

**POTILAIKEN ARVIOINTEJA HOIDON LAADUSTA ERÄISSÄ
RIKOSSEURAAMUSLAITOKSEN TERVEYDENHUOLTOYKSIKÖISSÄ**

Anu Mäenpää
Pro gradu - tutkielma
Hoitotiede
Hoitotyön johtaminen
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Marraskuu 2012

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TERVEYDENHUOLTO JA SEN LAATU RIKOSSEURAAMUSLAITOKSEN TERVEYDENHUOLTOYKSIKÖISSÄ	4
2.1 Hoidon laadun tutkimus Suomessa	4
2.2 Kirjallisuushaku vankipotilaiden hoidon laadusta	6
2.2.1 Vankipotilaiden hoidon laatu	9
3. TAUSTATEKIJÖIDEN YHTEYS VANKIPOTILAIEN ARVIOINTIIN HOIDON LAADUSTA	20
4. TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄT	21
4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta	21
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	21
4.3 Kyselylomake ja sen luotettavuus	23
4.4 Aineiston analyysi	26
5. TULOKSET	28
5.1 Vankipotilaiden kuvailua	28
5.1.1 Potilaiden taustatiedot	28
5.1.2 Vastanneiden lukumäärä yksiköittäin	29
5.1.3 Potilaiden arvioinnit hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien antaman hoidon laadusta	30
5.2 Vankipotilaiden arvioinnit hoidon laadusta eri osa-alueilla	30
5.2.1 Potilaiden arvioinnit henkilöstön ammatillisuudesta	30
5.2.2 Potilaiden arvioinnit hoitoon osallistumisesta ja tiedon saannista	33
5.2.3 Potilaiden arvioinnit fyysisten tarpeiden huomioinnista	35
5.2.4 Potilaiden arvioinnit riittävästä henkilöstö voimavaroista	35
5.2.5 Potilaiden arvioinnit kipujen ja pelkojen lievittämisestä	36
5.2.6 Potilaiden arvioinnit henkilöstön yhteistyöstä	37
5.3 Taustatekijöiden yhteys vankipotilaiden arviointiin hoidon laadusta	38
5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista	41

6. POHDINTA	42
6.1 Tulosten tarkastelua	42
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	45
6.3 Tutkimuksen eettisyys	47
6.4 Johtopäätökset ja suositukset	49
6.5 Jatkotutkimusaiheet	50
 LÄHTEET	 51

LIITTEET

- Liite 1. Tiedote tutkimuksesta
- Liite 2. Kirjallinen suostumuslomake

Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Hoitotiede
Hoitotyön johtaminen

Mäenpää, Anu

Potilaiden arviointeja hoidon laadusta eräissä
Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköissä
Pro gradu – tutkielma, 55 sivua, 2 liitettä (2 sivua)

Tutkielman ohjaajat

Yliopistotutkija, TtT Tarja Kvist ja professori, THT
Katri Vehviläinen-Julkunen

Marraskuu 2012

Avainsanat: hoidon laatu, vankipotilas, Rikosseuraamuslaitos, ihmisläheinen hoito mittari

Vankipotilaiden hoidon laadusta ei ole tutkimusta Suomessa ja hyvin vähän myös kansainvälisesti. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vankipotilaiden arviointeja hoidon laadusta eräissä rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköissä.

Kohderyhmän muodostivat Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön sairaaloissa ja Etelä-Suomen alueen Helsingin- ja Vantaan vankiloiden poliklinikoilla hoidossa olleet yli 18-vuotiaat äidinkieleltään suomalaiset potilaat (n=96). Vastausprosentti oli 36 %. Aineisto kerättiin Ihmisläheinen hoito mittarilla (RILH-mittarilla). Mittarissa on 42 hoidon laatua kuvaavaa muuttujaa ja 4 tulosmuuttujaa sekä 10 taustatietokysymystä. Hoidon laatua mittaavista muuttujista on muodostettu 6 osa-alueita: henkilöstön ammatillisuus, hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, kohtelu hoidon aikana, kipujen ja pelkojen lievittäminen, fyysisiin tarpeisiin vastaaminen ja riittävät henkilöstövoimavarat. Arvosanamuuttujilla 4-10 arvioidaan eri ammattiryhmien antamaa hoitoa. Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin SPSS 19.0 for Windows – tilasto – ohjelmalla. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietojen kuvaamisessa käytettiin keskiarvoa ja keskihajontaa. Taustatietojen yhteyttä summamuuttujiin testattiin Kruskal - Wallisin testillä.

Tutkimuksen tulosten mukaan vankipotilaiden hoidon laatu on arvioitu hyväksi, parhaiten on toteutunut fyysisten tarpeiden huomiointi (ka 3.77, SD 1.11) ja hoitohenkilökunnan ammatillisuus (ka 3.73, SD 1.06). Huonoiten on toteutunut kipujen ja pelkojen lievittäminen (ka 3.06, SD 1.02). Vankipotilaiden arviot hoidon laadusta ovat erilaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa hoidon laadusta, joissa on ollut käytössä ihmisläheinen hoitomittari (RILH). Vankipotilaat ovat arvioineet hoidon laadun toteutuneen huonommin kuin eräiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden potilaat.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää vankipotilaiden hoidon laadun kehittämisessä erityisesti kipujen ja pelkojen lievittämisen osalta. Tämä tutkimus tuo Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikölle tietoa aiemmin tutkimattomasta osa – alueesta. Jatkotutkimusehdotuksena on hoidon laadun systemaattinen arviointi potilastyytyväisykselyillä.

Faculty of Health Sciences
Department of Nursing Science
Nursing leadership and Management

Mäenpää, Anu

Patient evaluations on the quality of care
in certain health care units of the Criminal
Sanctions Agency

The level of the thesis:

Master's Thesis, 55 pages, 2 appendices
(2 pages)

Supervisors:

University Researcher, PLD. Tarja Kvist
and professor, PLD. Katri Vehviläinen-
Julkunen

November 2012

Key words: quality of care, inmate patient, Criminal Sanctions Agency, Revised Humane Caring Scale

No research has been conducted on the quality of care of inmate patients in Finland, and research is scarce even on an international level. The purpose of this study was to determine the opinions of inmate patients on quality of care in certain health care units of the Criminal Sanctions Agency.

The target group consisted of Finnish-speaking patients over the age 18 (n=96) treated in the hospitals of the health care unit of the Criminal Sanctions Agency and the policlinics of Helsinki and Vantaa prisons in Southern Finland. The response rate was 36 %. The data was collected using the Humane Caring Scale (HCS). The scale consists of 42 variables describing the quality of care, 4 output variables and 10 background questions. The variables measuring quality of care have been divided into 6 sectors: professionalism of personnel, participation in care and access to information, treatment during care, pain and fear alleviation, response to physical needs and sufficient personnel resources. The grade variables 4-10 were used to evaluate the care provided by different occupational groups. The data was stored and processed using the SPSS 19.0 for Windows statistics software. Mean value and standard deviation were used to describe the backgrounds of the participants. The connection between background information and sum variables was tested with the Kruskal-Wallis test.

According to the results of the research, quality of care of inmate patients was considered good: the best results were achieved in acknowledging physical needs (mean 3.77, SD 1.11) and professionalism of care personnel (mean 3.73, SD 1.06). The lowest results were achieved in pain and fear alleviation (mean 3.06, SD 1.02). The evaluations of inmate patients on quality of care were different from earlier studies on the matter where the Humane Caring Scale (RILH) was used. Inmate patients considered quality of care to be poorer than the patients of certain basic health care and specialized health care units.

The results of the research can be utilized in the development of the quality of care of inmate patients, particularly in terms of pain and fear alleviation. This study provides information for the health care unit of the Criminal Sanctions Agency on a field previously left unstudied. Suggestions for further studies include the systematic evaluation of quality of care via patient satisfaction.

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Terveystieteiden tutkimuksessa hoidon laadun arviointi on nostettu yhdeksi keskeiseksi tekijäksi kehitettäessä potilaslähtöistä hoitoa. Käsitteenä se on monitulkintainen ja laaja, jossa arvioidaan hoidon oikea-aikaisuutta, osaamista, turvallisuutta, sujuvuutta ja vaikuttavuutta. Arvioitaessa tärkein tekijä on potilas. Laadukkaan hoidon tavoitteena on taata potilaalle paras terveyshyöty tutkimus- ja hoitoprosessista. (Suomen Kuntaliitto, 2011.)

Terveystieteiden tutkimus (2011) mukaan tarkoitus on vähentää väestön terveyseroja sekä vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Toiminnan edellytetään perustuvan näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Potilaslain (1992) mukaan potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon. (Suomen Kuntaliitto, 2011.) Terveystieteiden tutkimuksen toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä toiminnan oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä yksiköiden tulee tehdä laadunhallintasuunnitelma. Tavoitteena on pyrkiä varmistamaan laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palveluiden yhdenvertainen saatavuus. (THL, 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen kehittämissuunnitelman KASTE 2008 - 2011 yksi päätavoitteista oli palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen. Laadun parantamiseksi tuli kehittää kansallisesti yhteneviä menetelmiä, jotka tukivat STM:n tavoitteisiin pääsemistä. Systemaattinen asiakastytyväisyysmittaus antaa tietoa hoitoon pääsyn ja palvelujen määräaikaisten toteutumisesta. (STM 2008:6.) Uusi kehittämissuunnitelma KASTE 2012 – 2015 on vahvistettu, jonka yhtenä tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen. Palveluiden laadussa, vaikuttavuudessa ja saatavuudessa koetaan olevan palvelujen käyttäjien näkökulmasta suuria alueellisia eroja, erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa. (STM 2012:1.) Palvelujen laatua on arvioitava paikallisesti, systemaattisesti toteutetut asiakastytyväisyysmittarit ovat merkittävä tekijä hoidon laatua arvioitaessa ja jotka mahdollistavat valtakunnallisen vertailun. (STM 2008:6.) Potilastytyväisyys arvioinnit on laajasti käytetty mittari, mutta se ei anna ainoana mittarina yksinään luotettavaa tietoa hoidon tasosta (Kvist, 2004).

KASTE-suunnitelman (2012-2015) tavoitteiden mukaisesti sosiaali- ja terveyspalveluja tulee suunnata riskiryhmille. Suunnitelman tavoitteena on kohdentaa tasalaatuisia, matalankynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluita perusterveydenhuollossa.

Palveluiden laadussa, vaikuttavuudessa ja saatavuudessa on suuria alueellisia eroja, joita tulisi kaventaa. (STM, 2012.)

Kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE 2012 - 2015 on korostettu hyvän ja laadukkaan hoidon tarjoamista potilaille sekä hoidon saatavuutta. Suomessa ei ole tehty aikaisemmin tutkimusta hoidon laadusta Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Suomalaisten vankien terveyttä on tutkittu 1985, 1991 ja 2010, jolloin on selvitetty terveydentilaa, sairastavuutta ja siihen liittyvää työkyvyn alenemaa. (Joukamaa, 1991 ja 2010.)

Kansallisen kehittämisohjelman tavoitteena on syrjäytymisen ehkäiseminen (STM, 2012). Kansalaiset pitävät väestökyselyissä tärkeimpinä arvoina terveyttä, asumista, koulutusta ja perhe-elämää. Vankien koulutus poikkeaa merkittävästi valtaväestön koulutuksesta, noin 80 % useampikertaisista vankeusrangaistuksen uusijoista on kokonaan ilman työhistoriaa, vapautuvat vangit ovat yksi asunnottomien ryhmä. Vapautuvien vankien keskimääräinen kuolinikä on ollut 45 vuotta. (Hypén, 2004.) Vangit muodostavat koko väestöstä ryhmän, jossa on valtaväestöön verrattuna enemmän alhaisempi koulutustaso, työttömyyttä, asunnottomuutta, päihdeongelma eli syrjäytymistä edistäviä tekijöitä. Mielenterveydenhäiriöt ovat yleisiä ja kahdella kolmasosalla on persoonallisuushäiriö. Myös päihderiippuvuus on kymmenkertainen valtaväestöön verrattuna. Maksatulehdus ja C-hepatiitti ovat yleisiä sairauksia. (Joukamaa, 2010.)

Suomen vankiloissa vankeja on noin 3200, joista suljetuissa vankiloissa on 2300 vankia ja avolaitoksissa 800 vankia sekä valvotussa koevapaudessa 100 vankia (Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 2/2011). Vankien terveydenhuollosta vastaa pääsääntöisesti Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö, joko vankiloiden poliklinikoilla tai Hämeenlinnan vankisairaalassa ja Psykiatrisessa vankisairaalassa Turun ja Vantaan yksiköissä (Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön työjärjestys, 2010). Tässä tutkimuksessa vankipotilas tarkoittaa vankia, joka on suorittamassa tutkinta- tai vankeusvankeutta ja on ollut Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä poliklinikalla tai sairaaloissa hoidossa.

Hoidon laatua on arvioitu erilaisin menetelmin 1980-luvulta lähtien. Yleisimmin hoidon laadussa puhutaan eri osatekijöistä, potilas- tai asiakastyytyväisyydestä, hoidon

yksilöllisyydestä ja ihmisläheisestä hoidosta. (Kvist & Vehviläinen - Julkunen, 2008.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vankipotilaiden arviointeja hoidon laadusta rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tutkimustulosten perusteella kohdentaa hoitoa oikein ja lisätä potilaslähtöistä työskentelyä.

2 TERVEYDENHUOLTO JA SEN LAATU RIKOSSEURAAMUSLAITOKSEN TERVEYDENHUOLTOYKSIKÖSSÄ

Suomalaisten vankien terveydenhuollosta vastaa Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö. Toiminnan tavoitteena ja tehtävänä on järjestää vangeille perus- ja erikoissairaanhoidon palvelut vankiloissa ja sairaaloissa sekä tarvittaessa ostopalveluna Rikosseuraamuslaitoksen ulkopuolella. Terveys- ja huoltoyksikkö vaikuttaa osaltaan uusintarikollisuuden ja syrjäytymisen ehkäisyyn. Vangeilla on samat oikeudet terveydenhuoltoon kuin muulla väestöllä. (Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön työjärjestys, 2010.)

Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö muodostuu toiminnanohjausyksiköstä, Psykiatrisesta vankisairaala- ja Turun- ja Vantaan yksiköstä, lääkekeskuksesta, hammashuollosta sekä vankiloiden poliklinikoista. Terveys- ja huoltoyksikön toimintaa kuvaavia lukuja ovat poliklinikkakäynnit vuonna 2010 (N=2275), Psykiatrisessa vankisairaala- ja hoitovuorokausia 2010 (N=234) ja Vankisairaala- ja hoitovuorokausia 2010 (N=292) (Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 2/2011). Kaikille vankilaan tuleville vangeille tehdään tulotarkastus kolmen vuorokauden kuluessa saapumisesta ja laajempi terveystarkastus viimeistään kahden viikon kuluessa vankilaan saapumisesta. Tulo- ja terveystarkastukset tehdään vankiloiden poliklinikoilla, joissa vastataan vankipotilaiden perusterveydenhuollosta. Kiireellinen hoito toteutetaan välittömästi. Psykiatrisen vankisairaala vastaa vankien psykiatrisesta sairaalahoidosta, vaarallisuusarvioista ja mielentilatutkimuksista. Vankisairaalan tehtävänä on järjestää vankien tarvitsemat yleislääketieteen tasoiset tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. (Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön työjärjestys, 2010.)

Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön henkilökunta muodostuu terveydenhuollon ammattihenkilöistä vastaten vankipotilaiden hoidosta. Henkilökunta koostuu johtavasta ylilääkäristä, hallintopäälliköstä, terveydenhuollon tarkastajasta, vastaavista ylilääkäreistä, alueylilääkäreistä, ylilääkäreistä, osastonylilääkäreistä, ylihoitajista, osastonhoitajista, lähihoitajista, lääkekeskuksen johtajasta, lääketeknikosta, psykologeista, sosiaalityöntekijöistä, toimintaterapeuteista, fysioterapeuteista, ylihammaslääkäristä, hammashoidon lähihoitajista, suuhygienistista, toimistosiihteeristä,

siivoustyönjohtajasta, laitoshuoltajista ja laboratoriohoitajasta. (Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön työjärjestys, 2010.)

2.1 Hoidon laadun tutkimus Suomessa

Uusimmassa laajassa Suomessa tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu magneetti sairaalan uudistavaa johtamista ja sen vaikuttavuutta hoidon laatuun. Tutkimus sisälsi laajan aineiston potilastyytyväisyyskyselyistä (n=2566). Tutkimustulosten mukaan hoidon laatu on kiitettävää hoitohenkilökunnan ammatillisuuden osalta (ka=4.49, SD=0.67), fyysisten tarpeiden huomioinnin ja henkilökunnan yhteistyön osalta. Hoidon laadun osa-alueista heikoimmin toteutui henkilöstövoimavarojen riittävyys ja kipujen lievittäminen. Johtopäätöksenä tutkimustuloksista todetaan, että hyvän pohjan hoidon laadulle luo korkea potilas- ja työtyytyväisyys. Uudistavaa johtamistyyliä vaati tiedon tuomista käytäntöön ja johtamista lähellä henkilökuntaa, käyttäen erilaisia kokoonpanoja asioiden käsittelemisessä. Suoran palautteen antaminen koetaan erittäin tarpeelliseksi ja parantavan hoidon laatua. Potilasturvallisuudesta nousevien tekijöiden käsittelyn tulisi olla avoimempaa ja vähemmän virhekeskeistä, sekä potilasturvallisuuden osuutta hoidon laadun parantamisessa tulee tulevaisuudessa huomioida laajemmin. (Kinnman 2007, Kvist ym. 2012.)

Hoidon laatua on tutkittu potilasnäkökulmasta potilastyytyväisyyttä mittaamalla sekä potilasturvallisuuden järjestelmällisellä tutkimuksella. Henkilöstön näkökulmasta on tutkittu henkilökunnan työhyvinvointia, henkilöstömitoitusta ja olemassa olevien ohjeiden ja standardien sekä työmenetelmien vaikuttavuutta hoidon laatuun. Tutkimuksissa on käytetty määrällisiä sekä laadullisia tutkimusmenetelmiä. (Kvist 2004, Myllymäki 2010, Partanen 2002, Tervo–Heikkinen ym. 2006.) Hoidon laadulla tarkoitetaan tasalaatuista näyttöön perustuvaa hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa toimintaa, joka on laadukasta ja turvallista. Hoidon laadun tavoitteena on lisätä terveydenhuollon tuottavuutta ja vaikuttavuutta sekä turvata asiakaskeinen hyvä hoito ja potilaan oikeudet. (STM, 2009.)

Hoidon laatu koetaan potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta eri tavalla. Yhteneviä tekijöitä on vähän, mutta hoidon laatua heikentäväksi sekä potilaat että henkilökunta kokevat henkilökunnan liian vähäisen määrän sekä kiireen. (Kvist, 2006.)

Henkilöstömitoitus on yksi selittävä tekijä arvioitaessa hoidon laatua (Tervo-Heikkinen, 2008). Työvuoroissa koettiin olevan liian vähän henkilökuntaa eli liian vähäinen henkilöstömitoitus (Partanen, 2002). Potilaat kokevat hoidon laatua parantaviksi tekijöiksi mahdollisuuden osallistua hoidon suunnitteluun sekä hyvän kohtelun. Hoitohenkilökunnan mukaan hoidon laatuun vaikuttavat hyvä työyhteisö, riittävä ammatillinen osaaminen ja henkilökohtaiset voimavarat. (Kvist, 2006.) Henkilökunnan voidessa hyvin työ on laadukasta ja tuloksellista eli työhyvinvoinnilla parannetaan hoidon laatua (Ahola, 2011).

Henkilökunnan liian vähäinen määrä ja kiire heikentävät hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Hoitohenkilökunnan mukaan työtä joudutaan tekemään riskirajoilla, stressaantuneina ja turhautuneina liian suuren työmäärän vuoksi. Henkilökunnan liian vähäinen määrä vaikutti potilaiden mukaan saatuun ohjaukseen, omaisten huomioimiseen sekä hygieniasta huolehtimiseen. (Kalam-Salminen ym 2008, Partanen, 2002.) Hoitotyön johtamisen vaikuttavuus hoidon laatuun näkyy henkilöstömitoituksen suunnittelussa ja tehtäväkuvien selkeydessä (Pettersson, 2010). Hoitotyön johtaminen ja johtamiskoulutus ovat merkittäviä tekijöitä kehitettäessä hoidon laatua, prosessikuvausten, rakenteiden ja strategioiden avulla (Hargreaves, 2010, Mäki, 2004).

Hoidon laadun parantaminen vaatii terveydenhuollossa järjestelmällistä uusimman tutkimustiedon tietämystä sekä systemaattista ja kriittistä työtettä sekä tiettyjen arviointiprosessien läpikäyneitä julkaisuja (Vehviläinen-Julkunen, 2008).

2.2 Kirjallisuushaku potilaiden hoidon laadusta

Aineisto haettiin Itä-Suomen Nelli-portaalista. Haussa käytettiin seuraavia tietokantoja: PubMed, Cinahl, Medic ja Josku. Manuaalisella haulla valittiin artikkeleita Hoitotiede-lehtien sisällysluetteloista ja Terveysportin kautta Duodecim-lehdistä. Hakusanoina englannin kielisissä hauissa käytettiin: ”quality standard”, ”quality improvement”, ”quality assurance”, ”quality standard”, ”quality of health care”, ”nurse”, ”health”, ”care”, ”patient”, ”prisons” ja ”prisoner”. Hakusanoina suomen hauissa käytettiin: ”laatu”, ”hoito” ja ”hoitohenkilökunta”. Aikarajauksina käytettiin 2002 - 2010 vuotta, review, peer review ja linkki koko tekstiin. Aineiston valinnan kriteerinä olivat aineiston tuoreus sekä soveltuvuus tutkimuksen aiheeseen. Vankipotilaiden hoidon laadusta on vähän tutkimusta, kun taas yleensä hoidon laatua on tutkittu runsaasti.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui 28 julkaisusta sisältäen 24 tieteellistä artikkelia, 3 väitöskirjaa ja pro gradu tutkielman (Taulukko 1). Aineisto haettiin systemaattisella ja manuaalisella haulla eri tietokannoista. Aineistojen tutkimusryhmänä oli sairaaloiden ja vankiloiden henkilökuntaa ja potilaita/vankipotilaita. Tutkimukset hoidon laadusta sairaala ympäristössä käsittelivät hoidon laatua laajasti eri näkökulmista. Hoidon laadun mittaaminen koostuu monista eri tekijöistä, kuten hoidon laatu käsitteenäkin. Hoidon laatuun vaikuttavat potilaiden näkökulmasta potilastyytyväisyys, hoitopoikkeamat, hoidon ja hoitotyön laatu. Hoitajien näkökulmasta hoidon laatuun vaikuttavat työtyytyväisyys, vaikutusmahdollisuudet, työnkuva, työstressi ja työtapaturmat. Hoidon laatuun vaikuttavat organisaation näkökulmasta henkilöstön määrä, rakenne ja ammattitaito. (Grabowski ym. 2010, Haines ym. 2011, Johnson, 2010, Stern, 2010, Tervo-Heikkinen, 2008.) Jatkuvia laadun kehittämisen välineitä on potilastyytyväisyyslomake (Eloranta ym. 2008, Roberts, 2009). Hoidon laadun arvioinnissa potilaspalautteet ovat edelleen keskeisimpiä tekijöitä (Kvist, 2006). Tutkimusta hoidon laadusta kansallisella ja kansainvälisellä tasolla eri näkökulmista on saatavilla paljon. (Taulukko 2).

Taulukko 1. Tiedonhaku tietokannoista

TIETOKANTA	HAKUSANA	RAJAUS	TULOS	VALITTU
Pubmed	"quality standard" OR "quality improvement" AND nurs*	3 years review	37	4
	"Prisons"[Mesh]		6973	
	"Quality of Health Care" [Mesh]		4185957	
	quality AND "health care" AND (prison* OR correctional)		359	
		3 years		4
Cinahl	("quality assurance" OR "quality improvement") AND nurs* AND health*	3 years Peer Reviewed Linked Full Text	25	2
	(care OR nurs*) AND quality AND prisoner	5 years Peer Reviewed	3	2
	("quality standard" OR "quality improvement") AND patient*	2 years Peer Reviewed Linked Full Text	223	2
	(MH "Correctional Health Nursing")		756	
	(MH "Correctional Health Services")		753	
	MW quality AND MV health care AND MW (prison* OR correctional)	Peer Reviewed	83	
	MW quality AND MW health care AND MW prison*	Peer Reviewed	41	1
	Prisoners AND Healthcare AND Quality	Peer Reviewed 2005-2012	10	1
Medic	"laatu*" AND "hoito*"	2003-2011	73	3
Josku	(laatu=?) AND (hoitohenk?)	10 vuotta	20	2
Manuaalinenhaku				6

2.2.1 Vankipotilaiden hoidon laatu

Kansainvälisissä vankilaterveydenhuollon tutkimuksissa korostuu mielenterveyden ongelmista kärsivien vankien tutkimus, tulosten mukaan vangeilla on kaksinkertainen–nelinkertainen mahdollisuus sairastua mielenterveysongelmiin ja kymmenkertainen mahdollisuus saada antisosiaalinen persoonallisuusdiagnoosi valtaväestöön verrattuna (Fazel & Danesh, 2002). Mielenterveyden ongelmista kärsivien vankien ja henkilökunnan suhtautumisesta lääkitysohjeisiin ja käytäntöihin on tutkittu Englannissa 2009. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, johon osallistui 4 eri vankilasta 39 vankia ja 71 henkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Tulosten mukaan vangit olivat tyytymättömiä vankilaterveydenhuollon lääkitysohjeisiin jotka poikkesivat ennen vankilaa olevasta lääkityksestä ja mahdollisesta ”self-medication”-lääkityksestä. Terveysdenhuollon henkilökunnan kokemuksiin lääkitysohjeista vaikuttivat riittämättömät ja virheelliset tiedot olemassa olevan lääkityksen määräajasta ja aloituspaikasta. (Bowen ym. 2009.) (Taulukko 2.)

Vankilaterveydenhuollon tutkimuksia hoidon laadusta löytyi yksi Norjassa tehty tutkimus. Tutkimuksessa tarkoituksena oli tutkia tyytyväisyyttä hoidon laatuun vankilaterveydenhuollossa 2009. Tutkimukseen osallistui Etelä- ja Keski-Norjasta 29 vankilaa, edustaen 62 % kaikista vankilassa olevista vangeista Norjassa. Hoidon laatu koettiin paremmaksi ja tyytyväisyyttä terveydenhuollon palveluihin edisti kokenut terveydenhuollon henkilökunta, mahdollisuus toistuviin keskusteluihin terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa sekä itseymmärryksen lisääntyminen. Vankien korkeampi ikä sekä koulutustaso lisäsivät tyytyväisyyttä terveydenhuollon palveluihin. Hoidon laadun arviointiin vaikutti vankipotilaiden terveydentila ja riittävä lääkinnällinen tuki vieroitusoireisiin. (Bjorngaard ym. 2009.) (Taulukko2.)

Norjassa tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan vangit olivat tyytymättömiä terveydenhuollon palveluihin ja tulosten mukaan hoidon laatu ei ollut tasavertaista eri vankiloissa ja vankiloiden välillä oli suuria eroja palvelujen laadusta, tämä oli merkittävä tulos organisaatiotasolle. Tyytymättömyyteen hoidon laadussa vaikuttivat fyysinen ja psyykinen terveydentila sekä univaikeuksien lääkinnällinen hoito ja päihteidenkäyttäjien hoito. (Bjorngaard ym. 2009.) (Taulukko2.)

Länsimaissa vankiloissa olevien vankien mielenterveyden ongelmista on tehty vuonna 2002 laaja systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa on käytetty 62 eri tutkimusta, 12 eri maasta, koostuen 22 790 vangista. Tutkimuksen mukaan yhdellä seitsemästä vangista on psykoottinen sairaus tai vakava depressio. Antisosiaalinen persoonallisuushäiriö on joka toisella miesvangilla ja joka viidennellä naisvangilla. (Fazel & Danesh, 2002.) (Taulukko 2.)

Hoidon laatua vankilaterveydenhuollossa on tutkittu kansainvälisesti vähän, vangit ovat marginaaliryhmä, joiden sairastavuus ja yhteiskunnassa selviytyminen on haavoittuvaa. Vankien terveydenhuollon laadun parantaminen vankien tarpeita vastaaviksi tulisi tehdä yhteistyössä terveydenhuollon, valvontahenkilökunnan ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Yhteistyö tarjoaa parhaan mahdollisuuden muutokseen ja yhteiskunnassa pärjäämiseen. (Williamsson, 2007.) (Taulukko 2.)

Yhteenvetona kirjallisuuskatsauksesta voidaan todeta, että kansainvälisessä tutkimuksessa vankilaterveydenhuollosta korostuu mielenterveysongelmista kärsivien vankien tutkimus. Hoidon laatua potilastyytyväisyyden näkökulmasta löytyi vain yksi Norjassa tehty tutkimus. Vankilaterveydenhuollon hoidon laadun parantaminen vaatii lisää tutkimustiedon hankkimista, jotta hoito voidaan kohdentaa oikein ja lisätä potilaslähtoisempää työskentelyä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Keskeisimmät hoidon laatua kuvaavat tutkimukset. Vuosilta 2002 – 2010.

Tekijä (t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Bjorngaard J., Rustad Å., Kjelsberg E., 2009, Norja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia potilastyytyväisyyttä vankila terveydenhuollossa.	Aineisto koostui 29 eri vankilan vangeista (n=1150).	Menetelmänä käytettiin potilastyytyväisyys mittaria, joka oli muokattu vankila olosuhteisiin. Analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tulosten mukaan hoidon laatu ei ollut tasavertaista eri vankiloissa. Hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä oli henkilökunnan kokeneisuus ja mahdollisuus säännöllisiin tapaamisiin hoitohenkilökunnan kanssa sekä vankipotilaiden terveydentila ja riittävä lääkinnällinen tuki vieroitusoireisiin.
Bowen R., Rogers A., Shaw J., 2009, Englanti.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida mielenterveysongelmista kärsivien vankien ja henkilökunnan suhtautumista vankilaterveydenhuollon lääkitysohjeisiin.	Aineisto kerättiin neljästä eri vankilasta vangeilta (n=39) ja hoitohenkilökunnalta (n=71).	Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua ja havainnointia, molempien tutkijoiden osallistuessa haastattelu tilanteisiin.	Tulosten mukaan vangit olivat tyytymättömiä lääkitysohjeisiin jotka poikkesivat ennen vankilaa olevasta lääkityksestä ja mahdollisesta ”self-medication” – lääkityksestä. Hoitohenkilökunnan kokemuksiin lääkitysohjeista vaikuttivat riittämättömät ja virheelliset tiedot olemassa olevan lääkityksen määrääjästä ja aloituspaikasta.
Fazel S., Danesh J., 2002, Englanti.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatristen sairauksien esiintyvyys länsimaissisissä vankiloissa.	Aineisto kerättiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella sisältäen 62 eri tutkimuksesta, 12 eri maasta ja koostuen (n=22 790) vangista.	Menetelmänä käytettiin kvantitatiivista tutkimusta ja aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tulosten mukaan vangeilla on kaksinkertainen-nelinkertainen riski sairastua vakaviin mielenterveysongelmiin ja kymmenkertainen mahdollisuus saada antisosiaalinen persoonallisuus diagnoosi verrattuna valtaväestöön.
Eloranta S., Katajisto J., Leino-Kilpi H.,	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hoidon laatua	Aineisto kerättiin yliopistollisen	Menetelmänä käytettiin strukturoitua	Tulosten mukaan hoidon laatu oli hyvää. Eri kategorioiden välillä oli

2008, Suomi.	potilaiden näkökulmasta, selvittää hoidon laadun toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.	keskussairaalan kirurgian, ortopedian ja traumatologian klinikoilla hoidossa olleilta potilailta (740).	kyselylomaketta joka perustui HYVÄ HOITO mittariin ja kivunhoitomittariin. Analysoinnissa käytettiin korrelaatiokerrointa ja keskiarvotestejä.	eroja mm. hoitoympäristö koettiin laadukkaaksi, kun taas jatkossa tulee tehostaa henkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä, sekä systematisoida potilaiden ohjausta.
Grabowski D., Aschbrenner K., Rome V., Bartles S., 2010, USA.	Tarkoituksena oli saada tietoa vanhusten mielenterveyden hoidon laadusta vanhainkodeissa.	Aineisto koostui kirjallisuuskatsauksesta, vuosilta 1980-2008. Kirjallisuuskatsauksen valittiin 35 tutkimusta.	Analyysimenetelmänä käytettiin Donabedian rakenne-, prosessi- ja lopputuloskriteerien arviointi menetelmää.	Tulosten mukaan hoidonlaatu oli huonoa ja siihen vaikuttivat eri tekijät mm. hoitohenkilöstön puuttuvat ohjeet, taloudelliset tekijät ja osaaminen, sekä koulutus mielenterveydenhoidossa.
Haines S., Warren T., 2010, USA.	Tarkoituksena on tutkia henkilökunnan ja potilaiden sitoutumista terveysministeriön ohjeistamiin suorituskyvyn mittarien käyttöön (Essence of Care).	Tutkimuksen kohderyhmänä oli yliopistollisen sairaala potilaat (1665 potilas paikkaa), hoitajat ja osastonhoitajat.	Aineisto kerättiin ja analysoitiin PDM (Product data management) järjestelmällä.	Tutkimustulosten mukaan on saavutettu yksinkertaisia muutoksia ja kehitysaskelaita esim. odotushuoneen järjestyksen muuttaminen tuo yksityisyyttä potilaille. Henkilökunnan tietoisuus potilaiden tarpeista lisääntyi. Potilaiden tiedonsaantia tulisi lisätä esim. ohjeiden ja lehtisten avulla.
Hargreaves, C., 2010, Englanti.	Tarkoituksena on kartoittaa johtamisen standardeja terveydenhuollon ammatillisen pätevyyden hyväksymiseksi/valvomiseksi.	Aineisto koostui Atos Health Carin asiakkaista.	Aineiston analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tutkimustulosten mukaan liiketoiminnan johtamisopit ovat avainasemassa kehitettäessä terveydenhuollon johtamisesta, tavoitteena on saada normien ja standardien käyttöä kansalliselta tasolta paikalliselle tasolle.

Hiltunen S., 2008. Vietnam.	Tarkoituksena oli kuvata hoitotyön laatua potilaiden, hoitajien ja johtajien näkökulmasta Vietnamin.	Aineisto koostui keskussairaalan potilaista ja henkilökunnasta Hanoiissa, joka koostui potilaiden (n=213), hoitajien (n=99) ja johtajien (n=34) vastauksista.	Aineisto kerättiin Ihmisläheinen hoitomittarilla (ILH) ja analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tulosten mukaan potilaat kokivat arvostusta ja saivat huomiota, mutta tiedon saanti oli puutteellista. Potilaat arvioivat hoidon laadun huonommaksi kuin hoitajat ja johtajat.
Hudelson P., Kolly V., Perneger T., 2009, Sveitsi.	Tarkoituksena on havainnoida ja ymmärtää potilaiden kokemaa syrjintää (potilaiden kohtelu).	Aineisto koostui Geneven yliopistollisissa sairaaloissa tehdyistä kyselyistä hoidon laadusta. Kyselyihin oli vastannut (n= 1537) potilasta jotka olivat päässeet sairaalasta tutkimusjakson aikana. Tutkimusaineisto oli kerätty aikavälillä 15.2-15.3.2007.	Aineisto kerättiin PPE (Picker Patient Experience) kyselylomakkeella. Aineisto analysoitiin SPSS - menetelmällä.	Tutkimus tulosten mukaan syrjintään (kohteluun) vaikutti kieli, ikä, kansalaisuus, ihon väri, lihavuus, seksuaalinen suuntautuneisuus ja sairauden luonne (jos sairaudella on negatiivinen kaiku). Potilaiden kokemus saamastaan hoidon laadusta on yhteydessä syrjinnän (kohtelun) kokemukseen.
Johnson M., 2010, USA.	Tutkimuksen tarkoituksena on etsiä 46:sta eri tutkimuksesta yhdistäviä tekijöitä ohjelmille joilla pystytään vähentämään väkivaltaa, aggressiota ja eristäytyneisyyttä	Aineisto koostui 46 eri tutkimuksesta.	Vertailemalla tutkimusten ohjelmien sisältöä ja tuloksia sekä tunnistamaan mallien trendit, sisällöt ja tulokset.	Tulosten mukaan sairaaloiden tulee käyttää ohjelmia jotka perustuvat riittävään tutkittuun tietoon, joissa on riittävä johdonmukaisuus ja joustavuus. Ohjelmien käytössä henkilökunnan sitouttaminen on keskeinen tekijä.

	psykiatrisilla sairaalan potilailla.			
Kalam-Salminen L., Leino-Kilpi H., Puukka P., 2008, Suomi.	Tarkoituksena oli kuvata lapsivuodeosastojen vanhempien odotuksia hoidolle ja sekä miten hoitohenkilökunta tunsi vanhempien odotukset.	Tutkimusaineisto kerättiin kolmesta synnytysairaasta, joissa syntyi tutkimusvuonna (2002) 13 352 lasta. Vastaajina oli lapsivuodeosastojen äidit, isät ja hoitohenkilökunta.	Tutkimusaineisto kerättiin kertakyselynä. Tiedon keruussa käytettiin HH/LVO –mittaria. Aineisto analysoitiin SAS for Windows-ohjelmalla.	Tulosten mukaan hoidon laatu ei vastannut kaikilta osilta vanhempien toivomuksia, erityisesti perheen ihmissuhteissa olisi tarvittu enemmän tukea. Johtopäätöksenä tutkimustuloksista oli, että hoitohenkilökunta tunsi hyvin vaativienkin asiakkaiden laatuodotukset.
Kuurila E., 2004, Suomi.	Tarkoituksena oli kuvata ihmisläheisen hoidon toteutumista perusterveydenhuollossa potilaiden arvioimana.	Aineisto koostui kolmesta perusterveydenhuollon organisaatiosta (n=2005).	Aineisto kerättiin ihmisläheinen hoito – mittarilla ja analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tulosten mukaan hoito oli kokonaisuutena arvioitaessa kiitettävää. tyytymättömyyksiä potilaat olivat ilmapiirin kiireisyyteen, henkilökunnan liian vähäiseen määrään, meluisuuteen, riittämättömään tiedon saantiin ja mahdollisuuteen osallistua hoidon suunnitteluun.
Kinnaman K. , 2007, USA.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä ja analysoida raportteja potilasturvallisuudesta. Tavoitteena oli lisätä hoitotyöntoimijoiden tietoa potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantamiseksi.	Aineisto koostui 2005 tallennetuista potilasturvallisuus- ja lääkepoikkeama merkinnöistä.	Aineiston kerättiin eri tietokannoista. Käyttäen IOM (institute of medicine) ja PSO (patient safety organization) rekistereitä.	Tulosten mukaan potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantamiseen vaikuttavat: tapahtumien kerääminen, käsittely ja analysointi. Systemaattinen potilasturvallisuus ohjelma parantaa tutkimuksen mukaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.
Kvist T., 2004, Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena	Aineisto kerättiin	Aineisto kerättiin	Tutkimustulosten mukaan hoidon

	oli kuvata hoidon laadun toteutumista henkilökunnan ja potilaiden arvioimana.	vuoden Kuopion yliopistollisen sairaalassa ja Varkauden ja Iisalmen aluesairaaloissa. Potilaskyselyyn vastanneita oli (n=1539) ja henkilöstökyselyyn vastanneita oli (n=1093).	ihmisläheinen hoito mittarilla ja sen muokatulla versioilla. Aineisto analysoitiin erilaisilla tilastollisilla menetelmillä.	laatu oli hyvää. Eri vastaajaryhmät arvioivat hoidon laatuun vaikuttavat asiat eri tavoin. Tutkimus tulosten ja aikaisempaan tutkimustietoon perustuen luotiin malli hoidon laadusta.
Kvist T, Julkunen - Vehviläinen K, Kinnunen J., 2006, Suomi.	Tarkoituksena oli kuvata ja selittää potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien käsitystä laatua edistäviä/estäviä tekijöitä sekä organisatoristen tekijöiden merkitystä hoidon laatuun.	Aineisto oli kerätty yhden sairaanhoitopiirin vuodeosastojen ja poliklinikoiden potilaista, hoitajista, lääkäreistä ja johtajista.	Menetelmänä käytettiin kyselylomaketta "Ihmisläheinen hoito mittaria" ja sen henkilöstölle muotoiltua versiota. Analysointi tilastollisin menetelmin.	Tutkimuksen mukaan henkilöstön ja potilaiden hoidon laadun arviointi on erilaista mm. poliklinikoiden johtajat arvioivat hoidon laadun erinomaiseksi, mikä oli täysin erilainen potilaiden arvioimana. Hyvinvoiva, motivoitunut ja ammattitaitoinen työyhteisö/työntekijät ovat laadukkaan hoidon tae. Kiire ja liian vähäinen henkilöstömitoitus olivat laadukkaan hoidon esteinä niin potilaiden kuin henkilökunnankin mukaan.
Kvist T., Mäntynen R., Turunen H., Partanen P., Miettinen M., Wolf A., Vehviläinen-Julkunen K., 2012, Suomi.	Tarkoituksena oli osoittaa vetovoimaisen sairaalan tasalaatuisuus johtamisessa, uudistamisessa ja kehittämisessä neljässä eri sairaalassa.	Aineisto kerättiin yhdestä yliopistollisesta sairaalasta ja kolmesta keskussairaalasta.	Menetelmänä käytettiin SPSS 14.00 for Windows ohjelmaa.	Tulosten mukaan potilas tyytyväisyys on korkea ja erityisesti hoitohenkilökunnan ammatillisuus. Uudistavassa ja kehittävässä johtamisessa tulisi arvot ja tiedollinen osaaminen viedä

		Aineisto koostui potilastyytyväisyys kyselyistä (n=2566), hoitohenkilökunnan kyselyistä (n=1151), työtyytyväisyys kyselyistä (n=2707) ja potilasturvallisuus ilmoituksista (n=925).		käytäntöön säännöllisinä kokouksina ja keskusteluina eri kokoonpanoissa. Palautetta tulisi antaa suullisesti hyvästä ja huonosta toiminnasta.
Mikkonen M., 2007, Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata saattohoidon laatua Terhokodissa ja siihen vaikuttavia tekijöitä omaisten arvioimana.	Aineisto koostui omaisten vastauksista (n=94).	Menetelmänä käytettiin muokattua Ihmisläheinenhoito – mittaria sekä teemahaastattelua. Kvantitatiivinen aineisto käsiteltiin tilastollisin menetelmin ja kvalitatiivinen aineisto sisällön analyysillä.	Tulosten mukaan ihmisläheinen hoito oli hyvää ja oireita lievittävää. Tiedonsaanti, huolenpito potilaasta ja omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon koettiin hoidon laatua parantavina tekijöinä. Hoidon laatua heikentäviä tekijöitä olivat hoitoympäristö, riittämätön henkilökunta, ruotsin kielen osaamattomuus ja tiedolliset puutteet.
Myllymäki M., 2010, Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ohjauksen laatua päihdetyöntekijöiden arvioimana. Tavoitteena oli kehittää Ohjauksen-laatumittaria päihdetyöhön sopivammaksi.	A-klinikka säätiön henkilökuntaa, 12 eri toimipisteestä (n=180).	Menetelmänä käytettiin Ohjauksen laatumittarilla, aineiston analysoitiin kuvailevalla tilastomenetelmällä.	Tutkimustulosten mukaan ohjauksiasitetta tulee selkeyttää, lisäksi toivottiin selkeitä toimintaohjeita, - työnjakoa, uuden ja uuden työntekijän perehdyttämistä.
Mäki T., 2004, Suomi.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä hoidonlaadusta.	Aineistona oli kolmen vanhainkodin ja yhden terveyskeskussairaalan henkilökunta.	Menetelmänä käytettiin eläytymismenetelmää ja kyselyä joiden tuloksia verrattiin	Tulosten mukaan laatusuosituksot ja henkilökunnan käsitys laadusta eivät olleet ristiriidassa keskenään. Asioiden tarkastelu näkökulmassa ja painotuksissa oli jonkin verran

			valtakunnallisiin laatusuosituksiin.	eroavaisuuksia.
Partanen P., 2002, Suomi.	Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa henkilöstömitoituksen arviointiin ja suunnitteluun erikoissairaanhoidon ympäristössä.	Aineisto koostui Kuopion yliopistollisen sairaalan joidenkin osastojen potilaista, henkilökunnasta sekä osastojen hoitoisuus luokitus tiedoista.	Henkilöstö raportoi työtään kahden viikon ajan tiedonkeruu lomakkeelle. Työvuoroittain henkilökunta täytti kyselyn henkilöstömitoituksen riittävydestä ja hoidon laadusta. Tilastollisin menetelmin.	Tulosten mukaan saatiin tietoa hoitotyöhön käytetystä ajasta ja sen yhteydestä potilaiden hoitoisuuteen sekä hoidonlaatuun. Tutkimustulosten mukaan työvuoroissa oli liian vähän henkilökuntaa joka vähensi hoidonlaatua. Samanaikaisesti potilaat kokivat hoidon laadun kiitettäväksi.
Patterson M, Rick J, Wood S, Carroll C, Balain S, Booth A., 2010, Englanti.	Tarkoituksena oli löytää hyviä henkilöstö johtamisen välineitä.	Aineisto koostui eri tietokantojen tutkimuksista, joissa esiintyi tai oli käytetty HRM- ja/tai NHS-menetelmää.	Tutkimukset ryhmiteltiin aihe alueiden mukaan. Käyttäen luokittelua, joissa etsittiin yhtäläisyyksiä /linkkejä HRM (human resource management) ja NHS (national health service) välillä.	Tutkimustulosten mukaan henkilöstöjohtamisen välineitä ovat: osallistaminen, koulutus, työn suunnittelu, itsenäisyys, työnohjaus, sitouttaminen ja mahdollisuus vaikuttamiseen. Tulosten mukaan em. tekijät vaikuttavat suoraan hoidon tulokseen ja laatuun sekä parantavat työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä.
Roberts KT, Robinson KM, Stewart C, Smith F., 2009, Yhdysvallat.	Tarkoituksena on mielenterveyspalvelujen kehittäminen perusterveydenhuollossa ns	Aineistona koostui tapaustudkimuksista.	Menetelmänä käytettiin tapaustudkimuksia ja tiimityön tuloksia	Tulosten mukaan merkittäviä tekijöitä ovat jatkuva laadun kehittäminen, potilastyytyväisyyslomake,

	"kliinisen kierron" avulla. Tavoitteena on myös perusterveydenhuollossa tieto-taitoa kohdata mielenterveyspotilaita.		muodostaen luokkia/ryhmiä kliinisestä kierrosta.	työmenetelmien kuvaus ja olemassa oleva tapaustutkimustieto. "Kliinisen kierron" avulla on pystytty parantamaan perusterveydenhuollon ja mielenterveystyön yhteistyötä.
Stern M., Greifinger R., Mellow J. 2010, Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoituksena on potilasturvallisuuden parantaminen vankila ympäristössä.	Aineisto koottiin neljästä symposium kokoontumisesta, joka koostui asiantuntijaryhmästä . Symposiumeissa käsiteltiin 73 eri potilasturvallisuus standardia. Asiantuntija ryhmä muodostui laaja-alaisesta terveydenhuollon johdossa työskentelevistä henkilöistä.	Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tutkimus tulosten mukaan potilas turvallisuus paranee vankilassa toimintatapojen tarkastelulla, koulutuksella, henkilökunnan osaamisen varmistamisella, tiedonkulun parantamisella sekä kehittämällä menetelmiä poikkeamien ja läheltä piti tilanteiden pohjalta. Aineistolähtöisesti asiantuntijaryhmä ehdotti 7 uutta potilasturvallisuutta käsittelevää mittaria.
Tervo-Heikkinen T., 2008, Suomi.	Tarkoitus on kuvata hoitohenkilökunnan toimintaympäristöä ja henkilömitoitusta sekä näiden vaikutusta hoitotyön tuloksiin. Tutkimuksella haettiin yhteyttä henkilöstömitoituksen ja hoitotyön tulosten välillä,	Aineisto koostui Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenistä, viiden yliopistosairaalan henkilökunnasta ja potilaista.	Aineisto koostui Suomen sairaanhoitajaliiton työolobarometri mittarilla jäsenkyselystä, Ihmisläheinen - hoitomittarilla toteutetusta potilas	Tutkimustulosten mukaan toimintaympäristöllä on merkitys hoidon tuloksiin, kuitenkin henkilöstömitoituksen ja toimintaympäristön vaikuttavuutta hoidon tuloksiin ei pystytty osoittamaan. Henkilöstömitoituksen lisäksi vaikuttavuutta tulee tarkastella laajemmin,

	joiden avulla selvitettiin hoitotyön vaikuttavuutta. Lisäksi selvitettiin hallinnollisen osastotason rekisteritiedon käytettävyyttä toimintaympäristön ja sen vaikuttavuuden arvioinnissa.		kyselystä, viiden yliopistollisen sairaalan henkilöstö kyselyistä.	henkilöstömitoitus ei siis ole yksin selittävä tekijä. Hoitohenkilökunnasta huolehtiminen ja sen oikea käyttö on tutkimuksen mukaan erittäin tärkeitä tekijöitä.
Williamsson M., 2007, Englanti.	Tarkoituksena on etsiä keinoja joilla tukea vankeja muutokseen ja yhteiskunnassa pärjäämiseen.	Aineisto on kerätty hoitoketjujen poikkeamailmoituksista Englannin vankiloiden terveyden- ja sosiaalihuollon tilastoista.	Menetelmänä käytettiin tilastollisia menetelmiä.	Tulosten mukaan terveydenhuollon laadun parantaminen tulisi tehdä yhteistyössä valvontahenkilökunnan ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Yhteistyö tarjoaa parhaan mahdollisen muutoksen yhteiskunnassa pärjäämiseen.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vankipotilaiden arviointeja hoidon laadusta Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tutkimustulosten perusteella kohdentaa hoitoa oikein ja lisätä potilaslähtöisempää työskentelyä.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1) Millaiseksi vankipotilaat arvioivat hoidon laadun?
- 2) Mitkä taustatekijät ovat yhteydessä vankipotilaiden arviointeihin hoidon laadusta?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta

Tieteenfilosofia perustuu käsityksille todellisuudesta, tiedon hankintatavoista ja tiedosta. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusote yhdistetään tavallisimmin positivistiseen tiedekäsitykseen. Tässä tutkimuksessa kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytettäessä korostuvat positivismin tieteelliset arvot, kuten objektiivisuus, täsmällisyys ja yksiselitteisyys ja ne perustuvat mittaamiseen, jonka tavoitteena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa selvästi rajatusta aineistosta. Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät soveltuvat niiden aihealueiden tutkimiseen, joista on jo olemassa jonkin verran tutkittua tietoa. Hoidon laadusta on runsaasti olemassa olevaa tutkittua tietoa, vaikka tämän tutkimuksen toimintaympäristö on aiemmin tutkimaton Suomessa. Positivismin ihmiskäsitys tukee tämän toimintaympäristön tulosten luotettavuutta; todellisuus on ihmismielestä riippumatta, osista koostuva, ja objektiivisesti havaittava. (Lauri & Elomaa, 2001.)

Positivismi tutkimuksessa tarkoittaa tiedon olevan ihmisen ulkopuolisesta maailmasta objektiivisesti havaittavissa ja kvantitatiivisesti mitattavissa, mikä tarkoittaa tiedonkeruutavan olevan usein kyselytutkimus (Lauri & Elomaa, 2001). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa survey-tutkimusta eli kyselytutkimusta pidetään keskeisenä menetelmänä (Hirsjärvi ym. 2005).

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Rikosseuraamuslaitoksessa tutkintavankeudessa olleet tai vankeusrangaistusta suorittavat äidinkieleltään suomalaiset 18 vuotta täyttäneet vangit, jotka ovat olleet hoidossa Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä sairaaloissa ja/tai Etelä-Suomen alueen Helsingin- ja Vantaan vankiloiden poliklinikoiden potilaat. Tutkimuksen otoskoko perustui sairaaloiden osalta hoitojaksotilastoihin (päättäneet hoitojaksot) vuodelta 2011 ja poliklinikoiden osalta osastonhoitajien arvioihin. Hämeenlinnan vankisairaalaan keskimääräisesti kuukaudessa uloskirjoitettuja potilaita on

11, psykiatrisessa vankisairaalassa Vantaan ja Turun yksiköissä vastaava potilasmäärä on 20 potilasta. Helsingin vankilan poliklinikalla uusia potilaskäyntejä on kuukaudessa keskimäärin 90 kappaletta ja Vantaan vankilan poliklinikalla 80 kappaletta.

Kyselylomake annettiin kaikille kesä-syyskuussa 2012 sairaalahoidossa olleille (N= 110) ja poliklinikoilla käyneille potilaille (N= 160) yhteensä (n=270) kappaletta. Kyselylomakkeiden määrän jakelu yksiköihin perustui saatuihin tietoihin potilasmääristä eli kaikkiin yksiköihin ei jaettu samaa määrää kyselylomakkeita.

Potilaskyselylomakkeet saatteineen jaettiin yksiköihin kesäkuussa 2012. Kyselylomakkeet vietiin yksiköihin henkilökohtaisesti, Psykiatrista vankisairaala Turku lukuun ottamatta. Kyselylomakkeiden jakaminen oli neuvoteltu etukäteen yksikön esimiesten kanssa siten, että yksikössä oli henkilökunta- tai aamukokous, jolloin mahdollisimman paljon henkilökuntaa oli tavoitettavissa. Kyselylomakkeiden jakelun yhteydessä kerrottiin tutkimuksesta ja henkilökunnalla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Psykiatrisen vankisairaalan Turun yksikön kanssa mahdollistui tutkimuksesta kertominen videoneuvottelun välityksellä. Kyselylomakkeet Turun yksikköön lähetettiin postitse ja ylihoitaja jakoi lomakkeet osastoille. Yksiköissä kyselylomakkeiden jakamisesta ja vastaamiseen motivoinnista potilaille vastasi hoitohenkilökunta.

Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje (Liite 1), jossa oli tietoa tutkimuksesta, sekä suljettava postimaksettu palautuskuori. Sairaalahoidossa olleet potilaat saivat kyselylomakkeen täytettäväkseen kaksi päivää ennen suunnitellun hoitojakson päättymistä. Poliklinikoiden potilaat saivat kyselylomakkeen poliklinikkakäynnin yhteydessä. Kyselylomakkeet numeroitiin manuaalisesti, jotta tulokset voitiin kohdistaa tiettyyn poliklinikkaan tai sairaalan.

Tässä tutkimuksessa sisäistä validiteettia tukevat sovitusti jaettavat kyselylomakkeet vankipotilaille, jotka jaettiin järjestelmällisesti kaikille. Toisaalta tutkija on valinnut jaettavat yksiköt sattumanvaraisesti ja poliklinikoiden valintaan on vaikuttanut korkea potilas käyntien määrä, joka mahdollistaa nopealla aikavälillä riittävän vankipotilas määrän joille kyselylomakkeita voi antaa. Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös käytössä

ollut vain suomenkielinen mittari, äidinkieleltään muunmaalaiset vankipotilaat oli rajattu tutkimuksen ulkopuolelle mikä vaikuttaa tutkimus tulokseen ja sen luotettavuuteen.

Kyselyyn vastasi 96 vankipotilasta eli vastausprosentti oli 36 %, sairaaloista vastasi 50 potilasta ja poliklinikoilta 46 potilasta. Kyselyn ulkopuolelle jätettiin alle 18-vuotiaat vankipotilaat.

4.3 Kyselylomake ja sen luotettavuus

Potilaskysely toteutettiin Ihmisläheinen hoito mittarilla (RILH - mittarilla). Ihmisläheinen hoitomittarin kehittäminen on alkanut käsitteen määrittelystä josta käynnistettiin mittarin kehittäminen 1990-luvulla Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Alkuperäisessä mittarissa oli 66 väittämää, kehittämisen ja luotettavuuden arvioinnin myötä tässä tutkimuksessa käytössä olevassa mittarissa on 42 hoitoa mittaavaa muuttujaa ja 4 tulostuuttujaa. Taustatietokysymyksiä ovat sukupuoli, ikä, asumismuoto, ammatillinen koulutus, ammattiasema, sairaalan tulotapa, sairaalaan tulosy, vuodeosastolla olo-aika. Hoidon laadun muuttujat ovat asteikolla täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, en osaa sanoa, osittain samaa mieltä, täysin samaa mieltä. Mittaria on muokattu 2008, jolloin muodostui kuusi summamuuttujaa: 1 henkilöstön ammatillisuus, 2 hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, 3 kohtelu hoidon aikana, 4 kipujen ja pelkojen lievittäminen, 5 fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, 6 riittävät henkilöstöressurit. Arvosanamuuttujilla 4-10 arvioidaan eri ammattiryhmien antamaa hoitoa. (Kvist & Vehviläinen – Julkunen 2008, Töyry 2001.)

Alkuperäiseen kyselylomakkeeseen tehtiin tässä tutkimuksessa muutoksia taustamuuttujiin eli asumismuotoon lisättiin vaihtoehto muu, sekä sairaalan tulosyyn lisäksi lisättiin poliklinikalle tulosy.

Tässä tutkimuksessa ei tehty esitutkimusta ja kyselylomakkeeseen tehdyt muutokset tapahtuivat tutkijalähtöisesti. Esitutkimusta ei tehty aikatauluongelmien vuoksi, tutkimusluvut varmistuivat toukokuussa ja tutkijan tavoitteena oli saada tutkimus aineiston kerääminen onnistumaan ennen yksiköiden kesälomia. Esitutkimuksen puuttuminen heikentää tulosten ja kyselylomakkeen muokkaamisen luotettavuutta.

Ihmisläheinen hoitomittarissa (RILH) käytettyjen muuttujien ja summamuuttujien luotettavuutta arvioidaan seuraavasti. Tutkimuksessa käytettyjen muuttujien välistä tilastollista yhteyttä eli riippuvuutta voidaan tutkia eri tavoin, hoitotieteellisissä tutkimuksissa usein käytetty arviointimenetelmä on Cronbachin – alfa kerroin. Alfa kertoimen arvo voi vaihdella 0 – 1, tasoltaan hyvät arvot on katsottu olevan välillä 0,70 – 0,80. (Paunonen & ym. 1998, Metsämuuronen 2001). Mittarista on ollut käytössä myös omaisille suunnattu versio tutkittaessa saattohoidon laatua Terhokodissa, minkä tutkimuksen Cronbachin alfa kertoimet olivat välillä 0,423 – 0.852 (Mikkonen, 2007).

Tässä tutkimuksessa käytössä oli ihmisläheinen hoitomittari (RILH), jonka sisäistä johdonmukaisuutta oli tutkittu useita vuosia eri toimintaympäristössä. Tutkimuksessa käytetyt summamuuttujat oli muodostettu aiemmin mittaria kehitettäessä. Tämän tutkimuksen tulosten muuttujista muodostetut summamuuttujat ovat Cronbachin alfa - kertoimen mukaan luotettavat ja mikä tarkoittaa tässä tutkimuksessa sisäisen johdonmukaisuuden olevan hyvä. Tämän tutkimuksen Cronbachin alfa – kertoimet ovat välillä 0,834 – 0,969. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ihmisläheinen hoitomittari (RILH) – kyselylomakkeen muuttujat, summamuuttujat ja Cronbachin Alfa kertoimet v. 2012

Ihmisläheinen hoito – mittarin muuttujat	Summamuuttujat	Cronbach`s Alpha
Arvostaminen Hyväksyminen omana itsenään Huolien kuunteleminen Asioihin paneutuminen sopivasti Arviointiin voinnista luotettiin Luottamuksellisuus asioiden puhumisessa Ystävällinen kohtelu Asiallinen kohtelu Tervetullut sairaalaan Turvallinen olo Voinnin kysyminen Apua tarvittaessa Hoito perustuu tarpeisiin Kipuihin suhtauduttiin vakavasti Myönteinen ilmapiiri Ammattitaitoinen hoitohenkilöstö Ammattitaitoiset lääkärit	Henkilöstön ammatillisuus	0,969
Riittävä tieto sairaudesta Sairauteen liittyvät rajoitukset selitettiin ymmärrettävästi Riittävä tieto lääkähoidosta Riittävä tieto jatkohoidosta Selkeät jatkohoito-ohjeet Hoitoon liittyvien kysymysten esittämismahdollisuus Hoitoympäristöön ja yhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset selitettiin Mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun Puhuminen ymmärrettävällä kielellä Omaisten huomiointi Keskustelumahdollisuus kahden kesken henkilökunnan kanssa	Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti	0,926
Sopiva ruuan määrä Sopiva juoman määrä Apua puhtauden ylläpidossa Liikuntakyvyn ylläpito	Fyysisten tarpeiden huomiointi	0,834
Riittävä henkilökuntamäärä Kiireetön ilmapiiri Henkilökunnalla riittävästi aikaa	Riittävät henkilökuntavoimavarat	0,866
Ymmärrettävä ohjaus kipujen hoidossa Pelkojen lievittäminen Kipujen erilaiset hoitomuodot Kipujen oikea-aikainen lääkehoito	Kipujen ja pelkojen lievittäminen	0,859
Henkilökunnan hyvä yhteistyö Henkilökunnan kunnioitus toistensa ammattitaitoon Muu ammattitaitoinen henkilöstö	Henkilöstön yhteistyö	0,835

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin tietokonepohjaisen SPSS 19.0 for Windows ohjelman avulla tilastollisin menetelmin. Kyselylomakkeen strukturoitujen kysymysten analyysissä käytetään tilastollisia analyysimenetelmiä, suorat jakaumat, keskiarvot, ristiintaulukointi ja non - parametriset testit. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.) Tutkimukseen vastanneiden taustatietojen kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia sekä tunnuslukuja (keskiarvo, keskihajonta).

Aineiston talletus vaiheessa kyselylomakkeet numeroitiin juoksevin numeroin, mahdollisten tallennusvirheiden jäljittämisen ja korjaamisen vuoksi. Kyselylomakkeita täyttäessä muutamit vastaajista olivat ympyröineet vaihtoehtoista kaksi, tallennettaessa vastauksia käytettiin johdonmukaisesti parempaa vaihtoehtoa. Kyselylomakkeissa oli joitakin kirjallisia kommentteja, joilla ei ole tuloksiin vaikuttavuutta, mutta joita käytetään elävöittämään tuloksia.

Aineiston analyysiä varten yhdistettiin taustamuuttujaluokkia. Ikäluokat yhdistettiin neljään luokkaan: 1 (alle 30 vuotta), 2 (31–40 vuotta), 3 (41–50 vuotta) ja 4 (yli 51 vuotta). Ammatillinen koulutus yhdistettiin kolmeen luokkaan: 1 (korkeakoulu, ammattikorkeakoulu), 2 (ammatillinen tutkinto), 3 (ei koulutusta, muu).

Aineiston kyselylomakkeet oli numeroitu manuaalisesti kohdistuen yksikköön josta oli vastattu. Yksikköön kohdistuneita tuloksia käsiteltiin hyvää eettistä tutkimustapaa noudattaen, tutkimustuloksissa ei esitetty yksiköiden välisiä eroja hoidon laadusta, ainoastaan potilaskyselyyn vastanneiden lukumäärät. Yksikkö 1 oli Helsingin vankilan poliklinikka, yksikkö 2 Vantaan vankilan poliklinikka, yksikkö 3 Vankisairaala, yksikkö 4 Psykiatrinen vankisairaala Turku ja yksikkö 5 Psykiatrinen vankisairaala Vantaa.

Aineistossa vastanneiden arvioinneista hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien hoidon laadusta, tuloksia arvioidaan ainoastaan lääkärien ja hoitohenkilökunnan osalta. Laitoshuoltajia työskentelee kahdessa vastanneista yksiköistä Vankisairaalassa ja Psykiatrisessa vankisairaalassa Turun yksikössä. Kolmessa muussa vastanneessa yksikössä yleisestä siisteydestä huolehtii nimetty vanki/potilas joka toimii yksiköissä

”putsarina”. Tulokset eivät vastaa näiden tekijöiden vuoksi kysymykseen laitoshuoltajien osalta.

5 TULOKSET

5.1 Vankipotilaiden kuvailua

5.1.1 Vankipotilaiden taustatiedot

Potilaskyselyyn vastasi 96 vankipotilasta. Potilaskyselyyn vastanneista suurin osa oli miehiä 87 % ja naisia 3 %. Potilaiden ikäjakauma oli 21 – 78 vuotta, keski-ikä oli 39 vuotta. Vastanneista yksin asuvia oli 51 % ja puolison tai muun vastaavan kanssa asuvia oli 28 %. Asumismuodon muu oli vastanneista valinnut 21 %, mikä tarkoitti selliä, vankilaa ja enimmäkseen asunnotonta. (Taulukko 4.)

Vastanneista suurimmalla osalla ei ollut koulutusta tai he olivat käyneet ammattikoulun (32 %). Pohjakoulutukseksi vastaajista ilmoittivat ryhmään muut kuuluviksi 27 %, mikä tarkoitti muusikkoa, itseoppinutta, elämäntutkua, lukiota ja enimmäkseen peruskoulua. Vähiten vastaajista oli ammattiryhmään korkeakoulu- tai ammattikorkeakoulututkinto kuuluvia 4 % molempia. (Taulukko 4.)

Ammattiasema oli enimmäkseen muu 45 %, työntekijöiksi 24 % ja eläkeläisiksi 18 %. Ammattiasema muu tarkoitti taiteilijaa, perushörrtöä, ei mitään, liikemiestä, kuntoutujaa, opiskelijaa, toimetonta, freelanceria ja enimmäkseen työtöntä. Ylemmäksi toimihenkilöksi 4 % ja alemmaksi toimihenkilöksi 1 % sekä maanviljelijäksi / yksityisyrittäjäksi 8 %. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kyselyyn vastanneiden vankipotilaiden (n=96) taustatiedot vuonna 2012(n, %)

Taustamuuttujat	n	%
Sukupuoli		
Nainen	3	3
Mies	87	97
Ikä		
Alle 30 v	32	34
31 - 40 v	28	29
41 – 50 v	15	16
yli 51 v	20	21
Asun		
Yksin	48	51
Puolison yms kanssa	27	28
Muu	20	21
Pohjakoulutus		
Korkeakoulututkinto	4	4
Ammattikorkeakoulututkinto	4	4
Ammatillinen tutkinto	30	32
Ei koulutusta	30	32
Muu, mikä?	27	28
Ammattiasema		
Ylempi toimihenkilö	4	4
Alempi toimihenkilö	1	1
Yksityisyrittäjä, maanviljelijä	7	8
Työntekijä	22	24
Eläkeläinen	16	18
Muu, mikä	40	45

5.1.2 Vastanneiden lukumäärä yksiköittäin

Potilaskyselyyn vastanneista kolmannes oli Helsingin vankilan poliklinikalta (31 %), Vantaan vankilan poliklinikalta ja Vankisairaalasta vastanneita oli (17 %). Psykiatrisesta vankisairaalasta Turun yksiköstä vastanneiden lukumäärä oli (15 %) ja psykiatrisesta vankisairaalasta Vantaan yksiköstä vastanneita oli (20 %). (Taulukko 5).

Taulukko 5. Kyselyyn vastanneiden vankipotilaiden lukumäärä eri yksiköistä (n, %)

Kyselyyn vastanneet vankipotilaat yksiköittäin	N	%
1 Helsingin vankilan poliklinikka	30	31.3
2 Vantaanvankilanpoliklinikka	16	16.7
3 Vankisairaala	16	16.7
4 Psykiatrinen vankisairaala Vantaa	15	15.6
5 Psykiatrinen vankisairaala Turku	19	19.8

5.1.3 Vankipotilaiden arvioinnit hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien antaman hoidon laadusta

Potilaskyselyyn vastanneet arvioivat kouluarvosana-asteikolla (4-10) hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien hoidon laatua. Kaikkien ammattiryhmien keskiarvot olivat tyydyttäviä (7.70-7.79). Parhaiten hoidon laatu toteutui hoitohenkilökunnan osalta keskiarvo 7.79 (SD 1.1517), myös lääkärien keskiarvo 7.53 (SD 1.1776) ja laitoshuoltajien keskiarvo 7.70 (SD 1.705) hoidon laatua pidettiin hyvänä. (Taulukko 6).

Taulukko 6. Vankipotilaiden arvioinnit hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien arvioinnit hoidon laadusta

Vankipotilaiden arvioinnit hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien hoidon laadusta	Ka*	SD
Hoitohenkilökunta (n=91)	7.79	1.517
Lääkärit (n=83)	7.53	1.776
Laitoshuoltajat (n=73)	7.70	1.705

*Asteikko 4-10

5.2 Vankipotilaiden arvioinnit hoidon laatu eri osa-alueilla

5.2.1 Vankipotilaiden arvioinnit henkilöstön ammatillisuudesta

Potilaskyselyyn vastanneet arvioivat henkilöstön ammatillisuutta asteikolla 1=täysin erimieltä, 2=osittain erimieltä, 3=en osaa sanoa, 4=osittain samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä.

Henkilöstön ammattitaitoa arvioivia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa 17. Vastanneet arvioivat henkilöstön ammattitaidon olleen hyvää seuraavilla osa-alueilla, jolloin vastanneet arvioivat olleensa täysin samaa mieltä; ystävällinen kohtelu (n=43) 47 %,

tervetullut sairaalaan (n=46), turvallinen olo (n=45) 48 % ja hoito perustuu tarpeisiini (n=40) 42 %. (Taulukko 7).

”terveydenhuolto puoli kyllä muilta osin ei”

Vastanneet arvioivat henkilöstön ammattitaidon huonoimmaksi seuraavilla osa-alueilla, jolloin vastanneet arvioivat olleensa täysin eri mieltä; potilaan arviointiin voinnista luotettiin (n=14) 15 %, kipuihin suhtauduttiin vakavasti (n=12) 14 % ja vointia kysyttiin (n=12) 13 %. (Taulukko 7).

”mielestäni voisitte suhtautua kipuihin ja särkyihin vakavammin ja varsinkin kun: johtuvat sairaudesta, ei saa siihen kuuluvaa lääkettä (lääkitystä) mitä tutkitusti sinulle kuuluu”

Taulukko 7. Vankipotilaiden arvioinnit henkilöstön ammattitaidosta.(n=96) (n,%)

Väittämät	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		En osaa sanoa		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arvostaminen (n=93)	21	23	28	30	24	26	13	14	7	7
Hyväksyminen omana itsenä (n=94)	37	40	21	22	20	21	10	11	6	6
Huolien kuunteleminen (n=91)	34	37	28	31	8	9	13	14	8	9
Asioihin paneutuminen sopivasti (n=94)	30	32	34	36	7	7	12	13	11	12
Arviointiin voinnista luotettiin (n=93)	27	29	31	33	12	13	9	10	14	15
Luottamuksellisuus asioiden puhumisessa (n=93)	31	33	27	29	19	21	5	5	11	12
Ystävällinen kohtelu (n=92)	43	47	29	31	8	9	4	4	8	9
Tervetullut sairaalaan (n=94)	46	49	24	25	11	12	6	6	7	7
Turvallinen olo (n=95)	45	48	27	29	12	12	3	3	8	8
Voinnin kysyminen (n=93)	21	22	41	44	10	11	9	10	12	13
Apua tarvittaessa (n=93)	26	28	30	32	13	14	15	16	9	10
Hoito perustuu tarpeisiin (n=95)	40	42	23	24	7	7	14	15	11	12
Kipuihin suhtauduttiin vakavasti (n=87)	21	24	27	31	13	15	14	16	12	14
Myönteinen ilmapiiri (n=91)	30	33	27	30	13	1	11	12	10	11
Ammattitaitoinen hoitohenkilöstö (n=92)	36	39	30	33	9	10	11	12	6	7
Ammattitaitoiset lääkärit (n=92)	36	39	23	25	18	20	7	8	8	8

5.2.2 Vankipotilaiden arvioinnit hoitoon osallistumisesta ja tiedon saannista

Hoitoon osallistumista ja tiedon saantia arvioivia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa 11. Vastanneet arvioivat hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin olleen hyvää seuraavilla osa-alueilla, jolloin vastanneet arvioivat olleensa täysin samaa mieltä; puhuminen ymmärrettävällä kielellä (n=51) 55 % ja hoitoon liittyvien kysymysten esittämismahdollisuus (n=45) 49 %. (Taulukko 8).

” totta kai mut yksin puheluksi jää ”

”kysy, kysy kunnes kyllästyit ja lääkitset itse itsesi”

Vastanneet arvioivat olleensa tyytymättömmimpiä hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin seuraavilla osa-alueilla, jolloin vastanneet arvioivat olleensa täysin eri mieltä; omaisten huomioiminen (n=21) 24 % ja mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun (n=18) 20 %. (Taulukko 8).

”omaiset eivät halua pitää yhteyttä”

Taulukko 8. Vankipotilaiden hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti. (n=96) (n, %)

Väittämät	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		En osaa sanoa		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Riittävä tieto sairaudesta (n=92)	23	25	31	34	13	14	18	20	7	7
Sairauteen liittyvät rajoitukset selitettiin ymmärrettävästi (n=91)	19	21	30	33	20	22	12	13	10	11
Riittävä tieto lääkähoidosta (n=93)	30	32	30	32	9	10	11	12	13	14
Riittävä tieto jatkohoidosta (n=92)	26	29	26	28	13	14	12	13	15	16
Selkeät jatkohoito-ohjeet (n=86)	19	22	27	31	22	26	5	6	13	15
Hoitoon liittyvien kysymysten esittämismahdollisuus (N=91)	45	49	27	30	8	9	3	3	8	9
Hoitoympäristöön ja - yhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset selitettiin (n=92)	37	40	26	28	9	10	9	10	11	12
Mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun (n=92)	24	26	22	24	13	14	15	16	18	20
Puhuminen ymmärrettävällä kielellä (n=93)	51	55	26	28	7	8	2	2	7	7
Omaisten huomiointi (n=89)	15	17	11	12	37	41	5	6	21	24
Keskustelu kahden kesken henkilökunnan kanssa (n=92)	36	39	25	27	16	18	4	4	11	12

5.2.3 Vankipotilaiden arvioinnit fyysisten tarpeiden huomioinnista

Fyysisten tarpeiden huomioimista kuvaavia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa 4. Vastanneet arvioivat fyysisten tarpeiden huomioimisen onnistuneen parhaiten sopivassa ruuan (n=39) 44 % ja juoman määrässä (n=39) 44 %. Huonoiten fyysiset tarpeet huomioitiin liikuntakyvyn ylläpidossa ja arviointien mukaan liikkumisessa autettiin tarvittaessa (n=25) 31 %. (Taulukko 9).

Taulukko 9. Vankipotilaiden fyysisten tarpeiden huomioiminen. (n=96) (n,%)

Väittämät	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		En osaa sanoa		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sopiva ruuan määrä (n=88)	39	44	23	26	8	9	7	8	11	13
Sopiva juoman määrä (n=88)	39	44	25	29	8	9	7	8	9	10
Apua puhtauden ylläpidossa (n=86)	33	39	19	22	21	24	5	6	8	9
Liikuntakyvyn ylläpito (n=82)	25	31	14	17	33	40	1	1	9	11

5.2.4 Vankipotilaiden arvioinnit riittävästä henkilöstövoimavaroista

Henkilöstövoimavaroja kuvaavia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa 3. Vastanneet arvioivat henkilöstövoimavarat kaikissa kysymyksissä tasaisesti; henkilökunnalla oli riittävästi aikaa minulle (n=26) 29 %, henkilökuntaa oli riittävästi (n=27) 30 %, ilmapiiri oli kiireetön (n=26) 29 %. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Vankipotilaiden arvioinnit riittävästä henkilöstövoimavaroista. (n=96) (n,%)

Väittämät	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		En osaa sanoa		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Riittävä henkilökuntamäärä (n=91)	27	30	25	28	15	16	12	13	12	13
Kiireetön ilmapiiri (n=91)	26	29	20	22	14	15	18	20	13	14
Henkilökunnalla riittävästi aikaa (n=91)	26	29	28	31	11	12	15	16	11	12

5.2.5 Vankipotilaiden arvioinnit kipujen ja pelkojen lievittämisestä

Potilaiden kipujen ja pelkojen lievittämistä arvioivia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa 4. Kipujen ja pelkojen lievittäminen arvioitiin onnistuneen parhaiten ymmärrettävän ohjauksen saannissa kipujen hoitoon (n=18) 21%, kyselyyn vastanneista arvioi ohjauksen menneen hyvin. Kipujen ja pelkojen lievittämistä kuvaavissa kysymyksissä oli eniten, ”en osaa sanoa” vastauksia, henkilökunta lievitti pelkojani (n=31) 35 % ja sain ymmärrettävää ohjausta kipujen hoidossa (n=21) 25 %. Kipujen ja pelkojen lievittäminen arvioitiin huonoimmaksi kipujen hoidossa käytössä olevien muiden hoitomenetelmien (n=32) 38 % osalta. (Taulukko 11).

Vankipotilaan vapaamuotoinen kommentti kohtaan kipujen erilaiset hoitomuodot.

”kurssit, akupunktio”

Taulukko 11. Vankipotilaiden kipujen ja pelkojen lievittäminen. (n=96) (n,%)

Väittämät	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		En osaa sanoa		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ymmärrettävä ohjaus kipujen hoitoon (n=84)	18	21	18	21	21	25	12	14	15	18
Pelkojen lievittäminen (n=88)	14	16	21	24	31	35	5	6	17	19
Kipujen erilaiset hoitomuodot (n=85)	12	14	11	13	23	27	7	8	32	38
Kipujen oikea-aikainen lääkehoito (n=86)	18	21	21	24	18	21	12	14	17	20

5.2.6 Vankipotilaiden arvioinnit henkilöstön yhteistyöstä

Henkilöstön yhteistyötä arvioivia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa 3. Vastanneet arvioivat henkilökunnan toimivan enimmäkseen hyvässä yhteistyössä (n=32) 35 % ja muun henkilökunnan olevan ammattitaitoista (n=32) 34 %. Vastanneista eniten (n=35) 38 % ei osannut sanoa kunnioittiko henkilökunta toistensa asiantuntemusta. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Vankipotilaiden arvioimana henkilöstön yhteistyö. (n=96) (n,%)

Väittämät	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		En osaa sanoa		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Henkilökunnan hyvä yhteistyö (n=92)	32	35	24	26	26	28	5	6	5	5
Henkilökunnan kunnioitus toistensa ammattitaitoon (n=92)	25	27	22	24	35	38	7	8	3	3
Muu ammattitaitoinen henkilöstö (n=93)	32	34	29	31	14	15	8	9	10	11

5.3 Taustatekijöiden yhteys vankipotilaiden arviointiin hoidon laadusta

Taustamuuttujia tässä tutkimuksessa olivat sukupuoli, ikä, koulutus, ammattiasema ja asumismuoto. Taustamuuttujista jätettiin pois tutkimustuloksia arvioitaessa tulosityy sairaalan tai poliklinikalle, koska useat vastaajat olivat ympyröineet useita vaihtoehtoja tai kysymykseen ei oltu vastattu. Sairaalassa olo-aika jätettiin käyttämättä vastausten puuttumisen vuoksi, vastauksia sairaalassa olo-ajassa oli vain kolme.

Kyselyyn vastanneiden vankipotilaiden (n=96) taustatekijöiden vaikutus hoidon laadun eri osa-alueisiin: Sukupuolen vaikutus arvioitaessa hoidon laatua näkyi lähes kaikilla osa-alueilla siten, että naiset (n=3) arvioivat hoidon laadun miehiä (n=87) huonommaksi kaikilla muilla osa-alueilla kuin riittävillä henkilöstö voimavaroilla ja kipujen ja pelkojen lievittämisen osalta. Kyselyyn osallistuneiden tilastollista merkitsevyyttä oli fyysisten tarpeiden huomioinnissa ($p = 0.030$), joka poikkeaa tilastollisesti merkitsevästi normaalijakaumasta. (Taulukko 13.)

Kyselyyn vastanneiden ikä vaikutti hoidon laatua arvioitaessa siten, että kaikilla osa-alueilla yli 51 – vuotiaat arvioivat hoidon laadun toteutuneen parhaiten (ka 3.55 – 4.11). Alle 30-vuotiaat arvioivat hoidon laadun toteutuneen huonoiten kaikilla muilla alueilla paitsi kivun lievittämisen osalta (ka 3.07 – 3.54). Ikä luokassa 31 – 40-vuotiaat arvioivat kivun

lievittämisen toteutuneen huonoiten hoidon osa-alueista (ka 2.57). Vankipotilaiden iällä on tilastollista merkittävyyttä fyysisten tarpeiden huomioinnin osalta ($p=0.026$). (Taulukko 13.)

Kyselyyn vastanneiden koulutus tausta vaikutti hoidon laatua arvioitaessa siten, että ammattikoulutuksen saaneet vastaajat arvioivat hoidon laadun toteutuvan parhaiten (ka 3.26-3.90), erityisesti henkilökunnan yhteistyö toteutui hyvin (ka 3,90). Vastaajat ryhmässä muut arvioivat hoidon laadun toteutuneen huonoiten ja erityisesti osa-alueilla kipujen lievittäminen (ka 2.84) ja riittävät henkilöstövoimavarat (ka 2.82). Vankipotilaiden koulutus taustalla on tilastollista merkittävyyttä ($p=0.004$). (Taulukko 13.)

Kyselyyn vastanneiden ammattiasema vaikutti hoidon laatua arvioitaessa siten, että ylemmät toimihenkilöt arvioivat hoidon laadun toteutuneen paremmin kaikilla muilla osa-alueilla paitsi kipujen lievittämisessä (ka 3.25). Ylemmät toimihenkilöt arvioivat hoidon laadun toteutuneen välillä (ka 3.25 – 4.71), parhaiten toteutui henkilöstön ammatillisuus (ka 4.71). Ammattiasema ryhmässä muu arvioivat hoidon laadun toteutuneen huonoiten kaikilla osa-alueilla. (Taulukko 13.)

Kyselyyn vastanneiden asumismuoto vaikutti hoidon laatua arvioitaessa siten, että vastaaja ryhmässä muu arvioivat hoidon laadun toteutuneen kaikilla osa-alueilla paremmin kuin yksin tai puolison yms. kanssa asuvat. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Hoidon laadun osa-alueiden toteutuminen vankipotilaiden (n=96) arvioimana taustamuuttujittain (ka, SD,n, Mannin - Whitney testi, Kruskalin-Wallis testi).

Tausta- muuttuja	Henkilöstön ammattillisuus		Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti		Fyysisten tarpeiden huomiointi		Riittävät henkilöstö voimavarat		Kipujen lievittäminen		Henkilökunnan yhteistyö		Hoidon laatu	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
Sukupuoli														
Nainen (n=3)	2.43	1.83	2.45	1.81	2.5	0.66	3.67	1.33	3.17	1.87	3.22	1.83	2.91	1.42
Mies (n=93)	3.8	0.95	3.70	0.91	3.89	1.07	3.49	1.22	3.08	1.13	3.81	0.96	3.67	0.88
p-arvot	0.150		0.245		0.030*		0.884		0.856		0.640		0.275	
Ikä														
Alle 30 v	3.54	1.04	3.39	1.03	3.38	1.11	3.07	1.3	3.07	1.11	3.40	0.91	3.33	0.90
30 – 40 v	3.79	0.98	3.65	0.71	3.99	0.81	3.35	1.19	2.57	1.17	3.7	0.75	3.60	0.79
41 – 50	3.75	1.20	3.52	1.27	3.65	1.41	3.62	1.2	3.15	1.07	3.80	1.26	3.58	1.11
yli 50 v	3.96	1.12	3.83	1.12	4.24	1.08	3.91	1.1	3.55	1.35	4.11	1.26	3.95	1.01
p-arvot	0.376		0.339		0.026*		0.130		0.060		0.027*		0.069	
Koulutus														
Ammattikoulutus	3.83	1.23	3.59	1.19	3.80	1.17	3.86	1.15	3.26	1.25	3.90	1.06	3.70	1.02
Ei koulutusta	3.81	0.97	3.72	0.88	3.79	1.04	3.35	1.1	2.96	1.27	3.58	1.23	3.65	0.93
Muu	3.5	0.90	3.40	0.85	3.69	1.14	2.82	1.26	2.84	1.13	3.60	0.87	3.32	0.80
p-arvot	0.140		0.339		0.860		0.004*		0.273		0.189		0.099	
Ammattiasema														
Ylempi toimihenkilö	4.71	0.33	4.16	0.59	4.31	0.75	4.25	0.88	3.25	0.35	4.58	0.31	4.21	0.27
Alempi toimihenkilö	3.88		3.45		4.50		2.00		2.00		3.67		3.25	
Yksityisyrittäjä	3.78	1.25	3.48	1.40	3.73	1.49	3.50	1.36	3.57	1.60	3.86	1.05	3.72	1.22
Työntekijä	3.83	1.03	3.77	0.98	3.79	1.20	3.55	1.16	3.26	1.12	3.70	1.16	3.66	0.93
Eläkeläinen	3.94	0.89	3.93	0.74	4.33	0.74	4.00	1.13	3.43	1.32	3.94	0.82	3.93	0.82
Muu	3.41	1.13	3.23	1.06	3.42	1.12	2.99	1.32	2.65	1.15	3.45	0.91	3.26	0.95
p-arvot	0.130		0.185		0.103		0.77		0.124		0.118		0.057	
Asun														
Yksin	3.61	1.17	3.49	1.07	3.75	1.15	3.29	1.32	3.07	1.30	3.36	1.18	3.53	1.02
Puolison yms. kanssa	3.82	0.99	3.65	1.02	3.78	1.05	3.39	1.29	2.87	1.88	3.69	0.96	3.57	0.90
Muu	3.91	0.89	3.68	0.88	3.83	1.17	3.75	1.01	3.25	1.02	3.90	0.78	3.74	0.82
p-arvot	0.697		0.895		0.916		0.521		0.583		0.79		0.849	

5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista

Vankipotilaat (n=96) arvioivat hoidon laadun toteutuneen hyvin (ka 3.58, SD 0.94). Vankipotilaat arvioivat fyysisten tarpeiden huomioinnin olleen hyvää (ka 3.78, SD 1.11), samoin henkilöstön ammatillisuuden (ka 3.73, SD 1.06) ja henkilökunnan yhteistyön (ka 3.72, SD 1.03). Hoidon laatu arvioitiin toteutuneen heikoimmin kipujen lievittämisen osalta (ka 3.06, SD 1.20). (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Vankipotilaiden arvioinnit hoidon laadusta

Hoidon laadun osa-alueet	Ka *	SD
Henkilöstön ammatillisuus	3.73	1.06
Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti	3.58	1.01
Fyysisten tarpeiden huomiointi	3.78	1.11
Riittävät henkilöstö voimavarat	3.42	1.24
Kipujen lievittäminen	3.06	1.20
Henkilökunnan yhteistyö	3.72	1.03
Hoidon laatu	3.58	0.94

Asteikko (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vankipotilaiden arviointeja hoidon laadusta Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Tutkimuksessa saatiin tietoa miten vankipotilaat arvioivat hoidon laadun toteutuneen. Tutkimuksen avulla saatiin kokemusta ihmisläheinen hoitomittarin (RILH) käytöstä Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Pohdinnassa ja tulosten tarkastelussa arvioidaan tulosten luotettavuutta aikaisempiin tutkimustuloksiin verrattuna. Tarkastelussa ja arvioinnissa käytetään tutkimuksia, joissa ihmisläheinen hoitometri (RILH) on ollut käytössä, koska aiempaa tutkimusta hoidon laadusta ei Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä ole, pyritään tutkimuksen ja tulosten luotettavuutta arvioimaan myös Rikosseuraamuslaitoksessa tehtyjen muiden tieteenalojen tutkimusten avulla. Lopuksi esitetään johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.

Kokonaisuutena tarkasteltaessa vankipotilaat arvioivat hoidon laadun hyväksi ($ka=3.58$, $SD=0.94$). Tutkimuksen mukaan eri osa-alueiden välillä oli eroja ja erityisesti eroja ihmisläheinen hoitomittarin (RILH) käytössä muissa toimintaympäristöissä. Ihmisläheinen hoitometri (RILH) on käytetty aiemmin Suomessa erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja saattohoitoyksikössä. (Partanen 2002, Kuurila 2004, Kvist 2004, Mikkonen 2007.) Uusimpien tutkimustulosten mukaan potilaat ovat arvioineet hoidon laadun toteutuneen kiitettävästi ($ka=4.18$, $SD=0.69$), tutkimukseen on osallistunut neljän eri sairaalan potilaat ($n=2566$) ja potilas tyytyväisyys on ollut korkea kaikissa sairaaloissa. Hoidon laatua arvioitaessa potilaiden näkökulmasta voidaan asettaa tulosten tavoite tasoksi neljä tai enemmän. (Kvist ym. 2012.)

Aiemmissä tutkimuksissa hoidon laadusta, hoidon laatu on arvioitu hyväksi eri osa-alueiden eroavaisuuksista huolimatta (Kvist ym. 2006). Potilaiden arviointeihin hoidon laadusta ovat vaikuttaneet ikä, sukupuoli ja pohjakoulutus. Tilastollisesti merkittävin vaikuttavuus hoidon laatuun on ollut potilaan ikä (Tervo-Heikkinen, 2008). Tässä tutkimuksessa taustamuuttujista tilastollisesti vaikuttavia tekijöitä ovat olleet sukupuoli ($p=0.030$), ikä ($p=0.026$) ja koulutustausta ($p=0.004$). Merkittäväksi näistä nousee koulutustaustan vaikuttavuus arvioitaessa hoidon laatua.

Potilaskyselyyn vastanneet arvioivat kouluarvosana-asteikolla (4-10) hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden antamaa hoidon laatua. Parhaiten hoidon laatu toteutui hoitohenkilökunnan osalta ka 7.79 (SD 1.1517). Lääkärien antamaa hoidon laatua arvioitiin seuraavasti: ka 7.53 (SD 1.1776). Tämän tutkimuksen tulosten arvosanojen keskiarvot olivat tyydyttäviä, mikä tulos on poikkeava aiemmin tehtyihin tutkimuksiin verrattuna. Kuurilan (2004), mukaan hoitohenkilökunnan (ka 8.8) antama hoidon laatu oli arvioitu kiitettäväksi, kuten myös Partasen (2002) tutkimuksessa. Vuodeosastojen ammattiryhmien välillä keskiarvoissa ei ole ollut merkittäviä eroja hoitohenkilökunnalla (ka 8.79 - 8.97) ja lääkäreillä (8.66 – 8.79) (Kvist, 2004.)

Tutkimuksen perusteella henkilöstön ammatillisuus (ka 3.73, SD 1.06) on arvioitu hyväksi ja joka on tässä tutkimuksessa parhaiten toteutunut osa-alue hoidon laatua arvioitaessa, parhaiten toteutui henkilöstön ammatillisuus arvioitaessa seuraavien väittämien osalta: ystävällinen kohtelu, tervetullut sairaalaan, turvallinen olo ja hoidon perustuminen tarpeisiin. Aiemmissä tutkimuksissa potilaat ovat arvioineet henkilöstön ammattitaidon, miellyttävän kohtelun ja avun saannin tarpeisiinsa kiitettäväksi (Kvist, 2004). Tyytyväisempiä potilaat ovat olleet saamaansa kohteluun, arvostukseen ja hoitoon sekä hoidon ongelmattomuuteen (Tervo – Heikkinen, 2008). Henkilöstön ammatillisuuden arvioinnin tulokset ovat aiemmissä tutkimuksissa olleet paremmat (ka 4.49, SD 0.67) (Kvist ym. 2012). Eri kulttuurissa tehdyssä toimintaympäristössä potilaat arvioivat henkilöstön ammattitaidon toteutuneen arvostuksen ja huomioinnin osalta, mutta puutteita oli asioiden luottamuksellisessa hoidossa (Hiltunen, 2008, Hudelson ym.2009).

Tutkimuksen perusteella hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti (ka 3.58, SD 1.08) koettiin hyvänä, parhaiten toteutuivat väittämät: puhuttiin ymmärrettävällä kielellä ja hoitoon liittyvien kysymysten esittämismahdollisuus. Aiemmissä tutkimuksissa hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti on koettu riittämättömiksi (Haines ym. 2011, Kvist 2004, Partanen 2008). Henkilökunnan ja omaisten välinen yhteistyö on koettu riittämättömäksi (Eloranta ym. 2008). Potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja omiin mahdollisuuksiin osallistua hoidon suunnitteluun (Kuurila, 2004). Heikoimmin on toteutunut riittävä tiedon saanti (Tervo-Heikkinen, 2008).

Tutkimuksen perusteella fyysisten tarpeiden huomiointi (ka 3.77, SD 1.11) toteutui tässä tutkimuksessa hyvin. Vastanneet arvioivat fyysisten tarpeiden huomioimisen onnistuneen parhaiten sopivassa ruuan ja juoman määrässä. Huonoiten fyysiset tarpeet huomioitiin; autettiin tarvittaessa liikkumisessa. Aiemmissä tutkimuksissa henkilökunta on arvioinut henkilöstövoimavarojen riittämättömyyden vaikuttaneen potilaiden hygienian hoitamiseen heikentävästi (Partanen, 2008). Potilaiden arvioinnin mukaan fyysiseen hyvinvointiin on vaikuttanut toimintaympäristö (Tervo-Heikkinen, 2008).

Tutkimuksen perusteella henkilöstövoimavarat (ka 3.42, SD 1.24) arvioitiin kaikilla kolmella osa-alueella kuvaavalla väittämällä tasaisesti ja toteutuneen hyvin: henkilökunnalla oli riittävästi aikaa minulle, henkilökuntaa oli riittävästi ja ilmapiiri oli kiireetön. Aiemmissä tutkimuksissa henkilökunta on arvioinut riittämättömän henkilöstömitoituksen huonontavan hoidon laatua selvästi, samanaikaisesti potilaat arvioivat hoidon laatua kiitettäväksi vaikka kokivat henkilökunnan määrän riittämättömäksi, joka vaikutti kiireiseen ilmapiiriin ja heikensi potilaiden sekä omaisten saamaa ohjausta (Partanen, 2008). Tyytymättömyys henkilökunnan määrän vähäisyyteen ja kiireeseen toistui useissa eri toimintaympäristöissä missä ihmisläheinen hoito mittaria (RILH) oli käytetty (Kuurila, 2004, Tervo-Heikkinen, 2008). Hoidon laatuun aiemmissä tutkimuksissa merkittävästi vaikuttava tekijä on ollut henkilöstövoimavarat (ka 3.80, SD 1.13) ja työtyytyväisyys (Kvist ym. 2012).

Tutkimuksen perusteella kipujen ja pelkojen lievittäminen (ka 3.06, SD 1.20) arvioitiin kaikkien osa-alueiden väittämien osalta onnistuneen välttävästi. Kipujen ja pelkojen lievittäminen arvioitiin onnistuneen parhaiten ymmärrettävällä ohjauksella kipujen hoitoon. Kipujen ja pelkojen lievittämistä kuvaavissa kysymyksissä oli eniten, en osaa sanoa vastauksia. Kipujen ja pelkojen lievittäminen arvioitiin huonoimmaksi kipujen hoidossa käytössä olevien muiden hoitomenetelmien osalta. Aiemmissä tutkimuksissa kipujen ja pelkojen lievittäminen arvioitiin olevan hoidon laadun kannalta merkittävää, toisaalta sen ei ole koettu parantavan tai huonontavan hoidon laatua. Kivun hoito on koettu riittäväksi, toisaalta ilmeisesti osalla potilaista kivunlievitys toimii hyvin ja osalla ei. (Kaukavuori, 2012.)

Tutkimuksen perusteella henkilöstön yhteistyö (ka 3.72, SD 1.03) arvioitiin enimmäkseen hyväksi sekä muun henkilökunnan olevan ammattitaitoisia, vastanneista 38 % ei osannut sanoa kunnioittiko henkilökunta toistensa asiantuntemusta. Aiemmissä tutkimuksissa on

henkilöstön yhteistyö arvioitu yhdeksi parhaiten onnistuneista osa-alueista (Tervo-Heikkinen, 2008).

Vankipotilaiden taustamuuttujista hoidon laadun arviointiin vaikutti ikä ja koulutus. Iän vaikutus fyysisten tarpeiden huomiointiin ($p=0.026$) ja henkilökunnan yhteistyöhön ($p=0.027$) oli tilastollisesti merkittävä. Koulutuksen merkitys riittäviin henkilöstövoimavaroihin ($p=0.04$) oli tilastollisesti erittäin merkittävä. Aiemmissakin tutkimuksissa koulutus on ollut tilastollisesti erittäin merkittävä, lähinnä siten, että ylioppilas- ja korkeakoulututkinnon suorittaneet ovat arvioineet kriittisemmin hoidon laatua. Ikä on ollut aiemmissa tutkimuksissa tilastollisesti merkittävä taustamuuttuja kaikilla hoidon laadun osa-alueilla ($p < 0.005 - 0.002$) (Kvist, 2004). Saattohoidossa tehdyssä tutkimuksessa potilaiden ikä vaikutti henkilökunnan osaamisesta annettuihin arvoihin, tyytyväisempiä olivat omaiset joiden läheinen oli 60 – 69 – vuotta (Mikkonen, 2007).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja realabiliteetin avulla. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, tehtyjen ratkaisujen ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa erityisesti käytetyn mittarin luotettavuuden kautta. Validiteetti tarkoittaa sitä, että käytetty mittari mittaa juuri sitä mitä on tarkoitus mitata. Valmiin mittarin käyttämisen yhtenä luotettavuuden haasteena on teoreettisen taustan tekeminen. Sisäisesti validia eli luotettavaa tutkimusta voidaan arvioida tutkimustuloksien kautta, jolloin tulosten tulee olla tutkimusasetelmasta johtuvia, eikä sekoittavia tekijöitä ole. Sekoittaviksi tekijöiksi katsotaan historia, tutkimukseen valikoituminen, kypsyminen, kontaminaatio ja aineistosta tapahtuva poistuminen. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa korostuu tulosten toistettavuus. (Kankkunen ym. 2009, Vehviläinen – Julkunen ym. 2006.)

Vankien terveydenhuollon hoidon laadusta ei ole aiempaa tutkimusta Suomessa. Suomalaisten vankien terveyttä on tutkittu aiemmin vuosina 1985, 1992 ja 2010. Tutkimusten mukaan vangeilla mielenterveyden häiriöt ovat hyvin yleisiä, päihderiippuvuus kymmenkertainen valtaväestöön verrattuna, persoonallisuushäiriö kahdella kolmasosalla ja ruumiilliset sairaudet olivat yleisiä ikäjakaumaan nähden. Sairastavuudessa eri ikä- ja

sosiaaliryhmien välillä ei juuri ollut eroja, mikä eroaa valtaväestöstä, koska suurin osa vangeista on nuoria tai keski-ikäisiä. Vankien terveydentilassa on tutkimuksissa havaittu muutoksia kahdessa kymmenessä vuodessa lisääntyneiden mielenterveyden häiriöiden ja somaattisen sairastavuuden osalta. (Joukamaa, 2010.)

Vankipotilaiden arviointiin hoidon laadusta saattaa vaikuttaa terveydentilan heikentyminen ja sitä myötä lisääntynyt hoidon tarve, erityisesti mielenterveyden häiriöiden osalta. Tutkimuksen luotettavuuteen ja vertailuun aiempiin tutkimuksiin tulee huomioida vankipotilaiden sairastavuus valtaväestöön verrattuna, sekä persoonallisuushäiriöiden ja päihdeongelman yleisyys.

Tutkimuksen sisäistä validiteettia ja johdonmukaisuutta voidaan pitää hyvänä Cronbachin alfa kertoimen mukaan, joka tässä tutkimuksessa sijoittuu välille 0,834 – 0,969. Ihmisläheinen hoitomittarin (RILH) kehittämisessä ja aiemmin käytettynä on ollut sisäiseltä johdon mukaisuudelta ja luotettavuudelta hyvä, mutta tulokset Cronbachin alfa kertoimen mukaan ovat olleet välillä 0,782 – 0,886 joka on hieman alhaisempi kuin tässä tutkimuksessa. (Kvist & ym. 2008.) Tämän tutkimuksen kanssa vastaavanlaisia tuloksia on saatu mittarin käytöstä perusterveydenhuollossa, jolloin Cronbachin alfa oli välillä 0,85 – 0,94 (Kuurila, 2004).

Tutkimuksessa käytettyä mittaria voidaan pitää luotettavana edellä mainittujen tulosten perusteella, mittarin luotettavuus on arvioitu jo aiemmin. Tutkimuksen luotettavuuden yhteydessä voidaan todeta mittarin mittavaan tässä tutkimuksessa sitä mitä oli tarkoitus mitata. Tutkimuksen sisäistä validiteettia ja johdonmukaisuutta tukee vankipotilaille systemaattisesti jaetut kyselylomakkeet kaikille äidinkieleltään suomea puhuville yli 18-vuotiaille, kyselylomakkeet jaettiin poliklinikka käynnin yhteydessä ja/tai sairaalajakson yhteydessä.

Tutkimuksen ja tulosten luotettavuutta tukevat asianmukaiset lähdemerkinnät, jotka perustuvat Helsingin yliopiston tieteellisen kirjoittamisen ohjeisiin (Helsingin yliopisto, 2008). Luotettavuutta lisäävät kokeneet tutkijat ohjaajina sekä ajantasainen tutkimustieto. Tiedonhaku on toteutettu systemaattisella tiedonhaulla käyttäen apuna Kuopion yliopiston informaattikkoa.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimusmenetelmien kuvaus ymmärrettävästi. Keskeisiksi tekijöiksi nousevat tiedon hankinnan ajantasaisuus ja merkityksellisyys tähän tutkimukseen, aineiston kuvaaminen ja aineiston analyysi sekä kaikkien valintojen perustelut. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusmenetelmiä kuvattaessa tulee yksityiskohtaisesti selostaa tutkimuskohde, tutkimusvälineistö, tutkimuksen kulkua ja aineiston analyysimenetelmät. Tämän tutkimuksen luotettavuuden vaiheiden selostamisen tavoitteena on mahdollistaa tutkimuksen toistettavuus. (Hirsjärvi & ym. 2005.)

Tutkimuksen tutkimusmenetelmä on pyritty kuvaamaan yksityiskohtaisesti, ajantasaisen tiedonhankintaan on käytetty ohjaajien ja informaattikkojen asiantuntijuutta apuna. Ajantasaisen tiedon käytön luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan kokemattomuus ja englanninkielisten artikkelien ymmärtäminen ja riittävä hyödyntäminen tähän tutkimukseen. Aineiston hankinta on toteutettu tätä tutkimusta varten, joten aineisto antaa vankipotilaiden arviot hoidon laadusta erittäin ajankohtaisena tietona.

Tutkimuksen keskeinen kysymys on tutkimuksen tulosten luotettavuus. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan mittaamisen, aineiston keruun ja tulosten näkökulmasta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittari on keskeinen tekijä luotettavuutta arvioitaessa. (Paunonen ym. 1998.)

Tulosten luotettavuuteen vaikuttavat alentavasti kohderyhmän haavoittuvuus ja toimintaympäristön vaikuttavuus. Erityisesti tutkimustuloksia ja tulosten luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida toimintaympäristön mahdollinen vaikuttavuus tutkimustuloksiin, kuinka luottamuksellisesti vankipotilaat voivat vastata olosuhteissa, joissa vastaukset palautetaan suljetussa kirjekuoressa, kuitenkin perustellusti voidaan vankipotilaiden posti aukaista. Kyselyyn vastanneiden arvioinnit hoidon laadusta olisivat voineet olla erilaisia juuri vankilaan tulleiden vankipotilaiden arvioimina tai vapautumisvaiheessa olevien vankipotilaiden arviot.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden arviointi tulee näkyä koko tutkimuksen ajan aiheen valinnasta tulosten esittelyyn ja julkaisuun (Hirsjärvi, 2005). Tieteellistä etiikkaa käsittelevässä

kirjallisuudessa on kiinnitetty erityistä huomiota tutkimusaineiston keräämisen käytännön ratkaisuihin, eettiset ratkaisut on huomioitava koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusongelma ja tutkimuksen tarkoitus täytyy pystyä perustelemaan tieteellisen tutkimus tarpeen mukaan. Tutkimuksen ja tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavia eikä kohderyhmää kohtaan tule luoda aliarvioivia oletuksia. Lähdekirjallisuuden käyttö kertoo tutkijan etikasta. (Eriksson ym. 2008.) Tutkimusta suunniteltaessa tiedostettiin, että tutkimuksen kohderyhmä vastaa kyselyyn suljetuista laitoksista. Tutkimuksen eettisyys aiheen valinnasta asettaa ennakoasenteen kohderyhmää ja tulosten luotettavuutta kohtaan. Toimintaympäristönä vankilan vaikuttavuutta tutkimuksen eettisyyteen ja tulosten uskottavuuteen tulee arvioida kriittisesti. Aiheen ja kohderyhmän valinta on perusteltu mahdollisuudella saada uutta tietoa aiheesta josta ei ole olemassa aiempaa tutkimusta. Aiheen valinnan eettisyyttä heikentää tutkijan pitkä työhistoria Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä.

Tutkimukselle haettiin Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltavaa lausuntoa ja lupaa Oikeusministeriön alaiselta Rikosseuraamuslaitokselta. Tutkimukseen vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja vastauslähetys suljetussa kirjekuoressa mahdollistaa vastaajien anonymiteetin säilymisen. Tutkimuksesta annettiin kaikille tutkimukseen osallistuville kirjallinen saatekirje (Liite 1) jossa selvitetään mitä tutkimus käytännössä tarkoittaa. Saatekirjeestä selviää tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkittavien mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ilman siitä aiheutuvia seuraamuksia. Tutkittavien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa esille. Vastauksia käsittelee ainoastaan tutkija, mikä lisää vastausten käsittelyn luottamuksellisuutta. Saatekirjeestä selviää aineiston hävittäminen tutkimuksen jälkeen.

Tutkimusaineisto kerättiin tämän tutkimuksen käyttöön valmiilla suljetuilla vastauskuorilla jotka oli osoitettu suoraan tutkijalle. Tutkimusaineisto säilytettiin lukollisessa kaapissa kunnes aineisto on viety SPSS - ohjelmaan. Tämän jälkeen aineisto tuhottiin tietosuoja jätteiden kanssa (silppuri).

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen mukaan vankipotilaat arvioivat hoidon laadun toteutuvan kokonaisuudessaan hyvällä tasolla, kuitenkin tulokset olivat huonommat kuin aikaisemmin RILH -mittarilla tehtyjen potilaskyselyjen tulokset erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja saattohoidossa.

Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset ja suositukset:

1. Vankipotilaat kokivat kivunhoidon riittämättömäksi. Vankipotilaiden kivunhoitoon on perehdyttävä ja etsittävä niihin sopivia hoitomuotoja. Tutkimustulokset vahvistavat hoitohenkilökunnan saamaa suullista palautetta lääkehoidon riittämättömyydestä, tämä tieto perustuu tutkijalähtöiseen kokemukseen.

Tutkimustulosten perusteella voidaan suositella käyttöön otettavaksi potilaan kipua määrittelevä mittari, jotta kivun hoitoa voidaan kohdentaa ja parantaa. Toisaalta keskustelua voidaan herätellä myös asenteista ja arvoista jotka ohjaavat vankipotilaiden kivun hoitoa.

2. Vankipotilailla oli huonot mahdollisuudet osallistua hoidon suunnitteluun. Osallistuminen hoidon suunnitteluun poliklinikalla tai sairaaloissa toimii eri lähtökohdista, mutta hoidon suunnitteluun osallistumista tulee parantaa ja toteuttaa potilaslähtöisesti.

Suosituksena on käyttää enenevässä määrin hoidon suunnittelussa rakenteista kirjaamista potilaan lähtökohdista, sekä huomioida kansalliset suositukset hoidon suunnittelusta mm hoito suunnitelman teossa. Vankipotilaan osallistumista lisää sairaaloissa hoitosuunnitelma lomakkeen käyttö, poliklinikalla hoidon suunnittelu rakenteisen kirjaamisen kautta ja suunnitelman näkyväksi tekeminen vankipotilaalle esim. paperisen tulosteen avulla.

3. Tutkimuksen vastausprosentin perusteella voidaan todeta potilaskyselyn olevan tarpeellinen tietolähde parannettaessa ja arvioitaessa hoidon laatua vankila

terveydenhuollossa. Tutkimustulosten erilaisuuden vuoksi jatkotutkimus hoidon laadusta vankipotilailla laajemmin on tarpeellista ja perusteltua.

Suosituksena on potilaskyselyn toteutus jatkuvana mahdollisuutena vastata kyselyyn poliklinikkakäyntien ja sairaalassa olo-ajan yhteydessä tai joko tiettyinä ajanjaksona toteutettuna kerran vuodessa kahden viikon ajan. Potilaskyselyjen systemaattinen toteutus ja vastausten käsittely organisaatio – ja yksikötasolla mahdollistaa hoidon laadun parantamisen ja työskentelyn potilaslähtöisesti.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

- Potilaiden ja henkilökunnan arvioinnit hoidon laadusta ja tulosten vertailu.
- Yksiköiden hoidon laadun ja vaikuttavien tekijöiden vertailu
- Hoidon laatu arvioituna äidinkieleltään muun maalaisten näkökulmasta
- Vertailevaa tutkimusta hoidon laadusta kansallisella ja kansainvälisellä tasolla vankilaterveydenhuollossa

LÄHTEET

Ahola K. (2011). *Tue työkykyä – käsikirja esimiestyöhön*. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy.

Bjorngaard J., Rustad Å., Kjelsberg E. (2009). The prisoner as patient – a health services satisfaction survey. *BMC Health Services Research*, 9, 176-186.

Bowen R., Rogers A., Shaw J. (2009) Medication management and practices in prison for people with mental health problems: a qualitative study. *International Journal of Mental Health System*, 3, 1445-1772.

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

Eriksson K., Vehviläinen-Julkunen K., Leino-Kilpi H., (2008) Hoitotiede ja tiede-etiikka. *Hoitotiede*, 6, 295-303.

Finlex. (1992). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 3.2.2012 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Fazel S., Danesh J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.

Grabowski D., Aschbrenner K., Rome V., Bartles S. (2010). Quality of Mental Health Care for Nursing Home Residents: A Literature Review. *Medical Care Research*, 6, 627-656.

Haines S., Warren T. (2011) Staff and patient involvement in benchmarking to improve care. *Nursing management*, 18, 22-26.

Hargreaves, C. (2010). Specialista: Clinical standards manager. *Occupational Health*, 62, 28.

- Hiltunen S. (2008). *Quality of nursing care from perspective of patients, nurses and leaders in Vietnam*. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. (2005). *Tutki ja kirjoita*. Jyväskylä: Gummerus: Kirjapaino Oy.
- Hudelson P., Kolly V., Peneger T. (2009). Patients' preceptions of discrimination during hospitalization. The Authors. Journal compilation. *Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, 13, 24-32.
- Hypén, K. (2004). *Vankilasta vuosina 1993-2004 vapautuneet ja vankilaan uudestaan palanneet*. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Itä-Suomen yliopisto. 2010. *Opetuksen ja opiskelun eettiset ohjeet*. Haettu 6.11.2011 osoitteesta: http://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=e7c27f46-9413-41bc-aa2f146a9eee648a&groupId=78409&p_l_id=1497348
- Joukamaa M. (2010). Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Vammalan kirjapaino Oy. Tampere.
- Kalam-Salminen L., Leino-Kilpi H., Puukka P. (2008). Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuodeosastolla ja hoitohenkilökunta niihin vastaajana. *Hoitotiede*, 5, 238-247.
- Kankkunen P., Vehviläinen-Julkunen K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kaukavuori S. (2012). *Perioperatiivisen hoidon laatu – gastroenterologisten kirurgisten potilaiden arvioimana*. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Kinnaman K. (2007). Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005. *Orthopaedic Nursing*, 26, 14-16.

- Korkiala J. (2011). Psykiatrisen hoitojärjestelmän kansainvälinen vertailu – onko sillä antia Suomelle? *Suomen lääkärilehti*, 66, 2591-2997.
- Kuurila E. (2004). *Hoidon laatu perusterveydenhuollossa. Kyselytutkimus ihmisläheinen hoito –mittarilla*. Pro gardu-tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Kvist T. (2004) *Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Terveystalouden ja talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111. Kopijyvä. Kuopio.
- Kvist T., Julkunen-Vehviläinen K., Kinnunen J. (2006). Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede*, 3, 107-119 .
- Kvist T., Julkunen-Vehviläinen K. (2008). Ihmisläheinen hoito – mittarin kehittämien ja innovatiivinen käyttö. *Hoitotiede*, 6, 377-387.
- Kvist T., Mäntynen R., Turunen H., Partanen P., Miettinen M., Wolf G., Vehviläinen-Julkunen K. (2012). *How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes?* *Journal of Nursing Management*, 1-13.
- Kyngäs H., Kääriäinen M., Elo S., Pölkki T., Kanste O. (2011). Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 2, 138-148.
- Kyngäs H., Vanhanen L. (1999). Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*, 11, 3-12.
- Lauri S., Elomaa L. (2001) *Hoitotieteen perusteet*. Juva. WS Bookwell Oy.
- Lumijärvi I., Jylhäsaari J. (2000) *Laatujohtaminen ja julkinen sektori*. Helsinki. Gaudeamus.
- Manninen P. (1999). *Johdatus tilastolliseen data-analyysiin. Sovellus- ja atk-keskeinen näkökulma*. Tehokopiointi Ky, Tampere.

Metsämuuronen J. (2001). SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Viro.

Mikkonen M. (2007). *Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana*. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Mäki T. (2004) *Laadun informaatio-ohjauksen haasteet – hoitohenkilökunnan ja laatusuosittelunlaadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus*. Väitöskirjatyö. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.

Partanen P. (2002). *Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.

Patterson M., Rick J., Wood S., Carroll C., Balain S., Booth A. (2010). Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technol Assess*, 14, 334-380.

Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen K. (1998). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY – kirjapainoyksikkö. Juva.

Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 2/2011. (2011). Rikosseuraamuslaitoksen tilinpäätös ja toimintakertomus vuodelta 2010. Haettu osoitteesta 3.2.2012 [http: Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön työjärjestys.\(2010\).](http://Rikosseuraamuslaitoksen_terveydenhuoltoyksikön_työjärjestys.(2010).)

Roberts KT., Robinson KM., Stewart C., Smith F. (2009). An integrated mental health clinical rotation. *Journal of Nursing Education*, 8, 454-459.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3 (2009). *Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013*. Yliopistopaino, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. (2008). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma*. Kaste 2008-2011. Yliopistopaino, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. (2012). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma*. Kaste 2012-2015. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. (2009) *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön*. Toimintaohjelma 2009–2011. Yliopistopaino, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö esitteitä 2001:8. (2001). *Terveys 2015 – kansanterveysuohjelma*.

Sterm M., Greifinger R., Mellow J. (2010). Patient Safety: Moving the Bar in Prison Health Care Standards. *American Journal of Public Health*, 100, 2103-2111.

Stakes. (2008). Laadunhallinta. Julkaistu 13.4.2006, päivitetty 8.1.2008. Haettu 3.2.2012 osoitteesta <http://info.stakes.fi/thlaatu/FI/laadunhallinta/laadunhallinta.htm>

STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto. (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 – luvulle. Valtakunnallinen suositus. Stakes 1999. Helsinki. Haettu 3.2.2012 osoitteesta: www.stakes.fi/verkkoulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf

Suomen Kuntaliitto. (2011). Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkoulkaisu. Suomen Kuntaliitto 2011. Helsinki. Haettu osoitteesta 3.2.2012 www.kunnat.net/fi/.../terveydenhuollon_laatuopas.pdf

Tervo-Heikkinen T. (2008). *Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 162. Kuopio.

THL (2011). *Potilasturvallisuus terveydenhuoltolaissa ja asetuksessa*. Haettu 3.11.2011 osoitteesta.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/potilasturvallisuus/potilasturvallisuusuunnitelma

Työjärjestys. Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuolto yksikkö. Haettu 3.11.2011 osoitteesta. <http://www.om.fi//J-asema//rthy>

Vehviläinen - Julkunen K. (2008). Järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset näyttöön perustuvan hoitotyön tukena. *Hoitotiede*, 1, 1-2.

Williamson M. (2007). Primary care for offenders: what are the issues and what is to be done? *Quality in Primary Care*, 15, 301-305.

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Olette olleet hoidettavana Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Teidän arviointinne on tärkeä arvioitaessa ja kehitettäessä hoidon laatua. Tällä kyselyllä pyydämme Teitä arvioimaan sairaaloiden vuodeosastoilla tai poliklinikalta saamaanne hoidon laatua (Psykiatrinen vankisairaala, Hämeenlinnan vankisairaala, Helsingin vankilan poliklinikka, Vantaan vankilan poliklinikka).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön hoidon laadusta. Tutkimus tulosten perustella voidaan kohdentaa hoitoa oikein ja lisätä potilaslähtöisempää työskentelyä. Tutkimustulokset julkaistaan pro gradu – tutkielmana Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella.

Tämän saatekirjeen mukana olette saaneet kyselylomakkeen, jonka kysymyksiin vastaamalla voitte osallistua tähän tutkimukseen. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 – 15 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastuksenne käsitellään luottamuksellisesti, siten ettei henkilöllisyytenne paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta millään tavoin hoitoon.

Halutessanne osallistua tutkimukseen palauttakaa kyselylomake kahden viikon kuluessa, viimeistään 30.10.2012, mukana olevassa postimaketussa kuoressa.

Terveystieteiden maisteri - opiskelija Anu Mäenpää antaa tarvittaessa lisätietoja tutkimuksesta.

Tutkijan yhteystiedot

Anu Mäenpää

puh 050 543 84 27

anu.maenpaa@om.fi

Terveystieteiden maisteri opiskelija

Itä – Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos

LIITE 2 KIRJALLINEN SUOSTUMUSLOMAKE

Potilaiden arviointeja hoidon laadusta eräissä Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköissä

Tutkimuksessa ”Potilaiden arviointeja hoidon laadusta eräissä Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköissä” kartoitetaan suomalaisten vankien arviointeja hoidon laadusta Psykiatrisessa vankisairaalassa, Hämeenlinnan vankisairaalassa, Helsingin ja Vantaan vankilan poliklinikalla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön hoidon laadusta. Tutkimus tulosten perustella voidaan kohdentaa hoitoa oikein ja lisätä potilaslähtöisempää työskentelyä.

Tutkimus koostuu itse täytettävästä kyselylomakkeesta. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tutkija käsittelee tietoja luottamuksellisesti.

Paikka ja päiväys

Paikka ja päiväys

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

tutkittavan syntymäaika

.

