavana: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_poland_rc1_a4.pdf
- Cox, J. 2009. Ytimekäs opas talouteen. Tampere: Lumo.
- Döhner, H. & Kofal, C. 2006. Supporting Family Carers of Older People in Europe: Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives. Eurofamcare-projektiraportti. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 12.8.2011]. Saatavana: <http://www.uke.de/extern/eurofamcare/publikationen.php?abs=2>
- Esping-Andersen, G. 1999. *Three World of Welfare Capitalism*. Oxford : Oxford University Press.
- Eurostat. 2011. [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.5.2011]. Saatavana: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/introduction>
- FinnSight 2015. Helsinki: Suomen Akatemia: Tekes.
- Gilbert, N. 2002. *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Green Care Finland. 2013. [Verkkosivusto]. [Viitattu 16.4.2013]. Saatavana: <http://www.gcfinland.fi>
- Haavisto, I. 2011. Valta yhteisöille!: Mitä opittavaa Suomella on Iso-Britannian Big Societystä? Helsinki: Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA. EVA Analyysi 16.
- Hartman, S. 2012. Näkemyksestä menestystä. Toimialaraportit ennakoivat liiketoimintaympäristön muutoksia. Sosiaalipalvelut. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. Toimialaraportti 5.
-

-
- Hiilamo, H., Kangas, O., Manderbacka, K., Mattila-Wiro, P., Niemelä, M. & Vuorenkoski, L. 2010. Hyvinvoinnin turvaamisen rajat: Näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Hilfswerk 2012. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Hiltunen, E. 2012. Matkaopas tulevaisuuteen. Helsinki: Talentum.
- Julkunen, R. 1992. Hyvinvointivaltio käännekohtassa. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, R. 2001. Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Jyväskylä: Vastapaino.
- Julkunen, Raija. 2006. Kuka vastaa?: Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki : Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.
- Jylhä, M. 2003. Vanhenemisen medikalisaation onni ja onnettomuus. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim. 19, 1886–1892. [Viitattu 22.4.2013]. Saatavana: <http://www.duodecimlehti.fi>
- Kajanoja, J. 2009. Hyvinvointi ja hyvinvointivaltio: Len Doyalin ja Ian Goughin hyvinvointiteoria. Teoksessa: J. Saari (toim.) Hyvinvointivaltio: Suomen mallia analysoimassa. Helsinki: Gaudeamus. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 60, 93–121.
- Keronen, M. 2013. Asiakaslähtöisyys: olennainen tekijä sosiaalihuollossa. [Verkkolehtiartikkeli]. Tesso 31.1.2013. [Viitattu 26.2.2013]. Saatavana: <http://www.tesso.fi/artikkeli/asiakaslahtoisuus-olennainen-tekija-sosiaalihuollossa>
- Kettunen, P. 2013. Työt takaisin kuntiin: perutaan ulkoistamiset. Motiivi 2, 7–8.
- Klusteriennakointihanke 2011. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Julkaisematon aineisto.
- Koskiahho, B. 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa: Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Kriegl, M. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Kuivalainen, S. & Palola, E. Tuloerot ja köyhyys. Teoksessa: T. Raunio & J. Saari, J. (toim.) 2013. Euroopan paras maa?: Suomen asema muuttuvassa Euroopassa. Helsinki: Gaudeamus.
- Kuusi, O. & Linturi, H. 2006. Delfoi – oraakkelin matkassa. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.4.2013]. Saatavana: http://www.edelfoi.fi/fi/orgs/hse/materials/001_delfix
- L 11.3.1994/201. Kotikuntalaki.
- L 17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki.
-

- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.
- Laiho, U.-M., Grönberg, V., Hämäläinen, P., Stenman, J. & Tykkyläinen, S. 2011. Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. TEM julkaisuja 4/2011. [Viitattu 24.4.2013]. Saatavana: http://www.tem.fi/files/29202/4_2011_web.pdf
- Lahner, E. 2012. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Lauttamäki, V. & Hietanen, O. 2006. Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutus-tarpeet 2015. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointi-hankkeesta. Turku: Tulevaisuuden tutkimuskeskus. Tutu-julkaisuja 4/2006.
- Mannermaa, M. (toim.). 1999. TOOLBOX: Työelämän ennakoinnin työkalupakki. Helsinki: Työministeriö. ESR-julkaisut 41.
- Mestheneos, E. & Triantafillou, J. 2002. Eurofamcare: Pan-European Background Report. [Verkkojulkaisu]. Hamburg: Eurofamcare. [Viitattu 1.7.2011]. Saatavana: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/peubare_a5.pdf
- Michalski, R. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Ministerstwo Zdrowia. 2003. The Polish Health Care System: brief. [Verkkosivu]. [Viitattu 10.8.2011]. Saatavana: <http://www.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=m0&ms=&ml=en&mi=535&mx=6&ma=239>
- Miten korvataan ulkomailta haettu hoito? 2013. [Verkkolehtiartikkeli]. Tesso 21.3.2013. [Viitattu 21.5.2013]. Saatavana: <http://www.tesso.fi/content/miten-korvataan-ulkomailta-haettu-hoito>
- Mot, E., Aouragh, A., DeGroot, M. & Mannaerts, H. 2010. The Long-Term Care System for Elderly in the Netherlands. [Verkkojulkaisu]. ENEPRI Research Report No. 90. [Viitattu 21.5.2013]. Saatavana: <http://www.ceps.eu/book/long-term-care-system-elderly-netherlands>
- Myhrman, R. 2007. Total Cost and Profitability of Health and Social Services: Challenges and Future Visions in Finland. [Verkkojulkaisu]. Teoksessa: H. Erjanti (ed.) Refurbishing Elderly Care: Strategy of Cost Efficiency in Theory and Practice. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. [Viitattu 21.5.2013]. Saatavana: http://www.laurea.fi/en/Research/Publications/Publication_archive/Documents/A60.pdf
- Naisbitt, J. & Aburdene, P. 1990. Megatrendit 2000. Porvoo: WSOY.
- Omaishoidon tuki 2012. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. [Viitattu 21.1.2013]. Saatavana: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/omaishoidontuki/sivut/default.aspx#kohde1>
-

-
- Pantuchek, G. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Pessi, A. & Seppänen, M. 2011. Yhteisöllisyys. Teoksessa: J. Saari (toim.) Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Petterhofer, U. & Laister, J. 2011. Country Situation in Austria Concerning Entrepreneurship in Nursing/Health Promotion for the Aging Population. Raportti. Julkaisematon.
- Pflege ABC. 2012. [Verkkosivusto]. [Viitattu 3.1.2013]. Saatavana: <http://www.pflege-abc.info/pflege-abc/artikel/pflegestufen.html>
- Powell, M. (ed.) 2007. Understanding the Mixed Economy of Welfare. Bristol: The Policy Press.
- Prekurat, A. & Chylek, E. 2007. Long-Term Care Services for the Elderly in Poland. Peer Review. Unpublished. [Viitattu 10.8.2011]. Saatavana: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer>
- Reisman, D. 2004. Schumpeter's Market: Enterprise and Evolution. Cheltenham: Edward Elgar.
- Rubin, A. 2007. Skenaariot ja jakautuva todellisuus 13.4.2007. [Diaesitys]. [Viitattu 27.2.2013]. Saatavana: http://www.slideshare.net/oraakkeli/delfoi-skenaariot-ja-jakautuvat-tulevaisuudet?utm_source=slideshow03&utm_medium=ssemail&utm_campaign=share_slideshow_loggedout
- Salonen, K. 2012. Mielen ja luonnon yhteyksiä: Eko- ja ympäristöpsykologian näkökulma. Teoksessa: T. Helne & T. Silvasti (toim.) Yhteyksien kirja: Etappeja ekososiaalisen hyvinvoinnin polulla. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Seglow, J. 2011. Yhteisöllisyys. Teoksessa: J. Saari (toim.) Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Seppänen, M. & Pessi A. B. 2011. Suuret ikäluokat: Paljon auttavia käsiä? Teoksessa: A. B. Pessi. & J. Saari (toim.) Hyvien ihmisten maa: Auttaminen kilpailukyky-yhteiskunnassa. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu, 165–184.
- Sinkkonen, S. & Rissanen, S. 2004. Hoivayrittäjyys. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Sorama, K. 2012. Klusteriennakointimalli osaamistarpeiden ennakointiin: Ammatillisen korkea-asteen koulutuksen opetussisältöjen kehittäminen. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 65. [Viitattu 28.3.2013]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-5863-46-8>
- Sorenson, C. 2008. Ensuring Value for Money in Health Care: The Role of Health Technology Assessment in the European Union. Albany, NY: World Health Organization.
-

- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. [Verkkosivusto]. [Viitattu 22.4.2013]. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystieteiden_palvelut
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2011b. Palvelujen menot ja rahoitus. [Verkkosivusto]. [Viitattu 7.7.2011]. Saatavana: http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot
- Sozialgesetzbuch XII § 61 ja § 63. [Verkkosivu]. [Viitattu 7.12.2012]. Saatavana: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/1.html>
- Summary of Central Legislation Regulating Health Care and Social Care Business in Poland 2011. Julkaisematon selvitys.
- Suomalainen, S., Hyttinen, V., Hänninen, M., Wulff, S. & Kaarakainen, M. 2012. Yksityisen varautumisen lähtökohdat tulevaisuuden hoiva- ja hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. B. Raportteja 54.
- Taleb, N. N. 2010. Musta joutsen: Erittäin epätodennäköisen vaikutus. Helsinki: Terra Cognita.
- Tall, J., Sorama, K., Tulisalo, P., Petäjä, E. & Virkamäki, A. 2013. Yrittäjyys 2.0 – menestyksen avaimia. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisuja B. Raportteja ja selvityksiä 69. [Viitattu 21.5.2013]. Saatavana: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55178/B69_netti.pdf?sequence=1
- Tedre, S. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Joensuu: Joensuun yliopisto. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 40.
- TEM 4/2011. Työolobarometri. Saatavana: http://www.tem.fi/files/29001/TEM_raportteja_4_2011.pdf [Viitattu 24.4.2013]
- Tilastokeskus. 2011. Sosiaaliturva. Kansainväliset vertailuluvut. [Verkkosivu]. [Viitattu 21.5.2013]. Saatavana: www.stat.fi/tup/kvportaali/kuvat_sos_1.html
- Tilastokeskus 2012 a. Elinajan odote. [Verkkosivu]. [Viitattu 20.11.2012] Saatavana: <http://www.findikaattori.fi/fi/46>
- Tilastokeskus 2012 b. Ikääntyneiden toimintakyky. [Verkkosivu]. [Viitattu 20.11.2012]. Saatavana: <http://www.findicator.fi/fi/64>
- Tilastokeskus 2012 c. Väestön ikärakenne. [Verkkosivu]. [Viitattu 20.11.2012]. Saatavana: <http://www.findicator.fi/fi/14>
- Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere : Tampere University Press.
- Tossavainen, P. & Kuronen, R. 2012. Kotihoidon laskenta 30.11.2011. Tilastoraportti 16/2012. Suomen virallinen tilasto THL. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90754/Tr16_12.pdf?sequence=3
-

-
- Tossavainen, P. & Kuronen, R. 2012 b. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 25/2012. [Viitattu 21.5.2013]. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90785/Tr25_12.pdf?sequence=4
- Tulevaisuuden palvelutarpeet Hämeenlinnan seudulla 2011. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 26.11.2012]. Saatavana: http://www.kehittamiskeskus.fi/files/attachments/effect/tulevaisuuden_palvelutarpeet.pdf
- Työ- ja elinkeinoministeriön sosiaalialan toimialaraportin julkistamistilaisuus 20.11.2012. [Videotallenne]. [Viitattu 21.11.2012]. Saatavana: <http://event.magneetto.com/webcasts/tem/2012sosiaalipalvelut>
- Valkama, P., Kallio, O., Haatainen, J., Laurila, H. & Siitonen, P. 2008. Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset: 1.osa. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätö. Kunnat ja kilpailu 9. [viitattu 21.5.2013]. Saatavana: http://www.kaks.fi/sites/default/files/Kunnat%20ja%20kilpailu%209_1.pdf
- Varamäki, E., Kohtamäki, M., Vesalainen, J., Järvenpää, M., Laitinen, E. K., Wingren, T., Vuorinen, T., Sorama, K., Tuominen, T., Markkula, J., Helo, P. & Hallila, J. 2006. Pyranet-käsikirja verkoston suorituskyvyn arvioimiseksi ja kehittämiseksi. Vaasa: Vaasan yliopisto. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 128.
- Varamäki, E. 2004. Kärkiyritysverkoston suorituskyky: teoreettinen viitekehys. Vaasa: Vaasan yliopisto. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 262, Liiketaloustiede 95.
- Venäjä tarjoaa mahdollisuuksia kansainvälistymiseen 2012. Hyvinvointi-ohjelma – HYVÄ. [Verkkosivu]. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. [Viitattu 26.11.2012]. Saatavana: https://www.tem.fi/index.phtml?104065_m=108743&s=3124
- Veronmaksajien keskusliitto. Kotitalousvähennys. [Verkkosivu]. Helsinki: Veronmaksajain keskusliitto. [Viitattu 21.5.2013]. Saatavana: <http://www.veronmaksajat.fi/omatveroasiat/kotitalousvahennys>
- Vesterinen, M.-L. (toim.). 2011. SOTE-ennakointi: Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Lappeenranta: Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Raportteja ja tutkimuksia 3.
- Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 19.3.2012]. Saatavana: www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto
- Zechner, M. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Zechner, M. 2011. Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Tampere: Tampere University Press.
-

LIITTEET

Arvoisa vastaanottaja,

Kartoitamme eurooppalaisen hoivayrittäjyyden tulevaisuuden näkymiä Suomessa, Saksassa, Itävallassa ja Puolassa. Tätä varten tarvitsemme sitä arvokasta asiantuntemusta, jota Teillä on sosiaali- ja terveysalalta. Tarkoituksena on kartoittaa delfoi-menetelmän avulla ajatuksia ja visioita siitä, miltä ikääntyvän väestön hoivapalvelut voisivat näyttää vuonna 2021.

Kysely liittyy Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaan CarePrise-projektiin (S 11646). Kyselyn tulokset julkaistaan muodossa, josta ei ole mahdollista päätellä yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä. Toivomme kuitenkin, että saamme julkaista nimenne tutkimuksen liitetiedoissa erillisenä listana. Kyselyn tuloksia käytetään tulevien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutuksessa materiaalina. Lisäksi alan nykyiset yrittäjät voivat ammentaa niistä tulevaisuudenvisioita.

Delfoi-menetelmän toteutukseen sisältyy kaksi kierrosta. Ensimmäisen kierroksen kysymykset ja väittämät on johdettu globaalien megatrendien kautta. Tällä kierroksella pyydämme Teitä ottamaan kantaa ikäihmisten hoivapalveluiden tulevaisuuden näkymiin. Saamiemme tietojen pohjalta laadimme toiselle kierrokselle ”tulevaisuuskuvia”, joihin Te saatte vielä kommentoida.

Kyselykierrosten aikataulu

- ensimmäisen kierros joulukuu 2011
- toinen kierros huhtikuu 2012

Kysymyslomake löytyy:

Kiitoksia vastauksestanne!

Projektiryhmän puolesta

Salla Kettunen
projektipäällikkö

Projektissa mukana ovat:

Seinäjoen ammattikorkeakoulu /Suomi

Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit Dresden /Saksa

Fachhochschule Nordhausen Thüringen /Saksa

Nicolaus Copernicus University /Collegium Medicum in Bydgoszcz /Puola

MERIG Multidisciplinary European Research Institute /Itävalta

DELFOI I KIERROS

CarePrise FIN

Maa

- PL
- DE
- AT
- FIN

Sukupuoli

- nainen
- mies

Ikä

- 20–30 vuotta
- 31–40 vuotta
- 41–50 vuotta
- 51–60 vuotta
- 61–70 vuotta
- 71– vuotta

Ala, jota ensisijaisesti edustatte

- sosiaalia
- terveysala
- muu, mikä?

Pääasiallinen toimenkuva

- yrittäjä
- yrittäjäjärjestön /etujärjestön edustaja
- tutkimus/opetus
- poliittinen päätäntä
- muu, mikä?

Euroopan unionin alueella tapahtuu voimakasta väestön ikääntymistä. Ikään-
tyminen johtuu pitkälti kahden tekijän yhteisvaikutuksesta: syntyvyys laskee
ja elinajan odote kasvaa. (Eurostat 2011.) Nämä muutokset heijastuvat yhteis-
kuntaan ja yksilöiden elämään erilaisina vaikutuksina.

1. Mitkä ovat aikavälillä 2011–2021 merkittävimpiä ikääntymisen mukanaan
tuomia haasteita?
-

Euroopassa on eri järjestelmiä, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan. Yleiseurooppalainen ajatus kuitenkin on, että kansalaisilla tulisi olla oikeus ja mahdollisuus hyvään terveydenhuoltoon ja kustannusten tulisi olla sellaiset, että sekä yhteiskunnalla että yksilöillä on niihin varaa (Eurostat 2011). Ikääntyvä väestönosa kasvaa ja heillä on aiempia sukupolvia paremmat eläkkeet. Ikääntyvällä väestöllä on tulotason noustessa mahdollisuus ostaa palveluita ja samalla kulttuuri on muuttumassa palveluiden ostamisen ja valitsemisen suuntaan (Aaltonen 2008). Palvelurakenteelle aiheuttavat muutospaineita mm. lisääntyvä kysyntä.

2. Kuinka näet julkisen sektorin roolin kehittyvän sosiaalipalveluissa seuraavan 5–10 vuoden aikana?

3. Kuinka näet julkisen sektorin roolin kehittyvän terveystaloudessa seuraavan 5–10 vuoden aikana?

4. Miten arvioit seuraavien asioiden kehittyvän vuoteen 2021 mennessä?

Vähenee merkittävästi	1	2	3	4	5	lisääntyy merkittävästi
Kansalaisen vastuu omasta hyvinvoinnista	()	()	()	()	()	
Laitoshoidon määrä	()	()	()	()	()	
Kotihoidon määrä	()	()	()	()	()	
Palveluiden ostaminen oman hyvinvoinnin tukemiseksi	()	()	()	()	()	
Julkisten palveluiden saatavuus	()	()	()	()	()	
Yksityiset sosiaalialan palveluita tarjoavat yritykset suuntaavat palvelunsa ainoastaan maksukykyisimmille asiakkaille	()	()	()	()	()	
Yksityiset terveysalan palveluita tarjoavat yritykset suuntaavat palvelunsa ainoastaan maksukykyisimmille asiakkaille	()	()	()	()	()	

Euroopan unionin (EU-27) maissa suurin osa sosiaaliturvan menoista kohdentuu joko ikäihmisten etuuksiin (mm. eläkkeet), terveydenhuollon etuuksiin tai sairauskuluihin. Yhdessä nämä muodostavat lähes 70 % EU-27 maiden sosiaaliturvan menoista (Eurostat 2011). Kun yhä suurempi osa väestöstä on iäkkäitä, kohdentuu näihin menoeriin aina vain kasvava paine.

5. Mitä mieltä olet seuraavista väitteistä?

Vähenee merkittävästi	1	2	3	4	5	lisääntyy merkittävästi
Vuonna 2021 kansalaiset saavat samantasoisia sosiaalipalveluja riippumatta siitä, missä päin maata asuvat.	()	()	()	()	()	
Vuonna 2021 kansalaiset saavat samantasoisia terveyspalveluja riippumatta siitä, missä päin maata asuvat.	()	()	()	()	()	
Julkinen sosiaalihuolto keskittyy tulevaisuudessa ainoastaan kaikkein vähävaraisimpien avustamiseen.	()	()	()	()	()	
Julkinen terveydenhuolto keskittyy tulevaisuudessa ainoastaan kaikkein vähävaraisimpien avustamiseen.	()	()	()	()	()	
Varakkaat kansalaiset hankkivat tarvitsemansa hoivapalvelut tulevaisuudessa itse, esim. vapaaehtoisten vakuutusten turvin.	()	()	()	()	()	

6. Miten sosiaalipalvelujen rahoittajatahojen merkitys tulee kehittymään vuoteen 2021 mennessä?

Vähenee merkittävästi	1	2	3	4	5	lisääntyy merkittävästi
Valtio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kansallinen sosiaaliturvajärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Potilas itse/omaiset (sis. vapaaehtoiset vakuutukset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maakunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Joku muu taho, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Perustele lyhyesti:

7. Miten terveystalouden rahoittajatahojen merkitys tulee kehittymään vuoteen 2021 mennessä?

Vähenee merkittävästi	1	2	3	4	5	lisääntyy merkittävästi
Valtio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kansallinen sosiaaliturvajärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Potilas itse/omaiset (sis. vapaaehtoiset vakuutukset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maakunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Joku muu taho, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Perustele lyhyesti:

8. Arvioi, kuinka sosiaalialan tuottajatahojen kenttä on muuttunut vuoteen 2021 mennessä.

9. Arvioi, kuinka terveysalan tuottajatahojen kenttä on muuttunut vuoteen 2021 mennessä.

Tekniikan kehittyessä on kehitelty myös monia laitteita, jotka lisäävät turvallisuutta (esim. hellavahdit, liiketunnistimet), auttavat ikääntyvää ihmistä selviytymään kotona (esim. sähköiset lääkedoseetit), helpottavat kotona asuvan toimien seuraamista kaukaakin (esim. ovivahdit, vesimittarin etälukumahdollisuus) ja auttavat arjen toimissa (erilaiset apuvälineet).

10. Arvioi hoivateknologisten ratkaisujen hyödyntämisen mahdollisuutta kotona asumisen tukemiseksi vuoteen 2021 mennessä.

Ihmisten ikääntyminen, varallisuuden kasvu ja kuluttajakulttuurin muutos vaikuttavat oletettavasti palvelutarpeeseen ja kysyntään. On myös havaittu, että mitä enemmän etenkin terveystalvuuja on tarjolla, sitä enemmän niitä käytetään. Samanaikaisesti myös asiakkuus ja vaikuttaminen nousevat keskeisemmiksi. Palveluilta vaaditaan yhä enemmän valinnanvaraa. (Vuori 2005.)

11. Millä sosiaalipalveluiden aloilla näet yksityisen yrittäjyyden vahvistuvan vuoteen 2021 mennessä?

12. Millä terveystalvuuja aloilla näet yksityisen yrittäjyyden vahvistuvan vuoteen 2021 mennessä?

13. Nimeni saa julkaista tutkimuksen liitetiedoissa

Ei

Kyllä: nimi, organisaatio, työtehtävä

Aaltonen, E. 2010. Hyvinvointialan näkymät Itä-Suomessa. 9.12.2010, Mikkeli. [Ppt-esitys]. Mikkeli: Itä-Suomen Aluehallintovirasto. [Viitattu 25.3.2011.] Saatavana: http://www.temtoimialapalvelu.fi/files/1207/Elli_Aaltonen.pdf

Eurostat 2011. Key Figures on Europe. Eurostat Pocketbooks. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [Viitattu 3.11.2011] Saatavana: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EI-11-001/EN/KS-EI-11-001-EN.PDF

Vuori, Jari 2005. Terveys ja johtaminen: terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Porvoo: WSOY.

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUSARJA

A. TUTKIMUKSIA

1. Timo Toikko. Sosiaalityön amerikkalainen oppi: Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön. 2001.
 2. Jouni Björkman. Risk Assessment Methods in System Approach to Fire Safety. 2005.
 3. Minna Kivipelto. Sosiaalityön kriittinen arviointi: Sosiaalityön kriittisen arvioinnin perustelut, teoriat ja menetelmät. 2006.
 4. Jouni Niskanen. Community Governance. 2006. (verkkojulkaisu)
 5. Elina Varamäki, Matleena Saarakkala & Erno Tornikoski. Kasvu-yrityttömyyden olemus ja pk-yritysten kasvustrategiat Etelä-Pohjanmaalla. 2007.
 6. Kari Jokiranta. Konkretisoituva uhka: Ilkka-lehden huumekirjoitukset vuosina 1970–2002. 2008.
 7. Kaija Loppela. Ryhmässä oppiminen – tehokasta ja hauskaa: Arviointitutkimus PBL-pedagogiikan käyttöönotosta fysioterapeuttikoulutuksessa Seinäjoen ammattikorkeakoulussa vuosina 2005–2008. 2009.
 8. Matti Ryhänen & Kimmo Nissinen (toim.). Kilpailukykyä maidontuotantoon: Toimintaympäristön tarkastelu ja ennakointi. 2011.
 9. Elina Varamäki, Juha Tall, Kirsti Sorama, Aapo Länsiluoto, Anmari Viljamaa, Erkki K. Laitinen, Marko Järvenpää & Erkki Petäjä. Liiketoiminnan kehittyminen omistajanvaihdoksen jälkeen: Case-tutkimus omistajanvaihdoksen muutostekijöistä. 2012
 10. Merja Finne, Kaija Nissinen, Sirpa Nygård, Anu Hopia, Hanna-Leena Hietaranta-Luoma, Harri Luomala, Hannu Karhu & Annu Peltoniemi. Eteläpohjalaiset elintavat ja terveystietäytyminen: TERVAS: Terveelliset valinnat ja räätälöidyt syömisen ja liikkumisen mallit 2009–2011. 2012.
 11. Elina Varamäki, Kirsti Sorama, Anmari Viljamaa, Tarja Heikkilä & Kari Salo. Eteläpohjalaisten sivutoimiyrittäjien kasvutavoitteet sekä kasvun mahdollisuudet. 2012.
 12. Janne Jokelainen. Hirsiseinän tilkermateriaalien ominaisuudet. 2012.
 13. Elina Varamäki & Seliina Päällysaho (toim.) Tapio Varmola – suomalaisen ammattikorkeakoulun rakentaja ja kehittäjä. 2013.
 14. Tuomas Hakonen. Bioenergiaterminaalin hankintaketjujen kanttavuus eri kuljetusvälineillä ja -volymeilla. 2013.
-

B. RAPORTTEJA JA SELVITYKSIÄ

1. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta soveltavan osaamisen korkeakoulu: Tutkimus- ja kehitystoiminnan ohjelma. 1998.
 2. Elina Varamäki, Ritva Lintilä, Taru Hautala & Eija Taipalus. Pk-yritysten ja ammattikorkeakoulun yhteinen tulevaisuus: Prosessin kuvaus, tuotokset ja toimintaehdotukset. 1998.
 3. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä & Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään: Seinäjoen ammattikorkeakoulusta 1996 – 1997 valmistuneiden sijoittuminen. 1999.
 4. Petri Kahila. Tietoteollisen koulutuksen tilanne- ja tarveselvitys Seinäjoen ammattikorkeakoulussa: Väkiraportti. 1999.
 5. Elina Varamäki. Pk-yritysten tuleva elinkaari: Säilykö Etelä-Pohjanmaa yrittäjämaakuntana? 1999.
 6. Seinäjoen ammattikorkeakoulun laatujärjestelmän auditointi 1998 – 1999: Itsearviointiraportti ja keskeiset tulokset. 2000.
 7. Heikki Ylihärtilä. Puurakentaminen rakennusinsinöörien koulutuksessa. 2000.
 8. Juha Ruuska. Kulttuuri- ja sisältötuotannon koulutus selvitys. 2000.
 9. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta soveltavan osaamisen korkeakoulu: Tutkimus- ja kehitystoiminnan ohjelma 2001. 2001.
 10. Minna Kivipelto (toim.). Sosionomin asiantuntijuus: Esimerkkejä kriminaalihuolto-, vankila- ja projektityöstä. 2001.
 11. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä & Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään: Seinäjoen ammattikorkeakoulusta 1998 – 2000 valmistuneiden sijoittuminen. 2002.
 12. Tapio Varmola, Helli Kitinoja & Asko Peltola (ed.). Quality and new challenges of higher education: International Conference 25. – 26. September, 2002. Seinäjoki Finland. Proceedings. 2002.
 13. Susanna Tauriainen & Arja Ala-Kauppi. Kivennäisaineet kasvavien nautojen ruokinnassa. 2003.
 14. Päivi Laitinen & Sanna Välisaari. Staphylococcus aureus -bakteerien aiheuttaman utaretulehduksen ennaltaehkäisy ja hoito lypsykarjatililla. 2003.
 15. Riikka Ahmaniemi & Marjut Setälä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Alueellinen kehittäjä, toimija ja näkijä. 2003.
 16. Hannu Saari & Mika Oijennus. Toiminnanohjaus kehityskohteena pk-yrityksessä. 2004.
-

17. Leena Niemi. Sosiaalisen tarkastelua. 2004.
 18. Marko Järvenpää (toim.) Muutoksen kärjessä: Kalevi Karjanlahti 60 vuotta. 2004.
 19. Suvi Torkki (toim.). Kohti käyttäjäkeskeistä muotoilua: Muotoilukoulutuksen painotuksia SeAMK:ssa. 2005.
 20. Timo Toikko (toim.). Sosiaalialan kehittämistyön lähtökohta. 2005.
 21. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä & Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään: Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v. 2001 – 2003 valmistuneiden sijoittuminen opiskelun jälkeen. 2005.
 22. Tuija Pitkähkoski, Sari Pajuniemi & Hanne Vuorenmaa (ed.). Food Choices and Healthy Eating: Focusing on Vegetables, Fruits and Berries: International Conference September 2nd – 3rd 2005. Kauhajoki, Finland. Proceedings. 2005.
 23. Katariina Perttula. Kokemuksellinen hyvinvointi Seinäjoen kolmella asuinalueella: Raportti pilottihankkeen tuloksista. 2005.
 24. Mervi Lehtola. Alueellinen hyvinvointitiedon malli: Asiantuntijat puhujina. Hankkeen loppuraportti. 2005.
 25. Timo Suutari, Kari Salo & Sami Kurki. Seinäjoen teknologia- ja innovaatiokeskus Frami vuorovaikutusta ja innovatiivisuutta edistävänä ympäristönä. 2005.
 26. Päivö Laine. Pk-yritysten verkkosivustot: Vuorovaikutteisuus ja kansainvälistyminen. 2006.
 27. Erno Tornikoski, Elina Varamäki, Marko Kohtamäki, Erkki Petäjä, Tarja Heikkilä & Kirsti Sorama. Asiantuntijapalveluyritysten yrittäjien näkemys kasvun mahdollisuuksista ja kasvun seurauksista Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla: Pro Advisor -hankkeen esiselvitystutkimus. 2006.
 28. Elina Varamäki (toim.) Omistajanvaihdosnäkymät ja yritysten jatkuvuuden edistäminen Etelä-Pohjanmaalla. 2007.
 29. Thorsten Beck, Henning Bruun-Schmidt, Helli Kitinoja, Lars Sjöberg, Owe Svensson & Alfonsas Vainoras. eHealth as a facilitator of transnational cooperation on health: A report from the Interreg III B project "eHealth for Regions". 2007.
 30. Anmari Viljamaa & Elina Varamäki (toim.) Etelä-Pohjanmaan yrittäjyyskatsaus 2007. 2007.
 31. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Eija Taipalus & Marja Lautamaja. Ammattikorkeakoulusta työelämään: Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v. 2004 – 2005 valmistuneiden sijoittuminen opiskelujen jälkeen. 2007.
 32. Sulevi Riukulehto. Tietoa, tasoa, tekoja: Seinäjoen ammattikorkeakoulun ensimmäiset vuosikymmenet. 2007.
-

-
33. Risto Lauhanen & Jussi Laurila. Bioenergian hankintalogistiikka: Tapaustudkimuksia Etelä-Pohjanmaalta. 2007. (verkkojulkaisu).
 34. Jouni Niskanen (toim.). Virtuaalioppimisen ja -opettamisen Benchmarking Seinäjoen ammattikorkeakoulun, Seinäjoen yliopistokeskuksen sekä Kokkolan yliopistokeskuksen ja Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakouun Averkon välillä keväällä 2007. Loppuraportti. 2007. (verkkojulkaisu).
 35. Heli Simon & Taina Vuorela. Ammatillisuus ammattikorkeakoulujen kielten- ja viestinnänopetuksessa: Oulun seudun ammattikorkeakoulun ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun kielten- ja viestinnänopetuksen arviointi- ja kehittämishanke 2005 – 2006. 2008. (verkkojulkaisu).
 36. Margit Närvä, Matti Ryhänen, Esa Veikkola & Tarmo Vuorenmaa. Esiselvitys maidontuotannon kehittämiskohteista. Loppuraportti. 2008.
 37. Anu Aalto, Ritva Kuoppamäki & Leena Niemi. Sosiaali- ja terveysalan yrittäjyyspedagogisia ratkaisuja: Seinäjoen ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikön kehittämishanke. 2008. (verkkojulkaisu)
 38. Anmari Viljamaa, Marko Rossinen, Elina Varamäki, Juha Alarinta, Pertti Kinnunen & Juha Tall. Etelä-Pohjanmaan yrittäjyyskatsaus 2008. 2008. (verkkojulkaisu).
 39. Risto Lauhanen. Metsä kasvaa myös Länsi-Suomessa: Taustaselvitys hakkuumahdollisuuksista, työmääristä ja resurssitarpeista. 2009. (verkkojulkaisu).
 40. Päivi Niiranen & Sirpa Tuomela-Jaskari. Haasteena ikäihmisten päihdeongelma?: Selvitys ikäihmisten päihdeongelman esiintyvyydestä pohjalaismaakunnissa. 2009. (verkkojulkaisu).
 41. Jouni Niskanen. Virtuaaliopetuksen ajokorttikonsepti: Portfoliotyyppinen henkilöstökoulutuskokonaisuus. 2009. (verkkojulkaisu)
 42. Minttu Kuronen-Ojala, Pirjo Knif, Anne Saarijärvi, Mervi Lehtola & Harri Jokiranta. Pohjalaismaakuntien hyvinvointibarometri 2009: Selvitys pohjalaismaakuntien hyvinvoinnin ja hyvinvointipalveluiden tilasta sekä niiden muutossuunnista. 2009. (verkkojulkaisu).
 43. Vesa Harmaakorpi, Päivi Myllykangas & Pentti Rauhala. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan arviointiraportti. 2010.
 44. Elina Varamäki (toim.), Pertti Kinnunen, Marko Kohtamäki, Mervi Lehtola, Sami Rintala, Marko Rossinen, Juha Tall & Anmari Viljamaa. Etelä-Pohjanmaan yrittäjyyskatsaus 2010. 2010.
 45. Elina Varamäki, Marja Lautamaja & Juha Tall. Etelä-Pohjanmaan omistajanvaihdosbarometri 2010. 2010.
 46. Tiina Sauvula-Seppälä, Essi Ulander & Tapani Tasanen (toim.). Kehittyvä metsäenergia: Tutkimusseminaari Seinäjoen Framissa 18.11.2009. 2010.
-

-
47. Veli Autio, Jouni Björkman, Peter Grönberg, Markku Heinisuo & Heikki Ylihärtilä. Rakennusten palokuormien inventaariotutkimus. 2011.
 48. Erkki K. Laitinen, Elina Varamäki, Juha Tall, Tarja Heikkilä & Kirsti Sorama. Omistajanvaihdokset Etelä-Pohjanmaalla 2006–2010: Ostajayritysten ja ostokohteiden profiilit ja taloudellinen tilanne. 2011.
 49. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä & Marja Lautamaja. Nuorten, aikuisten sekä ylemmän tutkinnon suorittaneiden sijoittuminen työelämään: Seurantatutkimus Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v. 2006–2008 valmistuneille. 2011.
 50. Vesa Harmaakorpi, Päivi Myllykangas & Pertti Rauhala. Evaluation report for research, development and innovation activities. 2011.
 51. Ari Haasio & Kari Salo (toim.) AMK 2.0: Puheenvuoroja sosiaalisesta mediasta ammattikorkeakouluissa. 2011.
 52. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Juha Tall & Erno Tornikoski. Eteläpohjalaiset yrittäjät liiketoimintojen ostajina, myyjinä ja kehittäjinä. 2011.
 53. Jussi Laurila & Risto Lauhanen. Pienen kokoluokan CHP-tekniologiasta lisää voimaa Etelä-Pohjanmaan metsäkeskusalueelle. 2011.
 54. Tarja Keski-Mattinen, Jouni Niskanen & Ari Sivula. Ammattikorkeakouluopintojen ohjaus etätyömenetelmillä. 2011.
 55. Tuomas Hakonen & Jussi Laurila. Metsähakkeen kosteuden vaikutus polton ja kaukokuljetuksen kannattavuuteen. 2011.
 56. Heikki Holma, Elina Varamäki, Marja Lautamaja, Hannu Tuuri & Terhi Anttila. Yhteistyösuhteet ja tulevaisuuden näkymät eteläpohjalaisissa puualan yrityksissä. 2011.
 57. Elina Varamäki, Kirsti Sorama, Kari Salo & Tarja Heikkilä. Sivutoimiyrittäjyyden rooli ammattikorkeakoulusta valmistuneiden keskuudessa. 2011.
 58. Kimmo Nissinen (toim.). Maitilan prosessien kehittäminen: Lypsy-, ruokinta- ja lannankäsittely- sekä kuiritusprosessien toteuttaminen: Maitohygienian turvaaminen maitotiloilla: Teknologisia ratkaisuja, rakiennuttaminen ja tuotannon ylösajo. 2012.
 59. Matti Ryhänen & Erkki Laitila (toim.). Yhteistyö ja resurssit maitotiloilla: Verkostomaisen yrittämisen lähtökohtia ja edellytyksiä. 2012.
 60. Jarkko Pakkanen, Kati Katajisto & Ulla El-Bash. Verkostoitunut älykkäiden koneiden kehitysympäristö: VÄLKKEY-projektin raportti. 2012.
 61. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Juha Tall, Aapo Länsiluoto & Anmari Viljamaa. Ostajien näkemykset omistajanvaihdoksen toteuttamisesta ja onnistumisesta. 2012
-

-
62. Minna Laitila, Leena Elenius, Hilikka Majasaari, Marjut Nummela & Annu Peltoniemi (toim.). Päihdetyön oppimista ja osaamista ammattikorkeakoulussa. 2012
 63. Ari Haasio (toim.). Verkko haltuun!: Nätet i besittning!: Näkökulmia verkostoituvaan kirjastoon. 2012
 64. Anmari Viljamaa, Sanna Joensuu, Beata Taijala, Seija Råttts, Tero Turunen, Kaija-Liisa Kivimäki & Päivi Borisov. Elävästä elämästä: Kumppaniyrityspedagogiikka oppimisympäristönä. 2012.
 65. Kirsti Sorama. Klusteriennakointimalli osaamistarpeiden ennakointiin: Ammatillisen korkea-asteen koulutuksen opetussisältöjen kehittäminen. 2012.
 66. Anna Saarela, Ari Sivula, Tiina Ahtola & Antti Pasila. Mobiilisovellus bioenergia-alan oppimisympäristöksi: Bioenergia-asiantuntijuuden kehittäminen työelämälähtöisesti -hanke. 2013
 67. Ismo Makkonen. Korjuri vs. koneketju energiapuunkorjuussa. 2013.
 68. Ari Sivula, Risto Lauhanen, Anna Saarela, Tiina Ahtola & Antti Pasila. Bioenergia-asiantuntijuutta kehittämässä Etelä-Pohjanmaalla. 2013.
 69. Juha Tall, Kirsti Sorama, Piia Tulisalo, Erkki Petäjä & Ari Virkamäki. Yrittäjyys 2.0. – menestyksen avaimia. 2013.
 71. Varpu Hulsi, Tuomas Hakonen, Risto Lauhanen & Jussi Laurila. Metsänomistajien energiapuun myyntihalukkuus Etelä- ja Keski-Pohjanmaan metsäkeskusalueella. 2013.

C. OPPIMATERIAALEJA

1. Ville-Pekka Mäkeläinen. Basics of business to business marketing. 1999.
 2. Lea Knuuttila. Mihin työhajausta tarvitaan?: Oppimateriaalia sosiaalialan opiskelijoiden työnohjauskurssille. 2001.
 3. Mirva Kuni, Petteri Männistö & Markus Välimaa. Leikkauspelot ja niiden hoitaminen. 2002.
 4. Ilpo Kempas & Angela Bartens. Johdatus portugalin kielen ääntämiseen: Portugali ja Brasilia. 2011.
 5. Ilpo Kempas. Ranskan kielen prepositio-opas: Tavallisimmat tapaukset, joissa adjektiivi tai verbi edellyttää tietyn preposition käyttöä tai esiintyy ilman prepositiota. 2011.
-

D. OPINNÄYTETÖITÄ

1. Hanna Halmesmäki & Merja Halmesmäki. Työvoiman osaamistarvekartoitus Etelä-Pohjanmaan metalli- ja puualan yrityksissä. 1999.
 2. Tiina Kankaanpää, Maija Luoma-aho & Heli Sinisalo. Kymmenen metrin kävelytestin suoritusohjeet CD-rom levyllä: Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kävelyn mittaaminen. 2000.
 3. Laura Elo. Arvojen rooli yritysmaailmassa. 2001.
 4. Nina Anttila. Päälle käyvää: Vaatemallisto ikääntyvälle naiselle. 2002.
 5. Jaana Jeminen. Matkalla muotoiluuyrittäjyyteen. 2002.
 6. Päivi Akkanen. Lypsääkö meillä tulevaisuudessa robotti? 2002.
 7. Johanna Kivioja. E-learningin alkutaival ja tulevaisuus Suomessa. 2002.
 8. Heli Kuntola & Hannele Raukola. Naisen kokemuksia minäkuvan muuttumisesta rinnanpoistoleikkauksen jälkeen. 2003.
 9. Jenni Pietarila. Meno-paluu -lauluillan tuottaminen: Produktion tuottajan käsikirja. 2003.
 10. Johanna Hautamäki. Asiantuntijapalvelun tuotteistaminen case: Avaimet markkinoitiin, kehittyvän yrityksen asiakasohjelma -pilotti projekti. 2003.
 11. Sanna-Mari Petäjistö. Teollinen tuotemuotoiluprosessi: Sohvapöydän ja sen oheistuotteiden suunnittelu. 2004.
 12. Susanna Patrikainen. Nuorekkaita asukokonaisuuksia Mode LaRose Oy:lle: Vaatemallien suunnittelu teolliseen mallistoon. 2004.
 13. Tanja Rajala. Suonikohjuleikkaukseen tulevan potilaan ja hänen perheensä ohjaus päiväkirurgisessa yksikössä. 2004.
 14. Marjo Lapiolahti. Maksuvalmiuslaskelmien toteutuminen sukupolvenvaihdoilla. 2004.
 15. Marjo Taittonen. Tutkimusmatka syrjäytymisen maailmaan. 2004.
 16. Minna Hakala. Maidon koostumus ja laatutekijät. 2004.
 17. Anne Uusitalo. Tuomarniemen ympäristöohjelma. 2004.
 18. Maarit Hoffrén. Vaihtelua kasviksilla: Kasvisruokalistan kehittäminen opiskelijaravintola Risettiin. 2004.
 19. Sami Karppinen. Tuomarniemen hengessä: Arkeista antologiaksi. 2005.
 20. Elina Syrjänen & Anne-Mari Uschanoff. Messut – ideasta toimintaan: Messutoteutus osana yrityksen markkinointiviestintää. 2005.
-

21. Ari Sivula. Metahakemiston ja LDAP-hakemiston asennus, konfigurointi ja ohjelmointi Seinäjoen koulutuskuntayhtymälle. 2006. (verkkojulkaisu).
22. Johanna Väliniemi. Suorat kaaret: kattaustekstiilien suunnittelu yhteistyössä tekstiiliteollisuuden kanssa. 2006. (verkkojulkaisu).

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Seinäjoen korkeakoulukirjasto
Kalevankatu 35, PL 97, 60101 Seinäjoki
puh. 020 124 5040 fax 020 124 5041
seamk.kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-5863-57-4
ISBN 978-952-5863-58-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 1456-1743
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)