

**POTILAIKEN ARVIOINTEJA HOIDON LAADUSTA TERVEYSKESKUKSEN  
VUODEOSASTOILLA**

Kärt Zibulski  
Pro gradu -tutkielma  
Hoitotiede  
Terveystieteiden opettajankoulutus  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Toukokuu 2014

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

<b>1 JOHDANTO</b> .....	1
<b>2 HOIDON LAATU VUODEOSASTOILLA</b> .....	3
2.1 Kirjallisuuskatsaus.....	3
2.2 Hoidon laatu .....	5
2.3 Hoidon laatu Ihmisläheinen hoito – mittarilla arvioituna .....	6
2.4 Hoidon laadun osa-alueet .....	7
2.4.1 Henkilöstön ammatillisuus .....	7
2.4.2 Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti.....	8
2.4.3 Potilaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen.....	9
2.4.4 Kipujen ja pelkojen lievittäminen.....	10
2.4.5 Henkilöstöressurit .....	11
2.4.6 Henkilökunnan yhteistyö .....	11
2.4.7 Hoidon laadun muut osatekijät .....	11
2.5 Potilaiden taustatekijöiden yhteys hoidon laadun arviointiin .....	12
2.6 Yhteenveto hoidon laadusta aiempien tutkimusten mukaan .....	13
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	15
<b>4 TUTKIMUSAINEISTO- JA MENETELMÄT</b> .....	16
4.1 Aineiston keruu .....	16
4.2 Ihmisläheinen hoito – mittari .....	16
4.3 Aineiston analyysi .....	19
<b>5 TULOKSET</b> .....	21
5.1 Taustatiedot .....	21
5.2 Potilaiden arvioinnit hoidon laadusta .....	23
5.3 Potilaiden arvioinnit eri ammattiryhmistä.....	23
5.4 Potilaiden arvioinnit hoidon laadun osa-alueiden toteutumisesta .....	24
5.4.1 Potilaiden arvioinnit henkilöstön ammatillisuuden toteutumisesta .....	24
5.4.2 Potilaiden arvioinnit hoitoon osallistumisesta ja tiedon saannista .....	26
5.4.3 Potilaiden arvioinnit fyysisiin tarpeisiin vastaamisesta .....	28
5.4.4 Potilaiden arvioinnit kipujen ja pelkojen lievittämisen toteutumisesta .....	29
5.4.5 Potilaiden arvioinnit henkilöstöressurssien toteutumisesta.....	30
5.4.6 Potilaiden arvioinnit henkilöstön yhteistyön toteutumisesta .....	31
5.4.7 Potilaiden arvioinnit hoidon laadun muista osatekijöistä .....	32
5.4.8 Potilaiden arvioinnit tulosuuttajista.....	33
5.5 Potilaiden taustamuuttujien yhteys hoidon laadun osa-alueiden toteutumisen arviointeihin...	34
5.6 Yhteenveto tuloksista .....	37

<b>6 POHDINTA</b> .....	40
6.1 Keskeisten tulosten tarkastelua .....	40
6.2 Tutkimuksen eettisyys .....	43
6.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	44
6.4 Johtopäätökset .....	45
6.5 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet .....	45

## **LÄHTEET**

### **LIITTEET**

Liite 1. Kirjallisuushaun tulokset

Liite 2. Ihmisläheinen hoito – mittarilla tehdyn tutkimukset

Liite 3. Hoidon laadun osa-alueiden summamuuttujat

Liite 4. Taustamuuttujien merkitsevyys hoidon laadun arvioinnissa

**Zibulski, Kärt**

Potilaiden arviointeja hoidon laadusta  
terveyskeskuksen vuodeosastoilla  
Pro gradu –tutkielma, 52 sivua, 4 liitettä (14 sivua)  
Yliopistotutkija, TtT Tarja Kvist  
Tutkija, TtT Raija Mäntynen

Ohjaajat:

Toukokuu 2014

---

Hoidon laatu on arvioitu hyväksi niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. Hoidon laadun tutkiminen on keskittynyt erikoissairaanhoidon ja sitä on tutkittu vähän perusterveydenhuollossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoidon laadun osa-alueiden toteutumista terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla, sekä potilaiden taustatekijöiden yhteyttä hoidon laadun arviointeihin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vuodeosastojen toimintatapojen kehittämiseen hoidon laadun parantamiseksi.

Tutkimus toteutettiin terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla 20.1- 21.2.2014. Kohderyhmänä olivat potilaat (n = 232), jotka olivat tutkimusaineiston keruun aikana hoidossa tutkimukseen osallistuneilla terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Tutkimukseen vastasi yhteensä 94 potilasta, vastausprosentti oli 40.5 %. Tutkimusaineisto kerättiin uudistetulla Ihmisläheinen hoito –mittarilla (RILH –mittari), jota täydennettiin tätä tutkimusta varten kahdella muuttujalla. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 19.0 tilasto-ohjelmalla. Keskiarvojen vertailussa tarkasteltiin aineiston suorat jakaumat sekä käytettiin Kruskalin-Wallis testia ja Mann-Whitneyn U-testiä.

Potilaat arvioivat yleisesti ottaen terveyskeskuksen vuodeosastojen hoidon laadun hyväksi kaikilla hoidon laadun osa-alueilla. Potilaat olivat myös tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoidon tulokseen. Potilaiden taustamuuttujista vuodeosastolla, kyselylomakkeen täyttäjällä ja hoitoon tulopaikalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys yhteen tai useampaan hoidon laadun osa-alueen arviointiin. Hoidon laadun osa-alueista parhaiten toteutui potilaiden arvioimana fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, lähes kaikki potilaat olivat samaa mieltä siitä, että ruokaa ja juomaa oli sopivasti ja että heitä autettiin tarvittaessa henkilökohtaisen puhtauden ja liikuntakyvyn ylläpitämisessä. Hoidon laadun osa-alueista heikoimman arvioinnin sai kipujen ja pelkojen lievittäminen. Vain noin puolet potilaista oli sitä mieltä, että he saivat ymmärrettävää kivunhoidon ohjausta tai että kivun hoidossa käytettiin muita kivunhoidon menetelmiä kuin lääkehoitoa.

Tutkimus vahvistaa aiempia tutkimuksia siitä, että hoidon laatu on hyvää ja että potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Hoidon laadun osa-alueiden toteutumista perusterveydenhuollossa tulisi tutkia laajemmin ja hoitohenkilöstön kivunhoidon koulutusta tulisi lisätä.

Avainsanat: hoidon laatu, potilas, perusterveydenhuolto, vuodeosasto, kvantitatiivinen kyselytutkimus.

**Kärt Zibulski**

Patient's evaluations of quality of care in primary care wards

Master's Thesis, 52 pages, 4 appendences (14 pages)

Supervisors:

University researcher, PhD Tarja Kvist

Researcher, PhD Raija Mäntynen

May 2014

---

According to international and national studies, health care quality in Finland is good. The quality of care has been studied extensively, especially in specialized medical health care, but only a few studies have been set in primary health care wards. The purpose of this study was to describe patient satisfaction with subareas in five primary health care wards and to determine any connections with patient satisfaction and characteristics of patient. The result of this study can be used in the development of care quality on primary healthcare wards.

Patient data was collected from five primary health care wards in Finland 20.1-2.3.2014. The systematic sample was collected from those patients (n = 232) who were admitted to selected primary care wards. 94 patients responded, response rate was 40.5%. The survey data was collected using the Revised Humane Care Scale (RHSC), which was further modified two variables for the uses of this study with two variables. The data was analyzed using SPSS for Windows 19.0. There was used Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U- test were used to descript statistics.

Overall, patients estimate that quality of care was good at every subarea. Patients were also satisfied with care. Four characteristics of patient were connecter with one or more subareas. Those characteristics were hospital ward, form filler and place where patient came to the ward. The care quality area the patients were most satisfied with was the meeting of physical needs. Most patients agreed that they were given enough food and drinks, and they received help when necessary with their personal hygiene and maintaining their physical capacity. The care quality area that the patients were most dissatisfied with was the pain and apprehension management. Only less than half evaluated that their pain management needs were met or that other means of pain relief besides pain medication was used.

Previous study on quality of care supports results of this study and that quality of care is good and further more that the patients are satisfied with their care in hospital wards. In the future, there is a need for further and wider studies about quality of care in primary care wards and there is a need for more interventions regards pain management.

Keywords: quality of care, patient, primary health care, ward, quantitative survey.

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, joissa toiminta on laadukasta, turvallista ja asianmukaista. Lain mukaan hoidettavilla potilailla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito tulee järjestää ja potilasta kohdella hänen ihmisarvoaan loukkaamatta sekä kunnioittaa hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Ihmisten hyvinvointi ja terveys koostuvat monista eri tekijöistä. Sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut eivät yksin pysty turvaamaan ihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä poistamaan riskitekijöitä. Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, jonka tavoitteena vuosina 2012–2015 on eriarvoisuuden vähentäminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi. (STM 2012.)

Palveluja käyttävien asiakkaiden tulee luottaa palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen. Palvelujen laadussa, vaikuttavuudessa, saatavuudessa ja saavutettavuudessa on väestön ja asiakkaiden näkökulmasta ongelmia ja alueellisia vaihteluita. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden osallistumista omien palveluidensa suunnitteluun tulisi vahvistaa. (STM 2012.)

Terveydenhuollon laatutyöryhmässä on asetettu vuodelle 2015 laatutyön visio, jonka tavoitteena on, että potilas hoidetaan yhteisymmärryksessä potilaan itsensä kanssa ottaen huomioon hänen tarpeensa ja toiveensa. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon prosessina turvallisesti, ottaen huomioon näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvat ja vaikuttavat menetelmät. Yhteistyö eri hoitoon osallistuvien tahojen välillä tulee olla saumatonta. Hoidon lopputuloksena on potilas, joka on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn. (Kuntaliitto 2011.)

Kansallisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan Suomessa hoidon laatu on hyvää (Eloranta ym. 2008, Aiken ym. 2012, Kvist ym. 2013). Hyvänlaatuisessa terveydenhuollossa resurssit käytetään parhaalla mahdollisella tavalla: turvallisesti, säästäväisesti, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin vastaten. Hyvä hoidon laatu edellyttää johdon ja koko henkilökunnan sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin ja yhteistyötä eri toimintayksiköiden välillä. (Kuntaliitto 2011.)



## 2 HOIDON LAATU VUODEOSASTOILLA

### 2.1 Kirjallisuuskatsaus

Hoidon laadun ja siihen yhteydessä olevien käsitteiden määrittelemiseksi tehtiin kirjallisuuskatsaus, jota varten suoritettiin hakuja sähköisistä tietokannoista CINAHL (EBSCO), PubMed, Medic ja Josku. Haut tehtiin lokakuussa ja marraskuussa 2013 sekä täydennettiin huhtikuussa 2014. Haut tehtiin yhdistelemällä seuraavia hakusanoja: ”humane care”, ”quality of caring”, ”patient satisfaction with care”, ”quality of nursing care”, ”elderly patients in primary care”, ”in hospital”, pot\*, hoi\*, laatu, laad\* mittari\* ja hoitotyö.

Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan vuosina 2008–2014 julkaistut englannin- ja suomenkieliset tieteelliset tutkimukset, joiden koko teksti oli saatavissa sähköisenä tai suomalaisista yliopistoista ja joiden tiivistelmä tuli myös olla luettavissa. Tutkimusten tuli kuvata hoidon laatua sairaalaympäristössä potilaiden arvioimana sekä hoidon laadun arviointiin yhteydessä olevia tekijöitä. Kirjallisuuskatsauksesta suljettiin pois tutkimukset, jotka oli kohdistettu psykiatriseen hoitoon, kotisairaanhoidon tai muuhun kuin sairaalaympäristöön. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan vain ne pro gradu –tutkielmat, joissa aineiston keruussa käytettiin Ihmisläheinen hoito –mittaria. Näitä pro gradu -tutkielmia on käytetty vain kuvaamaan Ihmisläheinen hoito –mittarin käyttöä. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli saada tietoa hoidon laadusta, sen osa-alueista ja sen arviointiin yhteydessä olevia tekijöitä.

Hakujen perusteella löydettiin yhteensä 753 artikkelia, joista tiivistelmien perusteella valittiin lähdetekstit. Haut tuottivat useita päällekkäisyyksiä ja lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin 27 tutkimusta. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen hakujen sivuhakujen perusteella valittiin mukaan 7 tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi on kuvattuna taulukossa 1 ja kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset ovat kuvattuina liitetaulukossa 1 (Liite 1). Kirjallisuuskatsausta täydennettiin lisäksi muulla yleisellä tutkimustiedolla ja kirjallisuudella hoidon laadusta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä.

Tähän kirjallisuuskatsaukseen on valittu mukaan kaksi tutkimusta (Sohlberg 1993, Töyry 2001), jotka eivät täytä mukaan otettujen tutkimusten kriteereitä. Nämä kaksi tutkimusta on valittu tähän kirjallisuuskatsaukseen, koska niissä on kuvattu hyvin ihmisläheisen hoidon peruseriaatteita sekä ihmisläheisen hoidon eri osa-alueita. Näitä asioita ei ole kuvattuina muissa lähteissä. Lisäksi



tutkielmaan on valittu mukaan väitöskirjoja vuosilta 1990–2014 kuvaamaan Ihmisläheinen hoito – mittarin käyttöä.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen tietokantahaku.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Tulokset	Valittu
Pub Med	(("humane care") OR ("hospital care") AND ("quality of caring") OR ("patient satisfaction with care"))	2008- 16.04.2014 Abstract available	121	0
	((elderly patients in primary care) AND (quality of care) AND (in hospital))	2008-11.04.2014 English Abstract available Full text available	266	11
Medic	pot* AND hoi* AND laatu	2008–31.03.2014	55	4
	hoit* AND laa* AND mittari*	2008–31.03.2014	9	0
	potila* AND arvio* AND laa*	2008–16.04.2014	113	2
CINAHL (EBSCO)	(MH "Quality of Nursing Care") AND ("Health Care") AND (Patient)	2008-16.04.2014 Peer reviewed English Abstract available	180	5
Josku	"Hoidon laatu"	1990–2014	57	5
Manuaalihaku	Hoitotiede	2008–2014		2
	Tutkiva hoitotyö			0
	Sivuhaut			5
Yhteensä 34 tutkimusta				

## 2.2 Hoidon laatu

Terveydenhuollossa laatu merkitsee potilaiden tarpeisiin ja vaatimuksiin vastaamista (Kuntaliitto 2011). Lain mukaan hoidettavilla potilailla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito tulee järjestää ja potilasta kohdella hänen ihmisarvoaan loukkaamatta sekä kunnioittaa hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Potilaan arvio hoidon laadusta on yksi parhaimmista menetelmistä arvioimaan terveyspalveluiden laatua. Potilaiden arvioiden avulla voidaan parantaa ja kehittää terveyspalveluja. (Wong ym. 2013.)

Terveydenhuollon laatutyöryhmän vuoden 2015 visio on, että potilas hoidetaan yhteisymmärryksessä potilaan itsensä kanssa ottaen huomioon hänen tarpeensa ja toiveensa. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon prosessina turvallisesti, ottaen huomioon näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvat ja vaikuttavat menetelmät. Yhteistyö eri hoitoon osallistuvien tahojen välillä tulee olla saumatonta. Hoidon lopputuloksena on potilas, joka on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn. (Kuntaliitto 2011.)

Hoidon laadun arvioinnissa huomioidaan henkilöstön ammattitaito, hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, kipujen ja pelkojen lievittäminen sekä henkilöstöressurssien ja henkilöstön yhteistyön toteutuminen potilaiden näkökulmasta. (Töyry 2001, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013.) Hoidon laadun osa-alueiden lisäksi tässä tutkimuksessa potilaat arvioivat neljä tulosmuuttujaa sekä kaksi muuta aihepiiriin sopivaa muuttujaa, jotka ovat mukana tutkimusorganisaation toiveesta.

Hoidon laatua voidaan mitata monin eri tavoin. Eri sairaaloilla on omat tapansa mitata hoidon laatua; mittauksessa voidaan käyttää eri menetelmiä kuten sisäistä arviointia tai arvioinnissa pyritään vastaamaan ulkoisiin standardeihin. (Sack ym. 2011.) Ihmisläheinen hoito -mittari on yksi hoidon laadun arviointiin käytetty mittari (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Tervo-Heikkinen ym. 2008, Kvist ym. 2013). Muita hoidon laadun arviointiin käytettyjä suomalaismittareita ovat HYVÄ HOITO -mittari (Eloranta ym. 2008) ja Yksilöllinen hoito -mittari (Suhonen ym. 2013).

### 2.3 Hoidon laatu Ihmisläheinen hoito – mittarilla arvioituna

Ihmisläheinen hoito –mittaria on käytetty 2000-luvulla hoidon laadun arvioinnissa erilaisissa väitöskirjoissa sekä pro gradu -tutkielmissa. Lisäksi muun muassa Kvist ym. (2007), Tervo-Heikkinen ym. (2008) ja Kvist ym. (2013) ovat julkaisseet kansainvälisiä julkaisuja, joissa on käytetty Ihmisläheinen hoito –mittaria. Tutkimukset, joissa on käytetty Ihmisläheinen hoito -mittaria, ovat kuvattuina liitetaulukossa 2 (Liite 2).

Ihmisläheinen hoito –mittaria käytettäessä hoidon laatu on yleisesti ottaen arvioitu hyväksi (ks. Töyry 2001, Kuurila 2004, Kvist 2004, Kvist ym. 2013). Pääsääntöisesti hoidon laatua on arvioitu erikoissairaanhoidossa (ks. Partanen 2002, Tervo-Heikkinen ym. 2008, Kvist ym. 2007), mutta myös saattohoidossa (Mikkonen 2007), ulkomaalaisessa keskussairaalassa (Hiltunen 2008) sekä lääkäriaseman vastaanottoympäristössä (Hartikainen 2013).

Töyry (2001) kehitti Ihmisläheinen hoito –mittaria väitöskirjatutkimuksessaan tutkimusaineiston perusteella. Tutkimuksessa todettiin hoidon laadun olevan hyvää ja että Ihmisläheinen hoito –mittaria voidaan käyttää luotettavasti hoidon laadun mittaamiseen. Kvist (2004) keräsi tutkimusaineistonsa Ihmisläheinen hoito –mittarilla potilailta, hoitohenkilökunnalta, lääkäreiltä ja johtajilta. Tutkimuksen mukaan henkilökunta ja potilaat arvioivat hoidon laadun hyväksi.

Ihmisläheinen hoito –mittaria on käytetty myös monissa pro gradu –tutkielmissa (ks. Kuurila 2004, Hiltunen 2008, Hartikainen 2013). Kuurilan (2004) tutkimuksessa selvitettiin hoidon laadun toteutumista terveyskeskusten vuodeosastoilla potilaan arvioimana. Tutkimustulosten mukaan ihmisläheinen hoito toteutui kiitettävästi kaikilla osa-alueilla. Tyytymättömiä potilaat olivat kiireeseen, vähäiseen henkilökuntamäärään, meluun ja hoitoonsa liittyvään riittämättömään tiedon saantiin. (Kuurila 2004).

Ihmisläheinen hoito –mittari on käytetty myös ulkomaalaisessa kontekstissa. Esimerkiksi Hiltunen (2008) keräsi tutkimusaineistonsa Vietnamista. Tutkimuksessa selvitettiin hoitotyön laatua potilaiden, hoitajien ja johtajien arvioimana. Tulosten mukaan hoitotyön laatu koettiin merkittävästi erilaiseksi potilaiden sekä hoitajien että lääkäreiden välillä. Potilaat olivat tyytymättömiä hoidon laatuun, erityisesti kommunikaatioon, luottamukseen ja tiedon saantiin. Hoitajat ja johtajat olivat tyytymättömiä välineiden ja tilojen puutteellisuuteen, koulutusmahdollisuuksien vähäisyyteen,

osastojen ylikuormitukseen sekä vähäiseen henkilökuntamäärään ja taloudelliseen rajoittuneisuuteen. (Hiltunen 2008.)

Ihmisläheinen hoito –mittaria on käytetty myös saattohoidossa (Mikkonen 2007, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Saattohoitoa varten mittariin lisättiin lisäkysymyksiä juuri saattohoitoa varten ja tutkimusaineisto kerättiin omaisilta sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Omaisten mukaan saattohoidon laatu oli Terhokodissa hyvää. Parhaimmillaan hoidon laatu oli silloin, kun perheellä oli mahdollisuus olla yhdessä yksityisesti. Henkilökunnan riittämättömyys, ruotsin kielen taidottomuus ja tiedolliset puutteet vaikuttivat heikentävästi hoidon laatuun. (Mikkonen 2007.) Viimeisemmässä pro gradu -tutkielmassa hoidon laatua tutkittiin Ihmisläheinen hoito –mittarilla lääkäriaseman vastaanottoympäristössä. Sairaanhoitajien vastaanotolla hoidon laatu arvioitiin hyväksi kaikilla hoidon laadun osa-alueilla. (Hartikainen 2013.)

Vuosina 2008–2009 toteutettiin tutkimus, jossa aineisto kerättiin käyttäen uudistettua Ihmisläheinen hoito (RILH) –mittaria. Tutkimuksessa oli mukana neljä sairaalaa: kolme keskussairaalaa ja yksi yliopistollinen sairaala. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilöstön, hoitotyön johtajien ja potilaiden näkemyksiä Magneettisairaalan kahdesta osatekijästä (muutosjohtaminen ja empiiriset laatutulokset). Tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisimpiä hoitoonsa yliopistollisessa sairaalassa. He kokivat saaneensa erinomaista, laadukasta ja ammattitaitoista hoitoa. Potilaiden mukaan henkilöstöresurssit eivät kuitenkaan olleet riittäviä. (Kvist ym. 2013.)

## 2.4 Hoidon laadun osa-alueet

### 2.4.1 Henkilöstön ammatillisuus

Henkilöstön ammatillisuus on yksi hoidon laadun osa-alueista (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Aiken ym. 2012, Wong ym. 2012, Booij ym. 2013, Kvist ym. 2013). Henkilöstön ammatillisuudella tarkoitetaan ammatillisesti pätevää henkilökuntaa, jonka hoito perustuu potilaan tarpeisiin (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Lucero ym. 2010) ja arvostukseen (Sohlberg 1993, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2012). Hoitosuhde perustuu luottamukseen (Wong ym. 2012), potilasta kuunnellaan (Wong ym. 2012, Wong ym. 2013) ja hänen toiveensa otetaan huomioon (Bruus ym. 2011).

Ammatillinen henkilöstö hyväksyy potilaan sellaisena kuin hän on sekä kohtelee potilasta asiallisesti ja ystävällisesti. Ammatillinen henkilöstö on myös kiinnostunut potilaan voinnista ja

potilaan itsearviosta omasta voinnistaan. (Sohlberg 1993, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.) Ammatillinen henkilöstö kuuntelee potilaan huolia ja paneutuu hänen asioihinsa (Sohlberg 1993, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013) sekä antaa potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä (Wong ym. 2012, Wong ym. 2013). Hoitohenkilökunnan käytös vaikuttaa potilaan kokemaan hoidon laatuun (Wong ym. 2013). Tutkimuksessa on todettu, että hoitajat käyttäytyvät ajoittain epäasiallisesti potilashoitotyössä (Booij ym. 2013). Iäkkäät potilaat toivovat, että heidät nähtäisiin ihmisenä, eikä vain potilaana ja että heidän hyväksyttäisiin omana itsenään (Hoontrakul ym. 2008).

Hoidon aikana potilaan toiveet tulisi ottaa huomioon ja toiminnan tulisi olla potilaan toiveiden mukaista. Tutkimuksen mukaan hoitajat eivät paneudu riittävästi potilaiden asioihin, he eivät esimerkiksi ole kiinnostuneita siitä, kuinka potilaan sairaus vaikuttaa potilaan elämään ja hänen omaisiinsa. (Bruus ym. 2011.) Laadukkaassa hoidossa hoitoympäristön ilmapiiri on myönteinen (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Aiken ym. 2012). Myönteinen ilmapiiri tukee potilaan tunnetta siitä, että hän on tervetullut sairaalaan ja hän kokee olonsa turvalliseksi (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013).

#### 2.4.2 Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti

Hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin osa-alueella tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta osallistua hoitonsa suunnitteluun (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2012, Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013), omaisten huomiointia (Hoontrakul ym. 2008, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013), mahdollisuutta keskustella hoitohenkilöstön kanssa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013) sekä potilaan tiedon saantia lääkehoidosta, kotihoidosta ja hoitoympäristöstä potilaan ymmärtämällä kielellä. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013.)

Tutkimusten mukaan potilas jää usein hoidon suunnittelun ulkopuolelle (Bruus ym. 2011, Wong ym. 2012). Laadukkaassa hoidossa potilaat otetaan mukaan hoidon suunnitteluun (Wong ym. 2012, Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013). Huomioitava kuitenkin on, etteivät kaikki potilaat aina halua olla osallisina hoitonsa suunnittelussa (Wong ym. 2012).

Potilaat ovat toivoneet, että heidän omaisensa otetaan mukaan hoidon suunnitteluun (Wolf ym. 2008, Wong ym. 2012). Laadukkaassa hoidossa tulisi huomioida potilaan omaiset (Kvist &

Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013). Omaiset jäävät usein vähälle huomiolle. Perheen ja omaisten huomiointi vähentää esimerkiksi vanhuksen ahdistusta sairaalassa (Hoontrakul ym. 2008). Potilaat ovat tyytymättömiä erityisesti lääkärin käyttämään aikaan potilaiden omaisten kanssa (Eloranta ym. 2008). Kotiutumisessa potilaan omaiset tulisi huomioida kotiutuksen suunnittelussa sekä kotiutuksen toteuttamisessa (Horwitz ym. 2013). Potilaan omaiset saavat harvoin kotiutukseen liittyviä ohjeita (Wong ym. 2012).

Tutkimusten mukaan sairaalahoidon aikana potilaat eivät saa riittävästi tietoa hoidostaan ja sairaudestaan (Ahmed ym. 2013, Atallah ym. 2013, Booji ym. 2013, Merkouris ym. 2013) tai saatu tieto ei ole yksilöllistä (Wolf ym. 2008). Potilaiden arvioinnin mukaan hoitoympäristöön tutustuminen ja ohjeiden saanti toteutuu hyvin (Atallah ym. 2013, Kaakinen 2013), joskin sairaalaympäristöön liittyvä tiedonsaanti on puutteellista (Wolf ym. 2008). Potilasohjausten vuorovaikutuksellisuudessa ja ilmapiirissä on potilasarvioiden mukaan parannettavaa (Kaakinen 2013). Hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta potilaiden kanssa kommunikointiin. Koulutuksen on osoitettu vaikuttavan potilastyytyväisyyteen arvioidessa viestinnän onnistumisesta potilaan hoitajakson aikana. (Wolf ym. 2008.)

Tiedon saannissa toteutuu hyvä jatkohoito- ja kotihoito-ohjeiden antaminen. Potilaat saavat usein kotihoito-ohjeet sairaalasta kotiutumisen yhteydessä (Soler ym. 2009, Wong ym. 2012, Horwitz ym. 2013, Merkouris ym. 2013). Vaikka potilaat saavat usein hyvät ohjeet kotiutumisensa yhteydessä, he eivät kuitenkaan tiedä mihin ottaa yhteyttä, jos heillä on jotain kysyttävää sairauteensa liittyen (Soler ym. 2009, Wong ym. 2012). Jotta hoito-ohjeiden antaminen onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla, potilaiden tulisi saada etukäteen perehtyä hoitoon liittyviin materiaaleihin, sillä kirjallisten jatkohoito-ohjeiden antamisen on osoitettu parantavan potilaan kokemusta kotiutuksesta (Merkouris ym. 2013.)

#### 2.4.3 Potilaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen

Fyysisten tarpeiden huomiointi on hoidon laadun yksi osa-alue, jolla tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta saada riittävästi ruokaa ja juomaa sekä apua henkilöstökohtaisen puhtauden ja liikuntakyvyn ylläpitämisessä (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013). Potilaiden mukaan ruoan määrä on riittävä, mutta ruoan muotoon kiinnitetään harvoin huomiota erityisesti silloin, kun potilaalla on hammasproteesit. Potilaan puhtauden ylläpitämisessä tulisi kiinnittää huomiota potilaan yksityisyyteen. (Wong ym. 2013.)

Potilaiden mukaan heillä on mahdollisuus saada apua liikkumiseen. Apua tarjotaan yleensä riittävästi, mutta potilaat eivät koe tarvitsevansa apua liikuntakyvyn ylläpitämiseen. Tällaisissa tilanteissa hoitohenkilöstön tulisi tukea potilaita omatoimisuuteen. (Bruus ym. 2011.)

#### 2.4.4 Kipujen ja pelkojen lievittäminen

Kipujen ja pelkojen lievittämisellä tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta saada ymmärrettävää kivunhoidon ohjausta sekä asianmukaista ja oikea-aikaista kivunhoitoa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013). Potilaan kokemus kivusta ja sen hoidosta vaikuttaa hoidon laadun arviointiin (Tervo-Heikkinen ym. 2008, Zoëga ym. 2014). Tutkimuksen mukaan potilaiden kivunhoidossa on puutteita. Potilaat saavat harvoin eri vaihtoehtoja kivunhoidon eri menetelmistä. (Zoëga ym. 2014.)

Onnistunut kivunhoito edellyttää potilaan mahdollisuutta osallistua hoitonsa suunnitteluun sekä hoidon toteutukseen. Tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista ei saa riittävästi tietoa kivunhoidosta, erityisesti kivunhoidon menetelmien eri vaihtoehtoista. Epätietoisuudesta huolimatta potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. Potilaan osallisuus kivunhoitoon on yhteydessä potilaan kokemaan kipuun, sen kestoon ja yleisyyteen. Pitkittynyt kipu vaikuttaa negatiivisesti kivunhoidon onnistumisen arviointiin. (Zoëga ym. 2014.) Yhtenä kivunhoidon ongelmana on, ettei potilas aina ymmärrä pyytää kipulääkettä. Potilas saattaa olettaa, että kipulääkettä annetaan automaattisesti. Tutkimustieto vahvistaa kivunhoidon ohjauksen tärkeyttä, jotta kivunhoidon puutteita ei syntyisi potilaan vääristyneiden käsitysten vuoksi. (Wolf ym. 2008.)

Laadukkaassa hoidossa henkilöstö huomioi potilaan pelkoja (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013). Tunnistamalla potilaan pelkoja hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä lieventämään niitä. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.) Suomalaistutkimuksen mukaan pitkäaikaissairaiden potilaiden tunteiden käsittely ohitettiin lisäämällä potilaiden lääkitystä, jotta hoitohenkilöstön ei tarvinnut kohdata potilaan pelkoja. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön emotionaalisessa ohjauksessa todettiin olevan puutteita. (Kaakinen 2013.)

#### 2.4.5 Henkilöstöressit

Henkilöstöresursseilla tarkoitetaan riittävää henkilökunnan määrää sekä hoitajien käyttämää aikaa potilashuoneissa ja hoitotyössä sekä kiireetöntä ilmapiiriä (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Hoitajien määrä vaikuttaa hoidon laadun potilasarvioon (Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013). Tutkimusten mukaan potilaat ovat eniten tyytymättömiä hoitajien määrään (Maben ym. 2012, Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013) sekä heidän potilashuoneissa viettämänsä aikaan (Tervo-Heikkinen 2008, Aiken ym. 2012, Kvist ym. 2013). Tutkimusten mukaan potilaat pyrkivät ymmärtämään hoitajien kiirettä ja rajallista aikaa sekä hoitajien uupumusta (Maben ym. 2012, Wong ym. 2013).

Potilaan luona vietetyllä ajalla on yhteyttä potilaan kokemaan hoidon laatuun. Tervo-Heikkisen ym. (2008) tutkimuksen mukaan hoitajat viettävät erikoissairaanhoidon vuodeosastolla yhden potilaan luona aikaa keskimäärin 3,5 tuntia/hoitopäivä. Henkilöstön määrä riippuu työvuorosta sekä viikonpäivistä. Suomessa henkilöstön määrä vaihtelee työvuorojen mukaan hyvinkin paljon. Tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidossa potilaiden määrä yhtä sairaanhoitajaa kohti oli 9,7. Potilasmäärässä hoitajaa kohden ei huomioitu perus- ja lähihoitajien käyttämää aikaa potilashoitotyössä. (Tervo-Heikkinen 2008). Potilaiden mukaan kiire ja persoonaton ote hoitotyössä saavat heidät tuntemaan itsensä esineiksi, ei ihmisiksi (Maben ym. 2012).

#### 2.4.6 Henkilökunnan yhteistyö

Laadukkaassa hoidossa henkilökunta toimii hyvässä keskinäisessä yhteistyössä. Yhteistyön lisäksi henkilökunta kunnioittaa toistensa ammattitaitoa. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013.) Tässä tutkimuksessa henkilöstöllä tarkoitetaan hoitohenkilökuntaa eli sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia sekä lääkäreitä ja laitoshuoltajia.

#### 2.4.7 Hoidon laadun muut osatekijät

Muut hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ovat potilaan kotiutuksen suunnittelun ajoissa aloittaminen sekä potilaan voimavarojen huomioonottaminen potilashoidossa. Nämä hoidon laadun muut osatekijät eivät kuulu alkuperäiseen Ihmisläheinen hoito -mittariin vaan ne on otettu mukaan tähän tutkimukseen tutkittavan organisaation pyynnöstä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan kotiutumisen onnistuminen on arvioitu heikoksi (Atallah ym. 2013). Potilas tulisi ottaa huomioon kotiutuksen suunnitteluun, jos potilas sitä itse haluaa (Wong



ym. 2012) ja sen suunnittelussa tulisi ottaa huomioon potilaan tarve kotiapuihin. Apuja ei usein haluta ottaa vastaan, mutta potilaat ovat havainneet kotiavun tarpeen vasta kun he ovat kotiutuneet. (Horwitz ym. 2013.)

## 2.5 Potilaiden taustatekijöiden yhteys hoidon laadun arviointiin

Suomalaistutkimuksissa iäkkäät potilaat arvioivat hoidon laadun nuoria potilaita paremmaksi (Eloranta ym. 2008, Tervo-Heikkinen 2008). Kansainvälisissä tutkimuksissa nuoret ovat olleet tyytyväisempiä saamaansa hoitoon (Ahmed ym. 2013). On todettu myös, että tyytyväisyys hoitoon kasvaa potilaan iän myötä (Milutinovic ym. 2012).

Eri tutkimuksista on saatu erilaisia tuloksia siitä, ovatko miehet vai naiset tyytyväisempiä hoitoonsa heidän itsensä arvioimana. Suomalaistutkimusten (ks. Eloranta ym. 2008, Tervo-Heikkinen 2008) ja serbialaisen tutkimuksen (Milutinovic ym. 2012) mukaan miespotilaat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoonsa, kun taas esimerkiksi Jordaniassa tehdyn tutkimuksen (Ahmed ym. 2013) mukaan naispotilaat ovat olleet tyytyväisempiä saamaansa hoitoon.

Yliopistollisissa sairaaloissa hoidetut potilaat ovat keskimäärin hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon (Tervo-Heikkinen ym. 2008, Kvist ym. 2013). Hoidon laadun ja hoitopaikan välillä ei ole osoitettu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä silloin, kun tarkastellaan akkreditoituja sairaaloita ja ei-akkreditoituja sairaaloita. Tutkimuksessa arvioitiin potilasorientaation, henkilökuntaorientaation, turvallisuuden, informaation, johtajuuden ja johtamisen laadun osatekijöiden toteutumista. (Sack ym. 2011.)

Hoidon laadun arviointiin vaikuttaa potilaan aiemmat kokemukset sairaalakäynneistä. Potilaat, jotka ovat aiemmin olleet sairaalahoidossa, ovat arvioineet hoidon laadun paremmaksi kuin potilaat jotka ovat tutkimusaineiston keruun aikana ensimmäisen kerran sairaalahoidossa. (Milutinovic ym. 2012.) Sairaalassaolon keston yhteydestä laadun arviointiin on ristiriitaisia tuloksia. Potilaat, jotka ovat olleet lyhyen ajan sairaalahoidossa, ovat arvioineet hoitotoiminnot, hoitoympäristön, hoidon edellytykset ja hoidon etenemisen sekä kivunhoidon paremmin toteutuneeksi pitkäaikaispotilaisiin verrattuna (Eloranta ym. 2008). Erikoissairaanhoidossa tehdyn tutkimuksen mukaan potilaat, jotka olivat olleet alle kaksi päivää hoidossa, ovat arvioineet saamansa tiedon sairaudestaan ja hoidostaan heikoksi (Töyry 2001). Eräässä tutkimuksessa selvitettiin kuudella eri erikoisalalla hoidossa olleiden potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa; vain yhdellä erikoisalalla oli potilaiden hoidon kestolla

ja tyytyväisyydellä tilastollisesti merkitsevä yhteys. (Borghans ym. 2012). Hoidon kestolla on todettu olevan yhteys tiedon saannin arviointiin. Potilaat, jotka ovat olleet hoidossa alle kuusi vuorokautta, ovat olleet tyytyväisempiä saamaansa tietoon (Tervo-Heikkinen 2008).

## 2.6 Yhteenveto hoidon laadusta aiempien tutkimusten mukaan

Ihmisläheisessä hoidossa hoidon laadun osa-alueita on kuusi: henkilöstön ammatillisuus, hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, kipujen ja pelkojen lievittäminen, henkilöstöresurssit ja henkilöstön yhteistyö. (Töyry 2001, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013.)

Sairaalahoidon aikana potilaan toiveet tulisi ottaa huomioon ja toiminnan tulisi olla potilaan toiveiden mukaista. (Bruus ym. 2011.) Tutkimusten mukaan potilas jää usein hoidon suunnittelun ulkopuolelle (Bruus ym. 2011, Wong ym. 2012). Potilaiden tulisi saada tietoa hoidostaan ja sairaudestaan, mutta tiedon saanti on usein puutteellista (Ahmed ym. 2013, Atallah ym. 2013, Booji ym. 2013, Merkouris ym. 2013) tai saatu tieto ei ole yksilöllistä (Wolf ym. 2008). Potilaat ovat toivoneet, että myös heidän omaisensa otettaisiin mukaan hoidon suunnitteluun (Wolf ym. 2008, Wong ym. 2012). Perheen ja omaisten huomiointi vähentää esimerkiksi vanhuksen ahdistusta sairaalassa (Hoontrakul ym. 2008).

Potilaiden mukaan ruoan määrä on riittävää. Puutteita on todettu olevan potilaan yksityisyyden suojaamisessa hoitotoimenpiteiden aikana. (Wong ym. 2013.) Potilaille on mahdollista saada hyvin apua liikuntakyvyn ylläpitämisessä (Bruus ym. 2011). Potilaan kivun hoidossa on todettu olevan puutteita, erityisesti kivunhoidon eri menetelmien käytössä (Zoëga ym. 2014). Potilaiden tulisi saada ymmärrettävää kivunhoidon ohjausta sekä asianmukaista ja oikea-aikaista kivunhoitoa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Wong ym. 2013). Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön emotionaalisessa ohjauksessa on puutteita. (Kaakinen 2013.)

Potilaat ovat eniten tyytymättömiä hoitajien määrään (Maben ym. 2012, Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013), sekä potilashuoneissa vietettyyn aikaan (Tervo-Heikkinen 2008, Aiken ym. 2012, Kvist ym. 2013). Potilaiden mukaan kiire ja persoonaton ote hoitotyössä saavat heidät tuntemaan itsensä esineiksi, ei ihmisiksi (Maben ym. 2012).

Suomalaistutkimuksissa iäkkäät potilaat arvioivat hoidon laadun nuoria potilaita paremmaksi (Eloranta ym. 2008, Tervo-Heikkinen 2008). Kansainvälisissä tutkimuksissa nuoret ovat olleet tyytyväisempiä saamaansa hoitoon (Ahmed ym. 2013). Hoidon laadun arviointiin vaikuttaa potilaan aiemmat kokemukset sairaalakäynneistä. Potilaat, jotka ovat aiemmin olleet sairaalahoidossa, ovat arvioineet hoidon laadun paremmaksi kuin potilaat jotka ovat tutkimusaineiston keruun aikana ensimmäisen kerran sairaalahoidossa. (Milutivonic ym. 2012.) Sairaalassaolon keston yhteydestä laadun arviointiin on ristiriitaisia tuloksia. Potilaat, jotka ovat olleet lyhyen ajan sairaalahoidossa, ovat arvioineet hoitotoiminnot, hoitoympäristön, hoidon edellytykset ja hoidon etenemisen sekä kivunhoidon paremmin toteutuneeksi pitkäaikaispotilaisiin verrattuna (Eloranta ym. 2008).

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoidon laadun osa-alueiden toteutumista terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla sekä potilaiden taustatekijöiden yhteyttä hoidon laadun arviointeihin. Tavoitteena on saada tietoa, miten hoidon laadun eri osa-alueet toteutuvat terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla sekä miten potilaiden taustatiedot ovat yhteydessä hoidon laadun arviointeihin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vuodeosastojen toimintatapojen kehittämiseen hoidon laadun parantamiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla?
2. Millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun eri osa-alueiden toteutumisen terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla?
3. Millainen yhteys potilaiden taustatekijöillä on hoidon laadun osa-alueiden toteutumisen arviointiin?

## 4 TUTKIMUSAINIESTO- JA MENETELMÄT

### 4.1 Aineiston keruu

Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto on kerätty kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä käyttäen kyselylomaketta. Kvantitatiivinen tutkimusote sopii laajan tutkimusaineiston keruuseen. (Polit & Beck 2006, Metsämuuronen 2011.) Tutkimuksessa käytetty mittari oli aiemmin kehitetty ja tutkimusten kautta todettu hyväksi hoidon laadun mittaamiseksi. (ks. Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013).

Tutkimusaineisto kerättiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidossa olleilta potilailta (n = 232) 20.1–21.2.2014. Terveyskeskuksen vuodeosastoja oli yhteensä viisi. Kyselylomakkeita palautui yhteensä 94 eli vastausprosentti oli 40,5 %. Taulukossa 2 on esitetty vastaajien jakauma vuodeosastojen mukaan.

Taulukko 2. Potilaiden jakauma vuodeosastoittain (n, %).

Vuodeosasto	Vastanneet (n)	Vastanneet (%)
Vuodeosasto 1	5	5
Vuodeosasto 2	29	31
Vuodeosasto 3	25	27
Vuodeosasto 4	20	21
Vuodeosasto 5	15	16
Yhteensä	94	100

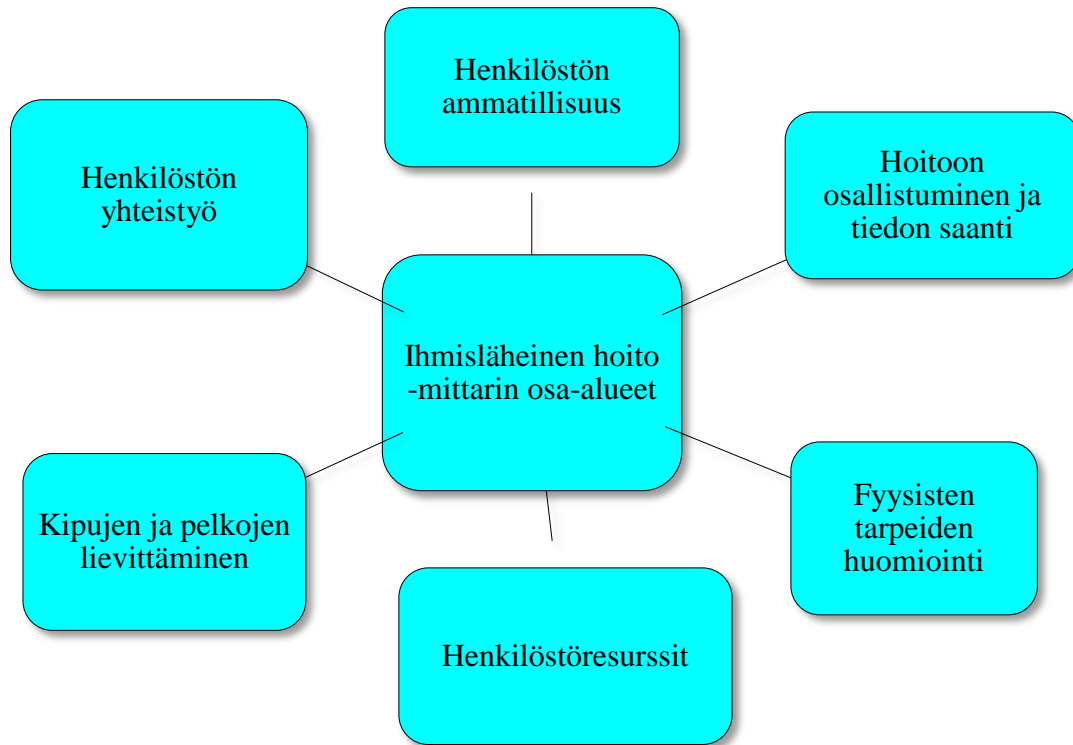
### 4.2 Ihmisläheinen hoito – mittari

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeena käytettiin Ihmisläheinen hoito –mittaria. Ihmisläheisen hoito (ILH –mittari, Humane Caring Scale) -mittarin kehittäminen alkoi vuonna 1990, ”ihmisläheinen hoito” –käsitteen määrittelyllä. ”Ihmisläheinen hoito” -käsite määriteltiin Kuopion yliopistollisen sairaalan potilaiden, henkilökunnan ja luottamushenkilöiden kuvauksien perusteella. Aineisto analysoitiin sisällön erittelynä ja vastaukset yhdistettiin Maslow’in tarveteorioihin. Näin muodostettiin ensimmäiset ihmisläheisen hoidon viisi ulottuvuutta laatuvaatimusten perusteella seuraavasti: 1) yhteisyyssuhteiden ja yksityisyyden säilyttäminen, 2) inhimillisen kasvun ja kehityksen edistäminen, 3) tunne-elämän huomioonottaminen, 4) fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja 5) ihmisläheistä hoitoa edistävä hoitoyksikkö. Ihmisläheinen hoito –mittarin kysymykset olivat alun perin myönteisessä ja kielteisessä muodossa. Väittämiä oli yhteensä 66.

Väittämät uusittiin myönteiseen muotoon vuonna 1997. (Töyry ym. 1993, Töyry 2001, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.)

Ensimmäisen kerran Ihmisläheinen hoito –mittaria käytettiin 1992 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tästä tutkimuksesta saatiin tärkeää tietoa ihmisläheisen hoidon kehittämiseksi. Ihmisläheisen hoidon puutteet ja potilaiden negatiiviset kokemukset perustuivat lähinnä henkilökunnan ja potilaiden vuorovaikutustilanteiden epäonnistumiseen. (Töyry ym. 1993, Kvist 2001, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.) Ihmisläheinen hoito -mittari päivitettiin uudelleen vuonna 2008, jolloin uudistettu mittari myös esiteltiin ensimmäisen kerran. Näin mahdollistettiin potilaiden arviointi hoidon laadun keskeisimmistä ominaisuuksista. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013.)

Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto kerättiin uudistetulla Ihmisläheinen hoito (RILH) –mittarilla, jonka osa-alueet ovat kuvattuina kuviossa 1 (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013). Mittari sisältää kuusi osa-aluetta ja yhteensä 42 ihmisläheistä hoitoa mittaavaa muuttujaa, joissa muuttujat ovat viisiportaisella Likertin asteikolla seuraavat: 1. täysin eri mieltä, 2. osittain eri mieltä, 3. en osaa sanoa, 4. osittain samaa mieltä, 5. täysin samaa mieltä. Lisäksi mittari sisälsi neljä hoidon tulosta mittaavaa muuttujaa. Lisäksi mittari sisältää neljä tulosmuuttujaa. Tätä tutkimusta varten kyselylomaketta täydennettiin kahdella muuttujalla (”Minun omat voimavarani huomioitiin hoidossa” ja ”Kotiutukseni suunnittelu aloitettiin ajoissa”) tutkimusorganisaation toiveesta. Kyselylomakkeen lopussa potilaan saivat antaa yleisarvosanan henkilökunnalle sekä avointa palautetta yleisesti että ehdotuksia vuodeosastojen toiminnan kehittämiseen.



Kuvio 1. Ihmisläheinen hoito –mittarin osa-alueet (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013).

Mittarissa on yhdeksän potilaiden taustatietoja koskevaa kysymystä, jotka muokattiin juuri tähän tutkimukseen sopiviksi. Erilaisten sosiodemografisten tekijöiden kuten iän (Eloranta ym. 2008, Tervo-Heikkinen & ym. 2008, Milutinovic ym. 2012), sukupuolen (Eloranta ym. 2008, Milutinovic ym. 2012) ja koulutuksen (Tervo-Heikkinen ym. 2008) on osoitettu vaikuttavan hoidon laadun arviointiin. Näiden taustamuuttujien lisäksi kysyttiin potilaiden asuinmuotoa, koulutusta, ammattiasemaa sekä sitä, kuka täytti kyselylomakkeen.

Sosiodemografisten tekijöiden lisäksi potilaiden sairaalassaoloaika vaikuttaa hoidon laadun arvioihin (Töyry 2001, Eloranta ym. 2008). Tässä tutkimuksessa oltiin lisäksi kiinnostuneita myös sairaalassaoloajasta sekä siitä, onko potilas tullut hoitoon kotoa vai toisesta hoitolaitoksesta. Näillä kahdella tekijällä on yhteyttä hoidon laadun potilasarvioihin (Eloranta ym. 2008, Merkouris ym. 2013). Kyselylomakkeissa oli valmiiksi nimettyinä vuodeosastot, joissa potilaat olivat hoidossa.

### 4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 19.0 for Windows tilasto-ohjelmalla. Aineiston muuttujien jakaumia tutkittiin Kolmogorov-Smirnov -testillä sekä histogrammeilla (Karjalainen 2010, Metsämuuronen 2011). Tutkittavat muuttujat ja summamuuttujat eivät pääsääntöisesti noudattaneet normaalijakaumaa.

Potilaiden taustamuuttujien tarkastelussa ja kuvailussa käytettiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Mittarin osa-alueista muodostettiin summamuuttujat aiemmin käytettyjen uusitun Ihmisläheinen hoito -mittareiden mukaisesti (Tervo-Heikkinen ym. 2007, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013). Summamuuttujia muodostaessa muuttujat tutkittiin Cronbachin alfa-kertoimella ( $\alpha$ ), jota käytetään myös summamuuttujien luotettavuuden tarkastelussa (Metsämuuronen 2011). Summamuuttujien Cronbachin alfat olivat samansuuntaisia ( $\alpha = 0.770\text{--}0.971$ ) aiemmin saatujen arvojen kanssa uudistetussa Ihmisläheinen hoito -mittarissa (Tervo-Heikkinen ym. 2007, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013). Kaksi muuttujaa, jotka lisättiin mittariin tutkimusorganisaation toiveesta muodostivat oman summamuuttujan, jolle annettiin nimeksi ”Hoidon laadun muut osatekijät”, ( $\alpha = 0.774$ ). Lisäksi tarkasteltiin neljää tulosmuuttujaa, jotka saivat arvon 0.887. Hoidon laadun muut osatekijät ja tulosmuuttujat todettiin luotettavaksi mittaamaan haluttuja muuttujia, sillä  $\alpha =$  suurempi kuin 0.50 (Polit & Peck 2006). Muodostetut summamuuttujat ja niiden Cronbachin alfa kertoimet ovat kuvattuina liitetaulukossa 4 (Liite 4). Summamuuttujat nimettiin vastaamaan hoidon laadun osa-alueita seuraavasti: henkilöstön ammatillisuus, hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, kipujen ja pelkojen lievittäminen, henkilöstöressurit ja henkilöstön yhteistyö sekä hoidon laadun muut osatekijät ja tulosmuuttujat.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla?” pyrittiin löytämään vastaus tarkastelemalla potilaiden arviointien keskiarvoja sekä hoidon laadun numeerista arvoa. Koko henkilökunnasta, hoitohenkilökunnasta, lääkäreistä ja laitoshuoltajista laskettiin aritmeettiset keskiarvot: keskiarvo ja keskihajonta. Arvosanojen asteikko oli välillä 4-10: 4-5 huono, 6 välttävä, 7 tyydyttävä, 8 hyvä ja 9-10 kiitettävä. Sairaaloiden väliset erot testattiin Kruskalin-Wallis testillä ja merkitsevyydystason (p-arvo) tuli olla  $< 0,05$  (Poli & Beck 2006, Karjalainen 2010, Metsämuuronen 2011).



Toiseen tutkimuskysymykseen ” Millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun eri osa-alueiden toteutumisen terveystieteiden viidellä vuodeosastolla ” pyrittiin löytämään vastaus tarkastelemalla potilaiden mielipiteitä muuttujien toteutumisesta vastausvaihtoehtojen mukaan. Vastauksista tarkasteltiin suorat jakaumat sekä summamuuttujien keskiarvot. Vastausvaihtoehdoista muodostettiin summamuuttujien keskiarvoihin perustuvat laatusotot: 1.0–1.5 = erittäin heikko laatu, 1.6–2.5 = heikko laatu, 2.6–3.5 = keskimääräinen laatu, 3.6–4.5 = hyvä laatu ja 4.6–5.0 = erinomainen laatu. Tulosten esittämisessä vastausvaihtoehdot täysin tai osittain samaa mieltä yhdistettiin vaihtoehdoksi ”samaa mieltä” ja täysin tai osittain eri mieltä vaihtoehdoksi ”eri mieltä” tyhjien vastauksien minimoimiseksi. Tulokset on analysoitu alkuperäisten vastauksien mukaan ja ne esitetään tekstissä frekvensseinä sekä taulukoissa frekvensseinä ja prosentteina.

Kolmanteen tutkimuskysymykseen ” Millainen yhteys potilaiden taustatekijöillä on hoidon laadun osa-alueiden toteutumisen arviointiin?” pyrittiin vastaamaan tarkastelemalla summamuuttujien keskiarvoa ja asiakkaiden taustatietoja. Koska aineisto ei pääsääntöisesti noudattanut normaalijakaumaa, tarkastelussa käytettiin Kruskal-Wallis testin testiä, joka vastaa varianssianalyysiä ja sopii kolmen tai useamman riippumattoman otoksen ei-parametriseksi testiksi. Lisäksi tarkasteltiin kahden riippumattoman otoksen testi Mann-Whitneyn U-testillä. Merkitsevyydestä p-arvo tuli olla  $< 0,05$ . (Polit & Beck 2006, Karjalainen 2010, Metsämuuronen 2011.)

Aineiston tilastollista analyysiä varten yhdistettiin taustamuuttujaluokkia. Potilaiden ikäluokat yhdistettiin uudelleen kolmeksi eri luokaksi: 1. alle 66 vuotiaat, 2. 66–80 vuotiaat ja 3. yli 80 vuotiaat. Korkein koulutus yhdistettiin kolmeksi eri luokaksi: 1. korkeakoulu, ammattikorkeakoulu tai ammattikoulu, 2. ei koulutusta ja 3. muu koulutus kuten kansakoulu. Potilaiden ammattiasema luokiteltiin uudelleen kahdeksi eri luokaksi: 1. ylemmät ja alemmat toimihenkilöt, yksityisyrittäjät, työntekijät ja 2. eläkeläiset. Terveystieteiden hoidon aika luokiteltiin neljään eri luokkaan: 1. alle 4 vuorokautta, 2. 4-7 vuorokautta, 3. 8-14 vuorokautta ja 4. yli 14 vuorokautta.

Kyselylomakkeen lopussa potilaiden oli mahdollisuus vastata omin sanoin kysymyksiin: ”Mitä muuta haluaisitte sanoa?” ja ” Miten toivotte toimintaamme kehitettävän?”. Avoimia vastauksia oli pieni määrä. Näitä vastauksia tarkastellaan tutkimustulosten yhteydessä aihealueittain ja osana keskeisten tulosten tarkastelua.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Taustatiedot

Tutkimukseen osallistui yhteensä 94 potilasta. Potilaista 5 % (n = 5) oli terveyskeskuksesta 1, terveyskeskuksesta 2 oli 31 % (n = 29) potilasta. Terveyskeskuksesta 3 oli 27 % (n = 25) potilasta, terveyskeskuksesta 4 oli 21 % potilasta (n = 20) ja terveyskeskuksesta 16 % (n = 15) potilasta. Potilaiden taustatiedot on esitelty taulukossa 3.

Kyselyyn vastanneista potilaista 57 % oli naisia. Potilaiden ikäjakauma oli 25 – 96 vuotta. Potilaiden keski-ikä oli 72 vuotta. Ikäjakauma oli hyvin tasainen kolmen eri ikäluokan välillä. Alle 66 vuotiaita oli 32 %, 66–80 vuotiaita oli 34 % sekä yli 80 -vuotiaita oli 34 % vastanneista. 57 potilasta täytti itse kyselylomakkeen. Yli puolet vastaajista asui kotona puolison tai avopuolison, lasten tai jonkun muun henkilön kanssa. 38 % vastanneista asui yksin kotona ja 4 % palvelutalossa tai muussa tuetussa asumismuodossa. Ammatillinen tutkinto oli 48 % vastaajista, toiseksi eniten oli muun koulutuksen, kuten kansakoulun käyneitä potilaita. Potilaista 82 % oli eläkeläisiä.

Suurin osa potilaista tuli hoitoon kotoa päivystysvastaanoton kautta, 32 % tuli toisesta hoitopaikasta. Yleisin syy vuodeosastolle hoitoon tuloon oli sairauden hoito, 87 %. Kuntoutuksessa oli 6 % potilaista. Vuodeosastolla hoitoajan jakauma oli 0-56 vuorokautta. Keskimäärin potilaat olivat hoidossa 7 vuorokautta. Suurin osa potilaita oli hoidossa 4-7 vuorokautta, 10 % oli hoidossa yli 14 vuorokautta.

Taulukko 3. Potilaiden taustatiedot (n = 94)

Taustamuuttuja	n	%
<b>Vuodeosasto</b>		
Vuodeosasto 1	5	5
Vuodeosasto 2	29	30
Vuodeosasto 3	25	26
Vuodeosasto 4	20	21
Vuodeosasto 5	15	16
<b>Kyselylomakkeen täyttäjä</b>		
Potilas	57	68
Potilas yhdessä omaisen kanssa	20	24
Omainen	7	8
<b>Sukupuoli</b>		
Nainen	50	57
Mies	38	43
<b>Ikä</b>		
Alle 66v	29	32
66- 80 v	30	34
Yli 80 v	30	34
<b>Asun</b>		
Kotona yksin	34	38
Kotona puolison tai avopuolison, lasten tai jonkun muun henkilön kanssa	52	58
Palvelutalossa tai muussa tuetussa asumismuodossa	4	4
<b>Korkein koulutus</b>		
Korkeakoulututkinto	1	1
Ammattikorkeakoulututkinto	3	3
Ammatillinen tutkinto	42	48
Ei koulutusta	18	21
Muu, esim. kansakoulu	24	27
<b>Ammattiasema</b>		
Alempi toimihenkilö	2	2
Yksityisyrittäjä, maanviljelijä	5	6
Työntekijä	8	9
Eläkeläinen	74	82
Muu	1	1
<b>Tulin terveyskeskussairaalaan</b>		
Toisesta hoitopaikasta	28	32
Kotoa päivystysvastaanoton kautta	59	68
<b>Terveyskeskussairaalaan tulosityy</b>		
Sairauden hoito	72	87
Kuntoutus	5	6
Muu	6	7
<b>Terveyskeskussairaalassa oloaika</b>		
Alle 4 vrk	25	33
4 -7 vrk	32	42
8-14 vrk	11	15
Yli 14 vrk	8	10

## 5.2 Potilaiden arvioinnit hoidon laadusta

Potilat arvioivat hoidon laadun keskimäärin hyväksi (taulukko 4). Parhaiten toteutunut hoidon laadun osa-alue oli fyysisiin tarpeisiin vastaaminen (ka = 4.54). Heikoiten toteutunut hoidon laadun osa-alue oli kipujen ja pelkojen lievittäminen (ka = 3.80).

Taulukko 4. Potilaiden arviot hoidon laadun toteutumisesta summamuuttujittain (n, ka, sd).

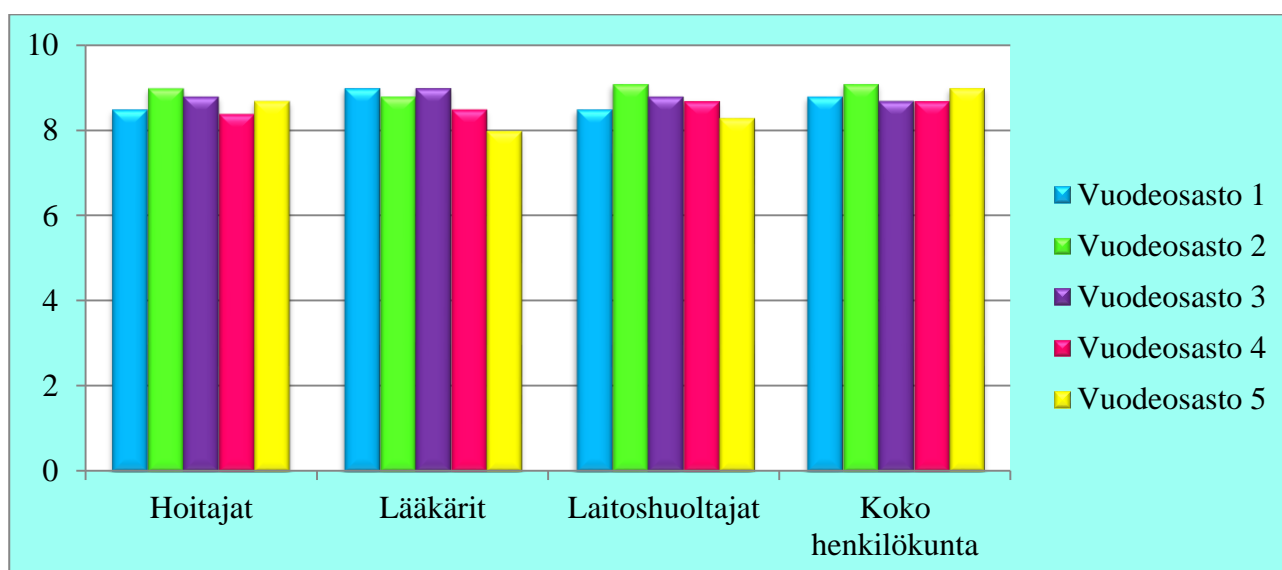
Summamuuttujat	Kysymysten määrä	Vastanneet (n)	Keskiarvo	sd
Henkilöstön ammatillisuus	17	93	4.42	0.81
Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti	11	93	4.10	0.75
Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen	4	89	4.54	0.87
Kipujen ja pelkojen lievittäminen	4	85	3.80	1.07
Henkilöstöresurssit	3	90	4.14	0.91
Henkilöstön yhteistyö	3	88	4.45	0.79
Hoidon laadun muut osatekijät*	2	87	4.39	0.94
Tulosmuuttujat	4	88	4.43	0.93

\*Ei kuulu alkuperäiseen ihmisläheinen hoito -mittariin

## 5.3 Potilaiden arvioinnit eri ammattiryhmistä

Potilaat arvioivat kouluarvosana-asteikolla (4-10) hoitohenkilökunnan, lääkäreiden, laitoshuoltajien ja koko henkilökunnan antamaa hoidon laatua. Kaikkien ammattiryhmien arvosanojen keskiarvot olivat hyviä (ka = 8.66–8.7). Parhaimman keskiarvon saivat laitoshuoltajat (ka = 8.78). Heikoimman keskiarvon saivat lääkärit (ka = 8.66). Hoitohenkilökunnan keskiarvo oli myös hyvä (ka = 8.73). Henkilökunnan saamat keskiarvot ovat kuvattuina vuodeosastojen mukaan kuvioissa 2.

Henkilökunnalle annetuissa arvosanoissa oli eroja vuodeosastojen välillä. Koko henkilökunta sai parhaimman arvosanan vuodeosastoilla 2 ja 5 (ka = 9-9.15). Parhaimman arvosanan keskiarvon mukaan hoitohenkilökunnasta sai vuodeosasto 2 (ka = 9.0) ja heikoimman vuodeosasto 4 (ka = 8.35). Parhaimman arvosanan keskiarvon mukaan lääkäreistä sai vuodeosasto 1 (ka = 9.0) ja heikoimman vuodeosasto 5 (ka = 8.55). Parhaimman arvosanan keskiarvon mukaan laitoshuoltajista sai vuodeosasto 2 (ka = 9.1) ja heikoimman vuodeosasto 1 (ka = 8.5).



Kuvio 2. Hoitajien, lääkäreiden, laitoshuoltajien ja koko henkilökunnan saamat yleisarvosanat vuodeosastojen mukaan.

#### 5.4 Potilaiden arvioinnit hoidon laadun osa-alueiden toteutumisesta

##### 5.4.1 Potilaiden arvioinnit henkilöstön ammatillisuuden toteutumisesta

Henkilöstön ammatillisuuden osa-alueen eri tekijöiden toteutumista mitattiin 17 väittämällä (taulukko 5). Muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja ”Henkilöstön ammatillisuus” ja sen keskiarvoksi saatiin 4.42. Yhteensä henkilöstön ammatillisuuden osa-alueeseen vastasi 93 potilasta. Henkilöstön ammatillisuuteen liittyvien muuttujien toteutumisesta potilaat olivat kaikista eri mieltä. Eniten samaa mieltä potilaat olivat siitä, että ”Hoitoni oli turvallista”, (n = 82), sen sijaan yhdeksän potilasta oli eri mieltä (n = 4) hoidon turvallisuuden toteutumisesta tai ei osannut sanoa (n = 5). Potilaat kokivat, että heitä kohdeltiin asiallisesti ja ystävällisesti. Kuusi potilasta oli eri mieltä siitä, että ”Minua kohdeltiin asiallisesti” tai että ”Minua kohdeltiin ystävällisesti”. Yhteensä viisi potilasta ei osannut sanoa kohdeltiinko heitä asiallisesti hoitojakson aikana.

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden ammattitaidon arvioinnista potilaat olivat melko yksimielisiä. Potilaat olivat samaa mieltä (n = 79) siitä, että ”Hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista”, eri mieltä oli kaksi potilaista ja kaksi potilasta ei osannut sanoa. ”Lääkärit olivat ammattitaitoisia” -väittämästä oli samaa mieltä suurin osa potilaista (n = 88), kolme potilasta oli eri mieltä ja kahdeksan ei osannut sanoa.

Pääsääntöisesti potilaat olivat samaa mieltä (n = 72) siitä, että ”Minua arvostettiin” ja ”Minut hyväksyttiin omana itsenäni”. ”Arviointiin omasta voinnistani luotettiin” ja ”Olin tervetullut sairaalaan” -väittämistä 75 potilasta oli samaa mieltä, seitsemän potilasta oli eri mieltä tai ei osannut sanoa. Potilaat arvioivat heidän hoitonsa perustuvan heidän tarpeisiin (n = 78), seitsemän potilasta oli väittämästä ”Hoitoni perustui tarpeisiini” eri mieltä tai ei osannut sanoa. Potilaista 71 oli samaa mieltä siitä, että heitä kuultiin, 13 potilasta oli eri mieltä ja viisi ei osannut sanoa. ”Asioihini paneuduttiin sopivasti”: 76 potilaista oli samaa mieltä ja 10 oli eri mieltä. Potilaista kuusi ei osannut sanoa asioihin paneutumisen suhteen mitään.

Potilailta kysyttiin vointia melko riittävästi: 71 potilasta oli väittämästä ”Vointiani kysyttiin riittävästi” samaa mieltä, 13 oli väittämästä eri mieltä ja kuusi ei osannut sanoa. 79 potilasta oli samaa mieltä väittämästä ”Sain apua tarvittaessa”, yhteensä yhdeksän potilasta oli eri mieltä tai ei osannut sanoa. Hoitoyksikön ilmapiiri oli 76 potilaan mielestä myönteinen, seitsemän potilasta oli eri mieltä ilmapiirin myönteisyydestä ja viisi potilasta ei osannut sanoa. Potilaista 78 oli samaa mieltä siitä, että ”Voin puhua luottamuksellisesti henkilökunnalle asioistani”, kahdeksan potilasta oli eri mieltä ja viisi ei osannut sanoa. Henkilöstön ammatillisuuden toteutumisesta potilaat olivat eniten eri mieltä siitä, suhtauduttiinko heidän kipuihinsa vakavasti. Samaa mieltä väittämästä ”Kipuihini suhtauduttiin vakavasti” oli reilu puolet (n = 65) potilaista, 11 potilasta oli väittämästä eri mieltä ja kahdeksan ei osannut sanoa.

Avoimissa kysymyksissä potilaat toivat esille ammattitaitoisen henkilökunnan ominaisuuksia, kuten ystävällisyyden, rauhallisuuden, iloisuuden ja huomioon ottamisen:

Hoitajat eikä lääkärit olleet ammattikankeita muumioita niin kuin isoimmissa sairaaloissa oikein ystävällinen ja lämminhenkinen sairaala.

(Paikkakunta) sairaalassa en ole koskaan törmännyt nyrpeään naamaan. He jaksavat olla aina iloisia, rauhallisia, ystävällisiä, huomioon ottavia. Puhua muustakin kuin hoidosta. Peitellä vanhuksia ohi kulkiessaan, kannustaa omatoimisuuteen toipilaita. Erityiskiitos (hoitajan nimi).

Olin ensimmäistä kertaa osastolla, ja tästä ajasta jäi hyvä ja turvallinen olo kiitos.

Taulukko 5. Potilaiden arvioinnit (n = 93) henkilöstön ammatillisuuden toteutumisesta, arviointien jakaumat (n, %).

Henkilöstön ammatillisuus	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
	Minua arvostettiin	72	77	7	8	14
Minut hyväksyttiin omana itsenäni	72	81	9	10	8	9
Huoliani kuultiin	71	80	13	15	5	5
Asioihini paneuduttiin sopivasti	76	83	10	11	6	7
Arviointiini omasta voinnistani luotettiin	75	84	7	8	7	8
Hoitoni perustui tarpeisiini	78	84	7	8	7	8
Olin tervetullut sairaalaan	75	81	7	8	10	11
Hoitoni oli turvallista	82	90	4	4	5	6
Vointiani kysyttiin riittävästi	71	79	13	14	6	7
Sain apua tarvittaessa	79	90	6	7	3	3
Voin puhua luottamuksellisesti henkilökunnalle asioistani	78	86	8	9	5	5
Minua kohdeltiin asiallisesti	79	90	6	7	3	3
Minua kohdeltiin ystävällisesti	77	91	6	7	2	2
Kipuihini suhtauduttiin vakavasti	65	77	11	13	8	10
Hoitoyksikön ilmapiiri oli myönteinen	76	86	7	8	5	6
Hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista	79	92	2	2	5	6
Lääkärit olivat ammattitaitoisia	77	88	3	3	8	9

#### 5.4.2 Potilaiden arvioinnit hoitoon osallistumisesta ja tiedon saannista

Hoitoon osallistumisen ja tiedon osa-alueen eri tekijöiden toteutumista mitattiin 11 eri muuttujalla (taulukko 6). Muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja ”Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti” ja sen keskiarvoksi saatiin 4.10. Yhteensä tähän osa-alueeseen vastasi 94 potilasta (100 %). Hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin arvioinnista potilaat olivat hyvin eri mieltä väittämistä. Noin puolet (n = 50) potilaista oli samaa mieltä siitä, että ”Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun”, 15 potilaan mukaan heillä ei ollut mahdollista osallistua hoitonsa suunnitteluun ja 17 potilasta ei osannut sanoa. Suurin osa potilaista (n = 82) oli sitä mieltä, että heille puhuttiin ymmärrettävällä kielellä, kolme potilasta oli väittämästä eri mieltä ja neljä ei

osannut sanoa. Potilaan mahdollisuus keskustella kahden kesken henkilökunnan kanssa toteutui hyvin; 72 potilasta oli samaa mieltä siitä, että heillä oli mahdollisuus keskustella kahden kesken, yhteensä 19 potilasta oli eri mieltä tai ei osannut sanoa.

Potilaat saivat hyvin (n = 72) tietoa sairaudestaan ja lääkehoidostaan, reilu 10 oli eri mieltä tiedon saannista ja muutama ei osannut sanoa. Potilaista 67 oli samaa mieltä väittämästä ”Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteeni liittyviä rajoituksia”, 11 potilaan mielestä rajoitusten selittämisestä ei ollut ymmärrettävää tai he eivät osanneet sanoa. Hoitoympäristöön liittyvät ohjeet olivat ymmärrettäviä 63 potilaan mielestä, 11 potilaan mukaan ohjeet eivät olleet ymmärrettäviä. Potilaiden arvioiden (n = 69) mukaan he pystyivät esittämään hoitoonsa liittyviä kysymyksiä, seitsemän potilasta oli asiasta eri mieltä ja 10 potilasta ei osannut sanoa.

Riittävät jatkohoito-ohjeet sai 60 potilasta, 15 potilaan mielestä jatkohoito- ohjeet eivät olleet riittäviä. Selkeät kotihoito-ohjeet saivat 64 potilasta, 10 potilasta oli eri mieltä ja 10 potilasta ei osannut sanoa. Vuodeosastohoidon aikana 63 potilasta oli samaa mieltä väittämästä ”Omaiseni otettiin riittävästi huomioon”. 7 Potilasta oli omaisten huomioon ottamisesta eri mieltä ja 11 potilasta ei osannut sanoa.

Avoimissa kysymyksissä nousi esiin avoimesti keskustelu hoitohenkilökunnan kanssa;

..toivon että muutenkin vointiani koskevista asioista kerrotaan minulle avoimesti.

Eräs omainen koki tullessa huomioiksi:

(Omainen) hoito on ollut erinomaista ja minä lähiomaisena olen saanut olla läsnä ja osallistua hänen hoitoonsa.



Taulukko 6. Potilaiden arvioinnit (n = 94) hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin toteutumisesta, arviointien jakaumat (n, %).

Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Voin tarvittaessa keskustella asioistani kahden kesken henkilökunnan kanssa	72	79	7	8	12	13
Sain riittävästi tieto sairaudestani	73	80	12	13	6	7
Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteni liittyviä rajoituksia	67	76	11	12	11	12
Sain riittävästi tietoa lääkehoidostani	73	80	13	14	5	6
Voin esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä	69	80	7	8	10	12
Minulle selitettiin ymmärrettävästi hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset	63	73	11	13	12	14
Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani	60	73	15	18	7	9
Sain selkeät kotihoito-ohjeet	64	76	10	12	10	12
Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä	82	92	3	3	4	5
Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun	50	61	15	18	17	21
Omaiseni otettiin riittävästi huomioon	63	77	7	9	11	14

#### 5.4.3 Potilaiden arvioinnit fyysisiin tarpeisiin vastaamisesta

Fyysisiin tarpeisiin vastaamisen osa-alueen eri tekijöiden toteutumista mitattiin neljällä eri muuttujalla (taulukko 7). Muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja ”Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen” ja sen keskiarvoksi saatiin 4.54. Yhteensä 89 potilasta vastasi tämän osa-alueen väittämiin. Ruoan ja juoman määrän väittämissä lähes kaikki potilaat olivat samaa mieltä siitä, että ruokaa ja juomaa oli sopivasti (n = 82). Potilaista 71 oli samaa mieltä siitä, että ”Minua autettiin tarvittaessa henkilökohtaisen puhtauden ylläpitämisessä”. Seitsemän potilasta oli eri mieltä siitä, saivatko he tarvittaessa apua henkilökohtaisen puhtauden ylläpitämisessä. ”Minua autettiin

tarvittaessa liikkumisessa” -väittämään 60 vastasi olevansa samaa mieltä, yhdeksän potilaista oli eri mieltä ja seitsemän ei osannut sanoa.

Erään potilaan mukaan potilaiden intymiteettisuoja tulisi ottaa huomioon hoitotyössä:

Jos ei ole ollut kokemusta potilaana olosta, olisi hyvä tehdä ”mielikuvaharjoituksia” miltä tuntuisi olla sairas, olisiko valmis tinkimään ”intymiteettisuojusta” (esim. vanhus jolle vaihdetaan vaippaa ja ovi/sermi on raollaan tai peräti auki”.

Taulukko 7. Potilaiden arvioinnit (n = 89) fyysisiin tarpeisiin vastaamisen toteutumisesta, arviointien jakaumat (n, %).

Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Sain ruokaa sopivasti	82	95	3	3	2	2
Sain juomaa sopivasti	82	93	2	2	4	5
Minua autettiin tarvittaessa henkilökohtaisen puhtauden ylläpitämisessä	71	88	7	8	3	4
Minua autettiin tarvittaessa liikkumisessa	60	79	9	12	7	9

#### 5.4.4 Potilaiden arvioinnit kipujen ja pelkojen lievittämisen toteutumisesta

Kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alueen eri tekijöiden toteutumista mitattiin neljällä eri muuttujalla (taulukko 8). Muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja ”Kipujen ja pelkojen lievittäminen” ja sen keskiarvoksi saatiin 3.80. Yhteensä 85 potilasta vastasi tämän osa-alueen kysymyksiin. Vain noin puolet (n = 44) potilaista oli sitä mieltä, että he saivat ymmärrettävää kivunhoitoa, 12 potilasta vastasi olevansa eri mieltä ja 19 ei osannut sanoa. Alle puolet (n = 37) potilaista oli samaa mieltä siitä, että ”Kipujeni hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja”, yhteensä 13 potilasta oli sitä mieltä, että muita hoitomuotoja ei käytetty kipujen hoidossa. 24 potilasta ei osannut sanoa. Kipujen hoidossa 57 oli samaa mieltä siitä, että he saivat oikea-aikaista kivunhoitoa, potilaista 10 oli eri mieltä kipujen oikea-aikaisen lääkehoidon suhteen.

Potilaan pelkojen lievittämisessä potilaat olivat eri mieltä väittämän ”Henkilökunta lievitti pelkojani” suhteen. 52 potilasta oli väittämästä samaa mieltä. Potilaista 10 oli asiasta eri mieltä ja 19 potilasta ei osannut sanoa.

Avoimien kysymysten kautta nousi esille, että potilaan kivut tulisi selvittää heti hoitoon tullessa.

Potilaan kipujen tilanne tulisi selvittää heti sairaalan tullessa.

Potilat toivoivat, että hoito olisi kokonaisvaltaista.

Kokonaisvaltainen hoito esim. jos jalkapoikki voi tapaturman vuoksi olla myös pää kipeä, kolahduksesta.

Taulukko 8. Potilaiden arvioinnit (n = 85) kipujen ja pelkojen lievittymisen toteutumisesta, arviointien jakaumat (n, %).

Kipujen ja pelkojen lievittäminen	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Sain kipuihini oikea-aikaista lääkehoitoa	57	71	10	13	13	16
Kipujeni hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja (esim. asentohoito, fysikaalinen hoito) kuin lääkehoitoja	37	50	13	18	24	32
Sain ymmärrettävää ohjausta kipujen hoidosta	44	59	12	16	19	25
Henkilökunta lievitti pelkojani	52	64	10	12	19	24

#### 5.4.5 Potilaiden arvioinnit henkilöstöresurssien toteutumisesta

Henkilöstöresurssit -osa-alueen eri tekijöiden toteutumista mitattiin kolmella eri muuttujalla (taulukko 9). Muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja ”Henkilöstöresurssit” ja sen keskiarvoksi saatiin 4.14. Potilaiden (n = 90) mukaan väite ”Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa” toteutui melko hyvin. Potilaista suurin osa (n = 73) oli väittämästä samaa mieltä, yhteensä 13 potilasta oli eri mieltä tai ei osannut sanoa. Yli puolet potilaista (n = 64) oli samaa mieltä siitä, että

henkilökuntaa oli riittävästi ja että ilmapiiri oli kiireetöntä. 12 potilasta oli henkilökunnan määrän suhteen eri mieltä tai ei osannut sanoa. 64 potilasta oli samaa mieltä siitä, että ilmapiiri oli kiireetön, 10 potilasta oli kiireettömyydestä eri mieltä tai ei osannut sanoa.

Potilaat toivoivat lisää henkilökuntaa

Lisää henkilökuntaa.

Että tää uusi sairaala avattaisiin kokonaan ja henkilökuntaa tulisi tarpeeksi.

Henkilökuntaa on oltava riittävästi ja myös yöaikana.

ja että potilaille olisi vielä enemmän aikaa

Enemmän aikaa potilaille.

Lääkärille enemmän aikaa kuunnella potilaan kysymyksiä.

Taulukko 9. Potilaiden arvioinnit (n = 90) henkilöstöresurssien toteutumisesta, arviointien ja jakaumat (n, %).

Henkilöstöresurssit	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa	73	85	10	12	3	3
Henkilökuntaa oli riittävästi	64	72	12	14	12	14
Ilmapiiri oli kiireetön	64	76	10	12	10	12

#### 5.4.6 Potilaiden arvioinnit henkilöstön yhteistyön toteutumisesta

Henkilöstön yhteistyö -osa-alueen eri tekijöiden toteutumista mitattiin kolmella eri muuttujalla (taulukko 10). Muuttujista muodostettu keskiarvosummamuuttuja ”Henkilöstön yhteistyö” ja sen keskiarvoksi saatiin 4.45. Yhteensä 80 potilasta arvioi tämän osa-alueen toteutumista. Potilaista suurin osa (n = 74) oli samaa mieltä siitä, että muu henkilökunta oli ammattitaitoista, potilaista 3 oli eri mieltä ja 11 ei osannut sanoa.

Henkilöstön yhteistyöhön toteutumisen arvioinnissa potilaat olivat melko yksimielisiä. ”Henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään” -väittämästä potilaista 73 oli samaa mieltä,

vain kaksi vastanneista oli väittämästä eri mieltä. Henkilökunnan keskinäisestä ammattitaidon kunnioittamisesta reilu puolet (n = 63) vastanneista oli samaa mieltä siitä, että henkilökunta kunnioitti toistensa ammattitaitoa, vain kolme potilasta oli eri mieltä. 17 potilasta ei osannut sanoa.

Potilaat toivat esiin henkilökunnan yhteistyöhön liittyviä tekijöitä avoimissa kysymyksissä:

Upeaa työtä, sh:t ihania, hyvä meininki laulua ja naurua.

Henkilökunta on työyhteisön a ja o, joten pitääkää ”jengistä” huolta.

Ystävällisyys ja kauniit käytöstavat ovat osa ammattitaitoa, erityisesti se, että hoitohenkilökunta kunnioittaa myös työtoverinsa ammattitaitoa ja ihmisyyttä.

Taulukko 10. Potilaiden arvioinnit (n = 80) henkilöstön yhteistyön toteutumisesta, arviointien jakaumat (n, %).

Henkilöstön yhteistyö	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Muu henkilökunta oli ammattitaitoista	74	84	3	3	11	13
Henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään	73	85	2	2	11	13
Henkilökunta kunnioitti toistensa asiantuntemusta	63	76	3	4	17	20

#### 5.4.7 Potilaiden arvioinnit hoidon laadun muista osatekijöistä

Hoidon laadun muita osatekijöitä mitattiin kahdella eri muuttujalla, joista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja ”Hoidon laadun muut osatekijät” ja sen keskiarvoksi saatiin 4.34. Yhteensä 83 potilasta vastasi tämän osa-alueen väittämiin (taulukko 11).

Suurin osa (n = 71) oli samaa mieltä siitä, että potilaan omat voimavarat huomioitiin hoidossa, seitsemän potilasta oli eri mieltä voimavarojen huomioinnista ja neljä ei osannut sanoa. Kotiutuksen suunnittelun ajoissa aloittamisesta 65 potilasta oli samaa mieltä Kuusi potilasta oli eri mieltä siitä, että kotiutuksen suunnittelu olisi aloitettu ajoissa. 12 potilasta ei osannut sanoa.

Avoimissa kysymyksissä potilaat toivat esille kotiutukseen liittyviä kehittämiskohteita:

Autettaisiin kotiin menossa esim. jos kehoitetaan varaam. aika diabeteshoitajalle ja potilas pyytää apua siihen, varataan aika eikä jätetä sairasta ihmistä yrittämään ajanvarausta.

Kotiutusta ja siihen liittyviä asioita tarkennettava, yhteistyössä kotipalvelun kanssa.

Sairaalasta pitäisi kotiuttaa vasta kun on riittävän hyvässä kunnossa. Nyt kotiutetaan liian aikaisin. Sairaala ei tuota hyvinvointia.

Taulukko 11. Potilaiden arvioinnit (n = 83) hoidon laadun muista osatekijöistä, arviointien jakaumat (n, %).

Hoidon laadun muut osatekijät	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Minun omat voimavarat huomioitiin hoidossa	71	87	7	8	4	5
Kotiutumisen suunnittelu aloitettiin ajoissa	65	78	6	7	12	15

#### 5.4.8 Potilaiden arvioinnit tulosmuuttujista

Tulosmuuttujia mitattiin neljällä eri muuttujalla, joista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja ”Tulosmuuttujat” ja sen keskiarvoksi saatiin 4.29. Yhteensä 86 potilasta vastasi tämän osa-alueen väittämiin (taulukko 12). Potilaiden arvio tyytyväisyydestä hoitoon oli erinomainen (ka = 4.56). Suurin osa (n = 86) potilaista oli samaa mieltä siitä, että ”Olen tyytyväinen saamaani hoitoon”, kuusi potilasta oli väittämästä eri mieltä. Hoidon tulokseen oli tyytyväisiä yhteensä 70 potilasta, kuusi potilasta oli eri mieltä väittämästä ”Olen tyytyväinen hoitoni tulokseen”.

Noin puolet potilaista (n = 54) oli samaa mieltä siitä, että he asettivat henkilökunnan kanssa selkeän tavoitteen hoidolle, kuusi potilasta oli asiasta eri mieltä. 18 potilasta ei osannut sanoa tavoitteiden asettamisen suhteen vastausta. Tavoitteiden saavuttamisesta 58 potilasta oli samaa mieltä väittämästä ”Hoidossani saavutettiin sille asetettu tavoite”, seitsemän potilasta oli eri mieltä.

Potilaat ilmaisivat tyytyväisyytensä hoitoon myös avoimissa kysymyksissä:

Vähän sairaalassa olleena voin sanoa, että toistekkin tulen jos ja kun aika tulee.

Kamala tauti, mutta kyllä oli hyvä hoito.

Myös negatiivista palautetta annettiin:

Toivoisin, ettei tarvitsisi enään siine mennä ikävään paikkaan.

Joutui olemaan paljon yksin.

Taulukko 12. Potilaiden arvioinnit (n = 86) tulosmuuttujista, arviointien jakaumat (n, %).

Tulosmuuttujat	Osittain tai täysin samaa mieltä		Osittain tai täysin eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
Olen tyytyväinen hoitoni tulokseen	70	82	6	7	9	11
Olen tyytyväinen saamaani hoitoon	78	91	6	7	2	2
Asetimme yhdessä henkilökunnan kanssa selkeän tavoitteenhoidolleni	54	69	6	8	18	23
Hoidossani saavutettiin sille asetettu tavoite	58	73	7	9	14	18

### 5.5 Potilaiden taustamuuttujien yhteys hoidon laadun osa-alueiden toteutumisen arviointeihin

Potilaiden iällä, sukupuolella, asumismuodolla, koulutustasolla, sairaalaan tulossyyllä (sairaus, kuntoutus, muu) ei ollut yhteyttä hoidon laadun arviointeihin. Myöskään sairaalassaoloajalla ei ollut yhteyttä hoidon laadun arviointeihin (p-arvo > 0.05). Taustamuuttujien merkitsevyytasot ovat kuvattuina liitetaulukossa 3 (Liite 3).

Sen sijaan potilaiden taustamuuttujista vuodeosastolla, kyselylomakkeen täyttäjällä ja vuodeosastolle tulopaikalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoidon laadun osa-alueiden arviointiin. Vuodeosasto oli yhteydessä henkilöstön ammatillisuuden (p-arvo = 0.049), fyysisten

tarpeiden vastaamisen (p-arvo = 0.003), kipujen ja pelkojen lievittämisen (p-arvo = 0.048) ja tulosuuttujen (p-arvo = 0.040) toteutumisen arviointeihin. Muihin hoidon laadun osa-alueisiin vuodeosastolla ei ollut yhteyttä.

Henkilöstön ammatillisuuden osa-alue arvioitiin summamuuttujien keskiarvon mukaan parhaiten toteutuneeksi vuodeosastolla 1 (ka = 4.75). Heikoimman keskiarvon sai henkilöstön ammatillisuuden arvioinnissa vuodeosasto 4 (ka = 3.99). Muiden vuodeosastojen saamat arvioinnit olivat hyvin tasaisia (ka vaihteluväli = 4.46–4.61). Vuodeosastolla oli yhteyttä kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alueiden arviointiin. Keskiarvojen ero oli melko suuri vuodeosastojen välillä. Potilaiden arvioin mukaan parhaiten kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alueet toteutuivat vuodeosastolla 1 (ka = 4.18) ja heikoimmin vuodeosastolla 4 (ka = 3.24). Fyysisten tarpeiden vastaamisen osa-alue arvioitiin parhaimmin toteutuneeksi vuodeosastolla 3 (ka = 4.77). Fyysisiin tarpeisiin vastaamisen osa-alueella heikoimman arvioinnin sai vuodeosasto 4 (ka = 3.98).

Vuodeosastolla oli yhteyttä tulosuuttujen arviointeihin. Hoidon tavoite asetettiin yleisemmin vuodeosastolla 1 (ka = 4.75) ja hoidon tavoite saavutettiin yleisemmin vuodeosastolla 2 (ka = 4.61). Heikoimmin hoidon tavoitteen asettaminen (ka = 3.65) ja hoidon tavoitteiden saavuttaminen (ka = 3.76) toteutuivat vuodeosastolla 4. Tyytyväisimmät potilaat olivat saatuun hoitoon (ka = 4.83) ja hoidon tulokseen (ka = 4.67) vuodeosastolla 2. Tyytymättömämpiä saamansa hoitoon (ka = 4.18) ja hoidon tulokseen (ka = 3.94) potilaat olivat vuodeosastolla 4.

Vuodeosaston lisäksi sairaalaantulopaikalla (toisesta hoitopaikasta tai kotoa päivystyksen kautta) oli yhteyttä henkilöstön ammatillisuuden (p-arvo = 0.009), hoitoon osallistumisen (p = 0.048) ja kipujen ja pelkojen lievittämisen (p-arvo = 0.036) sekä hoidon laadun muiden osatekijöiden (p = 0.024) toteutumisen arviointeihin. Kotoa päivystyksen kautta tulleet potilaat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden eri osa-alueiden toteutuvan paremmin kuin potilaat, jotka olivat tulleet toisesta hoitopaikasta. Henkilöstön ammatillisuus arvioitiin hyväksi sekä kotoa tulleiden potilaiden (ka = 4.60) arvioimana, että toisesta hoitopaikasta tulleiden potilaiden (ka = 4.16) arvioimana.

Potilaat, jotka tulivat hoitoon kotoa päivystyksen kautta arvioivat hoitoon osallistumisen toteutuneen hyvin (ka = 4.33). Potilaat jotka tulivat hoitoon toisesta hoitopaikasta arvioivat hoitoon osallistumisen toteutuneeksi hieman huonommin (ka = 3.48), mutta kuitenkin hyväksi. Kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alue arvioitiin keskimääräisen hyväksi toisesta hoitopaikasta tulleiden potilaiden arvioimana (ka = 3.49). Kotoa päivystyksen kautta tulleet arvioivat kipujen ja pelkojen



lievittämisen osa-alueen hyväksi (ka = 4.08). Kotoa päivystyksen kautta tulleet potilaat arvioivat paremmaksi myös hoidon laadun muut osatekijät paremmaksi niihin potilaisiin nähden, jotka tulivat hoitoon toisesta hoitopaikasta.

Hoidon laadun muiden osatekijöiden ja sukupuolen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys (p-arvo = 0.024). Miesten arvioimana heidän omat voimavaransa otettiin huomioon hoidossa erinomaisesti (ka = 4.59). Naisten arvioimana omien voimavarojen huomiointi hoidossa toteutui hyvin (ka = 4.35). Kotiutuksen suunnittelun ajoissa aloittaminen toteutui paremmin myös miesten kuin naisten arvioimana. Miesten arvioinnin mukaan kotiutuksen suunnittelun ajoissa aloittaminen toteutui erinomaisesti (ka = 4.59), kun naisten arvioimana se toteutui hyvin (ka = 3.95). Sukupuolen yhteyttä hoidon laadun muiden osatekijöiden arvioinnissa tulee huomioida se, että sitä mittaavat kaksi muuttujaa eivät kuulu alkuperäiseen Ihmisläheinen hoito –mittariin, vaan muuttujat lisättiin mittariin tutkimusorganisaation toiveesta.

Kyselylomakkeen täyttäjällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstön ammatillisuuden (p-arvo = 0.016), kipujen ja pelkojen lievittämisen (p-arvo = 0.006), henkilöstöressurssien (p-arvo = 0.002) ja henkilöstön yhteistyön (p-arvo = 0.046) toteutumisen arviointeihin. Henkilöstön ammatillisuus arvioitiin erinomaiseksi (ka = 4.60), kun kyselylomakkeen oli täyttänyt potilas itse. Henkilöstön ammatillisuus arvioitiin toteutuneen heikoimmin, kun kyselylomakkeen täyttäjänä oli potilas yhdessä omaisen kanssa (ka = 4.10). Potilaat, jotka täyttivät itse kyselylomakkeen, arvioivat myös kipujen ja pelkojen lievittämisen toteutuneen parhaiten (ka = 4.13). Kipujen ja pelkojen lievittyminen arvioitiin hyväksi myös silloin, kun kyselylomakkeen täyttäjänä oli vain omainen (ka = 4.03). Heikoimmin kipujen ja pelkojen lievittäminen arvioitiin silloin, kun potilas oli täyttänyt kyselylomakkeen yhdessä omaisen kanssa (ka = 3.18). Kipujen ja pelkojen lievittyminen arvioitiin hyväksi myös silloin, kun kyselylomakkeen täyttäjänä oli vain omainen (ka = 4.03).

Kyselylomakkeen täyttäjällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstöressurssien toteutumisen arviointeihin. Potilaat, jotka täyttivät itse kyselylomakkeen arvioivat henkilöstöressurssien eri osa-alueet hyväksi (ka = 4.33). Heikoimmaksi henkilöstöressurssien toteutuminen arvioitiin silloin, kun kyselylomakkeen täyttäjänä oli potilaan omainen (ka = 3.42). Potilaat, jotka täyttivät itse kyselylomakkeen arvioivat myös henkilöstön yhteistyön toteutuneen paremmin (ka = 4.57) silloin, kun kyselylomakkeen täyttäjänä oli omainen yhdessä potilaan kanssa (ka = 4.20) tai vain omainen (ka = 4.52).

## 5.6 Yhteenveto tuloksista

Tutkimukseen osallistui yhteensä 94 potilasta terveyskeskuksen viideltä vuodeosastolta. Vastausprosentti oli 40.5 %. Potilaista 57 % oli naisia. Potilaiden keski-ikä oli 72 vuotta. Yli puolet potilaista asui kotona puolison tai avopuolison, lasten tai jonkun muun henkilön kanssa. Potilaista 82 % oli eläkeläisiä, ammattitutkinto oli 48 % potilaista. 68 % potilaista tuli hoitoon vuodeosastolle kotoa päivystysvastaanoton kautta. Potilaista 87 % oli hoidossa sairauden vuoksi ja keskimääräinen hoitoaika oli seitsemän vuorokautta.

Hoitajien, lääkäreiden ja laitoshuoltajien ammattitaito arvioitiin kouluasteikolla kokonaisuudessaan hyväksi (ka = 8.66–8.7) kaikilla vuodeosastoilla. Hoidon laadun osa-aluetta toteutuivat potilaiden arvioimana keskimäärin hyvin. Parhaiten toteutui fyysisiin tarpeisiin vastaamisen osa-alue, joka arvioitiin lähes erinomaiseksi (ka = 4.54). Heikoimman arvioinnin sai kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alue (ka = 3.80).

*Henkilöstön ammatillisuuden* osa-alueella potilaat arvioivat 17 muuttujan toteutumista, joiden aiheina olivat potilaan arvostus, hyväksyminen, tarpeiden huomioinnin, kuuntelu, asioihin paneutuminen, avun saanti, luottamuksellisuus, voimien kysyminen, asiallinen ja ystävällinen kohtelu, yksikön ilmapiiri, tervetulleeksi ja turvallisen olon kokeminen, kipuihin suhtautuminen, itsearvioinnin huomioonottaminen hoidossa, sekä hoitohenkilöstön ja lääkäreiden ammattitaito. Henkilöstön ammatillisuuteen liittyvät tekijät arvioitiin toteutuneen hyvin (ka = 4.42). Potilaat olivat melko samaa mieltä siitä, että heidän hoitonsa oli turvallista ja että heitä kohdeltiin asiallisesti ja ystävällisesti. Potilaat olivat myös melko samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunta ja lääkärit olivat ammattitaitoisia.

*Hoitoon osallistumisen ja tiedonsaannin* osa-alueella potilaat arvioivat seuraavia osatekijöitä: tiedon saannin jatkohoidosta, kotihoidosta, hoitoympäristöstä, sairauteen liittyvien rajoitusten selittämisen, mahdollisuuden esittää kysymyksiä, hoidon suunnitteluun osallistumisen, ymmärrettävällä kielellä puhumisen, omaisten huomioimisen sekä mahdollisuuden keskustella kahden kesken henkilökunnan kanssa. Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti toteutuivat potilaiden arvioimana hyvin (ka = 4.10). Potilaat saivat hyvin tietoa sairaudestaan ja lääkehoidostaan. Vain noin puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että heillä oli mahdollisuus hoitonsa suunnitteluun. Yli puolet potilaista oli sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus keskustella kahden kesken ja että he

pystyivät esittämään hoitoonsa liittyviä kysymyksiä. Vain hieman yli puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että he saivat riittävät jatkohoito-ohjeet ja selkeä kotihoito-ohjeet.

*Fyysisiin tarpeisiin vastaamisen* osa-alueella potilaat arvioivat ruoan ja juoman määrän sopivuuden, avun saannin puhtauden ja liikuntakyvyn ylläpidossa. Potilaiden arvioiden mukaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen toteutui lähes erinomaisesti (ka = 4.54). Potilaat olivat melko yksimielisiä siitä, että ruokaa ja juomaa oli riittävästi ja että he saivat tarvittaessa apua henkilökohtaisen puhtauden ja liikuntakyvyn ylläpitämisessä.

*Kipujen ja pelkojen lievittämisen* osa-alueella potilaat arvioivat kivunhoidon ohjauksen ymmärrettävyyttä, erilaisten hoitomuotojen käyttöä sekä oikea-aikaista kivunhoitoa. Lisäksi potilaat arvioivat pelkojen lievittämistä. Kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alue toteutui potilaiden mielestä heikoiten (ka = 3.80). Vain noin puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että he saivat ymmärrettävää kivunhoitoa ja alle puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että kipujen hoidossa käytettiin muita kuin lääkkeellistä kivunhoitomenetelmää. Yli puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että he saivat kipuihinsa oikea-aikaista kivunhoitoa.

*Henkilöstöressurssien* osa-alueella potilaat arvioivat henkilöstön määrän ja ajan käytön potilashoitotyössä sekä ilmapiirin kiireettömyyden. Henkilöstöressurssin osa-alueet toteutuivat hyvin (ka = 4.14). Lähes kaikki potilaista oli samaa mieltä siitä, että henkilökunnalla oli heille riittävästi aikaa ja yli puolet vastanneista oli samaa mieltä siitä, että henkilökuntaa oli riittävästi ja että ilmapiiri oli kiireetöntä.

*Henkilöstön yhteistyön* osa-alueella potilaat arvioivat henkilökunnan ammattitaitoon, yhteistyöhön ja kunnioittamiseen liittyvien väittämien toteutumista. Potilaat arvioivat henkilöstön yhteistyön toteutuneeksi hyvin (ka = 4,45). Suurin osa potilaista oli samaa mieltä siitä, että muu henkilökunta oli ammattitaitoista. Potilaat olivat melko yksimielisiä siitä, että henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään.

*Hoidon laadun muut osatekijät* osa-alue sisälsi kaksi muuttujaa, potilaan voimavarojen huomioinnin sekä kotiutuksen suunnittelun ajoissa aloittaminen. Hoidon laadun muut osatekijät arvioitiin toteutuneen hyvin (ka = 4.34). Suurin osa potilaista oli samaa mieltä siitä, että heidän omat voimavaransa huomioitiin hoidossa. Hieman yli puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että kotiutuksen suunnittelu aloitettiin ajoissa.

*Tulosmuuttujien* arvioinnissa potilaat arvioivat hoidon tavoitteiden asettamisen ja saavuttamisen toteutumisen sekä tyytyväisyyden saamaansa hoitoon ja hoidon tulokseen. Keskimäärin hoidon tavoite asetettiin ja hoidon tavoite saavutettiin usein. Potilaat olivat myös tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoidon tulokseen. Vuodeosastolla oli yhteyttä tulosmuuttujien arviointeihin. Tulosmuuttujat arvioitiin parhaimmin toteutuneeksi vuodeosastolla 2 ja heikoimmin toteutuneeksi vuodeosastolla 4.

Potilaiden taustamuuttujista vuodeosastolla, kyselylomakkeen täyttäjällä ja vuodeosastolle tulopaikalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoidon laadun osa-alueiden arviointeihin. Potilaan iällä, sukupuolella, asumismuodolla, koulutustasolla ja sairaalaan tulosityllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoidon laadun arviointeihin. Myöskään sairaalassaoloajalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoidon laadun arviointeihin.

Henkilöstön ammatillisuuden eri osa-alueet arvioitiin summamuuttujien keskiarvon mukaan parhaiten toteutuneeksi vuodeosastolla 1 (ka = 4.75). Heikoimman keskiarvon sai henkilöstön ammatillisuuden arvioinnissa vuodeosasto 4 (ka = 3.99). Vuodeosaston lisäksi sairaalaantulopaikalla (toisesta hoitopaikasta, kotoa päivystyksen kautta) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstön ammatillisuuden, hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin, kipujen ja pelkojen lievittämisen ja hoidon laadun muiden osatekijöiden toteutumisen arviointeihin. Kotoa päivystyksen kautta tulleet arvioivat henkilöstön ammatillisuuden, hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin sekä kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alueet paremmiksi kuin ne potilaat, jotka tulivat hoitoon toisesta hoitopaikasta. Kotoa päivystyksen kautta tulleet potilaat arvioivat paremmin toteutuneeksi hoidon laadun muut osatekijät.

Kyselylomakkeen täyttäjällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys henkilöstön ammatillisuuden, kipujen ja pelkojen lievittämisen, henkilöstöressurssien ja henkilöstön yhteistyön osa-alueiden toteutumisen arviointiin. Kaikissa näillä osa-alueilla toteuma arvioitiin paremmaksi, kun kyselylomake oli potilaan itsensä täyttämä.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Keskeisten tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoidon laadun osa-alueiden toteutumista terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla sekä potilaiden taustatekijöiden yhteyttä hoidon laadun arviointeihin. Tavoitteena oli saada tietoa, miten hoidon laadun eri osa-alueet toteutuvat terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla sekä miten potilaiden taustatiedot ovat yhteydessä hoidon laadun arviointeihin.

Tämän tutkimuksen mukaan lähes kaikki potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoidon tulokseen. Hoidon laadun kaikki osa-alueet sekä tulosmuuttajat arvioitiin hyväksi. Tutkimus vahvistaa aiempaa tutkimusta, jossa potilaat ovat arvioineet hoidon laadun hyväksi (Eloranta ym. 2008, Ahmed ym. 2013, Aiken ym. 2012, Kvist ym. 2013) tai he ovat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon (Tervo-Heikkinen ym 2008, Ahmed ym. 2013, Atallah ym. 2013).

Hoidon laadun osa-alueista parhaiten toteutui fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. Potilaiden mukaan he saivat riittävästi ruokaa ja juomaa. Avoimissa kysymyksissä potilaat toivat esille ruoan liiallisen määrän ja että ruoka oli ajoittain kylmää. Tutkimustulosten mukaan potilaat saivat tarvittaessa apua liikuntakyvyn ja puhtauden ylläpitämisessä. Avoimissa kysymyksissä nousi vahvasti esille potilaiden yksityisyydensuojan heikko huomiointi hoitotoiminnoissa. Yksityisyyden suojassa on ollut puutteita myös aiemmassa tutkimuksessa (Wong ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa henkilöstön ammatillisuus arvioitiin hyväksi väittämien ja kouluasteikon mukaan. Eniten samaa mieltä potilaat olivat väittämistä ”Hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista” ja ”Minua kohdeltiin ystävällisesti”. Asiallinen ja ystävällinen kohtelu ei ole aina itsestäänselvyys. Potilaat olivat hyvin yksimielisiä siitä, että hoitoyksikön ilmapiiri oli myönteinen. Henkilöstön ammatillisuutta hoidon laadun osa-alueiden arvioinnissa on tutkittu paljon (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Aiken ym. 2012, Wong ym. 2012, Booij ym. 2013), ja se on potilaiden mielestä yksi tärkeimmistä hoidon laadun osa-alueista (Booij ym. 2013). Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu, että potilaita kohdellaan myös epäasiallisesti (Booij ym. 2013). Myönteinen ilmapiiri vahvistaa potilaan tunnetta siitä, että hän on tervetullut sairaalaan ja hän kokee olonsa turvalliseksi (Kvist & Vehviläinen- Julkunen 2008, Wong ym. 2013).

Henkilöstön ammatillisuuden toteutumisen arvioinnissa suurin osa potilaista oli samaa mieltä siitä, että heitä arvostettiin ja että heidän hyväksyttiin omana itsenään. Potilaat olivat henkilöstön ammatillisuuden toteutumisen arvioinnissa eniten eri mieltä siitä, että heidän huoliaan kuultiin ja että heiltä kysyttiin riittävästi voinnista. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että laadukkaan hoidon kriteerinä on, että potilasta kuullaan ja hänelle annetaan mahdollisuus esittää kysymyksiä (Wong ym. 2012, Wong ym. 2013). Henkilökunnan käytös vaikuttaa siihen, millaiseksi potilas arvioi hoidon laadun (Wong ym. 2013).

Potilaiden arvion mukaan koko henkilökunnan ammattitaito oli hyvä kun tarkastellaan hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien ammattitaidosta annettuja kouluarvosanoja. Parhaimman arvosanan saivat laitoshuoltajat, mutta myös hoitohenkilöstön ja lääkäreiden arvosanat olivat hyviä. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajien ammattitaito on myös arvioitu hyväksi (Atallah ym. 2013).

Hoidon laadun osa-alueista toiseksi parhaiten toteutui henkilöstön yhteistyö. Henkilöstön yhteistyön toteutumisen arviointiin oli yhteydessä lomakkeen täyttäjä. Potilaat, jotka täyttivät lomakkeen itse, olivat enemmän samaa mieltä henkilöstön yhteistyön toteutumisen eri tekijöitä kuin ne, jotka täyttivät kyselylomakkeen yhdessä omaisen kanssa. Avoimissa kysymyksissä potilaat pitivät henkilökunnan keskinäistä yhteistyötä tärkeänä.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden tiedon saanti oli puutteellista. Potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa jatkohoidostaan ja kotihoito-ohjeet eivät olleet aina selkeitä. Potilaista noin puolet arvioi, että heille selitettiin ymmärrettävästi hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset. Tämä tulos on samansuuntainen aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan, jossa sairaalahoidon aikana potilaat eivät ole saaneet riittävästi tietoa hoidostaan ja sairaudestaan (Ahmed ym. 2013, Atallah ym. 2013, Booji ym. 2013, Merkouris ym. 2013).

Kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alue arvioitiin heikoimmin toteutuneeksi tässä tutkimuksessa. Vain alle puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että he saivat ymmärrettävää ohjausta kipujen hoidossa ja että heidän kipujen hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja kuin lääkehoitoja. Moni potilaista ei myöskään osannut sanoa mielipidettään kivunhoidon ohjauksesta tai asentohoidosta. Tämä tutkimus tukee aiempaa tutkimusta siitä, että potilaiden kivunhoidossa on puutteita. Potilaat saavat harvoin eri vaihtoehtoja kivunhoidon menetelmistä. (Zoëga ym. 2014.) Kivunhoidon ongelman voi olla, ettei potilas ymmärrä pyytää kipulääkettä vaan hän olettaa, että

kipulääkettä annetaan automaattisesti. Tämä vahvistaa hoidon ohjauksen tärkeyttä myös kivunhoidossa. (Wolf ym. 2008.) Potilaan kokemus kivusta ja sen hoidosta vaikuttaa hoidon laadun arviointiin (Tervo-Heikkinen ym. 2008, Zoëga ym. 2014).

Kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alueella parhaiten toteutui potilaan pelkojen lievittäminen, vaikka noin puolet vastaajista oli pelkojen lievittämisen väittämän kanssa eri mieltä tai ei osannut sanoa mielipidettään. Sairaalaympäristö ja sairaus voi ahdistaa potilasta. Potilaan pelkoihin tulisi kiinnittää hoitotyössä huomiota yhtä lailla kuin kipuihin. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että hoitajat ymmärtävät potilaiden emotionaalisia tarpeita (Bruus ym. 2011), mutta emotionaalsiin tarpeisiin ei osata vastata riittävästi ja potilaan pelot pyritään ohittamaan esimerkiksi lääkähoidolla (Kaakinen 2013).

Tässä tutkimuksessa hoitajien määrään oltiin osittain tyytyväisiä. Hieman yli puolet potilaista oli samaa mieltä siitä, että henkilökuntaa oli riittävästi. Eniten samaa mieltä potilaat olivat siitä, että hoitajilla oli heille riittävästi aikaa. Potilaiden mukaan myös ilmapiiri oli melko kiireetöntä. Henkilöstöresursseihin liittyvät tekijät tulivat esille myös avoimissa kysymyksissä, joissa potilaat esittivät toiveitansa henkilökunnan lisäämiseksi. Hoitajien määrä vaikuttaa hoidon laadun potilasarvioon (Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013). Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat ovat tyytymättömiä hoitajien määrään (Maben ym. 2012, Kvist ym. 2013, Wong ym. 2013) sekä potilashuoneissa vietettyyn aikaan (Tervo-Heikkinen 2008, Aiken ym. 2012, Kvist ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa hoidon laadun osa-alueiden toteutumisen arviointeihin olivat yhteydessä vuodeosasto, kyselylomakkeen täyttäjät ja se, mistä potilas on tullut hoitoon vuodeosastolle. Potilaan sosiodemografisilla tekijöillä ei ollut yhteyttä ihmisläheisen hoidon osa-alueiden toteutumisen arviointeihin. Vuodeosasto oli yhteydessä henkilöstön ammatillisuuden, fyysisten tarpeiden huomioinnin, kipujen ja pelkojen lievittämisen ja tulomuuttujien toteutumisen arviointeihin. Henkilöstön ammatillisuuden toteutuminen arvioitiin selvästi yhdellä vuodeosastolla muita paremmaksi ja yhdellä vuodeosastolla muita vuodeosastoja heikommaksi. Yhdellä vuodeosastolla potilaat arvioivat selvästi myös fyysisiin tarpeisiin vastaamisen osa-alueen toteutuneen muita vuodeosastoja heikommin.

Potilat, jotka tulivat vuodeosastolle hoitoon kotoa päivystysvastaanoton kautta arvioivat henkilöstön ammatillisuuden toteutuneen paremmin kuin ne potilaat, jotka tulivat hoitoon toisesta hoitopaikasta. Henkilöstön ammatillisuuden eri tekijöiden toteutumisen arviointiin oli yhteydessä myös

kyselylomakkeen täyttäjä. Henkilöstön ammatillisuuden toteutuminen arvioitiin paremmaksi silloin, kun kyselylomakkeen oli täyttänyt potilas itse eikä potilas yhdessä omaisen kanssa tai vain omainen. Kyselylomakkeen täyttäjällä oli yhteyttä henkilöstöressurssien toteutumisen arviointeihin. Potilaat, jotka täyttivät itse kyselylomakkeen arvioivat henkilöstöressurssien toteutuneen parhaiten.

Vuodeosastolla oli yhteyttä hoidon tulomuuttujien arvioinnissa. Yhdellä vuodeosastolla potilaat olivat selvästi tyytyväisempiä ja toisella vuodeosastolla tyytymättömämpiä hoidon tulokseen ja saatuun hoitoon. Kahdella vuodeosastolla hoidon tavoite asetettiin ja saavutettiin muita vuodeosastoja heikommin.

Hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin toteutumisen arviointeihin oli yhteydessä se, mistä potilas oli tullut vuodeosastolle hoidettavaksi. Potilaat, jotka tulivat vuodeosastolle hoitoon toisesta hoitopaikasta, arvioivat hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin toteutuneen paremmin kuin ne potilaat, jotka tulivat hoitoon kotoa päivystysvastaanoton kautta. Aiemmat tutkimukset ovat samansuuntaisia; potilas jää usein hoidon suunnittelun ulkopuolelle (Bruus ym. 2011, Wong ym. 2012). Hoidon suunnittelun osallistumisen arvioinnin tarkastelussa tulisi huomioida se, että potilas ei itse aina halua osallistua hoitonsa suunnitteluun (Wong ym. 2012).

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tähän tutkimukseen saatiin puoltava lausunto tutkimuseettiseltä toimikunnalta ja tutkimuslupa saatiin tutkimusorganisaation ylilääkäriltä. Tutkimuksessa noudatettiin tutkimuksen tekemisen eettisiä periaatteita koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa kunnioitettiin ihmisen itsemääräämisoikeutta; tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkimuksen tekemisessä ei aiheutettu haittaa tutkimukseen osallistuneille. Potilaiden tuli vain täyttää kyselylomake, joka vei heiltä aikaa noin 5-10 minuuttia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009).

Tutkimusaineiston keruussa käytetyssä mittarissa ei kysytty vastaajien tunnistetietoja eli tutkimuksessa säilytettiin potilaiden yksityisyys ja tunnistamattomuus. Edes tutkija ei voinut tunnistaa vastaajia esimerkiksi käsialan perusteella, sillä tutkimusaineisto on kerätty eri paikkakunnalta tutkijoiden kanssa.

Kyselylomakkeet koodattiin etukäteen kunkin terveyskeskuksen mukaan, jotta tulosten tarkastelussa olisi mahdollista esittää myös terveyskeskusten välisiä eroja. Kyselylomake sisälsi



epäsuoria tunnisteita, joita olivat muun muassa ikä ja ammattiasema. Epäsuoria tunnisteita tulisi välttää, mikäli tutkimusaineistoa säilytetään tutkimuksen teon yhteydessä tai sen jälkeen. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto säilytettiin lukitussa kaapissa Itä-Suomen yliopiston tiloissa. Tutkimusaineistoa käsitteli vain tutkija. Potilaat palauttivat kyselylomakkeet hoitajille tai tutkijoille suljetussa kirjekuoressa, joka annettiin kyselylomakkeen kanssa. Kyselylomakkeet hävitettiin tutkimusaineiston käsittelyn jälkeen asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, Kuula 2011.)

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus on kvantitatiivisessa tutkimuksessa suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. (Metsämuuronen 2011.) Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta, eli onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä halutaan mitata. Sisällön validiteetti ja käsite validius sisältyvät sisäiseen validiteettiin. Niihin vaikuttaa tutkimuskäsitteen operationalisointi mitattavaan muotoon eli ovatko käsitteet teorian mukaisia ja kattavatko ne käsitteet riittävän laajasti. (Metsämuuronen 2011.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineiston keruussa käytettiin uusittua Ihmisläheinen hoito –mittaria, joka edelleen muokattiin tätä tutkimusta varten. Mittari on kehitetty, testattu ja käytetty Suomessa, joten tutkimusympäristö oli ollut sopiva tämän mittarin käytölle. Alkuperäisessä uudistetussa Ihmisläheinen hoito –mittarissa on yhteensä 42 positiivista väittämää, jotka kuvaavat hoidon laadun osatekijöitä sekä 4 tulosmuuttujaa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013). Tätä tutkimusta varten mittaria täydennettiin kahdella muuttujalla. Lopullinen mittari, jota tässä tutkimuksessa käytettiin sisälsi yhteensä 48 positiivista väittämää, joten mittari oli riittävän pitkä mittaamaan Ihmisläheinen hoito –käsitteitä, jotka ovat käsiteltyinä tämän kirjallisen työn alkuosassa.

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen yleistettävyyttä ja siihen vaikuttaa otoskoko (Metsämuuronen 2011). Tässä tutkimuksessa otos oli 94 potilasta, joka on pieni määrä koko joukkoon verrattuna. Tutkimustulokset ovat suuntaa antavia, niitä ei voida yleistää pienen otoskoon vuoksi. Otoskokoon ei ollut mahdollista etukäteen vaikuttaa, sillä tutkimukseen valikoituivat ne potilaat, jotka olivat tutkimuksessa mukana olleilla terveystieteiden viidellä vuodeosastolla hoidossa tutkimusaineiston keruun aikana. Etukäteen oli vaikea arvioida, kuinka monta potilasta

tulee olemaan hoidossa näillä vuodeosastoilla tutkimusaineiston keruun aikana. Ulkoista validiteettia olisi voitu parantaa sillä, että tutkija olisi itse käynyt keräämässä tutkimusaineiston. Lisäksi tutkimuksessa olisi voinut olla mukana enemmän vuodeosastoja.

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Mittaako mittari sitä mitä halutaan mitata, vai ovatko tutkimustulokset sattumanvaraisia? (Metsämuuronen 2011.) Ihmisläheinen hoito –mittaria on kehitetty pitkään vuosikymmenien aikana, mittarin Cronbachin alfa on ollut 0.78-0.94 (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Ihmisläheinen hoito –mittarin Cronbachin alfa –arvojen perusteella voidaan olettaa, että mittari on luotettava mittamaan haluttua ilmiötä, sillä alfan arvot ovat yli 0.60, joka on alfan alaraja (Metsämuuronen 2011). Tässä tutkimuksessa muodostetut summamuuttujat saivat Cronbachin alfa arvoiksi 0.770–0.971, joten summamuuttujat ovat mitanneet juuri sitä, mitä on haluttu mitata. Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia lisää se, että samaa tutkimusmittaria käytettäessä on saatu samansuuntaisia tuloksia.

#### 6.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset tutkimuskysymyksiin:

1. Hoidon laatu terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla oli hyvä kaikilla hoidon laadun osa-alueilla potilaiden arvioimana. Henkilöstön ammattitaito arvioitiin keskiarvon mukaan hyväksi, parhaimman arvosanan saivat laitoshuoltajat. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoidon tulokseen.
2. Parhaiten vuodeosastoilla hoidon laadun osa-alueista toteutui fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. Potilaiden arvioimana ruokaa ja juomaa oli sopivasti ja potilaat saivat tarvittaessa apua henkilökohtaisen puhtauden ja liikuntakyvyn ylläpitämisessä.
3. Hoidon laadun osa-alueiden toteutumisen arviointiin ovat yhteydessä kyselylomakkeen täyttäjät, vuodeosastolle tulopaikka ja vuodeosasto, jossa potilasta hoidettiin.

#### 6.5 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus antaa tietoa hoidon laadusta ja sen osa-alueiden toteutumisesta terveyskeskuksen viidellä vuodeosastolla sekä arviointeihin yhteydessä olevista potilaiden taustatekijöistä.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä vuodeosastojen toimintaa, jotta se olisi mahdollisimman laadukasta potilaiden näkökulmasta. Laadukas hoito lisää potilaan luottamusta terveydenhuoltoon sekä parantaa ennen kaikkea potilasturvallisuutta ja vähentää erilaisten haittatapahtumien syntyä.

Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidon laatu on hyvää ja että potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tutkimuksessa oli mukana lähes yhtä paljon miehiä sekä naisia ja suurin osa vastaajista oli eläkeläisiä, joten potilaat eivät olleet homogeenisia. Tässä tutkimuksessa oli mukana viisi terveyskeskuksen vuodeosastoa, minkä vuoksi tutkimustuloksia ei voida yleistää kaikkiin terveyskeskusten vuodeosastoihin. Tutkimuksen tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina, sillä tulokset olivat hoidon laadun suhteen samansuuntaisia kuin aikaisemmin hoidon laatua tutkineissa tutkimuksissa. Jatkotutkimusta hoidon laadun osa-alueiden toteutumisesta tarvitaan, sillä suuremman otoskoon ja laajemmin toteutettavan tutkimuksen avulla voitaisiin arvioida hoidon laatu terveyskeskusten vuodeosastoilla yleisemmin.

Tutkimustulosten mukaan hoidon laadun arviointiin oli yhteydessä joitakin eroja taustamuuttujien ryhmien välillä. Kyselylomakkeen täyttäjällä, vuodeosastolle tulopaikalla sekä vuodeosastolla oli yhteyttä joko yhteen tai useampaan hoidon laadun osa-alueeseen. Vuodeosastojen välillä oli selviä eroja eri hoidon laadun osa-alueiden toteutumisen arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ollut vertailla vuodeosastojen välisiä eroja vaan käsitellä aineistoa yhtenäisenä. Tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomioita siihen, mitkä potilaan taustatekijät vaikuttavat hoidon laadun arviointeihin sekä kuinka suuria eroja vuodeosastojen välillä on hoidon laadun arvioinnissa. Hoidon tulisi olla tasa-arvoista ja samanlaatuista kaikissa hoitopaikoissa, vuodeosastosta riippumatta. Lisätutkimusten avulla voidaan selvittää missä tekijöissä ja millä maantieteellisillä aluilla eroja on, jotta erojen kaventaminen voitaisiin mahdollistaa.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitettä siitä, missä hoidon laadun osa-alueilla terveyskeskusten vuodeosastoilla olisi toiminnassaan kehitettävää. Eniten kehitettävää terveyskeskusten vuodeosastoilla on kipujen ja pelkojen lievittämisessä. Huomiota tulisi kiinnittää potilaiden kivunhoidon oikea-aikaisuuteen sekä erilaisiin kivunhoidon muotoihin lääkehoidon tukena. Myös potilaiden tiedon saantiin ja ymmärrettävyyteen tulisi jatkossa kiinnittää huomiota. Kivun hoito on yksi tärkeimmistä hoidon laadun osa-alueista, sillä laadukkaassa hoidossa potilaan kipuja pyritään välttämään ja hoitamaan mahdollisimman tehokkaasti. Kipujen ja pelkojen lievittämisen osa-alueen toteutumiseen potilaat arvioivat toteutuneen heikoiten ja potilaat olivat

tällä osa-alueella myös eniten eri mieltä väittämien toteutumisesta. Jatkossa olisi syytä kiinnittää huomiota potilaan kivunhoitoon, erityisesti eri hoitomuotojen käyttöön sekä ymmärrettävään tiedonantoon kivunhoidossa. Kivunhoidon laatua voidaan parantaa erilaisten koulutusten avulla, myös hoitajat itse voivat pitää osastotunteja kivunhoidosta jos yleisiin koulutuksiin osallistuminen on vaikea järjestää. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla interventiotutkimus, jossa hoitajien kivunhoidollisia taitoja voitaisiin arvioida ennen ja jälkeen kivunhoitokoulutuksen.

Tutkimuksen tulosten mukaan potilaita tulisi ottaa enemmän mukaan hoitonsa suunnitteluun. Teoriatieto tukee tulosta, sillä potilaat jätetään melko usein oman hoidon suunnittelun ulkopuolelle. Potilas tietää itse parhaiten omaan vointiinsa liittyvät tekijät. Erityisesti kotiutuksen yhteydessä potilaan arvio voinnistaan on ensiarvoisen tärkeä, sillä potilas itse tietää miten hän tulee toimeen kotiympäristössä ja missä päivittäisissä toiminnoissa hän tarvitsee apua. On myös muistettava, etteivät kaikki potilaat halua olla mukana suunnittelemassa omaa hoitoaan tai kaikki potilaat eivät siihen esimerkiksi sairautensa vuoksi pysty. Jatkossa terveyskeskuksien vuodeosastoilla voitaisiin kehittää hoidon suunnittelun toteutumista yhdessä potilaan kanssa. Hoitamalla potilaiden kotiutusta systemaattisesti ja mahdollisimman potilaskeskeisesti voidaan edesauttaa potilaan mahdollisuutta asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotona mahdollisimman pitkään asuminen on mielekästä potilaalle, mutta myös taloudellisesti säästävää yhteiskunnalle. Potilaan kotiutuksen helpottamista tukee potilaiden omaisten huomiointi koko potilaan hoitajakson aikana sekä potilaan kotiutuksen suunnittelussa, sillä usein omaiset haluavat ettei potilasta jouduttaisiin pitkää hoitamaan sairaalassa.

Potilaan omaisten huomioon ottamista ja hoitoon osallistumista voitaisiin kannustaa jo potilaan tullessa hoitoon vuodeosastolle. Omaisia voitaisiin rohkaista olemaan enemmän mukana potilaan hoitotoimissa, erityisesti silloin kun potilas tarvitsee apua jokapäiväisissä toiminnoissa. Tässä tulee tietenkin huomioida potilaan omaisen resurssit ja halun olla läsnä potilaan luona vuodeosastolla. Omaisen osallisuus potilaan hoidossa auttaa myös hoitohenkilökuntaa, jolloin esimerkiksi potilaan liikuntakyvyn ylläpitämisessä omainen voisi hoitajan sijaan auttaa potilaan istumaan, jos potilas tarvitsee apua. Suomessa henkilöstön ja potilaan omaisten välinen toiminta on hyvin kaksijakoista potilaan hyväksi. Henkilökunta hoitaa potilasta, ja omaiset katsovat kuinka potilasta hoidetaan, kun muualla maailmassa omaiset auttavat potilaan hoidossa mahdollisimman paljon – he saattavat jopa olla potilaan luona koko sairaalassaoloajan. Yhteistyötä tulisi lisätä henkilökunnan ja potilaan omaisten välillä, sillä sekä omaiset että henkilökunta toimivat potilaan parhaaksi. Vuodeosastolla voitaisiin yhdessä kehitellä toimintatapaa omaisten huomioimiseksi. Voisiko potilaan omaisilta

tiedustella sitä, kuinka paljon hän pystyy ja haluaa olla potilaan hoidossa mukana? Yhteistyöllä ja poistamalla rajoja voitaisiin parantaa potilaan hoitoa mielekkäämmäksi.

## LÄHTEET

Ahmed M, Shehadeh A & Collins M. 2013. Quality of nursing care in community health centers: Clients' satisfaction. *Health Science Journal* 7(2), 229–236.

Atallah M A, Hamdan-Mansour A M, Al- Sayed M M & Aboshaiqah A E. 2013. Patients' satisfaction with the quality of nursing care provided\_ The Saudi experience. *International Journal of Nursing Practice* 2013 (9), 584-590.

Aiken L.H, Van den Heede K, Sloane D.M, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty A M, Griffiths P, Moreno-Casbas M T, Tishelman C, Scott A, Brozostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Stjente I S, Smith H L & Kutney-Lee A. 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344:e1717 doi.

Booji J C, Zegers M, Evers P MPJ, Hendriks M, Delnoij D MJ & Rademakers J JDJM. 2013. Improving cancer patient care: development of a generic cancer consumer quality index questionnaire for cancer patients. *BMC cancer* 2013, 13(203).

Borghans I, Kleefstra S M, Kool R B & Westert G P. 2012. Is the length of stay in hospital correlated with patient satisfaction? *International Journal of Quality in Health Care* 24(5)443-451.

Broos I, Varik M, Aro I, Kalam-Salminen L & Routasalo P. 2011. Patient-centeredness in long-term care of older patients – a structured interview. *International Journal of Older People Nursing*, 2011(7), 264-271.

Eloranta S, Katajisto J, Savunen T & Leino-Kilpi H. 2009. Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 7(4), 12–19.

Eloranta S, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 20(3), 115–125.

Haho A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvavuun teoreettisiin väittämiin. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 898.

Hartikainen T. 2013. Lääkäriaseman asiakkaiden arviointeja sairaanhoitajan vataanoton laadusta. Pro gradu –tutkielma. *Hoitotiede*. Itä-Suomen yliopisto.

Hiltunen S. 2008. Quality of nursing care from the perspective of patients, nurses and leaders in Vietnam. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Hoontrakul D, Sritanyarat W, Nuntaboot K & Premgamone A. 2008. Development of Age-Friendly Primary Health Care: Case study of One Primary Care Unit. *Thai Journal of Nursing research* 12(2), 131–141.

Horwitz L I, Moriarty J P, Chen C, Fogerty R L, Brewster U C, Kanade S, Ziaecian B, Jenq G Y, Krumholz H M. 2013. Quality of Discharge Practices and Patient Understanding at an Academic Medical Center. *JAMA Internal Medicine* 173(18), 1715-1722.

- Kaakinen P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. D 2124.
- Karjalainen L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Otavan Kirjapain Oy; Keuruu.
- Kuntaliitto. 2011. Koivuranta-Vaara P (toim.). Terveydenhuollon laatuopas.1.painos. Kuntaliiton verkkojulkaisu. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2011/Sivut/terveydenhuollon-laatuopas-on-valmis.aspx>. Luettu 25.10.2013.
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Vastapaino, Tampere.
- Kuurila E. 2004. Hoidon laatu perusterveydenhuollossa. Kyselytutkimus ihmisläheinen hoito – mittarilla. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Kvist T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111.
- Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf G. A & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. How magnetic are Finnish hospital measured by transformational leadership and empirical quality outcomes?. *Journal of Nursing Management* 2013(21), 152–164.
- Kvist T & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Ihmisläheinen hoito – mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. *Tutkiva hoitotyö* 20(6), 377–387.
- Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K & Jokela V. 2007. Do organizational factors explain the quality of care?. *Journal of Nursing Quality* 22(4), 365–370.
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 17.8.1992/785.
- Lucero RJ, Lake ET & Aiken LH. 2010. Nursing care quality and adverse events in US hospital. *Journal of Clinical Nursing* 19, 2185-2195.
- Maben J, Adams M, Pecci R, Murrells T & Robert G. 2012. ‘Poppets and parcel’: the link between staff experience of work and acutely ill older peoples’ experience of hospital care. *International Journal of Older People Nursing* 2012(7), 83-94.
- Merkouris A, Andreadou A, Athini E, Hatzimbalasi M, Rovithis M & Papastavrou E. 2013. assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. *Health Science Journal* 7(1), 28–40.
- Metsämuuronen J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. e-kirja 1. painos.
- Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Mikkonen M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Milutinovic D, Simin D, Brkic N & Brkic S. 2012. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012(26), 598–606.

Partanen P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99.

Polit D.F & Beck C.T. 2006. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and Utilization.* 6. painos. Lippincott Williams & Wilkins, Crawfordsville.

Sack C, Scherag A, Lütkes P, Günther W, Jöckel K-H & Holtmann G. 2011. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey 37 00 patients treated by 73 hospitals. *International Journal of Quality in Health Care* 23(3), 278-283.

Scott P A, Matthews A, Kirwan M. 2014. What nursing in the 21 st century and what does the 21 st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy* 2014(15), 23-34.

Sohlberg T. 1993. Potilaiden kokemuksia ihmisläheisestä hoidosta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No 12/1993.

Soler R S, Canal D J, Noguer C B, Poch C G, Motge N B & del Mar Garcia Gil M. 2009. Continuity of care and monitoring pain after discharge: patient perspective. *Journal of Advanced Nursing* 66(1), 40-48.

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Suhonen R, Leino-Kilpi H, Gustafsson M-L, Tsangari H & Papastavrou E. 2013. Yksilöllinen hoito: potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25(2), 80–91.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print; Tampere.

Tervo-Heikkinen T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja 162. Yhteiskuntatieteet.

Tervo-Heikkinen T, Kvist T, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K & Aalto P. 2008. Patient satisfaction as a positive nursing outcome. *Journal of Nursing Care Quality* 23(1), 58-65.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioiniin järjestämiseksi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>. Luettu 1.12.2013.



Töyry E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 86.

Töyry E, Herve R, Mutka R, Savolainen P & Seppänen M. 1993. Ihmisläheisen hoidon mittareiden kehittäminen. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No 12/1993.

Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T & Hoffman L. 2008. Can nurses impact patient outcomes using a Patient-Centered Care model? *The Journal of Nursing administration* 38(12), 532-540.

Wong E LY, Coulter A, Cheung A WL, Yam C HK, Yeoh EK & Griffiths S. 2012. Patient experiences with public hospital care: first benchmark survey in Honk Kong. *Hong Kong Medical Journal* 2012(18), 371-380.

Wong E LY, Coulter A, Cheung A WL, Yam C HK, Yeoh EK & Griffiths S. 2013. Item generation in the development of an inpatient experience questionnaire: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 13(265),1-13.

You L, Aiken L H, Sloane D M, Liu K, He g, Hu Y, Jiang X, Li X-h, Li X-m, Liu H, Shang S, Kutny-Lee A & Sermeus W. 2013. Hospital nursing care quality and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospital in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50(2013), 154–161.

Zoëga S, Sveinsdottir H, Sigurddson G H, Aspelund T, Ward S E & Gunnarsdottir S. 2014. Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective. *Pain Practice*, artikkeli julkaistu 17.1.2014 verkossa.

Liitetaulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tekijä, vuosi, tutkimus, maa	Tarkoitus	Otos	Menetelmä	Tulokset
Ahmed ym. 2013, Jordania	Selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä saamansa hoitoon sekä tunnistaa asiakastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä.	Kahden eri terveysaseman asiakkaat n = 304.	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake.	Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, joka osoittaa, että hoito on ollut laadukasta.  Sukupuolella, iällä ja koulutuksella oli yhteys hoidon tyytyväisyyteen. Naiset, nuoret ja matalammin koulutetut olivat tyytyväisimpiä saamaansa hoitoon.
Atallah ym. 2013, Saudi-Arabia	Selvittää potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon sekä hoidon laatuun.	Erään sairaalan potilaat n = 250	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake.	86 % potilaista oli tyytyväisiä hoidon laatuun.  Hoidon laatutekijöistä parhaimmin toteutui hoitajien ammatillinen osaaminen ja huonoimmin kommunikaatio.  Kommunikointi potilaan ymmärtämällä kielellä koettiin hoidon laatuun eniten vaikuttavaksi tekijäksi, potilaat kokivat, etteivät saa riittävästi tietoa ymmärrettävällä kielellä osastolle tullessaan ja kotiutuessa
Aiken ym. 2012, monikansallinen	Selvittää sairaalaorganisaatioiden vaikutusta potilaan hoitoon ja sairaanhoitajien työvoimaan.	12 Euroopan maiden Hoitajat N = 61 168 Potilaat N = 130 000	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake..	Eri maiden välillä hoidon laatu oli samansuuntaista, hoidon laatu oli heikointa Kreikassa ja parasta USA:ssa, Sveitsissä ja Suomessa.  Hoitajien lukumäärällä on vaikutusta hoidon laatuun.  Heikoimmaksi potilaat arvioivat ne sairaalat, jossa hoitajamäärä oli alhainen.

Liite 1. Kirjallisuushaun tulokset (2/8).

Booij ym. 2013, Alankomaat	Kehittää mittaria, jolla voidaan mitata eri syöpää sairastavien potilaiden tuntemuksia.	Syöpää sairastavat potilaat N = 2122	Ryhmähaastattelu ja kyselylomake. Aineiston keruu perustui Dillman –menetelmään.	Potilaiden mukaan tärkeimmät laatuun vaikuttavat tekijät olivat ammattitaito ja yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välillä.  Heikoiten toteutuivat psykososiaalinen ohjaus sekä muiden tutkimusten mahdollisuus ja tiedon saanti tutkimusten jälkeen.
Borghans ym. 2012, Alankomaat	Selvittää sairaalassaolon keston ja potilaiden tyytyväisyyden tasoa vuodeosastolla.	188 eri sairaalan potilaat n = 102 815	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake.	Sairaalassaolon kestolla ja potilastyytyväisyydellä oli yhteys vain yhdellä erikoisalalla. Viidellä muulla erikoisalalla ei ollut yhteyttä.
Bruus ym. 2011, Viro	Kuvata iäkkäiden potilaiden arviointi potilaskeskeisyyden toteutumisesta pitkäaikaisosastolla ja arviointiin yhteydessä olevia sosiodemografisia tekijöitä.	Keski-Viron sairaaloiden yli kahdeksan -paikkaisten osastojen potilaat n = 562	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake.	Potilaiden mukaan hoitajat kuuntelevat mitä heillä on sanottavana ja ottavat potilaan toiveet huomioon. Hoitajat myös ymmärtävät potilaiden emotionaalisia tarpeita.  Potilaiden mukaan heillä on vähän mahdollisuutta suunnitella hoitoa yhdessä hoitajan kanssa. Puolet potilaista oli sitä mieltä, että heillä ei ole riittävästi mahdollisuutta päättää hoitoonsa liittyvistä asioista.  Puolet potilaista ei saanut terveysneuvontaa, eivätkä hoitajat olleet kiinnostuneita siitä, miten potilaan sairaus vaikutti potilaan elämään ja tämän perheeseen.  Sosiodemografisilla tekijöillä ei ollut tilastollista yhteyttä tutkimustuloksiin.

Eloranta ym. 2008, Suomi	Arvioida kirurgisen vuodeosastojen hoidon laatua potilaiden näkökulmasta sekä hoidon laatuun yhteydessä olevia tekijöitä.	Kolmen eri erikoisalan potilaat n = 740	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake.	Kirurgisen potilaan hoidon laatu on keskimääräisesti hyvä.  Yhteistyö lääkärin ja omaisten kanssa arvioitiin tutkimuksessa huonoimmin toteutuvaksi.
Hoontrakul ym. 2008, Thaimaa	Selvittää millainen on vanhuusystävällinen perusterveydenhuolto	Potilaat n = 22 työntekijät n = 15 ja toimisto- työntekijät n = 5	Kvalitatiivinen, havainnointi, yksilö- ja syvä- ja ryhmähaastattelut sekä kirjalliset dokumentit.	Henkilökunnan tulisi kohdella vanhuksia ihmisenä, ei vain potilaana.  Kunnioitus ja tuttavallinen kohtelu ovat merkittävämpiä ominaisuuksia.
Horwits ym. 2013, USA	Arvioida kotiutumisen onnistumista potilaan näkökulmasta.	Potilaat n = 377	Kvantitatiivinen, strukturoitu puhelinhaastattelu.	Kaikki potilaat saivat kotihoito-ohjeet. Lähes kaikki potilaat saivat informaatiota sairaalassaolon syystä, toimintaohjeet, seurantakäynnin lääkärin yhteystiedot sekä ohjeet mahdollisista rajoituksista.  Reilusti yli puolet potilaista ymmärsi hoidon syyn sekä saamansa itsehoito-ohjeet.  Yli puolella potilaista hoitajat ottivat huomioon potilaan tuen tarpeen kotiutuksessa sekä ottivat huomioon potilaan toiveet sekä potilaan omaiset.

Kaakinen P. 2013, Suomi	Kuvailla ja ennustaa pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen laatua sairaalaympäristössä.	Pitkäaikais-sairaat n = 240	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake.	Potilaat arvioivat ohjauksen laadun hyväksi. Ohjauksen toteutumisen kirjaamisessa on puutteita.  Potilaan emotionaalisiin tarpeisiin ei vastata riittävästi. Myös potilaiden pelkojen kohtaamisessa on puutteita.
Kvist ym. 2013, Suomi	Selvittää magneettisairaalan neljän eri komponentin toteutumista sekä verrata eri sairaaloiden välisiä tuloksia.	Potilaat n = 2566	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake.	Yliopistollisen sairaalan potilaat olivat tyytyväisimpiä samaansa hoitoon.  Potilaat kokivat saavansa hyvää, laadukasta ja ammattitaitoista hoitoa.  Tyytymättömämpiä potilaat olivat vähäiseen hoitajamäärään ja hoitajien käyttämään potilaskohtaiseen aikaan.
Lucero ym. 2010, USA	Tutkia tyydyttämättömien hoitotyön tarpeiden ja kirjattujen haittatapahtumien välistä yhteyttä.	Hoitajat n = 42000  Potilaat n = 232342	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake. Aineiston uudelleenanalysointi.	Hoitotyön tarpeiden ja niiden tyydyttämisellä on yhteyttä potilasturvallisuuteen, lääkevirheisiin ja kaatumistapaturmiin sekä pahimmillaan sairaalainfektioihin.  Haittatapahtumien määrällä on vaikutusta hoidon laatuun.
Maben ym. 2012, Englanti	Tutkia hoitohenkilökunnan työkokemuksen ja potilaiden hoitokokemuksen yhteyttä.	Potilaat ja hoitajat n = 18	Kvalitatiivinen, haastattelu ja tarkkailu	Hoitajilla ei ole resursseja tutkia, ymmärtää tai osoittaa iäkkään potilaan poikkeavaan käytökseen. Potilaat pyrkivät ymmärtämään hoitajien kiirettä, ajan käyttöä ja väsymystä.  Henkilöstön hyvinvoinnilla on yhteyttä potilaan arvioon saamasta hoidostaan.  Kiire ja persoonaton hoitotyö saa potilaat tuntemaan itsensä esineeksi.

Liite 1. Kirjallisuushaun tulokset (5/8).

Merkouris ym. 2013, Kypros	Tarkastella potilastyytyväisyyttä sisätauti- ja kirurgisilla vuodeosastoilla sekä siihen yhteydessä olevia taustatekijöitä.	Potilaat n = 324	Kvantitatiivinen, puolistrukturoitu haastattelulla.	Kirurgiset potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa sisätautipotilaisiin verrattuna. He olivat myös tyytyväisempiä saamansa informaatioon.  Potilaat, jotka tulivat kutsuttuina hoitoon, kokivat saavansa hyvin tietoa.
Milutinovic ym. 2012, Serbia	Tutkia potilastyytyväisyyttä sekä sen yhteyttä potilaan taustatekijöihin kuten ikään, sukupuoleen yms.	Potilaat n = 235	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Potilaan iällä, sukupuolella, siviilisäädellä, koulutuksella ja aiemmalla sairaalakokemuksella on yhteyttä koettuun hoidon laatuun.  Miehet ja iäkkäämmät potilaat ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon.
Sack ym. 2011, Saksa	Tarkoituksena selvittää sairaalan akkreditoinnin ja potilastyytyväisyyden yhteyttä.	30 ei akkreditoitun sairaalan potilaat n = 15 556 43 akkreditoitun sairaalan potilaat n = 21 221	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Akkreditointi on yksi tapa mitata sairaalan laatua kuuden eri kategorian avulla.  Akkreditoitujen ja ei akkreditoitujen sairaaloiden ja potilaiden tyytyväisyyden välillä ei ollut yhteyttä.

Sohlberg, 1993, Suomi	Selvittää potilaiden mielipiteitä ihmisläheisestä hoidosta sekä saada tietoa ihmisläheisen hoidon laatuvaatimusten toteutumisesta sairaalahoidon ja poliklinikkakäynnin aikana.	Potilaat n = 1269	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Henkilökunnan ja potilaiden väliset vuorovaikutustilanteet olivat ihmisläheisen hoidon puutteet ja kielteisimmät potilaan kokemukset hoidostaan. Henkilökunnan aika potilaille oli riittämätön, potilaat toivoivat enemmän vastuu – omahoitaja -mallia.  Sairaalaympäristöllä oli merkitystä potilaan viihtyvyyteen, yksityisyyteen ja intimitettiin säilymiseen.
Soler ym. 2009, Espanja	Selvittää potilaan uudelleentuloa sairaalaan, kotiutuksen kuntoa ja tyytyväisyyttä ja koettua kipua.	Potilaat n = 83	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Noin puolet potilaista arvioi ymmärtäneensä kotihoito-ohjeet hyvin tai erinomaisesti. Lähes kaikki potilaat kokivat kuukausia kotiutuksen jälkeen hoito-ohjeiden olleen hyödyllisiä.
Tervo- Heikkinen 2008, Suomi	Kuvata erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien toimintaympäristöä ja hoitotyön henkilöstömitoitusta sekä niiden vaikutusta hoitotyön tuloksiin.	Jäsenkysely n = 1192 Potilaat n = 1730 Rekisteritunnusluvut n = 24 Sairaanhoitajat n = 542 Osastonhoitajat n = 41	Kvantitatiivinen, kyselylomake..	Potilastyytyväisyys sairaanhoitajien toimintaympäristöön oli korkea, sairaaloiden ja osastojen välillä oli eroja erityisesti tyytyväisyydessä sosiaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä avunsaantiin sairaalahoidon aikana.

Tervo-Heikkinen ym. 2008, Suomi	Selittää potilastyytyväisyyttä sekä siihen yhteydessä olevaa henkilöstön rakennetta ja suhdetta tunnuslukujen mukaan suomalaisessa terveysalan organisaatiossa.	Potilaat n = 1730 Hoitajat n = 451	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Potilastyytyväisyys oli melko korkea, siihen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä, koulutus ja tyytyväisyys omaan terveyteen.  Hoitajan työvuosilla on yhteys potilaan kokemaan hoidon laatuun erityisesti kivunhoidollisissa tilanteissa.
Töyry E, 2001, Suomi	Luoda luotettavat ihmisläheisen hoidon laatumittari systemaattisen hoidon laadun kehittämiseen ja käyttöön.	Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1991–1997.	Avoimet haastattelut ja erityyppiset kyselylomakkeet.	Tulosten mukaan muodostettiin viisi hoitoa kuvaavaa osa-aluetta; potilaan yksityisyyden, yhteisöllisyyden ja arvostuksen säilyttäminen, potilaan hoitoonsa osallistumisen mahdollistaminen, potilaan tunne-elämän huomioon ottaminen, potilaan terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja hoidon edellytyksistä huolehtiminen.  ILH – mittarin käyttö on luotettavaa em. osa-alueilla.
Wolf ym. 2008, USA	Selvittää, onko potilaskeskeisellä hoidolla ja potilaiden tyytyväisyyttä kotiutukseen.	Potilaat n = 116 Kontrolliryhmä n = 58 Verrokki n = 58	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Kahden eri ryhmän välillä ei ollut merkitsevää tilastollista yhteyttä potilaskeskeisin hoitotyön toteutumiseen.  Suuriosa potilaista toivoi, että heidän omaisensa otetaan huomioon hoidon suunnittelussa.  Potilaat olivat tyytymättömiä odotusaikoihin, lääkehoitoon, yksilölliseen tiedonsaantiin ja ohjaukseen ja sairaalaympäristöön liittyviin tekijöihin.



Liite 1. Kirjallisuushaun tulokset (8/8).

Wong ym. 2012, Kiina	Selvittää sairaalahoidon potilastyytyväisyyttä	Potilaat n = 5 030	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	<p>Potilaat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, heitä kunnioitettiin ja arvostettiin.</p> <p>Hoidossa tärkeää luottamus ja mahdollisuus keskustella henkilökunnan kanssa.</p> <p>Suuriosa potilaista luotti henkilöstön ammattitaitoon.</p> <p>Kotiutuksessa kehittämistä.</p>
Wong ym. 2013, Kiina	Kehittää mittari, jolla voidaan selvittää potilaiden sairaalassaolo-kokemuksia	Potilaat n = 25	Kvalitatiivinen, haastattelu.	<p>Tärkeintä hoidossa on nopea avunsaanti, ymmärrettävä tiedonsaanti ja kipujen hoito.</p> <p>Potilaiden mukaan hoidon laadun arviointi on hyvin tärkeää.</p> <p>Henkilöstön määrä vähäistä, potilaat ymmärtävät hoitajien kiireen ja paineen työssä.</p>
You ym. 2013, Kiina	Selvittää sairaalahenkilöstön, koulutustason ja työympäristön välistä yhteyttä potilaiden sairaalakoemuksiin ja sairaanhoitajien työtuloksiin.	<p>Hoitajat n = 968</p> <p>Potilaat n = 6494</p>	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	<p>Sairaalat, joissa on hyvä työympäristö ja riittävästi hoitajia, potilaat ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon.</p> <p>Korkeammin koulutetut hoitajat, kuten lukion käyneet, ovat ammatillisesti osaavampia matalammin koulutettuihin verrattuuna.</p>
Zoëga ym. 2014, Islanti	Tutkia kivun yleisyyttä, voimakkuutta, hoitoa, häiriötekijöitä ja potilaan hoitoon osallistumista kivunhoitoon sekä potilastyytyväisyyttä.	Potilaat n = 308	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	<p>Alle puolet tutkimukseen osallistuneista koki saavansa tietoa kivunhoidon vaihtoehtoista.</p> <p>Iäkkäämmät (yli 75 –vuotiaat) olivat tyytyväisempiä saamaansa kivunhoitoon.</p> <p>Kivunhoidon toteutumisen arviointiin vaikuttaa potilaan kipukokemus (aika ja voimakkuus) sekä kivunhoidon lievitys.</p>

Liitetaulukko 2. Tutkimukset, joissa aineisto on kerätty Ihmisläheinen hoito- mittarilla.

Tekijä (t)	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeisimmät tulokset
Töyry E, 2001	Luoda luotettavat ihmisläheisen hoidon laatumittari systemaattisen hoidon laadun kehittämiseen ja käyttöön.	Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1991–1997.	Avoimet haastattelut ja erityyppiset kyselylomakkeet .	Tulosten mukaan muodostettiin viisi hoitoa kuvaavaa osa-aluetta; potilaan yksityisyyden, yhteisöllisyyden ja arvostuksen säilyttäminen, potilaan hoitoonsa osallistumisen mahdollistaminen, potilaan tunne-elämän huomioon ottaminen, potilaan terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja hoidon edellytyksistä huolehtiminen.  ILH – mittarin käyttö on luotettavaa em. osa-alueilla.
Partanen P, 2002	Kuvata potilaiden arvioita hoidon laadusta.	Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuonna 1999, n = 158 potilasta.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Hoidon laatu oli kiitettävää.  Eri osastojen välillä oli merkitseviä eroja henkilöstömitoituksessa ja henkilöstön arvioimassa hoitotyön laadussa.
Kuurila E, 2004	Kuvata ihmisläheisen hoidon toteutumista potilaiden kokemana perusterveydenhuollon vuodeosastoilla.	Kolmen perusterveydenhuollon organisaation vuodeosastoilla hoidetut potilaat, n = 205.  Aineisto kerättiin vuonna 2003.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Kaikilla ihmisläheisen hoidon ulottuvuuksilla hoidon laatu oli kiitettävää.  Potilaat olivat tyytymättömiä ilmapiirin kiireisyyteen, henkilökunnan vähäisyyteen, meluun, riittämättömään tiedon saantiin ja hoitajien ajan puutteeseen.

Liite 2. Ihmisläheinen hoito – mittarilla tehdyn tutkimukset (2/3).

Kvist T, 2004	Kuvata hoidon laadun toteutumista potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioimana	Kuopion yliopistollisen sairaalan, Varkauden ja Iisalmen aluesairaaloista vuosina 2000–2001.  Vuodeosastojen potilaat n=631, henkilökunta n=690, johtajat n=76 ja lääkärit n=128.  Poliklinikoiden potilaat n=908, henkilökunta n = 160, johtajat n = 39 ja lääkärit n = 128.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Hoidon laatu oli hyvää potilaiden ja henkilöstön arvioimana.  Potilaat arvostivat henkilökunnan ammattitaitoa, miellyttävää kohtelua ja avun saantia. Tyytymättömiä potilaat olivat mahdollisuuteen osallistua omaan hoitoonsa, tiedon saantiin, kiireeseen ja riittämättömään henkilökuntaan.  Henkilöstön tyytyväisyys oli yhteydessä hoidon laatuun.
Mikkonen M, 2007	Kuvata saattohoidon laatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä omaisten arvioimana.	Terhokodissa hoidettujen potilaiden omaiset , N = 150	Kyselylomake, vastauksia 94 Teemahaastattelu, yhteensä 6 omaista.	Terhokodin saattohoito arvioitiin hyväksi. 66 % arvioi hoidon laadun kiitettäväksi.  Hoito koettiin ihmisläheiseksi ja se oli oireita lievittävää.  Parhaimmillaan saattohoito oli silloin, kun omaiset saivat yksityisesti olla yhdessä.
Hiltunen S, 2008	Kuvata hoitotyön laatua potilaiden, hoitajien ja johtajien näkökulmasta.	Vietnamin Hanoissa sijaitsevan keskussairaalan potilaat, n = 213, hoitajat, n = 99 ja sairaanhoidon johtajat, n = 34.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Potilaat olivat hoitajiin ja johtajiin nähden tyytymättömämpiä hoidon laatuun.  Potilaat kokivat, että heidän asioitaan ei käsitellä luottamuksellisesti, eivätkä he saaneet riittävästi tietoa.

Liite 2. Ihmisläheinen hoito – mittarilla tehdyn tutkimukset (3/3).

Tervo-Heikkinen T ym. 2008	Selittää potilastyytyväisyyttä sekä siihen yhteydessä olevaa henkilöstön rakennetta ja suhdetta tunnuslukujen mukaan suomalaisessa terveysalan organisaatiossa.	Neljässä suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2005 olleet potilaat, n = 1730 ja hoitajat, n = 451.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Potilastyytyväisyys oli melko korkea, siihen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä, koulutus ja tyytyväisyys omaan terveyteen.  Hoitajan työvuosilla on yhteys potilaan kokemaan hoidon laatuun erityisesti kivunhoidollisissa tilanteissa.
Kvist ym. 2007	Kuvata hoidon laatua sekä sen eroavaisuuksia potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioimana ja selittää hoidon laadun ja organisaatiollisten tekijöiden yhteyttä.	Kuopion yliopistollisen sairaalan potilaat, n = 631, hoitajat, n = 690, johtajat, n = 76 ja lääkärit, n = 128.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Hoidon laatu arvioitiin hyväksi, potilaat arvioivat hoidon laadun parhaimmaksi henkilökuntaan verrattuna.  Organisaatiollisilla tekijöillä, kuten arvoilla, työllä ja johtajuudella oli yhteyttä hoidon laatuun.
Kvist ym. 2013	Selvittää hoitohenkilökunnan, hoitotyön johtajien ja potilaiden näkemyksiä Magneettisairaalamallin kahdesta osatekijästä (muutosjohtaminen ja empiiriset laatutulokset) sekä verrata tuloksia sairaaloiden välillä.	Yhden yliopistollisen sairaalan ja kolmen keskussairaalan potilaat, n = 5629. Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2008–2009.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Yliopistollisen sairaalan potilaat olivat tyytyväisimpiä.  Potilaat kokivat saavansa hyvää, laadukasta ja ammattitaitoista hoitoa.  Tyytymättömämpiä potilaat olivat vähäiseen hoitajamäärään ja hoitajien käyttämään potilaskohtaiseen aikaan.
Hartikainen T, 2013	Kuvata sairaanhoitajien vastaanoton laatua asiakkaiden arvioimana ja laatuun yhteydessä olevia tekijöitä.	Lääkäriaseman sairaanhoitajan vastaanotolla asioineet potilaat, n = 35.	Kvantitatiivinen, kyselylomake.	Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamansa hoitoon sairaanhoitajan vastaanotolla.  Kaikki hoidon laadun osa-alueet arvioitiin toteutuneen hyvin tai erinomaisesti.

Liite 3. Hoidon laadun osa-alueiden summamuuttujat (1/2).

Liitetaulukko 3. Hoidon laadun osa-alueiden summamuuttujat (kysymysten määrä, vastanneet, keskiarvosummamuuttuja, sd ja Cronbachin alfa).

Summamuuttujat	Kysymysten määrä	Vastanneet (n)	Keskiarvo	sd	Cronbachin alfa
<b>Henkilöstön ammatillisuus</b>	17	93	4.42	0.81	0.971
Arvostaminen					
Hyväksyminen omana itsenään					
Ammattitaitoinen hoitohenkilöstö					
Ammattitaitoiset lääkärit					
Hoito perustuu tarpeisiin					
Huolien kuuntelu					
Asioihin paneudutaan sopivasti					
Avun saanti tarvittaessa					
Luottamuksellisuus asioiden puhumisessa					
Voinnin kysyminen					
Asiallinen kohtelu					
Ystävällinen kohtelu					
Myönteinen ilmapiiri					
Tervetullut sairaalaan					
Turvallinen olo					
Kipuihin suhtautuminen vakavasti					
Arviointiin voinnista luotettiin					
<b>Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti</b>	11	93	4.10	0.75	0.923
Riittävä tiedon saanti					
Sairauteen liittyvät rajoitukset selitettiin ymmärrettävästi					
Riittävä tieto lääkehoidosta					
Riittävä tieto jatkohoidosta					
Selkeät kotihoito-ohjeet					
Hoitoon liittyvien kysymysten esittämismahdollisuus					
Hoitoympäristön rajoitukset selitettiin					
Mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun					
Puhuminen ymmärrettävällä kielellä					
Omaisten huomiointi					
keskustelumahdollisuus kahden kesken henkilökunnan kanssa					

Liite 3. Hoidon laadun osa-alueiden summamuuttujat. (2/2).

<b>Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen</b>	4	89	4.54	0.87	0.820
Sopiva ruoan määrä					
Sopiva juoman määrä					
Apu puhtauden ylläpitämisessä					
Apu liikuntakyvyn ylläpitämisessä					
<b>Kipujen ja pelkojen lievittäminen</b>	4	85	3.80	1.07	0.876
Ymmärrettävä kivunhoidon ohjaus					
Kipujen erilaiset hoitomuodot					
Kipujen oikea-aikainen lääkehoito					
Pelkojen lievittäminen					
<b>Henkilöstöresurssit</b>	3	90	4.14	0.91	0.770
Riittävä henkilökunnan määrä					
Henkilökunnalla riittävästi aikaa					
Kiireetön ilmapiiri					
<b>Henkilöstön yhteistyö</b>	3	88	4.45	0.79	0.868
Henkilökunnan hyvä yhteistyö					
Henkilökunnan keskinäinen ammattitaidon kunnioitus					
Muu ammattitaitoinen henkilökunta					
<b>Hoidon laadun muut osatekijät</b>	2	83	4.34	0.94	0.774
Voimavarojen huomiointi hoidossa					
Kotiutuksen suunnittelun ajoissa aloittaminen					
<b>Tulosmuuttujat</b>	4	86	4.29	0.88	0.930
Tyytyväisyys saamaansa hoitoon					
Tyytyväisyys hoidon tulokseen					
Hoidon tavoitteiden asettaminen					
Hoidon tavoitteiden saavuttaminen					

Liite 4. Taustamuuttujien merkitsevyys hoidon laadun arvioinnissa (1/1).

Liitetaulukko 4. Taustamuuttujien merkitsevyys hoidon laadun arvioinnissa (p-arvo, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U-testi).

Taustamuuttujat	Henkilöstön ammatillisuus	Hoitoon osallistuminen	Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen	Kipujen ja pelkojen lievittäminen	Henkilöstöressit	Henkilöstön yhteistyö	Hoidon laadun muut osatekijät	Tulosmuuttujat
Terveyskeskus	0.049	0.003	0.110	0.048	0.143	0.217	0.040	0.156
Lomakkeen täyttävä	0.016	0.079	0.093	0.006	0.002	0.046	0.058	0.051
Ikä	0.253	0.902	0.733	0.687	0.494	0.121	0.624	0.313
Sukupuoli	0.122	0.672	0.236	0.962	0.053	0.607	0.688	0.036
Asumismuoto	0.234	0.519	0.515	0.975	0.289	0.357	0.673	0.094
Koulutus	0.851	0.586	0.238	0.488	0.392	0.272	0.245	0.426
Ammattiasema	0.311	0.744	0.129	0.305	0.346	0.213	0.201	0.358
Vuodeosastolle tulopaikka	0.009	0.500	0.048	0.036	0.351	0.088	0.110	0.024
Tulosyy	0.753	0.730	0.259	0.617	0.981	0.440	0.259	0.729
Sairaalassa-oloaika	0.607	0.563	0.746	0.546	0.713	0.465	0.296	0.321