



KOKEMUSASIAANTUNTIJAKOULUTUKSEN MERKITYS KOULUTUKSEEN OSALLISTUNEIDEN ARVIOIMANA

Johdanto

Kansainvälisessä kirjallisuudessa *recovery*-käsitteen merkitystä mielenterveyspalveluissa ja -kuntoutuksessa on tuotu esiin 1990-luvulta lähtien. Toipumista korostavaa kulttuuria voidaan juurruttaa mielenterveys-työhön erilaisten käytännön toimien avulla. Erityisen tehokkaita ovat henkilökohtaiset toipumistarinat ja vertaistoiminta. (Smith-Merry ym. 2011.) Toipumisen tukeminen (englanniksi *recovery orientation* tai *recovery focus*) on otettu mielenterveyspalveluiden kehittämisen ja järjestämisen lähtökohdaksi esimerkiksi Australiassa, Uudessa-Seelannissa, USA:ssa, Irlannissa ja Britanniassa (Shepherd ym. 2010, Leamy ym. 2011, Smith-Merry ym. 2011). Suomessa mielenterveyspalveluiden kokonaisvaltainen kehittäminen kohti *recovery*-lähtökohtaa on käynnistymässä (esim. Korkeila 2017). Kiinnostus toipumisorientaatiota kohtaan on ollut suurempaa järjestöjen ja yhdistysten piirissä kuin julkisella sektorilla (Nordling 2018).

Toipumisorientaatio korostaa palveluiden käyttäjien osallisuutta, henkilökunnan uudistumista, ihmisen ja hänen vahvuksiensa näkemistä sairauden sijaan, toivoa ja koulutuksen kehittämistä (Newman ym. 2015). Lähestymistapa on osin erilainen kuin remissioon (oireettomuuteen, oireiden lievittymiseen) ja paranemiseen pyrkivä lääketieteellinen lähestymistapa. Lääketieteen perustehtävä on tunnistaa sairaudet ja antaa

tietoa, jonka pohjalta asiakkaat voivat tehdä omaan hoitoonsa ja kuntoutumiseensa liittyviä päätöksiä yhteistyössä ammattilaisen kanssa (Mäkelä & Haapoja 2016). Näyttöön perustuvan lääketieteen ja toipumisorientaation mukaisen hoidon työmallit eivät ole toisilleen vastakkaisia tai erillisiä, vaan ne ovat yhdistettävissä (Lassila 2017, Lassila & Kampman 2018).

Kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen on todettu tuovan lisäarvoa mielenterveys-työlle, joten niitä on pyritty integroimaan mielenterveyspalveluihin kehittämällä erilaisia toimintamalleja (Gillard ym. 2013, Pitt ym. 2013). Valtakunnallisessa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (STM 2009) keskeisenä tavoitteena oli asiakkaan aseman vahvistaminen. Siinä esitettiin, että kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat tulee ottaa mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Erilaisia kokemusasiantuntija- tai vertaistoimijakoulutuksia on kehitetty kansainvälisesti (Utschakowski 2007, The Scottish Qualifications Authority SQA, Centre for Excellence in Peer Support, Gerry ym. 2011, Sunderland & Mishkin 2013, Tse ym. 2014). Suomessa kokemusasiantuntijakoulutuksen edelläkävijöitä on tamperelainen mielenterveysyhdistys Mielen ry (entinen Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry), jossa on vuodesta 2001 alkaen koulutettu mielenterveyden kokemusasiantuntijoita (Nousiainen 2011).

Tämän tutkimuksen kontekstina on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntajakoulutus, joka käynnistyi vuonna 2010. Koulutus kestää noin vuoden, ja siihen voivat hakea Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella asuvat henkilöt, joilla on kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista joko niitä itse sairastavana, niistä toipuneena tai omaisena. Tässä artikkelissa luodaan ensin katsaus kokemus- ja vertaistoiminnan hyötyjä ja haasteita kuvaaviin tutkimuksiin. Sen jälkeen kuvataan kokemus- ja vertaistojakoulutuksia ja niiden arviointiin liittyviä tutkimustuloksia. Toiminnan hyötyjä ja haasteita on tutkittu paljon, mutta tutkimustietoa vertaistojoiden koulutuksista, niiden merkityksestä ja osallistujien kokemuksista on vähemmän. Suomessa koulutuksia on arvioitu lähinnä laadullisen aineiston avulla osana kehittämishankkeita (esim. Nordling 2011, Falk ym. 2013). Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena on kokemusasiantuntajakoulutuksen merkitys siihen osallistuneille heidän itsensä arvioimana. Aineistona käytetään sekä laadullista palautetta että määrällistä aineistoa. Asian tutkiminen on tärkeää, jotta voidaan kehittää kokemusasiantuntajakoulutusta ja sitä kautta kokemusasiantuntija- ja vertaistointia sekä toipumisorientaatiota mielenterveyspalveluissa.

Artikkelissa käytetään rinnakkain käsitteitä kokemusasiantuntija ja vertaistojakoulutus/vertaistoyöntekijä sekä kokemusasiantuntija- ja vertaistoyöntekijä ja -koulutus, vaikka ne eivät ole keskenään synonyymeja. Tämä johtuu siitä, että englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään pääosin käsitettä peer (esim. peer support, peer support worker), joka kääntyy suomeksi luontevimmin vertaiseksi. Suomessa vertaistojakoulutuksen ja kokemusasiantuntijan eroa on kuvattu esimerkiksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (STM 2009). Kokemusasiantuntija- ja vertaistoyöntekijä eroavat toisistaan muun muassa kohderyhmänsä, toiminnan luonteen ja vastikkeellisuuden osalta (Kostiainen ym. 2014), mutta kokemusasiantuntijuutta käytetään usein yleisnimityksenä ja kattoterminä kokemusasiantuntijoiden tehtävistä sekä erilaisista vertaistuen ja vertaistoyöntekijä-

doista (Hietala & Rissanen 2015). Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelman (MIPA) selvityksessä todettiin, että kokemusasiantuntijuus ja vertaisuus eroavat toisistaan enemmän käsitteellisellä kuin konkreettisen toiminnan tasolla (Ilomäki 2019).

Kokemus- ja vertaistoiminnan hyötyjä ja haasteita

Kokemus- ja vertaistoiminnan hyötyjä palvelunkäyttäjille, kokemus- ja vertaistojakoulutukselle sekä mielenterveyspalveluille on kuvattu useissa tutkimuksissa. Vertaistuki voi lisätä palveluiden käyttäjien voimaantumisen ja toivon tunteita sekä vähentää leimaantumista. Sillä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia muun muassa koettuun oireiluun, avohoidossa selviytymiseen ja sairaalahoidon vähentymiseen. (Pollitt ym. 2012, van Gestel-Timmermans ym. 2012, Tse ym. 2014, Christie 2016, Byrne ym. 2017, Tse ym. 2017.)

Kokemus- ja vertaistoyöntekijöille toiminta tarjoaa mahdollisuuden palkkatyöhön (Christie 2016). Toisten toipumisen tukeminen ja työskenteleminen arvokkaaksi koetussa työssä voi nostaa itsetuntoa ja vaikuttaa myönteisesti omaan toipumiseen ja voimaantumiseen (Hyvärinen & Kilku 2010, Gerry ym. 2011, Nousiainen 2011, Repper & Carter 2011, Gillard ym. 2013, Jones ym. 2013, Salzer ym. 2013, Walker & Bryant 2013, Byrne ym. 2017). Kokemusasiantuntijana toimiminen tarjoaa mahdollisuuden kääntää sairaus, ongelmat ja vaikeat kokemukset voimavaraksi (Rissanen 2015a).

Organisaatioiden tasolla kokemus- ja vertaistoyöntekijöiden palkkaamisella voidaan aikaansaada kustannussäästöjä (Salzer ym. 2013, Trachtenberg ym. 2013), vaikuttaa organisaation toimintakulttuuriin (Davidson ym. 2012, Pollitt ym. 2012, Byrne ym. 2017) ja henkilökunnan asenteisiin ja mielipiteisiin (Repper & Watson 2012, Christie 2016). Liittämällä vertaistoyöntekijä osaksi organisaation perustoimintaa palveluista voi tulla joustavampia, monipuolisempia ja toipumisorientoituneita (Utschakowski 2007). Kokemusasiantuntijuus voi auttaa vahvistamaan asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta osana pal-

velujen yhteiskehittämistä (Rissanen 2015a). Toisaalta Pittin ja kumppaneiden (2013) laatimassa Cochrane-katsauksessa todettiin, että vertaistoimijoiden palkkaamisella ei saatu aikaan psykososiaalisia, oireisiin liittyviä tai muita tuloksia sen enempää tai vähempää kuin niin sanotuilla perinteisillä palveluilla. Näyttöä ei kuitenkaan ollut siitä, että vertaistyöntekijöiden palkkaamisesta olisi haittaa. Tutkijat toteavat, että aiheesta tarvitaan lisää korkealaatuisempaa ja satunnaistettua tutkimusta.

Kokemus- ja vertaistoiminnan hyötyjen lisäksi on tutkittu myös sen käytäntöön viemiseen ja juurruttamiseen liittyviä haasteita (Repper & Carter 2011, Davidson ym. 2012, Kemp & Henderson 2012). Erityisenä ongelmana nähdään kokemus- ja vertaistyöntekijän roolin epäselvyys (Rissanen 2015a, Chinman ym. 2016). Siirtyminen potilaan roolista vertaistyöntekijän rooliin vaatii tukea, ja rooli ja siihen kohdistuvat odotukset tarvitsevat selkeytystä. Vertaistyöntekijän voi olla vaikea asettaa ammatillisia rajoja toiminnalleen. Lisäksi haasteina ovat heikko palkkataso sekä työtuntien ja tehtävien niukkuus. (Miyamoto & Sono 2012.) Vertaistyöntekijät tarvitsevat jatkuvaa tukea ja lisäkoulutusta (Pollitt ym. 2012, Walker & Bryant 2013, Mahlke ym. 2014).

Kokemus- ja vertaistoimijakoulutusten kehityksestä

USA:ssa ensimmäiset viralliset kokemus- ja vertaistoimijakoulutukset alkoivat vuonna 2001. Siellä käytetään vertaisena työskentelevästä yleisesti käsitettä vertaisasiantuntija (peer specialist tai certified peer specialist). (Kaufman ym. 2016.) Isossa-Britanniasa Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust käynnisti vuonna 2010 vertaistoimijakoulutuksen, joka on yksi maan vanhimmista. Siellä käytetään käsitettä vertaistyöntekijä (peer worker). (Pollitt ym. 2012.) Skotlannissa käytetään sekä vertaistyöntekijän (peer worker tai peer support worker) että kokemusasiantuntijan (expert by experience) nimikkeitä (Scottish Recovery Network 2011). Kansainvälisesti koulutuksen sisällön ohjeistuksia on laadittu esimerkik-

si Kanadassa (Sunderland & Mishkin 2013), USA:ssa (Mahlke ym. 2014, Kaufman ym. 2016) ja Australiassa (Centre for Excellence in Peer Support).

Suomessa käytetään yleisesti käsitettä kokemusasiantuntija. Kokemusasiantuntija voi toimia erilaisissa tehtävissä, kuten vertaisohjaajana, kokemuskouluttajana, tiedottajana, kehittäjänä tai kokemusarvioijana. (Kostiainen ym. 2014.) Suomessa ei ole yhtenäisiä ohjeita eikä kriteereitä vertais- tai kokemustoimijoiden koulutukselle. Koulutukset ovat erilaisia sisällöltään ja kestoltaan, ja niitä järjestävät monet tahot (ks. esim. Koulutut kokemusasiantuntijat KoKoA ry) (Koistiainen ym. 2014, Hirschovits-Gerz ym. 2019).

Koulutukseen hakeutumiselle ja osallistumiselle on asetettu kriteerejä, jotka koskevat muun muassa omaa toipumista (esim. Nousiainen 2011). Kurssit sisältävät usein sekä teoreettista tietoa toipumisesta että käytännön taitojen harjoittelua (Utschakowski 2007, Sunderland & Mishkin 2013, Tse ym. 2014). Tuoreen selvityksen mukaan (Hirschovits-Gerz ym. 2019) suomalaisen kokemusasiantuntijakoulutuksen keskiössä vaikuttaa olevan oman kokemustarinnan työstäminen. Muita sisältöjä ovat perustiedot kokemusasiantuntijuudesta, vuorovaikutus, palvelujärjestelmä- ja lakituntemus, kokemusasiantuntijana toimiminen, oma jaksaminen, viestintä ja markkinointi sekä järjestötuntemus. Salzer kumppaneineen (2010) on todennut, että tarvitaan vertaistyöntekijöiden koulutukselliset, toiminnalliset ja eettiset kansalliset standardit. Suomessa tehdyn selvityksen (Kostiainen ym. 2014) mukaan kokemusasiantuntijakoulutuksen kehittäminen ja yhtenäistäminen koettiin tärkeänä kehittämiskohteena. Kokemusasiantuntijakoulutukseen kaivataan valtakunnallista ohjausta ja yhteisiä pelisääntöjä (Hirschovits-Gerz ym. 2019).

Vertaistoimijoiden koulutuksen tarpeesta ei vallitse yksimielisyyttä. Esimerkiksi Skotlannissa yleisempi käytäntö on palkata vertaistyöntekijä ja järjestää hänelle koulutusta tarpeen mukaan (Scottish Recovery Network 2011). Suomessa kokemusasiantuntijakoulutuksen taustalla on ollut ajatus siitä, että

pelkkä kokemus ei riitä vaan kokemusasiantuntija tarvitsee sen rinnalle teoreettista tietoa ja erilaisia valmiuksia (Rissanen 2015b). Valtaosa maassamme kokemusasiantuntijana toimivista on käynyt kokemusasiantuntijakoulutuksen, ja pääosin koulutusta pidetään tarpeellisenä ja hyödyllisenä (Kostiainen ym. 2014). Koulutuksella voidaan edistää vertaistyön juurtumista mielenterveyspalveluihin (Davidson ym. 2012) ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä esimerkiksi kehittämistyössä (Hipp ym. 2016). Koulutus parantaa vertaistoimijoiden valmiuksia työskennellä mielenterveyspalveluissa (Walker & Bryant 2013, Israel ym. 2016). Toisaalta pelätään vertaisuuden ammatillistumista (Byrne ym. 2017, Gillard ym. 2017) sekä sitä, että koulutus uhkaa kokemustiedon yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta (Utschakowski 2007).

Kokemusasiantuntija- ja vertaistoimijakoulutuksen arviointia

Vertaistoimijakoulutukseen osallistumisella on todettu olevan positiivista vaikutusta osallistujien omalle toipumiselle (Pollitt ym. 2012, Tse ym. 2014). Koulutukseen osallistuminen lisää itseluottamusta ja elämänlaatua, edistää voimaantumista ja kehittää yhteistyötaitoja (Gerry ym. 2011). Koulutuksessa saadaan tietoa (Tse ym. 2014) ja taitoja, joita voi soveltaa myös arjessa (Salzer ym. 2013). Koulutus voidaan myös kokea vaativana, rasittavana, intensiivisenä ja jopa elämää mullistavana (Gerry ym. 2011, Repper & Watson 2012).

MacGregor ja Hughes (2014) arvioivat vertaistyöntekijöiden koulutusohjelmaa Skotlannissa. Tuloksiin vaikuttivat koulutukseen osallistuneiden tausta ja aikaisempi kokemus vertaistyöstä. Vähemmän kokemusta omaavat hyötyivät koulutuksesta eniten. Koulutuksen aikana vertaistyötä ja toipumista koskeva ymmärrys lisääntyi ja osallistujien itseluottamus ja tietotaso paraniivat. Israelin ja kumppaneiden (2016) arvioinnin mukaan koulutukseen osallistuminen lisäsi osallistujien tietotason ja paransi pysyvyyden kokemusta.

Suomessa Mielen Avain -hankkeen kokemusasiantuntijakoulutuksen arvioinneissa (Falk ym. 2013) korostui koulutuksen mer-

kitys siirryttäessä kuntoutujan roolista toimijaksi. Koulutus auttoi käsittelemään omia sairauten ja toipumiseen liittyviä kokemuksia ja hyödyntämään niitä. Koulutus myös vahvisti osallisuuden kokemusta. Nordlingin ja Hätösen (2013) tekemän arvioinnin mukaan parhaimmillaan koulutus tuki kuntoutumista lisäämällä omanarvontuntoa ja merkityksellisyyden kokemuksia. Kostiaisen ja kumppaneiden (2014) selvityksessä kokemusasiantuntijoina toimivat kokivat koulutuksen tarpeelliseksi muun muassa siksi, että se kehitti esiintymisvalmiuksia ja antoi mahdollisuuden oman tarinan kertomiseen. Samalla koulutusryhmä on vertaisryhmä, joka voimaannuttaa muiden koulutettavien tarinoiden kuulemisen kautta ja antaa mahdollisuuden peilata omaa toimintaa kokemusasiantuntijana.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen merkitys kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistumisella oli koulutukseen osallistuneille heidän itsensä arvioimana. Yksilöityinä tutkimusongelmina olivat:

1. Miten osallistujat ovat kokeneet kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistumisen?
2. Miten kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuminen vaikuttaa osallistujien kokemaan elämänlaatuun?
3. Miten kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuminen vaikuttaa osallistujien itsearvioimaan psyykkiseen hyvinvointiin?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa hyödynnettiin olemassa olevaa, kokemusasiantuntijakoulutuksen arviointiin ja kehittämiseen kerättyä aineistoa. Aineistona käytettiin koulutukseen vuosina 2010–2017 osallistuneiden henkilöiden laadullista ja vapaamuotoista palautetta, jonka he antoivat kirjallisesti ja nimettömästi heti koulutuksen päättyessä. Osallistujat saivat antaa palautteen joko paperille kirjoitettuna tai sähköpostilla. Palautteiden pituudet vaihtelivat muutamasta rivistä yli kaksisivuisiin

koneella kirjoitettuihin teksteihin.

Lisäksi aineistona käytettiin dataa, joka oli kerätty koulutukseen osallistujilta koulutuksen alussa ja lopussa (noin 12 kuukauden kuluttua) 15D-elämänlaatumittarin ja Clinical outcome in routine evaluation (CORE-OM)-mittarin avulla vuosina 2014–2017. Aineisto oli kerätty nimettömänä, joten tutkimuksessa ei ollut käytettävissä vastaajien taustatietoja. Tässä tutkimuksessa pyritään laadullista ja määrällistä aineistoa hyödyntämällä tuottamaan monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tieto voi olla myös osin ristiriitaista, mikäli yksilöllinen kokemus eroaa määrällisten mittareiden tuottamasta tiedosta. Tämäkin kuitenkin lisää ymmärrystä ilmiöstä.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kokemusasiatuntijakoulutukseen hakeudutaan avoimen hakuprosessin ja haastattelujen kautta. Valinnoissa otetaan huomioon alueellinen tasapuolisuus (osallistujia eri puolilta Etelä-Pohjanmaata) sekä osallistujien erilaiset taustat (diagnoosi, elämäntilanne, ikä). Haastatteluissa painottuvat muun muassa hakijan oma motivaatio ja mahdollisuudet sitoutua vuoden kestäväan koulutusprosessiin, toipumisen vaihe sekä ryhmässä toimimisen taidot. Valtaosalla hakijoista ja koulutukseen valituista on kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmasta sitä itse sairastavana tai siitä toipuvana, mutta mukana on myös omaisia ja läheisiä. Vuosien 2010–2017 koulutusryhmät (N = 7) olivat sekä ikärakenteeltaan että taustoiltaan varsin heterogeenisiä, mikä koettiin rikkautena. Kaiken kaikkiaan noin vuosina kokemusasiatuntijakoulutuksen aloitti 132 henkilöä, joista 117 suoritti koulutuksen loppuun. Vuosina 2014–2017, jolloin osallistujat täyttivät 15D- ja CORE-OM-mittarit, koulutuksen aloitti 66 henkilöä, joista 54 valmistui.

Erialaisten arviointimittareiden avulla voidaan kuvata interventioden hyötyjä (Tarescavage & Ben-Porath 2014). Mittareita voidaan hyödyntää laadun parantamisessa sekä päätettäessä resurssien kohdentamisesta (Kwan & Rickwood 2015). Elämänlaadun huomioon ottaminen erilaisten interventioiden tulosta arvioitaessa on psykiatriassa erityisen tärkeää muun muassa siksi, että häiriöt ovat usein pitkäaikaisia ja vaikutuksiltaan

laajoja ja koska monessa häiriössä saman diagnoosin piiriin mahtuu huomattavaa yksilökohtaista vaihtelua (Saarni & Pirkola 2010). 15D-elämänlaatumittari on geneerinen ja moniulotteinen itsearviointimittari. Mittarin avulla vastaaja arvioi elämänlaatuun ja terveydentilaansa kyselyn vastaamispäivänä 15 ulottuvuudella, jotka ovat: liikuntakyky, näkökyky, kuulo, hengitys, nukkuminen/uni, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkiset toiminnot/mielenterveys, häiritsevät oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisuus/elinvoimaisuus ja sukupuolielämä/seksuaalisuus. Jokaisen ulottuvuuden kohdalla vastaaja valitsee omaa tilannettaan parhaiten kuvaavan väittämän. Mittarin pisteistä lasketaan indeksiarvo painottamalla kysymyksiä väestön arvotuksia kuvaavilla painokertoimilla. Pisteistä voidaan laskea sekä kokonaisindeksin arvo että osa-alueista profiilipisteitys asteikolla 0–1 (0 = kuollut, 1 = täydellinen terveys). (TOIMIA-tietokanta, Schanner ym. 2016.) Vertaamalla kahden mittausajankohdan välisiä indeksiarvojen muutoksia voidaan arvioida koetussa elämänlaadussa tapahtuneita muutoksia. Muutoksen kliiniselle merkittävyydelle on asetettu raja-arvot (ks. Alanne ym. 2015), jotka on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. 15D-mittarin muutoksien merkittävyyden raja-arvot.

Elämänlaadun muutoskategoria: tila on...	Rajat 15D-lukeman muutokselle
Paljon parempi	> 0.035
Hieman parempi (kliinisesti merkitsevä)	0.015 – 0.035
Ennallaan (ei muutosta)	> -0.015 ja < 0.015
Hieman huonompi	-0.035 – -0.015
Paljon huonompi	< -0.035

CORE-OM-mittari on viisiportainen itsearviointimenetelmä, joka sisältää 34 erilaista, edeltävää viikkoa koskevaa väittämää. Vastausvaihtoehdot vaihtelevat skaalalla ”ei lainkaan - enimmäkseen tai koko ajan”. Mittarilla kartoitetaan henkilön koettua psyykkistä hyvinvointia neljän eri osa-alueen avulla, joita ovat henkilökohtainen/subjektii-

vinen hyvinvointi (4 väittämää), psyykinen oireilu ja ongelmat (12 väittämää), toimintakyky ja sosiaaliset suhteet (12 väittämää) sekä riskitekijät (6 väittämää) (Juntunen & Piiparinen 2013, Skre ym. 2013, TOIMIA-tietokanta). CORE-OM:n kokonaispisteet ja osa-alueiden pisteet saadaan laskemalla väittämistä saadut pisteet yhteen ja jakamalla summa vastattujen väittämien määrällä. Kliiniset kokonaispisteet ilmaistaan kymmenellä kerrottuna, minkä on todettu helpottavan mittarin käyttöä ja tulkittavuutta. Yhden väittämän pisteet voivat vaihdella välillä 0–4, ja CORE-OM:n kliiniset kokonaispisteet vaihtelevat välillä 0–40. Mitä enemmän vastaajalla ilmenee ongelmia eri osa-alueilla, sitä enemmän pisteitä hän saa (taulukko 2). Kliinisten kokonaispisteiden osalta kliinisesti merkittävän oireilun rajana voidaan pitää kymmentä (10:ä) pistettä. (Juntunen & Piiparinen 2013, Barkham ym. 2006.)

Taulukko 2. CORE-OM-mittarin kliinisten kokonaispisteiden tulkinta.

Kliiniset kokonaispisteet	Tulkinta
0.0 - 5.9	Terve (ei-kliininen)
6.0 - 9.9	Vähäinen (ei-kliininen)
10.0 - 14.9	Lievä (kliininen)
15.0 - 19.9	Keskivaikea (kliininen)
20.0 - 24.9	Keskivaikea / vakava (kliininen)
25.0 - 40.0	Vakava (kliininen)

Kvantitatiivisen aineiston analyysissä hyödynnettiin 15D-mittarin osalta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä käytössä ollutta Corame Oy:n analyysikäyttöliittymää. Koulutuksen vastuuhenkilöt toimittivat täytetyt vastauslomakkeet osastonsihteerille, joka tallensi vastaukset käyttöliittymään. Analyysikäyttöliittymän kautta pystyttiin raportoimaan alku- ja jälkimittauksen tulokset sekä näiden välinen muutos ja muutoskategoria. CORE-OM-mittarilla kerätty aineisto toimitettiin tutkijalle, joka tallensi sen IBM SPSS 25.0 -ohjelmistolla. Tuloksia tarkasteltiin analysoimalla keskiarvoja ja keskihajontoja. Alku- ja loppumittausten välisiä eroja testattiin parittaisten otosten t-testillä.

Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä (Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2010). Aluksi tutkija tutustui kirjoitettuun aineistoon lukemalla sen useaan kertaan läpi. Sen jälkeen aineistosta etsittiin tutkimuksen kannalta merkityksellisiä ilmaisuja, jotka voivat olla sanoja, lauseen osia tai kokonaislauseita. Merkitykselliset ilmaisut pelkistettiin ja pelkistykset ryhmiteltiin saman sisältöisiin alaluokkiin. Alaluokkia muodostui kaksitoista, joista saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin edelleen yläluokiksi. (Taulukko 3.) Syntyneet neljä yläluokkaa antoivat vastauksen tutkimuskysymykseen. (Kuvio 1.)

Tutkimus toteutettiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012). Tampereen yliopistollisen sairaalan eettinen toimikunta ei lausunnossaan (6.3.2018/R18048)

Taulukko 3. Esimerkki analyysin etenemisestä yläluokassa "Koulutuksen sisältö".

Esimerkki alkuperäisilmaisuista	Esimerkki pelkistyksistä	Esimerkki alaluokista	Yläluokka
Myös ryhmätapaamiset ovat antaneet minulle paljon iloa ja voimaa. Kokemusten jakaminen on lisännyt ymmärrystä itseä ja toisia kohtaan.	Ryhmän tuki Kokemusten jakaminen ryhmässä	Vertaistukea	Koulutuksen sisältö
Koulutus on antanut tietoa eri mielenterveyden sairauksista. Ryhmässä olen kuullut monenlaisia tarinoita. Ne opettavat ottamaan huomioon eri taustoista tulevia ihmisiä.	Antoi teoreettista tietoa Oppi toisten tarinoista	Tiedollinen anti	

nähty eettisiä esteitä hankearviointia varten kerätyn aineiston uusiokäytölle ja tutkimuksen suorittamiselle. Tässä artikkelissa raportoitavaa tutkimusta varten haettiin asianmukainen tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta eettisen toimikunnan lausunnon jälkeen. Kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuneet antoivat laadullisen palautteen ja täyttivät kyselylomakkeet nimettöminä. Paperinen aineisto säilytettiin aineiston keruu- ja analysointivaiheessa tutkijan hallussa lukittavassa laatikossa. Sähköinen aineisto tallennettiin tutkijan tietokoneelle salasanan taakse. Kyselyyn vastanneista ei kerätty rekisteriä tai henkilötietoja.

Tulokset

Osallistujien kokemukset koulutukseen osallistumisesta

Aineiston analyysin perusteella muodostui viisi yläluokkaa, jotka kuvaavat koulutukseen osallistuneiden kokemuksia kokemusasiantuntijakoulutuksesta: ”Antoi valmiuksia ja taitoja”, ”Auttoi voimaantumaa”, ”Selkiytti kokemusasiantuntijan roolia”, ”Koulutuksen sisältö” ja ”Kehitettävää koulutuksessa”. (Kuvio 1.)

Osallistujat kokivat koulutuksen aikana oppineensa taitoja, jotka ovat siirrettävissä arkeen ja hyödynnettävissä elämän eri osa-alueilla. He kuvasivat esimerkiksi saaneensa valmiuksia parempaan arjen hallintaan ja omasta fyysisestä terveydestä huolehtimiseen: *”Olen monella tavalla aktivoitunut ja elämäni on tullut järjestelmällisyyttä ja toimintakykyä.”* Esiintymiskyvyt olivat parantuneet, osallistujat olivat saaneet lisää rohkeutta ja itsevarmuutta. Koulutuksessa saatuja oppeja oli mahdollista siirtää myös työelämään, ja osallistujat kokivat työkykynsä parantuneen. Selviytyminen vuoden kestävästä koulutuksesta saattoi toimia rohkaisuna ja ponnahduslautana muihinkin opiskeluihin tai työelämään.

Koulutus oli auttanut osallistujia voimaantumaa, mikä ilmeni itseen kohdistuneiden negatiivisten tunteiden, kuten katkeruuden, syyllisyyden ja häpeän, vähentymisenä. Vastaavasti positiiviset tunteet,

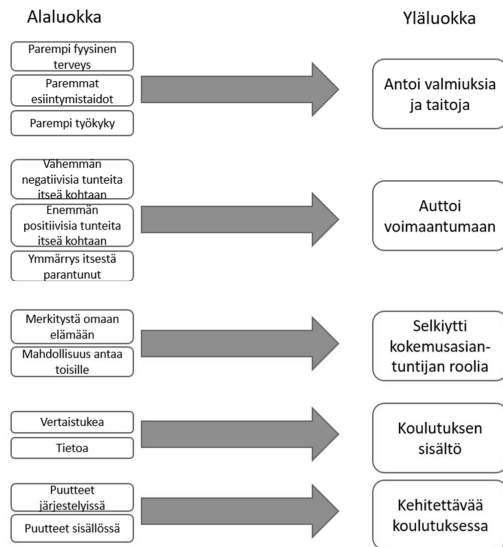
kuten arvostus ja kokemus selviytymisestä, olivat lisääntyneet: *”Nykyään koen itseni ja kokemukseni hyödylliseksi. Uskallan taas unelmoida ja tsempata muita.”* Itseymmärrys oli lisääntynyt koulutuksen aikana. Osallistujat kertoivat saaneensa oivalluksia ja ymmärrystä, ja he kokivat saaneensa myös työkaluja esimerkiksi haastavien tilanteiden ja tunteiden käsittelyyn: *”Koulutuksessa saamieni uusien näkökulmien avulla olen tehnyt vielä kerran uuden matkan omaan itseeni. Enää en koe sairauttani erilliseksi osaksi itseäni vaan se on osa minua.”*

Koulutus oli selkiyttänyt kuvaa siitä, mitä kokemusasiantuntijana toimiminen käytännössä on ja mitä se vaatii. Työskentelyn odotettiin tuovan mielekkyyttä elämään, koska se antoi kokemuksen hyödyllisyydestä ja merkittävydestä sekä toi mielekäästä tekemistä. Työskentely kokemusasiantuntijana antoi myös mahdollisuuden antaa jotakin toisille ihmisille. Eräs osallistuja totesi, että *”haluan jakaa oman tarinani, jotta siitä olisi toivoa ja apua muille.”*

Koulutuksen tärkeimmäksi anniksi monet osallistujat mainitsivat vertaistuen. Kokemusten jakaminen ryhmän kanssa ja ryhmältä saatu tuki olivat merkityksellisiä: *”Tärkeintä on ollut löytää tunne siitä, ettei ole pahan olonsa/rankan elämänsä kanssa yksin. Vertaistukea siis!”* Toinen tärkeä koulutuksen anti oli tiedollinen sisältö. Koulutuksen aikana osallistujat saivat sekä teoriataitotietoa että kokemustietoa. Pääosin luennoitsijat saivat erittäin hyvää palautetta ja luentoja pidettiin selkeinä.

Kokemusasiantuntijakoulutuksesta löytyi myös kehitettävää. Osa vastaajista koki, etteivät kaikki osallistujat olleet riittävän pitkällä omassa toipumisessaan osallistukseen koulutukseen. He toivoivat, että jatkossa tähän kiinnitettäisiin valintaprosessissa enemmän huomiota. Koulutusryhmät olivat heterogeenisiä ja ryhmässä tuli joskus ongelmia. Osa vastaajista kaipasi selkeitä pelisääntöjä, palautetta ja ryhmäkuria: *”Pakko on mainita, että ”ryhmäkuri” olisi saanut olla tiukempi. Aivan liikaa aikaa meni yhden ihmisen ”shown” pitämiseen...Tähän asiaan olisin toivonut vetäjien puuttuvan aikaisemmin.”* Vaikka luennot koettiin tär-

keiksi, koulutuksen sisältöön toivottiin lisää ryhmätapaamisia. Joihinkin luento-osuuksiin toivottiin muutoksia ja osaan luennoitsijoista oltiin tyytymättömiä. Koulutus kestää vuoden ja ryhmätapaamisia sekä luentoja on vähintään kerran viikossa. Niinpä koulutus saatettiin myös kokea raskaana ja aikataulut liian tiiviinä: ”Syksy oli vähän turhan tiiviillä aikataululla, joutui vähän pinnistellä.”



Kuvio 1. Kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuneiden kokemukset koulutuksesta.

Koettu elämänlaatu

15D-alkumittauksen täytti 62 kokemusasiantuntijakoulutuksen aloittanutta henkilöä (94 %). Jälkimittauksen täytti 39 henkilöä, vuosina 2014–2017 koulutusryhmissä oli keskeyttäneitä yhteensä 12 henkilöä, joten jälkimittauksen vastausprosentiksi tuli 72. Vastaajien kokonaisindeksi oli alkumittauksessa 0,8574 ja jälkimittauksessa 0,8652. Mikäli otetaan huomioon vain ne vastaajat, jotka täyttivät sekä alku- että loppukyselyn (N = 37), alkuindeksi oli 0,8664 ja loppuindeksi 0,8638. Muutos mittauksen välillä oli ensimmäisessä tapauksessa 0,0078 ja toisessa -0,0026, eli 15D-mittarin perusteella osallistujien koettu elämänlaatu säilyi ennallaan. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. 15D-mittauksen tulokset alku- ja loppumittauksessa kaikkien vastaajien ja sekä alku- että loppukyselyyn vastanneiden osalta.

	Alku-mittaus	Loppu-mittaus	Muutos
Kaikki (alkumittaus N = 62, loppumittaus N = 39)	0,8574	0,8638	0,0078
Sekä alku- että loppumittaukseen vastanneet (N = 37)	0,8664	0,8638	- 0,0026

Muutokset yksittäisten osa-alueiden kohdalla olivat hyvin pieniä. Positiivista muutosta tapahtui muun muassa masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden kokemuksessa, mutta esimerkiksi nukkumisen sekä vaivojen ja oireiden osalta tulokset olivat alkumittauksessa paremmat kuin loppumittauksessa.

Koettu psyykkinen hyvinvointi

CORE-OM-mittarin täytti koulutuksen alussa 66 osallistujaa (100 %) ja koulutuksen lopussa 49 vastaajaa. Koska koulutusryhmistä keskeytti 12 henkilöä, loppukyselyn vastausprosentti on 91. Osa-alueiden keskiarvot, alimmat ja ylimmät arvot sekä keskihajonnat alku- ja loppukyselyssä on esitetty taulukossa 5. Kun tarkastellaan osa-alueiden ja kliinisten kokonaispisteiden keskiarvoja, voidaan todeta, että niissä on tapahtunut hieman laskua verrattaessa alku- ja loppukyselyn vastauksia. Sen perusteella vastaajat kokivat psyykkisen hyvinvointinsa hiukan parantuneen kaikilla osa-alueilla. Vastaajista 43 vastasi sekä alku- että loppukyselyyn. Parillisten otosten t-testin perusteella eivät muutokset olleet tilastollisesti merkitseviä millään osa-alueella (taulukko 6).

Pohdinta

Laadullisen aineiston osalta tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia (esim. Gerry ym. 2011, Pollitt ym. 2012, Nordling & Hätönen 2013, Salzer ym. 2013, MacGregor & Hughes 2014, Israel ym.

Taulukko 5. CORE-OM-mittauksen tulokset alku- ja loppukyselyssä osa-alueittain (keskiarvo, alin ja ylin arvo sekä keskihajonta).

Osa-alue	N	Keskiarvo*	Alin	Ylin	Keskihajonta
Hyvinvointi alussa	66	1,07	0,00	3,50	0,80
Hyvinvointi lopussa	49	1,04	0,00	3,75	0,86
Ongelmat ja oireet alussa	66	1,26	0,08	3,75	0,86
Ongelmat ja oireet lopussa	49	1,14	0,08	3,33	0,72
Toimintakyky alussa	66	1,04	0,08	2,58	0,66
Toimintakyky lopussa	49	0,99	0,17	3,17	0,65
Riskipisteet alussa	66	0,21	0,00	2,67	0,43
Riskipisteet lopussa	49	0,18	0,00	3,17	0,53
Kliiniset kokonaispisteet alussa	66	9,76	1,50	30,60	6,61
Kliiniset kokonaispisteet lopussa	49	9,04	1,80	32,90	6,30

*Yhden osa-alueen pisteet voivat vaihdella välillä 0–4 ja CORE-OM:n kliiniset kokonaispisteet vaihtelevat välillä 0–40.

Taulukko 6. CORE-OM-mittauksen osa-alueiden parillisten otosten t-testin tulokset (vastausten lukumäärä, vapausaste, tilastollinen merkitsevyys).

	N	df	p-arvo
Hyvinvointi alussa - Hyvinvointi lopussa	43	42	0,570
Ongelmat ja oireet alussa - Ongelmat ja oireet lopussa	43	42	0,081
Toimintakyky alussa - Toimintakyky lopussa	43	42	0,581
Riskipisteet alussa - Riskipisteet lopussa	43	42	0,439
Kokonaispisteet alussa - Kokonaispisteet lopussa	43	42	0,246
Kliiniset kokonaispisteet alussa - Kliiniset kokonaispisteet lopussa	43	42	0,247

2016). Osallistujat kuvasivat kokemusasiantuntijakoulutuksen vahvistaneen heidän tietojansa, taitojaan ja valmiuksiaan sekä voimaannuttaneen heitä. Koulutuksen aikana itsearvostus ja kokemus merkityksellisyydestä paranivat. Erityisen tärkeänä koettiin koulutusryhmältä saatu vertaistuki. Vaikka koulutuksen sisältöön oltiin pääosin tyytyväisiä, vastaajat esittivät myös kehittämishetkeitä.

Mielenkiintoista on, että laadullisen palautteen perusteella kokemusasiantuntijakoulutus koettiin merkittäväksi, mutta kvantitatiivisessa aineistossa ei ollut nähtävissä juurikaan muutosta. Vastaajien määrä oli pieni, mikä tulee ottaa huomioon, mutta voidaan myös pohtia sitä, mitattiinko osallistujille relevantteja asioita tai tavoitettiin osallistujien kokemus. Muun muassa Sales kumppaneineen (2018) on todennut, etteivät

yleiseen tietoon pyrkivät (nomoteettiset) mittarit välttämättä tavoita ”koko tarinaa” tai henkilön kokemia ongelmia. Määrämittaiset mittarit voivat sisältää vastaajalle epäolennaisia kysymyksiä ja väittämiä, tai niiden sisältö voi merkitä eri asioita eri henkilöille (Sales & Alves 2016).

Tässä tutkimuksessa pystyttiin analysoimaan kvantitatiivisilla mittareilla tuotettua tietoa vain ryhmäkeskiarvojen tasolla. Vaikka tapahtuneet muutokset koetussa elämälaadussa ja psyykkisessä oireilussa eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, niillä voi olla kliinistä merkittävyyttä eli muutokset voivat olla yksittäisille vastaajille henkilökohtaisesti merkityksellisiä (Kwan & Rickwood 2015). Valtaosalla koulutukseen osallistujista oli omakohtaista kokemusta sairastamisesta ja toipumisesta, ja kokemusasiantuntijakoulutus voidaan nähdä osana heidän toipumis-

prosessiaan. Se, ettei kvantitatiivissa mittareissa tapahtunut muutosta, voi merkitä myös sitä, että heidän tilanteensa ja vointinsa oli vakiintunut eikä kokemusasiantuntijakoulutuksesta ollut haittaa toipumiselle. Jatkotutkimuksissa on syytä pohtia, voidaanko kokemusasiantuntijakoulutuksen arvioinnissa käyttää yksilöllisempiä mittareita (individualized PROM), jolloin muutosta ja toipumista arvioidaan osallistujien itsensä määrittelemien osa-alueiden osalta (Sales ym. 2018).

Laadullisen analyysin luotettavuuden varmistamiseksi analyysin vaiheet on pyritty kuvaamaan tarkasti ja tulosten tueksi on esitetty suoria lainauksia aineistosta. Laadullisen aineisto oli hyvin eritasoista, mikä heikentää tulosten luotettavuutta. Osa vastaajista oli kirjoittanut palautteeksi vain muutaman rivin käsin, osa oli antanut palautetta yli kaksi koneella kirjoitettua A4-sivua.

15D- ja CORE-OM-mittareita on käytetty ja niiden luotettavuutta ja toimivuutta on arvioitu useissa tutkimuksissa (TOIMIA-tietokanta). Tässä tutkimuksessa tulosten luotettavuutta heikentää se, että 15D-mittarin osalta jouduttiin tyytymään Corame Oy:n käyttöliittymän tuottamiin tietoihin. Näin ollen ei voitu esimerkiksi tarkastella elämänlaadun muutoksia eri osa-alueiden osalta. Luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä heikentää myös vastaajien pieni lukumäärä ja se, ettei käytettävissä ollut vastaajien taustatietoja. Vastaamisen valikoituneisuutta ja katoa ei aineistosta voitu analysoida. CORE-OM-mittarin tulosten osalta huomataan, että erot vastausten alimpien ja ylimpien arvojen välillä olivat suuria. Huomattava hajonta voi osaltaan selittää tilastollisen merkitsevyyden puuttumista. Esimerkiksi kliiniset kokonaispisteet vaihtelivat välillä 1,50–30,60 (ka 9,76). Osa vastaajista arvioi siis oireensa hyvin lieviksi ja osa hyvin vakaviksi. Koulutukseen osallistujien tilanteen ja taustojen heterogeenisuus selittänee tätä.

Tutkimustulosten luotettavuutta parantaa se, että tulokset esiteltiin koulutettujen kokemusasiantuntijoiden tapaamisessa. Tulokset herättivät paljon keskustelua erityisesti 15D- ja CORE-OM-mittareiden tulosten

osalta. Kokemusasiantuntijat toivat esiin sitä, että alkumittauksen tuloksiin on voinut vaikuttaa koulutukseen pääsemisen tuottama toiveikkuus ja ilo. Haikeus koulutuksen päättymisestä ja ryhmän hajoamisesta taas on voinut vaikuttaa siihen, miten loppukyselyyn on vastattu.

Kokemusasiantuntijatoiminta on laajentunut merkittävästi Suomessa viime vuosina, ja koulutusta järjestetään monin eri tavoin. Kokemusasiantuntijakoulutus näyttäytyy tärkeänä vaiheena osallistujien omalla toipumismatkalla. Tutkimuksen tulokset tuovat esiin tarvetta kehittää ja ottaa käyttöön toipumisorientaatioon perustuvia mittareita, jotka mittaavat yksilöllistä toipumisprosessia eivätkä kliinisiä oireita tai toimintavajeita.

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen merkitys kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistumisella oli koulutukseen osallistuneille heidän itsensä arvioimana. Tutkimuksen kontekstina oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin noin vuoden kestävä kokemusasiantuntijakoulutus. Tutkimuksessa hyödynnettiin olemassa olevaa, koulutuksen arviointiin ja kehittämiseen kerättyä aineistoa. Aineistona käytettiin koulutukseen vuosina 2010–2017 osallistuneiden henkilöiden koulutuksen päätyttyä antamaa laadullista ja vapaamuotoista palautetta. Lisäksi aineistona käytettiin vuosina 2014–2017 osallistujilta koulutuksen alussa ja lopussa (noin 12 kk kuluttua) 15D-elämänlaatumittarin ja Clinical outcome in routine evaluation (CORE-OM) -mittarin avulla kerättyä dataa.

Laadullisen aineiston osalta tutkimuksen tulokset vahvistivat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Osallistujat kuvasivat kokemusasiantuntijakoulutuksen vahvistaneen heidän tietojansa, taitojansa ja valmiuksiaan sekä voimaannuttaneen heitä. Koulutuksen aikana itsearvostus ja kokemus merkityksellisyydestä paranivat. Eriytyisen tärkeänä koettiin koulutusryhmältä saatu vertaistuki. Koulutuksen sisältöön

oltiin pääosin tyytyväisiä, mutta esitettiin myös kehittämisehdotuksia. Laadullisen palautteen perusteella kokemusasiantuntijakoulutus koettiin merkittäväksi, mutta kvantitatiivisessa aineistossa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia. 15D-mittarin perusteella osallistujien koettu elämänlaatu säilyi ennallaan ja muutokset yksittäisten osa-alueiden kohdalla olivat hyvin pieniä. CORE-OM-mittarin tulosten mukaan psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueiden ja kliinisten kokonaispisteiden keskiarvoissa tapahtui hieman laskua verrattaessa alku- ja loppukyselyn vastauksia. Sen perusteella vastaajat kokivat psyykkisen hyvinvointinsa hiukan parantuneen kaikilla osa-alueilla. Muutokset eivät kuitenkaan olleet olleet tilastollisesti merkitseviä. Tutkimuksen tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä arvioitaessa on syytä ottaa huomioon tutkimuksen rajoitukset, muun muassa vastaajien pieni lukumäärä.

Avainsanat: kokemusasiantuntijat, vertaistuki, arviointitutkimus

Abstract

Meaning of training of expert-by-experience as assessed by participants

The purpose of the study was to investigate what meaning the training of experts-by-experience had on participants, as assessed by themselves. The context of the study was an approximately one-year-long training in the Hospital District of South Ostrobothnia. The study utilized existing data collected for the evaluation and development of the training. The data consisted of qualitative and informal feedback given at the end of the training by those who participated in the training between 2010 and 2017. In addition, data collected from participants at the beginning and end of the training period (approximately 12 months later) using 15D-quality of life indicator and Clinical outcome in routine evaluation (CORE-OM) questionnaire were used.

The qualitative data and results confirmed the results of previous studies. Participants described that the training of expert-by-experience had strengthened their knowledge, skills and capabilities and empowered them. During the training, their self-esteem and sense of purpose increased. Of particular importance was the peer support received from the training group. The content of the training was largely satisfactory, but suggestions for improvement were also made. Based on the qualitative feedback, the expert-by-experience training was perceived as meaningful, but in the quantitative data there were no significant changes. On the basis of the 15D, participants' perceived quality of life remained unchanged and changes in individual areas were very small. According to CORE-OM results, there was a slight decrease in mean scores for mental well-being and overall clinical scores when comparing baseline and end-of-questionnaire responses. On this basis, respondents felt a slight improvement in their mental well-being in all areas. However, the changes were not statistically significant. When evaluating the reliability and generalizability of the research results, the limitations of the research should be taken into account, e.g. a small number of respondents.

Keywords: expert-by-experience, peer support, evaluation research

Tulosten merkitys: Tutkimuksen aihepiiri on tärkeä, jotta voidaan kehittää kokemusasiantuntijakoulutusta ja sitä kautta kokemusasiantuntija- ja vertaistoimintaa sekä toipumisorientaatiota mielenterveyspalveluissa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kokemusasiantuntijakoulutuksia suunniteltaessa, jotta koulutuksen sisältö vastaisi osallistujien tarpeita. Koulutuksiin osallistujilta saatu laadullinen palaute on merkittävää, mutta myös erityisesti toipumisorientaatioon perustuvia mittareita tulisi kehittää ja käyttää.

Lähteet

- Alanne S, Roine RP, Räsänen P, Vainiola T, Sintonen H (2015) Estimating the minimum important change in the 15D scores. *Qual. Life Res* 24, 3, 599–606. doi: 10.1007/s11136-014-0787-4.
- Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J, Cahill J (2006) A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counsell Psychother Res J* 6, 1, 3–15. doi: 10.1080/14733140600581218.
- Byrne L, Roennfeldt H, O'Shea P (2017) Identifying barriers to change: The lived experience worker as a valued member of the mental health team. Queensland Mental Health Commission, Australia.
- Centre for Excellence in Peer Support. Mind Australia. <http://www.peersupportvic.org/index.php/2014-12-15-22-41-58/2014-12-15-22-59-54>. (Viitattu 13.1.2018)
- Christie L (2016) Peer support roles in mental health services. The Institute for Research and Innovation in Social Services (IRISS), Scotland.
- Chinman M, McCarthy S, Mitchell-Miland C, Daniels K, Youk A, Edelen M (2016) Early stages of development of a peer specialist fidelity measure. *Psychiatr Rehabil J* 39, 3, 256–265. doi:10.1037/prj0000209.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R (2012) Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 11, 2, 123–128.
- Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S, Sinkkonen N (2013) Kuntoutujasta toimijaksi - kokemus asiantuntijuudeksi. Työpäpaperi 39/2013. THL, Helsinki.
- Gerry L, Berry C, Hayward M (2011) Evaluation of a training scheme for peer support workers. *Ment. Health Pract* 14, 5, 24–29. doi: 10.7748/mhp2011.02.14.5.24.c8309.
- Gillard SG, Edwards C, Gibson SL, Owen K, Wright C (2013) Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Serv Res* 13:188. doi: 10.1186/1472-6963-13-188.
- Gillard S, Foster R, Gibson S, Goldsmith L, Marks J, White S (2017) Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Mental Health and Social Inclusion* 21, 3, 133–143.
- Graneheim UH, Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 24, 105–112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
- Hietala O, Rissanen P (2015) Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntija - hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Hipp K, Kangasniemi M, Vaajoki A, Kuosmanen L (2016) Kokemusasiantuntijan osallisuus mielen-terveyspalvelujen kehittämisessä. *Hoitotiede* 28, 4, 286–297.
- Hirschovits-Gerz T, Sihvo S, Karjalainen J, Nurmela A (2019) Kokemusasiantuntijuus Suomessa: Selvitys kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -toiminnan käytännöistä. Työpäpaperi 17/2019. THL, Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138436/URN_ISBN_978-952-343-354-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Viitattu 29.9.2019)
- Hyvärinen E, Kilkku N (2010) Mielenterveyden kokemusasiantuntijuus – kuntoutumista tukeva toimintamuoto. *Sairaanhoitaja* 1, 83, 50–53.
- Ilomäki T (2019) Palkkioiden merkitys vertaisille ja kokemusasiantuntijoille. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 4/2019, 1–14. https://tiedostot.a-klinikksaatio.fi/Ilomaki_Tietopuu_Katsauksia_4_2019.pdf. (Viitattu 29.9.2019)
- Israel T, Willging C, Ley D (2016) Development and Evaluation of Training for Rural LGBTQ Mental Health Peer Advocates. *Rural Ment Health* 40, 1, 40–62. doi:10.1037/rmh0000046.
- Jones N, Corrigan PW, Drexler J, Parker J, Larson N (2013) Peer support, self-determination, and treatment engagement: A qualitative investigation. *Psychiatr Rehabil J* 36, 3, 209–214.
- Juntunen H, Piiparinen A (2013) CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus: ei-kliininen aineisto. *Psykologian pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteen ja psykologian osasto, Joensuu kampus, Itä-Suomen yliopisto*.
- Kaufman L, Kuhn W, Stevens-Manser S (2016) Peer Specialist Training and Certification Programs: A National Overview. Texas Institute for Excellence in Mental Health, School of Social Work, University of Texas at Austin, USA.
- Kemp V, Henderson AR (2012) Challenges faced by mental health peer support workers: Peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J* 35, 4, 337–340. doi: 10.2975/35.4.2012.337.340.
- Korkeila J (2017) Toipumisorientaation paluu. *Suomen lääkirilehti* 72, 49, 2865.
- Kostiainen E, Ahonen S, Verho T, Rissanen P, Rotko T (2014) Kokemukset käyttöön - kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Työpäpaperi 2014/036. THL, Helsinki.
- Koulutetut kokemusasiantuntijat KoKoA ry. <http://www.kokemusasiantuntijat.fi/>. (Viitattu 13.1.2018)
- Kwan B, Rickwood DJ (2015) A systematic review of mental health outcome measures for young people aged 12 to 25 years. *BMC Psychiatry* 15, 1. doi: 10.1186/s12888-015-0664-x.
- Lassila A (2017) Asiakaskokemuksen hyödyntäminen ja palvelujen yhteistuotanto mielen-terveyspalvelujen kehittämisessä. Sosiaali- ja terveysjohtamisen EMBA -kehittämisestävä. Julkaisematon käsikirjoitus. Tampereen yliopisto ja Tampereen teknillinen yliopisto, Tampere.
- Lassila A, Kampman O (2018) Työmalleja toipumisorientaation pohjalta. *Suomen lääkirilehti* 73, 37, 2026–2027.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 199, 445–452.

- MacGregor A, Hughes T (2014) An Evaluation of the PDA Mental Health Support Pilot. The Scottish Recovery Network, Scotland.
- Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, Bock T (2014) Peer support in mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 27, 4, 276–281.
- Miyamoto Y, Sono T (2012) Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: a review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 8, 22–29. doi:10.2174/1745017901208010022.
- Mäkelä M, Haapoja H (2016) Puoskaroinnista lääketieteeseen ja takaisin. *Duodecim* 132, 2169–2175.
- Newman D, O'Reilly P, Lee SH, Kennedy C (2015) Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 22, 171–182. doi:10.1111/jpm.12202.
- Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveytyössä? *Duodecim* 134, 1476–1483.
- Nordling E, Hätönen H (2013) Miten toteutuu kokemusasiantuntijatoiminta? Teoksessa J Moring, V Bergman, E Nordling, J Markkula, A Partanen, M Soikkeli (toim.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012*. Työpäpaperi 15. THL, Helsinki, 143–148.
- Nordling M (2011) Yhdessä olemme enemmän. Teoksessa J Moring, A Martins, A Partanen, V Bergman, E Nordling, V Nevalainen (toim.). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010*. Raportti 6. THL, Helsinki, 61–64.
- Nousiainen S (2011) Kokemusasiantuntijat – vaikuttamista ja voimaantumista. Teoksessa J Moring, A Martins, A Partanen, V Bergman, E Nordling, V Nevalainen (toim.). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010*. Raportti 6. THL, Helsinki, 64–69.
- Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, Berends L (2013) Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD004807. doi:10.1002/14651858.CD004807.pub2.
- Polit DF, Beck CT (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Pollitt A, Wimpenny E, Newbould J, Celia C, Ling T, Scraggs E (2012) Evaluation of the peer worker programme at Cambridgeshire and Peterborough NHS. Foundation Trust, Rand Europe.
- Repper J, Carter T (2011) A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 20, 4, 392–411. doi:10.3109/09638237.2011.583947.
- Repper J, Watson E (2012) A year of peer support in Nottingham: lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 7, 2, 70–78.
- Rissanen P (2015a) Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä – kokemusasiantuntijan näkökulma. Teoksessa A Partanen, J Moring, V Bergman, J Karjalainen, M Kesänen, J Markkula, M Marttunen, S Mustalampi, E Nordling, T Partonen, P Santalahti, P Solin, T Tuulos, S Wuorio (toim.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpäpaperi 20*. THL, Helsinki, 239–244.
- Rissanen P (2015b) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. *Akateeminen väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 88. Helsinki.
- Saarni SI, Pirkola S (2010) Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. *Duodecim* 126, 2265–2273.
- Sales CMD, Alves P (2016) Patient centered assessment in psychotherapy: a review of individualized tools. *Clin Psychol* 23, 3, 265–283. doi:10.1111/cpsp.12162.
- Sales CMD, Neves ITD, Alves PG, Ashworth M (2018) Capturing and missing the patient's story through outcome measures: a thematic comparison of patient-generated items in PSYCHLOPS with CORE-OM and PHQ-9. *Health Expect* 21, 3, 615–619. doi:10.1111/hex.12652.
- Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskiy E (2010) Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 61, 520–523.
- Salzer MS, Darr N, Calhoun G, Boyer W, Loss RE, Goessel J, Schwenk E, Brusilovskiy E (2013) Benefits of working as a certified peer specialist: results from a statewide survey. *Psychiatr Rehabil J* 36, 3, 219–221. doi:10.1037/prj0000016.
- Schanner C, Falck A, Keskitalo A, Hautala N (2016) Health-related quality of life of Finnish patients with diabetes. *Scand J Public Health* 44, 8, 765–771. doi:10.1177/1403494816666732
- The Scottish Qualifications Authority (SQA) The Professional Development Award (PDA) in Mental Health Peer Support PDA in Mental Health Peer Support at SCQF level 7. <http://www.sqa.org.uk/sqa/47021.html> (Viitattu 13.1.2018)
- Scottish Recovery Network (2011) Experts by experience. Guidelines to support the development of peer worker roles in the mental health sector. Glasgow, Scotland.
- Shepherd G, Boardman J, Burns M (2010) Implementing recovery: a methodology for organizational change. Sainsbury Centre for Mental Health, London, UK.
- Skre IB, Friborg O, Elgarøy S, Evans C, Myklebust LH, Lillevoll K, Sørgaard KW, Hansen VK (2013) The factor structure and psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) in Norwegian clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry* 13:99. doi:10.1186/1471-244X-13-99.
- Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S (2011) Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *Int J Ment Health Syst* 5, 11, 1–12.
- STM (2009) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, Helsinki.
- Sunderland K, Mishkin W (2013) Guidelines for the practice and training of peer support. Peer Leadership Group, Mental Health Commission of Canada. Calgary, Canada.
- Tarescavage AM, Ben Porath YS (2014) Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners. *J Clin Psychol* 70, 9, 808–830.

- doi:10.1002/jclp.22080.
- TENK (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. (Viitattu 6.8.2019)
- TOIMIA-tietokanta. 15D -terveyteen liittyvää elämäntilaa arvioiva mittari. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>. (Viitattu 17.10.2018)
- TOIMIA-tietokanta. CORE-OM -mittarin soveltuvuus psykoterapian vasteen mittaamiseen. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/129/>. (Viitattu 17.10.2018)
- Trachtenberg M, Parsonage M, Shepherd G, Boardman J (2013) Peer support in mental health care: is it good value for money? Centre for Mental Health, London.
- Tse S, Tsoi EW, Wong S, Kan A, Kwok CF (2014) Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: Preliminary evaluation and experience. *Int J Soc Psychiatry* 60, 3, 211–218. doi: 10.1177/0020764013481427.
- Tse S, Mak WWS, Lo IWK, Liu LL, Yuen WWY, Yau S, Ho K, Chan SK, Wong S (2017) A one-year longitudinal qualitative study of peer support services in a non-Western context: The perspectives of peer support workers, service users, and co-workers. *Psychiatry Res* 255, 27–35. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.007.
- Utschakowski J (2007) Training programme for people with experience in mental health crisis to work as trainer and peer supporter. *Ex-In Curriculum*.
- van Gestel-Timmermans H, Brouwers EPM, van Assen MALM, van Nieuwenhuizen C (2012) Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 63, 1, 54–60.
- Walker G, Bryant W (2013) Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatr Rehabil J* 36, 1, 28–34. doi: 10.1037/h0094744.