



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Terveyskioskien hyödyt ja haasteet

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Karppinen, Stiina-Liisa

Rautakorpi, Jenna

2012 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Terveyskioskien hyödyt ja haasteet

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Stiina-Liisa Karppinen
Jenna Rautakorpi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2012

Laurea-ammattikorkeakoulu
 Laurea Otaniemi
 Hoitotyön koulutusohjelma
 Terveystenhoitaja

Tiivistelmä

Stiina-Liisa Karppinen ja Jenna Rautakorpi

Terveyskioskien hyödyt ja haasteet - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Vuosi	2012	Sivumäärä	45
-------	------	-----------	----

Terveyskioski on uudenlainen matalan kynnyksen terveydenhuollon palvelumalli, josta saa terveystneuvontaa ja hoitoa yleisimpiin vaivoihin ilman ajanvarausta. Suomessa toimii neljä Terveyskioskia, mutta niitä on kaavailtu perustettavan lähiaikoina yli 50 ympäri maata. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla Terveyskioski-konseptin hyötyjä ja haasteita.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa Koului-hankkeen Parasta arkea 24/7 -pilotille terveystkahvilatoiminnan kehittämistä varten.

Opinnäytetyön teossa edettiin vaihe vaiheelta systemaattisen tiedonhaun ohjeita noudattaen. Jokainen vaihe kirjattiin tarkoin prosessin uudelleen toistettavuuden vuoksi. Tutkimusaineisto hankittiin kolmesta luotettavasta ja säännöllisesti päivitettävästä tietokannasta. Tarkkojen mukaanotto- ja poissulkukriteereiden perusteella aineistoksi valikoitui yksitoista englanninkielistä tutkimusartikkelia, jotka käsitelivät Yhdysvaltojen terveystkioskien hyötyjä ja haasteita.

Yhdysvalloissa terveystkioskit toiminta on koettu vastaukseksi terveydenhuollon ongelmatilaan, sillä kioskit vähentävät merkittävästi lääkärin vastaanotto-, ensiapu- ja päivystyspoliikkikäyntejä. Palvelu on varsin houkuttelevaa asiakkaille sen helpon saatavuuden ja asiointin mukavuuden vuoksi. Terveystkioskit tavoittavatkin paljon eri-ikäisiä kansalaisia, myös niitä, jotka ilman tätä matalan kynnyksen terveystpalvelua eivät olisi hakeutuneet hoitoon lainkaan. Terveystkioskien raportoitiin tukevan väestön terveyttä merkittävästi. Sairaanhoidajan ammattitaitoa käytettäessä ne toimivat hyvin kustannustehokkaasti ja samanaikaisesti tarjoavat sairaanhoidajille uudenlaisen, näkyvän toimenkuvan. Vaikka terveystkioskit toiminta on kohdannut myös monenlaista kritiikkiä, on suurin osa huolista voitu osoittaa turhiksi. Haasteita terveystkioskeilla kuitenkin on ja sen vuoksi toimintaa kehitetään jatkuvasti.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuotti runsaasti tietoa Yhdysvalloissa terveystkioskit toiminnan hyödyistä ja haasteista. Muiden maiden terveystkioskit toiminnasta ei tähän opinnäytetyöhön löytynyt tutkimustietoa. Saatuja tuloksia voidaan kuitenkin käyttää teoriapohjana käytännössä matalan kynnyksen terveystpalveluiden tuottamisen tukena. Tulokset puoltavat vahvasti terveystkioskien tai vastaavanlaisten matalan kynnyksen terveystpalveluiden järjestämistä.

Asiasanat: Terveystnedistäminen, terveystneuvonta, terveystkioski, hyöty, haaste

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Otaniemi
 Nursing
 Public health nurse

Abstract

Stiina-Liisa Karppinen and Jenna Rautakorpi

Profits and Challenges of Retail-based Clinics - Systematic literature review

Year	2012	Pages	45
------	------	-------	----

Retail-based clinics offer the new low-threshold service model for public health services. From these clinics people can get health counseling and nursing to general ailments without a pre-scheduled appointment. In Finland there are four operating retail-based clinics, but over 50 clinics are planned to start around the country in the near future. The purpose of this thesis is to review the advantages and challenges of retail-based clinics by carrying out a systematic literature review.

The aim of this thesis is to produce current information for Koulii-project for developing of low-threshold health services in Espoo's Suurpelto area.

The thesis was made in stages by following the instructions for systematic information retrieval. Every stage was documented carefully because of repeatability. The research data was acquired from three reliable and regularly updated databases. Eleven studies which discussed the advantages and challenges of the retail-based clinics in the United States were selected to be the material according to the criteria of studies' inclusion and exclusion.

In the United States retail-based clinics have been regarded as the answer to the problems of public health services because they decrease visits for physicians' practices, emergency departments and urgent care clinics significantly. The service is quite tempting to the clients because of the convenience. This is why retail-based clinics reach many citizens of various ages - also the ones who would not have sought care at all without this low-threshold health service. It was reported that the retail-based clinics influenced the health of the population significantly. While using the expertise of nurse practitioners, the clinics operate very cost-effectively and at the same time they offer a new type of position that is also noticeable. Even though the retail-based clinics have met many kinds of criticism, it has been possible to show that the majority of the concerns are unnecessary. Because the clinics encounter challenges, the operation is being improved continuously.

The systematic review produced plenty of information about the advantages and challenges of retail-based clinics in the United States. Information about the retail-based clinics in other countries was not found. However, the results can be used as a theoretical basis to support the organizing of low-threshold health services. The results support strongly the organizing of the retail-based clinics or similar low-threshold health services, because the service has been noted to be advantageous.

Key words: health promotion, health counseling, retail-based clinic, profit, advantage

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	7
2.1	Koului-hanke ja parasta arkea 24/7-pilotti	7
2.2	Terveysneuvonta	8
2.3	Matalan kynnyksen terveystalvelut	9
2.4	Terveyskioskii	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät	11
4	Tutkimusmenetelmä	11
4.1	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet	11
4.2	Aineiston keruu	14
4.3	Aineiston analyysi	18
5	Opinnäytetyön tulokset	20
5.1	Terveyskioskien hyödyt	21
5.1.1	Hyödyt yhteiskunnallisesta näkökulmasta	22
5.1.2	Ammatilliset hyödyt	25
5.1.3	Hyödyt potilaan näkökulmasta	27
5.2	Terveyskioskien tuomat haasteet	30
5.2.1	Haasteet yhteiskunnallisesta näkökulmasta	30
5.2.2	Ammatilliset haasteet	32
5.2.3	Haasteet potilaiden näkökulmasta	34
6	Pohdinta	34
6.1	Tutkimusprosessin arviointi	34
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	35
6.3	Tulosten tarkastelu	38
	Lähteet	41
	Liitteet	43

1 Johdanto

Terveyskioski on uudenlainen julkiseen perusterveydenhuoltoon kuuluva matalan kynnyksen palvelumalli, jonka painopisteenä ovat ehkäisevä terveysneuvonta ja pienimuotoiset hoito-toimenpiteet (Lahden kaupunki 2011). Terveyskioskit sijaitsevat lähellä suuria asiakasvirtoja ja niissä asioiminen tapahtuu anonyymisti maksutta ja ilman ajan varausta. Terveyskioskitointi parantaa kunnallisen terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä sijainnillaan ja joustavalla palveluun pääsillä ja samalla vähentää terveyskeskuksen kuormittuneisuutta kustannustehokkaasti. Suomen ensimmäinen Terveyskioski perustettiin kesäkuussa 2009 ja sen koettujen hyötyjen innoittamana Suomeen on suunniteltu perustettavan 50 uutta Terveyskioskia seuraavan kahden vuoden aikana ympäri maata. (Sitra 2011.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Koulii-hankkeen ja Parasta arkea 24/7 -pilotin kanssa. Koulii-hankkeen tavoitteena on tarjota Espoon uuden asuinalueen Suurpellon asukkaille asiakaslähtöisiä palveluita ja kehittää ammatillisen toisen asteen ja korkeakouluasteen välistä yhteistyötä. Parasta arkea 24/7 -pilotti tuottaa matalan kynnyksen hyvinvointipalveluja asukkaiden arjen hyvinvoinnin lisäämiseksi, yhteisöllisyyden vahvistamiseksi sekä väsymyksen ja uupumisen ennaltaehkäisemiseksi. (Koulii-hanke 2011.)

Tarkoituksena tällä opinnäytetyöllä on kartoittaa ja kuvata systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla Terveyskioski-konseptin koettuja hyötyjä ja haasteita Pohjoismaissa ja Yhdysvalloissa. Kirjallisuuskatsauksessa haetaan artikkeleita kolmesta eri viitetietokannasta, kerätään tarvittava aineisto tutkimustehtävien ja valintakriteereiden perusteella, sekä analysoidaan valitut artikkelit laadullisen sisällön analyysin avulla. Opinnäytetyössä kartoitetaan terveyskioski-konseptin toimintamallia sekä sen hyötyjä ja haasteita, mutta saatavia tuloksia on mahdollista hyödyntää myös konseptin ulkopuolelle jäävien muiden matalan kynnyksen terveyspalveluiden tuottamisen tukena.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa Koulii-hankkeen Parasta arkea 24/7-pilotille viriketoimintaa tarjoavan terveyskahvilatoiminnan kehittämistä varten Espoon Suurpeltoon. Tietoa voidaan käyttää pohjana matalan kynnyksen terveyspalveluiden aloittamiseen tai toiminnan kehittämiseen. Tämän lisäksi omana tavoitteenamme on opinnäytetyön tekemisen myötä kehittää omaa ammatillista kasvua sekä osaamista.

2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viitekehykseen kuuluvia keskeisiä käsitteitä ovat terveyskioskin ja matalan kynnyksen terveystalouden lisäksi terveysneuvonta, arviointi ja arviointitutkimus. Englanninkielisiä vastineita käsitteille ovat retail health clinic, retail clinic, convenient care clinic (CCC) sekä evaluation research. Kyseisiä käsitteitä käytettiin tämän opinnäytetyön systemaattisen tiedonhaun hakusanoina.

Teoriatietoa tämän opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä on tarjolla hyvin suppeasti. Terveyskioski-käsite on sen verran uusi, että aiheesta ei ole olemassa kirjallisuutta ja Internetistä tietoa löytyy hyvin vähän. Myös matalan kynnyksen terveystalouden käsitteenä varsin tuore ja vähän käytetty, joten informatiivinen tieto on vähäistä.

2.1 Koului-hanke ja parasta arkea 24/7-pilotti

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Koului-hankkeen ja Parasta arkea 24/7 -pilotin kanssa. Koului-hanke, eli koulutuksen innovaatio ja integraatio-hanke, on Espoon seudun koulutusyhtymä Omnian ja Laurea-ammattikorkeakoulun toteuttama yhteistyöprojekti, joka alkoi syyskuun 2010 kestäen vuoden 2012 loppuun. Hankkeen tavoitteena on tarjota Espoon uuden asuinalueen Suurpellon asukkaille asiakaslähtöisiä palveluita ja kehittää ammatillisen toisen asteen ja korkeakouluasteen välistä yhteistyötä. Palveluiden innovoinnissa huomioidaan Suurpellon rakentamisessa tavoiteltava viihtyisyys, ekologisuus sekä työn, perheen ja vapaa-ajan yhdistäminen. Erityistä alueelle on sen toimiminen LivingLab-ympäristönä, jossa alueen toimijat yhdessä opettajien ja opiskelijoiden kanssa kehittävät ja kokeilevat Suurpellossa sopivia palveluja ja tuotteita vuorovaikutuksessa käyttäjien kanssa. Projekti edistää verkostoitumista ja yhteistyötä sekä tuottaa tutkimustietoa. (Koului-hanke 2011.)

Parasta arkea 24/7 -pilotti on Omnian ja Laurean opettajista ja opiskelijoista koostuva toimijaverkosto, joka tuottaa matalan kynnyksen hyvinvointipalveluja asukkaiden arjen hyvinvoinnin lisäämiseksi, yhteisöllisyyden vahvistamiseksi sekä väsymyksen ja uupumisen ennaltaehkäisemiseksi. Hankkeen kautta pyritään kartoittamaan alueen asukkaiden tarpeita ja toiveita, joihin pilotti pyrkii luomaan vaihtelevia arjen palveluita. (Koului-hanke 2011.)

Suunnitelma tästä opinnäytetyöstä esitettiin Laurean järjestämässä pienimuotoisessa tilaisuudessa, jossa Koului-hankkeeseen liittyvät opinnäytetyöntekijät esittelivät toisilleen omia opinnäytetyön suunnitelmia. Jatkossa tarpeen mukaan toinen opinnäytetyön tekijöistä tulee erillisiin Kouluun järjestämiin tilaisuuksiin kertomaan opinnäytetyön tuloksista.

2.2 Terveysneuvonta

Terveydenhuollon palveluille on tyypillistä sieltä saatava terveysneuvonta ja ohjaus. Terveysneuvonta on terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, jossa käsitellään terveyttä edistäviä, sairautta ehkäiseviä, tai hoitoa koskevia kysymyksiä ja ongelmien ratkaisua. (Kyngäs & Kääriäinen 2005; Pirinen 2007; Terveyskirjasto 2012.) Terveysneuvonnan tavoitteena on terveyden, mielenterveyden ja työ- ja toimintakyvyn edistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Terveydenhuollon ammattihenkilö kannustaa ja tukee asiakasta jokapäiväisissä valinnoissa sekä elämäntapojen muutosprosessissa terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi (Pirinen 2007; Poskiparta 2004).

Terveysneuvontaan kuuluvat oleellisesti käsitteet terveyden edistäminen ja terveyskasvatus. Terveyskasvatus on tietoa antavaa suunniteltua toimintaa, jonka tavoitteena on ymmärryksen lisääminen ja elämäntyylin muuttaminen. (Pirinen 2007.) Terveyttä edistävä ohjaus eroaa neuvonnasta sillä, että suorien ohjeiden antamista vältetään. Sen sijaan hoitaja ja asiakas muodostavat yhdessä kuvan asiakkaan tilanteesta ja asiakasta kannustetaan löytämään itse omat menettelytapansa ongelmien ratkaisemiseksi huomioiden yksilölliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, kuten ikä, sairaudet, motivaatio ja uskonto. (Kyngäs & Kääriäinen 2005; Pirinen 2007.) Elämäntapojen muutosprosessi lähteekin siitä, että asiakas tiedostaa omat elämäntapansa ja harkitsee muutoksen tarvetta. Prosessi jatkuu uuden elämäntavan kokeilemisella, ylläpitämisellä ja sisäistämällä osaksi arkielämää. (Poskiparta 2004.) Asiakas nähdään oman tilanteensa asiantuntijana ja ohjauksen lähtökohtia ovat asiakkaan henkilökohtaiset kokemukset ja oma vastuu oppimisestaan. (Kyngäs & Kääriäinen 2005; Poskiparta 2004.) Ohjaustilanteessa pyritään vuorovaikutteisen ja luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentamiseen sekä tavoitteelliseen ja aktiiviseen toimintaan. Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on molemminpuolinen kunnioitus asiantuntijuutta kohtaan sekä hoitajan ammatillinen vastuu ohjauksesta. Hoitaja pyrkii lisäämään asiakkaan sitoutumista oman terveytensä ja toimintansa hallintaan sekä auttamaan asiakasta kokemuksien käsittelemisessä, ongelmien ratkaisemisessa ja erilaisten toimintatapojen löytämisessä terveyden edistämiseksi. (Kyngäs & Kääriäinen 2005.)

Sosiaali- ja terveysministeriö listaa kunnan velvollisuuksiin järjestää kaiken ikäisille asukkaille terveyden edistämiseksi tarpeellinen terveysneuvonta, joka sisällytetään kaikkiin kansanterveystyön palveluihin, myös sairaanhoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Terveysneuvonta ja ohjaus kuuluvat olennaisena osana hoitohenkilökunnan ammatilliseen toimintaan ja hyvin onnistuessaan niillä on merkittävä vaikutus asiakkaan terveyteen ja koko kansantalouteen. Lyhyet hoitoajat ja puutteelliset resurssit asettavat omat haasteensa terveysneuvonnan toteuttamiselle. (Kyngäs & Kääriäinen 2005.) Yleensä kunnilla kuitenkin on mahdollisuus järjestää terveysneuvontaa myös esimerkiksi neuvontatilaisuuksien, palveluiden ja ohjausryhmi-

en avulla muun muassa ylipainoisille, diabeetikoille tai tupakointia lopettaville. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat kunnallisen terveysneuvonnan lisäksi muut terveysneuvontaa antavat toimijat, terveysalan järjestöt ja terveysneuvontaan materiaaleja tuottavat toimijat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

2.3 Matalan kynnyksen terveyspalvelut

Matalan kynnyksen terveyspalveluiden tarkoituksena on tehdä palveluun hakeutuminen mahdollisimman helpoksi ja mukavaksi kaikille ihmisille. Asiakas voi hakeutua niihin ilman lähetettä ja ajanvarausta. (Kaltto 2006; Lönnqvist 2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Palvelua saa nopeasti ja lyhyen matkan päästä, eivätkä palvelumaksut ole esteenä hoidon saannille (Lönnqvist 2012). Hoitoon hakeutuessa ei tarvitse pelätä seurauksia, sillä henkilöllisyyden todistaminen ei ole tarpeellista palveluja käytettäessä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Törmä 2009). Henkilökunta matalan kynnyksen terveyspalveluissa koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista, ja heillä on usein mahdollisuus lääkärin konsultaatioon (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Terveyskioskin ja terveyskahvilatoiminnan lisäksi muita matalan kynnyksen terveyspalveluita ovat erilaiset terveysneuvontapisteet, liikkuvat yksiköt, asunnottomien päihdeongelmaisten yökahvilat, sekä päiväkeskustyyppiset palvelut (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Erityisen merkittäviä matalan kynnyksen terveyspalveluita ovat päihteiden käyttäjille suunnatut terveysneuvontapisteet ja liikkuvat yksiköt. Päihteiden käyttöä pyritään kaikin tavoin ehkäisemään ja vähentämään, mutta koska sitä ei pystytä kokonaan poistamaan, pyritään matalan kynnyksen terveyspalveluilla minimoimaan sen aiheuttamia haittoja, kuten tartuntatautien leviämistä, rikollisuutta ja yliannostuksia. (Kaltto 2006; Törmä 2009.) Haittoja pyritään vähentämään liikkuvissa yksiköissä ja terveysneuvontapisteissä muun muassa tarjoamalla huumaiden käyttäjille puhtaita pistosvälineitä, kondomeita ja hoito- ja neuvontapalveluita. Lisäksi voidaan tarjota mahdollisuus HIV- ja hepatiittitesteihin sekä ohjausta erilaisista hoitovaihtoehtoista. (Kaltto 2006.)

Muista matalan kynnyksen terveyspalveluista päiväkeskukset ovat erillisinä tai muiden palveluiden yhteydessä toimivia harrastus- ja vertaisryhmiä, joissa on usein mahdollisuus pienimuotoisiin terveyspalveluihin muutamana päivänä viikossa. Yökahvilat puolestaan ovat asunnottomille päihdeongelmaisille suunnattuja turvallisia tapaamispaikkoja, joita tällä hetkellä on vain maamme suurimmissa kaupungeissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

2.4 Terveyskioski

Terveyskioski on uudenlainen kunnallinen terveydenhuollon palvelumalli, jonka painopisteenä on terveyden edistäminen sekä siihen liittyvä neuvonta ja ohjaus. Suomessa se toimii osana julkisen perusterveydenhuollon kokonaisuutta. Terveyskioskitoiminta on ilman ajanvarausta tapahtuvaa kaikille avointa ja maksutonta hoitajatasoista terveyspalvelua sijoitettuna suurten asiakasvirtojen läheisyyteen, jolloin palveluun hakeutumisella on matala kynnyks. (Lahden kaupunki 2011.)

Terveyskioskin toimintamalli perustuu yhdysvaltalaiseen Retail Clinic -palveluun, jossa matalan kynnyksen terveydenhoidon palveluita – ennaltaehkäisevää neuvontaa ja pienimuotoisia hoitotoimenpiteitä – tarjotaan ihmisten päivittäisessä ympäristössä ostoskeskuksissa ja kaupakettujen yhteydessä (Sitra 2011). Yhdysvalloissa terveyskioskitoimintaa on ollut jo kymmenen vuoden ajan. Ensimmäisten kuuden vuoden aikana terveyskioskeja perustettiin noin 60 ja vuonna 2006 niitä avattiin jopa 220. Nykyään terveyskioskeja on yli 1000 eri puolilla Yhdysvaltoja ja ne tavoittavat yhteensä 3,5 miljoonaa asiakasta vuodessa. (Ryan 2010.) Kyseinen toimintamalli onkin havaittu maailmalla kustannustehokkaaksi palveluksi kuluttajille ja sen on koettu saavuttavan monipuolinen asiakaskunta (Sitra 2011).

Suomessa toimii tällä hetkellä neljä terveyskioskia. Koska terveyskioskitoiminta on koettu varsin hyödylliseksi, on maahan suunniteltu perustettavan 50 uutta terveyskioskia seuraavan kahden vuoden aikana. Terveyskioskitoiminnan kokeileminen aloitettiin Suomessa osana kaksivuotista matalan kynnyksen palvelumalleihin perustuvaa tutkimus- ja kokeiluhanketta. Tällöin Ylöjärven kauppakeskus Eloon ja Lahden kauppakeskus Trioon avattiin terveyskioskit kesäkuussa 2009 ja maaliskuussa 2010. Tavoitteena terveyskioski-toimintamallilla on parantaa terveydenhuoltojärjestelmää ja kuntatalouden hallintaa sekä edistää riskiryhmien aikaista tavoittamista ja lisätä asiakas- ja työtyytyväisyyttä. Terveyskioskitoimintaa toteutetaan vapaamuotoisen vastaanottotoiminnan lisäksi monipuolisilla teemapäivillä, ryhmäohjauksilla, sekä rokotekampanjoilla. Ennaltaehkäisevän terveysneuvonnan lisäksi terveyskioskit tarjoavat pieniä hoitotoimenpiteitä, kuten verenpaineen ja verensokerin mittausta, rokotuksia ja ompeleiden poistoa. (Sitra 2011.)

Terveyskioskitoiminta parantaa kunnallisen terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä sijainnillaan ihmisten jokapäiväisessä ympäristössä sekä joustavalla palveluun pääsillä jonottamatta ja ilman ajanvarausta myös iltaisin ja viikonloppuisin. Samalla palvelu vähentää terveyskeskuksen kuormittumista, sillä pienemmissä terveydellisissä asioissa on helpompi kääntyä terveyskioskin henkilökunnan puoleen. Näin terveyskioskitoiminnalla vähennetään terveyskeskuksen vastaanotokäyntejä, puhelinaikoja ja ennaltaehkäisevästä terveysneuvonnasta johtuen myös hoidon tarvetta. Terveyskioskin keskittyminen tiettyihin valikoituihin palveluihin mahdollistaa kunnalle kustannustehokkaasti toimivan terveyspalvelupisteen. (Sitra 2011.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Terveyskioski-konseptin koettuja hyötyjä ja haasteita laatimalla aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tuoreiden tutkimusten tulosten perusteella määriteltiin, millaisia hyötyjä ja haasteita kansainvälisellä tasolla on koettu terveystieteiden toiminnasta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa Koulii-hankkeelle terveysneuvontaa tarjoavan matalan kynnyksen terveystieteiden toiminnan tai erilaisten hyvinvointipalveluiden kehittämistä varten Suurpellossa. Lisäksi saatavia tuloksia on mahdollista hyödyntää muiden matalan kynnyksen terveyspalveluiden tuottamisen tukena myös Koulii-hankkeen ulkopuolella.

Tutkimustehtävät laadittiin huolellisesti ja tarkasti. Tutkimustehtäviä laatiessa pohdittiin terveystieteitä sekä niiden vaikutuksia ja aikaansaamia tuloksia, joihin haluttiin keskittyä. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli

1. kuvata matalan kynnyksen terveyspalvelun terveystieteen hyötyjä
2. kuvata matalan kynnyksen terveyspalvelun terveystieteen haasteita

4 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, jolloin prosessissa seurattiin systemaattisen tiedonhaun ohjeita ja edettiin niiden mukaisesti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsauksista sen tarkasti määritellyn tarkoituksen, tutkimuksen valinta-, analysointi- ja yhteenvetoprosessien vuoksi, jolloin tarkasteltaviksi tutkimuksiksi soveltuivat vain ajankohtaiset ja tarkoitusta vastaavat korkealaatuiset tutkimukset. (Axelin ym. 2007.) Systemaattista kirjallisuuskatsausta toteuttaessa käytimme tarjolla olevaa perusteellista selontekoa. Barkerin (2010) sekä Green & Higginsin (2011) mukaan saatavilla olevaan kirjallisuuskatsausta koskevaan teoretiseen tutustumiseen vähentää vaivaa tutkittua tietoa etsiessä. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsaus on paljon käytetty ja tavanomainen menetelmä aikaisemman tutkimustiedon yhdistämiseksi (Kääriäinen & Lahtinen 2006).

4.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Axelinin ym. (2007) mukaan systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan havaita kolme eri vaihetta: 1) Katsauksen suunnittelu, 2) katsauksen tekeminen sekä 3) katsauksen raportointi. Sen sijaan Khan, Kunz, Kleijnen & Antes (2011) kuvaavat kirjallisuuskatsauksen prosessia viiden konkreettisen askelman avulla, jotka ovat 1) kysymysten asettelu, 2) sopivan aineis-

ton valinta, 3) kirjallisuuden arviointi, 4) aineiston yhteenvedon tekeminen sekä 5) tulosten tulkitseminen. Molemmat prosessinkuvaukset sisältävät samoja tekijöitä, mutta prosessin eri vaiheiden painotuksessa on eroja. Selkeyden vuoksi taulukossa 1 on kuvattu näiden kahden eri jaottelumallien mukaiset vaiheet. Tässä opinnäytetyöraportissa käytettiin lähinnä Axelinin ym. (2007) jaottelumallia kuvaamaan opinnäytetyöprosessin vaiheita.

1) Katsauksen suunnittelu	1) Kysymysten asettelu
Tarpeen arvioiminen	Tutkittavan kohteen valitseminen
Aikaisempiin tutkimuksiin tutustuminen	Valittavien tutkimusten pohtiminen
Tutkimussuunnitelman tekeminen	2) Sopivan aineiston valinta
2) Katsauksen tekeminen	3) Kirjallisuuden arviointi
Tutkimushakujen tekeminen	4) Aineiston yhteenvedon tekeminen
Sopivien tutkimusten valitseminen	Tutkimusten löydösten kirjaaminen
Valittujen tutkimusten analysointi	Tutkimusten laadun kuvaaminen
Yhteenvedon tekeminen	Tutkimuksen aikaansaannosten erittely
3) Katsauksen raportointi	5) Tulosten tulkitseminen
Johtopäätökset	Tulosten tulkinta
Tulosten vertaaminen tutkimustehtäviin	Tutkimusnäytön vahvuuden arviointi
Löydettyjen tietojen arviointi	
Tiedonhaun ja valintojen arviointi	

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet Axelinin ym. (2007) (vas.) sekä Khanin ym. (2011) (oik.) mukaan.

Axelinin ym. (2007) kuvaaman jaottelumallin mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäiseen eli suunnitteluvaiheeseen kuuluvat katsauksen tarpeen arvioiminen, aikaisempiin tutkimuksiin tutustuminen ja tutkimussuunnitelman tekeminen. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa aiheeseen orientoituttiin tutustumalla terveystieteistä saatavilla olevaan tietoon sekä pohtimalla aiheen merkityksellisyyttä. Tietoa aiheesta etsittiin erilaisilta nettisivuilta, tietokannoista ja esitteistä, mutta Suomessa ja Pohjoismaissa toimivista terveystieteistä oli valitettavasti saatavilla verrattain vähän tietoa Terveystieteiden konseptin ollessa niissä uusi. Suomalaista tutkimustietoa aiheesta ei löytynyt ollenkaan. Terveystieteistä löydetyn teorian tiedon sekä teoreettisten kirjallisuuskatsausta ja laadullisia tutkimuksia käsittelevien ohjeiden pohjalta laadittiin kirjallinen suunnitelma.

Tutkimussuunnitelmaa tehdessä aseteltiin tarkat ja selkeät tutkimustehtävät. Tutkimustehtäviä laatimisen lisäksi pohdittiin katsaukseen mukaan valittavien tutkimusten luonnetta (Green & Higgings 2011; Khan ym. 2011). Tämän jälkeen katsauksen tekoa varten valittiin käytettä-

vät välineet, kuten hakutermit ja sopivat tietokannat. Suunnitelmavaiheessa laadittiin huolellisesti myös tutkimusten tarkat mukaanotto- ja poissulkukriteerit, joiden tarkoitus oli ehkäistä systemaattisia virheitä. Tutkimussuunnitelma tehtiin huolella, sillä sen tarkoitus oli ohjata systemaattisen katsauksen muita vaiheita. (Axelin ym. 2007.) Suunnitelmaan kirjattiin Axelinin ym. (2007) ohjeiden mukaan valitut tietokannat ja niissä käytettävät hakutermit sekä lisäksi tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Axelinin ym. (2007) jaottelun mukaisesti katsauksen toisessa vaiheessa tehtiin tutkimushaut, joista valittiin laadukkaat kriteerien mukaiset tutkimukset ja analysoitiin ne. Tutkimushaut tehtiin kolmesta eri tietokannasta, Elsevier Science Directistä, Ovidista sekä PubMed Centralista. Tutkimushakuja varten valittiin sopivat hakutermit ja rajaukset, joita kokeiltiin eri variaatioin sopivan aineiston löytymiseksi. Tiedonhaun avulla saadut tutkimukset käytiin yksittäin läpi huomioimalla kaikkien artikkelien otsikot sekä osasta artikkeleista abstraktit ja/tai koko tekstit.

Lopuksi kaikki tulokset kerättiin yhteen Axelinin ym. (2007) ohjeiden mukaisesti. Valittuja tutkimuksia ja niihin pohjautuvia havaintoja kuitenkin yhdistettiin harkiten. Artikkelien huolellisen läpikäymisen jälkeen samankaltaiset löydökset niputettiin yhteen ryhmiksi, jotka otsikoitiin. Lisäksi jokaisen ryhmän sisällä jaettiin tulokset vielä yksityiskohtaisemmin ja samalla eri ryhmille annettiin vielä alaotsikot. Laadittua taulukkoa käytettiin tutkimustulosten esittämisen apuna (Khan ym. 2011). Jaottelu helpotti tulosten esittämistä raportissa merkittävästi. Taulukko lisättiin raporttiin yksinkertaistetussa ja lyhennytyssä muodossa, jotta tulosten esittäminen selkiintyisi. Kaikki tulokset siis ryhmiteltiin ja otsikoitiin taulukkomaisesti, jonka jälkeen tulokset syntetisoitiin ja analysoitiin.

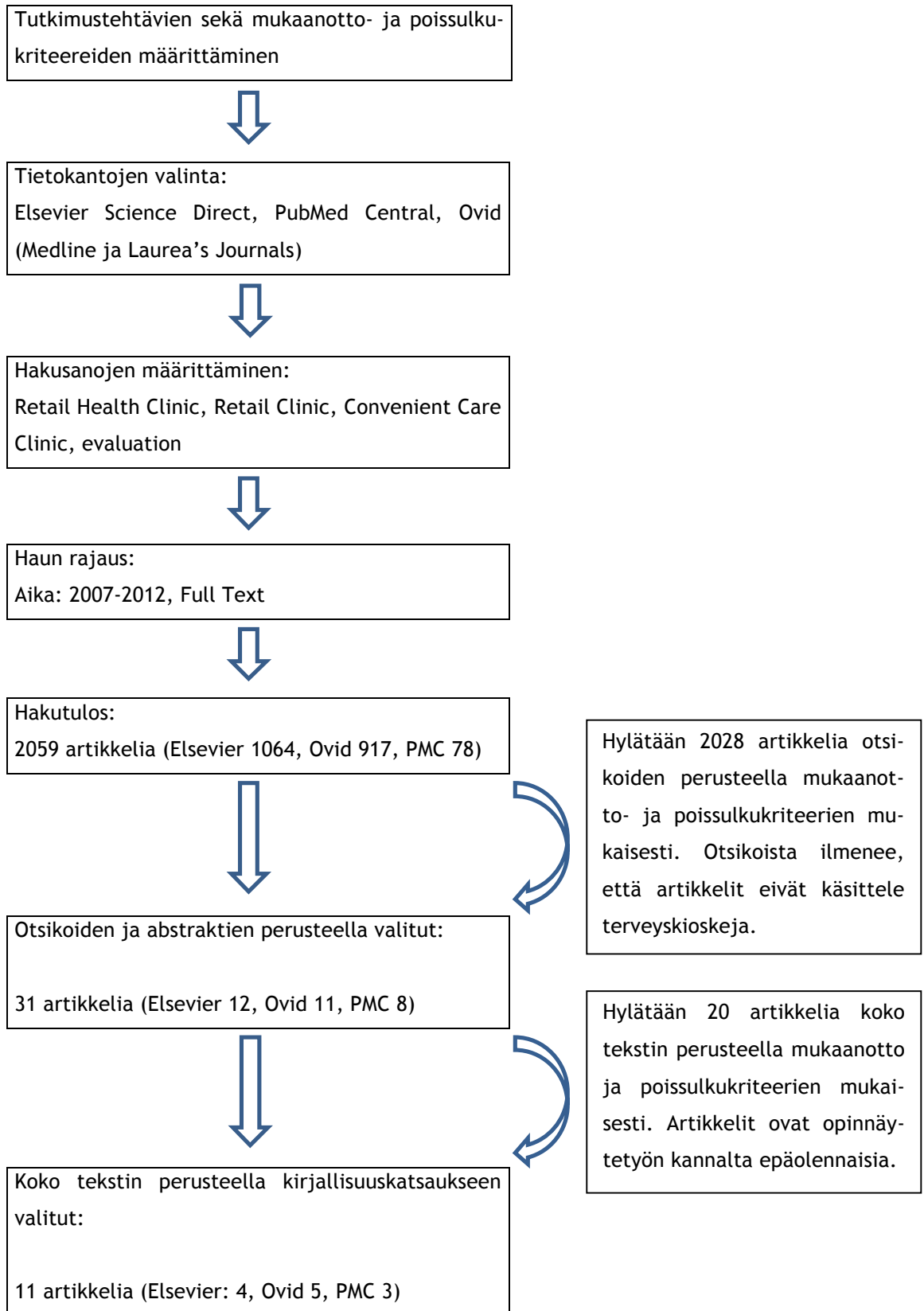
Tulosten yhteenvetoa tehdessä ja eri tuloksia yhdistellessä, aineistoa analysoitiin samanaikaisesti. Kylmän & Juvakan (2007) mukaan aineiston keruu, käsittely ja analyysi tapahtuvatkin usein yhtäaikaisesti ja niitä voi olla hankala erottaa toisistaan. Aineiston kerääminen ja analysointi saattavat etenkin laadullisessa tutkimuksessa olla päällekkäisiä, sillä tutkimuksen tekijä kirjaa aineistoa kerätessään samanaikaisesti ylös omia ajatuksiaan. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Axelinin ym. (2007) mallin mukaan kirjallisuuskatsauksen viimeiseen vaiheeseen kuuluu raportointi, jossa esitetään johtopäätökset, verrataan tuloksia tutkimustehtäviin sekä arvioidaan löydettyä tietoa ja tiedonhaun prosessin tehokkuutta. Raportissa verrattiin tuloksia suunnitelmassa määriteltyihin tutkimustehtäviin ja menetelmiin sekä pohjana olleeseen teorian tietoon. Lisäksi pohdittiin, olivatko löydetty tiedot riittäviä ja luotettavia, sekä olivatko tiedonhauk ja valinnat tehokkaita. (Axelin ym. 2007.) Näiden tietojen pohjalta koottiin johtopäätökset.

4.2 Aineiston keruu

Khanin ym. (2011) sekä Kääriäisen & Lahtisen (2006) mukaan tiedonhaun prosessissa tunnustetaan oleellimmat tutkimukset, arvioidaan niiden laatua sekä referoidaan tulokset. Tiedonhaun prosessiin kuuluu useita eri välivaiheita tiedontarpeen määrittelystä alkaen. Tiedonhaun prosessin alussa määriteltiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimuskysymykset. Sen jälkeen arvioitiin erilaiset resurssit, joita hakuhetkellä oli käytettävissä, kuten omat hakutaidot ja aika. Asetetut raamit arvioitiin sopiviksi, vaikka hakutaidot ja käytettävä aika olivatkin melko rajalliset. Resurssien arvioimisen jälkeen pohdittiin eri tietokantojen soveltuvuutta ja tutustuttiin niiden sisältöihin ja toimintoihin. (Axelin ym. 2007).

Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällinen prosessi, joka on tarkasti määritelty ja rajattu ja siitä syystä uudelleen toistettavissa (Axelin ym. 2007). Tiedonhakuja tehtäessä virheettömyyteen ja toistettavuuteen kiinnitettiin erityistä huomiota. Lisäksi tiedonhaku dokumentoitiin, jolloin tehdyistä tiedonhauista löytyy näyttöä ja tiedonhaku voidaan toistaa uudelleen (Axelin ym. 2007; Green & Higgings 2001). Hakuprosessissa tiedonhaku kirjattiin huolellisesti ylös, jolloin tietojen liittäminen raportin osaksi oli vaivatonta. Raportissa systemaattista tiedonhakuprosessia kuvataan kahden eri kuvion avulla. Kuva 1 erittelee hakuprosessia kriteerien määrittämisestä tutkimusten valintaan asti. Kyseisessä taulukossa on prosessin kuvauksen lisäksi yhteenveto hakutermeistä ja -kriteereistä sekä valinnoista perusteluineen. Taulukko 2 sen sijaan erittelee tarkemmin haut ja rajaukset sekä valinnat eri tietokantojen välillä. Ennen tutkimusten valintaa selventävien kuvioiden (kuva 1 ja taulukko 2) laatimista tehtiin tarkistushaut, joiden avulla todettiin käytettyjen hakukriteerien ja -termien oikeellisuus.



Kuva 1. Alkuperäistutkimusten valitseminen kirjallisuuskatsaukseen vaiheittain

Tutkimusten valintaa varten laadittiin tarkat mukaanotto- ja poissulkukriteerit (Axelin ym. 2007; Khan ym. 2011), joiden tarkoitus on rajata hakutuloksia (Green & Higgings 2011). Suunnitelmavaiheessa laaditut alkuperäistutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit olivat seuraavanlaiset:

Valintaan sisällytetään

- kansalliset ja kansainväliset hoitotieteelliset artikkelit ja tutkimukset, jotka käsittelevät terveystieteisiin liittyviä kokemuksia ja vastaavat tutkimuskysymyksiin.
- tutkimukset ja artikkelit, jotka on julkaistu vuosina 2007 - 2012.
- tutkimukset ja artikkelit, joiden julkaisukieli on suomi tai englanti.
- tutkimusartikkelit ovat saatavissa kokonaisina (Full text).

Mukaan ei valita

- mielipidekirjoituksia tai vastaavia kannanottoja.

Seuraavaksi valitsimme sopivat tietokannat (Khan ym. 2011). Axelinin ym. (2007) mukaan luotettavia tieteellisiä lähdeaineistoja löytyy säännöllisesti päivitettävistä viitetietokannoista, joiden ylläpitäjät ovat valinneet tietokantojensa sisällöksi vain korkeatasoista materiaalia, kuten tieteellisten aikakauslehtien artikkeleita tai vastaavaa tutkimuskirjallisuutta. Katsauksen lähdeaineisto päädyttiin täten hankkimaan kolmesta luotettavasta tietokannasta Nelliportaalin kautta. Valitut tietokannat olivat Elsevier Science Direct, Ovid ja PubMed Central, jotka kaikki sisältävät tieteellisiä julkaisuja. Näiden tietokantojen sisältämät tutkimukset ja artikkelit sopivat lisäksi laadittuihin alkuperäistutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteereihin parhaiten. Suomessa terveystieteiden tutkimuksen ollessa vähäistä, ei aikaisempia tutkimuksia aiheesta juuri ole, ja tämän vuoksi valittiinkin kansainväliset tietokannat.

Tiedonhaku suunniteltiin valitsemalla sopivat hakutermit ja rajaukset, ja lisäksi suunnitelmaa kokeiltiin ennen varsinaisten hakujen tekemistä. Tämän jälkeen toteutettiin tiedonhaku ja valittiin tutkimuksista sopivimmat. (Axelin ym. 2007; Khan ym. 2011.) Koehakujen avulla hahmotellut hakutermit ja rajaukset muokattiin sopiviksi, joiden jälkeen molemmat opinnäytetyön tekijät tekivät haut itsenäisesti laadittujen kriteerien mukaisesti. Vielä tämänkin jälkeen hakutermejä täytyi muuttaa, sillä eri tietokantojen välillä hakutulokset olivat hyvin erilaisia. Green & Higgingsin (2011) mukaan tiedonhaussa tulee välttää liian monia erilaisia käsitteitä ja suosia sen sijaan synonyymeja esimerkiksi liittämällä ne hakulausekkeiksi esim. OR-sanalla. Lopullisiksi hakutermeiksi valikoituivatkin terveystieteiden tutkimusta tarkoittavat synonyymit Retail Health Clinic, Retail Clinic ja Convenient Care Clinic sekä osassa tietokannoista lisäksi evaluation research eli arviointitutkimus. Hakulausekkeet muodostettiin Boolean operaattorien AND sekä OR avulla.

Hakujen perusteella saadut tulokset käytiin yksittäin läpi ensin otsikoittain. Tämän jälkeen mahdolliset abstraktit käytiin läpi niiden tutkimusten kohdalla, joiden otsikko vastasi hyvin opinnäytetyön aihepiiriä. Abstraktit luettiin lisäksi niistä tutkimuksista, joista otsikon perusteella oli hankala arvioida, onko tutkimus sopiva opinnäytetyön aineistoksi. Koko tekstit selatettiin tai luettiin läpi niistä artikkeleista, joissa ei ollut tiivistelmää, sekä kaikista tiivistelmän perusteella arvioituista vartenotettavista artikkeleista. Khanin ym. (2011) mukaan aineiston valintaan tulee kiinnittää erityisesti huomiota, sillä tarkkuus ja aineistonhaun pätevyys ovat suuri osa prosessia.

Taulukkoon 2 on vielä kirjattu yksityiskohtaisesti eri tietokannoissa tehdyt haut rajauksineen ja hakusanoineen. Taulukon tarkoituksena on lisäksi dokumentoida aineiston keruu eri tietokannoissa tiedonhaun toistettavuuden vuoksi.

Tietokanta ja hakupäivämäärä	Hakutapa	Rajaukset	Hakusanat	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Analysoitavat artikkelit
Elsevier, 6.3.2012	Expert search	2007 - present	"retail health clinic" OR "retail clinic" OR "convenient care clinic"	1064	12	7	4
Ovid (Laurea's journals), 21.2.2012	Multi-field search	2007-2012	'retail" AND "health" AND "clinic" OR "convenient" AND "care" AND "clinic"	115	6	6	3
Ovid (Medline), 3.2.2012	Basic search	2007-2012, Full text	'retail health clinic" OR "retail clinic" OR "convenient care clinic	802	5	4	2
PubMed Central, 20.1.2012	Advanced search	2007 - 2012, Open access articles	"retail health clinic" OR "retail clinic" OR "convenient care clinic"	78	8	8	3
Kaikki tietokannat				2059	31	25	11

Taulukko 2. Yhteenveto hakutuloksista ja valinnoista eri tietokannoissa

Opinnäytetyössä tutkimusartikkelien sopivuutta arvioitiin vielä kriittisesti ennen lopullista valintaa, ja valinnan jälkeenkin osa tutkimuksista päätettiin jättää pois erilaisista syistä. Kaksi artikkelista oli valittu kahteen kertaan eri tietokannoista, jonka vuoksi artikkelien lukumäärä pieneni heti kahdella. Lisäksi kaksi artikkelia eivät olleetkaan sisällöllisesti sopivia, sillä toinen oli luonteeltaan mielipidekirjoitus ja toisen artikkelin kohdalla sana ”health kiosk” tarkoittikin eräänlaista tietojärjestelmää potilaiden itsehoitoa varten. Näin ollen lopullinen artikkelien lukumäärä oli 11.

4.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen tutkimusten määrän ollessa rajallinen, on kvantitatiivisen arviointimenetelmän mukaista tilastollisesti yleistettävää tietoa mahdoton saada kerättyä. Tämän vuoksi arviointimenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka avulla tarkastelimme tutkimuksissa esitettyjä hyötyjä ja haasteita kuvailemalla ja arvioimalla. Laadullisen tutkimuksen aineistoa kerätessä huomio kiinnitettiin enemmän laatuun kuin määrään. Tällöin analysoinnissa kiinnitetään huomiota yksityiskohtien kuvailuun ja näiden kautta erilaisten kokonaisuuksien hahmottamiseen. Päätelymenetelmänä käytämmekin laadullisille tutkimusmenetelmille yleistä induktiivista päätelyä, joka on aineistolähtöistä ja yksityiskohdista yleiseen suuntautuvaa. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellinen elämä, eli ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset (Hirsjärvi ym. 2007; Kylmä & Juvakka 2007). Laadullinen terveystutkimus sen sijaan pyrkii kuvaamaan subjektiivisia käsityksiä terveydestä ja sen ylläpitämisestä, sekä kokemuksia sairauksista tai hoitamiskäytännöistä (Kylmä, Lähdevirta & Vehviläinen-Julkunen 2003). Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan ihmisen elämänpiiriin kuuluvaa ilmiötä, terveyskioskia, sekä kartoittamaan erilaisia kokemuksia siitä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2007; Kylmä & Juvakka 2007).

Kylmän ym. (2003) mukaan laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi on systemaattisesti tehtävä prosessi, jossa tarkoitus on pohtia tutkittavaa ilmiötä eri näkökulmista. Laadullisen tutkimuksen analyysia varten valittiin tarkasti rajattu aihe, terveyskioskit, jota raportissa käsitellään. Rajaukset määriteltiin tarkemmin vielä tutkimuksen tarkoituksen asettamisen avulla sekä tutkimustehtävissä. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Tutkimustehtävien avulla muodostettiin kaksi eri kategoriaa, terveyskioskien hyödyt sekä terveyskioskien tuomat haasteet, joiden avulla tutkimuksia oli helpompi lähestyä. Tutkimuksen tarkoitus sen sijaan rajasi aineiston yhteenvetoa.

Laadullisen tutkimusmenetelmän keskeisenä ominaisuutena pidetään usein induktiivisuutta (Kylmä ym. 2003). Induktiivisuudessa tutkimuksista etsitään ja luokitellaan tutkittavan todellisuuden elementtejä, joiden avulla tuotetaan uutta tietoa ja teoriaa. Induktiivisessa päättelyssä huomioidaan siis yksittäisiä piirteitä, joista muodostetaan suurempi kokonaiskuva, jolloin päättely on aineistolähtöistä. Muita päättelymenetelmiä induktiivisen lisäksi ovat deduktiivinen ja abduktiivinen. Toisin kuin induktiivisuudessa, deduktiivisessa päättelyssä edetään päinvastaisesti kokonaisuuksista yksittäistapauksiin, ja ilmiötä tarkastellaan teorialähtöisesti. Abduktiivisuudessa sekä teoria että aineisto yhdistyvät, ja päättely on tutkijan valmiita teoreettisia johtoideoita täydentävää. Tämän opinnäytetyön laadullinen tutkimusmenetelmä sisältää induktiivisen päättelyn, jolloin eri tutkimuksissa esitetyistä terveystietojen hyödyistä ja haasteista muodostetaan jäsenneiltyä teorialtietoa. Kuten induktiiviselle päättelylle on tyyppillistä, laajempaa teorialtietoa muodostetaan tutkimusten yksityiskohtaisista osista. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Kylmän & Juvakan (2007) mukaan laadullinen tutkimus lähestyy tutkimusaihetta ilman erityistä teoreettista pohjaa, mutta tutkijan on kuitenkin tiedettävä mitä tutkii, jotta aineiston kerääminen onnistuu. Tämän vuoksi terveystietojen sekä muita siihen läheisesti liittyviä käsitteitä koskevaa teorialtietoa kerättiin opinnäytetyön pohjaksi. Teoriapohjan tarkoitus oli johdatella aiheeseen, ja sitä käytettiin myös aineiston tulosten vertailussa hyödyksi.

Aineiston hankinnassa käytettiin laadullisia metodeja. Tutkimuksissa esitetyt hyödyt ja haasteet pelkisteltiin ja ryhmiteltiin laadullisella menetelmällä, sekä lopuksi näistä tehtiin jäsenneilty yhteenveto. (Hirsjärvi ym. 2007; Tuomi & Sarajärvi 2002.) Analyysiprosessin aikana aineisto purettiin osiin, joista koottiin suurempia kokonaisuuksia yhdistämällä samankaltaiset tulokset yhteen (Kylmä ym. 2003; Tuomi & Sarajärvi 2002). Artikkelien suomentamisen ja huolellisen läpikäymisen jälkeen teksteistä etsittiin terveystietojen hyötyjä ja haasteita. Artikkeleissa kuvatut hyödyt alleviivattiin punaisella ja haasteet sinisellä. Tämän jälkeen alleviivatuista kohdista etsittiin yhteneväisyyksiä ja samankaltaisia tuloksia, jotka niputettiin yhteen ja otsikoitiin. Valittuja tutkimuksia ja niihin pohjautuvia havaintoja kuitenkin yhdistettiin harkiten ja sisällön tahatonta muuttamista varottiin erityisesti. Niputtamalla alleviivattuja hyötyjä ja haasteita muodostui useita erilaisia ryhmiä, joita olivat esimerkiksi tulokset koskien väestön terveyttä, uudenlaista työympäristöä sekä palvelun edullisuutta. Samankaltaisten tulosten yhdistämisen jälkeen ryhmiä järjesteltiin siten, että ne muodostivat ymmärrettävämpiä kokonaisuuksia. Näiden kokonaisuuksien avulla erilaisille tuloksille muodostettiin kuusi yläotsikkoa, jotka olivat 1) hyödyt yhteiskunnallisesta näkökulmasta, 2) hyödyt ammatillisesta näkökulmasta ja 3) hyödyt potilaiden näkökulmasta sekä 4) haasteet yhteiskunnallisesta näkökulmasta, 5) haasteet ammatillisesta näkökulmasta ja 6) haasteet potilaiden näkökulmasta. Kyseisistä tuloksista laadittiin lopuksi taulukkomainen listaus erilaisista terveystietojen hyödyistä ja haasteista.

Laadittua taulukkoa käytettiin tutkimustulosten esittämisen apuna (Khan ym. 2011), mikä helpotti tulosten esittämistä raportissa merkittävästi. Taulukko lisättiin raporttiin yksinkertaistetussa ja lyhennytyssä muodossa (taulukko 4), jotta tulosten esittäminen selkiintyisi. Kaikki tulokset siis ryhmiteltiin ja otsikoitiin taulukkomaisesti, jonka jälkeen tulokset syntetisoitiin ja analysoitiin. Lisäksi tekstiin koottiin kattava teoriaosuus tuloksista muokkaamalla tekstiä sopivaksi. Aineiston analyysin aikana lauseita muokattiin ymmärrettävämpään muotoon kuitenkin sisältöä muuttamatta. Myös kahdesta tai useammasta eri lähteestä saadut samanlaiset tulokset yhdistettiin siten, että tulokset esitettiin lyhyesti yhdellä tai kahdella lauseella.

Eskolan & Suorannan (1999) mukaan aineistosta voidaan tehdä päätelmiä ja tulkintoja sekä antaa selityksiä tehdyille ratkaisuille. Kylmä ym. (2003) toteavat, että laadullisen analyysin tuloksena syntyy teoretietoa, jota on mahdollista hyödyntää jatkotutkimuksen pohjana mutta myös käytännön toiminnassa. Pohdintaosioon laadittiinkin vielä yhteenveto, jossa tulokset esitettiin jäsenellisesti ja ytimekkäästi. Lisäksi pohdinnassa vertailtiin tutkimustuloksia opin- näytetyön teoriapohjaan sen verran kuin se oli mahdollista, ja arvioitiin työn luotettavuutta. Raportissa aineiston pohjalta tehtyjä päätelmiä ja jatkotutkimusehdotuksia eriteltiin pohdintaosuudessa.

Khanin ym. (2011) mukaan tutkimuskirjallisuuden laadun arviointi on tärkeää systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Tämän vuoksi analysointiprosessin aikana laatua arvioitiin jatkuvasti, jonka pohjalta vain sopivimmat ja laadukkaimmat tutkimukset sisällytettiin aineistoon. Artikkeleja verrattiin keskenään, mutta numeerisia arviota emme tutkimuksille antaneet. Khanin ym. (2011) mukaan laadun arviointi perustuukin useimmiten henkilökohtaisiin näkökantoihin, jonka vuoksi numeeriset arviot valituista tutkimuksista eivät sovellu kaikkiin kirjallisuuskatsauksiin. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisältyvä laadun arviointi ilmenee opinnäytetyöraportissa pohdintaosuudessa eri tutkimusten laadun kuvailuna ja niiden keskinäisenä vertailuna. (Khan ym. 2011.)

5 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksia vastaavia tutkimusartikkeleita valikoitui systemaattisen kirjallisuuskatsauksen myötä kolmesta eri tietokannasta 11 kappaletta. Liitteessä 1 on taulukoitu yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista. Valitut tutkimukset vastaavat opinnäytetyön tutkimustehtäviin ja sisältyvät laadittuihin mukaanottokriteereihin. Alla esitetään valittujen tutkimusartikkeleiden tulokset, Terveyskioskien koetut hyödyt ja haasteet.

Taulukossa 4 on esitetty kaikkien tutkimusten tulokset yksinkertaistetussa muodossa. Taulukossa on asetettu vierekkäin hyödyt ja haasteet, jotta näiden vertailu helpottuisi.

	Terveyskioskien hyödyt	Terveyskioskien haasteet
Yhteiskunnalliset	Tarve terveystioskeille	Palvelun tuottamisen haasteet
	Väestön terveys	Koulutus
	Vähentää terveydenhuollon kuormitusta	Terveystioskeihin kohdistuva kriittinen tarkastelu ja kyseenalaistaminen
	Taloudellisuus	Tarve päivittää lainsäädäntöä ja säännöksiä
	Käytössä työvoimaresursseja	
	Suuntalinjat helpottamassa	
	Palveluja kehitetään jatkuvasti	
Ammatilliset	Eriainen työpaikka sairaanhoitajille	Ympäristön ja työnkuvan muuttumisen aiheuttamat haasteet
	Sairaanhoitajan työnkuvan laajentaminen ja sitä kautta taitojen kartuttaminen	Potilasaines ja hoidettavat sairaudet
	Apuna on erilaisia työvälineitä	Apuvälineiden käyttö
	Konsultointimahdollisuus	
	Lisääntyvä sairaanhoitotyön arvostus	
Potilaiden näkökulmasta	Helppopääsyinen hoito	Itsehoito vai terveystioski
	Edullisuus	Hoitoa liian myöhään
	Potilaslähtöisyys ja potilastyytyväisyys	
	Tutkitusti laadukasta hoitoa	

Taulukko 4. Yhteenvedot hyödyistä ja haasteista.

5.1 Terveystioskien hyödyt

Yhdysvalloissa terveystioskit on koettu vastaukseksi vellovaan lääkäripulaan sekä päivystyspoliklinikoiden ja ensiavun kuormittumiseen (Ryan 2010). Terveystioskit houkuttelevat päivystyspoliklinikoiden, ensiavun ja lääkärin vastaanoton sijaan asioinnin helppoudella, mukavuudella ja edullisuudella. Hoitoon pääsyyn ei ole tyypillisiä vuorokausien jonoja, vaan hoitoa saa nopeasti ilman ajanvarausta ja odottamista. (Adams ym. 2009.) Terveystioskitoiminta edistää merkittävästi terveystiospalveluiden asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaiden tyytyväisyyttä terveydenhuollon palveluihin (Adams ym. 2009; Ryan 2009 b). Ihmiset arvostavat mieluummin palvelun mukavuutta ja hoidon nopeaa saatavuutta kuin tietyn hoidon tarjoajan tapaamista, mikä osittain selittää terveystioskien suurta suosiota. Kauppaketjut suhtautuvat erittäin myönteisesti

sesti terveystioskeihin, ja aikovatkin avata useita uusia terveystioskeja kauppoihinsa. (Adams ym. 2009.) Terveystioskien ja palvelutarjonnan ja määrän uskotaankin lisääntyvän merkittävästi (Adams ym. 2009; Miller 2011; Ryan 2010).

Terveystioskit pyrkivät vastaamaan väestön tarpeisiin. Asiakaslähtöisyyttä ajatellen niille on kehitetty tietynlainen rakenne, tietojärjestelmät, henkilökunta, liiketoiminnan prosessi ja palvelujen valikoima (Newland 2008). Tutkimusten mukaan terveystioski on myös osoittautunut helpoksi ja luotettavaksi terveystiospalvelupisteeksi, johon erilaiset ja eri-ikäiset asiakkaat osaavat hakeutua. Terveystioskien asiakkaista 95 - 98 % ilmaantui hoitoon sellaisen vaivan tai ongelman kanssa, joka oli hoidettavissa terveystiosskin sairaanhoitajahenkilökunnan toimesta. (Laws & Scott 2008.)

5.1.1 Hyödyt yhteiskunnallisesta näkökulmasta

Terveystioskeille on huutava tarve Yhdysvalloissa. Yhä tällä hetkellä miljoonat yhdysvaltalaiset ovat ilman vakituista terveystioshuollon tarjoajaa. (Ryan 2010.) Yhdysvalloissa hallitus on laittanut alulle terveystioshuoltouudistuksen, jonka tarkoituksena on parantaa potilaiden mahdollisuuksia päästä hoitoon, joka on laadukasta ja edullista (Ryan 2009 a). Terveystioshuoltouudistuksen myötä terveystioskien tulo on vastannut tarpeeseen luoda uusi, nykyistä parempi terveystioshuollon järjestelmä (Newland 2008). Terveystioskit tarjoavat uudenlaisen mallin polikliiniseen terveystioshuollolle (Adams ym. 2009) ja ne täydentävät monipuolisesti terveystioshuollon palveluita (Ryan 2010). Lisäksi terveystioskit vastaavat lääkäripulan aiheuttamaan perusterveystioshuollon ylikuormittumiseen sairaanhoitajien tehdessä osittain samoja työtehtäviä kuin lääkärit (Adams ym. 2009; Ryan 2010).

Terveystioskit ovat erittäin suosittuja. Yhdysvaltojen 6000 terveystioskissa on yhteensä yli 3,5 miljoonaa asiakasta (Ryan 2010) ja yli 50 milj. käyntiä vuodessa (Adams ym. 2009). Näkyvä mainonta on lisännyt merkittävästi kansan tietoisuutta palvelusta, mutta suosio on kasvanut myös asiakaskokemusten levitessä muille ihmisille (Ahmed & Fincham 2010).

Matalan kynnyksen terveystiospalveluna terveystioskit tavoittavat runsaasti kansalaisia (Miller 2009; Newland 2008; Ryan 2010). Terveystioskien asiakkaat ovat enimmäkseen naispuolisia. Lisäksi terveystioskeihin hakeutuu sellaisia asiakkaita, joilla on vähemmän kroonisia sairauksia kuin niillä jotka hakeutuvat toisenlaiseen hoitoon. (Maciosek, Solberg, Thygerson & Van Vorst 2008.) Asiakaskuntaan kuuluu kaiken ikäisiä, mutta erityisen suosittu palvelu on 18 - 44 -vuotiaiden keskuudessa. Kuitenkin alle 2-vuotiaat ja yli 65-vuotiaat vierailevat mieluiten lääkärin vastaanotolla. (Adams ym. 2009.) Lawsin & Scottin (2008) mukaan terveystioskien asiakaskunnasta erottuu kolme suurta ryhmää: nuoret asiakkaat, lapset sekä päällekkäisesti edellä mainittujen kanssa kuluttajat jotka ilmoittavat, ettei heillä ole säännöllisesti käytettä-

vissä olevaa perusterveydenhuollon lääkäriä. Terveyskioskien käyttäjistä 33 %:lla ei käyntitihedellä ollut hoitosuhdetta perusterveydenhuollon lääkärin kanssa. (Laws & Scott 2008.)

Terveyskioskien asiakaskuntaan kuuluu lisäksi vakuuttamattomia ihmisiä, joita Yhdysvalloissa on 30 - 40 % väestöstä (Miller 2009; Newland 2008; Ryan 2010). Terveyskioskien käyttäjistä n. 22 % ilmoittaa olevansa ilman vakuutusta (Laws & Scott 2008). Ilman terveyskioskia potilaan, jolla ei ole vakuutusta tai perusterveydenhuollon palvelutarjoajaa tulee tehdä valinta muista paljon kalliimmista hoitopalveluista (Ryan 2009 b).

Terveyskioskit tarjoavat helpotusta terveydenhuollon ylikuormitukseen. Ylikuormittuneiden ensiapuasemien ja vilkasliikenteisten vastaanottojen rinnalla klinikat tarjoavat purkautumistien ihmistulvalle sekä yhteistyötä hoitopaikkojen kanssa. Käyttäessään terveyskioskia, terveydenhuollon asiakkaat eivät väärinkäytä resursseja ensiavussa ja päivystyksessä (Ryan 2009 b), vaan lääkärin vastaanotto- ja päivystyspoliikkikäynnit vähenevät merkittävästi (Ryan 2010; Miller 2011; Miller 2009). Tällöin vastaanotto- ja päivystyspoliikkikäynnit vapautuvat keskittymään niissä työskentelevän henkilökunnan erikoisosaamista vastaaviin potilaisiin (Adams ym. 2009; Laws & Scott 2008; Miller 2011). Tähän liittyen terveyskioskien määrän ja niiden käytön lisääntyessä lääkäreille saattaa jatkossa olla vähemmän kysyntää hoitaa vähäpätöisimpiä sairauksia (Laws & Scott 2008). Ryanin (2010) mukaan 40 % terveyskioskien asiakkaista olisi hakeutunut päivystyspoliiklinikalle ilman tätä matalan kynnyksen palvelua.

Adamsin ym. (2009) mukaan terveyskioskien asiakaskäynneistä 90,3 % johtui ylempien hengityselinten tulehduksista, rokotuksista, laboratoriotutkimuksista tai verenpainevalvonnasta. Nämä kymmenen yleisintä terveyskioskivierailun syytä olivat syynä myös n. 87,66 miljoonaan vierailuun lääkärin vastaanotolle ja 13,5 miljoonaan vierailuun päivystyspoliiklinikoille. Huomattavaa on, että vain 2,3 % terveyskioskin asiakkaista ohjattiin lääkärin vastaanotolle tai päivystyspoliiklinikalle siitä syystä, että asiakkaan vaiva ja siihen liittyvä hoito ei kuulunut terveyskioskin palvelutarjontaan. (Adams ym. 2009.) Ryanin (2009 b) mukaan nimenomaisesti ensiapuun ohjattiin hoitoon 7 % terveyskioskien asiakkaista.

Varhaisemmalla ja helpommalla hoitoon pääsillä on merkittävä vaikutus väestön terveyteen, sillä se voi vähentää sairauden voimakkuutta ja sen leviämistä, kuten myös kannustaa ennaltaehkäisevään hoitoon (Miller 2009; Ryan 2009 b; Ryan 2010). Terveyskioskien käyttö ehkäisee myös tartuntatautien leviämistä (Miller 2009; Ryan 2010). Terveyskioskien hyvä tavoitettavuus helpottaa alivakuutettujen ja vakuuttamattomien ihmisten hoitoon pääsyä (Adams ym. 2009; Miller 2009, Newland 2008; Ryan 2010) ja ne toimivatkin helppona porttina terveydenhuollon piiriin (Adams ym. 2009; Ryan 2009 b). 20 % terveyskioskien asiakkaista olisi jättänyt hakeutumatta hoitoon ilman tätä matalan kynnyksen terveyspalvelua (Ryan 2010). Väestön terveyteen liittyen terveyskioskien henkilökunnalla on laajat mahdollisuudet koulutuksiin ja val-

mennuksiin, jotka mahdollistavat nopean valmistelun merkittäviä terveysongelmia, kuten pandemioita, vastaan (Ryan 2009 a).

Terveyskioskit tarjoavat rajoitetusti erilaisten akuuttien sairauksien hoitoa (Laws & Scott 2008; Maciosek ym. 2008). Kaikilla terveyskioskeilla hoidetaan ainakin ylemmän hengitystien infektiot, poskiontelotulehdus, keuhkoputkentulehdus, nielutulehdus, rokotukset, välikorvan-tulehdus, korvakäytävätulehdus, silmätulehdus sekä virtsatulehdus. Lisäksi terveyskioskeilla rokotetaan, annetaan verikoetulokset ja mitataan verenpaine. (Miller 2009.)

Erilaiset yhteiskunnan työvoimaresurssit ovat hyödynnettävissä hyvin terveyskioskien miehi-tyksessä. Yhdysvalloissa on suuri pula perusterveydenhuollon lääkäreistä, joten uusia ratkaisuja on keksittävä (Ryan 2009 a). Suurimpaan osaan terveyskioskikäynneistä ei vaadita lääkärin ammattitaitoa, sillä terveyskioskikäyntien syyt ovat luonteeltaan samankaltaisia päivystyspoli-kliniikkavierailuihin verrattuna (Adams ym. 2009). Tämän vuoksi henkilökuntana terveyskios-keissa on parhaiten työhön soveltuvat ammattitaitoiset ja kustannustehokkaat sairaanhoitajat (Ahmed & Fincham 2010; Miller 2009; Ryan 2010). Yleensä terveyskioskeissa työskentelee yksi tai useampi sairaanhoitaja ilman lääkärin välitöntä paikallaoloa (Ryan 2009 a). Sairaanhoita-jilla on kuitenkin mahdollisuus tarvittaessa konsultoida yhteistyössä toimivaa lääkäriä tai val-vontatehtävään asetettua sairaanhoitajaa (Miller 2009). Saatuaan mahdollisuuden, sairaanhoi-tajat ovat osoittaneet pärjäävänsä saman potilasaineksen kanssa kuin perusterveydenhuollon lääkärit (Ryan 2009 a).

Terveyskioskit on koettu yhteiskunnallisesta näkökulmasta taloudellisesti kannattaviksi. Tu-lokset, joita terveyskioskia koskevista tutkimuksista on saatu, osoittavat merkittävää kulujen vähentymistä terveydenhuollossa (Ryan 2009 a). Sairaanhoitajien asiantuntemusta käytettäes-sä polikliinisten sairauksien hoidossa ovat kustannukset huomattavasti alhaisemmat kuin pe-rinteisissä puitteissa (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2010), johtuen siitä että terveyskioskeilla työskentelevillä sairaanhoitajilla on alhaisempi palkkataso kuin lääkäreillä (Laws & Scott 2008). Terveyskioskien tilat ovat myös suhteellisen edullisia niiden sijaitessa vähittäismyyntipisteiden, kuten kauppojen ja apteekkien yhteydes-sä. Lisäksi terveyskioskitoimintaa tukevat taloudellisesti tietyt lääketieteelliset järjestöt, kuten Academy of Family Practice (AAFP), The American Medical Association (AMA) ja The American Association of Pediatrics (AAP). (Laws & Scott 2008.)

Terveyskioskeja varten on laadittu erilaiset suuntalinjat. Useimmat terveyskioskien säännök-set, koskien esimerkiksi luvan myöntämistä, miehittämistä sekä ympäristön ja palvelujen vä-himmäisvaatimuksia, ovat osavaltion lain alaisia (Laws & Scott 2008). Sairaanhoito-oppilaitos Academy of Nurse Practitioners (AANP) on kehittänyt yhdeksänkohtaisen listan vaatimustasos-ta/standardeista terveyskioskeilla työskentelemistä varten. Listassa kuvataan, mitä johtajis-

ton ja sairaanhoitajien tulisi tehdä varmistukseksi, että sairaanhoitajat ja palvelun ominaisuudet (esim. tilat ja välineet) on varustettu tuottamaan laadukasta palvelua väestölle. (Newland 2008.) Lisäksi jotkin lääketieteelliset järjestöt ovat asettuneet tukemaan tietyin ehdoin terveystioskeja. Näitä ovat esimerkiksi edellä mainitut the Academy of Family Practice (AAFP), the American Medical Association (AMA) ja the American Association of Pediatrics (AAP). Allekirjoittaessaan sopimuksen, terveystioski sitoutuu noudattamaan järjestön asettamia suosituksia. (Laws & Scott 2008.)

Terveystioskien toimintaa ja palveluja kehitetään jatkuvasti (Miller 2008; Miller 2011; Ryan 2010). Terveystioskien johtajisto kutsuu sairaanhoitajista koostuvan neuvoston koolle kehittämään vastaanottoja paremmaksi sekä vaikuttaakseen, mihin suuntaan terveystioskin palvelut menevät. Toimialan ammattiliitto CCA työskenteli useiden sairaanhoitajien kanssa kehittämään standardeja ja suosituksia, jotta terveystioskien vastaanotot ja siellä tehtävät toimenpiteet olisivat mahdollisimman turvalliset ja laadukkaat. Vastatakseen terveystioskien kehittymisen tarpeeseen, suurten terveystioskiketjujen omistajat ovat järjestäneet laajoja koulutuksia sekä perustaneet laaduntutkimustyöryhmiä. (Ryan 2009 a.)

5.1.2 Ammatilliset hyödyt

Terveystioskien malli on yksinkertainen: siellä tarjotaan rajattu määrä lähinnä akuutteja hoitopalveluja (Laws & Scott 2008; Maciosek ym. 2008). Lawsin & Scottin (2008) mukaan 69,4 % käynneistä on viiden yleisimmän akuutin sairauden vuoksi, kun taas Maciosekin ym. (2008) mukaan vastaava luku on 77 %. Käynneistä melkein 20 % rokotuskäyntejä, jotka ovat yleisin sairauksia ehkäisevä hoitokäynti. (Laws & Scott 2008.)

Vaikka ammatillisen osaamisen hyödyntäminen ei terveystioskissa olekaan yhtä laaja-alaista kuin joissain muissa sairaanhoitajan toimissa, on se työpaikkana erittäin houkutteleva sairaanhoitajille. Työtyytyväisyyttä lisää terveystioskissa työskentelemisen itsenäinen rooli, kollegiaalisuus, ennaltaehkäisevän terveystiosneuvonnan antaminen sekä mahdollisuus vahvistaa asiantuntemusta perehtymällä vain tiettyihin sairauksiin. Osa työntekijöistä raportoi miellyttäväksi piirteiksi myös työajat ja muut terveystioskin tuomat edut. (Miller 2009.) Tuore sairaanhoitajia koskeva tutkimus osoitti, että itsenäisyys oli antoisin puoli heidän työssään. Terveystioskit tukevatkin itsenäisyyttä erityisesti. (Ryan 2009 a.)

Terveystioskien toimiala on avannut ovia sairaanhoitotyössä (Ryan 2009 a). Terveystioskien tulo tarjoaa merkittäviä mahdollisuuksia viedä eteenpäin sairaanhoitajien työnkuvaa ja roolia (Newland 2008; Ryan 2009 b). Terveystioskit tarjoavat uniikin ympäristön, jossa perustana ovat sairaanhoitajien taidot. Sairanhoitajien tulisi kohdata uusi rooli perusterveydenhuollos-

sa harjoittamalla kolmea peruseriaatetta: oikea hoito oikeassa paikassa oikeaan aikaan (Ryan 2009 b).

Terveyskioskit tarjoavat sairaanhoitajille erinomaisen mahdollisuuden toteuttaa itsenäistä hoitoa edistyksellisessä sairaanhoitotyön roolissa. Vaikka usein sairaanhoitajia työskentelee terveystioskeissa useampia samanaikaisesti, on jokaisella oma tehtävänsä erikseen ja työ on varsin itsenäistä. Sairaanhoitajilla avautuu uusia innovatiivisia rooleja terveystioskien myötä, kuten maksun ja vakuutustietojen vastaanottaminen käynnin yhteydessä, jolloin sairaanhoitaja tarvitsee ymmärtämystä myös sekä liiketoiminnan alalta että asiakaspalvelutyöstä. (Newland 2008.) Lisäksi terveystioskien sairaanhoitajilta vaaditaan kykyä korkeatasoiseen päätöksentekoon, vastuullisuutta ja vastuuvollisuutta. Työssä korostuu itsenäisyys ohella kyky tehdä yhteistyötä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Ryan 2009 a.)

Sairaanhoitajien työn helpottamiseksi apuna on erilaisia työvälineitä. Edistynyt lääketiede ja teknologia ovat mahdollistaneet tiettyjen diagnoosien ja hoitojen tekemisen riittävän rutiinimaiseksi ja sääntöihin perustuvaksi, jotta työ voi siirtyä lääkäreiltä hoitotyön ammattilaisille. (Laws & Scott 2008.) Terveystioskeilla on saatavilla olevia apukeinoja, jotka tukevat kliinistä asiantuntemusta. Apukeinot voivat olla elektronisia tai ne voivat olla yhteistyötä muiden terveysalan ammattilaisten kanssa. (Ryan 2009 a.)

Terveystioskeissa käytetään laajasti Convenient Care Associationin, toimialan ammattiliiton, vaatimusten mukaisesti terveyteen liittyvää tietotekniikkaa yhdistettynä sähköisiin potilastietorekistereihin (Ryan 2009 b; 11). Tietotekniikkaa käytetään apuna mm. tautien diagnosoinnissa ja hoidossa (Adams ym. 2009). Jokaiselle pääasialliselle vaivalle on tietokoneella tuotettu protokolla, jota sairaanhoitaja käyttää apuna diagnosoinnissa ja hoidon suunnittelussa. Mikäli diagnoosi ei kuulu protokollaan, tai vaiva vaatii jatkohoitoa, ohjaa sairaanhoitaja asiakkaan terveyskeskukseen. (Miller 2009.) Sähköistä hoito- ja lääkkeen määräysjärjestelmää käytetään täydentämään lääketieteellistä dokumentointia (Ryan 2009 a; Ryan 2009 b). Sähköiset järjestelmät sisältävät esim. pääasialliset valituksen aiheet, terveystarkastukset sekä hoidon purkamisen ohjeet (Ryan 2009 b). Kehittynyt tietotekniikka muistuttaa myös automaattisesti lääkkeitä, allergioista ja raskaudesta (Ryan 2009 b; Ryan 2009 a), asiakkaan jatkoseurannasta ja puheluista sekä se sisältää tiedot asiakkaan käynneiltä ja skannaukset olennaisista dokumenteista. Lisäksi se sisältää kokoelman laadun tarkkailusta ja potilastyytyvyydestä. (Ryan 2009 b.)

Lääkeresepit voidaan kirjoittaa ja lähettää apteekkiin sähköisessä muodossa, jolloin vältetään käsialan aiheuttamilta mahdollisilta lääkevirheiltä (Ryan 2009 a). Sähköinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa samalla muiden terveysalan ammattilaisten pääsyn hoitotietoihin tarvittaessa (Laws & Scott 2008; Ryan 2009 a). Useimmilla terveystioskeilla potilaat kirjautu-

vat sisään automatisoituun järjestelmään, jossa he antavat tarvittavat väestö- ja vakuutustiedot (Miller 2009; Ryan 2009 a). Sähköinen järjestelmä sallii myös sellaisen potilaan hoitotietojen tallennuksen ja tarkastelun, jolla ei ole henkilötunnusta. Lisäksi monet terveystioskit tarjoavat pääsyn reaaliaikaisena tapahtuviin tulkkipalveluihin, jotta yksin työskentelevä terveystioskin sairaanhoitaja on kykenevä selviämään mistä tahansa kielimuurista, joka saattaisi estää parhaan mahdollisen hoidon. (Ryan 2009 a.)

Elektronisten järjestelmien ja palveluiden lisäksi sairaanhoitajilla on mahdollisuus konsultointiin. Millerin (2009) mukaan jokaisella terveystioskilla on yhteistyössä toimiva lääkäri, jota voi konsultoida tarvittaessa. Terveystioskien sairaanhoitajilla on lisäksi pääsy yhteistyössä olevien lääkäreiden verkkoon, jossa voi konsultoida reaaliaikaisesti löytääkseen parhaan mahdollisen diagnoosin ja hoidon (Ryan 2009 a). Adamsin ym. (2009) mukaan suurimpaan osaan terveystioskikäynneistä ei kuitenkaan tarvita ollenkaan lääkärin konsultaatiota. Jokaista terveystioskia valvoo tehtävään asetettu sairaanhoitaja, jota on myös mahdollista konsultoida (Miller 2009). Näiden lisäksi terveystioskeilla työskentelevät sairaanhoitajat kehittävät merkittäviä suhteita muiden terveystioskeilla työskentelevien kollegoiden kanssa, mikä tarjoaa nopean reitin ongelmien ratkaisemiselle. Monet terveystioskit sijaitsevat apteekkien yhteydessä tai läheisyydessä mahdollistaen lisääntyvän vuorovaikutuksen ja asiantuntemuksen jakamisen yhdessä farmaseuttien kanssa. Tämä saattaa mm. vähentää tai poistaa eri lääkkeiden yhteisvaikutuksiin liittyvät ongelmat. (Ryan 2009 a.) Apteekkien yhteydessä olevien terveystioskien sairaanhoitajat ja farmaseutit voivat tehdä yhteistyötä myös tarjotessaan uusimman tiedon lääkkeistä ja sairauksien ehkäisystä asiakkaille (Miller 2009).

Terveystioski tarjoaa lisähyötynä näkyvyyttä sairaanhoitotyölle sekä arvostusta sairaanhoitajia kohtaan (Newland 2008; Ryan 2010). Terveystioskien räjähdysmäisen kasvun sekä uudistuneen lainsäädännön seurauksena sairaanhoitotyö nähdään nyt itsenäisempänä. Terveystioskin malli on asettanut sairaanhoitajat terveystioskien innovaation keskipisteeksi. Lisäksi nopeasti laajenevat terveystioskit ovat asettaneet sairaanhoitajat avainhenkilöiksi terveydenhuollon uudistamista koskevissa keskusteluissa. (Ryan 2009 a.) Mainostusta saanut sairaanhoitajan ura terveystioskeilla saattaa rohkaista useampia nuoria valitsemaan sairaanhoitotyön urakseen (Newland 2008; Ryan 2010).

5.1.3 Hyödyt potilaan näkökulmasta

Terveystioskit ilmestyivät vaihtoehdoksi, joka tarjoaa ennenkuulumatonta kätevyyttä ja helppoutta (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Maciosek ym. 2008; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2009 b; Ryan 2010). Terveystioskien tarjoaman helppouden vuoksi hoitoon hakeutumisen kynnys on matala (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2010).

Terveyskioskit toimivat helposti tavoitettavana porttina terveydenhuollon piiriin (Adams ym. 2009; Laws & Scott 2008; Ryan 2009 b). Jopa niille potilaille, jotka tarvitsevat lisähoitoa tai eivät ole sopivia terveystuloskeihin, annetaan hoitoa tai vaihtoehtoisesti ohjausta, missä ja miten saada hoitoa (Adams ym. 2009; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2009 b; Ryan 2010). Terveyskioskit helpottavat vakuutettujen, alivakuutettujen ja vakuuttamattomien hoitoon pääsyä (Newland 2008). Yksi suuri ryhmä terveystuloskeiden asiakaskunnassa ovat kuluttajat jotka ilmoittavat, ettei heillä ole säännöllisesti käytettävissä olevaa perusterveydenhuollon lääkäriä. Vastaajista 30 % ilmoitti, ettei heillä ole suhdetta perusterveydenhuollon lääkäriin ja 22 % ilmoitti olevansa ilman vakuutusta. (Laws & Scott 2008.)

Kaikki potilaat arvioidaan läpikotaisin, hoidetaan ja tarvittaessa heille suositellaan oikeaa paikkaa hoitaa terveysongelma huomioon ottaen heidän yksilölliset tarpeet ja olosuhteet. Klinikat tarjoavat diagnoosien ja hoidon lisäksi potilaan kytkemistä sopivaan hoitopaikkaan ilman perusterveydenhuoltoa. 18 % terveystuloskepotilaista ohjattiin toiseen hoitopaikkaan vaihtoehtoiseen hoitoon käynnin päätteeksi. Näistä läheteistä 27 % suunnattiin erilaisiin perusterveydenhuollon palveluihin. (Ryan 2009 b.)

Suurimmalla osalla terveystuloskeiden asiakkaista ei ole vakituista hoitosuhdetta lääkäriin (Adams ym. 2009; Miller 2011), mutta niillä joilla on, terveystuloskekäynnit eivät häiritse asiakkaan omalääkäri-hoitosuhdetta (Miller 2011; Ryan 2010). Asiakkaille annetaan yhteenveto käynnistä paperitulosteena, jonka potilas toimittaa tarvittaessa lääkärille seuraavan lääkärikäynnin yhteydessä. Mikäli asiakkaalla oli oma lääkäri, toimitettiin useimmissa terveystuloskeissa käynnin yhteenveto sähköisesti myös suoraan lääkärille. (Adams ym. 2009; Miller 2011.)

Erittäin pätevät terveydenhuollon ammattilaiset tarjoavat hoidollisia palveluja paikoissa, joissa ihmiset käyvät säännöllisesti, sekä sellaisina aikoina, jotka sopivat kiireisiin aikatauluihin (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Newland 2008, Ryan 2009 b, Ryan 2010). Terveystuloskit sijaitsevat ihmisvirtojen läheisyydessä, kuten kaupoissa, apteekkeissa, ostoskeskuksissa ja lentokentillä (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2010). Muita sijaintiin liittyviä hyötyjä potilaan kannalta ovat helppo pysäköintimahdollisuus (Miller 2009) sekä reseptiasioiden nopea hoitaminen samalla käynnillä, mikäli terveystuloske on apteekin yhteydessä (Ahmed & Fincham 2010; Maciosek ym. 2008).

Vastaanotoille pääsee helposti, sillä ne ovat auki viikon jokaisena päivänä, myös iltaisin ja viikonloppuisin (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2009 a; Ryan 2010). Vastaanotolle pääsee ilman ajanvarausta, ja niihin on hyvin lyhyt tai olematon odotusaika. Tärkein tekijä on nopea hoidon saatavuus ja se vaikuttaa eni-

ten päätökseen hakeutua terveystioskiin lääkärin sijaan. (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2009 a; Ryan 2010.) Hoidon odottaminen koetaan erittäin epämiellyttäväksi ja se vaikuttaa merkittävästi asiakastyytyvyyteen. Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan ihmiset haluavat kilpailuttaa terveydenhuollon palvelutarjoajia suosien lyhyitä odotusaikoja ja matalaa kustannusta. (Ahmed & Fincham 2010).

Terveystioskista saa helposti ja nopeasti diagnosointia ja hoitoa yleisimpiin vaivoihin (Laws & Scott 2008; Maciosek ym. 2008; Miller 2009; Ryan 2009 b; Ryan 2010). Lisäksi merkittävä osuus käyntisyistä vaati vain yhden käynnin terveystioskiin (Maciosek ym. 2008). Millerin (2009) mukaan aikaa vastaanotolla menee keskimäärin vain 15 - 20 minuuttia, kun vastaavasti Adams ym. (2009) esittävät terveystioskien vastaanotoille kuluvan ajan olevan 25 % vähemmän kuin muissa yksiköissä. Potilaat olivat saaneet terveystioskeilta ajanvarauksen 52 %:lla kerroista niin pian kuin mahdollista ja 23 %:lla kerroista he pääsivät vastaanotolle 15 minuutissa (Ryan 2009 b). Ihmiset suosivat palvelua, josta saa hoitoa alle vuorokauden odotusajalla (Ahmed & Fincham 2010).

Ihmiset suosivat hoidontarjoajaa valitessaan hoidon edullisuutta (Ahmed & Fincham 2010). Terveystioskipalvelut ovat edullisia (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Maciosek ym. 2008; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Newland 2008; Ryan 2009 a; Ryan 2009 b; Ryan 2010). Terveystioskien vastaanoton kokonaishinta on alhaisempi kuin lääkärin vastaanotolla tai päivystyksessä. Lisäksi hinta on alhainen myös maksettaessa suoraan ilman vakuutuskorvauksia. (Maciosek ym. 2008.) Ryanin mukaan (2009 a, 2010) vakuuttamattomat säästävät 30 - 40 % kustannuksista verrattuna lääkärin vastaanotokäyntiin tai päivystyspoliikklinikakäyntiin ja 80% verrattuna käyntiin ensiapuasemalla. Terveydenhuollon asiakkaista n. 30 % on vakuuttamattomia. (Ryan 2010.) Näin ollen terveystioskit hyötyvät hyväksyessään vakuutusmaksut osaksi käyntimaksuja, sillä se alentaa asiakkaiden maksamaa hintaa hoidosta sekä tuo uskottavuutta. Terveystioskeista n. 85 % hyväksyy vakuutusten kautta saadut maksut. (Laws & Scott 2008.)

Potilastytytyväisyyssmittaukset kuvastavat terveystioskeissa saatavan hoidon korkeaa laatua (Ryan 2009 a; Ryan 2010). Terveystioskien käyttäjistä n. 90 % on ollut tyytyväisiä hoidon laatuun (Ahmed & Fincham 2010; Miller 2008; Ryan 2009 a; Ryan 2009 b; Ryan 2010). Hoidon laatu on tasavertaista lääkärin vastaanotolla ja päivystyspoliikklinikalla saatavaan hoitoon verrattuna ja parempaa kuin ensiapuasemalla saatu hoito (Miller 2008; Miller 2011; Ryan 2009 a; Ryan 2010). Ennaltaehkäisevä hoitotyö toteutuu yhtä tehokkaasti verrattuna muihin terveydenhuoltoja tarjoaviin tahoihin (Miller 2011). Sairaanhoidajien käyttäessä arviointitaitoja ja kliinistä harkintakykyä suositusten mukaan on laadukas hoito ja potilasturvallisuus taattu (Ryan 2009 b). Eräs aikaisempi tutkimus osoittaa, että 57331 nielutulehduspotilaan kohdalla yli 99 %:ssa tapauksista hoitosuosituksia oli noudatettu tarkoin. Tulos on parempi kuin vastaavilla

lääkärin vastaanotoilla perusterveydenhuollossa. (Laws & Scott 2008.) Maciosekin ym. (2008) mukaan kuitenkin hoidon laadun mittaamiseksi tarvitaan enemmän tutkimuksia. Toiminnan laadun takaa jatkuva laadun ja turvallisuuden tarkkailu sekä toimintaa ohjaavat toiminta- ja menettelytavat (Miller 2011; Ryan 2010).

Terveyskioskit on luotu kohtaamaan potilaiden tarpeet (Newland 2008; Ryan 2009 b). Terveyskioskit tarjoavat holistisen lähestymistavan hoitoon, jolloin potilaan tarpeet huomioidaan (Ahmed & Fincham 2010; Miller 2008; Ryan 2009 b; Ryan 2010). Sairaanhoidajat ottavat aikaa potilassuhteen luomiselle ja tiedon keräämiselle. Tämän vuoksi potilas saa taatusti jatkossakin oikeanlaista hoitoa. Lisäksi terveystioskeissa sairaanhoidajat ovat potilaan puolestapuhujia ja edustajia. (Ryan 2009 b.)

Vuonna 2006 800 asiakkaalla teetetyt tutkimuksen mukaan terveystioskien tärkeimmiksi ominaispiirteiksi koettiin terveystioskien laatima luettelo, joista näkyi hoidettavat sairaudet ja niiden hinnat (Laws & Scott 2008; Maciosek ym. 2008), sairaanhoidajan vastaanotto, joka tuntui mukavammalta kuin käynti lääkärillä sekä sopiva sijainti ja lupaus saatavilla olevasta vastaanottoajasta (Laws & Scott 2008). Lisäksi terveystioskit ovat pitäneet lupauksensa tarjota edullista ja laadukasta hoitoa kätevään aikaan helpossa paikassa (Miller 2011).

5.2 Terveystioskien tuomat haasteet

Varsin uutena innovaationa Terveystioski-konsepti on kohdannut myös haasteita. Uudenlainen terveydenhuollon palvelumalli on vaatinut muutoksia sopeuttamisessa vallalla olleeseen terveydenhuoltojärjestelmään. Koettujen haasteiden pohjalta terveystioskitoimintaa on pyritty jatkuvasti kehittämään (Miller 2008; Miller 2011; Ryan 2010).

5.2.1 Haasteet yhteiskunnallisesta näkökulmasta

Terveystioskit ovat uutena terveydenhuollon innovaationa käynnistäneet ennenkuulumatonta tarkastelua lääkäriyhmien ja asiamiesten tahoilta (Adams ym. 2009; Ahmed & Fincham 2010; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2009 b). Sairaanhoidajajohtoisten terveystioskien tulo perusterveydenhuollon osaksi laukaisi huolestuneisuutta hoidon laadun heikkenemisestä esim. väärin diagnoosien, antibioottien liikamääräämisen sekä vähentyvän ennaltaehkäisevän hoidon takia (Ryan 2009 a). Lisäksi Maciosek ym. (2008) tutkimuksen mukaan lääkäriyhmät ovat olleet huolissaan, hoidon jatkuvuuden toteutumisesta ja käyntien hyödyntämisestä myös sairauksien ennaltaehkäisyyn. Terveystioskit on nähty myös kilpailijana muille terveydenhuollon palveluille, koska osa lääkärin ja päivystyspoliklinikoiden asiakkaista hakeutuu ennemmin terveystioskeihin (Adams ym. 2009; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2010). Vastauksena sairaanhoidajien tulee ylläpitää laadukkaan hoidon tarjoamista potilaille terveystioskeissa sekä terveyden-

huoltomallin muuttamisen puolustamista, jotta potilaiden tarpeet tulisi jatkossakin täytettyä (Ryan 2009 b).

Terveyskioskien syntymisen ja niiden yleistymisen myötä lainsäädäntöä ja säännöksiä on jouduttu päivittämään. Useimmat osavaltiot ovat reagoineet terveyskioskien ilmaantumiseen ilmaisemalla säännöksiin liittyvää huolta tai muuttamalla säännöksiä. Säännösten muuttamisen tarpeeseen liittyviä aiheita ovat olleet klinikoiden omistusoikeudet, henkilökunnan valta määrätä lääkkeitä, lääkärittömän klinikan henkilökunnan valvonta lääkäreiden toimesta, klinikan ympäristön lääketieteelliset ominaispiirteet sekä mahdolliset ristiriidat, joita liittyy terveyskioskien yhteydessä olevien apteekkien hyötyihin toimitettaessa asiakkaalle tarvittava reseptilääke. Lisäksi lainsäädännössä Yhdysvalloissa on osavaltiokohtaisia eroja, jotka tulisi muuttaa yhteneviksi. Esimerkkinä 23 osavaltiossa ei vaadita lääkärin osallistumista terveyskioskissa, mutta osavaltioista neljä vaatii lääkärin osallistumista ilman kirjallista asiakirjaa ja 24 kirjallisen asiakirjan kanssa. (Laws & Scott 2008.)

Terveyskioskeilla on erilaisia itsekkäitä syitä liiketoimintaan. Terveyskioskeja omistavat vähittäismyyjät ovat kiinnostuneita vahvistamaan liikevaihtoa kestävämpien asiakassuhteiden avulla, lisäämään resepti- tai käsikauppalääkkeiden myyntiä sekä lisäämään muiden kauppatavaroiden myyntiä omassa ketjussaan. Sairaaloiden omistamat terveyskioskit sen sijaan haluavat joko pitää nykyiset asiakkaat omassa terveydenhuollossaan, houkutellessa uusia asiakkaita tai vähentää sopimatonta ensiapuasemien käyttöä. Yksityiset klinikat ovat keskittyneet luomaan tuottavaa liiketoimintaa, joko pitkäaikaisella toiminnalla tai yrityskaupalla. (Laws & Scott 2008.)

Terveyskioskeihin liittyy lisäksi erilaisia palvelun tuottamisen haasteita. Ensinnäkin toiminnan aloittamiseen vaaditaan huomattava pääoma. Suuret kustannukset aiheutuvat rakennustöiden lisäksi muista alkuinvestoinneista, kuten laitteista, tarvikkeista, liiketoiminnan kuluista ja henkilökunnasta. Vasta muutaman vuoden toiminnan jälkeen palvelu alkaa tuottaa voittoa, mutta alan tuottamat tulokset ovat kannustavia. (Miller 2009; Ryan 2010.) Toiminnan aloittamisessa tulee huomioida toiminnan maltillinen laajentaminen henkilökunnan palkkakustannusten ohella. Esimerkiksi eräs yksityinen laaja terveyskioski, Las Vegas -yhtiö, joutui lopettamaan toimintansa ilmeisesti siitä syystä, että toiminnan yhteiskustannukset lääkärihenkilökunnalla olivat huomattavasti ennakoitua suuremmat. (Miller 2009.) Viime aikoina taloudellinen taantuma ja hoidon maksullisuus ovat aiheuttaneet terveyskioskien määrän lisääntymisen hidastumista (Miller 2011). Lisäksi terveyskioskien liiketoimintamallilla arvioidaan olevan rajoitettu kyky laajentaa tarjoamaan monimutkaisempaa hoitoa (Maciosek ym. 2008).

Sairaanhoitajien tarpeen kasvaessa haasteena on yhä useamman sairaanhoitajan kouluttaminen (Miller 2011). Lisäksi sairaanhoitajien kouluttamiseen terveyskioskeja varten tulisi kiinnit-

tää entistä enemmän huomiota (Laws & Scott 2008; Newland 2008). Opetussuunnitelmaan voisi kuulua myös esimerkiksi palvelun tuottamisen kurssi liiketoiminnan näkökulmasta (Newland 2008).

Muita yhteiskunnallisia haasteita ovat mm. terveystietokonepalvelun tietoisuuden lisääminen väestössä (Ahmed & Fincham 2010; Ryan 2009 a), ja toisaalta hoitoa tarvitsevien asiakkaiden määrän lisääntyminen (Ahmed & Fincham 2010). Poliklinikkakäyntien kysyntä lisääntynyt, jolloin myös terveystietokoneiden asiakasmäärä on lisääntymässä (Ahmed & Fincham 2010). Lisääntyvään asiakasmäärään vaikuttavat miljoonat yhdysvaltalaiset, joilla ei ole vakituista terveydenhuollon tarjoajaa (Ryan 2010) sekä ikääntyneiden ihmisten määrän lisääntyminen (Ahmed & Fincham 2010). Oman haasteensa tilanteen helpottamiseksi tuo se, että terveystietokoneiden asiakaskunta rajoitettu, mm. alaikäraja 18kk. (Ahmed & Fincham 2010) Terveystietokoneet tarjoavat vain rajoitetusti erilaisten akuuttien sairauksien hoitoa (Laws & Scott 2008; Adams ym. 2009).

Terveystietokoneiden yleistyminen on aiheuttanut muutoksia lääkäriasemilla ja terveyskeskuksissa, sillä se on johtanut esimerkiksi lääkäriasemien aukioloaikojen laajentamiseen ja ilman ajanvarausta tulevien asiakkaiden vastaanottamiseen (Ahmed & Fincham 2010). Lisäksi lääkäreillä tulee olemaan yhä suurempi vastuu vaikeampien sairauksien hoidossa. Kun lääkärikäynnit painottuvat vaativiin hoitoihin, vakuutusten maksamat korvaukset hoidoista nousee, mikä myöhemmin saattaa johtaa siihen, että yhä useampi hoitopalvelu, kuten neuvonta, jää korvaamatta. (Laws & Scott 2008.) Ahmedin & Finchamin (2010) mukaan ihmiset kuitenkin haaveilevat yhä mieluummin lääkärin vastaanotolle kuin terveystietokoneeseen sairaanhoitajan vastaanotolle.

5.2.2 Ammatilliset haasteet

Ympäristön ja työnkuvan muuttuminen aiheuttaa haasteita terveystietokoneilla toimiville sairaanhoitajille. Sairaanhoitajien taidot ovat perustana terveystietokoneissa (Ryan 2009 b), jolloin palveluntarjonta rajoittuu sairaanhoitajien ammattitaitoon (Adams ym. 2009; Miller 2009; Ryan 2009 b). Terveystietokoneiden tulon myötä sairaanhoitajien työnkuva ja rooli laajenee (Ryan 2009 b), jolloin on mietittävä, mikä hoito kuuluu lääkäreille ja mikä sairaanhoitajille (Laws & Scott 2008).

Terveystietokoneissa sairaanhoitajat työskentelevät itsenäisesti edistyksellisessä roolissa (Newland 2008). Myös hoitoyhteiskunta ja kuluttajat odottavat lisääntyvässä määrin sairaanhoitajan olevan itsenäinen hoidontarjoaja erilaisissa puitteissa (Ryan 2009 a). Sairaanhoitajalla tulee olla tarvittava tieto, itseluottamus ja taidot työskennellä mukavasti ja turvallisesti yksin (Newland 2008). Sairaanhoitajan tulee olla itsenäinen, mutta samalla on tehtävä ero itsenä-

syyden ja eristäytymisen välillä. Sairaanhoidajilla tulee olla mahdollisuus myös konsultointiin. Sairaanhoidajat eivät saa aliarvioida kykyjään tunnistaa, ohjata hoitoon tai hoitaa mahdollisia terveysongelmia. Sairaanhoidajien tulee käyttää arviointitaitoja ja kliinistä harkintakykyä parhaiden suositusten mukaan. Sairaanhoidaja on riippuvainen kliinisiä suosituksia koskevista päätöksistä. (Ryan 2009 a.) On erittäin tärkeää, että jokainen potilas saa perusteellisen arvioinnin, ja että potilaat nähdään yksilöinä, joilla on erilaiset tarpeet ja omanlainen menneisyytensä. (Ryan 2009 b.)

Sairaanhoidajan ammatin harjoittamisen laajuutta koskee sama lainsäädäntö, kuin missä tahansa terveydenhuollon palveluissa. Sairaanhoidaja on vastuussa toiminnastaan, ja mikäli hän ylittää lain rajat ammatin harjoittamisessa, on hän vastuussa rikkomuksistaan. Jos sairaanhoidaja esimerkiksi havaitsee poikkeavia arvoja laboratoriotuloksissa, eikä toimi asianmukaisesti ja potilaalle aiheutuu haittaa, joutuu hän vastaamaan hoitovirheestä. (Miller 2008.)

Työskennellessään terveystieteillä sairaanhoidaja tarvitsee ymmärtämystä monelta eri osa-alueelta, kuten liiketoiminnan alalta että asiakaspalvelutyöstä (Newland 2008). Terveystieteiden kehityksen jatkuessa, tulee sairaanhoidajan lisääntyvänä vastuuna olemaan myös terveydenhuollon politiikkaan osallistuminen (Ryan 2009 a). Terveystieteiden sairaanhoidajat ovat riippuvaisia liiketoiminnan kampanjoinnista (Ryan 2009 a), mutta toisaalta sairaanhoidaja on yrityksen kasvot, joka pyrkii saamaan potilaan samaan terveydenhoitopaikkaan myös jatkossa (Newland 2008).

Terveystieteillä työskennellessään sairaanhoidajat saattavat tavata potilaita, jotka eivät ole etsittyneet hoitoon muuten tai jotka eivät ole olleet hoidon palveluissa vuosiin (Ryan 2009 b). Terveystieteiden sairaanhoidajat ovat tällöin vastuussa näistä potilaista, jotka eivät ole olleet terveydenhuollossa ennen terveystieteiden lisääntymistä (Ryan 2009 a). Akuutit, vaihteelliset sairaudet muodostavat suuren osan potilasvirrasta terveystieteillä, mutta sairaanhoidajien tulee olla valppaita kroonisten vaivojen hoidonaiheiden huomaamiseksi (Ryan 2009 a; Ryan 2009 b). Samalla kun potilaiden tietoisuus terveystieteistä kasvaa, sairaanhoidajilla tulee olemaan lisääntyvä määrä potilaita, jotka ovat alttiita kroonisille sairauksille tai joilla on jokin krooninen sairaus (Ryan 2009 a).

Terveystieteiden tulee järjestää pääsy suunnattomaan määrään erilaisia kliinisiä tukityökaluja (Ryan 2009 a). Kun tietoteknisiä työkaluja on tarjolla, sairaanhoidajien olisi osattava hyödyntää tietotekniikkaa tehokkaasti (Miller 2009). Lisäksi sairaanhoidajilla tulee olla riittävät kyvyt yhdistää lääketieteellistä, farmakologista ja muuta tietoa yhteen tietojärjestelmään (Ryan 2009 b).

5.2.3 Haasteet potilaiden näkökulmasta

Terveyskioskien hyötynä pidetään sen alhaista hintatasoa. Kuitenkin kokonaishinta hoidolle saattaa olla huomattavan korkea siitä syystä, että terveyskioskeille hakeutuu paljon lievästi sairastuneita ihmisiä, jotka olisivat voineet selviytyä itsehoidolla. Lisäksi terveyskioskeille hakeutuu tällä hetkellä jo sairastuneita ihmisiä, jotka terveyttä edistävällä ja sairauksia ehkäisevällä ohjauksella olisivat mahdollisesti välttäneet sairastumisen. (Maciosek ym. 2008.)

Viikonloppuisin, etenkin sunnuntaisin, hoito on terveyskioskeilla kalliimpaa. Tämä johtuu kuitenkin siitä, että sunnuntaisin terveyskioskeihin tulee vakavammin sairastuneita ihmisiä, jotka lääkärin vastaanottojen ollessa suljettuna hakeutuvat terveyskioskeihin. Näiden sairauksien hoito maksaa terveyskioskeilla enemmän, jonka vuoksi päivittäinen hoidon hinta nousee. Sitä ei siis välttämättä voi pitää haasteena. (Maciosek ym. 2008.)

6 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kansainvälisesti Terveyskioskien koettuja hyötyjä ja haasteita, mutta aihe on varsin uusi ja vähän tutkittu, joten varteenotettavaa tutkimusaineistoa ei löytynyt lainkaan Suomesta ja Pohjoismaista. Sen vuoksi tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut tutkimusaineisto rajoittuu pelkästään Yhdysvaltojen terveyskioskeja käsitteleviin tutkimuksiin. Yhdysvalloissa terveyskioskitoimintaa on kuitenkin ollut jo kymmenen vuoden ajan (Ryan 2010), joten kokemuksia konseptin hyödyistä ja haasteista siellä on kertynyt laajasti. Vaikka Suomen ja Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmä poikkeaa toisistaan, voidaan tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksia käyttää soveltaen myös Suomessa terveyskioski- ja terveystahvilatoiminnan perustamisen tukena.

6.1 Tutkimusprosessin arviointi

Opinnäytetyön teossa törmättiin ongelmaan teoratiedon vähyydestä. Yllättävää oli, miten vähän tästä Suomen terveydenhuollon uudesta innovaatiosta oli tietoa tarjolla. Vaikka Terveystahviltoja toimii Suomessa neljä, löytyi informaatiota vain parista Internet-lähteestä. Tietoa ei ollut tarjolla myöskään muissa Pohjoismaissa toimivista terveyskioskeista. Sen vuoksi teoriaosuus opinnäytetyön keskeisestä käsitteestä jäi toivottua suppeammaksi. Samoin matalan kynnyksen terveystahviltoista oli vaikea löytää luotettavaa tietoa. Tutkimustietoa terveyskioskitoiminnasta tai matalan kynnyksen terveystahviltoista puolestaan ei Suomesta tai Pohjoismaista löytynyt lainkaan. Yhdysvaltalaisista tutkimustietoa oli erittäin vähän tarjolla, minkä vuoksi pystyimme valitsemaan kolmesta tietokannasta vain yksitoista artikkelia, jotka soveltuivat tämän opinnäytetyön lähdeaineistoksi. Aluksi näiden kolmen tietokannan näytti sisältä-

vän runsaasti artikkeleja terveystieteistä, mutta abstraktien ja koko tekstien lukemisen jälkeen hyväksyttävien artikkelien määrä väheni huomattavasti. Aiheesta olisi ollut tarjolla jonkin verran muun muassa mielipidekirjoituksia, jotka taas eivät täytä mukaanottokriteereitä. Teoriatiedon ja tutkimustiedon vähyys tukevat hyvin tämän opinnäytetyön tarpeellisuutta. Siksi tämän opinnäytetyön tekeminen koettiin varsin merkitykselliseksi.

Systemaattisen tiedonhaun vaiheet toteutuivat suunnitellulla tavalla. Vaikka systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen ei ollut ennestään tuttu, koettiin menetelmä selkeäksi ja miellyttäväksi vaiheittaan etenevän luonteensa ja tarkan ohjeistuksen vuoksi. Huolellinen orientoituminen ja suunnitelmavaiheen toteuttaminen auttoivat itse katsauksen tekemistä, kun mielessä oli selkeänä opinnäytetyön keskeiset käsitteet, tarkoitus, tavoitteet ja prosessin eteneminen. Tutkimustehtävien ja alkuperäistutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen tapahtui yksiselitteisesti, vaikkakin sanamuotoja jouduttiin hiomaan muutama kertaan. Tietokantojen valitseminen oli myös helppoa. Nämä kolme valittua tietokantaa sekä olivat luotettavia ja säännöllisesti päivitettäviä että sisälsivät eniten artikkeleja terveystieteiden-aiheesta. Hakusanojen määrittämisessä oli jonkin verran epäselvyyksiä, koska eri tietokannat vaativat hieman erilaisia hakusanoja ja rajauksia. Vaikka lähes kaikki samat valitut artikkelit löytyivät hakusanojen erilaisuudesta huolimatta, päädyimme lopulta käyttämään samoja hakusanoja kaikkiin tietokantoihin.

Katsauksen toteutusvaihe oli kaikkein vaativin ja aikaa vievin osuus. Vaivaa lisäsi artikkelien englanninkielisyys, sillä ne täytyi suomentaa sana sanalta läpi. Osassa artikkeleista oli vaativampaa sanastoa. Artikkelien suomentamisen jälkeen kävi sisällön analyysi yllättävän miellyttävästi. Litterointi värikoodein selkeytti artikkelien sisällöt niin, että niistä oli helppo poimia koetut hyödyt ja haasteet ja koota ne lopulta yhteen käsiteltäväksi. Samat tulokset toistuivat useissa artikkeleissa, mikä vahvisti asian todellisuutta. Tietyt seikat jopa ilmenivät jokaisessa valitussa artikkelissa. Opinnäytetyöprosessin etenemisessä auttoi opinnäytetyöntekijöiden osallistuminen erilaisiin pajoihin ja hankepäiviin, joissa opettajat antoivat ohjausta opinnäytetyön tekoon.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettiset kysymykset tutkimuksen teossa voidaan jakaa tiedon hankinnan ja tiedon jaon välille. Opinnäytetyön ollessa kirjallisuuskatsaus, ihmistutkimuksiin liittyvät eettiset kysymykset eivät varsinaisesti koske tätä opinnäytetyötä. (Eskola & Suoranta 1999.) Opinnäytetyöprosessin aikana kiinnitettiin huomioita seuraaviin eettisiin asioihin tiedon ja tutkimusaineiston hankkimisessa sekä raportin kirjoittamisessa: opinnäytetyön merkityksyyteen, rehelliseen tutkimustyöhön, asianmukaisiin lähdemerkintöihin lainatessa toisen kirjoittamaa aineistoa, tark-

kaan raportointiin sekä kriittiseen ajatteluun tutkimustuloksia yleistettäessä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on osoitettu yhdeksi luotettavimmaksi tavaksi yhdistää aikaisempaa tietoa. Sen avulla voidaan välttää tutkimuksellista harhaa, eli tutkimusprosessissa tapahtuvaa tutkimustulosta järjestelmällisesti muuttavaa virhettä. (Green & Higgings 2011; Kääriäinen & Lahtinen, 2006.) Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa se, että opinnäytetyön tekijät perehtyivät laajasti aiheeseen ja kirjallisuuden haku- ja analyysimenetelmiin (Vehviläinen-Julkunen 2008). Alkuperäisaineiston keräämisessä luotettavuuden varmistamiseksi huomioitiin Khanin ym. (2011) listaamat seikat: hakusanojen sopivuus, tutkimustuloksiin mahdollisesti vaikuttavat puolueellisuus ja ennakoasenteet, tulosten yhteneväisyys tutkimusten kesken sekä aineistona käytettyjen tutkimusten laatu ja riittävyys.

Tutkijan subjektiivisen valikoitumisharhan minimoimiseksi alkuperäistutkimusten valinnassa kiinnitettiin huomioita siihen, että mukaan valittiin mahdollisimman täsmällisesti ne tutkimukset, jotka olivat olennaisia laadittujen tutkimustehtävien kannalta ja sopivat tarkkaan määriteltyihin mukaanotto- ja poissulkukriteereihin. Määritellyt tutkimustehtävät ja alkuperäisaineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit havaittiinkin erittäin toimiviksi, koska ne rajoittivat selkeästi epäoleelliset tutkimukset päätyvästä tähän opinnäytetyöhön. Mukaan hyväksytyt artikkelit sisälsivät runsaasti oleellista tietoa, minkä johdosta tulososuudesta tuli hyvin kattava. Aineiston soveltumista mukaanottokriteereihin tarkasteltiin sekä otsikon, abstraktin että koko tekstin perusteella. Joitakin artikkeleita jouduttiin hylkäämään vielä koko tekstin suomentamisen jälkeen. Laadukkaan aineiston valikoitumista opinnäytetyöhön edisti myös se, että opinnäytetyötä teki kaksi henkilöä, jotka suorittivat alkuperäistutkimusten valinnan samoista tietokannoista itsenäisesti, mikä myös lisää osaltaan opinnäytetyön luotettavuutta. Haut suoritettua verrattiin, olivatko molemmat valinneet samat artikkelit. Lähes kaikki alkuperäistutkimukset valittiin yksiselitteisesti, vain joidenkin artikkelien soveltuvuutta jouduttiin yhdessä pohtimaan.

Barkerin (2010) mukaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta tulee tarkastella muun muassa sen merkittävyyden valossa. Tämä opinnäytetyö koettiin merkittäväksi, koska sen keskeisistä käsitteistä on hyvin vähän tietoa tarjolla ja terveystieteiden toiminnasta olemattoman vähän tutkimuksia. Suomessa ollaan perustamassa kymmeniä Terveystieteiden keskeisiä ja muita matalan kynnyksen terveystieteiden palveluita, joten muualla saadut kokemukset vastaavasta palvelusta ovat varmasti hyödyksi uusien matalan kynnyksen terveystieteiden palveluiden perustamisessa. Erityisesti muualla koettuja haasteita voidaan käyttää apuna suunniteltaessa toimivampaa palvelua. Tämän opinnäytetyön toivotaan antavan lukijalle käsitys siitä, mitä terveystieteiden toiminta on ja miksi sitä perustetaan. Luultavasti tätä opinnäytetyötä ei tulla hyödyntämään

uusien Terveyskioskien perustamisessa, mutta siitä toivotaan olevan apua Espoon Suurpeltoon kaavaillun terveyskahvilan toiminnan aloittamisessa.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset pohjautuvat ainoastaan Yhdysvalloissa terveystieteiden tutkimuksen koettuihin hyötyihin ja haasteisiin. Tutkimusten vähyyden vuoksi ei opinnäytetyöhön saatu mukaan lainkaan muiden valtioiden kokemuksia terveystieteiden toiminnasta ja Yhdysvalloistakin löytyi vain 11 vartenotettavaa artikkelia. Kyseisillä artikkeleilla on paljon samoja kirjoittajia, mikä kielii vähäisestä kiinnostuksesta terveystieteiden tutkimiseen. Opinnäytetyön tulokset olisivat huomattavasti kattavammat ja luotettavammat, mikäli aineistoa olisi saatu useammasta maasta ja useammilta tutkijoilta, kuten suunnitelma- vaiheessa oletimme. Yhdysvalloissa terveystieteiden toimintaa on kuitenkin ollut jo niin pitkään, että palvelun hyödyt on nähtävissä. Toisaalta terveystieteiden toiminta on myös kerinnyt kohdata paljon kritiikkiä ja muutoksia. Toimintaa on jo keritty kehittää vastaamaan paremmin yhteiskunnan tarpeita. Tulosten luotettavuutta lisää se, että useissa artikkeleissa toistui samat asiat koettuina hyötyinä ja haasteina.

Laadullisessa tutkimuksessa tärkein luotettavuuden kriteeri on tutkimuksen tekijä, koska tutkija itse on koko prosessin keskeinen tutkimusväline (Eskola & Suoranta 1999). Opinnäytetyön tekijät eivät olleet aiemmin perehtyneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen, mutta laadusta huolehdittiin sillä, että opinnäytetyön tekijät toteuttivat ehdottoman huolellisesti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen jokaista vaihetta (Khan ym. 2011; Kääriäinen & Lahtinen 2006). Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin eri vaiheet dokumentoitiin ja kirjattiin tarkasti, jotta toimittiin virheettömästi ja jäljitettävästi. Näin varmistettiin se, että opinnäytetyö ei ole harhaanjohtava, vaan eettinen ja luotettava. (Axelin ym. 2007) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi koskee kuitenkin koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 1999; Sarajärvi 2002 & Tuomi). Prosessin lopuksi vaiheiden koettiin toteutuneen suunnitellulla tavalla. Molemmat opinnäytetyöntekijät olivat yhtä mieltä prosessin kulusta ja toteuttamisesta, eikä pahempia epäselvyyksiä opinnäytetyön teossa ollut.

Jatkotutkimuksia terveystieteiden alasta tarvittaisiin ehdottomasti lisää koskien terveystieteiden toimintaa Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Vaikka toiminta on tuoretta, olisi hyvä tietää, minkälaisen vastaanoton uusi palvelumalli on saanut ja mitä vaikutuksia toiminnasta on koettu olevan. Yhdysvalloissa olisi hyvä tutkia terveystieteiden toimintaa yksityiskohtaisemmin keskitetyt esimerkiksi hoidon laatuun tai asiakastyytyvyyteen, jolloin aiheesta saataisiin syvällisempää tutkimustietoa. Mielenkiintoista olisi myös saada selvitys, miten Yhdysvaltojen ja Suomen terveystieteiden mallit tarkalleen poikkeavat toisistaan.

6.3 Tulosten tarkastelu

Lahden kaupungin Terveyskioski-esitteessä (2011) Terveyskioskit listataan helposti tavoitettavaksi matalan kynnyksen terveyspalveluksi. Jokainen tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valituista lähdeartikkeleista todisti samaa asiaa: terveyskioskipalvelu on koettu helposti saatavaksi ja asioiminen mukavaksi. Terveyskioskit sijaitsevat helppoissa paikoissa, ovat auki myös iltaisin ja viikonloppuisin, palvelu on nopeaa ja laadukasta, eikä vaadi ajan varaimista tai pitkiä odotusaikoja. (Ahmed & Fincham 2010; Laws & Scott 2008; Mehrotra ym. 2009; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Newland 2008; Ryan 2009 a; Ryan 2009 b; Ryan 2010; Thygerson ym. 2008.) Asiakastyytyväisyys on hyvin korkeaa luokkaa (Ryan 2010). Tämä tulos ei yllättänyt opinnäytetyön tekijöitä. Terveyskioskeihin tutustumisen jälkeen olikin arvioitavissa, että tällainen erityisen asiakaslähtöinen innovaatio nostaa asiakastyytyvyyttä ja saavuttaa suuren suosion. Käytännössä terveyskioskiin voi mennä milloin vaan ohi kulkiessa ja vastaanotolle pääsee saman tien. Yhdysvaltojen terveyskioskit täyttävät Suomen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2012) määritelmän matalan kynnyksen terveyspalvelusta: asiakas voi hakeutua palveluun ilman ajanvarausta ja lähetettä, eikä henkilöllisyyden todistaminen ole tarpeellista. Samoin kuin Yhdysvalloissa, Suomessakin Terveyskioskit varmasti houkuttelevat asiakkaita saman helppouden ja mukavuuden johdosta.

Kaikissa artikkeleissa nostettiin myös esiin terveyskioskiasioinnin merkittävä edullisuus asiakkaille Yhdysvalloissa. (Ahmed & Fincham 2010; Laws & Scott 2008; Mehrotra ym. 2009; Miller 2008; Miller 2009; Miller 2011; Newland 2008; Ryan 2009 a; Ryan 2009 b; Ryan 2010; Thygerson ym. 2008.) Suomessa Terveyskioskit toimivat osana julkista perusterveydenhuoltoa ja palvelu on maksutonta kaikille kansalaisille (Sitra 2011), kun taas Yhdysvalloissa terveydenhuolto perustuu maksulliseen vakuutusasiakkuuteen (Ulkoasiainministeriö 2011). Vaikka terveyskioskin perustamiseen vaaditaankin huomattava pääoma (Miller 2009), on terveyskioskit toiminta lähdeaineiston mukaan perustamisen jälkeen erittäin kustannustehokasta myös palvelun tuottajalle (Ahmed & Fincham 2010; Miller 2009; Ryan 2010). Myös Sitra (2011) odottaa tiettyihin valikoituihin palveluihin keskittyvän Terveyskioskin Suomessa olevan kunnalle kustannustehokkaasti toimiva terveyspalvelupiste.

Osaltaan edullisuus, osaltaan palvelun helppo saatavuus ja asioinnin mukavuus vaikuttavat siihen, että Terveyskioskit tavoittavat paljon eri-ikäisiä kansalaisia ja edistävät merkittävästi väestön terveyttä (Miller 2011; Ryan 2010). Erityisen tärkeää se on Yhdysvalloissa, jossa 30 - 40 % kansalaisista on terveydenhuollon piiriin vakuuttamattomia (Miller 2009; Ryan 2010). Yhdysvalloissa kärjistyneen terveydenhuollon ongelmatilan vuoksi terveyskioskit on koettu vastaukseksi tarpeeseen luoda toimivampi terveydenhuollon järjestelmä (Newland 2008; Ryan 2010). Terveyskioskit vähentävät merkittävästi lääkärin vastaanottojen ja päivystyspoliklinioiden kuormittuneisuutta ja vapauttavat niitä keskittymään vaativampiin potilaisiin (Ryan

2010; Miller 2009; Miller 2011). Myös Suomessa Sitra (2011) listaa terveystieteiden tavoitteeksi parantaa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää sekä kuntatalouden hallintaa. Tavoitteena on myös edistää riskiryhmien aikaista tavoittamista ja lisätä asiakastyytyvää palvelua. Yhdysvalloissa on havaittu, että ilman terveystieteen matalan kynnyksen palvelua jopa 20% asiakkaista olisi jättänyt hakeutumatta hoitoon (Ryan 2010). Terveystieteiden toiminta voikin siis mahdollisesti vähentää sairauden voimakkuutta ja tartuntatautien leviämistä sekä kannustaa ennaltaehkäisevään hoitoon (Ryan 2009).

Muita terveystieteiden yhteiskunnallisia hyötyjä palvelun tarpeen, taloudellisuuden, terveydenhuoltojärjestelmän helpottumisen ja väestön terveyden edistämisen lisäksi tutkimusten mukaan ovat saatavilla olevat työvoimaresurssit ja palvelun jatkuva kehittyminen. Työpaikkana terveystieteen kiehtoo sairaanhoitajia muun muassa itsenäisen työskentelyn ja laajojen työaikojen johdosta (Miller 2009). Myös Suomessa Terveystieteiden toimivat sairaanhoitajatyövoimalla (Lahden kaupunki 2011). Koska suurimpaan osaan terveystieteenikäynteistä ei vaadita lääkärin ammattitaitoa, kuvaillaan sairaanhoitajan asiantuntemuksen käyttämisen helpottavan Yhdysvalloissa vellovaa lääkärripulaa (Mehrotra ym. 2009). Tätä myötä sairaanhoitajien näkyvyys paranee ja mahdollisesti kiinnostus kouluttautua kyseiseen ammattiin lisääntyy (Newland 2008), mikä olikin yllättävä positiivinen sivuvaikutus terveystieteiden toiminnasta. Suomessa kiinnostuksen lisääntyminen sairaanhoitajan ammattia kohtaan olisi hyvin positiivinen ilmiö. Toisaalta taas terveystieteiden määrän voimakas lisääntyminen kasvattaa sairaanhoitajien kouluttamisen tarvetta. Newlandin (2008) mukaan sairaanhoitajakoulutuksen opetus sisältöä olisi muutettava terveystieteen keinoilla työskentelemisen tueksi. Työnkuvan laajeneminen tuo mukanaan uudenlaisia odotuksia sairaanhoitajien ammattitaitoon.

Yhteiskunnallisia haasteita kuvattiin aiheuttavan palvelun tuottaminen, koulutuksen lisäämisen ja muuttamisen tarve sekä kritiikki, jonka myötä säädöksiä on päivitetty. Toisaalta terveystieteiden on joiltain tahoilta koettu Yhdysvalloissa myös kilpailevaksi terveydenhuollon palveluksi (Mehrotra ym. 2009; Miller 2009; Miller 2011; Ryan 2010). Suomessa vastaavaa kritiikkiä Terveystieteiden eivät todennäköisesti tule kohtaamaan, sillä ne toimivat osana julkista perusterveydenhuoltoa.

Tutkimusartikkelien terveystieteiden toimintaan liittyen ollaan oltu huolissaan mahdollisista vääristä diagnooseista, antibioottien liikamääräisestä sekä vähentyvästä ennaltaehkäisevästä hoidosta (Ahmed & Fincham 2010; Mehrotra ym. 2009; Ryan 2010). Suurin osa huolista on osoitettu turhiksi. Esimerkiksi ennaltaehkäisevä työ toteutuu terveystieteen keinoilla yhtäläisesti verrattuna muihin terveydenhuollon palveluihin. (Miller 2011.) Terveystieteen keinoilla työskentelevät sairaanhoitajat raportoivat työn yhdeksi miellyttäväksi piirteeksi juuri terveysneuvonnan antamisen (Miller 2009). Terveyden edistämiseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta painotetaan erityisesti Suomen Terveystieteiden toiminnan merkittävänä tavoitteena (Lahden kaupunki 2011).

Kriittinen tarkastelu on aiheuttanut säännösten muuttamisen tarvetta. Useimmat terveyskioskeja koskevat säännökset ovat Yhdysvalloissa osavaltioiden lain alaisia, mutta sairaanhoitajien oikeuksia ohjaavat samat lait ympäri maan (Miller 2008). Laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi toimintaa seurataan ja kehitetään jatkuvasti (Miller 2008; Miller 2011; Ryan 2010). Tällaisen uudenlaisen hoitajatasoisen terveyspalvelun kohtaama kritiikki ja arvostelu oli tavallaan odotettavissa. Toisaalta on hyvin ymmärrettävää, että terveyskioskitoimintaa sekä ihmetellään että kritisoidaan jo sen suuren suosion ja kilpailukyvyn vuoksi. Laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi suurten terveyskioskiketjujen omistajat ovat järjestäneet laajoja koulutuksia sekä perustaneet laaduntutkimustyöryhmiä. Toiminnan laadun parantamiseksi on myös kehitetty erilaisia työkaluja ja muita apukeinoja, jotka ovat tukeneet kliinistä asiantuntemusta. Tarjolla on muun muassa sähköinen hoito- ja lääkkeenmääräysjärjestelmä, tulkkipalvelut ja moninaiset konsultointimahdollisuudet. Haasteena kuvattiin olevan kuitenkin apukeinojen järjestäminen ja niiden käytön opastus ja oppiminen. (Ryan 2009.)

Tulokset olivat kattavat ja monipuoliset, vaikkakin ne perustuvat vain Yhdysvaltojen terveyskioskien kokemuksiin. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää teoriapohjana käytännössä, mutta Yhdysvaltojen terveyskioskitoiminnan koettuja hyötyjä ja haasteita ei voida suoraan verrata suomalaiseen malliin. On huomioitava terveydenhuoltojärjestelmien poikkeavuus keskenään. Kuitenkin esimerkiksi palvelun helppous ja mukavuus houkuttelevat samalla tavalla sekä amerikkalaisia että suomalaisia ihmisiä. Lisäksi hyödyt ja haasteet ammatillisesta näkökulmasta ovat sovellettavissa Suomen Terveyskioskeihin sekä muihin vastaaviin matalan kynnyksen terveyspalveluihin. Osa yhteiskunnallisista hyödyistä, kuten varhaisemman ja helpommat hoitoon pääsyn vaikutukset väestön terveyteen, kannustaa erilaisten matalan kynnyksen terveyspalveluiden perustamiseen. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset puoltavat terveyskioskien tai vastaavanlaisten matalan kynnyksen palveluiden järjestämistä, sillä palvelusta on koettu olevan monenlaista hyötyä.

Lähteet

- Adams, J., Lave, J., McGlynn, E., Mehrotra, A. & Wang, M. 2009. A Comparison of Patient Visits to Retail Clinics, Primary Care Physicians, and Emergency Departments. *Health Affairs Millwood*. Vol. 27, No. 5, 1 - 6.
- Ahmed, A. & Fincham, J. 2010. Physician Office vs. Retail Clinic: Patient Preferences in Care Seeking for Minor Illnesses. *Annals of Family Medicine*. Vol. 8, No. 2, 117 - 122.
- Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja*, A:51/2007. Turku: Turun yliopisto, 2 - 7, 10, 27, 44 - 46.
- Barker, J. 2010. *Evidence-based Practice for Nurses*. Lontoo: Sage Publications Ltd, 56.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus, 52 - 59, 211, 226.
- Green, S. & Higgins, J. (toim). 2011. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 The Cochrane Collaboration.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 27 - 28.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita, 22 - 29.
- Kaltto, T. 2006. *Matalan kynnyksen huumehoitoyksikön arviointi*. Pro-Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, 11 - 18.
- Khan KS, Kunz R, Kleijnen J & Antes G. 2011. *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine: how to review and apply findings of healthcare research*. Lontoo: The Royal Society of Medicine Press, 1, 7, 23, 39 - 40, 51, 71.
- Koulii-hanke. 2011. Luettu 3.1.2011.
<http://www.koulii.fi/koulii>
- Kylmä, J., Lähdevirta, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. *Laadullinen terveystutkimus - Mitä, miten ja miksi?* *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 2003; 119(7), 609 - 615.
- Kyngäs, H & Kääriäinen, M. 2005. *Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä*. *Hoitotiede* vol 17, no 5/-05, 250 - 257.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä*. *Hoitotiede* Vol. 18, no 1/2006, 37 - 45.
- Lahden kaupunki. 2012. *Esite Terveyskioskista*. Luettu 3.1.2012.
<http://www.lahti.fi/TERVEYSKIOSKI>
- Laws, M. & Scott, K. 2008. *The Emergence Of Retail-Based Clinics In The United States: Early Observations*. *Health Affairs*. 27, No. 5, 1293 - 1298.
- Lönnqvist, J. 2010. *Mitä matala kynnyksen merkitsee, ja mitä se ei merkitse?* Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 7 - 10.

Maciosek, M., Solberg, L., Thygeson, M. & Van Vorst, K. 2008. Use And Costs Of Care In Retail Health Clinics Versus Traditional Care Sites. Health Affairs. 27, no. 5, 1283 - 1292.

Miller, K. 2008. Legal Liability in Convenient Care Clinics: Much ado about nothing. The Journal for Nurse Practitioners. Vol. 7, no. 1, 773 - 775.

Miller, K. 2009. Consumer-Driven Health Care: Nurse Practitioners Making History. The Journal for Nurse Practitioners, vol.5, no 1. 31 - 34.

Miller, K. 2011. Retail Clinics: A Promise Made Is a Promise Kept. The Journal for Nurse Practitioners. Vol. 7, no. 1, 51-54.

Newland, J. 2008. Retail-Based Clinics a Viable Resource for Primary Care. The Nurse Practitioner. Vol. 33, No. 3, 6.

Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysterveystuoto ja sen kehittyminen - esimerkkinä paimonhallinta. Turun yliopisto, 11 - 29.

Poskiparta, M. 2004. Uusi työväline elintapojen muutosta tukevaan terveysterveystuotoon. Terveysterveystuoto no 7/-04, 15 - 17.

Ryan, S. 2009 a. Breaking down barriers part of healthcare reform. The Nurse Practitioner. Vol. 34, No. 12, 6 - 8.

Ryan, S. 2009 b. Providing the right level of care. Convenient care. The Nurse Practitioner. Vol. 34, No. 6, 6 - 7.

Ryan, S. 2010. Convenient Care Clinic in the Broader Health Care Landscape. The Journal for Nurse Practitioners. Vol. 6, no. 1, 27 - 32.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 135.

Sitra 2011. Terveyskioski. Luettu 3.1.2012.
<http://beta.sitra.fi/terveyskioski>

Sosiaali- ja terveysterveystuoto. 2009. Terveysterveystuoto ja sairauksien ehkäisy. Luettu 4.1.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/terveysneuvonta

Terveysterveystuoto ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Matalan kynnyksen palvelut. Luettu 4.1.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/matalan-kynnyksen-palvelut

Terveysterveystuoto. 2012. Terveysterveystuoto. Luettu 4.1.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03442

Törmä, S. 2009. Matala kynnyks - pelkkä retorinen lupaus? Janus vol. 17 no 2/2009, 164 - 169.

Ulkoasiainministeriö. 2011. Maatiedosto Yhdysvallat, Hyvä tietää. Luettu 16.4.2012.
<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=42891&contentlan=1&culture=fi-FI>

Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset näyttöön perustuvan hoitotyön tukena. Hoitotiede Vol. 20, no 1/2008, 1 - 2.

Liitteet

Liite 1. Yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista

Tutkimuspaikka ja -vuosi	Tutkimusartikkelin nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
2009	A Comparison of Patient Visits to Retail Clinics, Primary Care Physicians, and Emergency Departments	Verrata väestötilastoja sekä asiakaskäyntien aiheita terveyskioskeissa, lääkärin vastaanotoilla ja päivystyspoliklinikoilla	Poikkileikkausvertailu erillisistä tietolähteistä keskittyen terveyskioskeissa, lääkärin vastaanotoilla, päivystyspoliklinikoilla tai ensiavussa vierailevien asiakkaiden väestöteellisiin piirteisiin sekä käyntien aiheisiin	Terveyskioskit tavoittavat eniten 18-44 -vuotiaita ihmisiä. Terveyskioskeissa hoituisi jopa 30% lääkärin vastaanotokäynneistä, joten se on kilpailukykyinen hoidon mukavuuden, helppouden, laadun, nopeuden sekä edullisten hintojen vuoksi
2010	Physician Office vs Retail Clinic: Patient Preferences in Care Seeking for Minor Illnesses	Kartoittaa hoidon hinnan ja odotusajan vaikutuksia päätökseen hakeutua terveyskioskiin tai lääkärin vastaanotolle	Summittainen puhelinhaastattelu. 439 valittua haastattelua	Lyhyt odotusaika ja matalat kustannukset houkuttelevat asiakkaita terveyskioskiin. Eniten päätökseen hakeutua terveyskioskiin lääkärin vastaanoton sijaan vaikuttaa hoidon nopea saatavuus, mukavuus ja helppous ja vasta sen jälkeen taloudellinen säästö.
2008	The Emergence Of Retail-Based Clinics In The United States: Early Observations	Kuvata terveyskioskien nousua sekä nostaa esiin toimintaan ja eri menettelytapoihin liittyviä ongelmia ja kysymyksiä.	Tutkimuksessa on käytetty kuluttajatutkimuksia sekä haastattelu yhtätoista klinikan johtajaa ja useita toimialan asiantuntijaa.	Suurin kehitys koskee vakuutusmaksujen vastaanottamista, mikä laskee hoidon hintaa. Terveyskioskeilla otetaan yhä kuitenkin vastaan sekä vakuutettuja että vakuuttamattomia potilaita.

2008	Use And Costs Of Care In Retail Clinics Versus Traditional Care Sites	Verrata terveystioskien käyttötapoja, kehitysuuntaa ja potilaskuntaa sekä viiden yleisimmän sairauden hoidon hintaa lääkärin vastaanottoihin, ensiapupoliklinikkoihin ja päivystykseen	Tutkimuskohteena Minneapolis-St. Paul -alueen MinuteClinic-terveystioskit ja muut hoitotahot. Aineisto on kerätty erilaisista hoitorekistereistä.	Terveystioskien käyttö tarjoaa säästöjä n. 50-55 dollaria käyntiä kohden. Tutkimuksessa tosin on huomioitu vain 6 % kaikista käynneistä, jolloin kaikkien käyntien kustannukset ja laatu pysyvät määrittelemättöminä.
2008	Legal Liability in Convenient Care Clinics: Much ado about nothing	Kuvata terveystioskien hoidon laatua ja asiakastytyväsyyttä vastalauseena toimintaan kohdistuneisiin huolenaiheisiin	Kirjallisuuskatsaus	Terveystioskitoimintaa koskee samat lainsäädännöt, kuin mitä tahansa terveydenhuollon palvelua. Terveystioskien palvelutarjontaa sekä sairaanhoitajien laillinen ammatin harjoittamisen laajuus on herättänyt paljon huolta turhasta.
2009	Consumer-Driven Health Care: Nurse Practitioners Making History	Käydä läpi terveystioskitoiminnan historiaa ja tarjota toimintaan liittyviä tulevaisuuden ennusteita	Kirjallisuuskatsaus, käytössä 13 artikkelia.	Terveystioskit tarjoavat mukavamman ja edullisemmän vaihtoehdon lääkärin vastaanoton ja päivystyspoliklinikan sijaan. Terveystioskitoiminnan on koettu niin hyödylliseksi, että tulevaisuudessa niiden määrän ja palvelutarjonnan uskotaan lisääntyvän merkittävästi.
2011	Retail Clinics: A Promise Made Is a Promise Kept	Kuvata terveystioskitoimintaa ja siinä tapahtuneita muutoksia, sekä sairaanhoitajien roolia terveystioskissa	Kirjallisuuskatsaus, mikä voisi olla?	Helposti tavoitettavat terveystioskit tarjoavat arvokkaita palveluita vähentäen päivystyspoliklinikoiden ja lääkärirasemien kuormittuneisuutta. Terveystioskit ovat pitäneet lupauksensa tarjota edullista ja laadukasta hoitoa kätevään aikaan helppossa paikassa.

2008	Retail-Based Clinics a Viable Resource for Primary Care	Kuvata lyhyesti terveystioskien paikkaa perusterveydenhuollossa, sekä kartoittaa sairaanhoitajan roolin muuttamista terveystioskien myötä.	Kirjallisuuskatsaus kolmesta valikoidusta tutkimusartikkelista.	Terveystioskien tulo on vastannut tarpeeseen luoda uusi, nykyistä parempi terveydenhuollon järjestelmä. Lisäksi terveystioskit tarjoavat sairaanhoitajille erinomaisen mahdollisuuden toteuttaa itsenäistä hoitoa edistyksellisessä sairaanhoitotyön roolissa.
2009 a	Breaking down barriers part of health care reform	Esitellä ratkaisuja terveydenhuollon ongelmiin terveystioskin kautta	Kirjallisuuskatsaus, käytössä kahdeksan artikkelia	Terveystioskit monine hyveineen tarjoavat uutta palvelumallia perusterveydenhuollossa
2009 b	Providing the right level of care	Kuvata sairaanhoitajien miehittämien terveystioskien hyötyjä potilaan näkökulmasta	Kirjallisuuskatsaus, käytössä kolme artikkelia	Terveystioskipalveluiden käyttö on helppoa, edullista ja asiakaslähtöistä, ja sen hyödyistä pyritään antamaan jatkuvaa näyttöä. Sairaanhoitajille terveystioski antaa työympäristönä haasteita.
2010	Convenient Care Clinic in the Broader Health Care Landscape	Kuvata terveystioskien lyhyttä historiaa, toimintaa ja tulevaisuutta	Kirjallisuuskatsaus, käytössä 9 artikkelia	Terveystioskit ja niissä toimivat sairaanhoitajat tarjoavat ratkaisun terveydenhuollon kriisiin, jonka vuoksi ongelmana on löytää terveydenhuollon palveluntarjoaja.