

LÄÄKÄRIASEMAN ASIAKKAIDEN ARVIOINTEJA SAIRAAHOITAJAN VASTAANOTON LAADUSTA

Terhi Hartikainen
Pro gradu-tutkielma
Hoitotiede
Terveystieteiden opettajankoulutus
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Joulukuu 2013

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	4
2 LAATU SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA	7
2.1 Kirjallisuuskatsaus.....	7
2.2 Sairaanhoitajan vastaanotto.....	8
2.3 Hoidon laatu ja sairaanhoitajan vastaanoton laadun tutkiminen.....	9
2.4 Sairaanhoitajan vastaanoton laatuun yhteydessä olevia tekijöitä.....	11
2.4.1 Asiakkaiden ainutlaatuisuus.....	13
2.5 Laatu- ja potilastyytyväisyysmittareita.....	15
2.5.1 Asiakkaan terveystyytyväisyyden vuorovaikutusmalli.....	17
2.5.2 Potilastyytyväisyyskysely sairaanhoitajan vastaanotolla.....	19
2.5.3 Päivystävän sairaanhoitajan työn laatua mittaavia mittareita.....	20
2.5.4 Kulttuuriset tekijät ja laatu.....	22
2.6 Suomalaisia laatumittareita.....	25
2.6.1 HYVÄ HOITO -mittari.....	25
2.6.2 Yksilöllinen hoito -mittari.....	26
2.6.3 Ihmisläheinen hoito –mittari.....	27
2.7 Yhteenvedo sairaanhoitajan vastaanoton laadun tutkimisesta.....	29
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	32
4 MENETELMÄ JA AINEISTO	33
4.1 Aineistonkeruu.....	33
4.2 Muokattu Ihmisläheinen hoito –mittari.....	33
4.4 Aineiston analyysi.....	35
5 TULOKSET	37
5.1 Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat.....	37
5.2 Asiakkaiden arviot sairaanhoitajavastaanoton hoidon laadusta.....	39
5.2.1 Arvostuksen toteutuminen.....	39
5.2.2 Informaation onnistuminen.....	40
5.2.3 Asiakkaiden saama kohtelu.....	41
5.2.4 Pelkojen ja kipujen lievitys.....	42
5.2.5 Hoidon resurssit.....	42
5.2.6 Ammatillisuus.....	43
5.2.7 Tyytyväisyys hoitoon.....	43
5.2.8 Kouluarvosanat henkilökunnalle.....	44
5.3 Asiakkaiden taustamuuttujien yhteys laadun arviointeihin.....	45
6 POHDINTA	46
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	46
6.2 Keskeisten tulosten tarkastelua.....	49
6.4 Johtopäätökset ja suositukset.....	55
6.5 Jatkotutkimushaasteet.....	57

LÄHTEET

LIITTEET

LIITE 1. Tiedonhaku- ja viitekirjoitus sairaanhoitajan vastaanottoa koskevista laatu- ja tyytyväisyystutkimuksista sekä suomalaisista laatu- ja tyytyväisyystutkimuksista.

LIITE 2. Tutkimuksia laadusta ja tyytyväisyydestä hoitajan vastaanotolla vuosina 2000 -2012.

Hartikainen, Terhi

Lääkäriaseman asiakkaiden arviointeja
sairaanhoitajan vastaanoton laadusta
Pro gradu –tutkielma, 62 sivua, 2 liitettä (10
sivua)

Tutkielman ohjaajat:

Yliopistotutkija, TtT Tarja Kvist
Professori, TtT Arja Häggman-Laitila

Joulukuu 2013

Tyytyväisyys laatuun sairaanhoitajan vastaanotolla on kansainvälisesti korkeaa. Suomessa sairaanhoitajan vastaanoton laatua on tutkittu vain vähän. Tämä työmuoto kuitenkin yleistyy sekä kansainvälisesti että kansallisesti. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan vastaanoton laatua asiakkaiden kokemana ja kartoittaa laatuun yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tavoite oli löytää kehittämiskohteita liittyen sairaanhoitajan vastaanottotyöhön.

Tutkimus toteutettiin asiakaskyselynä neljällä lääkäriasemalla pääkaupunkiseudulla. Kohderyhmänä olivat sairaanhoitajan, astma-, diabetes- ja haavahoitajan vastaanotolla käyvät asiakkaat. Tutkimukseen vastasi 66 asiakasta, vastausprosentti oli 35. Tutkimuksessa käytettiin Ihmisläheinen hoito –mittaria (ILH) lääkäriaseman toimintaympäristöön muokattuna. Aineisto analysoitiin SPSS for Mac tilasto-ohjelmalla. Keskiarvojen vertailussa käytettiin Mannin-Whitneyn U-testiä ja Kruskalin-Wallis testia.

Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon sairaanhoitajan vastaanotolla. He arvioivat hoidon laadun hyväksi tai erinomaiseksi kaikilla laadun osatekijöillä kuvattuna. Asiakkaiden kansallisuudella ja äidinkielellä oli yhteys arvostuksen toteutumiseen, kohteluun ja arviointeihin henkilökunnan riittävyydestä. Siviilisääty oli yhteydessä arvostuksen toteutumiseen. Asiakkaat kiinnittävät huomiota vastaanottotiloihin ja sairaanhoitajien tapaan tehdä työtä. Sairaanhoitajien toiminta saattoi tuntua rutiininomaiselta ja keskeytykset saattoivat häiritä kahdenkeskistä vuorovaikutusta.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää toimintoja kehitettäessä, terveydenhuoltoalan koulutuksessa ja tutkimuksessa. Tutkimus vahvistaa kansainvälisten tutkimusten myönteisen kannan sairaanhoitajan vastaanottojen käytölle ja lisäämiselle. Kulttuurisen kompetenssin ja laadun väistä yhteyttä tulee selvittää. Vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien lisä- ja jatkokoulutuksesta on huolehdittava. Tutkimus antaa tietoa ILH -mittarin käytettävyydestä lääkäriaseman toimintaympäristössä. ILH –mittarilla voidaan mitata laatua sairaanhoitajan vastaanotolla lääkäriasemalla.

Avainsanat: hoidon laatu, hoitajavastaanotto, polikliininen hoitotyö, kvantitatiivinen kyselytutkimus.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences
Department of Nursing Science
Nurse Teacher Education

ABSTRACT**Hartikainen, Terhi**

Medical Clinic's clients' evaluations of the
quality of Nurse Practitioners' work

Thesis, 62 pages, 2 appendices (10 pages)

Supervisors:

University researcher, PhD Tarja Kvist

Professor, PhD Arja Häggman-Laitila

December 2013

International studies indicate a high level of satisfaction with the work of nurse practitioners. However, there is a lack of research information about nurse practitioner's work in Finland. The role of Nurse Practitioners (NP) has been expanding both nationally and internationally. The purpose of this study was to describe client satisfaction with care quality of care provided by nurse practitioners and to determine demographic differences of satisfaction reported by the clients. The aim of the study was to find development areas of the care.

Research was conducted using a client survey. Participants were selected from nurse's, diabetes nurse's, asthma nurse's and wound nurse's clients at four medical clinics in the capital area of Helsinki. Data were collected using the modified version the Humane Caring Scale instrument's (n=66). The response rate was 35%. Data was analyzed using SPSS for Mac statistical program. The means were compared using Mann-Whitney U-test and Kruskal-Wallis test.

The clients were satisfied with the quality of nurse practitioners care. They assessed care as "good" or "excellent" at all quality aspects. There was a relationship between client's nationality and language and the evaluations of the trust and respect, the treating and the resources. Furthermore, there was a relationship between the civil status and the respect. Some evaluations were related to the nurses' behaviour and the ways of working and the care facilities. Nurse's behaviour may be seen as routine and interruptions may disrupt the interaction between nurse practitioner and the client.

This study gives relative information for the development of care. Information can also be used in the nursing education and research. This research confirms the positive attitude towards the work of nurse practitioners and future viability of NP role. Further research comparing the cultural competence and quality is suggested. The additional education and advanced training for the nurse practitioners must be ensured. The research gives information of the usability of the HCS –instrument in the medical clinic's setting. HCS –instrument can be used to measure quality of the Nurse Practitioners' work in the medical clinic's setting.

Keywords: quality of care, nurse practitioner, outpatient care and quantitative survey.

1 JOHDANTO

Laatu, potilaan näkökulma ja palveluiden saatavuus ovat olleet keskeisiä painopisteitä kansallisessa terveystaloudessa viime vuosikymmeninä. Koko kansaa koskeva terveystaloudellinen tiivistys Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa KASTEESSA (STM 2012). Vuosille 2012 – 2015 suunnitellussa ohjelmassa asiakaslähtöisyys on toinen päätavoitteista. Edellisen KASTE- ohjelman (STM 2008) keskeisiä tavoitteita olivat palveluiden saatavuus ja vaikuttavuus laatu huomioiden. Stakes (2008) puolestaan painottaa eri tasoilta saatavan tiedon tärkeyttä päätöksenteon, johtamisen ja kehittämisen kannalta. Hoitotieteessä potilas on aina toiminnan keskipisteessä. Potilaan arvio hoidon laadusta ja inhimillisyydestä on tärkeä työkalu hoitotyötä kehitettäessä (Eriksson ym. 2008). Laadunarviointi on tärkeää kehitettäessä ja otettaessa käyttöön uusia toimintatapoja (Jennings ym. 2009). Kokemusten esilletuominen ja potilaan mielipide kertovat omaa tarinaansa hoidosta. Eriksson ym. (2008) esittävät potilasnäkökulman esiin nostamisen edistävän hyvää laatua hoitotyössä. Se, miten yksilöllisenä potilas kokee hoitonsa voi toimia keskeisenä laatuindikaattorina (Suhonen 2008, Makkonen ym. 2010). Laadututkimuksessa laajempi näkökulma, joka sisältää myös työntekijöiden ja johdon näkökannat, on usein tarpeellinen (Kvist 2004, Price ym. 2007, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Suhonen ym. 2013). Tässä tutkimuksessa keskitytään kuitenkin tarkastelemaan asiakkaiden kokemuksia laadusta.

Sairaanhoitajien vastaanotto toiminta on yleistynyt viime vuosina sekä Suomessa että kansainvälisesti. Tällä on pyritty takaamaan palvelujen saatavuutta ja parantamaan kustannustehokkuutta niin perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa kuin myös yksityisellä sektorilla. Ylihyödytetty terveydenhuoltojärjestelmä etsii uusia ratkaisuja vastata kysyntään. Sairaanhoitajien itsenäistä työskentelyä ja tehtävänkuvia on laajennettu perusterveydenhuollon vastaanotoilla ja päivystystoiminnassa. Sairaanhoitajat hoitavat tehtävänsiirtojen myötä muun muassa infektiopotilaita. (Laurant ym. 2004, Jennings ym. 2009, Peltonen 2009, Mahomed 2012.). Hoidon tehokkuus ja hoitoon pääsy on parantunut hoitajavastaanottojen myötä, kun lääketieteelliset resurssit on pystytty kohdistamaan vaativampiin potilaisiin. Saatavuutta voidaan kuitenkin edelleen parantaa lisäämällä ja kehittämällä

hoitajavastaanottoja (Wilson & Shifaza 2008, Peltonen 2009). Aikaisemmat tutkimukset puoltavat myös yhteistyömallia lääkäreiden ja hoitajien kesken (Guzik ym. 2009).

Houwelingin ym. (2011) mukaan diabeteshoitajat voivat tuottaa samantasoista hoitoa kuin yleislääkärit. Tätä on tutkittu satunnaistetulla kontrolloidulla tutkimuksella, jossa verrattiin interventio- ja kontrolliryhmien HbA1c -arvoja, verenpainetta ja rasvaprofiileja. Myöskään resurssien kulutuksessa tai perusterveydenhuollon ohjeistuksen noudattamisessa ei ole ollut eroja lääkäreiden ja sairaanhoitajien antaman hoidon välillä. Tätä on arvioitu lääkäreille, hoitajille ja muulle hoitohenkilökunnalle suunnatuilla kyselyillä koskien sairaanhoitajien vastaanottotyötä ja kliinistä ammattitaitoa. (Cheng & Chen 2007.) Sairaanhoitajan vastaanotot nähdään edullisena ja joustavana tapana ylläpitää potilashoidon laatua (Jennings ym. 2009). Tutkimukset puoltavat mallia, jossa sairaanhoitaja pitää vastaanottoa muun muassa päivystyksessä (Wilson & Shifaza 2008, Jennings ym. 2009), perusterveydenhuollossa (Dierick-van Daele ym. 2009) ja työterveyshuollossa (Guzik ym. 2009). Verrattaessa lääkäreiden ja sairaanhoitajien antamaa hoitoa, eroa ei ole ollut potilaiden terveydentilassa, lääketieteellisten resurssien kulutuksessa tai hoitosuosituksen noudattamisessa (Dierick-van Daele ym. 2009). Lisäksi potilastyytyväisyys sairaanhoitajan vastaanotolla on ollut korkeampaa kuin lääkäreiden vastaanotolla (Jennings ym. 2009, Houweling ym. 2010). Myös potilasvirta päivystyksessä on nopeutunut sairaanhoitajan vastaanottojen myötä (Wilson & Shifaza 2008).

Organisaatiossa, jossa tämä tutkimus toteutettiin, sairaanhoitajien vastaanottotoiminta on lisääntynyt ja vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien vastuut laajentuneet. Kohdeorganisaatiossa potilaat ovat sekä työterveyshuollon asiakkaita että yksityisasiakkaita. Osa työterveyshuollon asiakasyrityksistä suosittaa sairaanhoitajan vastaanottoa ensisijaisena vaihtoehtona kustannussyistä. Tällöin asiakas ohjautuu lääkärille vasta tarvittaessa. Sairaanhoitaja voi lähettää asiakkaan lääkärille, jos katsoo sen tarpeelliseksi anamneesin, kliinisten löydösten tai laboratoriotulosten perusteella. Diabetes- astma- ja haavahoitajat toimivat osana moniammatillista tiimiä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan vastaanoton laatua lääkäriasemalla. Tutkimus selvittää asiakkaan arviointeja laadusta sairaanhoitajan ajanvaraus- ja päivystys vastaanotolla, sekä diabetes-, astma- ja haavahoitajan vastaanotolla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää asiakkaiden taustatekijöiden yhteyttä heidän arviointeihinsa vastaanoton laadusta. Tutkimuksen tavoitteena on löytää kehittämiskohteita sairaanhoitajan työhön itsenäisellä vastaanotolla.

2 LAATU SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA

2.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus sairaanhoitajan vastaanoton hoidon laadusta tehtiin syksyllä 2011. Hakua päivitettiin vuotta myöhemmin syksyllä 2012. Kansainvälisinä tietokantoina käytettiin Cinahlia ja PubMedia. Hakusanoina olivat: nurse practitioner, nursing, quality of care, quality of health care, customer satisfaction, patient satisfaction, adult, occupational health, employee. Haut rajattiin koskemaan polikliinisiä potilaita. Lisärajausena käytettiin vertaisarviointia (peer reviewed). Aikarajasta ei käytetty Cinahlissa tutkimusten hakuvaiheessa, mutta artikkelin kirjoitusajankohta vaikutti siihen, tuliko artikkeli valituksi tutkimukseen. PubMedin tietokannassa käytettiin rajausta aikuisiin (All Adult: 19+ years), julkaisurajasta viimeiseen 10:een vuoteen (published in the last 10 years), sekä kohdennettiin hakusanat löytymään artikkelista tai abstraktista (title/abstract). Kotimaisista tietokannoista haku tehtiin Lindasta ja Joskusta. Hakusanoina olivat: sairaanhoitajan vastaanotto, hoidon laatu, tyytyväisyys, asiakastyytyväisyys, nurse practitioner, NP nursing, quality of care, quality of health care, customer satisfaction, satisfaction, adult, occupational health, employee. Kansainvälisistä tietokannoista löytyi päällekkäisiä tutkimuksia, ne on taulukoitu ja kirjattu vain tietokantaan, josta ne tulivat ensimmäisenä hakuun.

Kirjallisuuskatsauksen päivityksellä syksyllä 2012 pyrittiin saamaan mukaan uusimmat kansainväliset sairaanhoitajan vastaanoton laatua koskevat tutkimukset ja suomalaisia laatututkimuksia laajemmin. Täydennyshakua tehtäessä konsultoitiiin Terveystieteiden kirjaston informaatikkoa. Cinahlissa käytettiin samoja hakusanoja kuin ensimmäisellä kerralla: nurse practitioner, nursing, quality of care, quality of health care, customer satisfaction, patient satisfaction, adult, occupational health, employee. PubMedin haun päivityksessä haettiin näiden lisäksi sanoilla ambulatory care ja personal satisfaction. Rajauksina käytettiin vuosia 2010-2012, englannin kieltä ja koko tekstin saatavuutta. Kotimainen täydennyshaku ei tuottanut tulosta, joten käytettiin manuaalista hakua Hoitotiede -lehdestä ja Tutkiva Hoitotiede -lehdestä kolmen viime vuoden osalta. Yhteensä 30 tutkimusta valikoitiin mukaan.

Tutkimusten hakuprosessi on kuvattu liitetaulukossa 1. Tutkimukset, jotka hyväksyttiin mukaan tutkielmaan näkyvät liitetaulukosta 2.

2.2 Sairaanhoitajan vastaanotto

Vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan työmuoto (nurse practitioner, NP) on lähtöisin Yhdysvalloista 1960-luvulta (Wilson & Shifaza 2008, Fletcher ym. 2011). Sairaanhoitajan rooli itsenäisen vastaanoton pitäjänä on laajentunut ja eriytynyt viimeisten vuosikymmenien aikana. Vastaanottoa pitävä sairaanhoitaja (NP) on rekisteröity sairaanhoitaja, joka voi muun muassa määrätä tietyjä laboratoriotestejä ja röntgen- tai ultraäänitutkimuksia ja tietyjä lääkkeitä sekä ilmoittaa tietyjä diagnooseja. Kanadassa vastaanottoa pitävillä sairaanhoitajilla on maisterin tutkinto ja lisäksi perusterveydenhuollon Nurse Practitioner –koulutus. (Thrasher & Purs-Stephenson 2008.) Australiassa vastaanottoa pitävä sairaanhoitaja (Practice Nurse, PN) on rekisteröity sairaanhoitaja tai rekisteröidyn sairaanhoitajan valvonnassa toimiva hoitaja, jolta ei vaadita lisäkoulutusta lukuun ottamatta yleistä kaikille sairaanhoitajille kuuluvaa täydennyskoulutusta (Mahomed 2012). Hollannissa vastaanottoa pitävä sairaanhoitaja (NP) on rekisteröity hoitaja, jolla on lisäkoulutusta ja laajennettu työnkuva, mikä sisältää muun muassa diagnostiikkaa, lääkkeenmääräystä ja lääketieteellistä hoitoa. Lisäkoulutus on kaksivuotinen käytäntöön suuntaava koulutus, joka on nimeltään Higher Professional Education Masters´ degree in Advances Nursing Practice (MANP). Koulutus sisältää muun muassa kurssin tavallisten vaivojen hoidosta (Dierick-van Daele ym. 2009).

Suomessa vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan koulutus ja vastuut vaihtelevat toimipaikoittain. Käsitteellä ”hoitajavastaanotto” kuvataan sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan itsenäistä vastaanottoa äkillisesti sairastuneille ja pitkäaikaissairaille potilaille (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, Peltonen 2009). Tässä tutkimuksessa käsitteellä sairaanhoitajan vastaanotto tarkoitetaan sairaanhoitajan päivystys- ja ajanvarausvastaanottoa sekä astma-, diabetes- ja haavahoitajan itsenäistä vastaanottoa lääkäriasemalla.

Guzik ym. (2009) kertovat sairaanhoitajien hoitavan tavallisimmin hengitystieongelmia, tapaturmia ja tuki- ja liikuntaelinvaivoja, haavoja, virtsatieongelmia, gynekologisia ja geriatrisia potilaita. Wilsonin ja Shifazan (2008) mukaan 76% sairaanhoitajan päivystyspotilaista saa hoitona sidoksen, jääkompression, kantositeen, haavan puhdistuksen, tuen, tulehduslääkitystä tai tetanusrokotteen. Nämä ovat paljolti vastaavia hoitotoimenpiteitä, joita tähän tutkimukseen osallistuneella lääkäriasemalla päivystävä sairaanhoitaja suorittaa asiakkaille. Lääkäriasemilla, joissa tämä tutkimus toteutettiin, sairaanhoitajalla on aina mahdollisuus konsultoida lääkäriä ja ohjata asiakas lääkärin vastaanotolle tarvittaessa. Sairaanhoitajat määräävät tiettyjä laboratoriotutkimuksia, kuten nieluviljely tai virtsatutkimukset. Sairaanhoitajat kirjoittavat diagnooseja ja sairauslomia asiakkaille, joiden työnantaja hyväksyy sairaanhoitajan todistuksen sairausloman perusteeksi. Tämä sillä edellytyksellä, että sairaanhoitaja ei katso asiakkaiden tarvitsevan lääkärin konsultaatiota vaivansa takia. Sairaanhoitajien kirjoittamista diagnooseista tavallisimpia ovat ”hengityselinten sairaudet” flunssaisille asiakkaille tai ”tartunta- ja loistaudit” vatsatautiin sairastuneille asiakkaille. Organisaatiossa, jossa tämä tutkimus toteutettiin, sairaanhoitajat eivät kirjoita reseptejä. Tutkimukseen osallistuneilla lääkäriasemilla sairaanhoitajat suunnittelevat ja toteuttavat tarvittavat rokotusohjelmat sekä työ- että vapaa-ajanmatkoille lähteville. Sairaanhoitajat ovat saaneet työpaikkakoulutuksen rokotushoitotyöhön. Lisäksi kaikki sairaanhoitajat ovat osallistuneet lisäkoulutukseen koskien sairaanhoitajan itsenäistä vastaanottoa ja työterveyshuoltoa. Diabetes-, astma- ja haavahoitajilla on työhön vaadittavaa lisäkoulutusta ja he toimivat moniammatillisten tiimien jäseninä.

2.3 Hoidon laatu ja sairaanhoitajan vastaanoton laadun tutkiminen

Laatu voidaan määritellä monella tavalla. Lumijärvi ja Jylhäsaari (2000) sekä Stakes (2008) määrittävät palvelun olevan laadukasta, kun se vastaa asiakkaan odotuksia ja tarpeita sekä on hyväksyttävää, kelpollista, virheetöntä, tasalaatuista ja oikea-aikaista. Kvistin ym. (2006) mukaan henkilökunnan voimavarat, ammattitaito, hyvä yhteistyö ja kiireettömyys tukevat hoidon laatua. Toteutuakseen nämä vaativat riittävää resursointia (Kvist ym. 2006). Suhosen (2002), Makkosen ym. (2010) ja Mohamedin (2012) mukaan laadukkaan ja eettisesti korkeatasoisen hoidon yhtenä

osa-alueena voidaan nähdä yksilöllisyys, kuten potilaan elämäntilanteen huomioiminen, hoitoon ja hoidon suunnitteluun osallistumisen mahdollistaminen sekä kliinisen tilanteen yksilöllinen huomioiminen. Myös laatuodotukset ovat yksilöllisiä, sama laatu voi toisen mielestä olla hyvää ja toisen mielestä samanaikaisesti huonoa (Lumijärvi & Jylhäsaari 2000). Kuitenkin asiakkaan toivomukset ja tarpeet ovat tärkeä perusta laatutyöhön (Vuori 1993, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Eloranta ym. 2009).

Hoitotyön laatua on tutkittu paljon, tavallisimmin sairaaloiden vuodeosastoilla (Suhonen 2004, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013,). Laatua sairaanhoitajan vastaanotolla on tutkittu maantieteellisesti tarkastellen eniten Yhdysvalloissa. Tutkimuksia on tehty myös Kanadassa, Australiassa, Walesissa, Hollannissa, Kiinassa, Taiwanissa ja Suomessa (Liitetaulukko 2). Valtaosa tutkimuksista on ollut potilastyytyväisyyskyselyitä ja näissä lähestymistapa on ollut useimmiten kvantitatiivinen. Kuitenkin myös kvalitatiivista lähestymistapaa on käytetty. Vastaanottokäyntejä on videoitu, asiakkaita on haastateltu ja havainnoitu (Williams & Jones 2006, Price ym. 2007, Gilbert & Hays 2009, Mahomed ym. 2012, Twinn 2010.) Mahomed ym. (2012) ovat käyttäneet grounded teoria -menetelmää tutkittaessaan asiakastyytyvääsyyttä sairaanhoitajien vastaanotolla. Näiden lisäksi sairaanhoitajan vastaanoton laatua on tutkittu vertaamalla lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottoja toisiinsa (Dierick-van Daele ym. 2009, Guzik ym. 2009, Jennings ym. 2009, Conlon 2010, Fletcher ym. 2011). Sairaanhoitajan vastaanottoa on tutkittu myös kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta. Castro ja Ruiz (2009) ovat tarkastelleet kulttuurista kompetenssia, luottamusta ja epäluottamusta sairaanhoitajan antamaa hoitoa kohtaan. Benkert ja Wickson (2009) sekä Lyres ym. (2011) ovat määrittäneet rotuidentiteetin yhteyttä hoidon laadun arviointeihin.

Tutkimuksia on tehty myös taloudellisesta näkökulmasta. Wilson ja Shifaza (2008), Dierick-van Daele ym. (2009), Peltonen (2009), Twinn ym. (2010) ovat tutkineet tehokkuutta, taloudellisuutta ja hoitoprosessien kehittämistä. Lisäksi on selvitetty hoidon saatavuuden muutosta sairaanhoitajavastaanottojen myötä (Gilbert & Hayes 2009). Aikaisemmissa tutkimuksissa on kartoitettu asiakkaiden aikomusta noudattaa sairaanhoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa ja sitä, muistavatko asiakkaat

hoitosuunnitelmansa (Hayes 2007). Cole ym. (2001) on tutkinut odotusajan pituuden yhteyttä laatukokemukseen. Wilson ja Shifaza (2008) sekä Dierick-van Daele ym. (2009) ovat tarkastelleet vastaanoton pituutta, lisäksi he ovat verranneet hoitotietoja hoitosuositukseen. Lisäksi on identifioitu asiakkaita, jotka valitsevat sairaanhoitajan vastaanoton (Brown 2007).

Vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan roolin muuttuessa ja laajentuessa on ollut tarve tutkia myös vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan roolia (Fletcher ym. 2011) ja muun hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä vastaanottoa pitäviin sairaanhoitajien kliiniseen osaamiseen (Cheng & Chen 2007). Asiakastyytyväisyyttä on mitattu myös tutkimalla yleistä tyytyväisyyttä, teknistä laatua (perinpohjaisuutta, huolellisuutta, pätevyyttä), ihmissuhdetaitoja (kohteliaisuutta, kunnioitusta, herkkyyttä, ystävällisyyttä) sekä kommunikaatiota (Gilbert & Hayes 2009).

Valtaosassa asiakastyytyväisyystutkimuksista tyytyväisyys sairaanhoitajan vastaanottoon on ollut korkea. Suurin osa potilaista on tyytyväisiä hoitoon hoitajan vastaanotolla (Knudtson 2000, Green & Davis 2005, Brown 2007, Wilson & Shafiza 2008, Agosta 2009a, Dierick-van Daele ym. 2009, Jennings ym. 2009). Tutkimusten mukaan hoitajien lähestymistapa on kokonaisvaltaisempi kuin lääkäreiden (Jennings ym. 2009). Hoitajavastaanottojen käyttämisen on havaittu lyhentävän odotusaikojaa ja aikaa, jonka asiakkaat viettävät hoitopaikassa, toisin sanoen asiakasvirta on nopeutunut (Wilson & Shifaza 2007).

2.4 Sairaanhoitajan vastaanoton laatuun yhteydessä olevia tekijöitä

Asiakkaan henkilökohtainen huomioiminen ja kokonaisvaltainen hoito ovat laadukkaan hoidon ja vastaanoton keskeisiä tekijöitä (Töyry 2001, Suhonen 2002, Thrasher & Purc-Stephenson 2008). Kommunikaatiossa painottuu erityisesti kuuntelu (Hayes 2007, Agosta 2009b, Eloranta ym. 2009). Hayes (2007) ja Jenningsin ym. (2009) korostavat sairaanhoitajan kykyä tukea potilaan omia voimavaroja ja kykyä ohjata asiakasta, kuten antaa informaatiota suullisesti ja kirjallisesti. Voidaankin puhua pehmeistä laatutekijöistä, kuten laadukkaasta informaatiosta ja tuesta (Willians & Jones 2005).

Edellytys asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyön onnistumiselle on luottamus (Benkert ym. 2009). Gilbert ja Hayes (2009) painottavat positiivisen puheen, luottamuksen ja kunnioituksen merkitystä. Lyresin ym. (2011) mukaan onnistunut kommunikaatio vähentää kokemusta syrjinnästä, tämä on havaittu diabetespotilaiden hoidon yhteydessä. Luottamuksen (Hayes 2007, Benkert ym. 2009), kulttuurisen kompetenssin (Benkert ym. 2009, Castro & Ruiz 2009) ja kielitaidon (Castro & Ruiz 2009) on todettu varsinkin Yhdysvalloissa olevan keskeisiä tekijöitä laadukkaassa hoidossa. Castron ja Ruizin (2009) sekä Gilbertin ja Hayesin (2009) tutkimuksissa asiakkaat kokivat laadukkaammaksi hoidon, jota antoivat koulutetummat ja kokeneemmat hoitajat. Hayes (2007) ja Jennings ym. (2009) havaitsivat potilaiden noudattavan sairaanhoitajan laatimaa hoitosuunnitelmaa, mutta elintapamuutoksien aikaansaaminen on haasteellista.

Williamsin ja Jonesin (2006) tutkimuksessa keskeiseksi tekijäksi nousi tarpeeksi pitkä vastaanottoaika, jotta asiat ehditään käsitellä perusteellisesti ja näin säästetään potilaan aikaa minimoimalla jatkokäynnit. Reseptinkirjoitusoikeuden potilaat näkevät ennen kaikkea ajan säästönä (Williams & Jones 2006). Odotusajan merkityksestä on ristiriitaisia tuloksia. Colen ym. (2001) mukaan odotusajalla ei aina ole yhteyttä potilastyytyväisyyteen, kuitenkin odotusajan on havaittu myös ennustavan tyytyväisyyttä (Green & Davis 2005, Castron & Ruiz 2009, Eloranta ym. 2009). Eloranta ym. (2009) katsoo odotusajan syyn selittämisen parantavan laatua. Oheiseen Laatuympyrään (kuvioon 1) on koottu aikaisemmista tutkimuksista nousevia keskeisiä laadun kokemukseen liittyviä tekijöitä. Kuviota muokkaavat asiakkaan ainutlaatuisuus (taustamuuttajat ja asiakkaan odotukset) sekä hoidon resurssit. Kuviossa kommunikaatio sisältää informaationannon.



Kuvio 1 Laatu ympyrä, joka kuvaa sairaanhoitajan vastaanoton laatuun yhteydessä olevia tekijöitä aikaisemman tutkimustiedon perusteella.

2.4.1 Asiakkaiden ainutlaatuisuus

Asiakkaiden ainutlaatuisuudella ja yksilöllisillä taustatekijöillä on havaittu ristiriitaisia yhteyksiä laadun arviointeihin (taulukko 1). Naisten on todettu olevan tyytyväisempiä hoitoon sairaanhoitajan vastaanotolla (Brown 2007), toisaalta asiakkaan sukupuolella ei aina ole merkitystä tyytyväisyyteen (Green & Davis 2005, Thrasher & Purc-

Stephenson 2008). Tutkimuksissa on todettu naimisissa olevien tai avoliitossa elävien olevan tyytyväisempiä hoitoonsa kuin yksin elävien (Agosta 2009a).

Asiakkaan ikä tai terveydentila ei aina ole yhteydessä potilastyytyväisyyteen (Thrasher & Purc-Stephenson 2008). 18-25 -vuotiaat opiskelijat ovat raportoineet tyytymättömyyttä hoitoon sairaanhoitajan vastaanotolla (Green & Davis 2005) ja vastaavasti yli 35 -vuotiaat ovat olleet muita tyytyväisempiä hoitoon (Härkönen 2007). Knudtsonin (2000) ja Brownin (2007) tutkimuksissa saatiin päinvastaisia tuloksia; nuoremmat vastaajat olivat vanhempia vastaajia tyytyväisempiä hoidon laatuun ja persoonalliseen hoitoon. Elorannan ym. (2009) mukaan polikliinisen hoidon laatuun tyytyväisimpiä ovat olleet iäkkäimmät, kun taas Härkönen (2007) havaitsi naisten, työelämässä olevien ja ensimmäisellä käynnillään olevien olevan tyytyväisempiä hoitoonsa. Knudtson (2000) puolestaan tuli lopputulokseen, jonka mukaan kokonaisterveyteensä tyytyväiset ovat olleet tyytyväisiä myös hoitoon sairaanhoitajan vastaanotolla. Kuitenkin Dietrick-van Daele ym. (2009) havaitsi kroonista sairautta sairastavien olevan tyytyväisempiä hoitoonsa.

Myös koulutuksen yhteydestä tyytyväisyyteen on aikaisemmissa tutkimuksissa ollut ristiriitaisia tuloksia. Asiakkaan koulutuksella ei aina ole ollut yhteyttä tyytyväisyyteen (Green & Davis 2005, Thrasher & Purc-Stephenson 2008), kuitenkin maaseudulla asuneet korkeammin koulutetut asiakkaat ovat olleet tyytyväisempiä saamaansa hoitoon (Knudtson 2000). Korkeammalla tulotasolla voi olla yhteys tyytyväisyyteen; enemmän ansaitsevat ovat olleet tyytyväisempiä hoidon laatuun (Thrasher & Purc-Stephenson 2008).

Taulukko 1. Asiakkaiden taustatekijöiden yhteys laadun arviointeihin sairaanhoitajan vastaanotolla aikaisemman kirjallisuuden perustella.

TAUSTATEKIJÄ	TUTKIMUS	YHTEYS
Ikä	Thrasher & Purc-Stephenson 2008	Ei yhteyttä
Nuoret	Knudson 2000, Brown 2007	Tyytyväisimpiä
18-25 -vuotiaat opiskelijat	Green & Davis 2005	Tyytymättömmimpiä
Yli 35 -vuotiaat	Härkönen 2007	Tyytyväisimpiä
lääkkäät	Eloranta ym. 2009	Tyytyväisimpiä
Sukupuoli	Green & Davis 2005, Thrasher & Purc-Stephenson 2008	Ei yhteyttä
Naiset	Brown 2007, Härkönen 2009	Tyytyväisimpiä
Avo-/avioliitossa elävät	Agosta 2009a	Tyytyväisimpiä
Yksin elävät	Agosta 2009a	Tyytymättömmimpiä
Työelämässä olevat	Härkönen 2007	Tyytyväisimpiä
Paremmiin toimeentulevat	Thrasher & Purc-Stephenson 2008)	Tyytyväisimpiä
Koulutus	Green & Davis 2005	Ei yhteyttä
Maaseudulla asuvat koulutetut	Knudson 2000	Tyytyväisimpiä
Terveydentila	Thrasher & Purc-Stephenson 2008	Ei yhteyttä
Terveyteensä tyytyväiset	Knudson 2000	Tyytyväisimpiä
Kroonista sairautta sairastavat	Dietrick-van Daele ym. 2009	Tyytyväisimpiä

2.5 Laatu- ja potilastyytyväisyysmittareita

Ei ole olemassa yhtä yhtenäistä kansallista tai kansainvälistä mittaria, jolla mitataan laatua sairaanhoitajan vastaanotolla. Enemmistö kansainvälisistä mittareista on Yhdysvalloista. Lisäksi mittareita on tuotettu muun muassa Kanadassa (Thrasher & Purc-Stephenson 2008), Australiassa (Jennings ym. 2009) ja Hollannissa (Dietrick-van Daele ym. 2009). Joissakin tutkimuksissa on käytetty useaa mittaria tutkimaan yhtä ilmiötä, jopa viittä eri instrumenttia yhdessä tutkimuksessa (Benkert ym. 2009, Dietrick-van Daele ym. 2009). Laatua sairaanhoitajan vastaanotolla on tutkittu myös mittareilla, jotka eivät ole perinteisiä laatumittareita, kuten VAS –mittari (Guzik ym. 2009).

Agosta (2009a, 2009b) on pyrkinyt kehittämään spesifisen instrumentin, joka mittaa laatua erityisesti sairaanhoitajan (Nurse practitioner) vastaanotolla. Myös päivystysvastaanottoa pitävän sairaanhoitajan (NP) työn arviointiin on kehitetty spesifisiä mittareita (Thrasher & Purc-Stephenson 2008, Jennings ym. 2009). Edelleen on pyritty kehittämään mittareita, jotka sopisivat sekä lääkärin että sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan arviointiin (Dietrick-van Daele ym. 2009). Mittareiden spesifisyyden tarpeellisuutta on perusteltu vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan ammatillisen identiteetin edistämisen tarpeella ja toimintamallien muutoksen tukemisella. On ajateltu olevan mahdollista tukea Nurse practitioner ammatin hyväksyttävyyttä ja kelpoisuutta käyttämällä spesifisiä mittareita tutkimuksissa. Myös hoitotyön käytäntöjen ja näkyvyyden on ajateltu voivan parantua ja vetovoimaisuuden on ajateltu voivan lisääntyä kehittämällä spesifisiä mittareita tutkimaan sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa. (Agosta 2009b).

Tutkimuksissa on kuitenkin käytetty myös yleisempiä tyytyväisyysmittareita kuten "Visit-Specific Satisfaction Instrument" (VSQ) ja "Visual Analog Scale (VAS) (Guzik ym. 2009) sekä Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) (Castro & Ruiz 2009). VSQ on 9 -kohtainen tyytyväisyyskysely, joka on kehitetty yhdysvaltalaisesta lääketieteen tulostittarista "Visit Rating Questionnairesta". Sekin on jollakin tasolla spesifinen, sillä se on suunnattu vastaanottotyön laadun mittaamiseen. VSQ -mittari mittaa palvelun saatavuutta ja sopivuutta, odotusaikaa, vastaanotolla käytettyä aikaa, hoitotyöntekijän teknisiä taitoja ja käytöstä. Lisäksi mittarilla arvioidaan sitä, kuinka hyvin hoitotyöntekijät kertovat asiakkaille, mitä on tapahtumassa. Mittarilla voidaan myös arvioida vastaanottokäyntiä kokonaisuutena. VSQ -mittarissa on viisiportainen asteikko ja vastausvaihdot: huono, kohtalainen, hyvä, oikein hyvä ja erinomainen. (RAND 2013.)

VAS -mittari on Suomessakin käytössä oleva visuaalinen mittari, jota käytetään muun muassa kivun arvioimiseen. Mittari on ollut alkujaan täsmälleen 10 cm pitkä jana, jolla mitataan tutkittavan asian vaihtelua janan ääripäiden välillä (Metsämuuronen 2009). Guzik ym. (2009) käyttivät tällaista kymmensenttistä horisontaalista VAS -asteikkoa mittaamaan asiakkaan yleistä tyytyväisyyttä hoitotyöntekijäänsä. Asteikon toisessa päässä oli vaihtoehto "vähäisin mahdollinen tyytyväisyys" ja toisessa päässä vaihtoehto "suurin mahdollinen tyytyväisyys" (Guzik ym. 2009).

Käytössä on ollut myös tiettyä tutkimusta varten kehitettyjä mittareita ja yhdessä tutkimuksessa on käytetty useita mittareita rinnakkain. Dietrick-van Daele ym. (2009) on käyttänyt potilaiden laatuäkemysten kartoittamiseen 12 -kohtaista instrumenttia, joka on kehitetty aiemmin validoidusta mittarista ja ”saman päivän konsultaatio” kyselystä. Tällä mittarilla kartoitettiin kommunikaatiota, asennetta, informaation antoa ja yleistä tyytyväisyyttä. Mittari on Likert -asteikollinen, jossa vastausvaihtoehto 6 tarkoittaa erinomaista ja vaihtoehto 1 vähäistä tyytyväisyyttä. Mitataksaan vastaanoton tehokkuutta Dietrick-van Daele ym. (2009) pyysivät potilaita arvioimaan Likert -asteikolla huolestuneisuuttaan ja sairauden haittaa (burden of illness) sekä lähtötilanteessa että kaksi viikkoa konsultaation jälkeen. Terveystilan määrittämiseen he käyttivät EQ-5D -mittaria sekä lähtötilanteessa että kaksi viikkoa konsultaation jälkeen. EQ-5D -mittarilla mitataan potilaan liikkumiskykyä, itsehoitoa, aktiivisuutta, kipuja/vaivoja ja ahdistusta/depressiota. Lisäksi potilailta kysyttiin mahdollisista kontrollikäynneistä ja siitä, miten he jatkossa hoitaisivat kyseiset vaivat. Vastaanoton kesto mitattiin sekuntikellolla. Hoitosuositusten noudattamista tutkittiin vertaamalla sairaanhoitajan ja lääkärin toimia/hoitotietoja 21:een käytännön hoitosuositukseen. Kaksi viikkoa hoitokontaktista potilaat kirjasivat, olivatko käyneet vastaanotolla uudelleen, kuinka kauan olivat olleet työkyvyttömänä ja kuinka monta päivää vaiva oli haitannut päivittäisiä toimintoja. (Dietrick-van Daele ym. 2009.)

2.5.1 Asiakkaan terveyskäyttämisen vuorovaikutusmalli

Sairaanhoitajan vastaanottoa tutkittaessa ja mittareita kehitettäessä teoreettisena viitekehyksenä on käytetty muun muassa Coxin kehittämää asiakkaan terveyskäyttämisen vuorovaikutusmallia: ”Cox’s Interaction Model of Client Health Behavior” (IMCHB) (Agosta 2009b, Benkert ym. 2009). Benkert ja tutkimusryhmä (2009) ovat käyttäneet Coxin mallia tutkimuksen muuttujien käsitteellistämässä ja Agosta (2009b) on käyttänyt terveyskäyttämismallia teoreettisena viitekehyksenä Nurse Practitioner Satisfaction –mittarin muokkaamisessa.

Interaktiivisessa terveyskäyttämismallissa (IMCHB) on kolme perusrakennetta: asiakkaan ainutlaatuisuus, asiakas-ammattilainen vuorovaikutus ja hoitotulokset. Asiakkaan ainutlaatuisuus sisältää taustatietojen, kuten iän ja sukupuolen lisäksi dynaamiset muuttujat, kuten asenteet ja uskomukset. Pääpaino on prosessissa,

jossa asiakas ja ammattilainen työskentelevät hoitotulosten saavuttamiseksi. Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutus nähdään dynaamisena prosessina, jossa pyritään vastaamaan asiakkaan tunteisiin ja tarjoamaan hänelle terveystietoa. Päätöksenteko tapahtuu vuorovaikutuksellisella rajapinnalla. Vuorovaikutus sisältää neljä päätekijää: emotionaalisen tuki (luottamussuhteen luominen), terveystieto (suullinen ja kirjallinen tieto), päätöksenteon kontrolli (asiakkaan osallistuminen itseään koskevaan päätöksentekoon) ja ammattilaisen tekniset taidot (koskien terveysongelmaa). Keskeisenä hoitotuloksena (health outcome) voidaan pitää asiakkaan kokemuksia ja tyytyväisyyttä hoitoonsa, mutta myös ohjeiden noudattaminen kertoo hoidon tuloksesta. Tyytyväisyyden lisäksi hoitotuloksina voidaan käyttää terveydenhuollon kontaktien määrää ja terveydentilan indikaattoreita. Asiakkaan ainutlaatuisuus ja asiakas-ammattilainen vuorovaikutus vaikuttavat siihen, kuinka tyytyväinen asiakas on hoitoonsa. (Agosta 2009b, Benkert ym. 2009.) Oheisessa taulukossa on kuvattuna interaktiivisen terveyskäyttäytymismallin kategoriat (taulukko 2.)

Taulukko 2. Interaktiivinen terveyskäyttäytymismalli.

Asiakkaan terveyskäyttäytymisen vuorovaikutusmalli (The Interaction Model of Client Health Behavior)	Pääkategoria	Alakategoriat
	Asiakkaan ainutlaatuisuus	Taustatiedot Asenteet ja uskomukset
	Asiakas - ammattilainen – suhde	Tuki Informaatio Potilaan osallistuminen päätöksentekoon Hoitajan ammattitaito
	Hoidon tulokset	Kokemukset Tyytyväisyys Ohjeiden noudattaminen Terveydenhuollon kontaktit Terveydentilan indikaattorit

2.5.2 Potilastyytyväisyyskysely sairaanhoitajan vastaanotolla

Agosta (2009a, 2009b) on kehittänyt tyytyväisyysmittarin, joka mittaa tyytyväisyyttä vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan (Nurse Practitioner) työhön. Mittari on nimeltään The Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS). Se on 28 –kohtainen, Likert –asteikollinen kysely skaalalla 1 = täysin erimieltä, 2 = eri mieltä, 3 = ei osaa sanoa, 4 = saamaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Mittarilla voidaan tutkia sairaanhoitajan ja potilaan/asiakkaan välistä inhimillistä vuorovaikutusta kaikessa monipuolisuudessaan. Tarkoituksena on tunnistaa rakenteet, joista tyytyväisyys muodostuu ja jotka sitä määrittävät, kuten demografiset/väestölliset tekijät, aikaisemmat kokemukset terveydenhuollosta, sosiaaliset resurssit ja ihmissuhdetaidot, tiedot, kahdenkeskeinen luottamus ja kunnioitus, sekä avoimuus. Tässä mittarissa ”potilastyytyväisyys sairaanhoitajan vastaanotolla” -käsite muodostuu yleisestä tyytyväisyydestä, kommunikaatiosta, hoidon sopivuudesta ja saatavuudesta. Lisäksi kysytään nykyisestä terveydentilasta ja terveyshistoriasta, mielipiteestä terveydenhuoltoon kohtaan ja aikaisemmin saadusta ohjauksesta. Kysymykset koskevat muun muassa hoitajan asennetta, taitoa kuunnella ja kykyä ohjata, tietoja ja taitoja koskien terveysongelmaa, luottamuksen tunnetta, vastaanotolla käytettyä aikaa ja hoidon saatavuutta. (Agosta 2009a, 2009b.)

Agosta (2009b) käytti eksploratiivista faktorianalyysia määritellessään potilastyytyväisyyden perusluonnetta ja rakennetta sekä mahdollisia taustalla piileviä rakenteita. Mittarin reliabiliteettia ja validiteettia on tarkasteltu laskemalla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) arvo määrittämään mahdollisia osittaisia korrelaatiota mittarin osioiden välillä. Mittarin konsistenssia eli yhtenäisyyttä on varmistettu laskemalla Cronbachin alpha -luvut. Nurse Practitioner Satisfaction Surveyn sisäinen johdonmukaisuus on ollut riittävä; alpha -luvut ovat olleet 0.98, 0.83 ja 0.76. Mittari on todettu validiksi ja luotettavaksi mittaamaan potilastyytyväisyyttä perusterveydenhuollossa koskien sairaanhoitajan antamaa hoitoa. (Agosta 2009a, 2009b.)

Taulukko 3. Tyytyväisyysmittari vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan työhön.

Tutkija(t)	Mittari(t)	Pääkategoriat	Alakategoriat
Agosta 2009	"The Nurse Practitioner Satisfaction survey " NPSS	Yleinen tyytyväisyys Kommunikaatio Sopivuus/saatavuus	Hoitajan asenne Taito kuunnella Kyky ohjata Tiedot ja taidot koskien terveysongelmaa Luottamus Ajankäyttö Hoidon saatavuus

2.5.3 Päivystävän sairaanhoitajan työn laatua mittaavia mittareita

Thrasher ja Purc-Stephenson (2008) ovat tutkineet potilastyytyväisyyttä vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien (nurse practitioner) palveluihin. He ovat käyttäneet 21-kohtaista potilastyytyväisyyskyselyä (taulukko 4). Tämä mittari on kehitetty Colen ja tutkimusryhmän mittarista "Psychometric evaluation of patients satisfaction care instrument". Se on spesifinen mittari, joka on kehitetty erityisesti mittaamaan potilastyytyväisyyttä päivystyksessä toimivan sairaanhoitajan (NP) työhön. Mittaria kehitettäessä ulkoista- ja sisältövaliditeettia parannettiin asiantuntijapaneelilla sekä esitestaamalla mittari 12 -vuotiailla lapsilla mittarin selkeyden ja luettavuuden varmistamiseksi. Alkuperäisestä mittarista poiketen negatiiviset väittämät muutettiin positiivisiksi. Lisäksi mittariin lisättiin väittämiä, joilla oli mahdollista mitata hoitajan kykyä antaa terveyteen liittyvää tietoa ja kykyä ratkaista potilaan ongelmia. Mittari sisältää kolme pääkategoriaa, jotka määrittävät potilastyytyväisyyttä vastaanottoa pitävää sairaanhoitajaa kohtaan. Nämä ovat henkilökohtainen huomaavaisuus, kokonaisvaltainen hoito ja roolin selkeys. Huomaavaisuus sisältää alakategoriat, joilla arvioidaan taitoa kuunnella, hoitajan käytöstä ja taitoa luoda kiireettömyyden tunnetta. Kokonaisvaltainen hoito -osion kysymykset mittaavat luottamusta, informaation antoa, ajan käyttöä ja hoidon kokemusta. Näissä osioissa mitta-asteikko on 4-portainen likert -asteikko (1 = täysin erimieltä – 4 = täysin samaan mieltä). Vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan roolista kysytään ymmärrystä roolin erosta muihin hoitajiin, lääkäreihin ja käsitystä sairaanhoitajan saamasta koulutuksesta. (Thrasher & Purc-Stephenson 2008.)

Jennings ym. (2009) ovat tutkineet potilastyytyväisyyttä päivystyksessä. He ovat käyttäneet 16-kohtaista likert –asteikollista kyselylomaketta. Mitta-asteikossa vastausvaihtoehdot vaihtelevat välillä: täysin erimieltä – täysin samaa mieltä. Mittari mittaa muun muassa sairaanhoitajan ja lääkärin kykyä ymmärtää potilasta, kiinnostusta ja perusteellisuutta, avun saantia, terveys- ja ensiapuohjeiden saantia, kirjallisen tiedon antamista ja perheen tai läheisten huomioimista. Lisäksi mittarissa kysytään, oliko vastaanotolla riittävästi aikaa esittää kysymyksiä, aikovatko asiakkaat seurata saamiaan ohjeita, oliko uusintakäyntejä ja suosittelisivatko asiakkaat sairaanhoitajaa tai lääkäriä ystävälleen. Tämä kysely on kehitetty ja muokattu aiemmin validoidusta mittarista. (Jennings ym. 2009.) Päivystyksessä käytettyjen mittareiden keskeiset muuttujat löytyvät myös seuraavasta taulukosta (taulukko 4).

Taulukko 4. Päivystyksessä käytetyt mittarit.

Tutkijat	Mittari	Mittarin rakenne	Keskeiset muuttujat
Thrasher ja Purc-Stephenson 2008	”Psychometric evaluation of patients satisfaction care instrument” muokattuna Spesifinen potilastyytyväisyysmittari päivystykseen	Henkilökohtainen huomaavaisuus Kokonaisvaltainen hoito Roolin selkeys	Taito kuunnella Hoitajan käytös Taito luoda kiireettömyyden tunne Luottamus Informaation anto Ajankäyttö Kokemus hoidosta Roolin ero muihin hoitajiin ja lääkäreihin Hoitajan koulutus
Jennings ym. 2009	Potilastyytyväisyys - kysely	16-kohtainen kyselylomake päivystyskokemuksista	Kyky ymmärtää potilasta Kiinnostus ja perusteellisuus Avun saanti Ohjeiden noudattaminen Keskustelun riittävyys Terveys- ja ensiaputietojen saanti Perheen tai läheisten huomioiminen Tiedon antaminen

2.5.4 Kulttuuriset tekijät ja laatu

Yhdysvalloissa on alueita, joilla suuri osa sairaanhoitajan asiakkaista kuuluu kulttuuriseen vähemmistöön kuten latinalais- tai afroamerikkalaisiin. Näillä alueilla laatua voi suurelta osalta määrittää sairaanhoitajan kulttuurinen kompetenssi. Suomessa pääkaupunkiseudulla väestöstä joka kahdeksas on vieraskielinen. Ulkomaalaisen määrä kasvaa vuosi vuodelta noin 7.5 prosentin vuosivauhtia (Helsinki 2013), joten on todennäköistä että kulttuurisen kompetenssin painoarvo myös suomalaisessa hoitotodellisuudessa lisääntyy.

Gastro ja Ruiz (2009) ovat yhdistäneet kulttuurisen kompetenssin mittarin (IAPCC), perinteisen tyytyväisyysmittarin (PSQ-III) ja kulttuurista sopeutumista mittaavan instrumentin (ASMA-II) tutkiessaan vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan kulttuurisen kompetenssin yhteyttä latinalaisamerikkalaisten asiakkaiden tyytyväisyyteen. Vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan kulttuurista kompetenssia on mitattu ”The Inventory to Assess Cultural Competence among Healthcare Professionals” –mittarilla (IAPCC). Tämä mittari on Campihna-Bacoten (1999) kehittämä instrumentti, joka kartoittaa 25 väittämällä kulttuurista tietoisuutta, tietoa ja taitoa, vuorovaikusta ja halua kulttuuriseen kanssakäymiseen. Mittarissa on neljäportainen Likert -asteikko. IAPCC -mittari on havaittu luotettavaksi, se on saanut Cronbachin alfa -arvon 0.85 ja Gultmanin split half -arvon 0.83.

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-III) on 51-kohtainen lääketieteen alalta peräisin oleva tyytyväisyyskysely, joka mittaa yleistä tyytyväisyyttä, teknistä laatua (kokonaisvaltaisuutta, huolellisuutta ja kliinisiä taitoja), palveluiden kattavuutta, ihmissuhdetaitoja (kohteliaisuutta, kunnioitusta, huomaavaisuutta ja ystävällisyyttä), kommunikaatiotaitoja, taloudellisuutta, vastaanotolla käytettyä aikaa, palveluiden saatavuutta ja sopivuutta. PSQ-III mittarin sisäinen johdonmukaisuus on ollut korkea: alfa -kertoimet ovat vaihdelleet 0.77 ja 0.94 välillä. (Castro & Ruiz 2009.)

Potilaiden kulttuurista sopeutumista on mitattu ”The Acculturation Rating Scale for Mexican Americans” –mittarilla (ASMA-II). ASMA-II on 30-kohtainen Likert -asteikollinen kysely sisältäen kolme pääkategoriaa: kieli, etninen identiteetti ja etninen kanssakäyminen. Tässä mittarissa on kaksi alakategoriaa. Toisella mitataan

orientaatiota meksikolaista kulttuuria kohtaan ja toisella angloamerikkalaista kulttuuria kohtaan. Kyseinen mittari on saatavilla sekä englanniksi että espanjaksi. Mittarin alpha -kertoimet ovat vaihdelleet välillä 0.83-0.91. (Castro & Ruiz 2009.) Vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan kulttuurisen kompetenssin ja asiakastyytyvyyden välisen yhteyden tutkimiseen käytettyjen mittareiden päärakenteet löytyvät taulukosta 5.

Taulukko 5. Sairaanhoitajan kulttuurisen kompetenssin ja asiakastyytyvyyden välisen yhteyden tutkimiseen käytettyjä mittareita.

Tutkijat	Mittari	Päärakenteet
Castro ja Ruiz 2009 Kehittäjä Campihna-Bacote 1999	"The Inventory to Assess Cultural Competence among Healthcare Professionals" (IAPCC)	Kulttuurinen tietoisuus Tieto ja taito Vuorovaikutus ja halu kulttuuriseen kanssakäymiseen
Castro ja Ruiz 2009	"The Acculturation Rating Scale for Mexican Americans" (ARSMA)	Kieli Etninen identiteetti Etninen kanssakäyminen
Castro ja Ruiz 2009	Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-III) Lääketieteen alan potilastyytyvyys tutkimus	Tyytyväisyys Tekninen laatu Palveluiden kattavuus Ihmissuhdetaidot Kommunikaatiotaidot Taloudellisuus Vastaanotolla käytetty aika Palveluiden saatavuus ja sopivuus Kokonaisvaltaisuus Huolellisuus, Taidot Kohteliaisuus, kunnioitus huomaavaisuus ja ystävällisyys

Benkert ym. (2009) ovat kartoittaneet sairaanhoitajan vastaanotolla käyvien asiakastyytyvyyden sekä luottamuksen, epäluulon ja rotuidentiteetin välistä

yhteyttä afroamerikkalaisten keskuudessa. Käytössä on ollut viisi erilaista mittaria: Trust in Provider Scale (TPS), Michigan Academic Consortium Patient Satisfaction Questionnaire (MAC-PSQ), Cultural Mistrust Inventory (CMI), Black Racial Identity Attitude Scale (BRIAS) ja Group Based Medical Mistrust Scale (GBMMS). Näistä mittareista MAC-PSQ on varsinaisesti ainoa potilastyytyväisyys mittari, muut mittaavat luottamusta eri näkökulmista tai rotuidentiteettiä (taulukko 6). PSQ-mittarista kerrottiin edellä Castron ja Ruizin (2009) tutkimuksen yhteydessä. Myös Benkertin ja tutkimusryhmän (2009) teoreettinen viitekehys on ollut Interaktiivinen terveystyöntekijämalli, The Interaction Model of Client Health Behaviour, joka sisältää kolme päärakennetta: potilaan ainutkertaisuus, asiakas - ammattilainen - suhde ja tulokset (taulukko 2). Potilaan ainutkertaisuudella viitataan taustatietoihin. Asiakas – ammattilainen suhde tarkoittaa tukea, informaatiota ja potilaan osallistumista päätöksentekoon sekä hoitajan ammattitaitoa. Hoidon tulokset koostuvat kokemuksista, tyytyväisyydestä ja ohjeiden noudattamisesta. (Benkert ym. 2009.)

Taulukko 6. Luottamuksen ja asiakastyytyväisyyden välisen yhteyden tutkimiseen käytettyjä mittareita.

Tutkijat	Mittari	Pääranteita
Benkert ym. 2009	Trust in Provider Scale (TPS)	Luottamus terveydenhuoltoon
	Michigan Academic Consortium patient-satisfaction questionnaire (MAC-PSQ)	Potilastyytyväisyys
	Cultural Mistrust Inventory (CMI)	Kulttuurinen luottamus
	Black Racial Identity Attitude Scale (BRIAS)	Afroamerikkalaisten asenne Euroamerikkalaisiin
	Group Based Medical Mistrust Scale (GBMMS)	Epäluottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan

2.6 Suomalaisia laatumittareita

Suomessa käytettyjä laatumittareita ovat muun muassa HYVÄ HOITO -mittari (Leino-Kilpi 1994, Eloranta ym. 2009), Yksilöllinen hoito -mittari (Suhonen 2002) ja Ihmisläheinen hoito -mittari (Töyry 2001, Kvist 2004). Suomalaisia laatumittareita on pyritty muokkaamaan usean potilasryhmän ja erilaisten hoitomuotojen laadun mittaamiseen soveltuviksi (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Eloranta ym. 2009). Kvantitatiivisiin mittareihin on usein liitetty muutama avoin kysymys, joilla on haettu tietoa mahdollista mittarin kartoittamattomista asioista, joita vastaajat ovat pitäneet tärkeinä (Makkonen 2010).

2.6.1 HYVÄ HOITO -mittari

HYVÄ HOITO -mittari on alun perin kehitetty mittaamaan kirurgisten potilaiden laatukokemuksia, mutta sitä on käytetty sekä Suomessa että ulkomailla useissa eri aineistoissa. HYVÄ HOITO -mittaria on modifioitu myös poliklinikalle soveltuvaksi. HYVÄ HOITO -mittari on viisiportainen Likert -asteikollinen mittari sisältäen väittämät täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä. Mittari koostuu viidestä - kuudesta yläkategoriasta ja näihin liittyvistä muuttujista. Alakategoriat vaihtelevat hieman riippuen potilasryhmästä, jota tarkastellaan. (Eloranta ym. 2009.)

HYVÄ HOITO -mittarin poliklinikkaversiossa laatukategoriat ovat henkilökunnan ominaisuudet, hoitoympäristö, hoidon edellytykset, hoidon eteneminen ja hoitotoiminnot (taulukko 7). Henkilökunnan ominaisuuksista tarkastellaan ystävällisyyttä, kohtelua ja ammattitaitoa. Hoitoympäristöstä tarkastellaan hoidon turvallisuutta, häiriöttömyyttä, miellyttävyyttä ja kiireettömyyttä kuten myös tietosuoja-asioita ja ilmoittautumispisteen ystävällisyyttä. Hoidon edellytyksistä mitataan varatun ajan riittävyttä sekä lääkärin ja hoitajan tietoja. Laatukategoria ”hoidon eteneminen” tutkii tiedonantoa: se kartoittaa potilaiden mielipiteitä hoito-ohjeiden riittävydestä ajatellen kotona selviytymistä ja jatkohoitoa. Laatukategoria ”hoitotoiminnot” kartoittaa tiedon riittävyden lisäksi potilaiden arvioita tiedon ymmärrettävyydestä, hoidon suunnittelusta, kivunhoidosta, keskustelusta ja potilaan mielipiteiden

huomioinnottomuudesta. Hoitotoiminnot –kategoriassa pyydetään myös arviota hoitajan tarpeellisuudesta lääkärin vastaanotolla. Näiden laatukategorioiden lisäksi poliklinikalle modifioitu HYVÄ HOITO –mittari sisältää taustatietokysymyksiä iän ja sukupuolen lisäksi käyntikerrasta (ensi- tai uusintakäynti), odotusajan pituudesta, kohtuullisuudesta ja odotusajan syyn selvittämisestä sekä etukäteisinformaation riittävydestä. (Eloranta ym. 2009.)

HYVÄ HOITO –mittarin luotettavuutta on arvioitu muun muassa Cronbachin alfa-arvoilla. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus on ollut hyvä. Laatukategoriosta muodostettujen summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot ovat vaihdelleet välillä 0,63-0,83. Niin ikään osiosummakorrelaatiot ovat olleet pääsääntöisesti suurempia kuin 0,30, joka on katsottu riittäväksi. Kun mittari modifioitiin poliklinikalle sopivaksi, käytettiin asiantuntijapaneelia. Asiantuntijapaneeli muodostui kahdesta asiantuntijajäsenestä ja 14 sairaanhoitajasta. Tämän jälkeen mittari esitettiin 40 potilaalla. (Eloranta ym. 2009.)

2.6.2 Yksilöllinen hoito -mittari

Yksilöllinen hoito –mittari mittaa yksilöllisyyden toteutumista ja yksilöllisyyttä tukevia hoitotoimintoja. Yksilöllinen hoito nähdään keskeisenä tekijänä, joka määrittää potilaan sitoutumista hoitoonsa. Mittari sisältää kaksi osaa: Potilaan yksilöllisyyden tukeminen hoitotyön toiminnoilla (Individual Care Scale –A, ICS-A) ja Potilaan yksilöllisyys toteutuneessa hoidossa (Individual Care Scale –B, ICS-B). Mittari on Likert -asteikollinen ja sisältää 17 väittämää. Vastaaja valitsee vaihtoehdoista: 1 = täysin eri mieltä, 2 = jonkin verran eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jonkin verran samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä. Mittarin molemmat osiot muodostuvat kolmesta summamuuttujasta, joissa kartoitetaan kliinisestä tilannetta, henkilökohtaista elämäntilannetta ja päätöksenteon kontrollia. *Potilaan kliininen tilanne* -osio sisältää seitsemän väittämää, joilla arvioidaan tunteiden, tarpeiden ja potilaan voinnin huomioinnottomuudesta, vastuun jakamista sekä sairauden vaikutuksen, merkityksen ja pelkojen huomioimista hoidossa. *Henkilökohtaisen elämäntilanteen* huomioimista hoidossa selvitetään neljällä väittämällä. Mittarilla arvioidaan jokapäiväisen toiminnan ja tottumusten sekä aikaisempien sairaalakokemusten

huomioimista kuten myös perheen osallistumista hoitoon. *Päätöksenteon kontrolli* -osiolla mittataan hoito-ohjeiden noudattamista ja hoitajan antamaa tietoa, potilaan toiveiden ja mielipiteiden huomioimista sekä osallistumista päätöksentekoon kuudella väittämällä (taulukko 7). (Suhonen 2002, Makkonen ym. 2010, Suhonen ym. 2013.)

Yksilöllinen hoito -mittarin kehittäminen on ollut systemaattista. Sen rakenne-, sisältö- ja kriteerivaliditeettia on arvioitu useassa eri tutkimuksessa ja aineistossa, mm. sairaalasta kotiutuvien potilaiden kohdalla. Potilasmittarin sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavat Cronbachin alfa arvot vaihtelevat ICS-A osassa välillä 0.81-0.92 ja ICS-B osassa välillä 0.74-0.90. (Suhonen 2002, Makkonen ym. 2010, Suhonen ym. 2013.)

2.6.3 Ihmisläheinen hoito –mittari

Nyky-suomen sanakirja kuvaa käsitteen ihmisläheinen seuraavasti: *Ihmiselle miellyttävä, ihmisen huomioon ottava ja ihmistä ymmärtävä*. Ihmisläheinen hoito on moniammatillista, ammattitaitoista ja korkeatasoista hoitoa. Se ottaa ihmisen huomioon kokonaisvaltaisesti. Tasa-arvoinen vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on keskeinen osa ihmisläheistä hoitoa. (Töyry 2001).

Ihmisläheinen hoito -mittari on kehitetty Suomessa, Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Töyry 2001, Kvist 2004, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Mittarin kehittämistyö on ollut pitkäjänteistä. Väitöskirjassaan Töyry (2001) selvitti mitä on ”ihmisläheinen hoito”. Hän kartoitti kirjallisuutta koskien ”inhimillisyyttä” (humane) ja huolenpitoa (caring). Ihmisläheinen -käsitettä on kuvattu lähellä olemiseksi, lämpimäksi ja ystävälliseksi suhtautumiseksi. Ihmisläheinen on lähellä käsitettä humanitaarinen, joka viittaa ihmisystävällisyyteen ja hyväntekeväisyyteen. Töyry selvitti (1991) avoimella kyselyllä ja haastatteluilla potilaiden ja henkilökunnan mielipiteitä käsitteestä ihmisläheinen (n=265). Hän sai vastauksina 2042 ihmisläheistä hoitoa kuvaavaa lausumaa, jotka hän edelleen luokitteli 35 luokkaan ja edelleen viiteen avainalueeseen. Näistä hän muodosti edelleen osamittarit, jotka olivat *Yhteisyyssuhteet, yksityisyys ja arvostus, Tiedon saaminen ja osallistuminen hoitoon, Tunne-elämän huomioon ottaminen, Fyysisen terveyden ylläpitäminen ja*

edistäminen sekä Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle. (Töyry 2001.)

Hoitoajat ovat lyhentyneet sitten yhdeksänkymmentäluvun alun ja Ihmisläheinen hoito -mittarista on poistettu osatekijöitä, jotka ovat käyneet ”vanhanaikaisiksi”. Mittarin väittämät olivat ensin sekä kielteisessä että myönteisessä muodossa. Kielteiset väittämät kuitenkin heikensivät mittarin luotettavuutta, sillä ihmiset jättivät vastaamatta kielteisiin väittämiin. Vuodesta 1997 asti väittämät ovat olleet myönteisessä muodossa. Mittarilla on tutkittu laadun toteutumista potilaiden ja omaisten lisäksi henkilökunnan ja johdon arvioimana (Töyry 2001, Kvist 2004, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008).

Vuonna 2008 Ihmisläheinen hoito mittaria uudistettiin. Uudistettu RILH (revised) -versio sisältää seitsemän osa-alueita, 42 ihmisläheistä hoitoa mittaavaa muuttujaa ja neljä tulosta mittaavaa muuttujaa sekä ammattiryhmille annettavat ”kouluarvosanat” hoidon laadusta. Näiden lisäksi mittarilla kartoitetaan taustamuuttujia kahdeksalla kysymyksellä. 42 muuttujalle tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi ja lisäksi käytettiin Cattelin scree -kuviota, minkä jälkeen päädyttiin kuuteen faktoriin. Nämä faktorit ovat: *Henkilöstön ammatillisuus, Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, Fyysisten tarpeiden huomiointi, Riittävät henkilöstöressurit, Kipujen ja pelkojen lievittäminen, Henkilöstön yhteistyö ja Tyytyväisyys hoitoon ja sen tuloksiin* (taulukko 7). (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.)

Ihmisläheinen hoito mittarin luotettavuutta on tutkittu pitkin matkaa mittaria kehitettäessä. Sisällön validiteettia on tarkasteltu vuonna 2007 tutkijoiden itsensä arvioimana. Tätä edeltävissä arvioinneissa sisällön validiteetti oli osoittautunut hyväksi. Käsitevaliditeetti perustuu Töyryn tekemään käsiteanalyysiin ja vuoden 2008 uudistuksen yhteydessä tehtyihin eksploratiivisiin faktorianalyysihin. ILH -mittarin sisäinen johdonmukaisuus on ollut kaikissa tutkimuksissa yli 0,60 Cronbachin alfa-kertoimella mitattuna, mitä pidetään riittävänä. Vuonna 2008 muodostettujen summamuuttujien Cronbachin alfa -arvot vaihtelivat välillä 0.80-0.95, mikä kuvaa hyvää sisäistä johdonmukaisuutta. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013.)

Taulukko 7. Suomalaisia laatumittareita.

Tutkija mittarin kehittäjä(t)	Mittari	Pääkategoriat
Leino-Kilpi	HYVÄ HOITO -mittarin Poliklinikka versio	Henkilökunnan ominaisuudet Hoitotoiminnot Hoidon edellytykset Hoitoympäristö Hoidon eteneminen
Suhonen	Yksilöllinen hoito -mittari Individual Care Scale –A Individual Care Scale –B	Yksilöllisyyden tukeminen Kliininen tilanne Henkilökohtainen elämäntilanne Päätöksenteon kontrolli Yksilöllisyyden toteutuminen Kliininen tilanne Henkilökohtainen elämäntilanne Päätöksenteon kontrolli
Töyry, Kvist & Vehviläinen-Julkunen	Ihmisläheinen hoito –mittari ILH -> RILH (revised)	Henkilöstön ammatillisuus Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti Kipujen ja pelkojen lievittäminen Fyysisistä tarpeista huolehtiminen Riittävät henkilöstöresurssit Henkilöstön yhteistyö Tyytyväisyys hoitoon ja sen tuloksiin

2.7 Yhteenveto sairaanhoitajan vastaanoton laadun tutkimisesta

Kansainvälisesti tarkasteltuna sairaanhoitajan vastaanottoa on tutkittu monin eri menetelmin. Valtaosassa tutkimuksista lähestymistapa on ollut kvantitatiivinen ja menetelmänä potilas/asiakaskysely. Muutamissa tutkimuksissa on käytetty laadullista lähestymistapaa kuten haastatteluja ja havainnointia (Williams & Jones 2006, Price ym. 2007, Gilbert & Hays 2009, Mahomed ym. 2012, Twinn 2010.) Kvantitatiivissa tutkimuksissa on käytetty erilaisten yleisten mittareiden kuten VAS –mittarin (Guzik ym. 2009) ja EQ-5D –mittarin (Dietrick-van Daele ym. 2009) lisäksi spesifisiä

mittareita (Thrasher & Purc-Stephenson 2008, Agosta 2009a, 2009b, Jennings ym. 2009), joilla tutkitaan erityisesti sairaanhoitajan vastaanottoa. Mittareiden ja tutkimusten teoreettisena viitekehyksenä on ollut muun muassa ”Asiakkaan terveyskäyttäytymisen vuorovaikutusmalli” (taulukko 2) (Agosta 2009a, 2009b, Benkert ym. 2009). Muutamissa tutkimuksissa on käytetty laadullista lähestymistapaa ja menetelmänä syvähaastattelua (Williams & Jones 2006) tai grounded teoria (Mahomed 2012). Laatu sairaanhoitajan vastaanotolla on kansainvälisissä tutkimuksissa tarkasteltu useasta eri näkökulmasta: talouden, tuloksen ja prosessien kehittämisen kannalta (Wilson & Shifaza 2008, Gilbert & Hayes 2009, Dierick-van Daele ym. 2009, Peltonen 2009, Twinn ym. 2010), kulttuurisen kompetenssin kannalta (Benkert ym. 2009, Castro & Ruiz 2009) sekä vertailemalla sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanottoa (Dierick-van Daele ym. 2009, Guzik ym. 2009, Jennings ym. 2009, Conlon 2010, Fletcher ym. 2011).

Suomalaisissa tutkimuksissa käytetyt mittarit ovat olleet yleisiä laatumittareita, joita on kehitetty useaan erilaiseen hoitoympäristöön sopivaksi. Suomalaisissa laatumittareissa ja kansainvälisissä laatu- ja tyytyväisyysmittareissa on paljon samankaltaisuuksia. Eroja muodostuu kuitenkin erilaisista hoitokulttuureista ja –käytänteistä johtuen. Tutkijan onkin tunnettava tutkimusympäristö ja hoitokulttuuri, jotta mittarin tuloksia voi tulkita oikein ja ymmärtää niiden merkityksen käytännön hoitotyölle (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008).

Mittareiden haasteena on tavoittaa klinisen työn eri vivahteet, kuten terveystiedon antaminen, sekä hahmottaa hoitotyön ydin ja sen yhteys hoidon tuloksiin. Sekä suomalaisten että ulkomaalaisten mittareiden luotettavuutta on pyritty lisäämään muun muassa esitestauksella ja asiantuntijapaneeleilla. Mittareiden sisäistä johdonmukaisuutta on varmistettu laskemalla Cronbachin alpha -arvot. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Thrasher & Purc-Stephenson 2008, Agosta 2009b, Dietrick-van Daele ym. 2009, Eloranta ym. 2009, Gastro & Ruiz 2009, Suhonen 2010, Kvist ym. 2013.) Mittareita kehitettäessä on käytetty myös muun muassa eksploratiivista faktorianalyysia (Agosta 2009b, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008), puolitusanalyysia (Gastro & Ruiz 2009) ja osioanalyysia (Eloranta ym. 2009). Tutkimusten yleistettävyyttä saattavat heikentää pienehköt aineistot ja spesifiset

tutkimusasetelmat sekä erilaiset kliiniset hoitosuuntaukset ja eri hoitopaikkojen hoitohenkilökunnan eriävät koulutusvaatimukset (Thrasher & Purc-Stephenson 2008) sekä yhteen hoitopaikkaan rajoittuvat tutkimukset (Eloranta 2009, Suhonen 2010).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan vastaanoton hoidon laatua lääkäriasemalla. Tutkimuksen tavoitteena on löytää kehittämiskohteita sairaanhoitajan työhön itsenäisellä vastaanotolla ja tuoda esiin asiakkaan näkökulma laadun kokemisessa.

Tutkimuskysymykset

- Millaiseksi asiakkaat arvioivat sairaanhoitajan vastaanoton laatua?
- Mitkä asiakkaiden taustatekijät ovat yhteydessä heidän arviointeihinsa sairaanhoitajan vastaanoton laadusta?
- Miten asiakkaat haluavat kehittää sairaanhoitajan vastaanottoa?

4 MENETELMÄ JA AINEISTO

4.1 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin asiakaskyselynä tutkimukseen valituilla neljällä lääkäriasemalla pääkaupunkiseudulla. Tutkimusaineiston muodostivat lääkäriasemilla sairaanhoitajan vastaanotolla ajanvarauksella tai päivystyksenä käyvät asiakkaat, sekä diabetes-, astma- ja haavahoitajan vastaanotolla käyvät asiakkaat tammi-helmikuussa 2013.

Tutkimukseen valituille lääkäriasemille jaettiin 40 - 55 tutkimuslomaketta asemaa kohden, näin tavoiteltiin 186 asiakkaan otosta. Asiakkaat saivat kyselylomakkeet vastaanottopisteessä ilmoittautuessaan sairaanhoitajan vastaanotolle. Vastaanottojen henkilökunta oli ohjeistettu jakamaan lomakkeet ja ottamaan palautuvat vastauskuoret vastaan. Asiakkailla oli myös mahdollisuus palauttaa kysely postitse maksetussa vastauskuoressa viikon kuluessa. Kyselyiden jakaminen ajoitettiin niin, että olisi ollut mahdollista saada tutkimukseen kattavat otokset diabetes-, astma- ja haavahoitajan potilaita. Englanninkielisiä asiakkaita tavoiteltiin tutkimukseen yhteensä 35 kyselylomakkeella.

4.2 Muokattu Ihmisläheinen hoito –mittari

Ihmisläheinen hoito –mittari sisältää seitsemän osa-aluetta. Nämä ovat henkilöstön ammatillisuus, potilaan osallistuminen hoitoon ja tiedon saanti, kipujen ja pelkojen lievittäminen, fyysistä tarpeista huolehtiminen, henkilöstöresurssien riittävyys, henkilöstön yhteystyö ja potilaiden tyytyväisyys hoitoon ja sen tuloksiin (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013). Tässä tutkimuksessa käytetään muokattua Ihmisläheinen hoito -mittaria (RILH). RILH –mittarilla voidaan potilastyytyväisyyden selvittämisen lisäksi hakea kehittämiskohteita. Mittari mittaa laatua kysymällä vastaajien arviointeja hoidon laatua kuvaavista osatekijöistä, näin voidaan selvittää yleisen tyytyväisyyden lisäksi osatekijöitä, joissa on parantamisen varaa. RILH -mittari on kehitetty ja testattu Suomessa ja sen todettu toimivan

suomalaisessa hoitotyön kontekstissa (Kvist 2004, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Kvist ym. 2013).

Tätä tutkimusta varten muokatussa Ihmisläheinen hoito (RILH) –mittarissa on kuusi osiota, joilla mitataan asiakkaiden arvioita ihmisläheisen hoidon toteutumisesta, yhteensä 32 muuttujaa ja yhdeksän taustamuuttujaa. Lisäksi mittarissa on neljä hoidon tulosta mittaavaa muuttujaa ja kaksi muuttujaa, joilla mitataan asiakkaiden tyytyväisyyttä omaan elämäntilanteeseensa. Kokonaismuuttujamäärä on 38. Näissä osioissa on viisiportainen Likert -asteikko, jolla asiakas esittää arviointinsa valikoiden sopivan vaihtoehdoista: 1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = osittain samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Esitetyt väittämät ovat myönteisessä muodossa. Lisäksi pyydetään arvioimaan numeraalisesti ns. kouluarvosanoin (4-10) henkilökunnan antamaa hoitoa. Mittariin on lisätty myös avoimet kysymykset tekijöistä, joita vastaaja toivoo kehitettävän sairaanhoitajan vastaanotolla.

Asiantuntija-arviointia käytettiin muokattaessa mittaria vastaamaan lääkäriaseman kontekstia. Tutkijan lisäksi kaksi sairaanhoitajaa, yksi lääkäri ja esimies yhdeltä tutkimukseen osallistuvalla lääkäriasemalta tutustuivat mittarin väittämiin. Arvioinnin perusteella poistettiin fyysisiin tarpeisiin vastaamisen osa-alue. Lääkäriasemalla fyysisen terveyden alue, kuten ruokailusta huolehtiminen ei vastaa laadun operationalisointia.

RILH -mittarin lääkäriasemalle muokattu versio esitettiin pienellä vastaajajoukolla (n=7). Esitestauksessa oli sekä nuoria että iäkkäitä vastaajia ja sekä yksityis- että työterveyshuollonasiakkaita. Väittämiin tehtiin esitestauksen perusteella muutamia pieniä muutoksia sanavalintoihin liittyen, näin parannettiin mittarin luettavuutta ja luotettavuutta (Burns & Grove 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Mittari sisälsi selkeät vastausohjeet. Otoksen edustavuuden parantamiseksi mittarista on käytössä suomenkielisen version lisäksi englanninkielinen versio asiakkaille, jotka eivät puhu suomea. Myös englanninkielinen mittari on muokattu lääkäriaseman potilaille sopivaksi.

4.4 Aineiston analyysi

Aineiston kvantitatiivinen osuus analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen apuna SPSS 19 for Mac/Windows tilasto-ohjelmia. Asiakkaiden taustamuuttujien tarkastelussa ja kuvailussa käytettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia, keskiarvoja ja keskihajontoja (taulukko 8). Mittarin osa-alueista muodostettiin summamuuttujat. Nämä nimettiin seuraavasti; Arvostus (yksityisyys, yksilöllisyys, luottamus ja turvallisuus), informaatio (informaatio ja osallistuminen hoitoon), kohtelu (ystävällisyys ja avunsaanti), kivun ja pelon leivitys, resurssit (henkilökunnan ja ajan riittävyys), ammatillisuus (ammatillisuus ja yhteistyö) sekä tyytyväisyys (tyytyväisyys hoitoon). Summamuuttujien normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnovin-testillä (Metsämuuronen 2009, Nummenmaa 2010).

Tutkimuskysymyksiä oli kolme. Näistä ensimmäiseen: ”Millaiseksi asiakkaat arvioivat sairaanhoitajan vastaanoton laatua?” pyrittiin löytämään vastaus tarkastelemalla asiakkaiden arviointien keskiarvoja sekä yksittäin että summamuuttujittain kuvattuna. Mittarin vastausvaihtoehdot olivat: 1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = osittain samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Näistä muodostettiin keskiarvoihin perustuvat laatutasot: 1,0 – 1,5 vastasi erittäin heikkoa laatua, 1,6 - 2,5 vastasi heikkoa laatua, 2,6 – 3,5 vastasi keskimääräistä laatua, 3,6 - 4,5 vastasi hyvää laatua ja 4,6 – 5,0 vastasi erinomaista laatua. Lisäksi hoidon laatua arvioivista ”kouluarvosanoista” laskettiin keskiarvot hoitajille, vastaanotolle ja koko henkilökunnalle.

Toiseen tutkimuskysymykseen: ”Mitkä asiakkaiden taustatekijöistä ovat yhteydessä heidän arviointeihinsa sairaanhoitajan vastaanoton laadusta?” pyrittiin vastaamaan tarkastelemalla summamuuttujien keskiarvoja ja asiakkaiden taustatietoja. Koska aineisto ei noudattanut normaalijakaumaa ja muodostui odotettua pienemmäksi, parametristen menetelmien tilalle valittiin parametrittomat menetelmät. Summamuuttujien suhdetta taustamuuttujiin tarkasteltiin t-testin sijaan Mann-Whitneyn U-testillä, joka on parametriton kahden riippumattoman keskiarvon vertailutesti. Useampi kuin kaksiluokkaisten taustamuuttujien ja summamuuttujien keskiarvojen tarkastelussa päädyttiin varianssianalyysin sijaan Kruskal-Wallis

testiin. (Holopainen & Pulkkinen 2008, Metsämuuronen 2004, 2009, Nummenmaa 2010, Karhunen ym. 2011.)

Kolmas tutkimuskysymys oli: ”Miten asiakkaat haluavat kehittää sairaanhoitajan vastaanottoa?”. Asiakkailla oli mahdollisuus esittää kehitysehdotuksia sairaanhoitajan vastaanotolle vastaamalla avoimiin kysymyksiin. Avoimien vastausten pienen määrän (n= 13) vuoksi, näitä huomioita tarkastellaan tutkimustulosten yhteydessä aihealueittain ja osana keskeisten tulosten tarkastelua. Koska mittari mittaa laatua kysymällä arviointeja hoidon laatua kuvaavista osatekijöistä, oli mahdollista etsiä kehittämiskohteita myös tarkastelemalla laadun osatekijöiden heikoimmin toteutuneita osioita.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat

Asiakastytyväisyyskyselyyn vastasi 69 lääkäriaseman asiakasta, mutta kaksi vastauslomaketta hylättiin puutteellisten tietojen takia ja yksi vastauslomake palautui monta kuukautta vastausajan jälkeen. Vastausprosentti oli 35. Lääkäriasemittain tarkasteltuna tutkimukseen osallistuneita asiakkaita oli 12 lääkäriasema I:stä, 26 asiakasta lääkäriasema II:sta, 16 asiakasta lääkäriasema III:sta ja 12 asiakasta lääkäriasema IV:sta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli sairaanhoitajan vastaanotolla käyneitä asiakkaita (n=57). Diabeteshoitajan vastaanoton asiakkaita osallistui tutkimukseen viisi, astmahoitajan vastaanotolla käyneitä oli neljä. Haavahoitajan vastaanotolla käyneitä asiakkailta ei osunut tai osallistunut tutkimukseen. Suurimmalla osalla vastaajista oli ajanvaraus hoitajalle (n=53) ja loput asiakkaat olivat asioineet ilman ajanvarausta (n=13) asiakasta. Asiakkaista enemmistö oli työterveyshuollon asiakkaita (n=47) ja loput yksityisasiakkaita (n=19).

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli naisia (n=46). Vastaajien ikä vaihteli 17 ja 83 vuoden välillä. Lähes puolet kyselyyn vastanneista oli 41-60 -vuotiaita; 47 %. 21-40 -vuotiaita oli 38 % vastanneista. 97 % vastaajista oli suomalaisia, ulkomaalaisia oli 3 % vastaajista. 91 % osallistujista oli suomenkielisiä, ruotsinkielisiä oli 6 % ja muunkielisiä asiakkaista osallistui tutkimukseen 3 %. Vastaajista 39 prosentilla oli ammattikoulutus ja 40 % oli työntekijöitä. Korkeakoulututkinto oli 27 %:lla vastaajista, saman verran oli ylempiä toimihenkilöitä. Ammattikorkeakoulun oli käynyt 17 % ja alempia toimihenkilöitä vastaajista oli 20 %. Noin 5 %:lla osallistuneista asiakkaista ei ollut koulutusta. Noin 5 % vastaajista oli yrittäjiä, eläkkeellä oli 6 % vastaajista. 88 % tutkimukseen osallistujista oli tyytyväisiä terveyteensä ja 85 % oli tyytyväisiä elämäntilanteeseensa. Tiedot tutkimukseen osallistuneiden taustamuuttujista on esitetty taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Sairaanhoidtajavastaanoton hoidon laatukselyyn vastanneiden asiakkaiden taustatiedot (n=66).

Taustamuuttuja	n	%	Taustamuuttuja	n	%
Sukupuoli (n=65)			Vastaanoton Tyyppi (n=66)		
nainen	46	71	ajanvaraus	53	80
mies	19	29	päivystys	13	20
Ikä (n= 66)			Hoitaja (n=66)		
Alle 20	3	4	sairaanhoitaja	57	86
21-40	25	38	diabeteshoitaja	5	8
41-60	31	47	astmahoitaja	4	6
Yli 60	7	11	haavahoitaja	-	-
Kansallisuus (n=66)			Asiakkuus (n=66)		
suomalainen	64	97	työterveyshuolto	46	71
muu	2	3	yksityisasiakas	19	29
Kieli (n=66)			Lääkäriasema (n=66)		
suomi	60	91	lääkäriasema 1	26	40
muu	6	9	lääkäriasema 2	16	24
Siviilisääty (n=66)			lääkäriasema 3	12	18
avio- tai avoliitto	54	82	lääkäriasema 4	12	18
yksineläjä	12	18	Tyytyväisyys terveyteen (n=66)		
Koulutus (n=66)			tyytyväinen	58	88
korkeakoulu	18	27	tyytymätön	7	11
ammattikorkea	11	17	ei osaa sanoa	1	1
ammattitutkinto	26	40	Tyytyväisyys elämäntilanteeseen (n=65)		
ei koulutusta	3	5	tyytyväinen	56	86
muu	7	11	tyytymätön	6	9
Ammattiasema (n=66)			ei osaa sanoa	3	5
ylempi toimihlö	18	27			
alempi toimihlö	13	20			
yrittäjä	3	5			
työntekijä	26	39			
eläkeläinen	4	6			
muu	2	3			

5.2. Asiakkaiden arviot sairaanhoitajavastaanoton hoidon laadusta

Laatu asiakkaiden kokemana oli hyvää tai erinomaista kaikilla laatu kuvaavilla osa-alueilla (taulukko 9). Parhaiten toteutuivat arvostus, kohtelu ja resurssit, näiden laadun osatekijöiden asiakkaat arvioivat vastaavan erittäin hyvää laatua. Parhaimman arvion (keskiarvolla kuvattuna) sai asiakkaiden kohtelu (ka 4,85). Asiakkaat kuvasivat palvelua kohteliaaksi, ystävälliseksi, hyväksi ja luotettavaksi. Asiakkaat kokivat resurssit riittäviksi ja he kokivat, että heitä arvostettiin. Toisaalta vastaanottohuoneeseen kiinnitettiin huomiota. Muun muassa vastaanottohuoneen lämpötilaa kommentoitiin. Asiakkaat arvioivat informaation laadun erittäin hyväksi. He saivat lievitystä pelkoihinsa ja kipuihinsa. Asiakkaat arvioivat henkilökunnan toimivan ammatillisesti ja olivat tyytyväisiä hoitoonsa. Eräs asiakas totesi, ettei parempaa saisi, vaikka pyytäisi.

TAULUKKO 9. Asiakkaiden arviot hoidon laadusta summamuuttujittain tarkasteltuna (ka, kh).

Summamuuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta
Arvostus	4,81	0,49
Informaatio	4,49	0,77
Kohtelu	4,85	0,41
Pelon ja kivun lievyys	4,22	0,90
Resurssit	4,84	0,49
Ammatillisuus	4,48	0,72
Tyytyväisyys	4,41	0,77

5.2.1 Arvostuksen toteutuminen

Arvostuksen toteutumista mitattiin kymmenellä väittämällä (taulukko 10). Asiakkaat arvioivat saaneensa erinomaista arvostusta asioidessaan hoitajan vastaanotolla (ka 4,8). Heidät hyväksyttiin oma itsensä, hoito perustui heidän tarpeisiinsa, he tunsivat itsensä tervetulleiksi lääkäriasemalle ja kokivat hoitonsa turvalliseksi. Asiakkaat arvioivat heikoimmin toteutuvaksi henkilökunnan luottamuksen asiakkaan arvioon

voinnistaan (ka 4,69). Hoito perustui erinomaisesti asiakkaiden tarpeisiin (ka 4.89), tämä osa-alue toteutui parhaiten arvostuksen osa-alueista. Tästä laatutekijästä asiakkaat olivat myös yksimielisiä (kh 0,31).

TAULUKKO 10. Asiakkaiden arvioinnit arvostuksen toteutumisesta (ka., kh).

Muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta
Minua arvostettiin	4,82	0,46
Minut hyväksyttiin omana itsenäni	4,88	0,38
Huoliani kuultiin	4,75	0,56
Asioihini paneuduttiin	4,80	0,56
Arviointiini omasta voinnistani luotettiin	4,69	0,64
Voin keskustella luottamuksellisesti henkilökunnalle asioistani	4,75	0,56
Voin keskustella kahden kesken hoitajan kanssa	4,72	0,65
Hoitoni perustui tarpeisiin	4,89	0,31
Olin tervetullut lääkäriasemalle	4,86	0,43
Hoitoni oli turvallista	4,86	0,36
Arviot arvostuksen toteutumisesta	4,80	0,49

5.2.2. Informaation onnistuminen

Informaation laatu oli hyvää asiakkaiden arvioimana (ka 4,49) (taulukko 11). Asiakkaat kokivat saavansa riittävästi tietoa sairaudestaan, siihen liittyvistä rajoituksista ja lääkehoidosta. Diabeetikot toivoivat internet-linkkejä, joista saisi lisätietoa. Asiakkaat kokivat, että heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä koskien hoitoaan. Hyvänä pidettiin muun muassa mahdollisuutta kysyä sähköpostitse akuutteja kysymyksiä diabeteshoitajalta. Kotihoito-ohjeet olivat selkeitä ja asiakkaat saivat riittävästi tietoa jatkohoidosta. Parhaiten informaation osalta toteutui kielenkäyttö. Asiakkaille puhuttiin ymmärrettävää kieltä (ka 4.95) ja tästä laatutekijästä vastaajat olivat yksimielisiä (kh 0,21). Heikoimmin asiakkaat kokivat voivansa vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun (ka 4,14). Tämän tekijän osalta oli myös eniten hajontaa mielipiteissä (kh 1,04).

TAULUKKO 11. Asiakkaiden arvioinnit informaation annosta (ka, kh).

Muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta
Sain riittävästi tietoa sairaudestani	4,39	0,88
Minulle selitettiin riittävästi sairauteeni liittyviä rajoituksia	4,39	0,89
Sain riittävästi tietoa lääkehoidosta	4,29	0,91
Voin esittää hoitoni liittyviä kysymyksiä	4,78	0,55
Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani	4,52	0,79
Sain selkeät kotihoito-ohjeet	4,45	0,93
Minulle puhuttiin ymmärrettävää kieltä	4,95	0,21
Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun	4,14	1,04
Arviot informaatiosta	4,49	0,77

5.2.3 Asiakkaiden saama kohtelu

Asiakkaat arvioivat saamansa kohtelun vastaavan erinomaista laatua (taulukko 12). Heitä kohdeltiin ystävällisesti (ka 4,94) ja asiallisesti (ka 4,91). Eräs asiakas olisi kuitenkin kaivannut rentoutta ja vähemmän rutiininomaista käytöstä. Asiakkaat saivat riittävästi apua ja heidän vointiaan kysyttiin riittävästi. Eniten hajontaa (kh 0,63) sai vastaus, joka liittyi voinnin tiedusteluun. Tämä väittämä sai myös alhaisimman keskiarvon (ka 4,71), vastaten kuitenkin erittäin hyvää laatua.

Taulukko 12. Asiakkaiden arviot kohtelusta (ka, kh).

Muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta
Vointiani kysyttiin riittävästi	4,71	0,63
Sain apua riittävästi	4,82	0,43
Minua kohdeltiin asiallisesti	4,91	0,33
Minua kohdeltiin ystävällisesti	4,94	0,24
Arviot kohtelusta	4,85	0,41

5.2.4 Pelkojen ja kipujen lievitys

Asiakkaat arvioivat pelkojen ja kipujen lievityksen olevat laadultaan hyvää (taulukko 13). Asiakkaiden kipuihin suhtauduttiin vakavasti ja henkilökunta lievitti asiakkaiden pelkoja. Pelkojen lievitys sai alhaisimman keskiarvon (ka 4,08) yksittäisenä laatutekijänä suhteessa muihin laatutekijöihin ollen kuitenkin hyvää laatua.

TAULUKKO 13. Asiakkaiden arvioinnit pelkoihin suhtautumisesta (ka,kh).

Muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta
Kipuihin suhtauduttiin vakavasti	4,36	0,90
Henkilökunta lievitti pelkojani	4,08	0,91
<i>Arviot pelkoihin ja kipuihin suhtautumisessa</i>	4,22	0,90

5.2.5 Hoidon resurssit

Asiakkaat arvioivat resurssien riittävän erinomaisesti (taulukko 14). Laatua kuvaavat keskiarvot resurssien osalta olivat hyvin lähellä toisiaan. Myönteisen ilmapiirin koettiin toteutuvan parhaiten (ka 4,91). Hoitajilla oli tarpeeksi aikaa asiakkaille ja henkilökuntaa oli riittävästi ja palvelu oli nopeaa. Hoitajan toivottiin pysyvän samana, jos vastaanottokäyntejä oli useampi. Myös ajanvarausjärjestelmää toivottiin selkeämmäksi. Asiakkaat aistivat lääkäriaseman ilmapiirin kiireettömäksi (ka 4,79).

TAULUKKO 14. Asiakkaiden arvioinnit resurssien riittävydestä (ka, kh).

Muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta
Hoitajalla oli minulle riittävästi aikaa	4,86	0,49
Henkilökuntaa oli riittävästi	4,80	0,50
Ilmapiiri oli kiireetön	4,79	0,67
Hoitoyksikön ilmapiiri oli myönteinen	4,91	0,29
<i>Arviot resursseista</i>	4,84	0,49

5.2.6 Ammatillisuus

Asiakkaat arvioivat henkilökunnan ammatillisuuden laadultaan hyväksi (taulukko 15). Parhaimman laatua kuvaavan keskiarvon sai väittämä, joka kuvasi hoitajan ammattitaitoa (ka 4,85), myös muu henkilökunta koettiin ammattitaitoiseksi (ka 4,59). Asiakkaat arvioivat henkilökunnan toimivan hyvässä yhteistyössä keskenään. Asiakkaat kertoivat palvelun olevan ammattitaitoista ja asiantuntevaa. Heikoimman laatua kuvaavan keskiarvon ammatillisuuden osalta sai väittämä, joka kuvasi sitä, kunnioittaako henkilöstö toistensa asiantuntemusta (ka 4,09).

TAULUKKO 15. Asiakkaiden arvioinnit ammatillisuudesta (ka,kh).

Muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta
Hoitaja oli ammattitaitoinen	4,85	0,36
Muu henkilökunta oli ammattitaitoista	4,59	0,70
Henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään	4,39	0,86
Henkilöstö kunnioitti toistensa asiantuntemusta	4,09	0,95
Arviot ammatillisuudesta	4,48	0,72

5.2.7 Tyytyväisyys hoitoon

Tyytyväisyyttä hoitoon mitattiin neljällä väittämällä. Asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitoon (taulukko 16). He olivat tyytyväisiä hoitonsa tuloksiin (ka 4,50) ja erityisesti saamaansa hoitoon (ka 4,74). Heikoimmin toteutuivat laatua kuvaavat tekijät, jotka liittyivät hoidon tavoitteisiin. Tavoitetta ei aina asetettu yhdessä hoitajan kanssa (ka 4,25). Asiakkaat arvioivat tavoitteen saavuttamisen heikoimmin toteutuneeksi laadun tekijäksi tyytyväisyyden osalta (ka 4,16), vastaten kuitenkin hyvää laatua. Asiakkaat arvioivat palvelua yllättävän hyväksi.

TAULUKKO 16. Asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon (ka, kh).

Muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta
Asetimme yhdessä hoitajan kanssa selkeän tavoitteen hoidolleni	4,25	1,00
Hoidossani saavutettiin sille asetettu tavoite	4,16	0,63
Olen tyytyväinen hoitoni tulokseen	4,50	0,83
Olen tyytyväinen saamaani hoitoon	4,74	0,62
<i>Tyytyväisyys hoitoon</i>	4,41	0,77

5.2.8 Kouluarvosanat henkilökunnalle

Asiakkaita pyydettiin antamaan yleisarvosanat niin sanotulla kouluarvosanaasteikolla (4-10) hoitohenkilökunnalle. Arvosanat 4 -5 merkitsivät huonoa, 6 = välttävää, 7 = tyydyttävää, 8 = hyvää ja 9-10 kiitettävää laatua. Vastaajat antoivat kiitettävät arvosanat kaikille sekä hoitajille, vastaanotolle että koko henkilökunnalle. Hoitajien saamien arvosanojen keskiarvo oli 9,5. Vastaanottoa kohtaan vastaajat olivat hieman kriittisempiä, se sai arvosanojen keskiarvoksi 9,1. Lääkäriasemalla on hoitajien ja vastaanottohenkilökunnan lisäksi laboratorio- ja röntgenhenkilökuntaa sekä lääkäreitä. Koko henkilökunnan arvosanojen keskiarvosana oli asiakkaiden arvioimana 9, 2.

TAULUKKO 17. Asiakkaiden antamat arvosanat henkilökunnalle (ka, kh).

	Keskiarvo	Keskihajonta
Arvosana hoitajilla	9,5	0,64
Arvosana vastaanotolle	9,1	0,85
Arvosana koko henkilökunnalle	9,2	0,72

5.3 Asiakkaiden taustamuuttujien yhteys laadun arviointeihin

Sukupuoli, ikä, koulutustaso, ammattiasema, tulosyy (päivystys, ajanvaraus) tai asiakkuus (työterveys-, yksityisasiakas), tyytyväisyys terveyteensä ja elämäänsä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä asiakkaiden laadun arviointeihin (p-arvot > 0.05). Myöskään sillä, oliko vastaanotto sairaanhoitajan, diabetes- tai astmahoitajan pitämä tai millä lääkäriasemalla asiakas asioi, ei ollut yhteyttä laadun arviointeihin.

Tilastollisesti merkitsevä yhteys asiakkaiden taustamuuttujien ja laadun arviointien välillä oli kansallisuudella, äidinkielellä ja siviilisäädyllä. Kansallisuus oli yhteydessä arvostuksen toteutumiseen (p-arvo = 0,014), kohteluun (p-arvo = 0,004) ja henkilökunnan riittävyteen (p-arvo = 0,007). Kansallisuudella ei ollut yhteyttä muihin laadun osa-alueisiin, vaan vastaajien arviot olivat samat sekä Suomen kansalaisilla että ulkomaalaisilla koskien informaation antoa, pelkoihin suhtautumista ja ammatillisuutta. Kansallisuuden lisäksi äidinkieli oli yhteydessä arvostuksen toteutumiseen (p-arvo = 0,047), kohteluun (p-arvo = 0,015) ja henkilökunnan riittävyteen (p-arvo 0,015). Muut kuin Suomen kansalaiset ja ne asiakkaat, joilla oli muu kuin suomen kieli äidinkielenään olivat hieman kriittisempiä arvioissaan koskien kokemaansa arvostusta, kohtelua ja henkilökunnan riittävyttä.

Siviilisäätö oli yhteydessä arvostuksen toteutumiseen (p-arvo 0,037). Yksineläjät olivat hieman kriittisempiä arvioissaan arvostuksen toteutumisesta kuin puolison tai avopuolison, lasten tai jonkun muun henkilön kanssa elävät asiakkaat. Siviilisäädyllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä muihin laadun arviointeihin.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittarin luotettavuuden näkökulmasta, tällöin puhutaan validiteetista. Mittarin validiteetti on korkea, kun mittari mittaa sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Sisäiseen validiteettiin sisältyvät muun muassa sisällön validiteetti ja käsite validius. Sisällön ja käsitteen validiteetin vaikuttaa se, miten hyvin tutkimuskäsite on operationalisoitu mitattavaan muotoon. Tutkimuksessa päätyttiin käyttämään validoitua valmista mittaria, mikä on omiaan parantamaan tutkimuksen luotettavuutta. (Hart 2005, Holopainen & Pulkkinen 2008, Metsämuuronen 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010.) Käsitteen ”Ihmisläheinen hoito” operationalisointia on käsitelty aiemmin alaluvussa Inhimillinen hoito –mittari. Ihmisläheinen hoito -mittaria ei ole aikaisemmin käytetty lääkäriasemalla eikä sillä ole aikaisemmin mitattu laatua sairaanhoitajan vastaanotolla. On mahdollista, että ilmiön voisi kattaa paremmin spesifillä mittarilla, joka on suunniteltu mittaamaan laatua sairaanhoitajan vastaanotolla (vrt. Thrasher & Purc-Stephenson 2008, Agosta 2009a, 2009b, Jennings ym. 2009.)

Tutkimuksessa käytetty Ihmisläheinen hoito - mittari on kehitetty ja testattu Suomessa, joten mittari sopii suomalaiseen hoitotodellisuuteen. Mittaria on kehitetty ja testattu sairaalaympäristössä, sekä osastoilla että poliklinikoilla usean vuoden ajan. Mittarissa oli alkujaan 66 väittämää, joilla käsite hoidon laatu oli operationalisoitu. Mittarin uusittu versio (RILH) sisältää 42 väittämää, joilla kuvataan hoidon laatua (Kvist 2004, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Tässä tutkimuksessa käytetään 38 väittämää sisältävää lääkäriasemalle muokattua kyselyä. Tutkimuskysely ei saa olla liian pitkä ja tutkimusympäristön tunteminen on tärkeää, jotta voidaan suunnitella tutkimusympäristöön sopiva kysely. Kyselyssä tulisi välttää kysymyksiä, jotka vastaajat kokevat turhina, sillä niihin saatetaan vastata epärehellisesti tai jättää vastaamatta. Toisaalta mittarin on oltava riittävän pitkä, jotta se olisi luotettava. (Hart 2005, Metsämuuronen 2006, Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.) ILH -mittarin lääkäriasemalle muokattu versio esitettiin pienellä joukolla asiakkaita, mutta mittariin saattoi kuitenkin jäädä muutama kysymys, jotka eivät olleet

parhaat mahdolliset lääkäriaseman kontekstissa ja/tai asiakkailta, joita tutkimukseen valikoitui.

Mittarin kohdalla reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja mittauksen toistettavuutta eli mittarin kykyä tuottaa ei sattumanvaraisia tuloksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, Metsämuuronen 2009). Ihmisläheinen hoito -mittarilla on tutkittu laatua mm. neljän väitöskirjan ja kuuden pro gradu -tutkielman yhteydessä. Mittarin testaus ja kehittäminen on ollut pitkäjänteistä työtä. Osamittarin muuttujien kykyä mitata samaa asiaa kutsutaan sisäiseksi johdonmukaisuudeksi tai yhtenevyydeksi. ILH -mittarin sisäistä johdonmukaisuutta on testattu Cronbachin alfa-kertoimilla. Alfa -arvot ovat vaihdelleet välillä 0.80 - 0.95, mikä kertoo hyvästä sisäisestä johdonmukaisuudesta. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, Metsämuuronen 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010.) Tässä tutkimuksessa käytetyssä lääkäriaseman kontekstiin muokatussa ILH -mittarin versiossa Cronbachin Alfa -arvot vaihtelevat välillä 0.63 – 0.87 summamuuttujittain laskettuna. Näin ollen tutkimuksessa käytetyn mittarin sisäistä johdonmukaisuutta voidaan pitää riittävänä, koska Alfa -arvot ovat yli 0.60 (Metsämuuronen 2009).

Tutkimustulosten ulkoiseen validiteettiin eli tutkimustulosten yleistettävyyteen vaikuttaa otoskoko, joka jäi suunniteltua pienemmäksi. Tavoitellun 186 asiakkaan sijaan tutkimukseen vastasi 66 asiakasta. Tutkimuksen vastaajat eivät jakaudu tasaisesti demografisilta ominaisuuksiltaan, mikä myös osoittaa otoskoon pienuutta ja heikentää tulosten yleistettävyyttä. Olisi ollut mahdollista kohdentaa tietty määrä kyselylomakkeita tiettyihin potilasryhmiin kuten diabetes-, astma- ja haavahoitajan potilaille ja näin saada mahdollisesti kattavampi kuva ilmiöstä. Lääkäriaseman konteksti rajoittaa tulosten yleistettävyyttä toisiin toimintaympäristöihin.

Tulosten luotettavuutta parannettiin käyttämällä parametrittomia testejä (Holopainen & Pulkkinen 2008, Metsämuuronen 2009). Analyysit ja laskutoimitukset toistettiin tulosten varmistamiseksi. Tutkimustulokset ovat yhteneviä useiden aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä hoitoon ja hoidon laatuun sairaanhoitajan vastaanotolla (Knutson 2000, Green & Davis 2005, Brown 2007, Wilson & Shafiza 2008, Agosta 2009a, Dierick-van Daele ym. 2009, Jennings ym.

2009), mikä kertoo mittarin hyvästä kriteerivaliditeetista. Mittaamisesta riippumattomat tekijät kuten ihmisten kiireisyys tai asioiden unohtaminen voivat vaikuttaa luotettavuuteen. Luotettavuutta pohdittaessa on otettava huomioon myös kadon ja valikoitumisen merkitys. (Metsämuuronen 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Mittarin täyttäminen vie noin 10 minuuttia aikaa. On kuitenkin mahdollista, että kovin kiireiset asiakkaat eivät ehdi osallistua tutkimukseen. Muita väliin tulevia muuttujia ovat mahdollinen kipu tai muu rasitus kyselyajankohtana. Kadon ja valikoitumisen pienentämiseksi mittarista oli käytössä myös englanninkielinen versio, kuitenkin vain muutama englanninkielinen asiakas valikoitui tutkimukseen. Kadon vaikutus otoskokoon pyrittiin ottamaan huomioon suunnittelemalla otoskoko tavoiteltua suuremmaksi. Tarkempi katoanalyysi olisi vaatinut vastaamatta jättäneiden asiakkaiden taustatietoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010), mutta näitä ei kerätty tässä tutkimuksessa.

Tutkimukselle haettiin ja saatiin Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto (26/2012). Tutkimuslupa saatiin tutkimusorganisaation ylilääkäriltä. Tutkimuskokonaisuus on suunniteltu ottaen huomioon tieteellisen tutkimuksen tekemisen yleiset eettiset ohjeet, kuten pyrkimys rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Aiheen eettisyyttä puoltaa se, että aihetta on tutkittu Suomessa vain vähän. Tutkimukseen osallistuvilla ei arvioitu aiheutuvan tutkimuksesta muuta haittaa kuin noin 10 minuutin ajankäyttö kyselyyn vastattaessa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuttanut asiakkaiden hoitoon. Asiakkaille tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen ilmoittautuessaan hoitajan vastaanotolle, joten hoitava henkilö ei ollut tietoinen, osallistuuko tutkittava tutkimukseen vai ei. Asiakkaita kohdeltiin tasa-arvoisesti, inhimillisesti, ystävällisesti ja arvostavasti kaikissa tutkimusvaiheissa. (TENK 2002, 2012.) Kyselylomakkeiden yhteydessä annettiin saatekirje, joka sisälsi tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta kuten myös tutkijan yhteystiedot mahdollisen lisätiedon tarpeen varalle. Tutkittavat vastasivat tutkimukseen nimettöminä eikä heidän henkilöllisyytensä paljastunut missään tutkimuksen vaiheessa.

6.2 Keskeisten tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan vastaanoton laatua asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksen tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita sairaanhoitajan vastaanottotyöhön liittyen. Tutkimustuloksia voidaan käyttää toimintoja kehitettäessä ja hoitotyön koulutuksessa. Tässä tutkimuksessa asiakkaat arvioivat vastaanoton laadun hyväksi tai erinomaiseksi kaikilla laadun osa-alueilla. Tutkimus vahvisti aiempaa tutkimusta, jonka mukaan asiakkaat ja potilaat ovat olleet tyytyväisiä sairaanhoitajien vastaanoton laatuun (Knudtson 2000, Green & Davis 2005, Brown 2007, Wilson & Shafiza 2008, Agosta 2009a, Dierick-van Daele ym. 2009, Jennings ym. 2009, Twinn 2010). Asiakkaiden antamat kouluarvosanat vahvistavat tutkimuksen tulosta: sairaanhoitajat saivat hyvin korkeat arvosanat ja myös muuhun henkilökuntaan oltiin tyytyväisiä. Tämä tutkimus vahvistaa aikaisempien tutkimusten (Guzik ym. 2009, Wilson ym. 2008, Dierick-van Daele ym. 2009, Twinn 2010 ym.) myönteisen kannan sairaanhoitajavastaanottojen käytölle.

Sairaanhoitajien vastaanotolla laadun osa-alueista parhaiten toteutuivat asiakkaiden kohtelu, arvostus ja hoidon resurssit. Arvostus sai lähes yhtä hyvät arviot kuin kohtelu. Siviilisäätö oli yhteydessä arvostuksen toteutumiseen siten, että yksineläjät olivat hieman muita kriittisempiä. Tämä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Agosta 2009a). Tulisi pohtia, miten voimme antaa myös yksineläjille yhtäläisen kokemuksen arvostuksesta. Arvostuksen osa-alueista heikoimmin toteutui väittämä, jossa kysyttiin luotettiin asiakkaiden arvioon voinnistaan. Kuitenkin asiakkaat kokivat, että hoito perustui heidän tarpeisiinsa, jopa siinä määrin, että he arvioivat tarpeisiin perustuvan hoidon parhaiten toteutuneeksi osa-alueeksi arvostuksen sisällä. Asiakkaat luottivat sairaanhoitajiin ja heidän antamaan hoitoon. Voidaan miettiä, jättävätkö sairaanhoitajat kysymättä potilaan arviota voinnistaan mutta tulkitsevat intuitiivisesti ja ammattitaidolla asiakkaan voinnin ja sitä kautta myös tarpeet oikein ja tarjoavat asiakkaan tarvitsemaa hoitoa.

Asiakkaan ohjaaminen ja tukeminen muun muassa suullisella ja kirjallisella informaatiolla on katsottu keskeiseksi laatutekijäksi sairaanhoitajan vastaanotolla (Hayes 2007, Jennings ym. 2009). Informaation osa-alueista ymmärrettävällä kielellä puhuminen toteutui parhaiten tässä tutkimuksessa. Sairaanhoitajat käyttävät niin

sanottua kansankieltä latinan sijaan. Kaikki asiakkaat eivät osanneet sanoa, voivatko he vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun. Aikaisemman tutkimuksen perusteella kuuntelu on keskeinen osa hyvää kommunikaatiota (Hayes 2007, Agosta 2009b, Eloranta ym. 2009). Tämän tutkimuksen perusteella hoidon suunnittelusta ei aina päätetä yhdessä asiakkaan kanssa vaan sairaanhoitajat päättävät hoidosta kuuntelematta aina asiakkaan mielipidettä. Tähän saattaa vaikuttaa sairaanhoitajien työkokemus ja ammattitaito, joiden perusteella päätöksiä voidaan tehdä. Toisaalta sairaanhoitaja voi ajatella asian niin rutiininomaiseksi, ettei katso tarpeelliseksi pohtia sitä asiakkaan kanssa. Asiakkaalle tilanne saattaa kuitenkin olla ainutlaatuinen kokemus. Lääkehoitoon liittyvät hieman heikommat arvioinnit voivat johtua siitä, etteivät lääkehoitoon liittyvät väittämät koskeneet kaikkia asiakkaita.

Asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa kohteluun. Kohtelu oli laadun osa-alueista parhaiten toteutunut alue. Avoimien kysymysten perusteella vahvistui kuitenkin aikaisempien tutkimusten tulos, jonka mukaan hoito saattaa olla rutiininomaista (Suhonen ym. 2013). Tässä tutkimuksessa eräs asiakas kuvasi palvelua robottimaiseksi ja kaipasi rentoutusta kohtaamiseen. Varsinkin opettamisessa ja ohjaamisessa yksilöllisten interventioiden on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan parempia kuin rutiininomaisten interventioiden (Suhonen 2002, 2008, Makkonen 2010, Mohamed 2012). Lisäksi aikaisempi tutkimus on nostanut keskeisiksi laatutekijöiksi henkilökohtaisen huomioimisen ja kokonaisvaltaisen hoidon (Töyry 2001, Suhonen 2002, Thracher & Purc-Stephenson 2008). Hoidon yksilöllisyys on osa inhimillistä ja laadukasta hoitoa.

Asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä resursseihin. He kokivat hoitajalla olevan riittävästi aikaa heille. Aikaisemmissa tutkimuksissa riittävän pitkän vastaanottoajan on todettu olevan laatutekijä. Asiakkaalle on tärkeää säästää aikaa välttämällä ylimääräiset uusintakäynnit (Williams & Jones 2006). Mahdollinen kiire ei myöskään välittynyt asiakkaille vaan hoitaja osasi luoda kiireettömyyden tunteen. Kiireettömyyden on todettu tukevan hoidon laatua (Kvist 2006 ym.).

Asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitajien ammatilliseen toimintaan. Aikaisemman tutkimuksen perusteella asiakkaat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoon, jota ovat

tarjonneet koulutetummat sairaanhoitajat (Castro & Ruiz 2009). Tutkimukseen osallistuneiden lääkäriasemien sairaanhoitajat ovat kaikki saaneet lisäkoulutusta työpaikkakoulutuksena koskien sairaanhoitajan itsenäistä vastaanottoa ja työterveyshuoltoa. Useilla sairaanhoitajilla on myös erikoisosaamista ja -koulutusta liittyen muun muassa diabetekseen, astmaan, haavahoitoihin ja rokotuksiin. Ammatillisuuden osalta heikoimmat arviot sai väittämä, joka kuvasi henkilökunnan keskeisen asiantuntemuksen kunnioittamista. Tämä saattaa johtua poliklinikkatoiminnan luonteesta. Saattaa olla, että asiakkaat eivät ajattele kykenevänsä arvioimaan henkilökunnan keskeistä kunnioitusta lyhyiden hoitokontaktien perusteella. Tämä saattaa kertoa myös vastaanottotyön yksinäisyydestä verrattuna osastotyöhön, asiakkaat eivät välttämättä pääse todistamaan henkilökunnan välistä vuorovaikutusta riittävästi, jotta kykenisivät sitä arvioimaan.

Tyytyväisyyden osa-alueista heikoimmat arviot saivat tavoitteisiin liittyvät väittämät. Hoidon tavoitteita ei aina aseteta yhdessä asiakkaan kanssa. Se, että tavoitteiden saavuttaminen sai heikoimmat arviot tällä laadun osa-alueella, saattaa olla yhteydessä poliklinikkatyön luonteeseen; lyhyen tai yksittäisen vastaanoton perusteella ei aina ole mahdollista arvioida tavoitteiden toteutumista. Toisaalta, jos tavoitteita ei ole asetettu yhdessä asiakkaan kanssa, on niiden toteutumista vaikea arvioida.

Tutkimuksen tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita sairaanhoitajan työhön itsenäisellä vastaanotolla. Kehittämiskohteita etsittiin perehtymällä laadun osatekijöiden heikoimmin toteutuneisiin alueisiin. Asiakkaiden arviot hoidon laadusta olivat kuitenkin niin hyvät, että heikoimminkin toteutuneet osatekijät vastasivat hyvää laatutasoa. Näin ollen suuria kehittämistarpeita ei tutkimuksessa tullut esille. Pelkojen lievittäminen sai kuitenkin alhaisimman arvion kaikista laadun osa-alueista (ka 4,08). Näin ollen pelkojen lievittäminen on laatutekijä, johon on hyvä kiinnittää vastaisuudessa huomiota. Toisaalta pelkojen lievittämisen heikompiin arvioihin mahdollisesti vaikutti osittain se, että useampi asiakas valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”, koska ei kokenut kysymyksen liittyvän käyntiinsä. Kysymys tai sen muotoilu ei siis ollut paras mahdollinen lääkäriasemakontekstissa ja tutkimukseen

valikoituneiden asiakkaiden keskuudessa. Kuten aiemmissa tutkimuksissa, asiakkaat kiinnittivät huomiota hoitotiloihin (Kvist ym. 2006). Vastaanottohuone saattoi tuntua kylmältä ja vastaanottohuoneen epäiltiin toimivan varastona, sillä kesken vastaanoton huoneesta haettiin tavaraa toisiin tiloihin. Tämä häiritsee myös kahdenkeskeistä vuorovaikutusta. Kaikki asiakkaat eivät kokeneet voivansa keskustella sairaanhoitajan kanssa kahden kesken asioistaan. Näihin tekijöihin olisi hyvä kiinnittää huomiota toimintoja suunniteltaessa ja niitä edelleen parannettaessa. Tulisi miettiä, miten nämä keskeytykset saisi minimoitua. Olemme tottuneet kunnioittamaan lääkärin ja potilaan kahdenkeskeistä vuorovaikutusta, mutta miten on sairaanhoitajan ja potilaan kahdenkeskeisen vuorovaikutuksen kunnioittamisen laita?

Kansallisuus oli yhteydessä arvostuksen, kohtelun ja henkilökunnan riittävyden arviointeihin niin, että vierasmaalaiset olivat hieman suomalaisia kriittisempiä. Myös äidinkieli oli yhteydessä arvostuksen, kohtelun ja henkilökunnan riittävyden arviointeihin. Näihin tuloksiin tulee kuitenkin suhtautua varauksella, sillä muiden kuin suomalaisten ja suomenkielisten osuus kyselyyn osallistuneista oli marginaalinen. Aikaisemman tutkimuksen perusteella sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin ja laadun välillä on ollut yhteys (Benkert ym. 2009, Castro & Ruiz 2009).

Asiakkaiden rekrytointi tutkimukseen ei sujunut täysin tutkimussuunnitelman mukaisesti. Lomakkeita jakoa suunniteltiin niin, että olisi ollut mahdollista saada tasapuolisemmin diabetes-, astma- ja haavahoitajan asiakkaita sairaanhoitajan ajanvaraus- ja päivystysasiakkaiden lisäksi mukaan tutkimukseen. Lomakkeita ei kuitenkaan jaettu aina suunniteltuina päivinä. Tämä olisi ehkä voitu välttää esimerkiksi käyttämällä ulkopuolista tutkimusapulaista tai tutkija olisi voinut itse jakaa tutkimuslomakkeet asiakkaille. Nämä vaihtoehdot ovat kuitenkin käytännössä haasteellisia tiukan tietosuojan takia. Mahdollista olisi ollut myös kohdentaa tietty määrä kyselyitä erikseen astma-, diabetes- ja haavahoitajan asiakkaille. Englanninkielisiä ja ulkomaisia asiakkaita ei saatu mukaan tutkimukseen kuin muutamia. Pelkästään mittarin englanninkielinen versio ei riitä saavuttamaan monikulttuurista asiakaskuntaa, vaan on otettava huomioon myös muut mahdolliset asiakkaiden rekrytoimiseen liittyvät esteet.

Muutamat tutkijat ovat kehittäneet spesifisiä mittareita mittaamaan laatua sairaanhoitajan vastaanotolla (Agosta 2009a, 2009b, Thrasher & Purc-Stephenson 2008, Dietrick-van Daele ym. 2009, Jennings 2009). Kliinisen työn rikkaus ja monipuolisuus on ollut haaste mittareiden kehittämiseksi. Mittarin tulisi vangita hoitotyön ydin ja sen vaikutus hoitotyön tuloksiin (Thrasher & Purc-Stephenson 2008). Joissakin aikaisemmissa tutkimuksissa on käytetty monia erilaisia mittareita samanaikaisesti (Benkert ym. 2009, Dietrick-van Daele ym. 2009). Useamman mittarin käyttö voi olla perusteltua, jotta tutkimusilmiöstä saadaan laajempi ja monipuolisempi kuva. Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään jo olemassa olevaa mittaria, sillä sen on todettu lisäävän luotettavuutta (Hart 2005, Holopainen & Pulkkinen 2008, Metsämuuronen 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010).

Voidaan kuitenkin pohtia, olisiko spesifinen mittari antanut enemmän tietoa ilmiöstä. Spesifisissä sairaanhoitajan vastaanoton tutkimiseen kehitetyissä mittareissa on paljon samoja ominaisuuksia kuin tässä tutkimuksessa käytetyssä laatumittarissa. Tutkimuksessa käytetyssä Ihmisläheinen hoito –mittarissa (ILH) voidaan nähdä samoja rakenteita kuin joidenkin aikaisempien tutkimusten taustalla olevassa teoreettisessa ”Asiakkaan interaktiivisessa terveystyöntekijämallissa” (IMCHB). Interaktiivisessa terveystyöntekijämallissa on kolme perusrakennetta: asiakkaan ainutlaatuisuus, asiakas-ammattilainen vuorovaikutus ja hoitotulokset. (Agosta 2009b, Benkert ym. 2009). Myös ILH- mittari kartoittaa asiakkaiden ainutlaatuisuutta taustatietokysymyksillä (sukupuoli, ikä, koulutus jne.), mutta poiketen ”terveystyöntekijämallista” se ei sisällä asenteita tai uskomuksia kartoitettavia kysymyksiä. Interaktiivisen terveystyöntekijämallin vuorovaikutus -osio vastaa paljolti ILH -mittarin keskeisiä laadun osatekijöitä. Molemmissa nähdään keskeisinä osa-alueina luottamuksen luominen, tuen ja informaation anto, potilaan osallistuminen itseään koskevaan päätöksentekoon ja hoitajan ammattitaito. Myös hoidon tuloksiin kiinnitetään huomiota sekä IMCHB –mallissa että ILH –mittarissa. ILH -mittari mittaa tavoitteiden asettamista ja asiakkaan arviota niiden saavuttamisesta, kun taas IMCHB –mallissa tarkastellaan ohjeiden noudattamista, terveydenhuollon kontakteja ja terveydentilan indikaattoreita (Agosta 2009b, Benkert ym. 2009).

Joissakin spesifisissä mittareissa, jotka on suunniteltu sairaanhoitajan vastaanottoa varten, kommunikaation osuus saattaa painottua enemmän kuin tutkimuksessa käytetyssä laatumittarissa. The Nurse Practitioner Satisfaction –mittarissa (NPSS) kommunikaatiota käsitellään erillisenä osa-alueena (Agosta 2009a, 2009b), kun tutkimuksessa käytetyssä laatumittarissa asiakkaiden kokemuksia kommunikaatiosta kartoitettiin osana tiedonsaantia ja hoidon suunnitteluun osallistumista. NPSS –mittarilla kartoitetaan myös aikaisempia kokemuksia terveydenhuoltojärjestelmästä ja aikaisempaa terveyshistoriaa (Agosta 2009a, 2009b), ILH –mittarilla kysytään yleistä tyytyväisyyttä terveyteen ja tyytyväisyyttä tämänhetkiseen elämäntilanteeseen.

Tutkimuksessa käytetyn ILH-mittarin ja päivystyksissä käytettyjen potilastyytyväisyysmittareiden väliltä löytyy joitakin eroja. Päivystyksessä käytetyillä mittareilla kysytään tietoa myös sairaanhoitajan saamasta koulutuksesta ja mahdollisia uusintakäyntejä, kuten myös sitä, suosittelisiko potilas/asiakas ystävilleen hoitajaansa tai lääkäriään sekä aikooko potilas noudattaa saamiaan hoito-ohjeita (Thrasher & Purc-Stephenson 2008, Jennings ym. 2009). Kuten päivystyksessä käytetyissä mittareissa alkuperäisessä ILH –mittarissa kysytään myös omaisten huomioimista, mutta omaisiin liittyvä osuus poistettiin tutkimuksessa käytetystä lääkäriaseman kontekstiin muokatusta mittarista.

Suomalaisten laatumittareiden välillä on paljon yhtäläisyyksiä. Jos tutkimuksessa olisi käytetty toista suomalaista laatumittaria, olisi saatu tieto saattanut olla hieman erilaista. Esimerkiksi HYVÄ HOITO –mittarilla saataisiin mahdollisesti hieman enemmän tietoa hoitoympäristöstä ja tietosuojasioista (Eloranta ym. 2009) kuin Ihmisläheinen hoito –mittarilla tutkittuna. Yksilöllinen hoito –mittarilla voisi puolestaan kartoittaa tarkemmin sairauden vaikutuksen ja merkityksen huomioimista hoidossa. Potilaan mielipiteet ja toiveet saattaisivat painottua enemmän Yksilöllinen hoito –mittarilla kuin käytettäessä ILH -mittaria. (Suhonen 2002, Makkonen ym. 2010, Suhonen ym. 2013.) Tiivistetysti voidaan todeta, että ILH –laatumittarilla voidaan mitata laatua myös sairaanhoitajan vastaanotolla lääkäriaseman kontekstissa.

Tutkimuksissa sairaanhoitajan vastaanottoa on tarkasteltu laadun tai/ja taloudellisuuden ja tehokkuuden näkökulmasta. Ilmiötä ei ole juurikaan tarkasteltu

sairaanhoitajan näkökulmasta. Olisiko mahdollista vaikuttaa hoitotyön vetovoimaisuuteen muokkaamalla sairaanhoitajan työmahdollisuuksia myös Suomessa enemmän itsenäiseen suuntaan ja tarjoamalla lisäkoulutuksen kautta laajennettua työnkuvaa yhä useammalle sairaanhoitajalle? Reseptinkirjoitusoikeuden laajennus lisäkoulutetuille sairaanhoitajille on merkki tämän tyyllisen hoitotyön käytäntöjen laajentumisesta. Käytännön työhön tähtäävää maisteritasoista koulutusta annetaan tällä hetkellä Turun ja Vaasan ammattikorkeakouluissa. Kyseinen koulutusohjelma on 90 opintopisteen koulutus, joka kestää 2-3 vuotta. (Kähkönen 2013.) Houkuttelisiko ala nuoria enemmän, jos se tarjoaisi sairaanhoitajille todellisia urapolkuja ja mahdollisuuksia edetä urallaan muutoinkin kuin hallinnollisiin tai opetustehtäviin siirtyen?

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavanlaisia johtopäätöksiä ja esittää seuraavanlaisia suosituksia sairaanhoitajan vastaanottoimintaa koskien:

Laadukas hoito on keskeinen pyrkimys hoitotyössä. Asiakkaat arvioivat laadun sairaanhoitajan vastaanotolla korkeaksi kaikilla laadun osa-alueilla tarkasteltuna. Sairaanhoitajan vastaanottoiminnan malli on toimiva ja asiakkaat ovat siihen tyytyväisiä, he näkevät toiminnan hyväksyttävänä vaihtoehtona lääkärin tuottamalle hoidolle.

1. Sairaanhoitajan vastaanottoiminnan jatkaminen ja toiminnan laajentaminen entisestään on suositeltavaa.

Laadukas hoito edellyttää osaavaa henkilöstöä, mikä puolestaan edellyttää laadukasta koulutusta sekä lisä- ja jatkokoulutuksen turvaamista. Tutkimukseen osallistuneilla lääkäriasemilla työskentelevillä sairaanhoitajilla on kaikilla lisäkoulutusta vastaanottoimintaan, työterveyshuoltoon ja rokotuksiin liittyen, lisäksi monilla on erityisosaamista ja -koulutusta liittyen astma-, diabetes- ja haavahoitoihin.

- 2. Sairaanhoidajien kliinisen osaamisen ajankohtaisuudesta on huolehdittava, jotta voidaan ylläpitää hyvää laatua. Vastaanottoa pitävien sairaanhoidajien lisä- ja täydennyskoulutukseen on panostettava ja mahdollisuus osallistua koulutuksiin turvattava. Vastuu on ennen kaikkea työnantajilla, mutta vastaanottoa pitäviltä sairaanhoidajailta vaaditaan myös omaa aktiivista alansa kehityksen seuraamista ja tietojen päivittämistä.*

Ulkomaalaiset ja vieraskieliset esittivät hieman muita kriittisempiä arvioita koskien hoidon laatua sairaanhoidajan vastaanotolla. Ulkomaalaisten osuus pääkaupunkiseudulla kasvaa ja näin myös heidän osuutensa asiakkaista tulee todennäköisesti jatkossa kasvamaan. Lisätutkimuksia aiheeseen liittyen tarvitaan.

- 3. Koulutusta on suunniteltava vastaamaan muuttuvan hoitotodellisuuden tarpeita. Vastaanottoa pitävien sairaanhoidajien kulttuurista kompetenssia on hyvä selvittää tarkemmin ja tarvittaessa vahvistaa.*

Asiakkaat kokivat häiritsevänä vastaanottotilanteen keskeytykset. Asianmukainen ympäristö luo puitteet laadukkaalle hoidolle. Asianmukaiset vastaanottotilat ovat osa asiakkaan arvostamista. Onnistunut vuorovaikutus ja hoitosuhde edellyttävät luottamuksen luomista. Vastaanottotilanteen kahdenkeskeinen vuorovaikutus saattaa kärsiä, jos vuorovaikutus keskeytyy erilaisten häiritsevien tekijöiden vuoksi.

- 4. Sairaanhoidajan vastaanotolla olevan asiakkaan yksityisyyttä tulee kunnioittaa ja vastaanottotilojen asianmukaisuuteen tulee kiinnittää huomiota, jotta turvataan laadukas vuorovaikutus ja kokemus laadukkaasta hoidosta.*

Asiakkaat ovat aktiivisia hoitotilanteissa, he hakevat itse tietoa vaivaansa liittyen ja saattavat kyseenalaistaa hoitosuosituksia. Kaikki tutkimukseen osallistuneet asiakkaat eivät kokeneet voivansa osallistua hoitonsa suunnitteluun ja hoidon

tavoitteiden asettamiseen. Kaikilla asiakkaila ei ollut tunnetta, että heidän arvioonsa voinnistaan luotettiin.

5. *Asiakkaat tulee ottaa mukaan hoitonsa suunnitteluun aktiivisesti. Sairaanhoitajan vastaanotolla hoitotoimista ja -tavoitteista tulee keskustella asiakkaiden kanssa, jotta taataan laadukas hoito asiakkaalle.*

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Sairaanhoitajan vastaanottotyötä on tutkittu Suomessa vain vähän. Tämä työmuoto on yleistynyt paljon viime vuosina ja tulee todennäköisesti yleistymään edelleen tulevina vuosina. Aikaisempaan, lähinnä kansainväliseen, tutkimustietoon pohjautuen ja tämän tutkimuksen perusteella nousee seuraavia tutkimushaasteita:

1. Monikulttuuristen asiakkaiden kokemusten selvittäminen Suomessa laadullisin menetelmin.
2. Vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin yhteys laatuun, yhdistämällä kulttuurista kompetenssia mittaava mittari ja laatumittari.
3. Vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien, diabetes-, astma- ja haavahoitajien kokemusten ja vastaanottotyön haasteiden kuvaaminen.
4. Vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan lisä- ja täydennyskoulutustarve ja koulutuksen kehittäminen.
5. Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen ja kehittäminen.
6. Lääkäreiden, johtajien, sairaanhoitajien ja muun henkilökunnan näkemysten kartoittaminen sairaanhoitajan vastaanoton laadusta.
7. Sairaanhoitajan, diabetes-, haava- ja astmahoitajan vastaanottojen vaikuttavuus, hoitosuosituksen toteutuminen ja hoidon tulos.
8. Lääkäri- ja terveyskeskusten ”magneettisairaala” -ominaisuuksien kartoittaminen.

LÄHTEET

Agosta L J. 2009a. Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare services. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21(11), 610-627.

Agosta L J. 2009b. Psychometric evaluation of the Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS). *Journal of Nursing Measurement* 17(2), 114-133.

Benkert R, Hollie B, Nordstrom C K, Wickson B & Bins-Emerick L. 2009. Trust, mistrust, racial identity and patient satisfaction in urban African American primary care patients of nurse practitioners. *Journal of Nursing Scholarship* 41(2), 211-219

Burns N & Grove S K. 2009. *The Practise of Nursing Research. Appraisal, synthesis and generation of evidence*. Saunders Elsevier. Sixth edition.

Brown D. 2007. Consumer perspectives on nurse practitioners and independent practice. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 19, 523-529.

Castro A & Ruiz E. 2009. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21(5), 278-86

Cheng H-C & Chen S-C. 2007. Medical team satisfaction with nurse practitioner clinical performance. *Journal of Nursing Research* 16(1), 26-35,

Cole F L, Mackey T A & Lindenberg J. 2001. Wait time and satisfaction with care and service at a nurse practitioner managed clinic. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 13(10), 467-72.

Conlon P. 2010. Diabetes outcomes in primary care: evaluation of the diabetes nurse practitioner compared to the physician. *Primary Health Care* 20(5), 26-31.

Dierick-van Daele A, Metsemakers J, Derckx E, Spreeuwenberg C & Vrijhoef H. 2009. Nurse practitioners substitution for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 65 2), 391-401.

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

Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström U Å, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2008. *Hoitotiede*. 1-2. painos. WSOY. Helsinki.

FINLEX 2010. Terveystenhoitolaaki 30.12.2010/1326.

Fletcher CE, Copeland LA, Lowery JC & Reeves PJ. 2011. Nurse practitioners as Primary Care Providers Within the VA. *Military Medicine* 176(7), 791-797.

Green A & Davis S. 2005. Toward a predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 17(4), 139-148.

Gilbert DA & Hayes E. 2009. Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners. *Nursing Res.* 58(4), 283-293.

Guzik A, Menzel NN, Fitzpatrick J & McNulty R. 2009. Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting. *AAOHN Journal* 57(5), 191-197.

Hart A. 2005. Measuring health in quantitative studies. *Complementary Therapies in Medicine* 13, 139-143.

Hayes E. 2007. Nurse practitioners and managed care: patient satisfaction and intention to adhere to nurse practitioner plan of care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 19(8), 418-426.

Helsinki 2013. Helsingin tila ja kehitys 2013. Helsingin kaupungin tietokeskus.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Tammi.

Holopainen M & Pulkkinen P. 2008. Tilastolliset menetelmät. WSOY. 5., uudistettu painos.

Houweling S, Kleefstra N, van Hateren K, Groenier K, Meyboomde Jong B & Bilo H. 2011. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1264-1272.

Hukkanen E & Vallimies-patomäki M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:21.

Härkönen E, Suominen T, Kankkunen P, Renholm M & Kärkkäinen O. 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä –potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään. *Tutkiva hoitotyö* 5(1), 5-11.

Jennings N, Lee G, Chao K & Keating S A. 2009. Survey of patient satisfaction in a metropolitan Emergency Department: comparing nurse practitioners and emergency physicians. *International Journal of Nursing Practice* 15(3), 213-218.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. 1.-2. painos.

Karhunen V, Rasi I, Lepola E, Muhli A & Kanninen A. 2011. IBM SPSS Statistics Perusteet. Oulun yliopisto.

Knudtson N. 2000. Patient satisfaction with nurse practitioner service in a rural setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 12(10), 405-412.

Kvist T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Kvist T, Kinnunen J & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 18 (3), 107-119.

Kvist T & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Ihmisläheinen hoito –mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. *Hoitotiede* 20, 377-387.

Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf GA, Vehviläinen-Julkunen K. 2013. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *Journal of Nursing Management* 21(1), 152-64.

Kähkönen E. 2013. Itsenäisyyttä ja diagnooseja. *Sairaanhoitaja* 8/2013.

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R & Sibbald B. 2004. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, 4.

Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J & Välimäki M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvä hoito-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. *Stakes. Raportteja* 151.

Lumijärvi I & Jylhäsaari J. 2000. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. *Gaudeamus*. Helsinki.

Lyles CR, Karter AJ, Young BA, Spigner C, Grembowski D, Shillinger D & Adler N. 2011. Provider factors and patient-reported healthcare discrimination in the Diabetes Study of California (DISTANCE). *Patient Education & Counseling* 85(3), 216-24.

Mahomed R, St John W & Petterson E. 2012. Understanding the process of patient satisfaction with nurse-led chronic disease management in general practice. *Journal of Advanced Nursing* 68(11), 2538-2549.

Makkonen A, Suhonen R & Hupli M. 2010. Potilaiden näkemyksiä hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22(2), 129-140.

Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. 4. laitos, 1. Painos.

Metsämuuronen J. 2004. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. *Metodologia-sarja* 9. Gummerus Kirjapaino oy.

Nummenmaa L. 2010. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Tammi.

Peltonen E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet* 168.

Price M, Fitzgerald L, Kinsman L. 2007. Quality improvements: the divergent view of managers and clinicians. *Journal of Nursing Management* 15(1), 43-50.

- RAND Health 2013. Visit-specific satisfaction instrument: VSQ-9. Katsottu 23.7.2013 www.Rand.org/health/surveys_tools/vsq9.html.
- Sidani S & Doran D. 2010. Relationships between processes and outcomes of nurse practitioners in acute care. *Journal of Nursing Care Quality* 25(1), 31-38.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
- Stakes 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38 / 2008.
- Suhonen R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing an instrument. Väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.
- Suhonen R, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2008. A review of outcomes of individualised nursing intervention on adult patients. *Journal of Clinical Nursing* 17, 843-860.
- Suhonen R, Leino-Kilpi H, Gustafsson M-L, Tsangari H & Papastavrou E. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25(2), 80-91.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Thrasher C & Purc-Stephenson R. 2008. Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20, 231-237.
- TENK 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö -ohje 2002. www.tenk.fi. Luettu 27.10.2012.
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 3.10.2013.
- Twinn S, Lee A, Lam AT, Thompson DR, Cheng F & Goggins W. 2010. Effectiveness of different models of health care delivery in the primary care setting of general outpatient clinics in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 16(3),8-12.
- Töyry E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Williams A & Jones M. 2006. Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *Journal of Advanced Nursing* 53(2),188-95.

Wilson A & Shifaza F. 2008. An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. *International Journal of Nursing Practice* 14(2),149-56.

LIITTEET

Liite 1 (1/2)

LIITE 1. Tiedonhakutaulukko sairaanhoitajan vastaanottoa koskevista laatu- ja tyytyväisyystutkimuksista sekä suomalaisista laatututkimuksista.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut
Cinahl	nurse practitioner, nursing, quality of care, quality of health care, customer satisfaction, patient satisfaction, adult, occupational health, employee	Peer Reviewed	85	10
Cihalin päivitys	Samat hakusanat, erilaisin yhdistelmin ja katkaisuin ja rajattiin ulkopuolelle mm. lapsiin, raskauteen ja syöpäsairauksiin liittyvät tutkimukset (not pediatric OR mental OR women OR pregnancy OR cancer)	peer reviewed, aika 2010-2013, outpatient, english language,	95	6
PubMed	nurse practitioner, nursing, quality of care, quality of health care, customer satisfaction, patient satisfaction, adult, occupational health, employee	All Adult: 19+ years published in the last 10 years title/abstract	113	6
PubMedin päivitys	Edellisten hakusanojen lisäksi hakusanat ambulatory care ja personal satisfaction erilaisin hakuyhdistelmin	Julkaisuvuodet 2010-2012, englannin kieli ja koko tekstin saatavuus	15	3

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut
Linda	sairaanhoidajan vastaanotto, hoidon laatu, tyytyväisyys, asiakastyytyväisyys. nurse practitioner, NP nursing, quality of care quality of health care, customer satisfaction, satisfaction, adult, occupational health, employee		46	1
Josku	Hoidon laatu, tyytyväisyys, asiakastyytyväisyys, sairaanhoidajan vastaanotto		25	0
Manuaalinen haku Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö lehdet	Hoidon laatu, tyytyväisyys, asiakastyytyväisyys, sairaanhoidajan vastaanotto	2009-2012		4

LIITE 2. Tutkimuksia laadusta ja tyytyväisyydestä hoitajan vastaanotolla vuosina 2000 - 2012.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Agosta, 2009, Yhdysvallat	Kartoittaa tyytyväisyyttä hoitajien tuottamia perusterveydenhuollon palveluja kohtaan. Päätellä taustatekijöiden merkitystä potilaiden tyytyväisyyteen.	yli 18 -vuotiaat työterveyshuollon asiakkaat (n=300).	Kvantitatiivinen kyselytutkimus The Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS)	Yleisesti asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitajan antamaan palveluun. Naimisissa tai avoliitossa elävät olivat tyytyväisempiä kuin yksinelävät.
Agosta, 2009, Yhdysvallat	Arvioida potilastyytyväisyysmittaria (NPSS). Määrittellä käsitteen ”potilastyytyväisyys hoitajan vastaanotolla” piilevät rakenteet.	Avoterveydenhuollon potilaat, sairaalan poliklinikalla (n=300).	Mittarin kehittäminen faktorianalyysin avulla.	Kahdeksantoista osiota latautui yleiseen tyytyväisyyteen, kuusi osiota kommunikaatioon ja neljä saavutettavuuteen ja sopivuuteen.
Benkert ym., 2009, Yhdysvallat	Kartoittaa sairaanhoitajan vastaanotolla käyvien asiakastyytyväisyyden ja luottamuksen, epäluulon, rotuidentiteetin välistä yhteyttä.	Aikuisia afroamerikkalaisia perusterveydenhuollon asiakkaita (n=100).	Kvantitatiivinen kyselytutkimus, jossa on käytetty viittä erilaista mittaria.	Epäluottamusta havaittiin euroamerikkalaisia palveluntuottajia ja terveydenhuoltoa kohtaan. Luottamus ja tyytyväisyys oli korkea vastaanottoa pitäviin sairaanhoitajiin. Afroamerikkalaisten omilla asenteilla havaittiin merkittävä vaikutus tyytyväisyyteen.
Brown, 2007, USA	Tunnistaa asiakkaat, jotka valitsevat hoitajan vastaanoton. Määrittää asiakkaiden tarpeita ja tyytyväisyyttä hoitoon hoitajan vastaanotolla.	Työntekijät suuressa voittoa tuottamattomassa organisaatiossa Washingtonissa (n=1000).	Kvantitatiivinen tutkimus. Elektroninen kysely.	Asiakkaat olivat tyytyväisiä/erittäin tyytyväisiä hoitoon. Hoitajan vastaanoton valitsevat todennäköisesti nuoremmat ja naiset, laadun ja persoonallisemman hoidon takia.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Castro & Ruiz, 2009, Yhdysvallat	Tutkia vastaanottoa pitävän hoitajan (NP) kulttuurisen kompetenssin ja potilastyytyväisyyden välistä yhteyttä.	Latinalais-amerikkalaiset potilaat (n=218) ja vastaanottoa pitävät hoitajat (NP) (n=15).	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselylomakkeet englanniksi ja espanjaksi.	Tyytyväisyys oli korkeampi potilailla, joiden hoitajat olivat saaneet kulttuurista koulutusta, puhuivat espanjaa ja olivat osallistuneet maisteritason koulutuksiin. Tyytyväisimpiä oltiin lyhentyneisiin odotusaikoihin.
Cheng & Chen, 2007, Taiwan	Tutkia muun hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä vastaanottoa pitäviin hoitajiin, sisällön ja kliinisen ammattitaidon osalta.	Lääkärit, hoitajat ja lääkärikeskusten hoitohenkilökuntaa Taiwanissa(n=255).	Kvantitatiivinen kyselytutkimus	Lääkärit arvostivat hoitajien vastaanottoja. Hoitajat kokivat vastaanoton sisällön tärkeimpänä näkökohtana. Henkilökunnalla positiivinen suhtautuminen, uskoivat kliinisen osaamisen paranemiseen hoitajan vastaanottojen myötä.
Cole ym., 2001, Yhdysvallat	Tutkia odotusajan ja potilastyytyväisyyden välistä yhteyttä.	Vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien potilaat (n=47).	Kvantitatiivinen kyselytutkimus lisäksi mitattiin odotusajat.	Odotusajalla ei ollut yhteyttä potilastyytyväisyyteen.
Conlon, 2010, Yhdysvallat	Verrata diabeteshoitajan ja lääkärin antamaa hoitoa ja toimintatapoja perusterveydenhuollossa. Dokumentoida diabetesinterventioita ja saada tietoa koulutustarpeista.	Tyypin 2 diabeetikot perusterveydenhuollossa (n=27) jaettuna kahteen ryhmään: hoitajalla käyvät (n=13), lääkrillä käyvät (n=14).	Kvantitatiivinen tutkimus. Metaboliset indikaattorit: verensokeri, HbA1C, paino ja verenpaineen muutos 12 kk seurannassa, yhdistettynä hoitokertomustietoihin.	Hoitajat ohjaavat potilaita lääkäreitä enemmän. Hoitajan hoitamana HbA1c laski enemmän, verenpaine pysyi ennallaan molemmissa ryhmissä, lääkärin hoitamana paino laski mutta johtuen hyperglykemiasta.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Dierick-van Daele ym., 2009, Hollanti	Kehittää yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotolla käyvien potilaiden hoitoprosessia.	Potilaat viidessätoista yleislääkäritasoisessa hoitopaikassa perusterveydenhuollossa(n=1501).	Satunnaistettu kontrolloitu kvantitatiivinen tutkimus, jossa potilaat jaettiin joko lääkärin tai hoitajan vastaanotolle 6 kk aikana. Mittareina kyselyt, ohjeistuksen noudattaminen ja vastaanottojen pituus.	Molemmissa ryhmissä potilaat olivat hyvin tyytyväisiä hoitoon. Ei eroa terveydentilassa, resurssien kulutuksessa tai Alankomaiden perusterveydenhuollon ohjeistuksen noudattamisessa. Hoitajat: enemmän kontrollikäyntejä, jatkokonsultaatiota ja pidemmät vastaanottoajat.
Dwamena ym., 2012, Yhdysvallat	Tutkia interventioiden vaikutusta, jotka pyrkivät lisäämään vastaanottoiminnan potilaskeskeisyyttä.	43 tutkimusta, jotka olivat randomisoituja ja kontrolloituja.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Cochrane tietokannasta tammikuulta 2000 – kesäkuulle 2012.	Lyhyt vuorovaikutusopetus (alle 10 h) on yhtä tehokas kuin pidempi. Potilaskeskeisen kommunikaation vaikutus potilastyytyväisyyteen ja terveyteen vaihtelee. Parhaiten toimii kohdennettu potilasmateriaali ja kysymystekniikan opettaminen henkilökunnalle.
Eloranta ym., 2009, Suomi	Arvioida polikliinisen hoidon laatua ja laatuun yhteydessä olevia tekijöitä.	Yliopistosairaalan kirurgian poliklinikoiden aikuispotilaat (n=400).	Kvantitatiivinen tutkimus. HYVÄ HOITO –mittari.	Parhaiten toteutuivat henkilökuntaan liittyvät ja heikoiten hoitotoimintoihin liittyvät laatutekijät. Kivunhoidossa ja ymmärrettävän tiedon saannissa puutteita. Iäkkäämmät kokivat hoidon paremmaksi.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Fletcher ym., 2011, Yhdysvallat	Kartoittaa hoitajien ja lääkärin huomioita vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan roolista. Tutkia vastaanottojen laatua.	Seitsemän veteraani- sairaalan verenpaine- ja diabetes potilaat (n=104226).	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa käytetty potilasrekisteritietoja ja kyselyä.	Sairaanhoitajat tuottavat yhtä hyvää palvelua kuin lääkärit. Sekä lääkärit että hoitajat olivat jonkin verran huolissaan odotuksista hoitajan vastaanottoa kohtaan.
Green & Davis, 2005, Yhdysvallat	Tutkia ennustaako sairaanhoitajan käytös, sukupuoli, hoitopaikan sijainti (kaupunki tai maaseutu), potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, etninen tausta tai tulot potilaan tyytyväisyyttä hoitajan vastaanottoon.	Potilaat (n=817) ja vastaanottoa pitävät hoitajat (n=348) Lousianasta.	Kvantitatiivinen tutkimus.	Tyytyväisyys korkeaa, hoitajan käytös, sukupuoli, vastaanoton sijainti tai potilaan sukupuoli, etninen tausta, koulutus tai tulot eivät olleet selittäviä tekijöitä. Potilaan iällä oli tyytyväisyyttä ennustava vaikutus, nuoret aikuiset olivat kriittisempiä.
Gilbert & Hayes, 2009, Yhdysvallat	Tutkia kommunikaation ja hoitotulosten, tyytyväisyyden ja hoitosuunnitelman seuraamisen välistä yhteyttä.	Vastaanottoa pitävät hoitajat (n=31) ja iäkkäämmät potilaat (n=155).	Hybridi, tutkimuksessa käytettiin sekä vastaanotto- käyntien videointeja, että kyselyitä.	Huonompi terveys alkutilanteessa ja kokeneemmat hoitajat olivat yhteydessä parempiin tuloksiin. Positiivinen puhe, luottamus ja kunnioitus johtivat parhaimpiin tuloksiin. Huonoimmat tulokset syntyivät elintapa- keskusteluilla ja koetulla holhoamisella.
Guzik ym., 2009, Yhdysvallat	Verrata sairaanhoitajan ja lääkärin antamaa hoitoa potilastyytyväisyyden näkökulmasta.	Potilaat kunnallisessa työterveyshuollossa (n=129), uusien työperäisten vammojen hoito.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	Ei huomattavaa eroa tyytyväisyydessä.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Hayes, 2007, Yhdysvallat	Tutkia potilastyytyväisyyttä, kommunikaatiota ja potilaiden aikomusta noudattaa hoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa sekä palveluiden saatavuutta.	Vastaanottoa pitävät hoitajat (n=18) ja potilaat (n=103).	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselylomakkeet ja avoimet kysymykset.	Potilaat olivat tyytyväisiä kommunikaatioon ja vastaanottoon, hoitosuunnitelmaa noudatettiin, elintapamuutosten tekeminen vaikeampaa. Hoitajiin luotettiin ja arvostettiin. Jonkin verran vaikeuksia terveyspalveluiden saatavuudessa.
Härkönen ym., 2007, Suomi	Selvittää potilastyytyväisyyttä	Yliopistosairaalan kahden poliklinikan hoitajan vastaanotolla käyvät potilaat (n=288).	Kvantitatiivinen tutkimus.	Potilaat olivat tyytyväisiä, naiset miehiä tyytyväisempiä, samoin yli 35-vuotiaat, työelämässä olevat, ensimmäisellä käynnillään olevat ja ne jotka tapasivat lääkärin samalla käynnillä.
Jennings ym., 2009, Australia	Vertailla potilastyytyväisyyttä sairaanhoitajia ja lääkäreitä kohtaan.	Potilasta, joista osa oli käynyt hoitajan vastaanotolla (n=103) ja osa lääkärin luona (n=99).	Kvantitatiivinen kyselytutkimus.	Eroja tyytyväisyydessä sairaanhoitajien eduksi; erityisesti kirjallisen ja suullisen tiedon antamisessa sekä lääkkeiden käytön ohjauksessa.
Knutson, 2000, Yhdysvallat	Tutkia potilastyytyväisyyttä vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien palveluihin.	Potilaat maalaisympäristössä (n=93).	Kvantitatiivinen kyselytutkimus mittarina Nurse Practitioner Satisfaction Instrument (NPSI).	Tyytyväisyys oli korkeaa. Yhteys tyytyväisyyden ja potilaan iän, koulutuksen, kunnan, hoitajan tuttuuden, potilaan palveluodotusten ja todennäköisyyden, että suosittelisi hoitajan vastaanottoa muille välillä.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Lyles, 2011, Yhdysvallat	Tutkia potilaiden kokemaan syrjintää ja siihen vaikuttavia tekijöitä diabetesvastaanotolla.	Diabeetikot (n= 12151) 20% tummaihoisia 20% latinoja, 23% aasialaisia, 30% valkoisia, 6% muita rotuja.	Kvantitatiivinen tutkimus. Data Pohjois - Californian diabetes tutkimuksesta (DISTANCE).	2-8% koki syrjintää. Potilaat jotka olivat tyytyväisiä kommunikaation, eivät todennäköisesti raportoineet syrjintää. Käyntimäärien kasvaessa, syrjinnän raportointi kasvoi.
Mahomed ym., 2012, Australia	Tutkia potilastyytyväisyyteen liittyviä prosesseja sairaanhoitajan vastastaanotolla.	Perusterveydenhuollossa diabetesta, verenpainetta tai iskeemistä sydänsairautta sairastavat potilaat (n=38)	Kvalitatiivinen tutkimus. Grounded -menetelmä. Syvähaastattelu.	Potilaat käyvät läpi syklisen kolmivaiheisen prosessin: tarpeiden määrittäminen, vuorovaikutussuhteen luominen ja luottamuksen rakentaminen. Näiden kaikkien vaiheiden täytyy kehittyä asianmukaisesti.
Makkinen ym., 2010, Suomi	Selvittää potilaiden näkemyksiä yksilöllisen hoidon toteutumisesta sisätautien ajanvarauspoliklinikalla.	Perusterveydenhuollon potilaat (n= 300)	Kvantitatiivinen tutkimus Yksilöllinen hoito –mittari.	Yksilöllisyys toteutui, mutta heikotettiin sitä tuettiin hoitotyön toiminnoilla. Kliininen tilanne huomioitiin hyvin ja päätöksenteon kontrolli toteutui hyvin.
Peltonen, 2009, Suomi	Vertailla perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan organisointia lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityön näkökulmasta.	Kymmenen terveyskeskusta Suomessa. Hallinnon edustajat (n=31), lääkärit (n=48), hoitajat (n=141).	Vertaileva kvantitatiivinen tutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet.	Lääkäreiden ja sairaan- ja/tai terveydenhoitajien työnjakoa kehittämällä sekä hoitajien tehtäväkuvia laajentamalla asiakkaiden hoitoon pääsy on parantunut ja lääkäripäivystyksen käyttö vähentynyt ja toiminta tehostunut.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Price ym., 2007, Australia	Tutkia hoitotyönjohtajien ja hoitajien käsityksiä työtään koskevaa laadun kehittämistä kohtaan.	Australialaisen suuren aluesairaalan hoitajia (n= 6) ja hoitotyönjohtajia (n= 6)	Kuvaileva laadullinen tutkimus, käytettiin puolistrukturoituja haastatteluja.	Hoitajien ja hoitotyön johtajien näkemykset laadun kehittämistä olivat eriäviä. Molemmat ryhmät näkivät laadun kehittämisen hyödyttävän käytäntöä, mutta syyttivät toisiaan siitä, etteivät hyödyt toteutuneet.
Sidani & Doran, 2010, Kanada	Tutkia akuutti-sairaanhoitajan (ACNP) vastaanoton laatua vertaamalla prosessien ja tuloksen välistä suhdetta.	Sisätautipotilaat kirurgisetpotilaat ja sydänpotilaat (n=320).	Kvantitatiivinen tutkimus. Toistomittaukset.	Sairaanhoitajan antama hoito lisäsi tyytyväisyyttä ja henkistä terveyttä, laadukas neuvonta paransi fyysistä terveyttä ja laadukas opetus johti sosiaalisten toimintojen paranemiseen.
Suhonen ym., 2008, Suomi	Kuvailla yksilöllisen hoidon tuloksia aikuispotilailla.	Dokumentit (n=31), yhteensä 9801 ihmistä. Enimmäkseen ennaltaehkäiseviä tai ohjaavia interventioita, osa koski iäkkäämpiä potilaita ja kroonisia sairauksia.	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus Cochrane Library, Cinahl, Medline, ja Psycinfo tietokannoista.	Opettamisessa ja ohjaamisessa yksilölliset interventiot ovat parempia kuin rutiinimaiset interventiot.
Thrasher & Purc-Stephenson, 2008, Kanada	Mitata hoitajan vastaanotolla käyvien potilastytyväisyyttä ensiapupisteissä Kanadassa.	113 potilasta kuudesta ensiapupisteestä Ontarion provinsissa.	Kvantitatiivinen potilastytyväisyys kysely.	Huomaavaisuuteen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon tyytyväisiä. Roolin selvyys kohtalaista. Korkeampituloiset ja aikaisemmin käyneet tyytyväisimpiä. Odotuksilla yhteys tyytyväisyyteen.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Twinn ym., 2010, Kiina	Tutkia tyyppin 2 diabeteksen tai verenpaineen asiantuntijahoitajan hoitomallin tehokkuutta perusterveydenhuollossa vertaamalla potilastuloksia, kustannuksia, käyttöasteita sekä potilaiden ja henkilökunnan käsityksiä laadusta.	130 potilasta kolmessa eri Case tutkimusryhmässä n= 390.	Käytetty kvantitatiivista ja kvalitatiivista lähestymistä. Kulu- ja tehokkuusanalyysi. Puolistukturoidut haastattelut ja havainnointi.	Verenpaine ja tietoisuus sairaudesta parani, DM2 potilaiden hoito oli vastaavaa lääkäreihin verrattuna. Tyytyväisyys hoitajiin korkeaa. Hoito sairaanhoitajan vastaanotolla hyväksyttiin kroonisten sairauksien hoitomalliksi.
Williams & Jones, 2006, Wales	Tutkia potilaiden näkemyksiä sairaanhoitajan vastaanotosta.	10 potilasta, viisi naista ja viisi miestä. Aineisto kerätty 2000-2001.	Kvalitatiivinen tutkimus, syvähaastattelu. Osa laajempaa tutkimusta.	Teemat: vastaanotolla käytetty aika ja aika kulutusyhödykkeenä nousivat esille. Ajalla on merkitystä hoitokohtaamisessa: keskusteluun käytetty aika, säästetty aika ongelman selvittämisessä. Potilaat olivat tyytyväisiä koskien molempia teemoja.
Wilson & Shifaza, 2008, Australia	Tutkia hoitajan vastaanoton tehokkuutta päivystysyksikössä ja potilastyytyväisyyttä.	Potilaiden hoitotiedot n=100 ja kysely n=57.	Retrospektiivinen tutkimus, jossa yhdistettiin hoitotiedot ja potilastyytyväisyyskysely.	Enemmistö potilaista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Hoidon tehokkuus parani, kun lääketieteelliset resurssit kohdistettiin suuremman riskin potilaisiin.