

Syöpää sairastavien potilaiden arvioima hoidon laatu – iäkkäiden ja työikäisten potilaiden vertailu kansainvälisessä aineistossa

RIITTA SUHONEN

RN, PhD, FEANS, Professor,
Principal Investigator/ Nursing Director
University of Turku,
Department of Nursing Science/
Turku University Hospital and City of Turku,
Welfare Division, FINLAND

ANDREAS CHARALAMBOUS

RN, PhD, Assistant Professor of Oncology
Nursing/ Docent
Cyprus University of Technology,
Department of Nursing Studies, Limassol, CYPRUS/
University of Turku, FINLAND

AGNETA BERG

RNT, PhD, Professor
Kristianstad University,
Department of Health Science, SWEDEN

JOUKO KATAJISTO

MSocSci, Senior lecturer, Statistician
University of Turku
Department of Mathematics and Statistics,
FINLAND

TIIVISTELMÄ

Potilaiden arvioinnit hoidon ja palvelujen laadusta on nähty keskeisiksi terveyspalvelujen kehittämisessä. Nämä arvioinnit korostuvat entistään tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksissa, joiden keskeinen periaate on potilaskeskeisyys. Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida syöpää sairastavien potilaiden näkemyksiä hoidon laadusta, yksilöllisyydestä ja luottamuksesta hoitajiin ja verrata ikääntyneiden ja työikäisten henkilöiden arvioita toisiinsa. Tutkimusasetelma oli vertaileva survey -asetelma, ja tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena neljässä maassa, Kreikka, Kypros, Ruotsi ja Suomi, syöpää sairastaville vuodeosastohoidossa sairaalassa oleville potilaille (N=876, n=599, 68%). Ai-

CHRYSSOULA LEMONIDOU

RN, PhD, Professor
National and Kapodistrian University of Athens
Faculty of Nursing, GREECE

ELISABETH PATIRAKI

RN, PhD, Professor
National and Kapodistrian University of Athens
Faculty of Nursing, GREECE

KATARINA SJÖVALL

RNT, PhD, Nurse researcher
Lund University
Department of Health Sciences/
Skåne University Hospital, SWEDEN

MINNA STOLT

Podiatrist, PhD, Senior researcher
University of Turku
Department of Nursing Science, FINLAND

ABSTRACT

Cancer patients' perceptions of care quality – A comparison of perceptions of older patients and those in the working age in an international sample

*Riitta Subonen, RN, PhD, FEANS, Professor, Principal Investigator/ Nursing Director
Andreas Charalambous, RN, PhD, Assistant Professor of Oncology Nursing/ Docent
Agneta Berg, RNT, PhD, Professor
Jouko Katajisto, MSocSci, Senior lecturer, Statistician
Chryssoula Lemonidou, RN, PhD, Professor
Elisabeth Patiraki, RN, PhD, Professor
Katarina Sjövall, RNT, PhD, Nurse researcher
Minna Stolt, Podiatrist, PhD, Senior researcher*

Patient assessments and perceptions of care and care quality are central in developing health-care services. These assessments have a high value in the time there is reform in social and

neisto jaettiin kahteen osa-aineistoon potilaan iän perusteella (katkaisukohta 65 vuotta). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Iäkkäiden ja työikäisten syöpää sairastavien potilaiden näkemykset hoidon laadusta, yksilöllisestä hoidosta tai luottamuksesta hoitajiin eivät eronneet toisistaan eri ikäryhmissä. Tässä tutkimuksessa potilaiden arviot hoidon yksilöllistämisestä ja hoidon järjestämisestä, yksilöllisyyden mahdollistamisesta ja yksilöllisyyden kokemuksesta hoidossaan olivat matalahkoja. Luottamus hoitajiin oli suhteellisen vahva. Tutkimustulokset tuovat esiin kehittämistarpeita syöpää sairastavien potilaiden yksilöllisessä ja potilaskeskeisessä hoidossa. Aikaisemmista tuloksista poiketen ikä ei ole yhteydessä potilaiden arviointiin.

Avainsanat: hoitotyö, laatu, yksilöllisyys, kysely, kansainvälinen, potilas, syöpä

healthcare services. One core principle in this reform is patient-centeredness. The aim of this study was to analyse cancer patients' perceptions of quality and individuality in care and trust in nurses, and to compare these perceptions between patients in the working age and elderly. The study employed a cross-sectional comparative survey design, and the data were collected using questionnaires among hospitalised cancer patients (N=876, n=599, 68%) in four countries: Greece, Cyprus, Sweden and Finland. The data were divided into two sub-samples based on age (cut point 65 years) and were analysed statistically. Older patients' and patients in the working age did not differ in their perceptions of quality of care, individualised care and trust in nurses. In this study cancer patients' perceptions about individualization and coordination of care, support of individuality and perceived individuality in care were only moderate. Trust in nurses was strong. The results of this study point out topics that need development in order to provide individualised and patient-centered nursing care. Contradictory to earlier results, age was not associated with cancer patients' assessment.

Key words: nursing care, quality, individuality, survey, international, patient, cancer

Mitä tutkimuksesta jo tiedetään?

- Syöpää sairastavat henkilöt ovat keskeinen terveydenhuollon potilasryhmä ja syöpää sairastavien määrä on korkea Euroopassa.
- Tutkimukset syöpää sairastavien potilaiden osalta osoittavat ikäryhmien välistä eroavuutta hoidon laadun arvioinnissa.
- Aikaisempien tutkimusten mukaan ikääntyneet terveydenhuollon palveluja käyttäneet arvioivat saamansa hoidon laatua eritavoin, yleensä positiivisemmin kuin nuoremmat ikäryhmät.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Kansainväliseen aineistoon perustuvan kuvauksen syöpää sairastavien potilaiden arvioimista hoidon laatuun liittyvistä tekijöistä kahdessa eri ikäryhmässä.
- Tulokset osoittivat, että kahden ikäryhmän potilaat arvioivat hoidon laadun osatekijöitä samoin, eikä eroja löytynyt.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Osoittaa hoitotyön kehittämistarpeita hoidon laadussa yleensä, erityisesti potilaskeskeisyydessä ja yksilöllisyydessä.
- Hoidon laadun eri osa-alueiden arviointi on tärkeää, ja arviointi tulee tehdä systemaattisesti luotettavilla mittareilla.

Tutkimuksen lähtökohdat

Syöpäsairaudet luokitellaan kroonisiksi sairauksiksi, erityisesti ikääntyneen väestön osalta (WHO 2015). Euroopassa diagnosoidaan vuosittain 3,45 miljoonaa uutta syöpäsairautta. Vuonna 2012 oli 1,75 miljoonaa syöpäkuolemantapausta. Syöpään sairastuvuus on korkea sekä Pohjois- että Etelä-Euroopassa (Ferlay ym. 2013). Yleisimmät syöpäsairaudet ovat rintasyöpä, paksusuolen, eturauhasen ja keuhkosyövät, jotka muodostavat lähes puolet kaikista syöpäsairauksista (Ferley ym. 2013, WHO 2015). Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita syöpää sairastavien potilaiden arvioimasta hoidon laadusta, koska he ovat keskeinen potilasryhmä terveydenhuollossa (OECD 2015, WHO 2015). Potilaiden osallistuminen oman hoitonsa arviointiin on potilaskeskeisen hoidon lähtökohta (European Commission 2012a) ja tätä tietoa tulee käyttää systemaattisesti hoidon laadun kehittämisessä.

Palvelujen laadun arviointi voi kohdistua moneen eri kohteeseen, mutta keskeisistä kohteista ei olla yksimielisiä (Bjertnaes ym. 2013). Yhtä mieltä ollaan siitä, että palveluja käyttävien asiakkaiden tai potilaiden näkemykset palvelun ja hoidon laadusta ovat oleellisia palvelujen kehittämiseksi (esim. Arah ym. 2006, Valentine ym. 2008, European Commission 2012a). Donabedianin (1988) mallin mukaisesti voidaan arvioida palvelujen ja palvelujärjestelmien rakenteita, prosesseja ja lopputuloksia. Tutkimuksessa on keskitytty usein potilaiden kokemuksiin ja näkemyksiin hoidosta (esim. Williams ym. 1998, Radwin ym. 2003, Staniszewska & Henderson 2005, Grøndahl ym. 2011, Batbaatar ym. 2015), potilaan hoidon lopputuloksiin (Radwin ym. 2009, Kandelaki ym. 2016), sekä siihen, miten palveluissa kohdataan asiakkaiden terveys- tarpeet (Valentine ym. 2008).

Aikaisemmat tutkimukset erityisesti sairaaloissa ovat kohdistuneet pitkälti hoitotyytyväisyyden tarkasteluun ja keskeisin tulos on ollut korkea tyytyväisyys. Asiakasryhmiä on pidetty homogeenisena ryhmänä. (Bjertnaes ym. 2013, Kandelaki ym. 2016.) Norjalainen laaja väestötutkimus kui-

tenkin osoitti, että on tunnistettavissa erilaisia asiakasryhmiä, jotka arvioivat kokemansa hoidon laatua eri tavoin kun tarkastelussa ovat yleinen tyytyväisyys, kohtelu, ja saavutetut (koetut) hoidon lopputulokset (Bjertnaes ym. 2013). Aikaisempien tutkimusten mukaan ikääntyneet terveydenhuollon palveluja käyttäneet arvioivat saamansa hoidon laatua eritavoin, yleensä positiivisemmin kuin nuoremmat ikäryhmät. Nämä tutkimukset ovat kohdistuneet tyytyväisyyteen perusterveydenhuollon palveluihin (Sánchez-Piedra ym. 2014) tai sairaalahoitoon (Nguyen ym. 2002, Chang ym. 2003), potilaiden käsityksiin hoidon laadusta (Grøndahl ym. 2011, Nikoloski & Mossialos 2013), potilaskeskeisyyteen (Kandelaki ym. 2016) tai arviointiin kotiutukseen liittyvästä ohjauksesta (Bobay ym. 2010). Näissä kaikissa ikääntyneiden potilaiden arviot olivat nuorempia ikäryhmiä korkeammat. Toisaalta, tyytyväisyyden osalta löytyy myös tutkimustuloksia, joissa ikä ei ole ollut potilaan tyytyväisyyttä sairaalahoitoon kirurgisella osastolla selittävä tekijä (Kahn ym. 2015). Aikaisemmissa tutkimuksissa iäkkäiden potilaiden arvioinnit hoidon yksilöllisyydestä ovat olleet työikäisten arviointeja korkeammat (esim. Suhonen ym. 2006, Suhonen ym. 2010b).

Tutkimukset erityisesti syöpää sairastavien osalta (Arraras ym. 2012, Arraras ym. 2013, Brennan ym. 2016) osoittavat ikäryhmien välistä eroavuutta hoidon laadun arvioinnissa. Esimerkiksi rintasyöpää sairastavat naiset raportoivat huomattavasti enemmän kohtaamattomia päivittäisen hoidon tarpeita (Brennan ym. 2016) ja alentunutta elämänlaatua ikääntyneisiin potilaisiin verrattuna (Brennan ym. 2016) tai tyytymättömyyttä hoitoon (Arraras ym. 2013). Arvioitaessa hoidon laatua naiset ja iäkkäät syöpää sairastavat potilaat tunnistettiin ryhmiksi, joissa muita useammin oli riski saada laadultaan huonompaa hoitoa (Radwin 2003). Syöpäsairauksien hoito on usein pitkäkestoista, ja vaatii useita kontakteja, hoidon järjestelyjä ja luottamusta (Radwin & Carbal 2010). Luottamus kohdistuu erityisesti hoitavan henkilön ja hoidossa olevan potilaan väliseen toimintaan (Dinc & Gast-

mans, 2013). Syöpää sairastavien henkilöiden yksilöllinen ja potilaskeskeinen hoito on nähty tärkeänä (Peppercorn ym. 2011, Rose & Yates 2013), mutta varsinaisesti näihin aiheisiin syöpää sairastavien potilaiden osalta ei ole kohdistunut juuri tutkimusta.

Potilaiden näkemyksiin hoidosta, palveluista ja asiakkuudesta terveydenhuollossa kohdistuva tutkimus on erityisen tärkeä tällä hetkellä, kun sosiaali- ja terveydenhuollon laajoja uudistuksia tehdään. Huomion arvoista on, että enemmän kuin ehkä aikoihin terveydenhuollon palvelut eivät vastaa asiakkaiden tarpeisiin, niissä on laatupoikkeamia (Nikoloski & Mossialos 2013, Kandelaki ym. 2016) tai osa tarpeellista hoitoa jää suorittamatta (Jones ym. 2015). Näistä syistä luottamus julkiseen terveydenhuoltoon on horjunut (Rowe & Calnan 2006). Luottamus on terveydenhuollon keskeinen kulmakivi, ja se on poliittisesti ja strategisesti huomionarvoinen (European Commission, 2012a, Brennan ym. 2013) potilaan valinnanvapauden lisääntyessä terveystalvelujärjestelmässä (Zarei et al. 2015). Edellä mainittujen syiden vuoksi on tärkeää, että hoidon laatua arvioidaan systemaattisesti erityisesti potilaiden näkökulmasta, ja että arviointiin on erilaisia instrumentteja, ne ovat luotettavia ja että niitä käytetään kliinisen hoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida syöpää sairastavien potilaiden näkemyksiä hoidon laadusta, yksilöllisyydestä ja luottamuksesta hoitajiin ja verrata ikääntyneiden ja työikäisten henkilöiden arvioita toisiinsa. Tutkimus on osa kansainvälistä tutkimusta, ICProject International Cancer Patient Study <http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/ethicalresearch/icproject/Pages/cancer.aspx>

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Millaiseksi syöpää sairastavat potilaat arvioivat hoidon laadun, yksilöllisyyden ja luottamuksen hoitajiin?
2. Miten iäkkäiden ja työikäisten syöpää

sairastavien potilaiden arvioinnit eroavat hoidon laadusta, yksilöllisyydestä ja luottamuksesta hoitajiin?

Menetelmät

Asetelma ja aineisto

Tutkimusasetelma oli korrelatiivinen survey-tutkimus, joka toteutettiin monikeskustutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin syöpää sairastavilta potilailta (N=876, n=599, vastausosuus 68%) neljässä maassa: Kreikassa (n=150, vastausosuus 88%), Kyproksella (n=150, 68%), Ruotsissa (n=141, 52%) ja Suomessa (158, 73%). Tutkimukseen tavoiteltiin potilaita yliopistosairaaloitten (n=5) vuodeosastoilta (n=15) tutkimusajankohtana 09/2012-06/2014 seuraavin sisäänottokriteerein: 1) yli 18-vuotias, 2) kykeni lukemaan ja ymmärtämään maan yleisintä kieltä, 3) potilaalla oli histopatologisesti vahvistettu syöpädiagnoosi, 4) potilas oli ollut vuodeosastohoidossa vähintään 48 tuntia ja 5) kykeni täyttämään kyselylomakkeen itsenäisesti. Tutkimuksesta suljettiin pois potilaat, 1) jotka olivat suojaeristyksessä, 2) joilla oli samalla hoitojaksolla diagnosoitu syöpäsairaus, 3) joilla ei ollut vielä tietoa omasta diagnoosistaan, 4) joiden terveystilanne tai vointi oli huono, ja 5) jotka olivat saattohoidossa. Aineiston koko määriteltiin maidenvälisten erojen tarkasteleluun yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla (NQuery, merkitsevyydellä $\alpha=0.01$, voima 90%). Neljän ryhmän vertailuun tarvittiin vähintään 132 täytettyä kyselylomaketta jokaisesta maasta.

Instrumentit

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joissa oli viisi osaa, neljä validoitua instrumenttia ja taustatietokysymykset: Syöpää sairastavan potilaan kokema hoidon laatu (OP-PQNCS), yksilöllinen hoito (ICS-A ja B), luottamus hoitajiin (*Trust in Nurses*) ja terveyslähäinen elämänlaatu (*EuroQol 5D*). Taustamuuttujina kysyttiin ikä, sukupuoli, korkein koulutus, sairaalaan tulotapa, aikai-

semmat kokemukset sairaalahoidosta, sairaalassaoloaika, itse ilmoitetut syy sairaalassa oloon ja syöpäsairaus.

Syöpää sairastavan potilaan kokema hoidon laatu (*Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale*, OPPQNC-S; Radwin ym. 2003) on alun perin amerikkalainen 18 Likert-asteikollista väittämää sisältävä instrumentti. Väittämät jakautuvat neljään osa-alueeseen: tarpeisiin vastaaminen (5 väittämää), hoidon yksilöllistäminen (5 väittämää), hoidon järjestäminen (3 väittämää) ja ammattitaito (5 väittämää). Vastausasteikko on 6-portainen (1 = ei koskaan, 6 = aina). Lisäksi mittarissa on vaihtoehto ”Ei koske minua”. Mittarista voidaan muodostaa kokonaissummamuuttuja ja neljä osasummamuuttujaa. Korkeat summamuuttujan arvot osoittavat korkeampia arvioita hoidon laadusta. Lupa mittarin käyttöön on saatu sen kehittäjältä professori Radwinilta. Instrumentti käännettiin ja validoitiin kreikan- ja ruotsinkielisiksi tavanomaisten kaksois-käännösprosessien mukaisesti (Sousa & Rojjanasirat 2011). Tutkimusryhmä tarkasteli erikielisiä versioita tutkijatapaamisessa käyttäen apuna alkupe- räistä englanninkielistä instrumenttia. Mittarin suomenkielinen versio on kehitetty aikaisemmin, ja sitä on käytetty mm. solunsalpaajahoidoa saavien potilaiden (Suhonen ym. 2007b) ja sairaalapotilaiden aineistossa (Suhonen ym. 2007a). Mittarin sisäinen johdonmukaisuus on todettu hyväksi (Cronbachin alfa kerroin 0.94–0.97; Radwin ym. 2003, Suhonen ym. 2007a,b, Radwin ym. 2009).

Yksilöllinen hoito -potilas (ICS-A ja B, Suhonen ym. 2005, 2010a, 2013) instrumentti on suomalainen, ja sen avulla potilaat arvioivat sitä, missä määrin hoitohenkilöstö on mahdollistanut heidän yksilöllisyyttään hoitotyön menetelmin (ICS-A) ja sitä, missä määrin toteutunut hoito oli yksilöllistä (ICS-B). Molemmat sisältävät kolme osaa: Kliininen tilanne (7 väittämää), henkilökohtainen elämäntilanne (4 väittämää) ja päätöksenteon kontrolli (6 väittämää). Vastausasteikko on 5-portainen Likert-asteikko (1=täysin erimielä, 5 = täysin samaa mieltä). Korkeammat arviot merkitsevät kor-

keampia arvioita hoidon yksilöllisyydestä. Instrumentti on todettu sisäisesti johdonmukaiseksi. Cronbachin alfa-arvo on 0.80–0.94 toistuvasti kansallisissa (Suhonen ym. 2005, 2007a), ja kansainvälisissä aineistoissa (Suhonen ym. 2008, 2010a). Väittämakohtainen Rasch -analyysi osoitti, että instrumentin väittämät toimivat samantyyppisesti eri kulttuureissa (Suhonen ym. 2013). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin ko mittareilla samoista maista kuin aineistot, mistä Rasch-analyysi on toteutettu.

Luottamus hoitajiin (Radwin & Cabral 2010) on yhdysvaltalainen neljä väittämää sisältävä instrumentti. Väittämiin vastataan viisi-portaisella vastausasteikolla (1=ei koskaan, 2=harvoin, 3=joskus, 4=tavallisesti, 5=aina). Mittarin rakennevaliditeetti ja sisäinen johdonmukaisuus on todettu hyväksi (Radwin ym. 2005). Cronbachin alfa kerroin 0.82 on raportoitu (Radwin and Carbal, 2010). Instrumentti käännettiin ja validoitiin kreikan-, ruotsin- ja suomenkieliseksi tavanomaisten kaksois-käännösprosessien mukaisesti (Sousa & Rojjanasirat 2011). Tutkimusryhmä tarkasteli erikielisiä versioita tutkijatapaamisessa käyttäen apuna alkupe- räistä englanninkielistä instrumenttia.

Terveyslähtöinen elämänlaatu (Euro-Qol 5D-3L EQ-5D) on standardoitu ja runsaasti käytetty itse-arviointi instrumentti, jonka avulla voidaan kuvata henkilön terveydentilaa (EuroQol Group, 1990). Mittaria on käytetty useissa potilasryhmissä useissa maissa, ja se tuottaa terveysprofiilin (classifier) sekä maakohtaisin painokertoimin laskettavan kokonaisindeksin (Rabin & Charro 2001). Profiili muodostuu viidestä dimensiosta liikkuminen, itsestään huolehtiminen, tavanomaiset toiminnot, kivut/vaivat ja ahdistuneisuus/masennus. Jokaiseen kysymykseen vastataan kolmeportaisella asteikolla (3L): ei ongelmia, joitakin ongelmia tai suuria ongelmia/ ei kykene toimimaan. Mitä korkeampi indeksi on, sen parempi on koettu terveydentila. Tutkimukseen osallistuneisiin maihin validoidut erikieliset instrumentit ja lupa käyttää niitä saatiin rekisteröimällä tutkimus EuroQol organisaation rekisteriin.

Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 22.0 (IBM Corporation) -ohjelmalla. Aineiston ja päämuuttujien kuvailuun käytettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmiä, kuten frekvenssi, suhteellinen frekvenssi, keskiarvo ja keskihajonta. Instrumenteista muodostettiin summamuuttujat niiden teoreettisten rakenteiden mukaisesti. Tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti aineisto jaettiin kahteen luokkaan iän perusteella, iäkkäisiin (≥ 65 -vuotiaat) ja työikäisiin (<65 -vuotiaat). Kategoristen muuttujien osalta (sukupuoli, korkein koulutus, sairaalaan tulotapa ja aikaisemmat kokemukset sairaalahoidosta) iäkkäiden ja työikäisten osa-aineistoja verrattiin toisiinsa ristiintaulukoinnilla (Khi neliötesti, Pearsonin khi -testiarvo, vapausasteet va, p-arvo). Numeeristen muuttujien (sairaalassaoloaika, EQ-5D indeksi, OP-PQNCs, ICS ja TRUST) osalta käytettiin kahden otoksen t-testiä (t-arvo, vapausasteet va ja p-arvo). Levenen testillä tarkasteltiin vertailtavien ryhmien osalta muuttujien hajontojen yhdenmukaisuutta (*Levene's Test for Equality of variances*). Instrumenttien sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfakertoimien avulla.

Aineiston keruu

Aineisto kerättiin yhdessä sovitun protokollan mukaan. Jokaisessa yksikössä oli nimetty yhteyshenkilö, joka kertoi tutkimuksesta suullisesti kriteerit täyttävälle syöpää sairastaville potilaille. Tutkimukseen halukkaat potilaat saivat kyselylomakkeet täytettäväksi, ja he palauttivat vastatut kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa yksikössä olevaan postilaatikkoon hoitojakson lopussa (Kypros, Suomi) tai suoraan tutkijalle (Kreikka, Ruotsi).

Eettiset näkökohdat

Koko tutkimukselle tehtiin eettinen ennakkoarviointi Suomessa (TYET 3/2012) ja jokaisessa neljässä maassa tutkimusluvut anottiin niiden käytänteiden mukaisesti osallistuneiden sairaaloiden johtavilta viran-

haltijoilta. Kyselylomakkeessa oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimusaineiston käyttö, anonymiteetti, vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus. Vastaminen kyselylomakkeeseen tulkittiin tietoiseksi suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Tutkimus suoritettiin yleisiä kansainvälisiä tutkimuseettisiä ja hyvien tieteellisten käytänteiden periaatteita noudattaen.

Tulokset

Tutkimukseen osallistuneet

Valtaosa ikääntyneiden osa-aineistossa oli miehiä (66%). Enemmistö oli tullut sairaalaan hoitojaksolle sovitusti (68%), ja heillä oli aikaisempia kokemuksia sairaalahoidosta (76%). Sairaalassaoloaika oli noin kuusi vuorokautta. Terveystilansa he raportoivat keskinkertaiseksi (EuroQol 5D indeksi ka 0.60, kh 0.28). Työikäisten ryhmässä sukupuoli- ja ikäkauma oli tasaisempi, miehiä (47%) oli hieman naisia vähemmän. Myös tässä ryhmässä valtaosa oli tullut sovitusti hoitoon (74%), ja valtaosalla oli aikaisempia kokemuksia sairaalassaolosta (75%). Työikäisten sairaalassaoloaika (ka 5,6 vuorokautta) oli hieman ikääntyneiden potilaiden hoitoaika lyhempi, ja terveydentila raportoitiin myös kohtalaiseksi (EuroQol 5D indeksi ka 0,57, kh 0,26). Ryhmät erosivat taustamuuttujien osalta toisistaan tilastollisesti merkitsevästi sukupuolen ja korkeimman koulutuksen osalta (Taulukko 1). Koko aineistossa (n=579) potilaat olivat hoitojaksolla osastolla eri syistä: kirurginen toimenpide (18%), solunsalpaajahoito tai muu lääkehoito (42%), sädehoito (6%), tulehduksen tai muun hoitoon liittyvän oireen hoito (14%), yleistilan lasku (8%), kipu (5%) tai lisätutkimuksissa, jatkohoidossa tai hoidon suunnittelussa (7%). Yleisin syöpäsairaus tässä aineistossa oli rinta- (18%), eturauhas- (11%) tai keuhkosityöpä (12%). Muita olivat ylempään mahasuolikanavan alueen (5%), pään ja kaulan alueen (5%), alemman suoliston osan (10%), hematologinen (10%), gynekologinen (7%), luuston (5%), virtsateiden (4%), haiman tai maksan (6%), ihon (2%) tai muun alueen syöpäsairaus (5%).

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneet

	Iäkkäät		Työikäiset		Testiparametri (va)	p-arvo
	n	%	n	%		
Sukupuoli ☒	206		386		20,29 (1)	< 0,001
Nainen	70	34	206	53		
Mies	136	66	180	47		
Korkein koulutus ☒	206		383		27,29 (2)	< 0,001
Perustaso	81	39	76	20		
Toinen aste	85	41	190	50		
Akateeminen	40	20	117	30		
Sairaalaan tulotapa ☒	207		387		2,45 (1)	0,118
Sovitusi, kutsuttuna	141	68	287	74		
Akillisesti, päivistyksen kautta	66	32	100	26		
Aikaisemmat kokemukset sairaalahoitosta ☒	208		385		0,09 (1)	0,762
Kyllä	159	76	290	75		
Ei	49	24	95	25		
Sairaalaosaoloaika #	n	Ka (kb)	n	Ka (kb)		
	198	6,22 (5,95)	369	5,56 (7,92)	-1,04 (565)	0,300
Terveyslähtöinen elämänlaatu (EuroQol 5D) #	204	0,60 (0,28)	383	0,57 (0,26)	-1,28 (585)	0,201

☒ Ristiintaulukointi, Khi-neliötesti, Pearson Chi-Square, vapausasteet (va), p-arvo

T-testi, t-arvo, vapausasteet (va), p-arvo

Hoidon laatu

Hoidon laatua arvioitiin OPPQNCNCS instrumentin avulla. Iäkkäät arvioivat hoidon laadun kokonaisuudessaan työikäisiä hieman positiivisemmin (4,81 vs. 4,69), samoin kuin tarpeisiin vastaamisen, hoidon yksilöllistämisen ja hoitohenkilöstön ammattitaidon. Hoidon järjestämiseen liittyvän osa-alueen ikääntyneet arvioivat hieman vähäisemmäksi työikäisiin verrattuna. Arviointien erot olivat kuitenkin vähäiset, eivätkä olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 2). Kokonaisuutena arvioitaessa (asteikko 1-6) molemmissa ryhmissä hoidon järjestäminen toteutui heikoiten (ikäntyneet ka 3,32 vs työikäiset 3,34). Parhaiten hoidon laadun osa-alueista toteutui tarpeisiin vastaaminen (ka 5,32 vs 5,18).

Yksilöllinen hoito

Syöpää sairastavien potilaiden näkemykset yksilöllisestä hoidosta kahden ryhmän välillä eivät eronneet tilastollisesti toisistaan. Yksilöllisyyden mahdollistamisen osalta työikäiset arvioivat henkilökohtaisen elämäntilanteen (3,10 vs. 3,02) ja päätöksenteon kontrollin (3,43 vs. 3,32) toteutuneen ikääntyneitä hieman paremmin. Matalimmat arvioinnit molemmissa ryhmissä olivat henkilökohtaisen elämäntilanteen ja korkeimmat kliinisen tilanteen osa-alueella. Syöpää sairastavien potilaiden arvioinnit yksilöllisyyden toteutumisesta hoidossaan eivät eronneet ryhmien välillä. Parhaiten molempien ryhmien osalta oli toteutunut päätöksenteon kontrolli, heikoiten henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottaminen. (Taulukko 2).

Luottamus hoitajiin

Syöpää sairastavien potilaiden luottamus hoitajiin oli korkea sekä ikääntyneiden (ka 4,42) että työikäisten (ka 4,35) osalta. Ryhmien arvioinnit eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (Taulukko 2).

Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin syöpää sairastavien potilaiden arvioita hoidon laatuun liittyvistä tekijöistä. Erityisesti mielenkiinto kohdistui hoidon laadun, yksilöllisyyden ja luottamus hoitajiin tarkasteluun. Tarkastelu tehtiin kahdessa eri ikäryhmässä. Tulokset osoittivat, että kahden ikäryhmän potilaat arvioivat hoidon laadun osatekijöitä samoin, eikä eroja löytynyt. Tulos poikkeaa yleisesti sairaalahoidon laatuun kohdistuneista tutkimustuloksista (Nguyen ym. 2002, Chang ym. 2003, Grøndahl ym. 2011, Nikoloski & Mossialos 2013, Sánchez-Piedra ym. 2014, Kandelaki ym. 2016) ja erityisesti syöpää sairastaviin potilaisiin kohdistuneista aikaisemmista laatututkimuksista (Arraras ym. 2012, Arraras ym. 2013, Brennan ym. 2016). Näissä nuorempien potilaiden on todettu olevan kriittisempiä arvioissaan hoidon laadun osatekijöitä. Tulos saattaa olla merkittävä viite siitä, että arvioinnit hoidon laadun osatekijöistä ovat tasoittuneet eri ikäryhmissä. Myös iäkkäät potilaat arvioivat hoidon laatua kriittisesti. Kansainvälinen aineisto puolestaan edustaa monikulttuurista lähtökohtaa hoidon laadun arvioinnissa.

Tutkimustulos saattaa johtua useasta eri syystä. Aineisto on kansainvälinen ja eri maiden aineistot on yhdistetty. Aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on löydetty hienoisia eroja potilaiden arvioinnissa esimerkiksi hoidon yksilöllisyydessä (Suhonen ym. 2010a). Toisaalta, potilaiden arviot tutkimuskohteena olevista laadun osa-alueista eivät ole erityisen hyvät. Aikaisemmat tutkimukset sairaalapotilaiden aineistossa yleensä (Suhonen ym. 2007a) tai ortopedisilla osastoilla osoittivat korkeampaa laatua (Suhonen ym. 2010a). Hoidon laadun osa-alueista ainoastaan tarpeisiin vastaaminen ja ammattitaito arvioitiin suhteellisen korkeaksi. Tässä tutkimuksessa potilaiden arviot ovat matalahkoja verrattuna aikaisempiin vastaavilla mittareilla saatuihin tuloksiin syöpää sairastavien potilaiden hoidon yksilöllistämisestä ja hoidon

Taulukko 2. Sjöypää sairastavien potilaiden käsitketykset hoidon laadun osatekijöistä

	Iäkkäät			Työikäiset			Testiarvo t (va) α	P		
	n	Keskiarvo	kh	Cronbach	n	Keskiarvo			kh	Cronbach
	alfa			alfa						
OPPQNS kokonaisuus (OPPQNS)	209	4,81	0,98	0,95	387	4,69	0,92	0,94	-1,470 (594)	0,142
Tarpeisiin vastaaminen	209	5,32	0,92	0,89	386	5,18	0,95	0,91	-1,707 (593)	0,088
Hoidon yksilöllistäminen	207	4,72	1,21	0,87	387	4,62	1,07	0,86	-1,010 (52)	0,313
Hoidon järjestäminen	203	3,32	1,69	0,85	384	3,34	1,60	0,84	0,177 (585)	0,859
Ammattitaito	208	5,21	0,90	0,87	387	5,07	0,92	0,90	-1,785 (593)	0,075
Yksilöllinen hoito	207	3,62	0,96		387	3,64	0,84		0,232 (374)	0,817
Yksilöllisyyden mahdollistaminen (ICS-A)	206	3,40	1,03	0,94	385	3,45	0,91	0,93	0,511 (374)	0,609
Kliininen tilanne	206	3,65	1,09	0,90	384	3,65	0,97	0,90	-0,036 (381)	0,971
Henkilökohtainen elämäntilanne	201	3,02	1,21	0,81	382	3,10	1,11	0,80	0,773 (581)	0,440
Päätöksenteon kontrolli	204	3,32	1,16	0,89	383	3,43	1,02	0,87	1,122 (372)	0,262
Yksilöllisyyden toteutuminen (ICS-B)	205	3,84	0,97	0,95	386	3,84	0,82	0,94	0,048 (360)	0,961
Kliininen tilanne	205	3,87	1,03	0,92	384	3,85	0,94	0,91	-0,237 (386)	0,813
Henkilökohtainen elämäntilanne	196	3,51	1,11	0,82	380	3,58	0,93	0,75	0,723 (338)	0,470
Päätöksenteon kontrolli	205	3,98	1,00	0,87	384	4,03	0,81	0,84	0,566 (346)	0,578
Luottamus hoitajiin (Trust)	207	4,42	0,74	0,91	386	4,35	0,75	0,92	-1,073 (591)	0,284

kh = keskiahajonta, α Kahden otoksen t-testi, t-arvo, vapausasteet (va), p-arvo

järjestämisestä (Radwin ym. 2003, Rawdin ym. 2009), yksilöllisyyden mahdollistamisesta ja yksilöllisyydestä hoidossaan (Suho-
nen ym. 2007b). Luottamus hoitajiin oli
suhteellisen vahva. Pohjoismaissa luottamus
terveydenhuollon henkilöstöön on rapor-
toitu erittäin korkeaksi (esim. Kouvo 2011)
ja Etelä-Euroopan maissa selvästi matalam-
maksi (Rodriguez ym. 2013). Mielenkiintois-
ta on se, että iäkkäiden arvio luottamukses-
taan hoitajiin tai muihin laadun tekijöihin
ei eronnut työikäisten arvioista. On osoitet-
tu, että iäkkäät henkilöt suhtautuvat eri ta-
voihin hoitoon ja aktiiviseen osallisuuteen
hoidossa (Coulter ym. 2008).

Pohjoismaissa, erityisesti Suomessa ja
Ruotsissa hoidon laatu arvioituna esimer-
kiksi eloonjäämisena rinta-, kohdunkaulan
tai paksusuolen syövän sairastumisen jäl-
keen on korkea (OECD 2015) ja osoittaa
aikaista havaitsemista, tarkkaa diagnostiikka-
ja kohdistettuja hoitomenetelmiä (*per-
sonalised medicine*; European Commission
2012b). Tämä ei kuitenkaan kuvaa muita
hoidon laatuominaisuuksia, kuten kohtelua
ja hoitotyön toteuttamista. Mielenkiintoista
on, että viimeisimmät tilastot ammattihen-
kilöiden määrästä OECD maissa, erityisesti
Euroopassa osoittavat, että lääkäreitä ja sai-
raanhoitajia on enemmän terveydenhuol-
lossa kuin koskaan ennen (OECD 2015).
Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että
syöpää sairastavien potilaiden arviot hoidon
laadun osatekijöistä eivät ole kovin korkeat,
ja ne voisivat olla huomattavasti paremmat.
Samainen raportti toteaaakin, että hoidon
laatu ei ole parantunut samassa suhteessa
kuin lisääntynyt henkilöstö (OECD 2015).
Erityisesti on raportoitu, että terveystalve-
lujärjestelmässä on kehittämisen varaa po-
tilaskeskeisyydessä ja yksilöllisyydessä
(Kandelaki ym. 2016).

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus toteutettiin kyselynä neljässä
maassa yhdessä suunnitellun aineistonke-
ruun protokollan mukaisesti. Jokaisesta
maasta saatiin riittävän kokoinen aineisto,
mutta vastausosuudet vaihtelivat maittain.
Myös maittain oli eroja siinä, miten nopeasti

aineisto saatiin kerättyä. Syöpäsairauksien
hoito on muuttunut nopeasti, ja sairaalassa-
oloaika (akuuttihoito keskimäärin) on ly-
hentynyt (OECD 2015). Suurin osa esimer-
kiksi solunsalpaajahoitoja saavista potilaista
hoidetaan polikliinisesti, ja vuodeosastoilla
hoidettavana olevat potilaat saattavat olla
huonokuntoisia, eivätkä välttämättä osallistu-
tuneet tutkimukseen. Erityisesti Ruotsissa
aineistonkeruu venyi juuri tästä syystä. Ai-
neistossa oli edustettuna eri kehon alueiden
syöpäsairauksia, ja pääsääntöisesti jakau-
ma edustaa yleisimpiä syöpäsairauksia
(Ferley ym. 2013, WHO 2015). Tutkimusai-
neiston keruussa käytettiin luotettavia ja
näihin maihin validoituja instrumentteja.
Ainoastaan luottamus hoitajiin instrumentti
käännettiin osallistuneiden maiden kielille
tätä tutkimusta varten. Kaikkien instrument-
tien sisäinen johdonmukaisuus oli hyvä:
OPPQNCs (kokonaisuus 0,94–0,95, summa-
muuttujittain 0,84–0,91), Yksilöllinen hoito
ICS-A (0,93–0,94, summamuuttujittain 0,81–
0,90) ja ICS-B (0,94–0,95, summamuuttujit-
tain 0,75–0,92) ja luottamus hoitajiin 0,91–
0,92. Instrumenttien sisäinen johdonmukai-
suus oli samanlainen molemmissa osa-ai-
neistoissa, ja vastaa aikaisemmin raportoitu-
ja arvoja (Radwin ym. 2003, 2009, Suho-
nen ym. 2010a). Tästä voidaan päätellä, että
instrumentit toimivat johdonmukaisesti
eri-ikäisten aineistoissa. Erot potilaiden hoi-
don laadun osatekijöitä koskevissa arvioin-
neissa eivät ole ikään liittyviä, vaan toden-
näköisesti ovat erilaisissa kokemuksissa ja
tarkasteltavassa ilmiössä itsessään.

Jobtopäätökset

Syöpää sairastavien potilaiden arvioinnit
hoidon laadun osa-alueista eivät eroa ikä-
ryhmittäin. Tutkimustulos poikkeaa aikai-
semmista tutkimuksista, joissa yleensä iäk-
kää arvioivat hoitoa nuoria ikäryhmiä po-
sitiivisemmin. Tulokset hoidon laadusta ja
yksilöllisyydestä ovat aikaisempiin tutki-
muksiin verrattuna alhaisempia. Tulokset
antavat aihetta pohdinnoille, sillä juuri syö-
papotilaiden lääketieteellinen hoito on yk-
silöllisesti räätälöityä, ja hoidon kaikilta
muiltakin osin tulisi olla räätälöityä. Tutki-

mustulokset ovat hyödynnettävissä monikulttuurisen hoitotyön kehittämiseksi Euroopan terveydenhuoltojärjestelmissä. Eurooppalaisen hoitotyön laadun kehittämiseen tarvitaan yhteistyötä ja tutkimusta, mutta ennen kaikkea motivoituneita ja osaavia ammattilaisia (esim. European Oncology Nursing Society 2014).

LÄHTEET

- Arah OA., Westert GP. & Hurst J. (2006) A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal of Quality in Health Care* **18**(Suppl 1), 5–13.
- Arraras JL, Illarramendi JJ., Viudez A., Lecumberri M.J., de la Cruz S., Hernandez B., Zarandona U., Bredart A., Martinez M., Salgado E., Lainez N. & Vera R. (2012) The cancer outpatient satisfaction with care questionnaire for chemotherapy, OUT-PATSAT35 CT: a validation study for Spanish patients. *Supportive Care in Cancer* **20**(12), 3269–3278.
- Arraras JL, Illarramendi JJ., Viudez A., Ibáñez B., Lecumberri MJ., de la Cruz S., Hernandez B., Zarandona U., Cambra K., Martinez M., Salgado E., Lainez N. & Vera R. (2013) Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology day hospital and its relationship with quality of life. *Psychooncology* **22**(11), 2454–2461.
- Batbaatar E., Dorjdagva J., Luvsannyam A. & Amenta P. (2015) Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health* **135**(5), 243–250.
- Bjertnaes O., Skudal K.E. & Iversen HH. (2013) Classification of patients based on their evaluation of hospital outcomes: cluster analysis following a national survey in Norway. *BMC Health Services Research* **21**;13:73. doi: 10.1186/1472-6963-13-73.
- Bobay KL., Jerofke TA., Weiss ME. & Yakusheva O. (2010) Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing* **31**(3), 178–187.
- Brennan N., Barnes R., Calnan M., Corrigan O., Dieppe P. & Entwistle V. (2013) Trust in the health-care provider-patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. *International Journal of Quality in Health Care* **25**(6), 682–688.
- Brennan ME., Butow P., Spillane AJ. & Boyle F. (2016) Patient-reported quality of life, unmet needs and care coordination outcomes: Moving toward targeted breast cancer survivorship care planning. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* **12**(2), e323–e331.
- Chang E., Hancock K., Chenoweth L., Yeon YH., Glasson J., Gradidge K. & Graham E. (2003) The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *International Journal of Nursing Practice* **9**(3), 191–201.
- Coulter A., Parsons S. & Askham J. (2008) *Where are the patients in decision-making about their own care?* World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008. WHO Regional Office, Denmark.
- Dinc L. & Gastman C. (2013) Trust in nurse-patient relationship: A literature review. *Nursing Ethics* **20**(5), 501–516.
- Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* **260**(12), 1743–1748.
- European Commission. (2012a) *Patient involvement. Eurobarometer Qualitative Study*. Aggregate Report. http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf. (23.1.2016).
- European Commission. (2012b) *Towards Personalised Medicine. Research and Innovation –Health*. <http://ec.europa.eu/research/health/index.cfm?pg=policy&policyname=personalised> (23.1.2016)
- European Oncology Nursing Society. (2014) *Clinical practice guidelines and practice recommendations*. <http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recommendations.html>. (23.1.2016).
- EuroQol Group. (1990) EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* **16**(3), 199–208.
- Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., Rosso S., Coebergh JW., Comber H., Forman D. & Bray F. (2013) Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer* **49**(6), 1374–1403.
- Grøndahl VA., Karlsson I., Hall-Lord ML., Appelgren J. & Wilde-Larsson B. (2011) Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *Journal of Clinical Nursing* **20**(17-18), 2540–2551.
- Jones TL., Hamilton P. & Murry N. (2015) Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies* **52**(6), 1121–1137.
- Kahn SA., Iannuzzi JC., Stassen NA., Bankey PE. & Gestring M. (2015) Measuring satisfaction: factors that drive hospital consumer assessment of health-care providers and systems survey responses in a trauma and acute care surgery population. *The American Surgeon* **81**(5), 537–543.

VASTUUALUEET

Tutkimuksensuunnittelu: RS, AC, AB, CL, EP, MS. aineiston keruu: RS, MS, AC, EP, CL, KS. aineiston analysointi: JK, RS, AC, EP, CL, AB, KS, käsikirjoituksen kirjoittaminen: RS, MS, AC. käsikirjoituksen kommentointi: AC, EP, AB, CL, KS (english version), MS, JK.

- Kandelaki K., Marrone G., Lundborg CS., Schmidt I. & Björkman I. (2016) Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. *BMJ Open* **8**;6(1):e009056. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009056.
- Kouvo A. (2011) The sources of generalized trust and institutional confidence in Europe. *Research on Finnish Society* **4**(1), 29–40.
- Nguyen Thi PL., Briancon S., Empereur F. & Guillemain F. (2002) Factors determining impatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine* **54**(4), 493–504.
- Nikoloski Z. & Mossialos E. (2013) Corruption, inequality and population perception of healthcare quality in Europe. *BMC Health Services Research* **13**:472 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/472>
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (19.1.2016)
- Peppercorn JM., Smith TJ., Helft PR., DeBono DJ., Berry SR., Wollins DS., Hayes DM., Von Roenn JH. & Schnipper LE. (2011) American Society of Clinical Oncology Statement: Toward individualised care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology* **29**(6), 755–760.
- Rabin R. & de Charro F. (2001) EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine* **33**(5), 337–343.
- Radwin L. (2003) Cancer patient demographic characteristics and ratings of patient-centered nursing care. *Journal of Nursing Scholarship* **35**(4), 365–370.
- Radwin L., Alster K. & Rubin K. (2003) The development and psychometric testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale (OPPNCS). *Oncology Nursing Forum* **30**(2), 283–290.
- Radwin LE., Washko M., Suchy KA. & Tyman K. (2005) Development and pilot testing of four desired health outcomes scales. *Oncology Nursing Forum* **32**(1), 92–96.
- Radwin L., Cabral H. & Wilkes G. (2009) Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of health care system. *Research in Nursing and Health* **32**(1), 4–17.
- Radwin LE. & Cabral HJ. (2010) Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *Journal of Advanced Nursing* **66**(3), 683–689.
- Rodriguez R., Zólyomi E., Schmidt A., Kalavrezou N. & Matsaganis M. (2013) *The Impact of the Financial Crisis on Unmet Needs for Healthcare*. Research Note 7/2013, European Commission. http://www.euro-centre.org/detail.php?xml_id=2455. (23.1.2016).
- Rose P. & Yates P. (2013) Person centred nursing care in radiation oncology: a case study. *European Journal of Oncology Nursing* **17**(5), 554–562.
- Rowe R. & Calnan M. (2006) Trust relations in health care: the new agenda. *European Journal of Public Health* **16**(1), 4–6.
- Sánchez-Piedra CA., Prado-Galbarro FJ., García-Pérez S. & Santamera AS. (2014) Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in Primary Care* **22**(3), 147–155.
- Sousa V. & Rojjanasriat W. (2011) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* **17**(2), 268–274.
- Staniszewska SH. & Henderson L. (2005) Patients' evaluations of the quality of care: influencing factors and the importance of engagement. *Journal of Advanced Nursing* **49**(5), 530–537.
- Suhonen R., Leino-Kilpi H. & Välimäki M. (2005) Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* **11**(1), 7–20.
- Suhonen R., Välimäki M., Katajisto J. & Leino-Kilpi H. (2006) Patient characteristics in relation to perceptions of how individualised care is delivered - Research into the sensitivity of the Individualised Care Scale (ICS). *Journal of Professional Nursing* **22**(4), 253–261.
- Suhonen R., Schmidt LA & Radwin L. (2007a) Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing* **59**(1), 77–85.
- Suhonen R., Vehmas P., Vastamäki R. & Puro M. (2007b) Solunsalpaajahoidossa olevien potilaiden arvioima hoidon laatu. *Tutkiva Hoitotyö* **5**(3), 16–21.
- Suhonen R., Berg A., Idvall E., Kalafati M., Katajisto J., Land L., Lemonidou C., Schmidt L., Välimäki M. & Leino-Kilpi H. (2010) Adapting the Individualised Care Scale for cross-cultural comparison: an international study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **24**(2), 392–403.
- Suhonen R., Välimäki M., Berg A., Idvall E., Kalafati M., Katajisto J., Land L., Lemonidou C., Schmidt L. & Leino-Kilpi H. (2010) The impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* **8**(4), 259–267.
- Suhonen R., Schmidt L., Katajisto J., Berg A., Idvall E., Kalafati M., Land L., Lemonidou C., Välimäki M. & Leino-Kilpi H. (2013) Cross-cultural validity of the Individualised Care Scale - A Rasch model analysis. *Journal of Clinical Nursing* **22**(5–6), 648–660.
- Valentine N., Darby C. & Bonsel GJ. (2008) Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science and Medicine* **66**(9), 1939–1950.
- WHO. (2015) *Chronic diseases and health promotion*. <http://www.who.int/chp/en/> (20.1.2016)
- Williams B., Coyle J. & Healy D. (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine* **47**(9), 1351–1359.
- Zarei E., Daneshkohan A., Khabiri R. & Arab M. (2015) The effect of hospital service quality on patient's trust. *Iranian Red Crescent Medical Journal* **17**(1):e17505. doi: 10.5812/ircmj.17505.

Riitta Suhonen, RN, PhD, FEANS, Professor, Principal Investigator, University of Turku, Department of Nursing Science, 20014 University of Turku, FINLAND. riisub@utu.fi

Andreas Charalambous, RN, PhD, Assistant Professor of Oncology Nursing, Cyprus University of Technology, Department of Nursing Studies, Vragadinou 15, 3041, Limassol, CYPRUS. andreas.charalambous@cut.ac.cy

Agneta Berg, RNT, PhD, Professor, Kristianstad University, Department of Health Science, SE-291 88, Kristianstad, SWEDEN. Agneta.Berg@bkr.se

Jouko Katajisto, MSocSci, Senior lecturer, Statistician, University of Turku, Department of Mathematics and Statistics, 20014 University of Turku, FINLAND. jouko.katajisto@utu.fi

Chryssoula Lemonidou, RN, PhD, Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Papadiamantopoulou 123, 11527 Goudi, Athens, GREECE clemonid@nurs.uoa.gr

Elisabeth Patiraki, RN, PhD, Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Papadiamantopoulou 123, 11527 Goudi, Athens, GREECE. epatiraki@nurs.uoa.gr

Katarina Sjövall, RNT, PhD, Nurse researcher, Skåne University Hospital, Lund, Verksamhetsområde Onkologi och Strålfysik, Skånes Universitetssjukhus, 221 85 Lund, SWEDEN, katarina.sjovall@skane.se

Minna Stolt, podiatrist, PhD, Senior researcher, University of Turku, Department of Nursing Science, 20014 University of Turku, FINLAND. minna.stolt@utu.fi