



Turun yliopisto
University of Turku

ELEKTIIVISEN LEIKKAUSPOTILAAN VALINNANVAPAUS JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA SUOMESSA

English Summary

Anne Isotalo



Turun yliopisto
University of Turku

ELEKTIIVISEN LEIKKAUSPOTILAAN VALINNANVAPAUS JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA SUOMESSA

English Summary

Anne Isotalo

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotiede

Hoitotieteen tohtoriohjelma

Työn ohjaajat:

Professori Riitta Suhonen, Sh, TtT

Hoitotieteen laitos

Turun yliopisto

Professori Helena Leino-Kilpi, ESH, THT

Hoitotieteen laitos

Turun yliopisto

Tarkastajat:

Dosentti Ritva Halila, LT

Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta

Professori Juha Kinnunen, THT

Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta

Itä-Suomen yliopisto

Professori Marja Kaunonen, TtT

Terveystieteiden yksikkö

Tampereen yliopisto

Vastaväittäjä:

Professori Anna-Maija Pietilä, THT

Hoitotieteen laitos

Itä-Suomen yliopisto

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-951-29-7021-6 (Painettu/Print)

ISBN 978-951-29-7022-3 (Sähköinen/Pdf)

ISSN 0082-6995 (Painettu)

ISSN 2343-3205 (Verkkajulkaisu)

Painosalama Oy - Turku, 2017

Nuppu-Ilonalle

Anne Isotalo

The freedom of choosing the hospital in specialized medical care in Finland – the perspective of elective surgical patients

University of Turku, Faculty of Medicine, Nursing Science, Doctoral Programme in Nursing Science

Annales Universitatis Turkuensis

Turku 2017

ABSTRACT

Freedom of choice is a moral right that can increase patient's self-determination and their options to make health care choices. As a legal right, patients have been allowed to choose their place of treatment in Finland since 2011. This study's purpose was to describe the freedom of choosing the hospital by the elective surgical patient's as their moral and legal right in the Finnish public health care. Patient's freedom of choice was explored by asking about their appreciation of this choice, the patients' awareness of legal right regarding hospital choice, their participation in the choice of hospital and by analysing hospital- and patient-related factors associated with their hospital choice in the public health care. The study's ultimate goal was to formulate the structure of the realization regarding elective surgical patients' choice of hospital in the public health care in Finland.

The study's data were collected by using cross-sectional survey method and the 2014–2016 statistical data. The survey study consisted of three instruments: Sairaalan valinta (SAVA), EuroQol 5D (EQ-5D-5L) and Health Opinion Survey (KHOS). The survey study population consisted of adult elective surgical patients (n= 853). All public hospitals (n=9) in the catchment area were included in the study. The data were analysed statistically. Based on the results, most of the elective surgical patients highly appreciated their freedom to choose the hospital, but only half of them knew that they have a legal right to make this choice at the point of referral. Only 24 % of the elective surgical patients had chosen a hospital. Those who highly appreciated their option to choose a hospital and knew that they have the legal right to choose, elderly patients, patients with low educational level, members of patient organisations, small families with children and those who have researched information about hospitals' services made hospital choices more often. Based on the statistical data, 3 – 8 % of the patients treated were from outside the catchments membership municipalities in the years 2014 – 2016. Elective surgical patients appreciated the highest the quality of medical care, patient safety and available specialists and competent personnel. Patients have rated their experiences of services high as well. The less important factors were facility standards and the availability and access of services or care. Patients have researched little information about the quality and performance of the public hospitals. Most who researched information got it from hospitals' websites, and half of them from their friends and relatives. Those who got information from health care professionals received it from the referring physician. Elective surgical patients had a positive attitude toward health-related information and self-care.

The results of this study can be used to develop patient's rights and progress their freedom of choice in public healthcare and to define the content of the comparative information on hospitals performance and quality for the elective surgical patients. Further research topics are proposed to research quantitative and qualitative data on the value base, realization of the choice and factors related to patient selection in national and international contexts in different settings. Further research should also focus on developing the SAVA-instrument used in this study and on testing it further as the social and health care reform are processed and patients' freedom of choice of hospital will be enlarged in Finland.

Keywords: Freedom of choice, Finland, patient's moral right, patient's legal right, Health Care Act, public health care, specialized medical care, elective surgical patient

Anne Isotalo

Elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa Suomessa

Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotiede, Hoitotieteen tohtoriohjelma

Annales Universitatis Turkuensis

Turku 2017

TIIVISTELMÄ

Valinnanvapaus on moraalinen oikeus, jonka avulla terveydenhuollossa voidaan lisätä potilaan itsemääräämistä ja valinnan mahdollisuuksia. Potilaan oikeus valita hoitopaikkansa yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa kirjattiin lakiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) Suomessa vuonna 2011. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapautta potilaan oikeutena valita sairaala. Tutkimuksessa tarkasteltiin valinnanvapauden arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista ja sairaalan valintaan osallistumista sekä analysoitiin sairaalan valintaan yhteydessä olevia potilaaseen ja terveydenhuollon organisaatioon liittyviä tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa kuvaus elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapauden toteutumisesta julkisessa terveydenhuollossa Suomessa.

Tutkimuksen aineisto muodostui kyselytutkimuksesta ja hoidettujen potilaiden määrää koskevasta toteumatiedosta. Kyselytutkimuksessa käytetty kyselylomake koostui kolmesta mittarista: Sairaalan valinta (SAVA), EuroQol 5D (EQ-5D-5L) ja Health Opinion Survey (KHOS). Kyselytutkimuksen kohdejoukon muodostivat yhden erityisvastuualueen sairaaloissa (n=9) hoidetut aikuiset leikkauspotilaat, joille oli suoritettu elektiivinen leikkaustoimenpide (n=853). Kyselytutkimus toteutettiin 2014–2015. Hoidettujen potilaiden määrää koskeva toteumatieto kerättiin kolmen (n=3) sairaanhoitopiirin ja yhden (n=1) sairaalan tilastoista vuosilta 2014–2016. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimuksen tulosten mukaan valtaosa elektiivisistä leikkauspotilaista arvosti valinnanvapautta, mutta alle puolet heistä tunsivat laillisen oikeutensa valita sairaala. Vain neljännes elektiivisistä leikkauspotilaista oli osallistunut sairaalan valintaan. Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat arvostivat muita enemmän valinnanvapautta ja oikeutta valita sairaala. Sairaalan valinta näyttää olevan helpompaa ikääntyneille, vähän koulutetuille, pienille lapsiperheille, potilasjärjestön jäsenille ja itse aktiivisesti tietoa sairaaloiden toiminnasta etsineille vastaajille. Hoidettujen potilaiden määrän kehittymistä koskevan toteumatiedon mukaan sairaanhoitopiireissä hoidetuista potilaista 3–8 % oli tarkastelujaksolla vuosittain muiden kuin niiden omien jäsenkuntien potilaita. Vastaajat arvostivat sairaalan valinnassa eniten potilasturvallisia hoitokäytäntöjä, korkeaa lääketieteellistä hoidon tasoa ja ammatillista osaamista sekä myönteistä palvelukokemusta. Vähiten tärkeänä vastaajat pitivät sairaalan tiloja ja oheispalveluja sekä hoidon ja palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Vastaajat olivat harvoin etsineet itse tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta. Valtaosa itse tietoa etsineistä oli saanut tietoa sairaaloiden verkkosivuilta ja lähes puolet ystäviltä ja läheisiltä. Terveydenhuollon ammattilaisista lähettävä lääkäri oli se, jolta vastaajat olivat saaneet eniten tietoa. Elektiiviset leikkauspotilaat suhtautuivat myönteisesti terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon.

Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää potilaan oikeuksia ja valinnanvapautta edistäviä toimintatapoja julkisessa terveydenhuollossa ja määrittää elektiivisille leikkauspotilaille tarjottavan sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevan vertailutiedon sisältöä. Jatkotutkimusaiheiksi ehdotetaan potilaan valinnanvapauden arvoperustan, toteutumisen ja valintaan yhteydessä olevien tekijöiden tutkimusta kansallisilla ja kansainvälisellä aineistolla eri konteksteissa määrällisesti ja laadullisesti. Tutkimusta varten kehitetyn SAVAn mittarin kehittämistä ja testaamista tulisi myös jatkaa sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskusten edetessä ja potilaan valinnanvapauden laajetessa.

Avainsanat: Valinnanvapaus, Suomi, potilaan moraalinen oikeus, potilaan laillinen oikeus, Terveydenhuoltolaki, julkinen terveydenhuolto, erikoissairaanhoito, elektiivinen leikkauspotilas

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	17
2. TUTKIMUKSEN KONTEKSTI JA TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA	20
2.1 Tutkimuksen konteksti ja keskeiset käsitteet	22
2.1.1 Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kuvaus.....	22
2.1.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen rakenneuudistus ja ehdotettu valinnanvapausmalli	24
2.2 Valinnanvapaus potilaan moraalisenä oikeutena	29
2.3 Valinnanvapaus potilaan laillisenä oikeutena	34
3. SAIRAALAN VALINTA POTILAAN NÄKÖKULMASTA TARKASTELTUNA.....	38
3.1 Hakuprosessin kuvaus.....	38
3.2 Valinnanvapauden arvostaminen	41
3.3 Sairaalan valinta	41
3.3.1 Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen	41
3.3.2 Sairaalan valintaan osallistuminen.....	42
3.3.3 Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät.....	43
3.3.3.1 Potilaan suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon.....	44
3.3.3.2 Potilaan terveys	46
3.3.3.3 Sairaalan toiminta ja palvelun laatu.....	48
3.4 Yhteenvedo	61
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	64
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	65
5.1 Tutkimusasetelma	65
5.2 Aineistonkeruumenetelmät	67
5.2.1 Kyselylomake	67
5.2.1.1 Kyselylomakkeen rakenne ja sisältö.....	67
5.2.1.2 Sairaalan valinta-mittarin (SAVA) kehittäminen	71
5.2.1.3 Sairaalan valintaan yhteydessä olevien tekijöiden määrittäminen	72
5.2.1.4 Kyselylomakkeen esitestaaminen ja kaksoiskääntäminen.....	79
5.2.2 Hoidettujen potilaiden määrää koskeva toteumatieto	80
5.3 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineistonkeruu	80
5.4 Tutkimusaineiston tallentaminen ja analyysi	83

5.5 Tutkimuksen eettisyys.....	89
6. TULOKSET	91
6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	91
6.1.1 Vastaajien sosiodemografiset tiedot ja kato.....	91
6.1.2 Terveyspalvelujen käyttö ja lähetteen antaja	94
6.1.3 Julkisten sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon hankinta	95
6.1.4 Suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon.....	96
6.1.5 Itsearvioitu terveys.....	97
6.1.6 Hoidettujen potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016	98
6.2 Valinnanvapauden arvostaminen	101
6.3 Sairaalan valinta	102
6.3.1 Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen	102
6.3.2 Sairaalan valintaan osallistuminen.....	103
6.3.3 Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät.....	109
6.4 Tulosten yhteenveto	120
7. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	124
7.1 Kirjallisuuskatsauksien luotettavuus	124
7.2 Mittarien luotettavuus	126
7.3 Aineistonkeruun ja analyysien luotettavuus.....	133
8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	139
8.1 Valinnanvapauden arvostaminen	139
8.2 Sairaalan valinta	140
8.3 Johtopäätökset.....	151
8.4 Jatkotutkimusaiheet.....	152
KIITOKSET	154
LÄHTEET	156
LIITTEET.....	168

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta	21
Kuvio 2. Julkista palveluntuotantoa koskevien terveydenhuoltojärjestelmien luokittelu (Joumard ym. 2010; mukailtu Jonsson ym. 2016: 6.)	23
Kuvio 3. Oikeuksien ja vapauden kokonaisuus (mukailtu Kotro ym. 2016: 72)	28
Kuvio 4. Hoitoonpääsyn määräajat erikoissairaanhoidossa (mukailtu Terveydenhuoltolaki 1326/2010)	37
Kuvio 5. Kirjallisuuden (vuosilta 2003–2016) hakuprosessin vaiheet (mukailtu Moher ym. 2010)	40
Kuvio 6. Tekijät ja asiakokonaisuudet, joiden yhteyttä sairaalan valintaan oli tutkittu kirjallisuudessa	43
Kuvio 7. Potilaan suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon – keskeiset tekijät	45
Kuvio 8. Potilaan terveys –keskeiset tekijät	47
Kuvio 9. Potilasturvalliset hoitokäytännöt -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö	50
Kuvio 10. Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö	52
Kuvio 11. Palvelukokemus -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö	54
Kuvio 12. Potilaskeskeiset toimintatavat -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö	56
Kuvio 13. Tilat sekä oheispalvelut -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö	58
Kuvio 14. Hoidon sekä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö	61
Kuvio 15. Tutkimusasetelma	66
Kuvio 16. Julkisten sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon lähde (suhteelliset osuudet)	95
Kuvio 17. Sairaanhoidopiiriin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016	98

Kuvio 18. Sairaanhoidopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016 (avohoito)	99
Kuvio 19. Sairaanhoidopiirien jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016 (vuodeosastohoito)	100
Kuvio 20. Sairaalan jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016 (1–8) (avohoito ja vuodeosastohoito).....	101
Kuvio 21. Potilasturvallisten hoitokäytäntöjen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 15).....	111
Kuvio 22. Lääketieteellisten palvelujen laajuuden ja henkilökunnan pätevyyden tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 16).....	113
Kuvio 23. Palvelukokemuksen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 17)	114
Kuvio 24. Potilaskeskeisten toimintatapojen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 18).....	116
Kuvio 25. Tilojen ja oheispalvelujen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 19)	117
Kuvio 26. Hoidon ja palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 20)	119
Kuvio 27. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät tekijät	122

TAULUKOT

Taulukko 1. Sairaalan valintaa potilaan näkökulmasta tarkastelevan integroivan kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poisjättökriteerit	39
Taulukko 2. Kyselylomakkeen sisältö (empiirinen vaihe).....	68
Taulukko 3. Valinnanvapautta ja sairaalan valintaa tarkastelevan scoping review -kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poisjättökriteerit	71
Taulukko 4. Hoitotieteen asiantuntijoiden asiantuntijapaneeli	74
Taulukko 5. Hoitotyön, lääketieteen ja asiantuntijaorganisaation asiantuntijoiden asiantuntijapaneeli	75
Taulukko 6. Potilasasiantuntijapaneeli.....	76
Taulukko 7. SAVA-mittarin kehittämisen vaiheet.....	78
Taulukko 8. Kyselytutkimuksen otos erityisvastuualueella ja sairaanhoitopiireissä (n-määrä ja suhteellinen osuus)	82
Taulukko 9. Kyselytutkimuksen otos sairaaloittain (n-määrä ja suhteellinen osuus)	82
Taulukko 10. Jaetut ja palautetut kyselylomakkeet sairaaloittain (n-määrä ja suhteellinen osuus koko otoksesta)	83
Taulukko 11. Tutkimuksen analyysin tilastolliset menetelmät tai testit ja niiden yhteys tutkimuskysymyksiin tai mittarin luotettavuuden tarkasteluun	89
Taulukko 12. Vastaajien sukupuoli, ikä, äidinkieli, asuinpaikka ja kotitalouden koko ja perheenjäsenen ikä.....	92
Taulukko 13. Vastaamatta jättäneiden sukupuoli ja ikä.....	93
Taulukko 14. Vastaajien peruskoulutus, ammatillinen koulutus, ammattiryhmä ja vuositulot.....	93
Taulukko 15. Vastaajien terveystalvelujen käyttö ja lähetteen antaja.....	94
Taulukko 16. Vastaajien sosiodemografisten tietojen, terveystalvelujen käytön, itsearvioidun terveyden, yksityisen sairausvakuutuksen omistamisen ja potilasjärjestön jäsenyyden yhteys julkisista sairaaloista saatuun tietoon (logistinen regressioanalyysi).....	96

Taulukko 18. Vastaajien itsearvioitu terveys (EQ-5D-5L)	97
Taulukko 19. Sairaanhoidopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016	99
Taulukko 20. Sairaanhoidopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016 (avohoito).....	99
Taulukko 21. Sairaanhoidopiirien jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016 (vuodeosastohoito)	100
Taulukko 22. Sairaalan jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016 (1–8) (avohoito ja vuodeosastohoito).....	101
Taulukko 23. Valinnanvapauden arvostaminen ja valintapäätöksen tekijä.....	101
Taulukko 24. Valinnanvapauden arvostamisen yhteys sairaalan valintaan (ordinaalinen logistinen regressioanalyysi)	102
Taulukko 25. Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen	102
Taulukko 26. Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemisen yhteys sairaalan valintaan (logistinen regressioanalyysi)	103
Taulukko 27. Vastaajien näkemys oikeudesta valita sairaala yhdessä lähettävän lääkärin kanssa ja näkemyksen yhteys sairaalan valintaan (ordinaalinen logistinen regressioanalyysi)	103
Taulukko 28. Vastaajien terveyspalvelujen käytön yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (logistinen regressioanalyysi)	104
Taulukko 29. Vastaajien näkemys vastaanottokäynnistä lähettävällä lääkäriä ja näkemyksen yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ordinaalinen logistinen regressioanalyysi)	104
Taulukko 30. Vastaajien koulutus ja ammattiryhmä ja yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristiintaulukointi)	105
Taulukko 31. Vastaajien internet-yhteyden käyttömahdollisuus, potilasjärjestön jäsenyys, sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon etsiminen ja saaminen ja yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristiintaulukointi).....	106

Taulukko 32. Vastaajien lähetteen antaja ja sairaala ja yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristiintaulukointi).....	106
Taulukko 33. Vastaajien näkemys vastaanottokäynnistä lähettävällä lääkärillä ja näkemyksen yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristiintaulukointi).....	107
Taulukko 34. Valinnanvapauden arvostaminen, valintapäätöksen tekijä ja sairaalan valintaan osallistuminen (ristiintaulukointi).....	108
Taulukko 35. Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen, vastaajan näkemys oikeudesta valita sairaala yhdessä lähettävän lääkärin kanssa ja sairaalan valintaan osallistuminen (ristiintaulukointi).....	108
Taulukko 36. Vastaajien näkemys sairaalan valinnassa tärkeistä sairaalan toimintaan ja palveluun liittyvistä tekijöistä summamuuttujittain (asteikko 1–5)	109
Taulukko 37. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät summamuuttujittain ja vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi).....	110
Taulukko 38. Potilasturvallisten hoitokäytäntöjen yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi).....	112
Taulukko 39. Lääketieteellisten palvelujen laajuuden ja henkilökunnan pätevyyden yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)	113
Taulukko 40. Palvelukokemuksen yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)	115
Taulukko 41. Potilaskeskeisten toimintatapojen yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi).....	117
Taulukko 42. Tilojen ja oheispalvelujen yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)	118
Taulukko 43. Hoidon ja palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi).....	120
Taulukko 44. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kuvaavat asiakokonaisuudet vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna.....	123

Taulukko 45. KHOS-mittarin osioiden ja väittämien (inter-item) ja mittarin osien (item-total) korrelaatiot ja summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet pilotti- ja koko aineistossa.....	128
Taulukko 46. <i>EuroQol-5D-5L</i> -mittarin osioiden ja väittämien (inter-item) ja mittarin osien (item-total) korrelaatiot ja summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet pilotti- ja koko aineistossa.....	129
Taulukko 47. SAVA-mittarin osioiden/väittämien (inter-item) ja mittarin osien (item-total) korrelaatiot ja summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet pilotti- ja koko aineistossa.....	131
Taulukko 48. KHOS-, EQ-5D- ja SAVA-mittarien suomen- ja ruotsinkielisten versioiden yhteneväisyys (Cronbachin alfa)	133

LIITTEET

Liite 1. Integroivan kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet	168
Liite 2. Määrällisten tutkimusten laadun arviotikriteerit (Centre for Evidence-Based Management; Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study 2014).....	170
Liite 3. Laadullisen tutkimuksen laadun arviointikriteerit (Mixed Methods Appraisal Tool; Pluye et al. 2011).....	172
Liite 4. Suomenkielinen kyselylomake	173
Liite 5. Ruotsinkielinen kyselylomake.....	186
Liite 6. <i>Scoping review</i> -kirjallisuuskatsauksen hakulauseke	199
Liite 7. <i>Scoping review</i> - kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin vaiheet	200
Liite 8. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat toimintaa ja palvelun laatua kuvaavat tekijät ja asiakokonaisuudet kirjallisuuden perusteella (<i>scoping review</i>)	201
Liite 9. SAVA- mittarin kysymysten ulkoasun ja vastausvaihtoehtojen arviointi (potilasasiantuntijat; mittarin esitestausvaihe)	206
Liite 10. SAVA -mittarin esitestaukseen osallistuneiden taustatiedot	208
Liite 11. Tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvien toimenpiteiden määrä (hoitojakso) ja suhteellinen osuus koko Suomessa, tutkimukseen osallistuneissa sairaanhoitopiireissä ja erityisvastuualueella (erva-alue) vuonna 2011 (päätoimenpidekirjaus)	210
Liite 12. Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kuvaavien tekijöiden jakautuminen pääkomponentteihin PK1–PK6 (suorakulmaisesti rotatoitu pääkomponenttimatriisi).....	211
Liite 13. Tiedote tutkimuksesta potilaalle (suomenkielinen)	215
Liite 14. Tiedote tutkimuksesta potilaalle (ruotsinkielinen)	216
Liite 15. Potilasturvalliset hoitokäytännöt -asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat).....	217

Liite 16. Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillisen pätevyys – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat)	218
Liite 17. Palvelukokemus – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat)	219
Liite 18. Potilaskeskeiset toimintatavat – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat).....	220
Liite 19. Sairaalan tilat ja oheispalvelut – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat).....	222
Liite 20. Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat).....	223

LYHENTEET

ARTO	Kotimainen artikkeliviitetietokanta
ASA	American Society of Anesthesiologists
CEMB	Center for Evidence Based Management
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRD	Centre for Reviews, dissemination
EMBASE	Excerpta Medica Database
Erva-alue	Erityisvastuualue
ETENE	Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
EQ-5D-5L	EuroQol-5D- 5L-mittari
HE	Hallituksen esitys
HILMO	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmä
I - CVI	The content validity index
KHOS	Krantz Health Opinion Survey
KHOS – I	Krantz Health Opinion Survey; Information subscale
KHOS – B	Krantz Health Opinion Survey; Behaviour subscale
MMAT	Mixed Method Appraisal Tool
MEDIC	Kotimainen terveystieteiden viitetietokanta
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
OVID	Wolters Kluwer Health's Ovid system
PCA	Principal Component Analysis
PUBMED	National Centre for Biotechnology Information's Entrez retrieval system
SAVA	Sairaalan valinta-mittari
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STM	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
Turku CRC	Turku Clinical Research Centre
VAS	Visual analogue scale
WHO	World Health Organisation

1. JOHDANTO

Valinnanvapaus on moraalinen oikeus, jonka mukaisesti terveydenhuollossa voidaan edistää potilaan itsemääräämistä ja mahdollisuutta valita. Suomalaisen potilaan laillisista oikeuksista ja asemasta säädetään useassa laissa. Perustuslaki velvoittaa julkista valtaa turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistämään väestön terveyttä (Perustuslaki 731/1999). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista korostaa potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun, itsemääräämisoikeutta, riittävää tiedonsaantia ja yhteisymmärryksessä tapahtuvaa päätöksentekoa hoitosuhteessa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) turvaa potilaan oikeuksia turvallisiin ja laadukkaisiin palveluihin muun muassa määrittelemällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksesta ja ammatillisesta pätevyydestä sekä niiden valvonnasta. Potilaan oikeudet eivät kuitenkaan ole koskeneet palvelutuottajakohtaista valintaa julkisessa terveydenhuollossa. Moniin muihin Euroopan maihin verrattuna Suomessa potilaalla ei ole ollut mahdollisuutta valita julkisessa terveydenhuollossa häntä hoitavaa ammattihenkilöä tai hoitopaikkaa. (Jonsson ym. 2016.) Laillisenä oikeutena potilaan oikeus valita hoitopaikka yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa kirjattiin Suomessa terveydenhuoltolaikiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 48) vuonna 2011.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan potilaan asemaa ja oikeuksia tarkoituksena kuvata elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa Suomessa. Valinnanvapautta tutkittiin sairaalan valintana. Valinnanvapaus on moraalinen ja laillinen oikeus, ja tutkimuksessa tarkastellaan valinnanvapauden arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista ja valintaan osallistumista sekä analysoidaan sairaalan valintaan yhteydessä olevia potilaaseen ja terveydenhuollon organisaatioon liittyviä tekijöitä.

Suomessa somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytti vuonna 2013 yhteensä 1,78 miljoonaa potilasta. Julkisissa sairaaloissa hoidettiin 459 139 somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosasto- tai päiväkirurgista potilasta, joiden kaikista hoitajaksoista 48 %:iin liittyi leikkaus tai vastaava toimenpide. Päiväkirurgian osuus elektiivisistä hoitajaksoista on noussut koko 2000-luvun ajan. Vuonna 2013 varsinaisista kirurgisista hoitajaksoista 45 % oli päiväkirurgiaa. (Rainio & Rätty 2015.) Tutkimuksessa tarkasteltiin elektiivisiä leikkauspotilaita, joiden on hoidon kiireettömän luonteen vuoksi mahdollista valita hoitopaikkansa. Potilaille suoritettut leikkaukset olivat yleisimpiä leikkauksia vuonna 2011 (Rautiainen ym. 2012) ja kuuluivat tutkimusajankohtana kaikkien tutkimukseen osallistuneiden sairaaloiden palveluvalikoimaan ja edustivat valtaosin päiväkirurgiaa.

Valinnanvapauden laajentamiselle asetettujen terveystaloudellisten päämäärien saavuttamiseksi on tärkeää, että terveyspalvelujärjestelmä tukee potilaan oikeuksien toteutumista ja mahdollisuutta valita (Vrangbæk & Østergren 2006; Birk & Henriksen 2012). Käytännön toiminta myös heijastelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvoja potilaan oikeuksia kohtaan (Thompson ym. 2006; Leino-Kilpi 2014). Euroopassa valinnanvapauden laajentamista on perusteltu potilaiden lisääntyvänä haluna osallistua omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon sekä vaatimuksena vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen ja sisältöihin (Saltman 1994; Vrangbæk & Østergren 2006; Vrangbæk ym. 2012). Suomessa vuonna 2011 voimaan astuneen terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) keskeisenä lähtökohtana on julkisten palvelujen asiakaskeskeisyyden lisääminen, palvelun laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen, terveyserojen kaventaminen ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitseminen. Asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi lakiin kirjattiin kiireetöntä hoitoa koskeva valinnanvapaus, jonka perusteella potilas voi valita aikaisempaa vapaammin julkisen terveydenhuollon toimintayksikön ja häntä hoitavan terveydenhuollon ammattihenkilön toimintayksikön mahdollisuuksien puitteissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Terveydenhuollossa valinnanvapautta on tarkasteltu esimerkiksi oikeus- ja taloustieteissä sekä yhteiskuntatieteissä terveystaloudellisen politiikan (Thompson & Dixon 2006; Kreisz & Gericke 2010; Victoor ym. 2012b; Vrangbæk ym. 2012), potilaiden tasa-arvon (Fotaki 2008; Ringard 2012) ja valintaan liittyvien tekijöiden näkökulmasta (Boyce ym. 2010; Dixon ym. 2010; Victoor ym. 2012a) sekä tarkastelemalla lähettävän lääkärin roolia potilaan valinnanvapauden toteuttamisessa (Winblad 2008; Ringard 2010; Birk & Henriksen 2012; Junnila ym. 2016; Van de Walle & Marien 2015; Ferrua ym. 2016).

Suomessa potilaan valinnanvapautta on tarkasteltu melko järjestelmällisesti keskitetyillä palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta koskeviin kysymyksiin (ks. Brommels 2016a ja b). Aihetta on tutkittu valinnanvapauden muotoutumisena sosiaali- ja terveyspalveluissa ja terveystaloudellisen politiikassa (Junnila ym. 2016; Tynkkynen ym. 2016), lainsäädännön arviointina (Tuorila 2016a), valinnanvapaudesta tiedottamisen (Tuorila 2016b), markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulmasta (Ahonen ym. 2015) sekä tarkastelemalla muiden Euroopan maiden väestön kokemuksia valinnanvapaudesta (Whellams 2016; Jonsson ym. 2016). Valinnanvapautta koskevan lainsäädännön jatkovalmistelua varten on lisäksi toteutettu selvitys valinnanvapauden ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamisesta (Brommels 2016b).

Tietoa suomalaisten valinnanvapautta koskevista näkemyksistä on saatavilla väestötasolla (Junnila ym. 2016; Tuorila 2016b), mutta tietoa eri potilasryhmien näkemyksistä, valinnanvapauden toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä on niukasti. Tutkimuksia elektiivisten leikkauspotilaiden valinnanvapautta koskevista näkemyksistä

ei ole nykyisen lainsäädännön aikana vielä julkaistu. Tämä tutkimus on hoitotieteen etiikan tutkimusta, jossa valinnanvapautta tarkastellaan potilaan näkökulmasta. Potilaan näkökulmalla tarkoitetaan potilaan ilmaisemaa näkemystä valinnanvapauden toteutumisesta sairaalan valinnassa.

Tutkimuksen perusteella voidaan muodostaa kuvaus elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapauden toteutumisesta julkisessa terveydenhuollossa Suomessa. Valinnanvapaus potilaan moraalisenä ja laillisenä oikeutena voi toteutua itsemääräämisen periaatetta kunnioittamalla ja laillisen oikeuden velvoitetta noudattamalla. Terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia potilaan valinnanvapauden edistämiseksi palvelujärjestelmässä ja poliittiset päätöksentekijät suomalaisen valinnanvapausmallin kehittämistyössä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös potilaan valinnanvapautta, itsemääräämistä ja oikeuksia koskevassa koulutuksessa. Potilaan valintojen tukemiseksi ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta on lisäksi keskeistä, että sairaaloiden toiminnasta ja palvelujen laadusta julkaistaan kansallisesti yhtenäisiin kriteereihin perustuvaa vertailutietoa. Tällä hetkellä sairaaloiden toiminnasta ja palvelujen laadusta on Suomessa saatavilla vertailutietoa vain rajallisesti. (Jonsson & Virtanen 2013a ja b.) Tässä tutkimuksessa tunnistettiin sairaalan valintaan yhteydessä olevia potilaalle tärkeitä tekijöitä, joiden perusteella voidaan määrittää ja kehittää elektiivisten leikkauspotilaiden sairaalan valintaa helpottavan vertailutiedon sisältöä. Tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle on rajattu valinnanvapauden sosioekonomista ja alueellista tasa-arvoa sekä poliittisia ja taloudellisia näkökulmia koskevat kysymykset.

2. TUTKIMUKSEN KONTEKSTI JA TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa Suomessa. Valinnanvapautta tarkastellaan sairaalan valintana. Teoreettisesti valinnanvapautta tarkastellaan potilaan oikeutena julkisessa terveydenhuollossa. Valinnanvapaudella tarkoitetaan potilaan moraalista oikeutta itsemääräämisen perusteella tehdä omaa hoitoa koskevia päätöksiä sekä terveydenhuoltoon perustuvaa laillista oikeutta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 48) valita kiireetöntä hoitoa toteuttava sairaala yhteisymmärryksessä lähettävän lääkärin kanssa julkisessa terveydenhuollossa. Moraalinen oikeus on laajempi käsite kuin laillinen oikeus, sillä lain noudattaminen on eettinen minimi (Kurittu 2001). (Kuvio 1).

Valinnanvapaus ymmärretään vaatimusta voimakkaampana erityisenä oikeutena (Airaksinen 1993; Thompson ym. 2006). Moraalisena oikeutena se tuottaa terveydenhuollon ammattihenkilöille moraalisen velvollisuuden kunnioittaa potilaan itsemääräämistä. Laillisena oikeutena se tuottaa myös juridisen velvollisuuden toimia työssään potilaan oikeuksien mukaisesti (Kurittu 2001; Thompson ym. 2006; Naukkarinen 2008; Leino-Kilpi 2014).

Tutkimus toteutettiin julkisessa terveydenhuollossa, jossa potilaan on Suomessa terveydenhuoltolain perusteella mahdollista valita kiireettömän hoidon hoitopaikka. Tutkimus kohdennettiin erikoissairaanhoidossa hoidettuihin elektiivisiin leikkauspotilaisiin. Potilaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa Suomessa terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää henkilöä. Potilas voi olla terve tai sairas henkilö, joka on riippuvainen terveydenhuollon asiantuntijalla olevasta tiedosta. Potilasasema syntyy käytettäessä lailla määriteltyjä terveyden- ja sairaanhoidon palveluja, joilla pyritään määrittämään henkilön terveydentilaa, palauttamaan tai ylläpitämään hänen terveyttään. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Lääketieteen terminä elektiivinen merkitsee valikoivaa, valinnaista, valittavissa olevaa, valinnaisaikaista ja ei-päivystyksellistä. Elektiivisen potilaan hoito ei edellytä kiireellistä välitöntä hoitoa, vaan hoidon ajankohta ja tapa voidaan ennalta suunnitella ja valita. (Pesonen & Ponteava 2006; MOT Oxford Dictionary of English 2016.) Kiireettömän hoidon tarpeen vuoksi elektiiviset potilaat voivat tavallisesti tehdä hoitopaikkaa koskevia valintoja. Leikkaustoiminnalla tarkoitetaan erikoissairaanhoidoissa (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989) määriteltyä lääketieteen erikoisalan mukaista sairaanhoitoa.

Valinnanvapaus potilaan oikeutena

Valinnanvapaus potilaan moraalisena oikeutena

Itsemääräämiseen perustuva potilaan moraalinen oikeus valita

Valinnanvapaus potilaan laillisena oikeutena

Terveydenhuoltolaki 2010/1326 § 48: ”Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, henkilö voi valita hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.”

Valinnanvapauden
arvostaminen

Valintaa koskevan
oikeuden tunteminen

Valintaan
osallistuminen

Valintaan yhteydessä olevat tekijät

Elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapauden toteutuminen julkisessa terveydenhuollossa Suomessa

Kuvio 1. Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta

2.1 Tutkimuksen konteksti ja keskeiset käsitteet

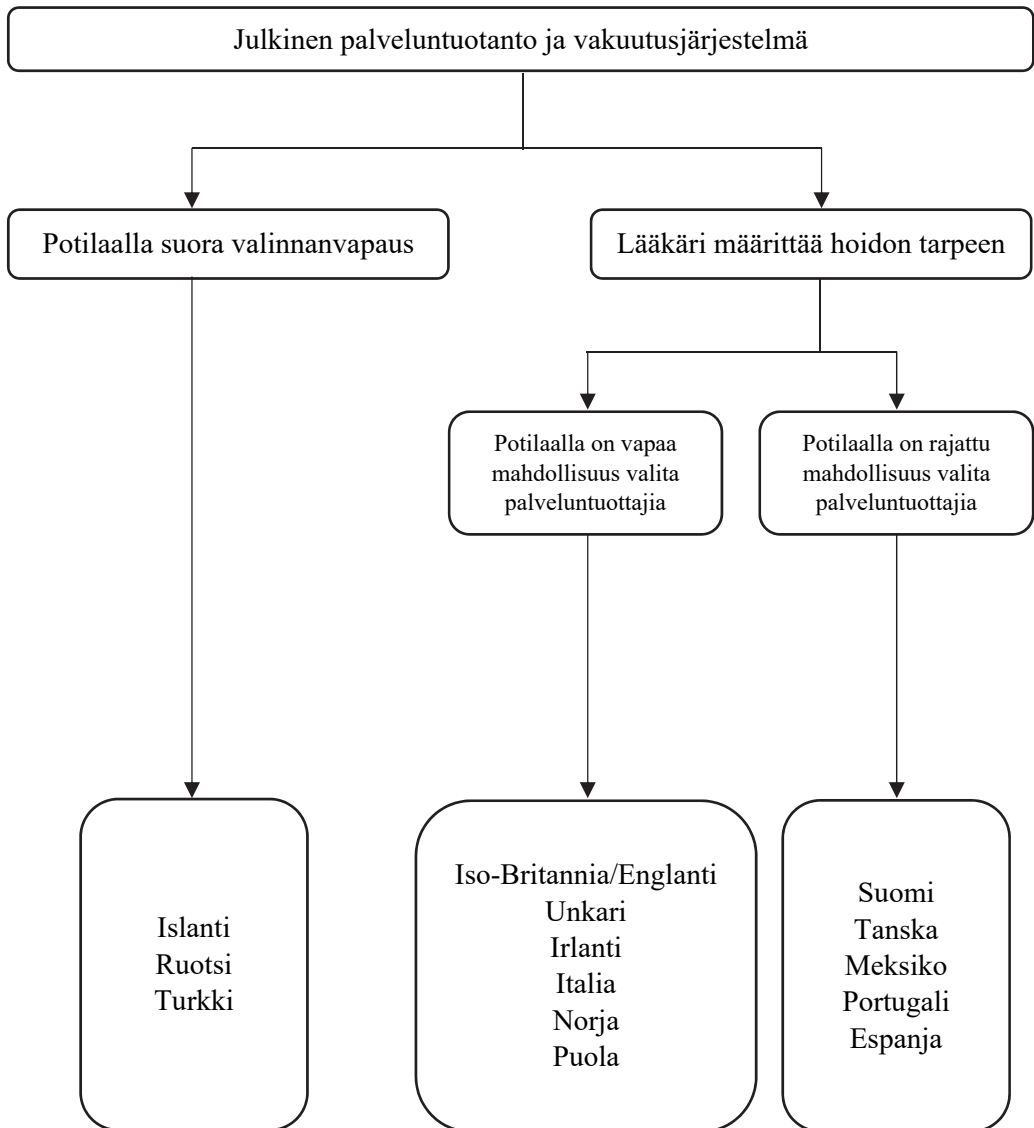
2.1.1 Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kuvaus

Perustuslaki takaa Suomessa kansalaisille oikeuden julkiseen terveydenhuoltoon (Perustuslaki 731/1999). Terveydenhuollon palveluja ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon hoito (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Suomessa terveydenhuollon palvelut tuotetaan pääosin julkisen palveluntuotannon ja vakuutusjärjestelmän avulla (Joumard ym. 2010). Noin 75 % Suomen sosiaali- ja terveydenhuollosta rahoitetaan verovaroin (OECD 2015). Julkisten terveydenhuoltomenojen osuus Suomen bruttokansantuotteesta oli vuonna 2014 noin 9,5 % (19,5 mrd. €) (Matveinen & Knape 2016).

Kansanterveyslaki (Kansanterveyslaki 66/1972) ja erikoissairaanhoidonlaki (Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989) määrittävät kunnan vastuun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä, mutta terveydenhuollon sisältöä koskevat säädökset sisältyvät terveydenhuoltolakiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Tuori 2011; Lehtonen 2015; Tuori & Kotkas 2016). Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (Lehtonen 2015). Kunnat voivat tuottaa terveydenhuollon palveluja itse, yhdessä toisen kunnan kanssa tai kuulumalla kuntayhtymään, ostamalla palvelut tai myöntämällä palvelun käyttäjälle mahdollisuuden käyttää palveluseteliä palvelujen hankintaan (Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki 569/2009; Lehtonen 2015). Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseksi kunnan tulee kuulua toiminnasta vastaavaan kuntayhtymään eli sairaanhoitopiiriin (Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989). Suomessa oli tutkimuksen toteuttamishetkellä 21 sairaanhoitopiiriä (Ahvenanmaa mukaan lukien) (Vuorenkoski ym. 2008; Kunnat.net 2015). Erikoissairaanhoidon jakautuu perustason, vaativan tason ja erityistason erikoissairaanhoidon. Perustason erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sairaalan poliklinikalla tehtäviä tutkimuksia ja hoitoa sekä päiväkirurgisia toimenpiteitä. Vaativa erikoissairaanhoidon sisältää lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen päivystyksen, vuodeosastohoidon ja tehohoidon. (Lehtonen 2015.) Vaativan erikoissairaanhoidon järjestämiseksi Suomi on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen. Vaativin erityisosaaminen on keskitetty yliopistosairaaloihin. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Sairaaloitten työnjakoa uudistetaan vuoden 2018 aikana keskittämällä tiettyjä leikkauksia ja vaativaa hoitoa suurimpiin sairaaloihin (Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017). Julkista terveydenhuoltoa täydentävät yksityinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto (Vuorenkoski ym. 2008; Teperi ym. 2009).

Terveydenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan kansanterveyslain (Kansanterveyslaki 66/1972) mukaisia terveyskeskuksia ja muita kunnan toimintayksiköitä, jotka hoitavat

terveydenhuoltolaissa sille määrättyjä tehtäviä. Erikoissairaanhoidon (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989) osalta niihin lukeutuvat sairaalat, niistä erillään olevat sairaanhoitopiirin toimintayksiköt ja sairaanhoitopiirin hoitovastuun alaiset yksiköt. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Suomessa potilaalla on terveydenhuoltolain perusteella rajoitettu mahdollisuus valita palveluntuottaja julkisessa terveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin pääsyyn vaaditaan lääkärin lähete. Lääkäri päättää hoidon tarpeen määrittelyn yhteydessä myös hoidon tasosta. (Journard ym. 2010; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) (Kuvio 2).



Kuvio 2. Julkista palveluntuotantoa koskevien terveydenhuoltojärjestelmien luokittelu (Journard ym. 2010; mukailtu Jonsson ym. 2016: 6.)

2.1.2 Sosiaali- ja terveystalouden rakenneuudistus ja ehdotettu valinnanvapausmalli

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on tutkimushetkellä muutostilassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen tavoitteena on vähentää julkisen talouden kestävyysvajetta ja toteuttaa laaja palveluintegraatio, jolla pyritään kaventamaan väestön hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantamaan palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Suomen hallituksen linjausten mukaan maahan perustetaan 18 maakuntaa, jotka järjestävät alueensa sosiaali- ja terveystaloudet. Sosiaali- ja terveystalouksien rahoituksesta tulisi vastaamaan valtio. (Valtioneuvosto 2016; STM 2016c.; STM 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus on tarkoitus toteuttaa laajentamalla palvelujen käyttäjän valinnanvapautta ja yksinkertaistamalla monikanavaista rahoitusta sekä säätämällä niistä erillisellä lainsäädännöllä. Valinnanvapaus pyritään toteuttamaan perustason palveluissa laajana ja erikoistason palveluissa soveltuvin osin. Valinnanvapauden laajentamisen tavoitteena on vahvistaa perustason palveluita, turvata nopea hoitopääsy ja tukea yksilöiden valinnan mahdollisuuksia yhtenäisiin laatu- ja palveluolosuhteisiin perustuvalla julkisella vertailutiedolla. Valinnanvapautta laajentamalla pyritään lisäksi edistämään kilpailua sosiaali- ja terveystalouksien tuotannossa, sillä asiakkaat voivat jatkossa valita itse julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan välillä. Nykyistä laajempi valinnanvapaus vahvistaisi yksilön itsemääräämisoikeutta sekä parantaisi sosiaalihuolto- ja potilaslain periaatteiden mukaisesti asiakkaan ja ammattihenkilöiden yhteistä päätöksentekoa. Kansalaisten perusoikeuksien toteutumisen turvaamiseksi vastuu palveluiden saatavuudesta säilyisi julkisella vallalla. (STM 2016a; Brommels 2016a ja b.; STM 2017.)

Asiakkaan valinnanvapautta on tarkoitus laajentaa nykyisestä vaiheittain. Vuoden 2021 alusta lukien asiakkaalla olisi mahdollisuus valita suoraan perustason sosiaali- ja terveystalouksien tuottaja ja sen toimipiste sekä vuoden 2022 alusta lukien suunhoidon yksikkö valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa. Valinta tehtäisiin listautumalla tuottajan asiakkaaksi. Niille asiakkaille, jotka eivät ole tehneet tuottajan valintaa vuoden 2022 loppuun mennessä, osoitetaan asuinkunnan mukainen parhaiten saavutettavissa oleva tuottaja. Tarvittaessa asiakkaalle tehtäisiin palvelutarpeen arvio maakunnan liikelaitoksessa. Asiakas voisi valita maakunnan liikelaitoksen ja sen toimipisteen koko maan alueelta. Palvelutarpeen arvion perusteella asiakas voisi saada palvelun liikelaitoksesta tai vaihtoehtoisesti asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin palvelujen hankintaa varten. Maakunnan liikelaitoksen erikoissairaanhoidon yksikkö esimerkiksi arvioisi potilaan erikoissairaanhoidon tarpeen, jonka jälkeen hänelle voitaisiin myöntää palveluiden hankintaa varten asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti. Asiakassetelin avulla asiakas voisi valita hoitopaikkansa ja henkilökohtaisen budjetin turvin vaikuttaa palveluntuottajan valinnan ohella myös palvelujen sisältöön. (STM 2016a ja c; HE 47/2017; STM 2017a; STM 2017b.)

Palveluntuottajille on esitetty velvollisuutta antaa tietoa ammatillisen osaamisen tasosta, toiminnan ylläpitämiseen vaadittavista voimavaroista ja taloudellisesta kantokyvystä sekä laatu-, seuranta- ja raportointijärjestelmistä. Palvelujen käyttäjien valintamahdollisuuksia ja osallistumisoikeuksia tuettaisiin myös lisäämällä asiakkaiden ohjausta ja neuvontaa. Palveluohjauksen tavoitteena olisi helpottaa erityisesti paljon palveluja tarvitsevien ja erityistä tukea vaativien asiakkaiden valintamahdollisuuksien toteuttamista. (STM 2016a; Brommels 2016a ja b.; STM 2017a; STM 2017b.; HE 52/2017.)

2.1.3 Valinnanvapaus käsitteenä

Valinnanvapaus on vapauden arvosta johdettu käsite. Vapaus on itsessään tavoiteltavaa ja mahdollistaa ihmisen omien päämäärien toteuttamisen elämässä. Vapautta voidaan länsimaisen ajattelun mukaan pitää itseisarvoisena ihmisen perusoikeutena, jonka merkitys ja ulottuvuudet ovat persoonallisuuden ja arvostusten mukaan yksilöllisiä. Länsimainen käsitys ihmisestä valintoja tekevänä subjektina pohjautuu Locken (1632–1704) ajatteluun ihmisen luonnollisesta oikeudesta yksilölliseen vapauteen, Kantin (1724–1804) näkemyksiin autonomisesti vapaasta, rationaalisesti ja eettisesti toimivasta ihmisestä sekä Millin (1806–1873) yksilön vapautta korostavaan filosofiaan. Vapauteen liittyy tietoisuus omasta olemisesta ja vastuu elämää koskevista päätöksistä valintojen kautta (Airaksinen 1993; Mill 2002; Leino-Kilpi 2014).

Vapauden käsite määrittyy vallan käsitteen avulla. Positiivinen vapaus merkitsee yksilön täyttää itsemääräämisvaltaa valinnoistaan. Yksilö on vapaa, kun hän voi aktiivisesti ilman rajoituksia hallita ja ohjata elämäänsä. Positiivinen vapaus merkitsee vapautta johonkin korostamalla rajoitusten sijaan mahdollisuuksia. Negatiivinen vapaus on suppeampi käsite, joka tarkoittaa yksilön riippumattomuutta pakosta ja vapautta jostakin. (Berlin 1986.) Negatiivisen ja positiivisen vapauden kesken joudutaan käytännössä tekemään kompromisseja, kun pyritään takaamaan väestön perusoikeudet ja suoja yksilön mieltä vastaan. Yksilön kykenevyys (*capabilities*) voi tukea positiivisen vapauden toteutumista ja tavoiteltujen päämäärien saavuttamista. Tällöin ihmisen kykenevyyttä tulisi vahvistaa siten, että hän selviytyy itseensä kohdistuvista vaatimuksista ja kykenee toteuttamaan tavoitteitaan. (Sen 2009.)

Suomen kielessä vapaus tarkoittaa oikeutta, valtaa, lupaa tai mahdollisuutta tehdä jotakin vapaasti ja esteettä tai vapautusta jostakin velvoitteesta tai rasitteesta. Yhdyssanoissa se liitetään asian yhteyteen. Esimerkiksi valinnanvapaus tarkoittaa vapautta valita jotakin vapaasti. (Nurmi 2004; Kielitoimiston sanakirja 2016.) Englannin kielessä vapautta tarkoittavia sanoja on kaksi: *liberty* ja *freedom*. Sana *liberty* pohjautuu latinan sanaan *libertas*, joka tarkoittaa vapautta, itsenäisyyttä, riippumattomuutta, lupaa, myönnytystä ja avomielisyyttä tai uskallusta sekä viittaa erisnimenä roomalaiseen vapauden jumalattareen Libertakseen vapauden ruumiillistumana (Salmi & Linkomies 2000; Concise Oxford Dictionaries 2016). Englannin kielessä *liberty*-sana tarkoittaa yhteiskunnan vapaana

jäsenenä olemista ilman pakottavia viranomaisten asettamia poliittisia näkemyksiä tai käyttäytymistä koskevia rajoitteita sekä lakiin kirjattua oikeutta tai etua (Concise Oxford Dictionaries 2016). Sana *freedom* muodostuu sanasta *free* ja loppuliitteestä *-dom*. Se pohjautuu muinaisenglannin sanaan *freodom*, joka merkitsee itsemääräämisen valtaa, vapaata tahtoa, vapautta orjuudesta, vapautusta yleisesti ja vapautusta mieli- tai itsevaltaisesta ohjauksesta sekä siviilioikeuksia (Online Etymology Dictionary 2016). Nykykielessä sana *freedom* tarkoittaa valtaa tai oikeutta toimia, puhua tai ajatella tahtonsa mukaan, vapautta vieraan vallan tai itsevaltaisen hallinnon alaisuudesta, omaan tahtoon perustuvaa itsemääräämisen valtaa, vapautta vankeudesta tai orjuutuksesta, olemisen ja liikkumisen vapautta, rajoituksista vapaata käyttömahdollisuutta sekä vapautta jostakin (*freedom from*) ja vapautta johonkin (*freedom of*) (Concise Oxford Dictionaries 2016).

Valinnalla tarkoitetaan suomen kielessä ihmisen tekojen valinnan vapautta, luonnossa tapahtuvaa tai ihmisen toiminnasta johtuvaa biologista valintaa, ja se viittaa sanan käyttöön yleisessä merkityksessä yhdyssanoissa, esimerkiksi *ammatinvalinta* (Nykysuomen sanakirja 1988). Valinta voi kohdistua keinoihin ja merkitä valitsemista, jonkin ottamista ennen jotakin muuta, haltuun ottamista, käyttöön ottamista tai merkitä ihmisen oikeutta ja mahdollisuutta sekä vapautta valita eri vaihtoehtojen välillä. Lisäksi se voi viitata valinnanvaraun tai laatuun. (Nurmi 2004; Kielitoimiston sanakirja 2016.) Valinta on prosessi, jossa ihminen pyrkii toiminnallaan saavuttamaan jonkin konkreettisen arvostuksiinsa perustuvan lopputuloksen (Turunen 1992; Turunen 1997). Valinta voidaan hahmottaa määrättyssä prosessissa syntyvänä toisen asteen valintana. Tällöin valinta on seurausta halusta johonkin harkittuun tekoon ja kohdistuu menetelmiin tai mahdollisuuksiin (Frankfurt 1971; Airaksinen 1993). Terveystieteissä potilas esimerkiksi voi valita hoitomuodon, hoitopaikan tai hoitavan henkilön (Greener 2007; Van de Walle & Marien 2015). Englannin kielessä sana *choice* tarkoittaa valintaa kahden tai useamman vaihtoehdon väliltä, valinnanmahdollisuutta ja valinnanvaraun eri vaihtoehtojen välillä, valittua kohdetta tai henkilöä sekä viittaa valintaan adjektiivina (Concise Oxford Dictionaries 2016). Sana pohjautuu muinaisranskan sanaan *chois*, joka on johdettu valitsemista tarkoittavasta verbistä *choisir* (Ayto 2005).

Valinnanvapaus voi olla näkökulmasta riippuen itseisarvo tai väline jonkin arvokkaamman hyvän saavuttamiseksi (Hirschman ym. 1970; Friedman & Friedman 1980; Le Grand 1992; Kreisz & Gericke 2010). Terveyspoliittisesti valinnanvapaus nähdään keinoon saavuttaa koko väestön hyvinvointia parantava, laadukas ja taloudellisesti tehokas palveluntuotanto, kun potilaat voivat valintojen kautta vaikuttaa järjestelmän toimintaedellytyksiin. (Saltman 1994; Le Grand ym. 2003; Thompson & Dixon 2006; Le Grand 2007; Le Grand 2009; Winblad & Ringard 2009; Victoor ym. 2012b.) Yksilötasolla valinnanvapaus on nähty mekanismina, jolla voidaan tukea potilaan itsemääräämistä ja mahdollisuutta valita itse. Arvoperusta korostaa yksilön positiivista vapautta valita, tehdä itseään koskevia päätöksiä ja ottaa niistä vastuuta sekä toteuttaa arvojensa

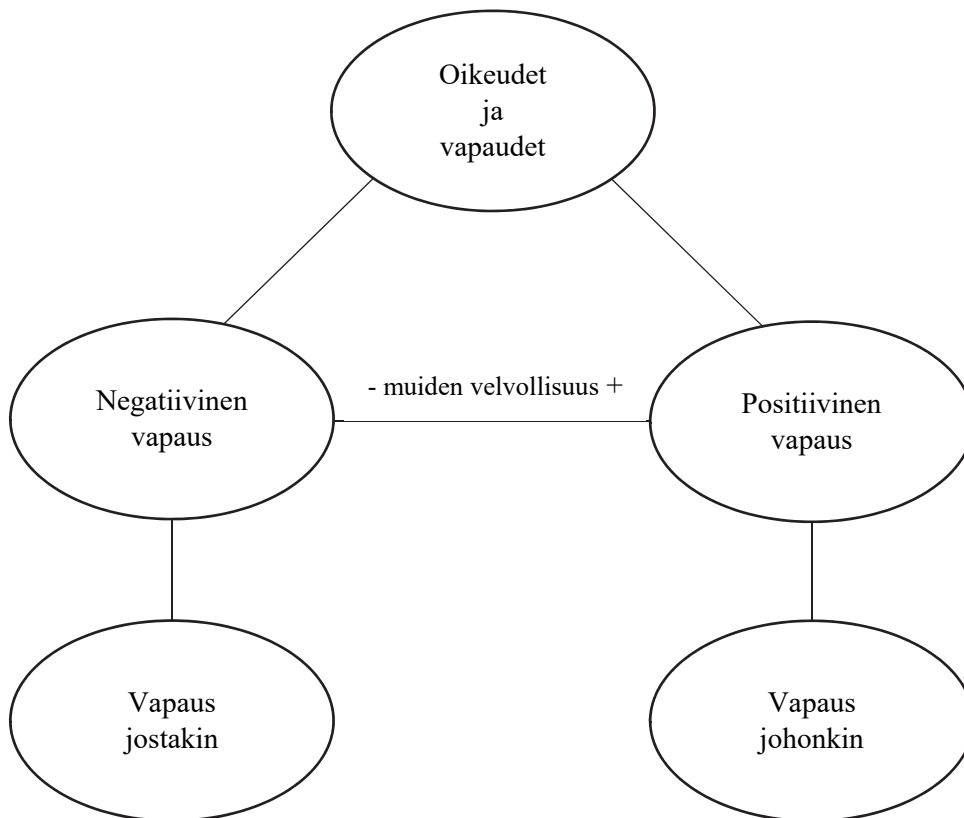
mukaisesti päämääriään. (Berlin 1986; Dworkin 1988; Airaksinen 1993; Mill 2002; Leino-Kilpi 2014.) Valinnanvapauden lisäämisen nähdään lievittävän potilaan ja terveydenhuollon toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa ilmeneviä jännitteitä, kun potilas voi osallistua ja vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Mahdollisuus valita voi siten lisätä potilaan tyytyväisyyttä hoitoon, parantaa sitoutumista hoidon tavoitteisiin ja kykyä ottaa niistä vastuuta. (Winblad & Ringard 2009; ETENE 2011b.)

2.1.4 Oikeus käsitteenä

Oikeus voidaan ymmärtää vaatimuksena, vapautena, valtana ja koskemattomuutena (Hohfeld 1917; Airaksinen 1993). Vaatimuksena oikeus kohdistuu toiseen ihmiseen tai yhteiskuntaan luoden vaatimusta vastaavan velvollisuuden. Vapauden käsite sen sijaan irrottaa oikeuden velvollisuuksista ja antaa mahdollisuuden ajatella oikeuksia ihmisen elämän ja toiminnan elementteinä. Valtakäsitteenä oikeus tarkoittaa tilannetta, jossa oikeuden haltijan ilmaistu tahto tuottaa toiselle osapuolelle juridisen velvoitteen toimia vaaditulla tavalla. Valtaoikeuksista säädetään lailla, ja niihin sitoudutaan sopimuksilla, mikä erottaa ne yleisemmällä tasolla olevasta vaatimukseen perustuvasta oikeudesta. Koskemattomuus tarkoittaa yksilön suoja-oikeutta ja kohdistuu yleensä haitalliseksi tai vältettäväksi katsottuun asiaan. (Airaksinen 1993; Airaksinen & Friman 2008.)

Oikeuksille on yhteistä, että ne ilmaisevat jonkin asiantilan tavoiteltavuutta (Airaksinen & Friman 2008; Leino-Kilpi 2014). Oikeus voi olla luonteeltaan moraalinen tai laillinen. Lailliset oikeudet perustuvat lainsäädäntöön. Niiden takaamiseksi asetetaan oikeudellisia velvollisuuksia ja toimeenpanoa koskevaa sääntelyä ja rangaistuksia. Moraaliset oikeudet ovat moraalisiin ja eettisiin periaatteisiin perustuvia oikeuksia, joiden toteutumista ei voida taata, eikä niihin sisälly lakiin perustuvia rangaistuksia. Laillisten ja moraalisten oikeuksien erottaminen voi olla vaikeaa, sillä moraalisia oikeuksia turvataan myös lakien avulla. Merkittävää onkin se, miten niitä tulkitaan ja sovelletaan käytännön tilanteissa, sillä se heijastelee käytännön toiminnassa vallitsevia arvoja. (Aiken & Catalano 1994; Thompson ym. 2006; Leino-Kilpi 2014.) Laillisuuden velvoite on eettisesti kestävä toiminnan vähimmäisvaatimus (Kurittu 2001). Vapauden tavoin oikeus voidaan yksilön näkökulmasta ymmärtää negatiivisena tai positiivisena käsitteenä. Negatiivisena käsitteenä se merkitsee, että yksilöllä on oikeus jättää jotakin tekemättä, ja positiivisena vastaavasti yksilön oikeutta jonkin tekemiseen. Suhteessa muihin ihmisiin negatiiviset oikeudet ovat melko vahvoja ja tavallisesti lailla vahvistettuja ja ne turvaavat yksilön suojan muiden taholta tapahtuvalta epätoivotulta toiminnalta, kun taas positiiviset oikeudet antavat mahdollisuuden odottaa tai vaatia jotain toiselta osapuolelta. (Pahlman 2003; Thompson ym. 2006.) Oikeuksien ja vapauden kokonaisuutta kuvataan kuviossa 3. Tässä tutkimuksessa valinnanvapaus ymmärretään vaatimusta voimakkaampana erityisenä oikeutena (Airaksinen 1993; Thompson ym. 2006). Moraalisena oikeutena se tuottaa terveydenhuollon ammattihenkilölle moraalisen velvollisuuden kunnioittaa potilaan itsemääräämistä. Laillisena oikeutena se vastaavasti tuottaa juridisen

velvollisuuden toimia työssään potilaan oikeuksien mukaisesti (Kurittu 2001; Thompson ym. 2006; Naukkarinen 2008; Leino-Kilpi 2014).



Kuvio 3. Oikeuksien ja vapauden kokonaisuus (mukailtu Kotro ym. 2016: 72)

Suomen kielessä oikeus-sanalla on useita merkityksiä. Sanalla voidaan tarkoittaa maan oikeusjärjestelmää ja viitata objektiiviseen oikeuteen, joka tarkoittaa oikeusjärjestelmän tai viranomaisen yleistä velvollisuutta toimia oikeuden toteuttamiseksi. Oikeus voi tarkoittaa myös tuomioistuinta, joka viime kädessä varmistaa oikeuden toteutumisen oikeusjärjestelmän puitteissa. (Klami 1996.) Oikeusnormit ovat lakeja ja sitovia sääntöjä, joita tulee noudattaa oikeudellisessa toiminnassa. Oikeus on käsitteenä laajempi kuin oikeusnormit, sillä se käsittää myös lain tulkinnan ja soveltamisen. (Letto-Vanamo 1999; Timonen 1999.) Oikeudellisen sääntelyn avulla toteutetaan myös poliittisessa päätöksenteossa asettuja tavoitteita ja päämääriä (Kalliomaa-Puha 2015). Englannin kielessä oikeuden merkitystä eri yhteyksissä ilmaistaan eri sanoilla. Sana *law* merkitsee oikeusjärjestelmää, kun taas yksilön oikeuksiin viitataan sanalla *rights*. Oikeus tuomioistuintena ilmaistaan sanalla *court (of law)*. Sana *law* on kuitenkin monimerkityksinen, sillä se voi viitata myös yksittäiseen lakiin, virkavaltaan, luonnonlakiin tai mihin tahansa empiirisesti havaittavaan säännönmukaisuuteen, oikeaa käyttäytymistä koskeviin

sääntöihin esimerkiksi urheilussa ja Raamatun tai muun uskonnollisen tekstin käskyihin. (The Concise Oxford Dictionary 2016.) Juridisessa englannin kielessä erikseen säädetystä laeista käytetään usein termiä *statute* ja viitataan kirjoitettuun lainsäädäntöön termillä *statute law* tai *statutory law* (Tieteen kansallinen termipankki 2016).

Oikeudet voidaan jakaa universaaleihin ja erityisiin rajattuihin oikeuksiin. Universaalit oikeudet pohjautuvat yhteiseksi tunnustettuun arvoperustaan ja koskevat kaikkia ihmisiä. Erityiset oikeudet koskevat rajattuja ihmisryhmiä ja perustuvat sopimuksiin, joilla määritellään velvollisuuksia ja oikeuteen kohdistuvia vaatimuksia. (Thompson ym. 2006.) Koko ihmisyyhteisölle yhteisinä ja arvokkaina moraalisia oikeuksia ohjaavina periaatteina pidetään erityisesti ihmisarvon kunnioittamista ja oikeudenmukaisuutta (Thompson ym. 2006; Beauchamp & Childress 2013). Näihin arvosidonnaisiin käsityksiin pohjautuvat myös ihmisoikeudet, joiden aseman vahvistumisessa merkityksellisenä pidetään Yhdistyneiden Kansakuntien perustamista vuonna 1945 ja Ihmisoikeuksien yleismaailmallista julistusta vuonna 1948 (Ojanen & Scheinin 2011). Ihmisoikeuksien perusteella ihmisellä on oikeus elämään, vapauteen, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja tasa-arvoiseen kohteluun (Assembly 1948). Ihmisoikeudelliset sopimukset ovat määrittäneet eri maiden perusoikeuksien säännösten sisältöä ja vahvistaneet yksilön oikeuksien turvaa (Pahlman 2003; Ojanen & Scheinin 2011). Suomessa perustuslaki turvaa jokaiselle muun muassa oikeuden elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, yksityiselämän suojaan sekä osallistumisoikeuden itseään koskevaan päätöksentekoon ja yhdenvertaisuuden lain edessä (Perustuslaki 731/1999).

2.2 Valinnanvapaus potilaan moraalisenä oikeutena

Valinnanvapautta voidaan tarkastella potilaan moraalisenä oikeutena terveydenhuollossa autonomian ja itsemääräämisen käsitteiden avulla. Autonomialla tarkoitetaan yksilön kykyä tehdä valintoja ja päätöksiä sekä kykyä toimia niiden mukaisesti (Beauchamp & Childress 2013). Itsemääräämisen käsite eroaa autonomian käsitteestä korostamalla yksilön riippumattomuutta muiden toiminnan vaikutuksista. Yksilöllä voi olla itsemääräämisen valtaa, vaikka hänen kykynsä siihen olisi rajoittunut (Välimäki 1998). Suomessa käytetään autonomian sijasta itsemääräämisen ja itsemääräämisoikeuden käsitteitä (Pahlman 2003; Välimäki 2014). Tässä tutkimuksessa valinnanvapautta potilaan moraalisenä oikeutena tarkastellaan itsemääräämisen käsitteen avulla.

2.2.1 Itsemäärääminen ja sen osatekijät

Englanninkielinen sana *self-determination* muodostuu sanoista *self* ja *determination*. Pronomini *self* pohjautuu muinaisenglannin sanoihin *seolf* ja *sylf*, jotka tarkoittavat henkilön omaa persoonaa ja viittausta itseän. (Online Etymology Dictionary 2016.) *Determination*-sana pohjautuu latinan sanaan *determinare*, joka tarkoittaa liittämistä, sidottua

tai rajoituksen asettamista. Sana juontuu *terminare*-sanasta, joka merkitsee loppua, rajaa tai pääteasemaa. Varhaisessa muodossaan sana on tarkoittanut päätöstä, lausetta, määrittelyä, määrittystä, ratkaisua tai johtopäätöstä (Online Etymology Dictionary 2016). Nykyenglannissa sana *self-determination* tarkoittaa prosessia, jolla maa muodostaa oman valtion ja määrittelee valtiollisen statuksensa. Yksilötasolla sillä tarkoitetaan prosessia, jolla henkilö hallitsee omaa elämäänsä. (Concise Oxford Dictionaries 2016.)

Itsemääräämisen käsitettä voidaan tarkastella arvona ja eettisenä periaatteena, tavoitteena tai kohteena sekä oikeutena (Välimäki 1998; Naukkarinen 2008). Arvona itsemäärääminen pohjautuu ihmisarvoon ja eettisenä periaatteena sen kunnioitukseen. Itsemääräämisoikeus todentuu, kun ihmisellä on käytettävissään riittävästi tietoa päätöksentekoa varten ja mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja kun häntä kohdellaan arvokkaasti (Pahlman 2003; Naukkarinen 2008). Itsemääräämisen kunnioitus ilmenee kulttuuriltaan, sosiaaliselta taustaltaan ja arvomaailmaltaan erilaisten ihmisten tasa-arvoisena kohteluna ja yksilön itsemääräämisen hyväksymisenä (Browne 1997; Välimäki 1998; Naukkarinen 2008). Tavoitteena ja kohteena itsemääräämisessä korostuu ihmisen pyrkimys vaikuttaa itseään koskevien asioiden kulkuun ja ympäristönsä toimintaan. Itsemääräävällä ihmisellä on tavoitteita, joita hän pyrkii saavuttamaan, ja hän kykenee kantamaan vastuuta päätöksistään. Sosiaalisuuden näkökulmasta tavoitteellisuus ilmenee ihmisen vuorovaikutuksena ja osallistumisena muiden ihmisten kanssa yhteisöä koskevaan päätöksentekoon. (Naukkarinen 2008.) Oikeutena itsemääräämisoikeus tarkoittaa kansakunnan oikeutta päättää itse asioistaan, valtiollista tai kansallista autonomiaa sekä yksilön oikeutta päättää omista asioistaan ilman pakkoa ja ulkopuolista vaikuttamista (Nykysuomen sanakirja 1988; Kielitoimiston sanakirja 2016). Itsemääräämisoikeus on länsimaissa keskeinen perusoikeus, jonka varaan monet muut oikeudet rakentuvat. Se sisältää oikeuden vapauteen, tasa-arvoon, yksityisyyteen ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen (Pahlman 2003).

Itsemäärääminen muodostuu kompetenssista ja vallasta, sillä siihen kuuluu ratkaisuja tekevä yksilö ja asia, jota itsemäärääminen koskee (Pietarinen 1993). Itsemääräävä henkilö määrää itse omasta elämästään, ja hänellä on mahdollisuus vapaaseen henkiseen itseen (Nykysuomen sanakirja 1988). Kompetenssi sisältää ajatuksen, tahdon ja toiminnan vapauden (Pietarinen 1993; Pahlman 2003). Kompetentti yksilö on itsenäinen ja riippumaton ja kykenee ohjaamaan tiedollisten käsitystensä, arvojensa, persoonansa ja luonteensa muodostumista yleisesti ja eri tilanteissa (Pietarinen 1993; Gillon 1995; Keenan 1999; Pahlman 2003; Beauchamp & Childress 2013; Launis 2013; Välimäki 2014). Kompetenssiin kuuluu yleisiä kykyjä, jotka normaalisti kehittynyt ihminen saavuttaa aikuisiksi vartuttuaan, sekä tietoja ja taitoja päätöksentekoon eri tilanteissa. Kompetentilla yksilöllä on ajattelukykyyn perustuva yhtenäinen uskomusten ja arvojen järjestelmä sekä niihin pohjautuva suhteellisen ristiriidaton käsitys itsestään ja ympäröivästä todellisuudesta. Ajattelukykyyn avulla yksilö pystyy ottamaan vastaan ja arvioimaan uutta tietoa,

asettamaan sen osaksi uskomus- ja arvojärjestelmäänsä sekä löytämään eri tilanteissa parhaiten soveltuvan ratkaisun. Tahdon avulla yksilö kykenee toimimaan harkintansa mukaan, vaikka tarjolla olisi monia vaihtoehtoja. (Pietarinen 1993; Launis 2010; Välimäki 2014.) Kompetenssiin perustuva itsemääräämisoikeus antaa yksilölle moraalisen oikeutuksen toimia haluamallaan tavalla. Moraalisena oikeutena se suojaa henkilöä itsemääräämisen esteiltä ja luo muille velvoitteen auttaa sen saavuttamisessa. (Pietarinen 1993; Launis 2013.)

Vallan käsitteen avulla voidaan tarkastella itsemääräämisen ulottuvuuksia: Itsemääräämistä koskevien toivottujen tavoitteiden saavuttamisen kannalta on keskeistä, että yksilö voi vaikuttaa muiden ihmisten tahtoon ja ulkoisiin olosuhteisiin. Yksilöllä on toimintavaltaa, kun hän voi vaikuttaa siihen, ettei hänen aikomustaan estetä rajoittamalla tai että olemassa olevia esteitä poistetaan. Monien tavoitteiden saavuttaminen edellyttää avun saantia. Yksilöllä on valtaa avunsaantiin, kun hän pystyy toisen osapuolen myötävaikutuksella saavuttamaan päämääränsä. (Pietarinen 1993.) Itsemääräämisoikeus sisältää laajassa merkityksessä myös oikeuden kompetenssiin ja valtaan. Tällöin se velvoittaa asiantuntijoita antamaan potilaalle päätöksentekotilanteessa kaiken häntä koskevan tiedon ja auttamaan häntä siinä itsemääräämisoikeutta mahdollisimman pitkälle kunnioittamalla. (Pietarinen 1993; Pahlman 2003; Naukkarinen 2008; Launis 2010.)

2.2.2 Itsemääräämisen rajoitteet

Itsemääräämistä rajoittavat yksilölliset, muiden ihmisten toiminnasta ja vallitsevista olosuhteista johtuvat positiiviset ja negatiiviset rajoitteet. Positiiviset rajoitteet ovat läsnä olevia itsemääräämistä rajoittavia konkreettisia tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi potilaan sairaus, pelko, jännitys, kokemattomuus ja ikääntyminen. Myös muut ihmiset voivat asettaa rajoitteita itsemääräämiselle esimerkiksi estämällä tai uhkaamalla. Perusoikeuksia koskevien rajoitusten tulee perustua lakiin, ja lainsäädännöllä voidaankin rajoittaa potilaan itsemääräämistä erityisissä tilanteissa (STM 2014). Negatiiviset rajoitteet eivät ole läsnä, mutta estävät itsemääräämistä. Esimerkiksi tiedon puute voi heikentää tai estää yksilön itsemääräämistä. (Beauchamp & Childress 2013; Leino-Kilpi 2014.)

Itsemääräämisen rajoitteisiin liittyvät ongelmat koskevat tavallisesti itsemääräämisen laajuutta ja ratkaisujen moraalista arvoa. Tyypillisimmin itsemääräämisen periaatteen kanssa ristiriitaan päätyviä periaatteita ovat elämän arvoa kunnioittavat ja hyvän tekemiseen kehottavat eettiset periaatteet, jotka vahvan professionaalisen arvoperustan kanssa voivat terveydenhuollossa johtaa potilaan itsemääräämistä rajoittavaan paternalismiin (Launis 2013). Paternalismi tarkoittaa sellaista puuttumista yksilön ajattelun, tahdon tai toiminnan vapauteen, joka ”pyritään oikeuttamaan pakotuksen kohteena olevan henkilön omaan hyvään, hyvinvointiin, onnellisuuteen, tarpeisiin, etuihin tai arvoihin vetoamalla” (Dworkin 1988: 121; Launis 2010: 137). Paternalistisessa eli holhoavassa toimintatavassa potilaan itsemääräämiseen puuttumista perustellaan

velvollisuusetiikkaan ja hyvän tekemiseen vedoten (Häyry 2002; Beauchamp & Childress 2013; Leino-Kilpi 2014).

Paternalismi jakautuu pehmeään ja kovaan muotoon. Pehmeässä muodossa holhoaminen on passiivista, kun taas kovassa muodossa potilaan itsemääräämistä rajoitetaan esimerkiksi päätöksentekoon puuttumalla, suostuttelemalla, manipuloimalla tai pakolla (Häyry 1990; Beauchamp & Childress 2013; Leino-Kilpi 2014.) Ammattihenkilöllä on asiantuntijuuteen perustuvan vastuun ohella esimerkiksi myös valtaa päättää terveydenhuollon resurssien käytöstä, vuorovaikutustilanteen kulusta ja keskustelusta muun muassa vastaanottotilanteessa (Raevaara & Sorjonen 2001; Pahlman 2003). Paternalismi vaatii erillisen moraalisen oikeutuksen, jos se rikkoo jotakin yleisesti hyväksyttyä moraalisääntöä tai oikeutta (Launis 2010). Teot, joita ei kyetä moraalisesti oikeuttamaan, rikkovat yleisesti hyväksyttyjä moraalisääntöjä tai oikeuksia ja ovat yksilön vapauden ja itsemääräämisoikeuden vastaista kovaa paternalismia (Launis 2010; Beauchamp & Childress 2013; Leino-Kilpi 2014). Itsemääräämistä tulee kunnioittaa mahdollisimman pitkälle, mutta se ei ole luovuttamaton oikeus, vaan ristiriitatilanteessa jokin muu periaate voi saada suuremman arvon. Periaatteiden keskinäistä painoarvoa punnitessa tulee arvioida muille koituva haitta ja vahingon tuottamisen mahdollisuus, jolloin hyväksyttävä peruste itsemääräämisen rajoittamiselle on toisten vastaavien oikeuksien loukkaaminen. (Pietarinen 1993; Launis 2013.) Suomen lainsäädännössä säädetään tarkasti tilanteista, joissa potilaan itsemääräämistä voidaan rajoittaa. Näitä rajoituksia on mielenterveyslaissa (Mielenterveyslaki 1116/1990), päihdehuoltolaissa (Päihdehuoltolaki 41/1986), tartuntatautilaissa (Tartuntatautilaki 583/1986) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta 381/2016). Rajoittavien toimien tulisi aina olla oikeassa suhteessa tavoiteltavaan päämäärään ja välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi (Launis 2013).

Kovan paternalismin alamuodon, heikon paternalismin mukaan yksilön toimintaan on oikeutettua puuttua vain, jos hän on pysyvästi tai tilapäisesti kykenemätön itsemääräämiseen tai tietämätön toiminnan seurauksista. Tällöin sen oikeutuksena nähdään potilaan itselleen aiheuttamien vahinkojen estäminen (Pahlman 2003; Beauchamp & Childress 2013). Pehmeä paternalismi on passiivista ja vapaaehtoista eikä riko mitään moraalisääntöjä. (Launis 2010; Beauchamp & Childress 2013.)

2.2.3 Potilaan itsemääräämisen tukeminen

Terveydenhuollon asiantuntijuuteen liittyy ammatillinen moraalinen velvollisuus kunnioittaa potilaan itsemääräämistä ja tukea tiedon avulla potilaan kykyä tehdä päätöksiä. Vastuu asiantuntemuksesta säilyy ammatillisella, mutta tiedon ja tuen avulla potilas kykenee muodostamaan käsityksen omasta tilanteestaan ja käytettävissä olevista vaihtoehdoista sekä tekemään tarvittavat päätökset tai valtuuttamaan päätöksenteon asiantuntijalle. (Beauchamp & Childress 2013; Leino-Kilpi 2014; Isotalo ym. 2014; Aggarwal

ym. 2014; Isotalo ym. 2015.) Potilaan itsemääräämistä tulee tukea myös tilanteissa, joissa kyky itsemääräämiseen on rajoittunutta tai sitä rajoitetaan (STM 2014; Kuosmanen 2009).

Valinnanvapauden tukemisessa on olennaista, että potilasta kuunnellaan ja hän voi esittää terveyteensä liittyviä kysymyksiä, saa niihin selkeitä, ymmärrettävissä olevia vastauksia ja kokee mielipiteensä arvokkaaksi. (Mead & Bower 2002; Mead ym. 2002; de Haes 2006; Moulton & King 2010; Beauchamp & Childress 2013; Launis 2013; Leino-Kilpi 2014.) Tietoa omasta tilanteesta ja hoidon mahdollisuuksista voidaan pitää itsemääräämisen edellytyksenä. Mikäli potilas ei saa tietoa tai ei ymmärrä sitä, hän ei voi vapaasti muodostaa käsitystä tilanteestaan ja käytettävissä olevista vaihtoehdoista. Kun potilaalle on tarjottu monipuolista tietoa ja tukea valintojen tekemiseksi, hän voi ottaa tiedon huomioon tai kieltäytyä siitä (Pietarinen 1993; Beauchamp & Childress 2013; Leino-Kilpi 2014). Riittävän tiedon ja omien arvojen pohjalta tehdyt epätavalliset tai erikoisetkaan ratkaisut eivät välttämättä osoita potilaan puutteellista kompetenssia, vaan niitä tulee kunnioittaa (Launis 2013). Kompetenssi on aina suhteellista, ja sen riittävyyden arvioimiseksi on keskeistä selvittää ajattelun, tahdon ja toiminnan johdonmukaisuus suhteessa niiden perusteluihin ja arvioida, onko kyse yleisestä vai tilannekohtaisesta kompetenssista. (Pietarinen 1993; Beauchamp & Childress 2013.) Riittävän kompetenssin arvioimiseksi voidaan myös erottaa toisistaan tietoa ja oman tiedon rajallisuutta koskeva ymmärrys, sillä täydellisen ymmärryksen saavuttaminen voi olla monissa tapauksissa mahdotonta (Feinberg 1986; Launis 2010; Beauchamp & Childress 2013).

Tiedon epätasainen jakautuminen palvelun tuottajan ja potilaan kesken tekevät valinnat erityisesti terveydenhuollossa haasteelliseksi (Arrow 1963; Le Grand 2007; Sintonen & Pekurinen 2009; Tuomala 2009; Valtonen 2010; Beauchamp & Childress 2013). Terveyspalveluille on ominaista, että terveydenhuollon ammattihenkilöt tietävät sairauden oireista, hoitokäytännöistä ja ennusteesta sekä toiminnan sisällöstä ja palvelujen laadusta enemmän kuin potilaat (Greener 2007; Beauchamp & Childress 2013). Useiden tutkimusten mukaan potilaat luottavat sairastuessaan ensisijaisesti lääkärin neuvoihin tai valtuuttavat terveyttä koskevan päätöksenteon lääkärille mieluummin kuin tekevät itse valintoja. He luottavat terveydenhuollon ammattihenkilöihin ja olettavat heidän tekevän potilaan edun mukaisia ratkaisuja. (Dealey 2005; Fotaki 2008; Mol 2008; Mendick ym. 2010; Victoor ym. 2012a; Victoor ym. 2013; Fotaki 2014.) Tiedon epätasaisen jakautumisen ongelma korostuu sellaisten henkilöiden kohdalla, jotka eivät sairauden tai muun syyn takia kykene ottamaan vastaan tietoa tai käsittelemään sitä (ETENE 2011a; ETENE 2011b; Beauchamp & Childress 2013; ETENE 2014). Lisäksi on havaittu, että vain pieni osa potilaista osaa tulkita terveyttä koskevaa tietoa ja kykenee sitoutumaan hoitoa koskeviin tavoitteisiin (Chen ym. 2014; Rademakers ym. 2013).

Terveydenhuollossa on tärkeää tunnistaa erilaisten potilaiden kyky tiedon käsittelyyn ja kyetä tukemaan heidän päätöksentekomahdollisuuksiaan sopivilla menetelmillä ja

yksilöllisillä tavoilla erityisesti valintatilanteissa, jotta he voisivat saavuttaa itsenäiseen päätöksentekoon tarvittavan kyvyn (Fotaki 2008; Mol 2008; Teperi ym. 2009; ETENE 2011b; Victoor ym. 2013). Asiantuntijalla on erityinen vastuu tiedottaa hoitoon liittyvistä riskeistä ja haitoista, jottei potilas päädy tiedon ja tuen puuttuessa ottamaan tarpeettomia riskejä päätöksissä. Valintapäätösten tekemisen edellytyksenä voidaan lisäksi pitää luotettavaa ja ymmärrettävää vertailutietoa palvelun sisällöstä, saatavuudesta, kustannuksista ja laadusta (Victoor ym. 2012a).

2.3 Valinnanvapaus potilaan laillisena oikeutena

Potilaan oikeuksia on tarkasteltu 1970-luvulta lähtien. Yhdysvalloissa vuonna 1972 syntynyttä A Bill of Rights -suositusta pidetäänkin potilasoikeuslainsäädännön esikuvana. (Kurittu 2001; Annas 2004.) Euroopassa julkaistiin vuonna 1994 potilaan oikeuksia koskeva julistus, A Declaration of the Promotion of Patients' Rights in Europe (WHO 1994). Suomessa potilaan oikeuksia koskeva laki astui voimaan jo vuonna 1993 (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Valinnanvapautta koskevista laillisista potilaan oikeuksista säädetään Suomessa yleisellä tasolla laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilaslaki tukee potilaan itsemääräämistä, mutta ei anna potilaalle mahdollisuutta valita terveystalvelujen tuottajaa julkisessa terveydenhuollossa.

Suomalaiset eivät ole voimakkaasti vaatineet laajempaa valinnanvapautta terveydenhuollossa (Pekurinen 1997; Valentine ym. 2008; Jäntti 2008; Koivusalo 2009) ja sen arvostus on ollut vähäistä (Pekurinen 1997; Valentine ym. 2008). Potilaan laillista oikeutta valita kiireettömän hoidon hoitopaikka laajennettiin vuonna 2011 Suomessa terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Terveydenhuoltolain voimaantulon jälkeen valinnanvapauden arvostus onkin lisääntynyt (STM 2016b; Kaikkonen ym. 2016). Suomessa potilaalla on oikeus terveydenhuoltolain perusteella (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 48) valita kiireetöntä hoitoa toteuttava sairaala yhteisymmärryksessä lähettävän lääkärin kanssa julkisessa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ottaa työssään huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään laissa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollossa käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilaan terveydentilan määrittäminen perustuu lääketieteellisesti yhtenäisiin perusteisiin, ja se tulisi arvioida yksilöllisesti. Hyvä hoito sisältää ihmis- ja perusoikeuksien noudattamisen hoitosuhteessa. (Lohiniva-Kerkelä 2015.) Potilaan hoidossa ja kohdellussa tulisi kunnioittaa ihmisarvoa, potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä ilman syrjintää sekä pyrkiä turvaamaan palvelujen yhdenvertainen alueellinen saatavuus. Potilaan

hoidossa ja kohtelussa tulisi ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon äidinkieli ja kulttuuri. (Lohiniva-Kerkelä 2015.) Hoitoon tai kohteluun tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus kyseiseen toimintayksikköön, eikä muistutuksen tekeminen rajoita potilaan oikeutta kannella hoidosta ja kohtelusta valvoville viranomaisille. Lisäksi potilaalla on oikeus saada potilasasiamieheltä apua oikeuksiensa edistämiseksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja hänellä on oikeus saada tietoa vapaaehtoisen päätöksenteon tueksi. Yhteisymmärryksellä tarkoitetaan potilaan suostumukseen pohjautuvaa päätöstä hoidosta tai siitä kieltäytymistä. Suostumus on osa potilaan itsemääräämisoikeutta, jonka lähtökohtana on vapaaehtoinen tietoon perustuva mielipiteen muodostus ja päätöksenteko. Itsemääräämisoikeuden käyttäminen edellyttää potilaalta kykyä ymmärtää hoidon kannalta olennaiset seikat ja vaikutukset terveydentilaan, mutta se ei edellytä täysi-ikäisyyttä tai oikeustoimikelpoisuutta. Potilaan ollessa itse kyvytön ilmaisemaan tahtoaan kuullaan hänen sijaispäättäjänsä ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä tai noudatetaan potilaan hoitotahtoa. Mitä suuremmasta riskistä ja vakavammasta puuttumisesta potilaan itsemääräämiseen hoidossa on kysymys, sitä tärkeämpää on selvittää potilaan tahto. Potilaan nimenomainen suostumus tarvitaan hoitolinjan valintaa koskevien päätösten, kajoavien tutkimusten ja hoitojen kohdalla, jolloin suostumus on hoidon luvallisuuden edellytys. Lääketieteellinen arvio ei voi korvata potilaan suostumusta. Potilaalla on oikeus muuttaa mieltään ja kieltäytyä jo aloitetusta tai suunnitellusta hoidosta hoitosuhteen katkeamatta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Kotisaari & Kukkola 2012; Pahlman 2015.)

Potilaan tiedonsaantioikeus velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä tiedon oma-aloitteeseen antamiseen hoitosuhteessa. Tieto terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista tulisi antaa selkeästi ja ymmärrettävässä muodossa kiinnittäen huomiota potilaan ikään, koulutukseen ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Tiedot annetaan ensisijaisesti potilaalle itselleen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992), ja hänellä on oikeus halutessaan tarkistaa itseään koskevat potilasasiakirjat (Henkilötietolaki 523/1999; Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999).

2.3.1 Potilaan oikeus valita hoitopaikka

Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) lähtökohtana on ollut potilaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. Asiakaskeskeisyyttä on pyritty parantamaan vahvistamalla potilaan asemaa ja oikeuksia hoidon järjestämistä ja toteuttamista koskevassa päätöksenteossa laajentamalla potilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta on Suomessa laajentunut vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa 1.5.2011 alkaen potilaalla oli perusterveydenhuollossa oikeus valita

terveysasema kotikuntansa alueella ja erikoissairaanhoidossa hoitopaikka kotikuntansa erityisvastuualueelta. Toisessa vaiheessa 1.1.2014 alkaen valinnan on voinut tehdä koko Suomen alueella.

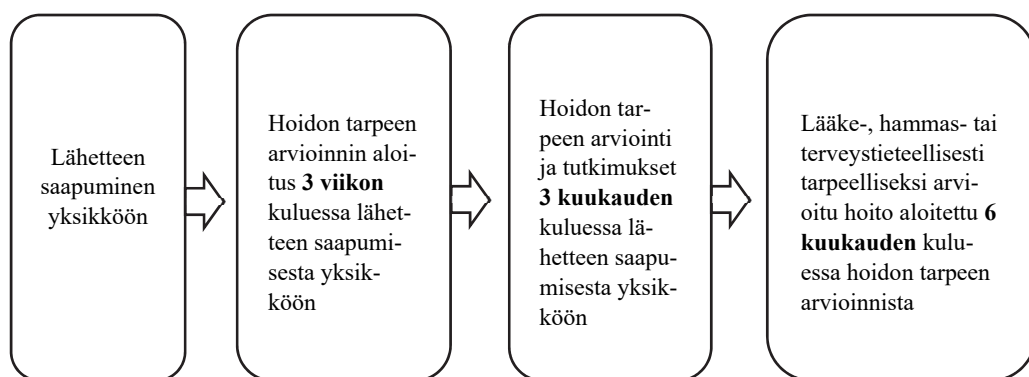
Vuonna 2011 lain tullessa voimaan potilas voi valita perusterveydenhuollon palvelun asuinkuntansa alueella tekemällä valinnasta kirjallisen ilmoituksen palveluntuottajalle. Potilas voi valita vain yhden terveysaseman ja vaihtaa valintansa aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä. Hoitovastuu siirtyi valitulle terveysasemalle kolmen viikon kuluessa potilaan ilmoituksesta. Lisäksi potilaalla oli pitempiaikaisen tai säännöllisen toisella paikkakunnalla asumisen, opiskelun tai muun vastaavan oleskelun perusteella mahdollisuus käyttää muun kuin kotikuntansa perusterveydenhuollon palveluja ilmoittamalla siitä kirjallisesti palveluntuottajalle. Potilaan valinnanvapautta ei ulotettu koskemaan koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa tai pitkäaikaista laitoshoidoa, eikä kunnalla ollut velvollisuutta järjestää lakisääteistä kotisairaanhoidoa oman alueensa ulkopuolelle. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Erikoissairaanhoidossa potilaalla oli lain voimaan tullessa oikeus valita yhteisymmärryksessä lähettävän lääkärin kanssa julkinen erikoissairaanhoidon toimintayksikkö oman kotikuntansa mukaiselta erityisvastuualueelta. Vastaavalla tavalla kuin perusterveydenhuollossa, potilaalla oli myös erikoissairaanhoidossa lain voimaantulon alusta lukien mahdollisuus esimerkiksi pitempiaikaisen toisella paikkakunnalla asumisen perusteella saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa muulta kuin kotikuntansa erityisvastuualueelta. Lisäksi potilas voi valita muun erityisvastuualueen kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Vuoden 2014 alusta lukien potilas on voinut valita perusterveydenhuollosta vastaavan terveyskeskuksen tai terveyskeskuksen terveysaseman sekä hoitoa toteuttavan julkisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön koko maan alueelta. Potilaalla ei kuitenkaan ole oikeutta valita hoidon porrastusta eikä hoitoa sairaalassa, jossa potilaan tarvitsemaa hoitoa ei tarjota (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnanvapautta käyttävien potilaiden terveydenhuollon kustannuksista vastaa potilaan kotikunta (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaki 912/1992). Matkakustannukset korvataan sairausvakuutuksen perusteella lähimpään perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon hoitopaikkaan (Sairausvakuutuslaki 1224/2004).

Erikoissairaanhoidossa hoitopaikan valinta tehdään hoidon tarpeen arvion perusteella lähetetilanteessa yhteisymmärryksessä lähettävän lääkärin kanssa. Yhteisymmärryksessä tapahtuva päätöksenteko viittaa perustuslaissa säädettyyn yksilön oikeuteen osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaiseen tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeuteen, jota sovelletaan hoitopaikan valintaa koskevassa potilaan ja lääkärin välisessä päätöksentekotilanteessa (HE 90/2010 vp). Yhteisymmärrys tarkoittaa itsemääräämisen periaatteen kunnioittamista ja potilaan tahdon huomioimista valintatilanteessa. Lääkärin tulisi arvioida, missä hoitoa voidaan antaa, esittää potilaille hoitopaikkaa koskevat vaihtoehdot, varmistua hoidon toteuttamista

koskevien määräaikojen pitävyydestä ja kohdella potilaita yhdenvertaisesti lain soveltamisessa. Myös sairaaloiden tulisi soveltaa lakia tasapuolisesti. Hoitopaikka voisi kieltäytyä potilaan vastaanottamisesta vain, jos se ei kykene antamaan potilaan terveydentilan edellyttämää palvelua lääketieteellisin perustein riittävän ajoissa tai lainkaan. (HE 90/2010 vp; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Potilaan hoitoonpääsy ja hoidon järjestäminen riippuvat tavallisesti sairauden tai vamman kiireellisyydestä. Potilaalla on subjektiivinen oikeus saada kiireellisessä tapauksessa tarvittava hoito välittömästi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Yhdenvertaisen kohtelun varmistamiseksi potilaan terveydentilan arvioinnin tulisi perustua terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään arvioon, lääketieteellisesti hyväksyttäviin yhtenäisiin hoidon perusteisiin ja kiireellisyysluokitukseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Kiireettömässä hoidossa julkisessa terveydenhuollossa tulisi noudattaa määräaikoja ja järjestää hoito potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa. Kunnan tai sairaanhoitopiirin on julkaistava tiedot kiireettömän hoidon hoitoonpääsyn odotusajoista vähintään neljän kuukauden välein internetissä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Peltari & Kaila 2014.) Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta hoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen edellyttämä erikoislääkärin arvio ja mahdolliset kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset on toteutettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeellinen hoito ja neuvonta tulisi järjestää ja aloittaa hoidon kiireellisyys huomioon ottaen kuuden kuukauden aikana hoidon tarpeen arvioinnista (Kuvio 4). Mikäli hoitoa ei pystytä antamaan potilaalle määräajassa, potilaalla on oikeus saada hoitoa muulta palveluntuottajalta tai suomalaisen palveluvalikoimaan kuuluvaa hoitoa toisesta EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013.)



Kuvio 4. Hoitoonpääsyn määräajat erikoissairaanhoidossa (mukailtu Terveydenhuoltolaki 1326/2010)

3. SAIRAALAN VALINTA POTILAAN NÄKÖKULMASTA TARKASTELTUNA

3.1 Hakuprosessin kuvaus

Tutkimuksessa toteutettiin integroiva kirjallisuuskatsaus, jossa tarkasteltiin valinnanvapautta sairaalan valintana ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sellaisena, kuin ne aikaisemmissa tutkimuksissa ilmenivät potilaan näkökulmasta kuvattuina. Tätä edeltävästi tunnistettiin aikaisemman kirjallisuuden (*scoping review*) perusteella induktiivisesti tekijöitä ja muodostettiin kokonaisuudet, joiden mukaisesti valinnanvapautta tarkasteltiin. (Whittemore & Knafl 2005; Davis ym. 2009; Suhonen ym. 2016.) Kokonaisuudet olivat valinnanvapauden arvostaminen, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen ja sairaalan valintaan osallistuminen sekä sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät. (Ks. luku 5.1 ja 5.2.1.3).

Integroivaa kirjallisuuskatsausta koskevaa hakua varten asetettiin mukaanotto- ja poistokriteerit (Taulukko 1) ja päätettiin hakustrategiasta. Tutkimusten keskinäisen vertailtavuuden parantamiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi kirjallisuuskatsaukseen otettiin tieteellisiä tutkimuksia, joissa sairaalan valintaa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä oli tarkasteltu erityisesti *potilaan näkökulmasta*. Potilaan näkökulmalla tarkoitetaan potilaan ilmaisemaa näkemystä valinnanvapaudesta sairaalan valinnan yhteydessä. Kirjallisuuskatsauksesta jätettiin pois terveyspalvelujen kuluttajiin, asiakkaisiin ja väestöön yleisesti kohdistuvat tutkimukset, rekisteriaineistotutkimukset, valinnanvapautta käsittelevät kustannus-hyötyanalyysit ja terveyspolitiikkaa tai terveydenhuollon järjestelmää ja valinnanvapautta käsittelevät tutkimukset.

Kirjallisuushaku rajattiin vuosiin 2003–2017. Potilaan valinnanvapautta on laajennettu 2000-luvulla erityisesti verorahoitteisissa terveysjärjestelmissä (Fotaki 2013), ja aihetta on myös tutkittu eri näkökulmista aktiivisesti. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin suomen tai englannin kielellä julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, joista oli saatavilla tiivistelmä. Haku suoritettiin 11.4.–11.7.2014 yhteistyössä informaation kanssa Medic-, Arto-, MEDLINE- (PubMed-, Ovid-), Embase-, CINAHL- ja Web of Science-tietokannoista. Kirjallisuushaku päivitettiin 7.3.2017. Hakutermien valinta perustui tutkijan muodostamaan käsitykseen tutkimuskohteesta ja informaation asiantuntemukseen hakumenetelmien käytöstä (Liite 1).

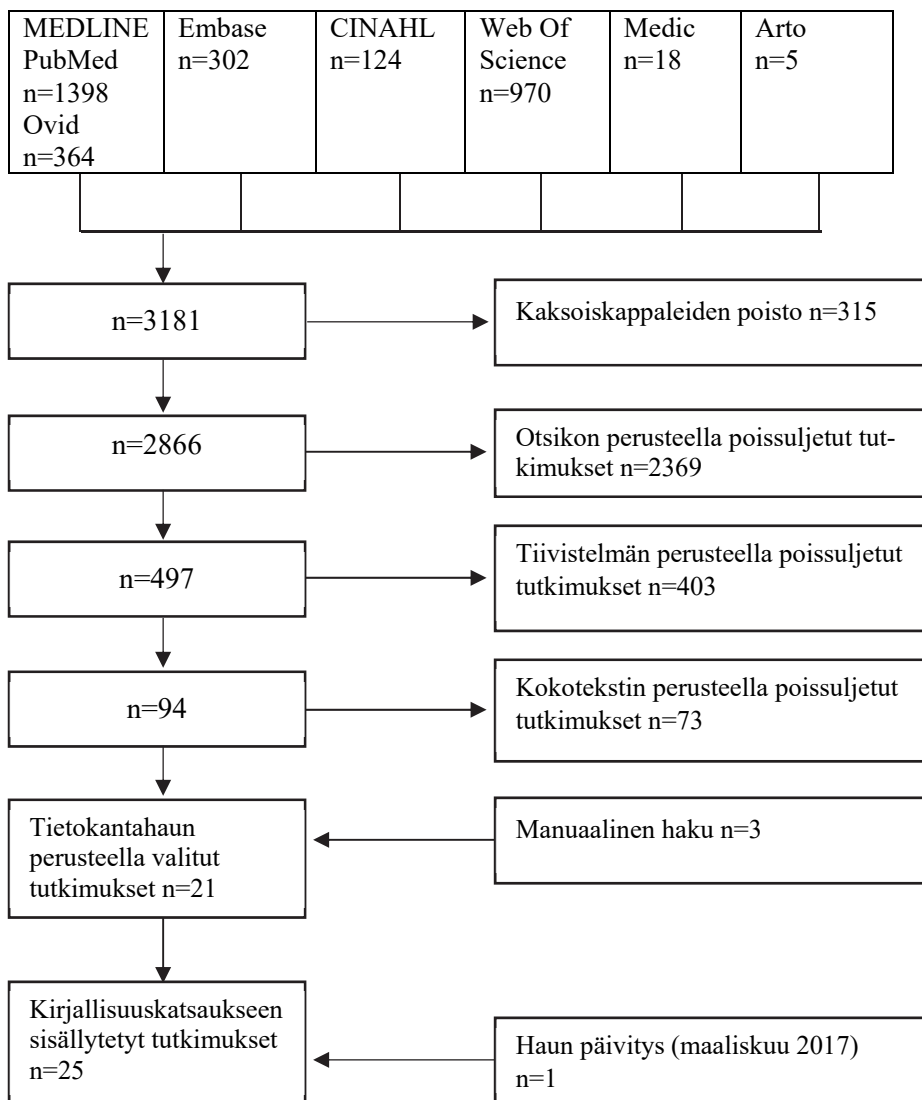
Taulukko 1. Sairaalan valintaa potilaan näkökulmasta tarkastelevan integroivan kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poisjättökriteerit

Mukaanottokriteerit	Poisjättökriteerit
Tieteelliset tutkimukset, joissa sairaalan valintaa oli tutkittu <i>potilaan näkökulmasta</i>	Tieteelliset tutkimukset, joissa sairaalan valintaa oli tutkittu kuluttajan, asiakkaan tai väestön näkökulmasta yleisesti tai muulla tavalla kuin mielipidettä kysymällä
Tutkimuksen julkaisukieli oli englanti tai suomi	Tutkimuksen julkaisukielenä oli jokin muu kuin englanti tai suomi
Tutkimuksesta oli saatavilla tiivistelmä	Tutkimuksesta ei ollut saatavilla tiivistelmää
Tutkimus oli julkaistu vuosina 2003–2017	Tutkimus oli julkaistu ennen vuotta 2003

Kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset arvioitiin kolmessa vaiheessa kahden tutkijan yhteistyönä (Whittemore & Knafl 2005; CDR 2009; Lemetti & Ylönen 2016). Ensimmäisessä vaiheessa tietokannoista saadut hakutulokset (3181) siirrettiin viitteidenhallintaohjelmaan (*Refworks*) ja kaksoiskappaleet (315) poistettiin. Tämän jälkeen tutkija vertasi valittujen viitteiden otsikoita mukaanotto- ja poisjättökriteereihin. Otsikon perusteella poistettiin 2369 viitettä jatkoanalyysistä. Toisessa vaiheessa haettiin valittujen tutkimusten tiivistelmätiedot ja tutkija vertasi tiivistelmien tietoja mukaanotto- ja poisjättökriteereihin. Tiivistelmän arvioinnin perusteella jatkoanalyysistä poistettiin 403 tutkimusta. Kolmannessa vaiheessa kaksi tutkijaa arvioivat itsenäisesti valittujen tutkimusten tiivistelmien tietoja suhteessa mukaanotto- ja poisjättökriteereihin, keskustelivat arviointituloksista ja valitsivat yhdessä artikkelit kokotekstin tarkasteluun. Artikkelivalinnoille laskettiin tutkijoiden yksimielisyyttä kuvaava (”samaa mieltä” – ”eri mieltä”) yksimielisyyskerroin. Tutkijat olivat 90-prosenttisesti yksimielisiä 80 artikkelin valinnasta kokotekstin tarkasteluun ja viiden artikkelin tarkemmasta analyysistä ennen lopullisen valinnan tekemistä. Yhdeksän artikkelia hylättiin yhteisen keskustelun perusteella. Kokotekstin lukemisen perusteella kirjallisuuskatsaukseen otettiin 21 artikkelia. Tutkimuksia haettiin myös manuaalisesti tutkimusten lähdeluetteloista ja aihealuetta koskevasta kirjallisuudesta. Manuaalisessa haussa noudatettiin asetettuja mukaanotto- ja poisjättökriteerejä. Manuaalisen haun perusteella kirjallisuuskatsaukseen otettiin kolme tutkimusta. Kirjallisuushaun päivityksen perusteella kirjallisuuskatsaukseen otettiin yksi tutkimus. Tutkimusten arviointivaiheen jälkeen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin yhteensä 25 tutkimusta (Kuvio 5).

Kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset oli toteutettu vuosina 2003–2015 Hollannissa (n=9), Englannissa (n=4), Yhdysvalloissa (n=3), Tanskassa (n=2), Turkissa (n=2), Saudi-Arabiassa (n=1), Saksassa (n=1), Ranskassa (n=1), Iranissa (n=1) ja Suomessa (n=1). Tutkimusmenetelminä oli käytetty kyselytutkimusta (n=18), kyselytutkimuksen ja hypoteettisen valinnan (esim. *discrete choice experiment*, DCE) yhdistelmää (n=6) ja laadullista haastattelututkimusta (n=1). Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettyjen

kuvailevien poikkileikkaustutkimusten laatu arvioitiin survey-tutkimusten arviointiin soveltuvalla *Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study* -arviointimenetelmällä (CEMB 2014), ja laadullinen tutkimus arvioitiin MMAT-arviointimenetelmällä (*Mixed Methods Appraisal Tool*) (Pluye ym. 2011) (Liitteet 2 ja 3). Poikkileikkaustutkimusten laadun vaihteluväli oli 4–11 (asteikko 1–12) ja keskiarvo 8,4. Puolet tutkimuksista (n=12) oli tasoltaan vähintään keskiarvoa. Laadullinen tutkimus todettiin korkeatasoiseksi. Laadun arvioinnin perusteella kirjallisuuskatsauksesta ei jätetty pois yhtään tutkimusta.



Kuvio 5. Kirjallisuuden (vuosilta 2003–2016) hakuprosessin vaiheet (mukaiiltu Moher ym. 2010)

3.2 Valinnanvapauden arvostaminen

Tutkimusten perusteella valtaosa potilaista arvosti vapautta valita sairaala (Lampinen 2003; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010). Naiset, iäkkäät, vähän koulutetut, etniseltä taustaltaan valtaväestöstä poikkeavat potilaat ja ne, joilla oli huonoja aikaisempia kokemuksia tietystä sairaalasta, pitivät valinnanvapautta tärkeämpänä kuin muut (Lampinen 2003; Dixon ym. 2010). Lääkärit uskoivat valinnanvapauden kiinnostavan vain nuorempia, korkeasti koulutettuja ja kaupunkien alueilla asuvia potilaita eivätkä rohkaisseet potilaita osallistumaan sairaalan valintaan (Dixon ym. 2010). Pelko potilaiden menettämisestä valintojen seurauksena toiseen sairaalaan saattoi kannustaa sairaaloita kiinnittämään huomiota hoidon laatuun ja vertailutiedon julkaisuun (Dixon ym. 2010; Mosadeghrad 2014).

Suomalaistutkimuksen mukaan sairaalan valinta tulisi valtaosan mielestä tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja lääkärin kesken. Erityisesti 36–55-vuotiaat, työssäkäyvät ja omaa päätöksentekoa tärkeänä pitävät potilaat kannattivat yhteisymmärryksessä tapahtuvaa sairaalan valintaa. Lääkärit sanoivat pitävänsä tärkeänä potilaan osallistumista päätöksentekoon. Valtaosa lääkäreistä sanoi antaneensa potilaalle mahdollisuuden valita, mutta kuitenkin vain runsas viidennes piti potilaan perusteltua tahtoa sairaalan valinnan kriteerinä. Lääkärit rohkaisivat harvoin potilasta osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja antoivat tietoa valintaan osallistumiseksi. Yksityissektorilla toimivat, erikoistuneet ja potilaan päätöksentekoon osallistumista tärkeänä pitävät lääkärit kannattivat yhteisymmärryksessä tapahtuvaa päätöksentekoa muita enemmän. (Lampinen 2003.)

3.3 Sairaalan valinta

3.3.1 Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen

Potilaan valinnanvapautta koskeva lainsäädäntö vaihtelee eri terveydenhuoltojärjestelmissä. Vain harvoissa maissa terveydenhuoltohenkilöstöllä on laillinen velvoite informoida potilasta valintaa koskevista oikeuksista, eivätkä potilaat usein tunne oikeuksiaan (Winblad 2008; Jonsson ym. 2016). Esimerkiksi Suomessa heikoiten kaikista potilaan oikeuksista ovat toteutuneet valinnanvapautta koskevat oikeudet (Pekurinen 1997).

Hollantilaisen tutkimuksen mukaan lähes kaikki vastaajat (de Groot ym. 2011) tunsivat sairaalan valintaa koskevat oikeutensa, kun taas Englannissa ja Tanskassa oikeutensa tunsivat alle puolet vastaajista (Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011). Kuntien väliseen työnjakosopimukseen perustuvaa potilasohjauksellista ja sairaalan valintaan osallistumista tarkastelleen suomalaisen tutkimuksen mukaan korkeintaan neljännes vastaajista tiesi mahdollisuudesta valita sairaala sopimuksen perusteella (Lampinen 2003). Naiset, korkeasti koulutetut, iäkkäät, työelämän ulkopuolella olevat, pienellä paikkakunnalla asuvat ja

kirurgian erikoisalan potilaat tunsivat sairaalan valintaa koskevat oikeutensa muita paremmin (Lampinen 2003; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011). Toisaalta myös miesten on todettu tuntevan oikeutensa naisia paremmin (Dixon ym. 2010).

3.3.2 Sairaalan valintaan osallistuminen

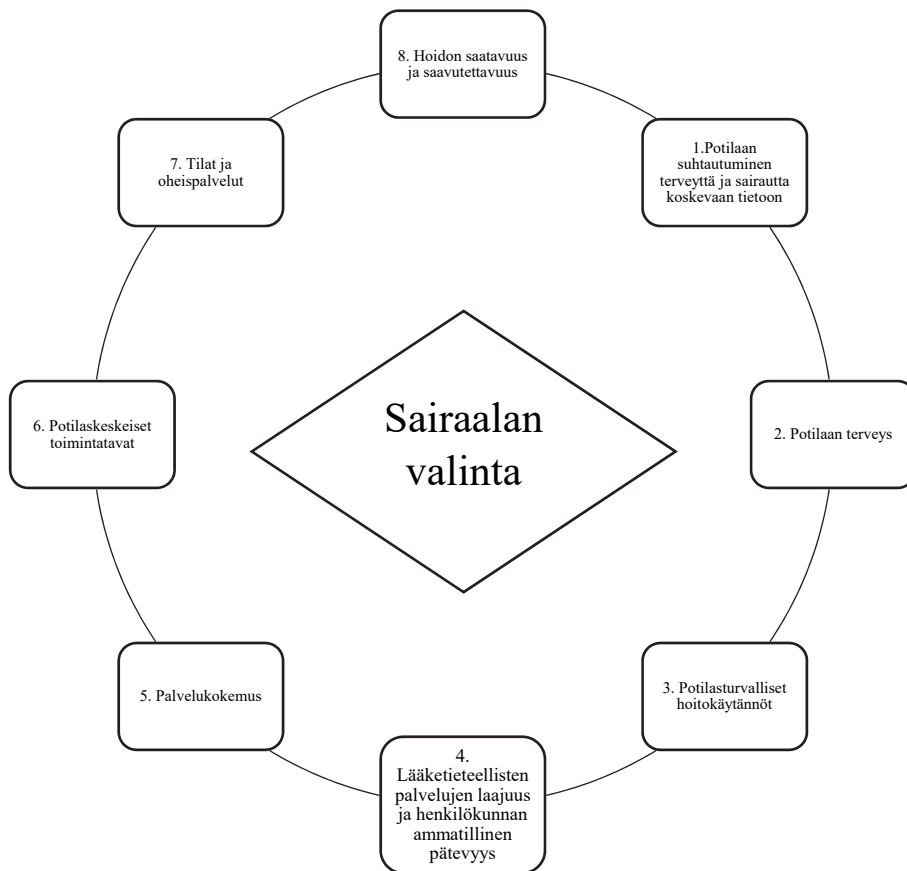
Aktiivinen sairaalan valintaan osallistuminen ei ole tutkimusten perusteella kovinkaan yleistä. Potilaat eivät osallistuneet aktiivisesti sairaalan valintaan vaan valtuuttivat sen lääkärille (Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Merle ym. 2009; Lako & Rosenau 2009; Moser ym. 2010; Dijs-Elsinga ym. 2010; Birk ym. 2011; Tengilimoglu ym. 2014; Mosadeghrad ym. 2014; Groenewoud ym. 2015). Potilaat valitsivat aktiivisen roolin vain ollessaan tyytymättömiä hoitoon tai halutessaan toisen lääkärin mielipiteen tilanteestaan. Erityisesti uudessa valintatilanteessa olevat tai iäkkäät potilaat luottivat sairaalaa valitessaan lääkärin mielipiteeseen (Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Lako & Rosenau 2009; Moser ym. 2010).

Hoidon kustannusten ja potilaan tulotason (Al-Doghaither ym. 2003; Mosadeghrad 2014) sekä sairausvakuutuksen korvaustason (Akinci ym. 2004; Mosadeghrad 2014) todettiin rajoittavan potilaan valintamahdollisuuksia esimerkiksi Turkissa, Iranissa ja Saudi-Arabiassa. Verorahoitteisiin terveystalvvelujärjestelmiin kuuluvissa Englannissa ja Tanskassa noin puolet potilaista oli valinnut sairaalan (Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011). Osa potilaista valitsi kaikissa tilanteissa paikallisen sairaalan, vaikka heillä olisi ollut valinnanvaraa (Burge ym. 2004; Coulter ym. 2005; Dijs-Elsinga ym. 2010; Dixon ym. 2010). Naiset, muita terveemmät potilaat, pienellä paikkakunnalla asuvat, julkisella sektorilla työskentelevät ja yrittäjät valitsivat sairaalan useammin (Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011). Sairaalan valintamahdollisuuden olivat saaneet ja sitä olivat käyttäneet muita useammin myös leikkaus- tai vuodeosastohoitoa tarvitsevat (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010) ja silmätautien erikoisalan potilaat (Coulter ym. 2005; Birk ym. 2011). Sen sijaan lastentautien ja neurologian erikoisalan potilaat valitsivat sairaalan harvemmin kuin muiden tutkimuksessa tarkasteltujen erikoisalojen potilaat (Birk ym. 2011).

Amerikkalaisia koskevan tutkimuksen mukaan vanhimmat, naiset, etniseltä taustaltaan valtaväestöstä poikkeavat, köyhimmät ja suurten kaupunkien ulkopuolella asuvat potilaat saivat muita harvemmin valita sairaalan. Sairaalan valinneet olivat muita tyytyväisempiä leikkaustulokseen. (Losina ym. 2005.) Suomalaistutkimuksen mukaan noin puolet ajanvaraus- ja päivystyspotilaista halusi valita sairaalan ja valtaosa uskoi kykenevänsä siihen. Kuitenkin korkeintaan neljännes heistä sai valita sairaalan. Valintaa koskevan oikeutensa tuntevat ja sitä arvostavat, valitsemaan aktiiviset, iäkkäät ja yksityislääkärin läheteellä sairaalaan saapuneet ajanvarauspotilaat osallistuivat sairaalan valintaan muita useammin. Päivystyspotilaat kokivat sairaalan valintaan osallistumismahdollisuutensa huonompina kuin ajanvarauspotilaat. (Lampinen 2003.)

3.3.3 Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät

Tässä luvussa tarkastellaan potilaaseen ja terveydenhuollon organisaatioon liittyviä tekijöitä, joiden yhteyttä tai osuutta sairaalan valintaan oli tutkittu, kun sitä tarkasteltiin potilaan näkökulmasta. Potilaaseen liittyviä tekijöitä olivat terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon suhtautuminen sekä itsearvioitu terveys (1–2). Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevat tekijät muodostavat asiakokonaisuuksia (3–8). Kuviossa 6 esitetään kaikki tutkimuksissa kuvatut sairaalan valintaan yhteydessä olevat kokonaisuudet. Numerointi viittaa käsiteltävään asiaan eikä kuvaa niiden keskinäistä järjestystä. Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevaa asiakokonaisuutta on määritelty laajasti aikaisemman kirjallisuuden avulla. Seuraavissa kappaleissa (esim. potilasturvalliset hoitokäytännöt) esitetään kulloinkin käsiteltävänä olevan kokonaisuuden keskeiset tekijät (Kuviot 7–14).

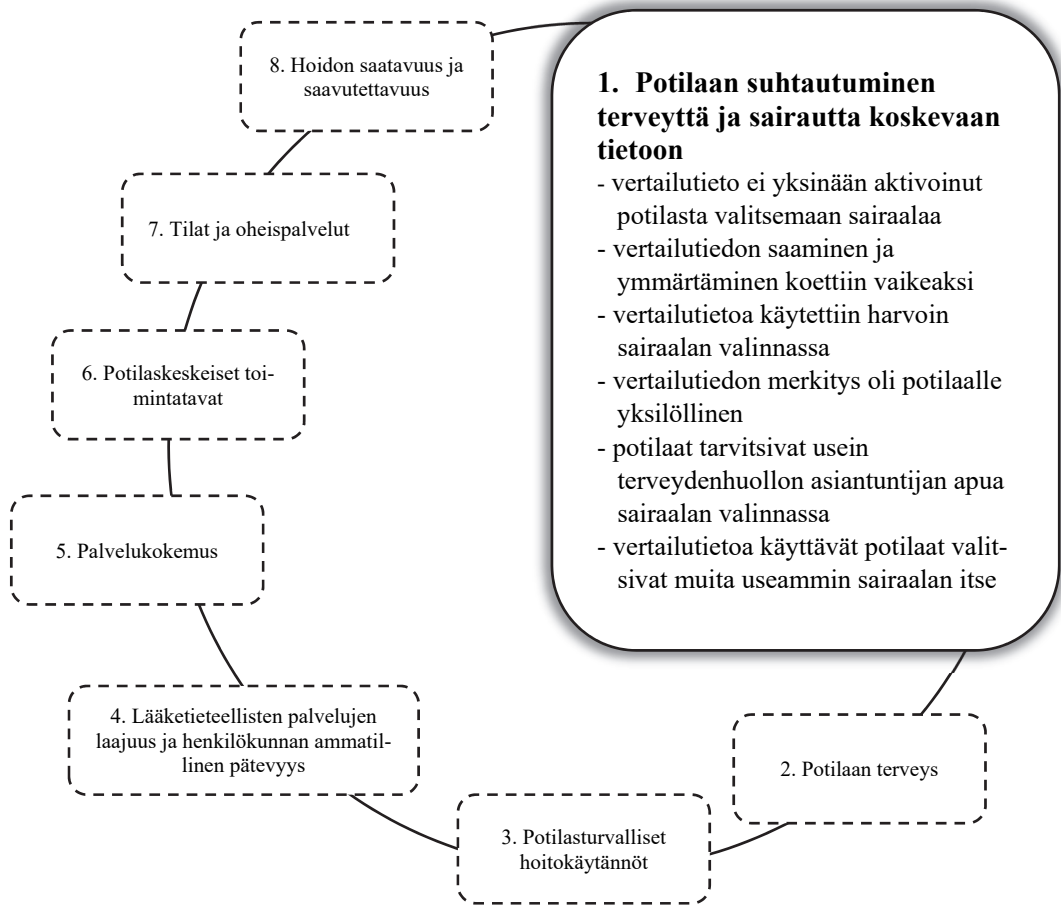


Kuvio 6. Tekijät ja asiakokonaisuudet, joiden yhteyttä sairaalan valintaan oli tutkittu kirjallisuudessa

3.3.3.1 Potilaan suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon

Terveydenhuollon toimintaa ja palvelun laatua koskevaa vertailutietoa julkaistaan useissa maissa muun muassa internetissä. Vertailutiedon julkaiseminen ei yksinään aktivoinut potilaita valitsemaan sairaalaa, sillä potilaat käyttivät verrattain vähän vertailutietoa sairaalan valinnassa. Potilaat arvioivat kuitenkin käyttävänsä enemmän vertailutietoa sairaalaa tulevaisuudessa valitessaan (Schwartz ym. 2005; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; de Groot ym. 2012). Syynä vertailutiedon vähäiseen käyttöön mainittiin tiedon saamisen ja ymmärtämisen ongelmat, tiedon epätarkkuus sekä epäluottamus tietoa kohtaan. Osa potilaista piti vertailutiedon käyttöä tarpeettomana. (Schwartz ym. 2005; Coulter ym. 2005; Lako & Rosenau 2009; de Groot ym. 2011; de Groot ym. 2012; Laverty ym. 2013; Bozic ym. 2013; Mosadeghrad 2014.) Monimutkainen esitystapa ei kannustanut potilaita vertailutiedon käyttöön (de Groot ym. 2011). Vertailutietoa käyttäneet potilaat valitsivat muita useammin itse sairaalan (de Groot ym. 2011) ja matkustivat kotipaikkansa ulkopuolella sijaitsevaan sairaalaan (Laverty ym. 2013).

Vertailutiedon sisällön kehittämisessä olisi tärkeää huomioida potilaiden näkemykset sairaalan valinnassa tärkeästä ja tarpeellisesta tiedosta, sillä potilaat painottavat eri tekijöitä eri tilanteissa (Geraedts ym. 2007; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2011; Zwijnenberg ym. 2011; Laverty ym. 2013; Bozic ym. 2013; Mosadeghrad ym. 2014; Groenewoud ym. 2015). Potilaita tulisi myös kannustaa vertailutiedon sisällön kehittämiseen (Zwijnenberg ym. 2011). Potilaat tarvitsivat sairaalan valinnassa terveydenhuollon asiantuntijan apua ja luottivat siihen (Coulter ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Lako & Rosenau 2009; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010; Mosadeghrad 2014). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisikin käyttää vertailutietoa ja ohjata potilaita sairaalan valinnassa (Coulter ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Lako & Rosenau 2009; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010; Mosadeghrad 2014). Potilaat arvostivat myös potilasneuvojan tukea päätöksenteossa, ja valtaosa heistä oli erittäin tyytyväinen saamaansa palveluun (Coulter ym. 2005). (Kuvio 7).



Kuvio 7. Potilaan suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon – keskeiset tekijät

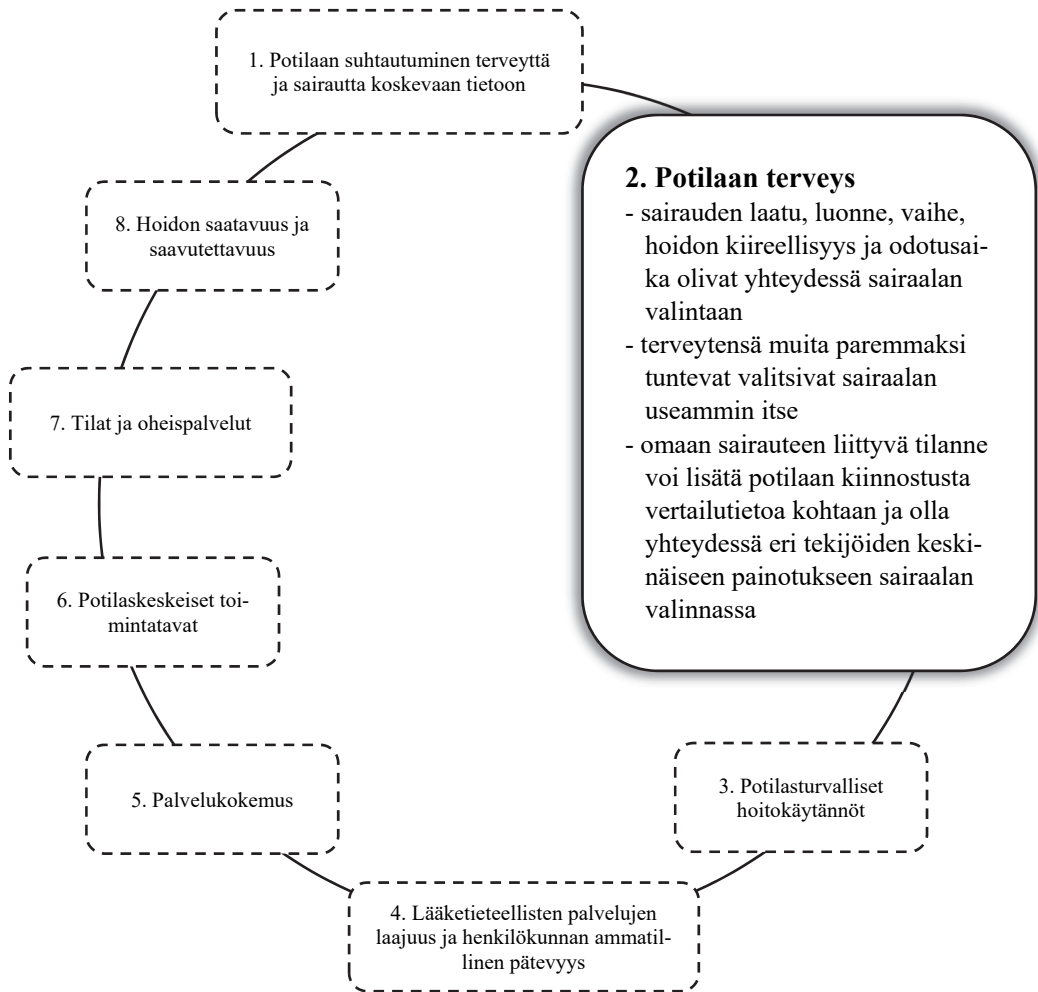
3.3.3.2 Potilaan terveys

Sairaalan valinnan on todettu olevan yksilöllinen prosessi, johon potilaan sairauden laatu ja hoidon kiireellisyys ovat yhteydessä. Valintakriteerit vaihtelivat kiireettömän ja kiireellisen sekä perustason ja erikoistason hoidon välillä. (Boscarino & Steiber 1982; Lane & Lindquist 1988.) Tyypillistä esimerkkiä potilaasta valitsijana ei voida määrittellä, koska valinnat ovat eri tilanteissa erilaisia. Valintoja tehdessään potilaat luottivat pääasiassa omiin kokemuksiinsa ja lääkärin mielipiteisiin sekä Euroopassa että USA:ssa (Victoor ym. 2012a).

Tutkimusten perusteella potilaan sairauden luonne, vaihe ja vakavuus olivat yhteydessä sairaalan valintaan. Kiireellisessä hoidon tarpeessa ja vakavasti sairaana potilaat valitsivat lähellä sijaitsevan sairaalan (Mosadeghrad 2014; Groenewoud ym. 2015). Erityisesti monisairaajat potilaat pyrkivät varmistumaan sairaalan erikoisosaamisen ja hoitomahdollisuuksien riittävydestä terveytensä mahdollisen heikentymisen varalta elektiiviseen leikkaukseen mennessään (Moser ym. 2010).

Terveytensä muita paremmaksi arvioineet potilaat valitsivat useammin sairaalan itse (Dixon ym. 2010) ja etsivät tietoja sairaalan toiminnasta ja palvelujen laadusta sairaaloiden verkkosivuilta (Lavery ym. 2013). Potilaat olivat pääosin kiinnostuneita samoista tiedoista sairaudesta riippumatta (Losina ym. 2005; de Groot ym. 2012). Terveytensä muita heikommaksi arvioineet potilaat pitivät lääkärin käyttäytymistä tärkeänä sairaalan valinnassa (Zwijnenberg ym. 2011; de Groot ym. 2012). Omaan sairauteen liittyvä erityinen tilanne voi lisätä potilaan kiinnostusta tarkempaa toimenpidekohtaista tietoa kohtaan. Esimerkiksi hoidon komplikaation saaneet potilaat sanoivat käyttävänsä enemmän ja tarkempia vertailutietoja seuraavassa sairaalan valinnassa (Marang-van de Mheen ym. 2010). Toimenpidekohtaisen vertailutiedon merkitys valinnassa vaihteli myös erityyppisessä leikkauksessa käyneiden potilaiden keskuudessa (Marang-van de Mheen ym. 2011).

Lyhyt odotusaika oli sairaalan valinnassa tärkeämpi terveytensä muita heikommaksi arvioineille (Lavery ym. 2013; Groenewoud ym. 2015). Kivuliaat ja terveytensä muita heikommaksi arvioineet potilaat valitsivat nopeamman hoitopääsyn vuoksi myös toisella paikkakunnalla sijaitsevan sairaalan (Burge ym. 2004; Moser ym. 2010). Terveytensä muita heikommaksi arvioineet potilaat olivat terveempiä tyytymättömpiä sairaalan valintaan, sen sijaan toisella paikkakunnalla sijaitsevassa sairaalassa hoidetut kivuliaat potilaat olivat tavallisesti tyytyväisiä valintaansa. (Coulter ym. 2005.) (Kuvio 8).



Kuvio 8. Potilaan terveys –keskeiset tekijät

3.3.3.3 Sairaalan toiminta ja palvelun laatu

Ensimmäiset terveystalouden käytön valintaa koskevat tutkimukset tehtiin 1980-luvun alussa. Tutkimukset osoittivat, että hoidon korkea laatu, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä sairaalan maine ja potilaan kokemukset olivat yhteydessä sairaalan valintaan (Berkowitz & Flexner 1981; Boscarino & Steiber 1982; Wolinsky & Kurz 1984; Lane & Lindquist 1988; Lindquist & Lane 1991; Heischmidt & Heischmidt 1991; Gooding 1995).

Sairaalan valintaan yhteydessä olevat toiminnan ja palvelun laatua koskevat tekijät vaikuttavat säilyneen melko samanlaisina vuosien saatossa. Victoorin ym. (2012a) mukaan sairaalan valintaan olivat yhteydessä rakennetekijät, joihin kuuluivat muun muassa hoidon saatavuus, saavutettavuus ja palvelujen laajuus sekä prosessitekijät, jotka sisälsivät esimerkiksi henkilöstön vuorovaikutustaidot. Hoidon tulosten yhteys sairaalan valintaan oli epäselvä, sillä joidenkin tutkimusten mukaan hoidon tulokset olivat heikosti yhteydessä potilaan valintaan, mutta toisten tutkimusten mukaan jopa vahvasti tai ainakin kohdallisesti. Ristiriitainen kuva syntyi myös siitä syystä, että potilaat eivät valinneet todellisessa valintatilanteessa niiden tekijöiden perusteella, joita sanoivat pitävänsä tärkeinä. (Victoor ym. 2012a.) Onkin todettu, että potilaat eivät valitse rationaalisesti terveydenhuollon palveluja eikä valtaosa kykene tai halua tehdä valintoja. Potilaat eivät esimerkiksi koe sairaalan valintaa tarpeellisenä, jos he ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin tai jos he kokevat hoitoprosessin keskeytyvän sairaalan vaihdon seurauksena (Fotaki 2008; Victoor ym. 2014).

Suomalaisen tutkimuksen mukaan tärkeimmät tekijät hoitopaikan valinnassa olivat hoidon laatu ja turvallisuus, kohtuulliset jonotusajat sekä ajanvarauksen helppous, joita piti erittäin tärkeinä kaksi kolmasosaa vastaajista. Kansalaiset luottivat hoitopaikan valinnassa omiin aikaisempiin kokemuksiinsa enemmän kuin läheisten ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden suosituksiin. Valtaosa vastaajista ei ollut kokenut sairaalan valitsemista tai vaihtamista tarpeellisenä. Valintaoikeuksien ja sairaaloiden palvelujen heikko tunteminen sekä pitkät välimatkat koettiin sairaalan valinnan tai vaihtamisen esteinä. Erityisesti yli 75-vuotiaat pitivät sairaaloita koskevan tiedon puutetta, vaihtamiseen liittyviä kustannuksia ja käytännön hankaluuksia isompana valinnanvapauden esteenä kuin nuoremmat. (Kaikkonen ym. 2016.)

Kiinnostus terveydenhuollon laadun elementtien määrittelyyn on lisääntynyt 2000-luvulla. Esimerkiksi Euroopan Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) ja Maailman Terveysjärjestön (WHO) mukaan terveydenhuollon laatua koskevat elementit sisältävät hoidon saatavuuden, vaikuttavuuden, tehokkuuden, kustannukset, tasa-arvoisen palvelujen saatavuuden ja potilaskeskeisyyden (WHO 2000; Arah ym. 2006; Kelly & Hurst 2006). Suomalaisen suosituksen mukaan palvelujen laadun ulottuvuudet ovat

potilaskeskeisyys, hoidon oikea-aikaisuus, henkilöstön osaaminen, potilasturvallisuus, prosessilaatu ja vaikuttavuus (Kuntaliitto 2011).

Potilasturvalliset hoitokäytännöt

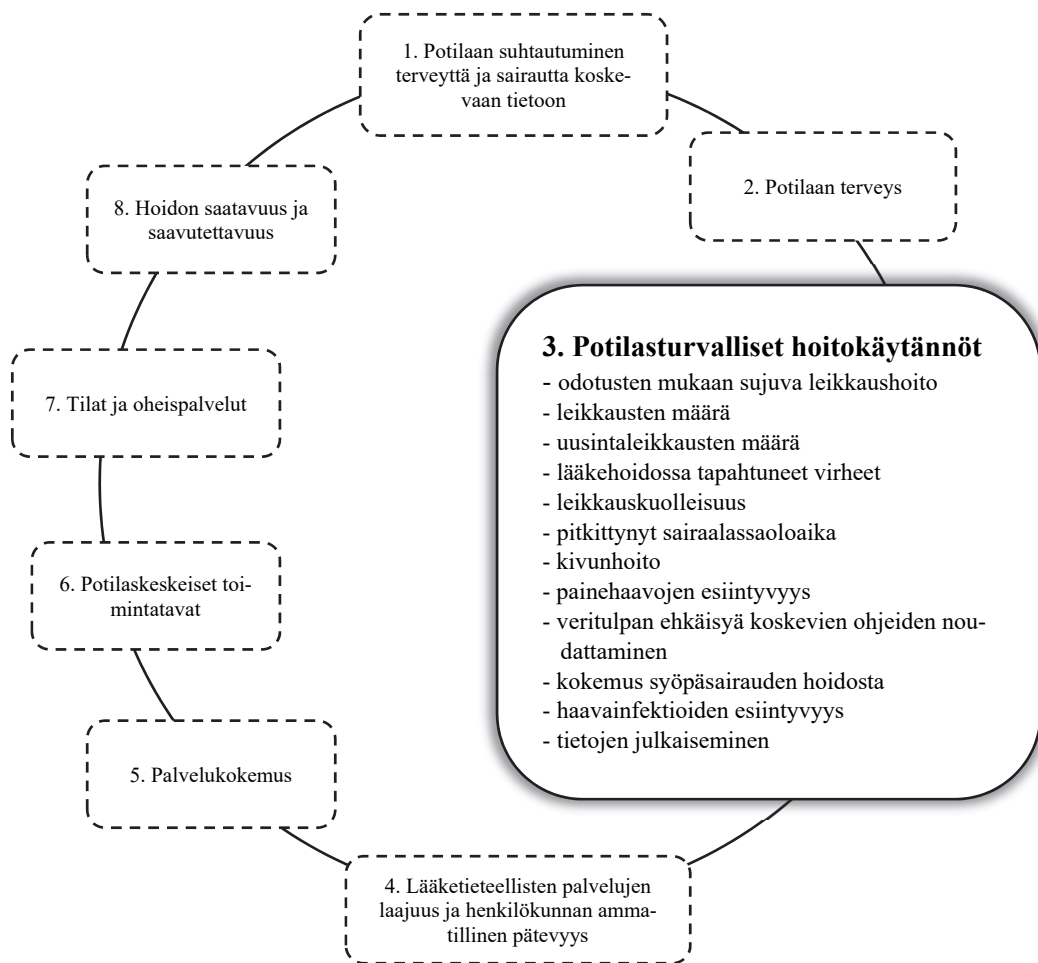
Tässä tutkimuksessa potilasturvallisilla hoitokäytännöillä tarkoitetaan kliiniseen hoitoon liittyviä ja potilasturvallisuutta koskevia tekijöitä. Potilaat kokivat kliinistä hoidon laatua koskevan tiedon vaikeaselkoiseksi (Schwartz ym. 2005). He suosivat tarkkojen toimenpidekohtaisten tietojen sijasta summamuodossa esitettyjä tietoja (Dijs-Elsinga ym. 2010; de Groot ym. 2012), yleisiä sairaalan toimintaa ja palvelua koskevia tietoja sekä palvelukokemusta koskevia tietoja (Dijs-Elsinga ym. 2010; de Groot ym. 2012).

Odotusten mukaan sujuva leikkaushoito oli tärkeää tulevassa sairaalan valinnassa enemmistölle potilaista (Coulter ym. 2005; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010). Kirurgiset potilaat pitivät toimenpidekohtaisia tietoja tärkeämpinä sairaalaa valitessaan kuin muiden potilaiden kokemuksia leikkauksen sujumisesta odotusten mukaisesti. Naiset olivat miehiä kiinnostuneempia toimenpidekohtaisesta tiedosta, mutta tiedon merkitys vaihteli toimenpideryhmien välillä merkittävästi. (Marang-van de Mheen ym. 2011.) Tästä syystä esimerkiksi lonkka- ja polvileikkauspotilaat pitivät tärkeänä erityisesti tietoja veritulpan ehkäisytöistä, kivun hoidosta ja leikkausten määräästä sairaalassa (Zwijnenberg ym. 2011) sekä syöpäsairauden kohdalla kokemusta syövän leikkaushoidosta (Dijs-Elsinga ym. 2010).

Kirurgiset potilaat arvioivat käyttävänsä enemmän vertailutietoa seuraavalla kerralla sairaalan valinnassa. Noin kolmannes potilaista arvioi käyttävänsä tietoja sairaalan leikkausten määräästä, uusintaleikkauksista, lääkehoidossa tapahtuvista virheistä, leikkauskuolleisuudesta ja pitkittyneestä sairaalassaoloajasta. Vähiten vastaajat olivat kiinnostuneita sairaalan kivunhoidon tasosta ja painehaavojen esiintyvyydestä. Kliinistä hoidon laatua kuvaavat tiedot olivat tärkeämpiä korkeasti koulutetuille, nuorille ja hoidon komplikaation saaneille potilaille. (Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010.) Hoidon tuloksista kiinnostuneet ja korkeasti koulutetut potilaat myös kiinnittivät enemmän huomiota kliinisiin tuloksiin kuin potilaskeskeisyyteen sairaalan valinnassa (Zwijnenberg ym. 2011; Groenewoud ym. 2015). Hoidon komplikaation saaneet sanoivat kiinnittävänsä seuraavalla kerralla sairaalaa valitessaan enemmän huomiota toimenpidekohtaisiin riskeihin, muun muassa haavainfektion todennäköisyyteen (Marang-van de Mheen ym. 2010). Sairaaloita vertailevat potilaat olivat valmiita matkustamaan korkealaatuiseksi arvioituun sairaalaan (de Groot ym. 2011). Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan leikkauskuolleisuutta koskevalla tiedolla ei todettu olevan merkittävästi yhteyttä sairaalan valintaan (Schwartz ym. 2005). Valtaosa potilaista kuitenkin arveli runsaan leikkausten määrän olevan yhteydessä parempiin hoidon tuloksiin (Schwartz ym. 2005; Bozic ym. 2013). Leikkausten määrää koskevaa tietoa ei kuitenkaan käytetty valinnassa, eivätkä potilaat tunteneet sitä koskevia minimivaatimuksia (Schwartz ym. 2005; Losina

ym. 2005). Vähän koulutetut potilaat olivat vähiten kiinnostuneita leikkausten määrää koskevasta vertailutiedosta (Losina ym. 2005; Groenewoud ym. 2015).

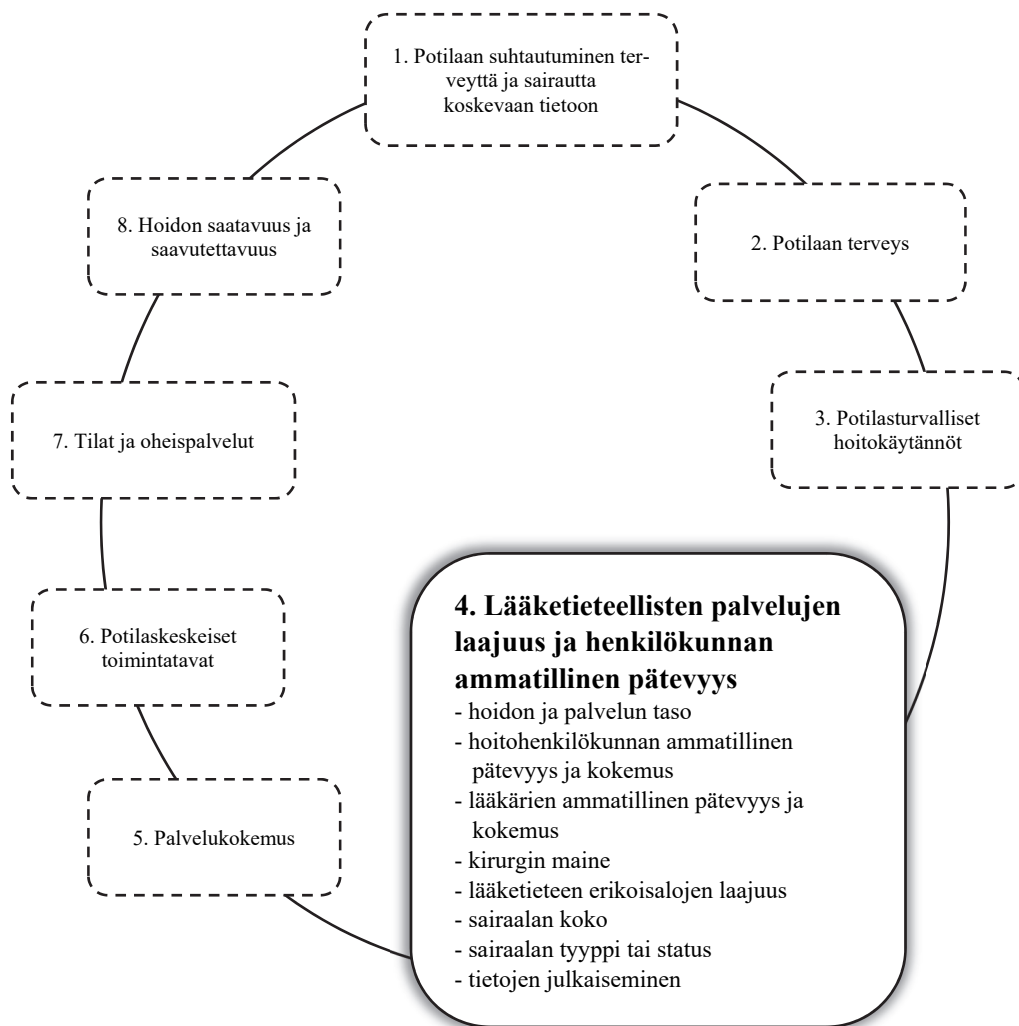
Hoidon kliinisiä tuloksia koskevien vertailutietojen julkaiseminen on tärkeää, sillä ilman niitä sairaalan valinta perustuu suurelta osin kokemuseräiseen tietoon. Osa potilaista koki kykenevänsä vertailemaan vertailutiedon perusteella sairaaloita (Schwartz ym. 2005; Geraedts ym. 2007; Bozic ym. 2013). Tietojen tulisi olla luotettavia, helposti ymmärrettäviä ja räätälöitävissä eri potilasryhmien tarpeiden mukaisesti (Geraedts ym. 2007; Zwijnenberg ym. 2011; Bozic ym. 2013; Groenewoud ym. 2015). (Kuvio 9).



Kuvio 9. Potilasturvalliset hoitokäytännöt -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö

Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys

Lääketieteellisten palvelujen laajuudella ja henkilökunnan ammatillisella pätevyydellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaalan henkilökunnan ammattitaitoa, sairaalan lääketieteellisten palvelujen laaja-alaisuutta ja sairaalan tyyppiä. Isoissa yliopistosairaaloissa esimerkiksi on tyypillisesti edustettuna pieniä sairaaloita laajempi määrä lääketieteen erikoisalvoja ja niihin erikoistunutta henkilöstöä. Potilaat arvostivat lääketieteellisen hoidon laatua, laaja-alaisuutta tai henkilökunnan ammatillista pätevyyttä sairaalan valinnassa maasta tai terveydenhuollon järjestelmästä riippumatta (mm. Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Coulter ym. 2005; Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Merle ym. 2009; Dijs-Elsinga ym. 2010; Mosadeghrad 2014). Valtaosa potilaista piti sairaalan henkilökunnan ja erityisesti lääkäreiden korkeatasoista ammatillista pätevyyttä ja kokemusta erittäin tärkeänä sairaalaa valitessaan (Al-Doghaither ym. 2003; Coulter ym. 2005; Losina ym. 2005; Lako & Rosenau 2009; Merle ym. 2009; Dijs-Elsinga ym. 2010; de Groot ym. 2011; de Groot ym. 2012; Bozic ym. 2013; Tengilimoglu ym. 2014). Lonkka- ja polviproteesipotilaiden sairaalan valintaa tarkastelevan tutkimuksen mukaan potilaat pitivät muita tekijöitä tärkeämpänä ortopedin ammatillista pätevyyttä sairaalaa valitessaan (Zwijnenberg ym. 2011). Kirurgiset potilaat arvelivat lääkäreiden ammattitaidoissa olevan eroja ja sairaalan valinnalla olevan sen vuoksi yhteyttä hoidon tuloksiin (Schwartz ym. 2005; Bozic ym. 2013; Groenewoud ym. 2015). Osa potilaista oli valmis odottamaan pitempään (de Groot ym. 2012) tai matkustamaan tiettyyn sairaalaan päästäkseen hoitoon haluamalleen lääkärille (Losina ym. 2005; Moser ym. 2010). He myös neuvoivat ystäviään ja läheisiään valitsemaan sairaalan kirurgin maineen ja kokemuksen perusteella (Schwartz ym. 2005; Coulter ym. 2005). Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan ammatillista pätevyyttä koskevia tietoja tulisikin julkaista osana vertailutietoja (Geraedts ym. 2007). Potilaat suosivat isoja sairaaloita, joissa on laaja erikoisosaaminen ja kehittynyt teknologia (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010; Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014). Sairauden vakavuus tai tilanteen kiireellisyys olivat yhteydessä sairaalan valintaan. Erityisesti iäkkäät, monisairaat, hoidon komplikaation saaneet, vakavasti sairastuneet ja kiireellisen hoidon tarpeessa olevat potilaat suosivat isoja sairaaloita, joiden erikoisosaamiseen ja hoidon tasoon voivat luottaa (Moser ym. 2010; Mosadeghrad 2014). Iäkkäillä potilailla runsaampi kokemus palvelujen käytöstä saattoi helpottaa sairaalan valintaa (Al-Doghaither ym. 2003). Potilaiden näkemyksen mukaan sairaalan palvelujen laajuutta koskevia tietoja tulisi julkaista valinnan tueksi (Akinci ym. 2004; Geraedts ym. 2007; Zwijnenberg ym. 2011). Sairaalan tyyppillä tai statuksella oli melko vähäinen merkitys potilaille sairaalan valinnassa (Coulter ym. 2005; Geraedts ym. 2007; Groenewoud ym. 2015). (Kuvio 10).



Kuvio 10. Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö

Palvelukokemus

Palvelukokemuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaan omien tai läheisten ja ystävien aikaisempia kokemuksia sairaalasta, sairaalan henkilökunnan vuorovaikutustaitoja ja ilmapiiriä, lähettävän lääkärin näkemyksiä sairaalasta hoitopaikkana sekä sairaalasta saatavilla olevia julkisia tietoja ja mainetta.

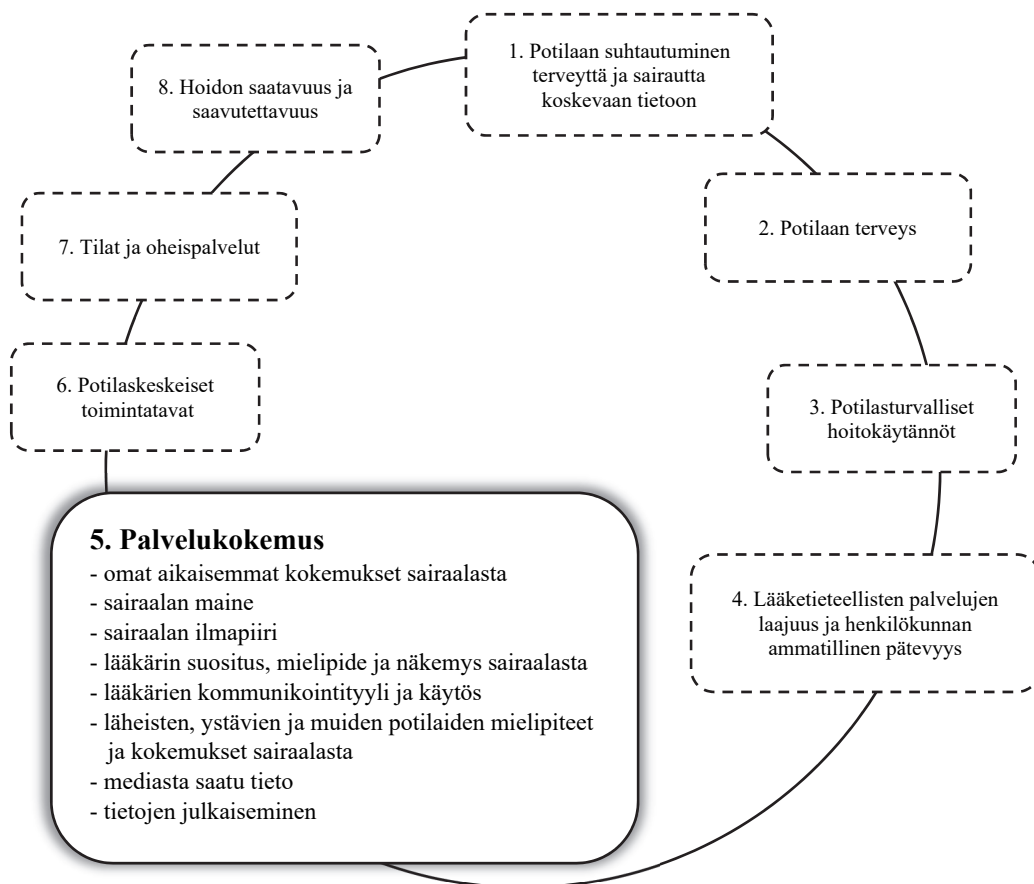
Potilaat luottivat omiin aikaisempiin kokemuksiinsa ja havaintoihinsa (Birk ym. 2011; de Groot ym. 2011; de Groot ym. 2012; Laverty ym. 2013; Groenewoud ym. 2015) sekä arvostivat sairaalan ystävällistä ilmapiiriä (Dijks-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010). Myönteiset aikaisemmat kokemukset sairaalasta kannustivat jatkaamaan hoitosuhdetta, mutta kielteiset kokemukset saivat potilaan valitsemaan toisen sairaalan (Burge ym. 2004; Coulter ym. 2005; Birk & Henriksen 2006; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010; Laverty ym. 2013). Kirurgiset potilaat sanoivat tulevansa kiinnittämään enemmän huomiota sairaalan maineeseen seuraavalla kerralla sairaalaa valitessaan (Dijks-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010). Hyvätuloiset potilaat arvostivat muita enemmän korkeatasoiseksi arvioituja sairaaloita (Burge ym. 2004). Omat aikaisemmat kokemukset olivat tärkeimpiä miehille ja työelämän ulkopuolella oleville potilaille (Birk ym. 2011), mutta myös naisille, vähän koulutetuille (Laverty ym. 2013) ja potilaskeskeisyyttä arvostaville potilaille (Groenewoud ym. 2015). Hypoteettisessa valintatilanteessa sairaalan ilmapiiriä ja aikaisempia kokemuksia pidettiin vähemmän tärkeinä kuin hoidon sujumista odotusten mukaan. Sairaalan ilmapiiri oli tärkeämpi sairaalan valinnassa vähän koulutetuille kuin korkeasti koulutetuille potilaille. (Marang-van de Mheen ym. 2011.)

Potilaat pitivät tärkeänä yhteisymmärryksessä tapahtuvaa päätöksentekoa, mutta luottivat lääkärin asiantuntemukseen ja näkemyksiin sairaalan valinnassa (Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Merle ym. 2009; Lako & Rosenau 2009; Moser ym. 2010; Birk ym. 2011; Laverty ym. 2013; Tengilimoglu ym. 2014; Mosadeghrad ym. 2014). Iäkkäät (Schwartz ym. 2005; Lako & Rosenau 2009) ja ylipainoiset potilaat (Losina ym. 2005) luottivat lääkärin mielipiteeseen nuoria ja normaalipainoisia enemmän, mutta korkeasti koulutetuille ja vertailutietoa käyttäville potilaille lääkärin mielipide oli vähemmän tärkeätä sairaalan valinnassa (Lako & Rosenau 2009; de Groot ym. 2011). Lääkärin kommunikointitapa, potilaan kuunteleminen ja mielipiteen arvostaminen saattoivat olla joillekin jopa tärkein syy valita sairaala (Bozic ym. 2013). Erityisesti vähän koulutetut ja terveytensä muita heikommaksi arvioineet potilaat pitivät tärkeänä lääkärin hyvää käytöstä sairaalaa valitessaan. (Zwijnenberg ym. 2011; de Groot ym. 2012.)

Läheisten ja ystävien kokemukset ja mielipiteet olivat tärkeitä sairaalan valinnassa osalle potilaista (Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010; de Groot ym. 2011; de Groot ym. 2012; Laverty ym. 2013; Tengilimoglu ym. 2014). Sairaaloita vertailevat ja kirurgiset potilaat pitivät muita tärkeämpinä sairaalan valinnassa toisten potilaiden kokemuksia ja mediasta saatuja tietoja (de Groot ym.

2011; Birk ym. 2011). Palvelukokemuksen merkitys oli suurempi yksityisen sairaalan valinneille (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004), ja henkilökunnan hyvällä vuorovaikutustaidolla todettiin olevan yhteyttä sairaalan maineeseen (Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014).

Potilaan palvelukokemusta koskevaa vertailutietoa pidettiin tärkeänä, ja tarkasteltujen tutkimusten mukaan sitä tulisi julkaista (Geraedts ym. 2007; de Groot ym. 2012; Zwijnenberg ym. 2011; Mosadeghrad 2014). Palvelukokemuksen suuri merkitys lisää tarvetta julkaista sitä koskevaa tietoa televisiossa ja lehdissä sekä markkinoinnin ja mainonnan keinoin (Tengilimoglu ym. 2014). Valtaosa potilaista ei kuitenkaan pitänyt sairaaloiden mainontaa tärkeänä sairaalan valinnassa (Schwartz ym. 2005). Median osuutta tiedonlähteenä pidettiin sairaalan valinnassa melko vähäisenä, joskin internetistä saatavan tiedon merkitys kasvaa perinteisten kanavien kustannuksella (Coulter ym. 2005; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; de Groot ym. 2011). (Kuvio 11).



Kuvio 11. Palvelukokemus -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö

Potilaskeskeiset toimintatavat

Tässä tutkimuksessa potilaskeskeiset toimintatavat käsittävät potilaan ohjauksen, palvelun saamisen omalla äidinkielellä, sujuvan hoidon järjestelyn, hoitosuhteen luottamuksellisuuden, yksityisyyden ja yksilöllisyyden sekä mahdollisuuden vaikuttaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, hoidon ajankohtaan ja hoitavan lääkärin valintaan. Kansainväliset ja kansalliset palvelujärjestelmän toimintaa linjaavat strategiat ja toimintaohjelmat korostavat tavoitteissaan palvelujen potilaskeskeisyyttä (mm. EU 2007, Hoitotyön toimintaohjelma 2009; WHO 2013; WHO 2014; Suomen hallitusohjelma 2015).

Tiedon saaminen ja ohjaus olivat useiden tutkimusten mukaan tärkeitä kirurgisille potilaille sairaalan valinnassa (Coulter ym. 2005; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; Zwijnenberg ym. 2011; de Groot ym. 2012). Valtaosa potilaista piti tärkeänä sairaalassa tarjottua riittävää ja laaja-alaista hoitoa koskevaa tietoa. Tiedon saanti oli tärkeää erityisesti korkeasti koulutetuille (Dijs-Elsinga ym. 2010) ja hoidon komplikaation saaneille potilaille. (Marang-van de Mheen ym. 2010.) Potilaat pitivät sairaalan valinnassa tärkeinä tiedon saamista ja ohjausta ennen leikkausta, tietoa siitä, keneen voi ottaa tarvittaessa yhteyttä kotiuttamisen jälkeen (Zwijnenberg ym. 2011), sekä tietoa siitä, keneltä voi jo ennen leikkausta kysyä tulevan leikkauksen riskeistä, hyödyistä, leikkaustuloksista ja jälkihoidosta (Coulter ym. 2005; de Groot ym. 2012). Uuden lääkkeen aloittamiseen liittyvä ohjaus oli tärkeätä erityisesti leikkausta odottaville miehille (Zwijnenberg ym. 2011).

Valtaosa potilaista arvosti hoidon jatkuvuuden turvaavaa hyvää yhteistyötä lähettävän lääkärin ja kirurgin kesken (Coulter ym. 2005) sekä kontrollien järjestämistä lähellä kotia (Burge ym. 2004; Coulter ym. 2005). Myös tiedon esittämistavalla oli merkitystä sairaalan valinnassa. Potilaat pitivät tärkeänä hyviä kommunikointitaitoja ja potilaan kunnioittavaa kohtelua osana korkeaa ammattitaitoa (Al-Doghather ym. 2003; Coulter ym. 2005; Zwijnenberg ym. 2011; de Groot ym. 2012; Bozic ym. 2013). Sairaaloita vertailleet ja yksityisen sairaalan valinneet potilaat pitivät arvostavaa kohtelua tärkeänä sairaalaa valitessaan (Al-Doghather ym. 2003; de Groot ym. 2011). Sujuvat hoidon järjestelyt, hyvin organisoitu toiminta, vähäinen byrokratia ja erikoislääkärille pääsyn helppous olivat osalle potilaista tärkeä syy valita tietty sairaala (Al-Doghather ym. 2003; Akinci ym. 2004; Dixon ym. 2010; Bozic ym. 2013; Tengilimoglu ym. 2014). Potilaat arvostivat mahdollisuutta osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon, vaikuttaa vastaanoton ajankohtaan ja valita hoitava lääkäri (Coulter ym. 2005; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010). Potilaille voi olla tärkeämpää saada valita hoitava lääkäri kuin sairaala. Potilaat korostivat lääkärin valinnassa aikaisempia hyviä kokemuksia, vuorovaikutus- ja kommunikointitaitoja sekä luottamusta lääkäriin. (Moser ym. 2010; Bozic ym. 2013.) Hoidon sujuvuutta arvostivat eniten yksityisen sairaalan valinneet potilaat (Dixon ym. 2010). (Kuvio 12).



Kuvio 12. Potilaskeskeiset toimintatavat -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö

Sairaalan tilat ja oheispalvelut

Sairaalan ympäristön, fyysisten tilojen ja saatavilla olevien oheispalvelujen (kahvio- ja ravintolapalvelut ym.) yhteyttä potilaan sairaalan valintaan on tarkasteltu useissa tutkimuksissa (mm. Al-Doghaiter ym. 2003; Akinci ym. 2004; Coulter ym. 2005; Merle ym. 2009; Dixon ym. 2010). Tässä tutkimuksessa sairaalan tilat ja oheispalvelut tarkoittavat sairaalan tilojen siisteyttä, viihtyisyyttä ja esteettömyyttä, sairaalan huoneiden korkeatasoista varustelua, tarjottavan ruoan korkealaatuisuutta, saatavilla olevia kahviopalveluja, vierailuajkojen joustavuutta ja mahdollisuutta yöpyä sairaalassa, vaikka potilaalle tehty leikkaus ei edellyttäisi sairaalaan jäämistä.

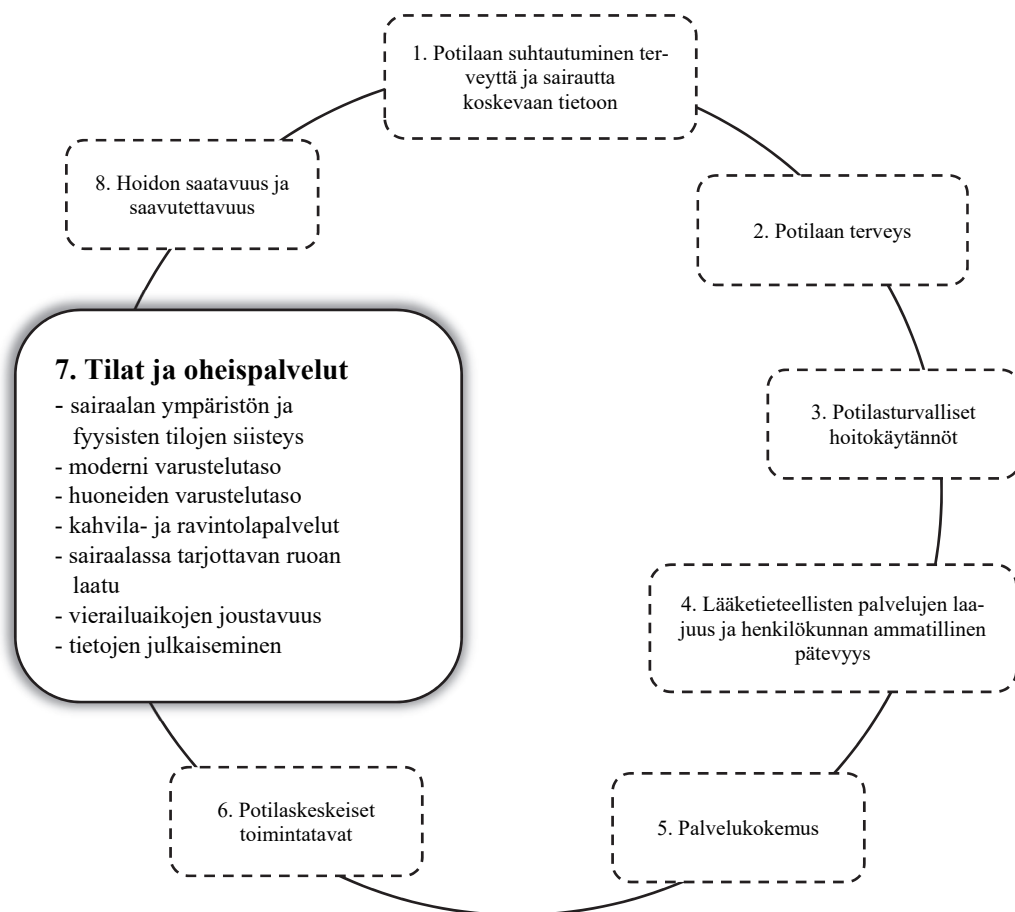
Sairaalan fyysinen ympäristö ja tilat loivat aikaisemman tutkimuksen mukaan potilaalle mielikuvan hoidon laadusta terveydenhuoltojärjestelmästä riippumatta (Al-Doghaiter ym. 2003; Akinci ym. 2004; Coulter ym. 2005; Merle ym. 2009; Dixon ym. 2010; Dijns-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; Bozic ym. 2013; Laverty ym. 2013; Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014).

Sairaalan ympäristön ja tilojen siisteyttä pidettiin osoituksena hoidon korkeasta laadusta, ja valtaosa potilaista koki ne tärkeinä valinnassa (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010; Laverty ym. 2013). Potilaat mielsivät sairaalan siisteyden olevan yhteydessä infektioiden esiintyvyyteen ja halusivat välttää infektiolle altistumista. Erityisesti leikkaus- ja vuodeosastohoitoa tarvitsevat potilaat arvostivat sairaalan ympäristön ja tilojen siisteyttä (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010). Sairaalan siisteyttä arvostavat potilaat luottivat omiin kokemuksiinsa ja valitsivat hoitopaikakseen paikallisen sairaalan, jos olivat olleet siihen tyytyväisiä (Laverty ym. 2013). Myös yksityisen sairaalan hoitopaikaksi valinneet potilaat pitivät muita tärkeämpänä sairaalan ympäristön ja fyysisten tilojen perusteella muodostunutta käsitystä hoidon korkeasta laadusta (Akinci ym. 2004; Mosadeghrad 2014) sekä sairaalan siisteyttä (Dixon ym. 2010).

Potilaat pitivät tärkeämpänä sairaalan modernia lääketieteellistä varustelutasoa kuin fyysisten tilojen tasoa (Merle ym. 2009; Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014). Esimerkiksi tiedon sairaalan infektioiden ehkäisyaktiivisuudesta todettiin olevan tärkeä valtaosalle vastaajista, mutta sairaalan valinnassa painottui selvästi sitä enemmän hyvä lääketieteellinen varustelutaso. Infektioiden ehkäisytoimia tuntevat ja niitä arvioimaan kykenevät sekä korkeasti koulutetut vastaajat pitivät tietoa infektioiden ehkäisyaktiivisuudesta sairaalan valinnassa tärkeämpänä kuin muut. He myös kieltäytyivät muita useammin hoidosta heikon sijoituksen saaneessa sairaalassa. (Merle ym. 2009.)

Kirurgisten potilaiden sairaalan valintaa tarkastelleiden tutkimusten mukaan noin 40 prosenttia vastaajista (n=1329) oli käyttänyt hyväkseen tietoa sairaalan huoneiden varustelutasosta. Seuraavan kerran sairaalaa valitessaan tietoa sanoi käyttävänsä noin puolet vastaajista. (Dijns-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010). Tietoja sairaalassa saatavilla olevista kahvila- ja ravintolapalveluista oli käyttänyt valinnassa noin

neljännos vastaajista, ja niiden merkityksen tulevassa valinnassa arvioitiin olevan samaa luokkaa. (Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010). Tiedot olivat tärkeämpiä vanhemmille ja vähän koulutetuille vastaajille (Dijs-Elsinga ym. 2010). Sairaalassa tarjottavan ruoan laatu tai vierailijoiden joustava pääsy sairaalaan olivat tutkimusten mukaan tärkeitä sairaalan valinnassa osalle vastaajia (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010; Laverty ym. 2013; Mosadeghrad 2014). Sairaalassa tarjottavan ruoan laatua pitivät sairaalaa valitessaan muita tärkeämpänä vähän koulutetut potilaat ja ne, jotka arvioivat tarvitsevansa leikkaus- tai vuodeosastohoitoa (Dixon ym. 2010; Laverty ym. 2013). (Kuvio 13).



Kuvio 13. Tilat sekä oheispalvelut -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö

Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Sairaalan hoidon ja palvelujen saatavuudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaalan sijaintia, odotusaikaa lääkärin vastaanotolle ja leikkaukseen, hoitoon pääsyn helppoutta ja kustannuksia. Näiden osuutta sairaalan valinnassa tarkasteltiin lähes kaikissa kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa.

Potilaat suosivat lähellä kotia tai työpaikkaa sijaitsevia sairaaloita (Akinci ym. 2004; Burge ym. 2004; Losina ym. 2005; Birk & Henriksen 2006; Moser ym. 2010; Birk ym. 2011; Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014) erityisesti minimoidakseen matkustuskuluja ja sairaalaan matkustamiseen kuluva-aikaa (Al-Doghaither ym. 2003; Burge ym. 2004; Birk & Henriksen 2006; Moser ym. 2010). Sairaaloita vertailevat ja hoidon hyviä tuloksia painottavat korkeasti koulutetut potilaat olivat kuitenkin muita valmiimpia matkustamaan hoitoon kotipaikkakuntansa ulkopuolella sijaitsevaan sairaalaan (de Groot ym. 2011; Groenewoud ym. 2015). Potilaat arvostivat kotipaikkakuntansa alueella sijaitsevia palveluja (Burge ym. 2004; Birk & Henriksen 2006; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010; Birk ym. 2011; Laverty ym. 2013) ja valitsivat kotipaikkakunnalla sijaitsevan sairaalan, vaikka joutuivat odottamaan hoitoon pääsyä pidempään (Burge ym. 2004; Birk & Henriksen 2006). Potilaat olivat valmiita odottamaan hoitoon pääsyä lähellä sijaitsevaan sairaalaan, jos heille annettiin tieto tulevan leikkauksen suunnitellusta ajankohdasta. (Burge ym. 2004; Birk & Henriksen 2006.) Naiset valitsivat miehiä useammin kotia lähellä sijaitsevan sairaalan (Burge ym. 2004; Birk ym. 2011).

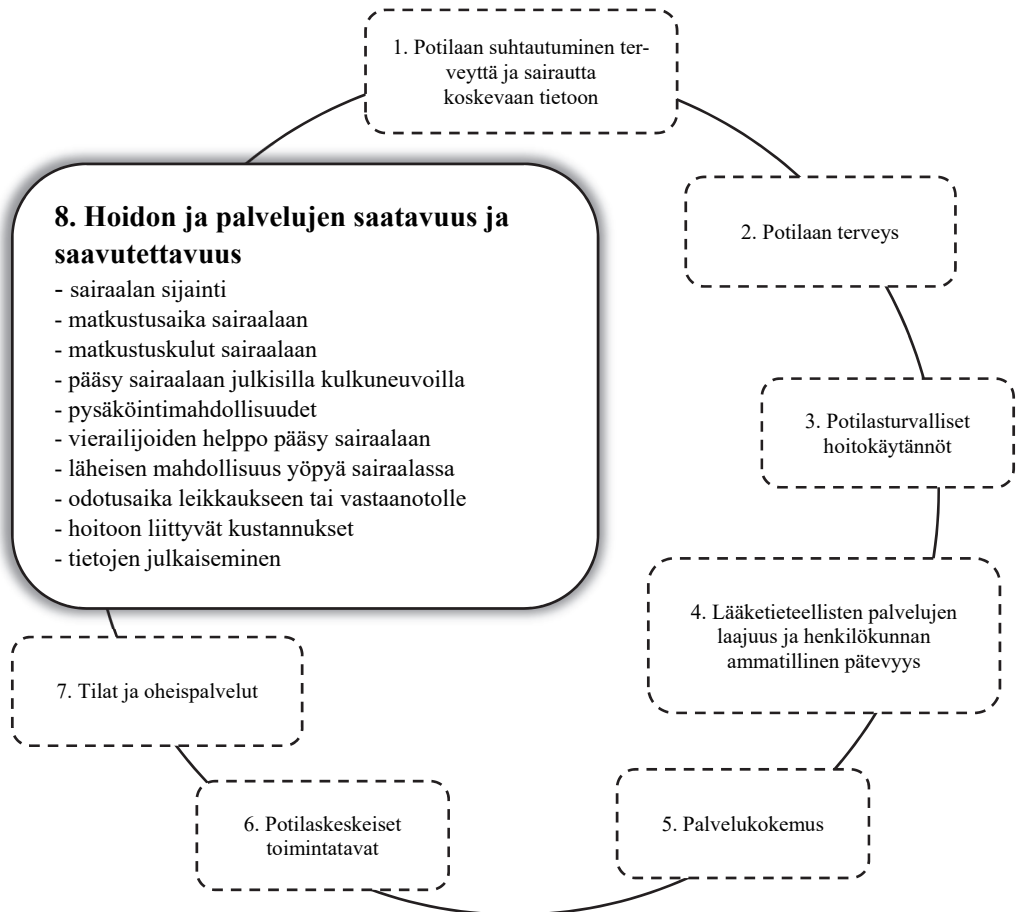
Matkustusajan piteneminen, matkustusjärjestelyt ja lisääntyvät kustannukset vähensivät potilaiden halukkuutta matkustaa hoitoon toiselle paikkakunnalle tai ulkomaille, vaikka hoidon saisi siellä nopeammin. Kolmannes potilaista valitsi hypoteettisessa valintatilanteessa aina hoidon paikallisessa sairaalassa. Potilaat eivät olleet halukkaita matkustamaan hoitoon ulkomaille, vaikka matkakulut olisi korvattu. Naisten ohella erityisesti iäkkäät potilaat, vähän koulutetut ja pienten lasten vanhemmat suhtautuivat matkustamiseen kielteisesti. Pienten lasten vanhemmat arvostivat muita enemmän matkustamista helpottavia järjestelyjä ja niiden maksuttomuutta. (Burge ym. 2004.) Haja-asutusalueella asuvat potilaat käyttivät lähellä sijaitsevan sairaalan palveluja tiedostamatta sitä valinnaksi (Losina ym. 2005). He menivät hoitoon tuttuun sairaalaan hyvien kokemustensa perusteella (Losina ym. 2005; Birk & Henriksen 2006; Moser ym. 2010) ja jopa vastoin lääkärin suositusta (Moser ym. 2010). Sairaalan läheinen sijainti ja matkustuskulut olivat vähemmän tärkeitä yksityisen sairaalan valinneille potilaille (Akinci ym. 2004; Dixon ym. 2010). Toisen tutkimuksen mukaan yksityisen sairausvakuutuksen omistavat ja varakkaat potilaat valitsevat lähimmän yksityisen sairaalan (Mosadeghrad 2014). Pääsy julkisilla kulkuneuvoilla sairaalaan ja hyvät pysäköintimahdollisuudet sairaalan alueella olivat tärkeitä sairaalan valinnassa osalle potilaista (Coulter ym. 2005; Tengilimoglu ym. 2014; Marang van de Mheen ym. 2010; Dijns-Elsinga ym. 2010; Dixon ym. 2010). Eriyisesti haja-asutusalueilla asuvat ja iäkkäät pitivät pääsyä julkisilla kulkuneuvoilla

sairaalaan ja hyviä pysäköintimahdollisuuksia sairaalan valinnassa tärkeämpinä kuin muut potilaat (Dijs-Elsinga ym. 2010; Dixon ym. 2010). Vierailijoiden helppo pääsy sairaalaan (Birk & Henriksen 2006) ja mahdollisuus tarvittaessa yöpyä maksutta siellä olivat tärkeämpiä sairaalan valinnassa iäkkäille potilaille (Coulter ym. 2005).

Lyhyttä odotusaikaa arvostavat potilaat halusivat päästä nopeasti hoitoon (Al-Doghaither ym. 2003; Coulter ym. 2005; Birk & Henriksen 2006; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; Laverty ym. 2013). He olivat valmiita matkustamaan muualle hoitoon (Birk & Henriksen 2006; Birk ym. 2011; Laverty ym. 2013). Lyhyt odotusaika oli tärkeä erityisesti seuraaville ryhmille: kirurgiset potilaat, miehet ja yksityisen sairaalan valinneet (Al-Doghaither ym. 2003; Burge ym. 2004; Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; Mosadeghrad ym. 2014) sekä palkkatyön ulkopuolella olevat ja terveytensä muita heikommaksi arvioineet potilaat (Laverty ym. 2013).

Tieto vastaanotolle pääsyn odotusajasta oli tärkeämpää kuin tieto leikkauksen ajankohdasta kirurgisille potilaille, mutta vähän koulutetut ja ne potilaat, jotka eivät vertailleet sairaaloita, pitivät molempia tietoja tärkeämpinä sairaalan valinnassa kuin muut potilaat (de Groot ym. 2011; de Groot ym. 2012). Kirurgiset potilaat sanoivat myös käyttävänsä seuraavan kerran sairaalaa valitessaan selvästi useammin odotusaikaa koskevia tietoja (Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010). Erityisesti naiset, korkeasti koulutetut ja muita nuoremmat potilaat (Dijs-Elsinga ym. 2010), mutta myös vähän koulutetut ja etniseltä taustaltaan valtaväestöstä poikkeavat pitivät niitä tärkeinä (Laverty ym. 2013).

Hoitoon liittyvät kustannukset ja sairausvakuutuksen korvaustaso olivat yhteydessä potilaan sairaalan valintaan, jos siitä aiheutui heille itse maksettavia kustannuksia (Akinci ym. 2004; Dixon ym. 2010; Bozic ym. 2013; Mosadeghrad 2014). Potilaat, joilla oli varaa maksaa itse hoidon kustannukset tai joilla oli kattava vakuutusturva tai korkea koulutus, valitsivat useammin yksityisen sairaalan. (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Mosadeghrad 2014). Suppeasti sairausvakuutetut, vähän koulutetut, naiset, alempiin tuloluokkiin sijoittuvat ja iäkkäät potilaat käyttivät muita useammin julkisen sairaalan palveluja Iranissa, Saudi-Arabiassa ja Turkissa (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Mosadeghrad 2014). (Kuvio 14).



Kuvio 14. Hoidon sekä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus -asiakokonaisuuden keskeinen sisältö

3.4 Yhteenveto

Tutkimuksia potilaan sairaalan valinnan toteutumisesta löytyi melko paljon, mutta asiaa on tutkittu järjestelmäkeskeisesti. Sairaalan valintaan liittyvää valinnanvapautta on tutkittu erityisesti potilaan näkökulmasta niukasti. Hoitotieteessä potilaan valinnanvapautta on tutkittu Suomessa erityisesti potilaan aseman ja oikeuksien toteutumisen (Kurittu 2001) ja itsemääräämisen (Välimäki 1998; Naukkarinen 2008) näkökulmasta. Tutkimuksia elektiivisten leikkauspotilaiden valinnanvapauden toteutumisesta ja sairaalan valinnasta ei ole nykyisen lainsäädännön aikana vielä julkaistu Suomessa.

Lähes kaikissa kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyissä tutkimuksissa tarkasteltiin toiminnan ja palvelun laadun osuutta sairaalan valinnassa. Melko paljon oli tutkittu myös sairaalan valintaan osallistumista. Potilaan oikeus valita sairaala vaihteli eri maissa, ja harvoissa tutkimuksissa tarkasteltiin oikeuksien tuntemista, mutta sairaalan valintaa

koskevat oikeudet mainittiin osana terveystalvvelujärjestelmän kuvausta. Vain muutamassa tutkimuksessa tarkasteltiin valinnanvapauden arvostamista. Potilaan suhtautumista terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja hoitoon tarkasteltiin osana vertailutiedon käyttöä sairaalan valinnassa. Potilaan terveyden yhteyttä sairaalan valintaan tarkasteltiin kirjallisuudessa esimerkiksi vertailtaessa toisella paikkakunnalla sijaitsevan sairaalan valinneita niihin, jotka eivät halunneet matkustaa muualle hoitoon.

Potilaat arvostivat vapautta valita sairaala, joskin näkemykset vaihtelivat sukupuolen, iän, koulutustason, etnisen taustan ja aikaisempien kokemusten mukaan. Lääkärit eivät uskoneet valinnanvapauden kiinnostavan potilaita ja potilaan perusteltua tahtoa pidettiin esimerkiksi Suomessa sairaalan valinnan perusteena vain harvoin.

Valinnanvapautta koskevien oikeuksien laajuus määrittä lähtökohtaisesti potilaan valinnanvapautta eri terveydenhuoltojärjestelmissä. Potilaat tunsivat sairaalan valintaa koskevat oikeutensa eri terveydenhuoltojärjestelmissä hyvin vaihtelevasti. Eräissä Euroopan maissa lähes kaikki potilaat tunsivat sairaalan valintaa koskevat oikeutensa, kun taas toisissa maissa vain puolet tunsivat ne. Valinnanvapautta koskevat oikeutensa tuntevat osallistuvat muita useammin sairaalan valintaan. Tutkimusten mukaan valtaosa potilaista ei osallistunut aktiivisesti sairaalan valintaan vaan valtuutti sen lääkärielle.

Potilaat pitivät aikaisemman tutkimuksen perusteella tärkeänä sairaaloiden toimintaa ja palvelun laatua koskevaa vertailutietoa, mutta käyttivät sitä harvoin sairaalan valinnassa. Potilaat luottivat sen sijaan enemmän omiin ja läheisten aikaisempiin kokemuksiin ja lääkärin suositukseen. Vertailutieto ei yksinään aktivoi potilasta valitsemaan korkeatasoista sairaalaa, vaan he tarvitsevat siinä terveydenhuollon ammattilaisen apua. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisikin käyttää vertailutietoa, antaa tietoa ja ohjata potilasta sairaalan valinnassa. Vertailutietoa käyttäneet potilaat valitsivat muita useammin sairaalan itse ja matkustivat hoitoon kotipaikkansa ulkopuolelle. Vertailutiedon sisällön kehittämisessä tulisi huomioida potilaan näkemykset ja julkaista potilaiden tärkeinä pitämiä tietoja.

Potilaan terveys ja hoidon tarve olivat aikaisempien tutkimuksien mukaan yhteydessä sairaalan valintaan. Kiireellisessä tilanteessa potilaat turvautuivat lähimpään sairaalaan. Terveytensä muita paremmaksi arvioivat potilaat etsivät tietoa sairaaloiden toiminnasta ja palvelun laadusta ja valitsivat sairaalan useammin itse. Oma sairaus voi lisätä potilaan kiinnostusta vertailutiedon käyttöön.

Potilasturvalliset hoitokäytännöt olivat kokonaisuutena tärkeitä potilaille sairaalan valinnassa. Potilaat suosivat terveydenhuoltojärjestelmästä riippumatta sairaaloita, joissa oli laaja erikoisosaaminen, kehittynyt teknologia ja korkeatasoinen ammatillisesti pätevä henkilökunta. Erityisesti lääkärin ammatillista pätevyyttä pidettiin sairaalan valinnassa tärkeänä, ja potilaat olivat valmiita odottamaan pitempään tai matkustamaan toiselle paikkakunnalle päästäkseen hoitoon haluamalleen lääkärielle. Tutkimuksissa havaittiin

eroja potilaan koulutuksen, iän, sairauden ja sairaaloiden vertailua koskevan kiinnostuksen mukaan.

Potilaat luottivat omiin aikaisempiin kokemuksiinsa sairaalaa valitessaan. Myönteiset aikaisemmat kokemukset ja ystävälliseksi koettu ilmapiiri kannustivat potilasta jatkaamaan hoitoa samassa sairaalassa. Sairaalan henkilökunnan ja erityisesti lääkärin hyvät vuorovaikutustaidot olivat joidenkin tutkimusten mukaan jopa tärkein tekijä sairaalan valinnassa. Potilaat luottivat vahvasti lääkärin asiantuntemukseen ja suositukseen, mutta myös läheisten ja ystävien kokemukset olivat osalle tärkeitä. Mediasta saadun tiedon osuus sairaalan valinnassa oli melko vähäinen, mutta internetistä saatavan tiedon suosio lisääntyy perinteisten kanavien merkityksen vähentyessä. Potilaan palvelukokemusta koskevan tiedon tärkeydestä johtuen siitä tulisi julkaista vertailutietoa.

Myös potilaskeskeiset toimintatavat muun muassa hoitoa koskevan tiedon saaminen, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, sujuvat hoidon järjestelyt ja mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan päätöksen tekoon, olivat potilaiden näkemysten mukaan tärkeitä sairaalan valinnassa. Potilaat pitivät sairaalan ympäristön ja tilojen siisteyttä osoituksena hoidon korkeasta laadusta ja sen vuoksi tärkeänä sairaalan valinnassa terveydenhuoltojärjestelmästä riippumatta.

Potilaat valitsevat mielellään lähellä kotia ja työpaikkaansa sijaitsevia sairaaloita minimoidakseen matkustuskuluja ja matkustamiseen kuluva aika. Osa potilaista valitsi aina paikallisen sairaalan, vaikka joutuisi odottamaan hoitopääsyä pitempään. Lyhyt odotusaika oli tärkeä sairaalan valinnassa niille potilaille, jotka arvostivat nopeaa hoitopääsyä. Sairaalaan matkustamiseen ja hoitoon liittyvät kustannukset olivat yhteydessä sairausvakuutuksen korvaustasoon. Yhteenvetona voidaan todeta, että kaikki kirjallisuudessa tarkastellut asiakokonaisuudet olivat yhteydessä sairaalan valintaan, mutta niiden osuus vaihteli tarkasteltujen tekijöiden ja niiden painotuksen mukaan.

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapautta Suomessa. Valinnanvapautta tutkitaan sairaalan valintana. Valinnanvapaus on moraalinen ja laillinen oikeus, ja tutkimuksessa tarkastellaan valinnanvapauden arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista ja sairaalan valintaan osallistumista sekä analysoidaan sairaalan valintaan yhteydessä olevia potilaaseen ja terveydenhuollon organisaatioon liittyviä tekijöitä. Tutkimuksen perusteella voidaan muodostaa kuvaus elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapauden toteutumisesta julkisessa terveydenhuollossa Suomessa.

Tutkimus kohdistuu suomalaisiin elektiivisiin leikkauspotilaisiin ja tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Missä määrin potilaat arvostavat valinnanvapautta?
2. Missä määrin potilaat tuntevat sairaalan valintaa koskevan oikeutensa?
3. Missä määrin potilaat osallistuvat sairaalan valintaan?
4. Mitkä tekijät ovat yhteydessä potilaiden sairaalan valintaan julkisessa terveydenhuollossa?

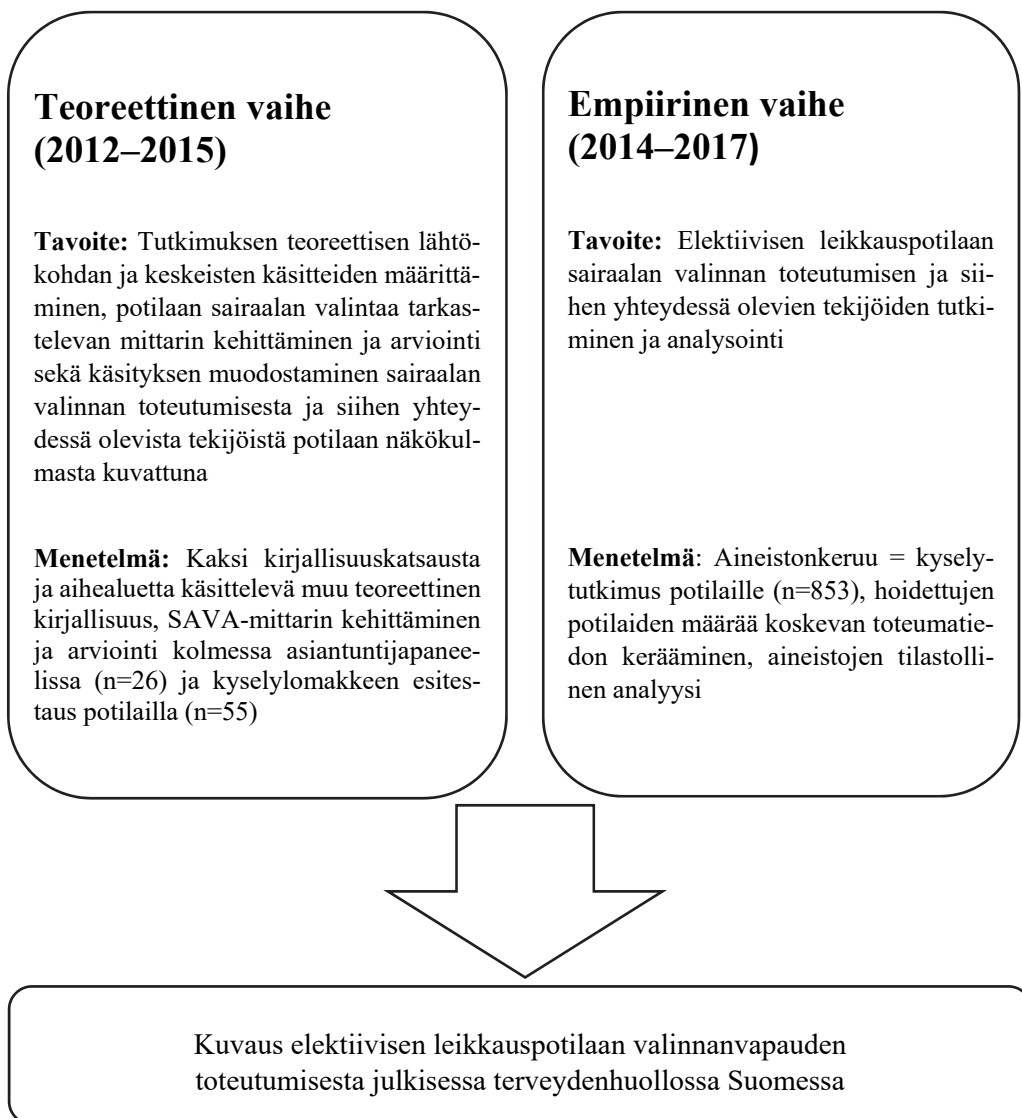
Terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia potilaan valinnanvapauden edistämiseksi palvelujärjestelmässä ja poliittiset päätöksentekijät suomalaisen valinnanvapausmallin kehittämistyössä. Sairaalan valintaan yhteydessä olevia tekijöitä tunnistamalla voidaan määrittää ja kehittää elektiivisten leikkauspotilaiden sairaalan valintaa helpottavan vertailutiedon sisältöä organisaatiotasolla ja kansallisesti. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös potilaan valinnanvapautta, itsemääräämistä ja oikeuksia koskevassa koulutuksessa.

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusasetelma

Kaksivaiheinen tutkimus suoritettiin vuosina 2012–2017. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa (2012–2015) määriteltiin tutkimuksen teoreettinen lähtökohta ja keskeiset käsitteet valinnanvapautta moraalisen ja laillisen oikeutena käsittelevän kirjallisuuden, suomalaisen potilaan sairaalan valintaa koskevaan lainsäädännön ja kahden kirjallisuuskatsauksen avulla (Whittemore & Knafl 2005; Davis ym. 2009; Suhonen ym. 2016.) Ensimmäisessä kirjallisuuskatsauksessa (*scoping review*) tunnistettiin induktiivisesti tekijöitä ja muodostettiin kokonaisuudet, joiden mukaisesti valinnanvapauden toteutumista tarkasteltiin (ks. luku 5.2.1.3), operationalisoitiin tutkittavat käsitteet ja kehitettiin vaiheittain Sairaalan valinta -mittari (SAVA). Toisen, integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla tarkasteltiin valinnanvapautta sairaalan valintana ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sellaisina, kuin ne aikaisemmissa tutkimuksissa ilmenivät erityisesti potilaan näkökulmasta kuvattuina (ks. luku 3).

Tutkimuksen empiirisessä vaiheessa (2014–2016) toteutettiin poikkileikkaustutkimus (*cross-sectional survey*) sairaalan valinnasta yhdellä erityisvastuualueella sijaitsevissa julkisissa sairaaloissa elektiivisten leikkauspotilaiden kohdejoukossa. Poikkileikkaustutkimuksen avulla muodostettiin käsitys elektiivisten leikkauspotilaiden valinnanvapauden arvostamisesta, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemisesta ja sairaalan valintaan osallistumisesta sekä sairaalan valintaan yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimusmenetelmällä sekä analysoimalla sairaaloissa hoidettujen potilaiden määrää koskevaa toteumatietoa (De Vaus 2002; Polit & Beck 2012; Vehkalahti 2014). Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin (Kuvio 15).



Kuvio 15. Tutkimusasetelma

5.2 Aineistonkeruumenetelmät

5.2.1 Kyselylomake

Tutkimuksen empiirisessä vaiheessa kerätty tutkimusaineisto koostui kyselytutkimusaineistosta ja tilastotiedosta. Aineistot kerättiin potilailta kyselylomakkeella (ks. luku 5.3.1) ja sairaaloiden taloushallinnon tietojärjestelmistä hoidettujen potilaiden määrää koskevana toteumatietona (ks. luku 5.3.2). Kyselytutkimus soveltuu asenteita, mielipiteitä, näkemyksiä ja käyttäytymistä tarkastelemaan tutkimukseen. Tutkimuskohdetta tarkastelevalla tilastoaineistolla voidaan parantaa ja vahvistaa kyselytutkimuksella saatua käsitystä tutkittavasta asiasta ja sen toteutumisesta. (De Vaus 2002; Rattray & Jones, 2007; Vehkalahti, 2014.)

5.2.1.1 Kyselylomakkeen rakenne ja sisältö

Tutkimuksen teoreettisessa vaiheessa kehitetty kyselylomake muodostui kolmesta eri mittarista. Kyselylomakkeessa oli yhteensä 36 kysymystä. Osa kysymyksistä sisälsi useita osia, ja kyselylomakkeessa oli yhteensä 123 kysymystä tai väittämää. Sairaalan valinta -mittarilla (SAVA) (Liitteet 4 ja 5) tutkittiin potilaan näkemyksiä valinnanvapauden arvostamisesta, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemisesta, sairaalan valintaan osallistumisesta ja sairaalan valintaan yhteydessä olevista tekijöistä. Mittari sisälsi myös terveyspalvelujen käyttöä ja lähetettä koskevat tiedot ja potilaan taustatiedot. *EuroQol-5D*-mittarilla (EQ-5D-5L) tutkittiin potilaan itsearvioitua terveyttä (EuroQol Group 1990; Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015) ja *Krantzin Health Opinion Survey* (KHOS)-mittarilla potilaan suhtautumista terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon (Krantz ym. 1980) (Taulukko 2).

Taulukko 2. Kyselylomakkeen sisältö (empiirinen vaihe)

Tutkittava teoreettinen kokonaisuus	Operationalisointi	Mittari ja kyselylomakkeen osa	Kyselylomakkeen kysymyksen järjestysnumero ja osioiden määrä
Valinnanvapaus potilaan moraalisisena ja laillisena oikeutena	Valinnanvapauden arvostaminen	SAVA-mittari, B-osa	Kysymykset 9 ja 14
	Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen	SAVA-mittari, A-osa	Kysymykset 6 ja 8
	Osallistuminen sairaalan valintaan	SAVA-mittari, A-osa	Kysymykset 7 ja 10 – 13
	Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät		
	- terveyspalvelujen käyttäminen ja lähete	SAVA-mittari, A-osa	Kysymykset 1–5
	- terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon suhtautuminen	KHOS-mittari, D-osa	Kysymys 18, jossa 16 osiota
	- itsearvioitu terveys	EQ-5D-5L-mittari, D-osa	Kysymys 19, jossa 6 osiota
	- sairaalan toiminta ja palvelun laatu	SAVA-mittari, C-osa	Kysymys 17, jossa 69 osiota
	- potilaan taustatiedot	SAVA-mittari, B-osa ja E-osa	Kysymykset 15, 16 ja 20 – 36

Kyselylomakkeen A-osassa oli seitsemän strukturoitua kysymystä, joissa kysyttiin potilaan terveystalouden käyttöä, kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa koskevan lain-säädännön tuntemista ja sairaalan valintaan osallistumista. Kyselylomakkeen B-osassa kysyttiin potilaan näkemystä sairaalan valintaa koskevasta oikeudesta, sairaalan valinnan tärkeydestä sekä lähettävän lääkärin toimimisesta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa lähetetilanteessa. Lisäksi kysyttiin potilaan näkemystä valintapäätöksen tekijästä sekä julkisten sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon hakemisesta ja tiedon lähteestä. Osassa oli yhdeksän strukturoitua kysymystä, joista kuusi oli Likert-asteikollista (1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Kyselylomakkeen C-osassa potilasta pyydettiin arvioimaan nousevalla tärkeysasteikolla (1 = ei lainkaan tärkeä, 2 = vain vähän tärkeä, 3 = jonkin verran tärkeä, 4 = tärkeä, 5 = erittäin tärkeä) sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kuvaavien tekijöiden tärkeyttä sairaalan valinnassa. Tekijät esitettiin satunnaisessa jär-jestyksessä, ja niitä oli yhteensä 68. Lisäksi potilaalla oli mahdollisuus ilmaista jokin muu sairaalan valinnassa tärkeä tekijä avoimeksi jätettyyn kohtaan. Potilasta pyydettiin ilmaisemaan näkemyksensä tekijöiden tärkeydestä silloin kun hän oli valinnut sairaalan, tai jos hän ei ollut osallistunut valintaan, arvioimaan tekijöiden tärkeyttä mahdollisessa tulevassa valintatilanteessa. Tässä tutkimuksessa tärkeydellä tarkoitetaan henkilön subjektiivista käsitystä käsiteltävänä olevasta asiasta, ominaisuuksista ja siihen liittyvää arvostusta. Arvostukset näkyvät kaikessa ihmisen toiminnassa tai hänen kertoessaan motiiveistaan. (Airaksinen 1993).

Kyselylomakkeen D-osassa mitattiin potilaan suhtautumista terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja hoitoon sekä itsearvioitua terveyttä valmiilla mittareilla. Terveyttä ja sairautta koskevan tiedon ja siihen suhtautumisen (Coulter ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Dixon ym. 2010; Fasolo ym. 2010; Boyce ym. 2010) sekä potilaan terveyden on todettu olevan yhteydessä sairaalan valintaan (Moser ym. 2010; Hanning ym. 2012).

Potilaan suhtautumista terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon mitattiin Krantzin ym. (1980) *Health Opinion Survey* -mittarilla (KHOS). KHOS on amerikkalainen, erityisesti tietoon suhtautumista ja päätöksentekoa mittaava mittari (Krantz ym. 1980). Mittari sisälsi yhteensä 16 väittämää ja jakautui terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon suhtautumista (KHOS-I) ja itsehoitoa koskevan päätöksenteon hallintaa (KHOS-B) käsitteleviin osiin. KHOS-I-osassa oli seitsemän väittämää (väittämät 1, 3, 4, 8, 10, 15, 16), joissa kysyttiin vastaajan suhtautumista tietoon. Väittämistä neljä (1, 3, 10, 15) oli muotoiltu kielteisesti. KHOS-B-osassa oli yhdeksän väittämää (väittämät 2, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14), joissa kysyttiin vastaajan suhtautumista itsehoitoon. Väittämistä kuusi (5, 6, 9, 11, 12, 13) oli muotoiltu kielteisesti. Molemmissa osissa vastaajia pyydettiin vastaamaan esitettyihin väittämiin dikotomisella asteikolla (kyllä/ei). Molempien osien vastausten perusteella terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon suhtautumiselle voitiin laskea summaindeksi kääntämällä kielteisten väittämien vastaukset

myönteisiksi ennen niiden analysointia. Tietoon suhtautumista koskevien väittämien osalta suurin mahdollinen pistemäärä oli 7 (vaihteluväli 0–7) ja itsehoidon osalta 9 (vaihteluväli 0–9). Korkea pistemäärä osoitti vastaajan myönteistä tai aktiivista ja matala pistemäärä vastaavasti kielteistä tai passiivista suhtautumista mitattavaan asiaan. (Krantz ym. 1980.)

Potilaan itsearvioitua terveyttä mitattiin *EuroQol-5D*-mittarilla (EQ-5D-5L). *EuroQol-5D* on standardoitu, aikuisten terveydentilan ja terveydenhuollon toimenpiteiden tulosten mittaamiseen kehitetty kaksiosainen mittari. Mittarin avulla saadaan vastaajan yksilöllinen kuvaileva terveysprofiili. *EuroQol-5D*-mittarin ensimmäisessä osassa vastaajaa pyydettiin arvioimaan terveyttään vastaushetkellä viisi eri vaihtoehtoa sisältävän kuvailuvan (*classifier*) luokituksen avulla liikkumisen, itsestään huolehtimisen, tavanomaisten toimintojen, kipujen tai vaivojen ja ahdistuneisuuden tai masennuksen osalta. Vastausvaihtoehto 1 tarkoittaa, ettei vastaajalla ole ongelmia tai vaikeuksia mitattavan asian suhteen. Vaihtoehto 2 merkitsee lieviä ongelmia tai vaikeuksia, vaihtoehto 3 merkitsee keskivaikeita ongelmia tai vaikeuksia, vaihtoehto 4 merkitsee vakavia ongelmia tai vaikeuksia ja vaihtoehto 5 äärimmäisiä ongelmia tai vaikeuksia mitattavan asian suhteen. Parhaimmaksi terveytensä arvioineilla vastaajilla ei ole ongelmia minkään arvioidun asian suhteen, ja heikoimmiksi arvioineilla vastaavasti on äärimmäisiä ongelmia tai vaikeuksia niiden suhteen. Vastausasteikon numerot eivät vastaa matemaattisia lukuja, eikä niistä voida laskea aritmeettisiä laskutoimituksia. (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015.)

EuroQol-5D-mittarin toisessa osassa vastaajaa pyydettiin arvioimaan VAS-asteikolla ja numerolla vastaushetkellä olevaa terveyttään. VAS-asteikosta valittiin vastaushetkellä parhaiten terveyttä kuvaava vaihtoehto 20 cm:n pystysuoralta asteikolta (0–100). Asteikossa 0 kuvasi huonointa mahdollista terveyttä ja 100 vastaavasti parasta mahdollista terveyttä. Lisäksi vastaajaa pyydettiin merkitsemään vastaava arvio numerolla janan vieressä olevaan kohtaan. (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015.)

EuroQol-5D-mittarin avulla voidaan laskea vastaajan itsearviointiin perustuva yleistä terveyttä osoittava yksilö- tai väestötasoinen EQ-5D-indeksiluku. Indeksiluvun laskeminen perustuu kyseisen maan tai kulttuurisesti vastaavan maan väestötason painokertoimiin. (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015.) Tässä tutkimuksessa väestötason terveyttä kuvaava tunnusluku (EQ-5D-score) laskettiin Tanskan painokertoimien mukaan, koska Suomen painokertoimia ei ole vielä saatavana. Tanska vastaa kulttuurisesti ja väestön terveydentilan suhteen Suomea. EQ-5D-5L-mittari on alkuperältään englanninkielinen, mutta se on käännetty yli 50 kielelle ja on saatavilla suomen- ja ruotsinkielisenä. (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015.)

Kyselylomakkeen E-osassa (SAVA-mittari) kysyttiin potilaan sosiodemografisia (ikä, sukupuoli ym.) tietoja, internetyhteyden käyttömahdollisuutta (kyllä/ei), potilasjärjestöön kuulumista (kyllä/ei), yksityisen sairausvakuutuksen omistamista (kyllä/ei), vastaajan halukkuutta käyttää palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan (kyllä/ei), vastaajan valmiutta kustantaa itse matkakuluja Suomessa päästääkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan (euroa) sekä valmiutta matkustaa toiseen EU-maahan hoitoon (kyllä/ei) ja kustantaa itse matkustus- tai hoitokuluja (euroa).

5.2.1.2 Sairaalan valinta-mittarin (SAVA) kehittäminen

Sairaalan valinta -mittarin (SAVA) sisältö tuotettiin tätä tutkimusta varten induktiivisesti aikaisemman sairaalan valintaa koskevan tutkimustiedon perusteella. Mittari kehitettiin, koska soveltuva mittaria ei ollut saatavilla. Tutkimustietoa etsittiin *scoping review* -menetelmällä, joka soveltuu tutkimuksen aihealueen alustavaan tarkasteluun, kun tarkkaa tutkimuskysymystä ei voida asettaa sen laajuuden takia ja tutkimuksissa on käytetty useita erilaisia menetelmiä. *Scoping review* -menetelmässä tutkimusten mukaanottokriteerejä voidaan tarkistaa ennen lopullista valintaa, koska tutkija ei kykene hahmottamaan ilmiön kaikkia ominaisuuksia tutkimuksen alkuvaiheessa. Menetelmässä ei arvioida tutkimusten laatua. (Davis ym. 2009; Grant & Booth 2009; Booth ym. 2012.)

Kirjallisuushaun tarkoituksena oli löytää oleellinen sisältö ja rakenne tutkimuksessa mitattaville kokonaisuuksille, ja löytää käyttökelpoinen valmis mittari tätä tutkimusta varten. Tiedonhaku (Liite 6) toteutettiin yhteistyössä informaation kanssa MEDLINE (PubMed) -tietokannasta kesällä 2012. Tutkimuksille asetettiin alustavat mukaanottokriteerit. Poisjättökriteerit määriteltiin menetelmän mukaisesti kokotekstin tarkasteluvaiheessa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Valinnanvapautta ja sairaalan valintaa tarkastelevan *scoping review* -kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poisjättökriteerit

Mukaanottokriteerit	Poisjättökriteerit (määritelty kokotekstin tarkasteluvaiheessa)
Tieteelliset tutkimukset, joissa oli tarkasteltu valinnanvapautta ja sairaalan valintaa sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä	Tieteelliset tutkimukset, joissa valinnanvapautta ja sairaalan valintaa sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä oli tutkittu muun kuin Euroopan tai USA:n terveydenhuoltojärjestelmässä
Tutkimuksen julkaisukieli oli englanti	Tutkimus oli julkaistu ennen vuotta 2000
Tutkimuksesta oli saatavilla tiivistelmä	

Tiedonhaku MEDLINE:en (PubMed) -tietokannasta tuotti 484 viitettä, joista otsikon perusteella mukaanottokriteerin mukaisesti otettiin 42 tutkimusta. Näistä haettiin tiivistelmätiedot, ja tiivistelmän perusteella otettiin 20 artikkelia kokotekstin tarkasteluun. Kokotekstin tarkastelun perusteella valittiin 11 artikkelia. Kokotekstin tarkasteluvaiheessa määriteltiin poisjättökriteerit, joiden mukaan tarkastelun ulkopuolelle rajattiin ennen 2000-lukua tehdyt tutkimukset ja muualla kuin Euroopan tai Yhdysvaltojen alueen tehdyt tutkimukset. Rajauksella varmistettiin tarkastelun kohdentuminen uusimpiin länsimaisiin tutkimuksiin. Tutkimuksia etsittiin myös manuaalisesti tutkimusten lähdeluetteiloista ja aihealuetta koskevasta kirjallisuudesta. Manuaalisessa haussa noudatettiin edellä mainittuja mukaanotto- ja poisjättökriteerejä. Manuaalisen haun perusteella kirjallisuuskatsaukseen otettiin 12 tutkimusta. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin 21 tutkimusta (Liite 7).

Sairaalan valintaa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä koskevat valitut tutkimukset oli toteutettu Englannissa (n=10), Hollannissa (n=7), Yhdysvalloissa (n=1), Ruotsissa (n=1), Norjassa (n=1) ja Tanskassa (n=1). Tutkimusmenetelminä niissä oli käytetty kyselytutkimusta (n=12), rekisteriaineistoa (n=4) tai niiden yhdistelmiä (n=2) tai *focus group* -haastattelua (n=3).

5.2.1.3 Sairaalan valintaan yhteydessä olevien tekijöiden määrittäminen

Kirjallisuushaun perusteella ei löydetty käyttökelpoista valmista mittaria tähän tutkimukseen, mutta sen avulla tunnistettiin keskeisiä tekijöitä, jotka olivat yhteydessä sairaalan valintaan. Sairaalan valintaan osallistumisen sekä sairaalan toimintaa ja palveluja koskevien tekijöiden lisäksi tutkimuksissa oli tarkasteltu valinnanvapauden arvostamista (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010), valinnanvapautta koskevan lainsäädännön tuntemista (Dixon ym. 2010; Dixon 2010), valinnan apuna käytettyjä tiedonlähteitä, vertailutietoa ja niiden merkitystä (mm. Fasolo ym. 2010; Coulter ym. 2010; Dixon ym. 2010; Birk & Henriksen, 2006; Schwartz ym. 2005; Moser ym. 2010) sekä potilaan terveyden yhteyttä sairaalan valintaan (Moser ym. 2010; Hanning ym. 2012).

Kirjallisuuskatsauksen perusteella tunnistettujen tekijöiden ja suomalaisen potilaan valinnanvapautta koskevan lainsäädännön perusteella muodostettiin mittarin rakenne ja sisältö. SAVA-mittarissa pyrittiin huomioimaan tutkittava kokonaisuus ja ottamaan huomioon suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteitä (ks. luku 5.2.1.1).

Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevat tekijät listattiin taulukkoon, jonka avulla tekijät ryhmiteltiin yhteisten ominaisuuksien perusteella asiakokonaisuuksiksi. Asiakokonaisuudet nimettiin alustavasti sisältönsä mukaan: Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelukokemus, potilasturvalliset hoitokäytännöt, lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys, tilat ja oheispalvelut sekä potilaskeskeiset toimintatavat (Liite 8). Asiakokonaisuuksien nimeäminen perustui kirjallisuuskatsausten tuottaman tiedon lisäksi kansallisia julkisten palvelujen saatavuutta

ja laatua koskeviin ohjeisiin ja suosituksiin. Näiden mukaan toiminnan ja palvelun laatua koskevaa vertailutietoa tulisi tarjota esimerkiksi palveluvalikoimasta, asiakastyytyväisyydestä, hoitoon pääsystä, henkilöstön osaamisesta, potilasturvallisuudesta, prosessi-laadusta ja vaikuttavuudesta (STM 2011; Kuntaliitto 2011; Häkkinen ym. 2014).

Ensimmäisessä SAVA-mittarin versiossa (*item pool*) oli 7 valinnanvapauden arvostamista ja sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista käsittelevää kysymystä, 4 sairaalan valintaan osallistumista käsittelevää kysymystä sekä 75 sairaalan toimintaan ja palvelun laatuun liittyvää tekijää koskevaa väittämää.

Asiantuntijapaneelit

SAVA-mittarin näennäis- ja sisältövaliditeettia arvioitiin kolmen asiantuntijapaneelin (hoitotieteen, hoitotyön, lääketieteen ja asiantuntijaorganisaation asiantuntijat sekä potilasiantuntijat) avulla (De Von ym. 2007; Rattray & Jones 2007). Asiantuntijat arvioivat kyselylomakkeen kysymysten ja väittämien 1) merkitystä tutkimusaiheen kannalta sekä kysymysten 2) selkeyttä ja 3) helppolukuisuutta nousevan tärkeysasteikon avulla (1 = ei lainkaan merkittävä/selkeä/helppolukuinen, 2 = vain vähän merkittävä/selkeä/helppolukuinen, 3 = melko merkittävä/selkeä/helppolukuinen, 4 = erittäin merkittävä/selkeä/helppolukuinen) (Polit & Beck 2006). Asiantuntijoiden arvioiden pohjalta kullekin kysymykselle ja väittämälle laskettiin sisällön validiteettia osoittava yksimielisyysindeksi (*content validity index*, I-CVI). SAVA-mittarin näennäis- ja sisältövaliditeettia kuvaava I-CVI-arvo saatiin laskemalla yhteen asiantuntijoiden kysymyksille ja väittämille antamat arvot 3 ja 4. (Polit & Beck 2006.) Lisäksi laskettiin arvioiden yksimielisyyden suhteellinen osuus (%) jokaisesta arvioitavana olleesta ominaisuudesta koko mittarissa. Asiantuntijapaneelin tavoitteena oli saavuttaa kirjallisuudessa suositeltu 78 % yksimielisyys (Polit & Beck 2006) tai mahdollisimman suuri yksimielisyys kysymysten ja väittämien merkityksestä tutkimusaiheen kannalta sekä niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta. Kysymysten ja väittämien lopullisessa valinnassa painotettiin potilasiantuntijoiden antamaa ja koko mittaria koskevaa arviointia. (Polit & Beck 2006.)

Hoitotieteen asiantuntijoiden asiantuntijapaneeli

Ensimmäinen asiantuntijapaneeli arvioi SAVA-mittarin näennäisvaliditeettia (*face-validity*). Asiantuntijoiden arvioiden perusteella pyrittiin saamaan alustava käsitys siitä, millä tavalla vastaajat ymmärsivät ja tulkitsivat kysymyksiä ja väittämiä. (Polit & Beck 2006; De Von ym. 2007; Rattray & Jones 2007; De Vellis 2012.) Asiantuntijapaneelin tavoitteena oli mahdollisimman suuri yksimielisyys kysymysten ja väittämien merkityksestä tutkimusaiheen kannalta sekä niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta (Polit & Beck 2006). Lisäksi asiantuntijoilla oli mahdollisuus kommentoida kysymyksiä ja väittämiä. Arvioitavana oli yhteensä 86 kysymystä (n=11) tai väittämää (n=75).

Ensimmäinen asiantuntijapaneeli (Taulukko 4) koostui hoitotieteen jatko-opiskelijoista (n=4) ja kahdesta terveystieteen tohtorin tutkinnon suorittaneesta asiantuntijasta. Asiantuntijoilla oli akateeminen tutkinto ja valtaosalla pitkä työkokemus terveydenhuoltoalalla, mutta kahdella heistä ei ollut työkokemusta terveydenhuollon asiantuntijatehtävistä tai hallinnon alalta. Puolet (n=3) asiantuntijoista tunsivat terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa koskevan lain sisällön.

Taulukko 4. Hoitotieteen asiantuntijoiden asiantuntijapaneeli

Asian- tuntija	Korkein tut- kinto terve- den-huolto- alalla	Työkokemus terveydenhuol- toalalla yhteensä vuosina	Työkokemus terve- denhuollon asiantun- tijatehtävissä tai hal- linnon alalta vuosina	Terveydenhuoltolain (L1326/2010) kiireet- tömän hoidon hoito- paikkaa koskevan lain sisällön tuntemi- nen
1.	TtM	17	3, 5	Ei
2.	TtK	17,6	1	Ei
3.	TtK	6	-	Ei
4.	TtM	25	13	Kyllä
5.	TtT	23	10	Kyllä
6.	TtT	8	-	Kyllä

Ensimmäisen asiantuntijapaneelin asiantuntijat olivat 80–100-prosenttisen yksimielisiä valtaosasta kysymysten ja väittämien merkityksestä tutkimusaiheen kannalta sekä niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta (Polit & Beck 2006; De Von ym. 2007; Rattray & Jones 2007; De Vellis 2012). Asiantuntijoiden antamien arvioiden perusteella laskettiin yksimielisyysindeksi *koko* SAVA-mittarin kysymyksille ja väittämille. Kaikki (n=86) kysymykset ja väittämät arvioitiin yksimielisesti merkityksellisiksi tutkimuksen aiheen kannalta, 94 % (n=81) selkeiksi ja 92 % (n=79) helppolukuisiksi. (Polit & Beck 2006.) Ensimmäisessä asiantuntijapaneelissa arvioitiin mittarin näennäisvaliditeettia (*face validity*), eikä kysymyksiä muutettu ennen toista asiantuntijapaneelia.

Hoitotyön, lääketieteen ja asiantuntijaorganisaation asiantuntijapaneeli

Toinen asiantuntijapaneeli arvioi SAVA-mittarin sisältövaliditeettia (*content validity*). Asiantuntijoiden antamien arvioiden perusteella pyrittiin muodostamaan käsitys SAVA-mittarin kyvystä mitata valinnanvapauden arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista, sairaalan valintaan osallistumista ja sairaalan valintaan yhteydessä olevia tekijöitä (Polit & Beck 2006; De Von ym. 2007; Rattray & Jones 2007; De Vellis 2012.) Asiantuntijapaneelin tavoitteena oli mahdollisimman suuri yksimielisyys kysymysten ja väittämien merkityksestä tutkimusaiheen kannalta sekä niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta (Polit & Beck 2006). Lisäksi asiantuntijoilla oli mahdollisuus

kommentoida kysymyksiä ja väittämiä. Arvioitavana oli yhteensä 86 kysymystä (n=11) tai väittämää (n=75).

Toinen asiantuntijapaneeli (Taulukko 5) koostui hoitotyön, lääketieteen ja terveydenhuollon tutkijaorganisaation edustajista (n=5). Valtaosalla asiantuntijoista oli akateeminen tutkinto ja vahva työkokemus terveydenhuoltoalalta. Heistä yli puolella oli myös pitkä kokemus asiantuntijatehtävissä tai hallinnossa toimimisesta. Kaikki asiantuntijat tunsivat terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa koskevan lain sisällön.

Taulukko 5. Hoitotyön, lääketieteen ja asiantuntijaorganisaation asiantuntijoiden asiantuntijapaneeli

Asiantuntija	Korkein tutkinto sosi-aali- tai terveydenhuoltoalalla	Työkokemus sosiaali- tai terveydenhuoltoalalla yhteensä vuosina	Työkokemus asiantuntija-tehtävissä tai hallinnon alalta vuosina	Terveydenhuoltolain (L1326/2010) kiireettömän hoidon hoitopaikkaa koskevan lain sisällön tunteminen
1.	Esh.	36,5	20	Kyllä
2.	LT	15	3,5	Kyllä
3.	VTT	22	22	Kyllä
4.	TtM	33	15	Kyllä
5.	LT	15,2	8	Kyllä

Toisen asiantuntijapaneelin asiantuntijat olivat 80–100-prosenttisen yksimielisiä valtaosasta kysymysten ja väittämien merkityksestä tutkimusaiheen kannalta sekä niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta (Polit & Beck 2006; De Von ym. 2007; Rattray & Jones 2007; De Vellis 2012). Asiantuntijoiden arvioiden perusteella yhtä kysymystä muokattiin viisiluokkaisesta selkeämmin toisensa poissulkeväksi kolmiluokkaiseksi kysymykseksi, toisen kysymyksen sanamuotoa tarkennettiin, 8 väittämää jätettiin pois tai yhdistettiin toiseen samankaltaiseen väittämään ja 32 väittämän sanajärjestystä tai -muotoa selkeytettiin. Asiantuntija-arvion perusteella laskettiin yksimielisyysindeksi *koko SAVA*-mittarin kysymyksille ja väittämille. Asiantuntijoista 48 % oli täysin yksimielisiä (n=41) kysymyksen tai väittämän merkityksestä tutkimuksen aiheen kannalta, 84 % (n=72) niiden selkeydestä ja 88 % (n=76) helppolukuisuudesta. (Polit & Beck 2006.)

Asiantuntijoiden arviot väittämien merkityksestä tutkimuksen kannalta poikkesivat toisistaan melko paljon. Väittämien merkityssisällön lopullinen arviointi jätettiin potilaista koostuvan asiantuntijapaneelin arvioitavaksi, sillä sisältö perustui sairaalan valintaa koskevaan kansainväliseen tutkimukseen eikä tutkimustietoa suomalaisen elektiiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaudesta vielä ollut saatavilla.

Potilasasiantuntijapaneeli

Kolmas asiantuntijapaneeli, potilaat, arvioi SAVA-mittarin sisältövaliditeettia (*content validity*). Asiantuntijoiden antamien arvioiden perusteella pyrittiin muodostamaan käsitys SAVA-mittarin kyvystä mitata valinnanvapauden arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista, sairaalan valintaan osallistumista ja sairaalan valintaan yhteydessä olevia tekijöitä (Polit & Beck 2006; De Von ym. 2007; Rattray & Jones 2007; De Vellis 2012.) Asiantuntijapaneelin tavoitteena oli 78-prosenttinen yksimielisyys kysymysten ja väittämien merkityksestä tutkimusaiheen kannalta sekä niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta. (Polit & Beck 2006.) Asiantuntijoilla oli lisäksi mahdollisuus kommentoida kysymyksiä ja väittämiä. Arvioitavana oli 9 kysymystä ja 67 väittämää (n=76).

Kolmas asiantuntijapaneeli koostui elektiivisistä leikkauspotilaista (n=15). Asiantuntijapaneeli toteutettiin yhdessä sairaanhoitopiirien muodostaman erityisvastuualueen sairaalassa syksyllä 2013. Potilaat otettiin asiantuntijapaneeliin systemaattisella otannalla saapumisjärjestyksessä. Potilailta pyydettiin suullinen suostumus asiantuntijapaneeliin osallistumiseen, ja tutkimuksessa avustavat hoitajat kertoivat heille tutkimuksen tavoitteesta ja tarkoituksesta ennen arvion antamista. Asiantuntijapaneeliin otettiin potilaita, jotka kykenivät arvioimaan kysymyksiä ja väittämiä joko ennen tai jälkeen heille suoritettun toimenpiteen. Asiantuntijoita pyydettiin lisäksi arvioimaan kyselylomakkeen alustavan version ulkoasua, vastaamisen helppoutta ja siihen kulunutta aikaa erillisellä lomakkeella (Oppenheim 2000; De Vaus 2002; Dillman 2007). Potilasasiantuntijapaneelin (Taulukko 6) osallistujista (n=15) valtaosa, 80 % (n=12) oli miehiä. Osallistujien ikäjakauma oli 21–76 vuotta, ja heistä yli puolet oli yli 60-vuotiaita. Valtaosa vastaajista ei tuntenut terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa koskevan lain sisältöä.

Taulukko 6. Potilasasiantuntijapaneeli

Asiantuntija	n	%
Sukupuoli		
Mies	12	80
Nainen	3	20
Ikä vuosina		
20–30	1	7
41–50	4	27
51–60	2	13
61–70	3	20
71–80	5	33
Terveydenhuoltolain (1326/2010) hoitopaikan valintaa koskevan sisällön tunteminen		
Kyllä	3	20
Ei	11	73
Ei tietoa	1	7

Potilasasiantuntijat arvioivat yhtä kysymystä lukuun ottamatta kaikki kysymykset yli tavoitetason merkityksellisiksi tutkimusaiheen kannalta. Tavoitetason alle jäänyt kysymys käsitteli valinnanvapauden arvostamista, eikä sitä ei tiedon saamisen keskeisyyden vuoksi jätetty pois kyselylomakkeen lopullisesta versiosta, mutta sen sanamuotoa selkiytettiin (Ratray & Jones, 2007; De Vellis 2012). Potilasasiantuntijat olivat 85–100-prosenttisen yksimielisiä kysymysten selkeydestä ja helppolukuisuudesta (Polit & Beck 2006).

Potilasasiantuntijat olivat 80–100-prosenttisen yksimielisiä valtaosasta väittämien merkityksestä tutkimusaiheen kannalta sekä niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta. Annetun arvion perusteella kahdeksan alle tavoitetason (50–73 %) jääneen väittämän sanajärjestykseen tai sanamuotoon tehtiin vähäisiä tarkennuksia. Esimerkiksi kaikissa väittämässä päädyttiin käyttämään sanaa leikkaus toimenpide-sanana sijasta. (Ratray & Jones 2007; De Vellis 2012.) Asiantuntijoiden arvioiden perusteella laskettiin yksimielisyysindeksi *koko* SAVA-mittarin kysymyksille ja väittämille. Asiantuntijat olivat täysin yksimielisiä 84 % (n=64) kysymyksen ja väittämän merkityksestä tutkimuksen aiheen kannalta ja 95 % (n=72) niiden selkeydestä ja helppolukuisuudesta (Polit & Beck 2006).

Potilasasiantuntijat pitivät kyselylomakkeen ulkoasua selkeänä. Valtaosa heistä (73 %) arvioi, että ensivaikutelma kannusti osallistumaan kyselyyn, ja piti vastausohjeita (87 %) selkeinä. Kyselylomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot erottuivat toisistaan selkeästi (73 %), eikä kyselylomakkeessa ollut sellaisia kysymyksiä, joihin ei olisi osannut vastata (73 %). Vastajaat löysivät hyvin (87 %) sopivan vaihtoehdon kysymykseen. Valtaosa (67 %) ei kaivannut vaihtoehtojen joukkoon ”en osaa sanoa”-vaihtoehtoa. Kyselylomakkeen kysymykset olivat toisensa poissulkevia (87 %), ja kysymysten asteikko oli sopiva (80 %). Valtaosa vastaajista sanoi ymmärtäneensä kaikki kysymykset (87 %), eikä lomakkeessa ollut kysymyksiä, joihin ei olisi halunnut vastata (93 %). Valtaosa vastaajista (80 %) piti kyselyä sopivan pituisena. Vastajaat käyttivät vastaamiseen aikaa 15–50 minuuttia. Yli puolet (61,5 %) vastasi lomakkeeseen 15–30 minuutissa (Liite 9).

SAVA-mittariin lisättiin asiantuntijapaneelien jälkeen kaksi kysymystä ja yksi väittämä, jotka käsittelivät suomalaisen terveydenhuoltolain tuntemista, yhteisymmärryksessä tapahtuvaa päätöksentekoa ja omalla äidinkielellä annettavaa hoitoa. Lisäykset perustuivat tutkijan omaan arvioon kysymysten ja väittämän tuottamasta lisätiedosta tutkittavan aiheen kannalta. SAVA-mittarissa oli muutosten jälkeen 79 kysymystä ja väittämää. SAVA-mittarin kehittämisen vaiheet esitetään taulukossa 7.

Taulukko 7. SAVA-mittarin kehittämisen vaiheet

Vaiheet	Tavoite	Menetelmä/Aineisto	Lopputulokset
SAVA-mittarin kehittäminen	Suomalaisen elekttiivisen leikkauspotilaan sairaalan valinnan arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista, sairaalan valinnan toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä tarkastelevan mittarin kehittäminen		
Vaihe 1. Sisältö ja rakenne	Sairaalaa valintaa koskevien ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden tunnistaminen	Kirjallisuuskatsaus	SAVA-mittarin luonnosversio (<i>blueprint</i>) ja alustava sisältö (<i>item pool</i>)
Vaihe 2. Sisällön selkeyttäminen	Mittarin sisältövalitsee (CVI*) arviointi (M= merkitys tutkimusaiheen kannalta, S= selkeys, HL= helpollisuus)	Asiantuntijapaneelit (n=3) M,S ja HL arvioitiin asteikolla 1-4 yhdistämällä luokat 1-2 ja 3-4	11 kysymystä ja 75 väittämää Asiantuntijapaneeli 1: 11 kysymystä ja 75 väittämää= 86
Vaihe 3. Mittarin luonnos-versio	Mittarin sisällön viimeistely	Tavoiteltu yksimielisyys: Asiantuntijapaneeli 1: mahdollisimman suuri yksimielisyys Asiantuntijapaneeli 2: mahdollisimman suuri yksimielisyys Asiantuntijapaneeli 3: 78 % yksimielisyys	Asiantuntijapaneeli 2: 11 kysymystä ja 75 väittämää=86
Vaihe 4. Mittarin kaksoiskäännös	Mittarin kääntäminen ruotsin kielelle	Standardoitu kaksoiskäännösmenetelmä	Asiantuntijapaneeli 3: 9 kysymystä ja 67 väittämää= 76 2 kysymyksen ja 1 väittämän lisäys
SAVA-mittarin testaaminen	Mittarin toimivuuden ja luotettavuuden arviointi		11 kysymystä ja 68 väittämää = 79
Vaihe 5. Mittarin esitestaus	Mittarin toimivuuden ja luotettavuuden varmistaminen	Pilotitutkimus (n=55) Osioanalyysi (inter-item- ja item-total-korrelaatiot) Cronbachin alfa kerroin	Ei muutoksia
Vaihe 6. Mittarin luotettavuuden arviointi	Mittarin toimivuuden ja luotettavuuden varmistaminen	Koko aineisto (n=853) Varimax-rotatoitu pääkomponenttianalyysi Osioanalyysi (inter-item- ja item-total-korrelaatiot) Cronbachin alfa kerroin	Valmis SAVA-mittari

* = content validity index

5.2.1.4 Kyselylomakkeen esitestaaminen ja kaksoiskääntäminen

Koko kyselylomake esitestattiin (N=64) yhdessä tutkimukseen osallistuneen erityisvastuualueen sairaalassa elektiivisten leikkauspotilaiden kohdejoukossa (n=55). Esitestauksen tarkoituksena oli arvioida kyselylomakkeen toimivuutta ja mittarin reliabiliteettia (Burns & Grove 2009; Rattray & Jones 2007). Potilaat otettiin esitestaukseen systemaattisella otannalla saapumisjärjestyksessä. Potilailta pyydettiin suullinen suostumus osallistumiseen, ja hoitajat kertoivat heille tutkimuksen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Potilaat vastasivat kyselylomakkeeseen kotona. Kyselylomakkeen lisäksi he saivat saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisesta toteuttamistavasta. Saatekirje sisälsi tutkijan ja tutkimuksen ohjaajien yhteystiedot. Kyselylomakkeen palautuskuoren postimaksu oli maksettu kyselylomakkeen palauttamisen helpottamiseksi. Kysymyksiin vastaamisen ja lomakkeen palauttamisen katsottiin ilmaisevan potilaan tietoista suostumusta tutkimukseen.

Esitestaukseen osallistuneista valtaosa oli suomenkielisiä miehiä (Liite 10). Vastajat olivat iältään 31–80-vuotiaita. Yli puolet vastaajista asui kaupungeissa. Enemmistö vastaajista oli suorittanut kansakoulun, keskikoulun tai peruskoulun. Kahdella kolmasosalla vastaajista oli toisen asteen ammatillinen tutkinto. Vastaajista oli eläkeläisiä lähes puolet. Johtavassa asemassa, yrittäjänä, toimihenkilönä tai työntekijänä toimi 50 % vastaajista. Yli puolet vastaajista sai vuodessa tuloja 20–39 999 euroa. Noin viidennes vastaajista sijoittui ylimpiin ja neljännes alimpiin kyselylomakkeessa määriteltyihin tuloluokkiin. Enemmistö vastaajista asui kahden hengen taloudessa. Noin joka kymmenennessä talouksista asui yli 75-vuotiaita henkilöitä ja noin 15 %:ssa alle 18-vuotiaita henkilöitä. Esitestauksen yhteydessä potilaista koottiin henkilörekisteritietoa palautusten seurantaan ja katoanalyysia varten. Tutkimukseen vastasi 78 % (n=50) potilasta ennen muistutuskirjeen lähettämistä ja muistutuskirjeen lähettämisen jälkeen vastanneita oli 86 % (n=55). Katoanalyysin mukaan yhdeksän potilasta jätti vastaamatta kyselylomakkeeseen. Heistä seitsemän oli miehiä ja kaksi naisia, jotka olivat 30–73-vuotiaita.

Esitestauksen jälkeen kyselylomake käännettiin suomesta ruotsiksi standardoidun kaksoiskäännöksen avulla (Hilton & Skrutkowski, 2002; Maneesriwongul & Dixon, 2004), sillä tutkittavalla erityisvastuualueella asuvasta väestöstä noin 15 % oli ruotsinkielisiä (Sotkanet 2013). Kaksoiskäännösprosessin tarkoituksena oli varmistaa ruotsinkielisten kysymysten ja väittämien semanttinen yhtäläisyys alkuperäisten kysymysten ja väittämien kanssa. (Hilton & Skrutkowski, 2002; Maneesriwongul & Dixon, 2004.) Käännetyn kyselylomakkeen kielen ja terminologian oikeellisuutta ja kysymysten vastaavuutta arvioi kaksi (n=2) ruotsia äidinkielenään puhuvaa, mutta suomea hyvin ymmärtävää terveydenhuollon ammattihenkilöä. Korjausten jälkeen lomake käännettiin takaisin suomenkieliseksi ja käännöstä verrattiin alkuperäiseen kyselylomakkeeseen kielenkääntäjän ja tutkijan yhteistyönä. Lopuksi kielenkääntäjä ja tutkija tarkistivat kyselylomakkeen

molemmat versiot ja hyväksyivät ne. Kyselylomakkeen kaksoiskäännöksen yhteydessä käännettiin myös kyselylomakkeen saatekirje. Kaksoiskäännös tehtiin SAVA-mittarille. KHOS- ja *EuroQol-5D*-mittarit olivat saatavilla suomen- ja ruotsinkielisinä.

5.2.2 Hoidettujen potilaiden määrää koskeva toteumatieto

Potilaista kirjataan hoidon alkaessa hoitoilmoitus sairaaloiden potilastietojärjestelmiin. Terveydenhuollon hoitoilmoitukseen kootaan tietoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitojaksoista, päiväkirurgiasta sekä julkisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä. Lääkäri määrittää vuodeosastohoidon hoitjakson, avohoidon käynnin tai muun hoitokontaktin päättyessä diagnoosit (pää- ja sivudiagnoosit). Terveydenhuollon hoitoilmoitukset sisältävät tietoja palveluntuottajasta, asiakkaasta tai potilaasta, hoitoon saapumisesta, hoitjakson ja käynnin aikaisista tapahtumista, jatkohoidosta sekä hoidon kustannuksista. (THL 2016.) Hoitoilmoituksen perusteella potilaan hoitoa ja kotikuntaa koskeva tieto siirretään taloushallinnon laskutusjärjestelmiin kuntalaskutusta varten.

Kyselytutkimuksen lisäksi tutkimuksessa koottiin hoitoilmoitukseen perustuvaa toteumatietoa. Valinnanvapautta koskevien kirjausten epäyhtenäisyyden vuoksi tutkimuksessa päädyttiin tarkastelemaan kotikunnaltaan tuottajan oman sairaanhoitopiirin ja muiden sairaanhoitopiirien potilaiden määrän kehittymistä vuositasoilla. Toteumatieto sisälsi kaikki hoidetut potilaat. Toteumatiedon avulla täydennettiin kyselytutkimuksella saatua tietoa ja muodostettiin käsitys sairaanhoitopiirien ja sairaalan jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon hakeutuneiden määrästä ja osuuden kehityksestä tarkastelujaksolla. Toteumatiedoista raportoitiin sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon hakeutuneiden potilaiden määrä ja suhteellinen osuus.

Toteumatieto kerättiin tutkimuksen yhdyshenkilöiden avustuksella kolmen (n=3) sairaanhoitopiirin ja yhden (n=1) sairaalan taloushallinnon kuntalaskutuksen tilastoista vuoden 2014 alusta lukien vuoden 2016 loppuun asti. Hoidettuja potilaita koskeva toteumatieto sisälsi tiedot laskutetuista hoitojaksoista ja käynneistä potilaiden kotikunnan mukaan kokonaisuutena ja eriteltyinä avo- ja vuodeosastohoitoon. Tieto kerättiin rajaamalla tarkastelu sairaanhoitopiirien ja sairaalan jäsenkuntiin kuuluviin ja muihin potilaisiin.

5.3 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineistonkeruu

5.3.1 Kyselytutkimuksen kohdejoukko ja aineistonkeruu

Tutkimukseen otettiin ASA-luokkiin (*American Society of Anesthesiologists 2012*) 1–3 kuuluvia potilaita. ASA -luokka kuvaa leikkaukseen tulevan potilaan sairastavuutta ja sitä käytetään ennustamaan leikkaukseen ja anestesiaan liittyvää kuolleisuutta ja komplikaatioita. ASA -luokkiin 1–3 kuuluvilla potilailla ei ollut henkeä uhkaavia

yleissairauksia. (Kontinen & Hynynen 2003). Tutkimukseen otettiin potilaita, joille oli tehty päätoimenpiteenä jokin seuraavista elektiivisistä leikkauksista:

- keskihermon vapautus (ACC51)
- nivustyran korjaus keinoaineella (JAB30)
- sappirakon poisto tähystyksessä (JKA21)
- olkalisäkkeen avarrus tähystyksessä (NBG15)
- olkanivelen kiertäjäkalvosimen ompelu tai uudelleenkiinnitys (NBL00)
- polven nivelkierukan osan poisto tähystyksessä (NGD05) tai
- polvinivelen puhdistus ja irtopalojen poisto tähystyksessä (NGF25)

Edellä mainitut leikkaukset kuuluivat yleisimpiin Suomen julkisissa sairaaloissa vuonna 2011 suoritettujen toimenpiteiden joukkoon (Rautiainen ym. 2012). Tutkimuksen piiriin kuuluvia leikkauksia suoritettiin erityisvastuualueella 18,5:a % suhteessa niiden osuuteen kaikissa Suomen julkisissa sairaaloissa tehtyihin toimenpiteisiin vuonna 2011. Toimenpidekohtaisesti eriteltynä ne edustivat 14,4–22,7 %:n osuutta Suomessa julkisissa sairaaloissa tehdyistä toimenpiteistä vuonna 2011 (Liite 11). Tehtyjen toimenpiteiden määrää koskeva tieto saatiin sairaanhoitopiirin ja sairaaloiden suoritilastoista. Tutkimuksen mukaanottokriteerien mukaisesti tutkimukseen osallistuvilta edellytettiin vähintään 18 vuoden ikää, vapaaehtoista suostumusta ja sujuvaa kommunikointikykyä suomen tai ruotsin kielellä. Tutkittavat potilaat otettiin systemaattisen otannan avulla tarjoamalla kyselylomaketta kaikille edellä mainittuihin leikkauksiin saapuville potilaille siihen saakka, kunnes sairaalakohtainen otos saavutettiin.

Tutkimuksen otoskoko (N=1375) perustui voima-analyysiin (*NQuery*-ohjelma). Tarvittava havaintojen lukumäärä on laskettu Khin neliö-testin mukaan taustamuuttujien ja yksittäisten 5-luokkaisten väittämien välillä. Maksimissaan taustamuuttujassa on 12 luokkaa. Nämä luvut on siis laskettu niin, että yksittäisen väittämän prosenttijakaumaa voi verrata jopa 12 luokan välillä. Tarvittavien havaintojen lukumääräksi laskettiin 444–660 (95 % voimakkuus, $p < 0,05$). Kyselytutkimuksen vastausprosentiksi arvioitiin 40 % ja kadon osuudeksi 20 %. (De Vaus 2002; Gomm 2008.) Tutkimusaineisto kerättiin vuoden 2014 huhtikuun ja vuoden 2015 kesäkuun välisenä aikana. Kesäajan toiminnan supistusten vuoksi yhden sairaalan osalta jäi jakamatta 24 lomaketta, jolloin tutkimuksen lopullinen otos oli 1351. Kyselytutkimukseen vastasi 863 potilasta (63,8 %).

Otanta ositettiin sairaanhoitopiireittäin (Taulukko 8) ja sairaaloittain (Taulukko 9) vuonna 2011 suoritettujen tutkimuksen piiriin kuuluvien toimenpiteiden suhteellisiin osuuksiin. Osituksen avulla varmistettiin kunkin sairaanhoitopiirin ja sairaalan suhteellinen kiintiöinti. Tutkimuksen kohteena olevan erityisvastuualueen väestöstä noin 15 % oli ruotsinkielisiä (Sotkanet 2013). Ruotsinkielisiä potilaita koskevan otoksen edustavuuden vuoksi ruotsinkielisiä kyselylomakkeita jaettiin ruotsinkielisen väestön osuutta vastaava määrä (n=207).

Taulukko 8. Kyselytutkimuksen otos erityisvastuualueella ja sairaanhoitopiireissä (n-määrä ja suhteellinen osuus)

Otos koko erva-alue	Sairaanhoitopiiri 1	Sairaanhoitopiiri 2	Sairaanhoitopiiri 3
1351 (100 %)	787 (58 %)	316 (23 %)	248 (18 %)

Taulukko 9. Kyselytutkimuksen otos sairaaloittain (n-määrä ja suhteellinen osuus)

Sairaanhoitopiiri / Sairaala	n	%
Sairaanhoitopiiri 1		
Sairaala 1	292	37
Sairaala 5	187	24
Sairaala 6	122	16
Sairaala 7	81	10
Sairaala 8	105	13
Yhteensä	787	100
Sairaanhoitopiiri 2		
Sairaala 2	202	64
Sairaala 4	114	36
Yhteensä	316	100
Sairaanhoitopiiri 3		
Sairaala 3	188	76
Sairaala 9	60	24
Yhteensä	248	100

Aineisto kerättiin kaikissa sairaaloissa yhtenevällä tavalla. Tutkija informoi henkilökohtaisesti tutkimuksessa avustavaa henkilökuntaa tutkimuksen tarkoituksesta ja sen suorittamisesta. Tutkimuslupaa haettaessa sairaaloihin nimettiin yhteyshenkilöt, jotka ohjasivat tutkimuksen aineistonkeruussa avustavia sairaanhoitajia. Avustavat sairaanhoitajat informoivat kohderyhmään kuuluvia potilaita ja jakoivat heille kyselylomakkeet. Kyselylomake jaettiin mukaanottokriteerit täyttävillä potilaille kotiin vastattavaksi kotiinlähöpäivänä. Potilaita motivoitiin saatekirjeellä vastaamaan kyselytutkimukseen, ja kyselylomakkeessa oli selkeät vastaamisohjeet. Potilaat saivat palautuskuoret, joiden postimaksu oli maksettu. Potilailla oli mahdollisuus vastata kyselyyn kotona ja heitä suositeltiin vastaamaan siihen kahden viikon aikana leikkauksen jälkeen. Ajoituksen tarkoituksena oli vähentää muistamiseen liittyvien virheiden mahdollisuutta ja toisaalta antaa potilaille aikaa rauhassa paneutua vastaamiseen ilman sairaalaympäristön mahdollisia häiriötekijöitä tai kiirettä.

Palautuneiden kyselylomakkeiden suhteelliset osuudet vastasivat jaettujen lomakkeiden suhteellista osuutta lähes yhtäpitävästi. Myös sairaaloittain tarkasteltuna palautuneiden kyselylomakkeiden suhteelliset osuudet vastasivat hyvin jaettujen lomakkeiden jakaumaa (Taulukko 10). Ruotsinkielisten vastaajien osuus oli 17,7 %, ja äidinkielenä

jonkin muun kielen kuin suomen tai ruotsin ilmoitti 0,2 % vastaajista. Ruotsinkielinen väestö oli aineistossa hieman ylliedustettuna.

Taulukko 10. Jaetut ja palautetut kyselylomakkeet sairaaloittain (n-määrä ja suhteellinen osuus koko otoksesta)

Sairaanhoitopiiri / Sairaala	Jaetut		Palautetut	
	N	%	n	%
Sairaanhoitopiiri 1				
Sairaala 1	292	37	180	36
Sairaala 5	187	24	129	25
Sairaala 6	122	16	78	15
Sairaala 7	81	10	62	12
Sairaala 8	105	13	59	12
Yhteensä	787	100	508	100
Suhteellinen osuus		58		59
Sairaanhoitopiiri 2				
Sairaala 2	202	64	123	65
Sairaala 4	114	36	65	35
Yhteensä	316	100	188	100
Suhteellinen osuus		23		22
Sairaanhoitopiiri 3				
Sairaala 3	188	76	126	75
Sairaala 9	60	24	41	25
Yhteensä	248	100	167	100
Suhteellinen osuus		18		19
Yhteensä	1351	100	863	64

5.3.2 Hoitojaksojen toteumatiedon keruu

Hoidettuja potilaita koskeva toteumatieto kerättiin kolmen (n=3) sairaanhoitopiiriin ja yhden (n=1) sairaalan taloushallinnon tilastoista. Tiedon keräämiseksi sairaanhoitopiirien ja yhden sairaalan tutkimuksen yhdyshenkilöiltä pyydettiin hoidettujen potilaiden määrää koskeva toteumatieto, joka sisälsi tiedot laskutetuista hoitojaksoista ja käynneistä potilaiden kotikunnan mukaan kokonaisuutena ja eriteltynä avo- ja vuodeosastohoitoon. Tilastoaineisto pyydettiin laatimaan siten, että yksittäinen potilas laskettiin tilastoon vain kerran, vaikka hänellä olisi ollut useita käyntejä tai hoitojaksoja seuranta-jaksolla. Toteumatieto pyydettiin vuoden 2014 alusta lukien vuoden 2016 loppuun asti.

5.4 Tutkimusaineiston tallentaminen ja analyysi

Kyselytutkimuksen aineisto tallennettiin *SPSS 22.0 Windows* -ohjelmaan (SPSS Inc, Chicago, IL,USA). *EuroQol-5D*-mittarin väestötason terveyttä kuvaavaa tunnusluvun laskemisessa (EQ-5D-score) käytettiin *SPSS 22.0 Window*- (SPSS Inc, Chicago,

IL,USA) ja *Excel*-ohjelmia. Hoidettujen potilaiden määrää koskeva toteumatieto tallennettiin ja analysoitiin *Excel*-ohjelmaa apuna käyttäen.

Aineiston huolellisella tallennuksella ja tarkistuksella voidaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta (Schneider & Deenan 2004). Ennen tilastollisia analyyseja 10 % vastausmatrillisista tarkistettiin alkuperäisten kyselylomakkeiden avulla mahdollisten virheellisten tietojen havaitsemiseksi ja korjaamiseksi. Virheitä etsittiin tutkimalla vastausvaihtoehtojen vaihteluvälistä poikkeavia vastauksia. Tarkistuksen perusteella havaittiin muutamia virheellisesti tallennettuja tietoja, jotka korjattiin. Samalla todettiin, että kyselylomakkeisiin oli vastattu kattavasti, ja vain yksi lomake hylättiin puuttuvien vastauksien vuoksi. Analysoitavasta aineistosta poistettiin 10 lomaketta, koska niistä puuttui sairaalan valintaan osallistumista koskeva tieto.

SAVA-mittarin osalta suurimmat puutteet koskivat palvelusetelin käyttöä koskevaa kysymystä, josta jäi puuttumaan 8 % (n=68) vastaajan tiedot. Vastajien kommenttien perusteella muodostui käsitys, että vastaamatta jättäneet eivät olleet ymmärtäneet kysymyksessä käytettyä käsitettä. Matka- ja hoitokuluja koskevista kysymyksistä jäi puuttumaan 5–6,5 % (n=41–55) vastauksista. Näitä olivat vastaukset, joihin oli merkitty ”eos” tai kysymysmerkki, ja epäselvät vastaukset sekä vastaukset, joissa asian ilmoitettiin riippuvan tilanteesta tai sairaudesta tai joissa vastaaja ei ollut merkinnyt esille summaa. Tallennuksessa otettiin huomioon korkein annettu arvo, jos vastaaja oli ilmoittanut useita arvoja, esimerkiksi 100–120 euroa. Nollien, viivan merkkien ja ”ei mitään”-vastausten tulkittiin tarkoittavan 0 euroa. Vuositulotieto jäi puuttumaan 3,5 % (n=30) vastaajan osalta. Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevassa kysymyksessä tieto puuttui kokonaan viiden vastaajan osalta ja osittain 1,5–5 % (n=14–43) väittämästä. Tallennuksessa otettiin huomioon korkein annettu arvo, jos vastaaja oli ilmoittanut useita arvoja. Epäselvät vastaukset tulkittiin puuttuvaksi tiedoksi. Puuttuvat tiedot korvattiin analyysivaiheessa kyseisen muuttujan koko aineiston keskiarvolla.

EuroQol-5D-mittarin kohdalla puuttuvia vastauksia oli hyvin vähän eli 0,4–0,8 % (n=4–7). Puuttuvien ja epäselvien vastausten osalta noudatettiin puuttuvien tietojen käsitteystä annettuja ohjeita. Ohjeiden mukaan puuttuva tieto merkittiin numerolla 9 ja jos vastaaja oli merkinnyt mittarin kuvailevaan osaan useita vastauksia, tieto tulkittiin puuttuvaksi. VAS -asteikolla puuttuva vastaus merkittiin numerolla 999 ja mikäli vastaaja oli merkinnyt tiedon ristiriitaisesti asteikkoon ja numerolla, tieto merkittiin puuttuvaksi. Mikäli vastaaja oli merkinnyt terveyttä koskevan arvion pelkästään numerolla, hyväksyttiin numerolla ilmoitettu arvio. (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015).

KHOS-mittarin osalta vastaus johonkin väittämään puuttui 0,1–4,5 %:lta (n=1–38) vastaajista. Epäselvät vastaukset, joissa oli merkitty molemmat vaihtoehdot tai merkintä vaihtoehtojen väliselle alueelle, merkittiin puuttuviksi tiedoiksi. Moni vastaaja oli

kommentoinut KHOS-mittarin väittämiä moniselitteisiksi, epäselviksi ja vaikeiksi vastata. Osa vastaajista ei ollut löytänyt väittämään itselleen sopivaa vastausvaihtoehtoa annetulla asteikolla.

Tilastollisia analyyseja varten aineistoon tehtiin vastaajan ikää ja sairaalan valintaan liittyviä matkakustannuksia koskevia uudelleenluokitteluja. Vastaajien ikä luokiteltiin seitsemään luokkaan, joita olivat alle 25-vuotiaat, 25–35-vuotiaat, 36–45-vuotiaat, 46–55-vuotiaat, 56–65-vuotiaat, 66–75-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat vastaajat. Sairaalan valintaan liittyvät itsekustannettavat matkakulut Suomessa luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1) vastaajat, jotka eivät olleet halukkaita kustantamaan itse lainkaan (0 euroa) matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa, 2) vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse korkeintaan 50 euroa päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa, ja 3) vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse yli 51 euroa päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa. Luokittelun perusteena käytettiin vuonna 2016 voimassa ollutta sairausvakuutuslain mukaista omavastuuosuutta, jonka potilas itse kustantaa sairaalamatkastaan (yhdensuuntaisen matkan omavastuuosuus 25 euroa) (Sairausvakuutuslaki 1224/2004).

Sairaalan valintaan liittyvät itsekustannettavat matkakulut toiseen EU-maahan luokiteltiin matemaattisesti vastausten jakaumia tarkastelemalla kolmeen luokkaan: 1) vastaajat, jotka eivät olleet halukkaita kustantamaan itse lainkaan (0 euroa) matkakuluja päästäkseen hoitoon toiseen EU-maahan, 2) vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse 10–400 euroa matkakuluja toiseen EU-maahan hoitoon päästäkseen, ja 3) vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse yli 400 euroa päästäkseen hoitoon toiseen EU-maahan hoitoon. Vastaavalla tavalla luokiteltiin toisessa EU-maassa tapahtuvasta hoidosta potilaalle itselle koituvia hoitokustannuksia koskevat vastaukset.

Kyselytutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimusaineisto kuvailtiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssijakaumia (n-määrät), jakautumista suhteellisiin osuuksiin (prosenttiosuudet) ja numeeristen muuttujien kohdalla tarkastelemalla myös keskiarvoa ja keskihajontaa. KHOS-mittarin ja SAVA-mittarin summamuuttujien osalta esitettiin lisäksi pienimmät ja suurimmat arvot sekä KHOS-mittarin osalta myös mediaani. Hoidettujen potilaiden määrää koskeva toteumatieto analysoitiin tarkastelemalla sairaanhoitopiireissä ja yhdessä sairaalassa hoidettujen, kotikunnaltaan tuottajan omaan ja muuhun sairaanhoitopiiriin kuuluvien potilaiden määrän ja suhteellisten osuuksien kehittymistä vuosina 2014–2016. Määrät (n-määrät) ja suhteelliset osuudet (prosenttiosuudet) esitettiin eriteltyinä avo- ja vuodeosastolla hoidettuihin potilaisiin ja kaikkiin potilaisiin. Tilastot laadittiin siten, että yksittäinen potilas laskettiin vain kerran seurantajaksolla suhteessa seurantatasoon. (Polit & Beck 2012.)

SAVA-mittarin summamuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen kuhunkin summamuuttujaan liittyvien väittämien vastauskoodit ja jakamalla saatu summa väittämien

lukumäärällä, jolloin tulokseksi saatiin kunkin summamuuttujan kohdalla väittämien keskiarvo. Summamuuttujien normaalisuuden tarkastelun sijaan todetaan, että näin suuressa aineistossa keskeinen raja-arvolause mahdollistaa parametristen testien käytön. (Durrett 2004.)

KHOS-mittarin kielteisesti muotoillut väittämät (1, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15) käännettiin myönteisiksi, ja potilaan terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon suhtautumista (KHOS-I) ja itsehoitoa koskevan päätöksenteon hallintaa (KHOS-B) koskevien vastausten summaindeksit laskettiin ennen aineiston analyysia. Puuttuvat tiedot korvattiin myönteisellä vaihtoehdolla kaikkien väittämien kohdalla. KHOS-I ja KHOS-B laskettiin suoraan summina väittämistä. Vastausten tulkinnassa korkea pistemäärä osoitti vastaajan myönteistä tai aktiivista ja matala vastaavasti kielteistä tai passiivista suhtautumista mitattavaan ulottuvuuteen. (Krantz ym. 1980.)

EuroQol-5D-mittarin osalta analyyseissa käytettiin väestötason terveyttä kuvaavaa tunnuslukua (EQ-5D-score) (Szende ym. 2007). Tunnusluku laskettiin viemällä yksittäisten muuttujien vastaukset SPSS-ohjelmasta tekstimuodossa valmiiseen *Excel*-ohjelmaan. Yksittäisen vastaajan erilaisille vastauskombinaatioille (vastaajan profiili) on olemassa useille eri maille painokertoimien mukaan lasketut mittarin arvot. Ohjelmassa kullekin vastaajalle laskettiin Tanskan painokertoimia käyttämällä kyseinen mittarin arvo ja kopiaitiin se takaisin SPSS -matriisiin (EuroQol 2016). Tanska vastaa kulttuurisesti ja väestön terveydentilan suhteen Suomea, eikä 5L-mittarin painokertoimia ollut vielä Suomen osalta saatavilla. Mitä heikomman arvon vastaaja oli antanut viisiluokkaiseen, itsearvioitua terveyttä koskevaan kysymykseen, sitä heikommaksi hän oli arvioinut terveytensä vastaushetkellä. (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015.)

Sairaalan valintaan osallistuneiden ja ei-osallistuneiden välisiä eroja tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan tarkastella vertailtavina olevien muuttujien välistä yhteyttä. Yhteyden tilastollinen merkitsevyys todettiin Khin neliötestillä ja Fisherin tarkalla testillä. Mitä enemmän ristiintaulukoinnissa havaitut arvot poikkeavat odotetuista, sitä enemmän muuttujat riippuvat toisistaan ja tällöin myös Khin arvo on suuri. Fisherin tarkkoja testejä käytettiin silloin, kun Khin neliö -testin oletukset eivät riittävässä määrin toteutuneet (odotetuista solufrekvensseistä yli 20 % jäi alle 5:n). (Agresti 1992.) Parametrisellä t-testillä tarkasteltiin sairaalan valintaan osallistuneiden ja ei-osallistuneiden ryhmien ikäluokkien välisiä keskiarvoja ja niiden eroja. Epäparametrista U-testiä käytettiin verrattaessa sairaalan valintaan osallistuneiden ja ei-osallistuneiden välisiä keskimääräisiä eroja alle 18-vuotiaiden lukumäärässä kotitaloudessa. (Polit & Beck 2012.)

Selittävien muuttujien (esim. sukupuoli, itsearvioitu terveys, terveyspalvelujen käyttö) yhteyttä kategoriseen selitettävään muuttujaan tarkasteltiin logistisella (kaksiluokkainen

vaste), multinominaalisella logistisella (laatuasteikollinen vaste) tai ordinaalisella logistisella regressioanalyysillä (järjestysasteikollinen vaste). Tulosten tilastollisen merkittävyyden tutkimisessa käytettiin parametrisia testejä. Selittävien muuttujien luokkien keskinäisten erojen p-arvoille tehtiin Bonferroni-korjaus, jos selittävän muuttujan luokkia oli enemmän kuin kaksi. Tulkinnat logistisissa malleissa tehtiin OR:n (*Odds Ratio*) avulla, ja myös 95 % luottamusväli raportoitiin. *Odds Ratio* ilmaisee selittävien muuttujien yhteyden voimakkuutta selitettävään muuttujaan, ja sen avulla voidaan ennustaa suhteellinen riski muuttujan kuulumiselle johonkin luokkaan vertailuluokan sijasta. Mitä suurempi todennäköisyys on, sitä suurempi on OR. Luottamusväli ilmoittaa ne raja-arvot, joiden välillä teoreettinen OR-arvo 95 %:n varmuudella sijaitsee ja joilla perusjoukkoa voidaan kuvata tämän otoksen avulla. Mitä kapeampi luottamusväli, sitä varmemmin OR kuvaa yhteyden todellista vahvuutta. Iso luottamusväli merkitsee, että riskisuhdetta parhaiten kuvaavaa OR-arvoa on vaikea määrittää suuren hajonnan takia. Mikäli luottamusväli sisältää arvon 1, yhteys selittävän ja selitettävän muuttujan välillä ei ole tilastollisesti merkitsevä. (Agresti 1992.)

Selittävien muuttujien yhteyttä sairaalan toimintaa ja palvelua kuvaaviin summamuuttujiin (SAVA-mittari) tarkasteltiin monen selittäjän varianssianalyysimalleilla useiden muuttujien yhdysvaikutuksen selvittämiseksi. Varianssianalyysillä voidaan tutkia samanaikaisesti kahden tai useamman ryhmän keskiarvojen eroja. Varianssianalyysissä verrataan ryhmien keskiarvojen välistä vaihtelua ryhmien sisäiseen vaihteluun. Keskiarvo kuvaa tämän kokoisessa aineistossa tyypillisesti esiintyvää keskiarvon vaihtelua. Summamuuttujien normaalisuuden tarkastelun sijaan todetaan, että näin suuressa aineistossa keskeinen raja-arvolause mahdollistaa parametristen testien käytön. (Durrett 2004.)

Varianssianalyysimalleissa kategorisen muuttujan ryhmien välinen ero ilmaistiin testisuureen F ja p-arvon avulla. Mitä suuremman arvon F sai, sitä merkitsevämpi ero tutkittujen ryhmien välillä oli. F-arvon tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin p-arvon avulla. Numeerisen taustamuuttujan ollessa merkitsevä käytettiin regressioestimaattia (parametriestimaatti B) yhteyden suunnan tulkitsemiseen. Monivertailut merkitsevän selittävän muuttujan luokkien välillä suoritettiin Šidákin testein. (Šidák 1967.)

Tutkimusjoukon katoanalyysi toteutettiin tarkastelemalla ristiintaulukoinnin avulla vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden välisiä yhteyksiä ja jakautumista eri ryhmiin sekä Khin neliö-testillä sukupuolen ja t-testillä ikäluokan yhteyttä vastaamiseen (Agresti 1992; Polit & Beck 2012). Tässä tutkimuksessa kaikissa testeissä tilastollisen merkittävyyden rajana pidettiin p-arvoa, joka oli korkeintaan 0,05 (Wasserstain ym. 2016).

Pääkomponenttianalyysin (*PCA, eksploraatiivinen*) avulla muodostettiin SAVA-mittarin sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevat summamuuttujat. Pääkomponenttianalyysin tulkinta perustui korrelaatioihin, jotka osoittivat väittämien välisen yhteyden

suuntaa ja voimakkuutta. (Watson & Thompson 2006.) Ennen pääkomponenttianalyysin suorittamista tutkittiin aineiston edellytykset menetelmän käyttämiseen. Muuttujien todettiin Barlett'n testillä ($p = \leq 0,001$) korreloivan keskenään, ja Kaiser-Meyer-Olkinin testi (0,953) antoi tukea aineiston soveltuvuudelle menetelmän käyttöön. (Field 2009; Hair ym. 2010.)

Varimax-rotatoidun pääkomponenttianalyysin perusteella muodostui 13 pääkomponenttia, jotka selittivät 67 % muuttujien kokonaisvaihtelusta. Pääkomponenttien sisältöä verrattiin aikaisemman kirjallisuuden perusteella induktiivisesti tunnistettuihin sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kuvaaviin tekijöihin ja asiakokonaisuuksiin (ks. luku 5.2.1.3). Muodostunut malli sisälsi osittain toisistaan irrallisia, mutta kirjallisuuden perusteella samaan asiakokonaisuuteen kuuluvia tekijöitä. Ominaisarvolla ilmaistaan, kuinka paljon pääkomponentti selittää muuttujien hajontaa. Mitä suurempi ominaisarvo on, sitä parempi sen selitysosuus on. Ominaisarvokuvaajia (*scree plot*) tarkastelemalla etsittiin teoreettisesti eheämpää mallia, johon samaa (ominaisarvo, *eigenvalue* yli 1) asiakokonaisuutta koskevat tekijät tiivistyisivät. (Field 2009; Watson & Thompson 2006; De Vellis 2012.)

Teoreettisesti perusteltu kuuden pääkomponentin malli selitti 54 % muuttujien kokonaisvaihtelusta ja oli rakenteeltaan 13 pääkomponentin mallia eheämpi (Liite 12). Kommunaliiteetti ilmaisee, kuinka paljon yksittäisen muuttujan vaihtelusta selittyy pääkomponenttimallin avulla. Mitä korkeampi kommunaliiteetin arvo on, sitä paremmin osio mallissa selittyy. Muuttujien kommunaliiteetit olivat kohtuullisen korkeita (vaihteluväli 0,265–0,755), mikä osoitti niiden mittaavan melko luotettavasti pääkomponentteja (Field 2009.) Tässä aineistossa pääkomponenttianalyysia käytettiin teoreettisen rakennevaliditeetin tarkasteluun. Tilastollisessa analyysissä sairaalan toiminnan ja palvelun laadun yhteyttä sairaalan valintaan analysoitiin näiden kuuden summamuuttujan mukaan.

Tutkimuksessa käytettyjen mittareiden sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin korrelaatioiden ja Cronbachin alfa-kertoimen laskemisen avulla. Mittarin osien (*inter-item*) ja osien ja summamuuttujien (*item-total*) väliset korrelaatiot ja Cronbachin alfa-kertoimet laskettiin kaikille tutkimuksessa käytetyille mittareille sekä pilotti- että koko aineistosta ja molemmille kieliversioille. (Ferketich 1990; Ferketich 1991; Rattray & Jones 2007; De Von ym. 2007; De Vellis 2012.) Korkeat korrelaatiot osoittavat mittarien osien välistä vahvaa riippuvuutta, ja yli 0,20 korrelaatiota pidetään osoituksena riittävästä riippuvuudesta (Steiner & Norman 2008). Cronbachin alfa-kertoimen arvoja 0,70–0,80 pidetään riittävinä osoittamaan mittarin sisäinen johdonmukaisuus (Rattray & Jones 2007; De Von ym. 2007; De Vellis 2012). Koonti tutkimuksessa käytetyistä tilastollisista menetelmistä ja testeistä on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Tutkimuksen analyysin tilastolliset menetelmät tai testit ja niiden yhteys tutkimuskysymyksiin tai mittarin luotettavuuden tarkasteluun

Menetelmä tai testi	Tutkimuskysymys ja mittarin luotettavuus
Kuvailevat menetelmät: Suorat jakaumat; frekvenssit, % Keskiarvo ja keskihajonta Mediaani Minimi ja maksimi Yhteyksien tarkastelu	1–4
1. Kategoriset muuttujat: Ristiintaulukointi; χ^2 -testi, Fisherin testi Logistinen regressioanalyysi; OR; 95 % luottamusväli	1–3
2. Numeeriset muuttujat: T-testi, Mann-Whitneyn U-testi Monen selittäjän varianssianalyysi; keskiarvo, keskivirhe, parametriestimaatti B, F-testisuure, Šidákin testi	4
Mittarin psykometriikka: Varimax-rotatoitu pääkomponenttianalyysi; Barlettin testi; Kaiser-Meyer-Olkinin testi Osioanalyysi: Inter-item-korrelaatiot, Item-total- korrelaatiot Cronbachin alfa	Mittarien luotettavuuden tarkastelu

5.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin henkilötietolakia (Henkilötietolaki 523/1999), hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2009; TENK 2012) ja eettisiä periaatteita (ETENE 2001; ALLEA 2017) sekä lääketieteellistä tutkimusta koskevaa lakia (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) tutkimuksen eettisen ennakoarvioinnin osalta. Tutkimuksen toteuttamisessa on kunnioitettu tutkittavan itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja tietosuojaa (Beauchamp & Childress 2013; Turku CRC 2012).

Tutkimuksen aiheen valinta pohjautui tutkijan kiinnostukseen uutta ja vähän tutkittua potilaan oikeutta kohtaan. Potilaan valinnanvapauden toteuttamisesta ei ollut tutkimuksen aloitusvaiheessa ohjeita tai suosituksia, vaikka lain tarkoituksena oli laajentaa potilaan valintamahdollisuuksia julkisessa terveydenhuollossa. Aihe on luonteeltaan itsessään eettinen, sillä tutkimus tuottaa tietoa valinnanvapaudesta potilaan moraalisen ja laillisen oikeutena. Tutkimus tuottaa myös tietoa elektiivisten potilaiden tärkeinä pitämistä tekijöistä sairaalan valinnassa, ja tiedon avulla voidaan kehittää potilaille tarjottavan vertailutiedon sisältöä.

Tutkimuksen empiirisen toteuttamisen eettisestä hyväksyttävyydestä saatiin ennakkoarviointi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin eettiseltä toimikunnalta (ETMK/12/1802/2014), ja tutkimuksen toteuttamiseen saatiin käytänteiden mukainen johtavien viranhaltijoiden lupa osallistuneilta organisaatioilta (T108/J5/2014; 20.3.2014; 26.3.2014; 1.4.2014; 25.4.2014; 28.4.2014). Tutkimuksessa käytetyn mittarin kehittämiseen osallistuneiden asiantuntijapaneelien ja esitestauksen toteuttamiseksi saatiin luvat niihin osallistuneilta organisaatioilta (TY/25.4.2013; JYL3/HYH4/13).

Kyselytutkimuksessa käytettyjen valmiiden mittareiden käyttöön saatiin lupa mittarin kehittäjältä (Krantz 7.5.2013) ja lisenssinhaltijalta (EuroQol 21.1.2013). Kyselylomake annettiin potilaalle kotiin vastattavaksi ja postitse palautettavaksi. Tutkimukseen osallistuvia potilaita tiedotettiin tutkimuksesta kirjallisella saatekirjeellä (Liitteet 13 ja 14). Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, merkityksestä, toteuttamistavasta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta sekä siitä, että osallistumisen keskeyttäminen ei vaikuta potilaan hoitoon millään tavalla. Saatekirje sisälsi myös tutkijan ja ohjaajien yhteystiedot. Potilaat tekivät päätöksen tutkimukseen osallistumisesta kotona, ja kyselyyn vastaamisen katsottiin ilmaisevan tutkittavan tietoista suostumusta tutkimukseen. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä.

Kyselylomakkeella koottu tutkimusaineisto oli kokonaisuudessaan vain tutkijan käytössä. Kyselylomakkeet tallennettiin vastaajan ID-numeron mukaan koodattuna tutkijan tietokoneelle SPSS-tiedostona. Koodatusta aineistosta vastaajien tiedot eivät ole tunnistettavissa. Koodattu aineisto oli myös tilastotieteilijän käytössä. Kyselylomakkeita ja niistä muodostettua elektronista aineistoa säilytetään 15 vuotta, ja sitä voidaan käyttää kansallisissa ja kansainvälisissä jatkotutkimuksissa. Hoidettujen potilaiden määrää koskeva toteumatieto koostui sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden taloushallinnon kuntalaskutuksen tilastoista, ja se sisälsi tiedot laskutetuista käynneistä potilaiden kotikunnan mukaan kokonaisuutena ja eriteltynä avo- ja vuodeosastohoitoon. Hoidettuja potilaita koskenut toteumatieto ei sisältänyt potilaan henkilötietoja. Tutkimus raportoitiin siten, että siitä ei voida tunnistaa tutkimukseen osallistuneita potilaita.

Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä katoanalyysia varten kerätystä tiedosta muodostui henkilörekisteri, jota käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla (Henkilötietolaki 523/1999). Tutkimuksessa avustava henkilökunta vastasi kyselylomakkeen palautuksen seurantaan varten tarvittavan henkilötietorekisterin asianmukaisesta säilyttämisestä sairaaloissa ja sen luovuttamisesta aineistonkeruun päätyttyä tutkijalle. Henkilörekisteritieto kerättiin paperilomakkeelle, eikä sitä tallennettu tietokoneelle. Henkilörekisteritietoa säilytettiin lain edellyttämällä tavalla lukitussa tilassa. Esitestauksen ja varsinaisen aineistonkeruun aikana muodostunut henkilörekisteritieto kokonaisuudessaan oli vain tutkijan käytössä, ja hän sitoutui huolehtimaan sen asianmukaisesta säilyttämisestä ja hävittämisestä tutkimuksen julkaisun jälkeen.

6. TULOKSET

Tässä luvussa kuvataan suomalaisten elektiivisten leikkauspotilaiden näkemyksiä valinnanvapauden arvostamisesta, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemisesta ja valintaan osallistumista sekä sairaalan valintaan yhteydessä olevia tekijöitä julkisessa terveydenhuollossa.

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tässä kappaleessa kuvataan tutkimukseen osallistuneiden sosiodemografiset tiedot ja kato. Lisäksi kuvataan kyselytutkimuksen vastaajien terveystalvelujen käyttäminen, julkisten sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon hankinta, vastaajien suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon sekä itsearvioitu terveys.

6.1.1 Vastaajien sosiodemografiset tiedot ja kato

Kyselytutkimukseen vastasi suhteellisesti saman verran miehiä ja naisia. Vastaajien keski-ikä oli 58 vuotta (vaihteluväli 19–88 vuotta; keskihajonta 12,9 vuotta). Valtaosa vastaajista oli suomenkielisiä 46–75-vuotiaita, joista yli puolet asui kaupungissa ja lähes puolet kahden hengen taloudessa. Lähes neljännes vastaajista asui perheessä, jossa oli alle 18-vuotiaita perheenjäseniä, ja noin joka kymmenennen vastaajan taloudessa asui yli 75-vuotiaita henkilöitä (Taulukko 12).

Taulukko 12. Vastaaajien sukupuoli, ikä, äidinkieli, asuinpaikka ja kotitalouden koko ja perheenjäsenen ikä

Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta	n	%
Sukupuoli			850	
Nainen			428	50
Mies			422	50
Ikä vuosina	58	12,9	849	
Alle 25			7	1
25–35			37	4
36–45			93	11
46–55			208	25
56–65			248	29
66–75			185	22
Yli 75			71	8
Äidinkieli			852	
Suomi			700	82
Ruotsi			150	17,8
Jokin muu kieli			2	0,2
Asuinpaikka			844	
Suuri kaupunki (> 50 000 as.)			240	28
Muu kaupunki (< 50 000 as.)			252	30
Maaseututaajama			138	16,5
Haja-asutusalue maaseudulla			214	25,5
Kotitalouden koko			848	
1 hengen			191	22,5
2 hengen			414	49
3 hengen			110	13
4 hengen			85	10
> 5 hengen			48	5,5
Perheenjäsenen ikä:				
> 75-vuotiaita			81	9,5
< 18-vuotiaita			200	23

Katoanalyysin mukaan kyselytutkimukseen jätti vastaamatta 488 potilasta (Taulukko 13). Miehet jättivät vastaamatta kyselytutkimukseen tilastollisesti merkitsevästi naisia useammin. Vastaamatta jättäneet olivat keskimäärin noin kuusi vuotta nuorempia (51,5 vuotta vs. 58 vuotta; keskihajonta 15,7) kuin kyselytutkimukseen vastanneet potilaat ($t = -7,412$; $df = 1298$; $p < 0,010$). Vastaamatta jättäneiden ryhmässä oli tilastollisesti merkitsevästi vähemmän 56–65, 66–75-vuotiaita ja yli 75-vuotiaita.

Taulukko 13. Vastaamatta jättäneiden sukupuoli ja ikä

Muuttuja	Keskiarvo	Keskihajonta	n	%	testisuure	p-arvo
Sukupuoli			488		6,644;df=1	0,010
Nainen			191	39		
Mies			255	52		
Ei tietoa			42	9		
Ikä vuosina	51,5	15,7	451		82,130;df=6	0,010
Alle 25			20	5		
25–35			64	14		
36–45			74	16		
46–55			108	24		
56–65			93	21		
66–75			60	13		
Yli 75			32	7		

testisuure= χ^2

Peruskoulutuksena kolme neljäsosalla vastaajista oli keski-, perus- tai kansakoulututkinto ja ammatillisena koulutuksena vähintään toisen asteen tutkinto. Isoin vastaajaryhmä kuului työntekijä-ammattiryhmään ja runsas kolmannes vastaajista oli eläkeläisiä. Vastaajista 42 % (n=343) sai vuodessa tuloja alle 25 000 euroa (Taulukko 14).

Taulukko 14. Vastaajien peruskoulutus, ammatillinen koulutus, ammattiryhmä ja vuositulot

Muuttuja	n	%
Peruskoulutus	850	
Kansakoulu	224	26
Keskikoulu tai peruskoulu	395	47
Ylioppilastutkinto	231	27
Ammatillinen koulutus	849	
Ei ammatillista tutkintoa	127	15
Ammatillinen kurssi	90	10,5
Kouluasteen ammatillinen tutkinto tai ammattitutkinto	290	34
Opistoasteen ammatillinen tutkinto	200	23,5
Korkeakoulututkinto	142	17
Ammattiryhmä	848	
Johtavassa asemassa/yrittäjä	63	7
Toimihenkilö	125	15
Työntekijä	311	37
Opiskelija	8	1
Eläkeläinen	280	33
Työtön	30	3,5
Kotiäiti tai koti-isä	7	1
Jokin muu	24	2,5
Vuositulot euroina	823	
0–9999	43	5
10 000–14 999	90	11
15 000–19 999	91	11
20 000–24 999	119	15
25 000–29 999	126	15
30 000–39 999	176	21
40 000–49 999	85	11
50 000–59 999	53	6,5
60 000–79 999	29	3,5
80 000–	11	1

Kyselytutkimukseen vastanneiden enemmistöllä oli käytössä internet-yhteys (88 %, n=847). Valtaosalla vastaajista (88 %, n=843) ei ollut yksityistä sairausvakuutusta. Vain 9 % (n=839) vastaajista kuului potilasjärjestöihin. Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan ilmoitti haluavansa käyttää noin puolet vastaajista (45 %, n=785). Vastaajat (n=798) olivat valmiita kustantamaan matkakuluja Suomessa keskimäärin 101 euroa (kustannusten hajonta 159,7 ja vaihteluväli oli 0–2000 euroa) päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan. Valtaosa vastaajista (77 %, n=840) ei halunnut mennä toiseen EU-maahan toimenpiteeseen. Ne vastaajat (n=812), jotka pitivät vaihtoehtoa mahdollisena, olivat valmiita kustantamaan keskimäärin 133 euroa matkakuluja päästäkseen hoitoon ulkomaille (kustannusten hajonta 437,9 ja vaihteluväli 0–5000 euroa). Vastaajat (n=809) olivat valmiita kustantamaan ulkomaille syntyviä hoitokuluja keskimäärin 414 euroa (kustannusten hajonta 1835,9 ja vaihteluväli 0–25 000 euroa).

6.1.2 Terveyspalvelujen käyttö ja lähetteen antaja

Suurin osa vastaajista oli käynyt lääkärin vastaanotolla 2–5 kertaa viimeisen 12 kuukauden aikana. Lähetteen erikoissairaanhoidon vastaajat olivat saaneet yleisimmin terveyskeskuslääkäriltä tai työterveyslääkäriltä. Valtaosa vastaajista oli ollut aikaisemmin hoidettavana siinä sairaalassa, jossa leikkaushoito toteutettiin (Taulukko 15).

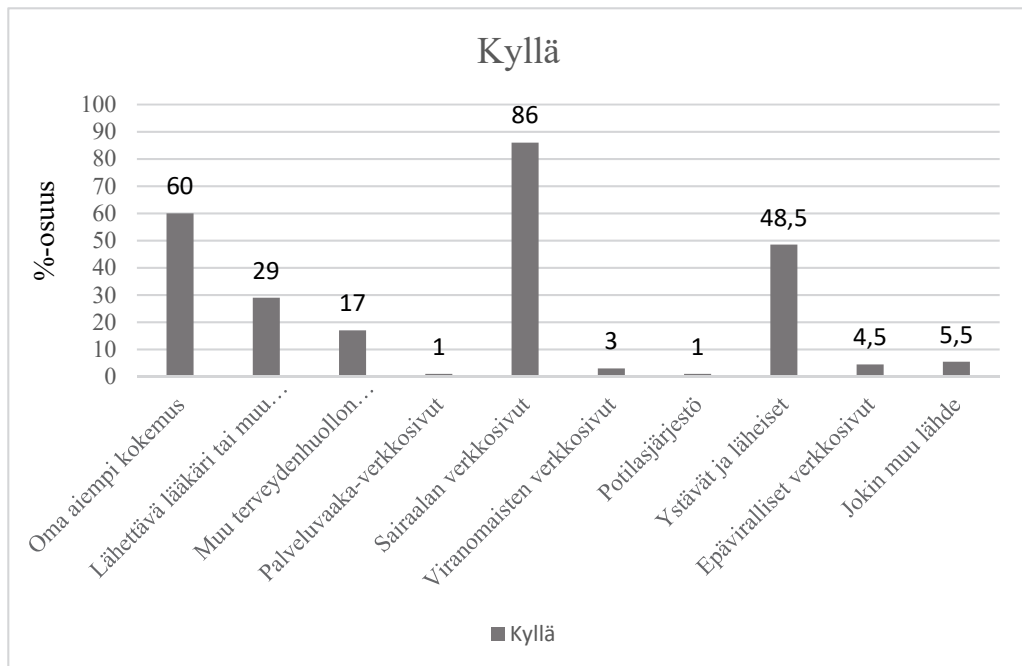
Taulukko 15. Vastaajien terveyspalvelujen käyttö ja lähetteen antaja

Muuttuja	n	%
Lääkärin vastaanotolla käyminen viimeisen 12 kuukauden aikana	853	
Kerran	61	7
2–5 kertaa	569	67
6–10 kertaa	185	22
Enemmän kuin 10 kertaa	38	4
Lähetteen antaja	848	
Terveyskeskuslääkäri	367	43
Työterveyslääkäri	254	30
Yksityinen lääkäri	142	17
Jokin muu	82	9,5
En tiedä	3	0,5
Aikaisempi hoito sairaalassa	852	
Kyllä	645	76
Ei	207	24

Viidennes (n=180, 21 %) vastaajista oli ollut aikaisemmin hoidettavana yliopistollisessa keskussairaalassa, noin kolmannes (n=245, 28,5 %) keskussairaalassa ja yhteensä puolet (n=428, 50,5 %) aluesairaalassa tai vastaavassa. Yleisin vastaajille suoritettu leikkaus oli käden hermoon kohdistunut toimenpide (n=295, 35 %), toiseksi yleisin nivustyrän korjausleikkaus (n=173, 20 %) ja kolmanneksi yleisin sappirakon poistoleikkaus (n=148, 17 %). Vastaajista 14 %:lle (n=116) oli tehty leikkaus olkaniveleen ja 12 %:lle (n=106) polviniveleen. Muita vastaajille suoritettuja leikkauksia (n=15, 2 %) olivat muun muassa varpasiin kohdistunut toimenpide, napatyräleikkaus ja ganglion poisto sormesta.

6.1.3 Julkisten sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon hankinta

Julkisten sairaaloiden toiminnasta oli itse etsinyt tietoa 14 % (n=119) vastaajista. Valtaosa vastaajista oli saanut tietoa sairaaloiden verkkosivuilta ja omien kokemusten kautta. Ystäviltä tai läheisiltä tietoa oli saanut lähes puolet vastaajista. Kolmannes vastaajista oli saanut tietoa lähettävältä tai muulta lääkäriltä ja viidennes muulta terveydenhuollon ammattihenkilöltä. Muusta lähteestä, muun muassa ammatti- ja sanomalehdistä sekä televisiosta ja epävirallisilta verkkosivuilta, oli saanut tietoa noin viisi prosenttia vastaajista. Hyvin harva vastaajista oli saanut tietoa viranomaistahojen verkkosivuilta, Palveluvaaka-verkkosivuilta tai potilasjärjestöjen kautta (Kuvio 16).



Kuvio 16. Julkisten sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon lähde (suhteelliset osuudet)

Omien kokemustensa kautta tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta saivat todennäköisemmin ne vastaajat, joita oli hoidettu aikaisemmin samassa sairaalassa tai joilla oli yksityinen sairausvakuutus, verrattuna niihin vastaajiin, joita ei ollut hoidettu aikaisemmin samassa sairaalassa tai joilla ei ollut yksityistä sairausvakuutusta. Mitä heikommaksi vastaaja arvioi terveytensä (*EuroQol-5D-index*), sitä epätodennäköisemmin hän oli saanut tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta oman kokemuksensa kautta. Potilasjärjestöön kuuluvat vastaajat olivat saaneet epätodennäköisemmin tietoa sairaaloiden toiminnasta lähettävältä lääkäriltä kuin niihin kuulumattomat vastaajat. Suuressa kaupungissa asuvat ja korkeintaan peruskoulun suorittaneet vastaajat saivat maaseudulla asuvia ja ylioppilastutkinnon suorittaneita vastaajia epätodennäköisemmin tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta ystäviltään ja läheisiltään. Mitä isommassa kotitaloudessa vastaaja asui, sitä

epätodennäköisemmin hän oli saanut tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta epävirallisilta verkkosivuilta. Vanhemmat vastaajat olivat saaneet nuorempia vastaajia epätodennäköisemmin tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta sairaaloiden verkkosivuilta. Potilasjärjestöjen jäsenet sen sijaan olivat saaneet tietoa sairaaloiden verkkosivuilta todennäköisemmin kuin potilasjärjestöihin kuulumattomat vastaajat (Taulukko 16).

Taulukko 16. Vastaajien sosiodemografisten tietojen, terveyspalvelujen käytön, itsearvioitun terveyden, yksityisen sairausvakuutuksen omistamisen ja potilasjärjestön jäsenyyden yhteys julkisista sairaaloista saatuun tietoon (logistinen regressioanalyysi)

Muuttuja	OR (95 % luottamusväli)	p-arvo
Saanut tietoa oman kokemuksen kautta		
Aikaisempi hoito samassa sairaalassa Kyllä ¹	3,832 (2,350–6,247)	< 0,001
Yksityinen sairausvakuutus Kyllä ²	1,762 (1,001–3,100)	0,050
Itsearvioitu terveys Arvioinut terveytensä heikommaksi EQ-5D-5L-mittarilla ³	0,198 (0,040–0,988)	0,048
Saanut tietoa lähettävältä lääkäriltä		
Potilasjärjestön jäsenyys Kyllä ⁴	0,356 (0,159–0,796)	0,012
Saanut tietoa ystäviltä ja läheisiltä		
Asuminen suuressa kaupungissa ⁵	0,522 (0,313–0,871)	0,039
Peruskoulutus Kansakoulu ⁶	0,379 (0,185–0,776)	0,016
Keskikoulu tai peruskoulu ⁶	0,454 (0,265–0,779)	0,008
Saanut tietoa epävirallisilta verkkosivuilta		
Kotitalouden isompi koko ⁷	0,270 (0,102–0,716)	0,009
Saanut tietoa sairaaloiden verkkosivuilta		
Ikä Korkeampi ikä ⁸	0,965 (0,934–0,997)	0,031
Potilasjärjestön jäsenyys Kyllä ⁴	3,838 (1,612–9,140)	0,002

¹Ref = ei aikaisempaa hoitoa samassa sairaalassa, ²Ref= ei yksityistä sairausvakuutusta, ³Ref= arvioinut terveytensä paremmaksi EQ-5D-5L-mittarilla, ⁴Ref= ei potilasjärjestön jäsen, ⁵Ref= asuminen taajamassa maaseudulla, ⁶Ref= ylioppilastutkinto, ⁷Ref= kotitalouden pienempi koko, ⁸Ref= matalampi ikä

6.1.4 Suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon

Terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon suhtautumista mitattiin KHOS-mittarilla (*Krantz Health Opinion Survey*; Krantz ym. 1980). Vastaajat (n=853) suhtautuivat hieman myönteisemmin terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon (keskiarvo 2,92) kuin itsehoitoon (keskiarvo 2,64) (Taulukko 17).

Taulukko 17. Vastaajien suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon

Summamuuuttuja	ka	mediaani	kh	minimi	maksimi
Tietoon suhtautuminen	2,92	3,00	1,75	0	7
Itsehoitoon suhtautuminen	2,64	2,00	2,04	0	9

ka =keskiarvo, kh =keskihajonta

6.1.5 Itsearvioitu terveys

Vastaajat (n=842) arvioivat terveytensä vastaushetkellä *EuroQol-5D*-mittarilla (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015) kohtalaisen hyväksi (EQ-5D-5L-indeksi: keskiarvo 0,75, keskihajonta 0,13). Valtaosalla vastaajista ei ollut vaikeuksia kävelemisessä, peseytymisessä tai puukeutumisen, ja he pystyivät suorittamaan tavanomaiset työhön, opiskeluun tai vapaaajan toimintaan liittyvät toiminnot vaikeuksitta tai lähes vaikeuksitta. Enemmistö vastaajista arvioi kivut tai vaivat vastaushetkellä korkeintaan lieviksi eikä tuntenut itseään ahdistuneeksi tai masentuneeksi (Taulukko 18).

Taulukko 18. Vastaajien itsearvioitu terveys (EQ-5D-5L)

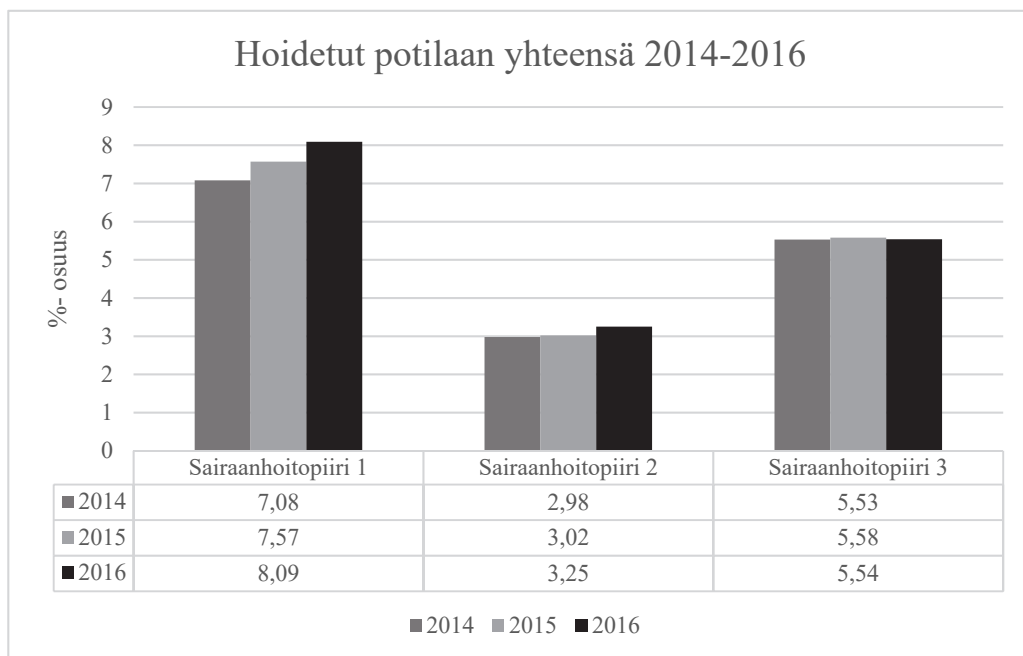
Muuttuja	n	%
Liikkuminen	848	
Minulla ei ole vaikeuksia kävelemisessä	496	58,5
Minulla on lieviä vaikeuksia...	254	30
Minulla on kohtalaisia vaikeuksia...	73	8,5
Minulla on suuria vaikeuksia...	23	2,5
En kykene...	2	0,5
Itsestä huolehtiminen	848	
Minulla ei ole vaikeuksia peseytyä.	538	63
Minulla on lieviä vaikeuksia...	211	25
Minulla on kohtalaisia vaikeuksia...	73	9
Minulla on suuria vaikeuksia...	22	2,5
En kykene...	4	0,5
Tavanomaiset toiminnot	844	
Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani	336	40
Minulla on lieviä vaikeuksia...	219	26
Minulla on kohtalaisia vaikeuksia...	130	15
Minulla on suuria vaikeuksia...	69	8
En kykene...	90	11
Kivut/vaivat	849	
Minulla ei ole kipuja...	94	11
Minulla on lieviä...	484	57
Minulla on kohtalaisia...	237	28
Minulla on ankaria...	32	3,8
Minulla on äärimmäisiä...	2	0,2
Ahdistuneisuus/masennus	846	
En ole ahdistunut...	681	80
Olen lievästi...	140	17
Olen melko...	23	2,8
Olen erittäin...	2	0,2
Olen äärimmäisen...	-	-

Finland (Finnish) © 2011 EuroQol Group. EQ-5D

6.1.6 Hoidettujen potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016

Kyselytutkimusta täydennettiin tarkastelemalla sairaanhoitopiireissä hoidettujen potilaiden määrän kehitystä vuosina 2014–2016 hoitajaksoja ja käyntejä koskevan toteumatietojen avulla. Tutkimuksessa tarkasteluissa sairaanhoitopiireissä hoidettiin tarkastelujaksolla keskimäärin 46–190 000 potilasta vuosittain (sairaanhoitopiiri 1; 190 000, sairaanhoitopiiri 2; 82 000, sairaanhoitopiiri 3; 46 000).

Toteumatiedon perusteella voidaan kokonaisuutena todeta, että tarkastelujaksolla sairaanhoitopiireissä hoidettavista potilaista 3–8 % oli saapunut hoitoon tuottajan oman sairaanhoitopiirin jäsenkunnan ulkopuolelta (Kuvio 17). Potilasmäärältään suurimmassa sairaanhoitopiirissä jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrä oli kasvanut vuosina 2014–2016 eniten. Kahdessa muussa tarkastellussa sairaanhoitopiirissä ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys oli sen sijaan pysynyt melko tasaisena vuosina 2014–2016 (Taulukko 19).

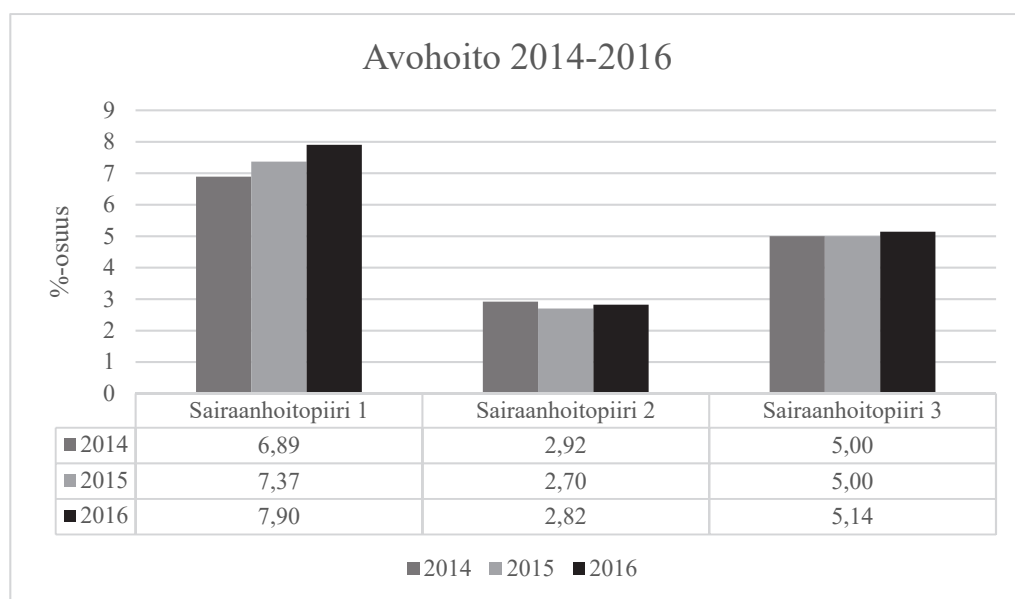


Kuvio 17. Sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016

Taulukko 19. Sairaanhoidopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016

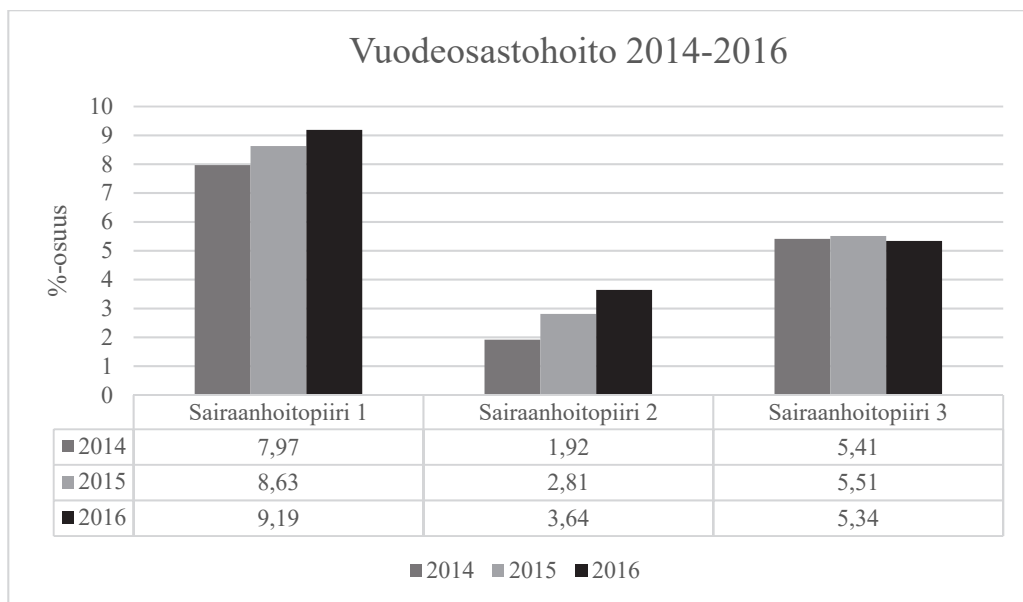
Vuosi	Sairaanhoidopiiri 1	Sairaanhoidopiiri 2	Sairaanhoidopiiri 3
2014	14 317	2508	2687
2015	15 546	2556	2729
2016	16 979	2818	2760

Tarkasteltaessa erikseen avohoidossa ja vuodeosastohoidossa hoidettujen potilaiden määrän kehitystä tarkastelujaksolla voidaan todeta, että avohoitokäyntien määrä oli noussut eniten potilasmäärältään suurimmassa sairaanhoidopiirissä vuosina 2014–2016 ja pysynyt suhteellisen tasaisena kahdessa muussa sairaanhoidopiirissä (Kuvio 18 ja Taulukko 20).

**Kuvio 18.** Sairaanhoidopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016 (avohoito)**Taulukko 20.** Sairaanhoidopiirin jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016 (avohoito)

Vuosi	Sairaanhoidopiiri 1	Sairaanhoidopiiri 2	Sairaanhoidopiiri 3
2014	13 815	2404	2294
2015	15 053	2213	2300
2016	16 495	2355	2419

Vuodeosastohoidossa potilasmäärä oli kasvanut kahdessa sairaanhoidopiirissä vuosina 2014–2016, mutta yhdessä sairaanhoidopiirissä potilaiden määrä on pysynyt tarkastelujaksolla varsin tasaisena (Kuvio 19 ja Taulukko 21).

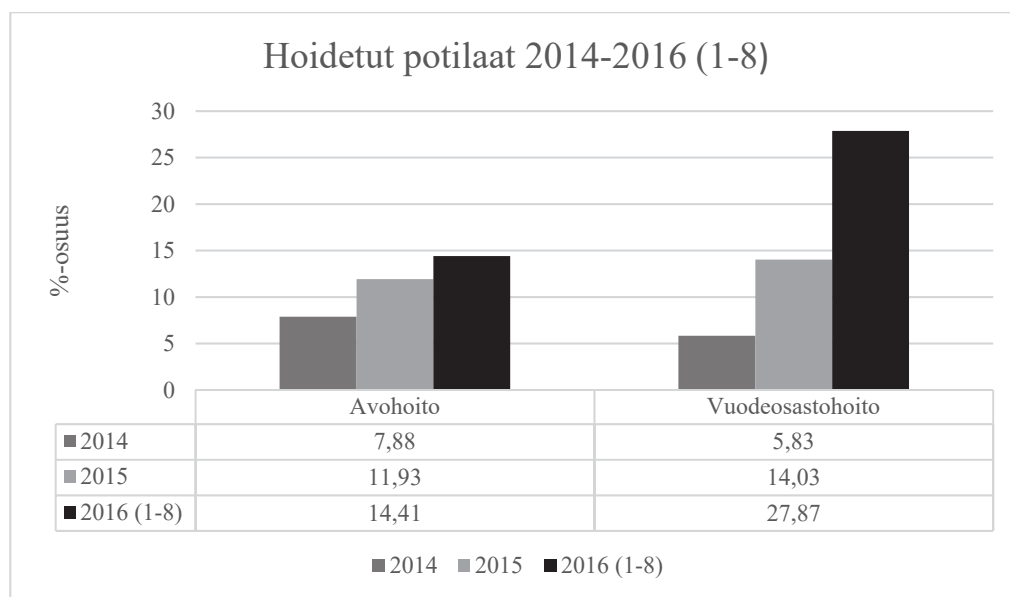


Kuvio 19. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016 (vuodeosastohoito)

Taulukko 21. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016 (vuodeosastohoito)

Vuosi	Sairaanhoitopiiri 1	Sairaanhoitopiiri 2	Sairaanhoitopiiri 3
2014	3491	423	703
2015	3685	598	732
2016	3789	790	693

Tarkasteltaessa yhden tutkimuksen toteuttamisen aikana hallinnollisesti itsenäiseksi sairaalaksi muuttuneen sairaalan potilasmäärien kehitystä vuosina 2014, 2015 sekä vuoden 2016 tammikuusta elokuun loppuun asti voidaan todeta oman kunnan ulkopuolisten potilaiden käyntien määrän kasvaneen tarkastelujaksolla (Taulukko 22). Sairaalassa hoidettiin tarkastelujaksolla vuosittain keskimäärin 11 900 potilasta. Varsinkin vuodeosastohoidossa potilaiden määrä oli kasvanut suhteellisen paljon (Kuvio 20). Kokonaisuutena tarkasteltuna oman kunnan ulkopuolelta hoitoon tulleiden potilaiden määrä on kuitenkin ollut melko pieni.



Kuvio 20. Sairaalan jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys (%-osuus) vuosina 2014–2016 (1–8) (avohoito ja vuodeosastohoito)

Taulukko 22. Sairaalan jäsenkuntien ulkopuolelta hoitoon saapuneiden potilaiden määrän kehitys vuosina 2014–2016 (1–8) (avohoito ja vuodeosastohoito)

Vuosi	Avohoito	Vuodeosastohoito
2014	155	31
2015	221	70
2016	207	80

6.2 Valinnanvapauden arvostaminen

Vastaajille oli tärkeää saada valita hoitava sairaala. Enemmistön mielestä potilaan ja lääkärin tulisi valita sairaala yhdessä keskusteltuaan vaihtoehtoista (Taulukko 23).

Taulukko 23. Valinnanvapauden arvostaminen ja valintapäätöksen tekijä

Kysymys	n	%
Minulle on tärkeää, että voin valita hoitavan sairaalan	839	
Täysin samaa mieltä	393	47
Osittain samaa mieltä	246	29
Ei samaa eikä eri mieltä	144	17
Osittain eri mieltä	34	4
Täysin eri mieltä	22	3
Sairaalan valintaa koskevan päätöksen tekijä	846	
Potilaan tulisi saada itsenäisesti valita hoitava sairaala	62	7
Potilaan ja lääkärin tulisi keskustella vaihtoehtoista ja sen jälkeen yhdessä valita hoitava sairaala	761	90
Lähettävän lääkärin tulisi saada itsenäisesti valita hoitava sairaala	23	3

Valinnanvapauden arvostaminen oli yhteydessä vastaajan koulutukseen ja internetin käytön mahdollisuuteen. Ilman ammatillista tutkintoa olevat ja ammatillisen kurssin suorittaneet pitivät sairaalan valintamahdollisuutta tärkeämpänä kuin korkeakoulututkinnon suorittaneet vastaajat. Vastaajat, joilla oli käytettävissä internet-yhteys, pitivät sairaalan valintamahdollisuutta vähemmän tärkeänä kuin ne, joilla yhteyttä ei ollut (Taulukko 24).

Taulukko 24. Valinnanvapauden arvostamisen yhteys sairaalan valintaan (ordinaalinen logistinen regressioanalyysi)

Muuttuja	OR (95 % luottamusväli)	p-arvo
Ammatillinen koulutus		
Ei ammatillista koulutusta ¹	5,339 (2,430–11,728)	< 0,001
Ammatillinen kurssi ¹	2,718 (1,213–6,098)	0,015
Internet-yhteys		
Kyllä ²	0,465 (0,241–0,900)	0,023

¹Ref= korkeakoulututkinto, ²Ref = ei internet-yhteyttä käytettävissä

6.3 Sairaalan valinta

6.3.1 Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen

Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunsivat puolet vastaajista. Valtaosa vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä, että potilaalla on oikeus yhdessä lähettävän lääkärin kanssa valita hoitava sairaala (Taulukko 25).

Taulukko 25. Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen

Kysymys	n	%
Terveydenhuoltolain (1326/2010) hoitopaikan valintaa koskevan sisällön tunteminen		
Kyllä	312	37
Ei	532	63
Minulla on oikeus yhdessä lähettävän lääkärin kanssa valita hoitava sairaala		
Täysin samaa mieltä	362	44
Osittain samaa mieltä	173	21
Ei samaa eikä eri mieltä	171	21
Osittain eri mieltä	40	5
Täysin eri mieltä	87	10

Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunsivat naisia ja korkeakoulututkinnon suorittaneita epätodennäköisemmin miehet ja ilman ammatillista koulutusta olevat vastaajat. Samassa sairaalassa aikaisemmin hoidettavina olleet vastaajat tunsivat oikeuden todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät olleet aikaisemmin olleet hoidettavina samassa sairaalassa (Taulukko 26).

Taulukko 26. Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemisen yhteys sairaalan valintaan (logistinen regressioanalyysi)

Muuttuja	OR (95 % luottamusväli)	p-arvo
Sukupuoli		
Mies ¹	2,275 (1,428–3,625)	0,001
Ammatillinen koulutus		
Ei ammatillista ² koulutusta	5,434 (2,103–14,043)	0,004
Aikaisempi hoito samassa sairaalassa		
Kyllä ³	0,590 (0,325–0,991)	0,046

Ref=nainen, ² Ref= korkeakoulututkinto³ Ref. = ei aikaisempaa hoitoa samassa sairaalassa

Myös vastaajan näkemys sairaalan valintaa koskevasta oikeudesta oli yhteydessä vastaajan sukupuoleen ja aikaisempaan hoitoon samassa sairaalassa. Miehet olivat naisia epätodennäköisemmin samaa mieltä oikeudestaan valita sairaala yhdessä lähettävän lääkärin kanssa. Aikaisemmin samassa sairaalassa hoidettavina olleet vastaajat olivat todennäköisemmin sitä mieltä, että heillä on oikeus sairaalan valintaan, verrattuna niihin, jotka eivät olleet aikaisemmin olleet hoidettavina sairaalassa. Mitä heikommaksi vastaaja arvioi terveytensä, sitä todennäköisemmin hän oli samaa mieltä oikeudestaan valita sairaala yhdessä lääkärin kanssa (Taulukko 27).

Taulukko 27. Vastaajien näkemys oikeudesta valita sairaala yhdessä lähettävän lääkärin kanssa ja näkemyksen yhteys sairaalan valintaan (ordinaalinen logistinen regressioanalyysi)

Muuttuja	OR (95 % luottamusväli)	p-arvo
Sukupuoli		
Mies ¹	0,665 (0,4548–0,972)	0,035
Aikaisempi hoito samassa sairaalassa		
Kyllä ²	1,732 (1,163–2,578)	0,007
Itsearvioitu terveys		
Arvioinut terveytensä muita heikommaksi <i>EuroQol-5D</i> -mittarilla ³	6,713 (1,754–25,713)	0,005

¹ Ref= nainen, ² Ref= ei aikaisempaa hoitoa samassa sairaalassa, ³ Ref= arvioinut terveytensä muita paremmaksi *EuroQol-5D*-mittarilla

6.3.2 Sairaalan valintaan osallistuminen

Sairaalan valintaan oli osallistunut 24 % (n=207) vastaajista. Sairaalan valintaan oli osallistunut todennäköisemmin vain kerran viimeisen vuoden aikana vastaanotolla käynyt kuin usein vastaanotolla käynyt vastaaja. Myös sairaaloiden välillä todettiin eroa valintaan osallistumisessa (Taulukko 28).

Taulukko 28. Vastaajien terveystalvelujen käytön yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (logistinen regressioanalyysi)

Muuttuja	OR (95 % luottamusväli)	p-arvo
Lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana		
6–10 kertaa ¹	0,333 (0,135–0,819)	0,05
Sairaala		
Sairaala ⁸	7,336 (2,625–20,503)	< 0,001

¹ Ref = käynyt lääkärin vastaanotolla kerran viimeisen 12 kuukauden aikana, ²Ref = sairaala 1

Vastaajien näkemyksen mukaan lähettävä lääkäri toimi vastaanottokäynnillä todennäköisemmin yhteisymmärryksessä sellaisten vastaajien kanssa, jotka olivat olleet aikaisemmin samassa sairaalassa hoidossa tai jotka olivat käyneet korkeintaan viisi kertaa lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana. Lähettävä lääkäri oli myös todennäköisemmin antanut riittävästi aikaa esittää terveydentilaan liittyviä kysymyksiä vastaajille, joiden tulot olivat 20–24 999 euroa tai 40–59 999 euroa vuodessa, kuin hyvin suurituloisille vastaajille. Sen sijaan lähettävä lääkäri oli epätodennäköisemmin kuunnellut tai antanut riittävästi aikaa esittää terveydentilaan liittyviä kysymyksiä toiseen EU-maahan toimenpiteeseen hakeutumista harkitseville vastaajille (Taulukko 29).

Taulukko 29. Vastaajien näkemys vastaanottokäynnistä lähettävällä lääkärillä ja näkemyksen yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ordinaalinen logistinen regressioanalyysi)

Muuttuja	OR (95 % luottamusväli)	p-arvo
Potilaan kuuntelu		
Voisi harkita toiseen EU-maahan toimenpiteeseen menoa ¹	0,568 (0,323–1,000)	0,050
Potilaan mahdollisuus esittää kysymyksiä		
Vuositulot euroina		
20 000–24 999 ²	8,508 (2,119–34,158)	0,027
40 000–49 999 ²	8,855 (2,259–34,709)	0,018
50 000–59 999 ²	7,793 (1,859–32,169)	0,05
Voisi harkita toiseen EU-maahan toimenpiteeseen menoa ¹	0,470 (0,276–0,800)	0,005
Yhteisymmärryksessä toimiminen		
Lääkärin vastaanotolla kerran viimeisen 12 kuukauden aikana ³	4,166 (1,645–10,549)	0,009
Lääkärin vastaanotolla 2–5 kertaa viimeisen 12 kuukauden aikana ³	2,403 (1,182–4,884)	0,048
Aikaisempi hoito samassa sairaalassa		
Kyllä ⁴	1,634 (1,100–2,428)	0,015

¹ Ref = ei toiseen EU-maahan toimenpiteeseen menoa harkitseva, ² Ref = vuositulot 80 000–euroa, ³Ref = yli 10 kertaa lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kk.n aikana, ⁴ Ref = ei aikaisempaa hoitoa samassa sairaalassa

Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat (n=207) olivat keskimäärin vanhempia (ka. 60,2 vuotta vs. 57,2 vuotta) kuin ne, jotka eivät olleet valintaan osallistuneet (n=642) ($t=2,972$; $df=847$; $p=0,006$). Valintaan osallistuneet olivat suorittaneet peruskoulutuksena useammin kansakoulun ja harvemmin keski- tai peruskoulututkinnon kuin ne, jotka eivät osallistuneet sairaalan valintaan. Sairaalan valintaan osallistuneista suurempi osa oli ilman ammatillista tutkintoa tai ammatillisen kurssin suorittanut ja vastaavasti harvempi oli suorittanut kouluasteen tutkinnon tai ammattitutkinnon. Eläkeläiset olivat osallistuneet sairaalan valintaan muita ammattiryhmiä useammin ja työntekijät vastaavasti suhteellisesti harvemmin (Taulukko 30). Pienet lapsiperheet (alle 18-vuotiaiden määrä kotitaloudessa ka. 0,32; vaihteluväli 0–4) olivat osallistuneet sairaalan valintaan isompia perheitä (alle 18-vuotiaiden perheenjäsenten määrä kotitaloudessa ka. 0,46; vaihteluväli 0–9) useammin (U -testi = 2,165; $p=0,030$).

Taulukko 30. Vastaajien koulutus ja ammattiryhmä ja yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristiintaulukointi)

Muuttuja	Osallistunut		Ei osallistunut		testisuure	p-arvo
	n	%	n	%		
Peruskoulutus	206		644		11,149; $df=2$	0,004
Kansakoulu	71	34	153	24		
Keskikoulu tai peruskoulu	78	38	317	49		
Ylioppilastutkinto	57	28	174	27		
Ammatillinen koulutus	207		642		16,196; $df=4$	0,003
Ei ammatillista tutkintoa	44	21,5	83	13		
Ammatillinen kurssi	25	12	65	10		
Kouluasteen tutkinto tai ammattitutkinto	50	24	240	37		
Opistoasteen ammatillinen tutkinto	52	25	148	23		
Korkeakoulututkinto	36	17,5	106	17		
Ammattiryhmä	205		643		19,201; $df=7$	0,008
Johtavassa asemassa/yrittäjä						
Toimihenkilö	18	9	45	7		
Työntekijä	25	12	100	15,5		
Opiskelija	59	29	252	39		
Eläkeläinen	0	0	8	1		
Työtön	90	44	190	30		
Kotiäiti tai koti-isä	6	3	24	4		
Jokin muu	2	1	5	0,5		
	5	2	19	3		

testisuure= χ^2

Sairaalan valintaan osallistuneilla vastaajilla oli harvemmin käytössään internet-yhteys kuin ei-osallistuneilla, mutta he olivat useammin potilasjärjestön jäseniä. Sairaalan valintaan osallistuneet olivat etsineet useammin itse tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta kuin ei-osallistuneet. Sairaalan valintaan osallistuneet olivat saaneet tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta ei-osallistuneita useammin lähettävältä lääkäriltä ja Palveluaka-verkkosivuilta. Ne vastaajat, jotka eivät osallistuneet sairaalan valintaan, olivat sen sijaan saaneet useammin tietoa epävirallisilta verkkosivuilta (Taulukko 31).

Taulukko 31. Vastaajien internet-yhteyden käyttömahdollisuus, potilasjärjestön jäsenyys, sairaaloiden toimintaa koskevan tiedon etsiminen ja saaminen ja yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristiintaulukointi)

Muuttuja	Osallistunut		Ei osallistunut		testisuure	p-arvo
	n	%	n	%		
Internet-yhteys	204		643		7,759; df=1	0,005
Kyllä	167	82	574	89		
Potilasjärjestön jäsenyys	203		636		7,904; df=1	0,005
Kyllä	29	14	49	8		
Etsinyt itse tietoa sairaaloiden toiminnasta	207		640		13,414; df=1	<0,001
Kyllä	45	22	74	12		
Saanut tietoa lähettävältä lääkäriltä	207		643		10,697; df=1	0,001
Kyllä	79	38	169	26		
Saanut tietoa Palveluvaaka-verkkosivustolta	207		643		6,379; df=1	0,024
Kyllä	5	2	3	0,5		
Saanut tietoa epävirallisilta verkkosivuilta	207		643		5,849; df=1	0,016
Kyllä	3	1	35	5		

testisuure= χ^2

Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat olivat saaneet useammin lähetteen erikoissairaanhoidon yksityiseltä lääkäriltä tai joltain muulta lääkäriltä (sairaalan lääkäri) ja harvemmin työterveyslääkäriltä kuin ne, jotka eivät olleet osallistuneet valintaan. Myös sairaaloiden (1, 5 ja 8) välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero valintaan osallistumisessa. Terveyskeskuslääkäriltä molemmat ryhmät olivat saaneet lähetteen suhteellisesti yhtä usein (Taulukko 32).

Taulukko 32. Vastaajien lähetteen antaja ja sairaala ja yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristiintaulukointi)

Muuttuja	Osallistunut		Ei osallistunut		testisuure	p-arvo
	n	%	n	%		
Lähetteen antaja	206		642		24,014; df=4	<0,001
Terveyskeskuslääkäri	90	43,5	227	43		
Työterveysluollon lääkäri	39	19	215	33,5		
Yksityinen lääkäri	52	25	90	14		
Jokin muu lääkäri	24	12	58	9		
En tiedä	1	0,5	2	0,5		
Sairaala	207		646		35, 889; df=8	<0,001
Sairaala 1	31	15	149	23		
Sairaala 2	29	14	91	14		
Sairaala 3	28	13,5	97	15		
Sairaala 4	14	7	50	8		
Sairaala 5	25	12	102	16		
Sairaala 6	22	10,5	56	8,5		
Sairaala 7	17	8	45	7		
Sairaala 8	31	15	26	4		
Sairaala 9	10	5	30	4,5		

testisuure= χ^2

Sairaalan valintaan osallistuneiden vastaajien näkemykset lähettävän lääkärin vastaanottokäynnistä olivat myönteisempiä kuin niiden, jotka eivät olleet osallistuneet valintaan. Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat olivat useammin täysin samaa mieltä, että lähettävä lääkäri oli kuunnellut huolellisesti heidän kertomustaan terveydentilasta, antanut heille riittävästi aikaa esittää terveydentilaa koskevia kysymyksiä, selittänyt terveydentilaan liittyvät asiat selvästi vastaanotolla ja toiminut heidän kanssaan yhteisymmärryksessä (Taulukko 33).

Taulukko 33. Vastaajien näkemys vastaanottokäynnistä lähettävällä lääkärillä ja näkemyksen yhteys sairaalan valintaan osallistumiseen (ristintaulukointi)

Kysymys	Osallistunut		Ei osallistunut		testiarvo	p-arvo
	n	%	n	%		
Lähettävä lääkäri kuunteli vastaanotolla huolellisesti, mitä halusin kertoa terveydentilastani						
Täysin eri mieltä	205		636		17,835; df=4	<0,001
Osittain eri mieltä	6	3	14	2		
Ei samaa eikä eri mieltä	2	1	25	4		
Osittain samaa mieltä	6	3	42	7		
Täysin samaa mieltä	29	14	142	22		
	162	79	413	65		
Lähettävä lääkäri antoi minulle vastaanotolla riittävästi aikaa esittää terveydentilaani liittyviä kysymyksiä						
Täysin eri mieltä	205		642		19,409; df=4	<0,001
Osittain eri mieltä	5	2,5	12	2		
Ei samaa eikä eri mieltä	3	1,5	28	4,5		
Osittain samaa mieltä	8	4	48	7,5		
Täysin samaa mieltä	35	17	174	27		
	154	75	380	59		
Lähettävä lääkäri selitti vastaanotolla terveydentilaani liittyvät asiat selkeästi						
Täysin eri mieltä	205		641		16,323; df=4	0,003
Osittain eri mieltä	6	3	19	3		
Ei samaa eikä eri mieltä	3	1,5	30	5		
Osittain samaa mieltä	13	6	46	7		
Täysin samaa mieltä	40	19,5	193	30		
	143	70	353	55		
Lähettävä lääkäri toimi yhteisymmärryksessä kanssani hoitavan sairaalan valintaa koskevassa päätöksenteossa						
Täysin eri mieltä	204		635		146,280; df=4	<0,001
Osittain eri mieltä	6	3	94	15		
Ei samaa eikä eri mieltä	5	2,5	64	10		
Osittain samaa mieltä	9	4	189	30		
Täysin samaa mieltä	28	14	90	14		
	156	76,5	198	31		

testisuure= χ^2

Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat arvostivat valintamahdollisuutta enemmän kuin ne, jotka eivät olleet siihen osallistuneet. He olivat myös useammin sitä mieltä, että potilaan tulisi voida itsenäisesti päättää sairaalan valinnasta (Taulukko 34).

Taulukko 34. Valinnanvapauden arvostaminen, valintapäätöksen tekijä ja sairaalan valintaan osallistuminen (ristiintaulukointi)

Muuttuja	Osallistunut		Ei osallistunut		testisuure	p-arvo
	n	%	n	%		
Minulle on tärkeää, että voin valita hoitavan sairaalan	205		634		49,550; df=4	<0,001
Täysin eri mieltä	4	2	18	3		
Osittain eri mieltä	3	1	31	5		
Ei samaa eikä eri mieltä	18	9	126	20		
Osittain samaa mieltä	41	20	205	32		
Täysin samaa mieltä	139	68	254	40		
Sairaalan valintaa koskevan päätöksen tekijä	206		640		16,931; df=2	<0,001
Minun tulisi saada itsenäisesti valita hoitava sairaala	28	14	34	5		
Minun ja lähettävän lääkärin tulisi keskustella vaihtoehdoista ja sen jälkeen yhdessä valita hoitava sairaala	175	85	586	92		
Lähettävän lääkärin tulisi saada itsenäisesti valita hoitava sairaala	3	1,5	20	3		

testisuure= χ^2

Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat tunsivat useammin sairaalan valintaa koskevan oikeuden ja olivat täysin samaa mieltä oikeudestaan kuin ne, jotka eivät osallistuneet valintaan (Taulukko 35).

Taulukko 35. Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen, vastaajan näkemys oikeudesta valita sairaala yhdessä lähettävän lääkärin kanssa ja sairaalan valintaan osallistuminen (ristiintaulukointi)

Kysymys	Osallistunut		Ei osallistunut		testisuure	p-arvo
	n	%	n	%		
Tunnetteko terveydenhuoltolain (1326/2010) hoitopaikan valintaa koskevan sisällön					23,605; df=1	<0,001
Kyllä	105	51	207	32		
Minulla on oikeus yhdessä lähettävän lääkärin kanssa valita hoitava sairaala	204		629		85,236; df=4	<0,001
Täysin eri mieltä	5	2,5	82	163		
Osittain eri mieltä	3	1,5	37	6		
Ei samaa eikä eri mieltä	16	8	155	25		
Osittain samaa mieltä	39	19	134	21		
Täysin samaa mieltä	141	69	221	35		

testisuure= χ^2

6.3.3 Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät

Tässä luvussa tarkastellaan tekijöitä, jotka olivat yhteydessä sairaalan valintaan. Potilaaseen liittyvät tekijät, joita tarkasteltiin, olivat sosiodemografiset tiedot, terveyspalvelujen käyttäminen ja lähetteen antaja, suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon sekä itsearvioitu terveys. Terveystieteellisten palvelujen organisaatioon liittyvät tekijät, joita tässä tarkasteltiin, olivat sairaalan toimintaan ja palvelun laatuun liittyviä asiakkokonaisuuksia. Sairaalan toiminnan ja palvelun laatua koskevat asiakokonaisuudet ovat tässä tutkimuksessa: potilasturvalliset hoitokäytännöt, lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys, palvelukokemus, potilaskeskeiset toimintatavat, tilat ja oheispalvelut sekä hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.

Vastaajat pitivät tärkeimpänä (asteikko 1–5) sairaalan valinnassa kokonaisuutena tarkasteltuna potilasturvallisia hoitokäytäntöjä. Toiseksi tärkeimpänä vastaajat pitivät lääketieteellisten palvelujen laajuutta ja henkilökunnan ammatillista pätevyyttä sekä lähes yhtä tärkeänä palvelukokemusta ja sitä hieman vähemmän tärkeänä potilaskeskeisiä toimintatapoja. Vähiten tärkeänä sairaalaa valitessaan vastaajat pitivät sairaalan tiloja ja oheispalveluja sekä hoidon saatavuutta ja saavutettavuutta. Summamuuttujan kaikkien tekijöiden keskiarvo oli 4,22 (Taulukko 36). Muutamia vastaajia olivat kirjoittaneet avoimeen kohtaan itselleen tärkeitä valintaan liittyviä tekijöitä. Nämä olivat pääosin tarkennuksia vastausvaihtoehdoissa esitettyihin tekijöihin. Näitä olivat esimerkiksi omalla äidinkielellä saatavan palvelun korostaminen ja odotusajan pituutta koskeva kommentointi. Osa vastaajista oli antanut myös kritiikkiä sairaalan valintamahdollisuuden puuttumisesta kohdallaan.

Sairaalan valintaan osallistuneet (ka. 4,07, kh. 0,642) pitivät tilojen ja oheispalvelujen tasoa ($t=3,183$; $df=851$; $p=0,002$) tärkeämpänä kuin ei-osallistuneet (ka. 3,91, kh. 0,607).

Taulukko 36. Vastaajien näkemys sairaalan valinnassa tärkeistä sairaalan toimintaan ja palveluun liittyvistä tekijöistä summamuuttujittain (asteikko 1–5)

Summamuuttuja	n	ka	kh	minimi	maksimi
Potilasturvalliset hoitokäytännöt	853	4,49	0,54	1	5
Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys	853	4,35	0,62	1	5
Palvelukokemus	853	4,32	0,50	1,08	5
Potilaskeskeiset toimintatavat	853	4,19	0,46	1,63	5
Tilat ja oheispalvelut	853	3,95	0,62	1	5
Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	853	3,77	0,70	1	5
Summamuuttuja kaikki	853	4,22	0,43	1,56	5

ka = keskiarvo, kh = keskihajonta

Naiset, palvelusetelin käyttöön ja terveyttä ja sairautta koskevaa tietoon myönteisesti suhtautuvat (KHOS-I) vastaajat pitivät sairaalan toimintaa ja palvelua kokonaisuutena

tarkasteltuna tärkeämpänä kuin miehet, palvelusetelin käyttöön ja tietoon kielteisesti suhtautuvat. Vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse korkeintaan 50 euroa matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan, pitivät sairaalan toimintaa ja palvelun laatua tärkeämpänä kuin ne, jotka olivat valmiita sijoittamaan matkakuluihin yli 100 euroa (Taulukko 37).

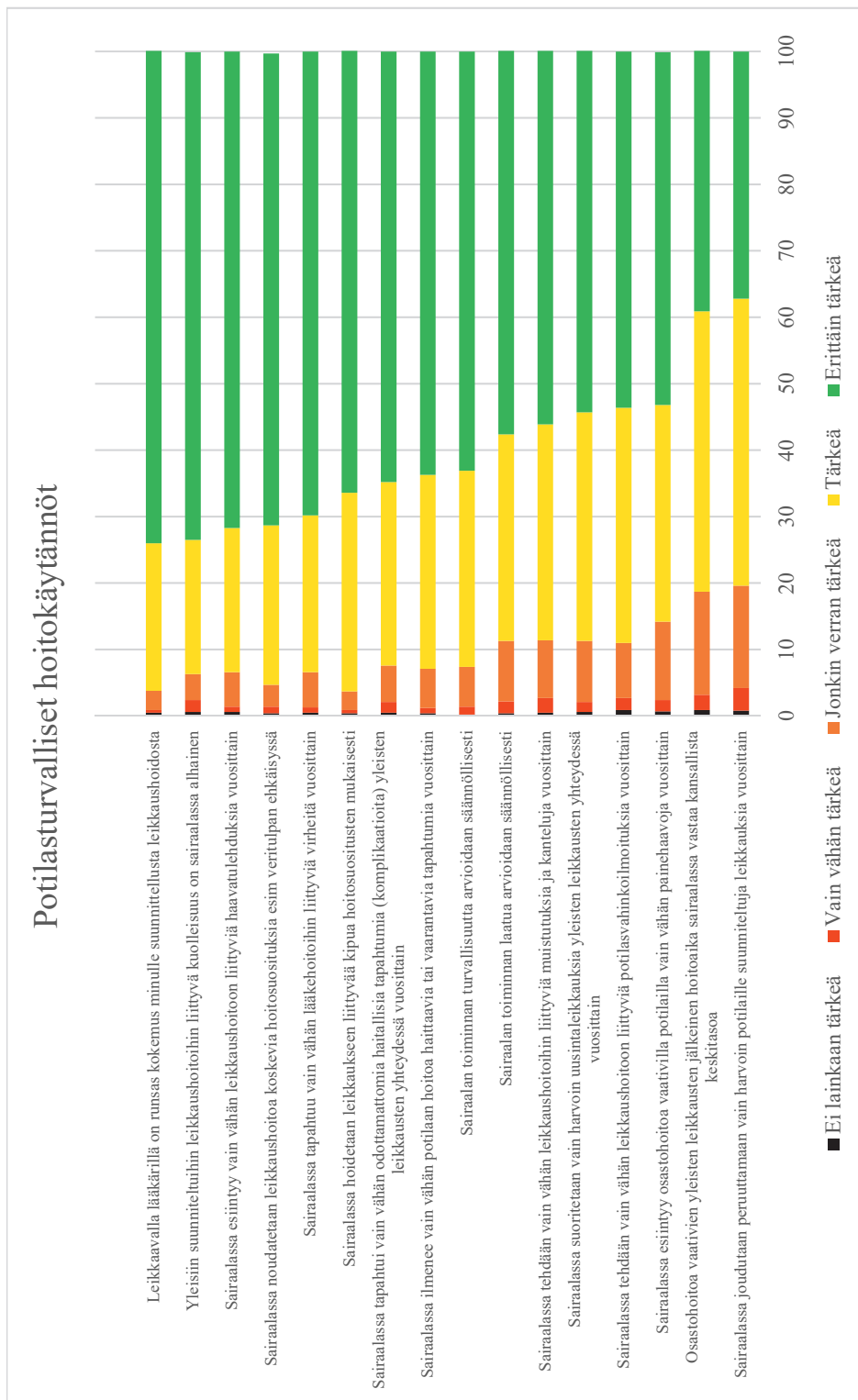
Taulukko 37. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät summamuuttujittain ja vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)

Muuttuja	n	ka	kv	B	F	p-arvo
Sukupuoli					10,555	0,001
Mies	344	4,17	0,117			
Nainen	332	4,31	0,117			
Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan harkitseva					15,163	< 0,001
Kyllä	307	4,31	0,117			
Ei	369	4,17	0,115			
Matkakulut Suomessa euroina					5,138	0,002
0	105	4,35	0,123			
1–50	250	4,28	0,118			
101–	130	4,11	0,118			
KHOS-I					6,988	0,008
Tietoon myönteisesti suhtautuvat			0,010	0,026		

ka =keskiarvo, kv =keskivirhe, B =parametristimaatti, F =testisuure

Potilasturvalliset hoitokäytännöt ja sairaalan valinta

Potilasturvallisten hoitokäytäntöjen osalta kaksi kolmasosaa vastanneista piti sairaalan valinnassa erittäin tärkeänä leikkaavan lääkärin runsasta kokemusta suunnitellusta toimenpiteestä, alhaista yleisiin suunniteltuihin leikkauksiin liittyvää kuolleisuutta ja haavatulehdusten esiintyvyyttä, leikkaushoitoa koskevien hoitosuosituksen noudattamista, vähäisiä lääkehoitoon liittyviä virheitä vuositasolla sekä hoitosuosituksen mukaista leikkauskivun hoitoa. Lähes yhtä suuri osa vastaajista piti erittäin tärkeänä vähäisiä leikkauskomplikaatioita ja hoitoa vaarantavia haittatapahtumia vuositasolla sekä sairaalan turvallisuuden säännöllistä arviointia. Runsa puolet vastaajista piti erittäin tärkeänä toiminnan laadun säännöllistä arviointia, vähäisiä muistutuksia, kanteluja ja potilasvahinkoilmoituksia sekä uusintaleikkausten todennäköisyyttä sekä painehaavojen esiintyvyyttä. Vähiten tärkeitä vastaajille sairaalan valinnassa olivat leikkausten peruuntumisen todennäköisyys ja leikkauksen jälkeisen sairaalassaolon aika (Kuvio 21).



Kuvio 21. Potilasturvallisten hoitokäytäntöjen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 15)

Naiset ja palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuvat vastaajat pitivät potilasturvallisia hoitokäytäntöjä sairaalan valinnassa tärkeämpinä kuin miehet ja palvelusetelin käyttöön kielteisesti suhtautuvat. Vastaajat, jotka eivät olleet valmiita kustantamaan itse lainkaan matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan, pitivät potilasturvallisia hoitokäytäntöjä sairaalan valinnassa tärkeämpinä kuin ne, jotka olivat valmiit sijoittamaan matkakuluihin yli 100 euroa. Mitä enemmän vastaajan kotitaloudessa asui yli 75-vuotiaita, sitä vähemmän tärkeänä hän piti potilasturvallisia hoitokäytäntöjä sairaalan valinnassa. Terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon myönteisesti suhtautuvat (KHOS-I) vastaajat pitivät potilasturvallisia hoitokäytäntöjä sairaalan valinnassa tärkeämpinä kuin siihen kielteisesti suhtautuvat (Taulukko 38).

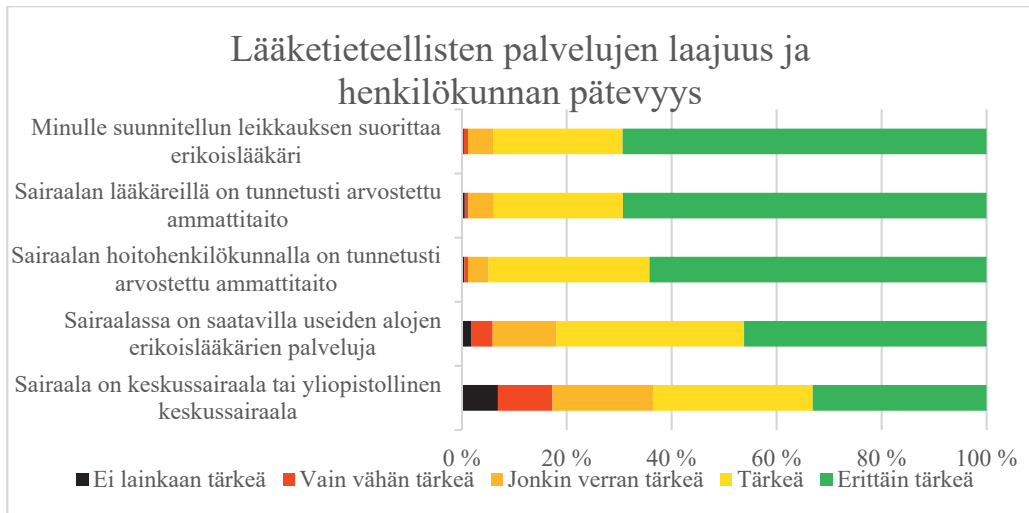
Taulukko 38. Potilasturvallisten hoitokäytäntöjen yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)

Muuttuja	n	ka	kv	B	F	p-arvo	
Sukupuoli					6,359	0,012	
Mies	344	4,50	0,149				
Nainen	332	4,64	0,149				
Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan harkitseva					11,798	0,001	
Kyllä	307	4,64	0,149				
Ei	369	4,49	0,148				
Matkakulut Suomessa euroina					3,426	0,017	
0	105	4,70	0,158				
101–	130	4,44	0,151				
Yli 75-vuotiaiden isompi määrä kotitaloudessa				0,059	-0,128	4,786	0,029
KHOS-I					4,107	0,043	
Tietoon myönteisesti suhtautuvat			0,012	0,025			

ka =keskiarvo, kv =keskivirhe, B =parametriestimaatti, F =testisuure

Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys ja sairaalan valinta

Lääketieteellisten palvelujen laajuuden ja henkilökunnan pätevyuden osalta kaksi kolmasosaa vastaajista piti sairaalan valinnassa erittäin tärkeänä erikoislääkärin suorittamaa leikkaushoitoa ja lääkärin sekä hoitohenkilökunnan arvostettua ammattitaitoa. Hieman alle puolet vastaajista piti erittäin tärkeänä sairaalan erikoislääkärin palvelujen laajuutta. Vähiten merkitystä sairaalan valinnassa vastaajille oli sairaalan tyyppillä (Kuvio 22).



Kuvio 22. Lääketieteellisten palvelujen laajuuden ja henkilökunnan pätevyuden tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 16)

Palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuvat ja aikaisemmin samassa sairaalassa hoidettavina olleet vastaajat pitivät lääketieteellisten palvelujen laajuutta ja henkilökunnan ammatillista pätevyyttä sairaalan valinnassa tärkeämpinä kuin palvelusetelin käyttöön kielteisesti suhtautuvat ja ne, jotka eivät olleet ennen olleet hoidettavina samassa sairaalassa. Isoissa sairaaloissa hoidetut vastaajat pitivät lääketieteellisten palvelujen laajuutta ja henkilökunnan ammatillista pätevyyttä tärkeämpinä sairaalaa valitessaan kuin pienessä sairaalassa hoidetut vastaajat. Mitä myönteisemmin vastaaja suhtautui terveystietoon ja sairautta koskevaan tietoon (KHOS-I), sitä tärkeämpänä hän piti sairaalan valinnassa lääketieteellisten palvelujen laajuutta ja henkilökunnan pätevyyttä (Taulukko 39).

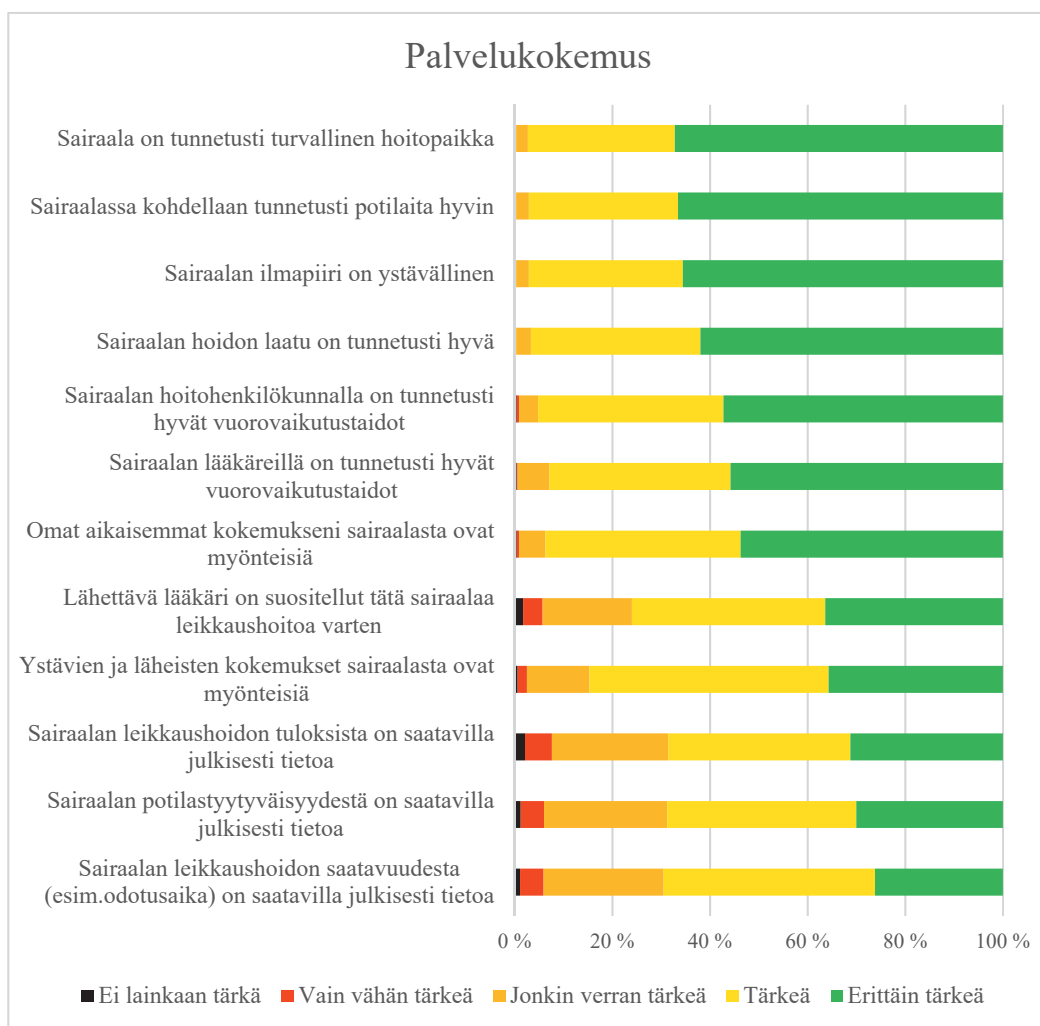
Taulukko 39. Lääketieteellisten palvelujen laajuuden ja henkilökunnan pätevyuden yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)

Muuttuja	n	ka	kv	B	F	p-arvo
Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan harkitseva						
Kyllä	307	4,62	0,167		11,176	0,001
Ei	369	4,50	0,165			
Sairaala					3,563	< 0,001
Sairaala 1	137	4,62	0,175			
Sairaala 2	101	4,60	0,181			
Sairaala 3	97	4,80	0,174			
Sairaala 6	67	4,70	0,182			
Sairaala 9	31	4,11	0,197			
Aikaisempi hoito samassa sairaalassa					5,660	0,018
Kyllä	505	4,61	0,165			
Ei	171	4,50	0,169			
KHOS-I					5,425	0,020
Tietoon myönteisesti suhtautuvat			0,014	0,032		

ka =keskiarvo, kv =keskivirhe, B =parametriestimaatti, F =testisuure

Palvelukokemus ja sairaalan valinta

Kaksi kolmasosaa vastaajista piti sairaalan mainetta turvallisena ja laadukkaana hoitopaikkana, potilaan hyvää kohtelua ja sairaalan ystävällistä ilmapiiriä erittäin tärkeänä sairaalan valinnassa. Rungas puolet vastaajista piti myös henkilökunnan hyviä vuorovaikutustaitoja ja omia aikaisempia myönteisiä kokemuksia sairaalasta erittäin tärkeinä sairaalan valinnassa. Ystävien ja läheisten kokemukset ja lähettävän lääkärin suositus olivat erittäin tärkeitä runsaalle kolmasosalle vastaajista. Vähiten tärkeitä vastaajille sairaalan valinnassa olivat hoidon saatavuutta, potilastyytyväisyyttä ja tuloksia koskevien tietojen saatavuus (Kuvio 23).



Kuvio 23. Palvelukokemuksen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 17)

Naiset, palvelusetelin käyttöön sekä terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon myönteisesti suhtautuvat (KHOS-I) vastaajat pitivät palvelukokemusta valinnassa tärkeämpinä kuin

miehet, palvelusetelin käyttöön tai tiedonhankintaan kielteisesti suhtautuvat. Vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse korkeintaan 50 euroa matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan, pitivät palvelukokemusta tärkeämpänä kuin ne, jotka olivat valmiita sijoittamaan matkakuluihin yli 100 euroa (Taulukko 40).

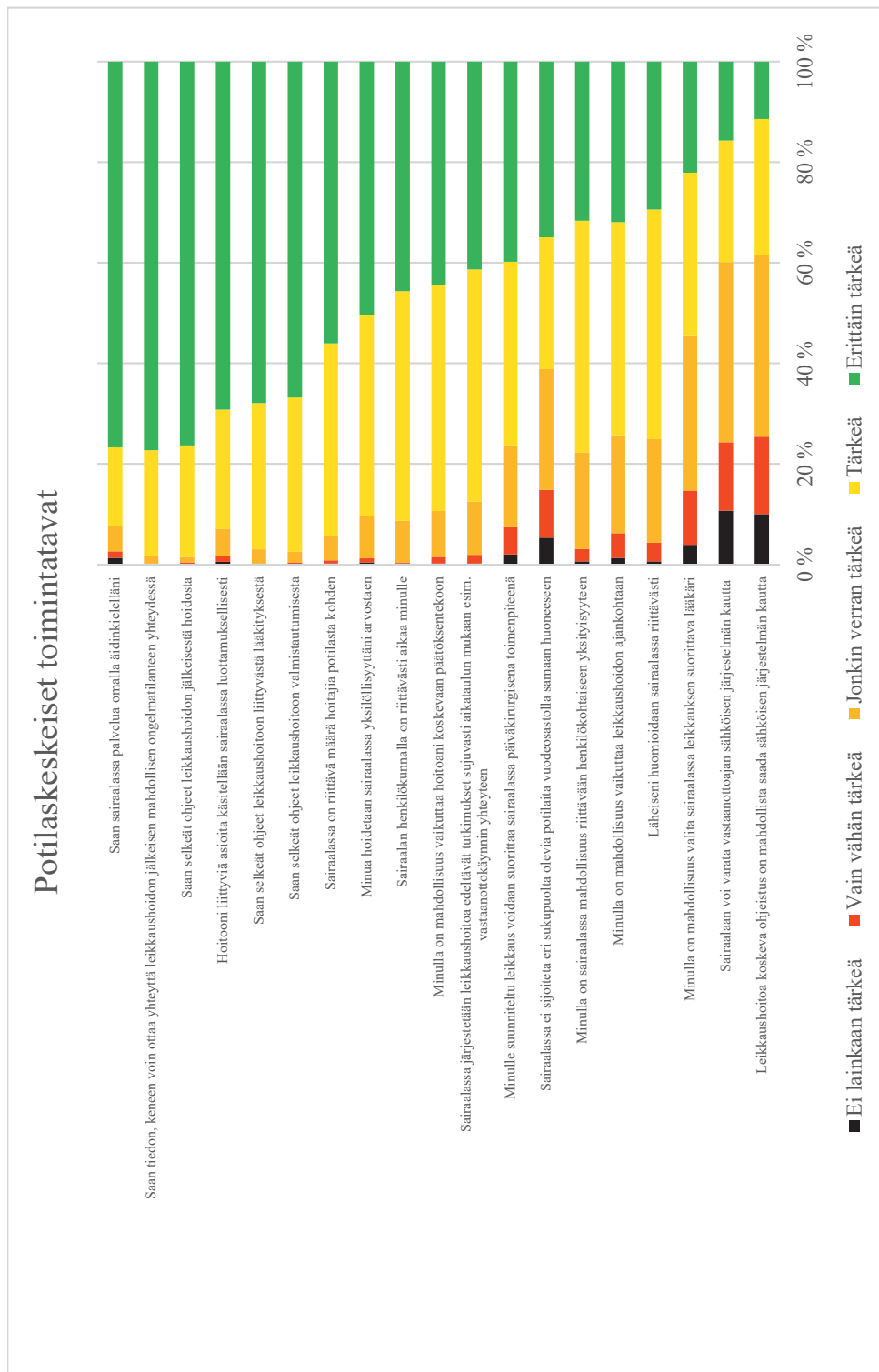
Taulukko 40. Palvelukokemuksen yhteys yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)

Muuttuja	n	ka	kv	B	F	p-arvo
Sukupuoli					18,409	< 0,001
Mies	344	4,09	0,133			
Nainen	332	4,30	0,133			
Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan harkitseva						
Kyllä					10,307	0,001
Ei	307	4,26	0,133			
	369	4,13	0,132			
Matkakulut Suomessa euroina						
0	105	4,29	0,141		3,332	0,019
1–50	250	4,23	0,134			
101–	130	4,10	0,134			
KHOS-I					8,809	0,003
Tietoon myönteisesti suhtautuvat			0,011	0,033		

ka = keskiarvo, kv = keskivirhe, B = parametristimaatti, F = testisuure

Potilaskeskeiset toimintatavat ja sairaalan valinta

Potilaskeskeisistä toimintatavoista tärkeimpiä sairaalan valinnassa vastaajille olivat palvelun saaminen omalla äidinkielellä, leikkauksen ja hoitoa koskevien ohjeiden saaminen sekä asioinnin luottamuksellisuus. Kukaan vastaajista ei pitänyt leikkaushoitoon liittyvien ohjeiden saamista vain vähän tai ei lainkaan tärkeänä sairaalan valinnassa. Noin puolet vastaajista piti erittäin tärkeänä, että sairaalassa on riittävästi hoitajia potilasta kohden, henkilökunnalla on riittävästi aikaa potilaille ja heitä hoidetaan yksilöllisyyttä ja mielipiteitä arvostaen sekä sujuvasti. Vastaajat pitivät tärkeämpänä mahdollisuutta vaikuttaa leikkaushoidon ajankohtaan kuin valita sairaalassa leikkauksen suorittava lääkäri. Kolmannes vastaajista piti erittäin tärkeänä mahdollisuutta päiväkirurgiseen toimenpiteeseen, henkilökohtaiseen yksityisyyteen, läheisten huomiointia ja potilaiden sijoittelua huoneisiin vuodeosastolla. Vähiten tärkeinä vastaajat pitivät mahdollisuutta sähköiseen ajanvaraukseen ja potilasohjeiden saamiseen. sekä (Kuvio 24).



Kuvio 24. Potilaskeskeisten toimintatapojen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 18)

Potilaskeskeiset toimintatavat olivat naisille tärkeämpiä kuin miehille sairaalan valinnassa. Myös palvelusetelin käyttöön sekä terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon myönteisesti suhtautuvat (KHOS-I) vastaajat pitivät potilaskeskeisiä toimintatapoja sairaalan valinnassa tärkeämpinä kuin niihin kielteisesti suhtautuvat (Taulukko 41).

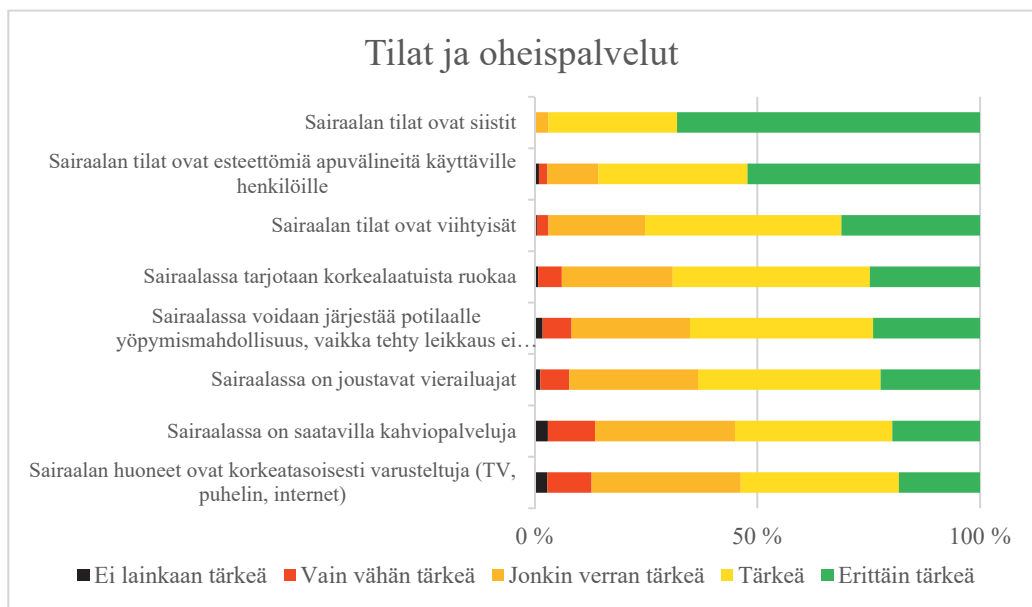
Taulukko 41. Potilaskeskeisten toimintatapojen yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)

Muuttuja	n	ka	kv	B	F	p-arvo
Sukupuoli					16,234	< 0,001
Mies	344	4,13	0,123			
Nainen	332	4,31	0,122			
Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan harkitseva					8,943	0,003
Kyllä	307	4,27	0,122			
Ei	369	4,17	0,121			
KHOS-I					7,893	0,005
Tietoon myönteisesti suhtautuvat			0,009	0,029		

ka =keskiarvo, kv =keskivirhe, B =parametriestimaatti, F =testisuure

Sairaalan tilat ja oheispalvelut ja sairaalan valinta

Sairaalan tilojen siisteys oli erittäin tärkeä sairaalan valinnassa noin kahdelle kolmasosalle vastaajista. Rungas puolet vastaajista piti valinnassa erittäin tärkeänä sairaalan tilojen esteettömyyttä apuvälineitä käyttäville henkilöille. Selvästi vähemmän tärkeitä vastaajille olivat tilojen viihtyisyys, sairaalassa tarjottavan ruoan laatu, mahdollisuus halutessa yöpymiseen, joustavat vierailuajat, kahviopalvelujen saatavuus ja huoneiden korkeatasoinen varustelutaso (Kuvio 25).



Kuvio 25. Tilojen ja oheispalvelujen tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 19)

Naiset, palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuvat ja matalan peruskoulutuksen suorittaneet vastaajat pitivät tiloja ja oheispalveluja sairaalan valinnassa tärkeimpinä kuin miehet, palvelusetelin käyttöön kielteisesti suhtautuvat ja ylioppilastutkinnon suorittaneet. Vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse korkeintaan 50 euroa matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa, pitivät sairaalan tiloja ja oheispalveluja tärkeämpänä kuin ne, jotka olivat valmiita kustantamaan matkakuluja yli 100 euroa. Iältään vanhemmat ja itsehoitoon myönteisesti suhtautuvat (KHOS-B) vastaajat pitivät sairaalan tiloja ja oheispalveluja sairaalan valinnassa vähemmän tärkeinä kuin nuoremmat ja itsehoitoon kielteisesti suhtautuvat vastaajat (Taulukko 42).

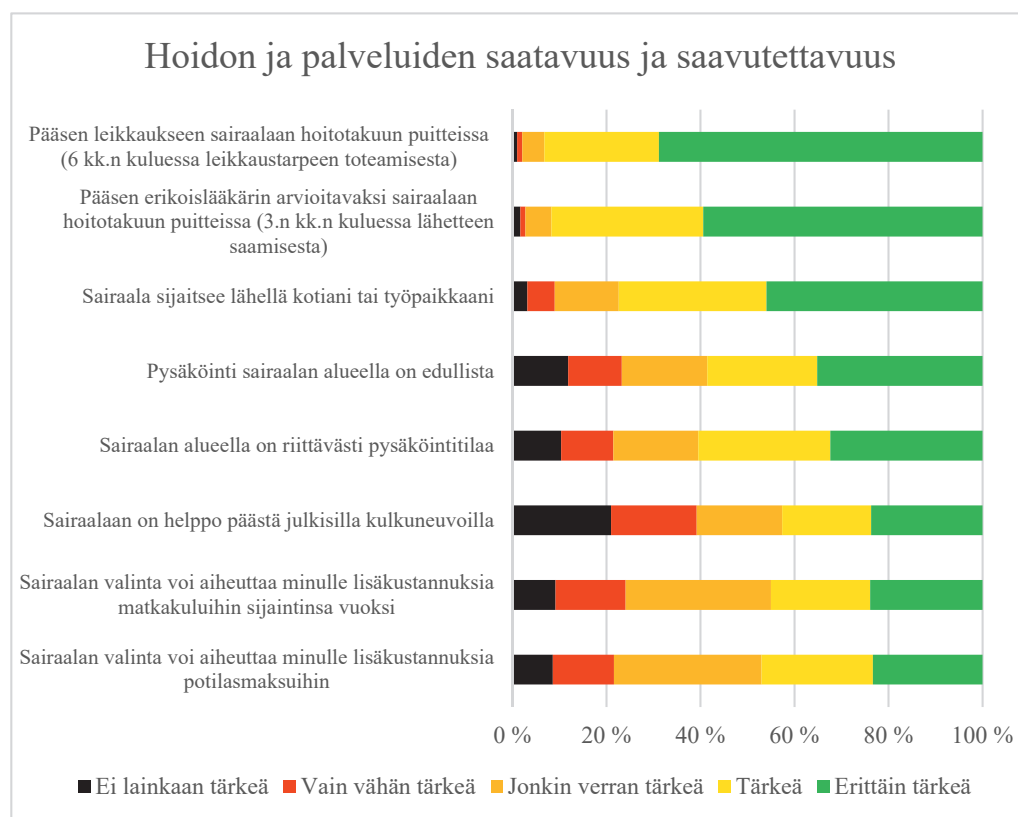
Taulukko 42. Tilojen ja oheispalvelujen yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)

Muuttuja	n	ka	kv	B	F	p-arvo
Sukupuoli					6,235	0,013
Mies	344	4,01	0,161			
Nainen	332	4,16	0,161			
Peruskoulutus					5,933	0,003
Kansakoulu	158	4,26	0,170			
Keskikoulu tai peruskoulu	328	4,03	0,162			
Ylioppilastutkinto	190	3,95	0,164			
Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan harkitseva						
Kyllä					6,659	0,010
Ei	307	4,14	0,161			
	369	4,02	0,159			
Matkakulut Suomessa euroina						
0					4,002	0,008
1–50	105	4,18	0,171			
101–	250	4,16	0,162			
	130	3,93	0,162			
Ikä			0,003	-0,008	5,978	0,015
KHOS-B					8,976	0,003
Itsehoitoon myönteisesti suhtautuvat			0,012	-0,036		

ka =keskiarvo, kv =keskivirhe, B =parametriestimaatti, F =testisuure

Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus ja sairaalan valinta

Hoidon ja palvelujen saatavuuden osalta kaksi kolmasosaa vastaajista piti sairaalan valinnassa erittäin tärkeänä hoidon saatavuutta hoitotakuun aikarajoissa. Noin puolet vastaajista piti valinnassa erittäin tärkeänä sairaalan sijaintia lähellä kotia tai työpaikkaa. Osalle vastaajista oli erittäin tärkeää, että sairaalan alueella oli riittävästi edullista pysäköintitilaa. Vähiten tärkeitä vastaajille sairaalan valinnassa olivat sairaalaan pääsy julkisilla kulkuneuvoilla ja valintaan liittyvät kustannukset (Kuvio 26).



Kuvio 26. Hoidon ja palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden tärkeys sairaalan valinnassa (suhteelliset jakaumat; Liite 20)

Palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuville vastaajille hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus olivat sairaalan valinnassa tärkeämpiä kuin palvelusetelin käyttöön kielteisesti suhtautuville. Vastaajat, jotka olivat valmiita kustantamaan itse korkeintaan 50 euroa matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa, pitivät hoidon ja palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta tärkeämpinä kuin ne, jotka olivat valmiita kustantamaan matkakuluja yli 100 euroa. Toiseen EU-maahan toimenpiteeseen menoa harkitsevat vastaajat pitivät hoidon ja palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta

vähemmän tärkeinä kuin ne, jotka eivät olleet valmiita harkitsemaan ulkomaille toimenpiteeseen menoa (Taulukko 43).

Taulukko 43. Hoidon ja palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden yhteys sairaalan valintaan vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna (varianssianalyysi)

Muuttuja	n	ka	kv	B	F	p-arvo
Palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan harkitseva					9,470	0,002
Kyllä	307	3,77	0,181			
Ei	369	3,60	0,180			
Matkakulut Suomessa euroina					11,184	< 0,001
0	105	3,90	0,192			
1–50	250	3,81	0,183			
101–	130	3,40	0,162			
Hoitoa toisessa EU-maassa harkitseva					3,961	0,047
Kyllä	154	3,60	0,184			
Ei	522	3,77	0,183			

ka =keskiarvo, kv =keskivirhe, B =parametristimaatti, F =testisuure

6.4 Tulosten yhteenveto

Kyselytutkimuksen tilastollisten tarkastelujen yhteenvetona voidaan todeta, että elektiiiviset leikkauspotilaat arvostivat valinnanvapautta ja valtaosa heistä halusi valita sairaalan yhdessä lääkärin kanssa vaihtoehtoista keskustellen. Valinnanvapaus oli tärkeämpää vähän koulutetuille ja niille vastaajille, joilla ei ollut käytössä internet-yhteyttä. (Kuvio 27).

Valtaosa elektiiivisistä leikkauspotilaista ei tuntenut sairaalan valintaa koskevaa laillista oikeutta. Miehet ja ilman ammatillista koulutusta olevat vastaajat tunsivat valintaa koskevan oikeuden naisia ja paremmin koulutettuja huonommin. Aikaisemmin samassa sairaalassa hoidettavina olleet vastaajat tunsivat sairaalan valintaa koskevan oikeuden muita paremmin. Terveytensä muita heikommaksi arvioineet vastaajat pitivät terveempiä tärkeämpänä oikeutta valita sairaala. (Kuvio 27).

Vain neljännes elektiiivisistä leikkauspotilaista oli osallistunut sairaalan valintaan. Harvoin lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana käyneet vastaajat osallistuiivat sairaalan valintaan todennäköisemmin kuin usein vastaanotolla käyneet vastaajat. Myös sairaaloiden välillä oli eroja sairaalan valintaan osallistumisessa. Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat olivat keskimäärin muita vanhempia, vähän koulutettuja, eläkeläisiä tai pienikokoisia lapsiperheitä (Kuvio 27).

Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat olivat myös muita useammin potilasjärjestön jäseniä ja itse aktiivisia sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevan tiedon etsimisessä, vaikka heillä oli muita harvemmin käytössään internet-yhteys. Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat olivat saaneet muita useammin tietoa sairaaloiden toiminnasta

lähettävältä lääkäriltä ja THL:n Palveluvaaka-verkkosivuilta epävirallisten verkkosivujen sijasta (Kuvio 27).

Lähetteen antajataho oli yhteydessä sairaalan valintaan osallistumiseen, ja valintaan osallistuneet vastaajat olivat saaneet useammin lähetteen yksityislääkäriltä ja sairaaloiden lääkäreiltä, mutta harvemmin työterveyslääkäriltä. Myös lähettävän lääkärin toiminta vastaanotolla oli yhteydessä sairaalan valintaan osallistumiseen. Lähettävä lääkäri oli harvemmin kuunnellut tai antanut riittävästi aikaa kysymyksille niille vastaajille, jotka saattoivat harkita toiseen EU-maahan hoitoon menoa. Hyvin suurituloiset vastaajat olivat saaneet vähemmän tuloja saavia vastaajia harvemmin riittävästi aikaa kysymysten esittämiseen. Harvoin lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana käyneet ja aikaisemmin samassa sairaalassa hoidetut vastaajat kokivat muita useammin lääkärin toimineen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat kokivat lähettävän lääkärin toiminnan kokonaisuutena ei-osallistuneita myönteisempänä (Kuvio 27).

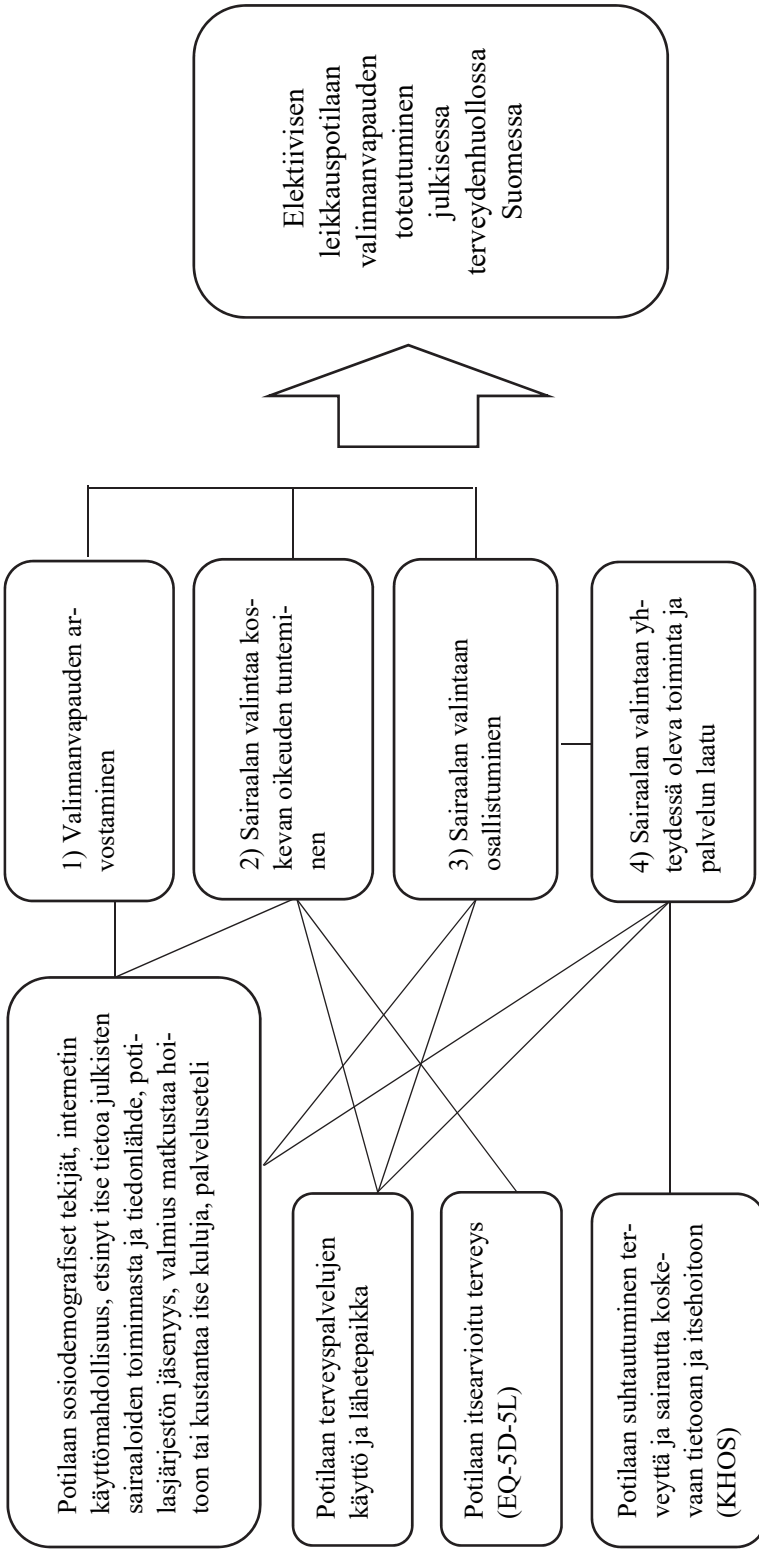
Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat arvostivat valinnanvapautta enemmän ja tunsivat sairaalan valintaa koskevan oikeutensa useammin kuin ei-osallistuneet vastaajat. Sairaalan tilat ja oheispalvelut olivat tärkeämpiä valintaan osallistuneille vastaajille kuin ei-osallistuneille.

Kuviossa 27 on esitetty vastaajan taustatietojen ja tutkimuksessa tarkasteltujen tekijöiden tilastollisesti merkitsevät yhteydet sairaalan valintaan. Kuvion alapuolella olevassa tekstissä on selitetty, onko yhteys positiivinen (+) tai negatiivinen (-).

Elektiiviset leikkauspotilaat suhtautuivat terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon myönteisesti, vaikka olivat kokonaisuutena tarkastellen itse etsineet harvoin tietoa sairaaloiden toiminnasta ja palvelun laadusta. Vastaajan itsearvioitu terveys ei ollut yhteydessä valinnanvapauden arvostamiseen tai sairaalan valintaan osallistumiseen.

Sairaalan toiminta ja palvelun laatu olivat yhteydessä sairaalan valintaan (Kuvio27). Eroja havaittiin vastaajan sosiodemografisten tekijöiden, potilaan itsensä kustannettaviin matkakuluihin, toiseen EU-maahan hoitoon hakeutumiseen, palvelusetelin käyttöön ja terveyttä sekä sairautta koskevaan tietoon suhtautumisessa ja aikaisemman terveyspalvelujen käytön välillä. Naiset, vähän matkakuluja itse valmiita maksamaan olevat vastaajat sekä palvelusetelin käyttöön ja terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon myönteisesti suhtautuvat vastaajat pitivät sairaalan toimintaa ja laatua kokonaisuutena muita vastaajia tärkeämpänä sairaalaa valitessaan (Taulukko 44).

Hoidettujen potilaiden määrää koskevan toteumatiedon mukaan (ks. luku 6.1.6) voidaan todeta, että vuosina 2014–2016 sairaanhoitopiireissä hoidettavista potilaista 3–8 % oli saapunut hoitoon tuottajan oman sairaanhoitopiirin jäsenkunnan ulkopuolelta.



Kuvin 27. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät tekijät

1) Valinnanvapauden arvostaminen= matala ammatillinen koulutus+, ei internet-yhteyden käyttömahdollisuutta+2) Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen=nainen+, ei ammatillista koulutusta-, aikaisempi hoito samassa sairaalassa+, matala itsearvioitu terveys+ 3) Sairaalan valintaan osallistuminen= harvoin lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kk:n aikana+, sairaalal-, sairaalal5-, sairaalal8+, korkea ikä+, matala perus- ja ammatillinen koulutus+, ammatiryhmänä eläkeläinen+, pienikokoinen lapsiperhe+, potilasjärjestön jäsenyys+, etsinyt itse tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta+, internet-yhteyden käyttömahdollisuus-, saaneet tietoa sairaalan toiminnasta lääkäriltä tai Palveluvaaka-sivustolta+, epävirallisilta verkkosivuilta-, lähete yksityislääkäriltä ja sairaaloiden lääkäriltä+, työterveyslääkäriltä+, potilaan kuuntelu tai mahdollisuus esittää kysymyksiä/harkinut toiseen EU-maahan hoitoon menoa- ja vuositulot 80 000 tai yli-, yhteisymmärryksessä toimiminen/ harvoin lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kk:n aikana+, aikaisempi hoito samassa sairaalassa+, myönteinen kokonaisnäkemys lähettävän lääkärin toiminnasta vastaanotolla+, valinnanvapauden arvostaminen+, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen+, sairaalan tilojen ja peruspalvelujen pitäminen tärkeänä+ 4) kts. Taulukko 44.

Taulukko 44. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät sairaaan toimintaa ja palvelun laatua kuvaavat asiakokonaisuudet vastaajien taustatietojen mukaan tarkasteltuna

Muuttuja ja asiakokonaisuus	Kaikki asiakokonaisuudet yhteensä	Potilasturvalliset hoitokäytännöt	Lääketehteilisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammattilinen pätevyys	Palvelukokemus	Potilaskeskeiset toimintatavat	Tilat ja peruspalvelut	Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus
Sukupuoli	Naiset tärkeimpinä	Naiset tärkeimpinä		Naiset tärkeimpinä	Naiset tärkeimpinä	Naiset tärkeimpinä	
Koulutus						Kansa-, keski- ja peruskoulu tärkeimpinä vs. ylioppilastutkinto	
Ikä						Mitä vanhempi, sitä vähemmän tärkeä	
Kotitalouden koko		Mitä enemmän yli 75-vuotiaita, sitä vähemmän tärkeänä					
Matkakuja Suomessa valmiita kustantamaan	0 euroa ja 1-50 euroa tärkeimpinä vs. 101 euroa valmiita kustantamaan	0 euroa tärkeimpinä vs. 101 euroa valmiita kustantamaan		0 euroa tärkeimpinä vs. 1-50 ja 101 euroa valmiita kustantamaan		0 euroa tärkeimpinä vs. 1-50 ja 101 euroa valmiita kustantamaan	0 euroa tärkeimpinä vs. 1-50 ja 101 euroa valmiita kustantamaan
Palveluseteli	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä
KHOS/	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	+ tärkeimpinä	
KHOS/B							
Sairaala			Sairaalassa 1,2,3,6 hoidetut vastaajat tärkeimpinä vs. sairaalassa 9 hoidetut vastaajat				
Aikaisempi hoito samassa sairaalassa			+ tärkeimpinä				
Hoitoon hakeutuminen toiseen EU-maahan							+ tärkeimpinä

7. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta arvioimalla tutkimuksen kykyä mitata tutkimusongelman kannalta keskeisiä käsitteitä ja arvioimalla tutkimustulosten toistettavuutta (Polit & Beck 2012). Sisäisesti luotettavassa tutkimuksessa mitataan sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata, ja se voidaan tarvittaessa toistaa. Ulkoisesti luotettavan tutkimuksen otos edustaa perusjoukkoa ja tulokset ovat yleistettävissä. (De Von ym. 2007; De Vellis 2012; Polit & Beck 2012.)

7.1 Kirjallisuuskatsauksien luotettavuus

Tässä tutkimuksessa toteutettujen kahden kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta arvioitiin soveltamalla kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden systemaattisesta arvioinnista annettuja kriteerejä. Kriteerien mukaan kirjallisuuskatsauksen ulkoista luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tulosten yleistettävyyttä. (Booth ym. 2012; Thompson ym. 2012.)

Kirjallisuuskatsauksen ulkoista validiteettia arvioitiin tarkastelemalla kriittisesti tutkimusten tulosten yleistettävyyttä. *Scoping review* -menetelmä sopi hyvin alustavan käsityksen muodostamiseen tutkimuskohteesta, sillä sen avulla oli mahdollista muodostaa käsitys aiheesta koko kirjossaan ja mahdollisimman laajasti. Menetelmän etuna oli mahdollisuus tarkistaa mukaanottokriteereitä ennen lopullista valintaa. Tämän ansiosta tutkimukseen voitiin valita kulttuurisesti suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää vastaavia länsimaisia ja uusia tutkimuksia, mikä paransi tämän tutkimuksen luotettavuutta. (Davis ym. 2009; Grant & Booth 2009; Booth ym. 2012; Thompson ym. 2012).

Integroivan kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku kohdennettiin tutkimuksiin, joissa valinnanvapautta tarkasteltiin sairaalan valintana ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sellaisina, kuin ne aikaisemmissa tutkimuksissa ilmenivät erityisesti potilaan näkökulmasta kuvattuina (ks. luku 3). Potilaisiin kohdistuneen rajauksen avulla pyrittiin lisäämään tarkasteltavien tutkimusten keskinäistä vertailtavuutta. Rajaus lisäsi kohderyhmän yksiselitteisyyttä ja vähensi terveydenhuoltojärjestelmästä johtuvaa vaihtelua tulosten tarkastelussa, ja lisäsi näin tutkimuksen luotettavuutta. Hakua ei kuitenkaan rajattu vain kirurgisiin potilaisiin, koska tämä rajaus olisi vähentänyt hakutulokset erittäin niukoiksi.

Luotettavuutta arvioitaessa on kuitenkin huomattava, että suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä paljon poikkeavissa järjestelmissä toteutetut tutkimukset heikensivät tulosten sovellettavuutta ja yleistettävyyttä suomalaiseen terveydenhuoltoon. Lisäksi tutkimuksissa tarkastellut sairaalan toimintaa ja laatua kuvaavat tekijät oli määritelty epäyhtenäisesti eri tutkimuksissa. Tutkimusten heterogeenisuus heikensi niiden keskinäistä vertailtavuutta ja osaltaan tämän tutkimuksen luotettavuutta (Booth ym. 2012).

Sisäisen luotettavuuden arviointi koskee toimia, joilla kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on pyritty parantamaan toteuttamisprosessin aikana. Kirjallisuuskatsausten sisäistä validiteettia arvioitiin tarkastelemalla hakuprosessia, mukaanotto- ja poisjättökriteerejä ja tutkimusten laadun arviointia (Polit & Beck 2012; Booth ym. 2012; Thompson ym. 2012). Molempien kirjallisuuskatsausten hakuprosessi toteutettiin yhteistyössä informaation kanssa systemaattisella tavalla määrittelemällä mukaanotto- ja poisjättökriteerit etukäteen (Polit & Beck 2012). Informaation asiantuntemuksen hyödyntäminen hakuprosessissa lisäsi tiedonhaun järjestelmällisyyttä ja siten kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. (Davis ym. 2009; Grant & Booth 2009; Booth ym. 2012; Thompson ym. 2012.)

Scoping review -kirjallisuuskatsauksen haku toteutettiin vain yhteen tietokantaan, mikä saattaa heikentää sen luotettavuutta. Tutkimuksen tehokkaan toteuttamistavan näkökulmasta tiedonhaku kuitenkin keskittyi tässä vaiheessa alan keskeiseen tietokantaan. MEDLINE -tietokanta on todettu kattavimmaksi hoito- ja lääketieteen kirjallisuutta koskevaksi tietokannaksi, ja se soveltui tiedonhakuun, jonka tarkoituksena oli muodostaa alustava käsitys tutkimusaiheesta ja sen keskeisistä tekijöistä (Subirana ym. 2005; Polit & Beck 2012). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden lisäämiseksi hakua täydennettiin katsaukseen otettujen tutkimusten lähdeluetteloihin kohdistuneella käsinhaulla. Integroivan kirjallisuuskatsauksen haku suoritettiin kuuteen tietokantaan, ja myös sitä täydennettiin käsinhaulla. Mukaanotto- ja poisjättökriteerien määrittämisen avulla haku voitiin kohdentaa tutkimuksiin, jotka tarkastelivat sairaalan valintaa erityisesti potilaan näkökulmasta. Yksiselitteinen rajausta lisäsi kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. (Polit & Beck 2012.) Tutkimuksen teoreettisen lähtökohdan tarkastelussa käytettiin potilaan moraalista ja laillista oikeutta käsittelevää muuta kirjallisuutta.

Tiedonhaku rajattiin englannin- ja suomenkieliseen tutkimukseen, mikä saattoi johtaa joidenkin tutkimusten poisjäämiseen ja heikentää tutkimuksen luotettavuutta (Egger ym. 1997). Voidaan kuitenkin todeta, että englanti on tieteellisen tiedon julkaisussa yleisin kieli ja myös tietokannat perustuvat siihen (Booth ym. 2012).

Kirjallisuuskatsauksen sisäisen validiteetin lisäämiseksi integroivaan kirjallisuuskatsaukseen sisällytettyjen tutkimusten laatu arvioitiin määrällisen ja laadullisen tutkimuksen arviointiin soveltuvilla menetelmillä (MMAT ja CEMB) (Pluye ym. 2011; Souto ym. 2015; CEMB 2014). Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyistä tutkimuksista noin puolet arvioitiin korkealaatuisiksi (liitteet 17 ja 18). Potilaan näkökulmasta sairaalan valintaa tarkastelevien tutkimusten niukkuuden vuoksi yhtään tutkimusta ei jätetty pois kirjallisuuskatsauksesta. Osa katsaukseen otetuista tutkimuksista oli puutteellisesti toteutettuja. Eniten puutteita tutkimuksissa todettiin otoskoon määrittelyssä (*power analysis*), alhaisessa vastausprosentissa (väh. 60 %), tulosten luottamusvälin ilmoittamisessa (*confidence intervals given for the main results*) ja otannan kuvaamisessa (*selection bias*). Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltujen tutkimusten havaitut puutteet heikentävät

osaltaan tämän tutkimuksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsaukseen otetuista tutkimuksista valtaosa (76 %) tarkasteli (ks. luku 3.1) hypoteettisen valintatilanteen sijasta todellista sairaalan valintaa, joka kuitenkin parantaa tämän tutkimuksen luotettavuutta.

Kirjallisuuskatsauksen reliabiliteetin arviointi koskee katsauksen toteuttamisen luotettavuutta (Booth ym. 2012). Luotettavuuden parantamiseksi kirjallisuuskatsaukset toteutettiin systemaattisella tavalla yhteistyössä informaation kanssa, ja ne on raportoitu toistettavuuden takaamiseksi. Integroivaan kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset arviointiin kolmessa vaiheessa tutkijan ja toisen arvioijan yhteistyönä (ks. luku 3.1) (Leucht ym. 2009; Crowther ym. 2010). Tutkijat olivat 90 -prosenttisen yksimielisiä kirjallisuuskatsaukseen valittavista tutkimuksista ja päätyivät eri vaiheissa toteutetun tarkemman analyysin ja keskustelun kautta täyteen yksimielisyyteen lopullisesta valinnasta.

7.2 Mittarien luotettavuus

Mittarin sisäistä luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sisältö-, rakenne- ja kriteerivaliditeettia (De Von ym. 2007; Polit & Beck 2012). Sisältövaliditeetin arvioinnilla osoitetaan, että mittari mittaa luotettavasti tutkittavaa käsitettä (Ratray & Jones 2007; De Von ym. 2007; Bowling 2009; Polit & Beck 2012). Tässä tutkimuksessa SAVA-mittarin luotettavuutta tarkasteltiin arvioimalla näennäis- ja sisältövaliditeettia kolmen asiantuntijajaneelin avulla sekä esitestauksella (Ratray & Jones 2007; De Von ym. 2007; Polit & Beck 2012; Booth ym. 2012).

Mittarin johdonmukaisuutta voidaan tarkastella rakennevaliditeettia (*construct validity*) arvioimalla. Rakennevaliditeetti tarkoittaa mittarin osien kykyä vastata teoreettisesti tarkasteltavana olevaa käsitettä (De Von ym. 2007; Bowling 2009; Polit & Beck 2012). Valmiiden mittarien (KHOS, *EuroQol-5D*) sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin osioanalyysin ja Cronbachin alfa-kertoimen avulla (Ferketich 1990; Ferketich 1991; Ratray & Jones 2007; De Vellis 2012). SAVA-mittarin rakennevaliditeettia arviointiin pääkomponenttianalyysin, osioanalyysin ja Cronbachin alfa-kertoimen avulla (Ferketich 1990; Ferketich 1991; Field 2009; Watson & Thompson 2006; Ratray & Jones 2007; De Vellis 2012).

KHOS

KHOS-mittaria on käytetty eri konteksteissa ja useille potilasryhmille (esim. Auerbach ym. 1983; Garvin ym. 2003; Gagnon & Recklitis 2003; Leino-Kilpi ym. 2009). Mittarin luotettavuutta tarkastelevassa alkuperäistutkimuksessa KHOS-I-osan Cronbachin alfa-kerroin oli 0,74 ja KHOS-B-osan vastaavasti 0,76 sekä koko mittarin osalta 0,77 (Krantz ym. 1980). Suomessa mittaria on käytetty aikuisten päiväkirurgisten potilaiden tiedonhakua ja päätöksentekoa tarkastelevassa tutkimuksessa. Mittarin on todettu olevan kokonaisuutena melko luotettava (Cronbachin alfa =0,68) ja mittaavan luotettavammin

päätöksentekoa (KHOS-B; $\alpha=0,74$) kuin tietoon suhtautumista (KHOS-I; $\alpha=0,56$) (Leino-Kilpi ym. 2009). Myös tekonivelpotilaita tarkastelevassa tutkimuksessa mittarin Cronbachin alfakerroin oli KHOS-I-osassa matalampi ($\alpha=0,58$) kuin KHOS-B-osassa ($\alpha=0,62$) Klemetti ym. 2016).

KHOS-mittari on käännetty ruotsin kielelle standardoidun kaksoiskäännösmenetelmän mukaan. Mittari on todettu kokonaisuutena luotettavaksi ($\alpha=0,71$), ja sen on todettu mittaavan lähes yhtä luotettavasti tietoon suhtautumista (KHOS-I; $0,72$) ja terveyttä koskevaa päätöksentekoa (KHOS-B; $0,73$) (Svedberg ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa toteutetun osioanalyysin mukaan mittarin väittämien väliset (*inter-item*) korrelaatiot osoittivat niiden välillä olevan heikosta kohtalaisen vahvaan riippuvuutta kummankin aineiston (pilotti- ja koko aineisto) molemmissa osissa. Mittarin osien korrelaatiot summamuuttujaan (*item-total*) osoittivat niiden välillä valtaosin kohtalaista riippuvuutta molemmissa aineistoissa. (Ferketich 1990; Ferketich 1991.) Koko mittarissa osat korreloivat summamuuttujaan yli $0,2:n$ arvolla yhtä väittämää lukuun ottamatta osoittaen sen mittaavan erottelukykyisesti vastaajien suhtautumista terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon (Steiner & Norman 2008). Cronbachin alfat olivat samansuuntaisia aikaisemman suomalaistutkimuksen kanssa, mutta heikompia kuin mittarilla tehtyjen kansainvälisten tutkimusten (mm. Krantz ym. 1980; Leino-Kilpi ym. 2009; Svedberg ym. 2012). Negatiivisesti muotoillut väittämät saattoivat vähentää vastaajien halukkuutta vastata dikotomisiin väittämiin ja laskea mittarin alfakertoimia. Lisäksi vastaajat olivat kommentoineet mittarin väittämiä epäselviksi eikä osa heistä ollut löytänyt sopivaa vastausvaihtoehtoa väittämään annetulla asteikolla. Alfakertoimet osoittivat mittarin kohtalaista kykyä mitata johdonmukaisesti vastaajan suhtautumista terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon (Ratray & Jones 2007; De Von ym. 2007; De Vellis 2012).

Kokonaisarvioinnin perusteella mittarin todettiin olevan sisäisesti kohtalaisen johdonmukainen ja mittaavan koko aineistossa aikaisemman suomalaistutkimuksen kanssa samansuuntaisesti ja melko luotettavasti vastaajien suhtautumista terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon (Taulukko 45) (Ferketich 1990; Ferketich 1991; Steiner & Norman 2008; Ratray & Jones 2007; De Von ym. 2007; De Vellis 2012; Klemetti ym. 2016).

Taulukko 45. KHOS-mittarin osioiden ja väittämien (inter-item) ja mittarin osien (item-total) korrelaatiot ja summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet pilotti- ja koko aineistossa

Summamuuttuja	Inter-item-korrelaatio				Item-total-korrelaatio vaihteluväli	Cronbachin alfa α
	n	ka	var	vaihteluväli		
Pilottiaineisto						
KHOS-I	53	0,215	0,013	-0,085–0,398	0,231–0,449	0,64
KHOS-B	52	0,132	0,020	-0,225–0,491	0,103–0,515	0,57
Koko mittari	51	0,068	0,025	-0,284–0,532	0,011–0,336	0,52
Koko aineisto						
KHOS-I	853	0,174	0,014	0,027–0,504	0,115–0,369	0,59
KHOS-B	853	0,180	0,011	-0,014–0,435	0,214–0,482	0,66
Koko mittari	853	0,115	0,013	-0,144–0,504	0,072–0,381	0,66

ka =keskiarvo, var =varianssi, α =Cronbachin alfa-kertoimen

EuroQol-5D

EuroQol-5D-mittaria (EQ-5D-5L) on käytetty laajalti eri kulttuureissa tehdyissä kliinisissä ja väestötutkimuksissa (mm. Ankri ym. 2003; Luo ym. 2003; Sakamaki ym. 2006; Chang ym. 2007; Perneger ym. 2010; Horowitz ym. 2010; Sun ym. 2011; Sut & Unsar ym. 2011; Koskinen ym. 2011). EQ-5D-5L-mittari on alkuperältään englanninkielinen, mutta se on käännetty yli 50 kielelle ja on saatavilla suomen- ja ruotsinkielisenä (EuroQol Group 1990, Brooks & EuroQol Group 1996; Rabin ym. 2011; van Reenen & Janssen 2015). Mittari on todettu nopeaksi ja helppokäyttöiseksi (THL TOIMIA/Elämänlaatuöryhmä 2013). *EuroQol-5D*-mittarin yhtäpitävyys, ryhmien välinen erottelukyky ja kulttuurien välinen validiteetti on todettu kohtalaisen hyväksi väestötason terveydentilan mittaamisessa ja interventtioiden vaikutusten arvioinnissa, vaikka kattovaikutus heikentää sen erottelukykyä lievaoireisilla ja väestötöksissä. Mittarin yhteneväisyys useiden vastaavia ulottuvuuksia mittaavien terveystilastien elämänlaatumittarien kanssa on todettu kohtalaisesta erittäin hyväksi. (THL TOIMIA/Elämänlaatuöryhmä 2013.) Mittarin erottelukyvyn osalta nuorkasti koulutettujen vastaajien on todettu arvioivan mittarin eri ulottuvuuksilla enemmän kohtalaisia tai vakavia ongelmia ja terveytensä heikommaksi kuin korkeasti koulutetut vastaajat. Jostain lääketieteellisestä ongelmasta kärsivät tai kroonisesti sairastavat ja viimeisen 12 kuukauden aikana sairaalahoidossa olleiden on todettu arvioivan terveytensä merkittävästi heikommaksi kuin terveet. Työssäkäyvät sen sijaan ovat arvioineet terveytensä paremmaksi kuin työttömät. (Shafie ym. 2011; Sun ym. 2011.) Toistomittauksissa *EuroQol-5D-5L* on todettu luotettavammaksi (kontrolliväli 2 viikkoa, n=68) kuin *EuroQol-5D-3L* (Janssen ym. 2008). Tässä tutkimuksessa vastaajan terveydentilasta haluttiin saada moniulotteinen ja suhteellisen tarkka käsitys, jonka vuoksi päädyttiin käyttämään viisiluokkaista mittaria kolmiluokkaisen sijasta.

Tässä tutkimuksessa *EuroQol-5D*-mittarin kuvailevan osan yksittäisten osioiden väliset (*inter-item*) korrelaatiot pilottiaineistossa osoittivat kohtalaisesta vahvaan riippuvuutta ja koko aineistossa heikosta kohtalaisen vahvaan riippuvuutta niiden välillä. Vähiten riippuvuutta todettiin ahdistuksen tai masennuksen ja itsestä huolehtimisen sekä

tavanomaisten toimintojen suorittamisen ja liikkumisen ja itsestä huolehtimisen välillä. Mittarin osien korrelaatiot summamuuttujaan (*item-total*) osoittivat mittarin mittaavan riittävän erottelukykyisesti vastaajan itsearvioitua terveyttä. Cronbachin alfa-arvo oli korkea pilottiaineistossa (0,85). Koko aineistossa se osoitti mittarin kohtalaisen luotettavasti (0,66) mittaavan vastaajien itsearvioitua terveyttä (Taulukko 46) (Ferketich 1990; Ferketich 1991; Steiner & Norman 2008; Rattray & Jones 2007; De Von ym. 2007; De Vellis 2012).

Taulukko 46. *EuroQol-5D-5L*-mittarin osioiden ja väittämien (inter-item) ja mittarin osien (item-total) korrelaatiot ja summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet pilotti- ja koko aineistossa

Summamuuttuja	Inter-item-korrelaatio				Item-total-korrelaatio vaihteluväli	Cronbachin alfa α
	n	ka	var	vaihteluväli		
Pilottiaineisto						
EQ-5D-5L	55	0,571	0,017	0,361–0,799	0,530–0,848	0,85
Koko aineisto						
EQ-5D-5L	842	0,295	0,024	0,083–0,597	0,224–0,563	0,66

ka = keskiarvo, var = varianssi, α = Cronbachin alfa-kertoimen

Mittarin väestötason terveyttä kuvaava tunnusluku (*EQ-5D-score*) laskettiin Tanskan painokertoimien mukaan. Tanska vastaa kulttuurisesti ja väestön terveydentilan suhteen Suomea, eikä 5L-mittarin painokertoimia ollut vielä Suomen osalta saatavilla. Tässä tutkimuksessa mittarin todettiin toimivan erottelukykyisesti. Vastaajat olivat arvioineet terveytensä vastaushetkellä keskimäärin kohtalaisen hyväksi. Tämä on huomattava tulos, sillä neljännes vastaajista oli vähän koulutettuja ja noin 40 % työelämän ulkopuolella.

Sairaalan valinta-mittari (SAVA)

SAVA-mittarin sisäistä luotettavuutta arvioitiin asiantuntijapaneelien avulla ennen esitestausta ja aineistonkeruuta (ks. luku 5.2.1.3). Asiantuntijapaneelien jäseniksi valittiin huolellisesti monipuolista tieteellistä ja hoitotyön asiantuntemusta sekä tutkimuksen kohderyhmää edustavia potilaita (Grant & Davis 1997; Mastaglia ym. 2003; Higgins & Straub 2006).

Mittarin näennäisvaliditeettia (*face validity*) tarkastellut asiantuntijapaneeli (n=6) arvioi mittarin hyvin yksimielisesti (92–100%) luotettavaksi. Mittarin sisältövaliditeettia (*content validity*) arvioinut toinen asiantuntijapaneeli (n=5) arvioi sitä selvästi kriittisemmin. Toinen asiantuntijapaneeli arvioi SAVA-mittarin kysymysten ja väittämien merkityksen selvästi heikommaksi (48 %) kuin selkeyden (84 %) ja helppolukuisuuden (88 %) koko mittarin tasolla. Merkityksen osalta kaikkia heikoksi arvioituja sairaalan toimintaa ja palvelujen laatua koskevia väittämiä ei poistettu, koska tutkimuksessa pyrittiin tavoittamaan potilaan näkemys sairaalan valinnassa tärkeistä tekijöistä ja niistä oli erittäin niukasti tietoa kohdejoukon osalta kansallisesti. Lisäksi todettiin, että asiantuntijoiden

arviot väittämien merkityksestä vaihtelivat melko paljon. Tästä syystä väittämien lopullinen merkityssisällön arviointi haluttiin jättää potilasasiantuntijapaneelin arvioitavaksi. Potilasasiantuntijapaneelin (n=15) yksimielisyyden tavoitetaso oli 78 %. Potilasasiantuntijat arvioivat SAVA-mittarin sisällön luotettavaksi. (Polit & Beck 2006.)

SAVA-mittarin luotettavuuden arvioinnissa painotettiin potilasasiantuntijoiden arviota koko mittarista. Arvion perusteella SAVA-mittarin todettiin luotettavasti mittaavan elektiivisten leikkauspotilaiden valinnanvapauden arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista, sairaalan valintaan osallistumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. (Polit & Beck 2006.) Potilasasiantuntijat arvioivat myös kyselylomakkeen kysymykset toisensa poissulkeviksi, ulkoasun selkeäksi, vastaamiseen kannustavaksi ja vastaamiseen kuluneen ajan kohtuulliseksi. Tieto kysymysten erottelukyvystä oli tärkeä, sillä eettinen toimikunta oli pyytänyt tutkijaa harkitsemaan sairaalan toimintaa ja laatua koskeviin väittämiin vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa” lisäämistä. Vaihtoehtoa ei lisätty, koska valtaosa potilasasiantuntijoista ei toivonut sitä vastausvaihtoehtojen joukkoon.

SAVA-mittarin rakennevaliditeettia (*construct validity*) arvioitiin tarkastelemalla sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kuvaavien tekijöiden ja niistä johdettujen summamuuttujien rakennetta pääkomponenttimenetelmän avulla (PCA). Pääkomponenttianalyysin tulos tuki SAVA-mittarin teoreettisesti muodostettua rakennetta kohtalaisesti, sillä kuusi pääkomponenttia selitti yli puolet (54 %) muuttujien kokonaisvaihtelusta (ks. Liite 10). Tuloksen luotettavuutta lisää tarkasteltavan aineiston laajuus (n=853). (Watson & Thompson 2006.) On kuitenkin huomattava, että osa väittämistä latautui vasta toissijaisesti siihen pääkomponenttiin, johon se teoreettisesti sopi. SAVA-mittarin rakenne vaatii vielä tarkentamista. Mittarin jatkokehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota siihen, voiko mittarin teoreettista rakennetta parantaa jakamalla vähiten yhtenäisen potilaskeskeiset toimintatavat -summamuuttuja pienemmiksi osakokonaisuuksiksi tai poistaa siitä osi-
oita.

SAVA-mittarin summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin myös osioanalyysin ja Cronbachin alfa-kertoimen avulla (Ferketich 1990; Ferketich 1991; Rattray & Jones 2007; De Vellis 2012). Tässä tutkimuksessa mittarin väittämien väliset (*inter-item*) korrelaatiot osoittivat yksittäisiä väittämiä lukuun ottamatta heikosta kohtalaisen vahvaan riippuvuutta väittämien välillä pilottiaineistossa ja kohtalaista riippuvuutta koko aineiston tasolla. Mittarin osien korrelaatiot summamuuttujaan (*item-total*) osoittivat niiden välillä valtaosin vahvaa riippuvuutta varsinkin koko aineiston tasolla. Tuloksen perusteella summamuuttujien todettiin mittaavan sisäisesti johdonmukaisesti sairaalan valintaan yhteydessä olevia toimintaa ja palvelun laatua koskevia tekijöitä. Korkeiden alfa-arvojen perusteella SAVA-mittari todettiin sisäisesti johdonmukaiseksi (Taulukko 47) (Ferketich 1990; Ferketich 1991; Steiner & Norman 2008; Rattray & Jones 2007; De Von ym. 2007; De Vellis 2012). On kuitenkin huomattava, että korkeat

alfa-arvot koko mittarissa ja potilasturvalliset hoitokäytännöt ja palvelukokemus summamuuttujien kohdalla osoittivat tarvetta harkita mittarin jatkokehittämisessä joidenkin väittämien poisjättämistä ja mittarin lyhentämistä. Tätä tukivat myös osioanalyysissa havaitut matalat korrelaatiot joidenkin väittämien kohdalla.

Taulukko 47. SAVA-mittarin osioiden/väittämien (inter-item) ja mittarin osien (item-total) korrelaatiot ja summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot pilotti- ja koko aineistossa

Summamuuttuja ja väittämien lukumäärä	Inter-item-korrelaation				Item-total-korrelaatio	Cronbachin alfa α
	n	ka	var	vaihteluväli	vaihteluväli	
Pilottiaineisto						
Potilasturvalliset käytännöt (n=16)	53	0,397	0,39	-0,112–0,756	0,285–0,796	0,92
Läketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys (n=5)	50	0,464	0,41	0,251–0,928	0,547–0,706	0,79
Palvelukokemus (n=12)	51	0,417	0,50	0,053–0,869	0,256–0,807	0,89
Potilaskeskeiset toimintatavat (n=19)	49	0,311	0,35	-0,135–0,778	0,199–0,735	0,88
Tilat ja oheispalvelut (n=8)	54	0,462	0,26	0,170–0,778	0,391–0,804	0,88
Hoidon ja palvelujen saavuus ja saavutettavuus (n=8)	49	0,238	0,62	-0,025–0,831	0,132–0,662	0,72
Koko mittari (n=68)	41	0,243	0,044	-0,523–0,948	0,045–0,777	0,95
Koko aineisto						
Potilasturvalliset käytännöt (n=16)	853	0,540	0,008	0,351–0,820	0,566–0,784	0,95
Läketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys (n=5)	853	0,485	0,024	0,334–0,851	0,526–0,663	0,79
Palvelukokemus (n=12)	853	0,464	0,023	0,284–0,864	0,475–0,720	0,90
Potilaskeskeiset toimintatavat (n=19)	853	0,326	0,022	0,073–0,802	0,234–0,660	0,88
Tilat ja oheispalvelut (n=8)	853	0,441	0,010	0,263–0,604	0,493–0,702	0,86
Hoidon ja palvelujen saavuus ja saavutettavuus (n=8)	853	0,272	0,031	0,097–0,803	0,326–0,567	0,75
Koko mittari (n=68)	853	0,303	0,017	0,033–0,864	0,277–0,692	0,96

ka =keskiarvo, var =varianssi, α =Cronbachin alfa-arvo

Tutkimuksen kohteena oleva sairaanhoitopiirien muodostama erityisvastuualue oli kaksikielinen, joten SAVA-mittari ja kyselylomakkeen saatekirje käännettiin ruotsin kielelle. Käännösprosessissa noudatettiin standardoitua menetelmää (Hilton & Skrutkowski 2002; Maneesriwongul & Dixon 2004). Kääntäminen toiselle kielelle saattaa vääristää kysymysten merkitystä, ja myös kulttuuriset erot voivat vaikeuttaa sisällön yhtäläistä ymmärtämistä. Mittarin käsitteiden yhteneväisyyttä eri kieliversioiden kesken voidaan tarkastella semanttisen ja kulttuurisen yhteneväisyyden näkökulmasta. Yhteneväisyys voidaan osoittaa Cronbachin alfa-arvoja vertailemalla. (Chang ym. 1999; Hilton & Skrutkowski 2002; Bowling 2009; Suhonen ym. 2009.) Tässä tutkimuksessa käytettyjen mittarien eri kieliversioiden sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-arvojen avulla.

Cronbachin alfa-arvojen mukaan KHOS-mittarin ruotsinkielinen versio mittasi hieman suomenkielistä versiota luotettavammin vastaajan suhtautumista itsehoitoon kuin terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon. Kokonaisuutena tarkasteltuna versioiden ero oli häviävän pieni. Myös EQ-5D-mittarin ruotsinkielinen versio mittasi suomenkielistä luotettavammin vastaajan itsearvioitua terveyttä, mutta ero kieliversioiden välillä oli pieni. SAVA-mittarin kohdalla todettiin hyvin vähäisiä eroja lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys- sekä hoidon ja palvelujen saatavuus -summamuuttujien välillä. Kokonaisuutena tarkasteltuna mittarin todettiin mittaavan täysin yhdenpitävästi toiminnan ja palvelujen laatua eri kieliversioissa. (Chang ym. 1999; Hilton & Skrutkowski 2002; Bowling 2009; Suhonen ym. 2009.) (Taulukko 48).

Taulukko 48. KHOS-, EQ-5D- ja SAVA-mittarien suomen- ja ruotsinkielisten versioiden yhteneväisyys (Cronbachin alfa)

Mittari	Suomenkielinen versio (n=700)			Ruotsinkielinen versio (n=150)		
	ka	kh	α	ka	kh	α
KHOS-I	2,9	1,7	0,59	3,0	1,8	0,59
KHOS-B	2,7	2,0	0,65	2,6	2,1	0,72
Koko KHOS-mittari			0,66			0,69
EQ-5D-5L			0,66			0,70
Potilasturvalliset hoitokäytännöt	4,5	0,5	0,95	4,5	0,5	0,95
Lääketeollisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys	4,3	0,6	0,80	4,4	0,6	0,75
Palvelukokemus	4,3	0,5	0,90	4,3	0,5	0,89
Potilaskeskeiset toimintatavat	4,2	0,5	0,88	4,2	0,5	0,89
Tilat ja oheispalvelut	3,9	0,6	0,86	4,0	0,6	0,87
Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	3,8	0,7	0,74	3,7	0,7	0,78
Koko SAVA-mittari			0,96			0,96

ka =keskiarvo, kh =keskihajonta, α =Cronbachin alfa kerroin

Kyselylomake esitettiin tutkimuksen kohderyhmään kuuluvassa potilasjoukossa (n=55) yhdessä erityisvastuualueen sairaalassa. Esitestauksen tarkoituksena oli varmistaa mittareissa käytettyjen käsitteiden ymmärrettävyys sekä arvioida kyselylomakkeen ja vastaamisesta annettujen ohjeiden toimivuutta ja mittauksen reliabiliteettia (Rattray & Jones 2007; Polit & Beck 2012). Esitestauksen lopullista vastausprosenttia (86 %) pidettiin riittävän hyvänä osoituksena kysymysten ymmärrettävyydestä, kyselylomakkeen toimivuudesta ja vastausohjeiden selkeydestä (Bowling ym. 2009; Polit & Beck 2012). Esitestausvaiheen katoanalyysin (ks. luku 5.2.1.4) perusteella havaittiin, että muistutuskirjeen lähettämällä saatiin vain niukasti lisää vastauksia kustannuksiin nähden. Vastaamatta jättäneet olivat useammin miehiä, mutta edustivat laajaa ikäjakaumaa.

7.3 Aineistonkeruun ja analyysien luotettavuus

Määrällinen tutkimus perustuu mittaamiseen ja tilastollisten menetelmien käyttöön. Mittaamiseen liittyvät virheet (*bias*) johtuvat epätarkoituksenmukaisten mittausten menetelmien käytöstä sekä mittaamisen, tietojen tallennuksen ja analyysin virheistä (De Vaus

2002; Vehkalahti 2014). Tässä tutkimuksessa ensisijaisena mittausmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Menetelmä sopii moniulotteisten käsitteiden tutkimiseen, kun halutaan yleistettävää tietoa, mutta edellyttää käsitteiden operationalisointia mitattavaan muotoon ja isoa aineistoa (Bowling 2009; Polit & Beck 2012; Vehkalahti 2014).

Kyselytutkimuksella voidaan esittää runsaasti kysymyksiä jokaiselle kohdejoukkoon kuuluvalla samassa muodossa ilman tutkijan läsnäoloa (Boynton & Greenhalgh 2004). Tavallisesti vastaaja voi valita sopivan vastaamisajankohdan, jolloin voi rauhassa pohtia vastauksia. Menetelmän heikkoutena ovat alhainen vastausprosentti, uusintakyselyjen työläys ja kalleus. (De Vaus 2002; Bowling 2009; Vehkalahti 2014.) Kyselytutkimuksen luotettavuutta voivat heikentää vastaajien haluttomuus osallistua tutkimukseen, epätarkka vastaaminen, väsyminen vastaamiseen, häiriöt vastaustilanteessa ja tarkasteltavana olevan käsitteen vaikea ymmärrettävyys. Tutkija ei voi myöskään olla varma, kuka kyselytutkimukseen on vastannut. (De Vaus 2002; Polit & Beck 2012; Vehkalahti 2014.)

Tässä tutkimuksessa vastaamiseen liittyvää harhaa (*response bias*) vähensi se, että SAVA-mittarin sisältö oli arvioitu asiantuntijapaneeleissa ja kyselylomake oli esitauksessa todettu toimivaksi. Kyselylomakkeen rakenteen logiikka noudatti potilaan hoidon kulun vaiheita, ja sen avulla pyrittiin lieventämään vastaajien väsymistä vastaamiseen. Väsymistä lievennettiin esimerkiksi sijoittamalla kyselyn alkuun ja loppuun helposti vastattavia asiatietoja. Vastaamista helpottamalla pyrittiin varmistamaan lisäksi kyselytutkimuksen riittävä vastausprosentti. Kukaan vastaajista ei kommentoinut kyselylomakkeen pituutta tai vastaamiseen kulunutta aikaa (keskimäärin 20 min). Neljä vastaajaa kommentoi kysymyksiä vaikeiksi tai monimutkaisiksi. Yksi vastaaja arvioi tutkimuksen turhaksi, mutta oli siitä huolimatta vastannut kaikkiin kysymyksiin.

SAVA-mittarin osalta vastaamiseen liittyvän harhan mahdollisuutta pyrittiin vähentämään esittämällä sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kuvaavat valintatekijät satunnaisessa järjestyksessä. Vastaajan ei myöskään tarvinnut asettaa tekijöitä tärkeysjärjestykseen tai ottaa kantaa valmiiksi annettuihin tasoeroihin, joiden tulkinnassa hyvän numerolukutaidon hallitsevien on todettu selviytyvän muita paremmin (Fasolo ym. 2010; Boyce ym. 2010; Zwijnenberg ym. 2012). Vastausten luotettavuutta on saattanut heikentää se, että vastaajan tuli ottaa kantaa useaan hänelle mahdollisesti vieraaseen asiaan, joista ei tällä hetkellä ole saatavilla vertailutietoa tai sen hankinta on työlästä. Lisäksi on huomioitava, että vastaajat kykenevät käsittelemään vain rajallista määrää tietoa kerralla valintatilanteessa (Lubalin & Harris-Kojetin, 1999). Kysymysten väärinymmärtämisen mahdollisuus sekä käytettyjen käsitteiden ja valintatekijöiden vieraus ovat voineet saada jotkut vastaajat suhtautumaan kyselyyn tehtävänratkaisuna todellisten sairaalan valintaa koskevien näkemysten esittämisen sijasta.

KHOS-mittarin kohdalla osa vastaajista koki väittämät moniselitteisiksi ja vaikeiksi, mikä osaltaan heikentää terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon

suhtautumista tarkastelevien tulosten luotettavuutta. EQ-5D-mittarin osalta vastaajien itsearvioitua terveyttä koskevien vastausten luotettavuutta heikentää se, että vastaamisen ajankohdasta ei ole tietoa. Vastausten vertailtavuuden lisäämiseksi kyselylomakkeen saatekirjeessä vastaajia pyydettiin vastaamaan kyselyyn aikaisintaan leikkausta seuraavana päivänä ja palauttamaan kyselylomake 14 vuorokauden sisällä sairaalahoidon päätyttyä. Vastausten palauttamisen helpottamiseksi potilaat saivat kyselylomakkeen mukana vastauskuoren, jonka postimaksu oli maksettu.

Aineistonkeruun luotettavuutta voidaan parantaa aineistonkeruuta koskevilla yhtenäisillä ohjeilla ja huolellisesti muotoilulla saatekirjeellä (Polit & Beck 2012). Tämän tutkimuksen aineistonkeruun luotettavuutta pyrittiin lisäämään yhdenmukaisen tutkimusprotokollan avulla antamalla tutkimuksessa avustaville hoitajille yhtenäiset ohjeet aineistonkeruun toteuttamisesta sekä potilaille vastaamisohjeet sisältävä saatekirje kyselylomakkeen mukana. Aineistonkeruuhjeiden ja saatekirjeen laadinnassa käytettiin apuna *Turku Clinical Research Centren* ohjeita (Turku CRC 2012). Aineistonkeruuta koskevista yhtenäisistä ohjeista huolimatta katoanalyysia varten koottu henkilörekisteritieto jäi yhden sairaanhoitopiirin osalta puutteelliseksi, mikä saattoi heikentää tämän tutkimusten tulosten yleistettävyyttä.

Mittaamisen luotettavuutta lisättiin huolellisella vastausten tallennuksella ja tarkastamalla tallennetusta aineistosta 10 % vertaamalla tallennettua vastausta alkuperäiseen kyselylomakkeeseen virheiden havaitsemiseksi (Schneider & Deenan 2004). Havaitut virheellisesti syötetyt yksittäiset tiedot korjattiin ennen analyysivaihetta. Palautuneista lomakkeista vain yksi jouduttiin hylkäämään puuttuvien vastausten takia. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkija tallensi itse aineiston käyttämällä systemaattisesti yhtenäisiä kriteerejä ja ohjeita (ks. luku 5.4) vastausten tulkinnassa epäselvissä tapauksissa. Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevien väittämien puuttuvat tiedot korvattiin analyysivaiheessa kyseisen muuttujan koko aineiston keskiarvolla, mikä heikentää hieman tulosten luotettavuutta.

Tutkimusaineiston analyysi toteutettiin yhteistyössä tilastotieteen asiantuntijan kanssa käyttämällä monipuolisia tilastollisia menetelmiä. Tutkimusaineiston muuttujien suuresta määrästä johtuen tilastollisessa analyysissä käytettiin monimuuttujamenetelmiä. Monimuuttujamenetelmiä (*multimethods*) käyttämällä saadaan yksittäisten muuttujien (*unidimensional*) yhteyksiä luotettavampi kokonaiskuva, sillä vain voimakkaimmat muuttujat jäävät niissä merkitseviksi.

Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä. Tutkimuksen tulokset ovat aineiston määrän ja laadun edustavuuden perusteella yleistettäviä tutkimuksen kohdejoukkoon tai laajempaan yhteyteen (De Vaus 2002; Higgins & Straub 2006; De Vellis 2012). Tämän tutkimuksen aineiston koko määriteltiin voima-analyysin avulla (Higgins & Straub 2006; Polit & Beck 2012). Tutkimuksen tulosten

yleistettävyyttä lisäävät aineiston edustavuus, suuruus (n=863) ja hyvä vastausprosentti (64 %) (Polit & Beck 2012). Hyvää vastausprosenttia voidaan pitää myös osoituksena siitä, että vastaajat olivat kiinnostuneita aiheesta, ymmärsivät kysymykset ja olivat hyvin motivoituneita vastaamiseen (Polit & Beck 2012). Verrattuna esimerkiksi tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltuihin tutkimuksiin vastausprosentti oli korkea, sillä noin puolessa niistä vastausosuus jäi alle 60 %:iin (esim. Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; de Groot ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa aineiston laadullinen edustavuus pyrittiin varmistamaan tutustumalla huolellisesti elektiivisiä leikkauksia koskeviin tilastoihin sekä konsultoimalla kansallisen tutkimusorganisaation (THL) tilastoasiantuntijaa ja asiaan perehtynyttä erikoislääkäreitä kohderyhmän määrittämiseksi. Tutkimuksen kohdejoukko suoritetut leikkaukset olivat 25 yleisimmän leikkauksen joukossa suomalaisissa julkisissa sairaaloissa vuonna 2011 tehdyistä toimenpiteistä (Rainio & Rätty 2015). Edustavuuden varmistamiseksi aineisto kerättiin osittamalla otanta (*stratified sampling*) sairaanhoitopiireittäin ja kiintiöimällä se sairaaloittain tehtyjen toimenpiteiden toteumatietojen pohjalta ja otantatarhan (*selection bias*) minimoimiseksi potilaiden osalta systemaattisella otannalla (De Vaus 2002; Polit & Beck 2012).

Vastauksia palautui sairaanhoitopiireistä ja sairaaloista lähes samassa suhteessa niihin jaettuihin lomakkeisiin. Ositusta voidaan pitää onnistuneena, eikä mikään sairaanhoitopiiri tai sairaala ole yli- tai aliedustettuna aineistossa. Kyselylomakkeita jäi jakamatta 24 yhdessä sairaalassa kesäajan toiminnan supistusten vuoksi, mutta siihen mennessä saavutetun vastausprosentin takia aineiston kerääminen päätettiin lopettaa. Aineistonkeruuta jatkamalla keräysaika olisi pidentynyt syksyyn ja palautusprosentti noussut vain vähän. Ratkaisu nosti muiden samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien sairaaloiden suhteellista vastausprosenttia, mutta ei muuttanut ratkaisevasti jaettujen ja palautettujen kyselylomakkeiden suhdetta. Pitkästä aineistonkeruujaksosta (12 kuukautta) johtuen muiden mahdollisten organisaatiokohtaisten tekijöiden vaikutusta aineistonkeruuseen oli vaikea arvioida (Flannelly ym. 2014).

Potilaan valinnanvapautta koskevaa hoitoilmoitusohjetta on sovellettu vasta vuoden 2017 alusta lukien (THL 2016). Kansallisen ohjeen puuttuessa sitä aikaisemmat asiaa koskevat kirjaukset ovat olleet eri sairaanhoitopiireissä epäyhtenäisiä tai puutteellisia.

Tässä tutkimuksessa kyselytutkimusta täydennettiin sairaanhoitopiirien ulkopuolelta hoitoon tulleiden potilaiden määrän kehitystä vuosina 2014–2016 koskevalla tilastotiedolla. Potilaiden kotikuntiin perustuvan aineiston katsottiin tarjoavan täydentävää tietoa potilaiden liikkuvuudesta sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden välillä. Aineiston vertailukelpoisuuden lisäämiseksi tarkastelu rajattiin potilaiden kotikunnan mukaiseen jaoteltuun hoitoonotoperusteiden sijasta. Potilaiden kotikuntiin perustuvaa aineistoa voidaan pitää luotettavampana kuin hoitoonotoperusteita koskevia sairaaloiden tilastoja, ja sen

voidaan katsoa antavan luotettavasti suuntaa hoidettujen potilaiden määrän kehityksestä tarkastelujaksolla. On kuitenkin huomattava, että aineiston perusteella ei voida päätellä määrän kehitykseen johtaneita syitä, jotka voivat olla seurausta sairaanhoitopiireissä tapahtuneista toiminnan keskittämistoimista potilaan valinnanvapauden sijasta. Avohoidon kohdalla päivystyskäyntien osuus osoitti ensisijaisesti kiireellistä hoitoa tarvinneiden potilaiden määrän kehitystä tarkastelujaksolla. Yhden sairaalan osalta aineiston luotettavuutta heikensi monen potilaan (n=33) kirjaaminen usean kunnan asukkaaksi vuoden 2016 kohdalla.

Suomen väkiluku oli vuoden 2012 lopussa 5 426 647 asukasta, näistä tutkimukseen kuuluvalla sairaanhoitopiirien muodostamalla erityisvastuualueella asui noin 16 % (n=865 184) väestöstä. Erityisvastuualueen ruotsinkielisen väestön osuus oli 15,5 %. (Sotkanet 2013). Tutkimuksen otos edusti tutkimusvuonna 0,025 %:a koko maan ja 0,15 %:a erityisvastuualueen väestöstä. Suomen väestöstä oli vuonna 2010 naisia 51 % ja miehiä 49 % (Tilastokeskus 2013). Tutkimukseen vastanneiden sukupuolijakauma vastasi väestörakenteen mukaista jakaumaa lähes yhtäpitävästi. Vuonna 2011 päiväkirurgisten potilaiden keski-ikä oli 48 vuotta, ja heistä 47 % oli miehiä (Rautiainen ym. 2012). Tähän tutkimukseen vastanneet olivat keskimäärin hieman vanhempia, ja miesten osuus oli kyselyaineistossa hieman ylliedustettuna. Katoanalyysin mukaan miehet ja nuoret olivat jättäneet vastaamatta kyselytutkimukseen naisia ja vanhempia useammin. Ruotsinkielisiä lomakkeita jaettiin erityisvastuualueen väestönosaa vastaava määrä, ja jokaisessa sairaalassa potilaalle annettiin mahdollisuus vastata halutessaan ruotsinkieliseen kyselylomakkeeseen. Ruotsinkielisten vastausten osuus oli 17,7 %, joten ruotsinkielinen väestö oli kyselyaineistossa hieman ylliedustettuna.

Suomessa tehtiin vuonna 2011 yhteensä 355 574 elektiivistä toimenpidettä tai leikkausta. Näistä 10 % (n=35 876) oli tutkimuksen piiriin kuuluvia yleisimpiä leikkauksia, joita suoritettiin tutkimuksen ajankohtana kaikissa leikkaushoitoa toteuttavissa julkisissa sairaaloissa (Rautiainen ym. 2012), mikä lisäsi potilaan valinnanvaraa ja mahdollisuutta valita sairaala. Näistä yleisimmistä leikkauksista tehtiin 18,5 % tutkitulla erityisvastuualueella. Toimenpidekohtaisesti eriteltynä ne edustivat 14,4–22,7 %:a Suomessa julkisissa sairaaloissa tehdyistä kyseisistä toimenpiteistä vuonna 2011. Voidaan myös todeta, että sappirakon poistoleikkausta lukuunottamatta otokseen kuuluvat leikkaukset kuuluivat myös yksityisten sairaaloiden 25:n yleisimmän leikkauksen joukkoon vuonna 2011 (Rautiainen ym. 2012). Toimenpiteiden osalta voidaan todeta, että tähän tutkimukseen osallistui suhteellisesti enemmän käden keskihermon vapautusleikkauksessa, nivustyrän korjaus- tai sappirakon poistoleikkauksessa olleita potilaita kuin niiden osuus oli koko erityisvastuualueella vuonna 2011. Kyseiset toimenpiteet olivat aineistossa ylliedustettuina. Polvi- ja olkaniveleen kohdistuneista toimenpiteistä kyselytutkimuksella ei saatu toimenpidekohtaista tietoa.

Tutkimuksen luotettavuuden osalta on keskeistä arvioida, ovatko tulokset yleistettävissä muihin kuin tutkimukseen kuuluviin henkilöihin (Higgins & Straub 2006; Polit & Beck 2012). Määritellyn kohdejoukon, huolellisesti suoritettuna ja katoanalyysin perusteella tutkimuksen tulokset antavat suuntaa elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaudesta julkisessa terveydenhuollossa ja ovat aineiston määrällisen ja laadullisen edustavuuden perusteella yleistettävissä tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluviin elektiivisiin leikkauspotilaisiin Suomessa.

Potilaan valinnanvapautta määrittävän lainsäädännön ohella potilaiden hoidosta on annettu yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ja tutkimusnäyttöön perustuvat kansalliset suositukset (STM 2010; Käypä hoito-suositus 2016). Mikäli tutkittavilla alueilla on noudatettu yhtenäisiä ohjeita, käytäntö lisää tämän tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä, mutta täyttä varmuutta käytäntöjen yhtenäisyydestä ei voida osoittaa. Esimerkiksi leikkaustoiminnan keskittämisestä ja sairaaloiden työnjaosta johtuvat mahdolliset vaikutukset potilaan valinnanvapauden toteutumiseen on tästä syystä otettava huomioon tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa.

8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapautta Suomessa. Tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa kuvaus elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapauden toteutumisesta julkisessa terveydenhuollossa Suomessa. Valinnanvapautta tarkasteltiin sekä moraalisenä että laillisena oikeutena. Tutkimuksessa tarkasteltiin valinnanvapauden arvostamista, sairaalan valintaa koskevan oikeuden tuntemista, sairaalan valintaan osallistumista ja analysoitiin sairaalan valintaan yhteydessä olevia terveydenhuollon organisaatioon ja potilaaseen liittyviä tekijöitä. Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen keskeisiä tuloksia tutkimuskysymysten mukaisesti. Tämän jälkeen esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.

8.1 Valinnanvapauden arvostaminen

Elektiivisille leikkauspotilaille oli tärkeää saada valita hoitoa toteuttava sairaala, mutta valtaosa vastaajista halusi valita sairaalan yhdessä lääkärin kanssa keskusteltuaan tarjolla olevista vaihtoehdoista. Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (Lampinen 2003; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010; STM 2016b; Kaikkonen ym. 2016; Aalto ym. 2017). Vähän koulutetut vastaajat arvostivat valinnanvapautta muita enemmän, mutta aikaisemmista tutkimuksista poiketen sukupuolella, iällä tai terveydellä ei ollut yhteyttä valinnanvapauden arvostamiseen (Kaikkonen ym. 2016; Aalto ym. 2017). Vastaajat, joilla oli käytössä internet-yhteys, arvostivat valinnanvapautta vähemmän kuin ne, joilla sitä ei ollut. Tulos oli yllättävä, sillä olisi voinut odottaa internetiä käyttävien vastaajien arvostavan valinnanvapautta ja siihen liittyen mahdollisuutta julkaista ja jakaa kokemuksia hoitopaikoista saadusta palvelusta (Trigg 2011).

Valinnanvapauden arvostaminen on kasvanut aikaisempiin suomalaisten keskuudessa tehtyihin tutkimuksiin nähden (Pekurinen 1997; Valentine 2008). Valinnanvapauden kasvanut arvostaminen viittaa siihen, että nykyisin suuri osa potilaista pitää omien mielipiteidensä esittämistä yhä tärkeämpänä terveydenhuollossa. Erityisesti nuoret potilaat ovat varttuneet yksilöllisiä arvoja korostavassa yhteiskunnassa ja aikana, jolloin potilaan oikeuksia on laajennettu kaikkialla länsimaissa (WHO 2000). Valinnanvapauden kasvaneen arvostamisen perusteella julkisessa terveydenhuollossa tulisi lisätä toimintatapoja, joilla vastataan potilaiden muuttuviin tarpeisiin ja palvelujärjestelmää koskeviin odotuksiin.

Valinnanvapauden arvo perustuu potilaan mahdollisuuteen päättää itseä koskevista asioista ja valinnan kautta toteuttaa omia päämääriään (Mill 2002; Leino-Kilpi 2014). Potilaan valinnanvapautta voidaan edistää vahvistamalla hänen kykyään itsemääräämiseen ja valintoihin varsin samanlaisilla tavoilla, joihin laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) on jo ohjannut käytäntöjä

terveydenhuollossa. Esimerkiksi potilaan oikeus tietoon ja asiantuntijan velvollisuus tarjota tietoa on keskeinen osa potilaan itsemääräämistä tietoisessa suostumuksessa (Leclercq ym. 2010; Beauchamp & Childress 2013).

Valinnanvapauden kasvaneesta arvostamisesta huolimatta valtaosa vastaajista ei ollut valmis itse päättämään sairaalan valinnasta. Valintojen tekemisen on todettu olevan potilaalle vaikeaa. Asiantuntemuksen puutteesta johtuen tai huonon valinnan pelossa potilaat valtuuttavat päätöksenteon mieluummin lääkärille kuin tekevät itse valintoja (Fotaki 2008; Boyce ym. 2010; Victoor ym. 2012a). Potilaan valinnanvapautta voidaan tukea esimerkiksi palveluohjauksella ja neuvonnalla (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010). Terveystieteiden ammattihenkilöiden tulisikin kyetä tunnistamaan potilaat, jotka tarvitsevat apua ja omata monipuoliset valmiudet tukea heitä päätöksenteossa (ks. Fotaki 2008; Leclercq ym. 2010).

8.2 Sairaalan valinta

Sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen

Valtaosa elektiivisistä leikkauspotilaista ei tuntenut sairaalan valintaa koskevaa laillista oikeutta. Myös aikaisempien tutkimuksien mukaan sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen oli havaittu puutteelliseksi (Lampinen 2003; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011).

Tuoreen tutkimuksen mukaan Suomessa kansalaiset tunsivat melko hyvin valinnanvapautta koskevat oikeutensa, ja noin puolet tunsivat oikeutensa valita sairaala koko maan alueelta (Kaikkonen ym. 2016). Elektiiviset leikkauspotilaat tunsivat sairaalan valintaa koskevan oikeutensa heikommin kuin suomalainen väestö keskimäärin (Kaikkonen ym. 2016). Tulos on myös ristiriidassa aikaisemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan kirurgiset potilaat tuntevat sairaalan valintaa koskevan oikeutensa muita potilasryhmiä paremmin (Birk ym. 2011). Tutkimuksen tulokset ovat sen sijaan linjassa niiden tutkimusten kanssa, joiden mukaan naiset (Birk ym. 2011; Kaikkonen ym. 2016) ja korkeasti koulutettu väestö (Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011) tuntevat sairaalan valintaa koskevan oikeutensa muita todennäköisemmin.

Aikaisemmin samassa sairaalassa hoidettavina olleet vastaajat pitivät muita tärkeämpänä oikeutta valita sairaala ja he myös tunsivat todennäköisemmin oikeutensa. Oikeus valita sairaala oli tärkeämpi terveytensä muita heikommaksi arvioineille vastaajille. Hyvä oikeuksien tunteminen voi osoittaa vastaajan oman aktiivisuuden yhteyttä sairaalan valintaan osallistumiseen (Lampinen 2003). Terveytensä muita heikommaksi arvioineet saattavat antaa suuremman merkityksen oikeudelle, koska he tarvitsevat muita enemmän sairaaloiden palveluja (ks. Groenewoud ym. 2015). Lisäksi heillä voi olla runsaamman

kokemuksensa perusteella paremmat kyvyt ja halua osallistua sairaalan valintaan (ks. Akinci ym. 2004; Mosadeghrad 2014).

Valinnanvapautta koskevan oikeuden tunteminen on keskeistä myös terveydenhuollon ammattihenkilöille lain toimeenpanossa (Angelos ym. 2002; Winblad 2008; Tuorila 2016b; Junnila ym. 2016). Kielteiset asenteet (Junnila ym. 2015) ja puutteelliseen lainsäädännön tuntemiseen pohjautuvat erilaiset tulkinnat voivat heikentää potilaan valinnanvapauden toteutumista (Winblad 2008; Junnila ym. 2016). Potilaan valinnanvapauden edistäminen edellyttää tietoa potilaan oikeuksista sekä selkeitä ja riittävän yksityiskohtaisia ohjeita lainsäädännön toimeenpanosta yhtäläisen kohtelun varmistamiseksi.

Tämän tutkimuksen tuloksia koskevissa johtopäätöksissä on huomioitava, että aineistonkeruu toteutettiin samana vuonna kuin potilaan valinnanvapaus vasta laajeni koko maan alueelle. Väestön ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden sairaalan valintaa koskevan oikeuden tunteminen saattoikin tästä syystä olla vielä puutteellista. Laajentuneesta valinnanvapaudesta on tiedotettu Suomessa alueellisesti vaihtelevasti ja oikeuksia koskevan tiedon saaminen on voinut vaatia potilaalta kykyä tiedon etsimiseen (Tuorila 2016b). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden on myös todettu tuntevan potilaan valinnanvapauteen liittyvät tietonsa sekä organisaation tuen, koulutuksen ja ohjeet puutteellisiksi (Hietapakka ym. 2016).

Sairaalan valintaan osallistuminen

Elektiivisistä leikkauspotilaista vain neljännes oli osallistunut sairaalan valintaan. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa (Losina ym. 2005; Merle ym. 2009; Birk ym. 2011; Groenewoud ym. 2015) ja yhtenevä aikaisemman suomalaistutkimuksen kanssa, jonka mukaan potilaat osallistuivat harvoin sairaalan valintaan (Lampinen 2003). Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat arvostivat muita enemmän valinnanvapautta ja oikeutta valita sairaala sekä kannattivat potilaan itsenäistä päätöksentekoa. Tulos vahvistaa havaintoa, jonka mukaan valinnanvapautta arvostavat ja sairaalan valintaa koskevan oikeutensa tuntevat valitsivat muita todennäköisemmin sairaalan (Lampinen 2003).

Lähetteen antajataho oli yhteydessä sairaalan valintaan osallistumiseen. Sairaalan valintaan osallistuneet olivat saaneet useammin lähetteen yksityislääkäriltä tai sairaalan lääkäriltä kuin työterveyslääkäriltä. Tulos on samansuuntainen kuin aikaisempi suomalais-tutkimus, jonka mukaan yksityislääkäriltä lähetteen saaneet potilaat osallistuivat useammin sairaalan valintaan (Lampinen 2003). Tulos voi kertoa myös siitä, että yksityisellä sektorilla toimivat lääkärit tuntevat muita paremmin potilaan oikeudet ja osallistavat potilaan päätöksentekoon. Voi myös olla, että yksityislääkäriltä lähetteen saaneet vastaajat tuntevat potilaan oikeudet paremmin kuin muut vastaajat. Terveyskeskuslääkäriltä lähetteen olivat saaneet sekä sairaalan valintaan osallistuneet että ei-osallistuneet suhteellisesti yhtä usein.

Potilaan osallistumiselle sairaalan valintaan on tulosten mukaan hyvät edellytykset lähettilanteessa, sillä vastaajat arvioivat lähettävän lääkärin vastaanottotilannetta kokonaisuutena myönteisesti ja hyvin samansuuntaisesti. Sairaalan valinta näyttää olevan helppoa ikääntyneille, vähän koulutetuille, pienikokoisille lapsiperheille ja potilasjärjestön jäsenille sekä itse aktiivisesti tietoa sairaaloiden toiminnasta etsineille vastaajille. Aikaisempien tutkimuksien mukaan leikkaushoitoa tarvitsevat potilaat (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010), iäkkäät ja aktiiviset potilaat (Lampinen 2003) osallistuivat muita useammin sairaalan valintaan. Pienten lasten vanhemmat kuitenkin pitivät tärkeänä sairaalan läheistä sijaintia sairaalaa valitessaan, mikä osaltaan saattoi vähentää heidän valintamahdollisuuksiaan (Burge ym. 2004). Tulos on sen sijaan ristiriidassa tutkimuksen kanssa, jonka mukaan erityisesti iäkkäät potilaat valtuuttivat sairaalan valinnan lääkärille (Schwartz ym. 2005; Lako & Rosenau 2009). Tulokset viittaavat siihen, että potilaan valinnanvapaus ei olisi Suomessa erityisesti nuorten tai korkeasti koulutettujen oikeus (Losina ym. 2005; Fotaki 2008; Birk ym. 2011; Ringard 2012). Johtopäätösten tekemisessä on huomioitava iäkkäiden koulutustason yhteys tulokseen. Vähän koulutetut vastaajat myös arvostivat valinnanvapautta muita enemmän, mikä voi ilmentää heidän suurempaa haluaan osallistua sairaalan valintaan (Lampinen 2003; Dixon ym. 2010).

Harvoin lääkärin vastaanotolla käyneet ja aikaisemmin samassa sairaalassa hoidetut elektiiviset leikkauspotilaat kokivat muita todennäköisemmin lähettävän lääkärin toimineen heidän kanssaan yhteisymmärryksessä. Harvoin lääkärin vastaanotolla käyneet vastaajat olivat myös osallistuneet sairaalan valintaan muita todennäköisemmin. Harvoin vastaanotolla käyneiden vastaajien muita myönteisempiä kokemuksia on vaikea selittää, sillä valintapäätös voi olla potilaalle haastavaa erityisesti ensimmäisellä kerralla (Losina ym. 2005; Moser ym. 2010). Samalla herää kysymys siitä, olivatko usein vastaanotolla käyneet valtuuttaneet päätöksenteon sairaalan valinnasta lääkärille. Tulos voi kertoa luottamuksesta potilasta aiemmin hoitaneeseen sairaalaan ja sen perusteella muodostuneeseen näkemykseen lääkärin kanssa yhteisymmärryksessä tapahtuneesta päätöksenteosta (Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Lako & Rosenau 2009; Birk ym. 2011; Grounewoud ym. 2015).

Valintamahdollisuudet näyttivät olevan yhteydessä sairaalan valintaan osallistumiseen. Toiseen EU-maahan hoitoon hakeutumista harkitsevat ja hyvin suurituloiset vastaajat arvioivat muita kriittisemmin lähettävän lääkärin toimintaa vastaanottotilanteessa. Valintamahdollisuuksien osuutta sairaalan valintaan osallistumisessa ilmentää esimerkiksi se, että suurituloisille maksetaan Suomessa yksityisen sairausvakuutuksen palveluiden käytöstä korvauksia enemmän kuin muille (Blomgren ym. 2015). Valinnanvapaus vaikuttaa kuitenkin olevan Suomessa melko tasa-arvoinen oikeus, sillä tässä tutkimuksessa ei havaittu yhteyttä vastaajan sukupuolen, asuinpaikan tai itsearvioidun terveyden ja sairaalan valintaan osallistumisen välillä.

Tutkimuksessa havaittiin eroja kahden sairaalan välillä sairaalan valintaan osallistumisessa. Sairaaloiden välillä havaitut erot saattoivat johtua sairaanhoitopiirin sisäisestä toiminnan keskittämisestä ja työnjaosta sairaaloiden välillä, mutta myös toimintakulttuurien eroista. Hoidettujen potilaiden määrän kehittymistä koskevan toteumatiedon mukaan tähän tutkimukseen osallistuneissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2014–2016 hoidetuista potilaista oli vuositasolla 3–8 % muiden kuin niiden omien jäsenkuntien potilaita. Potilasmäärät olivat kuitenkin pieniä suhteessa kaikkien hoidettujen potilaiden määrään nähden. Tulos on melko samansuuntainen tuoreen suomalaistutkimuksen kanssa, jonka mukaan erikoissairaanhoidon hoitopaikan oli viimeisen 12 kuukauden aikana vaihtanut 2,5 % potilaista. Erityisvastuualueiden välillä ei havaittu merkitseviä eroja. (Kaikkonen ym. 2016.)

Yhtä sairaalaa koskevan toteumatiedon perusteella voidaan kuitenkin todeta, että oman kunnan ulkopuolelta hoitoon tulleiden potilaiden määrä kasvoi tarkastelujaksolla, vaikka oli kokonaisuutena melko pieni. Kasvu voi kuvata sairaalan vetovoimaisuutta potilaiden ja heitä sinne lähettäneiden lääkärin keskuudessa. Valinnanvara onkin yksi keskeinen valinnanvapauden toteutumisen edellytys (Victoor ym. 2012b; Jonsson & Virtanen 2013a ja b). Sairaaloiden toimintojen keskittäminen vähentää tarjolla olevien vaihtoehtojen määrää ja kaventaa hoitopaikkaa koskevaa valinnanvapautta. Kehitys on ristiriidassa potilaan valinnanvapautta laajentavan oikeuden kanssa, jonka toteuttaminen edellyttää järjestelmältä kykyä toimia potilaan valintojen ohjaamana. Toisaalta potilaan valinnanvara kasvaa, jos potilaalle tulee mahdollisuus valita myös yksityisen sektorin palveluja tulevaisuudessa.

Elektiiviset leikkauspotilaat pitivät sairaalaa valitessaan tärkeimpinä asiakokonaisuuksina potilasturvallisia hoitokäytäntöjä, lääketieteellisten palvelujen laajuutta ja henkilökunnan ammatillista pätevyyttä. Valinnanvaran merkitystä potilaan valinnanvapauteen onkin pohdittava suhteessa näihin asiakokonaisuuksiin. Erityisesti vaativien leikkausten keskittäminen laajan erikoisosaamisen tarjoaviin sairaaloihin on perusteltua hoidon laadun, potilasturvallisuuden ja kustannustehokkuuden turvaamiseksi (Shervin ym. 2007; Losina ym. 2009; Pamilo ym. 2015; Haapiainen & Virolainen 2016). Itsemääräämisen näkökulmasta potilaan valinnanvapautta kaventavatkin enemmän terveyspalvelujärjestelmään liittyvät rajoitukset, joiden mukaan potilas tarvitsee lähetteen erikoissairaanhoidon pääsemiseksi eikä voi valita sairaalaa itse. Potilaan valinnanvapautta voitaisiin julkisessa terveydenhuollossa edistää parantamalla heidän mahdollisuuttaan erikoissairaanhoidon saatua lähetettä sähköisten järjestelmien avulla. Sairausvakuutuksen matkakorvauksia koskevat rajoitukset heikentävät osaltaan potilaiden mahdollisuutta hakeutua hoitoon haluamaansa sairaalaan. Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevan yhtiönäisen vertailutiedon puute vastaavasti rajoittaa keskeisellä tavalla potilaan mahdollisuutta vartaila sairaaloita.

Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät

Suhtautuminen terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon

Vastaajat suhtautuivat terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja itsehoitoon myönteisesti, mutta olivat harvoin etsineet itse tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta. Tutkimuksen tulos vahvistaa aikaisempien tutkimusten havaintoja tiedon vähäisestä käytöstä sairaalan valinnassa (Schwartz ym. 2005; Faber ym. 2009; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; de Groot ym. 2011).

Sairaaloiden toiminnasta tietoa itse etsineistä vastaajista valtaosa oli saanut tietoa sairaaloiden verkkosivuilta ja omien kokemusten kautta sekä lähes puolet ystäviltä tai läheisiltä. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan omat ja läheisten kokemukset olivat potilaille tärkeä tiedon lähde (Dixon ym. 2010; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; de Groot ym. 2011; Zwijnenberg ym. 2011; Birk ym. 2011; de Groot ym. 2012). Verkkosivut olivat tutkimuksen mukaan vastaajien ensisijainen tiedonlähde sairaalan valinnassa. Tulos kannustaa sairaaloita julkaisemaan ajantasaista ja monipuolista tietoa toiminnasta ja tarjolla olevista palveluista verkkosivuillaan, sillä potilaat arvioivat käyttävänsä enemmän vertailutietoa tulevaisuudessa sairaalaa valitessaan (Schwartz ym. 2005; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; de Groot ym. 2012) ja vertailutietoa käyttäneet valitsivat muita useammin itse sairaalan (de Groot ym. 2011) sekä matkustivat kotipaikkansa ulkopuolelle hoitoon (Lavery ym. 2013).

Hyvin harva vastaajista oli saanut tietoa sairaaloiden toiminnasta sairaaloiden vertailuun tarkoitetuilta Palveluvaaka-verkkosivuilta tai potilasjärjestöjen kautta. Tulosten perusteella sairaaloiden vertailuun tarkoitettuja Palveluvaaka-verkkosivuja (THL 2017) ei tunneta eikä potilasjärjestöillä ole aktiivista roolia sairaalan valinnan tukemisessa. Eriyisesti iäkkäät vastaajat olivat saaneet muita harvemmin tietoa sairaaloiden toiminnasta verkkosivuilta. Tulos voi kuvata iäkkäiden vastaajien vähäisiä mahdollisuuksia tai kiinnostusta internetistä saatavaan tietoon. Tiedon tasapuolisen tarjonnan varmistamiseksi tulisi huomioida myös potilaat, jotka eivät käytä internetiä. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tulisi tarjota heille tietoa sairaaloiden toiminnasta ja palveluista ohjaamalla, neuvomalla ja kirjallisen materiaalin avulla (Tuorila 2016b).

Terveystieteiden ammattilaisilta vastaajat olivat saaneet tietoa eniten lähettävältä lääkäriltä. Tulos ilmentää vastaajien luottamusta terveydenhuollon asiantuntijaan terveyttä koskevien valintojen tekemisessä (Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Moser ym. 2010; Birk ym. 2011) ja kannustaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä käyttämään vertailutietoa potilaiden ohjaamisessa (Coulter ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Lako & Rosenau 2009; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010; Lavery ym. 2013; Mosadeghrad 2014; Junnila ym. 2016). Eriyisesti lähettävän lääkärin tulisi tiedostaa keskeinen roolinsa potilaan valintojen tukijana vertailutiedon avulla (Doering & Maarse 2015) sekä hoidon laadun kehittäjinä (Ferrua ym. 2016). Hyvin informoiduilla potilailla on todettu olevan

muita realistisemmat odotukset hoitoa kohtaan sekä parempi kyky sitoutua siihen, ja he olivat myös muita tyytyväisempiä hoitoonsa (Kessler ym. 2005). Tulokset vahvistavat havaintoa, jonka mukaan potilaat pitävät valintojen tekemistä yleisesti vaikeana terveydenhuollossa ja he saattavat pelätä vastuuta mahdollisesta huonosta valinnasta (Boyce ym. 2010).

Omiin kokemuksiin perustuvaa tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta olivat luonnollisesti saaneet aikaisemmin samassa sairaalassa hoidettavina olleet vastaajat. Terveystensä muita heikommaksi arvioineet vastaajat olivat kuitenkin saaneet harvemmin tietoa oman kokemuksen kautta. Tulos voi kertoa siitä, että terveystensä muita heikommaksi kokevat keskittyivät sairauttaan koskeviin asioihin sairaalan ympäristöä ja toimintaa koskevien tekijöiden sijasta. Yksityisen sairausvakuutuksen omistavien vastaajien kokemus tiedon saamisesta oman kokemuksen perusteella kertoi heidän käyttävän julkisten sairaaloiden palveluja ja ehkä samalla myös vertailevan palvelukokemuksiaan yksityisen sektorin palvelukokemuksiin.

Potilasjärjestöön kuuluvat vastaajat olivat etsineet itse tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta. He olivat saaneet tietoa sairaaloiden toiminnasta todennäköisemmin sairaaloiden verkkosivuilta, mutta epätodennäköisemmin lähettävältä lääkäriltä. Potilasjärjestöön kuuluvien vastaajien näkemyksiä saattoivat selittää heidän keskimääräistä suuremmat odotuksensa lääkärin toimintaa kohtaan.

Sairaalan valintaan osallistuneet vastaajat olivat saaneet muita useammin tietoa sairaaloiden toiminnasta lääkäriltä ja Palveluvaaka-verkkosivuilta, kun taas ei-osallistuneet olivat saaneet muita useammin tietoa epävirallisilta verkkosivuilta. Tulos voi kertoa valintaan osallistuneiden vastaajien suuremmasta kiinnostuksesta omaa terveyttä kohtaan tai olla seurausta potilasjärjestöön kuulumisesta ja aktiivisuudesta omaa sairautta koskevaa tietoa kohtaan. Potilasjärjestöjen aktiivisuus vertailutiedon kehittämisessä on todettu hyväksi tavaksi edistää potilasnäkökulman osuutta vertailutiedon sisällössä (Delnoij ym. 2010).

Vähemmän koulutetut ja suuressa kaupungissa asuvat vastaajat olivat saaneet muita harvemmin tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta ystäviltä ja läheisiltä. Tulos voi ilmentää näiden vastaajien sosiaalisen verkoston osuutta terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon suhtautumisessa (vrt. Moser 2010).

Itsearvioitu terveys

Vastaajan terveys ei ollut yhteydessä sairaalan valintaan osallistumiseen. Tulos poikkeaa tutkimuksista, joiden mukaan terveystensä paremmaksi arvioivat valitsivat muita useammin sairaalan (Dixon ym. 2010). Tulos ei myöskään vahvistanut havaintoja, joiden mukaan potilaan terveys ja jokin sairaalan toimintaan tai palvelun laatuun liittyvä

asiakokonaisuus olisivat yhteydessä sairaalan valintaan (Zwijnenberg ym. 2011; de Groot ym. 2012; Laverty ym. 2013).

Sen sijaan tulos vahvistaa näkemystä siitä, että elektiivisillä potilailla on hyvä mahdollisuus sairaalan valintaan hoidon kiireettömän luonteen vuoksi (Mosadeghrad 2014; Groenewoud ym. 2015). Johtopäätöksissä on huomioitava, että vastaajat edustivat potilasryhmää, jonka sairaus saattoi olla hoidettavissa leikkauksella, ja he olivat arvioineet terveytensä kohtalaisen hyväksi vastaushetkellä. Vastaajaryhmän erityispiirteiden vuoksi tuloksia ei voi yleistää esimerkiksi kroonisesti sairaisiin potilaisiin.

Sairaalan toiminta ja palvelun laatu

Elektiiviset leikkauspotilaat pitivät sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kokonaisuutena tärkeänä sairaalaa valitessaan. Tärkeimpänä vastaajat pitivät potilasturvallisia hoitokäytäntöjä ja lääketieteellisten palvelujen laajuutta sekä henkilökunnan ammatillista pätevyyttä. Vähiten tärkeänä vastaajat pitivät hoidon ja palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. On kuitenkin huomattava, että vastaajien näkemykset palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden tärkeydestä poikkesivat eniten toisistaan ja ne saattoivat olla joillekin hyvin tärkeitä sairaalan valinnassa (Al-Doghaither ym. 2003; Coulter ym. 2005; Birk & Henriksen 2006; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; Laverty ym. 2013; Kaikkonen ym. 2016). Yksimielisimpiä vastaajat olivat potilaskeskeisten toimintatapojen tärkeydestä sairaalan valinnassa.

Naiset, palvelusetelin käyttöön sekä terveyteen ja sairauteen liittyvään tietoon myönteisesti suhtautuvat vastaajat pitivät sairaalan toimintaa ja palvelun laatua tärkeämpinä kuin miehet, palvelusetelin käyttöön sekä terveyteen ja sairauteen liittyvään tietoon kielteisesti suhtautuvat. Tulokset vastaavat aikaisempien tutkimusten havaintoja naisten miehiä kriittisemmästä yleisestä suhtautumisesta sairaalan valintaan (Lampinen 2003; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; de Groot ym. 2011; Marang-van de Mheen ym. 2011; Laverty ym. 2013). Suomessa naisten on todettu tekevän miehiä useammin päivittäiset kulutus päätökset (Paasi 2016).

Sairaalan toiminnan ja palvelun laatu olivat vähemmän tärkeitä niille vastaajille, jotka olivat valmiita maksamaan itse matkakuluja yli Kelan nykyisen omavastuusuuden päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa. Tulos voi osaltaan ilmentää varakkaiden ja vähävaraisten vastaajien näkemyksiä valintamahdollisuuksistaan (Akinci ym. 2014; Dixon ym. 2010; Bozic ym. 2014; Mosadeghrad 2014; Blomgren ym. 2015; Kaikkonen ym. 2016).

Yhtenäisiin kriteereihin perustuva kansallinen vertailutieto sairaaloiden toiminnasta ja palvelujen laadusta on välttämätöntä valintojen tekemiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen päämäärien saavuttamiseksi ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi (Jonsson & Virtanen 2013b; Victoor ym. 2012b). Erityisesti

elektiivisten potilaiden osalta kilpailu sairaaloiden kesken voi kiristyä tulevaisuudessa, jos potilaan valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä laajenee nykyisestä. Tällöin potilaalla olisi mahdollisuus valita hoitopaikka myös julkisen sektorin ulkopuolelta. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa tarkastelluista elektiivisistä leikkauksista valtaosa kuului 25 yleisimmän toimenpiteen joukkoon sekä julkisissa että yksityisissä sairaaloissa vuonna 2011 ja vuonna 2013 (Rautiainen ym. 2012; Rainio & Rätty 2015.)

Potilasturvalliset hoitokäytännöt

Elektiiviset leikkauspotilaat pitivät sairaalan valinnassa erittäin tärkeänä potilasturvallisia hoitokäytäntöjä. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa (Coulter ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; Bociz ym. 2013; Kaikkonen ym. 2016). Aikaisemmasta tutkimuksesta poiketen (Schwartz ym. 2005) leikkauskuolleisuustieto oli tärkeää elektiivisille leikkauspotilaille sairaalan valinnassa.

Potilasturvalliset hoitokäytännöt olivat tärkeämpiä naisille kuin miehille. Myös tämä tulos oli samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa (Marang-van de Mheen ym. 2011). Naisten ohella nuoret, terveyteen ja sairauteen liittyvään tietoon sekä palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuvat ja ne vastaajat, jotka eivät olleet valmiita itse kustantamaan matkustuskuluja toiseen sairaalaan mennäkseen, pitivät muita tärkeämpinä potilasturvallisia hoitokäytäntöjä. Nuorten ja hoidon tuloksista kiinnostuneiden potilaiden on todettu kiinnittävän sairaalaa valitessaan muita enemmän huomiota klinisiin tekijöihin (Zwijnenberg ym. 2011; Groenewoud ym. 2015). Aikaisemmista tutkimuksista poiketen (Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010, Groenewoud ym. 2015) vastaajan koulutustaso ei ollut yhteydessä potilasturvallisten hoitokäytäntöjen tärkeänä pitämiseen sairaalan valinnassa.

Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys

Lääketieteellisten palvelujen laajuuden ja henkilökunnan ammatillisen pätevyyden osalta erityisesti lääkärin vahva ammattitaito ja kokemus olivat tärkeimpiä elektiivisille leikkauspotilaille sairaalan valinnassa. Palvelusetelin käyttöön sekä terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon myönteisesti suhtautuvat, isoissa sairaaloissa hoidetut ja samassa sairaalassa aikaisemmin hoidetut vastaajat pitivät sairaalaa valitessaan lääketieteellisten palvelujen laajuutta ja henkilökunnan ammatillista pätevyyttä tärkeämpinä kuin muut. Tulokset olivat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Coulter ym. 2005; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010; Birk ym. 2011; de Groot ym. 2011; Zwijnenberg ym. 2011; de Groot ym. 2012; Laverty ym. 2013; Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014; Groenewoud ym. 2015; Kaikkonen ym. 2016).

Sairaalan tyyppi oli vähiten tärkeä tekijä sairaalan valinnassa lääketieteellisten palvelujen laadun ja henkilökunnan ammatillisen pätevyyden osalta, mutta eri sairaaloissa hoitettavina olleiden vastaajien välillä havaittiin eroja. Tulos vahvistaa aikaisempien tutkimusten havaintoja sairaalan tyyppin tai statuksen vähäisestä merkityksestä potilaalle sairaalan valinnassa (Coulter ym. 2005; Geraedts ym. 2007; Mosadeghrad 2014; Groenewoud ym. 2015).

Palvelukokemus

Myönteiset palvelukokemukset olivat tärkeitä sairaalaa valitessa elektiivisille leikkauspotilaille. Erityisesti naiset pitivät palvelukokemusta sairaalan valinnassa tärkeänä. Aikaisemman tutkimuksen mukaan myönteiset aikaisemmat kokemukset kannustivat potilasta palaamaan samaan sairaalaan, mutta kielteiset kokemukset saivat heidät valitsemaan toisen sairaalan (Burge ym. 2004; Birk & Henriksen 2006; Dijns-Elsinga ym. 2010; Laverty ym. 2013; Kaikkonen ym. 2016). Palvelukokemus oli tärkeämpi naisille ja potilaskeskeisyyttä tärkeänä pitävillä potilaille sairaalan valinnassa (Laverty ym. 2013; Groenewoud ym. 2015). Lääkärin kommunikointitapa ja potilaan mielipiteen arvostaminen saattoivat olla joillekin potilaille ratkaiseva tekijä sairaalan valinnassa (Bozic ym. 2013). Aikaisempien tutkimusten tulosten mukaisesti omat kokemukset olivat tärkeämpiä sairaalan valinnassa kuin ystävien tai läheisten kokemukset (Dijns-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; Birk ym. 2011; de Groot ym. 2012) ja erityisesti ne olivat tärkeitä naisille (Laverty ym. 2013). Sairaaloitten välisen kilpailun lisääntyessä palvelukokemuksen merkitys voi kasvaa (Akinci ym. 2004). Aikaisemmasta tutkimuksesta poiketen (Losina ym. 2005; Schwartz ym. 2005; Merle ym. 2009; Moser ym. 2010) elektiiviset leikkauspotilaat eivät pitäneet kovin tärkeänä lähettävän lääkärin antamaa suositusta jonkin sairaalan puolesta hoitopaikan valinnassa. Tämä voi johtua siitä, että vastaajille ei annettu suosituksia sairaalan valinnasta.

Elektiiviset leikkauspotilaat pitivät julkisesti saatavilla olevaa sairaaloitten toimintaa ja palvelun laatua koskevan tiedon saatavuutta vain vähän tärkeänä sairaalan valinnassa. Tulos vahvistaa mediasta saadun tiedon suhteellisen vähäistä merkitystä sairaalan valinnassa (Coulter ym. 2005; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; de Groot ym. 2011; Kaikkonen ym. 2016). On kuitenkin huomioitava, että yhtenäistä vertailutietoa sairaaloitten toiminnasta ja palveluista ei ollut tutkimushetkellä vielä saatavilla. Palvelusetelin käyttöön ja terveyttä ja sairautta koskevan tiedon hankintaan myönteisesti suhtautuvat vastaajat pitivät sairaalaa valitessaan palvelukokemusta tärkeämpinä kuin muut. Nämä vastaajat todennäköisesti myös pitivät sairaaloista saatavilla olevaa julkista tietoa tärkeämpinä ja käyttivät sitä hyväkseen sairaalaa valitessaan (de Groot ym. 2011; Laverty ym. 2013).

Palvelukokemus oli tärkeämpi niille vastaajille, jotka olivat vähiten valmiita maksamaan itse matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalan Suomessa.

Palvelukokemukselle antamansa merkityksen mukaisesti nämä vastaajat voivat kuitenkin olla valmiita vaihtamaan hoitopaikkaa saadessaan huonon palvelukokemuksen lähellä sijaitsevasta sairaalasta (Burge ym. 2004; Coulter ym. 2005; Birk & Henriksen 2006; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010; Laverty ym. 2013).

Potilaskeskeiset toimintatavat

Potilaskeskeisistä toimintatavoista elektiiviset leikkauspotilaat pitivät tärkeimpinä palvelun saamista omalla äidinkielellä ja leikkaushoitoon liittyvien selkeiden ohjeisen saamista sairaalaa valitessaan. Riittävä ja selkeä hoitoa koskeva tieto ja ohjaus on todettu tärkeäksi sairaalan valinnassa myös aikaisempien tutkimusten mukaan (Coulter ym. 2005; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; de Groot ym. 2012).

Aikaisemmista tutkimuksista poiketen (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Coulter ym. 2005; Moser ym. 2010; Dixon ym. 2010) elektiiviset leikkauspotilaat eivät pitäneet kovin tärkeänä mahdollisuutta valita hoitava lääkäri sairaalassa tai vaikuttaa hoidon ajankohtaan. Leikkaavan lääkärin valintaa koskevaa tulosta voivat selittää vastaajien aikaisemmat hyvät kokemukset ja luottamus sairaaloiden korkeaan hoidon tasoon (Moser ym. 2010; Bozic ym. 2013).

Potilaskeskeiset toimintatavat olivat tämän tutkimuksen mukaan tärkeämpiä naisille, palvelusetelin käyttöön sekä terveyttä ja sairautta koskevan tiedon hankintaan myönteisesti suhtautuville vastaajille. Tulos vahvistaa havaintoa, jonka mukaan potilaan kunnioittavaa kohtelua pidettiin tärkeänä osana hyvää ammattitaitoa (Al-Doghaither ym. 2003; Coulter ym. 2005; Zwijnenberg ym. 2011; Bozic ym. 2013). Erityisesti sairaaloita vertailevat ja yksityisen sairaalan valinneet potilaat arvostivat muita enemmän potilaan arvostavaa kohtelua ja hoidon sujuvuutta sairaalaa valitessaan (Al-Doghaither ym. 2003; Dixon ym. 2010; de Groot ym. 2011). Päiväkirurgisten potilaiden hoidon jatkuvuutta tarkastelleen tutkimuksen mukaan hoidon sujuvuus ja tiedonkulku hoitosuhteessa olivat potilaille tärkeitä kehittämistä vaativia alueita. Hyvä hoidon jatkuvuuden turvaaminen voikin toimia sairaalan kilpailuvalttina tulevaisuudessa (Renholm 2015).

Sairaalan tilat ja oheispalvelut

Sairaalan siistit tilat ja esteettömyys olivat tärkeitä elektiivisille leikkauspotilaille sairaalan valinnassa. Aikaisempien tutkimusten mukaan sairaalan siisti fyysinen ympäristö ja tilat loivat potilaalle mielikuvan sairaalan hoidon laadusta terveydenhuoltojärjestelmästä riippumatta. Sairaalan tilojen siisteyttä pidettiin osoituksena korkeasta hoidon laadusta, ja se oli valtaosalle vastaajista tärkeää sairaalan valinnassa (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Coulter ym. 2005; Merle ym. 2009; Dixon ym. 2010; Dijs-Elsinga ym. 2010; Marang-van de Mheen ym. 2010; Bozic ym. 2013; Laverty ym. 2013; Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014).

Sairaalan tilat ja oheispalvelujen taso olivat tärkeämpiä naisille, vähän koulutetuille, palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuville sekä niille vastaajille, jotka eivät olleet valmiita maksamaan itse matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa. Sairaalan tilat ja oheispalvelut olivat vähemmän tärkeitä iäkkäille ja itsehoitoon myönteisesti suhtautuville vastaajille sairaalan valinnassa. Aikaisempien tutkimusten mukaan sairaalan oheispalvelut, muun muassa saatavilla olevat kahvila- ja ravintolapalvelut ja sairaalan ruoan laatu olivat tärkeämpiä vähän koulutetuille potilaille (Dixon ym. 2010; Dijs-Elsinga ym. 2010).

Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Elektiiviset leikkauspotilaat pitivät hoitoonpääsyä tärkeämpänä kuin sairaalan sijaintia. Kohtuullisten odotusaikojen on todettu olevan tärkeitä valtaosalle suomalaisista hoitopaikan valinnassa (Kaikkonen ym. 2016). Tulos poikkeaa useiden kansainvälisten tutkimusten tuloksista, joiden mukaan potilaat suosivat lähellä kotia tai työpaikkaa sijaitsevia sairaaloita (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Burge ym. 2004; Birk & Henriksen 2006; Moser ym. 2010; Birk ym. 2011; Mosadeghrad 2014; Tengilimoglu ym. 2014) ja ovat valmiita odottamaan pidempään päästäkseen hoitoon kotipaikkakunnalla sijaitsevaan sairaalaan (Birk & Henriksen 2006).

Hoidon ja palvelun saatavuus ja saavutettavuus olivat tärkeämpiä palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuville vastaajille, ja he voivat olla valmiimpia matkustamaan toiselle paikkakunnalle päästäkseen nopeammin hoitoon. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa (Al-Doghaither ym. 2003; Coulter ym. 2005; Birk & Henriksen 2006; Lako & Rosenau 2009; Dixon ym. 2010; Birk ym. 2011; Laverty ym. 2013). Tulos myös vahvistaa havaintoa, jonka mukaan sairaaloita vertailevat ja hoidon tuloksia painottavat korkeasti koulutetut potilaat olivat muita valmiimpia matkustamaan hoitoon toisella paikkakunnalla sijaitsevaan sairaalaan (de Groot ym. 2011; Groenewoud ym. 2015).

Sairaalan valinnasta johtuvia lisäkustannuksia ei pidetty tässä tutkimuksessa merkittävänä sairaalan valintaan yhteydessä olevina tekijöinä. Tulos on ristiriidassa aikaisempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan matkustamiseen liittyvät kulut ja matkustusaika vähensivät potilaiden halukkuutta matkustaa hoitoon toiselle paikkakunnalle (Burge ym. 2004) tai saattoivat muodostua esteeksi sairaalan valinnalle (Kaikkonen ym. 2016). Sairaalan valinnasta aiheutuville lisäkustannuksilla potilasmaksuihin ei myöskään ollut merkittävää yhteyttä sairaalan valintaan. Tulos voi johtua kansallisesti yhtenäisistä potilasmaksuista. Suppeasti sairausvakuutetut, vähän koulutetut, naiset, alempiin tuloluokkiin sijoittuvat ja iäkkäät potilaat käyttivät muita useammin julkisen sairaalan palveluja niissä maissa, joissa potilaan maksukyky tai sairausvakuutus saattoivat rajoittaa valintamahdollisuuksia (Al-Doghaither ym. 2003; Akinci ym. 2004; Mosadeghrad 2014).

Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus olivat tärkeämpiä sairaalan valinnassa niille vastaajille, jotka eivät olleet valmiita maksamaan matkakuluja päästäkseen hoitoon haluamaansa sairaalaan Suomessa, sekä niille, jotka eivät olleet harkinneet hoitoon hakeutumista toiseen EU-maahan. Tulosta saattavat selittää vastaajien aikaisemmat hyvät kokemukset hoidon saatavuudesta läheltä kotia. Tutkimuksessa ei havaittu aikaisemmista tutkimuksista poiketen eroja hoidon saatavuuden ja saavutettavuuden ja vastaajan sukupuolen, iän, tulotason, koulutustason, yksityisen sairausvakuutuksen omistamisen tai itsearvioidun terveyden välillä (Al-Doghather ym. 2003; Akinci ym. 2004; Laverty ym. 2013; Mosadeghrad 2014).

8.3 Johtopäätökset

Tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Elektiiviset leikkauspotilaat arvostavat valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa. Potilaiden näkemykset ovat samansuuntaisia kansainvälisten ja kansallisten terveyspoliittisten linjausten kanssa, joiden mukaan potilaan valinnanvapautta on laajennettu. Valinnanvapaus merkitsee elektiiviselle leikkauspotilaalle moraalisenä ja laillisena oikeutena ennen kaikkea mahdollisuutta ja oikeutta osallistua sairaalan valintaan yhdessä asiantuntijan kanssa. Asiantuntijuuteen perustuvan tiedon avulla voidaan edistää potilaan kykyä tehdä itseään koskevia valintoja julkisessa terveydenhuollossa.
2. Elektiiviset leikkauspotilaat tuntevat melko huonosti laillisen oikeutensa valita sairaala. Terveydenhuollon käytännöt ilmentävät toimijoiden arvoja potilaan oikeuksia kohtaan. Elektiivisten leikkauspotilaiden valinnanvapauden edistämiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi tuntea hyvin potilaan oikeudet ja edistää niitä toiminnallaan. Julkisten sairaaloiden tulisi huolehtia palvelujärjestelmän käytännön toimintaprosessien lainmukaisuudesta.
3. Potilaan valinnanvapauden toteutuminen hakee vielä muotoaan Suomessa ja elektiiviset leikkauspotilaat osallistuvat harvoin sairaalan valintaan. Potilaiden liikkuvuus on vielä vähäistä tutkimukseen osallistuneissa sairaanhoitopiireissä. Potilaan valinnanvapaus on voimassa olevaa oikeutta ja potilaalla on oikeus odottaa, että lakia noudatetaan hänen omasta aktiivisuudestaan riippumatta. Elektiivisten leikkauspotilaiden valinnanvapautta voidaan edistää selvittämällä potilaan tahto yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja tarjoamalla mahdollisuutta osallistua sairaalan valintaan. Asiantuntijalla on myös vastuu tarjota potilaalle riittävästi ja ymmärrettävällä tavalla tietoa sairaalan valintaan liittyvistä tekijöistä.

4. Elektiivisille leikkauspotilaille tulisi olla saatavilla vertailutietoa sairaaloiden toiminnasta ja palvelun laadusta, sillä tiedon puutteellisuus voi estää valinnanvapauden toteutumista. Luotettavan ja ajantasaisen vertailutiedon julkaiseminen voi vähentää epävirallisen tiedon ja mielikuviin perustuvien odotusten osuutta potilaan valinnoissa.

Tutkimuksessa tunnistettiin tekijöitä, joita elektiiviset potilaat pitävät tärkeinä sairaalaa valitessaan. Niiden perusteella voidaan kehittää elektiivisille leikkauspotilaille tarjottavan vertailutiedon sisältöä kansallisesti ja kansainvälisesti. Sairaaloiden tulisi julkaista tietoa erityisesti potilasturvallisista hoitokäytännöistä, lääketieteellisten palvelujen laajuudesta ja henkilökunnan ammatillisesta pätevyydestä sekä palvelukokemuksesta. Elektiiviset leikkauspotilaat arvostavat lääkärin kokemusta ja ammatillista osaamista, myönteistä palvelukokemusta sekä omalla äidinkiellällä saatavaa palvelua. Hoitopääsy on elektiivisille leikkauspotilaille tärkeämpää kuin sairaalan sijainti. Sairaalat voivat tulosten perusteella kehittää toimintansa potilaslähtöisyyttä, viestiä vahvuuksistaan ja markkinoida palvelujaan. Tietoa toiminnasta ja palvelun laadusta tulisi julkaista sairaaloiden verkkosivuilla, sillä ne ovat elektiivisten leikkauspotilaiden ensisijainen tietolähde. Monipuolisia menetelmiä käyttämällä voidaan varmistaa tiedontarjonta eri potilasryhmille.

Naiset sekä terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon ja palvelusetelin käyttöön myönteisesti suhtautuvat potilaat ovat tulevaisuudessa todennäköisimmin niitä, jotka aktiivisimmin valitsevat hoitopaikkansa. Vastaajat suhtautuivat myönteisesti terveyttä ja sairautta koskevaan tietoon sekä itsehoitoon. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tehtävien sisällön kehittämisessä tulisi harkita palveluohjauksen osuuden lisäämistä, sillä valinnanvapaus ja tieto voivat motivoida potilasta ottamaan kokonaisvaltaisesti vastuuta omaa terveyttä koskevista päätöksistä ja elämäntavoista.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

1. Valinnanvapauden arvoperustaa ja toteutumista tulisi tutkia hoitotieteessä lisää potilaan näkökulmasta itsemääräämistä tukevien käytäntöjen kehittämiseksi terveydenhuollossa. Valinnanvapauden arvoperustan ja potilaan oikeuksien välisten yhteyksien selvittämiseksi tutkimusta tulisi toteuttaa kansallisilla ja kansainvälisillä aineistoilla määrällisin ja laadullisin menetelmin. Tutkimusta tulisi kohdistaa myös vähemmistöjen valinnanvapauden toteutumiseen terveydenhuollossa.
2. Potilaan itsemääräämistä ja osallistumista parantavien käytäntöjen esteiden tunnistamiseksi tulisi tutkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden suhtautumista potilaan valinnanvapauteen. Tiedon avulla voidaan kehittää menetelmiä ja keinoja,

joilla parannetaan potilaan kykyä hyödyntää omaa asiantuntijuuttaan terveyttä ja sairautta koskevissa kysymyksissä sekä valmiutta ottaa vastuuta terveydestään ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

3. Valinnanvapauden terveystaloudellisia lähtökohtia ja yhteyttä sosioekonomiseen ja alueelliseen tasa-arvoon tulisi tutkia kansallisesti ja kansainvälisesti vertailu-, seuranta- ja arviointitutkimuksilla.
4. Hoitopaikan valintaan yhteydessä olevien tekijöiden tutkimista tulisi jatkaa muilla terveydenhuollon sektoreilla laajemman yleistettävän tiedon saamiseksi potilaan valintaperusteista. Tiedon avulla voidaan kehittää vertailutiedon sisältöä ja kannustimia terveydenhuollon palvelujen laadun, turvallisuuden ja potilaskeskeisten toimintatapojen kehittämiseksi.
5. Sairaalan valintaan yhteydessä olevia tekijöitä ja valintaperusteita tulisi tutkia potilasdirektiivin toimeenpanoa tarkastelevilla kansallisilla ja kansainvälisillä vertailu-, seuranta- ja arviointitutkimuksilla.
6. Sairaaloitten toimintaa ja palvelun laatua koskevan vertailutiedon käyttökelpoisuutta, käyttöä, tiedon esittämistapaa ja menetelmiä tulisi tutkia keskeisen ja vertailukelpoisen tiedon tunnistamiseksi sekä helppokäyttöisten menetelmien kehittämiseksi.
7. Elektiivisten potilaiden valintaperusteita tulisi tutkia monipuolisilla menetelmillä esimerkiksi hypoteettisilla valintakoemenetelmällä (*discret choice experiment*) tarkemman kuvan saamiseksi eri tekijöiden ja asiakokonaisuuksien suhteellisesta osuudesta sairaalan valinnassa eri potilasryhmien keskuudessa. Valinnanvapauden toteutumista tulisi tutkia esimerkiksi havainnoimalla vastaanottotilanteita ja haastatteleamalla potilaita.
8. Tutkimusaineisto toimii perustietona, joka tarjoaa monipuoliset mahdollisuudet jatkokäyttöön ja lisäanalyysien tekemiselle. Tutkimusaineiston sairaalakohtaisen analyysin avulla voidaan kehittää tutkimukseen osallistuneiden sairaaloitten potilaslähtöistä toimintaa ja palvelua, palveluprofiileja ja markkinointia. Laajojen sosiodemografisten taustatietojen perusteella aineisto tarjoaa mahdollisuuden erilaisten ryhmien valintaperusteiden tarkkaan analysointiin.
9. SAVA-mittarin kehittämistä ja testaamista tulisi jatkaa kansallisesti ja kansainvälisesti, sillä useat sairaalan valintaan yhteydessä olevat sairaalan toimintaa ja palvelun laatua koskevat tekijät ja asiakokonaisuudet voivat olla sovellettavissa myös muihin potilasryhmiin.

KIITOKSET

Tämä tutkimus on tehty Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa hoitotieteen laitoksella.

Ensisijaiset kiitokset kuuluvat ohjaajilleni professori, TtT Riitta Suhoselle ja professori, THT Helena Leino-Kilvelle. Tutkimustyöni pääohjaaja professori Riitta Suhosen asiantunteva ja kannustava ohjaus on auttanut minua tutkimukseni eri vaiheissa ja erityisesti mittarin kehittämisessä sekä metodologisissa ratkaisuisa. Työni toisen ohjaajan professori Helena Leino-Kilven laaja-alainen tietämys on ollut tämän väitöskirjan teoreettisten kysymysten selkiyttämisessä keskeinen. Ohjaajieni kriittinen, mutta rakentava palaute on auttanut minua ylittämään itseni tutkimuksen monissa vaiheissa. Tutkimukseni kaikissa vaiheissa olen saanut aikaa ohjaukseen ja keskusteluun, kun olen sitä tarvinnut.

Kiitän tutkimukseni seurantaryhmän jäseniä professori Olli Kangasta ja dosentti Petri Virolaista tutkimustyöni aikana saamastani palautteesta, joka on auttanut minua työn eteenpäin saattamisessa sen eri vaiheissa.

Osoitan kiitokseni tutkimukseni esitarkastajille dosentti Ritva Halilalle, professori Marja Kaunoselle ja professori Juha Kinnuselle asiantuntevasta ja huolellisesta tarkastustyöstä. Saamani rakentava ja erittäin selkeä palaute on auttanut minua merkittävästi tutkimukseni loppuunsaattamisessa.

Erittäin lämpimät kiitokset osoitan VTM Jouko Katajistolle, jolta olen saanut korvaamatonta apua tutkimuksen tilastollisten menetelmien käytössä ja aineiston analysoinnissa. Kiitän lisäksi VTM Pauli Puukkaa mittarin kehittämisessä saamastani avusta ja neuvoista sekä KTM Matti Meurmania asiantuntevasta avusta tutkimuksen rekisteriaineiston analysoinnissa ja käymistämme keskusteluista asian tiimoilta.

Kiitokset kuuluvat myös FM Katariina Ahtola-Rajalalle tutkimukseni käsikirjoituksen huolellisesta kieliasun tarkastuksesta ja HuK Kaarina Valtaselle englanninkielisen tiivistelmän tarkastamisesta. Kiitän hoitotieteen laitoksen IT-lähtukihenkilö Anna Mäkistä kärsivällisestä, asiantuntevasta ja aina ystävällisestä avusta käsikirjoituksen viimeisteilyssä. Ilman hänen apuaan olisin ollut todella pulassa.

Lisäksi kiitän hoitotieteen laitoksen henkilökuntaa avusta tutkimusprosessin eri vaiheissa ja jatko-opiskelijoita seminaareissa saamastani palautteesta, tuesta ja kannustuksesta. Erityisesti haluan kiittää TtT Minna Stoltia kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten arvioinnista, TtM Jaana Koskenniemeä, TtM Camilla Strandell- Lainetta, TtM Arja Pekosta ja työtoveriani TtM Riitta Tuomista kirjallisuuskatsauksen oikoluvusta, mittarin kehittämisen eri vaiheissa saamastani asiantuntevasta avusta sekä lukuisista tutkimuksen aihepiiriä ja välillä muutakin elämää koskevista keskusteluistamme. Kiitos kuuluu myös esimiehelleni dosentti Ilkka Kantolalle ja dosentti Laura Pirilälle, jotka

kaiken kiireen keskellä ovat aina jaksaneet kysyä kuulumisia, kannustaa eteenpäin ja kommentoida käsikirjoitustani. Olette korvaamattomia ystäviä.

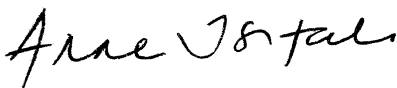
Osoitan kiitokseni työnantajalleni Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille mahdollisuudesta virkavapaaseen tutkimuksen eri vaiheissa ja erityisesti TtM Liisa Vikströmille, joka on toiminut sijaisenani näinä vuosina. Olen aina voinut luottaa hänen apuunsa. Lisäksi kiitän työyhteisöäni Medisiinisellä toimialueella saamastani positiivisesta kannustuksesta ja loistavasta yhteishengestä. Kiitos Teille hyvät ystävät!

Olen kiitollinen kaikille asiantuntijapaneeleihin ja esitestaukseen osallistuneille henkilöille sekä tutkimuksen aineiston keruussa minua avustaneille hoitajille ja muille henkilöille. Kiitän kaikkia tutkimukseen osallistuneita potilaita aiheesta koskevasta kiinnostuksesta ja kyselytutkimukseen vastaamisesta. Teidän ansiostanne sain kerätyksi kattavan ja laadukkaan aineiston.

Sydämelliset kiitokseni osoitan läheisilleni, joiden kannustus ja myötäeläminen ovat olleet äärettömän tärkeitä tutkimukseni aikana ja varsinkin silloin, kun usko itseän on ollut vähissä. Kiitän vanhempiani siitä, että he kasvattivat minut arvostamaan ahkeruutta ja luottamaan tekemiini valintoihin elämässäni. Kiitän äitiäni hänen esimerkistään vahvasta ja itsenäisestä naisesta. Osoitan kiitokseni elämänkumppanilleni Juhalle, veljelleni Jyrkille ja hänen lapsilleen Helenalle ja Heikille sekä sisarelleni Sirpalle arkisesta yhdessä elämisestä ja niin ilojen kuin surujenkin jakamisesta. Kiitän erityisesti Heikkiä avusta aineiston tallennuksessa ja tarkistuksessa sekä käymistämme monista keskusteluista. Lisäksi kiitän poikaani Juhaa ja hänen perhettään mahdollisuudesta välillä irrottautua tutkimuksen teosta ja viettää aikaa heidän kanssaan. Erityisen kiitokseni osoitan rakkaalle pojan tyttärelleni Nappu-Ilonalle, joka valoisalla olemuksellaan saa päivän aina paistamaan kirkkaammin.

Kiitän Turun yliopiston hoitotieteen laitosta, Tyks-säätiötä, TOP-säätiötä, Turun yliopistollisen keskussairaalan Medisiinistä toimialuetta ja Tyksin erityisvastuualueen tutkimustoimikuntaa ja Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS r.y:tä saamastani tutkimusrahoituksesta ja InterMail Oy:tä tutkimuksen toteuttamiseen saamastani tuesta.

Turussa 2.11.2017


Anne Isotalo

LÄHTEET

- Aalto A-M, Elovainio M, Tynkkynen L-K, Reissell E, Vehko T, Chydenius M & Sinervo T. (2017). What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* doi.org/10.1177/1403494817731488.
- Aggarwal A, Davies J & Sullivan R. (2014). "Nudge" in clinical consultation- an acceptable form of medical paternalism? *BioMed Central (BMC) Medical Ethics* doi: 10.1186/1472693-9-15-31.
- Agresti A. (1992). A survey of Exact Inference for Contingency Tables. *Statistical Science* 7 (1), 131-153.
- Ahonen A, Vuorio L & Tähtinen T. (2015). Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015. Helsinki.
- Aiken TD & Catalano J. (1994). Legal, Ethical and Political Issues in Nursing. F.A. Davis Company. Philadelphia.
- Airaksinen T. (1993). Moraalifilosofia. 3. painos. Werner Söderström Osakeyhtiö. Juva.
- Airaksinen T & Friman M. (2008). Asiantuntija-ammattien etiikka. Hämeen ammattikorkeakoulu. HAMKin julkaisuja 10/2008. Hämeenlinna.
- Akinci F, Esatoglu AE, Tengilimoglu D & Parsons A. (2004). A. Hospital choice factors: A case study in Turkey. *Health Marketing Quarterly* 22 (1), 3-19.
- al-Doghhaither AH, Abdelrhman BM, Saeed AA & Magzoub ME. (2003). Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 123 (2), 105-109.
- ALLEA. (2017). All European Academies. The European Code of Conduct for Research Integrity. Revised Edition. Berlin.
- American Society of Anesthesiologists (2013). ASA-physical Status Classification System. <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. Viitattu 16.3.2012.
- Angelos P, Darosa DA, Bentram D & Sherman H. (2002). Residents seeking informed consent: Are they adequately knowledgeable? *Current Surgery* 59 (1), 115-118.
- Ankri J, Beaufils B, Novella J-L, Morrone I, Guillemin F, Jolly D, Ploton L & Blanchard F. (2003). Use of the EQ-5D among patients suffering from dementia. *Journal of Clinical Epidemiology* 56 (11), 1055-1063.
- Annas GJ. (2004). *American Bioethics: Crossing Human Rights and Health Law Boundaries*. Oxford University Press.
- Arah O, Western GP, Hurst J & Klazinga NS. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicator Project. *International Journal for Quality in Health Care* 18 (Suppl 1), 5-13.
- Arrow K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53 (5), 941-973.
- Assembly UG. (1948). Universal declaration of human rights. UN General Assembly. Paris.
- Auerbach SM, Martelli MF & Mercuri LG. (1983). *Journal of Personality and Social Psychology* 44 (6), 1248-1296.
- Ayto J. (2005). *Word Origins. The Hidden Histories of English Word from A to Z*. A & C Black Publishers Ltd. 2nd edition. London.
- Babbie E. (2007). *The Practice of Social Research*. 11th edition. Thomson Wadsworth. USA.
- Beauchamp T & Childress J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. 7th edition. Oxford University Press. New York. USA.
- Berkowitz E & Flexner W. (1981). The Market for Health Services: Is there a Non-Traditional Consumers? *Journal of Health Care Marketing* 1 (1), 25-34.
- Berlin I. (1986). *Four Essays on Liberty*. Oxford University Press. Oxford.
- Birk HO & Henriksen LO. (2006). Why do not all hip and knee patients facing long waiting times accept re-referral to hospitals with short waiting time? Questionnaire study. *Health Policy* 77 (3), 318-325.
- Birk HO, Gut R & Henriksen LO. (2011). Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* doi: 10.1186/1472-6963-11-262.
- Birk HO & Henriksen LO. (2012). Which factors decided general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* doi: 10.1186/1472-6963-12-126.
- Blomgren J, Aaltonen K, Tervola J & Virta L. (2015). Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kellon korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Sosiaali ja terveysturvan selosteita. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Booth A, Papaioannou D & Sutton A. (2012). *Systematic Approaches to a successful literature review*. SAGE Publications London.

- Boscarino J & Steiber S. (1982). Hospital Shopping and Consumer Choice. *Journal of Health Care Marketing* 2 (2), 15–23.
- Bowling A. (2009). *Research Methods in health. Investigating health and health services*. 2nd edition. Open University Press. Maidenhead.
- Boyce T, Dixon A, Fasolo B & Reutskaja E. (2010). Choosing a high-quality hospital. The role of nudges, scorecard desing and information. *The King's Fund*. London. England.
- Boynton PM & Greenhalgh T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaires. *BMJ* <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7451.1312>.
- Bozic KJ, Kaufman D, Chan VC, Caminiti S & Lewis C. (2013). Factors that influence provider selection for elective total joint arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 471(6), 1865–1872.
- Brommels M, Aronkytö T, Kananoja A, Lillrank P & Reijula K. (2016a). Valinnanvapaus ja monikanava-rahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Selvityshenkilöryhmän väliraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:18. Helsinki.
- Brommels M, Aronkytö T, Kananoja A, Lillrank P & Reijula K. (2016b). Valinnanvapaus ja monikanava-rahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Selvityshenkilöryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37. Helsinki.
- Brooks R. & EuroQol Group (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 37 (1), 53–72.
- Browne A. (1997). The meaning of respect: a first nation perspective. *Western Journal of Nursing Research* 19 (6), 762–780.
- Burge P, Devlin N, Appleby J, Rohr C & Grant J. (2004). Do patients always prefer quicker treatment? : A discrete choice analysis of patients' stated preferences in the London patient choice project. *Applied Health Economics and Health Policy* 3 (4), 183–194.
- Burns N & Grove S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. W.B. Saunders Company. 6th edition. St Louis.
- Center for Evidence Based Management (2014). *Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study* <https://www.cebma.org>. Viitattu 1.8.2014.
- Centre for Reviews, Dissemination. (2009). *Systematic reviews. CDR's guidance for undertaking review in health care*. University of New York. United Kingdom. https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf. Viitattu 12.10.2015.
- Chang AM, Chau JPC & Holroyd E. (1999). Translation of questionnaires and issues of equivalence. *Journal of Advanced Nursing* 29 (2), 316–322.
- Chang T-J, Tarn Y-H, Ching-Lin Hsieh C-H, Liou W-S, Shaw JW & Chiou XC. (2007). Taiwanese version of the EQ-5D: validation in a representative sample of the Taiwanese population. *Journal of the Formosan Medical Association* 106 (12), 1023–1031.
- Chen A, Yehle K, Albert N, Ferraro K, Mason H, Murawski M & Plake K. (2014). Relationship between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10 (2), 378–386.
- Concise Oxford Dictionary. (2016). *The Concise Oxford Dictionary*. 10th edition. Oxford University Press. New York.
- Coulter A, le Maistre N & Henderson L. (2005). Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment. *Evaluation of London patient choice scheme*. Picker Institute. England.
- Crowther M, Lim W, Crowther MA. (2010). Systematic review and meta-analysis methodology. *Blood* 116 (17), 3140–3146.
- Damman O, Spreeuwenberg P, Rademakers J & Hendriks M. (2011). Creating Compact Comparative Health Care Information: What Are the Key Quality Attributes to Present for Cataract and Total Hip or Knee Replacement Surgery? *Medical Decision Making*. 32 (2), 287–300. doi: 10.1177/0272989X11415115.
- Davis K, Drey N & Gould D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies* 46 (10), 1386–400. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010.
- Dawson D, Jacobs R, Martin S & Smith P. (2004). Is Patient Choice an Effective Mechanism to Reduce Waiting Times? *Applied Health Economics and Health Policy* 3 (4), 195–203.
- Dealey C. (2005). The factors that influence patient choice of hospital and treatment. *British Journal of Nursing* 14 (10), 576–579.
- De Groot IB, Otten W, Smeets HJ & Marang-van de Mheen PJ. (2011). Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals? *BioMed Central (BMC) Health Services Research* doi: 10.1186/1472–6963-11–214.
- De Groot IB, Otten W, Dijks-Elsinga J, Smeets HJ, Kievit J & Marang van de Mheen PJ. (2012). Choosing between hospitals: The influence of the experiences of other patients. *Medical Decision Making* 32 (6), 764–778.
- de Haes H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling* 62 (3), 291–298.
- De Vaus D. (2002). *Surveys in Social Research*. 5th edition. Routledge. London.

- De Vellis RF. (2012). Scale development. Theory and applications. Sage. Los Angeles.
- De Von, H., Block M, Moyle-Wright P, Ernst D, Hayden S, Lazzara D, Savoy S & Kostas-Polston E. (2007). A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 39 (2), 155–164.
- Delnoij D, Rademakers J & Groenewegen P. (2010). The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* doi: 10.1186/1472–6963–10–88.
- Dijks-Elsinga J, Otten W, Versluis MM, Smeets HJ, Kievit J, Vree R, van de Made WJ & Marang-van de Mheen P. (2010). Choosing a hospital for surgery: The importance of information on quality of care. *Medical Decision Making* 30 (5), 544–555.
- Dillman D.A. (2007). *Mail and Internet Surveys. The tailored Design Method. 2007 Update with New Internet, Visual, and Mixed-Mode Guide.* John Wiley & Sons. New Jersey.
- Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N & Magee H. (2010). Patient Choice. How patients choose and providers respond. The King's Fund. England.
- Dixon S. (2010). Report on the National Patient Choice Survey- February 2010 England. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_103479. Viitattu 13.6.2013.
- Doering N & Maarse H. (2015). The use of publicly available quality information when choosing a hospital or health-care provider: the role of the GP. *Health Expectations* 18 (6), 2174–2182.
- Durrett R. (2004). *Probability: theory and examples.* 3rd edition. Cambridge University Press.
- Dworkin G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy.* Cambridge University Press. Cambridge.
- Egger M, Zellweger-Zähner T, Schneider M, Junker C, Lengeler C & Antes G. (1997). Language bias in randomised controlled trials published in English and German. *Lancet* 350 (9074), 326–329.
- Erikoissairaanhoidotaki (1989). 1062/1989. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19891062>. Viitattu 5.6.2016.
- ETENE (2001). Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folded=17185&name=DLFE-543.PDF. Viitattu 1.2.2012.
- ETENE (2011a). Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE-julkaisu 35. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3263-0>.
- ETENE (2011b). Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisu 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>.
- ETENE (2014). Potilaan ja asiakkaan valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kannanotto. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki.
- EU (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013.* White Paper. Commission of The European Communities. Brussels 2007. Viitattu 25.5.2017.
- The EuroQol Group (1990). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16 (3), 199–208.
- The EuroQol (2016). EUROQOL EQ-5D-5L Value sets. <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/valuation-of-eq-5d/eq-5d-5l-value-sets.html>. Viitattu 23.4.2017.
- Faber M, Bocsh M, Wollersheim H, Leatherman S & Grol R. (2009). Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information? A Systematic Review. *Medical Care* 47 (1), 1–8.
- Fasolo B, Reutskaja E, Dixon A & Boyce T. (2010). Helping patients choose: How to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient Education and Counseling* 78 (3), 344–349.
- Feinberg J. (1986). *Harm to Self.* Oxford University Press, Oxford.
- Ferketich S. (1990). Internal consistency estimates of reliability. *Research in Nursing & Health* 13 (6), 437–440.
- Ferketich S. (1991). Focus on psychometrics. Aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health* 14 (2), 165–168.
- Ferrua M, Sicotte C, Lalloue B, Minville E. (2016). Comparative Quality Indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? *PLoS ONE* 11(2): doi:10.1371/journal.pone.0147296.
- Field A. (2009). *Discovering statistics using SPSS.* 3rd edition. Sage. London.
- Flanely LT, Flanely KJ & Jankowski KR. (2014). Independent, dependent, and other variables in healthcare and chaplaincy research. *Journal of Health Care Chaplaincy* 20 (4), 161–170.
- Frankfurt H. (1971). Freedom of the Will and the Concept of a Person. *The Journal of Philosophy* 68 (1), 5–20.
- Friedman M & Friedman R. (1980). *Free to Choose.* 1st edition. Harmondsworth. Penguin Books.
- Fotaki M. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of

- implications. *Journal of Health Services Research & Policy* 13 (3), 178–184.
- Fotaki M. (2013). Is Patient Choice the Future of Health Care Systems? *International Journal of Health Policy and Management* 1 (2), 121–123. doi: 10.15171/ijhpm.2013.22.
- Fotaki M. (2014). Can consumer choice replace trust in the National Health Service in England? Towards developing affective psychosocial conception of trust in health care. *Sociology of Health & Illness* 36 (8), 1276–1294.
- Gagnon EM & Recklitis CJ. (2003). Parents' decision-making preferences in pediatric oncology: the relationship to health care involvement and complementary therapy use. *Psycho-Oncology* 12 (5), 442–452.
- Garvin BJ, Moser DK, Riegel B, Mc Kinley S, Doering L & An K. (2003). Effects of Gender and Preference for Information and Control on Anxiety Early After Myocardial Infarction. *Nursing Research* 52 (6), 386–392.
- Geraedts M, Schwartze D & Molzahn T. (2007). Hospital quality reports in Germany: Patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Services Research* doi: 10.1186/1472–6963–7–157.
- Gillon R. (1995). *Philosophical Medical ethics*. Wiley Medical. London.
- Gomm R. (2008). *Social Research Methodology. A critical Introduction*. Palgrave Macmillan. New York.
- Gooding S. (1995). The Relative Importance of Information Sources in Consumers' Choice of Hospitals. *Journal of Ambulatory Care Marketing* 6 (1), 99–108.
- Grant JS & Davis LL. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health* 20 (3), 269–274.
- Grant M & Booth A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review type and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* 26 (2), 91–108.
- Greener I. (2007). Are the assumptions underlying patients choice realistic? A review of the evidence. *British Medical Bulletin* 83 (1), 249–258.
- Groenewoud, S, Van Exel, N, Job A, Bobinac A, Berg M, Huijsman R & Stolk, E. (2015). What Influences Patients' Decisions When Choosing A Health Care Provider? Measuring Preferences of Patients with Knee Arthrosis, Chronic Depression, or Alzheimer's Disease Using Discrete Choice Experiments. *Health Service Research* doi:10.1111/1475-6773.12306.
- Haapiainen R & Virolainen P. (2016). Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Loppuraportti 21.9.2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:56. Helsinki.
- Hague P. (1993). *Questionnaire Design*. Kogan Page. London.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ & Anderson RE. (2010). *Multivariate Data Analysis. A global Perspective*. 7th edition. Pearson. Boston.
- Hallituksen esitys (2010). 90/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100090>. Viitattu 15.6.2016.
- Hallituksen esitys (2017). Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2§:n muuttamisesta. Viitattu 16.5.2017.
- Hallituksen esitys (2017). HE 47/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2§:n muuttamisesta. Viitattu 16.5.2017.
- Hallituksen esitys (2017). HE 52/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta. Viitattu 19.6.2017.
- Hanning M, Åhs A, Winblad U & Lundström, M. (2012). Impact of increased patient choice of providers in Sweden: cataract surgery. *Journal of Health Services Research & Policy* 17 (2), 101–105.
- Heischmidt K & Heischmidt, C. (1991). Hospital Choice Criteria: An Empirical Evaluation of Active Hospital Clients. *Journal of Hospital Marketing* 5 (2), 5–16.
- Henkilötietolaki (1999). 523/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523>. Viitattu 1.2.2012.
- Hietapakka L, Whellams A & Junnila ML. (2016). Julkisella sektorilla työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten asenteet valinnanvapautta kohtaan. Teoksessa Hallintoalalaisesta aktiiviseksi vaikuttajaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Raportti 11/2016. Junnila M, Hietapakka L & Whellams A. (toim.) Juvenes Print–Suomen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Higgins PA & Straub AJ. (2006). Understanding the error of our ways: Mapping the concepts of validity and reliability. *Nursing Outlook* 54 (1), 23–29.
- Hilton Z, Allwood D, Black N. (2012). Patients' and clinicians' views of comparing the performance of providers of surgery: a qualitative study. *Health Expectations* doi: 10.1111/hex.12037.
- Hilton A & Skrutkowski M. (2002). Translating Instruments Into Other Languages: Development and Testing Processes. *Cancer Nursing* 25 (1), 1–7.

- Hirschman A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty-Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, MA. Harvard University Press. <https://login.ezproxy.utu.fi/login?url=http://hdl.handle.net/2027/heb.04043>. Viitattu 30.5.2012.
- Hohfeld WN. (1917). Fundamental legal conceptions as applied in judicial reasoning. *The Yale Law Journal* 26 (8), 710–770.
- Horowitz E, Abadi-Korek I, Shani M, Shemer J. (2010). EQ-5D as a generic measure of health-related quality of life in Israel: reliability, validity and responsiveness. *The Israel Medical Association Journal* 12 (12), 715–720.
- Häkkinen H, IsoMauno J-T, Koivuranta-Vaara P & Tyni T. (2014). Valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. *Yleiskirje 6/80/2014*. Kuntaliitto. Helsinki.
- Häyry (nyk. Gylling) H. (1990). Freedom, autonomy and the limits of medical paternalism. Reports from the Department of Philosophy. University of Helsinki.
- Häyry H. (2002). *The limits of medical paternalism*. London ; New York : Routledge.
- Isotalo A, Leino-Kilpi H & Suhonen R. (2014). Terveydenhuoltolaissa potilaan vapaus ja vastuu. *Pro Terveys* 41 (4), 41–43.
- Isotalo A, Virolainen P, Leino-Kilpi H & Suhonen. (2015). Potilaan valinnanvapauttava on tuettava. *Suomen Lääkärilehti* 70 (10), 622–623.
- Janssen MF, Birnie E, Haagsma JA & Bonsel GJ. (2008). Comparing the standard EQ-5D three-level system with a five-level version. *Value in Health* 11 (2), 275–284.
- Jonsson PM, Nykänen E, Pohjola P, Junnilla M, Hietapakka L, Liukko E, Parhiala K, Nuorteva L & Whellams A. (2016). Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kuvauksia eräistä Euroopan maista. *Työpäperi 6/2016*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Jonsson PM & Virtanen M. (2013a). Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 68 (33), 1990–1993.
- Jonsson PM & Virtanen M. (2013b). Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 68 (34), 2070–2073.
- Joumard I, André C & Nicq C. (2010). *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*. OECD Economics Department Working Papers No. 769. OECD Publishing.
- Junnilla M, Hietapakka L & Whellams A. (2015). Ensimmäisen vuoden kokemuksia terveydenhuollon valinnanvapauden toteutumisesta. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 38 (2), 118–119.
- Junnilla M, Hietapakka L & Whellams A. (2016). Keskeiset päätelmät ja suosituksen. Teoksessa *Hallintoalalaisesta aktiiviseksi vaikuttajaksi*. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Raportti 11/2016. Junnilla M, Hietapakka L & Whellams A. (toim.) Juvenes Print–Suomen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Jääntti S. (2008). Kansalainen terveyspalveluja valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. *Citizens’ Choices of Health Services. The three-stage Model of Choice Concerning Physician Services in the Public and Private Sectors*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopio.
- Kaikkonen R, Hietapakka L, Pentala O, Whellams A & Junnilla M. (2016). Väestön kokemuksia valinnanvapaudesta. Teoksessa *Hallintoalalaisesta aktiiviseksi vaikuttajaksi*. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Raportti 11/2016. Junnilla M, Hietapakka L & Whellams A. (toim.) Juvenes Print–Suomen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Kalliomaa-Puha L. (2015). Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi? Teoksessa *Terveydenhuollon muutokset*. Niemelä M, Kokkinen L, Pulkki J, Saarinen A & Tynkkynen L-K. (toim.) Tampere University Press.
- Kansanterveyslaki (1972). 66/1972. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066>. Viitattu 15.6.2016.
- Keenan J. (1999). A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3), 556–562.
- Kelly E & Hurst J. (2006). Health Care Quality Indicators project. Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers No 23.
- Kessler TM, Nachbut BH & Kessler W. (2005). Patients’ perception of preoperative information by interactive computer program—exemplified by cholecystectomy. *Patient Education and Counseling* 59 (2), 135–140.
- Kielitoimiston sanakirja (2016). http://www.kotus.fi/sanakirjat/kielitoimiston_sanakirja. Viitattu 22.7.2016.
- Klami H. (1996). *Yksityisoikeus*. Teoksessa *Johdatus Suomen oikeusjärjestelmään*. Osa 1. Timonen P. (toim.) 3. painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Klemetti S, Leino-Kilpi H, Charalambous A, Copanitsanou P, Ingadottir B, Istomina N, Katajosto J, Unosson M, Zabalegui A & Valkeapää K. (2016). Information and Control Preferences and Their Relationship With the Knowledge Received Among European Joint Arthroplasty Patients. *Orthopaedic Nursing* 35 (3), 174–182.
- Koivusalo M, Ollila E & Alanko A. (2009). Lopuksi valinnat ja vastuu terveydenhuollossa. Teoksessa *Kansalaisesta kuluttajaksi*. Markkinat ja muutos

- terveydenhuollossa. Koivusalo M, Ollila E & Alanko A. (toim.) *Gaudeamus*. Helsinki University Press.
- Kontinen VK & Hynynen M. (2003). Mitä ASA-luokka kertoo leikkauksiriskistä? *Finnanest* 36 (4), 340–344.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.). (2011). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012.*
- Kotisaari M-L & Kukkola S. (2012). *Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1. painos. Bookwell Oy. Porvoo.*
- Kotro A, Hämäläinen E & Kovalainen HA. (2016). *Oikeusetiikka. Teoksessa HA Etiikka 02. Kotro A, Hämäläinen E & Kovalainen. Kustannusosakeyhtiö Otava. Keuruu.*
- Krantz D, Baum A & Wideman M. (1980). Assessment of Preference for Self-Treatment and Information in Health Care. *Journal of Personality and Social Psychology* 39 (5), 977–990.
- Kreisz F & Gericke C. (2010). User choice in European health systems: towards a systematic framework for analysis. *Health Economics, Policy and Law* 5: 13–30. doi: 10.1017/51744133109990132.
- Kunnat.net 2015. www.kunnat.net. Viitattu 25.1.2017.
- Kuntaliitto (2011). *Terveidenhuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.*
- Kuosmanen L. (2009). *Personal Liberty in Psychiatric Care - towards Service User Involvement. Henkilökohtainen vapaus psykiatrisessa hoidossa - kohti palvelujen käyttäjien osallisuutta. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.* <https://oa.doria.fi/handle/10024/43990>. Viitattu 23.9.2017.
- Kurittu K. (2001). *Potilaan asema ja oikeudet- Toteutuvatko potilaan lailliset oikeudet Suomen yliopistosairaaloissa? Lisensiaattityö. Turun yliopisto. Turku.*
- Käypä hoito suositus (2016). <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/etusivu>. Viitattu 3.2.2017.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta (2016). 381/2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160381>. Viitattu 1.2.2017.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (1999). 488/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>. Viitattu 1.2.2012.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992). 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785>. Viitattu 2.7.2013.
- Laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta. (2013). 1201/2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2013/20131201>. Viitattu 4.7.2016.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994). 559/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 4.7.2013.
- Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (1999). 621/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>. Viitattu 3.7.2016.
- Lako CJ & Rosenau P. (2009). Demand-driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: Results from a survey into hospital choice. *Health Care Analysis* 17 (1), 20–35.
- Lampinen T. (2003). Kuntien väliseen työnjakosopimukseen sisällytynyt potilasohjausmalli ja potilaan osallistumismahdollisuus hoitavan sairaalan valintaan. Patient management system included in the agreement on division of duties between municipalities and the opportunity of patient to influence the selection of hospital for further treatment. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Ortopedian ja traumatologian klinikka. Helsinki.
- Lane P & Lindquist J. (1988). Hospital Choice: A Summary of the Key Empirical and Hypothetical Findings of the 1980s. *Journal of Health Care Marketing* 8 (4), 5–20.
- Launis V. (2010) *Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja* 47 (2), 136–139.
- Launis V. (2013). *Lääkintä- ja hoitoetiikan perusperiaatteet. Teoksessa Lääkärietiikka. Suomen Lääkäriliitto. 7. painos. Esa Print Oy. Lahti.*
- Laverty AA, Dixon A & Millett C. (2013). Do patients' information requirements for choice in health care vary with their socio-demographic characteristics? *Health Expectations* 18 (5) doi:101111/hex.12086.
- Leclercq WK, Keulers BJ, Scheltinga MR, Spauwen PH & van der Wilt GJ. (2010). A review of Surgical Informed Consent: Past, Present, and Future. A Quest to Help Patients Make Better Decisions. *World Journal of Surgery* 34 (7), 1406–1415.
- Le Grand A, Propper C & Robinson, R. (1992). *The Economics of Social Problems. Macmillan Press Ltd. London.*
- Le Grand J. (2003). *Motivation, Agency and Public Policy. Of Knights & Knaves, Queens & Pawns. Oxford University Press. New York.*
- Le Grand J. (2007). *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition. Princeton and Oxford. Princeton University Press.*
- Le Grand J. (2009). Choice and competition in publicly funded health care *Health Economics, Policy and Law* 4 (4), 479–488.
- Lehtonen L. (2015). *Johdanto. Julkinen terveydenhuolto. Teoksessa Terveys oikeus. Lehtonen L,*

- Lohiniva-Kerkelä M & Pahlman I. BALTOprint. Liettua.
- Leino-Kilpi H, Heikkinen K, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H & Salanterä S. (2009). Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. *Applied Nursing Research* 22 (2), 101–106.
- Leino-Kilpi H. (2014). Eettisesti erilaiset hoitokäytännöt. Teoksessa *Etiikka hoitotyössä*. Leino-Kilpi H & Välimäki M. 8.–9. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Lemetti T & Ylönen M. (2016). Kirjallisuuskatsauksen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Stolt M, Axelin A & Suhonen R. (toim.) *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 73/2016*. Turun yliopisto.
- Letto-Vanamo P. (1999). Oikeusjärjestelmä ja oikeusjärjestykset. Teoksessa *Johdatus Suomen oikeusjärjestelmään* Timonen P. (toim.). 2. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Leucht S, Kissling W, Davis JM. (2009). How to read and understand and use systematic reviews and meta-analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119 (6), 443–450.
- Lindquist J & Lane, P. (1991). Hospital Choice: Empirical Verification of a Proposed Taxonomy, Contrasting Men and Women. *Journal of Hospital Marketing* 5 (2), 17–35.
- Lohiniva-Kerkelä M. (2015). Potilaan oikeudet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Teoksessa *Terveysoikeus*. Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M & Pahlman I. BALTOprint. Liettua.
- Losina E, Plerhopes T, Fossel AH, Mahomed NN, Barrett J, Creel AH, Wright EA & Katz JN. (2005). Offering patients the opportunity to choose their hospital for total knee replacement: Impact on satisfaction with the surgery. *Arthritis Care & Research* 53 (5), 646–652.
- Losina E, Walensky RP, Kessler CL, Emrani PS, Reichmann WM, Wright EA, Holt HL, Solomon DH, Yelin E, Paltiel AD & Katz JN. (2009). Cost-effectiveness of total knee arthroplasty in the United States: patient risk and hospital volume. *Archives of Internal Medicine* 169 (22), 1113–1121.
- Lubalin J & Harris-Kojetin L. (1999). What do consumers want and need to know in making health care choices? *Medical Care Research and Review* 56 (suppl 1), 67–102.
- Luo N, Chew LH, Fong KY, Koh DR, Ng SC, Yoon KH, Vasoo S, Li SC & Thumboo J. (2003). Validity and reliability of the EQ-5D self-report questionnaire in Chinese-speaking patients with rheumatic diseases in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine Singapore* 32 (5), 685–690.
- Maneesriwongul W & Dixon J. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Methodological Issues in Nursing Research* 48 (2), 175–186.
- Marang-van de Mheen PJ, Dijks-Elsinga J, Otten W, Versluijs M., Smeets HJ, van der Made WJ, Vree K. & Kievit J. (2010). The importance of experienced adverse outcomes on patients' future choice of a hospital for surgery. *Quality and Safety in Health Care* 19 (6):e16. doi: 10.1136/qshc.2008.031690.
- Marang-van de Mheen PJ, Dijks-Elsinga J, Otten W, Versluijs M. Smeets HJ. Vree R. van der Made WJ. & Kievit J. (2011). The relative importance of quality of care information when choosing a hospital for surgical treatment: A hospital choice experiment. *Medical Decision Making* 31 (6), 816–827.
- Mastaglia B, Toye C, & Kristjanson LJ. (2003). Ensuring content validity in instrument development: challenges and innovative approaches. *Contemporary Nurse* 14 (3), 281–291.
- Matveinen P & Knape N. (2016). Terveystieteiden menet ja rahoitus 2014. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 13/2016.
- Mead N & Bower P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* 48 (1), 51–61.
- Mead N, Bower P & Hann M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medicine* 55 (2), 283–299.
- Mendick N, Young B, Holcombe C & Salmon P. (2010). The ethics of responsibility and ownership in decision-making about treatment for breast cancer: triangulation of consultation with patient and surgeon perspectives. *Social Science & Medicine* 70 (12), 1904–1911.
- Merle V, Germain JM, Tavolacci MP, Brocard C, Chefson C, Cyvoct C, Edouard S, Guet L, Martin E & Czernichow P. (2009). Influence of infection control report cards on patients' choice of hospital: Pilot survey. *Journal of Hospital Infection* 71 (3), 263–268.
- Mielenterveyslaki (1990). 1116/1990. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 15.6.2017.
- Mill J. (2002). *On Liberty*. Dover Publications, Inc. Mineola, New York.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. (2010). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *International Journal of Surgery* doi:10.1016/j.ijsu.2010.02.007.
- Mol A-M. (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. Routledge.

- Mosadeghrad AM. (2014). Patient choice of a hospital: Implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27 (2), 152–164.
- Moser A, Korstjens I, van der Weijden T, Tange H. (2010). Patient's decision making in selecting a hospital for elective orthopaedic surgery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (6), 1262–1268.
- MOT Oxford Dictionary of English. (2016). <http://mot.kielikone.fieproxy.utu.fi/20148/motturkuyo/netmot.exe>. Viitattu 25.7.2016.
- Moulton B & King J. (2010). Aligning Ethics with Medical Decision-Making: The Quest for Informed Patient Choice. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 38 (1), 85–97.
- Naukkarinen E-L. (2008). Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Patient's self-determination and its Prerequisites in Health Care. Survey on Patients and Staff. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Nurmi T. (2004). Gummeruksen suuri Suomen kielen sanakirja. 3. tarkennettu painos.
- Nykysuomen sanakirja. (1988). 10.painos. WSOY. Porvoo.
- Ojanen T & Scheinin M. (2011). Kansainväliset ihmis- oikeussopimukset ja Suomen perusoikeusjärjestelmä. Teoksessa Perusoikeudet. Hallberg P, Karapuu H, Ojanen T, Scheinin M, Tuori K & Viljanen V-P. (toim.). 2. uudistettu painos. Werner Söderström lakitieto. Helsinki.
- OECD (2015). How does health spending in Finland compare? OECD Health Statistics 2015. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-FINLAND-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>. Viitattu 12.7.2016.
- Online Etymology Dictionary. (2016). www.etymonline.com. Viitattu 15.7.2016.
- Oppenheim AN. (2000). Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement. Continuum.
- Paasi M. (2016). Kotitalousasioissa vallitsee tasa-arvo, naiset tarkempia talouden menoista. Nordnet.blogi. Viitattu 9.5.2017.
- Pahlman I. (2003). Potilaan itsemääräämisoikeus. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Oikeustieteellinen tiedekunta. Helsinki. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Pahlman I. (2015). Potilaan oikeudet. Potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa Terveys- oikeus Lehtonen L, Lohiniva-Kerkelä M & Pahlman I. BALTOprint. Liettua.
- Pamilo KJ, Peltola M, Paloneva J, Mäkelä K, Häkkinen U & Remes V. (2015). Hospital volume affects outcome after total knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica* 86 (1), 41–47.
- Pekurinen M, Punkari M & Pokka M. (1997). Asiak- kaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen ter- veydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:16. Helsinki.
- Peltari H & Kaila M. (2014). Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muisti- oita 2014: 27. Helsinki.
- Perneger TV, Combescure C & Courvoisier DS. (2010). General population reference values for the French version of the EuroQol EQ-5D health utility instrument. *Value Health* 13 (5), 631–635.
- Perustuslaki (1999). 731/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731>. Viitattu 10.11.2015.
- Pesonen N & Ponteva E. (2006). Lääketieteen sana- kirja. 13. painos. Pro Sanoma Oy.
- Pietarinen J. (1993). Itsemääräämisen periaate. Käy- tännöllisen filosofian julkaisuja. Turun yliopisto. Vol. 7. Turun yliopiston offsetpaino. Turku.
- Pluye P, Robert E, Cargo M, Barlett G, O' Cathain A, Griffiths F, Boardman F, Gagnon MP & Rousseau MC. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies review. McGill University. Canada.
- Polit D & Beck C. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nurs- ing & Health* 29 (5), 489–497.
- Polit D & Beck C. (2012). Nursing Research: Generat- ing and Assessing Evidence for Nursing Paractice. 9 painos. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Päihdehuoltolaki (1986). 41/1986. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Viitattu 16.6.2017.
- Rabin R, Oemar M, Oppe M, Janssen B & Herdman M. (2011). EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L-instrument. Version 1.0. EuroQol Group.
- Rademakers J, Nijman J, Brabers AE, de Jong JD & Hendriks M. (2013). The relative effect of health lit- eracy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy* 114 (2), 200–206.
- Raevaara L & Sorjonen M-L. (2001). Lääkärin kysy- mykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa Keskustelu lääkäriin vastaanotolla. Sorjonen M-L, Peräkylä A & Eskola K. (toim.) Vastapaino. Jyväskylä
- Rainio J & Rätty T. (2015). Somaattinen erikoissairaan- hoito 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilas- toraportti 1/2015.
- Rattray J & Jones MC. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing* 16 (2), 234–243.

- Rautiainen H, Pelanteri S & Rasilainen J. (2012). So-
maattinen erikoissairaanhoido 2011. Tilastoraportti
19/2012. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Renholm M. (2015). Continuity of Patient Care in Day
Surgery. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteel-
linen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Sarja D. 1199.
Painosalama. Turku.
- Ringard Å (2010). Why do general practitioners aban-
don the local hospitals? An analysis of referral decisions
related to elective treatment. Scandinavian
Journal of Public Health 38 (6), 597–604. doi
10.1177/1403494810371019.
- Ringard Å & Hagen T. (2011). Are waiting times for
hospital admissions affected by patients' choices
and mobility? BioMed Central (BMC) Health Ser-
vices Research. 11: 170 doi: 10.1186/1472-6963-
11-170.
- Ringard Å. (2012). Equitable access to elective hospi-
tal services: The introduction of patient choice in a
decentralized healthcare system. Scandinavian Jour-
nal of Public Health 40 (1), 10-17.
- Robertson R & Burge P. (2011). The impact of patient
choice of provider on equity: analysis of patient sur-
vey. Journal of Health Services Research & Policy
16 (suppl.1), 22–28.
- Ryan M, McIntosh E, Dean T & Old P. (2000). Trade-
offs between location and waiting times in the pro-
vision of health care: the case of elective surgery on
the Isle of Wight. Journal of Public Health Medicine
22 (2), 202–210.
- Sairausvakuutuslaki (2004). 1224/2004.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041224>.
Viitattu 15.6.2016.
- Sakamaki H, Ikeda S, Ikegami N, Uchigata Y, Iwamoto
Y, Origasa H, Otani T & Otani Y. (2006). Measure-
ment of HRQL using EQ-5D in patients with type 2
diabetes mellitus in Japan. Value Health 9 (1), 47–
53.
- Salmi JW & Linkomies E. (2000). Latinalais-suoma-
lainen sanakirja. 16. painos. Otavan Kirjapaino Oy.
Keuruu.
- Saltman RB. (1994). Patient choice and patient em-
powerment in Northern European health systems: A
conceptual framework. International Journal of
Health Services 24 (2), 201–229.
- Schneider S & Deenan A. (2004). Reducing quanti-
tative data errors: tips for clinical researchers. Applied
Nursing Research 17 (2), 125–129.
- Schwartz LM, Woloshin S & Birkmeyer JD. (2005).
How do elderly patients decide where to go for ma-
jor surgery? Telephone interview survey. BMJ,
<https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.38614.449016.D>
E. Viitattu 1.2.2013
- Sen A. (2009). The idea of justice. Allen Lane an im-
print of Penguin Books, 2009. London.
- Shafie AA, Hassali MA & Liau SY. (2011). A cross-
sectional validation study of EQ-5D among the Ma-
laysian adult population. Quality of Life Research 20
(4), 593–600.
- Shervin N, Rubash HE & Katz JN. (2007). Orthopaedic
procedure volume and patient outcomes: a system-
atic literature review. Clinical Orthopaedics and Re-
lated Research 457:35-41.
- Siciliani L & Martin, S. (2007). An empirical analysis
of the impact of choice on waiting times. Health
Economics 16 (8), 763–779.
- Šidák ZK. (1967). Rectangular confidence regions for
the means of multivariate normal distributions. Jour-
nal of American Statistical Association 62 (318),
626-633.
- Sintonen H & Pekurinen M. (2009). Ter-
veystieteiden tutkimuskeskus. 3.painos. Sanoma Pro Oy.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaki.
(1992). 912/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920912>. Viitattu 15.6.2016.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki. (2009).
569/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2009/20090569>. Viitattu 15.6.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009). Johtamisella vai-
kuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaoh-
jelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön jul-
kaisuja 2009:18. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010). Yhtenäiset kii-
reittäjän hoidon perusteet 2010. 2.korjattu painos.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3520-4>. Vii-
tattu 3.2.2017
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011). Asetus
341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laa-
dunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöön-
panosta laadittavasta suunnitelmasta.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2011/20110341>.
Viitattu 7.3.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2014). Sosiaali- ja ter-
veydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus.
Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysminis-
teriön raportteja 2014:14. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3485-6>. Viitattu 23.9.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016a). Sote- ja maa-
kuntauudistus. [http://alueuudistus.fi/soteuudis-
tus/asiakkaan-valinnanvapaus](http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus). Viitattu 30.6.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016b). Otakantaa-ky-
selytutkimus. [http://stm.fi/artikkeli/-/asset_
publisher/otakantaa-asiakkaan-valinnanvapauteen](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/otakantaa-asiakkaan-valinnanvapauteen). Vii-
tattu 5.8.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016c.) Asiakkaan va-
linnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa.
www.alueuudistus.fi. Viitattu 7.1.2017

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017a). Alueuudistus. Valinnanvapausmallin pääpiirteet. <http://alueuudistus.fi>. Viitattu 20.10.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017b). Luonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. <http://alueuudistus.fi>. Viitattu 20.10.2017.
- Souto RQ, Khanassov V, Hong QN, Bush PL, Vedel I & Pluey P. (2015). Systematic mixed studies reviews: updating results on the reliability and efficiency of the Mixed Method Appraisal Tool. *International Journal of Nursing Studies* 52 (1), 500–501.
- Sotkanet (2013). Ruotsinkielinen väestö Turun yliopistosairaalan erityisvastuualueella 31.12.2012. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3Z0AQA=®ion=s041AwA=&year=sy4rBgA=&gender=t&abs=f&color=f>. Viitattu 12.3.2013.
- SPSS (2016). SPSS 22 for Windows. SPSS Inc, Chicago, IL, USA. IBM Corporation.
- Subirana M, Solá I, Garcia JM, Gich I, Urrútia G. (2005). A nursing qualitative systematic review required MEDLINE and CINAHL for study identification. *Journal of Clinical Epidemiology* 58 (1), 20–25.
- Suhonen R., Saarikoski M & Leino-Kilpi H. (2009). Cross-cultural nursing research: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 46 (4), 593–602.
- Suhonen R, Axelin A & Stolt M. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Stolt M, Axelin A & Suhonen R. (toim.) *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 73/2016*. Turun yliopisto.
- Sun S, Chen J, Johannesson M, Kind P, Xu L, Zhang Y & Burström K. (2011). Population health status in China: EQ-5D results, by age, sex and socio-economic status, from the National Health Services Survey 2008. *Quality of life research* 20 (3), 309–320.
- Suomen hallitusohjelma. (2015). Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Suomen valtioneuvosto.
- Sut HK & Unsar S. (2011). Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? *Journal Anadolu Kardiyol Derg* 11 (2), 156–162.
- Steiner DL. & Norman GR (2008). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. 4th edition. Oxford University Press. Oxford, New York.
- Svedberg P, Ivarsson B, Nilsson U, Roxberg A, Baigi A, Brunt D, Brannstrom M, Fridlund B, Persson S, Rask M & Alm-Roijer C. (2012). Psychometric evaluation of a Swedish version of Krantz Health Opinion Survey. *Open Journal of Nursing* doi: 10.4236/ojn.2012.23028.
- Szende A, Oppe M & Devlin N. (2007). *Teoksessa EQ-5D Value Sets: Inventory, Comparative Review and User Guide* Szende A, Oppe M & Devlin N. (toim.). Springer.
- Tartuntatautilaki (1986). 583/1986. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>. Viitattu 15.7.2017.
- Tengilimoglu D, Yesiltas M, Kisa A & Dziegielewski SF. (2014). The role of public relations activities in hospital choice. *Health Marketing Quarterly* 24 (3-4), 19–31.
- TENK (2009). Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. http://www.tenk.fi/eettinen_ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf. Viitattu 1.2.2012.
- TENK (2012). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. <http://tenk.fi/en/index.html>. Viitattu 1.2.2012.
- Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron J. (2009). *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports 82. Edita Prima Ltd. Helsinki.
- Terveydenhuoltolaki (2010). 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 2.7.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2013). TOIMIA/Elämänlaatu-työryhmä.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2016). Hilmo. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus. Määrittelyt ja ohjeistus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-690-2>. Viitattu 13.3.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2017). Palveluvaaka- verkkosivusto. <https://www.palveluvaaka.fi/>. Viitattu 5.5.2017.
- Thompson S & Dixon A. (2006). Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research & Policy* 11 (3), 167–171.
- Thompson I, Melia K, Boyd K & Horsburgh D. (2006). *Nursing Ethics*. Churchill Livingstone.
- Thompson M, Tiwari A, Fu R, Moe E & Buckley DI. (2012). *A Framework To Facilitate the Use of Systematic Reviews and Meta-Analyses in the Design of Primary Research Studies*. Research White Paper. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.utu.fi/pubmed/22299187>. Viitattu 13.1.2017.
- Tieteen kansallinen termipankki. (2016). <http://tieteen-termipankki.fi>. Viitattu 11.7.2016
- Tilastokeskus (2013). Väestörakenne. <http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/index.html>. Viitattu 13.2.2017.

- Timonen P. (1999). Oikeuslähteet ja oikeudellinen lähdemateriaali. Teoksessa Johdatus Suomen oikeusjärjestelmään Timonen P. (toim.). 2. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. Osa 1. Yksitysoikeus.
- Trigg L. (2011). Patients' opinions of health care providers for supporting choice and quality improvement. *Journal of Health Research & Policy* 16 (2), 105–107.
- Turku CRC (2012). Turku Clinical Research Centre. Investigator's trial file. <http://www.turkucrc.fi/>. Viitattu 2.2.2012.
- Turunen KE. (1992). Arvojen todellisuus. Johdatus arvokasvatukseen. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä.
- Turunen KE. (1997). Halut, arvot ja valta. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Tuomala M. (2009). Julkistalous. Gaudeamus. Uudistettu painos. Helsinki University Press. Helsinki.
- Tuori K. (2011). Perusoikeudet. Hallberg, P., Karapuu, H., Ojanen, T., Scheinin, M., Tuori, K. & Viljanen, V-P. (toim.). 2. uudistettu painos. Werner Söderström lakitieto. Helsinki.
- Tuori K & Kotkas T. (2016). Sosiaalioikeus. 5. uudistettu painos. BALTOprint. Liettua.
- Tuorila H. (2016a). Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävissä terveydenhuollossa. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. Helsinki.
- Tuorila H. (2016b). Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 2: valinnanvapautta tukeva tiedottaminen julkisissa terveydenhuoltopalveluissa. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. Helsinki.
- Tynkkynen L-K, Chydenius M, Saloranta A & Keskimäki I. (2016). Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health Policy* 120 (3), 227–234.
- Valentine N, Darby C & Bonsel GJ. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science & Medicine* 66 (9), 1939–1950.
- Valtioneuvosto (2016). Hallitus linjasi sote- ja aluehallintouudistusta. Tiedote 137/2016. Valtioneuvosto. Helsinki.
- Valtioneuvosto. (2017). 582/2017. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnojoista ja eräiden tehtävien keskittämisestä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2017/20170582>. Viitattu 23.9.2017.
- Valtonen H, Kankaanpää E & Linnosmaa I. (2010). Kenneth Arrow ja terveydenhuollon erityispiirteet. Teoksessa Yhteiskunta ja terveys: klassisia teoreettisia näkökulmia. Ashorn U, Henriksson L, Lehto J & Nieminen P. (toim.) Gaudeamus. Helsinki University Press.
- van Reenen M & Janssen B. (2015). EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L-instrument. Version 2.1.
- Van de Walle S & Marien S. (2015). Choice in Public Health Services: A Multilevel Analysis of Perceived Primary Care Doctor Choice in 22 Countries. <https://doi.org/10.1177/0095399715581047>.
- Varkevisser M, van der Geest S, Schut F. (2012). Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *Journal of Health Economic* 31 (2), 371–378.
- Vehkalahti K. (2014). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.
- Victoor A, Delnoij D, Friele R & Rademakers J. (2012a). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* doi: 10.1186/1472-6963-12-272.
- Victoor A, Friele R, Delnoij D, Rademakers J. (2012b). Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* doi:10.1186/1472-6963-12-441.
- Victoor A, Noordman J, Sonderkamp JA, Delnoij D, Friele R, van Dulmen S & Rademakers J. (2013). Are patients' preferences regarding the place of treatment heard and addressed at the point of referral: an exploratory study based on observations of GP-patient consultations? *BioMed Central (BMC) Family Practice* doi: 10.1186/1471-2296-14-189.
- Victoor A, Delnoij D, Friele R & Rademakers, J. (2014). Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expectations* 19 (3), 667–678.
- Vrangbæk K & Østergren K. (2006). Patient empowerment and the introduction of hospital choice in Denmark and Norway. *Health Economics, Policy and Law* 1 (4), 371–394.
- Vrangbæk K, Robertson R, Winblad U, van de Bovenkamp H & Dixon A. (2012). Choice policies in Northern European health systems. *Health Economics, Policy and Law* 7 (1), 47–71.
- Vuorenkoski L, Mladovsky P & Mossilos E. (2008). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition* 10 (4), 1–168.
- Välimäki M. (1998). Self-determination in Psychiatric patients. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Sarja D. 288. Painosalama. Turku.

- Välimäki M. (2014). Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat. Teoksessa *Etiikka hoitotyössä*. Leino-Kilpi H & Välimäki M. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Wasserstein RL & Lazar NA. (2016). The ASA's statement on p-values: context, process, and purpose. *The American Statistician* 70 (2), 129–133.
- Watson R & Thompson DR. (2006). Use of factor analysis in *Journal of Advanced Nursing: literature review*. *Journal of Advanced Nursing* 55 (3), 330–341.
- Whellams A. (2016). *Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Työpaperi 2/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Whittemore R & Knafl K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52 (2), 546–553.
- WHO (1994). *A Declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. WHO. Regional Office for Europe. Kluwer International. Haag.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva. WHO.
- WHO (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. <http://www.thehealthwell.info/node/583943>. Viitattu 25.5.2017.
- WHO (2014). *Transforming health services delivery towards people-centred health systems*. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health. <http://www.euro.who.int/pubrequest>. Viitattu 25.5.2017.
- Winblad U. (2008). Do physicians care about patient choice? *Social Science & Medicine* 67(10), 1502–1511.
- Winblad U & Ringard Å. (2009). Meeting rising public expectation: the changing roles of patients and citizens. Teoksessa *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Magnessen J, Vrangbæk K & Saltman R. (toim.) McGraw-Hill. Open University Press.
- Wolinsky F & Kurz R. (1984). How the Public Chooses and Views Hospitals. *Hospital and Health Services Administration* 29 (6), 58–67.
- Zwijnenberg NC, Damman OC, Spreeuwenberg P, Hendriks M, Rademakers JJJM. (2011). Different patient subgroup, different ranking? Which quality indicators do patients find important when choosing a hospital for hip- or knee arthroplasty? *BiMed Central (BMC) Health Services Research* doi: 10.1186/1472–6963-11–299.
- Zwijnenberg N, Hendriks M, Damman O, Bloemendal E, Wendel S, Jong J & Rademakers J. (2012). Understanding and using comparative healthcare information; the effect of the amount of information and consumer characteristics and skills. *BioMed Central (BMC) Medical Informatics & Decision Making* doi: 10.1186/1472–6947–12–101.

LIITTEET

Liite 1. Integroivan kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet

Tietokanta	Hakutermit
MEDLINE PubMED	("patient choice"[TIAB] OR "patients choice"[TIAB] OR "consumer choice"[TIAB] OR "consumers choice"[TIAB]) AND (provider[TIAB] OR providers[TIAB] OR hospital[TIAB] OR hospitals[TIAB] OR physician[TIAB] OR physicians [TIAB] OR doctor[TIAB] OR doctors[TIAB]) (choice[tiab] OR choose[tiab] OR chooser[tiab] OR choosing[tiab] OR decision[tiab] OR decisions[tiab] OR elective[tiab] OR elective's[tiab] OR elective's[tiab]) AND (hospital[tiab] OR hospital's[tiab] OR hospital's[tiab] OR hospital's[tiab] OR provider[tiab] OR provider's[tiab] OR providers[tiab] AND (patient[tiab] OR patient's[tiab] OR patient's[tiab] OR patient's[tiab]) AND (surgery[tiab] OR surgeon[tiab] OR surgeon[tiab] OR surgeon[tiab] OR surgeons[tiab] OR surgical[tiab] OR surgical[tiab] OR surgical's[tiab] OR surgical's[tiab] OR operati*[tiab] OR replace*[tiab] NOT (Medline[sb] OR cancer OR neoplasm*)) Filters: Abstract available; Publication date from 2013/01/01; English
MEDLINE Ovid	(hospital* ADJ2 choice*) OR (hospital* ADJ2 choos*) OR (hospital* ADJ2 select) OR (hospital* ADJ2 selection) OR (hospital* ADJ2 decis*) OR (hospital* ADJ2 elective) OR (hospital* ADJ2 election) OR (hospital* ADJ2 elect) OR (hospital* ADJ2 elected) OR (hospital* ADJ2 prefer*) OR (hospital* ADJ2 option*) OR (hospital* ADJ2 preference*) OR (provider* ADJ2 choice*) OR (provider* ADJ2 choos*) OR (provider* ADJ2 select) OR (provider* ADJ2 selection) OR (provider* ADJ2 decis*) OR (provider* ADJ2 elective) OR (provider* ADJ2 election) OR (provider* ADJ2 elect) OR (provider* ADJ2 elected) OR (provider* ADJ2 prefer*) OR (provider* ADJ2 option*) AND exp Surgical Procedures, Operative/ or surgery.mp. or exp General Surgery/ or surgery.fs. (abstracts and English language and yr= "2003- current")
Embase	'surgery'/exp OR 'surgery' AND (hospital* NEAR/2 choice* OR hospital* NEAR/2 choos* OR hospital* NEAR/2 select OR hospital* NEAR/2 selection OR hospital* NEAR/2 decis* OR hospital* NEAR/2 elective OR hospital* NEAR/2 election OR hospital* NEAR/2 elect OR hospital* NEAR/2 elected OR hospital* NEAR/2 prefer* OR hospital* NEAR/2 option* OR hospital* NEAR/2 preference* OR provider* NEAR/2 choice* OR provider* NEAR/2 choos* OR provider* NEAR/2 select OR provider* NEAR/2 selection OR provider* NEAR/2 decis* OR provider* NEAR/2 elective OR provider* NEAR/2 election OR provider* NEAR/2 elect OR provider* NEAR/2 elected OR provider* NEAR/2 prefer* OR provider* NEAR/2 option*) AND [english]/lim AND [abstracts]/lim NOT [medline]/lim AND [2003-2014]/py
Cinahl	(MH "Surgery, Operative+") AND ((hospital* N2 choice*) OR (hospital* N2 choos*) OR (hospital* N2 select) OR (hospital* N2 selection) OR (hospital* N2 decis*) OR (hospital* N2 elective) OR (hospital* N2 election) OR (hospital* N2 elect) OR (hospital* N2 elected) OR (hospital* N2 prefer*) OR (hospital* N2 choice*) OR (provider* N2 choice*) OR (provider* N2 choos*) OR

Tietokanta	Hakutermit
Web of Science	(provider* N2 select) OR (provider* N2 selection) OR (provider* N2 decis*) OR (provider* N2 elective) OR (provider* N2 election) OR (provider* N2 elect) OR (provider* N2 elected) OR (provider* N2 prefer*) OR (provider* N2 option*) OR (provider* N2 option*) Limiters - Abstract Available; Published Date: 20030101-20141231; English Language (Surg* OR operati* OR replace*) AND (hospital* NEAR/2 choice* OR hospital* NEAR/2 choos* OR hospital* NEAR/2 select OR hospital* NEAR/2 selection OR hospital* NEAR/2 decis* OR hospital* NEAR/2 elective OR hospital* NEAR/2 election OR hospital* NEAR/2 elect OR hospital* NEAR/2 elected OR hospital* NEAR/2 prefer* OR hospital* NEAR/2 option* OR hospital* NEAR/2 preference* OR provider* NEAR/2 choice* OR provider* NEAR/2 choos* OR provider* NEAR/2 select OR provider* NEAR/2 selection OR provider* NEAR/2 decis* OR provider* NEAR/2 elective OR provider* NEAR/2 election OR provider* NEAR/2 elect OR provider* NEAR/2 elected OR provider* NEAR/2 prefer* OR provider* NEAR/2 option*) Refined by: DOCUMENT TYPES: (ARTICLE OR REVIEW) AND LANGUAGES: (ENGLISH)Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCIS, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, CCR-EXPANDED, IC Timespan=2003-2014
Medic	valinnanvap* JA potila*
Arto	valinnanvap? JA potila?

Liite 2. Määrällisten tutkimusten laadun arvioitukriteerit (Centre for Evidence-Based Management; Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study 2014)

Tutkimus ja kriteeri	1	2	3	4	5	6	7*	8	9	10	11**	12	Pisteet
Akinci ym. 2004	+	+	+	+	-	u	+	+	+	-	u	-	7
al-Doghaither ym. 2003	+	+	+	+	u	u	+	+	+	-	+	-	8
Birk ym. 2011	+	+	+	u	all	u	-	+	+	+	+	+	9
Birk & Henriksen 2006	+	+	+	+	all	u	+	+	+	-	+	+	10
Bozic ym. 2013	+	+	u	u	u	+	u	+	+	-	+	+	7
Burge ym. 2004	+	+	u	+	+	u	-	+	+	+	+	+	8
Coulter ym. 2005	+	+	+	+	+	u	-	+	+	-	+	+	9
Dixon ym. 2010	+	+	+	+	+	u	+	+	+	+	+	+	10
Dijis-Elsinga ym. 2010	+	+	+	+	+	u	+	+	+	+	+	+	11
de Groot ym. 2011	+	+	u	+	u	u	-	+	+	+	+	+	8
de Groot ym. 2012	+	+	+	+	u	u	-	+	+	+	+	+	9
Geraedts ym. 2007	+	+	+	-	-	u	u	+	+	na.	+	+	7
Lako & Rosenau 2009	+	+	u	u	-	u	+	u	+	na.	+	+	6
Lavery ym. 2013	+	+	+	+	+	u	-	+	+	+	+	+	10

Tutkimus ja kriteeri	1	2	3	4	5	6	7*	8	9	10	11**	12	Pisteet
Losina ym. 2005	+	+	+	+	+	u	+	+	+	+	+	+	11
Marang van de Mheen ym. 2010	+	+	+	+	+	u	- 46,30 %	+	+	-	+	+	9
Marang van de Mheen ym. 2011	+	+	+	-	+	u	- 46,30 %	+	+	-	+	+	8
Merle ym. 2009	+	+	+	-	+	u	u	+	+	+	+	+	9
Mosadeghrad 2014	+	+	-	u	+	u	+	+	-	u	+	-	6
Schwartz ym. 2005	+	+	+	u	+	u	+	+	+	+	+	+	10
Tengilmoglu ym. 2014	+	+	-	-	u	u	u	+	+	-	-	-	4
Zwinnenberg ym. 2011	+	+	+	-	-	u	- 41,50 %	+	+	-	+	+	7
Lampinen 2003	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	11
Groenewoud ym. 2015	+	+	+	-	-	u	+	+	+	-	+	+	8

CEMB kriteerit: 1) Did the study address a clearly focused questions/issue? 2) Is the research method (study design) appropriate for answering the research question? 3) Is the method of selection of the subjects (employees, teams, divisions, organizations) clearly described? 4) Could the way the sample was obtained introduce (selection) bias? 5) Was the sample of subjects representative with regard to the population to which the findings will be referred? 6) Was the sample size based on pre-study consideration of statistical power? 7) Was a satisfactory response rate achieved? 8) Are the measurements (questionnaire) likely to be valid and reliable? 9) Was the statistical significance assessed? 10) Are confidence intervals given for the main results? 11) Could there be confounding factors that haven't been accounted for? 12) Can the results be applied to your organization?

*= 60 % pidettiin hyväksyttävänä kirjallisuuden perusteella (Polit & Beck 2012)**= limitations tai katoanalyysi = +
+ = kyllä / - = ei, u= epäselvää, na. = kriteeri ei ole sovellettavissa ko. tutkimukseen

Liite 3. Laadullisen tutkimuksen laadun arviointikriteerit (Mixed Methods Appraisal Tool; Pluye et al. 2011)

Tutkimus ja kriteeri	1	2	3	4	5	6	Pisteet
Moser ym. 2010	+	+	+	+	+	+	6
			Participants recruiting and approaching were described, participants were patients	Data collection described, 8 individual inter-view	Methodological considerations; analysis	Trustworthiness	

MMAT kriteerit 1) Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives), or a clear mixed methods question or objective 2) Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g. consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components) 3) Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)? 4) Is the process for analysing qualitative data relevant to address the research question (objective)? 5) Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g. the setting, in which the data were collected? 6) Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence e.g. through their interactions with participants?

Liite 4. Suomenkielinen kyselylomake

ID-nro: 2_____

A. Terveyspalvelujen käyttö ja lähete

Valitkaa seuraavissa kysymyksissä vaihtoehto, joka vastaa parhaiten mielipidettänne ympyröimällä sitä vastaava numero tai kirjoittamalla vastaus annettuun tilaan.

1. Kuinka usein olette käynyt lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana?

- 1 = Kerran
- 2 = 2-5 kertaa
- 3 = 6-10 kertaa
- 4 = Enemmän kuin 10 kertaa

2. Keneltä saitte lähetteen sairaalaan Teille äskettäin tehtyä leikkausta varten?

- 1 = Terveyskeskuslääkäriltä
- 2 = Työterveyshuollon lääkäriltä
- 3 = Yksityiseltä lääkäriltä
- 4 = Joltain muulta; keneltä? _____
- 5 = En tiedä

3. Missä sairaalassa olitte leikkaushoidossa?

- 1 = Turun yliopistollinen keskussairaala
- 2 = Satakunnan keskussairaala
- 3 = Vaasan keskussairaala
- 4 = Rauman aluesairaala
- 5 = Loimaan aluesairaala
- 6 = Salon aluesairaala
- 7 = Tyks Vakka-Suomen sairaala
- 8 = Turunmaan sairaala
- 9 = Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto, sairaala
- 10 = Jokin muu; mikä sairaala? _____

4. Mikä leikkaus Teille suoritettiin sairaalassa?

- 1 = Polviniveleen kohdistuva leikkaus
- 2 = Olkaniveleen kohdistuva leikkaus
- 3 = Käden hermoon kohdistuva leikkaus
- 4 = Sappirakon poisto
- 5 = Nivustyrän korjausleikkaus
- 6 = Jokin muu; mikä leikkaus? _____
- 7 = En tiedä

5. Oletteko ollut aiemmin hoidettavana tässä sairaalassa?

- 1 = Kyllä
- 2 = En

6. Tunnetteko Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) hoitopaikan valintaa koskevan sisällön?

- 1= Kyllä
- 2= En

7. Osallistuitteko tällä kerralla Teitä hoitavan sairaalan valintaan?

- 1 = Kyllä
- 2 = En

B. Potilaan näkemykset terveystalvelujen toiminnasta ja kii- reettömän hoidon hoitopaikkaa koskevasta valinnanvapau- desta

Valitkaa seuraavissa kysymyksissä vaihtoehto, joka vastaa parhaiten mielipi-
dettänne ympyröimällä sitä vastaava numero ruudukossa. Arvioikaa kysy-
myksissä 10.- 13. parhaan kykynne mukaan vastaanottokäyntiä, jolloin saitte
lääkäriltä lähetteen sairaalaan mahdollista leikkausta varten.

Asteikko: 1=Täysin eri mieltä, 2= Osittain eri mieltä, 3= Ei samaa, eikä eri
mieltä, 4= Osittain samaa mieltä, 5= Täysin samaa mieltä

8. Minulla on oikeus yhdessä lähettävän lääkärin kanssa valita hoitava sairaala	1	2	3	4	5
9. Minulle on tärkeää, että voin valita hoitavan sairaalan	1	2	3	4	5
10. Lähettävä lääkäri kuunteli vastaanotolla huolellisesti, mitä halusin kertoa terveydentilastani	1	2	3	4	5
11. Lähettävä lääkäri antoi minulle vastaanotolla riittävästi aikaa esittää terveydentilaani liittyviä kysymyksiä	1	2	3	4	5
12. Lähettävä lääkäri selitti vastaanotolla terveydentilaani liittyvät asiat selkeästi	1	2	3	4	5
13. Lähettävä lääkäri toimi yhteisymmärryksessä kanssani hoitavan sairaalan valintaa koskevassa päätöksenteossa	1	2	3	4	5

14. Valitkaa seuraavista yksi vaihtoehto, joka vastaa parhaiten mielipidettänne ympäröimällä sitä vastaava numero.

- 1 = Minun tulisi saada itsenäisesti valita hoitava sairaala
- 2 = Minun ja lähettävän lääkärin tulisi keskustella vaihtoehtoista ja sen jälkeen yhdessä valita hoitava sairaala
- 3 = Lähettävän lääkärin tulisi saada itsenäisesti valita hoitava sairaala

15. Oletteko itse etsinyt tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta?

- 1= Kyllä
- 2= En

16. Mistä olette saanut tietoa julkisten sairaaloiden toiminnasta? Voitte valita useita vaihtoehtoja.

- 1 = Omien aikaisempien kokemusten perusteella
- 2 = Lähettävältä lääkäriltä tai muulta lääkäriltä
- 3 = Muulta terveydenhuollon ammattihenkilöltä esim. sairaanhoitajalta
- 4 = Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Palveluvaaka-verkkosivuilta
- 5 = Sairaaloiden verkkosivuilta
- 6 = Viranomaistahojen verkkosivuilta (esim. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta)
- 7 = Potilasjärjestöjen kautta
- 8 = Ystävien ja läheisten kautta
- 9 = Epävirallisista verkkosivuilta (esim. keskustelupalstoilta)
- 10 = Jokin muu lähde; mikä? _____

C. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat tekijät

17. Mikäli osallistuitte tällä kertaa Teitä hoitavan sairaalan valintaan, arvioikaa seuraavien tekijöiden tärkeyttä tämänkertaisessa sairaalan valinnassa.

Mikäli ette osallistunut Teitä hoitavan sairaalan valintaan, arvioikaa seuraavien tekijöiden tärkeyttä valintaperusteena, kun seuraavan kerran hakeudutte sairaalaan leikkausta varten.

Valitkaa seuraavissa kysymyksissä vaihtoehto, joka vastaa parhaiten mielipidettänpä ympyröimällä sitä vastaava numero ruudukossa. Kysymyksiin ei ole oikeita tai vääriä vastauksia. Arvioikaa kunkin tekijän tärkeyttä itsellenne parhaan kykynne mukaan.

Asteikko: 1= Ei lainkaan tärkeä tekijä, 2= Vain vähän tärkeä tekijä, 3= Jonkin verran tärkeä tekijä, 4= Tärkeä tekijä, 5= Erittäin tärkeä tekijä

1.Sairaala sijaitsee lähellä kotiani tai työpaikkaani	1	2	3	4	5
2.Pääsen erikoislääkärin arvioitavaksi sairaalaan hoitotakuun puitteissa (kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saamisesta)*	1	2	3	4	5
3.Pääsen leikkaukseen sairaalaan hoitotakuun puitteissa (kuuden kuukauden kuluessa leikkaustarpeen toteamisesta)*	1	2	3	4	5
4.Saan sairaalassa palvelua omalla äidinkielelläni*	1	2	3	4	5
5.Sairaalan valinta voi aiheuttaa minulle lisäkustannuksia matkakuluihin sijaintinsa vuoksi*	1	2	3	4	5
6.Sairaalan valinta voi aiheuttaa minulle lisäkustannuksia potilasmaksuihin*	1	2	3	4	5
7.Sairaalaan on helppo päästä julkisilla kulkuneuvoilla	1	2	3	4	5
8.Sairaalan alueella on riittävästi pysäköintitilaa	1	2	3	4	5
9.Pysäköinti sairaalan alueella on edullista	1	2	3	4	5

*Viitataan hoidon saamista ja järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön, hoitosuosiin tai yleisimpiä kirurgisia toimenpiteitä koskeviin vuotuisiin kansallisiin keskiarvoihin.

10.Sairaala on keskussairaala tai yliopistollinen keskussairaala*	1	2	3	4	5
11.Sairaalassa on saatavilla useiden alojen erikoislääkärien palveluja*	1	2	3	4	5
12.Sairaalan lääkäreillä on tunnetusti arvostettu ammattitaito	1	2	3	4	5
13.Sairaalan hoitohenkilökunnalla on tunnetusti arvostettu ammattitaito	1	2	3	4	5
14.Minulle suunnitellun leikkauksen suorittaa erikoislääkäri	1	2	3	4	5
15.Sairaalan toiminnan laatua arvioidaan säännöllisesti*	1	2	3	4	5
16.Sairaalan toiminnan turvallisuutta arvioidaan säännöllisesti*	1	2	3	4	5
17.Sairaalassa ilmenee vain vähän potilaan hoitoa haittaavia tai vaarantavia tapahtumia vuosittain*	1	2	3	4	5
18.Sairaalassa tapahtuu vain vähän lääkehoitoon liittyviä virheitä vuosittain*	1	2	3	4	5
19.Sairaalassa esiintyy vain vähän leikkaushoitoon liittyviä haavatulehduksia vuosittain*	1	2	3	4	5
20.Leikkaavalla lääkäriellä on paljon kokemusta minulle suunnitellusta leikkaushoidosta*	1	2	3	4	5
21.Sairaalassa tehdään vain vähän leikkaushoitoon liittyviä muistutuksia ja kanteluja vuosittain*	1	2	3	4	5
22.Osastohoitoa vaativien yleisten leikkausten jälkeinen hoitoaika sairaalassa vastaa kansallista keskitasoa*	1	2	3	4	5
23.Sairaalassa joudutaan peruuttamaan vain harvoin potilaille suunniteltuja leikkauksia vuosittain*	1	2	3	4	5
24.Sairaalassa tehdään vain vähän leikkaushoitoon liittyviä potilasvahinkoilmoituksia vuosittain*	1	2	3	4	5
25.Yleisiin suunniteltuihin leikkaushoitoihin liittyvä kuolleisuus on sairaalassa alhainen*	1	2	3	4	5
26.Sairaalassa tapahtuu vain vähän odottamattomia haitallisia tapahtumia (komplikaatioita) yleisten leikkausten yhteydessä vuosittain*	1	2	3	4	5

*Viitataan hoidon saamista ja järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön, hoitosuosiin tai yleisimpiä kirurgisia toimenpiteitä koskeviin vuotuisiin kansallisiin keskiarvoihin.

27.Sairaalassa hoidetaan leikkaukseen liittyvää kipua hoitosuosituksen mukaisesti*	1	2	3	4	5
28.Sairaalassa esiintyy osastohoitoa vaativilla potilailla vain vähän painehaavoja vuosittain*	1	2	3	4	5
29.Sairaalassa suoritetaan vain harvoin uusintaleikkauksia yleisten leikkausten yhteydessä vuosittain*	1	2	3	4	5
30.Sairaalassa noudatetaan leikkaushoitoa koskevia hoitosuosituksia esim. veritulpan ehkäisyssä*	1	2	3	4	5
31.Sairaalaan voi varata vastaanottoajan sähköisen järjestelmän kautta	1	2	3	4	5
32.Minulla on mahdollisuus vaikuttaa leikkaushoidon ajan-kohtaan	1	2	3	4	5
33.Leikkaushoitoa koskeva ohjeistus on mahdollista saada sähköisen järjestelmän kautta	1	2	3	4	5
34.Minulla on mahdollisuus valita sairaalassa leikkauksen suorittava lääkäri*	1	2	3	4	5
35.Minulle suunniteltu leikkaus voidaan suorittaa sairaalassa päiväkirurgisena toimenpiteenä	1	2	3	4	5
36.Sairaalassa järjestetään leikkaushoitoa edeltävät tutkimukset sujuvasti aikataulun mukaan esim. vastaanotokäynnin yhteyteen	1	2	3	4	5
37.Saan selkeät ohjeet leikkaushoitoon valmistautumisesta	1	2	3	4	5
38.Saan selkeät ohjeet leikkaushoitoon liittyvästä lääkityksestä	1	2	3	4	5
39.Saan selkeät ohjeet leikkaushoidon jälkeisestä hoidosta	1	2	3	4	5
40.Saan tiedon siitä, keneen voin ottaa yhteyttä leikkauksen jälkeisen mahdollisen ongelmatilanteen yhteydessä	1	2	3	4	5
41.Sairaalan tilat ovat siistit	1	2	3	4	5
42.Sairaalan tilat ovat esteettömiä apuvälineitä käyttäville henkilöille	1	2	3	4	5

*Viitataan hoidon saamista ja järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön, hoitosuosituksiin tai yleisimpiä kirurgisia toimenpiteitä koskeviin vuotuisiin kansallisiin keskiarvoihin.

43.Sairaalan tilat ovat viihtyisät	1	2	3	4	5
44.Sairaalassa tarjotaan korkealaatuista ruokaa*	1	2	3	4	5
45.Sairaalassa on saatavilla kahviopalveluja	1	2	3	4	5
46.Sairaalassa on joustavat vierailuajat	1	2	3	4	5
47.Sairaalan huoneet ovat korkeatasoisesti varusteltuja (TV, puhelin,internet)	1	2	3	4	5
48.Sairaalassa voidaan järjestää potilaalle yöpymismahdollisuus, vaikka tehty leikkaus ei edellyttäisi sairaalaan jäämistä	1	2	3	4	5
49.Sairaalassa ei sijoiteta eri sukupuolta olevia potilaita vuodeosastolla samaan huoneeseen	1	2	3	4	5
50.Sairaalan hoidon laatu on tunnetusti hyvä	1	2	3	4	5
51.Sairaala on tunnetusti turvallinen hoitopaikka	1	2	3	4	5
52.Sairaalan ilmapiiri on ystävällinen	1	2	3	4	5
53.Sairaalassa kohdellaan tunnetusti potilaita hyvin	1	2	3	4	5
54.Sairaalan lääkäreillä on tunnetusti hyvät vuorovaikutustaidot	1	2	3	4	5
55.Sairaalan hoitohenkilökunnalla on tunnetusti hyvät vuorovaikutustaidot	1	2	3	4	5
56.Läheiseni huomioidaan sairaalassa riittävästi	1	2	3	4	5
57.Minulla on sairaalassa mahdollisuus riittävään henkilökohtaiseen yksityisyyteen	1	2	3	4	5
58.Hoitooni liittyviä asioita käsitellään sairaalassa luottamuksellisesti*	1	2	3	4	5
59.Minua hoidetaan sairaalassa yksilöllisyyttäni arvostaen	1	2	3	4	5
60.Sairaalan henkilökunnalla on riittävästi aikaa minulle	1	2	3	4	5

*Viitataan hoidon saamista ja järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön, hoitosuoi-
tuksiin tai yleisimpiä kirurgisia toimenpiteitä koskeviin vuotuisiin kansallisiin
keskiarvoihin.

61.Minulla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoani koskevaan päätöksentekoon	1	2	3	4	5
62.Sairaalassa on riittävä määrä hoitajia potilasta kohden*	1	2	3	4	5
63.Sairaalan potilastyytyväisyydestä on saatavilla julkisesti tietoa	1	2	3	4	5
64.Sairaalan leikkaushoidon tuloksista on saatavilla julkisesti tietoa	1	2	3	4	5
65.Sairaalan leikkaushoidon saatavuudesta (esim. odotusajasta) on saatavilla julkisesti tietoa *	1	2	3	4	5
66.Omat aikaisemmat kokemukseni sairaalasta ovat myönteisiä	1	2	3	4	5
67.Ystävien tai läheisten kokemukset sairaalasta ovat myönteisiä	1	2	3	4	5
68.Lähettävä lääkäri on suositellut tätä sairaalaa leikkaushoitoa varten	1	2	3	4	5
69.Jokin muu asia; kirjoittakaa tähän	1	2	3	4	5

*Viitataan hoidon saamista ja järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön, hoitosuositukseen tai yleisimpiä kirurgisia toimenpiteitä koskeviin vuotuisiin kansallisiin keskiarvoihin.

D. Potilaan näkemykset terveydestä ja hoidosta sekä potilaan itsearvioitu terveydentila

18. Valitkaa seuraavissa kysymyksissä vaihtoehto, joka vastaa parhaiten mielipidettänne ympäröimällä sitä vastaava numero ruudukossa.

© *Krantz Health Opinion Survey, KHOS 1980*

19. Rastittakaa jokaisen otsikon alta YKSI ruutu, joka parhaiten kuvaa terveyttänne TÄNÄÄN.

Finland (Finnish) © 2011 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

E . Vastaajan taustatiedot

Valitkaa seuraavissa kysymyksissä sopiva vaihtoehto ympäröimällä sitä vastaava numero tai kirjoittamalla vastaus annettuun tilaan.

20. Sukupuoli

- 1= Mies
- 2= Nainen

21. Syntymävuosi 19_____

22. Mikä Teidän äidinkielenne on? _____

23. Minkä tyyppisessä asuinympäristössä asutte? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- 1= Suuressa kaupungissa (> 50 000 asukasta)
- 2= Muussa kaupungissa (< 50 000 asukasta)
- 3= Taajamassa maaseudulla
- 4= Haja-asutusalueella maaseudulla

24. Millainen peruskoulutus Teillä on? Ympyröikää korkein koulutusaste. Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- 1= Kansakoulu
- 2= Keskikoulu tai peruskoulu
- 3= Ylioppilastutkinto

25. Millainen ammatillinen koulutus Teillä on? Ympyröikää korkein koulutusaste. Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- 1= Ei ammatillista tutkintoa
- 2= Ammatillinen kurssi
- 3= Kouluasteen ammatillinen tutkinto tai ammattitutkinto
- 4= Opistoasteen ammatillinen tutkinto
- 5= Korkeakoulututkinto

26. Mihin seuraavista ammattiryhmistä kuulutte? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- 1= Johtavassa asemassa/ yrittäjä
- 2= Toimihenkilö
- 3= Työntekijä
- 4= Opiskelija
- 5= Eläkeläinen
- 6= Työtön
- 7= Kotiäiti tai koti-isä
- 8= Jokin muu; mikä ammattiryhmä? _____

27. Kuinka suuret vuositulonne ovat veroja vähentämättä, kun kaikki tulot (mukaan lukien pääomatulot ja sosiaalietuudet) lasketaan yhteen? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- 1= 0-9999 €
- 2= 10 000- 14 999 €
- 3= 15 000- 19 999 €
- 4= 20 000- 24 999 €
- 5= 25 000- 29 999 €
- 6= 30 000- 39 999 €
- 7= 40 000- 49 999 €
- 8= 50 000- 59 999 €
- 9= 60 000- 79 999 €
- 10= 80 000 € -

28. Kuinka monta henkilöä kotitaloudessanne normaalisti asuu itsenne mukaan laskien?

Yhteensä _____ henkilöä, joista:

- 1= Yli 75-vuotiaita _____ henkilöä
- 2= Alle 18-vuotiaita _____ henkilöä

29. Onko Teillä internet-yhteys käytettävissänne?

- 1= Kyllä
- 2= Ei

30. Kuulutteko johonkin potilasjärjestöön?

- 1= Kyllä; mihin järjestöön? _____
- 2= En

31. Onko Teillä yksityinen sairauskuluja korvaava vakuutus?

- 1= Kyllä
- 2= Ei

32. Haluaisitteko käyttää palveluseteliä leikkaushoidon hankintaan?

1= Kyllä

2= En

**33. Kuinka paljon olette valmis itse korkeintaan kustantamaan matkaku-
luja päästäksenne hoitoon haluamaanne sairaalaan Suomessa?**

_____ euroa

**34. Voisitteko harkita menevänne toimenpiteeseen johonkin toiseen EU-
maahan**

1= Kyllä

2= Ei

**35. Kuinka paljon olette valmis itse korkeintaan kustantamaan matkaku-
luja päästäksenne hoitoon sairaalaan muussa EU-maassa?**

_____ euroa

**36. Kuinka paljon olette valmis itse korkeintaan kustantamaan hoitoku-
luja päästäksenne hoitoon sairaalaan muussa EU-maassa?**

_____ euroa

Kiitos vastauksestanne!

Liite 5. Ruotsinkielinen kyselylomake

ID-nr: 2 _____

A. Användningen av hälsovårdstjänster och remissen

Välj det alternativ som bäst motsvarar Er åsikt genom att ringa in motsvarande siffra eller skriva Ert svar på linjen.

1. Hur ofta har Ni besökt läkare under de senaste 12 månaderna?

- 1 = En gång
- 2 = 2–5 gånger
- 3 = 6–10 gånger
- 4 = Mer än 10 gånger

2. Av vem fick Ni remissen till sjukhuset för den operation som Ni nyligen genomgick?

- 1 = En läkare på hälsovårdscentralen
- 2 = En läkare hos företagshälsovården
- 3 = En privat läkare
- 4 = Någon annan, vem? _____
- 5 = Vet ej

3. På vilket sjukhus vårdades Ni under denna operation?

- 1 = Åbo universitets centralsjukhus
- 2 = Satakunda centralsjukhus
- 3 = Vasa centralsjukhus
- 4 = Raumo kretssjukhus
- 5 = Loimaa kretssjukhus
- 6 = Salo kretssjukhus
- 7 = ÅUCS, Vakka-Suomi sjukhus
- 8 = Åbolands sjukhus
- 9 = Staden Jakobstad Social- och hälsovårdsverket, sjukhus
- 10 = Annat sjukhus, vilket? _____

4. Vilken operation genomgick Ni på sjukhuset?

- 1 = Operation i knäleden
- 2 = Operation i axelleden
- 3 = Operation i en nerv i handen
- 4 = Avlägsnande av gallblåsan
- 5 = Operation av ljumskbråck
- 6 = Annan operation, vilken? _____
- 7 = Vet ej

5. Har Ni fått vård på detta sjukhus tidigare?

- 1 = Ja
- 2 = Nej

6. Känner Ni till Hälso- och sjukvårdslagens (1326/2010) bestämmelser om val av vårdenhet?

- 1 = Ja
- 2 = Nej

7. Deltog Ni den här gången i valet av sjukhus?

- 1 = Ja
- 2 = Nej

B. Patientens åsikter om hälsovårdstjänsternas verksamhet och möjligheten att välja vårdenhet för icke-brådskande vård

Välj det alternativ som bäst motsvarar Er åsikt genom att ringa in motsvarande siffra i rutfältet. I fråga 10–13 ber vi Er efter bästa förmåga bedöma det läkarbesök där Ni fick remissen till sjukhuset för en eventuell operation.

Skala: 1 = Helt av annan åsikt, 2 = Delvis av annan åsikt, 3 = Varken av samma eller annan åsikt, 4 = Delvis av samma åsikt, 5 = Helt av samma åsikt

8. Jag har rätt att välja sjukhus i samråd med den remitterande läkaren	1	2	3	4	5
9. Det är viktigt för mig att jag får välja på vilket sjukhus jag ska få vård	1	2	3	4	5
10. Den remitterande läkaren lyssnade noggrant på det jag ville berätta om mitt hälsotillstånd	1	2	3	4	5
11. Den remitterande läkaren gav mig tillräckligt med tid att ställa frågor om mitt hälsotillstånd under besöket	1	2	3	4	5
12. Den remitterande läkaren förklarade allt som gäller mitt hälsotillstånd klart och tydligt under besöket	1	2	3	4	5
13. Den remitterande läkaren fattade beslut om på vilket sjukhus jag ska vårdas i samförstånd med mig	1	2	3	4	5

14. Välj det alternativ som bäst motsvarar Er åsikt genom att ringa in motsvarande siffra.

- 1 = Jag bör självständigt få välja på vilket sjukhus vården ska ges
- 2 = Jag och den remitterande läkaren bör diskutera alternativen och sedan tillsammans välja på vilket sjukhus vården ska ges
- 3 = Den remitterande läkaren bör självständigt få välja på vilket sjukhus vården ska ges

15. Har Ni själv sökt information om verksamheten vid offentliga sjukhus?

- 1 = Ja
- 2 = Nej

16. Var har Ni fått information om verksamheten vid offentliga sjukhus? Ni kan välja fler alternativ.

- 1 = Egna tidigare erfarenheter
- 2 = Av den remitterande läkaren eller någon annan läkare
- 3 = Av någon annan anställd inom hälso- och sjukvården, t.ex. en sjukskötare
- 4 = På Institutet för hälsa och välfärds webbplats Palveluvaaka
- 5 = På sjukhusens webbplatser
- 6 = På myndigheters webbplatser (t.ex. Social- och hälsovårdsministeriets webbplats)
- 7 = Via patientorganisationer
- 8 = Av vänner och bekanta
- 9 = På inofficiella webbplatser (t.ex. diskussionsforum)
- 10 = Någon annan källa, vilken? _____

C. Faktorer som gäller valet av sjukhus

17. Om Ni den här gången deltog i valet av sjukhus, bedöm hur viktiga följande faktorer var för valet av sjukhus den här gången.

Om Ni inte deltog i valet av sjukhus den här gången, bedöm hur viktiga följande faktorer är för valet av sjukhus nästa gång Ni ska genomgå en operation.

Välj det alternativ som bäst motsvarar Er åsikt genom att ringa in motsvarande siffra i rutfältet. Det finns inga riktiga eller felaktiga svar. Bedöm efter bästa förmåga hur viktig varje faktor är för Er själv.

Skala: 1 = Inte alls viktig faktor, 2 = Endast lite viktig faktor, 3 = Någorlunda viktig faktor, 4 = Viktig faktor, 5 = Mycket viktig faktor

1. Sjukhuset ligger nära mitt hem eller min arbetsplats	1	2	3	4	5
2. Jag undersöks av en specialist på sjukhuset inom tiden för vårdgarantin (inom 3 månader från att jag fick remissen)*	1	2	3	4	5
3. Operationen på sjukhuset utförs inom tiden för vårdgarantin (inom 6 månader från att behovet av operation konstaterades)*	1	2	3	4	5
4. Jag blir betjänad på mitt eget modersmål på sjukhuset*	1	2	3	4	5
5. Valet av sjukhus kan ge mig högre utgifter för resekostnader på grund av sjukhusets läge*	1	2	3	4	5
6. Valet av sjukhus kan ge mig högre utgifter för patientavgifter*	1	2	3	4	5
7. Det är lätt att komma till sjukhuset med kollektivtrafik	1	2	3	4	5
8. Det finns tillräckligt med parkeringsplatser vid sjukhuset	1	2	3	4	5

* syftar på lagstiftning om tillgång till och ordnande av vård, på vårdrekommendationer eller på årliga nationella medelvärden för vanliga kirurgiska ingrepp

9. Parkeringsplatserna vid sjukhuset är förmånliga	1	2	3	4	5
10. Jag vårdas vid ett centralsjukhus eller ett universitets-centralsjukhus*	1	2	3	4	5
11. Sjukhuset erbjuder specialisttjänster inom många områden	1	2	3	4	5
12. Sjukhusets läkare har erkänt hög yrkeskompetens	1	2	3	4	5
13. Sjukhusets vårdpersonal har erkänt hög yrkeskompetens	1	2	3	4	5
14. Operationen utförs av en specialist	1	2	3	4	5
15. Kvaliteten på sjukhusets verksamhet utvärderas regelbundet*	1	2	3	4	5
16. Säkerheten i sjukhusets verksamhet utvärderas regelbundet*	1	2	3	4	5
17. På sjukhuset sker årligen endast få händelser som försvårar eller äventyrar patientvården*	1	2	3	4	5
18. På sjukhuset sker årligen endast få medicineringsfel*	1	2	3	4	5
19. På sjukhuset förekommer årligen endast få sårinfektioner i samband med operationer*	1	2	3	4	5
20. Den opererande läkaren har stor erfarenhet av den typ av operation som jag ska genomgå*	1	2	3	4	5
21. Sjukhuset får årligen endast få anmärkningar och klagomål om operationer*	1	2	3	4	5
22. Vårdtiden på sjukhuset för de vanliga operationer som kräver avdelningsvård motsvarar det nationella genomsnittet*	1	2	3	4	5
23. Sjukhuset blir sällan tvunget att ställa in planerade operationer*	1	2	3	4	5
24. På sjukhuset görs årligen endast få patientskadeanmälningar om operationer*	1	2	3	4	5
25. På sjukhuset är dödligheten vid vanliga planerade operationer låg*	1	2	3	4	5

* syftar på lagstiftning om tillgång till och ordnande av vård, på vårdrekommendationer eller på årliga nationella medelvärden för vanliga kirurgiska ingrepp

26. På sjukhuset sker årligen endast få oväntade komplikationer i samband med vanliga operationer*	1	2	3	4	5
27. På sjukhuset sker smärtlindringen i samband med operationer enligt vårdrekommendationerna*	1	2	3	4	5
28. På sjukhuset förekommer årligen endast få trycksår hos patienter som behöver avdelningsvård*	1	2	3	4	5
29. På sjukhuset behövs sällan nya operationer i samband med vanliga operationer*	1	2	3	4	5
30. Sjukhuset följer vårdrekommendationerna vid olika operationer, t.ex. för att förebygga blodpropp*	1	2	3	4	5
31. Man kan boka tid till sjukhuset via ett elektroniskt system	1	2	3	4	5
32. Jag har möjlighet att påverka tidpunkten för min operation	1	2	3	4	5
33. Man kan få anvisningar inför operationen via ett elektroniskt system	1	2	3	4	5
34. Jag har möjlighet att välja vilken av sjukhusets läkare som utför operationen	1	2	3	4	5
35. På sjukhuset kan den operation som jag ska genomgå utföras som ett dagkirurgiskt ingrepp	1	2	3	4	5
36. På sjukhuset görs de undersökningar som föregår operationen smidigt enligt tidtabellen, t.ex. i samband med läkarbesök	1	2	3	4	5
37. Jag får tydliga anvisningar om hur jag ska förbereda mig inför operationen	1	2	3	4	5
38. Jag får tydliga anvisningar om medicineringen i samband med operationen	1	2	3	4	5
39. Jag får tydliga anvisningar om eftervården efter operationen	1	2	3	4	5
40. Jag får information om vem jag kan kontakta om det uppstår problem efter operationen	1	2	3	4	5
41. Sjukhusets lokaler är rena och snygga	1	2	3	4	5
42. Sjukhusets lokaler är tillgängliga för personer som behöver hjälpmedel	1	2	3	4	5

* syftar på lagstiftning om tillgång till och ordnande av vård, på vårdrekommendationer eller på årliga nationella medelvärden för vanliga kirurgiska ingrepp

43. Sjukhusets lokaler är trivsamma	1	2	3	4	5
44. Maten som serveras på sjukhuset är av god kvalitet*	1	2	3	4	5
45. Det finns ett kafé på sjukhuset	1	2	3	4	5
46. Sjukhuset har flexibla besökstider	1	2	3	4	5
47. Rummen på sjukhuset är högklassigt utrustade (tv, telefon, internet)	1	2	3	4	5
48. Sjukhuset kan ordna övernattnin g för patienten även om operationen inte kräver att patienten stannar över natten	1	2	3	4	5
49. Sjukhuset placerar inte patienter av olika kön i samma rum på vårdavdelningen	1	2	3	4	5
50. Sjukhusvården är av erkänt god kvalitet	1	2	3	4	5
51. Sjukhuset är en erkänt trygg vårdplats	1	2	3	4	5
52. Atmosfären på sjukhuset är vänlig	1	2	3	4	5
53. På sjukhuset bemöts patienterna erkänt väl	1	2	3	4	5
54. Sjukhusets läkare har erkänt goda kommunikationsfärdigheter	1	2	3	4	5
55. Sjukhusets vårdpersonal har erkänt goda kommunikationsfärdigheter	1	2	3	4	5
56. Mina närstående uppmärksammas tillräckligt mycket på sjukhuset	1	2	3	4	5
57. Jag har möjlighet till tillräcklig personlig integritet på sjukhuset	1	2	3	4	5
58. På sjukhuset hanteras allt som berör min vård konfidentiellt	1	2	3	4	5
59. På sjukhuset vårdas jag med respekt för min individualitet	1	2	3	4	5
60. Sjukhusets personal har tillräckligt med tid för mig	1	2	3	4	5

*** syftar på lagstiftning om tillgång till och ordnande av vård, på vårdrekommendationer eller på årliga nationella medelvärden för vanliga kirurgiska ingrepp**

61. Jag har möjlighet att påverka besluten om min vård	1	2	3	4	5
62. Sjukhuset har tillräckligt med vårdpersonal per patient*	1	2	3	4	5
63. Det finns offentlig information om patientnöjdheten på sjukhuset	1	2	3	4	5
64. Det finns offentlig information om operationsresultaten på sjukhuset	1	2	3	4	5
65. Det finns offentlig information om tillgängligheten till operationer (t.ex. väntetider) på sjukhuset	1	2	3	4	5
66. Mina tidigare erfarenheter av sjukhuset är positiva	1	2	3	4	5
67. Mina vänner eller närstående har positiva erfarenheter av sjukhuset	1	2	3	4	5
68. Den remitterande läkaren har rekommenderat det här sjukhuset för mig för den här operationen	1	2	3	4	5
69. Något annat, vad?	1	2	3	4	5

* syftar på lagstiftning om tillgång till och ordnande av vård, på vårdrekommendationer eller på årliga nationella medelvärden för vanliga kirurgiska ingrepp

D. Patienten åsikter om hälsa och vård och patientens egen bedömning av sitt hälsotillstånd

18. Välj det alternativ som bäst motsvarar Er åsikt genom att ringa in motsvarande siffra i rutfältet.

© *Krantz Health Opinion Survey, KHOS 1980*

19. För varje rubrik: kryssa i DEN ruta som bäst beskriver ditt hälsotillstånd IDAG

EuroQol

Finland (Swedish) © 2011 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

E. Bakgrundsuppgifter om den som svarar

Välj ett lämpligt alternativ genom att ringa in motsvarande siffra eller skriva Ert svar på linjen.

20. Kön

- 1= Man
- 2= Kvinna

21. Födelseår 19_____

22. Vilket är Ert modersmål? _____

23. Vilken är Er boendemiljö? Välj endast ett alternativ.

- 1= I en stor stad (> 50 000 invånare)
- 2= I en mindre stad (< 50 000 invånare)
- 3= I en tätort på landsbygden
- 4= I glesbygd på landsbygden

24. Vilken grundutbildning har Ni? Ringa in Er högsta grundutbildning. Välj endast ett alternativ.

- 1= Folkskola
- 2= Mellanskola eller grundskola
- 3= Studentexamen

25. Vilken yrkesutbildning har Ni? Ringa in er högsta yrkesutbildning. Välj endast ett alternativ.

- 1= Ingen yrkesexamen
- 2= Yrkeskurs
- 3= Yrkesexamen på skolnivå
- 4= Yrkesexamen på institutnivå
- 5= Högskoleexamen

26. Till vilken av följande yrkesgrupper hör Ni? Välj endast ett alternativ.

- 1= Ledande ställning/företagare
- 2= Tjänsteman
- 3= Arbetare
- 4= Studerande
- 5= Pensionär
- 6= Arbetslös
- 7= Hemmamamma eller hemmapappa
- 8= Annan yrkesgrupp, vilken? _____

27. Hur stor är Er årsinkomst före skatt när alla inkomster (även kapitalinkomster och sociala förmåner) räknas med? Välj endast ett alternativ.

- 1= 0–9 999 euro
- 2= 10 000–14 999 euro
- 3= 15 000–19 999 euro
- 4= 20 000–24 999 euro
- 5= 25 000–29 999 euro
- 6= 30 000–39 999 euro
- 7= 40 000–49 999 euro
- 8= 50 000–59 999 euro
- 9= 60 000–79 999 euro
- 10= 80 000 euro –

28. Hur många personer bor det normalt i Ert hushåll, Er själv inräknat?

- Totalt _____ personer, av vilka:
- 1= _____ personer över 75 år
 - 2= _____ personer under 18 år

29. Har Ni tillgång till internet?

- 1= Ja
- 2= Nej

30. Hör Ni till någon patientorganisation?

- 1= Ja, vilken? _____
2= Nej

31. Har Ni en privat sjukkostnadsförsäkring?

- 1= Ja
2= Nej

32. Skulle ni vilja använda en servicesedel för att få operativ behandling?

- 1= Ja
2= Nej

33. Hur stora resekostnader är Ni som högst beredd att betala själv för att få vård vid det sjukhus Ni själv önskar i Finland?

_____ euro

34. Kan Ni tänka Er att åka till ett annat EU-land för en operation?

- 1= Ja
2= Nej

35. Hur stora resekostnader är Ni som högst beredd att betala själv för att få vård vid ett sjukhus i ett annat EU-land?

_____ euro

36. Hur stora vårdkostnader är Ni som högst beredd att betala själv för att få vård vid ett sjukhus i ett annat EU-land?

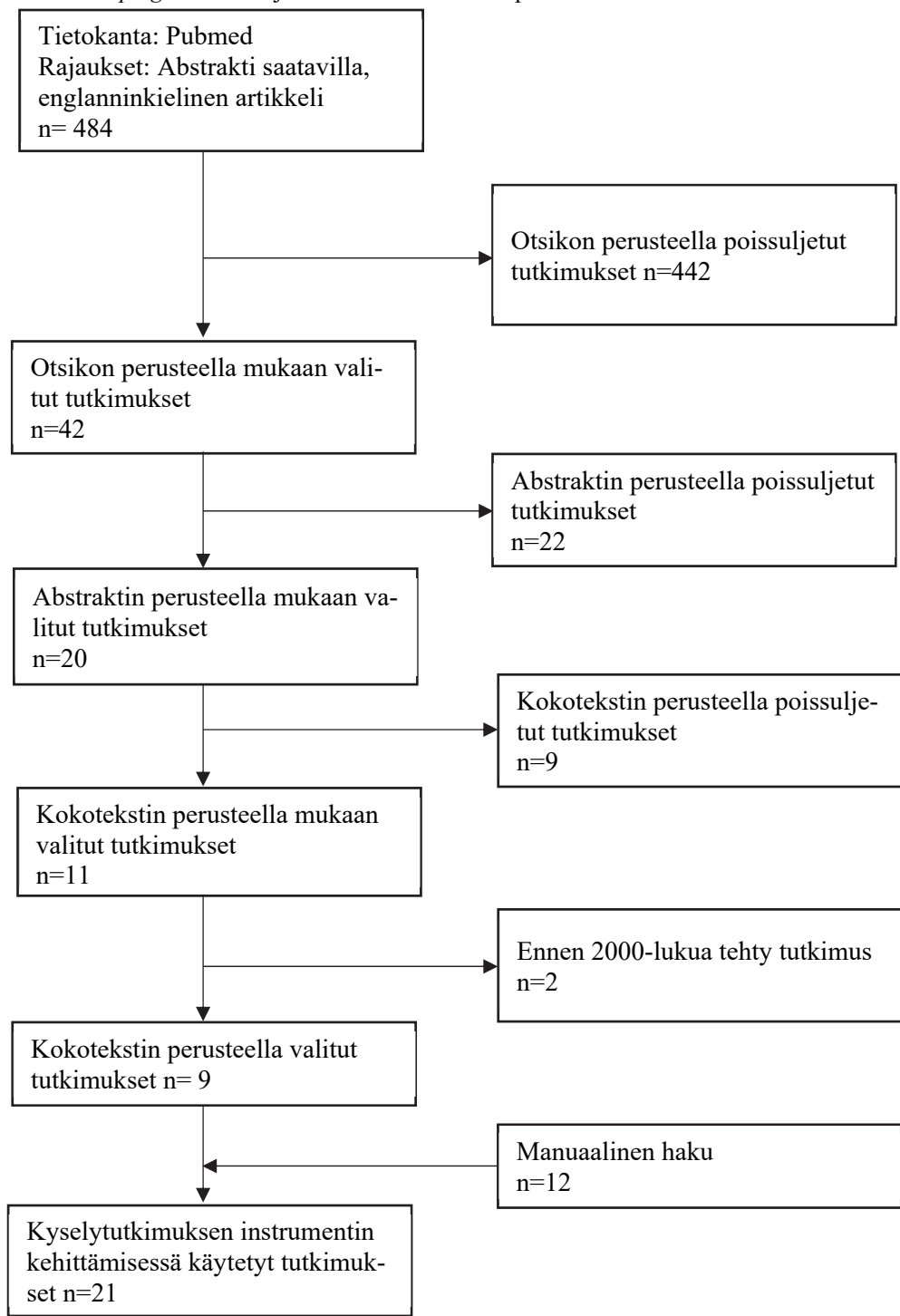
_____ euro

Tack för Ert svar!

Liite 6. Scoping review-kirjallisuuskatsauksen hakulauseke

Tietokanta	Hakutermit
MEDLINE PubMed	("patient choice"[TIAB] OR "patients choice"[TIAB] OR "patients' choice"[TIAB] OR "consumer choice"[TIAB] OR "consumers choice"[TIAB]) AND (provider[TIAB] OR providers[TIAB] OR hospital[TIAB] OR hospital[TIAB] OR hospitals[TIAB] OR physician[TIAB] OR physicians [TIAB] OR doctor[TIAB] OR doctors[TIAB])

Liite 7. Scoping review- kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin vaiheet



Liite 8. Sairaalan valintaan yhteydessä olevat toimitantaa ja palvelun laatua kuvaavat tekijät ja asiakokonaisuudet kirjallisuuden perusteella (*scoping review*)

Tekijät ja asiakokonaisuus (Lähde, vuosi ja maa)	
1. Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus:	
Odotusaika	Burge ym. 2004 (Englanti) , Birk & Henriksen 2006 (Tanska), Coulter ym. 2005 Englanti, Damman ym. 2011 (Hollanti), Dawson ym. 2004 (Englanti), de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijks-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Dixon ym. 2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Fasolo ym. 2010 (Englanti), Hanning ym. 2012 (Ruotsi), Marang van de Mheen ym. a. 2010 (Hollanti), Marang van de Mheen b. 2010 (Hollanti), Ringard & Hagen 2011 (Norja), Ryan ym. 2000 (Englanti), Schwartz ym 2005 (USA), Siciliani & Martin, 2007 (Englanti)
Sairaalan etäisyys / Matkustusaika	Burge ym. 2004 (Englanti) , Birk & Henriksen 2006 (Tanska), Coulter ym. 2005 (Englanti), Damman ym. 2011 (Hollanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijks-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Dixon 2010 (Englanti), Fasolo ym.2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti), Ringard & Hagen 2011 (Norja), Robertson & Burge 2011 (Englanti), Schwartz ym.2005 (USA) Varkevisser ym. 2012 (Hollanti) Dixon ym. 2010 (Englanti)
Pääsy julkisilla kulkuneuvoilla, pääsyn helppous tai vierailijoiden helppo pääsy sairaalaan	Birk & Henriksen 2006 (Tanska), Coulter ym.2005 (Englanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijks-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Dixon ym.2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti), Ryan ym. 2000 (Englanti), Robertson & Burge 2011 (Englanti)
Sairaalan pysäköintitilat	Dijks-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Dixon ym. 2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym. b. 2010 (Hollanti)
Matka/hoitokustannukset	Burge ym. 2004 (Englanti) , Birk & Henriksen 2006 (Tanska), Coulter ym 2005 (Englanti), Dixon ym 2010 (Englanti), Robertson & Burge 2011 (Englanti), Ryan ym 2000 (Englanti)

2. Palvelukokemus:	
Sairaalan/kirurgin maine	Burge ym. 2004 (Englanti), Birk & Henriksen 2006 (Tanska), Coulter ym. 2005 (Englanti), de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Dixon ym. 2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.a. 2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.b. (Hollanti), Schwarzzi ym. 2005 (USA), Vartkevisser ym. 2012 (Hollanti), Ringard & Hagen 2011 (Norja)
Oma aikaisempi kokemus	Birk & Henriksen 2006 (Tanska), de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Dixon ym. 2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.a. 2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.b. (Hollanti), Moser ym. 2010 (Hollanti), Robertson & Burge 2011 (Englanti), Schwart ym. 2005 (USA) Ringard & Hagen 2011 (Norja)
Ystävien ja läheisten kokemus tai suositus	Birk & Henriksen 2006 (Tanska), de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dixon ym. 2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Schwarzzi ym. 2005 (USA)
Lääkärin suositus	de Groot ym.2011 (Hollanti), Dixon 2010 (Englanti), Ringard & Hagen 2011 (Norja)
Sairaalan ystävällinen ilmapiiri	Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.a.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti)
Potilaan arvio annetun hoidon tuloista	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Fasolo ym. 2010 (Englanti), Hildon ym.2012 (Englanti), Ringard & Hagen 2011 (Norja)
Kokemuksen hoidon laadusta	de Groot ym.2011 (Hollanti), Dixon ym.2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Fasolo ym.2010 (Englanti), Schwarzzi ym.2005 (USA)
Henkilökunnan vuorovaikutustaidot	Dammen ym.2011 (Hollanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Dixon ym.2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Fasolo ym.2010 (Englanti), Moser ym.2010 (Hollanti)
Kunnioitettava kohtelu	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti)
Kokemuksen hoitopaikan turvallisuudesta	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti)
Median antama kuva sairaalan toiminnasta ja palvelun laadusta /julkisen vertailutiedon saatavuus tai käyttäminen/ internet-yhteyden käyttämisen mahdollisuus	de Groot ym.2011 (Hollanti) Ringard & Hagen 2011 (Norja), Robertson & Burge 2011 (Englanti), Schwarzzi ym.2005 (USA)

3. Potilasturvalliset hoitokäytännöt:	
Komplikaatioiden määrä	Damman ym. 2011 (Hollanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.a. 2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.b.2010 (Hollanti)
Kuolleisuus	de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.b.2010 (Hollanti), Schwartz ym.2005 (USA), Siciliani & Martin 2007 (Englanti)
Kivun hoito	Damman ym. 2011 (Hollanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti), Moser ym.2010 (Hollanti)
Uusintaleikkaukset/uusintalähteet	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Fasolo ym. 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen a.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti), Siciliani & Martin 2007 (Englanti), Varkevisser ym.2012 (Hollanti)
Leikkausten määrä vuositasolla	Damman ym. 2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym. a.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym. b. 2010 (Hollanti), Schwartz ym. 2005 (USA)
Leikkausten onnistumisprosentti	Coulter ym.2005 (Englanti), de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym. b. 2010 (Hollanti), Schwartz ym. 2005 (USA)
Haava- ja sairaalainfektioiden esiintyvyys	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Fasolo ym. 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym. b. 2010 (Hollanti)
Painehaavojen esiintyvyys	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Fasolo ym. 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym. b. 2010 (Hollanti), Varkevisser ym. 2012 (Hollanti)
Keskimmääinen sairaalassaoloaika	Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym. b.2010 (Hollanti), Siciliani & Martin 2007 (Englanti)
Leikkausten peruuntuminen	de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym. b. 2010 (Hollanti)
Lääkitysvirheiden esiintyvyys	Dijns-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.b.2010 (Hollanti)
Kansallisten hoitosuositusten noudattaminen	Damman ym.2011 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti)
Haitatapahuumien seurantajärjestelmä käytössä	Damman ym. 2011 (Hollanti)

4. Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillinen pätevyys:	
Henkilökunnan pätevyys/arvio asiantuntijuudesta	Siciliani & Martin 2007 (Englanti), de Groot ym. 2011 (Hollanti), Fasolo ym. 2010 (Englanti), Schwartz ym. 2005 (USA), Varkevisser ym.2012 (Hollanti)
Sairaalan koko	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Dijis-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym. b. 2010 (Hollanti), Siciliani & Martin 2007 (Englanti), Varkevisser ym.2012 (Hollanti)
Sairaalan tyyppi/status	Coulter ym.2010 (Englanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Schwartz ym. 2005 (USA), Varkevisser ym.2012 (Hollanti)
Erikoisalojen laajuus	Damman ym. 2011 (Hollanti), Dijis-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti)
Sairaalan tekninen / kliininen varustelutaso	Fasolo ym.2010 (Englanti), Ringard & Hagen 2011 (Norja)
5. Tilat ja oheispalvelut:	
Sairaalan puhtaustaso	Coulter ym. 2005 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Dixon ym. 2010 (Englanti), Fasolo ym.2010 (Englanti)
Sairaalan fyysinen ympäristö ja ruoan laatu	de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijis-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Dixon ym. 2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym. ym. b. 2010 (Hollanti), Fasolo ym. 2010 (Englanti)
Sairaalan oheispalveluiden taso (ravintola, kahvila ym.)	Dijis-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Dixon ym.2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti)
Joustavat vierailuajat, läheisten huomiointi	(Coulter ym. 2005 (Englanti)

6. Potilaskeskeiset toimintatavat:	
Lääkehoitoon liittyvä ohjaus tai muu potilasohjaus	Damman ym.2011 (Hollanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijis-Elsinga ym. 2010 (Hollanti), Moser ym. 2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti)
Hoidon sujuvuus sairaalassa / Jatkohoidon sujuvuuden varmistaminen Mahdollisuus saada leikkauksen jatkohoito lähellä kotia/ jatkohoidon järjestäminen	Burge ym. 2004 (Englanti), Coulter ym. 2005 (Englanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Damman ym. 2011 (Hollanti), Dixon ym. 2010 (Englanti)
Mahdollisuus päiväkirurgiseen toimenpiteeseen	Dijis-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Marang-van de Mheen ym.a. 2010 (Hollanti), Siciliani & Martin 2007 (Englanti)
Mahdollisuus vaikuttaa vastaanoton ajankohtaan tai valita leikkaava lääkäri	Dixon ym.2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti)
Kotiuttamiseen liittyvä neuvonta	de Groot ym. 2011 (Hollanti)
Riittävä yksityisyys	de Groot ym. 2011 (Hollanti)
Mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon	de Groot ym. 2011 (Hollanti)
Yksilöllisyyden huomioiminen	de Groot ym. 2011 (Hollanti)
Potilaiden sijoittelu huoneisiin	Fasolo ym. 2010 (Englanti)
Mahdollisuus sähköisen hoidonvarausjärjestelmän käyttöön	de Groot ym. 2011 (Hollanti)
Henkilökunnan määrä	Siciliani & Martin 2007 (Englanti)
Pääsy julkisilla kulkuneuvoilla, pääsyn helppous tai vierailijoiden helppo pääsy sairaalaan	Birk & Henriksen 2006 (Tanska), Coulter ym.2005 (Englanti), de Groot ym.2011 (Hollanti), Dijis-Elsinga ym.2010 (Hollanti), Dixon ym.2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Marang-van de Mheen ym.b. 2010 (Hollanti), Ryan ym. 2000 (Englanti)
Joustavat vierailuajat, läheisten huomiointi	Coulter ym. 2005 (Englanti)
Henkilökunnan vuorovaikutustaidot	Damman ym.2011 (Hollanti), de Groot ym.2011(Hollanti), Dixon ym.2010 (Englanti), Dixon 2010 (Englanti), Fasolo ym.2010 (Englanti), Moser ym.2010 (Hollanti)
Kunniointiva kohtelu	de Groot ym. 2011 (Hollanti), Fasolo ym.2010 (Englanti)

Liite 9. SAVA- mittarin kysymysten ulkoasun ja vastausvaihtoehtojen arviointi (potilasasiantuntijat; mittarin esitestausvaihe)

Kysymykset	Kyllä	Ei	Kommentti	Lähteet
1. Olivatko kyselylomakkeen vastausohjeet selkeät	13 87 %	2 13 %		De Vaus 2002, Dillman, 2007
2. Oliko kyselylomakkeen ulkoasu selkeä	15 100 %			De Vaus 2002, Dillman, 2007
3. Kannustiko lomakkeen ensivaikutelma osallistumaan kyselyyn	11 73 %	4 27 %		Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Dillman 2007
4. Eroittivatko lomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot toisistaan selkeästi	11 73 %	3 20 %	1 vastaus puuttui	Hague 1993, De Vaus 2002 Dillman 2007
5. Oliko kyselyssä sellaisia kysymyksiä tai väittämiä, joihin ette osannut vastata tai joihin oli hankala vastata	4 27 %	11 73 %	toistoa! yksinkertaisempaa vastata suoriin kysymyksiin esim. en kysele/ kyselen (joista jälkimmäinen suositeltavampi)	Hague 1993, Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Babbie 2007, Dillman 2007
6. Löysittekö jokaiseen kysymykseen tai väittämään itsellenne sopivan vaihtoehdon	13 87 %	2 13 %		Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Dillman 2007
7. Olisitteko toivonut vaihtoehtojen joukkoon ”En osaa sanoa-vaihtoehdon”	5 33 %	10 67 %		Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Dillman 2007
8. Oliko kyselyssä sellaisia kysymyksiä tai väittämiä, joihin olisitte valinnut kaksi tai useampia vastausvaihtoehtoja pyydetyn yhden sijasta	2 13 %	13 87 %		Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Babbie 2007, Dillman 2007
9. Oliko kyselyssä sellaisia kysymyksiä tai väittämiä, johon ette löytänyt sopivaa vaihtoehtoa annetulla asteikolla	3 20 %	12 80 %		Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Babbie 2007, Dillman 2007
10. Ymmärsittekö kaikki kyselylomakkeessa käytetyt sanat tai käsitteet	13 87 %	1 7 %	1 vastaus puuttui	Hague 1993, Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Babbie 2007, Dillman 2007

Kysymykset	Kyllä	Ei	Kommentti	Lähteet
11. Kysyttiin kyselyssä sellaisia asioita, joihin ette olisi halunnut vastata	1 7 %	14 93 %		Hague 1993, Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Babbie 2007, Dillman 2007
12. Oliko kyseley mielestänne sopivan pituinen	12 80 %	3 20 %		Hague 1993, Oppenheim 2000, De Vaus 2002, Dillman 2007

Kyselylomakkeen vastaamiseen kulunut aika: _____ minuuttia

15 min. =1 35 min. =1
 20 min. =1 40 min. =1
 25 min. =3 45 min. =1
 30 min. =3 50 min. =2

= 13 vastausta, joista 8 henkilöä (61,5%) käytti vastaamiseen 15-30 min.

References:

- Babbie E. 2007. *The Practice of Social Research*. Thomson Wadsworth. USA.
 De Vaus D. 2002. *Surveys in Social Research*. Routledge. Australia.
 Dillman D.A. 2007. *Mail and Internet Surveys. The tailored Design Method. 2007 Update with New Internet, Visual, and Mixed-Mode Guide*. John Wiley & Sons. New Jersey.
 Hague P. 1993. *Questionnaire Design*. Kogan Page. London.
 Oppenheim A.N. 2000. *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. Continuum. London.

Liite 10. SAVA -mittarin esitestaukseen osallistuneiden taustatiedot

Asiantuntija (n= 55)	n	%
Sukupuoli		
Mies	41	74,5
Nainen	14	25,5
Ikä vuosina		
31- 40	5	9
41-50	9	16
51-60	9	16
61- 70	19	35
71-80	13	24
Äidinkieli		
Suomi	53	96,4
Ruotsi	2	3,6
Asuinpaikka		
Suuri kaupunki (> 50 000 as.)	22	40
Pieni kaupunki (< 50 000 as.)	11	20
Maaseututaajama	10	18,2
Haja-asutusalue maaseudulla	12	21,8
Peruskoulutus		
Kansakoulu	19	34,5
Keskikoulu tai peruskoulu	21	38,2
Ylioppilastutkinto	15	27,3
Ammatillinen koulutus		
Ei ammatillista tutkintoa	7	12,7
Ammatillinen kurssi	3	5,5
Kouluasteen tutkinto, ammattitutkinto	19	34,5
Opistoasteen tutkinto	15	27,3
Korkeakoulututkinto	11	20
Ammattiryhmä		
Johtava asema/yrittäjä	8	14,5
Toimihenkilö	8	14,5
Työntekijä	12	21,8
Opiskelija	1	1,8
Eläkeläinen	24	43,6
Jokin muu	2	3,6

Asiantuntija (n= 55)	n	%
Vuositulot euroina		
0 - 9999	3	5,5
10 - 14 999	6	10,9
15 - 19 999	4	7,3
20 - 24 999	4	7,3
25 - 29 999	11	20
30 - 39 999	15	27,3
40 - 49 999	6	10,9
50 - 59 999	5	9,1
60 - 79 999	1	1,8
Kotitalouden koko henkilöinä		
1	3	23,6
2	29	52,7
3	6	10,9
4	3	5,5
5 tai enemmän	4	7,3
Yli 75- vuotiaiden osuus kotitaloudessa		
0	48	87,3
1	6	10,9
2	1	1,8
Alle 18-vuotiaiden osuus kotitaloudessa		
0	47	85,5
1	3	5,5
2	2	3,6
3 tai enemmän	3	5,4

Liite 11. Tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvien toimenpiteiden määrä (hoitojakso) ja suhteellinen osuus koko Suomessa, tutkimukseen osallistuneissa sairaanhoitopiireissä ja erityisvastuualueella (erva-alue) vuonna 2011 (päätoimenpidekirjaus)

Toimenpide	Koko Suomi (n)	Sairaanhoitopiiri 1 (n)	Sairaanhoitopiiri 2 (n)	Sairaanhoitopiiri 3 (n)	Erva-alue (n)	Toimenpiteiden erva-alueella vs. koko Suomi	osuus
Keskihermon vapautus (ACC51)	6921	733	348	258	1339		19,3 %
Nivustyrän korjaus keinoaineella (JAB30)	7571	687	293	209	1189		15,7 %
Sappirakon poisto täyhystyksessä (JKA21)	6695	524	263	178	965		14,4 %
Olkalisäkkeen avarrus täyhystyksessä (NBS15)	3388	488	174	106	768		22,7 %
Olkanelven kiertäjäkalvosimen ompelu tai uudelleenkiinnitys (NBL00)	2508	296	76	74	446		17,8 %
Polven nivelkierukan osan poisto täyhystyksessä (NGD05)	6125	565	222	247	1034		16,9 %
Polvinivelen puhdistus, irtopalojen poisto täyhystyksessä (NGF25)	2668	450	106	42	598		22,4 %
Yhteensä	35876	3743	1482	1114	6339		18,5 %

Liite 12. Sairaalan toimintaa ja palvelun laatua kuvaavien tekijöiden jakautuminen pääkomponentteihin PK1–PK6 (suorakulmaisesti rotatoitu pääkomponenttimatriisi)

Väittäjä	PK1	PK2	PK3	PK4	PK5	PK6
Sairaalassa kohdellaan tunnetusti potilaita hyvin	0,703	0,327	0,168	-0,018	-0,057	0,223
Sairaalan lääkäreillä on tunnetusti hyvät vuoroaikataidot	0,691	0,321	0,091	0,127	0,059	0,184
Sairaalan ilmapiiri on ystävällinen	0,679	0,314	0,160	0,000	0,032	0,258
Sairaalan hoitohenkilökunnalla on tunnetusti hyvät vuoroaikataidot	0,676	0,369	0,109	0,125	0,023	0,229
Sairaalan henkilökunnalla on riittävästi aikaa minulle	0,664	0,188	0,167	0,170	0,019	0,203
Minulla on sairaalassa mahdollisuus riittäään henkilökohtaiseen yksityisyyteen	0,657	0,155	0,121	0,220	0,193	0,073
Minua hoidetaan sairaalassa yksilöllisyyttäni arvostaen	0,654	0,227	0,200	0,134	0,053	0,211
Läheiseni huomioidaan sairaalassa riittävästi	0,633	0,228	0,041	0,294	0,232	0,015
Sairaalan tilat ovat viihtyisät	0,616	0,205	-0,011	0,229	0,273	0,043
Sairaalan hoidon laatu on tunnetusti hyvä	0,614	0,378	0,308	-0,053	-0,007	0,200
Sairaala on tunnetusti turvallinen hoitopaikka	0,602	0,404	0,289	-0,039	-0,035	0,218
Sairaalan tilat ovat siistit	0,587	0,281	0,069	0,043	0,079	0,379
Sairaalassa tarjotaan korkealaatuista ruokaa	0,585	0,140	-0,014	0,214	0,344	-0,039
Sairaalassa on riittävä määrä hoitajia potilasta kohden	0,569	0,285	0,226	0,184	0,014	0,234
Sairaalan potilastytyvyydestä on saatavilla julkisesti tietoa	0,540	0,245	0,140	0,488	0,048	0,027
Sairaalan huoneet ovat korkeatasoisesti varustelutuja (TV, puhelin, internet)	0,535	0,057	0,002	0,341	0,292	-0,063
Minulla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoani koskevaan päätöksentekoon	0,529	0,139	0,244	0,329	-0,092	0,149
Sairaalassa on joustavat vierailuajat	0,526	0,032	-0,005	0,350	0,305	0,073
Omat aikaisemmat kokemukseni sairaalasta ovat myönteisiä	0,509	0,128	0,146	0,035	0,037	0,303
Ystävien ja läheisten kokemukset sairaalasta ovat myönteisiä	0,507	0,114	0,180	0,062	0,109	0,217
Sairaalan tilat ovat esteettömiä apuvälineitä käyttäville henkilöille	0,503	0,302	-0,038	0,234	0,240	0,170

Väittäjä	PK1	PK2	PK3	PK4	PK5	PK6
Sairaalassa ei sijoiteta eri sukupuolta olevia potilaita vuodeosastolla samaan huoneeseen	0,493	0,141	0,101	-0,026	0,183	-0,019
Hoitooni liittyviä asioita käsitellään sairaalassa luottamuksellisesti	0,492	0,206	0,230	0,156	0,009	0,297
Sairaalassa on saatavilla kahviopalveluja	0,453	0,065	-0,065	0,372	0,411	-0,066
Sairaalassa voidaan järjestää potilaalle yöpymismahdollisuus, vaikka tehty leikkaus ei edellyttäisi sairaalaan jäämistä	0,432	0,055	-0,047	0,308	0,193	0,008
Sairaalassa järjestetään leikkaushoitoa edeltävät tutkimukset sujuvasti aikataulun mukaan esim. vastaanoittokäynnin yhteyteen	0,405	0,172	0,148	0,275	0,219	0,354
Lähtävä lääkäri on suositellut tätä sairaalaa leikkaushoitoa varten	0,376	0,122	0,246	0,210	0,040	0,047
Yleisiin suunniteltuihin leikkaushoitoihin liittyvä kuolleisuus on sairaalassa alhainen	0,204	0,809	0,083	0,065	0,060	0,081
Sairaalassa tapahtuu vain vähän odottamattomia haitallisia tapahtumia (komplikaatioita) yleisten leikkausten yhteydessä vuosittain	0,252	0,797	0,123	0,104	0,070	0,024
Sairaalassa suoritetaan vain harvoin uusinta leikkauksia yleisten leikkausten yhteydessä vuosittain	0,195	0,778	0,093	0,120	0,111	0,108
Sairaalassa tapahtuu vain vähän lääkehoitoon liittyviä virheitä vuosittain	0,135	0,768	0,272	0,071	0,054	0,109
Sairaalassa tehdään vain vähän leikkaushoitoon liittyviä potilasvahinko-ilmoituksia vuosittain	0,203	0,759	0,165	0,100	0,162	0,079
Sairaalassa esiintyy vain vähän leikkaushoitoon liittyviä haavatulehduksia vuosittain	0,150	0,757	0,240	0,044	0,097	0,106
Sairaalassa tehdään vain vähän leikkaushoitoon liittyviä muistutuksia ja kanteluja vuosittain	0,244	0,741	0,133	0,115	0,114	0,052
Sairaalassa ilmenee vain vähän potilaan hoitoa haittaavia tai vaarantavia tapahtumia vuosittain	0,166	0,737	0,283	0,096	0,068	0,094
Sairaalassa esiintyy osastohoitoa vaativilla potilailla vain vähän painehaavoja vuosittain	0,273	0,734	0,075	0,130	0,168	0,116
Sairaalassa noudatetaan leikkaushoitoa koskevia hoitosuosituksia esim. veritulpan ehkäisyssä	0,276	0,681	0,143	0,059	0,050	0,265
Sairaalassa joudutaan peruuttamaan vain harvoin potilaille suunniteltuja leikkauksia vuosittain	0,294	0,552	0,091	0,175	0,241	0,053
Osastohoitoa vaativien yleisten leikkausten jälkeinen hoitoaika sairaalassa vastaa kansallista keskitasoa	0,316	0,541	0,139	0,168	0,236	0,148

Väittäjä	PK1	PK2	PK3	PK4	PK5	PK6
Sairaalassa hoidetaan leikkaukseen liittyvää kipua hoitosuosituksen mukaisesti	0,327	0,539	0,200	0,067	0,121	0,283
Sairaalan toiminnan turvallisuutta arvioidaan säännöllisesti	0,201	0,530	0,443	0,167	0,076	0,131
Sairaalan toiminnan laatua arvioidaan säännöllisesti	0,225	0,477	0,465	0,202	0,073	0,075
Sairaalan lääkäreillä on tunnetusti arvostettu ammattitaito	0,205	0,285	0,723	0,014	0,123	0,001
Sairaalan hoitohenkilökunnalla on tunnetusti arvostettu ammattitaito	0,260	0,317	0,687	0,060	0,147	0,063
Minulle suunnitellun leikkauksen suorittaa erikoislääkäri	0,185	0,283	0,631	0,116	0,019	0,055
Pääsen erikoislääkärin arvioitavaksi sairaalaan hoitotakuun puitteissa (3 kk.) lähetteen saamisesta	0,003	0,169	0,555	0,086	0,184	0,323
Leikkaavalla lääkärillä on paljon kokemusta minulle suunnitellusta leikkaushoidosta	0,198	0,409	0,548	0,057	0,015	0,082
Sairaalassa on saatavilla useiden alojen erikoislääkärien palveluja	0,231	0,122	0,528	0,158	0,315	-0,021
Pääsen leikkaukseen sairaalaan hoitotakuun puitteissa (6 kk.) leikkaustarpeen toteamisesta	-0,021	0,155	0,524	0,038	0,209	0,292
Sairaala on keskussairaala tai yliopistollinen keskussairaala	0,146	0,112	0,438	0,191	0,353	-0,118
Saan sairaalassa palvelua omalla äidinkielenilläni	0,056	0,034	0,361	0,000	0,327	0,230
Leikkaushoitoa koskeva ohjeistus on mahdollista saada sähköisen järjestelmän kautta	0,065	0,032	0,010	0,740	0,194	0,140
Sairaalaan voi varata vastaanottoajan sähköisen järjestelmän kautta	0,053	0,067	-0,080	0,722	0,190	0,134
Minulla on mahdollisuus valita sairaalassa leikkauksen suorittava lääkäri	0,200	0,103	0,287	0,600	-0,056	-0,053
Sairaalan leikkaushoidon tuloksista on saatavilla julkisesti tietoa	0,385	0,227	0,214	0,527	-0,072	0,007
Minulla on mahdollisuus vaikuttaa leikkaushoidon ajankohtaan	0,223	0,173	0,180	0,522	0,048	0,088
Sairaalan leikkaushoidon saatavuudesta (esim. odotusajasta) on saatavilla julkisesti tietoa	0,404	0,224	0,163	0,518	0,034	0,035
Minulle suunniteltu leikkaus voidaan suorittaa sairaalassa päiväkirurgisena toimenpiteenä	0,205	0,117	0,091	0,452	0,182	0,214

Väittäjä	PK1	PK2	PK3	PK4	PK5	PK6
Pysäköinti sairaalan alueella on edullista	0,166	0,136	0,112	0,048	0,684	-0,004
Sairaalan alueella on riittävästi pysäköintitilaa	0,107	0,181	0,086	0,039	0,682	0,010
Sairaalaan on helppo päästä julkisilla kulkuneuvoilla	0,018	0,083	0,032	0,194	0,582	0,072
Sairaalan valinta voi aiheuttaa minulle lisäkustannuksia matkakuluihin sijaintinsa vuoksi	0,079	0,101	0,147	0,050	0,578	0,035
Sairaalan valinta voi aiheuttaa minulle lisäkustannuksia potilasmaksuihin	0,110	0,135	0,109	0,045	0,567	0,004
Sairaala sijaitsee lähellä kotiani tai työpaikkaani	0,080	-0,018	0,202	0,019	0,436	0,230
Saan selkeät ohjeet leikkaushoidon jälkeisestä hoidosta	0,349	0,220	0,107	0,078	0,035	0,753
Saan selkeät ohjeet leikkaushoitoon liittyvästä lääkityksestä	0,342	0,234	0,092	0,142	0,081	0,727
Saan selkeät ohjeet leikkaushoitoon valmistautumisesta	0,336	0,193	0,117	0,149	0,107	0,707
Saan tiedon siitä, keneen voin ottaa yhteyttä leikkaushoidon jälkeisen mahdollisen ongelmatilanteen yhteydessä	0,372	0,203	0,117	0,124	-0,004	0,614
Ominaisarvo	23,105	4,315	3,223	2,408	2,049	1,765
Selitysosuus %	16,057	14,001	6,904	6,251	5,599	5,400
Kumulatiivinen selitysosuus %	16,057	30,058	36,962	43,213	48,812	54,212

PK= pääkomponentti

Liite 13. Tiedote tutkimuksesta potilaalle (suomenkielinen)

Leikkauspotilaan hoitopaikan valintaa koskeva tutkimus

Arvoisa vastaanottaja,

Terveystieteiden tutkimuskeskus astui voimaan Suomessa toukokuun alusta 2011 lukien laajentaen potilaan vapautta valita hoitopaikka julkisessa terveydenhuollossa. Lain mukaan potilaalla on oikeus valita hoitava sairaala yhdessä lähettävän lääkärin kanssa. Vuoden 2014 alusta alkaen hoitopaikan voi valita koko valtakunnan alueen julkisten sairaaloiden välillä.

Pyydän kohteliaimmin Teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on arvioida potilaan valinnanvapauden toteutumista ja tunnistaa valintaan liittyviä tekijöitä sekä arvioida potilasryhmien välisiä eroja. Tutkimus on vapaaehtoinen ja luottamuksellinen, eikä tutkimukseen vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta millään tavoin Teidän hoitoon. Kyselylomakkeet on numeroitu eri organisaatioista saatavien tulosten tilastollisen vertailun mahdollistamiseksi. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja Teiltä kerättyä tietoa käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Kyselyyn vastaamisen katsotaan ilmaisevan Teidän tietoista suostumustanne tutkimukseen. Tutkimuksen tekemiseen on saatu puoltava lausunto sairaanhoitopiirin yhteiseltä eettiseltä toimikunnalta ja saatu lupa siihen osallistuvilta organisaatioilta.

Tutkimuksen perusteella voidaan saada käsitys potilaan valinnanvapauden toteutumisesta julkisessa terveydenhuollossa ja tuottaa suosituksia terveydenhuollon henkilöstölle ja poliittisille päätöksentekijöille valinnanvapauden edistämiseksi. ***Kyselyssä Teitä pyydetään esittämään oma näkemyksenne valinnanvapauden toteutumisesta ja sairaalan valintaan liittyvien tekijöiden tärkeydestä tässä yhteydessä. Näkemyksenne ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta erittäin tärkeitä.*** Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 30 minuuttia.

Tutkimus toteutetaan Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa hoitotieteen laitoksella. Tutkimuksesta vastaava henkilö on professori Riitta Suhonen. Tutkimuksen tulokset raportoidaan osana väitöskirjatutkimusta. Tutkimusaineistoa voidaan käyttää tutkijan kansallisissa ja kansainvälisissä jatkotutkimuksissa.

Terveystieteen arviointiin liittyvän kysymyksen takia on toivottavaa, että ***vastaatte kyselyyn aikaisintaan leikkausta seuraavana päivänä.*** Vastaamisen jälkeen sulkekaa vastattu kyselylomake mukana annettuun kirjekuoreen ja toimittakaa se postin kuljetettavaksi 14 vuorokauden sisällä leikkauksesta pääsystäenne. Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimuksesta, ottakaa yhteyttä tutkijaan puhelimitse tai sähköpostin kautta.

Turussa 15.4.2014

Yhteistyöstä ja avusta kiittäen,

Ohjaajat:

Anne Isotalo
VTM, sh.
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
puh.nro xxx
anne.isotalo@utu.fi

Riitta Suhonen
TtT, professori
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
puh.nro xxx
riitta.suhonen@utu.fi

Helena Leino-Kilpi
THT, professori, laitoksen johtaja
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
puh.nro xxx
helena.leino-kilpi@utu.fi

Liite 14. Tiedote tutkimuksesta potilaalle (ruotsinkielinen)

Undersökning om en operationspatients val av vårdplats

Bästa mottagare,

Hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft i Finland från och med början av maj 2011 och utökade patientens frihet att välja vårdplats inom den offentliga sjukvården. Enligt lagen har patienten rätt att tillsammans med den remitterande läkaren välja det vårdande sjukhuset. Från med början av år 2014 har man kunnat välja vårdplats bland alla offentliga sjukhus i landet.

Jag ber Er vänligen delta i undersökningen vars syfte är att utvärdera förverkligandet av patientens valfrihet och känna igen faktorer som berör val av plats samt utvärdera skillnader mellan patientgrupperna. Undersökningen är frivillig och konfidentiell och om Ni svarar eller låter bli så inverkar detta på inget sätt på Er vård. Frågeformulären är numrerade för att möjliggöra statistiskt jämförande av resultaten från de olika organisationerna. Undersökningen besvaras anonymt och de uppgifter som Ni ger behandlas konfidentiellt på det sätt som personuppgiftslagen förutsätter. Genom att svara på förfrågan anses Ni ge Ert medtyckande till undersökningen. Sjukhusdistriktets gemensamma etiska kommitté har förordat genomförande av undersökningen och man har även fått tillstånd av de deltagande organisationerna.

Utgående från undersökningen kan man få en uppfattning över förverkligande av patientens valfrihet inom den officiella hälsovården samt utarbeta rekommendationer för personalen inom hälsovården och för de politiska beslutsfattarna för att främja valfriheten. ***I undersökningen ombeds Ni presentera Er egen åsikt om förverkligande av valfriheten och om de faktorer som känns viktiga vid val av sjukhus. Era åsikter är ytterst viktiga för att undersökningen ska lyckas.*** Undersökningen genomförs med hjälp av ett frågeformulär. Det tar ca 30 minuter att besvara i formuläret.

Undersökningen genomförs vid institutionen för vårdvetenskap vid Medicinska fakulteten i Åbo universitet. Det är professor Riitta Suhonen som ansvarar för undersökningen. Resultaten från undersökningen rapporteras som en del av en doktorsavhandlingsforskning. Undersökningsmaterialet kan användas i forskarens nationella eller internationella fortsatta undersökningar.

På grund av frågan om bedömningen av hälsotillståndet är det önskvärt att ***Ni besvarar förfrågan tidigast följande dag efter operationen.*** Efter att Ni besvarat förfrågan ska Ni lägga formuläret i det medföljda kuvertet och föra det till posten senast inom 14 dagar efter operationen. Ifall Ni har frågor om undersökningen kan Ni kontakta forskaren per telefon eller e-post.

I Åbo 15.4.2014

Tack för samarbetet och hjälpen, Ledare

Anne Isotalo
PM, ssk
Institutionen för vårdvetenskap
20014 Åbo universitet
Tel. xxx
anne.isotalo@utu.fi

Riitta Suhonen
Doktor i hälsovetenskaper,
professor
Institutionen för vårdvetenskap
20014 Åbo universitet
Tel. xxx
riitta.suhonen@utu.fi

Helena Leino-Kilpi
Doktor i hälsovård, professor,
chef för institutionen
Institutionen för vårdvetenskap
20014 Åbo universitet
Tel. xxx
helena.leino-kilpi@utu.fi

Liite 15. Potilasturvalliset hoitokäytännöt -asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat)

Väittämä/ Tunnusluku	n	moodi	ka	kh	Ei lainkaan tärkeä %	Vain vähän tärkeä %	Jonkin verran tärkeä %	Tärkeä %	Erittäin tärkeä %
Sairaalassa joudutaan peruuttamaan vain harvoin potilaille suunniteltuja leikkauksia vuosittain	827	4	4,1	0,9	0,8	3,4	15,4	43,2	37,2
Osastohoitoa vaativien yleisten leikkausten jälkeinen hoitoaika sairaalassa vastaa kansallista keskitasoa	822	4	4,2	0,8	0,9	2,3	15,5	42,2	39,2
Sairaalassa esiintyy osastohoitoa vaativilla potilailla vain vähän painehaavoja vuosittain	813	5	4,4	0,8	0,7	1,7	11,8	32,6	53,1
Sairaalassa tehdään vain vähän leikkaushoitoon liittyviä potilasvahinkoimoituksia vuosittain	821	5	4,4	0,8	0,9	1,8	8,3	35,4	53,6
Sairaalassa suoritetaan vain harvoin uusintaleikkauksia yleisten leikkausten yhteydessä vuosittain	818	5	4,4	0,8	0,6	1,5	9,2	34,4	54,4
Sairaalassa tehdään vain vähän leikkaushoitoihin liittyviä muistutuksia ja kanteluja vuosittain	828	5	4,4	0,8	0,5	2,2	8,7	32,5	56,2
Sairaalan toiminnan laatua arvioidaan säännöllisesti	834	5	4,4	0,8	0,4	1,8	9,1	31,1	57,7
Sairaalan toiminnan turvallisuutta arvioidaan säännöllisesti	834	5	4,5	0,7	0,2	1,2	6	29,5	63,1
Sairaalassa ilmenee vain vähän potilaan hoitoa haittaavia tai vaarantavia tapahtumia vuosittain	831	5	4,6	0,7	0,4	0,8	5,9	29,2	63,7
Sairaalassa tapahtui vain vähän odottamattomia haitallisia tapahtumia (komplikaatioita) yleisten leikkausten yhteydessä vuosittain	822	5	4,6	0,7	0,5	1,6	5,5	27,6	64,8
Sairaalassa hoidetaan leikkaukseen liittyvää kipua hoitosuostusten mukaisesti	826	5	4,6	0,6	0,4	0,5	2,8	29,9	66,5
Sairaalassa tapahtuu vain vähän lääkehoitoihin liittyviä virheitä vuosittain	828	5	4,6	0,7	0,5	0,8	5,3	23,6	69,8
Sairaalassa noudatetaan leikkaushoitoa koskevia hoitosuostuksia esim veritulpan ehkäisyssä	820	5	4,7	0,6	0,4	1	3,3	24	71
Sairaalassa esiintyy vain vähän leikkaushoitoon liittyviä haavatulehduksia vuosittain	829	5	4,6	0,7	0,6	0,8	5,2	21,7	71,7
Yleisiin suunniteltuihin leikkaushoitoihin liittyvä kuolleisuus on sairaalassa alhainen	821	5	4,6	0,7	0,6	1,8	3,9	20,2	73,4
Leikkaavalla lääkärillä on runsas kokemus minulle suunnitellusta leikkaushoidosta	835	5	4,7	0,6	0,5	0,4	2,9	22,2	74,1

Liite 16. Lääketieteellisten palvelujen laajuus ja henkilökunnan ammatillisen pätevyys – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat)

Väittäjä/ Tunnusluku	n	moodi	ka	kh	Ei lain- kaan tär- keä %	Vain vä- hän tär- keä %	Jonkin verran tärkeä %	Tärkeä %	Erittäin tärkeä %
Sairaala on keskussairaala tai yli- opistollinen keskussairaala	827	5	3,7	1,2	6,9	10,4	19,2	30,4	33,1
Sairaalassa on saatavilla useiden alojen erikoislääkärien palveluja	832	5	4,2	0,9	1,8	4,1	12,1	35,8	46,2
Sairaalan hoitohenkilökunnalla on tunnetusti arvostettu ammatti- taito	838	5	4,6	0,7	0,5	0,7	3,9	30,7	64,2
Sairaalan lääkäreillä on tunne- tusti arvostettu ammattitaito	829	5	4,6	0,7	0,6	0,7	4,8	24,6	69,2
Minulle suunnitellun leikkauksen suorittaa erikoislääkäri	839	5	4,6	0,7	0,4	0,8	4,9	24,6	69,4

Liite 17. Palvelukokemus – asiakokonaisuus (sulhteelliset jakaumat)

Väittäjä/ Tunnusluku	n	moodi	ka	kh	Ei lain- kaan tär- keä %	Vain vä- hän tärkeä %	Jonkin verran tärkeä %	Tärkeä %	Erittäin tärkeä %
Sairaalan leikkaushoidon saatavuudesta (esim. odotusaika) on saatavilla julkisesti tietoa	821	4	3,9	0,9	1,1	4,8	24,6	43,3	26,2
Sairaalan potilastyytyvyydestä on saatavilla julkisesti tietoa	829	4	3,9	0,9	1,2	4,8	25,2	38,7	30
Sairaalan leikkaushoidon tuloksista on saatavilla julkisesti tietoa	824	4	3,9	1	2,1	5,5	23,9	37,3	31,3
Ystävien ja läheisten kokemukset sairaalasta ovat myönteisiä	831	4	4,1	0,8	0,6	1,9	12,8	49	35,7
Lähtävä lääkäri on suositellut tätä sairaalaa leikkaushoitoa varten	825	4	4	0,9	1,7	4	18,3	39,6	36,4
Omat aikaisemmat kokemukseni sairaalasta ovat myönteisiä	822	5	4,5	0,7	0,4	0,5	5,4	40	53,8
Sairaalan lääkäreillä on tunnetusti hyvät vuorovaikutustaidot	832	5	4,5	0,7	0,4	0,2	6,5	37,1	55,8
Sairaalan hoitohenkilökunnalla on tunnetusti hyvät vuorovaikutustaidot	831	5	4,5	0,6	0,4	0,5	3,9	38	57,3
Sairaalan hoidon laatu on tunnetusti hyvä	835	5	4,6	0,6	0,2	0,1	3	34,7	61,9
Sairaalan ilmapiiri on ystävällinen	838	5	4,6	0,6	0,2	0,1	2,6	31,5	65,5
Sairaalassa kohdellaan tunnetusti potilaita hyvin	834	5	4,6	0,6	0,1	0,2	2,6	30,5	66,5
Sairaala on tunnetusti turvallinen hoitopaikka	835	5	4,6	0,6	0,2	0,1	2,4	30,1	67,2

Liite 18. Potilaskeskeiset toimintatavat – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat)

Väittäjä/ Tunnusluku	n	moodi	ka	kh	Ei lain- kaan tär- keä %	Vain vä- hän tär- keä %	Jonkin verran tärkeä %	Tärkeä %	Erittäin tärkeä %
Saan selkeät ohjeet leikkaushoitoon liittyvästä lääkityksestä	836	5	4,7	0,5	0	0,2	2,8	29,1	67,9
Saan selkeät ohjeet leikkaushoidon jälkeisestä hoidosta	834	5	4,8	0,5	0	0,4	1,1	22,2	76,4
Saan selkeät ohjeet leikkaushoitoon valmistautumisesta	838	5	4,6	0,5	0	0,4	2,1	30,7	66,8
Saan tiedon, keneen voin ottaa yhteyttä leikkaushoidon jälkeisen mahdollisen ongelmatilanteen yhteydessä	838	5	4,8	0,5	0,1	0,1	1,4	21,1	77,2
Sairaalassa järjestetään leikkaushoitoa edeltävät tutkimukset sujuvasti aikataulun mukaan esim. vastaanottokäynnin yhteyteen	830	4	4,3	0,7	0,2	1,7	10,6	46,1	41,3
Sairaalaan voi varata vastaanottoajan sähköisen järjestelmän kautta	815	3	3,2	1,2	10,7	13,6	35,8	24,2	15,7
Leikkaushoitoa koskeva ohjeistus on mahdollista saada sähköisen järjestelmän kautta	818	3	3,1	1,1	10	15,4	36,1	27,1	11,4
Minulla on mahdollisuus valita sairaalassa leikkauksen suorittava lääkäri	831	4	3,6	1	3,9	10,8	30,7	32,5	22,1
Minulla on mahdollisuus vaikuttaa leikkauksen hoidon ajankohtaan	830	4	4	0,9	1,3	4,9	19,5	42,3	31,9
Minulle suunniteltu leikkaus voidaan suorittaa sairaalassa päiväkirurgisena toimenpiteenä	835	5	4	1	2	5,4	16,3	36,5	39,8
Saan sairaalassa palvelua omalla äidinkielenilläni	836	5	4,7	0,8	1,3	1,3	5	15,7	76,7
Hoitooni liittyviä asioita käsitellään sairaalassa luottamuksellisesti	835	5	4,6	0,7	0,5	1,2	5,4	23,7	69,2

Väittäjä/ Tunnusluku	n	moodi	ka	kh	Ei lain- kaan tär- keä %	Vain vä- hän tär- keä %	Jonkin verran tärkeä %	Tärkeä %	Erittäin tärkeä %
Minulla on sairaalassa mahdollisuus riittävään henkilökohtaiseen yksityisyyteen	828	4	4	0,8	0,6	2,5	19,1	46,1	31,6
Minulla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoani koskevaan päätöksentekoon	833	4	4,3	0,7	0,2	1,3	9,1	45	44,3
Sairaalassa ei sijoiteta eri sukupuolta olevia potilaita vuodeosastolla samaan potilashuoneeseen	828	5	3,8	1,2	5,3	9,5	24	26,2	34,9
Läheiseni huomioidaan sairaalassa riittävästi	830	4	4	0,8	0,6	3,7	20,6	45,7	29,4
Minua hoidetaan sairaalassa yksilöllisyyttäni arvostaen	835	5	4,4	0,7	0,4	0,8	8,5	39,9	50,4
Sairaalan henkilökunnalla on riittävästi aikaa minulle	835	4	4,4	0,7	0,2	0,2	8,3	45,6	45,6
Sairaalassa on riittävä määrä hoitajia potilasta kohden	834	5	4,5	0,6	0,2	0,6	4,9	38,2	56

Liite 19. Sairaalan tilat ja ohjelmistot – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat)

Väittäjä/ Tunnusluku	n	moodi	ka	kh	Ei lain- kaan tär- keä %	Vain väi- hän tär- keä %	Jonkin verran tärkeä %	Tärkeä %	Erittäin tärkeä %
Sairaalan huoneet ovat korkeatasoisesti varusteltuja (TV,puhelin, internet)	828	4	3,6	1	2,9	9,9	33,5	35,5	18,2
Sairaalassa on saatavilla kahviopalveluja	838	4	3,6	1	3	10,6	31,4	35,3	19,7
Sairaalassa on joustavat vierailuajat	830	4	3,8	0,9	1,3	6,5	28,9	41	22,3
Sairaalassa voidaan järjestää potilaalle yöpymismahdollisuus, vaikka tehty leikkaus ei edellyttäisi sairaalaan jäämistä	828	4	3,8	0,9	1,8	6,5	26,6	41,1	24
Sairaalassa tarjotaan korkealaatuista ruokaa	830	4	3,9	0,9	0,8	5,3	24,9	44,2	24,7
Sairaalan tilat ovat viihtyisät	835	4	4	0,8	0,5	2,6	21,7	44,1	31,1
Sairaalan tilat ovat esteettömiä apuvälineitä käyttäville henkilöille	831	5	4,3	0,8	1	1,9	11,4	33,5	52,2
Sairaalan tilat ovat siistit	835	5	4,6	0,6	0,2	0,1	2,8	28,9	68

Liite 20. Hoidon ja palvelujen saatavuus ja saavutettavuus – asiakokonaisuus (suhteelliset jakaumat)

Väittäjä/ Tunnusluku	n	moodi	ka	kh	Ei lain- kaan tär- keä %	Vain vä- hän tär- keä %	Jonkin verran tärkeä %	Tär- keä %	Erittäin tärkeä %
Pääsen leikkaukseen sairaalaan hoitota- kuun puitteissa (6 kk:n kuluessa leikkaus- tarpeen toteamisesta)	813	5	4,6	0,7	1	1,1	4,7	24,4	68,9
Pääsen erikoislääkärin arvioitavaksi sairaalaan hoitotakuun puitteissa (3 kk:n kulu- essa lähetteen saamisesta)	820	5	4,5	0,8	1,7	1,1	5,5	32,3	59,4
Sairaala sijaitsee lähellä kotiani tai työ- paikkaani	838	5	4,1	1	3,2	5,8	13,6	31,4	45,9
Pysäköinti sairaalan alueella on edullista	826	5	3,6	1,4	11,9	11,4	18,2	23,4	35,2
Sairaalan alueella on riittävästi pysäköinti- tilaa	830	5	3,6	1,3	10,4	11,1	18,1	28,1	32,4
Sairaalaan on helppo päästä julkisilla kul- kuneuvoilla	828	5	3	1,5	21	18,2	18,2	18,9	23,7
Sairaalan valinta voi aiheuttaa minulle lisä- kustannuksia matkakuluihin sijaintinsa vuoksi	812	3	3,4	1,2	9,2	14,9	30,9	21,1	23,9
Sairaalan valinta voi aiheuttaa minulle lisä- kustannuksia potilasmaksuihin	810	3	3,4	1,2	8,6	13	31,4	23,7	23,3

ka = keskiarvo, kh = keskihajonta

Annales Universitatis Turkuensis



Turun yliopisto
University of Turku

ISBN 978-951-29-7021-6 (Painettu/Print)
ISBN 978-951-29-7022-3 (Sähköinen/Pdf)
ISSN 0082-6995 (Painettu) | ISSN 2343-3205 (Verkojulkaisu)