

# KUNTOUTUKSEN ASIAKASLÄHTÖISYYDEN SEURANTAMENETELMÄN (KAARI) KEHITTÄMINEN

## Johdanto

Hyvän kuntoutuskäytännön tavoitteena on asiakkaan paras mahdollinen ja vaikuttava kuntoutus. Hyvä kuntoutuskäytäntö perustuu näyttöön, joka hyödyntää ja yhdistää vaikutavuustutkimuksista, kuntoutuksen ammattilaisten kokemuksista ja kuntoutujalta tai hänen läheisiltään saatua tietoa sekä ottaa huomioon kuntoutujan yksilölliset tarpeet (Law ym. 2004, 14, Paltamaa ym. 2011, 35). Hyvän kuntoutuskäytännön on tunnistettu perustuvan asiakkaan yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittamiseen, oikeaan ajoitukseen, asiakkaan ongelmien ja vahvuuksien tunnistamiseen, tiedon ja kokemusten soveltamiseen, kuntoutujan ja myös perheen tai omaisten osallistumiseen ja sitoutumiseen sekä järjestelmien avoimeen yhteistyöhön (Paltamaa ym. 2011, 35).

Asiakaslähtöisyys on hyvän kuntoutuskäytännön lähtökohta. Asiakaslähtöisyydellä tässä tarkoitetaan sitä, että asiakkaan tilanne ja tarve määrittävät toimintaa ja että asiakas on aktiivinen toimija omassa kuntoutuksessaan ja sen suunnittelussa. Tämä edellyttää, että kuntoutuja ja ammattilaiset yhteistyössä tunnistavat kuntoutustarpeet, laativat tavoitteet ja suunnittelevat kuntoutumista edistävät toimet. Ammattilaisilta asiakaslähtöisyys edellyttää tiedon ja vallan jakamista kuntoutujan kanssa tavalla, joka mahdollistaa yhteisen päätöksenteon. Olennaista on kuunnella kuntoutujaa ja luoda avointa kommunikointia sekä yhteistä päätöksentekoa mahdollistava

ilmapiiri koko kuntoutusprosessin ajan. Asiakaslähtöisesti työskennellessään ammattilainen ottaa huomioon kuntoutujan kokemukset ja antaa mahdollisuuden tehdä erilaisia valintoja. Tärkeää on, että ammattilainen ylläpitää toivoa. Kuntoutujan ja ammattilaisen kumppanuussuhteesta muodostuu parhaimmillaan tasavertainen, neuvotteleva suhde, johon kumpikin tuo oman asiantuntemuksensa ja jossa muodostetaan yhteinen näkemys ja suunnitelma tarvittavista kuntoutumista edistävistä toimista. (Esim. Corring & Cook 1999, Sumsion & Law 2006, Alaranta ym. 2008, Virtanen ym. 2011.)

Kuntoutusta voidaan seurata useasta näkökulmasta, joita voivat olla muun muassa käytettävien menetelmien ja lähestymistapojen vaikuttavuus, kuntoutuksen tavoitteiden saavuttaminen tai hyvän kuntoutuskäytännön osatekijöiden toteutumisen arviointi. Tietoa voidaan kerätä esimerkiksi kirjallisuuskatsauksen keinoin, käyttämällä erilaisia mittareita ja tilastotietoa tai kuulemalla kuntoutuksen palveluntuottajien tai asiakkaiden mielipiteitä haastattelemalla tai kyselylomakkein. Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden arvioinnissa parhaita asiantuntijoita ovat luonnollisesti asiakkaat itse.

Hyvää kuntoutuskäytäntöä kehitettiin vuosina 2006–2013 Kelan toteuttamassa laajassa kehittämishankkeessa (VAKE-hanke). Hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen arviointi ja kehittäminen edellyttävät seurantamenetelmiä. Kuntoutuskäytännöis-

tä saatua seurantatietoa tarvitsevat kuntoutajat, hoidosta vastaava taho, kuntoutuksen järjestäjä ja kuntoutuksen palveluntuottajat sekä muut kuntoutusalaan kehittävät tahot. Kelassa pidettiin tärkeänä, että hyvän kuntoutuskäytännön kehittämisessä kuullaan asiakkaiden näkemyksiä kuntoutuksen toteutumisesta. Kela käynnisti vuonna 2012 hankkeen, jossa kehitettiin verkkopohjainen, sähköisesti täytettävä, Kelan järjestämän kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden jatkuvaan seurantaan soveltuva kyselylomake. Kyselyyn vastataan ilman henkilötunnuksia ja tiedot käsitellään kuntoutujaryhmittäin. Tiedot tallentuvat Kelan palvelimelle. Kysely mahdollistaa myös palveluntuottajakohtaisen tiedon kertymisen, jolloin palveluntuottajat voivat käyttää tietoa omassa kehittämistyössään.

Tässä katsauksessa kuvataan sähköisesti täytettävän kyselylomakkeen kehittämisen prosessi, kyselylomakkeen eri versioita koskevien tutkimusten tuloksia sekä lopullinen kyselylomake. Hankkeen loppuraportti on luettavissa Kelan internetsivuilla (Karhula & Salminen 2014). Raportissa lopullinen kyselylomake on liitteessä 8.

### **Kyselylomakkeen kehittämisprosessi**

Kyselylomakkeen kehittäminen toteutettiin monivaiheisena systemaattisena prosessina (kuvio 1), jossa noudatettiin kyselylomakkeiden kehittämiseen ja toiseen kulttuuriin siirtämiseen liittyviä hyviä tutkimuskäytäntöjä (esim. Streiner & Norman 2006, Acquardo ym. 2004). Kehittämisprosessista vastasi projektiryhmä ja tutkimuksista tämän katsauksen ensimmäinen kirjoittaja.

Kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä arvioivalta kyselylomakkeelta edellytettiin, että se on lyhyt ja nopea täyttää. Lisäksi projektiryhmä päätti, että uutta kyselyä ei kehitetä ennen kuin on arvioitu, voiko Kelan käyttöön tulevan kyselylomakkeen kääntää tai kehittää olemassa olevien kyselylomakkeiden pohjalta. Kehittämisvaiheessa haluttiin tunnistaa joko sellaisenaan käyttökelpoinen kyselylomake tai yksittäisiä kysymyksiä tai osa-alueita, joita voidaan hyödyntää lopullisessa kyselylomak-

keessa. Kyselylomakkeen kehittämisessä kiinnitettiin huomiota tarkasteltavan ilmiön esiin saamiseen, kysymysten sisällölliseen ymmärrettävyyteen, kyselylomakkeiden psykometriisiin ominaisuuksiin sekä lomakkeiden käytettävyyteen ja käytäntöön soveltuvuuteen.

Kokeiltava kyselylomake muotoutui järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen (Jeglinsky ym. 2013) perusteella kokeiluun valituista kahdesta asiakaslähtöisyyttä arvioivasta kyselylomakkeesta sekä projektiryhmän laatimista, kuntoutuksen laatua ja vaikutuksia koskevista kysymyksistä. Kyselyä kokeiltiin kolmessa vaiheessa. Kaksi ensimmäistä vaihetta muodostivat tutkimuksen varsinaisen tiedonkeruun, ja niihin saatiin Kelan eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Ensimmäiseen tiedonkeruuseen osallistuville annettiin tietoa tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisessa tiedotteessa, minkä lisäksi he allekirjoittivat toisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Toisessa vaiheessa osallistujia tiedotettiin samoin kuin ensimmäisessä vaiheessa, mutta he eivät allekirjoittaneet suostumusta, koska heidän henkilötietojaan ei kysytty tutkimuksen missään vaiheessa. Kolmannessa kokeilussa selvitetiin käyttöön otettavan kyselyn vastaamiseen kuluva aikaa.

Tutkimukseen osallistuvat kuntoutujaryhmät valittiin Kelan järjestämän kuntoutuksen suurimmista asiakasryhmistä. Tutkimukseen osallistui Tules-kurssilaisia (TULES), mielen-terveyskurssilaisia (MT) ja vaikeavammaisten yksilöllisten kuntoutusjaksojen kuntoutujia (VV). Keskenään erilaiset kuntoutujaryhmät monipuolistivat kyselyn laadun ja toimivuuden arviointia. Kyselylomakkeen kokeiluihin osallistuvista kuntoutujista ei kerätty henkilötunnuksia.

### **Kokeiltavat kyselylomakkeet**

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen (Jeglinsky ym. 2013) perusteella kokeiltaviksi valituissa kyselylomakkeissa oli Kelan järjestämään kuntoutukseen soveltuvia kysymyksiä asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin osaluista. Kysymykset kartoittivat kuntoutujan kokemuksia kuulluksi tulemisesta, osalli-



Kuvio 1. Kyselylomakkeen kehittämisprosessi

suudesta, ammattilaisten luotettavuudesta ja asiantuntijuudesta, selkeän ja ymmärrettävän tiedon jakamisesta sekä kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siirtymisestä.

Kanadassa kehitetty Measure of Processes of Care – Adults (MPOC-A) -kyselylomake (Bamm ym. 2010) sisältää 34 kysymystä, joihin vastataan 7-portaisella asteikolla (1 = ei lainkaan, 7 = hyvin paljon). Kysymykset jakautuvat viiteen osa-alueeseen: 1) asiakaslähtöisyyden mahdollistaminen ja kumppanuussuhteessa toimiminen, 2) yleisen tiedon tarjoaminen, 3) erityisen tiedon tarjoaminen, 4) koordinoitu ja kokonaisvaltainen hoito ja 5) kunnioitettava ja tukea antava hoito. MPOC-A käännettiin suomen kielelle kyselylomakkeen kehittäjän luvalla. Kielenkääntäjä ja sisällönasiantuntija tekivät toisistaan riippumattomat käännökset. Projektiryhmä arvioi kahta käännöstä ja alkuperäistä englanninkielistä lomaketta ja muodosti konsensuksen kysymysten muodosta kysymyskohtaisesti. Kyselylomakkeessa ollut lääkitykseen liittyvä kysymys jätettiin pois kokeilusta, koska lääkitys ei ole ensisijaisesti kuntoutuksen vastuualuetta.

Toinen kokeiltava kyselylomake perustuu Taiwanissa kehitettyyn Diabetes Empowerment Process Scale (DEPS) -kyselylomakkeeseen (Chen ym. 2010). Se sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan 5-portaisella asteikolla (5 = täysin eri mieltä ja 1 = täysin samaa mieltä). DEPS-kyselylomake arvioi diabetesta sairastavan henkilön psykososiaalisia valmiuksia huolehtia omaan sairauteensa liittyvistä asioista sekä kartoittaa kokemuksia siitä, miten hänen voimaantumistaan on tuettu hoitoprosessin aikana. DEPS-kyselylomakkeessa on väittämiä (esim. ”Kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeisiini ja tavoitteisiini”), jotka jakautuvat seuraaviin neljään osa-alueeseen: 1) vastavuoroinen osallistuminen, 2) tietoisuuden lisääminen, 3) tarpeellisen tiedon tarjoaminen ja 4) avoin kommunikaatio. Kyselylomakkeen kehittäjä antoi luvan käyttää ja muokata menetelmää kuntoutuksen arviointiin soveltuvaksi. Käännösprosessin ja lomakkeen muokkaamisen kuntoutuksen arviointiin toteutti sisällönasiantuntija projektiryhmän ohjauksessa. Projektiryhmä arvioi käännök-

sen ja muodosti siitä yhteisen näkemyksen. Tässä katsauksessa ja testauksen aikana käytettiin muokatusta DEPS-lomakkeesta nimeä DEPSmod, käyttöön otettava lomake nimettiin myöhemmin uudelleen.

Kahteen kyselyyn sisältyvien kysymysten lisäksi projektiryhmä halusi kysyä kuntoutuksen näkemyksiä kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta, siitä, miten kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeisiin, henkilökunnan ammattitaidosta sekä kuntoutuksen vaikutuksista. Näiden kuuden lisäkysymyksen väittämiin vastattiin 5-portaisella asteikolla (5 = täysin eri mieltä, 1 = täysin samaa mieltä).

### **Kokeilun toteutuminen ja eri vaiheiden tulokset**

Ensimmäinen kokeilu: Kahden lomakkeen ja lisäkysymysten testaaminen

Ensimmäisen kokeilun sähköinen kysely koostui MPOC-A-kyselystä, DEPSmod-kyselystä ja projektiryhmän laatimista lisäkysymyksistä. Kyselylomake sisälsi tässä vaiheessa 54 kysymystä. Taustatietoina kysyttiin kuntoutujan syntymävuosi, sukupuoli, kuntoutuspaikka, jossa kuntoutus toteutui, sekä kuntoutuksen muoto. Kokeilussa kartoitettiin kymmenen VV-kuntoutujan ja yhdeksän TULES-kuntoutujan näkemyksiä kyselylomakkeen kysymysten (n = 54) ja käsitteiden ymmärrettävyydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta. Kuntoutuja vastasi itsenäisesti ja anonymisti sähköisessä muodossa toteutettuun kyselyyn, minkä jälkeen tutkija haastatteli kuntoutujaa kognitiivisen haastattelun menetelmällä (Godenhjelm 2002). Haastattelun teemat olivat: 1) kysymysten, käytettyjen termien, käsitteiden ja vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyys, 2) niiden tarkoituksenmukaisuus sekä 3) kysymyksiin vastaamisen koettu raskaus ja ponnistelun määrä.

Kyselyyn vastaamiseen ja sen jälkeiseen haastatteluun kului aikaa kuntoutujittain vaihdellen 30–90 minuuttia. TULES-kuntoutujat arvioivat sekä kysymykset että vastausvaihtoehdot ymmärrettäviksi ja kyselyyn vas-

taamisen helpoksi, eivätkä he tarvinneet apua kyselyyn vastaamiseen. VV-kuntoutujien arvioissa oli enemmän vaihtelua ja myös heidän tarvitsemansa apu kyselyn täyttämisesä vaihteli. Kyselyyn vastaaminen ei vaatinut erityistä ponnistelua edes niiden henkilöiden mielestä, jotka tarvitsivat fyysisten rajoitteiden vuoksi enemmän apua ja joilla vastaaminen kesti pidempään kuin muilla.

Ensimmäisen kokeiluvaiheen tulosten perusteella projektiryhmä teki kyselylomakkeeseen kokeilussa esille tulleet, tarvittavat muutokset. Vastauskaalojen suunnat tarkistettiin ja yhdeksi vastausvaihtoehdoksi kaikkiin kysymyksiin lisättiin ”ei koske minua”. Kyselyn loppuun lisättiin kysymys kyselyyn vastaamiseen tarvitusta avusta. Lisäksi laadittiin kysymyksiä, jotka liittyivät ICF-luokituksen ”suoritus ja osallistuminen” -osa-alueen pääluokkiin sekä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Tässä vaiheessa kyselylomake sisälsi 63 kysymystä.

#### Toinen kokeilu: 63 kysymyksen testaaminen

Toisessa kokeilussa arvioitiin kokeiltavien kyselylomakkeiden psykometrisiä ominaisuuksia, kyselylomakkeen kysymysten (n = 63) toimivuutta, lomakkeiden käytettävyyttä ja soveltuvuutta kuntoutuksen seurantaan. Tiedonkeruuseen osallistui 12 Kelan järjestämän kuntoutuksen palveluntuottajaa. Tiedonkeruu toteutettiin sähköisessä muodossa kuntoutuksen päätösjaksolla. Palveluntuottajat tiedottivat kyselystä 858 kuntoutujalle. Kyselyyn vastasi 554 kuntoutujaa 19.9.2013–4.4.2014 välisenä aikana. Vastausprosentti oli 65. Vastajaista kaksi kolmasosaa oli naisia ja vastaajien keski-ikä oli 52 vuotta.

*Psykometrinen ominaisuuksien tarkastelu.* Hyvä kyselylomake mittaa kattavasti ja tehokkaasti sitä ilmiötä, jota kyselyn toivotaan mittaavan (validiteetti) niin, että mittaaminen on mahdollisimman luotettavaa ja tarkkaa (reliabiliteetti) (Metsämuuronen 2006, Heikkilä 2008). Kokeiltavien kahden kyselyn validiteetin tarkastelussa keskityttiin kyselyiden rakenteiden arviointiin (konstruktio- eli rakenne-

validiteetti) ja sen arviointiin, mittaako kaksi kyselyä samaa asiaa (rinnakkaisvaliditeetti). Kyselyiden rakenne eli kysymysten liittyminen tiettyihin osa-alueisiin (eli faktoreihin) on tiedossa, minkä vuoksi tarkastelun kohteena on se, voiko suomen kielelle käännettyjen kyselyiden rakenteita pitää samoina kuin alkuperäisiä. Rakennevaliditeetin tarkastelu toteutettiin konfirmatorisella faktorianalyysillä. Lisäksi tarkasteltiin kyselyn osioiden keskimääräisen sopivuusindeksin (person infit) avulla, että kyselyiden rakenne on sama kaikilla kokeiluun osallistuvilla asiakasryhmillä. Rinnakkaisvaliditeetin tarkastelussa käytettiin kyselyiden välisten korrelaatioiden tarkastelua.

Kyselyiden osa-alueiden reliabiliteettia tarkasteltiin osa-alueiden yhteneväisyyden eli konsistenssin osalta käyttäen tunnuslukuina Cronbachin alfaa, joka perustuu muuttujien välisten korrelaatioiden laskemiseen. Mitä suurempi on alfan arvo, sitä yhtenäisempi on kysely. On esitetty, että arvon tulisi olla yli 0,7 (Heikkilä 2008), mutta yksiselitteisiä raja-arvoja ei ole olemassa. Mitä suurempi on otoskoko, sitä luotettavampi on myös alfan arvo (Metsämuuronen 2006).

Konfirmatorisessa faktorianalyysissä MPOC-A- ja DEPSmod-kyselylomakkeiden teoreettiset rakenteet eli MPOC-A:n viiden osa-alueen rakenne ja DEPSmod:n neljän osa-alueen rakenne vahvistuivat tällä aineistolla. Kyselylomakkeiden osiot korreloivat keskenään, mikä onkin odotettavissa, koska eri osiot mittaavat saman ilmiön eri ulottuvuuksia. Konfirmatorisessa faktorianalyysissä myös kummankin lomakkeen yhden faktorin yleisfaktorimallit vahvistuivat, eli myös kyselyiden kokonaispistemäärää voi käyttää kuvaamaan kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden toteutumista.

Kummankin kyselylomakkeen eri osioiden ja koko kyselyiden faktorilataukset (vaihdellen 0.60 - 0.91) ja selitysasteet (vaihdellen osiottain 0.36 - 0.83) olivat korkeat. Myös osa-alueiden ja koko kyselyiden reliabiliteetit olivat hyvät arvioituna Cronbachin alfalla (0.43 - 0.93). Kyselyiden rinnakkaisvaliditeetti oli hyvä. MPOC-A:n ja DEPSmod:n summapistemäärien välinen korrelaatio oli tilastollisesti

merkitsevä ( $p < 0.001$ ). Kumpikin kyselylomake toimi samoin riippumatta vastaajan sukupuolesta tai iästä.

Eri ryhmiä verrattaessa MPOC-A-kyselyn osioiden keskimääräisen sopivuusindeksin (person infit) vertailut osoittivat, että VV-kuntoutujien ryhmä erosi selkeimmin muista ryhmistä (kaikki ryhmävertailut  $p < 0.001$ ). Merkitsevä ero löytyi myös TULES-kuntoutuskurssille osallistuneiden välillä verrattaessa työssä olevia työstä poissa oleviin ( $p = 0.009$ ). DEPSmod-kyselyssä eri ryhmien keskimääräisissä sopivuusindekseissä ei havaittu eroja ryhmien välillä. Näin ollen DEPSmod toimi eri ryhmillä paremmin kuin MPOC-A.

*Kyselylomakkeen käytettävyyden ja soveltuvuuden tarkastelu.* Kyselylomakkeen käytettävyyttä ja soveltuvuutta kuntoutuksen seurantaan tarkasteltiin kyselyn täyttämiseen tarvittua avun, kyselyn vastaamiseen kuluneen ajan sekä palveluntuottajien kokemusten näkökulmista. Avun tarvetta kyselyyn vastaamisessa kysyttiin kuntoutujilta kyselylomakkeen lopussa. Kyselyyn vastaamiseen kulunut aika kirjautui automaattisesti kuntoutujan vastatessa kyselyyn. Palveluntuottajien kokemuksia kartoitettiin toisen kokeiluvaiheen loputtua kyselyllä, jossa kysyttiin palveluntuottajien näkemyksiä kyselyn käytännön toimivuudesta sekä kehittämisehdotuksia kyselyn sisällyttämisestä kuntoutusjakson ohjelmaan. Palveluntuottajille sähköpostitse lähetettyyn kyselyyn vastasi 11 palveluntuottajaa 12:sta. Kahdeksan palveluntuottajaa vastasi TULES-kursseja, viisi MT-kursseja ja neljä VV-jaksoja koskeviin kysymyksiin. Palveluntuottajien vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä tuomalla esille yhtenevät ja eriävät näkemykset (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Suurin osa (88 %) kuntoutujista täytti sähköisen kyselylomakkeen itsenäisesti. Eniten apua tarvitsivat VV-kuntoutajat, joista 40 prosenttia tarvitsi jonkinlaista apua. Yleisimmin he tarvitsivat apua kysymysten lukemiseen ja tietokoneen hiiren käyttämiseen. Vastaamiseen kulunut mediaaniaika oli VV-kuntoutujilla 18 minuuttia, TULES-kuntoutujilla 10 minuuttia ja MT-kuntoutujilla 12 minuuttia.

*Käytännön toteutus ja tiedottaminen.* Yhdeksän palveluntuottajaa arvioi, että sähköiseen kyselyyn vastaaminen onnistui kuntoutujilta helposti. Kaksi palveluntuottajaa ilmoitti, että ATK-tilojen puutteet haittasivat kyselyn täyttämistä. TULES- ja MT-kuntoutujille kyselystä tiedotettiin ryhmäkohtaisesti kurssin tuloinfossa ja/tai kirjallisesti kurssin viimeisen jakson alussa. VV-kuntoutujille kyselystä tiedotettiin henkilökohtaisesti kirjallisesti tai tuloinfossa, yksi palveluntuottaja tiedotti kyselystä ryhmäkohtaisesti infotilaisuuden yhteydessä. Tiedottamisen koettiin hoituneen sujuvasti.

*Vastaamisajankohta ja sijoittaminen kurssiohjelmaan.* Lähes kaikki TULES- ja MT-kuntoutajat vastasivat kyselyyn ryhmän päätös-palaverin yhteydessä osana kurssiohjelmaa. Yksi palveluntuottaja oli järjestänyt kyselyyn vastaamisen kurssiohjelman ulkopuolelle, jolloin vastausprosentti jäi heikommaksi kuin muissa paikoissa. VV-kuntoutujien kyselyyn vastaaminen toteutui parhaiten yksilöllisesti omaohjaajan palautekeskustelun yhteydessä, jolloin myös vastausprosentti oli ryhmätilan-teissa vastaamiseen verrattuna parempi. Yksi palveluntuottaja ehdotti, että kokeiltaisiin kyselyn täyttämistä kotona.

*Henkilöstön ajankäyttö ja kuntoutujien motivointi.* Palveluntuottajat arvioivat, että TULES- ja MT-kuntoutujien informointiin ja ohjaamiseen kului melko vähän aikaa (vaihdellen yhdestä minuutista 20 minuuttiin). Kuntoutujien motivointi koettiin pääosin helpoksi, vaikka kaksi palveluntuottajaa kertoi kuntoutujien kokevan, että heillä teetetään liikaa kyselyitä. Kyselyyn vastaamisen prosentti oli korkeampi niissä kuntoutuspaikoissa, joissa informointiin oli käytetty enemmän aikaa. VV-kuntoutujien tiedottamiseen ja ohjaamiseen kulunut aika vaihteli kuntoutujakohtaisesti, osa oli tarvinnut runsaasti apua ja työntekijän aikaa, osa ei juuri ollenkaan.

*Kyselyn hyödynnettävyys palveluntuottajan toiminnassa ja suhde asiakaspalautejärjestelmään.* TULES- ja MT-kuntoutusta toteuttavista palveluntuottajista suurin osa koki, että kysely on hyödynnettävissä, yksi ei nähnyt kyselyn tuovan lisähyötyä omiin palautekes-



kusteluihin ja kaksi palveluntuottajaa oli epävarmoja. Palveluntuottajat korostivat, että kysymysten tulee olla tarkkaan mietittyjä, jotta kyselystä saatu palaute auttaa kehittämään työryhmän jäsenten työskentelyä. Hyödynnettävyyden ehtona koettiin, että kyselyjen palveluntuottajakohtaisten tulosten tulisi olla palveluntuottajien saatavilla helposti ja säännöllisesti. VV-kuntoutusta toteuttavat palveluntuottajat pitivät kyselyä hyödynnettävänä ja oman toiminnan kehittämiskohteita esille nostavana. Kyselyn suhteesta kuntoutuspaikkojen omaan asiakaspalautejärjestelmään saatiin monenlaisia arvioita. Osa palveluntuottajista koki, että kuntoutuspaikkojen omat palautekyselyt kohdentuvat eri asioihin. Osa koki, että kyseisiä asioita kysytään kuntoutuji- ta, mutta ei systemaattisesti. Osa ilmaisi, että kokeiltavassa sähköisessä kyselyssä ja omissa palautekyselyissä on päällekkäisyyttä.

#### Kolmas kokeilu:

##### Lopullisen lomakkeen testaus

Lopulliseksi lomakkeeksi toisen kokeiluvaiheen tulosten perusteella päädyttiin ottamaan DEPSmod-kyselylomake ja täydentävät lisäkysymykset, jotka liittyvät kuntoutujan tarpeisiin vastaamiseen. Lomakkeen täyttämiseen kulunutta aikaa testattiin pienellä otoksella kuntoutujia (VV-kuntoutujia 13 ja TULES-kuntoutujia 9). VV-ryhmällä vastaamiseen kului aikaa keskimäärin 13 minuuttia (mediaani 11 minuuttia) ja enimmillään 31 minuuttia. TULES-kuntoutujat vastasivat kyselyyn keskimäärin neljässä minuutissa (mediaani neljä minuuttia), ja hitainkin vastaaja käytti aikaa ainoastaan viisi minuuttia.

#### Yhteenveto

Hankkeen tavoitteena oli kehittää Kelan järjestämän kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden seurantaan soveltuva sähköinen kyselylomake, jonka kuntoutuja täyttää kuntoutusjakson lopussa.

Kehitettävältä kyselylomakkeelta edellytettiin, että se kohdentuu kuntoutuksen aikaisen kuntoutuskäytäntöjen asiakaslähtöisyy-

den arviointiin ja on helppokäyttöinen, sujuvasti kuntoutusjakson kokonaisuuteen nivoutuva, riittävän lyhyt ja samalla kattava sekä psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyvä.

Kyselylomakkeen kohdentumista varmistettiin analysoimalla kysymysten sisältöjä ja määrää kaikissa kehittämissvaiheissa. Toisen kokeiluvaiheen tulokset kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden toteutumisesta kertoivat myös osaltaan siitä, kohdentuiko kysely oikeisiin asioihin. Käyttäjäystävällisyyttä kehitettiin muun muassa sen perusteella, miten paljon vastaaminen vei aikaa ja vaati apua sekä mitä näkemyksiä palveluntuottajilla oli lomakkeen toimivuudesta. Psykometrisiä ominaisuuksia arvioitiin toisessa kokeiluvaiheessa.

MPOC-A- ja DEPSmod-kyselylomakkeet osoittautuivat psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyväksyttäväksi. MPOC-A kyselylomake ja sen osa-alueet sisältävät verrattain paljon kysymyksiä, mikä voi heikentää kyselylomakkeen luotettavuutta. Kun tarkasteltiin kyselyiden soveltuvuutta kuntoutuksen seurantaan psykometristen ominaisuuksien näkökulmasta, vaikutti siltä, että DEPSmod-kyselyä voisi käyttää sellaisenaan. MPOC-A:n käyttökel- poisuutta seurannan välineenä heikensi kysymysten suuri määrä, 34 kysymystä, verrattuna DEPSmod:n 15 kysymykseen.

Toisen kokeilun jälkeen valittiin käytäntöön sopivaksi DEPSmod-kyselylomake täydentävine lisäkysymyksineen. Lopullinen kyselylomake koostuu 19 kysymyksestä.

Kyselyn kehittäminen oli lähes kahden vuoden pituinen prosessi, joka toteutettiin systemaattisesti kokeiluvaiheiden ja niistä saatavan tiedon avulla. Prosessin toteutti projektiryhmä, joka koostui useiden alojen asiantuntijoista. Lähes 600 kuntoutujaa osallistui kyselyn kehittämisprosessiin vastaamalla kolmessa kokeiluvaiheessa toteutettuihin kyselyihin 12 kuntoutuslaitoksessa. Pääosin palveluntuottajat sitoutuivat tiedonkeruuseen hyvin. Kyselylomakkeen kehittämisprosessi psykometrisine tarkasteluineen oli poikkeuksellisen perusteellinen moniin muihin Suomessa kuntoutuksen vakiintuneessa käytössä oleviin arviointimenetelmiin verrattuna.

Ensimmäisessä ja toisessa kokeilussa olleet sähköiset kyselyt olivat huomattavasti pidempiä kuin käyttöön otettava kysely. On mahdollista, että keskittyminen verrattain pitkään kokeiluvaiheen kyselyyn on saattanut olla vaikeaa osalle kuntoutujista. Koska kokeiluvaiheen kyselyt muutenkin poikkesivat lopullisesta kyselystä, on tarkoituksenmukaista tarkastella lopullisen lomakkeen validiteettia ja reliabiliteettia uudelleen, kun lomakkeella kerättyä aineistoa karttuu.

Subjekttiivisten arviointimenetelmien käyttöön liittyy aina harhan riskejä. Yksilön omat sisäiset standardit ja arvot saattavat muuttua ajan kuluessa (Schwartz 2010). Arviointi voi vaihdella myös tilannekohtaisesti, esimerkiksi kiire tai arvioijan mieliala voivat vaikuttaa arviointiin. Arvioitavan tapahtuman ja arviointitilanteen välinen aika vaikuttavat myös arviointiin. Toisaalta ryhmätason arvioinneissa tilannekohtaisuudet yleensä tasoittuvat. Osa vaikeavammaisten yksilöllisille kuntoutusjaksoille osallistuneista kuntoutujista tarvitsi apua kyselyn täyttämiseen. Palveluntuottajan edustajan läsnäolo on saattanut heidän osaltaan vaikuttaa vastauksiin.

Kun Kela ottaa kyselyn käyttöön, tarvitaan selkeä ohjeistus siitä, miten ja missä vaiheessa kysely tulee täyttää ja mitkä ovat palveluntuottajan tehtävät. Kysely on tarkoitettu ensisijaisesti kehittämisen välineeksi. Palveluntuottajat saavat näin tietoa, miten asiakaslähäinen kuntoutusprosessi heidän laitoksessaan toteutuu ja he voivat verrata tietoa kuntoutuspaikkojen keskimääriäisiin tuloksiin. Säännöllinen palautetieto motivoi palveluntuottajia kyselyn käyttöön. Kyselystä saadaan tietoa myös Kelan järjestämän kuntoutuksen määrittelyyn, suunnitteluun ja kehittämiseen sekä standardien laatimiseen. Suunnitteilla on lisäksi, että kuntoutujille voidaan tarjota tietoa palveluntuottajan toteuttamasta kuntoutuksesta kuntoutuspaikan valinnan tueksi. Kehittämistyötä jatketaan kokeilemalla lomaketta myös muilla asiakasyhmillä.

Käyttöön valittu DEPS-lomake lisäkysymyksineen tullaan liittämään osaksi Kelassa parhaillaan kehitettävää laajempaa sähköistä tiedonkeruujärjestelmää (AKVA), jolla kerä-

tään tietoa Kelan järjestämän kuntoutuksen seuraamiseksi ja kehittämisen tueksi. Lomakkeelle on annettu tässä yhteydessä nimeksi KAARI, joka viittaa kuntoutuksen asiakaslähäisyyden arviointiin.

*Kiitokset kuntoutujille ja palveluntuottajille, jotka osallistuivat tiedonkeruun eri vaiheisiin. Kiitämme projektiryhmän muita jäseniä, jotka ovat Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmästä Tuulikki Karhu, Seija Sukula, Veli-Matti Vaden ja Irja Kiisseli, Kelan terveysosaston lääkäriryhmästä Paula Melart ja Tanja Laukka-la, Kelan tutkimusosastolta Annamari Tuulio-Henriksson ja Iлона Autti-Rämö sekä lisäksi Ira Jeglinsky-Kankainen (Ammattikoulu Arcada) ja Sinikka Peurala (Validia Kuntoutus Lahti). Kiitokset myös Kelan tutkimusosaston Vesa-Pekka Juutilaiselle, joka vastasi lomakkeen siirtämisestä sähköiseen muotoon sekä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen Timo Törmäkankaalle, joka antoi tukea tilastollisten analyysien toteuttamisessa. Tutkimusyhteistyöstä kiitämme Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenteriä.*

**Maarit Karhula, tt, TtM, TKI-asiantuntija, Mikkelin ammattikorkeakoulu**

**Riikka Peltonen, sh, kuntoutuksen ohjaaja, pääsuunnittelija, Kela, terveysosasto, kuntoutusryhmä**

**Tiina Suomela-Markkanen, LL, asiantuntija-lääkäri, Kela, terveysosasto, lääkäriryhmä**

**Anna-Liisa Salminen, tt, PhD, dosentti, johtava tutkija, Kela, tutkimusosasto**

## Lähteet

- Acquardo C, Conway K, Giroudet C, Mear I (2004) Linguistic validation manual for patient-reported outcomes (pro) instruments. Lyon: Mapi Institute.
- Alaranta H, Lindberg H, Holma T (2008) Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen P, Kallaranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Bamm EL, Rosenbaum P, Stratford P (2010) Validation of the Measure of Processes of Care for Adults: A measure of family-centeredness of health care services. *Int J Qual Health Care* 22, 302 - 309.
- Chen M-F, Wang R-H, Cheng C-P, Chin C-C, Stocker J, Tang S-M, Chen S-W (2010) Diabetes Empow-



- erment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version. *J Adv Nurs* 67, 204 - 214.
- Corring D, Cook J (1999) Client-centered care means that I am a valued human being. *Can J Occup Ther* 66, 71 - 82.
- Godenhjelm P (2002) Kognitiiviset haastattelut. Teoksessa Ahola A, Godenhjelm P, Lehtinen M (toim.) Kysymisen taito. Surveylaboratorio lomaketutkimusten kehittämisessä. Tilastokeskus. Katsauksia 2002/2.
- Heikkilä T (2008) Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Jeglinsky I, Karhula M, Autti-Rämö I (2013) Kuntoutusprosessi kuntoutuajan arvioimana. *Kuntoutus* 36, 37 - 52.
- Karhula M, Salminen A-L (2014) Kyselylomake kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Julkaisematon raportti, luettavissa: [http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Loppuraportti\\_HKK-kyseley\\_03102014.pdf/55c2b0f0-697d-4307-9a9c-971d03266f74](http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Loppuraportti_HKK-kyseley_03102014.pdf/55c2b0f0-697d-4307-9a9c-971d03266f74)
- Law M, Pollock N, Stewart D (2004) Evidence-based occupational therapy: concepts and strategies. *New Zealand J Occup Ther* 51, 14 - 22.
- Metsämuuronen J (2006) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (2011) (toim.) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 35 - 36.
- Schwartz C (2010) Applications of response shift theory and methods to participation measurement: a brief history of a young field. *Arch Phys Med Rehabil* 91 (Suppl 1), 38 - 43.
- Streiner DL, Norman GF (2006) Health measurement scales. A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press.
- Sumsion T, Law M (2006) A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Can J Occup Ther* 73, 153 - 62.
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P, Suokas M (2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekesin katsaus 281. <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMIS-TOIMINTA/TOIMKYKIKAAANTYMINEN/HANKE-HALLINTO124270/MUUT124539/LIITE%202%20MATKAOPAS%5B1%5D.PDF> poimittu 11.7.2014.