

**MATALAN KYNNYKSEN HOITOPALVELUT
IKÄIHMISTEN HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ
Palveluauto ja terveyskioski**

Anu Järvinen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Monimuunto 11 ASH
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences



Liikkuva palveluauto (Valokuva-arkisto Anu Järvinen 2012)

TIIVISTELMÄ

Tampereen Ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Muuntokoulutus

JÄRVINEN, ANU:

Matalan kynnyksen hoitopalvelut ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä
Palveluauto ja terveyskioski

Opinnäytetyö 37 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Toukokuu 2012

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla palveluautoa ja terveyskioskia sairaanhoitajan työympäristönä sekä ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä ja tuottaa palveluautotoiminnan käynnistämiseen vaadittavia edellytyksiä Jämsän ammattiopistoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää palveluautotoiminnan kehittämisessä ja myöhemmin mahdollisesti perustettavassa terveyskioskitoiminnassa.

Menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin pienimuotoista, kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyön aineisto koostui kirjallisuudesta, muutamasta artikkelista ja kahdesta englanninkielisestä tutkimuksesta, jotka hain Linda-tietokantaa käyttäen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin saamaan mahdollisimman yksityiskohtaista ja monipuolista tietoa matalan kynnyksen hoitopalveluista, joilla opinnäytetyössäni tarkoitetaan liikkuvaa palveluautotoimintaa sekä terveyskioskitoimintaa, jonka käsittely jäi hyvin yleiselle tasolle aiemman tiedon vähäisyyden vuoksi.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että matalan kynnyksen hoitopalveluilla on monenlaisia hyötyjä ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä. Esimerkiksi liikkuvan palveluauton kohdalla kontaktin luominen syrjäseuduilla asuviin nähtiin tärkeänä, asiakasta ja hänen perhettään voitiin hoitaa yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti omassa kodissaan, palvelua voitiin liikuttaa joustavasti ja kysynnän mukaan. Kaikilla ikääntyvillä ei ole mahdollisuutta lähteä kiinteisiin terveystiloihin ja palvelu vähentää myös matkakuluja. Terveyskioskin etuina nähtiin mm. helppous hakeutua ilman ajanvarausta palvelupisteeseen kaupassa käynnin yhteydessä.

Jatkotutkimus voitaisiin tehdä uudesta palvelumuodosta. Toiminnan käynnistämisen jälkeen Jämsän ammattiopistossa olisi hyvä selvittää miten toiminta on lähtenyt käyntiin, millaista asiakaskunta on ollut ja kuinka paljon asiakkaat ovat käyttäneet uutta liikkuvaa palveluautoa ja sen tarjoamia palveluita sekä millaisia palveluita jatkossa kaivattaisiin.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

JÄRVINEN, ANU:

The Low Threshold Care Services as a Contributor of the Elderly People's Wellbeing
A Service Car and a Health Kiosk

Bachelor's thesis 37 pages, appendices 3 pages
May 2012

The aim of this thesis was to describe the service car and the health kiosk as working environments of a nurse as well as in the role of improving the elderly people's welfare. The other purpose was to promote and to product required start-up conditions for the service car at the Jämsä Vocational College. An additional aim was to produce such information that can be used in the development of the service car. The information is useful in the future if the health kiosk activities will be established.

The method used in this thesis was a small-scale, descriptive literature review. The material consisted of the literature, few articles and two in English written studies. From the Linda database was found a total of 10 results. Descriptive literature review aimed to find as detailed and versatile information describing low threshold care services as possible. In this thesis low threshold care services mean service cars and health kiosks. The processing of the health kiosk is described in a very general way because there was only minor existing knowledge concerning this subject.

The literature review shows that the low threshold care services have a wide range of benefits to older people`s wellbeing. For example, creating contacts with people living in periphery were seen important for both to the customer and his family. The customer could be treated individually and comprehensively at their own homes and the service could be moved flexibly and according to the demand. Every customer could not easily access to the solid health care services, and the use of the service car diminished their travel expences.

A proposal for further studies is research the new service form. It would be useful for the Jämsä Vocational College to find out how the service has started and how it is serving. The information concerning what kind of customers use this service, how many customers have visited the service car since the start and what kind of health care services are needed in the future is important.

Key words: service car, health kiosk, older people's wellbeing

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	9
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
	3.1 Taustaa ikäihmisten palveluille.....	10
	3.2 Ikäihmisten hyvinvointia edistävät palvelut.....	12
	3.3 Matalan kynnyksen hoitopalvelut	13
4	ASIAKASLÄHTÖISYYS JA OSALLISUUS IKÄIHMISTEN HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	20
	5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	20
	5.2 Tiedon keruu	20
	5.3 Tietokannat.....	21
	5.4 Aineiston analyysi	21
6	TULOKSET.....	22
7	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	26
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	28
	LÄHTEET.....	32
	INTERNET-LÄHTEET.....	34
	LIITTEET	

Liite 1. Opinnäytetyösopimus

Liite 2. Vanhuspalvelujen lainsäädäntö ja suositukset

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden osuus koko väestöstä kasvaa merkittävästi asettaen haasteita suomalaiselle terveydenhuoltojärjestelmälle. Vuonna 2007 Suomessa oli 65 vuotta täyttäneitä 16,5 %. Vuonna 2010 prosenttiosuus oli 17,6 ja vuonna 2020 vastaava prosenttiosuus olisi jo 23. (Stakes 2008, 15.)

Hyvien puitteiden luominen ikäihmisten hoidolle ja palveluille ovat yhteiskunnan tehtävä, jossa poliittisten päätösten tulee perustua siihen, että toimintakyvyltään heikentyneillä vanhuksilla on sama ihmisarvo ja samat oikeudet kuin muillakin yhteiskunnan jäsenillä. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat vuonna 2001 ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen, joka linjasi vanhustenhuollon kehittämiseksi hyvän ja laadukkaan vanhustenhuollon. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Suositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveyspalveluja sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa vuoden 2008 laatusuosituksessa otetaan huomioon ikääntymispolitiikan ajankohtaiset, valtakunnalliset linjaukset, laatusuosituksista saatujen arviointien tulokset, uusin tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunnitellaan monenlaisia lakisääteisiä, uusia ratkaisuja mm. terveyspalveluiden järjestämisen suhteen. Terveyspalveluiden ja niiden kustannusten kasvu ovat tekijöitä joiden vuoksi palveluja tulee uudelleen miettiä ja kehittää. Toisaalta myös yhteiskunnan muutosten myötä ikääntyneiden ihmisten tarpeet ja ongelmat ovat muuttuneet; muutoksia tapahtuu niin toimintaympäristöissä ja työmenetelmissä, jolloin hoitajilta vaaditaan kykyä suoriutua työstä ja tehtävistä erilaisissa ja haastavimmissa toimintaympäristöissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Hallitusohjelmassa on erityismainintana matalan kynnyksen sosiaali- ja terveyspalveluiden perustaminen ja kehittäminen. Kynnys eri väestöryhmissä kuten (ikäihmisten, mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden) perusterveydenhuollon palveluihin on korkea. Palveluita käyttävät hyvin toimeen tulevat ja koulutetut, kun taas palveluiden ulkopuolelle jäävät pienituloiset ja sosiaalisia ongelmia potevat. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden puuttuminen näkyy ko. väestön terveydentilassa. Perusterveydenhuollossa tarvitaan tulevaisuudessa erilaisia, uusia toimintamalleja, jotka liittyvät kunta ja palvelurakenne uudistukseen. Näin palvelut voitaisiin turvata kaikille väestöryhmille. Tulevaisuudessa uutta teknologiaa hyödyntämällä voidaan matalan kynnyksen terveyspalveluja viedä paremmin asiakkaan kotiin. Esimerkiksi Oulun seudulla on käynnistymässä useita hankkeita toiminnan kehittämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeri korostaa myös liikkuvien palvelumallien tärkeyttä tulevaisuudessa. Näistä malleista käytetään nimitystä *klinikka-autot*, jotka voisivat palvella etenkin syrjäseuduilla asuvia. Tulevaisuudessa liikkuvan palveluauton palvelut voisivat lisääntyä, jos autossa on sairaanhoitaja, joka on saanut koulutuksen kautta oikeuden kirjoittaa lääkeresptejä. Toiminnan tulee olla julkisen sektorin piirissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Matalan kynnyksen hoitopalveluiden kautta saatavat terveyspalvelut ovat osa kansanterveystyötä. Ne ovat palvelumuotoja, joilla voidaan edistää ikäihmisten hyvinvointia. Sosiaali- ja terveysministeri kannustaa Aamulehden lausunnossaan 16.5.2012 kuntayhtymiä perustamaan uusia terveystioskeja niihin kuntiin, joissa katsotaan niille olevan tarvetta: esimerkkinä Lahti, jossa avohoitoa tukevassa terveystioskissa kirjattiin yli 22 000 käyntiä kahden vuoden aikana, kun tavoite oli 16 000 kävijää. Vielä 1980-luvulla terveydenhuolto oli laitoksissa tapahtuvaa, jolloin potilaiden piti hakeutua palvelujen piiriin ja 1970-luvulla terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat pitivät ennaltaehkäiseviä vastaanottoja terveystioskeuksissa, mutta nyt uudenlaiset palvelumuodot mahdollistavat päinvastaisen toimintatavan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Opinnäytetyöni aihe, matalan kynnyksen hoitopalvelut ovat niin yhteiskunnallisesti kuin kansanterveystyön näkökulmasta ajankohtainen ja tärkeä aihe sekä työelämän tarpeista erityisesti noussut kehittämistehtävä. Työn kautta tuleva tieto syventää omaa ammatti-

taitoani ja osaamistani, ja voin hyödyntää tätä tietoa työyhteisössäni uuden innovaation palveluautotoiminnan käynnistämisen vaiheessa. Hoitotyön ja oppilaitoksen näkökulmasta toiminnasta ollaan luomassa pilottikokeilua. Tulevaisuudessa yhtenä tavoitteena olisi liikkuva palvelumuoto, jossa kaupunki voisi vuokrata palveluautoa käyttöönsä esimerkiksi kerran kuussa. Palveluautossa toimisi sairaanhoitaja-lähihoitajatyöpari liikkuvan klinikan merkeissä. Toisena merkittävänä tulevaisuuden tavoitteena on tuottaa oppilaitokselle yritysten ja työelämän kanssa yhteistyössä liikkuva oppimis- ja palveluyksikkö.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata palveluautoa ja terveystioskia sairaanhoitajan työympäristöinä sekä ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä ja tuottaa palveluautotoiminnan käynnistämiseen vaadittavia edellytyksiä organisaatioomme. Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, mitä palveluita palveluauto ja terveystioski tarjoavat ikäihmisille ja mitkä ovat edellytykset palveluautotoiminnalle. Tavoitteena on myös tuottaa organisaatioomme tietoa, jota voidaan hyödyntää palveluautotoiminnan kehittämisessä ja myöhemmin mahdollisesti perustettavassa terveystioskitoiminnassa. Valmis opinnäytetyöni esitellään työelämälle ja työyhteisöllemme 11.5.2012.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata palveluautoa ja terveyskioskia sairaanhoitajan työympäristöinä sekä ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä ja tuottaa organisaatioomme tietoa palveluautotoiminnan käynnistämiseen vaadittavista edellytyksistä.

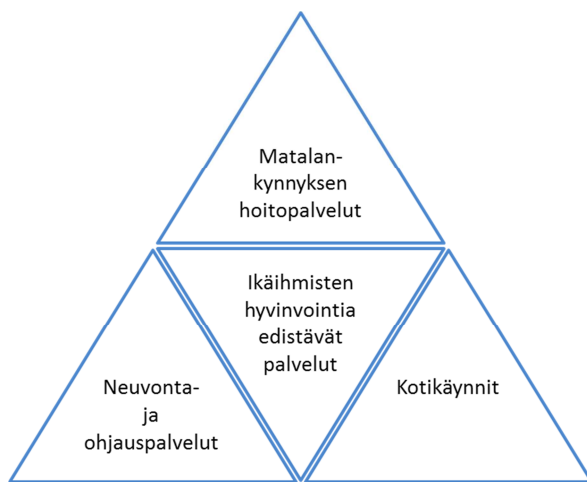
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitä palveluja palveluauto ja terveyskioski tarjoavat ikäihmisille?
2. Mitkä ovat vaadittavia edellytyksiä palveluautotoiminnalle?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa organisaatioomme tietoa, jota voidaan hyödyntää palveluautotoiminnan kehittämisessä ja myöhemmin mahdollisesti perustettavassa terveyskioskitoiminnassa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeisenä teoreettisena lähtökohtana on tuottaa tietoa yhdestä ikäihmisten hyvinvointia edistävästä palvelusta (kuvio 1), kuten matalan kynnyksen hoitopalveluista, joilla tässä työssä tarkoitetaan palveluauton ja terveystioskin tarjoamia terveyspalveluja. Myös kotikäynnit sekä neuvonta- ja ohjauspalvelut nähdään tärkeinä osatekijöinä ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjinä, mutta rajaamme ne työntekijöiden ulkopuolelle.



KUVIO 1. Ikäihmisten hyvinvointia edistävät palvelut (mukaan Järvinen 2012)

Tulevaisuudessa osa kotihoidon tukipalveluja voisivat olla matalan kynnyksen hoitopalvelut, joilla tarkoitetaan kaupungin tarjoamia palveluita, jotka tukevat ikäihmisten selviytymistä ja asumista pitkään omassa kodissaan. (THL 2012).

3.1 Taustaa ikäihmisten palveluille

Ihmisarvon kunnioittaminen on keskeinen arvo, joka tarkoittaa palveluissa ja hoidoissa sitä, että jokaisella on oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta tai palvelujen ja hoidon tarpeesta riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Ihmisen ollessa haavoittunut hänellä on yhtäläinen ihmisarvo muiden ihmisten kanssa, jonka peruspilari on ihmisarvon kunnioittaminen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009). Eettisesti kestävä hoidon lähtökohtia ovat vanhuksen yksilöllinen kohtelu sekä hänen arvojensa ja näkemyksiensä kunnioittaminen. Ter-

veydentilan, toimintakyvyn, läheisten avun ja vanhuksen koko sosiaalisen verkoston huomioon ottaminen ovat hoidon suunnittelussa tärkeitä asioita. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008.)

Ikäihmisen kotona selviytyminen on haaste sekä ikääntyvälle itselleen että myös yhteiskunnalle, koska kotona asuminen on ikäihmiselle inhimillisempää sekä yhteiskunnalle taloudellisesti edullisempää kuin laitoshoido. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008.)

Laadukkaalla kotihoidolla tarkoitetaan kuntoutusta edistävää ja ennakoivaa hoitoa. Kotona tai kodinomaisessa ympäristössä tulisi järjestää pitkäaikainen hoiva ihmisen omien toiveiden mukaisesti. Tavoite vuoteen 2012 mennessä valtakunnallisesti on se, että noin 92 % yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan itsenäisesti tai esimerkiksi myönnettyjen sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin, 14 % saa säännöllistä kotihoitoa, omaishoidon tukea saa 6 % ja 3 % on vanhainkodeissa tai esimerkiksi terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla. Liikkumisen heikentyminen ja erilaiset muistisairaudet lisäävät eniten palvelujen ja laitoshoidon tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008.)

Keskeisiä tekijöitä palveluiden laadun kannalta on henkilöstön määrä, osaaminen ja työhyvinvointi. Vanhustyö vaatii hyvin monipuolista osaamista ja ammattitaitoa, johon kuuluu tieto ikääntymisestä, tieto heidän sairauksistaan ja niiden hoidosta, toimintakyvyn arvioinnista, kuntouttavasta työtoteesta jne. Myös vanhuksen aito kohtaaminen vuorovaikutustilanteessa korostuu, on tärkeää olla läsnä ihminen ihmiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008.)

Vanhusten huollon eettisen neuvottelukunnan raportissa vuodelta 2008 sanotaan seuraavaa:

”jokaisella on oikeus turvalliseen vanhuuteen ja iäkkään ihmisen oikeutta tarpeenmukaiseen hoitoon ja hyvään huolenpitoon, yhteiskunnan velvollisuus on huolehtia siitä, että vanukset saavat tarvitsemansa hoidon, voivat säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa ja elää omien arvojensa mukaisesti”. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE) 2008.)

Kun arvioimme vanhustenhoidon nykytilaa ja kehittämistarpeita olisi hyvä muistaa se, että miten haluaisimme meitä itseämme hoidettavan silloin, kun olemme avun ja huolenpidon tarpeessa (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETE-NE 2008).

3.2 Ikäihmisten hyvinvointia edistävät palvelut

Suomen perustuslain (731/1999, 19 §) mukaan julkisen vallan tulee turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. Seuraavana käsittelen työssäni eettisiä periaatteita (itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus), jotka tulisi ottaa huomioon, kun suunnitellaan ikäihmisten hyvinvointia edistäviä palveluja. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008.)

Itsemääräämisoikeudella ja sen toteutumisella tarkoitetaan sitä, että ikäihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja ja saa päätöksentekoaan varten muilta tukea. Ikäihmisten itsemääräämisoikeutta voidaan edistää voimavaralähtöisellä toiminnalla eli hyödynnetään iäkkään omia voimavaroja niin, että annetaan hänen toimia mahdollisimman paljon itsenäisesti. Voimavaralähtöisyys merkitsee ikääntyvien oman pätevyyden ja osaamisen huomioonottamista, ihmisen oma minäkäsitys luo kehyksen voimavaratunteen kehittymiselle. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008.)

Oikeudenmukaisuus ja osallisuus kuuluvat ikäihmisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Ketään ei tule syrjiä ja erilaisuus tulee hyväksyä. Ikäihmisten hyvinvointia edistävien palveluiden suunnittelussa tulisi ikäihminen nähdä ainutkertaisena, yksilöllisenä persoonana, jossa hänellä on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia sekä vastuunkantoa omasta terveydestään ja elämästään. Psykososiaalisen vanhuskäsityksen mukaan ikäihmisten selviytymisen tukemisessa tulee ottaa huomioon yksilöllisyys, vanhuksen oma näkemys voimavaroistaan, omista tarpeistaan sekä elämänhistoriastaan. Ikäihmisen yksilölliset kokemukset tulisi ottaa huomioon hoitopäätöksiä tehdessä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008.)

Turvallisuus kaikinensa tarkoittaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomista turvaamalla esimerkiksi palvelujen saatavuus ja laatu sekä varmistamalla vanhuksen asuinympäristön turvallisuus. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittami-

nen. Jokaiselle tulee turvata oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008.)

3.3 Matalan kynnyksen hoitopalvelut

Palveluauto

Liikkuva matalan kynnyksen hoitopalvelu tarkoittaa autoa, joka vie matalan kynnyksen periaatteella terveyspalveluja asiakkaan luokse, esimerkiksi kotiin (Törmä 2005).

Liikkuvassa palveluautossa vastaanottoa voi pitää sairaanhoitaja, lähihoitaja tai vanhus-tenpalvelujen palveluohjaaja. Liikkuva palveluauto vie terveyspalveluja sinne, mistä kuntalaisten on hankala kulkea kaupungin kiinteisiin terveystiloihin. Palveluautossa hoitaja voi pitää vastaanottoa esimerkiksi kerran kuussa syrjäseutujen kyläkouluilla tai palvelu viedään suoraan asiakkaan kotiin. Vastaanotolla tai käynnillä asiakkaan kotona voidaan mitata verenpainetta, verensokeria, hemoglobiinia, suorittaa erilaisia testejä (PEF-testi, muistitesti), tehdä pienimuotoisia toimenpiteitä, keskustella lääkahoitoon liittyvistä asioista, injektioiden antaminen, ompeleiden poistoa, diabeetikon jalkojenhoitoa, samanaikaisesti annetaan ennaltaehkäisevää terveysneuvontaa sekä tarvittaessa voidaan ottaa pikalaboratorionäytteitä ja ottaa vastaan uusittavia lääkereseptejä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, YLE Etelä-Karjala 2010.)

Tehtyjen mittausten ja testien tuloksilla voidaan arvioida esimerkiksi asiakkaiden sairauksien mahdollista jatkohoidon tarvetta. Palveluauton tarjoamat terveyspalvelut mahdollistavat yksilöllisten ja tasavertaisten palveluiden saannin matalan kynnyksen periaatteella, jossa samanaikaisesti, yhdellä käynnillä pystytään keskittymään kokonaisvaltaisesti asiakkaan terveydentilaan. Myös hoidon jatkuvuuden tulee kuulua palveluauton ja terveystietokoneen toimintaan eli tarvittaessa asiakas ohjataan seuraavaan yksikköön. Tällä matalan kynnyksen hoitopalvelulla voidaan edistää ikäihmisten asumista ja selviytymistä mahdollisimman pitkälle omassa kodissaan ja vaikuttaa ikäihmisten osallisuuden omassa terveyttä koskevassa päätöksenteossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, YLE Etelä-Karjala 2010.)

Terveyskioski

Terveyskioski on matalan kynnyksen palvelupiste, jossa tarjotaan maksutta hoitajatasoisia perusterveydenhuollon palveluja. Painopiste on terveyden edistämässä, neuvonnassa ja ohjauksessa. Terveyskioski toimii kauppakeskuksessa ilman ajanvarausta ja pidemmällä aukioloajoilla kuin terveysasemat, minkä uskotaan parantavan palveluun pääsyä ja sen palveluja voi käyttää kuka tahansa asuinpaikasta riippumatta. Terveyskioski toimii palveluinnovaationa ja osana palvelurakenteen uudistamista. Uusien mallien tarkoituksena on vastata väestön ikääntymiseen ja työvoimapulan asettamiin haasteisiin. (Terveyskioski 2011.)

Suomessa ensimmäinen terveyskioski avattiin 2009 kesäkuussa Ylöjärvelle kauppakeskus Eloon sekä Lahteen 2010 maaliskuussa kauppakeskus Trioon. Terveyskioskin avaamiseen Lahteen vaikuttivat Ylöjärven terveyskioskista saadut hyvät kokemukset. (Terveyskioski 2011.)

Terveyskioskissa työskentelee esimerkiksi terveydenhoitaja, jalkojenhoitaja, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Esimerkiksi painon hallintaan ja liikuntaan liittyvät asiat voivat olla neuvonnan ja ohjauksen painopistealueita. Asiakkaita tuetaan terveysasioissa ja ohjataan jatkohoitoon. Myös palveluiden hyvä saatavuus madaltaa kaikenikäisten asiakkaiden hakeutumisen kynnystä. Tarjottavia palveluita voivat olla erilaiset verenpaineen ja verensokerin mittaukset, rokotukset, terveyteen ja sen edistämiseen liittyvä neuvonta, ohjaus ja pienet hoitotoimenpiteet (haavojen hoito, ompeleiden poisto, ja vaikkapa korvahuuhtelut sekä lääkehoitoon liittyvät asiat (reseptien uusiminen, lääkkeiden jako ja injektoiden anto) sekä erilaiset teemapäivät, kuten diabeetikoiden jalkojenhoitoon, tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon liittyvät sekä kodin turvallisuuteen liittyvät teemat.) (Terveyskioski 2011.)

Terveyskioskissa toimiva sairaanhoitaja tekee yhteistoimintaa sosiaali- ja terveystoimen, liikunnanohjaajien, nuorisotoimen, kolmannen sektorin järjestöjen, terveydenhuolto-oppilaitosten, koulujen, kauppakeskuksen liikkeiden, apteekkien, pelastustoimen sekä ympäristötoimen kanssa järjestäessään ko. teemapäiviä. Teemapäivät aktivoivat muita alan toimijoita terveyden edistämiseen ja asiakaslähtöiseen toimintaan. (Terveyskioski 2011.)

Kun puututaan varhain terveysongelmiin ja annetaan ennaltaehkäisevää neuvontaa, voidaan estää sairauksien kehittyminen sekä vaikuttaa hoidoista aiheutuviin kustannuksiin. Esimerkkinä käynti sairaanhoitajan luona terveystieteiden keskuksessa voi maksaa jopa 60 euroa, kun taas terveystietokioskissa käynnin hinta on noin 20 euroa. Terveystietokioski edistää kansalaisten, terveystieteiden käyttäjiä tasavertaiseen, yhdenmukaiseen ja elämälaatua edistävään toimintaan. (Terveystietokioski 2011.)

Terveystietokioski täydentää perusterveydenhuollon palveluita. Puhelinruuhka ja vastaanotokäynnit vähenevät terveystieteiden keskuksissa. Lääkärin vastaanottoaikoja vapautuu niitä äkisti tarvitseville. Myös riskiryhmien (esim. keski-ikäiset miehet) tavoittaminen on helpompaa, kun kynnys hoitoon hakeutumisessa on vähäinen, myös valinnan vapaus laajenee asiakasnäkökulmasta. Piilevät sairaudet voidaan löytää ja puuttua niihin varhain, jolloin voidaan välttyä kalliilta leikkauksilta, tutkimuksilta ja lääkehoidoilta. Ennaltaehkäisyllä pyritään hillitsemään terveydenhuollon menoja. Toiminta perustuu ennaltaehkäisevään työhön, terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Terveystietokioski 2011.)

4 ASIAKASLÄHTÖISYYS JA OSALLISUUS IKÄIHMISTEN HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ

Ikäihmistien hoidossa ja palvelussa asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että hoitoa ja palveluja saava ikääntynyt asiakas on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Hoitoa ja palvelua katsotaan asiakkaan näkökulmasta, ikään kuin minä olisin tuo asiakas, miten haluaisin toimittavan? Erityisen tärkeää on ottaa huomioon ne tilanteet, joissa hoitoa ja palvelua saavan asiakkaan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ja mielipiteensä ovat alentuneet. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38.)

Asiakaslähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytetään sitä tietoa, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Tutkimusten mukaan ikäihmiset haluavat asua mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan, ja toivovat saavansa tarvitsemansa terveyspalvelut nopeasti ja ammattitaitoisesti ja haluavat parantua sairauksistaan ja tulla sairaalasta kotiin. He haluavat myös kuntoutusta omatoimisuuttaan tukemaan. Tarvittaessa kotiin toivotaan apua julkiselta tai yksityiseltä palvelujärjestelmältä, koska ikääntyneet eivät halua olla taakkana omaisilleen tai läheisilleen. He arvostavat kotihoidon asiakkaina varmaa, luotettavaa ja turvallista apua sekä yksityisyyttä kunnioittavaa kohtelua. Kun ikäihminen ei selviä enää kotona, haluaa hän ensisijaisesti kodinomaiseen laitokseen tai palveluasuntoon. Laitoshoidon suosio on laskenut, koska palveluasuminen on yleistynyt. (Voutilainen ym. 2002, 38–39.)

Asiakaslähtöisyyden kehittäminen auttaa vastaamaan moneen sosiaali- ja terveyspalveluita koskevaan uudistustarpeeseen. Asiakaslähtöisemmillä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta, asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Sosiaali- ja terveyssektoriin 2000-luvun Suomessa kohdistuvia muospaineita voidaankin pitää asiakaslähtöisyyden kehittämisen vauhdittajina. Yhteenvetona voidaan todeta, että omalta osaltaan paineet muutokseen edistävät myös eri sektoreille liittyvien perinteisten asiakkuuskäsitysten muuttumista asiakaslähtöisempään suuntaan, sillä kaikilta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilta vaaditaan entistä syvällisempää kykyä vastata asiakkaiden kasvaviin, entistä haastavampiin odotuksiin ja tarpeisiin. (Virtanen ym. 2011.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja uudistetaan parhaillaan ja näihin liittyviä kehittämistoimenpiteitä toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriön johdolla ja ohjauksessa. Lainsäädäntö turvaa asiakaslähtöisyyden pohjan antamalla asiakkaalle oikeuksia, mutta laki ei sinänsä velvoita tai ohjaa julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisemmällä tavalla, tästä on esimerkkinä mm. palveluseteliä ja ei-kiireellistä hoitoon pääsyä ohjaavat lait. Sosiaali- ja terveystalveissa asiakkaan merkitys on tiedostettu, mutta asiakaslähtöisyyttä määritellään hyvin helposti palveluita tuottavan organisaation tarpeista ja muualta käsin. (Virtanen ym. 2011.)

Erilaisten sosiaali- ja terveystalvejärjestelmien kehittämisen muuttaminen asiakaslähtöiseksi onnistuu käytännössä vain jos koko järjestelmää kehitetään kokonaisvaltaisesti ja palveluja toisiinsa sitoen. Parhaimmillaan asiakaslähtöinen toiminta edistää palvelutuotannossa parempaa vaikuttavuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta. Asiakas on yksi ja sama läpi eri palveluketjujen ja hallinnollisten rajojen. Samalla asiakkaalla voi olla useita samanaikaisia palvelutarpeita eri kohdissa sosiaali- ja terveystalveketjua, joissa kaikissa palvelujärjestelmän tulisi toimia eri tavoin, mutta silti asiakaslähtöisesti esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. (Virtanen ym. 2011.)

Asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveiden määrittelyssä peruslähtökohtana on asiakkaan näkemys siitä, että hän on käyttäjänä palvelutapahtumassa yksilö, jonka itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa läpi koko hoitotapahtuman. Itsemääräämisoikeuden kunnioitus liittyy vahvasti ihmisarvoon. Ihmisarvoisuuden tärkeys korostuu heikoimassa asemassa olevien asiakkaiden kuten päihteiden käyttäjien, mielenterveyspotilaiden tai vanhusten kohdalla, paitsi asiakkaiden itsensä myös heidän omaistensa puolelta. Käytännössä se tarkoittaa, että asiakkaan mielipide tulisi huomioida edes siinä määrin, mitä hän kykenee sillä hetkellä itse asiastaan ymmärtämään. (Virtanen ym. 2011.)

Asiakkaat kokevat olevansa parhaita oman elämänsä asiantuntijoita. Parhaimmillaan asiakaslähtöisyyden koetaan olevan sellaisissa palveluissa, joissa asiakas kokee osallistuvansa hoidon tai palvelun toteuttamiseen tasavertaisena kumppanina esim. itsehoidon tai muun asiakasta aktivoivan osallistumistavan kautta. (Virtanen ym. 2011.)

Palveluketjun yhdenvertaisuus ja tasa-arvoisuus eivät merkinne asiakkaalle rajatonta valinnanvapautta vaan yksinkertaisesti sitä, että asiakkaan mielipidettä kysytään ja sitä pyritään huomioimaan vaikka sitten jouduttaisiinkin toimimaan tietyissä rajoissa. Esi-

merkkinä erikoissairaanhoidossa asiakaslähtöisyys on sitä, että asiakas luovuttaa oman itsemääräämisoikeutensa hoidosta vastaavalle erikoisasiantuntijalle kuten lääkärille tai sairaanhoitajalle. (Virtanen ym. 2011.)

Osallisuudella tarkoitetaan johonkin yhteisöön liittymistä, kuulumista ja siihen vaikuttamista sekä kokemuksen myötä syntyvää sitoutumista, johon kuuluu myös oikeus saada tietoa itseä koskevista asioista, mahdollisuus ilmaista mielipiteensä ja sitä kautta vaikuttaa omaa terveyttä ja hyvinvointia koskeviin asioihin. Osallisuus on keskeinen hyvinvointia ja terveyttä tuottava tekijä. (Virtanen ym. 2011.)

Ikäihmisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksilla on vahva yhteys heidän kokemaansa hyvinvointiin. Hyvinvoinnin edistäminen, osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen ehkäisy edellyttävät yhteisöllisyyttä; osallisuus liittyy yhteisöön ja yhteiskuntaan kuulumisen tunteeseen, joka syntyy esimerkiksi harrastusten, kansalaisjärjestötoiminnan tai muun vaikuttamisen kautta. Osallisuus merkitsee omakohtaisesta sitoutumisesta nousevaa vaikuttamista asioiden kulkuun ja vastuun ottamista seurauksista. Osallisuus voidaan nähdä syrjäytymisen vastavoimana. Osallisuus on ennen muuta tunne- ja kokemusperäinen asia. Helpoimmin ihminen kokee osallisuutta osallistumisen myötä, joka voidaan nähdä joko olotilana tai kokemuksena. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008.)

”Ikäännyttämispolitiikan tavoitteena on edistää ikäihmisten toimintakykyä, itsenäistä elämää ja aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. Osallisuudessa on kyse yksilötasolla osallisuuden tekemisestä näkyväksi ikäännyttävien palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisestä sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisesta niin että ihminen on iäkkäänäkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen.” (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008.)

”Laajemmassa tarkastelussa sosiaalinen osallisuus merkitsee ikäihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen” (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008).

Kaste-ohjelman 2008–2011, Terveys 2015 -kansanterveysohjelman, Mieli 2009 Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen ja Valtion vammaispoliittisen selonteon tavoitteina on lisätä asiakkaiden osallisuutta kaikissa ikäluokissa, terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä, ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttamista, palveluiden saatavuuden parantamista sekä laitoshoidon vähentämistä ja avopalveluiden kehittämistä. (Hakala & Tahvanainen 2009).

Tulevaisuudessa ammattieettinen toiminnan perusta vahvistuu. Toiminta kohdistuu entistä voimakkaammin hyvän terveyden ylläpitoon, ihmisiin ja asiakkaisiin, jolloin mukaan tulevat sellaiset työtävät, jotka tukevat ihmisten itsemääräämisoikeutta, samoin asiakkaiden omia voimavaroja hyödynnetään nykyistä enemmän. Yksilön lisäksi toiminnassa korostuvat myös perhe- ja yhteisölähtöiset toimintamuodot sekä elin- ja työympäristön terveystieteiden tunnistaminen. Tulevaisuuden hoitotyössä lisääntyvät kriittinen ja tutkiva työote ja näin hoitokäytännöt tulevat perustumaan tutkittuun tietoon, jolloin henkilöstön tulee mukautua nopeisiin toimintaympäristön muutoksiin ja jatkuvaan itsensä kouluttamiseen. (Hildén 2002, 26.)

Hoitotyössä kohdattavat ikääntyneet asiakkaat ovat yhä useammasta sairaudesta kärsiviä ja toimintakyvyltään heikoimmin selviytyviä, jokaisella ikäihmisellä on kuitenkin jäljellä voimavaroja. Hoitotyössä ikääntyminen nähdään ainutkertaisena elämänvaiheena eli ei ole olemassa yleistä ikääntyneen asiakkaan määritelmää, vaan kysymyksessä on aina toimiva, tunteva ja tahtova ihminen, jonka toimintakyky, selviytyminen ja ongelmanratkaisukyky vaihtelevat yksilöllisesti. (Backman 2002, 70.)

Hoitotyössä on hyvä ottaa huomioon se, että jokaisella ikääntyneellä ihmisellä on ollut oma tapansa huolehtia sairauksien hoidosta ja terveydestään. Osa ikääntyneistä ottaa itse vastuun sairauksiensa hoidosta, suhtautumalla hoitotyöntekijöihin omista lähtökohdistaan toimien tasavertaisessa yhteistyössä kantaen vastuun sairauksiensa hoidosta, samalla omaten runsaasti voimavaroja. (Backman 2002, 70.)

Ikäihmistien hoitotyön perusta on hoitotieteessä, joka rakentuu gerontologiselle tietoperustalle, peruskäsitteinä ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyö. Ikäihmistien hoitotyö on ihmisen hoitamista hänen voimavaransa huomioon ottaen niin, että ikääntymisestäään, sairauksistaan ja vajavuuksista huolimatta hän voi elää kotona mahdollisimman pitkään hyvinvoivana ja toimintakykyisenä. (Backman 2002, 70.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisesti käytetyistä kirjallisuuskatsauksen muodoista. Sitä voidaan sanoa yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti. Tutkimuskysymykset ovat väljempää kuin esimerkiksi systemaattisessa katsauksessa. Kuvaileva katsaus, joskus nimitetään myös traditionaalinen kirjallisuuskatsaus, toimii itsenäisenä metodina. Metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka avulla pystytään antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta. (Salminen 2011, 6–7.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimusongelman kannalta oleelliseen kirjallisuuteen, kuten aikakauslehti artikkeleihin ja tutkimuselosteisiin sekä aihetta koskeviin keskeisiin julkaisuihin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007). Kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii työtä, on luettava ja ajateltava kriittisesti ja myös arviointi tapahtuu kriittisesti. Tekijän tulisi tuntea aiheensa hyvin, jotta kirjallisuuskatsaus tuottaisi aiheeseen liittyvää asianmukaista kirjallisuutta. Opinnäytetyön muotona kuvaileva kirjallisuuskatsaus tarjoaa erinomaisen oppimismahdollisuuden. (Hirsjärvi ym. 2007.)

5.2 Tiedon keruu

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tiedon keruu pohjautuu opinnäytetyön tehtäviin, joista pyrittiin saamaan viimeisin olemassa oleva ja tutkittu tieto. Opinnäytetyön tehtävistä nousivat tiedonhaussa käytetyt termit, jotka halusin rajata seuraaviin täsmähakuihin:

- palveluauto
- palvelut liikkeelle
- matalan kynnyksen hoitopalvelut
- terveystioski.

5.3 Tietokannat

Tutustuin aiheeseen hakemalla tiedonhakuja Nelli-, Linda- ja Aleksi-tietokannoista, joista valitsin Linda-tietokannan (taulukko 1), jota myös koulumme informaatikko suosittelee sen selkeyden vuoksi. Linda-tietokanta on Suomen yliopistojen yhteistietokanta. Lisäksi tein käsin hakuja ja hain tietoa erilaisilla hakusanoilla, jotta saisin mahdollisimman kattavan aineiston. Sain opastusta tiedon haussa sekä Tampereen ammattikorkeakoulun että Jämsän ammattiopiston informaatikoilta. Tiedonhauissa tein selkeän rajauksen aikavälille 2002–2012. Lindasta sain yhteensä kymmenen kelvollista hakutulosta.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyössä käytetty tietokantahaku

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Käytettiin
Linda	Palveluauto	2 kpl	0 kpl
	Palvelut liikkeelle	3 kpl	1 kpl
	Matalan kynnyksen hoitopalvelut	2 kpl	0 kpl
	Terveyskioski	3 kpl	3 kpl

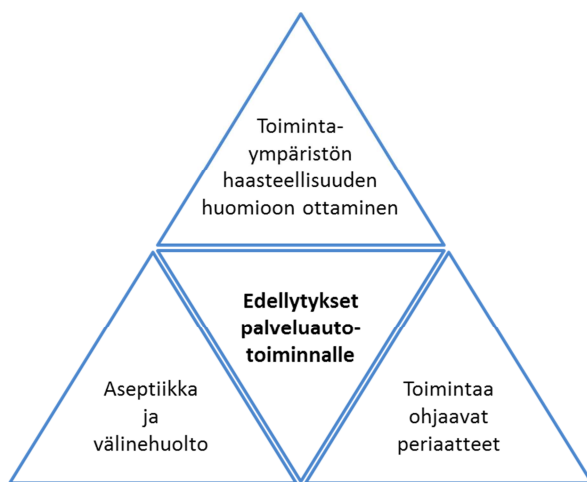
Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoite oli hankkia liikkuvista palvelumuodoista, palvelukioskista sekä terveystietokannasta mahdollisimman kattavasti tietoa (mm. artikkeleita ja tutkimuksia). Matalan kynnyksen hoitopalveluja – kuten palveluautoa – kuvaavaa tutkimustietoa ja kirjallisuutta, jossa olisi tarkasteltu asiaa terveystietokannan tarjonnan näkökulmasta, ei merkittävän paljoa löytynyt ja haku tuntui haasteelliselta.

5.4 Aineiston analyysi

Sisällön analyysi on aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata kirjallisuuskatsauksella saatua aineistoa, ja jonka tavoitteena on tuottaa tietoa opinnäytetyön tehtävistä (Hirsjärvi ym. 2007).

6 TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata palveluautoa ja terveyskioskia sairaanhoitajan työympäristöinä sekä ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä. Opinnäytetyön tuloksena saatiin uutta tietoa sekä tuotettiin organisaatioomme palveluautotoiminnan käynnistämiseksi vaadittavia edellytyksiä, jotka esitetään alla olevassa kuviossa 2. Toiminta palveluautossa poikkeaa perinteisestä hoitoympäristöstä, mikä asettaa monenlaisia haasteita itse toiminnalle ja palveluauton käyttäjille. Nämä haasteet tulee ottaa huomioon toiminnan suunnitteluvaiheessa.



KUVIO 2. Edellytyksiä palveluautotoiminnalle (Järvinen 2012)

Hoito- ja toimintaympäristön haasteellisuuden huomioon ottaminen

- asiakastilan ahtaus, valaistus ja hoitotilan siivous (jokaisen käyttökerran jälkeen)
- eritetahradesinfektio ja huolto-ohjeet
- hoitajan oma ergonomia
- työskentelyn helpottamiseksi hoitotilassa on oltava tehokas ilmanvaihto ja automaattisesti säädettävä lämpötila.

Aseptiikalla tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään estämään infektioiden leviäminen ja synty. Aseptiikkaan kuuluvat

- käsihygienia
- suojainten käyttäminen.

Välinehuollolla tarkoitetaan tartuntojen leviämistä ehkäisevää toimintaa. Jämsän ammattiopistolla on käytössä huuhteluhuone, jossa varusteina ovat desinfektio (deko), huuhtelulaite ja sterilointilaite, joilla voidaan suorittaa puhdistus, desinfektio sekä välineiden sterilointi.

Toimintaa ohjaavia periaatteita ovat

- asiakaslähtöisyys (asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtöisin olevaa palvelua; tässä työssä asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka ostaa terveysterveystoimintaa liikkuvasta palveluautosta)
- yksilöllisyys ja hoidon jatkuvuus (autossa asiakasta palvellaan kokonaisvaltaisesti, yhtä asiakasta kerrallaan sekä ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon muualle)
- palveluiden saatavuuden tasavertaisuus (kaikilla tulisi olla oikeus matalan kynnyksen hoitopalveluihin)
- itsemääräämisoikeus (asiakkaalla on oikeus päättää omaan terveyteen liittyvistä asioista)
- turvallisuus (ikäihmisten on mahdollisuus päästä liikkuvaan palveluautoon turvallisesti, mikä on otettu huomioon asentamalla astinlauta ja tartuntatankoja, autoon tullaan sisään sivuovesta ja auton lattia tehty mahdolliseksi liukastua).

Risikon (2012) mukaan matalan kynnyksen hoitopalveluilla, liikkuvalla palveluautolla ja terveystoimintakioskeilla voidaan saavuttaa monenlaisia etuja ikäihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Liikkuvan palvelun avulla saadaan kontakti syrjäseuduilla asuviin ihmisiin, jotka eivät yleensä käytä julkisia terveydenhuollon palveluja tai halua lähteä kotoaan. Palvelu voidaan tuoda lähelle ja siellä on helppo asioida ilman jonotusta, se on yksilöllisempää ja hoitajalla on enemmän aikaa. Kotikäynnillä asiakkaaseen ja hänen ongelmiinsa voidaan kokonaisvaltaisesti keskittyä ja asiakkaalla on mahdollisuus enemmän osallistua ja vaikuttaa omaan terveyttään koskevaan päätöksentekoon, jolloin osallisuus vahvistuu. (Risikko 2012.)

Helsingin diakonissalaitoksessa tehdyn raportin mukaan liikkuvan palveluauton olemassa oloon ollaan varsin tyytyväisiä käyttäjien näkökulmasta. Kaikilla ikäihmisillä ei ole mahdollisuutta päästä kiinteisiin julkisen terveydenhuollon pisteisiin. Toki kiinteät pisteet ovat edelleenkin terveydenhuollon merkittävä peruspalvelu, jota tämänkaltaiset liikkuvat palvelumuodot voivat täydentää. Liikkuvan toiminnan tärkeimpänä etuna nähdään se, että palvelu tuodaan sinne, missä asiakkaat, tässä tapauksessa ikäihmiset

ovat eli lähelle heidän elinpiiriään, samalla heidän matkakulunsa pienenevät. Akuutitkin tapaukset voivat löytyä käyntien yhteydessä. (Törmä 2005.)

Toinen merkittävä etu on se, että palvelua voidaan joustavasti liikuttaa sinne missä on tarvetta ja tarvittaessa vaihtaa paikkaa. Toisaalta myös palvelun saaminen voidaan mahdollistaa esimerkiksi iltaisin tai viikonloppuisin, kun julkinen terveydenhuolto on suljettuna. Arkisin tämänkaltainen palvelumuoto vähentää lisäksi julkisen terveydenhuollon painetta. Kokemukset autosta työympäristönä ja palvelumuotona ovat hyvät, mutta haasteelliseksi koetaan ahtaat tilat ja hygieniasasioiden huomioiminen. Autossa palveluaan yleisesti yhtä asiakasta kerrallaan, jotta asiakkaan intymiteettisuoja ja hoidon yksiköllisyys toteutuvat. (Törmä 2005.)

Risikon (2012) mukaan syrjäseuduilla tähän palvelumuodon piiriin voisivat kuulua muutkin kuin ikäihmiset, jolloin voitaisiin ajatella terveystalujen rinnakkaiskäyttöä kiinteän, julkisen terveystalun ja liikkuvan palvelumuodon välillä. Niillä alueilla, joilla ei ole kiinteää, julkista terveystalupistettä, tulisi sinne ehdottomasti viedä liikkuvaa palvelumuotoa. (Risikko 2012.)

Terveystaloki ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä on saavuttanut suuren suosion ja sijan terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Terveystaloki toiminnan tavoitteena on ollut väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen eli arjessa matalalla kynnyksellä. Terveystalokissa keskitytään hoitajavetoisesti terveyttä koskevan infon antamiseen ja ihmisten hyvinvointiin liittyviin asioihin. Siellä voidaan tehdä pienimuotoisia toimenpiteitä, kuten antaa rokotuksia ja siihen liittyvää neuvontaa, mutta sairauksien hoito ei kuulu. Matalakynnyksen hoitopaikkaan, terveystalokiin voivat kaikki ikäryhmät hakeutua ilman ajanvarausta, jonottamatta ja joustavasti. Terveystalokkeja paremmat audioloajat esimerkiksi iltaisin ja lauantaisin ovat merkitseviä asiakkaille. Kynnys hoitoon hakeutumisessa on matala, koska palvelut ovat helposti saatavissa esimerkiksi kaupassakäynnin lomassa. (Terveystaloki 2011).

Terveystalokin (2011) tekemien tutkimusten mukaan mm. Ylöjärvelle ja Lahteen perustetuista matalan kynnyksen hoitopaikoista on saavutettu monenlaisia etuja. Tulosten perusteella voidaan todeta, että terveystaloki täydentää perusterveydenhuollon palveluita, kohdentaa resursseja sairaudenhoidosta terveystaloneuvontaan vähentämällä esimerkiksi puhelinruuhkaa ja vastaanottokäyntejä terveystalokkeissa. Näin vapautuu lääkärin aiko-

ja niitä äkisti tarvitseville. Myös riskiryhmien (esim. keski-ikäiset miehet) tavoittaminen on helpompaa, kun kynnys hoitoon hakeutumisessa on vähäinen. Samoin ns. piilevät sairaudet ja niihin varhainen puuttuminen tuovat hyötyjä muualle potilaan hoitoketjuihin, vähentämällä esimerkiksi leikkauksia, kalliita tutkimuksia ja lääkehoitoja. Ennaltaehkäisyllä pyritään hillitsemään terveydenhuollon menoja. Toiminta perustuu ennaltaehkäisevään työhön, terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Terveyskioski 2011.)

Terveyskioskin henkilöstö on motivoitunutta työhönsä, mikä on nähtävissä myös asiakkaiden kokemuksissa. Henkilöstö voi laaja-alaisesti kehittää omaa osaamistaan ja työtään moniammatillisessa työryhmässä jakaen asiantuntijuutta toisilleen. (Terveyskioski 2011.)

7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tässä kuvailevassa pienimuotoisessa kirjallisuuskatsauksessa olen tuottanut tietoa ikäihmisille tarjottavista matalan kynnyksen hoitopalveluista sekä määritellyt edellytyksiä palveluautotoiminnan käynnistämiseen.

Prosessi alkoi opinnäytetyön suunnitelman tekemisellä, ja suunnitelman hyväksyivät työn ohjaaja ja esimieheni. Opinnäytetyön tehtäviä mietittiin ja tarkennettiin työyhteisössämme sekä ohjaajan kanssa moneen kertaan. Halusin saada mahdollisimman paljon uutta tietoa aiheesta. Tiedon hakuvaihe oli työläs ja aikaa vievä. Mahdollisimman hyvien hakutuloksien aikaansaamiseksi käytin tarkkoja hakusanoja kuten palveluauto, liikkuva palvelu jne. Tampereen ammattikorkeakoulun informaatikolta saamani apu lisää luotettavuutta. Mietimme yhdessä mm. hakusanoja.

Olen käyttänyt paljon sähköistä manuaalista tiedon hakua, joka lisää sen kriittisyyttä aineiston luotettavuuden arvioinnissa. Opinnäytetyöni aineiston valintaan on vaikuttanut sen niukkuus, koska esimerkiksi palveluautosta on varsin vähän tutkittua tietoa maailmalla ja Suomessa.

Työn luotettavuutta lisäsi merkittävästi sosiaali- ja terveysministeri Risikon lausunto Aamulehdessä 16.5.2012 matalan kynnyksen hoitopalveluiden järjestämisestä ja niiden tulevaisuudesta. Suomesta löysin palveluautoa koskevan Helsingin diakonissalaitoksen julkaiseman raportin ja YLEN julkaiseman klinikka-autoartikkelin.

Aineiston niukkuus on vaikuttanut opinnäytetyöni luotettavuuteen ja sen antamia tuloksia ei voida luonnollisestikaan yleistää, mutta ne ovat suuntaa antavia toiminnan kehittämiselle. Työssä käyttämäni lähteet ovat 2000-luvulta lähtien, mikä lisää osaltaan myös luotettavuutta. Lähdemerkinnät on tehty oikein eikä työ sisällä plagioituja kohtia, kuten Hirsjärvi ym. (2007) teoksessaan toteavat.

Minulla ei ole aikaisempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen teosta, mutta työn ohjaajalta saatu palaute ja useat ohjaustilanteet kevään aikana ovat auttaneet minua työn etenemisessä ja itse tekemisessä. Olen tutustunut lähdemateriaaleihin ja kuvaan hakupro-

sessia hyvin yleisellä tasolla. Työssäni käytetyt lähteet – artikkelit, raportti ja käytetty kirjallisuus – ovat luotettavista lähteistä. Raportoinnin olen tehnyt mahdollisimman huolellisesti ja siten, että se ei ole harhaanjohtavaa, mitä Hirsjärvi ym. (2007) painottavat. Olen tehnyt ahkerasti ja tunnollisesti opinnäytetyötä, mutta koko prosessista paljon oppineena tulevaisuudessa tekisin monet asiat toisin.

Opinnäytetyöhöni ei liity erityisiä eettisiä ongelmia, koska työ on pienimuotoinen kirjallisuuskatsaus, eikä siinä olla suoraan tekemisissä asiakkaiden tai potilaiden sekä heidän tietojensa kanssa, vaan aineistoina on aikaisempi löydetty kirjallisuus.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Työni pienimuotoisena kirjallisuuskatsauksena jäi hyvin yleiselle tasolle. Tiedonhaku tuotti minulle ja organisaatioomme toiminnan kehittämisen helpottamiseksi tärkeää tietoa.

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava. Prosessi alkoi viime syksynä kirjallisuuden etsimisellä ja siihen perehtymisellä. Prosessiin oman haasteensa on tuonut se, että aiheestani ja nimenomaan matalan kynnyksen hoitomuodoista – etenkin palveluautosta – kirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia löytyi varsin vähän. Sen sijaan terveyskioskista kyllä tietoa on saatavilla, ja se päivittyy kaiken aikaa. Olen saanut vastauksia kirjallisuuskatsauksen kautta opinnäytetyöni tehtäviin, mikä mahdollistaa sen, että voimme syksyllä käynnistää palveluautotoiminnan pilotin työyhteisössämme. Opinnäytetyön kautta olen saanut paljon hyödyllistä tietoa tulevaisuutta varten, sillä vastaan palveluauton kehittämistoiminnasta Jämsän ammattiopistossa. Aloitan syksyllä palveluautotoimintakokeilun yhdessä yhteistyökumppanimme Jämsän kaupungin ja kolmannen sektorin kanssa.

Mielestäni ikääntyvä väestö ja kasvavat palvelutarpeet lisäävät erilaisten palveluiden kysyntää ja vaativat monenlaisia resursseja, mikä pakottaa uudistamaan myös julkisten palveluiden tuottamistapoja. Ennaltaehkäisevää toimintaa, matalan kynnyksen palveluja sekä toimintamallien innovointia tarvitaan perusterveydenhuollossa ja mielestäni liikkuva palveluauto ja terveyskioski vastaavat näihin koko väestön sekä tässä ikäihmisten terveyttä koskeviin haasteisiin, antamalla välineitä terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen.

Terveyskioskimallista on jo muutaman vuoden kokemus, jonka perusteella voidaan todeta, ettei terveydenhuollon perusrakenteita voida terveyskioskilla muuttaa, mutta se voi parantaa perusterveydenhuollon julkisuuskuvaa. Näin se saattaa edistää muiden innovaatioiden, kuten liikkuvan palveluauton, kokeilua kunnissa. (Terveyskioski 2011.) Mielestäni terveyskioskin kautta voisi avautua portti uusien palveluiden esittämiseen sekä kokeilemiseen.

Kaikkien tarjottavien terveystalveluiden ydintehtävä on mielestäni ikäihmisten toimintakyvyn ja kuntoutumisen tukeminen. Ehkäisevä toiminta, kotona asumisen tukeminen sekä kattava palvelutarpeen arviointi ovat keskeisiä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Palvelut tulee järjestää asiakasta kunnioittaen, arvokkaasti ja taloudellisesti. Taivoitteena on, että kaikki iäkkäät ihmiset voisivat elää täysipainoista elämää ilman, että toimintakyvyn rajoitukset ja sairaudet olennaisesti heikentäisivät heidän elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2008.)

Vanhuksen hyvän elämän peruspilarit ovat omat voimavarat, toimintakyky ja läheisverkosto. Tärkeitä asioita iäkkäille ihmisille ovat myös terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen, mahdollisuus mielekkääseen tekemiseen ja osallistumiseen sekä omien voimavarojen käyttäminen. Mahdollisimman monella ikäihmisellä tulisi olla edellytykset elää omassa kodinomaisessa, tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään täysipainoista, mielekästä ja omaehtoista elämää. Koti on ikäihmiselle tärkeä paikka, joka luo turvallisuuden tunnetta ja tukee oman elämän jatkuvuutta. Kotona selviytymiseen vaikuttavat myös psyykkisten ja mielen voimavarojen säilyminen, tyytyväisyys ja elämän tarkoituksellisuus. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2008.)

Aina koti ei ole soveltuvin paikka ikääntyneelle ihmiselle. Kun ikäihmisten toimintakyky heikkenee tai hän sairastuu, tarvitaan nopeaa arviointia ja reagointia tilanteeseen. Tällöin iäkkäällä ihmisellä on oikeus luottaa siihen, että hän saa tarvitsemansa hoidon ja palvelut kotiinsa ja mikäli hän ei selviä kotona, on hänellä oikeus päästä ympärivuorokautiseen hoitoon. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2008.)

Mielestäni vanhukselle kotiin tuodut palvelut tai hoito tukevat mm. hänen itsenäisyytään. Palvelujärjestelmät eivät saa ohjata toimintaa eivätkä vallata vanhuksen kotia, vaan tarvitaan kunnioittavaa ja tarkoituksenmukaista palvelua, joka on joustavaa ja luovaa. Jotta palvelu olisi yksilöllistä, joustavaa ja luovaa tarkoitan edellä mainitulla sitä, että omaa toimintaa työntekijänä pitäisi jokaisen tarkastella siitä näkökulmasta kuinka teen työtäni ja miten me yhdessä toimimme. (THL 2012.)

Sosiaali- ja terveystalvelut tuotetaan tulevaisuudessa siten, että asiakkaan hoitokokonaisuuks on kattava, organisaatorajat ylittävä, saumaton palveluketju ja sen suunnittelu muiden palvelun tuottajien kanssa on mahdollista hyödyntäen esimerkiksi teknologian sovellutuksia. Päätöksen tekoon ja ongelman ratkaisuun tulee osallistua moniammatill-

nen asiakasta hoitava tiimi, myös yhteistyö tiiviisti asiakkaan läheisten kanssa on tärkeää. Asiakkaan tukemisessa ja hoitokokonaisuuden hallinnassa hoitotyön asiantuntijuus korostuu. Hoitoympäristöihin tulee myös muutoksia. Kotona hoidetaan yhä sairaampia ja yksinäisempiä asiakkaita ja kotisairaaloiminta laajenee, samoin ennaltaehkäisevä näkökulma kotona asuvien kohdalla korostuu merkityksellisesti. (THL 2012.)

Kotisairaaloimintaa on jo useissa kaupungeissa ja se laajenee. Liikkuvat terveysasemat ja kotisairaanhoidon yksiköt mahdollistavat erilaisen teknologian käytön potilaan luona. Teknologiaa voidaan hyödyntää mm. palveluiden saatavuuden ja hoidon jatkuvuuden varmistamisessa. Tulevaisuudessa otetaan käyttöön myös uusia yhteistyömuotoja sekä hoitokäytäntöjä. Sairaalajaksot lyhenevät entisestään ja kentällä henkilöstön erityisosaaminen keskittyy, jolloin tarvitaan mielestäni erilaisia palvelumuotoja. (THL 2012.)

Myös asiakkaan aktiivinen rooli korostuu ja vaikutus- sekä valinnanmahdollisuudet lisääntyvät tulevaisuudessa. Osa kansalaisista toimii jo nyt oma-aloitteisesti, ottaen vastuuta omasta terveydestään, mutta tarvitsee silti tukea. Tästä näkökulmasta palveluauton ja terveystietokioskin olemassa ololle on suuri tarve, ja näin tarjottujen terveyspalveluiden saatavuus tulisi olla kaikille tasavertainen. (THL 2012.)

Suomessa on tehty selvitystä vanhusten hoidon tilasta, joka on huono. Mikäli tilanne jatkuu samanlaisena ja ”ihmeratkaisua” ei keksitä, tulee esimerkiksi kotihoidon rooli tulevaisuudessa entisestään korostumaan. Sen tueksi tarvitaan toimiva palveluverkosto. (Valvira 2011.) Liikkuva palveluautotoiminta voisi keskittyä esimerkiksi syrjäseuduille tai paikoille, joissa julkinen terveydenhuolto on ylikuormittunut tai sitä ei ole lainkaan. Kun palveluita koskevia päätöksiä tehdään, tulisi arvioida kuinka ne vaikuttavat ikäihmisten kykyyn tuntea itsensä arvokkaaksi yksilöksi. Arvokkuuden ja elämän mielekkyyden kokemus rakentuvat ikäihmisen kuuntelemiselle, yksilölliselle ja tasavertaiselle kohtaamiselle sekä tarpeisiin vastaamiselle yksilöllisesti. (Terveystietokioski 2011.)

Tämän opinnäytetyön tekeminen on syventänyt omaa ammattitaitoani ja tuonut vankkaa tietopohjaa matalan kynnyksen hoitopalveluista ja niiden tarpeellisuudesta kuntatasolla. Olen lähdessä syksyllä organisoimaan ja jalkauttamaan palveluautotoimintaa kentälle yhdessä Jämsän kaupungin, kolmannen sektorin ja opiskelijaryhmän kanssa, joten nyt

uskon, että pitkän tähtäimen tavoitteeni, liikkuvan palvelu-/oppimisyksikön perustamistavoite tulee toteutumaan.

Tulevaisuudessa olisin myös valmis osallistumaan terveystietokioskin käynnistämiseen Jämsän seudulla työstä saamieni oppien perusteella. Olen saanut huomata opinnäytetyön eri vaiheissa, kuinka aiheeni on tärkeä yhteiskunnallisesti, herättäen aika-ajoin ajankohtaista keskustelua eri medioissa. Vaikka työni sivumääräisesti ei kovin laaja olekaan, olen erittäin tyytyväinen lopputulokseen, koska voin hyödyntää tätä valtavaa tietomäärää omassa työyksikössäni uuden toiminnan kehittämistyöhön. "Uusiin saappaisiin" hypääminen ei tunnu pelottavalta, vaan päinvastoin haasteelliselta. Koen myös jonkinlaisena palkintona itselleni työstä sen, että yhteistyökuvio Jämsän kaupungin ja kolmannen sektorin kautta saatiin avautumaan. Uskon, että työni kautta saatu tieto on työyhteisöllemme ensiarvoisen tärkeää toiminnan kehittämisen näkökulmasta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että liikkuvasta palvelumuodosta tarvitaan lisää tutkimusta. Matalan kynnyksen hoitopalvelulla voidaan edistää ikäihmisten asumista ja selviytymistä mahdollisimman pitkälle omassa kodissaan ja vaikuttaa ikäihmisten osallisuuden omaan terveyttä koskevassa päätöksenteossa. Suomessa tarvitaan erilaisia palvelumuotoja, jotta syrjäseuduilla asuvat ikäihmiset saatetaan kattavasti terveystietopalvelujen piiriin. Liikkuva palvelumuoto on erinomainen ikäihmisten hyvinvointia lisäävä ja julkista terveydenhuoltoa täydentävä palvelujärjestelmä, jonne liikkuva palvelumuoto antaa oman sijansa.

Jatkossa tarvittaisiin lisää tutkimusta uudesta palvelumuodosta. Toiminnan käynnistämisen jälkeen Jämsän ammattiopistossa olisi hyvä selvittää, miten toiminta on lähtenyt käyntiin, millaista asiakaskunta on ollut ja kuinka paljon asiakkaat ovat käyttäneet uutta liikkuvaa palveluautoa ja sen tarjoamia palveluita sekä millaisia palveluita tulevaisuudessa kaivattaisiin.

LÄHTEET

- Aamulehti. Uutiset. Pian voi saada lääkereseptin sairaanhoitajalta bussissa. 16.5.2012. Tampere.
- Hakala R. & Tahvanainen S. 2009. Lähihoitajat 2020 – Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkintoon johtavan koulutuksen kehittäminen. OPH. Helsinki.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere. Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. STM. Kuntaliitto. Helsinki.
- Ikäneuvo-työryhmän muistio 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 24. Helsinki.
- Kettunen, Tarja 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä
- Kiikkala, I. 2001. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi.
- Kuntalaki 365/1995, 4§.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus – käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 250–258.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1). 37.
- Laki julkisista hankinnoista 348/2007, 1§.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992, 4§.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007, 1§.
- Launiainen, K. 2010. Terveysneuvontaa terveystieteiltä. Tampereen Ammattikorkeakoulu. Tampere.
- Niemelä, M. 2006. Pitkäikäisten perheyritysten arvoprofiili. *Jyväskylä studies in business and economics* 48. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Nyfors, H. 2007. Tutkimustiedon käyttäjän näkökulma. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Helsinki. Kansanterveyslaitos, 36–39.
- Pikkarainen, A. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki. Edita, 42–68.
- Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Vaasan Yliopiston julkaisuja. Vaasa.
- Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki. Edita

Sihvola, J. 2004. Maailman kansalaisen etiikka. Helsinki. Otava.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015 (Kaste). Helsinki.

Suomen perustuslaki 731/1999, 19§.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. 20 §.

Terveyspalvelut ja terveyden edistäminen 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2008:1 ja 3. Helsinki.

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Kaste-hanke.

Toljamo, M. & Perälä M.-L. 2008. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO- hankkeen aikana. Stakesin raportteja 7/2008. Helsinki: Stakes

Törmä, S. 2005. Palvelut liikkeelle. Helsingin diakonissalaitos. Helsinki.

Uudistuvat lähipalvelut 2007. Kuntalaisen PARAS. Helsinki. Kuntaliitto.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. ETENE-julkaisuja 20.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Otava.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 28/2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki. Tekesin katsaus.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Peiponen, A., 2002. Asiakaslähtöisyys. Stakesin julkaisu. Helsinki.

YLE-uutiset. Klinikka-auto aloitti piikityskierroksella. 2010. Etelä-Karjala.

INTERNET-LÄHTEET

Kansanterveyslaki 1972. Luettu 5.4.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

Terveyskioski 2011. Lahden kaupunki. [viitattu 17.3.2011].
http://www.sitra.fi/fi/Ajankohtaista/Terveyskioski_madaltaa_kynnysta_palveluun_ja_purkaa_terveysaseman_jonoja.htm

Suomen Itsenäisyyden Juhlarahasto 2012. Luettu 12.2.2012.
<http://www.sitra.fi/kuntien/palvelukeskus/terveysneuvonta/terveyskioski>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Luettu 30.1.2012. <http://stm.fi/julkaisut/ikaihmiset>

<http://www.sitra.fi/uutiset/2012/terveyskioskin-toimintamalli-kehittyy-ja-laajenee-lahdessa>. Luettu 14.5.2012.

Tampereen Ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Monimuunto
Anu Järvinen 11 ASH

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

25.10.2011

Jämsän Ammattiopisto
Koulutuspäällikkö
Pirjo Hannula

Opettaja **Anu Järvinen (30.01.1971)** tekee sairaanhoitajaopintoihinsa (AMK) liittyen opinnäytetyönsä Jämsän Ammattiopistoon, aiheena ”Matalankynnyksen hoitopalvelut ikäihmisten hyvinvoinnin edistäjänä”. Anu Järvinen esittää valmiin työnsä toukokuussa 2012 ammattiopiston yhteistyökumppaneille järjestettävässä tilaisuudessa.

Jämsässä 25. lokakuuta 2011

Pirjo Hannula
koulutuspäällikkö,
työnantaja edustaja

Marjo Räsänen
yliopettaja, THL
työn ohjaaja

Anu Järvinen
Opinnäytetyön tekijä

Vanhuspalvelujen lainsäädäntö ja suositukset

Suomen perustuslain (731/1999, 19 §) mukaan

”Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ja lisäksi julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä” (Suomen perustuslaki 731/1999, 19 §).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992, 4 §)

säättää, että kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät seuraavasti:

”hoitaa ne itse, tai sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta, tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti” (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992, 4 §).

Kuntalain (365 /1995, 4 §) mukaan kunnan

”tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä. Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla”. (Kuntalaki 365/1994, 4 §.)

Kunta- ja palvelurakennemuudistusta koskevan lain (169/ 2007, 1 §) tavoitteena on

”varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Suunniteltaessa ja toteutettaessa palveluja on turvattava palvelujen saatavuus, laatu ja rahoitus sekä kaikkien suomalaisten perusoikeudet ja yhdenvertaisuus palvelujen saamisessa”. (Kunta- ja palvelurakennemuudistusta koskeva laki 169/2007, 1 §.)

Laki julkisista hankinnoista (348/ 2007, 1 §) koskee

”kaikkia julkisen sektorin hankintojen kilpailuttamista. Kilpailuttaminen on aina pakollista, kun hankittavan tuotteen tai palvelun arvo ylittää kansallisen kynnyksarvon”.

Kun tuotetaan hyvinvointipalveluja, on tärkeää tarkastella eroja sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä. Sosiaalipalveluista mainittakoon esimerkiksi siivous, ateriointi ja avustamiseen liittyvät palvelut, ja terveyspalveluita ovat kaikki palvelut, jotka liittyvät terveydenhoitoon ja niihin tarvitaan terveysalan koulutus. Kuntalain mukaan kunnan tehtävänä on sen asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen ja hyvinvointipalveluista huolehtiminen joko itse tai kuntayhtymänä tuottamalla tai ostamalla palvelut kuntalaisille. (Kuntalaki 365/1995, 1§, 2§.)

Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan *Kansanterveystlain* (66/72) mukaisesti kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa tapahtuvaa tilapäistä, jatkuvaa tai säännöllistä terveyden- ja sairaanhoitoa (Kansanterveystlaki 66/72).

Kotipalvelulla *Sosiaalihuoltolain* (710/82) mukaisesti tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n mukaan kotipalvelut ovat kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön tai perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Kotipalvelun tukipalveluilla tarkoitetaan ateria-, kuljetus-, kylvytys-, siivous- ja turvapalveluita. (Sosiaalihuoltolaki 710/82, 9§.)