



Kotiin vietäväksi - Hoivaa ja hoitoa
Uusmaalaisien kotisairaanhoidoyritysten palvelutuotteet



Altén, Minna

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Kotiin vietäväksi - Hoivaa ja hoitoa Uusmaalaisten kotisairaanhoidoyritysten palvelutuotteet

Altén Minna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Minna Altén

Kotiin vietäväksi - Hoivaa ja hoitoa, Uusmaalaisen kotisairaanhoidoyritysten palvelutuotteet

Vuosi 2010 Sivumäärä 39 + 6

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Uudellamaalla toimivien kotisairaanhoidoyritysten palvelutuotteita. Lisäksi kartoitettiin yritysten asiakkuuksia, turvallisuutta ja tietojärjestelmiä. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa yksityisten kotisairaanhoidoyritysten palveluvalikoimasta ja kotiin vietyjen sairaanhoidopalvelujen kysynnästä Uudenmaan alueella.

Tutkielman aineisto kerättiin e-lomakekyselynä joka avautui vastaajille sähköpostitse lähetetyn linkin kautta. Kohderyhmä (N=12) muodostui pääsääntöisesti pienistä, terveyspalveluja kotiin myyvistä yrityksistä. Kyselyn ulkopuolelle jäivät yritykset joiden ydinpalvelutuote oli asumispalvelujen tuottaminen. Haastattelulomake jaettiin ryhmiin aihealueittain. Ryhmät olivat taustatiedot, palvelutuotteet, asiakkaat sekä turvallisuus ja tietojärjestelmät. Aineisto analysoitiin Excel- ja SPSS tilasto-ohjelmia käyttämällä. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällytönanalyysillä.

Työn viitekehityksessä avataan avainsanat käsitteenä. Teoriaosassa perehdytään sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajiin, asiakkaisiin, tuotteisiin ja tulevaisuuden näkymiin. Lisäksi tutustutaan erilaisiin maksu- ja verojärjestelmiin joiden tarkoitus on tukea yksityistä sosiaali- ja terveyspalvelujen hankintaa. Lähdeaineistona on käytetty uusinta saatavilla olevaa tietoa.

Tulosten perusteella voidaan päätellä että kotisairaanhoidoyritysten ydinpalvelutuote on hoiva /perushoito. Kotisairaanhoidon yrityksillä on paljon erikoissairaanhoidon osaamista ja monet yrittäjistä uskoivat kysynnän tulevaisuudessa lisääntyvän. Erikoissairaanhoidon osaaminen nähtiin myös yrityksille merkittävänä kilpailutekijänä.

Suurin osa kotisairaanhoidoyrityksistä myi palvelujaan sekä itsemaksaville asiakkaille että kunnille. Itsemaksavat asiakkaat ostivat enemmän sairaanhoidon palveluja kuin kunnat. Yli puolet vastanneista ilmoitti olevansa palveluseteliyritys, mutta palveluseteliasiakkaiden määrä oli vielä toistaiseksi vähäinen.

Keskeisimmäksi kehittämiskohteeksi tämän tutkielman perusteella nousi erikoissairaanhoidon osaamista vaativien palvelutuotteiden kehittäminen. Saattohoito nähtiin yhdeksi tällaiseksi tulevaisuuden palveluksi jonka kysynnän uskotaan kasvavan. Tietotekniikan parempi hyödyntäminen hoitotyön kirjaamisessa ja asiakaspalautteen keräämisessä oli toinen kehittämiskohte.

Avainsanat: Kotihoito, kotisairaanhoido, kotipalvelut, palvelutuotteet

Minna Altén

Service products of the home nursing companies in Uusimaa region

Year	2010	Pages	39 + 6
------	------	-------	--------

The aim of this thesis was to examine the services which home nursing companies produced in Uusimaa region. It also describes the clients, security and information systems of these companies. The goal was to produce information on the range of services in private home nursing companies and the demand of home nursing services in Uusimaa region.

The data was collected by e-form inquiry. Target group (N = 12) consisted mainly of small home health care companies. The companies producing primarily housing services remained outside the material. The interview questionnaire was divided into groups by topic. The groups were background information, service products, customers, and security and information systems. The data was analyzed using Excel and SPSS statistical software. Open-ended questions were analyzed by content analysis.

The theoretical part focuses on social and health care providers, customers and products as well as the industry's prospects. In addition, it describes various payment and tax systems designed to support private health and social services. Source material consists of the latest available information.

Based on the results it can be concluded that the core service product of home nursing companies is primary health care. The home nursing companies have a lot of specialized expertise and many entrepreneurs believed that the demand will increase in the future. Specialization was also seen as an important competitive factor.

The majority of companies providing home nursing services sold their services to self-paying clients and municipalities. Self-paying customers bought more medical services than municipalities. More than half of the respondents indicated that they are voucher companies, but the number of voucher clients still remains low.

The thesis showed that a major development goal in the companies providing home nursing service was the development of service products requiring specialized nursing skills. Hospices were seen as one these future services as the demand of these services is expected to grow in the future. Better use of information technology in nursing documentation and customer feedback gathering was the second development goal.

Key words: Home care, home nursing, home services, service products

Sisälllys

Johdanto.....	7
2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	8
3 Hoiva ja kotihoito	8
3.1 Hoiva- ja kotipalvelut	8
3.2 Kotisairaanhoido.....	10
3.3 Kotihoidon tukipalvelut.....	10
3.4 Kotihoito.....	11
3.5 Kirjaaminen kotihoidossa.....	12
3.6 Tietoturva kotihoidossa.....	13
4 Kotihoitopalvelujen tuottajat ja palvelutuotteet	13
4.1 Kunnat kotihoitopalvelujen tuottajina.....	14
4.2 Kolmas sektori kotihoitopalvelujen tuottajana.....	15
4.3 Yksityiset yritykset kotihoitopalvelujen tuottajina	15
4.4 Epäviralliset hoivapalvelujen tuottajat	17
4.5 Kotihoidon palvelutuotteet	17
5 Asiakkaat ja kysyntä	18
5.1 Kunta asiakkaana	19
5.2 Itsemaksavat asiakkaat	20
5.3 Kotihoitopalvelujen kilpailuttaminen	20
5.4 Kotitalousvähennys	21
5.5 Palveluseteli	22
5.6 Arvonlisävero	23
5.7 Sairasvakuutus.....	23
6 Tutkimusaineisto ja menetelmät	24
7 Tutkimustulokset	26
7.1 Yritysten taustatiedot.....	26
7.2 Yritysten palvelutuotteet	27
7.3 Yritysten erikoisosaaminen.....	28
7.4 Yritysten asiakkaat	28
7.5 Yritysten turvallisuus ja tietojärjestelmät	31
8 Pohdinta	33
8.1 Tutkielman luotettavuus	33
8.2 Tulosten pohdinta	34
8.3 Kotisairaanhoidon tulevaisuuden näkymät	35

Lähteet	37
Kuviot	39
Taulukot	39
Liitteet	39
Liite 1. Haastattelulomake	40

Johdanto

Kotisairaanhoidoa tarjoavat yritykset luokitellaan valtakunnallisessa toimialaluokituksessa terveystalouden tuottajiksi. Työ- ja Elinkeinministeriön selvityksen mukaan vuonna 2007 yksityisten terveystalouden osuus koko terveydenhuollon tuotoksesta, eli tuotettujen tavaroitten ja palveluiden arvosta oli 24 %. Tähän lukeutuu niin suuret yksityiset sairaalat ja lääkärikeskukset kuin pienet fysioterapiaa ja kotisairaanhoidopalveluja myyvät yritykset. Yksityisten terveystalouden kasvu on ollut hidasta, mikä johtuu kuntien vahvasta asemasta terveystalouden tuottajana sekä erilaisten taloudellisten tukijärjestelmien vähäisyydestä. Yksityisten terveystalouden arvioidaan kuitenkin olevan kasvava toimiala tulevaisuudessa ja painottuvan erityisesti kuntoutukseen ja erikoissairaanhoidon osaamiseen.

Suomi on ollut muihin Euroopan maihin verrattuna hyvin laitospainotteinen maa. Valtakunnallisten vanhusstrategioiden tavoitteeksi on asetettu laitospainotteisuuden purkaminen ja muuttaminen vähitellen avohoitoa suosivaksi. (Laatikainen 2009:3.) Käytännössä tämä rakennemuutos tulee lisäämään sekä kotiin hoidettavien asiakkaiden että kotiin annettavien palveluiden määrää.

Julkisen sektorin tarjoamat kotihoitopalvelut ovat Suomessa varsin kattavat. Yksityisten sosiaali- ja terveystalouden tuottajien rooli onkin ollut toimia pääasiassa julkisen sektorin palveluiden täydentäjänä (Pentikäinen, Tuomaala & Lith ym. 2009:113). Kunnat ovat kuitenkin poistaneet palveluvalikoimastaan 2000 - luvulla monia kotipalveluiden tukipalveluja. Nämä palveluvalikoimasta poistetut tukipalvelut ovat sittemmin siirtyneet yksityisille sosiaalipalveluja tuottaville yrityksille hoidettavaksi. Kunnat ovat myös resurssien vähentyessä joutuneet toteuttamaan ns. viimesijaisuuden mallia jolloin kotihoidon palveluja on pystytty osoittamaan vain niille asiakkaille jotka muutoin olisivat joutuneet laitoshoidon (Hägg, Rantio & Suikki ym. 2007:29).

Kotiin hoidettavien asiakkaiden määrä on kasvanut ja tulee kasvamaan tulevaisuudessakin. Tämä kehitys lisää yksityisten palveluntuottajien markkinoita sekä sosiaali- että terveydenhuollon alalla. Markkinoiden odotetaan tulevaisuudessa myös muuttuvan ja itsemaksavien asiakkaiden lisääntyvän. Tällä tutkielmalla pyritään selvittämään millaisia palvelutuotteita kotisairaanhoidoyritykset Uudellamaalla myyvät ja millaisille olisi tulevaisuudessa kysyntää.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyöni tavoite on selvittää miten kotihoidon palveluja myyvissä yrityksissä liikevaihto jakautuu kotitöiden ja hoivan ja sairaanhoitopalvelujen kesken. Onko yksityisten yritysten tarjoamilla sairaanhoitopalveluilla kysyntää, ja jos on niin mitä myydään ja ketkä ovat ostajia.

Tutkielman tarkoitus on selvittää vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Millaisia palvelutuotteita Uudellamaalla toimivat kotisairaanhoitoyritykset tarjoavat?
- Onko sairaanhoidon erikoisosaamisen palveluilla kysyntää?
- Ketkä ovat palvelujen ostajat?
- Miten yrittäjät kokevat asiakkaiden avaimien säilytykseen liittyvien turvallisuusriskien toteutuvan yrityksessään?
- Miten yritykset kirjaavat potilastiedot ja miten asiakaspalaute kerätään?

Julkinen sektori tuottaa pitkälti itse omana toimintanaan tarvittavat kotisairaanhoitopalvelut, mutta miten on tulevaisuudessa kun sen resurssit vähenevät ja asiakaskunta tulee yhä raskas-
hoitoisemmaksi. Tarvitseeko julkinen sektori silloin rinnalleen sairaanhoidon ja erikoissai-
raanhoidon ammattilaisia yksityiseltä sektorilta. Mielenkiintoista on myös selvittää millaista
sairaanhoidollista erikoisosaamista yksityisillä yrityksillä on tarjota ja ketkä näitä palveluja
ostavat ja miten yrittäjät kokevat erikoisosaamisen tarpeellisuuden kilpailutekijänä.

Kotiin palveluja tarjoavat yritykset säilyttävät usein hallussaan asiakkaitensa avaimia ja poti-
lastietoja. Tutkielmassa kartoitetaan myös sitä miten yrittäjät kokevat turvallisuusriskit
avainten ja potilastietojen suhteen ja miten hoitotyön kirjaaminen toteutuu yrityksissä.

Opinnäytetyössäni keskeisiä käsitteitä ovat hoivapalvelut, kotihoito, kotisairaanhoito, kotipal-
velut ja kotihoidon tukipalvelut. Näitä tuotetaan sekä julkisina että yksityisinä palveluina.
Käsitteet sivuavat toisiaan ja eri palveluja on joskus hyvin hankala erotella toisistaan. Julki-
nen kotihoito pitää sisällään kotisairaanhoidon ja kotipalvelun sekä kotihoidon tukipalvelut.
Tukipalveluja tuotetaan kunnan omana tuotantona (apuvälinepalvelu), ostopalveluna yksityi-
seltä sektorilta (kuljetuspalvelu) ja vapailla markkinoilla (siivouspalvelu).

3 Hoiva ja kotihoito

3.1 Hoiva- ja kotipalvelut

Hoiva on perinteisesti ollut alempaan sosiaaliluokkaan kuuluvien naisten kotona tekemää pal-
katonta työtä. Keskeisiä hoivatyön tehtäviä oli rikkaiden porvarirouvien lapsien ja kodin hoi-
to. Myös säätyläisten hygieniassa avustaminen kuului hoivatyöhön. Vieläkin hoivatyöstä puhu-

essaan alan ammattilaiset korostavat mieluummin työn henkistä puolta kuin puhuisivat intiimihygienian hoidosta tai siivoamisesta. Näin hoiva sanan merkityksen koetaan saavan enemmän arvostusta. Naisten työtä hoiva on pitkälti edelleenkin, vaikka nyky-yhteiskunnassa naisten lisääntyneen palkkatyön myötä on hoivakin mielletty vähitellen palkalliseksi palveluksi. Hoivatyö on ollut aikaisemmin pääasiassa lapsiin kohdistuvaa, mutta vanhusten määrän kasvassa on hoivantarve siirtynyt yhä enemmän ikäihmisiin. Ikääntyminen tuo mukanaan toimintakyvyn alenemista, sairauksia ja erilaisia vammoja joista johtuen päivittäinen avun tarve lisääntyy. Hoivapalveluksi lukeutuukin juuri tällainen päivittäinen avustaminen pukeutumisessa, syömisessä ja hygieniassa. (Anttonen & Sointu 2006:12-13, Tedre & Pöllänen 1997:24.) Voitaneen sanoa että hoivatyö on yksinkertaisuudessaan ihmisten avustamista heidän päivittäisissä tarpeissa (Twigg 2006:120).

Anttonen ja Sointu määrittelevät hoidon ja hoivan välisen ero siten, että hoidosta vastaavat hoitotyön ammattilaiset ja se perustuu lääke- ja /tai hoitotieteelliseen asiantuntemukseen, kun taas hoivasta eli päivittäisestä huolenpidosta voi vastata lähes mikä tahansa virallinen tai epävirallinen taho. Hoidon ja hoivan raja ei kuitenkaan ole yksiselitteinen vaan enemmänkin liukuva, näkökulmasta riippuen (Nevalainen 2007:22).

Suomalaiset vanhukset haluavat tutkimusten mukaan mieluummin ammattilaiset hoivatyön tekijöiksi kuin omat omaisensa. Näin siksi, että usein hoivatyö on hyvin intiimiä ja intiimeillä alueilla annettavan hoivan pelätään muuttavan ihmisten välisiä suhteita toisenlaisiksi kuin mitä ne aiemmin ovat olleet. (Tedre ym. 1997:15.) Anderssonin ja Kainlaurin mukaan hoivan käsite on kulttuurisidonnainen, joka meillä Pohjoismaissa tarkoittaa enemmän ammattimaista auttamista ja välittämistä kun taas useassa muussa maassa hoiva on perheen ja läheisten antamaa apua, tukea ja huolenpitoa omaisilleen.

Hoivapalvelut käsitetään yleensä jonkun tahon tuottamaksi järjestelyksi. Ovathan hoivapalvelut käsitteenä huomattavasti rajatumpi kokonaisuus kuin hoiva, joka pitää sisällään lähes kaiken ihmisten välisen kanssakäymisen. (Nevalainen 2007:23.) Hoiva kaikissa muodoissaan pyrkii parantamaan yksilön fyysistä hyvinvointia ja se perustuu aina antajan ja vastaanottajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen (Andersson & Kainlauri 2001:11). Fyysisten toimintojen rutinoituessa tukee oma kotiympäristö potilaan turvallisuuden tunnetta ja identiteettiä (Twigg 2006:120,129).

Kotipalvelut eivät sisällä sairaanhoidon palveluja vaan ne ovat sosiaalihuoltoasetuksen 607/1983 mukaan yksilölle tai perheelle kotiin annettavaa työapua joka sisältää henkilökohtaista huolenpitoa, tukemista tai tukipalveluja (Hammar 2008:22). Kotipalvelut on alusta alkaen kuulunut sosiaalihuollon alaisuuteen. Aktiiviset järjestöt ovat olleet nykyisen julkisen kotipalvelujärjestelmän pioneereja ja niillä on ollut merkittävä rooli kotipalveluja koskevan lainsäädännön muodostumisessa. (Helamari 2004:26.) Kunnat ovat viime vuosina eriyttäneet

tukipalveluita itsenäisiksi toiminnoksi muusta kotipalvelusta. Näin tukipalvelujen hankkiminen ja kilpailuttaminen on tehostunut ja yksityisen sektorin palvelutarjonta kasvanut. (Lukkaroinen 2002:31-32.) Kotipalveluja tarjoavien yritysten määrä on kasvanut nopeasti viime vuosien aikana varsinkin pääkaupunkiseudulla ja suurissa kaupungeissa. Kotipalveluyritykset ovat kooltaan pieniä, liikevaihdoltaan keskimäärin 63.000 €/vuosi ja henkilökumäärältään 1-2 työntekijän suuruisia (Kettunen 2008:37).

3.2 Kotisairaanhoido

Kotisairaanhoido on Kansanterveyslain 66/1972 määrittelemää toimintaa. Laki ei kuitenkaan määrittele kotisairaanhoidon sisältöä (Hammar 2008:24). Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmä kotisairaanhoidosta on että se on asiakkaan luona suoritettavaa, lääkärin määräämää sairaanhoitoa, kuten näytteiden ottamista, lääkehoitoa ja asiakkaan voinnin seuraamista. Myös saattohoito voidaan järjestää kotona ja siitä vastaa kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämää avopalvelua jota ei suoriteta ympärivuorokautisesti ja yhtäjaksoisesti. Suomessa vanhusten palvelut on kehitetty avohoitoa suosivaksi ja niiden sisällöstä ja saatavuudesta päättää palvelujen tarjoajat eivät asiakkaat itse. (Lukkaroinen 2002:33.)

3.3 Kotihoidon tukipalvelut

Kotihoidon tukipalveluilla tarkoitetaan sellaisia kunnan tai yksityisen tuottamia palveluja joita tarvitaan kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen rinnalle asiakkaiden toimintakykyä tukemaan. Tukipalveluja ovat ateria-, siivous-, kuljetus-, turva-, vaatehuolto-, saattaja- sekä sosiaalinen tukipalvelu. Myös apuvälineiden hankinta ja kodin muutostöiden järjestäminen katsotaan kotihoidon tukipalveluiksi. (Hammar 2008:22.) Kotihoidon tukipalvelujen järjestämisvastuu kuuluu kunnille mutta tukipalvelusta riippuen voi palvelun sisältö olla tarkkaan määritelty tai sen saaminen ehdollistettu. Esimerkiksi saattamispalvelusta vastaa monessa kunnassa yksinomaan vapaaehtoisjärjestöt ja seurakunta. Kunnat ovat ulkoistaneet yrityksille ja järjestöille useita tukipalveluita. Moni kunta tarjoaa asiakkailleen esimerkiksi vain asunnon siistimisapua. Siivouspalvelun asiakkaat joutuvat usein hankkimaan yksityiseltä sektorilta.

Helsingin kaupunki on ulkoistanut valtaosan tukipalvelutuotannostaan. Turvapuhelin-, ateria-, kuljetus-, siivous-, pesula- ja saattajapalvelut on ulkoistettu yksityisille palveluntuottajille. Sosiaalisiin perusteisiin tai haitta-asteesta riippuen vain joitakin tukipalveluja on mahdollista saada julkisen kotihoidon palveluina, muutoin palvelut on pääasiassa asiakkaan itsensä hankittava. (Niemelä & Simoila 2007.) Kauppapalvelut ovat olleet kuntien uusin ulkoistamiskohde. Helsingissä kotihoito käy asiakkaalle kaupassa vain jos kauppamatka suoritetaan asiakkaan kanssa yhdessä ja sillä on asiakkaan toimintakykyä tukeva merkitys. Muutoin kaupassa käyneistä vastaa joko asiakas itse, hänen omaisensa tai kunnan kauppapalvelusta vastaava osto-

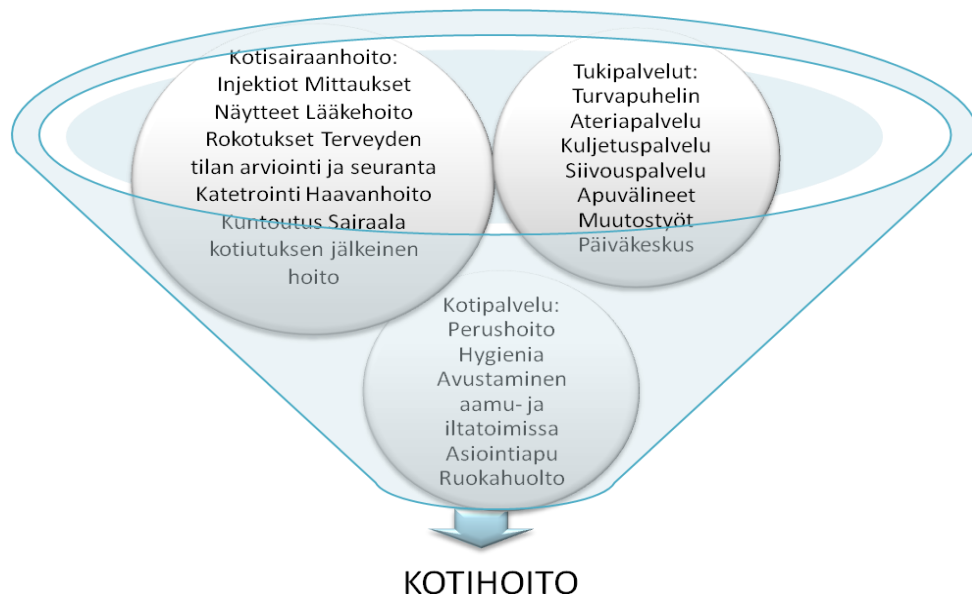
palveluyritys. (Niemelä ym. 2007.) Päivätoiminta on joko kunnan itsensä järjestämää tai ulkopuoliselta ostettua toimintaa, joka on tarkoitettu ensisijaisesti ikääntyneille kotona asuville joiden toimintakyky on alentunut tai on vaarassa alentua. Päivätoimintaan osallistuminen vaatii kunnan työntekijän tekemän arvion asiakkaan toimintakyvystä ja lähetteen. (Vantaan päivätoiminnan toimintamalli 2008.)

Kunnat järjestävät lain puitteissa apuvälinepalvelua. Apuvälineet kuuluvat lääkinnälliseen kuntoutukseen ja ovat asiakkaalle maksuttomia. Apuvälineiden hankintaa varten tarvitaan terveydenhuollon hoitopäätös ja niitä luovuttaa terveyskeskuksen apuvälinelainaamo. Jos kunnalla ei ole tarjota tarpeellista apuvälinettä, voi asiakas saada kunnalta maksusitoumuksen sellaisen hankintaa varten. Kunnat kilpailuttavat apuvälinepalveluiden tuottajat ja sopimuksia laadittaessa on noudatettava hankintasopimuksia. (Vantaan apuvälineohje vuosille 2008-2011:2-6.)

3.4 Kotihoito

Kotihoito käsitteenä pitää sisällään kotipalvelut, kotisairaanhoidon sekä tukipalvelut että niitä täydentävät palvelut. Kotihoito on monipuolinen palvelukokonaisuus jonka tehtävänä on tukea laajasti ihmisten kotona asumista (Helameri 2004:27). WHO määrittelee kotihoidon joukoksi erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja jotka tuotetaan asiakkaan kotona ja joiden tarkoitus on ehkäistä, hidastaa tai korvata mahdollista laitoshoidoa (Hammar 2008:21). Kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain määrittelemää toimintaa ja lait velvoittavat kuntia järjestämään sairaanhoito-, huolenpito- ja tukipalvelut kuntalaisille joko kuntien itsensä tuottamana, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta (Hammar 2008:22-23).

Nykyisin monilla kunnilla on yhteinen sosiaali- ja terveystoimen luottamushenkilöelin, mikä yhdessä vuonna 2004 voimaan tulleen lakikokeilun kanssa mahdollisti kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistymisen kotihoidoksi (Hägg ym. 2007:11). Helsingin kotisairaanhoido ja kotipalvelu yhdistettiin kotihoidoksi vuonna 2005. Helsingin kaupungin laatiman väliarvioinnin mukaan yhdistymisen eduksi koettiin se, että yhden asiakkaan luona tehtyjä päivittäisiä kotikäyntejä voitiin vähentää kun kotipalvelutehtävät ja sairaanhoidolliset toimenpiteet voitiin suorittaa samalla käyntikerralla. (Niemelä & Simola 2007.) Helsingin kaupungin loppuarviosta ilmenee että kokeilua pidettiin onnistuneena ja kustannustehokkaana. Kotihoitokokeilun todettiin onnistuneen erityisen hyvin fyysisesti sairaan potilaan hoitoketjun toteutuksessa, mutta muistisairaiden, mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoketjussa nähtiin vielä kehitettävää. (Kerosuo, Haavisto & Heikkinen 2009:4.) Yhdistymisen todettiin ainakin Helsingin alueella lisänneen hoivatyötä ja lääkehoidollisia tehtäviä samalla kun siivous ja asiointiavun todettiin vähentyneen (Suominen & Henriksson 2008:626).



Kuvio 1: Yhdistynyt kotihoito

3.5 Kirjaaminen kotihoidossa

Suomi on asettanut tavoitteen siirtyä yhtenäiseen potilastietojen kirjaamisjärjestelmään terveydenhuollon alalla. Tämä tarkoittaa että potilastiedot siirretään vähitellen sähköiseen muotoon ja ne siirtyvät yli hallinto- ja organisaatorajojen. Näin mahdollistetaan asiakkaan kokonaisvaltainen hoito nykyistä paremmin. Tietojen siirtoon tarvitaan jatkossakin aina asiakkaan suostumus. Sähköisessä kirjaamisessa nähdään sekä etuja että haittoja. Etuna koetaan se että erilainen yhteistietojen selvittely ja asiakirjojen odottelu helpottuu ja haittana se että välillinen hoitotyö lisääntyy asiakkaan luona tehtävän hoitotyön kustannuksella. (Hägg ym. 2007:101-102).

Sähköiset potilastietojärjestelmät takaavat paremman laadun hallinnan. Laadun hallinta käsitteenä tarkoittaa yksinkertaisuudessaan sitä että asiat ovat järjestyksessä. Hyvällä hoitotyön dokumentoinnilla yritys pystyy arvioimaan omaa toimintaansa sekä markkinoimaan ja kehittämään sitä (Toivonen 2001:15). Kotihoidossa asiakastietojen kirjaaminen nähdään tärkeäksi kun seurataan hoidon laatua ja jatkuvuutta. Helsingin kaupungin kotihoidon väliarvion mukaan kotihoidon kirjaamisen keskeinen ongelma oli, ettei kirjaaminen perustunut aina hoitosuunnitelmaan vaan ainoastaan tehtyihin toimenpiteisiin. (Niemelä ym. 2007.) Tulevina vuosina tulisikin tehostaa uuden tieto- ja viestintäteknologian laajempaa hyötykäyttöä hoitotyön laadun turvaamiseksi (sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015:18).

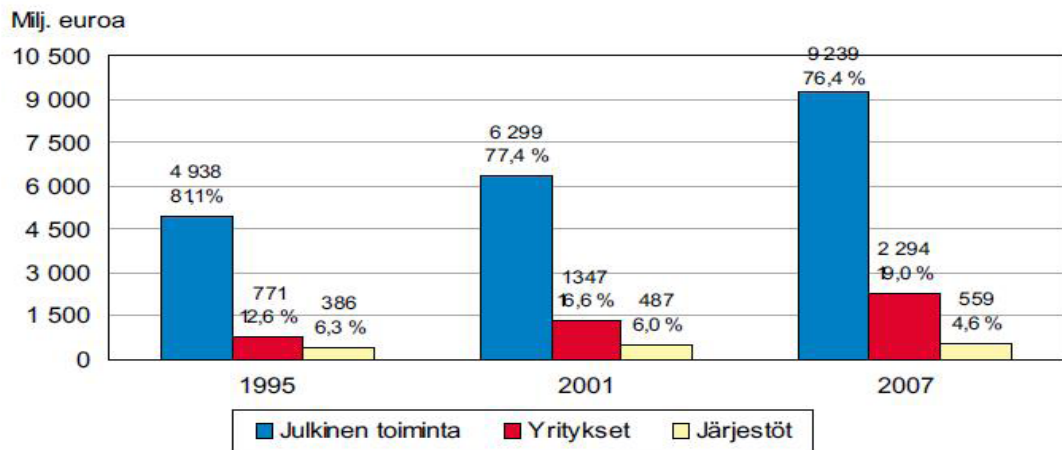
3.6 Tietoturva kotihoidossa

Potilastietoja suojaa sekä henkilötietolaki että potilasvahinkolaki. Terveystieteiden palveluntuottajien pitää säilyttää potilaita koskevat asiakirjat siten ettei ne joudu ulkopuolisten käsiin, eikä tietokoneella oleviin tiedostoihin ole mahdollista tunkeutua. Tietoturvariskejä ovat asiakirjojen laiton kopiointi, varkaus, katoaminen, tuhoutuminen esimerkiksi tulipalossa tai ilkeiden kohteeksi joutuminen sekä tiedostojen rikkoutuminen tai niihin tunkeutuminen. (Peltomaa ym. 2006:64, 142.) Potilastietoja saa käsitellä vain välittömässä hoitotyössä asiakkaan kanssa olevat työntekijät ja vaitiolovelvollisuudesta pitää muistaa, että se koskee kaikkia potilastietojen kanssa tekemisissä olleita henkilöitä vielä senkin jälkeen kun palvelusuhde on päättynyt (Niemelä ym. 2007). Potilasta koskevia tietoja saa luovuttaa ulkopuolisille tahoille vain asiakkaan kirjallisella suostumuksella. Erikoistapauksissa on viranomaisilla lain antama mahdollisuus saada tietoja haltuunsa ja tieteellistä tutkimusta varten voi hakea määrääkaista tutkimuslupaa Sosiaali- ja terveysministeriöstä. Muutoin potilastiedot ovat aina asiakkaan ja hoivan henkilökunnan välisiä salassa pidettäviä tietoja. (Peltomaa ym. 2006:65.) Palveluketjun sujuvuuden kannalta olisi kuitenkin tärkeää että terveydenhuollon eri toimijat pystyisivät näkemään hoitotyön kirjaukset ja potilastiedot tietoturvasäännösten sitä estämättä (Niemelä ym. 2007).

Monet kotihoidon yksiköt ovat hankineet kannettavia tietokoneita jolloin hoitotyön kirjaaminen ja tietojen katselu on mahdollista asiakkaan luona käydessä. Turvallisuus sekä kannettavissa että pöytäkoneissa toimistoilla on suojattu salasanoilla ja käyttäjäkohtaisilla käyttäjätunnuksilla. (Niemelä ym. 2007.) Hoiva-alan yrittäjät suhtautuvat tietotekniikan hyödyntämiseen myönteisesti, vaikka sen käyttöönotto onkin muuttanut monen työ- ja toimintatapaa. (Rissanen ym. 2004:113).

4 Kotihoitopalvelujen tuottajat ja palvelutuotteet

Kotihoitopalvelujen tuottajina ovat sekä viralliset että epäviralliset toimijat. Virallisia ovat kunnat, yksityiset hoiva-alan yritykset sekä kolmannen sektorin toimijat (Hammar 2008:23). Virallisten toimijoiden palveluista asiakas maksaa rahakorvauksen ja maksuista tilitetään verot ja lakisääteiset kulut (Varjonen, Aalto & Leskinen 2005:15). Epävirallisiksi palveluntuottajiksi luetaan omaiset, ystävät ja vapaaehtoisjärjestöt (Hammar 2008:23). Epävirallisen kotipalveluntuottajat toimivat palvelunsaajan apuna omaehtoisesti ja ilman rahallista korvausta (Nyholm & Suominen 2004:54).



Lähde: kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus

Kuvio 2: Terveyspalvelujen tuottajasektorien osuus palvelutuotannosta ja tuotos

4.1 Kunnat kotihoitopalvelujen tuottajina

Suomessa julkisen sektorin tehtävä on tuottaa ja/tai rahoittaa koko väestöä kattavat sosiaali- ja terveyspalvelut (Dufva & Liukkonen 2003:20). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista (L 1992/733) määrää kunnille kotihoidon järjestämistä vastuun. Julkisen sektorin tarjoama kotihoito on koko maan kattava ja perustuu aina hoito- ja palvelusuunnitelmaan joka laaditaan asiakaslähtöisesti. Asiakkaaksi pääsemisen perusteena on sairaus ja/tai toimintakyvyn aleneminen joka aiheuttaa kognitiivisten kykyjen heikkenemisen. Toimintakykyä kunnat mittaavat RaVa- ja RAI- mittareiden avulla (Niemelä ym. 2007:16,19).

Pari viime vuoden aikana julkisen kotihoidon asiakaskäynnit ovat lisääntyneet ja asiakkaat ovat entistä raskashoitaisempia ja moniongelmaisempia. Kunta sektorin haasteeksi on muodostunut ammattitaitoisen ja sitoutuneen henkilökunnan saaminen sekä välillisen työajan, eli asiakkaan luona oltavan ajan lisääminen suhteessa kokonaistyöaikaan. (Niemelä ym. 2007.)

Kunnat itse palveluntuottajana nauttivat erinäisistä etuoikeuksista yksityisiin nähden. Verotus on julkista sektoria suosivaa, samoin kuin kilpailutus jossa kuntien hallinnollisia ja kiinteistöihin kohdistuvia kuluja on vaikea jyvittää palveluihin kuuluviksi. Kuntien on myös helpompi ja halvempi saada lainaa ja avustuksia. Terveyspalvelujen tuottajana kunnat ovat yhä ylivoimaisesti suurin palveluntuottaja ja kasvattaneet osuuttaan viimeisen kymmenen vuoden aikana merkittävästi (kuvio 2).

4.2 Kolmas sektori kotihoitopalvelujen tuottajana

Kolmas sektori on alue joka jää julkisen sektorin ja kaupallisten markkinoiden väliin (Mäntyranta, Eloheimo, Mattila, Viitanen 2004:309). Kolmannen sektorin toimijoita ovat järjestöt, säätiöt ja uusosuuskunnat. Järjestöjen tehtäväksi on muodostunut erityisryhmien ja vähemmistöjen oikeuksien ajaminen ja sitä kautta ne tuottavat myös asiakkailleen erilaisia hoiva-alan palveluja. Järjestöt ovat aktiivisia kuntoutustoiminnan ylläpitäjiä. Pääsääntöisesti järjestöjen tehtävänä on ollut täydentää julkisia palveluja eli tuottaa palveluja joita julkinen puoli ei pysty itse tuottamaan. (Nyholm ym. 1999:53, Mäntyranta ym. 2004:310.)

Suomessa kolmas sektori tuottaa runsaasti sosiaalipalveluja ja tähän on osaltaan vaikuttanut Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) antamat avustukset. RAY on ollut suuri järjestöjen investointien rahoittaja ja sillä on ollut merkittävä rooli vanhusten palveluasuntotuotannossa. (Lukkaroinen 2002:40.) Vuoden 2006 sosiaalipalvelujen toimialaraportin mukaan RAY on luopunut kilpailua vääristävien investointiavustusten myöntämisestä järjestöille. Ehtoja on myös asetettu RAY:n myöntämille yleisavustuksille eikä niillä saa enää kattaa varsinaisen palvelutoiminnan kuluja. (Kettunen 2008:54.) RAY kuitenkin tukee vielä erilaisia projektiluonteisia kehittämishankkeita ja pitää siten järjestöt kiinni kehittämistehtävissä (Lukkaroinen 2002:40). RAY:n myöntämät tuet kansalais- ja yleishyödyllisille järjestöille tulee säilyttää jatkossakin ja sitä tulee entisestään vahvistaa (sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015:17).

Järjestöjen osuus yksityisen terveydenhuollon tuotoksesta on pienentynyt 2000 - luvulla ja kolmannen sektorin osuus yksityisten terveyspalvelujen liikevaihdosta on enää 17 % (kuvio 2). Kolmas sektori on viime vuosina yhtiöittänyt palvelutoimintojaan ja siten lisännyt yritystoimintaansa sosiaali- ja terveysalalla. (Pentikäinen, Tuomaala & Lith ym. 2009:52,88). Järjestöt toimivat läheisessä yhteistyössä kuntien kanssa arvioidessaan vanhusten elinoloja. Kunnilta myös toivotaan tulevaisuudessa entistä enemmän tukea järjestöille ikäihmisten sosiaalisen hyvinvoinnin parantamiseksi. (Hyvä tie vanhuuteen 2007:16.)

4.3 Yksityiset yritykset kotihoitopalvelujen tuottajina

Hoiva-alan yritykset jaetaan toimialaluokassa terveyspalveluja ja sosiaalipalveluja tuottaviin yrityksiin. Terveysalalla toimivat hoiva-alan yritykset ovat pääsääntöisesti (98 %) pieniä mikroyrityksiä, jotka työllistävät alle 10 työntekijää ja eniten näitä pieniä yrityksiä on toimialaluokassa muut terveyspalvelut (TOL 86909) johon myös kotisairaanhoidon myyvät yritykset kuuluvat (Pentikäinen ym. 2009:59). Yksityisiä lääkäri- ja fysioterapiapalveluita on terveysalalta voinut hankkia kauan. 1990 - luvun taloudellinen laskusuhdanne edesauttoi uusien toiminta-alueiden syntymistä terveysalalle. Tähän joukkoon lukeutui myös kotisairaanhoidon palveluja myyvät yritykset. (Karvonen-Kälkäjä, Soback & Uusitalo 2007:7.)

Terveyspalveluja myyvät yritykset ovat toimineet markkinoilla enimmäkseen kuntien palvelujen täydentäjinä, mutta painopiste on viimeaikoina muuttunut ja yksityiset tuottajat ovat alkaneet jo osittain korvata julkisia palveluja. Tähän on johtanut sekä kuntien heikko taloustilanne että hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005. Hoitotakuu lisää asiakasmääriä sekä perusterveydenhoidon- että erikoissairaanhoidon puolella. (Pentikäinen ym. 2009:52-53). Tosin hoitotakuulla ei ole merkitystä yksityisten kotisairaanhoidoyritysten myyntiin toisin kun esimerkiksi vanhuspoliittisilla strategioilla on.

Terveyspalvelujen toimialaraportin mukaan on odotettavissa että terveyspalveluyritysten määrä kasvaa ja palvelutarjonta monipuolistuu. Tulevaisuudessa tarjonnan uskotaan kohdistuvan erityisesti kuntoutukseen ja erikoissairaanhoidolliseen osaamiseen (Ekroos & Partanen: 2006:10). Laatikaisen tekemässä selvityksessä ilmeni että tulevaisuudessa yksityistä tarjontaa pitää kohdentaa enemmän masentuneiden, päihteidenkäyttäjien ja muistisairaiden hoitoon sekä omaishoitajien kuntoutukseen.

Yksityiset sosiaalipalvelut ovat varsin uusi toimiala. Sosiaalipalvelut on perinteisesti ollut julkisen sektorin ja järjestöjen vahvaa aluetta. 1990 -luvulla kasvuun lähti terveyspalvelujen rinnalla myös sosiaalialan palvelut ja varsinkin yksityisten kotipalvelujen kysyntä lisääntyi roimasti. Kasvuun vaikutti vanhuspoliittiset strategiat, joiden tavoitteena on tukea ikääntyvien kotona asumista mahdollisimman pitkään, sekä kuntien lisääntyneet ostopalvelut yrityksiltä (Dufva 2003:23, Lith 2008:9). Toisaalta vaikka yritysten ja järjestöjen tuottamat sosiaalipalvelut ovat varsin uusi toimialue, on kunnat löytäneet uudet palveluntarjoajat hyvin. Niinpä kuntien sosiaalipalvelujen ostoilla on pidemmät perinteet kuin kuntien terveyspalvelujen ostoilla. (Mäntyranta 2004:308). Sosiaalipalvelujen uusyritysten rooli on ollut täydentää julkisen sektorin palveluja ja uudet yritykset toimivat tiiviissä yhteistyössä kuntien kanssa. Kunnat ovat ostaneet säästösyistä yritysten tuottamia edullisempia palveluja ja siirtäneet omia rajattuja palvelutehtäviä yksityisille. Yksityisten sosiaalipalveluyrittäjien asiakaskunta muodostuu siis pitkälti kuntien maksamista asiakkaista. (Karvonen-Kälkäjä ym. 2007:7, 37.)

Tänä päivänä yksityiset kotipalveluyritykset vastaavat pitkälti iäkkäiden siivous-, kauppa-, ateria-, apteekki-, ja turvapalveluiden järjestämisestä. Yksityiset hoiva-alan yritykset ovat uskaltaneet muutaman viime vuoden aikana myös vapaille markkinoille, ja opetelleet markkinoimaan palvelujaan muillekin kuin sosiaalihuollon asiakkaille. (Hägg ym. 2007:12, Rissanen & Sinkkonen 2004:178.) Tähän kehitykseen on myötävaikuttanut verotuksessa tehtävä kotitalousvähennysoikeus (Lith 2008:10).

Sosiaalipuolella uskotaan että pienet yritykset tulevat erikoistumaan tarkemmin tulevaisuudessa ja isot yritykset valtaavat markkinoita koko Suomen alueelta. Järjestöjen uskotaan

edelleen yhtiöittävän toimintojaan, ja julkisen sektorin eläköitymisen myötä yksityisten palveluntarjoajien kysyntä ja yritysten määrä kasvaa. (Kettunen 2008:10.)

4.4 Epäviralliset hoivapalvelujen tuottajat

Epävirallisiksi hoivapalvelujen tuottajiksi luokitellaan sukulaiset, naapurit, ystävät ja vapaaehtoisjärjestöt (Varjonen ym. 2005:14). Epävirallista hoivaa voi tuottaa jokainen joka omaehtoisesti ja palkatta antaa toiselle ihmiselle sosiaalista tukea. Vapaaehtoistyö taas on organisoitua pyyteetöntä auttamista, joka on myös saajalleen maksutonta ja jossa toimitaan vanhuksen ehdoilla. (Nyholm ym. 1999:54.) Vapaaehtoistyötä on myös vanhusten ja vammaisten ystävätoiminta ja moni vapaaehtoistoiminta tapahtuu jonkun järjestön sisällä (Mäntyranta 2004:310.) Epävirallisen hoivan piiriin luetaan yleensä kaikenlainen auttaminen ja avustaminen esimerkiksi kotitöissä, muutossa, remonteissa tai sitten se voi olla myös sosiaalista tukea ja yhdessäoloa. Lähiympäristön apua käytetään varsinkin silloin kun avun tarve on tilapäistä ja avustamisen yhteydessä on mahdollisuus sosiaaliseen yhdessäoloon. Kotitaloudet tuottavat myös omaan käyttöönsä palveluja joiden määrän ja laadun mittaaminen ei ole useinkaan mahdollista niinpä kotitalouksien itse tuottamien ateria- tai hoivapalveluiden määriä ei tiedetä. (Varjonen ym. 2005:19, 23.)

4.5 Kotihoidon palvelutuotteet

Kotihoidon palvelut voidaan segmentoida ja tuotteistaa eri kategorioihin. Palvelutuotteet voidaan jakaa asiakasryhmien mukaan, tehtävä- ja toimenpidepalveluihin tai erikoisosaamista vaativiin palveluihin. Tuottajilla on mahdollisuus erikoistua yhteen tai useampaan palveluun tai erilaisiin palvelupaketteihin. (Helameri 2004:35.) Aineettomien hyödykkeiden kuten palvelujen tuotteistamisen ongelmana on se että tuotteen sisältöä on usein vaikea hahmottaa. Kun palvelut saadaan tuotteistettua, niiden sisältö konkretisoituu asiakkaalle ja ne ovat helpommin kaupattavissa. Se ettei asiakas pysty hahmottamaan palvelun sisältöä on usein myynnin este. (Peltomaa & Grönvall 2006:123-124.) Tuotteistaminen myös tasapainottaa kustannuksia (Ahtiainen, Vuorela & Kesä 2008:13).

Kuluttajien tietoisuuden ja vaatimustason kasvaessa myös palvelujen laadun merkitys korostuu. Hoiva-alan palveluntuottajilta vaaditaan yhä enemmän erikoistumista ja moniammatillisuutta, jotta asiakkaiden tarpeet voidaan tulevaisuudessa täyttää. (Ahtiainen ym. 2008:23.) Henkilökohtaisen palvelutarpeiden arvioinnin perusteella pystytään löytämään asiakkaille laadukkaat ja juuri heitä hyödyttävät palvelut. Varsinkin ikääntyvien ihmisten on tärkeä tietää mitä palveluja alueella on tarjolla ja kuka niitä tuottaa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 17,26.)

Yksityisen sektorin terveydenhuollon palvelujen tuotteistamisen pahimpina sudenkuoppina on se että yrittäjät ovat joko liian varmoja omasta tuoteasiantuntemuksestaan eivätkä näin ollen huomio asiakkaiden toiveita ja mieltymyksiä riittävästi tai sitten palvelutuotteiden sisältöä ei ole pilkottu tarpeeksi pieniin osiin jolloin tuotteella on vaarana tulla liian kalliiksi ja karkottaa ostajat pois (Peltomaa ym. 2006:128). Hoiva-alalla vuonna 2008 tehdyssä kartoituksessa 90 % sekä kuntien edustajista että Helsingin hoiva-alan yrittäjistä ilmoitti alansa palvelujen kehittämisen olevan tärkein yksittäinen kehittämiskohde (Ahtiainen ym. 2008). Sosiaalipalveluja tarjoavat yritykset toimivat jo usein monialaisesti. Oheispalveluja, esimerkiksi hierontaa, remontti- ja korjaustöitä, loma- ja virkistystoimintaa ja ateriapalveluja on kehitetty varsinaisen ydinpalvelutuotteen ympärille (Andersson & Kainlauri 2001.)

Terveysalan palvelutuotteissa kaivataan tarjontaa ennen kaikkea dementiapotilaiden hoidosta sekä erilaisista toimintakykyä tukevista kuntoutuksista. Vanhusten päihdepalvelut ovat monessa kunnassa huonosti hoidettu ja alkoholidementikkojen määrä kasvussa, joten yhtenä tärkeänä kehittämiskohteena nähtiin juuri näiden palveluiden osaaminen ja palvelutuotteiden kehittäminen. Jotta vanhusten laitoshoidon joutumista voidaan ehkäistä ja kotona asumista tukea, on huomio kiinnitettävä syihin mikä laitoshoidon tarpeen aiheuttaa ja pyrittävä varautumaan juuri niihin. Yhteenvetona voidaan sanoa että osaamista kaivatetaan dementiapotilaiden hoitoon ja diagnosointiin, masennus- ja päihdeasiakkaiden hoitoon sekä erilaisten sairauksien jälkikuntoutukseen ja toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen. (Laatikainen 2009:23-24.) Hoivapalveluiden tuottajilta asiakkaat toivovat moniosaamista (Varjonen ym. 2005:42).

5 Asiakkaat ja kysyntä

75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon piiriin kuului vuoden 2008 kotihoidon laskennan mukaan 11,2 %. Prosentuaalinen osuus on pysynyt samantasoisena aina vuodesta 2003 lähtien. Kaste-ohjelman tavoite oli että kotihoidon palvelut saavuttaisivat 14 % maan 75 vuotta täyttäneistä, mutta tavoitteeseen ei vuonna 2008 päästy. Vaikka kotihoidon asiakkaiden prosentuaalinen määrä on pysynyt ennallaan, on yli 75 vuotiaiden määrä Suomessa lisääntynyt josta johtuen julkisen sektorin kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet. Vuoden 2008 säännöllisen laskennan piirissä olevien asiakkaiden määrä oli noussut ed. vuodesta 5,1 % koko maassa ja 18,6 % Uudenmaan alueella. (Kuronen & Tuomola 2009:2,8.) Helsingin kotihoidon loppuraportissa 2009 ilmenee että Helsingissä asiakasmäärä on noussut 21 % vuodesta 2005 vuoteen 2008 mennessä (Kerosuo ym. 2009:18). Julkinen sektori ei pysty enää kaikilla alueilla vastaamaan kasvaviin asiakasmääriin / -käynteihin vaan joutuu priorisoimaan asiakkaitaan mikä lisää kysyntää yksityiselle puolelle. Monissa kunnissa perusstrategiana onkin tuottaa itse vain välttämättömät peruspalvelut ja antaa yksityisten yritysten ja järjestöjen huolehtia erityisryhmien erikoisosaamista vaativista palveluista. (Karvonen-Kälkäjä ym. 2007:38.)

5.1 Kunta asiakkaana

Kuntien vapauduttua valtionohjauksesta vuonna 1993 ne saivat oikeuden määritellä itse mistä palvelunsa ostavat. Tämä koskee myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. (Dufva ym. 2003:18). Kuntien tavoitteena on saada ostopalveluina laadultaan ja luotettavuudeltaan samantasoisia palveluja kuin mitä sen oma tuotanto tarjoaa (Myllyrinne 2004:303-304). Kunnat arvostivat yksityisissä hoiva-alan yrityksissä luotettavuutta ja joustavuutta sen kaikissa muodoissa ja toivoivat että yritykset pystyisivät tarjoamaan palvelujaan sen mukaan mitä kunta kulloinkin tarvitsee. Tällä hetkellä ostettujen kotihoidon palvelujen painotus on tukipalveluissa ja rooli lähinnä kuntien omien lakisääteisten palvelujen täydentäjänä. Kuntapäätäjät kuitenkin suhtautuvat ostopalveluihin myönteisesti ja monen kunnan strategioihin on kirjattu että hankintaa yksityissektorilta pyritään lisäämään tulevina vuosina. (Martikainen 2009.) Käytännössä kuitenkin monet kunnat ovat talousahdingossaan irtisanoneet ostopalvelusopimuksiaan yksityisten palveluntuottajien kanssa ja vähentäneet niin sekä palvelujen ostoa että työvoiman rekrytointia yksityisiltä.

Kunnat ovat yksityisten sosiaalipalvelujen suurin yksittäinen asiakas. Vuonna 2000 kuntien ostot kattoivat 80 % yksityisten sosiaalipalveluja myyvien yritysten liikevaihdosta. Vastaavasti terveyspalveluita kunnat ostavat vähän, ja niiden osuus oli vuonna 2000 vain 5-10 % yritysten liikevaihdosta. Kunnat ostavat yksityisiltä palveluntuottajilta niin päihde-, mielenterveys- kuin vanhuspalveluita. Myös vammaisten hoitopalvelut ja lastenlaitospalvelut ovat kuntien ostolistan kärjessä. (Dufva ym. 2003:25-26.) Terveyspalvelujen ostoissa on kuitenkin olemassa suuri kasvupotentiaali, joka saattaa realisoitua pian kotisairaanhoidon kohdalla kun palvelusetelin käyttö saadaan laajennettua myös terveyspalveluja koskeväksi (Pentikäinen ym. 2009:73). Palvelusetelin laajempi käyttöönotto tulisi helpottamaan kuntien ostoa yksityisiltä palveluntarjoajilta, koska palvelusetelijärjestelmässä olevia tuottajia ei tarvitse kilpailuttaa (Martikainen 2009:67).

Sosiaalipalveluiden taksat määräytyvät pääsääntöisesti kuntien hallinnollisina päätöksinä, joihin yrittäjien on vain täytynyt sopeutua. Kuntien rooli palvelujen ostajana kotipalvelutuotannossa on siis toimia hinnanasettajana, joten ne ovat myös vapaan hinnoittelun este. (Ahtinen ym. 2008:54.) Syy siihen että kuntien on ostettava näin paljon sosiaalipalveluja yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta voi olla, ettei kunta ole omaan toimintaansa tyytyväinen tai sillä on tarve vain tilapäisestä palveluun tai sitten sen resurssit eivät ole riittävät oman palvelun tuottamiseen. Toisinaan kunnat myös testaavat uusia palveluja ulkopuolisilla palveluntarjoajilla ennen kuin itse ryhtyvät niitä tuottamaan. (Myllyrinne 2004:290-291.)

5.2 Itsemaksavat asiakkaat

Tulevaisuuden skenaariona on että sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjistä yhä useampi haakeutuu yksityisten palveluntarjoajien asiakkaaksi. Yksityisten palvelujen uskotaan kasvavan siksi että asiakkaat ovat entistä maksukykyisempiä ja vaativampia palvelujen laadun suhteen. Asiakkaat haluavat myös enemmän valinnanmahdollisuuksia. (Karvonen-Kälkäjä ym. 2007:38.) Kotityöpalveluiden ostajina itsemaksavien asiakkaiden osuus kaikissa ikäryhmissä on varsin kattava. Kasvuun on myötävaikuttanut väestön ikääntyminen, vaurastuminen, kotitalousvähennysoikeus sekä lisääntynyt työssäoloaika. Eniten yksityisiltä ostetaan siivouspalveluja ja ostajina ovat niin lapsiperheet, nuoret perheet kuin ikäihmisetkin.

Terveydenhuollon puolella itsemaksavien asiakkaiden osuus on ollut selvästi vähäisempää kuin sosiaalipalveluissa. Terveyspalveluiden kysynnän uskotaan tulevaisuudessa kasvavan, kun elämänlaatua kohottavat terveyspalvelut lisäävät suosiotaan erityisesti 65-75 vuotiaiden keskuudessa (Dufva 2003:69).

Hoiva-alan kartoitus 2008 osoittaa että yrityksistä ja kuntapäätäjistä lähes kaikki uskoivat hoiva-alan kustannusten lisääntyvän lähivuosina. Suurin osa (67 %) vastanneista arveli että maksuosuuden korotukset jäävät asiakkaiden itsensä maksettavaksi. (Ahtiainen ym. 2008:13.) Suurin yksittäinen syy miksei kotitaloudet käytä yksityisiä vanhuksille tarjottuja palveluja hoiva-alalla on niiden kalleus. Palveluja ei myöskään pidetty tarpeellisena silloin kun työt kyettiin itse tekemään tai sukulaiset auttoivat. Usein miten palveluille syntyi tarve vasta silloin kun fyysinen toimintakyky heikkeni eikä epävirallisia palveluntarjoajia ollut käytettävissä. (Varjonen 2005.31.)

5.3 Kotihoitopalvelujen kilpailuttaminen

Kuntien palveluidenjärjestämis- tai hankintastrategiat määrittelevät mitä palveluita kunta ostaa ulkopuolisilta palveluntarjoajilta ja mitä palveluja se tuottaa itse. Lain mukaan hankinnasta on tehtävä julkinen ilmoitus, mikäli kynnysarvo 50.000 euroa ylittyy. Kunnat noudattavat hankintalakia ostaessaan palveluja tai tavaroita ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Hankintalaki edellyttää että ostot ovat mahdollisimman edullisia ja menetelmät avoimia. Edullisuus taataan tarjouskilpailun avulla ja siihen voivat osallistua myös kuntien omat yksiköt. Kilpailuttaminen toteutetaan hankintamenettelyllä. (Karvonen-Kälkäjä 2007:69-7.) Pienet ja kiireelliset hankinnat kunnat tekevät pääsääntöisesti ilman kilpailutusta (Martikainen 2009:33).

Kuntien taloushallinnosta vastaavat viranhaltijat näkevät kilpailuttamisen säästävän kuntien menoja ja parantavan talouskuria. Kilpailutus tuo kuitenkin kunnille transaktiokustannuksia eli näkymättömiä kustannuksina joita syntyy itse kilpailutusprosessista. Kilpailutuksen voittaneen tuottajan palvelu saattaa olla myös vaikuttavuudeltaan epäedullinen jolloin kunnalle

aiheutuu lisäkustannuksia. Tästä johtuen ostopäätökseen johtanut näkyvä hinta ei aina käytännössä vastaa kunnalle aiheutuvia todellisia kustannuksia. Syrjäseuduilla ja pienillä paikkakunnilla kilpailutuksen ongelmaksi koettiin se, ettei markkinoilla ole riittävästi tasavertaisia yksityisiä palveluntarjoajia tai markkinoita ei ole laisinkaan. (Martikainen 2009:28,75,83.)

Rissanen & Sinkkosen tutkimuksen (2004) mukaan hoiva-alan yrittäjät kokivat kuntien kohtelevat heitä epätasa-arvoisesti kilpailutuksessa jossa vastassa oli kuntien itsensä tuottamat palvelut. Yrittäjät kokivat myös että sopimuskäytäntöjen soveltamisessa oli vaikeuksia ja että kunnilla oli havaittavaa osaamattomuutta kilpailtaessa hoivan laadun ja -hinnan suhteen. Yrittäjien mielestä kuntien pitäisi perehtyä paremmin yksityisen sektorin kustannuksiin sekä myös omien sosiaali- ja terveysalan palvelujen kustannustensa muodostumiseen. Yrittäjät näkivät että edellytykset todelliselle kilpailulle ovat heikot. (Rissanen ym. 2004:230-231.)

Hoiva-alan kartoituskyselyssä (2008) yrittäjät kokivat kilpailutuksen suosivan suuria organisaatioita ja alalla pitkään toimineita, ollen näin epäoikeudenmukainen pienille ja uusille yrityksille. Tarjouskilpailun koettiin olevan epäoikeuden mukainen siltä osin että usein halvin tarjous voittaa huolimatta siitä millaista laatua tarjottiin. (Ahtiainen ym. 2008:12,14.) Martikaisen selvityksessä 2009 ilmeni että sosiaali- ja terveysalan yrityksistä n. 60 % ilmoitti, ettei osallistu lainkaan kuntien järjestämiin tarjouskilpailuihin.

5.4 Kotitalousvähennys

Suomessa on jo jonkun aikaa ollut käytössä verovähennysoikeus joka koskee tiettyjen verottajan hyväksymien töiden työnosuutta. Vuodesta 2009 alkaen kotitalousvähennys on ollut 3000 € vuosi per henkilö ja siihen sisältyy 100 euron omavastuuosuus. Yritykselle tai yrittäjälle maksetusta palvelusta voi vähentää 60 % työn arvonlisäverollisesta hinnasta kun yritys on ennakoperintärekisteriin merkitty. Yleishyödyllisen yhteisön tekemästä työstä voi myös vähentää 60 %, vaikkei yhteisöä olisikaan merkitty ennakoperintärekisteriin. Maksetusta palkasta kotitalousvähennystä saa vähentää 30 %. (Rajala 2010:57, Pentikäinen ym. 2009:85.)

Kotitalousvähennys koskee omassa asunnossa tai vapaa-ajanasunnossa tehtyä tavanomaista kotitaloustyötä joka pitää sisällään mm. asuntojen korjaus- ja perusparannustyöt sekä siivouksen, ruuanlaiton ja pihatyöt. Vähennykseen on oikeutettu myös tavanomaista hoiva- ja hoitotyötä teettävä palvelujen maksaja. Tavanomainen hoiva- ja hoitotyö sisältää lasten, vammaisten ja vanhusten hoivatyön kuten auttamisen ja avustamisen. Uutena lakiin on lisätty oikeus kotitalousvähennyksen tekemiseen tieto- ja viestintälaitteiden asennus- ja kunnossapitotöissä. Viimeksi mainittuun alueeseen kuuluu ohjelmistojen, tietoturva- ja tietoliikenneyh-teyksien asennus ja niiden käytön opastus. (Rajala 2010:57.)

Kotisairaanhoidajan antamasta hoidosta tai kotikampaajan palvelusta ei kotitalousvähennystä saa. Kotitalousvähennystä ei myöskään voi tehdä kodinkoneiden ja laitteiden asennus- ja korjaustyöstä eikä uudisrakentamisesta tai siihen liittyvästä työstä. Kotitalousvähennykseen ei ole oikeutettu silloinkaan jos samaa työsuoritusta varten on saatu omaishoidontukea tai käytössä on palveluseteli. (Rajala 2010:57.)

Kotitalousvähennyksen käyttöönotto on lisännyt yksityisten hoiva-alan yrittäjien määrää (Karvonen-Kälkäjä ym. 2007:7). Verovähennysoikeus on vaikuttanut suotuisasti kotipalveluyrityksiin joiden kannattavuus oli vuonna 2008 tehdyn sosiaalipalvelujen toimialaraportin mukaan parantunut. Verohallituksen tilastojen mukaan 2007 tehdyistä kotitalousvähennyksistä kotitalouspalvelujen osuus oli n. 20 % ja hoiva- ja hoitotöiden osuus vain 4 %. (Pentikäinen ym. 2009:86.)

5.5 Palveluseteli

Palveluseteli on kunnan asiakkaalle myöntämä maksusitoumus jolla voidaan ostaa sosiaali- ja terveyshuollon palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Kunta sitoutuu maksamaan palvelun palvelusetelin arvoon saakka. Ylimenevän osan maksaa asiakas itse. Kunnalla on oikeus päättää ottaako se käyttöönsä palvelusetelit ja jos ottaa niin millaisissa palveluissa palveluseteliä käytetään ja missä laajuudessa. (Palveluseteli 2005.)

Uusi laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä tuli voimaan 1.8.2009 ja lain mukaan ”Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 ja 5 §:ssä asiakkaalle maksuttomiksi säädettyjen sosiaali- ja terveystalvelujen hankkimiseksi annettavan palvelusetelin arvo tulee määrätä niin, että asiakkaalle ei jää maksettavaksi omavastuuosuutta” (L 569/2009). Kotiin annettavien palvelujen palvelusetelinarvo määräytyy sosiaalihuoltolain mukaan. Jatkuvaan ja säännölliseen kotihoitoon tarkoitetun palvelusetelin arvo on tulositonnainen. Tilapäisiin kotihoidonpalveluihin ja tukipalveluihin myönnetyn palvelusetelin arvosta voi kunta päättää, mutta arvon on kuitenkin oltava kohtuullinen. (L710/1982.)

Palveluseteli on ollut käytössä vuodesta 2004 lähtien sosiaalihuoltola annettavissa kotipalveluissa ja vuodesta 2008 lähtien kotisairaanhoidon palveluissa. Palvelusetelin arvo määräytyy sen perusteella mihin käyttötarkoitukseen palveluseteli on osoitettu. Palvelusetelinkäyttäjällä on oikeus itsenäisesti valita palveluntuottaja kunnan hyväksymältä listalta.

Palvelusetelijärjestelmän käyttöön ottaminen kunnissa on ollut hidasta. Eniten palvelusetelillä on järjestetty sosiaalipalveluja kuten siivousta ja omaishoitoa tukevia palveluja. (Volk & Laukkanen 2007:3.) Palveluseteli on hyvä vaihtoehto ostaa vapailta markkinoilta tarpeellisia hoiva-alan palveluja joutuisasti silloin kun julkinen sektori niitä ei pysty tarjoamaan tai tarjoaa niitä viiveellä (Dufva 2003:18). Uuden palvelusetelilain toivotaan lisäävän yksityisten ter-

veyspalveluntuottajien asiakaskuntaa pieni- ja keskituloisten kohdalla. (Pentikäinen ym. 2009:73.)

5.6 Arvonlisävero

Arvonlisävero on sisällytetty tavaroiden ja useimpien palveluiden myyntihintaan. Arvonlisävero ei kuitenkaan ole sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja tämä aiheuttaa sen että yksityisten palveluntuottajien hankinnoistaan maksama arvonlisävero siirtyy ainakin osittain palvelujen myyntihintoihin (Lith 2008:13). Normaalisti arvonlisävero ei aiheuta yritykselle kustannuksia vaan vero on ns. läpikulkuerä.

Arvonlisäverolain mukaan kaikki terveyden- ja sairaanhoitoon sekä niihin kiinteästi liittyvät toiminnot ovat arvonlisäverotonta toimintaa. Verotonta on myös kaikki sosiaalihoitona tapahtuva palveluiden ja tavaroiden myynti. Jos yritys myy sosiaalihoitolain mukaisia palveluja suoraan loppuasiakkaalleen, pitää asiakkaan ja yrityksen välillä olla kirjallinen sopimus ja hoitosuunnitelma verottomuuden takaamiseksi. (Lith 2008:13-15.)

Verottomien palvelujen tuottajat eivät pysty vähentämään ostojensa arvonlisäveroä mikä on jarruttanut yksityisen terveydenhuollon palvelujen kehittymistä. Piilevä arvonlisävero nostaa yksityisten palvelujen hintoja koska yrittäjät joutuvat vyöryttämään verollisten ostojensa veron osuuden myyntihintoihinsa ja vaikeuttaa alihankkijoiden käyttämistä. Piilevä arvonlisävero vaikuttaa myös kuntien sosiaali- terveyspalvelujen ostohalukkuuteen sillä 5 % laskennallinen alv-palautus ei kata kaikkia niitä kustannuksia mitä verottomista ostoista aiheutuu. Terveyspalveluissa piilevän arvonlisäveron osuuden on arvioitu olevan reilut 6 % yritysten liikevaihdosta. (Pentikäinen ym. 2009:77-78.)

5.7 Sairasvakuutus

Suomessa valtio korvaa Kansaneläkelaitoksen (Kela) kautta osan yksityisen terveydenhuollon kustannuksista kansalaisille. Korvausvelvoite perustuu vuonna 1964 voimaan tulleeseen sairausvakuutuslakiin. Korvattavia palveluja ovat yksityiset lääkäripalvelut ja - palkkiot, tutkimukset sekä terveyspalvelut. (Pentikäinen ym. 2009:52.) Yksityisten terveyspalvelujen olemassa olemisen on mahdollistanut Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusjärjestelmä (Lith 2008:6).

Kotisairaanhoitopalveluja myyvät yritykset ovat voineet vuodesta 2000 lähtien solmia Kelan kanssa liittymissopimuksen joka oikeuttaa niitä hakemaan sairaanhoidon sairausvakuutuskorvauksen suoraan Kelasta. Sairaanhoitotoimenpidekorvaus voidaan maksaa sellaiselle palveluntuottajalle jolla on lääninhallituksen toimilupa ja joka suorittaa yksityisen lääkärin määräämää sairaanhoitajan antamaa hoitoa. (Peltomaa ym. 2006:15.)

6 Tutkimusaineisto ja menetelmät

Valitsin tutkielman kohderyhmäksi Uudellamaalla toimivia hoiva-alan yrityksiä, joiden palvelutuotteisiin kuuluu kotisairaanhoidopalvelut. Rajasin tutkielman ulkopuolelle yritykset jotka olivat toimineet alle vuoden, toimivat valtakunnallisesti, olivat kooltaan suuria tai tarjosivat vain kodinhoito-/ tukipalveluja tai tuottivat asumispalveluja.

Yritystiedot keräsin erilaisista Internet pohjaisista yritysrekistereistä, joista poimin rajauksiin sopivat yritykset ja niiden Y-tunnukset. Y-tunnuksen avulla tutkin oliko yritykset merkitty kauppa-, ennakonpidätys- ja alv-rekisteriin. Rekisteritietojen perusteella selvitin, kauanko yritykset olivat olleet toiminnassa. Tämän jälkeen googlasin yritysten virallisen toiminimen ja tutkin yritysten omat kotisivut yksitellen. Kotisivujen kautta tutkin lähemmin yrityksen palvelutuotevalikoimaa ja toiminta-aluetta sekä poimin yritysten yhteystiedot myöhempää yhteydenottoa varten. Rajauksiini sopivista yrityksistä kokosin Excel-taulukon jota hyödynsin opinnäytetyöprosessin työkaluna.

Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe oli perehtyä lähteaineistoon. Tiedonkeruumenetelmänä käytin mm. Laurusta, Lindaa, Sotkaa sekä julkisia kirjastopalveluja. Hyödynsin myös Laurean tiedonhakukurssin antimia ja mahdollisuutta saada yksityisopetusta tiedonkeruumenetelmistä vastaavalta opettajalta. Teoreettinen viitekehys muodostui pitkälti uusimpiin tutkimuksiin, tilastoihin ja selvityksiin pohjautuen.

Toinen vaihe muodostui teoreettisen viitekehysten, tutkimuskysymysten ja haastattelulomakkeen laatimisesta. Laadin tutkielman teoreettista viitekehystä samanaikaisesti tutkimus- ja lomakekysymysten kanssa. Halusin teoriaosuuden tukevan lomakekysymyksiä ja avaavan käsitteitä joita lomakkeen kysymykset sisälsivät. Tällainen yhtäaikainen kirjoitushaun suorittaminen tutkimuskysymysten muodostumisen kanssa mahdollistaa sen, ettei tutkimuskysymyksiä yritetä väkisin sovittaa yhteen teoreettisen viitekehysten kanssa vaan ne tukevat toisiaan (Janhonen & Nikkonen 2001:182). Teoreettisella viitekehyksellä ja empiirisellä aineistolla tulee olla yhteys keskenään ja teoriaosuuden tehtävänä on ohjata tutkijaa empiirisen osien valinnassa. Näin saadaan luotua yhteys teorian ja tulosten välille. (Hirsimäki, Remes & Saja-vaara 2003:133.)

Lomakekysymysten muodostumiseen vaikutti se mitä halusin tutkielmalla selvittää eli tutkimuskysymykset. Tutkielman tarkoituksena on palvella sekä teoriaosuuden että tulosanalyysin kautta niin uusia alalle aikovia yrittäjiä että siellä jo toimivia, palvelujaan aktiivisesti kehittäviä yrityksiä. Haastattelulomakkeen kysymykset laadin ohjaavan opettajan avustuksella (liite 1). Haastattelulomakkeen saatekirjelmässä tiedustelin haluavatko vastanneet yritykset tiivistelmän tutkielman tuloksista itselleen ja yli puolet ilmoitti haluavansa, joten oletan että yrityksiä kiinnostaa tietää millaisia palvelutuotteita kilpailijat myyvät.

Kysymykset ryhmittelin taustatietoihin, palvelutuotteisiin, erikoisosaamiseen, asiakkaisiin ja palvelujen ostajiin sekä turvallisuus- ja tietojärjestelmäkysymyksiin. Taustatiedoilla halusin kartoittaa yrityksen kokoa, ikää ja liikevaihtoa. Taustatiedoilla on olennainen merkitys analysoitaessa muita kysymyssarjan kysymyksiä. Palvelutuotteita, erikoisosaamista ja asiakkaita käsittelevät kysymykset liittyivät tiiviisti toisiinsa ja niillä halusin selvittää mitä yritykset myyvät, ketkä ovat ostajia ja millaisista palveluista on kysyntää. Turvallisuutta ja tietojärjestelmiä koskevat kysymykset kartoittivat yrittäjien näkemyksiä ja kokemuksia sekä toimintatapoja ja olivat pääasiassa avoimia kysymyksiä.

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin puolistrukturoidun lomakehaastattelun jonka toteutin e-lomakekyselynä sähköpostilinkin välityksellä. E-lomakekysely aineistonkeruu menetelmänä on mielestäni perusteltu valinta. Haastateltavien ”kasvottomuus” mahdollisti sen, etten aineistoa analysoidessani pysty yhdistämään kasvoja ja vastauksia toisiinsa eikä näin ollen ole vaaraa siitä, että tulkitsisin vastauksia epärelevanttien havaintojeni perusteella. Koin että pystyn tällä menetelmällä objektiivisempaan analyysiin kuin että olisin suorittanut haastattelut face to face. E-lomakehaastattelu antoi myös yrittäjille aikaa perehtyä kysymyksiin ajan kanssa ja päättää halusivatko he kysymykset nähtyään vastata niihin vai eivät. Kvalitatiivisessakin tutkimuksessa tutkijan ei tarvitse olla kontaktissa tutkittavien kanssa vaan hän voi toimia etäältä jolloin tutkimustilanne on kohderyhmälle vapaampi (Hirsimäki ym. 2003:181).

Kysymyspatteristo sisälsi sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä pyrin tarkentamaan strukturoituja kysymyksiä. Kysymyslomaketta testasivat sekä opinnäytetyön ohjaava opettaja Soili Vento että tietotekniikan opettaja Pertti Vuorinen Tikkurilan Laureasta. Lähetin e-lomakkeesta linkin sähköpostitse 42:lle kotisairaanhoidopalvelua myyvälle yritykselle toukokuun 2010 aikana. Lisäksi lähetin kesäkuun aikana vielä kaksi muistutusta. Sähköposteista 10 palautui virheellisen sähköpostiosoitteen johdosta tai syystä että yritys oli lopettanut toimintansa joten lopullinen kohdejoukko supistui 32 yritykseen.

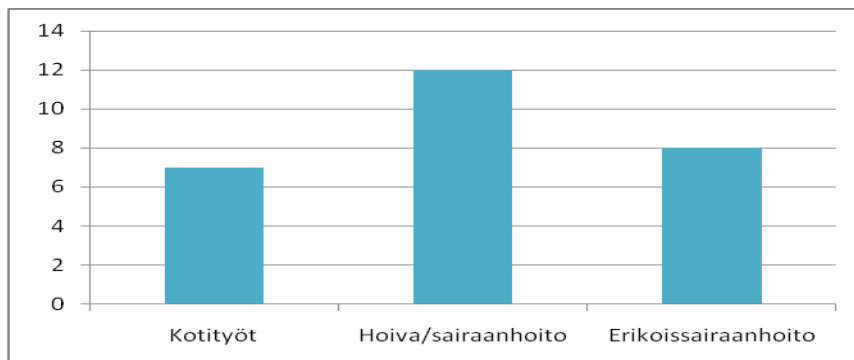
Kyselyyn vastasi 12 hoiva-alan yrittäjää, joten vastausprosentiksi tuli 37,5 %, joka vastaa hyvin hoiva-alan yrittäjille tehtyjen tutkimusten vastausprosentteja. Aineisto jäi pieneksi, mutta oli kooltaan mielestäni riittävä ja antoi vastaukset tutkittavana oleviin kysymyksiin. Vastaukset siirsin Internetissä olevalta e-lomakesivustolta suoraan SPSS-tilastointiohjelmaan ja Excel-taulukkolaskentaohjelmaan. SPSS-listausta käytin sellaisenaan tehdessäni tutkielman taulukot ja Excel yhteenvetoa käytin laatiessani työn diagrammit sekä analysoidessani avoimia kysymyksiä. Laadullisen aineiston analysoin sisältöanalyysina, siten että laskin määrällisesti ne avoimena kysymyksenä saadut vastaukset jotka voitiin määrällisenä laskea ja siteerasin vastauksia tasapuolisesti. Sisältöanalyysimenetelmästä voidaan käyttää nimitystä kvantifiointi jossa aineiston jokainen kategoria lasketaan erikseen kuinka moni vastanneista mainitsee saman asian (Janhonen ym. 2001:34). Aineisto käsiteltiin anonymisti.

Kolmella yrityksellä edellisen tilikauden liikevaihto oli alle 20.000 euroa. Pientä liikevaihtoa saattaa selittää se, että kaksi yrityksistä on ollut toiminnassa vasta vuoden verran ja yhden palvelutuotteisiin kuului vain erikoisosaamisen palveluja. 7 yrityksellä liikevaihto oli alle 60.000 euroa. Kahden yrityksen liikevaihto oli 80-149 tuhannen euron välillä ja kolmella yli 150 tuhatta euroa. Yritykset joilla oli suurin liikevaihto, työllistivät myös eniten työntekijöitä. Yritykset joiden liikevaihto oli yli 80.000 euroa, käyttivät kaikki tilapäistä työvoimaa.

Vastanneista (n=12) 9 ilmoitti liikevaihdon kasvaneen viimeisen 5 vuoden aikana. Kasvu jakautui tasaisesti yritysten kesken koosta riippumatta. Yli 10 vuotta toimineiden (3) yritysten kaikkien liikevaihto oli kasvanut. Yritykset joiden ydinpalvelutuotteista hoivan ja sairaanhoidon osuus oli yli 80 %, ilmoittivat kaikki (3) liikevaihdon kasvaneen viimeisen 5 vuoden aikana. Vain yksi yritys ilmoitti liikevaihdon vähentyneen ja kaksi sen pysyneen ennallaan.

7.2 Yritysten palvelutuotteet

Vastanneista 7 (n=12) ilmoitti ydinpalvelutuotteekseen hoiva/perushoito. Yksi yritys ilmoitti ydintuotteen olevan sairaanhoito ja yksi kotityöpalvelu. Kolme yritystä ilmoitti ydinpalvelutuotteekseen jonkun muun. Näistä kahdella oli lymfaterapian- ja yhdellä fysioterapian palvelut palvelutuotevalikoimassaan.



Kuvio 3: Yritysten palvelutuotevalikoima

Kaikki vastanneet olivat myyneet hoiva/sairaanhoitopalveluja edellisenä tilikautena. Karsoitettaessa palvelutuotteiden osuutta yritysten edellisen vuoden liikevaihdosta oli hoiva-/sairaanhoitopalvelut eniten myyty palvelukokonaisuus 8:lla (n=12) yrityksistä. 5 yritystä sen sijaan ilmoitti, ettei edellisen tilikauden liikevaihto sisältänyt lainkaan kotityöpalveluista saatua tuottoa. Kolmella yrityksellä kotityöpalvelujen osuus oli suurempi kuin hoiva-/sairaanhoitopalvelujen. Kotityöpalveluja eniten myyneiden yritysten palvelutuotevalikoimaan ei kuulunut lainkaan erikoissairaanhoitopalvelut. Yhden yrityksen pääasiallinen myynti muodostui jostakin muusta kuin kotityö- tai hoiva-/sairaanhoitopalveluista.

7.3 Yritysten erikoisosaaminen

Sairaanhoidon erikoisosaamisen palveluja tuotevalikoimassa oli 8 yrityksellä. Erikoissairaanhoidon osaamiseksi miellettiin haavanhoidot, kivunhoito, lymfa- ja fysioterapia, näytteidenotto, psykiatria, saattohoito ja muistisairaiden asiakkaiden hoitotyö. 7 yritystä (n=12) uskoi sairaanhoidollisten palveluiden kysynnän kasvavan tulevaisuudessa. Kaikilla kasvuun uskoneilla yrityksillä oli myös erikoissairaanhoidon osaamista palveluissaan. Yritykset joiden palveluvalikoimaan erikoissairaanhoidon osaaminen ei sisällynyt, eivät myöskään uskoneet sen kysynnän kasvavan tulevaisuudessa tai jättivät vastaamatta kysymykseen.

”teemme hoivatyön rinnalla myös erikoissairaanhoidollista työtä... asiakkaat ovat meillä myös moniongelmaisia.. jolloin hoiva että erikoissairaanhoito yhdistyy käsi-kätehen... kasvaa kyllä... asiakkaat haluavat hoitoa kotiin.”

”lisääntyy, mm. saattohoito kotioloissa”

”kysyntä kasvaa koko ajan. Suuret ikäluokat eläköityvät, ovat tottuneet saamaan laadukasta ja monipuolista palvelua, ovat maksukykyisiä ja ostavat palveluita enenevässä määrin yksityisiltä. Myös palvelusetelin laajentunut käyttöön otto kasvattaa näiden palveluiden kysyntää.”

”uskon, että lähinnä hoivapalvelujen sekä kotihoidon (perushoidon) kysyntä tulee lisääntymään enemmän kuin sairaanhoidollisten sekä erikoissairaanhoidollisten palvelujen kysyntä. Em. palveluja saa helposti myös mm. lääkärikeskuksista. Tosin kotisairaanhoidon kysyntä (näytteenotto, haavahoidot, lääkehoito) tulee myös aina olemaan osa palvelua.”

6 (n=8) yritystä jonka palveluvalikoimaan kuului erikoissairaanhoidon osaaminen, oli sitä mieltä että erikoisosaaminen oli ehdottomasti ollut yritykselle kilpailuetu.

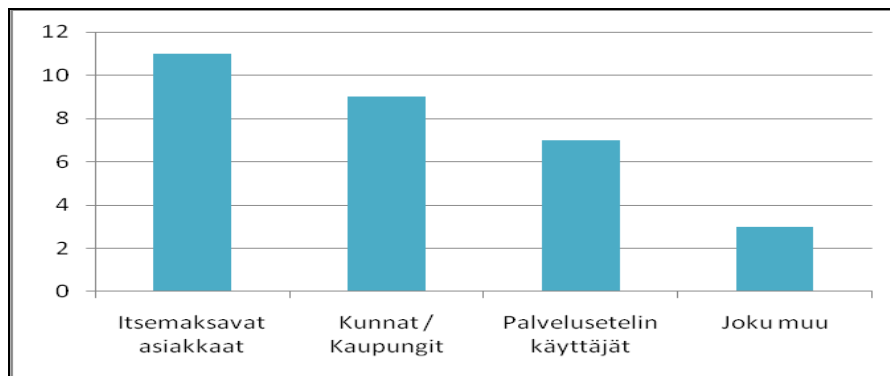
”kyllä, sekä että voimme antaa sitä yksilöllisesti ja laadukkaasti. Moni sairas ja vähän tunnettu asiakas haluaa pitää hoitonsa salassa ja ottaa se silloin kotiin pienemmältä ja yksilöllistä hoitoa tarjoavalta firmalta.”

7 yritykseltä oli tiedusteltu sairaanhoidollisen erikoisosaamisen palveluja. Kyselijöinä olivat olleet omaiset, itsemaksavat asiakkaat ja kunnat. Kysytyt palvelut koskivat näytteiden ottamista, fysioterapiaa, lymfaterapiaa, kivunhoitoa, keskusteluapua ja haavanhoitoa.

7.4 Yritysten asiakkaat

Vastanneiden yritysten asiakaskunta oli laaja. Asiakkaina ovat itsemaksavat asiakkaat, kunnat, palvelusetelien käyttäjät, hoitolaitokset, vakuutuslaitokset, yksityiset palveluntuottajat ja yksityiset lääkäriasemat. 11 yrityksellä (n=12) oli asiakkaina itsemaksavia asiakkaita ja 9 näistä myi palvelujaan myös kunnille. Yksikään yrityksistä ei myynyt palvelujaan pelkästään kunnille. Laajin asiakaskunta puolestaan oli osakeyhtiöillä.

Kolme yritystä vastasi myyvän palveluja jollekin muulle taholle. Näitä muita tahoja olivat yksityiset lääkäriasemat, hoitolaitokset, vakuutusyhtiöt sekä yksityiset hoivapalvelujen tuottajat. Muille tahoille palvelujaan myyvien yritysten palveluihin ei kuulunut kotitaloustyöt vaan myynti koostui pääasiassa hoiva-/ sairaanhoidollisista palveluista. Kaikkien kolmen yrityksen palveluvalikoimaan kuului myös sairaanhoidollisen erikoisosaamisen palveluita ja kaikki kolme kokivat että erikoisosaaminen on ollut yritykselle kilpailuetu. Yksi vastanneista (n=3) toimi alihankkijana yksityisille palveluntuottajille. Kahdella yrityksistä asiakkaina olivat myös itsemaksavat asiakkaat ja kunnat.



Kuvio 4: Yritysten asiakkaat / ostajat

10 (n=12) yritystä vastasi että itsemaksavat asiakkaat ostavat heiltä sairaanhoidollisia palveluja ja 7 yritystä ilmoitti myyvän itsemaksaville asiakkaille myös erikoissairaanhoidon palveluja. Itsemaksavat asiakkaat ostivat yrityksiltä saattohoitoa, kivunhoitoa, LPG-hoitoa, lymfaterapiaa, psykiatrisia palveluja, syövän hoitoa, leikkausten jälkeistä sairaanhoitoa ja kuntoutusta, haavanhoitoa, näytteiden ottoa sekä kotikätilön palveluja.

”suurimman ryhmän muodostavat kuolevat asiakkaat, jotka toivovat saavansa kuolla kotona: tällöin käytössä usein on kipupumput, joihin lääkekasetit vaihdetaan tai annettava kipulääkitys kuuluu sellaiseen lääkeryhmään että lähetettävä hoitoyksikkö toivoo kotona olevan koulutuksen saanut henkilökunta...”

”...yhden ryhmän muodostavat yksin asuvat asiakkaat. Omaiset, lapset, asuvat kaukana ja asiakkaat eivät halua vaivata lähipiiriään. usein tällainen tilanne tulee, jos ko. henkilö on esimerkiksi kotiutumassa sairaalasta leikkauksen jälkeen ja tarvitsee erilaisia apuja kotonaan.”

Taulukko 3. Itsemaksavien asiakkaiden sairaanhoitopalveluostot

Yrityksen ed. tilikauden liikevaihto tuhansina euroina	Ostavatko itsemaksavat asiakkaat yritykseltänne kotisairaanhoidon palveluja?		
	Ei	Kyllä	Yhteensä
1-20	0	3	3
21-40	1	2	3
41-60	1	0	1
61-80	0	0	0
81-100	0	1	1
101-149	0	1	1
yli 150	0	3	3
Yhteensä	2	10	12

Kunnat ostivat 8 (n=12) yritykseltä sairaanhoidollisia palveluja. Erikoissairaanhoidon palveluja kunnat ostivat 5 yritykseltä. Kuntien ostot olivat saattohoitoa, asiantuntijapalveluita, turvotusten hoitoa, reseptien uusimista, haavanhoitoa ja näytteiden ottoa sekä omahoitajien lomituspalveluja.

Palveluseteliyrityksiä vastanneista oli 7 (n=12). Eniten palvelusetelillä ostettiin kotitaloustöitä ja hoivapalveluja. Yksi yritys ilmoitti myyvänsä palveluseteliä vastaan sairaanhoitopalveluja. Palveluseteli ostot koskivat siivous-, kauppa-, kylvetys-, lastenhoito-, omaishoitajien lomitus, henkilökohtainen avustus-, lääkehoito ja hoivakotiasumispalveluja. Osakeyhtiöistä kaikki olivat palveluseteliyrityksiä. Kaksi vastaajaa (n=12) ilmoitti että vaikka yritykset ovat palveluseteliyrityksiä, ei kunnan palvelusetelijärjestelmä vielä toiminut siten että palveluseteliäsiakkaita olisi yrityksille ohjautunut.

Taulukko 4. Kuntien sairaanhoitopalveluostot

Yrityksen ed. tilikauden liikevaihto tuhansina euroina	Ostaako kunta tai kaupunki yritykseltänne kotisairaanhoidon palveluja?		
	Ei	Kyllä	Yhteensä yrityksiä
1-20	1	2	3
21-40	0	3	3
41-60	1	0	1
61-80	0	0	0
81-100	1	0	1
101-149	1	0	1
yli 150	0	3	3
Yhteensä	4	8	12

7.5 Yritysten turvallisuus ja tietojärjestelmät

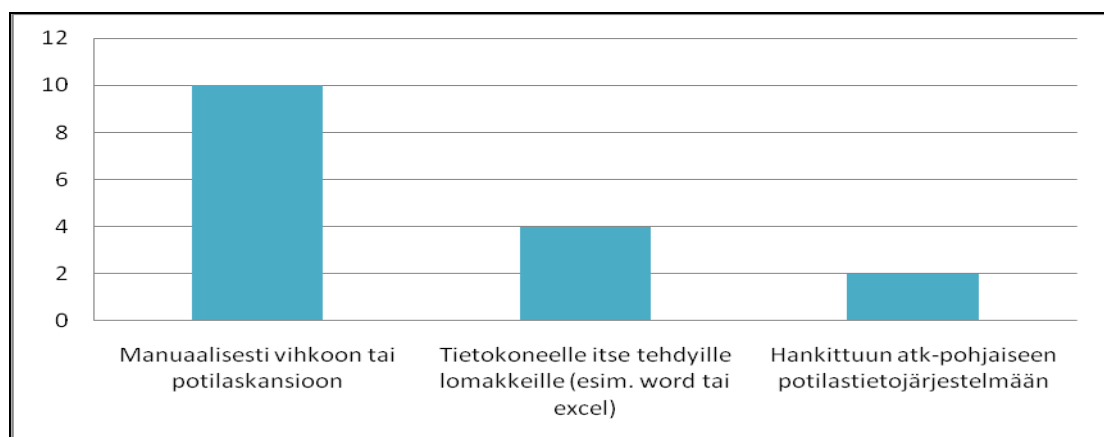
Kartoitetuista yrityksistä 9 ilmoitti että heillä on asiakkaiden avaimet käytössään. Kysyttäessä millaisena asiakasturvallisuuteen liittyvänä riskinä yritys pitää avainten säilyttämistä, yli puolet vastanneista (n=7) näki, ettei avainten säilyttäminen ole riski kunhan säilytys ja luovutus on oikein hoidettu ja avaimet koodattu.

”Ei sisälly riskejä. Avaimet, eivät ole varustettu asiakkaan nimellä. Pidettävä tallessa.”

”avainten säilytys sinänsä on hyvin hoidettu lukollisessa kaapissa, lukollisessa tilassa. Avaimiin ei koskaan laiteta asiakkaan nimeä, osoitetta tai muuta, josta voisi yhdistää avaimen tiettyyn osoitteeseen, vaan avain koodataan. Riskinä on avainten katoaminen lähelle asiakkaan kotia. Riski vältetään laittamalla avaimet suuriin avainrenkaisiin, jolloin avain ei voi pudota kiinnittämättä huomiota.”

”riskit on aika suuret, mutta taloyhtiöillä on jo omat ohjeet esim. avainten lukumäärästä. Omaiset ovat tarkkoja, montako avainta on luovutettu palveluntuottajille. Turvarannekkeiden käyttäjillä on hätäapuun luovutettuja avaimia, oma moraalinen työote vähentää avainten ns. väärinkäyttöä.”

Yrityksiltä tiedusteltiin niiden kirjaamiskäytänteistä. 10 (n=12) ilmoitti kirjaavansa potilastietoja manuaalisesti vihkoon tai potilaskansioihin. Atk-pohjainen potilastietojärjestelmä oli käytössä kahdella yrityksellä joista toinen oli toiminut 1-2 vuotta ja toinen yli 10 vuotta. Molemmat yritykset olivat osakeyhtiöitä. 4 yritystä kirjasi potilaita koskevia tietoja tietokoneelle, itse tehdyille lomakkeille (esim. word tai excel).



Kuvio 5: Potilastietojen kirjaaminen

Kysyttäessä millaisena tietoturvallisuusriskinä yritys pitää potilasasiapapereiden säilyttämistä vastasi 7 yritystä, ettei riskiä ole tai se on hyvin pieni kunhan asiapaperit ja tiedot on oikein säilytetty.

”laki edellyttää lukollisen arkistokaapin. Autoon ei voi jättää seuraavan/aiemman asiakkaan papereita ne on kannettava mukana..”

”asiakastietojärjestelmämme on tunnettu ja luotamme siihen.”

”potilasasiakirjat sisältää päivittäisten käyntien määrän ja voiminnan seurannan, en pidä riskiä suurena.”

”meillä on käytäntönä vihkot asiakkaiden luona, jotta aina käyntimme on kirjattu ja omaiset voivat lukea/kirjoittaa terveisiä meille päin. Käytämme asiakkaista nimikirjain lyhenteitä, kun puhumme tai suunnittelemme työvuoroja. Kaikki henkilötunnuksen +koko nimellä varustetut asiapaperit toimitamme asiakkaalle itselleen tai kunnan yhdyshenkilölle. Ja meille arkistoon jää kopiot papereista, joissa tunnuksena toimii laskutuskoodinumerosarja. Asia on aina voimassa oleva sekä arka, mutta yhtenäiset sopimukset toimipaikoissa, miten ko. asiapapereita täytetään, taikka hävitetään käydään perehdytyksessä läpi. Toimitamme aina yksityisasiakkaille omat paperi versiot takaisin, että meille jää vain loppuyhteenvedo ja kunnan yhdyshenkilöille toimitamme muut, koska he ovat lain mukaan velvollisia niitä säilyttämään, jos yrityksemme on tilattu hoitamaan asiakasta toistaiseksi.”

Kysyttäessä saavatko yritykset tarvittavat tiedot asiakkaista silloin kun suorittivat kuntien toimeksiantoja, vastanneista (n=11) 8 ilmoitti että saa riittävästi tietoa ja 3 yritystä ilmoitti, ettei tietoa ollut tarpeeksi käytettävissä. Useimmin tiedot asiakkaan toimintakyvystä, sairauksista, lääkkeistä ja hoidosta saatiin asiakailta ja omaisilta itseltään.

”saamme tarvittavat tiedot kyllä, usein hieman myöhässä.”

”... Kunnan kautta tulevien asiakkaiden tiedot saamme lähettävältä taholta (esim. kaupungin kotihoidolta). Asiakkaiden omaiset ovat harvemmin mukana hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa.”

”Kyllä on tarvittava tieto. Asiakas itse luovuttaa ja myös kunnan viranomaiset palveluseteliasiakkaiden suhteen.”

”en saa mitään tietoa tilauksen yhteydessä. Asiakkaat itse kertovat sairauksista. Itse luettava vihreästä kansioista jos niitä on.”

”ei aina saa riittävästi tietoa. Yleensä asiakas / omainen antaa tietoja ja joskus toinen hoitolaitos.”

”yllätyksenä toimintakyvyn heikkous ja tilattu aika ei riitäkään palveluun nähden.”

Asiakaspalautteen suurin osa yrityksistä keräsi suullisena eli suorana palautteena. Kerran tai kaksi kertaa vuodessa tehtävillä asiakaspalautekyselyillä tietoa palvelusta keräsi 5 yritystä ja kaksi ilmoitti työn alla olevan laatu järjestelmän kehittämisen.

”ei mitenkään, palaute tulee välittömästi eli saan tulla seuraavallakin kerralla tai sitten en.”

”en kerää. Kysyn sopivin väliajoin onko palvelu ollut toiveen mukaista...”

”kerran vuodessa kyselylomakkeella ja suullista palautetta tulee käynneillä.”

”asiakaskyselyt, suora palaute (face to face), puhelimitse.”

8 Pohdinta

8.1 Tutkielman luotettavuus

Kysely laadittiin Uudellamaalla toimiville kotisairaanhoidon myyville mikroyrityksille. Tutkielman otanta jäi pieneksi, mikä johtui osittain siitä että Internetissä olevien yritysten rekisteritiedot olivat monen yrityksen osalta päivittämättä. Tämä supisti alkuperäisen otantajoukon määrän 42:stä 32:n. Lopullisten vastaajien määrä jäi 12 yritykseen eli 37,5 %:iin. Tämä muokkaa hoiva-alan yrittäjille tehtyjen tutkimusten otosta. Tutkielmassa käytettiin kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä rinnakkain siten että avoimilla kysymyksillä pyrittiin syventämään ja täydentämään määräästä kertovia tietoja. Tutkimusjoukon ollessa näin pieni määrää mittavien kysymysten tulokset ovat suuntaa antavia eli otos ei ole edustava määrälliseen tutkimukseen. Luotettavuuden kannalta olennaista oli että vastanneista yrityksistä kaikki myivät sairaanhoidollisia palveluja eli pelkästään kotipalveluja myyvät yritykset oli saatu rajattua otannan ulkopuolelle.

Haastattelulomake sisälsi avoimia sekä strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä voidaan esittää sellaisia kysymyksiä joiden vastausvaihtoehtoja ei tunneta. Avoimissa kysymyksissä virheitä voi esiintyä ymmärtämisessä, muistiin merkitsemisessä ja tulkinnessa. Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehtoja ei saa olla liian monta ja kaikille vastaajille tulee löytyä sopiva vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot eivät saa olla päällekkäisiä. Strukturoitujen kysymysten luotettavuutta estäviä haittoja voivat olla vastausten antaminen harkitsematta, oikean vaihtoehdon puuttuminen tai vastataan vain jotain. (Heikkilä. 2005: 49- 51.)

Lomakkeen kysymykset olivat itseni laatimia, joten ne eivät olleet etukäteen testattuja. Kysymykset eivät olleet johdattelevia mikä näkyy hyvin vastausten erilaisuudesta. Joihinkin kysymyksiin oli vastattu virheellisesti, mikä paljastui tarkentavissa kysymyksissä. Esimerkiksi kysyttäessä yrityksen asiakkaita vain yksi oli vastannut yritysten asiakkaiksi jonkun muun, mutta tarkentavassa avoimessa kysymyksessä kolme yritystä ilmoitti myyvänsä palvelujaan myös muille tahoille. Toinen kysymys jossa oli huomattavissa erilaista tulkintaa vastaajien kesken, oli kysymys vakituisen työvoiman määrästä. Osa vastaajista oli tulkinut vakituisen työvoiman tarkoittavan kokopäiväistä työvoimaa ja jättänyt siten pois yrityksessä vakituisesti toimivat osa-aikaiset. Osa-aikaisen työvoiman lukumäärä oli erillisenä kysymyksenä ”moniko vakituisesta henkilökunnasta tekee osa-aikaista työviikkoa”, joten vakituisen työvoiman määrään olisi tullut sisällyttää myös osa-aikaiset työntekijät. Vastanneilla saattoi olla aika-ajoin vaikeuksia erotella käsitteet hoiva, sairaanhoito ja erikoissairaanhoito toisistaan, mutta analysoinnin kannalta ei ilmennyt sellaisia väärinymmärryksiä joilla olisi ollut merkitystä tulosten kannalta.

8.2 Tulosten pohdinta

Tutkimuskysymyksillä kartoitettiin yritysten palvelutuotteita, ostajia, erikoissairaanhoidopalvelujen kysyntää, asiakaspalutteen keräämis- ja potilastietojen kirjaamisen menetelmiä sekä asiakkaiden avainten säilytykseen liittyviä turvallisuusriskejä. Tutkielma vastasi hyvin esitettyihin tutkimuskysymyksiin eli se mittasi sitä mitä sen oli tarkoituskin mitata.

Uudellamaalla toimivat kotisairaanhoidoyritykset myivät kaikki hoiva-/sairaanhoidopalveluja ja $\frac{3}{4}$:lla yrityksistä hoiva-/sairaanhoidopalvelujen osuus liikevaihdosta oli 60 % - 100 %. Yritykset tarjosivat varsin kattavasti myös erikoissairaanhoidon palveluja. Monella yrityksellä oli tuotevalikoimassaan perushoitoa, haavanhoitoa, lääkehoitoa, terveydentilan seuranta ja arviointia (mittaukset) sekä kotityöpalveluista siivousta, lastenhoitoa ja omaishoitajien lomituspalveluja. Liikevaihdoltaan suurimmat ja eniten työllistävät yritykset tarjosivat lisäksi saattohoito-, kivunhoito- ja leikkausten jälkeisen kotihoidonpalveluja ja yksittäisten yritysten palvelutuotevalikoimasta löytyi lymfa- ja fysioterapian, kotikätilön, psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja sekä syöpäpotilaiden hoitotyön osaamista. Yritykset näkivät tärkeäksi myydä hoivan rinnalla sairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon palveluita. Näiden palveluiden myötä yritykset kokivat profiloituvansa ja saavansa kilpailuetua kasvavilla markkinoilla.

Yrityksistä kaikki ne jotka tarjosivat erikoissairaanhoidon palveluja, arvioivat myös erikoissairaanhoidon kysynnän kasvavan lähivuosina. Kysynnän kasvun syinä nähtiin iäkkäiden ja monisairaiden ihmisten määrän ja taloudellisen hyvinvoinnin lisääntyminen. Tulevaisuuden vanhusien eli nykyisten suurien ikäpolvien uskottiin vanhentuessaan haluavat räätälöityjä, monipuolisia ja laadukkaita palveluja, kotiin tuotuna.

Yritysten ostajista suurimman joukon muodostivat itsemaksavat asiakkaat. Itsemaksavat asiakkaat ostivat hoivapalvelujen lisäksi runsaasti myös sairaanhoidon- ja erikoissairaanhoidon palveluja. Tulos oli mielestäni hieman yllättävä. Varsinkin kun tiedetään, etteivät kotitaloudet saa vähentää sairaanhoidollisia palveluja kotitalousvähennyksenä. Todennäköisesti tiukentuneet asiakasvalintakriteerit jättävät ihmisiä kuntien palvelujen ulkopuolelle ja nämä asiakkaat hakeutuvat sitten yksityisten palvelujen piiriin. $\frac{3}{4}$ yrityksistä myi palvelujaan suoraan kunnille ja palveluseteliyrityksiä joukosta oli yli puolet. Yllättävää oli kuntien suuri käyttöaste sairaanhoidon ja jopa erikoissairaanhoidon palvelujen ostajana. Kunnat ostivat yksityisiltä yrityksiltä saattohoito-, näytteidenotto-, haavanhoito- lääkehoito- ja kivunhoitopalveluja sekä lymfaterapia- ja fysioterapiapalveluja. Pienestä otannasta riippumatta joukkoon mahtui vielä kolme yritystä jotka myivät palvelujaan toisille yksityisellä sektorilla toimiville yrityksille.

Avoimilla kysymyksillä yrityksiltä tiedusteltiin niiden kokemuksia asiakkaiden avaimien säilyttämiseen liittyvistä turvallisuusriskeistä sekä sitä miten yritykset keräsivät asiakaspalutteen ja kirjasivat potilastiedot. Kaikkiin kolmeen kysymykseen saatiin kattavat vastaukset joista

ilmeni etteivät yritykset kokeneet avainten säilyttämistä turvallisuusriskinä kunhan ne säilytettiin huolellisesti ja ohjeiden mukaisesti. Kyselyyn vastanneista yrityksistä suurin osa kirjasi hoitotyöt manuaalisesti vihkoon. Vaikka atk-pohjaisten potilastietojärjestelmien turvallisuuden luotetaan, saattaa niiden korkea hankintahinta olla monessa tapauksessa oston esteenä. Manuaalinen järjestelmä nähtiin yleisesti käyttäjäystävällisenä ja vaivattomana. Toisaalta laatujärjestelmien käyttöönotto laadunseurannan työkaluna tulee myös tulevaisuudessa lisäämään konekielistä kirjaamista. Asiakaspalautetta yrittäjät keräsivät pääasiassa suorana palautteena tai vuosittain tehtävänä tyytyväisyyskyselynä. Asiakaspalautte on laadunseurannan keskeinen arviointiperuste ja uskon että asiakaspalautteiden kerääminen systemaattisesti ja kirjallisena lisääntyy myös yksityisellä sektorilla.

Yritykset olivat samankaltaisia ja liikevaihdoltaan aika pieniä. Keskiliikevaihto yhden hengen yrityksissä oli 21 000 - 40 000 euroa /tilikausi, mikä vastaa keskimäärin sairaanhoitajan vuosipalkkaa. Kysely ei vastannut siihen, paljonko yrittäjät tekivät miestyötunteina töitä vuoden aikana. Mielenkiintoista oli havaita että lähes kaikkien 10 (n=12) yrityksen liikevaihto oli kasvanut viimeisten vuosien aikana. Tästä voidaan päätellä että yritystoiminnan vakiintuessa myös yrityksen taloudellinen tilanne paranee. Parhaaseen liikevaihdon / henkilömäärän suhteeseen pääsivät yritykset joiden ydinpalvelutuote muodostui hoivan ja sairaanhoidon palveluista ja joiden pääasiakaskunta muodostui itse maksavista asiakkaista tai jotka toimittivat palvelujaan alihankintana toisille hoiva-alanyrityksille. Suurimpien yritysten 3 (n=12) joiden liikevaihto oli yli 150 000 euroa /vuosi, liikevaihdon ja työntekijämäärän suhteen kannattavuutta ei pystytty kartoittamaan koska asteikko loppui 150 000 euroon ja kaikki yritykset käyttivät myös tilapäistä henkilökuntaa.

8.3 Kotisairaanhoidon tulevaisuuden näkymät

Hoivapalvelujen uskotaan kasvavan kun vanhenevan väestön määrä tulevaisuudessa lisääntyy ja yksilöllisten palvelujen kysyntä kasvaa. Muistisairaiden hoitotyön ja saattohoitotyön erikoisosaaminen ovat aloja joita tulevaisuudessa kaivataan. Tulosten perusteella voisi sanoa että kotisairaanhoitoyritykselle on kannattavaa omata laaja palveluvalikoima. Kotityöpalvelujen kysyntä vapailta markkinoilta on suuri ja tulee kasvamaan edelleen. Se kannattaako yrityksen profiloitua vain sairaanhoidollisiin palveluihin, riippuu mielestäni siitä miten laaja yrityksen toiminta-alue on ja mikä on alueen peitto. Julkisen sektorin tarjonta kattaa aika hyvin tarvittavat sairaanhoidolliset palvelut jolloin pelkästään perussairaanhoidollisiin palveluihin erikoistuminen (haavanhoito, näytteenotto, lääkehoito) ei välttämättä riitä toiminnan ylläpitämiseksi. Toisaalta jos yrityksellä on tarjota sellaista erikoisosaamista jota kunnalla itsellään ei ole on tilanne toinen. Tällaisia palveluja näyttää olevan ympärivuorokautinen saattohoito, psykiatrinen sairaanhoito, muistisairauksienhoito sekä mielenterveys- ja päihdetyö.

Sosiaali- ja terveystieteiden strategia 2015 näyttäisi suosivan kolmannen sektorin vahvistamista ja kuntien yhteistyön lisäämistä järjestöjen kanssa. Järjestöjen yhtiöittäessä omaa toimintaansa lisää se kilpailua yksityisillä hoiva-alan markkinoilla varsinkin erikoissairaanhoidon palveluissa. Palvelusetelijärjestelmän laajentuminen myös kotisairaanhoidon osaksi on hyvä päänavaus valtiolta, vaikkeivät kunnat palveluseteliä vielä siihen tarkoitukseen useinkaan myönnä. Verotuksellisesti kotisairaanhoidoyrittäjyys on monimutkaista, mikä johtuu siitä, ettei toiminta ole arvonlisäveronalaista eikä kotisairaanhoidon palvelusta voi näin ollen vähentää kotitalousvähennystä. Nykyisellä järjestelmällä kotisairaanhoidon palvelut kannattaa ostaa kotipalveluyrityksiltä jotka kuuluvat toimialaluokaltaan sosiaalipalveluihin ja pystyvät ”piilottamaan” sairaanhoidon palvelut tavanomaiseksi hoivatyöksi laskutuksessa ja antamaan asiakkaalleen 60 %:n kotitalousvähennysmahdollisuuden.

Arvonlisäverottomuudessa on taas omat hyötynsä ja haittansa. Loppukuluttajalle myytessä, arvonlisäverottomuus on etu, koska kuluttaja jolla ei ole vähennysoikeutta saa ainakin osan verottomuuden hyödystä itselleen. Pienelle vain omistajan työllistävälle yritykselle verottomuus on usein hyödyllistä, jos yrittäjä toimii kotoaan käsin eikä hänellä ole suuria investointeja. Veroton yrittäjä pystyy hinnoittelemaan palvelunsa hieman edullisemmaksi vaikka hinta usein sisältääkin n. 8-10 %:n piilevän arvonlisävero-osuuden. Laajentaessaan yritystoimintaansa yritys usein vuokraa toimitilat, investoi koneisiin ja laitteisiin sekä käyttää enemmän alihankintapalveluja. Kaikki edellä mainitut hankinnat sisältävät arvonlisäveron, joka jää verottaman yrittäjän itsensä kustannukseksi tai siirtyy suoraan palvelujen myyntihintoihin ja vaikuttaa siten palvelujen kysyntään, kilpailuun ja lopulta suoraan myyntiin. Arvonlisäverottomuus voi siis olla yritykselle este laajentua.

Vanhuspoliittisena strategiana se että lähes kaikki vanhuksat pyritään hoitamaan kotiin, lopulta saakka ei voi olla kauaskantoinen ratkaisu. Avun tarvitsijoiden joukon kasvaessa ja omaisten määrän vähentyessä uskon ettei kotihoidossa tule työvoima riittämään tämän strategian toteuttamiseksi vaikka yksityisen ja kolmannen sektorin hoiva- ja sairaanhoidoyritysten määrä radikaalisti lisääntyisikin. Pidemmän aikajakson ratkaisuna pitäisi mielestäni avata keskustelu siitä miten vanhusten elinolot tulevaisuudessa turvataan ja millaiset peruspalvelut pystytään takaamaan varsinkin köyhimmälle vanhusväestölle jolla ei ole varaa itse kustantaviin ostopalveluihin.

Lähteet

- Ahtiainen, K., Vuorela, P., Kesä, M. 2008. Hoiva-alan kartoitus 2008. Uudenmaan Työ- ja Elinkeino- keskus & Helsingin yrittäjät. [PDF-dokumentti].
<[http://www.yrittajat.fi/File/05639a99-9f9a-49c1-b909-b0fd59e43cae/Uudenmaan TE-keskus_Hoiva-alan kartoitus 2008.pdf](http://www.yrittajat.fi/File/05639a99-9f9a-49c1-b909-b0fd59e43cae/Uudenmaan-TE-keskus_Hoiva-alan_kartoitus_2008.pdf)> (Tulostettu 18.10.2009.)
- Andersson, S. & Kainlauri, A. 2001. Hoivayrittäjyyden paikka - yrittäjien ja sosiaali- ja terveysalan toimijoiden näkemyksiä hoivapalveluista. Työpapereita 1/2001. Helsinki:Stakes.
- Anttonen, A. & Sointu, L. 2006. Hoivapolitiikka muutoksessa. Stakes. Helsinki: Edita Prima.
- Dufva, H. & Liukkonen, R. 2003. Sosiaali- ja terveysalan yrittäjyys Kaakkois-Suomessa. Tutkimuksia ja Raportteja Sarja B no. 14. Kotka:Kymenlaakson AMK.
- Ekroos, V. & Partanen, I. 2006. Terveyspalvelut - Toimitilaraportti 2/2006. Kauppa- ja Teollisuusministeriö. Edita.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa. Stakes tutkimuksia 179. Tampereen Yliopisto. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino. Väitöskirja.
- Heikkilä, H. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. Painos. Helsinki: Edita.
- Helameri, T. 2004. Kotihoito Kunniaan: Työelämän haasteet. Helsinki:Suomen kotihoidon toimikunta.
- Hirsimäki, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2003. Tutki ja Kirjoita. 6. painos. Helsinki:Tammi.
- Hyvä tie vanhuuteen. 2007. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki: STM.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. Porvoo:WSOY.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008:3. 2 painos. Helsinki: STM & Kuntaliitto.
- Karvonen-Kälkälä, A., Soback, D. & Uusitalo, S. 2007. Minäkö hoiva-alan yrittäjäksi? Hoivayrittäjät framille - Projekti, Keski-Pohjanmaa 2007. 2 uudistettu painos. Keski-Pohjanmaan AMK. Pietarsaari:Forsberg Rahkola.
- Kerosuo, H., Haavisto, V. & Heikkinen, M. 2009. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointi. Verve Consulting. [PDF-tiedosto].
<http://www.hel.fi/static/public/hela/Kaupunginhallitus/Suomi/Esitys/2009/Halke_2009-06-15_Khs_24_El/BFE8DB34-F71A-4922-97F1-1894D9165352/Kotihoitokokeilun_loppuarviointi290409.pdf> (Tulostettu 14.5.2010.)
- Kettunen, R. 2008. Sosiaalipalvelut. Toimitilaraportti 11/2008.
- Kuronen, R. & Tuomola, P. 2009. Kotihoidon laskenta 30.11.2008. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tilastoraportti 8/2009. [PDF-julkaisu].
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr08_09.pdf> (Tulostettu 21.5.2010.)
L 66/1972 = Kansanterveyslaki.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>> (Viitattu 14.5.2010.)
- L 569/2009 = Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>> (Viitattu 20.8.2010.)
- L 607/1983 = Sosiaalihuoltoasetus.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>> (Viitattu 23.4.2010.)

L 710/1982 = Sosiaalihuoltolaki. Palveluseteli 3 a luku (30.12.2003/1310).
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>> (Viitattu 23.4.2010.)

L733/1992 = Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>> (Viitattu 20.8.2010.)

L 1162/2002 = Tuloverolaki. Kotitalousvähennys 127 a ja 127 b.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20021162>> (Viitattu 23.4.2010.)

Laatikainen, T. 2009. Vanhushuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kokona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Helsinki:Kela

Lith, P. 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat. [WORD-dokumentti].
<http://www.ek.fi/sosiaalialan_tyonantajaliitto/fi/liitetiedostot/ALVRAPOLopullinen.doc
(Tulostettu 15.8.2010.)

Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi: Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulu:Oulun Yliopisto. Väitöskirja.

Martikainen, T. 2009. Uudistaako kilpailuttaminen kuntia? Kunnat ja kilpailu - tutkimuskokonaisuuden loppuraportti. Kunnallisan kehittämissäätiö. Vammala:Vammalan kirjapaino.

Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.). 2004. Terveyspalvelujen suunnittelu. Jyväskylä:Duodecim.

Nevalainen, E. 2007. Perhehoitajien kokemuksia toimeksiantosopimukseen perustuvasta vanhusten perhehoidosta. Kuopio:Kuopion Yliopisto. Pro gradu - tutkielma.

Niemelä, A-L. & Simoila, R. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun väliarviointi 1.1.2005 - 30.6.2007. [DOK- dokumentti].
<<http://www.hel2.fi/terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/072960329.doc>
(Tulostettu 10.5.2010.)

Nyholm, M-L. & Suominen, H. 1999. Palveluverkossa yötäpäivää. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 18. Helsinki:Kunnallisan kehittämissäätiö.

Palveluseteli - Käyttöopas kotipalveluun. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:1. Helsinki. [PDF-dokumentti].
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3589.pdf&title=Palveluseteli__Kayttoopas_kotipalveluun_fi.pdf> (Tulostettu 15.3.2010.)

Peltomaa, P. & Grönvall, U. 2006. Sairaanhoidtaja yrittäjänä. Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry. 3 uudistettu painos. Helsinki: Gummerus Kirjapaino.

Pentikäinen, L., Tuomaala, M., Lith, P., Mursu, A. & Forsström, J. 2009. Hyvinvointialan kehittäminen - peruskartoitukset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Strategiset hankkeet 32/2009. [PDF-dokumentti].
<http://www.tem.fi/files/23173/TEM_32_2009_strategiset_hankkeet.pdf> (Tulostettu 15.3.2010.)

Rajala, H. 2010. Kotitalousvähennys. Taloustaito 04/2010:57 Artikkelit.

Rissanen, S. & Sinkkonen, S. (toim.) 2004. Hoivayrittäjyys. Jyväskylä:PS-kustannus.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. (PDF-dokumentti).
<<http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>> (Tulostettu 20.7.2010.)

Suominen, T & Henriksson, L. 2008. Työnjako vanhusten kotihoidossa. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):6. Artikkel. [PDF-dokumentti].
<<http://www.stakes.fi/yp/2008/6/suominen.pdf>> (Tulostettu 1.8.2010.)

Tedre, S. & Pöllänen, P. 1997. Hoivan herkäät alueet. Tampere:Kirjayhtymä.

Toivonen, T. 2001. Hyvinvointialan palvelu-rytykset laadun kehittämistyössä. Helsingin Yliopiston maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus. Seinäjoki:Helsingin Yliopisto.

Twigg, J. 2006. The body in health and social care. China: Palgrave Macmillan.

Vantaan apuvälineohje vuosille 2008-2011. Vantaan kaupunki.[PDF-dokumentti].
<http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;4781> (Viitattu 10.5.2010.)

Vantaan päivätoiminnan toimintamalli 2008. Vantaan kaupunki. [PDF-dokumentti].
<http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;4768&voucher=ABEC25DC-F574-4E1B-802C-4FA9F713E6C5> (Viitattu 10.5.2010.)

Varjonen, J., Aalto, K. & Leskinen, J. 2005. Kotityön markkinat. Sitran raportteja 45. Helsinki :Edita Prima. [PDF-dokumentti].
< <http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti45.pdf>> (Tulostettu 10.4.2010.)

Volk, R. & Laukkanen, T. 2007. Palvelusetelin käyttö kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:38. Helsinki:STM [PDF-dokumentti].
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3714.pdf&title=Palvelusetelin_kaytto_kunnissa_fi.pdf> (Tulostettu 30.7.2010.)

Kuviot

Kuvio 1. Yhdistynyt kotihoito	12
Kuvio 2. Terveyspalvelujen tuottajasektorien osuus palvelutuotannosta ja tuotos	14
Kuvio 3. Yritysten palvelutuotevalikoima	27
Kuvio 4. Yritysten asiakkaat / ostajat	29
Kuvio 5. Potilastietojen kirjaaminen	31

Taulukot

Taulukko 1. Yritysten ikäjakauma	26
Taulukko 2. Yritysten ed. tilikauden liikevaihto suhteessa vakituisen henkilökunnan määrään	26
Taulukko 3. Itsemaksavien asiakkaiden sairaanhoitopalveluotot	30
Taulukko 4. Kuntien sairaanhoitopalveluotot	30

Liitteet

Liite 1. Haastattelulomake	40
----------------------------	----

Liite 1. Haastattelulomake

Haastattelulomake Uusmaalaisille kotisairaanhoidoyrityksille

Taustatietoja

1. Yhtiömuoto

2. Kauanko yrityksenne on ollut toiminnassa?

0-1 vuotta

1-2 vuotta

2-5 vuotta

5-10 vuotta

yli 10 vuotta

3. Vakituinen henkilökunta

4. Moniko vakituisesta henkilökunnasta tekee osa-aikaista työviikkoa?

5. Käyttääkö yrityksenne tilapäistä henkilökuntaa?

ei käytä käyttää satunnaisesti käyttää viikottain

6. Paljonko oli yrityksenne ed. tilikauden liikevaihto?

7. Miten yrityksenne liikevaihto on kehittynyt viimeisen 1-5 vuoden aikana?

Vähentynyt Pysynyt ennallaan Lisääntynyt

Palvelutuotteet

8. Mikä on yrityksenne ydinpalvelutuote?

- Kotityöpalvelut (siivous, ruoka- ja vaatehuolto ym.)
- Hoiva/ Perushoito (henk.koht. hygieniä, avustaminen ym.)
- Sairaanhoido (lääkehuolto, mittaukset ym.)
- Joku muu

9. Paljonko oli kotityöpalvelujen (siivous ym.) osuus ed. tilikauden kokonaisliikevaihdosta?

Ei yhtään

10. Paljonko oli hoivan- ja sairaanhoidollisten palvelujen osuus ed. tk:n kokonaisliikevaihdosta?

Ei yhtään

Erikoisosaaminen

11. Kuuluuko yrityksenne palvelutuotevalikoimaan sairaanhoidollisen erikoisosaamisen palveluita?

Ei Kyllä



12. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, tarkentakaa millaisia erikoisosaamisen palveluja.

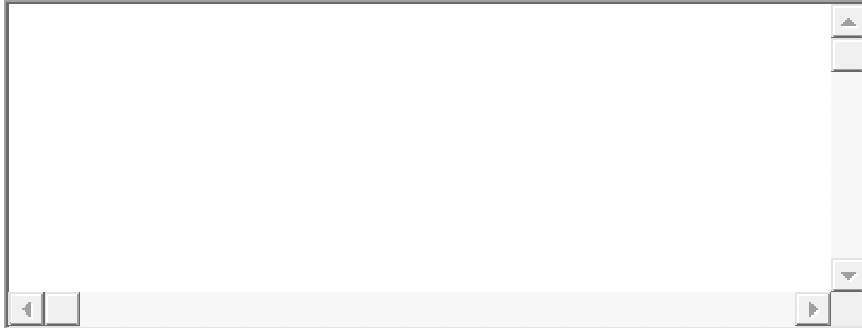
luja.

13. Onko asiakkaanne tiedustelleet yritykseltänne sairaanhoidollisen erikoisosaamisen palveluja?

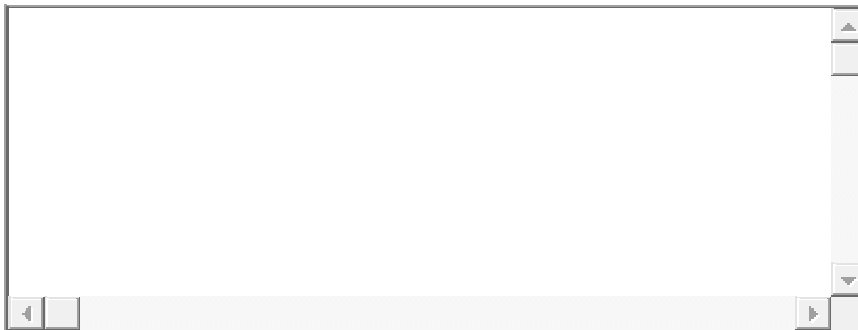
Ei Kyllä



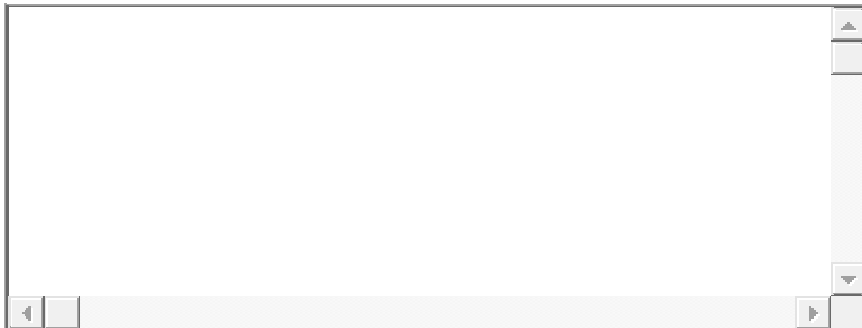
14. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, tarkentakaa millaisia palveluja on kysytty ja onko tiedustelut tulleet kunnan, asiakkaiden vai omaisten taholta?



15. Miten arvioisitte sairaanhoidollisten ja erikoissairanhoidollisten palvelujen kysynnän kasvavan lähivuosina?



16. Onko sairaanhoidon erikoisosaaminen ollut mielestänne kilpailuetu yrityksellenne?



Asiakaat / Ostajat

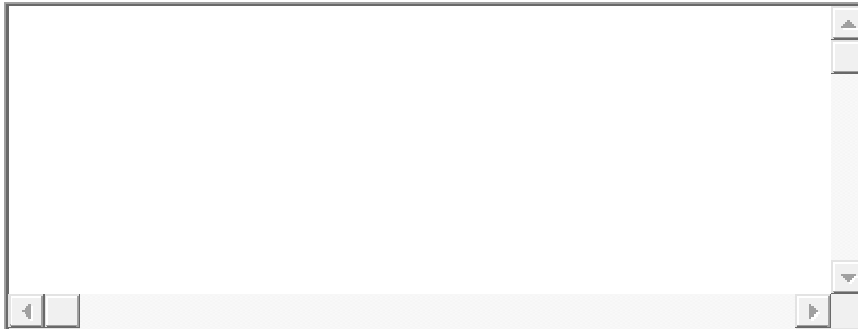
17. Onko yrityksenne palvelujen ostajina:

- Itsemaksavat asiakkaat
- Kunnat / Kaupungit
- Palvelusetelin käyttäjät
- Joku muu

18. Jos vastasitte joku muu, tarkentakaa kuka.



19. Jos olette palveluseteliyritys, kertokaa millaisia palveluja asiakkaanne palveluseleillä hankkivat yritykseltänne.



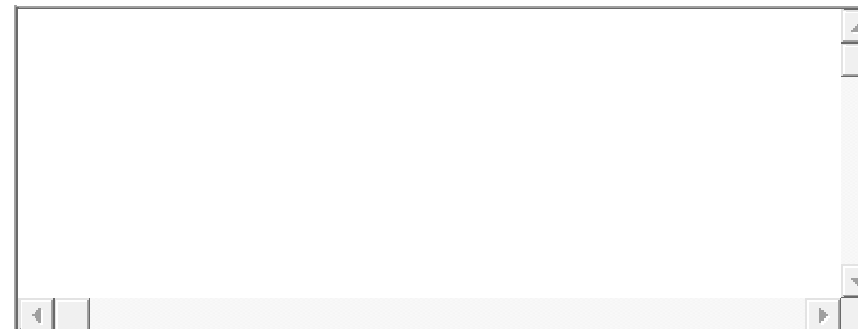
20. Ostavatko itsemaksavat asiakkaat yritykseltänne kotisairaanhoidon palveluja?

Ei **Kyllä**

21. Ostavatko itsemaksavat asiakkaat yritykseltänne erikoissairaanhoidon palveluja?

Ei **Kyllä**

22. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, tarkentakaa millaisia palveluja



23. Ostaako kunta tai kaupunki yritykseltänne kotisairaanhoidon palveluja?

Ei **Kyllä**

24. Ostaako kunta tai kaupunki yritykseltänne erikoissairaanhoidon palveluja?

Ei **Kyllä**

25. Jos vastasitte edellisiin kysymyksiin kyllä, tarkentakaa millaisia palveluja?

Turvallisuus ja tietojärjestelmät

26. Onko teillä asiakkaidenne avaimet käytössä?

Ei **Kyllä**

27. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, niin millaisena asiakasturvallisuuteen liittyvänä riskinä pidätte avainten säilyttämistä ja miten näitä riskejä voitaisi mielestänne vähentää?

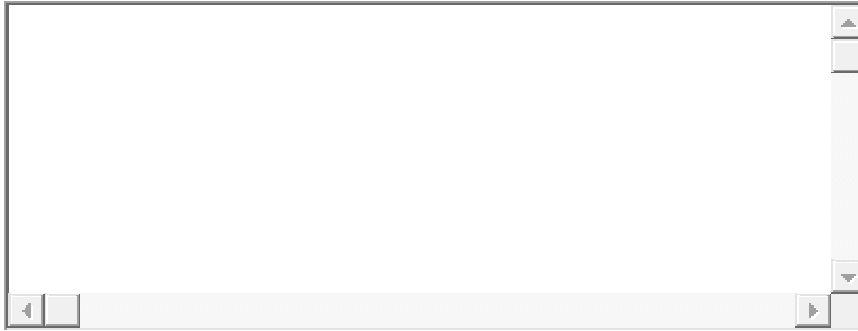
28. Miten kirjaatte potilastiedot?

- Manuaalisesti vihkoon tai potilaskansioon
- Tietokoneelle itse tehdyille lomakkeille (esim. word tai excel)
- Hankittuun atk-pohjaiseen potilastietojärjestelmään

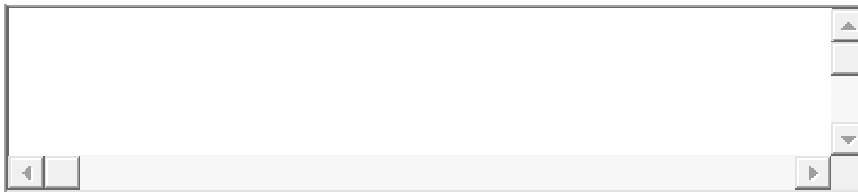
29. Millaisena tietoturvallisuusriskinä pidätte potilasasiakirjojen säilyttämistä ja miten näitä riskejä voitaisi mielestänne vähentää ?

30. Koetteko saavanne tarpeeksi tietoa asiakkaan toimintakyvystä, hoidosta, lääkkeistä ym. etukäteen myydessänne palveluja

kunnalle? Mikä taho tiedot luovuttaa? (asiakas itse, omaiset, kunnan viranomaiset)

An empty text input field with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side. The field is currently blank.

31. Miten keräätte asiakaspalautetta?

An empty text input field with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side. The field is currently blank.