

KUNTOUTUSPROSESSI KUNTOUTUJAN ARVIOIMANA

Johdanto

Kuntoutuminen on muutosprosessi, jonka tavoite on toimintakyvyn parantaminen tai ylläpito, itsenäisen selviytymisen mahdollisuuksien lisääminen ja yksilöä voimaannuttavan hyvinvoinnin kasvattaminen. Lapsilla ja nuorilla tavoitteena on lisäksi oppimisen ja opiskelujen mahdollisuuksien parantaminen, työikäisillä työllistymisen ja työelämässä pysymisen edellytysten parantaminen ja ikään-tyneillä kotona asumisen mahdollistaminen. Kuntoutustoimenpiteet kohdistuvat täten niin yksilöön kuin ympäristöönkin. Kuntoutus on suunnitelmallista, pitkäjänteistä ja usein monialaista toimintaa (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002).

Kuntoutuminen edellyttää henkilön yksilöllisiä tarpeita vastaavaa saumatonta palvelukokonaisuutta, jossa edetään prosessinomaisesti. Kuntoutusprosessin ominaisuuksiin kuuluvat muun muassa tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, kuntoutujakeskeisyys, voimavara-lähtöisyys ja pitkäjänteisyys (Järvikoski & Karjalainen 2008). Kuntoutumisen kannalta tärkeitä tekijöitä hoito- tai kuntoutusprosessissa ovat muun muassa suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen, sujuva/tasaveroinen vuorovaikutus ammattilaisten kanssa sekä tiedon saaminen omasta sairaudesta, tulevaisuudesta ja kuntoutusmahdollisuuksista (Holliday ym. 2007). Lisäksi kuntoutuksen tulee olla voimaannuttavaa, koordinoitua ja vastattava yksilöllisiin tarpeisiin (Fizpatrick ym. 2006).

Kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutus-

käytännön mukaista. Tällöin kuntoutus pohjautuu tieteelliseen vaikuttavuustietoon tai vakiintuneeseen ja kokemusperäisesti perusteltuun kuntoutuskäytäntöön. Kuntoutuksen tulee myös perustua erityisasiantuntemukseen ja -osaamiseen (Paltamaa ym. 2011). Hyvä kuntoutuskäytäntö on aina myös asiakaslähtöistä tai perhekeskeistä (Leplege ym. 2007; Bamm & Rosenbaum 2008). Kuntoutustoiminta, jossa asiakas on keskipisteenä ja aktiivisena osallistujana, on määritelty monella eri tavalla kirjallisuudessa: yhdyssanojen määriteosilla potilas-, asiakas-, henkilö- ja perhe- sekä edusosilla -orientoitunut, -lähtöinen, -keskeinen, -osallisuus (Corry & Cook 1999, Cott 2004, Leplege ym. 2006). Suomenkielisessä kirjallisuudessa mainitaan käsitteet asiakas-keskeinen ja asiakaslähtöinen lähestymistapa (Aho 2007, Paltamaa ym. 2011, Vilkkumaa 2012). Näiden käsitteiden määrittelyissä ja käytössä vaikuttaa olevan ristiriitaisuuksia, koskien esimerkiksi palveluiden kehittämistä ja tarjontaa, osallistumista ja kuluttajapalvelua. Käsitteitä käytetään myös synonyymeinä ja eri konteksteissa eri tavoin (Virtanen ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa käytämme termiä asiakaslähtöinen kuntoutus. Tällä tarkoitamme sitä, että kuntoutuja nähdään ainutlaatuisena yksilönä, joka on oman elämänsä asiantuntija, ja sitä kautta kantaa myös vastuuta omasta voinnistaan ja toiminnastaan. Kuntoutuksen ja sen suunnittelun tulee perustua kuntoutujan tarpeiden huomioimiseen. Tällöin kuntoutuja osallistuu tasavertaisena toimijana ammattilaisten kanssa niin kuntoutusproses-

sin suunnitteluun kuin sen toteutukseen. Tasa-vertaisuus ja avoin vuorovaikutus herättävät molemminpuolista luottamusta, sekä edesauttavat kuntoutujan voimaantumista (Sumsion & Law 2006, Leplege ym 2007, Järvikoski & Karjalainen 2008, Virtanen ym. 2011).

Kuntoutujan subjektiivisen kokemuksen huomioiminen on viime vuosina nostettu tärkeäksi arvoksi sekä hoidossa että kuntoutuksessa, ja kuntoutujan mielipiteitä on kuultu palvelujen sisältöä ja laatua kehitettäessä (Vrijhoef ym. 2009). Kuntoutusprosessin sujuvuus on yksi osa kuntoutuksen laatua. Laadun arviointi on moniulotteista, ja sitä on määritelty kirjallisuudessa monella eri tavalla. Yhteistä määritelmille on se, että kuntoutujan ääni – kuntoutujalle merkitykselliset tekijät kuntoutusprosessissa – on noussut tärkeäksi osaksi laadun arviointia (Larsson & Larsson 2002, Vrijhoef ym. 2009). Perinteisesti terveys- ja kuntoutuspalvelujen laatua on arvioitu rakenteen, prosessin tai vaikuttavuuden näkökulmista. Rakenteellisista näkökulmista selvitetään esimerkiksi palvelujen saatavuutta ja hoito- tai kuntoutuspalvelujen koordinoitua. Prosessin arvioinnin keskiössä on hoidon tai kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus esimerkiksi suhteessa asiakkaan tarpeisiin sekä palvelun ajoitukseen ja sijaintiin. Vaikuttavuuden näkökulmaa edustaa lähinnä hoidon tai kuntoutuksen tuloksiin perustuvien vaikutusten arviointi (Campbell ym. 2000, Parchman ym. 2005). Jotta kuntoutus voi olla vaikuttavaa ja tuloksellista, sen eri vaiheet ja prosessit on nivottava sujuvasti toisiinsa (Alaranta ym. 2008, Paltamaa ym. 2011).

Kela on viime vuosina eri hankkeissa selvittänyt kuntoutuksen nykykäytäntöjä tavoitteena kuntoutusprosessin kehittäminen eri kuntoutustoimenpiteissä (esimerkiksi vaikeavammaisten kuntoutus, työikäisten kuntoutus, mielenterveyskuntoutus). Kuntoutuksen kehittämishankkeissa on todettu, että kuntoutuksen prosessinomaisessa etenemisessä on selkeitä puutteita (Hokkanen ym. 2009, Paltamaa ym. 2011, Jeglinsky ym. 2012). Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen hänen arkiympäristöönsä ovat kuntoutuksen ydinkysymyksiä (Valtioneuvoston

kuntoutusselonteko 2002). Kuntoutujan oma näkemys ja kokemus kuntoutusprosessin sujuvuudesta sekä sen hyödyntämisestä omassa arjessa, kokemus kuulluksi tulemisesta ja arvostamisesta sekä kuntoutuksen vastaaminen omiin tarpeisiin ovat keskeisiä osa-alueita, jotka on useimmiten tunnistettu tärkeiksi hoidon tai kuntoutuksen prosessin laatua arvioitaessa. Nämä niin sanotut keskeiset ulottuvuudet ovat alueita, jotka kuvaavat hyvää kuntoutuskäytäntöä kuntoutusprosessin eri vaiheissa (Davies & Ware 1988, Edgman-Levitan & Cleary 1996, Castle ym. 2005). Nämä ulottuvuudet kuitenkin huomioidaan toistaiseksi heikosti. Asiakkaan mielipide ei tule riittävästi huomioiduksi kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa, jolloin itse kuntoutumisen prosessi ei perustu kuntoutujan tarpeisiin eikä asiakaslähtöisyys toteudu (Hokkanen ym. 2009, Paltamaa ym. 2011, Jeglinsky ym. 2012). Tämän vuoksi Kelassa todettiin tarve kartoittaa olemassa olevia arviointimenetelmiä, jotka huomioisivat asiakkaan näkemyksen saamastaan kuntoutuspalvelusta.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tunnistaa hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen seurantaan soveltuvia arviointimenetelmiä, joissa arviointi tapahtuu kuntoutujan näkökulmasta. Erityisesti tavoitteena on tunnistaa menetelmiä, jotka soveltuvat Kelan yli 16-vuotiaille järjestämisen ja usein moniammatillisesti toteutetun kuntoutuksen arviointiin. Nämä arviointimenetelmät soveltuvat myös julkisen terveydenhuollon ja muiden vakuutuslaitosten järjestämisen pitkäkestoisen (vähintään 6 kuukautta kestävä) sekä moniammatillisesti toteutetun ja koordinoitua vaativan kuntoutusprosessin arviointiin.

Tutkimuksessa pyrittiin saamaan vastaus seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisia kuntoutusprosesseja arvioivia menetelmiä tai mittareita, joissa huomioidaan asiakkaan tai kuntoutujan näkökulma, on olemassa?
- 2) Miten hyvän kuntoutuskäytännön asiakaslähtöiset ominaisuudet on määritelty arviointimenetelmissä ja mittareissa?

Menetelmät

Tutkimus toteutettiin järjestelmällisenä kirjallisuuskatsauksena (Autti-Rämö & Grahn 2007, Duodecim 2013). Sähköisistä tietokannoista haettiin tutkimuksia, joissa oli käytetty kuntoutusta, kuntoutusprosessia tai kuntoutuskäytäntöä arvioivia menetelmiä kuntoutujan näkökulmasta katsottuna. Hakustrategia perustui kysymykseen "What kind of measurements exist that can be used for the evaluation of the rehabilitation process"? Haku toteutettiin Kelassa (IAR, SR) marras-joulukuussa 2012 hakusanoilla "process of care" OR "rehabilitation process" OR "rehabilitation" OR "delivery of health" OR "health care" AND "Consumer Satisfaction" OR "Patient Satisfaction" OR "Personal Satisfaction" OR "Outcome" and "Process Assessment" AND Psychometrics AND "questionnaire" OR "Needs Assessment". Haut tehtiin seuraavista tietokannoista: PubMed, Cochrane, Cinahl, PsychInfo, SocIndex, Sociological Abstracts, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA) ja Medic ilman aikarajausta. Mukaanottokriteerit täyttävien artikkeleiden lähdeluetteloista etsittiin muita mahdollisia kriteerit täyttäviä arviointimenetelmiä. Hakutulokset rajattiin englannin-, ruotsin-, saksan- ja suomenkielisiin tietueisiin.

Valintakriteerit

Koska artikkeleissa ei aina erotettu kuntoutusta hoidosta ja kummassakin prosessissa on samoja elementtejä asiakkaan kokemuksen näkökulmasta, hyväksyttiin tarkempaan arviointiin myös pitkäaikaissairaiden henkilöiden hoitoprosessia arvioivia menetelmiä. Ensimmäisen vaiheen mukaanottokriteerit laadittiin täten niin, että niiden perusteella valikoituisi koko tekstin tarkasteluun mahdollisimman kattavasti asiakkaan/potilaan/kuntoutujan kuntoutus- tai hoitoprosessin aikaisia kokemuksia käsitteleviä artikkeleita. Ensimmäisessä vaiheessa (artikkelin otsikon ja abstraktin perusteella tehtävä valinta) mukaan otettiin artikkelit, joissa 1) arvioidaan yli 16-vuotiaiden henkilöiden kuntoutus- tai hoitoprosessia ja 2) näkökulma on asiakkaan/

potilaan/kuntoutujan kokemuksessa.

Toisessa vaiheessa (koko artikkelitekstin perusteella tehtävä valinta) mukaanottokriteereinä olivat yllä esitettyjen lisäksi seuraavat: 3) menetelmä/mittari on geneerinen ja standardoitu ja 4) menetelmä/mittari kattaa kuntoutusprosessin ominaisuuksia moniulotteisesti.

Kuntoutusprosessin ominaisuuksiksi katsottiin asiakaslähtöisyys kuntoutusprosessissa (tavoitteellinen tapahtumasarja, tiedottaminen/tiedon jakaminen, yhteinen päätöksenteko, osallistuminen kuntoutusprosessiin ja tarjonnan vastaaminen tarpeeseen). Organisaatiotasolla kuntoutusprosessin ominaisuuksia ovat esimerkiksi prosessin sujuvuus ja koordinointi. Artikkelien valinnan tekivät kaksi tutkijaa (IJ ja IAR).

Aineiston analysointi

Mukaan otetuista artikkeleista poimittiin kustakin mittarista seuraavat tiedot: 1) arviointimenetelmän koko nimi ja maa jossa se on kehitetty 2) arviointimenetelmän tarkoitus, 3) kysymysten määrä ja ulottuvuudet 4) käyttötapa ja 5) validiteetti sekä reliabiliteetti. Mikäli artikkelin yhteydessä ei ollut esitetty arviointimenetelmää, se etsittiin lähdetietojen perusteella.

Valittujen arviointimenetelmien kysymykset luokiteltiin käyttäen teorialähtöistä sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Huomio kohdistui siihen, millaisia yksittäisiä kysymyksiä asiakkailta kysytään asiakaslähtöisyyden selvittämiseksi. Ensin kaksi tutkijaa (IJ, MK) arvioi itsenäisesti arviointimittarien sisältöä ja luokitteli mittareiden kysymykset seuraaviin viiteen, hyvää kuntoutuskäytäntöä kuvaavaan, keskeiseen ulottuvuuteen: 1) kuntoutujan kokemus kuulluksi tulemisesta sisältäen arvostaminen ja kunnioittaminen, 2) kuntoutuksen sisältö vastaa kuntoutujan omia tarpeita ja asiakaslähtöisyys toteutuu prosessin aikana, 3) kuntoutujan kokemus ammattilaisten luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta sisältäen selkeän, ymmärrettävän tiedon jakamisen, 4) kuntoutujan kokemus kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siir-

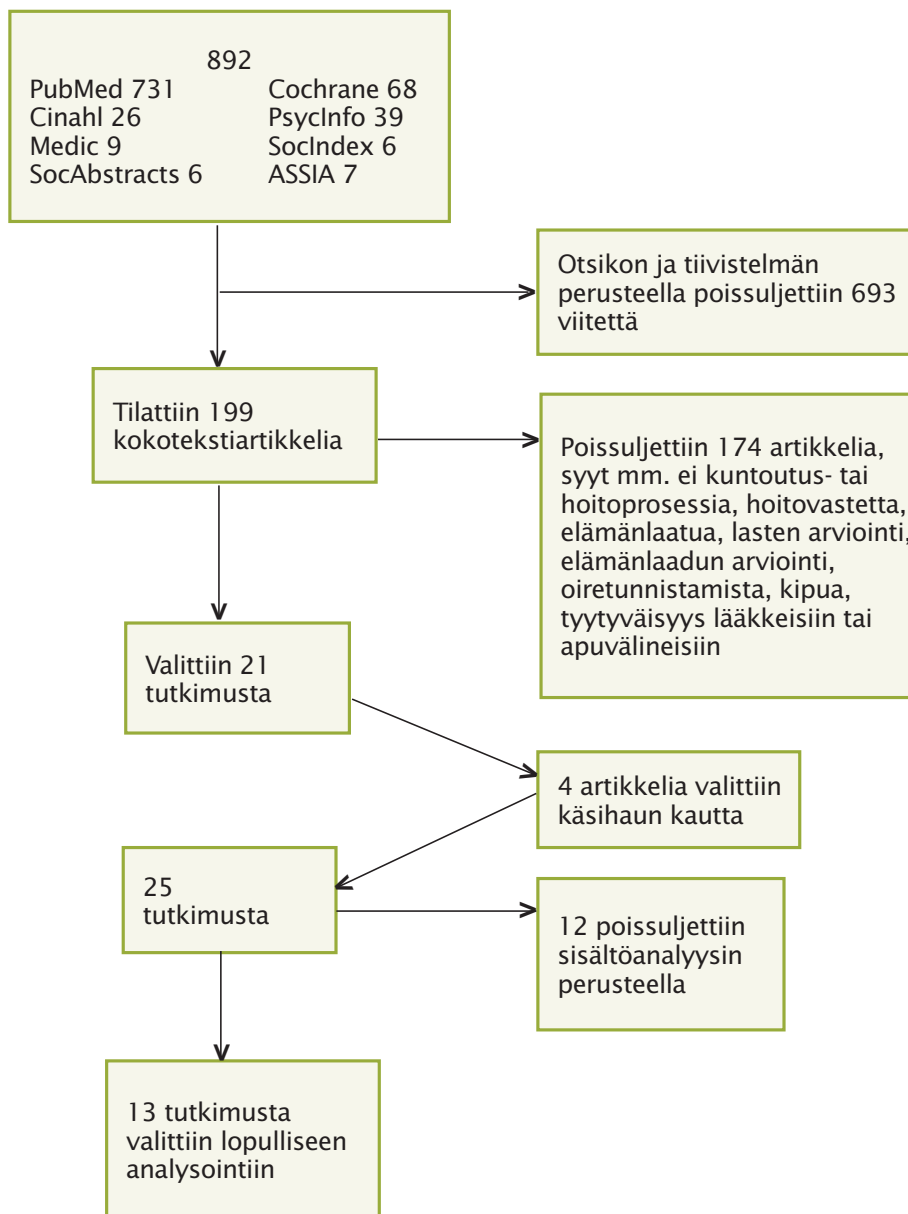
tymisestä ja 5) muut aiheet.

Itsenäisesti toteutettujen luokittelujen jälkeen tutkijat (IJ, MK) vertasivat luokitteluja keskenään, jolloin pyrkimys oli saavuttaa yhteinen ymmärrys siitä, mihin ulottuvuuteen kukin kysymys luokitteui. Mikäli yhteistä ymmärrystä luokittelusta ei syntynyt, käytettiin kolmatta tutkijaa (IAR) ymmärryksen muodostamisessa.

Tulokset

Hakuprosessin tulos oli 892 alkuperäistutkimusta, joista otsikon ja abstraktin perusteella tilattiin 199 kokotekstiartikkelia (kuvio 1).

Yhteensä 174 artikkelia hylättiin. Yleisimmät syyt hylkäämiseen olivat seuraavat: arviointimenetelmässä ei ollut arvioitu kuntoutusprosessia tai hoitoprosessia, menetelmä ei soveltunut kuntoutusprosessin arviointiin, menetelmällä arvioitiin oiretunnistamista, kipua ja tyytyväisyyttä lääkkeisiin tai apuvälineisiin. 21 artikkelia täytti mukaanottokriteerit. Lisäksi artikkeleiden lähdeluetteloiden tarkastelun tuloksena mukaan valittiin neljä arviointimenetelmää. 25 mittarin tarkemman analysoinnin jälkeen hylättiin vielä 12 mittaria, jotka eivät soveltuneet kuntoutusprosessin arviointiin (taulukko 1).



Kuvio 1. Artikkeleiden valintaprosessi

Taulukko 1. Mittarit jotka tarkemman analyysin perusteella eivät soveltuneet kuntoutusprosessin arviointiin

Mittari, Kehittäjä/lähde, Alkuperäinen kehittämismaa	Tarkoitus	Kysymysten ja ulottuvuuksien määrä	Täyttämistapa	Alkuperäispopulaatio	Validiteetti/reliabiliteetti	Hylkäämisen syy
The Picker Institute Questionnaire Peytremann-Bridevaux ym. 2006 Yhdysvallat ja Iso-Britannia	Arvioida potilaiden kokemusta hoidosta/hoitojaksosta	50 + 1 avoin kysymys 8 ulottuvuutta	Itsearviointi	Akuuttisessa vaiheessa olevat potilaat laitospotilaat/sairaalahoidossa	Ei raportoitu	Ei täytetty valintakriteereitä, koska ei ollut sovellettavissa kuntoutuksen prosessiin (mm. yksi painopiste oli kivun arviointi) Saatavissa: www.pickereurope.org
Perceptions of Care Questionnaire Eisen ym 2002; Peytremann-Bridevaux ym. 2006 Yhdysvallat	Arvioida potilaiden kokemusta hoidosta	18 + 1 avoin kysymys 4 ulottuvuutta	Itsearviointi	Psykiatrisessa hoidossa olevat aikuiset	Ei raportoitu	Ei täytetty valintakriteereitä, koska koskee vain aikuisia henkilöitä psykiatrisessa laitoshoidossa Saatavissa: www.pickereurope.org
The Kim Alliance Scale short Version (KAS-R) Kim ym 2008 Yhdysvallat	Arvioida tyytyväisyyttä terapioiden yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen	30 kysymystä 4 ulottuvuutta	Itsearviointi	Geneerinen	Yhtenevyysvaliditeetti (p=0.001), erkaantuva validiteetti (divergent validity) (p>0.05) monimuuttujaregressio (p<0.001), aineiston sisäinen yhtenäisyys 0.89	Ei valittu, koska arvioi terapeuttista yhteistyötä liian yksipuolisesti
Patient Feedback Questionnaire Tsar-Wei Chien ym 2009 Iso-Britannia	Arvioi tyytyväisyyttä hoitoon	23 kysymystä 5 ulottuvuutta	Itsearviointi tai haastattelu	Avohoidon potilaat	Testaajien välinen reliabiliteetti 0,94	Ei täytetty valintakriteereitä, koska arvioi tyytyväisyyttä vain lääkärin hoitoon vain lääkärin hoitoon Saatavissa www.pickereurope.org
The Quality from the Patient's Perspective Larsson ym 1998; 2002 Ruotsi	Arvioi hoitoa potilaan näkökulmasta	68 kysymystä (pitkä versio) 24 kysymystä (lyhyt versio)	Itsearviointi	Sairaala- tai laitoshoidossa olevat potilaat	Reliabiliteetti (Cronbach-Alpha) 0,65-0,89	Ei täytetty valintakriteereitä, koska ei arvioi prosessia On olemassa lyhyt ja pitkä versio

Client Perception of Coordination Questionnaire (CPCQ) McGuinness ym 2003 Australia	Arvioi hoidon/kuntoutuksen koordinoitua, kun mukana on useita palveluntuottajia	32 kysymystä	Itsearviointi tai haastattelu	Krooniset potilaat, joilla on kompleksinen hoidon/kuntoutuksen tarve ja kipupotilaat	Rakennevaliditeetti (p<0,001, 9 ulottuvuutta). Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,92	Ei täyttynyt valintakriteereitä, koska ei arvioi prosessia
Newcastle Satisfaction with Nursing Scale Thomas ym 1996 Iso-Britannia	Arvioi tyytyväisyyttä hoitoon		Itsearviointi			Ei täyttynyt valintakriteereitä, koska keskittyi yksipuolisesti hoitajien toimintaan
Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ) Laschinger ym 2005 Iso-Britannia	Arvioi potilaan tyytyväisyyttä hoitajien antamaan palveluun (hoitoon)	19 + 3 kysymystä	Itsearviointi tai haastattelu	Sairaalapotilaat	Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,97. Rakennevaliditeetti 0,75-0,89	Ei täyttynyt valintakriteereitä, koska keskittyi yksipuolisesti hoitajien toimintaan
The Consumer Evaluation of Mental Health Services (CEO-MHS) Oades ym 2010 Australia	Arvioi hoitoa ja hoitopalveluita	44 kysymystä	Itsearviointi tai haastattelu	Psykykkisesti sairaat henkilöt	Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,80-0,92	Ei täyttynyt valintakriteereitä, koska ei arvioi prosessia
Core Questionnaire for the Assessment of Patient Satisfaction in Academic Hospitals (COPS) Kleefstra ym 2010 Hollanti	Arvioi tyytyväisyyttä hoitoon	54 kysymystä	Itsearviointi	Sairaalahoitossa olevat potilaat	Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,79-0,88	Ei täyttynyt valintakriteereitä, koska ei arvioi prosessia
The Care Transitions Measure (CTM) Coleman ym 2005 Yhdysvallat	Arvioi potilaan kokemusta siirrosta (ja siirtymisen prosessista) toiseen hoitopaikkaan	16 kysymystä 4 ulottuvuutta	Itsearviointi	Sairaalapotilaat	Rakennevaliditeetti p<0,05	Ei täyttynyt valintakriteereitä, koska keskittyi siirtävävaiheeseen (pois sairaalahoitosta)
Residential Rehabilitation Engagement Scale Meaden ym 2012 Iso-Britannia	Arvioi potilaan osallistumista (engagement) moniammatillisen työryhmän toteuttamaan kuntoutusprosessiin	16 + 1 kysymystä 3 ulottuvuutta	Sairaanhoitajan arviointi	Psykoosipotilaille	Testikertojen välinen toistettavuus 0,67 – 0,94 Inter-rater reliabiliteetti r=0,97 Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,92, osa-alueet 0,87 -1,0	Ei täyttynyt valintakriteereitä, koska ei arvioi prosessia eikä perustu potilaan itsearviointiin

Mukaan otetuissa 13 arviointimenetelmässä (taulukko 2) oli yhteensä 293 kysymystä (taulukko 3). Yksittäisissä arviointimenetelmissä kysymyksiä oli 10–40. Arviointimenetelmissä kysymykset oli jaettu edelleen ulottuvuuksiin (2–9 ulottuvuutta/arviointimenetelmä), useimmiten faktorianalyysiin perustuen. Sisällönanalyysin perusteella 79 kysymystä (27 %) käsitteli kuntoutujan kokemusta kuulluksi tulemisesta, arvostamisesta ja kunnioittamisesta kuntoutusprosessin aikana. Tätä ulottuvuutta kuvaavia kysymyksiä oli kaikissa 13 arviointimenetelmässä. Kysymykset selvittivät ammattilaisen ja kuntoutujan välistä kommunikointia (N=37), kuten kuntoutujan mahdollisuutta kysyä asioista ja ammattilaisen valmiutta esittää kysymyksiä, ammattilaisen käyttäytymistä (muun muassa ystävällisyyttä) (N=18), sekä kuntoutujan kokemusta ammattilaisen osoittamasta arvostuksesta (N=24). Kuntoutujan kokemusta osallisuudesta kuntoutusprosessiin käsiteltiin 11 arviointimenetelmässä ja kysymyksiä oli yhteensä 38 (13 %). Kysymykset liittyivät suunnitelman sopivuuteen yksilölliseen tilanteeseen (N=15), päätöksenteossa mukana oloon (N = 14), kuntoutujan tarpeiden huomioimiseen (N=4) sekä kuntoutujan voimaantumiseen (N=3). Lisäksi kaksi kysymystä koski tavoitteiden laatimista yhteistyössä, ja ne oli esitetty DEPS-arviointimenetelmässä. Viidennes kysymyksistä (65 kysymystä, 22 %) koski kuntoutujan kokemusta ammattilaisen luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta sekä tiedon jakamisesta. Tähän ulottuvuuteen liittyviä kysymyksiä oli 12 arviointimenetelmässä. Tämän ulottuvuuden kysymyksistä tiedon jakamista käsitteli 44 kysymystä ja ammattilaisten pätevyyttä 19 kysymystä. Yhdeksässä arviointimenetelmässä oli kysytty, millaisia kokemuksia kuntoutujalla oli kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siirtämisestä. Tämän ulottuvuuden kysymyksiä oli ainoastaan 19 (6 %). Kuudessa arviointimenetelmässä (PoCs, G-PEQ, MPOC-A, QUOTE, DEPS ja PACIC) oli kysymyksiä kaikista edellä kuvatuista ulottuvuuksista.

Muita asioita kuvaavia kysymyksiä oli yhteensä 92 (31 %). Näistä useimmat, 39 (42 %), käsittelivät käytännön järjestelyjä, kuten

ajan varaamisen käytäntöjä tai ajan sopivuutta. Lääkitykseen ja kivun hallintaan liittyviä kysymyksiä oli 13 (14 %), ammattilaisten yhteistyötä koskevia kysymyksiä oli 9 (10 %) ja ilmapiiriin sekä yksityisyyden suojaamiseen liittyviä kysymyksiä kumpiakin neljä (4 %). Lisäksi 25 kysymystä (27 %) käsitteli asioita, jotka eivät olleet suoraan luokiteltavissa mihinkään kuvatuista luokista. Kysymykset olivat hyvin vaihtelevia ja saattoivat koskea muun muassa kokonaistyytyväisyyden arvioimista ja palvelun suosittelua muille, tarvittavan avun saamista tai vastaanottotilojen sopivan lämpötilan arviointia.

Tutkijoiden itsenäiset arvioinnit yhteensä 293 kysymyksestä erosivat toisistaan 80 (27 %) kysymyksessä. Eniten eroavia arvioita oli ulottuvuudessa, jonka kysymykset käsittelivät kuntoutujan kokemusta ammattilaisen luotettavuudesta ja asiantuntemuksesta sekä tiedon jakamisesta. Tähän ulottuvuuteen sijoittuvista kysymyksistä 44 prosenttia (29 kysymystä 65:stä) tutkijat luokittelivat eri tavalla. Erojen syynä oli yleisimmin se, että jompikumpi tutkijoista oli itsenäisessä arviossaan tulkinut tiedon antamista koskevan kysymyksen liittyvän esimerkiksi kuulluksi tulemiseen tai kuntoutujan osallisuuteen kuntoutusprosessiin. Myös kuntoutujan kokemus kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siirtymisestä -ulottuvuuteen luokittelussa oli eroja niin, että itsenäisessä luokittelussa tutkijat sijoittivat 37 prosenttia (7 kysymystä 19:stä) eri tavoin. Kuntoutujan kokemus kuulluksi tulemisesta -ulottuvuuteen sijoittuvista kysymyksistä tutkijat luokittelivat eri tavoin 22 prosenttia (18 kysymystä 81:stä) ja ulottuvuuteen Muut myös 23 prosenttia (22 kysymystä 92:sta). Vähiten eroavaisuuksia (11 % eli 4 kysymystä 36:sta) oli kysymyksissä, jotka luokiteltiin ulottuvuuteen Kuntoutuksen sisällön vastaaminen kuntoutujan omiin tarpeisiin ja asiakaslähtöisyys prosessin aikana. Kyselylomakkeiden kysymykset tai väittämät olivat luonteeltaan hyvin erilaisia, jolloin esimerkiksi kuulluksi tulemisen osiossa kysyttiin muun muassa ajan riittävydestä, keskustelun hyvydestä tai mahdollisuudesta keskustella omista huolista (taulukko 4). Jokaisesta eri ta-

Taulukko 2. Valitut mittarit

Mittari Kehittäjä/lähde Alkuperäinen kehittämismää	Tarkoitus	Kysymysten määrä	Ulottuvuudet (kysymysten määrä kussakin ulottuvuudessa)*	Täyttämisen- tapa	Alkuperäis- populaatio	Validiteetti/ reliabiliteetti	Muu
PPE-15 Picker Patient Experience Questionnaire (core set) Jenkinson ym 2002 Iso-Britannia	Arvioida sairaalahoidossa olleiden potilaiden kokemuksia	15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Information and education (2) 2. Coordination of care (1) 3. Emotional support (3) 4. Respect for patient preferences (3) 5. Physical effort (5) 6. Involvement of family and friends (2) 7. Continuity and transition (3) 	Itsearviointi	Henkiöt, jotka ovat olleet sairaalahoidossa	Aineiston sisäinen yhtenäisyys 0,80 – 0,87 Kokonaiskorrelaatio vaihteli eri maiden tuloksissa	
The Perceptions of Care Survey, PoCS Eisen ym 2002 Yhdysvallat	Arvioida kokemuksia hoidon laadusta	18	<ol style="list-style-type: none"> 1. Information received (3) 2. Interpersonal Aspects of Care (7) 3. Continuity/Coordination of Care (5) 4. Global Evaluation of Care (4) 	Itsearviointi	Sairaalahoidossa oleville mielen-terveyspotilaat tai lääkkeiden väärinkäyttäjät	Rakennevaliditeetti: Konfirmatorinen faktorianalyysi (LISREL): $\chi^2 = 2,147; p < .001$., Modifioitu Goodness of Fit malli (AGFI) (RMSEA) = .072	
Patient Experience Questionnaire (PEQ) Steine ym 2001 Norja	Arvioida kokemuksia perushoidosta	18	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outcome of this specific visit (4) 2. Communication experiences (4) 3. Communication barriers (4) 4. Experience with auxiliary staff (2) 5. Emotions immediately after the visit (4) 	Itsearviointi	Geneerinen	Faktorianalyysi (sisäinen 0.5-0.7) (välinen 0.05-0.46) Reliabiliteetti (Cronbach alfa) 0.77-0.90	
The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ) Strømsheng Sjetne ym 2011 Norja	Arvioida potilaan kokemuksia hoidosta	23, lyhyt versio 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clinician services (5) 2. Other staff services (5) 3. Information (2) 4. Involvement in decision-making (2) 5. Organisation and co-operation (3) 6. Accessibility (1) 7. Facilities at the institution (2) 8. General outcome (2) 9. Incorrect treatment (1) 	Itsearviointi	Geneerinen	Ei raportoitu	Saatavilla online: www. biomedcentral. com/ 1472/11/88

Measures of Processes of Care for Adults- (MPOC A) Bamm ym 2010 Kanada	Arvioida hoito- /kuntoutus- prosessia	34	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enabling and partnership (9) 2. Providing general information (5) 3. Providing specific information (5) 4. Coordinated and comprehensive care (9) 5. Respectful and supportive care (6) 	Itsearviointi	Lonkkanivel- proteesi potilaat	Aineiston sisäinen yhtenäisyys (0.81-0.93). Inter-rater -toistettavuus (ICC 0.50-0.74) Testikertojen välinen toistettavuus (ICC 0.73-0.83/0.75-0.91). Pearsonin korrelaatio MPOC-A ja CSQ välillä p=0.01)	
Quality of Health Care Service through the Patient 's Eyes (QUOTE) Sixma ym 1998; 1999 Saatavissa ollut menetelmä, joka analyysissä mukana: Quote-OT, Quality of Care Through The User's Eyes-OT Calnan ym 2000 Alankomaat	Arvioida potilaan tyytyväisyyttä tarjottuun hoitoon suhteessa hänen omiin tarpeisiinsa	40 40 (24 general + 16 specific)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuity of Care (3) 2. Accessibility/ availability (9) 3. Costs (3) 4. Assessment procedures (4) 5. Courtesy (5) 6. Professional competence (4) 7. Information (6) 8. Perceived autonomy (6) 	Itsearviointi	Eri potilas-ryhmät	Ei raportoitu	
Diabetes Empowerment Process Scale Chen ym 2010 Taiwan	Arvioida miten ammattilaiset valtaistavat/mahdollistavat potilasta hoitoprosessin yhteydessä	15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mutual participation (4) 2. Raising awareness (4) 3. Providing necessary information (3) 4. Open communication (4) 	Itsearviointi	Henkiöt, joilla on diabetes	Rakenne- (p<0,001) ja sisältövaliditeetti (p<0,01). Testikertojen välinen toistettavuus 0,77	Menetelmä pohjautuu Diabetes Empowerment Scale, DEPS Anderson ym. 2000 Yhdysvallat
EUROPEP Grol ym 2000; Baker ym 2006; Bjertnaes ym 2011 Useat Euroopan maat mm. Tanska, Italia, Alankomaat, Saksa, Slovenia ja Sveitsi	Arvioida potilaan kokemuksista hoidosta	22 (lyhyt versio 10)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clinical management (17) 2. Practice management (6) 	Itsearviointi tai haastattelu	Geneerinen	Reliabiliteetti (Cronbach Aplha) 0,70 – 0,95. Validiteetti (p<0,1). ICC 0,00-0,12	Saatavissa osoitteessa. http://www.topaseurope.eu/?q=node/13

UKU-Consumer Satisfaction Ahlfors ym 2001; Ivarsson ja Malm 2007 Ruotsi	Arvioida tyytyväisyyttä psykiatriseen hoitoon	11 + VAS asteikko	6	Itsearviointi tai haastattelu	Psyykkisesti sairaat	Inter-rater -reliabiliteetti (p<0,0001), ICC 0,67-0,83	
The Consumer Quality Index Stubbe ym 2007 Alankomaat	Arvioida potilaan kokemuksiä hoidon laadusta	21 + 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communication with nurses (9) 2. Communication with doctors (6) 3. Communication with general practitioner (2) 4. Asking things more than once (2) 5. Communication about new medication (2+1) 6. Environment hospital (5) 7. Pain control (2) 8. Rest items(2) 	Itsearviointi	Polvi- ja lonkka-potilaat	Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,11-0,90. ICC 0,03-0,04.	
Med Risk Satisfaction Beattie ym 2002; 2005; 2007 Yhdysvallat	Arvioida potilaan tyytyväisyyttä fysioterapiahoidon palveluihin	10 + 2 + 1	<ol style="list-style-type: none"> 2 (3) 1. External (3) 2. Internal (7) Global (2) 	Itsearviointi	Geneerinen	Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,93. Testikertojen välinen toistettavuus 0,19-0,76	
Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Glasgow ym 2005; Gensichen ym 2011 Yhdysvallat	Arvioida potilaan näkemystä hoito-prosessista	20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient activation (3) 2. Delivery system design/decision support (3) 3. Goal setting/tailoring (5) 4. Problem solving/contextual (4) 5. Follow-up/coordination (5) 	Itsearviointi	Geneerinen	Reliabiliteetti (Cronbach Alpha) 0,93. Yhtenevyysvaliteetti (p<0,05)	
Fragenbogen zu den Kommunikationspräferenzen chronisch Kranker (KOPRA) Farin ym 2010; 2011 Saksa	Arvioida potilaan kokemuksiä henkilökunnan vuorovaikutuksesta koskien hoitoprosessia	32	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potilaan osallistuminen ja orientaatio 2. Tehokas ja avoin kommunikaatio 3. Emotionaalinen, ymmärtäväinen kommunikaatio 4. Yksilölliseen terveyteen liittyvä keskustelu 	Itsearviointi	Kroonisesti- ja pitkäaikais-sairaat	Inter-rater -reliabiliteetti 0,77-0,92	

* Ulottuvuuksien nimet on jätetty tarkoituksella englanninkieliseksi, jotta niiden painotuserotus käyvät ilmi

Taulukko 3. Arviointimenetelmien (n=13) kysymysten luokittelu 5 pääluokkaan

Arviointimenetelmän lyhenne ja koko nimi (kysymysten määrä)	1) Kuntoutujan kokemus kuulluksi tulemisesta, arvostuksesta ja kunnioittamisesta (n (%))	2) Kuntoutujan kokemus osallisuudesta kuntoutusprosessissa mm. kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa (n (%))	3) Kuntoutujan kokemus ammattilaisen luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta sekä tiedon jakamisesta (n (%))	4) Kuntoutujan kokemus kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siirtymisestä, mm. kotiohjeiden antamisesta, vertaisryhmään ohjaamisesta (n (%))	5) Muut (ammattilaisten yhteistyö, lääkityksen ohjeistaminen ja kivun hallinta, käytännön järjestelyt) (n (%))
PPE-15, Picker Patient Experience Questionnaire (15)	6 (40)	1 (7)	5 (33)	0 (0)	3 (20)
PoCS, The Perceptions of Care Survey (18)	3 (17)	3 (17)	6 (33)	2 (11)	4 (22)
PEQ, Patient Experience Questionnaire (18)	8 (44)	1 (6)	0 (0)	4 (22)	5(28)
G-PEQ /CS-PEQ Generic (Short) Patient Experiences Questionnaire (23)	6 (26)	3 (13)	7 (30)	2 (9)	5 (22)
MPOC-A, Measure of Processes of Care for Adults (34)	6 (18)	6 (18)	17 (50)	1 (3)	4 (12)
Quote-OT, Quality of Care Through The User's Eyes-OT (40)	3 (8)	4 (10)	3 (8)	1 (3)	29 (73)
DEPS, Diabetes Empowerment Process Scale (15)	5 (33)	5 (33)	2 (13)	2 (13)	1 (7)
EUROPEP (23)	4 (17)	0 (0)	7 (30)	1 (4)	11 (48)
UKU Consumer Satisfaction Rating Scale (12)	1 (8)	2 (17)	1 (8)	0 (0)	7 (58)
CQI, Consumer Quality Index (31)	10 (32)	1 (3)	5 (16)	0 (0)	15 (48)
Med Risk Satisfaction (13)	4 (31)	0 (0)	2 (15)	2 (15)	5 (38)
PACIC, Patient Assessment of Chronic Illness Care (20)	3 (15)	6 (30)	4 (20)	4 (20)	3 (15)
KOPRA, Fragebogen zu den Kommunikationspräferenzen chronisch Kranker (32)	20 (63)	6 (19)	6 (19)	0 (0)	0 (0)

Taulukko 4. Esimerkkejä arviointilomakkeiden kysymyksistä/väittämistä alkuperäiskielellä, joita luokiteltiin viiteen eri pääluokkaan

<p>1) Kuntoutujan kokemus kuulluksi tulemisesta, arvostuksesta ja kunnioittamisesta</p> <p>Kysymys/väite (kyselylomake)</p> <p>To what extent do health care providers who work with you provide enough time for you to talk so you don't feel rushed? (MPOC-A)</p> <p>Did the staff listen carefully to you? (PoCS)</p> <p>We had a good talk (PEQ)</p> <p>My therapist does not listen to my concerns (MedRisk)</p> <p>Making it easy for you to tell him or her about your problem? (EUROPEP)</p> <p>Did doctors talk in front of you as if you weren't there? (PPE-15)</p> <p>Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte... es Ihnen ermöglichen, Fragen zu stellen (KOPRA)</p>	<p>2) Kuntoutujan kokemus osallisuudesta kuntoutusprosessissa mm. kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa</p> <p>Kysymys/väite (kyselylomake)</p> <p>Were you involved in any decisions regarding your treatment? (G-PEG)</p> <p>Did you want to be more involved in decisions made about your care and treatment? (PoCS)</p> <p>To what extent do health care providers who work with you provide opportunities for you to make decisions about treatment? (MPOC-A)</p> <p>Asked to talk about my goals in caring for my condition (PACIC)</p> <p>Services that cover my needs (QUOTE-OT)</p> <p>My healthcare professionals and I collaboratively formulated my diabetes self-care plan (DEPS)</p> <p>Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte... zusammen mit Ihnen in einem gemeinsamen Gespräch die Behandlungen und therapeutischen Massnahmen festlegen (KOPRA)</p>	<p>3) Kuntoutujan kokemus ammattilaisen luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta sekä tiedon jakamisesta</p> <p>Kysymys/väite (kyselylomake)</p> <p>Explaining the purpose of tests and treatments? (EUROPEP)</p> <p>To what extent do health care providers who work with you give you information that is consistent from person to person? (MPOC-A)</p> <p>My therapist thoroughly explains the treatment(s) I receive (MedRisk)</p> <p>Do you have confidence in the other staff's professional skills? (G-PEG)</p> <p>Were you told whom to contact in case you have a problem or crisis after you leave the program? (PoCS)</p> <p>Given a written list of things I should do to improve my health (PACIC)</p> <p>Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte... Ihnen ausführlich das Vorgehen im Rahmen der Behandlung erklären (KOPRA)</p>	<p>4) Kuntoutujan kokemus hyödyntämisestä ja arkeen siirtymisestä, mm. kotiohjeiden antamisesta, vertaisryhmään ohjaamisesta</p> <p>Kysymys/väite (kyselylomake)</p> <p>Did you perceive that the institution prepared you for the time after the treatment was finished (G-PEG)</p> <p>Encouraged to attend programs in the community that could help me (PACIC)</p> <p>Helping you to feel well so that you can perform your normal daily activities? (EUROPEP)</p> <p>Services allowing more independence (QUOTE-OT)</p> <p>My therapist gives me detailed instructions regarding my home program (MedRisk)</p>	<p>5) Muut (ammattilaisten yhteistyö, lääkityksen ohjeistaminen ja kivun hallinta, käytännön järjestelyt)</p> <p>Kysymys/väite (kyselylomake)</p> <p>Everything done to help with pain (ICQ)</p> <p>Did you perceive the institution's work as well organized? (G-PEG)</p> <p>The waiting area is comfortable (MedRisk)</p> <p>Don't make me feel as a burden to society (QUOTE-OT)</p> <p>Keeping your records and data confidential (EUROPEP)</p>
---	---	--	--	---

valla luokitellusta kysymyksestä päästiin keskustelemalla yhteisymmärrykseen, koska näkemuserot liittyivät useimmiten siihen, miten arvioijat olivat tulkinneet englanninkielistä painotusta kysymyksissä. Kolmatta arvioijaa ei tämän vuoksi tarvinnut konsultoida.

Pohdinta

Tässä kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin tunnistamaan arviointimenetelmät, joiden avulla voidaan arvioida kuntoutusprosessia asiakkaan näkökulmasta. Katsaukseen valittiin sellaiset arviointimenetelmät, jotka soveltuvat pitkäkestoisen (vähintään 6 kuukautta kestäneen), moniammatillisesti toteutetun ja koordinoitua vaativan kuntoutusprosessin arviointiin. Arviointimenetelmien kysymysten sisällönanalyysissä huomio kohdistui siihen, miten hyvä ja asiakaslähtöinen kuntoutuskäytäntö oli kussakin mittarissa määritelty. Otsikon ja abstraktien perusteella kuntoutuksen prosessia kuvaavia artikkeleja oli niukasti. Tällöin päätettiin katsaukseen hyväksyä myös artikkelit, joissa kuvataan kuntoutuskontekstiin soveltuvia hoitoprosessin arviointimenetelmiä, koska päätettiin tiedon tarpeen, kuulemisen ja osallisuuden olevan yhteistä sekä hoito- että kuntoutusprosesseissa.

Moniammatillisen, pitkäkestoisen hoito- tai kuntoutusprosessin arviointiin löytyi 13 mittaria, joista kuudessa oli kysymyksiä kaikilta kirjallisuuden perusteella tunnistetuilta, tärkeiltä hyvää kuntoutuskäytäntöä ja asiakaslähtöisyyttä kuvaavilta ulottuvuuksilta. Ne kuvaavat kuntoutujan kokemusta 1) kuulluksi tulemisesta, arvostamisesta ja kunnioittamisesta kuntoutusprosessin aikana 2) osallisuudesta kuntoutusprosessiin (muun muassa kuntoutuksen sisällön vastaavuus kuntoutujan omiin tarpeisiin, kuntoutujan osallisuus esimerkiksi päätöksentekoon, tavoitteiden asetteluun) prosessin aikana, 3) ammattilaisen luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta sekä tiedon jakamisesta sekä 4) kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siirtämisestä. Eri ulottuvuuksien kysymykset tai väittämät olivat kuitenkin näissä 13 arviointimittarissa hyvin erilaisia. Samaa asiaa saatettiin kysyä joko po-

sitiivisesta tai negatiivisesta näkökulmasta ja hyvin eri vivahteilla. Esimerkiksi selvitettäessä kuntoutujan osallisuutta oman kuntoutuksen suunnitteluprosessiin, päätöksentekoon ja tavoitteiden asettamiseen kysyttiin muun muassa ammattilaisten antamasta mahdollisuudesta keskustella hoidon suunnittelusta, omissa tarpeiden esille tuomisen mahdollisuudesta tai siitä, vastasiko palvelu kuntoutujan omiin tarpeisiin. Kahden tutkijan arvioinnissa erot kysymysten luokittelussa johtuivatkin enimmäkseen siitä, että kysymysten painotus ja vivahde-erot saivat eri ammattiryhmiä (fysioterapia ja toimintaterapia) edustavat tutkijat tulkitsemaan kysymysten painotuksen hieman eri tavoin.

Pääpaino kaikkien valittujen arviointimenetelmien kysymyksissä oli ulottuvuuksissa 1 ja 3, eli vuorovaikutuksessa, kuulluksi tulemisesta ja tiedon saamisesta. Ulottuvuutta 2, joka koski omaa osallisuutta tavoitteiden asettamisesta tai päätöksenteosta, oli painotettu vähemmän. Kaikkein vähiten oli käsitelty kuntoutumista tukevaa omaan arkeen siirtämisen mahdollisuutta. Vaikka tiedon antaminen ja asiakkaan kuunteleminen on tärkeä osa asiakaslähtöisyyttä, kuntoutuksen tulisi aina lähteä asiakkaan omasta tarpeesta. Oman elämänsä asiantuntijana hänen tulisi voida osallistua tavoitteiden asettamiseen ja kuntoutustoimista päättämiseen (Leplege ym. 2007, Järvikoski & Karjalainen 2008). Kuntoutumisessa keskeistä on asiakkaan vastuu omasta toiminnastaan ja kuntoutustulosten hyödyntämisestä omassa arkielämässään (Järvikoski & Karjalainen 2008, Hokkanen ym. 2009). Arkeen siirtämisen ulottuvuus pitäisikin ehdottomasti sisältyä kuntoutusprosessia arvioiviin mittareihin. Kyselylomakkeista puuttui myös kokonaan mahdollisuus arvioida ympäristön merkitystä kuntoutumisessa, kuntoutustoimenpiteiden implementointia arkeen, apuvälineitä tai esimerkiksi kodin muutostöitä.

Hoidon tai kuntoutuksen konkreettisista hyödyistä oli kysytty neljässä arviointimenetelmässä, ja kysymykset olivat hyvin erilaisia. Asiakasta pyydettiin esimerkiksi arvioimaan, millainen tilanne oli kuntoutuksen loputtua suhteessa alkutilanteeseen, oliko toimenpiteis-

tä ollut apua, olivatko mahdollisuudet selviytyä ongelmien kanssa paremmat tai olivatko hänen tietonsa ongelmien ennaltaehkäisyssä parantuneet. Suomessa, missä kuntoutus myönnetään usein jaksoina (avohoidossa tai laitospäivinä) ja toimenpiteinä, olisi tärkeää arvioida kuntoutusta nimenomaan (arjessa) koetun hyödyn näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tavoite oli tunnistaa hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen seurantaan soveltuvia arviointimenetelmiä, joissa arvioijana toimii kuntoutuja itse. Lisäksi halusimme tietää, miten asiakaslähtöisyys oli eri mittareissa määritelty. Emme tämän takia arvioineet mittareiden psykometrisiä ominaisuuksia emmekä selvittäneet mittareiden soveltuvuutta eri potilasryhmiin, sillä tavoitteemme oli tunnistaa geneerisiä mittareita. Mittareiden sisällöllistä arviointia ei pilotoitu ennen analysointia, mikä hidasti konsensusprosessia. Toisaalta ilmeni eri ammattilaisten välisiä tulkintaeroja, koska etukäteen ei selkeästi sovittu, mitä kuhunkin osa-alueeseen kuuluu. Kysymysten tulkintaeron mahdollisuus onkin otettava huomioon, kun arviointimittaria otetaan käyttöön. Huolellinen käännöstyö, validointi sekä mittarin soveltuvuuden arviointi käyttötarkoitukseen ovat tärkeitä, kun kansainvälisiä mittareita otetaan suomalaisen käytäntöön. Tutkimuksemme vahvuutena oli kattava kirjallisuuskatsaus ja huolellinen aineiston analysointi, jotka suorittivat kaksi tutkijaa.

Johtopäätökset

On tärkeää, että kuntoutus vastaa nykyistä paremmin asiakkaan tarpeita ja tavoitteita, mikä myös sitouttaa hänet siirtämään kuntoutumista edistävät toimenpiteet osaksi arkeen. Onnistuminen tässä edellyttää sitä, että kuntoutujan näkökulma tulee osaksi kuntoutustoiminnan arviointia ja kehittämistyötä. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tunnistettiin kolme toista arviointimenetelmää, jotka voisivat soveltua pitkäkestoisen ja usein moniammatillisesti toteutetun kuntoutusprosessin arviointiin. Mittareiden kehitystyötä kuvaavissa artikkeleissa oli kuvattu kuntoutujien tai po-

tilaiden osallistuneen aktiivisesti kehittämistyöhön. Yhdessäkään mittarissa ei kuitenkaan ole huomioitu kattavasti kaikkia niitä osatekijöitä, jotka on aiemmissa tutkimuksissa tunnistettu tärkeiksi osatekijöiksi asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin onnistumisessa. Tämän vuoksi Kela on käynnistänyt hankkeen, jossa tunnistetuista arviointimenetelmistä on valittu tarkasteluun kaksi, ja niitä on täydennetty kysymyksillä, jotka tuovat kattavammin esille asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuudet. Arviointimenetelmien käyttö on pilotoitu vuonna 2013 ja niiden hyötyä asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin arvioinnissa tutkitaan 2014 seuraavissa laitospäivätoimissa kuntoutuspalveluissa: vaikeavammaisten yksilölliset laitoskuntoutusjaksot, tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuskurssit sekä mielenterveyskurssit.

Tiivistelmä

Kuntoutus on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä toimintaa, joka edellyttää kuntoutujan aktiivista osallistumista niin tavoitteiden asettamiseen kuin tavoitteiden saavuttamisen edellyttämiin toimintoihinkin. Kuntoutujan kokemus kuntoutusprosessin sujuvuudesta sekä sen hyödyntämisestä omassa arjessa, kokemus kuulluksi tulemisesta ja arvostamisesta sekä kuntoutuksen vastaaminen omiin tarpeisiin ovat keskeisiä alueita arvioitaessa kuntoutusprosessin laatua. Tässä artikkelissa kuvataan hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen seurantaan soveltuvia arviointimenetelmiä, joissa arviointi tapahtuu kuntoutujan näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin järjestelmällisenä kirjallisuuskatsauksena. Sähköisistä tietokannoista haettiin tutkimuksia ilman takarajaa aina joulukuuhun 2012 asti. Kolme toista kuntoutujan näkökulmaa arvioivaa menetelmää hyväksyttiin analysoitavaksi. Näissä 13 arviointimenetelmässä oli yhteensä 293 kysymystä. Arviointimenetelmien sisällönanalyysi osoitti, että yhdessäkään menetelmässä ei ole huomioitu kattavasti kaikkia niitä osatekijöitä, joiden on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan oleellisia asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin onnistumisessa.

Vähiten oli käsitelty kuntoutuksen mahdollisuuksia tukea kuntoutujan arkea. Kuntoutuksen tulee perustua kuntoutujan tarpeisiin ja täten on tärkeää, että kuntoutuja osallistuu myös arviointimenetelmien kehittämistyöhön.

Abstract

Rehabilitation is a well-planned and often long-term process. Lately the patient's or client's perspective on rehabilitation services has become an important value when developing services. The aim of this study was to identify existing measurements that can be used in the evaluation of the rehabilitation process from a user-perspective. A systematic literature search was conducted from the earliest available time until December 2012. Additional studies were identified through references. Thirteen patient- or client-reported measurements were included. The measurements contained a sum of 293 questions. The questions in the identified patient- or client-reported measurements focused mostly on the patients' or clients' experiences of being heard and respected and how they experienced the knowledge and trustworthiness of the professionals. Rehabilitation based on the needs, the patients or clients possibilities to participate in the rehabilitation process and the possibility to use the outcome skills in everyday life, i.e. dimensions important for client-centredness, were not equally in focus. It is important that rehabilitation processes respond to the patients' or clients' needs and goals. To succeed in developing rehabilitation services, the patient or client should be part of the development process. It is also important to modify the patient/client-related questionnaires to a multidisciplinary Finnish setting.

PhD Ira Jeglinsky, yliopettaja, Arcada, terveyden ja hyvinvoinnin jaosto, Helsinki

TtM Maarit Karhula, tutkija, Tutkimus- ja kehittämiskeskus Gerocenter, Jyväskylä

Tutkimusprofessori Ilona Autti-Rämö, terveystutkimuksen päällikkö, Kelan tutkimusosasto, Helsinki

Lähteet

- Aho L (2007) Kuntoutuksen asiakaslähtöiset palveluketjut. Opinnäyte. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. 12-22.
- Alaranta H, Lindberg H, Holma T (2008) Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Kuntoutus. Rissanen P, Kallaranta T, Suikkanen A (toim.). 2. painos. Helsinki: Duodecim. 647-57.
- Autti-Rämö I, Grahn R (2007) Kirjallisuushaku. Teoksessa Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M (toim.) Helsinki: Duodecim. 46-60.
- Bamm EL, Rosenbaum P (2008) Family-centered theory: origins, development, barriers and supports to implementation in rehabilitation medicine. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 89,1618-24.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA (2000) Defining quality of care. Social Science and medicine 51,1611-25.
- Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD (2005) Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. Health Research and Educational Trust 40, 1996-2017.
- Corring D, Cook J (1999) Client-centered care means that I am a valued human being. Canadian Journal of Occupational Therapy 66, 71-82.
- Cott CA (2004) Client-centred rehabilitation: Client perspectives. Disability and Rehabilitation 10, 1411-22.
- Davies AN, Ware JE (1988) Involving consumers in quality of care assessments. Health Aff 7, 33-48.
- Duodecim (2013) Käsikirja työryhmille. Käypä hoitosuosituksen laadintaan. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/menetelmatkasikirja>, poimittu 3.5.2013.
- Edgman-Levitan S, Cleary PD (1996) What information consumers want and need? Health Aff 15, 52-6.
- Fitzpatrick R, Bowling A, Gibbons E, Haywood K, Jenkinson C, Mackintosh A, Peters M (2006) A structured review of patient-reported measures in relation to selected chronic conditions, perceptions of quality of care and carer impact. Patient-reported Health Instruments Group. National Centre for Health Outcomes Development, University of Oxford. 8-15.
- Hokkanen L, Nikkanen P, Notko T, Puumalainen J (2009) Kokemukset kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä. Teoksessa Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim.) Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80. 93-145.

- Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED (2007) Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal-setting in a rehabilitation unit. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 78, 576-80.
- Jeglinsky I, Salminen A-L, Brogren Carlberg E, Autti-Rämö I (2012) Rehabilitation planning for children and adolescents with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach* 5, 203-15.
- Järvikoski A, Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteellisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Kuntoutus. Rissanen P, Kallaranta T, Suikkanen A (toim.). 2. painos. Helsinki: Duodecim. 80-93.
- Larsson BW, Larsson G (2002) Development of a short form of the Quality from the patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing* 11, 681-87.
- Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefevre C, Pachoud B, Ville I (2007) Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation* 29, 1555-65.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (2011) (toim.) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 35-36.
- Parchman ML, Noel PH, Lee S (2005) Primary care attributes, health care system hassles and chronic illness. *Medical Care* 43, 1123-29.
- Sumsion T, Law M (2006) A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *The Canadian Journal of Occupational Therapy* 73, 153-62.
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. 96-98, 113.
- Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko Eduskunnalle (2002) Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisu- ja. 3-4, 6.
- Vilkkumaa I. Asiakaskeskeisyyden rajat kuntoutuksessa (7.3.2012) http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia?bid=842, poimittu 15.5.2013.
- 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/TOIMIKYKIKAAANTYMINEN/HANKE-HALLINTO124270/MUUT124539/LIITE%20%20MATKAOPAS%5B1%5D.PDF>, poimittu 16.5.2013.
- Vrijhoef HJM, Berbee R, Wagner EH, Steuten LMG (2009) Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. *Health Expectations* 12, 417-29.