



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Integroitu kirjallisuuskatsaus - terveyskioskitoiminnan mallit ja toteutukset

Puheloinen, Minna

2013 Lohja



Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Integroitu kirjallisuuskatsaus - terveystieteiden mallit ja toteutukset

Puheloinen Minna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2013

Puheloinen Minna

Terveyskioski - kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2013 Sivumäärä 71

Pumppu-hanke on hyvinvointipalveluita ja monituottajamalleja kehittämään pyrkivä teema-hanke, jonka toiminta ajoittuu vuosiin 2011-2014. Laurea-ammattikorkeakoulu on osatoteuttajana hankkeessa. Tämä opinnäytetyö on yhteydessä Laurea-ammattikorkeakoulun PolkuPärijän -osahankkeeseen. Terveyskioski on suhteellisen uusi palvelumalli Suomessa ja aihetta on tutkittu vasta vähän. Ulkomaisia tutkimuksia aiheesta kuitenkin löytyy runsaasti. On tarpeellista saada lisätietoa terveyskioskitoiminnasta ja sen toteutuksista, sillä toiminta näyttää laajenevan Suomessa nopeasti. Tämän opinnäytetyön aiheena on terveyskioskitoiminnan mallit ja toteutukset. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa terveyskioskitoiminnan malleja ja toteutuksia suorittamalla aiheesta integroitu kirjallisuuskatsaus. Tavoitteena on tuottaa kattava kuvaus terveyskioskien toiminnan yleisimmistä malleista ja toteutuksista tutkimuskysymyksiin vastaten.

Opinnäytetyön tutkimusmetodinä on integroitu kirjallisuuskatsaus, joka on kirjallisuuskatsauksen muodoista laajin. Sen avulla saadaan kattava otos tutkittavasta aiheesta, sillä se sallii eri metodein tehtyjen tutkimusten käytön katsauksessa. Tiedonhaku suoritettiin suomen- ja englanninkielisillä hakutermeillä. Tiedonhaun tuloksena katsaukseen valikoitui 32 artikkelia. Näistä 29 oli ulkomaisia ja 3 kotimaisia. Aineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisälönanalyysia.

Terveyskioski on matalan kynnyksen hoitajatasoisia terveystalvaeluja tarjoava palvelupiste. Terveyskioskeista suurin osa sekä Suomessa että ulkomailla sijaitsee kauppapaikkojen yhteydessä. Helppo saavutettavuus ja sijainti yleisellä asiointipaikalla on koettu erittäin tärkeäksi tekijäksi. Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa terveyskioskien toiminta on keskittynyt akuuttien sairauksien hoitamiseen. Tyypillisimpiä terveyskioskeilla hoidettavia vaivoja ovat yleisimmät hengitysteiden, nielun, silmän ja korvan tulehdukset sekä flunssat ja rokotukset. Suomessa painopiste on pyritty pitämään terveyden edistämässä. Suomessa yleisimpiä käyntisyitä ovat terveysneuvonta, erilaiset mittaukset ja rokotukset. Terveyskioskit ovat Suomessa ja Isossa-Britanniassa osa julkista terveydenhuoltoa, Yhdysvalloissa taas yksityistä liiketoimintaa. Kauppaketjut ovat Yhdysvalloissa terveyskioskien merkittävimpiä omistajia. Terveyskioskeilla työskentelevin sairaanhoitajien rooli eroaa perinteisestä ammattiroolista tehtävän itsenäisyyden ja diagnoosin tekemisen korostumisesta johtuen. Työ koetaan antoisana mutta ajoittain myös kuormittavana. Selvää käsitystä terveyskioskien sairaanhoitajien osaamisvaatimuksista ei ole.

Terveyskioskien rooli osana terveydenhuoltoa on vasta muotoutumassa. Terveyskioskitoiminnan tavoitteita ja painopisteitä on edelleen pohdittava ja haluttujen kohderyhmien tavoittamista on kehitettävä. Laajempaa yhteistyötä terveyden- ja sosiaalihuollon kanssa tulisi edistää. Terveyskioskikonsepti voi toimia yhtenä mallina ja innoittajana uusien kustannustehokaiden palvelumuotojen kehittämisessä.

Asiasanat: terveyskioski, terveyden edistäminen, palvelupiste.

Puheloinen Minna

Retail Clinic - An Integrative Review

Year	2013	Pages	71
------	------	-------	----

Retail clinics are a relatively new health care delivery model in Finland. There is a limited number of Finnish studies on retail clinics, although the subject has been extensively studied abroad. Due to a rapid expansion of the retail clinic model, further information is needed on the working processes and organization of these clinics. The purpose of this study is to outline the different models of operation and services offered at retail clinics by means of an integrative review.

The method of this study is integrative review, the most comprehensive type of literature reviews. The integrative review allows the inclusion of data with diverse methodologies. The literature search was carried out in both Finnish and in English. A total of 32 articles, 29 in English and 3 in Finnish, were extracted. The articles were analyzed using deductive data analysis.

Retail clinic is an easy-access clinic staffed by nurses or nurse practitioners. The majority of retail clinics are located at retail sites. Easy accessibility and location at a public site are crucial factors for the success of the retail clinic concept. In the United States and the Great Britain, retail clinics are focused on the treatment of acute, minor illnesses. The common ailments treated there are respiratory, throat, eye and ear infections, flus and vaccinations. The emphasis of services offered at retail clinics in Finland has been on health promotion. The majority of clients visit retail clinics for health counselling, tests, screenings or vaccinations. In Finland and the Great Britain retail clinics are a part of the public health care system, whereas in the United States clinics are privately owned businesses. The majority of retail clinics in the US are owned by retail chain stores. The professional role of the nurses working at retail clinics is unlike the traditional nursing role; working at the retail clinics requires independence and diagnostic skills. The work is rewarding but also stressful at times. The core competences needed for retail clinic nursing are still unclear.

The role of retail clinics as a part of the health care system is still evolving: The goals and emphases of retail clinics need further consideration. Making retail clinics more accessible for the populations in need of their services should be developed in the future. Stronger cooperation between retail clinics and health and social care operators should be promoted. In spite of these challenges, the retail clinic concept could prove to be a model and inspiration for new cost-effective health care services.

Keywords: retail clinic, health promotion.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Keskeiset käsitteet.....	7
2.1	Terveyskioski.....	7
2.2	Terveyden edistäminen	9
2.3	Käsitteiden keskinäiset suhteet	11
3	Opinnäytetyön aihe ja tavoitteet	12
4	Tutkimusmenetelmä.....	13
4.1	Kirjallisuuskatsaus	13
4.1.1	Integroiva kirjallisuuskatsaus	14
4.1.2	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	16
4.2	Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tyyppi.....	18
5	Tutkimuksen toteutus	18
5.1	Tiedonhaku	18
5.1.1	Hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit	19
5.1.2	Hakutulokset	21
5.2	Aineiston luotettavuuden arviointi.....	24
5.3	Aineiston analyysi	29
6	Tulokset.....	30
6.1	Sijainti	30
6.2	Henkilökunta	33
6.3	Toteuttamistavat.....	36
6.3.1	Yksityiset yritykset	37
6.3.2	Osana julkista terveydenhuoltoa	38
6.3.3	Ostopalveluna.....	39
6.4	Terveyskioskien suhteet muuhun terveydenhuoltoon	40
6.5	Palvelut ja käytisyys	44
7	Terveyskioski Suomessa	50
8	Tulosten tarkastelu ja pohdinta	54
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	62
8.2	Jatkotutkimuskysymykset.....	63
	Lähteet	64
	Kuvat.....	68
	Taulukot.....	69
	Liite 1. Laadullisten tutkimusten laadun tarkistuslista	70
	Liite 2. Määrällisten tutkimusten laadun tarkistuslista	71

1 Johdanto

Yhteiskunnan ikärakenteen muuttuminen ja kasvavat palvelutarpeet edellyttävät kunnilta palvelutuotannon uudistamista. Julkiselta terveydenhuollolta vaaditaan yhä enemmän kustannustehokkuutta, vaikuttavuutta ja hoidollisen painopisteen siirtymistä ennaltaehkäisevämmäksi toiminnaksi. Terveydenhuollon asiakkaiden odotukset palveluntarjoajia kohtaan kasvavat muun muassa palveluiden saatavuuden osalta. Nykyinen palvelurakenne ei pysty vastaamaan tulevaisuuden palvelutarpeisiin. Terveyskioskikonsepti on yksi mahdollinen keino vastata muuttuvan toimintaympäristön asettamiin haasteisiin. (Kork, Stenvall & Vakkuri 2010, 9-12.)

Terveyskioski on matalan kynnyksen terveydenhuollon toimipiste, jossa hoidetaan yksinkertaisia terveysongelmia ja tarjotaan ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa. Terveyskioskit sijaitsevat helposti saavutettavissa paikoissa, kuten ostoskeskusten yhteydessä. Terveyskioski-toimintamalli tukee terveydenhuoltojärjestelmän palvelurakenteiden uudistamista. Tiettyjen palveluiden sijoittaminen terveystioskeihin vähentää terveyskeskusten puhelinruuhkia ja vastaanotokäyntejä, jolloin lääkärinaikoja vapautuu niitä tarvitseville. Tämä tehostaa koko terveydenhuollon palvelutarjontaa ja lisää näin asiakas- ja työtyytyväisyyttä. (Sitra 2012.)

Tämä tutkimus on osa PolkuPärjään-osahanketta, jossa monen toimijan yhteistyönä kehitetään ratkaisuja kansalaisen hyvinvoinnin edistämiseksi. PolkuPärjään-hankkeen tavoitteita on muun muassa kartoittaa alueen kuntatoimijoiden palvelustrategiat, tuottaa ennaltaehkäiseviä palvelukokonaisuuksia sekä parantaa ihmisten edellytyksiä oman terveyden ylläpitämiseen. PolkuPärjään-osahanke on osa laajaa Pumppu-hanketta. (Meristö & Tuohimaa 2011.) Pumppuhanke pyrkii kehittämään käyttäjälähtöisiä hyvinvointipalveluita sekä uudistamaan niiden tuottamistapoja. Hankkeessa alueiden välistä tiedon ja hyvien toimintojen välittymistä kehitetään ylimatekunnallisen yhteistyön keinoin. (Pumppu-hanke blogi 2012). Palvelumallina terveystioski on Suomessa suhteellisen uusi ja aihetta on tutkittu vasta vähän. Ulkomaisia tutkimuksia aiheesta kuitenkin löytyy runsaasti. On tarpeellista saada lisätietoa terveystioskitoiminnasta ja sen toteutuksista, sillä toiminta laajenee Suomessa nopeasti.

Opinnäytetyön aiheena on kirjallisuuskatsaus terveystioskitoiminnan nykytilasta. Tavoitteena on tuottaa kattava kuvaus terveystioskien toiminnan yleisimmistä malleista ja toteutuksista tutkimuskysymyksiin vastaten. Työn tarkoituksena on kartoittaa terveystioskitoiminnan malleja ja toteutuksia suorittamalla aiheesta integroitu kirjallisuuskatsaus.

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat terveystioski ja terveyden edistäminen.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Terveyskioski

Suomessa terveyskioski on toimintamallina matalan kynnyksen terveydenhuollon palvelupiste, jossa ihmiset saavat kunnallisen perusterveydenhuollon palveluita. Terveyskioskit sijaitsevat ihmisten arjen toimintojen lähellä kauppaja- ja ostoskeskuksissa. Terveyskioskin toimintamalli perustuu Yhdysvaltalaiseen retail clinic -toiminta-ajatukseseen, jossa hoitajien tarjoamia palveluita tarjotaan ihmisten asiointipaikkojen kuten kauppakeskusten yhteydessä. (Sitra 2012.)

Terveyskioskitoiminta alkoi 2000-luvun alussa Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa.

Rudavsky, Pollack ja Mehrotra (2009, 315) määrittelevät terveyskioskin sellaiseksi klinikaksi, joka sijaitsee kauppapaikalla, henkilökuntana on sairaanhoitajia ja tarjottavat palvelut ovat rajattuja ja kiinteähintaisia.

Terveyskioskien innovaationa on uudentyypinen tapa toteuttaa terveydenhuollon palvelua, jossa perustana on asiakkaan kokema helppous (Deloitte 2008, 7). Asiakkaat väsyvät pitkiin odotusaikoihin, joko vastaanottoajan saamiseksi tai vastaanotolle pääsyn odottamisessa. Pitkät odotukset heikentävät asiakastyytyväisyyttä. Terveyskioskit vastaavat tähän tarpeeseen tarjoamalla vastaanottoaikoja ilman ajanvarausta, lyhyillä odotusajoilla sekä laajoilla aukioloajoilla. Lisäksi sijainti paikassa, jossa asiakas käy muutenkin useita kertoja viikossa (kuten ruokakauppojen yhteydessä), lisää palvelun saavutettavuutta. (Deloitte 2008, 6.)

Terveyskioskeilla on pitkät aukioloajat ja palvelua saa ilman omalääkäriä tai sairausvakuutusta. Rajattuun palveluvalikoimaan kuuluvat akuutit hoidot kuten haavat, infektiot, yleisimmät rokotukset sekä mittaukset. Yhdysvaltojen ja Suomen terveyskioskien toimintaa erottava tekijä on Suomessa toimiva julkinen terveydenhuolto, jonka alaisena terveyskioskit Suomessa toimivat. Terveyskioskista saatavat palvelut ovat Suomessa asiakkaille ilmaisia. (Kork, Stenvall & Vakkuri 2010, 8-10.)

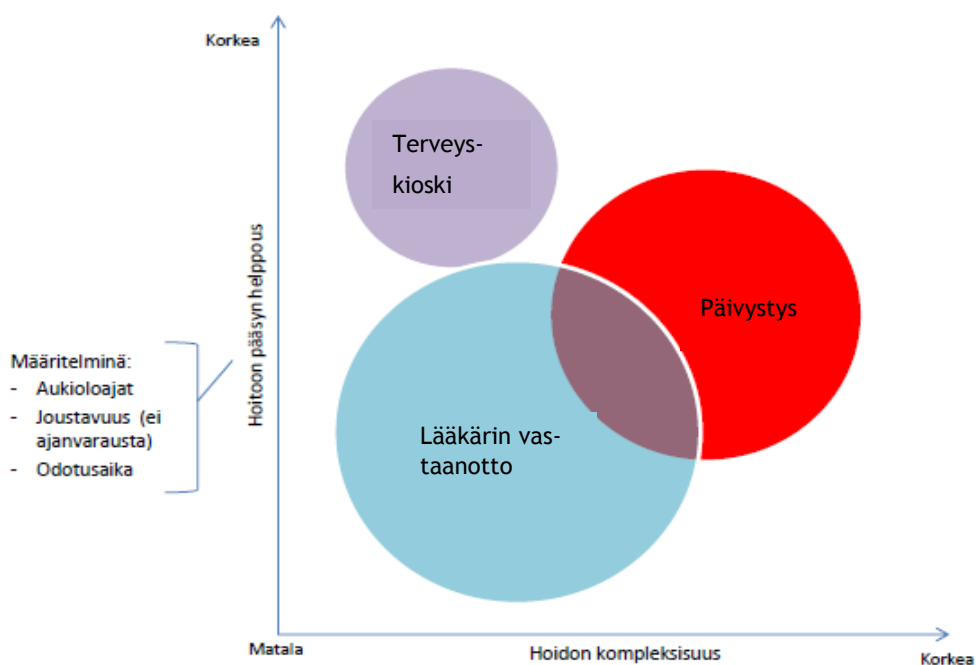
Merkittävimmät syyt käyttää terveyskioskin palveluja ovat hoitoon pääsyn nopeus, sijainnin helppous ja laajat aukioloajat (Salisbury, Manku-Scott, Moore, Chalder & Sharp 2002, 556). Terveyskioskien on uskottu vaikuttavan päivystysten asiakasmääriin. Ne asiakkaat, jotka tarvitsevat apua akuuttiin vaivaansa (joka kuitenkin ei edellytä sairaalapäivystyksen tasoista hoitoa), voivat hakeutua hoitoon terveyskioskeihin. Palvelujen hinnat ovat selvästi esillä vastaanoton yhteydessä. (Evans 2010, 24.)

Taulukossa 1 on listattu brittiläisten terveystioskien ydinominaisuuksia.

Laajat aukioloajat (tyypillisesti 7-22, myös viikonloppuisin)
Hoitoon pääsy ilman ajanvarausta
Helppo, hyvin saavutettava sijainti
Vähäisten sairauksien ja ongelmien hoito, omahoidon ohjaus
Terveyden edistäminen, omahoidon edistäminen
Perustuu olemassa oleville terveydenhoidon palveluille
Sairaanhoitajien vahva rooli, osaamisen hyödyntäminen
Tietokoneohjelma tukemassa sairaanhoitajaa kliinisessä arvioinnissa
Hyvät yhteydet paikallisiin lääkärin vastaanottoihin
Palvelut kohtaavat populaation tarpeet

Taulukko 1: Brittiläisten terveystioskien ydinominaisuuksia (Salisbury, Chalder, Manku Scott, Pope & Moore 2002, 399)

Kuvassa 1 on verrattu terveystioskia, lääkärin vastaanottoa ja päivystystä palvelun saatavuuden ja kompleksisuuden mukaan.



Kuva 1: Terveystioskin sijoittuminen muuhun terveydenhuoltoon (Deloitte 2008, 6)

Suomessa ensimmäinen terveystioski avattiin kokeiluhankkeena Ylöjärvellä kauppakeskus Elossa kesäkuussa 2009 (Sitra 2012). Vuonna 2010 Lahdessa avattiin terveystioski kauppakes-

kus Triossa. Lahden ja Elon terveystioskit olivat osa kaksivuotista tutkimus- ja kokeiluhanketta. Hankkeen tavoitteena oli selvittää, millaisia mahdollisuuksia matalan kynnyksen palvelumalli tarjoaa perusterveydenhuollon palvelurakenteiden uudistumiseen, kuntatalouden hallintaan, riskiryhmien aikaiseen tavoittamiseen sekä asiakas- ja työtyytyväisyyden kehittämiseen. Tampereen yliopisto arvioi hankkeesta saatuja tuloksia ja vaikutuksia, sekä tunnisti parhaita hyödynnettäviä käytäntöjä. Maaliskuussa 2013 Suomessa toimi jo kolmisenkymmentä terveystioskia. (Sitra 2013.)

Terveystioskit tarjoavat ennalta ehkäisevää neuvontaa, pienimuotoisia hoitotoimenpiteitä ja muita hoitajatasoisia palveluita joustavasti ilman ajanvarausta, myös iltaisin ja viikonloppuisin. Hyvä sijainti ja joustava palvelu luovat uuden lähestymistavan kunnallisiin palveluihin ja terveydenhoidon asiakaslähtöisyyteen. Terveystioskin palveluiden helpon saatavuuden ansiosta hoitoon hakeutumisen kynnyks alenee, jolloin terveysongelmiin voidaan puuttua varhain ja estää näin sairauksien kehittymistä ja vähentää hoidon tarvetta. (Sitra 2012.)

Terveystioskit ovat Suomessa osa kunnan perusterveydenhuoltoa ja palvelukokonaisuutta ja ne toimivat terveystioskeskuksen alaisena. Terveystioskit tarjoavat terveystiospalveluita kunnan tarpeiden mukaan. Painopiste palveluilla voi olla ennaltaehkäisevässä terveystiosneuvonnassa, palveluohjauksessa, pienimuotoisessa vastaanottotoiminnassa kuten erilaisissa mittauksissa ja pienissä toimenpiteissä tai eriaiheisissa teemapäivissä. (Sitra 2013.)

2.2 Terveyden edistäminen

Terveys on keskeinen yksilön kokemus hyvinvoinnin osatekijä. Yksilön ollessa terve hän voi hyvin, toteuttaa itseään ja elää yhteisön jäsenenä, toteuttaen oman arvomaailmansa mukaisia päämääriään. Terveystiota voidaan määrittellä hyvin monin eri tavoin. Maailman terveystiosjärjestö (WHO) määrittelee terveyden kokonaisvaltaiseksi hyvinvoinnin tilaksi. Terveyden edistämisen määrittelylle on olemassa monenlaisia tulkintoja. (Etene 2008, 9.) Yhdistyneiden kansakuntien mukaan korkein saavutettavissa oleva terveys on perustavanlaatuinen ihmisoikeus. WHO kuvaa sen prosessina, jossa yksilöllä on mahdollisuus oman terveytensä kontrollointiin ja parantamiseen. Terveyden edistäminen on kansanterveyden ydintoiminto ja tehokkaat toimenpiteet edellyttävät vahvaa poliittista sitoutumista ja laajaa osallistumista. (WHO 2009, 24-25.) Määrittelyn haastavuudesta huolimatta terveyden edistäminen on osa Suomen lainsäädäntöä (Etene 2008, 9). Suomen perustuslaissa veloitetaan julkinen valta osallistumaan väestön terveyden edistämiseen. (Suomen perustuslaki 1999, 19 §) Terveyden edistäminen on yksi terveydenhuollon tehtävistä muun terveydenhoidon ohella (Etene 2008, 9).

Terveyden edistämällä viitataan toimintaan, joka tähtää muutokseen. Se voidaan ymmärtää myös mahdollisuuksien luomisena. Päämääränä on terveyden lisääminen ja vahvistaminen.

(Lahtinen, Koskinen-Ollonqvist, Rouvinen-Wilenius & Tuominen 2003, 20.) Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden edistämisen sellaiseksi toiminnaksi, joka pyrkii lisäämään ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä oman sekä ympäristönsä terveydestä huolehtimiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008). Terveyden edistämisen päämääriä voivat olla muun muassa elämän laadun parantaminen, eliniän piteneminen tai väestön terveyserojen pieneeminen (Lahtinen ym. 2003, 14).

Hallitus on sitoutunut parantamaan perusterveydenhuollon toimivuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012–2015 määrittää alan kehittämistyön tavoitteet sekä tehtävät toimenpiteet. Ohjelma luo, arvioi, levittää ja juurruttaa uusia toimivia käytäntöjä. Ohjelma esittää tavoitteita tukevat lainsäädäntöhankkeet, ohjelmat, suositukset sekä valvonnan toteuttamisen alueet. Kehittämistarpeet ovat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden että kansalaisten esittämiä. Ohjelman laadinnassa on mukana alueellisen ja keskushallinnon asiantuntijoita. Kehittämisohjelman tavoitteina ovat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden asiakaslähtöinen järjestäminen. (Kaste 2012–2015, 4-13.)

Kaste-ohjelmassa yksi tavoitteista on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Huomiota pyritään kiinnittämään ongelmien hoidon sijasta yksilön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseen sekä väestön terveydellisten ongelmien ehkäisyyn. Vaikka terveyden edistämisen toimet koskevat koko väestöä, on erityisesti huomioitava riskiryhmien tarpeet. Joka yksilöllä on oltava mahdollisuus osallisuuteen yhteiskunnassa. Osallisuutta edesauttavat yksilön terveys, koulutus, työ, toimeentulo sekä sosiaaliset suhteet. Kaste-ohjelman toimenpiteenä kohdennettuja terveyden edistämisen muotoja ja matalan kynnyksen palveluja lisätään. Julkisen sektorin, järjestöjen ja yritysten yhteistyöllä kehitetään riskiryhmille kohdennettuja hyvinvoinnin edistämisen keinoja. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin hakeutumista helpotetaan ja alkoholiohjelman mukaisesti toteutetaan koordinaatiomalli alueittain. (Kaste 2012–2015, 18-21.)

Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset ja kehityssuunnat vaikuttavat terveyttä edistävään toimintaan. Terveydenedistämisen tavoitteet ja toimet kuvaavat vallalla olevia terveystähtäyksiä ja -suuntauksia. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 35.) Ympäröivä yhteiskunta ja kansalaisten tasavertaisuus vaikuttavat myös yksilöiden kokemuksiin omasta terveydestään (Etene 2008, 9). Hallitus tukee terveydenhuollon uusia järjestämissuunnitelmia ja edistää kehittyvien käytäntöjen ja toimintojen käyttöönottoa. Kuntien työterveyshuollon sekä terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteita ja sisältöä vahvistetaan. (Kaste 2012–2015, 26.) Kaiken ikäisten ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää terveystoimintaa kehitettäessä on keskeistä asiakas- ja väestölähtöisyys, saumattomat palveluketjut sekä moniammatillinen yhteistyö (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 78).

Terveyden edistämisen painotukset ja sisältö voivat vaihdella eri terveystieteiden ja -lähtökohtien mukaan. Lähtökohtina voidaan nähdä terveyden edistäminen, terveyden suojeleminen tai sairauksien ehkäisy. Ympäristön rakenteellisia olosuhteita muutettaessa terveyttä edistäviksi sekä terveellistä käyttäytymistä tukeviksi voidaan puhua terveyden suojelusta (health protection). (Lahtinen ym. 2003, 20.)

Käsitys ihmisestä ja terveydestä, arvot sekä ammattietiikka luovat perustan terveyttä edistävälle toiminnalle. Eettinen ajattelu ohjaa kohti moniulotteisempaa käsitystä terveydestä. Ihmisarvon kunnioittaminen on eräs keskeisimmistä eettisistä lähtökohdista terveyden edistämiseksi. Terveyttä edistävässä työssä vaaditaan monenlaisia taitoja ja toimintaa, joiden toteutusta ohjaa ammattieettinen perusta. Yksilön terveys on nähtävissä elämän laadullisena ulottuvuutena sekä olemisen voimavarana. Yksilön arvot vaikuttavat hänen näkemyksiinsä terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyden merkitys yksilölle ja kuinka hän terveyden määrittelee, on yksilöllistä. Terveyden edistämällä pyritään tukemaan yksilöä hänen terveystilanteissaan. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 62-63.)

Terveyden edistämisen teoriaperusta on monitieteinen ja koostuu muun muassa käyttäytymis-, kasvatustieteiden, hoito-, sosiaali-, biolääke- ja taloustieteiden alueilta. Biolääketieteellinen näkökulma terveyden edistämiseen on sairauksien ehkäisyn tehostaminen, hoitoon ohjaus sekä käypä hoito. Asenteiden ja toimintojen muuttaminen terveyttä tukevaan suuntaan on käyttäytymistieteellinen lähestymistapa. Kasvatustieteellisesti asiaa lähestyttäessä korostetaan koulutusta ja kasvatusta muutoksen fasilitaattorina. (Lahtinen ym. 2003, 21.)

Hoitotieteellisesti terveyden edistäminen nähdään terveyden säilyttämisenä, sairauksien ennaltaehkäisemisenä ja parantamisena. Sosiaalitieteellisestä näkökulmasta katsottuna sosiaalisten verkostojen aktivointi sekä elinolojen muuttaminen ovat keskeisiä tekijöitä terveyden edistämiseksi. Terveyden edistäminen korostaa ihmisen aktiivisuutta ja osallistumista omaan terveytensä ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Terveyden edistäminen on myös yhteiskunnallista toimintaa, jonka avulla ihmisen kyky hallita terveyttään lisääntyy (empowerment). (Lahtinen ym. 2003, 21.)

2.3 Käsitteiden keskinäiset suhteet

Terveys on tärkeä arvo yksilölle ja yhteiskunnalle. Yksilön ollessa terve, hän voi hyvin, mikä vaikuttaa myös yhteiskuntaan. Yhteiskunnan toiminnan kannalta terveellä väestöllä on suuri merkitys. Sairauksista aiheutuu yksilöille inhimillistä kärsimystä, mutta lisäksi sairaudet nostavat yhteiskunnan kustannuksia ja laskevat tuotantoa. Terveys ja sen edistäminen ovat merkittäviä tekijöitä yksilön ja yhteiskunnan kannalta. (Etene 2008, 10.)

Asiakaslähtöistä ja toimivasti palvelevaa perusterveydenhuoltoa kehitettäessä, terveystioski-konsepti on yksi mahdollinen innovaatio. Kansanterveyslaissa todetaan että terveystioski toimintaan kuuluu ennaltaehkäisevä työ. Resurssien vähyden vuoksi siihen on harvoin mahdollisuutta. Usein terveydenhuollon yksiköissä painopiste on itse hoidossa ja korjaavassa työssä. (Kork ym. 2010,14.) Tarvetta ennaltaehkäisevälle toiminnalle ja kevyille tukipalveluille kuitenkin on.

Terveyttä edistävässä toiminnassa tulee huomioida yhteiskunnan ja sosiaalisten suhteiden merkitys yksilön hyvinvointiin. Uusia työmenetelmiä kehitettäessä tulee huomioida yksilön hallinnan tunteeseen sekä elämönhallintaan liittyvät voimavarat. Yhteiskunnan ja ympäristön tarjoamat mahdollisuudet sekä tiedollinen pääoma lisäävät osaltaan yksilön voimavaroja. Voimavarat taas vaikuttavat yksilön muutoshalukkuuteen. Elämönhallinnalla tarkoitetaan elämän eri ulottuvuuksien sekä yksilön terveyden laaja-alaista tarkastelua. Elämönhallinta on sidoksissa yksilön koettuun terveyteen. Hallittavuus pitää sisällään yksilön kokemuksen omista sekä ympäristön voimavaroista. Hallinnan tunteen vahvistaminen edellyttää niin yksilön kuin yhteisönkin voimavarojen vahvistamista (empowerment), mikä merkitsee muutosta sekä yksilö- että yhteisötasolla. Yksilön ja yhteisön aktiivinen osallistuminen ovat vahvasti esillä empowerment-malleihin perustuvassa terveyden edistämässä. (Pietilä ym. 2002, 156-158.)

Terveystioskien toiminta tukee yksilön voimaantumista edistämällä voimavarojen hallintaa. Terveystioskin matalan kynnyksen ansiosta palvelun käyttö on helppoa ja saavutettavuus vai- vatonta sekä fyysisesti että psyykkisesti. Terveystioskin toiminnan painopiste on kokonaisval- taisessa terveyden edistämässä, mikä pitää sisällään elintapoihin liittyvää ohjausta, neuvon- taa ja motivointia. Toiminta on suunnattu hoidon sijaan ennaltaehkäisyyn ja riskiryhmien mahdollisimman varhaiseen tavoittamiseen. Asiakasta motivoidaan aktiivisemmin ottamaan vastuuta omasta hoidostaan sekä luottamaan omahoitotaitoihinsa. (Kork & Vakkuri 2013, 15- 17.)

3 Opinnäytetyön aihe ja tavoitteet

Opinnäytetyön aiheena on kirjallisuuskatsaus terveystioskitoiminnan nykytilasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa terveystioskitoiminnan malleja ja toteutuksia suo- rittamalla aiheesta integroitu kirjallisuuskatsaus. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuot- taa kattava kuvaus terveystioskien toiminnan yleisimmistä malleista ja toteutuksista tutki- muskysymyksiin vastaten. Pyrkimyksenä on selvittää eri tapoja järjestää terveystioskitoimin- taa sekä kuvata tarjottuja palveluja. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Miten terveystietokoneiden mallit on toteutettu?

Mitkä toiminnot ovat yleisimpiä terveystietokoneissa?

Tutkimuksen tarkoitus tai tehtävä määrittää käytettävän tutkimusstrategian (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 133). Tämä työ on luonteeltaan sekä kartoittava että kuvaileva. Kartoittava tutkimus pyrkii muun muassa etsimään uusia näkökulmia tai selvittämään ilmiöitä. Toisaalta kuvailevalle tutkimukselle on tyypillistä eritellä ja dokumentoida ilmiöiden keskeisiä piirteitä. (Hirsjärvi ym. 2007, 134-135.) Terveystietokoneiden käyttö on Suomessa suhteellisen uutta, joten on tarpeellista saada koottua tietoa toiminnan järjestämisestä ja palveluiden sisällöstä sekä näiden tuloksellisuudesta.

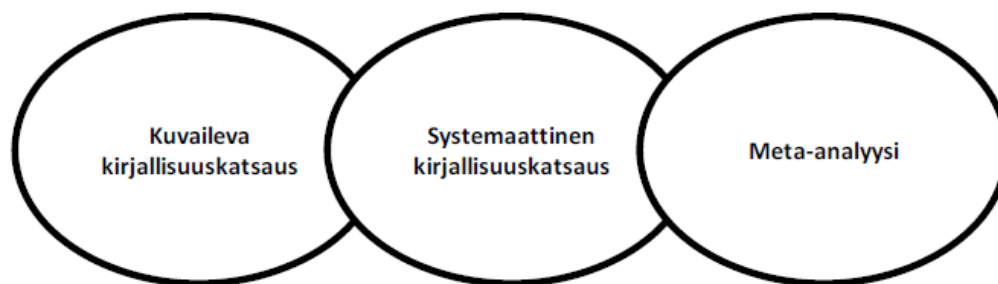
4 Tutkimusmenetelmä

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan saada kokonaiskuva halutusta aihealueesta (Salminen 2011, 3). Tutkimusmenetelmänä se on uudehko. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota tietoa joltakin rajatulta alueelta, usein katsaus tehdään etsittäessä vastausta johonkin kysymykseen tai tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsaus on teoreettinen toisen asteen tutkimus, joka mahdollistaa jo olemassa olevien tutkimusten kokonaisuuden hahmottamisen ja kokoamisen tiivistettyyn muotoon. (Palokangas 2008, 48-49; Leino-Kilpi 2007, 2; Johansson 2007, 3.) Se antaa kuvan siitä, kuinka paljon ja minkätyyppistä tutkimustietoa valitusta aiheesta on olemassa.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimustekniikka perustuu kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen metodin yhdistelmään, kyseessä on ns. mixed method. Kirjallisuuskatsaus metodina pitää sisällään useita eri tyyppisiä, joilla on omat erityispiirteensä. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tutkia jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja koota niistä saadut tulokset, jolloin saadaan perusta uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011, 4-6.)

Kirjallisuuskatsaukset on jaoteltavissa eri tyyppisiin aineiston analyysitavasta riippuen (Johansson 2007, 84). Kuvassa 2 on esitetty kirjallisuuskatsausten tyypittelyä.



Kuva 2: Kirjallisuuskatsausten tyypittely (Salminen 2011, 6)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus aineistosta. Tutkittavat aineistot voivat olla laajoja ja aineistoa valittaessa metodiset säännöt eivät ole tiukkoja. Tutkittavasta ilmiöstä saadaan laaja-alainen kuvaus ja ilmiön ominaisuuksia voidaan luokitella tarvittaessa. Tutkimuskäsitteet voivat olla väljempää kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa kaksi erilaista lähestymistapaa, narratiivinen ja integroiva katsaus. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kirjallisuuskatsauksista metodisesti kevyin. Sitä käytetään, kun halutaan saada laaja näkemys tutkittavasta ilmiöstä tai kuva aiheen historiasta ja kehityksestä. Narratiivisen katsauksen avulla epäyhtenäinen tieto voidaan koota selkeästi jatkuvaksi tapahtumaksi. Päämääränä on helppolukuinen ja ymmärrettävä katsaus. Tutkimuksessa käytettävää aineistoa ei seuloa systemaattisesti, mutta narratiivisella katsauksella saadaan paljon ajantasaista tutkimustietoa esimerkiksi opetuskäyttöön. Varsinaista analyttistä tulosta sillä ei saavuteta. (Salminen 2011, 6-7.)

4.1.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Integroiva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa tutkittavan ilmiön monipuolisen kuvaamisen. Tutkittavasta aihealueesta saadaan kerättyä kattavasti tutkittu tieto yhteen, sillä integroiva katsaus mahdollistaa eri metodein tehtyjen tutkimuksien käytön tutkimuksessa. Se mahdollistaa kirjallisuuden tarkastelun, kriittisen arvioinnin, syntetisoinnin sekä johtopäätöksien teon tulosten perusteella. Integroivalla kirjallisuuskatsauksella on useita yhtymäkohtia systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. (Flinkman & Salanterä 2007, 84-85; Salminen 2011, 6-8.) Integroiva katsaus tuottaa laajemman kuvan aiheesta tehdyistä julkaisuista, sillä kirjallisuuden eri tyypit perspektiiveineen voivat olla vaihtelevampia ja laajempia kuin systemaattisessa katsauksessa. Integroiva kirjallisuuskatsaus ei ole yhtä valikoiva ja aineistoa seulova kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkittavasta aiheesta saadaan integroivalla otteella kerättyä isompi otos, sillä erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset soveltuvat integroivan katsauksen analyysin perustaksi. Integroiva kirjallisuuskatsaus kuvataan vaihteittain kuten systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Integroivan kirjallisuuskatsauksen katsotaan kuuluvan osaksi systemaattista kokonaisuutta sisältäen kuitenkin narratiivisia piirteitä. Integroivaa kirjallisuuskatsausta voidaan pitää jonkinlaisena yhdyssiteenä narratiivisen ja systemaattisen katsauksen välillä.

uksen välillä. Narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta integroiva katsaus eroaa metodin vaatimalla kriittisellä tarkastelulla. Kriittinen arviointi mahdollistaa oleellisen tutkimusmateriaalin tiivistämisen katsauksen perustaksi. (Salminen 2011, 8.)

Integroivasta kirjallisuuskatsauksesta on erotettavissa viisi vaihetta, jotka ovat tutkimuskysymysten muotoilu, aineiston kerääminen, aineiston arviointi, aineiston analyysi sekä aineiston tulkinta ja tulosten esittäminen. Katsauksen teon alkuvaiheessa määritellään tutkimustehtävät ja -kysymykset. Kysymyksen asetelulla saadaan asetettua katsaukselle suunta sekä rajat. Tärkeää on miettiä mihin kysymyksiin halutaan tutkimuksella vastata. Käytetyt keskeiset käsitteet määritellään tarkasti. Keskeiset käsitteet tulisi määritellä ja käsitteellistää ennen aineiston keruuta. Usein käsitteiden määrittely tapahtuu vasta katsauksen tekovaiheessa, sillä käytettävissä lähteissä käsitteet on määritetty usein hieman eri tavoin. Lisäksi määritellään käsitteiden väliset suhteet, joiden kuvaamisessa voidaan käyttää apuna jotakin valmista teoreettista teoriaa tai mallia. (Flinkman & Salanterä 2007, 88-90; Salminen 2011, 8.)

Aineiston keruu strategioineen suunnitellaan huolellisesti etukäteen ja kuvataan haun toteutus täsmällisesti. Aineistoa etsiessä tulisi käyttää useampia eri menetelmiä, jotta potentiaalisista tutkimuksista saadaan riittävän laaja otos. Tiedonhaussa voi käyttää sähköisiä tietokantoja, sähköisiä hakupalveluita, artikkeleiden ja raporttien lähdeluetteloita, konferenssimateriaaleja, verkostoitumista sekä erilaisten tutkimuksien tietokantoihin tutustumista. Täsmällinen kirjaaminen aineistoa etsiessä takaa haun toistettavuuden ja luotettavuuden. Aineiston keruussa käytettävät rajaukset on perusteltava ja kirjattava tarkasti. Tässä vaiheessa tutkimusta on määriteltävä aineiston haun sisällyttämisen- ja poissulkukriteerit, kuten esimerkiksi tutkimuksen tekovuosi tai -kieli. Lisäksi on määriteltävä käytetäänkö katsauksessa vain julkaistuja raportteja vai onko mukana myös julkaisemattomia raportteja, sekä mitä hakutapoja ja hakusanoja haussa on käytetty. Löydetyistä aineistosta valitaan sisällyttämiskriteerien ja relevanttiuden perusteella katsaukseen sopivat tutkimukset. Pyrkimyksenä olisi myös arvioida, mitä jäi löytymättä tai ei muuten pystytty hyödyntämään katsauksen teossa ja onko sillä vaikutusta tutkimuksen lopputuloksiin. Arvioidessa haun onnistumista on otettava huomioon se joukko tutkimuksia, joka jää löytymättä käytettäessä sähköisiä tietokantoja. Löydetyistä tutkimuksista on hyvä tehdä taulukko, johon kirjataan tutkimuksen luonne, metodologia ja tulokset. Näin kokonaisuudesta saa selkeämmän käsityksen ja materiaalia on helpompi hallita. Taulukon voi liittää valmiiseen tutkimukseen, jolloin katsauksen lukijan on helppo nähdä mukana olevien tutkimuksien keskeiset asiat. (Flinkman & Salanterä 2007, 91-92.)

Katsaukseen mukaan otetut tutkimukset arvioidaan, jotta tiedetään saatujen tulosten painoarvo. Integroidun katsauksen tutkimusten laadun arviointi on haasteellista johtuen eri tutkimusmetodien käytöstä. Laadun arviointiin on olemassa erilaisia keinoja. Katsaus, jossa on määrällisiä sekä laadullisia tutkimuksia, voidaan arvioida siten, että kummallakin metodilla

tehtyjen tutkimuksien laadukkuus arvioidaan erikseen erillisillä metodeilla. Aineiston laadukkuutta voidaan arvioida myös kuvaamalla tutkimuksien vahvuudet ja heikkoudet. Tutkimuksia voidaan tarkastella niiden luotettavuuden, toistettavuuden, yleistettävyyden, aineiston edustavuuden ja koon sekä käytettyjen mittarien kautta. (Flinkman & Salanterä 2007, 93.)

Integroidussa katsauksessa aineiston analysointi on haastava, virheille altis vaihe. Katsauksen tavoitteena on tuottaa selkeä ja huolellisesti toteutettu tiivistelmä tutkitusta aiheesta. Katsauksen tuottamat tutkimustulokset tulkitaan tarkasti ja tasapuolisesti ja aineistosta tehdään innovatiivinen, kokonaisvaltainen synteesi. Merkittävät tulokset on erotettava ja niistä on tehtävä päätelmiä. Analyysivaiheen päätteeksi aineiston kuvaamisesta siirrytään abstraktiotasolle, jolloin yksittäisten tulosten sijaan siirretään päättely yleisemmälle tasolle. Analyysi on maltettava tehdä huolellisesti loppuun eikä liian nopeisiin johtopäätöksiin pidä sortua. (Flinkman & Salanterä 2007, 94-96.)

Tulosten esittäminen on katsauksen viimeinen vaihe. Tulokset tulee esittää selkeästi ja mielekkäästi. (Flinkman & Salanterä 2007, 97.) Tutkimuksessa saatujen tuloksien analysointi ei riitä kertomaan mitä tuloksia on saatu. Tuloksista pyritään laatimaan synteesejä, jotka koostavat pääseikat yhteen sekä antavat vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2008, 225.)

Johtopäätöksiä esittäessä tulee selvästi esittää ne päätelmäketjut, joiden avulla kyseisiin johtopäätöksiin on päädytty. Katsauksessa saatujen tulosten paikkaansa pitävyyttä ja luotettavuutta on lukijan näin helpompi arvioida. (Flinkman & Salanterä 2007, 97.) Laaditut synteetit ovat perustana johtopäätöksille. Tutkijan tulee pohtia työnsä tuloksien laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2008, 225.)

4.1.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisen kirjallisuuskatsaukset eroavuudet muihin kirjallisuuskatsaustyypppeihin nähden ovat sen suunnitelmallisuus, toistettavuus ja harhattomuus (Palokangas 2008, 48). Kun kirjallisuuskatsausta tehdessä noudatetaan tiukkoja metodisia ehtoja ja kiinnitetään huomiota lähteiden keskinäiseen yhteyteen sekä siihen tekniikkaan, millä tulokset on hankittu, kyseessä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (Salminen 2011, 4.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan tuotua esille tutkitun aihepiirin olennainen sisältö tiivistetyssä muodossa. Tällöin tutkimusten tuloksien johdonmukaisuutta on helppo arvioida.

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan tehokkaasti testata hypoteeseja. Kirjallisuuskatsauksen teossa on keskeistä vastata selkeään tutkimuskysymykseen, välttää aineiston

valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää harhaa, arvioida aineiston laatua ja referoida niitä objektiivisesti. (Salminen 2011, 9.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistuminen edellyttää että valitusta aiheesta on tutkittua tietoa olemassa. Toisaalta systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan löytää alueita, joilta ei löydy tutkittua tietoa ja näin suunnata tulevaa tutkimustyötä (Palokangas 2008, 49). Aikaisempien tutkimusten mahdolliset puutteet ja uudet tutkimustarpeet nousevat esille kirjallisuuskatsauksen myötä. Kirjallisuuskatsaus voi olla laaja tutkimuskokonaisuus tai se voi olla vain kahden tutkimuksen yhteiskäsittely. (Johansson 2007, 3; Leino-Kilpi 2007, 2; Salminen 2011, 9.)

Katsauksen laajuus ei ole ainoa merkittävä asia, sillä myös laaja-alainen kirjallisuuskatsaus voi olla lähteiltään yksipuolinen. Tietomäärän lisääntyessä tarvitaan uusia keinoja, joilla voidaan koota ja tiivistää jo olemassa olevaa tutkimustietoa ja helpottaa sen hyödyntämistä. (Palokangas 2008, 48; Salminen 2011, 9.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka tuottaa valitusta aiheesta synteesisomaista tietoa. Systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle ominaista on luotettavuus, toistettavuus sekä virheettömyys. (Palokangas 2008, 49.) Systemaattisuus luo katsaukselle kriteerejä, joiden myötä tutkimuksen tieteellinen uskottavuus vahvistuu. Merkittäväksi tekijäksi nousee systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytettävä näyttöön perustuva (evidence based) päätöksenteko, joka tarkoittaa tehokaimman ja tuloksellisimman toimintatavan ja tutkitun tiedon käyttöä päätöksenteossa. (Salminen 2011, 10.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa noudatetaan hyvin tarkkaa tutkimusten valikointia sekä niiden analysointia. Tästä johtuen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan löytää korkealaatuisesti tutkittuja tutkimustuloksia. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella on aina spesifi tarkoitus ja siihen sisällytetään ainoastaan tarkoitukseen sopivat laadukkaat ja relevantit tutkimukset. Virheiden minimoimiseksi katsauksen jokainen vaihe määritellään ja kirjataan tarkasti. Vaiheiden suunnittelu ja dokumentointi tehdään niin, että tutkimusprosessi voidaan tarvittaessa toistaa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet etenevät järjestyksessä suunnitelmasta raportointiin saakka. Nämä vaiheet voidaan karkeasti jaotella kolmeen: katsauksen suunnitteluvaihe, katsauksen tekeminen ja katsauksen raportointi. (Johansson 2007, 4-5; Palokangas 2008, 50.)

Suunnitteluvaiheeseen kuuluu katsauksen tarpeen määrittely, tutkimussuunnitelman teko sekä aiempien tutkimusten tarkastelu. Tutkimussuunnitelmaan sisältyvät tutkimuskysymykset, joiden olisi hyvä olla mahdollisimman selkeitä ja niitä tulisi olla yhdestä kolmeen kappaletta. Tutkimuskysymysten laatimisen jälkeen päätetään menetelmät, joita käytetään kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. Menetelmiin kuuluu tiedonhaun hakutermin miettiminen ja vali-

kointi sekä käytettävien tietokantojen valinta. (Johansson 2007, 6.) Tarkoin harkituilla hakutermeillä kyetään rajaamaan hakutulokset juuri tutkimuskysymyksiin vastaaviksi (Salminen 2011,10). Jotta saataisiin hankittua tietoa mahdollisimman kattavasti, tiedonhakuun olisi hyvä sisältyä myös manuaalista tiedonhakua. Tutkimuksia valittaessa käytetään tarkkoja sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Rajaavana kriteerinä voi toimia esimerkiksi tutkimuksen ilmestymisvuosi tai kieli, millä tutkimus on julkaistu. Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehtäessä keskeistä on tutkimusten laadun arviointi, tässä apuna käytetään erilaisia mittareita ja kriteerejä. Näin taataan kirjallisuuskatsauksen systemaattisuus. (Johansson 2007, 6; Salminen 2011, 10.)

Katsauksen tekovaiheessa edetään tutkimussuunnitelman mukaan. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavat tutkimukset hankitaan ja valikoidaan. Valikoidut tutkimukset analysoidaan niiden soveltuvuuden sekä laadukkuuden mukaan. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumisen ja sen tulosten relevanttiuden kannalta on tärkeää katsauksen eri vaiheiden tarkka kirjaus. Tutkimuksesta tulee käydä ilmi olosuhteet aineistoa kerättäessä, tutkimuksen tekemiseen kulunut aika, häiritsevät tekijät, virheelliset tulkinnat, luokitteluun käytetyt menetelmät sekä tehdyt tulkinnat ja päätelmät. Raporttiin kirjataan myös se aineisto mitä haulla ei saatu. (Palokangas 2008, 50.) Raportointivaiheessa esitetään kirjallisuuskatsauksen tulokset ja tehdään johtopäätöksiä sekä mahdollisia suosituksia. (Johansson 2007, 6-7.)

4.2 Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tyyppi

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmetodina on käytetty integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmää, johon on yhdistetty systemaattisia piirteitä. Kirjallisuuskatsauksen suunnittelu ja tiedonhaku on toteutettu systemaattisesti, samoin tutkimusten valinnassa on käytetty tarkkoja sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Tutkimusten laadun arviointi on toteutettu systemaattisesti, mutta valittujen lähteiden laatu tai niissä käytetty tutkimusmenetelmä ei ole ollut määräävä tekijä lähteiden käyttökelpoisuutta arvioitaessa. Lähteiden laadun arvioinnista on kirjoitettu luvussa 5.3. Integroidun katsauksen elementtejä ovat eri metodein tehtyjen tutkimusten hyväksyminen mukaan tarkasteluun. Aineiston analyysi, synteesi ja raportointi on tehty integroidun kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti, tavoitteena tuottaa laajempi ja monipuolisempi kokonaiskuva käsiteltävästä aiheesta.

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tiedonhaku suoritettiin systemaattisesti 16.-18.11.2012. Viitehaku lähteiden lähteistä suoritettiin 20.2.2013. Tiedonhaun prosessi kuvataan kuvassa 3.

Tiedonhaussa käytettävä aineistojen tärkeysjärjestys on seuraava:

- Tietokannat. Luetaan löydettyjen lähteiden tiivistelmät ja selvitetään, täyttyvätkö hyväksymiskriteerit.
- Viitehaku saaduista lähteistä. Tarkistetaan löydettyjen tutkimusten lähdeluettelot ja mahdolliset hyväksymiskriteerit täyttävät lähteet (lähteiden lähteet) valitaan mukaan.
- Käsin haku. Määritetään sellaiset julkaisut ja julkaisusarjat joissa esiintyy tutkimuksen aihepiiriin kuuluvia artikkeleita. Sitten käydään nämä läpi rajaten tarkastelu tietylle aikavälille. Mukaan otetaan ne, jotka täyttävät kriteerit.
- Harmaa kirjallisuus. Epätavallisten lähteiden etsiminen ja läpikäyminen mahdollisten julkaisemattomien tutkimusten löytämiseksi. Näin vältetään julkaisu-harha, jolle on ominaista se että positiivisia tuloksia antavat artikkelit tulevat helpommin julkaistuksi kuin kielteisiä tuloksia antavat. (Metsämuuronen 2006, 32.) Harmaiden julkaisujen kanssa ei kuitenkaan pidä unohtaa tutkimusten laadun arviointia samojen kriteerien mukaisesti kuin julkaistujen tutkimusten ollessa kyseessä). (Pudas-Tähkä & Axelin, 53)

Tiedonhaussa käytettiin kahdeksaa tietokantaa. Näitä olivat Nelli-portaalin kotimaiset aineistot (Aleksi, Arto, Medic, Terveyskirjasto, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut), EBSCO (Cinahl), EBSCO (Academic Search Elite), Ovid (Laurea's Journals), Ovid (MEDLINE), PubMed, PubMed Central, SAGE.

Käytetyt hakusanat täsmentyivät opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa tehtyjen alustavien hakujen perusteella. Alustavan tiedonhaun jälkeen opinnäytetyön tekijä keskusteli vielä informaattikon kanssa hakutermien valinnasta. Opinnäytetyössä lopullisina hakusanoina olivat terveystietokioski, convenient care clinic, retail clinic, in-store clinic sekä walk-in medical clinic. Alustavien tiedonhakujen perusteella hylättiin hakusana ambulatory care clinic, sillä havaittiin että hakusana ei viitannut terveystietokioskeihin. Samoin luovuttiin hakutermistä retail-based clinic, sillä tämä ja retail clinic -hakusana tarjosivat samoja osumia. Tiedonhaussa käytettiin apuna katkaisumerkkejä ja Boolean operaattoreita (AND/OR). Tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain on esitetty taulukossa 4.

5.1.1 Hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit

Alkuperäistutkimusten hyväksymiskriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin. Kriteerit on määritettävä ennen alkuperäistutkimusten valintaa. Hyväksymiskriteerien avulla voidaan rajata alkuperäistutkimusten kohteita, saatuja tuloksia, tutkimusmenetelmiä, laatua tai lähtökohtia.

(Stolt & Routasalo 2007, 59.) Kriteerien avulla voidaan toisaalta myös estää haun jatkuminen rajattomasti. Tavoitteena on löytää mahdollisimman kattava otos luotettavia alkuperäistutkimuksia. (Metsämuuronen 2006, 31.)

Tiedonhakuvaiheessa hyväksyttävien lähteiden valinta tapahtuu vaiheittain. Hyväksymiskriteerejä verrataan tiedonhaussa löydettyihin tutkimuksiin ensin otsikon, sitten tiivistelmän ja lopulta kokotekstin tasoilla. (Stolt & Routasalo 2007, 59.)

Kirjallisuuskatsauksen hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit on esitetty taulukoissa 2 ja 3.

HYVÄKSYMISKRITEERI	PERUSTELU
Tutkimuksen kielenä suomi tai englanti	Tekijän aika ja resurssit eivät riitä muilla kielillä tehtyjen tutkimusten kääntämiseen/ käännättämiseen ja läpikäymiseen. Vaarana on tällöin kieliharha. Kieliharhassa muuten käyttökelpoista tietoa ei löydetä ja huomioida, koska on käytetty vain englanninkielisiä lähteitä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)
Terveyskioski, convenient care clinic, retail clinic, in-store clinic, walk-in medical clinic	Alustavan haun perusteella valittiin nämä englanninkieliset termit hakusanoiksi
Tutkimus on julkaistu vuonna 2000 tai sen jälkeen	Ensimmäiset terveyskioskit aloittivat Yhdysvalloissa vuonna 2000
Terveyskioskitoiminnan mallit	Tutkimuskysymys 1
Yleisimmät toiminnot terveyskioskeissa	Tutkimuskysymys 2
Kokoteksti	

Taulukko 2: Hyväksymiskriteerit kirjallisuuskatsauksessa

HYLKÄÄMISKRITEERIT	PERUSTELU
Sama tutkimus on julkaistu useassa eri artikkelissa tai tietokannassa	Hylätään ne tutkimukset, jotka on jo löydetty. Vaarana on toistojulkaisemiseen liittyvä harha. Sama tutkimus on saatettu julkaista eri kielillä tai kirjoittajien nimet vaihtelevat eri lähteissä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)
Vuonna 1999 tai aikaisemmin julkaistut tutkimukset	Terveyskioskeja ei ole ollut ennen vuotta 2000.
Ei saatavissa kokotekstiartikkelina	
Maksulliset artikkelit	
Ei käsittele terveyskioskitoiminnan malleja	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Ei käsittele terveyskioskin toimintoja	Ei vastaa tutkimuskysymykseen

<p>Artikkelit, joissa näkökulmana oli puhtaasti laki- ja lainsäädännölliset asiat, hallinto, talous tai markkinointi. Mikäli artikkelit sisälsivät kuitenkin tietoa, joka vastasi tutkimuskysymyksiin, hyväksyttiin ne jatkotarkasteluun.</p> <p>Hylättiin mielipidekirjoitukset ja kirjeet päätoimittajille.</p>	
---	--

Taulukko 3: Hylkäämiskriteerit kirjallisuuskatsauksessa

5.1.2 Hakutulokset

Hakuosumia saatiin yhteensä 6106 kappaletta. Näiden kaikkien artikkeleiden otsikot luettiin, jonka jälkeen hylättiin ne, jotka eivät selvästi käsitelleet terveystieteitä. Seuraavassa vaiheessa luettiin tiivistelmät jatkoon hyväksytyistä artikkeleista. Tässä vaiheessa hylättiin kaksoiskappaleet sekä rajattiin pois ne terveystieteitä käsittelevät artikkelit, joiden näkökulma oli puhtaasti kaupallinen, lainsäädännöllinen tai markkinointiin keskittyvä. Jos artikkeli osoitettiin mielipidekirjoitukseksi tai aikakausjulkaisuun lähetetyksi kirjeeksi, ei sitä hyväksytty mukaan jatkokäsittelyyn.

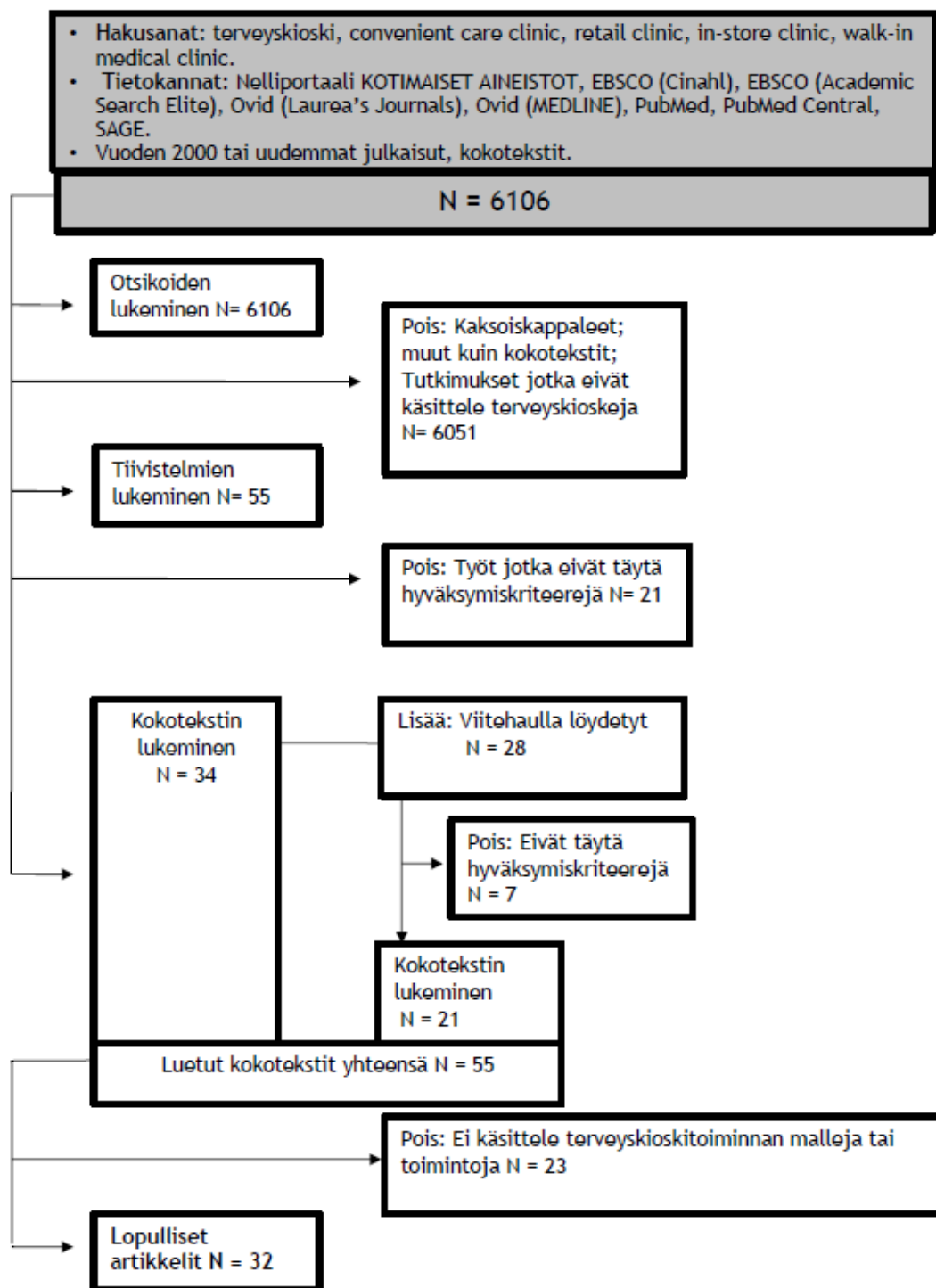
Luettavia kokotekstejä jäi 34 kappaletta. Näiden artikkelien lähdeluetteloista valittiin viitehakuun relevantilta vaikuttavia ”lähteiden lähteitä” 28 kappaletta. Osa viitehaussa löydettyistä artikkeleista ei täyttänyt valintakriteerejä ja luettavaksi valikoitui viitehaun perusteella 21 artikkelia lisää. Kokotekstejä luettiin yhteensä 55 kappaletta. Näistä karsittiin pois ne artikkelit, jotka eivät sisältäneet puolesta vastanneet tutkimuskysymyksiin. Lopulliseen käsittelyyn valikoitui 32 artikkelia, joista kolme oli suomalaisia. Osumat tietokannoittain ja hakusanoittain on kuvattu taulukossa 4.

	EBSCO (Cinahl)	EBSCO (Academic Search Elite)	Ovid (Laurea's Journals)	Ovid (MEDLINE)	PubMed	PubMed Central	SAGE	Kotimaiset aineistot	Yht.
Retail clinic	96	73	71	78	175	1565	636	-	2694
Convenient care clinic	128	8	9	175	290	8	10	-	628
In-store clinic	2	50	228	4	10	332	61	-	687
Walk-in medical clinic	56	10	9	116	182	1705	13	-	2091
Terveyskioski	-	-	-	-	-	-	-	6	6
Yht.	282	141	317	373	657	3610	720	6	6106

Taulukko 4: Hakuosumat tietokannoittain ja hakusanoittain

lhannetilanteessa kirjallisuuskatsaukseen saataisiin mukaan kaikki aihetta käsittelevät relevantit aineistot ja tutkimukset. Tämä kuitenkin ole koskaan täysin mahdollista. (Flinkman & Salanterä 2007, 91.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa on myös mahdollista, että kaikkia tutkimuksia ei löydetty tai pystytty käyttämään. Käytettyihin tietokantoihin mentiin Nelli-portaalin kautta. Kaikki aineistot eivät aina aukea tai niistä ei ole saatavissa kokotekstiartikkeleita. Osa tutkimuksista on maksullisia. Käytetyt hakutermit eivät välttämättä ole kaiken kattavia.

Kuvassa 3 on kuvattu tutkimusten valintaprosessi.



Kuva 3: Tutkimusten valintaprosessi

5.2 Aineiston luotettavuuden arviointi

Aineiston laadun arvioinnin tavoitteena on selvittää hankitun aineiston luotettavuus ja merkisyys katsauksen johtopäätösten perustana. Integroiduissa kirjallisuuskatsauksissa on eri metodein tehtyjä tutkimuksia, joiden laadun arviointi voi olla haasteellista. Laatua voidaan arvioida usein eri menetelmin. Kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimusten laadun arviointiin on olemassa erilliset menetelmät. (Flinkman & Salanterä 2007, 93.)

Kirjallisuushaun hakutermien valinnasta keskusteltiin informaattikon kanssa ennen systemaattista tiedonhakuja. Opinnäytetyössä etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia eri tutkimusmetodein toteutettuja tutkimuksia. Tutkimukset valittiin niiden sisällön relevanssin mukaan. Tutkimusten näytön vahvuus tai metodologinen laatu eivät olleet ensisijaisia valintakriteerejä. Lähteiden laatua haluttiin arvioida tähän aineistoon soveltuvilla valmiilla ja laadukkailla mittareilla. Tutkimusten laatua arvioitiin Joanna Briggs Instituutin kehittämien laadun tarkistuslistojen avulla (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2013). Kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimukset arvioitiin käyttäen erillisiä tarkistuslistoja. Mikäli tutkimuksessa oli käytetty sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista lähestymistapaa, arvioitiin tutkimus laadullisen mittarin mukaan. Jos lähteen tutkimusmenetelmä ei ollut selkeästi määriteltävissä, käytettiin kvalitatiivista mittaria laadun arviointiin. Tutkimusten laadun arvioinnissa on pyritty tasavertaiseen tulkintaan. Apuna on käytetty Joanna Briggs Instituutin SUMARI -käyttöohjetta (Joanna Briggs Institute 2013).

Opinnäytetyön lopullinen aineisto koostui seitsemästätoista kvalitatiivisesta tutkimuksesta tai artikkelista sekä viidestätoista kvantitatiivisesta tutkimuksesta, jotka on esitetty taulukossa 5 ja 6.

Kirjoittajat, vuosi, maa	Artikkelin/ lähteen nimi	Aihe	Artikkelin lähteet ja menetelmä	Tutkimuksen tyyppi, laadun arviointi (kylä/ei/ epäselvä/ei tietoa)	Tärkeimmät sisällöt opinnäytetyön kannalta
1. Deloitte Center for Health Solutions, 2008. USA.	Retail Clinics. Facts, Trends and Implications	Deloitte Center for Health Solutions:in selvityksiä terveydenhuollon innovaatioista. Raportin tavoitteena selvittää mitä terveystioskit ovat, trendit, mitkä tekijät vaikuttavat näiden menestymiseen, miten vaikuttavat muuhun terveydenhuoltoon.	Selvitysten, haastattelututkimusten tieteellisten artikkeleiden ja terveystioskien palveluntuottajien tiedotteiden tulkinta.	Ei selvää menetelmää. Laatu 1/2/0/7	Yleiskatsaus terveystioskeihin ja niiden suhteeseen terveydenhuollon kentän muihin toimijoihin.
2. Deloitte Center for Health Solutions, 2009. USA.	Retail clinics: Update and implications	Päivitys edelliseen ja tulevaisuudennäkymien arviointia.	Selvitykset, haastattelututkimukset, tieteelliset artikkelit, terveystioskien palveluntuottajat.	Ei selvää menetelmää. Laatu 1/2/0/7	Terveystioskien tila 2008 alkaneen talouskriisin jälkeen, mahdollisia tulevaisuudennäkymiä toimialalla.
3. Evans, 2010. USA.	Convenient care clinics: Making a positive	Kuvailla terveystioskien vaikutusta Yhdysvaltojen	Tutkimuskirjallisuus ja terveystioskialan	Ei selvää menetelmää.	Terveystioskit toimintaan kohdistu-

	change in health care	terveydenhuollon muutuvassa kentässä.	lehtien artikkelit.	Laatu 2/1/0/7	nutta kritiikkiä, toiminnan kuvausta.
4. Hansen-Turton, Ryan, Miller, Counts & Nash, 2007. USA.	Convenient Care Clinics: The Future of Accessible Health Care	Kuvailla sairaanhoitajien roolia terveyskioskeissa.	Tutkimus- ja lehtiartikkelit. Yhdistysten muistiot.	Ei selvää menetelmää. Laatu 1/2/0/7	Sairaanhoitajien koulutus, toiminta, hoidon laatu terveyskioskeilla.
5. Hansen-Turton, Ridgway, Ryan & Nash, 2009. USA.	Convenient Care Clinics: The Future of Accessible Health Care- The Formation Years 2006-2008	Terveyskioskien toimintamallien ja uusien haasteiden kuvausta.	Lehtiartikkelit, palveluntuottajat, yhdistykset, joitakin tutkimusartikkeleita.	Ei selvää menetelmää. Laatu 2/1/0/7	Kuvailee terveyskioskien taustaa, historiaa ja toimintaa.
6. Kork, Kivimäki, Rimpelä, Vakkuri. 2011a. Suomi.	Terveyskioski palveluinnovaationa. Lahden terveyskioski -hankkeen väliarviointi (Vaihe II)	Arvioida asiakasvirtoja, toiminnan kustannuskehitystä, aikaisemmin havaitsemattomien terveysongelmien löytymistä.	Potilastietojärjestelmä, kyselyt, haastattelut, keskustelut, tilastot, raportit.	Laadullinen ja määrällinen. Laatu 6/2/0/2	Palveluvalikoimaa, erilaisia palveluita (esim. teemapäivät).
7. Kork, Kivimäki, Rimpelä, Vakkuri. 2011b. Suomi.	Julkinen terveystalvelu kauppakeskuksessa. Ylöjärven terveyskioskin loppuarviointi.	Terveyskioskin kustannukset, asiakasprofiili, palvelukysynnän muutokset, palvelumallin asemoituminen.	Kyselyt, käynti- ja kustannustilastot, terveydenhuollon toimijoiden teema-haastattelut, keskustelut, havainnointi.	Laadullinen ja määrällinen. Laatu 6/2/0/2	Katsaus Suomen ensimmäisen terveyskioskin toimintaan.
8. Kork, Stenvall & Vakkuri. 2010. Suomi.	Terveyskioski palveluinnovaationa. Vaihe I: Peruskartoitus Ylöjärven terveyskioski -hankkeesta.	Kartoittaa terveyskioskin lähtökohtatilannetta, arvioida terveyskioskin roolia terveydenhuollon kentässä.	Haastattelut, asiakaskyselyt, tilastot.	Laadullinen ja määrällinen. Laatu 6/2/0/2	Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän näkökulma terveyskioskituomintaan.
9. Laws & Scott, 2008. USA.	The Emergence Of Retail-Based Clinics In The United States: Early Observations	Katsaus terveyskioskien kehittymiseen, toimintamallin haasteiden tunnistaminen.	11 suurimman palveluntuottajan edustajien haastattelut, asiantuntijoiden haastattelut, asiakaskyselyjen tulokset.	Ei selvää menetelmää. Laatu 4/2/0/4	Mahdolliset vaikutukset terveydenhoitoon yleensä, palveluntuottajien, asiakkaiden ja muiden alan toimijoiden näkemys terveyskioskeista. Terveyskioskien omistajuudesta.
10. O' Cathain, Coster, Salisbury, Pearson, Maheswaran & Nicholl, 2009. UK.	Do walk-in centres for commuters work?	Arvioida työmatkalaisille suunnattujen terveyskioskien toimivuutta.	Mixed method: Vierailut terveyskioskeilla, 28:n asiakkaan haastattelut, kysely asiakkaille n = 1828, taloudelliset arvioit, kuuden johtajan haastattelut.	Laadullinen/ määrällinen, Laatu 9/1/0/0. Hyvälaatuinen	Toimintamallin kuvaus. Yleisimmin hoidetut sairaudet ja vammat.
11. Parker, Desborough & Forrest, 2012. Australia.	Stakeholder perception of nurse led walk-in centre.	Selvittää terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä terveyskioski-järjestelmästä, sen organisaatiosta, laadusta, suhteista sidosryhmiin, yleisön näkemyksiä ja vaikutusta terveydenhuoltoon.	Puolistrukturoidut teemahaastattelut. N = 17	Laadullinen, Laatu 8/2/0/0. Hyvälaatuinen	Sidosryhmien käsityksiä terveyskioskeista. Toimintamallin mahdollisia haasteita ja kehittämistarpeita.
12. Pollack, Gigengil & Mehrotra, 2010. USA.	The Growth of Retail Clinics and Medical Home: Two Trends in Conflict?	Arvioida terveyskioskien ja perinteisen terveydenhuollon välistä suhdetta ja toimintaperiaatteita.	Lähteinä selvitykset ja terveydenhuollon aikakausjulkaisujen artikkelit.	Ei selvää menetelmää. Laatu 1/2/0/7.	Kolme eri tapaa terveyskioskien ja muiden terveydenhuollon järjestelmien yhteensovittamiseksi.
13. Pope, Chalder, Moore & Salisbury, 2005. UK.	What do other local providers think of NHS walk-in centres? Results of a postal survey.	Selvittää muiden terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä paikallisesta terveyskioskitaan.	Anonymisti vastattu kyselytutkimus, avoimia ja suljettuja kysymyksiä, vapaa sana. N = 1591	Laadullinen ja tilastollinen analyysi. Laatu 7/2/1/0. Hyvälaatuinen	Terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä ja mielipiteitä, näkemyksiä tiedonkultasta, vaikutuksesta työmääriin,

					asennoituminen terveyskioskeihin.
14. Rosen & Mountford, 2002. UK.	Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres	Kuvailla terveyskioskeissa työskentelevien sairaanhoitajien roolia, tunnistaa työn luomia haasteita, arvioida koulutusta ja tuen tarvetta.	29 sairaanhoitajan ja terveyskioskin johtajan haastattelut, 10:n sidosryhmän edustajan haastattelut. Puolistrukturoitu teemahaastattelu.	Laadullinen arviointi. Laatu 8/2/0/0. Hyvälaatuinen	Terveyskioskitoinnin asettamia haasteita henkilöstön osaamiseen ja koulutukseen liittyen.
15. Salisbury, Chalder, Manku Scott, Pope & Moore, 2002. UK.	What is the role of walk-in centres in NHS?	Terveyskioskijärjestelmän rakenne ja toiminnot Iso-Britanniassa toiminnan alkuvaiheessa.	Tiedonkeruu terveyskioskien kuukausiraporteista, potilastietojen analyysia. Terveyskioskien johtajien kysely ja puolistrukturoidut haastattelut. Havainnointi.	Laadullisia ja tilastollisia menetelmiä. Laatu 7/3/1/0 Hyvälaatuinen	Suosituimmat käntisyyt, yleistä NHS:n terveyskioskeista. Brittiläisen terveyskioskijärjestelmän kuvausta.
16. Salisbury & Munro, 2002. UK.	Walk-in centres in primary care: a review of the international literature	Kirjallisuuskatsaus aikaisemmista kokemuksista terveyskioskeista.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Otos 244 artikkelia.	Laadullinen. Laatu 6/2/0/2.	Terveyskioskitoinnin maakohtaisia eroja. Brittiläisen järjestelmän taustaa.
17. Wang, Ryan, McGlynn & Mehrotra, 2010. USA.	Why Do Patients Seek Care at Retail Clinics, and What Alternatives Did They Consider?	Selvittää ne syyt, miksi asiakkaat tulivat juuri terveyskioskille.	Haastattelututkimus kuuden eri terveyskioskin asiakkaille, n = 61. Puolistrukturoitu haastattelu, avoimia ja suljettuja kysymyksiä.	Laadullinen. Laatu 8/2/0/0. Hyvälaatuinen	Vertaillaan kahta terveyskioskitoinnin mallia. Yleiset käntisyyt. Asiakkaiden kokemuksia.

Taulukko 5: Kvalitatiiviset tutkimukset

Kirjoittajat, vuosi, maa.	Artikkelin/ lähteen nimi	Aihe	Artikkelin lähteet ja menetelmä.	Tutkimuksen tyyppi, laadun arv.	Tärkeimmät sisällöt opinnäytetyön kannalta
I. Hunter, Weber, Morreale & Wall, 2009. USA.	Patient satisfaction with retail health clinic care	Potilastyytyväisyys, potilaiden ominaisuudet ja syyt terveyskioskin käyttämiseksi.	Nimetön kysely kahden terveyskioskin asiakkaille. N = 684	Tilastollinen analyysi. Laatu 5/0/0/4	Erään terveyskioskin palvelutarjonnan ja toiminnan kuvaus. Asiakkaiden kokemuksia ja käyttäytymisen kuvausta.
II. Jacoby, Crawford, Chaudhari & Goldfarb, 2011. USA.	Quality of Care for 2 Common Pediatric Conditions Treated by Convenient Care Providers	Hoidon laadun arviointi lapsilla pharyngiitin ja hengitystieinfektioiden hoidossa .	Sähköisestä potilastietojärjestelmästä saatu, annettu hoito verrattuna hoitosuosituksiin.	Määrällinen. Laatu 6/0/0/3	Terveyskioskin potilastietojärjestelmän käyttö potilaan hoidossa ja tietojen hyödyntäminen laadun kehittämisessä.
III. Mehrotra, Wang, Lave, Adams & McGlynn, 2008. USA.	Retail Clinics, Primary Care Physicians, And Emergency Departments: A Comparison Of Patients' Visits	Lääkärissä, päivystyksessä ja terveyskioskeilla käyvien hoidon toteutumista terveyskioskeilla ja muissa hoitopaikoissa.	Terveyskioskiyritysten luovuttamien tietojen ja kansallisten selvitysten tulosten tilastollinen analyysi. N = 1,35 miljoonaa käyntiä	Määrällinen. Tilastollinen analyysi. Laatu 7/0/0/2 Hyvälaatuinen	Yleisimmät käntisyyt terveyskioskeilla.
IV. Mehrotra, Liu, Adams, Wang, Lave, Thygeson, Solberg & McGlynn, 2009. USA.	The Cost and Quality of Care for Three Common Illnesses at Retail Clinics as Compared to Other Medical Settings.	Vertailla hoidon laatua, hintaa ja ennaltaehkäisevän hoidon toteutumista terveyskioskeilla ja muissa hoitopaikoissa.	Minnesotalaisen sairausvakuutusyhtiön keräämien tietojen analyysi. N = 15170	Määrällinen. Tilastollinen analyysi. Laatu 7/0/0/2 Hyvälaatuinen	Hoidon laatu, kustannukset kolmeen yleisimpään terveyskioskeilla hoidettuun vaivaan. Ennaltaehkäisevästä hoidosta.
V. Patwardhan,	Comparison of Waiting and Consultation	Verrata odotusaikoja ja käyntien kestoja terveys-	Potilastietojärjestelmän datan ja	Määrällinen. Laatu 4/3/0/2	Yleisimmät käntiajat, käyntiker-

Davis, Murphy & Ryan, 2012. USA.	Times in Convenient Care Clinics and Physician Offices: A Cross-Sectional Study	kioskeilla ja lääkärin vastaanotoilla.	kansallisen tutkimuksen tulosten tilastollinen analyysi.		tojen kestot. Yleisimmät käyn-tisyyt.
VI. Pollack & Armstrong, 2009. USA.	The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations	Selvittää, sijaitsevatko terveyskioskit niillä alueilla, joilla on suurin terve terveyspalveluille	Terveyskioskien sijaintitietojen, väestönlaskenta- ja terveysviranomaisen tietojen analyysi.	Määrällinen. Laatu 7/0/0/2 Hyvälaatuinen	Pohdintaa terveyskioskien sijainnin vaikutuksesta niiden saavutettavuuteen.
VII. Rohrer, Angstman & Bartel, 2009. USA.	Impact of Retail Medicine on Standard Costs in Primary Care: A Semiparametric Analysis	Verrata sairauden hoidon kustannuksia terveyskioskilla ja lääkärin vastaanotolla.	Potilastietojen analyysi, terveyskioskia käyttäneet (n = 141) ja lääkärin vastaanotolla käyneet (n = 137).	Tilastollinen analyysi. Laatu 7/0/0/1 Hyvälaatuinen	Tutkimuksessa mukana olleiden asiakkaiden sairauksia/ oireita, viisi yleisintä.
VIII. Rudavsky, Pollack & Mehrotra, 2009. USA.	The Geographic Distribution, Ownership, Prices, and Scope of Practice at Retail Clinics	Kuvailla terveyskioskien ominaisuuksia (kuten sijainti, palvelut, hinnat, omistajuus, osuus väestöstä lyhyen ajomatkan päässä terveyskioskista).	Palveluntarjoajien internetsivuihin perehtyminen, suorat yhteydenotot terveyskioskiyrityksiin, väestönlaskennan tulokset. N = 928 terveyskioskia	Tilastollinen analyysi. Laatu 6/0/0/3	Terveyskioskien palvelutarjonnan kuvausta. Sijaintien jaottelua liikepaikan tyyppin mukaan.
IX. Salisbury, Hollinghurst, Montgomery, Cooke, Munro, Sharp & Chalder, 2007. UK.	The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments	Arvioida päivystysten yhteyteen perustettujen terveyskioskien vaikutusta käyntimääriin, käyntien kestoon, prosessiin, hoidon kuluihin ja tuloksiin	8 sairaalapäivystyksen & terveyskioskin vertaaminen 8:aan päivystykseen ilman terveyskioskia. Käyntimäärien ja käytön analyysi, potilastietojen analyysi, potilaskysely.	Tilastollinen analyysi. Laatu 9/0/0/0 Hyvälaatuinen	Terveyskioskin perustaminen sairaalan yhteyteen ei vaikuttanut merkittävästi päivystyksen toimintaan. Kuvaus yhdestä terveyskioskitoiminnan mallista.
X. Salisbury, Manku-Scott, Moore, Chalder & Sharp, 2002. UK.	Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: observational study.	Verrata terveyskioskien asiakkaiden arvotuksia ja kokemuksia lääkärin vastaanottojen asiakkaiden kokemuksiin. Sosiodemografiset tekijät.	Kysely 38:n terveyskioskin ja 34:n lääkärin vastaanoton asiakkaille. N = 3777 (terveyskioski), N = 2299 (lääkärin vo.)	Määrällinen. Tilastollinen analyysi. Laatu 8/0/0/1 Hyvälaatuinen	Terveyskioskien käyttäjien tärkeiksi kokemia tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitopaikan valintaan. Mahdollisia kehittämistarpeita terveyskioskeille.
XI. Thygeson, Van Vorst, Maciosek & Solberg, 2008. USA.	Use And Cost Of Care In Retail Clinics Versus Traditional Care Sites	Verrata terveyskioskien ja muiden hoitopaikkojen asiakkaiden palvelujen käyttöä ja hoidon kustannuksia viiteen yleisimpään sairauteen.	Sairausvakuutusyrityksen tietokanta. Viiden yleisimmän vaivan tunnistaminen. Hoidon kulujen vertaaminen terveyskioskilla, lääkärin vastaanotolla ja päivystyksessä. N = 629 000	Tilastollinen analyysi. Laatu 7/0/0/2 Hyvälaatuinen	Kuvataan viisi yleisintä syytä käyttää palveluja.
XII. Weinick, Burns & Mehrotra, 2010. USA.	How Many Emergency Department Visits Could be Managed at Urgent Care Centers and Retail Clinics?	Arvioida, missä määrin ensiavuisia hoidettuja vaivoja voisi hoitaa terveyskioskeilla ja hyvin varustetuilla lääkärin vastaanotoilla.	Tiedonhaku aikaisemmista tutkimuksista ja selvityksistä sekä potilastietojärjestelmästä. Terveyskioskit n = 1,2 miljoonaa, lääkärin vo. n = 1263, ensiapu n = 31 197	Määrällinen. Laatu 8/0/0/1 Hyvälaatuinen	Yleisimmät diagnoosit. Noin 14-27 % ensiapukäynneistä voisi hoitaa terveyskioskeilla tai lääkärin vastaanotoilla.
XIII. Wilson, Zhou, Shi, Rodin, Bargman, Garrett & Sandberg 2010. USA.	Retail Clinic Versus Office Setting: Do Patients Choose Appropriate Providers?	Selvittää käyttävätkö asiakkaat terveyskioskia lievempiin vaivoihin ja muita palveluntarjoajia vakavampiin sairauksiin.	Sairausvakuutusasiakkaat, jotka olivat käyttäneet terveyskioskeja. Käyttäjät n = 40686, ei-käyttäjät n = 651514	Tilastollinen analyysi. Laatu 8/0/0/1 Hyvälaatuinen	Terveyskioskilla hoidettuja sairauksia.
XIV. Wollner, Blackburn, Spellman,	Weight-Loss Programs in Convenient Care Clinics: A Pro-	Selvittää, edistääkö terveyskioskin 10:n viikon painonpudotusohjelma	Painonpudotuksen määrän ja ohjelmaan osallistumisen	Tilastollinen. Laatu 8/0/0/1 Hyvälaatuinen	Painonpudotusohjelma terveyskioskilla. Tuottaa

Khaodhiar & Blackburn, 2010. USA.	spective Cohort Study	painon pudotusta.	pituus. N = 86		lääketieteellisesti merkittävää painonpudotusta. MUOTOILE
XV. Woodburn, Smith & Nelson, 2007. USA.	Quality of Care in the Retail Health Care Setting Using National Clinical Guidelines for Acute Pharyngitis	Arvioida akuutin nielutulehduksen hoitosuosituksen noudattamista terveyskioskeilla.	41:n terveyskioskin potilastietojen analyysi. N = 57331	Määrällinen. Laatu 7/0/0/2 Hyvälaatuinen	Hoidon laatu nielutulehduksen hoidossa. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö hoidon laadun kehittämisessä.

Taulukko 6: Kvantitatiiviset tutkimukset

Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit Joanna Briggs Institute:n mukaisesti (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2013) on esitetty liitteessä 1. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteereissä on kymmenen kohtaa, joiden toteutumista arvioitiin kunkin artikkelin kohdalla valitsemalla vaihtoehto kyllä/ ei/ epäselvä/ ei sovellettavissa. Artikkelin laadun arviointi esitetään jokaisesta artikkelista erikseen laskemalla yhteen kunkin kategorian rastit, esimerkiksi 6/2/0/2. Kyllä-vastausten määrää pidettiin tutkimuksen laadun osoittajana. Kvantitatiivisten tutkimusten tarkistuslistassa näitä arvioitavia kohtia on yhdeksän. Nämä laadun tarkistuslistat arvioivat tutkimusten metodologista johdonmukaisuutta ja vahvuutta. Osa löydettyistä lähteistä oli raportteja tai artikkeleita, joissa ei ole käytetty selvästi määriteltyä tutkimusmenetelmää. Nämä olivat erilaisia kuvailevia tai selittäviä julkaisuja. Näiden lähteiden osalta moni arviointikriteeri oli ”ei sovellettavissa”, nimenomaan tutkimusmetodologian puutteiden takia. Tämä heikensi näiden lähteiden vahvuutta, vaikka ne olivatkin hyödyllisiä ilmiön kuvauksessa ja kokonaiskuvan hahmottamisessa.

Deloitte (2008 ja 2009), Evans (2010), Hansen-Turton ym. (2007 ja 2009), Laws ja Scott (2008) ja Pollack, Gigengil ja Mehrotra (2010) eivät käyttäneet varsinaista tutkimusmetodia, sillä nämä olivat erilaisia kuvailevia raportteja ja artikkeleita. Nämä artikkelit perustuvat osin laadukailta vaikuttaviin alkuperäislähteisiin. Ne antavat hyödyllisen kokonaiskuvan tutkittavasta ilmiöstä, sen tilasta tietyllä hetkellä ja taustoista. Seitsemästätoista laadullisesta tutkimuksesta kuusi oli hyvälaatuisia. Yksikään työ ei saanut täyttä pistemäärää, sillä missään ei käynyt ilmi tutkijoiden oma vaikutus tulosten tulkintaan ja tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset perustat (tarkistuslistan kohdat 6 ja 7). Useassa lähteessä oli maininta tutkijan mahdollisista sitoumuksista ja esteellisyyksistä tai niiden puuttumisesta. Usein tutkijoiden koulutus ja työtehtävät esitettiin, mutta näiden perusteella ei voi vielä tehdä johtopäätöksiä tutkijoiden oman näkökulman vaikutuksesta.

Määrällisen tutkimuksen arviointikriteerit Joanna Briggs Instituten mukaisesti (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2013) on esitetty liitteessä 2. Määrällisistä tutkimuksista useimmat, yksitoista tutkimusta viidestätoista, olivat metodologisesti hyvälaatuisia. Useimmissa otannan satunnaistaminen tai näennäinen satunnaistaminen (tarkistuslistan kohta 1) ei ollut sovellettavissa,

sillä tutkimusasetelmat eivät mahdollistaneet otoksen satunnaistamista. Esimerkiksi useassa tutkimuksessa tutkimusaineistona olivat vakuutusyhtiön rekisteristä tai potilastietojärjestelmästä saadut kaikki tapaukset, jotka sopivat tiettyihin kriteereihin. Toinen usein ei-sovellettava kohta oli seurantajakson pituutta arvioiva kriteeri (tarkistuslistan kohta 6). Useimmissa tutkimuksissa ei ollut ajallista seurantaa, vaan oli haluttu tutkia ilmiön toteutumista tietyllä hetkellä.

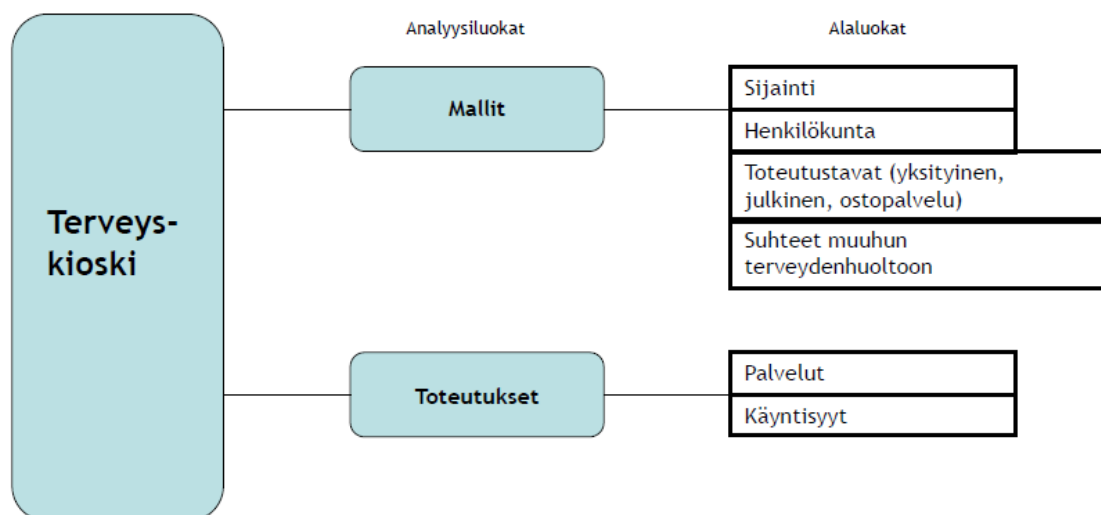
5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointiin valitaan sellainen analyysitapa, jolla saadaan parhaiten vastauksia tutkimusongelmiin tai -tehtäviin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 98). Analyysin avulla saadaan aineistoon selkeyttä ja mahdollistetaan luotettavien johtopäätösten tekeminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Analyysiä tehdään koko tutkimusprosessin ajan ja kaikissa sen vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 218-219.) Analyysimuodon valintaan vaikuttavat ilmiötä kuvaavan aineiston ohjaavuus sen hankinnassa, analyysissä sekä raportoinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 98.) Laadullinen sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Sitä voidaan soveltaa monenlaisiin tutkimusasetelmiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91).

Sisällönanalyysin tarkoituksena on järjestää tutkimusaineisto tiiviiseen ja ymmärrettävään muotoon säilyttäen sisällön informaation. Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi on toteutettu deduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Aineiston analyysin luokat perustuivat valmiiseen viitekehykseen eli terveystieteen käsitteeseen. Tutkimuksessa mallia kuvataan ja sen perusteella määritellään tutkimuksen kannalta kiinnostavat käsitteet. Analyysin tekoa ohjaa valmis, aikaisempaan tietoon perustuva käsitejärjestelmä. Deduktiivisesti toteutetun sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon teko. Analyysirungon sisälle muodostetaan luokkia, jotka määritellään aikaisemman tiedon mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-114.) Tutkimuskysymysten perusteella tämän tutkimuksen analyysiluokiksi muodostuivat terveystieteen mallit ja toteutukset. Alaluokiksi muodostuivat tutkimuksen suunnitelmavaiheessa terveystieteen sijainti, henkilökunta, toteutustavat, suhteet muuhun terveydenhuoltoon, palvelut sekä käyntisyys. Sisällönanalyysissä aineistoa analysoitiin ensin deduktiivisesti tutkimuskysymyksittäin. Analyysiyksiköiden sisällä analyysia jatkettiin induktiivisesti. Analyysiluokat on esitetty kuvassa 4.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysoinnissa yhdistyvät sekä analyysi että synteesi. Tällaista menetelmää kutsutaan abstrahoinniksi. Tällöin aineiston analyysivaiheessa saatu aineisto puretaan ja sitten synteesivaiheessa saadut käsitteelliset osat yhdistetään uudelleen johtopäätöksiksi. (Metsämuuronen 2006, 122.) Aineiston abstrahoinnissa tutkimuksen kannalta keskeisen informaation perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla ja abstrahoinnissa tutkittava aineisto liitetään teoreetti-

siin käsitteisiin, jotka tuodaan valmiina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.) Analyysin aluksi muodostettiin analyysirunko tutkimuskysymyksiensä pohjalta. Analyysirunko ohjasi tutkijaa poimimaan aineistosta siihen kuuluvia asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)



Kuva 4: Analyysirunko

6 Tulokset

Seuraavassa tarkastellaan eri tapoja järjestää ja toteuttaa terveiskioskitoimintaa. Näkökulmina ovat terveiskioskien mallit ja sen alaluokat sijainti, henkilökunta sekä jaottelu terveiskioskien tyypin (yksityiset yritykset tai osa julkista terveydenhuoltoa) mukaan. Lisäksi eritellään terveiskioskien toteutuksia tarjottujen palvelujen ja käyntisyiden mukaan. Tulokset esitetään luokittain siten, että kussakin alaluokassa on käsitelty yhtä yllä esitettyä alaluokkaa.

6.1 Sijainti

Tyypillinen yhdysvaltalainen terveiskioski on erään artikkelin mukaan seuraavanlainen: Terveiskioskien koko vaihtelee yhden huoneen vastaanotosta useita huoneita käsittäviksi klinikkaksi. Terveiskioskien tyypillinen koko on noin 20-50 neliometriä. Varustuksena on asiakkaan vastaanottamiseen tarvittavat perushoidolliset välineet ja tarvikkeet. Useimmat terveiskioskit ovat auki seitsemänä päivänä viikossa, 12 tuntia arkipäivinä ja kahdeksan tuntia viikonloppuisin. Vilkkaimpia aikoja ovat viikonloput, illat ja lounasajat. (Hansen-Turton, Ryan, Miller, Counts & Nash 2007, 63-64.)

Hunter, Weber, Morrall ja Wall (2009) kuvailevat erästä arizonalaista terveiskioskiyritystä. Yritykseen kuului kirjoitushetkellä neljä terveiskioskia. Ne sijaitsivat suurten elintarvikeliikkeiden yhteydessä, lähellä liikkeissä toimivia apteekkeja. Tilat koostuivat pienestä odotusti-

lasta, kahdesta vastaanottohuoneesta, laboratoriosta sekä wc-tiloista. Terveyskioskien koko oli noin 40 neliometriä. Aukioloajat olivat arkisin klo 9-19, viikonloppuisin klo 10-16. (Hunter ym. 2009, 566-567.)

Ylöjärvellä terveyskioski perustettiin juuri valmistuneeseen kauppakeskukseen, kolmen kilometrin päähän terveyskeskuksesta. Terveyskioskin sijainti koettiin erittäin hyväksi sen helpouden vuoksi. Myös Lahdessa terveyskioskin sijainti kauppakeskuksen yhteydessä koettiin hyväksi sen saavutettavuuden vuoksi. Jopa 12 % asiakkaista havaitsi terveyskioskin ja poikkesi siellä kaupassa käynnin yhteydessä. Vastaajista kolme viidestä olisi valmis käyttämään terveyskioskin palveluita myös muunlaisessa ympäristössä kuin kauppakeskuksessa. (Kork, Stenvall & Vakkuri 2010, 18-22; Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2011b, 23.) Ylöjärven terveyskioski palveli arkisin klo 9-18 ja lauantaisin klo 10-16. Aukioloaikoja muutettiin toiminnan edetessä asiakasvirtojen painottuessa aamupäiviin. (Kork ym. 2010, 19.) Lahden terveyskioski palveli arkisin klo 10-18 ja lauantaisin klo 9-16. (Kork ym. 2011a, 13.)

Vuonna 2009 yhdysvaltalaisista terveyskioskeista 82 % sijaitsi apteekkien yhteydessä. (Deloitte 2009, 3). Toisen laskelman mukaan viime vuosikymmenen lopulla Yhdysvalloissa noin 73 % terveyskioskeista sijaitsi apteekkien yhteydessä, 15 % elintarvikekaupoissa, 7 % muilla kauppa- paikoilla ja noin 4 % muuntyyppisillä paikoilla (kuten ostoskeskuksissa, hallintorakennuksissa tai lentokentillä). Yhteensä 93 % terveyskioskeista sijaitsi sellaisissa paikoissa, joissa myytiin lääkkeitä (Rudavsky, Pollack & Mehrotra 2009, 316) (Yhdysvalloissa käsikauppalääkkeitä myydään muuallakin kuin apteekeissa).

Kun terveyskioskien asiakkailta on kysytty, miksi he päätyivät tulemaan juuri terveyskioskille, on sijainti ollut kaikista merkittävin tekijä. Terveyskioskien asiakkaista 30 % ilmoitti hyvän ja helpon sijainnin tärkeäksi tekijäksi terveyskioskin valintaan hoitopaikaksi (Salisbury, Manku-Scott, Moore, Chalder & Sharp 2002, 557). Eräessä haastattelututkimuksessa selvisi, että merkittävin tekijä terveyskioskin valintaan verrattaessa muihin terveydenhuollon palveluihin on ollut lyhyt matka kotoa tai työpaikalta (77 % vastaajista) (Wang, Ryan, McGlynn & Mehrotra 2010, 130). Todennäköisimmin terveyskioskia käyttivät ne, jotka asuivat korkeintaan kymmenen mailin (16 km) säteellä terveyskioskista (Wilson ym. 2010, 755).

Pollack ja Armstrong (2009) selvittivät, oliko terveyskioskien sijainnilla yhteyttä ympäröivän alueen sosiodemografisiin tekijöihin. Tutkimuksen perusteella terveyskioskit sijaitsivat Yhdysvalloissa todennäköisimmin alueilla, joiden asukkaiden tulot ovat korkeammat ja joilla esiintyy vähemmän köyhyyttä. Vähätuloisemmilla (ja vähemmän ostovoimaisemilla) alueilla terveyskioskeja oli harvemmassa. Voidaankin kysyä lisäävätkö paremmille alueille perustetut terveyskioskit terveyspalvelujen saavutettavuutta niille, jotka näitä palveluja eniten tarvitsivat. (Pollack & Armstrong 2009, 946-948.) Käyttäjille helppo ja sopiva terveyskioskin sijainti

on erittäin tärkeä silloin, kun palvelut halutaan kohdentaa tietyille väestöryhmälle (O’Cathain, Coster, Salisbury, Pearson, Maheswaran & Nicholl 2009, 389). Myös terveystioskin saavutettavuus julkisilla kulkuvälineillä (ja asiakkaiden työpaikkojen sijainnit) saattavat vaikuttaa terveystioskien käyttömahdollisuuksiin (Pollack & Armstrong 2009, 947-948.)

Sijainti keskeisellä paikalla ei kuitenkaan näytä olevan paras mahdollinen paikka asiakkaiden houkuttelemiseksi. Kun arvioitiin rautatieasemien läheisyyteen perustettuja terveystioskeja, selvisi, että asiakkaista vain 16 % kulki terveystioskin ohi matkallaan töihin. Sen sijaan 61 % käyttäjistä työskenteli lähialueella (O’Cathain, Coster, Salisbury, Pearson, Maheswaran & Nicholl 2009, 387). Sijainti ihmisten kulkuväylien varrella tai liikenteen solmukohtien välittömässä läheisyydessä ei tämän perusteella vaikuttaisi olevan paras valintakriteeri terveystioskien sijaintia valittaessa. Terveystioskien sijoittaminen lähemmäs työpaikkojen keskittymiä saattaa olla parempi keino tavoittaa mahdolliset asiakkaat (O’Cathain ym. 2009, 388.)

Terveystioskien sijainti vaikuttaa muiden terveydenhuollon yksiköiden työmääriin ja tiedon kulkuun terveydenhuollon sisällä. Terveystioskien, jotka sijaittivat usean kilometrin päästä sairaalasta, ei koettu vaikuttaneen päivystysten työmäärään tai asiakkaiden ongelmien laatuun. Lähellä päivystystä sijainneet terveystioskit taas toimivat päivystysten henkilökunnan kokemuksen perusteella ruuhkahuippujen tasaajina. Kommunikaation terveystioskin ja terveydenhuollon muiden yksiköiden välillä koettiin olevan parempi, jos terveystioski sijaitsi lähellä sairaalaa tai sairaalan yhteydessä. (Pope, Chalder, Moore & Salisbury 2005, 40-43.)

Kuvassa 5 on esitetty yhdysvaltalaisten terveystioskien jakauma sijaintien mukaan.



Kuva 5: Yhdysvaltalaisten terveystioskien jakauma eri sijaintien mukaan

6.2 Henkilökunta

Ylöjärven terveystieteiden henkilökunta koostui toiminnan alkaessa kokoaikaisesta sairaanhoitajasta, osa-aikaisesta terveydenhoitajasta sekä fysioterapeutista. Toiminnan jatkuessa huomattiin, että palveluvalikoima vaihteli työvuorossa olevan ammattihenkilön mukaan. Asiakkaat eivät kokeneet saavansa tarvitsemiansa palveluita, mikäli palvelua ei antanut terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Vuonna 2011 terveystieteiden henkilöstöön tehtiin muutos siten, että osa-aikainen fysioterapeutti vaihtui osa-aikaiseen sairaanhoitajaan. Tällä muutoksella haluttiin varmistaa se, että palveluvalikoima pysyisi jatkuvasti samana. (Kork ym. 2011b, 14)

Lahden terveystieteiden henkilökuntaan kuuluivat apulaisosastonhoitaja (fysioterapeutti) sekä kolme terveydenhoitajaa. Terveystieteillä oli työnkiertokokeilu puhelinpalvelu Päijät-Neuvon kanssa. Kokeilusta ei tullut pysyvää käytäntöä ja henkilöstö terveystieteillä pysyi kokeilun jälkeen samana. (Kork ym. 2011a, 13.)

Henkilökunta kokee terveystieteissä työskentelyn lisänsä heidän ammattitaitoaan myös oman työn arvostusta. Työn tekemisen koetaan tehostuneen. Terveystieteen onkin innovatiivisena ja moniammatillisena ympäristönä edistänyt ammattitaidon laajaa hyödyntämistä ja kehittämistä. Terveystieteillä aika ajoin pidetyt teemapäivät antavat henkilökunnalle hyvän mahdollisuuden verkostoitumiseen ja yhteistyön kehittämiseen muiden toimijoiden kanssa. (Kork ym. 2010, 25,30.)

Useassa ulkomaisessa artikkelissa korostetaan, että terveystieteillä vastaanottavana henkilönä on sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Sairaanhoitajat vastaavat kaikesta asiakkaiden hoidosta terveystieteillä ja osasta hallinnollisia töitä, mutta joskus heillä on apunaan myös vastaanottoapulaisia. Useimmat terveystieteiden käyttävät sähköisiä potilastietojärjestelmiä ja muuta teknologiaa parantaakseen asiakaspalvelua ja turvatakseen hoidon jatkuvuuden. Yleensä terveystieteillä on kirjalliset ohjeet ja hoitoprotokollat joita sairaanhoitajat käyttävät päätöksentekonsa tukena. Potilaat saavat käyntinsä päätteeksi mukaansa kopion potilastiedoistaan. Usein terveystieteiden antavat potilastietonsa lääkäreiden ja sairaaloiden käyttöön potilaan suostumuksella. Tiedon välittämistä terveydenhuoltojärjestelmän sisällä pyritään jatkuvasti kehittämään. (Hansen-Turton, Ryan, Miller, Counts & Nash 2007, 63-64.)

Terveystieteiden hoitamiseen tarvittavista henkilöstöresursseista ei löydyissä ulkomaisissa artikkeleissa kirjoitettu paljoakaan. Useimmat terveystieteillä työskentelevät sairaanhoitajat ovat *nurse practitioner*ereita, jatkokoulutettuja sairaanhoitajia, joilla on laaja toimenkuva (vastaa lähinnä suomalaisia terveydenhoitajia). Eräiden brittiläisten terveystieteiden henkilöstöresursseja ja terveystieteiden muita ominaisuuksia on esitetty taulukossa 7.

Sijainti	Lontoo A	Lontoo B	Lontoo C	Muu paikka A	Muu paikka B	Muu paikka C
Koko, m ²	315	232	Ei tiedossa	530	209	353
Vastaanottohuoneita	5	5	7	7	6	5
Sairaanhoitajia*	6	8	6	5,8	6	5,5
Lääkäreitä*	1,6	1,5	2	2	1,7	1,5
Muuta hoitohenkilökuntaa*	0	0	0	0	0,3	0
Vastaanottohenkilöstöä	4,1	4	1	2,3	4,5	3,5
Ei-kliinisiä hallintohenkilöstöä	1	0	1	1	0	2
Kliinistä hallintohenkilöstöä	1	1	1	0	1	1
Sairaanhoitajien triage	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Ei	Ei

* Muunnettuna kokopäiväisiksi

Taulukko 7: Henkilöstöresursseja (O’Cathain ym. 2009)

Taulukossa 7 esitellyt terveyskioskit eivät kuitenkaan vastaa käsitystä tyypillisistä terveyskioskeista. Suuren kokonsa ja henkilökuntansa puolesta ne muistuttavat enemmän miniterveysasemia kuin pieniä ja ketteriä terveyskioskeja. Kaikilla näillä vastaanotoilla on ollut lääkäreitä paikalla eikä sairaanhoitajien triage ole ollut käytössä kuin kahdella terveyskioskilla kuudesta. Useimmilla oli myös runsaasti vastaanotto- ja hallinnollista henkilökuntaa.

Terveyskioskilla työskentely edellyttää sairaanhoitajilta kykyä työskennellä itsenäisesti, vastuun ottamista kliinisestä diagnoosista, hallinnollisista tehtävistä ja asiakkaan kotiuttamisesta. Sairaanhoitajien roolin laajentaminen on ollut jatkuvana keskustelun aiheena. (Rosen & Mountford 2002, 242.)

Terveyskioskeilla työskenteleviä englantilaisia sairaanhoitajia haastateltiin heidän käsityksistään omasta roolistaan, siihen liittyvistä odotuksista ja haasteista. Haastelluilla oli vaihteleva tausta ja työkokemus, muun muassa päivystystä, työterveyttä tai palliatiivista hoitotyötä. Työntekijöitä rekrytoitaessa oli arvioitu enemmän heidän persoonallisuuttaan, kypsyyttään ja itsevarmuuttaan osoituksena heidän soveltuvuudestaan terveyskioskityöskentelyyn, ei niinkään aikaisemman työkokemuksen tyyppiä. Useimmat sairaanhoitajat kokivat uuden tehtävän haasteet ja mahdollisuudet uuden oppimiseen motivoivana ja innostavana. (Rosen & Mountford 2002, 242-243, 246.)

Terveyskioskeilla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat roolinsa laajemmiksi kuin aikaisemmissa tehtävissään. He tunnistivat seuraavia vastuita ja tehtäviä: triage, diagnosointi, hoitosuunnitelman tekeminen, hoidon toteutus sekä asiakkaan ohjaus. Lisäksi erilaiset tekniset tehtävät, kuten näyttöönotto ja testien suorittaminen olivat keskeisessä roolissa. Johtavassa asemassa olevilla sairaanhoitajilla tehtäviin kuuluivat lisäksi vastuu henkilökunnan ammatillisesta kehittämisestä, ammatillinen ohjaus, hoitokäytäntöjen kehittäminen, laadun varmistaminen, hallinnolliset tehtävät sekä johtaminen. (Rosen & Mountford 2002, 243.)

Useilla hoitajilla oli kokemusta asiakkaan kliinisten ongelmien tunnistamisesta sekä hoitotoimenpiteiden toteuttamisesta, mutta harvemmat olivat tottuneet tekemään diagnooseja tai laatimaan hoitosuunnitelmia. Heidän varmuuteensa uudessa tehtävässään vaikutti aikaisempien työtehtävien itsenäisyys. (Rosen & Mountford 2002, 243.)

Suurimmiksi haasteiksi sairaanhoitajien osaamiselle nimettiin kaksi kokonaisuutta. Näistä ensimmäinen oli edellä mainittu kliininen arviointi, diagnoosin tekeminen ja hoitosuunnitelman laatiminen. Toisena oli asiakasaineiston laajuuden ja monimuotoisuuden mukanaan tuomat haasteet. Vaikeimmiksi koettiin epämääräiset oireet, kuten huimaus, päänsärky tai vatsakivut. Kokiessaan asiakkaan tilanteen liian haastavaksi omille taidoilleen, sairaanhoitajat joko kysyivät neuvoa paikalla olevilta kollegoiltaan tai lähettivät asiakkaan lääkärin vastaanotolle tai päivystykseen. (Rosen & Mountford 2002, 243-244.)

Koettiin, että terveystioskilla työskentelevät sairaanhoitajat tarvitsisivat enemmän lääkärimäisiä taitoja hoitaakseen vastaanotolle tulevia asiakkaita, kuten diagnostisia ja parantavia taitoja hoitotaitojen lisäksi. Sairanhoitajat eivät kuitenkaan kokeneet olevansa ikään kuin yleislääkäreitä, vaan korostivat sairaanhoitajan rooliaan; mahdollisuuttaan keskustella rauhassa asiakkaan kanssa, antaa asiakkaalle tilaa olla äänessä, välttää hoputtamista, neuvojen ja ohjauksen antamista sekä terveyden edistämistä. He kokivat roolinsa olevan jossakin perinteisen sairaanhoitajan ja lääkärin roolien välissä. (Rosen & Mountford 2002, 244-245.)

Jokaisessa tarkastellussa terveystioskissa oli jatkokoulutusohjelma. Aiheita olivat muun muassa yleiset tutkimistaidot ja lääkkeenmäärämisoikeudet sekä spesifit hoitotyön osa-alueet, kuten vammat, sairaudet, mielenterveys ja seksuaaliterveys. Koulutusta räätälöitiin kunkin hoitajan aikaisemman osaamisen ja oppimistarpeiden mukaisiksi. Eri terveystioskien henkilökonnalla ei kuitenkaan ollut yhtä yhteistä käsitystä kaikista työssä tarvittavista taidoista, tiedoista ja osaamisalueista. Työssä oppimista ja muiden hoitajien työskentelyn seuraamista käytettiin vain joillain terveystioskeilla. Muodollisen koulutuksen ja työssä oppimisen tasapainottamisesta ei ollut yhteistä käsitystä. Valitettavan vähän aikaa käytettiin kliinisen päättelyn ja ongelmanratkaisutaitojen kehittämiseen. (Rosen & Mountford 2002, 245-247.)

Sairaanhoitajien roolin laajeneminen oli yksi stressin aiheuttajista. Stressiä aiheutti epävarmuus diagnoosin ja hoidon onnistumisesta sekä tunne, että sairaanhoitajan tulisi pystyä vastaamaan mihin tahansa vastaanotolle tulevaan tilanteeseen. Tämän helpottamiseksi tulisi kirjoittajien mukaan ottaa oppia lääkäreiden koulutuksesta; osaamisessa olevat puutteet täydennetään järjestelmällisesti työskentelyn ohessa yhdistämällä kurseja, ohjattua työssä oppimista, omaehtoista opiskelua ja työskentelyä asiakkaiden kanssa. Kehittymistä arvioidaan ja oppiminen tallennetaan portfolioon. Tähän voitaisiin yhdistää kokeneemman sairaanhoitajan mentorointi. (Rosen & Mountford 2002, 247.)

Parker ja muut haastattelivat terveystietokioskien sidosryhmissä työskenteleviä terveydenhuollon ammattilaisia. Heidän mielestään terveystietokioskien sairaanhoitajien roolia pitäisi laajentaa ja heitä pitäisi tukea ottamaan tämä suurempi vastuu asiakkaan hoidosta. Terveystietoskeilla käytössä ollut ohjelmisto, joka tuki sairaanhoitajia kliinisessä päättelyssä, koettiin sekä vahvuutena että heikkoutena. Ohjelma auttaa hoitajia työssään ja vähentää riskejä, mutta myös rajoittaa hoitajien itsenäistä päättelyä ja aikaisemman kokemuksensa hyödyntämistä. Jatkuvan kouluttamisen ja ammatillisen kehittymisen tarve tunnistettiin. (Parker, Desborough & Forrest 2012, 3-4.) Taulukkoon 8 on koottu keskeisiä havaintoja terveystietokioskien henkilökunnasta.

Keskeiset tulokset - henkilökunta
Henkilöstö sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia
Työ itsenäistä ja vaativaa <ul style="list-style-type: none"> - Lääkäri ei aina tavoitettavissa - Monipuolinen toimenkuva (vastaanotto, diagnoosi, hoito, ohjaus, kotiutus) - Asiakasaineiston laajuus - Ydinosaamistarpeista ei selkeää kuvaa
Työn mielekkyys
Sairaanhoitajien osaamisen mahdollinen laajempi hyödyntäminen

Taulukko 8: Keskeiset tulokset terveystietokioskien henkilöstöstä

6.3 Toteuttamistavat

Opinnäytetyössä etsittiin kokemuksia englanninkielisten maiden terveystietoskeista. Terveystietoskeja on Yhdysvalloissa, Isonsa-Britanniassa ja Australiassa. Opinnäytetyössä tarkasteltavista artikkeleista yhdysvaltalaisia oli 21, englantilaisia 7 ja australialaisia 1 kappale. Näille kaikille terveystietoskeille on yhteistä: sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotto, sijainti helposti saavutettavassa paikassa, hoitoon pääsy ilman ajanvarausta, rajoitettu palveluvalikoima. Kanadassa on myös ”walk-in clinic”- nimistä toimintaa, mutta tämä poikkeaa muiden

maiden järjestelmästä siinä, että nämä ovat lääkäreiden vastaanottoja. Tämän takia kanadalaiset artikkelit on rajattu pois tarkastelusta.

Terveyskioskien omistus ja yhteys muuhun terveydenhuollon kenttään ovat erottavat tekijät näiden maiden välillä. Yhdysvalloissa terveyskioskit ovat yrityksiä tai suurempien toimijoiden tytäryhtiöitä. Isossa-Britanniassa, Suomessa ja Australiassa terveyskioskit ovat osa julkista terveydenhuoltoa.

6.3.1 Yksityiset yritykset

Yhdysvalloissa terveydenhuoltojärjestelmä ei suurimmalta osin ole yhteiskunnan tukemaa ja ylläpitämää. Terveyskioskit on nähty mahdollisuutena kehittää epäoikeudenmukaista ja heikosti toimivaa terveydenhuoltojärjestelmää sekä vastata sielläkin kasvavaan lääkäripulaan. (Kork ym. 2010, 8.) Koska terveyden- ja sairaudenhoito on Yhdysvalloissa liiketoimintaa, tulee terveyskioskitoiminnan taloudellinen puoli vahvasti esiin tässä tarkastelluissa yhdysvaltalaisissa artikkeleissa.

Yhdysvalloissa ensimmäiset terveyskioskit aloittivat toimintansa vuonna 2000 Minneapolis-St. Paulin alueella QuickMedx:n toimesta (Hansen-Turton, Ryan, Miller, Counts & Nash 2007, 62). Terveyskioskit sijaitsevat tyypillisesti suurten valintamyymälöiden, elintarvikekauppojen tai apteekkien yhteydessä.

Terveyskioskiyritysten omistajuus ja emoyhtiön tyyppi vaihtelee. Jotkut terveyskioskit ovat täysin yksityisesti omistettuja, jotkut ovat osa suurempaa terveydenhuollon palvelukokonaisuutta (health system) tai voittoa tavoittelemattomien organisaatioiden omistamia. (Hansen-Turton ym. 2007, 62.) Vuosituhannen alussa terveyskioskit olivat itsenäisiä, pääomasijoittajien rahoittamia yrityksiä. Sittemmin muiden alojen kaupalliset toimijat, kuten apteekki- ja elintarvikeketjut, ovat ostaneet terveyskioskiyrityksiä tai perustaneet terveyskioskipalveluja omiin tiloihinsa. (Laws & Scott 2008, 1294; Deloitte 2008, 3.) Kaupan alan toimijat pyrkivät lisäämään terveyskioskien avulla tulojaan, vahvistamaan asiakassuhteitaan, lisäämään lääkkeiden myyntiä sekä lisäämään yleisesti tuotemyyntiään (Laws & Scott 2008, 1294). Paikallisesti toimivat, pienemmät terveyskioskiyritykset ovat pyrkineet turvaamaan säilymisensä luomalla kumppanuuksia kaupan alan toimijoiden kanssa. (Deloitte 2008, 3). Myös paikallisesti ja alueellisesti toimivat sairaalat ja sairaalayhtymät pyrkivät samoille markkinoille perustamalla omia terveyskioskejaan. Näin ne voivat paitsi vastata terveystalouden yleiseen tarpeeseen mutta myös turvata asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja ohjata asiakkaita omille lääkäreilleen ja muiden tuottamiensa palvelujen käyttäjiksi. (Deloitte 2008, 14; Hansen-Turton, Ridgway, Ryan & Nash 2009, 231.) Sairaalat tavoittelevat paitsi vanhojen asiakkaiden säilyttämistä mutta myös uusien asiakkaiden houkuttelua omien palveluidensa piiriin sekä tarpeet-

tomien päivystyskäyntien vähentämistä (Laws & Scott 2008, 1294). Yhteistyö sairaaloiden ja suurten terveystieteiden välillä on myös lisääntynyt; osaa suurten toimijoiden terveystieteistä hoidetaan yhdessä sairaalaketjujen kanssa. (Rudavsky ym. 2009, 319.)

Yrityskauppojen seurauksena terveystietokitoiminta on laajentunut räjähdysmäisesti viime vuosikymmenen loppua kohti (Deloitte 2008, 3). Yhdysvalloissa oli keväällä 2013 yhteensä 1425 terveystietokitoimintaa. Suurin terveystietokitoimintayritys on MinuteClinic, jolla on yhteensä 620 klinikkaa maanlaajuisesti, 44 prosentin osuudella kaikista Yhdysvaltojen terveystietokitoimintayrityksistä. Toiseksi suurin on TakeCare 362:lla terveystietokitoimintayrityksellä (HCO News 2013). MinuteClinic on CVS:n (Yhdysvaltojen suurin apteekkiketju) ostama terveystietokitoimintayritys, TakeCare taas on Walgreens'in (apteekki- ja terveystuoteketju) omistama terveystietokitoimintayritys (Deloitte 2009, 3). Tämä kuvastaa yhdysvaltalaisen terveystietokitoiminnan vahvaa yhteyttä lääkemyyntiin.

Vuonna 2008 terveystietokitoimintayritysten omistajuustilanne Yhdysvalloissa on esitetty taulukossa 9.

Omistajan tai toimijan tyyppi	Toimipisteiden määrä, yht 982	Osuus
Sairaalat ja muut terveydenhuoltoalan yritykset	113	12 %
Kauppaketjujen omia terveystietokitoimintayrityksiä	714	73 %
Itsenäinen tai kumppanuus kaupan kanssa	155	15 %

Taulukko 9: Terveystietokitoimintayritysten omistajuus Yhdysvalloissa (Rudavsky ym. 2009)

Vuonna 2009 jo 85 % terveystietokitoimintayrityksistä oli isäntäorganisaatioidensa omistuksessa, 2 % sairaaloiden omistuksessa ja loput 13 % olivat yksityisten sijoittajien omistamia. (Deloitte 2009, 3). Kauppaketjut ovat aggressiivisesti lisänneet osuuttaan terveystietokitoimintamarkkinoilla. Kun Yhdysvalloissa oli 42 eri terveystietokitoimintayritystä, niin näistä 26 oli sairaaloiden ja sairaalayhtymien omistamia, 13 itsenäisiä, 3 kauppaketjujen tytäryhtiöitä (CVS: MinuteClinic, Walgreens: Take Care ja Target: TargetClinic). Terveystietokitoimintayrityksistä suurin osa on siis terveydenhuoltoalan toimijoiden omistamia mutta lähes kolme neljästä toimipisteestä on kauppaketjujen omistamia (Rudavsky ym. 2009). Vahvimmat toimijat ovat ne terveystietokitoimintayritykset, jotka ovat osa liikepaikkaa hoitavaa yritystä.

6.3.2 Osana julkista terveydenhuoltoa

Isossa-Britanniassa NHS (National Health Service) aloitti 40:n terveystietokitoimintayrityksen pilottihankkeen vuonna 2000. Terveystietokitoimintayritysten tavoitteena oli tarjota helposti saavutettavia, ”modernin elämäntavan” kanssa yhteensopivia palveluja. Toiminta olisi NHS:n johtamaa, muiden tervey-

denhuollon järjestelmien tukemaa ja paikallisiin tarpeisiin perustuvaa. Palvelujen oli määrä olla korkealaatuisia, keskittyen vähäisiin sairauksiin tai vammoihin. Myös erilaisia lisäpalveluja, muun muassa veranpaineen ja kolesterolin mittauksia, tulisi sisältyä palveluvalikoimaan. (Rosen & Mountford 2002, 241-242).

Yhtenä terveystioskien tavoitteista oli myös helpottaa muiden julkisen terveydenhuollon osien työpainetta sellaisten sairauksien tai vammojen hoidossa, jotka voisi hoitaa sairaanhoitajan vastaanotolla (Pope ym. 2005, 40; Salisbury & Munro, 53). Vuonna 2004 sairaalapäivystysten yhteyteen perustettiin terveystioskeja keventämään erityisesti päivystysten työtaakkaa ja toimimaan ruuhkahuippujen tasaajina. Samana vuonna tehtiin myös päätös työmatkalaisille suunnattujen terveystioskien perustamisesta (O' Cathain ym. 2009, 383-384). Isossa-Britanniassa oli vuoteen 2005 mennessä terveystioskeja jo 71 kappaletta (Salisbury ym, 2007, 265).

Ennen terveystioskien perustamista Isossa-Britanniassa oli toiminut eräänlaisia kevennettyjä päivystyspoliklinikoita (minor injuries unit) joiden henkilökuntana oli sairaanhoitajia. Käytössä oli myös puhelinpalvelu, NHS Direct, jossa sairaanhoitajat tietokoneen avustuksella neuvoivat soittajia heidän terveysongelmissaan. Sairaanhoitajien oli todettu pystyvän tarjoamaan turvallista ja tehokasta palvelua vastaanottamilleen asiakkaille. Tietokoneohjelman avustamana sairaanhoitajat kykenivät tekemään triagen turvallisesti ja luotettavasti. (Salisbury & Munro 2002, 54.)

Australiassa ensimmäinen terveystioski perustettiin toukokuussa 2010 Canberraan. Mallina on ollut Isossa-Britanniassa käytetty toimintamalli. Palvelu on osa julkista terveydenhoitoa ja ilmaista käyttäjilleen. Henkilökuntana on sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Hoitoon pääsee ilman ajanvarausta ja hoitoa tarjotaan ”akuutteihin ja ohimeneviin” ongelmiin. Henkilökunnalla on käytössään kliinistä päätöksentekoa avustava tietokoneohjelma. (Parker, Desborough & Forrest 2012, 383-384.) Tutkimuksessa esitelty terveystioski sijaitsi paikallisen sairaalan yhteydessä, hyvin lähellä päivystystä. Sairaalassa toimii myös lääkärivetoinen, virka-aikojen ulkopuolella toimiva klinikka. (Parker ym. 2012, 383.)

6.3.3 Ostopalveluna

Vuonna 2004 tehtiin myös päätös työmatkalaisille perustettavien terveystioskien avaamisesta. Tarkoituksena oli perustaa terveystioskeja merkittävillä rautatieasemille tai niiden läheisyyteen. Nämä erosivat aikaisemmin perustetuista terveystioskeista kolmella tavalla: Ensinnäkin, yksityissektorin palveluntuottajat hoitivat terveystioskien toiminnan ja ylläpitämisen. Toiseksi, näissä oli myös lääkäri vastaanottamassa asiakkaita muiden terveystioskien ollessa sairaanhoitajavetoisia. Kolmanneksi, aukioloajat olivat työmatkalaisille suunnattuja ja terveys-

kioskit olivat suljettuna myöhään iltaisin ja viikonloppuisin. Ostopalvelun hyödyksi todettiin mahdollisuus nopeaan vastaanottokapasiteetin lisäämiseen ja terveydenhuollon palvelujen tarjoamiseen. (O’Cathain ym. 2009, 383-389.)

Terveyskioskin toteuttamistavat on eritelty kuvassa 6.



Kuva 6: Terveyskioskin toteuttamistavat

6.4 Terveyskioskien suhteet muuhun terveydenhuoltoon

Pollack, Gigendil ja Mehrotra (2010) esittävät kolme mallia terveystioskien suhteesta perusterveydenhuoltoon. Nämä ovat integroitu malli, hybridimalli sekä itsenäinen malli. Integroidussa mallissa olemassa olevat terveydenhuoltoalan yritykset (kuten sairaalayhtymät tai lääkärikeskukset) omistavat terveystioskeja ja vastaavat niiden toiminnasta. Tässä mallissa terveystioskit ovat yhteydessä emoyhtiöönsä usealla tasolla: Potilastietojärjestelmä on yhteinen, jolloin terveystioskilla on pääsy asiakkaan kaikkiin potilastietoihin. Terveystioskilla työskentelevät sairaanhoitajat ovat tämän suuremman kokonaisuuden palveluksessa. Sairaanhoitajat tekevät luontevaa yhteistyötä emo-organisaation lääkärin kanssa. Terveystioski on terveydenhuollon palveluntarjoajan jatke, ei itsenäinen kokonaisuutensa. Organisaatio hyötyy terveystioskista monin tavoin. Terveystioski voi keventää työmäärää yksinkertaisempien tapauksien ollessa kyseessä, terveystioski voi ohjata asiakkaitaan jatkohoitoon oman organisaationsa sisällä tai käyttämään muita sen tarjoamia palveluja. Lisäksi terveystioski ei tässä mal-

lissa kilpailisi lääkärien kanssa samoista asiakkaista vaan lisäisi organisaation myyntiä. Terveyskioskit olisivat perusterveydenhoidon jatke, ikään kuin lääkärikeskuksen sairaanhoitajan vastaanotto mutta eri paikassa. (Pollack, Gigendil & Mehrotra 2010, 1001.) Integroidussa mallissa organisaatio pystyy tarjoamaan asiakkailleen yksinkertaisempaa ja helpompaa perusterveydenhoitoa.

Hybridimallissa terveyskioskit tekevät muodollista yhteistyötä lääkärin vastaanottojen kanssa. Molemmat toimivat yhteisen brändin alla, mutta ovat kuitenkin taloudellisesti itsenäisiä toimijoita. Lääkäri valvoo terveyskioskin toimintaa ja tarvittaessa konsultoi ongelmatapauksissa. Jos käytössä on yhteinen potilastietojärjestelmä, onnistuu tiedonvaihto ja hoidon koordinointi lääkärin ja terveyskioskin välillä saumattomasti. Mahdollisia ongelmia ovat kuitenkin ennaltaehkäisevän hoidon ja kroonisten sairauksien hoidon toteutuminen terveyskioskin ja lääkärikeskuksen ollessa taloudellisesti itsenäisiä. Terveyskioskilla on vähemmän taloudellisia kustannuksia ohjata asiakasta jatkohoitoon. Toisaalta, tässä mallissa lääkäritkin voivat saada tuloja brändäyksen, terveyskioskien valvonnasta saatavien maksujen, lisääntyneiden jatkohoitoon tulevien asiakkaiden sekä markkinointimahdollisuuksien myötä. (Pollack, Gigendil & Mehrotra 2010, 1001-1002.)

Itsenäisessä mallissa terveyskioskitoimintaa hoitavat omat, itsenäiset yrityksensä. Potilastietojärjestelmä on terveyskioskin oma ja tiedonvälitys muille tapahtuu paperisilla potilasasiakirjoilla. Tiedon kulku muille terveydenhuollon ammattilaisille on yksisuuntaista, terveyskioskista ulospäin. Ongelmia voi syntyä potilasturvallisuuden kanssa, jos terveyskioskilla ei ole tietoa esimerkiksi asiakkaan allergioista tai lääkityksestä. Samoin kroonisten vaivojen hoito tai ennaltaehkäisevä hoito saattaa jäädä toteutumatta. Toisaalta terveyskioskilla yleisimmin hoidettavat sairaudet ovat vähemmän vakavia eivätkä edellä mainittujen haasteiden vakavuus ole välttämättä kovin suuri. Koska potilaat ovat usein melko terveitä, ei heidän hoitamisen ehkä edellytä hoitavan lääkärin valvontaa. (Pollack, Gigendil & Mehrotra 2010, 1002.)

Terveyskioskeilla ja perinteisillä lääkärijohtoisilla vastaanotoilla on paljon yhteistä. Molemmat vastaanotot pyrkivät parantamaan hoidon saatavuutta, käyttävät sähköisiä potilastietojärjestelmiä, noudattavat näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä ja käyttävät muita kuin lääkäreitä tarjoamaan sellaisia palveluja, joiden tuottamiseen ei tarvita lääkärin koulutusta. Molemmat ovat myös asiakaskeskeisiä, mutta hieman eri tavoin. Perinteisessä järjestelmässä asiakaskeskeisyys on asiakkaan tarpeiden kokonaisuuteen vastaamista, terveyskioskeilla asiakaskeskeisyyttä on hoitoon pääsyn helppous ilman ajanvarausta, pidemmällä aukioloajoilla, kätevästi saavutettavassa paikassa. Eroja on palvelutarjonnan laajuudessa. Perinteisesti pyritään tarjoamaan kokonaisvaltaista hoitoa. Terveyskioskin tarjonta taas on rajattu vain tiettyihin akuutteihin vaivoihin ja ennaltaehkäiseviin hoitoihin. Merkittävin ero on hoidon koordinointi, varsinkin niillä asiakkaila, joilla on vaikeita kroonisia sairauksia. Turvallisin ratkaisu

tähän olisi yhteinen potilastietojärjestelmä, johon sekä perusterveydenhuollolla että terveyskioskeilla olisi pääsy. Näin voitaisiin taata potilasturvallisuus, seurata terveydentilaa laajemmin sekä tarjota sopivaa ennaltaehkäisevää hoitoa. (Pollack, Gigendil & Mehrotra 2010, 1000.)

Terveyskioskien mahdollisia vaikutuksia muihin terveydenhuollon toimijoihin on listattu taulukossa 10.

Työnantajat	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyskioskit voivat tarjota osan työterveyspalveluista. • Myös muita palveluja, kuten työhyvinvointipalveluja, voitaisiin tarjota terveyskioskien kautta.
Päätäjät ja lainsäätäjät	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyskioskeja voitaisiin hyödyntää lisäämään terveydenhuollon palvelujen saavutettavuutta ja kustannustehokkuutta. • Vähentämään päivystysten työmäärää ja kustannuksia. • Pandemian ehkäisyssä tai muihin poikkeustapahtumiin varautumisessa voitaisiin käyttää terveyskioskeja. • Mahdollisten lisävaltuuksien/oikeuksien myöntäminen terveyskioskeilla työskenteleville sairaanhoitajille?
Sairaalat	<ul style="list-style-type: none"> • Sairaalat voisivat osallistua terveyskioskien kehittämiseen. • Perusterveydenhuollon palveluita voisi siirtää terveyskioskeihin.
Yksityinen terveydenhuolto, lääkärikeskukset ym.	<ul style="list-style-type: none"> • Lievempien sairauksien hoito saattaa siirtyä terveyskioskeihin? • ”Helpot”, taloudellisesti hyvin tuottavat asiakaskäynnit saattavat siirtyä terveyskioskeihin ja vaikeammat tapaukset jäävät lääkäreille. • Jos terveyskioskien palveluvalikoima laajenee myös vaikeampiin tapauksiin, saattaa muodostua kilpailuasetelma. • Kilpailu ammattitaitoisista sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista saattaa lisääntyä. Mahdollinen vaikutus palkkakuluihin.

Taulukko 10: Terveyskioskien mahdollisia vaikutuksia muihin terveydenhuollon toimijoihin (Deloitte 2008, 15)

Terveyskioski ei ole varsinaisesti kilpailija lääkärin vastaanotoille, sillä terveyskioski ei (perinteisesti) tarjoa hoitoa kroonisiin, seurantaan edellyttäviin sairauksiin ja vaivoihin. Siksi terveyskioskit eivät myöskään vie lääkärin asiakkaita koska potilaat eivät voi siirtää perusterveydenhuoltoaan terveyskioskiin. (Evans 2010, 23.) On myös havaittu, että suurin osa asiakkaista ei edes halua siirtää terveydenhoitoaan terveyskioskiin. Terveyskioskit koettiin täydentävänä tai tilapäisenä korvaavana palveluna vähäisempien vaivojen ollessa kyseessä. (Wang ym. 2010, 133.)

Eräiden kirjoittajien mukaan terveyskioskit eivät lisää terveydenhuollon palvelujen käyttöä, vaan yksinkertaisesti tarjoavat asiakkailleen vaihtoehtoisen tavan saada terveydenhoitoa (Hansen-Turton ym. 2007, 62).

Terveyskioskissa työskentely saattaisi olla työssä jaksamisen näkökulmasta virkistävää työniertoa terveyskeskuksissa työskenteleville. Terveyskioskin työympäristö sekä työskentelytavat ovat hyvin erilaiset kuin terveyskeskuksessa. Uudenlainen konsepti herätti työyhteisössä

paitsi innostusta myös kateutta ja kitkaa henkilöstön välille. Tähän saattaa vaikuttaa tietämättömyys sekä pelko kasvavasta työpaineesta. Terveyskioskin asiakaslähtöinen toimintamalli voi tuntua joillekin vieraalta. (Kork ym. 2010, 25.)

Muiden terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteet ja näkemykset terveystioskeista ovat merkittäviä useasta syystä. Ensinnäkin, kielteinen suhtautuminen terveystioskeihin on yksi suurimmista terveystioskien menestymisen esteistä. Toiseksi, näin voidaan saada tietoa siitä, vaikuttavatko terveystioskit alueen muiden terveydenhuollon palveluntarjoajien toimintaan, kuten yhtenä terveystioskien tavoitteena on ollut. Kolmanneksi, näin saadaan tietoa terveystioskien kehittämistarpeista. (Pope ym. 2005, 40.) Lääkärit ovat esittäneet huolensa asiakkaiden saaman hoidon laadusta terveystioskeissa. Samoin asiakkaan hoidon hajautuminen tai pirstaloituminen on ollut huolenaiheena. Terveydenhoitajien kykyjä ja soveltuvuutta itsenäiseen potilastyöhön on epäilty (Hansen-Turton ym. 2007, 64.) Terveystioskin toiminta-ajatuksena on siirtää osa lääkärin työstä hoitohenkilökunnalle. Tämä vähentää osaltaan terveydenhuollon hierarkisuutta sekä lisää mahdollisuuksia parantaa palveluiden saatavuutta. Lääkärit ovat olleet kriittisiä myös liittyen hoitajakeskeiseen toimintatapaan. Terveystioskin pelätään lisäävän lääkärin työn kuormittavuutta sekä kasvattavan potilasvalikointia. (Kork ym. 2010, 25.)

Kritiikkiä on esitetty lisäksi potilaan hoidon jatkuvuuden ja muiden mahdollisten sairauksien seurannan puutteesta sekä hukatuista mahdollisuuksista terveyden edistämiseen tai potilasohjaukseen. (Thygeson, Van Vorst, Maciosek & Solberg 2008, 1283-1284.)

Yhdysvaltalainen, liiketoiminnallinen terveydenhuolto ei ehkä rohkaise eri toimijoiden väliin yhteistyöhön (Salisbury & Munro 2002, 56). Toisaalta, viime aikoina lisääntynyt yhteistyö terveystioskiyritysten ja sairaala- ja lääkäriyritysten välillä saattaa lisätä vuorovaikutusta ja vähentää huolta tiedon kulun katkeamisesta. Yhteiset potilastietojärjestelmät tekevät tämän mahdolliseksi. (Rudavsky ym. 2009, 319.)

Terveystioskialan säätelyssä ja valvonnassa on Yhdysvalloissa suuria osavaltiokohtaisia eroja. Joissakin osavaltioissa muun muassa edellytetään lääkärin valvontaa tai yhteistyötä terveystioskin kanssa. Toisissa edellytetään lääkärin läsnäoloa tietyn määrän tunteja kuukaudessa. Henkilöstön ammattijakauman (sairaanhoitaja/lääkäri) suhteen on joissakin osavaltioissa asetettu säästöjä. (Hansen-Turton ym. 2009.)

6.5 Palvelut ja käyntisyys

Ylöjärvellä vuonna 2009 ensimmäisen terveystietokioskin toiminta aloitettiin esiselvityksen jälkeen peruspalveluvalikoimalla. Terveystietokioskin peruspalveluvalikoimaan kuuluivat pienimuotoiset hoitotoimenpiteet, kuten erilaiset mittaukset, testit, haavojen hoito, injektiot, rokotukset, verenpaineen ja verensokerin mittaukset sekä henkilökunnan antamat terveys- ja liikuntaneuvonta. Palveluvalikoimaa täydennettiin myöhemmin asiakaspalautteen perusteella. Palveluvalikoimaan otettiin lisäksi hemoglobiinin sekä kolesterolin mittaukset. Terveystietokioskitoimintaan lisättiin myös sähköpostineuvontapalvelu sekä Facebook -sivu. Peruskartoituksen vastauksien perusteella terveystietokioskin rajalliseen palveluvalikoimaan oltiin tyytyväisiä. (Kork ym. 2010, 18, 29; Kork ym. 2011b, 13.)

Ylöjärven terveystietokioskin henkilökunnan mielestä tärkeimpiä ja yleisimmin käytettyjä työmenetelmiä terveystietokioskissa olivat kuunteleminen, keskusteleminen sekä ohjaus ja tukeminen (Kork ym. 2011b, 35). Henkilökunnan mukaan yleisimpiä toimenpiteitä olivat erilaiset mittaukset, injektiot sekä korvahuuhtelut (Kork ym. 2011b, 29).

Useasti mittauksien yhteydessä keskusteltiin samalla muistakin asioista. Erilaisten psykososiaalisten ongelmien (mielenterveys- ja päihdeongelmat, perhekriisit, yksinäisyys jne.) kuunteleminen veivät tuntuva osan hoitajien työajasta. Terveystietokioski näyttäisi madaltavan kynnyksiä psyykkistenkin ongelmien hoitamiseen. (Kork ym. 2010, 23.) Hoitajat kokivat suurimmiksi palvelutarpeiksi erilaiset mittaukset sekä asiakkaan kuulluksi tuleminen. Asiakkaat toivoivat myös terveydenhuollon ammattilaisen vahvistusta omille mielipiteilleen. Terveystietokioskia käytettiin hoitajien kokemusten mukaan itsehoitoon, seurantaan sekä työterveyshuollon jälkeisenä kontaktipaikkana. Yleisimpinä asiakkaiden terveysongelmina nähtiin ylipaino, lääkitykseen, haavoihin, ihomuutoksiin sekä korvavaivoihin liittyvät asiat. (Kork ym. 2011b, 30.)

Lahden terveystietokioskin toiminnan tarkoituksena oli painottaa ennaltaehkäiseviä palveluita, kuten neuvontaa ja ohjausta. Peruspalveluvalikoimaan kuului myös pienet toimenpiteet. Palveluvalikoimaa kehitettiin käytännön kokemusten kautta. Asiakkaista 56 % oli melko tyytyväisiä palveluvalikoimaan terveystietokioskin toiminnan alkuvaiheessa. Ensimmäisen toimintavuoden jälkeen lisättiin annettaviin palveluihin muun muassa keuhkojen ikä- ja kehonkoostumusmittaukset. Terveystietokioskissa oli järjestetty rokotustempauksia ja silmänpaineenmittauksia rajoitetusti. Terveystietokioskiin saatiin elintapaohjausta varten taulu-tv sekä lahjoituksena happisaturoiomittari. Terveystietokioskissa aloitettiin myös liikuntavälineiden lainaus ja yleisöluennot. Palveluvalikoimaan lisättiin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti fysioterapian palveluita. Kaupungin oma farmaseutti tarjosi lääkityksen kokonaishoidonarviointia joillekin asiakkaille. Erilaisia terveyden ja hyvinvointiin liittyviä teemapäiviä Lahden terveystietokioski järjesti monia. Teemapäiviä järjestettiin myös terveystietokioskin ulkopuolella. Jalkautuminen ja laaja-alainen

yhteistyö eri toimijoiden kanssa luovat mahdollisuuden monikanavaiseen toimintaan. Yhteistyötä terveyskioski teki esimerkiksi kirjaston ja poliisin kanssa. (Kork ym. 2011b, 11-13, 24.)

Terveyskioskin työntekijät vastasivat puolen vuoden ajan aamuisin Päijät-Neuvon puhelinpalvelun puheluihin. Työkiertokokeilun jälkeen yhteistoiminta Päijät-Neuvon kanssa jatkui siten, että terveyskioski auttoi edelleen puhelinpalvelun aamuruuhkissa. Päijät-Neuvosta yksi työntekijä jatkoi työnkiertoa terveyskioskissa. Terveyskioskista ohjattiin muille palveluntuottajille tarvittaessa. Palveluohjausta tapahtui myös toisin päin; terveyskioskissa oli tehty hoidontarpeenarvioita terveysaseman ruuhkan vuoksi. Kork ym. 2011a, 10-11, 13.)

Isossa-Britanniassa terveyskioskitoiminnan alkuvaiheessa eri terveyskioskien palveluvalikoimissa sekä tarjottujen palvelujen laajuudessa oli eroja sen mukaan, minkälainen paikan aikaisempi historia oli ollut (esimerkiksi aluesairaalan yhteyteen perustetuissa terveyskioskeissa). Palvelujen oli määrä perustua paikallisen populaation tarpeisiin, mutta terveyskioskien perustamista oli vain harvoin edeltänyt huolellinen analyysi tulevasta asiakaskunnasta. (Salisbury, Chalder ym. 2002, 401.) Tämä koettiin kehittämistarpeena mutta myös tarjonnan mahdollisuuden oppia erilaisista tavoista tarjota palveluja ja toimi arvioinnin perustana (Salisbury, Chalder ym. 2002, 403).

Tyypillinen asiakaskäynti kesti terveyskioskissa 15-25 minuuttia. Terveyskioskit pyrkivät läpinäkyvyyteen palvelujensa ja hintojensa suhteen, siksi tarjottujen palvelujen hinnat olivat selvästi esillä. (Hansen-Turton, Ryan, Miller, Counts & Nash 2007, 63-64.)

Vuosina 2009-2011 Ylöjärven terveyskioskin käynneistä 58 % koski erilaisia mittauksia (Kork ym. 2011b, 31). Paljon annettiin myös erilaisia pistoksia, kuten reumalääkkeitä ja hormonivalmisteita sekä rokotuksia. Valtaosa (71 %) kyselyyn vastaajista ilmoitti tulleen terveyskioskiin hoitotoimenpiteen takia. Vain viidesosa vastanneista kertoi käynnin syyksi terveysneuvonnan hakemisen. (Kork ym. 2011b, 29.)

Taulukossa 11 on kuvattu kahden vuoden seurannan aikana Ylöjärven terveyskioskin yleisimmät käyntisyöt.

TERVEYSKIOSKIN YLEISIMMÄT KÄYNTISYYT	LUKUMÄÄRÄ	KAIKISTA
Mittaus (RR, VS, Kol, Hb, CRP)	9549	58 %
Terveysneuvonta	2578	16 %
Injektio/rokote	1959	12 %
Muut	2219	14 %

Taulukko 11: Yleisimmät käyntisyöt Ylöjärven terveyskioskissa vuosina 2009-2011 (Kork ym. 2011b, 30)

Käyntisyiden tilastoinnissa oli eroavaisuuksia potilastietojärjestelmän puutteiden sekä epäyhtenäisten kirjauskäytäntöjen vuoksi. Eri tilastoissa terveystieteiden asiakaskäynnit näyttäytyivät kovin erilaisina. Ylöjärven loppuarvioinnissa käytettiin ensisijaisesti terveystieteiden omaa tilastointia.

Lahden terveystieteen käyntisyistä nousee esille terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. ”Osittainen terveydentilan arviointi/tarkastus” oli käyntisyinä 63 %:ssa terveystieteen käynneistä. Tämä käyntisyyn kirjausmerkintä tarkoittaa käytännössä esimerkiksi verenpaineen mittausta tai elämäntapaneuvontaa. (Kork ym. 2011a, 18-19.) Terveystieteiden ja ohjauksen sisällöt koskivat tyypillisesti ruokavaliota, painonhallintaa, fysioterapiaa sekä ikääntymistä (Kork ym. 2011a, 23). Lahden terveystieteillä asioivien käyntisyitä voidaan jaotella neljään ryhmään: pitkäaikaissairaus, pienet hoitotoimenpiteet tai vaivat, teemapäivään osallistuminen tai palveluohjaustarve, omahoitoasiakkuus. (Kork ym. 2011a, 14.)

Ylöjärven terveystieteissä asioinnin syyt painottuivat ennaltaehkäisevään toimintaan, kuten erilaisiin mittauksiin sekä terveys- ja liikuntaneuvontaan. Yleisin käyntisy (49 %) terveystieteissä oli jokin mittaus kuten verenpaine, verensokeri tai kolesteroliarvon mittaus. (Kork ym. 2010, 21.) Loppuarvioinnissa Ylöjärven terveystieteiden asiakasprofiili jaettiin neljään ryhmään: seuranta-asiakkaisiin, hoitotoimenpiteitä tai injektioita tarvitseviin asiakkaisiin, teemapäiviin osallistujiin sekä terveystietoa ja neuvontaa saaviin asiakkaisiin (Kork ym. 2011b, 19).

Taulukossa 12 on esitetty yleisimmät käyntisyitä ulkomaisilla terveystieteillä.

Sairaus/ palvelu	Osuus tapauksista, %	Lähde
Ylähengitysteiden infektio, poskiontelotulehdus tai keuhkoputken tulehdus	27,4	Mehrotra ym. 2008
Nielutulehdus	21,2	Mehrotra ym. 2008
Rokotus	19,7	Mehrotra ym. 2008
Välikorvan tai korvakäytävän tulehdus	12,7	Mehrotra ym. 2008
Flunssa tai virusinfektio	5	Salisbury ym. 2002
Sidekalvotulehdus	4,6	Mehrotra ym. 2008
Virtsatietulehdus	3,5	Mehrotra ym. 2008
Hätäehkäisy	3	Salisbury ym. 2002, O’Cathain ym. 2009
Siteen vaihto	3	Salisbury ym. 2002
Muu korva, nenä tai kurkku	3	Salisbury ym. 2002
Vilustuminen	2	Salisbury ym. 2002, O’Cathain ym. 2009
Korvat tukossa	2	Salisbury ym. 2002
Muut tuki- ja liikuntaelinongelmat	2	Salisbury ym. 2002
Ei-akuutti haavanhoito	2	Salisbury ym. 2002, O’Cathain ym. 2009

Muu iho-oire	2	Salisbury ym. 2002 O’Cathain ym. 2009
Välikorvatulehdus	2	Salisbury ym. 2002
Verenpaineen mittaus	2	Salisbury ym. 2002
Lihaskipu	2	Salisbury ym. 2002
Virtsatietulehdus	2	Salisbury ym. 2002
Muu silmäoire	2	Salisbury ym. 2002, O’Cathain ym. 2009
Nielurisa- tai nielutulehdus	2	Salisbury ym. 2002
Vähäinen päävamma	2	Salisbury ym. 2002
Pehmytkudosvamma nilkka, jalkaterä tai varvas	2	Salisbury ym. 2002
Muu haava, pehmytkudosinfektio, palovamma	2	Salisbury ym. 2002
Silmätulehdukset: Näärännäppy, sidekalvotulehdus, luomenreunan tulehdus	2	Salisbury ym. 2002
Veranpaineen mittaus tai lab. koe	1,3	Mehrotra ym. 2008
Selkäkipu	1	Salisbury ym. 2002
Nyrjähdykset ja venähdykset	-	O’Cathain ym. 2009
Puremat ja pistokset	-	O’Cathain ym. 2009
Neuvonta paikallisista (terveys)palveluista	-	O’Cathain ym. 2009
Terveysneuvonta, terveyden ed.	-	O’Cathain ym. 2009
Vähäinen sairaus/ vamma	-	O’Cathain ym. 2009
Painonpudotus	-	Wollner ym. 2010
Muut syyt	13 8,9	Salisbury ym. 2002 Mehrotra ym. 2008

Otoskoot: Mehrotra ym. 2008 n = 1 250 000; Salisbury, Chalder, Manku Scott, Pope & Moore 2002 n = 20 410; Wollner ym. 2010 n = 86

Taulukko 12: Yleisimmät käyntisytyt ulkomaisilla terveystioskeilla (Mehrotra ym. 2008, O’Cathain ym. 2009, Salisbury ym. 2002, Wollner ym. 2010)

Taulukkoa tulkittaessa on huomioitava, että Salisburyn ja muiden (2002) antamat luvut ovat brittiläisten terveystioskien alkua ajoilta. Toiminnan alkuvaiheessa terveystioskien palveluvalikoimissa ja palvelujen painotuksissa oli suuria terveystioskikohtaisia eroja. Näissä luvuissa mikään sairaus ei nouse merkittävästi ylitse muiden ja kunkin käyntisyyn osuus on noin 2-5 prosenttia luokkaa. Lisäksi ”muiden syiden” osuus on suuri, 13 prosenttia. Mehrotran ja kump-paneiden (2008) luvuissa yleisimmät käyntisytyt erottuvat selvästi. O’Cathain ja muut eivät anna lukuja, mutta listaavat yleisimmät käyntisytyt.

Mehrotran ja muiden mukaan (2008, 1278) kymmenen yleisintä syytä käyttää terveystioskin palveluja ovat ylähengitysteiden infektio, poskiontelotulehdus, keuhkoputkentulehdus, nielu-tulehdus, rokotukset, välikorvatulehdus, korvakäytävän tulehdus, sidekalvotulehdus, virtsa-tietulehdus, seuloivat laboratoriotutkimukset tai verenpaineen mittaus. (Mehrotra ym. 2002, 1278.)

Wangin ja muiden (2010) tutkimuksessa hieman yli puolet (56 %) asiakkaista tuli hoitoon edellä mainittujen kaltaisten akuuttien vaivojen johdosta, noin kolmannes hakeutui ennaltaehkäisevään hoitoon (esimerkiksi terveystarkastus, rokotus) ja 8 % haki hoitoa krooniseen sairauteen (Wang ym. 2010, 130). Thygesonin ym. (2008) tutkimuksessa otoskoko oli 628 000 asiakaskäyntiä ja tulokset olivat samansuuntaisia kuin edellä. Yleisimmät käyntisyöt (77 % käynneistä) olivat sidekalvotulehdus, välikorvatulehdus, nielu- ja kitarisatulehdus tai nielutulehdus, poskiontelotulehdus ja virtsatietulehdus. (Thygeson ym. 2008, 1285-1286). Laws ja Scott puolestaan kirjoittavat, että noin 70 % kaikista terveystarkastuksen asiakaskäynneistä oli luokiteltavissa viiteen yleisimpään sairauteen tai ongelmaan. Heidän mukaansa jopa 20 % kaikista käynneistä olisi rokotuksia. (Laws & Scott 2008, 1294.)

Wilson ym. (2010) mukaan yleisimpinä käyntisyinä ovat erilaiset nenän tai nielun alueen tulehdukset, jotka kattoivat noin 70 % käynneistä. Korvatulehduksia oli noin 15 % ja muita käyntisyitä noin 13 %. Vain 2 % käynneistä oli rutiininomaisia tutkimuksia (Wilson ym. 2010, 756.) Otos oli 27 356 käyntiä.

Myös lapsilla yleisimmät hoidetut sairausryhmät olivat samoja. Jacoby, Crawford, Chaudhari ja Goldfarb (2011) tutkivat kahden yleisen lasten sairauden hoidon laatua terveystarkastuksilla. Näitä olivat keuhkoputken tulehdus ja ylähengitysteiden infektio. Tutkijat totesivat hoidon laadun olevan näissä sairauksissa terveystarkastuksilla yhtä hyvä tai jopa parempi kuin muissa hoitopaikoissa.

O’Cathain (2009, 386) ja muut toteavat yleisimmiksi käyntisyiksi: vähäinen sairaus/vamma, pienten haavojen hoito, puremat ja pistokset, hätäehkäisy, terveysneuvonta ja terveyden edistäminen, yskä ja vilustuminen, nyrjähdykset ja venähdykset, vähäiset iho-ongelmat, silmätulehdukset, neuvonta paikallisista (terveys)palveluista.

Mehrotra ym. 2009 tutkivat hoidon laatua ja kustannuksia kolmeen yleisimpään sairauteen (välikorvatulehdus, nielutulehdus ja ylähengitysteiden infektio) terveystarkastuksilla ja muissa paikoissa (lääkärin vastaanotot ja päivystykset) ja totesivat, että hoidon laatu on yhtä hyvä tai parempi kuin muissa hoitopaikoissa, kustannukset olivat pienemmät ja asiakkaat saivat yhtä todennäköisesti ennaltaehkäisevää hoitoa kuin muuallakin. (Mehrotra ym. 2009.) Mehrotra ja muut (2009) perustivat työnsä edellä mainittuun Mehrotran ym. (2008) tutkimukseen.

Mehrotran ja muiden (2008 ja 2009) tutkimustulokset olivat perustana useille muille tutkimuksille. Weinick, Burns & Mehrotra (2010) totesivat, että yleisimmät sairaudet kattavat 95 % terveystarkastuksilla hoidetuista vaivoista. Patwardhan ym. 2012 vertasivat odotusaikoja ja käyntien kestoja terveystarkastuksilla ja lääkäreiden vastaanotoilla. He tutkivat kahdeksaa yleisintä

käyntisyytä, joissa viitattiin Mehrotran ja kumppaneiden (2008) tutkimukseen yleisimmistä käyntisyyistä.

Rohrer, Angstman ja Bartel (2009) vertasivat hoidon kustannuksia terveystieteillä ja lääkäreiden vastaanotoilla. Tutkimukseen oli valittu mukaan sidekalvotulehdus, kurkkukipu, virusperäinen sairaus, keuhkoputken tulehdus ja yskä. (333-334.) Valintaa ei perusteltu.

Woodburn, Smith ja Nelson (2007) tutkivat terveystieteiden hoidon laatua akuutissa nielutulehduksessa. Hoitosuosituksia antibioottien käytöstä noudatettiin yli 99 prosentissa tapauksissa. Sähköisissä tietojärjestelmissä olevan ohjelman todettiin helpottavan päätöksentekoa ja oikean hoidon valintaa. Otos oli 57 331 käyntikertaa.

Rudavsky ym. (2009, 316) listasivat tarjottuja hoitoja ja palveluita terveystieteillä. Otoksesta olivat kaikki Yhdysvalloissa vuonna 2008 toiminnassa olleet terveystieteet, yhteensä 982 kappaletta. Tulokset ovat taulukossa 13.

Hoito tai palvelu	Osuus terveystieteistä tarjontaa, %
Vähäiset vaivat, kuten kurkkukipu ja yskä	100
Vähäiset iho-ongelmat tai ihon sairaudet	99,7
Rokotukset	98,9
Tavalliset terveystarkastukset tai seulonnat, kuten kolesterolin mittaus, diabeteksen seulonta	96,2
Raskaustesti	96,0
Allergioiden hoito	95,6
Ohjausta tupakoinnin lopettamiseen	57,6
Matkailijan palveluita	4,8
HIV tai muiden sukupuolitautilien testaus tai neuvonta	3,0
Reseptien uusiminen	1,6
Painonhallinta	1,2

Taulukko 13: Palvelutarjontaa Yhdysvalloissa (Rudavsky ym. 2009, 316)

Tarjottu palveluvalikoima vastaa hyvin yleisimpiä käyntisyyttä, toisin sanoen hengityselinten, korvien tai virtsateiden tulehduksia; rokotuksia; seulontoja ja mittauksia. Tosin on muistettava, että terveystieteissä hoidetaan vain tiettyjä, ennalta määritettyjä sairauksia. Taulukon

12 perusteella on mahdotonta tietää, vastaako palvelutarjonta tosiasiasa asiakkaiden tarpeita. Wilson ja muut (2010, 758) huomauttavat, että tilastot eivät ole aukottomia, sillä niihin eivät sisälly ne asiakkaat, jotka on ohjattu välittömästi muualle hoitoon. Toisin sanoen ne, joiden vaiva ei sovi terveystieteillä hoidettavien sairauksien joukkoon.

On myös esitetty kritiikkiä, että terveystieteen palveluvalikoima olisi liian suppea ja rajattu, eikä terveystieteillä olisi siksi merkittävää vaikutusta muiden terveyspalvelujen työmäärään. (Pope ym. 2005; Parker ym. 2012.) Toisaalta, eräät kirjoittajat ovat sitä mieltä että terveystieteen ei ole edes tarkoitus olla asiakkaan ensisijainen terveydenhuollon palveluntarjoaja (Evans 2010, 23). Terveystieteen täyttäisi oman tehtävänsä hoitaessaan akuutteja, yleisiä ja yksinkertaisia vaivoja.

7 Terveystieteen Suomessa

Elokuussa 2013 tutkija löysi jatkotutkimuksen Ylöjärven terveystieteen (Kork & Vakkuri 2013). Tämä tutkimus ei sisälly varsinaiseen kirjallisuuskatsaukseen, sillä kyseistä tutkimusta ei ollut vielä julkaistu tiedonhaku tehtäessä. Jatkotutkimus haluttiin kuitenkin ottaa mukaan opinnäytetyöhön viimeisimpänä suomalaisena terveystieteen käsittelevänä julkaisuna ja tarkastella sen myötä terveystieteen tämänhetkistä tilannetta.

Jatkotutkimuksessa kartoitettiin Ylöjärven terveystieteen asiakasprofiilia sekä palveluiden käyttöä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää palvelukysynnän muotoutumista ja ohjautumista terveystieteen palveluilla. Ylöjärven terveystieteen henkilöstö vaihtui kokonaan vuoden 2012 aikana. Henkilöstövaihdosten myötä, terveystieteen toimintaa kehitettiin kohti kokonaisvaltaisempaa terveyden edistämistä. Tämä näkyi terveysneuvonnan suhteellisen osuuden kaksinkertaistumisena. (Kork & Vakkuri 2013, 4-5.)

Yleisin käyntisyys terveystieteen palveluissa oli edelleen erilaiset mittaukset. Näiden osuus kaikista käyntisyyistä oli tosin laskenut 58 %:sta 43 %:iin. Terveystieteen kirjauskäytäntöjen muuttuminen ja tapahtuneet henkilöstövaihdokset saattoivat osaltaan vaikuttaa käyntisyyissä tapahtuneisiin muutoksiin. (Kork & Vakkuri 2013, 5.) Vuonna 2012 Ylöjärven terveystieteen yleisimmät käyntisyys on esitetty taulukossa 14.

Palvelutapahtuman sisältö	%	n
Terveysneuvonta	31 %	3976
Verenpaineen mittaus	23 %	3001
Injektio/rokote	12 %	1545
Verensokerin mittaus	8 %	968
Kolesterolimittaus	7 %	852
Hb-mittaus	5 %	630
Influenssarokote	4 %	556
Korvahuuhtelu	3 %	405
Ompeleiden poisto	3 %	341
Haava/sidonta	2 %	252
Ohjaus jatkohoitoon	2 %	220
CRP, pikanielu	0 %	31
Yhteensä	100 %	12777

Taulukko 14: Ylöjärven terveystioskin käyntien sisältö vuonna 2012 (Kork & Vakkuri 2013, 10)

Henkilökunnan mukaan jonkin tyyppistä tarpeenmukaista elintapaneuvontaa toteutettiin useimmilla terveystioskikäynneillä. Asiakkailta oli monesti tarve kysyä ja keskustella terveyteen liittyvistä asioista. Keskustelun ja tuen tarve vaihteli painonhallinnasta mielenterveyteen liittyviin asioihin. Alkoholin käyttö oli myös usein neuvonnan aiheena. Toisinaan asiakkaan henkinen hätä oli niin suuri, että työ muistutti kriisityöskentelyä. Terveystioskin oman tilastoinnin mukaan vuonna 2012 käynneistä 31 % koski terveysneuvontaa (Kork & Vakkuri 2013, 4-10).

Toinen keskeinen palvelutarve koski yleistä palveluneuvontaa ja ohjantaa. Asiakkailta oli usein lääkkeisiin ja laboratoriotuloksiin liittyviä kysymyksiä. Joillekin asiakkaille oli jäänyt epäselväksi sairautensa luonne, eikä heillä ollut tarvittavaa tietoa ja taitoa sairautensa seurantaan ja hoitoon varten. Pelkästä valistamisesta ja tiedon jakamisesta pyrittiin tietoisesti pois. Toiminnan tavoitteena oli keskustellen kartoittaa asiakkaan tietämys ongelmistaan ja miettiä kuinka häntä voisi parhaiten kannustaa oman terveytensä hoidossa. (Kork & Vakkuri 2013, 7-19.)

Kolmas selkeä palvelutarve olivat erilaiset pientoimenpiteet, kuten mittaukset tai pienten vammojen hoidot. Terveystioskissa käytiin paljon pitkäaikaissairauksien omaseurantakäynneillä, jolloin erilaisten mittausten osuus korostui. Tarkoituksena ei kuitenkaan ollut että terveystioski toimisi mittauspisteinä tai pienterveysasemana. Tavoitteena oli herättää asiakkaissa ajatuksia ja motivoida heitä oman terveytensä hoidossa. Erilaiset riskitestit ja -lomakkeet on huomattu hyödyllisiksi apuvälineiksi terveystioskissa. Ne auttavat sairauksien varhaisessa tunnistamisessa, asiakkaan motivoinnissa sekä jatkohoidon ohjauksessa. (Kork & Vakkuri 2013, 7.)

Asiakkaista monet olivat pitkäaikaissairaita ja usein tarvetta oli myös psykososiaaliselle tuelle. Terveystioski tekee yhteistyötä kaupungin omien sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Nämä sisäiset ja ulkoiset asiakasryhmät toimivat asiantuntijoina ja yhteyshenkilöinä

terveyskioskille. Erilaiset yhdistykset saavat terveyskioskin avulla yhteyden kohderyhmäänsä ja tiedottaminen tehostuu. Terveyskioski oli esitellyt myös omaa toimintaansa muun muassa maahanmuuttajille ja työttömille. Yhteistoiminta helpottaa potentiaalisten asiakasryhmien, kuten palveluiden reunalle jääneiden tavoittamista. (Kork & Vakkuri 2013, 7.)

Terveyskioski palvelee kaikenikäistä väestöä. Asiakkaiden palvelutarpeet vaihtelevat, mutta jonkinlaista ohjausta ja tukea sisältyy useimmiten terveyskioskilla käyntiin. Lapsille ja nuorille terveyskioski tarjoaa lähinnä kasvatuksellista tukea. Aikuisten kohdalla tuen antaminen liittyy usein johonkin muutokseen. Perheen terveyden edistämässä vanhemmat ovat keskeisenä kohderyhmänä. (Kork & Vakkuri 2013, 7.)

Taulukossa 15 näkyvät terveyskioskin nykyiset asiakasryhmät sekä tyypillisimmät palvelutarpeet ja yhteistyömuodot.

Nykyiset asiakasryhmät	Tyypillisimmät palvelutarpeet
Ikääntyneet	Henkinen ja fyysinen hyvinvointi, yksinäisyys, pitkäaikaissairauksien omahoidon ohjaus
Työterveydestä poisjääneet	Terveysmittaukset, palveluneuvonta, riskitestit
Pitkäaikaissairaat	Mittausseuranta, lääkärin ohjeiden ja laboratoriovastausten selvittäminen, omahoidon tuki
Akuutit pientoimenpidepotilaat	Vierasesineiden poisto, korvahuuhtelut, ompeleet, pienten haavojen hoito
Matkailijat	Rokoteneuvonta, rokotus
Psykososiaalista tukea tarvitsevat, moniongelmaiset	Tukikeskustelut, palveluneuvonta
Ulkopaikkakuntalaiset	Riskimittaukset, laboratoriovastausten selvittäminen, hoidon tarpeen arviointi
Elintapamuutosta suunnittelevat	Painonhallinta-, ruokavalio- ja liikuntakeskustelu, seurantatuki ja motivointi
Sisäiset asiakkaat	Tyypillisimmät yhteistyömuodot
Hammashuolto	Hammashoitajat kioskissa asiantuntijoina
Diabeteshoitajat	DM-hoitajat kioskissa asiantuntijoina
Aikuissosiaalityö	Tiedottaminen, sosiaalityön asiantuntijuus
Fysioterapia	Tuki- ja liikuntaelimestön asiantuntijuus
Oppilaitokset	Osa koulutusta: opintokäynnit ja harjoittelupaikka
Kaupungin liikuntapalvelut	Tiedottaminen liikunnanohjauspalveluista, neuvonta
Ulkoiset asiakkaat	Tyypillisimmät yhteistyömuodot
Potilasyhdistykset	Tiedottaminen, uusien jäsenien tavoittaminen
SPR	Paikallistoiminnan esittely, materiaalien hyödyntäminen kioskissa
Seurakunnan diakoniatyö	Kioskin jalkautuminen mm. maahanmuuttaja- ja seniorikerhoihin
Työttömien yhdistys	Terveyskioskipalvelujen esittely
Oppilaitosten opiskelijat	Opinnäytetyö- ja harjoittelupaikka
Apteekki	Terveyskysymysten ohjaus apteekista kioskiin
Syöpäsäätiö	Materiaalipankki, tiedottaminen, uusien jäsenien tavoittaminen
Potentiaaliset asiakasryhmät	Mahdolliset palvelumuodot
<i>Lapsiperheet</i>	<i>Perheiden elintapaneuvonta, pienet terveystulmat, rokotukset</i>
<i>Alle 30-vuotiaat</i>	<i>Matkailijan rokotukset, sairauksien ehkäisy (esim. sukupuolitaudit, valtimosairaudet), painonhallinta</i>
<i>Maahanmuuttajat</i>	<i>Palveluohjaus ja tiedottaminen, hoidon tarpeen arvioinnit</i>
<i>Päihde- ja mielenterveystyö</i>	<i>Vapaamuotoiset seurantakäynnit, sosiaalinen tuki, ongelmien puheeksiottaminen</i>
<i>Kouluterveydenhuolto</i>	<i>Terveysasioiden seurantakäynnit, nuorten omat teemapäivät</i>
<i>Ryhmätoiminta</i>	<i>Hoitajien osaamisen hyödyntäminen, ryhmien koordinointi</i>

Taulukko 15: Ylöjärven terveiskioskin keskeisimmät ja potentiaaliset asiakkuudet (Kork & Vakkuri 2013, 8)

Terveiskioskin toimintaan sisältyi hoitajien kutsuntakäyntejä (2 %), lääkärin vastaanotolle ohjausta (4 %) sekä havaintoja uusista löydöksistä (1 %). Terveiskioskin omien tilastojen mukaan jatkohoitoon ohjattiin 2 % kävijöistä. Jatkohoito käsitti kaikki ammattiryhmät, kuten jalkaterapeutit ja hammaslääkärit. (Kork & Vakkuri 2013, 11.)

Ylöjärveläisten osuus asiakkaista kasvoi toiminnan edetessä. Terveyskioskin asiakkaista oli vuonna 2009 ulkopaikkakuntalaisia lähes kolmannes, kun vuonna 2012 heidän osuutensa oli enää viidennes. (Kork & Vakkuri 2013, 4,5.) Terveyskioskin suosio oli jatkunut, sillä käyntimäärä oli lisääntynyt yli kolmanneksen vuodesta 2009. Terveyskioskissa asioiva asiakas oli tyypillisesti ikääntynyt nainen. Miesten määrä kävijöistä oli kuitenkin kasvussa verrattuna aiempiin tutkimusjaksoihin. Etenkin alle 30- ja yli 70-vuotiaiden miesten ikäryhmissä oli havaittavissa kasvua. (Kork & Vakkuri 2013, 9.)

Terveyskioskin tiloja pidettiin ahtaana teemapäivien kehittämistä mietittäessä. Asiakkaiden yksityisyyden koettiin kärsivän tilojen ahtauden vuoksi. Toinen huone mahdollistaisi yksityisemmän palvelun ja esimerkiksi pienimuotoiset hammastarkastukset. Tiiviimpää yhteistyötä ehdotettiin esimerkiksi perhekeskuksen, neuvolan ja sosiaalipalvelujen kanssa. Kehitettävää nähtiin myös tiedonvälityksessä eri sektorien välillä ja oman organisaationkin sisällä. Pääterveysaseman kanssa yhteistyötä oli tiivistetty, mutta edelleen ongelmia ilmeni terveyskioskin henkilöstön sairauspoissaoloihin liittyvissä sijaiskysymyksissä. Terveyskioskin aukiolon varmistamiseksi sekä toiminnan kehittämiseksi vakansseja tarvitaan ainakin kaksi. Suunnitteilla oli vastuulääkäriin nimeäminen terveyskioskiin, mikä vaikuttaisi merkittävästi konsultointimahdollisuuksiin. (Kork & Vakkuri 2013, 19.)

Terveyskioskin ja muiden terveys- ja sosiaalialan palveluiden tiiviimpää yhteistyötä toivottiin. Yhteistyötä ehdotettiin tehtäväksi esimerkiksi perhekeskuksen, neuvolan sekä sosiaalipalvelujen kanssa. Terveystarkastusten ulkopuolelle jäävien yksilöiden, kuten opintojen ja työelämän ulkopuolelle jäävien nuorten tavoittaminen koettiin hyvin tärkeänä seikkana. Heidän tavoittamisensa varmistamiseksi tarvittaisiin moniammatillista ja etsivää työmallia. Kunnan tarjoamat palvelut ovat usein ruuhkautuneet ja varsinkin päihde- ja mielenterveyspalveluissa olennaista on hoidon oikea-aikaisuus. Terveyskioski voisi olla asiakkaan ensimmäinen matalan kynnyksen terveydenhuoltopiste, jossa kartoitettaisiin ja tunnistettaisiin hoidon sekä tuen tarve. Haastateltavien mielestä myös terveysliikunnan mahdollisuuksia tulisi korostaa esimerkiksi lainaamalla liikuntavälineitä asiakkaille ja teettää ryhmäarviointeja. Terveyskioskissa uusien työmenetelmien ja -käytäntöjen kokeilu ja käyttöönotto nähtiin helppona. (Kork & Vakkuri 2013, 19.)

8 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Julkista terveydenhuoltoa vaivaavat potilasjonot, heikko tavoitettavuus sekä ajan saamisen vaikeudet. Tällaisia kynnyksiä terveyskioskissa ei ole. Palvelu on terveyskioskissa maksutonta ja se on avoin kaikille asuinpaikasta riippumatta. Palveluiden saatavuus helpottuisi, sillä hoitoon hakeutumisen kynnyks madaltuu. Terveyskioskitoiminta voisi näyttää suuntaa kohti uusia käytäntöjä ja palvelumalleja. (Kork ym. 2010, 31.) Voisiko terveyskioskikonsepti olla kauan

kaivattu uudistus ja mahdollinen vastaus perusterveydenhuollon tuottamistapojen haasteisiin ja keino parantaa perusterveydenhuollon julkisuuskuvaa ja arvostusta?

Ylöjärven terveystioskin peruskartoituksen kirjoittajat pohtivat terveystioskien mahdollisia vaikutuksia kunnalliseen perusterveydenhuoltoon. Kunnan terveystiospalveluihin vakiintamalla terveystioskikonsepti voisi edistää muiden uusien innovaatioiden vakiinnuttamista ja juurruttamista. Terveystioski saattaa edesauttaa hoidon porrastamista sekä palvelukysynnän ohjauksen myötä selkeyttää terveystioskeskuksen kanssa tehtävää työn- ja vastuunjakoa. Terveystioskitoiminta voisi mahdollistaa saumattomien palveluketjujen syntyminen. Ennaltaehkäisevä hoito sekä varhainen puuttuminen terveystiosongelmiin helpottuisivat perusterveydenhuollossa. Näin koko perusterveydenhuollon toimintaa saataisiin tehostettua. Saumaton palveluketju varmistaisi toimivan palvelukokonaisuuden syntyminen. (Kork ym. 2010, 28-29.)

Asiakaslähtöisen ja kustannustehokkaan palvelun tarve nousi esille terveystioskihankkeen myötä. Resurssien oikea kohdentaminen ja kustannuksien väheneminen nostaisivat palvelutuotannon tehokkuutta. Joustava ja kustannustehokas palvelu sekä oikea-aikainen palveluohjaus olisivat toteutuessaan terveystioskin vahvuuksia. Yksilölliset palvelutarpeet ja asiakkaan valinnanvapaus nähdään asiakaslähtöisen terveystioshuollon edellytyksinä. (Kork ym. 2010, 30.)

Terveystioskien toimintamallit eroavat jonkin verran toisistaan alkuperämaansa perusteella. Yhdysvalloissa terveystioskitoiminta, kuten muukin terveystioshuolto, on yksityisten ammattiharjoittajien tai yritysten liiketoimintaa. Palvelujen kaupallisuus korostuu tarkasteltaessa palveluntarjoajien taustaa; ylivoimaisesti suurin osa terveystioskeista on apteekki- ja vähittäiskaupan alalla toimivien yritysten omistuksessa. Terveystioskit ovat osa kauppaketjujen laajaa palvelu- ja tuotevalikoimaa. Terveystioskien perimmäisenä tavoitteena lienee houkuttaa asiakkaita näihin emoliikkeiden myymälöihin. Sairaaloitten ja muita terveystioshoitopalveluja tuottavien yritysten laajeneminen myös terveystioskipalvelujen tuottajiksi kuvastanee puolestaan tavoitetta turvata oma asiakaspohja ja sitouttaa uudet asiakkaat omien sairaaloitten asiakkaiksi ja palvelujen käyttäjiksi. Pelkästään terveystioskeihin keskittyneet yritykset ja toimijat ovat pienenä vähemmistönä. Jotkut ovat perustaneet kumppanuuksia paikallisten terveystios- ja sairaanhoidon palveluntuottajien kanssa. Toiminta on muuttunut viimeisen vuosikymmenen aikana yhä suurempien terveystioskiketjujen toiminnaksi.

Isossa-Britanniassa ja Australiassa terveystioskit ovat alusta alkaen olleet julkisen terveystioshuollon perustamia ja hoitamia yksiköitä. Motiivit terveystioskien perustamiseen ovat olleet terveystioshuollon organisaation tarpeista lähtöisin. On viitattu pyrkimykseen vähentää niin sanottuja tarpeettomia lääkärikäyntejä, keventää pätevyyden ja ensiapujen työtaakkaa, vastata pahenevaan lääkäripulaan tai tehostaa väestön terveystiosden edistämistä (Salisbury & Munro

2002; Parker ym. 2012). Tällaisessa ylhäältä johdetussa, julkisen terveydenhuollon säätelemässä järjestelmässä on helpompaa määrittää terveystieteiden tehtävät, strategia ja hoitoprosessit. Suomalaisten terveystieteiden tavoitteena, kuten ulkomaillaakin, on ollut ohjata palvelukysyntää pois ylityöllistetyistä perusterveydenhuollon yksiköistä sekä tarjota ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa (Kork ym. 2010, 9).

Palvelun saatavuuden turvaaminen paikalliselle väestölle onnistuu paremmin julkisen terveydenhuollon ylläpitämässä järjestelmässä, jolloin kaupalliset intressit (kuten asiakkaiden maksukyky ja varallisuus) eivät määritä palvelujen sijaintia ja tarjontaa. O’Cathain ja muut (2009) osoittivat terveystieteen sijainnin olevan erittäin tärkeä tekijä asiakkaiden tavoittamisessa. Hyväkään sijainti ei takaa asiakkaiden löytävän paikkaa, jos terveystieteen on liian syrjässä niiltä paikoilta, joissa he viettävät aikaansa. Toisessa tutkimuksessa huomautettiin, että jos terveystieteet sijaitsevat kaupallisilla paikoilla, kuten suurten elintarvikelikkeiden ja kauppakeskusten yhteydessä, on terveystieteiden saavutettavuus riippuvainen kauppapaikkojen sijainneista ja alueellisesta jakautumisesta (Pollack & Armstrong 2009, 946). Sopivia tiloja etsittäessä tulisi huomioida paitsi sopivuus tilana myös sijainti suhteessa niihin asiakasryhmiin, jotka pyritään tavoittamaan. Terveystieteen perustamista tulisi edeltää huolellinen analyysi tavoitellusta asiakasryhmästä, tälle ryhmälle tyypillisistä työn ja vapaa-ajan viettopaikoista sekä arvioida terveystieteiden mahdollisten sijaintien saavutettavuutta erilaisilla kulkuvälineillä. Lisäksi terveystieteen sijainnilla saattaa olla vaikutusta muiden terveydenhuollon yksiköiden työmäärään ja tiedon kulkuun eri yksiköiden välillä.

Terveystieteiden rooli osana terveydenhuoltojärjestelmää on vielä monessa suhteessa avoin. Tärkeänä kysymyksenä on noussut esiin, miten terveystieteen kehitettyä niin vahvoja toimijoita, että niillä olisi tosiasiaa vaikutusta muun perusterveydenhuollon toimintaan. Korvaavatko tai vähentävätkö terveystieteenkäynnit terveystieteen tai päivystysten käyttöä, vai ovatko terveystieteiden tarjoamat palvelut lisäpalveluja edellisten jatkoksi? Käytävätkö asiakkaat sekä terveystieteiden että muun perusterveydenhuollon palveluja päällekkäin, saman vaivan hoitamiseen? Samoin on epävarmaa, tulisiko terveystieteen kehitettyä asiakkaan ensisijainen hoitopaikka (suosiiko asiakas terveystieteen) vai onko se toissijainen, vähempiarvoinen hoitopaikka joka perustuu vain helppoon ja vaivattomaan sijaintiin?

Ylöjärven terveystieteen loppuarvioinnin perusteella vaikuttaa siltä, että osa terveystieteenkäynneistä on terveystieteen olemassaolollaan luomaa kysyntää. Tämä koetaan myönteisenä asiana, sillä terveystieteen on tällöin onnistunut tavoittamaan sellaisia asiakkaita, jotka eivät olisi muuten hakeutuneet terveystieteen palvelujen käyttäjiksi (Kork ym. 2011b, 42.)

Terveystieteen kehitetty on ominaista rajattu, ennalta päätetty palveluvalikoima ja tarjottavat hoidot. Palveluiden laajuus on määritetty eri tavoin eri yhteyksissä, mutta maailmalla kantavana

ajatuksena on ollut tarjota hoitoa tavallisiin, yleisiin ja ei-hengenvaarallisiin vaivoihin. Näin terveystioski rajaa pois sellaiset asiakkaat, joita ei pystytä hoitamaan terveystioskien omilla resursseilla.

Terveystioskien palveluiden painopisteen muodostuminen on vaihdellut maasta toiseen. Yhdysvalloissa ja Iossa-Britanniassa terveystioskeilla on selvästi päätetty tarjota asiakkaille sairauksien hoitoa. Ennaltaehkäisevä terveydenhoito on rajoittunut muun muassa rokotuksiin, seulontoihin tai seksuaalineuvontaan. Suomessa painopisteenä on ollut asiakkaiden ohjaus terveydellisissä ja sosiaalisissa ongelmissa. Valitsemalla tämän painotuksen terveystioskien rooli terveyskeskusten työmäärän vähentäjänä jäisi heikoksi. Kork ja muut peräänkuuluttavat strategista valintaa. Mitä terveystioskeista tahdotaan, halutaanko luoda sairauksien hoitopaikka vai niin kutsuttu ”terveyskeidas”, joka keskittyy varhaiseen puuttumiseen? (Kork ym. 2010, 9.)

Olisi kiinnostavaa tietää, mihin terveystioskien palveluvalikoima todella perustuu? Onko tarjottavista palveluista päätetty ylhäällä kuten eurooppalaisissa julkisissa terveydenhuoltojärjestelmissä, vai määritelty markkinoiden perusteella asiakkaiden kysynnän ja havaitun tarpeen mukaan? Ison-Britannian terveystioskeja perustettaessa palvelujen oli määrä perustua todellisiin paikallisiin tarpeisiin, mutta huolellista analyysia ei kuitenkaan ehditty tehdä ennen toiminnan aloittamista. Tarjotaanko terveystioskeilla hoitoa niihin sairauksiin, jotka tosiasiassa ovat yleisimpiä, vai onko kaupallisilla terveystioskeilla päätetty keskittyä yksinkertaisiin, helppoihin ja nopeasti hoidettaviin vaivoihin, joilla kyetään maksimoimaan kassavirta? Missä määrin markkinatalous ja terveystiosketoiminta ovat loppujen lopuksi määrittäneet koko terveystioskikonseptia ja antaneet suuntaa sen kehitykselle?

Pope ja muut (2005) toivat esille näkemyksiä, joiden mukaan terveystioskien nykyinen, akuutteihin vaivoihin keskittynyt palvelutarjonta on liian rajallinen (Pope ym 2005, 43). Useissa tutkimuksissa pohditaan, voisiko terveystioskeilla tarjota muitakin palveluja kuin esimerkiksi flunssan tai korvatulehdusten hoitoa. Tulevaisuuden mahdollisuuksina on nähty muun muassa terveyden edistämisen palvelut ja ennalta ehkäisevät terveystiospalvelut (Evans 2010, 25), kroonisten sairauksien hoito ja seuranta (Pollack, Gigendil & Mehrotra 2010, 6), erilaiset terveystarkastukset terveystioskeilla (Deloitte 2008, 9) tai palvelujen laajentaminen esimerkiksi hammashuollon sekä mielenterveys- ja sosiaalityön alueelle (Kork ym. 2010, 28-29). Suomessa ollaan palveluvalikoiman laajuuden suhteen joillain alueilla edellä ulkomaisia terveystioskeja. Suomalaisen terveystioskien palveluiden painopiste on aina ollut terveyden edistämässä ja ennaltaehkäisevässä työssä. Erilaisia ennakkoluulottomia kokeiluja, kuten teemapäiviä, on myös toteutettu terveystioskien puitteissa. Terveystioskin järjestämät teemapäivät tukevat terveystioskin palvelujen ulottuvuutta ja tarjoavat oivallisen foorumin eri

hyvinvointitoimijoille. Tällainen toiminta tarjoaa virikkeitä esimerkiksi mahdolliseen elintapojen muuttamiseen. (Kork ym. 2011b, 14.)

Elintapoihin vaikuttaminen ja muutokseen rohkaiseminen koettiin hyvin tärkeäksi ja merkittäväksi mahdollisuudeksi terveystioskeille. Tarvetta olisi syvemmällekkin toiminnalle tiedon jaon lisäksi sekä asiakkaalle tarjottavalle jatkuvalla tuella elintapamuutoksen läpiviemisessä. (Kork ym. 2011b, 13.) Toimintaa voisi kehittää esimerkiksi jalkautamalla kioskin ulkopuolelle tai perustamalla sähköisellä seurannalla toimivan vertaistukiryhmän. (Kork ym. 2011b, 14.)

Palveluvalikoiman suppeuteen tai laajuuteen vaikuttaa myös kysymys siitä, osaavatko asiakkaat arvioida oikein vaivansa ja yleisen terveydentilansa, ja valita oikean hoitopaikan tämän perusteella? Lähteiden perusteella vaikuttaa siltä, että tämä ”oma-triage” toimii ja asiakkaat osaavat hakeutua hoitoon oikeaan paikkaan. Ne joilla on lievä vaiva sekä vain vähän muita sairauksia näyttävät hakeutuvan terveystioskilla ja ne, joiden sairaus on vakavampi tai yleinen terveydentila huonompi hakeutuvat lääkäriin tai päivystykseen (Mehrotra ym. 2009, 7).

Toisen tutkimuksen mukaan jopa 95-98 % asiakkaista tulevat terveystioskille sellaisten ongelmien kanssa, jotka ovat hoidettavissa siellä (Laws & Scott 2008, 1295). Kolmannen lähteen mukaan alle kolme prosenttia terveystioskien asiakkaista tarvitsi ohjata hoitoon muualle (Weinick ym. 2010, 5). Näiden perusteella näyttäisi siltä että asiakkaat osaavat arvioida itse hoidon tarpeensa. Ongelmaksi voikin muodostua tiedon puute terveystioskeista. Erään englantilainen tutkimuksen mukaan asiakkailla ei laajasta paikallisesta ja valtakunnallisesta tiedottamisesta huolimatta ollut selvää käsitystä terveystioskista ja siellä tarjottavista palveluista. Jotkut asiakkaat olettivat terveystioskin olevan minipäivystys, jossa hoidetaan lähes mitä tahansa vaivoja milloin tahansa. (Pope ym. 2005, 41.)

Terveystioskien henkilökuntana on sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Seuraava looginen kysymys on, mitkä sairaudet ja vaivat ovat sellaisia, että ne olisivat lääkäreitä vähemmän koulutettujen terveydenhuollon ammattilaisten hoidettavissa? Mitkä sairaudet ovat riittävän tarkoin tunnettuja ja niin käypä hoito -ohjeistettuja, ettei niiden diagnosoimiseen ja hoitamiseen tarvita lääkäreitä? (Laws & Scott 2008, 1297.) Samansuuntaisia pohdintoja on esitetty myös Suomessa (Kork ym. 2011b, 42).

Monet ovat esittäneet huolensa terveystioskeilla työskentelevien sairaanhoitajien osaamisesta. On kysytty, mitkä ovat ne ydintoiminnot ja tiedot sekä taidot joita hoitajilta edellytetään. Miten nämä taidot ja kompetenssit voidaan saavuttaa ja miten niiden oppiminen turvataan? (Rosen & Mountford 2002, 246.) Toisaalta nähdään myös tarvetta arvioida, mihin kaikkeen sairaanhoitajat jo nykyisellä koulutuksellaan pystyisivät ja miten heidän olemassa olevaa osaamistaan voidaan parhaiten hyödyntää (Parker ym. 2012, 4).

Terveyskioskilla työskentelevä sairaanhoitaja joutuu luultavasti hahmottamaan uudelleen oman ammatillisen roolinsa. Rosenin ja Mountfordin tutkimuksessa terveystioskien sairaanhoitajien osaamistarpeet eivät sopineet mihinkään valmiiseen malliin, kuten terveydenhoitajan, työterveyshoitajan tai päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan toimenkuvaan. Työn kuva muistuttaa haastateltujen mukaan enemmän lääkärin työn kuvaa kuin perinteisiä sairaanhoitajien tehtäviä. Toisaalta ei kuitenkaan ollut selvyyttä siitä, ovatko terveystioskityön vaatimukset erikoisosaamista vai sairaanhoitajien yleisen osaamisen laajempaa soveltamista uudeltaisessa tehtävässä. (Rosen & Mountford 2002, 246-247). Kirjoittajat (Rosen & Mountford, Parker) havaitsivat luottamusta sairaanhoitajien potentiaaliin työskennellä itsenäisemmässä roolissa ja laajentaa työskentelyään kohti lääkärimäisempää otetta.

Lääkärien mahdollinen rooli terveystioskeilla on myös avoin. Yhdeksi mahdolliseksi malliksi on esitetty terveystioskia, jossa sairaanhoitajat ottavat vastaan ja hoitavat asiakkaita, mutta lääkäri on tavoitettavissa (ei välttämättä fyysisesti paikalla) yhteistyötä, koulutusta, mentoointia ja konsultointia varten. (Parker ym. 2012, 4,6). Eräässä haastattelussa koettiin lääkärin puuttuminen terveystioskilta vahvuutena sairaanhoitajien ammatillisen kehittymisen kannalta. Kun lääkäri ei ollut aina tavoitettavissa konsultaatiota varten, pystyivät sairaanhoitajat ottamaan itsenäisemmän roolin asiakkaiden hoitamisessa. Näin terveystioskin toiminta ei mennyt kohti perinteistä lääkäri-sairanhoitaja-asetelmaa, jossa lääkäri tutkii ja hoitaja vain hoitaa. (Rosen & Mountford 2002, 244.)

Suomessa sairaanhoitajat ovat itsenäisesti kyenneet huolehtineet klinikasta ja sen toiminnasta (Kork ym. 2010, 9). Henkilökunnan osaaminen ja koulutus tulevat silti olemaan haasteita, joka tulee huomioida terveystioskien kehittyessä ja hakiessa muotoaan. Henkilöstön asiantuntijuus ja osaamisen kehittäminen ovat keskeisellä sijalla terveystioskeissa. Terveystioskikonseptin myötä voidaan oppia ja miettiä erilaisia mahdollisia tapoja toimia. Yhteistyön kehittäminen eri ammattiryhmien ja työyksiköiden välillä voisi edistyä terveystioskin toiminnan myötä. (Kork ym. 2010, 31.)

Asiakkaat ovat kokeneet terveystioskien vahvuudeksi muun muassa helpon sijainnin, nopean hoitoon pääsyn, lyhyet odotusajat ja pidemmät vastaanottoajat. Asiakkaat haluavat saada hoitoa myös virka-aikojen ulkopuolella, viikonloppuisin, loma-aikoina ja mahdollisimman kätevästi (Evans 2010, 24).

Odotusaika terveystioskeilla on yleensä lyhyempi kuin lääkärin vastaanotolla ja vastaanottoaika terveystioskilla on keskimääräisesti pidempi kuin lääkärissä. Lyhyt odotusaika vaikuttaa myönteisesti koettuun asiakastyytyväisyyteen. Pidempi vastaanottoaika mielletään osoitukseksi hoidon korkeasta laadusta. Kun asiakkaan kanssa vietetään pidempi aika, pystytään asi-

akkaan kanssa keskustelemaan huolellisemmin muista mahdollisista vaivoista, hoitovaihtoehdoista, ennaltaehkäisystä ja varmistumaan ohjeiden ja neuvojen ymmärtämisestä. Parantunut kommunikaatio voi johtaa parempiin hoitotuloksiin ja lisääntyneeseen asiakastytyväisyyteen. (Patwardhan ym. 2012, 3.)

Kustannustehokkuuden näkökulmasta saavutettavuus ja asiakastytyväisyys saattavat kuitenkin olla ristiriidassa kustannusten kontrolloinnin kanssa. Lyhyet odotusajat ja pitkät vastaanottoajat lisäävät asiakastytyväisyyttä ja madaltavat hoitoon saapumisen kynnyksiä. Pitkä vastaanottoaika yksinkertaisten vaivojen hoitamisessa ei kuitenkaan ole kustannustehokasta. Jos terveystietokioskien käyttäjämäärät lisääntyvät huomattavasti, on hoitajien todennäköisesti pakko tiivistää ajankäyttöään ja muuttaa toimintaansa kustannustehokkaammaksi, mutta pidettyneet odotusajat heikentävät asiakastytyväisyyttä ja saavutettavuutta. (Salisbury ym. 2002, 402.)

Terveystietokioskien kustannustehokkuuden edellytyksenä on ensinnäkin, että terveystietokioskit ohjaavat asiakkaita pois muiden terveydenhuollon palvelujen käytöstä. Kaksinkertaiset käynnit samaan vaivaan, esimerkiksi terveystietokioskilla ja terveystietokeskuksessa, eivät paranna kustannustehokkuutta vaan päinvastoin lisäävät kuluja. Toiseksi hoidon kustannusten asiakaskäyntiä kohden pitäisi olla terveystietokioskilla pienemmät kuin muilla palveluntarjoajilla. Kolmanneksi terveystietokioskit ovat kustannustehokkaita vain silloin, jos suuri osuus asiakkaista olisi mennyt muualle hoitoon ilman terveystietokioskia ja terveystietokioski tarjoaa tähän vaihtoehtoisen hoitopaikan. ”Tarpeettomia” käyntejä itsestään ohi meneviin vaivoihin pitäisi edelleen pystyä välttämään. (Salisbury & Munro 2002, 56.) Huolenaiheena on että palvelujen helppo ja nopea saavutettavuus vähentää itsehoitoa ja lisää terveystietopalvelujen turhaa käyttöä (Thygeson ym. 2008, 1284).

Liian vähäinen kävijämäärä on tuhoisaa terveystietokioskeille. Yhdysvalloissa on jouduttu sulkemaan pysyvästi tai osaksi vuotta joitain terveystietokioskeja asiakasmäärien vähennyttyä. Joissain tapauksissa terveystietokioskia pidetään auki vain korkean kysynnän aikoina, esimerkiksi flunssa-aikaan. Isossa-Britanniassa on viime vuosina vähennetty terveystietokioskien määrää yhdistämällä niitä paikallisiin sairaalapäivystyksiin ja muihin terveydenhuollon yksiköihin. Terveystietokioskien määrä on vähentynyt jopa 25 %:lla. Perusteluna on käytetty odotettua vähäisempää vaikutusta päivystysten työmääriin ja heikkoa kustannustehokkuutta. (Wheeler 2012.) Jos asiakasmäärä jää jatkuvasti pienemmäksi kuin terveystietokioskin vastaanottokapasiteetti, kasvavat kulut asiakaskäyntiä kohden suhteettoman suuriksi. Miten tässä tilanteessa pystytään perustelemaan terveystietokioskin olemassaolo, jos kulut asiakasta kohden ovat yhtä suuret tai suuremmat kuin esimerkiksi terveystietokeskuksessa?

Terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa on ollut vaihtelevaa suhtautumista terveystioskien taloudelliseen tehokkuuteen. Osa kokee terveystioskit hyvänä uudistuksena joka tehostaa terveydenhuollon toimintaa, osa taas pitää terveystioskeja kalliina rahan haaskauksena, joka vie ennestään niukkoja resursseja muilta yksiköiltä. (Pope ym 2005, 42)

Suomalainen terveydenhoitojärjestelmä on erilainen kuin yhdysvaltalainen tai brittiläinen. Näiden maiden terveystioskien mallien soveltaminen Suomen järjestelmään tuskin onnistuisi suoraan. Yhdysvalloissa ja Iossa-Britanniassa on terveystioskeja ollut olemassa jo yli kymmenen vuotta, ja yleiset ihmisten käyttäytymistä koskevat havainnot, terveystioskien vahvuudet, haasteet ja kehitystarpeet lienevät kuitenkin samat. Nämä opit ovat arvokkaita Suomen kehittyvälle terveystioskijärjestelmälle.

Lääkäripulasta voi olla seurauksena että perusterveydenhuollon palveluja pyritään tarjoamaan aikaisempaa enemmän muiden kuin lääkärin toimesta. Tämä saattaa edistää terveystioskien hyväksyntää osaksi terveydenhuollon järjestelmää. (Pollack, Gigendil & Mehrotra 2010, 6.)

Hoidon laadun ja uskottavuuden säilyttäminen on tärkeää ottaa huomioon terveystioskien yhteydessä. Terveydenhuoltopalvelujen tarjoaminen kaupallisissa ympäristöissä saattaa vaikuttaa asiakkaiden käsitykseen palvelun luonteesta ja laadusta, jos ”kioski” korostuu liikaa ”terveyden” kustannuksella. Tämä voi heikentää asiakkaiden luottamusta palveluntuottajiin. (Deloitte 2008, 9.)

Terveystioskin toimintaa ja vaikuttavuutta tulee seurata ja toimintaa kehittää jatkuvan arvioinnin tuloksien perusteella. Seurannalla saadut tiedot osoittavat terveystioskille asetettujen tavoitteiden toteutumista. Terveystioskien palveluvalikoimat vaativat vielä tarkennusta, sillä palveluiden pysyvyys ja valikoima pitäisi olla sama henkilökunnan koulutustaustasta tai sairauspoissaoloista riippumatta. Kehitettävää on edelleen palveluista tiedottamisessa sekä tiedonkulun toteutumisessa. (Kork ym. 2010, 32.) Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että terveystioskit ovat suhteellisen uusi terveydenhuollon toimiala ja niiden suhde muuhun terveydenhuoltoon tulee todennäköisesti vielä hakemaan paikkaansa.

Terveystioskin haasteet potilastietojärjestelmien käytössä ja sitä kautta puutteelliset tilastointimerkinnot vaikeuttivat oleellisesti terveystioskitoiminnan seurantaan, mutta myös heikensivät potilaiden asemaa sekä oikeuksia (Kork ym. 2011b,16). Tilastoinnin epäjohtonmukaisuus voi osittain selittyä tietojärjestelmän käyttäjien tietoteknisen osaamisen puutteella sekä epäkäytännöllisillä kirjausmenetelmillä. Puutteellinen tilastointi heikensi kaikkien katsauksessa käytettyjen suomalaisten terveystioskiraporttien luotettavuutta. (Kork ym. 2011b, 18.)

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen on oltava suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se on eettisesti hyväksyttävä sekä luotettava. Tutkijan tehtävänä on luotettavan informaation esittäminen. Luotettavaksi informaation tekee kriittinen perustelu. Kriittinen ote tulee säilyttää koko tutkimusprosessin ajan. Tämä kirjallisuuskatsaus pyrki tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Tutkimuskysymyksiin vastaamisen mahdollisti integroivalla otteella tehty kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksen toteuttaminen suunniteltiin huolellisesti. Kirjallisuuskatsaus tehtiin järjestelmällisesti vaiheittain edeten. Kirjallisuuskatsaus on toistettavissa tämän tarkan tutkimusprosessin kuvauksen ansiosta. Aineiston tiedonhaku suoritettiin systemaattisesti tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Kirjallisuuskatsausta tehdessä tutkijan valinnat voivat kuitenkin vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistoa haettiin Nelli-portaalin kautta saavutettavista tietokannoista sekä viitehakuna relevanteilta vaikuttavista lähteiden lähteistä. Mukaan hyväksyttiin vain saatavat kokotekstiartikkelit. Hyväksymis- ja hylkäämiskriteerien valinta voi rajata pois joitakin potentiaalisia tiedon lähteitä. Katsauksen ulkopuolelle on voinut jäädä käyttökelpoista materiaalia. Opinnäytetyön tekijä teki kirjallisuuskatsauksen yksin eikä hänellä ole aikaisempaa kokemusta tutkimustyöstä. Tämä tulee huomioida yhtenä mahdollisena työn luotettavuutta heikentävänä tekijänä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimuksen luotettavuuteen kiinnitettiin huomiota tutkimusprosessin eri vaiheissa. Kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheessa tekijä perehtyi tutkittavaan aiheeseen sekä käytettävään tutkimusmenetelmään. Katsaukseen valitun aineiston laadukkuutta arvioitiin kriittisesti kullekin tutkimustyyppille soveltuvan mittarin avulla. Saadut tulokset esitettiin rehellisesti ja avoimesti. Tutkimuksessa käytettyihin muiden tutkijoiden tuotoksiin on viitattu asianmukaisesti ja annettu niille kuuluva merkitys osana tätä työtä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimusta tehdessä keskeisessä asemassa on eettinen kestävyys. Tutkimuksen laatu on sidoksissa eettisyyteen. Laadun varmistamiseksi tutkija muun muassa tekee laadukkaan tutkimussuunnitelman, varmistaa tutkimusasetelman sopivuuden ja raportoi tutkimuksen tulokset rehellisesti. Tutkijan eettinen sitoutuneisuus on hyvän ja laadukkaan tutkimuksen edellytys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

8.2 Jatkotutkimuskysymykset

Uusia terveystieteitä avattaessa olisi tärkeää miettiä sitä, kenelle palveluja halutaan kohdistaa ja millainen on kioskien palvelutarjonta. Osittain tiedetään millaisten toimenpiteiden yhteydessä asiakkaiden uudelleen ohjautumista tapahtuu. Olisi keskeistä tietää myös se, missä asiakasryhmissä siirtymiä saattaa tapahtua. Onko tavoitteena iäkkäiden asiakkaiden siirtyminen terveysasemilta terveystieteen kioskien asiakkaiksi? Terveystieteen toimintamalli ajaa koko palvelujärjestelmän prosessin tarkastelun kohteeksi ja huomioimaan kontekstin asiat kokonaisuutena. (Kork ym. 2011a,29.)

Terveystieteen toiminnan tavoitteita tulisi kirkastaa sekä pohtia keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Yksi keino voisi olla mittariston kehittäminen toiminnan seuraamiseksi. Esimerkiksi voisi olla kohdennettu tulokortti nuorten asiakkaiden kohdalla. Terveystieteen tarjoamia palveluja ja prosesseja voisi lisäksi tuotteistaa. Todellisen palvelukysynnän selvittämiseksi tarvitaan luotettava tilastointimenetelmä, joka sisältää kaikki terveystieteen käynnit. Tämänhetkiset käyntitilastot perustuvat ainoastaan hoitajien vastaanottokäynteihin, joten asiakasseuranta on osittain puutteellista. Terveystieteen järjestämiin teemapäiviin osallistuneet tai omahoitopisteessä asioineet eivät näy kirjatun potilastilastoissa. Luotettavuuden sekä vertailtavuuden parantamiseksi tilastointimenetelmiä tulisi kehittää ja yhtenäistää terveysasemien ja terveystieteen kesken. (Kork ym. 2011a, 29.)

Joitakin jatkotutkimushaasteita nousi esille Ylöjärven terveystieteen koskevassa loppuraportissa. Palvelutuotannon kokonaiskustannuksia voisi selvittää vertaamalla kuntia, joissa on terveystieteen niihin kuntiin, joissa ei ole terveystieteen. Terveystieteen kustannustehokkuutta voisi arvioida laskemalla terveydenhuollon kustannukset asukasta kohden. Myös terveystieteen toteuttamistapojen vaikutusta kuntien kustannusten hallinnalle voisi tutkia. (Kork ym. 2011b, 19.)

Terveystieteen yksi keskeinen palvelumuoto näyttää olevan pitkäaikaista sairautta sairastavien säännölliset seurannat, ohjaus, tukeminen sekä neuvonta. Tutkimusta ja asiakasseuranta tulisi tehdä siitä, onko tämä terveystieteen ideaalinen kohderyhmä ja mitkä ovat usein asiointien asiakkaiden käyntien syyt. (Kork ym. 2011b, 29.)

Terveystieteen toiminnan arviointia tulisi kehittää. Tarvitaan systemaattista asiakasseuranta sekä asiakkaiden hoitopolkujen seuranta laajemminkin perusterveydenhuollossa. (Kork ym. 2011b, 42.)

Lähteet

Deloitte. 2008. Retail Clinics. Facts, Trends and Implications. Deloitte Center for Health Solutions.

Deloitte. 2009. Retail clinics: Update and implications. Deloitte Center for Health Solutions.

Evans, S.W. 2010. Convenient care clinics: Making a positive change in health care. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22, 23-26.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus - eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Hansen-Turton, T., Ryan, S., Miller, K., Counts, M. & Nash, D.B. 2007. Convenient Care Clinics: The Future of Accessible Health Care. Disease Management 10 (2), 61-73.

Hansen-Turton, T., Ridgway, C., Ryan, S.F. & Nash, D.B. 2009. Convenient Care Clinics: The Future of Accessible Health Care - The Formation Years 2006-2008. Population Health Management 12, 231-240.

HCO News 2013. Retail Clinics Gain in Popularity. Viitattu 29.3.2013.
<http://www.hconews.com/articles/2013/02/28/retail-clinics-gain-in-popularity>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: Näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) 2002. Terveyden edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Hoitotyön Tutkimussäätiö. 2013. Kriittinen arviointi -Tutkimuksen kriittisen arvioinnin kriteeristö. Viitattu 6.8.2013. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>

Hunter, L. P., Weber, C.E., Morreale, A.P. & Wall, J.H. 2009. Patient satisfaction with retail health clinic care. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 21, 565-570.

Jacoby, R., Crawford, A.G., Chaudhari, P. & Goldfarb, N.I. 2011. Quality of Care for 2 Common Pediatric Conditions Treated by Convenient Care Providers. American Journal of Medical Quality 26 (1), 53-58.

Joanna Briggs Institute. 2013. SUMARI User Manual: Version 5.0. System for the Unified Management, Assessment and Review of Information. Viitattu 1.9.2013.
<http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

KASTE-ohjelma 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.8.2013. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas ja terveystalvelut. Teoksessa Pietilä, A., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) 2002. Terveyden edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

- Kork, A., Stenvall, J. & Vakkuri, J. 2010. Terveyskioski palveluinnovaationa. Vaihe 1: Peruskartoitus Ylöjärven terveystioski -hankkeesta. Sitran selvityksiä 19. Helsinki.
- Kork, A., Kivimäki, R., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2011a. Terveystioski palveluinnovaationa. Lahden terveystioski -hankkeen väliarviointi. Sitran selvityksiä 55. Helsinki.
- Kork, A., Kivimäki, R., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2011b. Julkinen terveystioski kauppa-keskuksessa - Ylöjärven terveystioskin loppuarviointi. Sitran selvityksiä 56. Helsinki.
- Kork, A. & Vakkuri, J. 2013. Matalan kynnyksen palvelumalli perusturvan palvelualueella - Ylöjärven terveystioskin jatkotutkimus. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu.
- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveystios edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) 2002. Terveystios edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Laaksonen, M., Kuusisto-Niemi, S. & Saranto, K. 2010. Sosiaalityön tiedonhallinnan tutkimus - kirjallisuuskatsaus metodina. Kuopion yliopisto. Terveystioshallinnon ja -talouden laitos. Teoksessa Ruotsalainen, P. (toim.) 2009. Avauksia. Terveystios ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveystios edistämisen tutkimuksen arviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystiosministeriö. Sosiaali- ja terveystiosministeriön selvityksiä 2003:15. Viitattu 20.7.2013.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1074768303937/passthru.pdf>
- Laws, M & Scott, M.K. 2008. The Emergence Of Retail-Based Clinics In The United States: Early Observations. Health Affairs 27, 1293-1298.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.
- Lötjönen, S. 1999. Tutkijan ammattietiikka. (toim.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki: Opetusministeriö. Viitattu 1.9.2013.
http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi
- Mehrotra, A., Wang, M.C., Lave, J.R., Adams, J.L. & McGlynn, E.A. 2008. Retail Clinics, Primary Care Physicians, And Emergency Departments: A Comparison Of Patients' Visits. Health Affairs 27, 1272-1282.
- Mehrotra, A., Liu, H., Adams, J., Wang, M.C., Lave, J., Thygeson, N.M., Solberg, L.I. & McGlynn, E.A. 2009. The Cost and Quality of Care for Three Common Illnesses at Retail Clinics as Compared to Other Medical Settings. Annals of Internal Medicine 151, 321-328.
- Meristö, T. & Tuohimaa, H. 2011. PolkuPärjäin Hanke-esittely. Laurea AMK Lohja. Näyttöesitys. Viitattu 4.4.2012. <https://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=63152>
- Metsämuuronen, J. 2006. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.
- O'Cathain, A., Coster, J., Salisbury, C., Pearson, T., Maheswaran, R. & Nicholl, J. 2009. Do walk-in centres for commuters work? A mixed methods evaluation. British Journal of General Practice, 383-389.

- Palokangas, A. 2008. Valta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Käsitteen määrittely ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kuopion yliopisto. Terveyshallinnon ja talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Parker, R.M., Desborough, J.L. & Forrest, L.E. 2012. Stakeholder perception of nurse led walk-in centre. *BMC Health Services Research* 12, 382-388.
- Partanen, H. 2011. Vuorovaikutteinen sähköinen asiointi terveydenhuollossa-Integroitu kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Patwardhan, A., Davis, J., Murphy, P. & Ryan, S.F. 2012. Comparison of Waiting and Consultation Times in Convenient Care Clinics and Physician Offices: A Cross-Sectional Study. *Journal of Primary Care & Community Health* XX (X), 1-5.
- Pietilä, A-M., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävää asiakastyössä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) *Terveyden edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY.
- Pollack, G.E. & Armstrong, K. 2009. The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations. *Archives of Internal Medicine* 169, 945-949.
- Pollack, G.E., Gigendil, C. & Mehrotra, A. 2010. The Growth of Retail Clinics and Medical Home: Two Trends in Conflict? *Health Affairs* 29, 998-1003.
- Pope, C., Chalder, M., Moore, L. & Salisbury, C. 2005. What do other local providers think of NHS walk-in centres? Results of a postal survey. *Public Health* 119, 39-44.
- Pudas-Tähkä, S-M & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.
- Pumppu-hanke. 2012. Pumppu-hanke lyhyesti. Viitattu 3.4.2012. <http://pumppu-hanke.blogspot.fi/p/pumppu-lyhyesti.html>
- Rohrer, J.E., Angstman, K.B. & Bartel, G.A. 2009. Impact of Retail Medicine on Standard Costs in Primary Care: A Semiparametric Analysis. *Population Health Management* 12, 333-335.
- Rosen, R. & Mountford, L. 2002. Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres. *Journal of Advances Nursing* 39, 241-248.
- Rudavsky, R., Pollack, G.E. & Mehrotra, A. 2009. The Geographic Distribution, Ownership, Prices, and Scope of Practice at Retail Clinics. *Annals of Internal Medicine* 151, 315-320.
- Salisbury, C., Chalder, M., Manku Scott, T., Pope, C. & Moore, L. 2002. What is the role of walk-in centres in NHS? *British Medical Journal* 324, 399-402.
- Salisbury, C., Hollinghurst, S., Montgomery, A., Cooke, M., Munro, J., Sharp, D. & Chalder, M. 2007. The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments. *Emergency Medicine Journal* 24, 265-269.
- Salisbury, C. & Munro, J. 2002. Walk-in centres in primary care: A review of the international literature. *British Journal of General Practice* 53, 53-59.
- Salisbury, C., Manku-Scott, T., Moore, L., Chalder, M. & Sharp, D. 2002. Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: observational study. *British Journal of General Practice* 52, 554-560.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisuja.

Sitra. 2012. Terveyskioski. Viitattu 4.4.2012. <http://www.sitra.fi/terveyskioski>

Sitra. 2013. Terveyskioski - uudenlainen tapa hoitaa terveystalvuuia. Viitattu 21.8.2013. <http://www.sitra.fi/hyvinvointi/terveyskioski>

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu: 2.10.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%20perustuslaki#L3P24>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Terveyden edistäminen. Viitattu 30.4.2012.

<http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/terveyden+edistminen.htm>

Thygeson, M., Van Vorst, K.A., Maciosek, M.V. & Solberg, L. 2008. Use And Costs Of Care In Retail Clinics Versus Traditional Care Sites. Health Affairs 27, 1283-1292.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (Tenk). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 30.8.2013. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Terveyden edistämisen eettiset haasteet. 2008. ETENE-julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 6.9.2013. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-526.pdf

Wang, M.C., Ryan, G., McGlynn, E.A. & Mehrotra, A. 2010. Why Do Patients Seek Care at Retail Clinics, and What Alternatives Did They Consider? American Journal of Medical Quality 25, 128-134.

Weinick, R.M., Burns, R.M. & Mehrotra, A. 2010. How Many Emergency Department Visits Could be Managed at Urgent Care Centers and Retail Clinics? Health Affairs 29, 1630-1636.

Wheeler, B. 2012. Are NHS walk-in centres on the way out? BBC News 28.6.2012. Viitattu 9.8.2013. www.bbc.co.uk/news/uk-politics-18503034

WHO (Maailman terveysjärjestö) 2009. Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Viitattu 1.10.2013. http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

Wilson, A.R., Zhou, X.T., Shi, W., Rodin, H., Bargman, E.P., Garrett, N.A. & Sandberg, T.J. 2010. Retail Clinic Versus Office Setting: Do Patients Choose Appropriate Providers? American Journal of Managed Care 16, 753-759.

Wollner, S., Blackburn, D., Spellman, K., Khaodhiar, L. & Blackburn, G.L. 2010. Weight-Loss Programs in Convenient Care Clinics: A Prospective Cohort Study. American Journal of Health Promotion 25 (1), 26-29.

Woodburn, J.D., Smith, K.L. & Nelson, G.D. 2007. Quality of Care in Retail Health Care Setting Using National Clinical Guidelines for Acute Pharyngitis. American Journal of Medical Quality 22, 457-462.

Kuvat

Kuva 1: Terveyskioskin sijoittuminen muuhun terveydenhuoltoon (Deloitte 2008, 6).	8
Kuva 2: Kirjallisuuskatsausten tyypittely (Salminen 2011, 6)	14
Kuva 3: Tutkimusten valintaprosessi	23
Kuva 4: Analyysirunko	30
Kuva 5: Yhdysvaltalaisten terveystietokioskien jakauma eri sijaintien mukaan	32
Kuva 6: Terveystietokioskin toteuttamistavat	40

Taulukot

Taulukko 1: Brittiläisten terveystietokioskien ydinominaisuuksia (Salisbury, Chalder, Manku Scott, Pope & Moore 2002, 399).....	8
Taulukko 2: Hyväksymiskriteerit kirjallisuuskatsauksessa	20
Taulukko 3: Hylkäämiskriteerit kirjallisuuskatsauksessa.....	21
Taulukko 4: Hakuosumat tietokannoittain ja hakusanoittain	21
Taulukko 5: Kvalitatiiviset tutkimukset	26
Taulukko 6: Kvantitatiiviset tutkimukset	28
Taulukko 7: Henkilöstöresursseja (O’Cathain ym. 2009).....	34
Taulukko 8: Keskeiset tulokset terveystietokioskien henkilöstöstä	36
Taulukko 9: Terveystietokioskien omistajuus Yhdysvalloissa (Rudavsky ym. 2009)	38
Taulukko 10: Terveystietokioskien mahdollisia vaikutuksia muihin terveydenhuollon toimijoihin (Deloitte 2008, 15)	42
Taulukko 11: Yleisimmät käyntisyöt Ylöjärven terveystietokioskissa vuosina 2009-2011 (Kork ym. 2011b, 30)	45
Taulukko 12: Yleisimmät käyntisyöt ulkomaisilla terveystietokioskeilla (Mehrotra ym. 2008, O’Cathain ym. 2009, Salisbury ym. 2002, Wollner ym. 2010)	47
Taulukko 13: Palvelutarjontaa Yhdysvalloissa (Rudavsky ym. 2009, 316)	49
Taulukko 14: Ylöjärven terveystietokioskin käyntien sisältö vuonna 2012 (Kork & Vakkuri 2013, 10).....	51
Taulukko 15: Ylöjärven terveystietokioskin keskeisimmät ja potentiaaliset asiakkuudet (Kork & Vakkuri 2013, 8)	53

Liite 1. Laadullisten tutkimusten laadun tarkistuslista

21.5.2013
OHJE**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa tulkinnallisten ja kriittisten tutkimusasetelmien mukaisesti tehtyjen tutkimusten arviointi toteutetaan SUMARIn QARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa SUMARI käyttöohjeessa (s.89-92), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI.)

Kirjoittaja _____ Vuosi _____ Nro _____
Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Onko kuvattu filosofinen näkökulma ja tutkimusmetodologia yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko tutkimusmetodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston keruumenetelmät yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston esittäminen ja analyysi yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko tutkimusmetodologia ja tulosten tulkinta yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuurinen tai teoreettinen asemointi ilmaistu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja päinvastoin kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ovatko osallistujat ja heidän äänensä asiaankuuluvasti kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita ja onko tarvittava eettisen toimikunnan hyväksyntä hankittu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset analyysiin ja tulosten tulkintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. SUMARI User Manual: Version 5.0. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

Liite 2. Määrällisten tutkimusten laadun tarkistuslista

21.5.2013
OHJE**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kuvailevalle tutkimukselle/ tapausarjalle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa kuvailevien tutkimusten ja tapausarjojen arviointi toteutetaan SUMARin MASTARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa (s. 157-158), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

Kirjoittaja _____ Vuosi _____ Nro _____
Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Perustuiko tutkimus satunnaistettuun tai näennäisesti satunnaistettuun otantaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Olivatko otoksen hyväksymiskriteerit määritetty selkeästi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arvioitiinko tulokset käyttäen objektiivisia kriteerejä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jos ryhmiä vertailtiin keskenään, oliko niiden kuvaus riittävä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oliko seurantaajakso riittävän pitkä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käyttiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>