



Turun yliopisto
University of Turku

YLEISLÄÄKÄRIN
VASTAANOTTOTAPAHTUMA
-
NÄKÖKULMIA LAATUUN

English Abstract

Maisa Kuusela

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Kliininen laitos

Yleislääketiede

Kansanterveystiede

Turun kliininen tohtoriohjelma

Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala

Työn ohjaajat:

Paula Vainiomäki

LT, yleislääketieteen professori (ma)

Turun yliopisto, yleislääketiede

Yliääkäri

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Päivi Rautava

LKT, ehkäisevän terveydenhuollon professori

Turun yliopisto, kansanterveystiede

Tutkimusylilääkäri

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Tarkastajat:

Pekka Honkanen

LT, yleislääketieteen professori

Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos

Elise Kosunen

LT, yleislääketieteen professori

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö

Vastaväittäjä:

Marjukka Mäkelä

LKT, tutkimusprofessori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

University of Copenhagen, Department of

Public Health, Section of General Practice

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

ISBN 978-951-29-5687-6 (PRINT)

ISBN 978-951-29-5688-3 (PDF)

ISSN 0082-6995

Painosalama Oy - Turku, 2014

ABSTRACT

Maisa Kuusela

GP's consultation – perspective on quality

University of Turku, Faculty of Medicine, General Practice and Public Health
Annales Universitatis Turkuensis, Scripta Lingua Fennica Edita, Ser. C, Turku 2014.

The primary aim of this study was to investigate different aspects of the quality of GP's consultations. We also wanted to compare the assessments made by the patients and GPs, and furthermore, to assess the quality in the light of two employment contract systems.

The material consists of the assessments of 2191 consultations by 2167 GPs and 1777 patients (the answers to the questionnaires), the patient records (n=175), and the video recordings of 20 consultations. Qualitative and quantitative data, investigator and methodological triangulation were used in the analyses.

Every component of quality (medico-professional, communication, economic) was assessed quite good by patients and GPs. Patients were more satisfied than doctors with all components. The results of the questionnaire study were more positive than the assessments on the patient records and videos made by the investigators. The communication skills assessed by the investigators were satisfactory. Patient records were inadequate documents of consultations and their quality was found to depend on the electronic system used.

The employment contract system had no effect on the consultation quality assessed by the patients. However, the GPs in the health care centres with the capitation based contract rated their work quality higher than other GPs.

We need several tools to assess the quality of GP's consultation. The patient records systems should be easy, interactive and the system should be able to copy or collect automatically the contents of separate data for quality assessment purposes. The self-assessment of the GPs requires further investigation.

Keywords: general practitioner's consultation, quality assessment

TIIVISTELMÄ

Maisa Kuusela

Yleislääkärin vastaanottotapahtuma – näkökulmia laatuun

Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Yleislääketiede ja Kansanterveystiede
Turun yliopiston julkaisuja, Scripta Lingua Fennica Edita, sarja C, Turku 2014.

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun eri ulottuvuuksia, erityisesti lääkärin ja potilaan arvioita vastaanottotapahtuman laadusta, sekä verrata näitä arvioita keskenään. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia palkkausjärjestelmän yhteyttä laatuun sekä löytää sopivia välineitä yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun arviointiin.

Tutkimuksessa käytettiin triangulaatiota sekä materiaalien, tutkijoiden että menetelmien osalta. Materiaali koostui kyselylomakkeista (2191 vastaanottotapahtumaa, 2167 lääkärin lomaketta ja 1777 potilaan lomaketta), potilasasiakirjoista (n=175) ja vastaanottotapahtumien videoinneista (n=20). Analyysissä käytettiin sekä kvantitatiivisia että kvalitaatiivisia menetelmiä.

Laatu koostuu tässä tutkimuksessa tieteellisteknisestä/ammattillisesta osaamisesta, vuorovaikutustaidoista ja taloudellisesta laadusta. Kaikki osatekijät olivat kyselylomakettutkimuksen perusteella varsin hyviä, ja potilaat arvioivat laadun kaikki osatekijät paremmiksi kuin lääkärit. Potilaiden selviytyminen ja voimaantuminen vastaanottotapahtuman jälkeen oli parempaa, mikäli he pitivät vuorovaikutuksen laatua hyvänä ja lääkäriä omalääkärinään. Kyselylomaketutkimus antoi laadusta kuitenkin positiivisemmän kuvan kuin tutkijoiden potilasasiakirjojen ja videointien avulla tekemät arviot. Potilasasiakirjat oli laadittu puutteellisesti ja potilasasiakirjajärjestelmät vaikuttivat potilasasiakirjojen laatuun. Tutkijoiden arvioimana lääkäreiden vuorovaikutustaidot olivat keskimäärin tyydyttävät.

Lääkärin virkaehtosopimus ei näyttänyt vaikuttavan potilaan kokemaan laatuun, mutta väestövastuulääkärit kokivat sekä oman työnsä ammatillisen laadun että vuorovaikutustaitonsa paremmaksi kuin muut lääkärit. Väestövastuuterveyskeskuksissa myös hoidon jatkuvuus ja potilaan valinnanvapaus näyttivät toteutuvan muita terveyskeskuksia paremmin.

Yleislääkärin työn laadun arviointiin tarvitaan useita menetelmiä. Potilasasiakirjajärjestelmien tulisi olla helppokäyttöisiä, interaktiivisia ja tietoa automaattisesti kerääviä, jotta niistä saataisiin luotettavaa tietoa laadun arvioimiseksi. Lääkärin työn itsearviointia on edelleen tutkittava ja kehitettävä.

Avainsanat: yleislääkärin vastaanottotapahtuma, laadunarviointi

SISÄLLYSLUETTELO

ABSTRACT	3
TIIVISTELMÄ	4
SISÄLLYSLUETTELO	5
LYHENTEET	7
OSAJULKAISULUETTELO	8
1. JOHDANTO	9
2. KIRJALLISUUSKATSAUS	11
2.1 Yleislääkäri Suomen perusterveydenhuollossa	11
2.1.1 Perusterveydenhuolto yleislääkäriin toimintaympäristönä	11
2.1.2 Suomalaisen yleislääkäriin työ.....	12
2.2 Yleislääkäriin vastaanottotapahtuma	14
2.2.1 Yleislääkäriin vastaanottotapahtuma – terveydenhuollon monimuotoinen ydin	14
2.2.2 Lääkäriin toimintaan vastaanottotapahtuman aikana vaikuttavat tekijät ...	15
2.2.3 Yleislääkäriin toiminnan tutkimus.....	16
2.3 Osaaminen.....	16
2.3.1 Lääkäriin perus- ja jatkokoulutus ja jatkuva ammatillinen kehittyminen..	16
2.4 Järjestelmään liittyvät tekijät	18
2.4.1 Terveydenhuoltojärjestelmä ja toimintaympäristö	18
2.4.2 Hoitosuosituksat.....	21
2.4.3 Potilaiden odotukset	22
2.4.4 Vastaanoton resurssit.....	23
2.4.5 Ajankäyttö	23
2.4.6 Lääkäriin palkitsemisjärjestelmä	24
2.5 Lääkäriin yksilölliset ominaisuudet.....	25
2.6 Vastaanottotapahtuman laatu.....	26
2.6.1 Miten yleislääkäriin työ määritellään?	26
2.6.2 Näkökulmia yleislääkäriin työn laatuun	28
2.6.3 Perusterveydenhuollon laatutyö Suomessa.....	30
2.7 Mitä ja miten laatua mitataan?	32
2.7.1 Laadun mittaaminen perusterveydenhuollossa	32
2.7.2 Vastaanottotapahtuman laatu ja sen arviointi	33
2.7.3 Lääkäriin tieteellistekninen ammattitaito	34
2.7.4 Potilasasiakirjat ja niiden laatu osana tieteellisteknistä laatua.....	36
2.7.5 Lääkäriin vuorovaikutustaidot	38
2.7.6 Lääkäriin vuorovaikutustaitojen arvioiminen	40

2.7.7 Vastaanottotapahtuman taloudellinen laatu	41
3. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	44
4. AINEISTOT JA MENETELMÄT	45
4.1 Tutkimuksen toimintaympäristö.....	45
4.2 Kyselyssä käytetyt lomakkeet (osajulkaisu I)	46
4.3 Potilasasiakirjat (osajulkaisut II ja III)	47
4.4 Vastaanottotapahtumien videotallenteet (osajulkaisu IV).....	49
4.5 Laadulliset menetelmät	50
4.6 Tilastolliset analyysit	52
4.7 Tutkimuksen eettisyyden varmistaminen	53
5. TULOKSET	54
5.1 Vastaanottotapahtuman eri osatekijöiden laatu.....	54
5.1.1 Yleislääkärin työn tieteellistekninen laatu (osajulkaisut I ja III)	54
5.1.2 Potilasasiakirjojen laatu (osajulkaisu II)	56
5.1.3 Yleislääkärin vuorovaikutustaidot (osajulkaisu I ja IV)	57
5.1.4 Vastaanottotapahtuman taloudellinen laatu (osajulkaisu I).....	58
5.1.5 Potilaan selviytyminen ja voimaantuminen (aikaisemmin julkaisematon).....	58
5.2 Lääkärin palkkausjärjestelmän vaikutus vastaanottotapahtuman laatuun	59
6. POHDINTA	61
6.1 Päätulokset	61
6.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	63
6.3 Tutkimuksen tulokset verrattuna aikaisempaan tietoon	64
6.3.1 Tieteellistekninen laatu.....	64
6.3.2 Vuorovaikutuksen laatu.....	66
6.3.3 Taloudellinen laatu	67
6.3.4 Potilaan selviytyminen ja voimaantuminen	68
6.3.5 Miten arvioida vastaanottotapahtuman laatua?	68
6.3.6 Mihin suuntaan yleislääkärin vastaanottotyötä tulee kehittää Suomessa?	71
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	74
8. KÄYTÄNNÖN SOVELLUS- JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	75
9. KIITOKSET	76
10. KIRJALLISUUS	78
11. LIITTEET	91

LYHENTEET

APR	avohoidon potilasryhmitys
AVOHilmo	perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri
DVP	diastolinen verenpaine
CQI	consultation quality index
EquiP	European Society for Quality and Safety in Family Practice
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine
EUROPEP	EUROpean Patients Expectations and Priorities
GP	general practitioner
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICPC-2	International Classification of Primary Care
KASTE	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma
pDRG	perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmä
PEI	patient enablement instrument
QIFM	The WONCA working party on Quality in Family Medicine
SVP	systolinen verenpaine
WONCA	The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

OSAJULKKAISULUETTELO

Tämä väitöskirja perustuu seuraaviin osajulkaisuihin:

- I. Kuusela M, Vainiomäki P, Hinkka S, Rautava P. The quality of GP consultation in two different salary systems. A Finnish experience. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2004; 22: 168-73.
- II. Vainiomäki S, Kuusela M, Vainiomäki P, Rautava P. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2008; 26: 117-22
- III. Kuusela M, Koivisto A-L, Vainiomäki P, Vahlberg T, Rautava P. The medico-professional quality of GP consultations assessed by analysing patient records. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2011; 29: 222-6.
- IV. Kuusela M, Vainiomäki P, Kiviranta A, Rautava P. The Missing Evaluation at the End of GP's Consultation. *International Journal of Family Medicine* 2013. Article ID 672857, 6 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/672857>

Väitöskirja sisältää myös aikaisemmin julkaisemattomia tutkimustuloksia.

Scandinavian Journal of Primary Health care sallii artikkeleiden julkaisun väitöskirjan osajulkaisuina. (<http://informahealthcare.com/page/pri/Description#Instructions>)

International Journal of Family Medicine on open access -julkaisu, jossa artikkelien tekijänoikeudet säilyvät kirjoittajilla. (<http://www.hindawi.com/journals/ijfm/guidelines/>)

1. JOHDANTO

Lääkärin vastaanottotapahtuma on perusterveydenhuollon ydintapahtuma. Vastaanottotapahtuman sisältö vaikuttaa potilaan koko hoitoprosessin laatuun ja kustannuksiin.

Ajatuksen perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottotapahtuman laadun tutkimiseen sain tutustuttuani terveyskeskuslääkärinä erilaisiin laadunhallintamenetelmiin ja erityisesti teollisuudesta terveydenhuoltoon siirrettyyn prosessiajatteluun. Koin ristiriitaiseksi ”tasalaatuisuuden” vaatimuksen ja prosessin eri vaiheiden mittauksen tapahtumassa, joka perustuu kahden ihmisen kohtaamiseen – jossa hyvää laatua on yksilöllisyys ja palvelun räätälöinti kunkin potilaan tarpeita ajatellen. Jokainen vastaanottotapahtuma on erilainen – kahden ihmisen, potilaan ja lääkärin kohtaaminen. Laatu ei mielestäni voi tässä tapauksessa tarkoittaa tasalaatuisuutta vaan vaihtelua.

Aloittaessani tutkimustyöni pidin vastaanottotapahtuman laadun tutkimista välttämättömänä työnä erityisesti terveyskeskustyön ominaislaadun ja tärkeyden korostamiseksi. Pohdimme kollegoiden kanssa, mitä terveyskeskuslääkärin työn laatu on ja miten sitä voisi mitata. Materiaalinkeruuvaiheessa työskentelin yleislääketieteen opettajana, ja aiheen tärkeys korostui entisestään: aloin syventyä yhä tarkemmin siihen, mitkä asiat ovat tärkeitä lääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksessa nimenomaan terveyskeskustyötä ajatellen. Myöhemmin jouduin pohtimaan terveyskeskuksen ylilääkärin näkökulmasta alaisteni työn tuottavuutta ja laatua. Työskennellessäni sosiaali- ja terveystalouden tiiläajan roolissa aihe oli minulle edelleen ajankohtainen.

Olen tehnyt tätä tutkimusta oman työni ohessa, mikä on suurelta osin aiheuttanut sen, että materiaalin keruusta tämän kirjan kirjoittamiseen on kulunut aikaa ja perusterveydenhuollon kentällä on tapahtunut paljon. Tieto on kuitenkin edelleen ajankohtaista, joskin tietoa arvioitaessa on otettava huomioon mm. lääkärin palkkausjärjestelmien muuttuminen sekä hoitosuosituksen ja potilasasiakirjajärjestelmien kehittyminen näiden vuosien aikana.

Terveydenhuollon kenttä on muutoksessa, jonka suuntaa on tässä vaiheessa vaikea arvata. Perusterveydenhuoltoa – terveydenhuollon kivijalkaa – ei ole viime vuosina saatu riittävästi vahvistettua pyrkimyksistä huolimatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita

on uudistettu ja uudistetaan ottamatta huomioon perusterveydenhuollon ja yleislääketieteen ydinasioita.

Tämän työn tarkoituksena on tutkia perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottotapahtuman laadun eri ulottuvuuksia ja löytää sopivia välineitä perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottotapahtuman laadun arviointiin.

2. KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Yleislääkäri Suomen perusterveydenhuollossa

2.1.1 Perusterveydenhuolto yleislääkärin toimintaympäristönä

Perusterveydenhuollon järjestämistavat ja palvelutuotanto vaihtelevat eri maissa. Terveydenhuollon rahoitus on järjestetty Euroopassa joko julkisella verorahoituksella ja/tai pakollisella terveysvakuutuksella. Perusterveydenhuollon palveluntuottajalle maksettavat korvauserusteet vaihtelevat. (Kokko 2013.) Suomessa yleislääkärit ovat yleensä julkisen terveydenhuollon palveluksessa terveyskeskuslääkäreinä. Suomen ja Ruotsin terveyskeskusten kaltaiset moniammatilliset yksiköt ovat poikkeus Euroopassa, sillä valtaosassa muita maita yleislääkärit ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia, jotka toimivat pienissä yksiköissä avustavan henkilökunnan kanssa (Health Council of the Netherlands 2004). Tanskassa yleislääkärit ovat olleet ammatinharjoittajia jo aikaisemmin, Ruotsissa ja Norjassa osa julkisen terveydenhuollon lääkäreistä siirtyi ammatinharjoittajiksi terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksen myötä (Health Council of the Netherlands 2004, Magnussen ym. 2009, Erhola ym. 2013).

Ruotsissa toteutettiin vuonna 2010 uudistus, jonka perusteella potilaat voivat vapaasti valita perusterveydenhuollon palveluntuottajansa joko yksityiseltä tai julkiselta sektorilta. Potilaat ovat olleet pääosin tyytyväisiä valinnanvapauteen, ja potilastyytyväisyys on hiukan lisääntynyt. Potilaiden matka perusterveydenhuollon yksikköihin on keskimäärin jonkin verran lyhentynyt, mutta odotusajat eivät ole merkittävästi muuttuneet. Perusterveydenhuollon kustannukset ovat pysyneet kurissa tai nousseet hiukan. Sen sijaan valinnanvapauden vaikutuksista tehokkuuteen, hoidon laatuun tai hoidon tasa-arvoisuuteen ei ole vielä riittävästi tietoa. (Winblad U ym. 2012.) Norjassa vastaavaan järjestelmään siirryttiin vuonna 2001. Uudistuksen myötä hoidon jatkuvuus on toteutunut hyvin (Hetlevik ja Gjesdal 2012) ja lääkärit ovat olleet tyytyväisiä työhönsä ammatinharjoittajina, erityisesti suurissa kaupungeissa (Halvorsen ym.2012).

Entisen sosialistisen järjestelmän maissa Itä-Euroopassa yleislääkärin rooli terveydenhuollossa on melko uusi verrattuna läntisiin naapurimaihin. Perusterveydenhuollon etulinjassa työskentelee edelleen mm. sisätautilääkäreitä ja lastenlääkäreitä, ja yleislääkäreiden vakiinnuttamiseksi on mm. koulutettu uudelleen muiden alojen erikoislääkäreitä. Viro on vienyt uudistuksen läpi parhaiten, ja ainoastaan Venäjällä yleislääketieteen eri-

koislääkäreiden koulutus ei toistaiseksi täytä Euroopan parlamentin suosituksia. (Jurgutis ja Vainiomäki 2012, Oleszczyk ym.2012, Krztoń-Królewiecka ym.2013.)

Suomen perusterveydenhuollon järjestelmä on hajautunut. Kunnilla on vahva päätösvalta oman alueensa terveydenhuollon järjestämisestä, mikä aiheuttaa vaihtelua maan eri terveyskeskusten välillä (Kokko ja Telaranta 2006). Toinen erityispiirre on perusterveydenhuollon palveluiden tuottaminen monella eri taholla: julkisen terveydenhuollon (järjestämässä) terveyskeskuksissa, julkisessa tai yksityisessä työterveyshuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla. Näiden tahojen velvollisuudet, tehtävät ja potilasprofiilit eroavat toisistaan. Esimerkiksi valtaosa työikäisistä käyttää pääasiassa työterveyshuollon palveluita ja terveyskeskusten asiakaskunta on ikääntynyttä (Ngyen ym. 2012).

Terveyskeskusten lääkäriresurssit jakautuvat epätasaisesti, ja erityisesti suurissa kaupungeissa lääkäreiden väestövastuu- tai listapotilaiden määrä on liian suuri (Ruskoaho 2012). Perusterveydenhuoltoa on pyritty vahvistamaan jo vuosia ohjelmatasolla ja lainsäädännöllä (Terveydenhuoltolaki 2010). Seuraava uudistus lienee nyt valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos, jolla pyritään saamaan Suomeen riittävän vahvat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistahot (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Suomessa asui vuonna 2013 yhteensä 19 865 työikäistä lääkäriä, joista 11 900 lääkärillä oli erikoislääkärinoikeudet. Näistä yleislääketieteen erikoislääkäreitä oli 2377. Terveyskeskuksissa työskenteli vuonna 2013 työikäisistä lääkäreistä 21 %, ja heistä 65 % oli naisia. Terveyskeskusten lääkäreistä 45 % oli yleislääketieteeseen erikoistuneita. (Suomen lääkäriliitto 2013 b)

Vuonna 2011 Suomessa tilastoitiin yli seitsemän miljoonaa terveyskeskuslääkärikäyntiä, joista yli kuusi miljoonaa oli avosairaanhoidon käyntejä. Lääkärissäkäynnit olivat aikaisempaan verrattuna vähentyneet, ja yhä suurempi osuus terveyskeskuskäynneistä tehtiin muiden ammattihenkilöiden kuin lääkäreiden luokse. Yleisimmät kirjatut käynnit olivat hengityselinten sekä tuki- ja liikuntaelinten ja sidekudoksen sairaudet. (Mölläri ja Vuorio 2013)

2.1.2 Suomalaisen yleislääkärin työ

Yleislääkäri-nimitystä käytetään Suomessa yleisesti kolmesta erilaisen koulutuksen saaneesta lääkäriryhmästä: lääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaneista lääkäreistä, perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen tai yleislääketieteen erityiskoulutuksen suo-

rittaneista ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä. Yleislääkäri-käsite vaihtelee terveydenhuoltojärjestelmästä riippuen; useissa Euroopan maissa yleislääkäriillä tarkoitetaan yleislääketieteen erityiskoulutuksen suorittaneita (tai yleislääketieteeseen erikoistuneita) lääkäreitä (Euroopan unioni 2005). Tässä tutkimuksessa yleislääkäriillä tarkoitetaan julkisen perusterveydenhuollon yksiköissä – siis terveyskeskuksissa – työskenteleviä lääkäreitä, terveyskeskuslääkäreitä, jotka voivat kuulua mihin tahansa edellä mainittuun kolmeen ryhmään. Yleislääkäreiden lisäksi perusterveydenhuollossa työskentelee esimerkiksi työterveyslääkäreitä ja geriatreja, ja toisaalta jonkin verran yleislääkäreitä työskentelee päätoimisesti myös yksityissektorilla.

Yleislääkäriin työ on monipuolista. Terveyskeskuksissa työhön kuuluu sairastuvuuden lisäksi mm. ehkäisevää työtä, kuten äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelyä, kouluterveydenhuoltoa, kotisairaanhoidon ja vuodeosastotyöskentelyä sekä lausuntojen kirjoittamista ja muuta kirjallista työtä (Klemola ym. 2009, Kokko 2013). Työnkuva riippuu paljon terveyskeskuksen koosta. Useimmiten neuvola ym. töitä on jaettu lääkäreiden kesken esimerkiksi kiinnostuksen perusteella. Vastaanottotyö on kuitenkin terveyskeskuslääkäriin työn perusta: keskimäärin siihen kuluu hieman alle puolet työajasta (Klemola ym. 2009).

Terveyskeskusten asiakkaiden ikäjakauma on laaja, vauvasta vaariin. Eteläisessä Suomessa yksityissektorin palvelutarjonta vaikuttaa jonkin verran asiakasprofiiliin (SOTKANet), lisäksi työikäiset saavat terveyspalvelunsa osittain työterveyshuollosta (Virtanen ja Mattila 2011, Nguyen ym. 2012).

Suomalaisen Lääkäri 2008 -tutkimuksen mukaan useimmat lääkärit ovat ilmoittaneet uravalintansa syyksi kiinnostuksen ihmiseen. Seuraavaksi tärkeimpiä syitä olivat ammatin hyvä arvostus ja monipuoliset työmahdollisuudet. Erikoisalan valintaan vaikuttaa myös hyvät työllisyysnäköymät, myönteiset työkokemukset alalla opiskeluaikana ja alan kollegojen hyvä esimerkki. Naiset valitsevat yleislääkäriin työn miehiä useammin. Yleislääketiede valitaan erikoisalaksi, mikäli kokemukset terveyskeskustyöstä ovat hyviä (Aira ym. 2013). Myös opiskelupaikkakunnalla on vaikutusta: Tampereelta tai Oulusta valmistuneet valitsevat useammin terveyskeskuslääkäriin työn (Heikkilä ym. 2009). Terveyskeskuslääkärit arvostavat ansiomahdollisuuksia, työllisyysnäköymiä ja työn ja perheen yhteensovittamista sairaalalääkäreitä enemmän (Hyppölä ym. 2008). Erikoisalavalintaan voivat vaikuttaa myös muun muassa erikoistumismahdollisuudet, pelko liiallisesta työmäärästä ja perhesyyt (Scott ym. 2007, Lu ym. 2008). Näyttää siltä, että lääkäreiden siirtyminen terveyskeskuksista joko työterveyshuoltoon, sairaaloihin tai yksityissektorille tulee lisääntymään (Sumanen ym. 2012). Yksityissektorilla lääkäreitä

houkuttelee taloudellisten tekijöiden lisäksi myös mm. urakehitys ja vapaa-ajanviettomahdollisuudet (Kankaanranta ym. 2008).

Vuoden 1972 kansanterveyslaki muutti kunnanlääkärit kunnallisiksi virkamiehiksi, terveyskeskuslääkäreiksi, ja turvasi toisaalta hyvän ja yhdenmukaisen perusterveydenhuollon koko Suomeen. 1980-luvun puolivälissä terveydenhuollon kasvuvauhdin hidastuminen ja väestön vanheneminen asetti uusia haasteita perusterveydenhuollolle. Keskeiseksi kehittämiskeinoksi esitettiin lääkäreiden siirtymistä väestövastuiseen työhön. Väestövastuumalli paransi hoidon saatavuutta ja laatua, mahdollisti lääkärin työn itsenäistymisen ja yksilölliset työskentelytavat sekä lisäsi lääkäreiden ansioita (Kangas 1999). Järjestelmän haitaksi arvioitiin lääkäreiden työuupumuksen lisääntyminen ja koulutushalukkuuden väheneminen (Kangas 1999). 2000-luvulla terveyskeskukset kärsivät lääkäripulasta ja hoidon saatavuus huononi (Vehviläinen ym. 2002), minkä vuoksi oli luotava uusia malleja perusterveydenhuollon toimivuuden parantamiseksi. Suomen Lääkäriliitto (2006) esitti listautumismallia perusterveydenhuollon toimivuuden takaamiseksi. Listautumismallin tavoitteena on turvata lääkäripalvelut niille potilaille, jotka niitä eniten tarvitsevat, ja toisaalta sen on tarkoitus tasata terveyskeskuksen lääkäreiden työkuormaa (Vuorma ja Koskela 2012). Listautumismalliin pohjautuvassa Pirkkalan työparityöskentelymallissa potilaat, joilla on seurantaa ja hoitoa vaativa pitkäaikaissairaus, ohjataan valitsemaan itselleen sopiva lääkäri-hoitajatyöpari ja listautumaan heidän potilailleeseen (Seilo ym. 2010).

2.2 Yleislääkärin vastaanottotapahtuma

2.2.1 Yleislääkärin vastaanottotapahtuma – terveydenhuollon monimuotoinen ydin

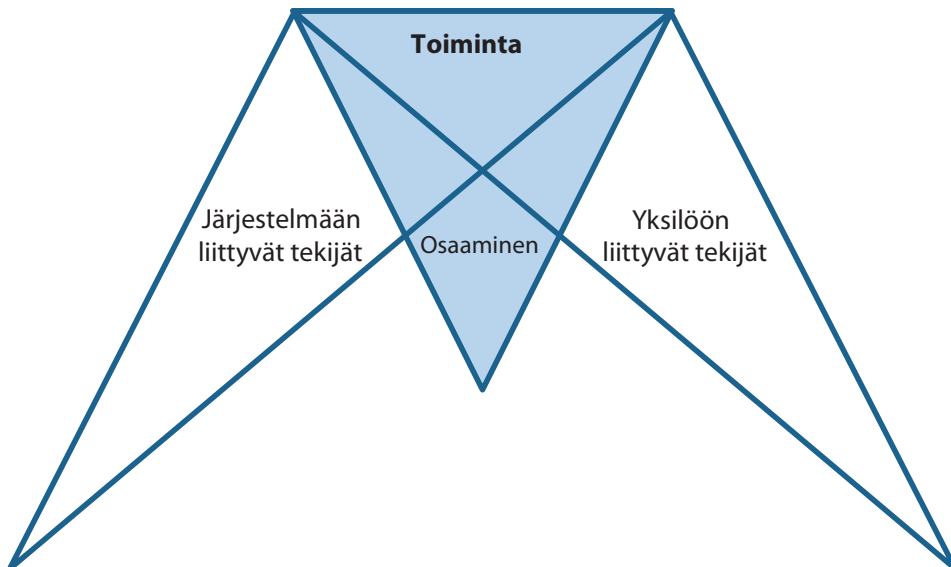
Yleislääkärin vastaanottotapahtuma on perusterveydenhuollon ydin terveydenhuoltojärjestelmästä riippumatta. Se on monimuotoinen tapahtuma, johon vaikuttavat monet lääkäristä, potilaasta, mutta myös heidän ympäristöstään riippuvat seikat. Potilas tulee vastaanotolle oireensa, ongelmansa, huoliensa ja odotustensa kanssa, ja lääkäri pyrkii ratkaisemaan ja hoitamaan potilaan ongelman omien taitojensa ja odotustensa mukaisesti yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Vastaanottotapahtuman tuotokset voivat olla välittömiä (esimerkiksi potilastyytyväisyys, huolen helpottuminen), viiveellä tulevia (potilaan sitoutuminen hoitoon) tai pitkäaikaisia (muutos terveydentilassa). (Pendleton 1990, Donabedian 2003.)

Selkeimmillään vastaanottotapahtuma on yksittäinen potilaan ja lääkärin kohtaaminen, jossa potilas tuo esille yhden ongelman ja se saadaan ratkaistuksi. Käytännössä potilaalla on kuitenkin useampia ongelmia ja yksittäinen vastaanottotapahtuma on osa laajempaa tapahtumasarjaa, johon voi kuulua muita toimijoita (esimerkiksi hoitohenkilökunta, erikoissairaanhoido) tai esimerkiksi useita yleislääkärin vastaanottotapahtumia.

Vastaanottotapahtuman kulkua on jaettu opetuksen ja tutkimuksen tarkoituksiin eri vaiheisiin, mutta käytännössä vastaanottotapahtuman kulku vaihtelee – joku vaihe voi jäädä kokonaan pois tai potilas tai lääkäri voi palata aiempiin vaiheisiin (Tate 1994).

2.2.2 Lääkärin toimintaan vastaanottotapahtuman aikana vaikuttavat tekijät

Suomessa lääkärin muodollista pätevyyttä on pidetty hyvän hoidon riittävänä edellytyksenä, ja lääkärin toimintaan voidaan puuttua vasta jälkeenpäin, kun epäkohtia on havaittu (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 1994). Pätevyys ei kuitenkaan välttämättä takaa hyvää toimintaa hoitotilanteissa. Kansainvälisen asiantuntijayhteistyön tuloksena luotiin vuonna 2002 Cambridgen malli, joka kuvaa lääkärin toimintaan vastaanottotapahtuman aikana vaikuttavia tekijöitä: osaaminen/pätevyys, järjestelmään liittyvät ja yksilöön liittyvät tekijät. Nämä tekijät tulee ottaa huomioon lääkärin toimintaa arvioitaessa. (Rethans ym. 2002.)



Kuvio 1: Cambridgen malli lääkärin toimintaan vaikuttavista tekijöistä. Kirjoittajan käännös alkupe-
räisestä kuviosta (Rethans ym. 2002).

Osaaminen tarkoittaa Cambridgen mallissa sitä tietoa, mitä lääkäri osaa soveltaa koetilanteessa. Järjestelmään liittyvät tekijät tarkoittavat mm. terveydenhuoltojärjestelmän lainsäädäntöä ja ohjausta, potilaiden odotuksia, hoitosuosituksia, vastaanottotapahtumaan varattua aikaa ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan saatavuutta. Yksilöön liittyvät tekijät sisältävät mm. lääkärin oman terveydentilan, mielentilan vastaanottotapahtuman aikana ja ihmissuhteet (potilaat, perhe). (Rethans 2002.)

Cambridgen malli laajentaa ja tarkentaa vanhempaa Millerin pyramidia (Miller 1990). Miller kuvaa lääkärin toimintaa (does) pyramidin huippuna, pyramidin alemmat kerrokset eli toiminnan edellytykset ovat tieto (knows), tiedon soveltaminen (knows how) ja osaaminen (shows how).

2.2.3 Yleislääkärin toiminnan tutkimus

Yleislääkärin toiminnan tutkiminen käytännön olosuhteissa on tärkeää työn laadun parantamisen kannalta. Toimintaa on arvioitu mm. seuraamalla lääkärin kliinistä työtä (joko vastaanottohuoneessa tai videoiden avulla), keskustelemalla potilastapauksista keräämällä tietoa potilasasiakirjoista tai keräämällä palautetta vertaisarvioijilta, työtovereilta tai potilailta. Näiden arviointien vaikutuksista lääkäreiden toiminnan muutoksiin ei kuitenkaan ole tutkittu kovin paljon (Overeem ym. 2007, Miller ja Archer 2010.) Toisaalta esimerkiksi potilailta ja työtovereilta kerättyä palautetta on tulkittava varovaisesti standardoidun lääkärin ammattitaidon mittariston puuttuessa (Campbell ym. 2011). Isossa Britanniassa lääkäreiden toiminnasta kerätään systemaattisesti tietoa potilasasiakirjoista (NHS Employers & General Practitioners Committee), ja toiminta on osittain palkkauksen perusteena. Seurattavat mittarit keskittyvät lääkärin tieteellistekniseen toimintaan, mikä saattaa aiheuttaa potilaan tarpeiden ja näkökulman unohtumisen (Chew-Graham ym. 2013). Lääkärin toiminnan eri ulottuvuuksia käsitellään luvussa 2.7.

Seuraavaksi tarkastellaan lähemmin Cambridgen mallin mukaisia lääkärin toimintaan vaikuttavia tekijöitä.

2.3 Osaaminen

2.3.1 Lääkärin perus- ja jatkokoulutus ja jatkuva ammatillinen kehittyminen

Lääkätieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaminen kestää Suomessa keskimäärin kuusi vuotta. Yleislääkärin erityiskoulutuksen pituus on kolme vuotta lisensiaatin tutkinnon jäl-

keen, ja sen suorittaminen on edellytys oikeudelle toimia yleislääkärinä sairausvakuutuksen piirissä muissa Euroopan Unionin jäsenvaltioissa (Euroopan unioni 2005). Suomessa koulutukseen on hyväksytty lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavasta käytännön koulutuksesta yksi vuosi. Yleislääketieteen erikoislääkärin koulutusaika on kuusi vuotta, johon sisältyy yleensä erityiskoulutuksen koulutusaika. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.)

Yliopistoissa lääketieteen lisensiaatin tutkintoon sisältyy vaihteleva määrä yleislääketieteen opetusta ja käytännön opetusta terveyskeskuksissa. Lääkäreiden arvion mukaan suomalainen lääkäreiden peruskoulutus antaa hyvät valmiudet sairaalatyöhön, sen sijaan terveyskeskusopetus on riittämätöntä varsinkin vanhemmissa yliopistoissa. Vuosina 1992–2001 valmistuneista lääkäreistä 86 % arvioi saaneensa liian vähän opetusta yleislääkärin työhön perusopetuksensa aikana; vuosina 1997–2006 valmistuneiden osalta tilanne näyttää hiukan parantuneen erityisesti Turun yliopiston osalta (Hyppölä ym. 2006, Heikkilä ym. 2009). Yleislääketieteen erityiskoulutuksen tarkoitus on lisätä valmiuksia perusterveydenhuollossa toimivan lääkärin tehtäviin, terveydenhuollon hallintoon ja sosiaaliturvajärjestelmään sekä yhteistyöhön terveydenhuollon ja sosiaalihuollon alalla toimivan henkilöstön kanssa (Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994). Yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on yleislääketieteen ja sen arvojen ja asenteiden, toimintaympäristön ja yhteisön tuntemukseen perustuvan potilaslähtöisen, laaja-alaisen ja kokonaisvaltaisen työotteen sekä alalle ominaisten ongelmanratkaisutaitojen ja terveydenhuollon kokonaisuuden hallitseminen (Turun yliopisto 2013).

Suomessa on vuodesta 1994 lähtien määrätty lakisääteisesti terveydenhuollon ammattihenkilöstön täydennyskoulutuksesta. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin, ja toisaalta työnantaja on veloitettu luomaan edellytykset ammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistumiselle (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 1994). Lain toteutumisen seuranta ei kuitenkaan ole järjestelmällistä. Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstölle tulee järjestää täydennyskoulutusta peruskoulutuksen pituudesta, työn vaatavuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta riippuen keskimäärin 3–10 päivää vuodessa. Täydennyskoulutuksen kustannusvastuu on työnantajalla, ja toisaalta työntekijöiden on huolehdittava kouluttautumisestaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Suomessa ei ole käytössä ammattipätevyuden uudelleenarviointijärjestelmää (resertifikaatio), jossa lääkärin tiedot ja taidot arvioitaisiin säännöllisin väliajoin ammattitaidon osoittamiseksi. Uudelleenarviointi on käytössä useissa Euroopan maissa, ja yhtenäistä

käytäntöä valmistellaan Euroopan unionin alueella (Heyrman ym. 2006). Myös yleislääkäreiden perus-, erikois- ja täydennyskoulutuksen sisältö ja organisointi vaihtelevat Euroopan maissa (Heyrman ym. 2006, Sammut ym. 2008, Allen ym. 2012).

Eurooppalaiset yleislääkärijärjestöt, laatujärjestö EQuIP (European Society for Quality and Safety in Family Practice) ja opettajajärjestö EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) ovat yhdistäneet suosituksessaan jatkuvan ammatillisen täydennyskoulutuksen ja laadun kehittämisen yleislääkäriin jatkuvaksi ammatilliseksi kehittymiseksi. Sen tulee olla potilas- ja yhteisölähtöistä, sen sisällön tulee perustua lääkäreiden päivittäiseen työhön, tavoitteiden tulee olla lääkäreiden (tai henkilökunnan) asettamia ja ammatillisen koulutuksen ja laadun kehittämisen tulee edetä yhtenevästi. Ammatillisen kehittymisen tulee perustua henkilökohtaiseen suunnitelmaan, ja sen etenemistä tulisi seurata mm. oppimisportfolion avulla. (EQuIP ja EURACT.) Käytännössä jatkokoulutuksen ja ammatillisen kehittymisen tilanne Euroopassa on varsin kirjava (Heyrman ym. 2006), ja on suositukseen nähden esimerkiksi Suomessa vasta alkuvaiheessa.

Suomen Lääkäriliiton suosituksen mukaisesti lääkäreiden tulisi osallistua toimipaikkan-
sa ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen vähintään kymmenen päivää vuodessa. Yleislääketieteen erikoislääkäreillä toimipaikan ulkopuolisen täydennyskoulutuksen keskiarvo vuonna 2012 oli 6,9 päivää, koko lääkärökunnalla 7,9 päivää. Terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit osallistuivat keskimäärin 6,8 koulutuspäivään vuodessa. (Suomen lääkäriliitto 2013b.)

Koulutuksen lisäksi lääkäri oppii jatkuvasti myös muilla tavoin: työssään, kollegoiltaan ja muilta työtovereiltaan, lukemalla, kirjoittamalla jne. (Rughani A 2000).

2.4 Järjestelmään liittyvät tekijät

2.4.1 Terveysthuoltojärjestelmä ja toimintaympäristö

Rethansin ym. mukaan terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät tekijät vaikuttavat lääkärin toimintaan vastaanottotapahtuman aikana (Rethans ym. 2002). Järjestelmään ja organisaatioon liittyvillä tekijöillä on todettu olevan merkittävä vaikutus lääkärin toimintaan, ja ne on otettava huomioon järjestelmän muutosten yhteydessä (Wenghofer ym. 2009).

Yleislääkärin työ ja työympäristö vaihtelevat riippuen kunkin maan terveydenhuoltojärjestelmästä. Eri maitten ja jopa eri organisaatioiden vastaanottotapahtumien vertailu ja yhdenvertaisten mittareiden asettaminen onkin vaikeaa, koska perusterveydenhuollon luonne ja sisältö vaihtelevat eri järjestelmissä. Euroopassa on eroja yleislääkäreiden väestömäärissä, väestön profiilissa, palkkausjärjestelmässä ja tehtävissä. Organisaatioiden hoitohenkilökunnan profiili, työnjako ja määrät vaihtelevat. (Health Council of the Netherlands 2004, Boerma ja Dubois 2006, Sibbald ym. 2006, Kokko ja Telaranta 2006, Magnussen ym. 2009)

Erot yksittäisten vastaanottotapahtumien välillä ovat suuret: mm. vastaanottotapahtumien kestot ja potilaan ongelmien määrä vaihtelevat (Deveugele ym. 2002, Khori ym. 2012, Fiks ym. 2011). Vastaavasti potilaiden vuosittainen yleislääkärin vastaanotolla käyntien määrä vaihtelee runsaasti (Boerma ja Flemming 1998).

Suomessa terveydenhuollon uudistukset ovat osaltaan muuttaneet yleislääkärin työtä vuosien kuluessa. Kansallisissa ohjelmissa, kuten Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisissa kehittämissuunnitelmissa (KASTE) ja Toimiva terveyskeskus -ohjelmassa, on korostettu perustason palveluiden tärkeyttä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 2008, 2009, 2012). Terveydenhuoltolain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä (Terveydenhuoltolaki 2010). Tästä huolimatta ovat erikoissairaanhoidon kustannukset ja resursointi kasvaneet perusterveydenhuoltoa enemmän (Tilastokeskus 2013) eikä terveyskeskusten toimivuus ole parantunut (Haimakainen ym. 2011 a ja b). Näyttää myös siltä, että erikoissairaanhoidosta on siirtynyt tehtäviä perusterveydenhuoltoon ja toisaalta perusterveydenhuollon lääkärin työtä on siirretty hoitohenkilökunnalle (Aaltonen ja Järviö 2009). Tehtävänsiirrot, väestön ikääntyminen ja sosiaalisten ongelmien lisääntyminen on tehnyt perusterveydenhuollon lääkärin työstä entistä vaativampaa (Aaltonen ja Järviö 2009).

Terveyskeskuslääkärin työ koetaan hajanaiseksi, koska terveyskeskuksen rooli ensi- ja viimesijaisena terveydenhuoltojärjestelmässä on haastava, hallinnollisia tehtäviä on paljon ja potilaan hoito on kokonaisvaltaista (Lämsä ym. 2011). Tietotekniikasta on tullut välttämätön lääkärin työkalu, mutta sen käyttö kuluttaa runsaasti potilaalle varattua aikaa (Winblad ym. 2009). Terveyskeskuslääkäreillä on ongelmia jaksaa työssään, syynä on mm. liian suuri työmäärä ja vaikeahoitoiset, moniongelmaiset potilaat (Kyösti ja Larivaara 2006, Heponiemi ym. 2012, Heponiemi ym. 2013). Pakkotahtinen työ, kiire, työsidonnaisuus ja uupuminen ovat tyypillisimpiä syitä siirtyä terveyskeskuslääkärin tehtävistä muualle (Vehviläinen ym. 2003). Terveyskeskuslääkärit kokevat työnsä usein myös yksinäiseksi, erityisesti suurimmissa terveyskeskuksissa (Mäntyselkä ym. 2010). Työn

houkuttelevuutta lisäksi mm. koulutuksen ja kannustuksen lisääminen, parempi palkka, selkeämpi työn suunnittelu ja organisointi sekä hyvä tiedonkulku työyhteisössä (Käyhkö ja Valkonen 2002). Viime vuosina on kuitenkin ollut nähtävissä jonkin verran positiivista kehitystä: terveyskeskuslääkäreiden työtyytyväisyys on parantunut erityisesti palkkauksen ja koulutuksen osalta, joskin esimerkiksi johtamisessa on edelleen ongelmia (Haimakainen ym. 2011 b ja c). Yleislääkärin työtyytyväisyyteen vaikuttavat työolosuhteiden lisäksi myös muut, työn ulkopuoliset tekijät, kuten esimerkiksi lääkärin oma terveyskäyttäytyminen (Goetz ym. 2013).

Kotimaisen seurantatutkimuksen perusteella potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä rasitus oli lisääntynyt merkitsevästi vuodesta 2006 vuoteen 2010. Kiirettä, ryhmätyöongelmia ja tietojärjestelmien aiheuttamaa stressiä ilmeni julkisessa terveydenhuollossa enemmän kuin yksityissektorilla. Työskentely julkisella sektorilla näyttää olevan kuormittavampaa, mikä voi johtua esimerkiksi julkisen sektorin laajemmasta tehtäväkentästä, potilaiden ikärakenteesta ja ongelmista sekä lääkäreiden vähäisemmistä mahdollisuuksista vaikuttaa omaan työhönsä. (Heponiemi ym. 2012, Heponiemi ym. 2013)

Terveyskeskuksissa työskentelevät henkilövuokrayritysten ns. vuokralääkärit ja kokonaisten terveysasemien/-keskusten ulkoistukset ovat tuoneet uusia piirteitä yleislääkärin työhön. Keikkatyössä, jossa lääkärin työpiste vaihtelee usein, yleislääkärin työstä jää puuttumaan oleellisia tekijöitä, kuten esimerkiksi pitkäaikaiset potilassuhteet ja hoidon jatkuvuus. Tilanteissa, joissa koko terveysaseman toiminta on ulkoistettu, lääkärin työ vastaa pääosin normaalia terveyskeskuslääkärin työtä, joskin potilassuhteiden kestot rajoittuvat kilpailutuskausien mittaisiksi. Ulkoistettujen ja kuntien itse tuottamien terveyspalvelujen eroista on julkaistu erisuuntaisia tuloksia: toisten tutkimusten mukaan eroja ei juuri ole (Vohlonen ym. 2010), toisten mukaan ulkoistettujen asemien tuottavuus on omaa toimintaa alhaisempi (Elonheimo ym. 2011). Ulkoistetun aseman on nykytilanteessa osoitettava toimintansa tehokkuus toiminnan jatkumiseksi, mikä johtaa asiakas- ja henkilöstölähtöiseen kehitysaktiivisuuteen sekä tavoite- ja tulosorientoineempaan johtamiskulttuuriin (Heikkilä ym. 2010, Lappalainen ym. 2011).

Tehokkuuden vaatimukset ja terveydenhuollon teknistyminen ovat tuoneet uusia vaihtoehtoja perinteiselle vastaanottotyölle. Sähköistä asiointia on pidetty yhtenä kustannuksia vähentävänä vaihtoehtona (Albert ym. 2011). Internetistä on tullut merkittävä terveystiedon välityskanava, ja potilaat ovat tyytyväisiä internetistä saatavaan tietoon (Vanagas ym. 2012). Monet potilaat ovat halukkaita osallistumaan hoitoonsa aktiivisesti sähköpostin tai internetin välityksellä (Fashner ja Drye 2011).

Terveydenhuollon nopea teknistyminen ja sähköinen asiointi tulevat asettamaan uudenlaisia haasteita potilaan ja lääkärin väliselle vuorovaikutukselle (Weiner 2012). On vaikea arvioida non-verbaalisen kommunikaation puuttumisen vaikutuksia potilaan hoidossa. Esimerkiksi jo vakiintuneet puhelinkonsultaatiot ovat sekä lääkärille että potilaalle hyvä tapa keskustella hoitoon liittyvistä asioista, mutta niihin liittyy potilasturvallisuusriskejä. Puhelinkonsultaatiot sopivat paremmin pitkäaikaissairauksien seurantaan kuin akuuttihoitoon. (McKinstry ym. 2010.)

2.4.2 Hoitosuositukset

Useimmissa länsimaissa on 1990-luvulta lähtien laadittu valtakunnallisia tai alueellisia hoitosuosituksia tai -ohjelmia. Suositusten taustalla on ollut pyrkimys tasalaatuisen, kustannusvaikuttavaan ja näyttöön perustuvaan hoitoon. Lisäksi lääketieteellisen tiedon nopea lisääntyminen on luonut tarvetta päivitettyjen tietopakettien luomiseen terveydenhuollon ammattilaisille. (Mäntyranta 2003.) Huolimatta siitä, että hoitosuositukset ovat näyttöön perustuvia, eri maiden suositukset vaihtelevat tasoltaan ja sisällöltään (Legido-Quigley ym. 2012, Al-Ansary ym. 2013).

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim aloitti vuonna 1994 Käypä hoito –hankkeen (Käypä hoito-suositukset), jossa laaditaan tieteelliseen näyttöön perustuvia valtakunnallisia hoitosuosituksia. Suosituksissa käsitellään kansanterveydellisesti merkittävien sairauksien hoitoa ja ehkäisyä. Potilaille on laadittu omat lyhennelmät suosituksista. Valtakunnallisten suositusten lisäksi terveydenhuollon organisaatiot ovat julkaisseet omia suosituksiaan ja hoitoketjujaan, jotka on sovellettu paikallisiin olosuhteisiin sopiviksi, esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Hoitoreitit (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri). Viime vuosina on vahvistunut käsitys, että myös potilaiden tulee saada osallistua hoitosuositusten laatimiseen (Jousimaa ja Liira 2013).

Suomessa kaikki hoidon laatua koskevat säännökset velvoittavat noudattamaan ns. koululääketieteen hyviä käytäntöjä, hoitosuosituksia, mutta yksittäisen potilaan kohdalla hoitosuositusten soveltaminen on ratkaistava aina erikseen (Koivuranta-Vaara 2011, Käypä hoito-suositukset). Hoitosuositukset ovat levinneet laajalle myös muualla, mutta niiden noudattaminen on ollut vaihtelevaa, jopa vähäistä (Burgers ym. 2003, Chapman 2008, Varis ym. 2008, Ijäs ym. 2009, Lehtomäki 2009, Vashitz ym. 2011, Poitras ym. 2012).

Juho Nummenmaa on väitöskirjassaan (2007) selvittänyt hoitosuositusten vähäistä vaikuttavuutta yleislääkärin työhön. Tutkimuksen mukaan suositusten hoitokäytäntö-

jen yhtenäistämisen tutkimus ei tavoita yleislääkärin hoitokäytäntöjen monimuotoisuutta ilmiönä. Tutkimustiedon soveltaminen potilaan hoitoon vaatii sekä tutkimustiedon että potilaan tuntemista. (Nummenmaa 2007.) Yleislääkärin päätöksenteko perustuu tilanteesta riippuen sekä potilaan ongelmaan että persoonaan (André ym. 2012). Hoitosuositusten tiukka noudattaminen voi olla ristiriidassa potilaan oikeuksiin nähden, ja lääkäreiden on joustettava hyvän potilas-lääkärisuhteen säilyttämiseksi (Solomon ym. 2012). Vaikka näyttöön perustuva lääketiede on hyvän hoidon perusta, se ei voi koskaan korvata kokemukseen perustuvaa kliinistä osaamista (Mäkelä ja Öhman 2011).

2.4.3 Potilaiden odotukset

Potilailla on erilaisia odotuksia vastaanottotapahtuman suhteen (McKinley ja Middleton 1999). Varsinaisen tulossyn lisäksi potilaalla saattaa olla useita, joskus jäsen-tyttömiä ongelmia (Kokko 1988). Potilaat odottavat saavansa asiantuntijan apua ongelmaansa, ja lääkärin tulee käytöksellään osoittaa vastaanottokäynnin olevan aiheellinen ja suhtautua hänelle esitettyyn ongelmaan vakavasti (Salokekkilä 2011). Sekä potilaat että lääkärit pitävät edelleen yllä lääkärin roolia lääketieteen asiantuntijana ja potilaan roolia lääkärin asiantuntemuksen tarvitsijana. Vuorovaikutuksen tasavertaisuudesta on kuitenkin jo tapahtunut: lääkärit omaksuvat potilaslähtöisempiä vuorovaikutuskäytänteitä ja sallivat potilaiden tuoda esiin omia käsityksiään oireidensa aiheuttajasta. (Ruusu vuori 2013.)

Potilaat ovat entistä aktiivisempia ja valistuneempia terveystieteen palvelujen kuluttajia ja uskalta-
tavat ottaa rohkeammin asioita esille lääkärin vastaanotolla (Toiviainen 2007). Lääkärit näyttävät Suomessa ottavan toiminnassaan huomioon potilaan odotukset ja pyrkivät vastaamaan niihin tavalla tai toisella (Ijäs-Kallio 2011, Ruusu vuori 2013). Toisaalta potilaan roolia pidetään vieläkin liian passiivisena, koska hoidon tulokset riippuvat paljon potilaan omia elintapoja koskevista päätöksistä (Teperi ym. 2009).

Potilaat odottavat lääkärin kannanottoa omiin käsityksiinsä sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaiden käsitysten taustalla oleva tieto on usein peräisin internetistä, ja potilaat pitävät sitä luotettavana (Vanagas ym. 2012). Internetin terveystieto ei kuitenkaan ole aina luotettavaa, se voi joskus olla jopa terveydelle vaarallista (Peters ym. 2013). Virheellisen tiedon ja käsitysten korjaaminen vaatii lääkäriltä entistä parempia vuorovaikutustaitoja.

2.4.4 Vastaanoton resurssit

Vastaanoton ulkoiset puitteet ja resurssit vaihtelevat Euroopassa yhden lääkärin toimipisteistä suomalaisiin laajan palveluntarjonnan terveyskeskuksiin (Boerma ja Dubois 2006, Kokko 2013). Pieniä, 1–2 lääkärin toimipisteitä on pääasiassa maissa, joissa terveydenhuolto rahoitetaan vakuutusperusteisesti, ja suuria terveyskeskuksia lähinnä verorahoitteen terveydenhuollon maissa (Boerma ja Dubois 2006). Suuremmissa yksiköissä on mahdollisuus kokonaisvaltaisempaan palveluun ja laajempiin tutkimusmahdollisuuksiin (Boerma ja Dubois 2006) sekä kollegoiden konsultointiin.

Lääkärin työympäristössä olevan muun henkilökunnan määrä ja profiili sekä konsultaatiomahdollisuudet vaikuttavat lääkärin toimintamahdollisuuksiin. Suomessa terveyskeskukset ovat kansainvälisesti verrattuna suuria ja monipuolisia, ja niissä työskentelee useita eri terveydenhuollon ammattiryhmiä (Boerma ja Dubois 2006, Kokko 2013). Viime vuosina eri ammattiryhmien tehtävänkuvat ovat muuttuneet ja tehtäviä on siirretty ammattiryhmältä toiselle. Myös erikoissairaanhoidon lääkäreitä työskentelee perusterveydenhuollossa (Sibbald ym. 2006).

Sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät parantavat hoidon jatkuvuutta sekä tiedon välittymistä henkilökunnan välillä ja mahdollistavat erilaisten sähköisten apuvälineiden käytön lääkärin päätöksenteon tukena, joskin nykyisissä järjestelmissä on vielä paljon puutteita (Vänskä ym. 2010, Winblad ym. 2010). Päätöksentekoa tukevien apuvälineiden käyttö riippuu niiden hyödyllisyydestä ja käytön helppoudesta (Kortteisto ym. 2012). Sähköisiin potilasasiakirjajärjestelmiin siirtyminen on todennäköisesti pidentänyt vastaanottotapahtumien kestoa, sillä ne vaativat paljon lääkärin aikaa (Winblad ym. 2009, Winblad ym. 2010). Ajankäyttö riippuu käytettävästä järjestelmästä (Winblad ym. 2010) ja toisaalta lääkärin tavasta toimia, ts. kuinka paljon ja miten lääkäri käyttää järjestelmää vastaanottotapahtuman aikana. Käytännössä lääkärit käyttävät sähköisiä potilasasiakirjajärjestelmiä samanaikaisesti keskustellessaan potilaan kanssa, millä on vaikutuksia vuorovaikutukseen (Fiks ym. 2011).

2.4.5 Ajankäyttö

Aika on yksi Rethansin ym. (2002) mainitsemista järjestelmään liittyvistä tekijöistä. Vastaanottotapahtumaan käytetty aika on osoittautunut oleelliseksi sekä kustannuksissa että laadussa: lyhyillä vastaanottokäynneillä saadaan aikaiseksi paljon käyntejä, joiden yksikköhinta jää alhaiseksi. Käytettävissä olevalla ja käytetyllä ajalla on kuitenkin selkeä yhteys laatuun (Campbell ym. 2001, Kukkola 2010, Tsiga ym. 2013), ja potilaat arvos-

tavat riittävän pitkää vastaanottoaikaa (Bowling ym. 2012). Tosin järjestelmissä, joissa vastaanottokäynnit ovat keskimäärin tarpeeksi pitkiä, asiakkaiden kokema laatu ei enää lisääny vastaanottokäyntien pidentyessä (Andersson ja Mattsson 1994).

Riittävä ajankäyttö on selkeästi yhteydessä laatuun; potilaan voimaantumiseen, rationaaliseen lääkkeiden määräämiseen ja parempaan vuorovaikutukseen (Mercer ym. 2007, Ventelou ym. 2010, Gude ym. 2013). On toisaalta esitetty, että riittävää näyttöä vastaanottoaikojen pidentämiseksi ei ole (Wilson ja Childs 2006). Vastaanottotapahtumaan käytetty aika riippuu monista seikoista, kuten potilaan iästä, kieli- ja kulttuurieroista, potilaan esittämien ongelmien määrästä ja laadusta sekä lääkärin iästä, määrättyjen lääkkeiden määrästä, vastaanottotapahtuman keskeytyksistä ja työkuormituksesta (Deveugele ym.2002, Khorri ym. 2012, Gude ym. 2013).

Kotimaisen tutkimuksen mukaan optimaalinen yleislääkärin vastaanottotapahtuman pituus ylilääkäreiden mielestä oli 20–30 minuuttia, ulkoistetulla terveysasemalla vastaanottotyötä tekevien yleislääkäreiden mielestä 30 minuuttia. Lääkäreiden mukaan vastaanottoajan pituutta tulisi voida räätälöidä yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaisesti. (Kanervisto 2008.) Potilaan tarpeet riippuvat mm. taudin luonteesta, iästä, sukupuolesta ja koulutuksesta (Shin ym. 2012).

2.4.6 Lääkärin palkitsemisjärjestelmä

Yleislääkärin palkitsemisjärjestelmä voi olla aikaan tai väestömäärään perustuva tai suoritepohjainen palkkio tai palkkaus. Käytännössä käytössä on yleensä elementtejä kahdesta tai useammasta palkitsemisjärjestelmästä (Greß ym. 2006). Suomen terveyskeskuslääkäreiden palkka sisältää osia kaikista kolmesta palkitsemisjärjestelmästä.

Palkitsemisjärjestelmä näyttää ohjaavan lääkärin toimintaa: suoritepohjainen palkkaus/palkkio ohjaa lisäämään suoritteita (ja kustannuksia) väestöpohjaiseen tai aikaperusteiseen verrattuna (Chaix-Couturier ym. 2000). Palkitsemisjärjestelmän aiheuttamat muutokset lääkärin toiminnassa eivät kuitenkaan ole välttämättä suuria (van Dijk ym. 2013). On otettava myös huomioon, että rahallinen palkitseminen ei ole ainoa lääkärin toimintaa ohjaava tekijä, vaan siihen vaikuttavat myös mm. ammatilliset ja eettiset linjaukset (Greß ym. 2006).

Teperi ym. (2009) ehdottavat, että toimenpiteistä, hoitajaksoista tai käynneistä maksamisen sijasta palveluntuottajaa (lääkäriä) kannattaisi palkita terveysongelman ratkaisemisesta; korvaus tulisi terveyden palauttamisesta mahdollisimman hyvälle tasolle, riip-

pumatta käytetyistä toimenpiteistä. Tämän tyyppiseen palkitsemiseen ei kuitenkaan ole toistaiseksi käytettävissä sopivia mittareita yleislääkärin palveluita ajatellen.

Hyvästä suoriutumisesta palkitseminen (pay for performance) on käytössä joissakin maissa yhtenä palkitsemiselementtinä (de Pouvourville 2013), meilläkin osana tulos-palkkiojärjestelmää. Lääkärinä voidaan palkita esimerkiksi työn laadusta, oikeasta resurs-sien käytöstä tai hoidon tuloksista. Palkitsemisjärjestelmä voi ohjata tehokkaasti toiminta-a, jos se ja sen mittarit on suunniteltu oikein. (Flodgren ym. 2011, Eijkenaar ym. 2013, Kirschner ym. 2013.)

2.5 Lääkärin yksilölliset ominaisuudet

Cambridgen mallin mukaan yksilöön liittyvät tekijät sisältävät mm. lääkärin oman terveydentilan, mielentilan vastaanottotapahtuman aikaan sekä ihmissuhteet (suhde potilaaseen). Yksilöllisiksi tekijöiksi voidaan tulkita myös lääkärin sukupuoli, ikä, perhetausta, luonne, kokemukset jne. Sukupuoleen on liitetty erilaisia löydöksiä. Esimerkiksi naislääkärit lähettävät potilaita herkemmin erikoissairaanhoidon, hoitavat paremmin akuutteja sairauksia ja huolehtivat paremmin terveyden edistämisestä. Miehet taas käyttävät enemmän kuvantamistutkimuksia. (Wenghofer ym. 2009, Reid ym. 2010, Ringberg ym. 2013.) Naislääkäreiden vuorovaikutustyyli on potilaslähtöisempää ja he käyttävät vastaanottotapahtumaan enemmän aikaa kuin mieslääkärit (Roter ym. 2002). Yates ja James totesivat tutkimuksessaan (2010), että riskitekijöitä mahdollisiin rikkomuksiin lääkärin työssä ovat miessukupuoli, alempi sosioekonominen perhetausta ja vaikeudet erityisesti opintojen alkuvaiheessa. Lääkärin iällä on mm. katsottu olevan käänteinen vaikutus potilastyytyväisyyteen (Heje ym. 2007). Lääkärin luonteenpiirteet vaikuttavat vastaanotto-tapahtuman potilastyytyväisyyteen, erityisesti iäkkäämmät potilaat arvostavat lääkärin empaattisuutta (Halonen ym. 2007).

Lääkärin fyysinen tai psyykinen sairaus ei voi olla vaikuttamatta toimintaan. Lääkärit ovat usein sairaana töissä, mikä toisaalta kuvaa hyvin sitoutumista työhön, mutta on vaaraksi sekä potilaille että lääkärielle itselleen (Mäenpää ja Virjo 2012). Erikoissairaanhoidossa toteutetussa tutkimuksessa terveydenhuoltohenkilöstö arvioi omien voimavarojen merkityksen hoidon tasoon varsin suureksi (Kvist 2004). Mielentilaan vaikuttaa usein järjestelmään liittyvät tekijät, kuten liiallinen työmäärä ja kiire, joihin vaikuttamalla lääkärin toiminta paranee (van den Hombergh ym. 2009). Organisaation ja järjestelmän vaikutukset näyttävät muutenkin olevan yksilöllisiä vaikutuksia tärkeämpiä (Wenghofer ym. 2009).

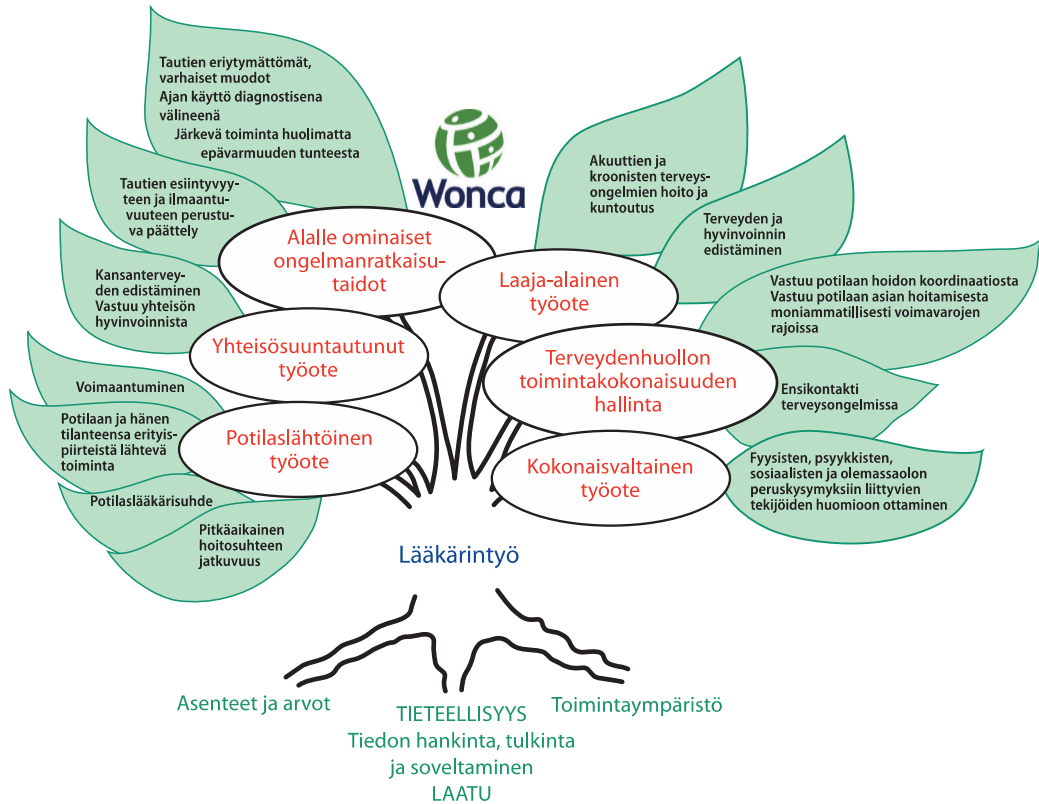
2.6 Vastaanottotapahtuman laatu

2.6.1 Miten yleislääkärin työ määritellään?

Yleislääketiede on akateeminen oppiala, jolla on oma koulutussisältönsä, tutkimuksensa, näyttöön perustuva tietopohjansa ja kliininen toimintansa (WONCA Europe 2011, WONCA, CanMEDS-Family Medicine 2009, Peck ja Tulinius 2012).

Yleislääkäreistä (general practitioner, GP) käytetään kansainvälisesti myös nimitystä perhelääkäri (family doctor, family physician, family practitioner) (Bentzen ym. 1995, WONCA Europe 2011). Yleislääketiede kehittyi Englannissa ja perhelääketiede Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Perhelääkäri-nimitys kuvaa erityisesti työn kokonaisvaltaisuutta, biopsykososiaalista diagnosointi- ja hoitomallia sekä perheen ja ympäristön huomioon ottamista. Perhelääkäri-nimityksen käytöstä on keskusteltu myös Suomessa, mutta sitä ei niinkään käytetä yleislääkärin synonyyminä vaan omana perehtyneisyyden alana, joka perustuu omaan teoriaansa ja johon voi kouluttautua. (Kiuttu 1994, Kiuttu ja Väisänen 2000, Larivaara 2000.)

Euroopan yleislääkärijärjestö WONCA kuvaa yleislääkärin työtä WONCA-puun avulla (kuva 1). Yleislääketieteen perustana ovat asenteet ja arvot, tieteellisyys ja toimintaympäristön huomioon ottaminen. Ydinosaamisalueita sovelletaan yleislääkärin kliinisessä työssä, vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja työn organisoinnissa ja hallinnoinnissa. Keskeisiin osaamisalueisiin kuuluvat terveydenhuollon toimintakokonaisuuksien hallinta, yhteisösuuntautuneisuus, ongelmanratkaisutaidot, laaja-alainen lähestymistapa, potilaslähtöinen hoito ja kokonaisvaltainen ajattelu- ja toimintamalli. Alan erityispiirteitä ovat mm. toimiminen matalan kynnyksen hoitopaikkana kaikissa terveysongelmissa, hoidon jatkuvuus, hoidon koordinointi, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä vastuu yhteisön terveydestä. (WONCA Europe 2011.)



Kuva 1. Suomen oloihin sovellettu WONCA-puu, joka kuvaa yleislääketieteen kenttää (Vainiomäki ym. 2013). Alkuperäinen englanninkielinen kuva WONCA Europe 2011.

WONCA-puun tuorein osaamisalue, voimaantumisen tukeminen, lisättiin määritelmään vuonna 2011. Potilaan voimaantumisen tukemista pidetään tärkeänä erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa. Tämä tukeminen lisää potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten tyytyväisyyttä, hoitosuosituksen noudattamista ja parantaa hoidon tuloksia. Potilaat osallistuvat enenevässä määrin oman sairautensa hoitoon ja hyvinvointinsa ja terveystensä edistämiseen. Toisaalta lääkäreiden on sopeuduttava siihen, että heidän potilaansa ovat entistä tiedostavampia ja vaativampia. (Mola 2013, Tuorila 2012.)

Kanadassa yleislääketieteen perustaksi on määritelty hyvä potilaslääkärisuhde, hyvät kliiniset taidot, yhteisösuuntautuneisuus sekä väestövastuinen toimintatapa. Yleislääkärin tulee olla yleislääketieteen erityisosaaja, keskustelija, yhteistyökumppani, johtaja, terveyden edistäjä, tutkija ja ammattilainen. (CanMEDS 2009.)

Perusterveydenhuollon yleislääkärin työ eroaa monessa suhteessa muiden erikoisalojen lääkärin työstä, jossa vastaanottotapahtuma jää usein kertaluontoiseksi konsultaa-

tioksi tai jossa käsitellään vain yhtä tautia tai sairautta. Yleislääkäreiden työssä korostuvat inhimilliset ja sosiaaliset elementit. Yleislääkärit kokevat olevansa sairaalalääkäreitä useammin kuuntelijoita, auttajia ja perhelääkäreitä. (Kumpusalo 2002, Heikkilä ym. 2009.)

2.6.2 Näkökulmia yleislääkärin työn laatuun

Laadun näkökulmia ja määritelmiä on useita. Tässä tutkimuksessa laatua tarkastellaan perusterveydenhuollon ja yleislääketieteen näkökulmasta.

Laatua arvioitaessa tarkastellaan perinteisesti rakenteita, prosesseja ja tuloksia. Yleislääkärin työssä rakenteet voivat tarkoittaa käytettävissä olevia tiloja, tarvikkeita ja henkilökuntaa, prosessi lääkäriin toimintaa ja osaamista ja tulokset potilaan terveydentilan muutosta. Lääkäri voi kuitenkin toimia epäasianmukaisesti hyvissäkin olosuhteissa tai potilas voi parantua itsestään lääkärin toiminnasta riippumatta. Tämän vuoksi terveydenhuollossa tulee tarkastella rakenteita, prosesseja ja tuloksia samanaikaisesti. (Boerma ja Fleming 1998.)

QIFM (The WONCA working party on Quality in Family Medicine) määrittelee laadun seuraavasti:

*The best health outcomes that are possible, given available resources,
and that are consistent with patient values and preferences.*

(Mäkelä ym. 2001.)

Laatua arvioitaessa on siis otettava huomioon tulokset, potilaan näkökulma ja käytettävissä olevat resurssit.

Terveydenhuollon laatua voidaan tarkastella potilaan, ammattilaisen tai päättäjien näkökulmasta, ja laatu vaihtelee näkökulmasta riippuen (Baker ym. 2006). Esimerkiksi kotimaisessa tutkimuksessa erikoissairaanhoidossa eri ammattiryhmät ja potilaat arvioivat hoidon laatua hyvin eri tavoin. Kaikista positiivisin näkemys oli sairaalan johtajilla, kriittisin lääkäreillä. Hoidon osa-alueita tarkastellessa lääkäreiden ja potilaiden arviot erosivat selkeästi: lääkärit arvioivat potilaiden yksityisyyden, arvostuksen, tiedon saannin ja mahdollisuuden osallistua hoidon suunnitteluun toteutuneen hyvin, kun taas potilaat olivat erityisen tyytymättömiä näihin hoidon laadun osa-alueisiin. (Kvist 2004.)

Potilaan kannalta hyvä laatu tarkoittaa sitä, että palvelu vastaa hänen tarpeitaan ja odotuksiaan. Palvelun antajan pitää tunnistaa potilaan toiveet. Eurooppalaiset potilaat arvostavat seuraavia asioita yleislääkärin palveluissa (tärkeysjärjestyksessä): vastaanottokäynnillä on riittävästi aikaa, kiireellisissä ongelmissa apua on saatavissa pikaisesti ja potilasasiakirjojen salassapidosta huolehditaan hyvin. Potilaat haluavat myös, että lääkäri kertoo kaiken, minkä potilas haluaa tietää sairaudestaan/oireestaan, että potilas voi vapaasti kertoa ongelmastaan ja että vastaanottoajan saa lyhyellä odotusajalla. Lääkärin täydennyskoulukseen osallistumista ja ehkäisevien palveluiden tarjoamista pidetään myös tärkeänä. (Grol ym. 1999.)

Suomessa potilaat arvostavat lääkärin ammattitaitoa, perusteellisia tutkimuksia, jatkotutkimuksiin ja -hoitoon pääsyn nopeutta, lääkäriin pääsyn nopeutta ja sitä, että lääkäriillä on riittävästi aikaa (Halonen ym. 2007). Toisaalta ruotsalaiset potilaat valitsevat hoitopaikkansa pikemminkin sijainnin tai maineen kuin hoitotulosten perusteella (Winblad U ym. 2012).

Bowling ym. erottivat tutkimuksessaan potilaiden (ideaali)toiveet ja realistiset odotukset ja vertasivat niitä potilaan arvioihin saamastaan palvelusta. Potilaat olivat tyytyväisiä, mikäli heidän odotuksensa täyttyivät. Vanhempien potilaiden odotukset olivat korkeampia, mutta he kokivat myös palvelun täyttäneen heidän odotuksensa. Yleislääkärit täyttivät potilaiden odotukset sairaalalääkäreitä useammin. Potilaat kokivat mm., että lääkäri kohteli heitä kunnioittavasti ja arvostavasti, oli asiantunteva, helppo ymmärtää, otti potilaan mukaan päätöksentekoon ja antoi selkeitä hoito-ohjeita. (Bowling ym. 2012 ja 2013.)

Ammattilaisten ja päättäjien näkökulma laatuun poikkeaa potilaiden näkökulmasta. Ammatillaisen näkökulmasta vastaanottotapahtumassa korostuu ammatillinen eli tieteellistekninen laatu (kts. luku 2.7.3). Tieteellistekninen laatu tarkoittaa mm. sitä, miten hyvin hoito vastaa hoitosuosituksia, vaikuttavia ja hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja miten lääkäri osaa soveltaa työssään oppimaansa tietoa. Päättäjät ja palvelun järjestäjät (kunnat) arvioivat enimmäkseen taloudellisen laadun mittareita. Tällöin arvioinnin kohteena on se, miten resursseja käytetään tehokkaasti, vaikuttavasti ja tuottavasti lakeja ja ohjeita noudattaen.

Kringos ym. (2010) kuvaavat kirjallisuuskatsauksen perusteella perusterveydenhuoltoa moniulotteiseksi järjestelmäksi, jonka rakenteessa olennaisia osia ovat hallinto, talous ja henkilöstö. Perusterveydenhuollon prosessia kuvaavat käsitteet hoidon saatavuus/hoitoon pääsy, hoidon jatkuvuus ja koordinointi sekä palvelujen kattavuus

(=monipuolisuus). Perusterveydenhuollon tulosten kolme ulottuvuutta ovat laatu, tehokkuus ja oikeudenmukaisuus.

2.6.3 Perusterveydenhuollon laatutyö Suomessa

Yleislääkäreiden maailmanjärjestön WONCA:n Euroopan alueen laatutyöryhmä, EQuIP perustettiin vuonna 1991 edistämään yleislääkäreiden työn laatua ja potilasturvallisuutta Euroopassa. Yhdistys luo mahdollisuuksia asiantuntemuksen ja menetelmien vaihtoon ja käynnistää hankkeita, jotka liittyvät laadun parantamiseen ja laadun hallintaan ja kehittämistyöhön (EQuIP 2010). Suomi on ollut mukana yleislääkäreiden laatutyössä ensimmäisten joukossa (Kumpusalo ja Mäkelä 1998, Baker ym. 2006).

EQuIP määrittelee laadun kehittämisen jatkuvaksi, suunnitelmalliseksi toiminnaksi. Se perustuu oman työn arviointiin ja siihen, että hyvälle kliiniselle työlle asetetaan selkeät tavoitteet, joiden avulla potilaiden hoidon laatua parannetaan. Laadun kehittämisessä on tärkeää yleislääkäreiden ja heidän työyhteisöjensä toiminnan kriittinen tarkastelu. EQuIPin mukaan lääkärit ovat vastuussa perusterveydenhuollon laadun kehittämisestä. (EQuIP 1996.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes antoi vuonna 1995 sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta suosituksen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä (Stakes 1995). Suosituksen mukaan laadunhallinnan tulee olla osa jokapäiväistä työtä ja sen painopisteenä tulee olla asiakaslähtöisyys. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille ei annettu yksityiskohtaisia ohjeita, vaan ne saivat itse valita keinot laadunhallinnan toteuttamiseksi. Suomen Lääkäriliiton vuonna 1999 antaman suosituksen mukaan lääkärin vastaanottotoiminnan laadun elementtejä ovat mm. ammatillinen osaaminen, aineelliset resurssit ja henkilöstöresurssit, viestintä- ja vuorovaikutustaidot, prosessien hallinta, lopputulokset ja ilmoittelukäytäntö (Suomen Lääkäriliitto 1999).

Terveydenhuollon laatutyö on edennyt vuosien mittaan neljällä uralla: hoitosuosittelun, yksikkökohtaisten laadun parantamis- ja kehittämishankkeiden, erilaisten laatusuosittelun ja koko organisaatioiden kattavien laatujärjestelmien kautta. Erityisesti asiakas- ja henkilöstöpalautteiden keräämisen voidaan katsoa olevan nykyisin terveydenhuollon arkipäivää. (Vuori 2013.)

Nykyisen terveydenhuoltolain 8. §:ssä määrätään laadusta ja potilasturvallisuudesta seuraavasti:

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita.

Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.

(Terveydenhuoltolaki 2010.)

Terveyskeskuslääkäreiden työnantajien edustajan, Suomen kuntaliiton Terveydenhuollon laatuoppaassa laadun keskeisiksi ulottuvuuksiksi on valittu potilas/asiakaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, osaaminen, turvallisuus, sujuvuus ja vaikuttavuus (Koivuranta-Vaara 2011).

Laatuoppaassa määritellään hyvä hoito seuraavasti:

Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvana prosessina ja turvallisesti soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyö ja tiedon kulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä on saumatonta. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn.

(Koivuranta-Vaara 2011.)

Kuntaliiton opas noudattaa laadun määrittelyssään kansainvälisiä linjauksia. USA:n terveydenhuoltouudistuksen oletettuja tuloksia kuvataan kuudella eri ulottuvuudella: turvallisuus, vaikuttavuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, taloudellisuus ja oikeudenmu-

kaisuus/ tasavertaisuus (National Research Council 2001). Kuntaliiton ulottuvuuksista puuttuu kuitenkin käsite oikeudenmukaisuus/tasavertaisuus, vaikka terveyspalvelut jakautuvat Suomessa varsin epäoikeudenmukaisesti (Devaux ja de Looper 2012) ja terveyserojen kaventaminen on osa nykyistä hallituksen terveyspoliittista ohjelmaa (Valtioneuvosto 2011) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämissuunnitelmaa (KASTE) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

2.7 Mitä ja miten laatua mitataan?

2.7.1 Laadun mittaaminen perusterveydenhuollossa

Potilastyytyväisyys ja -palautteet lienevät perinteisin ja yleisin tapa kerätä tietoa terveydenhuollon laadusta. Yksi eurooppalaisen yhteistyön tulos oli EUROPEP-mittari (EUROPEan Patients Expectations and Priorities), joka mahdollisti laadun vertailun sekä eri lääkärin tai toimipaikkojen välillä että Euroopan maiden kesken. (Helin ja Mäkelä 1997, Helin ym. 1998, Grol ja Wensing 2000)

QUALICOPC-hankkeessa luotiin neljä kyselylomaketta perusterveydenhuollon laadun ja kustannusten mittaamiseksi. Kyselyiden avulla pyritään vertailemaan perusterveydenhuollon laatua ja kustannuksia eri maissa. (Schäfer ym. 2013)

Kuntaliiton Terveydenhuollon laatuopas ehdottaa seurantamittareita, joita suositellaan käytettäväksi laadun seurannassa (Koivuranta-Vaara 2011). Mittarit on laatuoppaassa jaoteltu laadun eri ulottuvuuksien mukaisesti: Potilaskeskeisyyttä kuvaavat potilaskyselyt, palautteet, muistutukset ja potilasvahinkoilmoitukset. Oikea-aikaisuutta kuvaavat mm. hoitotakuun toteutumisen mittarit, ja osaamista perehdytysohjelmien, täydennyskoulutussuosituksen, kehityskeskusteluiden, lääkehoidon lupien ja henkilöstökyselyihin/työolobarometrien toteutumisen seuranta. Sujuvuuden mittareiksi ehdotetaan potilastyytyväisyyttä, hoitosuunnitelmien ja prosessikuvausten laatimisen toteutumista, hoitoprotokollien noudattamista, läpimeno- ja hoitoaikoja sekä toiminnallisten tavoitteiden saavuttamista. Vaikuttavuuden mittaamiseen opas ehdottaa rekisteritietoja (esim. kuolleisuus, uusintahojotukset, uusintaleikkaukset), hoidolla saavutettua toimintakykyä, sairausspesifisiä ja geneerisiä terveyteen liittyviä elämänlaadun mittareita, hoidon kustannusvaikuttavuutta, tautikohtaisia vaikuttavuuden mittareita ja väestön hyvinvointia. Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat on kuvattu tarkemmin Potilasturvallisuusoppaassa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Useimmat mittareista kuvaavat organisaation

prosessien tai palveluiden laatua yleisesti, eikä niitä voi soveltaa yksittäisiin yleislääkärin vastaanottotapahtumiin.

2.7.2 Vastaanottotapahtuman laatu ja sen arviointi

Tässä tutkimuksessa päähuomio ei ole terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen liittyvässä laadussa, vaan tutkimuksessa keskitytään lääkärin vastaanottotapahtumaan, potilaan ja lääkärin väliseen kohtaamiseen.

Vastaanottotapahtuman laatua arvioitaessa voidaan tarkkailla lääkärin toimintaa (prosessia) vastaanottotapahtuman aikana tai sen tuloksia. Vastaanottotapahtuman tulokset voidaan jakaa välittömiin, viiveellä tuleviin ja pitkäaikaisiin vaikutuksiin. Välittömiä tuloksia ovat tyytyväisyys, huolen helpottuminen ja potilaan muistamat lääkärin antamat ohjeet. Tärkein viiveellä tuleva tulos on potilaan sitoutuminen hoitoon. Lopullinen, pitkäaikainen tulos on muutos potilaan terveydentilassa. Yleislääkärin työn tulosten arviointi ei ole helppoa, koska niihin vaikuttavat lääkärin ja potilaan lisäksi monet muut tekijät. (Pendleton 1990, Donabedian 2003.)

Lääkärin toiminnan arviointi käytännön hoitotilanteissa poikkeaa kokeellisista tilanteista. Tutkimus on mm. kalliimpaa ja vaatii erilaisia metodeita, ja metodit ovat kuvailevia ja laadullisia. Potilaiden läsnäolo ja oikeudet on otettava huomioon (Rethans ym. 2002). Käytössä on ollut eri menetelmiä: kyselylomakkeet, haastattelut, sairauskertomusten tai vastaanottotapahtumien arviointi (joko paikan päällä tai tallennettuna). Arvioijina ovat olleet joko potilaat, lääkäri itse, kollegat tai ulkopuolinen arvioija. (Van Thiel ym. 2000, Rao ym. 2006, Themessl-Huber ym. 2008, Wenghofer ym. 2009, Teunissen ym. 2011, Abadel ja Hattab 2013, Ahlén ja Gunnarsson 2013.)

Vastaanottotapahtuman tuloksien mittareista potilastyytyväisyys lienee yleisin ja jo rutiinikäytössä oleva mittari (Helin ja Mäkelä 1997, Helin ym. 1998, Grol ja Wensing 2000, Andén ym. 2006, Vuori 2013). Potilastyytyväisyys mittaa useimmiten vuorovaikutuksen onnistumista – erityisesti, jos mittaus on tehty heti vastaanottotapahtuman jälkeen (Jackson ym. 2001). Myös potilaan selviytymistä, voimaantumista ja huolen tai oireiden helpottumista on tutkittu (Howie ym. 1998, Andén ym. 2006, Ahlen ja Gunnarsson 2013, Laakso 2013). Hoitoon sitoutumista on selvitetty ainakin lääkkeiden käytön ja elämäntapojen muutoksen osalta (Andén ym. 2006, Jokisalo 2006). Terveydentilan tai taudin kulun seuranta perustuu usein mitattavan suureen, esim. laboratorioarvon, seurantaan tai oireiden häviämiseen tai epämääräisempään, yleisen terveydentilan muutokseen (Andén ym. 2006).

Howie ym. (1998) kehittivät yleislääkärin vastaanottotapahtuman tuloksen mittaamiseksi kyselyn, jossa mitataan potilaan selviytymistä ja voimaantumista, PEI:n (patient enablement instrument). Kysymysten avulla selvitetään vastaanottotapahtuman vaikutusta potilaan kykyyn selviytyä elämässä, ymmärtää sairauttaan, tulla toimeen sairautensa kanssa, pitää itsensä terveenä, tuntee terveydentilansa ja auttaa itseään. Potilaan selviytyminen ja voimaantuminen on PEI:n avulla mitattuna parempaa, mikäli lääkärin vuorovaikutustaidot ovat hyvät (Mead ym. 2008). PEI:n tulokset eivät kuitenkaan ole yhteydessä potilaan ennako-odotusten täyttymiseen (Brusse ja Yen 2013). CQI (consultation quality index), vastaanottotapahtuman laatumittari, sisältää PEI-mittarin lisäksi vastaanottotapahtuman keston ja potilaan mielipiteen siitä, onko lääkäri tuttu vai ei (Heaney ym. 2002).

Lääkärin ammatillinen osaaminen on välttämätön edellytys hoidon onnistumiselle. Se ei kuitenkaan ole riittävä edellytys: mikäli lääkäri ei onnistu vuorovaikutuksessaan, viesti ei välity potilaalle eikä potilas sitoudu hoitoon. Laatua tarkastellessa tulee siis ottaa huomioon ammatillinen (tieteellistekninen) laatu, vuorovaikutuksen laatu sekä olemassa olevat resurssit (taloudellinen laatu). Hyvän vastaanottotapahtuman edellytyksenä on, että kaikki laadun kolme osatekijää toteutuvat hyvin.

2.7.3 Lääkärin tieteellistekninen ammattitaito

Ammatillisella osaamisella tarkoitetaan usein lääkärin lääketieteellistä osaamista. Tässäkin tutkimuksessa käytettiin materiaalinkeruuvaiheessa termiä ammatillinen laatu vuorovaikutustaitojen ohella. Lääkärin ammattitaitoon ja kliiniseen osaamiseen kuuluvat kuitenkin myös hyvät vuorovaikutustaidot (Suomen lääkäriliitto 2013a, CanMEDS 2009), minkä vuoksi tässä tutkimuksessa käytetään termiä tieteellistekninen ammattitaito kuvaamaan puhtaasti lääketieteelliseen tietoon perustuvia taitoja – näyttöön perustuvaa taudin määrittäystä ja hoitoa ja käden taitoja.

Yleislääkärin tieteellisteknistä ammattitaitoa voidaan lähestyä arvioimalla koulutuksen riittävyttä, osaamista, toimintaa tai työn tuloksia. Ammattitaidon perusta on hyvä ja riittävä koulutus ja osaaminen. Ammattitaitoa on ylläpidettävä jatkuvasti täydennyskoulutuksen avulla. Useimmissa Euroopan maissa lääkäreiden tulee jo nyt määräväuosittain osoittaa ammattipätevyytensä joko todistamalla osallistuneensa riittävään määrään täydennyskoulutusta tai osoittamalla pätevyytensä testeissä (Heyrman ym. 2006).

Käytännössä lääkärin toimintaan vaikuttavat myös muut tekijät kuin hänen osaamisensa (Rethans ym. 2002). Työn tieteellisteknistä ammattitaitoa arvioitaessa voidaan tarkastel-

la joko lääkärin toimintaa tai sen tuloksia. Lääkärin työtä ja sen tuloksia voidaan arvioida vertaamalla niitä voimassa oleviin hoitosuosituksiin, esimerkiksi Käypä hoito -suositukseen ja niihin liittyviin hoitotavoitteisiin (Käypä hoito -suositukset).

Hoidon laadun ja hoitosuositusten noudattamisen arviointi järjestelmällisesti on ollut vaikeaa. Sähköiset potilasasiakirjat ovat mahdollistaneet tiedonkeruun teoriassa, mutta potilasasiakirjajärjestelmiä ei ole kehitetty niiden käyttäjien ja potilaiden hoidon tarpeita (Winblad ym. 2010) vaan pikemminkin laskutusta tai käyntitilastoja ajatellen. Laadun ja hoidon sisällön seuraamiseksi on tarvittu erillisiä hankkeita kuten esimerkiksi sveitsiläinen FIRE-projekti (Chmiel ym. 2011). Hyvä tilastointi ja kirjaaminen ovat tiedon keruun ja arvioinnin perusta, mutta toistaiseksi kuitenkin vain 55 %:lle asiakkaista oli kirjattu käynnin pääsyy terveyskeskuslääkärin vastaanotolla joko ICD-10 tai ICPC-2 -luokituksella (Mölläri ja Vuorio 2013).

Hoitosuositusten toteutumisen seurannaksi tarvitaan mittareita, jotka ovat helposti saatavissa sähköisistä tietokannoista. Laatuindikaattorit ovat mitattavissa olevia terveydenhuollon ominaisuuksia, jotka pohjautuvat näyttöön tai konsensukseen siitä, että niiden avulla voidaan mitata laatua ja kehittää toimintaa. Indikaattoreilla voidaan mitata joko rakenteita, toimintaa tai kliinistä lopputulosta. (Käypä hoito -suositukset.) Käypä hoito -indikaattori käynnistyi 2009, ja vuonna 2011 valmistui ensimmäinen indikaattori Aikuisten lihavuuden hoidon Käypä hoito -suosituksen osalta. Alkuvaiheen tavoitteena oli määrittellä muutama suositukseen 1–3 indikaattoria. Indikaattoreita tullaan määrittämään sekä kansalliselle tasolle että organisaation ja terveydenhuollon ammattilaisen tasolle. (Käypä hoito -suositukset.)

Tautikohtaisten suositusten indikaattorit eivät kuitenkaan riitä yksinään yleislääkärin vastaanottotapahtuman arviointiin. Useimmiten potilaalla on useampi kuin yksi ongelma tai hän voi tulla vastaanotolle joskus jonkun muun kuin lääketieteellisen ongelman vuoksi (Kokko 1988, Rosendal ym. 2013).

Potilaiden arvioihin lääkärin työn tieteellisteknisestä laadusta vaikuttavat lääkärin toiminnan lisäksi myös monet muut tekijät. Kaikki iäkkäät potilaat eivät pysty arvioimaan lääkärin työn tieteellisteknistä laatua (Rao ym. 2006). Potilaan iän lisäksi myös sukupuoli, sosiaaliluokka tai kulttuuritausta voivat vaikuttaa arvioihin (Mead ja Roland 2009, Thornton ym. 2011). On myös todennäköistä, että kokemus vuorovaikutuksesta vaikuttaa potilaiden arvioihin myös tieteellisteknisestä laadusta. Potilastytyvyysmittauksien on todettu kuvaavan usein vuorovaikutuksen onnistumista (Jackson ym. 2001). Tuoreessa katsaustutkimuksessa todetaan kuitenkin, että potilaiden kokemukset korreloivat

potilasturvallisuuden ja hoidon vaikuttavuuden kanssa (Doyle ym. 2013). Suomalaisen kyselytutkimuksen perusteella lääkärin ammattitaito on potilaiden mielestä tärkein tekijä lääkärin valinnassa (Halonen ym. 2007). Ruotsalaisten kokemusten mukaan potilaat eivät kuitenkaan valitse lääkäriään ammattitaidon vaan vastaanoton sijainnin ja maineen perusteella (Winblad ym. 2012).

Lääkäreiden arviot omasta ammattitaidostaan vaihtelevat eivätkä ole yhteneväisiä objektiivisien arvioiden kanssa (Davis ym. 2006). Erityisesti nuoret, vastavalmistuneet lääkärit yliarvioivat omat taitonsa (Abadel ja Hattab 2013). Sen sijaan lääkärin arviot vastaanottotapahtumasta korreloivat hoidon tuloksiin potilaiden arvioita paremmin (Ahlen ja Gunnarsson 2013).

2.7.4 Potilasasiakirjat ja niiden laatu osana tieteellisteknistä laatua

Asianmukaiset ja ajantasaiset potilasasiakirjat ovat hyvän hoidon ja hoidon jatkuvuuden edellytyksenä (Boerma ja Flemming 1998) ja ne ovat usein ainoa dokumentti lääkärin toiminnasta. Asianmukainen työn dokumentointi on oleellinen osa lääkärin ammattitaitoa ja yksi näkökulma lääkärin työn laatuun.

Suomessa ja muualla Euroopassa sähköisiä potilasasiakirjajärjestelmiä on otettu käyttöön 1990-luvun puolivälistä lähtien (EUROREC, Car ym. 2010). Tavoitteena on ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden, laadun ja tehokkuuden parantaminen. Suomessa terveydenhuollon organisaatiot saivat päättää siirtymisestä, sen ajankohdasta ja käytettävästä järjestelmästä itsenäisesti, mikä merkitsi lukuisten eri järjestelmien käyttöönottoa. Potilasasiakirjajärjestelmät rajoituivat yhteen organisaatioon eikä tiedonsiirto ollut teknisesti eikä tietoturvasyistä mahdollista. Vuonna 2011 sähköiset potilasasiakirjat olivat käytössä jo kaikissa Suomen julkisissa terveydenhuollon organisaatioissa. (Winblad ym. 2012.)

Potilasturvallisuus ja terveydenhuoltolain tuoma potilaan hoitopaikan valinnanvapaus edellyttivät potilastietojen käytettävyyttä myös organisaatorajojen yli. Organisaatorajat ylittävien tietojärjestelmäpalveluiden kehitys käynnistyi vuonna 2000 aluetietojärjestelmien kehitystyöllä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Nyt on käynnissä Terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden (KanTa-palvelut) kehittäminen. KanTa-palvelut sisältävät valtakunnallinen sähköiseen reseptiin, valtakunnallisen potilas-tietoarkiston, kansalaisten mahdollisuuden katsoa omia, eri organisaatioissa tallennettuja terveystietojaan sekä ammattilaisille tarkoitetun tiedonhallintapalvelun. (Hyppönen ym. 2012.)

Sähköisiä potilasasiakirjajärjestelmiä koskevat tutkimukset ovat keskittyneet enemmäseen järjestelmien käyttöön, käytettävyyteen ja niiden vaikutuksiin (Car. ym. 2008, Winblad ym. 2010). Perusterveydenhuollon lääkäreiden potilasasiakirjojen kirjausten laadusta on melko vähän tutkimuksia ja ne kohdistuvat pääasiassa strukturoituun tietoon, kuten koodeihin tai luokitteluihin tai ne koskevat jotain tiettyä tautia tai tautiryhmää (Thiru ym. 2003).

Kirjausten laatua arvioitaessa tulee ottaa huomioon potilasasiakirjoista ja niiden laatimisesta annetut säädökset, jotka vaihtelevat eri maissa. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi oppaat potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä vuosina 2001 ja 2012. Lääkemääräysten kirjaamisesta Sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen vuonna 1999. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 2001 ja 2012). Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut oppaan rakenteisesta kirjaamisesta, joka yhtenäistää kirjaamiskäytännöt ja mahdollistaa jatkossa tiedon hyödyntämisen potilastiedon dokumentoinnin mm. hoidon saavutettavuuden ja laadun seurantaan, toiminnan vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arviointiin sekä valtakunnalliseen tilastointiin ja tutkimukseen. (Lehtovirta ja Vuokko 2013). Tautiluokitusten käyttö ja kirjaaminen on oleellinen osa rakenteista kirjaamista ja luokitusten käyttö on lisääntynyt viime vuosina sekä sairaaloissa että perusterveydenhuollossa (Winblad ym. 2012).

Eduskunnan oikeusasiamies totesi vuonna 2007 terveydenhuollon potilasasiakirjojen laadun puutteelliseksi ja esitti Terveystietokeskukselle, että se ryhtyy tarvittaviin ja välttämättömiin toimenpiteisiin potilasasiakirjojen laadun parantamiseksi. Oikeusasiamiehen mukaan yksittäisiä palvelutapahtumia oli mm. jäänyt kokonaan kirjaamatta ja kirjauksissa oli virheitä tai puutteita, eikä asiakirjoista voi aina arvioida potilaan tutkimuksen ja hoidon sisältöä ja toteuttamista. (Paunio 2007). Terveystietokeskuksen toiminnan jatkaja, Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto (Valvira), ohjeistaa terveydenhuollon ammattilaisia internet-sivuillaan potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto).

Häyrinen tutki väitöskirjassaan (2011) erikoissairaanhoidon potilasasiakirjoja ja totesi terveydenhuollon eri ammattiryhmien kirjaamistapojen vaihtelevan. Tutkimuksen sairaalalääkäreiden (neurologit ja kirurgit) kirjaukset olivat vapaamuotoisia ja kuvasivat useimmiten esitietoja ja nykytilaa.

Sähköiset potilasasiakirjat helpottavat lääkärin toiminnan laadun arviointia. Esimerkiksi suomalaisessa valtimotautien ehkäisyn laatuverkostossa tiedot kerättiin verkoston alkuaikoina erikseen, mutta saadaan nykyisin suoraan potilasasiakirjajärjestelmistä (Winell

ym.2011). Parantuneet kirjaamiskäytännöt ja järjestelmät ovat lisänneet mahdollisuuksia laadun arviointiin (Laatikainen ym. 2013).

2.7.5 Lääkärin vuorovaikutustaidot

Potilaan ja lääkärin kohtaaminen on monimutkainen vuorovaikutuksellinen tilanne, johon vaikuttavat monet lääkäristä, potilaasta tai toimintaympäristöstä johtuvat tekijät (Teutsch 2002, Verlinde ym. 2012). Hyvät vuorovaikutustaidot ovat lääkärin keskeisimpiä työvälineitä. Onnistunut vuorovaikutus lisää potilastyytyväisyyttä, potilaan sitoutumista hoitoon ja hoidon tuloksia (Teutsch 2002, Zolnierek ja Dimatteo 2009). Toisaalta vuorovaikutusongelmat ovat usein potilasvalitusten taustalla (Tamblyn ym. 2007). Mikäli lääkärin viesti jää välittymättä potilaalle, potilas ei sitoudu hoitoon, saattaa toimia ohjeiden vastaisesti tai jättää lääkityksen ottamatta (Jokisalo 2006, Enlund ym. 2013, Ratanawongsa ym. 2013). Potilaan ja terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät, jos epäonnistunut vuorovaikutus johtaa turhaan läheteeseen tai lääkemääräykseen (Stewart ym. 2000, Stewart ym. 2011).

Hyviin vuorovaikutustaitoihin on liitetty monia eri tekijöitä, mm. empatia, potilaan tukeminen, potilaskeskeiset haastattelutekniikat, vastaanottotapahtuman kesto, esitietojen oikeanlainen selvittäminen, kyky vaihdella omaa vastaanottotyylä, ystävällisyys, terveyden edistäminen, yhteenvetojen tekeminen ja myönteiset nonverbaaliset eleet (Beck ym. 2002). Hyvään yleislääkärin työskentelytapaan katsotaan kuuluvan laaja-alainen ja kokonaisvaltainen sekä potilaskeskeinen vastaanottotyyli (Heath 2010). Suomessa käytetään nykyisin myös yleisesti termiä potilaslähtöinen. Potilaskeskeisyys/potilaslähtöisyys on otettu huomioon myös lainsäädännössä (Terveydenhuoltolaki 2010, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Potilaslähtöinen tyyli tuottaa parempia hoitotuloksia, lisää potilastyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista sekä lieventää oireita ja vähentää jatkoläheteiden määrää (Stewart ym. 2000).

Potilaskeskeisyyden määritelmästä on keskusteltu runsaasti ja siihen on liitetty mm. kokonaisvaltaisuus, potilaan omien ajatuksien ja tunteiden huomioon ottaminen sekä potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon (Stewart 2001, Greene ym. 2012). Potilaat pitävät tärkeänä mahdollisuutta tuoda oma näkökulmansa käsiteltäviin ongelmiin, mutta odottavat toisaalta lääkärin olevan asiantuntija ja auktoriteetti (Ruusuvoori ym. 2003). Potilaat arvostavat potilaskeskeistä työskentelytapaa, mutta kaikki eivät välttämättä halua esimerkiksi osallistua aktiivisesti hoitopäätösten tekoon. Syynä voi olla esimerkiksi potilaan ongelman luonne, potilaan ikä tai sosiaaliluokka (McKinstry 2000, Radema-

kers ym. 2013). Lääkäreiden tulisi osata arvioida potilaan kulloisetkin tarpeet ja muuttaa omaa vastaanottotyylinsä niiden mukaisesti (McKinstry 2000, Stewart 2001).

McCormack ym. (2011) ovat määritelleet potilaslähtöisen työskentelytavan mittareita, jotka perustuvat työskentelytapaa kuvaavaan ydintoimintaan: tietojen vaihto, parane-
misen tukeminen, tunteiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen, epävarmuuden sie-
to, päätöksenteko ja potilaan itsehoidon tukeminen. Lääkärin hyvät empaattiset taidot
lisäävät potilaan voimaantumista ja kykyä hoitaa itseään (Mercer ym. 2012). Potilaan
voimaannuttamiseen voidaan katsoa liittyvän myös ratkaisukeskeinen työote.

Potilaan vaivan aiheuttama huoli on keskeistä potilaan sairauskokemuksessa ja tämä
huoli hävinee yleensä lääkärin vastaanotolla (Laakso 2013). Tutkimusten mukaan po-
tilaat eivät kuitenkaan saa kerrotuksi kaikkia huoliensa vastaanotolla (Ahlén ym. 2007,
Chew-Graham ym. 2013). Potilaskeskeisellä vastaanottotyylillä lääkäri voi reagoida po-
tilaan antamiin vihjeisiin ja rohkaista häntä kertomaan mieltä askarruttavat asiat (Levin-
son ym. 2000).

Onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttavat työolosuhteet, lääkärin työskentelytyyli,
vastaanottoajan optimaalinen käyttö ja se, että potilaan ongelmalle on riittävästi aikaa
(Lelorain ym. 2012). Myös potilaan ja lääkärin sosiaalinen konkordanssi (mm. rotu, ikä,
sukupuoli, koulutus) vaikuttaa vuorovaikutukseen (Thornton ym. 2011), vaikka esimer-
kiksi rodulla ei ole vaikutusta potilaiden toiveisiin potilaskeskeisen vuorovaikutustyylin
suhteen (Peek ym. 2011). Matala sosiaalinen konkordanssi on yhteydessä vähemmän
positiivisiin arvioihin (Thornton ym. 2011). Tämä asettaa haasteita lääkäreille esimer-
kiksi maahanmuuttajien kanssa työskenneltäessä, varsinkin jos yhteistä kieltä ei ole.
Alempien sosiaaliryhmien vastaanottotapahtumissa on vähemmän sosioemotionaalista
keskustelua, potilaat osallistuvat vähemmän hoitopäätösten tekoon ja vuorovaikutus
on ylipäänsä vähemmän potilaskeskeistä. Lääkärit jakavat ylemmille sosiaaliryhmille
enemmän tietoa, perustelevat enemmän, antavat enemmän emotionaalista tukea ja ot-
tavat potilaat useammin mukaan päätöksentekoon. (Verlinde ym. 2012.) Mikäli lääkäri
on tietoinen näistä vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä ja osaa rohkaista potilasta
kertomaan huolensa ja oman mielipiteensä, potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus
onnistuu paremmin (Verlinde ym. 2012).

Hyvät vuorovaikutustaidot ovat oleellinen osa lääkärin ammattitaitoa, ja mm. Suomen
lääkäriliitto velvoittaa lääkäreitä kehittämään vuorovaikutustaitojaan tarvittaessa (Suo-
men lääkäriliitto 2013 a). Lääkärin vuorovaikutustaitojen opetus on vakiintunut osaksi
lääkäreiden peruskoulutusta, mutta koulutuksen osuutta jatko- ja täydennyskoulutuk-

sessä tulisi lisätä (Pyörälä ja Hietanen 2011). Vastaanottotapahtuman vuorovaikutustilanteita harjoitellaan mm. mallioppimisen, roolipelien (opiskelijat potilaana ja lääkärinä), simuloitujen näyttelijäpotilaiden ja työpajateatterin avulla (Vainiomäki 1995, Koponen 2012). Vastaanottotapahtuman vuorovaikutusta voidaan parantaa opettamalla myös potilaille vuorovaikutustaitoja (Talen ym. 2011).

2.7.6 Lääkärin vuorovaikutustaitojen arvioiminen

Lääkärin vuorovaikutustaitoja on tutkittu runsaasti ja niiden mittaamiseen on kehitetty lukuisia erilaisia menetelmiä. Monet menetelmät vaativat kuitenkin perusteellista analyysia tai ne sopivat parhaiten opetuskäyttöön tai vastaanottotapahtuman tulee olla standardoitu (Boon ja Stewart 1998). Yleislääkärin käytännön työn arviointiin sopivia luotettavia, validoituja ja helposti käyttöön otettavia menetelmiä on vähemmän (Boon ja Stewart 1998, van Thiel ym. 2000).

Videointi on todettu hyväksi apuvälineeksi vastaanottotapahtumien arvioinnissa. Sekä potilaat että lääkärit hyväksyvät yleensä videoinnin tutkimustarkoitukseen. Joidenkin potilaiden mielestä videointi vähentää vastaanottotapahtuman luottamuksellisuutta. Sillä on kuitenkin vain vähäinen vaikutus potilaan tai lääkärin käyttäytymiseen ja on epätodennäköistä, että sillä olisi kielteisiä vaikutuksia vastaanottotapahtuman laatuun. (Themessl-Huber ym. 2008.) Videointien avulla saadaan arvioituksi myös vastaanottotapahtuman sanaton viestintää, ja tallennetta pystytään analysoimaan perusteellisesti, eikä se vaadi tutkimushenkilökunnan läsnäoloa vastaanottotapahtuman aikana.

Vuorovaikutustaitoja voidaan arvioida joko vastaanottotapahtuman aikana tai myöhemmin videotallenteista esimerkiksi arviointilistojen avulla (Boon ja Stewart 1998, van Thiel 2000). Arviointilistojen kategorinen tulkinta voi kuitenkin joskus johtaa harhaan: lääkäri voi tietoisesti poiketa ”hyvien vuorovaikutustaitojen suosituksista”, ja hänen toimintansa arvioidaan todellista heikommaksi. Essers ym. (2011) ovat tutkineet syitä MAAS-Global-menetelmän (van Thiel ym. 2000) suosituksista poikkeamiseen ja jakanut ne joko lääkäristä, potilaasta tai vastaanottotapahtumasta johtuviksi syiksi. Esimerkiksi kokenut lääkäri saattaa jättää kertaamatta edellisen käynnin tapahtumia ja kysymättä hoidon toteutumisesta tutun potilaan uusintakäynnillä, koska tietää ne jo (lääkäristä johtuva syy) tai potilas kertoo ne aktiivisesti kysymättä (potilaasta johtuva syy).

Yleislääkärin käytännön työn vuorovaikutustaitojen arviointiin sopiva menetelmiä ei ole paljon. Valitsimme tähän tutkimukseen MAAS-Global menetelmän, koska se oli validoitu, laajasti käytetty ja sitä oli onnistuneesti käytetty perusterveydenhuollon lääkärin vas-

taanottotapahtuman arvioinnissa ja vuorovaikutuksen laadun parantamisessa (van Thiel ym. 2000, Essers ym. 2011). MAAS-Global -menetelmän avulla arvioidaan nimenomaan lääkärin toimintaa vuorovaikutustilanteessa; potilaan asian luonne tai käyttäytyminen ei saa vaikuttaa arviointiin.

Potilaiden ja lääkäreiden arviot vastaanottotapahtuman vuorovaikutuksesta ovat yleensä varsin yhteneväisiä (Ahlén ym. 2007). Lääkäreiden arviot vastaanottotapahtuman vuorovaikutuksesta korreloivat kuitenkin paremmin hoidon tuloksien, esimerkiksi oireiden lievittymisen kanssa (Ahlén ja Gunnarsson 2013).

Potilaat pitävät lääkärin vuorovaikutuksellista osaamista tärkeänä ja arvioivat lääkärin vuorovaikutustaidot yleensä varsin hyväksi (Grol ja Wensing 2000). He arvostavat mm. lääkärin empatiakykyä ja kykyä kuunnella (Grol ja Wensing 2000, Derksen ym. 2013) ja kokevat tulleen paremmin kuulluiksi ja ymmärretyksi, mikäli lääkäri on kiinnostunut niistä psykososiaalisista tekijöistä, jotka ovat voineet vaikuttaa potilaan sairauteen (Leiblum ym., Kim ym. 2012).

2.7.7 Vastaanottotapahtuman taloudellinen laatu

Perusterveydenhuoltoa koskevaa terveystaloustutkimusta on tehty Suomessa melko vähän. Kansainvälisten tutkimusten perusteella maissa, joissa panostetaan perusterveydenhuoltoon ja osaaviin perusterveydenhuollon lääkäreihin, tuotetaan terveydenhuolto edullisemmin ja vaikuttavammin kuin erikoissairaanhoidopainotteisissa maissa (Starfield 1998, Schäfer ym. 2011). Toisaalta Valtosen ym. (2011) mukaan erikoissairaanhoidon hinnan nousu pienentää (=pakottaa kuntia pienentämään) sekä perusterveydenhuollon menoja että erikoissairaanhoidon kysyntää. Tämä johtaa edelleen perusterveydenhuollon kutistumiseen ja kokonaiskustannusten kasvuun. Terveydenhuollon kokonaiskustannukset riippuvat myös terveydenhuollon järjestämismallista. Julkisesti rahoitettu terveydenhuolto on edullisempaa verrattuna vakuutus pohjaiseen tai yksityisesti rahoitettuun terveydenhuoltoon (Siljander 2011).

Kangasharju käsittelee Suomen kuntaliiton julkaisussa tuottavuutta osana tuloksellisuutta erityisesti julkisissa hyvinvointipalveluissa. Kangasharjun mukaan ”tuloksellisuus koostuu tarpeisiin vastaamisesta laadukkaasti ja kustannusvaikuttavasti. Palvelutuotanto on laadukasta ja tuloksellista myös tarpeiden näkökulmasta, kun vaikuttavat palvelut suunnataan niitä eniten tarvitseville.” Kustannusvaikuttavuus tarkoittaa vaikuttavuuden suhdetta kustannuksiin ja taloudellisuus tai yksikkökustannukset tarkoittavat suoritteiden suhdetta kustannuksiin (Kangasharju 2008).

Yleislääkärin vastaanottotyön kannalta sekä vaikuttavuuden että suoritteiden määrittely on vaikeaa. Yksittäisen taudin (esimerkiksi diabetes) hoitotulosten seuranta on mahdollista, mutta vaikuttavuuden suhteuttaminen kustannuksiin on hankalampaa silloin, kun vastaanottotapahtumassa on käsitelty useita ongelmia. Jos mittarina käytetään ”laajempaa” mittaria, kuten esimerkiksi hyvinvoinnin tai toimintakyvyn lisääntymistä, muutokseen ovat voineet vaikuttaa myös ulkopuoliset tekijät, ts. muut tekijät kuin lääkärin toiminta. Joitakin mittareita vastaanottotapahtuman vaikuttavuuden mittaamiseksi on kehitetty (mm. Andén ym. 2006).

Perusterveydenhuollon tuotteen määrittely on yhtä ongelmallista. Vastaanottotapahtuman sisällön, keston ja kustannusten vaihtelu on suurta ja riippuu sekä toimintaympäristöstä, potilaasta ja hänen ongelmistaan että lääkärin työskentelytavasta (Khorri ym. 2012, Deveugele ym. 2002, Aaltonen ja Järviö 2009). Suomessa on kehitetty menetelmiä yleislääkärin ja perusterveydenhuollon tuotteistamiseksi. Tarkempaa tietoa kustannuksista tarvitaan mm. terveydenhuoltolakiin sisältyvään potilaan valinnanvapauden aiheuttamien kustannusten veloittamiseksi potilaan kotikunnalta (Terveystuotolaki 2010). Avohoidon potilasryhmitys (APR) -järjestelmässä hoitotuotannon määrä laskeetaan toimintolaskennan periaatteiden mukaan ja terveyskeskuksen tuotteina pidetään potilas- tai episodiryhmiä. APR on ollut terveyskeskusten käytettävissä vuodesta 2002 lähtien (Brommels ym. 2012), mutta sen käyttöä lienee rajoittanut erikseen tarvittava kirjaamisalusta ja kaupallisen tuotteen kustannukset.

Perusterveydenhuollon DRG-ryhmittely (pDRG) perustuu sairaalamaailmasta peräisin olevaan diagnoosipohjaiseen luokitteluun (DRG), jossa kustannukset kohdistetaan diagnoosikohtaisiin hoitopisodeihin. Ryhmittelyyn tarvittavat tiedot saadaan rutiinisti kirjatusta tiedosta (AVOHilmo) eikä erillistä kirjaamisalustaa tarvita (Ketola ym. 2012, Brommels ym. 2012). Myös pDRG-ryhmittely edellyttää kattavaa diagnoosien ja toimenpiteiden kirjaamista. Kumpikaan menetelmä ei ole ideaali tilanteissa, joissa potilaalla on useampia käyntisyitä.

Yleislääkärin vastaanottotapahtuman välittömät kustannukset muodostuvat pääasiassa palkkakustannuksista (Siiskonen 2007) ja määrättyjen laboratorio- ja kuvantamistutkimusten aiheuttamista kustannuksista. Lääkärin palkkaus/palkkiojärjestelmällä on vaikutuksia vastaanottotapahtuman kustannuksiin (Chaix-Couturier ym. 2000). Vastaanotolla määrättyt lääkkeet, mahdolliset sairauslomat, kuntoutukset ja jatkohoitolähetteet voivat lisätä kokonaiskustannuksia merkittävästi. Vastaavasti potilaan terveyttä edistävät toimet vähentävät kokonaiskustannuksia tulevaisuudessa merkittävästi, mutta niiden

täsmällisiä vaikutuksia on vaikea laskea. Hoitosuosituksissa on osaltaan pyritty ammatillisen laadun lisäksi myös taloudellisen laadun saavuttamiseen (Booth ym. 2007).

Potilaiden käsityksiä terveydenhuollon kustannuksista tai kustannustehokkuudesta ei ole tutkittu. Potilaat pitävät kuitenkin tärkeänä perusteellisia tutkimuksia diagnoosin selvittämiseksi (Halonen ym. 2009).

Potilaiden ja lääkäreiden on vaikeata arvioida vastaanottotapahtuman aiheuttamia kustannuksia. Vastaanottotapahtuman kesto (ja sen vaikutus palkkakustannuksiin) ja määrätyt laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ovat sellaisia konkreettisia kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä, joiden perusteella potilaat ja lääkärit voivat karkeasti arvioida taloudellista laatua.

3. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli

- tutkia yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun eri ulottuvuuksia ja tarkemmin
 - o tutkia lääkärin arvioita vastaanottotapahtuman laadusta
 - o tutkia potilaan arvioita vastaanottotapahtuman laadusta
 - o verrata lääkärin ja potilaan arvioita vastaanottotapahtumasta
- tutkia palkkausjärjestelmän yhteyttä laatuun
- löytää sopivia välineitä yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun arviointiin.

Tutkimushypoteesit:

Ensimmäisenä oletuksena oli, että lääkärin palkkausjärjestelmällä on vaikutus yleislääkärin työn laatuun. Oletus oli, että väestövastuujärjestelmä, joka perustuu lääkärin määritellyyn väestöön ja sitä myöden hoidon jatkuvuuteen, tuottaa parempaa laatua.

Toisena hypoteesina oli, että potilaat ovat arvioissaan tyytyväisempiä vastaanottotapahtumiin kuin lääkärit ja omalääkärien potilaat ovat tyytyväisempiä kuin muut.

Kolmantena oletuksena oli, että potilaat haluavat enemmän vastaanottoaikaa ja tutkimuksia kuin saavat.

Neljäs hypoteesi oli, että lääkärin vuorovaikutustaidot ovat yhteydessä potilaan selviytymiseen ja voimaantumiseen.

Viidentenä etukäteisoletuksena oli, että tutkimuksessa käytetyistä vastaanottotapahtuman laadunarvioinnin menetelmistä vastaanottotapahtuman videointien arviointi kuvaa parhaiten vastaanottotapahtumaa.

4. AINEISTOT JA MENETELMÄT

Vastaanottotapahtumaa tutkittiin kyselylomakkeiden, potilasasiakirjojen, kuvataallenteiden ja haastatteluiden avulla. Laatu tarkasteltiin potilaan, lääkärin ja palvelun organisoijan näkökulmasta. Monimuotoisen tapahtuman tutkimiseen käytettiin triangulaatiota sekä materiaalien, tutkijoiden että menetelmien osalta. Analyysissä käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Laadullisia menetelmiä käytettäessä arvioijina oli aina useampi tutkija.

4.1 Tutkimuksen toimintaympäristö

Kyselylomaketutkimuksen (osajulkaisu I) aineisto kerättiin vuonna 2000 Kaarinan–Piikkiön, Porin, Rauman ja Turun terveyskeskuksista. Porissa ja Turussa oli tutkimusajan kohtana käytössä ns. väestövastuuvirkaehtosopimus, jossa potilaalle on osoitettu oma lääkäri ja lääkäri on velvollinen huolehtimaan oman väestönsä hoidosta (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2000). Kaarinan–Piikkiön ja Rauman terveyskeskuksissa oli käytössä ns. perinteinen, työaikaan sidottu virkaehtosopimus, jossa lääkäreillä ei ole määriteltyjä väestöjä (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2000). Tarkoitus oli, että kaikki terveyskeskusten lääkärit osallistuivat tutkimukseen niin, että tiedot kerättiin lääkärin kaikista ajanvarausvastaanotoista yhden viikon aikana, enintään 40 vastaanottotapahtumasta lääkäriä kohden.

Terveyskeskusten lääkäreille pidettiin informaatiotilaisuus tutkimuksen tarkoituksesta ennen aineiston keruun alkua. Lääkärille ja potilaalle oli erilliset tiedotteet tutkimuksesta. Lääkäri antoi lomakkeen potilaalle vastaanottotapahtuman loppuvaiheessa. Potilas täytti lomakkeen vastaanottohuoneen ulkopuolella ja palautti sen odotusaulassa olevaan laatikkoon. Huoltajat täyttivät tarvittaessa alaikäisen potilaan lomakkeet. Yhteensä lomakkeita palautettiin 2191 vastaanottotapahtumasta: 2167 lääkärin lomaketta ja 1777 potilaan lomaketta. Tutkijat tarkistivat jälkeenpäin ajanvarauskirjoista pistokokein, että lomakkeet oli täytetty järjestyksessä kaikista vastaanottotapahtumista.

Osaa näiden vastaanottotapahtumien potilasasiakirjoista käytettiin potilasasiakirjojen ja tieteellisteknisen laadun arvioinnissa (kts. luku 4.4). Yhdessä terveyskeskuksessa toteutettiin myöhemmin vastaanottotapahtumien videointi (kts. luku 4.5).

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneet terveyskeskukset (Alkuperäinen taulukko osajulkaisussa I).

	Kaarinan– Piikkiön terveys- keskus	Rauman terveys- keskus	Porin terveys- keskus	Turun terveys- keskus (yksi asema)	Yhteensä
Väestö	26746	46911	75994	18967	168618
Tutkimukseen osallistuneet lääkärit/työssä olevat lääkärit	17/17	22/22	34/35 *	8/10	81/84
Palautettujen lääkärin lomakkeiden lukumäärä	430	379	1131	227	2167
Palautettujen potilaiden lomakkeiden lukumäärä	379	281	961	156	1777

* Yksi lääkäri palautti vain yhden lomakkeen, yksi palautti vain muutaman ja yksi palautti vain potilaiden lomakkeet.

4.2 Kyselyssä käytetyt lomakkeet (osajulkaisu I)

Kyselylomaketutkimusta varten (osajulkaisu I) tarvittiin lomake, jossa sekä potilas että lääkäri vastaisivat samoihin laatu koskeviin kysymyksiin samasta vastaanottotapahtumasta. Lomakkeen tuli olla mahdollisimman lyhyt ja yksinkertainen, jotta mahdollisimman moni potilas vastaisi kyselyyn eikä vastaaminen veisi liikaa lääkärin vastaanottoaikaa. Lomakkeen kysymykset laadittiin ja testattiin Kaarinan–Piikkiön terveyskeskuksessa toteutetussa laatuprojektissa (Kuusela 1998). Vastaanottotapahtumille annettiin koodinumerot, jotta potilaan ja lääkärin vastaukset samasta vastaanottotapahtumasta voitiin yhdistää.

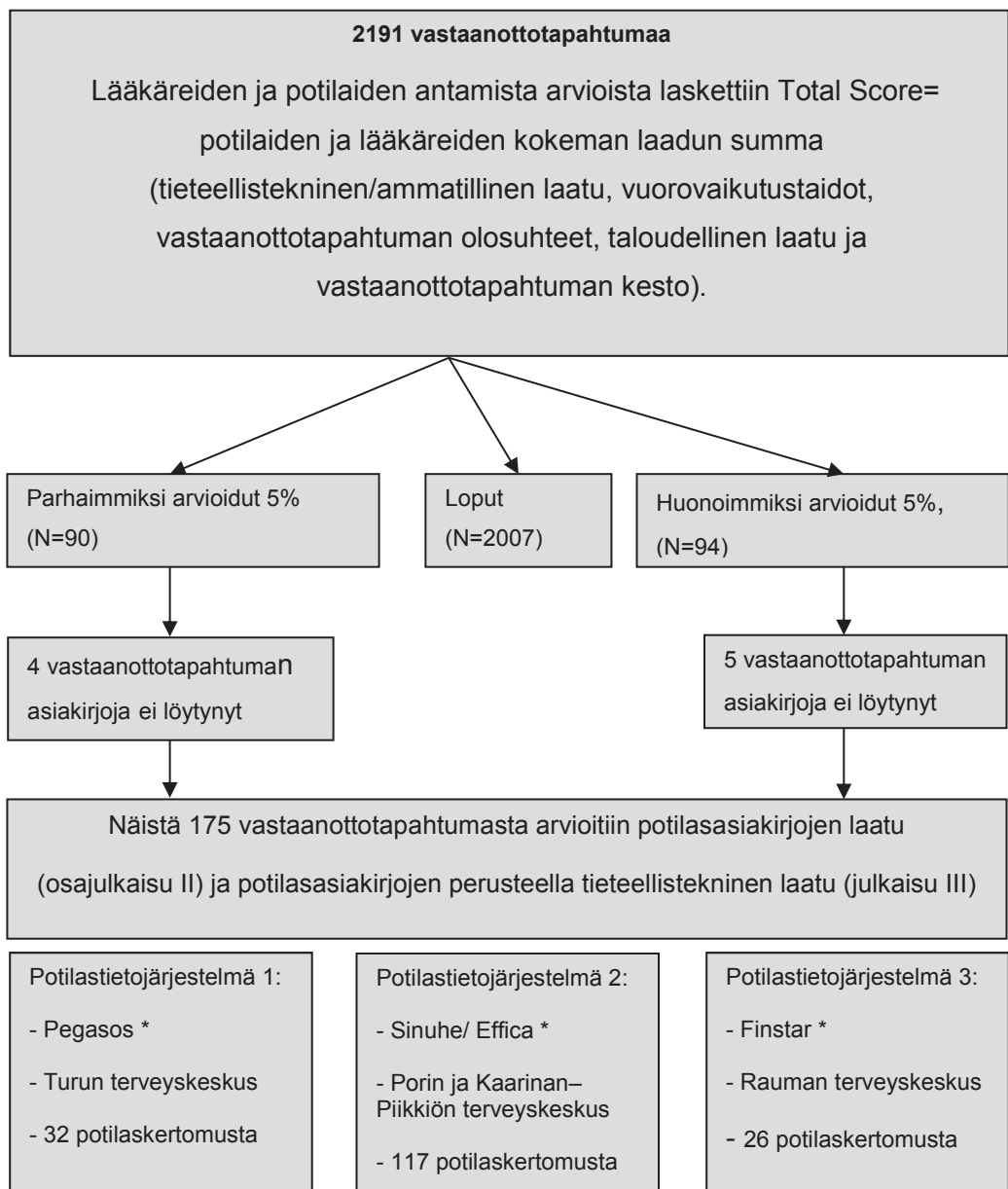
Lomakkeessa kysyttiin potilaan/lääkärin arviota lääkärin työn ammatillisesta (tieteellisteknisestä) laadusta, vuorovaikutuksen laadusta ja lääkärin työolosuhteista viisiporraisella asteikolla (erittäin hyvä, hyvä, kohtalainen, melko huono, erittäin huono) sekä mielipidettä määrättyjen tutkimusten ja hoitojen määrästä sairauden laatu ja taloudelliset näkökohdat huomioon ottaen (taloudellinen laatu) ja vastaanottotapahtuman keston riittävydestä kolmiportaisella asteikolla (liikaa, sopivasti, liian vähän). Lisäksi kultakin lääkäriltä kysyttiin, onko hän mielestään potilaan omalääkäri, potilaan vastaanotolle tulon syytä ja potilaan vastaanotolla esittämien asioiden ja ongelmien lukumäärää. Lääkäri kirjasi myös vastaanottotapahtuman alku- ja loppuajankohdan. (Ks. liite 1). Potilaalta puolestaan kysyttiin sukupuolen ja syntymäajan lisäksi, saiko hän ajan haluamalleen lääkärille, oliko lääkäri potilaan omalääkäri, vastaanotolle tulon syytä, mahdollisia pit-

käaikaissairauksia, arviota terveydentilasta yleensä ja tutkimushetkellä sekä arviota terveyskeskuksen palveluista yleensä (viisiportainen asteikko). Potilaalta kysyttiin vielä Howien ym. (1998) kehittämät potilaan selviytymistä ja voimaantumista mittaavat kysymykset (Patient Enablement Instrument, PEI), jotka kaksoiskäännettiin (Ks. liite 2). PEI sisältää kuusi väittämää vastaanottotapahtuman vaikutuksista potilaan selviytymiseen ja voimaantumiseen, joihin potilas vastaa kolmiportaisella asteikolla: paljon paremmin (2 pistettä), paremmin (1 piste) ja entiseen tapaan tai huonommin (0 pistettä). PEI-luku on vastausten summa.

Kultakin lääkäriltä kerättiin taustatiedot: syntymävuosi, sukupuoli, valmistumisvuosi, erikoisala, erikoistumisvuosi ja työskentelyhistoria ko. terveyskeskuksessa. Lisäksi lääkäriltä kysyttiin, noudatetaanko terveyskeskuksessa väestövastuusopimusta ja mikä on väestön koko. Lisäksi lääkäriltä kysyttiin tyytyväisyyttä työhönsä ja työolosuhteisiinsa ja arviota hänen omista ammatillisista ja vuorovaikutuksellisista taidoistaan. Myös suostumusta mahdolliseen vastaanottotapahtuman videointiin kysyttiin. (Ks. liite 3.)

4.3 Potilasasiakirjat (osajulkaisut II ja III)

Kyselylomaketutkimuksen vastaanottotapahtumat pisteytettiin potilaiden ja lääkäreiden tekemien arvioiden perusteella. Tämän pisteytyksen perusteella valittiin aineiston ”parhaimmat” (n. 5 %) ja ”huonoimmat” (n. 5 %) vastaanotot, joiden potilasasiakirjatiedot haettiin terveyskeskusten sähköisestä potilastietojärjestelmästä ja tulostettiin. Pyrkimyksenä oli saada tutkimukseen mukaan noin 10 % vastaanottotapahtumista. (Ks. kuva 2.)



* Väestöpohjaan perustuva sähköisten potilaskertomusjärjestelmien yleisyys Suomessa vuonna 2001: Pegasos 40 %, Effica 31 % and Finstar 18 %. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkartoitus 2001. Luettavissa verkossa:

(http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1318/osve1_02.pdf, siteerattu 9.10.2006)

KUVA 2. Potilasasiakirjojen valikoituminen (Käännös alkuperäisestä osajulkaisusta II)

4.4 Vastaanottotapahtumien videotallenteet (osajulkaisu IV)

Tavoitteenamme oli rekrytoida tutkimukseen (osajulkaisu IV) neljä lääkäriä: kaksi kokenutta yleislääketieteen erikoislääkäriä (kokemusta yli 10 vuotta) ja kaksi nuorempaa yleislääkäriä (alle viiden vuoden kokemus perusterveydenhuollossa). Lähetimme aluksi selvityksen tutkimuksesta ja tiedustelun osallistumishalukkuudesta sähköpostitse noin sadalle Turun terveyskeskuksen lääkärille, mutta emme saaneet yhtään vastausta. Tämän jälkeen otin henkilökohtaisesti yhteyttä muutamiin terveyskeskuksen lääkäreihin, jolloin kokeneet lääkärit ja nuori naislääkäri saatiin rekrytoituksi. Vaikeinta oli nuoren mieslääkärin rekrytointi – vasta neljäs ehdokas suostui osallistumaan tutkimukseen. Jokaiselta lääkäriltä tallennettiin 4–6 vastaanottotapahtumaa. Kuvausteknisistä syistä vastaanotoista videoitiin järjestyksessä joka toinen, mikäli potilas antoi suostumuksensa.

Tutkija tai tutkimusavustaja rekrytoi potilaat odotustilassa ennen vastaanottohuoneeseen menoa. Samalla potilaille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja sisältö suullisesti ja kirjallisesti. Potilailta pyydettiin kirjallinen suostumus, josta annettiin kopio myös heille itselleen. Suostumuslomakkeessa kerrottiin mahdollisuudesta perua suostumus myöhemmin ja materiaalin tutkimukseen rajoitetusta käyttötarkoituksesta. Vain kolme potilasta kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Syytä kieltäytymiseen ei kysytty. Tutkija haastatteli potilaat lyhyesti ennen vastaanottohuoneeseen menoa: heiltä kysyttiin vastaanotolle tulon syy ja mahdolliset toiveet vastaanoton suhteen. Vastaukset kirjattiin.

Videokamera ja digitaalinen äänitallennin sijoitettiin vastaanottohuoneeseen ennen vastaanottotapahtumaa ja kamera suunnattiin siten, että potilaan ja lääkärin keskustelutilanne tallennettiin. Tutkimukset tutkimuspöydällä eivät näkyneet kuvauksissa, vaikkakin keskustelu tallentui tällöinkin. Kuvaaja ei ollut läsnä vastaanottohuoneessa vastaanottotapahtuman aikana.

Tutkija tai tutkimusavustaja haastatteli potilaan uudelleen vastaanottotapahtuman jälkeen, ja tämä haastattelu äänitettiin. Haastattelussa kysyttiin, mitä vastaanotolla tapahtui, saiko potilas joitakin erityisiä ohjeita, vastasiko käynti potilaan odotuksia ja jäikö potilaalle jotain epäselväksi. Alkuhaastattelut tehtiin 17 potilaalle, loppuhaastattelu 19 potilaalle, joista yhden potilaan haastattelusta ei saatu teknisistä syistä äänitystä vaan vastaukset kirjoitettiin ylös. Vastaanottotapahtumien keskustelut ja haastattelut tallennettiin myös tekstimuotoon sisällön analyysin helpottamiseksi.

Sekä lääkärit että potilaat täyttivät lisäksi edellä esiteltyt laadunarviointilomakkeet (osajulkaisu I) välittömästi vastaanottotapahtuman jälkeen ja palauttivat ne tutkijalle.

4.5 Laadulliset menetelmät

Potilasasiakirjojen teknisen laadun arvioinnissa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä (osajulkaisu II). Kaksi tutkijaa vertasi laatua vuotta ennen aineistonkeruujankohtaa annettuun määräykseen lääkkeiden määräämisestä ja vuotta myöhemmin annettuun ohjeistukseen potilasasiakirjojen laadinnasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999 ja 2001). Arvioinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, olivatko seuraavat vastaanottotapahtuman osiot kuvattu ohjeiden mukaan: tulosy, esitiedot, nykytila, status, ongelma/diagnoosi, hoito ja lääkitys. Tulosy ja ongelma/diagnoosi tuli olla mainittuna, muut osiot pisteytettiin kolmiportaisella asteikolla (hyvä, keskinkertainen, huono). Mikäli lääkäri ei ollut kirjannut osiota ollenkaan, se arvioitiin huonoksi. Lisäksi kustakin potilasasiakirjasta annettiin yleisarvosana kolmiportaisella asteikolla (hyvä, keskinkertainen, huono). Yleisarvosana kuvasi kirjauksen kokonaislaatua ja sitä, kuvasiko kirjaus vastaanottotapahtuman kulkua kattavasti. Hyviksi arvioitiin kirjaukset, joissa vastaanottotapahtuman kulku oli kirjattu hyvin ja ymmärrettävästi. Huonoiksi arvioiduissa kirjauksissa vastaanottotapahtumaa ei kuvattu asianmukaisesti ja kirjauksista puuttui olennaisia tietoja. Keskinkertaiseksi arvioitiin kirjaukset, jotka eivät sopineet kumpaankaan edellä mainittuun ryhmään. (Ks. liite 4.)

Kumpikin tutkija arvioi kirjaukset itsenäisesti kahdesti peräkkäin, minkä jälkeen tutkijoiden arvioiteja verrattiin keskenään. Yhteisymmärrys oli varsin hyvä (κ 0.89-0.99). Niissä tapauksissa, joissa tutkijat olivat erimielisiä, kirjaukset arvioi myös kolmas tutkija. Keskustelun jälkeen päädyttiin täyteen yhteisymmärrykseen. Tutkijoiden arvioita verrattiin potilaiden ja lääkäreiden arvioihin ja terveyskeskuksissa käytössä olleisiin potilasasiakirjajärjestelmiin kvantitatiivisesti (Ks. luku 4.6.)

Lääkärin tieteellisteknisen/ammattillisen ammattitaidon deduktiivisessa sisällönanalyysissä (osajulkaisu III) kaksi tutkijaa arvioivat itsenäisesti kirjausten perusteella lääkärin tieteellisteknisen/ammattillisen ammattitaidon kolmiportaisesti (hyvä, keskinkertainen, huono). Toiminta, jossa lääkäri noudatti voimassa olevia hoitosuosituksia ja yleisiä käytäntöjä tai toimi kokeneen yleislääkärin tavalla, arvioitiin hyväksi. Mikäli lääkäri ei noudattanut suosituksia ja yleisiä käytäntöjä tai lääkärin toiminnan perusteet eivät selvinneet kirjauksesta, toiminta arvioitiin huonoksi. Lääkärin toiminta, joka ei sopinut kumpaankaan edellä mainittuun ryhmään, arvioitiin keskinkertaiseksi.

Kumpikin tutkija arvioi kirjaukset itsenäisesti kahdesti peräkkäin, minkä jälkeen päädyttiin neuvottelun jälkeen yksimielisyyteen. Tutkijoiden arvioita verrattiin potilaiden ja lääkäreiden arvioihin kvantitatiivisesti (Ks. luku 4.6).

Lisäksi arvioitiin erikseen kahden yleisen terveysongelman, akuutin ylähengitystieinfektion ja verenpainetaudin, hoitoa. Nämä kaksi ongelmaa valittiin, koska ne ovat yleisiä ja niille oli olemassa vakiintuneet hoitokäytännöt. Akuutiksi ylähengitystieinfektioksi katsottiin tilanteet, joissa joko potilaskertomuksissa tai kyselylomakkeessa oli mainittu oireena yskä, kuume tai kurkkukipu. Verenpainetaudin hoitoa arvioitiin potilaskertomuksista, joissa oli mainittu verenpainelukema, verenpainetauti tai verenpaineeseen liittyvä tauti kuten esimerkiksi diabetes tai sepelvaltimotauti joko tutkimuksen kohteena olevassa kirjauksessa tai sitä edeltävissä vuoden ajalla tehdyissä kirjauksissa tai jos joku näistä taudeista oli merkitty potilaan pitkäaikaisdiagnoosiksi tai jos ko. asia oli mainittu kyselylomakkeissa.

Kirjauksissa kuvattua lääkärin toimintaa ja arvioitiin kolmiportaisesti edellä kuvatulla tavalla. Nielu-, sivuontelo-, välikorva- ja keuhkoputkitulehduksen hoidoista oli käytössä Käypä hoito –suositukset, muilta osin ylähengitysteiden hoitoa verrattiin vakiintuneisiin hoitokäytäntöihin. Verenpainetaudin Käypä hoito –suositus ilmestyi vasta vuonna 2001, mutta Suomen sydäntautiliitto antoi suosituksensa kohonneen verenpaineen toteamisesta ja hoidosta jo vuonna 1994. (Suomen Sydäntautiliiton verenpainetyöryhmä 1994). Tutkimuksessa verenpaine-arvot jaettiin neljään eri luokkaan: normaali (<140/90 mmHg, diabeetikoilla <130/85 mmHg), lievästi kohonnut (systolinen 140-159 mmHg tai diastolinen 90-99 mmHg), kohtalaisesti kohonnut (systolinen 160-179 mmHg tai diastolinen 100-109 mmHg) ja huomattavasti kohonnut (systolinen \geq 180 mmHg tai diastolinen \geq 110 mmHg) verenpaine.

Lääkärin vuorovaikutustaitojen arvioinnissa (osajulkaisu IV) käytettiin apuna MAAS-Global-menetelmää (van Thiel ym. 2000, Essers ym. 2011). Menetelmän avulla arvioidaan lääkärin toimintaa vuorovaikutustilanteessa. Potilaan asian luonne tai käyttäytyminen ei saa vaikuttaa siihen, millaiseksi lääkärin toiminta arvioidaan. Arviointikohteet jakautuvat kahteen eri ryhmään: vuorovaikutustaidot vastaanottotapahtuman eri vaiheissa (aloitus/johdanto, seurantakäynti, nykytila, fyysinen tutkimus, diagnoosi, vastaanottotapahtuman hallinta ja loppuyhteenvedo) ja yleiset vuorovaikutustaidot (perehtyminen/syventyminen, tunteet/tunteiden ilmaisu, potilaan informointi, yhteenvedot, rakenne ja empatia) (Ks. liite 5). Arviointiasteikko on nollasta kuuteen; parhaan arvosanan saa täysin moitteettomalla toiminnalla, 0-arvioinnissa lääkäri ei toteuta kyseistä osa-aluetta ollenkaan.

MAAS-Global käsikirjassa (van Thiel ym. 2000) määritellään kunkin osa-alueen kriteerit. Esimerkiksi saadakseen erinomaisen arvosanan osiosta ”aloitus/johdanto” lääkärin on aluksi perehdyttävä potilaan vastaanotolle tulon syyhyn antamalla potilaan rauhassa kertoa vaivoistaan ja ongelmistaan ja esittää kysymyksensä omin sanoin. Tarvittaessa

lääkärin tulee rohkaista potilasta kysymällä mm. vaivan kestosta, vakavuudesta tai sen merkityksestä potilaalle. Lääkärin tulee myös kysyä muista vastaanotolle tulon syistä ennen tarkempaa nykyongelman selvittämistä.

Videoitujen vastaanottotapahtumien lääkäriin vuorovaikutustaidot arvioi kaksi tutkijaa, jotka molemmat olivat yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja perehtyneet vastaanottotapahtuman vuorovaikutukseen. Arvioinnissa käytettiin MAAS-Global menetelmää siten, että tutkijat pisteyttivät vastaanotot ensin erikseen toistetuksi, minkä jälkeen vastauksia verrattiin keskenään videon katsomisen yhteydessä. Yhden pisteen poikkeamat sallittiin, ja keskustelun jälkeen päädyttiin yhteisymmärrykseen pisteytyksestä. Tutkimusmenetelmän käyttökelpoisuuden arvioimiseksi kaksi tutkimuksen vastaanottotapahtumaa lähetettiin englanniksi käännettynä arvioitavaksi tohtori Paul Ramille, joka on yksi MAAS-Global menetelmän kehittäjästä. Lisäksi tallenteet näytettiin kolmannelle tutkijalle (psykologi) vuorovaikutuksen yhden osatekijän (tunteiden ilmaisu) arvioiden luotettavuuden varmistamiseksi.

Potilaiden ja lääkäreiden kyselylomakkeista ja litteroiduista haastatteluista etsittiin myös mahdollisia toteutumattomia toiveita tai muita asioita, jotka eivät tulleet vastaanotolla esille.

4.6 Tilastolliset analyysit

Kaikki tilastolliset analyysit tehtiin SAS-tilasto-ohjelmalla (Versio 8.01, SAS Institute Inc., Cary, NC).

Kyselylomaketutkimuksessa (osajulkaisu I) lääkäreiden palkkausjärjestelmien aiheuttamia eroja kategorisissa vastemuuttujissa analysoitiin binäärisellä ja multinomisella logistisella regressioanalyysillä. Tulokset kuvattiin laskemalla ristitulo-suhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusvälit. Kaksisuuntaista p-arvoa < 0.05 pidettiin tilastollisesti merkitseväenä.

Potilasasiakirjaosiossa (osajulkaisu II) verrattiin tutkijoiden arvioita potilasasiakirjojen kokonaislaadusta potilaiden ja lääkäreiden arvioihin vastaanottotapahtuman laadusta sekä tutkijoiden arvioita vastaanottotapahtuman eri osioiden kirjauksista terveyskeskuksissa käytössä olleisiin potilasasiakirjajärjestelmiin. Kategoristen muuttujien välisiä yhteyksiä analysoitiin khiin neliötestillä. Kaksisuuntaista p-arvoa < 0.05 pidettiin tilastollisesti merkitseväenä. Prosenttien 95 % luottamusvälit laskettiin käyttäen tarkkaa menetelmää.

Kolmannessa osajulkaisussa verrattiin potilaiden ja lääkäreiden arvioita ammatillisesta laadusta tukijoiden potilasasiakirjojen avulla tehtyihin arvioihin ja yksimielisyyttä testattiin kappa-kertoimen avulla. Potilasasiakirjojen avulla arvioidun ammatillisen laadun ja kategoristen muuttujien välistä yhteyttä analysoitiin khiin neliötestillä. Kaksisuuntaista p-arvoa < 0.05 pidettiin tilastollisesti merkitsevänä.

Potilaan ja lääkärin kokeman vuorovaikutuksen laadun yhteyttä potilaiden voimaantumista ja selviytymistä kuvaavaan PEI-lukuun analysoitiin epäparametrisella Kruskal-Wallis testillä. Lisäksi samalla menetelmällä verrattiin potilaan kokeman omalääkäriyden yhteyttä PEI-lukuun. Kaksisuuntaista p-arvoa < 0.05 pidettiin tilastollisesti merkitsevänä.

4.7 Tutkimuksen eettisyyden varmistaminen

Tutkimus oli yleislääkärin vastaanottotapahtuman laatua eli palvelujärjestelmän toimivuutta mittaava tutkimus, jossa ei puututtu potilaan hoitoon, eikä siitä aiheutunut potilaalle erityisiä riskejä.

Kyselylomaketutkimuksessa (osajulkaisu I) Turun yliopiston ja Turun yliopistollisen keskussairaalan yhteinen eettinen toimikunta ei ottanut lupapyyntöä käsittelyyn, koska lomaketutkimus ei ollut sellainen ihmiseen kohdistuva lääketieteellinen tutkimus, jota laissa lääketieteellisestä tutkimuksesta tarkoitetaan. Potilaalle ja lääkärille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus myös kirjallisesti, ja lomakkeen palauttaminen oli vapaaehtoista. Tutkimukset tehtiin terveyskeskuksissa terveyskeskusten vastaavien lääkäreiden luvalla. Lomakkeet palautettiin nimettöminä. Lääkäreitä koskevat koodiavaimet olivat vain tutkijoiden tiedossa.

Potilasasiakirjoihin tutustumiseen (osajulkaisu II ja III) saatiin lupa Sosiaali- ja terveysministeriöstä. Asiakirjoista poistettiin kaikki tunnistetiedot, joiden perusteella olisi ollut mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä (joko lääkäreitä tai potilaita) ennen analysointia.

Vastaanottotapahtuman videointeihin (osajulkaisu IV) saatiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eettisen toimikunnan hyväksyvä lausunto sekä ao. terveyskeskuksen vastaavan lääkärin lupa. Lisäksi tutkimukseen osallistuneilta potilailta ja lääkäreiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimuksen toteuttamiseksi.

5. TULOKSET

5.1 Vastaanottotapahtuman eri osatekijöiden laatu

5.1.1 Yleislääkärin työn tieteellistekninen laatu (osajulkaisut I ja III)

Tieteellisteknistä laatua arvioitiin kyselylomaketutkimuksen (osajulkaisu I) sekä potilasasiakirjojen (osajulkaisu III) avulla. Kyselylomaketutkimuksessa sekä potilaat (lomakkeita yhteensä 1777) että lääkärit (lomakkeita yhteensä 2167) arvioivat samojen vastaanottotapahtumien (n=2191) ammatillista laatua välittömästi vastaanottotapahtuman jälkeen. Tutkijat arvioivat tieteellisteknistä laatua näistä vastaanottotapahtumista kerättyjen potilasasiakirjojen (n=175) perusteella.

Kyselylomaketutkimuksen (osajulkaisu I) perusteella potilaat arvioivat lääkärin työn tieteellisteknisen/amatillisen osaamisen varsin hyväksi: 67 % potilaista piti laatua erittäin hyvänä ja 28 % hyvänä. Lääkäreiden omien arvioiden mukaan tieteellistekninen laatu oli erittäin hyvä 19 %:ssa ja hyvä 61 %:ssa vastaanottotapahtumista.

Potilasasiakirjojen (n=175) avulla arvioituna (osajulkaisu III) yleislääkärin työn tieteellistekninen laatu oli hyvä 46 %:ssa, kohtalainen 36 %:ssa ja huono 9 %:ssa vastaanottotapahtumista. Tieteellisteknistä laatua ei voitu arvioida lainkaan 9 %:ssa vastaanottotapahtumista huonojen tai puuttuvien kirjausten takia. Tutkijoiden arviot olivat yhteydessä potilaiden ja lääkäreiden kyselylomaketutkimuksen kokonaisarvioihin (kaikki laadun osatekijät yhteenlaskettuina) ($p < 0.01$), mutta poikkesivat merkitsevästi potilaiden ($\kappa = 0.02$) ja lääkäreiden ($\kappa = 0.17$) arvioista nimenomaan ammatillisesta laadusta.

Lääkärin sukupuoli, ikä, erikoistuminen, potilaan ikä, vastaanottotapahtuman kesto tai potilaan vastaanotolla esittämien ongelmien määrä ei ollut yhteydessä vastaanottotapahtuman potilasasiakirjojen avulla arvioituun tieteellistekniseen/amatilliseen laatuun.

Potilasasiakirjojen perusteella akuutteja ylähengitystieinfektioita käsiteltiin 16 vastaanottotapahtuman aikana (osajulkaisu III), joista kahdeksassa tapauksessa potilas sai antibioottikuurin. Ainoastaan kahdessa tapauksessa sekä status että lääkityksen syy (diagnoosi) oli kirjattu potilasasiakirjoihin. Yskästä kärsivästä kahdeksasta potilaasta kuusi

sai joko antibioottikuurin tai jonkun muun lääkkeen. Potilaiden tupakointitottumuksia ei ollut kirjattu yhdessäkään tapauksessa.

Verenpainetautiin tai kohonneeseen verenpaineeseen liittyviä vastaanottotapahtumia oli potilasasiakirjoissa yhteensä 87 (taulukko 2). Näistä 55 tapauksessa potilaalla oli verenpainetauti, diabetes, kohonneet veren rasva-arvot tai sepelvaltimotauti. Muissa tapauksissa verenpaine olisi pitänyt mitata jostain muusta syystä (n=10) tai se mitattiin ilman mitään erityistä (potilasasiakirjoissa mainittua) syytä (n=22). Näistä 22 potilaasta yhteensä 11 potilaalla oli lievästi kohonneet verenpaine-arvot, neljällä kohtalaisesti kohonneet ja yhdellä oli huomattavasti kohonnut verenpaine. Yhteensä 48 potilaalla mitattiin kohonneita arvoja, näistä kymmenen potilaan kohonneisiin verenpaine-arvoihin puututtiin jollain tavalla eli annettiin lähete jatkotutkimuksiin tai -seurantaan, lääkitys tai elämäntapaohjeita. Verenpainetautia sairastavien potilaiden paineet olivat normaalitasolla 13 tapauksessa.

Taulukko 2. Verenpaineen mittaamisen indikaatiot ja verenpainetasot. Käännös alkuperäisestä osajulkaisusta III. (SVP= systolinen verenpaine, DVP= diastolinen verenpaine)

Verenpaineen mittaamisindikaatio	n	Huomattavasti kohonnut verenpaine	Kohtalaisesti kohonnut verenpaine	Lievästi kohonnut verenpaine	Normaali verenpaine	Verenpainetta ei mitattu
		SVP \geq 180 tai DVP \geq 110	SVP160-179 tai DVP 100-109	SVP140-159 tai DVP 90-99	SVP<140 tai DVP<90, diabeetikoilla SVP<130 tai DVP<85	
Verenpainetauti	26	3	8	6	4	5
Verenpainetauti ja/tai arterioskleroosi	9			3	4	2
Verenpainetauti ja/tai diabetes	10		4	1	2	3
Verenpainetauti ja/tai dyslipidemia	10	1	1	4	3	1
Muut indikaatiot	10		1		5	4
”Terveet” potilaat (ei indikaatiota)	22	1	4	11	6	
Interventio (hoito tai ohjaus)		2	8			

5.1.2 Potilasasiakirjojen laatu (osajulkaisu II)

Tutkimuksessa arvioitiin yhteensä 175 vastaanottotapahtuman potilasasiakirjat. Vastaanotolle tulon syy oli mainittu 79 %:ssa ja esitiedot 32 %:ssa kirjauksista. Nykytila oli kirjattu kohtalaisesti 53 %:ssa ja hyvin 31 %:ssa tapauksista. Statuskirjaus löytyi 62 %:sta, ja ongelma/diagnoosi oli mainittu 90 %:ssa asiakirjoista. Jonkinlainen hoito/hoitosuunnitelma oli kirjattu 95 %:ssa niistä tapauksista, joissa kumpikin tutkija piti selvänä, että potilaan ongelmaan annettiin jotain hoitoa. Yhteensä 38 %:ssa tapauksista lääkitys oli kirjattu asianmukaisesti, muista kirjauksista puuttui joko lääkkeen nimi, vahvuus tai annostus. (Vastaanottotapahtumat, joissa lääkitystä ei todennäköisesti annettu (n=63) jätettiin pois näistä analyyseistä.)

Potilasasiakirjoista 20 % sai yleisarvosanaksi hyvä, 62 % kohtalainen ja 18 % huono. Yleisarvosana ei ollut yhteydessä kyselylomaketutkimuksen (osajulkaisu I) potilaan tai lääkärin arvioihin vastaanottotapahtuman laadusta. Sen sijaan potilasasiakirjojen laatu oli riippuvainen käytetystä potilasasiakirjajärjestelmästä. Selkein ero oli lääkemääräysten kirjauksessa.

Taulukko 5. Potilasasiakirjojen laatu potilasasiakirjajärjestelmittäin (alun perin julkaistu osajulkaisussa II)

	Efficia		Pegasos		Finstar		p-arvo
	n	%(95% CI)	n	%(95% CI)	n	%(95% CI)	
Anamneesi							
Huono	87	74 (65-82)	18	56 (38-74)	14	54 (33-73)	0.003
Kohtalainen	24	21 (14-29)	7	22 (9-40)	11	42 (23-63)	
Hyvä	6	5 (2-11)	7	22 (9-40)	1	4 (0-20)	
Nykytila							
Huono	24	21 (14-29)	2	6 (1-21)	2	8 (1-25)	0.140
Kohtalainen	60	51 (42-61)	16	50 (32-68)	16	62 (41-80)	
Hyvä	33	28 (20-37)	14	44 (26-62)	8	31 (14-52)	
Status							
Huono	52	44 (35-54)	5	16 (5-33)	10	38 (20-60)	0.006
Kohtalainen	37	32 (23-41)	9	28 (14-47)	6	23 (9-44)	
Hyvä	28	24 (17-33)	18	56 (38-74)	10	38 (20-60)	
Hoito							
Huono	7	6 (2-12)	0	0	1	4 (0-20)	<0.001
Kohtalainen	73	62 (53-71)	13	41 (24-60)	17	65 (44-83)	
Hyvä	22	19 (12-27)	19	59 (41-76)	2	8 (1-25)	
Ei hoitoa	10	9 (4-15)	0	0	6	23 (9-45)	
Vain lääkemääräys	5	4 (1-10)	0	0	0	0	
Lääkemääräys							
Huono	11	9 (5-16)	1	3 (0-16)	1	4 (0-20)	<0.001
Kohtalainen	16	14 (8-21)	7	22 (9-40)	0	0	
Hyvä	31	27 (19-35)	1	3 (0-16)	1	4 (0-20)	
Erittäin hyvä	14	12 (7-19)	12	38 (21-56)	17	65 (44-83)	
Ei lääkemääräystä	45	38 (30-48)	11	34 (19-53)	7	27 (12-48)	
Yleisarvosana							
Huono	22	19 (12-27)	2	6 (1-21)	8	31 (14-52)	0.002
Kohtalainen	78	67 (57-75)	16	50 (32-68)	14	54 (33-73)	
Hyvä	17	15 (9-22)	14	44 (26-62)	4	15 (4-35)	

5.1.3 Yleislääkärin vuorovaikutustaidot (osajulkaisu I ja IV)

Kyselylomaketutkimuksen (osajulkaisu I) perusteella potilaat arvioivat lääkärin vuorovaikutustaidot hyväksi: 74 % potilaista piti laatua erittäin hyvänä ja 28 % hyvänä. Lääkäreiden omien arvioiden mukaan vuorovaikutustaidot olivat erittäin hyvät 28 %:ssa ja hyvät 57 %:ssa vastaanottotapahtumista.

Tutkijat arvioivat videointien avulla (osajulkaisu IV) lääkärin vuorovaikutustaitoja yhteensä 20 tallenteesta, joista 6 oli kokeneen naispuolisen erikoislääkärin, 5 kokeneen miespuolisen erikoislääkärin, 4 naispuolisen ja 5 miespuolisen erikoistumattoman lääkärin

vastaanottotapahtumia. Potilaiden keski-ikä oli 59 vuotta, ja ikäjakauma vaihteli 22–83 vuoteen. Potilaista 60 % oli miehiä. Vastaanottojen keston keskiarvo oli 17,9 minuuttia (7–31 minuuttia). Lääkärin arvion mukaan vastaanotoilla otettiin esille keskimäärin 2,4 asiaa. Tarkempi kuvaus vastaanottotapahtumista on osajulkaisussa IV.

Vuorovaikutuksen eri osatekijöistä (arviointiasteikolla 0–6) keskimäärin parhaiten toteutuivat potilaan tutkiminen (ka 4,4), seurantakäynti (ka 4,2), potilaan informointi (ka 4,1) ja diagnoosi (ka 4,0). Heikoimmin toteutuivat tunteiden ilmaiseminen (ka 0,7) ja vastaanoton loppuyhteenvedo (ka 2,7). Tutkimukseen osallistuneet molemmat erikoislääkärit onnistuivat kaikilla osa-alueilla paremmin kuin erikoistumattomat lääkärit. Suurimmat erot erikoistuneiden ja erikoistumattomien lääkäreiden välillä näkyivät vastaanoton loppuyhteenvedossa, yhteenvedojen tekemisessä, rakenteessa ja empatian osoittamisessa.

Potilaat eivät maininneet haastatteluissa oleellisia asioita, jotka he olisivat halunneet ottaa esille ja jotka olisivat jääneet käsittelemättä vastaanottotapahtuman aikana.

5.1.4 Vastaanottotapahtuman taloudellinen laatu (osajulkaisu I)

Vastaanottotapahtuman taloudellista laatua arvioitaessa kysyttiin potilaiden ja lääkäreiden käsityksiä tutkimusten ja hoitojen riittävydestä. Myös vastaanottotapahtumaan käytetty aika katsottiin osaksi taloudellista laatua.

Potilaat olivat lääkäreitä tyytyväisempiä vastaanottotapahtuman keston: 94 % potilaista piti vastaanottotapahtuman kestoa sopivana ja vain 4 % liian lyhyenä. Lääkäreistä 76 % piti kestoa sopivana, 23 % liian lyhyenä. Lääkärit taas olivat tyytyväisiä tutkimusten ja hoitojen määrään lähes aina (97 %), kun taas potilaat pitivät määrää sopivana 83 %:ssa ja liiallisina 11 %:ssa vastaanottotapahtumista.

5.1.5 Potilaan selviytyminen ja voimaantuminen (aikaisemmin julkaisematon)

Potilaiden selviytymistä ja voimaantumista mitattiin PEI-kysymysten avulla. Selviytyminen ja voimaantuminen olivat merkittävästi yhteydessä potilaan kokemaan vuorovaikutuksen laatuun (Ks. taulukko 3), lääkärin kokemuksella vuorovaikutuksen laadusta ei ollut merkittävää yhteyttä. Mikäli potilas koki lääkärin omaksi lääkäriseksi, selviytyminen ja voimaantuminen oli merkittävästi parempaa.

Taulukko 3. Vuorovaikutuksen laadun (potilaan kokemus) yhteys potilaan selviytymiseen ja voimaantumiseen (analyysissä mukana potilaat, jotka olivat vastanneet kaikkiin PEI-kysymyksiin, n=1373)

Vuorovaikutuksen laatu	n	PEI-keskiarvo	Keski-hajonta	PEI-mediaani	Ala-kvartiili	Ylä-kvartiili	minimimaksimi
Erittäin hyvä	983	3,4	3,4	3,0	0,0	6,0	0 – 12,0
Hyvä	303	2,2	2,7	1,0	0,0	4,0	0 – 12,0
Tyydyttävä, huono tai erittäin huono	45	1,2	2,0	0,0	0,0	1,0	0 – 7,0

p < 0,0001

Taulukko 4. Omalääkäriyden (potilaan kokemus) yhteys potilaan selviytymiseen ja voimaantumiseen (analyysissä mukana potilaat, jotka olivat vastanneet kaikkiin PEI-kysymyksiin, n=1373)

Omalääkäriys (potilaan kokemus)	n	PEI-keskiarvo	Keski-hajonta	PEI-mediaani	Ala-kvartiili	Ylä-kvartiili	minimimaksimi
Omalääkäri	1088	3,3	3,3	3,0	0,0	6,0	0 – 12,0
Ei omalääkäri	83	1,6	2,5	0,0	0,0	3,0	0 – 12,0
Ei osaa sanoa	184	2,3	2,7	1,0	0,0	4,0	0 – 12,0

p < 0,0001

5.2 Lääkärin palkkausjärjestelmän vaikutus vastaanottotapahtuman laatuun

Tutkimuksessa verrattiin vuonna 2000 käytössä olleiden kahden erilaisen lääkärin virkaehtosopimuksen vaikutusta vastaanottotapahtuman laatuun (osajulkaisu I). Väestövastuuterveyskeskusten potilaat olivat yhtä tyytyväisiä lääkärin sekä tieteellistekniseen osaamiseen että vuorovaikutustaitoihin kuin perinteisen virkaehtosopimuksen terveyskeskusten potilaat. Lääkärit sen sijaan olivat tyytyväisempiä väestövastuusopimusryhmässä sekä tieteellistekniseen osaamiseensa että vuorovaikutustaitoihinsa. Potilaat olivat tyytyväisempiä vastaanoton olosuhteisiin perinteisen virkaehtosopimuksen terveyskeskuksissa.

Potilaat saivat ajan haluamalleen lääkärille useammin väestövastuusopimuksen piirissä olevissa terveyskeskuksissa. Väestövastuuterveyskeskusten potilaista 10 % ja perinteisen virkaehtosopimuksen terveyskeskusten potilaista 16 % ei kuitenkaan pitänyt tärkeänä ajan saantia tietyille lääkärille. Lääkärit pitivät itseään potilaan omalääkärinä selvästi useammin väestövastuuterveyskeskuksissa, potilaiden kohdalla tässä ei ollut yhtä sel-

vää eroa. Perinteisen sopimuksen piirissä olevissa terveyskeskuksissa potilaat esittivät useampia asioita lääkärilleen saman vastaanottotapahtuman aikana ja vastaanottotapahtumat kestivät pidempään kuin väestövastuun piirissä olevissa terveyskeskuksissa.

Taulukko 5. Yhteenveto väestövastuusopimuksen ja perinteisen, aikaperusteisen sopimuksen piirissä olevista vastaanottotapahtumista (Ref. = reference category=1) (Alun perin julkaistu englanniksi osajulkaisussa I)

	Väestö- vastuu		Perinteinen		OR (CI, 95%)	p-arvo
	%	n	%	n		
Potilas sai ajan haluamalleen lääkärille						
Kyllä	87	953	77	493	1.83(1.37-2.44)	< 0.001
Ei	3	28	6	40	0.66(0.38-1.15)	
Potilaalle sopi kuka tahansa lääkäri	10	110	16	104		Ref.
Onko lääkäri potilaan omalääkäri? (lääkärin mielipide)						
Kyllä	88	1187	45	365	6.23(4.29-9.03)	< 0.001
Ei	8	113	43	348	0.62(0.41-0.94)	
Ei mielipidettä	3	47	11	90		Ref.
Onko lääkäri potilaan omalääkäri? (potilaan mielipide)						
Kyllä	86	934	70	443	2.73(2.06-3.62)	< 0.001
Ei	5	51	9	57	1.16(0.73-1.83)	
Ei mielipidettä	9	102	21	132		Ref.
Potilaan esille ottamien asioiden määrä (lääkärin mielipide)						
1	52	617	39	267	0.45(0.31-0.67)	< 0.001
2	30	355	34	229	0.54(0.41-0.71)	
3	13	152	18	122	0.67(0.54-0.84)	
≥4	5	63	9	60		Ref.
Vastaanottotapahtuman kesto						
<10 min	14	184	6	48	0.22(0.15-0.31)	< 0.001
10-20 min	72	947	65	518	0.48(0.34-0.67)	
> 20 min	14	191	29	230		Ref.

6. POHDINTA

6.1 Päätulokset

Tässä tutkimuksessa tutkittiin monimuotoisen ja tärkeän tapahtuman, yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun eri ulottuvuuksia. Laadun osatekijöiksi valittiin tieteellistekninen (ammattillinen) laatu, vuorovaikutuksen laatu ja taloudellinen laatu. Tutkimuksessa tarkasteltiin pääasiassa lääkärin toimintaa. Oletuksena oli, että vastaanottotapahtuman laatu on parempi väestövastuuperiaatteella toimivissa terveyskeskuksissa ja että potilaat ovat arvioissaan tyytyväisempiä vastaanottotapahtumiin kuin lääkärit ja että omalääkärien potilaat ovat tyytyväisempiä kuin muut.

Kyselylomaketutkimuksen (osatyö I) perusteella yleislääkärin vastaanottotapahtuman laatu on keskimäärin hyvä. Potilaat arvioivat laadun kaikki osatekijät paremmiksi kuin lääkärit. Väestövastuuvirkaehtosopimuksen piirissä työskentelevät lääkärit pitivät oman työnsä ammatillista ja vuorovaikutuksen laatua parempana kuin perinteisen virkaehtosopimuksen piirissä työskentelevät lääkärit, kun taas potilaiden arvioissa ei ollut eroja ryhmien välillä. Sen sijaan potilaat pitivät vastaanoton olosuhteita parempina perinteisen virkaehtosopimuksen terveyskeskuksissa. Potilaat olivat lääkäreitä tyytyväisempiä vastaanottotapahtuman kestoon, noin neljäsosa lääkäreistä piti aikaa liian lyhyenä. Lähes kaikki lääkärit olivat tyytyväisiä määräämiensä tutkimusten ja hoitojen määrään. Yllättävä löydös oli se, että 11 % potilaista piti tutkimusten ja hoitojen määrää liian suurena, vain 2 % piti niitä liian vähäisinä. Tämä oli vastoin etukäteisoletusta, että potilaat haluavat enemmän vastaanottoaikaa ja tutkimuksia kuin saavat.

Potilasasiakirjojen avulla arvioituna lääkärin työn tieteellistekninen laatu oli hyvä hiukan alle puolessa vastaanottotapahtumissa. Kirjausten perusteella verenpaineen ja ylähengitystietulehdusten hoidossa noudatettiin huonosti hoitosuosituksia. Potilaiden terveystottumukset ja -riskit oli kirjattu huonosti, joten on epävarmaa, oliko näihin asioihin kiinnitetty huomiota vastaanottotapahtuman aikana.

Ulkopuolisen arvioimana lääkäreiden vuorovaikutustaidot olivat keskimäärin tyydyttävät. Tutkijat arvioivat parhaiksi potilaan tutkimisen, seurantakäynneillä edellisen käynnin asioiden huomioon ottamisen, potilaan informoinnin ja diagnoosin selvittämisen potilaalle. Sen sijaan vastaanottotapahtuman loppuarviointi näytti toteutuvan heikommin. Yllättävää oli tunteiden ilmaisun vähäisyys. Tässä tutkimuksessa yleislääketieteen eri-

koislääkäreiden taidot näyttivät olevan kaikilla osa-alueilla parempia kuin erikoistumattomien lääkäreiden, erityisesti loppuarvioinneissa, yhteenvetojen tekemisessä, rakenteen hallitsemisessa ja empatian osoittamisessa.

Lääkärin virkaehtosopimus ei näyttänyt vaikuttavan potilaan kokemaan laatuun, sen sijaan väestövastuulääkärit kokivat sekä oman työnsä ammatillisen laadun että vuorovaikutustaitonsa paremmaksi kuin ns. perinteisessä sopimuksessa työskentelevät lääkärit. Lääkärit pitivät itseään potilaan omalääkärinä selvästi useammin väestövastuuterveyskeskuksissa. Väestövastuuterveyskeskuksissa potilaat saivat ajan toivomalleen lääkärilleen useammin, mutta perinteisen virkaehtosopimuksen piirissä olevien terveyskeskuksen potilaiden mielestä pääsy tietyille lääkärille ei ollut toisaalta yhtä tärkeää kuin väestövastuuterveyskeskuksissa. Väestövastuuterveyskeskuksissa potilaat ottivat vastaanottotapahtuman aikana esille vähemmän ongelmia ja vastaanottotapahtumien kesto oli lyhyempi. Tämä saattaa johtua siitä, että potilaat luottivat pääsevänsä uudelleen samalle lääkärille eikä kaikkea tarvinnut käsitellä samalla kertaa. Toisaalta myös lääkärin palkkiojärjestelmä (käyntipalkkiot) saattaa ohjata lyhyempiin (ja useampiin) vastaanottokäynteihin.

Oletuksen mukaisesti lääkärin vuorovaikutustaidot vaikuttivat merkittävästi potilaan selviytymiseen ja voimaantumiseen. Potilaan hyvä kokemus vuorovaikutuksesta lisäsi merkittävästi selviytymisen kokemusta PEI-mittarin avulla arvioituna, samoin se, että lääkäri oli potilaan omalääkäri.

Oletuksena oli myös, että käytetyistä vastaanottotapahtuman laadunarvioinnin menetelmistä vastaanottotapahtuman videointien arviointi kuvaa parhaiten vastaanottotapahtumaa. Tämän tutkimuksen mukaan potilaat ja lääkärit arvioivat kyselylomakkeiden avulla vastaanoton laadun varsin hyväksi, kun taas potilasasiakirjojen ja videointien ja MAAS-Global-menetelmän avulla arvioitaessa lääkärin toiminnassa löytyi vaihtelua. Potilasasiakirjat osoittautuivat epäluotettaviksi arviointivälineiksi, koska niiden laatu oli korkeintaan tyydyttävä. Asiakirjoista puuttui usein merkintöjä, ja lähes joka kymmenennessä tapauksessa kirjaukset puuttuivat kokonaan tai olivat niin puutteelliset, että vastaanottotapahtuman kulusta ei saanut minkäänlaista käsitystä. Parhaiten asiakirjoissa oli kirjattu nykytilan kuvaus, ongelma/diagnoosi ja hoito. Lääkitys oli kuvattu ohjeiden mukaan vain neljäsosassa potilasasiakirjoista. Käytetyllä potilasasiakirjajärjestelmällä oli vaikutusta erityisesti lääkityksen kirjauksiin.

6.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää erilaisten tutkimusmenetelmien (kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten) ja vastaanottotapahtumaa kuvaavien materiaalien yhdistämistä. Kvalitatiivisissa arvioissa käytettiin useita arvioitsijoita ja ulkopuolisia asiantuntijoita. Arvioiden luotettavuutta taattiin perättäis- ja rinnakkaisarvioinneilla.

Kyselylomaketutkimuksessa käytössä oli iso aineisto neljästä terveyskeskuksesta. Hyvä lomakkeiden palautusprosentti varmistettiin pistokokein. Käytössä oli oma, aikaisemmassa tutkimuksessa kehitetty lomake (Kuusela 1998), jossa kysyttiin arvioita samoista laadun osatekijöistä sekä potilaalta että lääkäriltä. Lomake oli lyhyt, mikä osaltaan takasi hyvän vastausprosentin.

Potilasasiakirjatutkimuksessa vastaanottotapahtumia ei poimittu satunnaisotannalla, vaan valikoitiin ”parhaat” ja ”huonoimmat” vastaanottotapahtumat, jotta voitaisiin tutkia näiden ääripäiden ilmiöitä. Kyselylomaketutkimuksen arviot olivat varsin positiivisia, jolloin ”huonoimpien” ryhmään valikoitui myös joko potilaan tai lääkärin mielestä hyväksi tai tyydyttäväksi arvioituja vastaanottotapahtumia. Pieni otos vaikutti tulosten yleistettävyyteen.

Potilasasiakirjat kerättiin neljästä eri terveyskeskuksesta paperitulosteina eikä tutkijoilla ollut mahdollisuus tarkistaa tietoja järjestelmästä analyysivaiheessa. Jotkut potilasasiakirjajärjestelmät tulostivat vain tutkimuksen kohteena olevan vastaanottotapahtuman, jotkut useamman. Näin ollen analyysissä ei aina voitu ottaa huomioon aikaisemmilla käynneillä kirjattuja tai muualle kirjautuneita tietoja.

Vuorovaikutustutkimuksen puutteena voidaan pitää varsin pientä otosta, eikä sen perusteella voi tehdä suomalaista lääkärikuntaa koskevia yleistyksiä. Tosin laadullisen menetelmämme tavoitteenakin on ymmärtää, miten yleislääkäri potilaskontaktissa käyttää vuorovaikutustaitojaan ja miten menetelmä toimii oppimisvälineenä, eikä tehdä yleistyksiä. Yksi ongelma lienee lääkäreiden valikoituminen: lääkäreitä oli vaikea saada suostumaan oman työnsä videoarviointiin, ja mukaan valikoitui ehkä vuorovaikutustaidoiltaan keskimääräistä parempia lääkäreitä. Tämä saattaa kuvata lääkäreiden kriittisyyttä omaa esiintymistään kohtaan ja tottumattomuutta katsoa ja analysoida itseään videolta. On epäselvää, johtuuko tämän tutkimuksen erikoislääkäreiden parempi onnistuminen koulutuksesta, kokemuksesta vai lääkäreiden henkilökohtaisista ominaisuuksista. Tutkimus viittaa siihen, että lääkäreiden peruskoulutus antaa riittämättömät valmiudet potilaan kohtaamiseen ja nämä taidot opitaan vuosien mittaan käytännön työssä.

Potilaiden valikoituminen oli vähäisempää – kieltäytyneitä potilaita oli vain muutama. On kuitenkin mahdollista, että tutkimuksista kieltäytyjillä olisi esimerkiksi ollut vaikeampia, tunteita herättäviä ongelmia. On todennäköistä, että tallennus vaikutti vastaanottotapahtuman kulkuun varsin vähän. Tallennus oli järjestetty niin, että siitä oli mahdollisimman vähän haittaa, eikä vastaanottohuoneessa ollut ylimääräisiä henkilöitä.

6.3 Tutkimuksen tulokset verrattuna aikaisempaan tietoon

6.3.1 Tieteellistekninen laatu

Lääkärin työn ammatillisen laadun arviointi kohdistuu joko vastaanottotapahtuman prosessiin tai työn tuloksiin. Yleislääkärin työn tuloksia on arvioitu yksittäisen sairauden hoidon tuloksilla, kuten diabeteksen tai verenpainetaudin (NHS Employers & General Practitioners Committee). Lisäksi on käytetty potilaan voinnin paranemiseen tai selviytymiseen liittyviä mittareita (Howie ym. 1998). Tässä tutkimuksessa ammatillista laatua lähestyttiin potilaan arvioinnin ja lääkärin itsearviointin näkökulmasta, minkä lisäksi tutkijat arvioivat ammatillista laatua potilasasiakirjojen kirjausten perusteella.

Potilaiden ja lääkäreiden arvioiden perusteella tieteellistekninen laatu oli hyvä. Potilasasiakirjojen perusteella arvioiden lääkärin työskentelyssä oli kuitenkin puutteita. Tämän perusteella sekä potilaat että lääkärit arvioivat työn laadun liian hyväksi ja arvioita voidaan pitää epäluotettavina. Samantyyppisiä tuloksia on saatu aikaisemmissakin tutkimuksissa: lääkäreiden arviot omasta ammattitaidostaan eivät ole yhteneväisiä objektiivisten arvioiden kanssa (Davis ym. 2006). Erityisesti nuoret, vastavalmistuneet lääkärit näyttävät yliarvioivan omat taitonsa (Abadel ja Hattab 2013). Tässä tutkimuksessa lääkärin iän ei todettu vaikuttavan tutkijoiden arvioihin ammatillisesta laadusta eikä toisaalta lääkäreiden omissa arvioissa löytynyt ikään perustuvia eroja. Lääkärin iän vaikutusta mahdolliseen omien taitojen yliarviointiin ei tutkittu.

Potilasasiakirjoista löytyi viitteitä siitä, että antibiootteja olisi käytetty ylähengitystieinfektioiden hoidossa enemmän kuin hoitosuosituksen perusteella olisi ollut tarpeen. Kirjauksista ei löytynyt löydöstä tai diagnoosia, joka olisi ollut perusteena lääkemääräykselle. Monet potilasasiakirjamerkinnät olivat kuitenkin nimenomaan näissä tapauksissa varsin niukkoja. Saattaa olla, että lääkäri on potilasta tutkiessaan tehnyt löydöksiä, jotka perustelevat antibiootin käyttöä, mutta jättänyt sen kirjaamatta. Kirjausten laiminlyönti voidaan toisaalta tulkita myös laatu puutokseksi. Usein infektiopotilaille varataan lyhyempiä ”päivystysaikoja”, jotka saattavat selittää kiireen ja kirjausten niukkuuden. Kirjausten

puutteellisuus ei liene kuitenkaan ainoa selitys. On olemassa lukuisia tutkimuksia, jotka viittaavat siihen, että hoitosuosituksia ei noudateta ylähengitystieinfektioiden hoidossa ja antibiootteja määrätään harkitsemattomasti (Honkanen ym. 2002, Leistevuo ym. 2005, Rautakorpi ym. 2006, Tonkin-Crine ym. 2011). Syiksi on esitetty mm. ulkoisia paineita, potilaan miellyttämisen halua, halua säästää aikaa antamalla lääkemääräys ja sitä, että lääkäriellä ei ole käytössään riittävästi diagnostisia keinoja ja hän määrää lääkettä varmuuden vuoksi (Tonkin-Crine ym. 2011). Myös lyhyet vastaanottoajat lisäävät antibiootien käyttöä – mitä enemmän lääkäriellä on aikaa potilaan kuunteluun, sitä vähemmän (turhia) antibiootteja määrätään (Lundkvist ym. 2002, Gjelstad ym. 2011). Strandberg ym. (2013) korostavat mm. hoidon jatkuvuuden merkitystä antibioottihoitojenärkevässä käytössä. Antibiootien käyttöä voidaan vähentää mm. informoimalla sekä potilaita että lääkäreitä ja lisäämällä diagnostisia keinoja (Bjerrum ym. 2011).

Kirjausten perusteella myös verenpainetaudin hoidossa oli puutteita eikä kohonneisiin verenpainearvoihin puututtu riittävästi. Vaikka kohonneita arvoja mitattiin yhteensä 48 potilaalla, vain kymmenen potilaan paineeseen puututtiin jollain tavalla: lähetettiin jatkotutkimuksiin tai seurantaan, aloitettiin tai tehostettiin lääkitystä tai annettiin elämäntapaohjeita. Vain noin neljäsosalla verenpainetautia sairastavista verenpaine oli hoitotasolla. Verenpaineen hoitosuositusten puutteellista noudattamista (Alanen ym. 2007, Varis ym. 2008, Ijäs ym. 2009) ja hoidon huonoja tuloksia on julkaistu muuallakin, syiksi on esitetty mm. riittämätöntä lääkitystä ja potilaiden huonoa hoitoon sitoutumista (Jokisalo 2006, Varis ym. 2008, Żak-Gołąb ym. 2013). Potilailla ja lääkäreillä ei ole yhteneväisiä käsityksiä kohonneen verenpaineen hoidosta eikä hoitotavoitteista sovita säännönmukaisesti, vaikka potilailla näyttäisi olevan riittävästi tietoa tasavertaiseen hoidosta sopimiseen (Meriranta 2009). Hoitoon sitoutumista voidaan edistää mm. parantamalla lääkäreiden vuorovaikutustaitoja (Zolnierek ja Dimatteo 2009).

Myös verenpaineen ”turha” mittaaminen vastaanotolla oli mielenkiintoinen ilmiö, paine oli mitattu noin joka kymmenenneltä (n=22) aineiston potilaalta ilman perusteltua (kirjattua) syytä. Näiltäkin potilailta löytyi kuitenkin kohonneita arvoja (n=16), yhdeltä jopa huomattavasti koholla oleva paine. Näistä potilaista vain kahden potilaan kohonneisiin arvoihin reagoitiin. Tulosten perusteella onkin syytä pohtia, onko verenpaineen mittaaminen vastaanotolla rutiinitoimenpide, jonka mittauksia ei kuitenkaan oteta huomioon potilaan hoidossa. Nykyiset ohjeet (Käypä hoito -suositukset) kuvaavat yksityiskohtaisesti huolellisen ja vakioidun verenpaineen mittaamisen kulun. Huolellista mittausta ei välttämättä ehdi tehdä normaalin vastaanottotapahtuman aikana, minkä vuoksi nykyisin on siirrytty hoitajan tekemiin mittauksiin tai potilaan itse tekemiin kotimittauksiin (Käypä hoito -suositukset).

Potilasasiakirjojen puutteelliset kirjaukset vaikuttivat tieteellisteknisen/ammattillisen laadun arviointiin, mutta ne vaikuttavat myös monella tavoin potilaan hoitoon. Puuttuvat tiedot voivat aiheuttaa hoitovirheitä, päällekkäistä hoitoa ja kustannusten lisääntymistä. Riskitekijöiden kirjaamatta jättäminen viivästyttää tautien diagnostisointia (Ketola ym. 2000).

Lääkärin työn ammatillisen laadun kehittämiseksi on luotu apuvälineitä. Käypä hoito -hanke on ollut mukana kehittämässä päätöksentukipalvelua, jossa yhdistetään potilaan tilaa kuvaavat, sähköiseen potilasasiakirjaan tallennetut tiedot lääketieteelliseen tietoon, kuten esimerkiksi Lääkärin käsikirjan artikkeleihin, Käypä hoito -suosituksiin ja näytönastekatsauksiin. Lääkäri saa näiden tietojen pohjalta potilaskohtaisesti räätälöityjä toimintaohjeita. (Käypä hoito -suositukset)

6.3.2 Vuorovaikutuksen laatu

Tässä tutkimuksessa lääkärin vuorovaikutustaitoja arvioitiin kyselylomakkeiden ja videointien avulla. Lomaketutkimuksessa kysyttiin potilaiden ja lääkäreiden kokonaiskäsitystä lääkärin vuorovaikutustaidoista, kun taas videoituja vastaanottotapahtumia arvioitaessa perehdyttiin tarkemmin vuorovaikutuksen eri osatekijöihin validoidun mittariston avulla. Lääkäreiden vuorovaikutustaidot olivat kyselylomaketutkimuksen perusteella erittäin hyvät, mutta videointien perusteella arvioituissa vastaanottotapahtumissa korkeintaan tyydyttävät. Vuorovaikutustaitojen osatekijöistä toteutuivat parhaiten potilaan tutkiminen, seurantakäynti, potilaan informointi ja diagnoosi. Heikoimmin toteutuivat tunteiden ilmaiseminen ja vastaanoton loppuyhteenveto.

Tunteiden ilmaisun ja niihin reagoimisen puuttuminen vuorovaikutustilanteesta oli yllättävää. Tutkijat epäilivät omaa herkkyyttään tunnistaa tunteet vastaanottotapahtumissa, ja tämän vuoksi videot annettiin vielä arvioitavaksi tunteiden osalta psykologille, joka kuitenkin päätyi samanlaisiin arvioihin. Potilaiden tunteiden ilmaisu oli vähäistä, eivätkä potilaiden vastaanotolla esille ottamat ongelmat olleet tunteita herättäviä. On mahdollista, että tutkimuksesta kieltäytyneiden (n=3) potilaiden ongelmat olisivat ehkä olleet enemmän tunteita herättäviä. On myös mahdollista, että tutkimustilanne ja vastaanotto-tapahtuman taltiointi hillitsee erityisesti tunteiden ilmaisua, vaikka videoinneilla ei ole todettu olevan merkittävää vaikutusta vastaanottotapahtuman kulkuun (Themessi-Huber ym. 2008) ja potilaat näyttivät usein unohtavan olevansa kuvattavana. Tutkimukseen osallistuneet lääkärit toteuttivat hyvin niitä vuorovaikutuksen osa-alueita, jotka liittyvät enemmän ns. päämäärähakuisiin (task orientated) vuorovaikutustaitoihin (van Es ym.

2012). Potilaslähtöisemmällä vuorovaikutustyyllillä lääkäri voi luoda potilaalle mahdollisuuksia tunteiden ilmaisuun (Finset 2012).

Loppuyhteenvedo on oleellinen osa vastaanottotapahtumaa. Lääkäriin on varmistettava yhteisymmärrys ja se, että potilas on saanut vastauksen ongelmaansa ja tietää miten toimia jatkossa. Voisi olettaa, että huolellinen loppuyhteenvedo lisää potilaan selviytymistä ja voimaantumista. Loppuyhteenvedon toteutuminen näyttää olevan ongelmallista myös muualla (van Es ym. 2012).

Ennen vastaanottoa tai sen jälkeen tehdyissä haastatteluissa ei tullut esille oleellisia asioita, joita potilas olisi halunnut ottaa esille, mutta jotka olivat jääneet käsittelemättä vastaanotolla. Tässä on selvä ero aikaisempiin, ulkomaisiin tutkimuksiin verrattuna (Barry ym. 2000). On mahdollista, että arkaluontoisimmat asiat, joita potilaat eivät saaneet kerrotuksi omalle tutulle lääkärilleen, jäivät kertomatta myös oudolle haastattelijalle. Toisaalta kyseessä voi olla viime vuosien ilmiö, jossa potilaat aktiivisina ja valistuneina terveyspalvelujen kuluttajana uskaltavat ottaa rohkeammin asioita esille lääkärin vastaanotolla (Toiviainen 2007). Vai onko selityksenä suomalaisten keskimäärin pidemmät (=riittävät) vastaanottoajat? Suomessa on keskusteltu perusterveydenhuollon vaikuttavuudesta ja yhtenä tärkeänä tekijänä on pidetty riittävää vastaanottotapahtuman kestoa (Kukkola ym. 2010).

6.3.3 Taloudellinen laatu

Yleislääkäriin työn taloudellista laatua ei ole tutkittu paljon. Syynä lienee vastaanottotapahtuman monimuotoisuus ja vaikea tuotteistettavuus (Pendleton 1990, Siiskonen 2007). Tässäkin tutkimuksessa taloudellista laatua lähestyttiin kapeasti potilaan ja lääkäreiden arvioilla tutkimusten ja hoidon määrän riittävydestä ja toisaalta vastaanottotapahtumaan käytetyn ajan riittävydestä.

Yllättävä tulos oli potilaiden tyytyväisyys määrättyjen tutkimusten ja hoitojen määrään: valtaosa potilaista piti niitä sopivina, osa liiallisena ja vain 2 % piti tutkimusten ja hoitojen määrää liian vähäisenä. Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kustannusten osuus terveydenhuollon kustannuksista on suuri, ja niitä voidaan vähentää mm. lääkäreiden koulutuksella ja ohjauksella sekä parantamalla potilasasiakirjojen toimivuutta (Fryer ja Smellie 2013). Oletimme, että potilaat haluavat enemmän tutkimuksia kuin saavat. Onko niin, että käsityksemme tutkimuksia vaativista potilaista johtuvat yksittäisten asiakkaiden käytöksestä? Tutkimusten ja kustannusten määrää voidaan vähentää näiden vaativienkin asiakkaiden kohdalla parantamalla lääkärin vuorovaikutustaitoja.

Tutkimuksen aineisto kerättiin vuonna 2000, minkä jälkeen potilaan rooli on muuttunut aktiivisemmaksi ja potilaan mahdollisuudet hakea tietoa ovat lisääntyneet (Toiviainen 2007, Ruusuvuori 2013). Mahdollisesti potilaiden vaatimukset tutkimusten suhteen ovat myöhemmin lisääntyneet. Toisaalta terveydenhuollon kustannuspaineet ja nykyinen taloudellinen taantuma lisäävät entisestään yleislääkärin roolin tärkeyttä tutkimusten järjestyksessä käytössä.

Potilaat olivat myös lääkäreitä tyytyväisempiä vastaanottotapahtumien keston. Suomessa vastaanottotapahtumat ovat pitempiä kuin monessa muussa Euroopan maassa (Deveugele ym. 2002), mikä selittää potilaiden tyytyväisyyden (Andersson ja Mattsson 1994). Toisaalta pitkät vastaanottotapahtumat ja siitä seuraava käyntifrekvenssin mataluus luovat näennäisen kuvan palvelun tehottomuudesta. Perusterveydenhuollon tuottavuutta ja kustannustehokkuutta arvioitaessa tuote tulisi määritellä muulla tavoin, esimerkiksi hoitopisodeittain (Ketola ym. 2012, Brommels ym. 2012).

6.3.4 Potilaan selviytyminen ja voimaantuminen

Lääkärin vuorovaikutustaidot (potilaan arvio) vaikuttivat merkittävästi potilaan selviytymiseen ja voimaantumiseen, ja samaan tulokseen on tultu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Mead ym. 2008). Omassa tutkimuksessamme PEI-kysymykset kysyttiin samalla kertaa muiden kysymysten kanssa eikä esimerkiksi muutamaa viikkoa myöhemmin, mikä on saattanut vahvistaa entisestään vuorovaikutuksen ja selviytymisen/voimaantumisen tunteen yhteyttä. Tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempia löydöksiä (Ožvačić Adžić ym. 2008) myös siinä, että selviytymistä lisäsi hoidon jatkuvuus eli se, että potilas koki lääkärin omalääkärikseen.

6.3.5 Miten arvioida vastaanottotapahtuman laatua?

Yksi tämän työn tavoitteista oli löytää sopivia menetelmiä yleislääkärin työn laadun arviointiin. Tällä hetkellä perusterveydenhuollon laatua seurataan puutteellisesti eikä ole olemassa yhtenäistä, kansallista tapaa laadun tai hoidon vaikuttavuuden seurantaan (Erhola ym. 2013). Ilman kattavaa laadun arviointia on mahdotonta parantaa palvelujen laatua. Laatutyössä on oleellista havaita heikkouksia ja etsiä niihin aktiivisesti korjauskeinoja.

Maailmalla on kehitetty kattavia malleja perusterveydenhuollon lääkärin vastaanoton laadun arviointiin (NHS Employers & General Practitioners Committee, TOPAS-Europe.

European Practice Assessment, Lewitt ja Hilts 2010). Näissä malleissa vastaanoton laatu kattaa koko prosessin arvioinnin. Potilaan tarpeita ja näkökulmaa tulisi kuitenkin vielä tuoda paremmin esille laatumittaristossa (Chew-Graham ym. 2013). TOPAS-Europe-laadunhallintamenetelmässä lääkärin toiminnan arviointi perustuu lääkärin itsearviointiin, henkilökunnan haastatteluun, asiakaspalautteeseen (EUROPEP), vastaanoton tarkastukseen ja palveluntuottajan ja/tai lääkärin haastatteluun (TOPAS-Europe. European Practice Assessment).

Riittävä tiedon kerääminen on oleellista laatutyössä. Periaatteessa nykyiset sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät mahdollistavat tiedon ja sopivien indikaattorien keruun. Käytännössä tämä on osoittautunut vaikeaksi, ja indikaattorit on jouduttu kirjaamaan tai poimimaan erikseen tietojärjestelmistä (Chmiel ym. 2011). Toisaalta on olemassa esimerkkejä, joissa laadun seuranta on aktiivisesti käytössä ja lääkäreiden palkitsemisen perusteena (NHS Employers & General Practitioners Committee). Laatuindikaattoreiden on oltava näyttöön perustuvia, eikä niitä saa olla liikaa. Niitä ei pidä kerätä ainoastaan auditointia varten, ja niiden on oltava myös potilaalle hyödyllisiä. Mitään tietoa ei myöskään pidä kerätä kahteen kertaan. (NHS Employers & General Practitioners Committee.)

Potilasasiakirjat ovat oleellisia lääkärin työn arvioinnissa. Ne on tarkoitettu ensisijaisesti tärkeän tiedon säilyttämiseen ja siirtämiseen hoitoa toteuttavien ammattilaisten välillä. Ne ovat kuitenkin usein myös ainoa dokumentti selvitetessä esimerkiksi kanteluita ja muistutuksia. Potilasasiakirjat tulevat tulevaisuudessa olemaan myös potilaiden itsensä luettavissa. Johtuvatko puutteelliset kirjaukset tietämättömydestä, kiireestä vai siitä, että lääkärit eivät arvosta työtehtävissään kirjaamista eivätkä ymmärrä sen merkitystä potilaan hoidon kannalta oleellisen ja välttämättömän tiedon siirtämisessä seuraavaksi potilasta hoitavalle ammattilaiselle? Suomalaisten potilasasiakirjojen laadusta ei ole paljon aikaisempia tutkimuksia. On todennäköistä, että nykyisellään potilasasiakirjat ovat epäluotettavia lääkärin työn arvioinnissa: lääkärit ovat tutkineet, hoitaneet ja päätelleet enemmän kuin ovat kirjanneet. Kuitenkin juridisesti arvioiden vain kirjattu työ on todennettavissa ja näin ollen tehty. Potilasasiakirjajärjestelmien pitäisi mahdollistaa systemaattinen asiakirjojen laadun ja toisaalta myös hoidon ja sen tulosten seuranta ja arviointi päivittäisen klinisen työn ohessa.

Potilasasiakirjajärjestelmien kehittäminen on ollut haasteellista eikä ideaalista järjestelmää ole Suomeen vielä saatu (Winblad ym. 2010). Tässä tutkimuksessa järjestelmä, joka helpotti lääkärin työtä kopioimalla mm. laboratoriolähetteen ja reseptit käyntiin liittyvään kirjaukseen, sai yksittäisissä kohteita arvioitaessa parhaimmat tulokset. Kirjauksen

kokonaislaatu arvioitiin kuitenkin huonommaksi kuin muissa järjestelmissä, koska lääkärin ajattelun logiikka ei välittynyt kirjauksista.

Asiakaspalautetta saadaan yleisimmin erilaisten kyselylomaketutkimusten avulla. Tässä tutkimuksessa, kuten muissakin kyselylomaketutkimuksessa (Grol ja Wensing 2000), yleislääkärin työn laatu arvioitiin varsin hyväksi. Sekä potilaiden että lääkäreiden arviot olivat huomattavasti tutkijoiden potilasasiakirjojen ja videointien perusteella tehtyjä arvioita positiivisempia. Kyselylomakkeet ovat välttämättömiä asiakkaan näkökulman saamiseksi, mutta niiden lisäksi tarvitaan muuta asiakaspalautetta palvelun heikkouksien löytämiseksi. Asiakaspalautte ei kuitenkaan yksin riitä lääkärin työn laadun arvioimiseksi.

Itsearviointi olisi edullinen ja nopea menetelmä lääkärin työn arvioinnissa. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että lääkärit eivät kykene riittävästi arvioimaan omaa työtään. Toisaalta lääkärin arvioiden on muissa tutkimuksissa todettu korreloivan hoidon tuloksiin potilaiden arvioita paremmin (Ahlen ja Gunnarsson 2013). Tässä tutkimuksessa puutteelliset kirjaukset ovat saattaneet osaltaan vaikuttaa tutkijoiden ja lääkäreiden arvioiden eroon.

Laadun arviointi videoitujen vastaanottotapahtumien ja MAAS-Global-menetelmän avulla osoittautui hyväksi, joskin työlääksi ja aikaa vieväksi menetelmäksi. Vapaaehtoisten lääkäreiden rekryointivaikeudet osoittavat, että lääkärit eivät ole tottuneet työnsä seurantaan ja arviointiin. Vuorovaikutustaitojen arviointia ja kehittämistä videointien avulla tulisi lisätä perusopetuksesta jatko- ja täydennyskoulutukseen asti.

Yleislääketieteen kannalta keskeisten tekijöiden, kuten potilaslähtöisyyden, hoidon jatkuvuuden ja kokonaisvaltaisuuden toteutumisen mittaaminen on myös tärkeää ja joitakin mittareita tätä varten on jo kehitteillä (Stranberg ym. 2011).

Lääkärin vastaanottotapahtuman laadun arviointia tulee jatkossa tutkia edelleen. Eriyisesti taloudellisen laadun arviointiin tarvitaan lisätietoa. Laadun arvioinnissa ei riitä yksi menetelmä, vaan tarvitaan useampaa näkökulmaa: asiakaspalautetta, lääkärin itsearviointia ja ulkoista arviointia. Potilasasiakirjajärjestelmiä tulee kehittää palvelemaan paremmin sekä kliinistä työtä että sen seurantaan. Vuorovaikutustaitojen arvioinnissa tarvitaan harvemmin mutta säännöllisesti toteutettua vastaanottotapahtuman kuvataallenteiden arviointia validoidun menetelmän, esimerkiksi MAAS-Global-menetelmän avulla. Kuvataallenteiden arviointi voi sopia myös lääkäreiden itsearvioinnin menetelmäksi.

6.3.6 Mihin suuntaan yleislääkärin vastaanottotyötä tulee kehittää Suomessa?

Perusterveydenhuolto kaipaa perusteellista muutosta, ja sen ytimenä lääkärin vastaanottotyö on keskeinen muutoksen kohde. Ongelmana on tällä hetkellä palvelujen huono saatavuus ja epäoikeudenmukainen kohdentuminen, puutteellinen tieto palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta, asiakaslähtöisyyden puute erityisesti valinnanvapauden osalta sekä vähäiset, muusta terveydenhuollosta jälkeen jääneet voimavarat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ehdotti syksyllä 2013 perusterveydenhuollon uudistamista pohjoismaisia malleja soveltaen. (Erhola ym. 2013.)

Tämän tutkimuksen yhtenä hypoteesina oli, että väestövastuusopimusta noudattavissa terveyskeskuksissa vastaanottotapahtuman laatu oli parempi kuin muissa terveyskeskuksissa. Väestövastuusopimus noudattaa ns. perinteistä sopimusta paremmin hyvän yleislääkärin työn määritelmää, mm. kokonaisvaltaisuutta ja hoidon jatkuvuutta (WONCA Europe 2011).

Väestövastuujärjestelmään siirryttiin aikanaan suurin odotuksin: järjestelmän odotettiin lisäävän mm. hoidon saatavuutta, jatkuvuutta, hoidon laatua, asiakastyytyväisyyttä, työtyytyväisyyttä ja terveydenhuollon tuottavuutta ja tehokkuutta (Aro ja Liukko 1991). Järjestelmään ei siirrytty kaikissa kunnissa, vaan suuret kaupungit ottivat sopimuksen käyttöön – pienissä kunnissa väestövastuu toteutui hyvin muutenkin (Kangas 1999 ja 2007). Järjestelmän ongelmaksi muodostuivat liian suuret väestömäärät, minkä ratkaisuksi ehdotettiin listautumismallia (Kangas 2007). Myös tässä tutkimuksessa väestövastuuterveyskeskukset sijaitsivat suuremmissa kaupungeissa kuin perinteistä sopimusta noudattaneet terveyskeskukset. Väestövastuuterveyskeskuksissa lääkärit arvioivat oman ammattitaitonsa paremmaksi. Ero voi johtua sopimuksesta, mutta myös muista syistä, kuten esimerkiksi työtyytyväisyydestä. Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilussa lääkärit kokivat muutoksen uuteen sopimukseen pääasiassa positiivisena, työnsä aikaisempaa vaihtelevammaksi, mielenkiintoisemmaksi, itsenäisemmäksi ja haastavammaksi (Koponen ym. 1992). Myös perheiden tunteminen, joustavuus töiden järjestelyissä, hoidon jatkuvuus ja eri ammattiryhmien yhteistyö ja alueen erityispiirteiden tunteminen koettiin positiiviseksi asiaksi (Koponen ym. 1992).

Suomen yleislääkäreiden asema poikkeaa selkeästi muun Euroopan ja maailman yleislääkäreiden asemasta: lääkärit ovat kunnallisia virkamiehiä eivätkä ammatinharjoittajia, joilla olisi kokonaisvaltainen vastuu listautuneista asiakkaistaan (Kokko 2013). Väestövastuusopimuksen tilalle on listamallin lisäksi ehdotettu mm. ammatinharjoittajamallia (Mäntyselkä ym. 2006) ja osuuskuntia (Kumpusalo 2007). Terveyden ja hyvinvoinnin

laitoksen ehdotus julkiseen rahoitukseen perustuvaan monituottajamalliin siirtymisestä ei ota tässä vaiheessa suoraan kantaa lääkäreiden asemaan tai palkkioperusteisiin, palvelun tuottavalle organisaatiolle korvaus olisi joko pelkästään tai valtaosin kapitaatiooperusteinen (Erhola ym. 2013).

Tärkein syy huonoon hoitoon pääsyyn on ollut terveyskeskusten lääkäripula ja liian vähäinen vakanssien määrä. Terveyskeskuksen koko ei sinänsä vaikuta hoidon saataavuuteen. (Parmanne ym. 2010.) Perusterveydenhuollon lääkärin työn houkuttelevuutta lisääisivät mm. koulutuksen ja kannustuksen lisääminen, parempi palkka, selkeämpi työn suunnittelu ja organisointi sekä hyvä tiedonkulku (Käyhkö ja Valkonen 2002). Tämän tutkimuksen perusteella lääkärit olivat tyytyväisempiä työnsä laatuun väestövastuusopimusta noudattavissa terveyskeskuksissa, joissa työ on itsenäisempää ja hoidon jatkuvuus ainakin teoriassa parempaa kuin muissa terveyskeskuksissa.

Hoidon jatkuvuus toteutuu Suomessa huonosti (Mäntyselkä ym. 2007). Tästä on haittaa erityisesti pitkäaikaissairauksia sairastaville potilaille, mutta myös muille esimerkiksi terveyden edistämisen kannalta. Potilaiden valinnanvapauden lisääntyessä on olemassa riski, että hoidon jatkuvuus vaarantuu. Toisaalta potilaat itse arvostavat hoidon jatkuvuutta (Aboulghate ym. 2012). Tämän tutkimuksen perusteella hoidon jatkuvuus näytti toteutuvan paremmin väestövastuuterveyskeskuksissa.

Suomi on poikkeuksellinen moneen muuhun Euroopan maahan verrattuna siinä, että perusterveydenhuollossa voi työskennellä itsenäisesti heti lisensiaatin tutkinnon suoritettuaan. Muissa maissa perusterveydenhuollossa toimiminen vaatii joko yleislääketieteen erityiskoulutuksen tai erikoistutkinnon (Euroopan unioni 2005). Terveys­huollon etulinjassa työskentely voi aiheuttaa kokemattomalle lääkärille turhautumista ja petty­myksiä ja suuntautumista jatkossa muille erikoisaloille. Tässä tutkimuksessa lääkärin erikoistuminen ei vaikuttanut kyselylomaketutkimuksessa potilaiden tai lääkäreiden arvioihin. Toisaalta tutkimukseen osallistui vain yksi lääkäri, jonka valmistumisesta oli alle kaksi vuotta. Sen sijaan videointien perusteella arvioitaessa yleislääketieteen erikoislääkäreiden vuorovaikutustaidot olivat yleislääkäreiden vuorovaikutustaitoja paremmat. Tämän laadullisen tutkimuksen perusteella ei voi tehdä yleistyksiä, mutta on oletettavaa, että erityisesti vuorovaikutustaidot karttuvat lisäkoulutuksen ja kokemuksen myötä. Perusterveydenhuollon tulevaisuutta suunniteltaessa on mietittävä yleislääkärinä toimimisen vaatimuksia.

Yleislääkärin työn turvana tulee olla toimintaympäristö, joka takaa yleislääkärin työn kannalta tärkeät tekijät kuten potilaslähtöisyyden, kokonaisvaltaisuuden ja laaja-alaisuuden

(WONCA Europe 2011). Työtä on kehitettävä edelleen lähemmäs mallia, jossa lääkäri vastaa aidosti tietyn väestön terveyden edistämisestä, ylläpitämisestä ja sairauksien hoitamisesta. Työ on vaativaa, minkä vuoksi itsenäisen yleislääkärin työskentelyn edellytyksenä tulee tulevaisuudessa olla yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinto ja riittävä strukturoitu ammatillinen jatkokoulutus.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun eri osatekijät: tieteellistekninen, vuorovaikutuksen ja taloudellinen laatu olivat kyselylomaketutkimuksen perusteella varsin hyviä, ja potilaat arvioivat laadun kaikki osatekijät paremmiksi kuin lääkärit. Kyselylomaketutkimus antoi laadusta kuitenkin positiivisemmän kuvan kuin tutkijoiden potilasasiakirjojen ja videointien avulla tehdyt arviot. Potilasasiakirjat oli laadittu puutteellisesti ja potilasasiakirjajärjestelmät vaikuttivat potilasasiakirjojen laatuun. Tutkijoiden arvioimana lääkäreiden vuorovaikutustaidot olivat keskimäärin tyydyttävät.

Lääkärin virkaehtosopimus ei näyttänyt vaikuttavan potilaan kokemaan laatuun, sen sijaan väestövastuulääkärit kokivat sekä oman työnsä ammatillisen laadun että vuorovaikutustaitonsa paremmaksi kuin ns. perinteisessä sopimuksessa työskentelevät lääkärit. Väestövastuuterveyskeskuksissa potilaat saivat ajan haluamalleen lääkärille ja lääkäri oli useammin potilaan omalääkäri kuin muissa terveyskeskuksissa. Todennäköisesti myös hoidon jatkuvuus toteutui muita terveyskeskuksia paremmin. Lääkärin hyvät vuorovaikutustaidot ja hoidon jatkuvuus näyttävät lisäävän potilaan selviytymistä ja voimaantumista.

Yleislääkärin työn laadun arviointiin tarvitaan useita keinoja. Asiakaspalautte tai pelkkä taloudellinen näkökulma ei yksinään riitä. Yleislääkärin työn keskeiset ominaispiirteet, kuten potilaslähtöisyys, laaja-alaisuus ja kokonaisvaltaisuus on otettava huomioon indikaattoreita suunniteltaessa. Lääkärin työn itsearviointia on edelleen tutkittava ja kehitettävä.

8. KÄYTÄNNÖN SOVELLUS- JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

1. Terveydenhuollon uudistuksia suunniteltaessa ja perusterveydenhuoltoa kehitettäessä tulee ottaa huomioon yleislääkärin työn keskeiset elementit, kuten potilaskeskeisyys, laaja-alaisuus ja kokonaisvaltaisuus. Yleislääkärin työtä on kehitettävä edelleen lähemmäs mallia, jossa lääkäri vastaa aidosti tietyn väestön terveyden edistämisestä, ylläpitämisestä ja sairauksien hoitamisesta. Palkitsemisjärjestelmän suunnitteluun tarvitaan lisää terveystaloustieteellistä tutkimusta, jossa otetaan huomioon yleislääkärin työn keskeiset erityispiirteet.
2. Laadun varmistamisen kannalta olisi tärkeää ottaa Suomessakin käyttöön monipuolinen keinovalikoima. Hyvien potilasasiakirjajärjestelmien ja niistä poimitujen vastaanottotapahtumien kirjausten ja hoitotulosten arvioinnin lisäksi tarvitaan asiakaspalautetta sekä systemaattista ja monipuolista lääkärin työn arviointia. Lääkärin työn itsearviointia on edelleen tutkittava ja kehitettävä. Kuvatallenteiden arviointi on hyödyllinen myös lääkärin itsereflektion ja jatkuvan oppimisen menetelmänä.
3. Laadun varmistamisen ja parantamisen kannalta on tärkeää, että potilasasiakirjajärjestelmiin kerätään asianmukaista tietoa, jota myös analysoidaan. Nykyiset järjestelmät eivät palvele potilasta, lääkäriä, terveydenhuollon päättäjiä eivätkä tutkijoita riittävästi. Potilasasiakirjajärjestelmiä on kehitettävä helppokäyttöisiksi, interaktiivisiksi ja tietoa automaattisesti kerääviksi, jotta niistä saataisiin luotettavaa tietoa laadun arvioimiseksi.

9. KIITOKSET

Tämän työn tekeminen on kestänyt vuosia, enkä olisi selvinnyt siitä ilman lukuisten henkilöiden tukea ja apua. Haluan kiittää heitä kaikkia lämpimästi ja jakaa ilon tämän työn valmistumisesta.

Ohjaajani Paula Vainiomäki hoiti yleislääketieteen professorin tehtäviä tätä työtä aloittaessani ja ehdotti aikanaan väitöskirjatyön aloittamista. Olen erityisen onnellinen siitä, että voin saattaa työni päätökseen nyt, kun Paula hoitaa jälleen professorin tehtäviä ja toimii väitöstilaisuuteni kustoksena. Toinen ohjaajani, professori Päivi Rautava on tuonut työhön kansanterveystieteen ja ehkäisevän terveydenhuollon näkökulmaa. Ilman ohjaajieni vankkaa asiantuntemusta, ystävyyttä ja kärsivällistä kannustusta tämä työ olisi jäänyt tekemättä.

Olen kiitollinen tutkimusprofessori Marjukka Mäkelälle suostumuksesta ryhtyä vastaväittäjäkseni. Työni esitarkastajat, professorit Elise Kosunen ja Pekka Honkanen ohjasivat käsikirjoitusta ansiokkaasti lopulliseen muotoonsa ja antoivat paljon arvokkaita kommentteja. Kiitän myös professori Pekka Mäntyselkää tuesta ja avusta väitöskirjan viimeistelyvaiheessa.

Anna-Liisa Koivisto, Suvi Vainiomäki ja Anni Kiviranta osallistuivat tämän tutkimuksen osajulkaisuiden tekemiseen. Oli ilo työskennellä kanssanne! Kiitokset myös Hans Heleniukselle, Susanna Hinkalle, Tero Vahlbergille biostatistisesta tuesta sekä Paul Rämille, Mikko Yliselle ja Arja Helin-Salmivaaralle konsultaatioavusta. Tuula Teirin panos vastaanottotapahtumien videoinneissa ja äänitallenteiden litteroinnissa oli korvaamaton.

Mari Hakkala, Robert Paul ja Heile Tofferi ovat ystävällisesti auttaneet minua osajulkaisujen kielentarkastuksessa. Jenny Paananen tarkasti lopullisen väitöskirjan kieliasun.

Olen työskennellyt tutkimustyöni aikana useammassa työpaikassa. Tutkimustyö lähti käyntiin Kaarinan-Piikkiön terveyskeskuksessa, jossa esimieheni Markku Suokas ohjasi minut aikanaan tutkimusaiheen pariin. Kiitokset kuuluvat myös kaikille työtäni tukeneille työtovereille Kaarinan-Piikkiön terveyskeskuksessa, Turun yliopiston yleislääketieteen ja kansanterveystieteen oppiaineissa sekä Turun sosiaali- ja terveystoimessa (hyvinvointitoimiala).

Tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten potilaiden, lääkäreiden ja muun henkilökunnan myönteinen suhtautuminen innosti ja auttoi tutkimuksen eteenpäin viemisessä.

Olen saanut tehdä tutkimustyötäni osittain Turun kaupungin EVO-tutkijana, lisäksi Suomen lääkäriliitto ja Kunnallislääkärit ry (Suomen yleislääkärit ry) ovat tukeneet tutkimustani taloudellisesti.

Kiitän myös lämpimästi ystäviäni, kuorotovereitani ja muita läheisiäni kaikesta siitä tuesta, jota olen näiden vuosien aikana saanut. Rakas perheeni, aviomieheni Kari ja tyttäreni Eppi ja Verna ovat kärsivällisesti ymmärtäneet ja tukeneet minua tutkimustyössäni. Nyt minulla on enemmän aikaa myös Eeville ja muille tuleville lapsenlapsilleni.

Kiitollisena



Maisa

10. KIRJALLISUUS

- Aaltonen J, Järviö M-L, VATT (Valtion taloudellisen tutkimuskeskus). Kyselytutkimus valituille terveyskeskuksille: vastausten yhteys arvioituun tehottomuuteen. Kirjassa: Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos/Avauksia. Helsinki 2009.
- Abadel FT, Hattab AS. How does the medical graduates' self-assessment of their clinical competency differs from experts' assessment? a cross-sectional study. *BMC Medical Education* 2013;13:24. doi:10.1186/1472-6920-13-24
- Aboughate A, Abel G, Elliott MN, Parker RA, Campbell J, Lyratzopoulos G, Roland M. Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *Br J Gen Pract.* 2012 Aug;62(601):e567-75. doi: 10.3399/bjgp12X653624.
- Ahlén GC, Gunnarsson RK. The physician's self-evaluation of the consultation and patient outcome: A longitudinal study. *Scand J Prim Health Care.* 2013 Mar;31(1):26-30. doi: 10.3109/02813432.2012.751692. Epub 2013 Jan 3.
- Ahlén G, Mattsson B, Gunnarsson R. Physician patient questionnaire to assess physician patient agreement at the consultation. *Fam Pract.* 2007 Oct;24(5):498-503. Epub 2007 Jul 26.
- Aira M, Meriranta P, Mäntyselkä P. Hyvät kokemukset terveyskeskustyöstä ohjaavat erikoistumaan yleislääketieteeseen. *Suom Lääkäril.* 2013;68; 2057-61
- Alanen SI, Johannala-Kemppainen R, Ijäs JJ, Kaila M, Klockars M, Mäkelä M, Välimäki MA. Evaluation of current care effectiveness: a survey of hypertension guideline implementation in Finnish health centres. *Scand J Prim Health Care.* 2007 Dec;25(4):232-6.
- Al-Ansary LA, Tricco AC, Adi Y, Bawazeer G, Perrier L, Al-Ghonaim M, Alyousefi N, Tashkandi M, Straus SE. A systematic review of recent clinical practice guidelines on the diagnosis, assessment and management of hypertension. *PLoS One.* 2013;8(1):e53744. doi: 10.1371/journal.pone.0053744. Epub 2013 Jan 17.
- Albert SM, Shevchik GJ, Paone S, Martich GD. Internet-based medical visit and diagnosis for common medical problems: experience of first user cohort. *Telemed J E Health.* 2011 May;17(4):304-8. doi: 10.1089/tmj.2010.0156. Epub 2011 Apr 1.
- Allen J, Price E, Švab I, Windak A. Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/Family Medicine in Europe. EURACT 2012 (siteerattu 18.8.2013) <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/241-framework-for-continuing-educational-level>
- Andén A, Andersson S-O, Rudebeck C-E. Concepts underlying outcome measures in studies of consultations in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:218-23.
- Andersson S-O, Mattsson B. Features of good consultation in general practice: Is time important? *Scand J Prim Health Care* 1994;12:227-32.
- André M, Andén A, Borgquist L, Rudebeck CE. GPs' decision-making - perceiving the patient as a person or a disease. *BMC Fam Pract.* 2012 May 16;13:38. doi: 10.1186/1471-2296-13-38.
- Aro S, Liukko M (toim). VPK. Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989-1992. Mikä muuttui? STAKES, raportteja 105/1993. Helsinki 1993.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Helsinki 1994. (siteerattu 12.2.2013) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940564?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=yleisl%C3%A4%C3%A4ketieteen%20erityiskoulutus>
- Baker R, Wensing M, Gibis B. Improving the quality and performance of primary care. Teoksessa Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (toim.). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. (siteerattu 4.4.2013) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
- Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ.* 2000 May 6;320(7244):1246-50.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002 Jan-Feb;15(1):25-38.
- Bentzen N, Bridges-Webb C. An international glossary for GENERAL/FAMILY PRACTICE. *Fam Pract* 1995;12(3):267

- Bjerrum L, Munck A, Gahrn-Hansen B, Hansen MP, Jarbol DE, Cordoba G, Llor C, Cots JM, Hernández S, López-Valcárcel BG, Pérez A, Caballero L, von der Heyde W, Radzeviciene R, Jurgutis A, Reutskiy A, Egorova E, Strandberg EL, Ovhed I, Mölsted S, Stichele RV, Benko R, Vlahovic-Palcevski V, Lionis C, Rønning M. Health Alliance for prudent antibiotic prescribing in patients with respiratory tract infections (HAPPY AUDIT) -impact of a non-randomised multifaceted intervention programme. *BMC Fam Pract.* 2011 Jun 20;12:52. doi: 10.1186/1471-2296-12-52.
- Boerma GW, Dubois B-A. Mapping primary care across Europe. Teoksessa Saltman RB, Rico A, Boerma GW (edit.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care.* European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. (siteerattu 4.4.2013) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
- Boerma GW, Fleming DM. *The Role of General Practice in Primary Health Care.* World Health Organization 1998.
- Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998;35:161-76.
- Booth N, Jula A, Aronen P, Kaila M, Klaukka T, Kukkonen-Harjula K, Reunanen A, Rissanen P, Sintonen H, Mäkelä M. Cost-effectiveness analysis of guidelines for antihypertensive care in Finland. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:172.
- Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess.* 2012;16(30). doi: 10.3310/hta16300.
- Bowling A, Rowe G, McKee M. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *J R Soc Med.* 2013 Apr;106(4):143-9. doi: 10.1258/jrsm.2012.120147.
- Brommels M, Elonheimo O. Perusterveydenhuollon tuotteistus ei ole uutta ja Ketola E, Virtanen M. Kirjoittajat vastaavat: Yhteistyötä tarvitaan jatkossa. *Suom Lääkäril.* 2012;67:3734-5.
- Brusse CJ, Yen LE. Preferences, predictions and patient enablement: a preliminary study. *BMC Fam Pract.* 2013;14:116. doi: 10.1186/1471-2296-14-116.
- Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Mäkelä M, Zaat J; AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Health Care.* 2003 Feb;15(1):31-45.
- Campbell JL, Roberts M, Wright C, Hill J, Greco M, Taylor M, Richards S. Factors associated with variability in the assessment of UK doctors' professionalism: analysis of survey results. *BMJ.* 2011 Oct 27;343:d6212. doi: 10.1136/bmj.d6212.
- Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Gelb Safran D, Roland MO. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ.* 2001 Oct 6;323(7316):784-7.
- CanMEDS-Family Medicine. Working Group on Curriculum Review. 2009. (siteerattu 22.2.2012) <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf>
- Car J, Black, Anandan C ym. The impact of eHealth on the quality & safety of healthcare. A systematic overview & synthesis of literature. Report for the NHS connecting for health evaluation programme, 2008. (siteerattu 18.1.2014) <http://www1.imperial.ac.uk/resources/32956FFC-BD76-47B7-94D2-FFAC56979B74/>
- Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care.* 2000 Apr;12(2):133-42. doi: 10.1093/intqhc/12.2.133
- Chapman KR. Asthma in Canada: missing the treatment targets. *CMAJ.* 2008 April 8; 178(8): 1027-8. doi: 10.1503/cmaj.080120
- Chew-Graham CA, Hunter C, Langer S, Stenhoff A, Drinkwater J, Guthrie EA, Salmon P. How QOF is shaping primary care review consultations: a longitudinal qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013 Jul 21;14:103. doi: 10.1186/1471-2296-14-103.
- Chmiel C, Bhend H, Senn O, Zoller M, Rosemann T; FIRE study-group. The FIRE project: a milestone for research in primary care in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2011 Jan 28;140:w13142. doi: 10.4414/smw.2011.13142.
- Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA.* 2006 Sep 6;296(9):1094-102.
- de Pouvourville G. Paying doctors for performance. *Eur J Health Econ* 2013;14:1-4
- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan;63(606):76-84. doi: 10.3399/bjgp13X660814.
- Devaux M, de Looper M. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD

- Countries, 2008-2009. OECD Health Working Papers, No.58, OECD Publishing. 2012. (siteerattu 8.4.2013) <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k95xd6stnxt.pdf?expires=1365436368&id=id&accname=guest&checksum=E-A424848E9A96EE27850CE8848F6A0B3>
- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;31;325(7362):472.
- Donabedian A. (toim. Bashshur R). An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press, 2003. <http://site.ebrary.com.ezproxy.utu.fi:2048/lib/uniturku/docDetail.action?docID=10375168>
- Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3:e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*. 2013 May;110(2-3):115-30. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.01.008.
- Elonheimo O, Myllymäki K, Linna M. Eroja Kouvolaan omien ja ulkoistettujen terveysasemien palvelutuotannossa. *Suom Lääkäril* 2011;66:1103 -12.
- Enlund H, Kastarinen H, Hämeen-Anttila K. Potilas päättää lääkkeen otosta. *Duodecim* 2013;129(6):659-65
- EQuIP. (siteerattu 13.2.2013) <http://equip.ch/>
- EQuIP. Laadun perusteet. Basic assumptions on Quality and Quality Development in Family/General Practice. A Statement by the WONCA European Working Party on Quality in Family Practice. Suom. M. Mäkelä. Suomen yleislääketieteen yhdistyksen julkaisu n:o 7. Tampere 1996.
- EQuIP. Measuring quality in health care - EQuIP position paper 2010 (siteerattu 7.7.2013) http://equip.dudal.com/files/62/equip_position_paper_on_measuring_quality_5_10_2010.pdf
- EQuIP ja EURACT. Continuing Professional Development in Primary Health Care. Quality Development integrated with Continuing Medical Education. Policy document of EQuIP and EURACT. (siteerattu 8.7.2013) http://equip2.dudal.com/files/4/policy_document_cme_equip_euract.pdf
- Erhola M, Jonsson PM, Pekurinen M, Teperi J. Johtamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveystuon vahvistamiseksi. (Luonnos 3.10.2013). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere 2013.
- Essers G, van Dulmen S, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice. *BMC Fam Pract*. 2011 Dec 13;12:138. doi: 10.1186/1471-2296-12-138.
- EURACT. Specialist Training in General Practice/ Family Medicine – Dynamic Interactive Database. 2012. (siteerattu 2.3.2013) <http://www.euract.eu/resources/specialist-training>
- Euroopan unioni. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY (siteerattu 2.3.2013) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2005L0036:20080821:FI:PDF>
- EUROREC: European Institute for Health Records. (siteerattu 18.1.2014.) <http://www.eurorec.org/>
- Fashner J, Drye ST. Internet Availability and Interest in Patients at a Family Medicine Residency Clinic. *Fam Med* 2011;43(2):117-20.
- Fiks AG, Alessandrini EA, Forrest CB, Khan S, Localio AR, Gerber A. Electronic medical record use in pediatric primary care. *J Am Med Inform Assoc*. 2011 Jan-Feb;18(1):38-44. doi: 10.1136/jamia.2010.004135.
- Finset A. "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2012 Sep;88(3):359-63. doi: 10.1016/j.pec.2012.06.022.
- Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;(7):CD009255. doi: 10.1002/14651858.CD009255.
- Fryer AA, Smellie WS. Managing demand for laboratory tests: a laboratory toolkit. *J Clin Pathol*. 2013 Jan;66(1):62-72. doi: 10.1136/jclinpath-2011-200524.
- Gjelstad S, Straand J, Dalen I, Fetveit A, Strøm H, Lindbæk M. Do general practitioners' consultation rates influence their prescribing patterns of antibiotics for acute respiratory tract infections? *J Antimicrob Chemother*. 2011 Oct;66(10):2425-33. doi: 10.1093/jac/dkr295.
- Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S. The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. *Fam Med*. 2013 Feb;45(2):95-101.
- Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *Perm J*. 2012;16(3):49-53.

- Greif S, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. Managing primary care behavior through payment system and financial incentives. Teoksessa Saltman RB, Rico A, Boerma GW (edit.). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. (siteerattu 4.4.2013) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
- Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. 2000. WOK, University of Nijmegen and WONCA/Equip.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract.* 1999 Feb;16(1):4-11.
- Gude T, Vaglum P, Anvik T, Bærheim A, Grimstad H. A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care.* 2013 Mar;31(1):31-5. doi: 10.3109/02813432.2012.751698.
- Haimakainen H, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Terveyskeskusten toimivuus ei ole viime vuosina parantunut. *Suom Lääkäril.* 2011;66:1283-7.a
- Haimakainen H, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Perusterveydenhuollon johtamista ja terveyskesk-lääkärien oman työn hallintaa on parannettava. *Suom Lääkäril.* 2011;66:2423-9. b
- Haimakainen H, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Terveyskeskustyössä myönteisiä muutoksia 2000-luvulla. *Suom Lääkäril.* 2011;66:3133-8. c
- Halonen P, Mäntyselkä P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. Lääkäri ammattitaito on tärkein tekijä, kun asiakas valitsee lääkärin. *Suom Lääkäril.* 2007;62:34013-8.
- Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health Care.* 2012 Dec;30(4):229-33. doi: 10.3109/02813432.2012.711191.
- Health Council of the Netherlands. European primary care. Haag 2004. (siteerattu 13.2.2013) <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/European%20primary%20care%20final.pdf>
- Heaney DJ, Walker JJ, Howie JG, Maxwell M, Freeman GK, Berrey PN, Jones TG, Stern MC, Campbell SM. The development of a routine NHS data-based index of performance in general practice (NHSPPI). *Fam Pract.* 2002 Feb;19(1):77-84.
- Heath I. World Organisation of Family Doctors (Wonca) perspectives on person-centered medicine. *Int J Integr Care.* 2010 Jan 29;10 Suppl:e005.
- Heikkilä A, Lappeteläinen I, Riikonen H. Terveys-asetoimintojen arvionti ja vertailu - case Tampere. VTT 2010.
- Heikkilä T, Vänskä J, Hyppölä H, Halila H, Virjo I, Mattila K, Kujala S, Isokoski M. Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:19. Helsinki 2009.
- Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC Health Serv Res.* 2007 Apr 3;7:46.
- Helin A, Mäkelä M. Yleislääkärin työn laatu potilaan näkökulmasta. *Suom Lääkäril.* 1997;31:3641-4.
- Helin A, Mäkelä M, Outinen M, Hinkkanen S. Uusi valtakunnallinen vertailumittari: yleislääkärin vastaanoton laatu. *Suom Lääkäril.* 1998;32:2081-6.
- Heponiemi T, Kuusio H, Sinervo T, Elovainio M. Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators. *Eur J Public Health.* 2011 Aug;21(4):520-5. doi: 10.1093/eurpub/ckq107.
- Heponiemi T, Vänskä J, Aalto A-M, Elovainio M. Kyselyt lääkäreille 2006 ja 2010: Potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä stressi lisääntyi. *Suom Lääkäril.* 2012;67:3491-5.
- Hetlevik Ø, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care.* 2012 Dec;30(4):214-21. doi: 10.3109/02813432.2012.735554.
- Heyrman J, Lember M, Rusovich V, Dixon A. Changing professional roles in primary care education. Teoksessa Saltman RB, Rico A, Boerma GW (edit.). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. (siteerattu 4.4.2013) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
- Honkanen PO, Rautakorpi UM, Huovinen P, Klaukka T, Palva E, Roine R, Sarkkinen H, Varonen H, Mäkelä M; MIKSTRA Collaborative Study Group. Diagnostic tools in respiratory tract infections: use and comparison with Finnish guidelines. *Scand J Infect Dis.* 2002;34(11):827-30.
- Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales

- as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract.* 1998 Apr;15(2):165-71.
- Hyppölä H, Heikkilä T, Kumpusalo E, Virjo I, Isokoski M, Halila H, Kujala S, Vänskä J, Mattila K. Sattumaa vai harkintaa - lääkärin erikoisalavalintaan vaikuttavat tekijät. *Suom Lääkäril* 2008;63: 531-6.
- Hyppölä H, Kumpusalo E, Halila H, Mattila K, Vänskä J, Kujala S, Virjo I, Isokoski M. Onko lääkärin arvioinnit peruskoulutuksestaan muuttuneet 15 vuoden aikana? *Suom Lääkäril* 2006;61:1245-50.
- Hyppönen H, Winblad I, Reponen J, Lääveri T, Vänskä J. Lääkärin kokemukset alueellisesta potilastiedon vaihdosta. Raportti 5/2012. Helsinki 2012. (siteerattu 17.1. 2014) <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f4191f01-b6f7-46c0-b0eb-8358a66a-ca39>
- Häyrinen K. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Taroituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto, 2011. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja
- Ijäs J, Alanen S, Kaila M, Ketola E, Nyberg S, Välimäki MA, Mäkelä M. Primary care guidelines: Senior executives' views on changing health centre practices in hypertension treatment. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27(4):202-7. doi: 10.3109/02813430903438726.
- Ijäs-Kallio T. Patient Participation in Decision Making Process in Primary Care. A conversation analytic study. Academic dissertation. University of Tampere. Tampere 2011.
- Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 2001 Feb;52(4):609-20.
- Jokisalo E. Hoitomyöntyvyys ja sen edistämiskeinot: *Suom Lääkäril.* 2006;61:1595-9.
- Jousimaa J, Liira H. Hoitosuosituksen kehittämisen uusi aikakausi - potilas ja kansalainen aktiivisena toimijana. *Duodecim.* 2013;129(6):642-3
- Jurgutis A, Vainiomäki P (toim). Strategy for Continuous Professional Development of Primary Health Care professionals in order to better respond to changing health needs of the society. 2012.
- Kanervisto A. Lääkäryön laatu palvelun tilaajan ja tuottajan näkökulmasta, case: Pihlajalinna. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto 2008. (siteerattu 13.2.2013) <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02436.pdf>
- Kangas M. Väestövastuujärjestelmä 10 vuotta: edut ja mahdolliset haitat. *Suom Lääkäril.* 1999;54:2161.
- Kangas M. Onko väestövastuujärjestelmä elvytettyä? *Suom Lääkäril.* 2007;62:207-9.
- Kangasharju A. Tuottavuus osana tuloksellisuutta –julkaisu. Suomen kuntaliitto 2008. (siteerattu 18.2.2013) <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/kuntatalous/tuottavuus/tuottavuuskasitteisto/Documents/Tuottavuusopas-2008-nettiversio.pdf>
- Kankaanranta T, Vainiomäki J, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Mattila K, Virjo I, Vänskä J, Rissanen P. Kunnalliselle vai yksityiselle? Pelkästään taloudelliset tekijät eivät ohjaa lääkärin työpaikan valintaa. *Suom Lääkäril.* 2008;63:2919-23.
- Ketola E, Sipilä R, Mäkelä M, Klockars M. Quality improvement programme for cardiovascular disease risk factor recording in primary care. *Qual Health Care.* 2000 Sep;9(3):175-80.
- Ketola E, Virtanen M, Rantanen S, Långström M, Klemola L. Perusterveydenhuollon tuotteistus (pDRG) johtamisen työkaluksi. *Suom Lääkäril.* 2012;67:3311-6.
- Khori V, Changizi S, Biuckians E, Keshtkar A, Alizadeh AM, Mohaghheghi AM, Rabie MR. Relationship between consultation length and rational prescribing of drugs in Gorgan City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2012 May;18(5):480-6.
- Kim JH, Park YN, Park EW, Cheong YS, Choi EY. Effects of BATHE Interview Protocol on Patient Satisfaction. *Korean J Fam Med.* 2012 Nov;33(6):366-71. doi: 10.4082/kjfm.2012.33.6.366.
- Kirschner K, Braspenning J, Akkermans RP, Jacobs JE, Grol R. Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Fam Pract.* 2013 Apr;30(2):161-71. doi: 10.1093/fampra/cms055.
- Kiuttu J. Perhekeskeisyys yleislääketieteessä. Tutkimus perhelääkärinkoulutuksen vaikutuksista yleislääkärin työssä. Oulun yliopisto. Oulu 1994.
- Kiuttu J ja Väisänen E. Perhelääkärin työskentelymallit ja yhteistyö. *Duodecim* 2000;116(21):2407-13.
- Klemola L, Ketola E, Virtanen M, Vohlonen I. PET-TU-hanke auditoi terveystieteiden työtä tuotteistusta varten. Pelkkien käyntimäärien seuranta jättää osan työstä näkymättömiin. *Suom Lääkäril.* 2009;64:3765-9.
- Koivuranta-Vaara P (toim). Terveystieteiden laatuopas. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2011. (Siteerattu 18.2.2013) <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9ef21c0e-4519-4cd5-867d-57ed2d4c758b>

- Kokko S: Tauti ja sairaus – työikäiset terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Kuopion yliopiston julkaisuja. Alkuperäistutkimukset 1/1988. Kuopio 1988.
- Kokko S, Telaranta T. Perusterveydenhuollon tila 2006. *Suom Lääkäril.* 2006;61:5215-18
- Kokko S. Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa: Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L ja Leppo K (toim) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere 2013. ss.242-60.
- Koponen J. Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere 2012.
- Koponen P, Voutilainen S, Pellinen S, Perttilä K, Liukko M, Kerppilä S, Salinto M, Aro S. Väestövastuu henkilökunnan kokemana. VPK – väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 56. Helsinki 1992.
- Korteisto T, Komulainen J, Mäkelä M, Kunnamo I, Kaila M. Clinical decision support must be useful, functional is not enough: a qualitative study of computer-based clinical decision support in primary care. *BMC Health Serv Res* 2012;12:349. doi: 10.1186/1472-6963-12-349.
- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010 Mar 13;10:65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65.
- Krztoń-Królewiecka A, Švab I, Oleszczyk M, Seifert B, Smithson WH, Windak A. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. *BMC Fam Pract.* 2013 Mar 19;14:37. doi: 10.1186/1471-2296-14-37.
- Kukkola S, Erhola M, Arvio P, Poussa T, Kekki P: Effectiveness of treatment prescribed by GPs: patient assessment. *Primary Health Care Research & Development.* 2010;11:396-404. doi: 10.1017/S1463423610000174
- Kumpusalo E ja Lääkäri 98-tutkijaryhmä. Lääkärien ammatti-identiteetistä. *Suom Lääkäril.* 2002;57:3395-6.
- Kumpusalo E. Osuuskunnat toisen polven terveyskeskuksien tukijalaksi. *Suom Lääkäril.* 2007;62:4071.
- Kumpusalo E, Mäkelä M. Laadunvarmistus yleislääkärin työssä. *Duodecim.* 1993;109(13):1171-7.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos. Lääkärisopimus 2000. Helsinki 2000.
- Kuusela Maisa. Yleislääkärin vastaanoton laatu – lääkärin näkökulma. Laatuvalmentajakoulutuksen projektityö 1998. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. (Julkaisematon)
- Kvist T. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto, 2004 Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. (siteerattu 7.7.2013) http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0062-X/urn_isbn_951-27-0062-X.pdf
- Kyösti M, Larivaara P. Terveyskeskuslääkäreiden työssä jaksaminen. *Suom Lääkäril.* 2004;59:1169-1173.
- Käyhkö K, Valkonen M. Mikä tekisi terveyskeskuslääkärityön houkuttelevaksi? Helsingin terveyskeskuslääkäreiden toiveita ja ehdotuksia. *Suom Lääkäril.* 2002;57:3283-3286.
- Käypä hoito –suositukset. (siteerattu 19.2.2013) <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>
- Laakso V. Relieved after doctor's consultation? Primary health care patients' complaint-related worries. Turun yliopisto. Turku 2013.
- Laatikainen T, Sikiö M, Tirkkonen H, Niemi A, Kekäläinen P, Turunen A, Mustonen J, Ketonen M, Kumpula T, Colpaert A, Tykkyläinen M. Potilastietojärjestelmästä tuki laadun arviointiin. *Suom Lääkäril* 2013;68:1986-8.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Helsinki 2008. (siteerattu 19.2.2013) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Helsinki 1994. (siteerattu 12.2.2013) <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559>
- Lappalainen I, Kansola M, Wiili-Peltola E, Lehtomäki E. Julkisen ja yksityisen terveysaseman vertaileva arviointi - pilottina Tampereen terveysasematointi. *Yleislääkäri.* 2011;6:26-9.
- Larivaara P. Perhelääketiede–uusi näkökulma lääkärin työhön. *Duodecim* 2000;116(21):2399-400
- Legido-Quigley H, Panteli D, Brusamento S, Knai C, Saliba V, Turk E, Solé M, Augustin U, Car J, McKee M, Busse R. Clinical guidelines in the European Union: mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states. *Health Policy.* 2012 Oct;107(2-3):146-56. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.08.004.
- Lehtomäki L. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto 2009. (siteerattu 25.1.2014) <http://tampub.uta.fi/bitstream/hand>

- le/10024/66495/978-951-44-7758-4.pdf?sequence=1
- Lehtovirta J, Vuokko R. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kirjallisuuden opas. Keskeisten kertomuskirjoitusten kirjallisuus sähköiseen potilaskertomukseen. Osa I. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013.
- Leiblum SR, Schnall E, Seehuus M, DeMaria A. To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician. *Fam Med*. 2008 Jun;40(6):407-11.
- Leistevuo J, Huikko S, Rautakorpi UM, Leistevuo T, Honkanen PO, Klaukka T, Mäkelä M, Palva E, Roine R, Sarkkinen H, Varonen H, Huovinen P; Mikstra Collaborative Study Group. Prescription rates and diagnostic patterns are stable: a comparison of high-, medium- and low-prescribing primary care physicians treating community-acquired respiratory tract infections. *Scand J Infect Dis*. 2005;37(6-7):465-70.
- Leloirain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, Rigal L. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *Eur J Gen Pract*. 2012;19:23-8 doi:10.3109/13814788.2012.709842
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of Patients Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA* 2000;284:1021-7.
- Lewitt C, Hilts L. The Quality in family practice. Book of Tools. 2010. <http://qualitybookoftools.ca/>
- Lu DJ, Hakes J, Bai M, Tolhurst H, Dickinson JA. Rural intentions: Factors affecting the career choices of family medicine graduates. *Can Fam Physician*. 2008 July; 54(7):1016-7.e5.
- Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, Mölstedt S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Fam Pract*. 2002 Dec;19(6):638-40.
- Lämsä R, Larivaara M, Heponiemi T, Elovainio M. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kirjallisuuden opas. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kirjallisuus sähköiseen potilaskertomukseen. Osa II. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014.
- Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R B. Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Open University Press 2009.
- McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehotra P, Nadler E, Arora NK, Lawrence W, Street RL Jr. Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Soc Sci Med*. 2011 Apr;72(7):1085-95. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.020.
- McKinley RK, Middleton JF. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999 Oct;49(447):796-800.
- McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000;321:867-71.
- McKinstry B, Hammersley V, Burton C, Pinnock H, Elton R, Dowell J, Sawdon N, Heaney D, Elwyn G, Sheikh A. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Qual Saf Health Care*. 2010 Aug;19(4):298-303. doi: 10.1136/qshc.2008.027763.
- Mead N, Bower P, Roland M. Factors associated with enablement in general practice: cross-sectional study using routinely-collected data. *Br J Gen Pract*. 2008 May 1; 58(550): 346-352. doi: 10.3399/bjgp08X280218
- Mead N, Roland M. Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ*. 2009 Sep 16;339:b3450. doi: 10.1136/bmj.b3450.
- Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, Vojt G. More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. *Br J Gen Pract*. 2007 December 1;57(545):960-6. PMID: PMC2084135
- Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract*. 2012 Feb 8;13:6. doi: 10.1186/1471-2296-13-6.
- Meriranta, Päivi. Kohonneen verenpaineen hoito Hyvää hoitoa etsimässä. Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 471. 2009.
- Miller A, Archer J. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. *BMJ*. 2010 Sep 24;341:c5064. doi: 10.1136/bmj.c5064.
- Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65(suppl):S63-7.
- Mola E. Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract*. 2013;19:128-31 doi:10.3109/13814788.2012.756866

- Mäenpää E, Virjo I. Lääkäri sairaana työssä. *Suom Lääkäri*. 2012;67:3381-7.
- Mäkelä M, Booth B, Roberts R (toim). *Family Doctors' Journey to Quality. The WONCA Working Party on Quality in Family Medicine*. STAKES 2001.
- Mäkelä M: Näyttöön perustuva hoito – isäntä vai renki? ja Öhman J: Kliinistä osaamista ei voi korvata. *Suom Lääkäril*. 2011;66:2744-7.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP, Lappalainen J. Hoitosuosituksen toimeenpano (pdf, 2003) *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*. Vammala 2003. http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=7b82110b-60a7-11de-8d93-611da34ece74/Toimeenpano-opas_2003.pdf
- Mäntyselkä P, Aira M, Myllykangas M, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Ammatinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon - vai ei? *Suom Lääkäril*. 2006;23:2511-7.
- Mäntyselkä P, Aira M, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Increasing size of health centres may not prevent occupational isolation. *Occup Med (Lond)*. 2010 Sep;60(6):491-3. doi: 10.1093/occmed/kqq084.
- Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Mar;25(1):27-32.
- Mölläri K, Vuorio S. Perusterveydenhuolto 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 20/2013. (siteerattu 10.7.2013) http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110227/Tr20_13.pdf?sequence=1
- National Research Council. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.
- Nguyen L, Sauni R, Koponen P, Alha P, Häkkinen U. Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Kirjassa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012*. Tampere 2012.
- NHS Employers & General Practitioners Committee (BMA). *Quality and Outcomes Framework – Guidance for GMS contract 2009/10*. (Siteerattu 6.10.2013) http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/QOF_Guidance_2009_final.pdf
- Nummenmaa J. Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto 2007. (siteerattu 13.2.2013) <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67688/978-951-44-6826-1.pdf?sequence=1>
- Oleszczyk M, Svab I, Seifert B, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Fam Pract*. 2012 Mar 12;13:5. doi: 10.1186/1471-2296-13-15
- Overeem K, Faber MJ, Arah OA, Elwyn G, Lombarts KM, Wollersheim HC, Grol RP. Doctor performance assessment in daily practise: does it help doctors or not? A systematic review. *Med Educ*. 2007 Nov;41(11):1039-49.
- Ozvacić Adžić Z, Katić M, Kern J, Lazić D, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. *Croat Med J*. 2008 Dec;49(6):813-23.
- Parmanne P, Saukkonen S-M, Ruskoaho J, Vuorio S. Lääkärivaje hidastaa hoitopäsyä terveyskeskuksissa. *Suom Lääkäril*. 2010;65:3989 - 94
- Paunio R-L. Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu. 2007, Dnro 2828/2/07 (siteerattu 18.1.2014) [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=ereoopaa&\\${BASE}=ereoopaa&\\${THWIDS}=0.36/1390118556_437465&\\${TRIP-PIPE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=ereoopaa&${BASE}=ereoopaa&${THWIDS}=0.36/1390118556_437465&${TRIP-PIPE}=PDF.pdf)
- Peck F, Tulinius C (Edit.). *Royal College of General Practitioners. The Core Curriculum Statement. Being a General Practitioner*. 2012. (siteerattu 4.4.2013) <http://www.rcgp.org.uk/gp-training-and-exams/~media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Being-a-GP.ashx>
- Peek ME, Tang H, Cargill A, Chin MH. Are there racial differences in patients' shared decision-making preferences and behaviors among patients with diabetes? *Med Decis Making*. 2011;31(3):422-31.
- Pendleton D. *Doctor-patient Communication: A Review*. Teoksessa Pendleton D, Hasler J. *Doctor-Patient Communication*. ss 5-8. Academic press. Lontoo 1990.
- Peters SL, Lind JN, Humphrey JR, Friedman JM, Honein MA, Tassinari MS, Moore CA, Mathis LL, Broussard CS. Safe lists for medications in pregnancy: inadequate evidence base and inconsistent guidance from Web-based information, 2011. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2013 Mar;22(3):324-8. doi: 10.1002/pds.3410.
- Poitras S, Durand MJ, Côté AM, Tousignant M. Guidelines on low back pain disability: interprofessional comparison of use between general practitioners, occupational therapists, and physiotherapists. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012 Jun

- 15;37(14):1252-9. doi: 10.1097/BRS.0b013e-31824b6adf.
- Pyörälä E ja Hietanen P. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillisista kehitymistä. *Suom Lääkäril.* 2011;66:469-73.
- Rademakers J, Delnoij D, Nijman J, de Boer D. Educational inequalities in patientcentred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Serv Res.* 2012 Aug 17;12:261. doi: 10.1186/1472-6963-12-261.
- Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ.* 2006 Jul 1;333(7557):19.
- Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH, Adler N, Warton EM, Schilling D. Communication and medication refill adherence: the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med.* 2013 Feb 11;173(3):210-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.1216.
- Rautakorpi UM, Huikko S, Honkanen P, Klaukka T, Makela M, Palva E, Roine R, Sarkkinen H, Varonen H, Huovinen P; MIKSTRA Collaborative Study Group. The Antimicrobial Treatment Strategies (MIKSTRA) program: a 5-year follow-up of infection-specific antibiotic use in primary health care and the effect of implementation of treatment guidelines. *Clin Infect Dis.* 2006 May 1;42(9):1221-30.
- Reid RO, Friedberg MW, Adams JL, McGlynn EA, Mehrotra A. Associations between physician characteristics and quality of care. *Arch Intern Med.* 2010 Sep 13;170(16):1442-9. doi: 10.1001/archinternmed.2010.307.
- Rethans JJ, Norcini JJ, Barón-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, LaDuca T, Lew S, Page GG, Southgate LH. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ* 2002;36:901-9
- Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Førde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GP's gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Serv Res.* 2013 Apr 23;13:147. doi: 10.1186/1472-6963-13-147.
- Rosendal M, Vedsted P, Christensen K S, Moth G. Psychological and social problems in primary care patients – general practitioners' assessment and classification. *Scand J Prim Health Care.* 2013;31:43-9. DOI: 10.3109/02813432.2012.751688
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 2002 Aug 14;288(6):756-64.
- Rughani A. *The GP's Guide to Personal Development Plans.* ss.27-39. Radcliffe Medical Press. 2000.
- Ruskoaho J. Terveyskeskusten lääkäritilanne 3.10.2012 (siteerattu 14.10.2013) http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/terveyskeskusten_laakaritilanne_2012_tulokset.pdf
- Ruusuvuori J. Potilaan rooli - onko sitä? *Duodecim* 2013;129(6):656-8
- Ruusuvuori J, Raevaara L, Peräkylä A. Potilas vaivansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän? *Suom Lääkäril* 2003;58:4219-25.
- Salokkila, Pirkko: Encounters in the health care, the voice of the patient. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, no 88. Itä-Suomen yliopisto, 2011
- Sammot MR, Lindh M, Rindlisbacher B on behalf of EURACT. Funding of vocational training programmes for general practice/family medicine in Europe. *Eur J Gen Pract.* 2008;14(2):83-8. doi: 10.1080/13814780802095576.
- Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseener J, Gress S, Heinemann S, Rotar-Pavlic D, Seghieri C, Svab I, Van den Berg MJ, Vainieri M, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. QUALICOPE, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract.* 2011 Oct 20;12:115. doi: 10.1186/1471-2296-12-115.
- Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Greß S, Heinemann S, Murante AM, Rotar-Pavlic D, Schellevis FG, Seghieri C, Van den Berg MJ, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care.* 2013;21(2):67-79.
- Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-Maclean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician.* 2007 Nov;53(11):1956-7.
- Seilo N, Koskela T, Jääskeläinen J, Salminen T, Saarinen M, Ranki P, Sonninen M, Litmanen M, Mattila K. Pirkkalan malli. Työparityöskentelyä ja potilaiden listautumista soveltava toimintatapa terveyskeskuksessa. *Suom Lääkäril* 2010;65:2861-6.
- Shin DW, Park JH, Shim EJ, Hahm MI, Park JH, Park EC. Predictors and outcomes of feeling of

- insufficient consultation time in cancer care in Korea: results of a nationwide multicenter survey. *Support Care Cancer*. 2012 Sep;20(9):1965-73. doi: 10.1007/s00520-011-1299-1.
- Sibbald B, Laurant M, Scott A. Changing task profiles. Teoksessa Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (edit.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. (siteerattu 4.4.2013) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
- Siiskonen SJ. Perusterveydenhuollon tuottavuus. Lääketieteen lisensiaatin tutkinnon syventävien opintojen kirjallinen työ. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. 2007. (siteerattu 20.4.2013) http://www.apr.fi/Perusterveydenhuollon_tuottavuus_Siiskonen.pdf
- Siljander E. The Link Between Health Care Systems and Financing: Evaluation of Payment Systems in Selected OECD Countries. Working papers. SSRN – Social Science Research Network. 2011. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1833258>
- Solomon J, Raynor DK, Knapp P, Atkin K. The compatibility of prescribing guidelines and the doctor-patient partnership: a primary care mixed-methods study. *Br J Gen Pract*. 2012 Apr;62(597):e275-81. doi: 10.3399/bjgp12X636119.
- Sosiaali- ja terveystalouden valvontavirasto (Valvira). Potilasasiakirjat. (siteerattu 18.1.2014) http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta (22.9.2000/811). (siteerattu 18.1.2014) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Lääkkeiden määrääminen. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:50:10.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Opas terveydenhuollon henkilöstölle: Potilasasiakirjojen laatiminen, sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia, 2001: 3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Opas terveydenhuololle: Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2012: 4. (siteerattu 18.1. 2014) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki 2002.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon täydennyskoulutus suositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2004:3. Helsinki 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:6. Helsinki 2008. (siteerattu 29.10.2012) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittämissuunnitelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma. 2009. (siteerattu 29.10.2012) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1. Helsinki 2012. (siteerattu 8.4.2013) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2013:15. (siteerattu 8.7.2013) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26855.pdf
- SOTKANet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yksityislääkäriassakäynnit/asukas id:2288 (siteerattu 10.4.2013) <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>
- Stakes. Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Jyväskylä 1995.
- Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 8, 403-4.
- Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804.
- Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Health Policy*. 2011 May;6(4):27-31.

- Strandberg EL, Brorsson A, Hagstam C, Troein M, Hedin K. "I'm Dr Jekyll and Mr Hyde": Are GPs' antibiotic prescribing patterns contextually dependent? A qualitative focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2013 Sep;31(3):158-65. doi: 10.3109/02813432.2013.824156.
- Strandberg EL, Ovhed I, Håkansson A, Troein M. Can the APO method be used for measuring soft data?: a pilot study. *Scand J Prim Health Care*. 2011 Dec;29(4):241-6. doi: 10.3109/02813432.2011.628233.
- Sumanen M, Aine T, Halila H, Heikkilä T, Hyppölä H, Kujala S, Vänskä J, Virjo I, Mattila K. Where have all the GPs gone--where will they go? Study of Finnish GPs. *BMC Fam Pract*. 2012 Dec 18;13:121. doi: 10.1186/1471-2296-13-121.
- Suomen Lääkäriliitto. Lääkäri ja laatu. Suomen lääkäriliiton kirjasarja. Helsinki 1999.
- Suomen Lääkäriliitto. Suomen Lääkäriliiton valtuuskunta perusterveydenhuollosta: Listautumismallilla terveyskeskukset toimiviksi. *Suom Lääkäril*. 2006;61:5244
- Suomen lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. 2013. (siteerattu 2.3.2013) http://www.laakariliitto.fi/files/laakaririitti_etiikka_2013.pdf
- Suomen lääkäriliitto. Lääkärit Suomessa 2013. (siteerattu 1.10.2013) http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/ll_vuositi13_net1_130909.pdf
- Suomen Sydäntautiliiton Verenpainetyöryhmän Suositus. Kohonneen verenpaineen toteaminen ja hoito. *Suom Lääkäril* 1994;49:1831-.
- Talen MR, Muller-Held CF, Eshleman KG, Stephens L. Patients' communication with doctors: a randomized control study of a brief patient communication intervention. *Fam Syst Health*. 2011 Sep;29(3):171-83. doi: 10.1037/a0024399.
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D ym. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA*. 2007 Sep 5;298(9):993-1001.
- Tate P. *The Doctor's Communication Handbook*. Oxford ja New York 1994.
- Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. *Sitra reports* 82. 2009. (siteerattu 10.7.2013) http://www.isc.hbs.edu/pdf/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009.pdf
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuusopas. Helsinki 2011. (siteerattu 18.2.2013) <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326 (siteerattu 22.1.2013) http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Terveystieteiden_tutkimuskeskus
- Teunissen T, Visse M, de Boer P, Abma TA. Patient issues in health research and quality of care: an inventory and data synthesis. *Health Expect*. 2011 doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00718.x. [Epub ahead of print]
- Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003 Sep;87(5):1115-45.
- Themessl-Huber M, Humphris G, Dowell J, Macgillivray S, Rushmer R, Williams B. Audio-visual recording of patient-GP consultations for research purposes: A literature review on recruiting rates and strategies. *Patient Educ Couns*. 2008;71:157-68.
- Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ* 2003;326:1070-3.
- Thornton RL, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient-physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care quality. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):e201-8. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.015.
- Tilastokeskus: Tilastot: Julkinen talous, Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta (siteerattu 15.3.2013) <http://tilastokeskus.fi/til/ktt/tau.html>
- Toiviainen H: Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaina kuluttajina. *Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus*. 2007.
- Tonkin-Crime S, Yardley L, Little P. Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care: a systematic review and meta-ethnography. *J Antimicrob Chemother*. 2011 Oct;66(10):2215-23. doi: 10.1093/jac/dkr279.
- TOPAS-Europe. European Practice Assessment (EPA) – Easy to use and scientifically developed quality management for general practice. (siteerattu 6.10.2013). http://www.topaseurope.eu/files/EPA-Information-Paper-English-vs11_0.pdf
- Tsiga E, Panagopoulou E, Sevdalis N, Montgomery A, Benos A. The influence of time pressure on adherence to guidelines in primary care: an experimental study. *BMJ Open*. 2013 Apr 11;3(4): pii: e002700. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002700. Print 2013.
- Tuorila H. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Duodecim* 2013;129(6):666-71

- Turun yliopisto. Erikoislääkärin tutkinto. Opinto-opas 2013-2015. Lääketieteellinen tiedekunta. (siteerattu 15.10.2013) http://www.med.utu.fi/opiskelu/opinto-opaat/opinto_opas_EL_2013_2015.pdf
- Vainiomäki P. Kasvamassa lääkäriksi: Tutkimus juonneopetuksen suunnittelusta, toteutumisesta ja vaikutuksista Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa vuosina 1989-1993. Turun yliopisto. Turku 1995.
- Vainiomäki P, Helin-Salmivaara A, Holmberg-Marttila D, Meriranta P, Timonen M. Ohjauksessa osaamista, oivallusta ja onnistumisen iloa – Opas yleislääketieteen erikoistumiseen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013.
- Valtonen, Hannu, Linnosmaa, Ismo, Kankaanpää, Eila (2011) Riippuvatko kuntien perusterveydenhuollon käyttö ja kustannukset erikoissairaanhoidon hinnoista? Teoksessa Jan Klavus (toim.) Terveystaloustiede 2011. Helsinki. THL.
- Valtioneuvosto. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 2011. (siteerattu 8.4.2012) <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>
- Vanagas G, Klimavičiūtė-Gudauskienė R. Factors Affecting Electronic Health Information Needs in Primary Care Patients. *Telemed J E Health*. Dec 2012;18(10):724-8.
- van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, Wensing M. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2009 Jul 15;9:118. doi: 10.1186/1472-6963-9-118.
- van Dijk CE, Verheij RA, Te Brake H, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Changes in the remuneration system for general practitioners: effects on contact type and consultation length. *Eur J Health Econ*. 2014;15:83-91.
- van Es JM, Schrijver CJ, Oberink RH, Visser MR. Two-dimensional structure of the MAAS-Global rating list for consultation skills of doctors. *Med Teach*. 2012;34(12):e794-9. doi: 10.3109/0142159X.2012.709652.
- van Thiel, Ram P, van Dalen J. MAAS-Global Manual 2000. (siteerattu 15.2.2013) http://www.hag.unimaas.nl/Maas-Global_2000/GB/MAAS-Global-2000-EN.pdf
- Varis J, Savola H, Vesalainen R, Kantola I. Verenpainetaudin hoitotasapaino ei ole Suomessa vieläkään hyvä. *Suom Lääkäril*. 2008; 63:3289-95.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri: Hoitoreitit. (siteerattu 19.2.2013) <http://www.vsshp.fi/fi/hoitoreitit/15982>
- Vashitz G, Meyer J, Parmet Y, Henkin Y, Peleg R, Liebermann N, Gilutz H. Adherence by primary care physicians to guidelines for the clinical management of dyslipidemia. *Isr Med Assoc J*. 2011 Nov;13(11):657-62.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Roitto H-M, Kumpusalo E. Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksesta? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus III. *Suom Lääkäril*. 2003;58:188-193.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Vihola T, Kumpusalo E. Lääkärien arviot terveyskeskusten toimivuudesta Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus II. *Suom Lääkäril* 2002;57:5063-7.
- Ventelou B, Rolland S, Verger P. A Case Study on the Substitution Effect between the Length of GP Consultation and Drug Prescribing Practices. *Healthc Policy*. 2010 May;5(4):58-68.
- Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health*. 2012 Mar 12;11:12. doi: 10.1186/1475-9276-11-12.
- Virtanen P, Mattila K. Työterveyslääkärin potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. *Suom Lääkäril*. 2011;66:3583-8
- Vohlonen I, Komulainen M, Vehviläinen A, Vienenon M. Ulkoistetun avosairaanhoidon toimivuus ja tulokset Kouvolassa. *Suom Lääkäril*. 2010;65:817-27.
- Vuori H. Terveystalouden laatutyön kehitys Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2013;50:87-95.
- Vuorma S, Koskela T. Väestövastuusta listautumismalliin Vantaalla. *Suom Lääkäril*. 2012;67:3665-71.
- Vänskä J, Viitanen J, Hyppönen H, Elovainio M, Winblad I, Reponen J, Lääveri T. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä kriittisiä. *Suom Lääkäril*. 2010;65:4177-83
- Weiner IP. Doctor-patient communication in the e-health era Israel *Journal of Health Policy Research* 2012, 1:33 <http://www.ijhpr.org/content/1/1/33>
- Wenghofer EF, Williams AP, Klass DJ. Factors Affecting Physician Performance: Implications for Performance Improvement and Governance. *Healthc Policy* 2009;5:e141-60.
- Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD003540.

- Winblad I, Hyppönen H, Salo S, Reinikainen K, Reponen J: Onko tietokone vastaanoton aikavaras? *Suom Lääkäril* 2009;64:3956-9.
- Winblad I, Hyppönen H, Vänskä J, Reponen J, Viitanen J, Elovainio M. Potilastietojärjestelmät tuoterkeittäin arvioitu. Kaikissa on kehitettävää. *Suom Lääkäril* 2010;65:4185-94
- Winblad I, Reponen J, Hämäläinen P. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2010. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 3/2012. Helsinki:Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. (siteerattu 17.1.2014) <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/825d0af8-f97c-4192-bf5b-ba5e1bf773aa>
- Winblad U, Isaksson D, Bergman P. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget. 2012. (siteerattu 2.3.2013) http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2012/R2_2012_Effekter_av_valfrihet.pdf
- Winell K, Soveri P, Heikkinen K, Paajanen M, Sattuli-Autere S, Suominen L, Tirkkonen H. Systemaattisella laatu työllä parannetaan valtimotautien ehkäisyä. *Suom Lääkäril* 2011;66:1835-9.
- WONCA. Wonca in brief. (siteerattu 2.3.2013) <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>
- WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. (siteerattu 26.10.2012) <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
- Yates J, James D. Risk factors at medical school for subsequent professional misconduct: multicentre retrospective case-control study. *BMJ*. 2010 Apr 27;340:c2040. doi: 10.1136/bmj.c2040.
- Żak-Gołąb A, Holecki M, Smertka M, Chudek J. Do primary care physicians follow the current recommendations for hypertensive pharmacotherapy? *Pol Arch Med Wewn*. 2013;123(5):206-14. Epub 2013 May 13.
- Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

(Esim.oliko lääkäriellä käytettävissään kaikki tarpeelliset tiedot ja välineet, sujuiko vastaanotto ilman häiriöitä jne.)

Arvionne vastaanoton taloudellisesta laadusta:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(Esim.määräsikö lääkäri tutkimuksia ja hoitoja järkevästi ottaen huomioon sekä taloudelliset näkökohdat että sairauden laadun?)

Arvionne vastaanottoajan riittävydestä:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(Riittikö varaamanne aika asianne hoitamiseen?)

Kykenettekö mielestänne tämän vastaanoton jälkeen ..

	paljon paremmin	paremmin	entiseen tapaan tai huonommin
* selviytymään elämässänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* ymmärtämään sairauttanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* tulemaan toimeen sairautenne kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* pitämään itsenne terveenä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* tuntemaan terveydentilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* auttamaan itseänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arvionne terveyskeskuksen palveluista yleensä:

erit- tän huono	huono	kohta- lainen	hyvä	erit- tän hyvä	en osaa sanoa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUOSTUMUS POTILASASIKIRJOJEN KÄYTTÖÖN TUTKIMUKSESSA

Kiitos vastauksistasi ja vaivannäöstäsi! Kaksi tämän terveyskeskuksen ulkopuolista kokenutta yleislääkärinä arvioi joka viidennen tähän tutkimukseen kuuluvan vastaanoton potilasasiakirjat. Tutkijoille annetaan ainoastaan tämän lääkärisäkäynnin ja siihen oleellisesti liittyvät liittyvät tiedot ilman potilaan tai lääkärin henkilötietoja.

Annatteko suostumuksenne potilasasiakirjojen käyttöön tässä tutkimuksessa? Kyllä
En

allekirjoitus _____

Liite 3. Lääkärin perustiedot.**LÄÄKÄRIN PERUSTIEDOT**

koodi: _____

Syntymävuosi _____**Sukupuoli** mies _____
 nainen _____**Valmistumisvuosi(LL)** _____**Erikoisala** _____ **Erikoistumisvuosi** _____**Olen työskennellyt tässä terveyskeskuksessa:** _____ v _____ kk**Noudatan ns. väestövastuuvirkaehtosopimusta** kyllä: _____
 en: _____

Vastuuväestön koko _____

erittäin huono	huono	kohtalainen	hyvä	erinomainen
----------------	-------	-------------	------	-------------

Tyytyväisyyteni työhöni (ja työolosuhteisiin) yleensä **Arvioni ammatillista taidoistani** **Arvioni vuorovaikutustaidoistani** **Suostuisin jatkossa vastaanottoni videoimiseen tutkimustarkoitusta varten (1-4 asiakasta)**

kyllä: _____

en: _____

Liite 4. Potilasasiakirjojen laadun arviointilomake.
TERVEYSKERTOMUKSEN ARVIOINTILOMAKE

ARVIOIJA: _____ PVM: _____

Lomakkeen numero:

Päivämäärä	
Merk. tehneen titteli	
Merk. tehneen nimi	
Tulosyy (k, jos kontrolli)	
Esitiedot * (jos kts. ed tai muu käynti)	
Nykytila *	
Havainnot/Status*	
Laboratorio-/tutkimustulokset*	
Ongelma (jos 2 tai useampi, merkitään numerolla)	
Taudin määrittely/terveysriski	
Johtopäätökset	
Laboratorio/tutk. määräykset *	
Hoidon/toim.pit. suunnittelu *	
Hoidon seuranta	
Hoidon/toimenpiteen toteutus * (L, jos hoitona lääkitys)	
Lääkemääräykset *	
Lähetekonsultointi	
Todistukset/lausunnot	
Tarpeettomat tiedot	
Yleisarvio *	
Kirjoitusvirhe	

Jos ei tarvetta johonkin merkintään, merkitään e.

*:llä merkityt arvioidaan -, +, ++

Esitiedot: ei mainittu-, mainittu +, tarkennettu ++

Nykytila: ei mainittu-, mainittu +, tarkennettu ++

Havainnot/Status: ei mainittu-, mainittu +, tarkennettu ++

Tutkimustulokset/laboratoriotulokset: ei mainittu-, mainittu +, tarkennettu ++

Hoidon/toimenpiteen suunnittelu: ei mainittu-, mainittu +, tarkennettu ++

Hoidon/toimenpiteen toteutus: ei mainittu-, mainittu +, tarkennettu ++, jos lääkehoito L

Lääkemääräykset: ei mainittu-, vaikuttava aine/lääkenimi+, annostelu, pakkauskoko ++

Huomautuksia:

Liite 5. MAAS-Global arviointilistan vuorovaikutusosion arviointikohteiden kuvauksen käänös. (Käännetty soveltaen suomen kieleen sopivaksi. Esimerkiksi evaluation-sana on käännetty sanaksi loppuyhteenveto, koska käsikirjan mukaan sen sisältö vastaa enemmän yhteenvetoa kuin arviointia. Alkuperäinen van Thiel ym. 2000.)

Lääkärin vuorovaikutustaidot vastaanottotapahtuman eri vaiheissa

1. ALOITUS/JOHDANTO

- antaa potilaan kertomukselle tilaa.
- kartoittaa yleisesti tulossyn.
- kysyy muita vastaanotolle tulon syitä.

2. SEURANTAKÄYNTI

- nimeää aikaisemmat vaivat, ongelmat ja hoitosuunnitelman.
- kysyy hoitosuunnitelman toteutumisesta.
- kysyy, miten vaiva on kehittynyt/edennyt.

3. NYKYONGELMA

- nimeää potilaan nykyongelman, toiveet ja odotukset.
- nimeää syyt, mitkä saivat potilaan tulemaan juuri nyt.
- täydentää perehtymällä ongelmaan.

4. FYYSINEN TUTKIMUS

- antaa potilaalle ohjeita miten hänen tulisi toimia tutkimisen aikana.
- selittää, miten tutkiminen etenee.
- kohtelee potilasta huolehtivasti ja kunnioittavasti.

5. DIAGNOOSI

- mainitsee löydökset ja kertoo diagnoosit/hypoteesit.
- kertoo vaivan aiheuttajan tai löydösten ja diagnoosin väliset suhteet.
- antaa ennusteen tai kertoo taudin oletetusta kulusta.
- keskustelee potilaan kanssa näistä.

6. VASTAANOTTOTAPAHTUMAN HALLINTA

- tekee päätökset yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, keskustelee vaihtoehtoista, riskeistä ja hyödyistä sekä potilaan mahdollisuuksista toteuttaa hoitoa.
- määrittelee yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, kuka tekee ja mitä tekee.

7. VASTAANOTTOTAPAHTUMAN LOPPUYHTEENVETO

- esittää yleisen kysymyksen (potilaan odotusten toteutumisesta).
- kysyy, saiko potilas avun.
- tekee potilaan kanssa tilannekartoituksen.

8. PEREHTYMINEN/SYVENTYMINEN

- perehtyy potilaan nykyongelmaan, toiveisiin ja odotuksiin.
- selvittää, onko potilas ymmärtänyt annetun informaation.
- vastaa sanattomaan viestintään ja vihjeisiin.

9. TUNTEET/TUNTEIDEN ILMAISU

- kysyy potilaan tunteista/ selvittelee tunteita,
- vastaa tunteisiin (ottaen huomioon niiden laadun ja voimakkuuden) riittävästi koko vastaanoton ajan.

10. POTILAAN INFORMOINTI

- antaa tietoa, luokittelee.
- antaa tietoa pienissä osissa, selittää konkreettisesti.
- puhuu potilaan ymmärtämää kieltä.
- varmistaa, että potilas on ymmärtänyt.

11. YHTEENVEDOT

- yhteenvetojen sisältö on oikea ja täydellinen.
- yhteenvetojen sisältö on tarkka ja annettu toistetusti.
- tarkistaa, onko potilas ymmärtänyt riittävästi koko vastaanottotapahtuman ajan.

12. RAKENNE

- Vastaanotto etenee loogisessa järjestyksessä.
- Ajankäyttö on tasapainoinen.
- Lääkäri kertoo potilaalle etenemisestä vastaanoton eri vaiheissa.

13. EMPATIA

- on huolehtiva, kannustava, käyttää sydämestään empaattista äänensävyä, eleitä ja katsekontaktia.
- ilmaisee empatiaa lyhyin sanallisin vastein.