



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Terveyskioskityyppisen matalan kynnyksen palvelun konseptointi

Maisniemi, Niina

Rapakko, Helena

2013 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Terveyskioskityyppisen matalan kynnyksen palvelun konseptointi

Maisniemi Niina
Rapakko Helena
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2014

Maisniemi Niina, Rapakko Helena

Terveyskioskityyppisen matalan kynnyksen palvelun konseptointi

Vuosi	2014	Sivumäärä	43
-------	------	-----------	----

Tilastokeskuksen väestöennuste osoittaa ikääntyvien kansalaisten osuuden kasvavan voimakkaasti suhteessa työssäkävään väestöön. Tarvitaan uusia kustannustehokkaita ratkaisuja vastaamaan terveydenhuollon muuttuviin tarpeisiin. Säästökohteet tarjoavat mahdollisuuksia kehittää ja käynnistää uusia matalan kynnyksen palveluita, joissa asiakas on keskiössä ja kustannukset hallittavissa.

Matalan kynnyksen terveysterveystarpeeseen. Ne mahdollistavat asiakaslähtöisen, helposti saatavilla olevan, joustavan, kustannustehokkaan sekä asiakasystävällisen palvelumallin toteutumisen. Henkilökunta koostuu moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöä.

Matalan kynnyksen terveysterveystarpeeseen. Ne mahdollistavat asiakaslähtöisen, helposti saatavilla olevan, joustavan, kustannustehokkaan sekä asiakasystävällisen palvelumallin toteutumisen. Henkilökunta koostuu moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöä.

Matalan kynnyksen terveysterveystarpeeseen. Ne mahdollistavat asiakaslähtöisen, helposti saatavilla olevan, joustavan, kustannustehokkaan sekä asiakasystävällisen palvelumallin toteutumisen. Henkilökunta koostuu moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöä.

Matalan kynnyksen terveysterveystarpeeseen. Ne mahdollistavat asiakaslähtöisen, helposti saatavilla olevan, joustavan, kustannustehokkaan sekä asiakasystävällisen palvelumallin toteutumisen. Henkilökunta koostuu moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöä.

Asiasanat: matalan kynnyksen palvelut, terveysterveystarpeeseen, palvelumuotoilu, liiketoimintasuunnitelma

Maisniemi Niina, Rapakko Helena

Retail-based clinics: low-threshold service conceptualization

Year	2014	Pages	43
------	------	-------	----

Statistics on population projections show a drastic increase in the numbers of elderly citizens compared to the tax-paying younger cohorts. This sets a serious challenge to the healthcare system: new cost-effective solutions are needed. One answer could be low-threshold retail-based clinics, where the focus is on the customer, services are easily accessible, and the costs are kept low.

Low-threshold services have the aim to help in providing the necessary health services to all citizens. In order to reach all the important subpopulations, the services have to be easily available both mentally and physically. Flexibility, availability, cost-effectiveness and customer-friendliness are the main principles for the multiprofessional teams consisting of both health care and social workers.

The idea of the retail-based clinics is to provide health information and guidance without an appointment. Consulting doctors might be available but the need for appointments decreases. Easy accessibility might attract also those, who would not be reached by conventional methods. This would be especially important for the large scale prevention of for example diabetic or hypertensive complications.

The main aim of the thesis was to conceptualize the low-threshold retail-based clinics according to the Business Model Canvas. The conceptualization was based on client feedback and modelling the retail based clinics. The main target was to create a business plan which could be used as a tool for planning and establishing retail-based clinics in public health care systems.

From April to June 2013 retail-based clinics were modelled in three different events and two TV broadcasts (CaringTV). The data was collected through interviews and observations which have been summarized in the thesis report. The thesis was carried out utilizing the Kumar service design process, which connects innovations with service design. The model goes through the whole process from the idea to the implementation of the service. The retail-based clinics business plan of the thesis was actualized using the Business Model Canvas.

Keywords: low-threshold services in the health care, retail-based clinics, business plan, service design process

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön lähtökohdat ja teoreettinen viitekehys	7
2.1	Terveyden edistämiseen liittyvät lait ja suositukset	7
2.2	Matalan kynnyksen terveyspalvelut terveyden edistämisessä.....	9
2.3	Terveyskioskit matalan kynnyksen terveyspalveluna.....	10
2.4	Matalan kynnyksen terveyspalveluiden tulevaisuuden asiakkaat	13
2.5	Liiketoimintasuunnitelma.....	15
2.6	Palvelumuotoilun prosessi	16
2.7	Business Model Canvas	18
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	22
4	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	22
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	22
4.1.1	Mallintaminen osana opinnäytetyötä	23
4.1.2	Puolistrukturoitu haastattelu ja osallistuva havainnointi opinnäytetyössä.....	23
4.2	Toiminnallinen tuotos	25
4.2.1	Tapiolan hyvinvointitori 12.04. 2013	26
4.2.2	Kylämaja 27.04. 2013	26
4.2.3	Kukkiva Suurpelto 18.05.2013	27
4.2.4	HyvinvointiTV 16.05.2013 ja 23.05.2013	27
5	Tulosten analyysi ja esittely.....	28
5.1	Terveyskioskityyppisen toiminnan liiketoimintasuunnitelma Business Model Canvas -mallin mukaan.....	31
6	Pohdinta	33
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34
6.2	Prosessin arviointi.....	35
6.3	Jatkotutkimusaiheet.....	36
	Lähteet	38
	Kuviot	41
	Liitteet	42

1 Johdanto

Matalan kynnyksen terveystalvelut voidaan toteuttaa kauppakeskuksissa. Niillä on mahdollista vastata terveydenhuollon lähitulevaisuuden pakottaviin palvelurakenteiden uudistustarpeisiin. Matalan kynnyksen terveystalvelut ovat kustannustehokkaita, asiakaslähtöisiä ja helposti saatavissa. (Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2012; Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2011; Kork, Stenvall & Vakkuri 2010.)

Terveyskioskit ovat ihmisten päivittäiseen ympäristöön sijoitettuja hoitajavetoisia matalan kynnyksen terveydenhuollon palvelupisteitä. Ne toimivat usein kauppa- ja ostoskeskuksissa. Terveyskioskeista saa apua perusterveydenhoidon tarpeisiin, ennaltaehkäisevää ohjausta ja neuvontaa terveyden ylläpitämiseen. Kaikille avoimiin hoitajatasoisiin palveluihin pääsee ilman ajanvarausta ja ne ovat maksuttomia. Terveyskioskit toimivat terveyskeskusten alaisina yksikköinä osana kunnan perusterveydenhuollon palvelukokonaisuutta. (Kork ym. 2011; Kork ym. 2012.)

Terveyskeskuksissa odotusajat ovat pitkiä ei-kiireellisten terveyskeskusaikojen ollessa kysymyksessä. Terveyskioskityyppistä palvelua tarvitaan, jotta terveyskeskuksista saataisiin sellaiset pientoimenpiteet, seuranta, ohjaus ja neuvonta siirrettyä pois, mitkä voidaan tehdä muuallakin. Terveyskioskityyppisellä toiminnalla pystytään vastaamaan kulloisenkin alueen asukkaiden tarpeisiin ja odotuksiin. Terveyskioskityyppinen toiminta on joustavaa, sitä on tarvittaessa helppo kehittää edelleen ja mukauttaa vastaamaan palvelunkäyttäjän tarpeita. (Kork ym. 2011.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on konseptoida matalan kynnyksen terveystalvelun terveyskioskityyppistä toimintaa Business Model Canvas -mallin mukaan. Tavoitteena on tuottaa konseptointia varten tietoa, jota voidaan hyödyntää perustettaessa Suomeen matalan kynnyksen terveystkioskityyppisiä palveluita. Aihetta lähestyttiin tutustumalla teoriaan, mallintamalla terveystkioskityyppistä toimintaa ja keräten tietoa haastatteleamalla ja havainnoimalla. Työssä käytetään Espoon kaupungin asukkailta kerättyä terveystkioskia koskevaa aineistoa. Aineisto saatiin kyselyhaastatteluilla, jotka tehtiin keväällä 2013 Tapiolan terveysaseman hyvinvointitorilla, Matinkylän kylätapahtumassa, Kukkiva Suurpelto -tapahtumassa ja kahdessa HyvinvointiTV:n lähetyksessä. Opinnäytetyössä analysoidaan hankittua aineistoa Kumarin (2009) innovaatioprosessimallin mukaisesti. Sitä käytetään lopullisen Business Model Canvas -liiketoimintamallin ideoinnissa ja suunnittelussa. Business Model Canvas -malli on visuaalinen, palvelutoimintaa monesta näkökulmasta tarkasteleva työkalu. Muuttuvassa toimintaympäristössä liiketoimintamalli syventää käsityksiä perustettavan yrityksen kokonaisuudesta ja menestymisen ehdoista. (Isokangas & Kinkki 2002.)

2 Opinnäytetyön lähtökohdat ja teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyö on jatkumo projektityölle. Projektityöryhmä koostui viidestä sairaanhoitajasta. Työryhmä sai keväällä 2013 tehtäväksi tutustua matalan kynnyksen terveystalouteen ja osallistua ennalta sovittuihin tapahtumiin itse suunnittelemaan sisällöllä. Tutustuttiin terveystalouttisiin palvelumuotoihin. Tutkitusti osa perinteisistä terveyskeskuksista saatavista terveydenhuollon palveluista olisi siirrettävissä muihin tiloihin ja paikkoihin. Kokemusta saatiin pop up -terveydenhuoltopalveluista pitämällä terveystaloutta kolmessa tapahtumassa Espoossa. Terveystalouttimesta toimintaa mallinnettiin Tapiolan terveysaseman hyvinvointitorilla, Matinkylän Kylämajan tapahtumassa, Suurpellon Kukkiva Suurpelto tapahtumassa ja HyvinvointiTV:n lähetyksissä. Tapahtumissa kerättiin tietoa haastatteleamalla asiakkaita heidän toiveistaan ja ajatuksistaan siitä, minkälaiset matalan kynnyksen terveystaloutet heitä kiinnostaisivat. Tehtiin myös osallistuvaa havainnointia, aineisto analysoitiin ja projekteista kirjoitettiin projektiraportti.

Projektityössä käytettiin toimintaa mallintaessa nimeä terveystaloutta, koska Sitralla on nimenkäyttösuojaus terveystaloutta nimeen. Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä matalan kynnyksen terveystalouttinen toiminta. Teoriaosuudessa esitettiin matalan kynnyksen terveystaloutta toimintaa. Opinnäytetyössä käsiteltiin myös matalan kynnyksen terveystaloutta, palvelumuotoilua, liiketoimintasuunnittelua ja tulevaisuuden terveydenhuollon tarpeita perusterveydenhuollon näkökulmasta.

Matalan kynnyksen palveluissa rajattiin tarkastelu terveystalouttisiin palveluihin, joissa on sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanut henkilö paikalla joko fyysisesti tai virtuaaliyhteyden kautta. Terveystalouttimesta pisteissä jaetaan tietoa, neuvontaa ja ohjausta.

2.1 Terveyden edistämiseen liittyvät lait ja suositukset

Vanhuspalvelulaki (2012) edellyttää, että kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita, oikea-aikaisia ja riittäviä sosiaali- ja terveystaloutta. Täydennetty Vanhuspalvelulaki astui voimaan 1. päivänä heinäkuuta 2013. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Laki myös parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua omassa kunnassaan elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen. Lain tarkoitus on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystaloutta sekä ohjausta tarjolla olevien palvelujen käytöstä yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. Tämä laki vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalouttujen sisäl-

töön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan asiakas päättää niitä koskevista valinnoista. Vanhuk-
sen ensisijainen hoitopaikka on koti yhdessä avo- tai aviopuolison kanssa. Pitkäaikaishoito voi-
daan toteuttaa laitoshoidona vain silloin, kun siihen on lääketieteelliset perusteet tai se on
iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua.

Arjen sujumisen kannalta lähipalvelut ovat keskiössä. Kunnan strategiaan ja muihin hyvin-
voinnin ja terveyden edistämisen palveluihin sisällytetään onnistuneen ikääntymisen turvaa-
minen, terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Lisäksi hyvinvointi- ja
terveyseroja tulee kaventaa, itsenäistä suoriutumista ja turvallisuutta tukea sekä toteuttaa
varhaista puuttumista. Ikäihmisille on turvattava mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta
matalan kynnyksen neuvontapisteissä yhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin
toimijoiden kanssa. Neuvontapisteiden palveluina tarjotaan toimintakyvyn ja terveydentilan
arviointia ja seurantaa sekä palveluohjausta. Omaehtoisen internetin hyödyntämisen lisäksi
on tärkeää saada myös henkilökohtaista palvelua. (STM 2008).

Ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmu-
kaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (STM 2008.) Etenen (2011) mukaan sosiaali- ja
terveysalan toiminnan kehittämisessä kysymys on ihmisestä. Toiminnan tulee perustua eetti-
sesti kestäviin päätöksiin, jotka ovat realistisessa suhteessa todellisuuteen ja sen voimavaroii-
hin.

Terveydenhuollossa priorisoinnissa on useimmiten kysymys valinnoista palvelutarpeen ja ta-
loudellisten mahdollisuuksien ristiriitatilanteissa. Tavoitteena pitäisi olla yhteisen ja yksilön
hyvän tasapainottaminen sekä periaatteena mahdollisimman monien auttaminen käytettävissä
olevilla voimavaroilla. Eettisinä valintakriteereinä ovat hoidon vaikuttavuus, oikeudenmukai-
suuden ja tasapuolisuuden toteutuminen sekä ihmisarvon ja potilaiden oikeuksien kunnioitus.
(ETENE 2001.)

Eettisiin kysymyksiin paneutuminen vaikuttaa yhteisössä vallitsevaan eettiseen ilmapiiriin,
joka puolestaan vaikuttaa suhtautumisessa työhön, asiakkaisiin, potilaisiin ja työkavereihin.
Eettinen arviointi kehittää yhteisön toimintaa ja sen tulisi olla jatkuvaa. Kansalaiset luottavat
yhteiskunnan toimivuuteen, lakia ja normeja noudatetaan ja he uskovat kohtelun olevan oi-
keudenmukaista kattavan sosiaaliturvan piirissä. Nämä ovat edellytyksiä etiikan toteutumisel-
le ja näillä kaikilla on terveyttä edistävä vaikutus. Kilpailu nojautuu kysyntään ja tarjontaan
ja tällöin on erityisen tärkeää huomioida asiakkaan oikeus turvalliseen ja jatkuvaan hoiva- ja
hoitosuhteeseen. Eettisissä valinnoissa tulee globaaleja palveluja tarkastella sekä kansallisesti
että maailmanlaajuisesti mieltien kansallisesti toisistaan poikkeavaa eettistä normistoa ja
mahdollisuutta soveltaa tarjottavia palveluita. Hoidossa tavoitellaan asiakkaalle elämänhal-
linnan kannalta parasta tulosta, jossa on huomioitu riskit, edut, kustannukset ja hyödyt, asi-

akkaan arvot, tavoitteet ja elämäntilanne. ”Eettistä harkintaa tarvitaan arvioitaessa kokonaisvaltaisesti tilannetta, joka on enemmän kuin osiensa summa”. Käytännössä etiikka on velvollisuus tuottaa inhimillistä ja tervehdellistä hyvää ohi taloudellisen maksimoinnin tuoman hyödyn. (ETENE 2011.)

Hoitotyön näkökulmasta merkityksellistä on ikääntymisen tuomat muutokset ja ongelmat ja ihmisen oma suhtautuminen omaan ikääntymiseensä. Ikääntyneen asiakkaan etiikkaan tuo muutoksia heidän sairautensa, jolloin on erityisesti huolehdittava ikääntyneiden oikeuksien toteutumisesta (Leino-Kilpi & Välimäki 2010).

Toiminnassa pyritään kunnioittamaan, tukemaan ja aktivoimaan terveystalouden käyttäjien omia voimavaroja. Tässä asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakkaalla on vapaus valintoihin, mutta hänellä on myös vastuu päätöksistään, toimistaan ja omasta elämästään. Asiakkaan vapautta voivat rajoittaa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset esteet. Rajoitteina voi olla myös tiedon tai rahanpuute. Asiakasta tuetaan, jotta hän pystyisi hallitsemaan ja kontrolloimaan tilaansa vaikuttavia ongelmallisia tekijöitä. Terveystalouksien käyttäjiä autetaan suorittamaan valintoja, ymmärtämään omat mahdollisuutensa, arvioimaan omaa toimintaansa, vapauttamaan omia resurssejaan, arvioimaan seurauksia sekä arvioimaan oman toimintansa merkitystä. Asiakkaan oikeudet ovat terveystalouksien tarjoajien velvollisuuksia (Leino-Kilpi & Välimäki 2010).

2.2 Matalan kynnyksen terveystaloukset terveyden edistämiseksi

Matalan kynnyksen terveystalouksien on tarkoitus vastata terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistustarpeeseen. Palveluiden saatavuuden parantaminen ja palveluiden piiriin pääsyn helppous kaikille kansalaisille ovat keskeisiä tavoitteita. Kauppakeskuksiin viedyt terveystaloukset mahdollistavat asiakaslähtöisen, helposti saatavilla olevan, joustavan, kustannustehokkaan sekä asiakas- ja työntekijäystävällisen palvelumallin toteutumisen. Helposti saatavilla palveluilla saattaa olla myös merkitystä kansansairauksien ehkäisyssä. (Kork ym. 2010; Kork ym. 2011.)

Matalan kynnyksen hoitopaikat voivat olla terveysneuvontapisteitä, liikkuvia yksiköitä tai päiväkeskustyyppisiä paikkoja. Henkilökunta koostuu moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöä. Lääkärin konsultaatio voi olla mahdollista. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Yhteistyö ja verkostoituminen kolmannen sektorin kanssa nähdään hyvänä asiana. Yhteistyössä eri järjestöjen kanssa järjestetyt tapahtumat ja teemaviikot ovat helppo toteuttaa itsehoi-

topisteissä hyödyntäen olemassa olevaa materiaalia. Pisteiden toiminnasta ja sijainnista tiedottamista tulisi tehostaa muun muassa paikallisen median kautta. (Moilanen 2010.)

Asiakkaat voivat hakeutua matalan kynnyksen palveluihin ilman lähetettä ja ajanvarausta. Palveluita voi käyttää myös anonyyminä, eikä päihtymys estä palveluiden saamista. Aukioloajat ovat usein virka-ajasta poikkeavia, mikä mahdollistaa palveluiden piiriin pääsyn oman vuorokausirytmien mukaan. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Matalan kynnyksen terveystoimintapisteissä annetulla ohjauksella ja neuvonnalla on mahdollisuus vaikuttaa terveyttä ylläpitäviin tekijöihin. Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) tutkimuksessa tarkasteltiin terveyttä edistäviä toimia. Niiden avulla voitiin rajoittaa riskitekijöitä ja ehkäistä kakkostyyppin diabetesta, verenkiertoelinten sairauksia ja luun murtumia sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Riskitekijöistä tärkeimmät olivat vähäinen liikunta, huono ravitsemus, ylipaino, tupakointi, alkoholin liikakäyttö, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Useimmat elintapoja muokkaavat toimenpiteet vaikuttivat toivotulla tavalla ja niiden kustannusvaikuttavuus oli melko edullinen, jolloin saatu terveyshyöty oli myös kustannustehokasta. Esimerkiksi liikuntainterventioissa kustannukset laatuainotettua elinvuotta kohden vaihtelivat välillä 1 900-17 200 € ja ravitsemus- ja painonhallintainterventioissa välillä 7 200-20 000 €. Samaa kustannusten suuruusluokkaa oli myös tupakoinnin lopettaminen, alkoholin mini-interventio ja murtumien ehkäisy D-vitamiinin ja kalsiumin avulla.

2.3 Terveyskioskit matalan kynnyksen terveystoimintapalveluna

Terveyskioski-nimen käyttöoikeus perustuu Sitran ja Terveyskioski-toiminimen omistavan Luontaistuote Oulun Natural Oy:n kanssa tehtyyn sopimukseen. Nimi voidaan luovuttaa kunnille, kuntayhtymille ja muille julkisen terveydenhuollon toimijoille kansanterveyslain tarkoittamaan perusterveydenhuoltopalveluun. Tästä sopimuksesta johtuen terveystoimintapiste-nimen ja tavaramerkin käyttö edellyttävät sopimusta Sitran kanssa. (Sitra 2012.)

Terveystoimintapiste-konsepti pohjautuu yhdysvaltalaiseen palvelumalliin, jossa terveydenhoitopalveluita tarjotaan suurten asiakasvirtojen läheisyydessä ostoskeskuksissa ja kauppaketjujen yhteydessä. Toimintamallin idea on kevyt palveluvalikoima, nopea palvelu ja edullinen hinnoittelu. (Kork ym. 2010.)

Suomessa ensimmäinen terveystoimintapiste perustettiin kesällä 2009 Ylöjärvelle osaksi julkisen sektorin perusterveydenhuollon toimintamallia. Hanke toteutettiin yhteistyönä Ylöjärven kunnan, Sitran ja Tampereen yliopiston kanssa. Terveystoimintapiste avattiin kauppakeskukseen lähelle kuluttajia. Matalan kynnyksen toimintaperiaatteen mukaisesti ajanvarausta ei tarvita. Suomalainen

terveyskioski on hoitajavetoinen ja painottaa palveluissaan ennaltaehkäisyä, neuvontaa ja ohjausta. Pienimuotoisia sairaanhoidollisia toimenpiteitä kuitenkin tehdään. Matalan kynnyksen terveyspalveluita terveyskioskitoimintana on tällä hetkellä Ylöjärven lisäksi mm. Lahdessa, Kuopiossa, Kotkassa ja Helsingissä. (Kork ym. 2010; Kork ym. 2011.)

Terveyskioskin matala kynnyksen ja mahdollisuus saada nopeasti vastaus terveyttä koskeviin kysymyksiin edistää ajoissa sairauksiin puuttumista. Parhaimmillaan varhainen puuttuminen terveysongelmiin ja pitkäaikaissairauksien seuranta voivat myös edistää hallitsemaan kustannuskehitystä. Tutkimuksen mukaan terveyskioskin hoitajavetoisuus ja ohut organisaatorakenne luovat edellytyksiä terveydenhuollon uudenaikaiselle kustannushallinnalle. (Sitra 2011.)

Tutkimustulosten mukaan Ylöjärven terveyskioskin toiminta on kustannuksiltaan suhteellisen edullista: kokonaiskustannukset olivat kahden vuoden ajalta alle 250 000 euroa. Terveyskioskissa oli käyntejä yli 16 000, mikä edustaa lähes kahta kolmasosaa pääterveysaseman käynneistä. Käyntimäärien perusteella terveyskioskille on ollut kysyntää ja osa hoitajien hoitotoimenpiteistä on onnistuttu suuntaamaan pääterveysasemalta terveyskioskiin. Hoitajatasoisten palveluiden laatua ja palveluvalikoimaa asiakkaat kiittelivät arvosanalla 9,3. Sitran suorittamat selvitykset Lahdessa ja Ylöjärvellä ja niistä saadut hyvät kokemukset ovat johtaneet siihen, että Sitran Kuntaohjelma haluaa edistää 50 uuden terveyskioskin perustamista vuoden 2013 loppuun mennessä. (Sitra 2011.)

Korkin ja Vakkurin (2013) tekemässä Ylöjärven terveyskioskin jatkotutkimuksessa ilmeni, että suurin käyttäjäryhmä olivat yli 60-vuotiaat, jotka eivät enää kuuluneet työterveyshuollon piiriin. Käyntien painopiste oli muuttunut terveystarkastuksista enemmän asiakasta motivoivaan terveysneuvontaan. Terveyskioskilla asioivista yli puolet oli miehiä ja heistäkin alle 30- ja yli 70-vuotiaat ovat kasvava asiakasryhmä. Miesten terveysongelmat liittyvät usein elämäntapoihin ja varsinaisia terveyspalveluja he käyttävät vähemmän kuin naiset. Tutkimus esittää potentiaalisina terveyskioskin asiakkaina työttömiä ja maahanmuuttajia, joille terveyskioskitoimintaa on esitelty. Osa terveyskioskin käyttäjistä käytti paljon muitakin terveyspalveluita, mutta osa oli ainoastaan terveyskioskin käyttäjiä. Suurikäyttäjien käynnit olivat uusintakäyntejä painottuen sairaudenhoitoon. Terveyskioskilla asiointikynnys oli matala. Terveyskioskilta odotettiin kevyitä tukimuotoja, systemaattista terveysneuvontaa ja ryhmätoimintaa. Asenne terveyskioskitoimintaa kohtaan oli positiivinen ja terveydenhuollon muut toimijat olivat halukkaita lisäämään yhteistyötä. Terveyskioski voisi tukea monipuolisesti avohoidon palveluja. Lasten, nuorten ja kasvavassa kunnassa lapsiperheiden hyvinvointipalveluille on lisääntynyt ennaltaehkäisevän ja varhaisen puuttumisen tarve. Apua olisi helposti saatavilla ilman pelkoa tulla leimatuksi ja yhteistyö sosiaalityön palvelujen kanssa tavoittaisi erityisryhmiä. Tutkimuksessa esitettiin, että terveyskioskin terveysneuvonnalla ja ennaltaehkäisevällä työllä on

laajempaa merkitystä iäkkäiden kohdalla sillä kotihoidossa ja vanhuspalveluissa tarkoituksena on yhä enemmän siirtyä laitospalveluista avohoitoon ja tuettuun kotona asumiseen.

Terveyskioskit ovat yleisiä Amerikassa. Tutkimus artikkeleita löytyy vain kuin Suomesta ja Amerikasta, missä terveydenhuoltojärjestelmä on erilainen kuin meillä. Wilson ym. (2010) esittivät tyypillisimpinä esille tulevina tekijöinä palvelun käyttäjien iän, sukupuolen ja klinikan saavutettavuuden. Hoitajaksot terveyskioskilla olivat vähemmän kompleksisia kuin muilla tarjoajilla, prosessit ovat selviä ja toiminta suoraa. Kroonisesti sairaat ihmiset tapasivat siellä muita kroonisesti sairaita ja näin oppivat huomaamaan kehitettäviä asioita omassa terveydentilassaan. He myös tunnistavat vähemmän vakavat tilat, jolloin he voivat asioida terveyskioskeilla ja tilanteet, milloin heidän terveydentilansa tarvitsee muita terveydenhuollon palveluja.

Lääkärit kritisoivat terveyskioskien toimintaa niiden alkuvaiheessa. Epäilijät ilmaisivat huolensa terveyskioskien käytöstä ja terveyskioskeille tulevasta vastuusta. Niiden pelättiin lisäävät ristiriitoja ja edistävän hoidon pirstaleisuutta sekä heikentävän hoidon laatua. Lääkärit olivat myös huolissaan henkilökunnan osaamisesta ja kyvystä tunnistaa vakavat lääketieteelliset ongelmat. Erityisesti kritisoitiin sitä, että lääkärin ja pitkäaikaissairaana potilaan hoitosuhde häiriintyisi. Johtopäätöksenä oli, että yksilöt ovat kykeneviä tunnistamaan ne lievät terveysongelmat, joita voidaan hoitaa terveyskioskeissa. Asiakkaat tunnistavat myös vakavammat ongelmat ja sen, milloin heidän täytyy hakea perinteisiä terveydenhuollon palveluja. (Wilson ym. 2010.)

Sairaanhoitajavetoisten terveyskioskien tulo osaksi perusterveydenhuoltoa on lisännyt huolellisuutta hoidon laadun heikkenemistä esim. väärin diagnoosien, antibioottien liikamääräämisen sekä vähentyneen ennaltaehkäisevän hoidon vuoksi. Lääkärit ovat olleet huolissaan hoidon jatkuvuuden toteutumisesta ja käyntien hyödyntämisestä myös sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Karppinen & Rautakorpi 2012.)

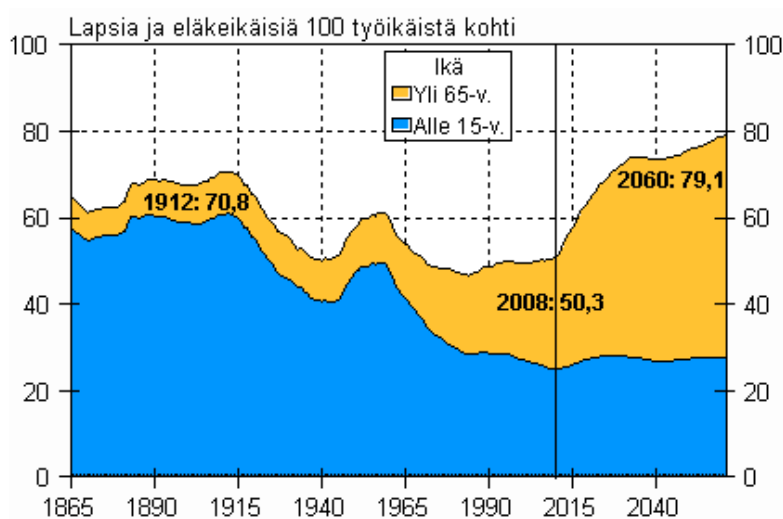
Yhteiskunnallisesti terveyskioskeille on selkeä tarve. Ne täydentävät terveydenhuollon olemassa olevia palveluja ja vähentävät terveyskeskusten kuormaa tarjoamalla esimerkiksi mitauksia ja rokotuksia. Terveyskioskien asiakkaina käy myös asiakkaita, jotka muuten eivät käyttäisi terveydenhuollon palveluja. Näin terveyskioskit ovat merkittäviä myös ennaltaehkäisevässä työssä. Potilaan näkökulmasta terveyskioskit ovat käteviä. Niiden tarjoaman helppouden vuoksi hoitoon hakeutumisen kynnystä pidetään matalana. Terveyskioskeissa voi pistäytyä muun asioinnin ohessa ilman suurempaa odottelua. (Karppinen & Rautakorpi 2012.)

Ahmedin ja Finchamin (2010) mukaan yhteiskunnallisena lisähaasteena ovat väestön tietoisuuden lisääminen terveyskioskipalveluista ja hoitoa tarvitsevien asiakkaiden määrän tunnistaminen. Poliklinikkakäyntien kysyntä on lisääntynyt, jolloin myös terveyskioskien asiakas-

määrät ovat lisääntymässä. Ihmiset kuitenkin hakeutuvat yhä mieluummin lääkärin vastaanotolle kuin terveystietokoneeseen sairaanhoitajan vastaanotolle.

2.4 Matalan kynnyksen terveystietokoneiden tulevaisuuden asiakkaat

Tilastokeskuksen (2013a) mukaan matalan kynnyksen terveystietokoneiden asiakkaina on määrällisesti eniten iäkkäitä henkilöitä. Vuonna 2009 laaditun väestöennusteen mukaan vuonna 2034 vuotuinen kuolleiden määrä ylittää syntyneiden määrän. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan 27 prosenttiin vuoteen 2040 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan 7 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten (15-64 -vuotiaiden) osuus väestöstä pienenee 58 prosenttiin vuoteen 2040 ja 56 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten määrä alkoi vähentyä jo vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyivät eläkeikään. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden nousee nopeasti lähitulevaisuudessa. Väestöllinen huoltosuhde oli vuoden 2008 lopussa 50,3. Ennusteen mukaan vuonna 2016 huoltosuhde olisi 60,4 ja nousisi 70,5 vuoteen 2026 mennessä. Vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhde olisi 79,1.



Kuvio 1: Väestöllinen huoltosuhde 1865-2060(Tilastokeskus (2013a)

Ennustetta tarkennettiin 65 vuotta täyttäneiden osalta vuonna 2012. Tilastokeskuksen uudessa väestöennusteessa 65 vuotta täyttäneiden määrä tulevaisuudessa on hieman edellistä väestöennustetta alhaisempi. Vuosien 2009-2011 kuolleisuuskehityksen seurauksena 65 vuotta täyttäneiden määrä on uusimman ennusteen mukaan vuonna 2040 vajaat 3 prosenttia alhaisempi verrattuna vuonna 2009 julkistettuun ennusteeseen. (Tilastokeskus 2013a.)

Kaikille kansalaisille ei toteudu samat oikeudet ja mahdollisuudet osallistua palvelujärjestelmiin. Erot voivat johtua iästä, elämänhallinnan ongelmista, varallisuudesta ja asuinalueesta tai henkilö kuuluu johonkin vähemmistöryhmään. Voimaantumisen aste selittää, miten aktiivisesti asiakas on valmis antamaan palautetta itseään koskevasta palvelusta. Mitä parempi se on, sitä aktiivisempi on myös asiakas. Hän kykenee päätöksentekoon, ottamaan henkilökohtaista vastuuta ja sitoutumaan tehtyihin päätöksiin. Itsemäärääminen lisää valinnanvapautta. Asiakkaan osallistumiseen vaikuttavat myös hänen suhteensa asiantuntijavaltaan, hänen kykynsä prosessoida tietoa ja hallita omia asenteitaan ja ajattelumallejaan. Asiakkaan saama sosiaalinen tuki aktivoi myös osallistumista. (STM 2011.)

Tutkimalla saadaan tietoa siitä, miten asiakkaan osallisuutta saadaan lisättyä oman hoitonsa kehittämiseen sekä millaisia toimintamalleja hän itselleen haluaisi. Asiakkaan omia kokemuksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hän voisi toimia yhdessä asiantuntijatiimien kanssa ja toimia kokemuskouluttajana. Asiakkaat yhdessä muodostavat käyttäjätiimejä, joiden tarkoituksena on edistää omaa ja muiden terveyttä järjestöissä ja liikkeissä eri organisaatioiden kautta. Näitä voisivat olla sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi poliittisten päättäjien muodostamat organisaatiot, lääketeollisuus ja media. Asiakkaan rooli painottuu subjektiivisemmaksi. Kehityssuuntana on lisätä asiakkaan osallisuutta ja valinnanvapautta, jolloin se haastaa merkittävästi myös sosiaali- ja terveydenhuollossa vallitsevat käytännöt kohti asiakaskeskeisempää suuntaa. (STM 2011.)

Päijät-Hämeen Ikihyvätutkimuksessa todetaan suurimpien muutosten tulevan ikääntyville heidän siirtyessä tai ollessaan jo siirtynyt niin sanottuun ”kolmanteen ikään”, jolloin työelämä on jäänyt ja niin sanottuun ”neljänteen ikään” eli varsinaiseen vanhuuteen on vielä vuosia. Hyviä asioita on tapahtunut perhe-elämässä lastenlasten syntymisen myötä tai on muutettu uuteen asuntoon ehkä uudelle asuinpaikalle lähelle palveluja. Läheisiin pidetään kiinteästi yhteyksiä ja ikäihmiset toimivat lähipiirinsä apuna ollen yhteisönsä voimavara. Terveyttä edistävää mielenvirkeyttä tuovat harrastukset ja muut aktiviteetit kuten vapaaehtoistyö ja järjestötoiminta. Työelämän tilalle tulee lisääntyvä liikunnan harrastaminen. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysryhmä 2009.)

Huonoina asioina nousi tutkimuksessa esille vanhusten yksinäisyys. Lisäksi vain kolmannes miehistä hoitaa päivittäin hampaitaan suositusten mukaisesti riittävästi. Liikunnan vähetessä etenkin naisten toimintakyky heikkenee. Tutkimuksen aikana on huomattu lihavuuden lisääntyvän myös nuoremmassa yhä työikäisessä seurantaryhmässä. Se lisää riskiä sairastua kakkostyypin diabetekseen ja nopeuttaa toimintakyvyn heikkenemistä. Nuorimman ikäluokan ja erityisesti miesten kohdalla tarvitaan interventiota ja painonhallinnan tukitoimia. Vanhimmassa ikäryhmässä tarvitaan tasapainon hallintaa ja lihaskuntoa lisääviä liikuntapalveluja sekä niiden kehittämistä. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysryhmä 2009.)

Ikääntyvät käyvät vuosittain joko lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Tällöin on mahdollista seurata heidän terveydentilassaan tapahtuvia muutoksia, antaa heille terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä tukevaa ohjausta ja neuvontaa sekä ohjata tukitoimien piiriin. Ainoastaan puolet tutkimukseen osallistujista on sitä mieltä, että lääkäriellä oli viimeisen käyntikerran yhteydessä riittävästi aikaa keskusteluun. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysryhmä 2009.)

Helsingin Sanomat kirjoittaa 9. syyskuuta 2013 artikkelissaan ”Vanhat ovat entistä vetreämpiä”, miten ikääntymisestä johtuvat menot voivat jäädä pienemmiksi kuin on pelätty, koska ikäihmisten toimintakyky paranee nopeasti. Ikäihmiset ovat myös tyytyväisiä elämäänsä. Ihmisen onnellisuuskäyrä alkaa laskea 20-vuotiaana ja on alimmillaan 46-vuotiaana. Sen jälkeen se alkaa nousta tasaisesti ja 75-vuotias on jo saavuttanut 20-vuotiaan tason, mutta edelleen ikääntyvän onnellisuuskäyrä jatkaa nousuaan. (HS 2013.)

2.5 Liiketoimintasuunnitelma

Toimintaympäristöt ovat aina olleet muuttuvia ja parhaiten ovat menestyneet ne, jotka ovat osanneet varautua ja sopeutua näihin muutoksiin. Liiketoimintasuunnitelmilla haetaan vastauksia ja ratkaisuja erinäisiin kysymyksiin kuten mitä asiakkaat tarvitsevat tulevaisuudessa, millaisia palveluja tarjoamme, kenelle niitä markkinoimme, miten palvelut tuotetaan, millaista henkilöstöä palkataan ja miten kaikki organisoidaan. (Ruuska, Karjalainen & Johnsson 2001.)

Yrityksen perustamisvaiheessa on hyödyllistä tehdä liiketoimintasuunnitelma. Muuttuvassa toimintaympäristössä se syventää käsityksiä perustettavan yrityksen kokonaisuudesta ja menestymisen ehdoista. Liiketoimintasuunnitelma on hyvä väline uusien liiketoiminta-alueiden suunnittelussa sekä keino esitellä liiketoiminnan kokonaisuutta sidosryhmille. Hyvässä liiketoimintasuunnitelmassa korostuu orientoituminen tulevaisuuteen. (Isokangas & Kinkki 2002.)

Tämän päivän menestystekijöitä ovat innovatiivisuus, valppaus, rohkeus, nopeus ja osaaminen. Olennaista on rakentaa organisaatioon jatkuvan uudistumisen ja oppimisen kyky sekä herkkyyt asiakkaiden odotusten, markkinoiden, kilpailutilanteen, teknologian ja lainsäädännön muutoksille. Todellisen menestymisen edellytys on ainutlaatuisen liiketoimintamallin määrittäminen ja sen tehokas toteuttaminen. Kilpailua ei enää käydä vain tuotteen ja yritysten välillä vaan yhä enemmän liiketoimintamallien ja kumppanuusverkostojen välillä. (Hannus 2004.)

Julkisten palvelujen kehittämisen tavoitteena on viime vuosina ollut tehokkuus, hyvä asiakaspalvelu ja joustavuus. Nyt kehityssuuntana on palvelujen markkinaehtoistuminen ja ostopalvelujen lisääntyneet käyttö. (Hannus 2004.)

Strategia, liiketoimintamallit ja liiketoimintaprosessit käsittelevät samoja asioita, mutta eri tasoilla. Liiketoimintamalli sijoittuu strategian ja prosessin väliin ja on siten konkreettinen kuvaus yrityksen strategian toteuttamisesta. (Pulkkinen, Rajahonka, Siuruainen, Tinnilä & Wendelin 2005.)

Parhaillaan liiketoiminnan suunnittelu on luovan ongelman ratkaisuprosessi, jossa kohdataan asiakkaan ongelmat, kehittävät ratkaisut niihin sekä tarjotaan ratkaisut niin, että lisäarvoa syntyy sekä asiakkaalle että yritykselle. Liiketoimintasuunnitelman tekeminen ja toteuttaminen on myös monipuolinen oppimisprosessi, jossa saadaan oppia yrityksen toiminnoista, markkinoinnista, kilpailijoista, yhteistyökumppaneista ja asiakkaista. (Koski & Virtanen 2005.)

2.6 Palvelumuotoilun prosessi

Hyvin toimiva palvelutekniikka esiintyy oikeana palveluna, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja asiointin vaivattomuutena asiakkaalle persoonallisella otteella. Perusodotusten ylittävästä palvelusta asiakas on valmis jopa maksamaan ja se motivoi häntä tulemaan uudelleen. Asiakkaanmielikuvat perustuvat tuntemuksiin, jotka perustuvat kokemuksiin ja niihin voi vaikuttaa. (Honkola & Jounela 2000.)

Ulkoisessa tehokkuudessa kyetään tunnistamaan asiakkaiden ja sidosryhmien tarpeita ja odotuksia sekä toimintaympäristön mahdollisuudet ja riskit. Sisäisessä tehokkuudessa hyödynnetään toimintaympäristön mahdollisuudet ja tuotetaan asiakkaalle heidän tarvitsemansa palvelut sekä kyetään kehittämään ja oppimaan toiminnasta. (Honkola & Jounela 2000.)

Palvelumuotoilu reagoi uusiin ympäristöihin ja tarpeisiin palveluiden käyttäjien tuottaman tiedon avulla. Muotoilijan konseptisuunnittelun pohjana ovat palveluiden arvo, merkitys ja käyttötavat sekä palvelukokemukset käyttäjien jokapäiväisessä elämässä. Palvelun tuottajille muuttuvien markkinoiden seuraaminen, palveluun liittyvien taitojen ja ominaisuuksien kehittäminen ja innovaatiokyky ovat erittäin tärkeitä nykyisten asiakkaiden pitämiseksi ja uusien saamiseksi. Palvelumuotoilun määrittämisellä voidaan kartoittaa millaista henkilökuntaa ja millaista osaamista rekrytoidaan, mikä on palvelun sisältö ja millaiset ovat tulevat asiakkaat. (Miettinen 2011.)

Empaattisessa muotoilussa on tavoitteena tunnistaa asiakkaan piilevät tarpeet, jotka asettavat suunnitellulle tuotteelle uusia ratkaisuja. Näitä asiakkaat eivät edes tiedä olevan olemassa. Palvelun saavutettavuus ja niistä saadut kokemukset vaikuttavat asiakkaaseen kuten henkilöstöresurssit ja vuorovaikutustilanteet, henkilöstön osaaminen, laitteiden käytön helppous, muut samoja palveluita käyttävät tai tuottavat asiakkaat, toimipisteiden aukioloajat, sijainti ja ulkonäkö. (Miettinen 2011.)

Asiakkaan ja palveluntarjoajan tapaamiset ovat palvelutuokioita, joista muodostuu palvelupolkuja ja niistä taas palvelutuotanto. Palvelupolkuihin vaikuttavat asiakkaan valinnat ja palveluntarjoajan tuotantoprosessit. Näitä tarkastelemalla saadaan selville muiden palveluntarjoajien ja toimijoiden tarpeellisuus osana palvelupolkua tai jopa ihan uudenlaisen palvelun tarve. Palvelupolkuja tarkasteltaessa voidaan ennakoivasti tarjota asiakkaan muuttuviin elämäntilanteisiin sopivia palveluja. (Miettinen 2011.)

Vuorovaikutusresurssi voi olla joko suora kontakti asiakkaan ja palvelun tarjoajan välillä. Se voi olla myös sähköisesti tapahtuva tapaaminen tai yhteydenotto tai jopa kirja tai puhelu. Laitteiden ollessa kysymyksessä internet ja palveluautomaatti ovat kontaktiresursseja. Palvelutuokio kokemuksena muodostuu asiakkaalle aistien välityksellä. Ne välittävät tietoa fyysisestä ympäristöstä, sähköisestä kanavasta tai puhelinpalvelusta. Samoin laitteet, joita joko asiakas itse tai palveluntarjoaja käyttää sekä saatavissa oleva kirjallinen materiaali vaikuttavat asiakkaan palvelukokemukseen. Palveluhenkilökunnan ulkoasu ja käyttäytyminen vaikuttavat asiakkaan palvelukokemukseen joko myönteisesti tai kielteisesti. Palvelujärjestelmät tulee suunnitella asiakaskeskeisesti. Asiakkaan kokema palvelu ja siihen liittyvät pienet ja toistuvat palvelueleet ovat hänelle merkittäviä kokemuksia. (Miettinen 2011.)

Palvelukonseptissa kuvataan mitä lisäarvoa palvelu tuo yritykselle ja miten vastata käyttäjien tarpeisiin. Palvelu voi tarjota käyttäjälleen elämyksiä, jotka ovat positiivisia ja joista halutaan kertoa eteenpäin. Miettinen (2011) kuvaa elämymallin, jossa tarkastellaan aluksi tuotteen yksilöllisyyttä, aitoutta, tarinaa, moniaistisuutta sekä kontrasteja käyttäjän arkeen ja vuorovaikutukseen. Lisäksi tarkastellaan asiakkaan kokemusta ja motivoituneisuutta. Pohditaan, miten asiakas saa tiedon ja kiinnostuu tuotteesta, ja millainen on vuorovaikutus palvelun kanssa. Kiinnostutaan asiakkaan tunne- ja muutoskokemuksista sekä uuden oppimisesta, elämäntapojen muutoksista ja oivalluksista.

Muotoiluajatus auttaa yrityksiä näkemään innovaatiomahdollisuuksia ja saavuttamaan ihmisten tarpeista syvemmän ymmärryksen. Kumarin mukaan käyttäjäkokemuksen ymmärtäminen on keskeistä muotoiluinnovaatiossa. Luomista kutsutaan usein ”käyttäjän arvoksi”, jolloin käyttäjä on keskiössä. Käyttäjä arvon fokuoiminen lisää myös taloudellisia ja liiketoiminnallisia etuja. Kumar käyttää esimerkkinään Applea, kuinka yritys on onnistunut käyttämään muo-

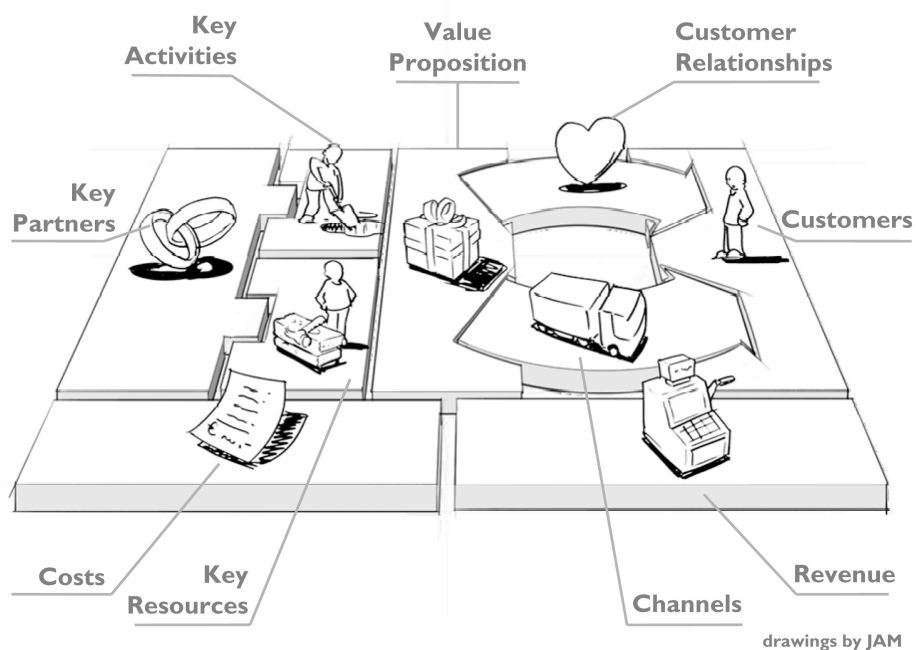
toiluinnovaatioita voittamisen strategiana. Tällä hetkellä monissa yhtiöissä liikkeenjohto etsii keinoja saavuttaakseen Applen menestystarinan omassa kategoriassaan. Maailmanlaajuisesti monille johtavissa kilpailuasemissa oleville yrityksille muotoiluinnovaatio on lisääntyvässä määrin mukana kilpailustrategioissa. (Kumar 2009.)

Ymmärrys kuluttajien päätöksiin ostaa tuote ja käyttää tuotetta selvisi tarkastelemalla kohderyhmiä ja tekemällä heille kyselyjä, haastatteluja, kotikäyntejä ja käytettävyystestejä. Innovaation täytyi sopia hyvin käyttäjille, joten muotoiluinnovaatiossa on huomioitava käyttäjien kokemuksia. Tuotteen tai palvelun kehittäminen vaatii tarkastelua fyysisistä vuorovaikutuksista, ajatuksista ja palveluille annetuista merkityksistä, käyttäytymisestä sosiaalisissa tilanteissa, kulttuurillisten normien merkityksistä käyttäjälle ja käyttäjän tunnekokemuksista. (Kumar 2009.)

Miettisen mukaan (2011) palvelutuotannossa ihminen on keskeisessä osassa ja onkin ennakoitava kuinka paljon palvelun tarjoaja vastaa palvelun tuotannosta ja kuinka paljon asiakas itse vastaa palvelun tuottamisesta itsepalveluperiaatteella. Kumar (2009) on luonut mallin, joka yhdistää innovaatiotoiminnan ja palvelumuotoilun. Malli etenee kehittämistyön ideavaiheesta palvelun toteuttamiseen. Keskeisinä periaatteina ovat ihmisten kokemusten ympärille rakentuvat innovaatiot ja niiden ymmärtäminen systeeminä eikä vain tuotteina, organisaatioiden innovaatiokulttuureiden edistäminen ja kurinalaisten muotoiluprosessien ymmärtäminen ja omaksuminen.

2.7 Business Model Canvas

Tutustumme Business Model Canvas -työkaluun, joka jakautuu yhdeksään osaan. Osajako havainnollistaa, kuinka organisaatiot luovat, toimittavat ja tallettavat arvoa. Yksinkertaisuudessaan Business Model Canvas -malli havainnollistaa, millainen on yrityksen liiketoimintamalli. Uutta liiketoimintamallia kehitettäessä on tärkeää ymmärtää, mitä liiketoimintamallilla tarkoitetaan. Business Model Canvas -malli on yksinkertainen, ymmärrettävä ja riittävän monipuolinen kuvaamaan liiketoiminnan kompleksisuutta sekä yrityksen toimintaa. Mallista voidaan luoda organisaation yhteinen kieli liiketoiminnan hahmottamiseen sekä sen avulla voidaan kehittää liiketoimintaa ja hakea uusia strategisia vaihtoehtoja. (Osterwalder & Pigneur 2010.)



Kuvio 2: Business Model Canvas
 Zepam Management Consulting (2013)

Liiketoimintamallin avulla voidaan kuvata liiketoimintastrategian toteutumista tuotetasolla. Siinä tarkastellaan tuotetta eri näkökulmista, mikä arvolupaus sisältyy tuotteeseen, kenelle, miten ja mitä kanavia pitkin sitä myydään. Selvitetään, miten tuote saadaan aikaiseksi, mitkä ovat siihen liittyvä prosessit, resurssit ja mahdollisesti tarvittavat kumppanit. Lisäksi tarkastellaan tuotteen kulurakennetta ja kassavirtaa. (Osterwalder & Pigneur 2010.)

Business Model Canvas - Liiketoimintamallin kuvaamistyökalu



Lähde: Business Model Generation -kirja s. 44

Kuvio 3: Business Model Canvas -liiketoimintamallin kuvaamistyökalu
Kutinlahti (2010)

Asiakassegmentti määrittelee kaikki ne henkilöt ja organisaatiot, jotka yritys haluaa tavoittaa ja palvella. Tarkastellaan, pyrkiikö yritys massamarkkinoille vai erikoistuuko se tiettyihin asiakasryhmiin. Eri asiakassegmenteille voidaan myös tarjota tuotteita, joissa on vain vähäisiä eroja. Huomioidaan se, että asiakassegmenteillä voi olla myös toisistaan riippumattomat täysin erilaiset tarpeet. (Osterwalder & Pigneur 2010.)

Arvolupaus sisältää lupauksen asiakkaan ongelmien ratkaisusta ja asiakkaan tarpeiden tyydyttämisestä. Arvolupauksena voidaan tyydyttää asiakkaan aivan uusia tarpeita. Tuotteen tai palvelun parantaminen voi tyydyttää asiakkaan tarpeet, samoin kuin tuotteen tai palvelun muokkaaminen asiakasta varten. Palveluiden ja tuotteiden tuominen uusille markkinoille voi täyttää uusien asiakkaiden tarpeita uudella tavalla. Tuotteiden ja palveluiden käytettävyyden lisääminen on arvolupaus. (Osterwalder & Pigneur 2010.)

Asiakkaiden tavoittamiseksi jakelukanavat kuvaavat, miten yritys viestii asiakkailleen eli mitä kautta yritys saavuttaa asiakkaat ja toimittaa heille arvolupauksen. Jakelukanavien kautta asiakkaat saavat tietoa yrityksen tuotteista ja palveluista. Ne auttavat asiakasta arvioimaan yrityksen tuottamaa hyötyä. Tarjotaan ostopaikka tuotteilla ja palveluille. Asiakkaille toimitetaan arvolupaus. Jakelukanavien kautta tulee myös tarjota tukea ostotapahtuman jälkeen. (Osterwalder & Pigneur 2010.)

Asiakassuhteet kuvaavat, millä tavoin yritys haluaa palvella. Yrityksen tulee päättää minkä tyyppisiin asiakassuhteisiin se haluaa panostaa. Palvelu voi vaihdella henkilökohtaisesta täysin automatisoituun. (Osterwalder & Pigneun 2010.)

Kassavirta kuvaa, miten yritys saa tuloja kustakin asiakassegmentistä. Yrityksen täytyy ymmärtää, mistä asiakkaat ovat valmiita maksamaan ja millaiseksi muodostuu toiminnasta saatava kassavirta. Tulot voivat muodostua kertamaksuista kiinteisiin kuukausimaksuihin. Maksut voivat perustua myös tilausmaksuihin, liisaukseen, lisensseihin, käyttömaksuihin ja mainostuloihin. Yritys päättää myös perustuuko kassavirrat tasaiseen kassavirtaan vai kohdistettuihin sesonkituotteisiin eri aikoina. (Osterwalder & Pigneun 2010.)

Kriittiset resurssit kuvailevat tärkeimmät voimavarat, joita tarvitaan liiketoiminnassa. Voimavarat ovat avainasemassa tuotteen saamiseksi markkinoille. Kriittisiä resursseja voidaan omistaa, vuokrata tai hankkia avainkumppaneilta. Ne voivat olla fyysisiä kuten tilat ja laitteet, henkilöstöön liittyviä tekijöitä, taloudellisia tekijöitä tai aineettomia pääoman resursseja. (Osterwalder & Pigneun 2010.)

Kriittiset tehtävät kuvaavat tärkeimmät asiat, jotka täytyy tehdä saadaksemme liiketoimintamallin toimimaan. Niiden toimivuus on yrityksen menestyksen kannalta tärkeää. Kriittiset toiminnot vaihtelevat eri liiketoiminta-aloilla. Kriittiset tekijät mahdollistavat arvolupauksen tarjoamisen, pääsyn markkinoille ja asiakassuhteiden ylläpitämisen. Liiketoiminta rakennetaan tietylle alustalle, jolloin sen rakentaminen ja ylläpito on kriittinen tehtävä. (Osterwalder & Pigneun 2010.)

Avainkumppanit muodostuvat toimittajien ja alihankkijoiden verkostosta. Ne tarjoavat liiketoiminnalle tärkeitä resursseja ja mahdollistavat toiminnan. Kumppaneita voidaan käyttää eri tarkoituksiin, jolloin ne voivat mahdollistaa tehostamisen ja laajentumisen tai vähentää riskiä ja epävarmuutta. (Osterwalder & Pigneun 2010.)

Kulurakenne kuvaa kaikki kustannukset, mitkä koituvat liiketoiminnan toteuttamisesta. Kustannukset voivat olla kiinteitä tai muuttuvia. Ne voidaan myös jakaa arvoperustaisiin tai kustannusperusteisiin. Yritykset voivat pyrkiä luomaan arvoa asiakkaille tuottamalla heille luksuspalveluja tai keskittyä siihen, että kustannukset ovat tulovirtoja pienemmät. (Osterwalder & Pigneun 2010.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on konseptoida matalan kynnyksen terveystieteiden toimintaa Business Model Canvas -mallin mukaan. Konseptointi perustuu terveystieteiden toiminnan mallintamiseen ja asiakaspalautteeseen.

Tavoitteena on tehdä liiketoimintasuunnitelma. Sitä voidaan hyödyntää julkisessa terveydenhuollossa perustettaessa tai kehitettäessä matalan kynnyksen terveystieteiden palveluja. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajankohtaista, uusia ratkaisumalleja tarjoavaa tietoa kustannustehokkaasta toiminnasta kehitettäessä matalan kynnyksen palveluja sosiaali- ja terveydenhuollossa.

4 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Se oli luontevin tapa lähestyä aihetta. Keväistä projektityötä tehdessä tiedettiin työn jatkuvan syksyllä opinnäytetyönä, jossa hyödynnetään tapahtumissa kerättyä aineistoa. Mallintamalla terveystieteiden tuotettiin ennalta ehkäisevää terveystietoa. Asiakkaita haastateltiin ja tapahtumissa tehtiin havaintoja tarkkailemalla. Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä luotiin aineiston pohjalta konsepti liikennetoimintasuunnitelmaksi.

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen tiedonkäsitys on tärkeää, kun taidot, käytännöllisyys ja sovellettavuus nostetaan keskeisiksi asioiksi. Toiminnallinen opinnäytetyö vastaa käytännöllisiin ja teoreettisiin tarpeisiin. Kokemukset nousevat teoreettisen tarkastelun kohteiksi sanallistamisesta ja yhteiseen keskusteluun nostamisesta. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Niissä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy ammatillinen teoreettinen tieto ammatilliseen käytäntöön. Siinä pohditaan kriittisesti teorioiden ja käsitteiden avulla käytännön ratkaisuja tutkimyksenä oman alan kehittäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetään alan teorioita nousevaa tarkastelutapaa valintoihin ja niiden perusteluihin. Teoreettista osuutta voidaan rajata ja tiivistää muutamaaan alan käsitteeseen ja niiden määrittelyihin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole välttämätöntä analysoida kerättyä aineistoa yhtä perusteellisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

4.1.1 Mallintaminen osana opinnäytetyötä

Mallintamisen lähtökohtana voi olla organisaatiossa havaittu ongelma tai muu tiedossa oleva muutostarve tai toiminnan kehittäminen. Se voi olla myös organisaation ulkopuolinen, esimerkiksi alueellinen tai valtakunnallinen kehittäminen. Mallintaminen lähtee suunnitellusta kehittämistehtävästä, tunnistetusta ongelmasta toiminnassa esimerkiksi tietojärjestelmässä, työn organisoinnissa tai palvelujen tuottamisessa tai tarpeesta tehdä selvitys lähtötilanteesta. Mallintamalla tulisi saada selville riittävä osaaminen, jotta kehittämistä voidaan jatkaa eteenpäin. Tämän vuoksi mallintamisen tavoite on määriteltävä selkeästi. Mallintamiseen liittyviä päätöksiä on tehtävä mm. kohteen rajauksen ja mallintamisen tarkkuustason suhteen. (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012.)

Mallinnus voi kohdistua sekä nyky- että tavoitetilaan. Prosessimallinnuksessa on tunnettava nykyinen toiminta, mutta tavoitetilan prosesseja ei suositella tuotettavaksi pelkästään nykytilan pohjalta. Prosessien kehittämiskohteiden ja suunnitteluun tarvittavien muutosten tunnistaminen on tärkeää. Olennaista kuitenkin on, että nyky- ja tavoitetilan kuvaukset pidetään selkeästi erillään eikä samaan kuvioon tule mallintaa ”totta ja toiveita”. (Luukkonen ym. 2012.)

Mallintamisen lopputuotoksena olevat raportit ja niiden mallit vastaavat tavoitteeseen eli selventävät käsillä olevaa ongelmaa. On kuitenkin huomattava, että loppuraportissa saateen esittää vain osa projektin aikana tuotetuista malleista. Yleensä työvaiheissa mallinnusryhmän omiin tarpeisiin tuotetaan luonnosversioita ryhmän keskinäisen yhteisymmärryksen luomiseksi, eivätkä kaikki mallit päädy loppuraportteihin. (Luukkonen ym. 2012.)

Terveyskioskityyppistä palvelua mallinnettiin useissa tapahtumissa. Pop up -tyylinen terveystiskiska perustettiin tapahtumapaikalle muiden toimijoiden viereen. Terveystiskiskalla annettiin terveysterveystietoa ja ohjausta terveellisestä ravitsemuksesta, liikunnasta, painonhallinnasta sekä itsehoito-ohjeita oman terveyden seuraamisesta. Suoritettiin myös verenpaineen, vatsan ympäräyksen ja painoindeksin mittauksia.

4.1.2 Puolistrukturoitu haastattelu ja osallistuva havainnointi opinnäytetyössä

Haastattelu on tiedonkeruumenetelmä, missä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelun etuina pidetään joustavuutta aineistoa kerätessä. Siinä voidaan säädellä aineiston keruuta tilanteen mukaan vastaajia myötäillen. Haastattelussa on mahdollista vaihdella aiheiden järjestystä sekä tulkita vastauksia. Haastattelu tarjoaa mahdollisuuden haastateltaville tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti, he

ovat aktiivinen osapuoli. Haastattelulla voidaan hyvin kartoittaa tutkijalle ennestään tuntematonta tai vähän kartoitettua aihetta. Haastattelutilanteissa on mahdollista nähdä vastaajan nonverbaalinen viestintä ja lisäkysymyksillä selventää ja syventää vastauksia puolin ja toisin. Haastateltavalla on mahdollisuus kertoa aiheesta ja itsestään laajemmin kuin mitä alkuoletus on. (Hirsimäki 2013.)

Puolistrukturoitu haastattelu kohdennetaan asioihin, jotka on laadittu etukäteen teoreettisesta viitekehystä. Haastattelua tehtäessä kysytään hieman haastateltavien taustatietoja. Haastattelua on hyvä käyttää silloin, kun tutkittavaa asiaa ei tunneta. Tutkija esittää pääasiassa avoimia kysymyksiä, joihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. (Tilastokeskus 2013b.)

Puolistrukturoidun haastattelun lomakkeella voi olla joko kokonaan avoimia kysymyksiä tai sitten kysymyksiä: muuta, mitä tai jokin muu asia. Haastattelija kirjoittaa vastaajan ilmaiseman vastauksen mahdollisimman tarkasti. Haastattelujen päätyttyä tutkija tai hänen edustajansa käy vastaukset läpi ja ne koodataan numeeriseen muotoon. Tällaisessa tutkimuksessa voi nousta esiin sellaisia uusia asioita, joita tutkimusta ja lomaketta suunniteltaessa ei vielä osattu ainakaan täsmällisesti ajatella. Puolistrukturoitu haastattelu antaa huomattavaa joustavuutta sekä haastattelijalle, vastaajalle kuin tutkijallekin. (Tilastokeskus 2013b.)

Havainnointia käytetään kaikkien tieteiden yhteisenä ja välttämättömänä perusmenetelmänä. Yksinään havainnointi on työläs menetelmä. (Hirsimäki 2013.) Sitä käytetäänkin usein täydentämään muita tiedonkeruumenetelmiä. Havainnointia voidaan käyttää täydentävänä menetelmänä tilanteessa, josta on saatu alustavaa tietoa muulla tavoin ja halutaan varmistaa asia. Havainnointia voidaan hyvin käyttää haastattelun tukena. (Anttila 2006.) Havainnoinnin avulla saadaan tietoa ympäristöstä, henkilön tilasta, toiminnoista, tottumuksista sekä verbaalisesta ja nonverbaalisesta viestinnästä. Havainnointi on hyvä menetelmä vuorovaikutuksen tutkimiseen tilanteissa, jotka ovat vaikeasti ennakoitavissa ja nopeasti muuttuvia. Havainnointitilanteissa tietoa voi olla vaikea tallentaa välittömästi, jolloin tutkijan täytyy vain luottaa muistiinsa ja kirjata tekemänsä havainnot myöhemmin. (Hirsimäki 2013; Anttila 2006.)

Osallistuva havainnointi on vapaasti tilanteessa muotoutuvaa kenttätutkimusta. Osallistuvan havainnoinnin alalajeja on useita sen mukaan, miten täydellisesti tai kokonaisvaltaisesti tutkija pyrkii osallistumaan tutkittavien toimintaan. Osallistuvassa havainnoinnissa on tyypillistä, että tutkija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa. Yleensä tutkimukset ovat tällöin kenttätutkimuksia. Usein tutkija pyrkii pääsemään havainnoitavan ryhmän jäseneksi saadakseen välitöntä ja suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. (Hirsimäki 2013.)

Mallinnetussa terveystietokioskityyppisessä toiminnassa ohjauksen, neuvonnan ja mittausten lisäksi tehtiin haastatteluja keskustelun lomassa. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista eikä ollut välttämättä yhteydessä terveystietokioskilla asiointiin, haastateltava saattoi olla myös muu tapahtumapäivälle osallistuva kävijä. Asiakkaiden vastaukset kirjattiin puolistrukturoidulle lomakkeelle. Koko terveystietokioskilla toimimisen ajan havainnoitiin tapahtumissa kävijöitä ja nämä havainnot myös kirjattiin. Jokaisen tapahtuman jälkeen lomakkeiden ja havaintojen tiedot koottiin yhteen, analysoitiin ja niistä tehtiin yhteenveto, joka raportoitiin keväisessä projektityössä.

4.2 Toiminnallinen tuotos

Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen mukaili metodiksi valittua Kumarin innovaatioprosessi mallia. Tavoitteena oli tehdä terveystietokioskityyppisen palvelun liiketoimintasuunnitelma, joka pohjautuu palvelumuotoiluun. Opinnäytetyö sai alkunsa tutustumisella tekijöilleen ennestään tuntemattomaan aihealueeseen. Perehdyttiin terveystietokioskeista tehtyihin raportteihin, tutkimuksiin ja sivustoihin, lisäksi tehtiin tutustumiskäynti Helsingin Terveyspysäkille. Tältä pohjalta suunniteltiin terveystietokioskityyppisen palvelun mallintamista eri tapahtumissa.

Opinnäytetyön käynnistettiin Kumarin mallia mukailen. Tilanne analyysiä rakennettiin perehtymällä aihealueeseen ja väestöennusteisiin sekä seuraamalla poliittista keskustelua terveydenhuollon pakottavista muutoksista ja säästöistä. Selvitettiin terveystietokioskityyppisen toiminnan markkinarakenteista Suomessa painottuen metropolialueeseen. Muotoiluovallukset koostettiin esitettyjen Kumarin innovaatioprosessimallin vaiheiden mukaisesti.

Palvelumallia tutkittiin mallintamalla terveystietokioskityyppisen palvelun konseptia eri tapahtumissa. Terveystietokioskan asiakkaille tarjottiin vuorovaikutteisia palvelutuokioita. Terveystietokioskityyppisen palvelun ammattilaisen suorittaman terveysneuvonnan, ohjauksen ja mittausten, sisustetun palvelunurkkauksen ja ajankohtaisen kirjallisen materiaalin avulla tarjottiin asiakkaalle elämystä terveystietokioskatoiminnasta. Jokaisen mallintamiskokemuksen jälkeen muutettiin palvelutarjontaa saadun palautteen mukaisesti. Asiakkaiden elämäntilanteisiin pyrittiin vastaamaan sopeuttamalla palvelutuokioita vastaamaan asiakkaan tietoisia tai tiedostamattomia tarpeita. Kumarin mallin mukaan käyttäjäkokemusta pidetään tärkeänä. Asiakkailta haastattelemalla saatu palaute sekä heistä tehdyt havainnot koettiin arvokkaiksi. Näin saatiin tärkeää tietoa asiakkaiden tarpeista ja toiveista. Muotoiluratkaisut tehtiin yhdistelemällä ja vertailemalla teoreettista tietoa ja mallintamisen kokemuksia. Kumarin mallin mukainen palvelun toteutus päätettiin tehdä liiketoimintasuunnitelmana Business Model Canvas -mallin mukaisesti.

Keväällä 2013 opinnäytetyön toiminnallinen osuus suoritettiin mallintamalla terveystioskeja kolmessa eri tapahtumassa ja tehtiin kaksi lähetystä HyvinvointiTV:ssä. Tapahtumissa ja lähe-tyksissä tehtiin haastatteluja ja havaintoja, joista on tehty yhteenvedot ja raportoitu keväi- sessä projektiraportissamme. Palvelumuotoilun ajatuksen mukaisesti asiakkaille tuotettiin heidän tarvitsemansa palvelut, kokemuksista opittiin ja kehitettiin toimintaa jo toiminnan aikana sekä seuraavissa tapahtumissa.

4.2.1 Tapiolan hyvinvointitori 12.04. 2013

Haastatteluun osallistui 21 sattumanvaraisesti valikoitunutta henkilöä Tapiolan terveysaseman asiakasta. Suurin vastaajaryhmä löytyi ikääntyvistä tai jo eläkkeellä olevista, hyvin koulute- tuista naisista. Kaksi kolmasosaa vastaajista oli perheellisiä. Ehdoton enemmistö kaikista vas- taajista olisi mielestään tulevan terveystioskin palveluiden käyttäjä. Samoin lähes kaikki vas- taajista toivoivat ammattihenkilön olevan terveystioskillä paikalla. Kirjatuista vastauksista terveystioskin sisällöstä nousi haastatteluissa esille ohjauksen, neuvon ja sairaanhoidollisten palvelusten tarve sekä erilaiset teemapäivät. Terveystioskin sijaintipaikaksi esitettiin hyvien liikenneyhteyksien varrella olevaa ostoskeskusta tai muuta ihmistä lähellä olevaa paikkaa, jonne palvelu tuodaan. Sinne toivottiin toimijoiksi erityisesti sairaanhoitajaa, fysioterapeut- tia, lääkäriä ja virkamiehiä (esim. ”KELA”, ”verottaja”, ”juristi”, ”Espoon kaupungin virka- miehiä”). Suurin osa haastatelluista asiakkaista toivoi terveystioskille päivisin laajennettuja aukioloaikoja ja toimintaa tulisi olla myös iltaisin ja viikonloppuisin.

4.2.2 Kylämaja 27.04. 2013

Hyvinvointipäivillä rekisteröitiin olleen 125 asiakasta, joten kävijöitä terveystioskilla riitti ta- saisesti. Esitepöydän luona olevat ryhmänjäsenet kuuntelivat ja keskustelivat asiakkaiden kanssa sekä ohjasivat heitä mittauksiin. Molemmat mittauslaitteet olivat lähes jatkuvasti käy- tössä. Mittausten ohessa oli luontevaa kysyä myös kävijöiden halukkuudesta osallistua haas- tatteluun. Aktiivisimmat asiakkaat terveystioskilla olivat seniori-ikäiset naiset. Toimintaa kat- selivat ja seurasivat suurella mielenkiinnolla yksin tapahtumaan tulleet miehet, jotka istuske- livat taustalla. Lopuksi purettaessa tavaroita osa miehistä tuli juttusille haluten mittauksia ja he olivat kovin kiinnostuneita terveystioskityyppisestä toiminnasta. Hyvinvointipäivällä oli runsaasti maahanmuuttajataustaisia kävijöitä. He olivat kiinnostuneita terveystioskista, var- sinkin mittauksista ja niiden tuloksista, mutta kyselyhaastattelun tekeminen suomen kielellä osoittautui haasteelliseksi.

Haastatteluun osallistui 18 henkilöä. Ikäryhmittäin vastaajia oli tasaisesti joka ryhmästä vähemmistönä kuitenkin ikäihmiset. Valtaosa haastatteluun osallistujista oli naisia ja puolet kaikista vastaajista oli yksinasuvia, hyvin koulutettuja henkilöitä. Lähes kaikki ilmoittivat olevansa terveystieteiden käyttäjiä, mikäli sellainen alueelle tulisi, ja he halusivat paikalle myös ammattihenkilön. Terveystieteilijältä odotettiin saatavan sairaanhoidollisia palveluita sekä terveystieteiden neuvontaa ja ohjausta, myös teemapäiviä toivottiin. Luontevaksi sijaintipaikaksi ehdotettiin kauppakeskusta tai tilaa hyvien liikenneyhteyksien päässä. Muista toimijoista terveystieteillä nousi useimmiten esille ammattihenkilön läsnäolo kuten fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti tai lääkäri. Terveystieteilijän toivottiin olevan auki iltaisin ja iltaisin esimerkiksi klo 12-20. Useat vastaajat painottivat hyvän tiedottamisen merkitystä, jotta asiakkaat olisivat tietoisia matalan kynnyksen terveystieteilijä tyyppisestä toiminnasta.

4.2.3 Kukkiva Suurpelto 18.05.2013

Tapahtuman järjestäjät eivät antaneet lupaa tehdä kyselyhaastatteluja terveystieteilijällä asioiville henkilöille. Perusteluina heillä oli, että asuinalueelle oli jo tehty niin paljon kyselyjä lyhyellä aikavälillä. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta asukkaat eivät hakeutuneet aktiivisesti terveystieteilijälle. Kohdatut asiakkaat olivat ulkoilevia, keski-ikäisiä ja ikääntyviä pariskuntia tai naisryhmiä. Terveystieteilijällä toimijoiden tarjotessa tehokkaasti ohikulkijoille verenpaineen mittausta, jäivät ihmiset mielellään juttelemaan terveyteen liittyvistä teemoista ja mitatauttivat verenpaineensa. Esillä ollut valtaisa esitemateriaali ei herättänyt kävijöiden kiinnostusta.

Ryhmän mielestä asukkaiden osanotto tapahtumaan oli laimeaa. Vuosi sitten Kukkiva Suurpelto tapahtumassa mukana ollut Laurean sairaanhoitajaopiskelija, joka suoritti terveystieteilijällä omaa tehtäväänsä, näki taas tilanteen toisin. Hänen mielestään asukkaiden osanotto oli edellisvuotta suurempaa ja hän myös piti tapahtumaa menestyksellisenä.

4.2.4 HyvinvointiTV 16.05.2013 ja 23.05.2013

Lähetyskseen osallistuvat katsojat olivat vielä kotona selviytyviä, yksinasuvia ikäihmisiä ja omaishoitajia, miehiä ja naisia. Heidän vastauksensa olivat hyvin samanlaisia kuin aikaisemmista muualla tehdyistä kyselyistä esille tulleet. Kaikki keskustelijat halusivat ammattihenkilön täsmennettynä sairaanhoitajan paikalle, face to face -ilmaisua käyttäen. Muina toimijoina terveystieteilijällä toivottiin vastaavassa elämäntilanteessa olevia henkilöitä antamaan vertaistukea sekä eri ammattihenkilöiden tapaamisia erityismainintana lääkäri ja sosiaalihoitaja.

Vastaajat ilmoittivat olevansa potentiaalisia terveyskioskin asiakkaita. Terveyskioskin sijaintipaikaksi esitettiin hyvien kulkuyhteyksien päässä olevaa paikkaa kuten kauppakeskusta tai kirjastoa. Terveyskioskilla saisi keskustelun perusteella olla pitemmät aukioloajat kuin mitä terveysasemilla yleensä on. Haastattelukysymysten jälkeen esiteltiin aiemmin saatuja vastauksia ja jatkettiin keskustelua niistä heränneiden ajatusten pohjalta. Keskustelu oli aktiivista koko lähetyksen ajan.

5 Tulosten analyysi ja esittely

Teoriatiedon ja mallintamiskokemusten pohjalta päädyttiin soveltamaan Kumarin (2009) innovaatioprosessimallia. Tilanneanalyysi tehtiin teorian, haastattelujen ja havaintojen pohjalta sekä tarkasteltiin terveydenhuollon terveyskioskityyppisten palvelujen esiintyvyyttä Uudellamaalla.

Viidestä Espoon alueella järjestetyistä matalan kynnyksen terveyskioskityyppisestä tapahtumasta saatiin kokemusperäistä tietoa. Saadusta mallintamisen kokemuksesta terveyskioskitoiminnassa, puolistrukturoiduista haastatteluista ja tehdyistä havainnoista suoritettiin yhteenveto, joka jokaisen tapahtuman jälkeen analysoitiin. Näin selvitettiin asiakkaiden toiveita ja odotuksia terveyskioskitoiminnalle. Tapahtumissa havainnoitiin kävijöiden käyttäytymistä ja vuorovaikutustaitoja sekä tiedon vastaanottamisen ja käsittelyn taitoja. Haastattelun tulokset samoin kuin havainnot olivat yhteneviä teoriatiedon kanssa. Asiakkailla ei ollut kokemuksia matalan kynnyksen terveyskioskityyppisestä toiminnasta. Lähialueilla vain Helsingissä toimii yksi verovaroilla ylläpidetty matalan kynnyksen terveyskioski. Itäkeskuksen kauppakeskuksessa sijaitseva palvelupiste on nimeltään Helsingin Terveyspysäkki. Kilpailua tämän tyyppisen palvelun järjestämiseksi ja ylläpitämiseksi ei ole.

Opinnäytetyössä sovellettiin Kumarin innovaatioprosessimallia terveyskioskityyppisen palvelun innovaatiopolkuun. Kumarin prosessimallin tuotoksena on palvelun toteutus, joka tässä opinnäytetyössä on tehty liiketoimintasuunnitelmana. Se tehtiin Business Model Canvas -mallin mukaan. (Osterwalder A. & Pigneur Y. 2010.)

Tilanne analyysi: Matalan kynnyksen terveyspalvelut ovat tulevaisuuden toimintaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus on edennyt päätösvaiheeseen ja nyt haetaan suuria säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon jo olemassa olevista palveluista ja etsitään palvelutarjonnassa uusia, innovatiivisia ja kustannustehokkaita ratkaisuja. Matalan kynnyksen terveyskioskityyppiset palvelut ovat helposti saavutettavissa ja helposti perustettavissa. Terveyskioskityyppisen toiminnan organisaatorakenne on matala. Ne toimivat kustannustehokkaasti ja vastaavat nykyajan haasteisiin ja trendeihin. Väestörakenne muuttuu, jolloin ikääntyneiden

osuus tulee lähitulevaisuudessa kasvamaan. Näin ollen eritasoisten terveystaloiden kysyntä kasvaa samoin kuin yleinen kustannuskehitys. Suomessa jo perustetut terveystalot ovat tutkimusten ja käyttökokemusten mukaan hyvin toimivia ja koettu tarpeellisiksi.

Markkinarakenteet: Terveystalo tyypillisellä palvelulla ei ole minkäänlaista kilpailua. Yhteistyötä tulisi kehittää eri liikeyritysten, järjestöjen ja yhdistysten kanssa kansallisen terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Toimintaan soveltuvia paikkoja on lukuisia: liike- ja kauppakeskukset, metroasemat, kirjastot, seurakunnat, urheiluareenat. Palvelumuotoilua kohtaan on kiinnostuneisuutta ja näin mahdollisia asiakkaita. Osa terveyden- ja sairaanhoitopalveluista voidaan terveystaloiden sijaan järjestää muuallakin asiakasruuhkien tasaamiseksi. Eri asutusalueilla on huomioitava eri asiakasryhmät erilaisine tarpeineen.

Asiakkaiden tarpeet materiaalin pohjalta: Asiakkaat halusivat henkilökohtaista palvelua, ei virtuaalipalveluja. Terveystalokäyttötyyppisen toiminnan sijainti täytyy olla keskeisten liikeyritysten ja palveluiden äärellä helposti saavutettavissa. Niissä tarjotut terveystalokäyttöpalvelut ovat julkisen sektorin tarjoamia ja pääosin ylläpitämiä. Terveystalokäyttötyyppisen toiminnan käyttäjinä ovat eri elämäntilanteissa olevat kansalliset. Asiakkaiden tarpeet vaihtelevat ja niihin vaikuttavat sosiaalinen tausta, terveydentila, ikä, sukupuoli ja ennen kaikkea kiinnostus omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveystalokäyttötyyppisten palveluiden suurin käyttäjäryhmä ovat ikääntyvät kansalliset. Tätä näkemystä tukee Tilastokeskuksen laatimat tulevaisuuden väestöennusteet sekä omat havainnot ja kokemukset mallinnetuilta terveystalokäyttöpalveluilta. Tarjottu palvelu on neuvontaa, ohjausta ja terveyden- ja sairaanhoitoa. Näin voidaan kompensoida terveystaloiden virka-aikojen ulkopuolisten palveluiden puutetta sekä pitkiä odotusaikoja.

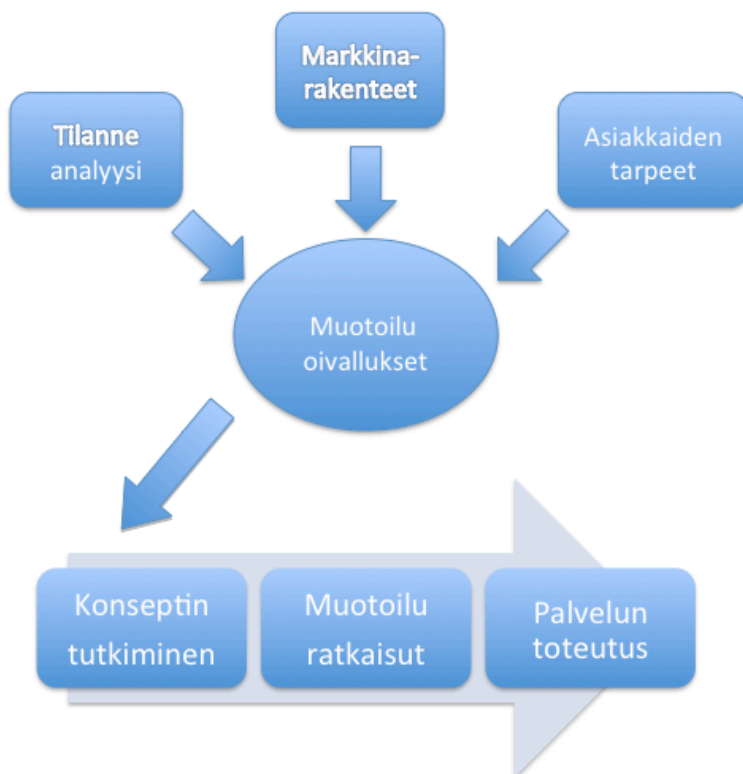
Muotoiluvalinnat: Ammattihenkilö on aina paikalla terveystalokäyttötyyppisessä toiminnassa. Eri alojen asiantuntijoita on paikalla järjestettävillä teemapäivillä. Teemapäivien avulla tarjotaan vertaisryhmätoimintaa, kokemusasiantuntijuutta, yhdistysten ja potilasjärjestöjen tukea. Terveystalokäyttötyyppisten sijainti, paikka ja aukioloajat ovat harkitut ja perustellut. Tarjolla on myös ajanvarauksiin sitoutumatonta palvelua. Terveystalokäyttötyyppisen toiminnan pop up -pisteitä järjestetään teemallisina messuille samoin kuin erilaisiin tapahtumiin. Vaikutuskanavina toimivat media ja sen tuoma julkisuus sekä jatkuva keskusteluyhteys järjestöihin sekä poliittisiin kunta ja valtiovalan päättäjiin. Tuotteesta rakennetaan aito, yksilölliset tarpeet huomioonottava, moniaistinen ja vuorovaikutteinen palvelutapahtuma. Elämyksellisyys aiheuttaa positiivisen tunnereaktion, joka voi johtaa henkilökohtaiseen muutokokemukseen ja merkitsee jopa pysyvää muutosta asiakkaan elämän tilanteessa.

Konseptin tutkiminen: Keväällä 2013 mallinnettiin terveystalokäyttötyyppiä kolmessa eri tapahtumassa Espoossa. Tapahtumissa tehtiin terveystalokäyttötyyppisen toiminnan ohella asiakashaastatteluita.

luja toivotusta terveystietokioskipalvelusta sekä havainnoitiin asiakkaita. Haastatteluihin vastanneet painottivat juuri samoja asioita kuin teoria aineistossa esiintyy.

Muotoiluratkaisut: Asiakkaat hakevat neuvoja, ohjausta, mittauksia ja he haluavat tehtävän myös pieniä toimenpiteitä. Ikääntyvät kansalaiset oli suurin ja aktiivisin asiakasryhmä. Palvelujen käyttäjinä miehet ja maahanmuuttajataustaiset vaativat enemmän panostusta ja hyvää tiedottamista tarjolla olevista palveluista. Erityisesti näille ryhmille tulee tarjota kiireetöntä, vuorovaikutteista kontaktia rauhallisessa ympäristössä. Terveystietokioskityyppisessä toiminnassa on aina ammattihenkilö paikalla, vähemmän käytetään virtuaaliopastusta. Teematapahtumissa asioiminen lisää yhteisöllisyyttä ja avoimuutta. Kokemusasiantuntijoita otetaan mukaan terveystietokioskityyppiseen toimintaan. Siellä asioiminen on voimaannuttava ja positiivinen kokemus, joka kannustaa jatkamaan huolehtimista omasta terveydentilastaan.

Palvelun toteutus: Terveystietokioski tyyppisen palvelun liiketoimintasuunnitelman toteutus on tehty Business Model Canvas -mallia käyttäen asiakkailta saatujen palautteiden ja tehtyjen asiakasraporttien perusteella. Palvelun toteutuksen malliin päästiin palvelumuotoilun avulla. Liiketoimintasuunnitelmaa voidaan hyödyntää suunniteltaessa terveystietokioskityyppisiä palveluja julkisen terveydenhuollon sektorille. Palvelumuotoilun mukaisesti toteutuksessa reagoitiin uusiin ympäristöihin ja tarpeisiin palveluiden käyttäjien tuottaman tiedon avulla.



Kuvio 4: Opinnäytetyön palvelumuotoilun innovaatioprosessi

5.1 Terveyskioskityyppisen toiminnan liiketoimintasuunnitelma Business Model Canvas -mallin mukaan

Teoreettiseen aineistoon perehtymisen, terveyskioskien mallintamisen, tehtyjen haastattelujen ja havaintojen perusteella tehtiin palvelumuotoilun innovaatioprosessin tuloksena terveyskioskin liiketoimintasuunnitelma Business Model Canvas -mallia käyttäen (liite 1). Lauri Kuntinlahti (2013) opastaa mallin käyttöön esittämällä kysymyksiä asiakassegmentistä, arvolupauksesta, asiakkaiden tavoittamisesta, asiakassuhteista, kassavirroista, kriittisistä resursseista kriittisistä tehtävistä, avainkumppaneista ja kustannusrakenteista. Liiketoimintasuunnitelma tuotettiin Business Model Canvas -mallin mukaisesti perustuen pop up -tapahtumissa mallintamisen kokemuksiin ja niissä kerättyyn asiakaspalautteeseen sekä tehtyihin havaintoihin.

Matalan kynnyksen terveyskioskityyppisen palvelun liiketoimintamalli on suunniteltu yleisellä tasolla perustettavaksi, tarpeen vaatiessa siirrettäväksi eri kohteisiin esim. kauppakeskukseen. Suppeampi tietylle asuinalueelle perustettava matalan kynnyksen terveyskioskityyppinen palvelu vaatii asiakassegmentin tutkimista ja tuntemista. Palvelumuotoilun periaatteiden mukaisesti konseptoitu terveyskioskityyppinen palvelu on juuri asiakkailleen oikeanlaista, oikea-aikaista, oikeassa paikassa toteutettua ja vaivatonta asiointia. Palvelumuotoilussa keskeistä on huomioida asiakkaiden tarpeet ja odotukset, mahdollisuudet ja riskit. Asiakaskokemusten ymmärtämiseen pyrittiin kyselyillä ja haastatteluilla.

Asiakassegmentti vaihtelee riippuen siitä perustetaanko palvelu kauppakeskukseen, jolloin tavoitellaan laajaa käyttäjäkuntaa. Tällöin asiakassegmentti on erittäin kirjavaa ja palveluiden monipuolinen toteuttaminen haastavaa. Asiakkaat koostuvat kaikista kauppakeskuksessa asioivista henkilöistä esim. lapsiperheet, keski-ikäiset, ikääntyvät, yksinäiset, työttömät, maahanmuuttajat, nuoret. Terveyskioskityyppinen palvelu voidaan perustaa myös johonkin selkeästi suppeamman segmentin alueelle esim. vanhusten palvelukotiin tai asukastaloon. Tällöin vaaditaan paneutumista ja erikoistumista tiettyyn asiakasryhmään ja heidän tarpeisiinsa. Pop up -tapahtumien perusteella eniten asiakkaita on ikääntyvissä. Sama tulee esille tulevaisuuden väestön ikäennusteissa ja raporteissa, jotka on tehty jo toiminnassa olevien terveyskioskien käyttäjistä. Suurin osa asiakkaista tulee olemaan ikäihmisiä. Palvelu räätälöidään asuinalueiden asukkaiden erilaisten tarpeiden pohjalta. Kylissä ja pienissä kaupungeissa eri asuinalueiden välillä ei ole vielä tänä päivänä niin suuria eroja kuin metropolialueella, missä tietyt asuinalueet ovat jo erilaistuneita sosiaalisen taustan perusteella. Ikääntyvien lisäksi maahanmuuttajataustaiset naiset ovat ryhmä, joiden tarpeet tulee kartoittaa huolella. Asiakkaiden tarpeiden pohjalta syntyvät erilaiset palvelumuotoiluavallukset, joiden perusteella rakennetaan palvelu kohderyhmän toiveita vastaaviksi. Asiakassegmentin tunteminen on onnistuneen palvelun perusta. Huomioon tulee ottaa kaikki ne henkilöt, joita halutaan tavoitella.

Arvolupauksena tarjotaan kuntalaisille terveyden- ja sairaanhoitoa sekä neuvontaa ja ohjausta pop up -tyyppisesti. Arvolupauksena on myös nopea palvelu pientoimenpiteiden tarjonnassa. Terveyskioskityyppiset palvelut toimivat virka-aikoja laajemmin ilman ajanvarausta. Pisteissä asiakkailta on aina mahdollisuus asioida terveydenhuollon ammattihenkilön tai muun asiantuntijan kanssa. Palvelu on heille maksutonta. Arvolupauksen toteutuminen tuottaa asiakkaalle kokemuksen hyvinvoinnista ja terveyden hallinnasta.

Asiakkaat tavoitetaan parhaiten käyttäen apuna median eri kanavia. Tiedotus tapahtuu paikallislehtien, radiokanavien, kunnan nettisivujen sekä infotaulujen välityksellä. Lisäksi tietoa jaetaan järjestöjen, kirjastojen, terveyskeskusten ja poliklinikoiden välityksellä.

Asiakassuhteet rakentuvat henkilökohtaisten käyntien kautta ja teemapäivä-, verkosto- ja vertaistapahtumissa. Asiakassuhteet vaihtelevat yksittäisestä käynnistä pidempään hoitosuhteeseen. Asiakassuhteet perustuvat aina vapaaehtoisuuteen. Tavoitteena on sitouttaa asiakas itsehoitoon ja oman terveytensä vaalimiseen.

Kassavirtaa ei ole. Palvelu on maksutonta julkisen sektorin ylläpitämää toimintaa. Tässä opinnäytetyössä keskitymme julkisilla varoilla kustannettuun matalan kynnyksen toimintaan, joka on asiakkaalle maksutonta. Toiminnan yksityistäminen on mahdollista, jolloin asiakkaat ja yhteistyökumppanit osallistuvat kustannuksiin.

Kriittiset resurssit ovat sekä aineellisia että aineettomia. Tarvitaan monipuolista ammattitaitoa ja sen jatkuvaa kehittämistä, innovaatiokykyä, hyviä vuorovaikutustaitoja, energistä otetta ja innokkuutta, jotta asiakkaalle muodostuu hänen muuttuviin ja yksilöllisiin tarpeisiinsa vastaava elämyksellinen kokemus. Toiminta perustetaan keskeiselle paikalle hyvien liikenneyhteyksien päähän. Toiminnassa ovat mukana sitoutuneet asiantuntija yhteistyökumppanit.

Kriittiset tehtävät ovat toiminnan tunnetuksi tekeminen sekä onnistunut ja laaja toiminnasta tiedottaminen. Tehtäviin kuuluu lisäksi rekrytoida helposti lähestyttävä, vuorovaikutustaitoinen terveydenhuollon ammattihenkilö. Toimintatilan on oltava helposti saavutettavissa ja näkyvä sekä houkutteleva, jotta sinne tullaan käymään.

Avainkumppanit ovat alueelliset terveyskeskukset ja sairaalat, järjestöt ja media.

Kulurakenne muodostuu henkilöstökuluista, tilavuokrasta, kiinteistökuluista, ohjelmistokuluista, siivous- ja ylläpitokuluista, toimisto- ja painotuotteiden kuluista ja laite- ja hoitotarvikke kuluista.

6 Pohdinta

Tilastokeskuksen väestöennuste osoittaa ikääntyvien kansalaisten osuuden kasvavan lähivuosi-
na räjähdysmäisesti. Heitä on paljon suhteessa työssäkävään väestöön. Yhtenä merkittävänä
tekijänä tulevat julkisella sektorilla kasvamaan toimintakustannukset ja tarvitaankin uusia
ratkaisuja vastaamaan terveydenhuollon muuttuviin tarpeisiin.

Media uutisten pääkirjoituksessa 22.11.2013 päätoimittaja Kati Haapakoski tuo esille kansa-
laisten eriarvoisuuden terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa. Työssäkävä väestö on
työterveydenhuollon piirissä, josta he saavat helposti tarvitsemansa palvelut. Halukkuus ke-
hittää ja parantaa julkista terveydenhoitoa voi olla laimeaa ja kuilu perusterveydenhuollon ja
työterveyshuollon palveluiden saatavuudesta vain kasvaa. Mielestämme resursseja tulee pikai-
sesti kohdentaa matalan kynnyksen terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen, jotta perus-
terveydenhuollon piirissä oleville asiakkaille olisi riittävästi tarjolla kustannustehokkaita ter-
veyspalveluja.

Samaisessa lehdessä puolestaan Elina Heino kirjoittaa artikkelissaan ”Terveyspalvelujen pa-
niikkikarsinnalle on vaihtoehto” kuinka asiantuntijoiden mielestä koko perusterveydenhuollon
toimintatapaa pitäisi muuttaa. Hallitus vaatii ohjelmassaan kuntia karsimaan terveydenhuol-
lon palveluja yhteensä 545 miljoonalla eurolla. Asiantuntijat ehdottavat toimintakulttuurin
muutosta, jonka pohjana on asiakasryhmäkohtainen räätälöinti. Internetin kautta älysovellu-
uksilla tarjotaan terveemmälle väestölle apua ja ohjausta itsehoitoon sillä suurin osa terve-
ysongelmista ei tarvitse tilastojen mukaan lääkärinhoitoa. Näin resursseja vapautuisi monisai-
raiden asiakkaiden hoitamiseen.

Teoriatiedon ja mallintamiskokemuksen perusteella terveystietokonekioskityyppisen toiminnan asiak-
kaat eivät ole halukkaita käyttämään ja hyödyntämään internetpalveluja. He haluavat henki-
lökohtaisesti asioida terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Tämän tapaisia palveluja pe-
rustettaessa on huomioitava palvelun tarjoama elämyksellisyyden kokemus asiakkaalle. Palve-
lutilanteissa vuorovaikutuksen merkitys asiakkaalle on kiistämätön. Mallinnetuissa pop up -
terveyskiskatapahtumissa varsinkin ikääntyvät asiakkaat halusivat ja kokivat tarvetta pitkiin
keskusteluihin toimijoiden kanssa.

Helsingin Sanomat luettelee 30.11.2013 artikkelissaan ” Yli miljardin euron säästöt” hallituk-
sen 29.11.2013 esittämiä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen säästökohteita.
Kuntien velvollisuudet vähenevät ja toiminnan on tehostuttava mm. sairaaloiden päivystyk-
sen, päivähoiton, koulutuksen, vanhustenhoiton ja hammashoidon osalta. Nämä kaikki tässä
esitetyt säästökohteet tarjoavat mielestämme mahdollisuuksia kehittää ja käynnistää uusia
matalan kynnyksen palveluita, joissa asiakas on keskiössä ja kustannukset hallittavissa. Kun-

tasektori voisi tarjota ydinpalvelun ja 3. sektorin mukanaolo mahdollistaisi lisäarvon tuottamisen esimerkiksi teemapäivien tai terveyttä tukevan ja edistävän harrastustoiminnan tuottamisena. Tähän olisi myös yrityksillä mahdollisuus osallistua ilman toiminnan kaupallisuutta tai maksullisuutta.

Keväisen projektityön mallintamisen tulokset ja niissä haastatellut asiakkaat toivat esille vaa-teen terveystieteiden tarpeellisuudesta. Asiakkailta saadun palautteen ja tehdyn havainnoinnin perusteella matalan kynnyksen terveystieteiden palvelu voidaan konseptoida. Matalan kynnyksen terveystieteen tyyppisen toiminnan tulisi olla osa julkista palvelua. Yhteistyötä voisi tehdä useiden eri toimijoiden ja asiantuntijoiden kanssa, jolloin toiminta integroituisi osaksi toimivaa ja kustannustehokasta terveydenhuoltoa. Eri alojen opiskelijoille terveystieteen tyyppisessä toiminnassa toimiminen tarjoaisi innovatiivisia kokemuksia ja haasteita jatkokehittämiseen asiakasymmärryksen lisääntyessä. Asiakkaiden tarpeet huomioiden toiminta voisi profiloitua asiakkaiden odotusten ja sijaintipaikan mukaan. Toimipisteet voisivat suuntautua lyhytkestoisesti myös vapaa-ajan harrastustoimintaan. Esimerkkeinä voisi olla terveellisen ruuan kokouskurssit diabetestä sairastaville ja heidän omaisilleen sekä lihaskuntoa ja tasapainoa ylläpitävät liikuntatuokiot iäkkäille henkilöille. Tämän tyyppistä toimintaa pyörittäisivät kokemusasiantuntijat. Uutena yhteistyökumppanina terveystieteen tyyppisessä toiminnassa voisivat olla jopa vakuutusyhtiöt, joiden vakuutusehdoissa esim. säännöllinen terveystieteiden asiakkuus huomioitaisiin asiakkaalle edullisimpina vakuutuksina.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tekemisessä noudatetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Toiminnallisen opinnäytetyön tiedonhankintamenetelmien on oltava eettisesti hyväksytyjä. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimustulokset ilmoitetaan sellaisenaan kuin ne on saatu vääristelemättä tuloksia. (Hirsijärvi ym. 2013.)

Kirjoittaminen toteutettiin rehellisesti pyrkien tiedon luotettavuuteen ja tarkkuuteen. Teksti on neutraalia, asiakasta kunnioittavaa välttäen epäasiallisia ja loukkaavia ilmaisuja. Lähteet pyrittiin kirjaamaan huolellisesti. Opinnäytetyössä käytettiin uusimpia lähteitä monipuolisesti, mukana on useita tutkimuksia ja asiantuntijaorganisaatioiden selvityksiä. Luotettavuus on heikoin yhden lähteen kohdalla, sillä työhön tuli toisen käden lähdetietoa, joka hieman heikentää työn arvoa. Ko. Laurean opinnäytetyö katsottiin kuitenkin niin ansioituneeksi ja laadukkaaksi kirjallisuuskatsaukseksi, että riski otettiin. Internethaku tuotti myös ongelmia, koska etsityn lähdetiedon tarkistaminen uudestaan oli työlästä ja osittain ongelmallistakin. Yleensäkin internetissä julkaistuun tietoon ja sen luotettavuuteen on suhtauduttava kriittisesti. Opinnäytetyössä käytetyt sähköiset lähteet ovat luotettavien ja tunnustettujen voittoa tavoittamattomien organisaatioiden julkaisemia. Teoreettinen viitekehys todettiin toimivaksi

opinnäytetyön edetessä. Toiminnallinen osuus toteutettiin Espoon eri alueilla. Konseptoitua liiketoimintamallia voidaan toteuttaa kansallisesti, sillä mallintamisen tuomat kokemukset ja tulokset muualta Suomesta ja Yhdysvalloista toimivista terveystioskeista ovat yhtäläiset.

6.2 Prosessin arviointi

Tämän projektin tekeminen pohjautui kehittämispohjaiseen oppimiseen. Kehittämispohjainen oppiminen (Learning by Developing, LbD) on Laurea ammattikorkeakoulun kehittämä ja käytetty pedagoginen toimintamalli. Lähtökohtana mallissa on toimiminen yhdessä työelämän kanssa. Työelämän kehittämis- ja ongelmatilanteissa opiskelijat tekevät yhteistyötä työelämän kanssa. Kehittämispohjaisen oppimisen tavoitteena on tuottaa uutta osaamista, joka ilmenee uusina tuotteina, toimintamalleina sekä työkulttuurina. Näissä työelämäpohjaisissa kehittämishankkeissa ovat mukana opettajat ja opiskelijat, työelämän asiantuntijat sekä asiakkaat. (Ora-Hyytiäinen 2009.) Työelämään tuotettiin liiketoimintasuunnitelma matalan kynnyksen terveystalvun toteuttamiseen. Sisältö perustuu kokemuksiin terveystalvun mallintamisesta ja tapahtumissa käyneiden asiakkaiden esittämistä toiveista. Yhteistyötä työelämän asiantuntijoiden kanssa ei ole ollut vaan työ pohjautuu tehtyihin tutkimuksiin ja toimintareportteihin. Työn edetessä seurattiin julkista kirjoittelua perusterveydenhuollon kustannuksista, säästötarpeista sekä tulevaisuuden perusterveydenhuollon palveluista.

Prosessoidessa käytettiin Kumarin mallia, koska palvelumuotoilu tarjosi opinnäytetyön aiheeseen uuden näkökulman. Kumarin malli on yleinen ja samalla riittävän yksityiskohtainen. Näin tarjoutui erinomainen työkalu tarkastella matalan kynnyksen terveydenhuollon terveystalvutyyppistä toimintaa, sen toimivuutta ja tehokkuutta. Pitkään pohdittiin teoriaosuudessa esitettyä palvelumuotoilun elämyksellisyyttä ja sen näkymistä tehdyssä liiketoimintamallissa. Palvelumuotoilun tulos aukikirjoitettiin Business Model Canvas -mallin mukaisesti. Malli painottaa strategisuutta, jolloin elämyksellisyyden esille tuominen ei ole mahdollista. Päädyttiin toteamiseen, että elämyksellisyys huomioitaisiin erityisesti terveystalvutyyppisen matalan kynnyksen palvelutoiminnan lopullisessa käytännön toteutuksessa, jolloin asiakkaalle tarjotaan moniaistisia kokemuksia vuorovaikutustilanteissa, teemallisissa tapahtumissa ja fyysisen ympäristön kautta. Tämä elämyksellinen kokemus sitouttaa ja innostaa asiakasta matalan kynnyksen terveystalvun asiakkaaksi. (Miettinen 2011.)

Tehty opinnäytetyö tuki ammatillista kasvua näkemään ja ymmärtämään tulevaisuuden terveystalvujen tarjoamat haasteet palvelujen tarjoajille. Laadukkaiden, monipuolisten ja kehittyvien palvelujen tulee tavoittaa mahdollisimman monia eri elämänvaiheissa olevia kansalaisia kustannustehokkaasti. Herkkyys reagoida palveluiden käyttäjien tarpeisiin on tuloksellisen toiminnan peruslähtökohta. Tässä on suurena apuna terveystalvuiden käyttäjät, joiden tu-

lee olla jatkuvasti itse kehittämässä toimintaa yhdessä palvelun tarjoajien kanssa. Näin saadaan toteutettua ja ylläpidettyä tarkoituksenmukaista ja asiakkaita tavoittavaa toimintaa. Opinnäytetyössä keskityttiin erityisesti ikääntyneisiin, joiden määrä tulee lisääntymään merkittävästi lähivuosina elinajan ennusteen pidentyessä. Kokemuksena mallinnetuista terveystieteistä oli, että suurin asiakasryhmä olivat juuri ikääntyneet henkilöt erilaisine tarpeineen. Samalla huomattiin, miten pienillä toimilla saisi niin paljon hyvää aikaa ja joita juuri matalan kynnyksen tarjoamat palvelut tarjoaisivat.

Meillä molemmilla on pitkä työkokemus akuutista sairaanhoidosta sekä esimiestyöstä. Niiden ansiosta pystyimme lähestymään opinnäytetyömme aihetta realistisesti työelämän tietoutta hyödyntäen. Avoterveydenhuolto oli meille vieras toimintaympäristö ja olimme täydellisesti oman mukavuusalueen ulkopuolella. Emme voineet tukeutua aikaisempaan kokemukseemme palveluiden tarjoajina. Valitsemamme opinnäytetyön aiheen myötä tapahtui yllättäen oma voimaantumisen. Työn tekemisen myötä meille avautui uusia näkökulmia ja osaamista, jonka omaksuminen oli helppoa sitoutettuna aiemmin opittuun. Meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta liiketoiminnasta ja sen toiminnan suunnittelusta. Mietimme, olemmeko riittävästi sisäistäneet keskeiset käsitteet liiketoimintasuunnitelman tekemiseksi. Totesimme yhtäläisyyksiä löytyvän aikaisemmin opiskelemaamme ja toteuttamaamme strategiseen suunnitteluun ja SWOT analyysiin.

Olisimme jatkossa erittäin innostuneita ja halukkaita toteuttamaan matalan kynnyksen terveyspalveluja sekä osallistumaan toiminnan edelleen kehittelyyn. Liiketoimintasuunnitelman tekeminen avasi näkemystämme ja uskoa, että myös akuuttisairaanhoidon voisi oppia käyttämään sitä uuden toiminnan suunnitteluprosessissa.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena esitetään konseptin toteuttamista luomalla matalan kynnyksen terveyskioskipalvelua kohderyhmänä iäkkäät henkilöt. Paikkana voisi olla senioritalo tai vastaava. Näin tutkittaisiin ja arvioitaisiin tehdyn konseptin toimivuutta. Palvelutuokioista saataisiin muodostettua palvelupolkuja asiakkaiden osallistumisen ja tarjottujen palveluiden mukaan. Konseptin toteutuksessa etsitään keinoja moniaistisen elämyksellisyuden tarjoamiseen ikääntyneille asiakkaille. Tavoitettavien terveystieteiden käyttöä käyttävien asiakkaiden erityispiirteiden tunteminen ja niiden vaikutukset tunnekokemukseen sekä itsehoitoon ovat tutkimuksen uusia aiheita.

Terveystieteiden mallinnuksessa huomattiin, miten haastavaa on tarjota matalan kynnyksen terveyskioskipalveluita maahanmuuttajille. Yhteinen puhuttu kieli on edellytys toimivalle vuoro-

vaikutukselle. Kulttuuriset erot voivat antaa palveluille toisenlaisia merkityksiä ja sen ymmärtäminen vaatii kohderyhmän tuntemusta ja herkkyyttä huomata heikot signaalit. Ajatukset terveydestä, hyvinvoinnista, ravitsemuksesta ja liikunnasta ovat monesti kulttuurisidonnaisia. Kokemukset keväisiltä terveystieteiltä olivat avartavia kohdattaessa monilapsisten perheiden maahanmuuttajaiteja ja yritettäessä vastata heidän terveysneuvontatarpeisiinsa ja tunnekokemuksiinsa. Jatkotutkimusaiheena esitetään tutkimusta siitä, millaisella terveystieteityyppisellä palvelulla saataisiin maahanmuuttajataustaiset aikuiset sitoutettua terveyttä edistävään itsehoitoon ja oman terveytensä seurantaan.

Suomessa työttömyys on lisääntynyt viimeaikaisten voimakkaiden saneerausohjelmien myötä. Henkilöt, jotka aikaisemmin kuuluivat työterveyshuollon piiriin, ovat nyt julkisen terveydenhuollon asiakkaita (Kork ym. 2010). Heidän terveyskäyttäytymisen tutkiminen ja tarvittavien terveyspalvelujen saatavuus olisivat jatkotutkimuksen aiheita. Toinen mielenkiintoinen kohderyhmä olisivat nuoret ja ennen kaikkea he, jotka eivät ole enää kouluterveydenhoidon piirissä. Nuoret viettävät paljon aikaa ostoskeskuksissa. Tätä käyttäytymistä voitaisiin hyödyntää heidän tavoittamiseksi ja kontaktien luomiseksi. Näin olisi mahdollisuus puuttua varhaisessa vaiheessa mahdolliseen syrjäytymiseen tai sen uhkaa. Tutkimuksia tarvitaan siitä, miten nuoret saataisiin matalan kynnyksen terveyspalvelujen käyttäjiksi ja sitä kautta tuettua heidän aktiivista itsenäistä otetta oman terveytensä ylläpitämiseen ja elämän hallintaan.

Lähteet

- Ahmed, A & Fincham, J. 2010. Physician Office vs. Retail Clinic. Patient Preferences in Care Seeking for Minor Illnesses. *Annals of Family Medicine*. 2/2010, 117 - 122. Luettu 14.11.2013. <http://www.annfammed.org/content/8/2/117.full>
- Anttila P. 2006. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Luettu 08.11.2013. http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/kooste
- ETENE julkaisu 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki, 1/ 2001, 28 http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf
- ETENE julkaisu 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Helsinki, 32/ 2011, 13, 18 - 19, 28, 31 - 32. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf
- Haapakoski, K. Eriarvoisuus on uhka. Pääkirjoitus. *Mediauutiset* 22.11.2013, no 40, 3.
- Hannus, J. 2004. Strategisen menestyksen avaimet. Tehokkaat strategiat, kyvykkyydet ja toimintamallit. Jyväskylä: Gummerus, 334.
- Heino, E. Terveyspalvelujen paniikkikarsinnalle on vaihtoehto. *Mediauutiset* 22.11.2013, no 40, 4 -5.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Tammi, 23 - 27, 204 - 206, 212 - 214, 216.
- Honkola, J. & Jounela, T. 2000. Palveluosaamisen pirueti: tekniikan hallintaa ja taiteellista vaikutelmaa. Helsinki: Otava, 41
- Isokangas, J. & Kinkki, S. 2002. Yrityksen perustoiminnot. Vantaa: WSOY, 232 - 233.
- Karppinen, S-L. & Rautakorpi, J. 2012. Terveyskioskien hyödyt ja haasteet. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Laurea-Ammattikorkeakoulu, Otaniemi, 21 - 32.
- Kork, A., & Vakkuri, J. 2013. Matalan kynnyksen palvelumalli perusturvan palvelualueella. Ylöjärven terveystieteiden jatkotutkimus. Tampereen yliopisto, johtamiskorkeakoulu, 15.4.2013, 20 - 21. Luettu 29.9.2013. http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Matalan_kynnyksen_palvelumalli_perusturvan_palvelualueella.pdf
- Kork, A., Kivimäki, R., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2012. Matalan kynnyksen sairaanhoitajavastaus: perusterveydenhuollon palvelua kauppakeskuksessa. Lahden terveystieteiden loppuraportti. Sitran selvityksiä 66. Helsinki, 39, 41 - 43. <http://www.sitra.fi>
- Kork, A., Kivimäki, R., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2011. Julkinen terveystieteiden palvelu kauppakeskuksessa. Ylöjärven terveystieteiden loppuarviointi. Sitran selvityksiä 56. Helsinki, 7, 9, 30, 36 - 41, 126. <http://www.sitra.fi>
- Kork, A., Stenvall, J. & Vakkuri, J. 2010. Terveystieteiden palveluinnovaationa. Peruskartoitus terveystieteiden -hankkeesta. Sitran selvityksiä 19. Helsinki, 4, 8 - 10, 14. <http://www.sitra.fi>
- Koski, M. & Virtanen, M. 2005. Tulos. Liiketoiminnan suunnittelulla menestykseen. Kerava: Otava, 102.

Kumar, V. 2009. A process for practicing design innovation. Journal of Business Strategy. 2/ 3/ 2009, 91 - 100.

Kutinlahti, L. 2010. Menestyminen. Luettu 13.10.2013.

<http://www.menestyminen.fi/2010/09/17/maailman-paras-liiketoimintamalli-tienaa-enemman-kuin-mita-maksat-samalla-kun-annat-enemman-kuin-mita-pyydat/>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 114 - 121, 277 - 280.

Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen, M. 2012. Toiminta ja prosessien mallintaminen. Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Solea hanke. Itä-Suomen yliopisto, Aalto yliopisto, 21-23.

Miettinen, S. (toim.) 2011. Palvelumuotoilu: uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiainfo, Teknova, 26, 29, 31, 39 - 40, 47, 49 - 53, 113.

Osterwalder A. & Pigneur Y. 2010. Business Model Generation. New Jersey: John Wiley & Sons Inc., 14 - 39.

Pulkinen, M., Rajahonka, M., Siuruainen, R., Tinnilä, M. & Wendelin, R. 2005. Liiketoimintamallit arvonluojina - ketjut, pajat ja verkot. Helsinki: Koptiitiimi, 10

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysryhmän julkaisu 2009. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus, perusraportti 2008. 70/ 2009 . Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, 83 - 86.

http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Ikihyva_perusraportti_2008_70.pdf

Repo, P. Vanhat ovat nyt entistä vetreämpiä. Helsingin Sanomat 1.9.2013. A7.

Ruuska, M., Karjalainen, L. & Johnsson, R. 2001. Miten laaditaan hyvä Liiketoimintasuunnitelma Business Plan. Helsinki: Finnvera, 1, 4.

Sitra 2012. Hyvinvointi. Terveyskioski. Luettu 22.3.2013.

<http://www.sitra.fi/hyvinvointi/terveyskioski>

Sitra. Sitra tiedote. Terveyskioski laajemmin osaksi perusterveydenhuollon palvelukokonaisuutta. 1.9.2011. Luettu 22.9.2013.

<http://www.sitra.fi/uutiset/terveyskioski/terveyskioski-laajemmin-osaksi-perusterveydenhuollon-palvelukokonaisuutta>

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä - integroitu kirjallisuuskatsaus. Helsinki, 16/ 2011, 41 - 45.

http://stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1572350

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki, 3/ 2008, 13, 17, 20, 23.

http://stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki, 1/ 2008, 121 - 122.

http://stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1064075

Sutinen, T. Yli miljardin euron säästöt. Helsingin sanomat 30.11.2013. A7.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Matalan kynnyksen palvelut. Neuvoa antavat palvelut. Luettu 20.9.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/matalan-kynnyksen-palvelut.

Tilastokeskus a. Väestöennuste 2009-2060. Luettu 18.9.2013.

http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Tilastokeskus b. Virtual Statistic. Tiedonkeruu. Luettu 08.11.2013.

<http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>

Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista. 980/2012. Luku 1 § 1, luku 3 § 14. Annettu Helsingissä 28.12.2012 ja 1.7.2013.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi, 7 - 9, 42 - 43, 54.

Wilson, A., Zhou, X., Shi, W., Rodin, H., Bargman, E., Garre,t N. & Sandberg, T. 2010. Retail Clinic Versus Office Setting: Do Patient Choose Appropriate Providers? The American Journal of Managed Care. 10/2010.

Zeptram Management Consulting 2013. Luettu 29.11.2013.

<http://www.zebtramc.com/tag/business-model-canvas/>

Kuviot

Kuvio 1: Väestöllinen huoltosuhde 1865-2060(.....	13
Kuvio 2: Business Model Canvas.....	19
Kuvio 3: Business Model Canvas -liiketoimintamallin kuvaamistyökalu.....	20
Kuvio 4: Opinnäytetyön palvelumuotoilun innovaatioprosessi	30

Liitteet

Liite 1 Terveyskioski tyyppisen toiminnan liiketoimintasuunnitelma Business Model Canvas -mallin mukaan	43
---	----

