



Muuttuva terveydenhuolto

Tulevaisuuden asiakas ja palvelujärjestelmä

Hoitotyön koulutusohjelma,
terveydenhoitaja
Opinnäytetyö
24.11.2008

Sari Haapaniemi

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
HOITOTYÖ		Terveystenhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Haapaniemi Sari			
Työn nimi			
Muuttuva terveydenhuolto - Tulevaisuuden asiakas ja palvelujärjestelmä			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syksy 2008	41+1	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa ja analysoida tulevaisuuden haasteita terveydenhuollolle ja asiakaslähtöisyydelle. Tavoitteena oli löytää vastaukset kysymyksiin: millainen on tulevaisuuden asiakas ja palvelujärjestelmä? Opinnäytetyö on osa kansainvälistä hanketta Patient-/Client-Centredness in Adult Intensive Care, Elderly Care and Health Care Education. Hankkeen päätarkoituksena on asiakaslähtöisen osaamisen kartoittaminen, kehittäminen sekä kehittämistoiminnan vaikuttavuuden arviointi hoitotyön koulutuksessa Suomessa ja Virossa. Tarkoituksena on kehittää asiakaslähtöistä osaamista vahvistava toimintamalli ja sen yhteydessä syntynyt oppi- ja muu materiaali on tarkoitus tuotteistaa.</p> <p>Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Aineistona käytettiin luotettavien tahojen julkaisuja, kuten ministeriöt, korkeakoulut ja yliopistot. Tutkimukset rajattiin vuosille 2000 - 2008. Tutkimusten tuli kuvata tulevaisuuden asiakkaita ja terveydenhuoltoa. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 16 tutkimusraporttia.</p> <p>Asiakasryhmässä suurimmaksi haasteeksi muodostuvat ikääntyvät ihmiset. Palvelujärjestelmää tulee muuttaa, jotta se pystyy vastaamaan kasvavaan vanhusväestöön. Muita haastavia asiakasryhmiä ovat maahanmuuttajat ja syrjäytymisvaarassa olevat asiakkaat. Palvelujärjestelmän tulee vastata näihin haasteisiin. Kunnallinen palvelujärjestelmä säilyy, mutta kolmannen sektorin ja yksityisen rooli kasvavat. Valtion rooli kasvaa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päällekkäisyydet tulee poistaa ja hoitoketjun tulee olla sujuvaa. Räätelöidyt yksilölliset palvelut takaavat asiakaslähtöisyyden. Samalla myös korostetaan yksilön vastuuta omasta terveydestään. Hoitohenkilökunnan määrä tulee lisääntymään, mutta samalla hoitohenkilökunta ikääntyy ja siirtyy eläkkeelle, mikä on suuri haaste terveydenhuollolle. Teknologian kehitys on suuri tulevaisuuden palvelujärjestelmää muokkaava tekijä. Teknologian kasvava rooli tulee sekä helpottamaan että tuomaan uusia haasteita järjestelmälle.</p> <p>Katseen suuntaaminen tulevaisuuden terveydenhuoltoon on tärkeää, koska suunnitelmia ja kehittämishankkeita tulisi aina suunnata pitemmälle aikavälille. Tämä opinnäytetyö toi hankkeelle tulevaisuussuuntautuneisuutta. Hyvään asiakaslähtöisyyteen pyrkiminen edellyttää ymmärtämään, millaisia asiakkaita on odotettavissa ja millaisessa palvelujärjestelmässä eletään tulevaisuudessa.</p>			
Avainsanat			
asiakaslähtöisyys, palvelujärjestelmä, asiakas, tulevaisuus, kirjallisuuskatsaus			

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Sari Haapaniemi			
Title			
Developing Health Care: Future Clients and Service System			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2008	41+1 appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this literature review was to study what kind of clients there are in future and what kind of health care service system there is in future. This study was part of an international project: Patient-/Client-Centredness in Adult Intensive Care, Elderly Care and Health Care Education. In that project, collaboration happened between the University of Tartu, Estonia and the Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland. The objective of the project was to develop client-centredness competence.</p> <p>My final project was done by applying a systematic literature review. The literature searches were made from Helka, Kurre, Ovid (CINAHL and MEDLINE) and Medic databases. The material consisted of 16 nursing science publications, scientific articles, master's theses and doctoral dissertations.</p> <p>According to the literature, the future clients will be older people. Health care service system must change so that they will have the capacity to respond to the needs of the growing aged population. A model could be taken from the other Nordic countries. Other challenges for health care will be globalisation and increasing inequality. Our health care service system must respond to these problems. The results showed that municipal service system will be in use, but the role of the third sector and the private sector will increase in future. Customised individual services may guarantee client-centredness in future. At the same time, individuals are responsible for their own health. In addition, increasing role of technology will make health care services easier to get for everyone but it will bring new challenges to the health care service system.</p> <p>Future-oriented health care is important, since plans and development projects should always have a long-term perspective. This final project brought a future-oriented point of view to the main project.</p>			
Keywords			
client-centredness, health care service system, future, literature review			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	ASIAKASLÄHTÖISYYDEN MÄÄRITTELY	2
2.1	Asiakaslähtöisyys	2
2.1.1	Asiakas asiakaslähtöisyyden perustana	3
2.1.2	Hoitaja ja työyhteisö asiakaslähtöisyydessä	4
2.1.3	Organisaatio asiakaslähtöisyydessä	4
2.2	Terveydenhuolto ja palvelujärjestelmä –perusta asiakaslähtöisyydelle	5
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUKYSYMYKSET	6
4	TUTKIMUSAINIESTON KERUU JA ANALYYSI	7
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	7
4.2	Aineiston valintakriteerit	7
4.3	Analysoitavan tutkimusaineiston hakuprosessi	8
4.4	Yksittäiset haut eri organisaatioiden internet-sivujen kautta	10
4.5	Aineiston kuvaus ja analyysi	11
5	TULOKSET	12
5.1	Tulevaisuuden asiakas	12
5.1.1	Ikääntyvä asiakas	13
5.1.2	Maahanmuuttaja-asiakas	15
5.1.3	Syrjäytymisvaarassa oleva asiakas	16
5.1.4	Epätyypilliset asiakasryhmät	19
5.2	Tulevaisuuden palvelujärjestelmä	19
5.2.1	Moninaiset palveluntarjoajat	22
5.2.2	Uudenlainen vanhuspalvelujärjestelmä	23
5.2.3	Räätälöidyt palvelut	25
5.2.4	Terveyden edistäminen ja itsehoitovalmiuksien lisääminen	26
5.2.5	Hoitohenkilökunta muutoksessa	27
5.2.6	Teknologia kasvavassa roolissa	27
6	POHDINTA	30
6.1	Tulosten tarkastelua	30
6.2	Luotettavuus	33
6.3	Eettisyys	34
6.4	Jatkokehittämishankkeet	35
	LÄHTEET	37
	LIITE	

1 JOHDANTO

Asiakaslähtöisyys on yksi keskeisimmistä toimintaperiaatteista terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan ihmisarvoista ja yhdenvertaista toimintaa ja se ilmenee sekä ajattelun että toiminnan tasolla. Asiakaslähtöisyydellä on positiiviset vaikutukset asiakastyytyvyyteen, asiakkaiden hoitoon sitoutumiseen, hoidon laatuun ja hyvinvointiin. Tulevaisuudessa asiakasryhmät ja palvelujärjestelmä muuttuvat, ja nämä luovat uusia haasteita asiakaslähtöisyydelle. Tulevaisuuden muutosten ja signaalien ennakoimiseksi tulee tuntea, millainen on terveydenhuollon nykytila, mutta myös menneisyys.

Opinnäytetyö on osa kansainvälistä hanketta Patient-/client-centeredness in adult intensive care, elderly care and health care education. Yhteistyö tapahtuu Tarton yliopiston sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun välillä. Hanke muodostuu kolmesta osaprojektista. Kaksi osaprojektia on Tarton yliopiston vastuulla: asiakaslähtöisyys akuuttihoitossa ja asiakaslähtöisyys iäkkäiden hoidossa. Metropolian vastuulla on osaprojekti asiakaslähtöinen osaaminen hoitotyön koulutuksessa Suomessa ja Virossa. Pää tarkoituksena on asiakaslähtöisen osaamisen kartoittaminen, kehittäminen sekä kehittämistoiminnan vaikuttavuuden arviointi hoitotyön koulutuksessa Suomessa ja Virossa. Tarkoituksena on kehittää asiakaslähtöistä osaamista vahvistava toimintamalli, ja sen yhteydessä syntynyt oppi- ja muu materiaali on tarkoitus tuottaa. Tämän hetken opinnäytetöiden tavoitteena on luoda ja koota yhteen tietoperustaa asiakaslähtöisyydestä hankkeelle tutkitun tiedon pohjalta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja analysoida tulevaisuuden haasteita terveydenhuollossa ja asiakaslähtöisyydelle kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyössä tarkastellaan, millaisia ovat tulevaisuuden asiakas ja palvelujärjestelmä. Opinnäytetyön tavoitteena on suunnata ajatuksia kohti tulevaisuuden terveydenhuoltoa ja näyttää, mitä haasteita tulee ottaa huomioon tulevaisuudessa asiakaslähtöisyyden turvaamiseksi.

2 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN MÄÄRITTELY

2.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyden käsite on ongelmallinen ja moniulotteinen ja sen määrittely riippuu näkökannasta (Sorsa 2002: 71; Kujala 2003: 29; Kvist 2004: 27; Niemi 2006: 84).

Asiakaslähtöisyyden käsite soveltuu parhaiten käytettäväksi silloin, kun asiakas on ostava ja valitseva kuluttaja. Asiakas ja terveydenpalvelujen käyttäjä on kuluttajana keskeisessä roolissa tulevaisuuden terveydenhuollossa. Hoidon laadun arvioijana kuluttajan asema korostuu jatkuvasti. (Kujala 2003: 30.)

Asiakaslähtöisyyttä kuvataan toiminnan lähtökohtana tai edellytyksenä terveydenhuoltoalalla. Asiakaslähtöisyyden kuvaamista pidetään vaikeana, koska sitä pidetään osittain myös itsestäänselvytenä hoito- ja hoivatyössä. (Niemi 2006: 57.) Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan ihmisarvoista ja yhdenvertaista toimintaa, ja se ilmenee sekä ajattelun että toiminnan tasolla. Yhteistyö tapahtuu tasavertaisesti asiakkaan ja hoitajan välillä vuorovaikutussuhteessa. (Sorsa 2002: 67 - 68; Kvist 2004: 27; Kuurila 2004: 13.) Yhteistyön tavoitteena on voimaantumisen (Sorsa 2002: 68). Asiakastyytyväisyystutkimuksissa on havaittu, että todelliset hoitokokemukset eivät vastaa asiakaslähtöisyyden vaatimuksia, joten asiakaslähtöisyys ei ole itsestäänselvyys hoitoalalla (Bezold 2005:79).

Asiakas sekä hoitaja tuovat oman lisänsä ainutlaatuisina yksilöinä ja persoonina yhteistyöhön. Asiakaslähtöiseen työhön liittyy jatkuvaa eettistä pohdiskelua käytännön tilanteissa ja joustavuutta jokaisessa uudessa asiakaskontaktissa. Samoin tarvitaan aitoa pohdintaa hoitajan ja asiakkaan välillä siitä, mitä tasavertainen, aidosti vuorovaikutteinen asiakastyö merkitsee. (Sorsa 2002: 67 - 68; Kuurila 2004: 13.)

Arvoperusta-ajattelun pohjalta asiakaslähtöisyys sisältää eri tekijöitä. Näitä ovat ihmisarvo, ihmisen kunnioitus, aktiivisuus, itsemäärääminen, yhdenvertaisuus, yksilöllisyys, vaikuttaminen, aitous, toiveikkaus ja suuntautuminen tulevaan. (Kiikkala 2000: 116.) Muita asiakaslähtöisyyttä kuvaavia tekijöitä ovat hoidon perhekeskeisyys, asiakkaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa, kokonaisvaltainen hoitotyö, hoidon tarvelähtöisyys ja vuorovaikutus asiakkaan ja asiantuntijan välillä (Karttunen 2005: 52; Niemi

2006: 85). Asiakaslähtöinen hoitotyö on terveydenhuollon asiakkaan yksilöllistä tuntemista ja sitä kunnioittavaa. Yhteistyössä asiakkaan kanssa pyritään löytämään asiakkaan, hänen perheensä ja ympäristönsä voimavarat terveyden edistämiseksi ja suunnittelemaan tehokkaat hoitotyön toimintamallit asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseksi. (Karttunen 2005: 52; Bezold 2005: 79.) Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu läheisesti yhteistyö asiakkaan perheen ja eri hoitotyön tekijöiden välillä ja sen edellytyksenä on yhtenäinen ja jatkuva hoitoketju (Bezold 2005: 80). Tulevaisuuden terveydenhuollossa hoidon asiakaslähtöisyys on vaativa haaste muun muassa siksi, että asiakkaat ovat entistä heterogeenisempi joukko ja asiakkaiden tietoisuus omista oikeuksistaan lisääntyy (Kujala 2003: 162).

2.1.1 Asiakas asiakaslähtöisyyden perustana

Asiakaslähtöisessä työssä asiakas on keskeisessä roolissa. Asiakas on ainutkertainen, oman elämänsä asiantuntija, tietävä, tahtova, tunteva, taitava, valintoja tekevä ja voimavaroja omaava. (Kiikkala 2000: 117.) Muutokset väestön koulutustasossa, tietoisuus oikeuksista ja itsenäisempi asenne suhteessa asiantuntija-auktoriteetteihin muuttavat asiakkaan roolia suhteessa hoitajaan. Asiakkaan tulee saada ottaa itse vastuu omasta terveydestään ja omasta hyvinvoinnista. Asiakas odottaa tiettyä palvelua silloin, kun ei itse pysty huolehtimaan omasta osuudestaan, mutta myös silloin asiakkaan osallistuminen omaan hoitoonsa on tavoitteena. (Kujala 2003: 162.) Asiakkaiden itsehoitovalmiuksia on tulevaisuudessa lisättävä, ja tähän hoitajilta tarvitaan erityisiä opetus- ja ohjaustaitoja (Metsämuuronen 2000: 116).

Käytännössä asiakaslähtöisyys korostuu asiakkaan kumppanuutena häntä hoitavien kanssa, asiakkaan osallistumisena päätöksentekoon ja mahdollisuutena osallistua omaa hoitoa koskeviin hoitoratkaisuihin (Kujala 2003: 161; Kvist 2004: 27; Kuurila 2004: 14). Asiakkaat näkevät asiakaslähtöisyyden onnistuneen tilanteissa, joissa he tulevat kuulluiksi, heitä hoidetaan yksilöllisesti, aikaa on riittävästi ja heidän intimitteettinsä turvataan (Kujala 2003: 162).

Asiakkaiden vaatimustaso palveluiden suhteen kasvaa, ja tulevaisuudessa asiakkaat joutuvat todennäköisesti maksamaan enemmän palveluista. Tästä seuraa, että asiakkaalla on oikeus vaatia hyvää palvelua ja palveluhenkisyys tulee olemaan kilpailuvaltti myös tulevaisuudessa. (Metsämuuronen 2000: 116.)

2.1.2 Hoitaja ja työyhteisö asiakaslähtöisyydessä

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan usein sitä, että henkilökunnan toiminta- ja ajattelutavan perustana nähdään asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset sekä autonomia (Kujala 2003: 30 - 31; Kuurila 2004: 14). Hoitaja osoittaa kunnioittavansa asiakkaan kulttuuria, arvoja ja mielipiteitä. Hoitajan tehtävänä on tukea ja kannustaa asiakasta tilanteissa, jotka vaativat asiakkaan omaa päätöksentekoa. Samoin hoitajalta vaaditaan kykyä eläytyä asiakkaan asemaan. Hoitajien tulevaisuuden osaamista on muun muassa taito hahmottaa asioita asiakkaan näkökulmasta. (Kuurila 2004: 14.) Asiakaslähtöisessä työssä hoitaja on läsnä sekä asiantuntijana että persoonallisena ihmisenä (Sorsa 2002: 68 - 70).

Asiakaslähtöisyys tavoitetaan silloin, kun pystytään tarjoamaan asiakkaalle hänen tarvitsemaansa apua ja tukea eri organisaatiotasojen ja eri yksiköitten ylittävissä yhteistyössä. Yhteistyö edellyttää nykyistä enemmän vuoropuhelua ja asiantuntijuuden vaihtamista eri tahojen välillä. (Kujala 2003: 165; Sorsa 2002: 68 - 70.) Organisaation ja työyhteisön tulee antaa hoitajalle tukea, jotta hoitaja pystyy toimimaan asiakaslähtöisesti (Sorsa 2002: 68 - 70). Asiakaslähtöistä toimintaa tukee työyhteisön hyvä ilmapiiri, henkilökunnan pysyvyys, hoitajien koulutus, yksilövästainen hoitotyön malli ja johtaminen (Kvist 2004: 63).

Karttusen (2005: 55) asiakaslähtöisten toimintamallien arviointitutkimuksen pohjalta on nähtävissä, että henkilöstö useimmiten näki asiakaslähtöisen muutoksen toiminnassaan innostavana ja potilaan hyvää hoitoa edistävänä asiana. Asiakaslähtöisyyteen pyrkiminen opetti hoitajille potilaiden kuuntelemisen taitoa ja ymmärrystä ja tätä kautta mahdollisti vastavuoroisen keskustelun hoitajan ja asiakkaan välillä. Koulutuksen ja uuden tiedon avulla hoitajat näkivät ymmärtävänsä potilaiden tilanteita ja käyttäytymistä paremmin sekä työn priorisointi selkeytyi.

2.1.3 Organisaatio asiakaslähtöisyydessä

Terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijoiden työyhteisöjä, jotka ovat olemassa tiettyä tarkoitusta varten ja joille on tunnusomaista asiantuntijoiden henkilökohtainen osaaminen. Yksilöt ovat riippuvaisia työyhteisöstään, työtovereistaan ja työnjaosta, jolla kokonaistoiminta saadaan sujumaan. (Kvist 2004: 50.) Laatua hoitotyössä mitataan vali-

tettavan usein organisaation näkökulmasta enemmän kuin asiakkaan näkökulmasta (Bezold 2005: 79).

Nykyajalle on tyypillistä markkinavetoisuus. Terveysthuollon palveluja ostetaan ja myydään. Tyypillistä ajalle on terveydenhuollon palveluiden tehokkuuden ja taloudellisuuden korostaminen. (Kvist 2004: 25.) Julkinen terveydenhuolto joutuu jo nykyään kilpailemaan keskenään sekä yksityisten palveluntarjoajien kanssa. Haasteita tämän päivän terveydenhuollon organisaatioissa syntyy henkilöstöressurssien vähyyden takia kaikilla tasoilla. Laadun hallinta ja sitä kautta asiakaslähtöisyys ovat haaste vähäisen työvoiman ja kiireen takia. Väsyneessä ilmapiirissä asiakaslähtöisyys ja eri laadun-kaamismenetelmät aiheuttavat vain ärsytystä. Organisaatiotasolla tarvitaan uutta harkintaa ja suunnittelua henkilöstömäärissä ja eri henkilöstöryhmien määrissä suhteessa toisiinsa, työnjaossa sekä koulutusvoimavaroissa, jotta asiakaslähtöisyys taataan tulevaisuudessakin. (Kujala 2003: 164.)

Organisaation- ja hoitotyön johtajatasoon rooli muutosprosessissa asiakaslähtöisyyteen on tärkeä. Huonosti toteutuessaan muutos voi vähentää työtyytyväisyyttä ja yhteistyökykyä hoitajien keskuudessa. Johtajien tulee olla emotionaalisesti taitavia, visionäärisiä valmentajia sekä demokraattisia yhteishengen luoja asiakaslähtöisessä muutosprosessissa. (Karttunen 2005: 55.) Eräs selkeistä muutosmalleista asiakaslähtöisyyteen organisaatiotasolla on esimerkiksi yksilövastuun hoitotyön malli, jossa jokaiselle asiakkaalle on nimetty omahoitaja, joka koordinoi ympärivuotisen hoidon ja toimii vastuullisesti ja kattavasti (Kalasniemi - Kuivalainen & Ryhänen 2004: 22 - 28).

2.2 Terveysthuolto ja palvelujärjestelmä – perusta asiakaslähtöisyydelle

Sosiaali- ja terveysala ei ole irrallaan muista yhteiskunnassa vaikuttavista järjestelmistä, vaan se on osa kunnan sosiaali- ja terveysalaa, joka puolestaan on osa valtion sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Tästä johtuen muutokset yhteiskunnassa ja sen rakenteissa vaikuttavat sosiaali- ja terveysalaan voimakkaasti. Tulevaisuuteen tulevat myös vaikuttamaan monet ilmiöt, joihin yksittäinen kansalainen ei juuri pysty vaikuttamaan. Tällaisia tekijöitä ovat mm. väestön ikäjakauma, kansantalous, työllisyyskehitys, koulutuspolitiikka ja palvelurakenteen muutokset. (Metsämuuronen 2000: 9.)

Terveydenhuollon tavoitteena on turvata korkeatasoiset terveydenhuoltopalvelut jokaiselle kansalaiselle tasapuolisesti varallisuudesta tai asuinpaikasta riippumatta. Pääosin julkisin varoin kustannettua julkista terveydenhuoltoa täydentävät yksityiset palveluntarjoajat. Terveydenhuoltopalveluista vastaavat Suomessa kunnat. Kunnat ovat velvollisia järjestämään yksin tai yhdessä naapurikuntien kanssa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Kunnat voivat myös ostaa palveluja yksityisiltä, voittoa tuottamattomilta yhteisöiltä tai muilta kunnilta. (Lehto - Kananoja - Kokko - Taipale 2001: 41 - 42; Willberg - Valtonen 2007: 16.)

Suomessa käynnistettiin vuonna 2005 maanlaajuinen, perusteellinen kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS-hanke). Syynä oli jatkuvasti kiristynyt kuntatalous ja pienten kuntien vaikeus lakisääteisten peruspalveluiden järjestämisessä. Muualla maailmassa ei ole kunnille annettu niin paljon tehtäviä kuin Suomessa. (Konttinen 2006: 30.) Kunta-uudistuksen tavoitteet ovat kuntarakenteen vahvistaminen, kuntien yhteistyön tehostaminen, yhdyskuntarakenteen eheyttäminen kaupunkiseuduilla ja tuottavuuden nostaminen. PARAS-hankkeessa on meneillään toimeenpanovaihe. Kunnat tekevät selvityksiä ja toimeenpanosuunnitelmia siitä, kuinka palvelut järjestetään aina vuoteen 2025 asti. (Vuorento 2007: 5.)

Terveydenhuollon tulee reagoida nopeasti kansalaisten tarpeisiin. Lisäksi palvelutuotannon tulee olla tuottavaa, palveluiden tehokkaita ja terveydenhuollon rahoitusrasituksen tulisi jakautua tasapuolisesti. Tulevaisuuden kannalta on tärkeää, että järjestelmä olisi kansalaisten mielestä oikeudenmukainen sekä toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävä. (Willberg - Valtonen 2007: 13.) Terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta tärkein kysymys on, pystytäänkö kysynnän kasvuun ja kansalaisten odotus- ja vaatimustason nousuun vastaamaan. Tulevaisuuden haasteita ovat myös rahoituksen turvaaminen, vastuunjako paikallisten ja valtiollisten tasojen, julkisen ja yksityisen sektorin välillä sekä osaavan työvoiman saannin turvaaminen. (Parpo - Kautto 2007: 214 - 215; Willberg - Valtonen 2007: 11.)

3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja analysoida tulevaisuuden haasteita terveydenhuollolle ja asiakaslähtöisyydelle kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyössä

tarkastellaan, millaisia ovat tulevaisuuden asiakas ja palvelujärjestelmä. Opinnäytetyö tuottaa tietoa tulevaisuuden terveydenhuollosta. Työtä pystytään hyödyntämään suunniteltaessa terveydenhuollon tulevaisuuden näkymiä koulutuksessa ja suuntaamalla katsetta eteenpäin, tulevaisuuden asiakaslähtöisyyteen. Opinnäytetyön avulla suunnataan katsetta tulevaisuuteen hoitotyössä ja asiakaslähtöisyydessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen on tulevaisuuden asiakas terveydenhuollossa?
2. Millainen terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tulevaisuudessa?

4 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön menetelmä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa kerätään olemassa olevaa tietoa ja arvioidaan tiedon laatua. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkupe-
räistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen on koottu, valikoitu, arvioitu ja analysoitu tutkimustietoa tietystä määritellystä tutkimuskysymyksestä. Menetelmät ja työtavat tulee kuvata täsmällisesti. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus on täysin riippuvainen alkupe-
räistutkimusten laadusta. (Pekkala 2000: 59.)

4.2 Aineiston valintakriteerit

Tämän opinnäytetyön aineiston haun valintakriteerit olivat:

1. Tutkimus on julkaistu vuosina 2000 - 2008.

2. Tutkimus on julkaistu luotettavien instanssin kautta (kuten ministeriöt, yliopistot).
3. Tutkimuksen otsikosta tuli käydä ilmi, että tutkimus käsittelee tulevaisuuden terveydenhuoltoa tai visioi uutta ja tulevaa.

4.3 Analysoitavan tutkimusaineiston hakuprosessi

Tutkimusaineiston haku alkoi osallistumisella Metropolian informaation pitämään tiedonhaun opetukseen keväällä 2007. Erilaisiin Metropolian tarjoamiin tekstityöpajoihin osallistuminen tuki haku- sekä opinnäytetyön tekoprosessia. Tutkimusaineiston haussa käytettiin apuvälineinä erilaisia sähköisiä tietokantoja. Suomalaisista tietokannoista valittiin hakuprosessiin entisen Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kirjaston Kurre-tietokanta, Helsingin yliopiston Helka-tietokanta sekä artikkeliviitteitä julkaiseva Medic. Kansainvälisistä tietokannoista käytettiin hakuprosessissa Ovid-tietokantaa, jonka sisältämistä erilaisista viitetietokannoista käytettiin CINAHL- ja MEDLINE- tietokantoja. Samoin käytettiin EBSCO-host- artikkeliviitetietokantaa. Lisäksi käytiin läpi yksitellen yliopistojen hoitotieteellisten laitosten internet-sivujen väitöskirjojen, lisensoitettujen ja pro -gradujen otsikot vuosilta 2000–2008. Näin varmistettiin, ettei mikään relevantti tutkimus jää tiedonhaun ulkopuolelle. Yksittäisiä hakuja tehtiin Stakesin, Sosiaali- ja terveysministeriön, Kansanterveyslaitoksen ja Tilastokeskuksen internet-sivuilta. Näiden sivujen kautta löydettiin ajankohtaisia julkaisuja ja raportteja erilaisista tulevaisuushaasteista ja -suunnitelmista sosiaali- ja terveysalalla sekä relevantteja tilastotietoja opinnäytetyötä ajatellen.

Hakusanoina käytettiin asiakaslähtöisyys ja patient-centered, terveydenhuolto ja health care sekä tulevaisuusnäkyviä kuvaavia sanoja tulevaisuus, future, trend ja vision. Taulukossa 1 on nähtävissä Kurre- ja Helka-tietokannoista tehdyt haut. Hakutuloksia ei tullut paljon, joten erinäisiä rajauksia ei tarvinnut tehdä etukäteen. Otsikkojen avulla rajattiin ensimmäisen kerran epäsovivilta tuntuvat työt pois. Kurre ja Helka haussa löytyi samoja tutkimuksia, jolloin ne toimivat automaattisesti toistensa poissulkutekijänä. Perushaun kautta löydettiin teoreettiseen viitekehukseen sopivia töitä, vaikkei niitä käytetä itse kirjallisuuskatsauksessa.

TAULUKKO 1. Hakutulokset ja kirjallisuuskatsaukseen valittujen julkaisujen määrä Kurre- ja Helka-tietokannoista

Hakusanat	Hakutulokset		Otsikon myötä lähempään tarkasteluun valitut		Kirjallisuuskatsaukseen valitut	
	Kurre	Helka	Kurre	Helka	Kurre	Helka
Terveydenhuolto and asiakaslähtöi?	7	13	2	3	0	1
Health care and patient-centered care	25	18	6	4	0	0
Terveydenhuolto, health care and tulevaisuus, future	19	38	4	8	0	2
Terveydenhuolto, health care and trend?	40	115 43 (00-08)	8	4	3	0
Terveydenhuolto, health care and visio?	1	7	0	1	0	1

Medic-tietokannassa käytettiin englanninkielisiä hakusanoja, koska Medic perustuu MeSH-asiasanoihin. Hakutulokset olivat sopivia käytäväksi läpi yksitellen, ja vain yksi haku rajattiin vuosille 2000–2008 hakutuloksen pienentämiseksi (Taulukko 2). Otsikoita valittiin aihetta parhaiten kuvaavat lähempään tarkasteluun. Julkaisuja poistettiin vuosiluvun takia. Opinnäytetyöhön hyväksytään vain vuoden 2000 jälkeiset julkaisut.

TAULUKKO 2. Hakutulokset ja kirjallisuuskatsaukseen valittujen julkaisujen määrä Medic-tietokannasta

Hakusanat	Hakutulokset	Otsikon myötä lähempään tarkasteluun valitut	Opinnäytetyöhön valitut
Terveydenhuolto, health care and asiakaslähtöisyys, patient-centered care	21	5	0
Terveydenhuolto, health care and tulevaisuus, future	17	11	1
Terveydenhuolto,	107	8	0

health care and trend*	42 (2000-2008)		
Terveydenhuolto, health care and visio*	7	2	1

Ulkomaisissa tietokannoissa Cinahl, Medline ja EBSCOhost (taulukko 3) jouduttiin tekemään enemmän rajoituksia. Jos hakusanoina olisi käytetty samoja hakusanoja kuin Kurre-, Helka- ja Medic-tietokannoissa, olisi hakutuloksia ollut tuhansia. Näistä valtaosa ei ollut lähelläkään aihetta. Tästä syystä haut rajattiin suoraan vuosille 2000–2008, haut rajattiin hoitotyön julkaisuihin, joissa on abstrakti ja EBSCOhost tietokannassa valittiin vain full text-artikkelit. Cinahl, Medline ja Ebsco-host tietokannoista tuli samoja hakutuloksia, jolloin ne toimivat automaattisesti toisensa poissulkekijänä.

TAULUKKO 3. Hakutulokset ja valitut artikkelit Cinahl, Medline- ja EBSCOhost-tietokannoista

Hakusanat	Hakutulokset		Otsikon myötä lähempään tarkasteluun valitut		Kirjallisuuskatsaukseen valitut	
	CINAHL MEDLINE	EBSCO host	CINAHL MEDLINE	EBSCO host	CINAHL MEDLINE	EBSCO host
Health care and patient-centered care	95	57	5	5	1	0
Health care and future and trend	34	190	5	6	0	2
Patient-centered and trend	58	17	4	3	0	0
patient-centered and future	134	21	8	4	0	0

4.4 Yksittäiset haut eri organisaatioiden internet-sivujen kautta

Yksittäiset haut eri organisaatioiden ja tutkimuslaitosten sivuilla tehtiin katsomalla eri julkaisujen otsikoita ja valitsemalla tähän opinnäytetyöhön sopivimmat. Näiden hakujen hyvänä puolena oli se, että suurin osa on julkaistu verkkojulkaisuihin ja näin pystyttiin heti karsimaan opinnäytetyön kannalta sopimattomat tutkimukset pois.

Sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta etsittiin sopivia lähteitä käymällä läpi Julkaisusarjat vuosilta 2003–2008 yksitellen. Tämä siitä syystä, että sivujen hakutoiminnan ja hakusanojen kautta olisi tulokseksi tullut hyvin paljon epärelevantteja monisteita, komiteamietintöjä ja esitteitä. Hakuprosessissa pyrittiin keskittymään oppaisiin, työryhmämuistioihin ja selvityksiin. Hakukriteerinä olivat otsikotarkkailussa tulevaisuuden terveydenhoidon tilaa kuvaavat otsikot. Hakuprosessin myötä mielenkiintoisia tuotoksia tuli kahdeksan, ja ne otettiin lähempään tarkasteluun. Nämä kaikki julkaisut ovat nähtävillä verkkojulkaisuin. Lopulliseen työhön näistä valittiin tarkemman tarkastelun myötä yksi. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on meneillään kehittämisohjelma 2008–2011 sekä terveys 2015 -kansanterveysohjelmat, joita ei voida unohtaa tätä opinnäytetyötä tehdessä. Näiden ohjelmien tarkoituksena on terveyserojen kaventaminen ja kansalaisten terveyden edistäminen.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin sivuilta haut suoritettiin yksitellen verkkojulkaisusivujen avulla vuosilta 2005–2008. Jokainen otsikko käytiin yksitellen läpi. Hakukriteerinä oli opinnäytetyön kannalta kuvaava mielenkiintoinen otsikko. Työpapereita ja raportteja alaotsakkeen alla olevista tiedostoista lähempään tarkasteluun tuli seitsemän, joista kirjallisuuskatsaukseen valittiin neljä. Stakesissa on toiminut vuodesta 2003 lähtien tulevaisuuden ennakkoinnin työryhmä. Sen tehtävänä on tulevaisuuden tietämyksen kokoaminen ja kohdentaminen sosiaali- ja terveysalan tutkimuksen ja kehittämisen avuksi sekä Stakesin strategisen johtamisen tueksi. Nämä raportit sopivat tähän opinnäytetyöhön hyvin ja osa artikkeleista tuli esille hakuprosessissa tietokantojenkin kautta.

4.5 Aineiston kuvaus ja analyysi

Hakuprosessin perusteella pro gradu - ja väitöskirjoja tulevaisuustutkimuksista ei ole tehty monta sosiaali- ja terveysalalla. Eri instituuttien ja ministeriöiden julkaisujen perusteella on nähtävissä, että sosiaali- ja terveysalalla on kehitteillä paljon erilaisia ohjelmia, suosituksia ja tulevaisuudenennakointiraportteja, joilla pyritään ennakoimaan tulevaisuuden trendejä. Erilaisia artikkeleita opinnäytetyön aihepiiristä löytyy paljon. Artikkeleita sekä erilaisia julkaisuja käytetään tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen pohjana. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 16 artikkelia ja tutkimusraporttia (Liite 1).

Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 3.) Sisällön analyysi on joustava metodi, eikä siinä ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa ja ohjetta. Tämä tekee analyysistä omalla tavallaan haastavan tekijälleen. (Elo - Kyngäs 2007: 113.) Aineisto luettiin useaan kertaan läpi. Siitä alleviivattiin sanat ja ilmaisut, jotka antoivat vastauksen tutkimuskysymyksiin. Sanoista muodostettiin tulevaisuuden asiakasta ja palvelujärjestelmää kuvaavat kategoriat. Kategorioista muodostettiin taulukko, johon koodattiin sanat ja ilmaisut (Elo - Kyngäs 2007: 111). Analyysin tuloksena oli neljä kategoriaa, jotka kuvasivat tulevaisuuden asiakasta ja seitsemän tulevaisuuden palvelujärjestelmää kuvaavaa kategoriaa.

5 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuskysymysten pohjalta kootun aineiston keskeiset tulokset. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli löytää vastaukset siihen, millainen on tulevaisuuden asiakas terveydenhuollossa sekä millainen on tulevaisuuden palvelujärjestelmä. Työssä vastataan ensin kysymykseen tulevaisuuden asiakkaasta ja sen jälkeen palvelujärjestelmästä.

5.1 Tulevaisuuden asiakas

Väestön vanheneminen ja kulttuurinen ja etninen moninaistuminen ovat terveystieteen haasteita, samoin kuin nähtävissä oleva riski sosiaalisen ja alueellisen syrjäytymisen voimistumiseen (Mikkola 2001: 52). Lauttamäen ja Hietasen mukaan (2006: 25) suurimmiksi haasteiksi nousivat väestön ikääntyminen, eriarvoistuminen, päihteiden käyttö ja lasten ja nuorten mielenterveysongelmat. Tutkimuksessa ei ollut kysytty kansainvälistymistä mitenkään. Jo näistä tutkimuksista on nähtävissä, millaisia asiakasryhmiä tulevaisuudessa on. Taulukossa 4 on kuvattu analysointiprosessissa tehty analyysirunko asiakasryhmistä.

TAULUKKO 4: Analyysirunko tulevaisuuden asiakkaista

Tutkimus- kysymys	Pääkategoria	Alakategoriat
Millainen on tulevaisuuden asiakas	Ikääntyvä asiakas	Väestö ikääntyy, kaksinkertaistuu. Elinikä kohoaa, vanheneminen kahdessa vaiheessa Väestön keskittyminen kasvualuille: seuraukset, haasteet.
		Dementoituneiden määrä kasvaa, hoito- ja palveluketju Keskieläke ei kata kuluja.
		Kuntouttava työote, esteettömyys, verkostot, turvallisuus
	Maahanmuuttaja- asiakas	Siirtolaismäärä kaksinkertaistuu vuoteen 2030, kulttuurierot
		Maahanmuuttajien integroiminen yhteiskuntaan, kotoittaminen. Työmarkkinoiden merkitys, syrjimättömyys työssä ja koulussa
		Omakieliset ja tulkkipalvelut lisääntyvät
	Syrjäytymisvaarassa oleva asiakas	Moniulotteista, vaaratekijät biol., fys., ja kem., stressi, ihmissuhteet, elintavat. Ryhmät: lapsiperheet, mielen-terveys, vanhukset, työttömät
		Alueellinen epätasa-arvo, markkina, sosioekonominen eriarvoisuus
		Terveyden edistäminen, tasa-arvo, yhteistyö
	Epätyypilliset asia- kasryhmät	Terveys-sairaus-tietoiset, virtuaalimaailmassa elävät
		Omaan vastuunottoon kyvykkäät-kyvyttömät, passiiviset asiakkaat
		vaativat asiakkaat, toive + todellisuus ei kohtaa

5.1.1 Ikääntyvä asiakas

Suurin trendi sosiaali- ja terveysalan toiminnan kehittämisen kannalta on väestön ikääntyminen ja keski-ikä kohoaminen (Kaivo-oja - Suvinen 2001: 18). Vuonna 2030 terveydenhuollon keskeinen asiakasryhmä on todennäköisesti 80 vuoden rajan juuri ylittäneet vuosina 1946–1950 syntyneet ikäluokat (Kuusi 2008: 9). Tilastokeskuksen ennusteen mukaan vuonna 1999 noin 15 % suomalaisista oli yli 65-vuotiaita, vuonna 2010 noin 18 % ja vuonna 2030 jo 26 %. Hoivapalvelujen tarpeen kannalta olennaisinta kehityksessä on 75- ja 85-vuotiaiden määrän kaksinkertaistuminen tulevien kolmen vuosikymmenen aikana. Myös elinaika pitenee. (Vaarama - Voutilainen 2001: 89.) Suomen ikärakenne vanhenee kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa vuoteen 2015 mennessä noin 400 000 suuriin ikäluokkiin kuuluvaa tulee eläkeikään ja siirtyy pois työelämästä. Tässä vaiheessa terveysongelmien määrä ja laatu eivät vielä muutu kovin suuresti. Toisessa vaiheessa 2015–2030 hoidon ja hoivan tarve kasvaa jyrkästi, kun ensimmäiset suureen ikäluokkaan kuuluvat vanhenevat. (Valkonen 2004: 2176.) Tämä asettaa uusia vaatimuksia sosiaali- ja terveysalan piirissä tuotettaville palveluille, kun asioita tarkastellaan asiakasnäkökulmasta. Suomella on edessään samanlainen väestön ja työvoiman ikärakenteen muutos kuin useimmissa OECD-maissa. Väestön keski-ikä nousee merkitsee tarvetta lisätä määrällisesti sosiaali- ja terveysalan palveluita. (Kaivo-oja - Suvinen

2001: 18.) Ikääntymisongelma on tiedostettu varsin hyvin Suomen terveydenhuollossa (Kuusi 2008: 9).

Väestö keskittyy Suomessa yhä enemmän harvoille kasvualueille, erityisesti Uudellemaalle ja muihin yliopistokaupunkeihin, kun taas muualla väestö vähenee muuttoliikkeen ja syntyvyyttä suuremman kuolleisuuden johdosta. Ikärakenteen muutos vaikuttaa kasvualueilla ja vähenevän väestön alueilla eri tavoin. Vanhojen ikäryhmien kasvu on suhteellisesti nopeinta Uudellamaalla ja muilla väestökasvun alueilla, koska huomattava osa vanhemmasta ikäpolvesta muutti maaseudulta kaupunkeihin 1960- ja 1970-luvuilla. Terveyspalvelujen tarve lisääntyy olennaisesti enemmän väestökasvun alueilla. Väestökatoalueilla ikääntyneiden määrän suhteellinen kasvu on hitaampaa, mutta toisaalta työikäinen väestö vähenee jyrkästi niin, että veronmaksajien ja hoitohenkilökunnan puute ovat vaikeita haasteita. (Valkonen 2004: 2176 - 2177.) Syrjäseutujen vanhusten hoito on jäämässä omaisten vastuulle, koska työntekijöitä ei ole saatavilla (Lauttamäki - Hieta-nen 2006: 14).

Dementoituneiden määrän kasvu on palvelujärjestelmän todellinen koetinkivi. Dementoivat sairaudet johtavat yleisesti toimintakyvyn alenemiseen ja palvelutarpeen voimakkaaseen kasvuun, ensin avopalveluiden (kotipalvelu, -sairaanhoito, tukipalvelut, omaishoito) ja myöhemmin palveluasumisen ja laitoshoidon osalta. Tutkimusten mukaan 8 % yli 65-vuotiaista ja 35 % yli 85-vuotiaista kärsii vähintään keskivaikeasta dementiaasta. On arvioitu, että keskivaikeasta dementiaasta kärsiviä oli Suomessa vuonna 2000 noin 80 000 (40 000 laitoshoidossa) ja vuonna 2030 heidän määränsä on jo 128 000. Avopalveluiden, palveluasumisen ja laitoshoidon tulee muodostaa jatkumo, jolla myös dementoituneen ihmisen hoito etenee. Jatkuvasti kasvava dementoituneiden määrä johtaa siihen, ettei hoito laitosten erityisyksiköissä ole kestävä ratkaisu. Tavallisia hoitoyksiköitä tulisi kehittää niin, että niissä pystytään vastaamaan paremmin dementoituneiden hoitollisiin tarpeisiin. (Voutilainen - Vaarama 2001: 90; Valkonen 2004: 2178.) Toisaalta on mahdollista, että tulevaisuudessa dementian oireita hidastavat lääkkeet kehittyvät lyhentäen vaihetta, jolloin vanhus tarvitsee hoitoa (Nyman 2006: 130).

lakkään väestön saamat eläkkeet ovat jakautuneet. Eläketietokeskuksen mukaan keskieläke tällä hetkellä on noin 1000 euroa. Eläke kuuluu ensisijaisesti asumiseen, ruokailuun ja vaatteisiin. Tällaisesta eläkkeestä ei pystytä maksamaan nykyisen sairausvakuutusjärjestelmän vain osittain subventoimia lääkäripalkkioita. Yksityiset leikkaustoimen-

piteet tulevat jäämään vain harvojen mahdollisuudeksi. (Eklund – Vauramo – Autio - Khisik 2007: 27.) Varakkailla vanhuksilla on mahdollisuus turvata omaa tulevaisuuttaan tekemällä yksityisten palveluyrittäjien kanssa sopimuksia, joiden perusteella he saavat tarvitsemansa palvelut elämänsä loppuun asti (Lauttamäki - Hietanen 2006: 14). Kuvi- telma eläkkeiden riittävydestä tai eläkejärjestelmien kyvystä maksaa suurelle ikäpol- velle sellaisia eläkkeitä, että he pystyisivät itse ostamaan omat sosiaali- ja terveyspalve- lunsaa, on harhaa (Eklund ym. 2007: 27).

Haavoittuvimmassa asemassa ovat ne yksinäiset vanhukset, jotka eivät itse kykene val- vomaan etujaan tai joiden omaiset tai ystävät eivät ole kiinnostuneita tätä tekemään. Noin puolet yli 75-vuotiaista elää yksin. Tähän liittyy vahvasti myös vanhusten masen- tuneisuus. Elämänhalu katoaa johtaen toimintakyvyn heikkouteen ja sitä kautta terveys- palvelujen lisääntyneeseen käyttöön ja ennenaikaiseen kuolemaan. (Kuusi – Ryyänen – Kinnunen – Myllykangas - Lammintakanen 2006: 96.)

Ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi tulisi lisätä riittävän varhaista ja monipuol- lista ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa. Vanhusten omaehtoista liikuntaa, liikunta- painotteista kuntoutusta ja terveellisen ravitsemuksen opastusta pitäisi lisätä sekä vah- vistaa sosiaalisia verkostoja. Toimintaa tulisi tarjota ikääntyneiden omassa koti- ja lä- hiympäristössä. Kodin ja lähiympäristön esteettömyys, toimivuus ja turvallisuus mah- dollistavat vanhusten omatoimisuutta toimintakyvyn heiketessä. Kuntia tulee kannustaa lisäämään yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa ja käyttämään hyväksi heidän osaamistaan. Hyväkuntoisten eläkeläisten voimavaroja tulisi osata hyödyntää aktiivisesti yhteiskuntaelämän eri alueilla vapaaehtoisuuden pohjalta. (STM 2006: 13; Vuorenkoski - Konttinen 2008: 43.) Teknologian kehitys ei poista inhimillisen avun ja kontaktin tarvetta. Lisäksi ikäihmisten arvostusta tulisi lisätä. (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 43.)

5.1.2 Maahanmuuttaja-asiakas

Pakolaisuus ja siirtolaisten maahanmuutto tulevat tuottamaan isoja haasteita sosiaali- ja terveysalalle tulevaisuudessa. Nykyisten trendien valossa Suomi on 30 vuoden päästä aidosti monikulttuurinen maa. Toistaiseksi maahanmuuttajien määrä on ollut suhteelli- sesti alhainen, mutta vuoteen 2030 mennessä heidän määränsä tulee lisääntymään. Maa- hanmuutto on ollut vuosina 1980–2000 keskimäärin 13 000 henkeä ja maastamuutto 8900 henkeä. Jos tällainen kehitys jatkuu, vuoteen 2030 mennessä Suomessa asuu noin

130 000 maahanmuuttajaa enemmän kuin vuonna 2000. Siirtolaismäärä kaksinkertaistuu. (Kaivo-oja - Suvinen 2001: 11 - 15.) Jo tällä hetkellä pääkaupunkiseudulla huomattava osa synnyttäjäistä on maahanmuuttajia. Maahanmuuttajien kulttuuriseen taustaan ja erityisiin tarpeisiin liittyvät haasteet tulevat yhä enemmän osaksi terveydenhuollon arkipäivää. (Valkonen 2004: 2177.) Mitä huonommin maahanmuuttajien kotouttaminen suomalaiseen yhteiskuntaan onnistuu, sitä enemmän se tulee vaatimaan lisäresursseja sosiaali- ja terveysalalta ja muiltakin julkisen sektorin alueilta (Kaivo-oja - Suvinen 2001: 11 - 15).

Työmarkkinat ovat avainasemassa maahanmuuttajien kotouttamisessa sekä syrjäytymisen ehkäisyssä. Työmarkkinoiden suhteen syntyy myös todellisia haasteita, jotka voivat lisätä maahanmuuttajien syrjäytymistä ja vahvistaa eriarvoisuutta suomalaisiin nähden. On havaittavissa, että heikommin arvostetut työt ”miehitetään” maahanmuuttajilla. Syntyperäinen väestö kokee ne yhä vähemmän houkutteleviksi. Uhkana on, että niihin syntyy oma työkulttuurinsa, palkkatasonsa ja käytännön työsuhdeturvansa. Muun yhteiskunnan keinot estää suoranainen työvoiman hyväksikäyttö vähenee, samalla kun kiinnostus työolojen hallintaan häviää. (Karjalainen 2008: 26.)

Yhteiskuntapolitiikan yleisenä tavoitteena on ehkäistä tehokkaasti kulttuuristen konfliktien kärjistymistä ja edistää etnisten ryhmien osallisuutta. Sijoittuminen työelämään sekä syrjimättömyys työssä ja koulutuksessa on tärkeää etnisten ryhmien osallisuuden ja maahanmuuttajien kotoutumisen kannalta. Omakielisten palveluiden ja tulkkipalveluiden saatavuutta tulee parantaa. Hyvä kotouttaminen mahdollistaa, että maahanmuuttajataustaiset työntekijät voivat olla mukana tuottamassa palveluja, joissa otetaan huomioon maahanmuuttajien erityispiirteet ja sopeutuminen valtakulttuuriin. (STM 2006: 18.)

5.1.3 Syrjäytymisvaarassa oleva asiakas

Terveyden eriarvoisuus, kuten muukin eriarvoisuus, on Suomessa kasvava ongelma (Kangas 2005: 19). Syrjäytyminen on moniulotteista. Se ilmenee erilaisina huono-osaisuuden muotoina. (Kaivo-oja - Suvinen 2001: 19.) Terveysongelmien ja syrjäytymisen taustalla Suomessa on monia tekijöitä. Hyvinvoinnin lisääntyminen ja elinolosuhteiden paraneminen eivät ole jakaantuneet tasaisesti. Tuloerot ovat 1990-luvulta lähtien kasvaneet. (Mikkola 2001: 52.) On ennustettavissa, että väestön kiihtyvä eriarvoistuminen jatkuu myös vuoteen 2015. Rikkaita tulee olemaan Suomessa enemmän kuin koskaan, mutta tämän hyvinvoivan väestöosan vastapainona on suhteellisesti enemmän

väestöä, jolla menee huonosti. Tähän joukkoon kuuluu muun muassa kiihtyneen polarisoitumiskehityksen myötä syrjäytyneitä lapsiperheitä, mielenterveysongelmaisia sekä yksinäisiä vanhuksia. (Lauttamäki - Hietanen 2006: 13.)

Syrjäytymistä ja eriarvoisuutta aiheuttavat useat eri tekijät. Taloudelliseen kasvuun liittyy myös riskejä, kuten syrjäytyminen kilpailussa työmarkkinoilta tai koulutuksessa, psykososiaalisen stressin lisääntyminen, ympäristön uudet biologiset, kemialliset ja fyysiset vaaratekijät. Muita tekijöitä ovat perheiden sisäisten ja muiden läheissuhteiden muutokset, yksipuolinen fyysinen rasitus, arkisen hyötyliikunnan vähäisyys ja epäterveelliset nautintoainetottumukset. Nämä riskit jakaantuvat usein epätasaisesti eri väestöryhmien kesken. (Mikkola 2001: 52; Nyman 2006: 132.) Toisaalta voidaan nähdä, että syrjäytymiseen liittyy jatkuva niukkuus elinkustannusten kattamiseen, vaihtoehtottomuus, elämänvalintojen kapeneminen ja syrjäytyminen yhteiskunnan yleisestä elämäntyylistä. Nämä tekijät altistavat rikollisuudelle, päihteille ja katkeruudelle yhteiskuntaa kohtaan. (Karjalainen 2008: 26.)

Valtion tuen vähenemisen myötä alueelliset erot terveystalouden saatavuudessa ovat tulleet uudelleen esiin. Kunnallinen itsehallinto on tuottanut terveyden ja palveluiden eriarvoisuutta, koska kunnat ovat resursseiltaan eriarvoisessa asemassa toisiinsa verrattuna. Alueellista eriarvoisuutta lisää myös se, että noin kolmannes palveluista tuotetaan yksityissektorilla, joka on keskittynyt suurten sairaaloiden sijaintikunnille. (Kangas 2005: 19 - 20.)

Alueellista eriarvoisuutta hankalampi ja haastavampi kysymys on sosioekonomisista syistä johtuva ihmisten terveyden eriarvoisuus niin kuolleisuudessa kuin sairastavuudessaakin. Sekä terveys- että tuloerot tuottavat syrjäytyvien kansalaisten ryhmiä. Syrjäytyviä ovat pitkäaikaistyöttömät, moniongelmaiset ja mielenterveyspotilaat. Tuloerot tuovat eriarvoisuutta myös palveluiden jakautumiseen: yksityissektori on hintansa vuoksi usein pienituloisten ulottumattomissa. Terveyserot uhkaavat myös kasvaa globalistumisen ja maahanmuuton seurauksena. (Kangas 2005: 20.) Terveyden ja terveystalouden käytön epätasa-arvoa lisäävinä uhkatekijöinä nähdään syy-seuraus-ketju, jonka alullepanijana on työttömyys ja köyhyys (Nyman 2006: 132).

Syrjäytymisen ja suhteellisen köyhyyden lähteenä on jälkiteollisia yhteiskuntia vaivaava rakennetyöttömyys. Suhteellisen köyhyyden ja syrjäytymisen kehitys tulevaisuudessa

riippuu hyvin pitkälti siitä, kuinka suuri työvoiman tarjonnan ja kysynnän epäsuhta on. Työttömyyden ja pitkäaikaistyöttömyyden ratkaisuisa luotetaan usein markkinavoimiin. Markkinoiden apu on kuitenkin ollut vaatimaton tähän mennessä. (Karjalainen 2008: 26.)

Terveyserojen kaventaminen on yksi Terveys 2015 -ohjelman kahdeksasta tavoitteesta (Kangas 2005: 20). Sosiaali- ja terveysministeriön (2006: 12) tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteena on, että yleinen terveydentila kohenee, jolloin samalla terveyden eriarvoisuus vähenee. Terveyseroja kavennetaan erityisesti vaikuttamalla ryhmiin, joissa on eniten terveysriskejä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä ja ylipainoisuutta. Nämä vahvistavat usein köyhyyttä ja syrjäytymistä. Palvelujärjestelmän tasa-arvoisuutta lisätään vahvistamalla kunnissa tapahtuvaa terveyserojen kaventamista. (STM 2006: 12.) Kansainväliset tutkimukset terveyseroista ja niiden syistä osoittavat, että eriarvoisuuden vähentäminen on haasteellinen tehtävä, koska erojen taustalla on yhteiskunnallisia ongelmia ja sosiaalista eriarvoisuutta, jotka heijastuvat terveyteen. Terveyserojen kaventumisen edellytyksenä näyttäisi olevan tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen yhteiskunnallinen rakenne ja ympäristö, jossa ihmisiä tuetaan kokonaisvaltaisesti. Sosiaaliset ongelmat ovat usein yhteydessä terveysongelmiin, ja terveyseroja saadaan parhaiten vähennettyä puuttamalla esimerkiksi elämäntilannetta, toimeentuloa tai syrjäytymistä koskeviin ongelmiin. Kyse on siis koko hyvinvointivaltiota ja sen palvelujärjestelmää koskevista monialaisista ongelmista. (Kangas 2005: 20 - 21.)

Köyhyyttä ja syrjäytymistä vähennetään ottamalla ehkäisevä näkökulma ensisijaiseksi toimintamalliksi. Tavoitteena on, että lasten, nuorten ja perheiden ongelmiin paneudutaan uudella otteella, pitkäaikaistyöttömyyden kierre katkaistaan ja suurimmassa köyhyysriskissä olevien toimeentulo turvataan. Lapsia, nuoria ja lapsiperheitä voidaan tukea ja ongelmia ratkaista vain lisäämällä tietoa ja osaamista, muuttamalla rakenteita ja ottamalla käyttöön aktiivisia toimintatapoja. Syrjäytymiseen tulee puuttua heti, ja se tulee katkaista varhaisessa vaiheessa. Onnistunut peruskoulutus, sijoittuminen ammatilliseen koulutukseen ja koulutuksen läpäiseminen tulee turvata nuorelle. (STM 2006: 17.) On muistettava, että monet terveyden eriarvoisuuteen vaikuttavat tekijät toteutetaan terveyspolitiikan ulkopuolella - asuntopolitiikassa, koulutuspolitiikassa, sosiaalipolitiikassa ja työvoimapolitiikassa. Yhteistyö eri sektorien välillä on kuitenkin vielä vakiintumatonta. (Kangas 2005: 21.)

5.1.4 Epätyypilliset asiakasryhmät

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden asiakkaat jakaantuvat yhä merkittävämmässä määrin erilaisiin alaryhmiin. Jaotteluna on esimerkiksi esitetty terveys–sairaus-tietoiset ja -tietämättömät, omaan vastuunottoon kyvykkäät ja kyvyttömät sekä palveluihin hakeutumisen suhteen aktiiviset ja passiiviset. Monikulttuurisuuden lisääntyminen tukee omalta osaltaan tätä kehitystä. Tämä johtaa siihen, että ”keskivertoasiakas” häviää ja asiakkaiden erilaiset erityistarpeet korostuvat. Haasteeksi terveyserojen kaventamisen näkökulmasta muodostuvat passiiviset kansalaiset. Toinen haastava ryhmä on vaativat asiakkaat, joiden osalta toiveiden ja todellisten tarpeiden rajanveto tulee vaikeaksi. Lisäksi teknologian kehityksen myötä uudeksi ryhmäksi muodostuvat pääosin virtuaalimaailmassa elävät. He tarvitsevat aivan erityiset palvelumuodot. (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41.)

5.2 Tulevaisuuden palvelujärjestelmä

Seuraavassa osiossa käsitellään tulevaisuuden palvelujärjestelmää, johon liittyvät palveluntarjoajat, uudistettava vanhustalouden palvelujärjestelmä, räätälöitävät palvelut, itsehoitovalmiuksien lisääminen, hoitohenkilökunta ja teknologian kasvava rooli tulevaisuudessa. Taulukossa 5 on kuvattu analysointiprosessissa tehty analyysirunko tulevaisuuden palvelujärjestelmästä.

TAULUKKO 5: Analyysirunko tulevaisuuden palvelujärjestelmästä

Tutkimuskäsitelmä	Yläkategoria	Alakategoria
Millainen on tulevaisuuden palvelujärjestelmä?	Palvelujärjestelmä	Peruspalvelut turvattava, PARAS-hanke, valtion osuus
		Laadun takaavat: asiakaslähtöisyys, monipuoliset palvelut, työvoima, itsemääräämisoikeus, palveluketjut
		Yliopistosairaalat ennallaan, sairaanhoitopiirit vähenevät, päällekkäisyydet pois, työnjako uusiksi
	Palveluntarjoajat	Kunnalliset palvelut, yksityiset, järjestöt, osuuskunnat, läheis- ja vertaispalvelut
		Palveluiden integroituminen, verkostoituminen
		Rahoitus: vero, vakuutukset, asiakas
	Vanhustalouden palvelujärjestelmä	Kehitys jäljessä, laitospaikkaisuus, WHO:n tavoitteet
		Kunnat päättävät, eriarvoisuus
		Kuntoutus, aktivointi, mallia Ruotsi, Tanska, Hollanti
	Räätälöidyt palvelut	Asiakaslähtöisyys: valinnan vapaus, erilaistuminen, yksilöllisyys, palveluiden yhteensovitus
Itsehoitoval-	Tieto terveydestä, terveystalouden palvelut ja itsehoito, vastuu omasta terveydestä	

	miuksien lisääminen	Terveystiedon edistäminen lähtökohdaksi, varhainen puuttuminen, ehkäisevät menetelmät
	Hoitohenkilökunta	Eläköityminen, henkilöstöpula, ikääntyminen Osaava henkilökunta, rekrytoiminen, HRM-strategiat, henkilöstömäärä
	Teknologian kasvava rooli	Palvelut, lisälaitteet, etäkonsultaatio, DNA-tutkimus, nanoteknologia, itsepalvelupisteet, terveydentilan etäseuranta, tietokannat. Ongelmat: yhteensovitus, koulutus, yksityisyyden suoja, epätasa-arvo

Suomen terveydenhuollossa on meneillään uudelleen arviointi. Terveystiedon palvelujärjestelmä on ollut vakiintunut noin 30 vuoden ajan. Järjestelmä on toiminut kohtuullisesti. Suomalaiset luottavat kunnalliseen palvelujärjestelmään. Tällä hetkellä muutoksien tekeminen tapahtuu edelleenkin kunnallisen palvelujärjestelmän sisällä. (Eklund ym. 2007: 25.) Peruspalvelujen ensisijaisuus tulee taata siten, että olipa uusi palvelujärjestelmä millainen tahansa, nykyiset erityislaeissa määritellyt peruspalvelut tulee rakentaa kaikkien kansalaisten ulottuville (Konttinen 2006: 31).

Toimivan palvelujärjestelmän ja sen laadun varmistavat asiakaslähtöisyys, hyvät ja monipuoliset palvelut, riittävät vanhusväestön palvelut sekä riittävä ja osaava työvoima. Kansalaisten alueellisen tasa-arvon turvaaminen edellyttää hyvin toimivaa ohjausmallia ja alueiden välistä yhteistyötä. Apuna on uuden tieto- ja viestintäteknologian laaja hyväksikäyttö. Kohtuullinen toimeentulo tulee turvata riittävillä vähimmäisetuuksilla. (STM 2006: 18.) Hoitotyön keskeiset toimintastrategiat liittyvät muun muassa potilaan itsemääräämiseen sekä omasta terveydestä ja sen hoidosta vastuunottamiseen, asiakaslähtöisten toimintatapojen käyttämiseen, hoitohenkilökunnan osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen sekä moniammatillisen yhteistyön tehostamiseen. Potilaan hoidon tulee perustua saumattomaan hoito- ja palveluketjuun. Kehittämiskohteita on myös tietoverkkojen avulla tapahtuvan neuvonnan ja konsultoinnin alueilla. (Jauhiainen 2004: 144.)

Syyt kunnallisen palvelujärjestelmän suosioon ovat selvät. Järjestelmä on tasa-arvoinen ja kohtelee koko maata kohtuullisen tasalaatuisesti. Siksi on syytä olettaa, että seuraavina vuosikymmeninä verorahoitteinen palvelujärjestelmä jää toimimaan ja muodostaa palvelujen tuottamisen selkärangan. (Eklund ym. 2007: 27; Kuusi ym. 2006: 8.) Tasa-arvoa pidetään tavoittelemisen arvoisena terveyden ja terveystieteen saavutettavuutena (Nyman 2006: 132).

Palvelurakenteita tulee uudistaa. Kunnille kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien organisointi on keskeinen osa kunta- ja palvelurakenteen uudistamista. Palvelu-

rakenteilla luodaan edellytykset turvata väestölle yhdenvertaiset ja riittävät palvelut. Toimiva palvelurakenne on edellytyksenä, jotta terveyden edistäminen voidaan turvata, järjestää palvelut tehokkaasti ja parantaa niiden vaikuttavuutta. Laajaa väestöpohjaa edellyttävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämiseksi tarvitaan alueelliset rakenteet. Aluerakenteessa otetaan huomioon sekä palvelujen järjestäminen että terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen. (STM 2006: 21.) Lauttamäen ja Hietasen (2006: 31) tutkimuksessa asiantuntijat uskoivat valtion osuuden kasvavan tuottajakentässä.

Valtion osuuden kasvattamista tulevaisuudessa tukevat monet tekijät. Kunnat joutuvat nykyisellään järjestämään harvoin tarvittavia ja joskus jopa kalliita erityispalveluja ja pohtimaan yksittäistapauksissa keskitetyn erityisosaamisen tarvetta ja saatavuutta. Sosiaali- ja terveystalvelministeriön PARAS-hankkeessa on laadittu luettelo tehtävistä, joiden siirtoa kunnilta valtiolle voitaisiin harkita. Oleellista on se, että tehtävien ja rahoitusvastuiden siirroilla parannettaisiin kansalaisten tasa-arvoa, erityisesti pienten erityisryhmien kohdalla. Tällaisia tehtäviä olisivat erityiskallis sairaanhoito, jossa kalleus perustuu nimenomaan hoidon pitkäaikaisuuteen (esim. psykiatrinen hoito), ulkomailla asuvien sairaanhoitokustannukset, rikoksesta syytettyjen ja tuomitsematta jätettyjen väkivaltarikollisten hoito- ja rahoitusvastuu ja lasten seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen. (Konttinen 2006: 32 - 33.)

Palveluiden organisoinnissa tapahtuu myös muutoksia. Asiantuntijaraadin mukaan yliopistosairaanhoitopiirejä olisi nykyinen määrä, mutta sairaanhoitopiirien määrä kokonaisuudessaan on nykyistä pienempi. Ajatuksena on, että erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto tulevaisuudessa yhdistyvät. Tämä onnistuisi siten, että harvinaisempi erikoistunut hoito hoidetaan viiden yliopistosairaalan toimesta. Tutkimuksessa jopa yllättäen suurin osa piti sosiaali- ja terveystalvelujen keskittymistä toivottavana kehityksenä. (Lauttamäki - Hietanen 2006: 31.) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden yhdistyminen kokonaisuudeksi on välttämätöntä, jotta nykyiset päällekkäisyydet, tehostumukset ja puutteet saadaan korjatuiksi. Samalla tulisi tarkastaa terveyskeskusten ja sairaaloiden keskinäinen työnjako sekä erikoislääkärityövoiman tarkoituksenmukainen käyttö terveyskeskuksissa. (Konttinen 2006: 32.) Organisaatioiden koon kasvun nähdään usein olevan yhteydessä byrokratian lisääntymiseen ja päätöksenteon etäännyntymiseen asiakaspalveluiden tasolta. Julkiselta sektorilta tulisi vähentää johdon väliportaita, jotta asiakaspalvelua tekevillä työntekijöillä olisi valta resurssien oh-

jaamiseen ja entistä parempi kontakti päätöksenteosta vastaaviin esimiehiin. (Nyman 2006: 139.)

On myös odotettavissa, että Euroopan unionin vaikutus hyvinvointiin ja palveluihin lisääntyy tulevaisuudessa. Euroopan unioni kykenee säätelemään jäsenmaiden välistä vero- ja palkkakilpailua. Varmaa on, että terveyspalvelujen vertailu EU:n eri jäsenvaltioiden välillä yleistyy ja järjestelmistä etsitään parhaita vaihtoehtoja. (Nyman 2006: 129.)

5.2.1 Moninaiset palveluntarjoajat

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden perustan muodostavat tulevaisuudessakin kuntien järjestämät verorahoitteiset palvelut, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät kunnallisia palveluja ja tarjoavat niille vaihtoehdon. Tilaaja-tuottajamalleja voidaan ottaa käyttöön palveluissa, joissa on toimivat markkinat ja joissa tuotteistaminen on mahdollista, järkevää ja ennen kaikkea asiakkaan edun mukaista. (STM 2006: 19; Lauttamäki - Hietanen 2006: 30.) Tilaaja-tuottajamalliin suhtaudutaan myös varauksellisesti. Julkisen palvelujärjestelmän ensisijainen tehtävä on yhteiskunnallisen hyvinvointivastuun toteuttaminen ja julkisen sektorin on oltava vastuussa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta tulevaisuudessakin. Tulevaisuuden kunnallisen palvelujärjestelmän, yksityissektorin sekä kolmannen sektorin integroituminen toimivaksi kokonaisuudeksi tulee entistä tärkeämmäksi palveluiden tuottamisen malliksi. (Konttinen 2006: 32.) On jo nyt nähtävissä ja tulevaisuudessa lisääntyvässä määrin, että yksityiselle sektorille siirtyvät varsinkin yksinkertaisimmat tukitoiminnot, kuten siivous tai ruokahuolto. (Lauttamäki - Hietanen 2006: 31).

Verkostomaiset sekamallit ovat todennäköinen kehityskulku. Julkisella sektorilla on rahoitus- ja ohjausvastuu, mutta palveluiden tarjonta monimuotoistuu. Kasvukeskuksissa on myös mahdollisuutena sekamalli, jossa yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin kehitys kulkee eri suuntiin (Kuusi ym. 2006: 74). Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamis- ja rahoitustyypit monimuotoistuvat: julkinen, yksityinen ja kolmas sektori tulevat yhdessä ja erikseen olemaan nykyistä tasavertaisempia terveyspalveluiden rahoittajia ja tuottajia. Tulevaisuudessa palveluita tuottavat myös muut kuin sosiaali- ja terveysalan toimijat, esimerkiksi kauppakeskukset ja päivittäistavara-kauppa.

Uusia tuottamismalleja voivat olla myös osuuskunnat ja tuetut omais-, läheis- ja vertaisverkot. (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41.) Palveluntarjoajien monipuolistuessa, niiden valvonnan ja säätelyn lisääntymisen tulee kasvaa myös suhteessa (Nyman 2006: 137).

Julkisen sektorin merkittävä rooli terveyspalveluiden rahoituksessa säilyy ja sillä turvataan terveyspalveluiden perustaso (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41). Rahoituksen toimivuus ja vakaus on varmistettava siten, että nykyinen epävakaus saadaan poistettua ja rahoitusjärjestely tukee toiminnan tarkoituksenmukaista ohjautumista. Tarkastelun kohteeksi tulevat rakennemallien taloudellisuus, tuottavuus ja tehokkuus. (Konttinen 2006: 32.) Rahoittajatahoilla uskotaan, että valtio ja potilas itse maksavat palvelut, mutta vapaaehtoisten vakuutusten käyttö lisääntyy (Lauttamäki - Hietanen 2006: 31; Nyman 2006: 138). Asiakasmaksujen osuus lisääntyy ja maksujen tulo- sekä omaisuusperusteisuus kasvavat. Muuten seurauksena voi olla jyrkkenevä epätasa-arvo. (Nyman 2006:143.)

Palveluiden saatavuudesta on huolehdittava kuntarakennemuutoksen jälkeen. On erikseen määriteltävä joka kylässä, taajamassa ja lähiössä saatavat lähipalvelut, sekä erikseen kauempana sijaitsevat keskitetyimmät palvelut. On tarkasteltava sekä maantieteellisiä etäisyyksiä että matkustus- ja odotusaikoja asiakaslähtöisyyden ja tasa-arvon saavuttamiseksi. (Konttinen 2006: 31.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja laatu tulee turvata koko maassa vahvistamalla asiakkaiden asemaa ja täsmentämällä kuntien palveluiden järjestämisvelvollisuutta. Asianmukainen palvelu, hoito ja hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa tulee varmistaa noudattamalla palveluja ja hoitoa koskevia säännöksiä ja suosituksia. Palveluiden laatusuosituksia voivat hyödyntää kunnat ja muut palveluiden tuottajat. Laatutyö tulee saattaa osaksi palveluorganisaatioiden toimintaa. Siihen kuuluu myös potilasturvallisuuden edistäminen. Yksityisiltä palveluilta tulee edellyttää vähintään samaa laatua kuin kunnalliselta toiminnalta. (STM 2006: 18.)

5.2.2 Uudenlainen vanhuspalvelujärjestelmä

Vanhustenhoito on kehittynyt kolmessa aallossa Euroopassa. 1960-luvulla yleissairaala-järjestelmä eriytyi akuuttihoitoon ja pitkäaikaishoitoon. Sen jälkeen pitkäaikaishoito

alkoi purkautua 1970-luvulla erilaisiksi palveluasunnoiksi ja ryhmäkodeiksi. Nyt terveydenhuollon tavoitteisiin kuuluu tukea vanhusten kotona selviämistä mahdollisimman pitkään kotipalveluiden ja kotihoidon tuella. Kun vanhus ei selviä enää kotona, on voitava siirtyä tuettuun asumiseen tai vanhainkotiin. Tämä kehitys on Suomessa vasta pitkäaikaishoidon purkautumisvaiheessa ja vanhushoidon modernisointi on pahasti kesken. OECD:n mukaan (tilasto 2005) Suomi on laitosvaltaisimpia maita ja se on ylivoimaisesti vanhanaikaisen vuodeosaston käyttäjä. Ruotsin, Tanskan ja Hollannin ikärakenne ja sosiaaliekonominen kulttuuri ovat vertailukelpoisia ja palvelujärjestelmän laitospaikkamäärät ovat vain puolet Suomen tasosta. Soveltamalla näiden maiden kokemuksia on siis mahdollista hoitaa Suomen nykyisellä laitospäärällä kaksinkertainen vanhusmäärä. (Eklund ym. 2007: 42.) Suomessa myös hoitohenkilökunnan määrä suhteessa vanhusten määrään vuodeosastoilla on muihin Pohjoismaihin verrattuna pieni ja kotipalveluiden saanti vähäistä (Nyman 2006: 140).

Vanhustenhuollon kehitys muissa pohjoismaissa on ollut nopeaa. Tavoitteeksi on maissa asetettu WHO:n elämää vuosiin -ohjelma. Vanhusten hoidossa on palattu aktivoivaan hoito-otteeseen ja vuoteessa makaaminen on rajoitettu minimiin. Ruotsissa on pitkät perinteet vaihtoehtoisella hoidolla, joka perustuu itsehoitoisuuteen ja palveluasumisjärjestelmiin. Tässä mallissa vanhus osallistuu omaan hoitoonsa kykynsä mukaan. Itsehoitoisuus tarkoittaa vastuuta itsestä, muttei kuitenkaan hoidon laiminlyömistä. Ruotsissa 85 % asuu yksioissa, joissa on keittomahdollisuus, oma wc ja suihku. He ovat pääosin itsehoitoisia ja tarvitsevat vain pienen määrän palveluita. (Eklund ym. 2007: 53.)

Suomessa näyttää olevan kaksi päällekkäistä ongelmaa. Ensinnäkin potilaita sijoitetaan eri hoitomuotoihin varsin hatarin perustein. Monet ovat kuntoonsa nähden liian raskaisissa ja kalliissa hoidossa, kun taas toiset eivät saa tarvitsemaansa apua. Toiseksi puutteellinen kuntoutus ja muu hoito tuottaa kohtuuttomasti laitospaikkojen kysyntää. Kun terveydenhuollon palveluketju ei toimi, pitkäaikaishoitopaikkoihin kasaantuu potilaita. Kustannuksiin suhteutettuna elämänlaatu ei ole näissä paikoissa paras mahdollinen. (Eklund ym. 2007: 42.)

Vanhuspalveluiden saatavuus ja laatu varmistetaan lisäämällä palveluihin käytettäviä voimavaroja vanhusten määrän lisääntyessä. Hoito- ja kuntoutuspalveluiden on oltava riittäviä, oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia, vaikka painopiste on kotona ja lähiympäristössä annettavissa palveluissa. Palvelutarpeen arvioinnin kehittämistä laaja-

alaisemmaksi ja yhdenmukaiseksi parantaa vanhusten yhdenvertaisuutta palvelujen saannissa. Kuntouttava työote ja ehkäisevät menetelmät tulee ottaa käyttöön. Hoitokäytännöt tulee muuttaa asiakaslähtöisiksi, aktivoiviksi ja moniammatillisiksi. Omaisten panosta ja jaksamista tulee tukea enemmän. Vaihtoehtojen ja hoivapalveluiden järjestämiseen ja rahoitukseen tulee luoda vaihtoehtoja. (STM 2006: 19 - 20.)

On osoitettu, että vanhuksat saadaan palautettua aktiiviseen elämään vähentämällä hoitopanosta ja hoitopalveluiden intensiivisyyttä. Kotihoidon lisääminen johti nopeaan laitostumiseen verrattuna siihen ryhmään, jolle annettiin palveluita tarpeen alarajalla. Ruotsin palvelujärjestelmässä on todettu hoidon vähentämisen parantavan vanhusten kuntoa. Jos esimerkiksi täysihoidon asemasta edellytetään iltapalan valmistamista itse, tulee lisää mielekästä tekemistä. (Eklund ym. 2007: 84.)

Suomen vanhusjärjestelmä vaihtelee kunnittain. Osa kunnista hoitaa kaikki yli 75-vuotiaat vuodeosastoilla, osassa taas kaikki hoidetaan sosiaalipuolen laitoksissa. Tarkastelemalla terveyskeskussairaalan prosentuaalista osuutta kaikista hoitopäivistä yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä nähdään, että noin 50 kuntaa hoitaa yli 60 % potilaistaan terveyskeskuksessa, kun taas noin 130 kuntaa hoitaa ainoastaan 20 %. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että kunta voi hyvin vapaasti valita palvelujärjestelmän ja hoitaa vanhuk- sia joko pitkäaikaislaitoksissa, terveyskeskuksissa, palveluasunnoissa tai muilla järjeste- lyillä. Samoin suomalaisen vanhustenhoidon rakennuskanta ja tilojen kalustus ovat kir- javat. Terveyskeskussairaaloitten vuodeosastot ovat ahtaita ja vanhuksille sopimattomia. (Eklund ym. 2007: 44 - 54.)

5.2.3 Räätelöidyt palvelut

Asiakkaiden valinnanvapaus ei nykyisessä palvelujärjestelmässä aina toteudu tyydyttä- vällä tavalla, joten järjestettäessä palveluita uudelleen, tulisi valinnanvapautta lisätä. Palvelukokonaisuuksien toimivuus tarkoittaa nykyisten sektoroitujen toimintojen raja- aitojen poistamista siten, että kaikki asiakkaan tarvitsemat palvelut voidaan yhdistää joustavaksi, saumattomaksi palveluketjuksi. Erityistä huomiota tulee kiinnittää muuta- miin sosiaali- ja terveyssektorien yhteisiin toiminta-alueisiin kuten vanhushuoltoon, mielenterveystyöhön ja päihdehuoltoon. (Kontinen 2006: 31.)

Tulevaisuudessa palvelutyypit ja hoitomuodot tulevat lisääntyvässä määrin erilaistumaan ja palveluita tuotetaan lukuisille erilaisille asiakasryhmille. Standardipalveluiden sijaan tullaan tuottamaan enemmän räätälöityjä palveluita. (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41.) Palveluiden ja niiden yhteensovittamisen tarve tulee selvittää monipuolisella palvelutarpeen arvioinnilla ja asiakkaan kanssa laadittavilla yksilöllisillä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmilla. Palvelutuottajien työnjako sovitaan arvioinnin yhteydessä. Asiakkaan ja omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon ja hoitojärjestelyjen suunnitteluun varmistetaan. Hyvin laadituilla suunnitelmilla varmistetaan laadukas ja yksilöllinen hoito sekä hoidon vaikuttavuus ja tehokkuus. Suunnitelmiin tulee sitoutua. (STM 2006: 19.)

5.2.4 Terveyden edistäminen ja itsehoitovalmiuksien lisääminen

Ihmisten omatoimisuutta ja itsehoitomahdollisuuksia tulee vahvistaa tarjoamalla tietoa terveydestä, terveystalvveluista ja itsehoidosta (STM 2006: 19). Nykyisin ongelma on liika sairauskeskeisyys, joka on vienyt voimavaroja terveyden edistämiseltä ja ennaltaehkäisyltä. Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn puute johtuu usein liian lyhytnäköisestä päätöksenteosta. (Nyman 2006: 133.) Terveyden vaalimisessa ja sairauksien sekä oireiden hoidossa itseapu ja itsehoito tulevat lisääntymään. Tämän mahdollistaa kansalaisten tietämyksen parantuminen. Myös asiakkaiden itsenäinen rooli lisääntyy palveluiden hankinnassa, erityisesti koskien terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä. (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41; Lauttamäki - Hietanen 2006: 26.) Myös varhainen puuttuminen nähdään vaatimuksena yksilön vastuun lisääntymisestä (Nyman 2006: 133). Potilaan vastuuta omasta terveydestään tullaan korostamaan enemmän. Terveelliset elämäntavat ovat perusedellytys laadukkaaseen elämään. Terveydenhuollolla yksin ei ole keinoja muuttaa asiakkaan elämää laadukkaammaksi ilman asiakkaiden omaa halua elämäntapojen muutokseen. Sen sijaan, että pohditaan, pitäisikö elämäntapoihin vaikuttaa, tulisi pohtia, kuinka niihin vaikutetaan. (Kuusi 2008: 11 - 12.) Keskeistä tulevaisuudessa onkin kansalaisten luotettavan terveys-sairaus -informaation saatavuus. Erilaisten ääri- tai yhden asian liikkeiden rooli palvelujärjestelmässä ja sitä koskevassa päätöksenteossa tulee mahdollisesti kasvamaan. (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ tulee asettaa nykyistä tärkeämpään asemaan. Hyvinvointia ja terveyttä edistetään enemmän tai vähemmän kaikilla

hallinnonaloilla, ei yksinomaan terveyden- ja sairaanhoidossa. Eri hallinnonalojen yhteistyötä tuleekin lisätä kaikilla hallinnon tasoilla. Tämä on otettava huomioon rakennemallien tarkastelussa. (Konttinen 2006: 31.)

5.2.5 Hoitohenkilökunta muutoksessa

Palvelujärjestelmään kuuluu olennaisena osana myös työntekijät. Tilastollisesti on havaittavissa, että väestön ikääntymisen myötä palvelutarpeet tulevat lisääntymään, kun myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta ikääntyy ja siirtyy eläkkeelle. Nämä kaksi trendiä yhdessä muodostavat melkoisen haasteen tulevaisuudessa. (Lauttamäki - Hietanen 2006: 10.) Nopeaa eläköitymisvauhtia voidaan pitää uhkana palvelujärjestelmälle ja olettaa, että se pahentaa henkilöstöpulaa julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toisaalta eläköityminen ja henkilöstöpula voivat olla mahdollisuus pitää palvelujärjestelmän kustannukset kurissa, koska valtaosa kustannuksista on henkilöstökustannuksia. (Eklund ym. 2007: 28.) Näyttää epätodennäköiseltä, että sosiaali- ja terveydenhuoltoon kyetään kouluttamaan supistuvista ikäluokista riittävästi uusia ammattilaisia. Kehitys merkitsee väistämättä uusien strategioiden etsintää henkilöstövoimavaroihin. Vaihtoehtoina ovat muun muassa jo työelämän ulkopuolella olevien uudelleen rekrytointi ja koulutus sekä ulkomaisen työvoiman hyödyntäminen hoito- ja hoiva-ammateissa. (Kuusi ym. 2006: 74.)

Riittävä ja osaava sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö turvaa laadukkaat palvelut asiakkaille. Henkilöstö- ja osaamistarvetta kehitetään vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja henkilöstön tehtäviä. Henkilöstön määrä tulee mitoittaa riittäväksi suhteessa asiakkaiden ja potilaiden toimintakykyyn ja avuntarpeeseen. Henkilöstöltä vaaditaan kattavaa yleis- ja erityisosaamista. Asiakkaiden ja potilaiden vaatimat yksilölliset palvelut, muuttuvat ongelmat ja uuden teknologian hyväksikäyttö vaativat uudenlaista osaamista, toimintamalleja ja työkäytäntöjä. Lakisääteinen täydennyskoulutus nousee merkittävään asemaan työntekijöiden osaamisen päivittämisessä ja oman työn kehittämisessä. (STM 2006: 20.)

5.2.6 Teknologia kasvavassa roolissa

Keskeinen tulevaisuuden palvelujärjestelmää muokkaava tekijä on teknologian kasvava rooli (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41). Teknologian kehitys on ollut nopeaa. Tästä

johtuen voidaan uskoa, että suurimmat innovaatiot terveydenhuollon puolella tulevaisuudessa tapahtuvat juuri teknologian kehityksen myötä. Seuraavan runsaan 20 vuoden aikana hyvinvointitekniologia tulee entistä vahvemmin esille uusien palveluiden ja lisälaitteiden muodossa. (Rousku 2008: 39.) Esimerkiksi tietoteknologian ja bioteknologian kehittyminen jatkuu. Uusia teknologisia menetelmiä tulee niin sairauksien hoitoon, niiden ehkäisyyn kuin terveydentilan seurantaan. Teknologian kehittyminen tukee asiakkaita myös itsehoidossa ja sairauksien ehkäisyssä. Terveyspalvelujärjestelmissä itsehoitoon kannustetaan itsepalvelupisteillä ja näiden palveluiden alhaisilla käyttäjämaksuilla. Markkinoille tulee uusia teknisiä ratkaisuja kansalaisten itse toteuttaman terveydentilan seurannan avuksi. Nykyisten nuorten ja tulevien nuorten keskuudessa virtuaalisuuden käyttäminen palveluissa lisääntyy. (Vuorenkoski - Konttinen 2008: 41.) Asiakaslähtöisyyttä tuetaan hakemalla uusinta tietoa tietokannoista potilasohjauksen tueksi ja käyttämällä tietoverkkoja potilaan itsehoidon apuna. Kehittämällä teknologiaa asiakaslähtöisemmäksi, asiakas voisi pitää yhteyttä omahoitajaansa sähköpostin ja erillisen tietokoneohjelman, verkkopalvelun tai matkapuhelimen avulla. (Jauhiainen 2004: 145.)

Terveydenhuollon tietotekniikan ongelmina ovat olleet järjestelmien yhteensovittaminen, vanhojen ohjelmien uudistaminen, uusien perusjärjestelmien käyttöönotto sekä henkilökunnan kouluttaminen. Ehkä odotettavin muutos tietotekniikassa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisen tietojärjestelmän luominen. Sen uskotaan vähentävän erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä ehkä noin 10–30 %, koska konsultointi yksinkertaistuu. (Eklund ym. 2007: 108.) Tähän pystyttäisiin jo nykyisellä tietotekniikalla.

Teknologian kehitys uskotaan tuovan uusia apuvälineitä terveysalalle. Paranevat tieto- ja viestintäteknologian ratkaisut mahdollistavat etäkonsultaation ja paremman yhteydenpidon kotihoidossa olevien potilaiden kanssa. Myös dna-tutkimuksen kehittämisessä nähtiin mahdollisuuksia. (Lauttamäki - Hietanen 2006: 34.) Parhaimmillaan teknologia ja sosiaali- ja terveyspalvelut yhdessä kehittävät toimivia malleja, joiden avulla laatua voidaan parantaa ja resursseja säästää. Rakennustekniikan, turvatekniikan ja informaatiotekniikan yhdistäminen nähdään teknologiassa positiivisena. (Nyman 2006: 139.)

Käytössämme tulee olemaan mobiilipäätelaitteita, jotka pystyvät keräämään tietoja elintoiminnoistamme ja ohjaamaan elintapojamme parempaan suuntaan. Mobiilijärjestelmä pystyy toimimaan myös hälytysjärjestelmänä. Ehkä jo vuonna 2030 pystytään ihmiske-

hoon upottamaan nanoteknologiaa (ainetta muokataan atomi- ja molekyyllitasolla uusien materiaalien ja prosessien luomiseksi), joka voi korvata tai parantaa vahingoittuneita tai surkastumassa olevia elimiä. Tämä johtaa ihmisen eliniän merkittävään pitenemiseen. Yksityisyydensuoja- ja tietoturva-asiat nousevat vahvasti esille, kun käyttäjistä tullaan keräämään entistä yksityiskohtaisempia ja sen hetkiseen olotilaan liittyvää tietoa. (Rousku 2008: 39.)

Teknologia voi olla helpotus monissa tekijöissä. On odotettavissa, että kaikille on tulossa sirukortin tyylinen potilashistoriakortti, jossa jokaisella asiakkaalla on digitaalisesti tallennettu eri aikoina eri terveydenhuollon yksiköissä henkilöstä otetut röntgenkuvat, hoitomääräykset, saadut lääkekuurit jne. Tällainen käyttöönotto mahdollistaa keskustelun eri organisaatioiden välillä, parantaa hoidon laatua vähentämällä väärin hoitomääräyksien määrää ja eliminoi turhat hoidot. (Lauttamäki - Hietanen 2006: 12.)

Toisaalta teknologian käytön lisääntyminen voi aiheuttaa epätasa-arvoa, jos palveluiden välitys ja tarjonta siirtyy internet-verkkoon ja kaikilla ei ole tasapuolista pääsyä sinne. Julkisten tietoverkkopalveluiden saatavuus on silloin ratkaisevaa. (Nyman 2006: 139.) Huolena on myös tietosuojan ja -turvallisuuden toteutuminen (Jauhiainen 2004: 143).

Tieto- ja viestintätekniiikan mahdollistavat tekijät yhdessä asiakkaan ja hoitohenkilökunnan toiminnan kanssa tukevat asiakaslähtöisyyttä. Asiakkaan omat tietoyhteiskunta- valmiudet ovat osaltaan edellytys asiakaslähtöisyydelle ja etenkin omatoimisuudelle tietoyhteiskunnassa. Asiakkaan hakiessa itsenäisesti hoito-ohjeita tietoverkoista hänellä tulee olla riittävät tiedonhaunvalmiudet ja kykyä arvioida hakemansa tiedon oikeellisuutta. (Jauhiainen 2004: 146.)

Teknologian kehittyminen ei kuitenkaan vähennä asiakkaan ja hoitotyöntekijän keskinäistä kohtaamista, asiakkaan omaa päätöksentekoa ja sen kunnioittamista tulevaisuudessa. Se on tärkeä osa asiakaslähtöisyyttä. Tieto- ja viestintätekniiikan käyttö ei saa olla itsetarkoitus, vaan sen tulee auttaa ja helpottaa hoitotyötä antamalla lisää aikaa vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. (Jauhiainen 2004: 143 - 144.)

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää vastaukset kysymyksiin: Millainen on tulevaisuuden asiakas ja palvelujärjestelmä? Katseen suuntaaminen tulevaisuuden terveydenhuoltoon on tärkeää, koska suunnitelmia ja kehittämishankkeita tulisi aina suunnata pitemmälle aikavälille. Tämä on myös taloudellisesti järkevää. Hankkeen yksi tehtävistä ja tavoitteista on kehittää koulutusta niin, että asiakaslähtöisyys korostuisi opetuksessa kautta linjan. Toimiakseen asiakaslähtöisesti opiskelijoiden tulee tietää ja ennakoida, millaiset asiakasryhmät ovat haastavia tulevaisuudessa. Samoin opiskelijoiden tulee tietää, millaisessa terveydenhuollon järjestelmässä ja ympäristössä he tulevat valmistuttuaan työskentelemään. Nykyisen opetuksen tulisi olla enemmän tulevaisuusorientoitunutta. Opettajat voisivat omalla erikoisalallaan laittaa opiskelijat pohtimaan enemmän tulevaisuuden skenaarioita asiakasryhmistä ja siitä, mitä haasteita nämä tuovat hoitotyöhön. Tätä kautta opiskelijat joutuisivat jo pohtimaan omia asenteita, lähtökohtia ja työkenttiä, jossa he valmistuttuaan työskentelevät. Tämä opinnäytetyö on koonnut yhteen tulevaisuuden palvelujärjestelmän ja asiakasryhmät.

6.1 Tulosten tarkastelua

Terveydenhuollossa ammatinharjoittajien ja yrittäjien tulee panostaa asiakaslähtöisyyteen, koska se tulee olemaan huomattava kilpailuetu tulevaisuudessa. Kuluttajat tulevat olemaan tietoisempia terveydestään ja osaavat vaatia palveluja eri tavoin kuin nykyään. Tietotekniikan ja tietoyhteiskunnan kehittyminen mahdollistavat sen, että kuluttajat saavat laadukasta tietoa terveydestä ja sairauksista, sekä myös laadukkaista yrityksistä muilta kuluttajilta. Kuluttajat tulevat olemaan aktiivisesti mukana päätöksenteossa ja ovat valmiita maksamaan palveluista. (Bezold 2005: 81.) Samoin asiakkaiden tietoisuus omista oikeuksista lisääntyy (Kujala 2004: 162).

Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmässä vallitsee arvoriistiriita tällä hetkellä: käytäntö on toista kuin juhlapuheiden, missioiden ja visioiden tavoitteet. Väestön ikääntyminen on havaittu ja tiedostettu hyvin. Suomessa pohditaan ja pyritään etsimään keinoja vanhusväestön terveydenhuollon kuormittumiseen. Delegaatioita on käynyt tutustumassa esim. Ruotsin ja Tanskan malliin hoitaa ikäihmisiä ja heidän palveluitaan. Monia menetelmiä sieltä on jo otettu kokeilumielessä käyttöön. Pyrkimyksenä on vanhus-

väestön mahdollisimman pitkään kotona pärjääminen. Tähän apukeinona on lisätty kotihoiton ja kotisairaalan palveluita. Mielestäni tätä ratkaisua ei ole mietitty ja toteutettu loppuun asti. Vanhukset pyritään kotiuttamaan kuntoutettuina mahdollisimman nopeasti. Kuitenkaan kotiin ja kotonapärjäämiseen ei ole riittävästi kehitetty tukitoimenpiteitä, jotka edistäisivät vanhusten kotona selviytymistä. Kotihoito auttaa vanhuksia päivittäisissä toimenpiteissä, mutta kuntoutus jää vähemmälle ajan, fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien puutteellisuuden vuoksi. Hyvin harvat saavat kuntoutukseen liittyviä fysioterapeutin palveluita kotiin, ja nämä palvelut ovat hyvin ruuhkaisia. Pelkästään kotona oleminen ei edistä vanhusten aktiivisuutta ja pärjäämistä. Monet vanhukset ovat yksinäisiä ja turvattomia, eikä heillä ole mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen. Tukitoimenpiteisiin tulisi lisätä päivittäin tapahtuva aktiviteetti kodin ulkopuolella. Nykyisellään niitä on aivan liian vähän ja hyvin harvat vanhukset saavat nauttia näistä palveluista. Aktiviteetin lisäämien kodin ulkopuolella ei yksin riitä vaan tulisi myös lisätä kuljetus- ja saattopalvelut. Nykyiset kotihoiton resurssit eivät mahdollista näitä palveluita. Mielestäni ei ole järkevää käyttää hoitajien työpanosta ja ammattitaitoa tällaisiin palveluihin vaan ne olisi järkevä ulkoistaa. Kuitenkaan nykymallia edustava kaikkien palveluiden ulkoistaminen (kauppa-, siivous-, ateriapalvelut) ei tue Ruotsin mallia vanhusten aktiivisuuden lisäämisestä.

Eriarvoisuus ja syrjäytyminen ovat yksi tulevaisuuden suurimmista haasteista terveydenhuollossa (mm Kangas 2005: 19; Kaivo-oja - Sutinen 2001:19; Mikkola 2001: 52). Tämä luo asiakaslähtöisyydelle suuret haasteet. Tasa-arvoiseen, täysin kaiken kattavaan palvelujärjestelmään ja kaikkia osapuolia tyydyttäviin ratkaisuihin ei pystytä, eikä se ole mahdollista kuin ideaalimaailmassa. Se ei kuitenkaan vähennä asiakaslähtöisyyden merkitystä. Asiakaslähtöisyydessä tulee ottaa kaikki yksilöinä huomioon, kunnioittaa asiakkaan toiveita ja toimia yhdenvertaisesti (Kiikkala 2000: 116). Onnistunut asiakaslähtöisyys toteutuu asiakkaiden mukaan silloin, kun he tulevat kuulluiksi, heitä hoidetaan yksilöllisesti ja aikaa varataan riittävästi (Kujala 2003: 162). Tämä ei kuulosta mahdottomalta tehtävältä, vaikka syrjäytyminen ja eriarvoistuminen lisääntyvät tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän on rakennettu, paikkailtu ja purettu eri osa-alueilta niin moneen kertaan ja monesta kohdasta, että olisiko järkevintä heittää nykyinen järjestelmä kokonaan pois ja luoda tilalle täysin uusi perusteellisesti mietitty hyvinvointijärjestelmä? (Kangas 2005: 19). Terveystuottoa voidaan kuvata hyvin

konservatiiviseksi ja muutospaineita tuloksellisesti vastustavaksi instituutioksi (Lehto 2002: 101). Tätä pohdin myös itse opinnäytetyötä tehdessä. Vaikuttaa siltä, että uskalluksen puute estää uusien hyvien järjestelmien ja keinojen syntymistä ja kokeilemista. Varsinkin ministeriöiden ja tutkimuslaitosten tekemien tutkimusten ja selvitysten taustalta löytyy usein vanhan toistoa ja vanhaan kankeaan järjestelmään pienten muutosten tekemistä. Odottaisin rohkeampaa otetta tulevaisuuden terveydenhuollon uudistamiseen. Lehto (2002: 101) kuitenkin muistuttaa, että 30 vuotta aikaisemmin oli mahdotonta ennustaa nykyistä terveydenhuoltoa, esimerkiksi lääkärin saatavuuden ongelmia (ennen 1/300 asukasta kohden), hoitohenkilökunnan nykyistä kuormittavuutta (hoitohenkilökunnan määrä kuitenkin kasvanut) tai huoltomenojen kasvun nopeutta.

Tulevaisuuden ennakointi perustuu ennen muuta nykyisyyden ja lähimenneisyyden paineiden, haasteiden ja signaalien varaan eikä tulevaisuus voi olla täysin varmasti ennustettavissa. Se on enemmän oppimista epävarmuustekijöistä kuin totuuden osoittamista. Se on paremman tulevaisuuden luomista tekemällä valintoja, arvojen yhdistämistä ja antamalla tietoa siitä, mitä voi visioiden ja skenaarioiden kautta tapahtua. (Bezold 2005: 78.) On jo nyt näkyvissä, että esimerkiksi Jokelan ja Kauhajoen koulusurmat ovat herättäneet päättäjät nuorten pahoinvoinnista ja terveydenhuollon puutteista tällä alueella. Suomessa on nyt alettu miettiä, miten nuorten ongelmiin tulisi puuttua? Tällaiset tapahtumat ja muut yllättävät tekijät voivat muuttaa radikaalisti tulevaisuuden näkymiä terveydenhuollossa ja niitä on vaikea ennakoida. On huomattava, että Suomessa käytetään suhteessa terveydenhuoltoon vähän rahaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta ei ole lisääntynyt viime vuosina, ja sitä tulisi lisätä, jos halutaan päästä lähellekään eurooppalaista keskitasoa (Nyman 2006: 129). Mielestäni tässä on myös kyse arvoista ja siitä, mihin halutaan panostaa.

Suomalaiset hakevat innokkaasti terveystietoa ja tukea internetistä jo nyt. Internetistä haetaan tietoa esimerkiksi lääkärin käynnin jälkeen ja myös tukea siihen, tarvitseeko lääkäriin mennä. Lääkärissä käynti kestää vähän aikaa, eikä syvällistä keskustelua ja käsitystä aiheesta ennätä saada. Tietoa lääkärin sanomisista ja diagnooseista haetaan ahkerasti verkosta. Verkon terveysneuvonta tarkoittaa yleensä sairaanhoitajan nimettömiin kysymyksiin antamia yleisluontoisia neuvoja, joissa ei synny hoitosuhdetta. Laajin terveydenhuollon ylläpitämä internetin terveysneuvonnan tarjoaja on tällä hetkellä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Hyvis-palvelu. Palveluun tulee runsaan sadantuhannen asukkaan alueelta vain muutama kymmenen kysymystä kuukaudessa. Potentiaalia olisi

enemmän. Helmikuussa 2009 saadaan yksi suuri kansallinen terveystiedon jakaja verkkoon. Viranomaisten ja järjestöjen yhteinen TerveSuomi.fi-palveluun kootaan viranomaisten, järjestöjen ja lääketieteen yhdistysten tuottama tieto sairauksista ja terveydestä. (Pullinen 2008: A4.)

Tehy on listannut tulevaisuuden haasteita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Näitä ovat globalisaatio, talouden kehitys, teknologian kehitys, väestön ikääntyminen (palveluiden tarpeen lisääntyminen ja eläkepoistuma), työvoiman riittävyys ja alan houkuttelevuus. (Markkanen 2008.) Tehy osoittaa samoja haasteita terveydenhuollossa kuin tämä opinnäytetyö tuo esiin.

6.2 Luotettavuus

Tulevaisuuden terveydenhuollon pohtiminen on hyvin mielenkiintoista, mutta myös haastavaa, koska tulokset pohjautuvat aina skenaarioihin ja visioihin. Täyttä totuutta ei voi tietää, ennen kuin tulevaisuus on ajankohtainen. Silloin pystytään näkemään, pitivätkö skenaariot ja visiot paikkansa. Voidaankin nähdä, että tulevaisuustutkimukset ovat ennakoivia ja suuntaa-antavia, eivät faktoja tarjoavia. (Bezold 2005: 78.) Tämä tuo luotettavuuspohdinnoille omat näkökulmansa.

Kaikessa tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä ja yksittäisessä tutkimuksessa on arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi - Sarajärvi 2002: 131). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi horjuttaa alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu. Alkuperäistutkimusten valinnalle asetetut sisäänottokriteerit voivat suunnata tuloksia. Virheitä voi tapahtua missä kirjallisuuskatsausprosessin vaiheessa tahansa. (Kääriäinen - Lahtinen 2005: 43.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus liittyy aina aineiston hankintaan sekä aineiston analysointiin ja raportointiin (Salanterä - Hupli 2003: 26 - 27).

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa on käytetty laaja-alaisesti eri tieteenalojen tutkimuksia. Kirjallisuuden taustalla on aina ollut luotettava instanssi: ministeriöt, korkeakoulu, yliopisto. Luotettavuutta lisää se, että samoja teoreettisia asioita tuli esille useista eri lähteistä. Tämän työn luotettavuus pohjautuu lähdekirjallisuuden luotettavuuteen.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, että valitut tutkimukset ja katsaukset olivat suomenkielisiä ja vain Suomeen liittyviä. Periaatteessa samat asiakashaasteet voidaan nähdä teollisissa maissa; esimerkiksi väestön ikääntyminen koskettaa kaikkia teollistuneita maita lähivuosina. Palvelujärjestelmä käsittelee Suomen rakennetta, mutta siinä voidaan nähdä yhtäläisyyksiä muiden länsimaiden kanssa. Tämän takia tulokset eivät ole yleistettävissä.

Syksyllä 2008 Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia ja EVTEK yhdistyivät Metropolia Ammattikorkeakouluksi. Tästä johtuen tietojärjestelmät yhdistyivät. Seurauksena hakuprosessissa käytettyä Kurre-tietojärjestelmää ei enää ole. Hakutuloksia ei voi enää toistaa, mikä voidaan nähdä luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Jälkikäteen huomattiin, että hakuprosessissa ei yhdistelty hakusanoja ”client”, ”asiakas” ja ”future”, ”tulevaisuus”, vaikka ne olisivat olleet hyödyllisiä tutkimuskysymyksen kannalta. Tämä johtuu opinnäytetyön tekijän kokemuksen puutteesta. Kuitenkin käytetyillä hakusanoilla löytyi aiheeseen liittyvää materiaalia ja vastaukset kysymyksiin.

6.3 Eettisyys

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat rinnakkain. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä (”good scientific practice”). Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat muiden tutkijoiden vähättely, puutteellinen viittaaminen, tutkimustulosten ja käytettyjen menetelmien huolimaton ja harhaanjohtava raportointi, tulosten puutteellinen kirjoittaminen tai samojen tulosten julkaiseminen useita kertoja näennäisesti uusina. (Tuomi - Sarajärvi 2002: 130.) Tutkimusetiikan lähtökohdista kirjallisuuskatsauksessa ei ole inhimillistä kohdejoukkoa, jota voitaisiin tutkimuksessa vahingoittaa. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että opinnäytetyön tekijä toimii kirjallisuuskatsauksessa käytettävien aineistojen tekijöitä kohtaan vilpittömästi ja rehellisesti, ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn, esittää tutkimustulokset oikeassa valossa ja osoittaa avoimuutta. (Pietarinen 2002: 65 - 66.) Opinnäytetyössä osoitetaan tutkijoiden näkemykset siten, että asiasisältö pysyy mahdollisimman samanlaisena ja lähdeviitteet osoittavat alkuperäisen lähteen tekijän. Tarkemmat tiedot alkuperäisistä lähteistä löytyvät lähdeluettelosta.

Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä on tutkimuksen tekijällä itsellään ja tutkimusryhmän johtajalla.

Tämä tarkoittaa myös sitä, että opettajat ovat vastuussa kaikista oppilaittensa opinnäytetoissa tekemistä ratkaisuista, jotka koskevat tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Tuomi - Sarajärvi 2002: 130.) Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä vastaavan opettajan Ly Kalam-Salmisen ja toisen ohjaajan Eila-Sisko Korhosen kanssa, jotka ovat olleet tietoisia opinnäytetyön etenemisestä. Ohjaajien apua tarvittiin eniten opinnäytetyön alkuvaiheessa, jolloin aihepiiriä käsiteltiin laajasti ja sitä rajattiin hankkeelle sopivaksi ja hankkeen kannalta tarkoituksenmukaiseksi. Opinnäytetyön tekijä on koko ajan pysynyt aikataulussa mukana ja tuottanut työtä niin, että vastaavat opettajat ovat pystyneet ohjaamaan työtä ja antamaan siitä palautetta. Näin on täytetty hyvää tieteellistä käytäntöä.

6.4 Jatkokehittämishankkeet

Tulevaisuutta ennakoidaan usein kartoittamalla globaaleja muutosvoimia, ennustamalla väestönkehitystä ja ympäristön muutoksia sekä havainnoimalla suuria ja pieniä trendejä ja signaaleja, jotka muokkaavat maailmaa. Näiden näkemysten varaan rakennetaan visio siitä, mihin maailma on menossa, ja keinot, joilla muutokseen voidaan vastata. (Moisio 2005: 8.) Tulevaisuuden terveydenhuolto on aiheena mielenkiintoinen ja laaja. Tutkimattomia aihealueita on paljon. Jos haluaa tehdä tulevaisuustutkimuksen, tekijältä vaaditaan innovatiivisuutta, näkemystä ja kykyä nähdä nykymaailmassa pieniä merkkejä, jotka ovat tärkeitä myös tulevaisuudessa. Tulevaisuustutkimus on vaativa laji, mutta antaa tekijälleen paljon.

Tämän opinnäytetyön menetelmä oli kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia kysymyksiin: Millainen on tulevaisuuden asiakas ja palvelujärjestelmä? Tutkimuskirjallisuuden perehtymisvaiheessa jouduttiin aiheen rajauksen takia jättämään pois hyvin paljon tietoa tulevaisuuden terveydenhuollosta, koska se ei vastannut tutkimuskysymyksiin tai aihepiiri käsitteli aihetta vain osittain. Tällöin pelkona olisi ollut aiheen leviäminen. Nämä seuraavassa esiteltyt aiheet voisivat olla jatkokehittämisehdotuksia.

Suomessa on enemmän koulutettua henkilöstöä kuin koskaan, mutta työvoimapula uhkaa. Onko kuitenkin enemmän kyse siitä, että on pula houkuttelevista työpaikoista, palkkauksesta ja muista työsuhteiden ehdoista? Henkilöstön määrä ja rakenne suhteessa asiakkaiden hoidon tarpeeseen tulisi arvioida uudelleen. Työhön perehdytystä ja täydennyskoulutusta tulisi kehittää. (Markkanen 2008.) Tutkimuksissa tuli esille tulevaisuuden hoitajuuteen liittyviä tekijöitä, joita tässä opinnäytetyössä käsitellään hyvin niu-

kasti palvelujärjestelmään liittyvänä tekijänä. Tulevaisuuden hoitajuuteen liittyy läheisesti myös kouluttamistarve ja sen haasteet tulevaisuudessa. Tästä tulisi hyvin mielenkiintoinen opinnäytetyö. Markkanen (2008) muistuttaa, että suomalainen yhteiskunta kansainvälistyy ja maahanmuuttajia pitää rekrytoida terveystalouden koulutukseen ja työhön, jolloin asenteisiin tulee kiinnittää kasvavaa huomiota. Markkanen muistuttaa kuitenkin, ettei terveydenhuollon ammattihenkilöiden maasta- tai maahanmuutto ratkaise yksinään Suomen terveydenhuollon työvoiman saatavuusongelmia. Alan vetovoimaisuutta ja houkuttelevuutta tulee lisätä, ja alalla jo olevan työvoiman alalla pysymiseen tulee kiinnittää huomiota.

Kirjallisuudessa käsiteltiin myös eriteltynä hyvin tarkasti eri terveydenhuollon aloja tulevaisuudessa, kuten akuuttihoitoa, mielenterveyspalveluita ja lasten ja nuorten palveluita. Näistä voisi tehdä myös eritellyn esityksen, joka antaisi yksityiskohtaisempaa tietoa aihepiiristä ja haasteista asiakaslähtöisyyteen.

LÄHTEET

- Bezold, Clement 2005: The Future of Patient-Centered Care: Scenarios, Visions and Audacious Goals. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (1). 77 - 84.
- Eklund, Fredrik - Vauramo, Erkki - Autio, Antti - Kjisik, Henu 2007: Visio tulevaisuuden palvelujärjestelmästä - case Kymenlaakso. HEMA Instituutin julkaisuja nro 11. Espoo: Teknillinen korkeakoulu.
- Elo, Satu - Kyngäs, Helvi 2007: The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1). 107 - 115.
- Hyttinen, Hanna – Aavarinne, Heleena 2000: Delfi-menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa – esimerkkinä gerontologinen hoitotyö. *Hoitotiede* 12 (3). 121 - 128.
- Jauhiainen, Annikki 2004: Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä - asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto.
- Kaivo-oja, Jari - Suvinen, Nina 2002: Kohti vuotta 2030. Teoksessa Voutilainen Päivi - Saranto, Kaija – Peiponen, Arja – Mikkola, Taru (toim.): *Hoitotyön vuosikirja 2002 - hoitotyön tulevaisuus*. Helsinki: Tammi. 9 - 45.
- Kalasniemi, Maarit - Kuivalainen, Leena - Ryhänen, Arja 2004: Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen erikoissairaanhoidossa potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 2 (2). 22 - 28.
- Kangas, Ilka 2005: Ken on maassa tervein - tulevaisuutena eriarvoinen terveydenhuolto? Teoksessa Vuorenkoski, Lauri - Wiman, Ronald - Sinkkonen, Minna (toim.): *Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti 2005*. Helsinki: Stakes. 19 - 22.
- Karjalainen, Jouko 2008: Seuraavan sukupolven köyhät. Teoksessa Vuorenkoski, Lauri - Konttinen, Mauno - Sinkkonen, Minna (toim.): *Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti 2008*. Helsinki: Stakes. 25 - 28.

- Karttunen, Tuula 2005: Asiakaslähtöisten toimintamallien arviointi: kansainvälisen ja kansallisen hoitotieteellisen tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -työ. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kiikkala, Irma 2000: Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna - Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma (toim.): Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi. 112 - 121.
- Konttinen, Mauno 2006: Mitä kunta- ja palvelurakennemuutos saattaisi tuoda tullessaan? Teoksessa Vuorenkoski, Lauri - Konttinen, Mauno - Sinkkonen, Minna (toim.): Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti 2006. Helsinki: Stakes. 30 - 36.
- Kujala, Eila 2003: Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Acta Universitatis Tamperensis 914. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kuurila, Erja 2004: Hoidon laatu perusterveydenhuollossa. Kyselytutkimus ihmisläheinen hoito-mittarilla. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulutusohjelma. Kuopion yliopisto.
- Kuusi, Osmo 2008: Suomen terveydenhuolto, potilaat ja terveysyhteisöt vuonna 2030. Teoksessa Vuorenkoski, Lauri - Konttinen, Mauno - Sinkkonen, Minna (toim.): Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti 2008. Helsinki: Stakes. 9 - 18.
- Kuusi, Osmo - Ryytänen, Olli-Pekka - Kinnunen, Juha - Myllykangas, Markku - Lamintakanen, Johanna 2006: Terveydenhuollon tulevaisuus - tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Helsinki: Eduskunnan kanslian julkaisuja 3/2006.
- Kvist, Tarja 2004: Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kuurila, Tuula 2005: Asiakaslähtöisten toimintamallien arviointi – kansainvälisen ja kansallisen hoitotieteellisen tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1). 3 - 12.
- Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1). 37 - 45.

- Lauttamäki, Ville - Hietanen, Olli 2006: Sosiaali- ja terveystalouden työvoima- ja koulutus-
tarpeet 2015 - loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointihankkeesta.
Tulevaisuuden tutkimuskeskus. TUTU-julkaisuja 4/2006. Turun kauppakorkea-
koulu.
- Lehto, Juhani 2002: Terveyspalvelujärjestelmän tulevaisuus. Teoksessa Voutilainen,
Päivi - Saranto, Kaija - Peiponen Arja - Mikkola, Taru (toim.): Hoitotyön vuosi-
kirja 2002 - hoitotyön tulevaisuus. Helsinki: Tammi. 101 - 111.
- Lehto, Juhani - Kananoja, Aulikki - Kokko, Simo - Taipale, Vappu 2001: Sosiaali- ja
terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.
- Markkanen, Kirsi 2008: Maahanmuuttaja työvoiman jäsenenä. Luentomuistiinpanot.
Terveystalouden opintopäivä 4.11.2008. Helsinki: Tehy.
- Metsämuuronen, Jari 2000: Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveystalou-
s? 2. painos. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Metsämuuronen, Jari 2001: Sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuutta etsimässä. Interna-
tional Methelp Ky.
- Mikkola, Taru 2002: Tulevaisuuden saaraustaakka. Teoksessa Voutilainen, Päivi - Sa-
ranto, Kaija - Peiponen, Arja - Mikkola, Taru (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2002
- hoitotyön tulevaisuus. Tampere: Tammi. 49 - 60.
- Moisio, Elina 2005: Suomi 2015 - työn ja elämän uudet muodot. Teoksessa Vuorenkos-
ki, Lauri - Wiman, Ronald - Sinkkonen, Minna (toim.): Signaaleja, Stakesin tule-
vaisuusraportti 2005. Helsinki: Stakes. 8 - 11.
- Niemi, Annukka 2006: Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa, Yksityisen ja
julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Pro gradu
- tutkielma. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Nyman, Juha 2006: Metropoliluotain - sosiaali- ja terveystaloudet pääkaupunkiseudulla
vuonna 2015. Tutkimuksia 2006/1. Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Parpo, Antti - Kautto, Mikko 2007: Sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon taloudellinen
kestävyys tulevaisuudessa. Teoksessa Heikkilä, Matti - Lahti, Tuukka (toim.): So-
siaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes. 206 - 219.

- Pekkala, Eila 2000: Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Leino-Kilpi, Helena – Mikkola, Taru (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2001 – näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi. 58 - 68.
- Pietarinen, Juhani 2002: Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, Sakari - Launis, Veikko - Pelkonen, Risto (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus. 58 - 69.
- Pullinen, Jussi: 2008: Suomalaiset hakevat innokkaasti terveystietoa ja tukea internetistä. Helsingin Sanomat 9.11.2008. A4.
- Rousku, Kimmo 2008: Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien tietoteknologiatarpeet vuonna 2030. Teoksessa Vuorenkoski, Lauri - Konttinen, Mauno - Sinkkonen, Minna (toim.): Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti 2008. Helsinki: Stakes. 34 - 39.
- Salanterä, Sanna - Hupli, Maija 2003: Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY. 21 - 39.
- Sorsa, Minna 2002: Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Stakes 2006: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006. Helsinki: Stakes.
- STM 2006: Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 35. Helsinki.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valkonen, Tapani 2004: Elinajanodotteen kehitys, väestön vanheneminen ja tulevaisuuden terveysongelmat maailmassa ja meillä. Duodecim 120 (18). 2173 - 2179.
- Voutilainen, Päivi - Vaarama, Marja 2002: Ikääntyneet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat -skenaario hoivapalvelujen asiakasmäärien kehityksestä. Teoksessa Voutilainen Päivi - Saranto, Kaija – Peiponen, Arja – Mikkola, Taru (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2002 - hoitotyön tulevaisuus. Tampere: Tammi. 87 - 97.

- Vuorenkoski, Lauri - Konttinen, Mauno 2008: Tulevaisuuden asiakkaat ja palvelut - Stakesin tulevaisuusverstaan anti. Teoksessa Vuorenkoski, Lauri - Konttinen, Mauno - Sinkkonen, Minna (toim.): Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti 2008. Helsinki: Stakes. 40 - 45.
- Vuorento, Reijo 2007: PARAS uudistaa palvelut, mutta mitä uutta se tuo ohjaukseen? TERVE-SOS 2007 -koulutustapahtuman luentolyhennelmät. Työpapereita 12/2007. Helsinki: Stakes.
- Willberg, Mirja – Valtonen, Hannu 2007: Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 36.

LIITE 1

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty, otsikko	Tarkoitus	Aineiston keruu ja analysointi, kohderyhmä	Sisältö lyhyesti
Kaivo-oja Jari, Suvinen Nina , 2002, Suomi Kohti vuotta 2030	Tarkoitus keskittyä kysymyksiin, joihin sosiaali- ja terveysalalla on syytä varautua omissa sisäisissä kehitystoimissaan ja strategioissa	Tarkastelee tulevaisuuskehitystä 1) yleisten megatrendien näkökulmasta, 2) erilaisten skenaarioiden 3) heikkojen signaalien näkökulmasta. Asiantuntija-artikkeli	Megatrendit: Globalisoituminen; asenteet, markkinat, tuotantoprosessi ja rahatalous 2) Verkostoituminen 3) kestävä kehitys 4) työn murros; siirtyminen tietoyhteiskuntaan 5) julkisen sektorin rooli; ohjaustehtävät, itsepalvelu 6) väestön ikääntyminen ja nuorison ongelmat 7) kulttuurinen syrjäytyminen 8) teknologian kehitys
Mikkola Taru, 2002, Suomi Tulevaisuuden sairaustaakka	Tarkoituksena ennustaa tulevaisuuden sairastavuutta ja kuolleisuutta	Maailman terveysjärjestön, WHO:n suositukset, tutkimus- ja kehittämistyö, tiedon keruu, analysointi. Suomen Terveys 2015-ohjelma Asiantuntija-artikkeli	Keskittyy eri sairauksiin, mutta pohtii myös eriarvoisuutta. Käy läpi kansainvälistymistä ja uhkia maailmalta. Sairauksina: väestön vanheneminen, tarttuvien tautien väheneminen, HIV:n leviäminen, tupakointiin liittyvä kuolleisuus lisääntyy.
Voutilainen Päivi, Vaarama, Marja, 2002, Suomi Ikääntyneet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat -skenaario hoivapalvelujen asiakasmäärien kehityksestä	Tavoitteena kuvata sitä tulevaisuutta, mikä maassamme toteutuu, ellei nykyisiä toimintatapoja muuteta, sekä arvioida kehityksen suotavuutta nykyisten palvelutoiminnan puutteista.	Asiantuntija-artikkeli perustuu Stakesin Ikääntyminen ja palvelut -ryhmässä meneillään olevaan tutkimukseen, jossa arvioidaan ikääntyneiden hoivapalvelujen kysynnän ja resurssitarpeiden kehitystä vuoteen 2030. SOTKA ja HILMO tietokannat.	Ikäihmisten eläköityminen, töistä lähtö sekä hoivapalveluiden tarpeen lisääntyminen kahdessa eri jaksossa. Ikääntyvien ihmisten palvelurakenteet tulevaisuudessa. Käydään läpi nykyistä palvelurakennetta ja sitä muutosta. Asiakasmäärien lisääntyminen avopalveluissa ja palveluasumisissa ja laitoshoidossa
Osmo Kuusi, 2008, Suomi Suomen terveydenhuolto, potilaat ja terveysyhteisöt vuonna 2030 Signaaleja (toim.)	Tarkoituksena ennakoida, minkälaisia käyttäjiä sosiaali- ja terveyspalveluilla on vuonna 2030. Tämä on keskeinen näkökulma sosiaali- ja terveyspalveluita kehitettäessä, jotta palvelut voidaan tuottaa asiakas- ja tarvelähtöisesti	Stakesissa vuodesta 2003 lähtien toiminut työryhmä. Sen tehtävänä on tulevaisuuden tietämyksen hankkiminen, kokoaminen ja kohdentaminen sosiaali- ja terveysalan tutkimuksen ja kehittämisen avuksi sekä Stakesin strategisen johtamisen tueksi. Asiantuntija-artikkeli	Visioi terveydenhuollon kannalta keskeisimmiksi kansalaisryhmiksi vuonna 2030 globaalikansalaiset, suomalaiset sinnittelijät, seniorit ja muut ”itselliset” sekä jatkuvaa hoitoa vaativat. Palvelujärjestelmän ennakkoinnissa löydettiin kolme skenaariota: julkisen vastuun, yhteisö vastuun ja yksilö vastuun skenaario.
Karjalainen Jouko, 2008, Suomi Seuraavan sukupolven köyhät	Tarkoituksena ennakoida, minkälaisia käyttäjiä sosiaali- ja terveyspalveluilla on vuonna 2030	Stakesissa vuodesta 2003 lähtien toiminut työryhmä. Asiantuntija-artikkeli	Kolme skenaariota tulevaisuuden köyhyydestä: Suomi sivilisaation ulkomuseona, Suomi lihoiksi ja ohennettu pohjoismainen malli-skenaario. Työmarkkinoiden kehittyminen on keskeinen tulevaisuuden köyhyyttä määrittävä tekijä. Eriarvoisuuden ja työvoiman merkityksen pohdintaa

<p>Vuorenkoski Lauri, Konttinen Mauno, 2008, Suomi</p> <p>Tulevaisuuden asiakkaat ja palvelut-Stakesin tulevaisuusverstaan anti</p>	<p>Tarkoituksena ennakoida, minkälaisia käyttäjiä sosiaali- ja terveyspalveluilla on vuonna 2030</p>	<p>Vetäjänä toimi Turun kauppakorkeakoulun tulevaisuuden tutkimuskeskuksesta ja 11 Stakesin asiantuntijaa.</p> <p>Menetelmänä oli ennakointi tulevaisuuspyörän, tulevaisuustaulukon ja tulevaisuustarinoiden avulla. Työskentely kahdessa ryhmässä</p>	<p>Verstaassa pohdittiin vuoden 2030 palvelujärjestelmää palveluiden käyttäjien odotuksien ja tarpeiden näkökulmasta. Keskeisinä tulevaisuuden muutostrendeinä verstaassa tunnistettiin mm. ylisukupolvisen huolenpidon lisääntyminen, läheisverkostojen monimuotoistuminen, itsehoidon merkityksen kasvu, maahanmuuttajien lisääntyminen ja uusien asiakasryhmien muodostuminen.</p>
<p>Rousku, Kimmo 2008, Suomi</p> <p>Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien tietoteknologiatarpeet vuonna 2030</p>	<p>Tarkoituksena ennakoida, minkälaisia käyttäjiä sosiaali- ja terveyspalveluilla on vuonna 2030</p>	<p>Stakesissa vuodesta 2003 lähtien toiminut työryhmä. Asiantuntija-artikkeli</p>	<p>Käy läpi tietotekniikan kehittymistä historiasta, nykypäivää ja tulevaisuutta aina 2030-luvulle asti. Tietoteknologia tulee muuttamaan radikaalisti tulevaisuudessa ja antaa monia mahdollisuuksia.</p>
<p>Valkonen Tapani, 2004, Suomi, Duodecim</p> <p>Elinajanodotteen kehitys, väestön vanheneminen ja tulevaisuuden terveysongelmat maailmassa ja meillä</p>	<p>Tarkoituksena osoittaa terveydenhuollolle ikäihmisistä johtuvista muutoksista tulevaisuudessa.</p>	<p>Elinajanodotteen skenaariot ja trendit. Erilaiset laskelmat ja niistä tehdyt päätelmät.</p>	<p>Elintason nousun ja lääketieteen kehityksen ansiosta elinajanodote on pidentynyt. Myönteinen kehitys jatkuu, jolloin vanhojen ikäryhmien koko kasaa. Tautikirjo maailmassa muuttuu; sydän- ja verisuonitautien, psyykkisten häiriöiden ja ulkoisten syiden osuudet kasvavat.</p>
<p>STM 2006:35, Suomi</p> <p>Tulevaisuuskauppa 2006</p>	<p>Sisältää STM:n näkemyksen sosiaali-, terveys-, ja tasa-arvopolitiikan lähivuosien painotuksista</p>	<p>Laadittu valtioneuvoston pyynnöstä. Ministeriöt valmistelevat oman hallinnonalan lähivuosien painotuksia.</p>	<p>Linjaukset kohti tavoitetilaa: 1) Edistetään terveyttä ja toimintakykyä, 2) lisätään työelämän vetovoimaa, 3) vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä ja 4) varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.</p> <p>Toimintaympäristön muutostekijät: globalisoituminen, demografiset muutokset, teknologia, köyhyys, julkinen talous kehittyy ym</p> <p>Toimenpidelinjaukset eri muutostekijöille</p>
<p>Lauttamäki Ville, Hietanen Olli 2006, Suomi</p> <p>Tulevaisuuden tutkimuskeskus. TUTU-julkaisuja 4/2006</p> <p>Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon</p>	<p>STM asettanut ennakoivan työryhmän, jonka tarkoitus on seurata ja ennakoida väestön tarpeisiin sekä palvelujärjestelmän ja työelämän muutoksiin liittyviä työvoima- ja koulutustarpeita sekä koulutuksen kehittämistarpeita</p>	<p>Delfoi-menetelmä</p> <p>Verkkopohjainen kyselytutkimus sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle tarjonta- ja kysyntäpuolelta. Otanta 200, vastaus (n 91). Vastausprosentti suurempi, koska osa n 9 oli useamman henkilön muodostama ryhmä</p> <p>Seuraava osio:</p>	<p>Väestö vanhenee, samoin hoitoalan työntekijöitä poistuu. Väestö eriarvoistuu</p> <p>Asiakkaiden koulutustaso ja tieto terveydestä nousee.</p> <p>Peruspalvelut säilyvät, kolmannen sektorin palvelut ja valtion osuus lisääntyvät, yhdistymisiä tapahtuu pienillä paikkakunnilla. Erikois- ja perussairaanhoidot yhdistyvät, sairaanhoitopiirejä vähemmän. Valtio ja potilaat maksavat.</p>

ennakointihankkeesta		tulevaisuusverstas, 38 osallistujaa Hyvinvointia vahvistat ja kehittämistä vaativat tekijät	Laitoshuolto vähenee, avo-, omais- ja itsehoito lisääntyy. Viestintäteknologian lisääntyminen. Ennakoivan ja ehkäisevän työn merkitys lisääntyy resurssien tiukentuessa
Eklund Fredrik, Vauramo Erkki, Autio Antti, Kjisik Henu 2007, Suomi Visio tulevaisuuden palvelujärjestelmästä - case Kymenlaakso	Tavoitteena on yhden esimerkkisairaanhoidopiirin kautta löytää keinot selvittää suuren ikäluokan vanhenemisesta. Tehdään visio.	Perustuu aineistoihin, jotka saatu Suomesta Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä ja terveydenhuollon työntekijöistä koskevista rekistereistä, väestöennusteen ja kuntatietojen osalta Tilastokeskuksesta. OECD:n Heath data	Visio avulla voidaan nähdä alueellisella tasolla terveydenhuollon suuret kehityslinjat sekä suunnitella palvelujärjestelmä vastaamaan tulevaisuuden tehtäviin. Visiossa tarkastellaan vain ikärakenteen vaikutusta, koska uusien hoitomenetelmien läpimurrosta ei ole konkreettista näyttöä. Koska ongelmat ovat Suomen sairaanhoidopiireillä samat, pyritään hyödyntämään kansainvälistä näkökulmaa.
Kuusi Osmo, Rynnänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna, 2006, Suomi Terveydenhuollon tulevaisuus, tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon Eduskunnan julkaisuja 3/2006	Tarkoituksena on selvittää terveydenhuollon alueellista järjestämistä tulevaisuudessa.	Tilattu selvitys Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja talouden laitoksen tutkijaryhmältä. Terveydenhuollon tulevaisuus -hanke 2003- Vaiheet: Delhi-menetelmä; esiselvittely, arviointi, uuden aineiston hankinta, haastattelut, vaihtoehtoisten skenaarioiden laadinta	Suomen terveydenhuolto on muutosten edessä. Väestö ikääntyy, hoidon tarve lisääntyy, hoidon tarve muuttotappiokunnissa lisääntyy. Terveydenhuollon alueellisen järjestämisen uudelleen arviointi. Väestökehitystä suurempi haaste liittyy teknologian kehitykseen. Uuden teknologian myötä kansalaiset voivat ottaa vastuun omasta terveydestä. Keskeiseksi haasteeksi tunnistettiin yhä ongelmallisemmaksi muodostuva epäsuhta toisaalta hoidon lisääntyvän tarpeen ja paranevien hoitomahdollisuuksien ja toisaalta käytettävissä olevien resurssien välillä.
Kangas Ilka 2005, Suomi Ken on maassa tervein -tulevaisuutena eriarvoinen terveydenhuolto?	Tarkoitus pohtia tulevaisuuden eriarvoistuvaa Suomea, syitä ja palvelujärjestelmää	Asiantuntija-artikkeli, jossa otetaan esiin heikkoja signaaleja, jotka viitoittavat sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin tulevaisuuden kehitystä	Eriarvoisuuden vähentämiseen vaaditaan ponnistusta yli politiikan rajojen, palvelujärjestelmän tulisi olla oikeudenmukainen. Kunnat eivät pysty yksin ratkaisemaan ongelmia. Jakaumaongelma terveydessä kuin palveluissakin. Globaalisti terveyserot kasvaa.
Konttinen Mauno 2006, Suomi Mitä kunta- ja palvelurakennemuutostu saattaisi tuoda tullessaan?	Taustalla PARAS-hanke ja tarkoituksena tarkastella muutoksiin liittyviä syitä, tarpeita ja palvelujärjestelmää	Asiantuntija-artikkeli. Paras-hanke taustalla. Taustalla Stakesin työryhmän arviointikriteerit esitellyille malleille	Eri palvelurakennemallit: 1) Peruskuntamalli 2) Piirimalli 3) Aluekuntamalli. Arviointikriteereinä asiakkaiden näkökulma ja tarpeet: terveyden edistämisen merkitys, rahoitus, peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen, rahoitusvastuun siirto osittain valtiolle.
Nyman, Juha 2006, Suomi Metropoliluotain, Sosiaali- ja	Päätäjistä, tutkijoista ja kouluttajista koostuva tutkimusjoukon näkemyksiä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat	Delfimenetelmä. Tutkimusjoukko (n 56) haastateltiin ja haastattelujen vastauksista	Pääkaupunkiseudulla hyvinvoinnin ja terveyden erot väestöryhmien välillä lisääntyy. Julkisten palvelujen kysyntä lisääntyy enemmän kuin

<p>terveyspalvelut pääkaupunkiseudulla vuonna 2015</p>	<p>merkittävimmin pääkaupunkiseudun terveyspalveluiden kehitykseen ja minkälainen palveluiden kehitys on todennäköinen v. 2015 mennessä.</p>	<p>muodostettiin luokittelemalla sekä tiivistämällä kolme strukturoitua kyselyä, jotka lähetettiin vastattavaksi aiemmin haastatelluille internetin kautta. Vastausaktiivisuus ensimmäisessä oli 34%, toisessa 76% ja kolmannessa 70 %</p>	<p>saatavuus, sairastuvuus lisääntyy. Asiakkaiden laatutietoisuus lisääntyy, teknologia kehittyy. Palvelujen tuottajana säilyy julkinen sektori, yhteistyö yksityisen kanssa lisääntyy</p>
<p>Jauhiainen Annikki, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotiede.</p> <p>Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä – Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia näkemyksiä terveydenhuollon ja tietotekniikan ammattilaisilla sekä potilailta oli tieto- ja viestintätekniikan nykyisestä ja tulevasta käytöstä hoitotyössä, Tulevaisuuden tarkastelun ajankohdaksi asetettiin vuosi 2010.</p>	<p>Tutkimusaineisto koottiin kolmella kyselykierroksella asiantuntijaraadilta, jonka muodostivat terveydenhuollon käytännön, hallinnon, koulutuksen, tutkimuksen, kehittämisen ja tietotekniikan ammattilaiset sekä maallikkojäsenenä potilaat. Asiantuntijaraadin koko oli 81 henkilöä.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että tekniikka ja mahdollistaa tieto- ja viestintätekniikan käyttöä tulevaisuuden hoitotyössä vuonna 2010. Tieto- ja viestintätekniikkaa käytetään inhimillisen toiminnan tukena hoitotyön toteuttamisessa ja kehittämisessä. Tieto- ja viestintätekniikka tarjoaa vaihtoehtoja perinteisille hoitotyön menetelmille ja palveluille. Asiakaslähtöisyyskkenaario korostaa potilaiden ja asiakkaiden asiakaslähtöistä toimintaa. He hakevat tietoa palveluista, hoito- ohjeita ja vertaisia tietoverkkojen välityksellä sekä ovat yhteyksissä hoitotyöntekijään etäpoliklinikalle.</p>