

Visuaalisen neglectin
tunnistamisen haasteet
kognitiivisessa ajokykyarviossa

Kokemusasiantuntijakoulutuksen
merkitys koulutukseen
osallistuneiden arvioimana

Kokemuksia Kelan
etäkuntoutushankkeesta

SISÄLTÖ


PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN


Tarvitaan uusi kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisohjelma 3

TIETEELLINEN ARTIKKELI

HEIDI PARANTAINEN, HANNA PYYKÖNEN, SANNA LIUHA,
TUOMO KUJALA JA JAN WIKGREN

Visuaalisen neglectin tunnistamisen haasteet
kognitiivisessa ajokykyarviossa: tapaustutkimus  5

MINNA LAITILA

Kokemusasiantuntajakoulutuksen merkitys
koulutukseen osallistuneiden arvioimana  18

KATSAUS

JOHANNA ROUVINEN JA ANNA-LIISA SALMINEN

Kokemuksia Kelan etäkuntoutushankkeesta 32

ANNIKA LAISOLA-NUOTIO

Järjestöjen toteuttama verkkosopeutusvalmennus 36

HANKE-ESITTELY

MERJA RANTAKOKKO, SALLA SIPARI, JAANA PALTAMAA,
KAISA MALINEN, KATARIINA KORNILOFF, TOINI HARRA,
NEA VÄNSKÄ JA KRISTA LEHTONEN
RECORDI 44

IRINA KÖNTTI JA ALEXANDRA MALANIN

Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen:
toimintamallina kiertävä kokous 49

PUHEENVUORO

KAARLO MAANIEMI JA RAIMO RAITASALO

Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat
sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys edelleen kasvussa 54

KUNTOUTUKSESSA TAPAHTUU

59

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattilinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaisia tietoja kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kutke ry; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Jouni Puumalainen, Kuntoutussäätiö; Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto; Salla Sipari, Metropolia AMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Riitta Sepänen-Järvelä, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhaluoma, Sinikka Hiekkala. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT JA MEDIAKORTTI** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhistyksen jäsenet 50 euroa | Irtonumero 14 € + postimaksu **ILMOITUSHINNAT:** 1/1 sivu mv 250 euroa, 1/2 sivu mv 150 euroa, 1/4 sivu mv 120 euroa **JULKAISIJAT** Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhistys Kutke ry | 42. vuosikerta | ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu) **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Laakapaino Oy

TARVITAAN UUSI KUNTOUTUKSEN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISOHJELMA

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Kuntoutukselta edellytetään vaikuttavuutta. Jos haluamme tietää, mikä on vaikuttavaa, tarvitsemme tieteellistä tiedontuotantoa ja tämän tiedon pohjalta toteutettua kehittämis- ja innovaatiotyötä. Tällaisen TKI-toiminnan taas tulee soveltua kansallisiin oloihin, sen tulee olla systemaattista ja olla muodoltaan helposti arjen kuntoutustyöhön sovellettavaa. Tarvitaan siis laajasti hyväksytty, tulevaisuuteen suuntaava kuntoutuksen strateginen TKI-ohjelma.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma julkaistiin noin 15 vuotta sitten sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisusarjassa (STM Julkaisuja 19, 2003). Useat siinä esiin nostetut linjaukset ovat edelleen ajankohtaisia. On myös nähtävissä, että moniin siinä esitettyihin ja edelleen ajankohtaisiin kehittämiskohteisiin ei ole valitettavasti löytynyt ratkaisua. Toisaalta yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän toimintaan, samoin kuin kuntoutusnäkemuksiin, on ajan saatossa tullut muutoksia, jotka puoltavat ohjelman päivittämistä ja myös uudistamista vastaamaan kuntoutusalan tulevaisuuden haasteisiin.

Uuden kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisohjelman laadintaa tukee myös se, että kuntoutuksen uudistamiskomitea pitää vuonna 2017 julkaistussa raportissaan tärkeänä, että korkeakoulut ja muut tutkimusorganisaatiot sekä ministeriöt (STM, TEM) yhdessä laativat kuntoutuksen strategisen tutkimus- ja kehittämisohjelman, jossa määritellään myös kuntoutusalan tutkimuksen ja kehittämisen rahoitus.

Ammattikorkeakoulujen yhteenliittymä, kuntoutuksen monialainen osaamiskeskittymä, on kuntoutuksen koulutuksen kehittämisen lisäksi edistänyt soveltavaa kuntoutuksen tutkimustoimintaa, kehittämistä ja innovaatioita. On hienoa, että osaamiskeskittymän koordinaattoreina toimivat Jyväskylän ammattikorkeakoulu (JAMK) ja Metropolia ovat saaneet OKM:n rahoituksen ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan kehittämiseksi. Kyseisestä REcoRDI-hankkeesta voit lukea lisää tämän lehden hanke-esittely -osiosta.

Kuten kuntoutuksen toteutuksessa, myös kuntoutusta koskevassa TKI-toiminnassa näkyy toimijoiden monialaisuus mutta myös toiminnan hajautuneisuus. Onkin tärkeää, että tällä monialaisella, verkostoista koostuvalla kuntoutustoimijoiden joukolla on käytössään yhteiset pelisäännöt eli yhteisiä strategisia linjauksia tarjoava ohjelma, jonka avulla eri näkökulmia edustavat toimijat kykenevät suunnistamaan kohti yhteisiä päämääriä. Täten on ensiarvoisen tärkeää, että kuntoutuksen TKI-toiminta pohjaa kuntoutusalan yhteisesti laadittuun ja laajasti hyväksyttyyn ohjelmaan.

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry ja erityisesti sen tieteellinen toimikunta on kuntoutuksen alalla toimivien tutkijoiden ja kehittäjien kaikille avoin keskustelufoorumi. Yhdistyksessä on keskusteltu mahdollisuudesta laatia ministeriöille aloite kuntoutuksen toimijoita laajasti kokoavan kuntoutuksen strategisen TKI-ohjelman laatimiseksi. On pohdittu, miten näiden linjausten laadintaan saataisiin mukaan kuntoutuksen TKI-toiminnan parissa toimivien laaja-alainen joukko, niin että mukana olisivat varsin hajallaan olevat tiedeyliopistojen eri alojen kuntoutuksen tutkijat samoin kuin tutkimuslaitosten ja ammattikorkeakoulujen toimijat. Laaja-alainen kuntoutuksen TKI-toimijoiden yhteistyö on välttämätöntä, mutta tarvitaan myös toiminta-alusta sekä resurssit, joiden puitteissa yhteisiä linjauksia on mahdollista laatia.

Myös Kuntoutus-lehden toiminta on monialaista. Lehdellä on kaksi kuntoutuksen kentällä toimivaa kustantajaa ja kaksi eri tieteenalaja edustavaa päätoimittajaa. Niin ikään lehden toimituksessa sekä toimitusneuvostossa edustus on laajasti monitieteellinen. Myös lehden sisällöissä näkyy monialaisuus ja -tieteellisyys. Toinen tämän numeron tieteellisistä artikkeleista käsittelee varsin rajatun neuropsykologisen häiriön vaikutusta ajokykyyn ja toinen kokemusasiantuntijakoulutuksen koettuja vaikutuksia. Lisäksi voi tutustua katsauksiin, joissa esitellään kokemuksia erilaisista etäkuntoutuksen muodoista. Lehti sisältää myös lyhyitä kirjoituksia muun muassa asiakaslähtöisestä palvelujen kehittämisestä ja nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamista sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyydestä.

Mukavia lukuhetkiä monialaisen ja monitieteellisen Kuntoutus-lehden parissa.

Erja Poutiainen
päätoimittaja



VISUAALISEN NEGLECTIN TUNNISTAMISEN HAASTEET KOGNITIIVISESSA AJOKYKYARVIOSSA: TAPAUSTUTKIMUS

Johdanto

Neglect eli huomiotta jääminen (Jehkonen ym. 2015) on yksi keskeisistä kognitiivisista häiriöistä oikean hemisfääriin aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Se on tyypillisesti seurausta aivojen keskeisemmän valtimon tukoksen tai vuodon aiheuttamasta päälaki-otsa-ohimolohkoalueen tai ratayhteyksien vauriosta (Lunven & Bartolomeo 2017). Neglectiä voi esiintyä vaikeusasteesta riippuen 36–85 prosentilla oikean hemisfääriin aivoverenkiertohäiriöpotilaista subakuutissa vaiheessa (Azouvi ym. 2002). Neglectillä tarkoitetaan kyvyttömyyttä havainnoida, reagoida tai orientoitua aivovaurioon nähden vastakkaisella puolella esiintyviin ärsykkeisiin, kun tämä ei johdu motorisesta tai sensorisesta puutoksesta (Heilman ym. 2000). Tavallisia neurologisia, kognitiivisia ja neuropsykiatrisia liitännäisoireita ovat vasemman puolen halvaus, visuaalisen hahmottamisen vaikeudet ja tarkkaavuuden säätelyn häiriöt, korostuneen positiivinen mieliala ja oiretiedostamattomuus. Neglect voi ulottua spatiaalisesti eri etäisyyksille: peripersonaaliselle alueelle (käden mitan ulottuvuudelle) tai ekstrapersonaaliselle alueelle (kosketusetäisyyden ulkopuolelle) (Van der Stoep ym. 2013). Sen ilmeneminen ja vaikeusaste voivat olla etäisyydestä riippuvaisia siten, että se ilmenee esimerkiksi joko vahvemmin tai pelkästään ekstrapersonaalisella alueella (Cowey ym. 1994, Keller ym. 2005, Van der Stoep ym. 2013) tai peripersonaalisella alueella (Aimola

ym. 2012, Halligan & Marshall 1991, Van der Stoep ym. 2013).

Aivoinfarktin tai aivoverenvuodon jälkeinen ajokielto kestää yleensä vähintään kolme kuukautta, ja mikäli akuuttivaiheen jälkeen on todettavissa ajokykyyn vaikuttavia oireita, kuten neglect, sen kesto on vähintään kuusi kuukautta (Trafi 2017: Ajoterveyden arviointiohjeet lääkäreille 16.5.2017). Ajolupa voidaan palauttaa, mikäli ajokykyyn vaikuttavat oireet väistyvät. Ajokyvyn kognitiivisessa arviossa kiinnitetään huomiota hahmottamiseen, toiminnanohjaukseen, prosessoinnin nopeuteen, vireystilan säätelyyn (Trafi 2017) sekä sairaudentuntoon ja harkintakykyyn (Kuikka ym. 2006). On esitetty, että neglect voisi vaikeuttaa ajolinjan ja ajonopeuden säilyttämistä sekä kapeuttaa ja hidastaa ympäristön havainnointia (Sotokawa ym. 2015). Neglectin lievittyessä turvallinen autolla ajaminen voi olla mahdollista, mutta ottaen huomioon neglectin mahdollinen fluktuointi ensimmäisen puolen vuoden aikana (Jehkonen ym. 2007) suositellaan, että ajokykyä arviointiin aikaisintaan puolen vuoden kuluttua sairastumisesta (Jehkonen ym. 2012).

Neuropsykologinen tutkimus on keskeisessä asemassa neglect-potilaan ajokyvyn arvioinnissa. Neglectin arvioinnin luotettavuudesta osana ajokyvyn kognitiivista arviota on kuitenkin vähän tietoa. Autolla ajamisen katsotaan edellyttävän kykyä havainnoida ja toimia tilanteen vaatimalla ta-

valla kompleksisessa visuaalisessa ympäristössä (Akinwuntan ym. 2006, Taylor 2003). Perinteisesti neglectiä arvioidaan erilaisilla etsintä-, kopiointi- ja piirrostehtävillä sekä havainnoinnilla. Kokonaisen testipatterin on katsottu olevan herkempi tunnistamaan neglect kuin yksittäisen tehtävän (Azouvi ym. 2002).

Yleisin standardoitu, validiksi ja reliabeliksi todettu neglectin arviointimenetelmä on Behavioral Inattention Test (BIT) (Wilson ym. 1987, suomenkielinen versio Jehkonen 2002). Herkäksi neglectin tunnistavaksi virhepiirteeksi kynä-paperitehtävissä on esitetty etsintätehtävän aloituskohtaa tehtäväpaperin oikealta puolelta (Azouvi ym. 2002). Kynä-paperitehtävät eivät välttämättä ole riittävän herkkiä tunnistamaan neglectiä toipumisen edettyä: silloin huomioon vaikeus voi suuntautua tasaisemmin ympäristöön ja ilmetä esimerkiksi vasemman puolen huomioon hitautena (Jehkonen ym. 2015), mutta osa potilaista oppii kompensoimaan oiretta tutkimustilanteessa suuntaamalla tietoisesti huomionsa havaintokentän vasemmalle puolelle (Appelros ym. 2003, Hasegawa ym. 2011, Sotokawa ym. 2015, Taylor 2003). Lisäksi pöytätason tehtävät arvioivat neglectiä peripersonaalisella alueella, kun ajettaessa olennaista on ekstrapersonaalisien alueen havainnointi. Vaikka potilaat pystyivät kompensoimaan neglectin kynä-paperitehtävissä, he eivät välttämättä pysty siihen nopeutta edellyttävissä tilanteissa, mikä näkyy reagointinopeuden hitautena vaurioon nähden vastakkaisen puolen ärsyksiin (van Kessel ym. 2010). On esitetty, että kompleksisemmat tarkkaavuutta kuormittavat tehtävät voisivat herkemmin paljastaa neglectin (Taylor 2003, van Kessel ym. 2013). Nämä voisivat olla keskeisessä roolissa ennustettaessa jaettua tarkkaavuutta edellyttäviä jokapäiväisiä suorituksia, kuten ajokykyä (Lundqvist ym. 2000).

Simulaattoriajon on todettu olevan luotettava ja turvallinen ajokyvyn arviointimenetelmä (Freund ym. 2002, McKay ym. 2011, Schechtman ym. 2009). Sillä pystytään tunnistamaan vasemman puolen liikenteessä lievä neglect, vaikkei se ilmenisi BIT-testissä (Sotokawa ym. 2015). Simulaattoris-

sa tehdyt ajovirheet ovat yleistettävissä ja toistuvat myös todellisessa ajoympäristössä (Schechtman ym. 2009). Lisäksi silmänliikkeitä tutkimalla on voitu todentaa neglect-oireita, vaikkeivät ne enää ilmenisi neuropsykologisissa testeissä ja haastattelussa (Pflugshaupt ym. 2004).

Tässä artikkelissa esiteltävän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka luotettavasti visuaalista vasemman puolen neglectiä ja ajokykyä pystytään arvioimaan kognitiivisilla kynä-paperitehtävillä kliinisessä yksilöarvioinnissa. Neglect määrittelyä tässä tutkimuksessa Heilmanin ym.:iden (2000) määritelmän mukaisesti aivovaurioon nähden vastakkaisen puolen huomioon vaikeutena. Neglect-potilaiden suoriutumista kynä-paperitehtävissä verrataan heidän suoriutumiseensa simulaattoriajossa. Lisäksi tarkastellaan visuaalista havainnointia simulaattoriajon aikana silmänliikkeitä mittaamalla. Tarkoituksena on selvittää, havainnoivatko neglect-potilaat tasaisesti havaintokentän molempia puolia vai painottuuko havainnointi havaintokentän oikealle puolelle simulaattoriajon aikana. Oletuksena on, että neglect voisi tulla esille simulaattoriajossa vaikeutena huomioida muuta liikennettä vasemmalta puolelta ja säilyttää ajolinjat, vaikkei neglect enää tulisi esille kynä-paperitehtävissä.

Menetelmät

Osallistajat ja eettiset näkökohdat

Tutkimukseen osallistui kolme neglect-potilasta (N1, N2, N3) 6–7,5 kuukautta sairastumisen jälkeen. Potilaita rekrytoitiin tutkimukseen puolentoista vuoden ajan sairaalan neurologian yksiköstä tiedustelemalla sisäänottokriteerit täyttäviltä potilailta heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen 6–12 kuukautta sairastumisen jälkeen. Neglect-potilaiden sisäänottokriteerit olivat: 1) oikean hemisfäärin aivoinfarkti tai aivoverenvuoto keski- tai etuosapainotteisesti (ei okkipitaalialueella), 2) visuaalinen vasemman puolen neglect todettuna kolmen kuukauden sisällä sairastumisesta (BIT:n kolme osatehtävää: viivojen etsiminen ja kirjainten

etsiminen ja viivan puolitus ja/tai sairaalan henkilökunnan havainnot), 3) alle 75 vuoden ikä, 4) voimassa oleva henkilöauton ajokortti, 5) ei merkittävää näköongelmaa, 6) äidinkieli suomi, 7) tutkittava ymmärtää tutkimuksen tarkoituksen ja pystyy itse päättämään osallistumisestaan siihen. Kaikki osallistujat olivat sairastaneet aivoverenvuodon. Poissulkukriteereinä olivat: 1) aikaisempi neurologinen tai psykiatrinen sairaus, joka merkittävästi heikentää toimintakykyä (esim. vaikea masennus tai epilepsia), 2) päihdeongelma ja 3) se, että fyysinen toimintakyky ei ole tutkimushetkellä riittävä autolla ajamiseen ilman ylimääräisiä hallintalaitteita.

Seitsemäntoista tervettä verrokkia osallistui tutkimukseen ja sisäänottokriteerit olivat neglectiä lukuun ottamatta samat kuin neglect-potilailla.

Tutkimukselle saatiin lupa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimusprotokollan mukaisesti sekä puoltava lausunto Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuseettiseltä toimikunnalta (Dnro 10U/2015). Aineiston pienen koon takia tulosten raportoinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, ettei tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Verrokkien aineistoa käytettiin kontrolliaineistona tämän tutkimuksen lisäksi Hanna Pyykösen tutkimustyössä (Pyykönen ym. 2019). Täten tutkimuksen kulku, menetelmät ja aineiston analysointi ovat verrokkien henkilöiden osalta yhteneväiset Pyykösen tutkimustyön kanssa.

Kognitiivinen arviointi

Visuaalista neglectiä, havainnointia ja visuaalista muistia arvioitiin Rey-Osterrieth Complex Figure (Rey) -kuvion kopioinnilla ja välittömällä mieleenpalautuksella (Fischer & Loring 2004), visuaalista etsintää ja hahmotamista edellyttävillä BIT-testistön (Wilson ym. 1987, suomenkielinen versio Jehkonen 2002) perinteisillä osatesteillä (viivojen etsiminen, kirjainten etsiminen, tähtikuvioiden etsiminen, kuvioiden ja muodon kopiointi, viivojen puolitus ja piirtäminen sanallisen ohjeen mukaan) sekä Vilkin viivojen aikarajallisella etsintätehtävällä (harjoitusosio ja 4 paperia) (Vilki 1989). Kognitiivisen toimintakyvyn perustasoa seulottiin Montreal Cognitive Assessment (MoCA) -tehtäväsarjalla (Nasreddine ym. 2005, suomenkielinen versio Hänninen ym. 2009), jolla arvioidaan tarkkaavuutta ja keskittymistä, toiminnanohjausta, muistia, kielellisiä taitoja, visuo-konstruktivisia taitoja, kielellistä ajattelua, laskemista ja orientaatiota.

Ajamisen arviointi ajosimulaattorissa ja ajoympäristön havainnoinnin arviointi silmänliikkekameralla

Ajokykyä arvioitiin Jyväskylän yliopiston informaatioteknologian tiedekunnan käyttäjäpsykologian laboratorion ajosimulaattorilla (kuva 1; tekniset tiedot: Kujala ym. 2016), jossa tutkittavat ajoivat saman reitin suoma-



Kuva 1.
Ajosimulaattori
(lavastettu tilanne).

laisessa kaupunkiympäristössä ääni- ja ajoittaisen nuoli ohjeistuksen mukaisesti. Tutkittavia ohjeistettiin ajamaan 20–40 kilometrin tuntinopeutta. Tutkimukseen kuului myös 10 minuutin maantieajamisen osuus, jossa tutkittavia pyydettiin ajamaan tasaisesti 80 kilometrin tuntinopeutta.

Ajoympäristön havainnointia arvioitiin Ergoneers Dikablis Essential (50 Hz) -silmänliikerekameralla, joka asetettiin paikoilleen pään ympärille kiristettävällä pannalla. Kamera mittasi katseen kohdistusta puolen asteen (0,5°:n) tarkkuudella kalibroitietäisydelle.

Haastattelu ja kyselylomakkeet

Alkuhaastattelussa osallistujilta tiedusteltiin ikä, kätisyys, koulutustausta, lääkärin aiemmin toteamat sairaudet, käytössä oleva lääkitys, tupakointi, alkoholin käyttömäärät, ajolupa, ajokokemus ja -määrä, näkökyky ja kuulon toimivuus. Alkuhaastattelun perusteella arvioitiin verrokkien sopivuus tutkimukseen ja tarkennettiin neglect-potilaiden tilanne tutkimushetkellä. Tutkittavat arvioivat ajosuoritustaan ja väsymystään modifioidulla kymmenen senttimetrin pituisella The Visual Analogue Scale for Fatigue (VAS-F; Lee ym. 1991) -janalla pystysuorassa asennossa, jotta vasemman puolen neglect ei vääristäisi tulosta. Ajamisen arvioissa VAS-F-janalla kymmenen (10) vastasi erittäin hyvää suoritusta ja nolla (0) erittäin huonoa suoritusta. Väsymyksen arvioissa VAS-F-janalla kymmenen (10) vastasi pahinta mahdollista väsymystä tai kuormitusta ja nolla (0) ei lainkaan väsymystä tai kuormitusta.

Tutkimuksen kulku

Tutkimukseen osallistuminen edellytti yhtä käyntikertaa Jyväskylän yliopiston tiloissa, jolloin tutkittavat osallistuivat alkuhaastatteluun, kognitiivista toimintakykyä mittaaviin kynä-paperitehtäviin, simulaattoriajoon sekä ajamisen jälkeen subjektiiviseen ajamisen ja väsyneisyyden arviointiin. Kognitiivista toimintakykyä arvioivat tehtävät etenivät seuraavasti: MoCA, Reyn kuvion kopiointi ja tahaton välitön mieleenpalautus,

BIT-testistön perinteiset osatehtävät käsikirjan mukaisessa järjestyksessä ja Vilkin viivojen aikarajallinen etsintätehtävä. Simulaattoriajossa oli harjoitusosio ennen varsinaista tutkimusajoa. Tutkittavat arvioivat väsymystään ennen ja jälkeen simulaattoriajon ja ajosuoritustaan simulaattoriajon jälkeen VAS-F-janalla. Tutkimukseen osallistumisen kesto oli noin 2–3 tuntia.

Aineiston analyysi

Kognitiivisten tehtävien analyysissä laskettiin tehtävien aloituspisteet vasemmalle, keskelle ja oikealle. Keskelle tuleviksi aloituspisteiksi määritettiin pisteet, jotka olivat tarkasti tehtävän keskilinjan kohdalla ja muutoin aloituspisteet määritettiin sijoituvaksi vasemmalle tai oikealle. Reyn kuvion kopiointi ja välitön mieleenpalautus pisteytettiin 18 osan pisteytysjärjestelmällä, joissa maksimipistemäärä on 36 (Fischer & Loring 2004). Analyysissa tarkasteltiin puuttuuko piirroksista osia ja onko nähtävissä puoliero kuvan hahmottumisessa. BIT-testistön perinteiset osatehtävät pisteytettiin testikäsittekirjan (Wilson ym. 1987, suomenkielinen versio Jehkonen 2002) mukaisesti ja tarkasteltiin, puuttuuko piirroksista osia tai onko piirroksessa nähtävissä selvää puoliero sen osalta, kuinka kuva hahmottuu. Neglect arvioitiin perinteisten osatehtävien summapistemäärän perusteella alkuperäisen englanninkielisen version katkaisurajan (≤ 129) mukaisesti, joka on todettu herkemäksi tunnistamaan neglect kuin suomenkielisen version vastaava (≤ 122) (Jehkonen 2002). Vilkin viivoista laskettiin oikein löydettyjen viivojen lukumäärä vasemmalta ja oikealta puolelta tehtäväpaperia, maksimimäärän ollessa 20 molemmille puolille. MoCA-tehtäväsarja pisteytettiin tehtäväosioittain ja laskettiin tehtäväsarjan kokonaispistemäärä. Maksimipistemäärä testissä on 30, ja tulos 26 pistettä tai enemmän tulkitaan normaaliiksi (Nasreddine ym. 2005).

Ajoaika ja ajamisessa tehdyt virheet laskettiin simuloitussa kaupunkiympäristössä suoritettusta ajosta. Ajosimulaattorista tallennetun videomateriaalin pohjalta luokiteltiin tutkittavien ajovirheet Liikenteen turvalli-

Taulukko 1. Ajovirhetyyppien luokittelu (mukaillen kuljettajan tutkinnon ajokokeen ohjeistusta, Trafi 2016, sekä Pyykönen ym. 2019).

Ajovirhetyyppi	Kuvaus
Havainnointivirheet	– kevytliikenne jäi tutkittavalta havainnoimatta risteys- tai suojatietilanteessa – kaistaa vaihdettaessa muut ajoneuvot jäivät havainnoimatta
Arviointivirheet	– puutteet riittävän tilan ja etäisyyden arvioinnissa
Nopeudensääteilyvirheet	– epätasainen ajonopeus – tarpeettomat jarrutukset – myöhäinen hidastaminen – tarpeettoman hitaasti tai tilanteeseen nähden liian kovaa ajaminen
Vuorovaikutusvirheet	– suuntamerkin näyttämättä jättäminen kaistaa vaihtaessa tai risteyksessä kääntyessä
Ajoneuvon sijaintivirheet	– vaikeudet ajolinjan säilyttämisessä – jatkuvaa tarpeetonta ajoa vasemmalla kaistalla tai keskiviivan päällä – risteystilanteessa ryhmittyminen tapahtui liian myöhään tai väärälle kaistalle
Liikenteenohjausvirheet	– ajaminen päin punaisia valoja – eteneminen pysähtymättä STOP-merkin ohi – eksyminen navigaattorin ohjaamalta reitiltä

suusviraston kuljettajantutkinnon ajokokeen ohjeistuksen (Trafi 2016) mukaisesti, joka on kuvattu taulukossa 1. Nopeudensääteilyvirheitä ei pystytty arvioimaan määrällisesti, minkä takia virhetyypin toteutuminen on arvioitu asteikolla kyllä/ei sen mukaan, oliko nopeudensäätelystä puutteita. Arviointivirheitä ei määritetty kenellekään, koska virhetyypin arviointi simulaattorissa oli haasteellista. Seitsemän verrokkihenkilöä joutui keskeyttämään osallistumisen tutkimukseen simulaattoriajon aikana tulleen voimakkaan pahoinvoinnin (simulaattoripahoinvointi) vuoksi, mistä johtuen lopulliseen aineistoanalyysiin otettiin mukaan kymmenen verrokkihenkilöä. Maantieajamisen osuutta ei raportoida tässä yhteydessä.

Tutkittavien subjektiivinen arvio omasta ajosuorituksesta ja väsymyksestä ennen ja jälkeen simulaattoriajon arvioitiin mittaamalla yhden millimetrin tarkkuudella heidän lomakemerkintänsä VAS-F-janalle. Väsymyksen subjektiivisen arvion osalta analyysiin otettiin vain ne kahdeksan verrokkihenkilöä, jotka olivat ajaneet myös maantieosuuden simulaattorissa, jotta kaikilla analyysiin mukaan otettavilla olisi keskenään vertailukelpoinen määrä simulaattoriajoa.

Silmänliikekameralla kaupunkiympäristössä saadusta aineistosta laskettiin katseiden lukumäärät ja yhteenlaskettu kokonaiskesko vasemmalle ja oikealle puolelle Ergo-

neers D-Lab 2.5 -analyysiohjelmiston avulla. Laskennassa käytettiin ohjelmiston oletusmääritelmiä fiksaatiolle, sakkadille ja katseelle. Katse on tietylle tarkastelualueelle yhtäjaksoisesti kohdistuvien fiksaatioiden ja sakkadien kokoelma. Katse alkaa ensimmäisestä sakkadista alueelle ja päättyy viimeiseen fiksaatioon alueella standardien ISO 15007-1 ja ISO/TS 15007-2 mukaisesti. Ajosimulaattorin näkymä jaettiin vasempaan ja oikeaan puoleen kuljettajan keskilinjan mukaisesti, jolloin vasemmalle puolelle sijoituivat ajonäkymä, kierroslukumittari ja vasen sivupeili, ja oikealle puolelle sijoituivat ajonäkymän lisäksi nopeusmittari, taustapeili ja oikea sivupeili.

Aineiston analysoinnissa kognitiivisen suoriutumisen ja ajovirheiden osalta poikkeavuus määriteltiin tarkastelemalla, jääkö suoriutuminen vähintään yhden tai kahden keskihajonnan päähän verrokkihenkilöiden keskimääräisestä suoriutumisesta. Taustamuuttujien osalta analysointi tehtiin ei-parametrisella Mann-Whitney U -testillä. Analysoinnissa käytettiin IBM SPSS 25 -versiota.

Tulokset

Taustamuuttujat

Taustamuuttujat on esitetty taulukossa 2. Neglect-potilaat erosivat merkitsevästi ver-

Taulukko 2. Taustatiedot.

	Neglect-potilaat keskiarvo (keskihajonta), vaihteluväli	Verrokkihenkilöt keskiarvo (keskihajonta), vaihteluväli	Mann-Whitney U Z-arvo	Mann-Whitney U merkitsevyys
Ikä vuosissa	50,33 (4,04), 48–55	60 (7,54), 50–74	-2,22	0,03 p < 0.05
Sukupuoli	naisia=1 miehiä=2	naisia=3 miehiä=7		
Kätisyys	oikea=2 vasen=1	oikea=10 vasen=0		
Koulutus vuosissa	11 (1,73), 9–12	14,70 (1,70), 12–17	-2,42	0,02 p < 0.05
Ajokilometrit vuodessa	25016,67 (21636,22), 12500–50000	17100 (8764,83), 3000–35000	-0,09	0,93
Aika sairastumista tutkimushetkellä	6–7,5 kk			

rokkihenkilöistä iän ja koulutusvuosien suhteen. Neglect-potilaat olivat hieman nuorempia kuin verrokkit, mutta tämän ei katsottu olevan ongelmallista, koska tällöin iän vaikutuksen kognitiiviseen suoriutumiseen voisi ajatella asettuvan neglect-potilaiden eduksi. Koulutusvuosien ei katsottu vaikuttavan siihen, kuinka tasaisesti tarkkaavuus suuntautuu ympäristöön.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet raportoivat ajavansa autoa, tai ajaneensa autoa ennen ajokieltoa, lähes päivittäin tai vähintään viikoittain. Kaikilla neglect-potilailla oli tutkimushetkellä lääkärin asettama ajokielto, ja he raportoivat saaneensa neuropsykologista kuntoutusta. Yksi neglect-potilas ja kaksi verrokkihenkilöä raportoivat käyttävänsä lääkevalmistetta, jolla pakkausselosteen mukaisesti voi olla vaikutusta keskittymiseen, tarkkaavuuteen tai vireyteen, mutta osallistujat raportoivat, että he eivät ole kokeneet vaikutuksia kognitioon.

Kognitiivinen arviointi

Kognitiiviset testitulokset on esitetty taulukossa 3. Kukaan neglect-potilaista ei täyttänyt neglect-kriteereitä BIT-testistön kokonaispistemäärällä tarkasteltuna. Ainoastaan N3:n BIT-kokonaispistemäärä poikkesi merkittävästi verrokkihenkilöiden suoriutumisesta. Lisäksi N3:n suoriutuminen jäi neglectiin viittaavien katkaisurajojen alle seuraavissa

osatehtävissä: viivojen etsimisessä, tähtikuvien etsimisessä, kuvien ja muodon kopioinnissa ja viivojen puolituksessa. Suoriutuminen näissä osatehtävissä jäi myös heikommaksi kuin verrokeilla. Sekä viivojen että tähtikuvien etsinnässä huomiotta jääneet kohteet olivat N3:lla yhtä lukuun ottamatta oikealla puolella tehtäväpaperia, kun kuvien ja muodon kopioinnissa ja viivojen puolituksessa ilmeni vasemman puolen huomioimattomuutta. BIT-testistöllä arvioituna vasemman puolen neglectiä ei siis ilmennyt kahdella kolmesta neglect-potilaasta.

Reyn kuvion kopioinnissa N2:n ja N3:n suoriutuminen jäi heikommaksi kuin verrokeilla, mutta ainoastaan N3:n suorituksessa oli selviä puutteita vasemman puolen huomioinnissa. N2:n virheet ilmenivät visuaalisessa hahmottamisessa lievinä puutteina osien yhdistämisessä ja mittasuhteiden hahmottamisessa painottumatta vasemmalle puolelle. Reyn kuvion välittömässä mieleenpalautuksessa vain N3 suoriutui verrokkihenkilöitä heikommin ja nähtävissä oli selvää vasemman puolen huomioimattomuutta.

Vilkin viivojen aikarajallisessa etsintätehtävässä oikean ja vasemman puolen havainnointi oli kohtuullisen tasaista kahdella kolmesta neglect-potilaasta. Vain N1:llä havaitsematta jääneet kohteet painoutuivat tehtäväpaperin oikealle puolelle, ja oikean puolen havainnointi jäi myös heikommaksi kuin verrokeilla.

Taulukko 3. Kognitiiviset tulokset.

	N1	N2	N3	Verrokkihenkilöiden keskiarvo (keskihajonta), vaihteluväli
BIT-kokonaispistemäärä, max. 146 (englantilainen tiukempi katkaisuraja 129 tai alle = neglect)	145	146	131**	143,40 (3,10), 136–146
– Viivojen etsiminen, max. 36 (neglect = 34 tai alle)	36	36	34**	36 (0,00), 36–36
– Kirjainten etsiminen, max. 40 (neglect = 32 tai alle)	39	40	40	37,90 (2,56), 32–40
– Tähtikuvioiden etsiminen, max. 54 (neglect = 51 tai alle)	54	54	47**	53,70 (0,48), 53–54
– Kuvioiden ja muodon kopiointi, max. 4 (neglect = 3 tai alle)	4	4	3*	3,80 (0,42), 3–4
– Viivojen puolitus, max. 9 (neglect = 7 tai alle)	9	9	4**	9 (0,00), 9–9
– Piirtäminen, max. 3 (neglect = 2 tai alle)	3	3	3	3 (0,00), 3–3
Rey kopio, max. 36	32	30*	23**	33,60 (2,41), 29–36
Rey tahaton välitön muistaminen	18	18	11*	21,40 (5,27), 14–31
Vilkin viivojen oikein löydetty vasemmalta/ oikealta, max. 20	12 / 7**	10* / 12	11 / 11*	13,60 (2,91), 7–17 / 14,50 (3,17), 10–18
Aloituspiste pöytätason tehtävissä vasemmalla/ keskellä/oikealla	10* / 5 / 1	4** / 5 / 7	9* / 6 / 1	12,30 (1,77), 10–15 / 4,50 (1,58), 2–7 / 2,20 (1,99), 0–6
MoCA-kokonaispistemäärä, max. 30 (normaali = 26 tai enemmän)	25	25	23*	27,40 (2,22), 25–30

*vähintään yhden keskihajonnan päässä verrokkihenkilöiden keskimääräisestä suoriutumisesta.

**vähintään kahden keskihajonnan päässä verrokkihenkilöiden keskimääräisestä suoriutumisesta.

Lihavointi: jää tehtävän katkaisurajan alle.

Tarkasteltaessa kynä-paperitehtävien aloituspistettä oli huomattavissa, että verrokkihenkilöt aloittivat kynä-paperitehtävät useimmiten tehtävän keskilinjan vasemmalta puolelta. Kaikkien neglect-potilaiden vasemman puolen aloituspisteiden lukumäärä jäi vähäisemmäksi kuin verrokeilla. Vain N2:lla aloituspisteet painoutuivat tehtävän keskilinjan oikealle puolelle.

Kaikkien neglect-potilaiden yleinen kognitiivinen suoriutuminen jäi poikkeavaksi MoCA-testin kokonaispistemäärällä arviointuna. Myös verrokkihenkilöiden joukossa kolmella osallistujalla MoCA:n kokonaispistemäärä oli 25, mikä tulkitaan poikkeavaksi.

Ajamisen arviointi ajosimulaattorissa ja subjektiivinen ajamisen arviointi

Ajamisen arvioinnin tulokset on esitetty taulukossa 4. Neglect-potilaat suoriutuivat simulaattorijossa kaikilla arvioiduilla virhepiirteiden osa-alueilla heikommin kuin verrokkit. Tarkasteltaessa virheiden kokonaisuutena vähintään yli neljä kertaa enemmän virheitä kuin verrokkit keskimäärin. Yleisin virhetyyppi oli ajoneuvon sijaintivirhe, jossa erityisesti ajolinjan hallinta tuotti vaikeuksia. Tyypillisesti ajolinja hakeutui keskiviivalle tai jopa vasemmalle vastaantulijan kaistalle. N1 ajautui kahteen kertaan myös tien oikeaan

laitaan. Verrokeilla tyypillisesti ajolinja ha-
keutui ajoittain risteyskäännöksessä hieman
keskilinjan kautta. Lisäksi neglect-potilaat
tekivät vaarallisiksi luokiteltuja virheitä ver-
rokkeja enemmän. Tyypillisesti vaaratilanne
syntyi kevyen liikenteen tai toisen ajoneu-
von jäädessä huomiotta vasemmalta puolel-
ta, jolloin syntyi joko kolari tai ”läheltä piti”
-tilanne.

Neglect-potilaiden ajamiseen käyttämä
kokonaisaika ei eronnut selvästi verrokkien
keskimääräisestä ajoajasta, mutta kaikki
neglect-potilaat ajoivat kuitenkin hieman
verrokkeja nopeammin vaikka tekivät aja-
essaan runsaasti virheitä. Nopeudensäätelyn
katsottiin olevan neglect-potilailla puutteel-
lista, mikä näkyi tyypillisinä nopeudensääte-
lyvirheinä (ks. taulukko 1). Neglect-potilaat

Taulukko 4. Ajamisen arviointi.

	N1	N2	N3	Verrokkihenkilöt kes- kiarvo (keskihajonta), vaihteluväli
Havainnointivirheet	4**	6**	10**	0,90 (0,74), 0–2
– Huomiotta vasen / vaaraa aiheuttavat	3** / 2**	4** / 2**	7** / 5**	0,40 (0,70), 0–2 / 0
– Huomiotta oikea / vaaraa aiheuttavat	1 / 0	2** / 0	3** / 2**	0,50 (0,53), 0–1 / 0,10 (0,32), 0–1
Nopeudensäätelylvirheet	kyllä	kyllä	kyllä	ei
Vuorovaikutusvirheet	7**	2**	3**	0,60 (0,52), 0–1
Ajoneuvon sijaintivirheet	14**	29**	34**	4,60 (1,17), 3–7
– ajolinjan hallintavirhe / vaaraa aiheuttavat	9** / 0	25** / 0	30** / 2**	1,60 (1,51), 0–4 / 0
– ryhmittymisvirhe	5**	4*	4*	3,00 (0,67), 2–4
Liikenteenohjauksen noudattamisvirheet	2**	0	4**	0,50 (0,71), 0–2
Virheet yhteensä	27**	37**	51**	6,60 (1,35), 5–9
– vaaraa aiheuttavat yhteensä	2**	2**	9**	0,10 (0,32), 0–1
Ajoaika minuutteina	23,00	24,58	21,50	28,86 (8,95), 19,56–45,23
Väsymys ennen / jälkeen ajamisen	1,70 / 2,20	0,50 / 3,40	1,20 / 0,30*	2,51 (2,39), 0,30–7,30 / 4,16 (2,99), 0,80–8,70
Arvio omasta ajosuoritteesta	9,10*	9,00*	10,00**	7,01 (1,40), 4,90–8,90
Katseiden kokonaiskeston %-osuuden keskiarvo vasen / oikea	16** / 84**	21,23* / 78,77*	13,09** / 86,91**	50,90 (15,62), 22,89–67,09 / 49,10 (15,62), 32,91–77,11
Katseiden lukumäärän %-osuuden keskiarvo vasen / oikea	34,91** / 65,09**	27,13** / 72,87**	51,21 / 48,79	50,10 (5,82), 38,66– 57,12 / 49,90 (5,82), 42,88–61,34

*vähintään yhden keskihajonnan päässä verrokkihenkilöiden keskimääräisestä suoriutumisesta.

**vähintään kahden keskihajonnan päässä verrokkihenkilöiden keskimääräisestä suoriutumisesta.

arvioivat ajosuoriutumisen simulaattoriajon jälkeen paremmaksi kuin verrokkit ja lisäksi kaikkein parhaimmaksi ajosuoriutumisen arvioi N3, joka teki eniten virheitä. Simulaattoriajaja ei koettu kovinkaan väsyttäväksi tutkittavien keskuudessa.

Neglect-potilailla ei ilmennyt simulaattoripahoinvointia, mutta sitä ilmeni yhdellätoista seitsemästätoista (65 %) verrokista. Seitsemän verrokkia (41 %) keskeytti osallistumisensa pahoinvoinnin vuoksi, ja lopulliseen aineistoanalyysiin päässeistä kymmenestä verrokkihenkilöstä pahoinvointia ilmeni neljällä (40 %) osallistujalla.

Ajoympäristön havainnointi silmänliikekameralla arvioituna

Ajoympäristön havainnointia koskevat tulokset on esitetty taulukossa 4. Neglect-potilailla keskimääräinen katseiden lukumäärä ja kokonaiskesto painottui oikealle puolelle. Sen sijaan verrokkihenkilöiden keskimääräinen katseiden lukumäärä ja kokonaiskesto jakaantui simulaattoriajossa tasaisesti oikealle ja vasemmalle puolelle. Verrokeista kuudella kymmenestä katseiden kokonaiskestosta ja lukumäärästä yli 50 prosenttia oli vasemmalla puolella, mutta neglect-potilailla katseiden kokonaiskesto painottui selvästi oikealle puolelle. Neglect-potilailla katseiden lukumäärä painottui myös kahdella kolmesta oikealle puolelle. N3:lla katseiden lukumäärä jakaantui hyvin tasaisesti oikealle ja vasemmalle puolelle, mutta kokonaiskestoltaan myös hänen havainnointinsa painottui oikealle puolelle. Silmänliikekameralla tehdyn arvioinnin perusteella tulee siis esille viitteitä siitä, että neglect-potilaiden havainnointi painottuisi selvästi oikealle puolelle, kun puolestaan verrokkien havainnointi on tasaisempaa molemmilla puolilla tai mahdollisesti painottuu lievästi vasemmalle.

Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka luotettavasti visuaalista vasemman puolen neglectiä ja ajokykyä pystytään arvioimaan kognitiivisilla kynä-paperitehtävillä kliinisessä yksilöarvioinnissa. Tutkimus an-

taa viitteitä siitä, että kynä-paperitehtävät eivät ole riittävän herkkiä tunnistamaan vasemman puolen neglectiä 6–7,5 kuukautta sairastumisen jälkeen eivätkä ne pysty ennustamaan ajokykyisyyttä. Neglect-potilaiden vasemman puolen havainnointi oli oikeaa heikompa ja ajaminen erittäin virheeltä, vaikka kahdella kolmesta neglect-potilaasta kognitiivinen testisuoriutuminen ei antanut viitteitä neglectistä. Lisäksi neglect-potilaiden oiretiedostus näyttäytyi huomattavan heikkona. Neuropsykologisessa kuntoutuksessa olisi tärkeää ottaa huomioon oiretiedostus ja neglectin monimuotoisuus, erityisesti ulottuminen eri etäisyyksille.

Kognitiivinen suoriutuminen kynä-paperitehtävillä arvioituna ei antanut selviä viitteitä vasemman puolen neglectistä tai antanut aihetta epäillä ajokykyisyyttä kahdella kolmesta neglect-potilaasta. Vain yhdellä neglect-potilaalla oli havaittavissa vasemman puolen neglectiä kynä-paperitehtävissä. Myös aiemmissa tutkimuksissa on esitetty kritiikkiä neglectin tunnistamisen herkkyydestä kynä-paperitehtävillä (Appelros ym. 2003, Hasegawa ym. 2011, Sotokawa ym. 2015, Taylor 2003). Tässä tutkimuksessa vain kaikkein vahvimmat neglect-oireet ilmenivät tehtävätasolla vasemman puolen huomioimattomuutena BIT:ssä ja Reyn kuvion kopioinnissa ja muistamisessa, kun tuloksia tarkasteltiin osatehtävittäin ja laadullisesti, mutta vahvimmatkaan neglect-oireet eivät tulleet ilmi BIT-testistön kokonaispistemäärällä tarkasteltuna. Tämä tukee näkemystä, että useiden testitehtävien käyttäminen tunnistaa visuaalisen neglectin paremmin kuin yksittäinen tehtävä (Azouvi ym. 2002), mutta testipatterin kokonaispistemäärän tarkastelu ei yksin riitä neglectin tunnistamiseen.

On esitetty, että etsintätehtävän aloituskohta tehtäväpaperin oikealla puolella voisi olla herkkä neglectin tunnistava virhepiirre (Azouvi ym. 2002), mutta tämä ei ilmennyt tässä tutkimuksessa yksilötason tarkastelussa. Vaikka neglect-potilaiden vasemman puolen aloituspisteiden lukumäärä jäi vähäisemmäksi kuin verrokeilla, siitä huolimatta vain yhden neglect-potilaan aloituspisteet painottuivat tehtävän keskilinjan oikealle puolelle, jolloin aloituspisteiden tarkastelun

herkkyys ei välttämättä riitä neglectin tunnistamiseen kliinisessä yksilöarvioinnissa. Jopa N3:n aloituspisteet painoutuivat vasemmalle, vaikka muutoin hänellä oli havaittavissa vasen neglect kynä-paperitehtävissä. Neglect-potilaiden huomiointin heikkous painottui kynä-paperitehtävissä jopa tehtäväpaperin keskilinjan oikealle puolelle. Tämä voi mahdollisesti johtua siitä, että neglect-potilas pyrkii tietoisesti kompensoimaan vasemman puolen huomiointin heikkoutta keskittämällä huomiotaan erityisesti vasemmalle (Appelros ym. 2003, Hasegawa ym. 2011, Sotokawa ym. 2015, Taylor 2003), jolloin huomiointin hitauden seurauksena oikean puolen havainnointi jää puutteelliseksi eikä toisaalta aloituspisteen tarkastelu enää välttämättä herkästi paljasta neglectiä. Kognitiivisen toimintakyvyn perustasoa seulottiin MoCA-tehtäväsarjalla, joka mittaa monipuolisesti kognition eri osa-alueita, on helppo ja nopea toteuttaa ja on todettu käyttökelpoiseksi kognitiiviseksi seulontamenetelmäksi myös aivoverenkiertohäiriöpotilailla osana ajokyvyn arviota (Esser ym. 2016). MoCA osoittautui tässä tutkimuksessa yllättävän herkäksi mittariksi, sillä suoriutuminen jäi poikkeavaksi kaikilla neglect-potilailla sekä kolmella verrokillakin, kun katkaisuraja oli ≤ 25 . Uudeksi katkaisurajaksi onkin esitetty 23:a pistettä (Carson ym. 2018).

Vaikka neglect-potilaista kaksi kolmesta pystyi suoriutumaan kynä-paperitehtävistä hyvin, vasemman puolen havainnoinnin heikkous ilmeni kuitenkin ajosimulaattorissa suurena ajovirhemääränä ja todentui myös silmänliikerekameralla arvioituna. Neglect-potilaiden havainnointi painottui selvästi oikealle puolelle, kun verrokkien havainnointi oli tasaisempaa molemmille puolille tai painottui lievästi vasemmalle. Tutkimuksen tulokset ovat yhteneväisiä Sotokawan ym.:iden (2015) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan neglect-potilaille on haasteellista säilyttää ajolinja, hallita tilannenopeutta ja havainnoida ympäristöä erityisesti vasemmalta puolelta. Ristiriitaa kognitiivisten tehtävien ja simulaattoriajon välillä voisi selittää se, että pöytätasen tehtävät arvioivat peripersonaalista etäisyyttä, kun puolestaan simulaattoriajo edellyttää ekstrapersonaalisen

tilan havainnointia. Tätä tukevat aiempien tutkimusten havainnot siitä, että neglectin ilmeneminen ja vaikeusaste voivat olla etäisyydestä riippuvaisia (Aimola ym. 2012, Cowey ym. 1994, Halligan & Marshall 1991, Keller ym. 2005, Van der Stoep ym. 2013). Tämä olisi tärkeää ottaa huomioon ajokyvyn kognitiivisia edellytyksiä arvioitaessa. Arvioimalla vain peripersonaalista etäisyyttä on vaarana ajoluvan myöntäminen henkilölle, jolla neglectiä esiintyy ekstrapersonaalisessa tilassa peripersonaalisena sijaan. Toisaalta ajolupa voitaisiin evätä potilaalta, jolla ei ilmene havainnoinnin vaikeutta ajotilanteessa ekstrapersonaalisella etäisyydellä.

Toinen kognitiivisten tehtävien ja simulaattoriajon välistä ristiriitaa selittävä tekijä voi olla, että simulaattoriajo on kynä-paperitehtäviä kompleksisempi tilanne, joka voisi herkemmin paljastaa neglectin, kuten aiemmissa tutkimuksissa on esitetty (Taylor 2003, van Kessel ym. 2013). Aikaisempi ajokokemus ei vaikuttanut helpottavan oireen kompensointia. Vaikka neglect-potilaiden keskuudessa osalla oli paljon ajokilometrejä vuositasolla ennen sairastumista, siitä huolimatta ajaminen oli hyvin virheeltä. Ajosimulaattorin etuna on, että se jäljittelee todellista ajotilannetta, on turvallinen ja olosuhteet säilyvät kaikille samana. Heikkoutena voi pitää tilanteen keinotekoisuutta ja sitä, että ajotuntuma ei kuitenkaan täysin vastaa oikeaa autolla ajoa.

Neglect-potilaiden oiretiedostus näyttäytyi tässä tutkimuksessa huomattavan heikkona. He arvioivat omaa ajosuoriutumistaan paremmaksi kuin verrokkit siitä huolimatta, että he tekivät ajaessaan runsaasti virheitä. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että ajotilanteessa oiretiedostuksen puute voi vaikeuttaa (Sotokawa ym. 2015) ja hyvä oiretiedostus puolestaan helpottaa oireen kompensointia (Jehkonen ym. 2012). Oiretiedostus näytti tässä tutkimuksessa olevan sitä heikompaa, mitä vahvemmat neglect-oireet potilaalla ilmeni. Oiretiedostuksen puute voi siten olla yksi selitys sille, että potilaat tekivät ajaessaan paljon virheitä eivätkä onnistuneet kompensoimaan neglectiä.

Tutkimus on toteutettu tapaustutkimuksena ja aineisto on hyvin pieni, joten tulok-

set ovat suuntaa antavia, joskin selkeitä. Aineiston neglect-potilaista yksi osallistuja oli vasenkätinen, mutta myös hänellä oli todettavissa sisäänottokriteerit täyttävä tyypillinen neglect-oirekuva. Potilaiden rekrytointi osoittautui selvästi ennakoitua haasteellisemmaksi. Tätä voivat osin selittää potilasryhmän oiretiedostuksen puutteet, se, että sairauden aiheuttama ajokielto on monille arka asia, ja se, että tutkimukseen osallistuminen olisi koettu ylimääräisenä rasitteena. Aihepiirin tutkiminen jatkossa isommilla aineistoilla olisi tärkeää, sillä ajoterveyden arvioinnin luotettavuudella on iso merkitys liikenneturvallisuuteen ja potilaan arjen sujumiseen, jotta ajo-oikeutta ei evättäisi turhaan. Aineisto jäi pieneksi myös sen takia, että simulaattoripahoinvointia esiintyi ennakoitua suuremmalla osalla verrokeista. Samassa simulaattorissa on aiemmin raportoitu pahoinvointia 29 prosentilla (Kujala & Grahn 2017), mutta nyt sitä esiintyi lähes 65 prosentilla verrokeista. Kaikki osallistujat olivat iäkkäitä ja ajotehtävä sisälsi runsaasti käännöksiä, mitkä seikat voivat osaltaan vaikuttaa suureen pahoinvoivien osuuteen, kuten aiemminkin on esitetty (Classen ym. 2011). Simulaattoriajo osoittautui herkäsi tunnistamaan neglectin, mutta menetelmän käytettävyyttä voi heikentää useiden ihmisten siinä kokemana pahoinvointi, joka ilmeni keskeyttäneille osallistujille hyvin nopeasti ja voimakkaasti.

Tämä tutkimus antaa pienestä aineistokoostaan huolimatta aiheutta suhtautua varauksellisesti kynä-paperitehtävien sekä potilaan oman arvion luotettavuuteen osana neglect-potilaan ajokyvyn arviota. Arvion täydentäminen tarvittaessa terveysperusteisella ajokyvyn testauksella on suositeltavaa ja laajasti käytössä Suomessa. Neglectin arviointimenetelmiä tulisi kehittää vastaamaan paremmin todellisen ympäristön vaatimuksia. Neuropsykologisen kuntoutuksen tulisi myös ottaa huomioon neglectin monimuotoisuus, ulottua eri etäisyyksille ja tukea oiretiedostusta. Virtuaaliset menetelmät voisivat tarjota tähän mahdollisuuksia.

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka luotettavasti visuaalista vasemman puolen neglectiä ja ajokykyä pystytään arvioimaan kognitiivisilla kynä-paperitehtävillä kliinisessä yksilöarvioinnissa. Suorutumista kynä-paperitehtävissä (Rey, Reyn välitön tahaton mieleenpalautus, BIT perinteiset osatehtävät, Vilkin viivat) verrattiin suorutumiseen simulaattoriajossa. Lisäksi tarkasteltiin visuaalista havainnointia simulaattoriajon aikana silmänliikkeitä mittaamalla. Tutkimukseen osallistui kolme neglect-potilasta ja 17 tervettä verrokkia. Lopulliseen aineistoanalyysiin otettiin kymmenen verrokkia, koska seitsemän joutui keskeyttämään simulaattoripahoinvoinnin takia. Vasemman puolen havainnointi oli oikeaa puolta heikompaa ja ajaminen erittäin virhealtista siitä huolimatta, että kognitiivinen testisuorutuminen ei antanut kahdella kolmesta neglect-potilaasta viitteitä neglect-oireista ja siten antanut aiheutta epäillä heidän ajokykyään. Lisäksi neglect-potilaiden oiretiedostus näyttäytyi huomattavan heikkona. Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että perinteiset kynä-paperitehtävät eivät ole riittävän herkkiä tunnistamaan visuaalista vasemman puolen neglectiä kliinisessä yksilöarvioinnissa 6–7,5 kuukautta aivoverenvuodon jälkeen eivätkä pysty luotettavasti ennustamaan potilaiden ajokykyisyyttä.

Avainsanat: neglect, huomiotta jääminen, ajokyky, simulaattori, arviointi

Abstract

The aim of this study was to clarify how reliably neglect symptoms and driving ability can be evaluated by cognitive paper and pencil tests in clinical assessment. Paper and pencil test performance (Rey, Rey immediate recall, BIT traditional subtests, Vilkki visual search for parallel lines) was compared to the driving simulator performance. Additionally, the

visual search was recorded by eye-tracking device during simulator drive. Three neglect patients and 17 healthy controls participated in this study. Ten healthy controls were included in the final analyses. Seven healthy controls quit the study due to simulator sickness and their data was excluded from final analyses. Despite the fact that neglect was not revealed in the cognitive tests and thus there was no reason to doubt the driving ability of two out of three patients, neglect patients' simulator drive was full of driving errors and perception of the left side was weaker than of the right side. Additionally, all the patients had clear anosognosia. This study suggests that traditional paper and pencil tests are not sensitive enough to recognize left visual neglect in clinical assessment 6–7.5 months after hemorrhage and cannot reliably predict the ability to drive.

Based on these findings, it could be said that results of cognitive paper and pencil tests and the patients' self-evaluation should be considered with caution. Furthermore, additional on-road driving test could complete the assessment of driving ability. It would be important to pay attention to the diversity of neglect symptoms, especially the distance specific symptoms (near versus far space) and anosognosia in neuropsychological rehabilitation.

Keywords: neglect, hemi-inattention, driving, simulator, assessment

Tulosten merkitys: Kynä-paperitehtävillä tehdyn kognitiivisen arvion tuloksiin ja potilaan omaan arvioon ajokyvystään tulisi suhtautua varauksellisesti. Arvion täydentäminen terveysperusteisella ajokyvyn testauksella olisi suositeltavaa. Neuropsykologisessa kuntoutuksessa on tärkeää ottaa huomioon neglect-oireen monimuotoisuus, erityisesti ulottuminen eri etäisyyksille, ja oiretiedostus.

Heidi Parantainen, PsL, neuropsykologian erikoispsykologi, neurologian poliklinikka, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Hanna Pyykönen, PsM, neuropsykologian erikoispsykologi, Neurokeskus/neuropsykologia, HUS

Sanna Liuha, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, neurologian poliklinikka, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Tuomo Kujala, FT, tutkijatohtori, informaatioteknologian tiedekunta, Jyväskylän yliopisto

Jan Wikgren, FT, dosentti, yliopistonlehtori, Monitieteinen aivotutkimuskeskus, psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto

Lähteet

- Aimola L, Schindler I, Simone AM, Venneri A (2012) Near and far space neglect: Task sensitivity and anatomical substrates. *Neuropsychologia* 50, 1115–1123. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2012.01.022
- Akinwuntan AE, Feys H, De Weerd W, Baten G, Arno P, Kiekens C (2006) Prediction of Driving after Stroke: A Prospective Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 20, 3, 417–423. doi:10.1177/1545968306287157
- Appelros P, Nydevik I, Karlsson GM, Thorwalls A, Seiger Å (2003) Assessing unilateral neglect: shortcomings of standard test methods. *Disability and Rehabilitation* Vol 25, No 9, 473–479. doi:10.1080/0963828031000071714
- Azouvi P, Samuel C, Louis-Dreyfus A, Bernati T, Bartolomeo P, Beis J-M, Chokron S, Leclercq M, Marshal F, Martin Y, de Montety G, Olivier S, Perennou D, Pradat-Diehl P, Prairial C, Rode G, Siéroff E, Wiart L, Rousseaux M (2002) Sensitivity of clinical and behavioural tests of spatial neglect after right hemisphere stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 73, 160–166.
- Carson N, Leach L, Murphy KJ (2018) A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 33: 379–388. doi:10.1002/gps.4756
- Classen S, Bewernitz M, Shechtman O (2011) Driving Simulator Sickness: An Evidence-Based Review of the Literature. *American Journal of Occupational Therapy* 65, 179–188. doi:10.5014/ajot.2011.000802.
- Cowey A, Small M, Ellis S (1994) Left visuo-spatial neglect can be worse in far than in near space. *Neuropsychologia* Vol 32, No 9, 1059–1066.
- Esser P, Dent S, Jones C, Sheridan BJ, Bradley A, Wade DT, Dawes H (2016) Utility of the MOCA as a cognitive predictor for fitness to drive. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* Vol 87, No 5, 567–568. doi:10.1136/jnnp-2015-310921
- Fischer JS, Loring DW (2004) Construction. *Teoksessa MD Lezak, DB Howieson, DW Loring (toim.) Neuropsychological Assessment* (s. 542). Fourth Edition, New York, Oxford University Press.
- Freund B, Gravenstein S, Ferris R (2002) Evaluating driving performance of cognitively impaired and healthy older adults: A pilot study comparing on-road testing and driving simulation. *Journal of the American Geriatrics Society* 50, 1309–1315.
- Halligan PW, Marshall JC (1991) Left neglect for near

- but not far space in man. *Nature* Vol 350, 11, 498–500.
- Hasegawa C, Hirono N, Yamadori A (2011) Discrepancy in unilateral spatial neglect between daily living and neuropsychological test situation: A single case study. *Neurocase: The Neural Basis of Cognition* 17:6, 518–526. doi:10.1080/13554794.2010.547506
- Heilman KM, Valenstein E, Watson RT (2000) Neglect and Related Disorders. *Seminars in Neurology* Vol 20, No 4, 463–470.
- Hänninen T, Pulliainen V, Puustinen J (2009) Montreal Cognitive Assessment (MOCA), Version 7.1, Finnish version, www.mocatest.org.
- Jehkonen M (2002) Behavioural Inattention Test Käsi- kirja. Psykologien Kustannus Oy, Helsinki.
- Jehkonen M, Laihosalo M, Koivisto A-M, Dastidar P, Ahonen J-P (2007) Fluctuation in Spontaneous Recovery of Left Visual Neglect: A 1-Year Follow-Up. *European Neurology* 58:210–214. doi:10.1159/000107941
- Jehkonen M, Nurmi L, Kuikka P (2015) Tarkkaavuu- den häiriöt ja neglect-oire eli huomiotta jäämi- nen. Teoksessa M Jehkonen, T Saunamäki, L Paa- vola, J Vilkki (toim.) Kliininen neuropsykologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 58–72.
- Jehkonen M, Saunamäki T, Alzamora A-K, Laihosalo M, Kuikka P (2012) Driving ability in stroke pa- tients with residual visual inattention: A case study. *Neurocase: The Neural Basis of Cognition* 18:2, 160–166. doi:10.1080/13554794.2011.568504
- Keller I, Schindler I, Kerkhoff G, von Rosen F, Golz D (2005) Visuospatial neglect in near and far space: dissociation between line bisection and letter cancellation. *Neuropsychologia* 43, 724–731. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2004.08.003
- Kuikka P, Nybo T, Akila R, Ranta M (2006) Kognition tutkiminen iäkkäiden ajokykyarviossa. *Psykolo- gia* 41, 2, 96–106.
- Kujala T, Grahn H (2017) Visual distraction effects of in-car text entry methods: Comparing key- board, handwriting and voice recognition. Teok- sessa S Boll, B Pflöging, B Donmez, I Politis, D Large (toim.) *AutomotiveUI '17: Proceedings of the 9th International Conference on Auto- motive User Interfaces and Interactive Vehicu- lar Applications* (pp. 1–10). New York: ACM. doi:10.1145/3122986.3122987
- Kujala T, Grahn H, Mäkelä J, Lasch A (2016) On the Visual Distraction Effects of Audio-Visual Route Guidance. Teoksessa P Green, S Boll, G Burnett, J Gabbard, S Osswald (toim.) *AutomotiveUI 2016: Proceedings of the 8th International Conference on Automotive User Interfaces and Interactive Vehicular Applications* (pp. 169–176). New York: ACM.
- Lee KA, Hicks G, Nino-Murcia G (1991) Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Research* 36, 291–298.
- Lundqvist A, Gerdle B, Rönnerberg J (2000) Neuropsy- chological Aspects of Driving After a Stroke – in the Simulator and on the Road. *Applied Cognitive Psychology* 14, 135–150.
- Lunven M, Bartolomeo P (2017) Attention and spatial cognition: Neural and anatomical substrates of visual neglect. *Annals of Physical and Rehabili- tation Medicine* 60, 124–129. doi: http://dx.doi. org/10.1016/j.rehab.2016.01.004
- McKay C, Rapport LJ, Bryer RC, Casey J (2011) Self-Evaluation of Driving Simulator Performan- ce After Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* 18, 5, 549–561. doi:10.1310/tsr1805-549
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H (2005) The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 53:695–699.
- Pflugshaupt T, Bopp SA, Heinemann D, Mosimann UP, von Wartburg R, Nyffeler T, Hess CW, Müri RM (2004) Residual oculomotor and exploratory deficits in patients with recovered hemineglect. *Neuropsychologia* 42, 1203–1211. doi:10.1016/j. neuropsychologia.2004.02.002
- Pyykönen H, Parantainen H, Kujala T, Wikgren J (2019) Ajokyvyn arviointi MoCA-menetelmällä Alzheimerin taudin varhaisvaiheessa. *Lääkärilehti* 11/2019 VSK 74, 686–694.
- Shechtman O, Classen S, Awadzi K, Mann W (2009) Comparison of Driving Errors Between On-the- Road and Simulated Driving Assessment: A Val- idation Study. *Traffic Injury Prevention* 10:4, 379–385, doi:10.1080/15389580902894989
- Sotokawa T, Murayama T, Noguchi J, Sakimura Y, Itoh M (2015) Driving Evaluation of Mild Uni- lateral Spatial Neglect Patients—Three High-Risk Cases Undetected by BIT After Recovery. Teok- sessa S Yamamoto (toim.), *Human Interface and the Management of Information. Information and Knowledge in Context. HCI 2015. Lecture Notes in Computer Science*, vol 9173. Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-20618-9_25
- Taylor D (2003) Measuring mild visual neglect: Do complex visual tests activate rightward atten- tional attentional bias? *New Zealand Journal of Physiotherapy* Vol 31, 2, 67–72.
- Trafi (2016) Ohje Kuljettajantutkiminnon ajokoe. Liiken- teen turvallisuusvirasto.
- Trafi (2017) Ajoturveyden arviointiohjeet lääkäreille – 16.5.2017. Liikenteen turvallisuusvirasto. (Ohje ladattu internetistä).
- Van der Stoep N, Visser-Meily JMA, Kappelle LJ, de Kort PLM, Huisman KD, Eijssacker ALH, Kouwen- hoven M, Van der Stigchel S, Nijboer TCW (2013) Exploring near and far regions of space: Distan- ce-specific visuospatial neglect after stroke. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychol- ogy* 35:8, 799–811, doi:10.1080/13803395.2013. 824555
- van Kessel ME, van Nes IJW, Brouwer WH, Geurts ACH, Fasotti L (2010) Visuospatial asymmetry and non-spatial attention in subacute stroke patients with and without neglect. *Cortex* 46, 602–612. doi:10.1016/j.cortex.2009.06.004
- van Kessel ME, van Nes IJW, Geurts ACH, Brouwer WH, Fasotti L (2013) Visuospatial asymmet- ry in dual-task performance after subacute stroke. *Journal of Neuropsychology* 7, 72–90. doi:10.1111/j.1748-6653.2012.02036.x
- Vilkki J (1989) Hemi-Inattention in Visual Search for Parallel Lines after Focal Cerebral Lesions. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychol- ogy* Vol 11, No 2, 319–331.
- Wilson B, Cockburn J, Halligan PW (1987) Beha- vioural Inattention Test Manual. Titchfield, UK: Thames Valley Test Company. Suomenkielisen laitoksen toteutus: M Jehkonen. Copyright 2002, Psykologien kustannus Oy, Helsinki.



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 kokemusasiantuntijakoulutus, 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 vertaistojien 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 kokemusasiantuntijakoulutuksen merkitys siihen osallistuneille heidän itsensä arvioimana. Aineistona käytetään sekä laadullista palautetta että määrällistä aineistoa. Asian tutkiminen on tärkeää, jotta voidaan kehittää kokemusasiantuntijakoulutusta ja sitä kautta kokemusasiantuntija- ja vertaistointia sekä toipumisorientaatiota mielenterveyspalveluissa.

Artikkelissa käytetään rinnakkain käsitteitä kokemusasiantuntija ja vertaistojen/vertaistyöntekijä sekä kokemusasiantuntija- ja vertaistointia 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 vertaistojen ja kokemusasiantuntijan eroa on kuvattu esimerkiksi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (STM 2009). Kokemusasiantuntija- ja vertaistointia 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 vertaistoiminnan muo-

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 vertaistojen 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 vertaistyöntekijöille 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 vertaistyöntekijöiden 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 vertaistointia 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 kokemustarinan 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 tietotasoja 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 muutuskategoria: 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 kokonaisia lauseita. 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,

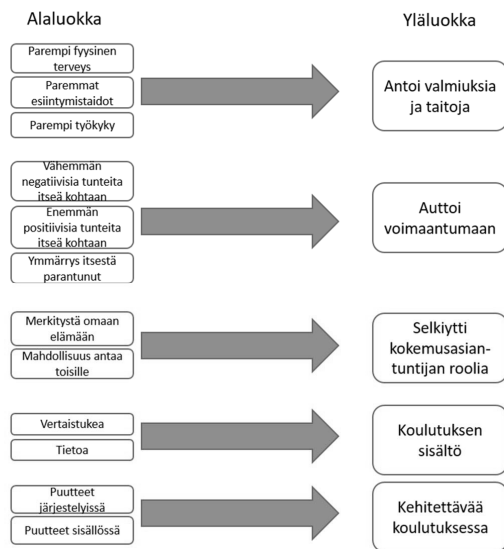
kuten arvostus ja kokemus selviytymisestä, olivat lisääntyneet: *"Nykyään koen itseni ja kokemukseni hyödylliseksi. Uskallan taas unelmoida ja tsempata muita."* Itseymmärrys oli lisääntynyt koulutuksen aikana. Osallistujat kertoivat saaneensa oivalluksia ja ymmärrystä, ja he kokivat saaneensa myös työkaluja 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 merkittävyydestä sekä toi mielekää 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 ryhmäkuriä: *"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
Sikä 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 psyykinen 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 tietojaan, taitojaan 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 kehittämissuhteita. 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. Koulutukseen 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, Joensuun 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 sisältöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012*. Työpaperi 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, Pricor 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, Winpenny 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? Työpaperi 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 terveystieteiden tutkimuskeskus 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.

KOKEMUKSIA KELAN ETÄKUNTOUTUSHANKKEESTA

Kela on halunnut osaltaan vastata digitalisoituvan yhteiskunnan tarpeisiin ja selvittää teknologian hyödyntämisen mahdollisuuksia kuntoutuksessa. Vuonna 2016 käynnistyneen etäkuntoutuksen kehittämishankkeen tavoitteena on alusta asti ollut vakiinnuttaa etäkuntoutus osaksi Kelan järjestämää kuntoutusta sekä tuottaa tietoa ja kokemuksia myös muille toimijoille etäkuntoutuksen käynnistämisen ja lisäämisen tueksi. Hanke käynnistyi kirjallisuuskatsauksella, jonka tulokset julkaistiin vuonna 2016 Etäkuntoutus-kirjassa (Salminen ym. 2016). Julkaisussa tarkastellaan etäkuntoutuksen käsitteitä, ehtoja ja sovellusalueita. Siinä kuvataan mahdollisuuksia soveltaa etäkuntoutusta kliniseen työhön psykoterapiassa sekä vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa fysioterapian, musiikkiterapian, neuropsykologisen kuntoutuksen, puheterapian ja toimintaterapian näkökulmista.

Hankkeen kehittämisosuus toteutettiin 13 projektissa ajalla 9/2016 - 3/2019. Niissä kokeiltiin erilaisia, erilaisille kohderyhmille suunnattuja etäkuntoutusmalleja, erityyppisissä kuntoutuspalveluissa. Kaikkiaan hankkeessa etäkuntoutukseen osallistui noin 400 eri-ikäistä asiakasta ja noin sata kuntoutuksen ammattilaista. Näiden lisäksi osassa projekteja oli mukana vertailuryhmään kuuluneita asiakkaita ja/tai tutkijoita sekä muita

kuntoutuksen kehittämiseen osallistuneita toimijoita. Reaaliaikaista etäkuntoutusta kokeiltiin psyko-, puhe-, toiminta- ja fysioterapiassa sekä osana moniammatillista yksilökuntoutusta ja kuntoutuskursseja. Ajusta riippumatonta etäkuntoutusta edustivat hankkeessa verkkokuntoutuskokeilut ja asiakkaiden omatoimista harjoittelua tukevat teknologiset ratkaisut. Valtaosa kokeiluista toteutui yhdistelmämallina eli etäkuntoutuksen yhdistettiin kasvokkaista kuntoutusta. Lisäksi useissa kokeilluissa etäkuntoutusmalleissa hyödynnettiin sekä reaaliaikaista että ajasta riippumatonta etäkuntoutusta.

Projekteihin sisältyi kehittämisosuuden arviointi tai tutkimus. Kokeiluista saatiin hyvin samansuuntaisia ja pääosin rohkaisevia tuloksia, jotka on koottu teokseen ”Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia” (Salminen & Hiekkala 2019a). Projektien tulosten perusteella julkaisuun on koottu suosituksia etäkuntoutuksen toteuttamiseksi (Salminen & Hiekkala 2019b). Tässä katsauksessa kuvataan hankkeen keskeisiä tuloksia ja pohditaan etäkuntoutuksen vakiinnuttamisen edellytyksiä.

Myönteinen suhtautuminen ratkaisee

Etäkuntoutukseen osallistuneet asiakkaat ja ammattilaiset olivat pääosin tyytyväisiä etä-

kuntoutukseen – niissäkin tapauksissa, että olivat ennakkoon epäilleet siihen osallistumista tai sen toteuttamista. Ratkaisevaa ei olekaan asiakkaan tai/ja hänen tukihenkilönsä myönteinen suhtautuminen teknologioiden käyttöön vaan suostuminen kokeilemaan niiden käyttöä (Salminen & Hiekkala 2019b, 289).

Etäkuntoutuksen kokeileminen osoittautui hankkeen tulosten perusteella kannattavaksi. Hankkeeseen osallistui menestyksellä kaikenikäisiä asiakkaita, lapsista yli 80-vuotiaisiin omaishoitajiin. Kokeilujen perusteella myöskään sairaus tai vamma ei sellaisenaan määritä etäkuntoutuksen soveltuvuutta. Kelan etäkuntoutuksen kehittämissankkeessa saatiin lupaavia tuloksia muun muassa mielenterveyskuntoutujien, aivovammakuntoutujien, aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden ja dialyysihoidossa olevien etäkuntoutuksesta.

Haasteet etäkuntoutuksessa hyödynnettävän teknologian käytössä näyttäytyivät kokeiluissa yksilöllisinä, ei mihinkään tiettyyn kuntoutuspalveluun tai asiakasryhmään liittyvinä seikkoina. Yleisesti ottaen asiakkaat ja myös ammattilaiset pitivät teknologiaa helppokäyttöisenä. Teknisiä ongelmia oli hankkeissa odotettua vähemmän, ja osa asiakkaista aktivoitui käyttämään teknologiaa myös muuten omassa elämässään etäkuntoutukseen osallistuttuaan.

Etäkuntoutuksen onnistumisen edellytys on sen soveltuvuuden arvioiminen asiakkaalle. Olennaista on, ettei ennakkoon laadita etäkuntoutuksen poissulkevia kriteerejä esimerkiksi iän, sairauden, vamman tai digiosaamisen perusteella. Asiakkaan yksilöllinen kokonaistilanne ratkaisee, kenelle etäkuntoutus soveltuu ja kenelle ei. Kuntoutuksen kentällä työskentelevien ammattilaisten myönteinen asenne ja ennakkoluulottomuus ovat edellytys etäteknologian käytön lisäämiseksi kuntoutuksessa. Jotta ammattilaiset voivat rohkaista asiakkaita kokeilemaan etäkuntoutusta, heidän on tärkeää tiedostaa, että etäkuntoutus soveltuu monenlaisille asiakkaalle ja monen tyyppiiseen kuntoutukseen. Täytyy myös hyväksyä se, että yllätyksiä voi tulla: ennakoarvio asiakkaan soveltuvuudesta tai soveltumatto-

muudesta etäkuntoutukseen voi osoittautua kokeilun perusteella virheelliseksi.

Asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus osoittautui kokeiluissa, ainakin alkukankeuden jälkeen, toimivaksi. Vuorovaikutusta etäyhteyksin kuvattiin erilaiseksi mutta ei välttämättä laadultaan huonomaksi kuin kasvokkaisessa kuntoutuksessa. Hankkeen tulosten perusteella kuntoutus on hyvä pääsääntöisesti aloittaa kasvokkaisella tapaamisella, kuitenkin asiakkaan tarpeen mukaan (Salminen & Hiekkala 2019b, 290). Tämä voi edesauttaa luottamuksellisen suhteen muodostumista ja tuttuuden tunnetta ennen etäyhteyksin toteutettua osuutta. Toisaalta etäyhteyden ottaminen ennen kasvokkaista tapaamista voi olla hyödyksi. Yhteys kotiin -hankkeessa todettiin, että ennen perhekuntoutusta toteutettu videotapaaminen voi vähentää lapsen jännittämistä ja tukea perheen orientoitumista kuntoutukseen (Hakala & Mellenius 2019, 251).

Myös vertaistuki voi onnistua etänä, jopa siinä tapauksessa, etteivät asiakkaat tapaa toisiaan kasvokkain. Osa yli 60-vuotiaista omaishoitajien verkkokuntoutukseen osallistuneista asiakkaista arvioi verkkoympäristössä toteutetun keskustelupalstan tärkeäksi väyläksi vaihtaa ajatuksia muiden samassa tilanteessa olevien kanssa, vaikka he eivät missään vaiheessa tavanneet toisiaan kasvokkain (Pakkala ym. 2019, 109).

Etäkuntoutuksen tuoma lisäarvo

Kuntoutuksen toteutus etäyhteyksin lisää sen saatavuutta ja vähentää maatiieteellisestä sijainnista johtuvaa epätasa-arvoa. Etäkuntoutus voi helpottaa niiden asiakkaiden kuntoutukseen osallistumista, joille matkustaminen on vaikeaa ja aiheuttaa rasitusta esimerkiksi terveydentilan haasteiden vuoksi. Henkilöille, joilla on sosiaalisia esteitä, etäkuntoutus voi madaltaa kynnystä osallistua kuntoutukseen. Kuntoutuksen ammattilaisen matkustamisesta säästyvä aika vapauttaa resursseja toteuttaa kuntoutusta useammille asiakkaalle.

Etäkuntoutus ei kokeilujen perusteella ole vain vaihtoehto kasvokkain toteutetulle kuntoutukselle tai resurssipulaa mahdollises-

ti helpottava asia, vaan kuntoutuksen toteuttaminen etäteknologiaa hyödyntämällä voi tuottaa myös lisäarvoa suhteessa kasvokkaiseen kuntoutukseen.

Useiden asiakkaiden ja ammattilaisten kokemuksissa toistui ajatus siitä, että etäkuntoutuksessa kuntoutus tulee ikään kuin kotiin ja osaksi arkea. Asiakas osallistuu etäkuntoutukseen yleensä konkreettisesti kotoaan käsin, jolloin kuntoutuksen ammattilainen saa tietoa asiakkaan ja hänen perheensä/läheistensä arkiympäristöstä ja vuorovaikutuksesta heille tutussa ympäristössä. Kuntoutuksessa voidaan hyödyntää asiakkaalle tuttuja, kotoa löytyviä tavaroita, mikä on tärkeää etenkin lasten terapiassa. Myös lähiyhteisöjen osallistuminen kuntoutukseen helpottuu etäyhteyksien myötä.

Etäteknologia voi myös tarjota väliin moniammatilliseen yhteistyöhön: EETU-hankkeessa etäteknologiaa hyödynnettiin lapsen vanhempien, varhaiskasvattajan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa (Lautamo ym. 2019). eAks-hankkeessa ammatillisen kuntoutusselvityksen alkuvaihe toteutettiin etäkuntoutuksena digitaalisessa työtilassa, jossa asiakas ja moniammatillinen työryhmä (lääkäri, sosiaalityöntekijä, työelämänasiantuntija ja psykologi) työskentelivät yhdessä. Hanke synnytti uudenlaisen yhdessä työskentelyn muodon, jossa asiakas oli osa työryhmää. Vuorovaikutus oli läpinäkyvää ja kaikki osallistujat näkivät, mitä oli meneillään. Tämä myös vähensi päällekkäisyyttä, kun moniammatillisen työryhmän jäsenet pääsivät seuraamaan myös toistensa asiakkaan kanssa käymää vuoropuhelua. (Turunen & Sankilampi 2019.) Jatkossa olisikin mielenkiintoista kokeilla, mitä eri mahdollisuuksia etäteknologian käyttö antaa monialaiselle yhteistyölle.

Hankkeessa oli mukana myös useita projekteja, joissa hyödynnettiin erilaisia sovelluksia kuntoutukseen liittyvän kotiharjoittelun tukena. Näiden projektien tulosten perusteella etäteknologian käyttö voi motivoida asiakkaita harjoittelemaan myös kasvokkaisten tapaamisten välillä ja lisätä harjoittelun intensiteettiä. Etäteknologian hyödyntäminen kotiharjoittelun tukena tarjoaa ammattilaiselle mahdollisuuden seurata

asiakkaan kuntoutumisen etenemistä ja antaa siitä palautetta.

Etäkuntoutuksen vakiinnuttamisen edellytyksiä

Asiakkaalle soveltuvan, helppokäyttöisen ja tietoturvallisen teknologian valintaan tulee kiinnittää etäkuntoutuksessa erityistä huomiota. Terveystieteiden alalla on ehkä monella tapaa pidemmällä etäteknologian käytössä. Muun muassa etävastaanotot ja potilaiden omahoidon seuranta ovat osassa terveydenhuollon yksiköitä jo arkipäivää. Tietoturvallisia ja helppokäyttöisiä alustoja ja sovelluksia, joita voitaisiin hyödyntää myös kuntoutuksessa, on saatavilla.

Kuntoutuspsykoterapia ja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat, kuten puheterapia, ovat Kelan järjestämistä kuntoutuspalveluista niitä, joissa tällä hetkellä eniten hyödynnetään reaaliaikaista etäkuntoutusta. Erityisesti ajasta riippumattomien ratkaisujen hyödyntämisessä ollaan kuntoutuksessa vielä jälkijunassa.

Etäkuntoutuksessa käytettävän teknologian valinta ja tekninen tuki etäkuntoutuksen aikana ovat ratkaisevan tärkeitä asioita etäkuntoutuksen onnistumiseksi. Merkityksellisintä on kuitenkin se, mitä ja miten kuntoutuksessa tehdään – on se sitten kasvokkain tai etänä toteutettua. Hankkeen edetessä etäkuntoutukseen liittyvässä keskustelussa onkin ollut nähtävissä painopisteen muutos: tietoturvan ja teknologisten näkökulmien sijaan keskustelun painopiste on siirtynyt etäkuntoutuksen edellyttämään (muuhun kuin teknologiseen) osaamiseen ja sisältöihin.

Etäkuntoutuksen käynnistäminen edellyttää investointeja ja resursseja. Teknologian lisäksi tulee panostaa henkilöstön kouluttautumiseen ja perehdytykseen. Etäkuntoutus edellyttää kuntoutusta toteuttavilta tahoilta uudenlaisia toimintatapoja ja työn organisointia. Erityisesti ajasta riippumaton etäkuntoutus haastaa kuntoutuksen ammattilaisia: on pohdittava, kuinka asiakkaiden kuntoutumista seurataan ja kuinka siitä annetaan palautetta sekä miten tämä työ nivotaan osaksi muita työtehtäviä. Etäkuntoutuksen käynnistäminen on oppimis-

prosessi, joka edellyttää aikaa ja toimijoiden sitoutumista. Etäkuntoutus edellyttää asiakkaalta ja hänen lähipiiriltään oma-aloitteisuutta ja sitoutumista (Salminen & Hiekkala 2019b, 209). Verkkokuntoutuksessa asiakas työskentelee pääosin itsenäisesti, vaikka aina kuntoutuksen ammattilaisen ohjaamana ja seuraamana. Etäkuntoutus voi edellyttää asiakkaan omaisen tai muun tukihenkilön osallistumista. Lapsen terapian toteuttaminen edellyttää aina, että aikuinen osallistuu jokaiselle etäterapiakäynnille. Tällöin terapeutin tehtävänä on ennen kaikkea ohjata lapsen vanhempaa tai muuta terapiakäynnille osallistuvaa läheistä toimimaan lapsen kanssa. Terapeutti seuraa lapsen ja aikuisen harjoittelua ja antaa siitä palautetta. Tämän tyyppisen ohjausosaamisen lisäksi kuntoutuksen ammattilaiset tarvitsevat etäkuntoutuksen toteuttamiseksi esimerkiksi laajemmin vuorovaikutukseen tai käytettäviin menetelmiin, harjoituksiin ja materiaaleihin liittyvää osaamista.

Etäkuntoutus on yksi tapa toteuttaa kuntoutusta, ei mikään erillinen kuntoutusmuoto tai -palvelu. Reaaliaikaisena toteutettu etäkuntoutus, esimerkiksi etäpuheterapia, ei hankkeen kokemusten perusteella useinkaan sisällöllisesti poikkea merkittävästi kasvokkaisesta terapiasta. Ajasta riippumattoman etäkuntoutuksen osalta tilanne on haastavampi: sellaisenaan kasvokkaisen kuntoutuksen, esimerkiksi kuntoutuskurssin, sisällöt eivät ole siirrettävissä verkkokuntoutukseen, vaan ne on rakennettava osin uudelta näkökulmasta. Tämä edellyttää alusta- ja sovellustoimittajien sekä kuntoutuksen ammattilaisten yhteistyötä.

Kelan etäkuntoutuksen kehittämishanke tähtää siihen, että asiakkaalla on mahdollisuus valita etäkuntoutus kuntoutuksensa toteutustavaksi silloin, kun se hänelle soveltuu. Hanke jatkuu vuoden 2020 loppuun, ja tavoitteena on, että myös hankkeen päätyttyä kaikkia Kelan järjestämiä kuntoutuspalveluja suunniteltaessa arvioidaan systemaattisesti etäkuntoutuksen mahdollisuudet. Keskiössä on arvioida, mitä asiakkaan tulisi kuntoutukseltaan saada ja voidaanko hänen kuntoutumistaan tukea etäkuntoutuksen keinoin.

Tulosten merkitys: Etäkuntoutus soveltuu monenlaisille asiakkaille ja monen tyyppiseen kuntoutukseen. Helppokäyttöisen ja tietoturvallisen teknologian lisäksi erityistä huomiota tulee kiinnittää etäkuntoutusta toteuttavan henkilöstön kouluttautumiseen ja perehdytykseen. Etäkuntoutuksen vakiinnuttaminen edellyttää kaikilta osapuolilta sitoutumista oppimisprosessiin ja ennakkoluulotonta asennetta.

Avainsanat: etäkuntoutus, teknologia, digitalisaatio, verkkokuntoutus, kuntoutuspalvelut

Johanna Rouvinen, YTM, hankepäällikkö, Kela

Anna-Liisa Salminen, PhD, tutkimusprofessori, tutkimuspäällikkö, Kela

Lähteet

- Hakala N, Mellenius N (2019) Kuntoutuksen tulokset arkeen videoyhteyden avulla. Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki, 251 - 267.
- Lautamo T, Kantanen M, Pikkarainen A (2019) Toimintaterapian yhdistelmämallilla yhteistoimijuutta edistämässä. Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki, 139 - 161.
- Pakkala I, Lappalainen P, Nikander R (2019) "Ei tää hullumpi ole". Yli 60-vuotiaiden omaishoitajien etäkuntoutuksen vaikuttavuus ja kuntoutujien kokemukset. Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki, 94 - 115.
- Salminen A-L, Hiekkala S (toim.) (2019a) Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki.
- Salminen A-L, Hiekkala S (2019b) Suositukset etäkuntoutukseen. Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki, 289 - 293.
- Salminen A-L, Hiekkala S, Stenberg J-H (toim.) (2016) Etäkuntoutus. Kelan tutkimus, Helsinki.
- Turunen J, Sankilampi L (2019) Ammatillisen kuntoutuksen voi aloittaa etäyhteydellä. Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki, 34 - 45.

JÄRJESTÖJEN TOTEUTTAMA VERKKOSOPEUTUMISVALMENNUS

Toiminnan kohderyhmät, muodot ja kokemukset

Sopeutumisvalmennuksen avo- ja verkkokurssit ovat muutaman viime vuoden aikana yleistyneet runsaasti, mutta tarkkaa tietoa kokemuksista ja siitä, kuinka moni järjestö järjestää verkkokursseja, ei ole. Kuntoutussäätiö selvitti asiaa kyselyllä, jota olivatideoimassa Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) ja sen koollekutsuma sopeutumisvalmennuksen kehittämistyöryhmä.

Johdanto

Sopeutumisvalmennus on lakisääteistä kuntoutusta, mutta lainsäädännössä sopeutumisvalmennusta ei ole määritelty kovin kattavasti tai yksiselitteisesti. Sopeutumisvalmennuksen juuret ovat vammaisjärjestöjen toiminnassa. Raha-automaattiyhdistyksen projektina koottu sopeutumisvalmennuskirja määrittelee sopeutumisvalmennuksen tehtävän siten, että se auttaa ihmistä jäsentämään omaa elämäntilannettaan ja toimimaan omien tavoitteidensa saavuttamiseksi. (Streng 2014, 4, 6, 345.) Härkäpää ja Kippola-Pääkkönen (2018, 6) määrittelevät, että sopeutumisvalmennus on suomalainen versio psykososiaalisesta kuntoutuksesta, jonka yleisenä tavoitteena on tarjota siihen osallistuville sekä keinoja sairauden tai vamman kanssa toimeentulemiseen että mahdollisuus vertaistukeen.

Sopeutumisvalmennuskursseja järjestävät ja rahoittavat Kela, STM Veikkauksen

tuotoilla, vakuutusyhtiöt, erikoissairaanhoidot ja kunnat. Toteuttajia ovat muun muassa järjestöt ja kilpailutetut palveluntuottajat. Yksi keskeisistä viime vuosien kehityssuunnista on ollut sopeutumisvalmennuksen avomuotoisuuden lisääminen ja valmennuksen vieminen verkkoympäristöön, joko kokonaan tai osittain. Sopeutumisvalmennukseen osallistuminen ei ole tällöin enää riippuvaisista maantieteellisestä sijainnista, ja siihen voi osallistua myös kotoa käsin.

Sopeutumisvalmennusta koskeva tutkimus on keskittynyt lähinnä Kelan järjestämään sopeutumisvalmennukseen (ks. Kippola-Pääkkönen ym. 2016, Härkäpää ym. 2016, Härkäpää ym. 2017, Buchert 2018). Kelan etäkuntoutushankkeessa (2016–2020) on selvitetty etäteknologian avulla toteutettavan kuntoutuksen tilannetta Suomessa ja selkiytetty käsitteitä. Etäkuntoutus-termiä käytettiin yleiskäsitteenä kuvaamaan erilaisten sähköisten tieto- ja viestintäteknisten

laitteiden ja sovellusten tavoitteellista hyödyntämistä kuntoutuksessa. Netti- ja verkkokuntoutus määriteltiin tietokoneavusteiseksi, internetvälitteiseksi, ajasta ja paikasta riippumattomaksi kuntoutusmuodoksi, johon usein liitetään mahdollisuus keskustella ammattilaisen kanssa esimerkiksi chatissa. (Salminen ym. 2016, 9, 17.) Salminen ja Hiekala (2019, 9) toteavat, että etäkuntoutus yleiskäsitteenä on otettu jokseenkin yleisesti käyttöön Suomessa, mutta etäkuntoutukseen liittyvän terminologian käyttö on edelleen kirjavaa.

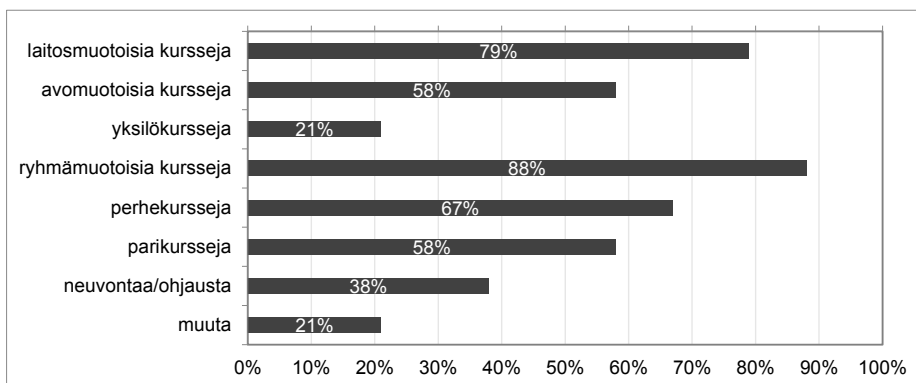
Kelan etäkuntoutushankkeeseen sisältyi myös sopeutumisvalmennuksen näkökulma: yhdessä kehittämissuunnitelmassa selvitettiin etäkuntoutuskurssien soveltuvuutta dialyysihoidossa olevien sopeutumisvalmennuskursseiksi. Hankkeessa todettiin etäkuntoutuskurssien soveltuvan tälle sairausryhmälle erinomaisesti niiden pääosin ajasta ja paikasta riippumattomuuden vuoksi. Suurimmat haasteet liittyivät asiakkaiden rekrytointiin uudenlaiseen kuntoutusmuotoon. Lopputuloksena todetaan, että etäkuntoutus on hyvä vaihtoehto laitospuoleisen kuntoutuksen lisäksi. (Miettinen ym. 2019).

STEAn rahoittamassa etäsope- eli Etäsopeutumisvalmennus järjestöjen kohderyhmille -hankkeessa (2018–2020) puolestaan tutkitaan ja kehitetään kymmenen järjestön etäsopeutumisvalmennusta järjestöjen omilla asiakaskohderyhmillä. Tarkoituksena on tuottaa yhteinen verkkokuntoutusala ja toimintamalli järjestölähtöisestä sopeutumisvalmennuksesta. (Ks. Etäsope 2019, Terämäki 2018.)

Kyselyn toteutus ja vastanneet järjestöt

Kuntoutussäätiö lähetti sähköisen kyselyn huhtikuussa 2019 kaikille niille 44 järjestölle, jotka saivat STEAn avustusta sopeutumisvalmennuksen toteuttamiseen. Vastaanottajina olivat lähinnä toiminnanjohtajat, ja heitä pyydettiin tarvittaessa lähettämään kyselyn vastauslinkki edelleen jonkun muun, kuten sopeutumisvalmennusta toteuttavan työntekijän, vastattavaksi. Vastaukset kerättiin anonyymeina. Kysymykset koskivat sekä toteutettua verkkosopeutumisvalmennusta että verkkosopeutumisvalmennusta koskevia suunnitelmia ja näkemyksiä. Selvityksen tarkoituksena oli saada paras mahdollinen kuva verkkosopeutumisvalmennuksen nykytilasta ja tulevaisuuden näkymistä. Tässä kirjoituksessa esitetyt sitaatit on poimittu vastaajien avokysymyksiin kirjoittamista vastauksista.

Kyselyyn vastasi 26 järjestöä. Vastaajien edustamista järjestöistä puolet oli pieniä eli niissä oli alle kaksikymmentä palkattua työntekijää. 42 prosentissa järjestöistä työntekijöitä oli 20–100. Yli sata työntekijää oli kahdessa järjestössä. Järjestöjen vapaaehtoistoimijoiden määrä oli alle 50 henkeä 40 prosentissa järjestöistä ja yli sata henkeä samoin 40 prosentissa järjestöistä. Lähes kaikki järjestöt toteuttivat usean tyyppistä sopeutumisvalmennusta. Järjestetty sopeutumisvalmennus on useammin laitos- kuin avomuotoista ja ryhmämuotoista useammin kuin perhe- tai yksilömuotoista (kuvio 1). Suurin osa (58 %) toteutti sopeutumisvalmennusta yhteistyössä muiden järjestöjen kanssa, 17 prosenttia muiden toimijoiden kanssa ja neljäsosa yksin.



Kuvio 1. Sopeutumisvalmennuksen muodot (vastaajien n = 24).

Verkkokurssien kohderyhmät ja järjestäminen

Sopeutumisvalmennusta verkkokursseina ilmoitti järjestäneensä yksitoista järjestöä (42 % vastanneista 26:sta), näistä suurin osa vakiintuneena toimintana ja muutama järjestö toistaiseksi vielä kokeiluna. Lisäksi seitsemän järjestöä vastasi, ettei järjestä verkkokursseja vielä mutta suunnittelee niiden järjestämistä tulevaisuudessa, ja toiset seitsemän, ettei suunnittele verkkokurssien järjestämistä. Ensimmäisen kerran kokeiluluonteisesti verkkokursseja oli järjestetty enimmäkseen viiden viime vuoden, vuosien 2015–2019, aikana, ja ne olivat vakiintuneet yleensä vasta parin viime vuoden aikana.

Verkkokurssien kohderyhmät olivat enimmäkseen erilaisia sairausryhmiä, mutta näiden ohella tai pelkästään oli myös joitain muita ryhmiä, esimerkiksi työssäjaksamisen teemasta. Verkkokursseja järjestettiin eniten työikäisille (91 %) ja eläkeläisille (82 %). Lapsille tai nuorille ja/tai heidän vanhempilleen verkkokursseja kohdisti vajaa puolet järjestöistä (5/11).

Verkkokurssien kesto vaihteli alle kahdeksasta viikosta 16 viikkoon asti. Verkkokurssi saattoi olla osa laajempaa sopeutumisvalmennuskurssia. Vuonna 2018 järjestettyjen verkkokurssien määrä oli useimmilla järjestöillä yksi tai kaksi, ja vuodelle 2019 niitä oli suunniteltu enemmän.

Lähes puolet vastanneista ilmoitti, että niillä on joskus tai toistuvasti verkkokursseja, joille on enemmän hakijoita kuin voidaan ottaa vastaan. Toisaalta puolella järjestöistä verkkokursseja myös peruuntuu hakijoiden puutteen vuoksi, joillain järjestöillä näin tapahtuu toistuvasti jopa puolelle suunnitelluista kursseista. Verkkokurssille hakeutumisen halukkuuteen voivat vaikuttaa kurssin kohderyhmälle tyypilliset vaikeudet.

Verkkokurssien rakenne ja muodot

Lähes kaikkien järjestöjen verkkokursseihin sisältyi lähitapaamisia. Yleisintä oli järjestää kaksi tapaamista, kurssin alussa ja lopussa, joiden kesto oli esimerkiksi kuusi tuntia. Yhdessä järjestössä päädyttiin kurssilaisten kokemusten perusteella järjestämään kurssit

kokonaan verkossa. Yleensä verkkokurssien aikana ohjaajalla oli reaaliaikainen yhteys osallistujiin. Reaaliaikaisena yhteytenä oli useimmiten videon välityksellä tapahtuva tapaaminen tai ohjaus, harvemmin puhelinyhteys, chat-keskustelupalvelu, WhatsApp-pikaviestipalvelu tai tietokonesovellus. Henkilökohtaista ohjaamista tai ohjaajan ja osallistujan kahdenkeskisiä verkkotapaamisia sisältyi kursseihin viidellä järjestöllä, kuudella ei. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Verkkosopeutumisvalmennuksen lähitapaamiset ja ohjaus.

Järjestättekö lähitapaamisia osana verkkokurssia? Vastaajien määrä: 10	n
kyllä, kaikissa kursseissa	2
kyllä, osassa kursseista	7
ei	1
Onko ohjaajalla reaaliaikaista yhteyttä osallistujiin verkkokurssin aikana? Vastaajien määrä: 11	n
kyllä, kaikissa kursseissa	4
kyllä, osassa kursseista	5
ei	2
Onko henkilökohtaista ohjaamista tai ohjaajan ja osallistujan kahdenkeskisiä verkkotapaamisia? Vastaajien määrä: 11	n
kyllä, kaikissa kursseissa	3
kyllä, osassa kursseista	2
ei	6

Suurin osa järjestöistä käytti joillain tai kaikilla kursseillaan vertaisohjaajia tai kokemusasiantuntijoita. Myös vapaaehtoisia oli yleisesti mukana verkkokurssien suunnittelussa tai toteutuksessa. (Taulukko 2.)

Verkkokursseilla käytettiin useita välineitä. Kaikki tai lähes kaikki järjestöt hyödynsivät omatoimiseen työskentelyyn tarkoitettua verkkomateriaalia, verkkokeskustelupalstaa ja itsearviointimateriaalia. Yleisiä olivat myös sähköpostiviestintä ja tallennettu asiantuntijaverkkoluento, vertais-chat-keskustelualusta sekä vertaisen tai kokemustoimijan video. Harvinaisemmiksi jäivät reaaliaikainen asiantuntijaverkkoluento ja tekstiviestit. Muina välineinä mainittiin reaaliaikainen vertaisen tai kokemustoimijan tarina keskustelun pohjana sekä WhatsApp.

Taulukko 2. Verkkosopeutumisoljennuksen vertaisohjaajat ja vapaaehtoiset.

Käyttökö verkkokursseilla vertaisohjaajia/kokemusasiatuntijoita? Vastaajien määrä: 11	n
kyllä, kaikissa kurseissa	3
kyllä, osassa kurseista	6
ei	2
Onko verkkokurssien suunnittelussa tai toteutuksessa mukana vapaaehtoisia? Vastaajien määrä: 10	n
kyllä, kaikissa kurseissa	2
kyllä, osassa kurseista	4
ei	4

Teknisinä alustoina ja sovellusohjelminä olivat yleisimmin käytössä Väestöliiton Hyvä kysymys -alusta (45 % vastanneista 11 järjestöstä), Movendos (45 %), Skype (36 %), WebRTC-pohjaiset ratkaisut ja Google Hangouts.

Kokemukset teknisten ratkaisujen toimivuudesta jättivät vielä runsaasti toivomisen varaa, joskin pääosin kokemukset olivat hyviä. Kompastuskiviksi saattoivat muodostua kurssilaisten teknisen osaamisen vaihtelevuus, nettiyhteyden häiriöt ja käytetyn alustan kankeus. Verkkoyhteydet eivät ole kaikkien kurssilaisten saavutettavissa, jolloin esimerkiksi video- tai Skype-välitteisyys ei ole mahdollinen. Konkreettisine kehittämistarpeina esitettiin esimerkiksi sellaisen teknisen alustan luomista, johon olisi liitetty verkkokeskustelukanava näköyhteydellä. Kaiken kaikkiaan avovastauksista välittyi kuva, että tekniikan osalta tarpeet ovat kokemusten myötä kovaa vauhtia täsmentymässä ja sopivia ratkaisuja vielä haetaan.

”Useimmat kurssilaiset ovat yllättyneitä siitä, miten hyvin reaaliaikaiset videoryhmätapaamiset toimivat ja miten hyvin he onnistuvat tekniikan käytössä.”

”Oltava helpokäyttöisiä, jotta niiden opetteluun ei mene aikaa ja oikeasti tukevat kurssilla toimimista. Liian usein

mennään väline edellä, täysin optimaalista ratkaisua vaikea löytää.”

Verkkokurssien tavoitteet ja teemat

Verkkokurssien tärkeimmiksi tavoitteiksi nousivat voimaantuminen (80 %:lla järjestöistä erittäin paljon tavoitteena) sekä psyykkisen hyvinvoinnin ja jaksamisen tukeminen (70 %:lla erittäin paljon tavoitteena). Sen sijaan muissa esitetyissä tavoitteissa – itsemäärityksen, aikuisuuden ja elämäntilanteen tukeminen, ystävyys-, pari- ja perhesuhteiden tukeminen sekä yhteiskunnassa toimimisen edistyminen – oli paljon hajontaa: ne saattoivat eri järjestöillä olla erittäin paljon tavoitteina, eivät ollenkaan tavoitteina tai jotain siltä väliltä. Fyysisen toimintakyvyn edistyminen ei ollut tavoitteena kovin merkittävä.

Vastaajien avokysymykseen kirjaamissa verkkokurssien teemoissa korostuivat työtai toimintakyvyn tukeminen sekä sairauden omahoito ja sairauden arjen hallinta. Teemoina mainittiin myös muun muassa sosiaaliturvaa ja palveluita koskeva tieto, seksuaalisuus, minäkuva ja läheisenä jaksaminen.

Verkkokurseista saadut kokemukset

Kaikki verkkokursseja järjestäneet järjestöt listasivat avovastauksissa sekä etäratkaisujen hyötyjä että haittoja. Verkkokurssien erityisinä hyötyinä perinteisiin sopeutumisoljennuskursseihin verrattuna nousi eniten esille paikkariippumattomuus: voi osallistua tarvitsematta lähteä kotoa, mikä madaltaa osallistumiskynnystä sekä lisää kustannustehokkuutta ja alueellista tasa-arvoa. Tieto siirtyi nopeasti ja aidosti arjen pysyviksi taidoiksi, kun kuntoutus toteutuu osallistujan omassa arkiympäristössä. Riippumattomuus ajasta taas mahdollistaa sen, että voi osallistua, milloin itselle parhaiten sopii, eikä tarvitse ottaa työstä vapaata kurssia varten. Erityisenä hyötynä pidettiin sitä, että tallennettuihin asioihin on helpompi palata eikä asioita mene ohi. Lisäksi mainittiin, että verkkokurssi mahdollistaa pitkän kuntoutusjakson ja että vertaistukea on helppo jatkaa kurssin jälkeen. Verkkokurssien ansiosta saa-

tettiin tavoittaa uudenlaisia osallistujia. Kuitenkin oli myös kokemusta siitä, että verkkokursseille on vaikea saada osallistujia ja kurseja joudutaan perumaan.

”Aivan erilainen osallistujaprofili: olemme tavoittaneet ihmisiä, jotka eivät tulisi perinteisille kursseille.”

”Soveltuu hyvin niille, jotka tottuneet omatoimiseen tiedonhankintaan ja kirjalliseen työskentelyyn verkossa.”

Verkkokurssien toteutuksessa oli ilmennyt runsaasti myös haittoja ja hankaluuksia. Ajoittain oli teknisiä ongelmia, ja kurssilaisten verkkoyhteydet olivat vaihtelevia, samoin tietotekniset taidot. Verkko-oppimisalustan ominaisuuksien koettiin rajoittavan kurssin rakentamista. Erityisenä haasteena tuli esiin verkkokeskustelujen saaminen toimiviksi: puolet osallistuu keskusteluun ja tekee verkkoon tehtäviä, loput käyvät lukemassa ja ovat muuten passiivisia. Tähän nähtiin joskus syypanä kankea keskustelualusta, johon ei ole osattu kirjoittaa. Sitoutumista pidettiin heikompana ja vertaistukea rajoittuneempana kuin perinteisillä kursseilla. Viitattiin myös ohjaajien työmäärän kasvuun. Toisaalta kokemuksena saattoi olla, että haittoja tai hankaluuksia ei ole. Tietosuojan toteutumisessa ei yksikään järjestö sanonut kokeneensa haasteita.

”Kaikkien tietokonesysteemit ei tue ohjelmia. Jotta verkkokurssi ei ole rajaava ihmisiä kohtaan, tulee ohjelmat olla hyvin yleisiä ja maksuttomia kaikille.”

”Vertaistuki on rajoittuneempaa kuin internaattikurssilla. Kurssilaiset kaipaavat toisten näkemistä.”

”Ohjaajan pitkälinen paneutuminen kurssiin, mm. välitehtävien seuranta ja koonti asiantuntijoille ym. välityö verkotapaamisten välillä.”

Verkkokursseista saatu kuntoutujapalautte (esim. tietosisällöstä, ohjauksesta, ryhmän toiminnasta, teknisestä toimivuudesta) oli

vastaaajien mukaan valtaosin hyvää kaikilla osa-alueilla. Osallistujat olivat tyytyväisiä sisältöön ja siihen, että tehtäviä sai tehdä omassa tahdissa. He kokivat saaneensa henkilökohtaista kuntoutumisen ohjausta positiivisella ja kannustavalla valmennusotteella. Sairaudesta saatiin uutta tietoa ja materiaalit koettiin monipuolisiksi. Keskusteleminen kirjoittamalla koettiin toisaalta raskaaksi, toisaalta sen koettiin terävöittävän asiassa pysymistä.

Jonkin verran kuntoutujilta tuli kritiikkiä tekniikan toimimattomuudesta, ja joskus ongelmana oli se, ettei kaikilla ollut tehtävien avaamiseen tarvittavaa ohjelmaa käytössään. Osa kaipasi yksilöidympää tietoa tai enemmän vuorovaikutusta. Toisaalta joskus ryhmäläiset jatkoivat omatoimisesti yhteydenpitoa keskenään kurssin jälkeen.

”Pääosin palaute on ollut tosi hyvää ja yllättänyt järjestäjätahon. Eniten kritiikkiä on tullut tekniikan toimintaan liittyen sekä uuden tiedon saamisesta. [---] Vertaistuen toimivuus on yllättänyt kaikkein eniten sekä järjestävät että varmaan myös kurssilaiset.”

Verkkokursseista saatu ohjaajapalaute vaikuttaa olleen erittäin hyvää. Tosin varauksiakin esitettiin: ohjaaminen, kannustaminen ja motivointi verkossa saatettiin kokea perinteistä kurssia hankalammaksi. Joillekin kursseille osallistujien saaminen osoittautui vaikeaksi.

”Esim. - Perustuu paljon kirjoitettuun tekstiin (keskustelualueella ja tehtäväpalautteissa). Silloin tuntuu, että oma ammattitaito on vain puoliksi käytössä.”

Järjestöt keräsivät yleensä tietoa verkkokurssien tuloksista, tavallisesti laadullisena loppupalautteena osallistujilta kurssien päättyessä ja noin puolella järjestöistä lisäksi seurantakyselyssä 4–12 kuukauden jälkeen. Verkkokurssien tulosten kerrottiin poikkeuksetta olleen samankaltaisia kuin perinteisessä sopeutumisvalmennuksessa. Esimerkiksi vertaistuki nousee yhtä lailla tärkeäksi. Toeutustapa ei siis näytä vaikuttavan koettuun

hyödyllisyyteen ja arviointeihin. Erityyppisten kurssien nähtiin ennemminkin täydentävän toisiaan kuin olevan suoraan vertailtavissa. Yksi vastaaja totesi, että verkkokurssin ansiosta jotkut rohkaistuvat hakeutumaan perinteiselle kurssille.

”Ei merkittäviä eroja. Hakijat ovat itse osanneet valita itselleen sopivan kurssin, joten kurssilaiset ovat tyytyväisiä kurssin antiin.”

Verkkosopeutumisvalmennuksen tulevaisuutta koskevat näkemykset

Verkkokurssien tulevaisuusnäkymistä kysyttiin kaikilta vastaajilta, siis myös niiltä, joiden järjestöt eivät nyt tarjonneet sopeutumisvalmennusta verkkokursseina. Verkkokurssien tulevaisuus nähtiin sangen valoisana: niiden arvioitiin lisääntyvän vuosien varrella eri ikäryhmissä ja katsottiin, että niitä kannattaa kehittää ja valikoimaa laajentaa. Erittäin selvästi tuli kuitenkin esiin näkemys, että verkkokurssit yksin eivät riitä tulevaisuudessakaan, vaan niiden tulisi olla osa sopeutumisvalmennuksen valikoimaa. Tähdenneettiin, että verkkokurssit eivät sovi kaikille kohderyhmille ja kaikkiin tavoitteisiin ja välineitä. Useissa vastauksissa ehdotettiin erityyppisten kurssien yhdistelmiä: verkkokurssit voisivat täydentää muuta sopeutumisvalmennusta, ja lähitapaamisia ja verkon kautta tapaamisia yhdistämällä avautuisi monia uusia mahdollisuuksia. Huomautettiin myös, että verkkokurssit ovat tekniikan osalta vasta kehitysvaiheessa ja vahvistavat paikkaansa vähitellen. Jotkut kokivat verkkokurssit liian pintapuolisina ja mekaanisina tai muuten soveltumattomina hyödynnettäviksi omassa toiminnassaan, jotkut taas kertoivat kartoittavansa tarvetta sellaisten järjestämiseen tulevaisuudessa.

”Yksi vahva ja vaikuttava toiminnan muoto tulevaisuudessa. Pidämme kuitenkin tärkeänä, että kuntoutustarjonta on jatkossakin monimuotoista. Tämä on tullut ilmi myös kohderyhmälle tehdyistä kyselyistä.”

Kaikilta vastaajilta kysyttiin tarkemmin, mitä mahdollisuuksia ja haasteita tulevaisuus voi tuoda tullessaan verkkokurssien kannalta. Mahdollisuutena korostui näkemys, että etäratkaisujen myötä yhä useampi voi osallistua kursseille, mikä sekä laajentaa kohderyhmää että parantaa saavutettavuutta, tasa-arvoisuutta ja alueellista yhdenvertaisuutta – toimiva verkkoyhteys riittää. Esimerkiksi luennoitsijoita voi tuoda etäyhteyden välityksellä kaikkialle. Tietoteknisen osaamisen paraneminen ja tekniikan kehittyminen helppokäyttöisemmäksi lisäävät myös iäkkäiden osallistumismahdollisuuksia. Verkkokurssien myötä kuntoutusta voidaan toteuttaa nopeammin senhetkiseen tarpeeseen, kotona ja kustannustehokkaasti. Tuloksena on entistä monipuolisempi ja verkostomaisempi kuntoutus sekä tekoälyn myötä yksilöllisempi kohdennettavuus, jolloin sopeutumisvalmennuskurssien hyödynnettävyys paranee. Toivottiin, että myös puhelimella olisi jatkossa mahdollista osallistua verkkokursseille.

”Paljon mahdollisuuksia. Digitalisaatio on megatrendi, joka muuttaa palvelun tuottamisen tapaa.”

Haasteina nähtiin teknisten toimintomuoksien ja uuden tekniikan kalleuden lisäksi etäosallistumisen heikentävät vaikutukset sosiaaliseen vuorovaikutukseen, ryhmäytymiseen ja vertaistukeen. Myös esimerkiksi kielelliset rajoitteet saattavat estää kirjoitukseen perustavalle verkkokurssille osallistumista, eivätkä kaikki menetelmät sovellu verkkoon. Tekniikka rajoittaa myös sitä, kuinka paljon yhdelle verkkokurssille voi olla osallistujia. Arveltiin myös, että kun yhä enemmän asioita siirtyy nettiin hoidettavaksi, voi tulla vastustus siihen. Ryhmän ohjaaminen verkossa vaatii uudenlaista ammattitaitoa: miten esimerkiksi luoda innostava, motivoiva ja lämmin ilmapiiri verkossa kohderyhmälle, jolle oman toiminnan ohjaus on haasteellista? Mainittiin myös tietoturvaan liittyvät haasteet toimintojen laajentuessa ja automatisoituessa. Vaikka edellä arvioitiin tietoteknisten taitojen kohenevan ajan myötä myös iäkkäillä, älylaitteiden

käytön hallitseminen saatetaan yhtä hyvin nähdä tulevaisuuden haasteena vanhenevassa väestössä. Toisaalta haasteet saatettiin tiivistää myös näin: *”Ainoa haaste on se, jos kehitykseen ei lähde mukaan.”*

Haasteena nähtiin pienten yhdistysten ja eri ikäisten kohderyhmien opastaminen netin ja sosiaalisen median käyttöön. Nähtiin, että näissä tehtävissä avainasemassa ovat järjestöt, jotka kouluttavat yhdistyksiä ja jäsenistöään keskitetysti. Kehotettiin järjestöjä tekemään tässä yhteistyötä esimerkiksi kansalaisopistojen kanssa.

Vastaajilta kysyttiin vielä tarkempia ajatuksia verkkosopeutumisvalmennuksen toteuttamisesta ja kohderyhmistä tulevaisuutta ajatellen. Kaikki eivät nähneet verkkokurssija toimivana vaihtoehtona omalle kohderyhmälleen tulevaisuudessakaan, vaan korkeintaan kasvokkaisia tapaamisia täydentävinä. Kuvaavana esimerkkinä mainittiin kohderyhmän nuoret, jotka – vaikka ovat jo paljon tietokoneen ja puhelimen ääressä – suosivat silti tapaamisia vastaanotolla; vain ne, joiden sairaus asetti fyysisiä rajoitteita liikkumiselle, valitsivat verkkoterapian. Joissain vastauksissa verkkokurssien nähtiin sopivan parhaiten työssä käyville aikuisille.

Enimmäkseen verkkokurssista oli kuitenkin niin hyvät kokemukset, että monen suunnitelmissa oli aloittaa tai lisätä niitä tai laajentaa kohderyhmiä. Parannustarpeita nähtiin esimerkiksi verkkokurssille ohjautumisessa ja ehdotettiin sote-toimijoiden yhteistyötä tässä. Todettiin, että vaikka verkkosopeutumisvalmennuksen toteuttaminen on tehokasta, sen laadukas suunnittelu ja toteutus vaatii jatkuvaa työpanosta ja läsnäoloa, käytännössä lisäresursseja työhön.

Yhteistyötä ja koordinointia verkkosopeutumisvalmennukseen

Kyselyn lopuksi vastaajat saivat kirjoittaa kehittämisajatuksiaan ja viestejä rahoittajalle. Vastauksia kirjoitettiin runsaasti, ja ne on kokonaisuudessaan raportoitu STEAlle. Päälimmäisenä toiveena oli riittävien henkilöresurssien turvaaminen. Vastauksissa nousi esiin verkkokurssien tekniikan ja sisällön kehittämisen vaatima panostus, johon tulisi

saada resursseja. Esiin nousi myös huoli siitä, ettei verkkomuotoisuudesta tulisi sopeutumisvalmennuksen ainoa kehittämissuunta. Joskus esimerkiksi internaattikurssi vastaa parhaiten kohderyhmän tarpeita, eikä verkkokurssille hakeudu tarpeeksi osallistujia. Ehdotettiin yhteistyötä verkkosopeutumisvalmennusta toteuttavien järjestöjen kesken sekä verkkokurssien saatavuuden parantamista siten, että esimerkiksi Soste ry koordinoisi järjestöjen sopeuttamisvalmennusta. Erilaiset yhteistyön muodot voisivatkin olla väylä verkkokuntoutuksen kustannustehokkaaseen hyödyntämiseen.

”Mikä se paras verkkoalusta olisi? Voisiko rahoittaja tukea tekniikan kehittämistä.”

”Jos rahoittaja perustelee verkkokurssija, niin tulisi saada sitten vakuuttavat perustelut miksi näin, eikä syy voi olla taloudellisten resurssien pienentäminen, koska niitä ei voi enää pienentää.”

”Verkkokuntoutus on yksi muoto kuntoutusta. Ei pidä unohtaa kasvokkain tapaamisten merkitystä. Ihmisen eleet, ilmeet, läsnäolo ja kohtaamiset ovat tärkeitä ja merkityksellisiä.”

”Verkkosopea toteuttavista järjestöistä olisi hyvä muodostaa toiminnallinen verkko, jossa vertaissparrauksen keinoin tuetaan toisia ja toisten kehittämistä.”

Tulosten merkitys: Verkkomuotoisesta sopeutumisvalmennuksesta saadut kokemukset ja tulokset rohkaisevat verkkokurssien lisäämiseen, soveltuvilla kohderyhmillä. Erityisesti verkko- ja lähitapaamisten yhdistäminen voisi tarjota uusia mahdollisuuksia. Kehittämistyö

vaatii resursseja, ja apuna voisi olla so-
te-toimijoiden yhteistyö sekä järjestöjen
keskinäinen tuki, vertaisparraus.

Annika Laisola-Nuotio
VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Buchert U (2018) Vertaisuus, vertaisryhmä ja vertais-
tuki Kela järjestämällä sopeutumisvalmennus-
kursseilla. Kuntoutus 41, 2, 34–45.
- Etäsope (2019) Etäsopeutumisvalmennus järjestöjen
kohderyhmille. [https://www.invalidiliitto.fi/eta-
sope-etasopeutumisvalmennus-jarjestojen-koh-
deryhmille](https://www.invalidiliitto.fi/eta-sope-etasopeutumisvalmennus-jarjestojen-kohderyhmille). Luettu 17.10.2019.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A,
Autti-Rämö I (2017) Sopeutumisvalmennuskurs-
sin koetut hyödyt ja vaikutukset. Kuntoutus 40,
3-4, 5–19.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A,
Martin M, Autti-Rämö I (2016) Sairauskäsit-
ykset, elämänhallinta ja sopeutumisvalmennusta
koskevat odotukset. Kuntoutus 39, 3, 6–20.
- Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A (toim.) (2018) So-
peutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien
arvioimana. Sosiaali- ja terveysturvan raport-
teja 10. Kela, Helsinki. [http://urn.fi/URN:NBN:-
fi-fe2018062726497](http://urn.fi/URN:NBN:-fi-fe2018062726497)
- Kippola-Pääkkönen A, Härkäpää K, Järvikoski A,
Autti-Rämö I (2016) Sopeutumisvalmennuskurs-
seille osallistuvien lasten vanhempien arvioita
hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja kurssiodo-
tuksista. Kuntoutus 39, 1, 6–21.
- Miettinen M, Einola K, Hajdinaj R, Huhtala S, Leh-
muskoski L, Laaksonen H (2019) Etäkuntoutus
sopii dialyysihoidossa oleville. Teoksessa A-L
Salminen, S Hiekkala (toim.) (2019) Kokemuksia
etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen
tuloksia. Kela, Helsinki, 186–205.
- Salminen A-L, Hiekkala S (toim.) (2019) Kokemuksia
etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen
tuloksia. Kela, Helsinki.
- Salminen A-L, Hiekkala S, Stenberg J-H (2016) Etä-
kuntoutus. Kela, Helsinki.
- Streng H (toim.) (2014) Sopeutumisvalmennus. Suo-
malaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-auto-
maattiyhdistys. Grano Oy.
- Tervämäki K (2018) Verkkokurssilta hyvinvointia.
Kuntoutus 41, 3, 64–65.

RECORDI

Monialaisen kuntoutuksen soveltavan tutkimustoiminnan vahvistaminen ekosysteemissä

Kuntoutus on yhteiskunnan muutoksessa kehittynyt monialaiseksi ja monimuotoiseksi toiminnaksi, jotta kuntoutujien tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan kokonaisvaltaisesti. Osittain tämä on kuitenkin johtanut kuntoutuksen järjestämisen pirstaloitumiseen ja siiloutumiseen eri organisaatioissa sen sijaan, että rakennettaisiin mielekkäitä toimintakokonaisuuksia kuntoutujien arkeen. Vastaavasti kuntoutuksen tutkimus on valtakunnallisesti hajallaan ja synergiaedut sekä yhdessä kehittäminen vielä hyödyntämättömiä voimavaroja. REcoRDI-hankkeessa vahvistetaan kuntoutuksen soveltavaa tutkimusta ja sen hyödyntämistä rakentamalla uudenlaista kuntoutuksen ekosysteemiä ja tutkimuksen tiekarttaa vastaten alueellisiin tarpeisiin.

Ratkaisuja kompleksisiin tutkimus- ja kehittämisilmiöihin

Kuntoutus on tutkimuskohteena kiehtovan haasteellinen. Kuntoutuminen on muutosprosessi, jossa tavoitellaan yksilön toimintakyvyn muutosta hänen aktiivisen toimintansa tuloksena hänelle merkityksellisillä elämän alueilla (Autti-Rämö ym. 2016). Kuntoutumista mahdollistaa kuntoutujien, heidän läheistensä ja ammattilaisten yhteistoiminta sekä tarvittavat muutokset ympäristössä. Hyvän kuntoutuskäytännön perustana tulisi olla tutkittu tieto, jota sovelletaan kuntoutujan omien tavoitteiden saavuttamiseksi (Paltamaa ym. 2011). Kuntoutus monien instituutioiden ja ammattilaisten toimintana mahdollistaa yksilön kuntoutumista (Autti-Rämö ym. 2016). Näiden ilmiöiden kompleksisuuden takia tarvitaan monialaista kuntoutuksen soveltavaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Tutkimus- ja kehittämistoiminnan tulosten hyödyntämistä tulisi tehostaa, mikä edellyttää uudenlaista ja tehokkaampaa verkostoitumista käytännössä toimivien ammattilaisten ja tutkimusorganisaatioiden välillä. Edelleen tarvitaan uudistuvaa osaamista kuntoutuksen soveltavaan tutkimukseen, kehittämiseen ja innovaatiotoimintaan (TKI-toimintaan).

Soveltavaa tutkimusta on esimerkiksi sovellusten etsiminen perustutkimuksen tuloksille tai TKI-toiminnassa uusien menetelmien ja keinojen luominen tietyn ongelman ratkaisemiseksi. Soveltavalla tutkimuksella on mahdollista vastata sellaisiin tutkimus- ja kehittämistehtäviin, joissa ilmiö on lähtökohdiltaan Kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017) linjausten mukainen eli asiakaslähtöinen, kuntoutujan toimintaympäristön ja arjen huomioiva sekä saumattomia prosesseja edistävä.

Kuntoutustutkimusta haastavat kontekstisidonnaiset systeemit, joissa on mukana eri tahoja ja toimijoita omine intresseineen (Sepänen-Järvelä 2018). Kuntoutus edellyttää monialaista ja moniammatillista työskentelyä. Monialainen, hyvin toimiva yhteistyö on toiminnan vaikutuksia edistävä tekijä. (Järvikoski 2013.) Monialaisella kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutuksen eri osa-alueiden välistä asiantuntijoiden yhteistyötä (Salminen & Rintanen 2014). Kuntoutus on tällöin tutkimuskohteena sosiaalista vuorovaikutusta, jossa prosessit eivät ole lineaarisia (Sepänen-Järvelä 2018). Prosessit muokkautuvat yhteistoiminnassa kuntoutujan tarpeesta ja tilanteesta lähtien (Autti-Rämö ym. 2016).

Tällä hetkellä kuntoutuksen tutkimus on kuitenkin hajallaan, ja eri alojen toimijat toteuttavat tutkimusta omista näkökulmistaan ilman yhtenäistä tutkimuslinjaa. Korkeakoulujen tulisi mahdollistaa monialaisten kuntoutuksen osaamisverkostojen rakentuminen (ks. Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017). Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2004) toimii edelleen kuntoutuksen tutkimusta ohjaavana asiakirjana. Ohjelmassa on vieläkin ajankohtaisia ja tärkeitä seikkoja, mutta se vaatisi myös päivittämistä yhteiskunnan muutoksen ja kuntoutusymmärryksen kehittymisen myötä. Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017) pitääkin tärkeänä sitä, että korkeakoulut, tutkimuslaitokset ja ministeriöt yhdessä laativat kuntoutuksen strategisen tutkimus- ja kehittämisohjelman. REcoRDI-hanke osaltaan pyrkii uudistamaan monialaisen kuntoutuksen soveltavan tutkimuksen suuntalinjoja alueellisesti kehittäen, mikä luo pohjaa kansalliselle kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisohjelmalle.

Tavoitteet saavutetaan yhdessä

Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) ja Metropolia ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteutettava REcoRDI (Platform ecosystem for strengthening of RDI activities in multidisciplinary rehabilitation) -hanke toteutetaan vuosina 2019–2022, ja sitä rahoittaa opetus- ja kulttuuriministeriö. Rahoitusmuotona on ministeriön erityisavustus

ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan profiloitumiseen.

REcoRDI:n tavoitteena on monialaisen kuntoutuksen soveltavan tutkimuksen toimintojen ja osaamisen vahvistaminen. Tähän pyritään alustaekosysteemin kehittämisellä sekä monialaisen kuntoutuksen tutkimustoiminnan tiekartan laatimisella. Hanke johtaa monialaiseen toimintakokonaisuuteen sekä laadukkaaseen ja systemaattiseen soveltavaan tutkimustoimintaan ja sen hyödyntämiseen kuntoutuksen käytännöissä.

Ammattikorkeakoulujen yhtenä lakisäänteisenä tehtävänä on harjoittaa sekä soveltavaa tutkimusta että kehittämis- ja innovaatiotoimintaa, jotka palvelevat opetusta. REcoRDI toimiikin yhteistyössä JAMKin ja Metropolian koordinoiman kuntoutusalan osaamiskeskittymän (Osku) kanssa, jonka tehtävänä on kehittää alan koulutusta sekä lisätä tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteistyötä. Lisäksi hankkeen toimintojen avulla on mahdollista edistää aluekehitystä ja alueen elinkeinorakenteen uudistumista sekä työelämän kehitystä. Siten REcoRDI-hankkeessa lähdetään liikkeelle alueellisista tarpeista edeten ekspanssiivisesti kansalliselle tasolle.

JAMKin ja Metropolian yhteistyö REcoRDI-hankkeessa mahdollistaa myös yhtäaikaisen kehittämisen kahdessa erilaisessa ympäristössä, mikä tuo lisähyötyjä hankkeen tulosten vaikutusten kannalta. JAMKilla ja Metropolialla on kuntoutuksen alalla omat kärkiteemansa, joita kohti hankkeessa ensisijaisesti edetään organisaatioiden omien strategisten suuntausten mukaisesti. JAMKin monialaisen kuntoutuksen kärkiteemoja ovat ”aktiivinen elämäntapa ja liikunnallinen kuntoutus”, ”asiakas- ja palveluohjaus ja saumattomat kuntoutumisprosessit” sekä ”kuntoutumisen teknologiat ja ympäristöt”. Metropoliaassa monialaisen kuntoutuksen soveltava tutkimus puolestaan profiloituu osallistuvaan tutkimuskumppanuuteen (participatory co-research), jonka kulmakiviä kuntoutuksen hyvässä käytännössä ovat asiakaslähtöinen kuntoutus, osallistumista mahdollistava kuntoutuminen arjessa sekä yhteiskehittäely älykkäissä kuntoutuskäytännöissä.

Ekosysteemejä ja tiekarttaa kehitetään aluksi näiden kärkien suuntaisesti alueellisesti, keräten oppia ja kehittäen hyviä toimintamalleja, ennen kuin toimintaa laajennetaan kansalliselle tasolle (Kaihovaara ym. 2016). Tarkoituksena on, että alueellisen ketterän kehittämisen avulla voidaan rakentaa mallia ekosysteemyöskentelyyn, joka on monistettavissa muihin ammattikorkeakouluihin TKI-toiminnan tueksi. Tämä lisää yhteistyötä korkeakoulujen välillä mahdollistaen yhdenmukaisia toimintakäytäntöjä kuntoutuksen soveltavan tutkimuksen alueella.

Kumulatiivisesti rakentuva toteutus

REcoRDI-hanke rakentuu viidestä kokonaisuudesta, jotka limittyvät toisiinsa. Hankkeen aluksi toteutetaan kuntoutusalan tutkijoille valtakunnallinen kyselytutkimus, jossa selvitetään tutkimusaiheita ja -menetelmiä, rahoituslähteitä sekä yritysyritysyritystä. Kyselyn tarkoituksena on saada kuva kuntoutuksen soveltavan tutkimuksen nykytilasta sekä tunnistaa kuntoutuksen tutkimukseen liittyviä tarpeita ja tietoaoukkoja.

Samanaikaisesti selvitetään alueellisesti kuntoutusalan toimijoiden näkemyksiä käytännön tietotarpeista. Tämä toteutetaan hankkeessa kehitettävän vuorovaikutteisen digitaalisen alustan kautta. Alustan tarkoituksena on toimia sekä kuntoutusalan tutkijoiden ja opettajien, käytännön kuntoutustyötä tekevien, kuntoutuksen asiakkaiden ja yritystoimijoiden yhteisenä kohtaamispaikana. Siinä voidaan jakaa ja saada tietoa, kehittää uusia tutkimusideoita ja siten lisätä osaamista.

Digitaalisella alustalla rakentuvat myös monialaisen kuntoutuksen ekosysteemit eli yhteistoimintaverkostot, joiden avulla laaditaan monialaisen kuntoutuksen soveltavan tutkimuksen tiekartta. Tiekarttaa kehitetään paitsi alustalla, myös työpajatyöskentelyssä, johon pyydetään mukaan ekosysteemin toimijoita ja muita kuntoutusalaalla toimivia sekä muun muassa kuntoutuspalvelujen käyttäjiä. Näin tiekartta antaisi mahdollisimman laajan näkemyksen siitä, miten ja mihin kuntoutuksen soveltavaa tutkimusta sekä kehittämis- ja innovaatiotoimintaa tulee oh-

jata. Hankkeen aikana keskitytään alueellisiin ekosysteemeihin Keski-Suomen (JAMK) ja pääkaupunkiseudun (Metropolia) alueilla. Päämääränä on tiekartan käyttö myös kansallisella tasolla, jotta se lisää tutkimustulosten hyödyntämistä ja muuntamista uusiksi innovaatioiksi, palveluiksi sekä liiketoiminnaksi ja palvelisi kuntoutusalan tutkimustoimintaa mahdollisimman laajasti.

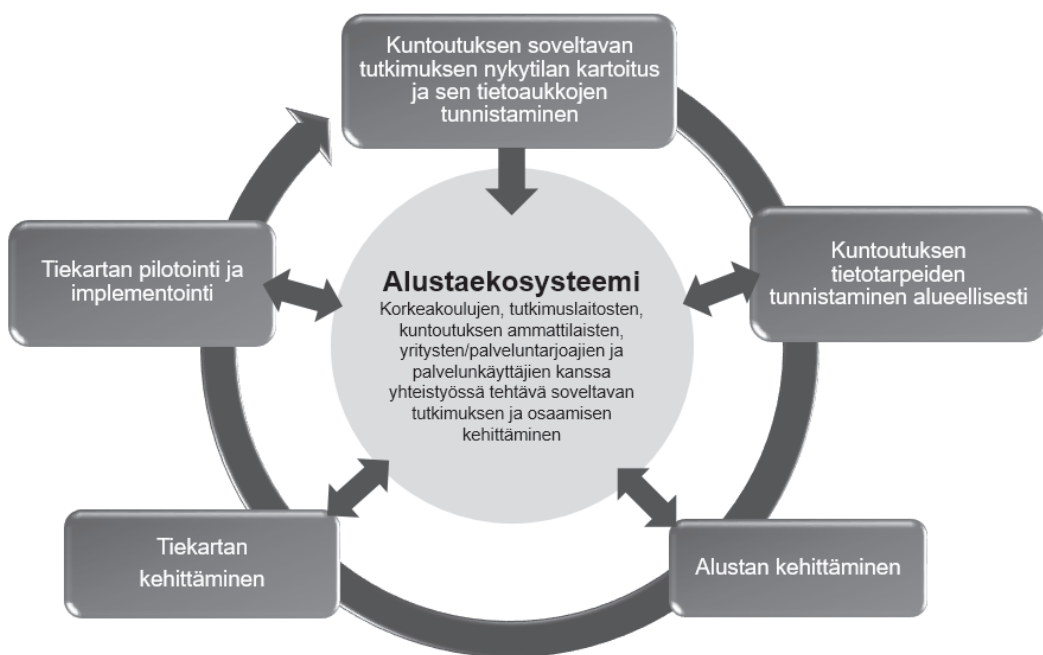
Olellaisena osana hankkeen toimintoja on tutkimusosaamisen vahvistaminen erilaisilla koulutuksilla sekä TKI-hankesuunnittelun ja tutkimusprosessin mallintamisella. Tarkoituksena on, että tiekartan osana julkaistaan tutkimusprosessin mallipohja, ”template”, jota hyödyntäen tutkimuksen eri vaiheet ja aineistonkeruun vaatimukset voidaan ottaa paremmin huomioon hankesuunnittelussa. Hankkeen tulokset implementoituvat ekosysteemissä koko hankeprosessin ajan yhteiskehittämisessä yhteisellä alustalla. Lisäksi tiekarttaa pilotoidaan hankkeen aikana ulkoisen rahoituksen turvin. (Kuvio 1.)

Hankkeen tuloksista raportoidaan kansallisissa ja kansainvälisissä julkaisuissa sekä sosiaalisessa mediassa (Twitterissä @REcoRDIhanke).

Hyödyt teoriasta käytäntöön

Näyttöön perustuvien kuntoutuspalvelujen kehittämisen edellytys on laadukas ja systemaattinen soveltava tutkimus. Sen sijaan, että eri toimijat tutkivat ja kehittävät omia kuntoutuspalveluja ja tuotteita tahoillaan, monialaisen kuntoutuksen ekosysteemi koostuu eri toimijat yhteen ja mahdollistaa synergiaetujen hyödyntämisen. Yhdessä kehitetyn tiekartan avulla voidaan varmistaa, että tutkimus kohdistuu todellisiin tietotarpeisiin ja vastaa käytännön työn haasteisiin. Tämä avaa ovia uusien kuntoutusmenetelmien kehittämiseen ja siten parantaa myös yritysten kilpailukykyä.

Hankkeessa kehitettävä tiekartta tarjoaa myös ohjausta siihen, miten aineiston kerääminen ja hallinta kannattaisi toteuttaa, jotta tutkimusaineistojen hyödyntäminen olisi mahdollisimman tehokasta. Tiekartta myös helpottaa TKI-hankkeiden suunnittelua, kun



Kuvio 1. REcoRDI-hankkeen vaiheet.

yhteisistä toimintalinjoista on olemassa ohjeistus.

Ekosysteemi myös lisää kuntoutusalan toimijoiden, tahojen ja yritysten kyvykkyyttä hyödyntää jatkuvasti kasvavaa tutkimustietomäärää. Tällainen kilpailukyvyyn lisääntyminen toteutuu yhteisten menestystekijöiden tunnistamisen kautta ja siten realisoituu kuntoutujien hyvän elämän ja työ- ja toimintakyvyn edistämisessä. Nämä kysymykset ovat keskeisiä, kun kehitetään asiakaslähtöisiä palveluja sekä hyviä käytäntöjä, jotka kiinnittyvät ihmisten arkeen ja toimintaympäristöihin. Tällaiseen TKI-toimintaan tarvitaan mukaan tutkijoiden lisäksi asiakastyötä tekevät ammattilaiset ja kuntoutujat läheisineen. Laajemmat verkostot myös mahdollistavat tutkimustulosten paremman hyödyntämisen.

REcoRDI-hanke luo uudenlaista ja uudistuvaa ekosysteemiin perustuvaa tutkimisen ja kehittämisen kulttuuria. Ratkaisevan tärkeää on aktiivinen ekosysteemi, jolla on yhteinen toiminnan suunta – eli tiekartta siitä, miten edetään, sekä osaamista tiekartan toimien toteuttamiseen.



Kuvio 2. REcoRDI-hankkeen logo.

Lue lisää Metropolian alueellinen REcoRDI:
<https://www.metropolia.fi/tutkimus-kehittaminen-ja-innovaatiot/hankkeet/recordi/>

Merja Rantakokko, TtT, dos., Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Salla Sipari, FT, Metropolia ammattikorkeakoulu

sekä REcoRDI tutkimusryhmä:

Jaana Paltamaa, TtT, dos., Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Kaisa Malinen, PsT, dos., Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Katariina Korniloff, TtT., Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Toini Harra, TtT, Metropolia ammattikorkeakoulu

Nea Vänskä, TtM, väitöskirjatutkija, Metropolia ammattikorkeakoulu

Krista Lehtonen, TtM, väitöskirjatutkija, Metropolia ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A (toim.) (2016) Kuntoutuminen. Duodecim.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf
- Kaihovaara A, Härmälä V, Salminen V (2016) Mitä innovaatioekosysteemit ovat ja miten niitä voi kehittää? Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta, policy brief -raportti 15. <https://tietokayttoon.fi/documents/1927382/2116852/Mit%C3%A4+innovaatioekosysteemit+ovat+ja+miten+niit%C3%A4+voi+kehitt%C3%A4%C3%A4/feecb2aa-d56e-441d-aa2e-15f5bd-18d59b?version=1.0>
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2004) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Helsinki.
- Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160273>
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Salminen A-L, Rintanen S (2014) Monialainen kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 55. Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/44880>
- Seppänen-Järvelä R (toim.) (2018) Monimenetelmällisyys kuntoutuksen tutkimuksessa. Havaintoja ja kokemuksia Muutos-hankkeen tutkimuksista. Kela Työpapereita 144. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/253836>

ASIAKASLÄHTÖINEN PALVELUJEN KEHITTÄMINEN: TOIMINTAMALLINA KIERTÄVÄ KOKOUS

Johdanto

Kiertävä korvaushoidon kokous on yksi osallisuutta lisäävistä toimintamalleista, joka kehitettiin opioidikorvaushoidossa olevien henkilöiden sosiaalisen osallisuuden vahvistamisen kehittämishankkeessa (OK-hankkeessa). Kolmivuotinen valtakunnallinen hanke toteutui vuosina 2016–2019 ja sen rahoitti Euroopan sosiaalirahaston Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020 Suomen rakennerahasto-ohjelma (OK-hankkeen loppuraportti 2019). A-klinikkasäätiö vastasi hankkeen koordinoinnista. Hankkeessa olivat mukana myös Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy, Kirkkopalvelut ry, Sovatek-säätiö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sekä Tukikohta ry.

Esittelemme Tampereen kokeilun esimerkkinä asiakaslähtöisestä palvelujen kehittamisestä. Korvaushoitoa toteuttavat Tampereella useat eri tahot, kuten A-klinikkasäätiö, Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva oy, Tampereen kaupunki ja Mehiläinen. Nämä tahot eivät koskaan kokoontuneet keskenään, ja etenkin kaupungin terveysasemilla työskentelevät sairaanhoitajat olivat työnsä kanssa yksin. Kaikki toimivat omilla tahoillaan tietämättä, mitä vaikutuksia omilla toimilla on asiakkaiden arkeen. Asiakkaiden toive oli ennen kaikkea keskustella eri tahojen työntekijöiden kanssa korvaushoidosta, tuoda esiin asiakasnäkökulmaa ja

kokemusosaamista sekä olla mukana kehittämässä korvaushoitoa Tampereella. Korvaushoidossa olevat asiakkaat kokoontuivat OK-hankkeen yhteydessä säännöllisesti ja totesivat, että kokouksiin olisi hyvä saada mukaan myös ammattilaisia. Näin OK-hankkeen A-klinikkasäätiön osahankkeessa kehitettiin korvaushoidon kiertävän kokouksen toimintamalli.

Korvaushoidossa olevilla ihmisillä ei ole juuri tilaisuutta oman osaamisensa näyttämiseen, jolloin heidän tietotaitonsa ja kokemusasiatuntijuutensa jäävät yhteiskunnassa sivuun. Kiertävän kokouksen mallissa ihmisten omat kokemukset nähdään arvokaina, ja niistä kertominen muuttaa henkilön roolia passiivisesta osallistujasta aktiiviseksi toimijaksi. Kokoukseen osallistuvat ihmiset saavat vaikuttamisen kokemuksia palvelujärjestelmässä ja tunnistavat omia voimavarojaan, mikä vahvistaa heidän toimijuuttaan kokonaisvaltaisesti. Kiertävien kokousten kautta opioidikorvaushoidossa olevat voivat aidosti vaikuttaa hoitoon, siihen liittyviin palveluihin ja koulutukseen sekä yhteiskunnassa vallitseviin asenteisiin. (Innokylä 2018.)

Miksi kiertävä kokous?

Asiakaslähtöisyys oli kiertävän kokouksen toimintamallin luomisessa avainasemassa,

sillä malli sai alkunsa korvaushoidossa olevien ihmisten omasta aloitteesta. Asiakaslähtöisyys on joustava tapa työskennellä asiakkaan tavoitteiden saavuttamisen hyväksi. Lähtökohtana on asiakkaan tarpeiden kuunteleminen: mitä asiakkaalla on asiaan sanottavanaan? Tässä työtavassa asiakkaan tarpeet merkitsevät palveluntarjoajien tarpeita enemmän. Aito asiakaslähtöisyys perustuu vahvan ja myönteisen asiakassuhteen rakentamiselle ja asiakkaan mahdollisuudelle saada ajankohtainen ja relevantti tieto itseään koskevista asioista. Työote tukee asiakkaan itsenäistymistä ja tasavertaista asemaa sekä edistää valinnanvapautta ja itsemääräämisoikeutta. (Beresford ym. 2011.) Asiakassuhteessa edetään asiakkaan esille nostamien käsitteiden kautta, ja asiakasta arvostetaan oman elämänsä asiantuntijana. Tämä merkitsee myös asiantuntijahierarkian jonkinasteista purkamista. Tasavertaisuus vuorovaikutuksessa onkin edellytys asiakkaan osallisuudelle – silloin asiakassuhde muuttuu yhteistyösuhteeksi. (Valkama & Raisio 2013, Kokkola ym. 2002.)

Hyväksi havaittu tapa parantaa palveluita ja lisätä asiakastyytyväisyyttä on asiakaiden säännöllinen mukaan ottaminen. Toiminnan on oltava jokapäiväistä ja jatkuvaa, jotta siitä tulee aito työskentelyn tapa. Osallistamisen jatkuvuus (ongoing involvement) tarkoittaa kulttuurin muutosta asiakasta kuuntelevammaksi ja asiakkaan ottamista mukaan päätöksentekoon. Muutoksen tarve koskee myös ammattilaisten, kuten lääkäreiden, hoitajien, sosiaalityöntekijöiden sekä ohjaajien, asenteita ja käyttäytymismalleja. (Valkama & Raisio 2002, Beresford ym. 2011.)

Osallisuuden merkityksellisyydestä palvelujen kehittämisessä asiakaslähtöisemmiksi on tutkimusnäyttöä. Irlannin kansallisessa huumausainestrategiassa (Ireland's National Drug Strategy 2009–2016) korostettiin asiakaiden osallistamisen sekä paikallisten ja alueellisten asiakasfoorumien kehittämisen tarvetta. Van Hout ja McElrath (2012) totesivat tutkimuksessaan, että aikeista huolimatta päihdehoidon asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet saamaansa hoitoon olivat vähäiset. Asiakkailta ei ollut sijaa palveluiden suun-

nittelussa, kehittämisessä, toteutuksessa tai arvioinnissa. Vaikka palveluntarjoajat olivat tietoisia asiakkaidensa kokemustiedon merkityksellisyydestä ja uskoivat, että asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksia tulisi lisätä, näin ei kuitenkaan käynyt. Toimintakulttuuri näytti olevan esteenä muutokselle.

Myös suomalaisessa sosiaali- ja terveysalan toimintakulttuurissa elää edelleen käytäntöjä ja käsityksiä, jotka estävät avointa dialogia sekä palvelunkäyttäjien ja -tarjoajien yhteistoiminnallisen suhteen syntymistä. Totutut valta-asetelmat vaikuttavat toimintakulttuuriin. Optimaalinen osallisuus vaatii vallan uudelleenjakoa, joka pohjautuu vuoropuheluun ja neuvotteluun, vastuun jakamiseen suunnittelussa ja päätöksenteossa sekä asianomaisten vastuullisuuteen. Jaettu asiantuntijuus syntyy dialogissa ja haastaa perinteisen professionaalisen asiantuntijuuden – kenenkään osallisen tieto ei ole ylivertaista toisiin nähden. Tällä pyritään siihen, että kokemusasiantuntijan näkökulmat ja mielipiteet olisivat tasavertaisia suhteessa alan ammattilaisiin. Kiertävä kokous on esimerkki keinoista, joilla tuodaan esiin opioidikorvaushoitoon liittyvää kokemusasiantuntijuutta. Se vahvistaa myös sellaista osaamista ja käytäntöjä, jotka auttavat kehittämään palveluja paremmiksi ja vastaamaan paremmin asianomaisten tarpeita. (Kokkola ym. 2002, Van Hout & McElrath 2012, Innokylä 2018.)

Lähestymistapa vaatii avoimuutta ja totuttujen roolien riisumista. Tutkimukset korostavat erityisesti avoimuutta päihdepalveluissa, jotta aidosti asiakaslähtöinen toiminta olisi mahdollinen. Avoin kommunikaatio tarkoittaa sitä, ettei kumpikaan taho alistu tai hallitse toista. Ammattilainen ei tuo omia käsityksiään liikaa esille, vaan yhteistyösuhteen perustana on yhteinen usko muutoksen mahdollisuuteen, kuuleminen ja luottamus. (Valkama & Raisio 2013.)

Kuinka kiertävä kokous toteutui?

Ensimmäinen korvaushoidon kiertävä kokous toteutui Tammela-keskuksen terveysasemalla. Kokouksen kutsuivat koolle OK-hankkeen hanketyöntekijä ja asiakkaat.

Tammela-keskuksen oman väen lisäksi kokoukseen kerääntyi hanketyöntekijän tunteita asiakkaita ja toimijoita korvaushoidon parista. Hiljalleen tieto kokouksista levisi niin työntekijöiden kuin asiakkaiden keskuudessa. Tilastoinnin mukaan noin kuusikymmentä ihmistä on osallistunut kokouksiin vajaan kahden vuoden aikana. Mukaan on laskettu työntekijät, asiakkaat ja opiskelijat.

Kokous oli kiertävä seuraavista syistä: vastuu kokouksen järjestämisestä jakaantuisi tasaisemmin, eri korvaushoidon toimijat ja paikat tulisivat tutuiksi ja kokouksia pidettäisiin myös hankkeen päättymisen jälkeen. Kokouksen puheenjohtaja ja sihteeri valittiin joka kokouksen alussa, ja myös asiakkaat toimivat näissä tehtävissä. Asiakkaita osallistui jokaiseen kokoukseen. Joukossa oli sekä säännöllisesti että satunnaisesti osallistuvia. Kokoukseen oli tervetullut, mikäli oli "kokouksunnossa". Tällöin myös haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevat pääsivät osallistumaan, vaikka heillä olisikin ohikäyttöä korvaushoidon rinnalla. Työntekijät osallistuivat mahdollisuuksiensa mukaan. Vaikeinta kokouksiin pääseminen oli terveysasemien työntekijöillä. Heidän saattoi olla vaikeaa perustella osallistumistaan esimiehilleen etenkin siinä tapauksessa, että esimies ei arvostanut korvaushoitoa työmuotona.

Kiertävä kokous kokoontui OK-hankkeen organisoimana viimeisen kerran maaliskuussa 2019. Silloin päätettiin, että seuraavat mahdolliset kokoukset pidetään samassa paikassa. Tätä toivoivat etenkin asiakkaat. Heidän oli vaikeaa muistaa, missä kokous oli milloinkin sovittu pidettäväksi. Lisäksi kulkeminen ja siitä aiheutuvat kustannukset voivat kiertävässä mallissa koitua osallistumisen esteeksi. Kokouksen nimi päätettiin muuttaa korvaushoidon kehittämiskokoukseksi ja seuraavat kokousajankohdat sovittiin. Ketään ei nimetty vastuulliseksi koolle kutsujaksi, joten nähtäväksi jää, toteutuvatko kokoukset ilman vastuuhenkilöä.

Kuinka kiertävä kokous onnistui?

Kiertävä kokous tuo uudet ja lupaavat käytännöt luontevasti siihen toimintaympä-

ristöön, jossa niitä tarvitaan. Kiertävän kokouksen malli sopii monenlaiseen toimintaympäristöön, myös verkostojen johtamiseen. Sen avulla voidaan koota yhteen asiakkaat, kehittämistyön ammattilaiset, julkisen ja yksityisen sektorin työntekijät, järjestötoimijat sekä muut aiheesta kiinnostuneet toimijat. Toimintamalli sopii terveydenhuollon lisäksi sosiaalihuoltoon ja koulu- ja koulutusjärjestelmään. Toiminnan näkyväksi tekeminen on tärkeää, jotta sitä voidaan jatkaa ja levittää. (Innokylä 2018.)

Kokeilujen tekeminen itsessään tuottaa tietoa jo ennen mahdollisen lopullisen ratkaisun syntymistä. Niiden tärkein tavoite on tarjota sellaista tietoa, jota ei saada muulla tavoin, eli kokemuksen kautta syntynyttä tietoa. Kokeilu tarjoaa vaihtoehtoja, koska se muovautuu koko ajan kokemusten perusteella. Kokeilujen kautta päästään haluttaessa siihen todellisuuteen, missä asiakkaat elävät. Pääsääntöisesti asiakkaat haluavat olla mukana kehittämisessä, ja parhaimmillaan kokeilut antavat kokeilijoille energisöivän ja innostavan kokemuksen. (Hassi ym. 2015.)

Edellä mainitut seikat toteutuivat kiertävässä kokouksessa. Palautteen perusteella kaikki osapuolet kokivat kokoukset tarpeelliseksi, sillä mikään taho Tampereella ei koordinoi korvaushoitoa. Etenkin terveysasemien työntekijät pitivät tärkeänä kuulla asiakkaiden omia kokemuksia hoidosta ja sen hyödyistä. Ammattiryhmänä heillä oli vähiten kokemusta opioidikorvaushoidosta, sillä korvaushoitolääkkeen jakaminen ja asiakkaiden tapaaminen on vain pieni osa heidän työtään. Kokousten myötä korvaushoidossa olevat asiakkaat saivat paremman kuvan korvaushoidon järjestämisestä ja erilaisista toimintatavoista. He kokivat myös tullessa kuulluiksi – olihan heidän ehdotuksestaan syntynyt ainakin puolentoista vuoden ajan toteutunut kokouskäytäntö. Lisäksi oman kokemuksensa kautta he toivat arvokasta tietoa siitä, miten korvaushoito toteutuu asiakkaan näkökulmasta.

Asiakaslähtöistä lähestymistapaa voidaan juurruttaa onnistuneesti vain, jos se perustuu tiettyihin perusarvoihin. Nämä arvot ovat asiakkaan sisällyttäminen prosesseihin (in-

clusion), kunnioitus (respect), asiakkaan itsenäisyys (independence) ja vapaaehtoisuus (personal choice). Onnistumisen elementteihin kuuluvat myös asiakkaan asettaminen keskiöön, asiakkaiden kohteileminen yksilöinä, tavoitteiden asettaminen, asiakkaan ja ammattilaisen välisen suhteen tärkeyden korostaminen, saavutettavissa oleva ajantasaainen tieto tarjolla olevista palveluista sekä positiivinen lähestymistapa. (Beresford ym. 2011.)

Nämä arvot toteutuivat kiertävän kokouksen mallissa, ja kokouksella on hyvät mahdollisuudet jatkaa toimintaansa. Yhtä suurella todennäköisyydellä se voi myös päättyä: vaikka kokemukset mallin hyödyllisyydestä ovat rohkaisevia, toiminta voi kaatua siihen, ettei kukaan ole vastuussa kokouksen organisoinnista ja koolle kutumisesta. Kiertävän kokouksen malli voi jatkua sillä edellytyksellä, että toimijoilla on tahtoa jatkaa. Myös johdon on oltava sitä mieltä, että toimintamallista on käytännön hyötyä ja kokouksista saatu tieto on arvokasta.

Kiertävän kokouksen mallin raportti on nähtävissä Innokylässä. Tiedon lisääntyessä myös yleiset asenteet voivat muuttua myönteisemmiksi. Toimintakulttuurilla ja asenteilla on merkittävä rooli palveluiden kehittämisessä asiakaslähtöisemmiksi. Kiertävän kokouksen kautta ammattilaiset saivat mahdollisuuden vaikuttaa käytäntöihin ja olla muuttamassa opioidikorvaushoitoon liittyvää lääkehoitokeskeistä kulttuuria. Yleinen suhtautuminen opioidikorvaushoitoon ja hoidossa oleviin ihmisiin on asenteellista, mikä hidastaa korvaushoidossa olevien osallisuuden edistämistä, uusien toimintamallien käyttöönottoa ja riittävää panostusta. (Innokylä 2018.)

Mikä on kiertävän kokouksen tulevaisuus sosiaali- ja terveysalan valtarakenteissa ja hierarkiassa? Saako asiakas aidosti päättää ja olla konkreettisesti vaikuttamassa omaan hoitoonsa? Kuka on vastuussa asiakaslähtöisyyden toteutumisesta? Osallisuuteen liittyväistä väistämättä valta. Valtarakenteet säätelevät asiakkaan roolia palvelujärjestelmässä mahdollistaen tai rajoittaen osallisuutta. Asiakas ei yleensä voi määrätä tekemisistään, vaan hänen täytyy hyväksyä osansa ja valita ky-

kyhinsä, tarpeisiinsa ja päämääriinsä nähden tarkoituksenmukaisimmat toiminnot valmiiksi tarjotuista vaihtoehdoista. Sosiaalialan ammattilaisilla on valtaa suhteessa asiakkaisiinsa. Toisaalta heillä täytyykin olla, sillä he tekevät asiakkaita koskevia päätöksiä. Olennainen kysymys on, kuinka valtaa käytetään sosiaali- ja terveysalan työssä. (Niemi 2013.)

Mikään toiminnan muoto ei itsessään takaa sitä, ettei toimintaan sisältyisi valtan käyttöä. Dialogisilla työmenetelmillä ja kumppanuudella voi kuitenkin pyrkiä edistämään sellaista toimintakulttuuria, jossa ammattilaiset eivät sanele ongelmia ja ratkaisuja yksipuolisesti, vaan asiakkailla on mahdollisuus osallistua hoitoonsa liittyviin päätöksiin. Toiminnan eettistä kestävyyttä voi vahvistaa kiertävän kokouksen mallin mukaisesti päästämällä ääneen sellaisten ryhmien näkemykset, jotka ovat tavallisesti marginaalissa. (Niemi 2013, Kokkola ym. 2002, Innokylä 2018.)

Yhteistyö ja vuorovaikutus asiakkaan kanssa kiertävän kokouksen mallissa on luonnollista. Vuorovaikutukseen sisältyvät myös erimielisyydet ja erilaiset näkökannat. On hyvä huomioida, ettei toimijoiden ja asiakkaiden keskinäisen vuorovaikutuksen tavoitteena ole yksimielisyyden saavuttaminen, vaan yhdessä voidaan pohtia erilaisia näkökulmia. Dialogiin pyrkiminen on tärkeää, sillä siinä on mahdollisuus tarkastella objektiivisesti erilaisten valintojen vaikutuksia ja mahdollisia hyötyjä. Parhaimmillaan vuorovaikutukseen perustuvalla toimintatavalla voidaan saavuttaa uusia luovia ratkaisuja, joita kukaan osallistujista ei olisi tahollaan tullut ajatelleeksi. (Niemi 2013, Kokkola ym. 2002, Innokylä 2018.)

Kokeilevan kehittämisen mallilla on merkitystä myös henkilöstön ammatillisen kasvun näkökulmasta. Toimintaympäristöt muuttuvat jatkuvasti, ja on tärkeää pysyä ajan hermolla sekä purkaa sellaisia valtarakenteita, jotka estävät asiakaslähtöisten, innovatiivisten toimintatapojen omaksumista. Kokeilemalla kehittäminen antaa tilaa myös henkilöstön luovuudelle ja tuo tunteen siitä, että omaan työhön on mahdollista vaikuttaa. Se kasvattaa motivaatiota toimimaan

asiakaslähtöisesti ja olemaan avoin uusille ideoille.

Irina Köntti, sosionomi (AMK), sosionomi YAMK-opiskelija, asiakkuusvastaava, Suomen Diakoniaopisto (kirjoittamisen aikana toimi OK-hankkeen hankepäällikkönä A-klinikkasäätiössä)

Alexandra Malanin, sosionomi (AMK), sosionomi YAMK-opiskelija, tiimivastaava, Mehiläinen Hoivapalvelut

Lähteet

- Beresford P, Fleming J, Glynn M, Bewley C, Croft S, Branfield F, Postle K (2011) Supporting People. Towards a person-centred approach. The Policy Press, University of Bristol.
- Hassi L, Paju S, Maila R (2015) Kehitä kokeillen. Organisaation käsikirja. Talentum Pro, Helsinki. Saatavilla http://kehitakokeillen.fi/wp-content/uploads/2016/01/kehita_kokeillen_preview.pdf
- Innokylä (2018) Arvio toimintamallista. Kiertävä kokous vaikuttamiskeinona terveydenhuollossa. Saatavilla <https://www.innokyla.fi/documents/6338836/5176c684-14f9-4d57-a222-5b6e403b-db76>
- Kokkola A, Kiiikkala I, Immonen T, Sorsa M (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Niemi P (2013) Hyvä, paha valta. Teoksessa M Laitinen, A Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä, 31–54. Vastapaino, Tampere.
- OK-hankkeen loppuraportti (2019) Saatavilla https://okhanke.fi/sites/default/files/ok-hankkeen_loppuraportti_12.2.2019_0.pdf
- Valkama K, Raisio H (2013) Kansalaisraati – Deliberatiivinen demokratia rakenteellisen sosiaalityön työmuotona? Teoksessa M Laitinen, A Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä, 87–112. Vastapaino, Tampere.
- Van Hout M, McElrath K (2012) Service user involvement in drug treatment programmes: Barriers to implementation and potential benefits for client recovery. *Drugs: Education Prevention and Policy*. 19, 6, 474–483. Saatavilla https://www.researchgate.net/publication/236173482_Service_user_involvement_in_drug_treatment_programmes_Barriers_to_implementation_and_potential_benefits_for_client_recovery

NUORTEN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN AIHEUTTAMAT SAIRAUSSPOISSAOLOT JA TYÖKYVYTTÖMYYS EDELLEEN KASVUSSA

Nuorten mielenterveyden häiriöiden taustalta löytyy useita tekijöitä, jotka ovat vuosien aikana aiheuttaneet voimistuvaa psyykkisen haavoittuvuuden lisääntymistä ja vaikeuksia opiskelussa ja työssä selviytymisessä. Esille on tullut, että alle 25-vuotiaana työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syyt voivat liittyä osaltaan perheissä vallinneisiin sosiaalisiin ja taloudellisiin paineisiin sekä perheenjäsenten mielenterveyden häiriöihin (Merikukka ym. 2018). Kouluterveyskyselyt perusteella tiedetään, että lasten ja nuorten keskuudessa koetut hyvinvoinnin vajheet ja opiskelu-uupumus olisivat viime vuosina lisääntyneet (Kouluterveyskysely 2019). Yksityisen lääkäriasemaketjun potilastietojärjestelmän perusteella on todettu, että työssä olevien 20–29-vuotiaiden nuorten aikuisten sairauspoissaolojen yleisimmiksi syiksi ovat nousseet lisääntyvät mielenterveyden häiriöt: masennus, ahdistus ja unihäiriöt (HS 13.6.2019). Mielenterveyden ongelmien aiheuttamat toimenpitehaasteet on siis havaittu useitten eri ikäryhmien osalta. Kouluissa ja kouluterveydenhuollossa sekä työssä käyvien työterveyshuollossa on pyritty kehittämään näistä terveysongelmista kärsivien varhaisen tukemisen keinoja. Kelan kuntoutusta ohjaavaa lakia uudistettiin vuonna 2014 siten, että nuori pääsisi riittävän ajoissa kuntoutukseen (Heino & Seppänen-Järvelä 2017).

Työkyvyttömyyttä ehkäisevistä toimista huolimatta nuorten sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen jatkoivat kasvuaan lähes koko 2000-luvun alun (Raitasalo & Maaniemi 2011). Myös mielenterveyden häiriöistä johtuneiden sairauspäiväraha-kausien kehitystä vuosina 2005–2017 laajasti selvittäneen tutkimuksen perusteella tuli esille, että erityisesti 16–34-vuotiaiden ikäryhmässä oli alkaneiden kausien määrä ollut pitkällä aikavälillä kasvava (Tuulio-Henriksen & Blomgren 2018, 10). Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamien sairauspoissaolojen kasvuun on tutkimuksellisesti kiinnitetty viime vuosien aikana intensiivisesti huomiota (Blomgren 2018 ja 2019). On myös selvitetty, että 16–24-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen on 2010-luvulla tasaisesti kasvanut (Koskenvuo 2017).

Seuraavassa selvitetään, miten aikavälillä 2010–2018 nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys ovat 2000-luvun alun jälkeen kehittyneet. Nuorilla tarkoitamme 16–29-vuotiaita nuoria ja nuoria aikuisia. Sairauspäivärahapäivästä käytämme välillä käsitettä sairauspäivä. Tiedot pohjautuvat sairauspäivärahapäivien osalta Kelan tuottamaan Kelasto-tilastotietokantaan ja eläketietojen osalta ETK:n ja Kelan yhteistilastoihin.

Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspäivät jatkavat kasvuaan

Mielenterveyden häiriöiden vuoksi Kelan korvaamien sairauspäivärahopäivien lukumäärä on vaihdellut 3,6 ja 5,1 miljoonan päivän välillä vuosina 2010–2018. Eniten korvattiin sairauspäiviä tarkasteltavana olevan yhdeksän vuoden aikana vuonna 2018 (5,1 milj.). Lukumäärä on vielä suurempi, koska sairastumispäivä ja sitä seuraavat yhdeksän arkipäivää (omavastuu-aika) eivät sisälly lukuihin. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi Kelan 16–29-vuotiaille korvaamat sairauspäivärahopäivät ovat lisääntyneet lähes koko 2000-luvun alkuvuosien ajan. Nyt näyttää siltä, että sama kehityssuunta jatkuu. Kelan viimeisimpien sairauspäivärahatilastojen perusteella voidaan havaita, että nuor-

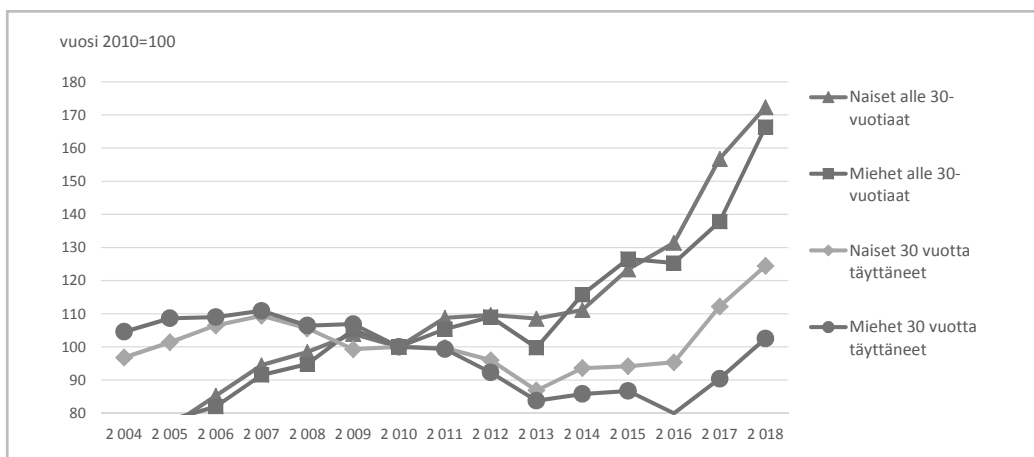
ten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolopäivät ovat lisääntyneet merkittävästi aikavälillä 2010–2018 (taulukko 1). Kasvu on ollut voimakasta erityisesti masennuksen vuoksi. Merkille pantavaa on kuitenkin, että samanaikaisesti esille ei ole tullut luotettavaa tutkimusnäyttöä nuorten mielenterveydenhäiriöiden ja masennuksen yleistymisestä. Myös 30 vuotta täyttäneille masennuksen vuoksi korvattujen sairauspäivärahopäivien lukumäärä on lähtenyt kasvuun viime vuosina (kuvio 1).

Ennätysmäärä nuoria työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriöiden vuoksi

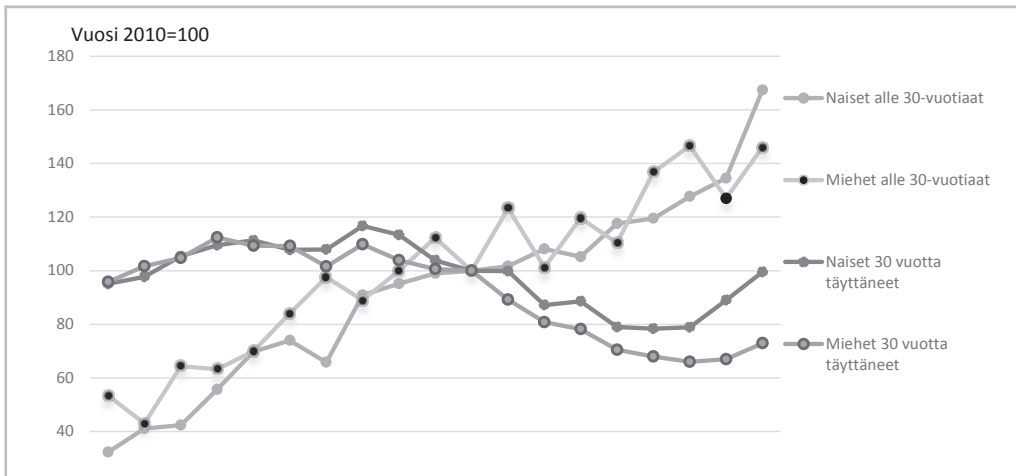
Vuonna 2018 mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi yh-

Taulukko 1. Mielenterveyden häiriöiden (F00–F99) ja masennuksen (F32–F33) vuoksi korvatut sairauspäivärahopäivät ikäryhmän ja sukupuolen mukaan vuonna 2018. (Osasairauspäivärahat sisältyvät lukuihin.)

	Kaikki	Muutos	Miehet	Muutos	Naiset	Muutos
	lkm	2010–2018, %	lkm	2010–2018, %	lkm	2010–2018, %
Kaikki (F00–F99)	5 118 900	33,0	1 824 200	19,2	3 294 700	42,1
Alle 30-vuotiaat	1 377 700	64,8	543 700	52,3	834 000	74,0
30 vuotta täyttäneet	3 741 100	24,1	1 280 500	9,1	2 460 700	33,8
Masennus (F32–F33)	2 948 500	25,8	975 200	13,5	1 973 400	33,0
Alle 30-vuotiaat	702 000	70,2	244 800	66,4	457 100	72,3
30 vuotta täyttäneet	2 246 500	16,4	730 300	2,5	1 516 200	24,5



Kuvio 1. Masennuksen (F32–F33) vuoksi korvatut sairauspäivärahopäivät iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2004–2018.



Kuvio 2. Masennuksen vuoksi Suomessa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet ikäryhmän ja sukupuolen mukaan vuosina 2000–2018.

teensä 8124 Suomessa asuvaa henkilöä. Vuonna 2010 vastaava luku oli 8180. Liki kolmannes eli 2610 henkilöä vuonna 2018 mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä oli alle 30-vuotiaita. Naisten osuus heistä oli 1328 (51 %). Toisin sanoen joka päivä seitsemän nuorta siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriöiden vuoksi vuonna 2018. Näin monta nuorta ei ole siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriöiden vuoksi yhtenäkkään aiempaan vuonna 2000-luvun aikana.

Vuonna 2018 masennuksen (diagnoosit F32–F33) vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi yhteensä 3932 Suomessa asuvaa henkilöä, joista naisia oli 2655 (68 %). Lähes joka viides eli 752 henkilöä oli alle 30-vuotiaita. Heistä naisia oli 514 (68 %). Myös masennuksen vuoksi siirtyi eläkkeelle enemmän nuoria kuin kertaakaan aiemmin koko 2000-luvulla. Vaikka masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden 30 vuotta täyttäneiden lukumäärä on usean vuoden ajan vähentynyt, aivan kahden viimeisen vuoden aikana suunta on muuttunut (kuviot 1 ja 2).

Mitkä mielenterveyden häiriöt aiheuttivat työkyvyttömyyttä vuonna 2018?

Työkyvyttömyyttä aiheuttava mielenterveyden häiriöiden sairausprofiili muuttuu

selvästi ikääntymisen myötä (taulukko 2). Nuorimpien (16–19-vuotiaat) keskuudessa älyllinen kehitysvammaisuus on yli puolella (59 %) työkyvyttömyyden syynä. Toiseksi yleisimpänä syynä olivat mielialahäiriöt (12 %). Ikäryhmässä 20–24-vuotiaat liiki joka viidennen (19 %) työkyvyttömyyden syynä on skitsofrenia ja liiki kahdella viidesosalla (38 %) mielialahäiriöt. Mielialahäiriöt yleistyvät (52 %) työkyvyttömyyden syynä ikäryhmässä 25–29-vuotiaat ja varttuneempien aikuisten (yli 29-vuotiaat) keskuudessa ne ovat jo hyvin yleisiä (69 %).

Lopuksi

Mistä tämä 2000-luvun alussa tapahtuva nuorten mielenterveyden häiriöiden ja masennuksen aiheuttama sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden kasvu voisi johtua? Esille ei ole tullut mitään luotettavaa tutkimusnäyttöä siitä, että nuorten diagnosoidut mielenterveyden häiriöt olisivat väestötasolla lisääntyneet. Kasvun syyt johtuvat muista tekijöistä. Osa aikaisemmin piiloon jääneistä mielenterveyden häiriöistä ja masennuksesta on viime vuosikymmenien aikana tullut esille ja osin avoterveydenhuollon piiriin. Nuorten sairauskäyttäytyminen on muuttunut. Yleinen ilmapiiri ja asennoituminen mielenterveyden häiriöitä ja masennusta kohtaan on muuttunut aikaisempaa suvaitsevammaksi ja

Taulukko 2. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi Suomessa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet vuonna 2018.

		Ikäryhmä, vuosia					Kaikki	
		16–19	20–24	25–29	16–29	30–	N	%
F00-F09	Elimelliset aivo-oireyhtymät	0,0	0,0	0,1	0,0	2,6	146	1,8
F10-F19	Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat ...	0,1	0,3	0,1	0,2	2,2	126	1,6
F20-F29	Skitsofrenia	8,3	19,2	23,1	17,5	12,7	1 156	14,2
F30-F39	Mielialahäiriöt	11,9	37,6	52,3	35,2	68,7	4 705	57,9
F32-F33	Masennustila, toistuva masennus	8,9	32,3	41,3	28,8	57,7	3 932	48,4
F30-F31, F34-F39	Muut mielialahäiriöt	3,1	5,3	11,0	6,4	11,0	773	9,5
F40-F49	Neuroottiset, stressiin liittyvät ...	4,7	9,1	9,9	8,2	8,6	689	8,5
F50-F59	Syömishäiriöt ...	1,7	1,7	1,4	1,6	0,6	74	0,9
F60-F69	Persoonallisuushäiriöt	0,9	1,3	1,0	1,1	0,9	78	1,0
F70-F79	Älyllinen kehitysvammaisuus	58,9	18,5	4,0	24,8	1,9	751	9,2
F80-F89	Psyykkisen kehityksen häiriöt	12,6	11,6	6,9	10,5	1,6	360	4,4
F90-F99	Lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunn.	0,9	0,9	1,2	1,0	0,3	39	0,5
Kaikki V(n)		688	1 142	780	2 610	5 514	8 124	100,0
Kaikki		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		

hyväksyvämmäksi. Enää ei mielenterveyden häiriötä leimaa sellainen häpeä kuin aikaisemmin. Tätä on edistänyt se, että mielenterveyden häiriötä koskevia asioita ja tietoja on yhä suuremmassa määrin ollut esillä. Useat julkisuuden henkilöt ovat kertoneet tiedotusvälineissä avoimesti omista psyykkisistä vaikeuksistaan ja pahasta olostaan. On myös mahdollista, että kasvavat vaatimukset koulussa ja opiskelu- sekä työpaikan saamisessa, opiskelussa sekä työssä selviytymisessä ovat lisänneet psyykkistä haavoittuvuutta ja koettua avun tarvetta. Nämä tekijät yhdessä ovat edistäneet nuorten avoimempaa suhtautumista omaan itseensä ja kokemuksiinsa vaikeuksiin. Häiriöt uskalletaan tunnistaa aikaisempaa helpommin ja apua haetaan entistä herkemmin.

Tehostetun koulutuksen ansiosta terveydenhuollossa pystytään nykyisin diagnosimaan aiempaa paremmin nuorten mielen-

terveyden ja käyttäytymisen häiriötä. Myös lääkärin sairausdiagnoosien kirjaamisnetyssä on saattanut tapahtua muutoksia. Yhdessä nämä tekijät ovat voineet vaikuttaa siihen, että aikaisemmin nuorten ja nuorten aikuisten piiloon jäänyt masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden aiheuttama toimintakyvyttömyys on nyt tullut näkyväksi ja terveydenhuollon piiriin. Valitettavasti näyttää kuitenkin siltä, että vaikka häiriötä pystytään nykyisin aikaisempaa paremmin tunnistamaan, tarpeen mukaiseen ja riittävään psykoterapiaan ja sitä tukevaan lääkehoitoon sekä varsinkaan varhaiseen moniammatilliseen kuntoutukseen ei ole kohdennettu riittäviä resursseja. Koko 2000-luvun alkupuolen ajan esille tulleen kasvavan kehitystrendin perusteella voidaan olettaa, että mielenterveyden häiriöiden ja masennuksen aiheuttamat nuorten sairauspoissaolot ja eläköityminen jatkavat

kasvuun, mikäli ehkäiseviin toimenpiteisiin ei tulla kohdentamaan riittäviä voimavaroja.

Kaarlo Maaniemi, FK
Raimo Raitasalo, tutkimusprofessori emeritus

Lähteet

- Blomgren J (2018) Sairauspoissaolot kääntyneet kasvuun – mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha-kaudet yleistyneet. Kelan tutkimusblogi 19.3.2018.
- Blomgren J (2019) Sairauspoissaolojen kasvu jatkuu – mielenterveyden häiriöt yhä suurempana huolenaiheena. Kelan tutkimusblogi 25.1.2019.
- Heino P, Seppänen-Järvelä R (2017) Nuorilla kuntoutus painottuu ammattikoulutukseen. Kelan tutkimusblogi 28.9.2017.
- HS 13.6.2019. Mielenterveysongelmat usein poissaolon syy. Helsingin Sanomat, A28.

Koskenvuo K (2017) Yhä useampi nuori päätyy työkyvyttömyyseläkkeelle. Kelan tutkimusblogi 29.9.2017.

Kouluterveyskysely 2019. thl.fi/lapsetnuoretperheet/tulokset.

Merikukka M, Ristikari T, Tuulio-Henriksson A, Gissler M, Laaksonen M (2018) Childhood determinants for early psychiatric disability pension: A 10-year follow-up study of the 1987 Finnish Birth Cohort. *International Journal of Social Psychiatry* 64,8, 715–725.

Raitasalo R, Maaniemi K (2011) Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspöissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Nettityöpapereita 23. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Tuulio-Henriksson A, Blomgren J (2018) Mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha-kaudet vuosina 2005–2017. Työpapereita 136. Kelan tutkimus, Helsinki.



Tule jäseneksi Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys KUTKEen!

Oletko kuntoutuksen ammattilainen? Oletko tieteellisesti kiinnostunut kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta? Teetkö kuntoutuksen tutkimusta?

Jos vastaat myönteisesti, voit löytää kaltaisiasi juuri KUTKEsta.

Monitieteelliseltä pohjalta ponnistava Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys KUTKE ry - Föreningen för forskning och utvecklandet av rehabilitering KUTKE rf on toiminut vuodesta 1987. (Aiempi nimi Suomen lääkinällisen kuntoutuksen yhdistys).

KUTKE ry edistää vammaisten, vajaakuntoisten ja ikääntyvien henkilöiden kuntoutumista palvelujärjestelmiä kehittämällä. Yhdistys myös kehittää yhteistyötä kuntoutuksen koulutuksessa sekä toimii asiantuntija- ja yhteistyöelimenä kuntoutuksen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistyössä. Sääntöjensä mukaisesti yhdistys edistää monitieteellisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Keinoina käytetään mm. esitysten ja aloitteiden tekemistä, tiedotusta, koulutuksien ja neuvottelutilaisuuksien järjestämistä, julkaisutoimintaa sekä kansainvälisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen lisäämistä.

Liittyessäsi jäseneksi voit myös tilata Kuntoutus-lehden. Kutke:n henkilöjäsenmaksu on 25 euroa ja Kuntoutus-lehden tilaajahinta jäsenille on 50 euroa. Jäsenhakemuksen löydät kotisivuilta www.kutke.fi

Tule mukaan kuntoutuksen kehittämiseen ja yhteistyöhön!

KUTKE ry

Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus tukee opiskelu- ja työkykyä – uutta tietoa kuntoutuksesta

Tuoreen tutkimuksen (Turunen ym. 2019) mukaan Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus kohentaa kuntoutujien opiskelu- ja työedellytyksiä. Kuntoutus auttaa kuntoutujaa ymmärtämään ja hyväksymään oman muuttuneen tilanteensa sekä tukee opiskelu- ja kognitiivisia taitoja, arjenhallintaa, mielialaa ja yleistä elämänlaatua. Kyselyyn vastanneiden kuntoutujien ja ammattilaisten näkemykset kuntoutuksen hyödyistä olivat varsin yhtenäisiä.

Kelan Sosiaali- ja terveysturvan raportteja -sarjassa julkaistussa tutkimuksessa kartoitettiin kuntoutujien ja ammattilaisten (kuntoutusta suositteluiden ja toteuttavien neuropsykologien tai psykologien sekä Kelan asiantuntijoiden) näkemyksiä kuntoutuksen tarpeesta, tavoitteista ja vaikutuksista. Lisäksi kuntoutujia koskevaa tietoa poimittiin Kelan asiakirjajärjestelmästä. Kyselyyn vastasi 32 kuntoutujaa, 93 psykologia tai neuropsykologia ja 30 Kelan asiantuntijaa. Lisäksi hankkeen yhteydessä järjestettiin ammattilaisille suunnattu työpaja tutkimuksen tuloksista.

Kuntoutus kohdentuu enimmäkseen oikein – soveltuu etenkin nuorille, joilla on kehityksellisiä vaikeuksia

Tutkimuksessa todettiin harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen kohdentuvan pääosin oikein: kuntoutujista noin kolme neljäsosaa arvioi kuntoutuksen auttaneen työssä tai opinnoissa, kuten niihin palaamisessa tai opintojen loppuun saattamisessa.

Myös kuntouttavista neuropsykologeista kolme neljäsosaa arvioi kuntoutuksen olleen hyödyllistä opiskelu- ja työkyvyn tukemisessa. Tutkimuksen mukaan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta myönnetään tyypillisesti nuorille, joilla on kehityksellisiä ongelmia. Ammattilaiset arvioivatkin kuntoutuksen sopivan juuri tälle kohderyhmälle. Lisäksi sen kuvattiin soveltuvan parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuva on lievä tai korkeintaan kohtalainen.

Tutkimuksen perusteella harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus soveltuu kuitenkin kokonaisuudessaan monille erilaisille ryhmille ja toteutuu osana monenlaisia kuntoutuspolkuja. Ammattilaiset arvioivat sen sopivan hyvin myös kuntoutujille, joilla on äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä. Vaikka kuntoutuksen kohdentuminen on siis pääosin onnistunutta, kuntoutukseen ohjautumisessa on edelleen kehitettävää. Kuntouttavat neuropsykologit arvioivat kolmasosan ja Kelan asiantuntijat viidesosan asiakkaista soveltuvan paremmin Kelan vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen. Tutkimuksen perusteella harkinnanvaraisen ja vaativan neuropsykologisen kuntoutuksen kriteeristö- ja tulisikin terävöittää.

Kuntoutujan motivaatio sekä lähipiiri- ja verkostoyhteistyö tukevat kuntoutuksen vaikuttavuutta

Tutkimuksessa tarkasteltiin tarkemmin kuntoutuksen tavoitteita, hyötyjen arkeen siirtymistä sekä kuntoutussisältöjä. Kuntoutus-

ta toteuttaneet neuropsykologit ilmoittivat määrittelevänsä konkreettisen kuntoutustavoitteen usein tai aina, ja myös kuntoutujat osallistuivat yleensä tavoitteiden määrittämiseen. Tavoitteiden saavuttamisessa auttoivat kuntoutuksen toteuttajien mukaan kuntoutujan motivaatio, toimiva kuntoutuskontakti, hyvin asetetut tavoitteet ja niiden seuranta sekä kuntoutujan kokonaistilanteen huomioon ottaminen. Ammatillaiset arvioivat erityisesti lähipiiriin tai verkostojen kanssa tehtävän yhteistyön sekä kuntoutujan motivaation ja sitoutumisen edistävän kuntoutuksen vaikutuksia arjessa. Tutkijat totesivat harkinnanvaraiseen neuropsykologiseen kuntoutukseen sisältyvien ohjauskäyntien toimivuudessa ja niistä tiedottamisessa olevan vielä kehitettävää.

Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus toteutui yleensä varsin tiiviinä ja pitkäkestoisena, eikä se sisällöllisesti juuri eronnut vaativasta lääkinällisestä tai muiden maksajatahojen kuntoutuksesta. Kuntouttava neuropsykologi toteuttaa keskimäärin 30 kuntoutuskäyntiä vuodessa kuntoutujaa kohti, ja kuntoutus kestää keskimäärin kaksi vuotta. Valtaosa harkinnanvaraisesta neuropsykologisesta kuntoutuksesta on yksityisen sektorin toteuttamaa yksilökuntoutusta. Täysi-ikäisten kuntoutuksessa painottuivat arjen kompensatiivkeinojen tai strategioiden harjoittelu ja psykoedukaatio. Alaikäisten kuntoutuksessa korostui näiden lisäksi lähipiiriin ohjaus. Myös kognitiivinen kuntoutus sekä psykoterapeuttinen työskentelyteot olivat merkittävässä osassa kuntoutuksessa. Tutkimuksen perusteella kuntoutujat olivat pääosin tyytyväisiä kuntoutukseen mutta toivoivat pidempiä kuntoutusjaksoja sekä runsaampaa seurantaa.

Kuntoutuksen saatavuudessa sekä hakeutumisen ja raportoinnin käytännöissä kehitettävää

Tutkimuksen perusteella harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttamisen taloudellisia edellytyksiä olisi parannettava. Kehittämiskohteena nähtiin etenkin alhainen korvaustaso: parannusta rahoitukseen toivoivat ammatillaiset, kuntoutujat

sekä hankkeen yhteydessä järjestetyn työpajan keskustelijat. Nykyistä korvaustasoa pidettiin eriarvoistavana, kun kuntoutuksen omavastuut kohoavat suuriksi. Yli puolet kuntouttavista neuropsykologeista sekä suurin osa kuntoutusta suositelleista neuropsykologeista oli kohdannut tilanteita, joissa pidempiaikainen kuntoutuksen tarve on tunnistettu mutta kuntoutukselle ei haettu jatkoa – usein syynä oli muun muassa kuntoutujan omien taloudellisten varojen riittämättömyys.

Tutkimuksen perusteella tämänhetkinen kuntoutuksen tarve ja sen nykyiset kuntouttajaresurssit eivät ole tasapainossa, ja myös saatavuuden alueellisessa tasa-arvossa olisi kehitettävää. Ammatillaiset pitivät saatavuuden parantamiseksi tarpeellisenä neuropsykologiresurssien lisäämistä tai asiantuntemuskriteerien lieventämistä sekä kuntoutussuosituksia tekeville kuntouttavilta neuropsykologeilta. Kuntoutusta suositelleet ovat kohdanneet tilanteita, joissa kuntoutukseen ei hakeuduttu kuntouttavan neuropsykologin puuttumisen vuoksi. Etenkin pääkaupunkiseudun ulkopuolella kuvattiin olevan pulaa pätevästä neuropsykologeista, toisaalta myös pääkaupunkiseudulla harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen jonot ovat pitkiä.

Tutkimuksen perusteella harkinnanvaraisen neuropsykologiseen kuntoutukseen hakeutumisen ja kuntoutuksesta raportoinnin käytäntöjä tulisi vahvistaa ja selkeyttää. Kuntoutujat kokivat hakeutumisen vaikeaksi, ja jopa joka kolmannessa kuntoutushakemuksessa oli epäselvyyttä. Keskeisiä syitä hylkääviin kuntoutuspäätöksiin olivat Kelan asiantuntijoiden arvioissa neuropsykologisen tutkimuksen tai lausunnon puuttuminen, puutteellinen suunnitelma kuntoutuksen käytännön toteutuksesta (mm. keston ja tiheyden osalta) tai se, ettei hakija kuulunut kohderyhmään. Myös asiakirja-aineistosta havaittiin, että kuntoutusta suosittavien lääkärin tai neuropsykologien lausunnoista neljäsosassa ei mainittu suositellun kuntoutuksen tavoitteita. Tutkimuksessa todettiin, ettei tieto Kelan kuntoutuspäätöksistä usein välity suosituksia tekeville neuropsykologeille eivätkä he näin saa palautetta toi-

minnastaan, mikä hankaloittaa suositusten sisältöjen kehittämistä. Myös kuntouttavien ammattilaisten loppulausunnoista puuttui usein kuvaus tavoitteiden saavuttamisesta. Tavoitteiden täsmentämisen todettiin kuitenkin olevan kuntoutuksessa ammattitaitoista ja kuntoutujan näkemykset huomioon ottavaa. Tutkimuksen mukaan haasteena on, ettei tämä toiminta aina välity päätöksistä vastaaville toimijoille, minkä vuoksi on tarpeellista yhtenäistää kirjauskäytäntöjä.

Lopuksi

Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus on työ- ja toimintakykyä edistävää kuntoutusta. Se on suunnattu 16–67-vuotiaille, joilla on neuropsykologisia oireita esimerkiksi kehityksellisten häiriöiden, oppimisvaikeuksien tai aivovaurioiden jälkitilojen vuoksi. Tutkimuksessa todettiin kuntoutuksella olevan positiivisia vaiku-

tuksia juuri opiskelu- ja työedellytyksiin. Kuntoutuksen havaittiin myös sopivan moninaisesti tilanteisiin ja osana erilaisia kuntoutuspolkuja. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen rahoitukseen ja saatavuuteen koko maan laajuisesti toivottiin parannuksia. Lisäksi hakeutumis- ja raportointikäytännöissä ilmeni kehitettävää.

Tutustu julkaisuun:

Turunen K, Tuulio-Henriksson A, Poutiainen E (2019) Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikutukset. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 17. Kela, Helsinki. 69 s. ISBN 978-952-284-069-1. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/305474>

Elina Naamanka

Kirjoittaja on psykologitutkija Kuntoutussäätiön Oppimisen tuen keskuksessa.





Kuntoutussäätiö

Koulutukset ja konsultaatiopalvelut

Kuntoutussäätiö tarjoaa vuosittain useita alan ammattilaisten koulutuksia. Meiltä voit pyytää tarpeisiinne sopivaksi räätälöityjä tilauskoulutuksia ja konsultaatiopalveluja tai osallistua jo tarjolla oleviin koulutuksiin.

Vaikuttamiskahvit To 14.11. klo 8.45-10

SROI - Social Return on Investment -arviointi- ja laskentamenetelmä
Tilaisuus on osallistujalle maksuton ja sisältää kahvitarjoilun

Kuntoutuksellisten menetelmien ohjaaminen

nuortenryhmissä -workshop 15.11. ja 13.12.2019

Kaksipäiväinen menetelmäworkshop nuorten parissa työskenteleville.

Arvioinnin työkaluja-koulutus 27.11.2019 ja 16.1.2020

Arvioinnin työkaluja-koulutus erityisesti järjestötoiminnalle.

Työkykykoordinaattorikoulutus 2019-2020 3.0

Työkyvyn tueksi. Seuraava koulutus alkaa 9.12.2019

Kuntouttavan työtoiminnan kehittämispäivä 2020

Koulutus on yhden päivän mittainen ja järjestetään seuraavan kerran 6.2.2020.

Kuntoutuspäivät 2020: Kuntoutuksen uusi vuosikymmen

Ensi vuonna Kuntoutuspäivät järjestetään Kulttuuritehdas Korjaamalla, Helsingissä **4. – 5.6.2020**. Teemana 'Kuntoutuksen uusi vuosikymmen:

Yhdenvertainen yhteiskunta, tasa-arvoinen työllistyminen'.

www.kuntoutuspaivat.fi

Lisätietoa koulutuksista ja tapahtumista:

www.kuntoutussaatio.fi/tulevat-tapahtumat

Meiltä voit pyytää myös **räätälöidyn tilauskoulutuksen**.

Tuuli Shinyella(koulutusten koordinoija) ja Maiju Nieminen(koulutussihteeri)
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi

Haluatko saada tietoa Kuntoutussäätiön tulevista koulutuksista sähköpostitse?

Liity sähköpostilistalle lähettämällä viesti osoitteeseen maiju.nieminen@kuntoutussaatio.fi

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2019

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2019 tuttuun tapaan neljästi. Tilaushinnat ovat ennallaan. Tilaamalla lehden seuraat alan tutkimusta ja ajankohtaisuuksia sekä saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/kirjoitusohjeet

Ilmestymisaikataulu 2019

Nro	Ilmestyy
4	viikko 51

Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat mustavalkoisia ilmoituksia:

- 1/1 sivu (176x250 mm): 250 euroa
- ½ sivua, (88 x 125 mm): 150 euroa
- ¼ sivua (44 x 62 mm): 120 euroa

Lisätietoja: www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/mediakortti TAI
annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi

Tilaa Kuntoutus-lehti

Pidä itsesi ajan tasalla kuntoutuksesta - saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa!

Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti TAI
tilaukset, osoitteenmuutokset ja peruutukset:
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh. 040 439 7183

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Irtonumero á 14 euroa + postimaksu

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry