

# Portinvartija vai sisäänheittäjä? Terveydenhuollon kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma



Realistinen synteesi terveystioskeista Englannissa,  
Yhdysvalloissa ja Suomessa

Anna-Aurora Kork

## TIIVISTELMÄ

Artikkelissa tarkastellaan asiakas- ja kustannusajattelun välistä jännitettä tunnistamalla terveystioskin toimintamekanismeja, ja muotoillaan teoriaa terveydenhuollon asiakasresponsiivisesta kehittämisestä. Terveydenhuollon uudistamisessa palvelujen halutaan vastaavan asiakkaiden tarpeisiin aiempaa kustannustehokkaammin. Perusterveydenhuollon yksi keskeinen ongelma liittyy palvelujen heikkoon saatavuuteen. Terveystioskeilla ('walk-in centres', 'retail clinics') on pyritty helpottamaan asiakkaiden hoitoon pääsyä. Yhdysvalloissa terveystioskit olivat 2000-luvun palveluinnovaatio ja uusi liiketoimintamahdollisuus. Iso-Britanniassa kioskit liittyivät kansalliseen terveydenhuolto-uudistukseen, mutta sittemmin osa kioskeista on suljettu liian suosittuina. Suomessa terveystioskia kokeiltiin kunnallisessa perusterveydenhuollossa uutena asiakaslähtöisenä ja ennaltaehkäisevänä palvelumallina. Terveydenhuoltojärjestelmien eroista huolimatta eri maiden terveystioskin teoreettinen perusta pohjautuu asiakasresponsiivisuuden ideaan tarjoten nopean ja vaivattoman ensikontaktin palvelujärjestelmään. Kvalitatiivisen meta-analyysin ja realistisen synteessin avulla pyrin ymmärtämään miten ja miksi terveystioskit Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa ja Suomessa toimivat tai eivät toimi. Tutkimus osoittaa, että asiakasresponsiivisuus on alisteinen kustannushallinnan tavoitteeseen nähden. Asiakasresponsiivisuuden onnistuminen edellyttää paikallisten tarpeiden

ja resurssien aiempaa parempaa tunnistamista suunniteltaessa sosiaalisia interventioita.

Avainsanat: Terveystioski, asiakasresponsiivisuus, realistinen synteesi, Suomi, Iso-Britannia, USA

## ABSTRACT

The gatekeeper or barker? The dilemma of cost control and responsiveness in healthcare – realist synthesis of walk-in clinics in the UK, the USA and Finland

Many countries struggle with the accessibility problems to healthcare. To facilitate the access to primary care so called walk-in clinics (*known as walk-in centers or retail clinics*) have been introduced. In the USA, the first clinics were established in the beginning of 2000s as novel business opportunity. In the UK instead, clinics were launched as part of NHS reform, but now some of them has been closed down for being too popular. The first Finnish walk-in clinic was piloted in 2009 as a new client-focused service model for delivering municipal healthcare. Although the healthcare systems vary, the fundamental idea of client responsiveness is similar. By presenting the realist synthesis of walk-in clinics in Finland, England and in the USA, we seek to understand how and why clinics works for whom and under what circumstances. The aim is to reveal the underlying mechanisms of walk-in clinic and to build theory of client responsiveness in developing healthcare by exam-

ining the tensions related to desired outcomes. The study demonstrates the importance of identifying the local needs and resources when planning social interventions.

## JOHDANTO JA TUTKIMUSASETELMA

Asiakaslähtöisyydestä on tullut yleisesti hyväksytty poliittinen tavoite ja julkishallinnon keskeinen kehittämisteema. Palvelujen uudistamisessa on yhtäältä pyrkimys vastata paremmin kansalaisten tarpeisiin, ja toisaalta tehostaa palvelutuotantoa. Tämä laadun parantamisen ja kustannushallinnan välinen suhde on yksi keskeisiä reformipolitiikan jännitteitä (Pollitt & Bouckaert 2004). Hallinnon asiakasresponsiivisuutta korostetaan useissa uudistustavoiteissa (Winblad & Ringard 2009), ja uuden julkisjohtamisopin mukaan responsiivisuus parantaa julkispalvelujen laatua ja tehokkuutta (Hood & Dixon 2013; Andrews & Van de Walle 2013). Responsiivisuus tarkoittaa kykyä vastata kansalaisten tarpeisiin (ks. Vigoda 2002), mutta niukat voimavarat vaikeuttavat tavoitteen toteutumista käytännössä. Tämä dilemma ilmenee terveydenhuollon uudistamisessakin: kuinka parantaa kansalaisten pääsyä palveluihin ja samaan aikaan hillitää kasvavia kustannuksia?

Terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen liittyvät reformitrendit korostavat asiakaslähtöistä palveluja (ks. Valkama 2009). Suomessa perusterveydenhuollon ongelmana on palvelujen vaikea saatavuus ja saavutettavuus: pitkät jonotusajat tai maantieteelliset etäisyydet (Vuorenkoski ym. 2008). Asiakasnäkökulmasta ajanvaraukselliset ongelmat ovat merkittäviä palveluun pääsyn esteitä (Mäntyselkä ym. 2007). Yhtenä ratkaisuna on kokeiltu matalan kynnyksen terveyskioskeja, joiden toimintaidea muistuttaa vastaavia terveyskioskikonsepteja mm. Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Matalan kynnyksen palveluilla pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta, asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta tarjoamalla vaivaton ensikontakti palvelujärjestelmään (ks. Törmä 2009). Tyypillisesti terveyskioskit tarjoavat sairaanhoitajatasoista avohoitoa ilman ajanvarausta, toimivat pidenetyillä aukioloajoilla ja sijaitsevat suurten asiakasvirtojen lähellä. Suomessa terveyskioski on

Keywords: Walk-in clinic, responsiveness, realist synthesis, Finland, UK, USA

maksuton kunnallinen sairaanhoitajavastaanotto, joka sijaitsee kauppakeskuksessa.

Terveyskioskin saama suosio tekee siitä poliittisesti houkuttelevan kehittämisinstrumentin parantaa palvelujen asiakasresponsiivisuutta. Se vetoaa kansalaisten toiveisiin nopeammasta hoitopääsystä tehden asiakkaista tyytyväisiä. Konseptiin kuitenkin kombinoituu kustannus- ja asiakasajattelun välinen dilemma: matala kynnyks on asiakasnäkökulmasta mieluisa, mutta voimavarojen hallinnan kannalta problemaattinen. Helppo pääsy saattaa lisätä palvelujen käyttöä, ja siten kysyntää ja kustannuksia.

Tämä artikkeli käsittelee hallintotieteellisestä tarkastelunäkökulmasta terveydenhuollon asiakasresponsiivista kehittämistä kansainvälisten terveyskioskikokemusten valossa. Suomen terveyskioskeja on enimmäkseen tutkittu suomalaisessa kuntakontekstissa ja perusterveydenhuollon palvelujärjestelmässä (esim. Kork ym. 2011; 2012; 2013), mutta vertailu muihin maihin on puuttunut. Kansainvälissä terveyskioskitutkimuksissa näkökulma on ollut lääke- ja hoitotieteellinen tarkastellen kioskia erillisenä instrumenttina, usein ilman teoreettista kontekstointia. Systemaattisissa katsauksissa sitä on käsitelty lähinnä osana terveydenhuollon palvelujen käyttöä tai palveluinnovaationa. Laadullisen meta-analyysin avulla selvitetään kuinka terveyskioskikonsepti kansainvälisesti onnistuu vastaamaan kansalaisten tarpeisiin ja ratkaisemaan perusterveydenhuollon<sup>1</sup> palvelutuotannon ongelmia.

## Tausta: terveyskioski terveydenhuollon kehittämisinstrumenttina

Terveyskioski on yleensä sairaanhoitajavastaanotto, jossa hoidetaan yleisimpiä infektiosairauksia, tehdään pienimuotoisia hoitotoimenpiteitä, annetaan rokotuksia ja terveysneuvontaa. Terveyskioskeja on ainakin Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Australiassa, Etelä-Afrikassa ja Kanadassa, ja niillä on pyritty parantamaan

terveydenhuollon saatavuutta ja hallitsemaan kasvavaa terveydenhuollon kysyntää ja kustannuksia (Salisbury & Munro 2003). Terveyskioskeilla halutaan nopeuttaa hoitopääsyä perusterveydenhuoltoon ja korvata kalliimpien palvelumuotojen käyttö. Toimintaperiaatteet ovat verrattain samankaltaisia: keskeinen sijainti, pitkät aukioloajat, rajattu palveluvalikoima ja asiointi ilman ajanvarausta. Kioskeihin viitataan usein 2000-luvun innovaationa, vaikka samantapaista vastaanottotoimintaa on ollut jo 1970-luvulla Kanadassa ja USA:ssa päivystystyyppisenä lääkäripalveluina (Miller & Nantes 1989). Seuraavaksi kuvataan Yhdysvaltojen, Iso-Britannian ja Suomen terveyskioskien pääpiirteet (ks. taulukko 1).

Yhdysvalloissa terveyskioski (*'retail clinic, convenient care clinic, in-store clinic'*) perustuu kuluttajakeskeiseen ansaintalogiikkaan, ja on kasvava liiketoiminta-alue (*'retail health industry'*). Kioski vastaa kuluttajien toiveisiin markkinalähtöisesti tarjoamalla edullisempaa ja joustavampaa hoitoa kuin muut palveluntarjoajat. Osassa on lääkärin konsultointimahdollisuus. Terveyskioskien odotettiin tavoittavan erityisesti vakuuttamattomia potilaita, vähentävän päivystyskäyttöä ja siten terveydenhuollon kustannuksia (Cassel 2012). Kioskien määrä kasvoi voimakkaasti 2000-luvulla (Weinick ym. 2010), ja niitä on ostoskeskusten lisäksi apteekki- ja kauppaketjuilla sekä sairaaloissa. Myös vakuutusyhtiöt ja valtion sosiaalivakuutusohjelmat suosittavat kioskia. Terveidenhuoltouudistuksen uskotaan lisäävän terveyskioskin kysyntää, koska vakuutettujen määrä kasvaa ja lääkäreistä on pulaa (Mehrotra & Lave 2012). Laajemmin terveyskioski voidaan nähdä pyrkimyksenä kehittää perusterveydenhuoltoa ja yhdenvertaisempaa terveydenhuoltoa, mutta kioskien liiketoimintaidea ja vaikutukset terveydenhuoltoon on kyseenalaistettu.

Iso-Britanniassa terveyskioskit (*'NHS walk-in centres'*) perustettiin osana terveydenhuoltouudistusta 2000-luvun alussa, ja ne ovat osa kansallisia verorahoitteisia terveyspalveluja. Englantilaiset terveyskioskit (=NHS England) ovat kaikille ilmaisia, toimivat ilman rekisteröitymistä ja osassa on myös lääkäripalveluja. Kioskit sijoittuvat perusterveydenhuollon ja päivystyksen väliin tarjoamalla terveysneuvon-

taa ja hoitoa pienimuotoisiin akuutteihin sairauksiin. Terveyskioskien odotettiin tavoittavan omalääkärille (*'local GP'*) rekisteröitymättömät sekä erityisesti pendelöijät sijaitsemalla asemien ja kauppakeskittymien lähellä. Sen uskottiin parantavan perusterveydenhuollon saatavuutta, lisäävän valinnanvapautta ja vähentävän kysyntää muista palveluista (Monitor 2014; Salisbury 2003). Laajemmin terveyskioski voidaan nähdä osana julkishallinnon modernisaatiota, joka täydentää palveluverkkoa ja vastaa kansalaisten toiveisiin lyhyemmistä jonotusajoista. Vaikka terveyskioskeille on kysyntää, niitä on suljettu tehottomina ja osa siirretty päivystyspalvelujen yhteyteen (Monitor 2014).

Suomessa terveyskioskikokeilu aloitettiin vuonna 2009 Sitran tukemana (ks. Kork ym. 2011). Tavoitteena oli tarjota parempia palveluja kansalaisille ja uudistaa terveydenhuollon palvelutarjontaa sijoittamalla kunnallinen terveyspalvelu kauppakeskukseen. Kioskin painopiste on ennaltaehkäisevässä työssä. Terveidenhoitajat, sairaanhoitajat tai fysioterapeutit antavat kioskissa terveysneuvontaa, tekevät terveystarkastuksia ja pienimuotoisia hoitotoimenpiteitä. Terveyskioskin uskottiin parantavan julkisen terveydenhuollon saatavuutta, asiakaslähtöisyyttä ja kustannustehokkuutta tarjoamalla joustava pääsy palveluun. Hoitoon pääsee vuoroperiaatteella, ja kioski on auki myös iltaisin ja lauantaisin. Osa terveyskeskuksen kysynnästä ohjattiin terveyskioskiin, ja kioskilla tavoiteltiin riskiryhmiä, lapsiperheitä ja palvelujen ulkopuolella olevia. Suomen ensimmäisissä terveyskioskeissa (Ylöjärvellä ja Lahdessa) myös ulkopaikkakuntalaiset saivat käyttää palvelua ilmaiseksi. Nykyiset terveyskioskit ovat kuntien omaa toimintaa. Toimintamallin hyötyinä on korostettu asiakastyytyväisyyttä ja kustannussäästöjä.

### Tutkimuksen tavoitteet

Terveyskioskin odotetaan samanaikaisesti vastaavan asiakkaiden tarpeisiin ja ongelmien varhaisen tunnistamisen myötä paremmin hallitsemaan sairaanhoidollisia kustannuksia. Artikkelin kuvaava terveydenhuollon asiakasresponsiiviseen kehittämiseen liittyvää asiakas- ja kustannusajattelun välistä jännitettä. Tutkimuksella on kahden

Taulukko 1. Terveyskioskien toimintaympäristön yhtäläisyydet ja erot.

KONTEKSTI	FIN	UK	USA
<b>Terveysterveysthuollon järjestelmä</b> Perusterveydenhuollon palvelut Keskeinen ongelma	Julkinen  Kunta (terveyskeskus)  Saatavuus, saavutettavuus	Julkinen  NHS/CCG (yleislääkäri)  Saatavuus	Markkinat  Vakuutus (perhelääkäri)  Saatavuus, kattavuus (Perusterveydenhuollon heikko asema)
<b>Kioskien määrä</b>	~30	~230	~1200
<b>Profession rooli</b>	Sairaanhoidtajien tunnustettu ja itsenäinen asema vastaanottotyössä. Terveyskioskin "uhkana" lähinnä muiden hoitajien asenteet, kioskin sijainti erillään terveyskeskuksesta	Hoitotyön pitkä perinne ja hoitajien itsenäinen ammatillinen status. Terveyskioskin uhkana hoidon pirstaloituminen.	Lääkärien vahva professio, osassa osavaltioissa laki rajoittaa sairaanhoidajan työn autonomiaa. Terveyskioskin uhkana kilpailu ja lääkärin vastustus (työnjaollinen reviiiritaistelu, hoidon jatkuvuus)
<b>Terveyskioskin kohderyhmä</b>	Riskiryhmät, palveluiden ulkopuolella olevat, lapsiperheet	Omalääkäriä vailla olevat, pendelöijät, riskiryhmät	Ilman vakuutusta olevat, kiireiset lapsiperheet, nuoret aikuiset
<b>Tarpeisiin vastaaminen</b>	Terveysmittaukset, neuvonta, haavojen hoito, injektiot/rokotukset	Yleiset infektioaudit, tapaturmat, ihottumat terveysneuvonta	Yleiset infektioaudit, allergiat, tapaturmat
<b>Asiakkaalle aiheutuvat kustannukset</b>	Ei asiakasmaksua, myös ukopaiikkakuntalaisille	Ilmainen	Hinnasto esillä, 30–40% edullisempi kuin lääkäri
<b>Kustannustehokkuuden idea</b>	Pieni palveluvalikoima ja organisaatorakenne sellittävät suhteellisen pieniä kokonaiskustannuksia	Hoitajien roolin maksimointi ja sähköiset hoidon arviointiohjelmit tehostavat hoitojärjestelmää.	Ketjuille (esim. apteekit, kaupat, sairaalat) hyvä kilpailu- ja markkinointikeino. Sellaisenaan kannattamatonta.
<b>Kysynnän hallinnan idea</b>	Pienet toimenpiteet, terveystmittaukset ja -neuvonta terveyskeskuksesta kioskiin (ydinkompetenssin ajatus)	Kiireettömien, ennakoimattomien käyntien ohjaaminen kioskiin, hoidon tarpeen arviointi, ensimmäinen kontakti ("portinvartija")	Terveysthuoltoreformin vaikutus kysyntään, (vakuuttamattomien) päivystyskäytön vähentäminen, kuluttajien vaatimuksiin vastaaminen (konsumerismin ajatus).

tasoiset tavoitteet. Ensiksikin tavoitteena on selvittää terveyskioskin toimintamekanismeja ja tavoitteiden toteutumiseen liittyviä jännitteitä. Toiseksi tavoitteena on terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden idean testaaminen ja uudelleenmuotoilu. Taustalla on ajatus toiminnan kehittämisestä kansainvälisten kokemusten avulla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. *Miten terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden idea toteutuu eri konteksteissa, millä tavoin terveyskioski pyrkii ratkaisemaan terveydenhuollon ongelmia?*
2. *Ovatko asiakasresponsiivisuuteen liittyvät jännitteet yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmään? Toisin sanoen, miten voisimme ymmärtää paremmin asiakasresponsiivisen kehittämisen mekanismeja?*

Terveydenhuollon kehittämiseen liittyvää asiakasresponsiivisuuden ilmiötä on mahdollista ymmärtää paremmin, kun sitä tarkastellaan eri konteksteissa. Saman ilmiön tarkastelu eri konteksteissa voi auttaa paljastamaan asioiden keskinäisiä suhteita (Komu ym. 2011). Koska terveydenhuollon käsitteillä on omat kulttuuriset ja kielelliset merkitykset, ja taustalla olevat yhteiskunnalliset ongelmatkin voivat olla erilaisia, pitää vertailtavien konseptien olla kohtalaisen universaaleja (Salminen & Lehtinen 1982). Terveyskioskin toimintakonsepti on verrattain samanlainen.

Tutkimuksen aineisto muodostuu englantilaisista ja yhdysvaltalaisista terveystietokonekimuksista, koska näistä maista löytyy eniten aihealueen tutkimusta. Tuloksia jäsenetään suhteessa siihen, mitä tiedetään suomalaisista terveystietokonekimuksista (Kork ym. 2011; 2012; 2013; Kork & Vakkuri 2013). Vaikka terveydenhuoltojärjestelmät ovat erilaisia ja kioskeilla on erilainen rooli eri maissa, on mahdollista oppia samankaltaisten asiakasresponsiivisuutta korostavien matalan kynnyksen palvelumallien kokemuksista. Terveystietokonekimien vertailu on siis avain ilmiön ymmärtämiselle, selittämiseksi ja tulkinnalle (Ragin 1987).

Sen sijaan, että vertailtaisiin eri maiden terveystietokonekimien tuloksia tai vaikutuksia toisiinsa, tutkimuksen tarkoitus on selittää terveystietokonekimikonseptin toimintamekanismeja, jotka eri konteksteissa tuottavat tietynlaisia tuloksia. Realistisen lähestymistavan mukaisesti sosiaaliset interventiot nähdään teorioina (ks. Pawson 2006), ja realistisen synteessin avulla kuvaan terveystietokonekimin asiakasresponsiivisuuden idean toteutumista.

### Perustelut realistiselle synteessille

Kriittisessä realismissa ja realistisessa arviointiperinteessä pyritään kausaalisesti selittämään syitä tai mekanismeja, miten ja miksi interventiot sosiaalisessa todellisuudessa toimivat (ks. Pawson & Tilley 1997; Töttö 2004; Pakarinen 2008). Realistinen synteessi on tämän logiikan mukainen tapa tehdä systemaattinen katsaus kompleksista sosiaalisista interventiosta (Pawson ym. 2005; Pawson 2006;). Koska primääritutkimus

yleensä kattaa jo intervention dokumentaation sekä prosessien ja tulosten arvioinnin, realistisessa synteessissä kehitetään ns. 'keskitason' teorioita (Merton 1968), jotka ovat lähellä empiiristä tutkimusilmiötä, mutta joista voidaan tehdä yleistyksiä.

Realistisessa synteessissä selvitetään, miten interventio toimii tai ei toimi tunnistamalla sen taustalla vaikuttavat ohjelmateoreettiset ideat ja toiminnan mekanismit. Ohjelmateoria viittaa intervention teoreettisiin perusoletuksiin, että tietynlainen toiminta tuottaa haluttuja tuloksia. Pyrin ymmärtämään terveystietokonekimin toiminnan logiikkaa tunnistamalla, testaamalla ja uudelleenmuotoilemalla sen taustalla vaikuttavaa ohjelmateoriaa (ks. Pawson ym. 2014; Sims ym. 2015).

Realistisen synteessin avulla voidaan tunnistaa terveystietokonekimin asiakasresponsiivisuuteen vaikuttavat toimintamekanismit. Lisäksi odotusten ja käytännön toiminnan vertailu auttaa ymmärtämään paremmin, miten ja miksi terveystietokonekimien ohjelmateoreettinen logiikka toimii eri konteksteissa. Pawsonin (2006) mukaan realistisen synteessin tavoitteena voi olla ohjelmateorian eheyden ja intervention epäkohtien osoittaminen, kilpailevien teorioiden paljastaminen, saman teorian vertaileminen eri olosuhteissa tai ohjelmateoriaan liittyvien odotusten vertaaminen saatuihin tuloksiin.

Tutkimukseni tavoitteena on luoda ja testata teoriaa terveystietokonekimin asiakasresponsiivisuudesta. Teoriaohjaava lähestymistapa tarjoaa analyttisen keinon intervention toimintamekanismien, kontekstuaalisten tekijöiden ja saatujen tulosten tunnistamiseen (vrt. Molnar ym. 2015). Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa pyritään usein tilastolliseen yleistettävyyteen, jossa konteksti häivytetään ja interventiot pelkistyvät yksittäisiksi toimenpiteiksi. Realistisen synteessin avulla voidaan paremmin selittää kompleksisten interventioiden menestymistä, epäonnistumista tai vastakkaisia vaikutuksia eri konteksteissa. Realistisen käsityksen mukaan interventiot ovat avoimia järjestelmiä ja ne voivat tuottaa myös odottamattomia vaikutuksia toimintaympäristöönsä, minkä vuoksi iteratiivista tutkimusstrategiaa tarvitaan. (Pawson 2006; Rycroft-Malone ym. 2012.)

## AINEISTO JA MENETELMÄT

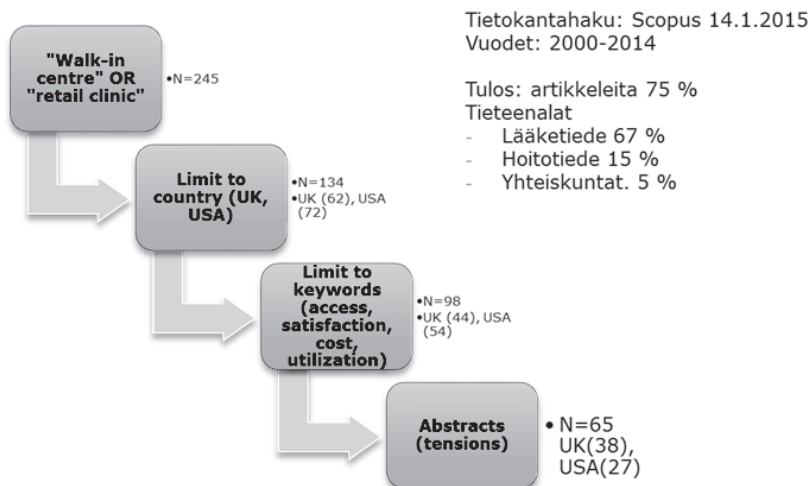
Kansainvälistä terveystieteiden tutkimusta löytyy 2000-luvulta lähtien. Aineiston keruumenetelmänä on kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on ilmiön systemaattinen tarkastelu, kriittinen arviointi ja aiemman tietämyksen syntetisoiminen. Eri tutkimusaineistojen tuloksien yhdistämistä lähdeaineistoksi ja tutkimuksen tekemistä tutkimuksista voidaan arviointinäkökulmasta riippuen kutsua meta-evaluaatioksi tai meta-analyysiksi (ks. Pawson & Tilley 1997; Kallio 2006; Salminen 2011).

Kvalitatiivisen meta-analyysin yksi metodi on metasynteesi, joka voi sisältää erilaisia metodologisia lähestymistapoja. Metodoin valinta riippuu katsauksen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Tavoitteena voi olla teorian kehittäminen, tutkimustulosten yleistäminen, ilmiön ymmärtäminen, selittäminen tai uudelleentulkinta. Yhteistä on, että katsaus toteutetaan vaihevaiheelta ja tulkitaan moniulotteisesti. Metasynteesi on tulkittavampi ja kuvailevampi meta-analyysimenetelmä kuin määrällisiä menetelmiä painottava metayhteenveto. (ks. Salminen 2011; Korhonen et al 2013.) Laadullinen metasynteesi on vielä suhteellisen uusi ilmiö lääke- ja terveystieteellisissä tutkimuksissa, jossa perinteisesti on luotettu systemaattiseen, kvantitatiiviseen näyttöön perustuvaan tutkimustietoon (*evidence based*

*practice*’, ks. Walsh & Downe 2005; Zimmer 2006; Greenhalgh ym. 2011).

Realistinen synteesi mahdollistaa terveystieteiden kriittisen tarkastelemisen laajan tutkimuskirjallisuuden avulla sekä teorian kehittämisen siitä, kuinka tällainen interventio toimii. Tutkimus olisi voitu toteuttaa vertailevana tapaus-tutkimuksenakin, mutta halusin ymmärtää holistisemmin terveystieteiden asiakasresponsiivisuuden idean onnistumista. Realistisessa synteesissä hahmotetaan aluksi intervention ohjelmateoria eli taustaoletukset miten intervention oletettiin toimivan (Pawson 2006). Realistinen synteesi sisältää kuusi metodologista vaihetta: 1) ohjelmateorian alustava muotoilu, 2) kirjallisuuskatsauksen hakustrategia, 3) tutkimusten arviointi, 4) tiedon poiminta, 5) analyysi ja synteesi sekä 6) ohjelmateorian uudelleen muotoilu (vrt. Pawson 2006; Wong ym. 2014; Molnar ym. 2015).

Yhdysvaltalaisista ja englantilaisista terveystieteiden tutkimuksista koostuva aineisto kerättiin (kuvio 1) Scopus-tietokannasta, koska monitieteellinen viittaus- ja tiivistelmätietokanta sisältää myös terveys- ja lääketieteen Medline-viitekannan. Kaiken tyyppiset julkaisut hyväksyttiin mukaan, ja niihin haettiin kokotekstit lehtitietokannoista (mm. PubMed ja Ebsco) sekä internetistä. Katsaukseen valittiin lopulta 65 lääke-, terveys-, sosiaali- tai johtamistieteellistä julkaisua (USA=38; UK=27; julkaisut liitteessä 1).



Kuvio 1. Tutkimuskatsauksen hakustrategia.

Taulukko 2. Tutkimuskatsauksen aineistoa rajaavat teemat ja hakutermit.

Tutkimusteemat (ohjelmateoriasta)	Tietokannan asiasanat (MeSH)
<b>Palvelun saatavuus</b>	"Health care access", "Health Services Accessibility"
<b>Laatu</b>	"Health care quality", "Patient Satisfaction", "Patient satisfaction", "Consumer Satisfaction"
<b>Kustannushallinta</b>	"Cost control", "Economic aspect", "Health care cost", "Health Services Needs and Demand", "Health care utilization", "Utilization review", "Patient referral", "Decision making"

Hakua fokusoitiiin terveystioskin ohjelma-teoriasta muotoiltuihin teemoihin ja avainkäsit-teisiin (taulukko 2). Julkaisujen otsikoista ja abstrakteista etsittiin terveystioskin asiakasres-ponsiivisuuteen (*laatu, saatavuus*) ja kustannus-hallintaan (*kustannukset, kysyntä*) viittaavia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteet ja fokus ohja-sivat aineiston valintaprosessia. Tutkijalla oli oma esitietämys ja kokemus suomalaisista terveystioskeista tutkimushankkeissa (esim. Kork ym. 2011, 2012) joissa oli alustavasti tutustuttu kansainväliseen terveystioskitutkimukseen, eli tutkija ei ollut täysin vapaa tutkimukseen liitty-vistä ennako-oletuksista.

Realistinen synteesi alkaa ohjelmateorian alustavalla muotoilulla, jota kehitetään synte-esin avulla. Ensin esittelen terveystioskin alusta-van ohjelmateorian, joka kuvaa intervention oletettua toimintalogiikkaa. Seuraavissa analyysi- ja synteesisprosessia esittelevissä luvuissa kes-kityn terveystioskin mekanismeihin rakentaen iteratiivisesti terveystioskin asiakasrespon-siivisuuden teoriaa. Synteessin lopuksi arvioidaan tuloksia, miten eri mekanismit toimivat erilai-sissa konteksteissa. (ks. Pawson 2006, Rycroft-Malone ym. 2012.)

### Terveystioskin ohjelmateoreettiset lähtökohdat

Terveystioskin rooli terveydenhuoltojärjestel-mässä on ollut kiistanalainen ja jäsentymätön. Yhtäältä kioskit voivat parantaa kansalaisten pääsyä perusterveydenhuoltoon ja oikea-aikai-seen hoitoon. Toisaalta kioskin on kritisoitu se-koittavan järjestelmää ja avun hakemista, tuot-tavan ei-toivottua kysyntää itsehoidollisiin vai-voihin, johtavan palvelujen rinnakkaiskäyttöön

ja siten nostavan terveydenhuollon kokonais-kysyntää ja kustannuksia (Salisbury ym. 2002; Chalder ym. 2003; Thygeson ym. 2008). Ter-veystioskeja koskevissa tutkimuksissa kioskeja pidetään käyttäjänäkökuilmasta hyödyllisinä, mutta voimavarojen hallinnan näkökuilmasta ongelmallisina. Englantilaisissa terveystioski-tutkimuksissa korostuu järjestelmänäkökuilma, kun taas yhdysvaltalaisissa professionäkökuilma. Esimerkiksi Englannissa terveystioskin nähdään parantavan julkisen terveydenhuol-lon saatavuutta, mutta osa terveystioskeista on lopetettu vetoamalla tarpeettoman kysynnän tuottamiseen (Arain ym. 2013). Yhdysvalloissa on pohdittu, onko kyse perusterveydenhuollon uudesta mallista vai kaupallisesta innovaatiosta (Cassel 2012). On kyseenalaistettu, onko kioski oikea tapa vastata perusterveydenhuollon on-gelmiin vai pitäisikö keskittyä nykyisten palve-lujen kehittämiseen (Mehrotra ym. 2009).

Tutkimusten perusteella intervention keskei-simmät ongelmakohdat liittyvät siihen, miten terveystioski vaikuttaa 1) *hoidon pirstaloitumi-seen ja jatkuvuuteen* (esim. Boulton ym. 2006; Pollack ym. 2010; Garbutt ym. 2013), 2) *palvelu-jen kysyntään ja ammatilliseen työnjakoon* (esim. Hsu ym. 2003; McKinlay & Marceau 2012; Kaissi & Charland 2013) sekä 3) *eriarvoisuuteen* (esim. O’Cathain ym. 2009; Pollack & Armstrong 2009; Langer ym. 2013). Hoidon jatkuvuuden näkökuilmasta kioskin on pelätty heikentävän potilas-lääkärisuhdetta, hoidon koordinoitua ja integrointia vaarantamalla hoidollisen koko-naisvastuun (*’medical home’*). Yhdysvalloissa kioski koetaan myös liiketaloudelliseksi uhaksi. Erityisesti lääkärien edunvalvontaorgani-saatiot ovat huolissaan hoidon pirstaloitumi-sesta, mutta hoitajille kioski on ammatillisen

kehittämisen mahdollisuus (Pope ym. 2005; Rudavsky & Mehrotra 2010; Wilson ym. 2010), varsinkin jos kioskin palveluja laajennetaan rokotuksiin ja pitkäaikaissairauksien hoitoon. Lääkärijärjestöjen mukaan sairaanhoitajien itseenäinen vastaanotto toiminta heikentää hoidon laatua, johtaa vääriin diagnooseihin ja lääkemääräyksiin sekä jättää vaikeimmat tapaukset lääkäreille. Toisena uhkana on kaupallisten ja terveydenhuollollisten intressien sekoittuminen, jos lääkkeiden (esimerkiksi antibioottien) määräämisellä pyritään lisäämään muun toiminnan liikevaihtoa. (Garbutt ym. 2013.)

Kysynnän hallinnan perspektiivistä terveystieteiden volyyymi on pieni suhteessa muihin vastaanottoihin. Kioskin ei uskota vähentävän kysyntää, vaan pikemminkin johtavan palvelujen rinnakkaiskäyttöön. Ongelmallista myös profiloitumisen ja toiminnan kohdentumisen näkökulmasta on se, pystyykö kioski tavoittamaan huono-osaisimpia ja kohdistuvatko resurssit käyttäjien tarpeita vastaaviksi (Salisbury & Munro 2003; Chapman ym. 2004). Erityisesti Yhdysvalloissa kioskin on kritisoitu syventävän palvelujen eriarvoisuutta ja kahtiajakoa houkuttelemalla vakuuttamattomia ja alivakuutettuja edullisella ja yksinkertaisemmalla hoitomuodolla. Toisaalta vakuutusjärjestelmän ulkopuolella olevilla ei välttämättä ole minkäänlaista hoitosuhdetta tai mahdollisuutta oikea-aikaiseen hoitoon, mikä voi näkyä päivystyspalvelujen kuormittumisena (Wang ym. 2010).

Terveystieteiden oletetun toimintalogiikan ja tahattomien seurausten välinen suhde muistuttaa terveydenhuollon rautaista kolmiota (*'the iron triangle of health care'*; Kissick 1994), jonka muodostavat terveydenhuollon kustannukset, saatavuus ja laatu. Kioskien julkitavoitteet palvelujen saatavuuden ja laadun parantamisesta sekä tehokkaammasta voimavarojen hallinnasta kuvaavat terveydenhuollon kehittämiseen liittyvä problematiikka ja tavoitteiden välistä universaalia jännitettä. Kissickin (1994) mukaan yhden osa-alueen muuttaminen heijastuu myös kolmion muihin osa-alueisiin, yleensä negatiivisesti. Esimerkiksi saatavuuden parantaminen yleensä lisää kustannuksia. Vaikka terveystieteiden ei ole varsinainen toimintapolitiittinen ohjelma, liittyy se kuitenkin keskeiseen politiikkaongelmaan eli terveydenhuollon huonoon saatavuuteen. Molempien maiden terveystieteiden

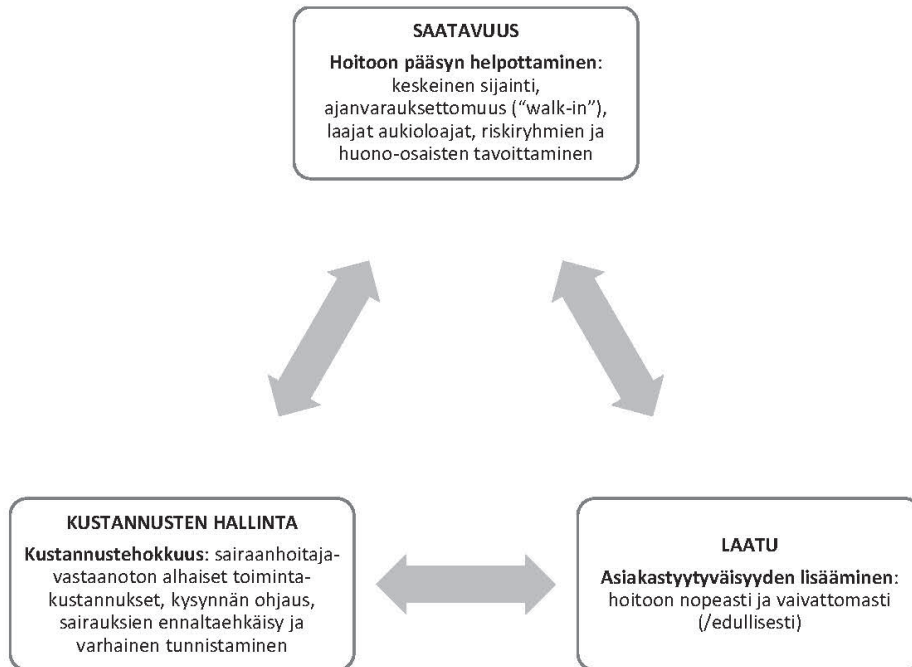
toiminta-ajatus eli ohjelmateoreettinen logiikka (kuvio 2) heijastaa yleistä terveydenhuollon reformipolitiikan asiakas- ja kustannusajattelun agendaakin kuin Suomessakin: palvelujen joustavuus ja parempi segmentointi tarpeita vastaaviksi lisäävät palvelujen kustannustehokkuutta ja laatua (esim. STM 2011).

Olen muotoillut terveystieteiden ohjelmateoreettiset lähtökohdat primääritutkimuksissa kuvatuista terveystieteiden yleisistä tavoitteista sekä esiteoreettisen ymmärryksen avulla. Tulkitsen hoitopääsyn helpottamisen ja asiakastyytyväisyyden tavoitteet terveystieteiden *asiakasresponsiivisuuden* ideaksi, ja vastaavasti kustannustehokkuuden ja kysynnän hallinnan tavoitteet *kustannushallinnan* pyrkimyksiksi. Terveystieteillä on lähtökohtaisesti yritetty vastata kansalaisten tarpeisiin ja toiveisiin helpommasta ja nopeammasta hoitopääsystä, minkä puolestaan uskotaan tuottavan asiakastyytyväisyyttä, terveydellisiä ja taloudellisia hyötyjä vähentäen sairaanhoidollisia kustannuksia. Taustalla on ajatus paremmasta voimavarojen hallinnasta tunnistamalla eri palvelumuotojen ydinkompetensseja, esimerkiksi helpottamalla lääkäri- ja päivystyspalvelujen<sup>2</sup> patoutunutta kysyntää ohjaamalla vähemmän kiireelliset käynnit kioskiin. Terveydenhuollon kehittämiseen liittyy aina valintoja ja kompromisseja. Ohjelmateoreettisena kehiksenä olisi siksi voinut toimia myös palvelujen saatavuuden, kustannustehokkuuden, tai kansanterveyden näkökulma, mutta asiakasresponsiivisuuden käsitteen alla pystyn tarkastelemaan näiden näkökulmien välisiä jännitteitä.

### Analyysin ja synteessin toteuttaminen

Analyysin ja synteessin tarkoituksena on kehittää terveystieteiden ohjelmateoriaa. Ohjelmateoriaa kehitetään CMO-asetelman (*'context-mechanism-outcome'*) mukaisesti tunnistamalla ja liittämällä kontekstit, mekanismit ja tulokset toisiinsa sekä analysoimalla tuloksia kriittisesti suhteessa teoriaan (Pawson 2002; Wong ym. 2013). Konteksti viittaa tässä eri maiden terveystieteiden toimintaympäristöihin, ja mekanismit ovat tekijöitä, rakenteita tai prosesseja, jotka tuottavat intervention tavoiteltuja tai tahattomia tuloksia (vrt. Pawson & Tilley 1997).





Kuvio 2. Terveyskioskien ohjelmateoreettinen logiikka: mitä, miten, kenelle? (Kissickin 1994 terveydenhuollon rautaista kolmiota mukaillen).

Terveyskioskin ohjelmateorian kolmen teeman (*saatavuus, laatu, kustannushallinta*) ympärille muodostettiin analyttiset tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat analyysia sekä synteysin muodostamista. Tiedon poiminnan (*'data extraction'*) tarkoitus on avustaa analyysia ja synteysiä. Julkaisuista käytiin läpi abstrakti, johdanto sekä päätelmät. Tuloksista muodostettiin maakohtainen sitaattikokoelma, ns. raaka-aineisto. Aineiston analyysissa kiinnitettiin huomiota sellaisiin tutkimustuloksiin, jotka tuovat esiin tavoitteiden ja käytännön välisiä jännitteitä. Tuloksena syntyivät maakohtaiset synteetit. Tästä aineistosta etsittiin yhteisiä ja yleisiä mekanismeja kuvaamaan terveyskioskin toiminnan onnistuneisuutta eri konteksteissa. Analyysiprosessi oli samaan aikaan induktiivista että deduktiivista, mutta retroduktiivisen päättelyn avulla selvitetiin mekanismeja, joilla pintatason ilmiöt kytketään syvemmillä tasolla oleviin kausaaliisiin syihin (Lawson 1997; Pakarinen 2008). Koska analyysin kohteena on intervention sijaan sen ohjelmateoria, aineistoa

voi täydentää analyysivaiheessakin (Korteniemi & Borg 2008.). Analyysin pohjalta syntyi synteesi terveyskioskien toimintamekanismeista sekä ohjelmateorian teemoista 'nousevat' teoriat (*'emerging theories'*, ks. Pawson 2002).

Synteetin perustehtävänä on jalostaa ohjelmateoriaa, mutta metodologisissa oppaissa (esim. Wong ym. 2014) ei varsinaisesti määritellä kuinka synteesi muodostetaan, vaan lähinnä minkä suhteen synteisiä tehdään. Se muodostuu vertailemalla *'miten ohjelman piti toimia'* suhteessa *'empiiriseen evidenssiin käytännön erilaisissa tilanteissa'* mukaillen CMO-asetelmaa (Wong ym. 2014). Tein synteetin vertailemalla terveyskioskeille asetettuja tavoitteita terveyskioskitutkimusten tuloksiin. On huomattava, että jonkinlaista synteisiä on jouduttu tekemään jo alkuperäisissä tutkimuksissa, myös maakohtaisessa katsauksessa ja varsinaisen tutkimuskatsauksen päätelmissä. Metasynteesi on tulkinnan tulkintaa: primääritutkimuksen tutkija on tulkinnut tuloksia oman ymmärryksensä ja analyytisiensa perusteella, ja metasynteetin tutkija

tulkitsee näitä primääritutkimuksia tehdessään synteisiä (ks. Korhonen ym. 2013).

Vaikka Pawson (2006) painottaa lumipallopomenetelmän ja konsultaation merkitystä, ei tässä tutkimuksessa ollut tutkimusekonomista syistä mahdollista laajentaa hakua. Iteratiivisen prosessin mukaisesti tehtiin analyysivaiheessa joitakin täydentäviä täsmähakuja (vrt. Wong ym. 2013; 2014) ja saturaatiopiste saavutettiin. Koska tämä artikkeli on kirjoitettu yksin ja osana tutkijan väitöskirjaa, on synteesin laajuutta ja syvyyttä jouduttu rajaamaan. Haku rajoittui vain yhteen tietokantaan ja intervention toiminnan onnistuneisuutta tarkasteltiin yhdestä käsitteellisestä näkökulmasta, vaikka analyysivaiheessa siihen olisi voitu ottaa mukaan esimerkiksi terveystieteiden ja päätöntekijöiden näkemyksiä.

## ANALYYSI

### Saatavuus: kenen pääsyä terveydenhuoltoon terveystieteiden kioskien käyttö helpottaa?

Terveydenhuollon tavoitteena oli riskiryhmien ja palvelujen ulkopuolella olevien tavoittaminen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa kioskien odotettiin vastaavan vakuutusjärjestelmän ulkopuolella olevien tarpeeseen helpommasta ja edullisemmasta hoitopäätöksestä. Yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmasta sijainnilla on tärkeä merkitys. Kioskit niin Yhdysvalloissa kuin Englannissakin sijaitsevat hyvin toimeentulovien asuinalueilla eikä sosiaalisesti tai taloudellisesti deprivoituneimmilla alueilla. Kioskia käyttävät pääsääntöisesti terveen nuoret, valkoiset keskiluokkaiset potilaat, jotka tiesivät mitä tarvitsevat (Chapman ym. 2004; Jackson ym. 2005). Helppo pääsy voi olla heille preferenssinä. Kioski tavoittaa parhaiten keskiluokkaisen urbaanin väestön eikä niinkään palvelujen ulkopuolella olevia (Pollack & Armstrong 2009; Rudavsky & Mehrotra 2010). Siksi tutkimuksissa kyseenalaistetaan se, mihin tarpeeseen kioskien käyttö vastaa, millä tavalla se parantaa terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta, kustannustehokkuutta tai vaikuttavuutta (Chapman ym. 2004; Langer ym. 2013).

Järjestelmän näkökulmasta toinen tärkeä kysymys on millaiseen palvelujen käyttöön terveystieteiden kioskien käyttö vaikuttaa. Terveystieteiden

palvelujen organisoimisen ongelmia ovat ennakoimattomat (*unscheduled care*) ja väärin ohjautuneet käynnit. Esimerkiksi pitkäaikaissairaat saattavat käyttää päivystyspalveluja saadakseen tarvitsemaansa hoitoa (Langer ym. 2013). Vakuutusperusteisessa terveydenhuollossa ongelmallista on palvelujen rajoittunut kattavuus ja patoutunut päivystyspalvelujen kysyntä. Päivystystä käytetään väärin syistä (Cassel 2012), koska se ottaa vastaan kaikki potilaat ja on auki myös vastaanottoaikojen ulkopuolella. Terveystieteiden ei pystyttyä puuttamaan varhaisessa vaiheessa, jolloin ongelmia hoidetaan väärin paikassa kalliisti. Perusterveydenhuollon heikosta asemasta johtuen yksi kioskien tulevaisuuden mahdollisuus voisi olla yhteistyö julkisten terveystieteiden kanssa, mutta kioskien ansaintalogiikkaan kuuluu mahdollisimman laajan maksukykyisen asiakassegmentin tavoittaminen (Pollack & Armstrong 2009; Rudavsky & Mehrotra 2010). Terveystieteiden kioskien käyttöä haluttiin vähentää päivystyskäyttöä, mutta se toikin vaihtoehdoisen paikan lisää. Päivystyspalveluissa pääsyä ja kysyntää pyritään yleensä rajoittamaan, mutta terveystieteiden toimii täysin vastakkaisella logiikalla. Julkisessa terveydenhuollossa ihmisten houkuttelemisen 'kävelemään sisään' sopii toki yksilöllisiin vaatimuksiin helposta hoitopäätöksestä, mutta vaikuttaakseen muihin järjestelmän osiin tarvittaisiin kulttuurista asennemuutosta koko järjestelmään (Salisbury ym. 2007). Kioski heijastaa ideologiaa, joka korostaa valinnanvapautta ja asiakasresponsiivisuutta, mahdollisimman joustavia ja palvelujen käyttäjien erilaiset preferenssit huomioonottavia vaihtoehtoja (Boulton ym. 2006). Kioskit lähinnä kiinnittävät huomiota hoitopäätöksen ongelmiin ja voivat siten edistää muiden palvelujen saatavuutta ja asiakasresponsiivisuutta (Starfield 2009). Tutkimusten perusteella kioskien integrointi järjestelmiin on tuottavaa. Kioski helpottaa hoitopäätöksiä, mutta ei välttämättä niiden, joilla on suurimmat terveystarpeet.

### Laatu: miksi käyttäjät ovat tyytyväisiä?

Palvelujen laatu on laaja käsite, jolla ymmärretään näkökulmasta riippuen eri asioita. Laatu voidaan määritellä palvelun sopivuutena asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin, tai laatu voi viitata virheettömyyteen, prosessiin, kokonaisuuteen

tai yhteiskunnallisiin vaikutuksiin (ks. Lumijärvi & Jylhäsaari 1999). Terveyskioskitutkimuksissa laatu korostuu usein tuotantokeskeisesti mitaten asiakastyytyväisyyttä tai diagnosoinnin täsmällisyyttä. Asiakasresponsiivisuuden ideaa vasten asiakkaiden tyytyväisyyttä on erityisen kiinnostavaa tarkastella laadullisena ominaisuutena, eli kykyä tyydyttää asiakkaan tarpeet. Mitkä ovat ne terveyskioskin toimintamekanismit, jotka johtavat tyytyväisyyteen tai mitä tyytyväisyys kertoo nykyisen järjestelmän puutteista?

Asiakastyytyväisyys näyttäisi olevan ainoita terveyskioskin tuottamia kiistattomia hyötyjä, joista tutkimukset ovat yhtä mieltä. Käyttäjien tyytyväisyyden tärkeimpinä syinä pidetään nopeaa ja vaivatonta hoitoonpääsyä (Arain at al. 2013), mutta tyytyväisyys on suhteutettava odotuksiin, kustannuksiin ja siihen kenen tai millaisiin tarpeisiin terveyskioski vastaa. Tutkimuksissa otetaan esiin kysymykset potilaan valinnanvapaudesta ja kyvystä valita oikea hoitopaikka (Wilson ym. 2010). Vaikka responsiivisuus ja potilaiden preferenssit on asetettu muodollisesti etusijalle, ei kuitenkaan paikallisia tarpeita ole tutkittu etukäteen (Chapple ym. 2001; Chalder ym. 2007). Asiakasnäkökulma voi jäädä professionaalisten näkemysten alle, jos kioskia kehitetään yhtenäisenä brändinä eikä paikallisiin tarpeisiin (Salisbury ym. 2002).

Julkisen terveydenhuollon kontekstissa helpon pääsyn pelätään nostavan kansalaisten odotuksia tai potilaiden pettyvän suppeaan palveluvalikoimaan (Pope ym. 2005). Markkina-perusteisessa järjestelmässä kioskin on jo lähtökohtaisesti kyettävä vastaamaan kuluttajien tarpeisiin ja odotuksiin pärjätäkseen markkinoilla. Kioskin idea perustuu asiakassegmentointiin ja liiketaloudellisiin intresseihin (McKinlay & Marceau 2012). Terveyskioskin käyttäjät ovat tyytyväisiä ajanvarauksettomuuteen, helppoon sijaintiin, selkeään ja edulliseen hinnoitteluun (Wang ym. 2010). Kuluttajalle palvelun pääsemiseen käytetty aika on myös kustannuskysymys, sillä maksava asiakas laskee omalle ajallensa arvon. Julkispalveluissa puolestaan arvoa määritetään optimaalisena resurssien käyttönä.

Kioski hoitaa pikkuvaivat ja huolet käyttäjille sopivana aikana ja kätevässä paikassa. Käyttäjien tyytyväisyys kertonee siten myös epäkohdista hoitojärjestelmässä, joka voi näyttäytyä palvelujen käyttäjille hyvinkin monimutkaisena.

Tutkimusten mukaan pitäisi enemmänkin pohdita sitä, miksi kioski on niin suosittu palvelumuoto (Hsu ym. 2003). Esimerkiksi Englannissa helpompi pääsy saattoi vähentää potilaiden ahdistuneisuutta ja huolta (Jackson ym. 2005), kun taas Yhdysvalloissa kioskia käyttivät ne, joilla on varaa valita helpompi pääsy hoitoon. Tutkimustulokset nostavat esiin terveydenhuollon responsiivisuuden ja eriarvoisuuden jännitteiden, mutta myös sen, millaisiin odotuksiin terveydenhuollon halutaan vastaavan.

### **Kustannushallinta: miten terveyskioski vaikuttaa kustannuksiin ja muiden palvelujen käyttöön?**

Julkishallinnossa saatavuuden parantaminen ja terveydenhuollon kustannusten parempi hallinta ovat tärkeitä poliittisia imperatiiveja. Pelkkien kustannusten vertailu ei olisi mielekäästä eikä edes mahdollista järjestelmäeroista johtuen. Iso-Britannia ja Suomi muistuttavat toisiaan siten, että niissä on valtion subventoima universaali julkinen terveydenhuolto, mutta Britanniassa palvelujen järjestämisvastuu on erilainen ja terveyspalvelujen käyttäminen edellyttää kansalaisten rekisteröitymistä. Molemmissa maissa terveyskioski on ilmainen ja avoin kaikille. Tutkimusasetelman kannalta on kiinnostavampaa tarkastella välittömien kustannusten sijaan terveyskioskin kustannushallinnan ideaa eli miten tutkimuksissa jäsennetään kioskin mahdollinen vaikutus terveydenhuollon kysynnän ja menojen kasvun hillitsemiseen.

Englantilaisissa tutkimuksissa (Hsu ym. 2003; Chapman ym. 2004; Pope ym. 2005; Barnes ym. 2013) nousee esiin voimavarojen allokointiin liittyvät jännitteet eli mitä kioskin resursseilla voitaisiin tehdä muualla. Vaikuttavuutta korostavien tutkimusten mukaan kioskin tuottamia hyötyjä pitäisi tarkastella kokonaisvaltaisesti ja pitkällä aikaperspektiivillä. Englannissa terveyskioskilla on suhteellisen korkeat kustannukset verrattuna muihin vastaanottoihin eikä se ole vähentänyt odotetusti muiden lähipalveluiden kysyntää (Salisbury ym. 2007; O’Cathain ym. 2009). Kustannushallinnan näkökulmasta tulisi täsmentää kioskin rooli järjestelmässä ottamalla paremmin huomioon paikalliset tarpeet, prioriteetit ja taloudelliset tekijät (Salisbury ym. 2002; Chapman ym. 2004). Rajalliset voimavarat

pakottavat tarpeiden priorisointiin, joten kioskin kustannustehokkuus riippuu siitä, miten koko järjestelmä toimii, kuinka hyvin käyttäjien tarpeet ja odotukset tunnistetaan.

Terveydenhuollon kokonaiskustannusten kannalta olennaista on myös se, miten kioski vaikuttaa muihin palveluihin, korvaako vai lisääkö se muiden palvelujen käyttöä. Osa Englannin kioskeista on suljettu, koska ne eivät vähentäneet NHS:n palvelukysyntää (Arain ym. 2013). Yhdysvalloissa puolestaan terveydenhuoltouudistuksen uskotaan lisäävän kioskien kysyntää, koska perusterveydenhuollon palveluista ja yleislääkäreistä on pulaa. Matalan kustannusrakenteen vuoksi kioski pystyy tarjoamaan huomattavasti edullisempaa hoitoa kuin muut palveluntuottajat (Ashwood ym. 2011), mutta kapean palveluvalikoiman ja asiakassegmentin vuoksi kioskit toiminta on vaikeasti kannattavaa. Kioskit ovat ketjuuntuneet ja luoneet kumppanuussuhteita sairaaloihin ja lääkäreihin. Volyymiltaan kioski on vielä pieni, joten kokonaisvaikutus kysyntään ja kustannuksiin on vähäinen. (Weinick ym. 2010; Mehrotra & Lave 2012.) Kioskit voivat ohjata kysyntää kahdessa mielessä: korvaamalla vaikeapääsyisen lääkärikäynnin tai tarpeettoman päivystyskäynnin (Wang ym. 2010). Kysynnän hallinnassa ensisijaista on se, mihin potilaat olisivat menneet jos kioskia ei olisi ollut. Kioski voi toimia hoitojärjestelmän 'sisäänheittäjänä' tai 'varaventiilinä', esim. julkista palveluverkkoa täydentävänä palveluna (Burns ym. 2011; Ashwood ym. 2011). Laajempi välillisiin kustannuksiin ja vaikuttavuuteenkin liittyvä kysymys on se, korvaako terveyskioski käynnin muualla vai hoidetaanko kioskissa etupäässä itsehoidollisia sairauksia (Ashwood ym. 2011). Kriittisimpien näkemysten mukaan terveyskioski tarjoaa episodityyppistä hoitoa pikkuvaivoihin eikä siten voi vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksia alentavasti (Thygeson ym. 2008; Burns ym. 2011). Potilaat eivät halua korvata lääkäriään, vaan kioskia käytetään muiden palvelujen rinnalla (Chalder ym. 2003; Jackson ym. 2005; Maheswaran ym. 2007; Wang ym. 2010).

Kustannushallinnan ja vaikuttavuuden arvioinnissa näkökulmalla on merkitystä. Potilaalle terveyskioskikäynti ei välttämättä ole turha, vaikka se sitä lääketieteellisesti olisikin. Psykososiaalisen tuen tarve (O'Cathain ym.

2007; Salisbury 2007) voi kertoa myös vastaamattomasta kysynnästä (Maheswaran ym. 2009). Lievien äkillisten sairauksien hoitaminen heti on yhteiskunnallisestikin tärkeää, koska kansalaisten hyvinvointi on tuottavuuden edellytys (Morgan ym. 2012). Palveluun käytetty aika on kustannus paitsi asiakkaalle, myös työnantajalle ja vakuutusyhtiölle, minkä vuoksi nopeampaa pääsyä pidetään tehokkaana ratkaisuna. Terveydenhuollossa tarpeet ja voimavarat ovat epätasapainossa. Siksi terveyskioskin kustannushallinnankin arvioinnissa on kiinnitettävä huomio voimavarojen käyttöön, palvelukokonaisuuteen ja eri käyttäjäryhmien erilaisiin palvelunkäyttötapoihin.

### SYNTEESI: META-ANALYYSIN PÄÄTELMÄT

Synteesi tiivistää meta-analyysin tulokset ja havainnollistaa terveyskioskin konteksti-mekanismi-tulos -asetelmaa. Tutkimustehtävänä oli selvittää, kuinka terveyskioski onnistuu vastaamaan kansalaisten tarpeisiin ja ratkaisemaan perusterveydenhuollon palvelutuotannon ongelmia. Terveyskioskien ohjelmateoreettisena lähtökohtana oli terveyspalvelujen asiakasresponsiivisuuden parantaminen. Kansainvälisistä terveyskioskitutkimuksista analysoimalla etsittiin terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden idean toteutumiseen liittyviä jännitteitä. Päätelmät ovat kahden tasoisia: analyysin tulosten synteesi ja siitä johdetut teoreettiset metodologiset johtopäätökset.

### Terveyskioskin toimintamekanismit: miten asiakasresponsiivisuuden idea toteutuu?

Yhtenä tavoitteena oli selvittää terveyskioskin toimintamekanismeja ja sen tavoitteiden toteutumiseen liittyviä jännitteitä. Terveyskioski perustuu ajatukseen, että hoitoonpääsy parantuu, kun muutetaan tapaa tarjota palveluja: lisätään avointa vastaanottoa ja madalletaan palvelukynnystä sijainnin ja hinnan avulla. Kioskin ideaalisena tavoitteena on palvelujen saatavuuteen liittyvän eriarvoisuuden ja marginaalisuuden vähentäminen. Terveyskioski on yritys tavoittaa riskiryhmiä ja huono-osaisia, mutta kioski ensisijaisesti helpottaa suhteellisen hyvinvointien hoitoonpääsyä. Tutkimusten perusteella terveyskioskia pidetään irrallisena ratkaisuna

terveyspalvelujen saatavuuden ongelmaan ja perusterveydenhuollon vahvistamiseen. Kioski tuo pääasiassa esiin sen, kuinka tärkeänä asiana asiakkaat arvostavat helppoa ja nopeaa pääsyä hoitoon. Englannissa kyseenalaistetaan terveysterveyskioskin vaikutus muiden palvelujen kysyntään (*'demand-side'*), kun taas Yhdysvalloissa tulee esiin kioskin vaikutus muiden palvelujen tarjoamistapoihin (*'supply-side'*). Saman tyyppistä matalan kynnyksen toimintaa voisi tuoda jo olemassa oleviin palveluihin. Saatavuuden ja vaikuttavuuden näkökulmasta olennaista on, kenen pääsy terveysterveyskioski ensisijaisesti parantaa ja millaisiin terveysongelmiin se vastaa. Hyötyjen arvioinnissa on huomioitava laajemat yhteiskunnalliset hyödyt, ja kiinnitettävä huomio sairauksien ennaltaehkäisyyn ja aikaiseen tunnistamiseen, mikä saattaa tuottaa välillisiä vaikutuksia (ks. Barnes ym. 2013).

Asiakasnäkökulmasta terveysterveyskioskin suosiota ja asiakastyytyväisyyttä näyttäisi eniten selittävän palvelun tarjoamistapa. Tässä mielessä terveysterveyskioski onnistuu matalan kynnyksen palvelumallina, jossa hoitoa saa nopeasti ja joustavasti. Kioskien lähtökohtana pidetään kansalaisten palvelutarpeisiin vastaamista, mutta tutkimuksissa korostuu perinteinen järjestelmäkeskeinen ajattelutapa. Englantilaisissa tutkimuksissa kritisoidaan, että NHS:n kioskille asettamat centralisoidut tavoitteet eivät ota huomioon paikallisia tarpeita, ja Yhdysvalloissa arvostellaan kioskin lisäävän konsumerismia eikä vähentävän terveydenhuollon eriarvoisuutta. Asiakastyytyväisyys nähdään vasta toissijaisena palvelujen integraation ja kysynnän hallinnan kannalta, vaikka käyttäjänäkökulmasta tyytyväisyys voi kertoa nykyisen järjestelmän puutteista.

Kustannushallinnan näkökulmasta kioskien mekanismit eroavat eniten. Englannissa kioskin käyntikustannukset ovat korkeat, mutta asiakkaalle käynti ilmainen. Yhdysvalloissa kioskin käyntikustannukset ovat alhaiset ja myös asiakkaalle hinta edullisempi kuin muualla. Julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa asiakasresponsiivisuuden parantaminen kytkeytyy niukkoihin resursseihin, poliittiseen päätöksentekoon ja kompromisseihin, jossa valintoja on tehtävä poliittisen kannatuksen, kustannussäästöjen, hyväksyttävän palvelutason ja kansalaisten odotusten välillä. Hoitoonpääsyn helpottaminen voi tulla kalliiksi, jos se ei vähennäkään

muiden palvelujen käyttöä. Vakuutusperustaisessa terveydenhuollossa asiakasresponsiivisuus kytkeytyy konsumerismiin, palvelujen kattavuuteen ja kannattavuuteen: kioski vastaa vain kapeaan markkinasegmenttiin, jolla ei ole laajempaa kansantaloudellista merkitystä. Molemmissa maissa kioski lähinnä täydentää palveluverkostoa eikä korvaa muiden palvelujen käyttöä, mutta sijainniltaan erityyppisillä kioskeilla voi olla erilaisia vaikutuksia muihin palveluihin.

Kysynnän hallinnan näkökulmasta matalan kynnyksen odotetaan nostavan kynnystä muiden palvelujen käyttöön eli toimivan sisäänheittäjän sijasta järjestelmän portinvartijana. Jotta se onnistuisi, olisi ymmärrettävä avun hakemisen esteitä: mihin käyttäjät olisivat menneet tai mitä tehneet, jos kioskia ei olisi ollut? Olisivatko he käyttäneet päivystystä tai myöhentäneet hoitoon hakeutumista? Kioski näyttäisi vastaavan ainakin nykyisten käyttäjien tarpeisiin, mutta järjestelmän näkökulmasta toiminta kohdistuu ongelmallisesti, jos se vähentää itsehoitoa ja lisää palvelukysyntää.

### **Ohjelmateorian testaaminen: liittyvätkö asiakasresponsiivisuuden jännitteet terveydenhuoltojärjestelmään?**

Tutkimuksen toisena tavoitteena oli terveysterveyskioskin asiakasresponsiivisuuden idean testaaminen ja uudelleenmuotoilu. Tutkimuskatsauksen evidenssi antaa aihetta muotoilla terveysterveyskioskin ohjelmateoriaa. Analyysin pohjalta on muotoiltu terveysterveyskioskien asiakasresponsiivisuutta selittävät mekanismit ja tulokset (taulukko 3). Koska sosiaalinen toiminta perustuu säännönmukaisuuteen, voidaan olettaa, että samantapaiset toiminnan mekanismit toimivat myös toisenlaisissa konteksteissa (vrt. Pawson ym. 2014, Pawson ja Tilley 1997).

Asiakasresponsiivisuuden onnistumisen ja erityisesti yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmasta hoitoonpääsyn keskeinen mekanismi on se, miten hyvin paikallisiin palvelutarpeisiin kyetään vastaamaan. Palvelukynnyksen madaltamisen mekanismi toimii asiakasnäkökulmasta tuottaen asiakastyytyväisyyttä, mutta terveydenhuoltojärjestelmän ja -politiikan vaikuttavuuden näkökulmasta ratkaisu on monisyisempi. Terveysterveyskioski ei tavoittanut niitä, joilla on suurimmat terveystarpeet. Kustannus-

**Taulukko 3.** Terveyskioskien asiakasresponsiivisuuden toteutumisen keskeiset elementit ja toiminnan mekanismit.

Konteksti	Mekanismi	Tulos
Terveyskioskien toimintaympäristöt, johon vaikuttavat mm. terveydenhuoltojärjestelmä ja -politiikka (yks./julk., rahoitus, kattavuus, järjestämisvastuut, professioiden roolit, sairaanhoitajan asema), palvelurakenne (esh/ pth, työnjako, institutionaalinen integraatio), terveyspalvelujen käyttö, käyttäjät, terveysriskit jne.	Toiminnan fokuusointi, kohderyhmän valinta ja tarpeiden tunnistaminen	Hoitoonpääsy ( <i>vaikuttavuus/terveyshyöty?</i> )
	Palvelukynnyksen madaltaminen, toimintamallin muuttaminen: sijainti, aukioloajat, ajanvaraus	Asiakastyytyväisyys
	Kysynnän ohjaus, työnjaon uudistaminen, asiakas- ja toimintakustannusten alentaminen (hinta asiakkaalle, matala organisaatio ja suppea palveluvalikoima), sairauksien ennaltaehkäisy)	Kustannushallinta

hallinnan onnistuminenkin riippuu siitä, mil-laisiin tarpeisiin vastataan, miten kioskki vaikuttaa muiden palvelujen käyttöön ja miten se on integroitu osaksi muuta järjestelmää.

Terveydenhuoltojärjestelmien eroista huolimatta asiakasresponsiivisuus on alisteinen kustannushallinnan tavoitteeseen nähden. Kontekstuaaliset tekijät näyttäisivät tuottavan mekanismeja, joissa järjestelmäkeskeisyys korostuu ja käyttäjänäkölumä jää kapeaksi. Tämä voi heijastaa terveydenhuollon paternalistista ja hierarkkista suhdetta käyttäjään. Kioskin vaikutus hoitoon pääsyyn määritettiin suhteessa nykyisiin palvelurakenteisiin ja käytäntöihin. Asiakasresponsiivisuus käsitteellistyi terveyskioskitutkimuksissa joko liiketoimintaa vahvistavaksi asiakasajatteluksi (*customer convenience*) tai vastaavasti palvelun organisoitavaksi, palvelumalliksi, joka tarjoaa matalan kynnyksen järjestelmään (*easy accessible*). Toimintapoliittisesti terveyskioskin asiakasresponsiivisuus liittyi Iso-Britanniassa terveydenhuollon modernisoinnin (saatavuuden parantaminen, valinnanvapaus) ja voimavarojen hallinnan (kasvaneet tarpeet ja odotukset, priorisointi) välisiin jännitteisiin. Yhdysvalloissa responsiivisuus kietoutui yhteen terveydenhuollon konsumerismin (asiakkaiden odotuksiin ja markkinakysyntään vastaaminen), kustannushallinnan ja eriarvoisuuden ristiriitoihin. Terveyskioskin uskottiin olevan 'käänteentekevä'

palveluinnovaatio (*disruptive innovation*), joka edistää terveydenhuollon uudistamista laadukkaammaksi tarjoamalla edullista, yksinkertaista ja asiakkaille sopivaa palvelua (ks. esim. Christensen 2000; Hwang & Mehrotra 2013).

Yksi intervention selkeä seuraus on, että terveyskioski kiinnittää huomion hoitoonpääsyn epäkohtiin. Kioskin käyttö voi kertoa vaikeasta hoitoonpääsystä muualla, ohjauksen puutteesta tai psykososiaalisen tuen tarpeesta (ks. Kork & Vakkuri 2013). Oleellista on tällöin toiminnan kohdentuminen, mihin ja millaisiin tarpeisiin pyritään herkemmin vastaamaan. Asiakasresponsiivisuuden onnistuminen vaatii palvelukokonaisuuden ja -tarpeiden laaja-alaista tarkastelua, ts. missä tarvitaan helpompaa pääsyä, joka tuottaisi maksimaalisen terveys-hyödyn. Terveyskioskien asiakasresponsiivisuuden idea on kunnianhimoinen yritys ratkaista samanaikaisesti monitasoisia kompleksisia terveydenhuollon ongelmia: saatavuutta, laatua, kustannustehokkuutta. Tämä herättää kysymyksen asiakasresponsiivisuuden päämäärästä: mitä sillä itseasiassa tavoitellaan? Hoitoonpääsyn helpottaminen on tavoiteltavaa, erityisesti jos tuloksena ovat paremmat palvelut, jotka vastaavat oikea-aikaisesti palvelujen käyttäjien kokemuksiin tarpeisiin. Voimavarojen hallinnan kannalta asiakasresponsiivisuuden taas odotetaan vähentävän painetta ja tarvetta muihin raskaampiin palveluihin. Nämä jännitteet selittävät osaltaan

mahdollisuuksia, miten terveystulos voi onnistua tavoitteessaan tai miksi sen ohjelmateoria tuottaa ristiriitaisia tuloksia eri konteksteissa.

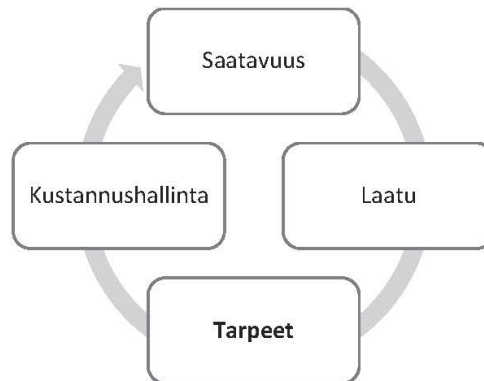
### **Implikaatio: miten voisimme ymmärtää paremmin terveydenhuollon asiakas-responsiivista kehittämistä?**

Realistinen synteesi tarjoaa kokonaisvaltaisen tulkinnan terveystuloskin asiakasresponsiivisuudesta eri konteksteissa eikä politiikasta erillisenä instrumenttina. Synteesi ei kuitenkaan voi sisältää kaikkia mahdollisia tutkimuksia, kaikkea tietoa ei ole saatavissa eikä intervention vaikutavuuden rajoja tai toiminnan olosuhteita voida täysin ennakoida. Osa meta-analyysia on valintojen ja priorisoinnin tekeminen, minkä vuoksi tehtyihin tulkintoihin liittyy epävarmuutta ja toimintasuosituksiakin on tulkittava varovaisesti (Pawson 2006). Sen sijaan, että olisi arvioitu toimiiko kiosk, on tässä pyritty tuomaan esiin asiakasresponsiivisuuden kompleksisuus ja mekanismeihin liittyvä jännitteisyys. Tämä tietämys voi hyödyntää asiakasresponsiivisten interventioiden toimeenpanossa ja kohdentamisessa.

Terveydenhuoltouudistuksissa palvelujen halutaan vastaavan tehokkaammin kansalaisten tarpeisiin. Vaikka responsiivisuuden idea on julkisten hyvinvointipalvelujen ytimessä, on palvelun oltava taloudellisesti perusteltavissa. Onko palvelujen asiakasresponsiivisuuden parantamisessa siis kyse ensisijaisesti perusterveydenhuollon laadullisesta kehittämisestä vai voimavarojen tehokkaammasta käytöstä? Makrotasolla

asiakasresponsiivisuutta määrittävät poliittiset ja kulttuuriset tekijät, mutta mikrotasolla taloudelliset ja inhimilliset voimavarat (Vigoda 2000). Terveystulos on vain yksi esimerkki asiakasresponsiivisten palvelumuotojen kehittämisestä. Sen ohjelmateoreettinen malli muistuttaa terveydenhuollon palvelujen saatavuuden, laadun ja kustannushallinnan kehittämisen rautaista kolmiota (ks. Kissick 1994), jossa yhden kolmion kärjen parantaminen vaikuttaa heikentävästi muihin.

Tämän tutkimuksen perusteella kolmion kärkien välinen suhde on puutteellinen ja riittämättömän kuvaamaan terveydenhuollon asiakasresponsiivisuuden kehittämistä. Ensiksikin, analyysi antoi viitteitä siitä, että asiakasresponsiivisuuden perusasetelma on terveystuloskitutkimuksissa käsitetty suppeasti. Kolmiomallinen ajattelutapa voi heijastaa yleisesti terveydenhuoltotutkimuksen positivistista maailmankuvaa, jossa ollaan ensisijaisesti kiinnostuneita mitattavista seurauksista. Asiakasresponsiivisuutta määrittävät myös muut tekijät kuin saatavuuden, laadun ja kustannustehokkuuden elementit. Siihen kietoutuu yhteen terveystulospolitiikka, terveydenhuoltojärjestelmä, väestön terveystulosriskit, palvelunkäyttötavat ja asiakastyytyväisyys (Aday & Andersen 1974). Kehittäminen ei toteudu kolmion asetelman mukaisena lineaarisena mallinnuksena, vaan interventioilla on riskittäisiä, laajoja ja pitkän aikavälin vaikutuksia. Kolmion sijaan asiakasresponsiivisuutta olisi tarkasteltava monimuotoisina, vuorovaikutteisina toimintaketjuina.



Kuvio 3. Terveydenhuollon asiakasresponsiivisen kehittämisen kehä.

Toisekseen näen, että terveydenhuollon asiakasresponsiivinen kehittäminen on pikemmin iteratiivinen ja syklinen prosessi (Kuvio 3). Uudistukset ovat emergenttejä ja kompleksisia muutoksia (vrt. Weick & Quinn 1999; Kickert 2010), joita eri toimijat tulkitsevat eri tavoin eri näkökulmista. Palvelutarpeisiin vastaamista ja mahdollisuutta saada palveluja pitäisi tarkastella resurssi- ja tulosten näkökulmien lisäksi yksilön ja järjestelmän näkökulmista (Pulkki 2012). Päätöksenteko on luonteeltaan inkrementaalista, ja muotoutuu peräkkäisistä strategisista arvovalinnoista.

Lopuksi, jotta asiakasresponsiivisuus saavutettaisiin, on palvelujen laadun ja saatavuuden parantamisen tavoitetta täsmennettävä. Terveyskioskitutkimuksissa laatu tyypistyy asiakastyytyväisyydeksi ja responsiivisuus palvelujen saatavuudeksi. Asiakasresponsiivisuuden kehittäminen edellyttää tarkempaa määrittelyä siitä, *mihin ja kenen tarpeisiin* halutaan herkemmin vastata (*responsiveness to whom/what*, kuvio 3). Tätä mekanismia ei ole riittävästi mietitty asiakaslähtöisyyttä yleisesti korostavassa reformiretoriikassa. Terveydenhuollon uudistamisessa lähtökohtana on usein palvelujen rajoittaminen ja kustannusten siirtäminen eikä arvon luominen asiakkaalle (vrt. Porter & Teisberg 2006). Interventioiden vaikuttavuus jää

pakostakin heikoksi, jos palvelun relevanssia eli kohderyhmää, väestön terveystarpeita ja sosio-kulttuurista ympäristöstä ei ole spesifioitu (ks. Chapman ym. 2004). Asiakasresponsiivisuuden kehittämisessä tulisi keskittyä kansalaisten hoitopääsyä edistäviin käytäntöihin. Erityisesti perusterveydenhuollossa ennaltaehkäiseviin palveluihin tarvitaan lisää asiakasresponsiivisia palvelumalleja. Ei ole yllätys, että asiakkaat ottavat terveystioskin vastaan positiivisesti, koska se tarjoaa jotakin sellaista, mitä järjestelmä ei ole aiemmin pystynyt heille tuottamaan.

## VIITTEET

<sup>1</sup> Perusterveydenhuollolla on erilaisia merkityksiä, käsitteitä ja rooleja eri maissa. Käytän tässä Starfieldin (1994) määritelmää. Sen mukaan perusterveydenhuolto on ensiasteen kontakti, joka tarjoaa väestön tarpeisiin kokonaisvaltaista hoitoa potilaskeskeisesti ja ongelmalähtöisesti (ei vain diagnoosin perusteella), ja jossa korostuu hoidon saatavuuden, koordinoinnin ja jatkuvuuden elementit.

<sup>2</sup> Tässä artikkelissa käytetään yhteisnimityksenä päivystyspalvelut vastineena englanninkielisille termeille 'emergency department', 'accident and emergency', 'out-of-hours services', 'minor injuries units' ja 'urgent care'.

## LÄHTEET

- Aday L. & Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3): 208–220.
- Andrews R & Van de Walle S. (2013). New Public management and citizens' perceptions of local service efficiency, responsiveness, equity and effectiveness. *Public Management Review*, 15(5): 762–783
- Arain, M., J. Nicholl, and M. Campbell. (2013). Patients' Experience and Satisfaction with GP Led Walk-in Centres in the UK; A Cross Sectional Study. *BMC Health Services Research* 13 (1).
- Ashwood, J. S., R. O. Reid, C. M. Setodji, E. Weber, M. Gaynor, and A. Mehrotra. (2011). Trends in Retail Clinic use among the Commercially Insured. *American Journal of Managed Care* 17 (11): e443–e448.
- Barnes, K., P. Longfield, K. Jones, G. Littlemore, C. McDonough, A. McIntyre, J. Robertson, N. Turton, K. Urdhin, and M. McLaughlin. (2013). Evidence Based Commissioning: Calculating Shift Potentials for Paediatric Services. *Clinical Governance* 18 (1): 39–48.
- Boulton, M., C. Tarrant, K. Windridge, R. Baker, and G. K. Freeman. (2006). How are Different Types of Continuity Achieved? A Mixed Methods Longitudinal Study. *British Journal of General Practice* 56 (531): 749–755.
- Burns, L. R., G. David, and L. A. Helmchen. (2011). Strategic Response by Providers to Specialty Hospitals, Ambulatory Surgery Centers, and Retail Clinics. *Population Health Management* 14 (2): 69–77.
- Cassel, C. K. (2012). Retail Clinics and Drugstore Medicine. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 307 (20): 2151–2152.
- Chalder, M., A. Montgomery, S. Hollinghurst, M. Cooke, J. Munro, V. Lattimer, D. Sharp, and C. Salisbury. (2007). Comparing Care at Walk-



- in Centres and at Accident and Emergency Departments: An Exploration of Patient Choice, Preference and Satisfaction. *Emergency Medicine Journal* 24 (4): 260–264.
- Chalder, M., D. Sharp, L. Moore, and C. Salisbury. (2003). Impact of NHS Walk-in Centres on the Workload of Other Local Healthcare Providers: Time Series Analysis. *British Medical Journal* 326 (7388): 532–534.
- Chapman, J. L., A. Zechel, Y. H. Carter, and S. Abbott. (2004). Systematic Review of Recent Innovations in Service Provision to Improve Access to Primary Care. *British Journal of General Practice* 54 (502): 374–381.
- Chapple, A., B. Sibbald, A. Rogers, and M. Roland. (2001). Citizens' Expectations and Likely use of a NHS Walk-in Centre: Results of a Survey and Qualitative Methods of Research. *Health Expectations* 4 (1): 38–47.
- Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review*, 78(5): 102–12, 199.
- Garbutt, J. M., K. M. Mandrell, R. Sterkel, J. Epstein, K. Stahl, K. Kreusser, H. Sitrin, ym.(2013). Pediatric Providers' Attitudes Toward Retail Clinics. *Journal of Pediatrics* 163 (5): 1384–1388.
- Greenhalgh T, Wong G, Westhorp G, Pawson R. (2011). Protocol – Realist and Meta-narrative Evidence Synthesis: Evolving Standards (RAMESES). *BMC Medical Research Methodology* 11(115)
- Hood C & Dixon R, (2013). A Model of Cost-Cutting in Government? The Great Management Revolution in UK Central Government Reconsidered, *Public Administration*, 91(1): 114–134
- Hsu, R. T., P. C. Lambert, M. Dixon-Woods, and J. J. Kurinczuk. (2003). Effect of NHS Walk-in Centre on Local Primary Healthcare Services: Before and After Observational Study. *British Medical Journal* 326 (7388): 530–532.
- Hwang Jason & Mehrotra Ateev (2013). Why Retail Clinics Failed to Transform Health Care? *Harvard Business Review*, 25.12.2013. <https://hbr.org/2013/12/why-retail-clinics-failed-to-transform-health-care/>
- Jackson, C. J., M. Dixon-Woods, R. Hsu, and J. J. Kurinczuk. (2005). A Qualitative Study of Choosing and using an NHS Walk-in Centre. *Family Practice* 22 (3): 269–274.
- Kaissi, A. and T. Charland. (2013). The Evolution of Retail Clinics in the United States, 2006–2012. *Health Care Manager* 32 (4): 336–342.
- Kallio T. (2006). Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. *Hallinnon tutkimus* 25(2): 18–28.
- Kickert W. (2010). Managing emergent and complex change: the case of Dutch agencification. *International Review of Administrative Sciences*, 76: 489–515,
- Kissick W. (1994). *Medicine's Dilemmas: Infinite Needs versus Finite Resources*. New Haven (Conn.): Yale University Press.
- Komu H, Vuori J, Rissanen S (2011). Julkisten ja yksityisten hoitokotien vertailu. Tutkimus vanhustenhuollon tehostettujen palveluasumis-yksiköiden toiminnan eroista ja yhtäläisyyksistä. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 39(3), 233–249.
- Korhonen A, Hakulinen-Viitanen T, Jylhä V, Holopainen A (2013). Meta-synthesis and evidence-based health care – a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27: 1027–34
- Kork, A, Kosunen E, Rimpelä, A, Vakkuri, J. (2013). Terveyskioskikokeilut – jotain uutta, jotain vanhaa. *Suomen Lääkärelehti*, 68(21), 1581–1586.
- Kork A & Vakkuri J (2013). *Matalan kynnyksen palvelumalli perusturvan palvelualueella*. Ylöjärven terveyskioskin jatkotutkimus. Ylöjärven kaupunki.
- Kork, A & Kivimäki, R, Rimpelä, A, Vakkuri, J. (2012). *Matalan kynnyksen sairaanhoitajavastaanotto: perusterveydenhuollon palvelua kaupakeskuksessa*. Lahden terveyskioskin loppuarviointi. Helsinki: Sitra.
- Kork, A & Kivimäki, R, Rimpelä, A, Vakkuri, J. (2011). *Julkinen terveysterveyspalvelu kaupakeskuksessa*. Ylöjärven terveyskioskin loppuarviointi. Helsinki: Sitra.
- Kortenieniemi P & Borg P. (2008). *Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?* Työpapereita 23. Helsinki: Stakes.
- Langer, S., C. Chew-Graham, C. Hunter, E. A. Guthrie, and P. Salmon. (2013). Why do Patients with Long-Term Conditions use Unscheduled Care? A Qualitative Literature Review. *Health and Social Care in the Community* 21 (4): 339–351.
- Lawson T. (1997). *Economics and reality*. London: Routledge.
- Lumijärvi I & Jylhäsaari J (1999). *Laatujohdaminen ja julkinen sektori*. Helsinki: Gaudeamus.
- Maheswaran, R., T. Pearson, and M. Jiwa. (2009). Repeat Attenders at National Health Service Walk-in Centres – a Descriptive Study using Routine Data. *Public Health* 123 (7): 506–510.
- Maheswaran, R., T. Pearson, J. Munro, M. Jiwa, M. J. Campbell, and J. Nicholl. (2007). Impact of NHS Walk-in Centres on Primary Care Access Times: Ecological Study. *British Medical Journal* 334 (7598): 838–841.

- McKinlay, J. B. and L. D. Marceau. (2012). From Cottage Industry to a Dominant Mode of Primary Care: Stages in the Diffusion of a Health Care Innovation (Retail Clinics). *Social Science and Medicine* 75 (6): 1134–1141.
- Mehrotra, A. and J. R. Lave. (2012). Visits to Retail Clinics Grew Fourfold from 2007 to 2009, although their Share of overall Outpatient Visits Remains Low. *Health Affairs* 31 (9): 2123–2129.
- Mehrotra, A., H. Liu, J. L. Adams, M. C. Wang, J. R. Lave, N. M. Thygeson, L. I. Solberg, and E. A. McGlynn. (2009). Comparing Costs and Quality of Care at Retail Clinics with that of Other Medical Settings for 3 Common Illnesses. *Annals of Internal Medicine* 151 (5): 321–328.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Miller GB, Nantes S (1989). Walk-in Clinics and Primary Care: Review of the Literature. *Canadian Family Physician*, 35:2019–22.
- Molnar A, O'Campo P, Ng E, Mitchell C, Muntaner C, Renahy E, St. John A, Shankardass K. (2015). Protocol: Realist synthesis of the impact of unemployment insurance policies on poverty and health. *Evaluation and Program Planning*, 48: 1–9,
- Monitor (2014). *Walk-in Centre Review: Final Report and Recommendations*. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf)
- Morgan, S. R., M. A. Smith, S. R. Pitts, R. Shesser, L. Uscher-Pines, M. J. Ward, and J. M. Pines. (2012). Measuring Value for Low-Acuity Care Across Settings. *American Journal of Managed Care* 18 (9): e356–e363.
- Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. (2007). Access to and Continuity of Primary Medical Care of Different Providers as Perceived by the Finnish Population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (25), 27–32.
- O'Cathain, A., E. Knowles, J. Munro, and J. Nicholl. (2007). Exploring the Effect of Changes to Service Provision on the use of Unscheduled Care in England: Population Surveys. *BMC Health Services Research* 7.
- O'Cathain, A., J. Coster, C. Salisbury, T. Pearson, R. Maheswaran, and J. Nicholl. (2009). Do Walk-in Centres for Commuters Work? A Mixed Methods Evaluation. *British Journal of General Practice* 59 (569): 934–939.
- Pakarinen T (2008). Realistinen arviointi ja organisaatiotutkimus -näkömätön näkyväksi? *Hallinnon tutkimus* 27(4): 104–111
- Pawson R. (2002). Evidence and Policy and Naming and Shaming, *Policy Studies* 23(3): 211–230
- Pawson R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. London: Sage.
- Pawson R & Tilley N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. (2005). Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1): 21–34.
- Pawson R, Greenhalgh J, Brennan C, Glidewell E (2014). Do reviews of healthcare interventions teach us how to improve healthcare systems? *Social Science & Medicine* 114: 129–137.
- Pollack, C. E. and K. Armstrong. (2009). The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations. *Archives of Internal Medicine* 169 (10): 945–949.
- Pollack, C. E., C. Gidengil, and A. Mehrotra. (2010). The Growth of Retail Clinics and the Medical Home: Two Trends in Concert Or in Conflict? *Health Affairs* 29 (5): 999–1003.
- Pollitt, C & Bouckaert G. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press.
- Pope, C., M. Chalder, L. Moore, and C. Salisbury. (2005). What do Other Local Providers Think of NHS Walk-in Centres? Results of a Postal Survey. *Public Health* 119 (1): 39–44.
- Porter M & Teisberg E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Harvard Business School Press.
- Pulkki J. (2012). *Aluetason kuntoutusjärjestelmä -Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta*. Acta Universitatis Tamperensis: 1703
- Ragin, C. C. (1987). *The Comparative Method: Moving beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press
- Rubin, G. (2012). Unscheduled Care Following Attendance at Minor Illness and Injury Units (MIU): Cross-Sectional Survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18 (1): 100–103.
- Rudavsky, R. and A. Mehrotra. (2010). Socio-demographic Characteristics of Communities Served by Retail Clinics. *Journal of the American Board of Family Medicine* 23 (1): 42–48.
- Rycroft-Malone J, McCormack B, Hutchinson AM, DeCorby K, Bucknall TK, Kent B, Schultz A, Snelgrove-Clarke E, Stetler CB, Titler M, Wallin L, Wilson V. (2012). Realist synthesis: illustrating the method for implementation research. *Implementation Science*, 7(33).

- Salisbury C (2003). Do NHS Walk-In Centres in England Provide a Model of Integrated Care? *International Journal of Integrated Care* 3(18).
- Salisbury, C. (2007). NHS Walk-in Centres. *British Medical Journal* 334 (7598): 808–809.
- Salisbury, C., M. Chalder, T. M. Scott, C. Pope, and L. Moore. (2002). What is the Role of Walk-in Centres in the NHS? *British Medical Journal* 324 (7334): 399–402.
- Salisbury, C. and J. Munro. (2003). Walk-in Centres in Primary Care: A Review of the International Literature. *British Journal of General Practice* 53 (486): 53–59.
- Salisbury, C., S. Hollinghurst, A. Montgomery, M. Cooke, J. Munro, D. Sharp, and M. Chalder. (2007). The Impact of Co-Located NHS Walk-in Centres on Emergency Departments. *Emergency Medicine Journal* 24 (4): 265–269.
- Salminen A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopiston julkaisuja.
- Salminen A., Lehtinen S. (1982). *Hallintotiede ja vertaileva tutkimus*. Vaasan korkeakoulu.
- Sims S, Hewitt G, Harris R. (2015). Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional health-care teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care* 29(1): 20–25
- Starfield B. (1994). Is primary care essential? *Lancet* 344(8930): 1129–1133.
- Starfield, B. (2009). The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations: Commentary. *Archives of Internal Medicine* 169 (10): 950–951.
- STM (2011). *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020: sosiaali- ja terveystieteiden strategia*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Thygeson, M., K. A. Van Vorst, M. V. Maciosek, and L. Solberg. (2008). Use and Costs of Care in Retail Clinics Versus Traditional Care Sites. *Health Affairs* 27 (5): 1283–1292.
- Törmä S. (2009). *Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys*. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy.
- Töttö P (2004). *Syvällistä ja pinnallista: teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa*. Tampere: Vastapaino
- Valkama, K (2009). Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Hallinnon tutkimus* 28(2), 26–40.
- Vigoda, E. (2000). Are You Being Served? The Responsiveness of Public Administration to Citizens' Demands: An Empirical Examination in Israel. *Public Administration*, 78: 165–191.
- Vigoda, E. (2002). From Responsiveness to Collaboration: Governance, Citizens, and the Next Generation of Public Administration. *Public Administration Review*, 62: 527–540.
- Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. (2008). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition* 10(4): 1–168.
- Walsh D & Downe S. (2005). Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2): 204–11
- Wang, M. C., G. Ryan, E. A. McGlynn, and A. Mehrotra. (2010). Why do Patients Seek Care at Retail Clinics, and what Alternatives did they Consider? *American Journal of Medical Quality* 25 (2): 128–134.
- Weick K & Quinn R. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50: 361–386.
- Weinick RM, Pollack CE, Fisher MP, Gillen EM, Mehrotra A. (2010). *Policy Implications of The Use of Retail Clinics*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Weinick, R. M., R. M. Burns, and A. Mehrotra. (2010). Many Emergency Department Visits could be Managed at Urgent Care Centers and Retail Clinics. *Health Affairs* 29 (9): 1630–1636.
- Wilson, A. R., X. T. Zhou, W. Shi, H. Rodin, E. P. Bargman, N. A. Garrett, and T. J. Sandberg. (2010). Retail Clinic Versus Office Setting: Do Patients Choose Appropriate Providers? *American Journal of Managed Care* 16 (10): 753–a761.
- Winblad U & Ringard Å. (2009). Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens. Teoksessa Magnussen, Vrangbaek and Saltman (eds.). *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire, GBR: McGraw-Hill Education.
- Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Pawson R. (2014). Development of methodological guidance, publication standards and training materials for realist and meta-narrative reviews: the RAMESES (Realist And Meta-narrative Evidence Syntheses – Evolving Standards) project. *Health Services and Delivery Research* 2(30).
- Wong G., Greenhalgh T., Westhorp G., Buckingham J. & Pawson R. (2013) RAMESES publication standards: realist syntheses. *Journal of Advanced Nursing* 69(5): 1005–1022.
- Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53: 311–318.

## LIITE 1 TUTKIMUSKATSAUKSEN AINEISTO

TEKIJÄT	VUOSI	JULKAISU	OTSIKKO	TEEMAT		
				SAATA-VUUS	TYTYT-VÄISYYS	KUSTANNUS-HALLINTA
<b>ISO-BRITANNIA</b>						
<b>Arain et al.</b>	2013	BMC Health Services Research	Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK		X	X
<b>Barnes et al.</b>	2013	Clinical Governance	Evidence based commissioning: Calculating shift potentials for paediatric services			X
<b>Boulton et al.</b>	2006	British Journal of General Practice	How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study	X		
<b>Cervoni</b>	2008	Family Medicine	An audit of choosing and using the NHS walk-in centre in Skelmersdale, Lancashire, UK			X
<b>Chalder et al.</b>	2007	Emergency Medicine Journal	Comparing care at walk-in centres and at accident and emergency departments: An exploration of patient choice, preference and satisfaction		X	
<b>Chalder et al.</b>	2003	British Medical Journal	Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: Time series analysis			X
<b>Chapman et al.</b>	2004	British Journal of General Practice	Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care	X		X
<b>Chapple et al.</b>	2001	Health Expectations	Citizens' expectations and likely use of a NHS walk-in centre: Results of a survey and qualitative methods of research	X	X	X
<b>Coleman et al.</b>	2001	Emergency Medicine Journal	Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency?			X
<b>Gerard &amp; Lattimer</b>	2005	Family Practice	Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: A discrete choice experiment		X	
<b>Gerard et al.</b>	2004	Emergency Medicine Journal	Reviewing emergency care systems 2: Measuring patient preferences using a discrete choice experiment		X	
<b>Grant et al.</b>	2002	British Medical Journal	An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS direct using standardised patients		X	
<b>Hsu et al.</b>	2003	British Medical Journal	Effect of NHS walk-in centre on local primary healthcare services: Before and after observational study			X
<b>Jackson et al.</b>	2005	Family Practice	A qualitative study of choosing and using an NHS Walk-in Centre	X		X
<b>Langer et al.</b>	2013	Health and Social Care in the Community	Why do patients with long-term conditions use unscheduled care? A qualitative literature review	X		
<b>Maheswaran et al.</b>	2009	Public Health	Repeat attenders at National Health Service walk-in centres - a descriptive study using routine data			X

<b>Maheswaran et al.</b>	2007	British Medical Journal	Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: Ecological study	X		X
<b>O’Cathain et al.</b>	2009	British Journal of General Practice	Do walk-in centres for commuters work? A mixed methods evaluation	X		X
<b>O’Cathain et al.</b>	2007	BMC Health Services Research	Exploring the effect of changes to service provision on the use of unscheduled care in England: Population surveys			X
<b>Pope et al.</b>	2005	Public Health	What do other local providers think of NHS walk-in centres? Results of a postal survey	X		X
<b>Rubin</b>	2012	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Unscheduled care following attendance at Minor Illness and Injury Units (MIU): Cross-sectional survey			X
<b>Salisbury</b>	2007	British Medical Journal	NHS walk-in centres	X		X
<b>Salisbury &amp; Munro</b>	2003	British Journal of General Practice	Walk-in centres in primary care: A review of the international literature		X	X
<b>Salisbury et al.</b>	2007	Emergency Medicine Journal	The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments	X		X
<b>Salisbury et al.</b>	2002	British Journal of General Practice	Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: Observational study	X	X	
<b>Salisbury et al.</b>	2002	British Medical Journal	What is the role of walk-in centres in the NHS?		X	X
<b>Weiss et al.</b>	2004	Family Practice	Perceptions of patient expectation for an antibiotic: A comparison of walk-in centre nurses and GPs			X
<b>YHDYSVALLAT</b>				<b>SAATA-VUUS</b>	<b>TYTYT-VÄISYYS</b>	<b>KUSTANNUS-HALLINTA</b>
<b>Ahmed &amp; Fincha</b>	2011	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Patients’ view of retail clinics as a source of primary care: Boon for nurse practitioners?		X	X
<b>Ahmed &amp; Fincha</b>	2010	Annals of Family Medicine	Physician Office vs Retail Clinic: Patient Preferences in Care Seeking for Minor Illnesses		X	
<b>Angstman et al.</b>	2012	Population Health Management	Repeat retail clinic visits: Impact of insurance coverage and age of patient		X	X
<b>Ashwood et al.</b>	2011	American Journal of Managed Care	Trends in retail clinic use among the commercially insured	X		X
<b>Bachman</b>	2006	Family Practice Management	What do retail clinics mean for family medicine? These clinics may be clearing a permanent space for themselves in the health care landscape			X

<b>Burns</b>	2011	Population Health Management	Strategic response by providers to specialty hospitals, ambulatory surgery centers, and retail clinics		X	X
<b>Cassel</b>	2012	JAMA - Journal of the American Medical Association	Retail clinics and drugstore medicine	X	X	X
<b>Garbutt et al.</b>	2013	JAMA Pediatrics	Parents' experiences with pediatric care at retail clinics		X	X
<b>Garbutt et al.</b>	2013	Journal of Pediatrics	Pediatric providers' attitudes toward retail clinics	X	X	X
<b>Hunter et al.</b>	2009	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Patient satisfaction with retail health clinic care		X	
<b>Kaissi</b>	2013	Journal of Healthcare Management	How satisfied are hospital systems with their ownership of retail clinics?	X		X
<b>Kaissi</b>	2010	Journal of Healthcare Management	Hospital-affiliated and hospital-owned retail clinics: Strategic opportunities and operational challenges		X	X
<b>Kaissi</b>	2010	Health Care Manager	The future of retail clinics: In a volatile health care environment	X		
<b>Kaissi &amp; Charland</b>	2013	Health Care Manager	The evolution of retail clinics in the United States, 2006-2012	X		X
<b>Kochar</b>	2010	Annals of Internal Medicine	Comparing costs and quality of care at retail clinics with those of other medical settings: Comment on			X
<b>Leppel</b>	2010	Health Care Management Review	Factors influencing willingness to use convenient care clinics among baby boomers and older persons	X	X	X
<b>McKinlay &amp; Marce</b>	2012	Social Science and Medicine	From cottage industry to a dominant mode of primary care: Stages in the diffusion of a health care innovation (retail clinics)	X	X	X
<b>Mehrotra &amp; Lave</b>	2012	Health Affairs	Visits to retail clinics grew fourfold from 2007 to 2009, although their share of overall outpatient visits remains low			X
<b>Mehrotra et al.</b>	2009	Annals of Internal Medicine	Comparing costs and quality of care at retail clinics with that of other medical settings for 3 common illnesses		X	X
<b>Mehrotra et al.</b>	2008	Health Affairs	Retail clinics, primary care physicians, and emergency departments: A comparison of patients' visits		X	X
<b>Morgan et al.</b>	2012	American Journal of Managed Care	Measuring value for low-acuity care across settings			X
<b>Pauly</b>	2011	Health Affairs	Analysis and commentary: The trade-off among quality, quantity, and cost: How to make it-if we must			X

<b>Pines et al.</b>	2013	Health Affairs	Strategies for integrating cost-consciousness into acute care should focus on rewarding high-value care			X
<b>Pollack &amp; Armstrong</b>	2009	Archives of Internal Medicine	The geographic accessibility of retail clinics for underserved populations	X	X	X
<b>Pollack et al.</b>	2010	Health Affairs	The growth of retail clinics and the medical home: Two trends in concert or in conflict?		X	X
<b>Reid et al.</b>	2013	Journal of General Internal Medicine	Retail clinic visits and receipt of primary care	X		X
<b>Rohrer et al.</b>	2009	Population Health Management	Impact of retail medicine on standard costs in primary care: A semiparametric analysis			X
<b>Rudavsky &amp; Mehrotra</b>	2010	Journal of the American Board of Family Medicine	Sociodemographic characteristics of communities served by retail clinics	X		X
<b>Smith &amp; Laws</b>	2009	Archives of Internal Medicine	The geographic accessibility of retail clinics for underserved populations: Invited commentary	X	X	
<b>Spetz et al.</b>	2013	Health Affairs	Scope-of-practice laws for nurse practitioners limit cost savings that can be achieved in retail clinics			X
<b>Starfield</b>	2009	Archives of Internal Medicine	The geographic accessibility of retail clinics for underserved populations: Invited commentary	X	X	X
<b>Sussman et al.</b>	2013	American Journal of Managed Care	Retail clinic utilization associated with lower total cost of care			X
<b>Thygeson et al.</b>	2008	Health Affairs	Use and costs of care in retail clinics versus traditional care sites			X
<b>Uscher-Pines et al.</b>	2012	American Journal of Preventive Medicine	The growth of retail clinics in vaccination delivery in the U.S.		X	
<b>Wang et al.</b>	2010	American Journal of Medical Quality	Why do patients seek care at retail clinics, and what alternatives did they consider?		X	
<b>Weinick et al.</b>	2010	Health Affairs	Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics		X	X
<b>Wilson et al.</b>	2010	American Journal of Managed Care	Retail clinic versus office setting: Do patients choose appropriate providers?			X
<b>Young</b>	2010	Annals of Internal Medicine	Comparing costs and quality of care at retail clinics with those of other medical settings: Comment on			X