

Nina Arponen

LIKKUVAT TERVEYSPALVELUT -  
KUNTALAISTEN TERVEYSPALVELUTARPEIDEN KARTOITUS,  
CASE RAUMA

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma  
2016



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

LIKKUVAT TERVEYSPALVELUT -  
KUNTALAISTEN TERVEYSPALVELUTARPEIDEN KARTOITUS, CASE  
RAUMA

Arponen, Nina  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma  
Elokuu 2016  
Ohjaaja: Sirkka, Andrew  
Sivumäärä: 57  
Liitteitä: 5

Asiasanat: liikkuvat terveyspalvelut, palvelumalli, perusterveydenhuolto

---

Terveydenhuollon toimintaympäristöissä on tapahtunut runsaasti muutoksia, jotka ovat vaikuttaneet ja tulevat tulevaisuudessakin vaikuttamaan organisaatioiden sisäisten prosessien sekä palvelutuotannon muutostarpeeseen. Nämä muutokset yhdistettynä pyrkimyksellä taloudelliseen tehokkuuteen, edellyttävät organisaatioilta uudenlaisia palvelutuotantotapoja. Muun muassa liikkuvista palveluratkaisuista on etsitty ratkaisuja täydentää ja korvata perinteistä keskitettyä palvelutarjontaa. Kuitenkin terveydenhuollon rakentamisessa ja suunnittelussa keskeinen periaate on väestön tarve sekä tarpeiden mukaiset palvelut.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa liikkuvien terveyspalvelujen tarpeita Rauman kaupunkialueen 18 – vuotta täyttäneiltä asukkailta, joita tutkimuksen toteutushetkellä oli 33 129. Kysely toteutettiin Rauman kaupungin nettisivuilla julkaistulla puolistrukturoidulla Webropol – kyselylomakkeella ajalla 4.4.2016–17.4.2016. Kyselyyn vastasi 242 (N=242), joka on 0.73 % koko kohdejoukosta. Suurin osa oli naisia. Suurin osa myös ilmoitti käyttävänsä ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon palveluita.

Pääsääntöisesti tarjotuista palvelukokonaisuuksista liikkuvia terveyspalveluita ilmaistiin käytettävän joko ehdottomasti tai todennäköisesti erilaisten sairauksien hoitoa, seurantaa sekä terveydenhuollon eri ammattiryhmien antamaa ohjausta ja neuvontaa edellyttävissä tilanteissa. Myös terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävissä tilanteissa kuntalaiset hakeutuisivat joko ehdottomasti tai todennäköisesti liikkuvien terveyspalveluiden piiriin.

Tarjottujen palvelukokonaisuuksien lisäksi liikkuviin terveyspalveluihin kaivattiin laboratoriopalveluita, lääkärin vastaanottopalveluita sekä reseptien uusinta mahdollisuutta. Liikkuvilta terveyspalveluilta edellytettiin myös esteettömyyttä ja saatavuutta. Palvelun esteettömyydellä viitattiin niin edullisiin kustannuksiin, laadukkaaseen sisäilmaan kuin esteettömään autoon pääsyynkin. Palvelun saatavuudella puolestaan viitattiin terveyspalveluauton saapumiseen kotiosoitteeseen. Liikkuvien terveyspalveluiden toivotuiksi palveluajoiksi kuntalaiset toivoivat pääsääntöisesti arkipäiviä virka-ajan puitteissa.

## MOBILE HEALTH SERVICES - MAPPING RESIDENTS` SERVICE NEEDS, CASE RAUMA

Arponen, Nina  
Satakunta University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme on Welfare Technology  
August 2016  
Supervisor: Sirkka, Andrew  
Number of pages: 57  
Appendices: 5

Key words: mobile health care services, service model, primary health care

---

A lot of changes have taken place, and are constantly ongoing, in the Finnish health care that have an impact on organizations internal processes and requires immediate and future changes in service deliveries. These changes combined with the need for cost effectiveness make it necessary for organizations to introduce new ways in their service deliveries. Mobile services provide one solution for complementing and replacing traditional centralized service provision. However, health care services are primarily developed and planned to meet the population's needs.

The purpose of this thesis was to map population's needs for mobile health care services among inhabitants of the city of Rauma. The primary target group was the entire population of 33,129 in Rauma, focused on 18+-year-old persons. The online inquiry was carried out by a semi-structured Webropol questionnaire published on the web sites of the city of Rauma between 4 and 17 April 2016. The questionnaire was responded by a total number of 242 people (N=242), and the response rate was 0,73 per cent of the entire target population. Most of the respondents were women and most of them used primarily the services of public health care.

As to the inquired mobile services, the respondents would absolutely or very likely use services provided for treating and follow-up of diseases as well as guidance and counselling services given by different health care providers. In addition, the respondents would absolutely or very likely use mobile services in case they need counselling in health promotion or prevention of diseases. Respondents expectations were that mobile services should also include laboratory services, possibilities for GP appointments and prescription renewals. In addition, mobile health care services should be accessible and available for all. Accessibility in this case referred to low cost services, clean indoor air and accessible entrance into the car. By availability the respondents highlighted mobile services arriving at their home address. Most of the respondents supported mobile services to be provided on weekdays and during normal office hours.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS .....	6
3 JULKISEN TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEET .....	7
3.1 Julkisen terveydenhuollon muutostarpeet .....	9
3.2 Asiakas- ja käyttäjälähtöiset palvelut .....	12
3.3 Kohdeorganisaation kuvaus .....	15
4 LIIKKUVAT TERVEYSPALVELUT .....	16
4.1 Liikkuvat terveyspalvelut maailmalla .....	17
4.2 Liikkuvat terveyspalvelut Suomessa .....	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	22
5.1 Tutkimusongelmat .....	22
5.2 Tutkimusmenetelmä .....	22
5.3 Aineisto ja aineiston keruu .....	23
5.4 Aineiston analyysi .....	26
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	29
6.1 Kohdejoukon kuvaus .....	29
6.2 Kuntalaisten näkemys liikkuvien terveyspalveluiden tarpeista .....	36
6.3 Palvelutarpeiden painottuminen asuinalueittain .....	39
6.4 Toivotut palveluajat .....	41
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	43
7.1 Tulosten tarkastelu .....	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	45
7.3 Tutkimuksen eettisyys .....	47
7.4 Jatkotutkimushaasteet .....	48
LÄHTEET .....	49
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystalvaeluiden integraatio, asiakaskekskeiset palvelut ja valinnanvapauden lisääminen tulevat muuttamaan terveydenhuollon palvelutuotantoa sekä totuttua työnjakoa. Tulevaisuudessa palveluja tarjotaan enenevässä määrin muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Sähköisiä, liikkuvia, etsiviä, hakevia sekä kotiin tarjottavia palveluita kehitetään monin eri tavoin. Kansalaiset toivovat yksilöllisiä, räätälöityjä terveystalvaeluita. Omahoidon merkityksen lisääntyminen, ikääntyminen sekä kroonisten sairauksien määrän kasvaminen lisäävät tulevina vuosina terveydenhuollon palveluiden kysyntää samalla, kun kestävyysvaje vaikeuttaa niiden rahoitusta. Kestävyysvajeen vuoksi palveluita tulee jatkossa tuottaa entistä tuottavammin ja tehokkaammin. (Kotila ym. 2016, 5.)

Muuttuneet palvelutarpeet ovatkin ajaneet monet kunnat tarjoamaan vaihtoehtoisia tapoja tuottaa terveydenhuollon palveluita. Muun muassa liikkuvilla palveluratkaisuilla on etsitty mahdollisuutta täydentää ja korvata perinteistä terveystalvaeluille keskittettyä palvelutarjontaa. Liikkuvat terveystalvaelut ovat matalan kynnyksen perusterveydenhuollon palvelupisteitä, jossa hoidetaan muun muassa yksinkertaisia terveystalvaelu-ongelmia sekä tarjotaan ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa. Toimintamallin voidaan katsoa edistävän myös niiden asiakkaiden tavoittamista, jotka muuten eivät mahdollisesti hakeutuisi terveystalvaelujen piiriin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa liikkuvien terveystalvaelujen (auto) tarpeita Rauman kaupunkialueen 18 – vuotta täyttäneiltä asukkailta. Kuntalaisten näkemysten kartoittamisen taustalla oli Rauman kaupungin strategia, Rauman Tarina 2013–2016, jonka yhtenä tavoitteena on kuntalaisten mukaan ottaminen palveluiden ja toiminnan suunnitteluun (Rauman kaupungin www-sivut). Tutkimuksen tavoitteena oli, että saatuja tutkimustuloksia voidaan sosiaali- ja terveystalvaeluvirastossa hyödyntää palvelukonseptin sekä reittisuunnittelun kehittämisessä.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Perusterveydenhuollon toimintojen kehittämistä voidaan pitää suomalaisen terveyspolitiikan keskeisenä haasteena (Peltonen 2010, 6–7). Yhteiskunnan ikärakenteen muuttuminen sekä tähän liittyvät kasvavat palvelutarpeet, edellyttävät kunnilta palvelutuotannon uudistamista. Julkiselta terveydenhuollolta edellytetään entistä enemmän kustannustehokkuutta, vaikuttavuutta sekä hoidollisen painopisteen siirtymistä ennaltaehkäisevämmäksi toiminnaksi. Myös terveydenhuollon asiakkaiden odotukset palveluntarjoajia kohtaan kasvavat muun muassa palveluiden saatavuuden osalta. Nykyisellä palvelurakenteella ei kyetä enää vastaamaan tulevaisuuden palvelutarpeisiin. (Kork ym. 2010, 9–12.)

Kohdeorganisaation näkökulmasta tarkasteluna, muun muassa lääkärien ja hoitajien vastaanoton palveluntarjonnan tarve tulee lähivuosina entisestään kasvamaan suurten ikäluokkien eläköityessä ja jäädessä pois työterveyshuollon palveluista. Liikkuvaa terveysterveyspalvelukonseptia voidaankin pitää yhtenä mahdollisuutena vastata muuttuvan toimintaympäristön asettamiin haasteisiin. Tässä tutkimuksessa liikkuvilla terveysterveyspalveluilla (auto) tarkoitetaan matalan kynnyksen perusterveydenhuollon palvelupistettä, jossa hoidetaan yksinkertaisia terveysongelmia sekä tarjotaan ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa.

Asiakkaan näkökulmasta puolestaan liikkuvat terveysterveyspalvelut näyttäytyisivät uudentyyppisenä tapana saada terveydenhuollon palveluita. Usein asiakkaat turhautuvat vastaanottoaikojen saamisessa pitkiin odotusaikoihin ja pitkien odotusaikojen voidaan puolestaan katsoa heikentävän asiakastyytyväisyyttä. Liikkuvat terveysterveyspalvelut vastaavat tähän tarpeeseen tarjoamalla vastaanottoaikoja ilman ajanvarausta tai lyhyillä odotusajoilla. Terveysterveyspalvelujen viemisellä asiakkaiden luo, pyritään edistämään palveluiden saatavuutta, esteettömyyttä sekä monipuolisuutta.

Työntekijän näkökulmasta tarkasteluna, uuden toimintamallin kehittäminen puolestaan mahdollistaa osallistumisen palveluiden jatkuvaan parantamiseen ja kehittämiseen. Sen voidaan katsoa myös tuovan työntekijöille uutta näkökulmaa terveyden edistämiseen, palveluntarjonnan mahdollisuuksiin ja innovaatioihin sekä edistävän

tehokkaasti työntekijöiden tieto-aidon hyödyntämistä ja kehittämistä uusien haasteiden kohdatessa ja kohtaamisessa. Työn mielekkyyden ja vaihtelevuuden lisääntyessä uudella toimintamallilla voidaan katsoa olevan myös työssä jaksamista edistävää vaikutusta.

Tämä kuntalaisten liikkuvien terveystalvelujen tarpeeseen liittyvä tutkimus, liittyy Rauman kaupungissa käynnissä olevaan laajempaan organisaatiouudistuksen kokonaisuuteen. Tulevaan organisaatiouudistukseen liittyen, sosiaali- ja terveystalvestossa on suunnitteilla liikkuvien terveystalvelujen käynnistäminen osaksi sosiaali- ja terveystalveston muuta toimintaa. Teknologiaa hyödyntäen autosta kyetään tarvittaessa ottamaan kuvayhteys lääkäriin, suorittamaan tiettyjä potilaan tutkimuksia sekä saamaan luotettavia, potilaiden pitkäaikaissairauksien seurantaan liittyviä mittaustalveluksia.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa liikkuvien terveystalvelujen tarpeita Rauman kaupunkialueen 18 – vuotta täyttäneiltä asukkailta. Kuntalaisten näkemysten kartoittamisen taustalla oli Rauman kaupungin strategia, Rauman Tarina 2013–2016, jonka yhtenä tavoitteena on kuntalaisten mukaan ottaminen talveluiden ja toiminnan suunnitteluun (Rauman kaupungin www-sivut). Tutkimuksen tavoitteena oli, että saatuja tutkimustalveluksia voidaan sosiaali- ja terveystalvestossa hyödyntää talvelukonseptin sekä reittisuunnittelun kehittämässä.

### 3 JULKISEN TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEET

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Näiden lakisääteisten perusoikeuksiin kuuluvien talveluiden järjestämistävastuu kuuluu kunnille. Yhdessä sosiaali- ja terveydenhuolto muodostavatkin kuntien laajimman toimialan, ja sen kehityksellä on keskeinen sekä lisääntyvä merkitys kuntien taloudessa. Pääsääntöisesti julkiset sosiaali- ja terveydenhuoltotalvelut rahoitetaan verovaroin, tosin erilaisiin käynteihin liittyvät maksut kattavat osan toiminnan kustannuksista. Julki-

nen terveydenhuolto toteutetaan terveyskeskuksissa ja aluesairaaloissa, keskussairaaloissa sekä yliopistollisissa keskussairaaloissa. Julkisen sektorin lisäksi palveluja tuottavat yksityiset yritykset ja järjestöt. (Fredriksson & Martikainen 2006, 13; Okko ym. 2007, 13–14; Välimäki & Parjanne 2007; Hyvärinen & Lith 2008, 14–15; Jylhäsaari 2009, 17; Immonen ym. 2012, 9; STM 2013, 10; Kuntaliiton www-sivut 2016.)

Kunnan järjestämismääräykseen piiriin kuuluvat terveyspalvelut muodostuvat sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Näiden palveluiden järjestämisestä säädetään niin kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) kuin vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissakin (1326/2010). Perusterveydenhuollon piiriin kuuluvat väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen, avosairaanhoito, päivystys, kotisairaanhoito, kotisairaala- ja sairaalahoito, suun terveydenhuolto, lääkinällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto, sairaankuljetus, virka-apu poliisille sekä mielenterveys- ja päihdetyö siltä osin kuin palveluita ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen sekä hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ennaltaehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen sekä lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (terveydenhuoltolaki 3 §). Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan tulee kuulua erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettuun sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. (Huhtanen 2012, 81–82; Tiirinki 2014, 27.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (3.8.1992/733) mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa taikka olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Kunta voi täyttää lakiin perustuvan järjestämismääräyksiensä myös hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti. (Huhtanen 2012, 82; STM 2013, 11; Kuntaliiton www-sivut 2016)



Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausvastuu on puolestaan sosiaali- ja terveysministeriöllä. Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä toimialueellaan ja sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi kansanterveystyön ohjauksessa ja valvonnassa. (STM 2002, 3, Möttönen & Niemelä 2005, 37; STM 2013, 11; Valvira 2015, 7–9.)

Julkisen terveydenhuollon roolia terveydenhuollon palveluiden järjestäjänä voidaan pitää varsin merkittävänä. Vahva julkinen terveydenhuolto on perinteisesti ollut myös osa hyvinvointivaltioiden eetosta, ja sen roolia palveluntuottajana onkin perusteltu muun muassa tasa-arvon sekä oikeudenmukaisuuden näkökulmista. (Okko ym. 2007, 13; Sinervo ym. 2010, 22.) Julkinen terveydenhuolto on muodostunut pitkän historiallisen kehityksen tuloksena vaikkakin eri aikakausina terveydenhuollon rahoitus, painotukset ja järjestämistavat ovat vaihdelleet. Nykyiset järjestelmät ovat muotoutuneet monien erilaisten poliittisten näkemysten yhteensovittamisen tuloksena sekä myös jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa. (Willberg & Valtonen 2007, 11; Kallio 2010, 11.) Toimintaympäristönä terveydenhuoltoa voidaan pitää varsin erityisenä, sillä koko terveydenhuollon toiminta on tarkasti laeissa säädelty. Myös yhteiskunnalliset muutokset näkyvät terveydenhuoltosektorilla varsin nopeasti muun muassa palveluiden käyttäjien tarpeiden muuttumisena. (Isosaari 2008, 1.)

### 3.1 Julkisen terveydenhuollon muutostarpeet

Vaikka kansainvälisessä vertailussa suomalainen terveydenhuolto on varsin tehokas asettaa taloudellinen niukkuus paineita koko terveydenhuollon hallintojärjestelmälle ja johtamiselle. Viime vuosikymmenien aikana julkinen terveydenhuolto onkin joutunut mittavien haasteiden eteen. Nämä haasteet ovat seurausta niin palvelun tuottajien kuin asiakkaidenkin muuttuneista vaatimuksista terveydenhuollon tavoitteita ja toteutusta kohtaan. (Pekurinen 2007, 11.)

Haasteiden edessä valtiollista sosiaali- ja terveystaloutta ovat 2000 – luvulla hallinneet erilaiset hankkeet. Kansallinen terveyshanke toimi vuosina 2001–2007, Kun-

ta- ja palvelurakenne uudistus PARAS - hanke vuosina 2006–2011 sekä Kansallisen sosiaali- ja terveysalan kehittämisohjelma Kaste vuosina 2008–2011 ja 2012–2015. Potilaan oikeudet ja valinnanvapaus laajenivat vuonna 2005 voimaan tulleen hoitotakuulain myötä ja vuodesta 2014 alkaen EU – lainsäädäntö on turvannut potilaan oikeuden saada sekä perusterveydenhuollon, että erikoissairaanhoidon palveluita toisessa EU- ja Eta-maassa sekä Sveitsissä. Hankkeiden ja lakiuudistusten tehtävänä on ollut kehittää sosiaali- ja palveluita vastaamaan 2000-luvun niukkoihin resursseihin sekä hyvinvointiyhteiskunta-ajatteluun. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2008, 7, 15–16; Pärnä 2012, 23; STM 2012, 13; Tiirinki 2014, 26–27; Kelan www-sivut 2016.)

Vaikka perusterveydenhuollon palvelurakenne on 2000-luvulla monipuolistunut, ei esimerkiksi terveyskeskusten toiminnan kokonaisuus ole varsinaisesti parantunut kunta- ja palvelurakennemuutuksesta eikä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta kehittämisohjelmasta huolimatta. Terveyspalveluiden menot kasvavat edelleen vuosittain eikä potilaiden tai asiakkaiden tyytyväisyys palveluita kohtaan ole kuitenkaan merkittävästi parantunut. (Haimakainen ym. 2011a, 3133–3135; Haimakainen ym. 2011b, 2183; Mattila 2011, 319). Uudistuminen onkin välttämätöntä terveydenhuollon toimintaympäristöjen muutosten vuoksi, joita voidaan tarkastella muun muassa tulevaisuuden megatrendien kautta.

Tulevaisuudessa terveyspalveluiden kysyntä on kasvamassa niin väestön ikääntymiseen liittyvien tarpeiden, kuin lääke-tieteen ja teknologian tarjoamien uusien mahdollisuuksienkin myötä. Kansalaisten tottumukset, tarpeet ja odotukset palveluita kohtaan tulevat muuttumaan kuten myös luonnontieteiden, lääketieteen ja teknologian kehityskin. (Willberg & Valtonen 2007, 11; Tiirinki 2014, 28.) Myös globaalistuminen aiheuttaa terveydenhuollolle tulevaisuudessa entistä enemmän haasteita asiakkaiden kansallisuksien kirjon, kulttuuristen erilaisuuksien sekä kansainvälistymisen kautta. Kulttuurisensitiivisyyttä voidaankin pitää yhtenä julkisen terveydenhuollon haasteista, jolla kyetään lisäämään ymmärrystä monikulttuuristen asiakkaiden kohtaamisessa. (Sainola–Rodriguez 2009, 11–15.) Kysynnän kasvu ja kysynnän luonteen muuttuminen tulevat haastamaan totut toimintatavat ja kaikki nämä muutokset yhdessä tuottavat kasvupainetta terveyspalveluiden järjestämiselle ja kustannuksille.

(Kivisaari & Saranummi 2006, 11; Willberg & Valtonen 2007, 11; Kivisaari ym. 2008, 9; Tiirinki 2014, 28; Kotila ym. 2016.)

Suomessa kunta- ja palvelurakenteita sekä samalla terveydenhuollon rakenteita ollaan paraikaa uudistamassa. Osittain jatkumona sekä PARAS-hankkeelle että Kaste-ohjelmalle, tuoreimpana sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeena on viime vuosina ollut sote-uudistus, joka pyrkii vastaamaan niihin taloudellisiin ja rakenteellisiin haasteisiin, joiden keskellä suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä tällä hetkellä painii. Sote-uudistuksen tarkoituksena on toteuttaa laaja asiakas-keskeinen palveluintegraatio, jonka tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. Nykyisen hallituksen linjauksen mukaisesti tarkoitus on luoda myös valinnanvapauslain-säädäntö, joka mahdollistaa käyttäjän itse valita palvelut julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin palvelun tuottajilta. (Willberg & Valtonen 2007, 11; Hallitusohjelma 2015, 20–22; Brommels, 2016, 2, 7; STM:n & Valtiovarainministeriön www-sivut 2016; THL 2016a.)

Viimeaikaiset poliittiset päätökset Sote-uudistuksen jalkauttamisesta kertovat julkisen terveydenhuollon pitkäaikaisesta muutostarpeesta. Yksityisen sektorin tuotanto sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on kasvanut tasaisesti 2000-luvun ajan. Valitseva diskurssi on jo pitkään korostanut yksityisten palveluiden hyödyntämistä tuotannossa julkisten palveluiden rinnalla, mutta myös julkisten palveluiden sijaan. Tulevaisuudessa julkisia ja yksityisiä terveyspalveluita rinnastetaankin entistä enemmän toisiinsa kilpailutuksen kautta. (Pohjola ym. 2005, 201; Anttiroiko 2010, 59.)

Terveydenhuollon organisaatiot joutuvatkin muuttamaan toimintatapaansa yhteiskunnassa tapahtuvien muutoksien edessä. Uusiin ongelmiin eivät enää kelpaa ratkaisuksi vanhat menetelmät, vaan muutosten nopeus ja joskus ennakoimattomuuskin haastavat organisaatioita uudenlaisiin toimintatapoihin. (Seeck, 2008, 290; Harisalo 2009, 285.) Myös sairaanhoitajien työnkuvia tulisi uudistaa, jotta kansalaiset voisivat saada tulevaisuudessa laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluita, sillä sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio, asiakas-keskeiset palvelut sekä valinnanvapauden lisääminen tulevat muuttamaan myös totuttua työnjakoa (Kotila ym. 2016). Terveys-

denhuollon toimijoiden tulisi myös kyetä tunnistamaan palveluiden erityyppiset käyttäjät sekä pyrkiä tukemaan heitä valintapäätöksissä sopivilla palvelumuodoilla. Myös ammattihenkilöiden tulee uudistaa työskentelytapojaan siten, että potilaat voivat halutessaan toimia aikaisempaa aktiivisemmassa roolissa palveluiden käyttäjinä. (Isotalo ym. 2015, 622–623.)

Miten terveystalouden järjestämisen kokonaisuus muuttuukaan, yksi keskeinen tavoite on kuitenkin palveluiden saatavuuden parantaminen sekä sopimus siitä, miten hoidon saatavuutta tulevaisuudessa mitataan. Potilaan ja asiakkaan asema ja merkitys järjestelmässä tulee kuitenkin joka tapauksessa kasvamaan, kun tavoitellaan aidosti asiakaslähtöistä järjestelmää, joka takaa riittävät ja laadukkaat lähipalvelut. (Peltari & Kaila 2014, 28.)

### 3.2 Asiakas- ja käyttäjälähtöiset palvelut

Julkisella sektorilla asiakaslähtöisyys sekä asiakaslähtöiset palvelut ovat nousseet kattavan keskustelun kohteeksi. On olemassa laaja poliittinen yksimielisyys siitä, että palvelujärjestelmän rakennemuutoksen tulee perustua asiakaslähtöisyyteen sekä asiakkaiden osallistumiseen. (Raitakari ym. 2012, 47.) Merkittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja ollaan parhaillaan uudistamassa ja tähän liittyviä ohjelmallisia kehittämistoimenpiteitä toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa. Lain-säädännöllä turvataan asiakaslähtöisyyden perusta antamalla asiakkaalle oikeuksia, mutta laki ei sinänsä velvoita tai ohjaa julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisemmällä tavalla. Tämä tilanne on kuitenkin lähitulevaisuudessa muuttumassa. (Virtanen ym. 2011, 8.)

Yksimielisyys asiakaslähtöisyyden tavoiteltavuudesta mahdollistuu pitkälti siksi, että asiakaslähtöisyys pitää sisällään useita eri merkityksiä ja sillä voidaan tarkoittaa hyvinkin eri asioita. (Raitakari ym. 2012, 47; Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisyytenä pidetään muun muassa, että virkamiehet ja ammattihenkilöt edesauttavat asiakkaan valinnanvapautta, osallistumista omaa tilannettaan koskevaan päätöksentekoon, mahdollistavat asiakkaan osallistumisen palveluiden kehittämiseen, sisällyttävät asiakkaiden näkemyksiä palveluiden arvioin-

tiin sekä hyödyntävät näiden kokemuksia omassa koulutuksessaan. (Tritter 2009, 211.) Asiakaslähtöisyydeksi mainitaan myös, että tilannetta tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta, jolloin olennaiseksi muodostuvat asiakkaan arvojen kunnioittaminen sekä pyrkimys dialogiseen yhteistyösuhteeseen. Asiakaslähtöisiksi määrittyviä palveluita katsotaan olevan nopea hoitoon pääsy, emotionaalisen tuen ja tiedon antaminen, moniammatillisen työskentelyn joustava koordinointi, kokonaisvaltaisuus, omaisten hoitoprosessiin mukaan ottaminen sekä asiakkaan aktiivinen toimiminen ja yhdenvertaisuus palvelun tarjoajan kanssa (Kiikkala 2000, 112–113; Cott 2004, 1412; Raitakari ym. 2012, 53–54.)

Kuten edellä kuvattiin, asiakaslähtöisyyden määritelmää voidaan pitää varsin monimuotoisena eikä sille ole osoitettavissa yhtä selkeää määritelmää. Usein puhuttaessa asiakaslähtöisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisenä periaatteena, ei useinkaan selkeytetä tarkoitetaanko asiakaslähtöisyydellä organisaation omaa määrittelemää asiakkaan asemasta suhteessa palveluun vai tarkoitetaanko määritelmällä asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevää palvelua tai toimintatapaa. (Päivärinta & Maaniittu 2002, 32.). Sillä, määritelläänkö asiakaslähtöisyys palvelua tarvitsevan tai sitä käyttävän asiakkaan asemaksi palvelussa vai onko kyseessä palvelua ohjaava arvo, on kuitenkin merkitystä paitsi palvelun toimijoiden vuorovaikutuksen suhteen mutta myös palvelun organisoinnin näkökulmasta. (Mönkkönen 2001, 432; Poikela 2010, 226–228.)

Palvelutuotannon muuttaminen asiakaslähtöiseksi onnistuu käytännössä vain, mikäli koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää kehitetään kokonaisvaltaisesti ja palveluja toisiinsa integroiden. Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys edistää palvelutuotannon parempaa vaikuttavuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta. Palveluiden rajatut uudistukset tai kapealla osa-alueella innovointi eivät riitä, sillä asiakas on yksi ja sama läpi eri palvelukokonaisuuksien ja palveluiden hallintorajojen. Samalla asiakkaalla saattaa olla useita samanaikaisia palvelutarpeita eri kohdissa sosiaali- ja terveystalouden kenttää (kuvio 1), joissa kaikissa palvelujärjestelmän tulisi toimia – eri tavoin – mutta silti asiakaslähtöisesti. (Virtanen ym. 2011, 11–12.)



Kuvio 1. Sama asiakas, useita eri palvelutarpeita (Virtanen ym. 2011, 12).

Käyttäjälähtöisyydellä puolestaan tarkoitetaan kokonaisvaltaista palvelun käyttäjän huomioimista sekä palvelun käyttäjistä inspiroitumista. Siihen katsotaan tiiviisti liittyvän myös käyttäjien kuunteleminen sekä todellinen halu ymmärtää käyttäjää. (Heikkanen & Österberg 2012, 12.) Usein käyttäjälähtöisyys rinnastetaan asiakaslähtöisyyteen, vaikka käsitteenä käyttäjä on asiakasta laajempi: asiakas on palvelun käyttäjä. Käyttäjälähtöisyys erotetaan asiakaslähtöisyydestä muun muassa siksi, että asiakaslähtöisyydessä yksi tärkeimmistä toiminnoista on asiakassuhteen hoitaminen, kun käyttäjälähtöisyyden pyrkimyksenä on, että palvelu vastaa asiakkaan todellisia tarpeita sekä mielikuvia sen hyödyistä. (De Mooij ym. 2005, 24).

Kuntapalveluissa käyttäjälähtöisyys tarkoittaa kunnan asukkaiden tarpeista lähtevää palveluiden kehittämistä sekä kehittämisen painopisteen siirtämistä tuottajakeskeisyydestä käyttäjälähtöisyyteen.. Käyttäjälähtöisiä palveluja kyetään toteuttamaan muun muassa palvelumuotoilun keinoin. Palvelumuotoilulla taas tarkoitetaan palvelujen suunnittelua yhdessä palveluiden käyttäjien kanssa. Nykypäivänä kuntalaiset haluavatkin entistä enemmän olla vaikuttamassa itseään sekä lähiyhteisöään koskevaan päätöksentekoon. Käyttäjälähtöisyyden hyödyt voidaan nähdä sekä palveluiden käyttäjien että myös palvelua tuottavan henkilöstön palautteissa. Käyttäjälähtöisyyden katsotaan parantavan palveluiden laatua ja taloudellisuutta, sillä sen avulla kyetään vähentämään tarpeettomia palveluita ja myös tarjottavat palvelut vastaavat

enemmän kuntalaisen tarpeita. (Jäppinen & Sallinen 2012, 7–9; Jäppinen & Nieminen 2014, 80.)

Organisaatioissa asiakas- ja käyttäjälähtöisten palveluiden todelliseksi kehittämiseksi asiakas ja palveluiden käyttäjä sekä hänen tarpeensa tulisikin siis palauttaa palvelutuotannon kehittämisen keskiöön. Käyttäjälähtöisen kehittämisen kautta organisaatiot voivat tuottaa asiakkailleen lisäarvoa tarjoamalla parempia tuotteita ja palveluita sekä vahvistaa kilpailukykyään oivaltamalla asiakkaiden ja palveluiden käyttäjien tarpeet ennen kilpailijoita. (Heikkanen & Österberg 2012, 6.) Palvelutuotannon kääntäminen käyttäjästä ohjautuvaksi edellyttää kaupunkikonsernilta reagointikykyä ja muutosvalmiutta. Tulevaisuudessa palveluiden asiakas- ja käyttäjakeskeisyys eivät ole enää organisaatioiden valinta, vaan sen toiminnan elinehto. (Aarnikoivu 2005, 14.)

### 3.3 Kohdeorganisaation kuvaus

Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimi muodostuu sosiaali- ja terveyslautakunnasta sekä sosiaali- ja terveystoimesta. Sosiaali- ja terveystoimen tehtävänä on järjestää kansanterveyslaissa, sosiaalihuoltolaissa, terveydenhuoltolaissa tai muussa laissa taikka kaupunginvaltuuston päätöksellä sille määrätty toiminnot. Sen tehtävänä on lisäksi järjestää raumalaisten tarvitsemat erikoissairaanhoidon palvelut joko omalla toimintana tai ostopalveluna kuntayhtymiltä. Tarvittaessa sosiaali- ja terveystoimi voi ostaa erikoissairaanhoidon palveluita myös yksityisiltä toimijoilta. Sosiaali- ja terveystoimen tehtävänä on myös vaikuttaa sosiaali- ja terveystoimien näkökohtien huomioon ottamiseen kaupungissa. Toiminta-ajatuksena on toimialallaan raumalaisten hyvän elämän-laadun turvaaminen, terveen ja toimintakykyisen elinajan pidentäminen ja ennenaikaisen kuoleman estäminen sekä sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn takaaminen kaikille raumalaisille siten, että jokainen kuntalainen voi toteuttaa omia voimavarojaan. (Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtosääntö 2011.)

Sosiaali- ja terveystoimi on Rauman kaupungin suurin hallintokunta, jossa työskentelee noin 1100 Rauman kaupungin noin 3200 vakinaisista työntekijästä. Sosiaali- ja terveystoimen palvelut on ryhmitetty tulosalueisiin: ympäristöterveydenhuolto, avotervey-

denhuolto, sosiaalipalvelut, vanhuspalvelut sekä Rauman aluesairaala. Talous- ja hallintopalveluiden tulosalue tukee kaikkia edellä mainittuja tulosalueita. Avoterveydenhuollon tehtävänä on järjestää kuntalaisille oikea-aikaisesti ja yksilöllisesti suunnitellut terveydenhuoltopalvelut sekä edistää asukkaiden terveydentilaa ja hyvinvointia ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä. Tulosalue vastaa perhekeskuksesta (neuvolatoiminnoista, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta) sekä työterveyshuollosta ja geriatrisesta vastaanotosta. Avoterveydenhuolto huolehtii niin lääkärien ja hoitajien vastaanotoista, päivystystoiminnasta kuin myös lääkinnällisestä kuntoutuksesta sekä päihdehuollosta. Myös suun terveydenhuolto kuuluu avoterveydenhuollon piiriin. (Sosiaali- ja terveystieteiden toimintakäsikirja; Rauman kaupungin www-sivut.)

Valtakunnallisesti hallitusohjelma, sote-uudistus ja aluehallintouudistus edellyttävät oman palvelutuotannon kehittämistä sen säilyttämiseksi mahdollisimman monipuolisen ja kilpailukykyisenä. Myös Rauman kaupunki valmistautuu muiden kuntien tavoin tulevaan roolimutokseen ja muuttuvaan toimintaympäristöön: väestö ikääntyy ja keskittyy alueellisesti, kaupungin henkilöstö eläköityy, arvot muuttuvat ja kuntien tehtäviä ja sääntelyä karsitaan. Osaltaan uusi kuntalaki antaa viitoitusta muutokseen ja myös tiukkeneva talous edellyttää toiminnan ja organisaation uudistamista. Rauman kaupunki onkin uudistamassa organisaatiotaan vuonna 2017 Kuntaliiton vetämässä Uuden Sukupolven organisaatiot ja johtaminen (USO) -verkostohankkeessa yhdessä 30 muun kunnan kanssa. Hankkeen tavoitteena on kuntalaisia entistä tehokkaammin palvelevan, nykyaikaisen ja toimivan kaupunkiorganisaation luominen sekä kaupungin toimintatapojen kehittäminen 2020-luvun tarpeisiin ja haasteisiin. (Rauman kaupungin www- sivut.)

#### 4 LIIKKUVAT TERVEYSPALVELUT

Palvelumuotona ja innovaationa liikkuvat terveyspalvelut eivät ole uusi keksintö. Jo 1950 ja -60-luvuilla metsätyömiesten terveystarkastuksia hoidettiin Kleinbussin takapenkillä (Bonnier Business Forum Oy 2015). Tyypillisesti liikkuvat terveys- ja hyvinvointipalvelut ovatkin autoja, joissa tarjotaan eri tyyppisiä terveydenhuollon



palveluita (Laanterä ym. 2014, 7–8). Pyörillä kulkevat, paikasta toiseen liikkuvat matalan kynnyksen terveydenhuollon yksiköt tarjoavat mahdollisuuden palveluiden turvaamiseen, mahdollisuuden vähentää terveyspalvelujärjestelmään kohdistuvaa kustannus- ja kattavuuspainetta sekä lisätä palveluiden tasa-arvoisuutta. (HealthHub 2015.) Matalan kynnyksen palveluilla tarkoitetaan palveluita, jotka ovat helposti asiakkaiden saatavilla, yleensä ilman ajanvarausta sekä ilman lähetettä. Toisin kynnyksen todellisesta mataluudesta voivat kertoa ainoastaan kynnyksen ylittäjät tai sen taakse jäävät. (Törmä 2009, 164–169.)

Liikkuvien terveyspalveluiden eduiksi mainitaan muun muassa, että ne tarjoavat korkeatasoisia perusterveydenhuollon palveluita kustannustehokkaasti, palvelut perustuvat asiakaslähtöiseen ennaltaehkäisevän ja parantavan hoidon tarjontaan, ne tuovat terveyspalveluita haja-asutusalueille, madaltavat terveydenhoitoon hakeutumisen kynnystä, vähentävät terveyseroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä, nopeuttavat hoitoon pääsyä, lisäävät asiakkaiden terveyspalveluihin liittyvää valinnanvapautta sekä kohentavat kansanterveyttä (Fcg:n www-sivut 2016). Liikkuvien terveyspalveluyksikköjen voidaan katsoa myös paikkaavan palvelujen saatavuutta muun muassa siellä, missä palvelupisteet ovat harvassa sekä toisaalta myös kokoavan yhteen päällekkäisiä palveluprosesseja. Liikkuva palvelu voi myös osaltaan täydentää kiinteiden palvelupisteiden jo olemassa olevaa palveluvalikoimaa. Liikkuvan palvelun ei siis tarvitse olla erillinen oma toimintamuotonsa. (Immonen ym. 2012, 14; Tarkiainen & Valoheimo 2015, 10.) On myös katsottu, että liikkuvat yksiköt eivät ole vain haja-asutusalueita palveleva ratkaisu. Yhtä lailla kaupunkien lähiöissä voi kiertää liikkuva terveyspalvelu auto. Lähelle asuinalueita saapuva auto saattaa usein helpottaa muun muassa lapsiperheiden arkea (Bonnier Business Forum Oy 2015).

#### 4.1 Liikkuvat terveyspalvelut maailmalla

Muulla maailmassa liikkuvia terveyspalveluja voidaan katsoa toimivan melko laajasti. Pääsääntöisesti palvelut on tuotettu kustannustehokkaasti vapaaehtoistyövoimin yhteistyössä terveydenhuollon organisaatioiden, kolmannen sektorin toimijoiden sekä yliopistojen kanssa (liite 1).

Muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa toimii useita pyörillä kulkevia terveydenhuollonyksiköitä, jotka tarjoavat matalan kynnyksen pitkäaikaissairauksien seurantaan, sairaanhoidon, terveydenedistämisen sekä ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palveluita. (Heller & Goldwater 2004, 92; McDaniel & Strauss 2006, 302; Texas Health Huguley Hospitalin [www-sivut](#); Sherborne Health Centren [www-sivut](#)).

Vastaavaa palvelukonseptia hieman eri metodein tuottaa Yhdysvalloissa Harvardin lääketieteellinen yliopisto, joka tarjoaa liikkuvissa terveystaluuksissa Bostonin vähävaraisille miehille ja naisille kustannustehokkaita pitkäaikaissairauksien seulontaa, sairauksien ennaltaehkäisyä ja seurantaan, neuvontaa ja ohjausta sekä ehkäisevää huumetyötä. Palvelut toteutetaan matalan kynnyksen ”Asiantuntija naapuri” – mallin mukaisesti. Mallin pyrkimyksenä on luoda asiakkaaseen intensiivinen, avoin ja turvallisuuden tunnetta herättävä ”naapurikumppanuus suhde” välttämällä perinteistä terveydenhuollon hierarkista kulttuuria. Mallin avulla pyritään tavoittamaan vähäosaisten yhteisöjen jäseniä, hallitsemaan terveydenhuollon kustannuksia sekä vähentää eriarvoisuutta. Liikkuvassa yksikössä työskentelee muun muassa terveystaluuksien johtaja, ravitsemusterapeutti sekä HIV – asiantuntija. (Hill ym. 2012, 406–407.)

Yhdysvalloissa liikkuvina terveystaluuksina toimii muun muassa myös verensiirto yksikkö (Venteicher 2015), tehohoito yksikkö (Rural Health Information Hub) sekä tiettyjen sairauksien seurantaan ja hoitoon keskittyneitä palveluita, esimerkiksi astman hallintaan ja hoitoon suunnatut palvelut vähäosaisten sekä korkean sairastuvuus riskin omaaville lapsille. (Liao ym. 2006, 313). Yhdysvalloissa liikkuvia palveluita on hyödynnetty myös tarjoamalla kodittomille lapsille kokonaisvaltaisia terveyden- ja sosiaalihuollon sekä työllistymisen edistämiseen liittyviä palveluita (Hilton 2015, 38). Etelä-Afrikassa useiden kiinteiden toimipisteiden lisäksi, liikkuvia terveystaluuksia on puolestaan hyödynnetty alkoholinkäytön seulontakartoituksiin sekä liikkuvien yksiköiden avulla liikkuvien lyhyisiin interventioihin (Peltzer ym. 2006, 16).

Muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Israelissa ikäihmisten suun terveydenhuollon palveluita tarjotaan useissa liikkuvissa suunhoitoyksiköissä, joilla palvelut viedään siirrettävien välineistöjen avulla asiakkaiden kotiin, lähelle asuinalueita tai hoitolaitoksiin (Morreale ym. 2005, 91; Pietrokovski & Zini 2006, 238; El-

liott–Smith, 2007, 21). Intiassa liikkuvassa suun terveydenhuollon yksikössä tarjotaan muun muassa ennaltaehkäisevää suun terveydenhuoltoa maaseudun vähäosaisille asukkaille (Sandesh ym. 2014, 20–21) ja muun muassa Yhdysvalloissa ja Ruotsissa käytössä on liikkuvat suunhoitoyksiköt, joissa toteutetaan kouluikäisten hammashoidon määräaikaistarkastuksia sekä muita suunterveydenhuollon palveluita. (Mårtensson, 2014; Dental Public Health Activities & Practices).

#### 4.2 Liikkuvat terveyspalvelut Suomessa

Suomessa liikkuvia terveyspalveluita on pääsääntöisesti käynnistetty hankelähtöisesti, joko terveydenhuollon organisaatioiden tai oppilaitosten omana toimintana. Palvelukokonaisuudet vaihtelevat laajemmista terveyden- ja sairaanhoidon palvelukonsepteista tiettyihin erityisaloihin liittyviin palveluihin (liite 2).

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos (Eksote) tarjoaa liikkuvina terveyspalveluina sairaanhoitajan ja suuhygienistin vastaanottopalveluita Etelä-Karjalan alueella. (Simpanen 2013, 8). Osalla pysähtymispaikoista on mahdollisuus myös etälääkärin vastaanotto-palveluihin, joissa lääkäriin on sekä puhe- että näköyhteys. Puhe- ja näköyhteys lääkäriin sekä erilaiset etätutkimuslaitteet mahdollistavat muun muassa potilaan korvan, nielun sekä erilaisten ihomuutosten ja haavojen näyttämisen lääkärille. Liikkuvissa terveyspalveluissa Eksote järjestää yhteistyössä eri toimijoiden kanssa myös erilaisia teemapäiviä eri puolella Etelä-Karjalaa. (Immonen ym. 2012, 14; Laanterä ym. 2014, 32–34; Tarkiainen & Valoheimo 2015, 34).

Vuonna 2011 Eksoten liikkuva palvelu palkittiin Kaakkois-Suomen Tuottava Idea -kilpailussa yhteiskuntasarjan voittajana, Suomen Nuorkauppakamarien arvosteluraati on pitänyt palvelumallia asiakaslähtöisenä ja ihmisläheisenä toimintamallina ja vuonna 2012 Mallu kylillä -hanke palkittiin Maaseutuverkoston Parhaat käytännöt kilpailussa. (Tarkiainen & Valoheimo 2015, 34). Uusiksi toiminnoiksi autoon ovat suunnitteilla muun muassa suun terveydenhuollon tarkastukset koululaisille, liikunnan ja toimintakyvyn edistämisen neuvontaa ikääntyneille, ei-kiireelliset laboratoriotarkastukset sairaanhoitajan vastaanoton yhteydessä, jalkojenhoitajan vastaanotot, diabeetikoiden silmäpohjakuvaukset ja silmänpainemittaukset, hoitotarvike- ja apuvä-

linekuljetukset sekä mahdollisesti myös lääkekuljetukset (yhteistyössä apteekkien kanssa) sekä yhteistyön lisääminen kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Simpainen 2013, 12–14; Simolin 2014, 8.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella toimii myös liikkuva laboratorio auto. Tiettyinä sovittuina aikoina laboratorio autosta tarjotaan myös Työvoiman palvelukeskuksen palveluja. (Eksoten www-sivut; Yle - uutiset 2015.)

Lapin alueella liikkuvia terveyden- ja sairaanhoidon palveluita tuottaa ammattikorkeakoulu. Palvelun voidaan katsoa täydentävän kuntien sosiaali- ja terveystieteiden palveluita viemällä palveluita haja-asutusalueiden asukkaille. Samalla liikkuva palvelu tarjoaa uudenlaisen oppimisympäristöä hoitotyön, sosiaalialan ja vanhustyön opiskelijoille sekä työympäristön alan opettajille ja työntekijöille. Toiminnan lähtökohtana on erikikäisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen yhdessä kuntien, järjestöjen ja yritysten kanssa. (Laanterä ym. 2014, 38; Meinilä 2014, 9–10; Tarkiainen & Valoheimo 2015, 34 )

Helsingissä liikkuva suun terveydenhuollon yksikkö kierää kouluja ja loma-aikoina leikkikenttiä ja palvelukeskuksia, tarjoten ennaltaehkäisevää sekä korjaavaa suun terveydenhuoltoa siellä, missä hoitolat ovat kaukana tai muuten vaikeasti tavoitettavissa. Iisalmessa, Kuopiossa ja Varkaudessa puolestaan suuhygienisti opiskelijoiden suun terveydenhuollon palveluita viedään liikkuvalla opetuslinikalla asiakkaiden omiin toimintaympäristöihin. (Karsisto 2014, 21; Laanterä ym. 2014, 31; Tarkiainen & Valoheimo 2015, 37.)

Pääkaupunkiseudulla, Uudellamaalla, Kotkassa, Turussa, Länsi-Suomessa ja Tampereella liikkuvina terveystieteiden palveluina tarjotaan TBE – rokotuksia, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin silmätautien toimialueella liikkuu silmätutkimusyksikkö (Saaristolääkärien www- sivut; Ppshp:n www-sivut) ja Varsinais-Suomessa mobiililääketieteeseen ja etävalvontaan erikoistunut yksikkö (THL 2016b).

Vantaan ja Espoon alueella liikkuvan terveystieteiden palveluita tarjotaan suomenkielellä huumeita käyttäville. Palvelun tarkoituksena on täydentää jo olemassa

olevia Diakonialaitoksen terveysneuvontapalveluita. Palvelun lähtökohtana on huumeiden käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen. Terveysneuvontapalvelut toteutetaan matalan kynnyksen periaatteella, jolloin palveluiden piiriin voi hakeutua myös päihtyneenä ja asiointi voi tapahtua anonyymisti. Palvelun tavoitteena on madaltaa asiakkaiden kynnystä hakeutua päihdehoidon piiriin sekä saada kontakti niihin kentällä oleviin huumeiden käyttäjiin, jotka eivät ole vielä palveluiden piirissä. Palvelut ovat asiakkaille maksuttomia eikä lähetettä tai ajanvarausta tarvita. (Helsingin diakonialaitoksen www- sivut.)

Suomessa liikkuvina terveyspalveluina toimivat myös valtakunnallisesti palvelut kattavat magneettikuvaukset. Pääsääntöisesti magneettikuvantamispalvelut toteutetaan yksityisten lääkäriasemien toimesta yhteistyössä sairaaloiden, terveyskeskusten sekä muiden yksityisten lääkäriasemien kanssa. Myös osalla sairaanhoitopiireistä on käytössään omat liikkuvat yksikkönsä. (Mehiläisen-, Terveystalon, Botnia Scan Oy:n & Suomen Radiologikeskuksen www –sivut.) Tempausluonteisesti liikkuvaa palveluratkaisua hyödynnetään myös kuuloseulojen tekemiseen (Kuuloliitto ry:n www–sivut).

Lahden ammattikorkeakoulu taas on suunnitellut ja rakentanut liikkuvan monipalvelutilan. Muista liikkuvista palveluautoista poiketen autoa kyetään yhden suuren tilan lisäksi jakamaan useampaan eri osioon, mikä mahdollistaa monimuotoisten palveluiden tarjoamisen. Monimuotoisuutta lisää auton varusteluun kuuluvat etäyhteysmahdollisuudet sekä useat älylaitteet. Suunnitellussa toimintamallissa hyvinvointi on myös ymmärretty varsin laajasti. Monipalvelutila on herättänyt runsaasti kiinnostusta niin Euroopassa kuin sen ulkopuolella. (Karsisto, J. 2014, 45–46; Tarkiainen & Valoheimo 2015, 38.)

Vuosina 2012–2013 Tampereella sekä Ylä–Savon alueella toimivat liikkuvat terveyspalveluautot, jotka kumpikin tarjosivat ennalta ehkäiseviä terveyspalveluja, terveysneuvontaa, ohjausta sekä erilaisia mittauksia. Kumpikaan palvelu ei tavoittanut asetettuja asiakkaiden käyntimääriä ja bussin kustannukset nousivat liian suuriksi kävijämäärä huomioiden. (Karsisto 2014, 25; Laanterä ym. 2014, 39.)

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän kuntalaisten liikkuvien terveystalveluiden kartoituksen toimeksiantajana toimi Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystalvasto. Kohdeorganisaatiossa tutkimuksen ohjausrhythinä toimi avoterveydenhuollon johtava ylilääkäri, lääkärien ja hoitajien vastaanoton ylilääkäri, avoterveydenhuollon ylihoitaja sekä sosiaali- ja terveystalvaston Efficia -sovellusasiantuntija.

### 5.1 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen päämääränä toimivat tutkimusongelmat, jotka ovat tutkimuksen tarkoituksesta johdettuja kysymyksiä. Tutkimusongelma on kysymys tai joukko kysymyksiä, joihin tutkimuksella haetaan vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2013, 134; Vilkka 2009, 28.) Tämän kyselyn tarkoituksena oli saada tietoa Rauman kaupunkialueen 18 – vuotta täyttäneiden asukkaiden liikkuvien terveystalvelujen tarpeesta. Kyselyllä haettiin vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Mille asuinalueille palveluntarpeet painottuvat?
2. Mitä tarjotuista liikkuvien terveystalvelujen palvelukokonaisuuksista kuntalaiset käyttäisivät?
3. Miten kuntalaiset kuvaavat liikkuvien terveystalvelujen tarvettaan?

### 5.2 Tutkimusmenetelmä

Koska kyselyn kohdejoukkona toimivat Rauman kaupunki alueen asukkaat, voidaan otannan katsoa olevan varsin laaja. Siksi tässä tutkimuksessa tutkimusstrategiana oli perusteltua käyttää kvantitatiivista survey-tutkimusta. Survey on tutkimusstrategia, jossa tyypillisesti suurelta joukolta ihmisiä kerätään tietoa kyselylomakkeella standardoidussa muodossa. (Hirsjärvi ym. 2013, 134, 193, 221–222; Vilkka 2009, 73; Trochim 2006.) Tässä tutkimuksessa standardoimisella tarkoitetaan, että kyselyyn vastaavilta sama asiasisältö kysyttiin samalla tavalla ja tutkimuksen tulokset pyrittiin yleistämään otoksesta koko perusjoukkoon.

### 5.3 Aineisto ja aineiston keruu

Kyselylomakkeen laatimisessa hyödynnettiin Webropol -kysely- ja tiedonkeruuohjelmaa. Webropol on verkossa toimiva kysely- ja raportointi työkalu, jonka avulla kyetään sähköisesti luomaan ja jakamaan kyselyitä, keräämään informaatiota sekä raportoimaan ja analysoimaan kertynyttä tietoa (Webropolin www-sivut.) Laajan tutkimusotannon vuoksi oli tässä tutkimuksessa perusteltua hyödyntää verkko-kyselyä, sillä sen etuina voidaan pitää kustannustehokkuutta, laajan tutkimusjoukon tavoittamista sekä tulosten melko nopeaa käsiteltävyyttä ja analyysiä tähän erikseen kehitetyillä tilasto- ja raportointiohjelmien avulla (Hirsjärvi ym. 2013, 195).

Puolistrukturoitu Webropol – kyselylomake (liite 3) laadittiin yhteistyössä kohdeorganisaation ohjausryhmän sekä satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa. Kyselyn sisällöllisestä kokonaisuudesta vastasi puolestaan pääsääntöisesti kohdeorganisaation ohjausryhmä. Kyselylle määriteltiin tutkimusjoukko, liikkuvien terveyspalvelujen suunnittelun kannalta merkitykselliset taustatiedot sekä kuvattiin sovitut palvelukokonaisuudet, joita kohdeorganisaatiosta kyettäisiin tarvittaessa palvelun käynnistyttyä, nopeastikin tarjoamaan kuntalaisille. Palvelukokonaisuudet sisältöineen hyväksyttiin kyseessä olevien tulosityksiköiden osastonhoitajilla. Kyselylomakkeeseen määriteltiin liikkuville terveyspalveluille tarjotut palveluajat, joiden kautta pyrittiin saamaan tietoa kuntalaisten liikkuvien terveyspalvelujen palveluaikojen tarpeesta.

Kyselylomake laadittiin tarvekartoitusmallia mukaillen. Tarvekartoituksen tavoitteena on kartoittaa asiakkaan tämänhetkiset tarpeet, tulevaisuuden näkymät sekä odotukset tarjottaville tuotteille ja palveluille. Tarvekartoituksella pyritään siis saamaan tietoa asiakkaiden tarpeista ja saadun tiedon pohjalta rakentamaan tarvittava tuote tai palvelu. Asiakkaat eivät useinkaan ole tietoisia kaikista tarjolla olevista tuotteista ja palveluista ja siksi myös nämä tiedostamattomat tarpeet tulisi pyrkiä saamaan esille. (Rubanovitsch & Aalto 2005, 69.)

Edellä kuvattujen tiedostamattomien tarpeiden esille saamiseksi, päädyttiin tässä tutkimuksessa menetelmätriangulaatioon. Menetelmätriangulaatiolla tarkoitetaan, useamman tiedonhankintamenetelmän käyttöä tutkimusaineiston hankinnassa. Tyyppillisesti menetelmätriangulaation käyttöä perustellaan, ettei yksittäisellä tutkimus-

menetelmällä kyetä tavoittamaan riittävän kattavaa kuvaa tutkittavasta ilmiöstä. Usein yksi tutkimusmenetelmä kuvaa tutkittavaa ilmiötä vain tietyistä näkökulmasta, kun taas useamman menetelmän käytöllä kyetään edistämään mahdollisuutta parantaa tutkimuksen luotettavuutta sekä saamaan ilmiöstä monipuolisempi ja rikkaampi kuva. (Paunonen & Vehviläinen–Julkunen, 1997, 225 – 227; Eskola & Suoranta 69–70; Tuomi & Sarajärvi 2002, 141.) Siksi kuntalaisten liikkuvien terveystarpeiden kartoittamiseksi kyselylomakkeeseen oli perusteltua liittää myös avoin kysymys. Avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan lisäinformaatiota myös mahdollisista muista palvelutarpeista, joita ei ehkä etukäteen kyetty arvioimaan.

Ennen kyselyn julkaisua, kyselylomake esiteltiin kohdeorganisaation ohjausryhmällä (n=4), lääkäreiden ja hoitajien vastaanoton hoitohenkilökunnalla (n=5) sekä muilla kuin terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvilla kuntalaisilla (n=5). Kuntalaisista esitetaukseen valittiin sekä miehiä että naisia, joiden ikä vaihteli 24–65 vuoden välillä. Kultakin esitetaajalta pyydettiin näkemystä kyselylomakkeen selkeyteen (visuaalisuus), ymmärrettävyyteen (terminologia) sekä vastaamiseen kuluvaan aikaan. Saatujen palautteiden pohjalta kyselylomakkeeseen tehtiin tarvittavat korjaukset, jotka liittyivät lähinnä kyselylomakkeen esitetietosivun sisältöön ja fonttikokoon. Vastaamiseen kuluvaan aikaan, kukin esitetaaja kertoi kuluneen noin viisi minuuttia. Kohdeorganisaatiosta tutkimuslupa saatiin maaliskuussa 2016.

Tutkimusaineisto kerättiin anonyminä Webropol – kyselynä Rauman kaupunki alueen 18 – vuotta täyttäneiltä. Kyselyn toteutuksessa ja aineiston keruussa pyrittiin huomioimaan kyselyn saatavuus ja esteettömyys. Rauman kaupungin viestintä julkaisi sosiaali- ja terveysviraston laatiman, liikkuvien terveystarpeiden kartoitusta koskevan tiedotteen Rauman kaupungin verkkosivuilla 31.3.2016. Verkkosivun tiedotteessa oli linkki sosiaali- ja terveystoimen sivustolla julkaistuu kyselyyn. Kuntalaisilla oli halutessaan mahdollisuus vastata kyselyyn verkossa, joko itse tai muun henkilön avustamana.

Rauman kaupungin viestinnän ajankohtaisten uutisointien velvoitteesta sekä kaupungin verkkosivuston asettamien rajoitteiden vuoksi, ei kyselystä informoivaa tiedotetta sekä siihen integroitua kyselylinkkiä kyetty pitämään julkaistuna verkon etusivulla



koko aineiston keruuseen suunniteltua ajanjaksoa. Verkkosivuston asettamista rajoitteista johtuen, tiedote linkkeineen siirrettiin etusivulla olevaan ”ajankohtaista” – linkin alle. Etusivulla ei tuona aikana viitattu käynnissä olevaan kyselyyn.

Aineiston keruun kolmantena päivänä 6.4.2016, kyselylomakkeen toiminnassa ilmaantuneiden ongelmien vuoksi, tehtiin selvitystyötä Webropol – ohjelmiston tuottajan kanssa. Selvitystyön perusteella todettiin kaupungin verkkosivuilla julkaistun kyselylinkin olleen, kyselyn julkaisuun osallistuneen yhteistyökumppanin, henkilökohtainen kyselylinkki, jonka kautta siihen asti kerätty aineisto oli vastattu. Viestinnän toimesta linkki vaihdettiin ennalta suunniteltuun julkiseen kyselylinkkiin. Linkin vaihtamisen jälkeen kyselylomakkeen teknisessä toiminnassa ei ilmaantunut enää ongelmia eikä ongelma aiheuttanut jo kerätyn tutkimusaineiston menettämistä. Atk-tekniisten ongelmien sekä Rauman kaupungin verkkosivujen rajoitteiden vuoksi, kyselyn saatavuutta ja saavutettavuutta pyrittiin edistämään julkaisemalla 6.4.2016 kyselyyn liittyvä informaatio linkkeineen myös Rauman kaupungin facebook – sivuilla.

Kuntalaisilla oli mahdollisuus osallistua kyselyyn myös soittamalla tai hakeutumalla joko Rauman kaupungin Palvelutori – pisteeseen 5.4.2016, 7.4.2016 ja 14.4.2016 tai kauppakeskuksissa järjestettäviin infotilaisuuksiin 9.4.2016 tai 16.4.2016. Palvelutorilla ja kauppakeskuksissa kuntalaisella oli mahdollisuus saada lisäinformaatiota liikkuvista terveysterveystoimista ja täyttää kysely tablettitietokoneilla, joko itse tai pyytää muuta henkilöä täyttämään kysely puolestaan. Liikkuvista terveysterveystoimista oli mahdollisuus saada lisäinformaatiota ja osallistua kyselyyn myös Winnovan lähihoidajaopiskelijoiden järjestämässä ikäihmisten virkistytymistapahtumassa 12.4.2016. Tilaisuuksissa vastaajille jaettiin myös käynnissä olevaan kartoitukseen liittyvä tiedote (liite 4), mikäli kuntalainen halusi myöhempänä ajankohtana itsenäisesti vastata kyselyyn.

Rauman kaupungin verkkosivujen lisäksi kuntalaisten liikkuvien terveysterveystoimien kartoituksesta julkaistiin artikkelit paikallislehti Länsi-Suomessa 1.4.2016 ja 8.4.2016 sekä Satakunnan Kansassa 8.4.2016. Myös Palvelutori informoi Länsi-Suomen menolistalla, sovittuina Palvelutorille jalkautumisen päivinä, mahdollisuudesta saada avustusta kyselyn täyttämiseen. Käynnissä olevasta kyselystä tiedo-

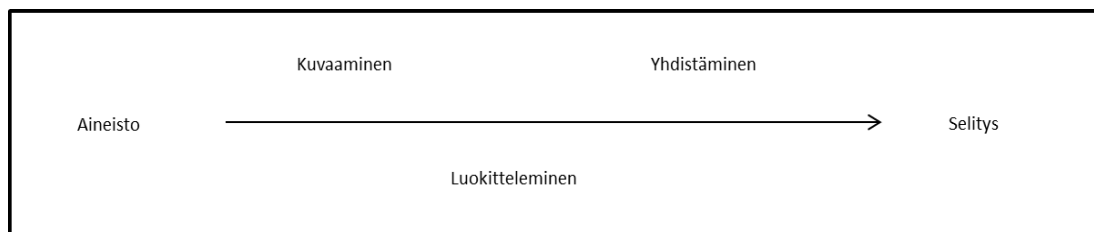
tettiin myös paikallisradiossa sekä julkaistiin artikkeli Länsi–Suomen digi -lehdessä 7.4.2016.

#### 5.4 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on objektiivisesti, kattavasti, ymmärrettävästi sekä selkeästi vastata asetettuihin tutkimusongelmiin (Hirsjärvi ym. 2013, 221, 224; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41–42).

Tyypillisesti ajatellaan, että aineiston analyysi aloitetaan, kun aineisto on kerätty ja järjestetty. Tämän tyyppinen näkemys tutkimusaineiston analyysistä soveltuukin tutkimukseen, jossa aineisto on kerätty strukturoidulla lomakkeella tai asteikkomittareilla ja siksi ohje sopii kvalitatiivista tutkimusta paremmin kvantitatiiviseen tutkimukseen, jossa ajattelu on lineaarista.

Edellä kuvatussa siis ajatellaan, että analyysi etenee vaiheittain seuraavien toimintojen mukaisesti:



Kuvio 2. Analyysi vaiheittaisesti etenevänä (Mukaiillen Hirsjärvi ym. 2013, 223).

Tämän tutkimuksen tilastollinen aineisto analysoitiin edellä kuvattujen (kuvio 2) vaiheiden mukaisesti heti aineiston keruun päätyttyä. Viisi (n=5) vastausta jätettiin tilastollisen aineiston analyysin ulkopuolelle, sillä vastaajat ilmoittivat asuinalueensa Rauman kaupunkialueen ulkopuolelle. Postinumeroiden osalta aineiston analysoinnissa hyödynnettiin Excel - taulukkolaskentaohjelmaa, muilta osin Webropol – raportointiohjelmaa. Kerätyn aineiston avulla pyrittiin kuvailemaan, vertailemaan sekä selittämään tutkittavaa ilmiötä.

Avoimella kysymyksellä hankittu aineisto analysoitiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä mukaillen. Sisällönanalyysi voidaan nähdä tapana järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä sekä rakentaa malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Analyysin tuloksena syntyy tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä ja kategorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115; Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 133–135; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–4.)

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi jaettiin kolmeen vaiheeseen, joihin kuuluivat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen (kuvio 3). Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimusongelmat, jotta jäljelle jäävä aineisto vastaisi olennaisesti asetettuihin tutkimusongelmiin. Laadullisen aineiston analyysistä karsittiin pois kaksi (n=2) vastausta, jotka eivät liittyneet tutkittavaan ilmiöön eivätkä siten vastanneet asetettuihin tutkimusongelmiin.



Kuvio 3. Sisällön analyysin vaiheet.

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineiston alkuperäiset ilmaukset käytiin läpi ja aineistosta etsittiin joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Samaa asiaa kuvaavat ilmaukset ryhmiteltiin sekä nimettiin niille niiden luokan sisältöä kuvaava käsite. Tämän jälkeen alkuperäisistä ilmauksista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen muodostamisesta, palvelutarpeena laboratorio-palvelut, kuvataan taulukossa 1.

Taulukko 1. Esimerkki pelkistettyjen ilmausten muodostamisesta.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>"Perheemme tarve olisi kokonaisvaltainen, sisältäen myös laboratorion näytteiden antamisen"</i>	Laboratorio näytteiden antaminen
<i>"Laboratorionäytteet"</i>	Laboratorionäytteiden ottaminen
<i>"Laboratorio näytteet olisi mukava saada otetuksi autossa"</i>	Laboratorio näytteiden ottaminen liikkuvissa terveyspalveluissa
<i>"INR marevan mittaus"</i>	Marevan lääkityksen seuranta
<i>"Marevan-lääkityksen kontrollointi"</i>	Marevan lääkityksen vaikuttavuuden arviointi
<i>"Inr mittaukset autoon"</i>	Inr -mittaukset liikkuviin palveluihin
<i>"Inr-koee"</i>	Inr -arvon ottaminen
<i>"Inr kontrollit saatava autoon"</i>	Inr -arvon seuranta liikkuvissa terveyspalveluissa

Aineiston ryhmittelyn jälkeen, aineisto abstrahoititiin eli käsitteellistettiin. Yhdistelmällä luokituksia kyettiin aineistoa entisestään tiivistämään sekä löytämään niitä mahdollisesti yhdistävä käsite. Näistä käsitteistä muodostuivat ryhmittelyiden alakategoriat. Esimerkki alakategorioiden muodostumisesta, palvelutarpeena laboratorio-palvelut, kuvataan taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkki alakategorioiden muodostamisesta.

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
Laboratorio näytteiden antaminen	Yleinen laboratorionäytteenotto
Laboratorionäytteiden ottaminen	
Laboratorio näytteiden ottaminen liikkuvissa terveyspalveluissa	
Marevan lääkityksen seuranta	Toistuvat seurantatutkimukset
Marevan lääkityksen vaikuttavuuden arviointi	
Inr -mittaukset liikkuviin palveluihin	Inr -arvojen kontrollimittaukset
Inr -arvon ottaminen	
Inr -arvon seuranta liikkuvissa terveyspalveluissa	

Alakategorioista muodostettiin vielä aihealuetta kuvaavat yläkategoriat. Esimerkki yläkategorioiden muodostamisesta, palvelutarpeena laboratoriopalvelut, kuvataan taulukossa 3.

Taulukko 3. Esimerkki yläkategorioiden muodostamisesta.

Alakategoria	Yläkategoria
Yleinen laboratorionäytteenotto	Laboratoriopalvelut
Toistuvat seurantatutkimukset	
Inr -arvojen kontrollimittaukset	

Yläkategorioista muodostuivat kuntalaisten avoimessa kysymyksessä esiin nostamat palvelukokonaisuuksien tarpeet, joita ei valmiiksi tarjotuissa palvelukokonaisuuksissa mainittu. Näistä laboratoriopalvelut olivat yksi esiin nostetuista palvelutarpeista. Muut kuntalaisten kuvaamat palvelutarvekokonaisuudet kuvataan kappaleessa 6.2.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

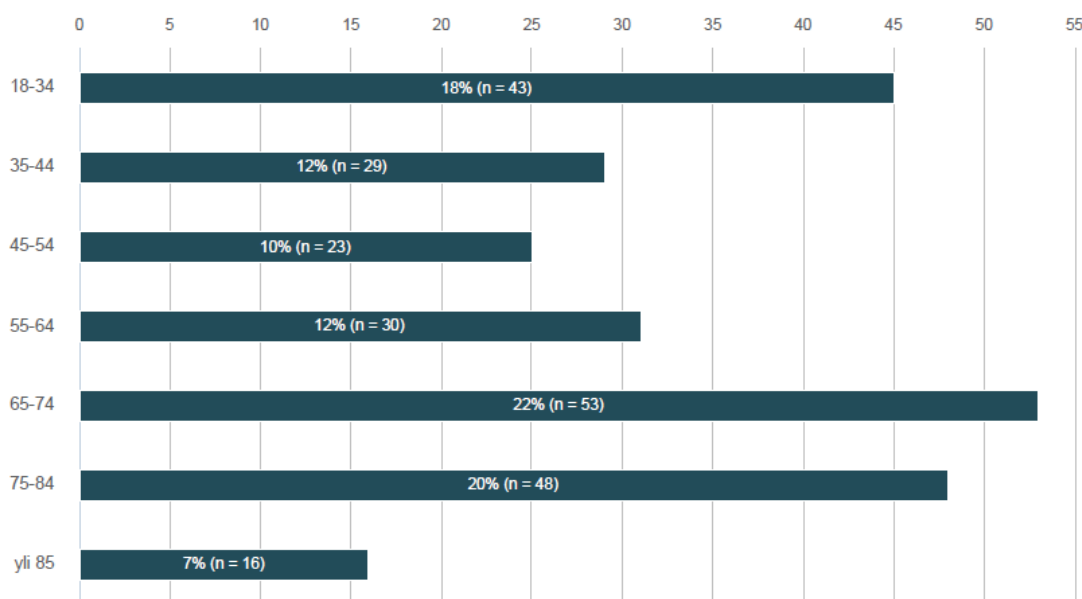
Aineiston keruu toteutettiin ajalla 4.4.2016–17.4.2016 Rauman kaupunki-alueen 18 –vuotta täytäneiltä asukkailta, joita kyselyn toteutuksen aikaan Raumalla asui 33 129 (Posio 2016). Kyselyyn vastasi 242 (N=242), joka on 0.73 % koko kohdejoukosta.

### 6.1 Kohdejoukon kuvaus

Vastaajien taustatietoja kartoitettiin (liite 3) vaihtoehtokysymyksillä (kysymykset 1–11), joissa vastaajia pyydettiin valitsemaan esitetyistä vaihtoehdoista nykytilaansa

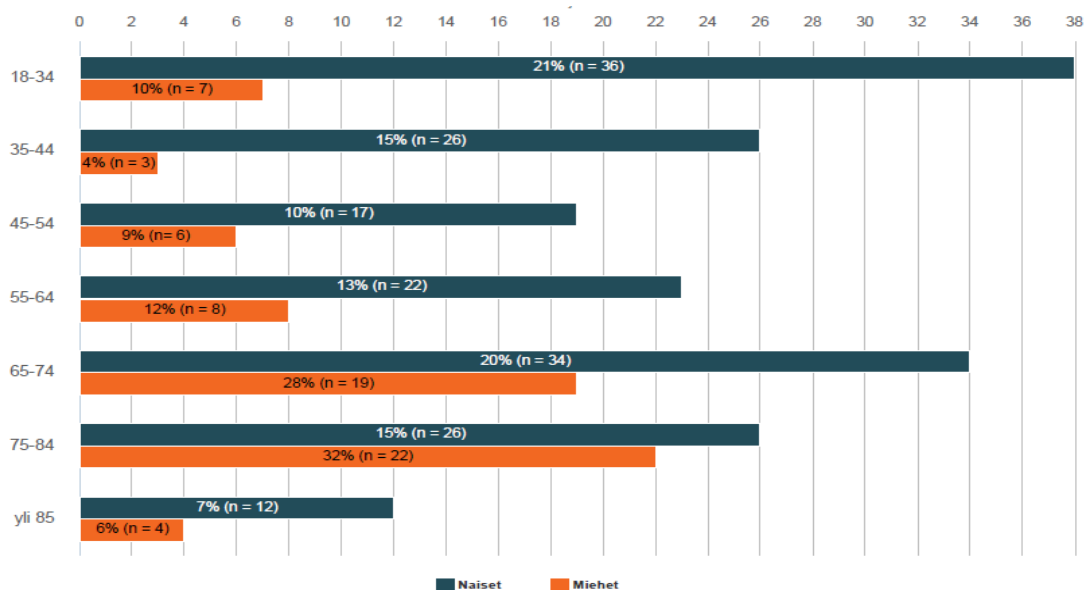
parhaiten kuvaava vaihtoehto. Taustatiedoissa kartoitettiin ikää, sukupuolta, asuin aluetta asumismuotoa, mahdollisia taloudessa asuvia alaikäisiä lapsia, oman auton käytön mahdollisuutta, mahdollista asiakkuutta kotihoidon kanssa, koulutusta, työtillannetta, ensisijaista paikkaa hakeutua terveydenhuollon palveluiden piiriin sekä kuinka usein vastaaja nykytilanteessa käyttää terveystieteiden sairaanhoitajan vastaanottopalveluja.

Ikää kartoitettiin skaalalla 18–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84 sekä yli 85 - vuotta. Suurimman joukon muodostivat sekä 65–74 (n=53; 22 %), 75–84 (n=48; 20 %) sekä 18–34 (n=43; 18 %) -vuotiaiden ikäryhmät, jotka yhdessä muodostivat runsaasti yli puolet koko vastaajajoukosta (kuvio 4). Kymmenesosa kuului puolestaan joko 55–64 (n= 30; 12 %), 35–44 (n=29; 12 %) tai 45–54 (n=23; 9 %) -vuotiaiden ikäryhmiin. Pienimmän joukon muodostivat yli 85 -vuotiaat (n=16; 7 %).



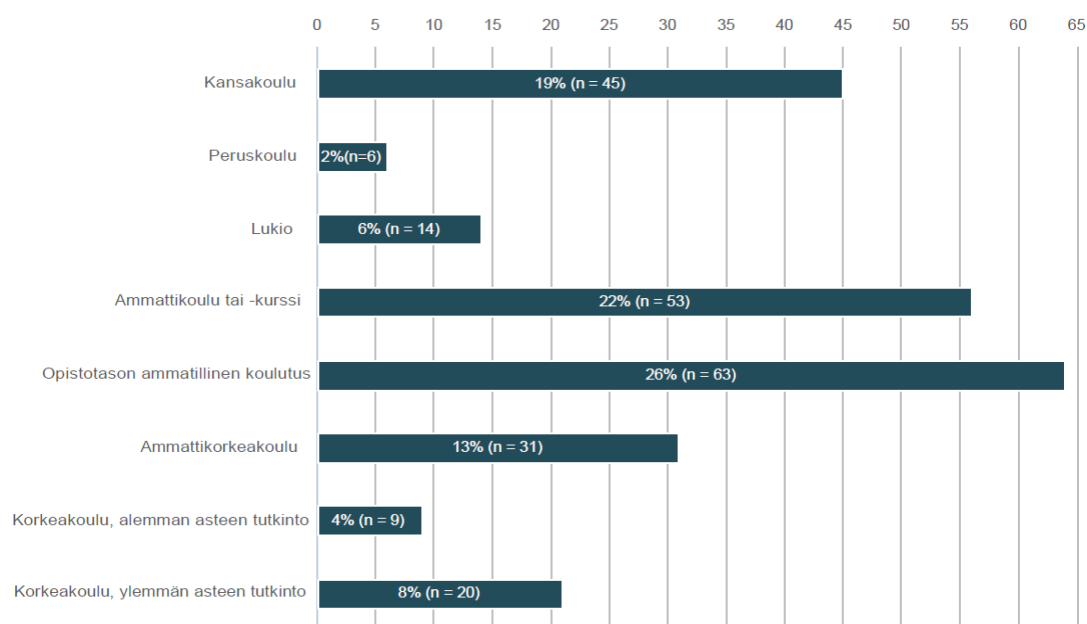
Kuvio 4. Ikäryhmät.

Suurin osa oli naisia (n=173; 71 %) ikäryhmästä riippumatta (kuvio 5). Miehistä (n=69; 29 %) suurin osa kuului joko 65–74 (n=19; 28 %) tai 75–84 (n=22; 32 %) -vuotiaiden ikäryhmiin.



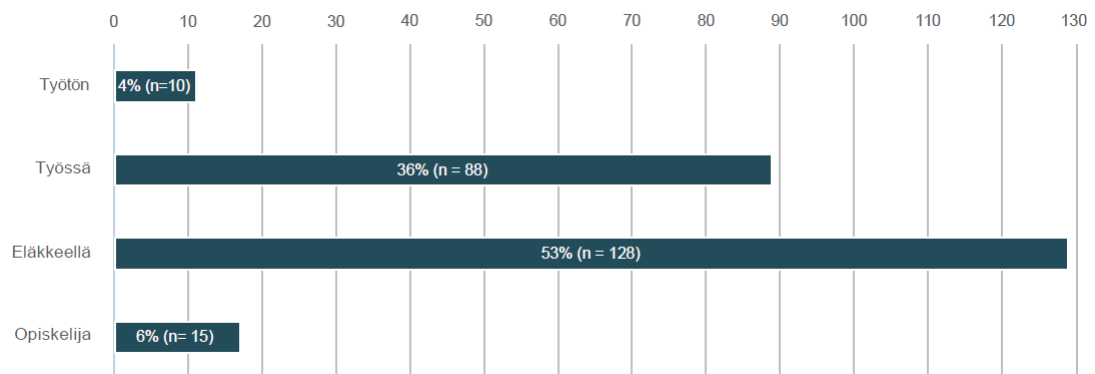
Kuvio 5. Ikäryhmä ja sukupuoli.

Kolmasosalla kyselyyn vastanneista oli joko opistotason ammatillinen koulutus (n=63; 26 %), he olivat suorittaneet ammattikoulun tai ammattikurssin (n=53; 22 %) tai kansakoulun (n=45; 19 %). Runsas viidesosa (n=31; 13 %) puolestaan ilmoitti suorittaneensa ammattikorkeakoulututkinnon ja hieman alle viidesosa (n=20; 8 %) ylemmän korkeakoulututkinnon (kuvio 6). Pieni osa ilmoitti korkeimmaksi suorite- tuksi koulutusasteeksi tai tutkinnoksi lukion (n=14; 6 %), alemman asteen korkea- koulututkinnon (n=9; 4 %) tai peruskoulun (n=6; 2 %). Yksi (n=1) jätti vastaamatta koulutusta kartoittavaan kysymykseen.



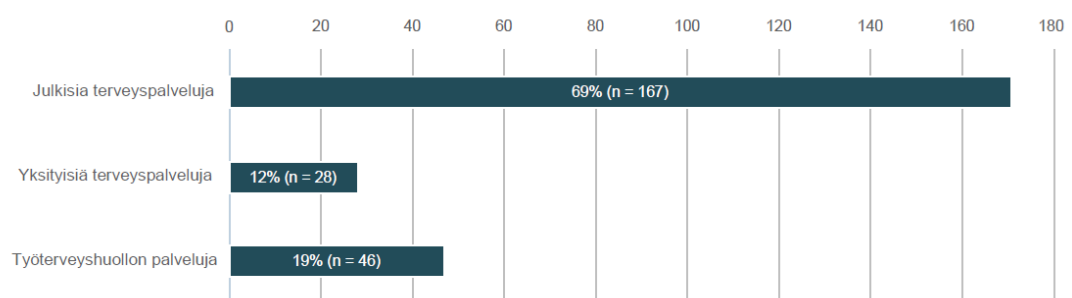
Kuvio 6. Koulutustausta.

Eläkkeellä olevia oli yli puolet (n=128; 53 %) ja noin kolmasosa (n=88; 36 %) ilmoitti olevansa työssä käyviä (kuvio 7). Pieni osa oli joko opiskelijoita (n=15; 6 %) tai kyselyn toteuttamisen hetkellä työttöminä (n=10; 4 %). Yksi (n=1) ei ilmoittanut työtilannettaan.



Kuvio 7. Työtilanne.

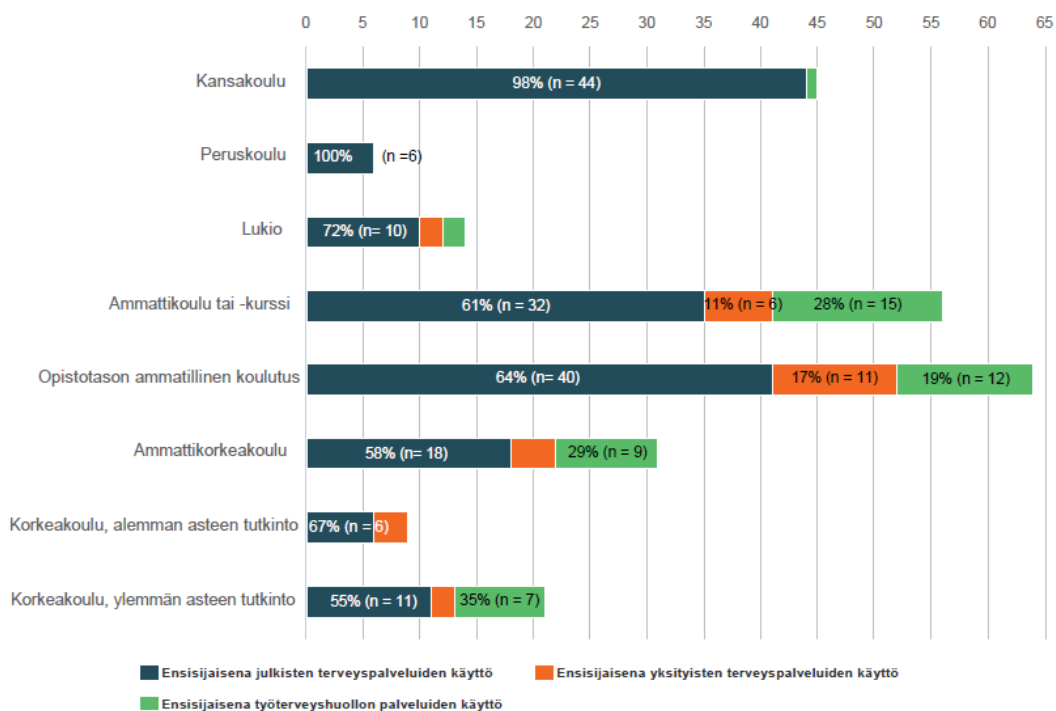
Terveydenhuollon palvelujen käyttöä koskevassa kysymyksessä kartoitettiin ensisijaista julkisen, yksityisen ja työterveyshuollon palvelujen käyttöä (kuvio 8). Suurin osa (n=167; 69 %) ilmoitti käyttävänsä julkisia terveystalveluja, vajaa viidesosa (n=46; 19 %) työterveyshuollon- ja noin kymmenesosa (n=28; 12 %) yksityisiä terveystalveluja. Yksi (n=1) ei vastannut palvelun käyttöä kartoittavaan kysymykseen.



Kuvio 8. Terveystalveluiden käyttö.

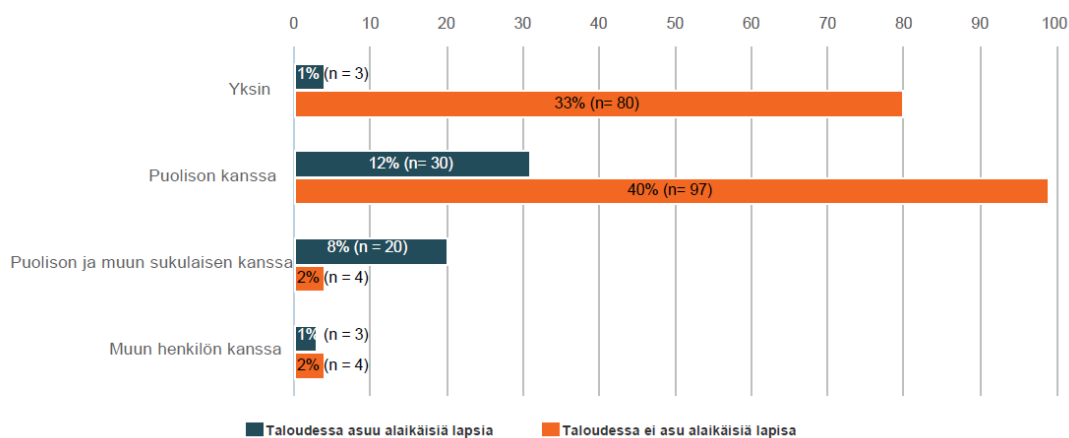


Koulutusasteesta riippumatta yleisimmin käytettiin julkisia terveystalveluita (kuvio 9).



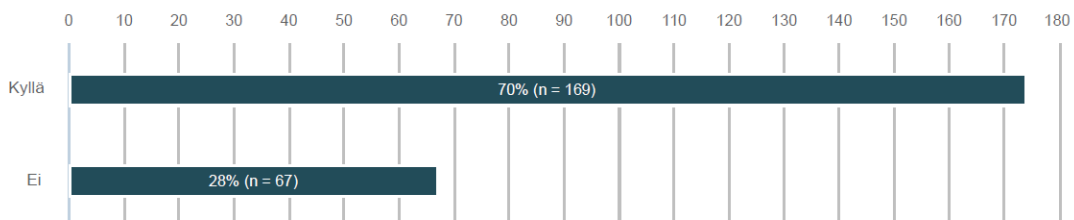
Kuvio 9. Koulutuksen vaikutus terveystalveluiden käyttöön.

Yli puolet (n= 127; 52 %) asui puolison kanssa, kolmannes (n=83; 34 %) yksin ja viidesosa (n=24; 10 %) puolison tai muun sukulaisen kanssa. Pieni osa (n=7; 3 %) ilmoitti asuvansa muun kuin edellä kuvattujen henkilöiden kanssa. Samassa taloudessa asuvia alaikäisiä lapsia ei ollut suurimmallakaan (n=185; 77 %) osalla (kuvio 10). Yksi (n=1) jätti vastaamatta asumismuotoa ja kaksi (n=2) samassa taloudessa asuvia alaikäisiä lapsia kartoittaviin kysymyksiin.



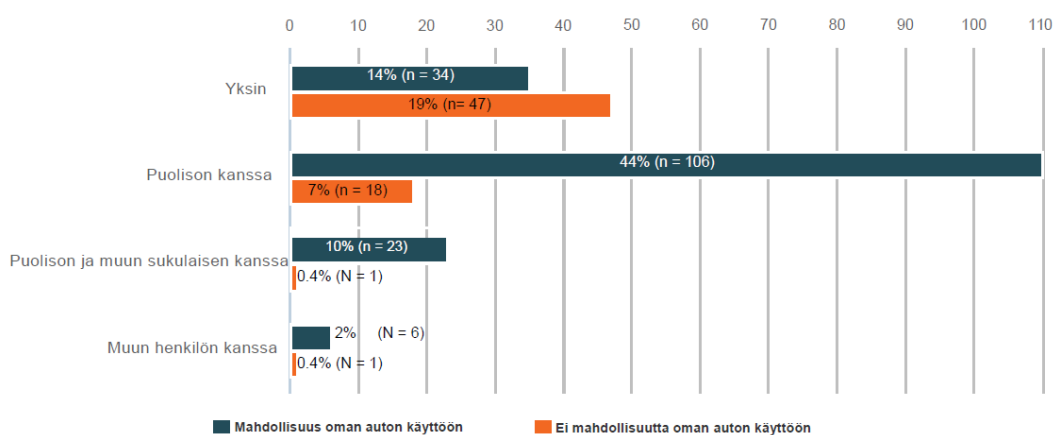
Kuvio 10. Asumismuoto ja samassa taloudessa asuvat alaikäiset lapset.

Oma auto oli käytössä suurimmalla osalla (n=169; 70 %). Kolmasosa (n=67; 28 %) puolestaan ilmoitti, ettei tätä mahdollisuutta ollut (kuvio 11). Kuusi (n=6) ei vastannut auton käyttöä kartoittavaan kysymykseen.



Kuvio 11. Mahdollisuus oman auton käyttöön.

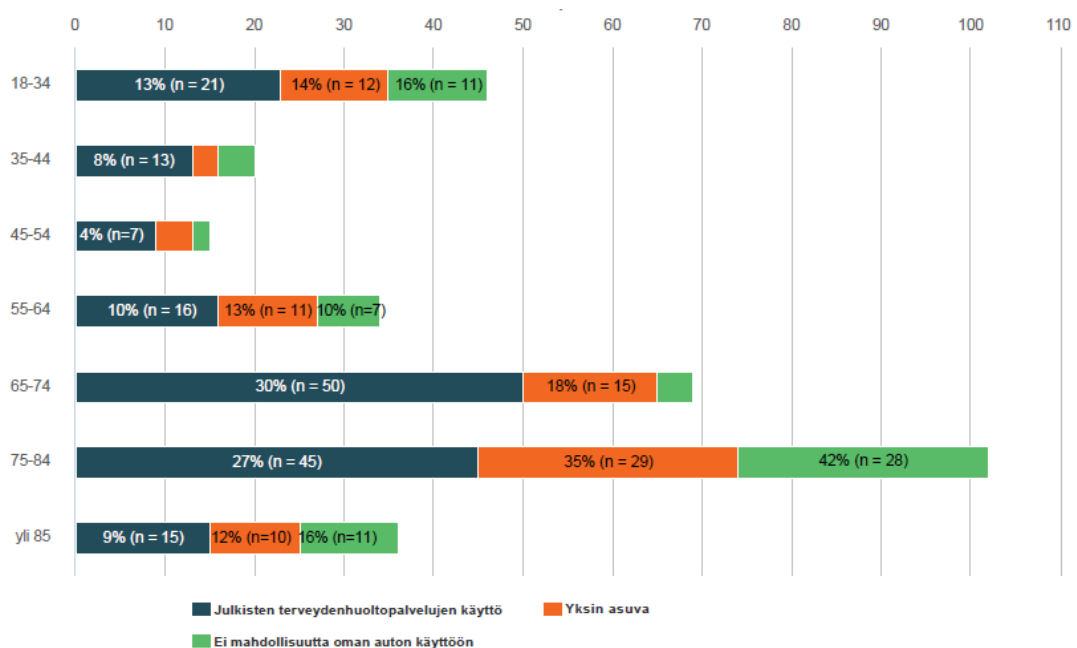
Verrattaessa asumismuotoa sekä oman auton käytön mahdollisuutta (kuvio 12) voidaan todeta, että puolison kanssa asuvilla (n= 124) lähes kaikilla (n=106; 85 %) oli käytössään oma auto, yksin asuvista (n=81) vajaa puolella (n=34; 42 %). Puolison tai muun sukulaisen kanssa asuvilla (n=24) auto oli käytössä lähes kaikilla (23; 96 %) ja muun henkilön kanssa asuvilla (n=7) suurimmalla osalla (n=6; 86 %).



Kuvio 12. Asumismuoto sekä mahdollisuus oman auton käyttöön.

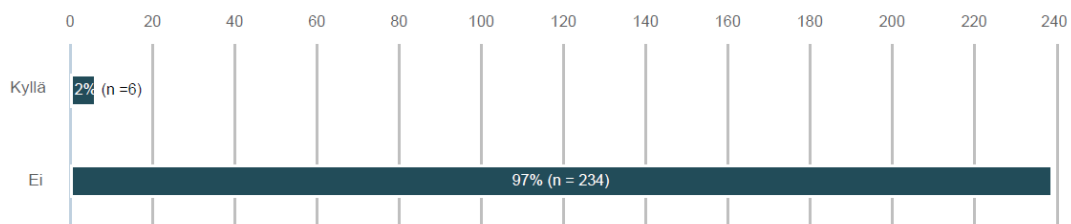
Julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä (kuvio 13) noin kolmasosa kuului joko 65–74 (n=50; 30 %) tai 75–84 -vuotiaiden (n=45; 27 %) ikäryhmiin. 65–74 -vuotiaiden ikäryhmään kuuluvista noin viidesosa (n=15; 18 %) oli yksin asuvia ja pieni osa (n=4; 6 %) tähän ikäryhmään kuuluvista ilmoitti, ettei heillä ole käytössään omaa autoa. 75–84 -vuotiaiden ikäryhmään kuuluvista puolestaan runsas kolmannes (n=29; 35 %) oli yksin asuvia ja lähes samalla määrällä (n=28; 42 %) ei ollut mahdollisuutta oman auton käyttöön.

18–35 -vuotiaiden ikäryhmästä viidesosa (n=21; 13 %) ilmoitti käyttävänsä julkisen terveydenhuollon palveluja. Ikäryhmien 55–64 (n=16; 10 %), yli 85 (n=15; 9 %) ja 35–44 (n=13; 8 %) -vuotiaat, julkisen terveydenhuollon palvelujen käytön voidaan todeta olevan samankaltaista ikäryhmästä riippumatta, kunkin ikäryhmän muodostaessa kymmenesosan palvelun käyttäjästä. Noin viidesosalla 18–34 (n=11; 16 %) ja 55–64 (n=7; 10 %) -vuotiaiden ikäryhmistä ei ollut mahdollisuutta oman auton käyttöön ja noin viidesosa heistä myös ilmoitti asuvansa yksin. 35–44 – vuotiaista puolestaan vain muutamilla (n=4; 20 %) ei ollut käytössä omaa autoa ja lähes saman verran (n=3; 15 %) ilmoitti olevansa yksin asuvia. Yli 85 -vuotiaiden ikäryhmästä useammallakaan (n=11; 16 %), ikään viitaten, ei ollut oman auton käytön mahdollisuutta ja suurin osa heistä oli yksin asuvia (n=10; 12 %). Vähiten julkisen terveydenhuollon palveluja ilmoittivat käyttävänsä 45–54 -vuotiaiden ikäryhmään (n=7; 4 %) kuuluvat.



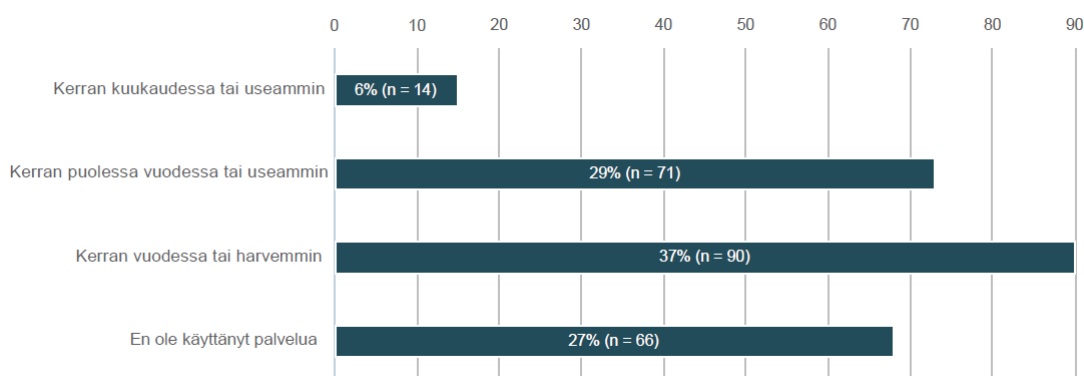
Kuvio 13. Julkisten terveydenhuoltopalvelujen käyttö ikäryhmän, yksin asumisen sekä oman auton käytön mahdollisuuden mukaan.

Kotihoidon asiakkuutta (kuvio 14) ei ollut lähes kenellekään (n=234; 97 %). Kaksi (n=2) ei ilmoittanut tilannettaan asiakkuuden suhteen.



Kuvio 14. Asiakkuus kotihoidon kanssa.

Terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanottopalveluja ilmoitti hieman yli kolmannes (n=90; 37 %) käyttävänsä kerran vuodessa tai harvemmin, kolmannes (n=71; 29 %) kerran puolella vuodessa tai useammin ja vajaa kolmannes (n=66; 27 %) ei ollut käyttänyt palvelua ollenkaan. Pieni osa (n=14; 6 %) puolestaan käytti palvelua kerran kuukaudessa tai useammin (kuvio 15). Yksi (n=1) jätti vastaamatta palvelun käyttöä kartoittavaan kysymykseen.



Kuvio 15. Terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanottopalvelujen käyttö.

## 6.2 Kuntalaisten näkemykset liikkuvien terveystalveluiden tarpeista

Tarjottujen palvelukokonaisuuksien osalta (kysymys 12.) kuntalaisten liikkuvien terveystalvelujen tarvetta kartoitettiin viisi portaisella likert – asteikko väittämillä, jotka muodostivat laskevan skaalan, 5 ehdottomasti käyttäisin – 2 ehdottomasti en käyttäisi vaihtoehtojen välillä. Asteikon vaihtoehto 1 puolestaan kuvasi vastaajan – en osaa sanoa näkemystä (kuvio 16). Kysymyksissä vastaajia pyydettiin valitsemaan näkemystään parhaiten kuvaava vaihtoehto. Tarjottuja palvelukokonaisuuksia pyrittiin vastaajille selkeyttämään lyhyillä, kutakin kokonaisuutta kuvaavilla sisällöillä.

Tavallisimmissa sairaanhoitajan vastaanottokäyntiä edellyttävissä tilanteissa noin puolet käyttäisi joko ehdottomasti (n=101; 42 %) tai todennäköisesti (n=101; 42 %) liikkuvia terveystalveluita. Hieman yli kymmenesosa (n=28; 12 %) puolestaan ilmaisi, etteivät todennäköisesti ja pieni osa (n=7; 3 %) etteivät ehdottomasti tätä palvelukokonaisuutta käyttäisi. Viisi (n=5; 2 %) ei osannut arvioida tämän palvelukokonaisuuden tarvettaan.

Pitkäaikaissairautensa seurannan edellyttävissä tilanteissa liikkuvia terveystalveluita käyttäisi runsas kolmasosa (n=94; 39 %) ehdottomasti, lähes saman verran (n=83; 34 %) todennäköisesti ja vajaa viidesosa (n=43; 18 %) ei todennäköisesti käyttäisi palvelukokonaisuutta. Kymmenen (n=10; 4 %) toi esille, etteivät ehdottomasti käyttäisi palvelua ja lähes saman verran (n=12; 5 %) ei osannut arvioida palveluntarvettaan.

Terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävissä ohjauskäynneissä hieman yli kolmasosa (n=87; 36 %) ilmaisi todennäköisesti käyttävänsä liikkuvia terveystalveluita ja lähes saman verran (n=80; 33 %) taas käyttäisi ehdottomasti. Viidesosa (n=49; 20 %) puolestaan ilmaisi, etteivät todennäköisesti ja kymmenesosa (n=13; 5 %) etteivät ehdottomasti käyttäisi tätä palvelukokonaisuutta. Pieni osa (n=12; 5 %) puolestaan ei osannut arvioida käyttäisivätkö palvelua ja yksi (n=1) jätti vastaamatta tämän palvelukokonaisuuden tarvetta kartoittavaan kysymykseen.

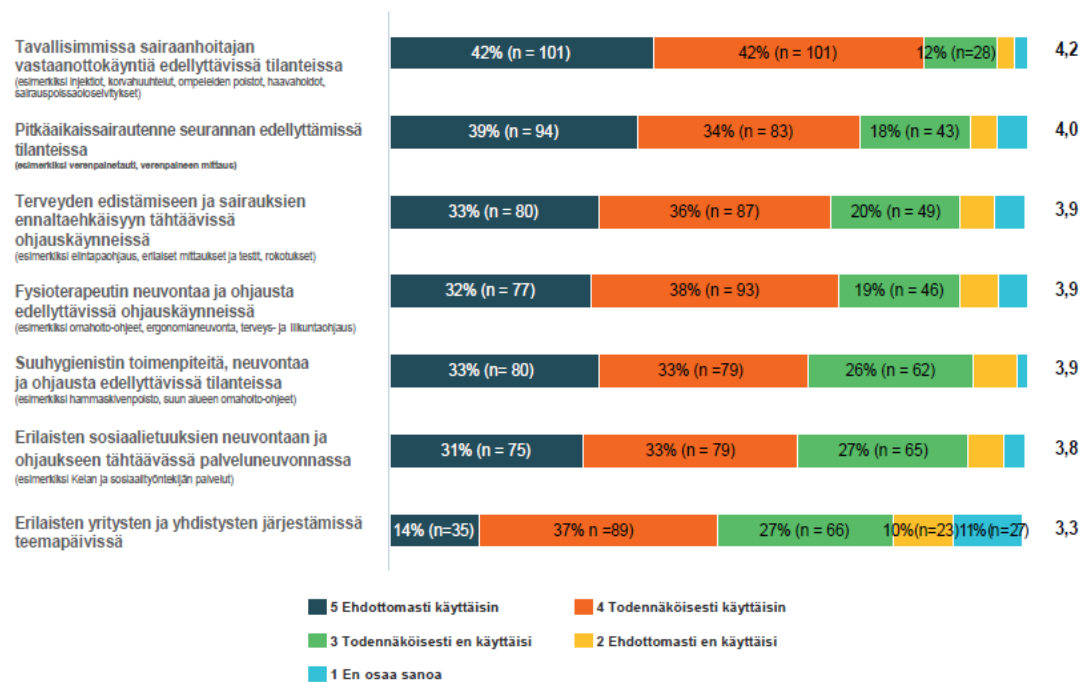
Fysioterapeutin neuvontaa ja ohjausta edellyttävissä ohjauskäynneissä liikkuvia terveystalveluita käyttäisi yli kolmasosa (n=93; 38 %) todennäköisesti ja hieman alle kolmasosa (n=77; 32 %) ehdottomasti. Alle viidesosa (n=46; 19 %) puolestaan ei todennäköisesti ja hieman yli kymmenesosa (n=15; 6 %) ei ehdottomasti tämän palvelukokonaisuuden piiriin hakeutuisi. Pieni osa (n=11; 5 %) ei osannut sanoa käyttäisikö palvelua.

Suuhygienistin toimenpiteitä, neuvontaa ja ohjausta edellyttävissä ohjauskäynneissä kolmasosa käyttäisi joko ehdottomasti (n=80; 33 %) tai todennäköisesti (n=79; 33 %) liikkuvia terveystalveluita ja lähes saman verran (n=62; 26 %) ei todennäköisesti palvelukokonaisuutta hyödyntäisi. Vajaa viidesosa (n=17; 7 %) toi esille, etteivät

ehdottomasti palvelua käyttäisi ja neljä (n=4; 2 %) ei osannut arvioida tämän palvelun käyttöään.

Sosiaalietuuksien neuvontaan ja ohjaukseen tähtäävässä palveluohjauksessa liikkuvia terveyspalveluita käyttäisi noin kolmasosa joko todennäköisesti (n=79; 33 %) tai ehdottomasti (n=75; 31 %) ja hieman alle kolmasosa (n=65; 27 %) puolestaan ei todennäköisesti tämän palvelun piiriin hakeutuisi. Pieni osa (n=14; 6 %) ilmaisi, etteivät ehdottomasti käyttäisi tätä palvelukokonaisuutta. Kahdeksan (n=8; 3 %) ei osannut arvioida palvelun käyttöään ja yksi (n=1) jätti vastaamatta tämän palvelukokonaisuuden käyttöä kartoittavaan kysymykseen.

Erilaisten yritysten ja yhdistysten järjestämissä teemapäivissä hieman yli kolmasosa (n=89; 37 %) käyttäisi todennäköisesti liikkuvia terveyspalveluita, kun taas hieman alle kolmasosa (n=66; 28 %) ei todennäköisesti tämän palvelukokonaisuuden piiriin hakeutuisi. Järjestettäviin teemapäiviin ehdottomasti osallistuisi runsas kymmenesosa (n=35; 14 %) mutta lähes saman verran (n=23; 10 %) ei ehdottomasti osallistuisi tai palvelunkäyttöä ei osattu arvioida (n=27; 11 %). Kaksi (n=2) ei vastannut tämän palvelukokonaisuuden käyttöä kartoittavaan kysymykseen.



Kuvio 16. Kuntalaisten näkemys tarjottujen palvelukokonaisuuksien käytöstä.

Omaa tarvetta tai toivetta kuvaava palvelukokonaisuus, jota ei tarjotuissa vaihtoehdoissa esitetty, oli mahdollisuus ilmaista avoimeen kysymykseen vastaamalla (kysymys 13). Kuntalaiset (n=28; 12 %) kaipaisivat liikkuviin terveystalveluihin laboratoriopalveluita (n=8; 29 %), joihin liittyen useampi toi esille erityisesti inr – kontrollikokeisiin sekä Marevan – lääkityksen annosmäärittäisiin liittyvän palvelukokonaisuuden. Osa (n=7; 25 %) puolestaan kaipasi liikkuviin terveystalveluihin lääkärin vastaanottopalveluiden mahdollisuutta. Lääkärin vastaanottopalvelun lisäksi erikseen esille nostettiin reseptien uusimisen mahdollisuus liikkuvien terveystalveluiden kautta (n=4, 14 %). Osa (n=7; 25 %) puolestaan korosti liikkuvan terveystalvelun esteettömyyttä ja saatavuutta (taulukko 4). Palvelun esteettömyydellä avoimissa kysymyksissä viitattiin niin edullisiin kustannuksiin, laadukkaaseen sisäilmaan kuin esteettömyyden autoon pääsyynkin, palvelun saatavuudella puolestaan terveystalveluauton saapumiseen kotiosoitteeseen. Edellä kuvattujen palvelukokonaisuuksien lisäksi yksittäisenä (n=1; 4 %) palvelutarpeena mainittiin silmänpohjakuvaukset. Yhdessä (n=1; 4 %) vastauksessa puolestaan tuotiin esille, ettei vastaaja koe tarvetta kyseessä olevalle liikkuvalla terveystalvelulle.

Taulukko 4. Kuntalaisten itse esiin nostamat liikkuvien terveystalveluiden tarpeet.

Kuntalaisten esiin nostamat palvelukokonaisuudet
Laboratoriopalvelut
Lääkärin vastaanottopalvelut
Reseptien uusiminen
Palvelun esteettömyys ja saatavuus

### 6.3 Palvelutarpeiden painottuminen asuinalueittain

Asuinalueen postinumeroa kartoitettiin numeraalisella kysymyksellä (kysymys 3), jossa vastaajalla oli mahdollisuus avoimeen kenttään kirjaamalla ilmaista asuinalueensa postinumero. Postinumeron kartoituksella pyrittiin saamaan tietoa vastaajien asuinalueesta sekä siitä, mille asuinalueille kuntalaisten palveluiden tarpeet painottuvat. Seitsemän (n=7, 3 %) ei ilmoittanut postinumeroaan.

Noin puolet (n=111; 46 %) asui 26100 ja noin viidesosa (n=46; 19 %) 26200 postinnumeroalueella (taulukko 5). Kymmenesosan (n=21; 9 %) asuinalue sijoittui puolestaan 26660 ja lähes saman verran (n=20; 8 %) 26510 postinnumeroalueelle. Tuloksista yksittäisinä esiin nousseet postinumerot sijoittuvat pääsääntöisesti Rauman kaupungin haja-asutusalueille.

Tulosten perusteella voidaan todeta liikkuvien terveystalveluiden tarpeen painottuneen postinnumeroalueelle 26100, jossa sijaitsee myös Rauman terveystalvelukeskuksen pääterveysasema, joten etäisyyksien kiinteän palvelupisteen piiriin voidaan katsoa olevan varsin lyhyet. Tulosten perusteella voidaan tulla myös päätelmään, että haja-asutusalueilla, joissa etäisyydet terveystalveluiden piiriin ovat selvästi 26100 postinnumeroaluetta pidemmät, ei kuitenkaan koettu tarvetta liikkuville terveystalveluille. Nykytilanteessa terveystalvelukeskuksen sivupisteet sijoittuvat postinnumeroalueille 27230 sekä 27310, joissa toimivat Lapin- ja Kodisjoen terveystalveluasemat.

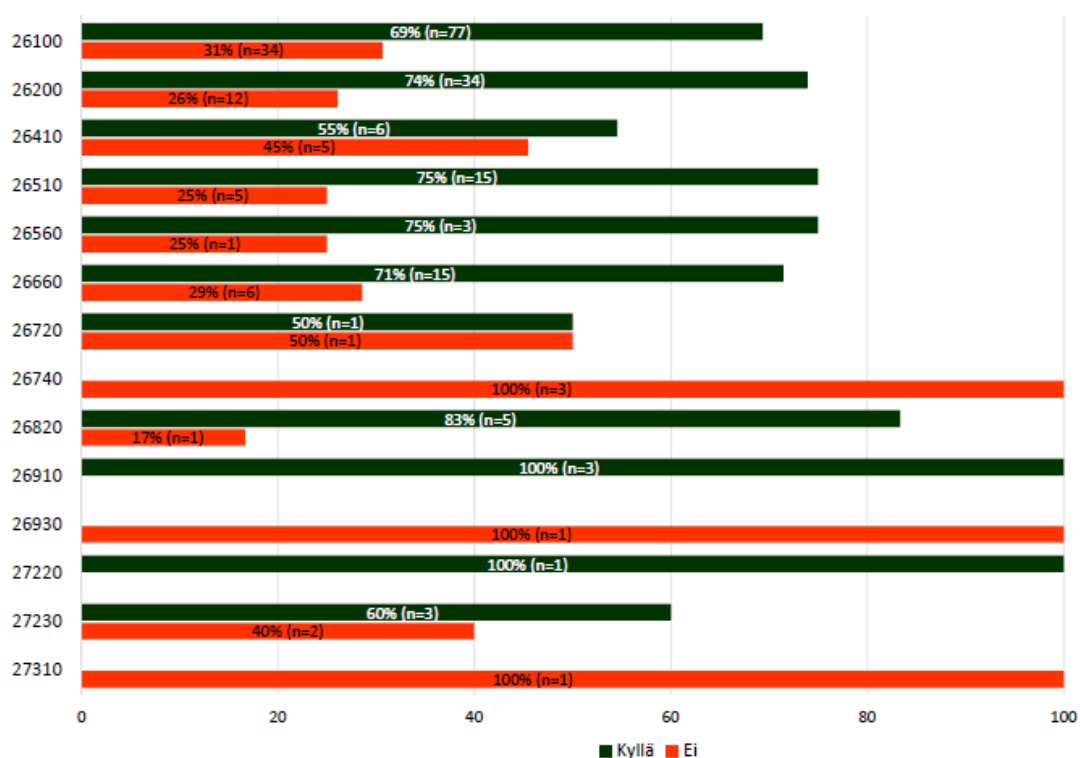
Taulukko 5. Vastajaat postinumeroitain ja asuinalueittain

Postinumero	Asuinalueet postinumeroitain	Vastajaat (n) postinumeroitain	Vastajaat (%) postinumeroitain
26100	Keskusta, Nummi, Tarvosaari, Luostarinkylä, Kinno, Pikku-Kinno, Pyyppää, Otanlahti, Komppi, Pidesluoto, Lonsi, Äyhö, Lajo	(n=111)	(46 %)
26200	Kappelinluhta, Syvärauma, Merirauma, Uusilahti, Tuomoniemi, Haapasaari, Taipalmaa, Otanmaa	(n=46)	(19 %)
26410	Kaaro	(n=11)	(5 %)
26510	Uotila	(n=20)	(8 %)
26560	Kolla	(n=4)	(2 %)
26660	Lensunkallio, Paroalho, Kourujärvi	(n=21)	(9 %)
26720	Monnanummi	(n=2)	(0.8 %)
26740	Vasarainen	(n=3)	(1 %)
26820	Sampaanala	(n=6)	(2 %)
26910	Unaja	(n=3)	(1 %)
26930	Vermuntila	(n=1)	(0.4 %)
27220	Kylmäkorpi, Kullanperä, Ala-Kieri, Yli-Kieri, Kauklainen	(n=1)	(0.4 %)
27230	Murtamo, Huhta, Suokorpi, Kulju, Kaukola, Kivikylä, Matinhivo, Suokari	(n=5)	(2 %)
27310	Kodisjoki	(n=1)	(0.4 %)

26100 postinnumeroalueella 18-vuotta täyttäneitä oli yhteensä 13 534 ja 26200 alueella 4134 (liite 5) (Posio sähköposti 15.2.2016). 26100 postinnumeroalueelta vajaa puolet (n=46; 41 %) olivat yksin asuvia, joista runsaasti yli puolella (n=30; 65 %) ei ollut mahdollisuutta oman auton käyttöön. 26200 postinnumeroalueen asukkaista puolestaan noin kolmasosa (n=14; 30 %) asui yksin ja näistä hieman yli puolella (n=8; 57 %) ei ollut käytössään omaa autoa.



Selvästi yli puolet (n=77; 69 %) 26100 sekä 26200 (n=34; 74 %) postinumeroalueen asukkaista käyttivät ensisijaisesti julkisia terveystalviteita (kuvio 17). Haja-asutusalueilla (postinumerot 26560, 26720, 26740, 26910, 26930, 27220, 27230, 27310) asuvien keskuudessa esiintyi selvemmin vaihtelua julkisten ja muiden terveydenhuoltopalveluiden käytön välillä. Kaupunkialueella (postinumerot (26100, 26200, 26410, 26510, 26660, 26820) asuvat käyttivät puolestaan haja-asutusalueella asuvia yleisemmin julkisia terveystalviteita.



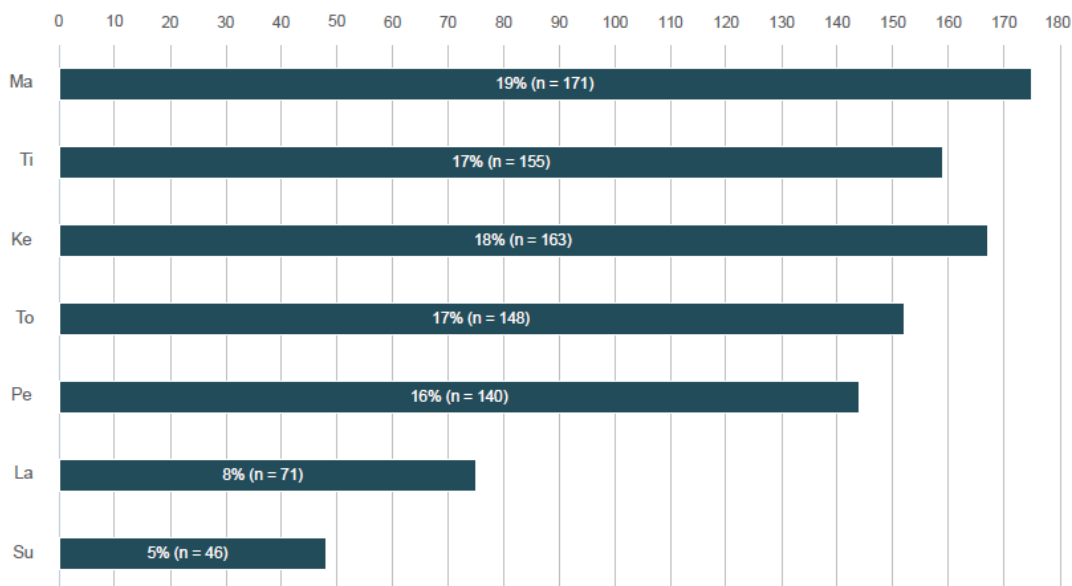
Kuvio 17. Julkisten terveystalviteiden käyttö postinumeroittain.

#### 6.4 Toivotut palveluajat

Kuntalaisten toivetta halutuista palveluajoista niin viikonpäivien kuin kellonaikojenkin suhteen, kartoitettiin monivalintakysymyksillä (kysymykset 14–15). Vastaajilla oli halutessaan mahdollisuus valita useampi annetuista vaihtoehdoista

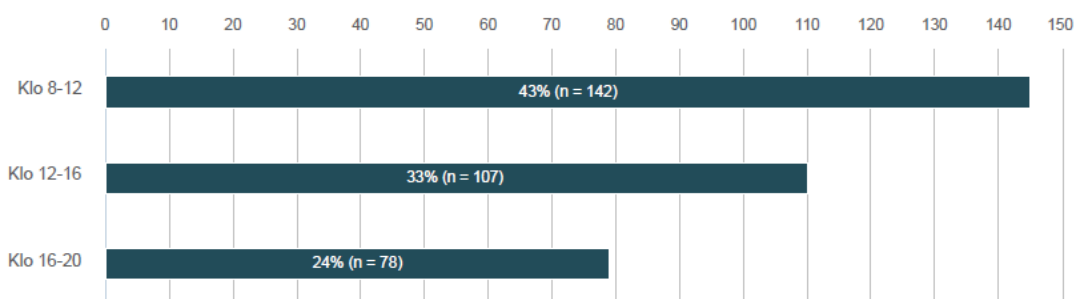
Tulosten perusteella voidaan todeta kuntalaisten liikkuvien terveystalviteiden tarpeen painotuvan arkipäiviin, erityisesti maanantai (n=171; 19 %) ja keskiviikko (n=163; 18 %) päiviin (kuvio 18) mutta lähes yhtä moni toivoi palvelua myös tiistai-

na (n=155; 17 %), torstaina (n=148; 17 %) ja perjantaina (n=140; 16 %). Huomattavasti pienempi osa toivoi palvelua viikonloppuisin, noin kolmasosa (n=71; 8 %) lauantaisin ja viidesosa (n=46; 5 %) sunnuntaisin. Kymmenen (n=10) jätti vastaamatta toivottuja viikon päiviä kartoittavaan kysymykseen. Vastausvaihtoehtoja oli valittu yhteensä 894 (n=894).



Kuvio 18. Kuntalaisten toivomat viikon päivät liikkuville terveystalveille

Yli puolet (n=142; 43 %) toivoi liikkuvien terveystalvelujen palveluajaksi aamupäivää klo 8–12 (kuvio 19) ja hieman alle puolet (n=107; 33 %) iltapäiväaika klo 12–16. Noin kolmannes (n=78; 24 %) puolestaan ilmaisi palvelun tarpeensa painotuvan ilta-aikaan klo 16–20. Viisi (n=5) jätti vastaamatta toivottuja kellonaikoja kartoittavaan kysymykseen. Vastausvaihtoehtoja oli valittu yhteensä 327 (n=327).



Kuvio 19. Kuntalaisten toivomat kellonajat liikkuville terveystalveille.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskus kartoitti Rauman kaupunki-alueen asukkaiden liikkuvien terveyspalvelujen tarpeita ajalla 4.4.2016–17.4.2016. Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen linjauksen mukaan kysely kohdennettiin alueen 18 –vuotta täyttäneille asukkaille, joita kyselyn toteutuksen aikaan Rauman kaupunki-alueella asui 33 129 (Posio sähköposti 13.4.2016). Kyselyyn vastasi 242 (N=242), joka on 0.73 % koko kohdejoukosta.

Vastaajista suurimman joukon muodostivat sekä 65–74, 75–84 sekä 18–34 -vuotiaiden ikäryhmät, jotka yhdessä muodostivat runsaasti yli puolet koko vastaajajoukosta. Ikäryhmästä riippumatta suurin osa kyselyyn vastanneista oli naisia. Kyselyyn vastanneista yli puolet oli eläkkeellä, suurin osa asui puolison kanssa eikä suurimmallakaan osalla asunut taloudessa alaikäisiä lapsia. Taloudessa asuvien alaikäisten lasten vähyys ja eläke selittynevät vastaajien ikärajan painottumisella 65–74 sekä 75–84 -vuotiaiden ikäryhmiin. Ikäryhmien painottumiseen liittyen reilusti yli puolella vastaajista oli kuitenkin käytössään oma auto ja vain pienellä osalla oli asiakkuus kotihoidon kanssa.

Suurimmalla osalla vastaajista oli joko opistotason ammatillinen koulutus, he olivat suorittaneet ammattikoulun, ammattikurssin tai kansakoulun. Lähes kaikki vastaajat koulutustasosta, ikäryhmästä, yksin asumisesta tai oman auton käytön mahdollisuudesta riippumatta, käyttivät ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon palveluita. Terveystieteiden keskuksen sairaanhoitajan vastaanottopalveluita vastaajat olivat käyttäneet pääsääntöisesti kerran vuodessa tai harvemmin, lähes saman verran kerran puolella vuodessa tai useammin tai palveluita ei oltu koskaan käytetty.

Pääsääntöisesti tarjotuista palvelukokonaisuuksista liikkuvia terveyspalveluita ilmaistiin käytettävän joko ehdottomasti tai todennäköisesti erilaisten sairauksien hoitoa tai seurantaa sekä eri ammattiryhmien antamaa ohjausta ja neuvontaa edellyttävissä tilanteissa. Myös terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn täh-

tävissä tilanteissa kuntalaiset hakeutuisivat joko ehdottomasti tai todennäköisesti liikkuvien terveystalveluiden piiriin. Vähiten kiinnostusta ja hajontaa kyselyyn osallistuneiden keskuudessa herättivät liikkuvista palveluista tarjottavat erilaisten sosiaalietuuksien neuvontaan ja ohjaukseen tähtäävät palvelut sekä erilaiset yritysten ja yhdistysten järjestämät teemapäivät.

Avoimessa kysymyksessä esille nostettiin, että liikkuviin terveystalveluihin kaivattiin tarjottujen palvelukokonaisuuksien lisäksi laboratoriopalveluita, lääkärin vastaanottopalveluita sekä reseptien uusinta mahdollisuutta. Liikkuvilta terveystalveluilta edellytettiin myös esteettömyyttä ja saatavuutta. Palvelun esteettömyydellä avoimissa kysymyksissä viitattiin niin edullisiin kustannuksiin, laadukkaaseen sisäilmaan kuin esteettömään autoon pääsyynkin, palvelun saatavuudella puolestaan terveystalveluauton saapumiseen kotiosoitteeseen. Liikkuvien terveystalvelujen toivotuiksi palveluajoiksi kuntalaiset toivoivat pääsääntöisesti arkipäiviä virka-ajan puitteissa.

Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystalveluastolta oli siis esitetty toive kuntalaisten liikkuvien terveystalveluiden tarpeiden kartoittamisesta. Voidaan kuitenkin pohtia kartoitettiin kyselyllä aidosti kuntalaisten tarpeita, sillä kohdeorganisaatio oli rajannut ja linjannut tietyt tarjottavat palvelukokonaisuudet, joista kuntalaisten tuli valita käyttäisikö juuri tätä palvelukokonaisuutta. Edellä olevaan liittyen voidaan myös pohtia antavatko tutkimustulokset siis todellisen kuvan kuntalaisten palvelutarpeista. Toisaalta voidaan todeta kuntalaisilla olleen mahdollisuus avoimeen kysymykseen vastaamalla ilmaista omista tarpeistaan lähteviä palvelutarpeita, joita ei tarjotuissa palvelukokonaisuuksissa mainittu.

Vastaajien asuinalueet painottuivat selkeästi 26100 postinumeralueelle. Postinumeralueisiin viitaten mainittakoon Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystalveluaston palveluiden, kahta sivupistettä lukuun ottamatta, sijaitsevan pääsääntöisesti myös 26100 postinumeralueella, joten välimatkat kiinteisiin terveydenhuollon palvelupisteisiin voidaan katsoa olevan varsin lyhyet. Haja-asutusalueelta kyselyyn osallistuneiden määrä jäi tässä tutkimuksessa melko alhaiseksi, joten tästä syystä näiden alueiden asukkaiden palvelutarpeista ei tässä tutkimuksessa kyetä tekemään luotettavia päätelmiä.

Kyselyn toteutuksessa pyrittiin huomioimaan kyselyyn osallistumisen esteettömyys, jotta mahdollisimman monella olisi halutessaan mahdollisuus ilmaista näkemyksensä liikkuvien terveystalvelujen tarpeistaan. Kyselyyn vastasi 242 (N=242), joka on 0.73 % koko kohdejoukosta, joten tämän tutkimuksen tulokset eivät anna koko kuvaa raumalaisten näkökulmasta.

Vastaukseen voidaan katsoa vaikuttaneen muun muassa se, että kyselyyn vastasivat mahdollisesti pääsääntöisesti ne kuntalaiset, jotka pitivät liikkuvia terveystalveluja itselleen tai läheiselleen tärkeinä tai ajankohtaisina. Toisaalta voidaan myös päätellä, että suurin osa kuntalaisista ei autosta käsin tarjottavia liikkuvia terveystalveluita mahdollisesti kaipaa. Vastaukseen saattoi vaikuttaa myös kappaleessa 5.3 viitattu viestinnän epäonnistuminen aiemmin suunnitellusta. Voidaan myös olettaa, että Rauman kaupungin verkkosivuilla kyselyn yhteyteen linkitetty lääkepakkausten kuva ei antanut viitettä kyselyn aihealueesta, tarkoituksesta tai sisällöstä. Palvelutori ei myöskään osoittautunut osuvaksi valinnaksi toteuttaa kyselyä, sillä kävijämäärät palvelupisteessä osoittautuivat varsin pieniksi. Toisaalta kuntalaisten antamien palautteiden perusteella vastaukseen saattoi mahdollisesti vaikuttaa myös Palvelutorin media- ja verkkotiedotteiden antama virheellinen tai puutteellinen kuva, jonka informaation pohjalta Palvelutorilla kävijöillä ei ollut tietoa käynnissä olevasta kyselystä vaan paikalle saavuttiin muilla perustein.

Koska vastaajien määrän voidaan katsoa tässä tutkimuksessa jääneen melko alhaiseksi, ei saatujen tulosten perusteella kyeta tekemään luotettavaa päätelmää liikkuvien terveystalvelujen todellisesta tarpeesta Rauman kaupunkialueella.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä ja tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2013, 231). Tämän tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksen eteneminen, aineistonkeruu ja -analyysi pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi sitä seurata.

Kyselylomakkeen esitestauksella pyrittiin varmistamaan, että asetetut kysymykset mittaavat juuri sitä mitä on tarkoitus mitata ja niillä kyetään saamaan vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Aineiston keruussa, analysoinnissa ja raportoinnissa käytettiin yleisesti hyväksytyjä tiedonkeruu ja raportointi ohjelmia.

Laadullisen aineistonanalyysin luotettavuutta olisi saattanut lisätä myös toisen henkilön itsenäisesti toteuttama saman aineiston analyysi. Analyysin luotettavuutta voidaan kuitenkin katsoa lisäävän se, että tutkija litteroi aineiston itse ja samalla tutustui aineistoon koko tutkimuksen ajan. Aineistolle esitettyjen tutkimusongelmien perusteella aineistosta poimittiin pois tiedot, jotka eivät liittyneet tutkittavaan ilmiöön. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jotta kaikki asiaan liittyvä tulisi huomioitua ja tulokseksi saataisiin mahdollisimman kattava näkemys kuntalaisten liikkuvien terveyspalveluiden tarpeista. Raportissa kuvattiin aineiston keruu sekä havainnollisteltiin esimerkkien, miten aineisto analysoitiin, jotta lukija voi seurata tutkijan päättelyä sekä kykenee näin myös arvioimaan sitä. Tämän tutkimuksen luotettavuutta voidaan katsoa lisäävän myös ongelmaton yhteistyö kohdeorganisaation sekä satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa sekä tutkijan sitoutuminen tutkimuksen jokaiseen vaiheeseen.

Tämän kyselytutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin katsoa heikentävän tutkimuksen toteuttaminen julkisena anonyymikyselynä, joka mahdollistaa kenen tahansa kyselyyn osallistumisen. Täten ei voida varmistaa, että kaikki vastaajat ovat olleet 18 – vuotta täytäneitä, Rauman kaupunki-alueella asuvia eikä sitä onko sama vastaaja vastannut useammin kuin kerran.

Luotettavuutta heikentävinä tekijöinä voidaan pitää myös strukturoidun kyselyn mahdollisia heikkouksia. Tässä strukturoidussa kyselyssä ei kyetty varmistumaan, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen tai ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Ei myöskään kyetty selvittämään, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot olivat kunkin vastaajan näkökulmasta eikä mahdollisia väärin ymmärryksiä kyetty kontrolloimaan. Tutkimustulosten luotettavuutta saattaa myös heikentää, ettei tiedetty miten hyvin vastaajat olivat tietoisia aihealueesta tai perehtyneet aihealueeseen, joista kysymykset esitettiin.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi kyetty edistämään muun muassa lisäämällä yhteistyötä viestintään osallistuvien yhteistyötahojen kanssa, laajentamalla kohderyhmää sekä jalkautumalla keskusta-alueen lisäksi myös Rauman kaupungin haja-asutusalueille.

### 7.3 Tutkimuksen eettisyys

Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan, tutkijan tulee noudattaa toiminnassaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joilla tarkoitetaan rehellisyyttä sekä yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä kuin tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissakin. Tutkijan tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistessa. Tutkijan tulee ottaa muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon, kunnioittamalla näiden työtä sekä antamalla näiden saavutuksille niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessaan. (Kankkunen, Vehviläinen–Julkunen, 2009, 141.)

Tässä tutkimuksessa tutkimuseettiset näkökulmat huomioitiin muun muassa pyrkimällä koko tutkimuksen ajan mahdollisimman avoimeen, rehelliseen ja läpinäkyvään toimintaan, muun muassa informoimalla kuntalaisia kyselystä sekä ennen kyselyä että sen aikana. Kyselyyn osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja vastaajilla oli halutessaan mahdollisuus saada aiheeseen liittyvää lisäinformaatiota koko tutkimuksen ajan.

Hankittu aineisto säilytettiin siten, ettei se joutunut ulkopuolisten käsiin. Aineisto käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen, mitään niihin lisäämättä tai mitään niistä poistamatta. Laadullinen aineisto analysoitiin alkuperäisilmauksia kunnioittaen, niiden ajatusta tai sisältöä mitenkään muuttamatta. Koko tutkimuksen ajan aineisto käsiteltiin siten, ettei yksittäistä vastaajaa voitu kyselyn tai raportoinnin aikana missään vaiheessa tunnistaa.

Tulosten analysoinnin ja raportoinnin jälkeen vastaukset hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimustuloksista laadittiin mediatiedote Rauman kaupunki alueen paikallislehteen.

#### 7.4 Jatkotutkimushaasteet

Valtakunnallisesti tarkasteltuna käynnissä on mittava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus. Kyselyn toteutus hetkellä palvelurakenne uudistuksen tiimoilta oli vielä enemmän kysymyksiä kuin vastauksia, niin valtakunnallisesti kuin alueellisestikin. Epäselvää oli muun muassa, mitä lähipalveluita Raumalle tulee uudistuksen myötä jäämään. Edellä olevaan liittyen voidaan pohtia oliko kyselyn toteutusajankohta oikea? Jatkotutkimushaasteena voisikin olla tarvittaessa kuntalaisten palvelutarpeiden uudelleen kartoittaminen, kun Sote - uudistuksen myötä Rauman seudulle jäävät lähipalvelut ja palvelutuotantomallit ovat selkeytyneet ja vahvistuneet. Nykytilanteessa välimatkat terveydenhuollon palveluiden piiriin ovat Raumalla lyhyet ja lähipalvelut monipuolisesti ja hyvin saatavilla.



## LÄHTEET

Anttiroiko, A–V. 2010. Hallintainnovaatiot. Hallintateoreettinen näkökulma kaupunkien palvelujen organisoimiseen, omistajuuden ja rahoituksen uudistamiseen. Tampereen yliopisto. Alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. Sente-julkaisu 33/2010. Viitattu 15.6.2016

<http://www.uta.fi/jkk/sente/julkaisut/sentejulkaisut/Hallintainnovaatiot.pdf>

Bonnier Business Forum Oy 2015. Hoiva & Terveys. Parempien päätösten puolesta. Teema artikkeli 40/2015. Viitattu 2.8.2016

[http://www.hoivajaterveys.fi/globalassets/hoiva-terveys/teema-artikkelit/ht\\_40\\_2015.pdf](http://www.hoivajaterveys.fi/globalassets/hoiva-terveys/teema-artikkelit/ht_40_2015.pdf)

Botnia Scan Oy:n www-sivut 2016. Viitattu 7.8.2016 <http://www.botniascan.fi/>

Brommels, M., Aronkylä, T., Kananoja, A., Lillrank, P. & Reijula, K. 2016. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 16.6.2016

[http://stm.fi/documents/1271139/1979378/Valinnanvapaus\\_ja\\_monikanavarahoituksen+yksinkertaistaminen+loppuraportti+31+5+2016+doc+nn.pdf/f1c5d123-a27e-42c1-abfc-41e6adf64d36](http://stm.fi/documents/1271139/1979378/Valinnanvapaus_ja_monikanavarahoituksen+yksinkertaistaminen+loppuraportti+31+5+2016+doc+nn.pdf/f1c5d123-a27e-42c1-abfc-41e6adf64d36)

Cott, C. A. 2004. Client-Centred Rehabilitation: Client Perspectives. Disability and Rehabilitation 26(24), 1411–1422.

De Mooij, M., Kortesmäki, T., Lammi, M., Lautamäki, S., Pekkala, J. & Sinkkonen, I. 2005. Kompassina asiakas. Näkemyksiä ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy.

Dental Public Health Activities & Practices. Oral Health Across the Commonwealth (OHAC) Portable Dental Program. Viitattu 5.8.2016

<http://www.astdd.org/bestpractices/DES24007MAoralhealthacross.pdf>

Eksoten www-sivut 2016. Viitattu 3.8.2016 <http://www.eksote.fi/Sivut/default.aspx>

Elliott-Smith, S. 2007. On the road with mobile dentistry--its impact on our communities. Access 21(1), 21–26.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3.painos. Tampere: Vastapaino.

Fcg:n www-sivut 2016. Viitattu 2.8.2016. <http://www.fcg.fi/fin/etusivu/>

Fredriksson S. & Martikainen T. 2006. Kilpailuttaminen ja kvasimarkkinat: Käsitteelliset lähtökohdat. Teoksessa S. Fredriksson & T. Martikainen (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnallissalan kehittämissäatiö. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 9–18. Viitattu 16.6.2016

<http://www.kaks.fi/sites/default/files/Kunnat%20ja%20kilpailu%201.pdf>

Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2011a. Terveyskeskustyössä myönteisiä muutoksia 2000-luvulla. Suomen lääkäri-lehti 42(66), 3133–3138.

Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2011b. Terveyskeskusten toimivuus ei ole viime vuosina parantunut. Suomen lääkäri-lehti 15(66), 1283–1287.

Hallitusohjelma 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki: Edita Prima. Viitattu 15.6.2016

Harisalo, R. 2009. Organisaatioteoriat. Tampere: Juvenes Print.  
[http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi\\_FI\\_YHDISTETTY\\_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82)

HealthHub 2015. Viitattu 2.8.2016. <https://www.healthhub.fi/>

Heikkanen S. & Österberg M. (toim.) 2012. Living Lab ammattikorkeakoulussa. HAAGA-HELIA ammattikorkeakoulu. Ammattikorkeakoulujen neloskierre -hanke. Vantaa: Multiprint. Viitattu 15.6.2016

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/94662/Living\\_Lab.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/94662/Living_Lab.pdf?sequence=1)

Heller, B.R. & Goldwater, M.R. 2004. The Governor's Wellmobile: Maryland's Mobile Primary Care Clinic. Journal of Nursing Education 43(2), 92–94.

Helsingin Diakonialaitoksen www- sivut 2016. Viitattu 3.8.2016

<https://www.hdl.fi/fi/>

Hill, C., Zurakowski, D., Bennet, J., Walker-White, R., Osman, J.L., Quarles, A., & Oriol, N. 2012. Knowledgeable Neighbors: A Mobile Clinic Model for Disease Prevention and Screening in Underserved Communities American Journal of Public Health 102(3), 406–410.

Hillton, L. 2015. Mobile clinic to the rescue. International journal of contemporary pediatrics 32(4), 38–50.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Huhtanen, R. 2012. Kunnan sosiaali- ja terveystalouden yksityistäminen: oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J & Palukka, H. (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos. Tampere: Tampere University Press, 81–110.

Hyvärinen O. & Lith, P. 2008. Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa. Kunnallissalan kehittämisyhtiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 10. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. Viitattu 15.6.2016

[http://www.kaks.fi/sites/default/files/Kunnat%20ja%20kilpailu%2010\\_1.pdf](http://www.kaks.fi/sites/default/files/Kunnat%20ja%20kilpailu%2010_1.pdf)

- Immonen, M., Koivuniemi, J., Natunen, S. & Laasonen, K. 2012. Liikkuvat palvelukonseptit hyvinvointipalvelujärjestelmässä: Ikäihmisten hyvinvointipalvelutarpeet Etelä-Karjalan haja-asutusalueella. Technology Business Research Center, Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Viitattu 6.8.2016 [http://www.lut.fi/documents/27578/78705/TBRC+Working+Papers+24\\_Liikkuvat+palvelukonseptit+hyvinvointipalveluj%C3%A4rjestelm%C3%A4ss%C3%A4.pdf/15c91623-a802-480c-9e81-98c2f676cb90](http://www.lut.fi/documents/27578/78705/TBRC+Working+Papers+24_Liikkuvat+palvelukonseptit+hyvinvointipalveluj%C3%A4rjestelm%C3%A4ss%C3%A4.pdf/15c91623-a802-480c-9e81-98c2f676cb90)
- Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa: Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Väitöskirja. Acta Wasaensia, 188. Vaasan yliopisto. Viitattu 15.6.2016 [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-217-5.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-217-5.pdf)
- Isotalo, A., Virolainen, P., Leino–Kilpi, H. & Suhonen, R. 2015. Potilaan valinnanvapautta on tuettava. Suomen lääkärilehti 10(70), 622–623.
- Jylhäsaari, J. 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Väitöskirja. Acta Wasaensia, 212. Vaasan yliopisto. Viitattu 16.6.2016 [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-274-8.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-274-8.pdf)
- Jäppinen, T. & Nieminen, V. 2014. Kuntalaiset keskiöön. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Passi & Ripatti Oy. Viitattu 6.8.2016 <http://flash.kunnat.net/2014/kuntalaiset-keskioon/>
- Jäppinen, T. & Sallinen, S. 2012. Kuntalainen palvelujen kehittäjänä. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Lönnberg.
- Kallio, J. 2010. Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy. Viitattu 4.8.2016 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/15810/Tutkimuksia108.pdf?sequence=>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen–Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Karsisto, J. 2014. Liikkuvat palvelut. Maaseudun tulevaisuus? Aalto yliopisto. Taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu. Muotoilun laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 5.8.2016 <https://aaltodoc.aalto.fi/handle/123456789/13756>
- Kelan www–sivut 2016. Viitattu 15.6.2016 <http://www.kela.fi/yhteyspiste>
- Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko–Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 112–121.
- Kivisaari, S. & Saranummi, N. 2006. Terveydenhuollon systemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena, Case Pro Viisikko. VTT tiedotteita 2324. Espoo: VTT. Viitattu 2.8.2016 <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2006/T2324.pdf>

- Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. 2008. Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ration tilaaja–tuottajamallin levittämisen ensi askeleet. VTT tiedotteita 2440. Espoo: VTT. Viitattu 2.8.2016  
<http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2440.pdf>
- Kork, A–A., Stenvall, J. & Vakkuri, J. 2010. Terveyskioski palveluinnovaationa. Vaihe I: Peruskartoitus Ylöjärven terveystietokone -hankkeesta. Sitran selvityksiä 19. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 14.6.2016  
<https://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2019.pdf?download=Lataa+pdf>
- Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla Anna 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Advanced Practice Nursing (APN) - asiantuntijatyöryhmän raportti. Viitattu 7.8.2016 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>
- Kuntaliiton www–sivut 2016. Viitattu 14.6.2016  
<http://www.kunnat.net/FI/Sivut/default.aspx>
- Kuuloliitto ry:n www–sivut 2016. Viitattu 7.8.2016  
<http://www.kuuloliitto.fi/fin/etusivu/>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–11.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18(1), 37–45.
- Laanterä, S., Liimatainen, T. & Laitinen, M–L 2014. Ehkäisevän ja matalan kynnyksen hyvinvointipalvelumallin kehittäminen Mikkelin seudulle. Mikkelin ammattikorkeakoulu. A: tutkimuksia ja raportteja. Mikkeli: Tammerprint Oy. Viitattu 7.8.2016  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87785/URNISBN9789515884831.pdf?sequence=1>
- Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Espoo: VTT. Viitattu 16.6.2016  
<http://www.vtt.fi/files/sites/Mosaic/9.pdf>
- Liao, O., Morpew, T., Amaro, S. & Galant, S.P. 2006. The Breathmobile™: A Novel Comprehensive School-Based Mobile Asthma Care Clinic for Urban Underprivileged Children *Journal of School Health* 76(6), 313–319.
- Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. Viitattu 15.6.2016  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26343/Tutkimuksia116.pdf>
- McDaniel & Strauss, S.S. 2006. Development of a Nurse Practice Arrangement in Rural Appalachia: Triumphs and challenges. *Nursing Education Perspectives*, 27(6), 302–307.

- Mehiläisen www-sivut 2016. Viitattu 7.8.2016 <https://www.mehilainen.fi/>
- Meinilä, A. (toim.) 2014. Mitä ONNI on? Lapin ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja B. Raportit ja selvitykset 7/2014. Viitattu 7.8.2016. [http://www.lpshp.fi/media/files/miehin\\_juttu/onni\\_auto.pdf](http://www.lpshp.fi/media/files/miehin_juttu/onni_auto.pdf)
- Morreale, J.P., Dimitry, S., Morreale, M., Fattore, I. 2005. Setting up a Mobile Dental Practice within Your Present Office Structure. *Journal of the Canadian Dental Association* 71(2), 91–91g.
- Mårtensson, F. 2014. Tandvården rullar ut. Viitattu 4.8.2016 <http://www.tandlakartidningen.se/arkivet/reportaget/tandvarden-rullar-ut/>
- Mönkkönen, K. 2001. Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(5), 432–447.
- Möttönen, S. & Niemelä, J. 2005. Kunta ja kolmas sektori. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Niiranen, V., Puustinen, A., Zitting, J. & Kinnunen, J. 2013. Sosiaali- ja terveystalvet kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen kunta- liitto. Helsinki: Staroffset.
- Okko, P., Björkroth, T., Koponen, A., Lehtonen, A. & Pekonen, E. 2007. Terveystalvetuiden hierarkiat ja markkinat. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pekurinen M. 2007. Terveystalvetuiden huollon menoihin vaikuttaminen: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 16.6.2016 [http://vnk.fi/documents/10616/622950/J0407\\_Terveystalvetuiden\\_huollon\\_menojen\\_hillint%C3%A4.pdf/cdc63122-e275-4212-82a0-8d7c2c6f8226?version=1.0](http://vnk.fi/documents/10616/622950/J0407_Terveystalvetuiden_huollon_menojen_hillint%C3%A4.pdf/cdc63122-e275-4212-82a0-8d7c2c6f8226?version=1.0)
- Peltonen, E. 2010. Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan organisointi henkilöstön työnjakoa uudistamalla. *Pro terveys* 38(1), 6–7.
- Peltari, H. & Kaila, M. 2014. Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.6.2016 [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70295/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3515-0.pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70295/URN_ISBN_978-952-00-3515-0.pdf?sequence=1)
- Peltzer, K., Seoka, P., Babor, T. & Obot, I. 2006. Training primary care nurses to conduct alcohol screening and brief interventions in South Africa *Curationis* 29(2), 16–21.
- Pietrokovski J, Zini A. 2006. The Yad Sarah geriatric dental clinic, a different model. *Gerodontology* 23(4), 237–241.

- Pohjola, M., Koponen, A. & Aro, V. 2005. Kilpailu ja tuottavuus palvelu-aloilla. Teoksessa: Palvelualojen kehitys, tuottavuus ja kilpailu. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 11/2005. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 16.6.2016 [http://vnk.fi/documents/10616/622942/J1105\\_Palvelualojen+kehitys,+tuottavuus+ja+kilpailu.pdf/5ece52fb-ac76-4477-a82d-65c48c0e612f?version=1.0](http://vnk.fi/documents/10616/622942/J1105_Palvelualojen+kehitys,+tuottavuus+ja+kilpailu.pdf/5ece52fb-ac76-4477-a82d-65c48c0e612f?version=1.0)
- Poikela, R. 2010. Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoittelemassa. Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 16.6.2016 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23462/asiakass.PDF?sequence=2>
- Posio V. 2016. Ikäryhmä- ja karttatietoraportti. Sähköposti 15.2.2016.
- Posio V. 2016. Rauman kaupunkialueen 18 – vuotta täyttäneiden lukumäärä huhtikuussa 2016. Sähköposti 13.4.2016.
- Ppshp:n www-sivut 2016. Viitattu 4.8.2016 <https://www.ppsHP.fi/etusivu>
- Päivärinta, E., & Maaniittu, M. 2002. Asiakaslähtöistä vai asiakkaasta lähtevää? Gerontologia 16(1), 32–34.
- Pärnä, Katariina. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 18.6.2016 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf>
- Raitakari, S., Juhila, K., Günther, K., Kulmala, A. & Saario, S. 2012. Asiakaslähtöisyydet asiakasammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa: Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampere University Press, 47–80.
- Rantanen, M., Lehtola, I., Hyyryläinen, T. & Hiltunen, M.J. 2012. Palvelujen saavutettavuuden käsite ja ulottuvuudet. Teoksessa Rehunen, A., Rantanen, M., Lehtola, I. & Hiltunen, M.J. (toim.), Palvelujen saavutettavuus muutoksessa. Maaseudun vaki-  
tuisten ja vapaa-ajan asukkaiden palveluympäristön kehityssuunnat ja uudet mahdollisuudet. Helsingin yliopiston raportteja 88. Mikkeli: Ruralia instituutti, 13–21. Viitattu 4.8.2016 <http://www.helsinki.fi/ruralia/julkaisut/pdf/Raportteja88.pdf>
- Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtosääntö 2011. Rauman kaupungin kunnallinen säädöskokoelma. Intranet. Viitattu 15.6.2016. <http://sharepoint/sote/SitePages/Kotisivu.aspx>
- Rauman kaupungin www – sivut 2016. Viitattu 23.4.2016 <http://www.rauma.fi/>
- Rural Health Information Hub 2016. Mobile EMS Lab Improves Critical Care in Nevada's High Desert. Viitattu 7.8.2016. <https://www.ruralhealthinfo.org/rural-monitor/mobile-ems-lab-improves-critical-care/>
- Rubanovitsch, M. & Aalto, E. 2005. Myynnin lyhytterapia – Sanoista tekoihin. Helsinki: Oy Imperial Sales Ab.
- Saaristolääkärien www- sivut 2016. Viitattu 7.8.2016. <http://www.saaristolaakarit.fi/>

Sainola–Rodriquez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveysthuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 17.6.2016  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1302-8/urn\\_isbn\\_978-951-27-1302-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1302-8/urn_isbn_978-951-27-1302-8.pdf)

Sandesh, N., Nagarajappa, R., Hussain, S.A., Ramesh, G., Singl, A. & Shankar, P.K. 2014. Utilization of Mobile Dental Vans at Post Graduate Dental Institutions in India. OHDM 13 (1), 20–26.

Seeck, H. 2009. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Tampere: Esa Print Oy.

Sherborne Health Centren www–sivut 2016. Viitattu 5.8.2016.  
<http://sherbourne.on.ca/>

Simolin, S. 2014. Mallu kylillä ja rajalla. Mallu liikkuva hyvinvointiasema. Viitattu 3.8.2016.  
[http://www.labquality.fi/@Bin/2632943/Simolin+Satu\\_Mallu+kylill%C3%A4+ja+rajalla+6+2+14.pdf](http://www.labquality.fi/@Bin/2632943/Simolin+Satu_Mallu+kylill%C3%A4+ja+rajalla+6+2+14.pdf)

Simpanen, R. 2013. Palveluja pyörillä. Mallu -klinikka-auto. Viitattu 2.6.2016.  
<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2013/tk-johto/Documents/2013-02-07-10-Simpanen-Ritva.pdf>

Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L–K., Sulander, J., Taimio, H., Finne–Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 34/2010. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 14.6.2016  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80429/3b5d56f5-e461-414e-bc4d-f70be2952269.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysviraston toimintakäsikirja 2016. Intranet. Viitattu 2.8.2016.  
<http://sharepoint/sote/SitePages/Kotisivu.aspx>

Suomen Radiologikeskus Oy:n www–sivut 2016. Viitattu 7.8.2016  
<http://www.radiologikeskus.fi/fi/etusivu/>

STM 2002. Tavoitteiden ja tuloksellisuuden kuvaaminen tulosbudjetissa ja tulosso-  
 pimuksissa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:21. Helsinki:  
 Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.6.2016.  
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74041/TRM200221.pdf?sequence=2>

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE  
 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Tampere: Juvenes  
 Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 14.6.2016  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM\\_2012\\_%20KASTE\\_FI\\_uusi.pdf?sequence=3](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3)

STM 2013. Terveysthuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 15.6.2016  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104557/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3389-7.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104557/URN_ISBN_978-952-00-3389-7.pdf?sequence=1)

STM:n & Valtiovarainministeriön www-sivut 2016. Viitattu 20.7.2016  
<http://alueuudistus.fi/soteuudistus>

Tarkiainen, A. & Valoheimo V. 2015. Liikkuvien palveluiden mahdollisuudet Pohjois-Karjalassa. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja C:23. Joensuu: Lasermedia Oy. Viitattu 7.8.2016 <https://luovi.fi/wp-content/uploads/2016/03/liikkuvien-palvelujen-mahdollisuudet-pohjois-karjalassa.pdf>

Terveystalon www-sivut 2016. Viitattu 7.8.2016 <https://www.terveystalo.com/>

Texas Health Huguley Hospitalin www-sivut 2016. Viitattu 7.8.2016  
<http://www.texashealthhuguley.org/>

THL 2016a. Sote-uudistus. Viitattu 20.7.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus>

THL 2016b. Esittelyssä liikkuvat palvelut. Viitattu 7.8.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tapahtumat/terve-sos-2016/koulutustapahtuman-ohjelma/keskiviikko-185/esittelyssa-liikkuvat-palvelut>

Tiirinki, H. 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – Terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu D Medica 1241. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 15.6.2016 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526204215.pdf>

Tritter, J. 2009. Vallankumous vai hidas muutos – Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista. Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 210–226.

Trochim, W. M. K 2006. Survey Research. Research methods. Knowledge base. Viitattu 24.4.2016 <http://www.socialresearchmethods.net/kb/survey.php>

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

Törmä, S. 2009. Matala kynnyks – pelkkä retorinen lupaus? Janus 17(2), 164–169.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2008. Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 18.6.2016  
[https://www.vtv.fi/files/137/1672008\\_Hoitotakuu\\_NETTL.pdf](https://www.vtv.fi/files/137/1672008_Hoitotakuu_NETTL.pdf)

Valvira 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019. Valvontaohjelmia 1:2016. Helsinki: Valvira. Viitattu 17.6.2016  
<https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+valtakunnallinen+valvontaohjelma+2016+--+2019/dbc9066c-289a-46a3-8b17-0d0469d02a4e>



Venteicher, W. 2015. Pennsylvania EMS Director Creates Mobile Blood Team. Journal of emergency medical services. Viitattu 7.8.2016.  
<http://www.jems.com/articles/2015/12/pennsylvania-ems-director-creates-mobile-blood-team.html>

Vilkkä, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: DTPage Oy. Viitattu 4.8.2016  
<https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Välimäki, K. & Parjanne, R. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuolto kunta- ja palvelurakennemuutuksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelussa. STM ja Suomen Kuntaliitto. Tiedote. Viitattu 15.6.2016 [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/social-och-halsovarden-vid-beredningen-av-de-genomforandeplaner-som-kommun-och-servicestruktureformen-forutsatter](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/social-och-halsovarden-vid-beredningen-av-de-genomforandeplaner-som-kommun-och-servicestruktureformen-forutsatter)

Webropolin www-sivut 2016. Viitattu 24.4.2016 <http://webropol.fi/>

Willberg, M. & Valtonen, H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 36. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 17.6.2016  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112061/Selv200736.pdf?sequence=1>

Yle – uutiset 2015. Liikkuva laboratorio palvelee välillä myös tyovoimatoimistona. Viitattu 3.8.2016  
[http://yle.fi/uutiset/liikkuva\\_laboratorio\\_palvelee\\_valilla\\_myos\\_tyovoimatoimistona/7727421](http://yle.fi/uutiset/liikkuva_laboratorio_palvelee_valilla_myos_tyovoimatoimistona/7727421)

## LIKKUVAT TERVEYSPALVELUT MAAILMALLA

LIKKUVAT TERVEYSPALVELUT MAAILMALLA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
Huguley`s Mobile Health Service Bus	Texas Health Huguley Hospital	Texas -Yhdysvallat	Sairaanhoidon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palvelut  (terveydenhuoltoalan opiskelijat, vapaaehtoistyöntekijät)
Sherborne Health Centre Health Bus Program	Sherborne Health Centre	Toronto, Ontario - Kanada	Sairaanhoidon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palvelut  (terveydenhuoltoalan opiskelijat, vapaaehtoistyöntekijät)
Family Van mobile health clinic	Harvard Medical School	Boston, Massachusetts - Yhdysvallat	Pitkäaikaissairauksien seulonta, sairauksien ennaltaehkäisy ja seuranta, neuvonta ja ohjaus, ehkäisevä huumetyö  (terveyskasvattaja, ravitsemusterapeutti, HIV – asiantuntija)
Mobile Blood Team  (a Quick Response Service vehicle)	Forbes Prehospital Services	Pennsylvania - Yhdysvallat	Turvata tarvittaessa verensiirrot/verensiirtojen aloitus siellä, missä matkat lähimpään sairaalaan ovat pitkät. Palvelu toimii paikallisen ambulanssitoiminnan tukena.  (lisäkoulutetut sairaanhoitajat)
Mobile EMS Lab	Humboldt General Hospital Emergency Medical Hospital	Winnemucca, Pohjois-Nevada - Yhdysvallat	Ensihoito, ultraääni- ja laboratorio tutkimukset. Tavoitteena parantaa kriittisesti loukkaantuneiden tehohoitoa Nevadan korkeassa autiomaassa sekä edistää potilaiden selviytymistä.  (ensihoitajat )

LIKKUVAT TERVEYSPALVUT MAAILMALLA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
<b>Breathmobile</b>	Children's Hospital of Orange County (CHOC),  Asthma and Allergy Foundation of America	Etelä-Carolina – Yhdysvallat  (palvelun piirissä 20 koulua)	Taustatietojen kartoitus, fyysinen tutkiminen, ihon prick testit, allergiatestit, spirometria mittaukset, astman riskiluokitus  (pediatri, sairaanhoitaja)
<b>Mobile Primary Care Clinic</b>	University of Maryland School of Nursing	Baltimore, Maryland - Yhdysvallat	Sairaanhoidon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palvelut  (terveydenhuoltoalan opiskelijat)
<b>Waldron College of Health and Human Services at Radford University Mobile health clinic</b>	Waldron College of Health and Human Services at Radford University	Lounais Virginia – Yhdysvallat  (Toiminta-alue 60 mailin säteellä yliopistosta)	Sairaanhoidon, terveydenedistämisen sekä ennaltaehkäisevän terveydenhoidon palvelut vakuuttamattomille Appalakkien ja Latinalaisamerikkalaisten yhteisöille  (hoitotyön-, ravitsemusterapian-, puheterapian-, sosiaalityön- sekä toimintaterapian opiskelijat)
<b>Alcohol screening and brief interventions (SBI)</b>  (kuusi liikkuvaa yksikköä)	World Health Organisation  The University of Limpopo Research Administration	Polokwane, Seshego - Etelä - Afrikka	Alkoholinkäytön seulontaan sekä liikkäyttöön liittyvän lyhyen interventiomallin jalkauttaminen sekä toimintamallin vaikuttavuuden arviointi  (Maailman terveysjärjestön hankkeessa mukana olevat sairaanhoitajat)

LIKKUVAT TERVEYSPALVUT MAAILMALLA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
Crews'n Healthmobile (kolme liikkuvaa yksikköä)	Phoenix Children's Hospital	Phoenix, Arizona - Yhdysvallat	Lääkäri-, mielenterveys- ja sosiaali- sekä työllistymiseen liittyvät palvelut Arizonan kodittomille sekä riskiryhmään kuuluville lapsille ja nuorille  (pediatrit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, tietojärjestelmänvalvojat)
Student nurses mobile clinics	Charles Sturt University, Australia	Bangkokin syrjäiset vuoristoseudut - Thaimaa	Terveystarkastukset, lääkehoidon ohjaus, terveyskasvatus ja terveyden edistäminen, käsihygienian ohjaus  (Australialaiset sairaanhoidon opiskelijat yhteistyössä paikallisten hoitajien kanssa)
Mobile nurse clinics	Integrated Chronic Care for Aboriginal People program in Hunter New England	Hunter New England - Australia	Pitkäaikaissairauksien riskitekijäkartoitukset, varhainen puuttumisen malli, ennaltaehkäisevä terveydenhuolto, elintapaohjaus, ohjelman mukaiset laboratoriotutkimukset  (hankkeessa mukana olevat sairaanhoitajat)
Useita ikäihmisille suunnattuja suun terveydenhuollon liikkuvia yksiköitä	Yhteistyössä yksityiset ja julkiset terveys- ja hammaslääkäriasemat sekä yliopistot	Muun muassa:  Charlotte, Pohjois-Carolina - Yhdysvallat  Hamilton, Ontario – Kanada  Brittiläisen Kolumbian yliopisto – Kanada  Manitoban yliopisto – Kanada	Kotiin, lähelle asiakkaan asuinalueita tai hoitolaitoksiin tarjottavat ikäihmisten suun terveydenhuollon palvelut  (hammaslääkärit, suuhygienistit, hammaslääketiede- ja suuhygienistiopiskelijat, toimistotyöntekijät)

LIKKUVAT TERVEYSPALVUT MAAILMALLA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
Mobile Dental Van	Hankkeen rahoittajana Intian hallitus sekä WHO	Lucknow, Uttar Pradesh - Intia	Ennaltaehkäisevä suun terveydenhuolto maaseudun vähäosaisille asukkaille.  (hammaslääkäri, suuhygienisti, suuhygienisti opiskelijat)
Folktandvårdens mobila klinik	Landstinget Västernorrland	Björna, Bjästa, Uusimaa, Helgum, Junsele, Näsåker, Liden, Stöde - Ruotsi	Kouluikäisten määräaikaistarkastukset sekä suun terveydenhuollon palvelut (suunnitteilla ikäihmisten suun terveydenhuollon palvelut)  (hammaslääkärit, suuhygienistit, hammashoitajat)
Oral Health Across the Commonwealth (OHAC) Portable Dental Program	Oral Health Across the Commonwealth (OHAC)	Massachusetts - Yhdysvallat	Alle kouluikäisten sekä kouluikäisten suun terveydenhuollon palvelut  (hammaslääketieteen opiskelijat, suuhygienisti opiskelijat)
The Yad Sarah geriatric dental clinic	The Yad Sarah geriatric dental clinic  (Toimii opiskelija- ja vapaaehtoistyövoimin)	Jerusalem -Israel	Kotiin tarjottavat ikäihmisten ja vammaisten suun terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut  (hammaslääkäri, suuhygienisti, suuhygienisti opiskelijat)

## LIKKUVAT TERVEYSPALVELUT SUOMESSA

LIKKUVAT TERVEYSPALVELUT SUOMESSA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
<b>Mallu</b> -auto	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote)	Lappeenranta, Imatra, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi	<p>Sairaanhoitajan palvelut: Pitkäaikaissairauksien suunnitelmallinen hoidon seuranta, terveysneuvonta, haavanhoidot, pienet toimenpiteet (ompeleiden poistot, korvahuuhtelut), rokotukset, vieritestit lääkeresepti-liikenteen hoitaminen</p> <p>Suuhygienistin palvelut: Suun ja hampaiden terveystarkastuksen ja hoidontarpeen arvioinnin, ehkäisevän työn (fluorikäsittely, omahoidon ohjaus, ravintoneuvonta) sekä hammaskiven ja värjäytymien poiston. Palvelun kohderyhmänä ovat yli 65-vuotiaat</p> <p>Lääkärin etäkonsultaatio Teemapäivät</p> <p>(sosiaali- ja terveyspiirin sairaanhoitajat)</p>
<b>Malla</b> -auto	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote)	Lauritsala, Ylämaa	<p>Tavanomaiset laboratoriopalvelut: verikokeet, sydänfilmit, bakteerinäytteet, sieninäytteet, papa-näytteet, virtsanäytteiden vastaanotto, näytepurkkien anto ja käytön ohjaus</p> <p>(sosiaali- ja terveyspiirin laboratorion hoitajat)</p>
<b>Tellu</b>	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote), Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskus, alueen kunnat, Kela	Etelä-Karjalan kunnat, joissa ei ole kiinteää Työvoiman palvelukeskusta.	<p>Malla-autoa hyödynnetään myös Työvoiman palvelukeskuksen asiakaskäyntien järjestämisessä (Tellu). Auto menee sovittuihin asiakastapaamisiin tiettyinä päivinä kuukaudessa.</p> <p>(Työvoiman palvelukeskuksen henkilökunta)</p>

LIKKUVAT TERVEYSPALVUT SUOMESSA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
<b>Terveys- ja hyvinvointiauto ONNI</b>	Lapin ammattikorkeakoulu	Lapin alue	<p>Terveyden- ja sairaanhoidon ja palvelut, erilaiset tapahtumat (ryhmät, kampanjat), kotikäynnit, verinäytteet, erilaiset mittaukset (verenpaine, puristusvoima), kuulon- ja näöntutkimukset, terveystarkastukset.</p> <p>(hoitotyön, vanhustyön ja sosiaalialan opiskelijat yhteistyössä ammattikorkeakoulun opettajien kanssa)</p>
<b>Suupirssi</b>	Savonia ammattikorkeakoulu	<p>Iisalmi, Kuopio, Varkaus</p> <p>Pieksämäki on vuokrannut Suupirssin ja kokeillut sen toimintaa Virtasalmen, Jäppilän ja Naarajärven alueella</p>	<p>Suun terveystarkastukset, hoidon tarpeen arviointi, kiinnityskudossairauksien hoitoa, neuvonta ja ohjaus</p> <p>(suuhygienistiopiskelijat)</p> <p>Suun terveydenhuollon kattavat palvelut päiväkodeissa, kouluissa ja työpaikoilla</p> <p>(hammaslääkärit, suuhygienistit, hammashoitajat)</p>
<b>Liisu</b>	Helsingin kaupungin terveyspalvelut	Helsinki	<p>Kouluikäisten suun terveydenhuollon määräaikaistarkastukset, terveysneuvonta ennalta ehkäisevät toimenpiteet, korjaava hoito</p> <p>(hammaslääkärit, suuhygienistit, jhammashoitajat)</p>
<b>Punkkibussi</b>	Saaristolääkärit Oy	Pääkaupunkiseudulla, Uudellamaalla, Kotkassa, Turussa, Länsi-Suomessa ja Tampereella	TBE – rokotukset (puutiaisaivokuume), neuvonta ja ohjaus (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat)

LIIKKUVAT TERVEYSPALVUT SUOMESSA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
<b>Silmo</b>	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Länsi-Pohjan-, Lapin- ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit sekä Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltoapiirin alue	Seudulla asuvien silmänpainetautia sairastavien vuosittaiset silmänpaineenmittaus- sekä kenttä- ja kuvakontrollit.  Kunnat voivat tarvittaessa ostaa muun muassa diabeetikoiden silmänpohjakuvaukset ja kuvien analysoinnin liikkuvulta silmätutkimusyksiköltä.  (silmälääkäri, sairaanhoitaja)
<b>Ambulanssi</b>	Kotisairaala Luotsi Oy	Varsinais-Suomi	Mobiililääketiede ja etävalvonta
<b>Magneettirekat</b>	Muun muassa:  Yksityiset lääkäriasemat: Mehiläinen Terveystalo Botnia Scan Oy Suomen Radiologikeskus Oy  Julkinen terveydenhuolto: Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)	Toiminnan kattavuus valtakunnallista  HUS-Röntgenillä on oma Tammissaarella, Lohjalla ja Porvoossa kiertävä rekka.	Magneettikuvaukset  (röntgenhoitajat, radiologit)
<b>Kuuloauto</b>	Kuuloliitto ry	Toiminnan kattavuus valtakunnallista – tempausluonteinen toiminta	Kuulon seulontatutkimukset, kuuloon ja kuulokuntoutukseen liittyvä neuvonta ja ohjaus  (Kuuloliitto ry:n toimihenkilöt ja vapaaehtoiset)
<b>Terveysneuvontapalvelut suonensisäisesti huumeita käyttäville</b>	Helsingin Diakonialaitos  Toimintaa rahoittavat Helsingin, Vantaan ja Espoon kaupungit	Vantaa, Espoo	Terveyskysymyksiin liittyvä neuvonta – ja ohjaus, ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelma, hiv-testaus, hepatiittitestaukset, hepatiittirokotukset, pienimuotoiset sairaanhoidolliset toimenpiteet (esimerkiksi suonitulehdusten hoito) sekä palveluohjaus  (päihdetyöntekijät - liikkuvassa terveysneuvontayksikössä palvelut toteutetaan työparityöskentelynä)



LIKKUVAT TERVEYSPALVUT SUOMESSA			
Liikkuva palvelu (auto)	Palvelun tuottaja	Toiminta-alue	Palvelukonsepti
Linkku – Liikkuva monipalvelutila	Lahden ammattikorkeakoulu	Pilotissa mukana olivat Sysmä, Hartola, Padasjoki, Asikkala	Muunneltavuutensa ansiosta mahdollistaa monipuoliset eri alojen tarjoamia palvelukokonaisuuksia  Etäyhteys mahdollisuus  (terveydenhuoltoalan opiskelijat ja -opettajat)
Terveysnyssse vuosina 2012–2013	Tampereen kaupunki	Tampere	Ennaltaehkäisevät terveyspalvelut, elintapaohjaus, erilaiset mittaukset, teemapäivät  (terveydenhoitaja, kuljettajana medias sihteeri)
Hyvinvointi Ote – matkailuauto vuosina 2012–2013	Terve Kuopio – hyvinvointikioski hanke	Ylä-Savo	Ennaltaehkäisevät terveyspalvelut, elintapaohjaus, erilaiset mittaukset  (terveydenhoitaja)

## WEBROPOL -KYSELYLOMAKE

Tulosta kaikki:

## Kysely liikkuvien terveystalvelujen tarpeesta

**Arvoisa vastaanottaja!**

Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystervasto suunnittelee liikkuvien terveystalvelujen kynnistämistä. Liikkuvilla terveystalveluilla tarkoitetaan matalan kynnyksen palvelupistettä, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanottopalvelut tuotetaan autosta käsin, lähelle kuntalaisten asuinypäristöä. Tarvittaessa ammattihenkilöstöllä on lääkärin etäkonsultaatio mahdollisuus.

Vastaamalla tähän kyselyyn saamme arvokasta tietoa liikkuvien terveystalvelujen suunnitteluun.  
**Kyselyn vastaamiseen kuluva aika on noin 5 minuuttia.**

**Kyselyyn toivomme vastaustanne viimeistään 17.4.2016**

Tarvittaessa lisätietoa liikkuvista terveystalveluista teille antaa ma 4.4.2016 klo 13-15 avoterveydenhuollon ylihoitaja xxxxxxxxx, p. xxxxx

Liikkuvien terveystalvelujen kartoitus toteutetaan Satakunnan ammattikorkeakoulun, Hyvinvointiteknologia (yamk) -koulutusohjelman opinnäytetyönä. Kyselyllä saadut tulokset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti sekä siten, ettei yksittäistä vastaajaa voida kyselyn tai raportoinnin aikana missään vaiheessa tunnistaa. Tulosten analysoinnin ja raportoinnin jälkeen vastaukset hävitetään asianmukaisesti. Kyselyn tulokset julkaistaan Rauman kaupungin verkkosivuilla, paikallislehdissä sekä kuntalaisille suunnatussa aiheeseen liittyvässä info tilaisuudessa.

Seuraava ->



(Sivu 1 / 4)

**Taustatietonne**

Valitkaa alla esitetysta vaihtoehtoista se, joka parhaiten kuvaa nykytilannettanne.

**1. Ikä**

- 18-34  
 35-44  
 45-54  
 55-64  
 65-74  
 75-84  
 yli 85

**2. Sukupuoli**

- Nainen  
 Mies

**3. Asuinalueeni**

Postinumero

**4. Asun**

- Yksin  
 Puolison kanssa  
 Puolison ja muun sukulaisen kanssa  
 Muun henkilön kanssa

**5. Taloudessani asuu alaikäisiä lapsia**

- Kyllä  
 Ei

**6. Mahdollisuuteni oman auton käyttöön**

- Kyllä  
 Ei

**7. Minulla on asiakkuus kotihoidon kanssa**

- Kyllä  
 Ei

**8. Koulutukseni**

Valitkaa korkein suorittamanne koulutusaste tai tutkinto

- Kansakoulu  
 Peruskoulu  
 Lukio  
 Ammattikoulu tai -kurssi  
 Opistotason ammatillinen koulutus  
 Ammattikorkeakoulu  
 Korkeakoulu, alemman asteen tutkinto  
 Korkeakoulu, ylemmän asteen tutkinto

**9. Työtilanteeni**

- Työtön  
 Työssä  
 Eläkkeellä  
 Opiskelija

**10. Käytän ensisijaisesti**

- Julkisia terveystalveluja  
 Yksityisiä terveystalveluja  
 Työterveyshuollon talveluja

**11. Nykyisin käytän terveystalvelukeskuksen sairaanhoitajan vastaanottopalveluja**

- Kerran kuukaudessa tai useammin  
 Kerran puolessa vuodessa tai useammin  
 Kerran vuodessa tai harvemmin  
 En ole käyttänyt talvelua

[<-- Edellinen](#)

[Seuraava -->](#)

## Kysely liikkuvien terveystalvelujen tarpeesta

**Kysymyksillä 12-13 kartoitetaan liikkuvien terveystalvelujen tarvetta ja käyttö.**

Valitkaa nkemystnne parhaiten kuvaava vaihtoehto.

**12. Kyttisittekk liikkuvia terveystalveluja**

	5 Ehdottomasti käyttäisin	4 Todennäköisesti käyttäisin	3 Todennäköisesti en käyttäisi	2 Ehdottomasti en käyttäisi	1 En osaa sanoa
<b>Tavallisimmissa sairaanhoitajan vastaanottokäyntiä edellyttävissä tilanteissa</b> (esimerkiksi injektiot, korvahuuhtelut, ompeleiden poistot, haavahoidot, sairauspoissaoloselvitykset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Pitkaikaissairautenne seurannan edellyttämissä tilanteissa</b> (esimerkiksi verenpainetauti, verenpaineen mittaus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Terveysten edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn thtviss ohjauskäynneissä</b> (esimerkiksi elintapaohjaus, erilaiset mittaukset ja testit, rokotukset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Fysioterapeutin neuvontaa ja ohjausta edellyttävissä ohjauskäynneissä</b> (esimerkiksi omahoito-ohjeet, ergonomianeuvonta, terveys- ja liikuntaohjaus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Suuhygienistin toimenpiteitä, neuvontaa ja ohjausta edellyttävissä tilanteissa</b> (esimerkiksi hammaskivenpoisto, suun alueen omahoito-ohjeet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Erilaisten sosiaalietuuksien neuvontaan ja ohjaukseen thtviss palveluneuvonnassa</b> (esimerkiksi Kelan ja sosiaalityontekijn palvelut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Erilaisten yritysten ja yhdistysten järjestämissä teemapäivissä</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Mikäli edellä olevissa vaihtoehtoissa ei mainittu tarvetta tai käyttöönne parhaiten kuvaavaa palvelukokonaisuutta, voitte halutessanne kirjata nkemyksenne alla olevaan tekstikenttn.**

&lt;-- Edellinen

Seuraava --&gt;



Tulosta kaikki:

## Kysely liikkuvien terveystalvelujen tarpeesta

### Toivotut palveluajat


Kysymyksillä 14 ja 15 kartoitetaan liikkuvien terveystalvelujen suunnittelun kannalta oleellista tietoa toivomistanne palveluajoista.  
Voitte halutessanne valita useamman vaihtoehdon.

**14. Mielestänne sopivimmat viikonpäivät liikkuville terveystalveluille?**

Ma  
 Ti  
 Ke  
 To  
 Pe  
 La  
 Su

**15. Mielestänne sopivimmat palveluajat liikkuville terveystalveluille?**

Klo 8-12  
 Klo 12-16  
 Klo 16-20



**Rauma**

(Sivu 4 / 4)

**Vastauksenne on talletettu onnistuneesti!**

**Kiitos osallistumisestanne!**

## TIEDOTE KUNTALAISILLE



TIEDOTE

## Rauma selvittää liikkuvien terveystalvelujen tarvetta

Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystvirasto suunnittelee liikkuvien terveystpalvelujen käynnistämistä. Liikkuvilla terveystpalveluilla tarkoitetaan matalan kynnyksen palvelupistettä, esimerkiksi autoa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt vastaanottavat kuntalaisia näiden asuinympäristöjen lähellä. Palvelupisteessä hoidetaan yksinkertaisia terveystongelmia sekä tarjotaan ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa. Tarvittaessa ammattihenkilöstöllä on mahdollisuus lääkärin etäkonsultaatioon.

Sosiaali- ja terveystvirasto kartoittaa **4.–17.4.2016** liikkuvien terveystpalvelujen tarpeita Rauman kaupungin alueen 18 vuotta täyttäneiltä. Kyselyllä selvitetään, mitä tarjotuista liikkuvien terveystpalvelujen palvelukokonaisuuksista kuntalaiset käyttäisivät, miten he kuvaavat liikkuvien terveystpalvelujen tarpeitaan ja mille asuinalueille palveluntarpeet painottuvat. Tulokset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti sekä siten, ettei yksittäistä vastaajaa voida kyselyn tai raportoinnin aikana missään vaiheessa tunnistaa.

### Kuntalaiset voivat ilmaista näkemyksensä

1. Sosiaali- ja terveystviraston verkkosivuilla <http://www.rauma.fi/tietoa-kaupungista/sosiaali-ja-terveysttoimi>
2. Rauman kaupungin Facebook – sivuilla
3. Kaupungintalolla toimivassa Palvelutori-pisteessä (Kanalinranta 3, käynti sisäpihalta) ti 5.4., to 7.4. ja to 14.4. klo 13–15. Edellä mainittuina aikoina voi myös soittaa numeroon xxxxxx
4. Kauppakeskus Prismassa 9.4. tai Citymarketissa 16.4. klo 11–13 järjestettävissä infotilaisuuksissa

Sekä Palvelutorilla että kauppakeskuksissa sairaanhoitaja, hyvinvointiteknologian opiskelija Nina Arponen **opastaa tarvittaessa verkkokyselyn täyttämässä tai täyttää kyselyn vastaajan puolesta.**

Perusterveydenhuollon toimintojen kehittäminen on suomalaisen terveystpolitiikan keskeinen haaste. Ikärakenteen muuttuminen ja kasvavat palvelutarpeet edellyttävät kunnilta palvelutuotannon uudistamista, sillä nykyinen palvelurakenne ei pysty vastaamaan tulevaisuuden palvelutarpeisiin. Liikkuvaa terveystpalveluautoa voidaan pitää yhtenä mahdollisuutena vastata muuttuvan toimintaympäristön asettamiin haasteisiin.

Liikkuvat terveystpalvelut on uudentyypinen tapa toteuttaa terveydenhuollon palvelua asiakkaan kannalta mahdollisimman helpolla tavalla. Terveystpalvelujen viemisellä asiakkaiden luo pyritään lisäämään palvelun saatavuutta, esteettömyyttä sekä monipuolisuutta. Toimintamalli edistää myös niiden asiakkaiden tavoittamista, jotka muuten eivät välttämättä hakeutuisi terveystpalvelujen piiriin. Tavoitteena on asiakkaiden arjessa selviytymisen ja terveyden säilyttämisen tukeminen.

VASTAAJAT POSTINUMEROITTAIN, ASUINALUEITTAIN JA IKÄRYHMITTÄIN (mukaiillen Rauman kaupungin, teknisen viraston ikäryhmä – ja karttatietoraporttia 15.2.2016 sekä Posti Oyj:n 13.5.2016 osoitepalveluraporttia).

Vastaajien postinumero	Asuinalue postinumeroitain (Posti Oyj – osoitepalveluraportti 13.5.2016)	Ikäryhmät (n) % postinumeroitain (Rauman kaupunki, tekninen virasto – ikäryhmä- ja paikkatietoraportti 15.2.2016)
26100	Keskusta Nummi Tarvosaari Luostarinkylä Kinno Pikku-Kinno Pyynpää Otanlahti Komppi Pidesluoto Lonsi Äyhö Lajo	18–34 (n=3713) 28 % 35–44 (n=1647) 12 % 45–54 (n=1719) 13 % 55–64 (n=2094) 16 % 65–74 (n=2166) 15 % 75–84 (n=1474) 11 % 85+ (n=721) 5 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=13 534) Vastanneita yhteensä (n=111)
26200	Kappelinluhta Syvärauma Merirauma Uusilahti Tuomoniemi Haapasaari Taipalmaa Otanmaa	18–34 (n=807) 20 % 35–44 (n=604) 15 % 45–54 (n=737) 18 % 55–64 (n=857) 21 % 65–74 (n=678) 16 % 75–84 (n=350) 9 % 85+ (n=101) 2 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=4134) Vastanneita yhteensä (n=46)
26410	Kaaro	18–34 (n=233) 21 % 35–44 (n=288) 25 % 45–54 (n=243) 21 % 55–64 (n=176) 16 % 65–74 (n=120) 11 % 75–84 (n=54) 5 % 85+ (n=22) 1 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=1136) Vastanneita yhteensä (n=11)
26510	Uotila	18–34 (n=449) 21 % 35–44 (n=295) 14 % 45–54 (n=413) 19 % 55–64 (n=353) 16 % 65–74 (n=386) 18 % 75–84 (n=198) 9 % 85+ (n=52) 2 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=2146) Vastanneita yhteensä (n=20)

Vastaajien postinumero	Asuinalue postinumeroitain (Posti Oyj -osoitepalveluraportti 13.5.2016)	Ikäryhmät (n) % postinumeroitain (Rauman kaupunki, tekninen virasto - ikäryhmä- ja paikkatietoraportti 15.2.2016)
26560	Kolla	18–34 (n=125) 22 % 35–44 (n=90) 16 % 45–54 (n=77) 14 % 55–64 (n=133) 24 % 65–74 (n=86) 15 % 75–84 (n=40) 7 % 85+ (n=15) 3 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=566) Vastanneita yhteensä (n=4)
26660	Lensunkallio Paroalho Kourujärvi,	18–34 (n=967) 23 % 35–44 (n=530) 13 % 45–54 (n=646) 16 % 55–64 (n=737) 18 % 65–74 (n=770) 19 % 75–84 (n=390) 9 % 85+ (n=121) 3 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=4161) Vastanneita yhteensä (n=21)
26720	Monnanummi	18–34 (n=43) 16 % 35–44 (n=70) 27 % 45–54 (n=68) 26 % 55–64 (n=42) 16 % 65–74 (n=24) 9 % 75–84 (n=9) 3 % 85+ (n=7) 3 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=263) Vastanneita yhteensä (n=2)
26740	Vasarainen	18–34 (n=92) 22 % 35–44 (n=59) 14 % 45–54 (n=92) 22 % 55–64 (n=86) 21 % 65–74 (n=56) 13 % 75–84 (n=24) 6 % 85+ (n=9) 2 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=418) Vastanneita yhteensä (n=3)



Vastaajien postinumero	Asuinalue postinumeroittain (Posti Oyj -osoitepalveluraportti 13.5.2016)	Ikäryhmät (n) % postinumeroittain (Rauman kaupunki, tekninen virasto - ikäryhmä- ja paikkatietoraportti 15.2.2016)
26820	Sampaanala	18–34 (n=328) 25 % 35–44 (n=200) 15 % 45–54 (n=186) 14 % 55–64 (n=252) 19 % 65–74 (n=230) 17 % 75–84 (n=91) 7 % 85+ (n=32) 2 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=1319) Vastanneita yhteensä (n=6)
26910	Unaja	18–34 (n=79) 17 % 35–44 (n=86) 18 % 45–54 (n=105) 22 % 55–64 (n=79) 17 % 65–74 (n=74) 16 % 75–84 (n=30) 6 % 85+ (n=17) 4 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=470) Vastanneita yhteensä (n=3)
26930	Vermuntila	18–34 (n=99) 21 % 35–44 (n=57) 12 % 45–54 (n=101) 21 % 55–64 (n=84) 18 % 65–74 (n=62) 13 % 75–84 (n=56) 12 % 85+ (n=15) 3 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=474) Vastanneita yhteensä (n=1)
27220	Kylmäkorpi Kullanperä Ala-Kieri Yli-Kieri Kauklainen	18–34 (n=89) 18 % 35–44 (n=85) 17 % 45–54 (n=85) 17 % 55–64 (n=92) 19 % 65–74 (n=79) 16 % 75–84 (n=52) 11 % 85+ (n=11) 2 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=493) Vastanneita yhteensä (n=1)

Vastaajien postinumero	Asuinalue postinumeroitain (Posti Oyj -osoitepalveluraportti 13.5.2016)	Ikäryhmät (n) % postinumeroitain (Rauman kaupunki, tekninen virasto - ikäryhmä- ja paikkatietoraportti 15.2.2016)
27230	Murtamo Huhta Suokorpi Kulju Kaukola Kivikylä Matinhivo Suokari	18–34 (n=327) 20 % 35–44 (n=236) 15 % 45–54 (n=270) 17 % 55–64 (n=279) 17 % 65–74 (n=261) 16 % 75–84 (n=173) 11 % 85+ (n=82) 5 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=1628) Vastanneita yhteensä (n=5)
27310	Kodisjoki	18–34 (n=65) 16 % 35–44 (n=64) 16 % 45–54 (n=65) 16 % 55–64 (n=84) 21 % 65–74 (n=71) 18 % 75–84 (n=32) 8 % 85+ (n=15) 4 %  18 – vuotta täyttäneitä yhteensä (n=396) Vastanneita yhteensä (n=1)

