

**TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN JA ASIAKKAIDEN NÄKEMYKSIÄ
KOKEMUSASIAANTUNTIJAN VASTAANOTTOTOIMINNASTA**

Linda-Maria Rask

Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Rask, L-M. 2018. Terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä kokemusasiantuntijan vastaanotto toiminnasta. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu –tutkielma, 32 s., 11 liitettä.

Kokemusasiantuntijatoiminta nähdään yhtenä tapana vahvistaa asiakkaan asemaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokemusasiantuntija on pitkäkestoisen koulutuksen suorittanut henkilö, jolla on kokemusta jostakin sairaudesta tai tilasta sekä palvelujärjestelmän käytöstä, joko itse sairastaneena tai omaisena. Kokemusasiantuntijuus perustuu ongelmista selviytymisen kokemuksiin. Kokemusasiantuntijuuden katsotaan kuuluvan maallikkotoimintaan eli ei-ammattilliseen toimintaan. Aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa toimivien maallikoiden yleisimpiä tehtäviä ovat olleet henkilökohtainen neuvonta ja omahoito-opetus. Asiakkaat ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat pitäneet maallikoiden tärkeimpinä ominaisuuksina mm. sosiaalisia taitoja.

Tutkielman tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja asiakkaiden kokemuksia kokemusasiantuntijan vastaanotto toiminnasta kahdella Keski-Suomen alueella toimivalla vastaanotolla. Tutkimusaineistona oli kolme terveydenhuollon ammattilaisten fokusryhmähaastattelua, joista jokaiseen osallistui kolme ammattilaista (N=9). Lisäksi aineistona oli kuuden (N=6) asiakkaan yksilöteemahaastattelut. Sekä ammattilaisten että asiakkaiden haastattelut toteutettiin syksyllä 2016. Haastatteluaineistot analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Terveydenhuollon ammattilaiset nostivat esiin tietämättömyyden kokemusasiantuntijatoiminnasta. Heillä ei ollut toiminnasta selkeää kuvaa, ja he olivat huolissaan vastaanottotilanteen luonteesta ja kokemusasiantuntijoiden valmistautumisesta asiakkaiden kohtaamiseen. Toiminnan hyötyinä ammattilaiset näkivät mm. palveluohjauksen kehittämisen ja ammattilaisten työn tukemisen. Asiakkaat toivat esiin, että kokemusasiantuntijan vastaanotolla on aikaa keskustella ja ilmapiiri on lämmin. Myös kokemusasiantuntijan oma kokemus nähtiin tärkeänä. Toisaalta kokemusasiantuntijan vastaanoton tarkoitus oli saattanut jäädä joillekin asiakkaille epäselväksi.

Asiakkaiden tarpeet ja ammattilaisten näkemykset kokemusasiantuntijoiden tehtävistä luovat perustan kokemusasiantuntijan vastaanotto toiminnalle. Tiedon puute kokemusasiantuntijatoiminnasta vaikuttaa ammattilaisten aktiivisuuteen ohjata asiakkaita kokemusasiantuntijan vastaanotolle. Kokemusasiantuntijan vastaanotosta ja ylipäätään kokemusasiantuntijatoiminnasta ja –koulutuksesta tiedottamiseen tulisi panostaa. Tämän lisäksi asiakkaille tiedottamisessa tulisi tuoda selkeästi esille kokemusasiantuntijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten roolien ja tehtävien eroavaisuudet. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää asiakaslähtöisen kokemusasiantuntijavastaanoton kehittämistyössä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Asiasanat: kokemusasiantuntija, maallikko, omahoito, fokusryhmähaastattelu, teemahaastattelu, sisällönanalyysi

ABSTRACT

Rask, L-M. 2018. Perceptions of health care professionals and the clients of expert by experience counseling. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, (health education) Master's thesis, 32 pp., 11 appendices.

Experiential expertise can be seen as a way to strengthen the position of the client in social and health care. An expert by experience (EbE) is a lay person who has undergone a long-term education and has personal experience of some kind of illness or condition and using service system. Experiential expertise is a part of lay involvement. The most common aspects of lay involvement in healthcare are individual counseling and teaching self-management. In the previous studies the clients and healthcare professionals saw social skills as one of the most important qualities of a lay health worker.

The aim of the thesis was to study the perceptions of the health care professionals and the experiences of the clients of EbE counseling in two practices located in Central Finland. The study data consisted of three focus group interviews with altogether nine health care professionals (N=9) and six focused interviews with the clients (N=6). The interviews were conducted during autumn 2016. The data was analyzed by using the qualitative content analysis method.

The healthcare professionals felt that they didn't have enough information about experiential expertise. The professionals also had concerns about the nature of the EbE counseling and about EbE's preparation for facing the clients. The professionals saw developing case management and supporting professionals' work as the benefits of experiential experience. The clients brought up that they had enough time to discuss with the EbE and the atmosphere at the practice was warm. The EbE's personal experience was important to the clients. On the other hand, the purpose of the EbE counseling might have remained unclear to some of the clients.

The lack of information about experiential expertise affects professionals' activity to refer clients to EbE counseling. The clients' needs and the professionals' perceptions of EbEs' assignments justify EbE counseling. Informing about EbE counseling and overall experiential expertise should be invested in. The differences between the roles of EbEs and health care professionals should be made clear to the clients.

The results of this thesis can be used as a tool to develop the EbE counseling practice as a part of the social and health care services.

Key words: expert by experience (EbE), lay, self-management, focus group interview, focused interview, qualitative content analysis

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 KOKEMUSASIAANTUNTIJATOIMINTA TERVEYDENHUOLLOSSA	3
2.1 Kuka on kokemusasiantuntija?	3
2.2 Kokemusasiantuntija- ja maallikkotoiminta.....	6
2.2.1 Toiminnan näkökulmat ja tehtävät terveydenhuollossa.....	7
2.2.2 Maallikkotoiminnan vaikuttavuus.....	9
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
4 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI.....	12
4.1 Kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminta.....	12
4.2 Aineiston keruu	13
4.3 Aineiston analysointi.....	15
5 TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN NÄKEMYKSET JA ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET KOKEMUSASIAANTUNTIJAN VASTAANOTTOTOIMINNASTA.....	17
5.1 Terveydenhuollon ammattilaisten näkemykset kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta.....	17
5.1.1 Tiedostettu toiminnan tarve.....	17
5.1.2 Toiminnan haasteet	19
5.1.3 Kehitysehdotukset toiminnalle.....	21
5.1.4 Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välinen yhteistyö.....	22
5.2 Asiakkaiden kokemukset kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta	23
5.2.1 Vastaanotolla käyneiden elämäntilanne	23
5.2.2 Kokemusasiantuntijavastaanotolle hakeutuminen ja vastaanoton kuvailua.....	25
6 POHDINTA.....	28
6.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointia.....	30
6.2 Jatkotutkimusehdotuksia.....	32
LÄHTEET.....	33
LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pyritty jatkuvasti vahvistamaan asiakkaan asemaa. Asiakasnäkökulman avulla edistetään muun muassa palveluiden tarvelähtöisyyttä ja tuloksellisuutta (Kostiainen ym. 2014). Yhtenä asiakasnäkökulman lisäämisen keinona nähdään kokemusasiantuntijatoiminta, joka perustuu Suomessa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatimaan Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan (2009). Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta jostakin sairaudesta tai tilasta ja jolla on ei-ammattillisen koulutuksen avulla hankittu asiantuntijuus (Kostiainen ym. 2014). Suomalaisen kokemusasiantuntijatoiminnan juuret ovat potilas- ja asiakasjärjestöissä, vapaaehtoistyössä sekä tukihenkilö- ja vertaistukitoiminnassa etenkin päihde- ja mielenterveystyössä, mutta nykyään kokemusasiantuntijoiden tehtävät ja toiminta-alueet vaihtelevat suuresti (Kostiainen ym. 2014; Hietala ja Rissanen 2015). Kokemusasiantuntija voi toimia esimerkiksi vertaispalveluohjaajana, jolloin hän auttaa asiakasta löytämään väyliä palveluihin ja toimimaan palvelujärjestelmien kanssa (Hietala & Rissanen 2015). Vertaistuki on toiminnassa edelleen vahvassa asemassa, mutta kokemusasiantuntijoita on rekrytoitu myös esimerkiksi koulutus-, suunnittelu- ja arviointitehtäviin (Hietala & Rissanen 2015).

Ei-ammattillista toimintaa, eli niin kutsuttua maallikkotoimintaa, on esiintynyt terveydenhuollossa ympäri maailmaa jo useamman vuosikymmenen ajan (Lehmann & Sanders 2007). Toiminnalla on pyritty muun muassa tarjoamaan terveystalvuuja yhteisöille, joille ne ovat muuten vaikeasti saatavilla (Lehmann & Sanders 2007). Maallikoiden yleisimpiä tehtäviä kansainvälisissä tutkimuksissa ovat henkilökohtainen neuvonta ja omahoito-opetus (esim. van der Wulp ym. 2012). Omahoidon avulla potilas pyrkii aktiivisesti hallitsemaan sairauttaan ja oireitaan oman toimintansa kautta (Ausili ym. 2014). Ison-Britannian terveydenhuollossa on toteutettu maallikoiden tarjoamaa vastaanottotoimintaa jo usean vuoden ajan (Choosing Health 2004) ja toiminta on rantautumassa myös suomalaisen terveydenhuoltoon (Kettunen & Kasila 2014; Hietala & Rissanen 2015; Mutanen 2017a). Suomalaisessa kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnassa keskitytään käsittelemään asiakkaan sairauskokemusta, kartoitetaan hänen voimavarojaan sekä annetaan tukea elämän haasteisiin (Mutanen 2017a).

Maallikkoterveystyöntekijöiden asiakkaat ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat kansainvälisessä tutkimuksessa raportoineet muun muassa sosiaaliset taidot ja paikallisen kulttuurin tuntemuksen tärkeimpinä maallikkoterveystyöntekijöiden ominaisuuksina (South ym. 2007; South ym. 2013). Asiakkaat ovat raportoineet neuvonnan vaikutuksiksi muun muassa terveyskäyttäytymisen muutoksia (Visram ym. 2014).

Tämän pro gradu –tutkielman tarkoituksena on selvittää terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja asiakkaiden kokemuksia kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta perehtymällä kahteen Keski-Suomen alueella toimivaan kokemusasiantuntijavastaanottoon. Tutkielma on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Jyväskylän yliopiston hanketta ”Kokemusasiantuntija kansansairauksien omahoidon ohjaajana ja kehittäjänä”.

2 KOKEMUSASIAANTUNTIJATOIMINTA TERVEYDENHUOLLOSSA

Kokemusasiiantuntijatoimintaan liittyy monia eri tehtäviä ja näkökulmia, joista yhtenä tärkeimpänä nähdään asiakasnäkökulman esilletuonti. Kokemusasiiantuntijalle on myös useita eri määritelmiä, mutta keskeisimpinä kriteereinä voidaan nähdä sairaus- tai asiakaskokemus sekä toimintaan valmistava koulutus (Kostiainen ym. 2014).

2.1 Kuka on kokemusasiiantuntija?

Kokemusasiiantuntija-käsitteen määritelmä vaihtelee asiayhteyksien ja maiden mukaan. Kostiaisen ym. (2014) mukaan kokemusasiiantuntija on henkilö, joka on käynyt kokemusasiiantuntijakoulutuksen ja jolla on omakohtaista kokemusta sairastamisesta, kriisistä tai tietystä elämäntilanteesta joko itse sairastavana, kuntoutuvana, palvelun käyttäjänä tai läheisenä. Kokemusasiiantuntijuus perustuu ongelmista selviytymisen kokemuksiin (Rissanen 2013). Suomenkieliselle käsitteelle 'kokemusasiiantuntija' voidaan löytää useita englanninkielisiä vastineita, kuten 'expert by experience' ja 'lay health worker' (suom. maallikkoterveysohjaaja). Maallikkoterveysohjaaja voidaan nähdä myös kattoterminä, jonka alle kokemusasiiantuntija kuuluu: Maallikkoterveysohjaaja tarkoittaa henkilöä, joka työskentelee jossakin tehtävässä terveyden parissa ja jolla on jokin tehtävänsä varten käyty ei-ammattillinen koulutus (Glenton ym. 2013).

Kokemusasiiantuntijoiden nimitykset vaihtelevat lisäksi heidän konkreettisten tehtäviensä mukaan, joita voivat olla muun muassa kokemuskouluttaja ja vertaisohjaaja (Kostiainen ym. 2014; Hietala & Rissanen 2015). Englanninkielisiä vaihtelevia nimityksiä ovat esimerkiksi 'lay tutor' ja 'lay educator'. Myös vertaisuuteen viittaavat nimitykset, kuten 'peer educator', voidaan usein rinnastaa kokemusasiiantuntijuuteen (Baksi ym. 2008; Cade ym. 2009). Rissanen (2013) mukaan kokemusasiiantuntijuus ja vertaisuus eivät tarkoita samaa asiaa, vaikka käsitteet yleensä limittyvätkin toisiinsa. Kokemusasiiantuntijaa voidaan kutsua vertaiseksi silloin, kun hän toimii kuntoutujien kanssa. Hän kuitenkin saa toiminnasta palkkiota, toisin kuin muut vertaiset, joiden toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen (Rissanen 2013). Kokemusasiiantuntijuus nähdäänkin vapaaehtoisen ja ammatillisen toiminnan välimuotona (Hietala & Rissanen 2015). Kokemusasiiantuntijalla on lisäksi omakohtaista kokemusta palvelujärjestelmän käytöstä, mikä myös erottaa hänet vertaisesta (Kettunen 2017).

Maallikkoterveystyöntekijät, eli ryhmä johon kokemusasiantuntijatkin katsotaan kuuluviksi, ovat toimineet ympäri maailmaa jo 1970-luvulta lähtien (Lehmann & Sanders 2007). Lehmannin ja Sandersin (2007) mukaan toiminnan tavoitteena on ollut muun muassa helpottaa tiettyjen yhteisöjen pääsyä osaksi terveydenhuollon palveluita. Maallikkoterveystyöntekijät, etenkin yhteisöterveystyöntekijät (engl. community health worker), tulevat yleensä samasta yhteisöstä kuin heidän kohderyhmänsä (esim. Lehmann & Sanders 2007). Tässä tutkielmassa yhteisöterveystyöntekijän ja kokemusasiantuntijan katsotaan eroavan toisistaan, sillä yhteisöterveystyöntekijällä ei tarvitse olla sairaus- tai asiakaskokemusta.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa kokemusasiantuntijuus ja etenkin maallikko-ohjaajat liitetään usein omahoitoon (esim. Foster ym. 2009). Omahoidolla (engl. self-management) tarkoitetaan aktiivista ja laaja-alaista prosessia, jossa ihminen tarkoituksenmukaisella toiminnallaan tähtää sairautensa hallintaan. Tähän liittyvät olennaisina osina muun muassa oireiden tunnistaminen ja tarvittaessa tehtävät elämäntapamuutokset (Ausili ym. 2014). Ensimmäisenä omahoito-ohjelmana pidetään Chronic Disease Self-Management Programmaa (CDSMP), jonka Kate Lorig kollegoineen kehitti 1990-luvun alussa Stanfordin yliopistossa (Lorig 2015). Kyseiseen ohjelmaan pohjautuen on myöhemmin kehitetty myös muita ohjelmia, kuten The Expert Patients Programme (EPP) (Cordier 2014). CDSMP- ja EPP-ohjelma pohjautuvat kumpikin Albert Banduran (1977) teoriaan minäpystyvyydestä, jolla tarkoitetaan yksilön uskoa omaan kykyihinsä esimerkiksi tehtävän suorittamisessa. Omahoito-ohjelmien ohjaajina toimivat yleensä maallikot eli esimerkiksi saman kurssin aiemmin suorittaneet, jotka ovat lisäksi käyneet kouluttajakoulutuksen (Lorig 2015; Self-Management Resource Center s.a.).

Isossa-Britanniassa on toteutettu 2000-luvun puolesta välistä lähtien maallikoiden eli terveysvalmentajien (engl. health trainer) tarjoamaa vastaanottoa (Choosing Health 2004). Toisin kuin suomalaisilta kokemusasiantuntijoilta, terveysvalmentajilta ei vaadita sairauskokemusta. Terveysvalmentajat ovat kuitenkin käyneet tehtävänsä varten NHS:n koulutuksen ja he muun muassa tukevat asiakkaitaan käyttäytymisen muutoksessa ja toimivat linkkinä palveluihin, tavoitteenaan parantaa yhteisönsä terveyttä (Choosing Health 2004; NHS Healthtrainers 2015). Yksi terveysvalmentajien tärkeimmistä tehtävistä onkin tarjota yksilöllistä tukea erityisesti vähäosaisten yhteisöjen jäsenille, ottaen samalla huomioon muun muassa yhteisön kulttuurin (South ym. 2007). Täten terveysvalmentajien pääasiallisena

tarkoituksena ei ole jakaa terveysneuvoja, vaan auttaa asiakasta löytämään oman elämänsä ongelmat ja ratkaisut niihin (South ym. 2007). Michien ym. (2008) mukaan terveysvalmentajan tulisi neuvomisen ja tuen antamisen lisäksi opettaa asiakasta asettamaan tavoitteita sekä hallitsemaan omaa käyttäytymistään ja niitä elämäntilanteita, joihin asiakas kaipaa muutosta. Terveysvalmentajia varten on julkaistu opas (Michie ym. 2008), joka tutustuttaa heidät muun muassa asiakkaan kohtaamiseen ja käyttäytymismuutoksen periaatteisiin.

Hietalan ja Rissanen (2015) mukaan vuonna 1997 perustettiin valtakunnallinen kokemuskoulutusverkosto, minkä jälkeen vuonna 1998 järjestettiin ensimmäinen potilasluennoija-koulutus. Nykyään kyseisessä verkostossa toimii useita satoja koulutettuja kokemusasiantuntijoita (Hietala & Rissanen 2015). Suomessa kokemusasiantuntijakoulutusta järjestävät useat eri tahot, kuten sairaanhoitopiirit ja järjestöt. Kostiaisen ym. (2014) mukaan koulutukset ovat eronneet toisistaan huomattavastikin, minkä takia vuoden 2015 alussa julkaistiin suositukset kokemusasiantuntijakoulutuksen toteuttamista varten (Rissanen ym. 2015). Suosituksissa esitellään mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattu Mielen avain -hankkeen koulutusmalli, joka perustuu neljään moduuliin (Rissanen ym. 2015). Koulutuksen tavoitteena on antaa valmiuksia toimia kokemusasiantuntijana yhteistyössä ammattilaisten kanssa sosiaali- ja terveydenhuollossa, lisätä osallisuutta, vahvistaa kuntoutumisprosessia ja vaikuttaa asenteisiin ja leimautumiseen (Rissanen ym. 2015). Rissanen ym. (2015) suosittelevat, että koulutuksen aikana tehtäisiin yhteistyötä eri tahojen esimerkiksi kunta- ja kolmannen sektorin kanssa.

Jokainen koulutuksen moduuli kestää kaksi kuukautta, ja niillä on omat sisältönsä ja tavoitteensa (Rissanen ym. 2015). Ensimmäisessä moduulissa ”Mitä on kokemusasiantuntijuus” muun muassa virittäydytään oman elämäntarinan työstämiseen ja kertomiseen. Toisessa moduulissa ”Tietoa kokemuksen rinnalle” kartutetaan tietoja mielenterveys- ja päihdetyöstä sekä suomalaisesta hoito- ja kuntoutusjärjestelmästä. Kolmannen moduulin ”Minä kokemusasiantuntijana” tehtävänä on selkiyttää omia tavoitteita ja valmiuksia sekä valmistella osallistujia muun muassa vertaisryhmän ohjaamiseen ja palvelujen kehittämiseen. Viimeisessä moduulissa ”Kokemusasiantuntijuus käytännössä” on tarkoituksena verkostoitua sekä harjoitella kokemusasiantuntijatehtäviä (Rissanen ym. 2015).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijakoulutus on kahdeksan kuukauden pituinen koulutus (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017), johon on yhdistelty muualla Suomessa käytettyjä koulutusmalleja (Peränen ym. 2015). Peräsen ym. (2015) mukaan ensimmäinen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijakoulutus aloitettiin vuonna 2013, jolloin se järjestettiin yhteistyössä Arjen mieli –hankkeen (Kejonen ym. 2011) kanssa. Kouluttajina toimivat muun muassa sairaanhoitopiirin ja yhteistyökumppaneiden ammattilaiset (Peränen ym. 2015), ja koulutukseen kuului yhteensä 103 opetustuntia (Kettunen 2017).

Kansainvälisessä tutkimuksessa kokemusasiantuntijoiden ja maallikoiden koulutusten kestot vaihtelevat. Lyhyimpiä koulutuksia on esimerkiksi Siminerion ym. (2013) tutkimuksen yhteydessä suoritettu koulutus, joka kesti 2–3 tuntia. Pisintä koulutusta on hankala määrittellä, sillä koulutuksen keston aikamääreet eroavat suuresti. Esimerkiksi Jerantin ym. (2009) tutkimuksen koulutus kesti viikon ja Partridgen ym. (2008) tutkimuksen koulutus yhteensä viisi päivää, minkä lisäksi koulutukseen kuului etäopetusohjelma. Kansainvälisessä tutkimuksessa myös maallikkokoulutusten sisällöt eroavat toisistaan, mutta niistä on löydettävissä myös yhteneviä piirteitä. Koulutukset ovat sisältäneet muun muassa aktiivisen kuuntelun harjoittelua (Siminerio ym. 2013; Thom ym. 2013), käyttäytymisen muutosta (Safren ym. 2010; Siminerio ym. 2013) ja motivoivaa haastattelua (Safren ym. 2010; van der Wulp ym. 2012). Koulutuksia on suoritettu useimmiten roolileikkien (Safren ym. 2010; Siminerio ym. 2013; Thom ym. 2013) ja toiminnan harjoittelun (Thom ym. 2013) avulla.

2.2 Kokemusasiantuntija- ja maallikkotoiminta

Kokemusasiantuntijuutta on alettu hyödyntää ympäri Eurooppaa muun muassa asiakaslähtöisyyden takaamiseksi myös terveydenhuollon piirissä (Cordier 2014). Suomessa toiminta on laajentunut kolmannelta sektorilta myös julkiselle sektorille, kuten sosiaali- ja terveystalouden suunnittelu- ja kehittämistehtäviin (Hietala & Rissanen 2015). Esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on tällä hetkellä 34 koulutettua kokemusasiantuntijaa, jotka toimivat hyvin vaihtelevissa tehtävissä sairaanhoitopiirin ja kuntien organisaatioissa, terveysasemilla sekä järjestöissä (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017). Kostiaisen ym. (2014) mukaan kokemusasiantuntijatoimintaa on esiintynyt eniten päihde- ja mielenterveystyössä, mutta se on alkanut yleistyä myös somaattisten sairauksien sekä

vammaispalvelujen parissa. Kansainväliset kokemusasiantuntijuuteen liittyvät tutkimukset keskittyvät vahvasti vertaisuuteen sekä omahoitoon (Foster ym. 2009).

2.2.1 Toiminnan näkökulmat ja tehtävät terveydenhuollossa

Kokemusasiantuntijuudesta voidaan löytää useita eri osapuolia hyödyttäviä näkökulmia ja sen avulla pyritään monin eri tavoin tuomaan esimerkiksi asiakasnäkökulmaa terveydenhuoltojärjestelmään. Kokemusasiantuntijoiden henkilökohtaisten kokemusten avulla pystytään esimerkiksi kehittämään nykyistä palvelujärjestelmää: terveysalan ammattilaiset saavat täsmällisempää tietoa sairauksista, järjestelmän toimivuudesta sekä oman asiakasryhmänsä palvelujen tarpeista (Rissanen ym. 2015). Kokemusasiantuntijuuden avulla saadaan uusia näkökulmia etenkin harvinaisiin ja vähemmälle huomiolle jääneisiin sairauksiin (Cordier 2014). Kokemusasiantuntijatoiminnassa tärkeänä osana pidetään kokemusasiantuntijoiden henkilökohtaisia kykyjä, taitoja ja valmiuksia, jotka määrittelevät pitkälti myös heidän työtehtävänsä (Falk ym. 2013; Glenton ym. 2013; Kostiainen ym. 2014). Esimerkiksi vertaisohjauksessa tärkeimpinä piirteinä nähdään empatiakyky (Cordier 2014) sekä hyvät kommunikaatiotaidot (Siminerio ym. 2013; Thom ym. 2013) ja kuuntelutaidot (van der Wulp ym. 2012; Thom ym. 2013).

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuva kokemusasiantuntijatoiminta perustuu sosiaali- ja terveysministeriön laatimaan Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan (2009), jonka yhtenä tavoitteena on asiakkaan aseman vahvistaminen palveluissa. Kokemusasiantuntijat nähdään esimerkiksi potilaiden ja asiakkaiden tulkkina, jotka vievät asioita eteenpäin ylemmälle taholle (Hietala & Rissanen 2015). Julkiselle sektorille laajentunut toiminta on lisännyt asiakasnäkökulmaa myös yhteiskunnallisiin keskusteluihin (Rissanen ym. 2015). Suomessa toiminta keskittyy usein asiakastyöhön ja vertaisrooleihin (Hietala & Rissanen 2015). Esimerkiksi vertaisohjaajana kokemusasiantuntija jakaa kokemuksiaan kaltaisilleen sekä suunnittelee ryhmäopetuksen sisältöä (Hietala & Rissanen 2015). Kokemuskouluttajan tehtävässä hän taas suunnittelee ja pitää luentoja yleensä sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille sekä ammattilaisille (Rissanen ym. 2015).

Kokemusasiantuntijat työskentelevät usein yhteistyössä ammattilaisen kanssa (Hietala & Rissanen 2015). Parhaimmillaan kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen kokemukset ja tiedot täydentävät toisiaan (Kostiainen ym. 2014). Yhteistyötä saattavat hankaloittaa esimerkiksi ammattilaisen ennakkoluulot vähemmän koulutettua kokemusasiantuntijaa kohtaan sekä molemminpuolinen tietämättömyys toiminnan hyödyntämisestä ja työnjaosta (Glenton ym. 2013; Kostiainen ym. 2014; Rissanen ym. 2015). Rissanen ym. (2015) mukaan sujuva yhteistyö vaatii yhteistä käsitystä työparityöskentelystä ja molemminpuolista luottamusta. Kokemusasiantuntijatoiminnalla kehitetään myös ammattilaisten koulutusta tuomalla siihen uudenlaisia näkökulmia (Rissanen ym. 2015).

Maallikoiden tehtävät perusterveydenhuollossa painottuvat kansainvälisessä tutkimuksessa henkilökohtaiseen neuvontaan ja omahoito-opetukseen (Partridge ym. 2008; Jerant 2009; Safren ym. 2010; Van der Wulp ym. 2012; Siminerio ym. 2013; Thom ym. 2013). Maallikot saattavat toimia esimerkiksi vertaisvalmentajina, jotka neuvoivat ja opettivat omahoitoa henkilökohtaisesti (liite 1). Marraskuussa 2015 tehdystä systemaattisesta tiedonhausta (liitteet 2–3) löydettiin kuusi määrällistä tutkimusta (liite 4), jotka käsittelivät maallikon tarjoamaa henkilökohtaista neuvontaa tai omahoito-opetusta. Systemaattinen tiedonhaku päivitettiin lokakuussa 2017, mutta siitä ei löydetty uusia sisäänottokriteereihin sopivia julkaisuja. Tutkimusten neuvonta tapahtui joko kasvotusten (Partridge ym. 2008; Jerant 2009; Safren ym. 2010; Van der Wulp ym. 2012) tai puhelimitse (Partridge ym. 2008; Jerant 2009; Van der Wulp ym. 2012; Siminerio ym. 2013). Tutkimuksista löytyi kolme neuvontaa tarjoavien maallikoiden päätehtävää: 1) neuvonta ja tuki käyttäytymisen ja elämäntapojen muuttamisessa (Safren ym. 2010; Van der Wulp 2012; Siminerio ym. 2013; Thom ym. 2013), 2) auttaminen tavoitteiden asettamisessa ja toimintasuunnitelman laatimisessa (Van der Wulp ym. 2012; Siminerio ym. 2013; Thom ym. 2013) ja 3) omahoito-opetus (Partridge ym. 2008; Jerant ym. 2009) (liite 1).

Aiemmissa maallikkoneuvontaa koskevissa laadullisissa tutkimuksissa on tutkittu esimerkiksi maallikoilta vaadittavia ominaisuuksia ja asiakkaiden itseraportoimia tuloksia. Nelsonin ym. (2012) tutkimuksessa rasisitusrintakipupotilaat toivat ilmi, että maallikoterveystyöntekijät olivat antaneet heille tietoa sairaudesta sekä auttaneet käyttäytymismuutoksen alullepanemisessa ja motivaation ylläpitämisessä. Myös Visramin ym. (2014) pitkäaikaistutkimuksessa terveysvalmentajien asiakkaat toivat ilmi, että neuvonta on kartuttanut heidän tietojaan ja auttanut terveyskäyttäytymisen muutoksissa sekä fyysisen

terveyden kohentamisessa. Lisäksi he nostivat esiin neuvonnan psykososiaaliset edut kuten tarjotun emotionaalisen tuen (Visram ym. 2014). South ym. (2013) selvittivät maallikkoterveystyöntekijöiden näkemysten lisäksi heidän asiakkaidensa ja ammattilaisten näkemyksiä maallikkoterveystyöntekijöiltä vaadittavista ominaisuuksista: Sosiaaliset taidot, etenkin kommunikaatiotaidot, sekä elämäkokemus ja paikallisen kulttuurin tuntemus nähtiin tärkeinä kriteereinä maallikkoterveystyöntekijälle. Paikallisen kulttuurin tuntemus nousi tärkeänä vaatimuksena esiin myös Southin ym. (2007) tutkimuksessa, jossa haastateltiin terveysvalmentajien työnantajaorganisaatioiden edustajia. Organisaatioiden edustajien mukaan tärkein terveysvalmentajien tehtävä oli yksilöllisen tuen tarjoaminen. Muita mainittuja tehtäviä olivat käyttäytymisen muutoksessa tukeminen ja motivointi, kuunteleminen sekä palvelujen pariin opastaminen (South ym. 2007).

Glenton ym. (2013) toteavat äitien ja lasten terveyttä käsittelevässä systemaattisessa katsauksessaan, että potilaat pitävät maallikkoterveystyöntekijöitä usein jopa mielekkäämpänä vaihtoehtona terveydenhuollon ammattilaisille, sillä heidän nähdään pääsevän lähemmäs potilasta, ja potilaat taas pystyvät samaistumaan heihin. Terveysvalmentajien näkemykset maallikkoterveystyöntekijöistä vaihtelivat: Jotkut ammattilaisista arvostivat maallikoiden kommunikaatiotaitoja ja sitä, että maallikot olivat vähentäneet heidän työtaakkaansa. Jotkut ammattilaisista taas näkivät maallikoiden lisänneen työtaakkaa. Lisäksi osa ammattilaisista pelkäsi vaikutusvaltansa vähenemistä maallikkoterveystyöntekijöiden myötä (Glenton ym. 2013).

2.2.2 Maallikkotoiminnan vaikuttavuus

Aiemmissa maallikkotoimintaa koskevissa systemaattisissa katsauksissa ja tutkimuksissa on havaittu vaihtelevaa tietoa toiminnan vaikutuksista ja tehokkuudesta. Lewinin ym. (2010) systemaattisessa katsauksessa tutkitaan maallikkoterveystyöntekijöiden toimintaa sekä perusterveydenhuollossa että yhteisöterveydenhuollossa (engl. community health care) liittyen äitien ja heidän lastensa terveyteen sekä tartuntatauteihin. Tutkimuksista saatiin joko riittämätöntä, heikkoa tai keskinkertaista näyttöä maallikkoterveystyöntekijöiden hyödyntämisen vaikuttavuudesta. Toiminnan kustannusvaikuttavuudesta ei ole tutkijoiden mukaan saatu riittävästi näyttöä (Lewin ym. 2010). Foster ym. (2009) ovat tutkineet maallikko-ohjaajien (engl. lay leader) toimintaa kroonisten sairauksien omahoito-ohjelmissa. Systemaattisesta katsauksesta käy ilmi, että omahoito-ohjelmat saattavat saada aikaan lyhyen

aikavälin muutoksia potilaiden minäpystyvyydessä, itsearvioidussa terveydessä, terveydentilan aiheuttamassa stressissä sekä oireiden hallintastrategioissa. Kyseisiä tuloksia saatiin kuitenkin vain pienestä määrästä tutkimuksia (Foster ym. 2009).

Van der Wulpin ym. (2012) tutkimuksessa vertaisvalmennus lisäsi niiden diabetespotilaiden minäpystyvyyttä, joilla se todettiin olevan alhainen intervention alussa. Thom ym. (2013) havaitsivat, että vertaisvalmennus paransi merkittävästi diabeteksen hallintaa vähätuloisten potilaiden keskuudessa. Partridge ym. (2008) totesivat maallikkokouluttajien omahoito-opetuksen olevan verrattavissa hoitajien tarjoamaan opetukseen. Siminerion ym. (2013) tutkimuksessa havaittiin, että vertaistukihenkilöiden tarjoama tuki on verrattavissa ammattikouluttajan tarjoamaan tukeen. Jerant ym. (2009) puolestaan kyseenalaistivat vertaisen johtaman omahoito-opetuksen kustannusvaikuttavuuden tutkimuksensa perusteella. Safrenin ym. (2010) tutkimuksessa HIV-potilaat hyväksyivät vertaisen johtaman intervention ja intervention todettiin olevan yhteydessä potilaiden vähentyneeseen riskialttiiseen seksuaalikäyttäytymiseen.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkielmassa perehdytään kahteen Keski-Suomen alueella toimivaan kokemusasiantuntijavastaanottoon. Tutkielman tarkoituksena on selvittää terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja asiakkaiden kokemuksia kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten terveydenhuollon ammattilaiset näkevät kokemusasiantuntijavastaanoton?
2. Miten asiakkaat kokevat kokemusasiantuntijavastaanoton?

4 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

4.1 Kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminta

Tämän tutkielman tarkempana tarkastelukohteena on kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminta, jota on alettu kokeilemaan Keski-Suomen alueella vuodesta 2015 alkaen (Kettunen & Kasila 2014). Vastaanotolla tapahtuva neuvonta perustuu asiakkaan voimaantumiseen (engl. empowerment) (Kasila 2017). Voimaantumiseen pyritään muun muassa huomioimalla asiakkaan vahvuudet, kokemukset ja prioriteetit liittyen hänen omaan terveyteensä (Aujoulat ym. 2007). Voimaantunut henkilö pystyy hallitsemaan omaa sairauttaan tai tilaansa ja koko elämäänsä (Aujoulat ym. 2007). Kokemusasiantuntijan vastaanotolla keskitytään kuuntelemaan, keskustelemaan ja käsittelemään asiakkaan sairauskokemusta (Mutanen 2017a). Keskusteluissa pureudutaan myös asiakkaan elämäntilanteeseen, omahoidon ongelmiin sekä kartoitetaan palvelujen tarvetta (Kettunen & Kasila 2014). Kokemusasiantuntija ei ota kantaa asiakkaan hoitoon, vaan antaa tukea tämän elämän haasteisiin (Mutanen 2017a). Vastaanoton asiakas voi olla itse sairastava tai sairastavan läheinen (Mutanen 2017a), ja palvelua tarjotaan erityisesti paljon palveluja käyttäville ja monisairaille (Kettunen & Kasila 2014). Vastaanotto kestää noin tunnin ja asiakkaalle voidaan varata tarpeesta riippuen 1–3 käyntikertaa (Mutanen 2017a).

Vastaanottoa pitävällä kokemusasiantuntijalla on omakohtaista kokemusta pitkäaikaissairaudesta (esim. somaattisesta sairaudesta), minkä lisäksi hän on löytänyt voimavaroja ja tukiverkostoja, joiden avulla hän on selvinnyt arjen ongelmista (Mutanen 2017a). Kokemusasiantuntija on läpikäynyt aiemmin mainitun Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijakoulutuksen (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017; Mutanen 2017a). Tämän lisäksi hänet on perehdytetty vastaanottotoimintaan (Kasila 2017). Kokemusasiantuntijalla on vaitiolovelvollisuus (Mutanen 2017a).

Vastaanottokäyntien sisältö saattaa vaihdella asiakkaiden kesken, sillä vastaanotolla edetään asiakkaan omien tarpeiden ja ehtojen mukaan (Mutanen 2017b). Vastaanoton sisältö ei perustu mihinkään diagnoosiin, vaan asiakas saa itse määritellä, mitä asioita keskusteluissa nostetaan esiin. Vastaanoton ensikäynti on painottunut asiakkaan kuuntelemiseen ja hänen elämäntilanteensa kartoittamiseen (Mutanen 2017b). Kokemusasiantuntija kartoittaa yhdessä asiakkaan kanssa tämän voimavaroja ja tuen tarvetta sekä tutustuttaa hänet

hyvinvointikorttiin, jonka avulla asiakas halutessaan pohtii esimerkiksi tukiverkostoaan. Lisäksi kokemusasiantuntija antaa oman tarinansa asiakkaalle luettavaksi hänen niin halutessaan. Toisella käynnillä, joka ajoitetaan noin kahden viikon päähän ensikäynnistä, keskustellaan etenkin ajatuksista ja kysymyksistä, joita on herännyt edellisen kerran jälkeen. Asiakas reflektoi aiempiin keskusteluihin ja kokemusasiantuntijan tarinaan liittyen omaa tilannettaan. Kokemusasiantuntija ja asiakas kartoittavat jälleen voimavaroja ja pohtivat yhdessä tarvetta ohjata asiakas kolmannen sektorin tuen pariin. Tämän jälkeen asiakas kirjaa halutessaan hyvinvointikorttiin joko itsenäisesti tai yhdessä kokemusasiantuntijan kanssa suunnitelman omahoitoonsa liittyen. Muutaman kuukauden päästä, kolmannella tapaamiskerralla, asiakas jälleen reflektoi ja arvioi kokemusasiantuntijan kanssa voimavarojaan ja suunnitelmansa toteutumista. Asiakas täyttää lopuksi palautelomakkeen vastaanottoiminnasta. Kokemusasiantuntija kirjaa jokaisesta vastaanottokäynnistä ylös yhteenvedon (Mutanen 2017b).

4.2 Aineiston keruu

Tutkimusta varten haastateltiin kahden Keski-Suomen kunnan kokemusasiantuntijavastaanottojen asiakkaita (N=6). Tämän lisäksi saatiin käyttöön kolme fokusryhmähaastattelua, joista jokaiseen osallistui kolme terveydenhuollon ammattilaisia (N=9). Ammattilaishaastateltavat oli rekrytoitu samoilta terveysasemilta, joissa kokemusasiantuntijavastaanotot toimivat. Asiakashaastateltavien rekrytoinnista vastasivat kokemusasiantuntijavastaanottojen kokemusasiantuntijat sekä itse haastattelija. Kokemusasiantuntijat esittelivät tutkimustiedotetta (liite 5) asiakkailleen vastaanottoajan päättyessä. Tiedotteessa pyydettiin lupaa ottaa asiakkaaseen yhteyttä, mikäli hän on kiinnostunut tutkimukseen osallistumisesta. Kiinnostuneet asiakkaat allekirjoittivat tiedotteen ja täyttivät siihen yhteystietonsa. Haastattelija otti asiakkaisiin yhteyttä ja sopi heidän kanssaan haastattelun ajankohdan. Myös haastattelija itse jalkautui syksyn 2016 aikana useamman kerran terveysasemille, joissa pyysi asiakkaita mukaan tutkimukseen heidän tultuaan kokemusasiantuntijan vastaanotolta. Kummallakin terveysasemalla oli esillä myös esitteitä tutkimuksesta (liite 6).

Asiakashaastateltavia rekrytoitaessa kriteereinä oli, että haastateltavat olivat paljon palveluita käyttäviä pitkäaikaissairaita, jotka olivat käyneet kokemusasiantuntijavastaanotolla. Haastateltavat olivat käyneet vastaanotolla 2–4 kertaa ennen haastattelua.

Asiakkaiden haastattelut toteutettiin syksyllä 2016 terveystasemilla, joissa he olivat käyneet kokemusasiantuntijavastaanotolla. Ennen haastattelun alkua asiakkaalle kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja menetelmät, jonka jälkeen hänelle annettiin kirjallinen tutkimustiedote luettavaksi (liite 7). Tiedotteen lukemisen jälkeen asiakkaalle annettiin mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä. Tämän jälkeen asiakkaalle esiteltiin suostumuslomake (liite 8), jonka hän vielä luki läpi ennen allekirjoittamistaan. Lukuun ottamatta yhtä haastattelua, haastattelut tallennettiin digitallentimella. Yksi asiakashaastateltavista kielsi digitallentimen käytön, jolloin haastattelijä pyrki kirjoittamaan muistiinpanoihinsa niin paljon kuin ehti, ja mahdollisimman tarkasti. Jokainen haastattelu litteroitiin sanatarkasti.

Sekä ammattilaisten että asiakkaiden haastattelut toteutettiin käyttäen teemahaastattelua. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa aihepiiri ja teemat ovat samat jokaisen haastateltavan kohdalla, mutta haastattelut eivät välttämättä etene samassa järjestyksessä eikä kysymysten muotoa ole tarkasti määritelty (Hirsjärvi & Hurme 2008). Teemahaastattelua käytettäessä ajatellaan ihmisten tulkintojen ja niille annettujen merkitysten olevan keskeisiä, ja sen avulla voidaankin tutkia muun muassa ihmisten kokemuksia, tunteita ja uskomuksia (Hirsjärvi & Hurme 2008), mikä sopii tämän tutkielman tarkoitukseen.

Kaikissa asiakashaastatteluissa käytettiin samaa haastattelurunkoa (liite 9). Haastatteluteemoja olivat: kokemukset vastaanotosta, keskusteluapu, maallikko verrattuna ammattilaiseen, tuen saaminen, omahoito, arjessa pärjääminen ja tulevaisuus. Haastattelukysymykset määräytyivät pääosin kokemusasiantuntijavastaanotolla käsiteltävien teemojen mukaan. Ennen varsinaisia asiakashaastatteluja oli tehty pilottihaastattelu, jonka jälkeen haastattelurunkoon tehtiin vielä pieniä muokkauksia.

Syksyllä 2016 toteutetut ammattilaisten fokusryhmähaastattelut saatiin tutkielmaan valmiiksi litteroituina käyttöön. Haastatteluteemoja olivat muun muassa: kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välinen yhteistyö, tieto toiminnasta, kokemusasiantuntijan rooli palvelujärjestelmässä, kokemustiedon hyödyntäminen terveydenhuollossa, vastaanoton kohderyhmä, hyödyt asiakkaille, kehitysehdotukset toiminnalle sekä toiminnan haasteet ja mahdollisuudet.

4.3 Aineiston analysointi

Litteroitua aineistoa kerääntyi ammattilaisten haastatteluista yhteensä 44 sivua ja asiakkaiden haastatteluista 60 sivua. Litteroidut aineistot oli kirjoitettu fontilla Times New Roman, käyttäen fonttikokoa 12 ja riviväliä 1,5.

Terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden aineistot analysoitiin erikseen. Aineistojen analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia Schreieria (2012) mukaillen. Analyysit toteutettiin aineistolähtöisesti ilman ohjaavaa teoriaa tai viitekehystä (Tuomi & Sarajärvi 2009, Schreier 2012). Aineistolähtöisyyden kautta pyritään esimerkiksi ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan (Tuomi & Sarajärvi 2009). Sisällönanalyysi on systemaattinen, mutta silti joustava analyysimenetelmä (Schreier 2012), jonka avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä – tässä tapauksessa näkemyksistä ja kokemuksista - tiivistetty kuvaus (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Analyysiyksikkönä oli yksi haastattelu. Jokainen litteroitu haastattelu luettiin tarkasti läpi useaan kertaan, jonka jälkeen niistä etsittiin merkitysyksiköt. Merkitysyksikkönä toimi joko kokonainen lause tai sen osa, joka sisälsi yhden merkityksen (Schreier 2012). Merkitysyksiköistä muodostettiin pelkistetyt ilmaukset, jotka taas listattiin. Tämän jälkeen listasta muodostettiin alaluokkia etsien ilmauksien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia (Schreier 2012). Alaluokista muodostettiin pääluokkia, ja niistä edelleen teemoja, minkä jälkeen luokista ja teemoista muodostettiin analyysikehykset (liitteet 10–11). Taulukossa 1 on esitelty analyysin kulkua.

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysin kulusta asiakkaiden aineistossa.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka	Teema
1.42* ”Ku mullaha on ikää aika monta vuotta jo. Se tietysti aiheuttaa semmosen ajatuksen että kyllä sitä iän mukaa varmaan niinku. Entistä enemmän niinkun... Täytyis huolehtia itsestään.”	1.42 Ikäni takia minun täytyisi entistä enemmän huolehtia itsestäni.		Paremmiin voisi huolehtia itsestään	
5.94 ”Sehän on jatkuva piikitys että, ja mittaaminen pitäis.. olla huolellisempi.”	5.94 Pitäisi olla huolellisempi piikityksen ja mittaamisen kanssa.			Huolet ja ongelmat
2.100 ”Et mä oon niinku maitohapoilla kun teen, se ei oo laiskuutta.”	2.100 Maitohapoilla oleminen ei tarkoita laiskuutta.		Sairas ihminen terveeseen silmissä	
3.42 ”Se ei tosiaan päälle päin ihmisestä välttämättä tiedä, yhtään mitään mikä on.”	3.42 Ihmisestä ei välttämättä näy ulospäin, mikä vaivaa.			Elämän-tilanne
3.24 ”Eli me tehdään siinä tai mä kirjoitan sen lappuun ylös johon mä laitan että mitä mulla on tämän päivän ohjelmana tehdä ja.. Mä teen omaan tahtiin, pyrin tekemään ne mitkä on listalle laitettu että.”	3.24 Pyrin tekemään arkiohjelman asiat omaan tahtiini.		Rauhallisesti ottaminen ja huoletta oleminen	
1.30 ”Ja oon mä pyrkiny sitte ite tekemään kaikkea pikkuhiljaa.”	1.30 Olen pyrkinyt tekemään kaikkea (askareita) pikkuhiljaa.			Terveiden ylläpitäminen arjessa
4.29 ”Pakko olis yrittää ite.”	4.29 Pakko olisi yrittää itse.			
5.58 ”Ite pyritään tekeen kaikki mahdollinen mitä on.”	5.58 Pyrin itse tekemään kaiken.	Sinnikkyys		

*Koodin ensimmäinen luku viittaa analyysiyksikköön ja jälkimmäinen luku merkitysyksikköön.

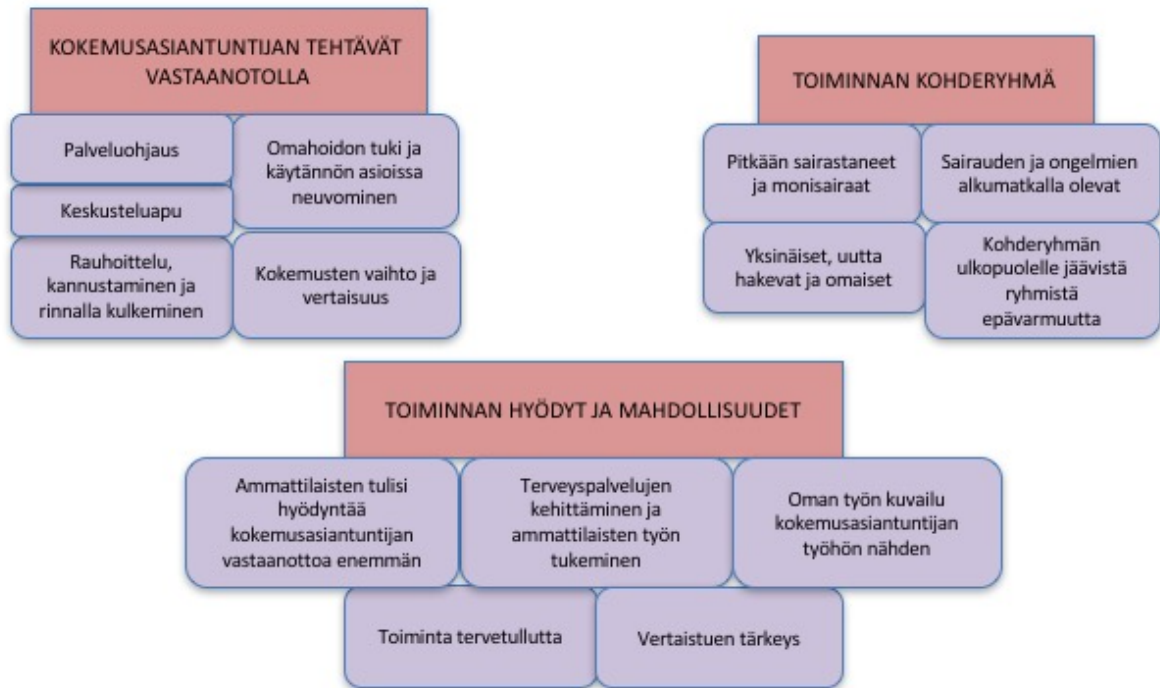
5 TERVEYDENHUOLLON AMMATILAISTEN NÄKEMYKSET JA ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET KOKEMUSASiantuntijan VASTAANOTTOTOIMINNASTA

5.1 Terveysthuollon ammattilaisten näkemykset kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta

Terveysthuollon ammattilaiset näkivät tarpeen kokemusasiantuntijatoiminnalle, mutta myös haasteita ja kehityskohteita. He tiedostivat kohderyhmän ja kokemusasiantuntijoiden tehtävät, vaikka tiesivät toiminnasta suhteellisen vähän. Riittämättömät tiedot kokemusasiantuntijatoiminnasta nousi suurimmaksi toiminnan haasteeksi. Ammattilaiset nostivat esiin huolen siitä, miten kokemusasiantuntijan vastaanotto toimii käytännössä, minkä lisäksi kokemusasiantuntijoiden koulutusta pohdittiin. Ammattilaiset ehdottivatkin koulutusta yhdeksi kehityskohteeksi. Muita kehityskohteita olivat muun muassa toiminnan ympäristö ja muoto. He näkivät myös kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välisessä yhteistyössä haasteita ja kehitettävää.

5.1.1 Tiedostettu toiminnan tarve

Ammattilaiset tiedostivat tarpeen kokemusasiantuntijatoiminnalle (kuva 1). Kokemusasiantuntijan tehtäviksi vastaanotolla he näkivät palveluohjauksen, omahoidon tukemisen ja käytännön asioissa neuvomisen. Myös asiakkaan rauhoittelu, kannustaminen, rinnalla kulkeminen, keskusteluapu, kokemusten vaihto ja vertaisuus nähtiin kokemusasiantuntijalle kuuluviksi tehtäviksi.



KUVA 1. Terveystieteiden ammattilaisten tiedostama tarve toiminnalle.

Ammattilaiset nimesivät kohderyhmiä, jotka mahdollisesti hyötyvät kokemusasiantuntijan vastaanotosta. Pitkään sairastaneet ja monisairaavat nousivat tärkeimpänä kohderyhmänä esiin. Muut tiedostetut kohderyhmät olivat sairauden ja ongelmien alkumatalla olevat henkilöt, yksinäiset henkilöt, jatkuvasti uutta hakevat henkilöt ja omaiset. Kohderyhmän ulkopuolelle jäävistä ryhmistä oli ammattilaisten keskuudessa epävarmuutta. Ammattilaiset pohtivat esimerkiksi sitä, kuuluvatko mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaat kokemusasiantuntijaneuvonnan piiriin.

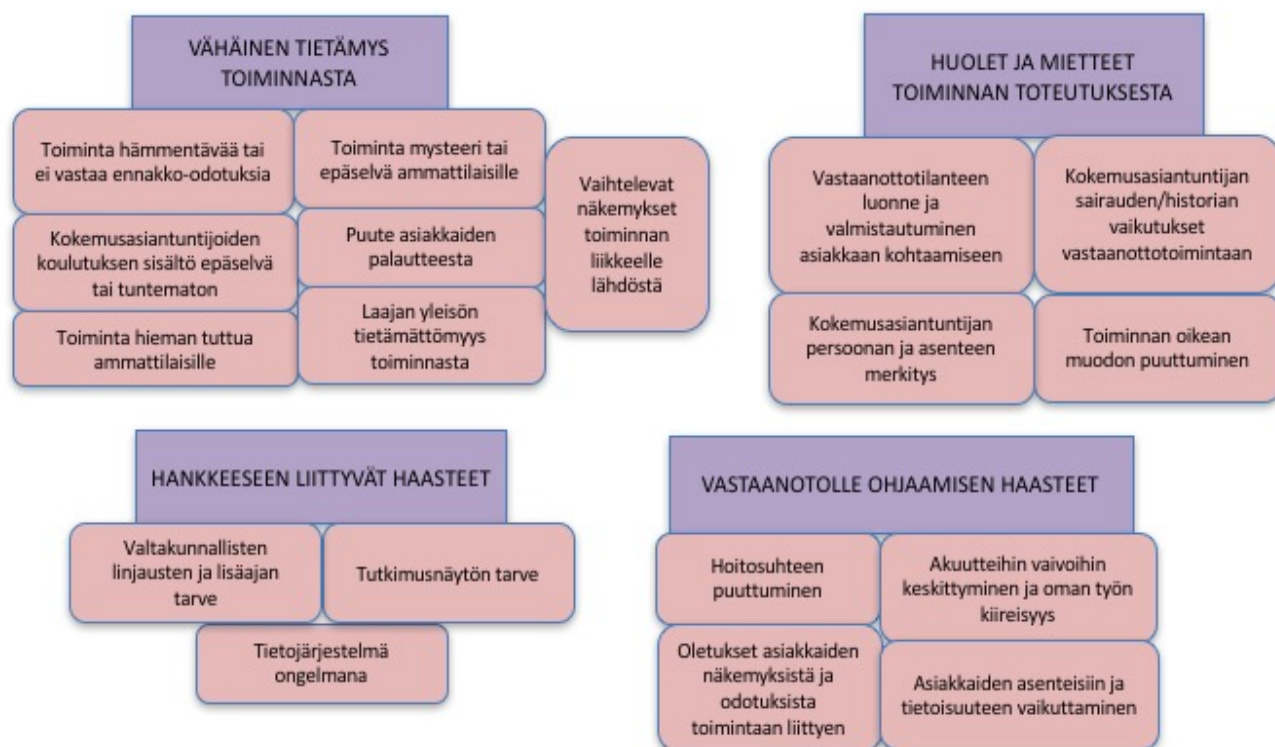
Ammattilaiset näkivät toiminnassa hyötyjä ja mahdollisuuksia, minkä lisäksi toiminta oli heidän mielestään pääosin tervetullutta. He näkivät, että kokemusasiantuntijatoiminnan avulla pystytään kehittämään terveyspalveluja ja etenkin palveluohjausta. Ammattilaiset ajattelivat toiminnan myös tukevan heidän omaa työtään. Ammattilaisten mukaan heidän omassa työssään ei esimerkiksi ole aikaa kuunnella asiakasta samalla tavoin kuin kokemusasiantuntijalla on. Ammattilaiset totesivat, että heidän tulisi hyödyntää kokemusasiantuntijan vastaanottoa enemmän myös omassa työssään, minkä lisäksi he näkivät myös kokemusasiantuntijan tarjoaman vertaistuen tärkeänä.

”...kyllähän se tulevaisuus on pakko mennä niin, että meillä on oltava tämmönen soten yhteinen palveluohjaus. Ja kokemusasiantuntija on siellä sitten yks osa sitä.” 8.3.96

5.1.2 Toiminnan haasteet

Ammattilaiset näkivät yleisön tietämättömyyden suurimpana haasteena kokemusasiantuntijatoiminnalle (kuva 2). Ammattilaisten mukaan esimerkiksi mahdollinen kohderyhmä ei tiedä kokemusasiantuntijuudesta ja kokemusasiantuntijoiden tehtävistä tarpeeksi. Lisäksi nousi esiin, että toiminta on ammattilaisillekin vain hieman tuttua, epäselvää tai jopa mysteeri. Toiminnan kerrottiin olevan myös hämmentävää tai se ei vastannut osan ammattilaisten ennako-odotuksia. Erityisesti kokemusasiantuntijoiden koulutuksesta oli epäselvyyttä tai se oli kokonaan tuntematonta. Ammattilaiset vetosivat myös asiakkaiden palautteen puutteeseen vastaanotto toiminnasta. Ammattilaisten näkemykset siitä, kuinka vastaanotto toiminta on lähtenyt liikkeelle, vaihtelivat.

”Ollaanhan me saatu sitä infoo...mut kyl se silti edelleen meille vähän on mysteeri et mitäs siellä touhutaankaan.” 7.1.13



KUVA 2. Terveystuollon ammattilaisten näkemät haasteet kokemusasiantuntija-toiminnassa.

Ammattilaiset esittivät myös huolia ja mietteitä toiminnan toteutukseen liittyen. He olivat huolissaan siitä, millainen vastaanottotilanteen luonne on ja miten kokemusasiantuntija on valmistautunut asiakkaan kohtaamiseen. Myös kokemusasiantuntijan oman sairauden ja historian vaikutukset vastaanottotoimintaan huolettivat. Ammattilaisia huoletti esimerkiksi se, kuuluuko vastaanottotoimintaan enemmän ”voivottelua” kuin asiakkaan aktivointia. Ammattilaiset totesivat myös, ettei toiminta ole heidän mielestään vielä löytänyt muotoaan. Lisäksi he toivat esiin, että kokemusasiantuntijan persoonalla ja asenteella on kuitenkin merkitystä toiminnalle.

”...vähän pelkään että, kuitenkin se oman sairauden historia, on niin vahva siellä et jos siin ei oo sitä tukihenkilöä siinä...niin se tulee määrääväks tekijäks siinä ja sillon se, enemmän tulee voivottelua kun sitä aktivointia.” 9.3.59

Ammattilaiset toivat esiin myös haasteita, joita he näkivät tai olivat kokeneet kokemusasiantuntijan vastaanotolle ohjaamisessa. Ammattilaisten mielestä vastaanotolle ohjaaminen on haastavaa, jos heillä ei ole olemassa hoitosuhdetta kyseiseen asiakkaaseen, jolle voisi ehdottaa kokemusasiantuntijan vastaanottoa. Myös asiakkaiden akuutteihin vaivoihin keskittyminen ja oman työn kiireisyys nähtiin haasteena kokemusasiantuntijan vastaanotolle ohjaamisessa. Ammattilaisilla oli oletuksia asiakkaiden näkemyksistä ja odotuksista kokemusasiantuntijan vastaanottotoimintaan liittyen, jotka myös koettiin haasteena. Yhtenä oletuksena nähtiin esimerkiksi se, että herkässä tilassa oleva asiakas saattaisi loukkaantua, jos hänelle ehdotettaisiin kokemusasiantuntijan vastaanottoa. Lisäksi ammattilaiset nostivat esiin sen, että potentiaalisten asiakkaiden asenteisiin ja tietoisuuteen tulisi vaikuttaa, jotta he näkisivät, miten hyötyisivät kokemusasiantuntijatoiminnasta.

”Ehkä varmaan siin on semmonen asenteellinen, muutos kuitenkin kokemusasiantuntijuus on niin vähän aikaa vasta, toiminu niin kyllä myöskin ihmisillä ehkä on varmaan...vähän semmonen eka että mitä mä hyödyn.” 8.3.74

Ammattilaiset näkivät haasteita liittyen myös itse hankkeeseen. Heidän mukaansa toiminnalle tulisi olla valtakunnalliset linjaukset, ja kyseisten linjausten tulisi olla selkeitä, jotta vastaanottotoiminta saataisiin kunnolla käyntiin. Heidän mielestään hanketta varten oltaisiin tarvittu myös lisää aikaa. Ammattilaiset nostivat esiin myös tutkimusnäytön tarpeen, jotta

toiminnan hyötyjä pystyttäisiin paremmin arvioimaan. Myös terveysasemien tietojärjestelmä nähtiin haasteena hankkeelle, sillä kokemusasiantuntijat eivät olleet päässeet sitä käyttämään.

5.1.3 Kehitysehdotukset toiminnalle

Ammattilaiset olivat vahvasti sitä mieltä, että kokemusasiantuntijan vastaanotto toiminnan näkyvyyttä ja tunnettavuutta tulisi lisätä (kuva 3). Heidän mukaansa kokemusasiantuntijatoimintaa tulisi markkinoida enemmän ja jatkuvasti sekä laajalle yleisölle että ammattilaisillekin. Ammattilaiset nostivat esiin ehdotuksia, kuinka lisätä näkyvyyttä omassa työyhteisössä ja terveysasemilla ylipäätään. Yhtenä keinona nähtiin esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden mukaan ottaminen ammattilaisten palavereihin. Tämän lisäksi ammattilaiset toivat esiin keinoja laajempaan tiedottamiseen kuten esitteet toiminnasta, esittäytymisen tapahtumissa ja tiedottamisen mediassa. Ammattilaiset tiedostivat myös haasteita markkinoinnin ja tiedottamisen toteuttamiseen kuten vähäiset resurssit. Lisäksi he toivat esiin, että kokemusasiantuntija on nimenä hankala ja harhaanjohtava.



KUVA 3. Terveystieteiden ammattilaisten kehitysehdotukset toiminnalle.

Terveystieteiden ammattilaisten mielestä kokemusasiantuntijoiden koulutusta tulisi kehittää. Heidän mukaansa ammattilaiset tulisi ottaa hyvissä ajoin mukaan koulutukseen, minkä lisäksi koulutukselle tulisi määrittää selkeä suuntaus esimerkiksi sen mukaan, mihin

kokemusasiantuntija tulee työllistymään. Joidenkin ammattilaisten mielestä kokemusasiantuntijalla tulisi olla myös muuta osaamista kokemuksensa lisäksi. Osaamisella saatiin tarkoitettua esimerkiksi hoitajan koulutusta.

”Eli se kokemusasiantuntija, sillä täytyy olla tämmöstä, muutakin kompetenssia kun se ihan oma sairautensa ja sen tuoma kokemus täällä, sairaalamaailmassa ja terveysasemamaailmassa...” 9.3.24

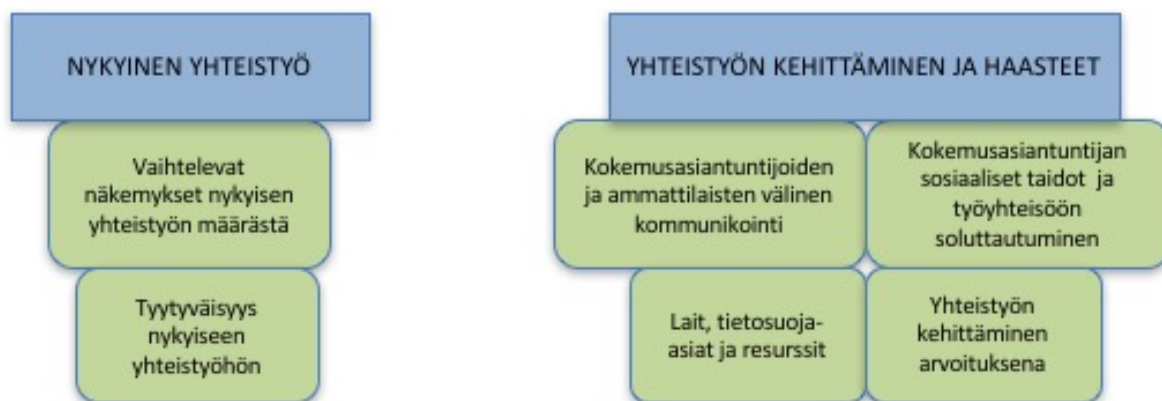
Ammattilaisilla oli myös ehdotuksia kokemusasiantuntijatoiminnan muodolle. Vahvimmin nousi esiin, että kokemusasiantuntija voisi olla osa tiimiä, johon kuuluisi myös ammattilaisia. Myös ryhmätoiminta nähtiin hyvänä vaihtoehtona vastaanotto toiminnalle. Ammattilaiset olivat myös sitä mieltä, että toiminnan tulisi olla konkreettisempaa ja että kokemusasiantuntijan tulisi olla pysyvä. Ammattilaisten näkemykset vaihtelivat siitä, tulisiko toimintaa laajentaa ja kuuluisiko kokemusasiantuntijan vastaanotto sijoittaa asiakkaan hoitopolkuun.

”...potilaan pitäis saaha jotain konkreettista hyötyä, vaikka jos on yksinäinen sitten vaikka kokemusasiantuntija vois lähteä hänen kanssaan vaikka, kävelyllä tai...” 9.2.96

Ammattilaisilla oli vaihtelevia näkemyksiä siitä, tulisiko kokemusasiantuntijan vastaanoton pysyä terveysasemalla. Lisäksi nostettiin esiin kehitysehdotuksia toiminnan ympäristöön ja vastaanotolle pääsyyn liittyen. Ammattilaisten mielestä toiminnan tulisi olla matalan kynnyksen palvelu ja ympäristö voisi olla virkistävä, esimerkiksi kahvila. Näkemykset vaihtelivat myös siitä, onko asiakkaiden ohjaaminen vastaanotolle ammattilaisten toimesta tehokas tapa saada vastaanotolle kävijöitä.

5.1.4 Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välinen yhteistyö

Terveystieteiden ammattilaiset nostivat esiin asioita liittyen heidän ja kokemusasiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön (kuva 4). Näkemykset vaihtelivat liittyen nykyisen yhteistyön määrään. Jotkut olivat sitä mieltä, ettei yhteistyötä ole ollut ollenkaan, kun taas jotkut kertoivat olleensa tekemisissä kokemusasiantuntijan kanssa. Ammattilaiset, jotka olivat olleet yhteistyössä kokemusasiantuntijoiden kanssa, olivat pääosin tyytyväisiä yhteistyöhön.



KUVA 4. Terveysthuollon ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden välinen yhteistyö.

Yhteistyölle nähtiin myös haasteita ja sitä varten ideoitiin kehitysehdotuksia. Ammattilaisten mielestä suurimmat haasteet yhteistyölle olivat lait, tietosuoja-asiat ja resurssit. Jotkut näkivät yhteistyön kehittämisen arvoituksena, johon ei löydetty selkeää ratkaisua. Moni oli sitä mieltä, että kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välistä kommunikaatiota tulisi lisätä ja kehittää. Ammatillaiset nostivat esiin myös sen, että yhteistyöhön vaikuttavat myös itse työyhteisö sekä kokemusasiantuntijan sosiaaliset taidot.

”Et se on sit vähä haastavampi sitte tehä sitä yhteistyötä näitten lakien puitteissa.” 7.1.40

5.2 Asiakkaiden kokemukset kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta

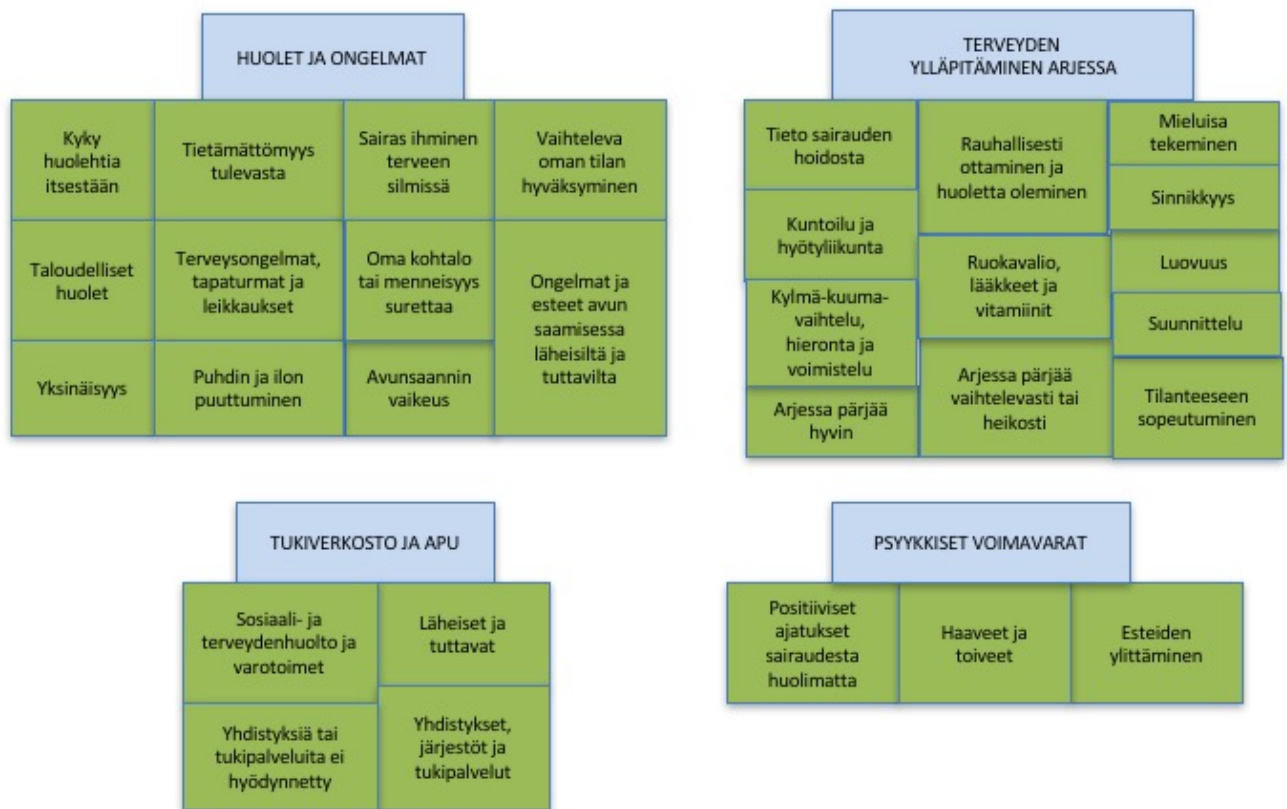
Kokemusasiantuntijavastaanoton asiakkaat tarkastelivat elämäntilannettaan: huolia ja ongelmia, mutta myös psyykkisiä voimavaroja, tukiverkostoa, minkä lisäksi he kuvailivat arjessa pärjäämistään ja keinoja, joilla ylläpitävät omaa terveyttään. Asiakkaat kuvailivat myös kokemusasiantuntijan vastaanotolle hakeutumista, vastaanottoa, itse kokemusasiantuntijaa ja vastaanoton vaikutuksia.

5.2.1 Vastaanotolla käyneiden elämäntilanne

Haastatteluissa tuotiin esiin huolia ja ongelmia liittyen omaan elämäntilanteeseen (kuva 5). Esiin tuotiin muun muassa se, että itsestään voisi pitää paremmin huolta. Tietämättömyys tulevasta huoletti osaa asiakkaista, minkä lisäksi oma tila, kohtalo tai menneisyys saattoi

surettaa. Oman tilan hyväksyminen vaihteli asiakkaiden kesken. Huolena oli myös se, että terveet ihmiset saattavat saada joskus väärän vaikutelman sairaista. Esimerkkinä mainittiin, että sairas ihminen ei ole laiska, vaan hänen lihaksensa saattavat olla maitohapoilla. Muita huolia olivat terveysongelmat, tapaturmat, leikkaukset sekä taloudelliset huolet. Lisäksi harmiteltiin yksinäisyyttä ja puhdin ja ilon puuttumista elämästä. Myös avunsaanti koettiin vaikeaksi, ja osalla asiakkaista oli ongelmia tai esteitä avun saamisessa läheisiltä ja tuttavilta.

”Et mä oon niinku maitohapoilla kun teen, se ei oo laiskuutta.” 2.100



KUVA 5. Vastaanotolla käyneiden asiakkaiden elämäntilanne.

Asiakkaat toivat huolien ja ongelmien vastapainoksi ilmi psyykkisiä voimavarojaan. Heillä saattoi olla positiivisia ajatuksia sairaudesta huolimatta. Tämän lisäksi kuvattiin myös elämään liittyviä haaveita ja toiveita sekä esteiden ylittämistä. Esteitä oli ylitetty muun muassa liikuntasuoritusten yhteydessä.

”Mul on monta helvetin hyvää tekijää siihen nähden että, kuitenkin yli 60 on ikää ja tavallaan työllä repiny ja särkeny itensä...” 5.40

Asiakkaat kuvailivat myös arjessa pärjäämistään ja terveyden ylläpitämistä. Asiakkaista löytyi kaksi ryhmää: arjessa hyvin pärjäävät ja vaihtelevasti tai heikosti pärjäävät. Keinoiksi pärjätä arjessa mainittiin rauhallisesti ottaminen, huolelta oleminen, suunnittelu, tilanteeseen sopeutuminen, luovuus ja sinnikkyys. Asiakkailla oli myös tietoa sairautensa ja tilansa hoidosta, minkä lisäksi he nimesivät keinoja, joilla ylläpitävät terveyttä: kuntoilu ja hyötyliikunta, mieluisa tekeminen, ruokavalio, lääkkeet ja vitamiinit. Myös kylmä-kuuma-vaihtelu yhdistettynä hierontaan ja voimisteluun mainittiin.

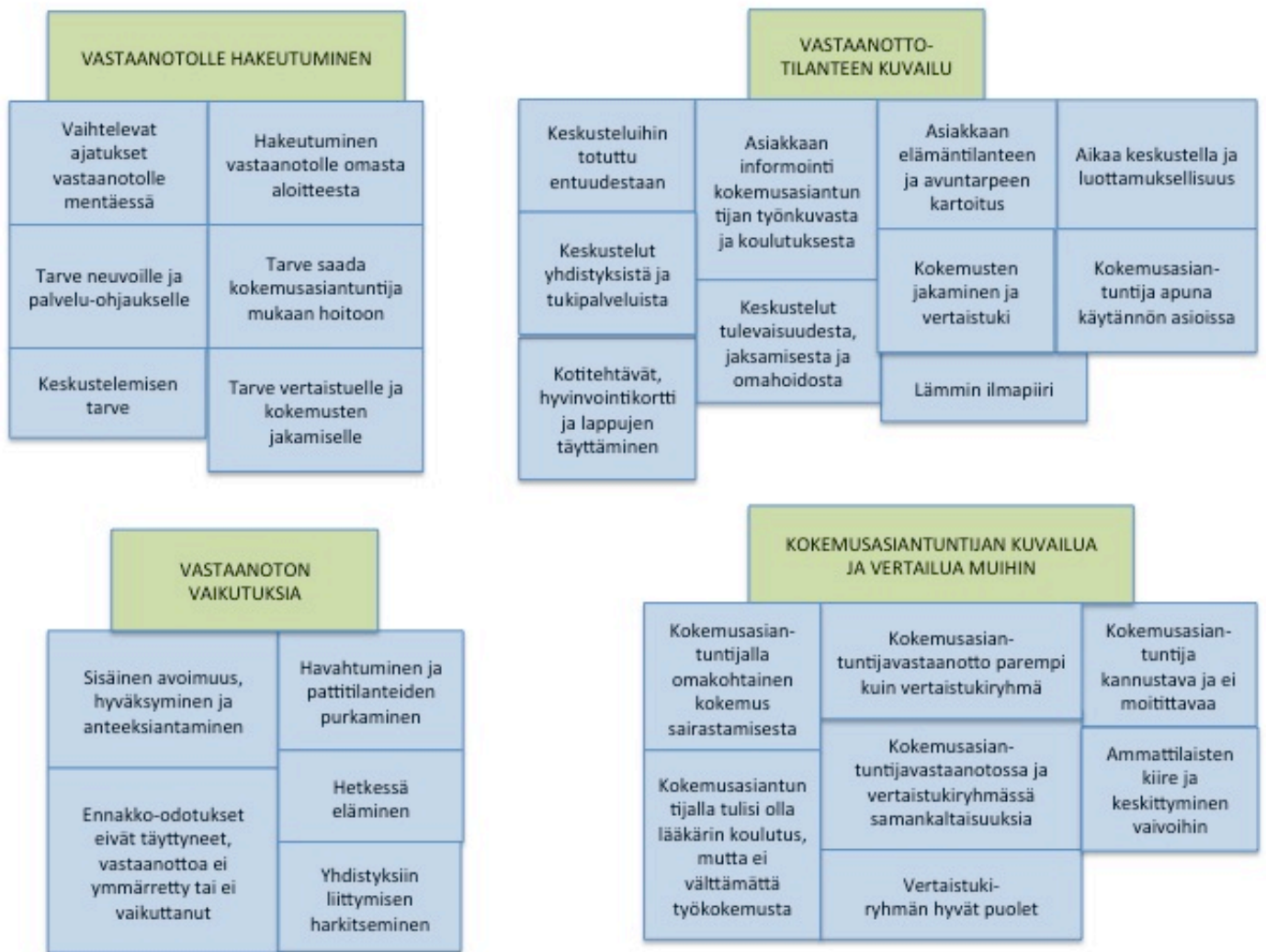
”...mä oon koittanu olla huolelta ni... Se auttaa tota henkistä puolta.” 1.46

Asiakkaiden haastatteluista nousivat esiin myös heidän tukiverkostonsa ja avun lähteet. Tukiverkostot ja avun lähteet koostuivat pääosin sosiaali- ja terveydenhuollosta ja varotoimista sekä läheisistä ja tuttavista. Osa asiakkaista oli hyödyntänyt yhdistyksiä, järjestöjä ja tukipalveluita, mutta osa taas ei ollut vielä ollenkaan.

5.2.2 Kokemusasiantuntijavastaanotolle hakeutuminen ja vastaanoton kuvailua

Asiakkaat kuvailivat kokemusasiantuntijavastaanotolle hakeutumistaan (kuva 6). Ajatukset vastaanotolle mentäessä vaihtelivat asiakkaiden kesken. Osa asiakkaista kertoi hakeutuneensa vastaanotolle omasta aloitteestaan. Asiakkaat toivat myös ilmi syitä, minkä takia hakeutuivat kokemusasiantuntijavastaanotolle: tarve neuvoille ja palveluohjaukselle, tarve saada kokemusasiantuntija mukaan hoitoon, keskustelemisen tarve sekä tarve vertaistuelle ja kokemusten jakamiselle.

”...senkin takia mä nyt lähdin tänne kokemusasiantuntijalle että mä saisin sieltä jotakin tietoja että mihinkähän mun pitää.. tai pitäis ottaa yhteyksiä että jos, joku asia ilmenee niin kuka mua voi tosiaan auttaa siinä.” 3.30



KUVA 6. Kokemusasiatuntijavastaanotolle hakeutuminen ja vastaanoton kuvailua.

Vastaanottotilanteen ilmapiiriä kuvailtiin lämpimäksi. Asiakkaiden mukaan vastaanotolla kartoitettiin heidän elämäntilannettaan ja avuntarvettaan. Asiakkaat olivat mielissään siitä, että vastaanotolla on aikaa keskustella ja että keskustelut ovat luottamuksellisia. Tämän lisäksi asiakkaat kertoivat olleensa tottuneita keskustelemaan jo entuudestaan. Vastaanotolla jaettiin kokemuksia, minkä lisäksi vertaistuki oli tärkeässä asemassa. Kokemusasiatuntija oli kertonut työkuvastaan ja koulutuksestaan, minkä lisäksi oli keskusteltu yhdistyksistä ja tukipalveluista. Kokemusasiatuntija oli ollut myös apuna käytännön asioissa, jolloin hän oli esimerkiksi neuvonut asiakasta palvelujärjestelmään liittyen. Lisäksi oltiin keskusteltu tulevaisuudesta, jaksamisesta ja omahoidosta. Myös kotitehtäviä oli tehty ja esimerkiksi hyvinvointikorttia täytetty.

”Mutta taas sitten positiivista jos sanotaan niin, hyvin semmonen lämmin vastaanotto voi sanoa..” 5.11

”...sitten hän kysy onks mul tehty, joku henkilökohtainen hoitosuunnitelma. Ei. Sitten niin ku, pitäiskö olla? Että joo kaikilla pitäis olla. Ai jaa no.. Että ei mun tietääkseni et pitäiskö mun tietää siitä jotain.” 4.51

Myös itse kokemusasiantuntijoita kuvailtiin. Asiakkaat nostivat tärkeänä asiana esiin kokemusasiantuntijoiden omakohtaisen kokemuksen sairastamisesta. Kokemusasiantuntijaa kuvailtiin myös kannustavaksi tai häntä kohtaan ei löydetty moitittavaa. Kokemusasiantuntijoiden kuvailun lisäksi heitä vertailtiin vertaistukiryhmään ja terveydenhuollon ammattilaisiin. Kokemusasiantuntijavastaanotosta ja vertaistukiryhmästä löydettiin paljon samankaltaisuuksia, ja niistä löydettiin hyviä puolia toisiinsa verrattuina. Verrattaessa terveydenhuollon ammattilaisia kokemusasiantuntijoihin asiakkaat toivat esiin ammattilaisten kiireen ja keskittymisen yksittäisiin vaivoihin. Joidenkin asiakkaiden mielestä kokemusasiantuntijalla tulisi olla lääkärin koulutus.

”Ja yleensäkin ni ei niinku lääkäriellä o aikaa sellaisten niinku. Neuvoa että mistä sä lähet hakemaan niinku jotaki apua tai semmosta et vaikka joskus tarvis sellasta niinkun tukiapua...” 2.10

”Ja ehkä sitten jonkunlainen, anteeks antaminen itelle ja ehkä myös toisillekin.” 5.48

Asiakkaat pohtivat lopuksi kokemusasiantuntijavastaanoton vaikutuksia. Sisäisen avoimuuden, hyväksymisen ja anteeksiantamisen sekä itselle että muille lisääntyneen kerrottiin lisääntyneen. Pohdittiin myös, että kokemusasiantuntijan vastaanotto on oiva paikka havahduttaa ihminen ja purkaa pattitilanteita. Myös se tuotiin esiin, että kokemusasiantuntijan kanssa oltiin päätetty elää hetkessä. Kokemusasiantuntijan vastaanotto oli myös saanut aikaan yhdistyksiin liittymisen harkitsemista. Kaikki ennako-odotukset eivät olleet täyttyneet tai vastaanoton tarkoitusta ei välttämättä oltu ymmärretty tai vastaanoton ei nähty vaikuttaneen.

6 POHDINTA

Yleisimmät maallikoiden tehtävät perusterveydenhuollossa painottuvat kansainvälisessä tutkimuksessa henkilökohtaiseen neuvontaan ja omahoito-opetukseen sekä tarkemmin neuvontaan ja tukemiseen käyttäytymisen ja elämäntapojen muuttamisessa (esim. van der Wulp ym. 2012). Suomessa kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminta perusterveydenhuollossa on uusi aluevaltaus, jonka avulla pyritään muun muassa pureutumaan pitkäaikaissairaiden elämäntilanteisiin ja auttamaan heitä omahoidon ongelmissa (Kettunen & Kasila 2014). Maallikkotoiminnan vaikuttavuudesta on löydettävissä vaihtelevaa kansainvälistä tutkimusnäyttöä (esim. Foster ym. 2009). Myös näkemyksiä maallikkotoiminnasta on tutkittu jo jonkin verran (esim. South ym. 2013).

Kokemusasiantuntijan vastaanotolla kuunnellaan, keskustellaan ja käsitellään asiakkaan sairauskokemusta, minkä lisäksi asiakas reflektoi omaa tilannettaan muun muassa kokemusasiantuntijan kokemuksiin (Mutanen 2017a). Tässä tutkielmassa sekä ammattilaiset että asiakkaat näkivät kokemusasiantuntijan omaan kokemukseen liittyvän palveluohjauksen ja keskustelutuen tärkeimpinä vastaanoton anteina. Molemmissa aineistoissa tuotiin esiin myös tarve terveyspalvelujen kehittämiseksi ja ammattilaisten työn tukemiselle. Vähäiset tiedot kokemusasiantuntijatoiminnasta nousivat esiin etenkin ennakkoluulojen kautta.

Kokemusasiantuntijan oma kokemus osoittautui toiminnan perustaksi. Lukuisat kokemukset palvelujen käytöstä antavat kokemusasiantuntijalle välineitä toimia esimerkiksi vertaispalveluohjaajan tehtävässä, jolloin hän opastaa asiakkaitaan siinä, miten toisinaan monimutkaisten palvelujärjestelmien parissa kannattaa toimia (Hietala & Rissanen 2015). Myös ammattilaiset olivat sitä mieltä, että kokemusasiantuntijan palveluohjaukselle on tarvetta. Tarve palveluohjaukselle nousi esiin myös Southin ym. (2007) tutkimuksessa, jossa haastateltiin terveysvalmentajien työnantajia.

Asiakkailla on tarve päästä keskustelemaan kokemuksistaan ja ongelmistaan ajan kanssa. Luottamuksellinen ja lämmin ilmapiiri yhdistettynä kokemuksen omaavaan keskustelukumppaniin mahdollistaa sen, että vastaanotolla pääsee keskustelemaan sellaisistakin asioista, joista muualla ei välttämättä pysty puhumaan. Terveystieteiden ammattilaisten ollessa kiireisiä ja keskittyessä yksittäisiin vaivoihin asiakas saattaa tuntea jäävänsä yksin ongelmiansa kanssa. Kokemusasiantuntijan vastaanotolla taas on tarkoitus

keskittyä kuuntelemiseen ja keskustelemiseen (Mutanen 2017a). Myös ammattilaiset tiedostivat terveydenhuollon asiakkaiden keskustelutarpeen ja nostivat esiin keskusteluavun yhtenä kokemusasiantuntijan tehtävistä. Lisäksi he painottivat sosiaalisten taitojen tärkeyttä, joilla on myös vaikutusta vastaanoton ilmapiiriin. Sosiaaliset taidot (South ym. 2013) ja empatiakyky (Cordier 2014) ovat osoittautuneet maallikoille tärkeiksi ominaisuuksiksi myös aiemmissa tutkimuksissa, minkä lisäksi emotionaalinen tuki (Visram ym. 2014) on nähty yhtenä tärkeimmistä maallikoiden tehtävistä.

Sekä ammattilaisilla että asiakkaila oli myös omat ennakko-odotuksensa liittyen kokemusasiantuntijatoimintaan. Tämä viittaa siihen, ettei sekä kokemusasiantuntijuudesta että kokemusasiantuntijan vastaanotto toiminnasta tiedetä vielä tarpeeksi. Etenkin asiakkaiden keskuudessa oli epäselvyyttä siitä, mitkä tehtävät kuuluvat kokemusasiantuntijoille ja mitkä taas terveydenhuollon ammattilaisille. Vaikka ammattilaiset näkivät kokemusasiantuntijan sairauskokemuksen tärkeänä, sen vaikutukset vastaanoton luonteeseen kuitenkin huolettivat. Kokemusasiantuntijuus kuitenkin perustuu ongelmista selviytymisen kokemuksiin, jolloin kokemusasiantuntija tiedostaa, mitkä asiat ovat vaikuttaneet hänen tai hänen läheisensä toipumiseen (Rissanen 2013). Täten hän voi kokemuksiansa kautta tarjota tukeaan ja neuvojaan asiakkaalleen.

Terveydenhuollon ammattilaisten ennakko-odotuksiin ja –luuloihin vaikuttavat riittämättömät tiedot kokemusasiantuntijatoiminnasta ja –koulutuksesta, puute kokemusasiantuntijavastaanoton asiakkaiden palautteesta sekä vähäinen kommunikaatio ja yhteistyö kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välillä. Riittämättömät tiedot kokemusasiantuntijakoulutuksesta ilmenevät ammattilaisten kehittämisehdotuksista. Heidän mukaansa ammattilaiset tulisi ottaa jo varhain koulutukseen mukaan, mikä käy jo toteen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijakoulutuksessa (Peränen ym. 2015). Ammattilaisten mukaan kokemusasiantuntijoilla tulisi olla kokemuksensa lisäksi esimerkiksi hoitajan koulutus. Kokemusasiantuntijakoulutuksessa asiantuntijuutta rakennetaan kuitenkin muun muassa tutustumalla suomalaiseen hoito- ja kuntoutusjärjestelmään ja valmistautumalla palvelujen kehittämiseen (Rissanen ym. 2015).

Ammattilaiset näkivät kokemusasiantuntijatoiminnan olevan keino tukea heidän omaa työtään ja kehittää terveyspalveluja yleensäkin, kuten myös Rissanen ym. (2015) tuovat esiin. Ammattilaiset näkivät myös tarpeen palveluohjauksen kehittämiseksi, missä

kokemusasiantuntija voisi olla yhtenä osana. Kokemusasiantuntija tuo palvelujen kehittämistyöhön mukaan oman kokemuksensa ja asiakkaiden äänen (Rissanen ym. 2015). Myös Kostiaisen ym. (2014) mukaan kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten kokemukset ja tiedot täydentävät usein toisiaan. Glentonin ym. (2013) systemaattisessa katsauksessa taas todettiin maallikoiden usein myös keventävän ammattilaisten työtaakkaa.

Vaikka kokemusasiantuntijavastaanotosta on tiedotettu sekä ammattilaisille että yleisölle, tulisi tiedottamiseen panostaa enemmän. Kokemusasiantuntijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten roolien erot tulisi nostaa esiin etenkin asiakkaille tiedottaessa. Myös ammattilaiset tarvitsevat kokemusasiantuntijavastaanoton idean selkiyttämisen lisäksi täsmällisempää tietoa kokemusasiantuntijoiden työtehtävistä, koulutuksesta ja toiminnan vaikuttavuudesta. Selkeämpi kuva kokemusasiantuntijuudesta ja kokemusasiantuntijakoulutuksesta vähentää ammattilaisten ennakkoluuloja, lisää heidän aktiivisuuttaan asiakkaiden ohjaamisessa kokemusasiantuntijan vastaanotolle ja jopa edistää heidän ja kokemusasiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Kokemusasiantuntijan vastaanotto on erityisesti paikka, jossa asiakas pääsee keskustelemaan kokemuksistaan ja elämänsä haasteista. Vastaanoton lämpimästä ilmapiiristä ja riittävästä keskusteluajasta tulisi huolehtia jatkossakin, sillä asiakkaat arvostavat niitä suuresti.

Kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminta on uusi aluevaltaus, jolloin vie aikaa omaksua se osaksi palvelujärjestelmää. Asiakkaiden tarve keskusteluavulle, kokemusten jakamiselle ja palveluohjaukselle ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemykset kokemusasiantuntijoiden tehtävistä luovat perusteen kokemusasiantuntijan vastaanotolle. Kokemusasiantuntijuutta tuleekin hyödyntää palveluohjauksen ja terveyspalvelujärjestelmän kehittämistyössä.

6.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointia

Kokemusasiantuntijuuden ja maallikkotoiminnan vielä juurtuessa perusterveydenhuoltoon, on tutkijoiden vastuulla määritellä käsitteet ja rajata oikeat näkökulmat tutkimusta tehdessä. Useat eri määritelmät ja rinnakkaiskäsitteet liittyen kokemusasiantuntijuuteen ja maallikkotoimintaan asettavat haasteita tutkimukseen. Tämän tutkielman systemaattisessa tiedonhaussa keskityttiin perusterveydenhuollossa toimiviin maallikoihin sekä erityisesti heidän tarjoamaansa neuvontaan. Yhtenä poissulkukriteereinä oli mielenterveyteen ja

päihteisiin liittyvät interventiot, sillä ne eivät ole suoraan vertailtavissa tämän tutkielman tarkastelukohteena olevaan vastaanotto toimintaan. Tiedonhaun hakulauseisiin valittiin useampi eri käsite, jotka voidaan rinnastaa kokemusasiantuntijuuteen, sillä käsitteet ja määritelmät vaihtelevat maittain ja eri yhteyksissä. Eri käsitteiden valikointi ja rajaaminen saattavat kuitenkin kyseenalaistaa tiedonhaun luotettavuutta. Tiedonhaussa löydettiin ainoastaan kuusi tutkimusta, mikä toisaalta osoittaa sen, että tämänkaltaista tutkimusta ei ole vielä paljoa tehty perusterveydenhuollossa.

Asiakashaastateltavien aineisto (N=6) jäi pienemmäksi, kuin tutkielman tarkoituksena oli. Jotkut asiakkaiden analyysikehyksen alaluokista koostuivat ainoastaan yhden haastateltavan ilmauksista. Toisaalta tämän tutkielman vahvuutena voidaan nähdä kahden eri aineiston hyödyntäminen, kun mukaan otettiin vielä ammattilaisten fokusryhmähaastattelut. Näin ilmiötä voitiin tarkastella kahdesta eri näkökulmasta. Teemahaastattelu sopi tämän aineiston aineistonkeruumenetelmäksi, sillä sen avulla päästiin pureutumaan muun muassa kokemuksiin (Hirsjärvi ja Hurme 2008). Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka luotettavuutta lisäävänä tekijänä nähdään sen systemaattisuus (Schreier 2012). Aineistolähtöisyydellä pyrittiin säilyttämään tutkittavien oma näkökulma ilmiöön (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Asiakashaastatteluihin valittiin asiakkaille tutut ja neutraalit ympäristöt eli heidän omat terveysasemansa. Haastateltaville ilmoitettiin haastatteluajoja sovittaessa, että haastattelija voi tarvittaessa tehdä haastattelun myös heidän kotonaan, jos esimerkiksi kulkuyhteyksissä on ongelmia. Asiakashaastateltaville muistutettiin sekä rekrytointi- että haastatteluhetkellä, että he saavat keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa. Myös kirjallisissa tiedotteissa ja suostumuslomakkeessa painotettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta ja luotettavuutta. Erään haastateltavan toivetta digitallementimen poisjättämisestä kunnioitettiin, jolloin haastattelija kirjoitti vastaukset ylös muistiinpanoihinsa. Haastateltavien anonymiteettia kunnioitettiin merkitsemällä haastateltavat numeroin ja pitämällä haastateltavien tiedot erillään tutkimusaineistosta.

6.2 Jatkotutkimusehdotuksia

Suomalaiselle kokemusasiantuntijuustutkimukselle on tarvetta toiminnan yleistyessä. Kokemusasiantuntijavastaanoton vaikutuksia voitaisiin jatkossa tutkia perehtymällä suuremman asiakasmäärän kokemuksiin ja pidemmällä seuranta-ajoilla. Myös objektiiviset mittarit kokemuksien lisänä mahdollistaisi erilaisten vaikutuksien tutkimisen. Tämän tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää asiakaslähtöisen kokemusasiantuntijavastaanoton kehittämistyössä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

LÄHTEET

- Aujoulat, I., d'Hoore, W. & Deccache, A. 2007. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 66, 13–20.
- Ausili, D., Masotto, M., Dall'Ora, C., Salvini, L. & Di Mauro, S. 2014. A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Professioni infermieristiche* 67 (3), 180–189.
- Baksi, A., Al-Mrayat, M., Hogan, D., Whittingstall, E., Wilson, P. & Wex, J. 2008. Peer advisers compared with specialist health professionals in delivering a training programme on self-management to people with diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association* 25 (9), 1076–1082.
- Bandura, Albert. 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 84 (2), 191–215.
- Cade, J., Kirk, S., Nelson, P., Hollins, L., Deakin, T., Greenwood, D. & Harvey, E. 2009. Can peer educators influence healthy eating in people with diabetes? Results of a randomized controlled trial. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association* 26 (10), 1048–1054.
- Chan, W., Hui, E., Chan, C., Cheung, D., Wong, S., Wong, R., Li, S. & Woo, J. 2011. Evaluation of chronic disease self-management programme (CDSMP) for older adults in Hong Kong. *The journal of nutrition, health and aging* 15 (3), 209–214.
- Choosing Health: Making healthy choices easier. Executive Summary. 2004. White Paper. NHS & Department of Health.
- Cordier, J. 2014. The expert patient: towards a novel definition. *The European respiratory journal* 44 (4), 853–857.
- Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39/2013. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Foster, G., Taylor, S., Eldridge, S., Ramsay, J. & Griffiths, C. 2009. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *The Cochrane Database of systematic reviews* 2007 (4). doi: 10.1002/14651858.CD005108.pub2.
- Glenton, C., Colvin, C., Carlsen, B., Swartz, A., Lewin, S., Noyes, J. & Rashidian, A. 2013. Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. *The*

- Cochrane Database of systematic reviews 2013 (10). doi:
10.1002/14651858.CD010414.pub2.
- NHS Healthtrainers. 2015. Healthtrainers. Viitattu 15.10.2017. www.nhs-healthtrainers.co.uk/about-us/
- Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Helsinki: Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden Keskusliitto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Jerant, A., Moore-Hill, M. & Franks, P. 2009. Home-Based, Peer-Led Chronic Illness Self-Management Training: Findings From a 1-Year Randomized Controlled Trial. *Annals of family medicine* 7 (4), 319–327.
- Kasila, K. 2017. Suullinen tiedonanto. 28.2.2017, Jyväskylä.
- KASTE – Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. 2011. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kejonen, A., Turunen, M., Jämsén, A. & Kauppila, T. 2011. Arjen mieli Itä- ja Keski-Suomessa: yhteistyöllä laatua mielenterveys- ja päihdetyöhön. KASTE – Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. 2011. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 148–151.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017. Kokemusasiantuntijat. Viitattu 15.10.2017. <http://www.ksshp.fi>
- Kettunen, T. & Kasila, K. 2014. Kokemusasiantuntijuus palveluissa. Asiakaslähtöiset omahoidon ohjausmallit kansansairauksien ehkäisyssä. Projektisuunnitelma v. 2015–2017. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Jyväskylän yliopisto.
- Kettunen, T. 2017. Suullinen tiedonanto. 26.10.2017, Jyväskylä.
- Kostiainen, E., Ahonen, S., Verho, T., Rissanen, P. & Rotko, T. 2014. Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Työpaperi 36/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lehmann, U. & Sanders, D. 2007. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. World Health Organization.
- Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., van Wyk, B., Odgaard-Jensen, J., Johansen, M., Aja, G., Zwarenstein, M. & Scheel, I. 2010. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and

- the management of infectious diseases. The Cochrane Database of systematic reviews 2010 (3). doi: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
- Lorig, K. 2015. Chronic Disease Self-Management Program: insights from the eye of the storm. *Frontiers in Public Health* 2, 253.
- Michie, S., Rumsey, N., Fussell, A., Hardeman, W., Johnston, M., Newman, S. & Yardley, L. 2008. *Improving Health: Changing behavior - NHS Health Trainer Handbook*. The Department of Health.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. *Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mutanen, S. 2017a. Kokemusasiiantuntijan vastaanotto toiminta Keski-Suomessa. Viitattu 15.10.2017. <http://www.ksshp.fi>
- Mutanen, S. 2017b. Suullinen tiedonanto. 29.11.2017, Jyväskylä.
- Nelson, P., Cox, H., Furze, G., Lewin, R. J. P., Morton, V., Norris, H., Patel, N. Elton, P. & Carty, R. 2012. Participants' experiences of care during a randomized controlled trial comparing a lay-facilitated angina management programme with usual care: a qualitative study using focus groups. *Journal of Advanced Nursing* 69 (4), 840–50.
- Partridge, M., Caress, A., Brown, C., Hennings, J., Luker, K., Woodcock, A. & Campbell, M. 2008. Can lay people deliver asthma self-management education as effectively as primary care based practice nurse? *Thorax* 63 (9), 778–783.
- Peränen, N., Harjula, A., Grahn, K., Kasila, K., Kettunen, T. 2015. Kokemusasiiantuntijat asiakaslähtöisyyttä rakentamassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä – palautteen antajasta kehittäjäkumppaniksi. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Miten tästä eteenpäin?* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 20/2015.
- Rissanen, P. 2013. Mitä on kokemusasiiantuntijuus? Teoksessa *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemusasiiantuntijuudeksi*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 14–19.
- Rissanen, P., Sinkkonen, N., Sohlman, T. & Kurki, M. 2015. *Kokemusasiiantuntijakoulutuksen suositukset*. Vantaa: Mielen avain –hanke.
- Safren, S., O' Cleirigh, C., Skeer, M., Driskell, J., Goshe, B., Covahey, C. & Mayer, K. 2010. Demonstration and Evaluation of a Peer-Delivered, Individually-Tailored, HIV Prevention Intervention for HIV-Infected MSM in their Primary Care Setting. *AIDS and behavior* 15 (5), 949–958.
- Schreier, M. 2012. *Qualitative content analysis in practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Self-Management Resource Center. s.a. Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). Viitattu 15.10.2017. www.selfmanagementresource.com
- Siminerio, L., Ruppert, K. & Gabbay, R. 2013. Who can provide diabetes self-management support in primary care? Findings from a randomized controlled trial. *The diabetes educator* 39 (5), 705–713.
- South, J., Woodward, J. & Lowcock, D. 2007. New beginnings: stakeholder perspectives on the role of health trainers. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 127 (5), 224–230.
- South, J., White, J., Branney, P. & Kinsella, K. 2013. Public health skills for a lay workforce: findings on skills and attributes from a qualitative study of lay health worker roles. *Public health* 127, 419–426.
- Thom, D., Ghorob, A., Hessler, D., De Vore, D., Chen, E. & Bodenheimer, T. 2013. Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Annals of family medicine* 11 (2), 137–144.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. painos. Helsinki: Tammi.
- Visram, S., Clarke, C. & White, M. 2014. Making and Maintaining Lifestyle Changes with the Support of a Lay Health Advisor: Longitudinal Qualitative Study of Health Trainer Services in Northern England. *PLoS One* 9 (5), e94749.
- van der Wulp, I., Leeuw, J., Gorter, K. & Rutten, E. 2012. Effectiveness of peer-led self-management coaching for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes mellitus in primary care: a randomized controlled trial. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association* 29 (10), 390–397.

LIITTEET

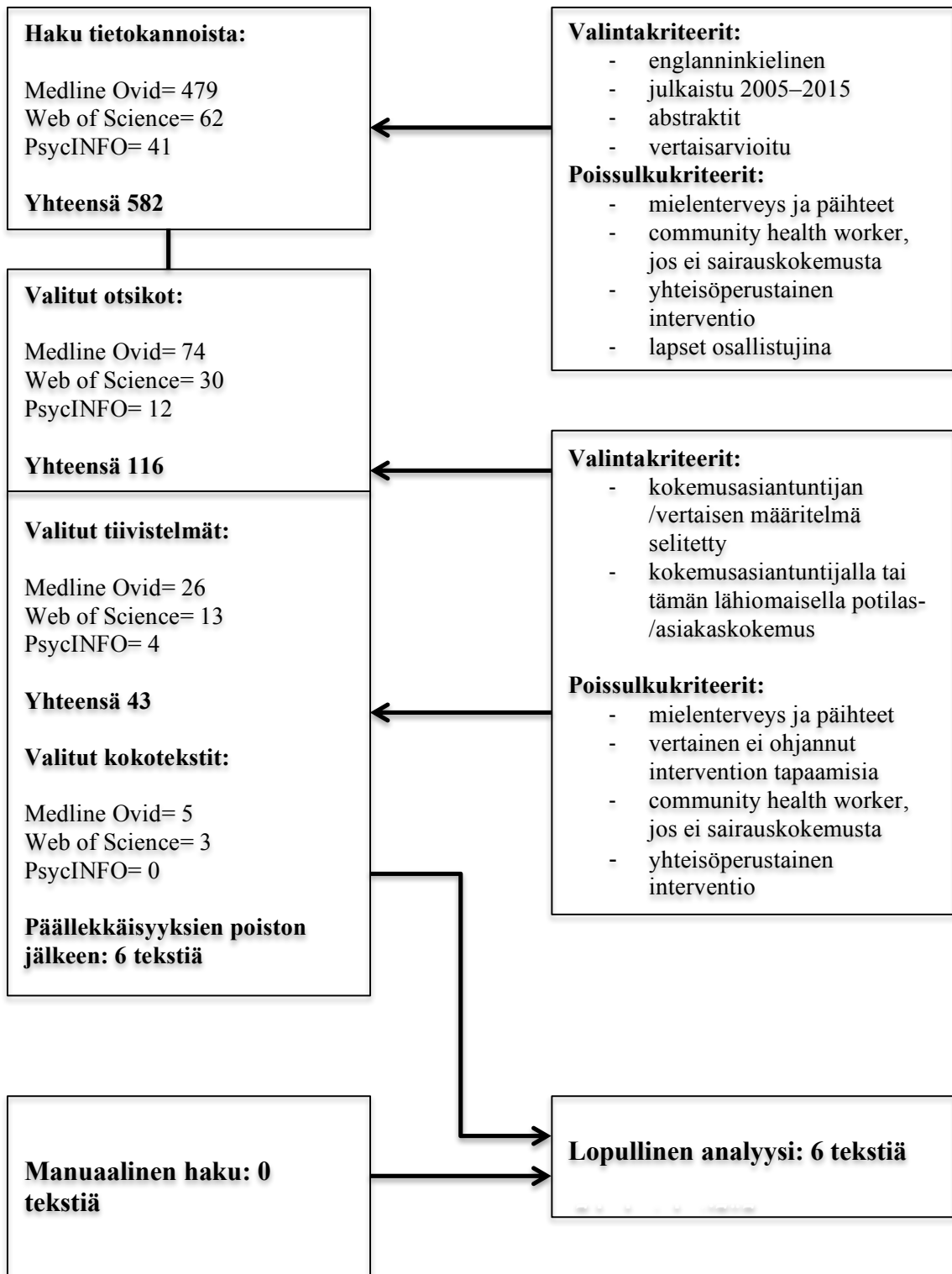
Liite 1. Neuvontaa tarjoavien maallikoiden roolit ja tehtävät kansainvälisessä tutkimuksessa.

Viite	Rooli	Tehtävät
Jerant ym. 2009	Vertaisneuvoja/vertainen (peer)	Omahoito-opetus joko kotikäynnein tai puhelimitse. Tutkimuksen HIOH-ohjelma perustuu CDSMP-ohjelmaan, jossa opetetaan mm. oireiden hallintaa ja lisätään minäpystyvyyttä.
Partridge ym. 2008	Maallikkokouluttaja (lay educator)	Astmaan liittyvä omahoito-opetus kasvokkain tai puhelimitse.
Safren ym. 2010	Vertaisneuvoja (peer counselor)	IMB (The Information, motivation and behavioral skills model)-tekniikan avulla käyttäytymisen muutoksessa avustaminen. Neuvontaa HIViin ja turvalliseen seksuaalikäyttäytymiseen liittyen.
Siminerio ym. 2013	Vertaistukihenkilö (peer supporter)	Potilaiden auttaminen puhelimitse tavoitteiden suunnittelussa, saavuttamisessa, ongelmanratkaisussa, käyttäytymisen muutoksessa ja omahoidossa.
Thom ym. 2013	Vertaisvalmentaja (peer coach)	Neuvominen klinikkakäyntien ohella tai puhelimitse. Toimintasuunnitelman laatiminen potilaan kanssa.
van der Wulp ym. 2012	Vertaisvalmentaja (peer coach)	Kotikäynnit potilaiden luona: auttaminen tavoitteiden asettamisessa ja elämäntapamuutosten suunnittelussa.

Liite 2. Tiedonhaun tietokannat, hakusanat ja -lausekkeet.

Tietokanta	Hakusanat/hakulause
Medline Ovid	care expert expert patient* expert*-by experience health lay lay health worker* lay-led patient* peer primary primary care primary health care worker*
Web of Science	("expert patient*" OR "expert*-by-experience" OR "peer led" OR "lay led" OR "lay health worker*") AND ("primary care" OR "primary health care")
PsycINFO	("expert patient*" OR "expert*-by-experience" OR "lay health worker*" OR "peer led" OR "lay led") AND ("primary care" OR "primary health care")

Liite 3. Vuokaavio 25.11.2015 tehdystä tiedonhausta.



Liite 4. Kansainvälisiä tutkimuksia maallikoiden tehtävistä terveydenhuollossa.

Viite	Tutkimukseen osallistujat ja maa	Tutkimustyyppi ja -ympäristö	Tutkimuksen tarkoitus ja kokemusasiantuntijoiden päätehtävät
Jerant ym. 2009	363 kroonisen sairauden potilasta: HIOH koti- (n=116), HIOH puhelu- (n=119) ja kontrolliryhmä (n=128). USA	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Yliopistollisen terveydenhoitoverkoston toimistot.	Tutkia vertaisen ohjaaman omahoito-ohjelman vaikuttavuutta. Maallikot (n=4) pitivät HIOH kotiryhmän potilaille kuusi (6) kahden (2) tunnin pituista oppituntia omahoitoon liittyen. HIOH puheluryhmälle järjestettiin sama interventio puhelimitse.
Partridge ym. 2008	418 astmapotilasta: hoitajan (n=205) ja kokemusasiantuntijan ryhmä (n=213). Iso-Britannia	Satunnaistettu ekvivalenssikoe. Terveyskeskukset.	Selvittää, voivatko hyvin koulutetut ”maallikot” tarjota omahoito-opetusta yhtä hyvin kuin hoitajat. Maallikot (n=15) toimivat kouluttajina, jotka pitivät kaksi (2) yksilöllistä opetustuokiota potilaille. Ensimmäisen tuokion kesto oli 45 minuuttia ja toisen kesto 30 minuuttia.
Safren ym. 2010	145 miespuolista HIV-potilasta. USA	Pilottiprojekti. Terveyskeskukset.	Arvioida vertaisen johtaman IMB-ohjelman hyväksyttävyyttä sekä soveltuvuutta riskialttiin seksuaalikäyttäytymisen vähentämiseen HIV-potilaiden keskuudessa. Maallikot (n=3, lopulta 2) toimivat vertaisneuvojina, jotka tapasivat potilaita viisi (5) kertaa intervention ajan.
Siminerio ym. 2013	117 aikuista diabetespotilasta: kouluttajan (n=29), vertaisen (n=31) ja vastaanottotyöntekijöiden johtama ryhmä (n=28) sekä kontrolliryhmä (n=29). USA	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Terveyskeskukset.	Selvittää, kuka on paras henkilö tarjoamaan tukea diabetespotilaille omahoito-ohjelman jälkeen. Maallikot toimivat tukihenkilöinä, jotka soittivat potilaille kuukausittain.
Thom ym. 2013	275 vähätuloista diabetespotilasta: interventio- (n=140) ja kontrolliryhmä (n=135). USA	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Terveyskeskus/keskus.	Vertailla vertaiskoulutusta (peer health coaching) ja tavanomaista diabeteshoitoa keskenään. Maallikot (n=23) toimivat vertaisvalmentajina, jotka neuvoivat potilaita henkilökohtaisesti joko kasvotusten (väh. 2 krt/6kk) tai puhelimitse (väh. 2 krt/kk).
van der Wulp ym. 2012	119 diabetespotilasta: interventio- (n=59) ja kontrolliryhmä (n=60). Hollanti	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Terveyskeskukset.	Arvioida vertaisen ohjaaman omahoitokoulutuksen vaikuttavuutta. Maallikot (n=5) toimivat vertaisvalmentajina, jotka suorittivat kolme (3) noin yhden (1) tunnin pituista kotikäyntiä potilaiden luona. He olivat lisäksi yhteyksissä puhelimitse.

Liite 5. Rekrytoitaville jaettu tutkimustiedote.

TUTKIMUSTIEDOTE:

Hei!

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa terveystieteiden osastolla, ja teen opinnäytetyötä kokemusasiantuntijan vastaanottoiminnasta. Opinnäytetyöni on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Jyväskylän yliopiston tutkimushanketta ”Kokemusasiantuntija kansansairauksien omahoidon ohjaajana ja kehittäjänä”.

Tarkoitukseni on haastatella kokemusasiantuntijavastaanoton asiakkaita heidän kokemuksistaan kyseisestä vastaanottoiminnasta. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, jotka tallennetaan. Jokaiseen haastatteluun on varattu aikaa noin yksi (1) tunti. Haastatteluissa saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusraportissa ei käytetä nimitietoja, joten haastateltavien henkilöllisyydet eivät ole tunnistettavissa. Haastattelutallenteet, haastattelijan muistiinpanot, kuten kaikki muukin tutkimusaineisto, tullaan hävittämään tutkimusraportin valmistuttua. Tutkimusraportti tullaan julkaisemaan artikkelina tieteellisessä aikakauslehdessä.

Pyytäisin Teitä osallistumaan tutkimukseen. Haastattelu toteutetaan Teidän paikkakunnallanne syksyn 2016 aikana. Tarkempi aika voidaan sopia myöhemmin.

Annan mielelläni lisätietoja opinnäytetyöhöni liittyen. Yhteystietoni löytyvät alta.

Mukavaa syksyn jatkoa!

Linda-Maria Rask

Jyväskylän yliopisto

Puh: 040 068 2266

E-mail: linda.l-m.rask@student.jyu.fi

”Annan luvan, että Linda-Maria Rask saa olla minuun tarvittaessa yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse tutkimukseen liittyvissä asioissa.”

KYLLÄ [] EI []

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys _____

Puhelinnumero ja/tai sähköpostiosoite _____

HYVÄ KOKEMUSASIAANTUNTIJA- VASTAANOTON ASIAKAS



Etsin haastateltavia opinnäytetyötäni varten. Tarkoitukseni on perehtyä kokemuksiinne kokemusasiantuntijavastaanotosta. Opinnäytetyöni on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Jyväskylän yliopiston tutkimushanketta "Kokemusasiantuntija kansansairauksien omahoidon ohjaajana ja kehittäjänä". Haastattelut toteutetaan terveysasemallanne syksyn 2016 aikana. Otathan yhteyttä, mikäli haluat tulla haastateltavaksi! Yhteystietoni löytyvät alta.

Mukavaa syksyä!

**Linda-Maria Rask
Jyväskylän yliopisto
Puh: 040 068 2266**

Sähköposti: lindamaria.rask@gmail.com

Liite 7. Tutkittaville jaettu tiedote ennen haastattelua.

TUTKIMUSTIEDOTE

Syksy 2016

Tämä opinnäytetyö on pro gradu –tutkielma, jossa perehdytään kokemusasiantuntijavastaanoton asiakkaiden kokemuksiin kyseisestä toiminnasta. Opinnäytetyö on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Jyväskylän yliopiston tutkimushanketta ”Kokemusasiantuntija kansansairauksien omahoidon ohjaajana ja kehittäjänä”.

Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla asiakkaita yksittäin, ja jokainen haastattelu tallennetaan digitallentimella. Haastattelutallenteita käytetään ainoastaan tämän opinnäytetyön tutkimusaineistona. Tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja ne tullaan hävittämään tutkimusraportin valmistuttua.

Haastateltavien henkilöllisyydet ovat ainoastaan haastattelijan tiedossa. Tutkimusraportissa ei käytetä haastateltavien nimi- tai muitakaan henkilöllisyystietoja. Tutkimusaineisto analysoidaan ja raportoidaan yleisellä tasolla. Tutkimusraportti julkaistaan opinnäytetyönä ja tutkimustulokset artikkelina tieteellisessä aikakauslehdessä.

Linda-Maria Rask

Jyväskylän yliopisto

Puh. 040 068 2266

e-mail: linda.l-m.rask@student.jyu.fi

lindamaria.rask@gmail.com

Liite 8. Tutkittaville täytettäväksi annettu suostumuslomake ennen haastattelua.

SUOSTUMUSLOMAKE

Minua on pyydetty osallistumaan Linda-Maria Raskin opinnäytetyöhön kokemusasiantuntijavastaanottoimmasta. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Olen saanut tiedotteesta riittävän selvityksen tutkimuksesta, tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista.

Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia eikä se vaikuta asemaani terveydenhuollon asiakkaana.

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän haastattelututkimukseen.

Päivämäärä

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Liite 9. Haastattelurunko.

Taustakysymys

- Montako kertaa olette käyneet kokemusasiantuntijavastaanotolla?

Kokemukset vastaanotosta

- Voisitteko kuvailla vastaanottotilannetta? Millaisia keskusteluja kävitte?
- Miten vastaanotolla käynti on vaikuttanut elämäänne? Miettikää esimerkiksi viimeistä vuotta, kertokaa konkreettisia esimerkkejä miten vaikuttanut / Miettikää millaista elämänne oli ennen vastaanotolla käyntiä ja verratkaa sitä nykyhetkeen.
- Onko kokemus omasta sairaudesta muuttunut vastaanottokäynnin jälkeen? / Miten koet sairautesi vastaanottokäynnin jälkeen?

Keskusteluapu / Maallikko vs. Ammattilainen

- Millaisia keskustelut olivat, kun vertaatte esimerkiksi lääkärin vastaanotolla käytyihin keskusteluihin?

Tukiverkosto, tuen saaminen

- Tiedättekö mistä/keneltä saatte tarvittaessa apua ja tukea esimerkiksi päivittäisiin askareisiin?

Tukipalvelut

- Miten olette / oletteko hyödyntäneet vastaanotolla ehdotettuja tukipalveluita?

Omahoito, arjessa pärjääminen

Arjessa pärjääminen, päivittäisten ongelmien ratkaiseminen

- Miten tulette toimeen sairautenne kanssa päivittäisissä askareissa?
- Miten ratkaisette päivittäisiä ongelmianne?

Omahoito

- Miten hoidatte sairauttanne/pidätte huolta terveydestänne?

Tulevaisuus

- Millaisia keskusteluja olette käyneet vastaanotolla tulevaisuuteen liittyen?

Liite 10. Analyysikehys terveydenhuollon ammattilaisten aineistosta.

AMMATTILAISTEN TIEDOSTAMA TARVE TOIMINNALLE

KOKEMUSASIAINTUNTIJAN TEHTÄVÄT VASTAANOTOLLA

Omahoidon tuki ja käytännön asioissa neuvominen

Palveluohjaus

Rauhoittelu, kannustaminen ja rinnalla kulkeminen

Keskusteluapu

Kokemusten vaihto ja vertaisuus

TOIMINNAN KOHDERYHMÄ

Pitkään sairastaneet ja monisairaat

Sairauden ja ongelmien alkumatkalla olevat

Yksinäiset, uutta hakevat ja omaiset

Kohderyhmän ulkopuolelle jäävistä ryhmistä epävarmuutta

TOIMINNAN HYÖDYT JA MAHDOLLISUUDET

Toiminnalla on mahdollisuuksia ja se on tervetullutta

Terveyspalvelujen kehittäminen ja ammattilaisten työn tukeminen

Miten ammattilaiset kuvaavat työtään kokemusasiantuntijaan nähden

Vertaistuki on tärkeää

Ammattilaisten tulisi hyödyntää kokemusasiantuntijan vastaanottoa enemmän

TOIMINNAN HAASTEET

VÄHÄINEN TIETÄMYS TOIMINNASTA

Toiminta hämmäntävää tai ei vastaa ennakko-odotuksia

Toiminta on mysteeri tai epäselvä ammattilaisille

Toiminta hieman tuttua ammattilaisille

Kokemusasiantuntijoiden koulutuksen sisältöä ei tiedetä tai se on epäselvä

Puute asiakkaiden palautteesta

Laaja yleisö ei tiedä toiminnasta

Vaihtelevat näkemykset toiminnan liikkeelle lähdöstä

HUOLET JA MIETTEET TOIMINNAN TOTEUTUKSESTA

Vastaanottotilanteen luonne ja valmistautuminen asiakkaan kohtaamiseen

Kokemusasiantuntijan persoonan ja asenteen merkitys

Kokemusasiantuntijan sairauden/historian vaikutukset vastaanotto toimintaan

Toiminnan oikean muodon puuttuminen

VASTAANOTOLLE OHJAAMISEN HAASTEET

Hoitosuhteen puuttuminen

Akuutteihin vaivoihin keskittyminen ja oman työn kiireisyys

Oletukset asiakkaiden näkemyksistä ja odotuksista toimintaan liittyen

Asiakkaiden asenteisiin ja tietoisuuteen vaikuttaminen

HANKKEESEEN LIITTYVÄT HAASTEET

Valtakunnallisten linjausten ja lisäajan tarve

Tutkimusnäytön tarve

Tietojärjestelmä ongelmana

AMMATTILAISTEN KEHITYSEHDOTUKSET TOIMINNALLE

TOIMINNAN NÄKYVYYDEN JA TUNNETTAVUUDEN LISÄÄMINEN JA SIIHEN LIITTYVÄT HAASTEET

Esittäytyminen joukkotilaisuuksissa/tapahtumissa

Esitteitä toiminnasta

Tiedottaminen mediassa

Markkinoinnin ja tiedottamisen toteuttamiseen liittyvät haasteet

Toimintaa tulisi markkinoida enemmän ja jatkuvasti / **jatkuva markkinointi**

Näkyvyyden lisääminen työyhteisössä ja terveysasemalla

Kokemusasiantuntija nimenä hankala ja harhaanjohtava

KOKEMUSASIAANTUNTIJOIDEN KOULUTUKSEN KEHITTÄMINEN

Selkeä suuntaus ja ammattilaisten mukaanotto

Kokemusasiantuntijalla tulisi olla osaamista kokemuksen lisäksi

TOIMINNAN MUOTO

Vaihtelevat näkemykset toiminnan laajentamisesta

Konkretia ja kokemusasiantuntijan pysyvyys

Kokemusasiantuntija tiimissä

Ryhmätoiminta

Vaihtelevat näkemykset kokemusasiantuntijan sijoittamisesta hoitopolkuun

TOIMINNAN YMPÄRISTÖ JA VASTAANOTOLLE PÄÄSY

Vaihtelevat näkemykset vastaanoton sopivuudesta terveysasemalle

Virkistävä ympäristö

Matalan kynnyksen palvelu

Vaihtelevat näkemykset asiakkaiden ohjaamisesta vastaanotolle ammattilaisten toimesta

KOKEMUSASIAANTUNTIJOIDEN JA AMMATTILAISTEN VÄLINEN YHTEISTYÖ

NYKYINEN YHTEISTYÖ

Vaihtelevat näkemykset nykyisen yhteistyön määrästä

Tyytyväisyys nykyiseen yhteistyöhön

YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN JA HAASTEET

Lait, tietosuoja-asiat ja resurssit

Kokemusasiantuntijan sosiaaliset taidot ja työyhteisöön soluttautuminen

Yhteistyön kehittäminen on arvoitus

Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välinen kommunikointi

Liite 11. Analyysikehys asiakkaiden aineistosta.

ELÄMÄNTILANNE

HUOLET JA ONGELMAT

Oman tilan hyväksyminen vaihtelevaa
Paremmiin voisi huolehtia itsestään
Tietämättömyys tulevasta
Taloudelliset huolet
Terveysongelmat, tapaturmat ja leikkaukset
Sairas ihminen terveen silmissä
Avunsaanti vaikeaa
Avun saamisessa läheisiltä ja tuttavilta on ongelmia tai esteitä
Yksinäisyys
Puhti ja ilo poissa
Oma tila, kohtalo tai menneisyys surettaa

PSYKKISET VOIMAVARAT

Positiiviset ajatukset sairaudesta huolimatta
Esteiden ylittäminen
Haaveet ja toiveet

ARJESSA PÄRJÄÄMINEN JA TERVEYDEN YLLÄPITÄMINEN

Arjessa pärjää hyvin
Arjessa pärjää vaihtelevasti tai heikosti
Rauhallisesti ottaminen ja huoletta oleminen
Suunnittelu
Tilanteeseen sopeutuminen
Luovuus
Sinnikkyys
Tieto sairauden hoidosta
Mieluisa tekeminen
Kuntoilu ja hyötyliikunta
Ruokavalio, lääkkeet ja vitamiinit
Kylmä-kuuma-vaihtelu, hieronta ja voimistelu

TUKIVERKOSTO JA APU

Läheiset ja tuttavat
Sosiaali- ja terveydenhuolto ja varotoimet
Yhdistykset, järjestöt ja tukipalvelut
Yhdistyksiä tai tukipalveluita ei hyödynnetty

KOKEMUSASIAN TUNTIJAVASTAANOTOLLE HAKEUTUMINEN JA VASTAANOTON KUVAILUA

VASTAANOTOLLE HAKEUTUMINEN

Hakeutuminen vastaanotolle omasta aloitteesta
Vaihtelevat ajatukset vastaanotolle mentäessä
Tarve neuvoille ja palveluohjaukselle

Keskustelemisen tarve
Tarve vertaistuelle ja kokemusten jakamiselle
Tarve saada kokemusasiantuntija mukaan hoitoon

VASTAANOTTOTILANTEEN KUVAILU

Aikaa keskustella ja luottamuksellisuus
Lämmin ilmapiiri
Kokemusasiantuntija kertoi työnkuvastaan ja koulutuksesta
Asiakkaan elämäntilanteen ja avuntarpeen kartoitus
Keskustelut tulevaisuudesta, jaksamisesta ja omahoidosta
Keskustelut yhdistyksistä ja tukipalveluista
Kokemusasiantuntija apuna käytännön asioissa
Kokemusten jakaminen ja vertaistuki
Keskusteluihin totuttu entuudestaan
Kotitehtävät, hyvinvointikortti ja lappujen täyttäminen

KOKEMUSASIAANTUNTIJAN KUVAILUA JA VERTAILUA MUIHIN

Kokemusasiantuntijavastaanotossa ja vertaistukiryhmässä samankaltaisuuksia
Kokemusasiantuntijavastaanotto parempi kuin vertaistukiryhmä
Vertaistukiryhmän hyvät puolet
Terveystuollon ammattilaisten kiire ja keskittyminen vaivoihin
Kokemusasiantuntijalla omakohtainen kokemus sairastamisesta
Kokemusasiantuntijalla tulisi olla lääkärin koulutus, mutta ei välttämättä työkokemusta
Kokemusasiantuntija kannustava ja ei moitittavaa

VASTAANOTON VAIKUTUKSIA

Yhdistykseen liittymisen harkitseminen
Sisäinen avoimuus, hyväksyminen ja anteeksiantaminen
Havahtuminen ja pattitilanteiden purkaminen
Hetkessä eläminen
Ennako-odotukset eivät täytyneet, vastaanottoa ei ymmärretty tai se ei vaikuttanut