



Vuorovaikutus terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden arvioimana

Runsas palvelutarve aiheuttaa haasteita sekä asiakkaille itselleen että terveyspalvelujärjestelmälle asiakkaiden pyrkiessä saamaan tarpeitaan vastaavaa hoitoa. Vuorovaikutus on tärkeää asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kohtaamisissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemyksiä vuorovaikutuksesta terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Lisäksi tarkoituksena oli testata samalla kohde-ryhmällä Patient-Professional Interaction Questionnaire PPIQ-mittarin faktorirakenteen yhdenmukaisuutta.

Aineisto kerättiin erään kaupungin hyvinvointipalveluiden pitkäaikaisesti (n=234) ja lyhytaikaisesti (n=261) paljon terveyspalveluja tarvitsevilta asiakkailta tammi-heinäkuussa 2020. Mittari sisälsi 16 vuorovaikutusta arvioivaa väittämää, jotka muodostavat neljä ulottuvuutta: tehokas kommunikaatio; kiinnostus asiakkaan näkemyksiä kohtaan; empatia; asiakkaan osallistaminen hoitoon. Kukin ulottuvuus sisälsi neljä väittämää. Aineisto analysoitiin Pearsonin khiin neliö -testillä, keski- ja hajontaluvuilla sekä Mann-Whitney U -testillä. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alpha -reliabiliteettikertoimella ja mittausinvarianssia useamman ryhmän konfirmatorisella faktorianalyysillä.

Pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat arvioivat vuorovaikutuksen ammattihenkilöiden kanssa keskimäärin heikommaksi kuin lyhytaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat. Asiakkaan hoitoon osallistaminen oli keskeinen vuorovaikutukseen liittyvä tekijä pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden arvioimana. Useamman ryhmän konfirmatorisen faktorianalyysin perusteella PPIQ-mittarin rakenne ja lataukset olivat samanlaiset lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmissä, mutta vastaukset eri väittämiin vaihtelivat ryhmien välillä.

Paljon terveyspalveluja tarvitsevan asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välinen toimiva vuorovaikutus on tärkeä osa asiakaslähtöisiä terveyspalveluja.

ASIASANAT: asiakaslähtöisyys, paljon terveyspalveluja tarvitseva asiakas, terveyspalvelujen kysyntä ja tarve, vuorovaikutus

MOONA HUHTAKANGAS, MIMMI TOLVANEN, HELVI KYNGÄS, OUTI KANSTE

YDINASIAT

- Palveluiden järjestämiseen liittyvät tekijät ja tavat kohdata paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat vaikuttavat palveluiden käyttöön ja kokemuksiin palveluista
- Tulokset korostavat paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden ja ammattihenkilöiden välisen vuorovaikutuksen tärkeyttä, ja erityisesti tarvetta osallistaa asiakkaita omaan hoitoonsa
- Tutkimustietoa tarvitaan asiakkaan osallisuutta ja aktiivisuutta tukevista toimintamalleista

JOHDANTO

Asiakaslähtöisillä terveyspalveluilla ja palvelukonaisuuksilla voidaan saavuttaa korkealaatuisia terveyspalveluja ja vähentää niiden tarvetta (1). Asiakaslähtöisyyttä edistävillä interventioilla voidaan edistää fyysistä ja psyykkistä terveyttä, elämänlaatua, tukea oman terveyden hallinnan taitoja sekä vähentää terveyspalveluiden tarvetta (2). Asiakaslähtöisyys ottaa huomioon asiakkaan mieltymykset ja tarpeet tarjoten samanaikaisesti emotionaalista tukea ja mahdollisuuden omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon (3). Painopiste on asiakkaan aktiivisessa toimijuudessa omassa hoidossaan eikä niinkään passiivisena hoidon vastaanottajana. Käsitettä on määritelty eri tavoin, mutta pääsääntöisesti tutkimuksissa asiakaslähtöisyyteen on katsottu kuuluvaksi terveysalan ammattihenkilöiden empatiataidot ja kunnioitus asiakasta kohtaan, jaettu päätöksenteko, asiakkaan ja ammattihenkilön välinen toimiva suhde ja kommunikaatio, hoidon koordinointi, holistisuus sekä asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. (4.)

Tässä tutkimuksessa asiakaslähtöisyyttä arvioidaan Casun ym. (5) kehittämän Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ)-mitarin pohjalta, joka keskittyy asiakkaan ja ammattihenkilön väliseen vuorovaikutukseen. Mitarin sisältämät ulottuvuudet ovat tehokas kommunikaatio, kiinnostus asiakkaan näkemyksiä kohtaan, empatia sekä asiakkaan osallistaminen hoitoon. Casu ym. (5) määrittelevät tehokkaan kommunikaation viitaten Gremigniin ym., Henryyn ym. sekä Streetiin ja De Haesiin: Tehokas kommunikaatio, kuten selkeän informaation antaminen, mahdollistavat asiakkaan tarpeiden ymmärtämisen ja edistävät hänen osallistumis-

taan omaan hoitoonsa. Casun ym. (5) määritelmä kiinnostuksesta asiakkaan näkemyksiä kohtaan perustuu Brandin ja Stiggelboutin, Gobatin ym. ja Ospinan ym. määritelmään: asiakkaan toiveisiin ja tuntemuksiin sairaudesta ja sen hoidosta.

Viitaten Derkseniin ym. ja Kelleyhyn ym., Casu ym. (5) tarkoittavat empatialla terveydenhuollon ammattihenkilön kykyä ymmärtää asiakkaan sen hetkistä tilannetta ja tunteita sekä taitona herättää luottamusta. Derksenin ym. (6) mukaan empatia määritellään kolmen ulottuvuuden kautta: asenteena, kompetenssina tai käyttäytymisenä. Asenteella viitataan toisen henkilön kunnioittamiseen ja kiinnostukseen toista henkilöä kohtaan. Kompetenssi sisältää empatia- ja kommunikaatioaidot sekä taidon muodostaa luottamuksellinen suhde. Empatiataidoilla tarkoitetaan ammattihenkilön kykyä tunnistaa asiakkaan ongelma ja saada häneltä kattavat tiedot ongelman määrittämisen tueksi (7). Empatia käyttäytymisenä sisältää asiakkaan tilanteen tai tunteen tunnistamisen, ja toimimisen sen mukaisesti (8). Vuorovaikutuksessa empatia lisää luottamusta ja yhteisymmärrystä (6) ja kokemus empatian puutteesta voi vaikuttaa negatiivisesti kokemuksiin siitä, miten sairauden kanssa pystyy selviytymään (9). Kokemus empatian puutteesta voi pitkällä aikavälillä johtaa terveyspalveluluisa käymisen välttelemiseen ja toisen terveydenhuollon ammattihenkilön luokse hakeutumiseen. Tämä aiheuttaa haasteita hoidon jatkuvuudelle. (10.)

Casu ym. (5) määrittelevät asiakkaan hoitoon osallistamisen viitaten Entwistleen ym. sekä Moultoniin ja Kingiin seuraavasti: hoitoon osallistaminen on asiakkaan tietoista ja ammattihenkilön kanssa yhteistyössä tapahtuvaa osallistumista hoitoa koskevaan päätöksentekoon, jolla voidaan tukea autonomiaa. Keskeistä osallistamisen kokemuksessa on mahdollisuus vaikuttaa ja dialogisesti ammattihenkilön kanssa osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä saada riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi (11). Osana osallistamista asiakkaat painottavat kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen tärkeyttä, ja ammattihenkilöt vastuun siirtämistä myös asiakkaalle (12). Tritter (13) on määritellyt hoitoon osallistamisen eri ulottuvuuksien kautta. Ensimmäinen ulottuvuus liittyy suoraan ja epäsuoraan osallistamiseen. Yksilötasolla suoralla osallistamisella tarkoitetaan asiakkaan omien näkemys-

ten painottamista hoitoon liittyvässä jaetussa päätöksenteossa. Epäsuoralla osallistamisella tarkoitetaan niitä toimia, joilla kerätään informaatiota (esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyt ja haastattelut). Osallistaminen yksilöllisellä ja kollektiivisella tasolla on toinen Tritterin (13) käyttämän määritelmän ulottuvuus. Kollektiiviseen osallistamiseen kuuluvat esimerkiksi asiakkaiden muodostamat ryhmät, joiden pohjalta heidän näkemyksiään hyödynnetään päätöksenteossa. Tässä tutkimuksessa tarkastelu keskittyy yksilötason suoraan hoitoon osallistamiseen eli jaettuun päätöksentekoon.

Käsitettä asiakkaan hoitoon osallistaminen käytetään usein synonyyminä asiakkaan osallistumiselle (14). Tosin Fumagallin ym. (15) mukaan yhteinen tekijä käsitteille on, että asiakas on hoitosuhteessa aktiivinen toimija. Erottavana tekijänä taas on se, että asiakkaan osallistaminen ilmenee silloin, kun hän itse kokee osallistuvansa ja osallistuminen silloin, kun sekä asiakas että ammattihenkilö kokevat asiakkaan osallistuvan. Mikrotasolla (yksilöllisen hoidon tasolla) asiakkaan osallistumisella tarkoitetaan hänen mahdollisuuksiaan ja oikeuttaan osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Päätöksenteko tapahtuu asiakkaan oman kokemustiedon ja terveydenhuollon ammattihenkilön asiantuntijatiidon yhteistyönä. Mesotasolla osallistuminen tarkoittaa esimerkiksi palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun osallistumista, ja makrotasolla politiikkaan osallistumista. (14.) Tässä tutkimuksessa tarkastelu rajoittuu mikrotasolle eli asiakkaan omaa hoitoa koskevan päätöksenteon tasolle.

Jaettu päätöksenteko tukee hoitoon osallistamisen mahdollisuuksia. Jaetussa päätöksenteossa ammattihenkilö kertoo asiakkaalle hoitoon liittyvät vaihtoehdot etuineen ja haittoineen, ja päätöksenteko tehdään yhteisen keskustelun pohjalta. (16.) Molemmat osapuolet jakavat tietoa aktiivisesti; asiakas kertoo rehellisesti omasta tilanteestaan ja huolenaiheistaan, ja ammattihenkilö antaa asiakkaan tilanteen huomioivaa asiantuntijatietaa päätöksenteon tueksi (17). Vaikka omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistuminen nähdään asiakaslähtöisyyden toteutumisessa tärkeänä, on sen toteutuminen käytännössä rajallista (16,18). Jaetussa päätöksenteossa hoitosuhteen aikaisella vuorovaikutuksella on merkittävä rooli. Asiakkaan osallistaminen var-

sinaiseen päätöksentekoprosessiin on riippuvainen myös varsinaista päätöksentekoa edeltävästä vuorovaikutuksesta, sillä avoimella ja kannustavalla vuorovaikutuksella ammattihenkilö luo edellytykset asiakkaan aktiiviselle osallistumiselle päätöksentekoon. (19.) Asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välinen toimiva suhde ja se, että ammattihenkilö ottaa asiakkaan näkemykset huomioon vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen (20). Myös Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (21) säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta, jolla tarkoitetaan potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Tässä tutkimuksessa vertaillaan lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemyksiä vuorovaikutuksesta terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Lisäksi testataan PPIQ-mittarin faktorirakenteen yhdenmukaisuutta lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevilla asiakkailla.

LISÄÄNTYNYT TERVEYSPALVELUJEN TARVE

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskerptomuksen (22) mukaan avosairaanhoidon palveluissa paljon terveyspalveluja tarvitsevia asiakkaita ei pyritä systemaattisesti tunnistamaan, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten näkökulmasta se olisi erityisen tärkeää. Suomessa on arvioitu, että kymmenesosa asukkaista aiheuttaa 81 % sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista (23). Paljon terveyspalveluja tarvitseville asiakkaille on olemassa erilaisia määritelmiä. Määritelmä voi perustua keskimääräistä palvelutarvetta runsaampaan palvelutarpeeseen (esimerkiksi ylin 10 % kaikista terveydenhuollon palveluiden käyttäjistä) tai tiettyyn käyntimäärään tietyn ajanjakson aikana (esimerkiksi kahdeksan käyntiä yhden vuoden aikana). Esimerkiksi korkea ikä, sukupuoli, krooniset sairaudet ja huonoksi koettu terveydentila ovat yhteydessä runsaaseen palvelutarpeeseen. (24,25.) Suomessa ja kansainvälisesti runsasta palvelutarvetta on tutkittu perusterveydenhuollon (25,26,27) ja erikoissairaanhoidon palveluissa (28,29) sekä sairaalan päivystyspalveluissa (24,30). Suomessa aihetta on tutkittu myös työterveyshuollon palveluissa (31). Eräät tutkimukset (23,32) ovat huomioineet sekä sosiaali- että terveyspalveluiden tarpeen määrittäessään runsasta palvelutarvetta. Hyvinvointikeskusten paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tutkimuksissa on korostettu so-

siaali- ja terveystalvvelujen integraation tarvetta, monialaisuutta sekä tiedon välittymisen roolia osana palveluiden järjestämistä (33).

Sekä kansallisessa että kansainvälisessä tutkimuksessa runsas palvelutarve on määritelty pääasiassa yhden ajanjakson, esimerkiksi 12 kuukauden, perusteella. Kuitenkin vain 17–19 % paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista käyttää palveluja useamman vuoden ajan (27,34). Tämä aiheuttaa enemmän kustannuksia terveystalvvelujärjestelmälle verrattuna hetkelliseen runsaaseen palveluiden käyttöön (35). Lisäksi tarkoituksenmukaisten interventioiden kohdentamisen näkökulmasta pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevat asiakkaat hyötyvät interventioista erityisesti (36). Heille kohdennettujen interventioiden vaikutusten arviointi on haastavaa, sillä asiakas voi lyhytaikaisesta palvelutarpeesta johtuen ilman interventiotakin palata ”normaaliin” palveluiden käyttöön. Jos kyse on pitkittyneestä palvelutarpeesta, voi interventioista saada suuremman hyödyn. Paljon terveystalvveluja tarvitseville asiakkaalle on kohdennettu lukuisia erilaisia interventioita, mutta niiden ei ole havaittu vaikuttavan suoranaisesti palveluiden käyttöön (37). Tämä voi selittyä sillä, että interventiot on pääosin kohdennettu paljon terveystalvveluja tarvitseville asiakkaalle palvelutarpeen lyhyt- tai pitkäaikaisuutta huomioimatta. Siten on tärkeää pyrkiä tunnistamaan ja erottamaan mitkä tekijät ovat yhteydessä juuri pitkä- ja lyhytaikaiseen palvelutarpeeseen. Näihin yhteydessä olevien taustatekijöiden on havaittu eroavan toisistaan. Perusterveydenhuollossa esimerkiksi huonoksi koettu terveydentila (27), masennus (27,34), vähäinen asiakastyytyväisyys (26) sekä krooniset sairaudet, kuten diabetes, ja lääkkeiden käyttö (34) ovat yhteydessä pitkäaikaiseen palvelutarpeeseen.

Aikaisemmissa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tutkimuksissa on pääasiassa hyödynnetty rekisteriaineistoja pyrkien heidän profiloimiseensa (23,32). Muutamat aikaisemmat laadulliset ja määrälliset tutkimukset ovat selvittäneet, miten palveluiden järjestämiseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä runsaaseen terveystalvveluiden tarpeeseen hyödyntäen asiakkaiden omia arvioita (26,38,39,40). He voivat kokea tulevan väärin ymmärretyiksi empatian puutteen ja vähättelyn vuoksi, sekä turhautuvan, kun tilanteeseen on haastavaa löytää selkeää ratkaisua.

He toivoivat voivansa osallistua enemmän omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (41.)

Hudonin ym. (40) mukaan perusterveydenhuollon palveluiden saavutettavuus ja koordinaointi sekä hoidon kokonaisvaltaisuuden ongelmat ovat yhteydessä runsaaseen päivystyspalveluiden käyttöön. Pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevat asiakkaat ovat kokeneet lyhytaikaisesti paljon palveluja tarvitsevia vähäisempää potilastyytyväisyyttä (26). Myös Cappin ym. (42) tapaustutkimuksen mukaan paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on negatiivisia kokemuksia perusterveydenhuollon palveluista, kuten siitä, että heidän palvelutarpeitaan ei oteta vakavasti. Dinkel ym. (39) toteavat, että vaikka paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan ja perhelääkärin välillä olisi toimiva hoitosuhde, ei tämä tarkoita sitä, etteikö asiakas käyttäisi paljon myös erikoislääkärien palveluja. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat käyttävätkin usein erilaisia terveyden- (43) ja sosiaalihuollon (32) palveluja. Perusterveydenhuollon palveluiden runsas käyttö on usein yhteydessä päivystyspalveluiden käyttöön, sillä päivystyspalveluihin pääseminen voidaan kokea helpommaksi (44). Toisaalta paljon päivystyspalveluja käyttävät asiakkaat raportoivat muita useammin, että he eivät koe saavansa tarpeitaan vastaavaa hoitoa perusterveydenhuollon palveluissa (38). Tämä kuormittaa terveystalvvelujärjestelmää, kun tarpeita vastaavaa hoitoa pyritään etsimään eri palveluista (43).

Aikaisemmin on tutkittu terveydenhuollon eri toimihenkilöiden näkemyksiä asiakkaiden runsaasta palvelutarpeesta esimerkiksi liittyen siihen missä määrin paljon terveystalvveluja tarvitsevia asiakkaita osallistetaan hoitosuunnitelman laatimiseen. Työntekijöiden ja johtavien viranhaltijöiden kokemusten mukaan työntekijöiden päätöksenteossa hyödynnetään keskusteluja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kanssa sekä hoitosuunnitelmaa, jonka tekemiseen myös asiakas osallistetaan (45). Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijöiden arviöiden mukaan asiakkaista kolmannes (46) tai hieman yli puolet (47) osallistetaan hoitosuunnitelman laatimiseen. Vaikka asiakkaita pyritään tukemaan omien hoitoonsa liittyvien päätösten tekemisessä (45), ei heidän mielipiteitään kuunnella riittävästi (46). Ammattihenkilöiltä saadun tuen on havaittu edistävän hoitoon sitoutumista paljon perusterveydenhuollon palveluja tarvitsevilla asiakkailla

(48). Vaikka hoitosuhteen pysyvyys voi vähentää palvelutarvetta (49), Vehkon ym. (47) mukaan noin puolessa paljon terveystalvveluja tarvitsevien asiakkaiden tapauksissa hoitoprosessissa ei ollut nimettyä vastuuhenkilöä.

Vaikka asiakaslättoisyydellä on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia terveystalvveluiden tarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen asiakkaan yksilölliset tarpeen huomioiden (4), ei asiakaslättoisyyden toteutumista paljon terveystalvveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluissa ole tutkittu asiakkaiden arvioimana. Vaikka lyhyt- ja pitkäaikaiseen runsaaseen palvelutarpeeseen yhteydessä olevia tekijöitä on tunnistettu ja vertailtu sekä havaittu miten paljon terveystalvveluja tarvitsevat asiakkaat tulevat terveystalvveluissa kohdatuksi, aikaisempaa tietoa ei ole siitä miten lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemykset ammattilaisten kanssa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta eroavat.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemyksiä vuorovaikutuksesta terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Lisäksi tarkoituksena oli testata PPIQ-mittarin faktorirakenteen yhdenmukaisuutta lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevilla asiakkailla. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa paljon terveystalvveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelutarpeiden tunnistamisen tueksi sekä asiakaslättoisten terveystalvveluiden ja interventioiden kehittämiseksi. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemykset vuorovaikutuksesta terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa eroavat?
2. Millainen on PPIQ-mittarin faktorirakenteen yhdenmukaisuus lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevilla asiakkailla?

MENETELMÄT

AINEISTO

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena poikkeikkauasetelmalla. Kohderyhmänä olivat vähintään 18-vuotiaat lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon

terveystalvveluja käyttävät asiakkaat. Tutkittavat tunnistettiin erään kaupungin kuuden hyvinvointikeskuksen potilastietojärjestelmästä, josta poimittiin satunnaisotannalla pitkäaikaisesti (n=750) ja lyhytaikaisesti (n=750) paljon terveystalvveluja tarvitsevat asiakkaat. Otoskoon määrittämiseksi laskettiin voima-analyysi seuraavasti: tutkimuksesta, jonka mittaria tässä tutkimuksessa käytettiin (5), poimittiin koko mittarin vastausten keskiarvo (58,32) ja keskihajonta (13,65). P-arvona käytettiin p=0,05, voiman määränä 0,80 ja efektikooksi oletettiin 0,3. Otoskokolaskelma tehtiin ajatellen kahden riippumattoman otoksen t-testiä. Minimiotoskooksi arvioitiin 300 vastausta. Vastausprosentiksi arvioitiin 40 %. Hyvinvointikeskusten palveluista tarkastelussa olivat lääkäri- ja hoitajapalvelut. Pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitseva asiakas määriteltiin henkilöksi, joka oli tarvinnut terveystalvveluja vähintään kahdeksan kertaa vuodessa vähintään kolmen vuoden ajan (terveystalvveluiden käyttöä tarkasteltiin neljän vuoden, 2016–2019, perusteella). Lyhytaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitseva asiakas määriteltiin henkilöksi, joka oli tarvinnut terveystalvveluja vähintään kahdeksan kertaa viimeisen vuoden aikana, oli käyttänyt hyvinvointikeskusten terveystalvveluja viimeisen kuuden kuukauden aikana eikä häntä määritelty pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevaksi asiakkaaksi.

Pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitseville asiakkaalle lähetettiin postitse kyselylomakkeet tammikuussa 2020 ja muistutus helmikuussa 2020. Lyhytaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitseville asiakkaalle lähetettiin postitse kyselylomakkeet huhti-toukokuussa 2020 ja muistutus kesä-heinäkuussa 2020. Kyselyyn vastasi 234 (vastausprosentti 31,2 %) pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevaa asiakasta ja 261 lyhytaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevaa asiakasta (vastausprosentti 34,8 %).

Tutkimuksen toteuttamiskaupungin hyvinvointipalvelut myönsivät tutkimusluvan. Kyselylomakkeiden lähettämiseksi potilastietojärjestelmästä poimittiin lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvveluja tarvitsevien asiakkaiden kotiosoite ja nimi. Kyselylomakkeen kanssa tutkittaville lähetettiin tutkimuksen saatekirje ja tutkittavat antoivat kirjallisen tietoon perustuvan suostumuksen kyselylomakkeen mukana. Vastaukset palautettiin nimettöminä postitse. Vastauksia

säilytettiin erillään asiakkaiden henkilötiedoista (kotiosoite ja nimi). Ensimmäisellä kierroksella lähetettyihin kyselylomakkeisiin lisättiin yksilöllinen tunnustieto, jotta oli mahdollista lähettää muistutus. Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (50).

MITTARI

Asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välistä asiakaslähtöistä vuorovaikutusta mitattiin PPIQ-mittarin avulla (5). Mittarin alkuperäinen versio on kehitetty terveydenhuollon ammattihenkilöille asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen arvioimiseksi. Mittarin reliabiliteetti ja validiteetti on arvioitu hyväksi. (51). Edellä mainitun terveydenhuollon ammattihenkilöille kehitetyn mittarin pohjalta on kehitetty asiakkaille suunnattu mittari (5), jota tässä tutkimuksessa käytetään. Asiakkaat arvioivat mittarin sisältämien väittämien perusteella terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa vuorovaikutustilanteessa. Mittari sisältää 16 väittämää. Väittämät on jaettu neljään ulottuvuuteen: tehokas kommunikaatio, kiinnostus asiakkaan näkemyksiä kohtaan, empatia, asiakkaan osallistaminen hoitoon. Kukin ulottuvuus sisältää neljä väittämää. Tehokas kommunikaatio sisältää väittämiä liittyen esimerkiksi asiakkaan kunnioittamiseen ja terveydenhuollon ammattihenkilön antamien tietojen selkeyteen. Kiinnostus asiakkaan näkemyksiä kohtaan sisältää esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilön osoittaman kiinnostuksen asiakkaan hoitoa koskevia odotuksia ja toiveita kohtaan. Empatia sisältää terveydenhuollon ammattihenkilön kyvyn kuunnella ja herättää luottamusta. Osallistaminen hoitoon sisältää väittämiä liittyen esimerkiksi siihen, että ammattihenkilö antaa aikaa keskustella ja kysyä sairaudesta sekä antaa mahdollisuuden päättää asioista yhdessä. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus on osoitettu hyväksi aikaisemmissa tutkimuksissa (Cronbachin alfa=0,95 koko mittarille ja 0,76–0,92 mittarin ulottuvuuksille) (5). Mittarin jokaista väittämää arvioidaan 5-portaisella Likert-asteikolla, missä 1=ei lainkaan ja 5=hyvin paljon. Vastaajaa pyydettiin arvioimaan miten hän arvioi terveydenhuollon ammattihenkilön toimineen viimeisimmällä käynnillä perusterveydenhuollossa.

Mittarin kehittäjäältä (5) saatiin lupa mittarin kääntämiseen suomeksi ja sen käyttämiseen

tässä tutkimuksessa. Englanninkielinen mittari käännettiin suomeksi käyttäen käännös ja takaisinkäännös -menetelmää (52). MH käänsi mittarin ensin englannista suomeksi. Tämän jälkeen kuuden hengen asiantuntijaneeli arvioi käännöksen oikeellisuutta ja soveltuvuutta suomalaiseen perusterveydenhuollon kontekstiin ja paljon terveystalvueluja tarvitseville asiakkaille. Seuraavaksi englantia äidinkielenään puhuva henkilö käänsi asiantuntijaneelin tuottaman suomenkielisen version takaisin englannin kielelle. Alkuperäistä englanninkielistä versiota ja takaisin käännetyn englanninkielisen version vastaavuutta verrattiin, ja käännös arvioitiin alkuperäistä vastaavaksi. Asiakkaille lähetetyssä kyselylomakkeessa tiedusteltiin myös taustatekijöitä: ikä, sukupuoli, koulutus ja työtilanne.

TILASTOLLINEN ANALYYSI

Lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden taustatekijöiden kuvaamisessa käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia ja vertailemisessa Pearsonin khiin neliö -testiä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin $p < 0,05$.

Mittarin väittämistä muodostettiin neljä summamuuttujaa mittarin ulottuuksien mukaan. Ulottuvuuksia kuvaamaan laskettiin annettujen vastausten keskiarvo. Niille laskettiin keskiarvo ja keskihajonta erikseen lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvueluja tarvitseville asiakkaille. Summamuuttujien vertailemiseksi lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalvueluja tarvitsevilla asiakkailla käytettiin Mann-Whitney U -testiä. Mann-Whitney U -testi valittiin, koska alkuperäiset väittämät olivat mielipideasteikollisia. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin $p < 0,05$. Ilmiön kliinisen merkitsevyyden arvioimiseksi laskettiin efektikoot (Cohenin d) ja 95 % luottamusvälit. Efektikoon tulkinnan raja-arvoina käytettiin $d=0,2$ (pieni); $d=0,5$ (keskikokoinen) ja $d=0,8$ (suuri) (53).

Alkuperäisessä tutkimuksessa (5) osoitettua neljän faktorin faktorirakennetta (tehokas kommunikaatio, kiinnostus asiakkaan näkemyksiä kohtaan, empatia, asiakkaan osallistaminen hoitoon) testattiin useamman ryhmän konfirmatorisella faktorianalyysillä. Konfirmatorisen faktorianalyysin avulla voidaan arvioida tukeeko aineisto annettua faktorimallia, ja sen laajennuksella, useamman ryhmän konfirmatorisella faktorianalyysillä (multigroup confirmatory factor

analysis), voidaan selvittää mittausinvarianssia, eli ovatko faktorimallien parametrit samat eri ryhmissä (tässä lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat) (54). Menetelmää on käytetty esimerkiksi tutkimuksissa, joissa on vertailtu faktorirakennetta eri ikäryhmien (55) tai sukupuolten (56) välillä. Jos mittausinvarianssia ei ryhmiä vertailtaessa ole, ryhmien välisistä eroista ei voida päätellä johtuvatko erot todellisista eroista ryhmien välillä vai käytetystä kyselystä. (57.)

Useamman ryhmän konfirmatorisessa faktorianalysissä tehtiin kolme mallia. Mallit etenevät siten, että seuraava malli oli aina edeltävää tiukemmin rajoitettu. Mallissa 1 tutkittiin onko neljän faktorin faktorirakenne sopiva ja ryhmissä samanlainen (eng. configural invariance). Mallin sopivuusindekseinä käytettiin khiin neliö -testiä sekä χ^2/df , Root mean square error of Approximation (RMSEA), Tucker-Lewis fit index (TLI) ja comparative fit index (CFI) -tunnuslukuja. Sopivuusindeksit kertovat mallin hyvästä sopivuudesta aineistoon. Hyvinä arvoina pidettiin, jos $\chi^2/df < 5$, TLI $> 0,90$ (58); CFI $> 0,90$; RMSEA $< 0,08$ (59) ja jos Khiin neliö -testi ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p > 0,05$) (60). Mikäli faktorirakenne havaitaan samanlaiseksi ryhmissä, voidaan tutkia ovatko faktorien lataukset yhtä suuret: mallissa 2 faktorilataukset rajoitettiin samoiksi ja tutkittiin yhdenmukaisuuden säilymistä ryhmien välillä (eng. metric invariance). Jos mallien 1 ja 2 väliselle muutokselle laskettu khiin neliö -testi ei ole tilastollisesti merkitsevä, se tukee ryhmien välistä invarianssia (muuttumattomuutta) ja voidaan siirtyä mallituksen seuraavaan vaiheeseen. Mallissa 3 kiinnitettiin vakiotermit (eng. item intercepts) samoiksi ja tutkittiin ovatko ne samat ryhmien välillä (eli jos faktorirakenne on samanlainen Mallin 1 perusteella ja faktorien lataukset yhtä suuret Mallin 2 perusteella, ovatko myös ryhmien vastaukset eri kysymyksiin samanlaiset ja havaitseeko faktorimalli aivan kaikki erot ryhmien välillä, eng. scalar invariance). (54.) Mallien 2 ja 3 muutosta tarkastellaan myös khiin neliö -testin avulla. Useamman ryhmän konfirmatorinen faktorianalyysi tehtiin AMOS-ohjelmalla ja muu aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics -ohjelmalla (versio 24).

TULOKSET

TAUSTATEKIJÄT

Taulukossa 1 on esitetty lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevien asiakkaiden taustatekijät. Molemmista ryhmissä tutkittavat olivat pääosin yli 60-vuotiaita ja eläkkeellä. Eläkkeellä olemisen syyt liittyivät lyhytaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevilla asiakkailla useammin ikään tai työvuosiin (70,5 %) kuin pitkäaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevilla asiakkailla (60,3 %). Pitkäaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevat asiakkaat olivat muiden syiden takia eläkkeellä lyhytaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevia asiakkaita useammin (22,7 % vs. 12,3 %). Tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ei ollut sukupuolen tai koulutuksen osalta.

EROT VUOROVAIKUTUKSESSA

Pitkäaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevat asiakkaat raportoivat vuorovaikutuksen keskimäärin heikommaksi koko mittarin tasolla kuin lyhytaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevat asiakkaat (3,74 vs. 3,99; $p=0,027$; efektiivikoko=0,227) (Taulukko 2). Lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveystalveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemykset vuorovaikutuksesta erosivat tilastollisesti merkitsevästi asiakkaan hoitoon osallistamisessa (3,62 vs. 3,89; $p=0,024$; efektiivikoko=0,230). Asiakkaan hoitoon osallistamisen ulottuvuuden sisältämien itsenäisten väittämien osalta tilastollisesti merkitsevä ero oli jokaisessa neljässä väittämässä: aikaa kysyä ja keskustella sairaudesta (3,61 vs. 3,85; $p=0,042$; efektiivikoko=0,192); ammattihenkilö esitti kysymyksiä, jotka mahdollistivat asiakkaan omien näkemysten ilmaisemisen (3,50 vs. 3,80, $p=0,017$; efektiivikoko=0,252); ammattihenkilö rohkaisi ja kannusti asiakasta (3,41 vs. 3,75; $p=0,005$; efektiivikoko=0,267); ammattihenkilö antoi asiakkaalle mahdollisuuden keskustella ja päättää asioista yhdessä (3,52 vs. 3,81; $p=0,038$; efektiivikoko=0,228). Empatiaan liittyvässä ulottuvuudessa tilastollisesti merkitsevä ero oli terveydenhuollon ammattihenkilön kyyvyssä pystyä asettumaan asiakkaan asemaan (3,32 vs. 3,63; $p=0,013$; efektiivikoko=0,253). Ulottuvuudessa 'Kiinnostus asiakkaan näkemyksiä kohtaan' oli tilastollisesti merkitsevä ero kolmessa neljästä ulottuvuuden väittämästä: terveydenhuollon ammattihenkilön kiinnostus asiakkaan

Taulukko 1. Pitkä- (n=234) ja lyhytaikaisesti (n=261) paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden taustatekijät.

	Pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat % (n)	Lyhytaikaisesti paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat % (n)	p-arvo ¹
Sukupuoli			0,128
Mies	37,6 (88)	48,3 (126)	
Nainen	60,3 (141)	50,2 (131)	
Muu/ei halunnut kertoa	1,3 (3)	0,0 (0)	
Ikä			0,001
<31	2,1 (5)	3,8 (10)	
31–40	3,4 (8)	3,5 (9)	
41–50	4,3 (10)	3,5 (9)	
51–60	14,1 (33)	6,9 (18)	
>60	74,8 (175)	80,5 (210)	
Koulutus			0,055
Korkeakoulu	26,1 (61)	34,9 (91)	
Toinen aste	36,8 (86)	30,7 (80)	
Peruskoulu	34,2 (80)	29,5 (77)	
Ei mikään yllä olevista	1,7 (4)	1,9 (5)	
Työtilanne			<0,001
Töissä	8,6 (20)	7,7 (20)	
Työtön	2,6 (6)	5,4 (14)	
Eläkkeellä (iän tai työvuosien perusteella)	60,3 (141)	70,5 (184)	
Eläkkeellä (muun syyn vuoksi)	22,7 (53)	12,3 (32)	
Muu ²	6,0 (14)	4,2 (11)	

¹ Pearsonin Khiin neliön testi, ² opiskelija, hoitaa kotitaloutta, varusmies- tai siviilipalvelus, vanhempainvapaa

Taulukko 2. Pitkä- (pFAs, n=234) ja lyhytaikaisesti (IFAs, n=261) paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemykset vuorovaikutuksesta terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Vuorovaikutuksen ulottuvuus	n	Keskiarvo		Keskiahajonta		p-arvo ¹	Cronbachin alfa	Efektikoko ² (95% luottamusväli)	
	pFAs	IFAs	pFAs	IFAs	pFAs	IFAs			
Koko mittari	232	260	3,7	4,0	1,2	1,0	0,027	0,981	0,227 (0,049–0,404)
Tehokas kommunikaatio	230	258	4,1	4,3	1,0	0,8	0,062	0,930	0,216 (0,038–0,395)
Kiinnostus asiakkaan näkemyksiä kohtaan	231	260	3,7	3,9	1,3	1,1	0,067	0,948	0,204 (0,026–0,381)
Empatia	231	258	3,8	4,0	1,2	1,0	0,081	0,939	0,19 (0,012–0,368)
Asiakkaan osallistaminen hoitoon	232	260	3,6	3,9	1,3	1,1	0,024	0,942	0,23 (0,053–0,408)

¹ Mann-Whitney U -testi, ² Cohenin d. Mittarin väittämiä arvioitiin 5-portaisella Likert-asteikolla, missä 1=ei lainkaan ja 5=hyvin paljon.

hoitoon liittyviä toiveita (3,64 vs. 3,94; p=0,043; efektikoko=0,242) ja odotuksia (3,41 vs. 3,79; p=0,002; efektikoko=0,306) kohtaan sekä terveydenhuollon ammattihenkilön kiinnostus mitä asiakas tietää sairaudestaan ja/tai ennusteestaan (3,45 vs. 3,73; p=0,034; efektikoko=0,225). Kus-

sakin tuloksessa kliinisesti merkitsevä ero oli pieni. Ulottuvuudessa 'Tehokas kommunikaatio' tai sen sisältämissä väittämissä lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemyksissä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Taulukko 3. Useamman ryhmän konfirmatorinen faktorianalyysi.

	χ^2 -testisuure	df	p	χ^2/df	TLI	CFI	RMSEA (95% CI)
Malli 1	785,742	196	<0,001	4,009	0,923	0,944	0,078 (0,072–0,084)
Malli 2	805,275	208	<0,001	3,872	0,926	0,943	0,076 (0,071–0,082)
Muutos	19,533	12	0,076				
Malli 3	828,787	221	<0,001	3,750	0,929	0,942	0,075 (0,069–0,080)
Muutos	23,512	13	0,036				

Malli 1: neljän faktorin faktorirakenteen sopivuus lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmässä (eng. configural invariance)

Malli 2: faktorilataukset rajoitettu samoiksi ja tutkittiin yhdenmukaisuuden säilymistä ryhmien välillä (eng. metric invariance)

Malli 3: kiinnitettiin vakiotermit (eng. item intercepts) samoiksi ja tutkittiin ovatko ne samat ryhmien välillä (eng. scalar invariance).

MITTARIN YHDENMUKAISUUS

Taulukossa 3 on esitetty useamman ryhmän konfirmatorisen faktorianalyysin sopivuusindeksit. Mallissa 1 neljä viidestä sopivuusindeksistä osoittivat faktorirakenteen sopivan hyvin aineistoon sekä lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmässä. Malleja 1 ja 2 vertailtaessa mallien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, mikä tarkoittaa, että faktorirakenteen lisäksi myös faktorien lataukset ovat ryhmässä samanlaiset. Malleja 2 ja 3 vertailtaessa mallien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p=0.036$), mikä tarkoittaa, että vaikka rakenne ja lataukset olivat samanlaiset molemmissa ryhmässä, vastaukset eri väittämiin vaihtelivat ryhmien välillä.

POHDINTA

TULOsten TARKASTELU

Tutkimuksessa vertailtiin lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemyksiä vuorovaikutuksesta terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Lisäksi testattiin PPIQ-mittarin faktorirakenteen yhdenmukaisuutta lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevilla asiakkailla. Tutkimus tuotti uutta tietoa vuorovaikutuksen toteutumisesta lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluissa. Pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat arvioivat vuorovaikutuksen terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa keskimäärin heikommaksi kuin lyhytaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat. Verrattuna lyhytaikaisesti paljon ter-

veyspalveluja tarvitseviin asiakkaisiin, pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat arvioivat osallistamisen hoitoon keskimäärin heikommaksi. Useamman ryhmän konfirmatorinen faktorianalyysi tuki neljän faktorin faktorirakennetta lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmällä, mutta vastauksissa mittarin väittämiin ryhmien välillä oli eroja.

Pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat arvioivat vuorovaikutuksen keskimäärin heikommaksi kuin lyhytaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat. Myös Koskelan ym. (26) tutkimuksessa pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat arvioivat potilastyytyväisyyden vähäisemmäksi kuin lyhytaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat. Pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden heikommalla arviolla voivat olla seurausta pitkittyneestä palvelutarpeesta. Pitkittynyt palvelutarve ja siitä aiheutuvat toistuvat käynnit terveydenhuollossa voivat turhauttaa asiakasta (41). Lisäksi vaikka asiakkaita pyydettiin arvioimaan kokemuksiaan viimeisimmän käyntinsä perusteella, voivat myös aikaisemmat kokemukset vaikuttaa asiakkaiden näkemyksiin. Pitkäaikaisen palvelutarpeen myötä myös terveyspalveluihin liittyvät kokemukset voivat olla laaja-alaisempia kuin lyhytaikaisen palvelutarpeen perusteella. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa (26,27), pitkäaikainen palvelutarve määritettiin perustuvaksi vähintään kolmeen vuoteen paljon palveluja tarvitsevana asiakkaana. Tuloksia voivat selittää myös pitkittyneeseen palvelukierteeseen joutuminen ja omaan tilanteeseen turhautuminen. Asiakkaita voidaan ohjata eteenpäin toiselle terveydenhuollon ammattihen-

kilölle tai asiakkaat voivat itse konsultoida eri ammattihenkilöitä (41) ja hakeutua eri terveydenhuollon palveluihin (43). Koska suurin osa runsaasta palvelutarpeesta on lyhytaikaista (27,34), on tärkeää pyrkiä tunnistamaan juuri pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelutarpeita, jotta heidän palvelujaan voidaan tarkoituksenmukaisesti kehittää.

Tulosten mukaan asiakkaan osallistaminen hoitoon näyttäytyi keskeisimpänä vuorovaikutukseen liittyvänä tekijänä lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden arvioimana. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat haluavat osallistua omaa hoitoaan koskemaan päätöksentekoon, ja että hoidon olisi tarkoituksenmukaista toteutua asiakkaan oman tilanteen asiantuntemuksen ja ammattihenkilön asiantuntijuuden yhteistyönä (41). Jaettu päätöksenteko soveltuu erityisesti pitkäaikaisia päätöksiä koskeviin tilanteisiin (61), joten erityisesti pitkittyneessä runsaassa palvelutarpeessa jaetun päätöksenteon tarve voi korostua. Pitkittynyt palvelutarve ja useammat palvelukokemukset antavat myös enemmän mahdollisuuksia osallistamiseen (11). Hölzelin ym. (62) mukaan ne asiakkaat, jotka toivoivat voivansa osallistua päätöksentekoon kokivat, että heillä ei ollut mahdollisuuksia riittävään osallistumiseen. Asiakkaiden odotukset osallistumisesta olivat siten korkeammat kuin mitä osallistuminen todellisuudessa mahdollisti. Mitä aktiivisempia asiakkaat itse hoitosuhteen aikana ovat, sitä aktiivisemmin ammattihenkilöiden on todettu jakavan tietoa (63). Toisaalta se missä määrin terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat asiakkaiden osallistamisen päätöksentekoon olevan tarkoituksenmukaista, on tilannesidonnaista. Mikäli useammat eri hoitovaihtoehdot ovat soveltuvia ja valinnan tekeminen on mahdollista, ovat ammattihenkilöt valmiimpia osallistamaan asiakasta päätöksentekoon. Jos taas esimerkiksi hoitosuosituksen puoltavat vahvasti tiettyä vaihtoehtoa, asiakkaan mielipidettä ei välttämättä pyydetä. (64.) Tässä tutkimuksessa asiakkaat arvioivat yhtä vuorovaikutustilannetta, eikä tuloksista voida päätellä missä määrin ja miten asiakkaan osallistaminen olisi kyseisen tilanteen yhteydessä ollut mahdollista. Asiakas on oman tilanteensa asiantuntija, ja pystyy arvioimaan hoitopäätösten vaikutuksia henkilökohtaiseen elämäänsä (41).

Tämän tutkimuksen tulokset ovat saman-

suuntaisia terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä selvittäneiden tutkimusten (45,46) kanssa. Vaikka ammattihenkilöiden näkemysten mukaan paljon terveyspalveluja tarvitsevia asiakkaita pyritään osallistamaan päätöksentekoon (45), ei tämä aina toteudu tai asiakkaiden mielipiteitä ei oteta riittävästi huomioon (46). Tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimusten tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden että paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden taholta halukkuutta ja pyrkimystä asiakkaan osallistamiseen on, mutta käytännössä asiakkaan osallistaminen ei aina toteudu.

Aineistossa lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat asiakkaat olivat pääosin yli 60-vuotiaita ja eläkkeellä. Korkea ikä ja siihen usein liittyvät sairaudet ovat yksi keskeinen lisääntyneelle palvelutarpeelle altistava tekijä (65). Tässä tutkimuksessa pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat olivat useammin eläkkeellä johtuen muista syistä kuin iästä tai työvuosista. Sekä lyhyt- että pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevilla asiakkailla onkin suurempi todennäköisyys joutua työkyvyttömyyseläkkeelle kuin ei paljon terveyspalveluja tarvitsevilla asiakkailla (31). Sukupuolen osalta ei tässä aineistossa ollut tilastollisesti merkitsevää eroa lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden välillä, vaikka naisukupuolen on havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa olevan yhteydessä juuri pitkäaikaiseen runsaaseen palvelutarpeeseen (26,34). Tosin pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmässä lähes kaksi kolmasosaa oli naisia, kun taas lyhytaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmässä naisten ja miesten määrä oli likimain yhtä suuri.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Paljon terveyspalveluja tarvitsevan asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välistä vuorovaikutusta arvioitiin PPIQ-mittarilla. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus on todennettu hyväksi aikaisemmassa tutkimuksessa ja rakennevaliditeetille on saatu tukea. Mittari on todettu psykometrisiltä ominaisuuksiltaan toimivaksi ja luotettavaksi. (5.) Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfa -kertoimella koko mittarin ja mittarin neljän ulottuvuuden osalta. Koko mittari (alfa=0,981) ja mittarin

ulottuvuudet (alfa=0,930–0,949) osoittivat hyvää sisäistä johdonmukaisuutta. Hyväksyttävänä alfan alarajana pidettiin arvoa 0,7 (66).

Mittarin ulottuvuuksista vain asiakkaan hoitoon osallistamisessa oli tilastollisesti merkitsevä ero lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden välillä. Vaikka mittarin osallistamista käsittelevät väittämät tavoittavatkin osallistamisen keskeiset näkökohdat (11,12), sisältää se vain neljä hoitoon osallistamisen väittämää. Myös muut ulottuvuudet sisältävät neljä väittämää. Mittari on alun perin kehitetty yleiseksi (vuorovaikutus)mittariksi sairaalaympäristöön, ei millekään asiakasryhmälle erityisesti. Runsaan (pitkäaikaisen) palvelutarpeen myötä paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemykset vuorovaikutuksesta ammattihenkilöiden kanssa ovat todennäköisesti moninaisempia kuin mitä tämän tutkimuksen perusteella voitiin todentaa. Mittari ei täysin tavoita paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden hoitotodellisuutta Suomessa. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat kokevat palvelutarpeidensa vähättelyä ja väärin ymmärrettyksi tulemista. Lisäksi heillä voi olla tarve tuoda esiin myös henkilökohtaisiin sosiaalisiin suhteisiin liittyviä tekijöitä. (41.) On myös huomioitavaa, että Suomessa esimerkiksi perusterveydenhuollon hektisyys ja palveluiden sirpaleisuus (33) saattavat aiheuttaa sen, että yksittäistä ammattihenkilön kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta arvioiva mittari ei anna kattavaa kuvaa asiakkaiden näkemyksistä. Vaikka tilastollisesti merkitsevä ero havaittiin vain osallistamisen ulottuvuudessa, olivat pääosin merkitseviä myös muut väittämät, jotka liittyivät dialogiseen vuorovaikutukseen. Mittarissa ei huomioitu sitä, miten asiakkaat pyrkivät omalta osaltaan edistämään vuorovaikutusta. Väittämät lähtevät siitä oletuksesta, että asiakkaan osallistaminen tapahtuu terveydenhuollon ammattilaisen toimesta, ja asiakkaasta lähtöisin oleva vuorovaikutus jää vähemmälle huomiolle. Mittari on kehitetty italialaista terveydenhuoltoa varten, mutta käänösprosessissa huomioitiin suomalainen perusterveydenhuollon konteksti.

Mittarissa huomioitavaa on myös, että näkemykset vuorovaikutustilanteista ovat tilannesidonniaisia (asiakkaita pyydettiin arvioimaan vain viimeisintä käyntiään perusterveydenhuollossa). Vaikka vastaajat olivat käyttäneet palveluja useasti, on vastaushetkellä viimeisimmästä

käynnistä saattanut kulua jo pidempikin aika. Tämä on voinut vaikuttaa joidenkin vastaajien kykyyn muistaa tarkasti, miten vuorovaikutus on viimeisimmällä käynnillä toteutunut.

Voima-analyysin perusteella vastauksia olisi tarvittu vähintään 300 molemmilta vertailtavilta ryhmiltä. Vastausprosentti jäi odotettua (40 %) matalammaksi (31,2 % pitkäaikaisesti ja 34,8 % lyhytaikaisesti paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla), mutta puuttuvia vastauksia oli vähän (3–13 puuttuvaa vastausta kussakin väittämässä). Odotettua vähäisempi vastausten määrä on siten voinut vaikuttaa tuloksiin. Kysely lähetettiin satunnaisotannalla hyvinvointipalveluiden potilastietojärjestelmästä tunnistetuille lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitseville asiakkaille, joten tältä osin tutkittavien voidaan olettaa edustavan tutkimuksen perusjoukkoa hyvin. Tutkittavien tunnistamiseen liittyvänä vahvuutena on, että palvelutarve perustuu objektiiviseen potilastietojärjestelmästä saatuun tietoon. Katoanalyysiä tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista tehdä, sillä tutkimusta varten saatiin tiedoksi vain tutkittavien kotiosoitteet ja nimet. Siten ei ole mahdollista sanoa liittyikö vastauksia jättäminen sukupuoleen, ikään tai muihin taustatietoihin.

Tulosten yleistettävyyden näkökulmasta on huomioitava aikaisemmissa tutkimuksissa vaihtelevasti käytetyt määritelmät paljon palveluja tarvitseville asiakkaille. Paljon palveluja tarvitsevalle asiakkaalle ja edelleen pitkä- ja lyhytaikaisesti paljon palveluja tarvitseville asiakkaille käytettäviä määritelmiä on useita, joten tämän tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia niiden tutkimusten kanssa, joissa palvelutarpeen määritelmä on erilainen. Tässä tutkimuksessa käytettiin määritelmiä, joita on käytetty myös aikaisemmissa tutkimuksissa ja jotka huomioivat palvelutarpeen ajallisen muutoksen (26,27). Tutkimuksen tulosten yleistettävyyden osalta on arvioitava kriittisesti ovatko tulokset yleistettävissä aikuisiin vai ainoastaan yli 60-vuotiaisiin paljon palveluja tarvitseviin asiakkaisiin, sillä aineistossa suuri osa vastaajista oli yli 60-vuotiaita. Lisäksi pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmässä myös lähes kaksi kolmasosaa oli naisia.

Tuloksia arvioitiin tilastollisen merkitsevyyden (p-arvo) sekä kliinisen merkitsevyyden (efektikoko) perusteella. Vaikka tilastollisen merkitse-

vyyden perusteella lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden näkemyksissä oli eroja koko mittarin, yhden mittarin ulottuvuuden ja joidenkin yksittäisten väittämien osalta, osoittivat efektikoot pientä kliinistä merkitsevyyttä.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Useamman ryhmän konfirmatorisella faktorianaalysillä vahvistettiin aiemmin havaittua PPIQ-mittarin faktorirakennetta ja havaittiin, että mittari soveltuu käytettäväksi lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla suomalaisessa perusterveydenhuollon kontekstissa ja että mittari mahdollistaa näiden kahden ryhmän vertailun. Verrattuna lyhytaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitseviin asiakkaisiin, pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevat arvioivat vuorovaikutuksen terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa heikommaksi erityisesti hoitoon osallistamisen osalta. Vuorovaikutus ja sen ulottuvuudet eivät aina toteudu ainakaan parhaalla mahdollisella tavalla paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluissa. Jatkossa on tarpeen arvioida edelleen eroavatko lyhyt- ja pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden arviot ja kokemukset terveyspalveluista ja palveluiden asiakaslähtöisyydestä laajemmin kuin vuorovaikutuksen tasolla. Erityisesti pitkäaikaisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseen ja siihen, miten heitä pyritään tukemaan asiakaslähtöisten terveyspalveluiden järjestämisessä ja kehittämisessä, tulisi kiinnittää huomiota. Jatkossa olisi tarpeen tutkia, miten paljon palveluja tarvitsevat

asiakkaat pyrkivät aktiivisina toimijoina edistämään vuorovaikutusta ja osallistumaan päätöksentekoon omalta osaltaan.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita on tärkeää osallistaa aikaisempaa enemmän omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, mikä edellyttää toimivaa vuorovaikutusta asiakkaan ja ammattihenkilön välillä. Paljon palveluja tarvitsevien palvelutarpeet selittyvät useilla yhtäaikaisilla somaattisilla ja sosioekonomisilla tekijöillä, ja näiden moninaisten tarpeiden tunnistamiseksi asiakkaan osallistaminen omaan hoitoon on keskeistä. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on tärkeä rooli asiakkaan tukemisessa ja siinä, että asiakkaan osallisuus mahdollistetaan yksilölliset voimavarat huomioiden oman hoitonsa suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen. Näin voidaan edistää palveluiden käytön vähenemistä sekä palveluiden tarkoituksenmukaista ja tarpeita vastaavaa käyttöä.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

KIRJOITAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Huhtakangas on osallistunut tutkimusasetelman suunnitteluun, käytettävän mittarin valintaan, kerännyt ja analysoinut aineiston sekä toiminut pääkirjoittajana. Tolvanen on osallistunut aineiston analysointiin ja kommentoinut käsikirjoitusta. Kyngäs on kommentoinut käsikirjoitusta. Kanste on osallistunut tutkimusasetelman suunnitteluun, käytettävän mittarin valintaan ja kommentoi käsikirjoitusta.

Huhtakangas, M., Tolvanen, M., Kyngäs, H., Kanste, O. Patient-professional interaction assessed by frequent attenders. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2022; 59: 250–264.

Frequent attendance causes challenges for the patient and the healthcare system when patients seek care that meets their needs. Interaction is important in encounters between the patient and healthcare professionals. The aim of the study was to compare short-term frequent attenders (IFAs) and long-term frequent attenders' (pFAs) perceptions of interaction with healthcare professionals. Also, the equivalence of the factor structure of Patient-Professional Interaction Questionnaire was tested across IFAs and pFAs. The data were collected from a city's pFAs (n=234) and

IFAs (n=261) in January-July 2020. The questionnaire consisted of 16 items, that comprise four factors: effective communication; interest in the patient's agenda; empathy; patient involvement in care. Each factor consists of four items. The data were analysed using Pearson Chi square test, mean and standard deviation, Mann Whitney U test, Cronbach's alpha, and multiple group confirmatory factor analysis (MG-CFA). pFAs evaluated interaction with healthcare professionals more poorly compared to IFAs. Patient involvement in care was central factor in inter-

action assessed by pFAs. According to MGCFAs, the factor structure and the factor loadings were identical, but the responses to each item varied between pFAs and IFAs. Functional interaction between frequent attenders and healthcare professionals is an important part of patient-centred healthcare services.

Keywords: patient-professional relationship, frequent attender, health services need and demand, interaction.

Saapunut (30.03.2021)
Hyväksytyt (08.10.2021)

LÄHTEET

- (1) Stewart M, Brown JB, McWhinney IR, ym. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796–804.
- (2) Park M, Giap T, Lee M, ym. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 2018 Nov;87:69–83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006.
- (3) Kitson A, Marshall A, Bassett K, ym. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs* 2013 Jan;69(1):4–15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x.
- (4) Eklund J, Holmström I, Kumlin T, ym. “Same same of different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns* 2019 Jan;102(1):3–11. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029.
- (5) Casu G, Gremigni P, Sommaruga M. The patient-professional interaction questionnaire (PPIQ) to assess patient centered care from the patient’s perspective. *Patient Educ Couns* 2019 Jan;102(1):126–133. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.006.
- (6) Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013 Jan;63(606):e76–84. doi: 10.3399/bjgp13X660814.
- (7) Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004 17(4–5):212–20. doi: 10.1108/09526860410541531.
- (8) Spiro H. Commentary: the practice of empathy. *Acad Med* 2009 Sep;84(9):1177–9. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b18934.
- (9) Mercer S, Jani B, Wong A, ym. Patient enablement requires physician empathy: cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 2012 13(6). doi: 10.1186/1471-1196-13-6
- (10) Derksen F, Hartman T, Dijk A, ym. Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: a focus group study with patients. *Patient Educ Couns* 2017 May;100(5):987–993. doi: 10.1016/j.pec.2016.12.003.
- (11) Tritter J. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expect* 2009 Sep;12(3):275–87. doi: 10.1111/j.1369-7625.2009.00564.x.
- (12) Castro E, Regenmortel T, Vanhaecht K, ym. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns* 2016 Dec;99(12):1923–1939. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.026.
- (13) Fumagalli L, Radaelli G, Lettieri E, ym. Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy* 2015 Mar;119(3):384–94. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.10.017.
- (14) Stiggelbout A, Pieterse A, De Haes J. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns* 2015 Oct;98(10):1172–9. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.022.
- (15) Shay L, Lafata J. Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014 Sep;96(3):295–301. doi: 10.1016/j.pec.2014.07.017
- (16) Bodengard H, Helgesson G, Juth N, ym. Challenges to patient centredness – a comparison of patient and doctor experiences from primary care. *BMC Fam Pract* 2019 Jun;20(1):83. doi: 10.1186/s12875-019-0959-y
- (17) Matthias M, Salyers M, Frankel R. Re-thinking shared decision-making: Context matters. *Patient Educ Couns* 2013 May;91(2):176–9. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.006.
- (18) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- (19) Valtiontalouden tarkastusvirasto. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. 2017. <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljonpalveluja-tarvitsevat.pdf>
- (20) Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 2013 48(68):3163–3169.
- (21) LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* 2010 Jul;56(1):42–8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.01.032.

- (22) Kivelä K, Satu E, Kääriäinen M. Frequent attenders in primary health care: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2018 Oct;86:115–124. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.06.003.
- (23) Koskela T-H, Ryyänen O-P, Soini E. Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: a Bayesian approach. *Scand J Prim Health Care* 2010 Mar;28(1):55–61. doi: 10.3109/02813431003690596.
- (24) Huhtakangas H, Kyngäs H, Bloigu R, ym. Differentiating middle-aged long-term and short-term frequent attenders by means of the Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. *Scand J Caring Sci* 2020 Aug;2. doi: 10.1111/scs.12896.
- (25) Leskelä R-L, Silander K, Komssi V, ym. Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. *Suomen Lääkärilehti* 2015 43(70).
- (26) Springer A, Condon J, Li S, ym. Frequent use of hospital inpatient services during a nine year period: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res* 2017 17(348). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2285-1>
- (27) Levola J, Saillas E, Säämänen T, ym. A register-based observational cohort study on persistent frequent users of emergency services in a Finnish emergency clinic. *BMC Health Serv Res* 2019 19(881). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4723-8>
- (28) Reho T, Atkins S, Talola N, ym. Frequent attenders at risk of disability pension: a longitudinal study combining routine and register data. *Scand J Public Health* 2020 Mar;48(2):181–189. doi: 10.1177/1403494819838663.
- (29) Ylitalo-Katajisto K, Tiirinki H, Jokelainen J, ym. Individualised integration of social and health services for frequent attenders. *Journal of Integrated care* 2019 27(4). doi: <https://doi.org/10.1108/JICA-03-2019-0011>
- (30) Pymont C, Butterworth P. Longitudinal cohort study describing persistent frequent attenders in Australian primary healthcare. *BMJ Open* 2015 5(10). doi: 10.1136/bmjopen-2015-008975
- (31) Johnson T, Rinehart D, Durfee J, ym. For many patients who use large amounts of health care services, the need is intense yet temporary. *Health Aff (Millwood)* 2015 Aug;34(8):1312–9. doi: 10.1377/hlthaff.2014.1186.
- (32) Malins S, Kai J, Atha C, ym. Cognitive behaviour therapy for long-term frequent attenders in primary care: A feasibility case series and treatment development study. *Br J Gen Pract* 2016 Oct;66(651):e729–36. doi: 10.3399/bjgp16X686569.
- (33) Haroun D, Smits F, van Etten-Jamaludin F, ym. The effects of interventions on quality of life, morbidity and consultation frequency in frequent attenders in primary care: a systematic review. *Eur J Gen Pract* 2016 Jun;22(2):71–82. doi: 10.3109/13814788.2016.1161751.
- (34) Cunningham A, Mautner D, Ku B, ym. Frequent emergency department visitors are frequent primary care visitors and report unmet primary care needs. *J Eval Clin Pract* 2017 Jun;23(3):567–573. doi: 10.1111/jep.12672.
- (35) Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, ym. Family physician-patient relationship and frequent attendance of primary and specialist health care: results from a German population-based cohort study. *Patient Educ Couns* 2016 Jul;99(7):1213–1219. doi: 10.1016/j.pec.2016.02.009
- (36) Hudon C, Sanche S, Haggerty J. Personal characteristics and experience of primary care predicting frequent use of emergency department: a prospective cohort study. *PLoS One* 2016 Jun;14;11(6):e0157489. doi: 10.1371/journal.pone.0157489.
- (37) Huhtakangas M, Tuomikoski A-M, Kyngäs H, ym. Frequent attenders' experiences of encounters with healthcare personnel: A systematic review of qualitative studies. *Nurs Health Sci* 2020 Oct;9. doi: 10.1111/nhs.12784.
- (38) Capp R, Kelley L, Ellis P, ym. Reasons for frequent emergency department use by Medicaid enrollees: a qualitative study. *Academic Emergency Medicine* 2016 23(4). doi: 10.1111/acem.12952.
- (39) Huang J-A, Weng R-H, Lai C-S, ym. Exploring medical utilization patterns of emergency department users. *J Formos Med Assoc* 2008 Feb;107(2):119–28. doi: 10.1016/S0929-6646(08)60125-4.
- (40) Burns T. Contributing factors of frequent use of the emergency department: a synthesis. *Int Emerg Nurs* 2017 Now;35:51–55. doi: 10.1016/j.ienj.2017.06.001.
- (41) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2019. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2020.pdf
- (42) Gremigni P, Casu G, Sommaruga M. Dealing with patients in healthcare: A self-assessment tool. *Patient Educ Couns* 2016 Jun;99(6):1046–53. doi: 10.1016/j.pec.2016.01.015
- (43) World Health Organization. Process of translation and adaption of instruments. Viitattu 19.2.2021. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- (44) Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, Routledge Academic.
- (45) Milfont T, Fischer R. Testing measurement invariance across groups: applications in cross-cultural research. *International Journal of Psychological Research* 3(1). doi: <https://doi.org/10.21500/201112084.857>
- (46) Limbers C, Newman D, Varni J. Factorial invariance of child self-report across age subgroups: a confirmatory factor analysis of ages 5 to 16 years utilizing the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Value Health* 2008 Jul–Aug;11(4):659–68. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00289.x.
- (47) Lahti S, Tolvanen M, Humphris G, ym. Association of depression and anxiety with

- different aspects of dental anxiety in pregnant mothers and their partners. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020 Apr;48(2):137–142. doi: 10.1111/cdoe.12511.
- (48) Cheung G, Rensvold R. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary Journal* 2002 9(2). doi: 10.1207/S15328007SEM0902_5
- (49) Hu L, Bentler P. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary Journal* 1999;1. doi: 10.1080/1070519909540118
- (50) Browne M, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research* 1992;1. doi: <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- (51) Byrne B. *Structural equation modelling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. 2001. London: Erlbaum.
- (52) Joosten E, DeFuentes-Merillas L, de Weert G, ym. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008 77(4):219–26. doi: 10.1159/000126073.
- (53) Hölzel L, Kriston L, Härter M. Patient preference for involvement, experiences involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC Health Serv Res* 2013 Jun;25(13):231. doi: 10.1186/1472-6963-13-231.
- (54) Cegala D, Street R, Clinch R. The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview. *Health Commun* 2007 21(2):177–85. doi: 10.1080/10410230701307824.
- (55) Pollard S, Bansback N, Bryan. Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2015 Sep;98(9):1046–57. doi: 10.1016/j.pec.2015.05.004.
- (56) Alahuhta M, Niemelä E. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutuminen – työntekijöiden ja johtavien viranhaltijoiden haastattelututkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2017 54(1).
- (57) Hujala A, Taskinen H, Oksman E, ym. Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö: Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019 5–6.
- (58) Vehko T, Jolanki O, Aalto A-M, ym. How do health care workers manage a patient with multiple care needs from both health and social care services? – A vignette study. *Int J Care Coord* 2018 Jun;21(1–2):5–14. doi: <https://doi.org/10.1177/2053434517744070>
- (59) Kangasniemi M, Hirjaba M, Kohonen K, ym. The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study. *J Clin Nurs* 2017 Sep;26(17–18):2583–2592. doi: 10.1111/jocn.13642.
- (60) Kivelä K, Elo S, Kyngäs H, ym. The effects of health coaching on frequent attenders' adherence to health regimens and lifestyle factors: a quasi-experimental study. *Scand J Caring Sci* 2020 Oct;29. doi: 10.1111/scs.12920.
- (61) Barker I, Steventon A, Deeny S. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017 356:j84. doi: 10.1136/bmj.j84.
- (62) Welzel F, Stein J, hajek A, ym. Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. *BMC Fam Pract* 2017 18(104). doi: 10.1186/s12875-017-0700-7
- (63) Bland M, Altman D. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997 314(572).

MOONA HUHTAKANGAS

TtM, väitöskirjatutkija

Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö

*Lääketieteellinen tiedekunta
Oulun yliopisto*

MIMMI TOLVANEN

FT, yliopistonlehtori, Pohjois-Suomen

syntymäkohortit,

*Lääketieteellinen tiedekunta
Oulun yliopisto*

HELVI KYNGÄS

TtT, professori

Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö

*Lääketieteellinen tiedekunta
Oulun yliopisto*

OUTI KANSTE

TtT, dosentti, yliopistonlehtori

Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö

*Lääketieteellinen tiedekunta
Oulun yliopisto*