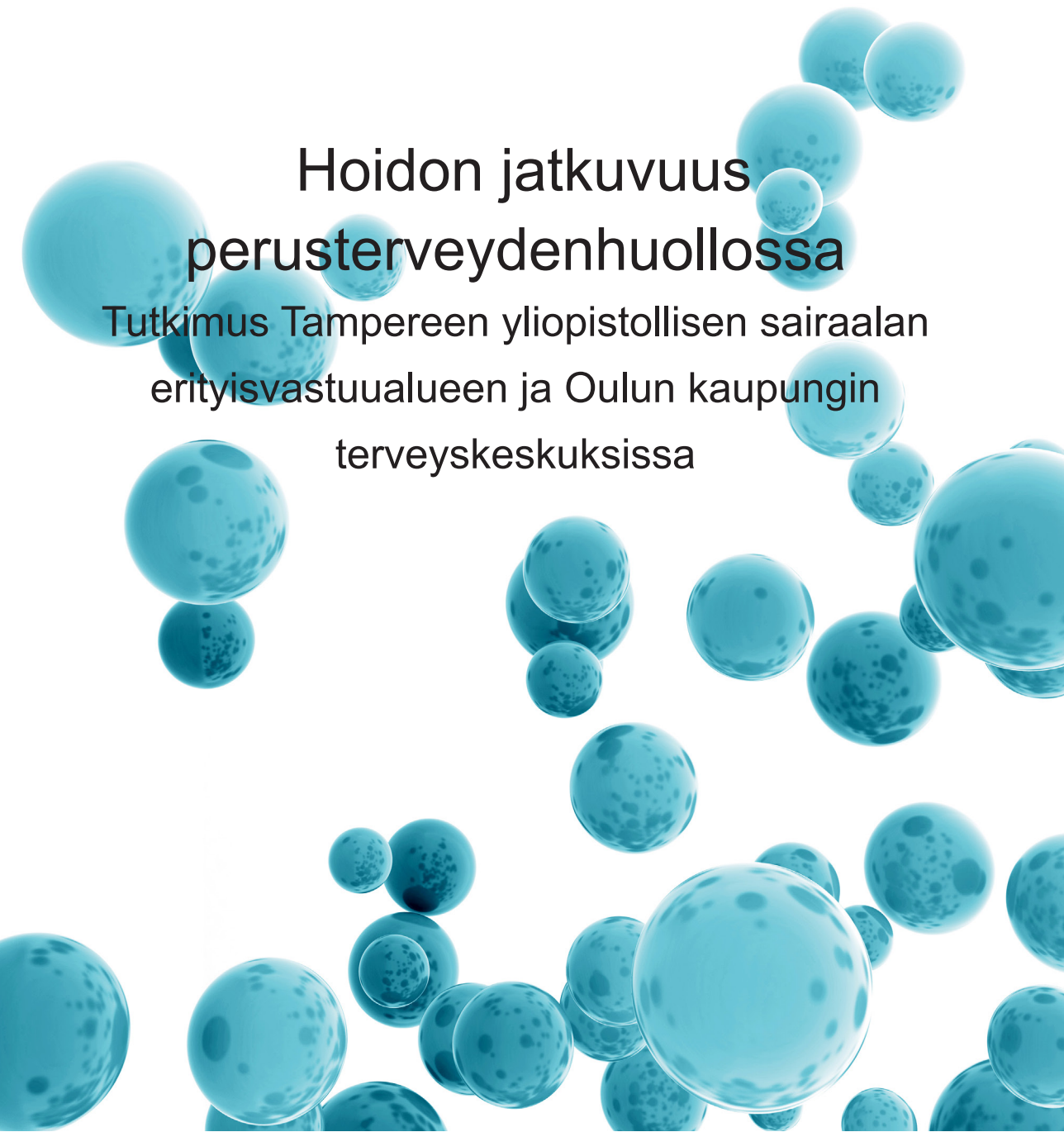


RISTO RAIVIO

# Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa

Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan  
erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin  
terveyskeskuksissa





RISTO RAIVIO

Hoidon jatkuvuus  
perusterveydenhuollossa

Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan  
erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin  
terveyskeskuksissa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteen yksikön johtokunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen  
Jarmo Visakorpi -salissa, Lääkärintäti 1, Tampere,  
26. päivänä elokuuta 2016 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

RISTO RAIVIO

Hoidon jatkuvuus  
perusterveydenhuollossa

Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan  
erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin  
terveyskeskuksissa

*Acta Universitatis Tamperensis 2189*  
*Tampere University Press*  
*Tampere 2016*

## AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

*Ohjaajat*

Emeritusprofessori Kari Mattila

Tampereen yliopisto

Dosentti Doris Holmberg-Marttila

Tampereen yliopisto

*Esitarkastajat*

Professori Pekka Honkanen

Oulun yliopisto

Professori Päivi Korhonen

Turun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2016 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Taitto

Sirpa Randell

Myynti:

verkkokauppa@juvenesprint.fi

<https://verkkokauppa.juvenes.fi/>

Acta Universitatis Tamperensis 2189

ISBN 978-952-03-0177-4 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1688

ISBN 978-952-03-0178-1 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://tampub.uta.fi>

# SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä .....	7
English Summary .....	9
Alkuperäiset osajulkaisut .....	11
Lyhenteet .....	12
1 Johdanto .....	15
2 Kirjallisuuskatsaus .....	16
2.1 Hoidon määritelmä .....	16
2.2 Jatkuvuuden määritelmä .....	17
2.3 Perusterveydenhuollon määritelmä .....	18
2.3.1 Kansainväliset määritelmät .....	18
2.3.2 Kansalliset määritelmät .....	19
2.4 Hoidon jatkuvuuden määritelmä .....	21
2.4.1 Kansainväliset määritelmät .....	21
2.4.2 Kansalliset määritelmät .....	24
2.4.3 Hoidon jatkuvuus potilaan kokemuksena .....	25
2.5 Hoidon jatkuvuuden tutkiminen ja mittaaminen .....	27
2.5.1 Tutkimus- ja mittaamenetelmiä .....	27
2.5.2 Vastaanottokäynteihin perustuvat menetelmät .....	28
2.5.3 Tiedonkulkuun perustuvat menetelmät .....	29
2.5.4 Hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen perustuvat menetelmät .....	30
2.5.5 Hoidon suunnittelun ja toteutuksen tutkiminen .....	31
2.6 Hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä .....	32
2.7 Hoidon jatkuvuuden merkitys .....	34
2.7.1 Merkitys potilaalle .....	34
2.7.2 Merkitys perusterveydenhuollon lääkärin työssä .....	36
2.7.3 Merkitys hoitotyössä .....	37
2.8 Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon vahvuutena ja haasteena .	40

2.9	Hoidon jatkuvuuden vahvistaminen perusterveydenhuollossa .....	41
2.9.1	Kansainväliset toimet .....	41
2.9.2	Kansalliset toimet .....	43
2.10	Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta .....	45
3	Tutkimuksen tavoitteet .....	47
4	Tutkimusaineisto ja -menetelmät .....	48
4.1	Potilaskysely Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa .....	48
4.1.1	Aineiston kertyminen .....	48
4.1.2	Kyselylomakkeet .....	50
4.1.3	Kuntia, terveyskeskuksia ja väestöä kuvaavat muuttujat .....	51
4.2	Potilaskyselyt Oulun kaupungin terveyskeskuksessa .....	52
4.2.1	Aineiston kertyminen .....	52
4.2.2	Kyselylomakkeet .....	53
4.3	Tilastolliset menetelmät .....	53
5	Tulokset .....	54
5.1	Hoidon jatkuvuuden mittaamisen toteutettavuus (I) .....	54
5.2	Jatkuvuus lääkärin vastaanotolla (II) .....	55
5.3	Hoidon jatkuvuus sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotolla (III) .....	56
5.4	Jatkuvuuden muutos (II, III, IV, V) .....	57
5.5	Kuntia kuvaavien muuttujien yhteys jatkuvuuteen (VI) .....	59
6	Pohdinta .....	60
6.1	Tutkimusaineiston ja -menetelmien arviointi .....	60
6.2	Tulosten pohdinta .....	62
6.2.1	Kyselytutkimuksen toteutettavuus .....	62
6.2.2	Potilaiden ominaisuuksien ja vastaanottokokemuksen yhteys hoidon jatkuvuuteen .....	64
6.2.3	Hoidon jatkuvuuden kehityssuunta Suomessa .....	66
6.2.4	Kuntamuuttujien yhteys hoidon jatkuvuuteen .....	71

7	Yhteenveto ja johtopäätökset .....	74
7.1	Tutkimuksen tärkeimmät tulokset .....	74
7.2	Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusehdotukset .....	75
7.2.1	Hoidon jatkuvuuden mittaaminen .....	75
7.2.2	Kehittämistoimet .....	75
8	Kiitokset .....	76
9	Kirjallisuusluettelo .....	78
10	Osajulkaisut .....	93





# TIIVISTELMÄ

Hoidon jatkuvuus on keskeinen perusterveydenhuollon laatuun, kokonaisvaltaisuuteen, yhteistyöhön, tehokkuuteen ja kustannuksiin sekä väestön terveyteen myönteisesti vaikuttava tekijä.

Jatkuvuudella on myönteisiä vaikutuksia potilaan hoidon tuloksiin ja hoitoon sitoutumiseen sekä turvallisuuden, luottamuksen ja tyytyväisyyden kokemukseen. Hoidon jatkuvuus vahvistaa terveydenhuollon ammattilaisen vuorovaikutustaitoja, luottamusta, empatiakykyä ja yhteistä kumppanuutta potilaan kanssa.

Hoidon jatkuvuuden käsitteen määrittäminen on edellytyksenä sen luotettavalle mittaamiselle ja arvioinnille. Hoidon jatkuvuutta voidaan tutkia arvioimalla vastaanottokäyntiä, tiedonkulkua, vuorovaikutussuhteita tai terveyspalvelujen suunnittelua ja toteutusta.

Tässä tutkimuksessa hoidon jatkuvuutta arvioitiin suomalaisen terveyskeskuspotilaan näkökulmasta kysymyksellä: ”Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin tai terveyden-/sairaanhoitajan?” Tutkimuksessa selvitettiin kyselytutkimuksen toteutettavuutta ja jatkuvuuden muutosta 15 vuoden aikana. Lisäksi tutkittiin hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia potilaisiin, vastaanottokokemukseen ja kuntiin liittyviä tekijöitä.

Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosien 1997–2013 aikana Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Kyselyihin vastasi yhteensä lähes 160 000 terveyskeskuksessa sairauden takia käynnyttä potilasta. Kuntia ja väestöä kuvaavina muuttujina käytettiin julkisista tilastoista saatavia tietoja.

15 vuoden ajan terveyskeskusten, sairaanhoitopiirien ja Tampereen yliopiston yhteistyönä rakennettu hoidon jatkuvuutta mittaava järjestelmä on osoittautunut toistettavaksi, toimivaksi, hyödylliseksi ja kustannuksiltaan edulliseksi. Helposti toteutettavana se on antanut terveyskeskuksille potilaiden arvioon perustuvaa tietoa hoidon jatkuvuudesta sekä hyvät mahdollisuudet terveyskeskuksen oman toiminnan arviointiin ja vertailuun.

Potilaiden ominaisuuksilla ja kokemuksilla vastaanoton laadusta oli myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla. Merkittävin yksittäinen hoidon jatkuvuuteen yhteydessä oleva muuttuja oli potilaalle aiemmin nimetty omalääkäri.

Mikään tutkittujen kuntien väestöä tai taloutta kuvaavista muuttujista ei selittänyt hoidon jatkuvuuden kuntakohtaisia eroja. Potilaalle nimetty omalääkäri näytti voimakkaimmin tukevan hoidon jatkuvuutta.

Hoidon jatkuvuus lääkärin ja hoitajan vastaanotolla laski selvästi vuosina 1998–2013 Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa sekä Oulun kaupungin terveyskeskuksissa vuosina 1997–2012.

Tietoisuutta hoidon jatkuvuuden merkityksestä tulisi lisätä sekä potilaiden, terveydenhuollon toimijoiden että päättäjien keskuudessa. Jatkuvuuden arviointi keskeisenä laadun mittarina pitäisi ottaa kansalliseksi tavoitteeksi. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi sosiaali- ja terveyspalveluja eniten tarvitseville ja käyttäville tulisi taata omalääkäri.

# ENGLISH SUMMARY

## Continuity in Primary Health Care

A study in the health centres in the Tampere University  
Hospital catchment area and in the City of Oulu

Continuity of care has an essential and a positive effect on the quality, comprehensiveness, co-operation, efficiency and costs of basic health care and on the health of the general public.

It also has a positive influence on the outcome of patient care, the commitment of care and patients' experience of security, confidence and satisfaction. Continuity of care enhances health care professionals' communication skills, trust, empathy and shared understanding with their patients.

Defining the concept of continuity of care requires reliable assessment and measurement. These aspects could be studied by assessing consultations, communication, information, relationship and health care management.

In this study we assessed patient-related continuity of care in the Finnish primary health care setting by asking patients: "When you visit the health centre, do you usually see the same doctor or nurse?" The aim was to establish whether the questionnaire could be implemented in Finnish primary health care and how the continuity of care had changed over the 15-year study period.

A further objective was also to ascertain how personal longitudinal continuity of care is related to certain features of patients and their experiences of consultation with doctors and nurses. We also examined how various indicators in municipalities and population were related to the patient-reported continuity of care.

The study material was collected between 1997 and 2013 from the health care centres in the Tampere University Hospital catchment area and in the City of Oulu. In the study areas almost 160 000 patients visiting the health centres because of some illness responded. The variables describing the municipalities and population were formed on the basis of data from official and public statistics.

In the 15-year study period this system of assessment, the result of collaboration between health centres, health care district and university to has proved repeatable, viable, useful and cost-effective. As an easily implemented approach the questionnaire study has provided health centres with patient-related data on the continuity of care and enabled them to assess and compare their own functions.

Certain features of patients and their experiences of consultation with doctors and nurses were positively related to continuity of care. Continuity was best realized both in doctor's practice and in nursing care when patients had a personal doctor particularly appointed to them.

None of the indicators pertaining to municipalities or population explained the variation in continuity between the municipalities. Regardless of differences between municipalities and sections of population, the availability of a specifically appointed doctor would appear to support best the continuity of care.

Patient-reported continuity of care declined notably both in general practice and in primary nursing care in the study years 1998 to 2013 in the health care centres in the Tampere University Hospital catchment area and from 1997 to 2012 in the City of Oulu.

The findings here indicate a need to increase the awareness of the significance of continuity of care among the patients, the health care professionals and the policymakers. As an essential quality indicator assessment of continuity should be taken as a national goal. As a means of enhancing the cohesiveness of primary welfare and medical facilities, efforts should be made to ensure that those most in need of them have access to a personally appointed doctor.

# ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT

Tämä väitöskirja perustuu seuraaviin osajulkaisuihin. Tekstissä olevat viittaukset osajulkaisuihin on numeroitu I–VI. Artikkeleiden julkaisemiseen tässä yhteenvedossa on saatu lupa alkuperäisiltä julkaisijoilta.

- I Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila K. (2008). Potilastyytyväisyyden mittaaminen perusterveydenhuollossa. Yhteistyöllä luotettavaa tietoa ja vertaisarviointia. *Suomen Lääkärilehti* 63:2622–26.
- II Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. (2014). Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up. *Br J Gen Pract.* 64(627):e657-63. doi: 10.3399/bjgp14X68184.
- III Raivio R, Paavilainen E, Mattila KJ. Continuity of nursing care in Finnish primary health care settings: a 15-year patient follow-up. (*BMC Nursing*, lähetetty julkaistavaksi 17.2.2016)
- IV Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. (2014). Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract.*15;15(1):98. doi: 10.1186/1471-2296-15-98.
- V Voutilainen S, Raivio R, Arvonen T, Mattila KJ. (2015). Hoidon jatkuvuus väheni tuntuvasti Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa 1997–2012. *Suomen Lääkärilehti* 70:2529–33.
- VI Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. (2015) Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa on tahdon asia. Vuosien 2011 ja 2013 potilaskyselyihin perustuva kuntavertailu. *Suomen Lääkärilehti* 70:2545–51.

# LYHENTEET

AAFP	The American Academy of Family Physicians
CCM	Chronic Care Model (terveyshyötymalli)
COC	Continuity of Care (hoidon jatkuvuus)
ETENE	Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
EURACT	The European Academy of Teachers in General Practice
EUROPEP	European Patients Expectations and Priorities
FINLEX	Oikeusministeriön omistama oikeudellisen aineiston julkinen ja maksuton Internet-palvelu
FM	Family Medicine (perhelääketiede)
GP	General Practice (yleislääketiede)
FMAHealth	Family Medicine for America's Health
HY	Helsingin yliopisto
IPI	Index Provider Identification
Kela	Kansaneläkelaitos
NHS	National Health Service
PCAT	The Primary Care Assessment Tools
PHC	Primary Health Care (perusterveydenhuolto)
SECON	Sequential Continuity
SPSS	Tilastojen käsittelyohjelma
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TaY	Tampereen yliopisto
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

WHO	World Health Organization (Maailman terveysjärjestö)
WONCA	World Organization of Family Doctors (Maailman yleis- ja perhelääkäreiden järjestö); aiemmin World Organization of National Colleaques, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
UK	United Kingdom
UPC	Usual Provider Continuity





# 1 JOHDANTO

Idea tähän tutkimukseen syntyi käytännön terveystieteiden lääkärin työssä asiakastytytävyysselvitystä toteuttaessani sekä myöhemmin pohtiessani arkisessa johtamistyössä kyselyn tulosten merkitystä. Asiakastytävyysselvityksessä kerätty tieto loi hyvän pohjan terveystieteiden hoidon jatkuvuuden tutkimukseen.

Hoidon jatkuvuus on yksi perusterveydenhuollon kulmakivistä. Sillä on erityinen merkitys sekä potilaalle, terveydenhuollon ammattilaiselle että terveydenhuollon palvelujen järjestäjälle ja tuottajalle.

Hoidon jatkuvuutta voidaan tutkia kysymällä asiakkaiden kokemuksia. Tässä tutkimuksessa on kysytty terveystieteen vastaanotolla käyneiden potilaiden mielipiteitä hoidon jatkuvuudesta. Tutkimustiedoilla on merkitystä terveystieteiden asiakaslähtöisyyden, laadun ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta.

Hoidon jatkuvuudella on osoitettu olevan yhteys muun muassa potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen, turvallisuuden tunteeseen ja luottamukseen. Lääkärin ja sairaanhoitajan työssä hoidon jatkuvuus vahvistaa vuorovaikutustaitoja ja yhteistä kumpuuta potilaan kanssa.

Potilaan aito kuunteleminen ja pyrkiminen yhteiseen ymmärrykseen ovat toimivan vuorovaikutuksen perusta. Terveydenhuollon tutkimuksessa ja kehittämisessä tulisi yhä enemmän arvioida potilaiden kokemuksia.

Hoidon jatkuvuuden on todettu kytkeytyvän perusterveydenhuollon laatuun, tehokkuuteen ja kustannuksiin. Pitkäaikainen seuranta tutkimuksemme tuo näkyväksi hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä ja kehityssuunnan Suomessa. Tutkimustieto on erityisen ajankohtaista ja tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa.

## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan hoidon, jatkuvuuden ja perusterveydenhuollon määritelmiä sekä tutkimusmenetelmiä. Lisäksi käsitellään hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä sekä hoidon jatkuvuuden merkitystä potilaalle ja terveydenhuollon ammattilaiselle. Lopuksi tuodaan esille perusterveydenhuollon ja hoidon jatkuvuuden vahvistamiseen liittyviä kansainvälisiä ja kansallisia toimia.

### 2.1 Hoidon määritelmä

Hoito voidaan määrittää sanan muodon ja alkuperän perusteella eri tavoin. Terveystieteiden tutkimuksessa hoito voi tarkoittaa hoitamista, hoitotoimenpiteitä, terveydentilan ylläpitämistä, sairauksien hoitoa lääketieteellisesti tai terapiaa (Kielitoimiston sanakirja, 2014).

Hoitaa-verbiä käytetään suomen kielessä monessa yhteydessä eikä hoidon ja hoitamisen käsitettä voi määrittää kovin tarkkarajaisesti. Ihmisen hoitaminen tarkoittaa avun, lievityksen ja tuen antamista sellaiselle, joka sitä tarvitsee. Hoitoon liittyy myös diagnoosin tekeminen. Vaivat ja ongelmat pitää määrittää, ennen kuin niitä voidaan hoitaa. (Länsimäki, 1994.)

Hoidon englanninkielisen vastineen, sanan ”care”, alkuperä on muinaisessa Englannissa, ja sekä sanan substantiivi- että verbimuodolla on useita eri merkityksiä. (Dictionary.com, 2016a.)

Hyvän hoidon määritelmä perustuu lakien ja säädösten (Kansanterveyslaki 66/1972; Kuntalaki 410/2015; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Suomen perustuslaki 731/1999; Terveydenhuoltolaki 1326/2010) lisäksi terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin ja arvoihin (ETENE, 2001; ETENE, 2011).

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen toimikunta (ETENE) on määritellyt terveydenhuollon yleisen arvopohjan sekä yleiset tavoitteet ja periaatteet, joihin myös hyvän hoidon määritelmä perustuu (ETENE, 2016). Jotta hyvä hoito toteutuisi, tar-

vitaan riittävästi voimavaroja. Lisäksi tarvitaan olosuhteet, joissa terveydenhuollolle määritellyt arvot ja eettiset periaatteet pystyvät ohjaamaan toimintaa.

Terveydenhuollon eettiset ohjeet painottavat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, ihmiselämän suojelua sekä terveyden edistämistä. Luottamuksellisuus ja tietojen salassapito sekä oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo ovat keskeisiä arvoja jokaiselle terveydenhuollon ammattilaiselle ja organisaatiolle. (ETENE, 2016.)

Hyvän hoidon kriteerinä on pidetty hoidon perustumista näyttöön. Näyttöön perustuvat myös kansalliset Käypä hoito -suositukset (Duodecim, 2016). Hyvän hoidon edellytyksenä ovat eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välinen yhteistyö, saumattomat hoito- ja palveluketjut sekä sujuvat asiakasprosessit.

Hyvää hoitoa tulisi tarjota tasapuolisesti kaikille kansalaisille riippumatta asuinpaikasta, henkilökohtaisista ominaisuuksista, elämäntilanteesta tai varallisuudesta (Suomen perustuslaki 731/1999). Kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa sekä järjestää asukkailleen palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestäväällä tavalla (Kuntalaki 410/2015).

Kun kuntalainen tai kunnan asukas etsii tietoa ja käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, hän on asiakas. Sairastuttuaan johonkin hoitoa vaativaan tautiin tai sairauteen hän on potilas.

## 2.2 Jatkuvuuden määritelmä

Suomen kielessä sana jatkuvuus tarkoittaa sitä, että joku asia tai toiminta on jatkuvaa. Jatkuva-sanan merkityssynonyymejä ovat keskeytymätön, taukoamaton, katkeamaton, yhtämittainen, yhtäjaksoinen, herkeämätön ja alituinen. Jatkuvuudella voidaan tarkoittaa esimerkiksi liiketoiminnan tai hoitosuhteen jatkuvuutta. (Kotimaisten kielten keskus, 2016.)

Jatkuvuus matemaattisena määreenä on funktioon liittyvä topologinen peruskäsite. Se kuvaa tehtävän rakenneominaisuudet sellaisina kuin ne voitaisiin esittää kartalla. Funktion jatkuvuus voidaan määritellä usealla eri tavalla riippuen siitä, miten yleisellä tasolla funktioita halutaan tarkastella. Funktio on jatkuva, jos sen arvot eivät muutu äkillisesti minkään pisteen ympäristössä. (Weisstein/ Wolfram Web Resources, 2016.)

Funktion jatkuvuus kuvaa sitä, onko sen kuvaaja katkeamaton tarkastelualueella. On kuitenkin tapauksia, joissa funktio on jatkuva, vaikka kuvaajan ulkonäkö on poikkeava. Jatkuvuuden tarkempi määrittäminen vaatiikin matemaattisempia käsitteitä. (Opetushallitus, 2016.)

Englanninkielinen sana continuity (jatkuvuus) pohjautuu sanaan continuous (jatkuva), jonka merkitys on samankaltainen kuin suomen kielessä. Sanaa continuous

kuvataan muun muassa seuraavasti: ”the state or quality of being continuous” tai ”a continuous or connected whole” sekä matemaattisen määreenä ”the property of a continuous function”. (Dictionary.com, 2016b.)

## 2.3 Perusterveydenhuollon määritelmä

### 2.3.1 Kansainväliset määritelmät

Ensimmäisiä kansainvälisiä perusterveydenhuollon määritelmiä on Maailman terveysjärjestön (WHO) Alma Atan julistus vuodelta 1978 (WHO, 1978). Julistuksessa perusterveydenhuollolla (Primary Health Care = PHC) on tiivis yhteys kunkin maan sosioekonomiseen, kulttuuriseen ja poliittiseen todellisuuteen. Julistuksen mukaan perustason terveydenhuollon tehtävänä on koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus.

WHO Euroopan määritelmä perusterveydenhuollosta perustuu edellä mainittuun Alma Atan julistukseen. Perusterveydenhuollon keskeisiä periaatteita ovat kansalaisten tasavertaisuus ja osallisuus, toimijoiden sujuva yhteistyö, asianmukainen teknologia sekä perusterveydenhuollon keskeinen rooli koko terveydenhuoltojärjestelmässä. (WHO, 1978.)

Perusterveydenhuolto on WHO:n määritelmän mukaan koko terveydenhuoltoprosessin avaintekijä. Se on terveydenhuollon ensikontakti, jossa hyvä hoidon saatavuus, jatkuvuus, kattavuus ja yhteen sovittaminen ovat keskeisiä elementtejä. Hoidon saatavuus vastaa potilaiden tarpeisiin, ja hoidon jatkuvuuden tavoitteena ovat pitkäaikaiset terveysvaikutukset. Perusterveydenhuolto keskittyy väestön erilaisiin terveysongelmiin ja hoidon yhteensovittamiseen toisten terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (WHO, 1978.)

Perusterveydenhuollon määritelmän yhteydessä on myös käytetty yleislääketieteen (General Practice = GP) tai perhelääketieteen (Family Medicine = FM) termejä. Alkuperäisen määritelmän mukaan yleislääketieteessä (GP) yleislääkärin (general practitioner tai primary care physician) rooli oli oleellinen koko perusterveydenhuollon palvelutuotannossa. Perhelääketieteessä (FM) perhelääkärin (family physician tai family doctor) toiminta perustuu systeemiteoriaan ja tiimiperiaatteeseen. Sekä yleis- että perhelääkärit tekevät laaja-alaista perusterveydenhuollon työtä, johon sisältyy neuvontaa, ennaltaehkäisyä, oireiden mukaista hoitoa, varhaista diagnostiikkaa, sairauksien ja niiden komplikaatioiden hoitoa sekä kuntoutusta ja palliatiivista hoitoa. (WHO, 2016.)

Maailman yleislääkärien järjestö World Organization of Family Doctors (Wonca, 2016) on kuvannut perusterveydenhuollon ja yleislääkärin työn keskeisiä periaatteita,

asenteita ja arvoja sekä toimintaympäristöä, taitoja ja tavoitteita Wonca-puussa (kuvio 2, sivu 38), joka esiteltiin ensimmäisen kerran sveitsiläisten yleislääkäreiden toimesta vuonna 2005. (Gruninger, 2009.)

Wonca Eurooppa -järjestö (Wonca Region Europe/ European Society of General Practice/ Family Medicine) on määritellyt yleislääketieteen oppialaa, yleislääkärin työtä sekä eurooppalaisia ja kansallisia perusterveydenhuollon järjestämistapoja (Wonca Europe, 2016). The European Academy of Teachers in General Practice -järjestön (EURACT) julistuksessa tuodaan esiin yleislääketieteen oppialan keskeiset piirteet, erityisyydet ja vahvuudet, joilla on yhteys sekä perusterveydenhuoltoon että hoidon jatkuvuuteen. (EURACT, 2016.)

Yhdysvalloissa John Hopkins Primary Care Policy Center on määritellyt perusterveydenhuollon käsitteen ja kehittänyt arviointimenetelmiä (The John Hopkins Primary Care Policy Center, 2016). Perusterveydenhuoltoa pidetään kaikkien terveydenhuoltojärjestelmien perustana. Haasteena on se, miten kyetään arviomaan perusterveydenhuollon laajoja käsitteitä mitattavilla suureilla. Nämä käsitteet ovat:

- toimiminen terveydenhuollon ensikontaktina (first contact of care)
- henkilökohtainen jatkuva hoito (person-focus care over time)
- hoidon laaja-alaisuus (comprehensiveness)
- yhteensovittaminen (coordination)
- yhteisösuuntautuneisuus (community orientation)
- perhekeskeisyys (family-centeredness)
- kulttuurinen ymmärrys (cultural competence)

Arviointimenetelmät (The Primary Care Assessment Tools = PCAT) sisältävät neljä eri arvioinnin aluetta: asiakkaat, fasiliteetit, tuottajat ja terveydenhuoltojärjestelmät (The John Hopkins Primary Care Policy Center, 2016).

Perusterveydenhuollon määritelmää ja merkitystä on kuvattu useissa kansainvälisissä tutkimusjulkaisuissa (Haggerty et al., 2007; Haggerty et al., 2003; Kringos et al., 2013; Schafer et al., 2011). Niissä korostetaan perusterveydenhuollon käsitteen määrittelyn lisäksi sen tärkeyttä koko terveydenhuoltojärjestelmän tasavertaisuuden ja laadun varmistamisessa sekä kustannusten hillitsemisessä. Starfield on sekä määritellyt että tutkinut perusterveydenhuollon merkitystä maailmanlaajuisesti korostaen sen tärkeyttä koko terveydenhuoltojärjestelmän ytimenä (Starfield, 2007; Starfield, 2012).

### 2.3.2 Kansalliset määritelmät

Perusterveydenhuollon määrittämiseen liittyviä suomalaisia tutkimusjulkaisuja on niukasti. WHO:n Alma Atan julistuksen jälkeistä Euroopan perusterveydenhuollon

kehitystä kuvaavassa artikkelissa (Vuori, 2006) on esitetty perusterveydenhuollon määritelmä, jonka mukaan perusterveydenhuoltoa voidaan pitää terveydenhuollon toimijoiden joukkona, hoidon tasona, terveydenhuollon järjestämisen strategiana tai koko terveydenhuoltoa koskevana filosofiana.

Koko Suomen väestön kattava terveyskeskusjärjestelmä ja perusterveydenhuolto luotiin kansanterveyslailla vuonna 1972 (Kansanterveyslaki 66/1972). Laki määrittää kunnan tehtäväksi yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvan terveydenhoidon, yksilön sairaanhoidon sekä niihin liittyvän toiminnan, jonka tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön terveydentilaa. Kansanterveystyön määritelmä on lain ensimmäisessä pykälässä: ”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Kansanterveystyöstä voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto.”

Terveydenhuoltolain kolmas pykälä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 §) määrittää perusterveydenhuollon seuraavasti: ”Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä sillä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.”

Perusterveydenhuollon työskentelytavan ja yleislääkärin roolin tarkkoja kuvauksia on yliopistojen yleislääketieteen oppialojen sivustoilla. Kuvaukset perustuvat kansainvälisten yleis- ja perhelääkärijärjestöjen julistuksiin. Tampereen yliopiston lääketieteen yksikön käyttämässä yleislääketieteen määritelmässä on kuvattu yleislääkärin ydin- ja soveltamisalueet sekä ne välttämättömät ominaisuudet, joita yleislääketieteen erikoislääkäri tarvitsee ydinosasta soveltaessaan. (Tampereen yliopisto, 2016.)

Perusterveydenhuollon ja yleislääketieteen määritelmää ja yhteyttä on kuvattu yleislääketieteen oppikirjan johdannossa. Yleislääketieteen ydinpiirteisiin kuuluvat valikoimattomien potilaiden kohtaaminen ja hoito, kokonaisuuksien ymmärtäminen ja hallinta, terveyden edistäminen, tiimityö sekä epävarmuuden ja muutoksen sieto. (Kumpusalo ym., 2005.)

Perhelääketieteen kirjan esipuheissa toivotaan perusterveydenhuoltoon lisää perhekeskeisyyttä ja yleislääkäreiden kasvamista perhelääkäreiksi. Perhelääkärin toimintatapa perusterveydenhuollossa on asiakaskeksinen. Toimintatavassa otetaan huomioon yksilön lisäksi hänen perheensä, lähiyhteisönsä sekä terveyden ja sairauden kaikki ulottuvuudet. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä, 2009.)

Terveyspalvelujen suunnittelua käsittelevässä suomenkielisessä kirjassa sivutaan perusterveydenhuollon määritelmää ottamalla kantaa muun muassa palvelujen tarpeeseen, terveystalouteen, tärkeysjärjestykseen, kuntien vastuuseen ja poliittiseen päätöksentekoon. Lisäksi kirjassa tarkastellaan perusterveydenhuollon kannalta tärkeitä aiheita, joita ovat esimerkiksi terveyspalvelujen tarpeiden arviointi, näyttöön ja taloudellisuuteen perustuva terveydenhuolto ja sen arviointi sekä palvelujen tuottaminen yhdessä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa. (Mäntyranta, Elonheimo, Mattila & Viitala, 2004.)

## 2.4 Hoidon jatkuvuuden määritelmä

### 2.4.1 Kansainväliset määritelmät

Hoidon jatkuvuus (Continuity of Care = COC) terveydenhuollossa voidaan määrittää ja luokitella usealla eri tavalla. Hoidon jatkuvuuteen liittyviä tutkimuksia arvioitaessa oleellista on tietää, miten ja kenen kannalta hoidon jatkuvuus on määritetty ja miten tieto hoidon jatkuvuudesta on saatu.

Wallin mukaan hoidon jatkuvuus on käytettävissä olevan tiedon ja terveydenhuollon kohtaamisten yhteys. Tästä yhteydestä voidaan erottaa viisi jatkuvuuden ulottuvuutta: aikaan, maantieteelliseen paikkaan, monialaisuuteen, henkilöiden välisiin suhteisiin ja tietoon liittyvä hoidon jatkuvuus. (Wall, 1981.)

Hoidon jatkuvuutta terveydenhuollossa on kirjallisuudessa usein kuvattu kolmella eri käsitteellä. Saultzin kuvaamat käsitteet ovat tietoon (informational continuity), aikaan (chronological tai longitudinal continuity) ja vuorovaikutukseen (interpersonal continuity) liittyvä hoidon jatkuvuus. (Saultz, 2003.)

Kanadalaiset tutkijat ovat myös päätyneet hoidon jatkuvuuden kolmeen eri määritelmään. Nämä määritelmät ovat tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus (informational continuity), hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen jatkuvuus (relational continuity) sekä hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen liittyvä hoidon jatkuvuus (management continuity). (Haggerty et al., 2003; Reid, Haggerty & McKendry, 2002.) Tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus tarkoittaa kaikkea sitä tietoa potilaan aikaisemmista tapahtumista ja olosuhteista, jolla on vaikutusta hoidon toteuttamiseen nykyhetkessä. Vuorovaikutuksen ja hoitosuhteen jatkuvuus korostaa potilaan yksilöllisyyttä ja persoonallisuutta sekä vuorovaikutuksen merkitystä. Hoidon toteutukseen liittyvä jatkuvuus varmistaa eri palveluntuottajien yhteyden erityisesti monia, pitkäaikaisia ja vakavia sairauksia sairastavien henkilöiden kohdalla. (Reid et al., 2002.)



Gullifordin tutkijaryhmän mukaan hoidon jatkuvuus on potilaan henkilökohtainen kokemus vuorovaikutuksesta (continuous of caring relationship) sekä hoidon koordinoinnista (coordination of care). Hoidon jatkuvuutta voidaan tarkastella myös palveluntuottajan näkökulmasta, jolloin jatkuvuus on tärkeää ennen kaikkea tiedonsiirron (sharing of information) ja saumattomien palveluiden (seamless service) kannalta. (Gulliford, Naithani & Morgan, 2005.)

Salisburyn tutkimusryhmä on havainnut kolme hoidon jatkuvuuden osa-alueita. Nämä osa-alueet ovat tiettyyn ajanjaksoon ja mahdollisimman pysyvään ja pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen liittyvä hoidon jatkuvuus (longitudinal continuity), välittävään, hyvään vuorovaikutukseen perustuva hoidon jatkuvuus (caring relationship) sekä hyvään hoidon yhteensovittamiseen liittyvä hoidon jatkuvuus (well-coordinated care). Hoidon jatkuvuuden osa-alueet ovat erillisiä, mutta myös yhteydessä toisiinsa. (Salisbury, Sampson, Ridd & Montgomery, 2009.)

Hollantilainen tutkimusryhmä on määrittänyt hoidon jatkuvuuden seuraavasti: pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen liittyvä hoidon jatkuvuus (longitudinal continuity), tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus (informational continuity) sekä hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus (relational continuity). (Kringos et al., 2013.)

Useamman eri tutkimusjulkaisun perusteella hoidon jatkuvuus terveydenhuollossa voidaan tiivistää kolmeen osa-alueeseen (Freeman & Hughes, 2010; Haggerty et al., 2003; Reid et al., 2002):

- tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus (informational continuity)
- pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus (relational or relationship continuity; longitudinal, personal, continuous care)
- hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus (management continuity; cross boundary, team care, seamless service).

Vaikka hoidon jatkuvuus jakautuu kolmeen osa-alueeseen, niillä on yhteys toisiinsa (Freeman et al., 2007; Haggerty et al., 2003; Reid et al., 2002). Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus sisältää hyvän tiimityön, hoidon koordinoinnin sekä potilas- ja sairauskertomustietorekisterin lisäksi oleellisen ja sujuvan tiedonkulun potilaan ja eri palveluntuottajien välillä. Hoidon hyvä jatkuvuus on neuvottelua potilaan kanssa hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta sekä suullista ja kulttuurien välistä kommunikaatiota eri tiimin jäsenten ja verkostojen välillä. Tiedonkulkuun ja hoidon toteutukseen liittyvässä hoidon jatkuvuudessa on siten myös hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen jatkuvuuden elementtejä. (Freeman et al., 2007.)

Samankaltaiseen jatkuvuuden jaotteluun on päädytty myös Guthrien tutkimusryhmän julkaisussa. Tiedonkulkuun liittyvässä hoidon jatkuvuudessa viralliset sairauskertomustiedot täydentyvät potilaan henkilökohtaisilla valinnoilla ja arvoilla, jotka ovat



hoitavan henkilön tiedossa. Yhteinen hoitosuunnitelma ja hoitokäytäntö sekä selkeä vastuunjako ja yhteistyö tuovat sekä potilaalle että palveluntuottajalle ennustettavuuden ja turvallisuuden tunteen. Vuorovaikutuksen jatkuvuus perustuu lisääntyvään tietoon potilaan omista voimavaroista, valinnoista ja olosuhteista, joita kirjataan harvoin, mutta joiden varaan rakentuu syvälinen luottamus, myönteisiä odotuksia ja kyky hoidon toteuttamiseen. (Guthrie, Saultz, Freeman & Haggerty, 2008.)

Terveyspalvelujen käyttäjän kannalta hoidon jatkuvuus on mitattavissa oleva käsite, joka voi koostua eri osista: tietyistä ennakkoehdoista, hoitavasta tahosta sekä hoitotapahtumasta. Hoidon jatkuvuuden käsite ja sen osat kuvaavat siten erilaisia vuorovaikutussuhteita terveydenhuollossa. (Sweeney et al., 2012.)

Amerikan perhelääkäriyhdistys (The American Academy of Family Physicians = AAFP) määrittää hoidon jatkuvuuden prosessiksi, jossa potilas ja lääkäri yhdessä sitoutuvat tavoitteelliseen, korkealaatuiseen ja kustannustehokkaaseen lääketieteelliseen hoitoon. Hoidon jatkuvuus on laadukkaan perhelääketieteen ensisijainen tavoite ja tavaramerkki. Hoidon jatkuvuus perustuu pitkäaikaiseen potilas-lääkärisuhteeseen, jossa lääkäri tuntee entuudestaan potilaan tiedot ja pystyy yhdistämään saamansa uuden tiedon kokonaiskuvaksi tehokkaasti ilman laajoja tutkimuksia tai tiedonkeruuta. (AAFP, 2015.)

Yhdysvaltalaisen yliopiston tutkimuskeskuksen määritelmän mukaan hoidon jatkuvuus tai jatkuva hoito (continuous, ongoing care) viittaa pitkäaikaiseen ja säännölliseen, sairaudesta tai vammasta riippumattomaan hoitoon (The John Hopkins Primary Care Policy Center, 2016). Hoidon jatkuvuudessa keskeisestä on luoda sekä potilaan että hoitavan tahon tunnistama lääketieteellinen tai terveydenhoidollinen kotipaikka (medical or health care home), jossa hoidon jatkuvuus toteutuu käytännössä.

Hoidon jatkuvuuden tavoitteena on auttaa terveyspalvelujen tuottajaa ja potilasta muodostamaan pitkäaikainen hoitosuhde, jossa on yhteinen tieto ja ymmärrys kummankin osapuolen odotuksista ja tarpeista. Palveluntuottajan on tunnistettava se väestöpohja, jonka terveyspalveluista tuottaja on vastuussa. Tuottajan on varmistettava, että hoidon jatkuvuus toteutuu potilaiden ja tuottajien vuorovaikutuksessa siten, että hoito on potilaskeskeistä eikä tautikohtaista. (The John Hopkins Primary Care Policy Center, 2016.)

Alazri on tutkimusryhmänsä kanssa määritellyt katsausartikkelissaan (Alazri, Heywood, Neal & Leese, 2007) yhdeksän erilaista hoidon jatkuvuuden ulottuvuutta, jotka on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuudesta poimittuja hoidon jatkuvuuden määritelmiä\*

Potilaan kokemus jatkuvuus (Experienced continuity): potilaan kokemus yhtenäisestä ja sujuvasta hoidosta
Hoitosuhteeseen liittyvä jatkuvuus** (Relational, interpersonal continuity): jatkuva terapeuttilinen hoitosuhde potilaan ja yhden tai useamman palveluntuottajan välillä
Hoitotiimin jatkuvuus (Team continuity): perustasolla tai erikoistasolla hoitotiimissä tapahtuva hoito, jossa toteutuu hoitosuhteen pysyvyys, yhtenäisyys ja vuorovaikutus
Palveluntuottajien välinen jatkuvuus (Cross-boundary continuity): hoito, joka jatkuu tai seuraa potilasta eri hoidon tasoilla esimerkiksi perustasolta erikoistalolle tai päinvastoin
Pitkäaikainen hoitosuhteen jatkuvuus** (Longitudinal continuity): yhtenäinen ja johdonmukainen hoito, jonka toteuttaa sama tai mahdollisimman pieni joukko terveydenhuollon ammattilaisia
Joustava jatkuvuus (Flexible continuity): joustavat, henkilön tarpeiden mukaiset ja pitkäaikaiset terveydenhuollon palvelut
Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä jatkuvuus (Management continuity): potilaiden muuttuvat tarpeet huomioiva, johdonmukainen ja yhtenäinen hoito
Hoitopaikkaan liittyvä jatkuvuus (Geographic continuity): tietyssä paikassa, esimerkiksi vastaanotolla, kodissa tai sairaalassa annettu tai saatu hoito
Tiedonsiirtoon liittyvä jatkuvuus (Informational continuity): potilaan mukana siirtyvät tiedot

\*Suomennettu ja mukailtu katsauksesta Alazri M, ym. 2007, Continuity of Care, Literature review and implications, Table1: Definitions of different types of continuity.

\*\*Hoitosuhteeseen ja pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen liittyvät hoidon jatkuvuuden määritelmät muistuttavat toisiaan hyvin paljon eikä niitä voi aina erottaa toisistaan.

## 2.4.2 Kansalliset määritelmät

Hoidon jatkuvuuteen suoraan liittyviä suomalaisia julkaisuja on niukasti. Duodecimin Terveystieteen Lääkärin tietokannan haussa hakusanoilla ”hoidon jatkuvuus” tuloksena on yhteensä 76 julkaisua, joista vain neljä on keskeisiä. Toissijaisia julkaisuja on yhteensä 18, joista 14 on Suomen Lääkärilehden julkaisuja ja neljä on julkaistu Aikakauskirja Duodecimissa. Lopuissa 50 julkaisussa hoidon jatkuvuus on mainittu vain artikkelin tekstissä.

Tiedonhakuportaali Nelli tuotti hakusanoilla ”hoidon jatkuvuus” yhteensä 82 suomalaista julkaisua, joista aiheen perusteella suoraan hoidon jatkuvuuteen liittyviä julkaisuja oli 36. Suurin osa julkaisuista käsitteli aiheen perusteella joko erikoissairaanhoitoa tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Osa julkaisuista käsitteli hoitotyön ja kotihoidon kehittämistä sekä kotiuttamista.

Nelli-haun perusteella hoidon jatkuvuuden käsitteeseen ja määrittämiseen liittyviä julkaisuja löytyi muutamia (Hagman & Johansson, 1985; Kekki, 1985; Seppänen, 2001). Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus on määritetty suomalaisissa yleislääketieteen oppikirjoissa (Kumpusalo, Ellonen, Keinänen-Kiukaanniemi & Mattila, 1991; Kumpusalo ym., 2005).

Hoidon jatkuvuus voidaan määrittää tiedon jatkuvuutena, ajallisena käsitteenä ja myös hoidonantajakohtaisesti. Toisaalta hoidon jatkuvuus on käsite, josta on vaikea laatia yksiselitteistä määritelmää, koska siihen sisältyy useita tasoja ja painotuksia. Ajallisesti hoidon jatkuvuus voidaan käsittää episodeina eli hoitajaksoina tai pitkäkestoisena hoidon jatkuvuutena, jolloin potilas pääsee mahdollisimman usein samalle lääkärille, joka myös vastaa hänen pitkäaikaisten sairauksiensa hoidosta. Hoidon jatkuvuus voi myös olla saman lääkärin kokonaisvastuu hoidosta ja sen eri tasojen yhteensovittamisesta. (Keinänen-Kiukaanniemi, 1991.)

Hyvän hoidon jatkuvuuden määritteenä Suomessa on pidetty erityisesti pääsyä samalle lääkärille mahdollisimman usein. Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus on myös potilaiden hoidon johdonmukaisuutta ja yhteensovittamista. Hoitavalla taholla on tieto potilaan aiemmista sairauksista ja niiden hoidosta, jolloin tietoa voidaan käyttää hyväksi potilaan myöhemmässä hoidossa. Helposti saatavilla oleva ja hyvin laadittu potilaskertomus toimii hoidon jatkuvuuden takeena. (Kekki & Kunnamo, 2005.)

### 2.4.3 Hoidon jatkuvuus potilaan kokemuksena

Hoidon jatkuvuus on yksittäisen henkilön kokemus tiettyinä aikana tapahtuvasta yhtenäisestä ja johdonmukaisesta hoidosta. Hyvän hoidon jatkuvuuden edellytyksiä potilaan kannalta ovat riittävä hoidon saatavuus, sujuva tiedonkulku hoitavien tahojen välillä, hoitavan henkilön vuorovaikutustaidot ja hoidon yhteensovittaminen. Hoidon jatkuvuus toteutuu, kun erilliset hoidon elementit ja jaksot muodostavat tuetun kokonaisuuden. (Reid et al., 2002.)

Hoidon jatkuvuuden käsite ja sen osat kuvaavat erilaisia vuorovaikutussuhteita terveydenhuollossa. Potilaan kannalta hoidon jatkuvuuteen voi myös liittyä tiettyjä hoitavasta tahosta tai hoitotapahtumasta johtuvia ennakkoehtoja. (Sweeney et al., 2012.)

Potilas kokee hoidon jatkuvuden terapeuttisena hoitosuhteena sekä hoidon tai hoitotoimenpiteiden pysyvyytenä ja yhdenmukaisuutena (Freeman & Hughes, 2010). Jälkimmäinen kuvaus sisältää potilaan kanssa yhdessä tehtävän ja jaettavan hoidon suunnittelun lisäksi kaikki ne oleelliset tiedot, joita tarvitaan eri toimijoiden välillä yhdenmukaisen hoidon toteuttamiseksi.

Freeman ja Hughes ovat tiivistäneet potilaan hoidon jatkuvuuden kokemuksen kahteen osa-alueeseen:

- hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus (relationship continuity; a continuous caring relationship with clinician)
- hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus (management continuity; continuity of clinical management including providing and sharing

information and care planning and co-ordination of care). (Freeman & Hughes, 2010.)

Potilaan kokemus hoidon jatkuvuudesta terveydenhuollossa voi toteutua, jos palveluntuottaja voi taata seuraavia perusehtoja hoidon jatkuvuudelle:

- potilaalle on nimetty yksi tai useampi terveydenhuollon ammattilainen, joka luo pysyvän hoitosuhteen ja vuorovaikutusyhteyden potilaaseen (relational or interpersonal continuity; hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus)
- palveluntuottaja varmistaa, että keskeytymätöntä hoitoa antavia henkilöitä on potilaan tarvitsema määrä ja hoitoa annetaan niin pitkään kuin on tarvetta (longitudinal or chronological continuity; aikaan perustuva hoidon jatkuvuus)
- palveluntuottajan joustavuus ja potilaan persoonan sekä elämäntilanteessa, sosiaalisissa suhteissa tai sairaudessa tapahtuvien muutosten huomioon ottaminen (flexible continuity; joustava hoidon jatkuvuus)
- tehokkaan vuorovaikutuksen ja tiedonsaannin tarjoaminen potilaalle
- potilastietojen erinomaisen siirron varmistaminen (information continuity; tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus)
- hyvän vuoropuhelun toteuttaminen potilaan ja kaikkien hänen hoitoonsa osallistuvien palveluntuottajien ja verkostojen välillä (cross-boundary and team continuity; rajat ylittävä ja tiimityöskentelyyn liittyvä hoidon jatkuvuus). (Freeman & Hughes, 2010.)

Hoitosuhteen jatkuvuus ei välttämättä liity vain yhteen hoitosuhteeseen. Potilaalla voi olla useita hoitavia tahoja ja terveydenhuollon ammattilaisia tukenaan (management continuity). Jotta hoidon jatkuvuuden määritelmä toteutuu, potilaalla täytyy olla mahdollisuus tavata samaa hoitavaa tahoa (relational continuity) tiettyinä ajanjaksona (longitudinal continuity). Hoitosuhteen jatkuvuus ei kuitenkaan välttämättä takaa laadukasta hoitoa. (Ridd, Shaw, Lewis & Salisbury, 2009.)

Potilaiden kokemus hoidon jatkuvuus voi olla samanaikaisesti sekä tapahtumasarja (process) että lopputulos (outcome). Potilaiden kannalta hyvä hoidon jatkuvuus on hoidon hyvän suunnittelun ja toteutuksen lopputulos sekä potilaan kokemus jatkuvuudesta. (Baker et al., 2007.)

Paras lähtökohta hyvän hoidon jatkuvuuden toteuttamiseen potilaan kannalta on potilaan omien voimavarojen huomioiminen ja arjessa pärjäämisen tukeminen (Koivuniemi & Simonen, 2011). Aiemmin toiminnan kohteena olleesta potilaasta tulee omaan hoitoonsa oleellisesti vaikuttava aktiivinen toimija (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirso & Mattelmäki, 2014).

## 2.5 Hoidon jatkuvuuden tutkiminen ja mittaaminen

### 2.5.1 Tutkimus- ja mittausmenetelmiä

Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta tutkittaessa on huomioitava jatkuvuuden määrittelyyn ja näkökulmaan sekä aineiston keruuseen liittyviä tekijöitä. Hoidon jatkuvuuden tutkimuksen ja arvioinnin lähestymistapa on siten oltava sekä käsitteellinen että käytännönläheinen. (Salisbury et al., 2009.)

Hoidon jatkuvuutta voidaan mitata potilaan kokemuksena (Salisbury et al., 2009), mutta myös perusterveydenhuollon ammattilaisen tai palveluntuottajaorganisaation näkökulmasta (Alazri et al., 2007). Hoidon jatkuvuus merkitsee eri asioita potilaille ja palveluntuottajille.

Hoidon jatkuvuutta arvioidaan väestötasolla tai kysymällä sitä terveydenhuollon palvelujen käyttäjiltä. Kokemusta hoidon jatkuvuudesta voidaan kysyä potilailta heti vastaanoton jälkeen tai myöhempänä ajankohtana. Mielenpito voidaan kerätä kirjallisena tai sähköisenä kyselynä, mutta myös haastattelemalla puhelimesta tai kasvotusten. Kerättävä tieto voi olla rakenteellista, laskettavaa tai laadullista.

Ennen hoidon jatkuvuuden mittaamista on tärkeää päättää, mitä hoidon jatkuvuuden määrittelyä tai osa-alueita tutkitaan, miten ja kenen näkökulmasta aineisto kerätään ja mikä on hoidon jatkuvuuden merkitys käytetyn aineiston perusteella. (Salisbury et al., 2009.)

Suurin osa hoidon jatkuvuuden mittaamisen menetelmistä on kehitetty vain yhtä jatkuvuuden määrittelyä varten. Jatkuvuutta arvioitaessa määrittelystä on hyötyä, eikä yhdellä menetelmällä voida arvioida kaikkia jatkuvuuden osa-alueita (Reid et al., 2002). Harvat mittausmenetelmät ottavat huomioon kaikki jatkuvuuden määrittelyt ja pystyvät mittaamaan hoidon jatkuvuutta esimerkiksi eri hoitomuotojen tai terveydenhuollon ammattilaisten välillä (Reid et al., 2002). Erityisesti potilaiden mielenpitoita mittaavia (Haggerty et al., 2011) ja eri organisaatioiden välisiä (Reid et al., 2002) hoidon jatkuvuuden arviointeja tulisi kehittää.

2000-luvulta lähtien onkin kiinnitetty yhä enemmän huomioita hoidon jatkuvuuden mittaamiseen potilaan näkökulmasta. Hoidon jatkuvuuden mittaamista on arvioitu sekä hoitosuhteen (Burge et al., 2011) että palveluntuottajan ja potilaiden (Haggerty et al., 2011) kannalta. Tutkimusten potilasnäkökulma tuo lisätietoa ja laajentaa käsitystä potilaiden tyytyväisyydestä terveystalouteen. (Salisbury et al., 2009; Salisbury, Wallace & Montgomery, 2010.)

Saultz arvioi erilaisia menetelmiä ja välineitä hoidon jatkuvuuden käsitteen mittaamiseksi ja määrittelyä varten. Hän tutki yhteensä 379 vuosien 1966–2002 aikana kirjoitettua alkuperäistä artikkelia, joissa käsiteltiin vuorovaikutukseen liittyvää hoidon

jatkuvuutta yleis- tai perhelääketieteessä. (Saultz, 2003.) Reid kollegoineen teki samankaltaisen laaja-alaisen katsauksen hoidon jatkuvuuden määrittämisestä sekä eri tutkimus- ja mittausten menetelmistä (Reid et al., 2002).

Eurooppalaisen perusterveydenhuollon tutkimuksen strateginen ohjelmajulistus vuodelta 2009 perustuu järjestelmälliseen ja monipuoliseen tiedonhakuun ja analyysiin. Julistus kokoaa perusterveydenhuollon tutkimuksen vahvuudet ja kehittämisalueet. Katsauksen perusterveydenhuollon johtamisen osiossa yhtenä tutkimusaiheena on mainittu hoidon jatkuvuus. (Hammers-Pradier et al., 2009.)

Ohjelmajulistuksesta on tehty myös suomenkielinen artikkeli, jonka kirjoittajien mielestä julistus soveltuu käytettäväksi Suomen yleislääketieteen tutkimuksen jäsentämisessä, tutkimustarpeiden arvioinnissa ja uuden tutkimuksen strategisessa suunnittelussa (Mäntyselkä & Koskela, 2014).

## 2.5.2 Vastaanottokäynteihin perustuvat menetelmät

Suurin osa hoidon jatkuvuuden perinteisistä mittausten menetelmistä tutkii aikaan perustuvaa hoitokontaktia potilaan ja terveydenhuollon tuottajan välillä. Näihin kuuluvat muun muassa vastaanottokäyntien kesto, määrä, tiheys ja järjestys.

Varhaisimmat aikaan perustuvat hoidon jatkuvuuden mittausten menetelmät keskittyivät vastaanoton keston tai tiheyden mittaamiseen sen palveluntuottajan vastaanotolla, jonka potilas määritteli itselleen tavanomaiseksi. Näitä mittausten menetelmiä on käytetty erityisesti yleislääketieteessä ja hoitotieteessä. (Reid et al., 2002.)

Hoidon jatkuvuuden varhaiset tutkimukset arvioivat hoidon jatkuvuuden määrää ja keskittymistä useiden eri palveluntuottajien välillä. Yksinkertaisimmillaan nämä tutkimukset määrittivät kaikkien potilaan hoitoon osallistuneiden tuottajien määrän tietyllä aikavälillä. 1970-luvulla kehitettiin erilaisia hoidon jatkuvuuden indeksiin perustuvia mittausten menetelmiä. (Saultz, 2003.)

Yksi käytetyimmistä hoidon jatkuvuuden mittausten menetelmistä 1970-luvulla oli tavanomaisen hoidon antajan jatkuvuuden indeksi (Usual Provider Continuity, UPC Index). UPC mittaa potilaan tavanomaisen hoidon antajan luokse tehtyjen käyntien osuutta potilaan kaikista käynneistä. Mittarin vaihteluväli on 0–1, jossa arvo 1 edustaa täydellistä hoidon jatkuvuutta. Mittari ei ota huomioon lääkärin lisäksi muiden terveydenhuollon ammattilaisen luokse tehtyjä käyntejä. UPC-indeksi on ollut laajassa käytössä yleislääketieteessä sen yksinkertaisuuden ja helppokäyttöisyyden vuoksi. Mittariston heikkous on kuitenkin sen käyttöalueen rajallisuus. (Breslau & Reeb, 1975.)

Toinen 1970-luvulla kehitetty hoidon jatkuvuuden indeksi (Continuity of Care Index = COC Index) arvioi hoidon jatkuvuutta väestön tietyissä alaryhmissä. Sillä

voidaan myös tutkia jatkuvuuden muutoksia erityisesti hoidon järjestämisessä ja palvelujen tarjonnassa. (Shortell, 1976.)

Ruotsissa kehitettiin indeksi (k-indeksi), jolla tutkittiin perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta painotetun prosenttikeskiarvon avulla. Indeksien vaihteluväli on 0–100 %, jossa 100 % merkitsee täydellistä jatkuvuutta, 75–80 % erittäin hyvää jatkuvuutta ja alle 50 % heikohkoa jatkuvuutta. (Ejlertsson, 1981.)

Suomalaisessa perusterveydenhuollon aineistossa hoidon jatkuvuutta tutkittiin vuonna 1977 Lapualla myös jatkuvuusindeksin (k-indeksin) avulla. Lapuan aineistossa hoidon jatkuvuusindeksi oli matala 41,8 % huolimatta siitä, että potilaat saivat pääsääntöisesti itse valita päivystyskäyntiä lukuun ottamatta oman lääkärinsä. (Kekki, 1982a.)

Lukuisia muitakin potilaan käyntejä samalla palveluntuottajalla tai tuottajaryhmillä arvioivia hoidon jatkuvuuden tutkimusmenetelmiä on kehitetty. Näistä tunnetuimpia on peräkkäisen jatkuvuuden indeksi (Sequential Continuity Index SECON), joka tutkii peräkkäisiä vastaanottokäyntejä samalle palveluntuottajalle. (Steinwachs, 1979.) SECON-indeksi on yhdistetty joihinkin hyviin terveydenhuollon tuloksiin, mutta sen yhteydestä esimerkiksi tiedonkulun jatkuvuuteen ei ole näyttöä. (Saultz, 2003.)

Norjalainen Hjortdahl tutki väitöskirjassaan hoidon ajallista jatkuvuutta sekä lääkäreiden tavoitettavuutta ja potilaiden käyntien tiheyttä. Hän selvitti myös tutkimuksessaan lääkäreiden halukkuutta ottaa vastuuta potilaiden pitkäaikaisen hoidon järjestämisestä. (Hjortdahl, 1992.)

### 2.5.3 Tiedonkulkuun perustuvat menetelmät

Tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuuden mittaaminen voidaan jakaa kahteen luokkaan. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat ne tutkimukset, jotka liittyvät potilaiden tiedon siirtymiseen palveluntuottajalta toiselle. Toisessa menetelmässä tutkitaan tiedon käytettävyyttä potilaan hoidossa. (Reid et al., 2002.)

Yleisin menetelmä arvioida potilastiedon siirtymistä palveluntuottajalta toiselle on tutkia, onko potilastieto tallennettu oikein esimerkiksi sairauskertomuksiin, lähetteisiin tai palautteisiin ja onko tämä tieto siirtynyt sovitusti palveluntuottajien välillä (Johns, Simborg, Blum & Starfield, 1977; Rea & Thompson, 1996). Joissain tilanteissa tiedonsiirron varmistamiseksi potilastietoa välitetään suullisesti tai käydään potilaan luona. Tiedonvälittäjinä voivat toimia myös kotiutushoitajat tai palveluohjaajat. (Reid et al., 2002.)

Tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus on merkityksellistä vain, jos potilaasta aiemmin saatua tietoa käytetään avuksi hänen nykyisessä hoidossaan. Tätä voidaan tutkia myös kysymällä suoraan potilailta esimerkiksi sitä, ovatko heidän aiemmat sairaus-



kertomustietonsa olleet käytössä vastaanotolla ja ovatko tiedot olleet avuksi nykyisessä hoidossa. (Safran et al., 1998.)

Suomalaisessa perusterveydenhuollon aineistossa arvioitiin tiedonkulun jatkuvuutta. Episodi- ja käyntipohjaisen tarkastelun lisäksi hoidon jatkuvuutta ja koordinaatiota tutkittiin lääkärin työn kannalta. Tutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden hoitokäytäntöjä, tutkimusten ja toimenpiteiden yleisyyttä sekä läheteiden määrää ja niistä saatuja palautteita. Potilaiden lähettäminen jatkohoitoon ja lähettämisestä saatu palaute olivat yhteydessä hoidon koordinaatioon ja jatkuvuuteen. (Kekki, 1982a; Kekki, 1982b.)

#### 2.5.4 Hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen perustuvat menetelmät

Monet tutkimusasetelmat, jotka mittaavat pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen liittyvää hoidon jatkuvuutta, voivat jossain määrin arvioida myös hoitosuhteen terapeuttisen yhteyden lujuuutta. Aikaan perustuvat hoidon jatkuvuuden mittaukset eivät kuitenkaan pysty sellaisenaan arviomaan vuorovaikutuksen onnistumista hoitosuhteessa. Ne eivät myöskään kuvaa potilaan hoidon vastuullisuutta tai olemassa olevan lääketieteellisen ja muun potilasta koskevan tiedon oikeaa käyttöä hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. (Reid et al., 2002.)

Vuorovaikutukseen liittyvää hoidon jatkuvuutta voidaan arvioida kysymällä potilaalta, onko hänellä omaa, nimettyä henkilökohtaista lääkäriä tai muuta terveystalvelujen tuottajaa. Tämä kysymys perustuu oletukseen siitä, että hoitosuhde on vakiintunut ja sisältää myös vuorovaikutusyhteyden potilaan ja palveluntuottajan välillä. (Reid et al., 2002.) Jos potilaalla on vapaus valita palveluntuottajansa, tieto löytyy usein myös suoraan potilaan sairauskertomuksen henkilötiedoista, joita voi käyttää tutkimusaineistona (Freeman & Richards, 1990).

Vuorovaikutukseen liittyvään hoidon jatkuvuuden arvioon voidaan sisällyttää myös vuorovaikutuksen voimakkuutta ja vahvuuksia mittaavia kysymyksiä (Reid et al., 2002). Niitä ovat erilaiset vuorovaikutuksen tasoon ja potilaan kohteluun liittyvät tiedustelut. Potilaalta voidaan kysyä, tiedusteltiinko häneltä vastaanoton yhteydessä henkilökohtaisia ominaisuuksia, mieltymyksiä tai arjen olosuhteita ja sujumista. Lisäksi vuorovaikutuksen jatkuvuutta voidaan arvioida kysymällä potilaalta palveluntuottajan asennetta ja käytöstä. Näillä tiedoilla on havaittu olevan yhteys potilaan kykyyn tulla toimeen sairautsiensa kanssa, lääkkeiden käytön myöntyvyyteen sekä sairauksien diagnosoimiseen ja hoitoon. (Howie et al., 1999.)

Hoidon jatkuvuuden mittaamiseen vuorovaikutuksessa on käytössä myös erilaisia mittaristoja, joiden kysymykset tarkentavat ja syventävät vuorovaikutukseen liittyvää tietoa. Jatkuvuuden havaitsemisasteikko (The Perception of Continuity Scale) sisältää



osia, jotka mittaavat vastaanoton vuorovaikutukseen liittyvää ymmärrystä, luottamusta, lohdutusta ja muita tekijöitä. (Chao, 1988.)

Mittaristot voivat myös olla laajoja perusterveydenhuollon laatuun liittyviä kysymyskokonaisuuksia, joiden osatekijöinä ovat vuorovaikutus ja hoidon jatkuvuuden arviointi. Perusterveydenhuollon osatekijöitä (The Components of Primary Care Index) mittaavassa kokonaisuudessa arvioidaan muun muassa potilaiden halukkuutta tavata omalääkäri, luottamusta lääkäriin ja tunnekokemusta vastaanotosta. (Flocke, 1997.)

Perusterveydenhuollon arviointimittaristossa (The Primary Care Assessment Tool) tutkitaan muun muassa potilaan havaintoja siitä, miten potilasta on kuultu, miten hänet on otettu huomioon omana persoonanaan ja millaiset vuorovaikutustaidot vastaanottavalla henkilöllä on ollut vastaanottotapahtumassa. (Pasarin et al., 2013.)

Perusterveydenhuoltoa arvioivassa selvityksessä (The Primary Care Assessment Survey) mitataan vuorovaikutukseen liittyvää jatkuvuutta potilaan kohtelulla, johon liittyvät ystävällisyys, kärsivällisyys, välittäminen, kunnioitus ja ymmärretyksi tuleminen sekä luottamus palveluntuottajaa kohtaan. (Safran et al., 1998.)

## 2.5.5 Hoidon suunnittelun ja toteutuksen tutkiminen

Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvässä hoidon jatkuvuuden tutkimuksessa arvioidaan, onko hoito toteutunut oikeassa ajassa, paikassa ja järjestyksessä sekä oikealla tavalla. Hoidon jatkuvuutta on vaikea tutkia koko hoitojärjestelmän läpi, jolloin tutkimuksissa keskitytään usein potilaan hoidon kannalta oleellisimpiin ja tärkeimpiin kohtiin. (Reid et al., 2002.)

Yksi yleisimpiä tutkimuskohteita hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvän jatkuvuuden arvioinnissa on suunnitellun jatkohoidon toteutumisen aikataulun pitävyys. Toinen tutkimuskohde voi olla esimerkiksi ennalta sovittujen sairauskohtaisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen toteutuminen eri palveluntuottajien välillä tai yksittäisen potilaan tai potilasryhmän kohdalla. Kun tutkimuksen keskiössä on jonkin sairauden hoitoon liittyvän suunnitelman, kuten esimerkiksi varhaisen kuntoutuksen toteutuksen, arviointi, hoidon lääketieteellisen laadun ja hoidon jatkuvuuden merkitystä on vaikea erottaa toisistaan. (Reid et al., 2002.)

Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvää hoidon jatkuvuutta tavoitellaan ja pyritään lisäämään kaikissa olosuhteissa, ja sen merkitys on laajalti tunnustettu. Hyvä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa on pirstaleisen, erikoistuneen ja moniulotteisen terveydenhuollon rajapintojen madaltamista ja siltojen rakentamista. Siinä tarvitaan sekä hyvää vuorovaikutusta että hoidon yhteensovittamista eri toimijoiden välillä. Tiedonkulkuun liittyvä hoidon jat-

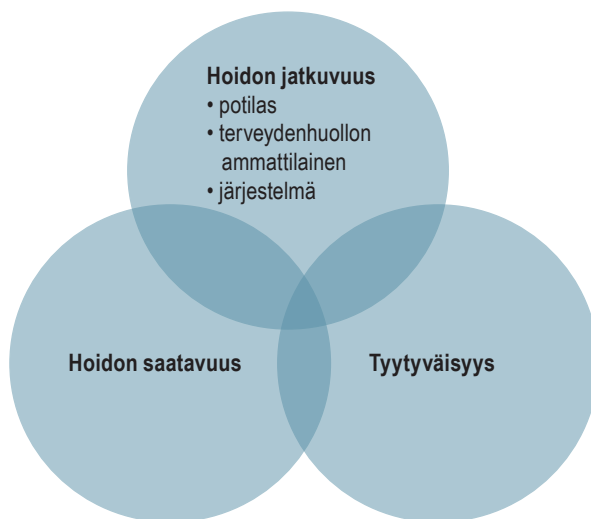
kuvuus toimii ikään kuin työkaluna hyvän hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvän jatkuvuuden varmistamiseksi. (Freeman & Hughes, 2010.)

## 2.6 Hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä

Hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä on useita. Hoidon jatkuvuuden kokemus on kiinteässä yhteydessä sekä hoidon saatavuuteen että tyytyväisyyteen (kuvio 1). Hoidon saatavuuden kokemuksella ja tyytyväisyydellä on useissa kansainvälisissä tutkimuksissa havaittu olevan yhteys hoidon jatkuvuuteen. (Gerard, Salisbury, Street, Pope & Baxter, 2008; Kringos et al., 2013; Rose, Ross & Horwitz, 2011; Salisbury et al., 2010.)

Hyvää hoidon jatkuvuutta on vaikea saavuttaa ilman hoidon saatavuutta (Gerard et al., 2008; Mainous & Salisbury, 2009). Kokonaisvaltainen kokemus tyytyväisyydestä vastaanotto toimintaan sisältää useimmiten hyvän hoidon jatkuvuuden kokemuksen (Hjortdahl, 1992; Salisbury et al., 2010).

Toisaalta potilaiden tyytyväisyys hoitoon ei ole suoraan seurausta pitkästä ja pysyvistä hoitosuhteesta. Tanskassa tehdyssä laadullisessa haastattelututkimuksessa arvioitiin potilaiden tyytyväisyyttä hoitosuhteessa. Sekä lyhyt että pitkä hoitosuhde voi johtaa potilaiden tyytyväisyyteen, jos potilas kokee lääkärin tunnistavan, huomioivan ja tuntevan hänet. (Frederiksen, Kragstrup & Dehlholm-Lambertsen, 2009.)



Kuvio 1. Hoidon jatkuvuuden sekä saatavuuden ja tyytyväisyyden yhteys

Hoidon jatkuvuudella on yhteys potilastyytyväisyyden ja hoidon saatavuuden lisäksi myös muihin perusterveydenhuollon kannalta keskeisiin käsitteisiin. Alazrin tutkimusryhmä on katsausartikkelissaan listannut seuraavia hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä:

- väestötieteelliset tekijät (demographic factors)
  - potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten ominaisuuksiin liittyvät tekijät (patient and healthcare professionals factors)
  - potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutukseen liittyvät tekijät (patient-professional relationship factors)
  - terveydenhuollon ammattilaisten väliset tekijät (inter-professionals factors)
  - terveydenhuollon organisoimiseen liittyvät tekijät (organisational factors).
- (Alazri et al., 2007.)

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan tärkeimmät hoitosuhteeseen liittyvät, hoidon jatkuvuuteen myönteisesti yhteydessä olevat tekijät olivat potilaan kokemus tuttuus ja luottamus lääkäriin, tyytyväisyys hoitoon sekä lääkärin tietämys ja tuntemus potilaistaan. Muita hoidon jatkuvuuteen myönteisesti yhteydessä olevia tekijöitä olivat vuorovaikutuksen helppous sekä lääkärin henkilökohtaiset ominaisuudet ja ammatillinen osaaminen. Hoidon sijainnilla ja saatavuudella oli merkitystä potilaille hoitosuhteen alkaessa. (Gabel, Lucas & Westbury, 1993.)

Hollantilaisen tutkimusryhmän mukaan potilaat pitivät tärkeänä hoidon jatkuvuutta ja henkilökohtaisen perhelääkärin tietämystä erityisesti ollessaan vakavasti sairaana tai keskustellessaan perheeseensä liittyvistä asioista. Potilaat eivät pitäneet tärkeänä hoidon jatkuvuutta pienempien ongelmien tai vaivojen yhteydessä. Potilaiden ominaisuuksilla, kuten iällä, sukupuolella tai käyntien tiheydellä, ei ollut selvää yhteyttä hoidon jatkuvuuden kokemukseen. (Schers et al., 2002.)

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa suurin osa potilaista arvosti hoitosuhteen jatkuvuutta erityisesti silloin, kun heillä oli mielenterveyteen tai perheeseen liittyviä ongelmia tai vakava, pitkäaikainen sairaus. Potilaat eivät kokeneet hoidon jatkuvuutta tärkeänä pienissä vaivoissa tai sairastuttuaan äkillisesti esimerkiksi tavalliseen flunsaan. (Kearley, Freeman & Heath, 2001.)

Strumberg ja Schattner tutkivat hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä australialaisilla potilailla kahden vuoden seuranta-aikana. Tutkijat havaitsivat, että henkilökohtainen lääkäri lisäsi merkittävästi potilaiden hoidon jatkuvuuden kokemusta erityisesti iäkkäiden ryhmässä. Sen sijaan potilaan sukupuolella, vastaanottokäyntien määrällä tai hoitosuhteen pituudella ei näyttänyt olevan yhteyttä hoidon jatkuvuuden kokemukseen tässä tutkimuksessa. (Strumberg & Schattner, 2001.)

Kanadassa perhelääkäreille tehdyn haastattelututkimuksen perusteella hoidon jatkuvuuteen yhteydessä oleviin tekijöihin ehdotettiin kahta uutta näkökulmaa: hoito-

tiimeihin ja yhteisöllisyyteen liittyvä hoidon jatkuvuus. Yhteisöllinen näkökulma hoidon jatkuvuuteen sisältää lääkärin ymmärryksen potilaan elämästä kokonaisuutena ja sen vaikutukset potilaan terveyteen. Hoitotiimien näkökulmasta on tärkeää varmistaa hoidon jatkuvuuden toteutuminen potilaan ja hoitotiimin eri jäsenten välillä. (Kerr, Schultz & Delva, 2012.)

## 2.7 Hoidon jatkuvuuden merkitys

Hoidon jatkuvuus on merkityksellistä sekä potilaille että heitä hoitaville ammattilaisille. Hoidon jatkuvuus vahvistaa vuorovaikutusta ja yhteistä ymmärrystä. Hoidon jatkuvuudella on osoitettu olevan yhteys potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen, turvallisuuden tunteeseen ja luottamukseen. Hoidon jatkuvuus on keskeinen terveydenhuollon laatutekijä ja yksi perusterveydenhuollon kulmakivistä.

### 2.7.1 Merkitys potilaalle

Hoidon jatkuvuuden merkityksestä potilaalle on tehty useita kansainvälisiä tutkimuksia.

Potilaan kannalta hoitosuhteen jatkuvuus eli tutun terveydenhuollon ammattilaisen kohtaaminen tai toistuva tapaaminen on tutkitusti paras tapa varmistaa myös hyvä tiedonkulku ja hoidon suunnitelmallisuus. Tämän vuoksi potilaiden kokemuk-  
sia arvioivat hoidon jatkuvuuden tutkimukset ovat useimmiten keskittyneet potilaiden tarinoihin ja mielipiteisiin hoitosuhteen laadusta ja vuorovaikutuksesta. (Cowie, Morgan, White & Gulliford, 2009.)

Perusterveydenhuollon tutkimukset, jotka arvioivat hoidon jatkuvuutta potilaiden näkökulmasta, ovat lisänneet myös ymmärrystä hoidon jatkuvuuden monimuotoisuudesta. Potilaiden omien kokemusten, ymmärryksen ja valintojen tutkimukset ovat auttaneet ymmärtämään hoidon jatkuvuutta potilaan kannalta ja potilaiden osallisuutta oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. (Boulton, Tarrant, Windridge, Baker & Freeman, 2006; Parker, Corden & Heaton, 2010.)

Hyvä hoitosuhteen jatkuvuus yhdistää potilaan henkilökohtaisen tiedon ja elämäkerran hoidon käytännön toteutukseen (Beach, Inui & Relationship-Centered Care Research Network, 2006). Hoitosuhteen jatkuvuus kannustaa potilaita hakemaan apua ja terveydenhuollon ammattilaisia antamaan sitä (Greenhalgh & Heath, 2010).

Monissa eri tutkimuksissa erityisesti hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvän hoidon jatkuvuuden on todettu parantavan potilastyytyväisyyttä (Fairhurst & May, 2006; Fan, Burman, McDonnell & Fihn, 2005; Freeman & Hjortdahl, 1997;

Roberge, Beaulieu, Haddad, Lebeau & Pineault, 2001; Saultz & Albedaiwi, 2004; Stewart, 2005).

Potilaat näyttävät olevan tyytyväisempiä silloin, kun heillä on mahdollisuus käydä toistuvasti saman lääkärin vastaanotolla (Saultz & Albedaiwi, 2004). Interventiot, joissa on pyritty parantamaan vakavasti sairaiden potilaiden hoidon jatkuvuutta, näyttävät parantavan sekä potilaiden että heidän omaistensa tyytyväisyyttä (Dy, Apostol, Martinez & Aslakson, 2013). Ne potilaat, joilla on pitkäaikaisia tai vakavia sairauksia, arvostavat erityisesti vuorovaikutukseen liittyvää hoidon jatkuvuutta (Cowie et al., 2009; Gulliford, Cowie & Morgan, 2011; Nutting, Goodwin, Flocke, Zyzanski & Stange, 2003).

Hoidon jatkuvuus lisää hoitosuhteen turvallisuutta ja luottamusta (von Bultzingslowen, Eliasson, Sarvimaki, Mattsson & Hjortdahl, 2006). Tämä voi lisätä myös potilaiden halukkuutta ottaa vastaan lääketieteellisiä ohjeita ja neuvoja sekä toteuttaa pitkäaikaisia ennaltaehkäiseviä hoitoja, kuten esimerkiksi lääkehoitoja (Brookhart et al., 2007). Hoidon jatkuvuuden on todettu myös vähentävän potilaiden kuolleisuutta (Leleu & Minvielle, 2013).

Potilaalle oleellisinta hoidon jatkuvuudessa on diabetespotilaiden kokemuksia arvioineen tutkimuksen mukaan hyvä hoitosuhde yhdistettynä saumattomaan hoitoon (Cowie et al., 2009; Gulliford et al., 2005; Gulliford, Naithani & Morgan, 2007). Potilaat näyttävät myös pitävän erityisen tärkeänä sitä, että heillä on mahdollisuus käydä saman lääkärin vastaanotolla (Neuberger, 1998; Vedsted, Mainz, Lauritzen & Olesen, 2002).

Hyvässä hoidon jatkuvuudessa merkityksellisempää potilaille näyttää olevan vastaanoton luonne ja sisältö kuin käyntien määrä (Neuberger, 1998). Von Bultzingslowenin tutkimusryhmä (von Bultzingslowen et al., 2006) on todennut, että potilaiden käsitys hyvästä hoidon jatkuvuudesta näyttää perustuvan hyvään saatavuuteen, hoidon johdonmukaisuuteen ja luottamuksellisuuteen sekä varmuuteen pysyvästä hoitosuhteesta.

Hyvässä hoitosuhteessa huomioidaan potilaan arvot ja arvostukset sekä hänen elämäntilanteensa ja käsityksensä arjessa pärjäämisestä. Hyvä hoitosuhde ottaa huomioon myös potilaan omaiset ja ystävät tiedon moninaisuutta ja hoidon jatkuvuutta tukevana verkostona. Lääkärillä on myös merkittävä rooli potilaan hoidon koordinoinnissa; hän tukee potilasta omahoidossa ja auttaa hahmottamaan monimutkaisia palvelukokonaisuuksissa. (Sweeney et al., 2012.)

Hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvän jatkuvuuden merkitys potilaalle on moniulotteista (Boulton et al., 2006). Hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen jatkuvuuden hyödyt ovat tutkimusten avulla selkeämmin todettuja kuin pitkästä hoitosuhteesta mahdolliset aiheutuvat haitat. Potilaille tulisi tarjota mahdollisimman hyvä hoitosuh-

teen jatkuvuus, jossa häntä arvostetaan persoonana ja jossa otetaan huomioon hänen yksilölliset arvonsa, tarpeensa ja toiveensa. (Gray et al., 2003.)

## 2.7.2 Merkitys perusterveydenhuollon lääkärin työssä

Hyvä hoitosuhde on potilaan ja lääkärin välistä luottamusta ja kunnioitusta, yhteistä sitoutumista ja vastuullisuutta, myönteistä suhtautumista ja empatiaa, rehellisyyttä ja yhteistä jakamista sekä sairauksien ennaltaehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta (Greenhalgh & Heath, 2010).

Hoitosuhteen jatkuvuuden arvo ja merkitys perustuvat kykyyn vähentää tiedon epäsymmetriaa eri toimijoiden välillä ja samalla kykyyn lisätä sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin (Donaldson, 2001). Tutun ja luotetun terveydenhuollon ammattilaisen tapaamisen tulisikin lisätä vuorovaikutusta ja yhteistä ymmärrystä hoidon ongelmista ja tavoitteista.

Freemanin ja Hjortdahlin tutkimuksessa todettiin, että samojen potilaiden näkeminen lisää lääkärin työtyytyväisyyttä ja työssä oppimista. Hoidon jatkuvuus vahvistaa vuorovaikutustaitoja ja yhteistä kumppanuutta potilaan kanssa. Hoidon jatkuvuuden on todettu myös parantavan lääkärin diagnostisia taitoja, luottamusta ja empatiakykyä. (Freeman & Hjortdahl, 1997.)

Hyvä hoitosuhteen jatkuvuus voi vahvistaa epätyypillisten, itsestään paranevien oireiden seurantalinjaa ja siten auttaa välttämään potilaalle tehtäviä turhia lääketieteellisiä interventioita. (Hjortdahl & Borchgrevink, 1991.)

Jotta hoidon jatkuvuus toteutuisi, kaikilta hoitoon osallistuvilta terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan pitkäaikaista sitoutumista samojen potilaiden hoitoon (Freeman & Hjortdahl, 1997). Hoidon jatkuvuus saattaa olla paremmin toteutettavissa tiimityönä kuin yksittäisen työntekijän toimesta (Beach et al., 2006).

The American Academy of Family Physicians (AAFP) toteaa hoidon jatkuvuuden määrittelyn yhteydessä, että perhelääketieteessä hoidon jatkuvuus auttaa perhelääkärinä saavuttamaan potilaidensa luottamuksen ja toimimaan paremmin potilaansa edunvalvojana (AAFP, 2015). Hoidon jatkuvuus ohjaa myös perhelääkärinä varhaiseen potilaiden ongelmien tunnistamiseen ja kustannustehokkaaseen hoidon yhteensovittamiseen.

AAFP:n mukaan potilaan hoidon jatkuvuuden takaa parhaiten perhelääkärijohdoinen tiimipohjainen terveydenhuolto. Tämän vuoksi AAFP tukee perhelääkäreitä varmistamaan potilaidensa hoidon jatkuvuuden sekä omalla toiminnallaan että yhteistyöllä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (AAFP, 2015.)

Suomalaisessa omalääkärijärjestelmää ja -kokeilua tutkineessa raportissa (Aromaa, Linnala, Maijanen & Mattila, 1998) omalääkärit arvioivat hoidon jatkuvuuden pa-

remmaksi kuin terveyskeskuksissa tavanomaisessa työssä olevat lääkärit. Omalääkärit arvioivat tuntevansa oman vastuuväestönsä hyvin ja pystyivät hoitamaan väestöään tasa-arvoisesti, kustannustehokkaasti, oikeudenmukaisesti ja perhekeskeisesti. (Mattila, 2014.)

Potilaalle on tärkeää se, kuinka hyvin lääkäri tuntee hänet ja kaikki vastaanoton kannalta oleelliset taustatiedot (Seilo, Koskela, Jääskeläinen & Mattila, 2009). Perusterveydenhuollossa, jossa potilaiden tarpeet ovat monimuotoisia ja palvelut usein integroituja, hoitavan ammattilaisen laaja-alainen tieto potilaan voinnista, toimintakyvystä ja palvelun tarpeesta on hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi erityisen tärkeää.

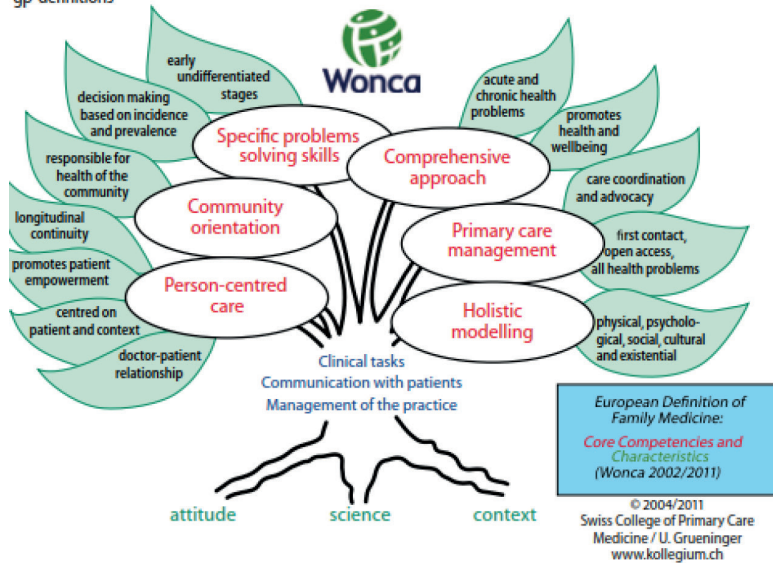
Perusterveydenhuollossa hoidon jatkuvuuden merkitys yleislääkärin työssä korostuu erityisesti suhteessa muihin terveydenhuollon toimijoihin ja koko terveydenhuoltojärjestelmään (Haggerty et al., 2003; Starfield, 2012). Perusterveydenhuollon lääkäri toimii yhdessä tiimensä kanssa potilaan hoitoa kokoavana ja koordinoivana osapuolena sovittaen usein myös potilaan samanaikaisia toiveita hyvän hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden suhteen (Haggerty et al., 2008).

Suomalaisessa laadullisessa yleislääkärin työtä selvittäneessä tutkimuksessa johtopäätöksenä oli muun muassa se, että yleislääkäri tarvitsee työssä selviytymiseen erityisominaisuuksia ja taitoja, joita voi kehittää sekä kouluttautumisen että työkokemuksen avulla (Koskela, Halla, Viitaniemi & Mäntyselkä, 2016). Työkokemus ja kouluttautuminen antavat tietoa ja taitoja pitkäaikaisen hoitosuhteen ja hoidon jatkuvuuden toteuttamiseen.

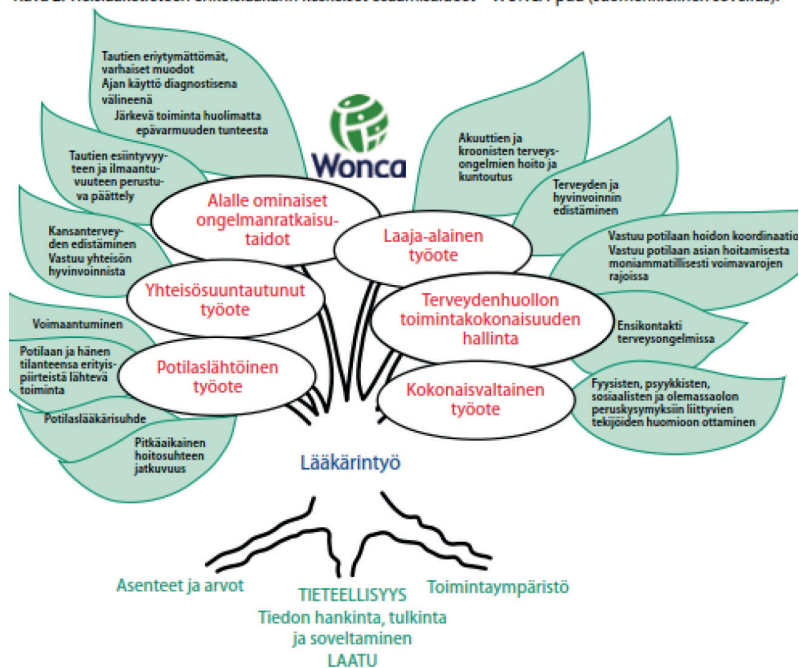
Yleislääketieteen ja yleislääkärin työn keskeisiä periaatteita, asenteita ja arvoja sekä toimintaympäristöä, taitoja ja tavoitteita on kuvattu yleislääketieteeseen erikoistuvien kouluttajille ja ohjaajille tehdyssä oppaassa (Vainiomäki, Helin-Salmivaara, Holmberg-Marttila & Meriranta, 2013). Yleislääketieteen erikoislääkärin keskeiset osa-alueet on kuvattu Wonca-puussa (kuvio 2, sivu 38), jossa on myös mainittu pitkäaikaisen hoitosuhteen jatkuvuus (longitudinal continuity). Wonca-puun osa-alueita käytetään suomalaisen yleislääkärinkoulutuksen viitekehyksenä. Osa-alueet ovat yleislääkärin laadukkaan työn ja potilaan hoidon edellytyksiä.



Kuva 1. Yleislääketieteen erikoislääkärin keskeiset osaamisalueet – WONCA-puu. <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>



Kuva 2. Yleislääketieteen erikoislääkärin keskeiset osaamisalueet – WONCA-puu (suomenkielinen sovellus).



Kuvio 2. Wonca-puu alkuperäisenä versiona ja suomennettuna (Vainiomäki et al., Duodecim, 2013).



### 2.7.3 Merkitys hoitotyössä

Hoidon jatkuvuus on oleellinen osa laadukasta ja vaikuttavaa perusterveydenhuollon hoitotyötä. Hyvän hoidon edellytyksenä on potilaan ja hänen omaistensa tieto siitä, kuka häntä hoitaa. Yhtä tärkeää erityisesti pitkäaikaisten sairauksien hoidon jatkuvuuden kannalta on se, että hoitaja vaihtuu mahdollisimman harvoin.

Niissä terveydenhuollon organisaatioissa, jotka onnistuvat hoidon jatkuvuuden toteutuksessa, potilailla on ollut mahdollisuus pysyviin sairaanhoitajiin, jotka myös vastaavat potilaiden hoitotyön ja hoidon koordinoinnista (Struwe, Baernholdt, Noerholm & Lind, 2013). Sairaanhoitajien rooli onkin oleellinen eri hoitomuotojen yhteensovittamisessa, toteutuksessa ja ylläpidossa esimerkiksi vanhustenhuollossa, jossa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sekä potilaan ja hänen omaistensa yhteistyö on erityisen tärkeää (Mezey et al., 2004). Sairaanhoitajien koordinoivan roolin ja hoidon jatkuvuuden toteuttamiseksi tarvitaan päteviä sairaanhoitajia, yhteistyökykyä, sitoutumista ja voimavaroja (Rosenfeld, Kobayashi, Barber & Mezey, 2004; Struwe et al., 2013).

Hoidon jatkuvuutta hoitotyössä voidaan tarkastella joko potilaan tai palveluntuottajan näkökulmasta. Potilaalle tärkeintä on hyvä hoitosuhde tutun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisen kannalta hoidon jatkuvuuden ja palvelujen integroinnin takaavat joustavat työmenetelmät sekä saumattomat hoito- ja palveluketjut. (Gulliford, Naithani & Morgan, 2006.)

Hoitotieteessä hoidon jatkuvuus ja hoidon yhteensovittaminen ovat oleellisia hoidon laadun varmistamiseksi (van Servellen, Fongwa & Mockus D'Errico, 2006). Hyvä hoidon jatkuvuus perustuukin sekä potilaan kokemaan hoidon laatuun että joustavaan palvelujärjestelmään, joista esimerkkeinä ovat palveluohjaus, asiakasvastaavatoiminta ja moniammatillinen tiimityö (Gulliford et al., 2006).

Hoidon jatkuvuuden vahvistamisessa hoitajan käytännön työssä korostuvat potilaan kokonaistilanteen ja palvelujärjestelmän tuntemus sekä joustavuus ja palvelujen yhteensovittamisen taito (Aspinal, Gridley, Bernard & Parker, 2012). Saultz ja Lochner ovat todenneet tilastollisesti merkitsevän yhteyden hoidon jatkuvuuden sekä parantuneen sairauksien ennaltaehkäisyn ja vähentyneen sairaalahoidon tarpeen välillä (Saultz & Lochner, 2005).

Monissa tutkimuksissa on myös näyttöä siitä, että potilaat arvostavat hyvää, pysyvää hoitosuhdetta omaan hoitajaan, joka voi olla esimerkiksi potilaan asioista vastaava hoitaja tai palveluohjaaja. Potilaat arvostavat erityisesti sitä, että hoitaja on tavoitettavissa silloin, kun häntä tarvitaan. (Bowler, 2009.) Lisäksi potilaat arvostavat hoitosuhteen turvallisuutta ja varmuutta (Leighton, Clegg & Bee, 2008; Sheaff et al., 2009; Wright, Ryder & Gousy, 2007).

Perusterveydenhuollon pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon kehittämiseksi luotu malli Chronic Care Model (CCM) korostaa hoidon suunnitelmallisuutta, potilaskeskeisyyttä, omahoitoa, moniammatillisuutta, eri ammattiryhmien sujuvaa työnjakoa sekä hoidon jatkuvuutta. Malli perustuu tutkittuun tietoon, ja sen on todettu parantavan potilaiden omahoitoa ja hoidon suunnitelmallisuutta ja laatua sekä tuottavan terveyshyötyä. (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009.)

Servellanin tutkimusryhmä toteaa CCM:ia ja hoidon jatkuvuutta tarkastelevassa katsauksessaan, että hoidon jatkuvuus näyttää olevan tärkeintä niille potilaille, joilla on useita eri sairauksia, paljon terveystalvelujen tarvetta ja käyttöä sekä vaikeuksia toteuttaa suunnitelmallista omahoitoa (van Servellen et al., 2006). CCM on otettu viitekehyykseksi sekä perusterveydenhuollon hoitajien että lääkäreiden käytännön työn kehittämiseksi myös Suomessa lupaavin tuloksin (Heinänen, Mäntyranta, Maijanen & Kaila, 2011; Komulainen, Mäkinen, Rintala & Mäntyranta, 2012).

## 2.8 Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon vahvuutena ja haasteena

Hoidon jatkuvuudella on merkitystä monissa perusterveydenhuollon kannalta keskeisissä tekijöissä. Hoidon jatkuvuuden on todettu kytkeytyvän perusterveydenhuollon laatuun, kokonaisvaltaiseen toteuttamiseen, yhteistyöhön muiden tahojen kanssa, tehokkuuteen ja kustannuksiin sekä väestön terveyteen. (Freeman & Hughes, 2010; Haggerty et al., 2003; Haggerty, Levesque, Hogg & Wong, 2013; Kringos et al., 2013; McWhinney, 1998; Reid et al., 2002; Sung et al., 2013.)

Terveystalvelujen tuottajien kannalta hoidon jatkuvuus on kokemus siitä, että kaikilla potilasta hoitavilla tahoilla on hänestä riittävästi tietoa, jolloin potilasta voidaan myös hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla (Reid et al., 2002).

Hoidon jatkuvuus ei yksin takaa laadukasta ja turvallista hoitoa eikä toistuvasti saman lääkärin tapaaminen hyvää hoitosuhdetta. Lääkäreiden henkilökohtaiset listat ja potilaiden vapaus valita vain yksi palveluntuottaja voivat olla haaste terveydenhuoltojärjestelmälle. Hyvä pitkäaikainen hoitosuhde tulisi olla potilaille mahdollista, muttei pakollista tai ainoa vaihtoehto. (Freeman & Hjortdahl, 1997.)

Hoitosuhteen jatkuvuuden on todettu alentavan terveydenhuollon kustannuksia muun muassa lääkemääräysten, diagnostisten testien, ensihoidon ja potilaiden sairaalan lähettämisten osalta (Hjortdahl & Borchgrevink, 1991; Mainous & Gill, 1998; Sweeney & Gray, 1995; Wasson et al., 1984). Toisaalta pitkäaikaisissa hoitosuhteissa on myös raportoitu diagnoosin teon ja hoidon viivästymistä (Broom, 2003).

Hoitosuhteen jatkuvuuden puute on yhdistetty lisääntyviin terveydenhuollon kustannuksiin ja hoidon päällekkäisyyteen (Freeman, 1989). Pitkäaikaisia sairauksia sai-

rastavien potilaiden kohdalla on todettu puutteita hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvässä jatkuvuudessa, jolloin riski epätarkoituksenmukaiseen hoitoon kasvaa (Gulliford et al., 2011). Potilaat ovat jopa olleet valmiita maksamaan lisäkustannuksia varmistaakseen oman hoitonsa jatkuvuuden (Pereira & Pearson, 2003).

Cabanan ja Jeen tutkimuksessa todettiin, että pysyvä hoidon jatkuvuus parantaa potilaiden hoidon laatua erityisesti silloin, kun potilailla on pitkäaikaisia sairauksia. Hoidon jatkuvuudesta hyötyvät eniten ne, joilla on vaikeasti hoidettavia ongelmia tai jotka ovat ikänsä tai sairautensa vuoksi erityisen hauraita. (Cabana & Jee, 2004.)

Useissa eri tutkimuksissa korostetaan sitä, että hoidon jatkuvuus on perusterveydenhuollon vahvuus ja ydin. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa edistää koko terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuutta, tasapuolisuutta ja vaikuttavuutta sekä toimii samalla myös yksilötasolla potilaan hyväksi. (Haggerty et al., 2003; Haggerty et al., 2013; Kringos et al., 2013; McWhinney, 1982; McWhinney, 1998; Starfield, 2007; Starfield, 2012.)

Tulevaisuuden haasteita perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuden kannalta ovat potilaslähtöisten tutkimusten ja arviointien tekeminen sekä hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden yhteensovittaminen (Haggerty et al., 2008). Hoidon jatkuvuuden varmistaminen sujuvana yhteistyönä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden sekä integroitujen palveluketjujen osalta on myös lähitulevaisuuden haaste sekä kansainvälisesti (Starfield, 2012) että kansallisesti (Kokko, 2009).

## 2.9 Hoidon jatkuvuuden vahvistaminen perusterveydenhuollossa

### 2.9.1 Kansainväliset toimet

Perusterveydenhuollon uudistamiseksi ja kehittämiseksi sekä hoidon jatkuvuuden vahvistamiseksi tehtyjä toimenpiteitä erityisesti kehittyvissä maissa on usein edeltänyt koko terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon ydintoimintojen määrittäminen sekä alueellisten ja paikallisten palvelurakenteiden ja olosuhteiden arviointi (WHO, 2008; WHO, 2010; WHO, 2013). Kirjallisuudessa on useita käytännön esimerkkejä perusterveydenhuollon vahvistamisesta (Alonge, Gupta, Engineer, Salehi & Peters, 2015; Edward et al., 2011; El Arifeen et al., 2013; Hansen et al., 2008; Ottmar, Blackburn, Phillips, Peterson & Jaen, 2015; Rao & Peters, 2015; Rowe et al., 2014; Starfield, 2012).

Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa on tehty useita selvityksiä perusterveydenhuollon ja myös hoidon jatkuvuuden kannalta keskeisten elementtien varmistamiseksi (Haggerty et al., 2008; Haggerty et al., 2013; Kringos et al., 2013; McWhinney, 1998; Phillips et al., 2014; Puffer et al., 2015). Rakenteellisten uudistusten lisäksi joissain Eu-

roopan maissa on keskitytty terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien ja potilaiden valinnanvapauden kehittämiseen (Aronkylä, 2010).

Britanniassa perusterveydenhuollon lainsäädäntöön perustuva asema (UK GOV, 2012) ja uudistukset ovat keskitetysti suunniteltuja ja johdettuja. Uudistukset kohdistuvat joko suoraan (UK HC, 2014) tai välillisesti (UK HC, 2015) perusterveydenhuoltoon tai koskevat myös muita toimialoja (UK GOV, 2015).

Britanniassa tehtyjen uudistusten vaikutusten arvioissa ja mielipiteissä on pohdittu perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta erityisesti suhteessa hoidon nopeaan saataavuuteen (Gerard et al., 2008; Salisbury et al., 2007; Salisbury et al., 2009), valinnanvapauteen (Freeman, 2008; NHS CHOISES, 2016), hoidon jatkuvuuden turvaamiseen paljon palveluja tarvitseville (Freeman & Hughes, 2010) sekä hoidon jatkuvuuden tutkimukseen (Heaton, Corden & Parker, 2012; Salisbury et al., 2009).

Kanadassa tehdyn hoidon jatkuvuuden tutkimuksen ja kehittämistyön lähtökohdiana on ollut hoidon jatkuvuuden määrittäminen (Burge et al., 2011; Haggerty et al., 2011; Kerr et al., 2012; Levesque et al., 2011). Terveystieteiden uudistuksia on myös arvioitu kriittisesti (Clemens & Bacchus, 2014; HCC, 2013).

Yhdysvalloissa kahdeksan perhelääketieteen organisaatiota sitoutui vuonna 2013 strategiseen työhön parantaakseen muun muassa vastaanottotyötä, terveydenhuollon rahoitusta, teknologiaa, henkilöstöasioita, koulutusta ja tutkimusresursseja. Tämä strateginen linjaus (Family Medicine for America's Health) muistuttaa perhelääketieteen ja perusterveydenhuollon keskeisestä roolista, jonka tarkoituksena on sekä tuottaa parempaa terveyttä ja terveydenhuoltoa että madaltaa potilaiden ja yhteiskunnan kustannuksia (Triple Aim). Linjaus on myös samalla yhteistyökutsu potilaille, järjestöille, terveydenhuollon muille palvelujentuottajille ja poliittisille päättäjille perhelääketieteen tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi. (Phillips et al., 2014; Puffer et al., 2015.)

Kerr työtovereineen on tutkimuksessaan nostanut esiin kaksi hoidon jatkuvuuden ulottuvuutta, joiden suhteen tarvittaisiin uusia näkökulmia perhelääkäreiden koulutukseen. Nämä ulottuvuudet ovat terveydenhuollon tiimeihin ja hoitopaikkaan liittyvä jatkuvuus. (Kerr et al., 2012.)

Yhdysvaltain terveydenhuollon (US DHHS, 2016) lainsäädännön, rahoituksen, järjestämisen ja tuotannon kenties suurimpaan uudistukseen ”The Affordable Care Act:iin” (ACA, 2016) kohdistuu paljon odotuksia, jotka ovat samansuuntaisia monen perusterveydenhuollon peruseriaatteen, myös hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden varmistamisen, kanssa. (Sommers, 2015.)

Kehittyvistä maista Afganistanissa tutkittiin perustason terveystalouden arvioinnin toteutumista. Tutkijaryhmä päätyi siihen, että perustasolla arvioinnin pystyi paremmin suorittamaan paikallisiin olosuhteisiin koulutettu tiimi kuin ulkopuolinen

arviointiryhmä. Paikallinen tiimi onnistui paremmin myös niillä alueilla, joilla turvallisuustilanne oli erityisen haastava. (Rowe et al., 2014.)

Bangladeshissa tutkittiin tekijöitä, jotka olivat parantaneet sekä terveystalvelujen kattavuutta perustasolla että tuottaneet terveyttä väestötasolla. Tutkijaryhmä havaitsi kolme selvästi erottuvaa tekijää. Näistä ensimmäisinä olivat ne kehittämistoimenpiteet ja kokeilut, jotka olivat laaja-alaisia, yhteisötasolle suunnattuja ja keskittyivät niihin perustason työntekijöihin, jotka tekivät työtään kaikkein lähimpänä asukkaita. Toisena tekijänä mainittiin ne kehittämishankkeet, jotka oli tehty yhteistyössä paikallisten toimijoiden kanssa ja jotka keskittyivät kaikkein heikoimpien väestöryhmien palvelujen parantamiseen. Kolmantena tekijänä olivat perustason kehittämishankkeet, joissa pysytettiin hyödyntämään nopeasti kehittyvää teknologiaa ja innovatiivisia ratkaisuja sekä huomioimaan samalla maan erityispiirteet. (El Arifeen et al., 2013.)

## 2.9.2 Kansalliset toimet

### 2.9.2.1 Terveystenhuollon lainsäädäntö

Kansanterveyslaissa määritettiin yksityiskohtaisesti, mitä kansanterveystyö oli ja mitä toimenpiteitä lain toteuttaminen kunnissa edellytti (Kansanterveyslaki 66/1972). Laissa ei kuitenkaan otettu kantaa hoidon jatkuvuuteen.

Hoitoon pääsyä koskevat säännökset tulivat alun perin voimaan vuonna 2005 (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004), ja ne siirrettiin terveydenhuoltolaikiin pienin täsmennyksin (Terveystenhuoltolaki 1326/2010). Hoitoon pääsyn lainsäädäntö on selkeästi parantanut erikoissairaanhoidon kiireetöntä saatavuutta ja lisännyt saatavuustiedon läpinäkyvyyttä (STM, 2016a). Hoitotakuulainsäädännön vaatimat voimavarojen lisäykset ovatkin kohdistuneet pääosin erikoissairaanhoidon. Laki ei ulottunut perusterveydenhuoltoon eikä siten varmistanut hoidon saatavuutta tai jatkuvuutta perustasolla.

Laki potilaan valinnanvapaudesta tuli voimaan Suomessa terveydenhuoltolain tullessa voimaan vuonna 2010 (Terveystenhuoltolaki 1326/2010). Potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa laajeni valtakunnalliseksi vuoden 2014 alusta (STM, 2016b). Valinta edellyttää tietoa hoidon tuottajista ja hoidon laadusta sekä tietoa hoitoon pääsystä.

Sosiaali- ja terveystenministeriön toimeksiantona tehtiin selvitystyö hoitoon pääsyn määrääkojen toimivuudesta vuonna 2013. Selvitystyön aineistona käytettiin julkaisua tietoa hoitoon pääsystä sekä asiantuntijoiden esittämiä näkemyksiä. Raportissa selvitettiin hoitoon pääsyn nykytilaa, ongelmakohtia sekä arvioituja muutostarpeita perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa, mielenterveydenhuollossa ja päihde-

huollossa. Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys – nykytila ja toimenpide-ehdotuksissa todetaan, ettei pelkkä saatavuustieto ole riittävää, vaan tarvitaan myös tietoa hoidon kokonaisuuden toteutumisesta, hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Lisäksi raportin tekijät pohtivat, voisiko potilaan kanssa laadittu hoitosuunnitelma toimia uutena hoitotakuun muotona, jolloin potilaslähtöisyys ja hoidon jatkuvuus vahvistuisivat. (Pelttari & Kaila, 2014.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä aluehallinnon uudistuksen (STM, 2016c) tarkoituksena on nykyaikaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet, palvelut ja rahoitus sekä valtion aluehallinto. Hallituksen tavoitteena on, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen sekä muita alueellisia tehtäviä siirtyy maakuntahallinnolle 1.1.2019 (STM, 2016d). Uudistus pohjautuu olettamukseen perustason toimintojen ja asiakkaiden osallisuuden vahvistamisesta. Uudistus on tarkoitettu toteuttamaan palvelujen integraatiolla vahvistamalla samalla palvelujen järjestäjän kantokykyä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistuksessa ei ole toistaiseksi kannanottoa siitä, miten hoidon jatkuvuus varmistetaan uusissa rakenteissa.

### 2.9.2.2 Kansalliset hankkeet sekä strategia- ja toimenpideohjelmat

Tutkimuksemme aineiston keruun aikana vuosina 1998–2013 Suomessa on ollut käynnissä lukuisia terveydenhuollon hankkeita sekä strategia- ja toimenpideohjelmiä. Perusterveydenhuoltoon on pyritty uudistamaan myös ennen tutkimuksemme aineiston keruuta. Osalla näistä uudistuksista on saattanut olla vaikutuksia myös hoidon jatkuvuuteen.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) omalääkärikokeilussa yhtenä keskeisenä tavoitteena oli hoidon jatkuvuuden vahvistaminen (Vohlonen, 1989). Omalääkäritointia arvioineessa raportissa todetaan, että itsenäiset ammatinharjoittajat olivat kokonaisvaltaisesti vastuussa väestöstään (Aromaa et al., 1998). He kykenivät raportin mukaan tuottamaan väestölleen laadukkaita lääkäripalveluita riittävästi, oikeudenmukaisesti, kustannustehokkaasti ja hyvällä palveluiden peittävyydellä varmistaen samalla väestön hyvän hoidon jatkuvuuden, saatavuuden ja tyytyväisyyden palveluihin (Matila, 2014).

Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimissa kansallisissa hankkeissa on keskitytty muun muassa hoidon saatavuuden parantamiseen (STM, 2004) ja terveyserojen kaventamiseen (STM, 2008a). Näissä hankkeissa hoidon jatkuvuuden vahvistaminen ei ole ollut ainakaan kirjattuna tavoitteena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) aloitettiin vuonna 2008 (STM, 2008b). Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon pääoh-

jelma, joka määrittelee alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Kaste-ohjelmassa luodaan, arvioidaan, levitetään ja juurrutetaan uusia hyviä käytäntöjä. (STM, 2012a.) Ohjelman tavoitteita vuosille 2012–2015 olivat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Tavoitteisiin pyrittiin kuudella osaohjelmalla. (STM, 2012b.) Ohjelmista ei ole suoraan luettavissa tavoitetta hoidon jatkuvuudesta.

Kaste-ohjelmiin kuuluneissa Väli-Suomen POTKU-hankkeissa (POTKU, 2016) on vuosina 2008–2014 Kaste-ohjelman tavoitteiden ja toimenpidesuunnitelman mukaisesti (STM, 2012c) edistetty hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä ja hyödyntämistä sekä otettu käyttöön omahoitoa tukevia menetelmiä ja malleja. Lisäksi POTKU-hankkeissa on rakennettu kuntien ja järjestöjen välistä yhteistyötä pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Hankkeessa on vahvistettu paljon palveluja tarvitsevien ja käyttävien hoidon jatkuvuutta.

Tämänkaltainen perustason hoidon jatkuvuuden vahvistaminen toteutuu myös jatkossa muun muassa STM:n toimintasuunnitelman mukaisessa (STM, 2015a) ja Kaste-ohjelman jatkovalmisteluun kuuluvassa Väli-Suomen Parempi Arki -hankkeessa (Parempi Arki, 2016).

Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi tarvitaan myös saumattomia hoito- ja palveluketjuja sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason välille sekä niiden rakentamisessa aitoa yhteistyötä (Vainikainen, 2005) ja hyviä ohjeita (Nuutinen, 2012).

Hoitoketjut perustuvat sekä tutkittuun tietoon että paikalliseen kokemukseen hoidon porrastamisesta. Käypä hoito -suositukset ovatkin hyvä pohja alueellisille ja paikallisille hoitoketjuille. (Nuutinen, Nuutinen & Erhola, 2004.) Haasteena valtakunnallisissa hoitosuosituksissa sekä alueellisissa hoitoketjuissa ovat niiden käytäntöön vieminen, asiakaslähtöisyyden varmistaminen ja potilaan omahoidon tuen vahvistaminen (Kuronen, 2015).

Suomalaisessa julkaisussa on otettu kantaa terveydenhuollon asiakkuuden uudelleenlaiseen toimintatapaan. Vaikka terveydenhuollon palvelujen tarve lisääntyy, nykyiset resurssit eivät tule riittämään palveluiden määrälliseen kasvattamiseen. Lukuisia uusia, vanhoja työtapoja mullistavia kehittämishankkeita on vireillä, mutta ne leviävät huonosti eikä niiden eteenpäin vieminen valtakunnallisiksi toimintatavoiksi ole onnistunut. (Koivuniemi ym., 2014.)

Kirjoittajat toteavat, että väestön hyvinvoinnin turvaaminen ja edistäminen edellyttävät toimintatavan muutosta. Tuotantokeskeisestä, vajavuuksiin keskittyvästä toimintamallista on pakko siirtyä ihmiskeskeiseen toimintatapaan, joka ottaa huomioon kaikkien osapuolten voimavarat. Aiemmin toiminnan kohteena olleesta potilaasta tulee aktiivinen toimija. (Koivuniemi ym., 2014.)



## 2.10 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Hoidon jatkuvuuden käsite perusterveydenhuollossa on moniulotteinen. Hoidon jatkuvuuden kansainvälistä määrittäystä on tehty järjestelmällisesti erityisesti Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Hoidon jatkuvuuden käsitteen määrittäminen on edellytyksenä sen luotettavalle mittaamiselle ja arvioinnille.

Erilaisia hoidon jatkuvuuden mittaamenetelmiä tarvitaan, jotta hoidon jatkuvuuden eri ulottuvuuksia voidaan arvioida joko erillisinä ilmiöinä tai kokonaisuutena. Hoidon jatkuvuuden mittaaminen perusterveydenhuollossa voi perustua vastaanotokäyntiin, tiedonkulkuun, vuorovaikutussuhteeseen tai toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen.

Potilaiden kokemaa hoidon jatkuvuutta vuorovaikutussuhteessa voidaan parhaiten tutkia ja arvioida kysymällä sitä suoraan potilailta. Potilaiden kokeman hoidon jatkuvuuden mittaamista on kehitetty yksittäisen palveluntuottajan arvioimisen lisäksi moniammatillisten tiimien hoidon jatkuvuuden arviointiin.

Hoidon jatkuvuuden merkityksestä ja myönteisistä vaikutuksista perusterveydenhuollon potilaille, terveydenhuollon ammattilaisille sekä palvelujärjestelmälle on runsaasti tutkimukseen perustuvaa tietoa. Kielteisiä vaikutuksia on raportoitu selvästi vähemmän.

Perusterveydenhuollon uudistamiseksi ja hoidon jatkuvuuden kehittämiseksi on tehty useita tutkimustietoon perustuvia kansainvälisiä arviointeja ja toimenpide-ehdotuksia viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. Suomessa vastaavia lainsäädännön muutoksia ja tavoiteohjelmia on useita, mutta niiden pohjalta tehtyjä tutkimuksia ja kehittämisehdotuksia hoidon jatkuvuuden vahvistamiseksi on vähän.

Selkeää tutkimusnäyttöä kansallisten hankkeiden ja toimenpideohjelmien vaikutuksista perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuteen on vaikea löytää. Osa kansallisista hankkeista on saattanut vahvistaa erityisesti paljon palveluja tarvitsevien ja käyttävien hoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta.



### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tavoitteena oli tutkia perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuden mittaamista sekä hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä ja kehityssuuntaa Suomessa.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää:

1. Potilaiden mielipidettä mittaavan kyselytutkimuksen toteutettavuutta perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuden tiedonkeruumenetelmänä.
2. Mitkä potilaan ominaisuudet ja kokemukset lääkärin vastaanotosta ovat yhteydessä hoidon jatkuvuuteen?
3. Mitkä potilaan ominaisuudet ja kokemukset terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotosta ovat yhteydessä hoidon jatkuvuuteen?
4. Miten hoidon jatkuvuus on muuttunut perusterveydenhuollossa vuosina 1997–2013?
5. Millainen yhteys kuntia ja niiden väestöä kuvaavilla muuttujilla on hoidon jatkuvuuteen?

## 4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin potilaskyselynä Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Tutkimusaineistona käytettiin myös kuntiin ja väestöön liittyviä rekisteritietoja.

Kyselyn toteutettavuutta tutkittiin vuosina 1998–2011 Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa kertyneestä aineistosta. Potilaiden ominaisuuksien ja vastaanottokokemusten yhteyttä hoidon jatkuvuuteen tutkittiin kyselyn aineistoista vuosilta 1998–2013. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin alueen väestöä ja kuntia koskevaa tilastoaineistoa vuodelta 2011 yhdistettynä vuosien 2011 ja 2013 kyselytutkimuksen aineistoon.

Oulun kaupungin terveyskeskuksessa kerätty tutkimusaineisto muodostui potilaskyselystä terveyskeskuksen vastaanotolla vuosina 1997–2012.

### 4.1 Potilaskysely Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa

#### 4.1.1 Aineiston kertyminen

Tutkittavan alueen terveyskeskuksilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen eli Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueilla olevia terveyskeskuksia. Vaasan alueen terveyskeskukset siirtyivät vuonna 2013 Varsinais-Suomen erityisvastuualueeseen mutta osallistuivat kuitenkin tutkimukseen vielä syksyllä 2013.

Tutkimusaineisto kerättiin potilaskyselynä tutkittavan alueen terveyskeskuksissa vuosina 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 ja 2013. Kysely tehtiin kaikkina vuosina samalla toimintatavalla eli syyskuussa viikolla 39 klo 8–16 sairauden takia vastaanotolla käyneille potilaille.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtavat terveystieteiden oppialan kanssa vuonna 1998 alueellaan toteuttivat yhteistyössä yleislääketieteen oppialan kanssa vuonna 1998 alueellaan potilaskyselyn, joka testattiin vuonna 1998 ja todettiin käyttökelpoiseksi. Kysely oli suomalainen sovellus kansainvälisistä malleista. (Grol et al., 1999.) Terveystieteiden oppiala liittyi Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueellinen yhteistyöryhmä laajensi kyselyn Tampereen yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen eli niin sanotun miljoonapiirin terveystieteiden oppialaan vuosina 1999–2001. (Mattila & Niskanen, 2002.)

Terveystieteiden oppialan toiveesta kysely järjestettiin vuodesta 2001 lähtien joka toinen vuosi. Vuonna 2003 kyselyn toteutuksesta vastasi Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala, ja vuodesta 2005 lähtien hankkeeseen liittyi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue, joka muuttui sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköksi vuonna 2012.

Yleislääketieteen oppiala tiedotti etukäteen alueen terveystieteiden oppialalle lähestyvistä tiedonkeruusta sekä lähetti keräysohjeet ja lomakemallit terveystieteiden johtaville lääkäreille. Samanaikaisesti lähetettiin tieto johtavalle hoitajalle johtavan lääkärin saamista materiaalista. Potilaskyselyn toimintaohjeet ja materiaali lähetettiin kaikkiin tutkimusalueen terveystieteiden oppialoihin.

Terveystieteiden oppialoissa monistettiin tarvittava määrä lomakkeita ja ne jaettiin vastaanottopisteisiin. Syyskuussa viikolla 39 maanantaista perjantaihin annettiin kyselylomake terveystieteiden oppialaan sairauden takia klo 8–16 välisenä aikana tulleille potilaille.

Terveystieteiden oppialat kokosivat omista vastaanottopisteistään lomakkeet ja palauttivat täytetyt lomakkeet Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialalle, joka huolehti vastausten keskitetystä tallennuksesta. Tallennuspalvelu ostettiin ulkopuoliselta yritykseltä. Oppiala teki tallennetusta datasta yhteenvedot sekä palautti lomakkeet ja kunkin terveystieteiden oppialan omat tiedostot levykkeillä Excel-muodossa. Yleislääketieteen oppiala ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue, josta tuli myöhemmin perusterveydenhuollon yksikkö, tekivät kyselyyn liittyvät tehtävät osana omaa työtään.

Saadut tiedot yhdistettiin aikaisempien vuosien tietoihin kehityssuuntien havaitsemiseksi. Vertaisarviointia varten terveystieteiden oppialat saivat oman sairaanhoitopiirinsä alueen muiden terveystieteiden oppialojen yhdistetyt tulosteet suorista jakaumista samoin kuin koko tutkimusalueen tulokset. Tulosten postitusten yhteydessä terveystieteiden oppialalle lähetettiin luonnoksia lehdistötiedotteista, joiden avulla tuloksia voitiin raportoida paikallisille tiedotusvälineille.

Terveystieteiden oppialoilla oli mahdollisuus antaa palautetta tutkimuksen toteuttamiseen ja raportointiin liittyvistä asioista. Joka toinen vuosi Tampereen yliopisto ja perusterveydenhuollon yksiköt järjestivät erillisen sairaanhoitopiiri-kohtaisen tilaisuuden, jossa tarkasteltiin kyselyn tuloksia ja toteutusta. Terveystieteiden oppialoilta saatua palautetta ei

kerätty järjestelmällisesti lukuun ottamatta johtaville lääkäreille vuonna 2011 tehtyä laadullista kyselyä. (Raivio, 2011.)

Kyselytutkimuksesta aiheutuneita terveyskeskusten sisäisiä oman toiminnan kuluja ei erikseen arvioitu. Terveyskeskukset vastasivat itse muun muassa lomakkeiden monistuksesta, jakamisesta, keräämisestä ja postituksesta.

Terveyskeskukset osallistuivat kattavasti potilaskyselyn toteuttamiseen. Vuosina 1998–2011 kyselytutkimukseen osallistui 40 terveyskeskusta kuusi kertaa ja 61 terveyskeskusta vähintään neljä kertaa. Tutkimusvuosina 1998–2013 viikoilla 39 terveyskeskusten vastaanotolla kävi yhteensä 363 464 potilasta, joista kyselyyn vastasi 157 549. Vastanneiden prosenttiosuus vaihteli tutkimusvuosina 39–53 %:n välillä.

#### 4.1.2 Kyselylomakkeet

Kansainvälisesti testattuun lomakkeeseen pohjautuvat kysymykset esitettiin samanlaisesti kaikissa alueen terveyskeskuksissa ennalta sovittuina tutkimusvuosina viikolla 39. Kyselylomake kokonaisuudessaan on osajulkaisujen liitteenä.

Hoidon jatkuvuutta tiedusteltiin kysymyksellä: ”Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin tai sairaanhoitajan/terveydenhoitajan?” Vastausvaihtoehtona oli ”kyllä” tai ”ei”. Hoidon jatkuvuutta käytettiin selitettävänä muuttujana. Selittävinä muuttujina olivat potilaiden ilmoittamat taustatiedot ja mielipiteet vastaanottotapahtumasta sekä kuntia, terveyskeskuksia ja väestöä koskevat muuttujat.

Potilaan kyselylomakkeessa kysyttiin taustatietona muun muassa seuraavia asioita: ikä, sukupuoli, palvelujen aikaisempi käyttö ja asian kiireellisyys. Potilailta tiedusteltiin, oliko käynnin syy päivystysasia, muu kiireellinen asia vai ei-kiireellinen asia. Potilaat ilmoittivat myös, olivatko he käyneet lääkärin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla.

Vastaanoton eri osa-alueita kartoitettiin vastaanottotapahtuman sisältöä arvioivalla kysymyksellä ja kouluarvosanoilla neljästä kymmeneen. Potilailta kysyttiin mielipiteitä heti vastaanottokäynnin jälkeen vastaanottoon liittyvistä palveluista, joita olivat muun muassa ajanvaraus, ilmoittautuminen, toiminta vastaanotolla ja kokemukset käynnistä.

Koska palvelun tavoitteena on potilaan varaukseton tyytyväisyys, vastauksia analysoidessa tarkasteltiin niin sanottuja top-box-lukuja eli niiden osuutta vastanneista, jotka antoivat parhaan arvosanan kymmenen. Varauksetta tyytyväisten vastaajien osuutta verrattiin kouluarvosanan neljästä yhdeksään antaneiden osuuteen.

Terveyskeskuksia pyydettiin merkitsemään vastattuihin kyselylomakkeisiin terveysasema- ja terveyskeskuskohtaiset koodit kuntien, terveyskeskusten ja eri toimipisteiden tunnistamiseksi. Terveyskeskuksilta tiedusteltiin myös vastaanotolla käyneiden sekä lomakkeen palauttaneiden määriä toimipisteittäin. Palveluntuottajilta kysyt-

tiin myös, kuinka monta lääkärin virkaa terveyskeskuksessa oli. Lisäksi tiedusteltiin, kuinka moni viroista oli hoidettuna ja kuinka moni virka oli hoitamatta.

Kyselylomakkeeseen ei tehty tutkimusaikana muutoksia lukuun ottamatta seuraavia kysymyksiä. Lomakkeeseen lisättiin vuodesta 2005 alkaen kysymys: ”Onko Teillä nimetty omalääkäri terveyskeskuksessa?” Vastausvaihtoehtoina olivat ”ei” tai ”kyllä”. Lisäksi vuonna 2009 lomakkeeseen lisättiin kysymys: ”Oletteko ennen tätä kertaa käyneet sairauden takia vastaanotolla viimeisen 12 kk aikana?” Vastausvaihtoehtoina olivat ”en kertaakaan” tai ”kyllä” ja vastaanottokäyntien lukumäärä.

#### 4.1.3 Kuntia, terveyskeskuksia ja väestöä kuvaavat muuttujat

Kuntia, terveyskeskuksia ja väestöä koskevassa tutkimusosassa käytettiin kyselyjen aineistoa vuosilta 2011 ja 2013 ja kuntiin liittyviä vuonna 2011 kerättyjä tilastotietoja. Kunta- ja väestömuuttujat ovat yleisessä käytössä ja helposti saatavissa julkisista rekistereistä.

Kuntien väestö- ja ikärakennetiedot saatiin Tilastokeskuksesta (Tilastokeskus, 2011), kuntien tuloveroprosentit Kuntaliitosta (Kunnat.net, 2011a), terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi ja kustannukset/asukas Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL, 2011b) ja terveyspuntarin sairastavuusindeksi Kansaneläkelaitokselta (Kela, 2011). Väestö- ja ikärakennetiedot sekä kuntien tuloveroprosentit otettiin 31.12.2011 päivätyistä väestötiedoista. Kuntakohtaiset terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksit ja kustannukset/asukas sekä sairastavuusindeksit olivat vuodelta 2011 (Kunnat.net, 2011b).

Kuntakohtaiset terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksit ja kustannukset/asukas muodostuivat seuraavan laskentaperiaatteen mukaisesti. Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioituja menoja arvioitaessa jokaiselle kunnalle on laskettu tutkimukseen perustuva asukaskohtainen palvelutarvekerroin, jonka avulla voidaan arvioida, miten asukkaiden palvelutarpeet asettuvat suhteessa maan keskitasoon ja muihin alueisiin. Kun kunnan palveluihin käyttämät rahat (nettomenot) suhteutetaan asukkaiden palvelutarpeisiin, saadaan tietoa siitä, miten menot asettuvat suhteessa maan keskitasoon ja muihin kuntiin. (THL, 2016.)

Terveyspuntarin sairastavuusindeksi muodostuu siten, että jokaiselle Suomen kunnalle on laskettu Kelan rekisteritietojen avulla indeksiluku, joka kertoo, miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan keskiarvoon (= 100). Indeksiluvut on vakioitu iän mukaan, mikä tasoittaa kuntien välisiä eroja. Sairastavuusindeksin luvut perustuvat kolmeen rekisterimuuttujaan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestös-

tä. Jokainen muuttujista on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon, jota merkitään luvulla 100. Lopullinen indeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo. (Kela, 2016.)

Tutkittavan alueen kunnissa, terveyskeskuksissa ja väestössä tapahtuneita muutoksia ja niiden vaikutuksia tutkimusaikana ei ole tässä tutkimuksessa erikseen arvioitu. Vaikka tutkimusaikana Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella syntyi useita kuntaliitoksia ja kuntien terveyskeskuksista muodostettiin yhteistoiminta-alueita, tiedossamme ei ole sellaisia väestöä koskevia muutoksia, jotka olisivat oleellisesti vaikuttaneet tulosten tulkintaan.

## 4.2 Potilaskyselyt Oulun kaupungin terveyskeskuksessa

### 4.2.1 Aineiston kertyminen

Oulun kaupungin terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnassa on tehty vuodesta 1997 alkaen potilastyytyväisyyskyselyitä. Vuodesta 2002 alkaen suurten kaupunkien terveyskeskukset ovat toteuttaneet terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanottojen asiakastyytyväisyysmittauksen yhtäaikaisesti syksyisin kahden vuoden välein.

Oulun kaupungissa aineisto kerättiin ensimmäisen kerran vuonna 1997 tilanteessa, jossa kaksi terveysasemaa oli siirtynyt puoli vuotta aikaisemmin väestövastuiseen omalääkärijärjestelmään ja muut terveysasemat olivat vielä ”vanhassa” järjestelmässä. Vuosien 1999, 2002, 2004, 2006 ja 2008 kyselyjen aikana kaikki Oulun terveysasemat olivat omalääkärijärjestelmässä. Vuosina 2010 ja 2012 millään terveysasemalla ei ollut enää käytössä omalääkärijärjestelmää, josta oli luovuttu vuoden 2009 alussa.

Tutkimusjakso oli jokaisena vuonna sama kahden viikon jakso lokakuussa. Kaikille terveysaseman virka-ajan lääkärinvastaanoton sekä vastaanoton terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan asiakkaille jaettiin käynnin yhteydessä kyselylomake. Lääkäri tai hoitaja antoi vastaanoton loppuvaiheessa ohje- ja kyselylomakkeen asiakkaalle, kertoi tutkimuksen tarkoituksesta ja palautteen merkityksestä hyvän hoidon suunnittelulle sekä kannusti täyttämään lomakkeen. Asiakkaalle näytettiin odotustilassa paikka, missä lomakkeen voi täyttää nimettömänä ja pudottaa sille varattuun palautuslaatikkoon.

Vuonna 1997 lomakkeita jaettiin 2 191 ja 866 potilasta palautti lomakkeen täytettynä. Palautusprosentti oli 39,5 %. Muina vuosina täytettynä palautettujen lomakkeiden lukumäärät vaihtelivat 655–1779 välillä ja vastausprosentit olivat 40–50 %:n välillä.

Lomakkeiden tallennus ja analysointi tehtiin THL:ssa. Oulun kaupungin terveyskeskus sai omat vastaukset käyttöönsä mahdollista lisäarviointia ja terveysasemakohtaista vertailua varten.

Hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä analysoitiin Oulun kaupungin aineiston osalta vuosien 2010 ja 2012 kyselyistä. Aineisto käsittää vain virka-aikaisen terveysasemien avosairaanhoidon vastaanoton, muttei esimerkiksi neuvolatoimintoja.

#### 4.2.2 Kyselylomakkeet

Kyselyissä on käytetty koko ajan samaa Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) kehittämää ja Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) käyttämää lomaketta ”Terveystieteiden hoidon laatu: potilaan näkökulma”. (Sainio & Lahikainen, 2014.)

Lääkärin hoidon jatkuvuudesta kysyttiin lomakkeessa muodossa: ”Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin?” Vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä” tai ”ei”.

Kyselyn taustatieto-osiossa potilailta tiedusteltiin syntymävuoden, sukupuolen ja koulutuksen lisäksi muun muassa lääkärillä käynnin tiheyttä ja sitä, tapaako terveysasemalla asioidessaan yleensä saman lääkärin.

Iän, sukupuolen, koulutuksen, vastaanottaneen ammattilaisen ja aikaisempien käyntien yhteyttä hoidon jatkuvuuteen tutkittiin vuosien 2010 ja 2012 yhdistetyssä aineistossa (n=2 456).

### 4.3 Tilastolliset menetelmät

Tiedostojen käsittelyssä käytettiin IBM:n SPSS-ohjelmaa (versio 20.0). Muuttujien tarkastelussa käytettiin frekvenssijakaumia, prosenttiosuuksia ja ristiintaulukointia. Tilastollisen merkitsevyyden osoittamiseksi ryhmien välisiä jakaumia tutkittiin  $\chi^2$ -testillä.

Binääristä logistista regressioanalyysiä käytettiin tutkittaessa hoidon jatkuvuuden yhteyttä potilaan ominaisuuksiin ja potilaiden kokemuksiin lääkärin ja terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotosta. Yhteyttä hoidon jatkuvuuteen tutkittiin regressiomallilla käyttäen sekä yhden muuttujan (univariaabeli) että useiden muuttujien (multivariaabeli) mallia. Muuttujia tutkittiin yhden muuttujan ja tilastollisen merkitsevyyden saaneiden muuttujien malleissa.

Hoidon jatkuvuutta käytettiin selitettävänä muuttujana. Selittävinä muuttujina olivat potilaiden ilmoittamat taustatiedot, mielipiteet vastaanottotapahtumasta ja kunnan väestöä ja taloutta sekä terveyskeskuksen työvoimaa ja järjestämistapaa koskevat muuttujat. Sekä selitettävä muuttuja että selittävät muuttujat dikotomisoitiin ennen analyysiä.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Hoidon jatkuvuuden mittaamisen toteutettavuus (I)

Toteutettavuutta mitattiin Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveystieteiden tutkimuskeskuksissa vuosien 1998–2011 aineistosta. Terveystieteiden tutkimuskeskukset osallistuivat tutkimukseen kattavasti ja toistuvasti. Tutkimukseen osallistui 67 mahdollisesta terveystieteiden tutkimuskeskuksesta 64 vähintään neljä kertaa ja 40 terveystieteiden tutkimuskeskusta kaikkina kuutena kertana. Tutkimuksen aikana terveystieteiden tutkimuskeskuksissa kävi 281 394 potilasta, joista 127 063 vastasi kyselyyn. Vastausosuus oli 45 % vaihdellen eri vuosina 39 ja 53 %:n välillä.

Terveystieteiden tutkimuskeskukset keräsivät tiedot osana normaalia toimintaansa. Kyselyn kustannukset vaihtelivat vuosittain lomakkeiden määrän ja tallennuksesta vastanneen yrityksen laskutuksen mukaan. Terveystieteiden tutkimuskeskuksille kertyi omia kustannuksia muutama sentti lomaketta kohden lähinnä niiden monistuksesta. Kysely ei aiheuttanut terveystieteiden tutkimuskeskukselle kohtuutonta vaivaa tai merkittäviä lisäkustannuksia.

Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan osuus hankkeesta tehtiin osana tutkimustehtävää ja niin sanottua kolmatta tehtävää eli yhteistyötä yhteiskunnan eri toimijoiden kanssa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön osallistuminen hankkeen toteutukseen sisältyy terveystieteiden tutkimuskeskusten, Tampereen yliopiston ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskinäisen koulutus- ja tutkimussopimuksen mukaiseen yhteistyötehtävään.

Terveystieteiden tutkimuskeskusten palaute kyselystä oli pääosin kannustavaa. Arvostelua herätti lähinnä tallennuksen ja analyysin hitaus. Tuloksia olisi haluttu nopeammin sekä omaan käyttöön että paikallisille tiedotusvälineille, jotka olivat kiinnostuneita julkaisemaan raportteja alueensa terveystieteiden tutkimuskeskusten tuloksista.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa kysely koettiin tärkeäksi oman työn laadun arvioinnissa. Merkittävänä pidettiin myös asiakastyytyväisyyskyselyn toistettavuutta, helppoutta, luotettavuutta ja vertailtavuutta. Tuloksia vertailtiin eri työpisteiden ja terveystieteiden tutkimuskeskemien välillä, mutta vertailun mahdollisuutta muihin terveystieteiden tutkimuskeskuksiin ja sairaanhoitopiireihin käytettiin niukasti. Kyselyä pidettiin sekä kustannuksiltaan että työmäärältään kohtuullisena.



## 5.2 Jatkuvuus lääkärin vastaanotolla (II)

Tämän tutkimuksen aineisto muodostui niistä Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskusten potilaista, jotka olivat käyneet lääkärin vastaanotolla tutkimuksen aikana vuosien 1998–2013 välillä.

### Potilaan ilmoittamat taustatiedot

Sekä yhtä muuttajaa että monia muuttujia tarkastelevassa regressioanalyysissä potilaita kuvaavilla muuttujilla oli positiivien yhteys hoidon jatkuvuuteen. Monia muuttujia tarkastelevassa mallissa voimakkain yksittäinen hoidon jatkuvuutta selittävä muuttuja oli potilaalle aiemmin nimetty omalääkäri (OR 7,28).

Monia muuttujia tarkastelevassa mallissa positiivinen yhteys hoidon jatkuvuuteen havaittiin myös seuraavilla potilaita kuvaavilla muuttujilla: potilaan ikä (OR 1,45) ja ei-kiireellinen vastaanotto (OR 1,32). Aikaisemmillä käynneillä vuoden sisällä ennen vastaanottoa (OR 1,11) ja naissukupuolella (OR 0,89) oli myös myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen.

Niiden potilaiden prosenttiosuus, jotka antoivat parhaan arvosanan vastaanottokemuksen laadusta ja joille oli nimetty omalääkäri, oli seitsemästä kymmeneen prosenttia korkeampi verrattuna niihin potilaisiin, joilla ei ollut nimettyä lääkäriä.

### Potilaan kokemukset vastaanoton laadusta

Yhtä muuttajaa tarkastelevassa regressioanalyysissä vastaanoton laatuun liittyvillä muuttujilla oli myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Potilaan kokemuksella asioiden luottamuksellisesta käsittelystä lääkärin vastaanotolla oli positiivinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Samoin lääkärin halukkuudella kuunnella potilaan ongelmia, osoittaa kiinnostusta ja vastata potilaan kysymyksiin havaittiin myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Yhteyden todennäköisyys vaihteli jonkin verran (OR 1,32–1,49) ja oli kaikkien vastaanoton laatutekijöiden osalta tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ).

Monia muuttujia samassa mallissa tarkastelevassa regressioanalyysissä vastaanoton laatuun liittyvistä muuttujista vain asioiden käsittelyn luottamuksellisuudella (OR 1,21) oli myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen.

Taulukko 2. Potilaiden ilmoittamien taustatietojen ja vastaanottokokemukseen liittyvien muuttujien yhteys hoidon jatkuvuuteen lääkärin vastaanotolla yhden muuttujan mallissa ja useita muuttujia samanaikaisesti tarkastelevassa mallissa

	Yhden muuttujan malli		Monimuuttujamalli*	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
<b>Potilaan ilmoittamat taustatekijät</b>				
Nainen	1.02 (0.99-1.05)	0.118	<b>0.89 (0.82-0.98)</b>	0.014
Ikä 60 vuotta tai yli	<b>1.63 (1.58-1.68)</b>	<0.001	<b>1.45 (1.32-1.59)</b>	<0.001
Ei-kiireellinen vastaanotto	<b>1.43 (1.39-1.47)</b>	<0.001	<b>1.32 (1.21-1.44)</b>	<0.001
Aikaisempi käynti (12 kk)	<b>1.26 (1.18-1.35)</b>	<0.001	<b>1.11 (1.01-1.22)</b>	0.039
Aiemmin nimetty omalääkäri	<b>7.38 (7.02-7.75)</b>	<0.001	<b>7.28 (6.65-7.96)</b>	<0.001
<b>Potilaiden kokemukset vastaanotosta</b>				
Sain riittävästi tietoa	<b>1.46 (1.41-1.51)</b>	<0.001	1.03 (0.88-1.20)	0.743
Sain asianmukaisia hoito-ohjeita	<b>1.43 (1.39-1.48)</b>	<0.001	1.02 (0.86-1.21)	0.812
Koin tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi	<b>1.49 (1.45-1.53)</b>	<0.001	1.06 (1.92-1.23)	0.420
Tunsin luottamusta	<b>1.38 (1.34-1.42)</b>	<0.001	<b>1.21 (1.06-1.38)</b>	0.006
Sain avun terveysongelmiini	<b>1.32 (1.29-1.36)</b>	<0.001	1.10 (0.97-1.25)	0.135

\*Kaikki muuttajat samassa mallissa

### 5.3 Hoidon jatkuvuus sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotolla (III)

Tämän tutkimuksen aineisto muodostui Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskusten sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla tutkimusaikana vuosien 1998–2013 välillä käyneistä potilaista.

#### Potilaan ilmoittamat taustatiedot

Aiemmin nimetty omalääkäri (OR 2,13) oli voimakkaimmin yhteydessä hoidon jatkuvuuteen, ja yhteys oli myös tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0.001$ ).

Sekä yhtä muuttujaa että useita muuttujia samassa mallissa tarkastelevassa regressioanalyysissä potilaisiin liittyvistä ominaisuuksista iällä ja sukupuolella ei ollut selvää yhteyttä hoidon jatkuvuuteen. Useita muuttujia tarkastelevassa mallissa ei-kiireellisellä vastaanottokäynnillä (OR 1,41) ja aiemmilla käynneillä hoitajan vastaanotolla (OR 1,32) oli tilastollisesti merkitsevä ( $p > 0,001$ ) yhteys hoidon jatkuvuuteen.

## Potilaan kokemukset vastaanoton laadusta

Parhaan arvosanan eli täyden kympin vastaanoton laatutekijöistä antaneiden, toisinaan varauksetta tyytyväisten, prosenttiosuus oli korkeampi niillä potilailla, joilla oli yleensä mahdollisuus tavata sama terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja verrattuna niihin potilaisiin, joilla ei tätä mahdollisuutta ollut. Varauksetta tyytyväisten ero näiden potilaiden välillä vaihteli kuudesta kahdeksaan prosenttiyksikköön ja oli tilastollisesti merkitsevä kaikissa tutkituissa laatutekijöissä.

Useita muuttujia tarkastelevassa mallissa vastaanoton laatutekijöillä oli myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen silloin, kun potilas oli varauksetta tyytyväinen kysymykseen ”Kuunneltiinko ongelmianne ja osoitettiinko Teitä kohtaan kiinnostusta sekä halukkuutta vastata kysymyksiinne?” (OR 1,31). Myönteinen yhteys havaittiin myös niiden vastaajien kohdalla, jotka olivat varauksetta tyytyväisiä kysyttäessä ”Saitteko tietoja sairautenne hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?” (OR 1,11). Yhteys oli molempien muuttujien osalta myös tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 3. Potilaiden ilmoittamien taustatietojen ja vastaanottokokemukseen liittyvien muuttujien yhteys hoidon jatkuvuuteen sairaanhoitajan vastaanotolla yhden muuttujan mallissa ja useita muuttujia samanaikaisesti tarkastelevassa mallissa

	Yhden muuttujan malli		Monimuuttujamalli*	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
<b>Potilaan ilmoittamat taustatekijät</b>				
Nainen	<b>1.07 (1.03-1.11)</b>	0.001	1.05 (0.94-1.19)	0.391
Ikä 60 vuotta tai yli	<b>1.05 (1.01-1.10)</b>	0.025	1.08 (0.96-1.22)	0.197
Ei-kiireellinen vastaanotto	<b>1.14 (1.10-1.19)</b>	<0.001	<b>1.44 (1.27-1.63)</b>	<0.001
Aikaisempi vastaanottokäynti (12 kk)	<b>1.40 (1.28-1.53)</b>	<0.001	<b>1.32 (1.17-1.49)</b>	<0.001
Aiemmin nimetty omalääkäri terveyskeskuksessa	<b>1.80 (1.69-1.92)</b>	<0.001	<b>2.13 (1.89-2.40)</b>	<0.001
<b>Potilaan kokemus sairaanhoitajan vastaanotosta</b>				
Sain riittävästi tietoa	<b>1.41 (1.34-1.49)</b>	<0.001	<b>1.11 (1.01-1.22)</b>	0.033
Sain asianmukaisia hoito-ohjeita	<b>1.36 (1.30-1.43)</b>	<0.001	0.98 (0.89-1.09)	0.719
Koin tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi	<b>1.49 (1.43-1.56)</b>	<0.001	<b>1.31 (1.20-1.43)</b>	<0.001
Koin luottamusta	<b>1.39 (1.33-1.45)</b>	<0.001	1.07 (0.99-1.17)	0.104
Sain avun terveysongelmiini	<b>1.33 (1.27-1.39)</b>	<0.001	1.05 (0.97-1.14)	0.225

\*Kaikki muuttujat samassa mallissa

## 5.4 Jatkuvuuden muutos (II, III, IV, V)

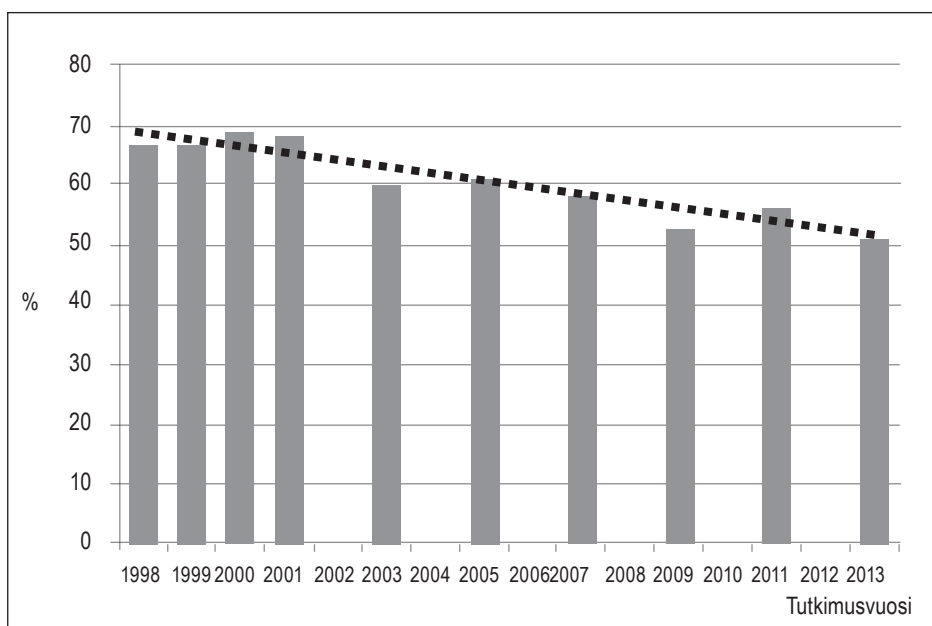
Hoidon jatkuvuus lääkärin vastaanotolla Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskusten aineistossa laski 14 prosenttiyksikköä (66 %–51 %) vuosina 1998–2013 (Kuvio 3).

Vuonna 2001 yli kaksi kolmasosaa (69 %) potilaista ilmoitti tapaavansa vastaanotolla yleensä saman lääkärin, mutta vuonna 2013 vain noin puolet (51 %) potilaista ilmoitti tapaavansa yleensä saman lääkärin terveyskeskuksessa asioidessaan.

Hoidon jatkuvuuden lasku ei ollut tutkimusaikana tasaista. Merkittävin lyhyen aikavälin lasku hoidon jatkuvuudessa tapahtui vuosien 2001 ja 2003 välillä, jolloin hoidon jatkuvuus laski kahdeksan prosenttiyksikköä (68 %–60 %).

Hoidon jatkuvuus sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla laski 15 prosenttiyksikköä (67 %–52 %) vuosina 1998–2013.

Oulun kaupungin aineistossa hoidon jatkuvuus lääkärin vastaanotolla laski merkittävästi koko tutkimusaikana vuodesta 1997 (52 %) vuoteen 2012 (31 %) eli 21 prosenttiyksikköä. Vuonna 1999 hoidon jatkuvuus oli korkeimmillaan (92 %) ja laski vuoteen 2012 (31 %) mennessä 61 prosenttiyksikköä. Hoidon jatkuvuuden lasku lääkärin vastaanotolla ei ollut tasaista. Suurimmat muutokset hoidon jatkuvuudessa tapahtuivat Oulun kaupungissa vuosien 2006 (71 %) ja 2008 (50 %) sekä vuosien 2008 (50 %) ja



Kuvio 3. Hoidon jatkuvuuden prosenttiosuudet ja kehityssuunta lääkärin vastaanotolla tutkimusaikana 1998–2013. Hoidon jatkuvuutta tiedusteltiin kysymyksellä: ”Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin?” (Mukaiiltu alkuperäisestä kuvasta osajulkaisusta III.)

2010 (31 %) välillä. Hoidon jatkuvuus väheni kummallakin aikavälillä lähes viidenneksen (19 %).

Oulun kaupungin aineistossa tutkimuksen lopulla vuonna 2012 hoidon jatkuvuus sairaanhoitajan vastaanotolla oli matala (30 %).

## 5.5 Kuntia kuvaavien muuttujien yhteys jatkuvuuteen (VI)

Hoidon jatkuvuuden erot kuntien välillä olivat suuria. Parhaan jatkuvuuden kunnassa 95 % potilaista arvioi tapaavansa terveyskeskuksessa yleensä saman lääkärin, kun taas huonoimmissa ei yksikään (0 %). Noin puolet vastanneista tapasi yleensä saman lääkärin. Eri sairaanhoitopiirien potilaiden välillä ei ollut merkittäviä eroja hoidon jatkuvuudessa.

Kunnat jaettiin mediaanin mukaan hyvän ja huonon jatkuvuuden kuntiin. Hyvän jatkuvuuden kunnissa jatkuvuuden keskiarvo oli 70 % ja huonon jatkuvuuden kunnissa 27 %.

Hoidon jatkuvuuden kannalta parhaita ja huonoimpia kuntia kuvaavat muuttujat erosivat toisistaan jonkin verran. Kunnan väestöä kuvaavissa muuttujissa paremman jatkuvuuden kunnissa oli hieman suurempi väestö, pienempi yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä ja pienempi sairastavuusindeksi.

Kunnan taloutta kuvaavissa muuttujissa terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevaikioitu indeksi oli hyvän jatkuvuuden kunnissa hieman pienempi. Myös kunnallisveroprosentti ja terveydenhuollon kustannukset asukasta kohti olivat pienemmät kuin huonomman jatkuvuuden kunnissa.

Lääkärien määrässä ei ollut merkittävää eroa, mutta hyvän jatkuvuuden kunnissa lääkärivaje oli 5 prosenttiyksikköä pienempi ( $p=0,012$ ). Muihin kuntiin verrattaessa omalääkärijärjestelmän kunnissa oli merkittävästi suurempi jatkuvuus (OR 24,9,  $p<0,001$ ).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimusaineiston ja -menetelmien arviointi

Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa toteutettu kyselytutkimus on ensimmäinen systemaattisesti analysoitu ja raportoitu laaja pitkittäistutkimus hoidon jatkuvuudesta suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Sen suunnittelussa huomioitiin Euroopassa alun perin kehitetty ja validoitu kyselylomake (EUROPEP) (Grol et al., 1999; Wensing et al., 1998) sekä suomalaisten terveyskeskusten toiminnalliset erityispiirteet (Helin & Mäkelä, 1997; Helin, Mäkelä, Outinen & Hinkkanen, 1998).

Tutkittavan alueen väestö on noin viidesosa suomalaisista. Alueen kuntakirjo on laaja, ja alue edustaa monipuolisesti maamme terveyskeskuksia. 15 vuoden aikana kertynyt aineisto on kooltaan merkittävä referenssiaineisto muutosten havainnointiin.

Suomalaisten virallisten terveydenhuoltoa, kuntia ja väestöä koskevien rekisteritietojen mukaan tutkimusaineiston alueen kunnat ja väestö edustavat kohtuullisen hyvin koko Suomen kuntia ja väestöä sekä erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjiä. Suurten ja pienten kuntien sekä keskus- ja reuna-alueiden mukanaolo antaa tuloksille yleistettävyyttä.

Kyselytutkimuksen vahvuutena ovat sen toteutettavuus, vertailukelpoisuus ja luotettavuus. Potilaskyselyjä hoidon jatkuvuudesta tiedetään tehdyn Suomessa satunnaisesti ja pienimuotoisina, mutta niitä on harvoin raportoitu laajemmin. (Sandell & Outinen, 1996.)

Kyselyn tuloksia arvioitaessa on muistettava, että kohteena olivat terveyskeskuksen palvelujen käyttäjät ja tavoitteena oli saada käyttäjien kokemus palveluprosessista. Aineisto on siten valikoitunut eli koostuu niistä kuntalaisista, jotka käyttivät terveyskeskuksen palveluja. Vastaukset eivät kuvaa kuntalaisten yleistä mielipidettä, mutta antavat kuvan palveluja käyttävien kokemuksista.

Vastaaajien joukosta puuttuvat ne, jotka eivät ole päässeet palvelujen piiriin tai ovat omien tai muiden kokemusten perusteella valinneet muun kuin terveyskeskuksen palvelut. Työterveyshuollon ja yksityislääkärin palvelujen käyttäjät ovat voineet valita palvelujärjestelmänsä hoidon huonon jatkuvuuden perusteella tai siitä välittämättä.

Terveyskeskukset osallistuivat kattavasti kyselyyn. Kyselyn toistaminen samalla metodilla ja samanaikaisesti muiden terveyskeskusten kanssa on saattanut lisätä terveyskeskusten halukkuutta osallistua tutkimuksen toteuttamiseen. Kyselyyn osallistuneiden potilaiden osuus vaihteli kuitenkin huomattavasti terveyskeskusten välillä. Toisissa toimipaikoissa kattavaan vastausosuuteen panostettiin aktiivisemmin kuin toisissa. Yhdenmukaisista keräysohjeista huolimatta paikallisissa toteutuksissa oli runsaasti vaihtelua. Vertailtaessa tuloksia eri terveyskeskusten välillä on huomioitava niiden erilaiset vastausosuudet.

Kyselyn vastausosuus oli jonkin verran matalampi kuin yleensä tämännäytteissä kyselyissä (Sitzia & Wood, 1998). Tutkimukseen vastanneiden osuus voi rajoittaa tulosten tulkintaa ja yleistettävyyttä. Henkilökohtaisesti jaettavaan kysymyskaavakkeisiin liittyy myös tekijöitä, jotka saattavat johtaa aineiston valikoitumiseen.

Tavalliseksi syyksi lomakkeen täyttämättä jättämiseen ilmoitettiin silmälasien jääminen kotiin. Tämä on saattanut vaikuttaa erityisesti vanhusten vastausosuuteen. Tutkimus ei anna tietoa niiden mielipiteistä, jotka jättivät vastaamatta kyselyyn. Tiedon saaminen vastaamatta jättäneiltä edellyttäisi toisenlaista tutkimusasetelmaa.

Väestön mielipiteiden saaminen edellyttäisi puolestaan väestötutkimuksia. Väestökyselyjä on tehty Suomessa erilaisiin tutkimushankkeisiin liittyen sekä järjestelmällisemmin ja toistettuna suurten kaupunkien toimesta, jotka ovat toteuttaneet myös kansallisia terveyskeskusten asiakaspalvelukyselyjä yhteistyössä THL:n kanssa. (Kunnat.net, 2015a; Kunnat.net, 2015b; Sainio & Lahikainen, 2014.)

Väestökyselyjen tulokset eivät ole suoraan vertailtavissa asiakas- tai potilaskyselyihin, joissa arvioidaan palveluja käyttäneiden kokemuksia. Väestökyselyjen vastaajissa voi olla myös sellaisia henkilöitä, jotka ovat ilmaisseet mielipiteensä, vaikka eivät ole käyttäneet palveluita.

Yhdistimme kyselytutkimuksen vuosien 2011–2013 vastaukset ja vuoden 2011 lopun kunta- ja väestömuuttajat yhteisaineistoksi. Terveysasemilta saadut vastaukset kirjattiin siihen kuntaan, jonka alueella ne sijaitsivat. Kunnan tulosten voidaan siten ajatella epäsuorasti kuvastavan terveydenhuollon lähipalveluja.

Tiedossamme ei ole sellaisia tekijöitä, jotka olisivat oleellisesti muuttaneet kuntien keskinäistä järjestystä muuttujien osalta vuosina 2011–2013. Alueen terveyskeskuksissa ja kunnissa tapahtui uudelleenjärjestelyjä, jotka kuntanäkökulmasta olivat kuitenkin vähäisiä. Kuntaliitokset olivat tapahtuneet pääosin jo ennen vuotta 2011.

Käyttämämme kunta- ja väestömuuttajat ovat karkeita. Tutkimusmuuttajat ovat kuitenkin yleisessä käytössä, kun perustellaan kuntiin ja terveydenhuoltoon liittyviä ratkaisuja.

Oulun kaupungin terveyskeskuksesta saadun aineiston toistettavuus ja vertailukelpoisuus perustuvat sekä kyselyn suorittamistapaan että kansainvälisesti testattuihin ja Suomen olosuhteisiin muokattuihin kysymyksiin.

## 6.2 Tulosten pohdinta

### 6.2.1 Kyselytutkimuksen toteutettavuus

Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskukset, Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö ovat rakentaneet 15 vuoden ajan yhteistyönä hoidon jatkuvuutta mittaavan järjestelmän, joka on osoittautunut toistettavaksi ja toimivaksi.

Luotettava mittaaminen ja tutkiminen ovat perusedellytyksiä oikean tiedon saamiseksi (Grol & Wensing, 2007; Salisbury et al., 2009). Potilaiden mielipiteiden mittaaminen on tärkeä osa perusterveydenhuollon toiminnan asiakaslähtöistä arviointia (Freeman & Hughes, 2010; Reid et al., 2002).

Suomen olosuhteet huomioivia, pitkäaikaisia hoidon jatkuvuuden seurantatutkimuksia on vähän tai niiden käyttö ei ole vakiintunutta. Kansainvälisiä kyselytutkimuksia hoidon jatkuvuuden arvioimiseksi on sen sijaan useita, ja kokemukset niistä ovat pääosin myönteisiä. (Aboulghate et al., 2012; Boulton et al., 2006; Grol et al., 1999.)

Tutkittavan alueen terveyskeskuksilla ei ollut ennen kyselytutkimuksen käynnistämistä käytettävissään potilaiden arvioon perustuvaa toistettavaa ja vertailukelpoista tietoa hoidon jatkuvuudesta. Potilaskysely on koettu tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Se on toteutettu osana terveyskeskusten, yliopiston ja perusterveydenhuollon yksikön normaalia työtä kohtuullisin kustannuksin ja ilman merkittäviä resurssilisäyksiä.

Helposti toistettavana asiakaskysely antaa hyvät mahdollisuudet terveyskeskuksen oman toiminnan arviointiin, vertailuun ja kehityssuuntien havainnointiin. Mittariston toistettavuutta kuvaa se, että yksittäisen terveyskeskuksen tulokset eri vuosina asetuvat loogisesti samalle tasolle, vaikka terveyskeskusten välinen hajonta on kohtuullisen suuri.

Terveyskeskukset keräsivät tiedon osana normaalia toimintaansa. Omia kustannuksia terveyskeskuksille kertyi lähinnä lomakkeiden monistuksesta. Kyselyn kokonaiskustannukset vaihtelivat vuosittain jonkin verran lomakkeiden määrän ja tallennuksesta vastanneen yrityksen laskutuksen mukaan.



Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan osuus hankkeesta oli osa yliopiston niin sanottua kolmatta tehtävää ja siten luokiteltavissa osaksi omaa työtä. Oppiala sai samalla käyttöönsä kertyneen tietovaraston, jota se on hyödyntänyt lääkärikoulutuksessa muun muassa syventävien opintojen materiaalina.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualueen (myöhemmin perusterveydenhuollon yksikön) osallistuminen hankkeen toteutukseen sisältyy terveyskeskusten, Tampereen yliopiston ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskinäisen koulutus- ja tutkimussopimuksen mukaiseen yhteistyötehtävään.

Tutkimusten toistettavuus ja tulosten vertailtavuus terveyspalvelujen eri tuottajien ja järjestelmien välillä on antanut mahdollisuuden tehdä potilaiden mielipiteet huomioon ottavia päätöksiä perusterveydenhuollon muuttuvissa olosuhteissa. Terveyskeskukset ovat olleet halukkaita jatkamaan kyselytutkimusta ja näkevät sen arvon sekä kehityssuuntien näyttäjänä että ajankohtaisena, asiakkaiden mielipidettä mittaavana järjestelmänä. Tutkimusta ei todennäköisesti olisi jatkettu, jos se olisi koettu hankalasti toteutettavaksi tai hyödyttömäksi. (Raivio, 2011.)

Asiakastyytyväisyyskyselyn tuloksia on käsitelty terveyskeskusten omien työntekijöiden, johtoryhmän ja päättäjien kanssa. Joissain yksiköissä tulosten käsittely on painottunut johtoryhmään ja päätöksentekijöihin, mikä saattaa korostaa asiakaskyselyn merkitystä poliittisessa päätöksenteossa ja lähiesimiesjohtamisessa. (Raivio, 2011.)

Tuloksia on vertailtu eri työpisteiden ja terveysasemien välillä. Joissain organisaatioissa vertailua omasta sijoittumisesta on tehty suhteessa koko tutkimusalueen tuloksiin. Kaiken kaikkiaan vertailun mahdollisuutta muihin terveyskeskuksiin ja sairaanhoitopiireihin on kuitenkin käytetty niukasti. Joissain isoissa organisaatioissa on ollut käytössä myös muita asiakastyytyväisyyskyselyjä, joiden tuloksia yhdistelemällä on saatu tätä kyselyä täydentäviä tietoja. (Raivio, 2011.)

Asiakastyytyväisyyskyselyä on pidetty tärkeänä johtamisen välineenä. Kyselyn merkitystä on korostettu erityisesti oman toiminnan laadun ja muutosten arvioinnissa sekä perusteltaessa voimavarojen tarvetta. Johtamisen kannalta merkittävänä on pidetty kyselyn toistettavuutta, helppoutta, luotettavuutta ja vertailtavuutta. Kyselyä pidettiin myös kustannuksiltaan kohtuullisena. (Raivio, 2011.)

Potilas palaute on auttanut terveyskeskuksia arvioimaan oman toimintansa laatua. Potilailta saatu myönteinen palaute lisää työn mielekkyyttä arjessa. Terveyskeskusten toiminnan sisäinen ja ulkoinen vertailu auttaa kehittämään asiakaslähtöisempiä palveluita.

Kyselyä ja sen tuloksia on esitelty perusterveydenhuollon tutkimusseminaareissa, yleislääkäripäivillä ja kansainvälisissä yleislääkärikokouksissa. Tiedotusvälineet ovat olleet kiinnostuneita sekä oman alueensa tuloksista että koko tutkimusaineiston perusteella tehdyistä johtopäätöksistä.

Kritiikkiä on kohdistunut lähinnä tallennuksen, analysoinnin ja raportoinnin hitauteen. Tuloksia olisi haluttu nopeammin, ja niistä toivottiin valmiita raportteja ja koosteita.

Tulosten valmistumisen viive on saattanut johtua osittain aineiston keruun koordinoimattomuudesta osassa terveyskeskuksista. Lomakkeet on joissain tapauksissa lähetetty terveyskeskuksista yliopistolle useassa erässä ja viiveellä. Koko aineisto on saatu tallennukseen vasta, kun kaikki lomakkeet ovat saapuneet. Lomakkeiden saapumisen ja tallennukseen lähettämisen viive on ollut enimmillään kaksi kuukautta.

Toinen mahdollinen viiveen aiheuttaja on aineiston tallennuksen ajoittuminen vuodenvaihteeseen ja lomakauteen. Aineisto on kerätty syyskuussa viikolla 39, ja analyysi on yleensä valmistunut helmikuun loppuun mennessä. Tulosten valmistumisen ja raportoinnin viive on siten ollut enimmillään neljästä viiteen kuukautta.

Kehittämisehdotuksena tuli esille kaavakkeen kysymysten käyttäminen jatkuvana sähköisenä asiakaspalautteena. Kyselytutkimuskaavaketta on toivottu myös yksinkertaistettavan sen käytettävyyden parantamiseksi. Joitain kysymyksiä onkin muokattu tutkimuksen toteutuksen aikana. Tulosten vertailtavuuden varmistamiseksi kysymyksiin ei kuitenkaan voi tehdä laajoja muutoksia.

Systemaattinen potilaiden mielipiteitä mittaava perusterveydenhuollon tiedonkeruu- ja seurantajärjestelmä on toteutettavissa terveyskeskusten, yliopiston ja sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikön yhteistyöllä. Kyselytutkimus on ollut osaltaan käynnistämässä eri toimijoiden välistä yhteistä verkostoa ja yhteydenpitoa.

## 6.2.2 Potilaiden ominaisuuksien ja vastaanottokokemuksen yhteys hoidon jatkuvuuteen

Selvin positiivinen yhteys hoidon jatkuvuuteen havaittiin silloin, kun potilaat ilmoittivat vastaanotolle tullessaan, että heillä oli aiemmin nimetty omalääkäri. Muillakin perusterveydenhuollon potilaiden ominaisuuksilla sekä kokemuksilla lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotolla käynnistä oli myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen.

Monissa kansainvälisissä tutkimuksissa on osoitettu potilaan iän, sukupuolen, terveydentilan ja sosioekonomisen aseman vaikuttavan hoidon jatkuvuuden kokemukseen (Boulton et al., 2006; van Servellen et al., 2006; von Bultzingslowen et al., 2006). Omassa tutkimuksessamme tiedossa oli vastanneiden potilaiden ikä ja sukupuoli, muttei sairauksia tai sosioekonomista asemaa. Toisaalta käynnit terveyskeskuslääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla voivat kuvata epäsuorasti henkilön sairastavuutta.

Erityisesti iäkkäät ja pitkäaikaisia sairauksia sairastavat potilaat näyttävät hyötyvän hoidon jatkuvuudesta (van Servellen et al., 2006). Tutkimuksessamme iäkkäimpien

potilaiden ryhmässä koettu hoidon jatkuvuus lääkärin vastaanotolla oli parempi kuin nuoremmilla. Tulosta on pidettävä myönteisenä ja epäsuorana osoituksena suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudesta.

Niille potilasryhmille, jotka ovat iäkkäitä ja joilla on monia sairauksia tai joilla iästä riippumatta on paljon sosiaali- ja terveystalvelujen tarvetta ja käyttöä, tulisi taata perustasolla työskentelevä omalääkäri ja hoitotiimi hoidon jatkuvuuden ja koordinoimnin varmistamiseksi.

Perusterveydenhuollon potilaat arvostavat hoidon jatkuvuutta (Frederiksen et al., 2009; Vedsted et al., 2002). Hyvä vuorovaikutus, luottamus, asialliset potilasohjeet ja hoidon jatkuvuus lisäävät sekä potilaiden tyytyväisyyttä että sitoutumista hoitoonsa (Cheraghi-Sohi et al., 2008; Cocksedge, Greenfield, Nugent & Chew-Graham, 2011). Hyvä potilaan ja lääkärin välinen hoitosuhde ja hoidon jatkuvuus ovat myös laadukkaan perusterveydenhuollon tae (Greenhalgh & Heath, 2010).

Potilaan kokemuksella asioiden käsittelyn luottamuksellisuudesta lääkärin vastaanotolla oli tutkimuksessamme myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Britanniassa tehdyssä pahanlaatuisen syövän varhaista toteamisesta selvittäneessä tutkimuksessa (UK National Health Service) potilaiden luottamus ja usko omaan lääkäriin näytti olevan jopa tärkeämpää kuin hyvä saatavuus tai vapaus valita oma lääkäri. (Rogers, Gildea, Meechan & Baker 2014.)

Havaitsimme myönteisen yhteyden hoidon jatkuvuuden ja niiden potilaiden välillä, jotka olivat ei-kiireellisellä vastaanotolla tai olivat käyneet aiemmin saman sairaanhoitajan vastaanotolla. Tämä viittaa siihen, että enemmän palveluja tarvitsevien ja ei-kiireellisten vastaanottojen potilaiden hoidon jatkuvuus toteutui paremmin kuin satunnaisten tai kiireellisissä asioissa sairaanhoitajan vastaanotolla käyneiden kohdalla. Hyvä hoidon jatkuvuus syntyy sekä toimivasta palvelujärjestelmästä että potilaan kokemasta laadusta. (Gulliford et al., 2006.)

Potilaan kokemus siitä, että häntä kuunneltiin ja että hänestä oltiin kiinnostuneita, oli myönteisesti yhteydessä hoidon jatkuvuuteen sairaanhoitajan vastaanotolla. Samoin potilaan kokemuksella tiedon saannista omasta sairaudestaan ja sen hoitomahdollisuuksista oli myönteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Sairaanhoitajalla on erityinen rooli eri hoitomuotojen yhteensovittamisessa. (Mezey et al., 2004.)

Tutkimuksessamme kaikkein voimakkaimmin hoidon jatkuvuuden kokemukseen yhteydessä oleva tekijä sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla oli potilaalle aiemmin nimetty omalääkäri.

Potilaalle erikseen nimetty omalääkäri näyttää parantavan potilaiden tyytyväisyyttä, hoidon jatkuvuutta ja omaan hoitoon sitoutumista (Freeman, Olesen & Hjortdahl, 2003; Guthrie et al., 2008). Kansainvälisesti on myös pohdittu sitä, miten voitaisiin

turvata paras mahdollinen hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa (Freeman & Hughes, 2010; Reid et al., 2002).

Suomalaisessa tutkimuksessa erikoislääkärikonsultaatioiden järjestäminen siten, että hoitovastuu pysyi selvästi perusterveydenhuollon omalääkärillä, paransi potilaiden hoidon jatkuvuutta ja hoitoon sitoutumista sekä tuotti myös kustannussäästöjä (Linnala, 2005). Yleislääkärin työn menestystekijöitä selvittäneessä laadullisessa tutkimuksessa todettiin, että pitkäaikaisten potilas-lääkärisuhteiden kehittymiselle tulisi luoda edellytyksiä muun muassa vaikuttamalla lääkäriin työn määrään ja ohjaukseen (Koskela ym., 2016).

Yleislääkäri voisi toimia potilaan luotettuna neuvonantajana ja hoidon koordinaattorina, sillä hän tuntee potilaan ja hänen sairaushistoriansa pidemmältä aikaväliltä. Näin ollen yleislääkäri pyrki sovittamaan yhteen sekä potilaansa odotukset ja toiveet että eri erikoisalojen tarjoamat hoitovaihtoehdot. (Varinen, 2016.) Sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluja paljon käyttävien potilaiden hoitoketjujen parempi koordinointi saattaisi parantaa hoitoprosesseja ja vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin (Leskelä ym., 2013; Leskelä ym., 2015).

Hoidon jatkuvuus ei yksin varmista hoidon hyvää laatua (Kringos et al., 2013; Schafer et al., 2011). Koko väestön hyvinvoinnin turvaaminen ja edistäminen tulevaisuudessa edellyttää nykyisen terveydenhuollon toimintatavan laajaa muutosta. Tuotantokeskeisestä toimintamallista tulisi siirtyä asiakaskeskeiseen toimintatapaan, joka ottaa huomioon kaikkien osapuolten, myös potilaiden, voimavarat. (Koivuniemi ym., 2014; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä, 2009.) Potilaan mukaan ottaminen omaan hoitoonsa lisää hoitoon sitoutumista ja parantaa hoidon tuloksia (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä, 2010). Asiakaskeskeisessä palvelujärjestelmässä asiakkaan hoito rakentuu ehjäksi kokonaisuudeksi, jossa hoidon jatkuvuus on turvattu. Palvelujärjestelmää pitää myös arvioida, ohjata ja johtaa määrätietoisesti.

### 6.2.3 Hoidon jatkuvuuden kehityssuunta Suomessa

Hoidon jatkuvuuden kehityssuunta koko tutkimusaikana oli selvästi laskeva Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Oulun kaupungin terveyskeskuksissa niin lääkärin kuin sairaanhoitajankin vastaanotolla. Kehityssuunta on huolestuttava ja siihen vaikuttavia tekijöitä voi olla useita.

Suomalaisessa perusterveydenhuollossa on tapahtunut paljon muutoksia tutkimuksemme aineiston keruun aikana vuosina 1997–2013 (Kokko, 2006; Kokko, 2007; Kokko, 2009; Teperi, Porter, Vuorenkoski & Baron, 2009). Nämä muutokset voivat osittain selittää hoidon jatkuvuuden kehityssuunnan. Sosioekonomiset ja yhteiskun-

nalliset muutokset Suomessa ovat voineet olla niin voimakkaita, ettei potilaiden kokemaa hoidon jatkuvuus ole parantunut tutkimuksemme seuranta-aikana.

Hoidon jatkuvuuden lasku lääkärin vastaanotolla ei ollut tasaista. Merkittävin lyhyen aikavälin lasku hoidon jatkuvuudessa lääkärin vastaanotolla Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa tapahtui vuosien 2001 ja 2003 välillä. Suurimmat pudotukset jatkuvuudessa tapahtuivat Oulun kaupungissa vuosien 2006 ja 2008 sekä 2008 ja 2010 välillä. Oulussa hoidon jatkuvuus oli korkeimmillaan vuonna 1999 ja matalimmillaan tutkimuksen päätyttyä vuonna 2012.

Asteittainen omalääkärijärjestelmästä luopuminen on saattanut heikentää hoidon jatkuvuuden kokemusta erityisesti Oulun aineistoon perustuvan tutkimuksen perusteella. Toisaalta Oulussa hoidon jatkuvuuden laskuun lienee vaikuttanut myös 2000-luvun loppupuolella alkaneet lääkäreiden rekrytointivaikkeudet ja suuri vaihtuvuus.

Opetusministeriö vähensi merkittävästi lääketieteen opiskelijoiden sisäänottoa 1990-luvulla. Opiskelijoiden sisäänottomäärät pienenevät tällöin vuositasolla 350 opiskelijaan. Samaan aikaan lääketieteen opiskelijamäärän laskiessa valtion keskitettyä terveydenhuollon ohjausta purettiin. Itsenäiset kunnat ajautuivat vähitellen taloudelliseen lamaan ja perusterveydenhuollon lääkäreiden osalta myös työvoimapulaan. 2000-luvun alussa lääketieteen opiskelijoiden sisäänotto nousi 600 opiskelijaan vuodessa ja vuoteen 2016 mennessä 750 opiskelijaan vuodessa. (HY, 2016.)

Perusterveydenhuollon lisääntyneiden työtehtävien, yhä vaativampien monia sairauksia sairastavien ja ikääntyvien potilaiden taakka sekä työhön liittyvä hallinnollinen ja tietotekninen hukka ovat vähentäneet kiinnostusta terveyskeskustyöhön. Nuorista lääkäreistä joka viides on vuonna 2012 ilmoittanut olevansa halukas työskentelemään terveyskeskuksissa Sen sijaan sairaalassa, yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa työskentely kiinnostaa nuoria enemmän. (Konttinen, 2012.)

Tutkimuksemme aineiston keruun lopussa lokakuussa vuonna 2013 Suomen Lääkäriliiton terveyskeskusten johtaville lääkäreille tehdyn kyselyn perusteella vuosia jatkunut terveyskeskusten lääkäripula näytti vakiintuneen. Yli puolessa terveyskeskuksista kaikki lääkärintehtävät oli täytetty. Avoterveydenhuollon lääkäreiden viroista oli täyttämättä 6,1 %. (Parmanne, 2013.)

Terveyskeskuksissa lääkärin vastaanotolla vuosittain käyneiden potilaiden määrä väheni viidennes vuodesta 2000 vuoteen 2010 (THL, 2011a). Sinä aikana lääkäreiden määrä Suomessa on lisääntynyt 25 %, mutta tästä lisäyksestä suurin osa on suunnannut muihin tehtäviin kuin kunnallisiin terveyskeskuksiin. Lääkäriarvo on hidastanut myös pääsyä lääkärin vastaanotolle. (Parmanne, Saukkonen, Ruskoaho & Vuorio, 2010.)

Hoidon jatkuvuuden kokemukseen voi vaikuttaa tyytyväisyys palvelukokemukseen (Adler, Vasiliadis & Bickell, 2010; Salisbury et al., 2010; van Walraven, Oake, Jennings & Forster, 2010). Suomalaisessa Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksessa (Karisto, 2003) tyytyväisyys kunnan järjestämiin sosiaali- ja terveyspalveluihin oli tutkimusaikana kouluarvosanoilla mitattuna hieman lisääntynyt. Ikihyvä-tutkimuksen ajanjakso (2002–2012) oli lähes sama kuin omassa tutkimuksessamme (1998–2011), mutta tutkimusmenetelmät erosivat toisistaan. (Haapola, Karisto, Fogelholm & Airola, 2013.) Eniten arvostelua Ikihyvä-tutkimuksessa herättivät lääkäripalvelujen ja kotihoidon saatavuus. Omassa tutkimuksessamme ikäryhmittäin tarkasteltuna suurin muutos jatkuvuuden kokemuksessa tapahtui vanhimmassa ikäluokassa (yli 64-vuotiailla), jossa on yleensä myös enemmän pitkäaikaisia sairauksia ja terveyspalvelujen tarvetta.

Suomalaisten asenteita, hyvinvointipalvelujen käyttöä ja koettua hyvinvointia selvittäneen puhelinhaastattelututkimuksen otos oli 5 842 iältään 18–79-vuotiaista suomalaista, joista kyselyyn vastasi 4 226 (vastausosuus 72,3 %). Lisäksi 80 vuotta täyttäneiden käyntihaastatteluja tehtiin 372. Aineistoa täydennettiin myös rekisteritiedoilla vuosilta 2010–2013. Tutkimuksessa todettiin, että ikääntyneiden päivittäisessä toimintakyvyssä ei juuri ollut tapahtunut muutoksia, mutta yksinäisyys ja ongelmat terveyspalvelujen ja kotiavun saannissa heikensivät hyvinvointia. (Vaarama, Karvonen, Kestilä, Moisio & Muuri, 2014.)

Monissa kansainvälisissä tutkimuksissa perusterveydenhuollon potilaat näyttävät arvostavan hyvää hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta (Hjortdahl & Laerum, 1992; Saultz, 2003; Saultz & Albedaiwi, 2004; Vedsted et al., 2002). Omassa tutkimuksessamme sekä hoidon saatavuuden että jatkuvuuden kokemus laski merkittävästi erityisesti ikäihmisillä. Tämä kehityssuunta on huolestuttava.

Tutkimuksessamme havaittu laskeva kehityssuunta hoidon jatkuvuudessa saattaa osittain johtua huonosta hoidon saatavuudesta. Kansainvälisesti on käyty keskustelua hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden yhteydestä ja siitä, onko hoidon saatavuuteen kiinnitetty huomiota jopa hoidon jatkuvuuden kustannuksella. (Gerard et al., 2008; Haggerty et al., 2008.) Hoidon jatkuvuus ei voi toteutua ilman riittävää hoidon saatavuutta ja saavutettavuutta (Freeman & Hughes, 2010; Haggerty et al., 2003; Reid et al., 2002). Suomessa kunnallisen perusterveydenhuollon keskustelussa painopiste ei ole ollut hoidon jatkuvuudessa vaan saatavuudessa ja hoidon yhtenäisissä perusteissa (STM, 2015b; Voipio-Pulkki & Häkkinen, 2005).

THL:n tekemässä Suomalaisten hyvinvointi 2010 -tutkimuksessa terveyskeskuslääkärikäynnit vähenivät vuosina 2006–2009 ja vastaavasti työterveyslääkärillä käynnit lisääntyivät. Tutkimuksessa havaittiin myös väestöryhmittäisiä eroja terveyspalvelujen käytössä. Terveyskeskuspalvelujen käyttö painottui alempiin tuloryhmiin. Sen sijaan

työterveyspalveluja käyttivät eniten keski- ja suurituloiset. (Vaarama, Moisio & Karvonen, 2010.)

Hoidon jatkuvuus sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla laski Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa 15 prosenttiyksikköä (67 %–52 %) vuosina 1998–2013. Oulun kaupungin aineistossa tutkimuksen lopulla vuonna 2012 hoidon jatkuvuus sairaanhoitajan vastaanotolla oli matala (30 %). Selvää yksittäistä syytä hoidon jatkuvuuden laskemiseen sairaanhoitajan vastaanotolla on vaikea löytää.

Suomessa kauppakeskusten yhteyteen on erityisesti suurissa kaupungeissa perustettu matalan kynnyksen sairaanhoitajatasoisia vastaanottopalveluita (muun muassa terveystieteiden keskeisiä). Nämä palvelupisteet ovat parantaneet sairaanhoitajien vastaanottopalveluiden saatavuutta ja potilastyytyväisyyttä erityisesti ei-kiireellisissä asioissa. Kasvotusten tapahtuva matalan kynnyksen asiointi on selkeä lisä puhelinpalveluihin ja sähköiseen asiointiin. Se voi myös joissain tapauksissa tarjota potilaille mahdollisuuden hoidon jatkuvuuden sekä joustavan ja nopean saatavuuden kokemukseen yhtä aikaa. (Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri, 2012; Kork, Kosunen, Rimpelä & Vakkuri, 2013.)

Kansainvälisten mallien mukaan nopean saatavuuden ja toiminnan yksiköitä (open access, easy access, walk-in-clinic), joissa potilaat ovat päässeet asioimaan kiireellisissä asioissa ilman ajanvarausta ja kohtuullisella jonotusajalla myös lääkärin vastaanotolle (Kirschner et al., 2010; Rose et al., 2011; Sommers, Gunja, Finegold & Musco, 2015), on alettu pohtia myös Suomessa. Suomalaisen terveydenhuollon yhteispäivystysten kiireellisyysluokituksella on myös pyritty nopeuttamaan päivystysvastaanotolle pääsyä ja hoitoa (Kanttonen, Lloyd, Mattila, Kauppila & Menezes, 2015; Kanttonen, 2014).

Niille potilaille, jotka tarvitsevat eniten työterveyspalveluja, on kehitetty omia malleja, jotka takaisivat sekä hoidon jatkuvuuden että joustavan saatavuuden (Kangaspunta, Koskela, Soini & Rynnänen, 2014; Kork et al., 2013; Seilo et al., 2010; Vuorma & Koskela, 2012). Nopea ja helppo hoidon saatavuus ei tosin yksin takaa hoidon jatkuvuutta. Potilaiden kokema perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuden kehityssuunta on huolestuttava. Jatkuvuuden kokemuksen lasku voi osittain johtua siitä, että perusterveydenhuollon kehittämistoimenpiteet ovat olleet joko huonosti kohdennettuja tai liian hitaita muutoksen aikaansaamiseksi.

Erilaisten lainsäädännön muutosten ja valtakunnallisten kehittämishankkeiden tavoitteena on ollut sekä perustason palvelujen vahvistaminen että eriarvoisuuden vähentäminen. Suomessa säädettiin hoitoon pääsyn ja kiireettömän hoidon perusteista vuonna 2005, ja nykyinen lainsäädäntö on kuvattu terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tällä lainsäädännöllä on ollut myönteinen vaikutus erikoissairaanhoidon pääsyyn ja jonotusaikoihin koko maassa. Sen sijaan perusterveydenhuol-



lon hoidon jatkuvuuteen sillä ei ole ollut oman tutkimuksemme perusteella myönteistä vaikutusta.

Hoitotakuulainsäädäntö on saattanut heikentää hoidon koordinaatiota ja jatkuvuutta pitkäaikaissairailta tai monista eri psykososiaalisista ongelmista kärsivillä potilailla, joilla hoidon keskeisin tarve ei ole yksittäinen erikoissairaanhoidon lääketieteellinen toimenpide. Jossain tapauksissa hoitotakuu on saattanut myös heikentää monia sairauksia sairastavien ja psykososiaalista ongelmista kärsivien potilaiden hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta perustasolla, kun voimavaroja on jouduttu ensisijaisesti lisäämään erikoistalolle lainsäädännön vaatimusten varmistamiseksi.

Toisaalta hoitotakuulainsäädännön velvoite välittömän yhteydensaannin vaatimuksesta perustasolla on pakottanut viime vuosina terveyskeskuksia kehittämään puhelinpalveluaan vastasoittoperiaatteen mukaisesti. Heikkoa hoidon saatavuutta on yritetty korjata takaisinsoittomenetelmän lisäksi sähköisellä asioinnilla ja rajatulla ajanvarauksella. Takaisinsoittoperiaate onkin joillain paikkakunnilla poistanut lähes kokonaan ajanvarauksen puhelinpalvelujen tavoitettavuus- ja jonotusongelman.

Sekä lainsäädännöllä että valtakunnallisilla perusterveydenhuollon kehittämishankkeilla on pyritty vahvistamaan perusterveydenhuoltoa (STM, 2004; STM, 2008a). Erityisesti kehittämishankkeiden jalkauttaminen ja juurruttaminen on ollut haasteellista ja käytännön vaikutukset terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden arkeen ovat jääneet osin toteutumatta (STM, 2012a). Toki hyviäkin esimerkkejä kehittämishankkeiden vaikuttavuudesta on (POTKU, 2016).

Suomessa on myös keskusteltu potilaiden valinnanvapaudesta, listautumisjärjestelmästä sekä työpari- ja omalääkärimallista ja siitä, olisiko niitä mahdollista ottaa käyttöön perusterveydenhuollossa uudella lähestymistavalla (Kokko & Telaranta, 2006; Kokko, 2015; Seilo et al., 2010; Vuorma & Koskela, 2012).

Terveydenhuoltolaissa korostetaan potilaiden mahdollisuutta valita hoitopaikkansa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Julkisuudessa on käyty keskustelua siitä, onko Suomessa todellista lain tarkoittamaa valinnanvapautta ja tasa-arvoa eri alueiden kesken. Selvää tutkimusnäyttöä ei ole siitä, lisääkö valinnanvapaus perusterveydenhuollon jatkuvuutta Suomessa vai vähentääkö se sitä. Suomalaiset näyttävät lääkäriä valitessaan pitävän lääkärin ammattitaitoa merkittävimpänä tekijänä kaikissa asiakasryhmissä. (Halonen, Mäntyselkä, Vehviläinen, Takala & Kumpusalo, 2007.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet terveyserojen kaventamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi eivät sisällä suoraan tavoitetta hoidon jatkuvuudesta. Toisaalta uudistus pohjautuu olettamukseen perustason toimintojen vahvistamisesta ja asiakkaiden osallisuudesta. Uudistus on tarkoitus toteuttaa palvelujen horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla vahvistamalla palvelujen järjestäjän kantokykyä. (STM, 2016c; STM, 2016d.)



Pelkkä hallinnollinen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ei kuitenkaan takaa uudistuksen tavoitteiden saavuttamista (Niemi ym., 2015). Integraation toteuttamisen onnistuminen on myös sidoksissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön ja -kulttuuriin (Lehto, 2014). Uudistuksissa tarvitaan vahvaa poliittista sitoutumista ja laajaa ymmärrystä sekä kansainvälisistä tutkimuksista että paikallisista olosuhteista (Britnell, 2016; Forest, Denis, Brown & Helms, 2015). Väestö odottaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselta ennen kaikkea peruspalvelujen vahvistamista, sujuvia palveluja ja yhdenvertaista saatavuutta (Aalto ym., 2016).

#### 6.2.4 Kuntamuuttujien yhteys hoidon jatkuvuuteen

Tutkimuksemme osallistuneiden kuntien välillä oli merkittäviä eroja potilaiden raportoimassa hoidon jatkuvuudessa. Eri sairaanhoitopiirien välillä tilastollisesti merkittäviä eroja ei havaittu. Kunnan väestöä, sairastavuutta tai taloudellista kantokykyä kuvaavilla muuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoidon jatkuvuuteen. Vastaanottavien lääkäreiden vaje oli yhteydessä hoidon jatkuvuuteen, mutta potilaalle terveyskeskukseen nimetty omalääkäri näytti silti parhaiten varmistavan hoidon jatkuvuuden.

Tutkimusaikana Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueella syntyi useita kuntaliitoksia ja kuntien terveyskeskuksista muodostettiin yhteistoiminta-alueita. Vuodesta 2001 vuoteen 2015 koko Suomen kuntamäärä vähentyi 131:lla. Kuntien vähentymisestä 67 ajoittui vuoteen 2009 suuresta kuntaliitosten määrästä johtuen. Tätä aktiivisuutta selittää kunta- ja palvelurakennemuutoksen eli Paras-hankkeen mukainen yhdistymisavustus. Vuonna 2009 monikuntaliitosten määrä koko Suomessa oli 16 ja kuntien lukumäärä väheni niiden vuoksi 51:llä. Kuntamäärällä mitattuna suurimmat monikuntaliitokset Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella olivat Hämeenlinnan seudun kuuden kunnan liitokset vuonna 2009. (Kunnat.net, 2016.)

Vaikka kunnissa tapahtui tutkimusaikana muutoksia ja yhteistoiminta-alueiden muodostumisen myötä terveyspalvelujen tuottaja saattoi muuttua, kuntien järjestämisvastuu terveyspalveluista pysyi tutkimusaikana ennallaan. Asiakaskyselyiden tiedot saatiin terveyskeskusten eri toimipisteistä entiseen tapaan myös kuntaliitosten ja yhteistoiminta-alueiden perustamisen jälkeen. Väestön ikä- tai sukupuolirakenteessa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Suomalaisessa lääkäripalvelujen laatua selvittäneessä väestökyselyssä tutkijat huomasivat palvelujen käytössä ja koetussa saatavuudessa alueellisia ja väestöryhmittäisiä eroja (Halonen ym., 2006; Mäntyselkä ym., 2005). Tutkimuksemme vahvistaa tämän

havainnon myös jatkuvuuden osalta. Vanhusten ja pitkäaikaissairaiden kokema hoidon jatkuvuus todettiin vähäisemmäksi kuin työikäisten, joilla ei ole pitkäaikaisia sairauksia. (Mäntyselkä, Halonen, Vehvilainen, Takala & Kumpusalo, 2007.)

Yksittäisen potilaan näkökulmasta iällä ja edeltävien käyntien perusteella arvioidulla sairastavuudella oli positiivinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Kuntaperusteinen näkökulma ei tukenut näitä havaintoja. Kuntakohtainen hoidon jatkuvuus oli selvästi yhteydessä vain palvelujen järjestämistapaan ja lääkäriytyövoiman vajaukseen.

Kuntaa kuvaavilla yleisillä indikaattoreilla ei ollut merkittävää yhteyttä hoidon jatkuvuuden vaihteluun. Vaihteluun vaikuttavia kuntakohtaisia tekijöitä voi olla useita, mutta tällä tutkimusasetelmalla niitä ei saatu esiin. Kuntakohtaisten tekijöiden havaitsemiseen tarvittaisiin laadullisia tutkimusmenetelmiä.

Tutkittujen kuntien kokonaismäärä vaikuttaa tilastollisen merkitsevyyden syntymiseen. Tämän tietäen olemme esittäneet joitain havaintoja, vaikka tilastollisesti merkitseviä eroja ei ole syntynytkään. Havainnoilla voi kuitenkin olla informaatioarvoa käytännön toimijoille.

Tutkimuksessamme oli viitteitä siitä, että niissä kunnissa, joissa on vähemmän ikääntyviä ja monisairaita potilaita sekä pienemmät terveyden- ja vanhustenhuollon tarpeet ja kustannukset, potilaiden kokema hoidon jatkuvuus oli parempi. Aineiston ja tutkimustulosten perusteella emme voi olla varmoja, onko kyseessä syy vai seuraus. Köyhän ja ikääntyvän kunnan ei joka tapauksessa kannata tinkiä hoidon jatkuvuudesta. Hyvä hoidon jatkuvuus on edellytys laadukkaalle, tasapuoliselle ja kustannustehokkaalle terveydenhuollon palvelulle. (Schafer et al., 2011.)

Hyvällä hoidon jatkuvuudella tai sen puuttumisella on yhteys terveyskeskuksissa tehtävän työn järjestämiseen ja johtamiseen (Kanste, Timonen, Vuorinen & Ylitalo-Katajisto, 2012; Raivio, 2011). Tutkimuksessamme terveyskeskuksen lääkärivajeella oli käänteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Niissä terveyskeskuksissa, joissa lääkäreiden määrä on ollut riittävä, on ollut paremmat edellytykset hoidon jatkuvuuden toteuttamiseen. Pitkäaikaista luottamuksellista hoitosuhdetta ja hoidon jatkuvuutta ei voi syntyä, jos terveyskeskuksessa on potilasta kohtaamassa joka kerta eri lääkäri. (Varinen, 2016.)

Vaikka aineistossamme oli kuntien välillä suuria eroja potilaiden kokemassa hoidon jatkuvuudessa, eri sairaanhoitopiirien välillä erot tasoittuivat. Sairaanhoitopiirien sisällä eri terveyskeskusten ja yksiköiden väliset erot hoidon jatkuvuudessa olivat suuret. Nykyistä laajemmilla tuotantoalueilla yksikkökohtaiset erot hoidon jatkuvuudessa saattavat tasoittua. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi tarvitaankin mahdollisten organisaatiomuutosten lisäksi ymmärrystä paikallisista olosuhteista ja lähipalvelujen merkityksestä asiakkaille.

Hoidon jatkuvuuteen vaikuttavia tekijöitä ja vaikutuksia on lukuisia (Alazri et al., 2007; van Walraven et al., 2010). Ne voivat liittyä potilaiden ominaisuuksien lisäksi myös terveyspalvelujen organisoimiseen (Guthrie et al., 2008; Haggerty et al., 2003). Hoidon jatkuvuus on oleellinen osa laadukasta perusterveydenhuoltoa, mutta se ei yksin takaa terveydenhuollon tehokkuutta, vaikuttavuutta ja terveyshyötyä potilaille (Kringos et al., 2013).

Kannanottoja terveyspalvelujen rahoituksen, järjestämisen ja tuottamisen uudistamiseksi Suomessa on esitetty eri tahoilta (Aronkylä, Hallipelto & Kangasharju, 2010; Erhola ym., 2014; Pekurinen ym., 2011) jo ennen merkittävää poliittista yhteisymmärrystä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen uudistamisesta (STM, 2016c; STM, 2016d). Uudistamisen lähtökohtana on pidetty riittävää väestöpohjaa sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon aidon integraation ja palvelujen järjestämisen turvaamiseksi. Uudistuksessa ei ole otettu kantaa hoidon jatkuvuuteen laatu-tekijänä tai sen arvioimiseen ja varmistamiseen tulevaisuudessa.

Kaikkien potilasryhmien osalta tavoitteena ei välttämättä ole täydellinen hoidon jatkuvuus. Potilasryhmille, joilla terveyspalvelujen tarve on satunnaista, hyvä hoidon saatavuus voi olla hoidon jatkuvuutta tärkeämpi arvo. Terveyspalveluja on kohdennettava tulevaisuudessa erityisesti niille potilasryhmille, jotka tarvitsevat eniten suunnitelmallista hoitoa. (Komulainen ym., 2012; Kringos et al., 2013; Leskelä ym., 2013; Schafer et al., 2011; WHO, 2012.)

Palveluja eniten tarvitsevat ja käyttävät potilaat hyötyvät eniten myös hoidon jatkuvuudesta (Leskelä ym., 2013). Tutkimuksessamme merkittävin hoidon jatkuvuuteen vaikuttava muuttuja oli potilaalle aiemmin nimetty omalääkäri. Eniten palveluja tarvitseville ja käyttäville tulisikin taata omalääkäri hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi.

## 7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Tutkimuksen tärkeimmät tulokset

Terveyskeskukset osallistuivat Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueella toteutettuun kyselytutkimukseen kattavasti ja toistuvasti. Helposti toteutettavana ja toistettavana potilaskysely antoi hyvät mahdollisuudet terveyskeskuksen oman toiminnan arviointiin ja vertailuun.

Sekä potilaskohtaisilla muuttujilla että vastaanoton laatutekijöillä oli yhteys hoidon jatkuvuuteen lääkärin vastaanotolla. Merkittävin yksittäinen hoidon jatkuvuutta selittävä muuttuja oli potilaalle aiemmin nimetty omalääkäri.

Potilaita kuvaavilla ominaisuuksilla ja vastaanoton laatutekijöillä oli yhteys hoidon jatkuvuuteen terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan vastaanotolla. Vastaanottokäynnin kiireellisyys ja aiemmin nimetty omalääkäri sekä potilaan kokemukset siitä, että hoitaja kuunteli häntä, olivat voimakkaimmin yhteydessä hoidon jatkuvuuteen.

Hoidon jatkuvuus laski merkittävästi vuosina 1998–2013 Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla. Jatkuvuuden vaihtelu eri terveyskeskusten välillä oli suurta, mutta sairaanhoitopiirien välillä erot tasoittuivat. Oulun kaupungin terveyskeskuksessa hoidon jatkuvuus sekä lääkärin että hoitajan vastaanotoilla laski merkittävästi.

Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueella olevien kuntien välinen hajonta hoidon jatkuvuudessa oli suurta. Mikään tutkituista kuntia kuvaavista muuttujista ei selittänyt hoidon jatkuvuuden kuntakohtaisia eroja. Potilaalle nimetty omalääkäri näytti voimakkaimmin tukevan hoidon jatkuvuutta riippumatta kuntien ja väestöjen eroista.

## 7.2 Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusehdotukset

### 7.2.1 Hoidon jatkuvuuden mittaaminen

Luotettava mittaaminen ja tutkiminen ovat edellytyksiä oikean tiedon saamiseksi. Pitkäaikaisella, samalla menetelmällä toistetulla kyselytutkimuksella voidaan saada selville kehityssuuntia, mutta myös tietoa tekijöistä, joilla on yhteys hoidon jatkuvuuteen.

Hoidon jatkuvuudella on merkitystä potilaalle, terveydenhuollon ammattilaiselle sekä terveydenhuollon palvelujen järjestäjälle ja tuottajalle. Sillä on osoitettu olevan yhteys potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen, turvallisuuden tunteeseen ja luottamukseen. Lääkärin ja sairaanhoitajan työssä hoidon jatkuvuus vahvistaa vuorovaikutustaitoja ja yhteistä kumppanuutta potilaan kanssa

Terveydenhuollon tutkimuksessa ja kehittämisessä tulisi yhä enemmän arvioida asiakkaiden kokemuksia palveluista. Terveyspalveluiden asiakaslähtöinen ajattelu tarkoittaa potilaiden osallisuuden, omahoidon ja hoidon jatkuvuuden tukemista.

Terveydenhuollon laadun varmistamiseksi asiakaskyselyjen vastauksia tulisi arvioida johdon ja poliittisten päättäjien lisäksi myös työntekijöiden kanssa ja tiimeissä, joissa moniammatillinen potilaiden kohtaaminen käytännössä tapahtuu.

### 7.2.2 Kehittämistoimet

Hoidon jatkuvuus on keskeinen perusterveydenhuollon laatuun, kokonaisvaltaisuuteen, yhteistyöhön, tehokkuuteen ja kustannuksiin sekä väestön terveyteen vaikuttava tekijä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien tietoisuutta hoidon jatkuvuuden merkityksestä tulisi lisätä. Jatkuvuuden seuranta keskeisenä laadun mittarina pitäisi määrittää kansallisesti. Erilaisten muutosten ja kehittämistoimien vaikutukset hoidon jatkuvuuteen tulisi arvioida asiakaslähtöisesti.

Uusien sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallien kehittämisen lähtökohtana tulisi olla hoidon tarpeessa olevan ihmisen arjessa pärjääminen ja sujuvat palveluprosessit. Hyvä hoidon jatkuvuus tukee sekä arjessa pärjäämistä että palvelujen yhteensovittamista.

Merkittävin hoidon jatkuvuuteen vaikuttava muuttuja on potilaalle aiemmin nimetty omalääkäri. Eniten sosiaali- ja terveystoimintaa tarvitseville ja käyttäville tulisi taata omalääkäri ja hoitotiimi.

## 8 KIITOKSET

Tämä tutkimus on tehty yhteistyössä Tampereen yliopiston lääketieteen yksikön yleislääketieteen ryhmän sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön kanssa.

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen eli Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Oulun kaupungin terveystieteiden keskuksissa.

En aavistanut keväällä 2007, millaiselle matkalle olin lähdössä, kun lupauduin professori Kari Mattilan pyynnöstä tutkimusryhmään, joka selvitti asiakastytytyvää sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveystieteiden keskuksissa. Matka tutkijana on ollut pitkä, mutta opettavainen.

Kiitän lämpimästi väitöskirjani ohjaajia professori Kari Mattilaa ja dosentti Doris Holmberg-Marttilaa, jotka ovat kärsivällisesti kannustaen ohjanneet minua kaikissa väitöskirjani vaiheissa. He ovat ymmärtäneet tutkijan arjen haasteita ja tukeneet tutkimustyötäni lisäksi minua monin tavoin myös nykyisessä työssäni.

Kiitän väitöskirjani esitarkastajia professori Päivi Korhosta ja professori Pekka Honkasta tärkeistä ja asiallisista kommentteista väitöskirjani käsikirjoitukseen.

Kiitän kaikkia osajulkaisuissani mukana olleita kirjoittajia, jotka ovat väitöskirjani ohjaajien Karin ja Doriksen lisäksi LL Juhani Jääskeläinen, LL Tuula Arvonon, LL Seppo Voutilainen ja professori Eija Paavilainen. On ollut hienoa tehdä yhteistyötä kanssanne.

Kiitokset väitöskirjani suomen kielen tarkastajalle Henriikka Kuroselle erinomaisesta työstä. Kiitän väitöskirjani englanninkielisten osajulkaisujen tarkastajia Robert MacGilleonia ja Kristiina Helanderia.

Kiitän Tampereen yliopiston yleislääketieteen alan väitöskirjan tekijöiden Verta-ryhmää arvokkaista neuvoista. Erityisesti haluan kiittää LT Kaisa Turusta, LT Riitta Salusta, LT Kirsti Kähärää ja LT Risto Kurosta käytännön tuesta. Kiitän myös Tampereen yliopiston Lääketieteen yksikön yleislääketieteen ryhmän työntekijöitä yhteis-

työstä ja kannustuksesta tutkijan urallani. Kiitos koko Acta-toimitukselle ja erityisesti Sirpa Randellille sekä Soile Levälähdelle.

Kiitän kaikkia työyhteisöjäni ja esimiehiäni tällä tutkimusmatkallani kannustuksesta ja tutkimuksen tekemisen mahdollisuudesta. Kiitän erityisesti oman yksikköni henkilökuntaa Annaa, Erjaa, Hannelea, Pirjoa, Ristoa ja Saria kärsivällisyydestä ja tuesta.

Kiitän kyselytutkimukseen osallistuneita terveyskeskuksia, henkilökuntaa ja potilaita. Teidän ansiostanne tutkijoilla on käytettävissään arvokas aineisto.

Kiitän Suomalaista Lääkäriseuraa Duodecimia mahdollisuudesta tutkijaviikkoihin Viktorinrannassa.

Kiitän lämpimästi kaikkia rakkaita sukulaisiani ja ystäviäni läsnäolosta ja tuesta koko elämäni ajan. Kiitän erityisesti lapsiani Ronjaa, Tuulia, Ilpoa ja Heiniä. Olette tuoneet minulle vanhemmuuden ilon. Lämmin kiitos vaimolleni Karitalle ilosta ja onnesta, jota olen saanut kokea kanssasi arjessa ja juhlassa.

Työhöni olen saanut taloudellista tukea Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen kilpailutettavasta valtion tutkimusrahoituksesta ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköstä.

## 9 KIRJALLISUUSLUETTELO

- AAFP (2015). The American Academy of Family Physicians Policies: Definition of continuity of care. <http://www.aafp.org/about/policies/all/definition-care.html> (4.7.2016).
- Aalto, A., Manderbacka, K., Muuri, A., Karvonen, S., Junnila, M. & Pekurinen, M. (2016). *Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalouden uudistamisesta?* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Aboulgate, A., Abel, G., Elliott, M. N., Parker, R. A., Campbell, J., Lyratzopoulos, G. & Roland, M. (2012). Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(601), e567-75. doi:10.3399/bjgp12X653624
- ACA (2016). The Affordable Care Act. <http://www.hhs.gov/healthcare/about-the-law/index.html> (4.7.2016).
- Adler, R., Vasiliadis, A. & Bickell, N. (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: A systematic review. *Family Practice*, 27(2), 171-178. doi:10.1093/fampra/cmp099
- Alazri, M., Heywood, P., Neal, R. D. & Leese, B. (2007). Continuity of care: Literature review and implications. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 7(3), 197-206.
- Alonge, O., Gupta, S., Engineer, C., Salehi, A. S. & Peters, D. H. (2015). Assessing the pro-poor effect of different contracting schemes for health services on health facilities in rural Afghanistan. *Health Policy and Planning*, 30(10), 1229-1242. doi:10.1093/heapol/czu127
- Aromaa, A., Linnala, A., Maijanen, T. & Mattila, K. (toim.). (1998). *Yksityislääkärit omalääkäreinä: Raportti kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta*. Helsinki: Kansaneläkelaitos, sosiaaliturvan tutkimuslaitos.
- Aronkytö, T. (2010). *Terveydenhuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa: Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia*. Helsinki: Sitra.
- Aronkytö, T., Hallipelto, A. & Kangasharju, A. (2010). Teoksessa Aronkytö T., Hallipelto A. ja Kangasharju A. (toim.), *Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä*. Helsinki: Sitra.
- Aspinal, F., Gridley, K., Bernard, S. & Parker, G. (2012). Promoting continuity of care for people with long-term neurological conditions: The role of the neurology nurse specialist. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2309-2319. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05928.x
- Baker, R., Boulton, M., Windridge, K., Tarrant, C., Bankart, J. & Freeman, G. K. (2007). Interpersonal continuity of care: A cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(537), 283-289.
- Beach, M. C., Inui, T. & Relationship-Centered Care Research Network. (2006). Relationship-centered care. A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine*, 21 Suppl 1, S3-8. doi:JGI302



- Boulton, M., Tarrant, C., Windridge, K., Baker, R. & Freeman, G. K. (2006). How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(531), 749-755.
- Bowler, M. (2009). Exploring patients' experiences of a community matron service using storybooks. *Nursing Times*, 105(24), 19-21.
- Breslau, N. & Reeb, K. G. (1975). Continuity of care in a university-based practice. *J Med Educ*, 50, 965-969.
- Britnell, M. (2016, March 1st). The five principles behind the world's most efficient health systems. *The Guardian*.
- Brookhart, M. A., Patrick, A. R., Schneeweiss, S., Avorn, J., Dormuth, C., Shrank, W. & Solomon, D. H. (2007). Physician follow-up and provider continuity are associated with long-term medication adherence: A study of the dynamics of statin use. *Archives of Internal Medicine*, 167(8), 847-852. doi:167/8/847
- Broom, D. H. (2003). Familiarity breeds neglect? Unanticipated benefits of discontinuous primary care. *Family Practice*, 20(5), 503-507.
- Burge, F., Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Levesque, J. F., Beaulieu, C. & Santor, D. A. (2011). Relational continuity from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthcare Policy = Politiques De Sante*, 7(Spec Issue), 124-138.
- Cabana, M. D. & Jee, S. H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of Family Practice*, 53(12), 974-980. doi:jfp\_1204\_5312i
- Chao, J. (1988). Continuity of care: Incorporating patient perceptions. *Family Medicine*, 20(5), 333-337.
- Cheraghi-Sohi, S., Hole, A. R., Mead, N., McDonald, R., Whalley, D., Bower, P. & Roland, M. (2008). What patients want from primary care consultations: A discrete choice experiment to identify patients' priorities. *Annals of Family Medicine*, 6(2), 107-115. doi:10.1370/afm.816
- Clemens, J. & Bacchus, B. (2014, June 13th). If universal health care is the goal, don't copy Canada. <http://www.forbes.com/sites/#/sites/theapothecary/2014/06/13/if-universal-health-care-is-the-goal-dont-copy-canada/> (4.7.2016).
- Cocksedge, S., Greenfield, R., Nugent, G. K. & Chew-Graham, C. (2011). Holding relationships in primary care: A qualitative exploration of doctors' and patients' perceptions. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(589), e484-91. doi:10.3399/bjgp11X588457
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75-85. doi:10.1377/hlthaff.28.1.75
- Cowie, L., Morgan, M., White, P. & Gulliford, M. (2009). Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(2), 82-87. doi:10.1258/jhsrp.2009.008111
- Dictionary.com. (2016a). Care/ define care at dictionary.com. <http://dictionary.reference.com/browse/care> (4.7.2016).
- Dictionary.com. (2016b). Continuity/ define continuity at dictionary.com. <http://dictionary.reference.com/browse/continuity> (4.7.2016).
- Donaldson, M. S. (2001). Continuity of care: A reconceptualization. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 58(3), 255-290.
- Duodecim (2016). Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu> (4.7.2016).

- Dy, S. M., Apostol, C., Martinez, K. A. & Aslakson, R. A. (2013). Continuity, coordination, and transitions of care for patients with serious and advanced illness: A systematic review of interventions. *Journal of Palliative Medicine*, 16(4), 436-445. doi:10.1089/jpm.2012.0317
- Edward, A., Kumar, B., Kakar, F., Salehi, A. S., Burnham, G. & Peters, D. H. (2011). Configuring balanced scorecards for measuring health system performance: Evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan. *PLoS Medicine*, 8(7), e1001066. doi:10.1371/journal.pmed.1001066
- Ejlertsson, G. (1981). *Pruduktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning*. Doctor of medicine dissertation.
- El Arifeen, S., Christou, A., Reichenbach, L., Osman, F. A., Azad, K., Islam, K. S. & Peters, D. H. (2013). Community-based approaches and partnerships: Innovations in health-service delivery in Bangladesh. *Lancet (London, England)*, 382(9909), 2012-2026. doi:10.1016/S0140-6736(13)62149-2
- Erhola, M., Vaarama, M., Pekurinen, M., Jonsson, P. M., Junnila, M., Hämäläinen, P. & Linnosmaa, I. (2014). *SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos:
- ETENE (2001). *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. ETENE-julkaisuja 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- ETENE (2011). *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- ETENE (2016). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta. <http://etene.fi/etusivu> (4.7.2016).
- EURACT (2016). The European Definition of General Practice/Family Medicine. <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/94-european-definition-of-general-practicefamily-medicine-2005-full-version> (4.7.2016).
- Fairhurst, K. & May, C. (2006). What general practitioners find satisfying in their work: Implications for health care system reform. *Annals of Family Medicine*, 4(6), 500-505. doi:4/6/500
- Fan, V. S., Burman, M., McDonell, M. B. & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 226-233. doi:JG140135
- Flocke, S. A. (1997). Measuring attributes of primary care: Development of a new instrument. *The Journal of Family Practice*, 45(1), 64-74.
- Forest, P. G., Denis, J. L., Brown, L. D. & Helms, D. (2015). Health reform requires policy capacity. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(5), 265-266. doi:10.15171/ijhpm.2015.85
- Frederiksen, H. B., Kragstrup, J. & Dehlholm-Lambertsen, G. (2009). It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Family Practice*, 10, 47-2296-10-47. doi:10.1186/1471-2296-10-47
- Freeman, G. (2008). Urban continuity of general practice in the new century. <https://www.rnzcgp.org.nz/assets/documents/Publications/Archive-NZFP/feb-2008-NZFP-Vol-35-No-1/FreemanFeb08.pdf> (4.7.2016).
- Freeman, G. & Hjortdahl, P. (1997). What future for continuity of care in general practice? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 314(7098), 1870-1873.
- Freeman, G. & Hughes, J. (2010). *Continuity of care and the patient experience*. (Research paper). London, England: The King's Fund. (An Inquiry into the Quality of General Practice in England.)

- Freeman, G., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Haggerty, J. & Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006: What have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?* London: National Institute for Health Research.
- Freeman, G. K. (1989). Receptionists, appointment systems and continuity of care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39(321), 145-147.
- Freeman, G. K., Olesen, F. & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: An essential element of modern general practice? *Family Practice*, 20(6), 623-627.
- Freeman, G. K. & Richards, S. C. (1990). How much personal care in four group practices? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 301(6759), 1028-1030.
- Gabel, L. L., Lucas, J. B. & Westbury, R. C. (1993). Why do patients continue to see the same physician? *Family Practice Research Journal*, 13(2), 133-147.
- Gerard, K., Salisbury, C., Street, D., Pope, C. & Baxter, H. (2008). Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13 Suppl 2, 3-10. doi:10.1258/jhsrp.2007.007087
- Gray, D. P., Evans, P., Sweeney, K., Lings, P., Seamark, D., Seamark, C. & Bradley, N. (2003). Towards a theory of continuity of care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4), 160-166.
- Greenhalgh, T. & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship*. (The King's Fund Inquiry into the Quality of General Practice in England: Discussion Paper 2. No. 2). England: The King's Fund, England.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P. & Szecsenyi, J. (1999). Patients' priorities with respect to general practice care: An international comparison. European task force on patient evaluations of general practice (EUROPEP). *Family Practice*, 16(1), 4-11.
- Gruninger, U. (2009). Primary Care 2009:9 no 15. the Wonca tree. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2009/2009-15/2009-38-273.pdf> (4.7.2016).
- Gulliford, M., Cowie, L. & Morgan, M. (2011). Relational and management continuity survey in patients with multiple long-term conditions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(2), 67-74. doi:10.1258/jhsrp.2010.010015
- Gulliford, M., Naithani, S. & Morgan, M. (2005). Continuity of care. *Family Medicine*, 37(10), 687-8; author reply 688.
- Gulliford, M., Naithani, S. & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(4), 248-250. doi:10.1258/135581906778476490
- Gulliford, M. C., Naithani, S. & Morgan, M. (2007). Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Family Practice*, 24(3), 245-251. doi:cmm014
- Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K. & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a867. doi:10.1136/bmj.a867
- Haapola, I., Karisto, A., Fogelholm, M. & Airola, R. (2013). Teoksessa Haapola I., Karisto A., Fogelholm M. ja Airola R. (toim.), *Vanhuusikä muutoksessa Ikäihyvä Päijät-Häme-tutkimuksen tuloksia 2002–2012*. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Haggerty, J., Burge, F., Levesque, J. F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M. D. & Santor, D. (2007). Operational definitions of attributes of primary health care: Consensus among Canadian experts. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344. doi:5/4/336
- Haggerty, J. L., Burge, F., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Bouharaoui, F., Beaulieu, C. & Levesque, J. F. (2011). Management continuity from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthcare Policy = Politiques De Sante*, 7(Spec Issue), 139-153.

- Haggerty, J. L., Levesque, J. F., Hogg, W. & Wong, S. (2013). The strength of primary care systems. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346, f3777. doi:10.1136/bmj.f3777
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. & Rodrigue, J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*, 6(2), 116-123. doi:10.1370/afm.802
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7425), 1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219
- Hagman, E. & Johansson, M. (1985). Hoidon jatkuvuus -käsitteen sisältö. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 40(21), 2006-2008.
- Halonen, P., Mäntyselkä, P., Vehviläinen, A., Takala, J. & Kumpusalo, E. (2007). Lääkäriin ammattitaito on tärkein tekijä, kun asiakas valitsee lääkärin. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 62(43), 4013-4018.
- Halonen, P., Vehviläinen, A., Mäntyselkä, P., Takala, J., Lehto, S., Kaitokari, P. & Kumpusalo, E. (2006). Lääkäripalvelujen laatu väestön arvioimana. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 61(15-16), 1739-1744.
- Hansen, P. M., Peters, D. H., Edward, A., Gupta, S., Arur, A., Niayesh, H. & Burnham, G. (2008). Determinants of primary care service quality in afghanistan. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 20(6), 375-383. doi:10.1093/intqhc/mzn039
- HCC (2013). Health council of Canada, better health, better care, better value for all: Refocusing health care reform in Canada, September 2013. [http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt\\_det.php?id=773#sthash.dwgJC5sI.dpuf](http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=773#sthash.dwgJC5sI.dpuf) (4.7.2016).
- Heaton, J., Corden, A. & Parker, G. (2012). 'Continuity of care': A critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *International Journal of Integrated Care*, 12, e12.
- Heinänen, T., Mäntyranta, T., Maijanen, S. & Kaila, M. (2011). Lämpimurtomallilla terveyshyötyä tuottamaan. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 66(22), 1841-1845.
- Helin, A. & Mäkelä, M. (1997). Yleislääkärin työn laatu potilaan näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 52(31), 3641-3644.
- Helin, A., Mäkelä, M., Outinen, M. & Hinkkanen, S. (1998). Uusi valtakunnallinen vertailumittari: Yleislääkärin vastaanoton laatu. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 53(17), 2081-2086.
- Hjortdahl, P. (1992). *Continuity of care in general practice. A study related to ideology and reality in continuity of care in Norwegian general practice.*
- Hjortdahl, P. & Borchgrevink, C. F. (1991). Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 303(6811), 1181-1184.
- Hjortdahl, P. & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 304(6837), 1287-1290.
- Howie, J. G., Heaney, D. J., Maxwell, M., Walker, J. J., Freeman, G. K. & Rai, H. (1999). Quality at general practice consultations: Cross sectional survey. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 319(7212), 738-743.
- Hummers-Pradier, E. et al. (2009). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care. European general practice research network, Maastricht 2009. [http://www.egprn.org/files/userfiles/file/research\\_agenda\\_for\\_general\\_practice\\_family\\_medicine.pdf](http://www.egprn.org/files/userfiles/file/research_agenda_for_general_practice_family_medicine.pdf) (4.7.2016).

- HY (2016). Helsingin yliopisto. <http://www.med.helsinki.fi/peruskoulutus/opiskelijaksi/hakuopas.html> (4.7.2016).
- Johns, C. J., Simborg, D. W., Blum, B. I. & Starfield, B. H. (1977). A minirecord: An aid to continuity of care. *The Johns Hopkins Medical Journal*, 140(6), 277-284.
- Kangaspunta, V., Koskela, T., Soini, E. & Ryyänen, O. (2014). Potilaiden arvioon terveyskeskuskäynnin hyödyistä vaikuttavat tekijät. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 69(22), 1654-1659.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Kanste, O., Timonen, O., Vuorinen, A. & Ylitalo-Katajisto, K. (2012). Asiakasvastaavatoiminta tehostaa palveluita terveyskeskuksissa. *Yleislääkäri – Allmänläkaren*, 27(2), 9-12.
- Kantonen, J. (2014). *Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kantonen, J., Lloyd, R., Mattila, J., Kauppila, T. & Menezes, R. (2015). Impact of an ABCDE team triage process combined with public guidance on the division of work in an emergency department. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(2), 74-81. doi:10.3109/02813432.2015.1041825
- Karisto, A. (2003). *Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti*. Helsinki: Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia.
- Kearley, K. E., Freeman, G. K. & Heath, A. (2001). An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 51(470), 712-718.
- Keinänen-Kiukaanniemi, S. (1991). Hoidon jatkuvuus. Teoksessa E. Kumpusalo, M. Ellonen, S. Keinänen-Kiukaanniemi & K. Mattila (toim.), *Yleislääketiede* (1st ed., pp. 112-117). Duodecim.
- Kekki, P. (1982a). Potilashoidon jatkuvuus ja koordinaatio terveyskeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 37(24), 2108-2112.
- Kekki, P. (1982b). Terveyskeskuksen lääkäripalvelu – käyttö, sisältö ja hoidon jatkuvuus. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 37(23), 2021-2027.
- Kekki, P. (1985). *Perusterveydenhuollon tehokkuus. hoidon jatkuvuuden käsitteistö, määritelmät ja mittaaminen kolmessa maassa*. (Yleislääketieteen laitoksen julkaisuja 3.) Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kekki, P. & Kunnamo, I. (2005). Hoidon jatkuvuus. Teoksessa E. Kumpusalo, M. Ahto, K. Eskola, S. Keinänen-Kiukaanniemi, E. Kosunen, I. Kunnamo & J. Lohi (toim.), *Yleislääketiede* (1st ed., pp. 195-200). Duodecim.
- Kela (2011). Kelan terveyspuntari. [http://raportit.kela.fi/ibi\\_apps/WFServlet?IBIF\\_ex=nit079al](http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=nit079al) (4.7.2016).
- Kela (2016). Kelan terveyspuntari. sairastavuusindeksin laskeminen. [http://www.kela.fi/terveyspuntari\\_miten-indeksiluvut-lasketaan](http://www.kela.fi/terveyspuntari_miten-indeksiluvut-lasketaan) (4.7.2016).
- Kerr, J. R., Schultz, K. & Delva, D. (2012). Two new aspects of continuity of care. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 58(8), e442-9. doi:58/8/e442
- Kielitoimiston sanakirja (2014). Kotimaisten kielten keskus. Kielikone. (Eds.), *Kielitoimiston sanakirja*. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus.
- Kirschner, K., Braspenning, J., Maassen, I., Bonte, A., Burgers, J. & Grol, R. (2010). Improving access to primary care: The impact of a quality-improvement strategy. *Quality & Safety in Health Care*, 19(3), 248-251. doi:10.1136/qshc.2008.031526
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. (2011). *Kohti asiakkuutta: Ihmistä arvostava terveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim.



- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirso, P. & Mattelmäki, U. (2014). *Terveydenhuollon kompassi: Avain asiakkuuteen*. Helsinki: Duodecim.
- Kokko, S. (2006). News from the Nordic Colleges of General Practitioners. Developments in Finnish general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(1), 1-2. doi:T846T3423228731T
- Kokko, S. (2007). Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(3), 131-132. doi:781906039
- Kokko, S. (2009). Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *International Journal of Integrated Care*, 9, e86.
- Kokko, S. (2015). Omalääkärijärjestelmä pitäisi päivittää. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 70(39).
- Kokko, S. & Telaranta, T. (2006). Perusterveydenhuollon tila 2006. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 61(49-50), 5215-5218.
- Komulainen, J., Mäkinen, R., Rintala, R. & Mäntyranta, T. (2012). Kansallisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta tuli yhtenäinen. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 67(3), 173-176.
- Konttinen, J. (2012). Missä lääkäri luuraa? *Helsingin Sanomat*.
- Kork, A., Kivimäki, R., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. (2012). Teoksessa Kork A., Kivimäki R., Rimpelä A. ja Vakkuri J. (toim.), *Matalan kynnyksen sairaanhoitajavastaanotto: Perusterveydenhuollon palvelua kauppakeskuksessa. Lahden terveyskioskin loppuarviointi*. Helsinki: Sitra.
- Kork, A., Kosunen, E., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. (2013). Terveyskioskikokeilut – jotain uutta, jotain vanhaa. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 68(21), 1581-1586.
- Koskela, T., Halla, M., Viitaniemi, T. & Mäntyselkä, P. (2016). Yleislääkärin työn menestystekijät. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 71(1-2), 47-54.
- Kotimaisten kielten keskus (2016). Kielitoimiston sanakirja. <http://www.kielitoimiston-sanakirja.fi/netmot.exe?Opt=256&ListWord=jatkuva&SearchWord=jatkuvuus&dic=1&page=results&UI=fi80> (4.7.2016).
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. & Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(616), e742-50. doi:10.3399/bjgp13X674422
- Kumpusalo, E., Ellonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Mattila, K. (toim.). (1991). *Yleislääketiede* (1st ed.). Helsinki: Duodecim.
- Kumpusalo, E., Ahto, M., Eskola, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E., Kunnamo, I. & Lohi, J. (2005). *Yleislääketiede*. Helsinki: Duodecim.
- Kunnat.net. (2011a). Kuntien vuoden 2011 verotiedot, kunnat.net. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/avoin-data/Sivut/default.aspx>; <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/kuntatalous/verot-valtionosuudet/kuntien-vuoden-2010-verotiedot/Sivut/default.aspx> (4.7.2016).
- Kunnat.net. (2011b). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/nettokustannukset/Sivut/default.aspx> (4.7.2016).
- Kunnat.net. (2015a). Kuntaliiton tiedote. <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/04/Sivut/tyytyvaisuus-terveyspalveluihin-selvassa-nousussa.aspx> (4.7.2016).

- Kunnat.net. (2015b). Esitys: Suurten kaupunkien terveysasemavertailu. [http:// www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/04/terveysasemaselvitys/20150417\\_Suurten%20kaupunkien%20terveysasemavertailu%202015\\_Kuntaliiton%20tiedoteliite.pdf](http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/04/terveysasemaselvitys/20150417_Suurten%20kaupunkien%20terveysasemavertailu%202015_Kuntaliiton%20tiedoteliite.pdf) (4.7.2016).
- Kunnat.net. (2016). Aiemmat kuntaliitokset. Kaksi suurta kuntaliitosaaltoa. <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntaliitokset/aiemmatkuntaliitokset/Sivut/default.aspx> (4.7.2016).
- Kuntalaki 410/2015.
- Kuronen, R. (2015). *Valtimotautiriskiin liittyvät Käypä hoito -suositukset: Tutkimus terveydenhuollon ammattilaisilla*. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 1582.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (2009). *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim.
- Lehto, J. (2014). Valtiojohtoisiin maksikuntayhtymiin ”täydellisesti integroitu” sosiaalihuolto. *SOTE-uudistuksen kipupisteitä ja uusia avauksia* (pp. 15-22). Huoltajasäätiö.
- Leighton, Y., Clegg, A. & Bee, A. (2008). Evaluation of community matron services in a large metropolitan city in England. *Quality in Primary Care*, 16(2), 83-89.
- Leleu, H. & Minvielle, E. (2013). Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: Analysis of national insurance data. *PloS One*, 8(8), e71669. doi:10.1371/journal.pone.0071669
- Leskelä, R., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013). Paljon sosiaali- ja terveystalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 68(48), 3163-3169.
- Leskelä, R., Silander, K., Komssi, V., Koukkula, L., Soppela, J. & Lehtonen, L. (2015). Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 70(43), 2865-2872.
- Levesque, J. F., Haggerty, J. L., Burge, F., Beaulieu, M. D., Gass, D., Pineault, R. & Santor, D. A. (2011). Canadian experts' views on the importance of attributes within professional and community-oriented primary healthcare models. *Healthcare Policy = Politiques De Sante*, 7(Spec Issue), 21-30.
- Linnala, A. (2005). *Private specialists as consultants to general practitioners*. Helsinki, Kela.
- Länsimäki, M. (1994). Mitä sana hoitaminen tarkoittaa? *Kielikello: Kielenhuollon Tiedotuslehti*, (2), 27-29.
- Mainous, A. G., 3rd & Gill, J. M. (1998). The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: Is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 88(10), 1539-1541.
- Mainous, A. G., 3rd & Salisbury, C. (2009). Advanced access, open access, and continuity of care: Should we enforce continuity? *Family Medicine*, 41(1), 57-58.
- Mattila, K. (2014). Yksityislääkärit omalääkäreinä. *Yleislääkäri – Allmänläkaren*, 29(8), 8-14.
- Mattila, K. & Niskanen, T. (2002). Teoksessa Mattila K. & Niskanen T. (toim.), *Terveydenhuolto informaatio-ohjauksessa. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueellisen yhteistyöryhmän loppuraportti*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- McWhinney, I. (1982). Continuity of care. *The Journal of Family Practice*, 15(5), 847-848.

- McWhinney, I. R. (1998). Primary care: Core values. Core values in a changing world. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 316(7147), 1807-1809.
- Mezey, M., Kobayashi, M., Grossman, S., Firpo, A., Fulmer, T. & Mitty, E. (2004). Nurses improving care to health system elders (NICHE): Implementation of best practice models. *The Journal of Nursing Administration*, 34(10), 451-457. doi:00005110-200410000-00005
- Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) (2004). *Terveyspalveluiden suunnittelu*. Helsinki: Duodecim.
- Mäntyselkä, P. & Koskela, T. (2014). Eurooppalainen yleislääketieteen tutkimusagenda. *Duodecim*, 130(10), 1019-1023.
- Mäntyselkä, P., Halonen, P., Vehviläinen, A., Lehto, S., Kaitokari, P., Takala, J. & Kumpusalo, E. (2005). Väestökyselyn tulokset lääkäripalvelujen käytöstä: Lääkäripalvelujen laatu Suomessa 2004 -tutkimus. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 60(51-52), 5285-5291.
- Mäntyselkä, P., Halonen, P., Vehviläinen, A., Takala, J. & Kumpusalo, E. (2007). Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 27-32. doi:771179016
- Neuberger, J. (1998). Primary care: Core values. Patients' priorities. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 317(7153), 260-262.
- NHS CHOISES (2016). NHS Choises Website, Common health questions. What is NHS continuing healthcare?
- Niemi, A., Ranta, S., Kuosmanen, P., Rajala, J., Torkki, P. & Jämsén, A. (2015). Toiminnan integraatio kuuluu soten ytimeen. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 70(44), 2930-2931.
- Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J. & Stange, K. C. (2003). Continuity of primary care: To whom does it matter and when? *Annals of Family Medicine*, 1(3), 149-155.
- Nuutinen, L., Nuutinen, M. & Erhola, M. (2004). Käypä hoito -suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. *Duodecim*, 120(24), 2955-2962.
- Nuutinen, M. (2012). *Alueellisen hoito-ohjelman ja hoitoketjun luominen lääkärin tietokantoihin. Terveysportti. Hoitoketjut 2012*. (Guideline). Duodecim.
- Opetushallitus. (2016). Funktion jatkuvuus. [http://www02.oph.fi/etalukio/pitka\\_matematiikka/kurssi7/maa7\\_teorია9.html](http://www02.oph.fi/etalukio/pitka_matematiikka/kurssi7/maa7_teorია9.html) (4.7.2016).
- Ottmar, J., Blackburn, B., Phillips, R. L., Jr, Peterson, L. E. & Jaen, C. R. (2015). Family physicians' ability to perform population management is associated with adoption of other aspects of the patient-centered medical home. *Population Health Management*, 18(2), 72-78. doi:10.1089/pop.2014.0023
- Parempi Arki. (2016). Väli-Suomen Parempi Arki -hanke. 2016. <https://www.innokyla.fi/web/hanke1911098/etusivu> (4.7.2016).
- Parker, G., Corden, A. & Heaton, J. (2010). *Continuity of care: Findings of a conceptual review and synthesis of the NIHR SDO programme of research*. (No. Research Works, 2010–02). York, England: Social Policy Research Unit, University of York, York.
- Parmanne, P. (2013). Yli puolessa terveyskeskuksista kaikki lääkärintehtävät on täytetty. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 68(49), 3260-3261.
- Parmanne, P., Saukkonen, S., Ruskoaho, J. & Vuorio, S. (2010). Lääkärivaje hidastaa hoitoonpääsyä terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 65(48), 3989-3994.
- Pasarin, M. I., Berra, S., Gonzalez, A., Segura, A., Tebe, C., Garcia-Altes, A. & Starfield, B. (2013). Evaluation of primary care: The "primary care assessment tools – facility version" for the Spanish health system. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 27(1), 12-18. doi:10.1016/j.gaceta.2012.03.009



- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P. M., Keskimäki, I., Kokko, S. & Vuorenkoski, L. (2011). *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pelttari, H. & Kaila, M. (2014). *Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pereira, A. G. & Pearson, S. D. (2003). Patient attitudes toward continuity of care. *Archives of Internal Medicine*, 163(8), 909-912. doi:10.1001/archinte.163.8.909
- Phillips, R. L. Jr., Pugno, P. A., Saultz, J. W., Tuggy, M. L., Borkan, J. M., Hoekzema, G. S. & Puffer, J. C. (2014). Health is primary: Family medicine for America's health. *Annals of Family Medicine*, 12 Suppl 1, S1-S12. doi:10.1370/afm.1699
- POTKU (2016). Väli-Suomen POTKU I- ja II-hankkeet, Potilas kuljettajan paikalle. <http://www.potkuhanke.fi/> (4.7.2016).
- Puffer, J. C., Borkan, J., DeVoe, J. E., Davis, A., Phillips, R. L., Jr, Green, L. A. & Saultz, J. W. (2015). Envisioning a new health care system for america. *Family Medicine*, 47(8), 598-603.
- Raivio, R. (2011). *Asiakastyytyväisyyden mittaamisen avulla luotettavaa tietoa perusterveydenhuollon johtamisen tueksi*. Sosiaali- ja terveysjohtamisen PD14-kurssin lopputyö (20 op) 2011, Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikkö (saatavissa kirjoittajalta). Tampereen yliopisto.
- Rao, K. D. & Peters, D. H. (2015). Urban health in India: Many challenges, few solutions. *The Lancet. Global Health*, 3(12), e729-30. doi:10.1016/S2214-109X(15)00210-7
- Rea, C. M. & Thompson, G. E. (1996). Multidisciplinary patient management by means of a high social risk screening tool. *Clinical Performance and Quality Health Care*, 4(3), 159-163.
- Reid, R. J., Haggerty, J. & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. (Final Report). Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G. & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 59(561), e116-33. doi:10.3399/bjgp09X420248
- Roberge, D., Beaulieu, M. D., Haddad, S., Lebeau, R. & Pineault, R. (2001). Loyalty to the regular care provider: Patients' and physicians' views. *Family Practice*, 18(1), 53-59.
- Rogers, S., Gildea, C., Meechan, D. & Baker, R. (2014). Access, continuity of care and consultation quality: Which best predicts urgent cancer referrals from general practice? *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 36(4), 658-666. doi:10.1093/pubmed/fdt127
- Rose, K. D., Ross, J. S. & Horwitz, L. I. (2011). Advanced access scheduling outcomes: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1150-1159. doi:10.1001/archinternmed.2011.168
- Rosenfeld, P., Kobayashi, M., Barber, P. & Mezey, M. (2004). Utilization of nurse practitioners in long-term care: Findings and implications of a national survey. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(1), 9-15. doi:S1525-8610(04)70038-9
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2009). Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim*, 125(21), 2351-2359.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2010). Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 65(21), 1917-1923.
- Rowe, J. S., Natiq, K., Alonge, O., Gupta, S., Agarwal, A. & Peters, D. H. (2014). Evaluating the use of locally-based health facility assessments in Afghanistan: A pilot study of a novel research method. *Conflict and Health*, 8, 24-1505-8-24. eCollection 2014. doi:10.1186/1752-1505-8-24

- Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. H., Lieberman, N. & Ware, J. E. (1998). The primary care assessment survey: Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36(5), 728-739.
- Sainio, S. & Lahikainen, K. (2014). Asiakasalaute suurten kaupunkien terveysasemilla. Peruspalvelujen tila -raportti 2014. Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2014 osa II, s. 83. [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/03\\_kunnat/20140319ioioj/Peruspalvelujen\\_tila-raportti\\_9\\_2014\\_II\\_osa.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20140319ioioj/Peruspalvelujen_tila-raportti_9_2014_II_osa.pdf) (4.7.2016).
- Salisbury, C., Montgomery, A. A., Simons, L., Sampson, F., Edwards, S., Baxter, H. & Pickin, D. M. (2007). Impact of advanced access on access, workload, and continuity: Controlled before-and-after and simulated-patient study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(541), 608-614.
- Salisbury, C., Sampson, F., Ridd, M. & Montgomery, A. A. (2009). How should continuity of care in primary health care be assessed? *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 59(561), e134-41. doi:10.3399/bjgp09X420257
- Salisbury, C., Wallace, M. & Montgomery, A. A. (2010). Patients' experience and satisfaction in primary care: Secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c5004. doi:10.1136/bmj.c5004
- Sandell, P. & Outinen, M. (1996). *Tätä mieltä potilaat: Valtakunnallisen asiakastytyväisyyden vertailumittarin tuloksia 1996. Aiheita*. Stakes (39).
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134-143.
- Saultz, J. W. & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 445-451.
- Saultz, J. W. & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-166. doi:3/2/159
- Schafer, W. L., Boerma, W. G., Kringos, D. S., De Maeseneer, J., Gress, S., Heinemann, S. & Groenewegen, P. P. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 12, 115-2296-12-115. doi:10.1186/1471-2296-12-115
- Schers, H., Webster, S., van den Hoogen, H., Avery, A., Grol, R. & van den Bosch, W. (2002). Continuity of care in general practice: A survey of patients' views. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 52(479), 459-462.
- Seilo, N., Koskela, T., Jääskeläinen, J. & Mattila, K. (2009). Pitkäaikainen hoitosuhde on tärkeä terveyskeskuspotilaille. *Yleislääkäri – Allmänläkaren*, 24(6), 27-30.
- Seilo, N., Koskela, T., Jääskeläinen, J., Salminen, T., Saarinen, M., Ranki, P. & Mattila, K. (2010). Pirkkalan malli: Työparityöskentelyä ja potilaiden listautumista soveltava toimintatapa terveyskeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 65(36), 2861-2866.
- Seppänen, S. (2001). Community care -käsite periaatteena asiakaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja asiakkaan itsenäisyys. *Sairaanhoitaja*, (3), 6-10.
- Sheaff, R., Boaden, R., Sargent, P., Pickard, S., Gravelle, H., Parker, S. & Roland, M. (2009). Impacts of case management for frail elderly people: A qualitative study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(2), 88-95. doi:10.1258/jhsrp.2008.007142
- Shortell, S. M. (1976). Continuity of medical care: Conceptualization and measurement. *Med Care*, 5, 377-391.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1998). Response rate in patient satisfaction research: An analysis of 210 published studies. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 10(4), 311-317.

- Sommers, B. D. (2015). Health care reform's unfinished work – Remaining barriers to coverage and access. *The New England Journal of Medicine*, 373(25), 2395-2397. doi:10.1056/NEJMp1509462
- Sommers, B. D., Gunja, M. Z., Finegold, K. & Musco, T. (2015). Changes in self-reported insurance coverage, access to care, and health under the affordable care act. *Jama*, 314(4), 366-374. doi:10.1001/jama.2015.8421
- Starfield, B. (2007). Global health, equity and primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 20(6), 511-513. doi:20/6/511
- Starfield, B. (2012). Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 26 Suppl 1, 20-26. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009
- Steinwachs, D. M. (1979). Measuring provider continuity in ambulatory care: An assessment of alternative approaches. *Medical Care*, 17(6), 551-565.
- Stewart, M. (2005). Reflections on the doctor-patient relationship: From evidence and experience. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(519), 793-801.
- STM (2004). *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008a). *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008b). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2012a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) 2008–2011 arviointi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3354-5> (4.7.2016).
- STM (2012 b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3328-6> (4.7.2016).
- STM (2012c). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3358-3> (4.7.2016).
- STM (2015a). Raportteja ja muistioita, 2015:9. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3557-0> (4.7.2016).
- STM (2015b). Työryhmä pohtii hoidon saatavuutta ja hoidon yhtenäisiä perusteita. STM; uutinen 25 (12.5.2015). [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/tyoryhma-pohtii-hoidon-saatavuutta-ja-hoidon-yhtenaisia-perusteita](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tyoryhma-pohtii-hoidon-saatavuutta-ja-hoidon-yhtenaisia-perusteita) (4.7.2016).
- STM (2016a). Hoitoon pääsy (hoitotakuu). <http://stm.fi/hoitotakuu> (4.7.2016).
- STM (2016b). Hoitopaikan valinta. <http://stm.fi/hoitopaikan-valinta> (4.7.2016).
- STM (2016c). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://stm.fi/etusivu> (4.7.2016).
- STM (2016d). Sosiaali- ja terveysministeriö/ alueuudistus. <http://alueuudistus.fi/etusivu> (4.7.2016).
- Struwe, J. H., Baernholdt, M., Noerholm, V. & Lind, J. (2013). How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 141-151. doi:10.1111/jonm.12016
- Sturmberg, J. P. & Schattner, P. (2001). Personal doctoring. Its impact on continuity of care as measured by the comprehensiveness of care score. *Australian Family Physician*, 30(5), 513-518.

- Sung, N. J., Markuns, J. F., Park, K. H., Kim, K., Lee, H. & Lee, J. H. (2013). Higher quality primary care is associated with good self-rated health status. *Family Practice*, 30(5), 568-575. doi:10.1093/fampra/cmt021
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Sweeney, A., Rose, D., Clement, S., Jichi, F., Jones, I. R., Burns, T. & Wykes, T. (2012). Understanding service user-defined continuity of care and its relationship to health and social measures: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 145-6963-12-145. doi:10.1186/1472-6963-12-145
- Sweeney, K. G. & Gray, D. P. (1995). Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner – Are they a vulnerable group? *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 45(392), 133-135.
- Tampereen yliopisto (2016). Yleislääketieteen määritelmä. Tampereen yliopisto/lääketieteen yksikkö/yleislääketiede. [http://www.uta.fi/med/tutkimus/tutkimusryhmat/yleislaaketiede/Yleislaaketieteen\\_oppiala\\_Tampereen\\_yliopistossa.html](http://www.uta.fi/med/tutkimus/tutkimusryhmat/yleislaaketiede/Yleislaaketieteen_oppiala_Tampereen_yliopistossa.html) (4.7.2016).
- Teperi, J., Porter, M., Vuorenkoski, L. & Baron, J. (2009). *The Finnish health care system: A value-based perspective*. Sitra Reports 82. Helsinki: Sitra.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- The John Hopkins Primary Care Policy Center. (2016). [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html) (4.7.2016).
- THL (2011a). Esityksiä. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveystieteissä 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2011/esitykset/Tr30\\_11.ppt](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2011/esitykset/Tr30_11.ppt) (4.7.2016).
- THL (2011b). Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoja. <http://www.terveytemme.fi/tarvevakioidutmenot/2011/> (4.7.2016).
- THL (2016). Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoja. <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/tilastoja/terveyden-ja-vanhustenhuollon-tarvevakioidutmenot> (4.7.2016).
- Tilastokeskus (2011). Väestö- ja ikärakennetiedot 2011, Tilastokeskus. [http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2011/vaerak\\_2011\\_2012-03-16\\_laa\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2011/vaerak_2011_2012-03-16_laa_001_fi.html) (4.7.2016).
- UK GOV (2012). UK GOV, Department of health, Health and social care act 2012. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> (4.7.2016).
- UK GOV (2015). UK GOV, Department for communities and local government, Policy paper: 2010 to 2015 government policy: Planning reform, 2015. <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-planning-reform/2010-to-2015-government-policy-planning-reform> (4.7.2016).
- UK HC (2014). Healthcare UK, Department of health and UK trade & investment, promotional material, primary care: Working in partnership, 2014. <https://www.gov.uk/government/publications/primary-care-working-in-partnership> (4.7.2016).
- UK HC (2015). Healthcare UK, Department of health, Lamb N., Policy paper: 2010 to 2015 government policy: Health and social care integration, 2015. <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-health-and-social-care-integration/2010-to-2015-government-policy-health-and-social-care-integration> (4.7.2016).
- US DHHS (2016). U.S. Department of Health & Human Services. <http://www.hhs.gov/healthcare/> (4.7.2016).

- Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) (2014). *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) (2010). *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vainikainen, T. (2005). Hoitokerjät rakentuvat yhteistyöllä – ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. *Duodecim*, 121(18), 2010-2011.
- Vainiomäki, P., Helin-Salmivaara, A., Holmberg-Marttila, D., Meriranta, P. & Timonen M. (2013). Ohjauksessa osaamista, oivallusta ja onnistumisen iloa – opas yleislääketieteen erikoistumiseen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013. [http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1916746392/ohjauksessa\\_osaamista\\_oivallusta\\_onnistumisen\\_iloa.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1916746392/ohjauksessa_osaamista_oivallusta_onnistumisen_iloa.pdf) (4.7.2016).
- van Servellen, G., Fongwa, M. & Mockus D'Errico, E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing & Health Sciences*, 8(3), 185-195. doi:NHS278
- van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A. & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: A systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x
- Varinen, A. (2016, 22.2.2016). Potilaan lääkirilehti. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakarinaani/mihin-terveyskeskuslaakaria-tarvitaan/#.Vsw7x2fVyUk> (4.7.2016).
- Vedsted, P., Mainz, J., Lauritzen, T. & Olesen, F. (2002). Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Family Practice*, 19(4), 339-343.
- Vohlonen, I. (toim.) (1989). *Sosiaali- ja terveystieteiden omalääkärikokeilu: Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset*. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Voipio-Pulkki, L. & Häkkinen, H. (2005). *Hoitoon pääsyn turvaaminen terveydenhuollossa*. (Yleiskirje 7/80/2005 No. 7/80). Kuntaliitto. (Kuntaliiton Yleiskirje)
- von Bultzingslowen, I., Eliasson, G., Sarvimäki, A., Mattsson, B. & Hjortdahl, P. (2006). Patients' views on interpersonal continuity in primary care: A sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23(2), 210-219. doi:cmi103
- Vuori, H. (2006). Euroopan perusterveydenhuollon kehitys Alma-Atan julistuksen jälkeen. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 61(48), 5089-5093.
- Vuorma, S. & Koskela, T. (2012). Väestövastuusta listautumismalliin Vantaalla. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning*, 67(49), 3665-3671.
- Wall, E. M. (1981). Continuity of care and family medicine: Definition, determinants, and relationship to outcome. *The Journal of Family Practice*, 13(5), 655-664.
- Wasson, J. H., Sauvigne, A. E., Mogielnicki, R. P., Frey, W. G., Sox, C. H., Gaudette, C. & Rockwell, A. (1984). Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *Jama*, 252(17), 2413-2417.
- Weisstein, E.W. / Wolfram Web Resources. (2016). Continuous function (Math World – A Wolfram Web Resource) Wolfram Research. <http://mathworld.wolfram.com/ContinuousFunction.html> (4.7.2016).
- Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F. & Grol, R. (1998). General practice care and patients' priorities in Europe: An international comparison. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 45(3), 175-186. doi:S0168851098000402
- WHO (1978). *Primary health care report of the international conference on primary health care: Alma-ata, USSR, 6-12 september 1978*. Geneva: WHO.
- WHO (2008). The world health report 2008 – Primary health care (now more than ever). <http://www.who.int/whr/2008/en/> (4.7.2016).

- WHO (2010). Health systems financing: The path to universal coverage. World health report 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/> (4.7.2016).
- WHO (2012). The new European policy for health – health 2020. Policy framework and strategy. Draft 2. World Health Organization. [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Health2020\\_long.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Health2020_long.pdf) (4.7.2016).
- WHO (2013). Research for universal health coverage. World health report 2013. <http://www.who.int/whr/2013/report/en/> (4.7.2016).
- WHO (2016). Health topics/health systems/primary health care/main terminology/ World Health Organization. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology> (4.7.2016).
- Wonca (2016). Global family doctor/ Wonca online. <http://www.globalfamilydoctor.com/> (4.7.2016).
- Wonca Europe (2016). The European definition of the key features of the discipline of general practice, the role of the general practitioner and a description of the core competencies of the general practitioner / family physician. <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions> (4.7.2016).
- Wright, K., Ryder, S. & Gousy, M. (2007). Community matrons improve health: Patients' perspectives. *British Journal of Community Nursing*, 12(10), 453-459. doi:10.12968/bjcn.2007.12.10.27283



## 10 OSAJULKAISUT





# terveydenhuolto

## Terveydenhuoltotutkimus

Risto Raivio, Juhani Jääskeläinen,  
Doris Holmberg-Marttila, Kari Mattila

# Potilastyytyväisyyden mittaaminen perusterveydenhuollossa

*Yhteistyöllä luotettavaa tietoa ja vertaisarviointia*

**Lähtökohdat** Terveydenhuollon palveluissa tulisi nykyistä systemaattisemmin seurata asiakastyytyväisyyttä palvelujen laadun mittarina. Selvitimme Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa potilaiden mielipiteitä mittaavan kyselyn toteutettavuutta ja soveltuvuutta perusterveydenhuollon tiedonkeruu- ja vertailujärjestelmäksi.

**Menetelmät** Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueen terveyskeskuksissa (n = 65) järjestettiin vuosina 1998–2001, 2003, 2005 ja 2007 kysely sairauden takia vastaanotolla käyneille potilaille. Kansainvälisesti validoituun lomakkeeseen pohjautuvat kysymykset esitettiin samanaikaisesti kaikissa alueen terveyskeskuksissa. Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikön yhteistyönä.

**Tulokset** Kyselytutkimukseen osallistui 40 terveyskeskusta kuusi kertaa ja 61 terveyskeskusta vähintään neljä kertaa. Potilaita kävi terveyskeskuksissa tutkimusaikana yhteensä 281 394, joista 127 063 (45 %) vastasi kyselyyn. Vastausosuus vaihteli vuosittain 39:stä 53 prosenttiin. Terveyskeskusten välillä esiintyi suurta hajontaa mm. potilastyytyväisyydessä, hoidon saatavuudessa ja jatkuvuudessa.

**Päätelmät** Potilaiden mielipiteitä mittaava tiedonkeruu- ja vertailujärjestelmä voidaan toteuttaa terveyskeskusten, yliopiston ja sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikön yhteistyöllä vähällä vaivalla, kattavasti ja kohtuullisin kustannuksin.

**T**erveyspoliittiset kannanotot korostavat potilaan ja asiakkaan näkökulmaa terveydenhuollon palvelujen käyttäjänä (1,2). Potilaan tyytyväisyys vaikuttaa myönteisesti moniin hänen hoitoonsa liittyviin asioihin, esimerkiksi hoidon toteutumiseen ja tuloksiin (3,4,5). Terveyspalveluja käyttävien potilaiden tyytyväisyyttä käytetään yhtenä terveydenhuollon vaikuttavuuden ja laadun mittarina (6). Valtioneuvoston hyväksymän sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE-ohjelma 2008–2011) yhtenä tavoitteena on nykyistä systemaattisemmin seurata asiakastyytyväisyyttä laadun mittarina (7).

Potilastyytyväisyyden tutkimiseen on olemassa valmiita ulkomaisia kyselypohjia, joista esimerkkinä ovat The Medical Interview Satisfaction Scale (MISS-21) (8) ja Patient Judgements of Hospital Care (4,9). Kyselyjen laadussa ja luotavuudessa on kuitenkin todettu puutteita (10). Suomessa Stakes välittää terveyspalveluihin ja asiakastyytyväisyyteen liittyviä lomakkeita (11). Kyselylomakkeilla tiedustellaan potilaan näkökulmaa eri toimintayksiköiden hoidon laatutekijöihin. Yleislääkärin vastaanoton laatu -kyselyn pohjana Stakes on käyttänyt eurooppalaista EUROPEP-mittaristoa (6,12). Efeko Oy tuottaa Kuntapalvelujen laatu asiakkaiden arvioimana -kyselyn (13), jota erityisesti suuret ja keskisuuret kaupungit ovat käyttäneet palvelutuotantonsa arviointiin.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää voidaanko suomalaisen perusterveydenhuoltoon rakentaa potilaiden tyytyväisyyttä mittaava tiedonkeruu- ja seurantajärjestelmä, joka mahdollistaa terveyskeskusten vertaisarvioinnin. Kuvaamme tässä artikkelissa järjestelmän toteutettavuutta, kustannuksia ja kykyä tuottaa vertailtavaa tietoa potilaiden mielipiteistä.

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake oli suomalainen sovellus kansainvälisistä malleista. Lomake esitettiin Pirkanmaalla vuonna 1998, jolloin kyselyyn vastasi 9 762 potilasta. Lomakkeen kysymyksiä ei muuten erikseen validoitu. Kysely laajennettiin TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksiin vuosina 1999, 2000 ja 2001 (14). Vuonna 2003 kyselyn toteutuksesta vastasi Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala ja vuosina 2005 ja 2007 hankkeeseen liittyi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue.

Kysely tehtiin kaikkina vuosina samalla toimintatavalla. Potilaskyselyn toimintaohjeet ja materiaali lähetettiin kaikkiin Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksiin. Toimintaohjeet ja kyselylomake ovat lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteinä 1 ja 2 ([www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 33/2008).

Terveyskeskuksissa jaettiin tarvittava määrä lomakkeita vastaanotopisteisiin. Syyskuussa viikolla 39 maanantaista perjantaihin annettiin kyselylomake terveyskeskukseen sairauden takia klo 8–16 välisenä aikana tulleille potilaille.

Lomakkeessa kysyttiin taustatietojen (mm. ikä, sukupuoli, palvelujen aikaisempi käyttö, asian kiireellisyys) lisäksi mielipiteitä tämänkertaisesta palvelusta (ajanvaraus, ilmoittautuminen, toiminta vastaanotolla, kokemukset käynnistä). Vastaanoton eri osa-alueilla potilastyytyväisyyttä kartoitettiin 14:llä vastaanottotapahtuman sisältöä arvioivalla kysymyksellä kouluarvosanalla neljästä kymmeneen. Eri osa-alueiden lisäksi potilaiden yleistä tyytyväisyyttä palveluihin tutkittiin väittämällä ”Palvelu terveysasemalla oli niin hyvää, että voin suositella sitä perheelleni ja ystäväilleni”. Vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Palvelun tavoitteena on potilaan varaukseton tyytyväisyys. Siksi suositeltiin, että terveyskeskukset tarkastelisivat ns. top-box-lukuja eli niiden osuutta vastanneista, jotka antoivat arvosanan kymmenen.

Terveyskeskukset palauttivat täytetyt lomakkeet Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialalle, joka huolehti vastausten keskitetystä tallennuksesta. Tallennuspalvelu ostettiin ulkopuoliselta yritykseltä, joka teki sen käsityönä. Työtä varten laadittu tallennusohjelma tarkisti jokaisen vastauksen raja-arvot ja sen, ettei siirtymiä päässyt syntymään. Yleislääketieteen oppiala teki tallennetusta datasta yhteenvedot sekä palautti lomakkeet ja kunkin terveyskeskuksen omat tiedostot levykkeillä Excel-muodossa. Viime vuosina saadut tiedot on yhdistetty aikaisempien vuosien tietoihin kehityssuuntien havaitsemiseksi. Vertaisarviointia varten terveyskeskukset saivat oman sairaanhoitopiirinsä alueen muiden terveyskeskusten yhdistetyt tulosteet suorista jakaumista samoin kuin koko erityisvastuualueen tulokset.

Kyselytutkimuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin laskettiin terveyskeskusten maksamat suorat kulut ulkopuolisille tahoille (esim. tallennus, tutkimustulosten analysointi). Terveyskeskusten sisäisiä oman toiminnan kuluja ei otettu huomioon (lomakkeiden monistus, jakaminen, kerääminen ja postitus).

## Tulokset

Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Siitä huolimatta terveyskeskukset osallistuivat tutkimukseen kattavasti ja toistuvasti. Tutkimukseen osallistui 67 mahdollisesta terveyskeskusta 64 vähintään neljä kertaa ja 40 terveyskeskusta kaikkina kuutena kertana. Luettelo terveyskeskusten osallistumisaktiivisuudesta on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä 3 ([www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 33/2008). Sitoutumista yhteiseen hankkeeseen kuvaa se, että terveyskeskuksen poisjäännistä ilmoitettiin hyvissä ajoin ja poisjäännit olivat yleensä hyvin perusteltuja. Osa kunnista yhdistyi ja osa terveyskeskuskuntayhtymistä purkaantui tutkimusaikana. Tämä selittää joidenkin terveyskeskusten satunnaisen osallistumisen.

Tutkimusaikana terveyskeskuksissa kävi noin 281 394 potilasta, joista lähes 127 063 (45 %) vastasi kyselyyn. Vastausosuus vaihteli 39 ja 53 %:n välillä (taulukko 1). Viimeisinä tutkimusvuosina kyselyyn vastanneiden määrä on vakiintunut noin 15 000 vastaukseen tutkimusviikon aikana.

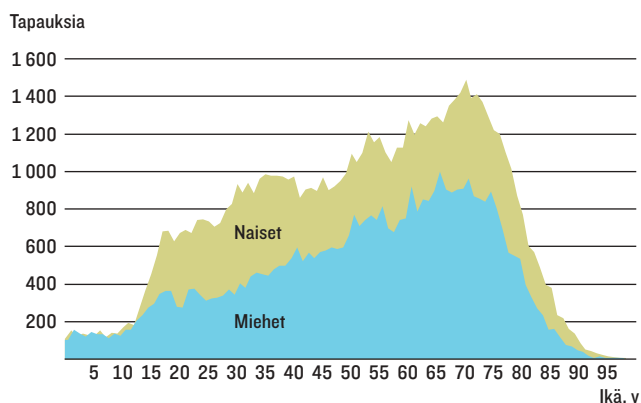
**Taulukko 1.**

Viikolla 39 sairauden vuoksi terveyskeskuksissa maanantaista perjantaihin kello 8–16 välisenä aikana käyneet potilaat, kyselyyn vastanneet ja vastausosuudet prosentteina vuosittain.

Vuosi	Potilaita n	Vastaukset	
		n	%
1998	19 399	9 276	47,8
1999	56 397	29 936	53,1
2000	52 517	24 163	46,0
2001	39 584	16 940	42,8
2002			
2003	36 917	15 036	40,7
2004			
2005	39 950	15 724	39,4
2006			
2007	36 630	15 988	43,6
<b>Yhteensä</b>	<b>281 394</b>	<b>127 063</b>	<b>45,2</b>

**Kuvio 1.**

Vuosina 1998–2007 kyselyyn vastanneiden ikäjakauma sukupuolen mukaan.



Vastanneiden keski-ikä oli 51 vuotta ja 70–74-vuotiaat olivat suurin ikäryhmä (kuvio 1). Vastanneista 63 % oli naisia. Enemmistö vastanneista oli lapsuutta lukuun ottamatta kaikissa ikäryhmissä naisia. Kaksi kolmasosaa vastanneista oli käynyt lääkärin vastaanotolla ja yksi kolmasosa hoitajan vastaanotolla. Potilaan oman arvion mukaan hänen käyntinsä oli päivystyskäynti 28 %:ssa tai muuten kiireellinen 24 %:ssa vastauksia.

Palvelun osatekijöihin oltiin yleisesti ottaen hyvin tyytyväisiä. Arvioiden keskiarvo koko aineistossa oli hieman päälle yhdeksän. Korkein arvosana tuli siitä, että potilaan asioita käsiteltiin luottamuksellisesti (keskiarvo 9,4), matalin arvosana (8,8) tuli yhteyden saamisesta terveysasemalle.

Palveluprosessin eri osatekijöistä vuonna 2007 kouluarvosanalla täyden kympin antaneiden prosentiosuudet näkyvät taulukossa 2. Luottamuksellinen asioiden käsittely ja vas-

taanottaneen henkilökunnan käytös keräsivät eniten kympejä, puhelinyhteyden saamisen helppous vähiten. Vuoden 2007 kyselyyn vastanneista 61 % koki palvelun terveysasemalla niin hyväksi, että he voivat kehua sitä varauksetta perheelleen ja ystävilleen. Tällä kysymyksellä mitattuna ei potilaiden yleisessä tyytyväisyydessä ollut eroja sairaanhoitopiirien välillä, mutta terveyskeskusten välillä erot olivat huomattavia. Kuvio vastaajien tyytyväisyydestä eri terveyskeskusten palveluihin on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä 4 ([www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 33/2008).

Kyselyn kustannukset vaihtelivat vuosittain lomakkeiden määrän ja tallennuksesta vastanneen yrityksen laskutuksen mukaan (taulukko 3). Kalleimmillaan kustannukset olivat lomaketta kohden 72 senttiä vuonna 2001 ja edullisimmillaan 31 senttiä vuonna 2007. Terveyskeskukset keräsivät tiedon osana normaalia toimintaansa. Terveyskeskuksille kertyi omia kustannuksia muutama sentti lomaketta kohden lähinnä niiden monistuksesta. Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan osuus hankkeesta oli osa yliopiston ns. kolmatta tehtävää ja siten luokiteltavissa virkatyöksi. Palkkioksi oppiala sai käyttöönsä kertyneen datan, jota se on hyödyntänyt lääkärinkoulutuksessa mm. syventävien opintojen materiaalina. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualueen osallistuminen hankkeen toteutukseen mielletään terveyskeskusten, Tampereen yliopiston ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskinäisen koulutus- ja tutkimussopimuksen mukaisena yhteistyötehtävänä.

### Taulukko 2.

Niiden osuus (%) vuoden 2007 potilaskyselyssä, joiden mielestä toiminta Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa vastaanoton kyseisillä osa-alueilla oli kouluarvosanalla mitattuna täyden kympin arvoista.

Kyselyssä mitattu osa-alue	Kouluarvosanan 10 antaneiden osuus, %
<b>Ajanvaraus</b>	
Kuinka helposti saitte puhelinyhteyden terveysasemalle	27
Millainen oli henkilökunnan käytös aikaa varattaessa	44
<b>Ilmoittautuminen</b>	
Kuinka sujuvaa oli ilmoittautumismenettely	42
Pääsittkö vastaanotolle sovituna kellonaikana	42
<b>Toiminta vastaanotolla</b>	
Millainen oli teidät vastaanottaneen henkilön käytös	56
Saitteko riittävästi tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista	46
Saitteko tarvitsemanne tietoja lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista	40
Saitteko tietoa sairautenne hoitomahdollisuuksista ja -vaihtoehtoista	39
Saitteko selkeät ja riittävät jatkohoito-ohjeet	46
Kuunneltiinko ongelmiinne ja osoitettiin teitä kohtaan kiinnostusta	49
<b>Kokemuksenne käynnistä</b>	
Tuntuiko teistä, että ongelmiinne käsiteltiin luottamuksellisesti	59
Saitteko apua teitä vaivanneeseen ongelmaan	51
Oliko asianne hoitamiseen riittävästi aikaa	52

### Taulukko 3.

Potilaskyselystä aiheutuneet virkatyön ulkopuoliset kustannukset vastauslomaketta kohden sekä kustannuksen maksaneet tahot. Markkamäärät on muutettu euroiksi.

Vuosi	Lomakkeita n	Kustannukset		Maksaja
		Yhteensä, euroa	Lomaketta kohden, euroa	
1998	9 276	4 496	0,48	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
1999	29 936	14 344	0,48	Terveystieteiden tutkimuskeskus
2000	24 163	13 104	0,54	Terveystieteiden tutkimuskeskus
2001	16 940	12 166	0,72	Terveystieteiden tutkimuskeskus
2002				
2003	15 036	10 089	0,67	Terveystieteiden tutkimuskeskus
2004				
2005	15 724	5 189	0,33	PSHP yleislääketieteen vastuualue
2006				
2007	15 988	4 937	0,31	PSHP yleislääketieteen vastuualue
<b>Yhteensä</b>	<b>127 063</b>	<b>64 325</b>	<b>0,51</b>	

### Pohdinta

Systemaattinen potilaiden mielipiteitä mittaava tiedonkeruu- ja seurantajärjestelmä on rakennettavissa kohtuullisin kustannuksin perusterveydenhuoltoon terveyskeskusten, yliopiston ja sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikön yhteistyöllä. Helposti toistettavana se antaa hyvät mahdollisuudet terveyskeskuksen oman toiminnan arviointiin, vertailuun ja kehityssuuntien havainnointiin.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskukset osallistuvat kaikkina tutkimusvuosina kattavasti potilaskyselyn toteuttamiseen. Kysely ei aiheuttanut terveyskeskukselle kohtuutonta vaivaa tai kustannuksia ja tuotti terveyskeskukselle käyttökelpoista tietoa. Kyselyn toistaminen samalla metodilla ja samanaikaisesti muiden terveyskeskusten kanssa on saatanut lisätä terveyskeskusten halukkuutta osallistua tutkimukseen. Laskimme vertailuksi vuoden 2007 kyselymme kustannukset, mikäli se olisi toteutettu Stakesin lomakejärjestelmän mukaisesti. Terveyskeskusten maksama hinta samalla lomakemäärällä toteutettuna olisi ollut kymmenkertainen oman tutkimuksemme toteutuneisiin kuluihin verrattuna. Kustannusvertailusta puuttuvat oman tutkimuksemme kulujen osalta lomakkeiden monistus, joka jäi terveyskeskusten tehtäväksi. Stakesin lomakkeet toimitetaan terveyskeskuksiin valmiiksi monistettuna.

Kyselyyn osallistuneiden osuus vaihteli huomattavasti terveyskeskusten välillä. Toisissa toimipaikoissa kattavaan vastausosuuteen panostettiin aktiivisemmin kuin toisissa. Yhdenmukaisista keräysohjeista huolimatta paikallisissa toteu-

tuksissa on ollut runsaasti vaihtelua. Tavallinen syy lomakkeen täyttämättä jättämiseen oli potilaan silmälasien jääminen kotiin. Tämä on vaikuttanut erityisesti vanhusten vastausosuuteen. Vertailtaessa tuloksia terveyskeskusten välillä on otettava huomioon niiden erilaiset vastausosuudet. Kuitenkin koko hanketta ajatellen vastanneiden osuutta on kansainvälisesti ajatellen pidettävä hyvänä (15). Toisaalta emme tiedä niiden mielipidettä, jotka jättivät vastaamatta kyselyyn. Lisäksi potilastyytyväisyys saattaa ylikorostua, koska tyytyväisemmät vastaavat vähemmän kuin tyytyväiset (16).

Kyselyn tuloksia arvioitaessa on muistettava, että kohteena olivat terveyskeskuksen palvelujen käyttäjät ja tavoitteena oli saada käyttäjien kokemus palveluprosessista.

Vastaajien joukosta puuttuvat ne, jotka eivät ole päässeet palvelujen piiriin tai ovat omien tai muiden kokemusten perusteella valinneet muun kuin terveyskeskuksen palvelut. Valtaosa vastaajista on tyytyväisiä kyselyissä, jotka on tehty välittömästi palvelutapahtuman jälkeen (17). Tiedon saaminen koko väestön mielipiteistä edellyttäisi väestötutkimuksia. Väestökyselyjä on tehty sekä erilaisiin tutkimushankkeisiin liittyen (18–25) että järjestelmällisemmin ja toistettuna suurten kaupunkien toimesta (13). Potilaskyselyjä tiedetään tehdyn satunnaisesti ja pienimuotoisena, mutta niitä on harvoin raportoitu laajemmin. Laajasti käytössä oleva ja hyvin validoitu potilastyytyväisyyttä mittaava eurooppalainen (EUROPEP) kyselytutkimusmittaristo (6,12,26,27,28,29) on Stakesin Yleislääkärin vastaanoton laatu -lomakkeen pohjana. Sen käyttö ei ole kuitenkaan vakiintunut Suomessa. KASTE-ohjelmassa on tarkoitus Stakesin johdolla systematisoida kuntien tekemiä asiakastyytyväisyyskyselyjä (7).

Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake on Suomen olosuhteisiin muokattu sovellus kansainvälisistä mittareista. Sen suunnittelussa otettiin huomioon nimenomaan suomalaisten terveyskeskusten toiminnalliset erityispiirteet. Mittariston toistettavuutta kuvaa se, että yksittäisen terveyskeskuksen tulokset eri vuosina asettuvat loogisesti samalle tasolle vaikka terveyskeskusten välinen hajonta on kohtuullisen suuri. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan väestö on viidesosa suomalaisista. Alueen kuntakirjo on laaja ja alue edustaa monipuolisesti maamme terveyskeskuksia. Kymmenen vuoden aikana kertynyt aineisto, 127 000 mielipidettä, on merkittävä referenssiaineisto muutosten havainnointiin.

Järjestelmässämme terveyskeskuksiin toimitettiin vain oman terveyskeskuksen tulokset ja nimettöminä oman sairaanhoitopiirin muiden terveyskeskusten ja yhteenvedotiedot koko alueen tuloksista. Terveyskeskusten toivomuksesta kullakin on ollut käytössään vain oma koodinsa tuotetun vertailugrafiikan tarkasteluun. Toki terveyskeskukset ovat voineet avata oman koodinsa naapureille. Tulosten suurempi avoimuus parantaisi tietoon perustuvaa päätöksentekoa erityisesti kuntien palvelurakenteen murrosvaiheessa. Toisaalta huonommin menestyneiden terveyskeskusten halukkuus osallistua kyselyyn voisi silloin vähentyä.

Terveyskeskukset ovat käyttäneet kerättyä tietoa oman toimintakulttuurinsa mukaisesti. Tiedossa ei ole, miten tuloksia on analysoitu lisää terveyskeskuksissa. Kymmenkunta terveyskeskusta on pyytänyt tutkimusvuosina apua joidenkin lisäanalyysien tekemiseksi. Yleistä on, että johtavat vi-

## English summary

### Assessment of patient satisfaction in primary health care – reliable information and benchmarking

Health policy declarations emphasise the importance of patients' views and opinions in providing and developing health services. Patient satisfaction should be assessed regularly and used systematically as a quality indicator. We studied the feasibility and reliability of our questionnaire for collecting data and as a benchmarking instrument for evaluating the opinions of Finnish primary health care patients.

The Department of General Practice at the University of Tampere sent a questionnaire to 65 Finnish primary health care centres seven times from 1998 to 2007. This questionnaire was given to the patients visiting the practices in the same week every year of the study to. The questions were based on an internationally validated instrument.

Forty out of 65 primary health care centres participated in the study at least six times and 61 at least four times. During the data collection periods, 281 000 patients visited the practices, of whom 127 000 responded. The response rate varied yearly from 39% to 53%. Satisfaction with access to and continuity of care – likewise general patient satisfaction – varied a great deal between the primary health care centres. Each centre received its own results of the questionnaire as well as the combined results from all centres.

We have developed a feasible, reliable and comprehensive process for assessing patients' opinions in Finland. This process provides a benchmarking instrument for primary health care centres.

*Risto Raivio*

M.D., Director of Health Services

The Department of Social and Health Services, City of Lahti

risto.raivio@lahti.fi

*Juhani Jääskeläinen, Doris Holmberg-Marttila,*

*Kari Mattila*

ranhaltijat ovat raportoineet tulokset ilmoitusasiana luottamushenkilöille. Yleistä on ollut myös tutkimustulosten käsitteily henkilökuntakokouksissa. Joissakin tapauksissa tiedetään huonojen tulosten johtaneen laajempaan keskusteluun ja muutoksiin palveluissa. Terveyskeskukset ovat myös antaneet omia tuloksiaan julkaistavaksi paikallislehdissä ja -radioissa. Tiedotusvälineet ovatkin olleet hyvin kiinnostuneita oman alueensa tuloksista.

Luotettava mittaaminen ja tutkiminen ovat perusedellytyksiä oikean tiedon saamiseksi. Tutkimusten toistettavuus ja tulosten vertailtavuus terveyspalvelujen eri tuottajien ja järjestelmien välillä antaa mahdollisuuden tehdä potilaiden mielipiteitä huomioon ottavia päätöksiä. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskukset, Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue ovat rakentaneet kymmenen vuoden ajan yhteistyönä potilastyytyväisyyttä mittaavan järjestelmän. Se on osoittautunut toistettavaksi ja toimivaksi – ja voidaan toteuttaa kohtuullisin kustannuksin oman työn ohessa.

### Kirjallisuutta

- 1 Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:5.
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi: Esitteitä 2002:6. Helsinki 2002.
- 3 Thompson K, Parahoo K, Farrell B. An evaluation of a GP out-of-hours service: meeting patient expectations of care. *J Eval Clin Pract* 2003;10:467-74.
- 4 Peiponen A, Brommels M, Kupiainen O. Vakioitu potilastyytyväisyyden mittari. *Suom Lääkäril* 1996;51(18-19):2042-8.
- 5 Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1988;26(4):383-92.
- 6 Helin A, Mäkelä M. Yleislääkärin työn laatu potilaan näkökulmasta. *Suom Lääkäril* 1997;51(3):3641-4.
- 7 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (KASTE). <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htm>
- 8 Meakin R, Weinman J. The Medical Interview Satisfaction Scale (MISS-21) adapted for British general practice. *Fam Pract* 2002;19(3):257-63.
- 9 Meterko M, Nelson EC, Rubin HR ym. Patient judgments of hospital quality: Report of a pilot study. *Med Care* 1990;28(9):1-56.
- 10 Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S. Patient Satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007;57(542):741-7.
- 11 <http://info.stakes.fi/thlaatu/Fl/Asiakaspalvelu/Astytylomakepalvelu.htm>
- 12 Grol R, Wensing M, Mainz J ym. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract* 1999;16(1):4-11.
- 13 [http://www.efeko.fi/tutkimus/tyytyvaisuus-ja\\_mielipidetutkimukset/](http://www.efeko.fi/tutkimus/tyytyvaisuus-ja_mielipidetutkimukset/)
- 14 Mattila K, Niskanen T. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen informaatio-ohjauksessa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueellisen työryhmän raportti. Tampereen yliopiston yleislääketieteen raportteja 1:2002.
- 15 Salisbury C, Burgess A, Lattimer V ym. Developing a standard short questionnaire for the assessment of patient satisfaction with out-of-hours primary care. *Fam Pract* 2005;22(5):560-9.
- 16 Mazor K, Clauser B, Field T, Yood R, Gurwitz J. A demonstration of the impact of response bias on the results of patient Satisfaction surveys. *Health Serv Res* 2002;37(5):1403-17.
- 17 Salmela T. Asiakaspalautteen haaste: menetelmiä ja esimerkkejä. *Stakes oppaita* no 32, 1997.
- 18 Miettola J, Halinen M, Lipponen P, Hietakorpi S, Kaukonen M, Kumpusalo E. Kuopion yhteispäivystystutkimus: Asiakastyytyväisyys. *Suom Lääkäril* 2003;58(30-32):3108-10.
- 19 Meronen LL, Pylkkänen K. Asiakastyytyväisyys mielen-terveyspalveluissa: YTHS:n asiakastyytyväisyyskysely. *Suom Lääkäril* 2005;60(30-2):3035-9.
- 20 Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A ym. Väestökyselyn tulokset lääkäripalvelujen käytöstä. Lääkäripalvelujen laatu Suomessa 2004 -tutkimus. *Suom Lääkäril* 2005;60(51-52):5285-91.
- 21 Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:27-32.
- 22 Viisainen K, Saalasti-Koskinen U, Perälä ML. Ei-kiireelliseen hoitoon pääsy terveyskeskuslääkärille. *Suom Lääkäril* 2003;58(20):2209-15.
- 23 Kukkola S, Erhola M, Arvio P, Poussa T, Kekki P. Kyllä kansa tietää... Väestön arvioita terveyspalveluista Kanta-Hämeessä. *Suom Lääkäril* 2005;60(47):4883-8.
- 24 Aromaa A, Linnala A, Maljanen T, Mattila K. Yksityislääkärit omalääkäreinä. Raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärinäkymästä. Kansaneläkelaitoksen sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 39,1998.
- 25 Mattila K. Väestövastuun toteutuminen potilaan näkökulmasta. *Kunnallislääkäri* 2000-2001. Vuosikirja 4:140-2.
- 26 Grol R ym. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50:882-7.
- 27 Grol R, Wensing M, Mainz J. Measuring performance quality in general practice: is international harmonization desirable? *Br J Gen Pract* 2007;57:691-2.
- 28 Helin A, Mäkelä M. Uusi valtakunnallinen vertailumittari: yleislääkärin vastaanoton laatu. *Suom Lääkäril* 1998;53(17):2081-6.
- 29 Sainio S. Yleislääkärin vastaanoton laatu – potilaan näkökulma meillä ja muualla. *Kunnallislääkärilehti* 2001;16(2):81-83.

Risto Raivio

LL, terveyspalvelujen johtaja  
Lahden kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi  
risto.raivio@lahti.fi

Juhani Jääskeläinen

LL, apulaisopettaja  
Tampereen yliopisto, Lääketieteen laitos

Doris Holmberg-Marttila

LT, dosentti, ylilääkäri  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yleislääketieteen vastuualue

Kari Mattila

LKT, professori, ylilääkäri  
Tampereen yliopisto, Lääketieteen laitos  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yleislääketieteen vastuualue

*Kirjoittajilla ei ole ilmoitettuja sidonnaisuuksia.*

## Liiteaineisto

[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

> Sisällysluettelo > 33/2008

## SISÄ-SUOMEN JA POHJANMAAN YLIOPISTOLLINEN TERVEYSKESKUS

# ASIAKASKYSELY 2007

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueen terveyskeskuksissa tehdään syyskuussa viikolla 39 potilaskysely. Kysely koskee kaikkia Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueiden terveyskeskuksia. Referenssiaineistona on tieto 64 terveyskeskuksesta vuosilta 1998, 1999, 2000, 2001, 2003 ja 2005. Aineistossa on 111 318 potilaan vastaukset 244 764 sairauskäynnistä.

Kyselyn organisoii Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikkö. Kysely toteutetaan yhteistyössä Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan kanssa. Kaikki aikaisempien vuosien tulokset ovat yliopistolla säilyssä, joten terveyskeskuksille voidaan tuottaa tulosteita myös aikasarjoina. Vertailtavuuden takaamiseksi kysely toteutetaan samalla tavalla kuin aikaisempina vuosina.

## TIEDON KERÄYS

Tieto kerätään kattavasti kaikista terveyskeskuksen toimipisteistä, joissa potilaat käyvät sairauksien takia. Kaikille lääkärin tai hoitajan vastaanotolle tulleille potilaille annetaan lomake (lomake A) täytettäväksi.

- Lomake annetaan vastaanotolle ilmoittauduttaessa.
- Lomakkeesta muistutetaan vastaanoton päätteeksi.
- Tarvittaessa vastaanottoavustaja voi auttaa potilasta lomakkeen täyttämässä.
- Lomake palautetaan odotustilassa olevaan laatikkoon ennen vastaanotolta poistumista.

Terveyskeskuksen toimipisteissä kirjataan lomakkeelle B,

- kuinka monta potilasta kävi vastaanotolla tutkimuksen ajankohtana. Tämä on tärkeää vastausprosentin laskemiseksi. Edellisinä vuosina vastausprosentti on ollut noin 50, mitä voidaan pitää erittäin hyvänä tällaisessa kyselyssä.

## KYSELYN AJANKOHTA

Tietoja kerätään: **päivittäin kello 8.00 - 16.00 välisenä aikana maanantaista perjantaihin viikolla 39 eli 24. - 28. syyskuuta 2007**



## TOTEUTUKSEN AIKATAULU

### Viikko

- 33 Ennakkotiedote terveyskeskusten johtaville lääkäreille ja johtaville hoitajille
- 35
- 36 Ohjeet ja lomakepohjat terveyskeskuksiin
- 37 Lomakkeiden monistus ja jakelu terveyskeskuksissa
- 38 Toimipisteiden ohjeistus terveyskeskuksissa
- 39 Tiedon keruu
- 40 Lomakkeiden palautus, lomakkeiden tallennus alkaa
- 41
- 42
- 43
- 44 Analyysi alkaa
- 45
- 46
- 47 Tulosten esittelyä Perttu -seminaarissa Tampereella
- 48 Tulokset ja data terveyskeskuksiin, mahdollisuudet lisäanalyysiin

## VALMISTELEVAT TOIMET TERVEYSKESKUKSISSA

1. Terveyskeskuksen toimipisteet numeroidaan lomakkeelle C juoksevilla numeroilla yhdestä eteenpäin. Tätä numerointia käytetään lomakkeissa A ja B. Terveyskeskuksen toimipisteluetelo (lomake C) koodeineen palautetaan muiden lomakkeiden mukana.
2. Kyselylomakkeet (lomake A) esitätetään ennen monistamista ja lähettämistä toimipisteisiin. Toimipisteen kuntakoodi merkitään virallisen kuntakoodin mukaisesti eli merkitään sen kunnan kuntakoodi, jonka alueella toimipiste sijaitsee.
3. Kyselylomakkeita (lomake A) monistetaan toimipisteittäin arvioitu potilasmäärä. Lomakkeet jaetaan kaikkiin lääkärin vastaanottopisteisiin ja kaikille vastaanottaville lääkäreille ja hoitajille. Eri vastaanottopisteisiin meneviin lomakkeisiin kannattaa siis jo ennen monistamista lisätä terveyskeskusta, toimipistettä ja kuntakoodia koskevat tiedot.
4. Myös yhteenvetolomaketta (lomake B) monistetaan tiedon keruussa tarvittava määrä eli yksi jokaiseen keräyspisteeseen.

Sisäinen ja ulkoinen tiedotus järjestetään kunkin terveyskeskuksen oman hallintokulttuurin mukaisesti. Tätä helpottamaan projektin toimesta on laadittu lyhyt lehdistötiedote, jota terveyskeskus voi halutessaan käyttää tiedotuksensa tukena. Projektiryhmä toivoo saavansa kopion julkaistuista lehtijutuista.

## LOMAKKEIDEN PALAUTUS

Terveyskeskus kerää lomakkeet toimipisteistä ja palauttaa ne yhdellä kertaa. Palautusta toivotaan mahdollisimman pian keräyksen päätyttyä, jotta koodaus ja tallennus voitaisiin toteuttaa suunnitellussa aikataulussa.

Potilaskohtaisten A-lomakkeiden lisäksi palautetaan samassa yhteydessä toimipistekohtaiset lomakkeet B sekä toimipistekoodit kokoava lomake C.

Terveyskeskus palauttaa lomakkeet keräyksen päätyttyä postitse osoitteeseen:

Yleislääketiede  
33014 TAMPEREEN YLIOPISTO

Lomakkeet voi myös palauttaa kuriiripostina käyntiosoitteeseen:

Yleislääketiede  
K-rakennus, huone 122  
Lääketieteen laitos  
Teiskontie 35  
TAMPERE

## TIETOJEN KOODAUS JA TALLENNUS

Lomakkeiden koodaus aloitetaan välittömästi ja keskitetysti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikön toimesta. Kullekin terveyskeskukselle palautetaan levykkeellä terveyskeskuksen lomakkeista koodatut datamatriisit, jotka ovat paikallisesti analysoitavissa kaikilla taulukkolaskentaohjelmilla. Koodaus ja tallennus halutaan tehdä keskitetysti, jotta syntyisi myös yhteinen vertailuaineisto koko Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueelta.

## TULOSTEN ANALYYSI

Terveyskeskuksille tulostetaan paperitulosteena oman terveyskeskuksen lomakkeista suorat jakaumat sekä suorat jakaumat oman sairaanhoitopiirin sekä koko Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueen lomakkeista. Jakaumista tuotetaan



myös aikasarjoja terveyskeskuksen käyttöön. Terveyskeskuksille levykkeellä toimitetuista datamatriiseista terveyskeskukset voivat halutessaan tehdä tarkempia analyysejä omasta terveyskeskuksestaan. Terveyskeskuksille ei toimiteta muiden terveyskeskusten tietoja, mutta terveyskeskukset voivat tuki halutessaan vaihtaa tietoja keskenään.

Yleislääketieteen yksikkö auttaa tarvittaessa terveyskeskuksia sekä välittää palveluja terveyskeskuskohtaisten tulosten analyysissä.

## KUSTANNUKSET

Vastauslomakkeet koodataan, tallennetaan ja tulostetaan aikaisempien vuosien tapaan. Tallennuksesta, analyysistä ja terveyskeskukselle palautetuista tuloksista ja datamatriisista ei aiheudu terveyskeskukselle kustannuksia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue kustantaa sen osana terveyskeskuksen kanssa tehdyn yhteistyösopimuksen määrittelemää tutkimusyhteistyötä.

## PROJEKTIRYHMÄ

Toteutusta koskeviin tiedusteluihin vastaavat:

### **Professori Kari Mattila**

Yleislääketiede  
33014 TAMPEREEN YLIOPISTO

puh. (03) 3551 7100  
fax (03) 3551 6722  
e-mail: kari.j.mattila@uta.fi

### **Ylilääkäri Doris Holmberg-Marttila**

PSHP, TAYS, Yleislääketieteen yksikkö  
PL 2000  
33521 TAMPERE

puh. 050 540 4932  
doris.holmberg-marttila@pshp.fi

### **Terveyspalvelujen johtaja Risto Raivio**

Lahden sosiaali- ja terveystoimiala  
PL 116  
15101 LAHTI

puh. (03) 818 4401  
risto.raivio@lahti.fi

### **Toimistosihteeri Anna-Mari Yrjölä**

Yleislääketiede  
33014 TAMPEREEN YLIOPISTO

puh (03) 3551 7097  
fax (03) 3551 6722  
e-mail: anna-mari.yrjola@uta.fi

## KYSELY POTILAILLE

## SISÄ-SUOMEN JA POHJANMAAN TERVEYSKESKUKSET

Terveyskeskus ..... Kuntakoodi .....

Toimipiste ..... Toimipistekoodi .....

Käyntipäivä  Maanantai  Tiistai  Keskiviikko  Torstai  Perjantai

**OHJEET:**

Haluamme parantaa terveyskeskuksen palvelua. **Pyydämme Teitä ystävällisesti arvioimaan terveysaseman toimintaa tämänkertaisen käyntinne perusteella.** Tehkää vain yksi merkintä kysymystä kohti. Palvelua arvioidessanne rastittakaa numeroista mielihpidettänne vastaava kouluarvosana (4 - 10). Jos ette tarvitse kyseistä palvelua tai ette osaa sanoa niin rastittakaa numeroita edeltävä ruutu.

**TAUSTATIETOJA** (vain tilastollisiin tarkoituksiin)

**Oletteko**  nainen **vai**  mies? **Miten vanha olette?** ..... vuotta

**Oliko käyntinne syy?**  päivystysasia  muu kiireellinen  ei kiireellinen

**Onko Teillä nimetty omalääkäri terveyskeskuksessa?**  kyllä  ei

**Kuinka usein olette ennen tätä kertaa käyneet terveysasemalla viimeisen 12 kk aikana?**

lääkäriin vastaanotolla ..... kertaa  
terveydenhoitajan / sairaanhoitajan vastaanotolla ..... kertaa

**Oletteko joutunut viimeisen 12 kk aikana turvautumaan päivystykseen illalla, yöllä tai viikonloppuna?**

kyllä  en

**Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman**

lääkäriin?  kyllä  en  
terveydenhoitajan/sairaanhoitajan?  kyllä  en

**Miten varasitte ajan tälle käynnille?**

puhelimella  käymällä terveysasemalla  en varannut aikaa etukäteen

**Kenen vastaanotolla kävitte?**

Merkitkää rasti vain sen kohdalle, jonka luokse tehdyn käynnin arvioitte tällä lomakkeella.

lääkärin vastaanotolla  
 terveydenhoitajan/sairaanhoitajan vastaanotolla

**KYSELY JATKUU LOMAKKEEN KÄÄNTÖPUOLELLA**

## MIELIPITEITÄ PALVELUSTA

(rastittakaa sopiva kouluarvosana)

En tarvinnut palvelua	En osaa sanoa
-----------------------	---------------

### Ajanvaraus

- Kuinka helposti saitte puhelinyhteyden terveysasemalle?   4 5 6 7 8 9 10
- Millainen oli henkilökunnan käytös kun varasitte aikaa? (arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus)   4 5 6 7 8 9 10
- Saitteko itse valita kenen vastaanotolle tulette?  kyllä  en

### Ilmoittautuminen

- Kuinka sujuvaa oli ilmoittautumismenettely?   4 5 6 7 8 9 10
- Pääsittekö vastaanotolle sovittuna kellonaikana?   4 5 6 7 8 9 10

### Toiminta vastaanotolla

- Millainen oli Teidät vastaanottaneen henkilön käytös? (arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus)   4 5 6 7 8 9 10
- Saitteko riittävästi tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista?   4 5 6 7 8 9 10
- Saitteko tarvitsemianne tietoja lääkkeistänne ja niiden vaikutuksista?   4 5 6 7 8 9 10
- Saitteko tietoja sairautenne hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehtoista?   4 5 6 7 8 9 10
- Saitteko selkeät ja riittävät jatkohoito-ohjeet?   4 5 6 7 8 9 10
- Kuunneltiin teidät ongelmianne ja osoitettiin teitä kohtaan kiinnostusta sekä halukkuutta vastata kysymyksiinne?   4 5 6 7 8 9 10

### Kokemuksenne käynnistä terveysasemalla

- Tuntuiko Teistä, että asioitanne käsiteltiin luottamuksellisesti?   4 5 6 7 8 9 10
- Saitteko apua Teitä vaivanneeseen ongelmaan?   4 5 6 7 8 9 10
- Oliko asianne hoitamiseen riittävästi aikaa?   4 5 6 7 8 9 10

**Palvelu terveysasemalla oli niin hyvää, että voin kehua sitä perheelleni ja ystäväilleni?**

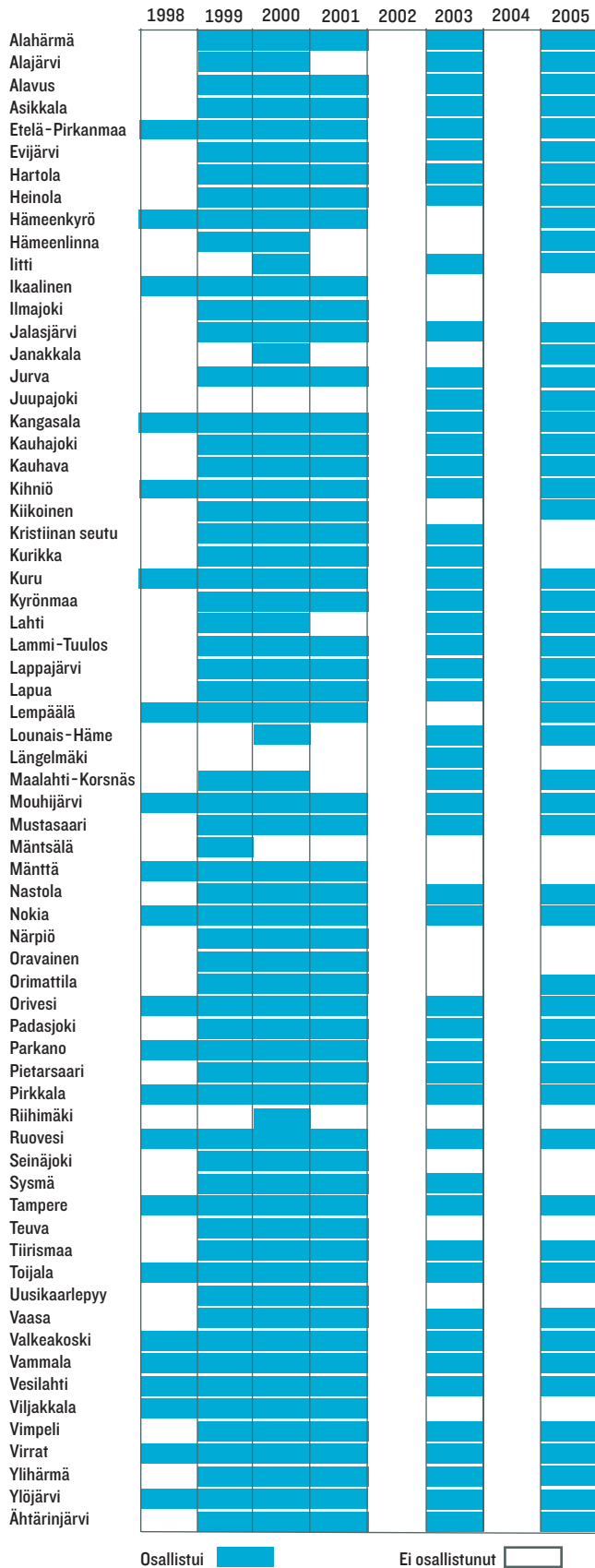
- täysin samaa mieltä  
 jokseenkin samaa mieltä  
 jokseenkin eri mieltä  
 täysin eri mieltä

**VASTASITHAN KAIKKIIN KYSYMYKSIIN**

**KIITOS**

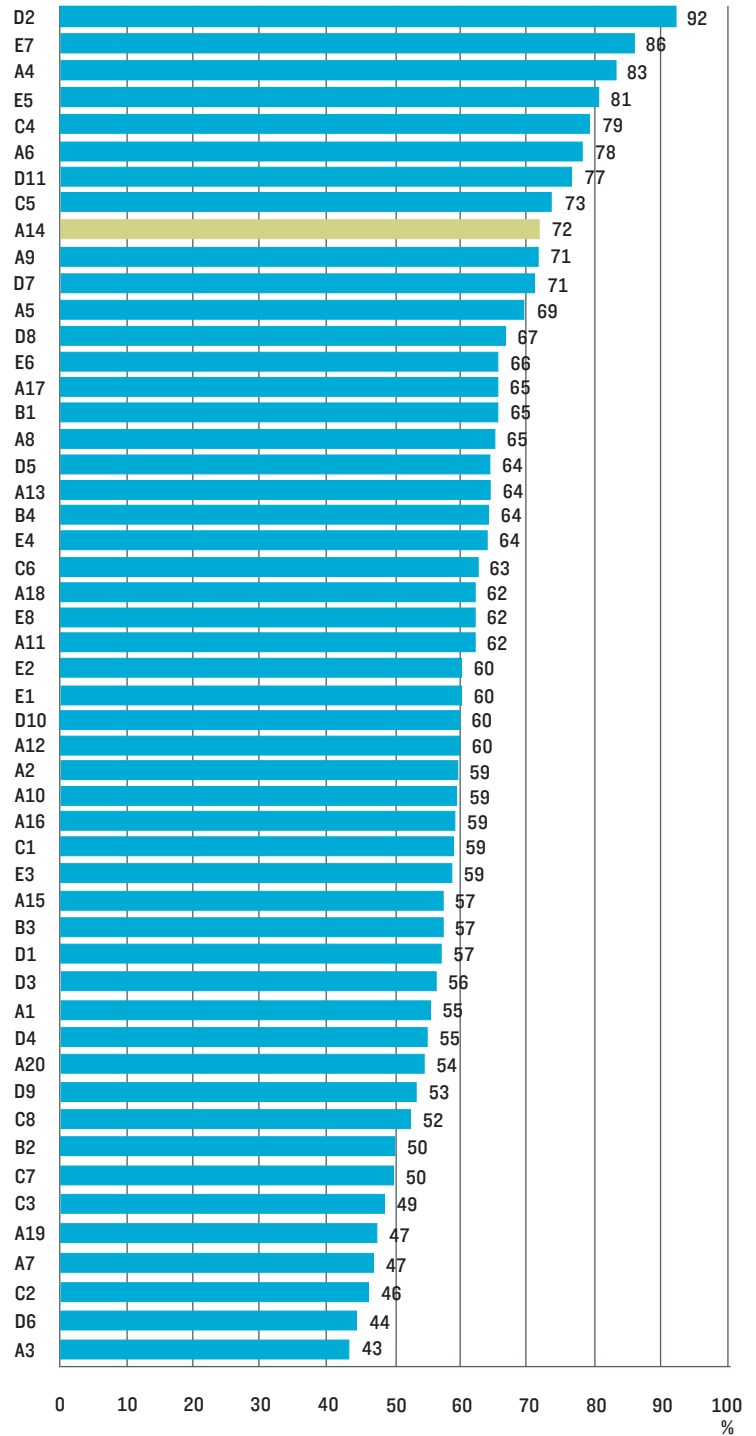
### Liite 3.

Potilaskyselyyn viikolla 39 osallistuneet terveyskeskukset vuosittain. Vuonna 1998 kysely tehtiin vain Pirkanmaalla. Kyselyä ei järjestetty vuosina 2002, 2004 ja 2006.



### Liite 4.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskukset järjestettynä sen mukaan kuinka suuri osa (%) vastanneista vuoden 2007 kyselyssä oli täysin samaa mieltä väittämän "Palvelu terveyskeskuksessa oli niin hyvää, että voin suositella sitä perheelleni ja ystäväilleni" kanssa. Terveyskeskus koodillaan A14 on merkitty vertailua varten eri värillä. Koodeista (A-D) voi ainoastaan päätellä, minkä sairaanhoitopiiriin alueelle kukin terveyskeskus sijoittuu.



## Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland:

a 15-year follow-up questionnaire survey

### Abstract

#### Background

Continuity of care is an essential aspect of quality in general practice. This study is the first systematic follow-up of Finnish primary care patients' assessments with regard to personal continuity of care.

#### Aim

To ascertain whether patient-reported longitudinal personal continuity of care is related to patient characteristics and their consultation experiences, and how this had changed over the study period.

#### Design and setting

A 15-year follow-up questionnaire survey that took place at Tampere University Hospital catchment area, Finland.

#### Method

The survey was conducted among patients attending health centres in the Tampere University Hospital catchment area from 1998 until 2013. From a sample of 363 464 patients, a total of 157 549 responded. The responses of patients who had visited a doctor during the survey weeks ( $n = 97\,468$ ) were analysed. Continuity of care was assessed by asking the question: 'When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?'; patients could answer 'yes' or 'no'.

#### Results

Approximately half of the responders had met the same doctor when visiting the healthcare centre. Personal continuity of care decreased by 15 percentage points (from 66% to 51%) during the study years. The sense of continuity was linked to several patients' experiences of the consultation. The most prominent factor contributing to the sense of continuity of care was having a doctor who was specifically appointed [odds ratio 7.28, 95% confidence interval = 6.65 to 7.96].

#### Conclusion

Continuity of care was proven to enhance the experienced quality of primary care. Patients felt that continuity of care was best realised when they could consult a doctor who had been specifically appointed to them. Despite efforts of the authorities, over the past 15 years patient-reported continuity of care has declined in Finland.

#### Keywords

continuity of care; follow-up study; general practice; primary health care; quality of care; questionnaire.

### INTRODUCTION

Continuity of care is an essential aspect of good-quality primary care, as is involving patients in assessing, developing, and improving it.<sup>1-6</sup> The primary care profession must constantly aim to maintain this. Various attempts have been made to establish a consensus on continuity of practice as a basis for valid and reliable assessment of primary care in different healthcare settings and dimensions.<sup>4-9</sup> Continuity of care can be assessed by the general population, the users (patients), or the providers (professionals or organisations), and is related to other healthcare dimensions and outcomes.

Continuity of care constitutes an indicator of quality in general practice.<sup>8</sup> There are a number of studies and articles on the criteria for indicators and instruments used in assessing continuity of care, including literature focusing on measurement of patients' views of primary care.<sup>4,7-14</sup> Patients place great value on the ability to see the same doctor;<sup>15</sup> Hjortdahl and Laerum<sup>16</sup> showed that the personal continuity of care is positively linked to patients' overall satisfaction. Other studies have, likewise, found strong evidence of the correlation between continuity of care and improved patient satisfaction.<sup>7,17,18</sup>

A review by Starfield *et al*<sup>19</sup> emphasises that continuity of care is one core dimension in a robust primary care system; they also found continuity of care to be

cost effective and promotive of greater efficiency of services. Kringos *et al*<sup>8</sup> have assessed the relevance of continuity of primary care in relation to other primary care dimensions and healthcare system outcomes; in their review of the literature, they found associations with coordination, comprehensiveness, quality, efficiency, population health, patient satisfaction, costs, and strength of primary care.

For the GP, continuity of care:

- strengthens the doctor-patient relationship and the sense of partnership in care;
- improves diagnostic and communication skills;
- enhances trust and empathy;<sup>4,5</sup> and
- improves the coordination and integration of care.<sup>12</sup>

According to the European Definition of General Practice/Family Medicine, a GP is responsible for the provision of longitudinal continuity of care, as determined by the needs of the patient.<sup>20</sup> Moreover, the significance of continuity challenges GPs to develop teamwork with other professionals in their practices to engage them in promoting and improving the health of their patients.<sup>21</sup>

Patients are increasingly perceived as clients in healthcare services and experts in their own care and, as such, GPs must make

**R Raivio**, MD, GP, head of the Primary Care Unit, Joint Authority of Päijät-Häme Social and Health Care Group, Lahti, Finland. **D Holmberg-Marttila**, MD, PhD, head of the Centre for General Practice, Pirkanmaa Hospital District, Tampere, Finland.

**KJ Mattila**, MD, PhD, professor of the Department of General Practice, University of Tampere, Tampere, Finland.

#### Address for correspondence

Risto Raivio, Primary Care Unit, Joint Authority

of Päijät-Häme Social and Health Care Group, Keskussairaalankatu 7, Lahti 15850, Finland.

**E-mail:** risto.raivio@pshsotey.fi

**Submitted:** 18 February 2014; **Editor's response:**

18 March 2014; **final acceptance:** 13 May 2014.

©British Journal of General Practice

This is the full-length article (published online 29 Sep 2014) of an abridged version published in print. Cite this article as: **Br J Gen Pract 2014;**

**DOI: 10.3399/bjgp14X681841**

## How this fits in

There is extensive literature on the benefits of continuity of care for patients, professionals, authorities, and healthcare systems. The personal continuity of consultations in primary care in Finland is decreasing; this is a matter of concern. This study shows that having a specific named doctor generates continuity and patients experience better quality health care as a result.

additional efforts to recognise patients who are chronically ill as partners in care.<sup>22</sup> Both GPs and their patients seem to realise the value of maintaining a good doctor-patient relationship. Furthermore, patients describe consistent relationships in primary care as a reassuring, positive, and secure partnership.<sup>23</sup>

Despite many positive findings in this dimension of general practice, there is ongoing debate as to whether, and to whom, the continuity of care really matters.<sup>24-26</sup> There is variation between different patient groups and primary healthcare organisations regarding the level of satisfaction with continuity of care.<sup>12-17,26-30</sup> Patients using primary care services are generally fairly satisfied in this respect.

Finnish healthcare services offer universal coverage for a comprehensive range of care, which is delivered primarily by organisations that are publicly owned and operated;<sup>31</sup> primary healthcare services are provided mainly by municipal health centres that are publicly funded. The Finnish primary healthcare system is health centre-oriented and wide, both in terms of the numbers of staff and the different professions employed.<sup>32-34</sup> The actual size and population of primary care health centres varies considerably but staff work mostly in pairs or teams, and the distribution of tasks from doctors to nurses is common. Practice nurses who assess the need and urgency of care are almost invariably patients' first contacts, either on the telephone or face to face.

Only about half of health centres have a personal list system, with all patients allocated to a named family doctor. In addition, free occupational health services also play an important role in Finnish health care by providing primary care to the employed population. In Finland, patients can choose to consult a doctor either in a health centre or in occupational health. They are also able to choose a private doctor, for which they will have to pay extra. In the past

10 years, the authorities in Finland have sought to improve the quality of primary health care, increase its resources and integration of care, and emphasise patients' roles in their own care.<sup>32-34</sup>

To the authors' knowledge, prior to this investigation, there have been no systematic longitudinal studies measuring continuity of care in Finland. The aim of this study was to ascertain:

- how personal, longitudinal continuity of care is related to certain patient characteristics; and
- what were patients' experiences of consultations with doctors working in Finnish primary care centres.

How the patient-reported, personal, continuity of health-centre doctors had changed over the study period was also examined.

## METHOD

### Design

The Department of General Practice at the University of Tampere sent a questionnaire (available from the authors on request) to 65 primary healthcare centres in 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, and 2013. In every study year, the questionnaire was given to patients attending for treatment during one particular week. The questions were based on international studies<sup>34</sup> and adapted to the special characteristics of Finnish primary health care.<sup>35</sup>

The questionnaire was piloted in the Pirkanmaa area in 1998, given to 19 399 patients and 9276 patients responded (a 48% response rate). In 1999, the study was extended to primary healthcare centres located in the catchment area of Tampere University Hospital. There were 65 health centres in this area, serving a total population of 1.2 million.

Data were collected during week 39, in September. Reception staff distributed the questionnaire to patients visiting physicians and nurses due to illness from Monday to Friday between 8am and 4pm. Patients placed the anonymously filled questionnaires in a box in the waiting room after their consultation. During the data-collection periods, 363 464 patients visited the practices, and 157 549 responded. The response rate varied yearly from 39% to 53%. The answers of patients ( $n = 97\ 468$ ) who had visited a doctor during the survey weeks were then analysed.

Patients were asked for their background information, including:

**Table 1. Responders who visited a doctor in health centres, by study year**

Year	Patients, <i>n</i>
1998	6377
1999	17 132
2000	14 887
2001	10 724
2003	9783
2005	10 540
2007	10 557
2009	5956
2011	5791
2013	5721
Total	97 468

- sex;
- age;
- reason for visit (acute event, other urgent matter, or non-urgent matter);
- visits prior to the present one;
- which healthcare provider the patient had met;
- evaluation of the consultation; and
- opinion of the visit.

From 2005, the question 'Do you have a particular doctor appointed for you at the health centre?' was added to the questionnaire. Responses in the affirmative signified that patients were allocated to a specific doctor by health organisations based on where they lived, without them having the freedom to choose which doctor they would see. From 2009 another question was added: 'In the last 12 months, how many times have you visited the health centre prior to this visit?'

The longitudinal, personal, continuity of care was assessed with the question: 'When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?'; possible responses were 'yes' and 'no'. The responders graded the quality of service using a scale that is traditional in the Finnish school system and familiar to all patients; grades range from 4 ('very poor') to 10 ('excellent'). The highest score, 10, was considered the best and, therefore, represented the best possible quality. The frequency of this top score was determined for each domain compared with other scores (4–9).

### Analyses

SPSS (version 20.0) was used for statistical analysis. The statistical significance of differences in frequencies between the groups was tested by  $\chi^2$  test. Binary logistic regression analyses were used on patient characteristics, and on patients' evaluation of consultation with their family doctor. To study how the various factors were connected to the continuity of care (dependent variable), both univariate and multivariate regression analyses were used. Patient-related factors and quality factors were dichotomised.

### RESULTS

The number of responders varied between questions and study years. All the responders did not answer all questions. The replies of those patients who visited a doctor during the study week for all study years were analysed. The total number of patients was 97 468 (Table 1).

Of patients who had seen a doctor, 64% were female, 45% were aged  $\geq 60$  years, 57% needed urgent or less urgent treatment, and 70% had visited the health centre at least once in the preceding 12 months. Of the responders, 66% reported having a specific appointed doctor at the health centre.

Table 2 details the responses relating to sex, age, urgency, whether the patient had visited the healthcare centre in the previous 12 months and, for those patients who were usually able to see the same doctor, whether the patient had an

**Table 2. Number of patients who were usually able to see the same doctor, by sex, age, urgency of consultation, prior visit, and specific appointed doctor**

Patient characteristics	Responders, <i>n</i>	Do you usually meet the same doctor?		<i>P</i> -value
		Yes, %	No, %	
<b>Sex</b>				0.118
Female	58 934	62.8	37.2	
Male	32 911	62.3	37.7	
<b>Age</b>				$\leq 0.001$
<60 years	51 908	58.4	41.6	
$\geq 60$ years	33 009	69.6	30.4	
<b>Urgency</b>				$\leq 0.001$
Acute/less acute	49 404	58.7	41.3	
Non-urgent	36 657	67.1	32.9	
<b>Visit in previous 12 months<sup>a</sup></b>				$\leq 0.001$
Yes	11 701	49.4	50.6	
No	5019	55.2	44.8	
<b>Specific doctor<sup>b</sup></b>				$\leq 0.001$
Appointed	23 354	72.8	27.2	
Not appointed	11 915	26.6	73.4	

<sup>a</sup>Question added to survey in 2009. <sup>b</sup>Question added to survey in 2005.

**Table 3. Consultation evaluation by patients who gave the highest score (10 points) for quality aspects of consultation when asked: 'When you visit the health centre, do you usually see the same doctor?'**

	Responders, <i>n</i>	Do you usually see the same doctor?		<i>P</i> -value
		Yes, %	No, %	
<b>Did you get information about the treatment options for your particular health problem?</b>				<0.001
Highest score	29 215	68.5	31.5	
Other	44 876	59.9	40.1	
<b>Did you get clear and adequate instructions for further care and treatment?</b>				<0.001
Highest score	35 322	67.7	32.3	
Other	42 459	59.4	40.6	
<b>Did the doctor/nurse listen to your problems and did they show interest toward you and willingness to answer your questions?</b>				<0.001
Highest score	40 598	67.5	32.5	
Other	42 197	58.3	41.7	
<b>Did you feel that your matters were dealt with confidentially?</b>				<0.001
Highest score	48 613	66.2	33.8	
Other	35 131	58.6	41.4	
<b>Did you get help for your health problem?</b>				<0.001
Highest score	37 930	66.4	33.6	
Other	39 294	59.9	40.1	

appointed doctor. Among patients who had a specific doctor appointed for them by the health centre, continuity of care was considered to mean the same thing in both male and female patients. In those aged  $\geq 60$  years, continuity of care was confirmed 11 percentage points more often than in the younger group. In non-urgent visits and in visits over the 12 months prior to the study visit, continuity of care was actualised slightly more often (more often than visits under 12 months). Of patients who said that they had a specific doctor appointed to them, 73% could usually meet the same

doctor; only 27% usually met the same doctor if they had no appointed doctor (Table 2).

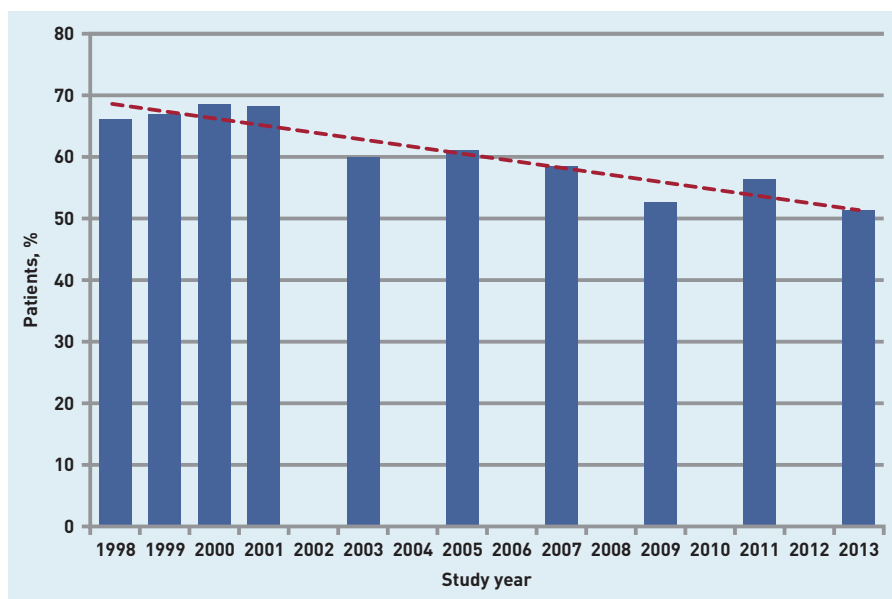
Overall, two-thirds of the patients gave the highest marks for quality aspects when they had a specific doctor appointed to them by the health centre (Table 3). The difference in giving the best-possible grades for the consultation between those who had a specific doctor appointed to them and those who did not varied from 7 to 10 percentage points and was statistically significant ( $P < 0.001$ ) in all quality aspects (Table 3).

**Table 4. Patient-related and consultation-related covariates representing continuity of care<sup>a</sup> in univariate and multivariate regression analyses**

	Univariate analysis		Multivariate analysis <sup>b</sup>	
	OR (95% CI)	<i>P</i> -value	OR (95% CI)	<i>P</i> -value
<b>Patient-related items</b>				
Woman	1.02 (0.99 to 1.05)	0.118	0.89 (0.82 to 0.98)	0.014
Aged $\geq 60$ years	1.63 (1.58 to 1.68)	<0.001	1.45 (1.32 to 1.59)	<0.001
Non-urgent visit	1.43 (1.39 to 1.47)	<0.001	1.32 (1.21 to 1.44)	<0.001
Visit in preceding 12 months	1.26 (1.18 to 1.35)	<0.001	1.11 (1.01 to 1.22)	0.039
Appointed doctor	7.38 (7.02 to 7.75)	<0.001	7.28 (6.65 to 7.96)	<0.001
<b>Consultation evaluation</b>				
Got enough information	1.46 (1.41 to 1.51)	<0.001	1.03 (0.88 to 1.20)	0.743
Got adequate instructions	1.43 (1.39 to 1.48)	<0.001	1.02 (0.86 to 1.21)	0.812
Felt doctor listened and showed interest in their problems	1.49 (1.45 to 1.53)	<0.001	1.06 (1.92 to 1.23)	0.420
Felt confident about confidentiality	1.38 (1.34 to 1.42)	<0.001	1.21 (1.06 to 1.38)	0.006
Got help for their health problem	1.32 (1.29 to 1.36)	<0.001	1.10 (0.97 to 1.25)	0.135

<sup>a</sup>Continuity of care was determined by asking: 'When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?'. <sup>b</sup>All variables in the model. OR = odds ratio.





**Figure 1.** The percentage and trend line of patients who experienced continuity of care because they usually saw the same doctor during the study period. Continuity of care was determined by asking: 'When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?'

In both univariate and multivariate regression analyses, patient-related items explained the continuity of care; patients' age, reason (urgent, non-urgent) for visit, and previous visits to the health centre (within the preceding 12 months) were linked to continuity of care (Table 4).

In the univariate analysis, patients' experiences of how the doctor had listened and was willing to give answers were related to the continuity of care. In addition, the doctor's behaviour during the consultation, the information given regarding medication and tests, confidentiality, the sense of receiving help with their problem, and receiving adequate instructions on further care contributed to the correlation (Table 4). In the multivariate analysis only the information and instructions given in the consultation did not appear to be significantly correlated with the continuity. The most prominent factor related to continuity of care was having a specific doctor appointed by the health centre for the consultation (odds ratio = 7.28, 95% confidence interval = 6.65 to 7.96).

Personal continuity of care decreased by 15 percentage points (from 66% to 51%) from 1998 to 2013 (Figure 1). At most, over two-thirds (69%) of patients, in 2000, reported that when they visited the health centre, they usually saw the same doctor in that year; in 2013, only around half (51%) were of the same opinion.

## DISCUSSION

### Summary

Several patient characteristics and features of their consultation experiences proved

to be connected to continuity of care. The most clearly determining factor was having a specific doctor appointed by the health centre. Also notable was patients' experience of the confidentiality of their consultation and how the doctor listened and was willing to give answers. Older patients, in particular, seemed to value having a specific doctor appointed to them, who was able to listen, understand, and care.

During the study years, 1998–2013, the continuity of Finnish primary care did not improve.

### Strengths and limitations

This study constitutes the first longitudinal, systematic inquiry into continuity of primary health care in Finland. During the 15-year study period, it was possible to gather an extensive sample of patient opinions on personal continuity of care of health centre doctors. In this study area of 1.2 million inhabitants, there are both small, rural health centres and large health centres in the conurbations. However, the patients who chose to answer the questionnaire were likely to be those who had an opinion and wanted to express it. The responders' views cannot be taken as representative of the whole population, therefore, but are likely to be representative of the main population using primary health care services in Finland.

The number of responders varied greatly during the study years. One of the reasons for this could be organisational and structural changes within, and between, the municipalities arranging primary healthcare services. This may also have been the result of the strengthening of occupational health services. Furthermore, some of the health centres suffered from a lack of professional healthcare staff. Although there were fewer responders, the number of patients visiting health centres also declined. Patients with relatively simple healthcare problems have gradually moved from health centres to occupational health services, while patients with long-term conditions and multimorbidity seem to remain under the responsibility of health centres. These patients also tend to need more services and longer appointments. At the same time it has become harder for people to access primary healthcare centres as resources are stretched.

Attempts have been made to find out reasons for non-response. Some examples are patients having left spectacles at home or being in a hurry; however, patients may not have completed the questionnaire

## Funding

This study was financially supported by the Competitive State Research Financing of the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital, Grant number 3349.

## Ethical approval

This study observed the ethical principles prevailing under Finnish law. The research was non-invasive and not aimed at any individual person. The research data were based on information provided by responders giving their opinions anonymously and voluntarily for research purposes. Neither the personal, nor the medical, history of the responders was used in the research; in addition, the survey results will not be combined with any other data. The responses cannot be used to identify individual responders. Health centres participated voluntarily in the research. The concurrent joint ethics committee of the University of Tampere and Tampere University Central Hospital ruled that, according to Finnish legislation, no ethical assessment or approval was mandatory for this study.

## Provenance

Freely submitted; externally peer reviewed.

## Competing interests

The authors have declared no competing interests.

## Open access

This article is Open Access: CC BY-NC 3.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>).

## Acknowledgements

The authors thank to Central Finland and Pohjanmaa area health centres; the Department of General Practice in the medical school of the University of Tampere; and the Centre for General Practice of the Pirkanmaa Hospital District for coordinating, designing, and collecting the data.

## Discuss this article

Contribute and read comments about this article: [bjgp.org.uk/letters](http://bjgp.org.uk/letters)

because they had no desire or inclination to do so.

The researchers were aware of the challenges of studies using a questionnaire survey.<sup>35,36</sup> Asking reception staff to pass out questionnaires is flawed as a means of systematic inquiry and involves a notable sampling bias. As the same flaws apply to the data throughout, however, it is reasonable to conclude that comparison over time is still robust. The low overall response rate (45%) is a limitation; nonetheless, the researchers consider the data and the process of assessing patients' views to be reliable and comprehensive.<sup>37</sup> The adoption of the highest score was inspired by its use in other patient-satisfaction measurements.<sup>38</sup>

## Comparison with existing literature

The results of this study show that patients were less satisfied with the continuity of care at the end of the study, in 2013, than they were at the outset. A number of factors are associated with continuity of care,<sup>14-17</sup> some of which are related to patient characteristics and some to features of the healthcare system. Several studies have shown that patients' age, sex, perceived health status at the time, and socioeconomic status have an effect on continuity of care.<sup>27-30</sup> The variables mentioned did not change significantly in Finland over the course of the study period and those associated with continuity of care here were similar to those in previous studies that used a similar methodology.<sup>39,40</sup>

Patients in primary care appreciate continuity;<sup>15-17</sup> on the other hand, continuity of care alone is not a guarantee of good and efficient health care. The clearest determining factor associated with continuity of care in this study was having a specific doctor appointed by the health centre. Older patients with chronic diseases seem to benefit from the continuity of care and a long treatment relationship with the same doctor and nurse;<sup>38</sup> in this study, patient age was related to the continuity of care as much as the non-urgency of the visit or previous visits to the doctor.

Good communication, proper instructions, and confidentiality during the consultation have been shown to increase satisfaction and enhance the continuity of care.<sup>40</sup> These aspects were also found in this study. When trust and communication between patient and doctor is good enough, the patient tends to be satisfied with, and also committed to, their care.<sup>40</sup>

There has been some discussion both internationally and also in Finland about

whether personal list systems with patients being allocated to a specific named doctor are desirable, and feasible, in a primary care setting. A specific named doctor seems to lead to fewer critical and uninformed patients.<sup>4,5,26,34,40</sup> The new Finnish Health Care Act, valid from 2010,<sup>41</sup> emphasises freedom of choice for all patients, with authorities now appearing to trust that patients are both able, as well as willing, to choose for themselves the doctor with whom they prefer to consult. The question becomes, then, whether authorities are able to put this choice into practice when financial resources in health care are decreasing.

## Implications for practice

The declined continuity of care in Finland is far from desirable and it would seem that the number of patients who could most profit from having a specific appointed doctor, that is, from being able to see the same physician, has increased. It is disconcerting that continuity of care has not improved in line with this. Patients who would particularly benefit from having an appointed doctor include those who are fragile, such as older patients with long-term conditions and multimorbidity, and patients who need, or use, the care most, such as drug and alcohol misusers, those who are mentally ill, and young people and families with social problems. These patients could profit from having a care manager, who, together with a team of professionals, would not only integrate and coordinate their care, but also empower patients to take an interest in their own care. The possibility of choosing their own doctor would be ideal for these patients but having a specific family doctor assigned to them would, at least, ensure the continuity of their care.

This study underlines the importance of the patient in assessing primary care services. It also confirms the significance of having a doctor personally assigned and how aspects of care that indicate good quality care can also promote continuity. The findings also indicate that new means of coordinating and developing care in Finland are still necessary to improve the continuity of primary health care. The authors suggest that, at least, those patients who need care most should be able to consult with a specific family doctor to enhance the continuity and quality of their care.

## REFERENCES

1. McWhinney IR. Primary care: core values. Core values in a changing world. *BMJ* 1998; **316**: 1807–1809.
2. Neuberger J. Primary care: core values. Patients' priorities. *BMJ* 1998; **317**: 260–262.
3. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, *et al*. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* 2007; **5**(4): 336–344.
4. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; **314**: 1870–1873.
5. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003; **20**(6): 623–627.
6. Haggerty JL, Reid JR, Freeman GK, *et al*. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; **327**: 1219–1221.
7. Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract* 2009; DOI: 10.3399/bjgp09X420257.
8. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, *et al*. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; **10**: 65.
9. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; **53**(12): 974–980.
10. Grol R, Wensing M. Measuring performance quality in general practice: is international harmonization desirable? *Br J Gen Pract* 2007; **57**: 691–692.
11. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; **326**: 816–819.
12. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M-D, *et al*. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; **6**(2): 116–123.
13. Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health* 2009; **9**(1): 1142.
14. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Fam Pract* 2009; **10**: 47.
15. Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract* 2002; **19**: 339–343.
16. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; **304**: 1287–1290.
17. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004; **2**(5): 445–451.
18. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, *et al*. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; **23**(3): 308–316.
19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; **83**(3): 457–502.
20. Wonca Europe. *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. — Edition 2011. <http://www.woncaeurope.org/content/european-definition-general-practice-family-medicine-edition-2011> [accessed 14 Aug 2014].
21. Barnes KA, Kroening-Roche JC, Comfort BW. The developing vision of primary care. *N Engl J Med* 2012; **367**(10): 891–893.
22. Faber M, Voerman G, Erler A, *et al*. Survey of 5 European countries suggests that more elements of patient-centered medical homes could improve primary care. *Health Aff (Millwood)* 2013; **32**(4): 797–806.
23. Cocksedge S, Greenfield R, Nugent GK, Chew-Graham C. Holding relationships in primary care: a qualitative exploration of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract* 2011; DOI: 10.3399/bjgp11X588457.
24. Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000; **321**: 734–736.
25. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, *et al*. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; **1**(3): 149–155.
26. Guthrie B, Saultz B, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ* 2008; **337**: a867.
27. von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, *et al*. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006; **23**(2): 210–219.
28. Boulton M, Tarrant C, Windridge K, *et al*. How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study. *Br J Gen Pract* 2006; **56**(531): 749–755.
29. van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review. *Nurs Health Sci* 2006; **8**(3): 185–195.
30. Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, *et al*. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand J Prim Health Care* 2007; **25**(1): 27–32.
31. Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports 82. <http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti82.pdf?download=Download+pdf> [accessed 27 Jul 2014].
32. Kokko S. News from the Nordic colleges of general practitioners. Developments in Finnish general practice. *Scand J Prim Health Care* 2006; **24**(1): 1–2.
33. Kokko S. Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland? *Scand J Prim Health Care* 2007; **25**(3): 131–132.
34. Kokko S. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *Int J Integr Care* 2009; **9**: e86.
35. Grol R, Wensing M, Mainz J, *et al*. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract* 1999; **16**(1): 4–11.
36. Allan J, Schattner P, Stocks N, Ramsay E. Does patient satisfaction of general practice change over a decade? *BMC Fam Pract* 2009; **10**: 13.
37. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Assessment of patient satisfaction in primary health care: reliable information and benchmarking. *Finnish Med J* 2008; **63**(33): 2623–2626.
38. Tom JO, Mangione-Smith R, Solomon C, Grossman DC. Integrated personal health record use: association with parent-reported care experiences. *Pediatrics* 2012; **130**(1): e183–190.
39. Aboulghate A, Abel G, Elliott MN, *et al*. Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *Br J Gen Pract* 2012; DOI: 10.3399/bjgp12X653624.
40. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor–patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998; **15**(5): 480–492.
41. Ministry of Social Affairs and Health [Finland]. *Health Care Act. 1326/2010*. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2010/en20101326.pdf> [accessed 27 Jul 2014].

RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study

Risto Raivio<sup>1,2\*</sup>, Juhani Jääskeläinen<sup>2</sup>, Doris Holmberg-Marttila<sup>3</sup> and Kari J Mattila<sup>2,3</sup>

## Abstract

**Background:** The aim here was to explore trends in patient satisfaction with primary health care and its accessibility and continuity, and to explore whether through reforms and improvements some of the essential goals had been achieved over a 14-year period of time in Finland.

**Methods:** Nine questionnaire surveys were conducted over a period of 14 years among patients attending within one week in the 65 health centres in the Tampere University Hospital catchment area. A total of 147,394 responded out of a sample of 333,648 patients. The response rate varied yearly from 53% to 37%.

**Results:** Patient satisfaction with care in Finnish health centres decreased by nearly 9 percentage units from 1998 to 2011. The fall-off was most marked in the age-group over 64 years. There was a 20 percentage unit's reduction in ease of access as reported by patients. Respondents also reported that the continuity of care had deteriorated.

**Conclusions:** Despite major reforms in Finnish health care policy, patients seem to be less satisfied. Our findings challenge both Finnish authorities and GPs to improve the accessibility and continuity of care in primary health services.

**Keywords:** Accessibility, Continuity, Patient satisfaction, Primary health care, Questionnaire survey

## Background

Accessibility and continuity of care are important aspects of good general practice and essential in efforts to improve the quality of performance [1-4]. Patients tend to attach particular importance to availability and accessibility, as also to the possibility of consulting the same GP [5,6]. There is also a positive correlation between patient satisfaction, continuity and accessibility of care, and medical treatment outcomes [7,8].

The Finnish health care services offer universal coverage over a comprehensive range of health needs implemented primarily by publically owned and operated organizations [9]. Primary health care service is provided mainly by municipal health centres. Recent decades have brought

changes in Finnish health care guidance. The municipalities have sought to improve - or at least maintain - the quality of primary health care and increase its resources [Additional file 1]. Finnish National Health Programs [10,11] have emphasized a new standard of access to treatment and care. A National Health Care Guarantee introduced into the Finnish law in 2005 defined maximum waiting times for hospital and primary care services [12], and in 2007 the Government adopted a new reform programme known as the PARAS project to restructure local government and its services [13]. The latest national development programme for social and health care (the KASTE programme) emphasizes the significance of client feedback in organizing and producing health services and a new focus in primary care on the management of chronic diseases [14].

International studies have shown patients using primary care services to be generally fairly satisfied. There is nevertheless variation between different patient groups

\* Correspondence: [risto.raivio@phsotey.fi](mailto:risto.raivio@phsotey.fi)

<sup>1</sup>Primary Care Unit, Joint Authority for Päijät-Häme Social and Health Care Group, Keskussairaalankatu 7, FI-15850 Lahti, Finland

<sup>2</sup>School of Medicine, Department of General Practice, FI-33014 University of Tampere, Tampere, Finland

Full list of author information is available at the end of the article

and primary health care organizations regarding the level of satisfaction with access to and continuity of care [15-17]. Prior to the present inquiry no systematic longitudinal studies have been undertaken measuring general patient satisfaction with access to and continuity of care in Finland.

The aim here was to ascertain how patients' general satisfaction and the accessibility and continuity of care changed in Finland during the 14-year period covered (1998–2011). Our hypothesis was that during this period general patient satisfaction would have improved as a result of recent reforms and improvements in the Finnish health care system.

## Methods

The Department of General Practice at the University of Tampere sent a questionnaire to 65 primary health care centres in 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009 and 2011 [18]. The paper was distributed every study year among patients attending for treatment during one particular week. The questions were based on international studies [5] and adapted to the special characteristics of Finnish primary health care.

The questionnaire [Additional file 2] was piloted in the Pirkanmaa area in 1998, at which time 9 276 patients responded. In 1999, the inquiry was extended to primary health care centres located in the catchment area of Tampere University Hospital. There are 65 health centres in this area, the total population being 1.2 million. Only basic demographic data, such as gender and age of the participants, were collected.

Data were always collected during the same calendar week in September. The reception staff distributed the questionnaire to patients visiting physicians and nurses due to illness from Monday to Friday between 8 a.m. and 4 p.m.

Patients returned the anonymously filled questionnaires into a box in the waiting room after visiting the practice. The health centres collected the questionnaires and sent them to the Department of General Practice at the University of Tampere where the data was recorded.

We collected no data on non-participants or on patients not originally included in this study. In principal, any patients visiting any of the participating health centres due to an illness during the study week had an opportunity to voluntarily participate to the study.

Patient satisfaction was assessed with the statement: "The service in the health centre was so good that I can recommend it to my family and friends". The response alternatives were: "I totally agree", "I agree", "I disagree" and "I totally disagree". Since the objective in health service is complete satisfaction, we sought particularly to ascertain the proportion of respondents who gave the answer "I totally agree", this being considered to stand for unreserved satisfaction with care.

Access to care was surveyed with the question: "How easy did you find it to call the health centre when making an appointment?" The respondents graded the service on a scale traditional in the Finnish school system and familiar to all patients. The grades ranged from 4 ("very poor") to 10 ("excellent"). The highest mark 10 (Top-box) represented the best possible availability.

Continuity of care was assessed with the question: "When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?" the alternatives being "yes" or "no". The answer "yes" was taken to represent personal and longitudinal continuity of consultation with a specific doctor. In statistical analysis we used frequencies, percentages and cross-tabulation. The analyses were carried out with the SPSS predictive analytics software.

## Ethical approval

This study was based on the ethical principles prevailing under Finnish law. The research was non-invasive and not aimed at any individual person. The research data were based on information provided by respondents giving their opinions anonymously and voluntarily for research purposes. Neither the personal nor medical history of the respondents was used in the research, nor will the survey results be combined with any other data. Responses cannot be used to identify individual respondents. Health centres participated voluntarily in the research.

The concurrent joint Ethics Committee of the University of Tampere and Tampere University Central Hospital considered 6.8.2013 in their meeting that according to the Finnish legislation, no ethical assessment or approval was mandatory for our study.

## Results

Of the 65 primary health care centres in the area, 50 participated in the study at least six times and 63 at least four times. During the data collection periods, 333,648 patients visited the practices, and 147,394 responded. The response rate varied yearly from 53% to 37% [Table 1].

The median age of respondents was 51 years. The largest age-group was the 70-to-74-year-olds. In every age-group except for children, the majority of respondents were women. Two thirds of the respondents had been seen by a doctor, one third by a nurse. The characteristics of patients and respondents during the follow-up are presented in Table 2.

During the study period patients were well satisfied with health centre services. The proportion of those who agreed or totally agreed with the statement "The service in the health centre was so good that I can recommend it to my family and friends" was 97% in 1999 and 95% in 2011. The proportion of those who totally agreed with



**Table 1 Total number of patients visiting the health centres during week 39 between 8 a.m. and 4 p.m., participation of hospital districts, health centres, number of respondents and response rate by year**

Year	Hospital districts participating	Health centres participating	Patients	Respondents	Response rate
	N	N	N	N	%
1998	1	22	19 399	9 276	47.8
1999	5	60	56 397	29 936	53.1
2000	5	64	52 517	24 163	46.0
2001	5	56	39 584	16 940	42.8
2002					
2003	5	49	36 917	15 036	40.7
2004					
2005	5	53	39 950	15 724	39.4
2006					
2007	5	61	36 630	15 988	43.6
2008					
2009	5	53	25 304	10 493	41.5
2010					
2011	5	32	26 950	9 838	36.6
Total	5	65	333 648	147 394	44.2

the statement was 59,8%. The main trend suggests a decrease in satisfaction [Figure 1].

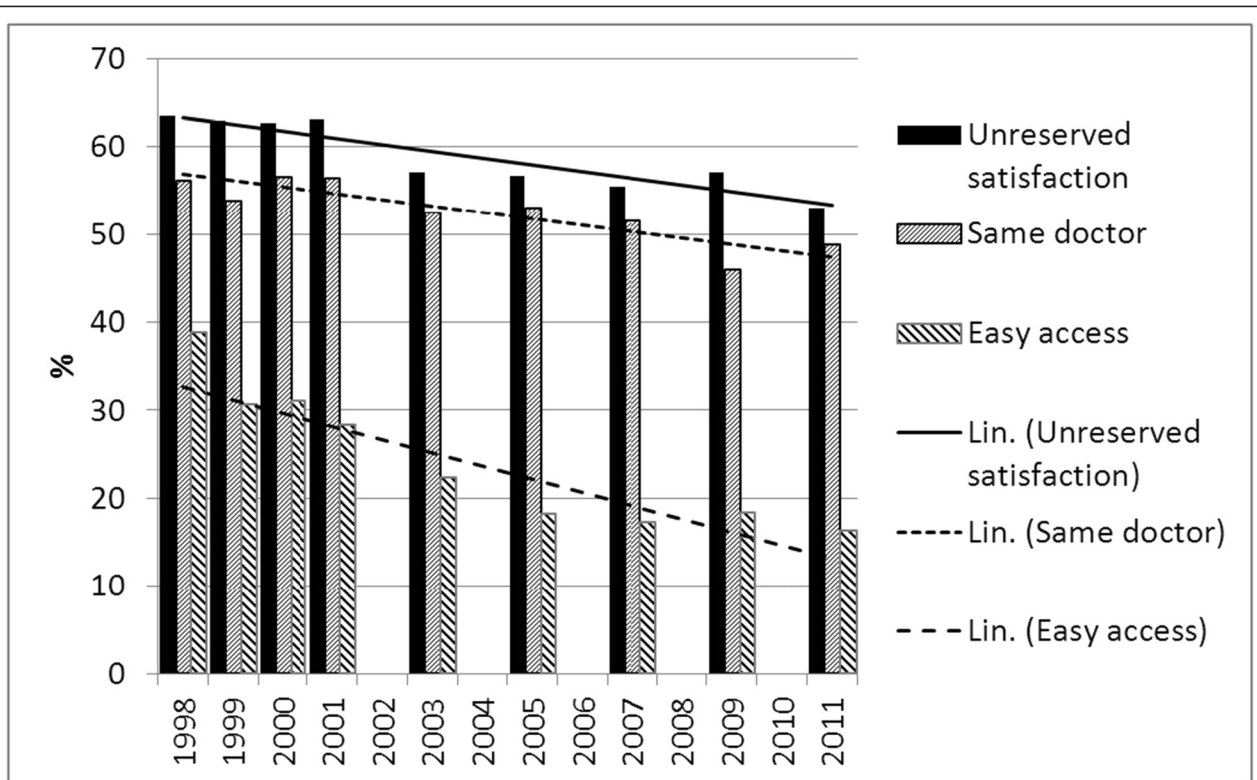
Satisfaction with the services as a whole varied between health centres, the range being 39% to 95% in 1999 and 42% to 79% in 2011. Satisfaction also varied across age-groups [Figure 2]. The oldest group yielded the highest satisfaction rate, the youngest the lowest. The most marked change in satisfaction was among over 64-year-olds and appeared between study years 2001 and 2003.

Patients reporting complete accessibility during the years 1999 to 2011 decreased notably during that time [Figure 1], with only 16% of the participants reporting that in 2011, while the range between health centres varied from 14% to 61%. Accessibility was highest for the oldest age-group. However, the same group also showed the greatest decrease during the 14-year study period. The proportion of those patients who reported to being seen by the same doctor in a health centre during the whole study period was 53.3%.

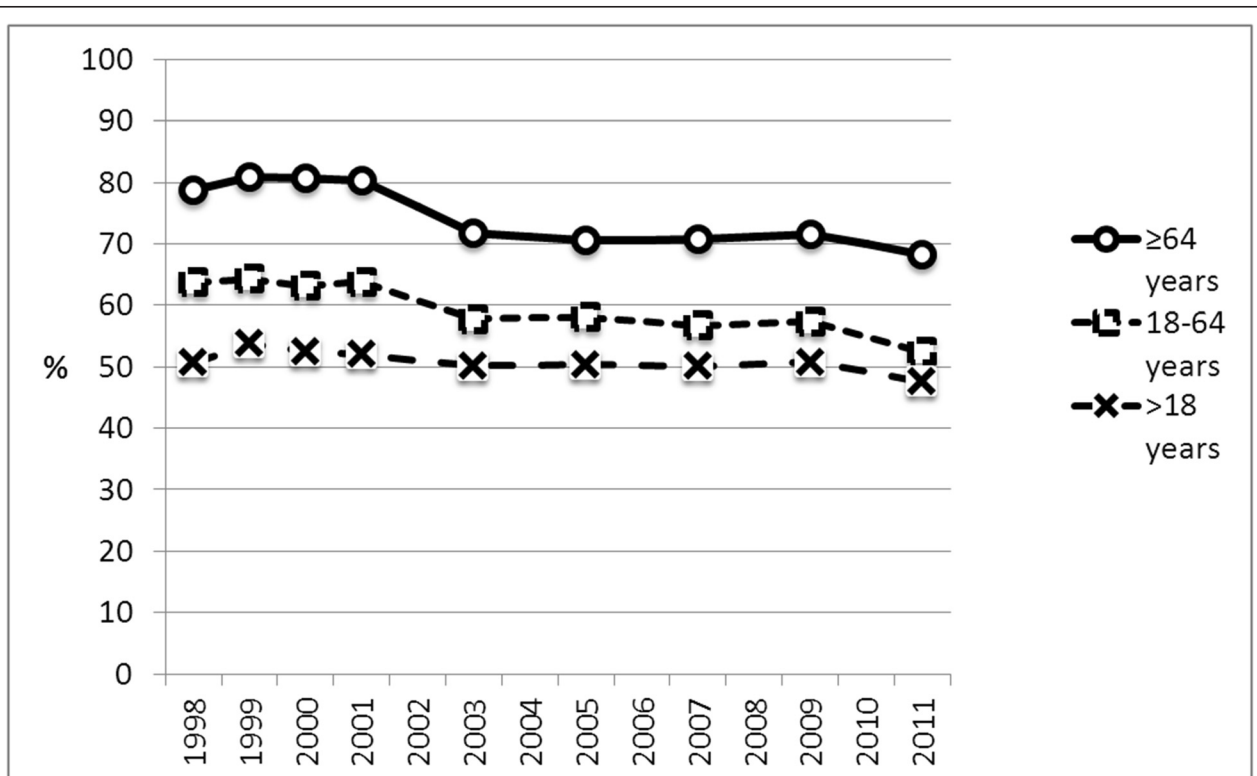
**Table 2 The proportion (%) of gender, age, consultation with GP and nurse and urgency of consultation by study years**

Year	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2007	2009	2011	Total
Gender										
Female	63.8	63.7	63.9	62.3	62.7	63.5	63.1	61.0	61.2	63.0
Male	36.2	36.3	36.1	37.7	37.3	36.5	36.8	39.0	38.8	37.0
Age										
<18	6.7	7.3	6.3	6.5	7.7	5.2	6.0	6.3	6.9	6.5
18-64	62.6	61.9	61.7	61.8	59.1	61.5	59.2	57.0	57.8	60.6
>65	30.7	30.8	32.0	31.7	33.3	33.3	34.7	36.7	35.4	32.9
Consultation with										
GP	69.8	69.1	65.2	66.5	67.3	68.9	68.2	63.9	65.4	65.1
Nurse	30.2	30.9	34.8	33.5	32.7	31.1	31.8	36.1	34.6	34.9
Urgency										
Acute	28.3	25.7	27.2	28.7	29.2	28.5	30.3	28.7	31.6	28.3
Subacute		18.1	19.6	19.1	20.8	21.8	21.8	18.3	19.3	23.1
Not urgent		56.3	53.2	52.2	50.0	49.6	47.9	53.0	49.1	48.7

(Number of yearly respondents is presented in Table 1).



**Figure 1** The proportion of patients expressing unreserved satisfaction, meeting the same doctors or same nurses and having easy access to health centre.



**Figure 2** Proportion (%) of patients expressing unreserved satisfaction by age groups and years of survey.

Continuity of care had deteriorated [Figure 1]. The range between health centres was 13% to 98% in 2011. Regarding continuity of care there were no differences between age-groups.

## Discussion

The results of the present study show that people using primary health care services in Finnish health centres are generally fairly satisfied with them. Nevertheless, overall satisfaction diminished during the 14-year study period. Likewise fewer patients reported good access to and continuity of care.

The findings here provided no support for the hypothesis that the recent reforms and improvements in Finnish health care would have improved patients' satisfaction with care on the whole – and especially with regard to access to and continuity of care.

This was the first longitudinal, systematic inquiry into patient satisfaction in primary health care in Finland. The strength of such a repeated sample was that all 65 centres in the district were invited to participate, and 76% participated in at least six out of eight rounds. During the fourteen-year study period we were able to gather an extensive sample of patient opinions. In this study area of 1.2 million inhabitants there are small rural health centres and large health centres in the conurbations. According to the official Finnish health and statistical registers, our study area seems to represent the rest of the country quite well in terms of level and time trends in volume and costs of primary health care as a whole and the health centre visits in particular. As the patients who chose to answer our inquiry were those who had an opinion and wanted to express it, the respondents' views cannot be taken to represent those of the whole population of Finland but presumably those of the section using health care services in health centres.

The idea for our questionnaire came originally from European patient satisfaction studies [5] and was applied to the Finnish health care system and validated in our pilot study in 1998. We were aware of the challenges involved in studies using a questionnaire survey [19]. Reliance on personnel to distribute questionnaires is flawed as a mechanism and involves some kind of sampling bias. This notwithstanding, the same flaws apply to the data throughout, and it is thus reasonable to conclude that the comparison over time remains robust. The low overall response rate (45%) was a limitation of this study. Nevertheless, we consider that our data and the process of assessing patients' views were feasible and comprehensive [18]. The comparability of different study years was ensured by implementing the questionnaire identically every study year.

A number of factors influence patient satisfaction [15-17,20-22]. They may be related to patient character-

istics or to features of the health care system. On the other hand, patient satisfaction alone is not a guarantee of good and efficient health care. Good communication during consultation increases satisfaction [23]. This aspect was not included nor analysed in our study.

Many studies have shown that patients' age, gender, perceived health status at the time and socioeconomic status have an effect on their satisfaction with health care services. According to the official health registers the variables mentioned did not change significantly in Finland over the period covered. The most marked decrease in patient satisfaction noted here was in the group over 64, who tend to have multiple diseases in long-term conditions – and also an increased need of health services.

Patients in primary care appreciate ease of access and continuity of care [2,7,8,15,20]. Ratings of the access to the health services were conspicuously low, eminently in the last study year 2011 and among the elderly. Also ratings of the continuity of care had declined by 2011 and the variation between the health centres in satisfaction with the accessibility and continuity of care was significantly high. Elderly patients with chronic diseases attach particularly great importance to the continuity of care and a long treatment relationship with a particular doctor.

Finnish health care centres underwent a number of changes during the study years [24,25]. This may partly explain the falling trend in patient satisfaction with the services in general and with the accessibility and continuity of care in particular. Some of the changes in question were influenced by societal change, financial austerity and a lack of experienced primary care professionals.

In the 1990s the Ministry of Education radically reduced student intakes in the medical schools, since when the shortage of family doctors and GPs in primary health care has become more acute. This deficit – also associated with demanding working conditions, heavy workload and ageing and demanding patients – has led to smaller numbers of GPs working in primary health care. The consequent poor accessibility and continuity of care has led to a decrease in patient satisfaction. At the same time young doctors have preferred a career in hospitals and in occupational or private health care instead of working in health centres.

During the study period, occupational healthcare was growing strongly, and the municipal health centres were struggling to get their share of the total health care resources. In ten years since 2000, the absolute number of non-urgent physician visits in health centres went down by 20% nationally. This, in turn, has led to a substantial increase in waiting times for non-urgent care [26]. Between 2000 and 2010, there was a net increase of about 25% in the total number of active physicians in Finland. However, this growth was directed almost totally



to other parts of Finnish health care, not to the municipal health centers [26].

Legislation on maximum waiting times has existed in Finland since 2005. There is, however, no indication so far that the new modes of procedure have had a positive effect on the accessibility of primary health care. While the legislation sets the framework for how and when certain medical conditions ought to be diagnosed and treated, it may also exacerbate inequality of care. The legislation on maximum waiting times raises expectations in the general public which may not always be met since it only covers specified medical conditions. The proportion of non-urgent visits has decreased over the years. Regarding resource allocation, the legislation may result in more resources being allocated to emergency outpatient clinics and specialized care. At the same time care for patients with chronic illnesses and complicated psychosocial problems may receive even less resources than before. The poor access to health centres has proved a marked drawback, and recent efforts have focused on developing a call-back technology to ease access to services.

The implemented and planned national health care programmes and legislation in Finland were designed to improve the health services. The general strategic reforms with weak implementation methods might not have been able to resist the strong pressures within the service provision system.

For health care policy to be successful the system should focus on providing more people with better accessibility and personally focused, humanely conceived comprehensive and coordinated primary care [27]. Policy-makers and health care professionals should collaborate in efforts to narrow the gap between public expectations and patients' experience [28]. One of the latest development programmes is a new way to organize long-term care and freedom of choice in the health care services. The chronic care model [29,30] and freedom of choice for the population [31] draw patients, professionals and decision-makers together in improving the quality, fairness and effectiveness of and satisfaction with care, and may help to focus on those patients who are most in need of care.

## Conclusions

It would appear that despite several programmes and acts to improve health care services in Finland during the last few decades, neither patient satisfaction nor the accessibility and continuity of care has improved in primary health care. The challenge is to achieve a better understanding of the factors underlying the declining trend and causing differences in patient satisfaction between the various health centres. In any case the findings here indicate that action is called for to improve the continuity and accessibility of care.

## Additional file

**Additional file 1: The list and timeframe of health policies and acts mentioned in the article.**

**Additional file 2: Patient Survey (questionnaire).**

## Competing interests

The authors declare that they have no conflict of interests.

## Authors' contributions

RR, JJ, DH-M and KJM designed the study and participated in the acquisition of data. RR and KJM analysed and interpreted the data. RR, JJ, DH-M and KJM drafted the manuscript, critically revised the article and have read and approved the final manuscript.

## Acknowledgements

Acknowledgements to Central Finland and Pohjanmaa area health centres; Department of General Practice in the Medical School of the University of Tampere and the Centre for General Practice of the Pirkanmaa Hospital District for co-ordinating, designing and collecting the data. This study was financially supported by the Competitive State Research Financing of the Expert Responsibility area of Tampere University Hospital.

## Author details

<sup>1</sup>Primary Care Unit, Joint Authority for Päijät-Häme Social and Health Care Group, Keskussairaalankatu 7, FI-15850 Lahti, Finland. <sup>2</sup>School of Medicine, Department of General Practice, FI-33014 University of Tampere, Tampere, Finland. <sup>3</sup>Centre of General Practice, Pirkanmaa Hospital District, P.O. Box 2000, FI-33521 Tampere, Finland.

Received: 29 November 2013 Accepted: 7 May 2014

Published: 15 May 2014

## References

1. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N: **Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from general practice assessment survey.** *BMJ* 2003, **326**:258.
2. Guthrie B, Saultz B, Freeman JW, Freeman GK, Haggerty JL: **Continuity of care matters.** *BMJ* 2008, **337**:867.
3. Mead N, Bower P, Roland M: **Factors associated with enablement in general practice: cross-sectional study using routinely-collected data.** *Br J Gen Pract* 2008, **58**(550):346-352.
4. Grol R: **Measuring performance quality in general practice: is international harmonization desirable?** *Br J Gen Pract* 2007, **57**:691-692.
5. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J: **Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison.** *Fam Pract* 1999, **16**:4-11.
6. Vedstedt P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F: **Patient and GP agreement on aspects of general practice care.** *Fam Pract* 2002, **19**:339-343.
7. Thompson K, Parahoo K, Farrell B: **An evaluation of GP out-of-hours service: meeting patient expectations of care.** *J Eval Clin Pract* 2003, **10**:467-474.
8. Starfield B, Shi L: **Policy relevant determinants of health: an international perspective.** *Health Policy* 2002, **60**(3):201-218. Jun.
9. Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF: *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective.* Sitra Reports 82, Helsinki 2009) <http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti82.pdf?download=Download+pdf> (accessed 30 Apr 2013).
10. *Decision in Principle by the Council of State on securing the future of health care. (Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2002:6).* [http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/bro02\\_6/chap1.htm](http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/bro02_6/chap1.htm) (accessed 30 Apr 2013).
11. *Government resolution on the Health 2015 - Public Health Programme. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:6).* <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents17> (accessed 30 Apr 2013).
12. *Health care services are improving. Timeframes for access to non-emergency treatment. (Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:13).* [http://www.stm.fi/en/publications/publication/\\_julkaisu/1057139#en](http://www.stm.fi/en/publications/publication/_julkaisu/1057139#en) (accessed 30 Apr 2013).
13. *Kunta- ja palvelurakenneudistus (PARAS). Municipal and Service Reform to Assure Equal Social and Health Services for All Residents.* Ministry of Social

- Affairs and Health, Finland*. Text available only in Finnish). <http://www.stm.fi/en/frontpage> (accessed 30 Apr 2013).
14. *Health and Wellbeing: our Common Goal. National Development Plan for Social and Health Care Services. Kaste Programme 2008–2011*. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2008:5). Available online at: [http://www.stm.fi/en/publications/publication/\\_julkaisu/1068257#en](http://www.stm.fi/en/publications/publication/_julkaisu/1068257#en) (accessed 30 Apr 2013).
  15. Gerard K, Salisbury C, Street D, Pope C, Baxter H: **Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences**. *J Health Serv Res Policy* 2008, **13**(Suppl 2):3–10. Apr.
  16. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC: **Continuity of primary care: to whom does it matter and when?** *Ann Fam Med* 2003, **1**(3):149–155.
  17. McWhinney I: **Primary care: core values. Core values in a changing world**. *BMJ* 1998, **316**:1807–1809.
  18. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila K: **Assessment of patient satisfaction in primary health care – reliable information and benchmarking**. *Finnish Medical Journal* 2008, **63**; **33**:2623–2626. Text in Finnish, summary in English.
  19. Allan J, Schattner P, Stocks N, Ramsay E: **Does patient satisfaction of general practice change over decade?** *BMC Fam Pract* 2009, **8**:10–13.
  20. Lurås H: **The association between patient shortage and patient satisfaction with general practitioners**. *Scand J Prim Health Care* 2007, **25**:133–139.
  21. Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E: **Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population**. *Scand J Prim Health Care* 2007, **25**:27–32.
  22. Agarwal G, Crooks V: **The nature of informational continuity of care in general practice**. *Br J Gen Pract* 2008, **58**(556):784–789.
  23. Williams S, Weinman J, Dale J: **Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review**. *Fam Pract* 1998, **15**(5):480–492.
  24. Kokko S: **News from the Nordic colleges of general practitioners: Developments in Finnish general practice**. *Scand J Prim Health Care* 2006, **24**(1):1–2. Mar.
  25. Kokko S: **Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland?** *Scand J Prim Health Care* 2007, **25**(3):131–132. Sep.
  26. Parmanne P, Saukkonen S-M, Ruskoaho J, Vuorio S: **Lack of physicians delaying treatment in health centres**. *Finnish Medical Journal* 2010, **65**; **48** (48):3989–3994. Text in Finnish, summary in English.
  27. Coulter A, Jenkinson C: **European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers**. *Eur J Public Health* 2005, **15** (4):355–360. August.
  28. Arvantes J, Barbara Starfield MD: *Focuses on Primary Care and Health Care Reform*. *AAFP News Now* 9/2/2009. <http://archive.today/6fqK5> (accessed 30 Apr 2013).
  29. Oprea L, Braunack-Mayer A, Rogers WA, Stocks N: **An ethical justification for the Chronic Care Model (CCM)**. *Health Expect* 2010, **13**(1):55–64. Mar.
  30. Fortin M, Chouinard M-C, Bouhali T, Dubois M-F, Gagnon C, Bélanger M: **Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care**. *BMC Health Serv Res* 2013, **13**:132. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/132> (accessed 30 Apr 2013).
  31. Anell A: **Choice and privatisation in Swedish primary health care**. *Health Econ Policy Law* 2010, **12**:1–21. Aug.

doi:10.1186/1471-2296-15-98

**Cite this article as:** Raivio et al.: Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice* 2014 **15**:98.

**Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:**

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)



**SEPPO VOUTILAINEN**

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,  
erikoislääkärin hallinnon pätevyys

**RISTO RAIVIO**

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,  
yliääkäri, yksikön johtaja  
Päijät-Hämeen sosiaali- ja  
terveydenhuollon kuntayhtymä,  
perusterveydenhuollon yksikkö

**TUULA ARVONEN**

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,  
työnohjaaja

**KARI J. MATTILA**

LKT, professori emeritus  
Tampereen yliopisto,  
lääketieteen yksikkö,  
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin  
perusterveydenhuollon yksikkö

# Hoidon jatkuvuus väheni tuntuvasti Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa 1997–2012

## Lähtökohdat

Hoidon jatkuvuus on keskeinen laatutekijä perusterveydenhuollossa. Tutkimme, miten hoidon jatkuvuus lääkärin vastaanotolla toteutuu potilaiden arvioimana Oulun kaupungin terveyskeskuksessa. Tutkimme myös, mitkä tekijät ovat yhteydessä hoidon jatkuvuuteen.

## Menetelmät

Aineistona oli Oulun kaupungin terveyskeskuksen vastaanotto toiminnassa vuodesta 1997 alkaen tehdyt potilaskyselyt. Niissä käytettiin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) kehittämää ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) käyttämää lomaketta ”Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma”. Hoidon jatkuvuus arvioitiin kysymyksestä ”Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin?” Hoidon jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä tutkittiin vuosien 2010 ja 2012 kyselyistä.

## Tulokset

Hoidon jatkuvuus lääkärin vastaanotolla oli vähentynyt Oulussa vuodesta 1999 (92 %) vuoteen 2012 (30 %). Ikäänntyneillä ja usein vastaanotolla käyneillä jatkuvuus toteutui hieman paremmin kuin muilla, mutta heilläkin se oli huono. Vuosien 2010 ja 2012 yhteisaineistossa hoidon jatkuvuus oli yli 60-vuotiailla 41 % ja yli 6 kertaa vuodessa terveyskeskuslääkärillä käyneillä 37 %. Sukupuolella ja koulutuksella ei ollut yhteyttä jatkuvuuteen.

## Päätelmät

Hoidon jatkuvuus lääkärin vastaanottotyön laatutekijänä on vähentynyt Oulussa merkittävästi. Tähän lienee vaikuttanut 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen lopun lääkäri vajaus ja lääkärin vaihtuvuus sekä omalääkäri järjestelmästä luopuminen vuonna 2009.

Hoidon jatkuvuus terveydenhuollossa voidaan määritellä usealla tavalla (1,2,3,4,5,6), ja sitä voidaan tutkia erilaisin menetelmin (7,8). Eri menetelmillä saatuja tuloksia ei voida suoraan verrata toisiinsa (8,9). Hoidon jatkuvuutta pidetään oleellisena osana laadukasta terveydenhuoltoa

perusterveydenhuollon potilaat ja väestö arvostavat pitkäaikaista hoitosuhdetta (16,17,18).

Hyvästä hoidon jatkuvuudesta näyttäviä hyötyvän hyvin erilaisissa elämäntilanteissa olevat potilaat, mutta erityisesti ne potilaat, jotka tarvitsevat ja käyttävät eniten palveluja (19). Erityisesti jatkuvuudesta hyötyvät hyvin iäkkäät, monisairaavat, monista ongelmista kärsivät sekä sosiaalisesti tai psyykkisesti hauraat potilaat (20). Jatkuvuus voi rohkaista potilasta kertomaan myös sellaisista vaikeista asioistaan, joilla on merkitystä hoidon toteutumisessa (21).

Hoidon jatkuvuus on tärkeä kokemus yleislääkäriksi kasvamisessa ja hyvän ammattitaidon hankkimisessa. Se auttaa lääkäreitä näkemään omassa työssään kokonaisuuksia, oman toiminnan seurauksia sekä vuorovaikutuksen ja yhteistyön merkitystä potilaan kohtaamisessa ja

*Yli 60-vuotiailla hoidon jatkuvuus  
oli parempi kuin nuoremmilla.*

(9,10,11). Se parantaa hoitotuloksia ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia (12,13).

Potilas-lääkärisuhteeseen liittyvää hoidon jatkuvuutta arvostavat sekä potilaat että lääkärit (14), ja sen on todettu myös lisäävän molempien tyytyväisyyttä (15). Myös suomalaiset pe-

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Haggerty JL, Reid JR, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219–21.
- 2 Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- 3 Freeman G, Huges J. Continuity of care and the patient experience. GP inquiry paper. King's Fund 2010. [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kt/field/field\\_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kt/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf) (luettu 20.1.2015).
- 4 Kekki P. Perusterveydenhuollon tehokkuus. Hoidon jatkuvuuden käsitteistö, määritelmät ja mittaaminen kolmessa maassa. Yleislääketieteen laitoksen julkaisu 3. Helsinki: Helsingin yliopisto 1985.
- 5 Hjortdahl P. Continuity of care in General Practice. A study related to ideology and reality in continuity of care in Norwegian general practice. University of Oslo, Department of General Practice. Oslo 1992.
- 6 Kumpusalo E, Ahto M, Eskola K ym., toim. Yleislääketiede. Hämeenlinna, Kustannus Oy Duodecim 2005;195–200. ISBN 951-656-119-5.
- 7 Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003;326:816–9.
- 8 Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract* 2009;59:134–41.
- 9 Grol R, Wensing M. Measuring performance quality in general practice: is international harmonization desirable? *Br J Gen Pract* 2007;57:691–2.
- 10 McWhinney I. Primary care: core values. Core values in a changing world. *BMJ* 1998;316:1807–9.
- 11 Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003;20:623–7.
- 12 Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53:974–80.
- 13 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
- 14 Vedstedt P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract* 2002;19:339–43.

hoitamisessa (22). Lisäksi se auttaa jo potilaan tiedossa olevien sairauksien, mutta myös elämäntilanteen, voimavarojen ja taitojen ottamista huomioon hoitopäätöksissä (23).

Lääkärin ammattitaidon ja jaksamisen kannalta on tärkeää, että hoidon jatkuvuus tarjoaa tilaisuuden palata epäselviksi tai epävarmoiksi jääneisiin asioihin (22,23,24). Siinä ovat avainasemassa ammattitaitoiseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Jatkuvuus voi myös innostaa tutkimaan ja kehittämään omaa työtä.

Hoidon jatkuvuuden varmistaminen on oleellista potilaiden moniammatillisessa hoidossa (20). On tärkeää, että jatkuvuus huomioidaan joustavasti koko työyhteisössä. Perusterveydenhuollossa potilaiden tarpeet ovat monimuotoisia ja palvelut usein integroitua. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi on siksi oleellista, että hoitavalla ammattilaisella on laajasti tietoa potilaan voinnista, toimintakyvystä ja palvelun tarpeesta. Lisäksi tarvitaan joustavuutta palvelujen yhteensovittamisessa ja kokonaisvaltaista, potilaan osallisuutta vahvistavaa työtapaa.

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen oli 1980-luvulla tärkeä kehittämistavoite valtakunnallisissa suunnitelmissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Näistä tavoitteista käynnistyivät muun muassa perhelääkäri- ja -terveydenhoitajaprojekti, sosiaali- ja terveysministeriön ja Kelan omalääkärinkokeilut sekä väestövastuukokeilut, jotka johtivat myös omalääkäri- ja -terveydenhoitajaprojektiin, sosiaali- ja terveysministeriön ja Kelan omalääkärinkokeilut sekä väestövastuukokeilut, jotka johtivat myös omalääkäri- ja -terveydenhoitajaprojektiin (17,25,26).

Suomessa on tehty vain harvoja tutkimuksia, joissa arvioidaan perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta. Tässä tutkimuksessa arvioimme potilaiden kokemusta hoidon jatkuvuudesta lääkärin vastaanotolla. Tavoitteemme oli tutkia, miten hoidon jatkuvuus on kehittynyt Oulun kaupungin terveyskeskuksen lääkärin vastaanotto- ja hoitoyksikössä ja mitkä potilaita kuvaavat tekijät ovat yhteydessä jatkuvuuteen.

## Aineisto ja menetelmä

Tutkimus perustuu Oulun kaupungin terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotto- ja hoitoyksikössä lokakuun lopusta 1997 alkaen toteutettuihin potilastyytyväisyyskyselyihin. Niissä on käytetty joka kerta samaa Stakesin kehittämää ja THL:n käyttämää kyselylomaketta ”Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma” (27).

Kyselyn taustatieto-osiossa kysyttiin syntymävuoden, sukupuolen ja koulutuksen lisäksi

muun muassa lääkärillä käyntien tiheyttä. Lisäksi kysyttiin, tapaako vastaaja terveysasemalla asioidessaan yleensä saman lääkärin.

Tutkimusajankohta oli joka kerta sama kahden viikon jakso lokakuussa. Kyselylomake jaettiin käynnin yhteydessä kaikille asiakkaille, jotka kävivät virka-aikana terveysaseman lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Lääkäri tai hoitaja antoi vastaanoton loppuvaiheessa ohje- ja kyselylomakkeen asiakkaalle, kertoi tutkimuksen tarkoituksesta ja palautteen merkityksestä hyvän hoidon suunnittelussa sekä kannusti täyttämään lomakkeen. Asiakkaalle näytettiin odotustilassa paikka, jossa lomakkeen voi täyttää ja palauttaa nimettömänä.

Aineisto kerättiin Oulussa ensimmäisen keran lokakuussa 1997 tilanteessa, jossa kaksi terveysasemaa oli siirtynyt puoli vuotta aikaisemmin väestövastuuseen omalääkärijärjestelmään ja muut terveysasemat olivat vielä vanhassa järjestelmässä. Vuosien 1999, 2002, 2004, 2006 ja 2008 kyselyjen aikana kaikki Oulun terveysasemat olivat omalääkärijärjestelmässä. Järjestelmästä luovuttiin vuoden 2009 alussa, joten vuosina 2010 ja 2012 ei millään terveysasemalla ollut enää käytössä omalääkärijärjestelmää.

Syksyllä 1997 lomakkeita jaettiin 2 191 kpl ja 866 potilasta palautti lomakkeen täytettynä. Palautusprosentti oli 39,5 %. Muina vuosina täytettynä palautettuja lomakkeita oli 655–1 779 ja vastausprosentti vaihteli välillä 40–50. Aineisto käsitti vain virka-aikana toimineiden terveysasemien avosairaanhoidon vastaanotot, mutta ei esimerkiksi neuvolatoimintoja. Syksyn 2012 kysely toteutettiin myös vuonna 2013 aloittaneen ”Uuden Oulun” muissa kunnissa. Tässä esitetyt tulokset koskevat kaikkien vuosien osalta vain kanta-Oulua.

Lääkärin hoidon jatkuvuudesta kysyttiin muodossa: ”Tapaatko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä” tai ”ei”. Sukupuolen, iän, koulutuksen, vastaanottaneen ammattilaisen ja aikaisempien käyntien yhteyttä hoidon jatkuvuuteen tutkittiin vuosien 2010 ja 2012 yhdistetyssä aineistossa (n = 2 456). Korkeamman koulutuksen ryhmään luokiteltiin vähintään opisto-, ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkimuksen suorittaneet.

Tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssijakaumia, ristiintaulukointia ja binaarista logistista regressiota. Regressioanalyysiä varten

- 15 Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004;2:445-51.
- 16 Voutilainen S, Liukko M. Kuka kaippaa – ja kuka haluaa vaihtaa omalääkäriä? Aro S, Liukko M, toim. VPK Väestö-  
vastuuden perusterveydenhuollon kokeilut 1989-1992. Stakes, Raportteja 105, 1993.
- 17 Aromaa A, Linnala A, Majjanen T, Mattila K. Yksityislääkärit omalääkäreinä. Raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkäri-  
kokeilusta. Sosiaali- ja terveys-  
turvan tutkimuksia 39, Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998.
- 18 Seilo N, Koskela T, Jääskeläinen J, Mattila K. Pitkäaikainen hoitosuhde on tärkeä terveys-  
keskuspotilaille. *Yleislääkäri* 2009;24:27-30.
- 19 von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006;23:210-9.

muuttujat digotomisoitiin. Selitettävänä muuttujana oli hoidon jatkuvuus.

### Tulokset

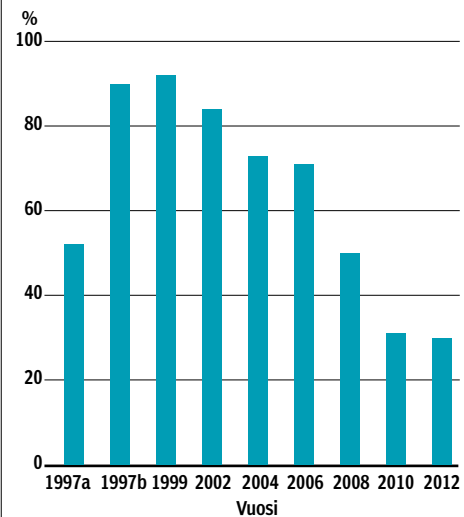
Vuonna 1997 ennen omalääkärijärjestelmään siirtymistä 52 % kyselyyn vastanneista ilmoitti tapaavansa terveyskeskuksessa asioidessaan yleensä saman lääkärin. Omalääkärijärjestelmään siirtymisen jälkeen hoidon jatkuvuus oli enimmillään 92 % vuonna 1999. Jo omalääkärijärjestelmän loppuaikana osuus pieneni 50 %:iin vuonna 2008 ja järjestelmästä luopumisen jälkeen edelleen 31 %:iin vuonna 2010 ja 30 %:iin vuonna 2012 (kuvio 1). Hoidon jatkuvuus oli 30 % myös hoitajan vastaanotolla vuonna 2012.

Yli 60-vuotiailla hoidon jatkuvuus oli parempi kuin nuoremmilla (taulukko 1). Jatkuvuus oli parempi myös, jos asiakkaalla oli vastaanotto-  
käyntejä edellisen vuoden aikana enemmän kuin kolme. Vuosien 2010 ja 2012 yhteisaineistossa hoidon jatkuvuus oli yli 60-vuotiailla 41 % ja yli 6 kertaa vuodessa terveyskeskuslääkärillä

KUVIO 1.

### Niiden potilaiden osuudet (%) vuosittain, jotka ilmoittivat tapaavansa terveyskeskuksessa yleensä saman lääkärin.

Vuonna 1997a alueen potilaat eivät vielä kuuluneet omalääkärijärjestelmän piiriin. Vuonna 1997b potilaat kuuluivat alueeseen, jossa oli otettu samana vuonna käyttöön omalääkärijärjestelmä.



TAULUKKO 1.

### Niiden potilaiden osuus (%), jotka ilmoittivat tapaavansa terveyskeskuksessa yleensä saman lääkärin.

	Tapauksia, n	Tapa sama lääkäri		p
		Kyllä		
<b>Sukupuoli</b>				<b>0,833</b>
Nainen	1 225	30,3		
Mies	513	29,8		
<b>Ikä</b>				<b>&lt; 0,001</b>
Alle 18 v	72	23,6		
18-60 v	1 041	25,2		
Yli 60 v	592	40,7		
<b>Koulutus</b>				<b>0,422</b>
Kansa- tai peruskoulu	379	34		
Ammatti- tai yo-tutkinto	615	30,9		
Opisto tai ammattikorkeakoulu	446	28,7		
Yliopisto tai vastaava	248	30,2		
<b>Käynyt nyt</b>				<b>0,014</b>
Lääkärin vastaanotolla	1 197	32,7		
Hoitajan vastaanotolla	592	27		
<b>Käynnit 12 kk:n aikana</b>				<b>0,008</b>
0-3 käyntiä	1 169	28,4		
4-6 käyntiä	428	35,3		
Yli 6 käyntiä	173	36,9		

käyneillä 37 %. Jatkuvuus oli yleisempää, jos arviointia välittömästi edeltävä käynti oli ollut lääkärillä eikä hoitajalla. Sukupuolen tai koulutuksen mukaan jaetuilla ryhmillä ei ollut eroa lääkärihoidon jatkuvuudessa.

Logistisessa regressioanalyysissä nousivat esiin samat asiat kuin prosenttiosuuksia tarkasteltaessa (taulukko 2). Hoidon jatkuvuutta lääkärissäkäynneillä selitti parhaiten asiakkaan ikä ja terveyskeskuskäynnit edeltävänä vuonna. Sukupuoli, koulutus tai tämänkertainen käynti lääkärillä eivät selittäneet hoidon jatkuvuutta.

### Pohdinta

Hoidon jatkuvuus lääkärissäkäynneillä on Oulun terveyskeskuksessa vähentynyt jatkuvasti 2000-luvulla. Vuosien 2010 ja 2012 yhdistetyssä aineistossa jatkuvuus oli ikääntyneillä ja usein vastaanotolla käyneillä hieman parempi kuin muilla, mutta se oli silti heilläkin huono.

Tulokset perustuvat toistettuihin kyselyihin, joiden suorittamistapa ja validoidut kysymykset

- 20 van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nurs Health Sci* 2006;8:185–95.
- 21 Kiuttu J. Perhekeskeisyys yleislääketieteessä. Acta Universitatis Ouluensis D No 310, Oulu 1994.
- 22 Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM ym. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (2013): *Cochrane Database Syst Rev* 2012.12:CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2. Review
- 23 Larivaara P, Lindroos S, Heikkilä T, toim. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim, 1. painos 2009. ISBN 978-951-656-296-7.
- 24 Lönnqvist J. Työnohjauksen mahdollisuudet lääkärin työssä. *Duodecim* 2014;130:155–7.
- 25 Vohlonen I, toim. Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokeilu. Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 50. Helsinki 1989.
- 26 Paunio P. Väestövastuujärjestelmä Suomessa. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Helsinki 1997.
- 27 Sainio S, Lahikainen K. Asiakas-palaute suurten kaupunkien terveysasemilla. Peruspalvelujen tila -raportti 2014. Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2014 osa II, s. 83. [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/03\\_kunnat/20140319ioioj/Peruspalvelujen\\_tila-raportti\\_9\\_2014\\_II\\_osa.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20140319ioioj/Peruspalvelujen_tila-raportti_9_2014_II_osa.pdf) (luettu 20.1.2015).
- 28 Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up. *Br J Gen Pract* 2014;64:e657-63. doi: 10.3399/bjgp14X68184.

## TAULUKKO 2.

### Binaarinen logistinen regressioanalyysi.

Selitettävänä muuttujana lääkärin hoidon jatkuvuus ja selittäjinä sukupuoli, ikä, koulutus, tämänkertainen käynti lääkärillä tai hoitajalla sekä käynnit lääkärillä edeltäneen 12 kuukauden aikana.

	OR (95 %:n luottamusväli)	p
Nainen	1,22 (0,95–1,51)	0,115
Ikä yli 60 vuotta	2,25 (1,78–2,84)	< 0,001
Alempi koulutus	1,08 (0,86–1,36)	0,487
Käynyt nyt lääkärin vastaanotolla	1,18 (0,93–1,50)	0,171
Edeltäviä käyntejä 4 tai enemmän	1,50 (1,19–1,89)	0,001

takaavat vertailukelpoisuuden. Vuodesta 2002 alkaen suurten kaupunkien terveyskeskukset ovat toteuttaneet terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanottojen asiakastytyyväisyyssmittauksen lomakkeella yhtäaikaaisesti syksyisin kahden vuoden välein. Tutkimuksemme vastausprosentit ovat hyvää kansainvälistä tasoa. Vastaajaryhmänsä kuvaajina tulokset ovat edustavia. Tulokset eivät kerro väestön yleisestä mielipiteestä vaan niiden näkemyksen, jotka ovat käyttäneet kyselyhetkellä terveyskeskuksen palveluja. Mielipiteet saattaisivat olla toisenlaiset niillä, jotka ovat tietoisesti valinneet muut palvelut tai eivät pyrkimyksistään huolimatta ole päässeet terveyskeskukseen.

Tampereen yliopistollisen sairaalan vastuualueen terveyskeskuksissa hoidon jatkuvuus on 15 viime vuoden aikana heikentynyt 9 prosenttiyksikköä ja oli 51 % vuonna 2013 (28). Tähän verrattuna hoidon jatkuvuus Oulun terveyskeskuksessa oli vuonna 2012 selvästi huonompi,

käyntien keskittymisellä, 70–80 %:n jatkuvuutta on pidetty hyvänä (4). Valinnanvapaus tulee sallia, eikä jatkuvuudesta koidu erityistä lisähyötyä satunnaisissa tapauksissa (29). Jatkuvuudesta hyötyvät eniten vanhuksat ja paljon sairastavat (30,31). Oulussa jatkuvuus oli ikääntyneillä ja paljon terveyskeskuspalveluja käyttäneillä hieman parempi kuin muilla, mutta huomattavasti tavoitetta heikompi.

Omalääkärijärjestelmien purkaututtua Suomessa on pyritty kehittämään erilaisia potilaiden segmentointiin perustuvia järjestelmiä, joissa eniten hoitosuhteen jatkuvuudesta hyötyville on järjestetty oma kanavansa (30,31,32,33).

Riittääkö pelkkä potilaiden segmentointi? Esimerkiksi 1980-luvulla Oulussa aloitettiin potilaiden segmentointiin perustuva vapaaehtoinen omalääkärille listautuminen (34), jossa pitkäaikaisairaille, ikäihmisille ja usein palveluja tarvitseville tarjottiin pysyvää omalääkäriä. Listautujien osuus väestöstä oli kuitenkin liian pieni, eikä listautumisen koettu parantaneen hoitosuhteen jatkuvuutta ja hoidon saavuutta riittävästi. Siksi Oulun terveysasemilla siirryttiin väestövastuuvirkaehtosopimuksen mukaiseen omalääkärijärjestelmään vuosina 1997–1999 (35). Uudet segmentointirytykset omalääkärijärjestelmän purkaututtua eivät ole näyttäneet tuovan tuloksia.

Suomessa on kehitetty myös hoitajan ja lääkärin työparityöskentelyä, jonka yhtenä tavoitteena on jatkuvuuden turvaaminen hoitajan kautta. Oulussa jatkuvuus ei kuitenkaan vuonna 2012 ollut sairaanhoitajien vastaanotolla yhtään parempi kuin lääkärin vastaanotolla.

Hyvää jatkuvuutta selittää parhaiten potilaalle terveyskeskukseen nimetty omalääkäri (28). Oulussa jatkuvuuden tuntuva heikentyminen voisi osin johtua omalääkärijärjestelmästä luopumisesta. Toisaalta jatkuvuus alkoi heiketä jo omalääkärijärjestelmän aikana. Lääkärin suuri vaihtuvuus, hoitamatta olevat virat ja sijaisten puute koettelivat omalääkärijärjestelmän toimivuutta 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puolivälistä lähtien. Vastuuväestöjen kasvu ja yhä useampien tehtävien siirto erikoissairaanhoitosta perusterveydenhuoltoon kuormittivat myös omalääkäriä.

Vuoden 2009 alussa Oulussa luovuttiin omalääkärijärjestelmästä ja siirryttiin ns. tiimityömalliin. Vuonna 2010 lääkärinvirkojen täyttöaste oli hyvä ja suurin osa lääkäreistä oli joko

## Tietoisuutta hoidon jatkuvuuden merkityksestä perusterveydenhuollon laatuun on lisättävä.

vaikka se oli ollut erittäin hyvä vuosituhaten vaihteissa.

Täydellinen hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa ei ole tavoitettavissa eikä välttämättä edes ihanne. Jos jatkuvuutta mitataan



- 29 Pikkujäämsä S, Ylitalo-Katajisto K, Paasovaara K, Koski K, Salo S. Lääkäriin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus. Havaintoja Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:20. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9882185&name=DLFE-31567.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-31567.pdf) (luettu 20.1.2015).
- 30 Kanste O, Timonen O, Vuorinen A, Ylitalo-Katajisto K. Asiakasvastaavatoiminta tehostaa palveluita terveyskeskuksissa. *Yleislääkäri* 2012;2:9–12.
- 31 Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs* 2013;32:3516–25. doi:10.1377/hlthaff.2012.0961.
- 32 Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suom Lääkäri* 2013;48:3163–9.
- 33 Koivuniemi K, Holmberg-Marttila D, Hirso P, Mattelmäki U. Terveydenhuollon kompassi – Avain asiakkuuteen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014:7.
- 34 Voutilainen S. Alakko nää mua? Oululaisten omalääkäriratkaisu. *Kunnallislääkäri* 1988;1:47–8.
- 35 Oulun kaupunginhallitus. Yleissuunnitelma väestövastuuseen omalääkärijärjestelmään siirtymisestä. *Oulun Kh* 10.2.1997 § 125. Liite.
- 36 Makkonen E, Nick M, Siimes A. Kerron ja kuuntelen: Työnohjausta Balint-ryhmässä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2006.
- 37 Toivola K. Balint-ryhmät – lääkärien ryhmätyönohjausmuoto. *Yleislääkäri* 2012;2:32–4.
- 38 Patja K, Eronen S. Miten työnohjaus voi tukea lääkäriä? *Suom Lääkäri* 2014;69:1147–51.

#### SIDONNAISUUDET

Seppo Voutilainen: Oulun kaupungin hyvinvointipalvelujen johtokunnan jäsen 2013, Oulun kaupungin hyvinvointitoimikunnan jäsen 2014–. Risto Raivio, Tuula Arvonen, Kari Mattila: ei sidonnaisuuksia.

erikoislääkäreitä tai erikoistumiskoulutuksessa. Lääkäritilanne oli siis korjaantunut jo vuosina 2010 ja 2012, mutta hoitosuhteen jatkuvuus oli silti huonompi kuin vuoden 2008 vaikean lääkärivajeen aikana.

Hoidon jatkuvuuteen voi liittyä riskejä ja haasteita. Hoidon jatkuvuutta toteuttaessaan lääkäri kohtaa vastaanotollaan toistuvasti erityisen vaikeita tilanteita ja haastavia, monista ongelmista kärsiviä potilaita (23). Hoidon jatkuvuuden aiheuttamaa kuormitusta saattavat myös aiheuttaa potilaiden liian suuret odotukset omaa lääkäriään kohtaan. Pitkäjänteinen ryhmätyönohjaus voi auttaa havaitsemaan ja hallitsemaan hoidon jatkuvuuteen ja vuorovaikutukseen liittyviä kuormitustekijöitä ja tunteita (22,23,24). Useissa maissa, myös Suomessa, on hyviä kokemuksia Balint-tyyppisestä koulutus- ja ohjaustoiminnasta perusterveydenhuollossa (36,37,38).

Terveydenhuoltojärjestelmämme pirstoutuneisuus, lääkärin kouluttautuminen yhä suppeammille erikoisaloille, hoidon nopean saatavuuden vaatimukset ja potilaan laaja valinnanvapaus voivat aiheuttaa ristiriitoja ja haasteen hoidon jatkuvuuden toteutukselle perusterveydenhuollossa. Terveydenhuollon rakenteiden tarkoituksenmukaista suunnittelua tarvitaan sekä hoidon hyvän jatkuvuuden varmistamiseksi että potilaan valinnanvapauden toteuttamiseksi (29,30,31,32,33). Hoitajien ja lääkärin yhteistyö ja työskentely tiimissä vähentää yksittäisen tiimin jäsenen kuormitusta ja takaa samalla hoidon hyvän jatkuvuuden (22).

Hoidon jatkuvuus on keskeinen perusterveydenhuollon laatuun vaikuttava tekijä, joten sen parantamiseksi tulisi toimia. Voiko jatkuvuuden kuitenkin odottaa parantuvan, kun sitä ei Suomessa enää aikaisempaan tapaan kirjata kansalliseksi eikä paikalliseksi tavoitteeksi eikä oteta

seurantamittaristoihin? Missään suomalaisessa perusterveydenhuollon tietojärjestelmässä ei ole valmiina hoitosuhteen jatkuvuuden toteutumisen automaattista seurantamahdollisuutta. Tämä olisi teknisesti helpoimpia järjestelmiin toteutettavia muutoksia, sillä kaikki sen pohjaksi tarvittava tieto muodostuu itsestään.

Lääkärien, terveysjohtajien, päättäjien ja potilaiden tietoisuutta hoidon jatkuvuuden merkityksestä perusterveydenhuollon laatuun on liisättävä. Tämä on haaste sekä tutkijoille, kehittämistä vastuussa oleville että terveydenhuollosta tiedottaville. ●

#### TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Hoidon jatkuvuus on keskeinen laatutekijä perusterveydenhuollossa. Paljon palveluja tarvitsevien ja iäkkäiden on arvioitu hyötyvän jatkuvuudesta eniten.
- Potilaiden arvioima hoidon jatkuvuus terveyskeskuksissa on heikentynyt viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana.
- Potilaalle aiemmin nimetty omalääkäri on tärkeä hoidon jatkuvuuteen vaikuttava tekijä.

#### TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Hoidon jatkuvuus lääkärin vastaanotolla Oulun kaupungin terveysasemilla on vähentynyt merkittävästi vuosina 1997–2012.
- Potilaiden sukupuolella tai koulutuksella ei ollut yhteyttä hoidon jatkuvuuteen.
- Jatkuvuus on vähentynyt samanaikaisesti lääkärivajeen ja lääkärin vaihtuvuuden sekä omalääkärijärjestelmästä luopumisen kanssa.
- Vaikka hoidon jatkuvuus on heikentynyt kaikissa potilasryhmissä, se toteutuu hieman paremmin paljon palveluja käyttävien ja yli 60-vuotiaiden ryhmässä, mutta niissäkin huonosti.

#### English summary | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

Marked deterioration in continuity of patient care in general practice in Oulu health care centres from 1997 to 2012

SEPPÖ VUOTILAINEN

RISTO RAIVIO  
M.D., Chief Physician  
Primary Health Care Unit  
Joint Authority for Päijät-Häme  
Social and Health Care Group  
risto.raivio@phsotey.fi

TUULA ARVONEN  
KARI MATTILA

# Marked deterioration in continuity of patient care in general practice in Oulu health care centres from 1997 to 2012

## Background

Continuity is an essential aspect of primary care quality. In this study we assessed continuity of patient care in general practice in Oulu health care centres. We also studied the relationship between patient indicators and continuity of care.

## Methods

We conducted a follow-up questionnaire survey in 1997 and 1999, and every other year from 2002 to 2012 among patients attending the Oulu health care centres. We used the questionnaire "The quality of health centre care: patients' view" developed at the National Research and Development Centre for Welfare and Health and subsequently adapted by the National Institute of Welfare and Health of Finland. Continuity was assessed by the question: "When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?" The relationship between the patient indicators and the continuity of care was analysed on the basis of the questionnaires from 2010 and 2012.

## Results

Continuity of care in general practice in Oulu decreased from 92% to 30% from the year 1999 to 2012. During the years 2010 and 2012 continuity of care was 41% among patients 60 years or more and 37% among those attending consultations more than six times. Continuity of care was realized slightly better in the elderly age group and in the frequent attenders' group than in other groups. There was no relationship between gender or education and continuity of care.

## Conclusions

Continuity of patient care deteriorated significantly in general practice in Oulu health care centres from 1997 to 2012.



**RISTO RAIVIO**

LL, ylilääkäri  
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, perusterveydenhuollon yksikkö

**DORIS HOLMBERG-MARTTILA**

LT, dosentti, ylilääkäri  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, perusterveydenhuollon yksikkö

**KARI MATTILA**

LKT, professori (emeritus)  
Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö

LIITEAINEISTO  
pdf-versiossa  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 39/2015

# Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa on tahdon asia

Vuosien 2011 ja 2013 potilaskyselyihin perustuva kuntavertailu

## Lähtökohdat

Hoidon jatkuvuus vaikuttaa olennaisesti hoidon laatuun. Selvitimme Tampereen yliopistollisen sairaalan vastuualueen terveyskeskuksissa potilaiden arvioimaa hoidon jatkuvuutta. Tutkimme, miten kunnat poikkesivat toisistaan hoidon jatkuvuuden suhteen ja mitkä kuntaa ja väestöä kuvaavat tilastoidikaattorit olivat yhteydessä jatkuvuuden vaihteluun.

## Menetelmät

Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueen terveyskeskuksissa järjestettiin vuosina 2011 ja 2013 kysely sairauden takia vastaanotolla käyneille potilaille (n = 56 766). Kyselyyn vastasi 19 993 (35,2 %) potilasta. Hoidon jatkuvuutta tutkittiin kysymyksellä ”Tapaatko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin?” Kuntia kuvaavat muuttujat kerättiin Tilastokeskuksen, Kuntaliiton, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sekä Kansaneläkelaitoksen vuoden 2011 tilastoista.

## Tulokset

Kuntien välillä oli suuri hajonta hoidon jatkuvuudessa. Parhaimmillaan hoidon jatkuvuus oli 95 % ja huonoimmillaan 0 %. Mikään tutkituista väestöä tai taloutta kuvaavista muuttujista ei selittänyt hoidon jatkuvuuden eroja kunnittain. Jos väestölle oli nimetty omalääkäri terveyskeskukseen, hoidon jatkuvuus oli todennäköisempää (OR 26,1, p < 0,001) kuin niiden kuntien potilailla, joilla ei ollut nimettyä omalääkäriä. Lääkärivajeen yhteys hoidon jatkuvuuteen (OR 5,0, p = 0,022) oli selvästi pienempi.

## Päätelmät

Kunnan asukasluvu, väestön sairastavuus tai kunnan varallisuus eivät selitä kuntien välistä hoidon jatkuvuuden vaihtelua. Riippumatta kuntien ja väestöjen eroista hoidon jatkuvuutta näyttää vahvimmin tukevan potilaalle nimetty omalääkäri.

Asiakkaiden tyytyväisyyttä tutkitaan ja tavoitellaan kaikissa palvelujärjestelmissä, myös terveydenhuollossa. Terveyspoliittiset kannanotot korostavat potilaan ja asiakkaan näkökulmaa ter-

vaikuttavat tekijät ovat oleellisia terveydenhuollon asiakaslähtöisessä ja kustannustehokkaassa järjestämisessä ja toteuttamisessa (8).

Hoidon jatkuvuus on laadukkaan, turvallisen ja vaikuttavan perusterveydenhuollon edellytys (8,9,10,11,12,13). Siitä hyötyvät erityisesti iäkkäät potilaat, joilla on monia sairauksia, mutta myös muut paljon sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevat asiakasryhmät, kuten mielenterveys- ja päihdepotilaat (14,15,16,17,18). Terveydenhuollon ammattilaiset kokevat, että hoidon jatkuvuus lisää työn mielekkyyttä, työtyytyväisyyttä ja motivaatiota sekä vahvistaa vuorovaikutusta, lisää empatiaa, luottamusta ja hoidon kokonaisuusvaltaisuutta (19,20,21).

Hoitoon pääsyn turvaava lainsäädäntö on tuonut lisää voimavaroja erikoissairaanhoidon

*Hoidon jatkuvuudesta hyötyvät eniten potilaat, jotka tarvitsevat ja käyttävät palveluja eniten.*

veydenhuollon palvelujen käyttäjänä (1,2,3). Terveydenhuollossa asiakastytyväisyys on käytännössä potilaiden tyytyväisyyttä terveyspalvelujen ja hoidon kokonaisuuden toteutumiseen ja sisältöön sekä hoidon saatavuuteen ja jatkuvuuteen (4,5,6,7). Hoidon jatkuvuus ja siihen

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Arvantes J, Starfield B. Focuses on primary care and health care reform. AAFP News Now 9/2/2009. <http://www.pnhp.org/news/2011/june/barbara-starfield> (luettu 6.11.2014).
- 2 Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. The Finnish health care system: a value-based perspective. Sitra Reports 82. Helsinki 2009. <http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti82.pdf?download=Lataa+pdf> (luettu 6.11.2014).
- 3 World Health Organisation. Developing the new European policy for health – Health 2020./07 110419. WHO 2011.
- 4 McWhinney I. Primary care: core values. Core values in a changing world. BMJ 1998;316:1807–9.
- 5 Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from general practice assessment survey. BMJ 2003;326:258.
- 6 Gerard K, Salisbury C, Street D, Pope C, Baxter H. Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences. J Health Serv Res Policy 2008;13:3–10.
- 7 Neuberger J. Primary care: core values. Patients' priorities. BMJ 1998;317:260–2.
- 8 Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS ym. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Fam Pract 2011;12:115.
- 9 Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res 2010;10:65.
- 10 Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? Fam Pract 2003;20:623–7.
- 11 Haggerty JL, Reid JR, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multi-disciplinary review. BMJ 2003;327:1219–21.
- 12 Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992;304:1287–90.
- 13 Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? J Fam Pract 2004;53:974–80.
- 14 von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. Fam Pract 2006;23:210–9.

(22), ja työterveyshuollon tarjoaman sairaanhoidon laajentuminen on parantanut työssäkäyvien sairaanhoitopalveluja (23). Perusterveydenhuollon työkuorma ja tehtävät terveyskeskuksissa ovat sen sijaan vähitellen lisääntyneet, mutta voimavaroja ei ole merkittävässä määrin kohdennettu uudelleen (24). Lääkärien arvion mukaan perusterveydenhuollon toimivuus ei ole viime vuosina parantunut (25).

Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa on etsitty uusia keinoja sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalvelujen turvaamiseksi ja erityisesti kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Terveydenhuoltolaki ja Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat (KASTE-hankkeet) ovat pyrkineet vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen asiakaslähtöistä järjestämistä sekä perusterveydenhuollon asemaa ja toimivuutta (26,27). Terveyskeskustyön toiminnan arvioimiseksi ja kehittämiseksi erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantamiseksi on etsitty uusia keinoja esimerkiksi vastaanottotyön systemaattisesta kehittämisestä, potilaiden suunnitelmallisesta hoidosta ja listautumismallista (28,29,30).

Asiakas- ja potilastyytyväisyyttä mittaavia, kohdennettuja, pitkäaikaisia ja luotettavia vertailututkimuksia tarvitaan (3,8,9,10,11,31). Hoidon jatkuvuuden määritelmästä terveydenhuollossa (9,10,11) ja jatkuvuuden vaikutuksista (12,13,14,15) on paljon kansainvälisiä tutkimuksia. Omaa tutkimustamme lukuun ottamatta tiedossamme ei kuitenkaan ole perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuteen liittyviä seurantatutkimuksia Suomesta. Tiedämme, että hoidon jatkuvuus Suomessa on 15 vuodessa vähentynyt 15 prosenttiyksikköä (32). Tutkimusta edeltänyt vastaanottotapahtuma ei näyttäisi olevan yhteydessä jatkuvuuden vaihteluun (33).

Lähtökohtamme on, että hoidon jatkuvuus on potilaan hyvän hoidon edellytys. Tämä on tärkeää erityisesti, kun kunnan väestö on ikääntynyt ja sairastavuus suurta. Tutkimuskysymyksemme on, tuottavatko kunnan suuremmat väestöpohjat, sairastavuus ja taloudellinen kantokyky hoidon parempaa jatkuvuutta. Tutkimme myös, onko käytäntö nimetä potilaalle omalääkäri terveyskeskukseen yhteydessä kuntien välisiin eroihin hoidon jatkuvuudessa.

## Aineisto ja menetelmät

Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueen terveyskeskuksissa järjestettiin vuosina 2011 ja 2013 kysely sairauden takia vastaanotolla käyneille potilaille. Kysely oli jatkoa vuodesta 1998 määrävuosina Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa tehdyille kyselyille (31).

Kysely toteutettiin aikaisempien vuosien tavoin. Kyselylomake annettiin syyskuussa viikolla 39 maanantaista perjantaihin terveyskeskukseen sairauden takia klo 8–16 tulleille potilaille (liiteaineisto 1. Liiteaineisto on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-tiedoston liitteenä: [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 39/2015). Terveyskeskukset ilmoittivat keräysviikon aikana sairauden takia vastaanotolla käyneiden määrän ja näin saatiin arvioitua palautusosuus. Toimipisteet raportoivat myös vastaamatta jättäneiden perusteluista. Tavallisimpia syitä olivat silmälasien uuohtuminen kotiin ja kiire bussiin tai seuraavaan tapahtumaan.

Kyselyyn osallistui vuosina 2011 ja 2013 alueen 38 terveyskeskuksesta 34 (89 %). Kyselyyn vastasi 35,2 % potilaista, jotka kävivät terveyskeskuksessa sairauden takia. Lomakkeeseen kirjattiin vastaanottopisteen sijaintikunta. Tutkimukseen saatiin tiedot 71 itsenäisestä kunnasta. Kuntakohtaista hoidon jatkuvuutta kuvaavassa aineistossa on 19 993 potilaan palauttamattomat lomakkeet. Vastausten määrä kunnittain on liiteaineistossa 2 (liiteaineisto on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-tiedoston liitteenä: [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 39/2015).

Hoidon jatkuvuutta arvioitiin kysymyksellä ”Tapaatko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin?” Vastausvaihtoehdot olivat ”kyllä” tai ”en”. Tähän kysymykseen vastasi 18 348 potilasta. Jatkuvuus luokiteltiin hyväksi, jos kyllä-vastausten osuus oli suurempi kuin niiden mediaani kunnissa.

Lomakkeessa kysyttiin myös ”Onko teillä nimetty omalääkäri terveyskeskuksessa?”, ja vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Jos kunnan potilaista vähintään 60 % ilmoitti, että heillä oli nimetty omalääkäri, katsottiin, että kunnassa oli omalääkärijärjestelmä. Näitä kuntia oli 34.

Lääkärien virkamäärät ja lääkärivaje kyselyhetkellä selvitettiin terveyskeskuksittain. Kunnan tietoihin yhdistettiin sen terveyskeskuksen lääkärimäärä ja -vaje, jolle kuului kunnan pe-

- 15 Boulton M, Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman GK. How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study. *Br J Gen Pract* 2006;56:749–55.
- 16 van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nurs Health Sci* 2006;8:185–95.
- 17 Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:27–32.
- 18 Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suom Lääkäril* 2013;68:3163–9.
- 19 Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997;314:1870–3.
- 20 Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD ym. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008;6:116–23.
- 21 Barnes KA, Kroening-Roche JC, Comfort BW. The developing vision of primary care. *N Engl J Med* 2012;367:891–3.
- 22 Hoitotakuulaki (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2004), Finlex, Säädökset alkuperäisinä 855/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855> (siteerattu 6.11.2014).
- 23 Virtanen P, Mattila K. Työterveyslääkärin potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. *Suom Lääkäril* 2011;66:3583–8.
- 24 Myllymäki K. Onko terveyskeskuksilla tulevaisuutta? *Duodecim* 2006;122:1289–90.
- 25 Haimakainen H, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Terveyskeskusten toimivuus ei ole viime vuosina parantunut. *Suom Lääkäril* 2011;66:1283–7.
- 26 Terveystuotolaki 30.12.2010/1326. Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (luettu 6.11.2014).
- 27 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1. <http://www.stm.fi/julkaisu/nayta/-/julkaisu/1578410> (luettu 6.11.2014).
- 28 Heinänen T, Mäntyranta T, Majanen S, Kaila M. Lämpimillä terveyshyötyä tuottamaan. *Suom Lääkäril* 2011;66:1841–5.

rusterveidenhuollon tuottaminen. Lääkäriavajetta ei ollut 12 terveyskeskuksessa. Muissa vaje vaihteli puolesta lääkäriyöpanoksesta kahdeksaan. Vajeen mediaani vajeterveyskeskuksissa oli 10 % lääkäriyövoimasta. Kaikista tutkimukseen osallistuneista kunnista laskettu vajeen mediaani oli 6,2 % lääkärimäärästä.

Tutkimuksessa yhdistettiin potilaiden kunta-kohtaiset vastaukset vuosilta 2011 ja 2013 sekä kuntia kuvaavat tiedot vuodelta 2011. Kuntia kuvaavat tiedot saatiin julkisista tilastoista. Väestö- ja ikärakennetiedot kerättiin Tilastokeskuksen (34), kunnallisveroprosentit Kuntaliiton (35), terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi ja kustannukset/asukas THL:n (36) sekä Terveyspuntarin sairastavuusindeksi Kansaneläkelaitoksen (37) tilastoista.

Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioituja menoja arviotaessa jokaiselle kunnalle on laskettu tutkimukseen perustuva asukaskohtainen palvelutarverekin. Sen avulla asukkaiden palvelutarpeita voidaan verrata palvelutarpeisiin muilla alueilla ja koko maassa keskimäärin. Kun kunnan palveluihin käyttämät rahat (nettomenot) suhteutetaan asukkaiden palvelutarpei-

siin, menoja voidaan verrata maan keskitasoon ja muiden kuntien menoihin (36,37).

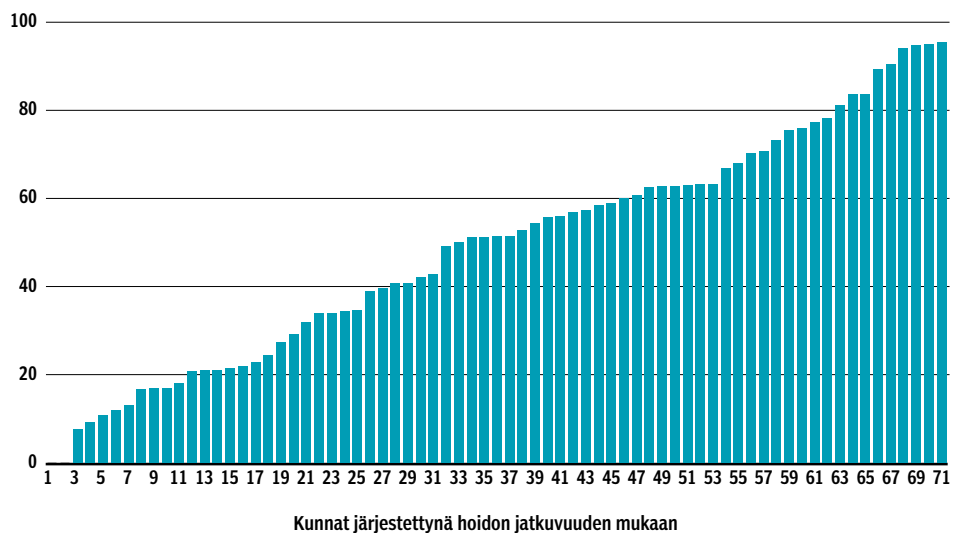
Terveyspuntarin sairastavuusindeksissä jokaiselle Suomen kunnalle on laskettu Kelan rekisteritietojen avulla indeksiluku, joka kertoo, miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan keskiarvoon (= 100). Indeksiluvut on vakioitu iän mukaan, mikä tasoi kuntien välisiä eroja. Sairastavuusindeksin luvut perustuvat kolmeen rekisterimuuttajaan: kuolleisuuden, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuden työkäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuden väestöstä. Kukin muuttajista on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon, jota merkitään luvulla 100. Lopullinen indeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo (38).

Aineistoa analysoitiin frekvenssijakaumina, ristiintaulukoimalla ja regressioanalyysin keinoin. Logistisessa regressioanalyysissä selittävänä tekijänä oli kaksiluokkainen hoidon jatkuvuus ja selittäjinä kuntaa kuvaavat muuttajat. Analyysiä varten muuttajat luokiteltiin kaksiluokkaiseksi käyttäen katkaisupisteenä muuttajan mediaania.

KUVIO 1.

### Jatkuvuuden hajonta kunnittain vuosina 2011 ja 2013.

Jatkuvuus on 100 %, jos kaikki potilaat ilmoittivat tapaavansa terveyskeskuksessa yleensä saman lääkärin.



- 29 Komulainen J, Mäkinen R, Rintala R, Mäntyranta T. Kansallisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta tuli yhtenäinen. *Suom Lääkäril* 2012;67:173-6.
- 30 Vuorma S, Koskela T. Väestövastuusta listautumismalliin Vantaalla. *Suom Lääkäril* 2012;67:3665-71.
- 31 Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila K. Potilastyytyväisyyden mittaaminen perusterveydenhuollossa. Yhteistyöllä luotettavaa tietoa ja vertaisarviointia. *Suom Lääkäril* 2008;63:2622-6.
- 32 Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract* 2014;15:98. doi: 10.1186/1471-2296-15-98
- 33 Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up. *Br J Gen Pract* 2014;64:e657-63. doi: 10.3399/bjgp14X68184

## Tulokset

Kuntien erot hoidon jatkuvuudessa olivat suuret (kuvio 1). Parhaan jatkuvuuden kunnassa 95 % potilaista arvioi tapaavansa terveyskeskuksessa yleensä saman lääkärin, huonoimmassa 0 %. Kuntien välinen jatkuvuuden keskiarvo oli 49 %. Eri sairaanhoitopiirien potilaiden välillä ei ollut merkittäviä eroja raportoidussa hoidon jatkuvuudessa.

Kunnat jaettiin mediaanin mukaan hyvän ja huonon jatkuvuuden kuntiin. Hyvän jatkuvuuden kunnissa jatkuvuuden keskiarvo oli 69,9 % ja huonon jatkuvuuden kunnissa 27,0 %. Ero 42,9 prosenttiyksikköä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ).

Hoidon jatkuvuudelta parhaita ja huonoimpia kuntia kuvaavat indikaattorit poikkesivat toisistaan jonkin verran (taulukko 1). Kunnan väestöä kuvaavissa muuttujissa paremman jatkuvuuden kunnissa oli hieman suurempi väestö, pienempi yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä ja pienempi sairastavuusindeksi. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kunnan taloutta kuvaavissa muuttujissa terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitu indeksi oli hyvän jatkuvuuden kunnissa hieman pienempi. Samoin äyrin hinta ja terveydenhuollon kustannukset asukasta kohti olivat pienemmät hyvän jatkuvuuden kunnissa kuin huonomman jatkuvuuden kunnissa (taulukko 1). Keskiarvojen erot olivat kuitenkin pieniä, eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä.

Binaarisessa logistisessa regressioanalyysissä tulokset olivat samansuuntaisia (taulukko 2). Kunnan suurempi väestö, suurempi 65 vuotta täyttäneiden osuus ja suurempi sairastavuus olivat yhteydessä huonompaan hoidon jatkuvuuteen. Myös suurempi kunnallisveroäyrin hinta, suurempi terveyden- ja vanhustenhuollon tarve sekä suuremmat terveydenhuollon kustannukset kuntalaista kohti viittasivat huonompaan hoidon jatkuvuuteen. Kuntien väliset erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Sairastavuusindeksin ja asukasta kohti laskettujen kustannusten yhteys hoidon jatkuvuuteen olivat tilastollisesti merkitseviä, mutta yhteyden merkitsevyys hävisi, kun regressiomalliin otettiin vain tilastollisen merkitsevyuden saaneet yksittäiset muuttujat (taulukko 3).

Lääkärien määrässä ei ollut merkittäviä eroja, mutta hyvän jatkuvuuden kunnissa lääkärivaje oli 5,5 prosenttiyksikköä pienempi ( $p = 0,012$ ) (taulukko 2). Muihin kuntiin verrattaessa jatkuvuus omalääkärijärjestelmän kunnissa oli merkittävästi suurempi (OR 24,9, 95 %:n LV 7,0–87,3,  $p < 0,001$ ) (taulukko 2). Omalääkärijärjestelmän ja lääkärivajauksen yhteys hoidon jatkuvuuteen säilyi muuttumattomana, kun regressiomalliin otettiin vain tilastollisen merkitsevyuden saaneet yksittäiset muuttujat (taulukko 3).

## Pohdinta

Tutkimuksemme osallistuneiden kuntien välillä oli merkittäviä eroja potilaiden raportoidussa hoidon jatkuvuudessa. Eri sairaanhoitopiirien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Kunnan väestöä, sairastavuutta tai taloudellista kantokykyä kuvaavilla muuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoidon jatkuvuuteen. Vastaanottavien lääkärin vaje oli yhteydessä hoidon jatkuvuuteen, mutta potilaalle terveyskeskukseen nimetty omalääkäri näytti silti varmistavan hoidon jatkuvuuden parhaiten.

### TAULUKKO 1.

#### Paremman ja huonomman jatkuvuuden kuntien erot eri indeksien keskiarvoilla tarkasteltuna.

Kunnat jaettu hyviin ja huonoihin jatkuvuuden mediaanilla.

	Hyvän jatkuvuuden kunta, n = 36, keskiarvo	Huonon jatkuvuuden kunta, n = 35, keskiarvo	Keskiarvojen erotus	Keskiarvojen erotus, p
<b>PALVELUJEN LAATUA KUVAAVA MUUTTUJA</b>				
Jatkuvuus, %	69,9	27,0	42,9	< 0,001
<b>VÄESTÖÄ KUVAAVAT MUUTTUJAT</b>				
Väestön koko, n	18 777	13 745	5 032	0,474
Yli 65-vuotiaiden osuus, %	21,6	23,1	- 1,5	0,159
Sairastavuusindeksi	99,8	103,9	- 4,1	0,090
<b>TALOUTTA KUVAAVAT MUUTTUJAT</b>				
Äyrin hinta, snt	20,0	20,2	- 0,2	0,186
Terveyden- ja vanhustenhuollon indeksi	97,5	99,6	- 2,1	0,564
Kustannukset/asukas, €	2 123	2 301	- 178	0,051
<b>TYÖVOIMAA KUVAAVAT MUUTTUJAT</b>				
Terveyskeskuksen lääkärin määrä, n	21,2	19,8	1,4	0,670
Lääkärimäärän vaje, %	5,5	11	- 5,5	0,012

**TAULUKKO 2.**

**Hoidon jatkuvuutta selittävät kuntia kuvaavat muuttujat logistisen regressioanalyysin yhden muuttujan mallissa.**

Selitettävä muuttuja on hoidon jatkuvuus. Muuttujat on digitomisoitu mediaanin perusteella. Mediaanin ylittävien kuntien ryhmässä vedonlyöntisuhde OR = 1.

	Kuntia, n	OR	95 %-n LV	p
<b>VÄESTÖÄ KUVAAVAT MUUTTUJAT</b>				
Väestön koko pienempi kuin 7 693 as.	36	1,18	0,47–3,00	0,723
Yli 65-vuotiaiden osuus pienempi kuin 22,1 %	35	1,67	0,65–4,26	0,286
Sairastavuusindeksi pienempi kuin 101	34	3,01	1,15–7,93	0,026
<b>TALOUTTA KUVAAVAT MUUTTUJAT</b>				
Äyrin hinta 0,20 € tai vähemmän	48	2,00	0,73–5,51	0,180
Kustannusindeksi pienempi kuin 96	33	1,06	0,42–2,70	0,899
Kustannukset/asukas vähemmän kuin 2 166 €	35	2,66	1,02–6,94	0,046
<b>TYÖVOIMAA KUVAAVAT MUUTTUJAT</b>				
Lääkärimäärä terveyskeskuksessa 20 tai enemmän	37	1,19	0,47–3,02	0,720
Lääkäriarvaja alle 6,2 %	36	4,96	1,81–13,56	0,002
<b>PALVELUJEN TOTEUTUSTA KUVAAVA MUUTTUJA</b>				
Nimetty omalääkäri vähintään 60 %:lla potilaista	34	24,90	7,01–87,28	< 0,001

- 34 Tilastokeskus. Väestö- ja ikärakennetiedot. [http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2011/vaerak\\_2011\\_2012-03-16\\_laa\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2011/vaerak_2011_2012-03-16_laa_001_fi.html) (luettu 6.11.2014).
- 35 Kuntien vuoden 2011 verotiedot. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/kuntatalous/verot-valtionosuudet/verotiedot-2009/Sivut/default.aspx> (luettu 6.11.2014).
- 36 Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoja. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys\\_ja\\_sosiaalitalous/tilastoja/tarvevakioidut\\_menot](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/tilastoja/tarvevakioidut_menot) (luettu 6.11.2014).
- 37 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/nettokustannukset/Sivut/default.aspx> (luettu 6.11.2014).
- 38 Kelan terveyspuntari. Sairastavuusindeksin laskeminen. [http://www.kela.fi/terveyspuntari\\_miten-indeksiluvut-lasketaan](http://www.kela.fi/terveyspuntari_miten-indeksiluvut-lasketaan) (luettu 6.11.2014). [http://raportit.kela.fi/ibi\\_apps/WFServlet?IBIF\\_ex=nit079al](http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=nit079al) (luettu 6.11.2014).

Kyselytutkimuksemme vahvuutena ovat sen toteutettavuus, vertailukelpoisuus ja luotettavuus (31). Aineisto on valikoitunut eli koostuu niistä kuntalaisista, jotka käyttivät terveyskeskuksen palveluja. Työterveyshuollon ja yksityislääkärin palvelujen käyttäjät ovat voineet valita palvelujärjestelmänsä hoidon huonon jatkuvuuden perusteella tai siitä välittämättä. Vastaukset eivät kuvaa kuntalaisten yleistä mielipidettä, mutta antavat kivan palveluja käyttävien kokemuksista.

Vastausosuus kyselyyn eli samansuuruinen kuin nykyisin tämäntyyppisissä kyselyissä, ja kansainvälisesti sitä on pidettävä kohtuullisena. Suomalaisissa väestötutkimuksissa, esimerkiksi THL:n toteuttamassa Aikuisväestön terveyskäyttätyminen ja terveys -tutkimuksessa (AVTK), vastausosuudet ovat hieman suuremmat (39). Tutkimusten kohderyhmät ja menetelmät kuitenkin poikkeavat toisistaan. Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat sairauden takia terveyskeskukseen tulleet potilaat, joten vanhusten osuus oli korostunut.

Potilaille itselleen jaettaviin ja välittömästi palautettaviin kysymyslomakkeisiin liittyi teki-

jöitä, jotka saattavat johtaa aineiston valikoitumiseen ja katoon. Katoanalyysin mukaan tavallisimmat syyt lomakkeen täyttämättä jättämiseen olivat kiire ja silmälasien jääminen kotiin (31). Viimeksi mainittu on saattanut vaikuttaa erityisesti vanhusten vastausosuuteen. Suurten ja pienten kuntien sekä keskus- ja reuna-alueiden mukanaolo lisää tulostemme yleistettävyyttä.

Terveysasemilta saadut vastaukset kirjattiin siihen kuntaan, jonka alueella terveysasema sijaitsi. Kunnan tulosten voidaan siten ajatella epäsuorasti kuvastavan terveydenhuollon lähipalveluja. Vuosina 2011–13 alueen terveyskeskuksissa ja kunnissa tehtiin uudelleenjärjestelyjä, jotka kuntanäkökulmasta olivat kuitenkin vähäisiä. Kuntaliitokset oli tehty pääosin jo ennen vuotta 2011.

Käytössämme olivat vuoden 2011 lopun kuntamuuttujat. Tiedossamme ei ole sellaisia teki-jöitä, jotka olisivat oleellisesti muuttaneet kuntien keskinäistä järjestystä tutkimusaikana. Käyttämämme muuttujat ovat karkeita. Ne ovat kuitenkin yleisessä käytössä, kun perustellaan kuntiin ja terveydenhuoltoon liittyviä ratkaisuja.

Lääkärimäärä ja -vaje tutkimusaikana kysyttiin suoraan terveyskeskuksista. Hoidon jatkuvuuden kannalta tällainen poikkileikkaustieto on vain suuntaa antava. Se ei kerro tilanteesta ennen kyselyä, eivätkä siihen sisälly osa-aikajärjestelyt, viransijaisuudet, vuokralääkärit tai lyhytaikaisten lääkärin (esimerkiksi yleislääketieteen erityiskoulutusta suorittavien) osuudet. Ei ole kuitenkaan todennäköistä, että tilanne poikkeaisi erityisen paljon tavanomaisesta tilanteesta tai asetelmasta kuntien välillä juuri asiaa kysyttäessä.

Omalääkärijärjestelmän käsite ei ollut tutkimukseen osallistuneissa kunnissa yksiselitteinen. Joissakin kunnissa oli samanaikaisesti käytössä useita eri lääkärisopimuksia. Osa kunnista oli juuri luopunut tai luopumassa järjestelmästä tai ei omalääkärikäsitteestä huolimatta noudattanut kyseistä virkaehtosopimusta.

Tutkimme potilaiden kokemusta hoidon jatkuvuudesta lääkärin vastaanotolla sekä siihen liittyviä kuntien ja väestön muuttujia riippumatta siitä, miten palvelutuotanto-organisaatio on itse määritellyt lääkäripalvelunsa. Tässä artikkelissa emme myöskään vertaile eri virka-

**TAULUKKO 3.**

**Hoidon jatkuvuutta selittävät kuntia kuvaavat muuttujat regressiomallissa, jossa ovat mukana tilastollisen merkitsevyyden saaneet muuttujat.**

Selitettävä muuttuja on hoidon jatkuvuus. Muuttujat on digotomisoitu mediaanin perusteella. Mediaanin ylittävien kuntien ryhmässä vedonlyöntisuhde OR = 1.

	Kuntia, n	OR	95 %:n LV	p
<b>VÄESTÖÄ KUVAAVA MUUTTUJA</b>				
Sairastavuusindeksi pienempi kuin 101	34	2,48	0,56–10,00	0,233
<b>TALOUTTA KUVAAVA MUUTTUJA</b>				
Kustannukset/asukas (€) vähemmän kuin 2 166 €	35	2,05	0,41–10,26	0,382
<b>TYÖVOIMAA KUVAAVA MUUTTUJA</b>				
Lääkärivajaus alle 6,2 %	35	5,04	1,26–20,12	0,022
<b>PALVELUJEN TOTEUTUSTA KUVAAVA MUUTTUJA</b>				
Nimetty omalääkäri vähintään 60 %:lla potilaista	34	26,13	6,09–112,15	< 0,001

- 39 Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/suomalaisen-aikuisvaeston-terveys-kayttaytyminen-ja-terveys-avtk> (luettu 2.4.2015).
- 40 Voutilainen S, Raivio R, Aronen T, Mattila K. Hoidon jatkuvuus väheni tuntuvasti Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa 1997–2012. Suom Lääkäril 2015;70:2529–33.
- 41 Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A ym. Väestökyselyn tulokset lääkäripalvelujen käytöstä. Lääkäripalvelujen laatu Suomessa 2004 -tutkimus. Suom Lääkäril 2005;60:5285–91.
- 42 Raivio R. Asiakastytyväisyyden mittaamisen avulla luotettavaa tietoa perusterveydenhuollon johtamisen tueksi. Sosiaali- ja terveysjohtamisen PD14-kurssin loppuyö 2011. Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikkö (saatavissa kirjoittajalta).

ehtosopimusjärjestelmien ja lääkäripalvelujen tuottamisen vaikutusta hoidon jatkuvuuteen. Niitä tarkastelemme artikkelissa, jossa on esimerkitapauksena Oulun kaupunki (tässä Lääkärilehden numerossa s. 2529–33) (40).

Suomalaisessa lääkäripalvelujen laatua selvittäneessä väestökyselyssä tutkijat huomasivat palvelujen käytössä ja koetussa saatavuudessa eroja alueittain ja väestöryhmittäin (41). Tutkimuksemme vahvistaa tämän havainnon myös jatkuvuuden osalta. Vanhukset ja pitkäaikaissairaat kokevat hoidon jatkuvuuden huonommaksi kuin työkäiset, joilla ei ole pitkäaikaisia sairauksia (17). Yksittäisen potilaan näkökulmasta iällä ja edeltävien käyntien perusteella arvioidulla sairastavuudella on havaittu olevan positiivinen yhteys jatkuvuuteen (33). Kuntaperusteinen näkökulma ei tukenut näitä havaintoja. Hoidon jatkuvuus kunnassa oli selvästi yhtey-

*Eniten palveluja tarvitseville tulisi taata oma lääkäri hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi.*

dessä vain palvelujen järjestämistapaan ja lääkärityövoiman vajaukseen.

Kuntaa kuvaavilla yleisillä indikaattoreilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoidon

jatkuvuuden vaihteluun. Vaihteluun vaikuttavia kuntakohtaisia tekijöitä voi olla useita, mutta tällä tutkimusasetelmalla niitä ei saada esiin. Kuntakohtaisten tekijöiden havaitsemiseen tarvittaisiin laadullisia tutkimusmenetelmiä. Koska kuntien määrällä on yhteys tilastollisen merkitsevyyden syntymiseen, olemme esittäneet havaintoja, vaikka tilastollisesti merkitseviä eroja ei ole syntynytäkään. Uskomme näilläkin havainnoilla olevan informaatioarvoa käytännössä.

Tutkimuksemme oli viitteitä siitä, että potilaiden kokemus hoidon jatkuvuus oli parempi niissä kunnissa, joissa on vähemmän ikääntyviä ja monisairaita potilaita sekä pienemmät terveyden- ja vanhustenhuollon tarpeet ja kustannukset. Tutkimuksemme ei kuitenkaan anna vastausta siihen, onko kyseessä syy vai seuraus. Köyhän ja ikääntyvän kunnan ei kuitenkaan kannata tinkiä hoidon jatkuvuudesta. Laadukas, tasapuolinen ja kustannustehokas terveydenhuollon palvelu edellyttää hyvää hoidon jatkuvuutta (8).

Hyvällä hoidon jatkuvuudella tai sen puuttumisella on yhteys terveyskeskuksissa tehtävän työn järjestämiseen ja johtamiseen (42,43). Tutkimuksemme terveyskeskuksen lääkäri-vajeella oli käänteinen yhteys hoidon jatkuvuuteen. Niissä terveyskeskuksissa, joissa lääkäreitä on ollut tarpeeksi, on ollut paremmat edellytykset toteuttaa hoidon jatkuvuutta.

Kannanottoja terveyspalvelujen rahoituksen, järjestämisen ja tuottamisen uudistamiseksi (44,45,46) on esitetty jo ennen vuonna 2014 saavutettua merkittävää poliittista yhteisymmärrystä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen uudistamisesta (47). Uudistamisen lähtökohtana on pidetty riittävää väestöpohjaa sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon aidon integraation ja palvelujen järjestämisen turvaamiseksi. Vaikka aineistossamme oli kunnittain suuria eroja potilaiden kokemassa hoidon jatkuvuudessa, erot tasoituivat eri sairaanhoitopiirien välillä. Yksikkökohtaiset erot saattavat tasoittua nykyistä laajemmilla tuotantoalueilla. Jatkuvuuden varmistamiseksi tarvitaan kuitenkin ymmärrystä paikallisista olosuhteista ja lähipalvelujen merkityksestä.

Kaikkien potilasryhmien osalta tavoitteena ei välttämättä ole täydellinen hoidon jatkuvuus. Hoidon hyvä saatavuus voi olla jatkuvuutta tär-



- 43 Kanste O, Timonen O, Vuorinen A, Ylitalo-Katajisto K. Asiakasvastaavatoiminta tehostaa palveluita terveyskeskuksissa. *Yleislääkäri* 2012;2:9–12.
- 44 Aronkylä T, Hallipelto A, Kangasharu A. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. *Sitra selvityksiä* 24.1.6.2010. <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2024.pdf> (luettu 6.11.2014).
- 45 Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. *THL:n raportti* 4/2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6c098cb6-fe4d-4915-83ed-58d51df6807c> (luettu 6.11.2014).
- 46 Huttunen J. Sosiaali- ja terveysjärjestelmät ("Sote") muissa maissa? *Kolumni* 11.11.2014. *Terveyskirjasto, Duodecim*. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=104&p\\_artikkeli=koI00224](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=104&p_artikkeli=koI00224) (luettu 11.11.2014).
- 47 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain esitysluonnos lausunnolle. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 166/2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1889028#fi> (luettu 6.11.2014).

keämpi arvo joillekin potilasryhmille, jotka tarvitsevat terveyspalveluja satunnaisesti. Terveyspalveluja on kohdennettava tulevaisuudessa erityisesti potilasryhmille, jotka tarvitsevat eniten suunnitelmallista hoitoa (3,8,9,18,29,33). Hoidon jatkuvuudesta hyötyvät eniten potilaat, jotka tarvitsevat ja käyttävät palveluja eniten (18, 33). Tässä tutkimuksessa merkittävien hoidon jatkuvuuteen vaikuttava muuttuja oli potilaalle aiemmin nimetty oma lääkäri. Eniten palveluja tarvitseville ja käytettäville tulisikin taata oma lääkäri hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi (33).

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotannon ja ohjauksen aito integraatio huomioi sekä kuntien ja väestön erityispiirteet että palvelun tuottajien ja palveluja käyttävien mielipiteet. Tulevaisuuden palvelujärjestelmän tavoitteena on turvata kohtuullisin kustannuksin asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Hyvä hoidon jatkuvuus voi toteutua, jos sekä palvelujen järjestäjillä että tuottajilla on riittävästi tietoa hoidon jatkuvuuden merkityksestä, yhteistä ymmärrystä ja ennen kaikkea tahtoa toimia. ●

#### TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Hoidon jatkuvuudella perusterveydenhuollossa on useita myönteisiä vaikutuksia sekä potilaiden ja työntekijöiden kokemuksen perusteella että terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta.
- Potilaiden kokemukset ovat tärkeä lähtökohta palvelujärjestelmän kehittämisessä.
- Potilaiden arvioima hoidon jatkuvuus on heikentynyt Suomessa viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana.

#### TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Tutkimukseen osallistuneiden kuntien välillä oli merkittäviä eroja potilaiden kokemassa hoidon jatkuvuudessa. Erot kuitenkin tasaantuivat sairaanhoitopiirien välillä.
- Kuntaa, sen väestöä tai taloudellista kantokykyä kuvaavilla mittareilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoidon jatkuvuuteen. Kunnissa, joissa oli hyvä hoidon jatkuvuus, oli vähemmän lääkärivajetta.
- Hoidon jatkuvuuteen vaikuttavista tekijöistä tärkein oli potilaalle terveyskeskukseen nimetty omalääkäri.

#### SIDONNAISUUDET

Kirjoittajat ovat ilmoittaneet sidonnaisuutensa seuraavasti (ICMJE:n lomake):  
 Risto Raivio: apuraha (Valtion tutkimusapuraha).  
 Doris Holmberg-Marttila: johtokunnan/hallituksen jäsenyys (Sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos).  
 Kari Mattila: ei sidonnaisuuksia.

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

Continuity of primary care is a matter of will: a questionnaire patient survey and a comparative study of Finnish municipalities in 2011 and 2103



**RISTO RAIVIO**  
M.D., Chief Physician  
Primary Health Care Unit  
Joint Authority for Päijät-Häme  
Social and Health Care Group  
risto.raivio@phsotey.fi

**DORIS HOLMBERG-MARTTILA**  
KARI MATTILA

# Continuity of primary care is a matter of will: a questionnaire patient survey and a comparative study of Finnish municipalities in 2011 and 2103

## Background

Continuity is an essential aspect of good-quality care. In this study we assessed continuity of patient care in primary health care centres in the Tampere University Hospital catchment area. We also examined the differences in indicators of municipalities and population in that area, and the relationship between the indicators and continuity of care.

## Methods

We conducted a follow-up questionnaire survey among patients attending the Tampere University Hospital catchment area health care centres in 2011 and 2013. Continuity was assessed with the question: "When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?" The indicators describing the municipalities and population were collected from 2011 data from Statistics of Finland, the Association of Finnish Local and Regional Authorities, the National Institute for Health and Welfare and the Social Insurance Institution of Finland.

## Results

Continuity of care varied considerably among the municipalities. The highest percentage for continuity of care was 95% and the poorest 0%. None of the indicators describing the municipalities explained the differences between them. If the patients in the municipality were assigned a specific doctor continuity was significantly more likely (OR 26.1,  $p < 0.001$ ) than in municipalities with no specific doctor appointed for patients. The correlation between a shortage of doctors and continuity of care was notably lower (OR 5.0,  $p = 0.022$ ).

## Conclusions

The population, the morbidity rate and the affluence of the municipality did not explain the variation in continuity of care between the municipalities. Regardless of differences between municipalities and population, the availability of a specific doctor appointed for patients would appear to be the best guarantee of continuity of care.

## KYSELY POTILAILLE

## SISÄ-SUOMEN JA POHJANMAAN TERVEYSKESKUKSET

Terveyskeskus ..... Kuntakoodi .....

Toimipiste ..... Toimipistekoodi .....

Käyntipäivä  Maanantai  Tiistai  Keskiviikko  Torstai  Perjantai

**OHJEET:**

Haluamme parantaa terveyskeskuksen palvelua. **Pyydämme Teitä ystävällisesti arvioimaan terveysaseman toimintaa tämänkertaisen käyntinne perusteella.** Tehkää vain yksi merkintä kysymystä kohti. Palvelua arvioidessanne rastittakaa numeroista mielipidettänne vastaava kouluarvosana (4 - 10). Jos ette tarvitse kyseistä palvelua tai ette osaa sanoa niin rastittakaa numeroita edeltävä ruutu.

**TAUSTATIETOJA** (vain tilastollisiin tarkoituksiin)

**Oletteko**  nainen **vai**  mies? **Miten vanha olette?** ..... vuotta

**Oliko käyntinne syy?**  päivystysasia  muu kiireellinen  ei kiireellinen

**Onko Teillä nimetty omalääkäri terveyskeskuksessa?**  kyllä  ei

**Onko Teillä mahdollisuus käydä työterveyslääkärillä?**  kyllä  ei

**Oletteko ennen tätä kertaa käyneet sairauden takia vastaanotolla viimeisen 12 kk aikana?**

en kertaakaan

kyllä

terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ..... kertaa

terveydenhoitajan / sairaanhoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa ..... kertaa

työterveyslääkärin vastaanotolla ..... kertaa

terveydenhoitajan / sairaanhoitajan vastaanotolla työterveyshuollossa ..... kertaa

yksityislääkärin vastaanotolla ..... kertaa

**Oletteko joutunut viimeisen 12 kk aikana turvautumaan päivystykseen illalla, yöllä tai viikonloppuna?**

kyllä

en

**Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman**

lääkärin?

kyllä

en

terveydenhoitajan/sairaanhoitajan?

kyllä

en

**Miten varasitte ajan tälle käynnille?**

puhelimella

internetistä

sähköpostilla

tekstiviestillä

käymällä terveysasemalla

en varannut aikaa etukäteen

## MIELIPITEITÄ PALVELUSTA

(rastittakaa sopiva kouluarvosana)

### Kenen vastaanotolla kävitte?

Merkittäkää rasti vain sen kohdalle, jonka luokse tehdyn käynnin arvioitte tällä lomakkeella.

- lääkärin vastaanotolla  
 terveydenhoitajan/sairaanhoitajan vastaanotolla

### Ajanvaraus

- |   | En tarvinnut palvelua    | En osaa sanoa            | 4                        | 5     | 6 | 7 | 8                        | 9  | 10 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|---|---|--------------------------|----|----|
| Kuinka helposti saitte puhelinyhteyden terveysasemalle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |       |   |   |                          |    |    |
| Saitteko itse valita kenen vastaanotolle tulette?       |                          |                          | <input type="checkbox"/> | kyllä |   |   | <input type="checkbox"/> | en |    |

### Ilmoittautuminen

- |   | En tarvinnut palvelua    | En osaa sanoa            | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|
| Päsisittekö vastaanotolle sovittuna kellonaikana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |    |

### Toiminta vastaanotolla

- |  | En tarvinnut palvelua    | En osaa sanoa            | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|--------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|
| Saitteko tietoja sairautenne hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |    |
| Saitteko selkeät ja riittävät jatkohoito-ohjeet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |    |
| Kuunneltiin teidinkiin ongelmiinne ja osoitettiin teitä kohtaan kiinnostusta sekä halukkuutta vastata kysymyksiinne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |    |

### Kokemuksenne tästä käynnistä

- |   | En tarvinnut palvelua    | En osaa sanoa            | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|
| Tuntuiko teistä, että asioitanne käsiteltiin luottamuksellisesti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |    |
| Saitteko apua teitä vaivanneeseen ongelmaan?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |    |
| Oliko asianne hoitamiseen riittävästi aikaa?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |    |

### Palvelu terveysasemalla oli niin hyvää, että voin kehua sitä perheelleni ja ystäväilleni?

- täysin samaa mieltä    jokseenkin samaa mieltä    jokseenkin eri mieltä    täysin eri mieltä

### Tarvitessanne sairaanhoitopalveluja, käyttekö:

- ensisijaisesti työterveydessä (jos olette työssä)

- täysin samaa mieltä    jokseenkin samaa mieltä    jokseenkin eri mieltä    täysin eri mieltä

- ensisijaisesti terveyskeskuksessa

- täysin samaa mieltä    jokseenkin samaa mieltä    jokseenkin eri mieltä    täysin eri mieltä

- ensisijaisesti yksityisvastaanotolla

- täysin samaa mieltä    jokseenkin samaa mieltä    jokseenkin eri mieltä    täysin eri mieltä

VASTASITHAN KAIKKIIN KYSYMYKSIIN

KIITOS

**LIITEAINEISTO 2.**
**Vastanneet potilaat kunnittain.**

Kunta	Vastauksia, n	Kunta	Vastauksia, n
Akaa	221	Lapua	363
Alajärvi	118	Lavia	19
Asikkala	239	Lempäälä	270
Evijärvi	137	Maalahti	308
Forssa	815	Mustasaari	169
Hartola	62	Myrskylä	26
Hattula	101	Mänttä-Vilppula	186
Heinola	142	Nastola	181
Hollola	240	Nokia	1 051
Humppila	58	Orimattila	320
Hämeenkoski	72	Orivesi	120
Hämeenkyrö	392	Padasjoki	143
Hämeenlinna	1 305	Parkano	235
Iitti	120	Pietarsaari	275
Ikaalinen	166	Pirkkala	205
Ilmajoki	185	Pukkila	24
Isojoki	12	Punkalaidun	115
Isokyrö	28	Ruovesi	27
Jalasjärvi	168	Sastamala	733
Janakkala	595	Seinäjoki	155
Jokioinen	234	Soini	39
Juupajoki	26	Sysmä	125
Jämsä	180	Tammela	204
Kangasala	731	Tampere	990
Kaskinen	136	Teuva	117
Kauhajoki	349	Urjala	190
Kauhava	846	Vaasa	1 428
Kihniö	71	Valkeakoski	478
Kiikoinen	24	Vesilahti	258
Korsnäs	30	Vimpeli	61
Kuhmoinen	69	Virrat	345
Kurikka	474	Vähäkyrö	79
Kärkölä	120	Vöyri-Maksamaa	178
Lahti	1 065	Ylöjärvi	565
Laihia	259	Ypäjä	135
Lappajärvi	86	Yhteensä	19 993