

PEI-mittari potilaan pärjäämisen tunteen ja hoidon laadun mittaamisessa

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

2022

Toni Kulju

Tiivistelmä

Tekijä(t) Kulju, Toni	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 37, 2 liitettä	Valmistumisaika 2022
Työn nimi PEI-mittari potilaan pärjäämisen tunteen ja hoidon laadun mittaamisessa Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoitaja (AMK), sosiaali- ja terveystieteiden ala		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, psykiatrian osasto 6		
Tiivistelmä <p>Työn tarkoituksena oli lisätä psykiatrisen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan tietoa PEI-mittarista, ja sen käytöstä potilaan pärjäämisen tunteen ja hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamisessa sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. PEI-mittari on potilaan täyttämä pärjäämisen tunnetta mittaava kysely, joka on alun perin kehitetty perusterveydenhuollon käyttöön. Pärjäämisen tunne on potilaan kyvykkyyttä selvitä sairautensa kanssa arkielämässä. Potilaan normaalin arjen mahdollistaminen on psykiatrisen kuntoutuksen päämäärä.</p> <p>PEI-mittarin soveltuvuutta psykiatrisen kuntoutusosaston käyttöön arvioitiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Kaksi erillistä kirjallisuushakua toteutettiin Pubmed-, Cinahl- ja Medic-tietokannoissa. Katsauksen aineistoksi muodostui 25 englanninkielistä alkuperäistutkimusta. Aineistosta muodostettiin synteesi aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Analyysin perusteella potilaan pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat potilaskohtaiset ja hoitokohtaiset tekijät. Potilaskohtaisia tekijöitä ovat mm. ikä, sukupuoli ja terveydentila. Hoitokohtaisista tekijöistä merkittävimpanä on henkilökunnan ohjauksen ja vuorovaikutuksen vaikutus potilaan pärjäämiselle. Hoidolla saavutettu vahvempi pärjäämisen tunne vaikuttaa olevan yhteydessä parempaan terveyteen, sairauden hallintaan, hoitoon sitoutumiseen ja osallistumiseen.</p> <p>Korkeat PEI-pisteet voivat kertoa potilaan paremmasta hoitoon osallistumisesta, ja PEI-mittari tuo esiin laadun potilasnäkökulmaa. Subjektiiivinen laatu on arvokasta ja täydentää objektiivista laatu-tietoa. PEI-mittari saattaa soveltua psykiatrisen kuntoutusosaston käyttöön pärjäämisen tunnetta mittaamaan. Sen käytössä on kuitenkin huomioitava kuntoutujan kognitiivinen kyky vastata kyselyyn.</p>		
Asiasanat PEI-mittari, pärjäämisen tunne, hoidon laatu, vaikuttavuus, psykiatria, kuntoutus		

Abstract

Author(s) Kulju, Toni	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2022
	Number of Pages 37, 2 appendices	
Title of Publication Measuring patient enablement and quality of care with the Patient Enablement Instrument A narrative review		
Degree and field of study Registered Nurse, Bachelor of health care		
Name, title and organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party) Päijät-Häme Joint Authority for Health and Wellbeing, Psychiatric ward 6		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this literature review was to provide information to the staff of the psychiatric ward about the measuring of patient enablement, quality, and effectiveness of care with the Patient Enablement Instrument (PEI) and to advise them about the factors affecting the measurements. The PEI is a patient-completed questionnaire measuring enablement and it was originally developed for use in primary care. Enablement indicates the patient's ability to cope with their illness in everyday life. The goal of psychiatric rehabilitation is to enable the patients to manage their daily lives better despite their illness.</p> <p>The suitability of the PEI for use in the psychiatric rehabilitation was assessed by means of a narrative review. Two separate literature searches were conducted using the PubMed, Cinahl, and Medic databases. The review consists of 25 studies written in English. A synthesis was written using data-driven content analysis.</p> <p>Patient enablement is affected by patient-specific and care-specific factors. Patient-specific factors are for example patient's age, gender and health status. The most significant care-specific factor seems to be the advice and interaction of the staff. Stronger enablement after treatment seems to be associated with better health, control of illness, treatment adherence and participation.</p> <p>Higher PEI-scores may imply greater patient participation and so the PEI is also an indicator of quality from a patient's perspective. Subjective quality information is valuable and complements objective quality information. The PEI might be suitable for use in the psychiatric rehabilitation ward. However, the patient's cognitive abilities must be evaluated when administering the instrument.</p>		
<p>Keywords</p> <p>Patient Enablement Instrument, patient enablement, quality of care, effectiveness, psychiatry, rehabilitation</p>		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Terveydenhuollon laatu.....	3
2.1	Hoidon laatu	3
2.2	Psykiatrisen hoidon laatu	4
2.3	Hoidon vaikuttavuus ja sen mittaaminen.....	4
2.4	PROM-mittarit.....	5
3	Psykiatrinen kuntoutus.....	7
3.1	Mielenterveystyö.....	7
3.2	Kuntoutusmenetelmiä	8
4	PEI-mittari.....	10
4.1	Patient Enablement Instrument.....	10
4.2	Pärjäämisen tunne (enablement).....	11
5	Kirjallisuuskatsaus	12
5.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	12
5.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	12
6	Aineisto.....	14
6.1	Aineiston haku	14
6.2	Aineiston valinta	17
6.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	17
7	Tulokset.....	19
7.1	PEI-mittarin käyttö pärjäämisen tunteen mittaamisessa.....	19
7.2	Pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat potilaskohtaiset tekijät.....	21
7.3	Pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat hoitokohtaiset tekijät	22
7.4	Pärjäämisen tunne ja laatu	24
8	Pohdinta	26
8.1	Yhteenveto	26
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	28
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	29
	Lähteet	30

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Liite 2. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

1 Johdanto

Terveydenhuollon tavoitteena on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpito. Sen perustana ovat toimivat ja kaikkien saatavilla olevat palvelut. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus a.) Julkisen terveydenhuollon palveluiden tulee olla laadukkaita (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, §8).

PEI-mittari on potilaan pärjäämisen tunnetta mittaamaan kehitetty työkalu, jolla tietoa kerätään potilaan täyttämän kyselyn avulla. Alun perin perusterveydenhuollon käyttöön kehitetty mittari kertoo, kokeeko potilas selviytyvänsä yleislääkärin vastaanoton jälkeen paremmin sairautensa kanssa. (Howie ym. 1998.) Opinnäytetyössä tarkastellaan PEI-mittarin mahdollista käyttöä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa pärjäämisen tunteen ja laadun mittarina. Työn teoriaosuus on rajattu käsittelemään terveydenhuollon ja psykiatrisen hoidon laatua, psykiatrista kuntoutusta ja PEI-mittarin taustoja. Työn toimeksiantajana oli Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian osasto 6.

Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 6 on psykiatrinen vuodeosasto. Osastolla hoidetaan ja kuntoutetaan erityisesti psykoosilinjan potilaita ja toiminnan tähtäimessä on mahdollisimman hyvä pärjääminen arjessa sairauden kanssa eläen. Potilaiden kuntoutusta suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä potilaan ja tämän lähipiirin kanssa moniammatillisessa työryhmässä. Hoitohenkilökuntaan kuuluu hoitajia, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja psykiatri. Tukea saa myös kokemusasiantuntijoilta sekä yhteisötaiteilijalta. Hoidon ja kuntoutuksen keskiössä on turvallinen ja tarkoituksenmukainen lääkitys sekä kuntouttava toiminta, jota suunnitellaan potilaan tarpeet ja toiveet huomioiden. Toimintaa järjestetään yksilö- ja ryhmämuotoisena. Osastolla vältetään pakonkäyttöä ja hoitoa pyritään toteuttamaan vapaaehtoiselta pohjalta. Tämä vaatii potilaiden sitoutumista hoitoonsa ja henkilökunnan sitoutumista potilaiden auttamiseen. (PHHYKY 2021.)

Opinnäytetyön menetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen keinoin aiheesta on pyritty luomaan selkeä kokonaiskuva aiemman kirjallisuuden perusteella. Katsauksen aineisto on haettu Pubmed-, Cinahl-, ja Medic-tietokannoista. Aineisto muodostuu 25 englanninkielisestä alkuperäistutkimuksesta. Aineisto on analysoitu aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa PEI-mittarin käytöstä potilaan pärjäämisen tunteen ja hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamisessa sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin arvioida PEI-mittarin soveltuvuutta psykiatrisen kuntoutusosaston käyttöön. Työn taustalla on osaston pyrkimys kehittää hoidon vaikuttavuuden arviointia potilaslähtöisesti,

mahdollisesti sopivaa mittaria käyttäen. Sopivaa mittaria voitaisiin hyödyntää perustyön kehittämässä ja hoidon sisältöjen vaikuttavuuden mittaamisessa. Potilaslähtöisellä mittarilla voitaisiin myös osallistaa potilaat hoidon kehittämiseen sekä tehdä läpinäkyvämmäksi hoidon sisällön vaikutuksia. Parhaimmillaan tämä voisi potilaiden kohdalla johtaa lisääntyneeseen hoitomyöntyvyyteen ja hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset olivat:

- Miten PEI-mittari mittaa potilaan pärjäämisen tunnetta?
- Millä tavoin pärjäämisen tunne on kytköksissä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen?

2 Terveydenhuollon laatu

2.1 Hoidon laatu

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, §8) säädetään, että julkisen terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Palveluiden on oltava laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Saman lain 4. pykälässä määritetään terveydenhuollon toimintayksikön johdon olevan vastuussa toiminnan laadusta ja turvallisuudesta sekä henkilöstön tukemisesta laadun parantamiseksi ja hoito- ja toimintatapojen kehittämiseksi.

Terveydenhuollon laatu on kokonaisuus, joka muodostuu monista tekijöistä. Laadukkaiden palveluiden ominaispiirteitä ovat asiakaskeskeisyys, palveluiden saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus ja vaikuttavuus. Asiakaskeskeisessä toiminnassa potilasta ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan, ja ne ovat lähtökohdat hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Kun potilaat saavat tarvitsemansa palvelut kohtuullisessa ajassa tasa-arvoisesti heidän taustoistaan riippumatta, toteutuvat saatavuus ja saavutettavuus. Oikeudenmukaista palvelu on silloin, kun se on yhdenmukaista samankaltaisessa tilanteessa oleville potilaille. Valinnanvapaus toteutuu, kun potilas voi itse valita hoitopaikkansa. Potilasturvallisessa toiminnassa potilas saa tarvitsemansa hoidon siten, että se aiheuttaa hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Hoidon, lääkehoidon ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuus sekä henkilökunnan korkealaatuinen osaaminen muodostavat potilasturvallisen toiminnan. Vaikuttavat palvelut tuottavat mahdollisimman paljon terveyshyötyä eli lisäävät hyvinvointia ja terveyttä. (Koivuranta 2019; Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste 2021.)

Laatua voidaan tarkastella monesta näkökulmasta ja sen ominaispiirteiden painotus ja merkitys riippuu tarkastelijasta. Laatu voi siis merkitä eri asioita potilaalle ja terveydenhuollon henkilökunnalle. Potilaan näkökulmasta erittäin merkityksellisiä laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat vuorovaikutus ja henkiset sekä konkreettiset tukitoimet. Potilaan informointi ja ohjaus parantavat potilaan kokemaa laatua. Koettuun laatuun vaikuttaa myös potilaiden arvomaailma. (Kirvesniemi 2019.)

Laadun mittaaminen on haasteellista sen monitahoisuuden ja osittain myös sen subjektiivisuuden takia (Kirvesniemi 2019). Laadun eri ulottuvuuksia voidaan mitata erillisinä laadun tekijöinä käyttäen erilaisia mittareita ja kyselyitä. Näin saatua laatutietoa voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen ja valvontaan sekä tarjoamaan tietoa palveluiden käyttäjille. (Koivuranta 2019.)

2.2 Psykiatrisen hoidon laatu

Wahlbeck ym. (2018) toteavat laadukkaiden mielenterveyspalveluiden saavuttamisen vaativan vaikuttavia työmenetelmiä, potilaan oikeuksien kunnioittamista, osallisuuden lisäämistä, kuntoutumisen tukemista ja eriarvoisuuden vähentämistä. Yhteistyö eri ammattikuntien ja avohoidon sekä sairaalahoidon välillä on tärkeää laadukkaana psykiatrisen hoidon varmistamiseksi. Kokemusasiantuntijoiden ja muun vertaistuen hyödyntäminen hoidon resursseina on myös laatua lisäävä tekijä. Henkilökunnan mielenterveysosaaminen, ja sen kehittäminen on erityisen tärkeää laadukkaiden mielenterveyspalveluiden takaamiseksi.

Psykiatrinen hoito on laadukasta, kun sen sisällöllä saavutetaan positiivinen muutos mielen häiriötilassa. Hyvällä ja laadukkaalla hoidolla mahdollistetaan potilaan parempi olotila. Psykiatrisen hoidon laatua voidaan tarkastella rakenneanalyttisesti, prosessianalyttisesti ja hoidon tuloksellisuuden näkökulmasta. Rakenneanalyysi kartoittaa toteutetun hoidon olosuhteita eli tutkitaan psykiatristen palveluiden käyttöä väestötasolla, ja selvitetään hoitoon päättymisen taustatekijöitä. Tällaisella analyysillä mahdollistetaan palveluiden suunnittelu ja kehittäminen potilasryhmien tarpeita vastaaviksi. Prosessianalyysillä saadaan tietoa hoitoprosessien laadusta yleisellä ja diagnoosispesifillä tasolla. Hoitoprosessien laadusta kertovat esimerkiksi hoito- tai kuntoutussuunnitelman olemassaolo, hoidon tavoiteasettelut tai mahdollisten pakkotoimenpiteiden käyttö hoitajaksolla. Kansallisia hoitosuosituksia noudattamalla voidaan parantaa hoidon laatua, kun hoitoprosessit ovat yhtenäisempiä. Hoidon tuloksellisuus kertoo, onko hoito tarkoituksenmukaista, riittävää ja vaikuttavaa. Hoidon tuloksellisuutta voidaan arvioida kvantitatiivisin menetelmin potilaan tasolla ja yleisellä tasolla. Potilastason tuloksellisuudesta kertoo työ- ja opiskelukyky, elämänlaatu, itsetunto ja kokemus saadusta tuesta ja ymmärryksestä. Yleisellä tasolla mittareita ovat sairauden relapsivaiheet, käyttämättä jätetyt vastaanottoajat, itsemurhien ja niiden yritysten määrä, väkivallan esiintyminen ja päihdekuolleisuus. (Virtanen & Jääskeläinen 1997.)

2.3 Hoidon vaikuttavuus ja sen mittaaminen

Vaikuttavuus on yksi laadun osatekijöistä. Vaikuttavuus ja teho ovat samankaltaisia termejä. Hoidon vaikuttavuus on määritelty muutokseksi potilaan terveydentilassa ja elämänlaadussa saadun hoidon seurauksena. Se on arkiolosuhteissa hoidolla saavutettava terveyshyötyä. Hoidon teho sen sijaan on ihanteellisissa ja tarkoin kontrolloiduissa olosuhteissa, esimerkiksi hoitotutkimuksissa saavutettava terveyshyöty, eikä siksi ole täysin verrattavissa hoidon vaikuttavuuteen. Terveysthuollon arjessa olosuhteet muuttuvat jatkuvasti, joten vaikuttavuuden arviointi ja mittaaminen palvelevat hoitoyksiköitä toiminnan kehittämässä. (Malmivaara & Roine 2013.)

Hoidon tuottama terveyshyöty riippuu käytetyistä hoitomenetelmistä, henkilökunnan ammattitaidosta sekä potilaan osallistumisesta ja sitoutumisesta hoitoon. Tuotettua terveyshyötyä voidaan mitata esimerkiksi lopputulosmittarein, joissa seurataan hoidon jälkeistä toimintakykyä tai työkykyä. (Koivuranta 2019.) Sairaanhoidopiirit ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos keräävät sairausryhmäkohtaista rekisteritietoa, jonka avulla voidaan parantaa hoidon laatua, vaikuttavuutta ja turvallisuutta (THL 2021a).

Potilaiden terveyden seuranta ja erilaisten arviointiasteikoiden ja mittareiden käyttö mahdollistavat vaikuttavuuden mittaamisen. Mittaamista varten potilaista kerätään monipuolisesti tietoa hoidon alussa, sen aikana ja sen jälkeen. Tätä tietoa voidaan kerätä hoitavan tahon toimesta kliinisin ja biokemiallisin tutkimuksin ja havainnoin. Näin kerättävä tieto on kuitenkin täysin objektiivista, eikä huomioi potilaan omaa arviota hoidon tuottamasta hyödyistä. (Malmivaara & Roine 2013.) Potilaslähtöistä vaikuttavuustietoa voidaan kerätä standardoiduilla kyselyillä, esimerkiksi 15D-mittarilla, jota Suomessakin käytetään. Monipuolisesti kerätty vaikuttavuustieto mahdollistaa vaikuttavuuden kehittämisen. (Roine 2016.)

Potilaan oma arvio terveydentilastaan on yksi vaikuttavuuden arvioinnin indikaattori. Tämän takia on kehitetty erilaisia PROM-mittareita (Patient Reported Outcome Measures). Niillä voidaan kerätä tietoa potilaan kokemasta terveyshyödyistä eli vaikuttavuudesta, lisäksi ne parantavat myös asiakaskeskeisyyttä ja potilaan osallistumista hoitoon. (Koivuranta 2019.)

2.4 PROM-mittarit

PROM-mittarit (Patient Reported Outcome Measures) ovat standardoituja kyselyitä, joilla pyritään keräämään tietoa hoidon tuloksista potilaan kokemana. Potilas täyttää kyselyn itse ja arvioi saamansa hoidon vaikutusta toimintakykyynsä ja hyvinvointiinsa. (Dawson ym. 2010.) Näin kerätty tieto hoidon vaikuttavuudesta ja sen tuloksista on subjektiivista, mutta se täydentää vaikuttavuuden arviointia varten kerättyä objektiivista tietoa (Malmivaara & Roine 2013). Patient Enablement Instrument eli PEI-mittari luokitellaan PROM-mittariksi (Tolvanen 2020).

PROM-mittareita on kahdenlaisia: geneerisiä ja sairauskohtaisia. Geneeriset mittarit ovat tarkoitettu yleisterveyden arviointiin ja sen muutoksen mittaamiseen. Ne antavat vertailukelpoista tietoa vaikuttavuuden tutkimiseen ja arviointiin. Sairauskohtaiset mittarit ovat tarkoin suunniteltuja havaitsemaan muutosta terveydessä jotain tiettyä sairautta sairastavan potilaan kohdalla. Niistä saatava tieto kertoo hyvin hoidon tuottamasta hyödyistä, mutta rajoittaa vaikuttavuuden vertailun vain suppealle potilasryhmälle. (Malmivaara & Roine 2013.)

PROM-mittareiden avulla kerättävällä tiedolla voidaan arvioida hoidon kokonaisuuden ja hoitomuotojen vaikuttavuutta. Vaikuttavuustiedolla voidaan paremmin kohdistaa terveydenhuollon resursseja, arvioida hoitojärjestelmän muutoksien vaikutusta vaikuttavuuteen ja tukea laadunvalvontaa. Potilastasolla PROM-mittareiden käyttö parantaa osallistumista ja asiakaskeskeisyyttä hoidossa. Luotettavan tiedon keräämiseksi mittareiden on oltava tarkoin suunniteltuja ja potilaiden kannalta yksinkertaisia ja helposti ymmärrettäviä. Kyselyn täyttämisen on onnistuttava potilaalta ilman hoitohenkilökunnan osallistumista. Hoitohenkilökunnan läsnäolo voi vaikuttaa potilaan vastauksiin siten, että potilas ei täytä kyselyä oma-kohtaisesta näkökulmastaan, vaan huomioi vastauksissaan myös läsnä olevan henkilökunnan näkemykset. (Dawson ym. 2010.)

3 Psykiatrinen kuntoutus

3.1 Mielenterveystyö

Suomalaiseen terveydenhuoltoon sisältyy olennaisesti mielenterveystyö. Mielenterveystyöllä pyritään edistämään ja vahvistamaan mielenterveyttä ja vähentämään mielenterveyteen kohdistuvia uhkia. Se on kokonaisuus, johon kuuluvat mielenterveyttä edistävä työ, mielenterveyshäiriöiden ehkäisy ja mielenterveyspalvelut. Mielenterveyspalvelut ovat kuntien vastuulla ja niihin sisältyvät ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki, tuki kriisitilanteissa sekä mielenterveyden häiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus. Mielenterveyspalveluita on saatavilla perus- ja erityistasolla. Perustason palvelut ovat saatavilla perusterveydenhuollossa, erityistason palvelut toteutetaan psykiatrisena erikoissairaanhoidona. (Sosiaali- ja terveysministeriö b; THL 2021b.)

Psykiatria on lääketieteen laaja erikoisala, joka tutkii mielenterveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Suomalaisessa terveydenhuollossa psykiatria jakautuu neljään erikoisalaan: aikuis-, lasten-, nuoriso- ja oikeuspsykiatria. (Lönnqvist 2021.)

Psykiatriseen erikoissairaanhoidon tullaan aina lääkärin läheteellä, usein potilaalla on jokin vakava mielenterveyshäiriö, kuten psykoosi. Psykiatrista hoitoa toteutetaan moniammatillisissa työryhmissä ja erilaisia hoitomuotoja käyttäen. (Terveyskylä a.) Kun sairauden akuuttivaihe on saatu hoidettua, ja muodostettu rauhallinen ja turvallinen hoitoympäristö, voidaan siirtyä hoidon kuntoutusvaiheeseen (Terveyskylä b).

Kuntoutuksella edistetään yksilön toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä arjessa ja yhteisössä sekä työ- ja opiskelukykyä (Sosiaali- ja terveysministeriö c). Psykiatrista kuntoutusta tarvitaan, kun mielen tasapaino on järkkynyt, esimerkiksi mielenterveyshäiriössä (Terveyskylä c).

Psykiatrinen kuntoutus on tavoitteellista ja vuorovaikutuksellista toimintaa, jota toteutetaan yksilöllisesti kuntoutujan voimavarat huomioiden. Kuntoutusta ohjaa kuntoutussuunnitelma, joka laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa. Suunnitelmaan kirjataan kuntoutuksen tavoitteita, aikatauluja ja vastuualueita. Suunnitelmaa laadittaessa voidaan hyödyntää eri ammattiryhmien, esimerkiksi psykologin, toimintaterapeutin tai sairaanhoitajan kannanottoja ja huomioita kuntoutujan vahvuuksista ja rajoitteista. (Terveyskylä d.)

3.2 Kuntoutusmenetelmiä

Psykiatrista kuntoutusta voidaan toteuttaa avo- tai sairaalahoidossa. Joskus ensivaiheen hyvä ja nopea hoito riittävät, eikä kuntoutusta tarvita. Akuutit ja vakavat psykiatriset häiriöt, kuten psykoosit, itsetuhoisuus tai vaikea masennus tarvitsevat usein alkuun hoitoa ja kuntoutusta sairaalaosastolla. Kuntoutusta tarjotaan yksilö- ja ryhmämuotoisina kuntoutujan toimintakyky ja oireilun vaikeusaste huomioiden. (Terveyskylä b; Suvisaari ym. 2021a.)

Psykiatrian kuntoutusmuodot ovat ensisijaisesti psykososiaalisia eli psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin vaikuttavia. Psykooseihin hyvin soveltuva menetelmä on psykoedukaatio. Psykoedukaatiolla pyritään lisäämään kuntoutujan ja tämän omaisten tietoa kuntoutujan sairaudesta sekä auttamaan heitä sopeutumaan sairauden kanssa elämiseen. Psykoedukaatio ei ole pelkästään tiedon antamista, vaan sen tarkoituksena on opettaa kuntoutujaa ja tämän läheisiä tunnistamaan ja hallitsemaan sairauden oireita, vähentäen sairauden pahenemisvaiheen riskiä. Hyödyllistä on, kun kuntoutujan perhe tai lähipiiri otetaan mukaan psykoedukaatioon. Onnistuneen psykoedukaation avulla ylläpidetään toivoa ja uskoa tulevaisuuteen sekä yksilön, että perheen tasolla. (Kieseppä & Oksanen 2013; Suvisaari ym. 2021a.)

Keskustellen toteutettu ohjaus ja neuvonta ovat psykiatriassa oleellinen osa hoitoa ja kuntoutusta. Psykoterapia on ammatillista ja vaikuttavaa toimintaa, jossa potilas koulututtuneen psykoterapeutin tukemana käsittelee psyykkistä häiriötään. Psykoterapialla pyritään lievittämään psyykkistä oireilua, tukemaan psyykkistä kasvua ja auttamaan potilasta löytämään keinoja ratkaista itse ongelmiaan. Terapeuttista keskustelua voivat soveltaa työssään myös muutkin potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset. (Kontunen 2017; Lönnqvist ym. 2021.) Motivoivalla keskustelulla voidaan tukea kuntoutujaa sitoutumaan kuntoutukseen. Työntekijä ohjaa keskustelua potilasta kuunnellen ja pyrkii siten tunnistamaan potilaan vahvuuksia ja jo opittuja asioita sairauden kanssa elämisestä. Avoimien kysymyksien avulla pyritään saamaan kuntoutuja itse kertomaan ajatuksistaan ja tunteistaan. Positiivisella palautteella vahvistetaan kuntoutujan pystyvyyden tunnetta ja luodaan toivoa. Terapeuttiset keskusteluhoidot vaativat toimiakseen luottamuksellisen ja avoimen hoito- ja vuorovaikutussuhteen. (Salo-Chydenius 2017.) Potilaan motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon ovat erittäin tärkeitä kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Onnistuneen psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen varmistamiseksi tärkeitä ja vaikutettavissa olevia asioita ovat hoidon jatkuvuuden ja hyvän yhteistyön mahdollistaminen. (Laukka ym. 2017.)

Mielenterveyshäiriöihin liittyy sosiaalista vetäytymistä ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä. Hyvä sosiaalinen toimintakyky tukee kuntoutumista ja sitä voidaankin vahvistaa sosiaalisten taitojen harjoittelulla, esimerkiksi ohjatuissa liikunta- tai keskusteluryhmissä. (Terveyskylä e.)

Vaikeisiin mielenterveyshäiriöihin, erityisesti skitsofreniaan, liittyy kognition heikkenemistä. Ikääntyneillä skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä kognitio heikkenee muita nopeammin. Myös psykoosin esioireiluna voi ilmetä heikentynyttä kognitiota. Kognition heikentyminen ilmenee muistin ongelmoina ja tarkkaavuuden, prosessoinnin, toiminnanohjauksen ja päätteilykyvyn vaikeuksina. Muistin ongelmat vaikuttavat lähimuistiin ja pitkäkestoiseen muistiin: etenkin kielellisen materiaalin oppiminen vaikeutuu. Tarkkaavuuden ja prosessoinnin vaikeudet heikentävät normaaleissa arkitoiminnoissa pärjäämistä ja vaikeuttavat työ- ja opiskeluelämässä suoriutumista. Heikentynyt toiminnanohjaus näkyy kuntoutujan oman toiminnan suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Kun päätteilykyky heikkenee, on kuntoutujan hankalaa tehdä visuaalisia, kielellisiä ja abstrakteja päätteilyitä. Edellä mainitut heikentyneeseen kognitioon liittyvät tekijät on hyvä huomioida hoitoa suunniteltaessa. (Suvisaari ym. 2021b.) Heikentynyt kognitio vaikeuttaa arkielämässä pärjäämistä ja heikentää hoitoon sitoutumista (Tuulio-Henriksson 2014). Kognitiivisia taitoja voidaan harjoitella kognitiivisella kuntoutuksella esimerkiksi keskustellen, kirjallisin ja kuvallisin harjoittein tai tietokoneavusteisesti kuntoutusta varten tehdyllä ohjelmalla (Suvisaari ym. 2021a).

Kuntoutujan sairauden ja mahdollisten liitännäissairauksien hyvä hoito tukee kuntoutumista, joten lääkehoidolla ja elintapaohjauksella on merkittävä rooli onnistuneessa kuntoutusprosessissa. Fyysistä kuntoa ja elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ovat ylipaino, tupakointi, passiivisuus ja päihteidenkäyttö, joihin pyritään erilaisten interventioiden avulla vaikuttamaan. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019.) Elintapaohjauksen tarvetta lisää myös psykoosilääkityksen mahdolliset metaboliset haittavaikutukset, jotka voivat aiheuttaa painonnousua ja veren rasva-arvojen nousua (Tuominen 2020).

Kuntoutujan yhteiskunnallista osallistumista tuetaan ammatillisella kuntoutuksella, vertais-tukiryhmillä, asumispalveluina ja ohjattuna päivätoimintana. Onnistunut kuntoutus parantaa ja ylläpitää kuntoutujan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä, tukee työelämään tai opiskeluun pääsyä/palaamista ja lisää kuntoutujan elämänlaatua sekä vähentää syrjäytymisriskiä. (Terveyskylä e.)

4 PEI-mittari

4.1 Patient Enablement Instrument

Patient Enablement Instrument eli PEI-mittari on Howien ym. (1998) kehittämä geneerinen PROM-mittari. Se on kehitetty mittaamaan potilaan pärjäämisen tunnetta (patient enablement) perusterveydenhuollossa heti lääkärin vastaanoton jälkeen. PEI-mittari on kuusikohmainen kysely, jonka potilas täyttää heti vastaanoton jälkeen. Kyselyyn vastatessaan potilas arvioi, onko oma pärjääminen ja ymmärrys terveysongelmansa suhteen parempaa vastaanoton seurauksena.

Kuuselan (2014) lääkärin vastaanoton laatua tutkivassa väitöskirjassa PEI-mittarin kysymykset on käännetty suomeksi osana laajempaa kyselyä (kuvio 1). Vastaukset muodostavat kolmiportaisen arviointiasteikon: paljon paremmin (2 pistettä), paremmin (1 piste) tai entiseen tapaan tai huonommin (0 pistettä). Kokonaispisteet vaihtelevat välillä 0–12.

Suomalaisessa terveydenhuollossa mittarin käyttöä on tutkittu vähän. Tolvanen (2020) toteaa väitöskirjassaan PEI-mittarin soveltuvan suomalaiseen perusterveydenhuoltoon mittaamaan potilaan pärjäämisen tunnetta yleislääkärin vastaanoton jälkeen. Väitöskirjassa tutkittiin myös yhden kysymyksen mittaria (Q2), jossa kysyttiin vain alkuperäisen mittarin toinen kysymys. Tämä kysymys koskee potilaan kykyä tulla toimeen sairautensa kanssa vastaanoton seurauksena. Tämä yhden kysymyksen versio mittaa pärjäämisen tunnetta luotettavasti. Hänen mukaansa PEI-mittarin käyttöönotto yhdeksi laatumittariksi perusterveydenhuoltoon olisi verrattain helppoa sen helppokäyttöisyyden vuoksi.

Kykenettekö mielestänne tämän vastaanoton jälkeen ..

	paljon paremmin	paremmin	entiseen tapaan tai huonommin
* selviytymään elämässänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* ymmärtämään sairauttanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* tulemaan toimeen sairautenne kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* pitämään itsenne terveenä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* tuntemaan terveydentilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* auttamaan itseänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kuvio 1. Suomennettu kolmiportainen PEI-mittari (mukailtu Kuusela 2014)

4.2 Pärjäämisen tunne (enablement)

PEI-mittaria kehittäessään Howie ym. (1998) totesivat potilaan pärjäämisen tunteen (patient enablement) olevan sidoksissa potilastyytyväisyyteen. Yleisesti ottaen tyytyväisyyskyselyt kuvaavat potilaiden kokemusta saadusta hoidosta peilaten sitä potilaan odotusten täyttymiseen, kun PEI-kyselyllä sen sijaan saadaan kuva saavutetusta terveyshyödystä potilaan raportoimana. Pärjäämisen tunne on siis vastaanoton laatua ilmaiseva mitattava ominaisuus.

Suomenkielisessä kirjallisuudessa pärjäämisen tunnetta terveydenhuollon kontekstissa on tutkittu vähän. Kuusela (2014) toteaa PEI-kyselyn mittaavan potilaan selviytymistä ja voimaantumista. Tolvanen (2020) sen sijaan käyttää käsitettä pärjäämisen tunne, jota PEI-mittarilla mitataan.

Kansainvälisessä englanninkielisessä kirjallisuudessa käsitteellä pärjäämisen tunne (enablement) on useita rinnakkaiskäsitteitä. Fumagalli ym. (2014) ovat tehneet katsauksen samankaltaisista käsitteistä, jotka ilmaisevat potilaan kykyä osallistua omaan hoitoonsa ja olla mukana sitä koskevassa päätöksenteossa. Näitä käsitteitä ovat voimaantuminen (empowerment), osallistaminen (involvement), aktivointi (activation), sitoutuminen (engagement) ja osallistuminen (participation). Näiden käsitteiden vertailun tuloksena pärjäämisen tunne on määritelty kyvykkyytenä huolehtia itsestään terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamien tietojen ja taitojen avulla.

Pärjäämisen tunne muodostuu useista tekijöistä, kuten hyvästä ja tasa-arvoisesta vuorovaikutussuhteesta potilaan ja hoitavan tahon välillä. Potilaan huomioiminen kokonaisvaltaisesti oman terveytensä asiantuntijana ja osallisena oman hoitonsa päätöksenteossa vaikuttavat myös pärjäämisen tunteeseen. Jotta hoidosta seuraa vahvistunut pärjäämisen tunne, on hoitavan tahon kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan on koettava, että hänet huomioidaan ja, että hänestä ollaan kiinnostuneita. Terveydenhuollon ympäristö ja henkilökunnan ammattitaito vaikuttavat myös tähän pärjäämisen tunteeseen. Hoidon seurauksena koettu lisääntynyt pärjäämisen tunne johtaa parempaan tyytyväisyyteen, selviytymiseen, sairaudenhoitoon ja elämänlaatuun. (Hudon ym. 2011a.)

5 Kirjallisuuskatsaus

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimuksessa paljon käytetty työväline. Katsauksen avulla voidaan analyttisesti muodostaa kokonaiskuva valitusta tutkimusaiheesta aiemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta. Tutkimuksen on oltava toistettavissa, tämä pätee myös kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsaus voi olla osa tutkimusta, jolloin sitä käytetään kuvaamaan, mitä aiheesta jo tiedetään sekä perustelemaan oman tutkimuksen merkitys aiemmin tehdyn tutkimuksen kentässä. Kirjallisuuskatsaus voi olla myös tutkimusmenetelmä. Tällöin katsauksen avulla luodaan aiemman tutkimuskirjallisuuden analyysiin perustuva yhteenveto eli synteesi. (Suhonen ym. 2015, 6–9.)

Kirjallisuuskatsaustyyppejä on erilaisia, yleensä ne jaetaan kuvaileviin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä metatutkimuksiin (Suhonen ym. 2015, 8). Ammattikorkeakoulun kirjallisuuskatsauksena toteutettavan opinnäytetyön soveltuvin katsaustyyppi on kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus (Tuomi ym.).

5.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on etenkin hoito- ja terveystieteessä paljon käytetty tutkimusmenetelmä. Sille tyypillisiä piirteitä ovat aineistolähtöisyys sekä tutkitun ilmiön kuvailu ja ymmärtäminen. Kuvailevan katsauksen vahvuuksia ovat argumentoivuus ja mahdollisuus ohjata tarkastelua perustellusti ennalta asetettuihin erityiskysymyksiin. Katsaustyyppiä on kritisoitu sattumanvaraisena, tarkoituksenhakuisena ja subjektiivisena menetelmänä. Opinnäytetyön menetelmänä tutkimusprosessi voidaan jaotella neljään vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valinta, tutkittavan ilmiön kuvailu ja tulosten tarkastelu. Vaiheet etenevät osittain samanaikaisesti ja edeltäviin vaiheisiin on mahdollista palata prosessin edetessä ja tulosten muodostuessa. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tutkimuskysymys ohjaa tutkimusta koko prosessin ajan. Tutkimuskysymystä muodostettaessa on pohdittava, mistä näkökulmista tutkimuksen aihetta halutaan tarkastella. Mitä rajatumpi ja täsmällisempi tutkimuskysymys, sitä helpompi sitä on tutkia ja tarkastella syvällisesti. Väljästi aseteltu kysymys sen sijaan mahdollistaa laajemman ja useita eri näkökulmia huomioivan tarkastelun. Tutkimuksen aineisto valitaan vastaamaan tutkimuskysymykseen. Aineiston on sisällöllisesti vastattava tutkimuskysymyksessä aseteltua näkökulmaa. Aineiston avulla kuvaillaan tutkittua aihetta tai ilmiötä. Laadullinen kuvailu on narratiivisen kirjallisuuskatsauksen ydin, ja onnistuessaan se luo uusia tulkintoja ja laajempia päätelmiä aieman tiedon pohjalta sekä analysoi olemassa olevan tiedon vahvuuksia ja heikkouksia.

Prosessin viimeisessä vaiheessa tarkastellaan tuloksia. Se sisältää pohdintaa ja arviointia tutkimuksen sisällöstä. Keskeiset tulokset esitetään tiivistetysti ja niitä tarkastellaan teoreettiseen, käsitteelliseen ja yhteiskunnalliseen viitekehykseen pohjaten. Tässä vaiheessa esitetään myös tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa. (Kangasniemi ym. 2013.)

Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus. PEI-mittari on Suomessa vielä vähän tunnettu työkalu. Mittari on kuitenkin kansainvälisellä tasolla tunnettu, ja sitä on käytetty erilaisissa ympäristöissä, joten siitä on laajasti aiempaa tutkimustietoa. Kirjallisuuskatsauksen keinoin aiemmasta tutkimustiedosta on pyritty luomaan yleiskuvaus mittarista, sen käytöstä ja siihen liittyvistä keskeisistä käsitteistä.

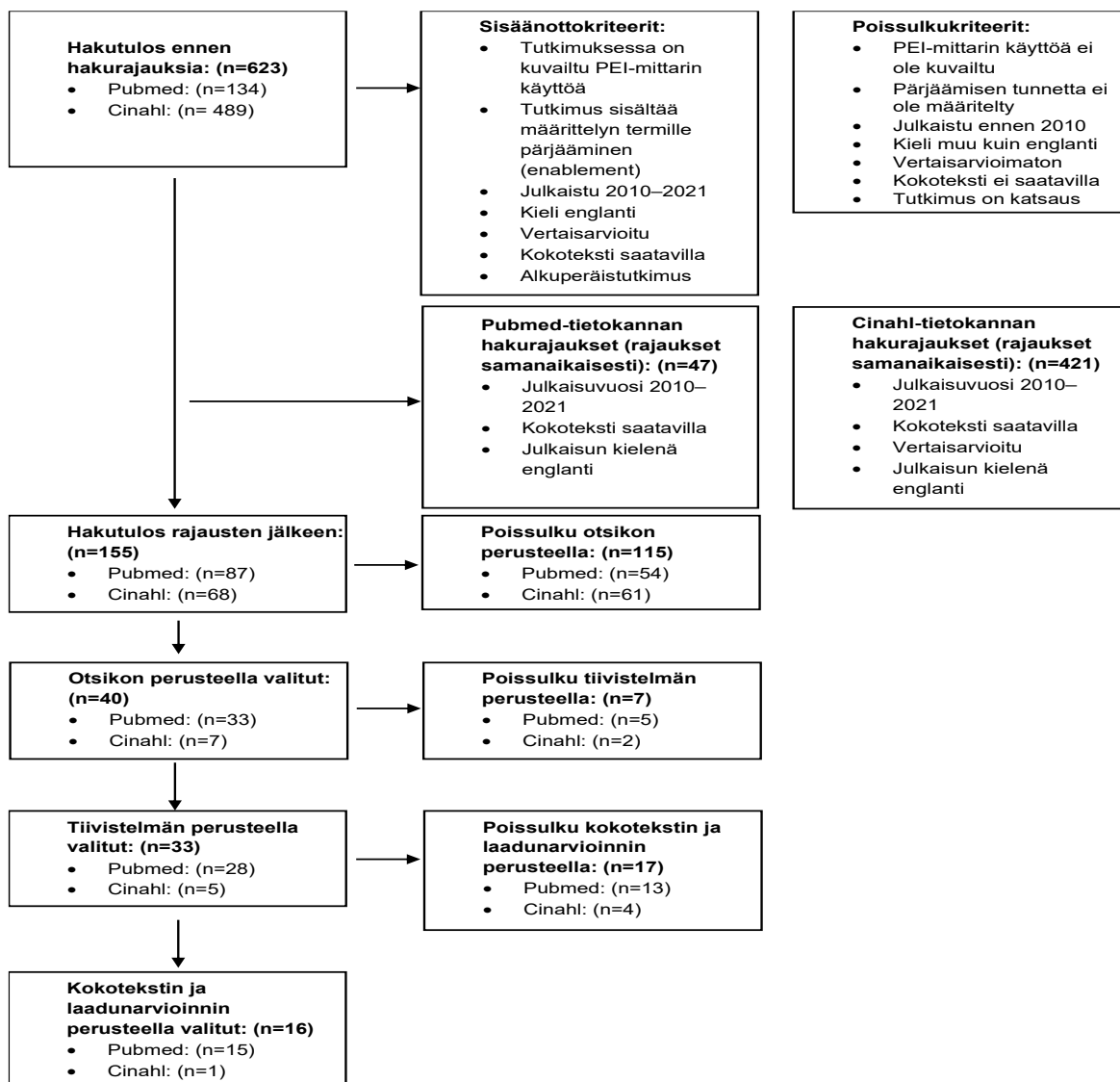
6 Aineisto

6.1 Aineiston haku

Aineiston hakuprosessi aloitettiin tekemällä alustavia hakuja eri tietokannoissa suppein hakusanoin ja -lausekkein käyttäen aiheeseen liittyviä termejä. Käytettyjä tietokantoja tässä vaiheessa olivat LAB Primo, PubMed, Cinahl ja Medic. Näin löytyneitä relevantteja tutkimusartikkeleita silmäiltiin niitä yhdistäviä asiasanoja ja tietokantakohtaisia asiasanastoja etsien. Hakulausekkeisiin valittiin vapaasanoiksi keskeisiä termejä ja niiden synonyymejä ja rinnakkaiskäsitteitä sekä tietokantakohtaisia aiheeseen liittyviä asiasanastoja. Näin pyrittiin muodostamaan mahdollisimman kattavat ja relevantit hakulausekkeet. Koska työssä on kaksi tutkimuskysymystä, tehtiin myös kaksi selvästi erillistä aineistohakua. Molemmissa hauissa löytyi suuri määrä hakutuloksia. Haun tarkentamiseksi suunniteltiin aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Ensimmäistä tutkimuskysymystä *Miten PEI-mittari mittaa potilaan pärjäämisen tunnetta?* varten tehtiin haut PubMed- ja Cinahl-tietokannoissa. Kotimaisesta Medic-tietokannasta ei alustavassa haussa löytynyt tutkimuskysymykseen vastaavia artikkeleita. PubMed-tietokannassa hakulausekkeena käytettiin: (*"patient enablement instrument" OR pei*) AND (*"patient enabl*" OR "patient involv*" OR "self-management" OR empower* OR coping OR "patient participation"[Mesh] OR "self-management"[Mesh] OR "Adaptation, Psychological"[Mesh]*). MeSH-termit (Medical Subject Headings) ovat PubMedissä käytettäviä asiasanastoja. Cinahl-tietokannan hakulauseke oli: (*"patient enablement instrument" OR pei*) AND (*"patient enabl*" OR "patient involv*" OR "self-management" OR empower* OR coping OR understand* OR MH "Consumer Participation" OR MH "Self-Management" OR MH "Empowerment" OR MH "Coping+"*). MH-termit (Medical Headings) ovat Cinahl:n tietokantakohtaisia asiasanastoja. Hakulausekkeissa käytettiin myös saman sanan eri kirjoitusmuotoja sekä katkaisumerkkejä ja Boolean operaattoreita tietokantojen ohjeiden mukaisesti mahdollisimman kattavan haun toteuttamiseksi.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen haun sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat esitettynä kuviossa 2, jossa on esitettynä myös aineiston valintaprosessi. PubMedissä ei ole mahdollista rajata tutkimuksia vertaisarvioinnin perusteella, joten sieltä luettavaksi valittujen tutkimusten vertaisarviointi tarkistettiin aina julkaisukohtaisesti.

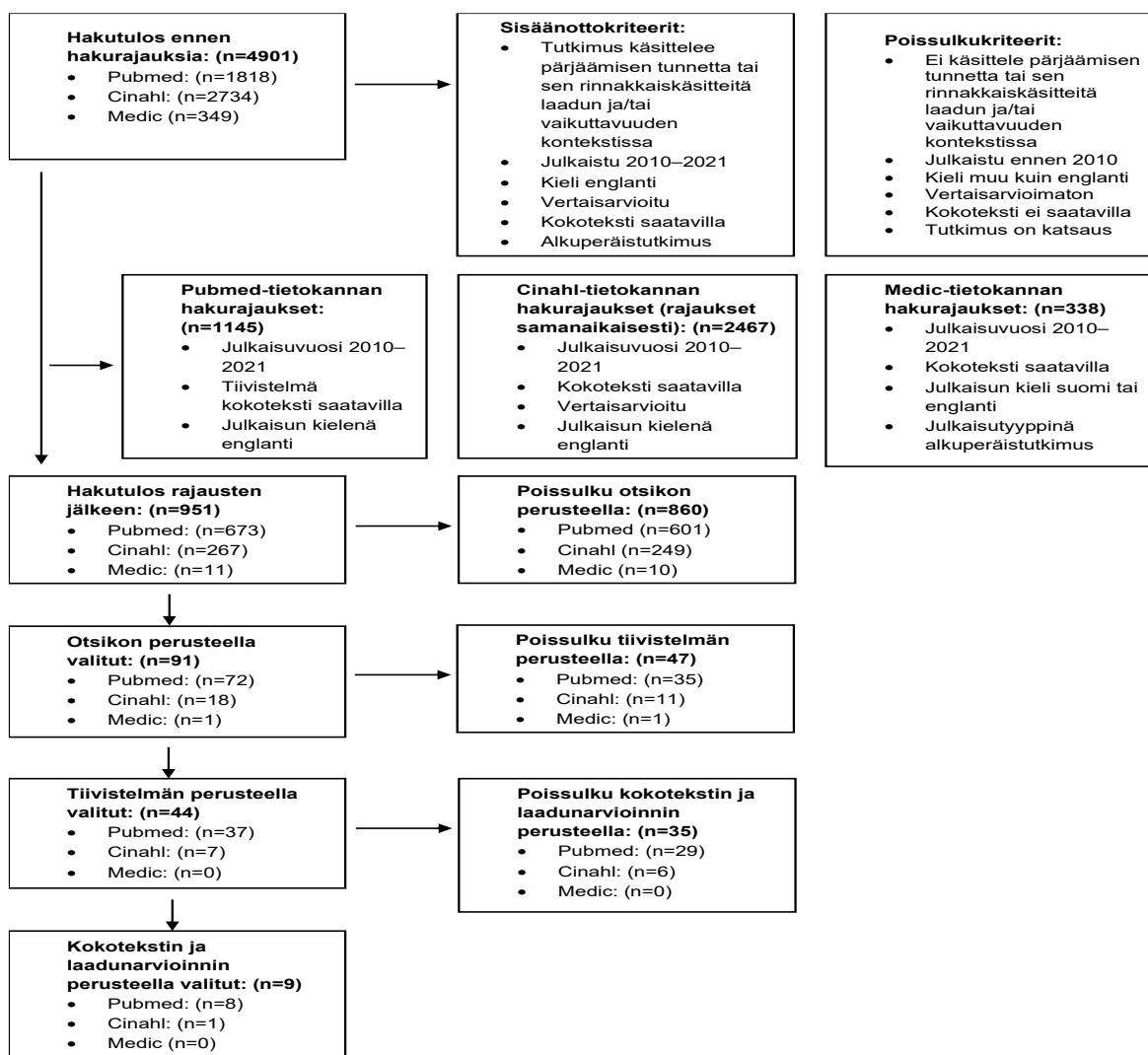


Kuvio 2. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen aineiston valintaprosessi

Toisen tutkimuskysymyksen *Millä tavoin pärjäämisen tunne on kytköksissä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen?* haut tehtiin PubMed-, Cinahl- ja Medic-tietokannoissa. Pubmedin hakulauseke oli: *(("patient participation"[Mesh] OR "patient enablement") AND ("quality of care" OR "quality of healthcare" OR "quality of health care" OR "care quality" OR "healthcare quality" OR "health care quality")) AND ("health care delivery" OR "healthcare delivery" OR "treatment outcome" OR effectiv* OR efficacy OR "delivery of health care"[Mesh] OR "treatment outcome"[Mesh])*. Cinahl:ssa käytettiin hakulauseketta: *(MH "Consumer Participation" OR "patient enablement") AND ("quality of care" OR "quality of healthcare" OR "quality of health care" OR "care quality" OR "healthcare quality" OR "health care quality" OR MH "Quality of Health Care+") AND ("health care delivery" OR "healthcare delivery" OR*

"treatment outcome" OR effectiv* OR efficacy OR MH "Health Care Delivery+" OR MH "Outcome Assessment" OR MH "Treatment Outcomes+"). Medic -tietokannan hakulausekkeena oli: *potilaskeskeinen hoito OR potilaskesk* AND terveydenhuollon laatu OR laatu AND hoidon vaikuttavuus OR vaikuttavuus*.

Toisen tutkimuskysymyksen aineiston valintaprosessi sisäänotto- ja poissulkukriteereineen on esitetty kuviossa 3. Medicissä rajattiin hakuun mukaan suomen- ja englanninkieliset alkuperäistutkimukset, ja luettujen tutkimusten vertaisarviointi tarkastettiin manuaalisesti.



Kuvio 3. Toisen tutkimuskysymyksen aineiston valintaprosessi

6.2 Aineiston valinta

Hakurajausten jälkeen hakutuloksiin sisältyvät tutkimukset käytiin läpi lukemalla niiden otsikot. Selkeästi epärelevantit tutkimukset karsittiin tässä vaiheessa pois. Otsikoiden perusteella valikoidut tutkimukset käytiin läpi lukemalla niiden tiivistelmät. Näin saatiin alustava kuva tutkimusten sisällöstä ja tutkimuskysymyksille relevantit tutkimukset valittiin kokotekstin lukua ja arviointia varten. Katsaustyyppiset katsaukset eliminoitiin pois, luettavaksi valittiin vain alkuperäistutkimuksia. Osa tutkimusartikkeleista sisältyi sekä PubMedin, että Cinahl:n hakuun. Tällöin tutkimus valittiin PubMedin kautta luettavaksi.

Kokotekstit hankittiin ensisijaisesti PubMed- ja Cinahl-tietokannoista LUT-tiedekirjaston etäkäytön avulla. Kaikkiin kokoteksteihin ei näin kuitenkaan päästy käsiksi, jolloin niitä haettiin manuaalisesti LAB Primosta ja Google Scholarista. Osa tutkimuksista eliminoitiin pois aineistosta tässä vaiheessa, koska niiden kokotekstejä ei päästy lukemaan ilman maksua.

Aineiston valinnan viimeisessä vaiheessa tutkimusten kokotekstit luettiin ja niiden laatua ja luotettavuutta tarkasteltiin. Apuna käytettiin LAB-ammattikorkeakoulun informaatiolukutaidon opasta. Laadun ja luotettavuuden arvioinnissa huomioitiin muun muassa tutkijoiden ja kirjoittajien osaamista esimerkiksi heidän koulutustaustansa huomioiden. Tutkimusten kirjoitusasua ja käytettyjä lähteitä arvioitiin myös. Aineistoon valittiin vain vertaisarvioituja tutkimuksia. Vertaisarvioituja tutkimuksia voidaan pitää laadukkaina (LUT-tiedekirjasto 2021).

Työn lopulliseen aineistoon päätyi 25 englanninkielistä alkuperäistutkimusta. Näistä 16 valittiin PubMedistä ja 9 Cinahl:sta. Medic-tietokannasta ei aineistoon päätynyt yhtään tutkimusartikkelia. Valitut tutkimukset on esitetty liitteessä 1.

6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tutkimuksissa käytettävä menetelmä, jolla mukaan otettu kirjallinen tutkimusaineisto analysoidaan järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Menetelmän tarkoitus on luoda tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi on pohjimmiltaan tekstianalyysia. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 103–104.)

Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa analyysissä tutkimusaineistosta muodostetaan päätelmiä ja tulkintoja hajottamalla aineisto osiin, jonka jälkeen se käsitteellistetään. Käsitteellistetty aineisto kootaan uudella tavalla siten, että se muodostaa loogisen kokonaisuuden. Käytännössä tämä tapahtuu kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään poistamalla tutkimukselle epäolennainen sisältö. Tutkimuskysymys määrittelee aineistosta valittavat olennaiset kohdat. Kirjallisuuskatsauksessa nämä kohdat ovat lauseita

ja asiakokonaisuuksia aineistoksi valituista alkuperäistutkimuksista. Toisessa vaiheessa ryhmitellään valitut kohdat. Niistä etsitään yhdistäviä ja/tai erottavia tekijöitä. Näin luokitellaan valitut kohdat kuvaavien otsikoiden alle. Nämä otsikot ovat vasta alustavia, jotka kolmannessa vaiheessa abstrahoidaan eli käsitteellistetään. Syntyneitä käsitteitä voidaan luokitella useisiin ala- ja yläluokkiin. Näistä käsitteistä muodostuu tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112; Kangasniemi & Pölkki 2015, 87–89.)

Syntyneet luokittelut esitetään kuvailevana ja tiivistettynä tuotoksena, esimerkiksi taulukkomuodossa (Kangasniemi & Pölkki 2015, 89). Esimerkki katsauksen aineiston analysoinnista on esitetty taulukossa 1. Aineiston analysointi on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 2.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>Feelings of enablement seem to diminish after a rather short period of time.</i>	Pärjäämisen tunne heikkenee lyhyessä ajassa.	Pärjäämisen tunteen kesto.	Pärjäämisen tunteen mittaaminen.	PEI-mittarin käyttö pärjäämisen tunteen mittaamisessa.
<i>The level of enablement may be maximal immediately after consultation.</i>	Pärjäämisen tunne on vahvimmillaan heti hoidon jälkeen.			

Taulukko 1. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä

7 Tulokset

7.1 PEI-mittarin käyttö pärjäämisen tunteen mittaamisessa

Muutos pärjäämisen tunteessa

PEI-mittarin on tarkoitus mitata pärjäämisen tunnetta ja sen muutosta saadun hoidon seurauksena potilaan raportoimana. Enthoven ym. (2019) toteavat muutoksen mittaamisen olevan hankalaa, kun PEI-mittaria käytetään sen alkuperäisessä tarkoituksessa eli hoidon jälkeen kyselyinä. Tällöin ei ole saatavilla edeltävää tietoa pärjäämisen tunteesta, johon pärjäämisen tunnetta vertaisi muutoksen havaitsemiseksi. Rööst ym. (2015) suosittelevat PEI-mittarin käytössä huomioimaan potilaan lähtötilanteen ja hoidon jälkeisen tilanteen luotettavamman tuloksen varmistamiseksi.

Potilaan vahvistunut pärjäämisen tunne edellyttää alun perin heikompaa pärjäämisen tunnetta eli puutoksia sairauden hoidossa ja tuntemisessa. Näin ollen potilaat, joilla on esimerkiksi jokin pitkäaikaissairaus, jota he ovat vuosia hoitaneet, kokevat heikompaa pärjäämisen tunnetta hoidon seurauksena. Potilaat, joilla on vähemmän kokemusta ja tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, tuntevat todennäköisesti vahvempaa pärjäämisen tunnetta saamansa hoidon seurauksena. (Brusse & Yen 2013; Enthoven ym. 2019.)

Pärjäämisen tunteen kesto

Useissa PEI-mittaria ja pärjäämisen tunnetta käsittelevissä tutkimuksissa mittaria on käytetty mittaamaan pärjäämisen tunnetta myös pidemmän ajan kuluttua hoidosta. Tolvanen ym. (2020a) mittasivat potilaan pärjäämisen tunnetta PEI-mittarilla heti yleislääkärin vastaanoton jälkeen sekä kahden viikon kuluttua. Pärjäämisen tunne heikkeni kahden viikon sisällä huomattavasti. Myös Lam ym. (2010) toteavat pärjäämisen tunteen heikkenevän seurannassa. Heidän tutkimuksessaan pärjäämisen tunne mitattiin PEI-mittarilla heti vastaanoton jälkeen ja uudestaan 2–3 viikon kuluttua. Pärjäämisen tunteen heikkeneminen oli havaittavissa vain potilailta, jotka olivat käyneet vastaanotolla jonkin kroonisen vaivan vuoksi, akuutisti sairailta heikkenemistä ei havaittu. Rööst ym. (2015) huomasivat pärjäämisen tunteen heikkenevän jo kahden vuorokauden aikana, kun PEI-keskiarvo heti vastaanoton jälkeen oli 3.48 ja kahden vuorokauden päästä 3.06. Kahden viikon kuluttua PEI-keskiarvo oli kuitenkin 3.31 ja tutkijat tulkitsevat tämän viittaavan siihen, että pärjäämisen tunne on pysyvämpää pidemmällä ajanjaksolla. Pärjäämisen tunne vaikuttaa olevan vahvimmillaan heti hoidon jälkeen (Hudon ym. 2011b; Rööst ym. 2015).

Pärjäämisen tunteen pisteyttäminen

Kirjallisuudessa ei ole selkeää konsensusta hyvästä tai riittävästä PEI-pistemäärästä pärjäämisen tunteen mittaamisessa (Skarbaliene ym. 2019). Correia de Sousa ym. (2013) käyttävät tutkimuksessaan yli kuuden pisteen PEI-tulosta rajana kliinisesti merkittävälle pärjäämisen tunteelle. Pärjäämisen tunteen muutosta pitkäaikaisen hoidon seurauksena tutkiessaan Chen ym. (2016) katsovat yli nolla pistettä saaneiden potilaiden pärjäämisen tunteen vahvistuneen hoidon seurauksena. Mercer ym. (2012) pitävät tutkimusotoksen PEI-keskiarvon ylittävää pistemäärää merkinä vahvistuneesta pärjäämisen tunteesta. Heidän tutkimuksessaan kaikki yli 3.0 pistettä saaneet potilaat saivat ns. hyvän tuloksen.

PEI-mittarin käytön haasteet

Rööst ym. (2015) kritisoivat PEI-mittarin käytettävyyttä ja soveltuvuutta erilaisten potilasryhmien kohdalla. Potilaiden vastauksissa esiintyy paljon *not applicable* -vastauksia, jonka perusteella he suosittelivat mittarin käyttöä tarkemmin rajatuilla potilasryhmillä, joille kysymysten käsitteellinen laajuus saattaisi olla soveltuvampaa. Toisaalta Tolvanen ym. (2020a) argumentoivat PEI-mittarin soveltuvan erilaisille potilasryhmille hyvin sen geneerisen luonteen vuoksi. Heidän tutkimuksessaan potilaiden kroonisten sairauksien lukumäärä tai vastaanoton syy eivät vaikuttaneet pärjäämisen tunteeseen, joten sen voidaan katsoa soveltuvan erilaatuisille potilasryhmille.

Joillakin potilailla oli vaikeuksia arvioida pärjäämisen tunnettaan vain yhden vastaanoton perusteella silloin, kun he ovat saaneet hoitoa pidemmällä aikajaksolla. Osa potilaista täyttää PEI-kyselyn arvioimalla lääkärin/hoitajan suoritusta sen sijaan, että he arvioisivat omaa pärjäämisen tunnettaan. (Murphy ym. 2018.) PEI-kyselyn täyttämiseen voi vaikuttaa myös potilaan halu olla mahdollisimman vähän haitaksi. Joistain potilaista tuntui pahalta, jos he kokivat vievänsä liikaa lääkärin aikaa. Pärjäämisen tunteeseen voi vaikuttaa negatiivisesti myös potilaan asenne, mikäli se vaikuttaa saatujen hoito-ohjeiden noudattamiseen. (Chan ym. 2020.)

Tolvanen ym. (2020b) toteavat pärjäämisen tunteen vaihtelevan merkittävästi eri maiden välillä. Kulttuurin vaikutus potilaan kokemalle pärjäämisen tunteelle on merkittävä. PEI-mittarilla kerättävän tiedon vertailukelpoisuuden vuoksi he suosittelivatkin jatkotutkimuksia kulttuurin vaikutuksista pärjäämisen tunteeseen ja sen muutoksiin.

PEI-mittarin käytön rajoitukset

Pärjäämisen tunne korreloi vain vähän potilaan kokeman hyödyn ja tyytyväisyyden kanssa, viitaten siihen, että nämä ovat erillisiä käsitteitä. Vahvistunut pärjäämisen tunne kuitenkin

johtaa hyötyyn, jos potilas hoidon seurauksena kykenee hoitamaan sairauttaan ja tulemaan toimeen sairautensa kanssa paremmin. PEI-mittari ei ole siis tyytyväisyysmittari, mutta sen ohella voisi käyttää sellaista tarkemman käsityksen saamiseksi potilaan kokemuksista saamastaan hoidosta. (Tolvanen ym. 2020a.) Potilaan odotusten täyttyminen ei vaikuta potilaan pärjäämisen tunteeseen. Myös tämä havainto viittaa siihen, että pärjäämisen tunne eroaa tyytyväisyyden kokemisesta. (Brusse & Yen 2013.)

Rööst ym. (2015) toteavat PEI-mittarin soveltuvan tutkimaan pärjäämisen tunnetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Heidän tutkimuksensa perusteella se ei kuitenkaan sovellu mittaamaan laatua terveydenhuollossa, koska mittarin reliabiliteetti Cronbachin alfakertoimella mitattuna jää alle 0.9. Yli 0.95 -alfakerroin on kliiniseen käyttöön tarkoitetuille mittareille tavoiteltava arvo. Toisaalta valtaosassa katsauksen aineiston tutkimuksista, jotka tutkivat mittarin reliabiliteettia, PEI-mittarin todettiin soveltuvan terveydenhuollon käyttöön (Lam ym. 2010; Hudon ym. 2011b; Kurosawa ym. 2012; Enthoven ym. 2019; Skarbaliene ym. 2019; Tolvanen ym. 2020a).

7.2 Pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat potilaskohtaiset tekijät

Potilaan ominaisuuksien vaikutus pärjäämisen tunteeseen

Iän vaikutuksesta pärjäämisen tunteeseen on kirjallisuudessa ristiriitaista tietoa. Osassa tutkimuksia korkea ikä liittyy vahvempaan pärjäämisen tunteeseen (Kurosawa ym. 2012; Tolvanen ym. 2020b). Osassa tulokset ovat päinvastaisia eli ikäänntyneillä pärjäämisen tunne on heikompaa kuin nuoremmilla (Skarbaliene ym. 2019; Simões ym. 2021). Myös tutkimuksia, joissa iän vaikutus pärjäämisen tunteeseen oli vain vähäinen tai olematon, oli aineistossa mukana (Correia de Sousa ym. 2013; Lafreniere ym. 2015).

Myös sukupuolen vaikutuksesta pärjäämisen tunteeseen on ristiriitaista tietoa katsaukseen valitussa kirjallisuudessa. Kahdessa tutkimuksessa naisilla todettiin olevan vahvempi pärjäämisen tunne (Skarbaliene ym. 2019; Tolvanen ym. 2020b). Kahdessa tutkimuksessa miehillä oli vahvempi pärjäämisen tunne (Correia de Sousa ym. 2013; Hansen ym. 2020). Kolmessa tutkimuksessa sukupuolella ja pärjäämisen tunteella ei ollut merkittävää yhteyttä (Lam ym. 2010; Kurosawa ym. 2012; Lafreniere ym. 2015).

Koulutuksella ja ammatillisella aktiivisuudella saattaa olla vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Enemmän koulutetuilla ja työelämässä olevilla oli vahvempi pärjäämisen tunne. (Simões ym. 2021.) Mercer ym. (2012) toteavat, ettei potilaan sosioekonomisella asemalla ole suoraa vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.

Terveyden vaikutus pärjäämisen tunteeseen

Kroonisten sairauksien lukumäärällä ei Tolvasen ym. (2020a) tutkimuksessa ollut vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Mercer ym. (2012) toteavat tutkimuksessaan potilaiden, joilla on kolme tai useampia kroonisia sairauksia, pärjäämisen tunteen olevan heikompaa kuin niillä, joilla kroonisia sairauksia on vähemmän kuin kolme.

Yleisterveys vaikuttaa potilaan pärjäämisen tunteeseen. Potilailla, joilla on parempi toimintakyky, yleis- ja mielenterveys on vahvempi pärjäämisen tunne (Enthoven ym. 2019). Huonoksi koettu terveys liittyy heikompaan pärjäämisen tunteeseen, samoin huono sairauden hallinta heikentää pärjäämisen tunnetta (Correia de Sousa ym. 2013; Tolvanen ym. 2020b). Psykkinen ahdinko heikentää pärjäämisen tunnetta, etenkin jos potilas on myös sosioekonomisesti heikossa asemassa (Mercer ym. 2012). Kun potilaan mielenterveys kohenee, myös motivaatio osallistua hoitoon lisääntyy (Selvin ym. 2016).

Kirjallisuuden perusteella hoidon syyllä voi olla vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Biolääketieteellisen syyn vuoksi hoidossa olevilla oli Skarbalién ym. (2019) tutkimuksessa vahvempi pärjäämisen tunne verrattuna potilaisiin, joiden hoidon syynä oli jokin monimutkaisempi ongelma, esimerkiksi psykologinen ja/tai sosiaalinen ongelma. Heikoin pärjäämisen tunne PEI-mittarilla mitattuna oli potilailla, jotka kävivät lääkärin vastaanotolla lääkärintodistuksen tai muun lausunnon vuoksi. Mercer ym. (2012) huomasivat tutkimuksessaan pärjäämisen tunteen olevan vahvempaa potilailla, jotka tulivat vastaanotolle jonkin uuden ongelman vuoksi. Pitkäaikaisen ongelman vuoksi vastaanotolle tulleiden pärjäämisen tunne oli vastaavasti heikompaa. Tolvanen ym. (2020a) toteavat tutkimuksessaan vastaanotolle haakeutumisen syyllä olevan vain vähäinen vaikutus pärjäämisen tunteeseen. Lamin ym (2010) tutkimuksessa vastaanoton syyllä ja pärjäämisen tunteella ei ollut yhteyttä.

7.3 Pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat hoitokohtaiset tekijät

Hoidon jatkuvuuden vaikutus pärjäämisen tunteeseen

Hoidon jatkuvuus vähentää heikomman pärjäämisen tunteen riskiä (Tolvanen ym. 2020b). Useissa tutkimuksissa jatkuvuudesta kertovana tekijänä on käytetty potilaan ja lääkärin välistä suhdetta eli sitä, miten hyvin potilas kokee tuntevansa hoitavan lääkärin. Skarbalién ym. (2019) mukaan lääkärin tunteminen vahvistaa pärjäämisen tunnetta. Myös Brussen ja Yenin (2013) mukaan lääkärin tunteminen vaikuttaa positiivisesti potilaan kokemaan pärjäämisen tunteeseen. Chan ym. (2020) huomasivat potilaiden kertovan vähemmän terveydestään ja vaivoistaan tuntemattomalle lääkärille. Tämä vaikuttaa mahdollisesti saatuun

hoitoon ja neuvontaan ja siten myös heikentää koettua pärjäämisen tunnetta. Mercerin ym. (2012) tutkimuksessa lääkärin tuntemisella ei ollut vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.

Hoitosuhteen vaikutus pärjäämisen tunteeseen

Potilaiden vähäinen luottamus lääkäreihin yleisellä tasolla liittyy heikompaan pärjäämisen tunteeseen (Tolvanen 2020b). Vähempi luottamus vähentää myös potilaan halukkuutta osallistua jaettuun päätöksentekoon hoitohenkilökunnan kanssa (Ruhnke ym. 2020). Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen hoitosuhteen sisältämä luottamus vaikuttaa potilaan hoitoon osallistumiseen. Psykiatrisessa hoidossa haasteena on muodostaa terveyttä edistävä ilmapiiri ja potilaiden osallistaminen on hankalaa. Potilaat kokevat hoitoon sitoutumisen vaativan molemminpuolista luottamusta, luottamus siis parantaa hoitoon sitoutumista. Luottamuksen puute sen sijaan heikentää sitoutumista ja vähentää toivoa tulevaisuuteen. (Selvin ym. 2016; Selvin ym. 2021.)

Hoitohenkilökunnan empatian vaikutus potilaan pärjäämisen tunteelle on kirjallisuudessa ristiriitaista. Kun potilas kokee hoitavan lääkäriensä empaattiseksi, on pärjäämisen tunne vahvempaa (Simões ym. 2021). Mercer ym. (2012) väittävät empaattisuuden olevan edellytys potilaan pärjäämisen tunteen vahvistamiselle. Tätä he perustelevat tuloksillaan, joissa potilailla, jotka arvioivat lääkäriensä vähemmän empaattiseksi, ei koskaan ollut vahvistunutta pärjäämisen tunnetta. Toisaalta he toteavat, että vahva empatia ei aina täydellä varmuudella vahvista pärjäämisen tunnetta. Hansenin ym. (2020) tutkimuksessa empatialla ja pärjäämisen tunteella ei todettu olevan tilastollisesti merkittävää yhteyttä.

Hoitohenkilökunnan ja hoitopaikan vaikutus pärjäämisen tunteeseen

Henkilökunnan neuvonta on yksi potilaan pärjäämisen tunnetta vahvistava keino. Neuvontaa on osattava antaa potilaan tarpeiden mukaisesti: vastikään uuden diagnoosin saanut potilas tarvitsee erilaista ohjausta ja tietoa kuin pitkään diagnosoitu potilas. Tieto lisää terveyden hallintaa ja siten vahvistaa pärjäämisen tunnetta. (Chan ym. 2020.) Potilaat haluavat hoitoaan koskevaa tietoa selkeästi, ymmärrettävästi ja niin pian kuin mahdollista. Riittävä tiedonsaanti on edellytys potilaan osallistumiselle hoitoonsa. (Selvin ym. 2016).

Potilaan positiivinen näkemys osallisuudestaan hoitoonsa on yhteydessä vahvempaan pärjäämisen tunteeseen (Tolvanen ym. 2020b). Potilaan osallistuminen vaatii henkilökunnalta hyviä kommunikointitaitoja sekä osallistavaa työskentelyä. Potilaat, joilla on alhainen motivaatio ja ymmärrys sairautensa suhteen tarvitsevat henkilökunnan rohkaisua hoidossaan. Hoidossaan aktiiviset potilaat kokevat hoitonsa etenevän paremmin. Henkilökunnan on osattava tukea potilaita aktiivisuuteen silloin, kun he eivät itse siihen kykene, esimerkiksi psyykkisen sairauden ollessa vahvaoireinen. (Selvin ym. 2016; Selvin ym. 2021.)

Kurpasin ym. (2013) mukaan kroonisesti sairaille potilaille hoidon laadun kannalta tärkeitä tekijöitä henkilökunnan toiminnassa ovat: yksityisyydensuoja, hellävaraisuus, tiedonjako, kuuntelu ja tarkkaavaisuus. Kaphingst ym. (2014) toteavat henkilökunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen olevan yhteydessä potilaan raportoiimiin positiivisiin hoitotuloksiin. He pohtivat tämän johtuvan siitä, että hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilaat kokevat oppivansa paremmin sairaudestaan ja täten kokevat hoidon olleen parempaa.

Parempi hoitajamitoitus mahdollistaa henkilökohtaisemman ja yksityiskohtaisemman ohjauksen ja neuvonnan, kun hoitajilla on enemmän aikaa toimia potilaan kanssa (Chen ym. 2015). Potilaat arvostavat moniammatillisen henkilökunnan hyödyntämistä hoidossaan. He kokevat erityistyöntekijöiden ohjauksen ja neuvonnan täydentävän mahdollisia puutteita sairautensa hoidossa ja tuntemisessa. (Chan ym. 2020.) Mielenterveystyöhön koulutettu henkilökunta kommunikoi ja osallistaa potilaita paremmin. Henkilökunnan toiminta vaikuttaa potilaan kokemaan hoidon laatuun, mutta myös hoitopaikan ominaisuuksilla on vaikutusta. Näitä ominaisuuksia ovat hoitopaikan koko, hoitajavetoisuus ja lääkärille pääsemisen helpous. (Sow ym. 2020.)

Vastaanotolle pääsyn odotusajalla voi olla vaikutusta pärjäämisen tunteelle. Lyhyemmän ajan odottaneet potilaat arvioivat pärjäämisen tunteensa vahvemiksi kuin pidemmän ajan odottaneet. (Lafreniere ym. 2014.) Vastaanoton keston vaikutuksesta pärjäämisen tunteelle on ristiriitaista tietoa. Skarbalienén ym. (2019) toteavat pärjäämisen tunteen vahvistuvan vastaanoton kestäessä pidempään. Mercerin ym. (2012) tutkimuksessa vastaanoton kestolla ei ollut vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.

Tolvasen ym. (2020b) mukaan pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat enemmän kulttuuritekijät kuin terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät tekijät. Näistä he mainitsevat kulttuurin aikaorientaation vaikutuksen eli onko kulttuurissa tavallisempaa asettaa pitkän vai lyhyen aikavälin tavoitteita. Pitkän aikavälin suuntauksen omaavissa kulttuureissa pärjäämisen tunne on todennäköisemmin vahvempaa, mahdollisesti siksi, että myös terveyteen ja sen muutokseen suhtaudutaan pitkäjänteisemmin.

7.4 Pärjäämisen tunne ja laatu

Vahvemman pärjäämisen tunteen hyödyt potilaalle

Vahvempi pärjäämisen tunne on yhteydessä hoidon tuloksena saavutettavaan parempaan terveyteen ja positiivisiin terveysmuutoksiin (Enthoven ym. 2019). Vahvistunut pärjäämisen tunne saattaa parantaa potilaan sairauden hallintaa sekä yleistä elämänlaatua, ainakin astmapotilailla (Correia de Sousa ym. 2013).

Koska kyvykkyyden ja selviytymisen tunne sairauden kanssa eläessä on potilaille tärkeää, on pärjäämisen tunteen vahvistuminen suotavaa ja tavoiteltavaa hoidossa (Tolvanen ym. 2020a). Potilaiden rohkaiseminen vastuunottoon sairautensa hoidossa johtaa parempaan sairauden hallintaan ja kokemukseen paremmasta yleisterveydestä (Chen ym. 2016). Pärjäämisen tunne on sairauden kanssa selviämistä ja terveyden ylläpitoa arkielämässä. Sairauden kanssa eläminen vaatii ymmärrystä, itsevarmuutta ja itsenäisyyttä sairauden omahoidossa. Kun potilaalla on vahva pärjäämisen tunne, kykenee hän ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään ja pärjää sen kanssa arjessa paremmin. (Kurosawa ym. 2012.)

Osallistumisen ja aktivoinnin hyödyt potilaalle

Potilaan osallistuminen hoitoonsa ja sen suunnitteluun parantaa hoitoon sitoutumista. Lisäksi potilaat ovat kiitollisia, kun he voivat osallistua omaan hoitoonsa. (Selvin ym. 2021.) Potilaan osallistuminen on tärkeä osa potilaskeskeisten palveluiden tuottamisessa. Potilaan osallistuminen voi parantaa hoidon laatua. (Sow ym. 2020.)

Greenen ym. (2015) mukaan potilaan aktivaatiolla ja hoitotuloksilla on selkeä yhteys: kun aktivaatiotaso nousee, nousee myös paremman potilaan raportoiman hoitotuloksen todennäköisyys. Heidän tutkimuksessaan potilaan aktivaatiota on mitattu Patient Activation Measure -mittarilla (PAM). Greenen ja Hibbardin (2011) mukaan potilaiden aktivaatio voi parantaa hoidon laatua ja hoitotuloksia.

8 Pohdinta

8.1 Yhteenveto

Patient Enablement Instrument (PEI) on potilaan pärjäämisen tunnetta mittaava PROM-mittari. Kirjallisuuskatsauksen aineiston perusteella se soveltuu käytettäväksi tähän tarkoitukseen. Työn tavoitteena oli arvioida PEI-mittarin soveltuvuutta psykiatrisen kuntoutusosaston käyttöön. Valtaosa katsauksen aineiston tutkimuksista on tehty perusterveydenhuollon ympäristössä, ja pärjäämisen tunnetta onkin mitattu usein lääkärin vastaanoton jälkeen. Erikoissairaanhoidon ympäristöissä PEI-mittaria oli tutkittu kahdessa tutkimuksessa, ei kuitenkaan vuodeosastoympäristössä. Kurosawan ym. (2012) tutkimuksessa PEI-mittaria käytettiin erikoissairaanhoidon avohoitokäynneillä pärjäämisen tunteen mittaamisessa ja sen todettiin sinne soveltuvan. Chen ym. (2016) tutkivat pärjäämisen tunnetta eri hoitolaitosten dialyysihoidossa käyvillä potilailla. Heidän tutkimuksessaan seuranta tehtiin vuoden ajan ja PEI-mittaria käytettiin onnistuneesti pärjäämisen tunteen mittauksessa.

PEI-mittaria ei ole kirjoittajan tietämyksen mukaan tutkittu psykiatrisessa ympäristössä. Osassa tutkimuksia oli huomioitu psyykkisen terveyden vaikutus pärjäämisen tunteelle, mutta sairauskohtaista tutkimusta aiheesta ei ole. Pärjäämisen tunteen rinnakkaiskäsitteiden: aktivaation ja osallistumisen merkitystä psykiatrisessa hoidossa on tutkittu Selvinin ym. (2016; 2021) tutkimuksissa henkilökuntaa ja potilaiden näkökulmaa huomioiden. Potilaan osallistuminen hoitoonsa lisää siihen sitoutumista ja motivoi potilaita. Tätä mieltä ovat niin potilaat kuin henkilökuntakin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa PEI-mittarin käytöstä potilaan pärjäämisen tunteen ja hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamisessa sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Potilaan pärjäämisen tunteen vahvistaminen on sairauden hoidon ja sen kanssa elämisen kannalta erityisen merkityksellistä. Psykiatrisella kuntoutuksella pyritään opettamaan potilasta tuntemaan sairautensa sekä antamaan hänelle keinoja hoitaa sitä mahdollisimman tasapainoisen arjen saavuttamiseksi. Siksi PEI-mittari jo tarkoituksensa mukaisesti saattaisi soveltua kuntoutuksen hyödyn mittaamiseen, ainakin potilasnäkökulmaa tuomaan. Myös vahvistetun pärjäämisen tunteen hyödyt, siis sairauden hallinta, parempi elämänlaatu, hoitoon sitoutuminen ja pystyvyyden tunteminen ovat kaikki tavoiteltavia ja potilaalle merkityksellisiä asioita.

Kuten katsauksen tuloksista käy ilmi, ovat pärjäämisen tunne ja siihen vaikuttavat tekijät moniulotteisia. Tuloksien perusteella keinoja pärjäämisen tunteen vahvistamiselle kuitenkin löytyy. Kun hoidolla lisätään potilaan tietoa ja osaamista sairautensa suhteen, on sairauden hallinta todennäköisempää. Henkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus on eriarvoisen

tärkeää. Luottamuksen luomisella ja henkilökohtaisen ohjaamisen ja neuvonnan avulla saavutetaan todennäköisemmin vahvempi pärjäämisen tunne. Kaikkiin pärjäämisen tunteeseen vaikuttaviin tekijöihin ei voida vaikuttaa, mikä on huomioitava pärjäämisen tunteen mittaamisessa. Aineiston tuloksia tulkitessa on otettava huomioon valitun kirjallisuuden kansainvälisyys: PEI-mittaria on tutkittu erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä, jotka eivät välttämättä ole suoraan verrattavissa suomalaiseen terveydenhuoltoon.

Vahvistunut pärjäämisen tunne on usein seurausta hyvästä vuorovaikutuksesta ja potilaan osallistumisesta hoitoonsa. Asiakaskeskeisyys ja osallistuminen ovat hoidon laadun osatekijöitä. PEI-mittari kertoo siis myös hoidon laadusta, ainakin potilasnäkökulmasta. Myös hoidon vaikuttavuus kertoo laadusta. Vahvistunut pärjäämisen tunne voi johtaa parempaan sairaudenhallintaan ja sitä kautta terveyshyötyyn. PEI-mittari ei siis suoraan kerro vaikuttavuudesta, mutta sen mittaama pärjäämisen tunne voi vahvistuessaan lisätä positiivisen terveysmuutoksen todennäköisyyttä.

Takeuchi ym. (2016) toteavat PROM-mittareiden käytön luotettavuuden kärsivän skitsofreniaa sairastavien potilaiden kohdalla. Mittareiden tuloksia tulee tulkita varoen, kun potilaalla on sairautensa vuoksi hajanaisia oireita (outoutta puheessa, käytöksessä ja tunteiden ilmaisussa) ja/tai kognitiivisia puutoksia. Aimola ym. (2019) ovat tutkineet PROM-mittareiden käyttöä hoidon laadun mittaamisessa skitsofreniaa sairastavilla potilailla. He suosittelevat laadun mittaamista ja arviointia PROM-mittarein myös psykoosipotilaiden kohdalla. Myös Hunter ym. (2009) suosittelevat PROM-mittareiden käyttöä skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoidossa ja kehittämisessä. He mainitsevat PROM-mittareiden lisäävän potilaiden hoitoon sitoutumista.

PEI-mittaria käytetään yleensä kuuden kysymyksen mittaisena ja vastaukset annetaan kolmiportaisena. Mittarissa voidaan käyttää myös neliportaista arviointiasteikkoa, jolloin yhtenä vastausvaihtoehtona on *not applicable*, joka tarkoittaa nollaa pistettä. Pisteytysasteikko ei tässä tilanteessa muutu. Howie ym. (1998) eivät kuitenkaan suosittele neliportaista asteikkoa kliinisessä käytössä, mutta se soveltuu tutkimuskäyttöön.

Tolvanen ym. (2020a) käyttivät tutkimuksessaan PEI-mittarissa viisiportaista asteikkoa, jossa vastausvaihtoehto *entiseen tapaan tai huonommin* on jaettu kahteen osaan. *Huonommin*-vastauksella on mahdollista saada negatiivisia pisteitä. Myös *en osaa sanoa* -vaihtoehto oli mukana vastausvaihtoehdoissa.

PEI-mittarista johdettu yksikohtainen kysely, jossa on viisiportainen vastausasteikko (Q2) riittää mittaamaan potilaan pärjäämisen tunnetta luotettavasti (Tolvanen 2020). Lyhyt ja

yksinkertainen kysely saattaisi olla soveltuvampi myös psykiatriselle osastolle sen nopean ja helpon käytön vuoksi.

Arviointiasteikon varioinnin lisäksi myös PEI-mittarin kysymystenasettelua on muokattu erilaisia potilasryhmiä paremmin vastaaviksi (Correia de Sousa ym. 2013; Chen ym. 2016; Enthoven ym. 2019). PEI-mittarin muokattavuus tukee sen käytön kokeilemistä myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon ympäristössä. Liiallista muokkaamista on varottava mittarin luotettavuuden ja toimivuuden heikentämisen ehkäisemiseksi.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan toimintatapoja, jotka varmistavat tieteellisten töiden luotettavuuden. Tällaisia toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Lähdeviitteet merkitään huolellisesti ja yhteisesti sovitulla tavalla. Tutkimus raportoidaan kokonaisuudessaan avoimesti, jolloin myös sen lukijoiden on mahdollista arvioida sen luotettavuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.)

Opinnäytetyötä on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Huolellisuus ja tarkkuus on korostunut työskentelyssä koko prosessin ajan. Aiheeseen on työtä tehdessä perehdytty siten, että se on tukenut kirjoittajan asiantuntijuutta ja ammatillista kehitystä. Opinnäytetyöprosessia ja sen tuloksia on raportoitu rehellisyys, avoimuus ja vastuullisuus mielessä pitäen. Lähdeviittaukset on tehty ohjeistuksen mukaisesti, jolloin viitattavien töiden tekijät saavat ansaitsemansa arvon ja huomion. Opinnäytetyö on julkinen asiakirja (Arene 2019).

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan luonnehtia menetelmällisesti väljänä tutkimusmetodinä. Kun kirjallisuuskatsausprosessi on esitetty kokonaisuudessaan avoimesti, läpinäkyvästi ja johdonmukaisesti, voidaan luotettavuutta ja eettisyyttä parantaa. (Kangasniemi ym. 2013.) Aineiston haku ja analysointi on pyritty esittämään mahdollisimman tarkasti toistettavuuden ja luotettavuuden arvioinnin mahdollistamiseksi.

Opinnäytetyö on toteutettu yksilötyönä. Tämä voi mahdollisesti vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, etenkin aineiston valinnan vaiheessa (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 27). Luotettavuuden lisäämiseksi aineistohaun prosessi on esitetty tekstissä ja lisäksi liitteissä taulukoina. Huomioitavaa luotettavuuden kannalta on myös se, että katsauksen aineisto kokonaisuudessaan on ollut englanninkielistä. Kirjoittajan äidinkieli ei ole englanti. Englanninkielisten termien varmistamiseksi on käytetty Finto-palvelua ja MOT Kääntäjää.

Aineistoon otettiin mukaan myös pärjäämisen tunteen rinnakkaiskäsitteitä omaavia tutkimuksia. Nämä aineistot arvioitiin julkaisukohtaisesti tutkimuskysymykset mielessä pitäen.

Rinnakkaiskäsitteiden mukaan ottaminen voi kuitenkin heikentää tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

PEI-mittari saattaa soveltua psykiatrisen kuntoutusosaston käyttöön pärjäämisen tunnetta mittaamaan. Sen käytössä on kuitenkin huomioitava kuntoutujan kyky vastata kyselyyn ja siitä saatavaa tietoa tulkittava pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat tekijät huomioiden. Käytännössä mittarin käyttöä ei voi suositella vahvasti oireilevalle potilaalle. Se saattaisi olla parempi ja luotettavampi mittaamaan kotiutumisvaihetta lähestyvän potilaan pärjäämisen tunnetta. Henkilökunnan osaamisella ja vuorovaikutustaidoilla on erityisen suuri merkitys potilaan pärjäämisen tunteelle. Katsauksen tulokset antavat keinoja ja tietoa henkilökunnalle osallistavan ja siten pärjäämisen tunnetta vahvistavan työskentelemisen tueksi.

Laadun arvioinnissa PEI-mittari kertoo osallistumisesta ja tuokin esiin laadun potilasnäkökulmaa. Tällainen laatutieto on arvokasta, mutta sitä tulee täydentää objektiivisin mittauksin kattavan laatutiedon varmistamiseksi. Vahvempi pärjäämisen tunne ja sitä mahdollisesti seuraava sairauden hallinta ovat jo itsessään arvokkaita ja tavoiteltavia asioita potilaan hoidossa.

PEI-mittaria ei ole suomalaisessa erikoissairaanhoidossa tutkittu, joten sen käytettävyyden ja luotettavuuden arviointi tällaisessa ympäristössä hyötyisi lisätutkimuksesta. Aiheen selkeyttämisen kannalta olisi hyödyllistä tehdä tutkimusta pärjäämisen tunteen käsitteestä ja selkeästi erotella se sen rinnakkaiskäsitteistä. PEI-mittarin pisteytyksen kannalta olisi tärkeää tehdä tutkimuksia psykiatristen potilaiden pärjäämisen tunteesta, jotta voidaan selvittää mitä pistemäärää voidaan tällä potilasryhmällä pitää indikaationa vahvistuneesta pärjäämisen tunteesta.

Lähteet

Aimola, L., Gordon-Brown J., Etherington, A., Zalewska, K., Cooper, S. & Crawford, M. J. 2019. Patient-reported experience and quality of care for people with schizophrenia. BMC Psychiatry. Vol. 19 (1), 17. Viitattu 11.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12888-018-1998-y](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1998-y)

Arene. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu: 11.12.2021. Saatavissa: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Brusse, C. J. & Yen, L. E. 2013. Preferences, predictions and patient enablement: a preliminary study. BMC Family Practice. Vol. 14 (116). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-14-116](https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-116)

Chan, J. M. H., Fang, A. H. S. & Shah, M. 2020 Factors affecting patient enablement in an Asian setting: a mixed methods study. Singapore Medical Journal. Vol. 61 (12), 647–660. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <http://www.smj.org.sg/article/factors-affecting-patient-enablement-asian-setting-mixed-methods-study>

Chen, J. Y., Wan, E. Y., Choi, E. P., Wong, C. K., Chan, A. K., Chan, K. H., Li, P. K. & Lam, C. L. 2016. Clinical and patient-reported outcomes of Chinese patients undergoing haemodialysis in hospital or in the community: A 1-year longitudinal study. Nephrology. Vol. 21 (7), 617–623. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/nep.12686>

Correia de Sousa, J., Pina, A., Cruz, A. M., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J., Oliveira, P. & Yaphe, J. 2013. Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. Primary Care Respiratory Journal. Vol. 22 (2), 181–187. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.4104/pcrj.2013.00037>

Dawson, J., Doll, H., Fitzpatrick, R., Jenkinson, C. & Carr, A. J. 2010. The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. BMJ. Vol. 340 (7740). Viitattu 10.11.2021. Saatavissa DOI: [10.1136/bmj.c186](https://doi.org/10.1136/bmj.c186)

Enthoven, P., Peolsson, A., Landén Ludvigsson, M., Wibault, J., Peterson, G. & Öberg, B. 2019. Validity, internal consistency and self-rated change of the patient enablement instrument in patients with chronic musculoskeletal pain. Journal of Rehabilitation Medicine. Vol. 51 (8), 589–597. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2573>

Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., Bertele, P. & Masella, C. 2014. Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health policy*. Vol. 119 (3), 384–394. Viitattu 12.11.2021. Saatavissa: https://re.public.polimi.it/trieve/handle/11311/959802/438026/Patient%20Empowerment%20and%20its%20neighbours_11311-959802_Lettieri.pdf

Greene, J. & Hibbard, J. H. 2011. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 27 (5), 520–526. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326094/>

Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V. & Parrotta, C. D. 2015. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs*. Vol. 34 (3), 431–437. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>

Hansen, C. B., Pavlovic, K. M. H., Sondergaard, J. & Thilsing, T. 2020. Does GP empathy influence patient enablement and success in lifestyle change among high risk patients? *BMC Family Practice*. Vol. 21 (1), 1–7. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa rajoitetusti DOI: [10.1186/s12875-020-01232-8](https://doi.org/10.1186/s12875-020-01232-8)

Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T. & Kiesepä, T. 2019. Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Nro 20/2019, 2011–2019. Viitattu 4.11.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/20/duo15188>

Howie, J. G., Heaney, D. J., Maxwell, M. & Walker, J. J. 1998. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Family Practice*. Vol. 15 (2), 165–171. Viitattu 11.11.2021. Saatavissa: <https://academic.oup.com/fampra/article/15/2/165/501930>

Hudon, C., St-Cyr Tribble, D., Bravo, G. & Poitras, M.-E. 2011a. Enablement in health care context: a concept analysis. *Journal of evaluation in clinical practice*. Vol. 17 (1), 143–149. Viitattu 12.11.2021. Saatavissa rajoitetusti DOI: [10.1111/j.1365-2753.2010.01413.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01413.x)

Hudon, C., Fortin, M., Rossignol, F., Bernier, S. & Poitras, M.-E. 2011b. The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting: a reliability study. *BMC Family Practice*. Vol. 12 (71). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-12-71](https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-71)

Hunter, R., Cameron, R. & Norrie, J. 2009. Using Patient-Reported Outcomes in Schizophrenia: The Scottish Schizophrenia Outcomes Study. *Psychiatric Services*. Vol. 60 (2).

Viitattu 11.12.2021. Saatavissa: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.2.240>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*. Nro 25 (4), 291–301. Viitattu 13.11.2021. Saatavissa rajoitetusti: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1614408>

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2015. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Turun yliopisto, 87–89.

Kaphingst, K. A., Weaver, N. L., Wray, R. J., Brown, M. L. R., Buskirk, T. & Kreuter, M. W. 2014. Effects of patient health literacy, patient engagement and a system-level health literacy attribute on patient-reported outcomes: a representative statewide survey. *BMC Health Services Research*. Vol. 14 (1). Viitattu 7.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1472-6963-14-475](https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-475)

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Nro 20/2013, 2133–2139. Viitattu 4.11.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273>

Kirvesniemi, E. 2019. Osa 1: Kuinka laadukasta suomalainen terveydenhuolto on? Laatuhoitoon -podcastit. THL. Viitattu 19.10.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit/laatuhoitoon-podcastit>

Koivuranta, P. 2019. *Terveydenhuollon laatuopas*. Suomen kuntaliitto. Viitattu 17.10.2021. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveydenhuollon-laatuopas>

Kontunen, J. 2017. Mitä psykoterapia on? Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.11.2021. Saatavissa rajoitetusti: <https://www.oppiportti.fi/op/msn00189/do>

Kurosawa, S., Matsushima, M., Fujinuma, Y., Hayashi, D., Noro, I., Kanaya, T., Watanabe, T., Tominaga, T., Nagata, T., Kawasaki, A., Hosoya, T. & Yanagisawa, H. 2012. Two principal components, coping and independence, comprise patient enablement in Japan: cross sectional study in Tohoku area. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. Vol. 227 (2), 97–104. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1620/tjem.227.97](https://doi.org/10.1620/tjem.227.97)

- Kurpas, D., Church, J., Mroczek, B., Hans-Wytrychowska, A., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., Andrzejewski, W. & Steciwko, A. 2013. The Quality of Primary Health Care for Chronically Ill Patients – a Cross-Sectional Study. *Advances in clinical and experimental medicine*. Vol. 22 (4), 501–511. Viitattu 7.12.2021. Saatavissa: <https://advances.umw.edu.pl/pdf/2013/22/4/501.pdf>
- Kuusela, M. 2014. Yleislääkärin vastaanottotapahtuma – Näkökulmia laatuun. Turun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 11.11.2021. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/95916/AnnalesC378Kuusela.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Lafreniere, J. P., Rios, R., Packer, H., Ghazarian, S., Wright, S. M. & Levine, R. B. 2015. Burned Out at the Bedside: Patient Perceptions of Physician Burnout in an Internal Medicine Resident Continuity Clinic. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 31 (2), 203–208. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1007/s11606-015-3503-3](https://doi.org/10.1007/s11606-015-3503-3)
- Lam, C. L. K., Yuen, N. Y. K., Mercer, S. W. & Wong, W. 2010. A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population. *Family Practice*. Vol. 27 (4), 395–403. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1093/fampra/cmq021](https://doi.org/10.1093/fampra/cmq021)
- Laukkala, T., Hintikka, J., Kiviniemi, P., Läksy, K., Oksanen, J., Pohjavaara, P., Rasi-Hakala, H., Rosenlew, M., Räsänen, S., Vormaa, H., Väyrynen, T., Haapala, E., Lehtinen, E., Peltonen, R., Rouvinen, J. & Suomela-Markkanen T. 2017. Sovellusohje aikuisten mielenterveyden häiriöiden kuntoutukseen. Kuntoutussäätiön työselosteita, 52/2017. Viitattu 17.12.2021. Saatavissa: https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2017/04/Psykiatrian_hyvät_kuntoutuskaytannot_20172604.pdf
- LUT-tiedekirjasto. 2021. Vertaisarviointi. Viitattu 18.11.2021. Saatavissa: https://libguides.lut.fi/LAB_informaatiolukutaito/arvioiluotettavuus
- Lönnqvist, J. 2021. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, H., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.11.2021. Saatavissa rajoitetusti: <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00003/do>
- Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Melartin, T. 2021. Mitä on psykoterapia? Teoksessa Lönnqvist, H., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.11.2021. Saatavissa rajoitetusti: <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00444/do>
- Malmivaara, A. & Roine, R. 2013. Hoidon arkivaikuttavuuden seuranta ja edistäminen. *Lääkärilehti*. Nro 17/2013, 1249–1253. Viitattu 19.10.2021. Saatavissa rajoitetusti:

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/hoidon-arkivaikuttavuuden-seuranta-ja-edistaminen/>

Mercer, S. W., Jani, B. D., Maxwell, M., Wong, S. Y. S. & Watt, G. C. M. 2012. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*. Vol. 13 (6). Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-13-6](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-6)

Murphy, M., Hollinghurst, S. & Salisbury, C. 2018. Patient understanding of two commonly used patient reported outcome measures for primary care: a cognitive interview study. *BMC Family Practice*. Vol. 19 (1), 162. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-018-0850-2](https://doi.org/10.1186/s12875-018-0850-2)

Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 27.

PHHYKY. 2021. Psykiatrian osasto 6. Viitattu 12.11.2021. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/vuodeosastot/psykiatrian-osastot/1971-2/psykiatrian-osasto-6/>

Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste. 2021. Hoidon laatu Suomessa. Viitattu 17.10.2021. Saatavissa: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/hoidon-laatu-suomessa/>

Roine, R. 2016. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. Nro 17/2016, 1537–1542. Viitattu 20.10.2021. Saatavissa: <https://core.ac.uk/download/pdf/157587093.pdf>

Ruhnke, G. W., Tak, H. J. & Meltzer, D. O. 2020. Association of Preferences for Participation in Decision-making With Care Satisfaction Among Hospitalized Patients. *JAMA Network Open*. Vol. 3 (10). Viitattu 7.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2020.18766](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.18766)

Rööst, M., Zielinski, A., Petersson, C. & Strandberg, E. L. 2015. Reliability and applicability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Swedish general practice setting. *BMC Family Practice*. Vol. 16 (31). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-015-0242-9](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0242-9)

Salo-Chydenius, S. 2017. Motivoiva toimintatapa/motivoiva haastattelu. A-klinikkasäätiö. Viitattu 7.11.2021. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdetyon-menetelmat-ja-koulutus/motivoiva-toimintatapa-motivoiva-haastattelu>

Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2016. The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective. *Journal of Forensic Nursing*. Vol. 12 (2), 57–63. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1097/JFN.000000000000107](https://doi.org/10.1097/JFN.000000000000107)

Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2021. Patient participation in forensic psychiatric care: Mental health professionals' perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 30 (2), 461–468. Viitattu 7.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/inm.12806>

Simões, J. A., Prazeres, F., Maricoto, T., Simões, P. A., Lourenço, J., Romano, J. P. & Santiago, L. M. 2021. Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Family Practice*. Vol. 38 (5), 606–611. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1093/fampra/cmab005](https://doi.org/10.1093/fampra/cmab005)

Skarbalienė, A., Jugurtis, A., Strandberg, E. L. & Pawlikowska, T. 2019. Patient involvement in assessing consultation quality: validation of patient enablement instrument (PEI) in Lithuanian general practice. *BMC Family Practice*. Vol. 20 (1), 167. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-019-1061-1](https://doi.org/10.1186/s12875-019-1061-1)

Sosiaali- ja terveysministeriö a. Terveyspalvelut. Viitattu 11.12.2021. Saatavissa: <https://stm.fi/terveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö b. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 22.10.2021. Saatavissa: <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö c. Kuntoutus. Viitattu 22.10.2021. Saatavissa: <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

Sow, A., De Man, J., De Spiegelaere, M., Vanlerbeghe, V. & Criel, B. 2020. Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care? *BMC Health Services Research*. Vol. 20 (1), 61. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12913-020-4914-3](https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3)

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Turun yliopisto, 6–9.

Suvisaari, J., Hietala, J., Jääskeläinen, E., Kiesepää, T., Koponen, H. & Lönnqvist, J. 2021a. Skitsofreniapotilaan kuntoutus. Teoksessa Lönnqvist H., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.11.2021. Saatavissa rajoitetusti: <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00063/do>

Suvisaari, J., Hietala, J., Jääskeläinen, E., Kiesepää, T., Koponen, H. & Lönnqvist, J. 2021b. Skitsofrenian oirekuva. Teoksessa Lönnqvist H., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.12.2021. Saatavissa rajoitetusti: <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00063/do>

Takeuchi, H., Fervaha, G. & Remington, G. 2016. Reliability of a patient-reported outcome measure in schizophrenia: Results from back-to-back self-ratings. Psychiatry Research. Vol. 244, 415–419. Viitattu 11.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1016/j.psychres.2016.07.055](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.055)

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyskylä a. Mielenterveystalo. Psykiatria. Viitattu 27.10.2021. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/Pages/Psykiatria.aspx>

Terveyskylä b. Mielenterveystalo. Monenlaista kuntoutusta. Viitattu 27.10.2021. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/monenlaista_kuntoutusta.aspx

Terveyskylä c. Mielenterveystalo. Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta. Viitattu 22.10.2021. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/default.aspx

Terveyskylä d. Mielenterveystalo. Kuntoutuksella on tavoite. Viitattu 27.10.2021. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/kuntoutuksella_on_tavoite.aspx

Terveyskylä e. Mielenterveystalo. Kuntoutuksesta on hyötyä! Viitattu 27.10.2021. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/kuntoutuksesta_on_hyotya.aspx

THL. 2021a. Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. Viitattu 20.10.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>

THL. 2021b. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 4.11.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Tolvanen, E. 2020. Patient Enablement After a Single GP Consultation in Primary Health Care: Measurement validation for patient enablement in Finland. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 11.11.2021. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/123328>

Tolvanen, E., Groenewegen, P. G., Koskela, T. H., Eide, T. B., Cohidon, C. & Kosunen, E. 2020b. Patient enablement after a consultation with a general practitioner-Explaining variation between countries, practices and patients. Health Expectations. Vol. 23 (5), 1129–1143. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1111/hex.13091](https://doi.org/10.1111/hex.13091)

Tolvanen, E., Koskela, T. H., Helminen, M. & Kosunen, E. 2020a. The validity and reliability of the patient enablement instrument (PEI) after GP appointments in Finnish health care centres. Journal of Patient-Reported Outcomes. Vol. 4 (1), 79. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s41687-020-00243-4](https://doi.org/10.1186/s41687-020-00243-4)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, S., Kunnela, A. & Latvala, E. Kirjallisuuskatsaukset. Viitattu 13.11.2021. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>

Tuominen, L. 2020. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.11.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01049>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 11.12.2021. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Tuulio-Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Nro/2014, 233–240. Viitattu 4.11.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/3/duo11478>

Virtanen, V. & Jääskeläinen J. 1997. Miten psykiatrisen hoidon laatua tutkitaan? Lääkäri-lehti. Nro 15/1997, 1855. Viitattu 18.10.2021. Saatavissa rajoitetusti: <https://www.laakari-lehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/miten-psykiatrisen-hoidon-laatua-tutkitaan/>

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Viitattu 18.10.2021. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-Yhdessa-Mielin_valmis.pdf

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Tekijät, julkaisu-vuosi	Otsikko	Tavoite	Tutkimusaineisto ja -ym-päristö	Tutkimustyyppi	Keskeiset tulokset
Tolvanen ym. 2020	The validity and reliability of the patient enablement instrument (PEI) after GP appointments in Finnish health care centres	Arvioida PEI-mittarin pätevyyttä ja luotettavuutta suomalaisessa perusterveydenhuollossa.	17 terveyskeskuspotilasta pilottitutkimuksessa, kyselytutkimuksessa 483 terveyskeskuspotilasta, joista 175 osallistui vielä puhelinhaastatteluun. Potilaat olivat kolmesta suomalaisesta terveyskeskuksesta.	Monimenetelmällinen. Pilottitutkimus mittarin käytettävyyden arvioinnissa. Pätevyyden, luotettavuuden ja uusittavuuden arvioinnissa kyselytutkimus heti vastaanoton jälkeen ja puhelinhaastattelu kahden viikon kuluttua.	PEI-mittari soveltuu mittaamaan pärjäämisen tunnetta yleislääkärin vastaanoton jälkeen suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Pärjäämisen tunne heikentyy ajan myötä.
Chan ym. 2020	Factors affecting patient enablement in an Asian setting: a mixed methods study	Tutkia pärjäämisen tunnetta singaporelaisessa perusterveydenhuollossa sekä tunnistaa siihen vaikuttavia tekijöitä.	150 poliklinikapotilasta, joilla vähintään yksi krooninen, seurannassa oleva sairaus. Potilaat yhdeltä singaporelaiselta poliklinikalta.	Monimenetelmällinen. PEI-kysely heti vastaanoton jälkeen, kolme 4–5 hengen ryhmäkeskustelua ja kuusi haastattelua pärjäämisen tunteeseen liittyvistä tekijöistä.	Erikoislääkärin vastaanoton jälkeen korkeammat pisteet kuin yleislääkärin vastaanoton jälkeen. Pärjäämiseen vaikuttavat tekijät voidaan luokitella potilas-, henkilö- ja palvelujärjestelmäkohtaisiin tekijöihin.
Enthoven ym. 2019	Validity, internal consistency and self-rated change of the patient enablement instrument in patients with chronic musculoskeletal pain	Arvioida PEI-mittarin soveltuvuutta TULE-vai-voista johtuvista kroonisista kivuista kärsivien potilaiden pärjäämisen tunteen mittaamiseen.	Yhteensä 516 potilasta kolmesta ryhmästä. Ryhmät luokiteltu piiskanis-kuvamma- ja hermopinetyyppisistä sekä sekalaisista kroonisista kivuista kärsiviin. Potilaat ruotsalaisista terveyskeskuksista.	Psykometrinen analyysi. Potilasryhmille omat hoitomuotonsa, jotka kestivät 6–12 viikkoa, jonka jälkeen mitattiin potilaan kokema hyöty erilaisin PRO-mittarein.	PEI-mittari soveltuu kroonisista TULE-kivuista kärsivien potilaiden pärjäämisen tunteen mittariksi. Se on kuitenkin sellaisenaan heikko mittaamaan muutosta pärjäämisen tunteessa pitkällä aikavälillä.

Skarbalienė ym. 2019	Patient involvement in assessing consultation quality: validation of patient enablement instrument (PEI) in Lithuanian general practice	Tutkia PEI-mittarin soveltuvuutta liettualaiseen perusterveydenhuoltoon sekä tutkia pärjäämiseen vaikuttavia tekijöitä liettualaisessa terveydenhuollon ympäristössä ja verrata niitä vastaaviin eurooppalaisiin tutkimuksiin.	2342 potilasta 50 yleislääkärin vastaanotoilta neljältä eri lääkäriasemalta Liettuassa.	Poikittaistutkimus. Osallistujat vastasivat kyselyihin terveydentilastaan ennen vastaanottoa ja PEI-mittariin heti vastaanoton jälkeen.	PEI-mittari soveltuu liettualaisen terveydenhuollon mittariksi mittaamaan pärjäämisen tunnetta yleislääkärin vastaanotolla. Pärjäämisen tunteeseen vaikuttavia tekijöitä löytyi useita: vastaanoton kesto, odotusten täytyminen, hoidon jatkuvuus sekä potilaan ikä ja sukupuoli.
Rööst ym. 2015	Reliability and applicability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Swedish general practice setting	Arvioida PEI-mittarin luotettavuutta ja soveltuvuutta ruotsalaiseen terveydenhuoltoon.	148 perusterveydenhuollon seurantakäyntien potilasta neljällä terveysasemalla Ruotsissa. Näistä potilaista 148 vastasi ensimmäiseen, 86 toiseen ja 72 kolmanteen kyselyyn.	Poikittaistutkimus. Kyselytutkimus PEI-mittarilla heti vastaanoton jälkeen, kaksi päivää myöhemmin ja kaksi viikkoa myöhemmin.	PEI-mittari ei sovellu ruotsalaiseen terveydenhuoltoon kliiniseksi mittariksi, sitä voidaan kuitenkin hyödyntää tutkimuksessa. Pärjäämisen tunne heikentyy ja on korkeimmillaan heti vastaanoton jälkeen.
Hudon ym. 2011	The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting: a reliability study	Arvioida PEI-mittarin luotettavuutta kanadalaisessa (ranskankielisessä) perusterveydenhuollossa.	110 potilasta yhdestä kanadalaisesta terveyskeskuksesta.	Poikittaistutkimus. PEI-kysely heti vastaanoton jälkeen ja kaksi viikkoa myöhemmin postitse. Myös sosiodemografisia tietoja kerättiin.	Ranskankielinen versio PEI-mittarista soveltuu kanadalaiseen terveydenhuoltoon. Pärjäämisen tunne vähenee ajan myötä mittarilla mitattuna.
Correia de Sousa ym. 2013	Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study	Arvioida astman hoidon, pärjäämisen tunteen ja elämänlaadun suhdetta toisiinsa perusterveydenhuollossa hoidettavilla astmaatikoilla.	180 potilasta portugalilaisesta terveyskeskuksesta.	Poikittaistutkimus. Data kerättiin kyselyin liittyen astman vakavuuteen, lääkitykseen, pärjäämiseen ja elämänlaatuun. Myös erilaisia keuhkojen toimintaa mittaavia kokeita tehtiin (PEF, FEV ₁). Tutkimuksessa käytettiin muokattua astmaatikoille suunnattua mPEI-kyselyä.	Astman hyvä hoitotasapaino ja hyvä elämänlaatu korreloivat vahvasti. Sen sijaan hyvällä hoitotasapainolla ja suuremmalla pärjäämisen tunteella on vain heikko korrelaatio.

Simões ym. 2021	Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care	Arvioida lääkärin osoittaman empatian ja pärjäämisen tunteen suhdetta.	456 yliopistollisen sairaalan potilasta portugalilaisesta perusterveydenhuollosta.	Poikittaistutkimus aiemmin kerätystä datasta. Lääkärin vastaanoton jälkeen kyselyt empatiasta (JSPPE) ja pärjäämisen tunteesta (PEI). Myös sosiodemografiset tiedot kerättiin.	Potilaan arvioima kokemus lääkärin osoittamasta empatiasta ja omasta pärjäämisen tunteesta korreloivat positiivisesti keskenään. Työelämässä olevilla potilailla korkeammat PEI-pisteet.
Chen ym. 2016.	Clinical and patient-reported outcomes of Chinese patients undergoing haemodialysis in hospital or in the community: A 1-year longitudinal study	Verrata hemodialyysihoidon kliinistä ja potilaan arvioimaa vaikutusta sairaalassa toteutettavan ja ostopalveluna yksityisellä palveluntarjoajalla toteutettavan hoidon välillä.	89 sairaaladialyysipotilasta (HBHD) ja 117 ostopalveludialyysipotilasta (CBHD) Hong Kongista. Molemmilla potilasryhmillä loppuvaiheen munuaistauti.	Pitkittäistutkimus. Potilaat osallistuivat 12 kuukauden seurantajaksoon, jossa seurattiin hoidon vaikutusta kliinisiin kokeisiin ja PRO-mittareihin. PEI-kysely tehtiin seurantajakson lopussa.	Ryhmien välillä ei suuria eroja vaikuttavuudessa kliinisiin mittareihin. Potilaskyselyin mitattuna CBHD-ryhmällä oli suurempi pärjäämisen tunne sekä elämänlaatu.
Kurosawa ym. 2012.	Two principal components, coping and independence, comprise patient enablement in Japan: cross sectional study in Tohoku area	Arvioida PEI-mittarin soveltuvuutta japanilaisessa terveydenhuollossa sekä tutkia pärjäämisen tunteen käsitettä.	256 kroonisen sairauden seurannassa olevaa potilasta erikoislääkäreiden vastaanotolta japanilaisesta keskussairaalaista.	Poikittaistutkimus. PEI-kysely heti erikoislääkärin vastaanoton jälkeen. Sosiodemografisten tietojen keräys	PEI-mittari soveltuu japanilaiseen terveydenhuoltoon. Pärjäämisen tunne muodostuu kahdesta osatekijästä: sairauden kanssa elämisestä ja itseluottamuksesta/itsestänsyydestä sairauden hoidossa.
Mercer ym. 2012.	Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland	Selvittää potilaan pärjäämisen tunteeseen vaikuttavia tekijöitä sosioekonomisesti eriarvoisilla alueilla.	3044 yleislääkärin vastaanotolla käynyttä potilasta Skotlannissa. Vastaanotoista 16 sijaitti sosioekonomisesti heikolla alueella ja 10 sosioekonomisesti paremmalla alueella.	Poikittaistutkimus. Potilaiden odotukset kirjattiin ennen vastaanottoa ja vastaanoton jälkeen tehtiin kyselyitä erilaisin PRO-mittarein. Sosiodemografiset tiedot kerättiin kyselyin.	Pärjäämiseen vaikuttavia tekijöitä, joihin ei vaikuta sosioekonominen asema: monisairaus (yli 3 sairautta), pitkäaikaissairaudet ja lääkärin empatia (potilaan arvioimana). Erityisesti sosioekonomisesti heikoilla alueilla asuvilla psyykkiset ongelmat vaikuttivat negatiivisesti PEI-tulokseen.

Lam ym. 2010.	A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population	Arvioida PEI-mittarin pätevyttä ja luotettavuutta kiinalaisessa terveydenhuollossa sekä tutkia kyselyn tekoajan kohdan vaikutusta tuloksiin.	152 perusterveydenhuollon potilasta hongkongilaiselta terveysasemalta.	Poikittaistutkimus. PEI-kysely heti vastaanoton jälkeen sekä 2 ja 3 viikkoa myöhemmin puhelimitse.	PEI-mittari soveltuu kiinalaiseen (Hong Kong) terveydenhuoltoon. Pärjäämisen tunne ei laskenut merkittävästi vastaanoton jälkeisestä pistemäärästä verrattuna 2 viikon päähän.
Lafreniere ym. 2016.	Burned Out at the Bedside: Patient Perceptions of Physician Burnout in an Internal Medicine Resident Continuity Clinic	Tutkia potilaan kokeeman pärjäämisen tunteen ja koetun empatian suhdetta hoitavan lääkärin työuupumukseen.	44 sisätautilääkärinä ja heidän 244 potilasta yhdysvaltalaisesta terveyskeskuksesta.	Poikittaistutkimus. Lääkärit täyttivät työuupumuskyselyn ja potilaat CARE- ja PEI-kyselyt.	Potilaat kokevat voimakkaampaa pärjäämisen tunnetta sellaisen lääkärin vastaanotolla, jolla on merkejä työuupumuksesta (depersonalisaatiota). Potilaat kokivat nämä lääkärit myös empaattisemmiksi.
Murphy ym. 2018.	Patient understanding of two commonly used patient reported outcome measures for primary care: a cognitive interview study	Testata, kuinka potilaat ymmärtävät kahden eri PRO-mittarin käyttöä perusterveydenhuollossa.	Yhteensä 20 potilasta neljästä eri terveyskeskuksesta Isossa-Britanniassa.	Kognitiivinen haastattelututkimus. Potilaat täyttivät vastaanoton jälkeen MYMOP- ja PEI-kyselyn sekä vastasivat haastatteluun, jossa kysyttiin, kuinka nämä ymmärsivät kyselyiden sisällöt.	PEI-mittari nähdään yksinkertaisena ja helppona täyttää. Sen pisteytysasteikko kuitenkin hämää joitakin vastaajia. Mikäli vastaajat tunsivat lääkärin, kokivat he voimakkaampaa pärjäämisen tunnetta.
Brusse & Yen, 2018.	Preferences, predictions and patient enablement: a preliminary study	Arvioida potilaan hoidon odotusten ja pärjäämisen tunteen mittaamisen toteutettavuutta sekä selvittää milloin potilaat kokevat odotusten täyttyneen hoidon osalta.	67 potilasta kolmelta eri terveysasemalta Australiassa.	Kyselytutkimus. Potilaita haasteltiin ennen yleislääkärin vastaanottoa koskien siihen liittyviä odotuksia. Vastaanoton jälkeen PEI-kysely ja potilaan arvio odotusten täyttymisestä.	Odotusten täyttyminen ei vaikuta PEI-tulokseen tilastollisesti merkittävästi.

Hansen ym. 2020.	Does GP empathy influence patient enablement and success in lifestyle change among high risk patients?	Tutkia, kuinka korkean elintapasairausriskin potilaat arvioivat lääkärin empatiakykyä ja liittykö koettu empatia pärjäämisen tunteeseen ja elintapamuutoksiin.	26 yleislääkäreitä ja heidän 60 potilasta tanskalaisilta terveysasemilta.	Poikittaistutkimus. Potilaat arvioivat hoitavan lääkärin empatiakykyä CARE-mittarilla ja vastaanoton jälkeistä pärjäämisen tunnetta PEI-mittarilla. Kolmen kuukauden kuluttua potilaat saivat kyselyn mahdollisista elintapamuutoksista.	Lääkärin empatiakyvyllä ja potilaan pärjäämisen tunteella tai vastaanottoa seuranneilla elintapamuutoksilla ei ole tilastollisesti merkittävää yhteyttä.
Selvin ym. 2021.	Patient participation in forensic psychiatric care: Mental health professionals' perspective	Kuvailla potilaan osallistumiseen liittyviä tekijöitä oikeuspsykiatrisia potilaita hoitavien työntekijöiden näkökulmasta.	Yhteensä 19 työntekijää (eri ammattiryhmiä) kahdesta oikeuspsykiatrisesta hoitolaitoksesta Ruotsissa.	Haastattelututkimus. Työntekijät osallistuivat yksilöhaastatteluihin. Haastateltavina oli hoiva-apulaisia, sairaanhoitajia, sosiaaliohjaajia, psykologeja ja psykiatreja.	Potilaan hoitoon osallistumisen tukemiseksi työntekijöiden on luotava potilaille edellytykset (kommunikaatio, osallistaminen), autettava potilaita mukautumaan hoitoympäristöön (ammattillisuus, potilaan sopeutuvuus) ja tuettava potilaan itsenäistä toimintaa oman sairautensa hoidossa ja sen kanssa elämisessä.
Selvin ym. 2016.	The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective	Kuvailla potilaan osallistumiseen liittyviä tekijöitä oikeuspsykiatristen potilaiden näkökulmasta.	Yhteensä 19 potilasta kahdesta oikeuspsykiatrisesta hoitolaitoksesta Ruotsissa.	Haastattelututkimus. Potilaat osallistuivat yksilöhaastatteluihin. Haastateltavilla oli taustalla eripituisia hoitojaksoja ja erilaisia diagnooseja.	Hoitoon osallistuminen potilaan näkökulmasta vaatii vaikutusvaltaa päätöksentekoon, luottamusta hoitajan ja potilaan välillä sekä omaa vastuunottoa.
Ruhnke ym. 2020.	Association of Preferences for Participation in Decision-making With Care Satisfaction Among Hospitalized Patients	Tutkia, onko sellaisten erikoissairaanhoidon potilaiden, jotka mieluummin antavat lääkäreiden tehdä heidän hoitoaan koskevat päätökset ja hoitoon tyytymättömyyden välillä yhteyttä.	13902 sisätautiosastolla hoidettua potilasta yhdysvaltalaisesta yliopistosairaalaista.	Kyselytutkimus. Kysely päätösten jättämisestä lääkäreille tehtiin osastolle sisäänkirjauksen jälkeen. Kuukausi kotiutumisen jälkeen potilaat vastasivat tyytyväisyyskyselyyn.	Haluttomuus delegoida päätöksenteko hoidosta lääkärille on yhteydessä yleiseen hoitoon tyytymättömyyteen sekä vähäisempää luottamukseen lääkäreitä kohtaan.

Sow ym. 2020.	Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care?	Tutkia onko potilaan osallistuminen suurempaa hoitolaitoksissa, joiden palveluihin sisältyy psykiatrisia palveluita.	450 potilasta 12 terveyskeskuksesta Guineassa. Neljässä terveyskeskuksessa psykiatrisia palveluita oli saatavilla, kahdeksassa ei.	Laadullinen tutkimus. Potilaan osallistumista mittaava kysely potilaille sekä palveluntarjoajille.	Potilaan hoitoon osallistuminen oli suurempaa terveyskeskuksissa, joissa oli tarjolla psykiatrisia palveluita. Tätä selittää mahdollisesti henkilökunnan koulutus ja kokemukset psykiatristen potilaiden hoidosta.
Kurpas ym. 2013.	The quality of primary health care for chronically ill patients: a cross-sectional study	Arvioida potilaiden taustojen ja piirteiden vaikutusta heidän näkemukseensä laadukkaasta hoidosta. Tunnistaa hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä kroonisesti sairaiden hoidossa.	232 kroonisesti sairasta perusterveydenhuollon potilasta puolalaisilta terveysasemilta.	Poikittaistutkimus. Kysely potilaan tyytyväisyydestä saatuun hoitoon ja suhteesta hoitavaan lääkäriin.	Kroonisesti sairaiden potilaiden hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä on useita: eri sairaudet, potilaan koulutus, sukupuoli ja ikä sekä hoitavan henkilön ystävyyys ja halukkuus auttaa.
Greene ym. 2015.	When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too	Tutkia yhteyttä potilaan aktivoinnin ja hoidon vaikuttavuuden välillä sekä vaikuttaako parempi aktivointi vaikuttavuuteen ja hoidon kustannuksiin.	Kaksi potilasryhmää (1. n=32060, 2. n=10957) perusterveydenhuollon palveluita tarjoavasta järjestöstä Yhdysvalloista.	Pitkittäistutkimus. Potilaat olivat vastanneet PAM-kyselyyn ja terveyskyselyyn. Myös klinisiä terveystietoja sekä sosiodemografisia tietoja oli käytettävissä.	Mitä aktivoituneempi potilas (PAM-mittarilla), sitä parempi hoidon lopputulos (vaikuttavuus). Suurempi aktivointitaso alentaa myös hoidon kustannuksia.
Greene & Hibbard 2012.	Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes	Tutkia potilaan aktivoinnin vaikutusta hoidon vaikuttavuuteen ja tuloisiin.	25407 potilasta perusterveydenhuollon palveluita tarjoavasta järjestöstä Yhdysvalloista.	Poikittaistutkimus. PAM-kysely potilaille, jotka olivat viimeisen kuuden kuukauden aikana hoidossa. Kysely myös terveystietojen käyttäytymisestä.	Mitä aktivoituneempi potilas (PAM-mittarilla), sitä parempi hoidon lopputulos (vaikuttavuus). Potilaan aktivoinnilla voidaan parantaa hoidon laatua.

Tolvanen ym. 2020.	Patient enablement after a consultation with a general practitioner- Explaining variation between countries, practices and patients	Selittää eroja potilaan pärjäämisen tunteessa potilaiden, lääkäreiden ja maiden välillä. Löytää pärjäämisen tunteeseen vaikuttavia tekijöitä.	Eurooppalaisen QUALICOPQC-tutkimuksen aineisto (7210 yleislääkäreitä ja 58930 potilasta 31 valtiosta).	Tilastollinen analyysi. Analyysissa dataa QUALICOPC-tutkimuksesta (perusterveydenhuollon laatu- ja kustannustietoa), PHAMEU-tutkimuksesta (tietoa terveydenhuollon järjestelmistä ja rakenteesta valtioittain). Hofsteden malli kulttuuristen ulottuvuuksien arvioinnissa. Potilaan pärjäämistä mitattiin yhdellä kysymyksellä (PEI-mittarin kysymys 1).	Potilaan pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat eniten potilaan ominaisuudet sekä kokemukset ja havainnot saadusta hoidosta. Kulttuuritekijät selittävät vaihtelun pärjäämisen tunteessa eri maiden välillä. Terveydenhuollon järjestelmällä ja rakenteella ei ole merkittävää vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.
Kaphingst ym. 2014	Effects of patient health literacy, patient engagement and a system-level health literacy attribute on patient-reported outcomes: a representative statewide survey	Tutkia vaikuttavatko tietyt tekijät (vastaanoton kokemus, kysymysten esittäminen lääkärille ja terveydenlukutaito) kahteen eri PRO-mittariin, joilla mitattiin kykyä tehdä parempia päätöksiä lääkärin vastaanoton jälkeen.	3358 osallistujaa Yhdysvalloista puhelimitse tehtyyn kyselyyn kahdella PRO-mittarilla.	Poikittaistutkimus. Puhelimitse kyselyt viimeisimmästä lääkärikäynnistä. Kysymyksiä mm. henkilökunnan toiminnasta ja vastaanotosta sekä omasta terveydenlukutaidosta (esim. kaavakkeiden täyttäminen itsenäisesti).	Ne, joilla oli hyviä kokemuksia vastaanottavasta henkilökunnasta, ja jotka kyselivät lääkäriltä kysymyksiä terveyteensä liittyen, kokivat tuntevansa terveytensä paremmin ja tekevänsä terveellisempiä valintoja. Potilaan terveydenlukutaidolla ei ollut vaikutusta.

Lähteet:

Brusse, C. J. & Yen, L. E. 2013. Preferences, predictions and patient enablement: a preliminary study. *BMC Family Practice*. Vol. 14 (116). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-14-116](https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-116)

Chan, J. M. H., Fang, A. H. S. & Shah, M. 2020 Factors affecting patient enablement in an Asian setting: a mixed methods study. *Singapore Medical Journal*. Vol. 61 (12), 647–660. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <http://www.smj.org.sg/article/factors-affecting-patient-enablement-asian-setting-mixed-methods-study>

Chen, J. Y., Wan, E. Y., Choi, E. P., Wong, C. K., Chan, A. K., Chan, K. H., Li, P. K. & Lam, C. L. 2016. Clinical and patient-reported outcomes of Chinese patients undergoing haemodialysis in hospital or in the community: A 1-year longitudinal study. *Nephrology*. Vol. 21 (7), 617–623. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/nep.12686>

Correia de Sousa, J., Pina, A., Cruz, A. M., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J., Oliveira, P. & Yaphe, J. 2013. Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal*. Vol. 22 (2), 181–187. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.4104/pcrj.2013.00037>

Enthoven, P., Peolsson, A., Landén Ludvigsson, M., Wibault, J., Peterson, G. & Öberg, B. 2019. Validity, internal consistency and self-rated change of the patient enablement instrument in patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*. Vol. 51 (8), 589–597. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2573>

Greene, J. & Hibbard, J. H. 2011. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 27 (5), 520–526. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326094/>

Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V. & Parrotta, C. D. 2015. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs*. Vol. 34 (3), 431–437. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>

Hansen, C. B., Pavlovic, K. M. H., Sondergaard, J. & Thilsing, T. 2020. Does GP empathy influence patient enablement and success in lifestyle change among high risk patients? *BMC Family Practice*. Vol. 21 (1), 1–7. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa rajoitetusti DOI: [10.1186/s12875-020-01232-8](https://doi.org/10.1186/s12875-020-01232-8)

Hudon, C., Fortin, M., Rossignol, F., Bernier, S. & Poitras, M.-E. 2011b. The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting: a reliability study. *BMC Family Practice*. Vol. 12 (71). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-12-71](https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-71)

- Kaphingst, K. A., Weaver, N. L., Wray, R. J., Brown, M. L. R., Buskirk, T. & Kreuter, M. W. 2014. Effects of patient health literacy, patient engagement and a system-level health literacy attribute on patient-reported outcomes: a representative statewide survey. *BMC Health Services Research*. Vol. 14 (1). Viitattu 7.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1472-6963-14-475](https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-475)
- Kurosawa, S., Matsushima, M., Fujinuma, Y., Hayashi, D., Noro, I., Kanaya, T., Watanabe, T., Tom-inaga, T., Nagata, T., Kawasaki, A., Hosoya, T. & Yanagisawa, H. 2012. Two principal components, coping and independence, comprise patient enablement in Japan: cross sectional study in Tohoku area. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. Vol. 227 (2), 97–104. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1620/tjem.227.97](https://doi.org/10.1620/tjem.227.97)
- Kurpas, D., Church, J., Mroczek, B., Hans-Wythrychowska, A., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., Andrzejewski, W. & Steciwko, A. 2013. The Quality of Primary Health Care for Chronically Ill Patients – a Cross-Sectional Study. *Advances in clinical and experimental medicine*. Vol. 22 (4), 501–511. Viitattu 7.12.2021. Saatavissa: <https://advances.umw.edu.pl/pdf/2013/22/4/501.pdf>
- Lafreniere, J. P., Rios, R., Packer, H., Ghazarian, S., Wright, S. M. & Levine, R. B. 2015. Burned Out at the Bedside: Patient Perceptions of Physician Burnout in an Internal Medicine Resident Continuity Clinic. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 31 (2), 203–208. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1007/s11606-015-3503-3](https://doi.org/10.1007/s11606-015-3503-3)
- Lam, C. L. K., Yuen, N. Y. K., Mercer, S. W. & Wong, W. 2010. A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population. *Family Practice*. Vol. 27 (4), 395–403. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1093/fampra/cmq021](https://doi.org/10.1093/fampra/cmq021)
- Mercer, S. W., Jani, B. D., Maxwell, M., Wong, S. Y. S. & Watt, G. C. M. 2012. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*. Vol. 13 (6). Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-13-6](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-6)
- Murphy, M., Hollinghurst, S. & Salisbury, C. 2018. Patient understanding of two commonly used patient reported outcome measures for primary care: a cognitive interview study. *BMC Family Practice*. Vol. 19 (1), 162. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-018-0850-2](https://doi.org/10.1186/s12875-018-0850-2)
- Ruhnke, G. W., Tak, H. J. & Meltzer, D. O. 2020. Association of Preferences for Participation in Decision-making With Care Satisfaction Among Hospitalized Patients. *JAMA Network Open*. Vol. 3 (10). Viitattu 7.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2020.18766](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.18766)
- Rööst, M., Zielinski, A., Petersson, C. & Strandberg, E. L. 2015. Reliability and applicability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Swedish general practice setting. *BMC Family Practice*. Vol. 16 (31). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-015-0242-9](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0242-9)

Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2016. The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective. *Journal of Forensic Nursing*. Vol. 12 (2), 57–63. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1097/JFN.000000000000107](https://doi.org/10.1097/JFN.000000000000107)

Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2021. Patient participation in forensic psychiatric care: Mental health professionals' perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 30 (2), 461–468. Viitattu 7.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/inm.12806>

Simões, J. A., Prazeres, F., Maricoto, T., Simões, P. A., Lourenço, J., Romano, J. P. & Santiago, L. M. 2021. Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Family Practice*. Vol. 38 (5), 606–611. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1093/fampra/cmab005](https://doi.org/10.1093/fampra/cmab005)

Skarbalienė, A., Jugurtis, A., Strandberg, E. L. & Pawlikowska, T. 2019. Patient involvement in assessing consultation quality: validation of patient enablement instrument (PEI) in Lithuanian general practice. *BMC Family Practice*. Vol. 20 (1), 167. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-019-1061-1](https://doi.org/10.1186/s12875-019-1061-1)

Sow, A., De Man, J., De Spiegelaere, M., Vanlerbeghe, V. & Criel, B. 2020. Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care? *BMC Health Services Research*. Vol. 20 (1), 61. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12913-020-4914-3](https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3)

Tolvanen, E., Groenewegen, P. G., Koskela, T. H., Eide, T. B., Cohidon, C. & Kosunen, E. 2020b. Patient enablement after a consultation with a general practitioner-Explaining variation between countries, practices and patients. *Health Expectations*. Vol. 23 (5), 1129–1143. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1111/hex.13091](https://doi.org/10.1111/hex.13091)

Tolvanen, E., Koskela, T. H., Helminen, M. & Kosunen, E. 2020a. The validity and reliability of the patient enablement instrument (PEI) after GP appointments in Finnish health care centres. *Journal of Patient-Reported Outcomes*. Vol. 4 (1), 79. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s41687-020-00243-4](https://doi.org/10.1186/s41687-020-00243-4)

Liite 2. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus		
1. Against the expectations, the PEI distributions and scores seemed to be very similar regardless the number of chronic illnesses or the reason for the consultation.	PEI-pisteet samansuuntaisia kroonisten sairauksien lukumäärästä huolimatta. PEI-pisteet samansuuntaisia vastaanoton syistä huolimatta.	3. Patients with less experience and knowledge of their disease might be more likely to improve in enablement than patients who have experienced problems for a longer period of time.	Potilaat, joilla on vähemmän kokemusta ja tietoa sairaudestaan kokevat todennäköisesti vahvempaa pärjäämisen tunnetta hoidon seurauksena. Pitkään sairastaneet kokevat todennäköisesti heikompaa pärjäämisen tunnetta hoidon seurauksena.
1. Feelings of enablement seem to diminish after a rather short period of time.	Pärjäämisen tunne heikkenee lyhyessä ajassa.	4. Patient enablement rose with consultation duration.	Pidempi vastaanoton kesto liittyy vahvempaan pärjäämisen tunteeseen.
1. PEI could be used in heterogenous patient populations.	PEI saattaa soveltua heterogeenisille potilasryhmille.	4. PEI scores declined with increasing patient age and female patients were more enabled than the male patients.	Ikääntyneillä heikompi pärjäämisen tunne. Naisilla vahvempi pärjäämisen tunne.
1. The PEI had only a weak correlation to questions measuring e.g. patient-perceived benefit or satisfaction, suggesting that these are separate concepts.	Pärjäämisen tunne eroaa potilaan kokemasta hyödystä. Pärjäämisen tunne eroaa tyytyväisyydestä.	4. The enablement of patients, who consulted for biomedical problems was higher, and enablement decreased when the consultation was for complex or administrative problem.	Biolääketieteellisen ongelman vuoksi hoitoa saaneilla vahvempi pärjäämisen tunne. Monimutkaisien ongelmien vuoksi hoitoa saaneilla heikompi pärjäämisen tunne.
1. To achieve feelings of ability and coping would be important to all patients.	Kyvykkyyden ja selviytymisen tunne on tärkeää potilaille.	4. There is not a clear consensus which PEI score is considered "good" or "adequate".	Selkeää konsensusta hyvästä tai riittävästä PEI-pisteityksestä ei ole.
2. Advice from healthcare staff was frequently cited as one of the ways through which patients were enabled.	Neuvonta vahvistaa pärjäämisen tunnetta.	4. This study underlined the importance of knowing the doctor for patient enablement.	Lääkärin tunteminen tärkeää pärjäämisen tunteen kannalta.
2. Attitudes sometimes impaired enablement, as the patients would decide not to follow medical advice.	Asenne voi heikentää pärjäämisen tunnetta, mikäli se vaikuttaa annettujen ohjeiden noudattamiseen.	5. A large percentage of respondents perceive the questions as not relevant or applicable to their situation.	Osa kysymyksistä nähtiin epärelevantteina.
2. Participants appreciated team-based care in the clinic, where allied health personnel such as dieticians and physiotherapists could be engaged on an as-needed basis.	Potilaat arvostavat erityistyöntekijöiden hyödyntämisen mahdollisuutta.	5. Patient enablement is largely predicted by unknown factors.	Pärjäämisen tunnetta ennustavat pääosin tuntemattomat tekijät.
2. Some patients also felt bad if they took up too much of a doctor's time.	Joistain potilaista tuntui pahalta, jos he kokivat vievänsä liikaa lääkärin aikaa.	5. PEI might be more suitable for specific patient populations that are more amenable to the broad scope of the questions.	PEI-mittari saattaa olla soveltuvampi potilasryhmille, joille laajat kysymykset ovat soveltuvampia.
2. Some patients became apathetic and refused to share more with an unfamiliar doctor, which could lead to detrimental effects on that doctor's understanding of the patient's condition.	Potilaat eivät välttämättä kerro tuntemattomalle lääkärille riittävästi vaivoistaan.	5. There was a clear tendency, both at the total and single-item level, for scores to decline between baseline and the first follow-up and to be more consistent between the first and second follow-ups.	Pärjäämisen tunne heikkenee lyhyessä seurannassa. Pärjäämisen tunne pysyvämpää pidemmällä aikavälillä.
2. Staff should be able to customise patient education based on how long a patient had been diagnosed with a condition, as newly diagnosed patient would need to know information that is different from patients who are uncontrolled and had been struggling for many years.	Henkilökunnan on osattava antaa potilaan tarpeiden mukaista ohjausta. Vastikään diagnosoitu potilas tarvitsee erilaista ohjausta kuin pitkään diagnosoitu.	5. We do not believe that the instrument should be used to compare quality of care between clinics or individual doctors	PEI-mittari ei sovellu laadun vertailun työkaluksi.
3. Another issue is that, since the PEI measures change in enablement, it is not known how "enabled" the patient actually is. Traditionally, the measurement of, for example, the minimal important change is based on the difference between 2 measurements. It is important to mention that in this study the self-rated change is based on 1 measurement with the PEI.	PEI mittaa muutosta pärjäämisen tunteessa. Yhden mittauksen perusteella muutosta ei havaita.	5. We suggest studies about the clinical or behavioural effects of various PEI scores and that an effort be made to compare PEI scores with various measures while taking into account the situation before and after the consultation.	Lähtötaso ja hoidon jälkeinen tilanne on huomioitava pärjäämisen tunnetta mitattaessa.
3. As hypothesized, higher PEI score showed a fair to moderate relationship with better function and mental and general health in all groups with chronic pain after treatment.	Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan toimintakykyyn. Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan mielenterveyteen. Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan yleisterveyteen.	6. The level of enablement may be maximal immediately after consultation.	Pärjäämisen tunne on vahvimmillaan heti hoidon jälkeen.
3. Higher patient enablement scores were related to better health after treatment and to positive changes in health between baseline and after treatment.	Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan terveyteen lähtötason ja hoidon jälkeisen tilanteen välillä. Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy positiivisiin terveysmuutoksiin	7. Improvements in patient enablement may result in better asthma control and quality of life.	Vahvistunut pärjäämisen tunne voi johtaa parempaan sairauden hallintaan ja elämänlaatuun.
		7. Low enablement (mPEI) appears to be associated with a poor quality of life.	Huono elämänlaatu heikentää pärjäämisen tunnetta.
		7. Lower patient enablement (mPEI) appears to be associated with poor control.	Huono sairauden hallinta heikentää pärjäämisen tunnetta.
		7. The correlation between enablement (mPEI) and age was low.	lällä vähäinen korrelaatio pärjäämisen tunteeseen.

7. There was a significant association between the mean mPEI score and gender.	Sukupuolella ja pärjäämisen tunteella merkittävä yhteys.	13. Bivariate associations did not reveal any differences in patient-rated physician empathy (CARE) or enablement (PEI) scores according to patient gender or age.	Sukupuolella ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Iällä ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.
8. Patients feel more able of controlling their health as they know more.	Tieto lisää terveyden hallintaa.	13. Patients who perceived longer wait times rated their physicians lower on the PEI instrument.	Pidemmät odotusajat heikentävät pärjäämisen tunnetta.
8. Regarding enablement, we found significantly higher scores on younger patients, as well as on more educated and professionally active ones.	Nuoremmilla vahvempi pärjäämisen tunne. Koulutetummilla vahvempi pärjäämisen tunne. Työelämässä olevilla vahvempi pärjäämisen tunne.	7. The mPEI evaluates enablement, and a score of >6 indicates clinically meaningful enablement.	>6 pistettä merkitsee kliinisesti merkittävää pärjäämisen tunnetta.
8. Higher perceived empathy is associated with increased enablement.	Henkilökunnan empaattisuus vahvistaa pärjäämisen tunnetta.	11. Patients who had 3 or more long-term conditions had lower PEI scores than those with less than 3 conditions.	Pitkäaikaissairauksien lukumäärä vaikuttaa pärjäämisen tunteeseen.
9. Subjects with PEI total score > 0 are considered to have enablement over the past 12-month period, while those with PEI total score = 0 were considered to have no enablement over the period.	>0 pistettä merkitsee vahvistunutta pärjäämisen tunnetta. 0 pistettä merkitsee, ettei pärjäämisen tunne ole vahvistunut.	14. Six patients also had difficulty rating a single consultation during an episode of care, rather than the improvement delivered through all primary care consultations since the start of the episode.	Vastaaajilla oli vaikeuksia arvioida yhtä vastaanottoa, kun pitäisi arvioida koko hoitojaksoa.
9. The effort to encourage patients to take an active role in their chronic disease management may have led to the enhancement in patients' confidence and ability to cope.	Potilaiden aktivointi saattaa johtaa potilaiden lisääntyneeseen kykyyn hoitaa sairauttaan.	14. Some patients seemed to give their response based on their own assessment of GP performance rather than their enablement.	Osa vastaaajista täyttää PEI-kyselyn arvioimalla lääkäreitä eivätkä omaa pärjäämisen tunnettaan.
9. The lower nursing ratio can allow a nurse to spend more time with patients in order to provide more in-depth, personalized patient care including providing additional education and opportunity for self-care.	Parempi hoitajamitoitus mahdollistaa henkilökohtaisemman ohjauksen.	15. A high PEI therefore requires a patient who was previously in a 'poorly enabled' state, for whom their understanding and capacity with respect to their illness has room to improve.	Vahvistunut pärjäämisen tunne edellyttää alun perin heikompaan pärjäämisen tunnetta. Vahvistunut pärjäämisen tunne edellyttää puutoksia sairauden hoidossa ja tuntemisessa.
10. The concept of patient enablement consisted of two principal components such as "coping with illness and health maintenance" and "confidence in oneself and independence".	Pärjäämisen tunnetta on "sairauden kanssa selviytyminen ja terveyden ylläpito" sekä "itseluottamus ja itsenäisyys sairauden hoidossa".	15. The relationship between PEI score and how well the patient knew the doctor was strong and statistically significant.	Lääkärin tunteminen vaikuttaa pärjäämisen tunteeseen.
11. Consultation length and continuity of care (knowing the doctor well) were not related to enablement in the current study.	Vastaanoton kestolla ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Lääkärin tuntemisellä ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.	15. There is indeed no positive correlation between the fulfilment of patient expectation and their enablement.	Odotusten täyttyminen ei vaikuta pärjäämisen tunteeseen.
11. Low empathy was always associated with low enablement, suggesting that GP empathy is a basic pre-requisite for patient enablement.	Empatia on edellytys pärjäämisen tunteen vahvistamiselle.	16. The PEI score was significantly higher for male patients compared to female patients.	Miehillä merkittävästi vahvempi pärjäämisen tunne.
11. Mean PEI scores were similar in high and low deprivation areas.	Pärjäämisen tunteella ei suurta eroa parempiosaisten ja vähäosaisten välillä.	16. We did not find any association between GP empathy and patient enablement.	Empaattisuus ei vaikuta pärjäämisen tunteeseen.
11. Patients who had significant psychological distress (GHQ caseness) had lower PEI scores.	Psyykinen ahdistus heikentää pärjäämisen tunnetta.	17. Patient participation is a process of gradually increasing involvement and of being encouraging over time, which often leads to improved self-confidence and awareness with the patients. The patients also became more motivated, and the professionals experienced that participation could be used towards planning discharge. When planning included the patient, the professionals noticed a higher degree of adherence.	Potilaan osallistaminen vaatii rohkaisua ja motivoitua. Potilaan osallistaminen hoitonsa suunnitteluun lisää hoitoon sitoutumista.
11. Patients who were consulting about a new problem had higher PEI scores than those consulting for a long-standing problem.	Uuden ongelman vuoksi hoitoon hakeutuneilla vahvempi pärjäämisen tunne. Pitkäaikaisen ongelman vuoksi hoitoon hakeutuneilla heikompi pärjäämisen tunne.	17. The informants also described that they often saw that vulnerable patients were thankful when they had a sense of involvement.	Potilaat ovat kiitollisia, kun saavat osallistua hoitoonsa.
12. The PEI score on followup was significantly lower than that at baseline in subjects who consulted for chronic diseases, but there was no difference for those consulting for acute illness.	Pärjäämisen tunne heikkenee merkittävästi ajan kanssa, mutta vain pitkäaikaissairailta.	17. The professionals perceived that with patients with low insight and motivation, they often needed to encourage the patient to be involved.	Potilaat, joilla on alhainen ymmärrys ja motivaatio, vaativat rohkaisua.
12. There was no significant difference in mean PEI score with respect to sex or consultation reason.	Sukupuolella ei merkittävää vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Hoitoon hakeutumisen syyllä ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.	17. Two conceptions that relate to good communication and involvement of the patient, which, according to the professionals in this study, are prerequisites for promoting patient participation.	Hyvä kommunikaatio on vaatimus potilaan osallistumiselle. Osallistaminen on vaatimus potilaan osallistumiselle.

18. The informants described confidence for key-persons in the staff as being necessary for their trust in their treatment and thus for their interest in treatment adherence. In addition, the confidence needed to be mutual.	Hoitoon sitoutuminen vaatii molemminpuolista luottamusta.	25. Our findings support the importance of respondents' interactions with front desk staff as being significantly related to patient-reported outcomes of care.	Vastaanottohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa potilaan kokemaan hoidon tulokseen.
18. They experienced a positive progression in their treatment when they were active and took the initiative. However, mental health status affects how active the patients can and want to be, and the informants described how important it was that staff helped them to take the initiative during periods of reduced mental health.	Potilaat kokivat hoidon etenevän, kun he olivat aktiivisia. Henkilökunnan on tuettava potilaan aktiivisuutta, silloin kun potilas ei itse siihen kykene.	10. The scores in patients older than 65 years were significantly higher than those in patients younger than 65 years. There was no significant difference in mean PEI score between men and women.	Yli 65-vuotiailla vahvempi pärjäämisen tunne. Pärjäämisen tunteessa ei merkittävää eroa sukupuolten välillä.
18. When mental health is improved, the motivation to take part and to be involved in the care increased.	Kun mielenterveys kohenee, motivaatio osallistua hoitoon lisääntyy.		
19. Reduced willingness to defer medical decisions to the physicians providing treatment was associated with greater dissatisfaction in the overall care received, more dissatisfaction with physician care, and reduced confidence and trust in the physicians providing treatment.	Vähempi luottamus vaikuttaa yhteiseen päätöksentekoon.		
20. Our findings show that the integration of mental health alone does not on its own explain the enhanced quality of care in the MH+ health centres through better patient participation in the consultation process. The characteristics of the care facility also matter.	Hoitolaitoksen piirteet vaikuttavat potilaan osallistumiseen. Potilaan osallistuminen parantaa hoidon laatua.		
21. Factors of clinical management that the patients regard as very important include respect for the patient's privacy, gentleness during physical examinations, information about the date of the next visit, the name of the disease, attentive listening and attentiveness during physical examinations.	Potilaat kokevat yksityisyydensuojan olevan tärkeää. Potilaat kokevat hellävaraisuuden tutkiessa olevan tärkeää. Potilaat kokevat kuuntelun ja tarkkaavaisuuden olevan tärkeää.		
22. The findings also show that when Patient Activation Measure levels change, health outcomes tend to change in the same direction.	Aktivaatiolla ja hoidon tuloksilla yhteys.		
22. The greater the activation level, the greater the odds of a positive outcome.	Aktivoituneilla potilailla todennäköisemmin positiivinen hoidon tulos.		
23. The findings highlight the potential role that patient activation can play in improving quality and health outcomes.	Potilaan aktivointi voi vaikuttaa hoidon laatuun. Potilaan aktivointi voi vaikuttaa hoidon tuloksiin.		
24. In this study, we found that patient enablement, measured by a single question, varies largely between 31 countries.	Pärjäämisen tunne vaihtelee merkittävästi eri maiden välillä.		
24. It seems that the mechanisms behind patient enablement are not system-associated but more culture-associated.	Pärjäämisen tunteeseen vaikuttaa enemmän kulttuuritekijät kuin terveydenhuoltojärjestelmän tekijät.		
24. Patient's older age, female gender and positive perceptions of patient satisfaction and patient involvement are associated with decreased risk of lower enablement.	Korkeampi ikä liittyy vahvempaan pärjäämisen tunteeseen. Naisilla vahvempi pärjäämisen tunne.		
24. Patient's worse self-perceived health, reason for consultation and lower trust in doctors are associated with increased risk of lower enablement.	Huonoksi koettu terveys liittyy heikompaan pärjäämisen tunteeseen. Hoitoon hakeutumisen syy liittyy pärjäämisen tunteeseen. Vähäinen luottamus lääkäreihin heikentää pärjäämisen tunnetta.		
24. Positive perceptions of the doctor-patient relationship (eg involvement and continuity of care) decreased the risk of poorer enablement	Osallistaminen vahvistaa pärjäämisen tunnetta. Jatkuvuus vahvistaa pärjäämisen tunnetta.		

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Korkeampi ikä liittyy vahvempaan pärjäämisen tunteeseen. Yli 65-vuotiailla vahvempi pärjäämisen tunne. Ikääntyneillä heikompi pärjäämisen tunne. Nuoremmilla vahvempi pärjäämisen tunne. Iällä ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Iällä vähäinen korrelaatio pärjäämisen tunteeseen.	Iän vaikutus pärjäämisen tunteeseen.		
Naisilla vahvempi pärjäämisen tunne. Naisilla vahvempi pärjäämisen tunne. Miehillä merkittävästi vahvempi pärjäämisen tunne. Sukupuolella ja pärjäämisen tunteella merkittävä yhteys. Pärjäämisen tunteessa ei merkittävää eroa sukupuolten välillä. Sukupuolella ei merkittävää vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Sukupuolella ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.	Sukupuolen vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	Potilaan ominaisuuksien vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	
Koulutetummilla vahvempi pärjäämisen tunne. Työelämässä olevilla vahvempi pärjäämisen tunne. Pärjäämisen tunteella ei suurta eroa parempiosaisten ja vähäosaisten välillä.	Sosioekonomisen aseman vaikutus pärjäämisen tunteeseen.		Pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat potilaskohtaiset tekijät.
PEI-pisteet samansuuntaisia kroonisten sairauksien lukumäärästä huolimatta. Pitkäaikaissairauksien lukumäärä vaikuttaa pärjäämisen tunteeseen.	Monisairastavuuden vaikutus pärjäämisen tunteeseen.		
Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan toimintakykyyn. Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan yleisterveyteen. Huono sairauden hallinta heikentää pärjäämisen tunnetta. Huonoksi koettu terveys liittyy heikompaan pärjäämisen tunteeseen.	Yleisterveyden vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	Terveyden vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	
Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan mielensterveyteen. Psyykinen ahdinko heikentää pärjäämisen tunnetta. Kun mielenterveys kohenee, motivaatio osallistua hoitoon lisääntyy.	Mielenterveyden vaikutus pärjäämisen tunteeseen.		

<p>Biolääketieteellisen ongelman vuoksi hoitoa saaneilla vahvempi pärjämisen tunne.</p> <p>Monimutkaisien ongelmien vuoksi hoitoa saaneilla heikompi pärjämisen tunne.</p> <p>Uuden ongelman vuoksi hoitoon hakeutuneilla vahvempi pärjämisen tunne.</p> <p>Pitkäaikaisen ongelman vuoksi hoitoon hakeutuneilla heikompi pärjämisen tunne.</p> <p>Hoitoon hakeutumisen syy liittyy pärjämisen tunteeseen.</p> <p>Hoitoon hakeutumisen syyllä ei vaikutusta pärjämisen tunteeseen.</p> <p>PEI-pisteet samansuuntaisia vastaanoton syistä huolimatta.</p>	<p>Hoidon syyn vaikutus pärjämisen tunteeseen.</p>		
---	--	--	--

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Potilaat eivät välttämättä kerro tuntemattomalle lääkärille riittävästi vaivoistaan.</p> <p>Lääkäriin tunteminen tärkeää pärjäämisen tunteen kannalta.</p> <p>Lääkäriin tunteminen vaikuttaa pärjäämisen tunteeseen.</p> <p>Lääkäriin tuntemisella ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen.</p>	Tutun hoitotahon vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	Hoidon jatkuvuuden vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	Pärjäämisen tunteeseen vaikuttavat hoitokohtaiset tekijät
Jatkuvuus vahvistaa pärjäämisen tunnetta.	Jatkuvuuden vaikutus pärjäämisen tunteeseen.		
<p>Empatia on edellytys pärjäämisen tunteen vahvistamiselle.</p> <p>Henkilökunnan empaattisuus vahvistaa pärjäämisen tunnetta.</p> <p>Empaattisuus ei vaikuta pärjäämisen tunteeseen.</p>	Empatian vaikutus pärjäämisen tunteeseen.		
<p>Hoitoon sitoutuminen vaatii molemminpuolista luottamusta.</p> <p>Luottamus lisää sitoutumista.</p> <p>Luottamuksen puute vähentää sitoutumista.</p> <p>Luottamuksen puute vähentää toivoa tulevaisuuteen.</p> <p>Vähempi luottamus vaikuttaa yhteiseen päätöksentekoon.</p> <p>Vähäinen luottamus lääkäreihin heikentää pärjäämisen tunnetta.</p>	Luottamuksen vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	Hoitosuhteen vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	
<p>Henkilökunnan on osattava antaa potilaan tarpeiden mukaista ohjausta.</p> <p>Vastikään diagnosoitu potilas tarvitsee erilaista ohjausta kuin pitkään diagnosoitu.</p> <p>Neuvonta vahvistaa pärjäämisen tunnetta.</p> <p>Tieto lisää terveyden hallintaa.</p> <p>Potilaat haluavat tietoa mahdollisimman pian.</p> <p>Tiedon oltava selkeää, huolimatta siitä onko sen sisältö positiivista vai negatiivista.</p> <p>Potilaan osallistuminen vaatii riittävää tiedonjakoa.</p> <p>Hyvä kommunikaatio on vaatimus potilaan osallistumiselle.</p> <p>Osallistaminen on vaatimus potilaan osallistumiselle.</p> <p>Osallistaminen vahvistaa pärjäämisen tunnetta.</p> <p>Potilaat, joilla on alhainen ymmärrys ja motivaatio, vaativat rohkaisua.</p> <p>Potilaat kokivat hoidon etenevän, kun he olivat aktiivisia.</p> <p>Henkilökunnan on tuettava potilaan aktiivisuutta, silloin kun potilas ei itse siihen kykene.</p> <p>Potilaat kokevat yksityisyydensuojan olevan tärkeää.</p> <p>Potilaat kokevat hellävaraisuuden tutkiessa olevan tärkeää.</p>	Henkilökunnan toiminnan vaikutus pärjäämisen tunteeseen.	Hoitohenkilökunnan ja hoitopaikan vaikutus pärjäämisen tunteeseen	

<p>Potilaat kokevat kuuntelun ja tarkkaavaisuuden olevan tärkeää. Vastaanottohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa potilaan kokemaan hoidon tulokseen.</p>			
<p>Potilaat arvostavat erityistyöntekijöiden hyödyntämisen mahdollisuutta. Parempi hoitajamitoitus mahdollistaa henkilökohtaisemman ohjauksen. Pidemmät odotusajat heikentävät pärjäämisen tunnetta. Hoitolaitoksen piirteet vaikuttavat potilaan osallistumiseen. Pidempi vastaanoton kesto liittyy vahvempaan pärjäämisen tunteeseen. Vastaanoton kestolla ei vaikutusta pärjäämisen tunteeseen. Pärjäämisen tunteeseen vaikuttaa enemmän kulttuuritekijät kuin terveydenhuoltojärjestelmän tekijät.</p>	<p>Terveydenhuoltojärjestelmän vaikutus pärjäämisen tunteeseen.</p>		

<p>Pärjäämisen tunne heikkenee lyhyessä ajassa. Pärjäämisen tunne heikkenee lyhyessä seurannassa. Pärjäämisen tunne pysyvämpää pidemmällä aikavälillä. Pärjäämisen tunne heikkenee merkittävästi ajan kanssa, mutta vain pitkäaikaissairailta. Pärjäämisen tunne on vahvimmillaan heti hoidon jälkeen.</p>	<p>Pärjäämisen tunteen kesto.</p>	<p>Pärjäämisen tunteen mittaaminen.</p>	<p>PEI-mittarin käyttö pärjäämisen tunteen mittaamisessa.</p>
<p>Selkeää konsensusta hyvästä tai riittävästä PEI-pisteytyksestä ei ole. >6 pistettä merkitsee kliinisesti merkittävää pärjäämisen tunnetta. >0 pistettä merkitsee vahvistunutta pärjäämisen tunnetta. 0 pistettä merkitsee, ettei pärjäämisen tunne ole vahvistunut.</p>	<p>Pärjäämisen tunteen pisteyttäminen.</p>		
<p>PEI mittaa muutosta pärjäämisen tunteessa. Yhden mittauksen perusteella muutosta ei havaita. Lähtötaso ja hoidon jälkeinen tilanne on huomioitava pärjäämisen tunnetta mitatessa. Potilaat, joilla on vähemmän kokemusta ja tietoa sairaudestaan kokevat todennäköisesti vahvempaa pärjäämisen tunnetta hoidon seurauksena. Pitkään sairastaneet kokevat todennäköisesti heikompaa pärjäämisen tunnetta hoidon seurauksena. Vahvistunut pärjäämisen tunne edellyttää alun perin heikompaa pärjäämisen tunnetta. Vahvistunut pärjäämisen tunne edellyttää puutoksia sairauden hoidossa ja tuntemisessa.</p>	<p>Muutos pärjäämisen tunteessa.</p>		
<p>Pärjäämisen tunne eroaa potilaan kokemasta hyödyistä. Pärjäämisen tunne eroaa tyytyväisyydestä. PEI-mittari ei sovellu laadun vertailun työkaluksi. Odotusten täytyminen ei vaikuta pärjäämisen tunteeseen.</p>	<p>Pärjäämisen tunteen mittauksen rajoitukset.</p>		
<p>PEI saattaa soveltua heterogeenisille potilasryhmille. PEI-mittari saattaa olla soveltuvampi potilasryhmille, joille laajat kysymykset ovat soveltuvampia. Joistain potilaista tuntui pahalta, jos he kokivat vievänsä liikaa lääkärin aikaa. Osa kysymyksistä nähtiin epärelevantteina. Vastaajilla oli vaikeuksia arvioida yhtä vastaanottoa, kun pitäisi arvioida koko hoitojaksoa. Osa vastaajista täyttää PEI-kyselyn arvioimalla lääkäriä eivätkä omaa pärjäämisen tunnettaan. Pärjäämisen tunnetta ennustavat pääosin tuntemattomat tekijät. Pärjäämisen tunne vaihtelee merkittävästi eri maiden välillä. Asenne voi heikentää pärjäämisen tunnetta, mikäli se vaikuttaa annettujen ohjeiden noudattamiseen.</p>	<p>Pärjäämisen tunteen mittauksen haasteet.</p>		

<p>Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy parempaan terveyteen lähtötason ja hoidon jälkeisen tilanteen välillä.</p> <p>Vahvempi pärjäämisen tunne liittyy positiivisiin terveysmuutoksiin lähtötason ja hoidon jälkeisen tilanteen välillä.</p> <p>Vahvistunut pärjäämisen tunne voi johtaa parempaan sairauden hallintaan ja elämänlaatuun.</p> <p>Kyvykkyyden ja selviytymisen tunne on tärkeää potilaille.</p> <p>Potilaiden aktivointi saattaa johtaa potilaiden lisääntyneeseen kykyyn hoitaa sairautaan.</p> <p>Pärjäämisen tunnetta on "sairauden kanssa selviytyminen ja terveyden ylläpito" sekä "itseluottamus ja itsenäisyys sairauden hoidossa".</p>	<p>Vahvemman pärjäämisen tunteen hyödyt potilaalle.</p>		
<p>Potilaat ovat kiitollisia, kun saavat osallistua hoitoonsa.</p> <p>Potilaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun lisää hoitoon sitoutumista.</p> <p>Aktivoituneilla potilailla todennäköisemmin positiivinen hoidon tulos.</p> <p>Aktivaatiolla ja hoidon tuloksilla yhteys.</p> <p>Potilaan aktivointi voi vaikuttaa hoidon laatuun.</p> <p>Potilaan aktivointi voi vaikuttaa hoidon tuloksiin.</p> <p>Potilaan osallistuminen parantaa hoidon laatua.</p>	<p>Osallistumisen ja aktiivisuuden hyödyt potilaalle.</p>	<p>Pärjäämisen tunteen mittaamisen hyödyt potilasnäkökulmasta.</p>	<p>Pärjäämisen tunne ja laatu</p>

Lähteet (numeroitu kuten alkuperäisilmauksien taulukossa):

1. Tolvanen, E., Koskela, T. H., Helminen, M. & Kosunen, E. 2020a. The validity and reliability of the patient enablement instrument (PEI) after GP appointments in Finnish health care centres. *Journal of Patient-Reported Outcomes*. Vol. 4 (1), 79. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s41687-020-00243-4](https://doi.org/10.1186/s41687-020-00243-4)
2. Chan, J. M. H., Fang, A. H. S. & Shah, M. 2020 Factors affecting patient enablement in an Asian setting: a mixed methods study. *Singapore Medical Journal*. Vol. 61 (12), 647–660. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <http://www.smj.org.sg/article/factors-affecting-patient-enablement-asian-setting-mixed-methods-study>
3. Enthoven, P., Peolsson, A., Landén Ludvigsson, M., Wibault, J., Peterson, G. & Öberg, B. 2019. Validity, internal consistency and self-rated change of the patient enablement instrument in patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*. Vol. 51 (8), 589–597. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2573>
4. Skarbalienė, A., Jugurtis, A., Strandberg, E. L. & Pawlikowska, T. 2019. Patient involvement in assessing consultation quality: validation of patient enablement instrument (PEI) in Lithuanian general practice. *BMC Family Practice*. Vol. 20 (1), 167. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-019-1061-1](https://doi.org/10.1186/s12875-019-1061-1)
5. Rööst, M., Zielinski, A., Petersson, C. & Strandberg, E. L. 2015. Reliability and applicability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Swedish general practice setting. *BMC Family Practice*. Vol. 16 (31). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-015-0242-9](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0242-9)
6. Hudon, C., Fortin, M., Rossignol, F., Bernier, S. & Poitras, M.-E. 2011b. The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting: a reliability study. *BMC Family Practice*. Vol. 12 (71). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-12-71](https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-71)
7. Correia de Sousa, J., Pina, A., Cruz, A. M., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J., Oliveira, P. & Yaphe, J. 2013. Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal*. Vol. 22 (2), 181–187. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.4104/pcrj.2013.00037>
8. Simões, J. A., Prazeres, F., Maricoto, T., Simões, P. A., Lourenço, J., Romano, J. P. & Santiago, L. M. 2021. Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Family Practice*. Vol. 38 (5), 606–611. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1093/fampra/cmab005](https://doi.org/10.1093/fampra/cmab005)
9. Chen, J. Y., Wan, E. Y., Choi, E. P., Wong, C. K., Chan, A. K., Chan, K. H., Li, P. K. & Lam, C. L. 2016. Clinical and patient-reported outcomes of Chinese patients undergoing haemodialysis in hospital or in the community: A 1-year longitudinal study. *Nephrology*. Vol. 21 (7), 617–623. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/nep.12686>

10. Kurosawa, S., Matsushima, M., Fujinuma, Y., Hayashi, D., Noro, I., Kanaya, T., Watanabe, T., Tominaga, T., Nagata, T., Kawasaki, A., Hosoya, T. & Yanagisawa, H. 2012. Two principal components, coping and independence, comprise patient enablement in Japan: cross sectional study in Tohoku area. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. Vol. 227 (2), 97–104. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1620/tjem.227.97](https://doi.org/10.1620/tjem.227.97)
11. Mercer, S. W., Jani, B. D., Maxwell, M., Wong, S. Y. S. & Watt, G. C. M. 2012. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*. Vol. 13 (6). Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-13-6](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-6)
12. Lam, C. L. K., Yuen, N. Y. K., Mercer, S. W. & Wong, W. 2010. A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population. *Family Practice*. Vol. 27 (4), 395–403. Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1093/fampra/cmq021](https://doi.org/10.1093/fampra/cmq021)
13. Lafreniere, J. P., Rios, R., Packer, H., Ghazarian, S., Wright, S. M. & Levine, R. B. 2015. Burned Out at the Bedside: Patient Perceptions of Physician Burnout in an Internal Medicine Resident Continuity Clinic. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 31 (2), 203–208. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1007/s11606-015-3503-3](https://doi.org/10.1007/s11606-015-3503-3)
14. Murphy, M., Hollinghurst, S. & Salisbury, C. 2018. Patient understanding of two commonly used patient reported outcome measures for primary care: a cognitive interview study. *BMC Family Practice*. Vol. 19 (1), 162. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12875-018-0850-2](https://doi.org/10.1186/s12875-018-0850-2)
15. Brusse, C. J. & Yen, L. E. 2013. Preferences, predictions and patient enablement: a preliminary study. *BMC Family Practice*. Vol. 14 (116). Viitattu 4.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1471-2296-14-116](https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-116)
16. Hansen, C. B., Pavlovic, K. M. H., Sondergaard, J. & Thilising, T. 2020. Does GP empathy influence patient enablement and success in lifestyle change among high risk patients? *BMC Family Practice*. Vol. 21 (1), 1–7. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa rajoitettusti DOI: [10.1186/s12875-020-01232-8](https://doi.org/10.1186/s12875-020-01232-8)
17. Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2021. Patient participation in forensic psychiatric care: Mental health professionals' perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 30 (2), 461–468. Viitattu 7.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/inm.12806>
18. Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2016. The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective. *Journal of Forensic Nursing*. Vol. 12 (2), 57–63. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1097/JFN.000000000000107](https://doi.org/10.1097/JFN.000000000000107)
19. Ruhnke, G. W., Tak, H. J. & Meltzer, D. O. 2020. Association of Preferences for Participation in Decision-making With Care Satisfaction Among Hospitalized Patients. *JAMA Network Open*. Vol. 3 (10). Viitattu 7.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2020.18766](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.18766)

20. Sow, A., De Man, J., De Spiegelaere, M., Vanlerbeghe, V. & Criel, B. 2020. Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care? *BMC Health Services Research*. Vol. 20 (1), 61. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/s12913-020-4914-3](https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3)
21. Kurpas, D., Church, J., Mroczek, B., Hans-Wythrychowska, A., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., Andrzejewski, W. & Steciwko, A. 2013. The Quality of Primary Health Care for Chronically Ill Patients – a Cross-Sectional Study. *Advances in clinical and experimental medicine*. Vol. 22 (4), 501–511. Viitattu 7.12.2021. Saatavissa: <https://advances.umw.edu.pl/pdf/2013/22/4/501.pdf>
22. Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V. & Parrotta, C. D. 2015. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs*. Vol. 34 (3), 431–437. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>
23. Greene, J. & Hibbard, J. H. 2011. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 27 (5), 520–526. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326094/>
24. Tolvanen, E., Groenewegen, P. G., Koskela, T. H., Eide, T. B., Cohidon, C. & Kosunen, E. 2020b. Patient enablement after a consultation with a general practitioner-Explaining variation between countries, practices and patients. *Health Expectations*. Vol. 23 (5), 1129–1143. Viitattu 6.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1111/hex.13091](https://doi.org/10.1111/hex.13091)
25. Kaphingst, K. A., Weaver, N. L., Wray, R. J., Brown, M. L. R., Buskirk, T. & Kreuter, M. W. 2014. Effects of patient health literacy, patient engagement and a system-level health literacy attribute on patient-reported outcomes: a representative statewide survey. *BMC Health Services Research*. Vol. 14 (1). Viitattu 7.12.2021. Saatavissa DOI: [10.1186/1472-6963-14-475](https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-475)

