

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

IKÄÄNTYMINEN EUROOPAN UNIONISSA

Kaksi lehtiartikkelia Multidisciplinary European Program projektista

Krekula Laura

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

Kemi 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden laitos

Hoitotyön koulutusohjelma

LAURA KREKULA:

IKÄÄNTYMINEN EUROOPAN UNIONISSA

Kaksi lehtiartikkelia Multidisciplinary European Program projektista

Opinnäytetyö, 42 sivua ja 4 liitettä

Ohjaajat: Heikkinen, Eila & Mikkola, Anja

3.5.2012

Asiasanat: MEP, terveys, ikääntyminen, Suomi, Ranska, Liettua.

Väestön ikääntyminen on kansainvälinen ongelma ja haaste, sillä yli 60 – vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa erityisen voimakkaasti Euroopan talousmaissa. Tieto ikääntymisestä ja iäkkäiden sairauksista eivät yksinään riitä hyvän hoidon toteuttamiseen. Geriatriin kuuluu, että hoitaja ymmärtää kuinka laaja-alaista iäkkäiden hoito ja kuntoutus on ja, että hän mieltää iäkkään potilaan elämän kokonaisuudessaan.

Opinnäytetyön aihe on valittu Multidisciplinary European Program – nimisen projektin pohjalta. Tämän kolmivuotisen projektin teema on *Ikääntyminen Euroopassa*. Ikääntymiseen liittyvien haasteiden ratkaisun lisäksi MEP projektin päämääränä on lisätä Eurooppa-tietoisuutta, lisätä kansainvälisyyttä, avartaa moniammatillista näkemystä sekä parantaa kielitaitoa.

Opinnäytetyön tavoitteet ovat Lounais-Lappi ja Sairaanhoidaja – lehtien artikkelit. Opinnäytetyön tarkoitus on luoda myönteistä julkisuutta MEP projektille ja Kemi-Tornion Ammattikorkeakoululle, levittää tietoa ikääntymisen tuomista haasteista, herättää mielenkiintoa, lisätä kansainvälistä hoitotieteellistä tietämystä ja parantaa geriatriin hoitotyön osaamista. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös tukea moniammatillisuutta sekä lisätä kansainvälisyyttä ja verkostoitumista.

Teoreettisessa osuudessa esitellään MEP projektia. Myös terveystieteitä käydään läpi, jotta käsitys terveyden ulottuvuuksista avautuu. Ikääntymistä lähestytään vertailemalla kolmen esimerkkimaan terveydenhuoltojärjestelmää, tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon ja ikäpolitiikkaa. Nämä maat ovat Suomi, Ranska ja Liettua. Maantieteellisesti nämä kolme maata ovat hyviä vertailukohteita keskenään. Ranska antaa keskieuropallaisuudellaan ja Suomi pohjoismaisuudellaan oman näkökulman aiheeseen liittyen. Entisenä Neuvostoliiton maana Liettua rikastuttaa omalta osaltaan tutkittua aihetta. Kullakin maalla on erilainen historia ja kulttuuri.

Opinnäytetyö on kohdistettu terveysalan ammattihenkilökunnalle, terveysalan opiskelijoille ja opettajille sekä muille aiheesta kiinnostuneille. Hyödynsaajat projektityössä ovat vanhentuva väestö, MEP projekti sekä Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja Terveystieteiden laitos. Opinnäytetyö on hankkeistettu Sairaanhoidaja – lehden kanssa.

Opinnäytetyö pääsi tavoitteisiin, koska Lounais-Lappi – lehden artikkeli julkaistiin 7.4.2011 ja Sairaanhoidaja – lehden artikkeli julkaistiin numerossa 12/2011.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree program in Nursing

LAURA KREKULA:

AGEING IN EUROPEAN UNION

Two articles about the Multidisciplinary European Program project

Bachelor's Thesis, pages 42 and 4 Annex

Advisors: Heikkinen, Eila and Mikkola, Anja

3.5.2012

Keywords: MEP, health, ageing, Finland, France, Lithuania

The population's aging is a global problem and a challenge because the relative proportion of over 60-year-olds is strongly growing in the economic countries of Europe. Knowing about ageing and elderly diseases isn't enough when practicing good quality health care. A part of good geriatric knowledge is that a nurse understands how broad-based elderly care and rehabilitation is and that the nurse understands elderly patient's life as a whole.

The topic to this thesis work is from a project called Multidisciplinary European Program. It is a three-year project and the theme is *Ageing in Europe*. In addition to the solution of age-related challenges, MEP project aims to increase European awareness, increase the international dimension, expand the multidisciplinary approach and improve language skills.

The objectives of the thesis work are articles in magazines called *Lounais-Lappi* and *Sairaanhoitaja*. The purpose of this thesis work is to create positive publicity for the MEP project and Kemi-Tornio's University of Applied sciences, disseminate information about the challenges of ageing, generate interest, increase the international knowledge of health care and improve geriatric nursing skills. The purpose is also to support the multi-professionalism, increase the internationalization and networking.

The theoretical part presents the MEP project. The concept of health is processed so that the conception of the dimensions of health opens. Ageing is approached by comparing the health care system, the satisfaction level of the health care and the age politics of three example countries. The countries are Finland, Lithuania and France. Geographically these countries are a good comparison with each other. Finland being a Nordic country and France being a Mid-European country gives their own perspective to the subject. As a former Soviet country, Lithuania will contribute to enrich the topic studied. Each country has a different history and culture.

This thesis work has been allocated to health professional staff, health care students and teachers as well as other interested readers. The beneficiaries of the project are aging population, the MEP project and the Kemi-Tornio's University of Applied Sciences. This thesis work is commissioned with the *Sairaanhoitaja* magazine.

This thesis work got to its goal because the article in *Lounais-Lappi* magazine was published April 7th 2012 and the article in the *Sairaanhoitaja* magazine was published in the issue of 2011/12.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	5
2	MULTIDISCIPLINARY EUROPEAN PROGRAM.....	7
3	IKÄÄNTYMINEN JA TERVEYS.....	10
3.1	Ikääntynyt väestö.....	10
3.2	Koettu terveys.....	10
3.3	Fyysinen terveys.....	13
3.4	Psykososiaalinen terveys	14
4	IKÄÄNTYMINEN EUROOPAN UNIONISSA.....	16
4.1	Ikäpolitiikka Euroopan Unionissa	16
4.2	Euroopan Unionin teemavuosi 2012	16
4.3	Suomi.....	18
4.4	Ranska	21
4.5	Liettua.....	23
4.6	Yhteiset ongelmakohdat ja mahdolliset toimenpiteet	27
5	PROJEKTIN TOTEUTUS	30
5.1	Projektin tarkoitus ja tavoitteet.....	30
5.2	Projektin rajaus, liittymät ja organisointi	30
5.3	Toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus.....	31
5.4	Tulosten ja prosessin arviointi.....	32
6	POHDINTA.....	34
6.1	Yleispohdinta.....	34
6.2	Eettinen pohdinta.....	35
7	LÄHTEET	37

LIITTEET

1 JOHDANTO

Ikääntyneet jaetaan nuoriin iäkkäisiin eli 60–69 – vuotiaisiin, keski-ikäisiin iäkkäisiin eli 70–79 – vuotiaisiin, vanhoihin iäkkäisiin eli 80–89 – vuotiaisiin sekä hyvin vanhoihin iäkkäisiin eli yli 90 – vuotiaisiin (Backman 2001). Yli 60 – vuotiaiden määrä kasvaa melkein jokaisessa maassa (WHO 2012b). Suomessa vuonna 2007 tehdyssä väestöennustuksessa kerrotaan yli 65 – vuotiaiden osuuden nousevan 16 %:sta 26 %:iin vuoteen 2030 mennessä. Yli 85 – vuotiaiden osuus väestöstä ennustetaan vuorostaan 1,8 %:sta 6,1 %:n vuoteen 2040 mennessä. Luvullisesti määrä nousee 94 000:sta 349 000:een. (Tilastokeskus 2007.) Väestön ikääntyminen on kansainvälinen ongelma ja haaste, sillä yli 60 – vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa erityisen voimakkaasti Euroopan talousmaissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa lehtiartikkelit Lounais-Lappi ja Sairaanhoidaja – lehtiin. Sairaanhoidajien ammattiin kuuluu jatkuva uusimman tiedon hankkiminen, ammatin kehittäminen sekä ajan tasalla pysyminen. Tämän vuoksi kirjoittaminen ammattilehteen on hyvä kanava tiedon levittämiseen. Lounais-Lappi – lehden artikkeli julkaistiin 7.4.2011 (Liite 1). Lounais-Lappi – lehden artikkeli on suppea ja se on tehty yhteistyössä Anja Mikkolan ja Eila Määtän kanssa. Sairaanhoidaja – lehden artikkeli julkaistiin numerossa 12/2011 (Liite 2). Tässä artikkelissa kerrotaan MEP projektista ja intensiivikurssista sekä kansainvälisestä, moniammatillisesta oppimistavasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena luoda myönteistä julkisuutta MEP projektille ja Kemi-Tornion Ammattikorkeakoululle, herättää mielenkiintoa geriatriseen hoitotyöhön, parantaa geriatrisen hoitotyön osaamista, lisätä kansainvälistä hoitotieteellistä tietämystä ja levittää tietoa ikääntymisen tuomista haasteista. Haasteita ovat mm. ikääntyneiden potilaiden lisääntyminen terveydenhuollossa ja geriatrisen hoitotyön kehittäminen yhteistyössä valtion kanssa. Ikääntyvien hoitotyöhön liittyviin erityispiirteisiin tulisi perehtyä paremmin eri terveydenhuollon aloilla. Ikäpoliittisiin haasteisiin tulisi paneutua ja niihin tulisi puuttua entistä tiukemmalla otteella. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös tukea moniammatillisuutta sekä lisätä kansainvälisyyttä ja verkostoitumista. Kansainvälisyys on nykypäivää ja Eurooppa-tietoisuutta tulee kasvattaa. Jokaisen eurooppalaisen tulisi tietää enemmän muista

Euroopan maista ja maiden olosuhteista. Näin saadaan perspektiiviä esim. kotimaan tilanteeseen.

Opinnäytetyön aihe on valittu Multidisciplinary European Program, MEP, nimisen projektin pohjalta. Tämän kolmivuotisen projektin teema on Ikääntyminen Euroopassa, jonka aikana opiskelijat ja oppilaat työskentelevät yhdessä teemaan liittyvien tehtävien parissa. Intensive Program, IP, järjestettiin ensimmäistä kertaa Ranskan Lillessä 14.3.–25.3.2011. Ikääntymiseen liittyvien haasteiden ratkaisun lisäksi MEP projektin tarkoituksena on lisätä Eurooppa-tietoisuutta, lisätä kansainvälisyyttä, avartaa moniammatillista näkemystä sekä parantaa kielitaitoa. (Lesaffre & Malaquin 2011.)

Teoreettisessa osuudessa esitellään MEP projektia, johon opinnäytetyön aihe pohjautuu. Myös terveystietoa käydään läpi, jotta käsitys terveyden ulottuvuuksista avautuu. Ikääntymistä lähestytään vertailemalla kolmen esimerkkimaan terveydenhuoltojärjestelmää, tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon ja ikäpolitiikkaa. Nämä maat ovat Suomi, Ranska ja Liettua. Maantieteellisesti nämä kolme maata ovat hyviä vertailukohteita keskenään. Ranska antaa keskieuropallaisuudellaan ja Suomi pohjoismaisuudellaan oman näkökulman aiheeseen liittyen. Entisenä Neuvostoliiton maana Liettua rikastuttaa omalta osaltaan tutkittua aihetta. Kullakin maalla on erilainen historia ja kulttuuri.

Opinnäytetyöni on kohdistettu terveysalan ammattihenkilökunnalle, terveysalan opiskelijoille, opettajille sekä muille, aiheesta kiinnostuneille. Hyödynsaajat projektityössäni ovat vanheneva väestö, MEP sekä Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja Terveysala. Taustaorganisaationa ovat Multidisciplinary European Program, Sairaanhoitaja – lehti ja Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö on hankkeistettu Sairaanhoitaja – lehden kanssa. Toimeksianto löytyy lopusta (Liite 3).

2 MULTIDISCIPLINARY EUROPEAN PROGRAM

Teoreettiset lähtökohdat opinnäytetyössä ovat Multidisciplinary European Program niminen projekti, ikääntyminen, ikäpolitiikka ja terveydenhuoltojärjestelmä. Gerontologialla tarkoitetaan vanhuutta tutkivaa tieteenaluetta, kun taas geriatrialla tarkoitetaan vanhusten sairauksien tutkimista ja vanhusten hoitoon keskittyntä lääketieteen erikoisalaa (Duodecim 2012).

Ikääntyneiden määrän lisääntyminen kasvattaa ikääntyneiden määrää myös terveydenhuollon asiakkaina. Geriatriasta osaamista tarvitaan ja sitä tulee kehittää kasvavan kysynnän myötä. Geriatriasta hoitotyötä tulisikin kehittää yhteistyössä valtion kanssa, sillä valtion päättäjät vastaavat ikäpolitiikasta. Eri terveydenhuollon alojen tulisi perehtyä ikääntyvien hoitotyön erityispiirteisiin, sillä tieto ja taito yhdessä parantavat hoidon laatua.

Hyvän hoidon toteuttamiseen vaaditaan, että hoitaja ymmärtää mitä muutoksia vanheneminen aiheuttaa ja miten sairauksien oirekuva poikkeaa verrattuna muuhun väestöön. Geriatriin osaamiseen kuuluu edellisen lisäksi myös se, että hoitaja ymmärtää kuinka laaja-alaista iäkkäiden hoito ja kuntoutus on ja, että hän mieltää iäkkään potilaan elämän kokonaisuudessaan. Tieto ikääntymisestä ja iäkkäiden sairauksista eivät yksinään riitä hyvän hoidon toteuttamiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 11–13.)

Multidisciplinary European Program, MEP, on kolmivuotinen projekti, jonka teemana on selvittää ikääntymisen haasteita (Multidisciplinary European Program, 2010, 1). Euroopan komission vuonna 2008 julkaisema raportti ”*Meeting Social Needs in an Ageing Society*” on MEP projektin lähtökohtana (Lesaffre & Malaquin 2011). Ohjelman tavoitteena on moniammatillisuuden ja – kulttuurisuuden lisäksi lisätä sekä yhteistoiminnallisten menetelmien käyttöä opetuksessa, että informaatioteknologian osaamista. (Multidisciplinary European Program 2010, 1.) Ikääntymistä tulisi käsitellä monista eri näkökulmista: ekonomisesta, sosiaalisesta, taloudellisesta ja terveystieteellisestä. MEP projektissa ikääntymisen tuomia haasteita lähdettiin ratkaisemaan moniammatillisella ja monikulttuurisella lähestymistavalla. (MEP 2011.)

Projektia koordinoi Rodrigue Malaquin Lillen yliopistosta (ransk. Université de Lille 1) (Rodrigue Malaquin, henkilökohtainen tiedonanto, sähköposti 4.11.2010). Projekti on rahoitettu yhteistyössä Euroopan Unionin ja sen yhteistyökumppaneiden kesken. Nämä yhteistyökumppanit ovat projektiin osallistuvat oppilaitokset. Projektin ensimmäisen kahden vuoden budjetti on 85 562,80 €. Menot ovat jaettu kolmeen osaan: organisaatiomaksuihin, matkustamiseen sekä asumiseen. (MEP 2012.)

Intensiivijakso määritellään lyhyeksi koulutusohjelmaksi, jonne tulee osallistua vähintään kolmesta eri maasta korkeakouluopiskelijoita ja opetushenkilöitä. Intensiivijakson kesto on rajattu 10 päivästä kuuteen viikkoon, jonka aikana tulee työskennellä kokopäiväisesti ennalta määrätyn aiheen pohjalta. (Euroopan komissio 2011.) Projektin ensimmäinen osa, kaksiviikkoinen intensiivijakso, toteutettiin 14.3.–25.3.2011 Ranskan Lillessä. Toinen osa vuonna 2012 Portugalin Leiriassa ja kolmas osa vuonna 2013 Joensuussa. Intensiivijaksolle osallistuu kolmannen asteen opiskelijoita ja opettajia Belgiasta, Ranskasta, Portugalista, Espanjasta, Suomesta, Laviasta ja Liettuasta. Suomea edustavat, kahden opettajan lisäksi, kuusi Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun opiskelijaa, kolme terveysalan ja kolme liiketalouden yksiköstä. Suomea edustaa Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun lisäksi myös Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulusta kuusihenkinen opiskelijajoukko ja kaksi opettajaa kyseisessä projektissa. (MEP 2011.)

Ongelmalähtöinen oppiminen eli Problem Based Learning, PBL, on opetuksen metodin lisäksi myös strategia ja toimintatapa. Ongelmalähtöinen oppiminen vaatii opiskelijoilta itseohjautuvuutta ja ryhmätyöskentelytaitoa. Se yhdistää eri oppiaineita ja tieteenaloja, koska oppiminen perustuu ongelmaan ja sen käsittelyyn. Opettajan rooli muuttuu ongelmalähtöisessä oppimisessä. Opettajan tulee tukea, auttaa, ohjata ja johtaa oppimista eikä opettaa opiskelijoita. Opettaja on osa opiskelijoiden joukkoa. (Poikela & Poikela 1997.) Ongelmalähtöinen oppiminen lisää tiedollista oppimisvalmiutta, kehittää reflektiivistä ja kriittistä ajattelua, rohkaisee itsenäiseen ongelmanratkaisuun, itsearviointiin, lisää elinikäiseen oppimiseen tarvittavia taitoja, rohkaisee tiedonhakuun, itsenäiseen työskentelyyn, kehittää vuorovaikutus- ja ryhmätyötaitoja, toisten kunnioittamista, yhteisvastuullisuutta sekä tieteellistä ajattelua. Ongelmalähtöinen oppiminen pienentää kuilua koulutuksen ja työelämän välillä. (Takaluoma 2011, 9.)

MEP projekti antaa siis mahdollisuuden opiskelijoille ja opettajille opiskella moniammatillisessa ja monikulttuurisessa ympäristössä. Etiikka, solidaarisuus ja kansallisuus harvoin näkyvät akateemisissa opetussuunnitelmissa. Työskentelymetodit, joita käytetään intensiivijaksoilla, ovat aktiivista opetusta. Ongelmalähtöinen oppiminen antaa mahdollisuuden ongelman määrittämiselle, useiden lähestymistapojen havainnoimiselle ja tiedonhauille. Työpajoissa työskentelemisen ansiosta jokaisen maan edustaja pystyy esittelemään oman maansa näkökulmaa sosiaalisesta, ekonomisesta, taloudellisesta ja terveystieteellisestä näkökulmasta. Nämä aktiiviset oppimismenetelmät ovat innovatiivisia, sillä ne pitävät sisällään moniammatillisuutta, yhteistä oppimista ja edistävät kestävä hanketta. (Lesaffre & Malaquin 2011.)

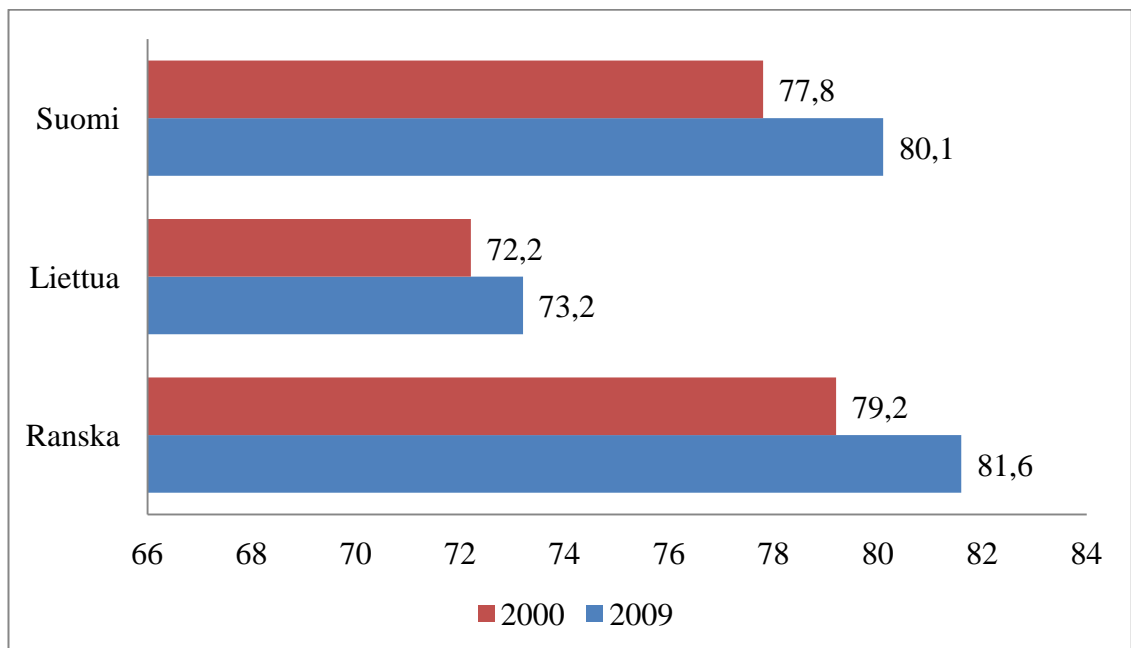
Lukuvuonna 2010–2011 opiskelijoiden työnä oli koota psykososiaalinen ja taloudellinen raportti omasta kotimaastaan ikääntymis – teeman pohjalta. Intensiivijakson aikana opiskelijoiden tuli esittää kotimaissaan tehdyt raportit kaikille projektiin osallistuvien maiden opiskelijoille ja opettajille. Näihin ongelmiin etsittiin yhdessä ratkaisuja pienissä työryhmissä intensiivijakson aikana. Nämä eri työryhmät tuottivat valokuvanäyttelyn, videon, ja nettisivut. He järjestivät lehdistökonferenssin ja laativat kirjallisen koosteen opiskelijoiden tekemistä raporteista ja intensiivijakson aikana syntyneistä kirjallisista materiaaleista. Tämä kooste on nimeltään ”*White Book, Ageing is our concern!*”. Lukuvuoden 2011–2012 työnä oli tutkia ”*White Book, Ageing is our concern!*” koostetta. Opiskelijoiden tehtävänä oli ratkaista study case – tilanteita eri työryhmissä. Työryhmien tehtävänä oli opiskella, mitä solidaarisuuden näkökulmalla tarkoitetaan. Lukuvuoden 2012–2013 tehtävänä on esitellä parhaat ratkaisut, yrittää luoda vielä uusia ratkaisumuotoja ongelmiin ja soluttaa nämä solidaarisuuden näkökulmaan. (Multidisciplinary European Program 2010, 1-2.)

3 IKÄÄNTYMINEN JA TERVEYS

3.1 Ikääntynyt väestö

Ikääntyneiden määrä kasvaa, sillä suurten ikäluokkien sukupolvi vanhenee. Tämä ilmiö on jokaisen Euroopan maan haaste tulevaisuudessa. On toimittava heti, ja ongelmaa olisi parempi käsitellä Euroopan Unionin tasolla taloudellisesta, sosiaalisesta, ekonomisesta ja terveystieteellisestä näkökulmasta. (Geiler & Houchard & Marques & Martinez Garcia & Melecis & Sokura & Repilado Lopez & Rita Lopes & Roda & Zakarauskaite 2011.)

Elinajanodote mittaa tietyn ajanjakson aikana tapahtuneet kuolemat tietyllä alueella. Suomen, Liettuan ja Ranskan elinajanodotteita vuosilta 2000 ja 2009 tarkastellessa näkee, että kunkin maan elinajanodotteet ovat nousseet. Suurin ero on Ranskalla, vuoden 2000 elinajanodote on noussut 2,4 vuodella vuoteen 2009 mennessä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Elinajanodote vuosissa (Heidi Data Tool 2010.)

3.2 Koettu terveys

WHO:n vuoden 1948 määritelmän mukaan terveys on ”täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden poissaoloa” (Huttunen 2011). Tätä määritelmää tosin on arvosteltu suuresti sillä, kellään ei ole mahdollisuutta

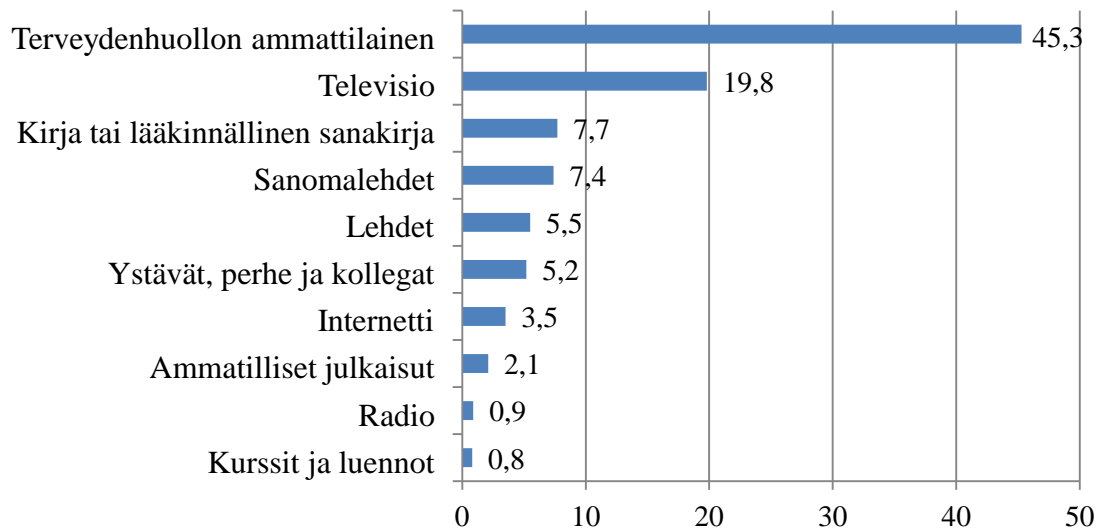
saavuttaa tällaista tilaa. Terveys onkin kokoajan muuttuva tila, johon vaikuttavat eri osa-alueet kuten sairaudet, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Suuressa osassa kuitenkin ovat ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet. (Huttunen 2011.)

Hoitotieteellisessä näkökulmassa ihminen nähdään psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Laajemmin jaoteltuna hoitotieteelliseen näkökulmaan kuuluu edellisten lisäksi vielä seksuaalinen, hengellinen ja emotionaalinen osuus. (Tuominen & Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 16.) Ikääntyneiden sairaanhoidon tavoitteena on fyysisen ja henkisen kärsimyksen lievittäminen ja laadukkaan elämän turvaaminen. On muistettava, että useimmat vanhukset näkevät kuitenkin oman elämänsä mielekkäämpänä mitä esimerkiksi ulkopuoliset arvioivat. (Tilvis 2008, 280.)

Terveyttä määritellään yksilöllisen, yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen tekijöiden avulla. Yksilöllisiä tekijöitä ovat mm. potilaan ikä, sukupuoli ja koulutusaste. Yhteisötason tekijöitä ovat toimeentulokyky sekä ryhmätyöskentelytaidot. Yhteiskunnallisilla tekijöillä tarkoitetaan sen sijaan terveystieteen saatavuutta ja esim. elinympäristöä kuvaavat asiat. (Tuominen ym. 2005, 18.)

Heidi Lehtonen (2008) tuli pro gradu tutkimuksessaan siihen tulokseen, että terveys määrittyy terveyden tunteesta ja terveyden tietämisestä. Terveyden tunne pohjautui vanhuksen omaan kokemukseen. Näitä kokemuksia olivat mm. tunne jaksamisesta ja toimintakyvystä, koetut oireet sekä tunne elämän hallittavuudesta. (Lehtonen 2008.) Iäkkäät henkilöt arvioivat oman terveytensä paremmaksi kuin ulkopuoliset (Leinonen 2008, 223). Kun iäkkäät arvioivat omaa terveyttään, he käyttävät tuntemuksien lisäksi terveydenhuollon ammattilaisilta saatua tietoa (Heikkinen 1997). Tämä tieto pohjautuu ikääntymistä koskevaan terveystietoon, lääketieteellisiin tutkimuksiin sekä lausuntoihin (Huohvanainen 2004).

Euroopan Unionin sisällä tehdyssä tutkimuksessa kaikissa EU maissa ensisijaisena terveystiedon lähteenä on pidetty terveydenhuollon ammattilaisia 45,3 % (Kuvio 2). Terveydenhuollon ammattilaisilla tässä tarkoitetaan farmaseuttia, lääkäriä tai kemistiä. Kurssit ja luennot sijoittuvat viimeiseksi listassa, tutkimuksen mukaan vain 0,8 % käyttävät lähteinä kursseilta tai luennoilta saatua tietoa.



Kuvio 2. Ensisijainen terveystiedon lähde (% -osuus EU väestöstä) (Spadaro 2003.)

The Healthy Life Years (HLY) -indikaattorilla tarkoitetaan jäljellä olevia elinvuosia ilman pitkäaikaisia toiminnanrajoituksia. Elinajanodotteen yhteydessä terveydentilan määrittämisen avulla voidaan arvioida kuinka paljon laadukkaita elinvuosia on jäljellä. HLY -indikaattori ottaa huomioon kuolleisuuden ja sairastavuuden antaen samalla lisätietoa mitä sairaudet aiheuttavat väestön keskuudessa. HLY on siis tarkempi kuin tavallinen elinajanodote yksistään. (Heidi Data Tool 2010.) Taulukossa 1 on listattu miesten terveet elinvuodet 65 -vuotiaana. Taulukkoon 2 on koottu vastaavasti naisten terveet elinvuodet 65 -vuotiaana. Naisilla on enemmän terveitä elinvuosia kuin miehillä jokaisessa maassa, poikkeuksena vuoden 2004 Suomi ja vuoden 2005 ja 2006 Liettua. Ranskassa on taulukoiden 1 ja 2 mukaan eniten terveitä elinvuosia verrattuna Suomeen ja Liettuaan.

Taulukko 1. Terveet elinvuodet 65 -vuotiaana. Miehet. (Heidi Data Tool 2010.)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ranska	8,3	8,2	8,6	9,3	8,7	8,8
Liettua		5,1	5,8	5,2	5,7	5,9
Suomi	7,0	6,2	6,1	7,8	8,0	8,1

Taulukko 2. Terveet elinvuodet 65 -vuotiaana. Naiset. (Heidi Data Tool 2010.)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ranska	9,9	9,4	9,5	9,9	9,8	9,2
Liettua		4,3	5,2	5,4	6,3	6,7
Suomi	6,9	6,5	7,4	8,8	8,9	8,9

3.3 Fyysinen terveys

Sairastavuuden lisääntyminen kuuluu vanhenemiseen. Ikääntyneiden keskuudessa kliinisesti terveitä on vähän ja monitautisuus on yleistä. (Heikkinen 2002, 17.) Pitkäaikaissairaudet ja vaikeudet suoriutua päivittäisissä toiminnoissa lisääntyvät (Suominen 2008, 96). Vanhenemiseen liittyviä anatomisia ja toiminnallisia muutoksia tapahtuu ruumiinrakenteessa, hermostossa, ihossa, verisuonistossa, keuhkoissa, munuaisissa, ruoansulatuselimistössä, aisteissa ja immuunijärjestelmässä (Tilvis & Strandberg & Vanhanen 1997). Lihaskoivu, tasapaino, aistitoiminnot ja näitä koordinoiva keskushermoston toiminta ovat tärkeitä liikkumisen kannalta. Hengitys- ja verenkiertoelimistö ovat tärkeitä liikkumisessa, sillä ne turvaavat elimistön hapen ja energian saannin. Näköaistilla on myös omat puolensa, sillä sen avulla voidaan mm. arvioida ympäristöä ja sen ominaisuuksia. (Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 287.)

Melkein kaikkien sairauksien riski kasvaa, kun ihminen vanhenee. Yleisin vakavin sairaus ikääntyneillä on verisuonitukokset. Pahanlaatuiset kasvaimet ovat myös yleisiä vanhuksilla. Haastetta kasvainten löytämiseen luo niiden hidas kehittyminen, eivätkä ne aina ehdi aiheuttaa oireita ennen kuin vanhus menehtyy. (Tilvis ym. 1997.) Muita yleisimpiä sairauksia ikääntyneillä ovat hermostoon, tuki- ja liikuntaelimiin, munuasiin, sukupuoleen, aistien järjestelmään ja kipuun liittyviä. Hermostollisiin sairauksiin kuuluvat mm. aivohalvaus, Alzheimerin tauti, kognitiiviset vajaudet, Parkinsonin tauti sekä neuropatia. Tuki- ja liikuntaelinsairauksista lihasten surkastuminen, osteoporoosi sekä rappeuttavat nivelsairaudet ovat ikääntyneelle väestölle yleisimpiä. Munuaissairauksista esille nousevat mm. inkontinenssi ja miesten eturauhasen häiriöt. (Jaubert & Resch 2002.) Vanhusten yleisin keuhkosairaus on krooninen bronkiitti. Tästä seurannut keuhkolaajentuma on tyyppinen vanhojen miesten sairaus. Kotisairaanhoidon asiakkailta yleensä on kohonnut verenpaine, sydämen vajaatoiminta tai sydänverisuonisairaus, masennus, diabetes tai

aivoverenkiertohäiriö. Kotona asuvilla vanhuksilla tavallisimpia sairauksia ovat liikkumisvaikeudet, kivut ja säryt, masennus, unettomuus, virtsa- sekä vatsavaivat, sappikivitauti, huono muisti, huimausta ja/tai kohonnut verenpaine. (Tilvis ym. 1997.)

Vanhusten tavallisimpia kuolinsyitä ovat sydäninfarktit, aivoverenkiertohäiriöt, pahanlaatuiset kasvaimet, hengitysinfektiot kuten keuhkokuume ja/tai dementia. Laitoshoitoon johtavia sairauksia ovat mm. aivoverenkiertohäiriöt, dementia, sydänverisuonisairaudet, diabetes, murtumat kuten lonkkamurtumat, pahanlaatuiset kasvaimet, inkontinenssi, masennus ja/tai kotona selviytymättömyys. (Tilvis ym. 1997.)

3.4 Psykososiaalinen terveys

Ikääntyminen muuttaa minäkuvaa. Vanhenemisen myötä ikääntyneet joutuvat luopumaan useista vanhoista asioista ja tavoista, jonka seurauksena elämänhallinnan tunne voi romahtaa ja ikääntyneet voivat tuntea merkityksettömyyttä. (Muotka & Tuomi & Krekula & Heiskanen & Nurmos & Leppälä 2011, 9.) Ympäröivä kulttuuri, masennus, pessimistinen elämänasenne, alentunut terveydentila, liikuntakyvyn heikkeneminen ja tarpeettomaksi kokemisen tunne vaikuttavat yksinäisyyden kokemiseen (Tuuri & Luomala 2009). Puolison tai ystävän kuolema voi lisätä yksinäisyyden tunnetta. Myös työstä poisjääminen muuttaa aiempaa rutiinia. Eläköityminen ei ole aina negatiivista, sillä fyysisesti tai psyykkisesti raskas työ lisää eläkeajatuksia. Tämä on kuitenkin yksilöllistä, sillä kaikki eivät koe kuormittuneisuutta samalla tavalla. Kallimon (2005) tehdyssä tutkimuksessa alle 55-vuotiaista naisista 93 % ajattelivat jäävänsä eläkkeelle ennen varsinaista vanhuuseläkeikää. Eläkkeelle jäämisen tekijöitä olivat terveyteen, toimintakykyyn, perheeseen, omaisiin ja ihmissuhteisiin liittyviä. Työn sisällöllä, rasittavuudella ja taloudellisilla asioilla oli merkitystä. (Kallimo 2005)

Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ikääntyneiden keskuudessa (Muotka ym. 2011, 9). Yli 65 – vuotiaista 16–30% kärsii jostain mielenterveyshäiriöstä (Koponen & Leinonen 1999). Masennus on yksi keskeisimmistä mielenterveyshäiriöistä, keskivaikeat ja lievät masennustilat ovat yleisimpiä ikääntyneillä. 65 – vuotiaista 12,4 % miehistä ja 14,9 % naisista on todettu keskivaikea tai lievä masennus. (Kivelä 2006.) Kehon kuvan ja toimintakyvyn muutokset, sairastaminen, yksin jääminen ja eläköityminen altistavat

masennukseen sairastumiselle. Masennus voi pahimmissa tapauksessa johtaa itsemurhaan. (Muotka ym. 2011, 9–10).

Mielenterveys on sidoksissa sosiaaliseen terveyteen. Sosiaaliset suhteet, sosiaalinen tuki ja sosiaalinen aktiivisuus vaikuttavat ikääntyneiden fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Sosiaalisten suhteiden avulla ikääntyneet pystyvät selviytymään paremmin eri elämän tilanteissa ja pystyvät sopeutumaan sairauksiin. Mielenterveysongelmaisten on suurempi riski erakoitua ja tuntea yksinäisyyttä, jolloin riski joutua laitoshoitoon kaksinkertaistuu. Ongelmana on, että vanhusten mielenterveysongelmat ovat vaikea huomata, eikä niihin aina suhtauduta vakavasti. Hoitomenetelmät ovat kalliita, eikä esimerkiksi suomalainen yhteiskuntajärjestelmä maksa hoitoa, jos ei ole todennäköistä että potilas tulisi työskentelemään tulevaisuudessa. Hoitomenetelmät ovatkin suunnattuja nuoremmille ihmisille. (Muotka ym. 2011, 10–11).

Etnisyys on osa ihmisen identiteettiä. Termiä käytetään kuvaamaan yksilöiden sekä ryhmien välisiä kulttuurisia ja kielellisiä erityispiirteitä. Eri etnisillä ryhmillä on oma yhteinen kulttuuri. Tämän mukaan heillä on omat tavat ja perinteet. Identiteettiä määrittää etnisyyden lisäksi henkilön sukupuoli, ammatti ja yhteiskunnallinen asema. Väitetään, että ikääntymisen myötä henkilön ammatin merkitys voi vähetä samalla kun oman elämän menneisyys ja tausta voivat korostua. (Sarvimäki 2008, 86–87.) Eletty kulttuuri omine arvoineen sekä yksilön päämäärät, odotukset että normit vaikuttavat yksilön elämänlaadun määrittelyyn (Heikkinen 1997). Eri kulttuureissa nähdään vanheneva ihminen erilain. Vanhusten arvostus ja heidän asemansa yhteiskunnassa ja perheessä vaihtelee. Myös käsitykset terveydestä, sairaudesta ja kuolemasta sekä käsitys hyvästä vanhenemisesta kokonaisuudessaan vaihtelevat. (Sarvimäki 2008, 88.)

4 IKÄÄNTYMINEN EUROOPAN UNIONISSA

4.1 Ikäpolitiikka Euroopan Unionissa

Euroopan Unionin ensisijaisena tavoitteena on kansalaisten terveyden ja turvallisuuden edistäminen. EU:n terveystalitiikka oikeuttaa laadukkaiden terveydenhoitopalvelujen saannin tasavertaisilla ehdoilla kaikille kansalaisille. Lisätavoitteita EU:n terveystalitiikalla on ehkäistä tauteja ja sairauksia, edistää terveitä elintapoja sekä suojata kansalaisia terveysuhilta kuten influenssapandemia. Euroopan Unioniin kuuluvien maiden tulee vastata itse terveydenhuollon järjestämisestä ja terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisesta. (EUROPA 2011.)

Euroopan Unionin ikäpolitiikan pohjana ovat ns. elämäkäärinäkökulma ja kokonaisvaltaisuus. EU:n ikäpolitiikalla on kolme tavoitetta, joiden mukaan nykyisten ja tulevien sukupolvien tulee osallistua aktiiviseen työelämään eläkeiän jälkeen, työttömät työkäiset tulee siirtää työelämään sekä nykyiset ikääntyvien työntekijöiden työkykyä ja työhalukkuutta ylläpidettäisiin ja vanhuuseläkkeelle siirtymisikää korotettaisiin. (Sosiaali- ja terveystalitiisteriö 2003.)

Euroopan Neuvoston ikäpolitiikassa korostuu ajatus, ettei vanhusikä ole rappeutumisen ja sairastamisen aikaa. Pidentynyt elinikä on myönteisen kehityksen merkki ja prosessi, joka tuo haastetta. Ikääntyneet ovat niin taloudellinen, inhimillinen ja sosiaalinen resurssi yhteiskunnalle. (Sosiaali- ja terveystalitiisteriö 2003.)

Euroopan komission nykyisen kansanterveyden strategian ”*Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*” tavoitteena on edistää kansalaisten hyvinvointia, solidaarisuutta ja turvallisuutta. Näihin tavoitteisiin pyritään kehittämällä kansalaisten terveysturvaa, tuottamalla ja jakamalla terveyteen liittyvää tietämystä sekä terveyden edistämällä. (Euroopan komissio 2007.)

4.2 Euroopan Unionin teemavuosi 2012

Euroopan Unionin teemavuosi vuodelle 2012 on ”*Aktiivinen ikääntyminen ja sukupolvien välinen solidaarisuus*”. Nykyajan ikääntyneet ovat paljon terveempiä kuin

aiempien sukupolvien ikääntyneet. Iäkkäillä ihmisillä onkin arvokkaita taitoja ja kokemuksia, joista nuoremmat voisivat hyötyä. Aktiivisella ikääntymisellä tähdätään siihen, että ikääntyneet voisivat pysyä työpaikoillaan ja jakaa kokemustaan muiden kanssa. Halutaan, että he säilyttäisivät aktiivisen roolinsa yhteiskunnassa sekä eläisivät mahdollisimman tervettä ja niin täyttä elämää kuin pystyvät. Näiden edellä mainittujen keinojen avulla pystyttäisiin ylläpitämään sukupolvien välistä solidaarisuutta yhteiskunnassa. (EUROPA 2012.)

Teemavuoden tavoitteena on sosiaalisesti kestävä yhteiskunta, jossa ihmisiä kohdeltaisiin yhdenvertaisesti. Kaikkien osallisuuden varmistaminen ja terveyden sekä toimintakyvyn edistäminen kuuluvat päätavoitteisiin. (Cimo 2012.) Teemavuoden avulla halutaan kannustaa kaikkia päättäjiä asettamaan tavoitteita aktiivisen ikääntymisen saavuttamiseksi. EU voi tukea tätä eri politiikan aloilta kuten työllisyys, kansanterveys, tietoyhteiskunta sekä liikenne- ja sosiaaliturva. Vuonna 2012 odotetaan jo konkreettisia tuloksia, eikä pelkästään keskustelua aiheesta. (EUROPA 2012.)

Jokaisen EU -maalla on kansallinen teemavuosikoordinaattori, jonka tulee järjestää teemavuoteen liittyvää toimintaa. Euroopan Komissio koordinoi EU-tasolla ja kannustaa kaikkia osallistujia jakamaan informaatiota keskenään. (EUROPA 2012.) Suomessa teemavuodesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö ja sitä koordinoi työterveyslaitos (Vauhkonen 2012). Teemavuoden tavoitteet Suomessa ovat seuraavat:

- 1. ”Hankkeella luodaan kansalaisille, kansalaisjärjestöille, työpaikoille ja kouluille edellytyksiä ymmärtää entistä paremmin aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien väliseen yhteistyön tärkeys ihmisten osallisuuden ja hyvinvoinnin kehittymiselle ja säilymiselle koko elinkaaren kuluessa.*
- 2. Hankkeella edistetään aktiivista ikääntymistä ja sukupolvien välistä yhteistyötä mahdollistavien menetelmien levittämistä työpaikoille, kouluille ja kansalaisjärjestöille.*
- 3. Hankkeella tuetaan sukupolvien solidaarisuuteen liittyvien kysymysten entistä perusteellisempaa ymmärtämistä. Teemavuoden aikana*

kootaan tietoa kuhunkin sukupolveen kuuluvista erilaisista ryhmistä ja niiden toimintakulttuureista”.(Parkkinen 2012.)

Ranskassa teemavuotta koordinoi myös työterveyslaitos (Europedia 2011). Liettuassa teemavuotta koordinoi sosiaaliturva- ja työministeriö (Ministry of social security and labour). Liettuan tavoitteet teemavuodelle löytyvät Liettuan sosiaaliturva- ja työministeriön nettisivuilta. Liettuan tavoitteet teemavuodelle 2012 on edistää ikäihmisten parempaa koulutusta, parantaa mahdollisuuksia työmarkkinoilla, lisätä heidän sosiaalista osallisuuttaan ja pyrkiä muodostamaan myönteistä kuvaa ikääntyvässä yhteiskunnassa. Myönteistä kuvaa pyritään saada esimerkiksi kehittämällä aloitteita, joilla edistetään solidaarisuutta, yhteistyötä, ymmärrystä ja lisäämällä yleistä tietoisuutta. (Nacionalinès 2012.)

4.3 Suomi

Terveydenhuoltolaissa on määritetty, että kunnilla tulee olla riittävästi voimavaroja niin terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, terveydenhuollon palveluihin, kuin terveydenhuollon ammattihenkilökunnan palkkaamiseen. Terveydenhuollonpalvelujen saavutettavuus tulee olla suhteutettu kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointiin, potilasturvallisuuteen, sosiaaliseen turvallisuuteen ja terveydentilaan. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Kuntien on järjestettävä iäkkäille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Nämä neuvontapalvelut sisältävät mm. terveellisten elintapojen edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien terveydellisten ongelmien tunnistamista ja varhaista tukea sekä sairaanhoidon ja turvallisen lääkehoidon ohjausta. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Väestön vanheneminen tuo haastetta sairaanhoitotyölle eritoten syrjäseutujen kunnille. Jos muutosta ei tapahdu, kunnat ovat suuressa vaikeudessa vanhusten terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen huolehtimisessa. (Heiskanen 2011.) Alle 20 000 asukkaan kunnilla on kaksi vaihtoehtoa, jotta ne pystyisivät täyttämään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa lain määräämää edellytystä. Lain mukaan perusterveydenhuollon palvelut ja

siihen liittyvät sosiaalipalvelut tulee järjestää vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalle. Pienten kuntien tulee siis joko yhdistyä tai muodostaa yhteistoiminta-alueita. (Kokko & Heinämäki & Tynkkynen & Haverinen & Kaskisaari & Muuri & Pekurinen & Tammelin 2009, 3.) Kuntaliitokset mahdollistavat kuntien resurssien tehokkaan kohdentamisen ja tulevaisuuden haasteisiin on näin helpompi vastata. (Suomen Kuntaliitto & Efeko Oy 2007, 3.)

EPSI eli Extended Performance Satisfaction Index indikaattori on tutkinut asiakastyytyväisyyttä terveydenhuollossa. Tutkimukseen kuului kahdeksan maata: Tanska, Suomi, Norja, Ruotsi, Liettua, Viro, Latvia ja Venäjä (Taulukko 3). Suomi sijoittui toiseksi heti Tanskan jälkeen. Tyytyväisyystulokset ovat asteikkoa 0-100. Luku 0 tarkoittaa, että kaikki vastanneet ovat antaneet alimman pistemäärän ja vastaavasti luku 100 tarkoittaa että kaikki vastanneet ovat antaneet täydet pisteet. (EPSI Rating 2012.)

Taulukko 3. Asiakastyytyväisyys terveydenhuollossa maittain (EPSI Rating 2012).

MAA	PISTEMÄÄRÄ
Tanska	75,1
Suomi	73,1
Norja	72,6
Ruotsi	71,6
Liettua	64,7
Viro	62,8
Latvia	59,2
Venäjä	53,8

Vuonna 2011 EPSI Rating:n tutkimus analysoi kuluttajien tyytyväisyyttä ja uskollisuutta palveluntarjoajaa kohtana. Tyytyväisyys Suomen yksityiseen terveydenhuoltoon on kasvanut julkisen terveydenhuollon ohitse edellisestä vuodesta. Koettu imago, työn laatu, palvelun laatu sekä koettu hinta-laatu suhde vaikuttivat tuloksiin. Tulokset ovat asteikkoa 0-100. Vuonna 2011 tyytyväisyys Suomen julkiseen terveydenhuoltoon laski vuodesta 2010 72,3:sta 71,0:n. Uskollisuus Suomen julkiseen

terveydenhuoltoon laski 76,4:sta 73,5:n. Yllätykseksi edellisestä vuodesta tyytyväisyys Suomen yksityiseen terveydenhuoltoon nousi huikkeitä 8,8 yksikköä 72,0:sta 80,8:n. Myös uskollisuus yksityiseen terveydenhuoltoon nousi huomattavasti, 77,1:sta 84,9:n. (EPSI Finland 2011.)

Kaikista Euroopan Unionin maista Suomi on ensimmäinen, joka on muuttanut ikääntyneisiin kohdistuvaa politiikkaa (Sihto 2005, 65). Suomen ikäpolitiikassa yleisenä tavoitteena pidetään ikääntyvien hyvinvointia, mahdollisimman itsenäistä selviytymistä ja hyvän hoidon edistämistä. Tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, taloudellinen riippumattomuus ja sosiaalinen integraatio ovat Suomen ikäpolitiikan keskeisiä arvoja. Päämääränä ovat nykyaikaisen ja aktiivisen ikääntymiskäsityksen toteuttaminen painottaen resursseja ja yksilöllisiä voimavaroja. Suomalaisen ikäpolitiikan haasteita ovat mm. ikääntyvän työvoiman sopeutuminen työelämään, terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja ikääntyneiden toimeentulon turvaaminen. Näihin edellisiin haasteisiin pyritään vastaamaan eläkepolitiikalla, sosiaaliturvapalveluilla ja ehkäisevällä työllä, jota tukee yleinen hyvinvointipolitiikka. Nämä menetelmät saadaan laadukkaiksi ja taloudellisiksi, kun julkisen sektorin, kansalaistoiminnan ja yksityisten tahojen välinen yhteistyö ja vuorovaikutus toimivat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Kansallisen ikäohjelman 1998–2002 mukaan Suomen ikääntyneiden asema on viimeisen kymmenen vuoden aikana parantunut. Ikääntymistä ja ikääntyvän ihmisen työelämää koskevan tiedon määrä sekä saatavuus ovat kasvaneet. Ohjelman mukaan myös elinikäinen oppiminen on tullut yleisemmäksi käsitteeksi sekä ikääntyneiden työllisyysaste, työkyky ja työssä jaksaminen ovat parantuneet. Eläkeikääkin on saatu siirtymään myöhemmälle ajankohdalle. Kansallisen ikäohjelman 1998–2002 kautta esille nousi myös asioita, joita tulisi jatkossa parantaa Suomessa. Näitä ovat mm. ikääntyvien työllisten ikäsyrijintä, uuden työn saamisen mahdollisuus, osa-aikaeläkkeelle siirtyminen ja joustavat työaikamallit. Henkilöstö- ja koulutussuunnitelmassa tulee kiinnittää huomiota ikääntyvän ihmisen erityistarpeisiin. Tehokkaat neuvonta-, ohjaus- ja tukijärjestelyt sekä henkilökohtaiset aikuisopintojärjestelmien luominen auttaisivat näissä ongelmissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa ”*Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010*” - julkaisussa mainitaan Suomen ikäpolitiikan tulevaisuuden haasteista. Merkittävät kansalliset ikäpoliittiset haasteet muodostuvat kuluvan vuosikymmenen aikana kaikenikäisten terveyden ja toimintakyvyn edistämisestä, työelämän vetovoiman lisäämisestä, syrjäytymisen ehkäisemisestä sekä toimivien palveluiden ja kohtuullisen toimeentulon turvaamisesta kaikille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Kansallisia, kansainvälisiä ja kunnallisia hankkeita Suomessa on useita. Näitä ovat mm. Sosiaali- ja terveyshuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2004–2007, Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, Kansallinen terveydenhuolto- ja terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010, Sosiaalialan hanke 2003 sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi ja erilaiset alueelliset ja paikalliset strategiat (Laaksonen & Niskanen & Ollila & Risku 2005, 32).

4.4 Ranska

Ranskassa valtio on vastuussa potilaiden oikeuksien suojelemisessa. Valtio laatii sääntöjä ja valvoo niiden noudattamista. Terveysviranomaiset ovat vastuussa sairaaloiden määrästä ja koosta. He päättävät myös sairaaloiden teknisten laitteiden määrästä. Ranskassa on 8,4 sairaalapaikkaa 1000 asukasta kohden. (Brunner 2009.) Julkisen sektorin sairaaloista kattaa 65 % sairaalapaikoista ja ne ovat vastuussa opetuksesta ja koulutuksesta. Yksityisen sektorin sairaalat tavoittelevat voittoa. Väitetään, että julkisen sektorin ja yksityisen sektorin välillä ei olisi merkittävää eroa kun puhutaan hoidon laadusta. (Brunner 2009.)

Ranskalaiset kuuluvat joko yleisen sairaskassan piiriin (ransk. Sécurité Social) tai he kuuluvat ns. yksityiseen, maksulliseen sairaskassajärjestelmään. 92 % ranskalaisista kuuluu tähän edellä mainittuun yksityiseen järjestelmään. (Durand-Zaleski 2008.) Ylimääräiseen maksulliseen sairaskassajärjestelmään liittyneet saavat erikoissairaanhoidon ilmaiseksi. Näitä ovat synnytykset, leikkaukset, erikoislääkärin vastaanotot terveyskeskuksessa ja sairaalassa sekä sairaalahoidot. Yleistä sairaskassajärjestelmää laajennettiin vastikään siten, että se kattaa kaikki maan kansalaiset, myös työttömät. (Muller 2003, 35.)

Ranskan sairausvakuutusjärjestelmä on taloudellisessa vaikeudessa. Tätä on paikattu mm. valvomalla turhia lääkekuluja. Merkkilääkkeitä halvemmat rinnakkaisvalmisteet ovat pian ainoita täysin korvattuja lääkkeitä, korvausperusteita tiukennetaan ja kokonaan korvattujen lääkkeiden määrää supistetaan. (Muller 2003, 35.) Mittavan taloudellisen vajeen vuoksi sairausvakuutusjärjestelmän uusiminen on tarpeellista. Sitä onkin pyritty muuttamaan jo kauan aikaa, mutta vain puheasteella. Terveysministeri Philippe Douste-Blazy on vuonna 2004 vienyt uudistusta läpi eduskunnassa. Douste-Blazyn uudistus keskittyi kulujen karsimiseen ja väärinkäytösten estämiseen. (Muller 2004, 33–34.) Talousvajetta on saatu alenemaan vuoden 2003:sta 14–17 miljardista vuoden 2007:n 6 miljardiin euroon. Näihin vaikuttaneet muutokset voivat olla mm. tehohoitoa paikkojen vähentäminen, lääkekorvausten rajoittaminen, käsikauppalääkkeiden määräämisen lisääminen ja se, että vuonna 2008 rajoitettiin yksityistä sairausvakuutusta. Nämä rajoitukset kohdistuivat ambulanssikuljetuksiin, lääkärinkäynteihin ja reseptilääkkeiden korvaavuuteen. (Durand-Zaleski 2008.)

EHCI eli Euro Health Consumer Index on mittari, jolla vertaillaan eri maiden terveydenhuollon hoidon laatua ja asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Vuonna 2006 Ranska sijoittui ensimmäiseksi. Tämän mittarin mukaan Ranskassa on teknisesti hyvin toimiva ja laajasti kattava terveydenhuoltojärjestelmä. Ranska sai 576 pistettä 750:stä. Maat, jotka olivat vertailuissa mukana, ovat Belgia, Viro, Ranska, Saksa, Unkari, Italia, Alankomaat, Puola, Espanja, Ruotsi, YK ja Sveitsi. (Health Consumer Powerhouse 2006.)

Ikääntyville kohdistettu kansallinen kampanja (ransk. Campagne nationale en faveur des vieillards) aloitettiin vuonna 1951 (Centre de documentation FNG/CLEIRPPA 2011). Ranskan terveys- ja väestöministeriö halusi, että köyhille ikääntyneille kerättäisiin rahaa. Tukea annettiin heille mm. ruokaseteleinä, kivihiilenä ja sähköinä. Ministeriö antoi keräykselle ns. kansallinen yhteisymmärryksen komitean tuen (ransk. Comité national d'entente). Tämä komitea muodostuu suurista hyväntekeväisyysjärjestöistä. Kansallinen yksityinen sosiaali- ja terveydenhuollon liitto, Uniopss, (ransk. L'Union nationale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux) on edelleen vastuussa kampanjan koordinoinnista. (CFDT Retraités. 2005.)

Vuonna 2003 Ranskassa aloitettiin ohjelma (ransk. Programme Bien Vieillir), jonka tarkoituksena on tukea hyvää ikääntymistä. (Centre de documentation FNG/CLEIRPPA

2011.) Vuoden 2007–2009 Programme Bien Vieillir -ohjelman tarkoitus oli edistää ja suosia mm. kroonisten sairauksien ja komplikaatioiden ehkäisyn strategioita ja hyvää terveyskäyttäytymistä, kuten fyysistä urheilua ja ravitsemusta. Ohjelma suosi myös ikääntyneiden elämänlaadun parantamista asumismuotojen, apuvälineiden ja kaupungin rakentamisuudistusten kautta. Ikääntyneiden sosiaalisen roolin vahvistaminen näkyi edistämällä sosiaaliseen elämään osallistumista ja edistämällä sukupolvien välistä solidaarisuutta. (Houssin 2010, 9–10.)

Kansallisessa ikääntymisen laitoksella (ransk. Institut National du Vieillessement) kehitetään tietoa ikääntymisen prosessista ja tuetaan tutkimuksia. Kansallisella ikääntymisen laitoksella ministerit, lääkeyhdistykset, perheet, unionit ja tutkijat tapaavat toisensa moniammatillisessa ryhmässä. Yhdessä he voivat pitää neuvotteluja, ehdottaa uusia menetelmiä ja keskustella yleisistä käytännöistä. (Guinchard-Kunstler 1999, 35.)

Ranskan ikäpolitiikassa on mukana hyvin kirjava toimija- ja rahoittajajoukko. Kunnat ovat pitkään pyrkineet luomaan linjauksia ikääntyneiden hyväksi. He ovat ylläpitäneet mm. palvelutaloja, vanhainkoteja, vanhuspalveluja ja kotisairaanhoidoa. Ranskan yleiset valtuustot (ransk. Les Conseils Généraux) ovat päätösten tekemisessä ylimpiä elimiä. Osa näistä valtuustoista on kehittänyt toimintaperiaatteita eri gerontologisten osien yhteensovittamiselle. Uusien kokeiluasteella olevien linjauksien tulee tukea sukupolvien välistä yhteistyötä. Sairasvakuutuksella (ransk. L'Assurance Maladie) on merkityksellinen rooli lääkehoidossa. Silläkin on oma osuutensa terveydenhuollon linjausten teossa ja rahoituksessa (Guinchard-Kunstler 1999, 23–24).

Opetusministeriön (ransk. Le Ministère de l'Education Nationale) tulisi olla osallisena toiminnassa, jossa pyritään saamaan yhä nuorempia ymmärtämään ikääntymisen kokonaisuutta ja ikääntymiseen kohdistuneita tavoitteita. Ikääntyneiden roolia koulujen tai työpaikkojen tiedon välittämisessä tulee vahvistaa, ajatellen työssäoppimisen mahdollisuutta, jossa ikääntynyt toimii opettajana. (Guinchard-Kunstler 1999, 36.)

4.5 Liettua

Liettua irtautui pitkäaikaisen Neuvostoliiton vallan alta ja itsenäistyi viimein vuonna 1991 (Kallio 2006, 16–17). Liettuan terveydenhuoltojärjestelmän muodostumisen kehitys on jaettu useaan jaksoon. Itsenäistymisen aikaiset säännölliset keskusteluaiheet

olivat palveluiden yksityistämiseen, organisaation aluejaotuksiin, lääkkeiden hintojen säätämiseen, terveydenhuollon laitosten rakennusuudistuksiin ja terveystalujen hintakriteereihin liittyviä. Uudistukset keskittyivät terveysasemien siirtämiseen takaisin perusterveydenhuoltoon. Tämä merkitsi sitä, että osa sairaalahoidon palveluista siirrettiin avohoidon piiriin. (Petkevicius & Urbanavicius & Abramavicius 336.) Neuvostoaikana sosiaali- ja terveystalut olivat hyvin laitos- ja sairaalakeskeisiä ja avopalveluna toimi miltei ainoana lasten päivähoido. (Moilanen 1997.) Uudistusten myötä sairauksien ehkäisyyn pystyttiin paneutumaan paremmin sekä potilaiden etuja pystyttiin viemään eteenpäin kehittämällä sairausvakuutusjärjestelmää. (Petkevicius & Urbanavicius & Abramavicius 336.)

Itsenäistymisen jälkeen Liettuan sosiaali- työministeriö alkoi valmistella uusia lakeja, luoda hallintoa, kehittää sosiaalipalveluja ja sosiaalityötä. Liettuan kehittäessä sairausvakuutuslakia itsenäistymisen jälkeen, maa valitsi samankaltaisen sairausvakuutuslain kuin Tšekin tasavallalla. Tämän lain mukaan potilaat saavat itse valita lääkärinsä, mikä kuohutti lääkäriammattikuntaa. Sosiaali- ja palvelulakeihin Liettua on ottanut mallia Pohjoismaista. Sen mukaan vastuu sosiaalipalveluista kuuluu paikallistasolle kuten kunnille. Ongelmana onkin kuntien rahan ja kokemuksen puute. Onneksi Liettuan laki sallii järjestöjen ja kirkon järjestää sosiaalipalveluja. Ne saavat apua, tukea ja tietoa ulkomailta. (Moilanen 1997.)

Suurin osa terveydenhuollon laitoksista on voittoa tavoittelemattomia. Niitä johtavat joko kunnat, lääninhallitus tai valtion laitokset. Liettuan terveysministeriö vastaa koko järjestelmän valvonnasta. Alueelliset hallitukset ovat laillisessa vastuussa suurimmasta osasta maakunnan sairaaloista, erikoissairaanhoidon palveluista. Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon laitoksista ja ne hallitsevat avohoitotaloja ja hoitokoteja. Myös pienet ja keskikokoiset sairaalat kuuluvat kuntien alaisuuteen. Haasteellisimmat lääketieteen tutkimukset ja kolmannen asteen terveydenhuolto on keskitetty Vilnan yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan ja Kaunasin lääketieteelliseen yliopistoon. (Petkevicius & Urbanavicius & Abramavicius 337–339.) Liettuan Terveysministeriön mukaan sairaalapaikkojen määrä on laskenut Liettuan sairaaloissa 25 %:lla viimeisen 11–12 vuoden aikana ollen samalla Euroopan Unionin keskiarvon yläpuolella. Euroopan Unionin keskiarvo on 67 sairaalapaikkaa 10 000 henkilöä kohden, kun taas sairaalapaikkojen määrä Liettuassa on 74 paikkaa 10 000 henkilöä kohti. (Lithuanian Health Information Center 2001.)

Liettuassa terveydenhuoltojärjestelmä kärsii korruptiosta. Liettuan terveystieteiden ministeriön alainen Health Insurance Fund on järjestänyt korruptiota ehkäisevää toimintaa. Vuosina 2006–2007 raportoitiin 140 lahjontaa ja 709 väärinkäyttöä. (Health Insurance Fund 2010.) Korruptiota ehkäisevällä toiminnalla pyritään mm. yksilöimään toimia, joissa on mahdollisesti ilmentynyt korruptiota. (State Patients' Fund at the Ministry of Health, 2012.)

Terveydenhuollon kehityksen kulku alkaneen vuodesta 1988. Tällöin alettiin puhua julkisesti Semashko:n terveydenhuoltojärjestelmästä, mikä tarkoittaa mm. terveydenhuollon hallinnon erottamista Neuvostoliiton järjestelmästä. (Petkevicius & Urbanavicius & Abramavicius 337–339.) Viimeisen 10 vuoden aikana Liettuan terveydenhuoltojärjestelmä on kokenut suuria rakenneuudistuksia. 1990-luvun taantuman seurauksena Liettuan valtio on joutunut leikkaamaan terveydenhuollon tuloja, millä on ollut negatiivinen vaikutus terveydenhuollon kehitykseen. (WHO Regional Office for Europe 2000.) Vuonna 1991 kansanterveyslaitoksen strategia hyväksyttiin. Tämän strategian mukaan, terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy on tärkeys korostuu ja terveydenhuollon rahoituksen uudistus määrätään täytäntöön panoon. (Petkevicius & Urbanavicius & Abramavicius 337–339.) Vuodesta 1996 alkaen Liettuan terveydenhuoltojärjestelmä on hiljalleen pyrkinyt siirtymään pois edellisestä terveydenhuollonmallista sopimuksellisempaan malliin. Esimerkiksi lakisääteinen sairausvakuutusjärjestelmä ja terveydenhuoltolaitosten status ovat muuttumassa. (WHO Regional Office for Europe 2000.) Liettuan terveydenhuollon uudistuksen päämääränä on lisätä potilaiden valinnanvapautta, vahvistaa potilaiden oikeuksia ja lisätä hoidon laatua ylläpitäen terveydenhuollon palvelujen saantia. (Liettuan Parlamentti 1998.)

Bankauskainen ja Saarelman (2002) tutkimuksessa ”*Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania?*” voidaan erottaa kolmeen tasoon, jotka kuvaavat liettualaisten tyytymättömyyttä Liettuan terveydenhuoltoon. Nämä kolme tasoa ovat systeeminen taso, institutionaalinen taso sekä yksilötaso. Systeemiseen tasoon kuuluvat terveydenhuollon puutteet. Näitä ovat tyytymättömyys terveydenhuollon uudistusta kohtaan, byrokratia, vaikeus päästä erikoissairaanhoidon, sekä korkeat kustannukset. Institutionaaliseen tasoon kuuluvat mm. puutteet tarjonnassa tai palvelun laadussa. Näitä ovat pitkät jonotusajat, lääketieteellisten laitteiden puute sekä terveydenhuollon palvelujen riittämätön laatu. Yksilölliseen tasoon kuuluvat lääkärin asenteen, taidon ja

työn puutteet. Tarkemmin määriteltynä yksilölliseen tasoon kuuluvat lääkäreiden pätemättömyys, välinpitämättömyys, tarkkaavaisuuden puute, röyhkeys, huolimattomuus ja tiedon puute. Bankauskaiten ja Saarelman (2002) tutkimuksen mukaan eniten liettualaisia häiritsivät yksilötason puutteet, yksilötason lausuntoja saatiin kokoon 315 kappaletta 443 vastanneen keskuudesta. (Bankauskaite & Saarema 2002.)

Liettuan valtio osallistuu kansalliseen strategiaan nimeltä *“the National Strategy of Overcoming the Consequences of Ageing”*. Tämän strategian avulla Liettuan valtio pyrkii vastaamaan väestön ikääntymisen seuraamuksiin. Liettuan valtio on määrännyt sosiaali- ja työministeriön koordinoimaan tämän strategian täytäntöönpanoa ja kutsumaan koolle valtionvarainministeriön, kulttuuriministeriön, liikenneministeriön, viestintäministeriön, terveysministeriön, opetusministeriön, tiedeministeriön ja sisäasiainministeriön ja määrittämään strategian täytäntöönpanon toimenpiteet kaudelle 2005–2013. (Government of the republic of Lithuania 2004.)

Liettuan valtio on velvoitettu hyväksymään Poliittinen julistus *“the Political Declaration”* ja Madridin kansainvälinen toimintasuunnitelma ikääntymiselle *“the Madrid International Plan of Action on Ageing”*. Poliittisessa julistuksessa määrätään maita mahdollistamaan ikäihmisten aktiivinen osallistuminen. Kaikki olosuhteet huomioiden, ikääntyneiden osallisuus poliittisiin, sosiaalisiin, ekonomisiin ja kulttuurisiin tapahtumiin tulee taata. Ikääntyneille tulee antaa mahdollisuuksia työskennellä tuottavasti, oppia ja kehittyä niin kauan kun he sitä haluavat ja kykenevät. Ikääntyneiden terveydentila ja hyvinvointi tulee varmistaa. Heille tulee tarjota välttämättömiä sosiaalipalveluja sekä taata oikeus terveyspalveluihin. Suotuisan ja kannustavan ympäristön luominen, välttämättömät asumisedellytykset, ympäristösuunnittelu ja muut olosuhteet tulee tukea iäkkään ikääntyneen itsenäistä elämää. Ikääntyneisiin kohdistunutta syrjäytymistä ja väkivaltaa tulee ehkäistä. Poliittinen julistus korostaa yhteiskunnallisen solidaarisuuden ja sukupolvien välistä yhteistyötä. (Government of the republic of Lithuania 2004, 1.)

Ikääntyneiden kouluttautumisen hyväksyminen pitkän aikavälin kehityksen strategiana vuonna 2002 Liettuassa vahvistaa elinikäisen oppimisen toteutumista. Liettuan valtion koulutuksen strategian, 2003–2012, mukaan jatkuvan koulutuksen järjestämistä tulee kehittää, jotta elinikäisen oppimisen metodi jäisi pysyväksi. Liettuassa ikääntyneiden

määrä aikuislukioissa ja aikuiskoulutuskeskuksissa onkin kasvanut merkittävästi viimeaikoina. Lukuvuonna 2002–2003 ikääntyneitä opiskelijoita oli 3299, jopa 1000 iäkästä opiskelijaa enemmän kuin edellisenä lukuvuonna. Ns. kolmannen iän yliopistoissa käyvät iäkkäät kertovat että, kun he aloittivat yliopisto-opinnot, heidän terveydentilansa on kohentunut. Luennoilla he tapaavat samanhenkisiä ihmisiä, mikä tuottaa heille suurta iloa. (Government of the republic of Lithuania 2004, 21.)

4.6 Yhteiset ongelmakohdat ja mahdolliset toimenpiteet

Ikääntymisen tuomat ongelmat voivat olla uusia osalle Euroopan maille, kun taas ne voivat olla jo käsiteltyinä toisissa Euroopan maissa. Hallituksen tekemillä päätöksillä, ihmisten asenteiden muutoksilla, toisten auttamisella sekä valtioiden ja sukupolvien välisen tiedon jakamisella voidaan auttaa ratkaisemaan ikääntymisen tuomia haasteita. (Robin & Mavlutova & Beržinyte & Pinto & Lemaire & Heiskanen & Nurmos & Karjalainen & Noel & Lopes 2011.)

Väestön ikääntymisen haasteet ovat maailmanlaajuisia, kansallisia ja paikallisia. Innovatiivinen suunnittelu ja merkittävät poliittiset uudistukset ovat avain näihin haasteisiin vastaamisessa. WHO (2000) on eritellyt 7 eri haastetta, joita ikääntyneen väestön katsotaan tuottaneen. Näitä ovat kaksinkertainen tautien taakka, lisääntynyt riski vammautua, hoidon tarjoaminen ikääntyvälle väestölle, ikääntymisen naisvaltaisuus, etiikka ja epäoikeudenmukaisuus, ikääntyneestä väestöstä johtuvat taloudelliset haasteet ja uuden ajatusmallin luominen.

Kaksinkertaisella tautien taakalla tarkoitetaan sitä, että valtioiden teollistumisen myötä asuminen ja työssä käyminen muuttavat taudin epidemiologiaa. Lisääntyneellä riskillä vammautua ajetaan takaa ajatusta, minkä mukaan krooniset sairaudet ovat merkittäviä ja kalliita syitä vammaisuuteen ja elämänlaadun alenemiseen. Ikääntyneiden itsenäisyys järkkyy kun fyysinen tai psyykkinen rajoittuneisuus tekee jokapäiväiset askareet vaikeaksi. Hoidon tarjoaminen ikääntyvälle väestölle liittyy suureen haasteeseen löytää tasapaino kotona pärjäävien iäkkäiden, epävirallista tukea saavien iäkkäiden ja virallista tukea saavien iäkkäiden välillä. Ikääntymisen naisvaltaisuuteen liittyy väite, jonka mukaan naiset elävät miehiä pitempään. Naiset ovat todennäköisemmin kokeneet enemmän perheväkivaltaa, syrjintää koulutukseen pääsyssä, tuloissa, ruoan saannissa,

mielekkään työn saamisessa, terveydessä, hoidossa, perinnössä, sosiaaliturvassa ja poliittisessa vallassa. Näiden väittämien mukaan naiset ovat todennäköisemmin köyhempiä ja vammautuneimpia iäkkäinä entä miehet. Etiikka ja epäoikeudenmukaisuus näkyvät mm. ikäsyryntänä varojen jakamisessa. Pitkäaikaishoitoon liittyvät dilemmat, köyhien ihmisoikeuksiin ja vammautuneisiin ikääntyneisiin liittyvät ongelmat ovat myös esillä etiikassa ja epäoikeudenmukaisuuden kokemisessa. Päättäjien suurin pelko liittyyne väestön nopean ikääntymisen aiheuttamaan terveydenhuollon ruuhkautumiseen ja sosiaaliturvamaksujen lisääntymiseen. Innovaatio, kaikkien alojen välinen yhteistyö, suunnittelu ja näyttöön perustuvat, kulttuurisesti asianmukaiset poliittiset valinnat edesauttavat maita hallitsemaan onnistuneesti ikääntyneestä väestöstä johtuvia taloudellisia haasteita. Ajatukset eläköitymisestä, ikääntyneiden sairastavuudesta ja riippuvuudesta johtavat uuden ajatusmallin luomisen tarpeellisuuteen. On muistettava, että useimmat ihmiset pysyvät itsenäisinä hyvin korkeaan ikään saakka. (WHO 2002, 32–44.)

Euroopan talous- ja sosiaalikomitean mukaan väestön ikääntymisen vaikutuksista selviytymiseen tarvitaan kansallisen tason ja unionitason toimenpiteitä. Kansallisten tason toimenpiteitä ovat mm. vahvistaa ennaltaehkäisyä, terveyden edistämistä ja terveystieteiden tutkimusta, parantaa iäkkäiden terveydenhuoltoa ja terveydenhoidon laatua, kehittää iäkkäille soveltuvia hoitomuotoja sekä kehittää sairaaloita, hoitolaitoksia ja vaihtoehtoisia asumismahdollisuuksia iäkkäille. Etähoitoa ja muita teknillisiä ratkaisuja tulisi kehittää ja arvioida terveysteknologian avulla, sillä niiden nähdään tukevan iäkkäiden itsenäistä elämää ja parantavan hoidon laatua ja tehokkuutta. Kansallisen tason toimenpiteisiin kuuluu vielä velvoite varmistaa iäkkäiden tarvitsema hoito kansallisessa lainsäädännössä. Elinikäiseen oppimiseen kuuluvien kansallisten strategioiden laatiminen ja täytäntöönpano kuuluu kansallisen tason toimenpiteisiin. Vapaaehtoistyötä tulisi myös vahvistaa sekä hoitajien arvo ja heidän tarpeensa tulisi tunnustaa. (Heinisch 2011.)

Unionitason toimenpiteitä ovat mm. ”*Aktiivinen, terve ja arvokas ikääntyminen*” – teeman priorisointi Eurooppa 2020 – strategiassa. Sanastoa, määritelmiä, arviointivälineitä, oppaita, kriteerejä ja menettelytapoja tulisi yhdenmukaistaa, koska viimeisen 20 vuoden aikana edistystä ei ole näkynyt riittävästi. Euroopan teemavuosissa tulisi korostua aktiivinen, terve ja arvokas ikääntyminen. Näin on viime vuosien aikana näkynytkin: vuosi 2010 oli köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan

teemavuosi, vuosi 2011 oli vapaaehtoistoiminnan teemavuosi, sekä vuosi 2012 terveen ja aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden teemavuosi. Tarve on laatia eurooppalaisen peruskirja, joka käsittelee apua ja hoitoa tarvitsevien henkilöiden oikeuksia. (Heinisch 2011.)

”*Active ageing*” eli Aktiivinen ikääntyminen on prosessi, jonka avulla pyritään parempaan terveyteen, osallistumiseen ja turvallisuuteen. Se mahdollistaa ikääntyviä huomaamaan heidän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa lisäämällä heidän osallisuutta yhteiskunnan asioissa. Aktiivinen ikääntyminen mahdollistaa tarvittaessa riittävän suojan, turvallisuuden ja hoidon. (WHO 2012a.) Aktiivista ikääntymistä tulisi edistää, koska sillä on hyviä taloudellisia syitä. Sen myötä osallistuminen lisääntyisi ja hoitokustannukset alentuisivat. Kun ikääntyvät vanhenevat parempikuntoisina, lääketieteen menot eivät lisäänty yhtä nopeasti. Ikäihmisten osallistuminen työvoimaan vaikuttaisi julkisiin tuloihin nostattavasti. Lisäksi olisi halvempaa ehkäistä sairautta, entä hoitaa niitä. Varhaiseläkkeelle siirtyminen on seurausta siitä, että yleiset toimintaperiaatteet ovat kannustaneet varhaiseen työvoimasta poistumiseen. Tällaiset toimintaperiaatteet tulisi poistua nyt kun ikääntyneiden määrä lisääntyy. Eläkeikä saavutetaan jo silloin, kun työntekijä olisi vielä terveyden puolesta työkuuntainen. Eläke- ja toimeentuloturvakustannukset laskisivat. (WHO 2000, 17–18.)

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

5.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektityön tavoitteet ovat oltava saavutettavia ja realistisia (Paasivaara 2008, 123). Tämän projektityön tavoitteena on tuottaa lehtiartikkelit. Sairaanhoidajien ammattiin kuuluu jatkuva uusimman tiedon hankkiminen, ammatin kehittäminen sekä ajan tasalla pysyminen, tämän vuoksi kirjoittaminen ammattilehteen on hyvä kanava tiedon levittämiseen. Lounais-Lappi – lehden artikkeli julkaistiin 7.4.2011. Se on suppea artikkeli ja se on tehty yhteistyössä Anja Mikkolan ja Eila Määtän kanssa. Sairaanhoidaja – lehden artikkeli julkaistiin numerossa 12/2011. Tässä artikkelissa kerrotaan MEP projektista, intensiivikurssista sekä kansainvälisestä, moniammatillisesta oppimistavasta.

Projektilla on oltava aina myös tarkoitus (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 128). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena luoda myönteistä julkisuutta MEP projektille ja Kemi-Tornion Ammattikorkeakoululle, herättää mielenkiintoa geriatriseen hoitotyöhön, parantaa geriatrisen hoitotyön osaamista, levittää tietoa ikääntymisen tuomista haasteista. Haasteita ovat mm. ikääntyneiden potilaiden lisääntyminen terveydenhuollossa ja geriatrisen hoitotyön kehittäminen yhteistyössä valtion kanssa. Tarkoituksena on myös tukea moniammatillisuutta sekä lisätä kansainvälisyyttä ja verkostoitumista.

Opinnäytetyöni on kohdistettu terveysalan ammattihenkilökunnalle, terveysalan opiskelijoille, opettajille sekä muille, aiheesta kiinnostuneille. Hyödynsaajat projektityössäni ovat vanheneva väestö, MEP sekä Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja Terveysala. Taustaorganisaationa ovat Multidisciplinary European Program, Sairaanhoidaja – lehti ja Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö on hankkeistettu Sairaanhoidaja – lehden kanssa. Toimeksianto löytyy lopusta.

5.2 Projektin rajaus, liittymät ja organisointi

Projektin rajaus on tärkeätä määritellä suunnitteluvaiheessa. Liittymät on hyvä määritellä etukäteen, etteivät ne vie huomiota aiheen ulkopuolelle. Suunnittelu jatkuu

koko projektin tekovaiheen ajan, eikä pysähdy projektisuunnitelman valmistumisen jälkeen. (Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 125–126).

Teoreettisessa osuudessa esitellään MEP projektia, johon opinnäytetyön aihe pohjautuu. Myös terveyskäsitettä käydään läpi, jotta käsitys terveyden ulottuvuuksista avautuu. Ikääntymistä lähestytään vertailemalla kolmen esimerkkimaan terveydenhuoltojärjestelmää, tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon ja ikäpolitiikkaa. Nämä maat ovat Suomi, Ranska ja Liettä. Maantieteellisesti nämä kolme maata ovat hyviä vertailukohteita keskenään. Ranska antaa keskieuropallaisuudellaan ja Suomi pohjoismaisuudellaan oman näkökulman aiheeseen liittyen. Pinta-alaltaan pieni Liettä sijaitsee Venäjän länsipuolella, mikä rikastuttaa omalta osaltaan tutkittua aihetta erilaisuudellaan. Kullakin maalla on erilainen historia ja kulttuuri.

Lounais-Lappi lehden artikkeliin sain rajauksen sanojen lukumäärästä. Sairaanhoitaja – lehden artikkelien laatimiseen sain omat ohjeet Sairaanhoitaja – lehden päätoimittajalta Eva Aggelta (Liite 4). Näitä ohjeita noudattamalla ja opinnäytetyöohjaajien opastuksella, lehtiartikkeli valmistui ajallaan.

5.3 Toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus

Valitsin työskentelytavaksi projektityön, sillä se tuntui alusta asti luontevimmalta. Aioin alusta asti tehdä opinnäytetyön itsenäisesti, täten sain työstää opinnäytettä omalla ajallani ja omalla panostuksellani.

Kevään 2011 aikana valitsin opinnäytetyön aiheen ja tein aiheeseen projektisuunnitelman sekä esitin aiheeni tutkimusseminaarissa. Hain myös opinnäytetyöohjaajat. Maaliskuussa osallistun MEP Ranskan intensiivijaksoon, jonka aikana esivalmistelin opinnäytetyötäni ja lehtiartikkeleita keräämällä perustietoa ja analysoimalla oppimaani. Intensiivikurssin jälkeen laadin suppean lehtiartikkelin ja lähetin sen tarkistettavaksi opinnäytetyöohjaajilleni. Sain projektisuunnitelmani hyväksytyksi keväällä ennen kesälomaa.

Kesän 2011 aikana otin yhteyttä ammattilehteen. Pyysin Sairaanhoitaja – lehden päätoimittajalta Eva Aggelta ohjeet lehtiartikkelin laatimiseen. Etsin materiaalia

teoriaosuutta varten ja suunnittelin artikkelin sisältöä uudestaan, sillä artikkelin tyyli muuttui saatujen ohjeiden myötä. Alkuperäinen tarkoitukseni oli laatia tieteellinen artikkeli, mutta Aggen mukaan Sairaanhoidaja – lehdelle tulee sen tyyllisiä artikkeleja paljon. Agge ehdotti, että laatisin artikkelin, jossa käsittelisin enemmän matkaani, MEP Lillen intensiivijaksoa ja keskittyisin Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun kansainvälisiin suhteisiin. Uusi artikkelitoive muutti hieman suunnitelmiani, mutta ei jarruttanut minua paljoa. Opiskelin itsenäisesti artikkelin kirjoittamista. Luin myös paljon muiden kirjoittajien artikkeleja.

Syksyllä 2011 laadin artikkelin ja pyysin apua opinnäytetyön ohjaajiani sen tarkistamisessa. Artikkelin julkaistiin Sairaanhoidaja – lehden joulukuun numerossa. Minua pyydettiin Sairaanhoidaja – lehden kansikuvaankin, johon suostuin. Syksyn aikana työstin teoriaosuutta suunnittelemalla sisältöä. Perehdyn ikääntymiseen liittyviin haasteisiin ja pohdin niille mahdollisia ratkaisuja.

Talven 2011–2012 aikana sain teoriaosuuden loppuun ja työstin opinnäytetyön ulkoasua ja kieliäsuu. Opinnäytetyö painatettiin Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun kirjastossa sekä työ lähetettiin Theseus – tietokantaan keväällä 2012. Opinnäytetyö esitettiin opinnäytetyöseminaarissa 3.5.2012. Suoritin maturiteetin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

5.4 Tulosten ja prosessin arviointi

Opinnäytetyö on ns. oppiva prosessi ja se on avoin kritiikille ja arvioinnille valmistusvaiheen aikana (Silfverberg 1997, 49). Sain ohjausta opinnäytetyön ohjaajiltani ja loppuvaiheessa opponenttini auttoivat ulkoasussa ja oikeinkirjoituksessa. Opinnäytetyöni ohjaajina ovat Eila Heikkinen ja Anja Mikkola Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulusta Terveysalan yksiköstä. MEP projektissa mukana oleva opettaja Eila Määttä on myös ollut opinnäytetyössäni mukana auttamassa Lounais-Lappi – lehden artikkelin laatimisessa. Eila Määttä on Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun Liiketalouden yksiköstä. Sairaanhoidaja – lehden päätoimittaja Eva Agge on ollut apuna Sairaanhoidaja – lehden artikkelin laatimisessa. Opponentteina opinnäytetyölleni ovat Kaisu Myllykoski ja Minna Reis. Molemmat ovat sairaanhoidaja – opiskelijoita Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulusta ja ovat luokalta 32SH.

Arviointitilanteet ovat olleet minulle hyödyllisiä. En ole aikaisemmin kirjoittanut ammattilehden artikkelia, enkä ole aikaisemmin saanut tarkkoja ohjeita artikkelin kirjoittamiseen. Yksin kirjoittaessa omaan tekstiin sokeutuu. Minulla oli hieman vaikeuksia äidinkielen, erityisesti sanajärjestyksen kanssa. Tapanani on kirjoittaa pitkiä lauseita, jolloin asian ydin mennee helposti sekaisin. Yksin työstäessä opinnäytetyötä aihe muuttuu henkilökohtaiseksi, eikä virheitä huomaa yhtä hyvin. Ulkopuolisen lukijan mielipide on arvokasta, sillä hän huomaa helposti poikkeamat ja epäkohdat.

Haluan kiittää opinnäytetyön ohjaajia Eila Heikkistä ja Anja Mikkolaa sekä opponenteja Kaisu Myllykoskea ja Minna Reistä. Haluan kiittää kuvioiden, taulukkojen ja kuvien kanssa korvaamatonta apua antanutta Mikko Pitkästä. Suuri kiitos myös kaikille ystäväilleni, jotka auttoivat minua henkisesti vaikeina hetkinä.

6 POHDINTA

6.1 Yleispohdinta

Kokonaisuudessaan tämän projektityön työstäminen on ollut niin haastavaa kuin antoisaa. Olen oppinut paljon uutta esimerkkimaiden Ranskan ja Liettuan terveydenhuoltojärjestelmästä, historiasta, kulttuurista, politiikasta ja väestönrakenteesta koko opinnäytetyöprosessin aikana. Uskon suuresti että mielenkiintoni valitsemieni esimerkkimaiden terveydenhuoltoa kohtaan jatkuu. Odotan kovasti Liettuan terveydenhuollon sekä ikääntyneiden sosiaalietuuksien kohenemistä. Projektityön tekemisen prosessi oli minulle uutta aloittaessani opinnäytetyötä. Valitsisin projektimuotoisen työn jatkossakin, sillä pidän siitä, että työn jälki näkyy konkreettisesti jossain. Opin ohjaustilanteista paljon uutta. Rakentavaa palautetta oli mukava saada, sillä sain uusia näkökulmia aiheeseen. Ohjauskertojen aikatauluttaminen opettajien kanssa sujui mutkattomasti, koen että sain riittävästi ohjausta.

Jouduin käyttämään paljon englannin- ja ranskankielisiä lähteitä, sillä suomenkielisiä lähteitä Ranskan ja Liettuan terveydenhuollosta oli vähän. Tämä hidastutti työskentelyäni. Liettuan kieltä en osaa lainkaan, joten jouduin alusta lähtien hankaluuteen etsiessäni Liettuasta luotettavia lähteitä. Ennakoin käännoistyön helpommaksi aloittaessani projektia. Uskon kuitenkin omaan käännoistyöhöni ja siihen että olen ymmärtänyt luetut tekstit oikein.

Olen pyrkinyt käyttämään luotettavia ja ajankohtaisia lähteitä. Gerontologinen tutkimus on suhteellisen nuorta (Ollonqvist 2008). Tämän vuoksi tutkittua tietoa jokaisesta esimerkkipästä ei löytynyt aina helposti. Joitain poikkeuksia jouduin tekemään ajankohtaisuudessa esim. Liettuasta haetun tiedon kohdalla, sillä englanninkielisen ja suomenkielisen tiedonlähteet olivat rajalliset tai minulla ei ollut mahdollisuutta saada uusinta painosta käyttööni.

Sairaanhoitajien tehtävänä on syventää ammatin sisältöä, kehittää koulutusta ja edistää tieteellisyyttä. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Kansainvälinen sairaanhoitajaliiton, ICN, Kansainvälisessä eettisessä perusohjeessa on määritelmä, että sairaanhoitajan tulee pitää tietoa ja taitoa tasokkaina (Lauri 2007, 38). Hoitotieteellisen tiedon levittämiseen käytetään monia kanavia. Ammattilehtien välityksellä tieto leviää, sillä sairaanhoitajien tulee ammatin ylläpitämiseksi lukea uusimpia tutkimuksia säännöllisesti. Potilaiden

ensisijaisena terveystiedon lähteenä ovat terveydenhuollon ammattilaiset kuten kuvio 2. osoittaa (s. 12). Tämä korostaa terveydenhuollon ammattilaisten tutkitun tiedon ajankohtaisuuden tärkeyttä.

Jatkoprojektihaasteena voisi olla eri maiden tutkiminen. Maavalinnat voisivat ulottua maantieteellisesti Euroopan ulkopuolellekin, jolloin kannattaisi kiinnittää huomiota kunkin tutkittavan maan kulttuuriin ja historiaan. Myös tiedonlevittämistä voisi laajentaa ottamalla eri mediat huomioon (televisio, radio, internet ja muut lehdet). Tämän avulla tieto leviäisi suuremmalle kuulijakunnalle ja päätöksentekijöille.

6.2 Eettinen pohdinta

Eri kulttuureissa nähdään vanheneva ihminen eri tavoin. Vanhusten arvostus ja heidän asemansa yhteiskunnassa ja perheessä vaihtelee. Myös käsitykset terveydestä, sairaudesta ja kuolemasta ja käsitys hyvästä vanhenemisesta kokonaisuudessaan vaihtelevat. (Sarvimäki 2008, 88.) Etiikka on tiedettä, jossa tutkitaan ihmisen moraalista toimintaa, hyvää että pahaa (MOT sanakirjasto 2011). Terveydenhuollon eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonto (ETENE 2000). Opinnäytetyötä tehdessäni toimin eettisesti ja oikeudenmukaisesti. Viittasin lainattuun tekstiin asianmukaisesti ja käytin suoria lainauksia mahdollisimman vähän.

Etiikka on jaettu Thompsonin ym. (2000) mukaan meta-, makro-, meso-, macho- ja mikrotasoon. Meta- eli käsitteellinen taso määrittelee mitä terveys, hyvä elämä ja hoitaminen ovat. Makro- eli terveydenhuollon etiikan tasolla tarkastellaan terveysongelmien hoidon järjestelemistä yhteiskunnassa. Terveyspoliittisten linjausten määrittäminen ja toteuttaminen kuuluvat makrotason kysymyksiin. Meso- eli terveyspalvelujärjestelmän etiikan taso määrittää etiikkaa terveyspalvelujärjestelmän sisältä käsin. Tähän kuuluu esim. terveydenhuollon ammattilaisen työn eettinen laatu. Macho- eli ammattikunnan etiikan taso on ammattikunnan sisäistä etiikkaa, johon kuuluvat eettisten ohjeiden noudattaminen. Mikro- eli kliinisen etiikan tasolla vastataan kysymyksiin jossain tietyssä kliinisessä ongelmatilanteessa. (Thompson & Melia &

Boyd 2000.) Eettisiä kysymyksiä tulee tarkastella laajasti, sillä eri tasojen eettiset kysymykset ovat yhteydessä keskenään (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 27).

Opinnäytetyön aihe on laaja, koska kaikki edellä mainitut etiikan tasot ovat näkyvillä. Metatasoa näkyy teoriaosuuden alussa, jossa avataan terveyskäsitettä ja määritellään millainen hyvä geriatrinen hoitotyö on. Makrotaso näkyy esim. kappaleessa 4. *Ikäpolitiikka ja terveydenhuoltojärjestelmät*. Mesotaso näkyy, kun määritellään terveydenhuollon laatua esittelemällä tutkimuksia esimerkkimaiden kohdalla. Machotaso näkyy kappaleessa 5.1. *Yleispohdinta*, koska siinä esim. esitetään terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutta pitää yllä ammattitaitoa. Mikrotaso näkyy erillisten ongelmien ratkaisussa esim. kappaleessa 4.1. *Yhteiset ongelmakohdat ja mahdolliset toimenpiteet*.

Ikääntymisen tuomiin haasteisiin on vaikea vastata. Esimerkiksi hallituksen tekemät päätökset, ihmisten asenteiden muutokset, toisten auttaminen sekä valtioiden ja sukupolvien välisen tiedon jakaminen voivat olla avainasemassa nykyisen ongelman ratkaisussa. (Robin ym. 2011.)

7 LÄHTEET

Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyneiden itsestä huolenpito. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Oulun yliopisto.

Bankauskaite, V. & Saarelma, O. 2002. Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? Kopioitu 13.2.2012 osoitteesta URL: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/1/23.full>.

Brunner, S. 2009. The French Health Care System. Medical News Today 6/2009.

Centre de documentation FNG/CLEIRPPA, 2011. Quelques grandes etapes et faits marquants des politiques publiques vieillesse. Kopioitu 30.3.2012 osoitteesta URL: http://www.fng.fr/html/documentation/bibliographie/listes/Politiques_Vieillesse.pdf.

CFDT Retraités. 2005. Histoire de la Semaine bleue. Artikkele. Julkaistu 02.11.2005. Kopioitu 8.4.2012 osoitteesta <http://www.cfdt-retraites.fr/Histoire-de-la-Semaine-bleue>.

Cimo, 2012. Eurooppalaiset teemavuodet. Kopioitu 3.2.2012 osoitteesta URL: http://www.cimo.fi/cimo_asiantuntijana/kansainvalinen_yhteistyö/eurooppalainen_teemavuosi

Duodecim, 2012. Terminologian tietokannat. Lääketieteen termit. Kopioitu 7.2.2012 osoitteesta URL: http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Durand-Zaleski, I. 2008. The French Health Care System. University of Paris XII.

EPSI Finland, 2011. Tiedote, Julkiset palvelut Suomessa - EPSI Rating kuluttajatytyväisyys 2011.

EPSI Rating, 2012. EPSI Rating - International Benchmark trends for Customer Satisfaction and Society Activity 2012.

ETENE, 2000. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE – julkaisuja, 1. valtakunnallinen terveystieteiden eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Euroopan komissio, 2011. ERASMUS Intensive programmes. Kopioitu 10.3.2012 osoitteesta URL: http://ec.europa.eu/education/erasmus/doc900_en.htm.

Euroopan komissio, 2007. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. Kopioitu 2.2.2012 osoitteesta URL: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf.

EUROPA 2011. Kansanterveys, Terveyttä kaikille. Kopioitu 2.2.2012 osoitteesta URL: http://europa.eu/pol/health/index_fi.htm

EUROPA 2012. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Kopioitu 4.2.2012 osoitteesta URL: <http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=en>.

Europedia, 2011. European year of active ageing -2012. Kopioitu 8.3.2012 osoitteesta URL: <http://europedia.moussis.eu/discus/discus-1327566409-28262-15677.tkl>.

Geiler, M. & Houchard, L. & Marques, L. & Martinez Garcia, C. & Melecis, E. & Sokura, S. & Repilado Lopez, J. & Rita Lopes, J. & Roda, L. & Zakarauskaite, K. 2011. About us. Tulostettu 4.5.2011 osoitteesta URL: <http://www.neverold.co.cc/>.
Government of the republic of Lithuania. 2004. On the Approval of the National Strategy of Overcoming Consequences of Ageing. Resolution No 737. Vilnius. http://www.monitoringris.org/documents/strat_nat/Strategy_LTU_en.pdf.

Guinchard-Kunstler, P. 1999. Viellir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Raportti pääministerille.
http://www.scotbessin.fr/site/ressources_2/vieillirenFrance1999.pdf.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E (toim.). 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. 1. painos. Edita Prima, Helsinki.

Health Consumer Powerhouse, 2006. Euro Health Consumer Index 2006. Brysseli.

Health Insurance Fund 2010. Lahjonnan ehkäisyohjelma. Julkaistu 7.5.2010. Terveysministeriö, Liettua.

Heidi Data Tool 2010. Kopioitu 27.9.2011 osoitteesta URL: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_40.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=450&width=920 (Kuvio 1 ja Taulukko 1 ja 2)

Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Era, P. (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. LIKES – Research Reports on Sport and Health 108. Toinen tarkistettu painos. Kopijyvä Oy, Jyväskylä. 1-16.

Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. Kustannus Oy Tammi, Helsinki.

Heinisch, R. 2011. Euroopan talous- ja sosiaalikomitean lausunto aiheesta ”Väestön ikääntymisen vaikutukset terveydenhuolto- ja sosiaalijärjestelmiin” (valmisteleva lausunto). Euroopan unionin virallinen lehti 11.2.2011. C 44/10 – C 44/16.

Heiskanen, J. 2011. Kunnissa vaikea selvittää tulevaisuudessa vanhusten palveluista Kopioitu 7.1.2012 osoitteesta URL: <http://www.kuntalehti.fi/Kuntalehti/arkisto/2011/04/Sivut/2011-4-mediaani.aspx>.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Tammi, Keuruu.

Houssin, D. 2010. Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009. HCSP:n hyväksymä raportti. Terveys- ja liikuntaministeriö ja ylin terveysneuvosto. Ranska, Pariisi.

Huohvanainen, J. 2004. Terveys arkielämän kontekstissa. Kotona asuvien ikääntyneiden kuvauksia terveydestä, terveysvalinnoista ja niitä tukevista ympäristötekijöistä. Pro

gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Huttunen, J. 2011 Mitä terveys on? Kustannus Oy Duodecim. Kopioitu 2.2.2012 osoitteesta URL:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903.

Jaubert, C. & Resch, A. 2002. Project Synopses, Key Action 6 The Ageing population and disabilities 1999-2002 Euroopan komissio, Bryssel, 7.

Kallimo, K. 2005. Työssä koetun fyysisen ja psyykkisen kuormituksen yhteys varhaiseläkeajatuksiin yli 50-vuotiailla teollisuustyöntekijöillä ja – toimihenkilöillä. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos.

Kallio, A. 2009. Liettuan historia. Tampereen yliopistopaino -Juvenes Print Oy, Tampere.

Kivelä, S. – L. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kokko, S. & Heinämäki, L. & Tynkkynen, L-K. & Haverinen, R. & Kaskisaari, M. & Muuri, A. & Pekurinen, M. & Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Koponen, H. & Leinonen, E. 1999. Vanhuspsykiatria. Teoksessa: Lönnquist, J. ym. (toim.) Psykiatria, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kotilainen, L. 1990. Hyvä Lehtijuttu – kirjoittajan opas. 3. painos. Werner Söderström, Juva ja Porvoo, 81.

Laaksonen, H. & Niskanen, J. & Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 1. painos. Edita Prima Oy, Helsinki, 32.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki, 38.

Lehtonen, H. 2008. Ikääntyneiden kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Haastattelututkimus kotona asuville kuopiolaisille ikääntyneille. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopisto.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. WS Bookwell Oy, Juva.

Leinonen, R. 2008. Terveystieteiden tutkiminen. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu, 223–230.

Lesaffre, P.-L. & Malaquin, R. 2011. Pluridisciplinary European Module. Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala. Oppimateriaali

Lithuanian Health Information Center. 2001. Lithuanian Health Statistics. Lithuanian Health Information Center, Vilnius.

Liettuan Parlamentti 1998. Approval of Lithuanian Health Program, Act of Seimas.

Malaquin, R. Agreement for the academic year 2010-2011. Henkilökohtainen tiedonanto. Kopioitu 4.11.2010 osoitteesta Rodrigue.Malaquin@univ-lille1.fr.

Meeting Social Needs in an Ageing Society. Euroopan Komission valmisteluasiakirja, 2008. Euroopan komissio, Bryssel.

MEP. 2011. About us. Kopioitu 10.3.2012 osoitteesta URL: <http://neverold.co.cc/>.

MEP 2012. MEP Leiria general guide 2012. Version 10/11/2011. Polytechnic Institute of Leiria, Portugal.

Ministry of social security and labour. Europol metai 2012 Kopioitu 8.3.2012 osoitteesta URL: <http://www.socmin.lt/index.php?-126818384>.

Moilanen, M. 1997. Sosiaalipalvelujen kehittäminen alkamassa Latviassa ja Liettuassa. Sosiaaliturva 22/1997, 24–26.

MOT sanakirjasto. 2011. MOT Kielitoimiston sanakirja 2.0. Kielikone Oy.

Muller, T. 2003. Ranskan terveydenhuolto on maailman paras! Socius 9/2003, 35.

Muller, T. 2004. Ranskan terveydenhuolto remonttiin. Socius 10/2004, 33–34.

Multidisciplinary European Program. 2010. Staff Meeting in Girona.

Muotka, H. & Tuomi, J. & Krekula, L. & Heiskanen, M. & Nurmos, N.-I. & Leppälä, S. 2011. Ageing in Finland – Multidisciplinary European Programme, Lille, France 2011, 9–11.

Nacionalinés, 2012. Toimintasuunnitelma. Teemavuoden aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien väliseen solidaarisuuteen ohjelma-asiakirjan täydennys. Kopioitu 8.3.2012 osoitteesta URL: <http://www.socmin.lt/index.php?-126818384>.

Ollonqvist, K. 2008. Gerontologisesta tutkimuksesta. Sosiologian kysymyksiä – luentosarja.

Paasivaara, L. & Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat Projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Parkkinen, P. 2012. Tietoa teemavuodesta. Kopioitu 7.3.2012 osoitteesta URL: http://www.ttl.fi/partner/aktiivinen_ikaantyminen/tietoa_temavuodesta/sivut/default.aspx.

Petkevicius, A. & Urbanavicius, A. & Abramavicius, A. Healthcare Decentralization and Reform in Lithuania. Kopioitu 6.4.2012 osoitteesta URL: http://lgi.osi.hu/publications/2005/274/7Health_Lithuania.pdf.

Poikela, S. & Poikela, E. 1997. Ongelmaperustainen oppiminen. Aikuiskoulutuksen maailma, 1997:6, 24–26.

Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2008. Toimintatellit. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu, 286–293.

Robin, A. & Mavlutova, A. & Beržinyte, D. & Pinto, J. R. & Lemaire, J. & Heiskanen, M. & Nurmos, N-I. & Karjalainen, P. & Noel, P. & Lopes, T. 2011. White book, Ageing is our concern! Kopioitu 2.4.2012 osoitteesta <http://neverold.co.cc/>.

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Kokousasiakirja. Sairaanhoitajaliiton kokous 28.9.1996.

Sakari-Rantala, R. 2003. Iäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 142. 2. korjattu painos. Kopijyvä Oy, Jyväskylä.

Sarvimäki, A. 2008. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu, 84–94.

Silfverberg, P. 1997. Ideasta projektiksi. Kopioitu 12.2.2011 osoitteesta URL: <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>.

Sihto, M. 2005. Uuden ikäpolitiikan saavutukset ja rajat. Katsauksia ja keskusteluja. Työpoliittinen aikakausikirja 1/2005, 65–80.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010, kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3 Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003. Ikääntyminen kansainvälisen ja kansallisen toiminnan kohteena. Kansainvälisten asiain toimisto, Helsinki. Kopioitu 7.1.2012 osoitteesta URL: <http://pre20031103.stm.fi/kvt/suomi/ikaanrap.htm>.

Spadaro, R. 2003. European Union citizens and sources of information about health. Kopioitu 4.1.2012 osoitteesta URL: <http://www.alle.de/transfer/downloads/MD491.pdf>.

Stakes 2007. Julkisuudessa olleet vanhusten laitoshoitotiedot ylimitoitettuja. Kopioitu 7.1.2012 osoitteesta URL: <http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2007/38.htm>

State Patients' Fund at the Ministry of Health. 2012. Revention of Corruption documents. Kopioitu 21.3.2012 osoitteesta URL: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=149>

Suomen Kuntaliitto & Efeko Oy, 2007. KUNTIEN YHDISTYMINEN. Opaas kuntaliitoksista kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Helsinki.

Suominen, H. 2008. Kehon rakenne ja koostumus. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu, 96–101.

Takaluoma, M. 2010. Ongelmaperustaisen oppimisen menetelmä – sillanrakennusta koulutuksen ja työelämän välille. Teoksessa Tiittanen, H. (toim.) Ongelmaperustaisen oppimisen arkea hoitotyön koulutuksessa. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampereen Yliopistopaino Juvenes Print, 9 – 14.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveysalan yksikön työryhmä 2004. Ohjeita opinnäytteen ja kirjallisten töiden tekijälle. Opas. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, Kemi.

Thompson, I. & Melia, K. & Boyd, K. 2000. Nursing ethics. Churchill Livingstone, Edinburg.

Tilastokeskus 2007. Väestöennuste 2007–2040. Kopioitu 7.1.2012 osoitteesta URL: http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html.

Tilvis, R. 2008. Kliiniset tutkimukset. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu, 280–285.

Tilvis, R. & Strandberg, T. Vanhanen, H. 1997. Geriatria Kopioitu 9.3.2012 osoitteesta URL: <http://www.gernet.fi/opetus/sisallys.html>.

Tuominen, P. & Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005, Terveiden edistämisen avainsisällöt, kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen tukemiseen. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja. Tekry, Helsinki.

Tuuri, C. & Luomala, J. 2009 Eläkeaikaan mukautuminen, ansaittua vapaata vai yksinäisyyttä? Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu, Otaniemi.

Vauhkonen, T. 2012. EU:n teemavuosi, aina on korkea ikä. Kopioitu 8.3.2012 osoitteesta URL: http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Sivut/tiedote4_2012.aspx.

WHO. 2012a. Ageing and life course. What is "active ageing"? Kopioitu 26.3.2012 osoitteesta URL: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html.

WHO, 2012b. Ageing. Kopioitu 31.1.2012 osoitteesta URL: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>.

WHO 2002. Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002.

WHO Regional Office for Europe, 2000. Health Care Systems in Transition: Lithuania. European Observatory on Health Care Systems, Kööpenhamina.

Ikääntyminen Euroopan haasteena

Kemi-Tornion amk:n opiskelijat etsimässä ratkaisuja

Lounais-Lappi
Laura Krekula, Anja Mikkola, Eila Määttä

Multidisciplinary European Program (MEP) on kolmi-vuotinen ohjelma, jonka tavoitteena on kuvata väestön ikääntymiseen liittyviä seikkoja Euroopan alueella.

14.–25.3.2011 Ranskan Lillen kokoontui 60 opiskelijaa ja kymmenen opettajaa kuudesta eri Euroopan maasta.

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta maaliskuun tapahtumaan osallistui kolme terveyden ja kolme liiketalouden opiskelijaa sekä opettajat molemmilta aloilta.

Myös Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta lähti kuusihenkinen opiskelijajoukko edustamaan Suomea.

Tapahtumaan osallistui suomalaisten lisäksi opiskelijoita ja opettajia Belgiasta, Ranskasta, Portugalista, Espanjasta, Latviasta ja Liettuasta.

Lukuvuonna 2010–2011 opiskelijoiden etukäteistehtävänä oli koota psyko-sosiaalis-taloudellinen raportti omasta kotimaastaan ikääntymiseen pohjalta oman koulutusalsansa näkökulmasta.

Ranskan intensiivijakson aikana opiskelijoiden tuli esitellä aiheeseen liittyviä ongelmia kotimaistaan.

Näihin ongelmiin etsittiin yhdessä ratkaisuja monikulttuurisissa ja moniammatillisissa työryhmissä ensimmäisen viikon aikana.

Toisella viikolla paneu-



Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun opiskelijat vierailivat maaliskuussa Lillessä. Kuvassa Sanna Leppälä, Henna Muotka, Ninni-Ingrid Nurmos, Marjut Heiskanen, Jaakko Tuomi ja Laura Krekula.



MEP-projekti on hyvä ja mielenkiintoinen tapa oppia uusia kulttuureja, kieliä sekä ryhmätöitä.

Jaakko Tuomi

duttiin tulosten julkistamiseen kuuden eri median välityksellä.

Opiskelijat tuottivat Euroopan ikääntymiseen liittyvän ”White Book, Ageing is our concern!” –kirjan. Tämän lisäksi opiskelijat järjestivät aiheesta lehdistökongressin, valokuvanäyttelyn, työstivät videon, nettisivut ja aiheeseen liittyvän opetuksellisen koko-

naisuuden.

Tämän elinikäiseen oppimiseen liittyvän IP-ohjelman tavoitteisiin kuuluu lisäksi etsiä ikääntymiseen liittyviä ongelmatilanteita ja ratkaisuvaihtoehtoja koko Euroopan alueella.

MEP-ohjelman teemana on selvittää moniammatillisesta ja monikulttuurisesta näkökulmasta, miten ikääntyminen hahmotetaan tulevaisuuden Euroopassa.

Ohjelman tavoitteena on moniammatillisuuden ja –kulttuurisuuden lisäksi lisätä sekä yhteistoiminnallisten menetelmien käyttöä opetuksessa että informaatioteknologian osaamista eri puolilla Eurooppaa.

Tapahtuma oli ainutlaatuinen kansainvälistymiskokemus opiskelijoille.

–MEP-projekti on hyvä ja mielenkiintoinen tapa oppia uusia kulttuureja, kieliä sekä ryhmätöitä. Parasta projektissa on saada uusia moniammatillisia ja monikulttuurisia näkemyksiä

ikääntymiseen liittyen sekä ennen kaikkea tutustua mukaviin ihmisiin ympäri Eurooppaa, MEP-ohjelmaan osallistunut liiketalouden opiskelija Jaakko Tuomi Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta kertoo.

Työskentely monikulttuurisessa tiimissä kansainvälisessä ympäristössä avaa uudenlaisia näkökulmia niin opiskeltavaan asiaan eli ikääntymiseen kuin opiskelumenetelmiinkin.

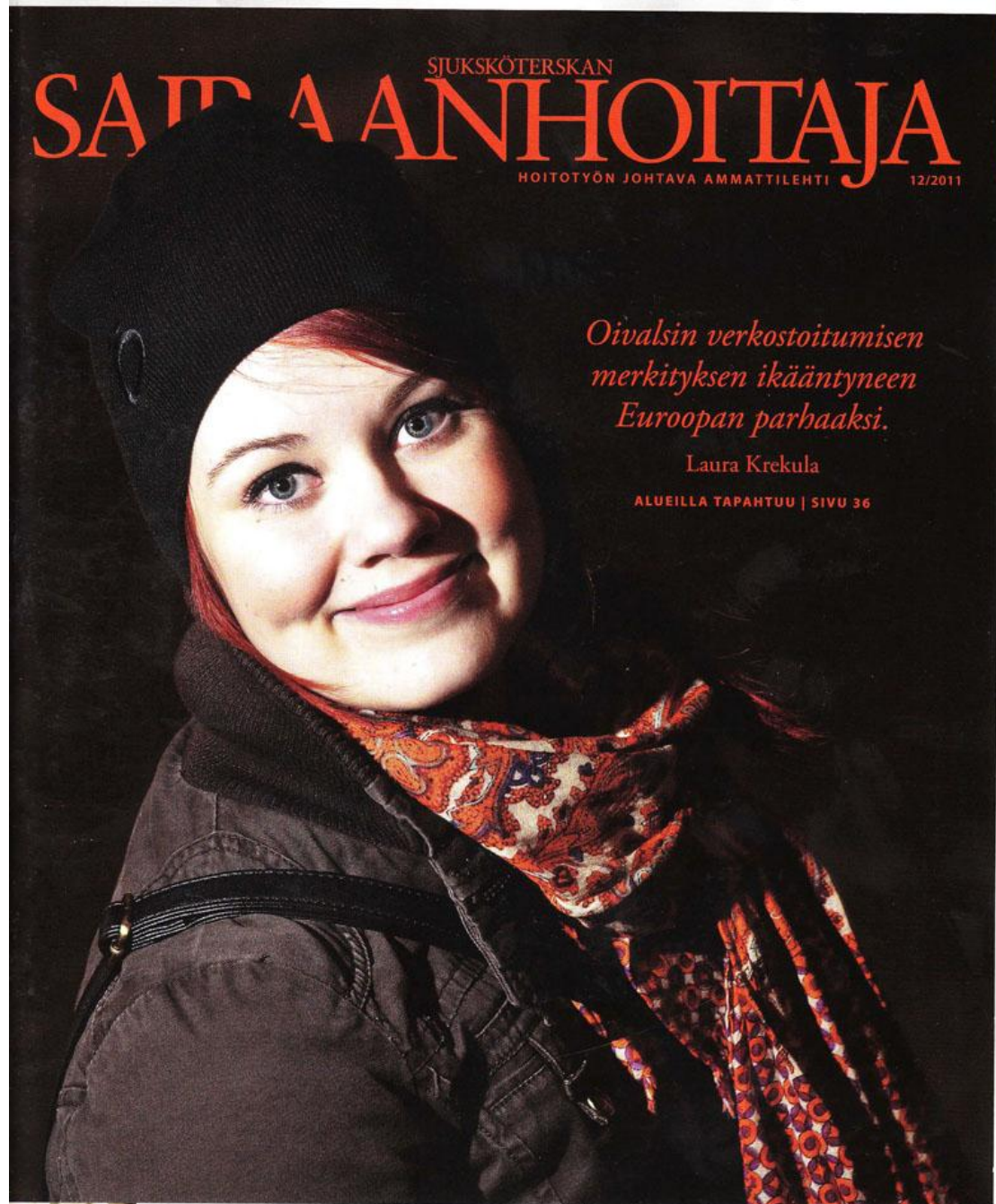
Menetelmät ovat opiskelijakeskeisiä ja innostavat uudenlaiseen, yhteistoiminnalliseen opiskeluun ja oppimiseen.

Lisäksi opiskelijat luovat vertaansa vailla olevan verkoston muiden eurooppalaisten nuorten kanssa.

MEP-ohjelman on tarkoitus jatkaa vielä ja vuonna 2012 intensiivijakso järjestetään Leiriassa, Portugalissa.

Vuonna 2013 intensiivijakso rantautuu mahdollisesti Joensuuhun.

ME TÖISSÄ | SIVU 44 Jokaisen potilaan kanssa on jossakin vaiheessa puhuttava päihteistä



LUOTTAMUKSEN RAUNIOISSA | 10

Sairaanhoidajat valelääkäristä:
Tapahtunutta on vaikea uskoa todeksi.
Marika Häkälä

HENKILÖ | 40

Asiat tehdään rauhassa ja suunnitelmien mukaan.
Työterveyshoitaja Anne Laatikainen

ALUEILLA TAPAHTUU

Jutun kirjoittaja Laura Krekula piti monikulttuurista intensiivikurssia mielenkiintoisena tapana oppia.

Teksti LAURA KREKULA Kuva KATI LEINONEN

Into ratkoa ikääntymisen ongelmia kasvoi

Ikääntymisen aiheuttaviin ongelmiin löytyi monta ratkaisua intensiivikurssilla Ranskan Lillessä.



Ageing is our concern! Moniammatillinen opiskelijajoukko Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta Sanna Leppää (vas.), Henna Muotka, Ninni-Ingrid Nurmos, Marjut Heiskanen, Jaakko Tuomi ja Laura Krekula.

Ikääntyminen tulee olemaan keskeinen asia jokaisessa Euroopan maassa.

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan ja liiketalouden ryhmä osallistui kaksiviikkoiselle Multidisciplinary European Program -kurssille (MEP) Ranskassa. MEP on kolmivuotinen ohjelma, jonka tavoitteet vaihtelevat vuosittain. Ohjelman tarkoituksena on perehtyä väestön ikääntymiseen liittyviin haasteisiin, sillä ikääntyminen tulee olemaan keskeinen asia jokaisessa Euroopan maassa. Väestön vanhenemista käsitellään kokonaisvaltaisesti: taloudellisesta, sosiaalisesta sekä terveystieteellisestä näkökulmasta.

Ohjelma tarjoaa opiskelijoille mahdollisuuden koontua yhteen ja jakaa tietoa keskenään. Intensiivikurssin aikana opiskelijat sekä opettajat työskentelevät yhdessä monikansallisissa ja moniammatillisissa ryhmissä saaden uusia näkökulmia tutkittuun aiheeseen, ikääntymiseen. Näin nuoret oivaltavat verkostoitumisen ja yhteistyön merkityksen ikääntyvän Euroopan parhaaksi.

Ohjelmaan osallistuvat maat ovat Belgia, Ranska, Portugali, Espanja, Suomi, Latvia ja Liettua. Suomea edustaa Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun lisäksi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun opettaja ja opiskelijoita.

Ennen intensiivikurssia jokaisen osallistuvan maan ryhmät valmistavat raportin ikääntymisestä käyttäen terveyden, työn, talouden, sosiologian ja psykologian ulottuvuuksia. Lähtökohtana on löytää keskeiset ongelmat, ja keksiä niille innovatiivisia ratkaisuja.

Tavoitteita ohjelmalle ovat myös erilaisten tuotosten lisäksi englannin kielen vahvistaminen, erilaisten tutkimusmenetelmien käyttö, verkostoituminen ja opiskelija-keskeisten työtapojen kehittäminen.

Monikulttuurista yhdessäoloa

Intensiivikurssin aikana opiskelijat esittelevät omat raporttinsa sekä kuuntelevat muiden maiden opiskelijoiden esitykset. Kahden viikon aikana opiskelijat ja opetta-

jat työskentelevät yhdessä pienissä ryhmissä valmistamaan viisi erilaista materiaalikokonaisuutta.

Opiskelijat valmistavat yhteenvetona internetsivut, tekevät ikääntyviä koskevan videon sekä järjestävät valokuvanäyttelyn ja lehdistötilaisuuden. Osa kirjoittaa kirjan, joka on kooste kaikkien osallistuvien maiden raporteista. Kirja on luettavissa internetsivustolla nimellä *White Book – Ageing is our concern!*

Intensiivikurssin aikana opiskelijat ja opettajat pääsevät myös kuuntelemaan asiantuntijaluennoitsijoita. CRS Europan, Leroy-Merliinin ja Lillen yliopiston edustajat esittävät mielenkiintoisia luentoja ikääntymisestä.

Työn vastapainoksi päästään tutustumaan Lillen kaupungin lisäksi Pariisiin nähtävyyksiin. Vapaa-ajan aktiviteetit motivoivat osallistujien tiimityöskentelyä ja opettavat ranskalaista kulttuuria monipuolisesti.

Uusia tuulia opiskeluun

Sairaanhoidajaopiskelija **Nadine Romão** Portugalista suosittelee intensiivikurssia alansa opiskelijoille, sillä hänen mielestään on erittäin tärkeää, että nuoret eri maista pääsevät tapaamaan toisiaan. Näin he voivat keskustella maitaan koskevista ongelmista ja pyrkiä löytämään mahdollisia ratkaisuja eri menetelmiä käyttäen.

– Toivon saavani uusia ideoita kotiin vietäväksi, Romão kertoo.

Yksi intensiivikurssilla käytetyistä menetelmistä on ongelmalähtöinen oppiminen. Tavallisen kirjasta oppimisen sijaan tämän menetelmän avulla ratkotaan esimerkiksi työelämässä vastaantulevia tilanteita. Tarkoituksena on teorian soveltaminen käytäntöön, oman tekemisen kyseenalaistaminen, tiedon etsintä, analysointi, avoin keskustelu ja uuden oivaltaminen.

Ensi vuonna intensiivikurssi järjestetään Portugalin Leiriassa. Vuonna 2013 MEP saapuu Suomen Joensuuhun. •

Lisätietoa projektista: www.neverold.co.cc

TOIMEKSIANTO SAIRAANHOITAJA – LEHTEEN

TOIMEKSIANTO – SAIRAANHOITAJA-LEHTI

PVM: 14.6.2011

FIOCA OY

Toimeksiantaja Sairaanhoitaja-lehti
Eva Agge
Fioca Oy

Toimittaja / kuvaaja / kirjoittaja

Yritys / toiminimi (mikäli käytössä)	
Toimittajan / kuvaajan nimi / kirjoittajan nimi	Laura Krekula
Osoite ja postinumero	Ratakatu 14 D 10, 90130 Oulu
Puhelinnumero	044-3191121
Sähköposti	laura.krekula@me.com

Tilaustiedot

Lehden numero	2011
Juttutyyppe	Alueilla tapahtuu
Jutun pituus	4000 merkkiä välilyönteineen
Toimitusaika	lokakuu 2011
Sovittu hinta eur. (alv. 22 % / ei alv)	emme maksa meille tarjotuista artikkeleista palkkiota
Sovittu kulukorvaus eur.	—
Julkaisuouikeudet	Painettu lehti, lehden sähköinen versio, sähköinen uutiskirje ja Terveysportti-palvelu.

SAIRAAHOITAJALEHDEN ARTIKKELINKIRJOITUSOHJEET

SAIRAAHOITAJA-LEHDEN JUTTUBRIIFFI

Sairaanhoitaja on hoitotyön johtava ammattilehti. Lukijakuntaan kuuluvat kliinisten ammattilaisten ohella hoitotyön johtajat, opettajat, tutkijat, opiskelijat ja eläkeläiset. Lehti tarjoaa ammatissa kehittymistä, ammatti-identiteettiä ja kollegiaalisuutta tukevia artikkeleita.

Lehden nro: ei tiedossa

Ilmestyy: ei tiedossa

Jutun deadline: alustavasti lokakuu 2011

Juttutyyppe: Alueilla tapahtuu

Juttutyypin tausta: Sairaanhoitajaliitolla on 16 alueyhdistystä, tavoitteena on liikkua tasapuolisesti kaikkien alueyhdistysten alueilla ja esitellä mielenkiintoisia alueen tapahtumia/kehittämistyötä tms. Muutoin jutut voivat edustaa mitä tahansa alueella tapahtuvaa asiaa tai jotakin asiaa alueellisesta näkökulmasta.

Juttutyypin tavoite: alueellinen tasa-arvo Sairaanhoitaja-lehdessä, alueellisten tapahtumien tunnistaminen sekä esittely

Jutun sisältö

Kemi-Tornion AMK on mukana projektissa, jonka aiheena on ikääntyneen väestön tilanne Euroopassa

Jutun aihe: ikääntyminen Euroopassa

Jutun näkökulma: terveystieteellinen näkökulma, eri maiden ongelmia sekä mahdollisia ratkaisuja.

Jutun kohderyhmä: kaikki sairaanhoitajat

Toivottu vaikutus lukijaan: nostaa esille Kemi-Tornion AMK:n kansainvälistä toimintaa

Tekniset tiedot

Jutun pituus: 4000 merkkiä välilyönteineen

Jutun rakenne: Otsikko, ingressi, kaksi väliotsikkoa

SAIRAANHOITAJALEHDEN ARTIKKELINKIRJOITUSOHJEET

Muut kirjoitusohjeet:

- Lyhyt ingressi, ei kolmea lausetta pidempi
- Ajattele jutun rytmiä kirjoittaessasi: viritä jutun alussa lukijan mielenkiinto ja pidä sitä yllä loppuun asti
- Kappalejaot tehdään yhdellä rivinvaihdolla (ei tyhjää riviä)
- Väliotsikko max. 30 merkkiä
- Kappaleiden pituus max. 4 riviä myös puheenvuoroissa
- Jokainen kappale vie asiaa eteenpäin, vältä toistoa ja tyhjiä lauseita
- Suoria lainauksia vältetään
- Haastateltavan nimi mainitaan ensin kokonaan, myöhemmin käytetään sukunimeä, uuden väliotsikon jälkeen mainitaan aina ensin koko nimi
- Kuvatestit kirjoitetaan mahdollisuuksien mukaan valmiiksi. Lyhyt kuvateksti houkuttelee lukemaan

Täytä seuraavan sivun toimeksiantolomake (yläosan tiedot) ja palauta se sähköpostissa osoitteeseen toimitus@sairaanhoitajaliitto.fi