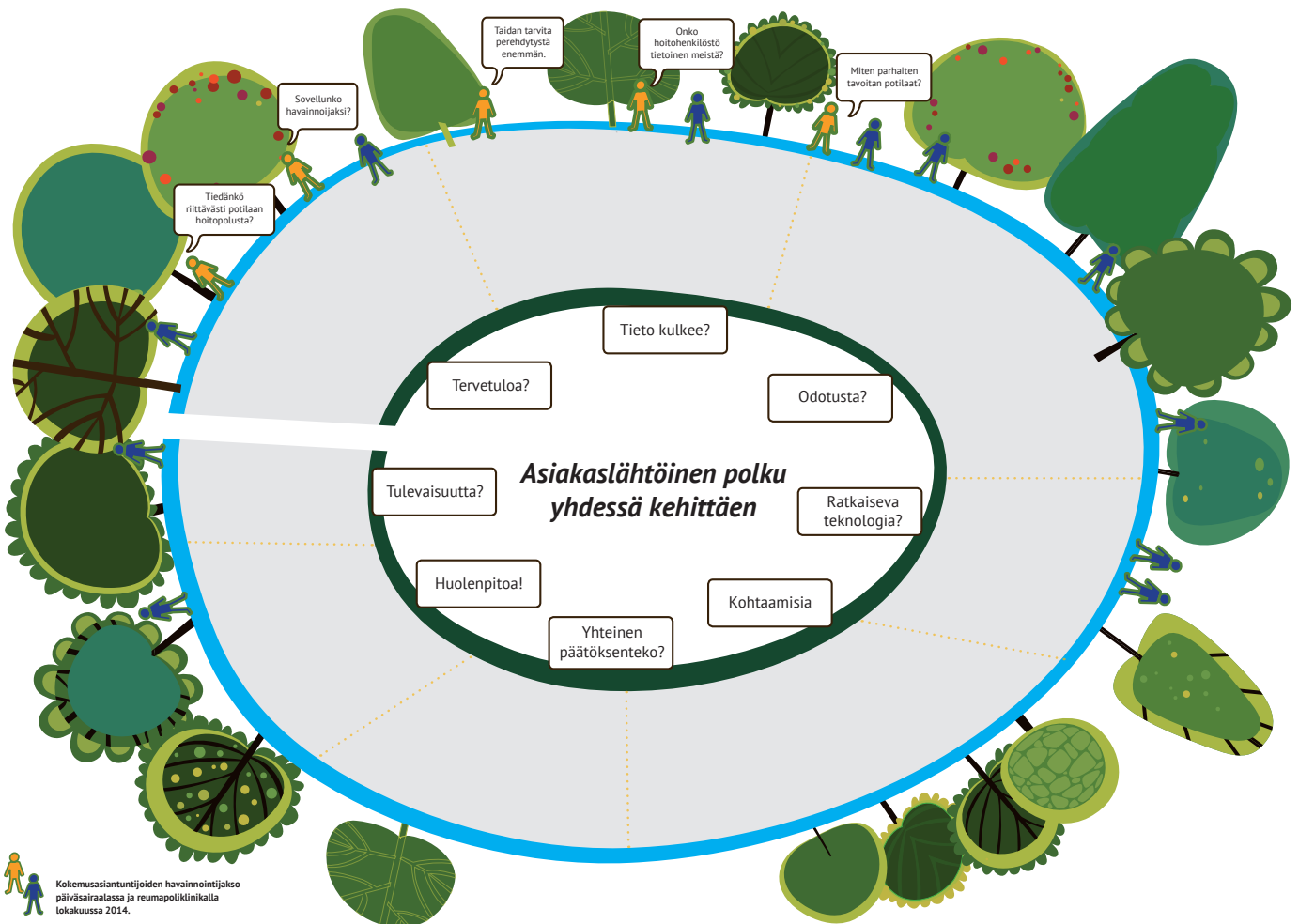



Tarja Kettunen & Kirsti Kasila (toim.)

KOKEMUSTIETO YHTEISKEHITTÄMISESSÄ

Hyppy asiakaslähtöisyyteen terveyspalveluissa



 Kokemusasiantuntijoiden havainnointijakso päiväsairaulassa ja reumatologiikalla lokakuussa 2014.



JYU REPORTS 1

Tarja Kettunen & Kirsti Kasila (toim.)

KOKEMUSTIETO YHTEISKEHITTÄMISESSÄ

Hyppy asiakaslähtöisyyteen
terveyspalveluissa



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2021

ksshp 

Tekes

Cover picture by Katriina Lahtinen.

Copyright © 2021 Authors and University of Jyväskylä

This is a printout of the original online publication.

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8543-1>

ISBN 978-951-39-8543-1 (PDF)

URN:ISBN:978-951-39-8543-1

ISSN 2737-0046

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0).



Sisällys

ESIPUHE	5
1 JOHDANTO	7
2 KOKEMUSTIETOON PERUSTUVA ASiantuntijuus.....	10
Kokemusasiantuntijuus – kokemustieto asiantuntijuuden perustana..	11
Kokemusasiantuntijaksi kehittyminen	14
3 YHTEISKEHITTÄMINEN	17
Asiakasosallisuus – yhteiskehittämisen perusta	17
Yhteiskehittämisen taustaa.....	22
Yhteiskehittämisen toteutus.....	28
4 KEHITTÄJÄKUMPPANUUS	34
Kehittäjäkumppanuus yhteispäivystyksessä	35
Päivystys hoitoympäristönä	35
Kehittäjäkumppanuuden suunnittelu ja toteutus	37
Kokemusasiantuntijoiden havainnot potilaiden kokemuksista	41
Henkilökunnan näkemys potilaskohtamisesta	42
Kokemusasiantuntijoiden kokemukset	43
Kehittämistoimet.....	46
Kehittäjäkumppanuus terveyskeskuksessa	51
Terveyskeskus hoitoympäristönä	51
Kehittäjäkumppanuuden suunnittelu ja toteutus	52
Potilaiden kokemukset ja kokemusasiantuntijoiden havainnot ...	55
Kehittämistoimet.....	57
Kokemusasiantuntijoiden ajatuksia ja tunteita henkilökunnan kohtamisista	58
Sitoutuminen uuteen toimintamuotoon	60
Kokemusasiantuntija osana yhteisöä	63
Haasteellinen kumppanuus	66
Toiminta määritellyssä järjestelmässä	68
Mitä opimme?	74
5 VERKKOPOHJAINEN ELÄMÄNTAPARYHMÄ-OHJAUSMALLI:	
Kokemusasiantuntija muutoksen tukena	75
Taustaa elämäntapamuutokseen	75
Elämäntaparyhmäohjausmallin yhteiskehittäminen.....	78

	Tukihenkilöksi kouluttautuminen ja työtehtävät.....	81
	Verkkopohjainen elämäntaparyhmäohjausmalli	83
	Muutosmatka -elämäntapaohjaukseen osallistuneet ryhmäläiset	89
	Ryhmäläisten saavuttamat elämäntapamuutokset.....	89
	Kokemusasiiantuntijoiden kokemuksia tukihenkilönä toimimisesta.....	92
	Mitä opimme?	93
6	KOKEMUSASIAANTUNTIJAN VERTAISVASTAANOTTO.....	95
	Vertaisvastaanoton taustaa	95
	Vertaisvastaanoton yhteiskehittäminen.....	97
	Vertaisvastaanotto terveyskeskuksessa.....	99
	Vertaisvastaanoton tuloksia.....	101
	Mitä opimme?	110
7	KOKEMUSTIETOON PERUSTUVA YHTEISKEHITTÄMINEN TUOTTAA ASIAKASLÄHTÖISYYTTÄ.....	112
	Kirjallisuus	116
	Kirjoittajat.....	131

ESIPUHE

Tulevaisuuden terveydenhuollossa asiakas asemoituu aivan uudella tavoin. Asiakkaan roolin vahvistuminen oman terveytensä edistämisen ja ylläpitämisessä sekä asiakasymmärryksen lisääntyminen palveluorganisaatioissa muuttavat terveydenhuollon toimintaa entistä asiakaslähtöisemmäksi. Asiakasnäkökulmaa palveluiden kehittämiseen pyritään vahvistamaan myös uudistuvan lainsäädännön avulla. Tämä on terveyden edistämisen näkökulmasta todella tervetullutta, vaikka asiakaslähtöisyys onkin ollut aina johtava periaate. Harvoin on kuitenkaan pysähdytty pohtimaan sitä, mitä asiakaslähtöisyys on konkreettisina tekoina. Miten asiakas voi olla aktiivinen, missä kaikessa hän voi olla mukana, mitä ja miten puhua, askarruttavat ammattilaisia. Useimmiten asiakas voi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, mutta miten asiakkaat voisivat olla mukana jo palvelujen suunnittelun alkuvaiheessa ja pohtimassa uusia palveluratkaisuja. Käytännön työpisteissä tämä tuottaa kipuilua monella tasolla eikä sujuvia toimintamalleja ole laajasti käytettävissä.

Terveydenhuollon toiminnan kehittäminen nojaa vieläkin liian usein perinteeseen, jossa ammattilaiset suunnittelevat uuden toimintatavan omaan toimintaansa perustuen ja asiakkaan mielipidettä kysytään vasta toiminnan alettua tai ongelmien ilmaantuessa. Tässä ajassa tuo toimintatapa ei vaikuta kovin järkevältä. Asiakkaan ottaminen jo alusta asti mukaan kehittämistyöhön säästää myös ammattilaisten työtunteja. Kehittämistyöltä odotetaan usein nopeita tuloksia ja yhdessä kehittäminen voi tuntua hitaalta. Eri tahojen näkemysten yhteensovittaminen saatetaan nähdä kiireisessä ammattilaistyössä työläänä. Aikaa kuitenkin säästyy, kun löydetään toimivampia ja asiakkaalle mieluisia ratkaisuja. Toimivat ja sujuvat palvelut helpottavat asiakkaan vastuun ottamista omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Asiakkaat voivat jopa paremmin käyttää palvelua ja saavuttaa hyviä tuloksia oman sairautensa

hoidossa, kun heiltä ei mene voimia ja aikaa sopeutua ammattilaisten asettamiin raameihin.

Yhdessä kehitettäessä ammattilaisten asiakasymmärrys syvenee, sillä usein asiakkaat tietävät omasta terveydestään tai sairaudestaan jopa enemmän kuin alansa asiantuntija. Yhteisen ymmärryksen rakentaminen edellyttää kuitenkin uudenlaisia taitoja ja yhteistyön malleja kaikilta osapuolilta. Tähän haasteeseen pyrimme tässä julkaisussa vastaamaan. Avaamme Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kehittämistyötä ja alueellisesti kehitettyjä malleja sekä niihin liittyviä tutkimustuloksia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa vuosille 2015–2020 visiona oli potilas ensin. Tässä raportissa kuvaamme kokemustiedon merkitystä ja kokemusasiantuntijoiden roolia vision saavuttamisessa.

Toivomme, että julkaisu tarjoaa paitsi virikkeitä myös vinkkejä käytännön toimintamallien uudistamiseen yhteistyössä laajan asiakaskunnan ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Kokemusasiantuntijoilla on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin järjestämän koulutuksen myötä näkemystä laajemminkin palvelujärjestelmästä. Heillä on halua ja innostusta toimia ammattilaisten rinnalla palvelujen kehittäjinä ja kumppaneina asiakkaiden hyväksi. Toivomme tämän julkaisun rohkaisevan kaikkia osapuolia yhteistyöhön.

Kiitämme kehittämistyöhön osallistuneita asiakkaita, ammattilaisia, tutkijoita ja päätöksentekijöitä. Suurimmat kiitokset ansaitsevat kokemusasiantuntijat, jotka ovat rohkeasti tarttuneet uudenlaiseen asiakkaalle arvoa tuottavaan toimintatapaan.

Tarja Kettunen, Kirsti Kasila, Heljä Lundgrén-Laine

1 JOHDANTO

Terveyden edistäminen on yhteistoimintaa kansalaisten kanssa. Terveyden edistämisen perustaa ovat kansalaisten osallistuminen, osallisuus ja vaikuttaminen paitsi omaan terveyteen myös heidän lähiyhteisönsä terveyttä määrittäviin tekijöihin. Kansalaisten tukena on palvelujärjestelmä, joten on tärkeää, että se myös vastaa kansalaisten tuen tarpeisiin. Miten voimme tukea kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksia palvelujärjestelmän sisällä palveluiden käyttäjinä?

Tämän julkaisun tavoitteena on tuottaa näkymää asiakasosallisuuden toteutumisen ja toteuttamisen mahdollisuuksista terveydenhuollon organisaatiossa. Julkaisussa kuvataan erilaisia kokemustietoon perustuvia palveluiden kehittämistapoja ja toteuttamismalleja, joissa palveluiden käyttäjät ovat aktiivisia ja osallistuvia toimijoita palveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa. Asiakkaiden tasavertainen toimijuus ja vaikuttamismahdollisuudet eivät vielä kaikilta osin toteudu. Kehittäjäasiakastoimintaan liittyviä malleja on jo olemassa (esim. Väyrynen ym. 2015, Pohjola ym. 2017, Sihvo ym. 2017), mutta silti uudenlaisia käytäntöön soveltuvia ratkaisuja ja toimintamalleja erityisesti terveydenhuollossa kaivataan lisää.

Asiakkaan aseman vahvistaminen on keskeinen osa meneillään olevaa rakenneuudistusta ja yksi terveydenhuoltolain keskeinen tarkoitus (Terveydenhuoltolaki 2010). Palvelukäytännöissä näkemykset asiakaslähtöisyydestä kuitenkin vaihtelevat. Asiakaslähtöisyys toteutuu pieninä ja merkityksellisiä tekoina vuorovaikutuksessa. Se on myös koko palvelujärjestelmän kykyä mahdollistaa asiakkaan vaikuttaminen ja osallistuminen omaa tilannettaan koskevaan päätöksentekoon ja laajemminkin palvelujen kehittämiseen (Günther 2013, Niskala ym. 2017). Asiakaslähtöisyys on osallisuutta.

Se voidaan nähdä jatkumona alkaen palvelujen kohteena olemisesta (palvelujen saaja) ja palautteen antajasta palvelun ja/tai hoidon parantamiseen osallistuvaksi, aktiiviseksi kehittäjäksi (Kaseva 2011) ja yhteiskehittämisen toimijaksi (Niskala ym. 2017). Yhteiskehittäminen tuottaa kokemuksen yhteenkuuluvuudesta (mm. Isola ym. 2017).

Käytännössä asiakaslähtöisyys pitää sisällään monenlaisia tulkintoja asiakkaan ja ammattilaisen rooleista palvelujärjestelmässä (Günther ym. 2013). Tärkeä asiakaslähtöisyyttä kuvaava lähtökohta on se, millaiseen ja kenen tietoon arjen palvelukäytännöt perustuvat; ammattilaisen, potilaan, omaisen/läheisen, palvelun käyttäjän vai kansalaisen tulevana palvelujen käyttäjänä. Miten kokemustieto sijoittuu osaksi palvelukäytäntöjen perustaa? Kenen ääni näkyy vahvimmin esimerkiksi palvelujen nimeämisessä, potilasasiakirjojen merkinnöissä, palvelusuunnitelmissa jne.? Asiakaslähtöisyyden todentumista voidaan tarkastella asiakkaiden kohtaamiskokemuksissa, ammattilaisten työkäytännöissä, ammatillisuudessa sekä palvelujärjestelmän toimivuudessa (Günther ym. 2013).

Tutkimusnäyttö osoittaa, että asiakaslähtöisyys johtaa parempiin terveytuloksiin ja omahoitoon sekä vähentää myös terveydenhuollon palveluiden käyttöä ja kustannuksia (mm. Bertakis & Azari 2011; Ovaskainen ym. 2011). Asiakaslähtöisyys ei kuitenkaan toteudu ilman asiakasnäkökulman ja -kokemuksen syvällistä ymmärtämistä ja hyödyntämistä palveluiden kehittämisessä. Ammattilaiset voivat ajatella, että heillä on hyvä ymmärrys asiakkaan tarpeista, mutta tutkimusnäyttö tuo myös esille, että usein ammattilaisen ja asiakkaan näkemysten ja huolien välillä vallitsee epäsuhtaa (mm. Gerlander ym. 2014).

Muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakentän lainsäädännössä, kuntarakenteissa sekä palvelujärjestelmässä korostavat yhä enemmän asiakkaiden roolia kokemustiedon tuottajana ja kansalaisten arjen monimuotoisuutta tuntevina toimijoina. Ajankohtaiset kysymykset liittyvät palvelujen uudistamistyössä tarvittavaan asiakkaiden tarpeiden, kykyjen ja ominaisuuksien tunnistamiseen, heidän näkökulmiensa nostamiseen asiantuntijanäkökulmien rinnalle sekä kehittäjäkumppanuuskäytäntöihin. Voidaan kysyä, mikä on kokemustiedon rooli ja millaista kokemustietoa tässä työssä tarvitaan?

Tiedetään, että asiakkaiden osallistuminen kehittämistyöhön johtaa palvelujärjestelmän muutoksiin ja avaa ammattilaisille asiakkaan näkökulmaa uudella tavalla (Mockford ym. 2012). Terveydenhuollossa sen on todettu edistävän potilaiden oikeudenmukaista kohtelua (Pizzo ym. 2015). Suomessa yhdessä kehittämisen tiellä on otettu pieniä tärkeitä askelia, mutta asenteellisten

esteiden voittamisen tarve on kokonaisvaltainen. Kansainvälisesti erilaisia malleja on myös kehitetty, mutta niiden tutkimus on ollut vähäistä.

Yksi ratkaisu asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi on koulutettujen kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottaminen kehitystyöhön. Heillä on omakohtaista kokemusta pitkäaikaissairauksista, elämäntapamuu- toksista sekä palveluiden käytöstä joko sairauden itse kokeneena tai sairastu- neen läheisenä. He tuntevat pitkäaikaissairastuneen elämäntilannetta ja ovat selviytyneet monenlaisista arjen pulmatilanteista. Kokemusasiantuntijoiden toiminnassa korostuu erityisesti selviytymisnäkökulma ja he voivat tuoda sel- viytymisnäkökulmaa sairastuneen elämänhallintaan tähtääviin pohdintoihin. Kokemusasiantuntija tuo kehittämiseen asiakkaiden äänen, joka lisää ammat- tilaisten asiakasymmärrystä. Koulutuksen ja omien kokemustensa myötä hän osaa myös auttaa asiakasta ratkaisemaan arjen pulmia sekä tuntee ja tietää auttavia tahoja.

Kokemusasiantuntijuus palveluissa -hankkeessa otettiin kokemusasian- tuntijat osaksi terveydenhuoltojärjestelmää sekä kehittäjiksi että asiakastyö- hön. Kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseen liitettiin tutkimusta. Toi- mintatutkimuksen keinoin hyödynnettiin erilaisia tutkimusmenetelmiä (mm. Heikkinen 2018). Toiminta ja tutkimus yhdistyivät samanaikaisesti saavuttaen tutkimuksen avulla välitöntä, käytännöllistä hyötyä asiakaslähtöisyyden pa- rantamiseen. Ennen kaikkea hankkeessa kehitettiin ja tutkittiin ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhteistoimintaa. Tutkimus oli luonteeltaan yhteis- toiminnallinen prosessi. Useat asiakaslähtöisyyttä koskevat merkityskeskus- telut ja asiakkaan näkökulman nostaminen kehittämiskeskustelujen sisällöksi toi uudenlaista ymmärrystä toiminnan toteuttamiseen ja sitä kautta myös on- nistuttiin parantamaan toimintaa.

Julkaisu sisältää teoriapohdintaa sekä monitasoista kuvausta hankeajan toiminnasta, kokemuksista ja tuloksista. Teksteissä nostetaan esiin erilaisia tarkastelukulmia, sekä ammattilaisten, tutkijoiden, hanketoimijoiden että ko- kemusasiantuntijoiden. Aluksi käsittelemme kokemustietoa sekä hankkeen ai- kana rakentunutta kokemusasiantuntijuutta ja yhteiskehittämistä. Sen jälkeen esittelemme hankkeessa kehitetyt kolme toimintamallia, joissa kokemus- asiantuntijoilla oli keskeinen rooli. Jo kehittämisen projektisuunnitelma ra- kentui yhdessä. Kokemusasiantuntijat suunnittelivat kunkin toimintatavan toteutusta ja materiaaleja, keräsivät tutkimusaineistoja ja toimivat aktiivisina kehittämisideoiden esille tuojina.

2 KOKEMUSTIETOON PERUSTUVA ASIANTUNTIJUUS

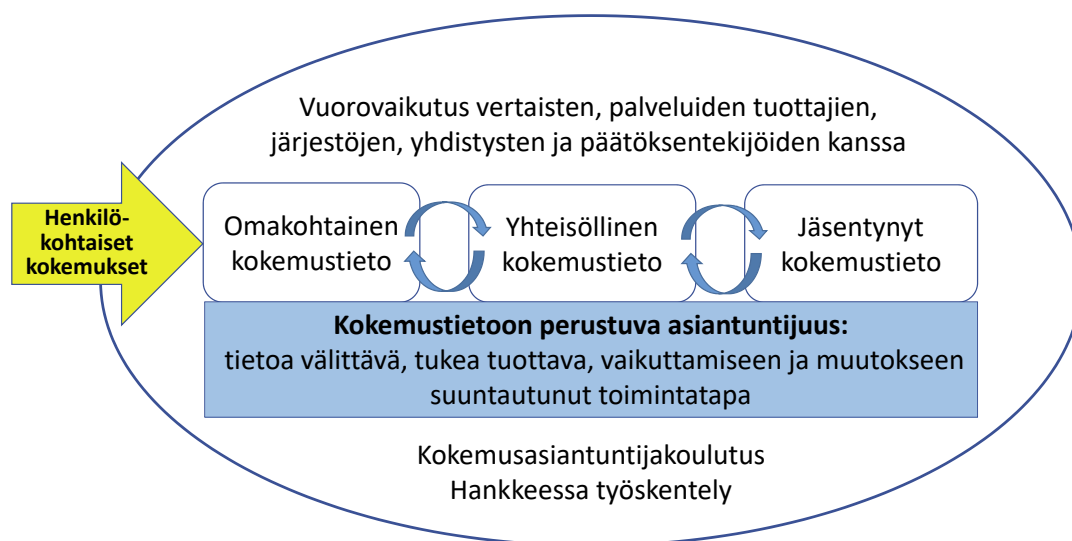
Kirsti Kasila & Tarja Kettunen

Tässä luvussa kuvaamme kokemustiedon ja siihen perustuvan asiantuntijuuden rakentumista sekä tarkastelemme tutkimus- ja kehittämishankkeessa mukana olleiden kokemusasiantuntijoiden omakohtaista kokemustietoa ja sen kehittymistä yhteisölliseksi ja jäsentyneeksi kokemukselliseksi tietoperustaksi.

Arkikeskusteluissa henkilökohtainen kokemus ja asiantuntijuus asetetaan helposti vastakkain. Kokemus kiinnittyy henkilökohtaisiin suhteisiin, tilanteisiin ja tapahtumiin ja tulee esille muistoina ja tunteina. Perinteisesti asiantuntijuus on jaettua ja julkista kiinnittyen virallisiin ammatillisiin palveluihin. Se ilmenee tietoina ja taitojen hallintana asiakkaan avun tarpeisiin (Laitinen & Nikupeteri 2013). Kokemusasiantuntijuudessa tieto ja taidot syntyvät elämäntapahtumien vuorovaikutussuhteissa läheisiin, yhteisöön, viranomaisiin ja yhteiskuntaan. Niistä voidaan yhteen kokoamalla ja jalostamalla saavuttaa laajaa, kokonaisvaltaista ja systemaattista tietoa selviytymisestä ja autetuksi tulemisesta. Tämä tieto saattaa haastaa viranomaiskäytäntöjä, tietämistä ja kulttuurisia asenteita tuoden esille vaihtoehtoisia näkemyksiä ja jopa kyseenalaistaen pelkän ammattilaisten asiantuntijuuden auttamistyössä. Näin ollen kokemustieto voi muokata ammattilaisten osaamista ja asiantuntijuutta (Laitinen & Nikupeteri 2013). Kokemustietoon perustuva asiantuntijuus on usein hyvin konkreettista, ja näin se voi tuottaa ratkaisuehdotuksia käytännön ongelmiin (Jakonen 2017).

Kokemusasiantuntijuus – kokemustieto asiantuntijuuden perustana

Kokemusasiantuntijuutta voidaan määritellä monin tavoin. Järjestötyössä rakentuvasta kokemusasiantuntijuudesta voidaan erottaa kolme muotoa: omakohtainen, yhteisöllinen ja organisoitunut. Omakohtaisuudessa korostuu yksilöön ja hänen elämänsä liittyneet asiat ja ilmiöt sekä niiden yksilöllinen tulkinta. Yhteisöllisyys tuo esiin omakohtaisten kokemusten jakamista vertaisten ja ammattilaisten kanssa. Jakamisen kautta jaettu toimijuus ja identiteetti alkavat rakentua. Organisoituessaan toiminta kohdentuu ja muuttuu tavoitteelliseksi, sopimusten ja yhteisesti sovittujen sääntöjen ja toimintatapojen ohjaamaksi toiminnaksi. Eri muotojen suhde on vuorovaikutteinen ja ne kiinnittyvät toisiinsa mahdollistaen ja muuttaen toisiaan (Hokkanen ym. 2016, 2017). Kuvassa 1 havainnollistetaan tämän hankkeen aikana jäsentynyt viitekehys kokemustietoon perustuvan asiantuntijuuden rakentumisesta. Kuvauksessa sovelletaan Hokkasen ym. (2016, 2017) tekemää synteesiä kokemusasiantuntijuuden muodoista.



Kuva 1. Kokemustietoon perustuvan asiantuntijuuden rakentuminen (soveltaen Hokkanen ym. 2016, 2017).

Kokemusasiantuntijuus pohjautuu omakohtaiseen kokemustietoon, jonka perustana ovat henkilökohtaiset kokemukset. Terveystieteiden piirissä kokemukset kiinnittyvät vahvasti sairauden hallintaan, toipumiseen, sairaudesta selviytymiseen ja sen kanssa elämiseen sekä erilaisiin palvelutilanteisiin. Kokemukset ja kokemustieto eivät kuitenkaan ole sama asia. Kokemus

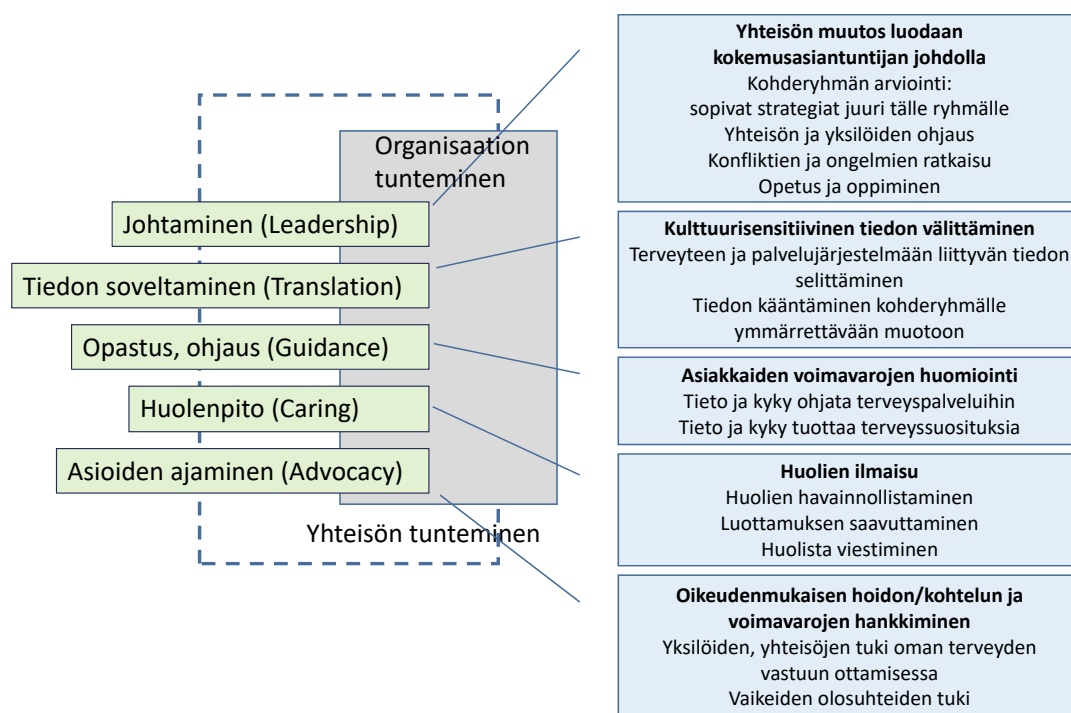
on aina henkilökohtainen ja henkilön kokemus ympäröivästä todellisuudesta on aina subjektiivinen. Ihmiset voivat siis kokea saman asian eri tavoin (Vah-tivaara 2010). Omakohtaisen kokemustiedon muodostuksessa kokemusten totuudellisuutta pyritään arvioimaan ja sille haetaan perusteita. Arviointi edellyttää jonkinlaista kokemusten sanallistamista ja kuvausta, joka on muiden ihmisten ymmärrettävissä (Nieminen 2014). Pelkät kokemukset eivät tee vielä kenestäkään erityistä asiantuntijaa, vaan asiantuntijuudessa on kyse koetun laajemmasta ymmärtämisestä, sen sanallistamisesta ja käsitteellistämisestä (Jakonen 2017). Vuorovaikutuksessa omakohtaisen kokemustiedon rinnalle kehittyy yhteisöllistä tietoa, joka on vankempaa kuin yksittäisiin, henkilökohtaisiin kokemuksiin perustuva tieto. Koulutuksen, käytännön työn, työnoh-jauksen ja täydennyskoulutuksen myötä kokemuksellinen tietoperusta jäsen-tyy ja organisoituu tietämykseksi ja asiantuntijuudeksi.

Kokemusasiantuntijuus voidaan määrittää tietoa välittävänä, tukea tuot-tavana, vaikuttamiseen ja muutokseen suuntautuvana toimimisen tapana, joka edellyttää omakohtaisen kokemuksen haltuun ottamista, jakamista, hyödyntä-mistä ja jalostamista (Kuva 1). Jäsenyntyneeseen kokemustietoon perustuva asi-antuntijuus määrittyy kohdentuneena ja rajautuneena toimintatapana, jossa so-vitaan toiminnan tavoitteista, tavoista ja toimijoista sekä tehdään sopimuksia. Aika ajoin tämä voi luoda kokemusasiantuntijoille vaikean vaatimuksen, kun heidän odotetaan tuottavan yleistettävissä olevaa tietoa, mutta pysyvän sa-malla kuitenkin rehellisenä aidoille kokemuksille (Meriluoto 2018).

Palvelujärjestelmässä kokemusasiantuntijatoiminta voidaan nähdä sosi-aalis-rakenteellisen tason toimintatapana, jolla pyritään vähentämään heikom-massa asemassa olevien ryhmien haavoittuvuutta ja sairaudesta johtuvia epä-edullisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seuraamuksia (Sihto 2016). Asiantuntijuuden kehittymisen kuvaus osoittaa, että kokemusasiantuntijuus muodostuu pitkissä ja usein hankalissakin prosesseissa. Jäsenytynyt tieto voi kuitenkin olla nopeastikin käytettävää ja sovellettavaa (Jakonen 2017).

Asiantuntijuus voi olla erilaista eri ympäristöissä. Terveystieteiden piirissä kokemusasiantuntijuus liittyy keskeisesti sosiaaliseen tukeen, informaa-tion jakamiseen ja tulkkaukseen sekä kulttuuriseen ymmärtämiseen (Bäck-lund 2007, 57; South ym. 2013). Lisäksi kokemusasiantuntijuus kiinnittyy yhä enenevässä määrin palveluiden yhteiskehittämiseen, vaikuttamiseen ja muu-toksen aikaansaamiseen (Günther ym. 2013, Leväsluoto & Kivisaari 2012, Mockford ym. 2012, Oravasaari & Järvensivu 2012).

Aikaisemman tutkimuksen (Story & To 2016) mukaan kokemusasiantuntijoiden toimimisen tapoja ja osaamisalueita ovat olleet: yhteisön muutoksen johtaminen, tiedon muokkaaminen ja soveltaminen kohderyhmän tarpeisiin, asiakkaiden ohjaus, haavoittuvan väestöosan puolesta puhuminen ja asioiden ajaminen sekä hoiva ja huolenpito (Kuva 2). Osaamisalueet perustuvat 17 tieteellisen artikkelin analyysiin ja tältä pohjalta kehitettyyn kyselylomakkeeseen, jonka avulla koulutetut kokemusasiantuntijat arvioivat omaa osaamistaan.



Kuva 2. Kokemusasiantuntijoiden osaamisalueet (Story & To 2016).

Yhteisössä tapahtuvan muutoksen johtamisessa kokemusasiantuntijoita pidettiin usein luonnollisina auttajina, jotka tunsivat kohdeyleisön ja osasivat käyttää juuri heille sopivia strategioita. He osasivat myös kääntää ja tulkita lääketieteellistä tekstiä eri kohderyhmien omalle kielelle. Heillä oli kykyä kytkeä terveyteen liittyvät neuvot ja ohjeet asiakkaiden omiin voimavaroihin, ohjata asiakkaita terveyspalveluihin ja tehdä terveyteen liittyviä suosituksia eri asiakasryhmille. Kokemusasiantuntijat ottivat usein käsiteltäväkseen haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien terveyseroihin johtavia syitä ja toimivat heidän puolesta puhujina. Tässä työssä he osasivat tukea yhteisöjä ja yksilöitä oman vastuun ottamisessa huolimatta vaikeista olosuhteista.

Kokemusasiiantuntijat koettiin yhteisöissä luotettaviksi tuen antajiksi. Heidän huolenpitonsa näkyi siinä, että he osasivat ilmaista ja havainnollistaa huolia (Story & To 2016).

Kokemusasiiantuntijaksi kehittyminen

Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa mukana olleiden kokemusasiiantuntijoiden osalta voidaan katsoa, että kokemusasiiantuntijakoulutus käynnisti kokemustiedon rakentumiseen ja kokemusasiiantuntijuuden kehittymiseen liittyvän oppimisprosessin. Kokemusasiiantuntijoilla oli kahdeksan kuukauden mittainen koulutus, joka sisälsi 34 lähiopetuspäivää (103 tuntia) (Peränen ym. 2015). Koulutuksessa he saivat teoreettisia valmiuksia mm. kehittäjänä toimimiseen, vertaisryhmien ohjaukseen, psyykkisen tuen antamiseen ja elämäntapamuutoksista keskusteluun. He saivat tietoa alueellisista palvelukäytännöistä ja sairaalan toiminnasta sekä harjoittelivat vuorovaikutusta, kirjoittamista, mediassa esiintymistä ja ryhmätyöskentelyä. Keskeistä oppimisprosessissa oli omien kokemusten kuvaus tarinamuotoisesti, kokemusten reflektointi, arviointi ja vuorovaikutus vertaisten, terveydenhuollon asiakkaiden ja ammattilaisten kanssa. Kuvassa 3 on kiteytetty kokemusasiiantuntijoiden henkilökohtaisista tarinoista nousevia ydinkokemuksia (Kuva 3). Kokemusasiiantuntijuuden kehittyminen alkoi omakohtaisista, terveyden järkkymistä koskeneista kokemuksista ja voimavarojen vähäisyydestä siinä tilanteessa sekä toisaalta avun saannista ja selviytymiskokemuksista. Koulutuksen aikana opittiin toisten ydinkokemuksista, jotka jäsenyivät vuorovaikutuksessa jaetuksi, kokonaisvaltaiseksi kokemustiedoksi. Koulutus loi myös valmiuksia laajempaan vuorovaikutukseen eri järjestöjen ja yhdistysten sekä paikallisten, alueellisten ja kansallisten päätöksentekijöiden kanssa.

Asiantuntijuuteen liittyy myös kuva itsestä ja oma kokemus asiantuntijuudesta, joka muodostuu asiaankuuluvasta tietämyksestä, luottamuksen ja varmuuden tunteesta sekä tilannesidonnoisesta kyvystä toimia (Isopahkala-Bouret 2008, Tynjälä 2006). Hanke osaltaan mahdollisti kokemusasiiantuntijuuteen liittyvän identiteetin vahvistumista (Haapakoski ym. 2018) sekä vahvasti kokemuksellisen tietoperustan jäsentymistä tietämykseksi ja asiantuntijuudeksi. Asiantuntijuuden kehittyminen käytännön kenttätöissä vaatii oman toiminnan ulkoista säätelyä ja sisäisen tunnesäätelyn kehittymistä (Haapakoski ym. 2018).



Kuva 3. Hankkeeseen osallistuneiden kokemusasiantuntijoiden henkilökohtaisten tarinoiden ydinkokemuksia.

Hankkeessa toimineilla kokemusasiantuntijoilla oli vahva motivaatio työhönsä potilaiden näkökulman avaajina terveydenhuollon ammattilaisille. Ennen hanketta toteutetuissa haastatteluissa (Torro ym. 2019) kokemusasiantuntijat toivoivat voivansa hyödyntää omia kokemuksiaan muiden samanlaisia vaikeuksia kohdanneiden ihmisten auttamiseksi. Kokemus siitä, että olisi itse aikanaan voinut hyötyä kokemusasiantuntijan avusta sekä halu päästä toimimaan esimerkkinä vaikeuksien voittamisesta olivat kokemusasiantuntijaksi ryhtymisen taustalla. Kokemusasiantuntijat kokivat työnsä sekä sen päämäärän tärkeäksi. Tärkeimpinä seikkoina työssä näyttäytyivät potilaiden rinnalla kulkeminen, potilaan äänen esiin tuominen sekä uusien näkökulmien tarjoaminen sosiaali- ja

terveysalan ammattilaisille. Työ koettiin myös merkitykselliseksi. Kokemusasiantuntijat kuvasivat saaneensa työstä arvostetuksi tulemisen tunteita sekä it-seluottamusta.

Kokemusasiantuntijat toivat haastatteluissa esille myös työn haasteita. Haasteina näyttäytyivät vähäinen tuki sekä yhteistyön käytännöt sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Koettiin, että koulutus ei antanut riittävästi valmiuksia monivivahteiseen työhön (Torro ym. 2019). Erilaisten asiantuntijuuksien yhdistäminen voi olla haasteellista ja kokemusasiantuntijatoiminnan aloittamiseen voi liittyä monenlaisia sosiaalisesti ja kulttuurisesti muodostuvia tunteita. Tämä tuli esille kokemusasiantuntijoiden päiväkirjoista, joita he pitivät hankkeen aikana. Päiväkirja-aineisto toi esille, että uutena palvelujärjestelmän toimijana kokemusasiantuntijoiden työtehtäviin ja ammattilaisten kohtaamisiin liittyi vahvojakin tunnekokemuksia hämmennyksestä, jännityksestä, epävarmuudesta onnistumisiin ja helpottuneisuuden tunteisiin (Haapakoski ym. 2018). Oman toiminnan ja tunteiden hienovarainen säätely on voimavaroja kuluttavaa ja se on hyvä huomioida tulevassa toiminnan suunnittelussa ja koulutuksessa.

Yhteistyötä voivat hankaloittaa ammattilaisten ennakkoluulot vähemmän koulutettuja kokemusasiantuntijoita kohtaan sekä molemminpuolinen tietämättömyys esimerkiksi toiminnan tavoitteista, työnjaosta ja hyödyistä (Glenton ym. 2013; Kostianen ym. 2014; Rissanen ym. 2015). Kokemusasiantuntijatoiminta terveydenhuollossa on uutta ja vierasta, ja voi herättää monenlaisia huolia ja epäilyjä ammattilaisissa (Hämeenaho ym. 2019). Kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyntäminen terveystalveissa hakee vielä muotoaan (esim. Kostianen ym. 2014; Hietala & Rissanen 2015; Haapakoski ym. 2018). Työn haasteet tuovat vaatimuksia myös koulutuksen uudistamiselle. Toiminnasta tiedottaminen ja koulutuksen kehittäminen tiiviissä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa korostuvat. Yhteistyön kehittyminen edellyttää yhteistyömuotojen, eri toimijoiden roolien ja tehtävien selvittämistä uudessa palvelujärjestelmässä.

3 YHTEISKEHITTÄMINEN

Tarja Kettunen, Kristina Grahn, Nina Peränen, Henna Savolainen, Kirsti Kasila

Tässä luvussa kuvaamme yhteiskehittämistä, sen perustaa ja rakentumista terveydenhuollossa. Kerromme myös yhteiskehittämisen toteutumista edistävistä toimista ja yhteiskehittämiseen osallistuneiden toimijoiden arvioita onnistumisista ja tuloksista.

Asiakasosallisuus – yhteiskehittämisen perusta

Asiakkaiden osallistumista palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja järjestämiseen kutsutaan asiakasosallisuudeksi (WHO 2018). Asiakasosallisuus on monitasoista, toteutuen yksittäisen potilaan hoitosuunnitelmista palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen yleisellä tasolla. Potilaiden ja kansalaisten kasvava osallisuus julkisessa terveydenhuollossa (patient public involvement, PPI) perustuu demokratian ideaaliin kansalaisista aktiivisina yhteiskunnallisina vaikuttajina (Tritter 2009, Petsoulas ym. 2015, Leemann & Hämäläinen 2016) ja toisaalta myös konsumeristiseen ideologiaan, missä kansalaiset nähdään käyttämiään palveluita valitsevina ja niihin vaikuttavina kuluttajina (Petsoulas ym. 2015).

Leemann & Hämäläinen (2016) jakavat asiakasosallisuuden osallistumiseen (participation) ja osallisuuteen (involvement). Osallistuminen on mukanaoloa toisten määrittelemässä tilanteessa, kun taas asiakasosallisuus on mukanaolon lisäksi toimintaa ja vaikutusmahdollisuuksia. Asiakasosallisuudessa asiakas on tasa-arvoisessa suhteessa ammattilaiseen jo toiminnan suunnitteluvaiheessa (Kettunen & Kivinen 2012) ja tulee kuulluksi myös pää-

tösprosesseissa (Laitila 2010; Rissanen 2013). Erilaiset asiakasosallisuusmuodot määritellään pitkälti päätösvallan näkökulmasta. Asiakasosallisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa. Epäsuora asiakasosallisuus välittyy edustajan – esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen – kautta (Tritter 2009, Petsoulas ym. 2015). Asiakasosallisuus voidaan jaotella myös aktiiviseen osallisuuteen, jossa asiakkaat päättävät toiminnan muutoksesta, tai passiiviseen, jossa asiakkaat osallistuvat toiminnan suunnitteluun, mutta ammattihenkilöstö päättää käytetäänkö asiakkaiden ehdotuksia toiminnan muuttamiseen (Baggott ym. 2005, Anderson ym. 2006, Oliver ym. 2008). Keskusteleva asiakasosallisuus (deliberative) viittaa kasvokkain tapahtuvaan kanssakäymiseen asiakkaiden kanssa, kuten potilasfokusrühmät, ja ei-keskusteleva (non-deliberative) ilman henkilökohtaista tapaamista tapahtuvaan vaikuttamiseen, kuten asiakaskyselyihin vastaamiseen (Petsoulas ym. 2015).

Julkisessa terveydenhuollossa asiakasosallisuuden mahdollistaminen liittyy potilaiden omahoidon lisääntymiseen ja toipilaslähtöiseen ajattelumalliin hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (Ross ym. 2014). Asiakasosallisuus palvelujen järjestämisen lähtökohtana on vahvasti esillä etenkin mielenterveyspalveluissa. Mielenterveyspalvelujen uudistaminen ja muuttaminen toipilaisuutta korostaviksi on lisännyt asiakasosallisuuden merkitystä (Kuosmanen ym. 2013).

Lisääntyneen asiakasosallisuuden taustalla vaikuttaa pyrkimys terveydenhuollon kustannusten kasvun hallitsemiseen; asiakasosallisuudella palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä pyritään vahvistamaan hoidon vaikuttavuutta ja täten kasvattamaan kustannustehokkuutta terveydenhuollon järjestämisessä (Sihvo ym. 2018). Terveydenhuollon resurssirajoitteiden johdosta asiakasosallisuus, toipuminen ja omahoito ovat vahvasti mukana kroonisten sairauksien ja monisairastavuuden hallinnan nykystrategioissa (Reidy ym. 2016). Kansalaisten eliniän pidennyttyä ja kroonisesti sairastavien ja monisairaiden määrän lisääntymisen myötä (Salisbury 2012) asiakasosallisuus on muodostumassa yhdeksi prioriteetiksi järjestelmätason palvelujen suunnittelussa (Mockford ym. 2012). Monisairastava potilas tarvitsee monipuolisempaa hoitoa, mikä kasvattaa myös terveydenhuollon kustannuksia (Strandberg & Antikainen 2017).

Eurooppalainen Potilasfoorumi (European Patients' Forum, EPF) edistää asiakasosallisuutta EU-tasolla. EPF toimii katto-organisaationa kansallisille potilasryhmille (European Patients' Forum 2018). Potilaista ja heidän läheisis-

tään koostuvista jäsenjärjestöistä valikoidut edustajat työskentelevät työryhmittäin EU:n toimielimien kanssa (European Patients' Forum 2018). Foorumi pyrkii olemaan kollektiivinen vaikutusvaltainen ”ääni” potilaille eurooppalaisessa terveydenhuollossa, koko Euroopan kattava yksittäinen potilaselin ja ajaa potilaiden voimaantumista ja tasa-arvoista hoidon saatavuutta.

Asiakkailta lähtöisin olevan kokemusperäisen tiedon hyödyntäminen on lisääntynyt myös Suomessa viime vuosina. Trendi on asiakasosallisuuden mahdollistavan lainsäädännön ohjeistamaa (Seppänen 2018). Perustuslaki (731/1999) ja Kuntalaki (410/2015) luovat perustan kansalaisten vaikutusmahdollisuuksille. Terveydenhuoltolaki puoltaa asiakaskeskeisyyttä (1326/2010), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sekä Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) velvoittavat asiakaslähtöisyyteen painottamalla potilaan osallistumista ja itsemääräämisoikeutta. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittää lisäksi oikeuden osallistua palvelujen kehittämiseen.

Sekä asiakkaat että terveydenhuollon työntekijät kokevat asiakasosallisuuden palveluiden kehittämisessä tärkeänä (Laitila & Pietilä 2012, Lewis 2014, Hipp ym. 2016, Goodridge ym. 2018, Knowles ym. 2018) mutta kokevat käytännön toteutuksessa vielä puutteita (Laitila & Pietilä 2012, Lewis 2014). Asiakkaat ovat myös turhautuneet organisaation puutteelliseen pänökseen uuden toiminnan juurruttamisessa sekä toimintaa viivästyttäneisiin hallinnollisiin ja taloudellisiin esteisiin (de Souza ym. 2016).

Asiakasosallisuus terveydenhuollon kehittämistyössä antaa mahdollisuuden muotoilla palvelut asiakaslähtöisiksi mutta se luo myös haasteita käytäntöön (Häyhtiö 2017), virallisista asiakasosallisuutta tukevista säädöksistä huolimatta (Petsoulas ym. 2015). Menetelmät, joilla asiakasosallisuutta edistetään, ovat pirstaleisia eikä sosiaali- ja terveystalalle ole syntynyt yhtenäistä osallisuuden toimintakulttuuria (Semrau ym. 2016, Häyhtiö 2017). Asiakkaiden vähäinen määrä kehittämistyössä voi johtaa asiakaslähtöisyyden sivuuttamiseen (Lewis 2014). Asiakasosallisuuteen pyrkivää toimintaa kuvataan usein myös monitulkintaisilla tai vaihtelevilla käsitteillä, joista asiakasosallisuuden todentaminen voi olla hankalaa (Oliver ym. 2008).

Tiedetään, että asiakasosallisuuden toteutuminen on jäänyt monessa kehittämishankkeessa vähäiseksi, vaikka suunnitteluvaiheessa tavoitteet osallisuuden mahdollistamisesta ovat olleet korkealla (Häyhtiö 2017). Asiakasosallisuutta saatetaan korostaa puheissa mutta käytänteet eivät aina tue

asiakkaiden osallistumista yhteiskehittämiseen (Broer ym. 2012). Asiakasosallisuutta painottava uusi retoriikka ei välttämättä kuvaa toimintatapojen muutosta (Hokkanen ym. 2017). Järjestelmätason asiakasosallisuudessa on vaarana, että asiakasosallisuus jää näennäiseksi (Lewis 2014; Gurung ym. 2017; Semrau ym. 2016); asiakasedustajia voidaan käyttää ”kumileimasimena”, jolla johdon tekemät päätökset legitimoidaan mutta todellisuudessa päätöksenteo jatkuu organisaation vanhan hierarkian mukaisesti (Lewis 2014).

Maallikoiden astuminen terveydenhuollon kehittämistoimiin ja päätöksenteon muuttuminen jaetuksi on herättänyt vastustusta terveydenhuollon henkilöstön keskuudessa (Martin 2008; Häyhtiö 2017). Terveydenhuollon ammattilaiset voivat suhtautua suopeammin asiakasosallisuuteen ensin asiakkaiden oman hoidon tasolla ennen osallisuutta järjestelmätason päätöksenteossa (Samudre ym. 2016). Martinin (2008) mukaan ammattihenkilöiden vastustuksessa on kyse valtataistelusta. Myös Laitilan ja Pietilän (2012) sekä Lewisin (2014) mukaan vallan käyttö ja valtasuhteiden muutos on olennainen tekijä maallikoiden osallisuuden toteutumisessa.

Organisaatioiden valmiit rakenteet, perinteiset toimintakulttuurit ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset perinteisine asiakaskäsityksineen muodostavat ison haasteen uuteen toimintamalliin sitoutumiselle (Ahola 2017, Häyhtiö 2017). Terveydenhuollon palvelujärjestelmän toiminta on myös vahvasti lainsäädännön määrittämää minkä lisäksi käytännön toiminnan organisoimista ohjaavat myös paikkakohtaiset toimintaohjeet. Haaste onkin uuden toimintatavan luominen vanhoissa rakenteissa, joissa toimintavaraa voi olla vähäisesti (Ahola 2017). Sekä henkilökunnan että asiakkaiden sitoutuminen voi jäädä vajaaksi, jos toiminnan pyrkimystä ja tavoitteita ei tehdä toimintakentällä selväksi (Häyhtiö 2017). Toiminnan juurruttamisen haasteena on myös kokemusperäiseen tietoon perustuvan toiminnan hahmottaminen ulkoisena, konsultaatioluontoisena lisänä peruspalveluihin (Ahola 2017). Organisaation tulisi kokonaisuudessaan sitoutua uuteen toimintamalliin, jossa asiakas on tasavertaisena osallisena; jos asiakkaiden roolia ja kehitystyötä rajataan perinteiseen tapaan organisaation puolelta, voivat kritiikin ja aloitteellisuuden kautta saatavat uudet näkökulmat toiminnan uudistamiseen jäädä saamatta (Häyhtiö 2017).

Järjestelmätason asiakasosallisuuden vahvin kritiikki kohdistuu asiakasedustajien edustavuuteen ja legitimiyyteen (Martin 2008, El Enany ym. 2013; Reidy ym. 2016; O’Shea ym. 2017). Usein työntekijöiden vastustuksessa asiakkaiden kehittämisosallisuuteen on kyse eroavista käsityksistä siitä, mitä

asiakkaiden edustavuus tarkoittaa (Martin 2008). Yhden näkemyksen mukaan maallikkoedustajan tulisi edustaa laajemmin väestöä, toisen näkemyksen mukaan maallikko edustaa vain itseään (Martin 2008). Myös maallikoiden rekrytoinnista ja koulutuksesta kehittämistehtäviin on kaksi näkemystä; El Enany ym. (2013) kritisoivat asiakasedustajien koulutusta koulutuksen sosiaalistaessa yhdenmukaiselle ajattelutavalle, kun taas asiakasosallisuuden pyrkivän toiminnan osapuolet painottavat rekrytoinnin ja koulutuksen tärkeyttä kehittämistehtävissä (Boivin ym. 2010, Gurung ym. 2017, Upadhyaya ym. 2017). El Enany ym. (2013) ja O'Shean (2017) mukaan maallikkoedustajiksi hakeutuvat ja valikoituvat aikaisempaa kokemusta kehittämisestä omaavat, jolloin kyseenalaista on, käyttäkö maallikkoedustaja todella maallikkotietoa vai omaamaansa aikaisempaa tietoa kehittämisestä työssään (El Enany ym. 2013, O'Shea (2017). Samat edustajat myös toimivat useammassa potilasedustustehtävissä (O'Shea ym. 2017).

O'Shean ym. (2017) mukaan edustukselliset epäilyt voivat vaivata myös asiakasedustajina toimivia; riittääkö henkilökohtainen kokemus palvelunkäyttäjänä vai tulisiko jakaa edustettavien kanssa myös muita ominaisuuksia. Edustajille on ollut osittain epäselvää, mikä heidän roolinsa edustajana on, keitä he edustavat ja kuinka he voisivat parhaiten edustaa väestöryhmiä (O'Shea ym. 2017). Konsumerismi-ajattelu aiheuttaa omat ongelmansa edustavuuskysymyksiin; potilaiden näkeminen yksilöllisinä kuluttajina ja yksilöllisen valinnanvapauden korostaminen terveydenhuollon järjestämisessä voi heikentää kiinnostusta laajempaan potilasedustukseen ja asiakasosallisuuden integroimiseen terveydenhuollon systeemeihin (Martin 2008).

Suomessa toteutetut hankkeet osoittavat, että asiakkaiden kanssa on mahdollista kehittää palveluita yhteistyössä, kunhan henkilökunta ja johto toimivat aidossa dialogissa asiakkaiden kanssa (Häyhtiö 2017). Tämä edellyttää työntekijöiden kouluttamista ja ammattitaidon kehittämistä asiakasosallisuuden juurruttamiseksi perustyöhön. Ammattilaispäätösten toimintakenttänä toiminut ala tarvitsee myös ammattilaisrooliensa uudelleenmäärittelyä, jotta uusi toimintamalli voidaan sisällyttää järjestelmään (Ahola 2017). Rutinoituneiden ajatus- ja toimintamallien muuttaminen vaatii aikaa, aitoa vaikuttamismahdollisuutta ja yhteisöllistä dialogia (Häyhtiö 2017). Tiedon jakaminen on tärkeää, esimerkiksi kokemusasiantuntijatoimintaan liittyvä epätietoisuus (Myöhänen 2018) on vähentynyt ja terveydenhuollon henkilökunnan suhtautuminen muuttunut suopeammaksi toiminnan tultua tutuksi (Laitila & Pietilä;

Seppänen 2018). Kokemusperäisen tiedon näkeminen yhtenä merkityksellisenä asiantuntijuuden muotona mahdollistuu toimintaa tukevien rakenteiden kautta (Ahola 2017).

Järjestelmätason asiakasosallisuuden tasa-arvoinen asema perustuu pitkälti toimintaorganisaation ominaisuuksiin ja resursseihin (Laitila & Pietilä 2012). Kehittämiseen osallistuvat asiakkaat tarvitsevat tukea, tasa-arvoisen, kunnioittavan aseman ja kulttuurimuutokseen valmiin organisaation (de Souza ym. 2016). Asiakasosallisuuden tapahtuessa kaikilla tasoilla, hoidon parantuu ja tukiessa yksilön voimaantumista asiakasosallisuus palvelujen järjestelmätason kehittämiseenkin helpottuu (WHO Regional Office for Europe 2010). Näennäisosallisuutta ja osallisuuden pirstaleisuutta voidaan estää todellisella vastuunjaolla asiakkaita edustavien järjestöjen kanssa (Semrau ym. 2016). Myös asiakkaiden järjestäytyminen sekä toiminnan selkeä johtaminen edistävät järjestelmätason asiakasosallisuutta (Gurung ym. 2017). Asiakkaiden aikainen mukaan otto toimintaprosessiin sekä sosiodemografinen tasa-puolisuus mahdollistavat osallistujien edustavuuden (Boivin ym. 2010). Edustuksellisten roolien selventäminen ja kysymysten käsitteleminen vähentää myös työntekijöiden vastustusta (O'Shea ym. 2017, Martin 2008). Myös asiakkaat tarvitsevat tukea, ohjausta ja motivointia sitoutuakseen kehittämistyöhön (Boivin ym. 2010, Häyhtiö 2017).

Yhteiskehittämisen taustaa

Maailman terveysjärjestön (WHO) strategia ihmislähtöisistä terveyspalveluista 2016-2026 (WHO 2015) nostaa palvelujärjestelmän eri tasoilla merkittäviksi periaatteiksi yhteistyösuhteiden rakentamisen, yhteistoiminnan ja tiimityöhön perustuvat käytännöt sekä kansalaisten että ammatillisten toimijoiden kanssa (Kuva 1). Strategian mukaisesti tämän tulee tapahtua niin yksilön, organisaation kuin poliittisen tason toiminnassa. Strategian avulla tavoitellaan terveyspalvelujen uudistamista sirpalemaisista asiantuntijakeskeisistä palveluista kohti kansalaisille yhteensopivia, avoimia ja herkästi muuntuvia palvelukokonaisuuksia.

IHMISLÄHTÖISET TERVEYDENHUOLLON PALVELUT

Yhteistyössä (*collaborative*) – tukien yhteistyösuhteiden rakentumista, tiimipohjaista työskentelyä ja yhteistyökäytäntöjä terveydenhuollon kaikilla tasoilla ja eri toimijoiden kanssa

Kunnioittaen (*respectful*) – ihmisarvoa, sosiaalisia olosuhteita ja kulttuurisia erityispiirteitä

Yhdessä tuottaen (*Co-produced*) – ihmisten ja yhteisöjen aktiivisen kumppanuuden kautta sekä yksilö- ja organisaatio- että politiikkatasolla

Kuva 1. Maailman terveysjärjestön periaatteet terveyspalveluiden kehittämiseen (WHO 2015).

Yhteiskehittämisestä puhutaan kirjallisuudessa erilaisin käsittein kuten yhteissuunnitteluna (Co-design) ja yhteiskehittelynä/-luomisena (Co-creation, Co-production). Yhteissuunnittelussa palvelun käyttäjät ovat palvelun tuottajien mukana suunnittelemassa ja kehittämässä palveluja (Greenhalgh ym. 2011). Yhteiskehittely/-luominen korostaa erityisesti yhteistyön innovatiivista luonnetta ja uudenlaisen tiedon muodostumista uudentyyppisissä asiakasverkostoissa (Nambisan & Nambisan 2009, Palumbo 2016). Määrittelyt ovat kuitenkin hyvin samankaltaisia sisällöltään. Tässä julkaisussa käytämme termiä yhteiskehittäminen. Terveyspalveluissa yhteiskehittämisen on todettu viitoittavan tietä parempiin hoitotuloksiin ja kustannussäästöihin sekä potilastyytyväisyyteen ja parempiin uudistuksiin palveluissa (Palumbo 2016). Se pohjautuu palvelun käyttäjien kokemustiedon hyödyntämiseen kehittämistyössä (Greenhalgh ym. 2011, Bate & Robert 2007: Experience-based co-design) sisältäen periaatteen asiakkaiden näkökulman ensisijaisuudesta.

Hankkeen yhteiskehittämistä voidaan tarkastella ekspansiivisena oppimisena, jolloin osapuolten vahva vuorovaikutus muokkasi ja laajensi oppimiskohteena olevaa yhteiskehittämistä sen edetessä (Engeström & Sannino 2010). Toiminnan tuloksena kokemusasiantuntijan näkökulma palveluihin yhdistyy palveluntarjoajan näkemyksen kanssa uudeksi, yhdistetyksi näkökannaksi palveluiden järjestämiseen. Ekspansiivinen oppiminen mahdollistaa in-

novaatioiden sosiaalisten prosessien tehostumisen sekä organisaation kehittymisen, oppimisen ja sosiaalisten innovaatioiden yhdistämisen, jolloin kehitetyt innovaatiot ovat vaikuttavia (Kerosuo ym. 2010). Uusien käytänteiden innovointi ja toimeenpano nähdään jatkuvana oppimisprosessina. Tuloksena on jotain uutta, jota organisaatiossa ei vielä ole ollut (Engeström & Sannino 2010).

Ekspansiivinen oppiminen on muutosprosessi, joka kyseenalaistaa ja analysoi olemassa olevaa, mallintaa sekä toimeenpanee uutta toimintaa (Engeström 2004, 61). Toiminta siirtyy uusiin käytänteisiin vaiheittaisen muutoksen aikana ja innovaation luominen edellyttää jaetun kohteen luomista (Engeström & Sannino 2010). Oppimiskohde muuntuu ja laajenee, oppijat rakentavat kohteen ja muokkaavat sitä oppimisen kuluessa (Engeström & Sannino 2010). Oppimiskohde ymmärretään usein moninaisesti toimijoiden erilaisten näkökantojen johdosta. Kehittäjien osallisuus on prosessissa vahvaa, pelkkä osallistuminen tai organisaation ulkopuolelta saatujen ideoiden soveltaminen ei riitä (Engeström & Sannino 2010).

Ekspansiivisessa oppimisessa ristiriidat nähdään muutoksen lähteenä (Kerosuo ym. 2010). Ristiriidat ovat rakenteellisia jännitteitä vastakkaisten voimien välillä yhteisöllisessä toiminnassa (Engeström 2001). Kokemusasiantuntijan yhteiskehittämiseen tuoma kokemuseräinen maallikon näkemys voi olla hyvinkin ristiriitainen terveydenhuollon edustajan näkemyksen kanssa. Erilaiset näkökulmat tuovat toimintaan moniäänisyyttä, joka on usein ongelmien ja jännitteiden lähde heijastaen taustalla olevia ristiriitoja (Kerosuo ym. 2010). Tuomalla näitä eri näkökulmia dialogiin voidaan saada uusia ratkaisuja ristiriitoihin, jolloin moniäänisyys toimii innovaatioiden lähteenä (Kerosuo ym. 2010).

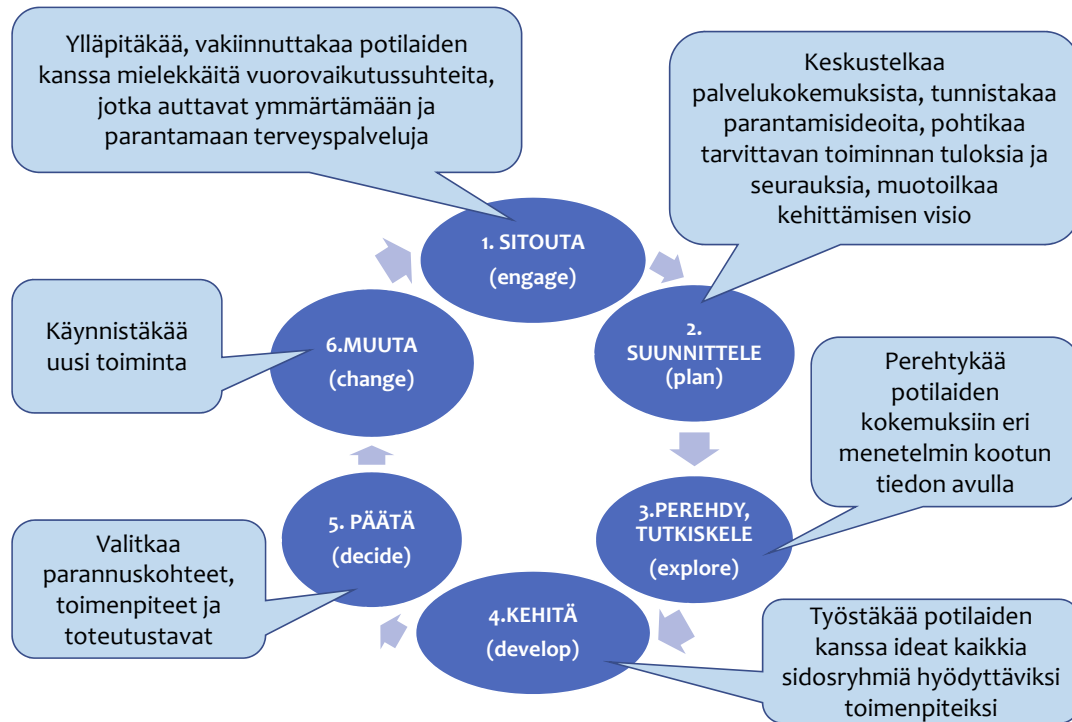
Terveydenhuollossa yhteiskehittäminen on keino parantaa terveystalveta yhdessä potilaiden kanssa (Boyd ym. 2010). Se etenee vaiheittain alkaen sitouttamisesta ja päätyen muuttamiseen (Kuva 2). **Sitouttaminen** on ratkaiseva perustekijä ja edellyttää potilaiden kanssa mielekkäiden, uusien vuorovaikutussuhteiden löytymistä, ylläpitämistä ja vakiinnuttamista. Työpajatyöskentely on sopiva menetelmä koota yhteen suuri joukko ihmisiä keskustelemaan kehittämisen eri näkökulmista. Työpajoihin kutsutaan avainhenkilöitä ja -ryhmiä, joita kehittämistyön nähdään koskettavan. Näin työpajoihin osallistuvat oppivat toisiltaan ja rakentavat yhteisymmärrystä tulevista kehittämisen askelmerkeistä. Yhteisen pohdinnan tukena voidaan samanaikaisesti käyttää myös sähköisiä alustoja. Työpajatyöskentely jatkuu tunnistettujen

avainhenkilöiden kanssa. Parantamisen tavoitteita ja niiden saavuttamista **suunnitellaan** pohtimalla tarvittavan toiminnan tuloksia ja seurauksia potilaan näkökulmasta. Työpajatyöskentelyn tuloksena syntyy yhteinen visio, joka ilmaistaan julkilausumana siitä, mitä halutaan saavuttaa, mitä potilaille luvataan ja millaista tulosta potilaat voivat odottaa.

Yhdessä **tutkiskelu** ja potilasnäkökulmaan perehtyminen auttavat potilaiden palvelukokemuksista oppimista. Potilaiden kokemuksista kerätään tietoa useilla eri tavoilla. Hyviä menetelmiä ovat potilaan polun seuraaminen ja kartoittaminen eri palvelupisteissä sekä sen graafinen kuvaaminen. Potilaan läheisten ja tukihenkilöiden haastattelut syventävät ymmärrystä. Myös toisten samanlaisessa tilanteessa olevien potilaiden kuunteleminen laajentaa yleiskuvaa hoitopolun parantamiskohteista. Potilastarinoiden kokoaminen avaa yksittäisten kokemusten merkitystä potilaiden elämän kokonaisuudessa. Kyselyt puolestaan antavat yleisempää tietoa ja niitä voidaan toteuttaa eri ryhmille. Saatu tieto myös analysoidaan huolellisesti.

Kehittämisvaiheessa ideat työstetään toimenpiteiksi. Aivoriihi auttaa toimenpide-ideoiden, niiden resurssoinnin ja toteuttamisen esille saamisessa. Toimenpiteitä joudutaan priorisoimaan ja arvioimaan eri sidosryhmien näkökulmista. Potilaiden tarpeita ja ideoita verrataan johtamisen, talouden, lääketieteen, logistiikan ja muiden sidosryhmien tarpeisiin, kunnes yhdessä löydetään tasapuolinen näkökulma potentiaalisista parannettavista alueista. Lopuksi työstetään yhteenveto niistä parannuskohteista, jotka tuottavat suurimman hyödyn mahdollisimman monelle sidosryhmälle.

Tämän jälkeen **päätetään** parannuskohteet ja parantamiskeinot. Menestys on riippuvainen sekä potilaan matkan ymmärtämisestä, että palvelun tarjoajien oivalluksista. **Muuttamisvaiheessa** ryhdytään toimeen ja mahdollisimman moni parannus tehdään yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Aluksi voidaan tarvita uuden toimintatavan tai prototyypin kokeilua. Ennen uuden toiminnan käyttöönottoa arvioidaan, miten potilaiden kokemukset muuttuivat. Kehittämistyö dokumentoidaan niin, että tehtyä työtä voidaan hyödyntää uudelleen. Dokumentointi ohjaa tulevaa kehittämistyötä ja auttaa ymmärtämään potilasnäkökulman merkityksen.



Kuva 2. Yhteiskehittämisen sykli (Boyd ym. 2010).

Yhteiskehittämisen keskeisin periaate ja johtoajatus on potilaan näkökulman etusijalle asettaminen. Vaikka yhteiskehittäminen on polveilevaa, saattaa viedä aikaa ja välillä tuntua ammattilaisista turhauttavalla johtuen uusista yhdessä työstämisen toimintatavoista ja menetelmistä, tulokset ovat sen arvoisia. Yhteiskehittämisen sosiaalinen prosessi ja uudenlaisten verkostojen muodostuminen ovat yhtä arvokkaita tuloksia kuin saavutetut lopputulokset. Potilaiden panoksen huomioiminen (kiitokset, valmennus jne.) koko prosessin ajan on tärkeää.

Yhtä yhteiskehittämisen tapaa tai menetelmää ei ole olemassa. Toimintatavat ja menetelmät riippuvat käytettävästä ajasta ja siitä, mitä aiotaan kehittää. Tyypillisimpiä menetelmiä ovat työpajat, erilaiset sähköiset alustat, graafiset kartat potilaiden kokemuksista, potilaiden tarinat, potilastapausten havainnointi, kohtaamispisteet, ideariihet, kuvaukset ja prototyypit (Boyd ym. 2010). Suomessa yhteiskehittämistä on aiemmin rakennettu muun muassa mielenterveyspalveluissa (Hipp ym. 2016, Salminen 2014), väkivaltatyössä (Laitinen & Nikupeteri 2013) ja sosiaalipalveluissa sekä terveyskeskuksessa (Pohjola ym. 2017).

Salmisen (2014) tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujille järjestettiin kuukausittaisia yhteisöfoorumeita, joihin kaikki kuntoutajat voivat osallistua.

Yhteisöfoorumeilla suunniteltiin tulevaa toimintaa pienryhmissä, jolloin kaikki rohkenivat tuoda esille omia toiveitaan. Kaikki ne, joita asia koski, olivat oikeutettuja osallistumaan. Kehittämistyössä olivat mukana myös kokemus-asiantuntijat. He rakensivat sähköistä, kuntoutujien omaa, henkilökohtaista mielenterveyttä tukevaa sähköistä tiedostoa. Kokemusasiantuntijat keräsivät tiedostoon kuntoutujan kanssa yhdessä hänen mielenterveyttään tukevia internetsivustoja. Samalla kuntoutujien taidot etsiä luotettavaa tietoa kasvoivat. Kokemusasiantuntijat osallistuivat myös erilaisiin ryhmiin ammattilaisten parina ja omien tarinoidensa kautta lisäsivät ryhmäläisten uskoa, toivoa ja rohkaistumista selviytyä vaikeistakin tapahtumista. Uudet toimintatavat olivat henkilökunnalle haastavia, mutta toivat mielekkyyttä ja uutta sisältöä työtehtäviin.

Väkivaltatyön yhteiskehittämisessä (Laitinen & Nikupeteri 2013) kokemusasiantuntijat kutsuivat ryhmänä luokseen päättäjiä ja asiantuntijoita ja kertoivat heille ehdotuksiaan muun muassa väkivaltaan liittyvästä lainsäädännöstä palvelujen parantamiseksi. Työntekijöiden kanssa yhteistyössä he myös rakensivat työntekijöiden asiantuntijatietoutta ja ymmärrystä väkivallasta ja toimivat näin ammatillisen osaamisen täydentäjinä. Ammatillaiset oppivat sanoittamaan kokemuksia, viemään niitä eteenpäin ja luomaan väkivaltatyöhön tarvittavia vuorovaikutussuhteita. Näin heikosti tunnistetuista ilmiöistä tuli näkyviä ja tieto niistä lisääntyi.

Yhteiskehittämisessä siihen osallistuvat kumppanit ovat päätöksenteossaan itsenäisiä, keskinäinen luottamus on ansaittu ja se on rakennettu yhdessä. Yhteistyö voi olla sekä ihmisten, ryhmien tai organisaatioiden välistä, mutta se on tiivistä, luottamuksellista, pitkäaikaista ja sopimus pohjaista (Crawford ym. 2002, Oravasaari & Järvensivu 2012). Tässä julkaisussa terveydenhuollon kumppanit ovat kokemusasiantuntijoita. Heillä on toimeksiantosopimus, jossa määritellään kokemusasiantuntijoiden tehtäviä, palkkioita ja vakuutukseen liittyviä asioita.

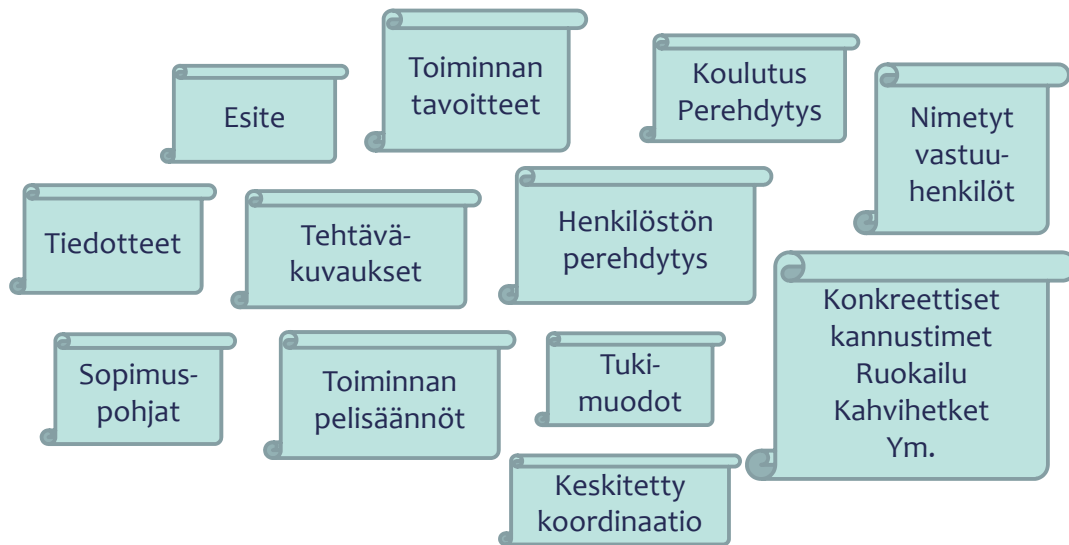
Yhteiskehittämisestä kertyi kolmen vuoden aikana runsaasti tutkimusaineistoa. Aineiston keräämistä ohjasivat työntekijöiden, kokemusasiantuntijoiden ja tutkijoiden yhteiset pohdinnat ja tulkinnat. Aineiston keruussa noudatettiin hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuvia eettisiä periaatteita. Tutkimuksella oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Kaikilta osallistujilta pyydettiin vapaaehtoinen suostumus ja tutkimuksesta saattoi vetäytyä pois missä vaiheessa tahansa.

Yhteiskehittämisen toteutus

Tässä hankkeessa yhteiskehittämisen kautta rakennettiin kolme toimintamallia. Yksikkökohtainen ja toimintaa kokonaisvaltaisesti koskeva kehittäjäkumppanuuden toimintamalli rakentui sekä sairaalan yhteispäivystyksen että terveyskeskuksen vastaanottoiminnan sisäisenä kehittämisenä. Verkkopohjaisen elämäntapaohjausmallin yhteiskehittäminen oli organisaatioiden välistä keskittyen maakunnallisesti kohdennettuun asiakasryhmään terveyskeskuksissa; niihin joilla oli tarvetta elämäntapamuutokseen. Vertaisvastaanoton toimintamalli rakentui puolestaan kuntakohtaisesti terveyskeskusten vastaanottoiminnassa. Jokaisen toimintamallin yhteiskehittäminen tapahtui hiukan eri tavoin.

Kokemusasiantuntijat toimivat sekä sairaalassa että terveyskeskuksissa toiminnan havainnoijina ja kehittämistä ideoivina tahoina. Lisäksi he toimivat verkkotutoreina elämäntapamuutosryhmissä ja pitivät terveysasemilla vastaanottoa. Osa heistä oli mukana kaikissa toimintamalleissa ja osa vain jossakin yksittäisessä. Kokemusasiantuntijat saivat valita itselleen sopivia tehtäviä ja heidät perehdytettiin erikseen jokaiseen toimintaympäristöön ja työkäytäntöihin. Perehtymistä auttoi, että kokemusasiantuntijat olivat itse mukana jo luomassa toimintaa. He toivat näkemyksiään esille eri palavereissa ja työstivät materiaaleja sekä itselleen että ammattilaisille ja asiakkaille.

Kokemusasiantuntija oli sairaanhoitopiirissä uusi toimija ja toiminnan käynnistämiseksi tarvittiin paljon etukäteistyötä, kuten tehtäväkuvauksia, toimintaa ohjaavia käsikirjoja, sopimus pohjia, viestintäkanavia (Kuva 3). Tässä työssä ensiarvoista oli hankkeesta saatu lisäresurssi, jolloin toiminnan koordinaatio tapahtui hallitusti ja suunnitelmallisesti ja perehdytykselle jäi aikaa. Jokaisessa yksikössä heillä oli myös nimetty vastuuhenkilö, jonka kanssa ratkottiin käytännöistä nousevia pulmia kuten missä toiminnan havainnointi tapahtui tai missä kokemusasiantuntijat voivat tavata ja haastatella asiakkaita ja tehdä havainnoistaan muistiinpanoja. Kokemusasiantuntijoille rakennettiin myös oma sähköinen sivusto, josta löytyivät työvuorot, matkalasku- ja toimeksiantosopimuslomakkeet, tiedotteet, kuukausikirjeet ym. materiaalia.



Kuva 3. Hyvä suunnittelu ja kirjalliset kuvaukset yhteiskehittämisen taustalla.

Toiminnan moninaisuudesta johtuen kokemusasiantuntijoiden jaksamisen tuki oli erityisen tärkeää ja siihen kiinnitettiin huomiota monin eri tavoin (Kuva 4). Tuki kulminoitui tasa-arvoiseen kohteluun ja konkretisoitui asioiden yhteissuunnittelussa ja yhteistapaamisissa sekä kokemusasiantuntijoiden kesken, että yhdessä kaikkien toimijoiden kanssa. Tasa-arvoisesta kohtelusta viestivät erityisesti ammattilaisten kanssa yhteiset virkistämistilat kuten esimerkiksi yhteinen kahvihuone. Hankkeen aikana hyvin valmistellut Workshop-päivät auttoivat kokemusasiantuntijoita paneutumaan itselle kiinnostaviin tehtäväkokonaisuuksiin. Vapaamuotoisissa vertaiskoontumisissa heillä oli mahdollisuus tuulettaa kertyneitä tunnekokemuksia ja niistä syntyneitä ajatuksia.

KOKEMUSASIAANTUNTIJOIDEN JAKSAMISEN TUKI

- Tasa-arvoinen kohtelu: mm. yhteiset virkistämistilat kuten kahvihuone
- Yhteissuunnittelu ja yhteiset tapaamiset kehittämisen eri vaiheissa, dialogi ja kokemusten vaihto
- Ohjaus ja tuki kentällä: nimetyt vastuuhenkilöt, saatavilla olo, rohkaisu täysipainoiseen osallistumiseen, käytännön ongelmien ratkominen työssä
- Tiedottaminen ja viestintä: oma sivusto, tiedotteet, kuukausikirjeet
- Itselle sopivat työtehtävät
- Perehdytys ja lisäkoulutus eri työtehtäviin
- Työpajatyöskentely: oman osaamisen ja vahvuuksien tunnistaminen sekä työstäminen
- Työnohjaus

Kuva 4. Kokemusasiantuntijatyön tukimuodot hankkeessa.

Koska työskentely tapahtui asiakaspinnassa, kokemusasiantuntijat kohdasivat hyvin monenlaisia ja haastavia asiakastilanteita. Niistä nousseita tunteita ja kysymyksiä käsiteltiin säännöllisesti työohjauksessa. Työohjaukselle asetettuja tavoitteita olivat kokemusasiantuntijoiden työhyvinvoinnin ja jakamisen tukeminen, yhteisöllisyyden kehittyminen, luottamuksellisen yhteistyöilmapiirin rakentaminen sekä hanke- ja kehittämistyössä esille nousseiden tunteiden käsittelyn mahdollistaminen. Työohjaukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja istuntoihin oli mahdollista osallistua myös etäyhteyden avulla. Työohjauksen tapaamiskertoja oli kolmen vuoden aikana yhteensä 15 ja yhden tapaamisen kesto oli noin puolitoista tuntia. Osallistujia tapaamisissa oli vaihtelevasti 2-10 henkilöä. Työohjaukseen osallistui silloin tällöin myös hankkeessa työskenteleviä ammattilaisia.

Kokemusasiantuntijat kokivat työohjauksen (Kuva 5) merkittäväksi luottamuksen rakentajaksi suuren toimijajoukon välille. Se vahvisti yhteistä näkemystä. Vaikeista asioista puhumisen ja tunteiden jakamisen koettiin helpottavan omaa oloa.

Työohjauksessa esille nousseita asioita:

Oma jaksaminen: itsetuntemuksen lisääminen, arviointia, rajaaminen

Käytännön ongelmat kokemusasiantuntijan työssä: tekniset asiat, salassapito

Oma rooli organisaatiossa, ammattilaisten asenteet

Hankkeeseen liittyvät: luottamus, tiedottaminen, tasapuolisuus

Ryhmän sisäiset suhteet

Kokemukset työstä

Onnistui

+työohjauksen mahdollistaminen

+tunteiden jakaminen

+luottamuksen rakentaminen

+puhuminen vaikeista asioista helpotti

omaa oloa

+hyvä ohjaaja

+projektin johdon ja esimiesten mukanaolo

+työohjaaja on linkki johtoon päin

+yhteisten näkemysten vahvistuminen

Kehitettävää

-kaikille mahdollisuus osallistua

-työssä jaksamisen käsittelyä enemmän

-napakampaa puuttumista ristiriitoihin

-enemmän ryhmäytymisen tukemista

-kuulemiskierrokselle tiimalasi

-ennakkotehtäviä enemmän

-väliarviointia

-tehokkaampaa aikatauluista

tiedottamista

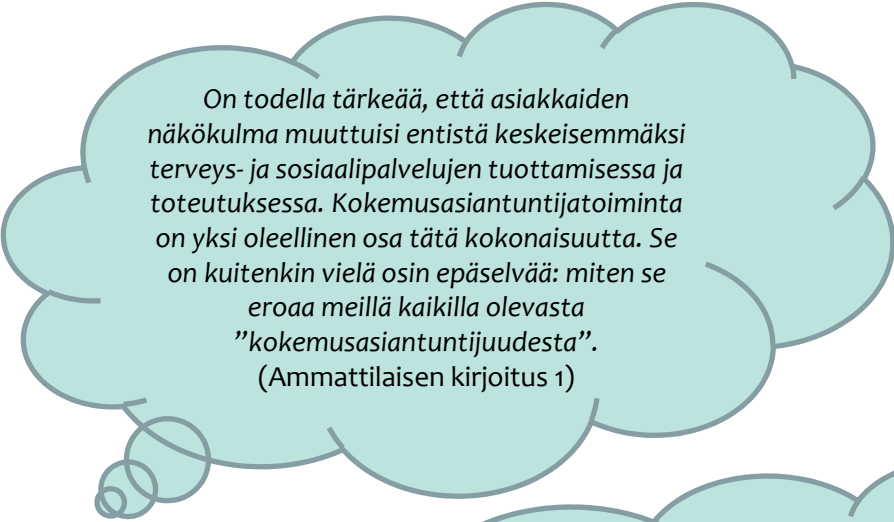
Kuva 5. Kokemusasiantuntijoiden arviointeja työohjauksesta.

Työnohjausta ei kuitenkaan saatu aina sovittua siten, että kaikki halukkaat olisivat päässeet osallistumaan. Toisaalta, etäyhteyttä ei koettu mieluisana vaihtoehtona. Koska korvauskäytännöt olivat jäykkiä perustuen ammattilaisten matkustussääntöön ja hankkeen rahoittajan sääntöihin, taloudelliset kustannukset saattoivat välillä nousta osallistumisen esteeksi. Tärkeänä nähtiin, että hankkeen johtoa ja esimiehiä osallistui myös työnohjauskeskusteluihin, jolloin näitä käytännön vaikeuksia voitiin viestittää eteenpäin.

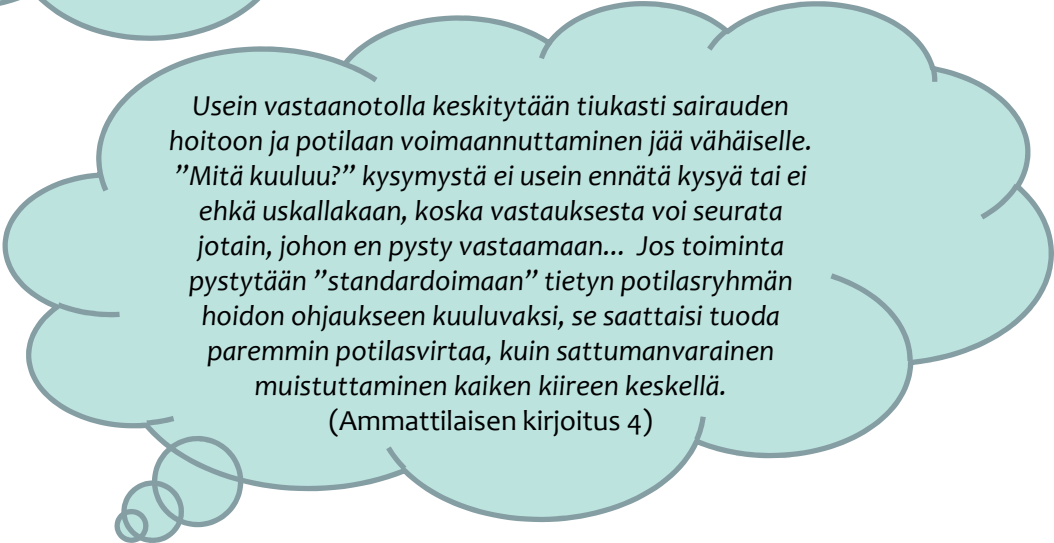
Toimintamallien kehittämiseen osallistui Keski-Suomen alueella yhteensä noin 350 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista tai asiantuntijaa, 14 kokemusasiantuntijaa, viisi projektityöntekijää sekä Jyväskylän yliopiston tutkijoita. Yhteensä n. 750 terveys- ja sosiaalipalveluiden asiakasta osallistui eri toimintamalleihin. Erilaisissa tilaisuuksissa ja seminaareissa tavoitettiin satoja toimijoita. Tieteellistä tutkimusta ja arviointia varten kerättiin runsaasti erilaisia aineistoja.

Hankkeeseen osallistuneet kokemusasiantuntijat, tutkijat sekä projektissa työskennelleet terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat saavutettuja tuloksia sekä kyselyssä että ryhmäkeskusteluissa. Kyselyssä arvioitavia osaluueita olivat toiminnan tavoitteet, resurssit, työnjako, oma osaaminen ja työskentelyyn saatu tuki, viestintä, yhteistyö, tulokset sekä arviointitiedon keruu. Kyselyssä esille nousseita teemoja syvennettiin ryhmäkeskusteluissa. Pienryhmissä (4 pienryhmäkeskustelua, kesto yhteensä 8 tuntia) koostettiin yhteenveto projektin keskeisimmistä onnistumisista, haasteista sekä kehittämistarpeista.

Keskeisimpinä tuloksina ja vaikutuksina nähtiin yhteistyön lisääntyminen kokemusasiantuntijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Ammattilaisten tietämys kokemusasiantuntijatoiminnasta lisääntyi. Tuloksina mainittiin mm. ammattilaisten myönteisen suhtautumisen lisääntyminen kokemusasiantuntijuuteen. Asiakkaiden kuulluksi tuleminen sekä heidän saamansa tuki omahoitoon nähtiin myös tärkeänä tuloksena. Keskeisenä haasteena nähtiin kokemusasiantuntijuuden ja kehitettyjen toimintamallien juurruttaminen. Tulevaisuudessa toimintamallien vakiintumisessa pidettiin tärkeänä asiakkaiden ja ammattilaisten kokemusten esille tuomista sekä näkyyden lisäämistä.



On todella tärkeää, että asiakkaiden näkökulma muuttuisi entistä keskeisemmäksi terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottamisessa ja toteutuksessa. Kokemusasiantuntijatoiminta on yksi oleellinen osa tätä kokonaisuutta. Se on kuitenkin vielä osin epäselvää: miten se eroaa meillä kaikilla olevasta ”kokemusasiantuntijuudesta”.
(Ammattilaisen kirjoitus 1)



Usein vastaanotolla keskitytään tiukasti sairauden hoitoon ja potilaan voimaannuttaminen jää vähäiselle. ”Mitä kuuluu?” kysymystä ei usein ennätä kysyä tai ei ehkä uskallakaan, koska vastauksesta voi seurata jotain, johon en pysty vastaamaan... Jos toiminta pystytään ”standardoimaan” tietyn potilasryhmän hoidon ohjaukseen kuuluvaksi, se saattaisi tuoda paremmin potilasvirtaa, kuin sattumanvarainen muistuttaminen kaiken kiireen keskellä.
(Ammattilaisen kirjoitus 4)

Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteiskehittäminen vaatii jatkokehittämistä. Arviointikeskusteluissa menetelmä kuitenkin koettiin onnistuneena. Pohdintaa herätti kehittäjäkumppanuuden syvyys ja haasteina nähtiin kehittämistyön jääminen helposti pintapuoliseksi. Kokemusasiantuntijoille näyttäytyi epäselvänä, kuinka tuloksia on käsitelty yksiköissä ja kuinka palautteet ovat kannustaneet yhteistyöyksiköitä jatkokehittämään ehdotettuja asioita. Haasteina nähtiin myös suuri toimijoiden joukko (asiakkaat, ammattilaiset, kokemusasiantuntijat) ja siten työn moninaisuus tai epäselvyys.

Verkkopohjainen vertaistuettu elämäntaparyhmäohjaus ”Muutosmatka” koettiin onnistumisena. Hankkeen aikana sitä toteutettiin menestyksekkäästi Keski-Suomessa 12 kunnan alueella yhteensä 16 ryhmässä. Ryhmien toiminta suunniteltiin yhtenäiseksi ja ryhmätapaamisten sisältö, eteneminen ja työnjako kuvattiin kirjalliseksi ohjeeksi kullekin tapaamiskerralle. Kokemusasiantuntijat saivat kokemusta verkkotukihenkilönä toimimisesta ja he kokivat

työskentelyn kokonaisuudessaan antoisana ja mielekkäänä. Hankkeen jälkeen ”Muutosmatka” verkko-ohjaus tuotteistettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle.

Kokemusasiantuntijan vertaisvastaanoton osalta onnistumisena koettiin se, että kokemusasiantuntijuus löysi paikkansa terveysasemalla. Terveysasemilla kokemusasiantuntijoiden avulla saavutettu lisääntynyt yhteistyö järjestöjen kanssa koettiin hyvänä. Terveysasemilla toivottiin kuitenkin enemmän näyttöä vastaanottoiminnan vakiinnuttamiseksi, jota hankeaikana ei pystytty todentamaan.

Hankkeessa luotiin uudenlaista toimintakulttuuria terveydenhuollon järjestelmään. Tietoisuus ja kiinnostus kokemusasiantuntijuutta kohtaan kasvoi sekä alueellisella että kansallisella tasolla. Kokemusasiantuntijan näkökulma on noussut tärkeäksi osaksi monia koulutustilaisuuksia ja kokemusasiantuntijat ovat saaneet aiempaa enemmän puheenvuoropyyntöjä omiin kehittämissä tehtäviinsä liittyen. Näin ollen he toimivat yhä tärkeässä roolissa potilaiden puolesta puhujina ja asenteiden muokkaajana ammattilaisten keskuudessa. Kokemusasiantuntijan rooli kentällä eri työtehtävissä on alkanut rakentua ja jäsentyä.

4 KEHITTÄJÄKUMPPANUUS

Kristina Grahn, Kirsti Kasila, Nina Peränen, Henna Savolainen, Tarja Kettunen

Tässä luvussa kuvaamme yhteispäivystyksessä ja terveyskeskuksen vastaanotoilla rakentunutta ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden kehittäjäkumppanuutta ja toteutusten tuloksia.

Kehittäjäkumppanuus rakentui sekä sairaalan yhteispäivystyksessä, että terveyskeskuksen vastaanotoilla vaiheittain alkaen nykytilan kartoittamisesta, asiakastiedon keruusta ja päättyen kehittämistoimiin sekä niiden kriittiseen arviointiin. Kaikki vaiheet toteutettiin yhteistyössä kokemusasiantuntijoiden, työntekijöiden ja tutkijoiden kanssa. Nykytilan tietoa kerättiin paitsi aiemmasta kirjallisuudesta ja yksiköiden aiemmista asiakasnäkökulmaa selvittäneistä raporteista myös hankkeeseen osallistuneiden yksiköiden potilailta, kokemusasiantuntijoilta sekä ammattilaisilta. Kokemusasiantuntijat olivat aktiivisia tiedon keruun kumppaneita havainnoimalla toimintaa ja haastatteleamalla potilaita. Tarkasteltavina ilmiöinä olivat potilaan kokemukset sairaala- tai terveyskeskuskäynnistä ja palvelujen toimivuudesta sekä ohjaustilanteissa saadusta omahoidon tuesta. Lisäksi arvioitiin potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta ja potilaan kohtaamista sekä kokemusasiantuntijoiden omaa prosessia yhteiskehittämisessä.

Kehittäjäkumppanuus yhteispäivystyksessä

Päivystys hoitoympäristönä

Sairaalassa ammattilaisilta vaaditaan vahvaa erikoisosaamista ja yhteistoimintaa useiden ammattilaisten kanssa. Työtä hallitsevat suuret potilasmäärät, teknologia ja nopea tilannekohtainen päätöksenteko. Päivystystilanteiden kohtaamisissa korostuvat potilaiden ja heidän läheistensä epätietoisuus hoidon etenemisestä ja selviytymisestä. Potilaat ovat epävarmoja ja hätä sitoo heidän voimavarojaan ja havaintojaan. Ammattilaiset joutuvat toistamaan asioita ja samoja asioita kysytään heiltä yhä uudelleen.

Kansalliset laatusuositukset päivystyksen läpimenoajoista, lääkärin vastaanotolle pääsystä yms. asettavat päivystyksen vuorovaikutukselle monenlaisia haasteita (STM 2010). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyksessä päivystyspotilaan läpimenoajan kunnianhimoisena tavoitteena on, että ”80 % kaikista potilaista olisi kahden tunnin kuluessa poliklinikalle saapumisesta siirretty jatkohoitoon muihin yksiköihin tai kotiin”. Läpimenoaika on tärkeä päivystystoiminnan laadun mittari, koska pidentyneen läpimenoajan on osoitettu lisäävän merkittävästi päivystyspotilaiden sairastavuutta ja kuolleisuutta. Palvelun nopeus edellyttää selkeitä vuorovaikutuskäytäntöjä. Asioiden tiedottaminen on tärkeää niin sanallisesti kuin kirjallisestikin. Potilaiden tulee myös tietää kenelle mitäkin asioita kertoo ja minne tarvittaessa ottaa yhteyttä käynnin jälkeen.

Vuorovaikutus on selkeä turvallisuustekijä (Kettunen & Gerlander 2013). Päivystysyksiköiden vuorovaikutuksessa korostuvat potilaan oireiden kartointus, tilanteen selvittäminen ja nopea diagnosointi. Tällöin erityisen tärkeitä ammatillista osaamista on ammattilaisten tilanneherkkyys (Salminen-Tuomaala ym. 2015). Miten siis toimia siten, että palvelukohtaaminen tapahtuu potilasta kunnioittaen yhteistoiminnassa samanaikaisesti nopeasti ja rauhallisesti? Tämä on suuri haaste.

Päivystyspotilaiden kokemuksiin ja tyytyväisyyteen vaikuttavina tekijöinä on aiemmissa tutkimuksissa (Kiura & Mäkelä 2012) kuvattu potilaan käsitys henkilökunnan osaamisesta, odotusajat, viestintä, fyysinen ympäristö, kiireellisyysluokitus, sairauden vaikutukset sekä läheisten läsnäolo. Ammattilaisilla on lukuisia keinoja pitää huolta siitä, että potilaan ja hänen läheistensä kokemuksesta muodostuu epätietoisuudesta huolimatta positiivinen (Taulukko 1).

Taulukko 1. Päivystyspotilaan kokemukseen vaikuttavat tekijät ja kokemuksen parantamiskeinot (mukaillen Kiura & Mäkelä, 2012).

Kokemukseen vaikuttavat tekijät	Miten kokemusta voi parantaa?
Odotusaika	
Potilaskokemukseen vaikuttavat erityyppiset odotusajat kuten odotusaika ennen ensimmäistä tutkimusta, odottamisaika kokonaisuutena sekä psykologisesti koettuna. Odottamisen kriittisin vaihe on ennen lääkärin tutkimusta. Odotusaikojen lyhentäminen vahvistaa koettua turvallisuuden tunnetta.	Annetaan väliaikatietoja odotusajoista: realistinen kuva odottamisesta Potilaan tilannearvio pian saapumisen jälkeen. Työvoiman resurssointi kuormituksen mukaiseksi.
Viestintä - vuorovaikutus ja informaatio	
Potilailla on tarve tietää vastaanotoilla olemiseen liittyvistä asioista. Empaattinen, kunnioitava ja usein tapahtuva viestintä, johon liittyy katsekontakti ja kuuntelu voivat estää väärinymmärryksiä. Huomiotta jäänyt potilas saattaa kokea, että hänet on unohdettu.	Henkilökunnasta voidaan osoittaa vastuuhenkilöt, joiden tehtävänä on saattaa potilaat ja heidän läheisensä tilanteen tasalle. Annetaan riittävästi tietoa päivystyksen toimintatavasta. Esitellään potilaalle henkilökunnan työtehtävät.
Fyysinen ympäristö	
Tyytyväisyyttä vähentäviä tekijöitä ovat kylmyys, likaisuus, nälkä, yksityisyyden puute ja ihmisten paljous. Näiden pohjalta potilas muodostaa käsityksen siitä, onko hänellä riski saada huonoa hoitoa. Tekninen ympäristö voi osalle potilaista tuntua turvalliselta. Joissakin potilaissa se vastaavasti voi herättää kielteisiä tuntemuksia.	Potilaat siirretään nopeasti hoituhuoneeseen. Odotusaulassa on TV, lehtiä, puhelin- ja tietokoneyhteydet. Tarkkailaan ja säädellään melutasoa. Suunnitellaan useampia yksityisiä hoituhuoneita. Tarjotaan mukava sisustus, oma tila lapsille sekä äänekäille potilaille oma tila.
Kiireellisyysluokitus	
Potilaat yliarvioivat usein oman hoidon tarpeensa. Vähemmän kiireellisten potilaiden osalta tulisi varmistaa, että he ovat tietoisia tilanteesta ja kiireellisyyden arviointijärjestelmästä.	Potilaan tiedottaminen suullisesti ja kirjallisesti kiireellisyyden arviointiprosessista.
Sairauden vaikutukset	
Potilaan oma näkemys hänen tilanteensa vakavuudesta voi olla erilainen kuin ammattilaisen. Kipujen voimakkuuden huomiointi on keskeistä, sillä joskus potilaat voivat myös poistua päivystyksestä ennen aikaisesti niiden vuoksi.	Selvitetään tilanteen vakavuus potilaalle mahdollisimman nopeasti. Soitetaan aina potilaille, jotka ovat poistuneet kesken hoidon. Laaditaan ohjeet kivunlievitykseen. Potilaiden oireiden varhainen lievittäminen.
Läheisten läsnäolo	
Ystävien ja perheiden läsnäolo vähentää stressiä ja tuo käytännön apua sekä huolenpitoa potilaalle. Usein läheiset voivat myös esittää kysymyksiä potilaan puolesta.	Yksin tuleviin potilaisiin kiinnitetään erityistä huomiota.
Potilaan käsitys henkilökunnan osaamisesta	
Huolenpidon merkitys henkilökunnan käytännön taitojen osaamisen ohella on potilaalle suuri. Henkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella on myös suuri merkitys sille, millaiseksi potilas arvioi häntä hoitavien henkilöiden ammattitaidon.	Huolenpidon osoittaminen. Nimetään potilasvastaava. Koulutetaan henkilökuntaa myönteiseen vuorovaikutukseen.

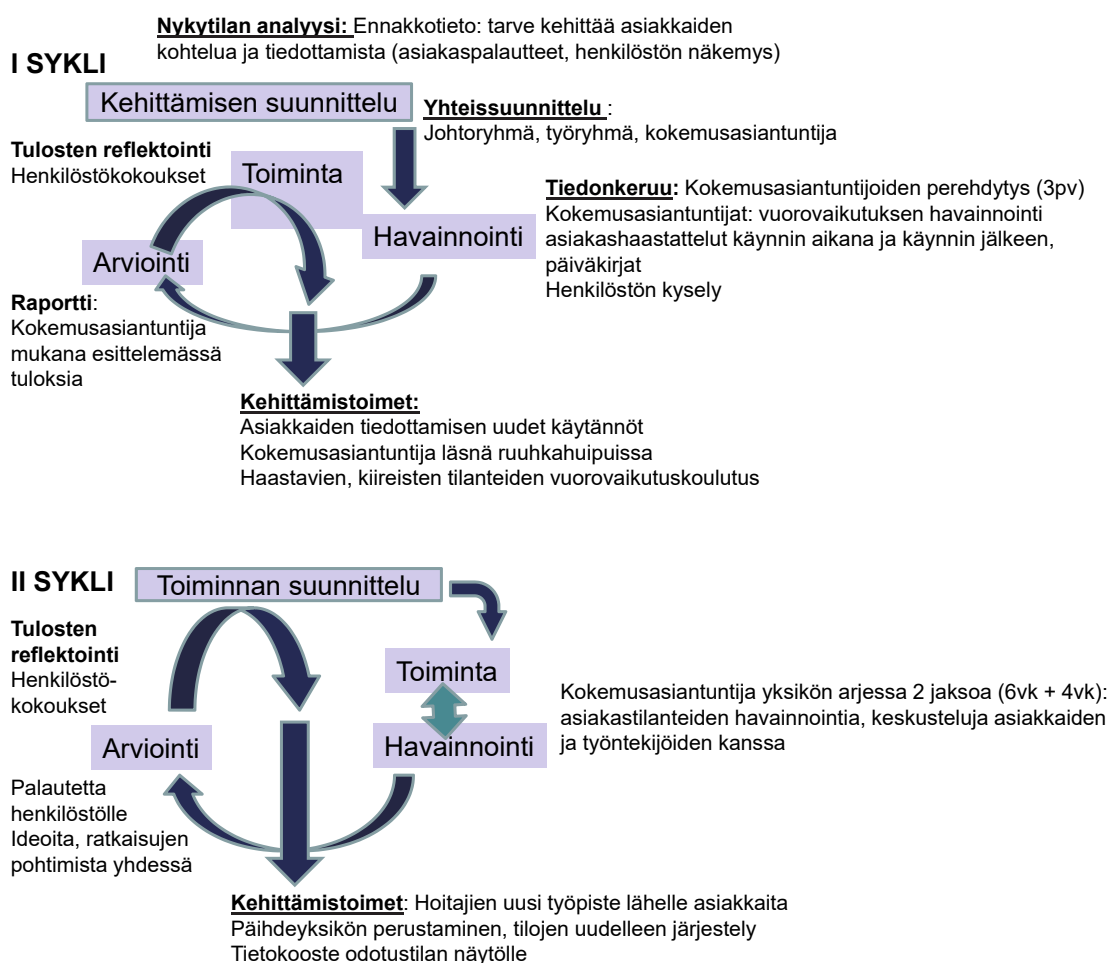
Egerodin ym. (2015) pohjoismaihin sijoittuvan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan sairaalokokemus näyttäytyy kriittisesti sairastuneen potilaan näkökulmasta tilana, jossa kehollinen olemassaolo on kontrolloimattomaa, aistien toiminta hämärtyneenä ja kehon reaktiot hidastuneita. Potilaat kokevat hallinnan tunteen menetyksen myötä yksinäisyyttä käydessään läpi taistelua omasta selviytymisestään. Osallisuuden ja ulkopuolisuuden tunteiden vaihtelu, fyysisen hoitoympäristön äänet sekä erilaiset laitteet ja hoitovälineet aiheuttavat epätodellisia aistitunteita, jonka seurauksena potilaat saattavat des-orientoitua aikaan, paikkaan tai tilaan. Läheisten läsnäolo sekä hoitohenkilökunnan osoittama huolenpito ja kohtaaminen vahvistavat potilaan turvallisuuden sekä yhteyden tunnetta kanssaihmiin. Se myös antaa potilaalle toivoa ja vahvuutta sekä tuo tunteen ihmisarvosta ja halusta taistella oman tilansa kohenemisen eteen.

Kehittäjäkumppanuuden suunnittelu ja toteutus

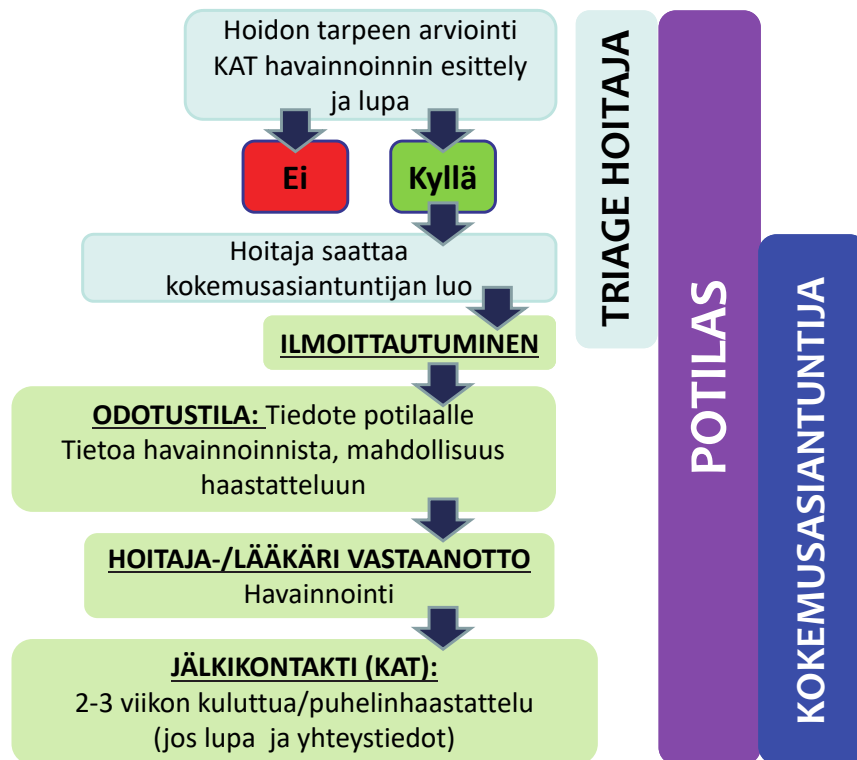
Kehittäjäkumppanuus rakentui kahden vuoden aikana kahdessa syklissä (Kuva 1). Ensimmäisen syklin aluksi arvioitiin päivystyksen nykytilaa potilaiden näkökulmasta. Aikaisempien kehittämistoimien ja potilaspalautteiden kautta kehittämiskohteiksi tiedostettiin potilaan kohtaaminen ja tiedottaminen. Lisäksi haluttiin tietoa henkilöstön viestinnän ja keskinäisen vuorovaikutuksen välittymisestä potilaalle. Tiedonkeruun avulla pyrittiin erityisesti selvittämään potilaiden kokemusta kuulluksi tulemisesta, päivystyskokemuksesta sekä heidän saamaansa tukea itsestä huolehtimiseen, omahoitoon ja kotona selviytymiseen käynnin jälkeen.

Arviointitiedon keruuta suunniteltiin huolellisesti kuudessa päivystyksen työntekijöiden ja johdon sekä kokemusasiantuntijoiden yhteistyötapaamisessa. Tiedonkeruun toteutuminen kuvattiin huolellisesti prosessikaavion avulla (Kuva 2). Prosessikaavioon määritettiin milloin kokemusasiantuntija tapaa potilaan ja missä vaiheessa potilaalta kysytään lupa hänen polkunsä havainnointiin. Tällä haluttiin varmistua asiakkaiden vapaaehtoisuudesta sekä siitä että havainnoinnin kohteeksi tuleville asiakkaille ei aiheudu ylimääräistä häiriötä. Kun potilas saapui päivystykseen, hoitaja kertoi potilaalle hoidon tarpeen arvioinnin (TRIAGE) jälkeen mahdollisuudesta osallistua kokemusasiantuntijan havainnointiin. Potilaan suostuessa hoitaja saattoi hänet aulaan kokemusasiantuntijan luokse. Kokemusasiantuntija ja potilas siirtyivät yhdessä

ilmoittautumiseen ja kokemusasiantuntija alkoi seurata potilaan polkua. Ilmoittautumisen jälkeen kokemusasiantuntija antoi potilaalle havainnointia ja kokemusasiantuntijuutta koskevan tiedotteen. Tässä vaiheessa oli myös mahdollisuus haastatella potilasta. Kokemusasiantuntija oli potilaan mukana hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla, mikäli myös ammattilainen antoi luvan. Kokemusasiantuntija havainnoi potilaan polun kotiin lähtöön saakka ja soitti hänelle 2-3 viikon kuluttua käynnistä jos potilas oli antanut luvan ja yhteystiedot. Potilas tai ammattilainen saattoi keskeyttää osallistumisen missä vaiheessa tahansa.



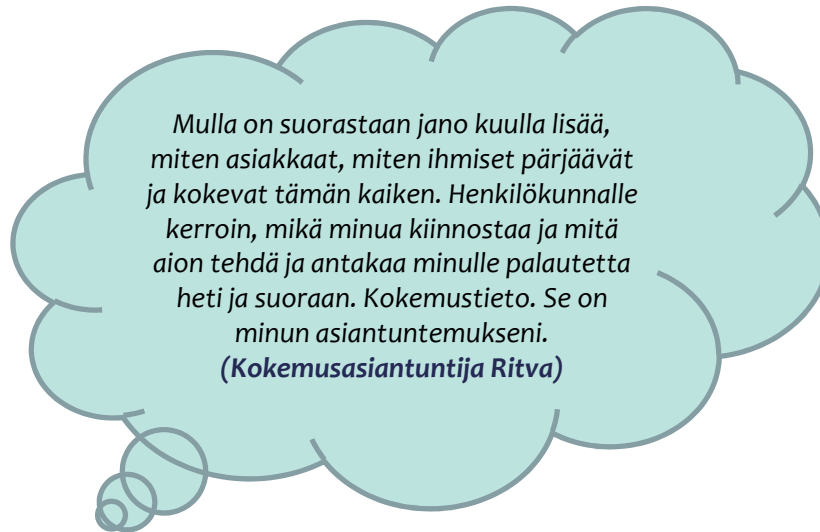
Kuva 1. Yhteispäivystyksen kehittäjäkumppanuus toimintatutkimuksena.



Kuva 2. Havainnointiprosessin kulku päivystyspotilaiden kokemusten kartoittamisessa.

Henkilöstöä tiedotettiin suullisesti tiedonkeruun toteuttamisesta neljän viikon aikana viikoittain palaverissa. Lisäksi heitä tiedotettiin kirjallisesti sähköpostilla ja yhteisten tilojen tiedotteilla. Koska työntekijämäärä oli suuri, kokemusasiantuntijoiden kuvat muistuttivat tiedonkeruusta henkilökuntaa kahvihuoneen seinällä. Näin myös kokemusasiantuntijoiden kasvot tulivat tutuksi.

Aluksi kokemusasiantuntijat perehtyivät kolmen päivän ajan toimintaan ja tiloihin. Perehdytyksen sisältöalueita olivat tutkimuseettiset kysymykset, havainnointi tutkimusmenetelmänä, hygienia-asiat, turvallisuus sekä tiedonkeruun harjoittelu (koehavainnointi) yhteispäivystyksessä. Lisäksi kokemusasiantuntijat perehdyttiin sähköiseen tiedonkeruuseen tablettien/iPadien avulla. Kokemusasiantuntijoiden ohjeistus koottiin sähköiseen muotoon käsikirjaksi sisältäen ohjeita potilaiden suostumuksen kysymiseen, havainnointilomakkeet ja tiedot yhteisistä käytännön pelisäännöistä sekä yhteys henkilöiden yhteystiedot. Kokemusasiantuntijoiden virkistäytymistilat olivat yhteiset henkilökunnan kanssa ja heille nimettiin päivystyksestä vastuhenkilö.



Kokemusasiantuntijat toteuttivat tiedonkeruun omissa vaatteissaan. Heillä oli henkilökortti ja yllään sininen liivi, jonka selkämyksessä luki kokemusasiantuntija. Tietoa kerättiin suunnitellusti asiakkaiden kokemuksista, koskien erityisesti vuorovaikutusta ja omahoidon tukea. Samanaikaisesti henkilöstö arvioi omia vuorovaikutus- ja kohtaamistaitojaan. Kokemusasiantuntijat kirjoittivat kokemuksistaan päiväkirjaa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Yhteispäivystyksen tiedonkeruun aineistot.

Tarkasteltava ilmiö	Aineisto	Merkitys
Potilaan kokemus päivystyskäynnistä	Kokemusasiantuntijat: strukturoidut, kirjatut haastattelut (n= 41 hoitopolkua) Vapaamuotoiset lyhyet haastattelut (n=54, äänitallenteet, satunnaiset asiakkaat) Yht 35 sivua, Calibri 12, riviväli 1	Potilaan äänen kuuluminen. Omahoitoa tukevien ohjauskäytäntöjen tunnistaminen ja arviointi.
Potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus	Kokemusasiantuntijat: vastaanottojen havainnoinnit (n= 41 hoitopolkua, n. 117 tuntia havainnointia)	
Potilaan omahoidon tuki päivystyskäynnillä	Kokemusasiantuntijat: Hoitopolun jälkeiset strukturoidut potilaiden puhelinhaastattelut (n=32)	
Potilaan kohtaaminen	Henkilöstökysely (n=110, 62%)	Vuorovaikutusosaamisen koulutustarpeiden tunnistaminen
Kokemusasiantuntijan kokemus havainnoinnista ja tiedonkeruusta	kokemusasiantuntijoiden päiväkirjat (n=4) yht. 28 sivua, Calibri 12, riviväli 1	Kokemusasiantuntijoiden jaksamisen tunnistaminen ja yhteistyömahdollisuuksien selvittäminen Kokemusasiantuntijatyön avaaminen

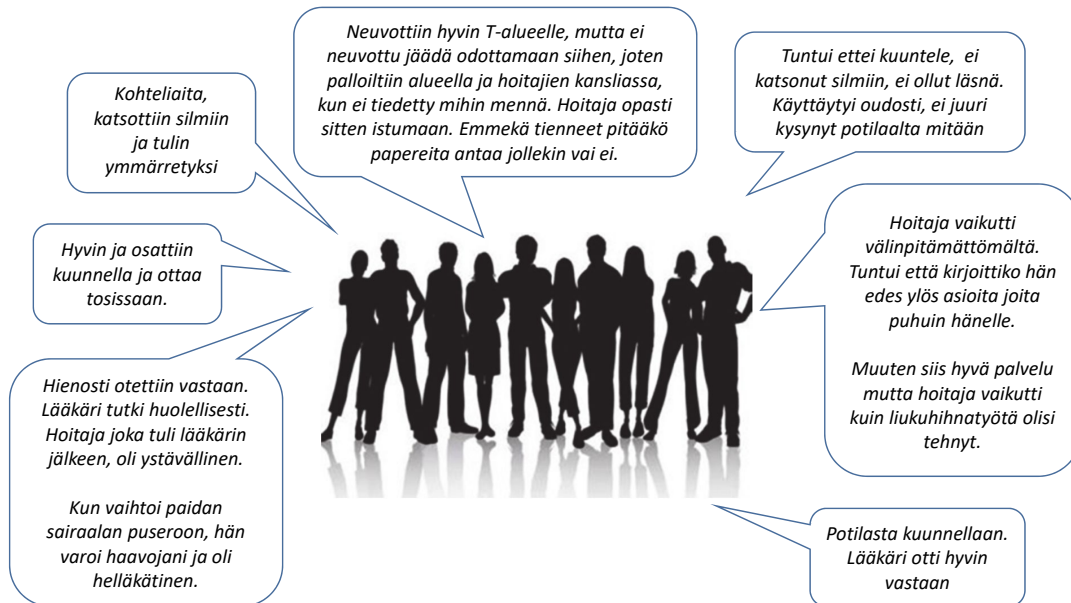
Kokemusasiantuntijoiden havainnot potilaiden kokemuksista

Ambulanssilla tai taksilla saapuneilla asiakkailla ei ollut päivystykseen löytämisen ongelmaa, mutta omilla kyydeillä saapuvat asiakkaat kokivat pysäköinnin opasteet vaikeasti havaittavaksi ja luettaviksi. Vastaanottamista luonnehdittiin pääasiassa asialliseksi, ystävälliseksi, osaavaksi ja sujuvaksi. Kukaan haastatelluista potilaista ei tuntenut oloaan turvattomaksi. Turvallisuuden tunnetta tuottivat henkilöstön osaaminen, asioiden selittäminen ja perustelu, asioista tiedottaminen sekä voinnin jatkuva seuranta. Henkilökunta selviytyi hyvin vuorovaikutukseen liittyvistä haasteista, vaikkakin päivystys on vuorovaikutuksen näkökulmasta vaativa työkenttä.

Havainnointiin osallistuneet potilaat kokivat käynnin positiivisena. Henkilökunnan asiantuntemus, ystävällisyys ja huolien huolellinen kuunteleminen tuotiin usein esille. Hoito koettiin hyväksi. Kotiin saatiin riittävästi ohjeita. Vaikka sairaalaan joutuminen nähtiin ikävänä kokemuksena, potilaan pitäminen ajan tasalla tutkimuksista ja toimenpiteistä auttoi olemista. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa kohteluun. Kohtaamisesta he toivat esille seuraavia asioita: ystävällisyys, ymmärtävä, avoin ja lämmin suhtautuminen, arvostaminen, asiallisuus, kuunteleminen ja välittäminen. Kokemusasiantuntijoiden havainnoissa olikin paljon erityisen hyväksi koettuja havaintoja. Suurin osa näistä havainnoista liittyi vuorovaikutukseen potilaiden ja ammattilaisten välillä. Vuorovaikutusta luonnehdittiin monin ylistävin sanoin.

Vuorovaikutuksessa esille tulleita selkeitä ongelmia ilmeni vähän. Osa potilaista olisi kaivannut parempaa tiedottamista omasta tilanteestaan ja muutama henkilö toi esiin tyyliä kohtelua. Asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden havainnot antoivat viitteitä pienistä säröistä ja tilannekohtaisesta vaihtelusta (Kuva 3). Etenkin kiiretilanteet näyttivät tuovan henkilökunnalle haasteita. Huomioita esitettiin ammattisanastoon, kertomatta jättämiseen, ylimalkaisiin neuvoihin, epäystävällisiin katseisiin tai liian nopeaan puheeseen liittyen.

Ammattiryhmien sisäinen ja ammattiryhmien välinen keskinäinen luottamus ja ymmärrys heijastuivat havainnoijalle sekä ammattilaisten puheesta, että sanattomasta viestinnästä. Kiireestä huolimatta havainnoissa korostui yhteistyö. Tiedot näyttivät siirtyvän luontevasti tilanteiden mukana. Toiminta oli hallittua. Potilaita koskevia asioita vaihdettiin hiljaisella äänellä.



Kuva 3. Potilaiden näkemyksiä vuorovaikutuksesta.

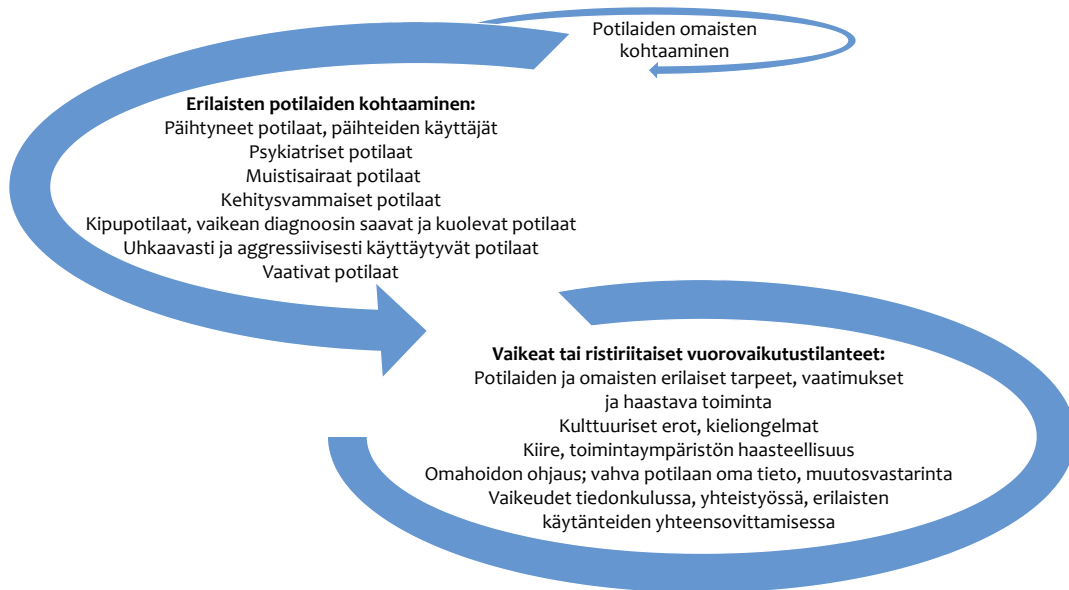
Vuorovaikutuksen ja tiedottamisen lisäksi tiedonkeruu toi esille runsaasti asiakkaana olemiseen liittyvää puhetta ja kehittämisehdotuksia. Muun muassa odottaminen puhutteli potilaita monesta näkökulmasta. Osalle odotusaika oli pitkä, mutta osa potilaista yllättyi nopeasta toiminnasta. Pitkä odotusaika tuntui potilaista ymmärrettävämältä, mikäli heitä oli tiedotettu yksikön tilanteesta (esimerkiksi muiden potilaiden hätätilanteet). Suurin osa haastatelluista asiakkaista ei kuitenkaan pitänyt odottamiseen liittyvää tiedottamista onnistuneena.

Yksityisyys oli myös asiakkaita puhuttava tema. Vaikka potilaan yksityisyys huomioitiin pääsääntöisesti hyvin, oli henkilökunnan toiminnassa vaihtelua. Päivystys oli välillä levoton paikka. Tähän vaikutti potilaiden, heidän omaistensa tai henkilökunnan toiminta. Odottavat potilaat kuuluivat toisten potilaiden kovia ääniä (huutelu, kulku odotustiloissa) tai yöaikaan henkilöstön toiminnan äänet häiritsivät (keskustelut, potkulaudat, ovien kolahtelu). Havainnoissa ei mainittu kertaakaan vartijaa tai turvallisuudesta huolehtivaa henkilöä. Toisaalta, vaikka potilaat kokivat tiloissa levottomuutta, he eivät kokeneet oloaan turvattomaksi.

Henkilökunnan näkemys potilaskohtaamisesta

Henkilökunta koki työn stressaavaksi ja henkisesti kuormittavaksi, eikä potilaiden ohjaamiseen ja heidän kanssaan keskusteluun jäänyt henkilöstön mielestä riittävästi aikaa. Paineensietokyky oli usein koetuksella. Henkilökunta kuvasi vuorovaikutuksellisesti haastaviksi (Kuva 4) omaisten kohtaamisen

sekä päihtyneet, psykiatriset, muistisairaat, kehitysvammaiset, uhkaavasti käyttäytyvät ja vaativat potilaat. Myös kivulioiden potilaiden, vakavan diagnoosin saaneiden ja kuolevien potilaiden kohtaaminen tuotti haasteita. Ristiriitaisuutta vuorovaikutukseen toi muun muassa kiire, potilaiden ja omaisten erilaiset tarpeet, kulttuurierot sekä tiedonkulun ja erilaisten käytänteiden yhteensovittamisen vaikeudet.



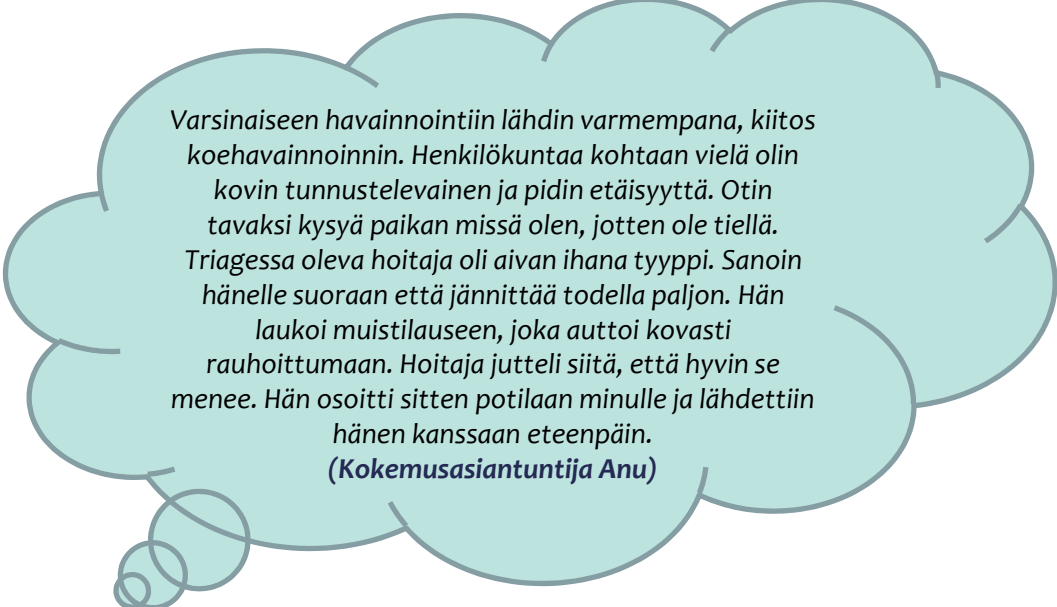
Kuva 4. Henkilöstön kokemus haastavista asiakkaista ja vuorovaikutustilanteista päivystyksessä.

Kyselyyn vastanneita ammattilaisia pyydettiin myös kertomaan, miten heidän mielestään potilaan kohtaamista voitaisiin kehittää omassa yksikössä. Ehdotuksia tulikin runsaasti liittyen muun muassa uudenlaisiin koulutusmenetelmiin (esim. draamaan, näyttökokeisiin joihin liittyy näytön jälkeinen ohjaus), työjärjestelyihin, työtiloihin ja työn sisällölliseen kehittämiseen.

Kokemusasiantuntijoiden kokemukset

Kokemusasiantuntijoiden päiväkirjoista välittyi henkilökunnan ystävällinen suhtautuminen ja kokemus oli heille kokonaisuudessaan positiivinen. Heidät oli otettu todella hyvin vastaan. Kiireisissäkin tilanteissa hoitajat olivat muistaneet kokemusasiantuntijan läsnäolon. Oltiin yhteisellä asialla. Kahvia juotiin henkilökunnan yhteisissä tiloissa ja löpötelttiin yhdessä. Kokemusasiantuntijoiden

tuntijoille syntyi tunne, että he kuuluivat taloon ”kuului kalustoon” ”oli osa työyhteisöä”. He saivat myös havainnoinnin ohella tehdä eri yhteyksissä työtään tunnetuksi henkilöstölle ja havainnoinnista muotoutui antoisa kokemus.



Varsinaiseen havainnointiin lähdin varmempana, kiitos koehavainnoinnin. Henkilökuntaa kohtaan vielä olin kovin tunnustelevalainen ja pidin etäisyyttä. Otin tavaksi kysyä paikan missä olen, jotten ole tiellä. Triagessa oleva hoitaja oli aivan ihana tyyppi. Sanoin hänelle suoraan että jännittää todella paljon. Hän laukoi muistilauseen, joka auttoi kovasti rauhoittumaan. Hoitaja jutteli siitä, että hyvin se menee. Hän osoitti sitten potilaan minulle ja lähdettiin hänen kanssaan eteenpäin.
(Kokemusasiantuntija Anu)

Havainnoitavia potilaita löytyi henkilökunnan avustuksella helposti. Potilaat suhtautuivat havainnointiin avoimesti ja ennakkoluulottomasti. Joskus he kertoivat kokemusasiantuntijalle jopa elämäntarinansa. Havainnointitilanteisiin mentiin varovasti tunnustellen. Tarvittaessa pidättäytyttiin menemästä johonkin tilanteeseen, ettei häirittäisi henkilökunnan työtä. Joskus kokemusasiantuntija joutui kertomaan potilaalle, että hän oli vain tarkkailemassa tilannetta, kun potilas odotti kuulevansa kokemusasiantuntijan mielipiteen.

Joskus kokemusasiantuntija teki pieniä avustavia asioita, kuten auttoi hoitajan kanssa potilaalle peiton, auttoi potilasta täyttämään jonkin lomakkeen tai auttoi ruokailussa. Paljon oli myös tilanteita, joissa kokemusasiantuntija havainnoidessaan toimi potilaan juttuseurana, tapahtumien ja elämän kuuntelijana.

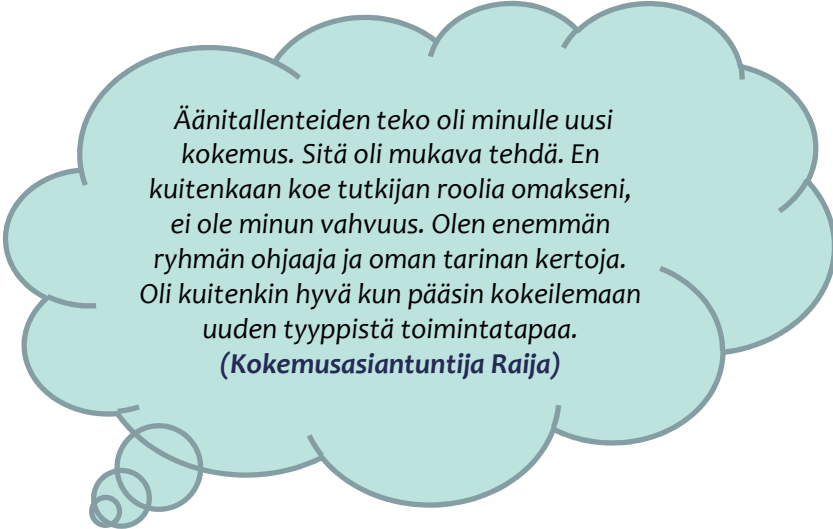
Kokemusasiantuntijoiden päiväkirja-aineisto osoitti, että kehittäjäkumppanuuden alussa kokemusasiantuntijat kokivat monenlaisia sosiaalisesti ja kulttuurisesti muodostuvia tunteita, joita he joutuivat säätelemään (Haapakoski ym. 2018). Sisäistä tunnesäätelyä heijastelivat hämmennyksen ja jännityksen pohdinnat esimerkiksi perehdytyksen riittävydestä, potilaiden mahdollisesta kieltäytymisestä, omista tehtävistä selviytymisestä, kokemusasiantuntijaryhmän käyttäytymisestä ja sopivasta osallistumisesta sekä päivystykseen vastaan

ottamisesta. Myös oma rooli pelkkänä tarkkailijana arvelutti. Kokemusasiantuntijoita mietitytti vastuu koko kokemusasiantuntijaryhmän toiminnasta, asenteista ja vuorovaikutustavoista. Heitä pelotti epäonnistumisen mahdollisuus uudessa ympäristössä. Päiväkirjoissa kuvattiin myös onnistumisen ja selviytymisen kokemuksia. Rohkeus toimia omana itsenä nähtiin avaintekijänä tehtävässä onnistumiselle, sillä ventovieraiden kohtaaminen tapahtui oman mukavuusalueen ulkopuolella. Alkujännityksen jälkeen ihmisten kohtaaminen koettiin positiivisena ja etukäteen koettu pelko todettiin usein turhaksi. Kokemusasiantuntija saattoi tuoda jännityksensä myös ammattilaisten tietoon.

Tunnesidonnaista vuorovaikutusta kuvasivat kokemusasiantuntijoiden kuvailemat vuorovaikutustilanteet, jotka herättivät tunteita. He kirjoittivat esimerkiksi helpottuneisuudesta, hienosta olostai oudosta tunnelmasta ja tyllystä suhtautumisesta. Joskus kokemusasiantuntija oli kokenut olevansa tilanteessa ylimääräinen. Joissakin tilanteissa kokemusasiantuntija oli ilmaissut ammattilaiselle jännityksensä ja rohkaistunut hänen sanoistaan. Päiväkirjoissa kuvailtiin myös ammattilaisten osoittamaa hyväksyntää, joka auttoi heidän työskentelyään yhteispäivystyksessä.

Päiväkirjoissa pohdiskeltiin yhteisiin tehtäviin kuulumisen tunnetta eri toimijoiden näkökulmasta. Keskusteluyhteys ja positiivinen palaute ammattilaisilta vahvisti omaa toimintaan sitoutumista. Ammattilaiset olivat keskuudessaan etukäteen pohtineet sitä, haittaako kokemusasiantuntijan läsnäolo heidän toimintaansa. Kun kokemusasiantuntijat olivat onnistuneet vuorovaikutustilanteissa, henkilöstön kokemus heistä oli näyttäytynyt myös onnistuneena. Sairaalaympäristö osoittautui psyykkisesti vaativaksi. Vaikka sinne lähteminen tuotti jännitystä ja epävarmuuden kohtaamista, tilanteista selviytyminen olikin helpottavaa ja synnytti lopputuloksena tunnekeskeistä sitoutumista omaan asiantuntijuuteen. Havainnointijakso sairaalassa oli lisännyt itsetuntemusta ja oman kokemusasiantuntija-identiteetin tiedostamista.

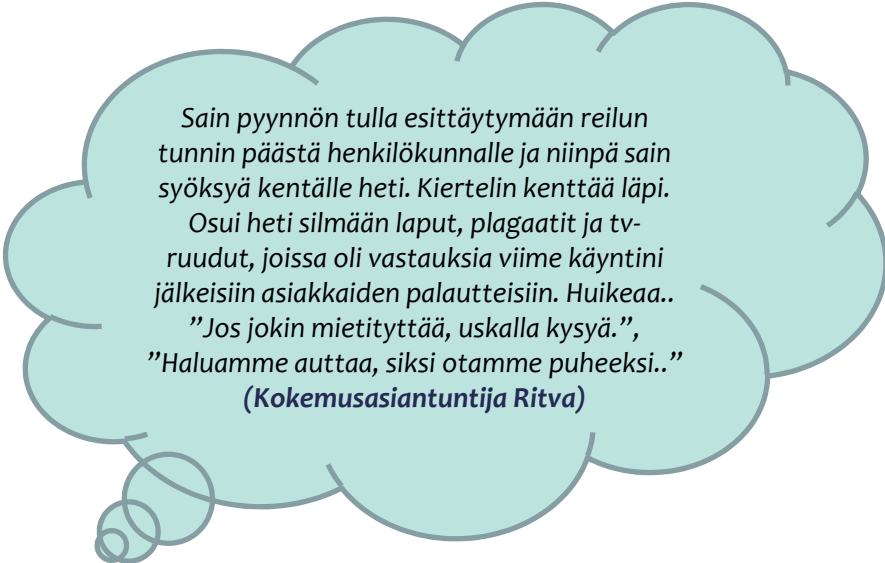
Ulkoisen toiminnan säätelyn elementteinä päiväkirjoissa kuvattiin etukäteen työstetyt toiminnan ohjeet (esim. tietyistä potilastilanteista poistuminen), roolin rajaaminen (esim. ei omien mielipiteiden kertomista potilastilanteissa), kokemusasiantuntijoiden läsnäolon vaikutus ja kohtaamisten laatu organisaatiossa. Toimintaan liittyvä jännityksen ja hämmennyksen käsittely mahdollisti pohdiskelun itselle sopivasta kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntijoiden osallisuus muodostui sekä yksilöllisen että sosiaalisen säätelyn, muiden toimijoiden kanssa tapahtuvien tilanteiden, oman käytöksen ja sisäisen tunnesäätelyn myötä.



Äänitallenteiden teko oli minulle uusi kokemus. Sitä oli mukava tehdä. En kuitenkaan koe tutkijan roolia omakseni, ei ole minun vahvuus. Olen enemmän ryhmän ohjaaja ja oman tarinan kertoja. Oli kuitenkin hyvä kun pääsin kokeilemaan uuden tyyppistä toimintatapaa.
(Kokemusasiantuntija Raija)

Kehittämistoimet

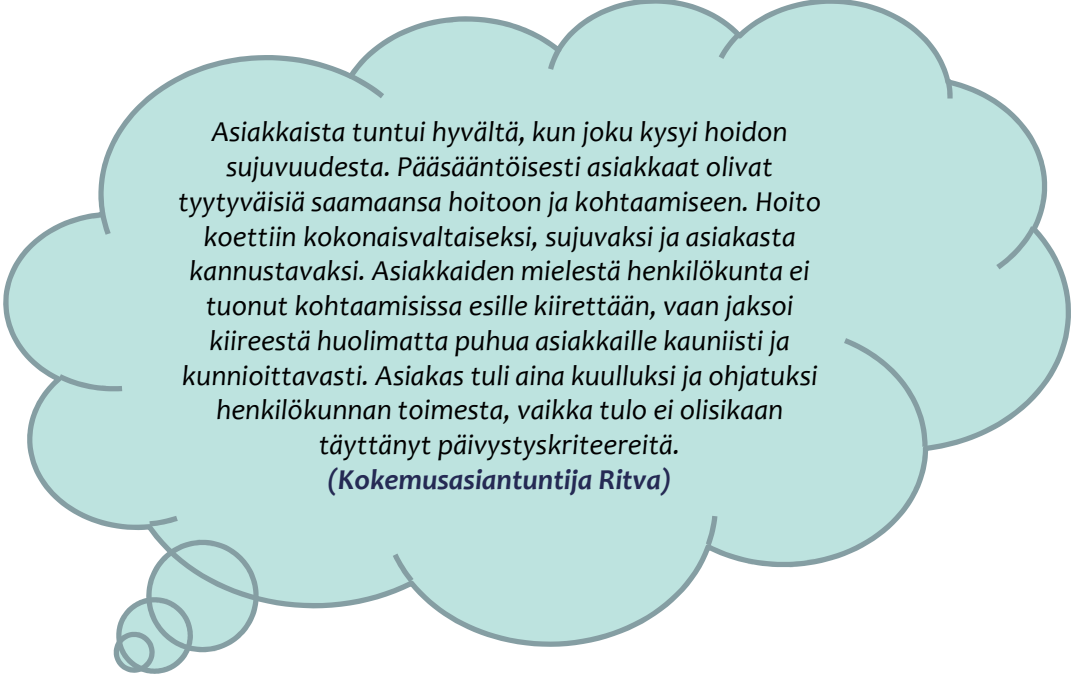
Ensimmäisen syklin aikana toteutetusta tiedonkeruun tuloksista järjestettiin palautetilaisuus, jossa kokemusasiantuntijat kertoivat tuloksista. Niistä työstettiin henkilöstön käyttöön myös yksityiskohtainen, kirjallinen raportti yhteistyössä tutkijoiden, hanketyöntekijöiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Raportti sisälsi myös toimenpide-ehdotuksia. Kehittämistoimet jäivät henkilöstön ja johdon pohdittavaksi. Koska potilaiden palaute vuorovaikutuksesta oli pääosin erinomaista, koulutustarpeita kohdistui haastavien ja kiireisten tilanteiden täydennyskoulutukseen. Päivystyksessä päätettiin kouluttaa henkilöstöä haastaviin potilastilanteisiin. Tämän lisäksi uudistettiin opasteita ja päätettiin palkata kokemusasiantuntija määräajoksi päivystyksen arkeen.



Sain pyynnön tulla esittäytymään reilun tunnin päästä henkilökunnalle ja niinpä sain syöksyä kentälle heti. Kiertelin kenttää läpi. Osui heti silmään laput, plagaatit ja tv-ruudut, joissa oli vastauksia viime käyntini jälkeisiin asiakkaiden palautteisiin. Huikeaa..
"Jos jokin mietityttää, uskalla kysyä.",
"Haluamme auttaa, siksi otamme puheeksi.."
(Kokemusasiantuntija Ritva)

Toisessa syklissä kokemusasiantuntija oli läsnä päivystyksen arjessa kaksi jaksoa ja tuolloin keskimäärin kolmena iltapäivänä viikossa ja ilta-aikaan reilun kahden kuukauden ajan.

Kokemusasiantuntijan työnkuvana oli odotustiloissa potilaan rinnalla kulkeminen ja elämäntilanteen jakaminen huomioiden erityisesti yksin saapuvat tai iäkkäät potilaat. Kokemusasiantuntija keräsi jälleen myös asiakaskokemuksia toiminnan kehittämiseksi ja välitti tämän tiedon henkilöstölle ja johdolle.

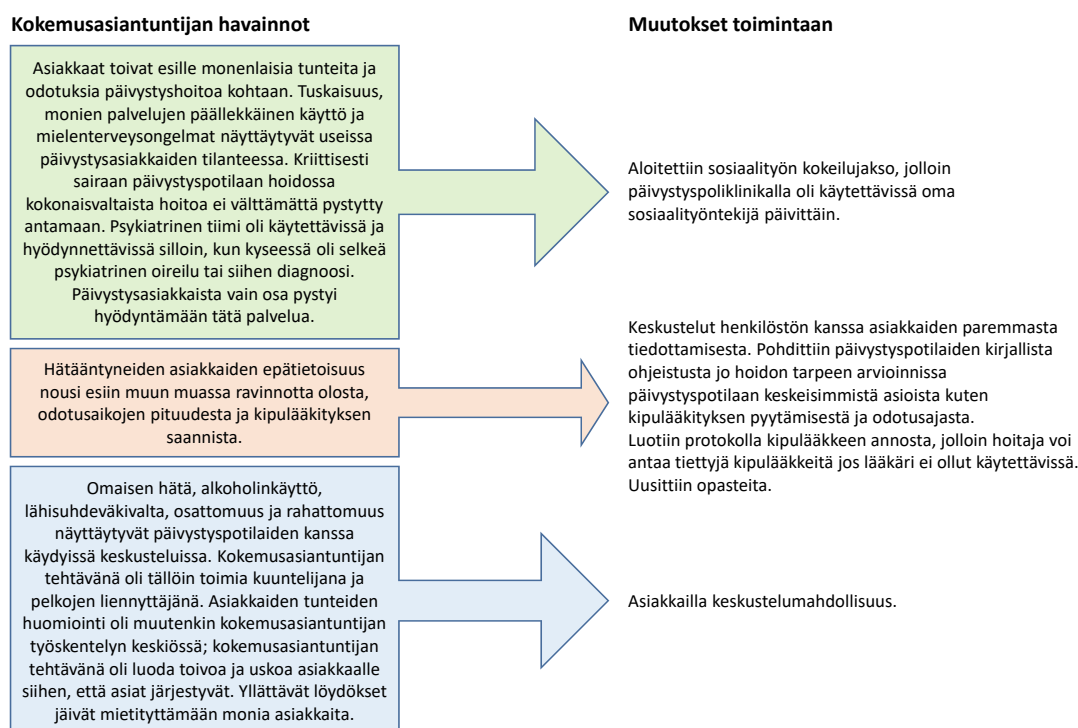


Asiakkaista tuntui hyvältä, kun joku kysyi hoidon sujuvuudesta. Pääsääntöisesti asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohtaamiseen. Hoito koettiin kokonaisvaltaiseksi, sujuvaksi ja asiakasta kannustavaksi. Asiakkaiden mielestä henkilökunta ei tuonut kohtaamisissa esille kiirettä, vaan jaksoi kiireestä huolimatta puhua asiakkaille kauniisti ja kunnioittavasti. Asiakas tuli aina kuulluksi ja ohjatuksi henkilökunnan toimesta, vaikka tulo ei olisikaan täyttänyt päivystyskriteereitä.
(Kokemusasiantuntija Ritva)

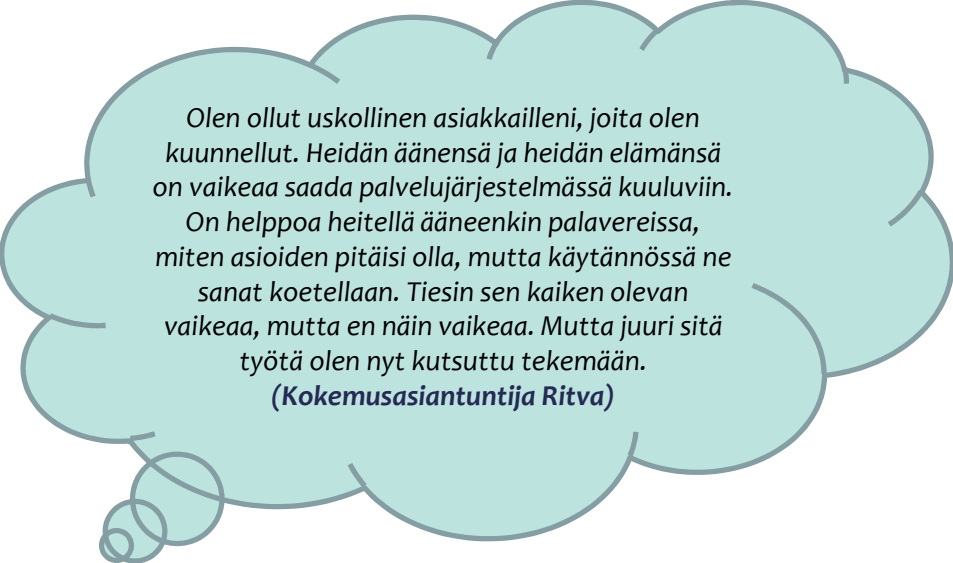
Toisen syklin tuottamat kehittämistoimet olivat mittavampia kuin edelliset. Kokemusasiantuntijan toiminta tuotti muutoksia tiedottamisen ja asiakastuen toimintakäytäntöihin (Kuva 5). Todettiin, että hoitajien työpiste sijaitsi kaukana potilaista, joten uusia työpisteitä perustettiin odotustiloihin lähemmäs potilaita. Päihdepotilaat olivat äänekkäitä ja heistä saattoi aiheutua häiriöitä muille potilaille, joten heille perustettiin erillinen päihdeyksikkö. Kehitettiin myös päivystyksen sosiaalityötä. Tiedotusta potilaille parannettiin siten, että sähköisellä tiedotustaululla kerrottiin muun muassa kiireellisyysluokituksen (triage) perusteista, päivystysajan ruokailusta ja vastaanotolla esitettävistä kysymyksistä.

Toiminnan kehittäminen voidaan tiivistää toimintatutkimuksen kehälle, jossa päivystyksen toiminnan havainnointi, tulosten reflektointi ja toiminnan uudelleen suunnittelu seurasivat toisiaan (Kuva 1, sivulla 38). Toisen syklin aikana nuo vaiheet menivät eniten lomittain, sillä päivystyksen arjessa työskentelevä kokemusasiantuntija oli koko ajan vuorovaikutuksessa henkilökunnan kanssa. Hänen havainnoistaan keskusteltiin ja tehtiin toiminnallisia muutoksia.

Kokemusasiantuntijat oppivat havainnointijaksoilta paljon, esimerkiksi millaisista asioista ei saisi puhua ääneen muiden kuullen tai selkokielistämään sanottavaansa kuten kokemusasiantuntijan tehtävää havainnoijana. Vaikka havainnoitavina oli hyvin erilaisia potilastapauksia kuten esim. alkoholisoituneita tai tapaturmaisia potilaita, se ei järkyttänyt heitä. Potilastapaukset osattiin ottaa ihmiskohtaloina. Kokemusasiantuntijat rohkenivat mennä myös leivottomien tai itkevien potilaiden luokse ja kysyä tilanteesta.



Kuva 5. Kokemusasiantuntijan havainnoista muutoksia toimintaan.



Olen ollut uskollinen asiakkaileni, joita olen kuunnellut. Heidän äänensä ja heidän elämänsä on vaikeaa saada palvelujärjestelmässä kuuluviin. On helppoa heitellä ääneenkin palavereissa, miten asioiden pitäisi olla, mutta käytännössä ne sanat koetellaan. Tiesin sen kaiken olevan vaikeaa, mutta en näin vaikeaa. Mutta juuri sitä työtä olen nyt kutsuttu tekemään.
(Kokemusasiantuntija Ritva)

Kokemustieto antoi uutta ulottuvuutta johtamiseen ja päätöksentekoon. Kokemusasiantuntijan merkitys kehittämisen suunnan näyttäjänä avautui henkilöstölle. Tästä kertoo toimialajohtaja Johanna Tuukkanen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin blogissa 7.3.2018.

Kokemusasiantuntijoiden avulla kohti parempaa päivystystä

Mihin ihmeeseen sairaalassa tarvitaan kokemusasiantuntijoita, kyllähän täällä tiedetään, mitä potilaat tarvitsevat! Näin ajattelin vuosia sitten kuultuani, että Keski-Suomen sairaanhoitopiiri käynnistää uudenlaisten asiantuntijoiden koulutuksen. Nyt voin tunnustaa olleeni täysin väärässä. Onneksi tiesin asiasta jo enemmän silloin, kun sairaanhoitopiirissä etsittiin kokemusasiantuntijayhteistyöstä kiinnostuneita yksiköitä keväällä 2015.

Uskalsimme ilmoittaa päivystyksen mukaan hankkeeseen, vaikka tiesimme toimintaympäristön olevan haasteellinen. Arvelutti myös se, miten äkillisesti sairastuneet ja usein hätäntyneet päivystyspotilaat suhtautuvat kokemusasiantuntijoihin. Sekin mietitytti, kuinka henkilöstö ottaa vastaan ulkopuoliset henkilöt vaativan työn ja kiireen keskellä. Kaikki epäilykset osoittautuivat turhiksi.

Arvokasta tietoa ja lisää ymmärrystä

Päivystysalueella on toteutettu tähän mennessä jo kolme kokemusasiantuntijoiden seurantajaksoa. Potilaat ovat suhtautuneet kokemusasiantuntijaan luontevasti ja ennakkoluulottomasti. Moni on kertonut hänelle hyvin henkilökohtaisia ja luottamuksellisia asioita saaden samalla uudenlaista tukea omaan tilanteeseensa.

Päivystyksen hoitajat ja lääkärit ovat ottaneet kokemusasiantuntijat hyvin vastaan. Koko päivystysalue on saanut heiltä arvokasta tietoa siitä, mitä potilaamme ja heidän läheisensä ajattelevat päivystyspoliklinikalla ja -osastolla olonsa aikana.

Kokemusasiantuntijoiden havainnoilla oli suuri merkitys, kun aloimme kehittää uutta, potilaslähtöisempää päivystyksen toimintamallia. Emme olleet ymmärtäneet, kuinka yksinäisiksi ja turvattomiksi potilaamme tunsivat olonsa päivystyksessä, jossa henkilökunta teki paljon työtä omissa tiloissaan, erillään potilaista. Toki he seurasivat jatkuvasti potilaiden vointia, mutta potilaat ja heidän omaisensa eivät aina tienneet sitä, vaan luulivat tulleen unohdetuksi. Useimmat heistä eivät uskaltaneet pysäyttää ohi kiiruhtavia hoitajia tai lääkäreitä. Kuulimme myös, mitä tietoa potilaat kaipaavat istuessaan joskus tuntikausiakin päivystyksessä. Samalla kokemusasiantuntijat alkoivat ymmärtää päivystystoiminnan haasteita.

Havainnot kehittämisen tukena

Keski-Suomen keskussairaalassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystys ovat yksi kokonaisuus. Kokemusasiantuntijoiden innoittamana teimme monia muutoksia käytännön toimintaan, jotka toivottavasti näkyvät potilaille parempana palvelukokemuksena. Hoitajille tehtiin työpiste lähes kaikkiin odotustiloihin, jotta he ovat lähempänä potilaita. Päivystysosastolle perustettiin päihdeyksikkö, joka on rauhoittanut koko osaston toimintaa. Päivystyspoliklinikan tilojen uudelleen järjestelyn ansiosta mielenterveyspotilaat ovat saaneet oman, rauhallisen odotustilan. Odotustilojen näytöille laadittiin tietokooste potilaita askarruttavista asioista. Kuten siitä, miksi joku joutuu odottamaan pidempään kuin toinen. Tai miksi kaikille potilaille ei tarjota ruokaa. Tai minkä vuoksi kaikilta potilailta kysytään alkoholin käytöstä.

Parhaimmillaan yhteistyöstä kokemusasiantuntijoiden kanssa kasvaa kumpuunuu, josta hyötyvät kaikki. Työ päivystyksessä on lisännyt kokemusasiantuntijoiden ymmärrystä päivystyksen perustehtävästä, joka on äkillisesti sairastuneiden ja välitöntä apua tarvitsevien potilaiden hoito. Me taas olemme saaneet arvokasta tietoa, jota voimme käyttää matkalla kohti parempaa päivystystä.

Lämmin kiitos Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijoille erinomaisesta yhteistyöstä, jonka toivon jatkuvan myös tulevaisuudessa!

Johanna Tuukkanen
ylilääkäri, toimialueen johtaja
Päivystysalue, KSSH

Kehittäjäkumppanuus terveystalossa

Terveystalokeskus hoitoympäristönä

Terveystalokeskus muodostaa suomalaisen terveydenhuollon perustan. Kansalaisten arjessa se on keskeinen terveyspalvelujen tuottaja. Terveystalokeskus on moninainen toimintokokonaisuus ja sen asiakaskunta on laaja kattaen koko elämänsäajan. Toiminnassa korostuvat ennaltaehkäisy ja sairauksien hoitoon liittyvä omahoidon ohjaus. Terveystalokeskusten asiakaskäyntimäärät näyttävät koko ajan olevan kasvussa ja väestön ikääntyessä pitkäaikaissairaat muodostavat merkittävän osan terveystalokeskusten potilaista. Useimmiten heillä on samanaikaisesti monia hoitoa vaativia sairauksia. Terveystalokeskusten vastaanottoja kuormittavatkin yhä useammin potilaat, joilla on paljon terveyteen liittyviä ongelmia. Terveystalokeskusilta odotetaan jatkuvasti parempaa toimivuutta.

Asiakkaille terveystalokeskus on näyttäytynyt hallinnollisesti ristiriitaisena, toiminnaltaan mutkikkaana hoitopaikkana, jossa asiakkaiden aktiivinen ja vastuullinen rooli on merkittävä. Se on nähty myös kiireisenä, ruuhkaisena, mutta vakaana ja luotettavana, joskin ei aina ihan tehokkaana hoitopaikkana, jonne on matala kynnyksellä tulla. Esille on nostettu hoidon vaihtelevuus ja jopa sattumanvaraisuus. Terveystalokeskusten toimintaan on kuitenkin oltu suhteellisen tyytyväisiä ja niiden on odotettu säilyvän kansalaisten kokonaisvaltaisen kohtaamisen lähipalveluna. Kansalaisten mielissä terveystalokeskus pitää yllä terveyttä ja elämää. (Tiirinki 2014.)

Hoitoaikojen lyhentyessä erilaiset ohjaustilanteet lisääntyvät. Teknologian kehitys haastaa puolestaan sekä ammattilaisten ohjaustaitoja, että potilaiden omatoimista omahoidon toteuttamista. Kotona toteutettavat, joskus monimutkaisetkin hoitoon liittyvät toimenpiteet ovat potilaiden arkea. Potilaille on tärkeää, että heidän tarvitsemansa ohjaus on terveystalokeskuksessa helposti saavutettavaa, sujuvaa ja tuo apua omahoitoon. Terveystalokeskuksessa korostuu eri ammattilaisten yhteistyö.

Potilaiden omahoito on todettu vaikuttavaksi sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä elämäntapojen muuttamisessa. Omahoito merkitsee sitä, että potilas on tietoinen omasta terveydestään ja toimintakyvystään sekä niiden edellytyksistä. Siten hän osaa omatoimisesti hoitaa itseään, tunnistaa voimavarojaan ja omia muutostarpeitaan sekä osaa tarvittaessa hakea apua. Tärkeää on tunne arjen ja sairauden omahoidon hallinnasta, jolloin potilas myös kykenee ottamaan vastuuta omahoidostaan (Ks. esim. Järvinen 2017).

Terveyskeskuksissa on viime vuosina haettu uudenlaisia asiakaslähtöisiä toimintamalleja väestön terveystarpeisiin, päivystyksen haasteisiin ja kasvaviin kansanterveysongelmiin. Terveydenhuollon ammattilaisten tuki on tärkeä omahoidon kulmakivi, kun asiakas ottaa kokonaisvastuuta omasta terveydestään. Lähtökohtaisesti asiakas osallistuu omahoitonsa suunnitteluun ja hänen mielipiteensä huomioidaan. Hoidon tavoitteista keskustellaan yhdessä ja ne myös määritellään yhdessä (Komulainen ym. 2011). Potilaan resurssit ja kyky toteuttaa omahoitoa elämäntilanteessaan edellyttää hyvin organisoitua yhteistyötä. Terveyskeskuksissa yhteistyö on organisoitu moniammatillisiin ryhmiin, tiimeihin tai työparityöskentelyksi. Hankkeeseen osallistuneella terveysasemalla oli otettu käyttöön tiimityömalli, joka v. 2014 oli käytössä lähes 40 prosentissa terveyskeskuksia (Rintanen ym. 2014).

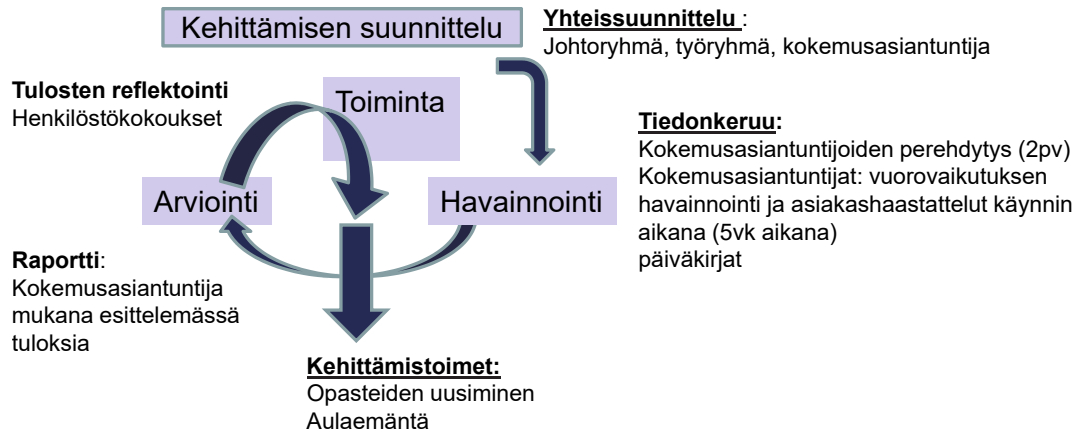
Tiimityölle ominainen vahva ja hyvin organisoitu yhteistyö korostuu etenkin pitkäaikaissairauksien hoidossa. Räättälöidyt omahoidon ratkaisut löydetään potilaan kanssa yhdessä pohtien. Oleellista on potilaan tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu, tiedon siirtyminen, epäselvyyksien ja ongelmien yhteinen käsittely toisia tukevassa ilmapiirissä (Kettunen & Gerlander 2013). Tiimin tehtävänä on huolehtia potilaan kanssa yhteistyössä siitä, että potilaan sairaus on tasapainossa ja hän hallitsee yhdessä ammattilaisen kanssa suunnitellun omahoidon. Potilas on yhtenä tiimin jäsenenä vastuullinen omahoitonsa toteuttaja.

Kehittäjäkumppanuuden suunnittelu ja toteutus

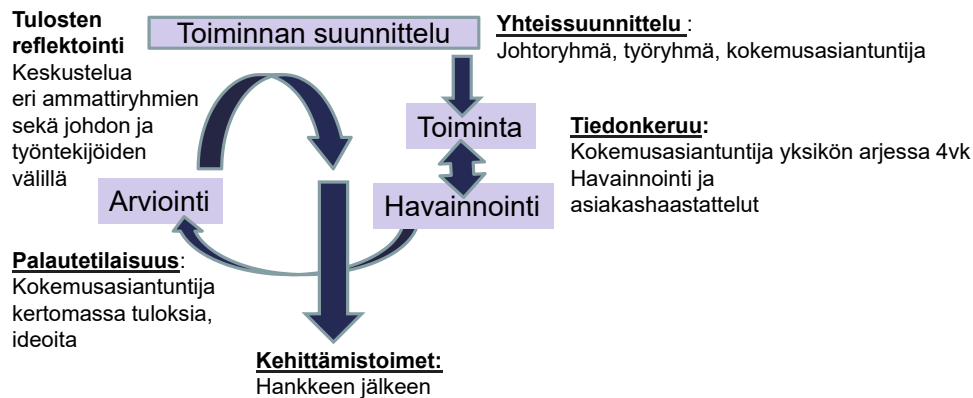
Terveyskeskuksessa yhteiskehittäminen alkoi henkilöstön tiedon tarpeista koskien yleisimpien kansansairauksien hoitoa vastaanottoiminnassa. Terveyskeskuksen nykytilan arviointikohteeksi potilasnäkökulmasta henkilöstö ja johto valitsivat sekä lääkäreiden että hoitajien astma- ja diabetesvastaanotoilla tapahtuvan omahoidon ohjauksen (Kuva 6). Lisäksi he kokivat tarvitsevansa tietoa terveysaseman päivystyspotilaiden hoidon tarpeen arvioinnista sekä avosairaanhoidon vastaanottojen uudesta lääkäri-hoitaja - tiimityömallista. Erityisesti haluttiin selvittää äskettäin kehitetyn tiimityön tunnetta- vuutta ja toimivuutta asiakkaille.

SYKLI I

Nykytilan analyysi: Tiedon tarve astma- ja diabetesvastaanotoilla toteutetusta omahoidon ohjauksesta ja uudesta tiimityömallista

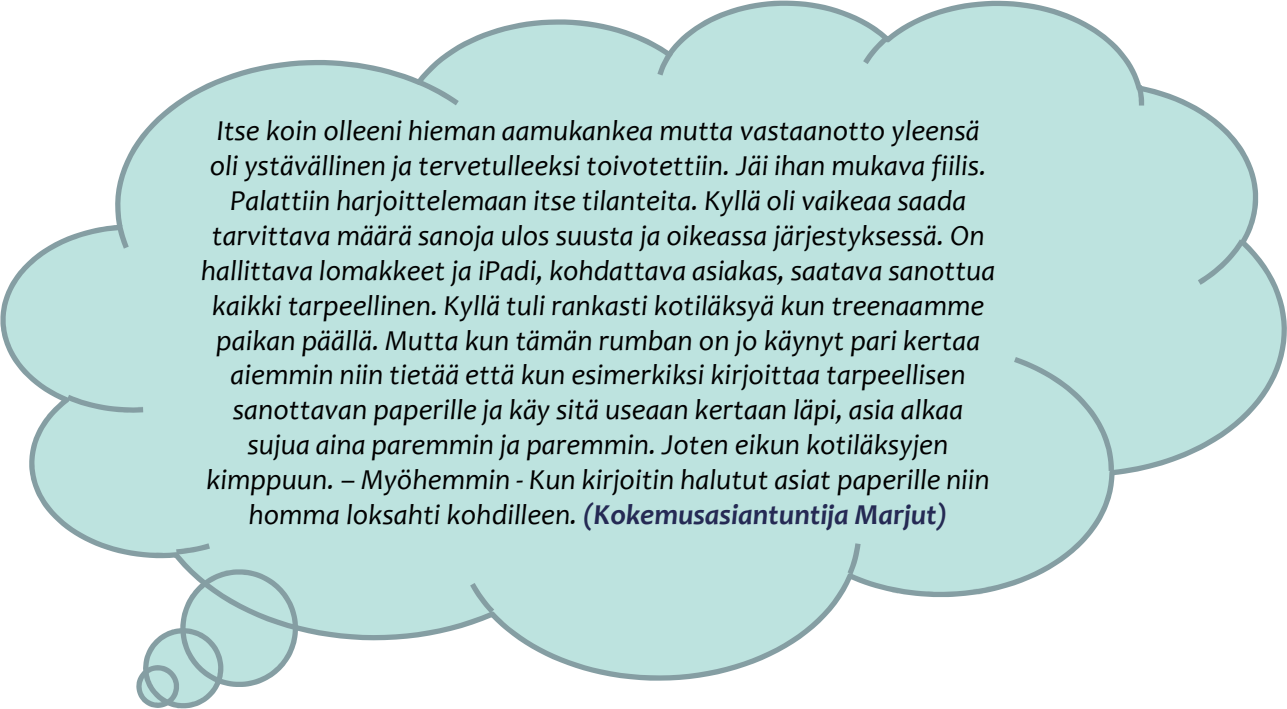


SYKLI II



Kuva 6. Terveyskeskuksen kehittäjäkumppanuus toimintatutkimuksena.

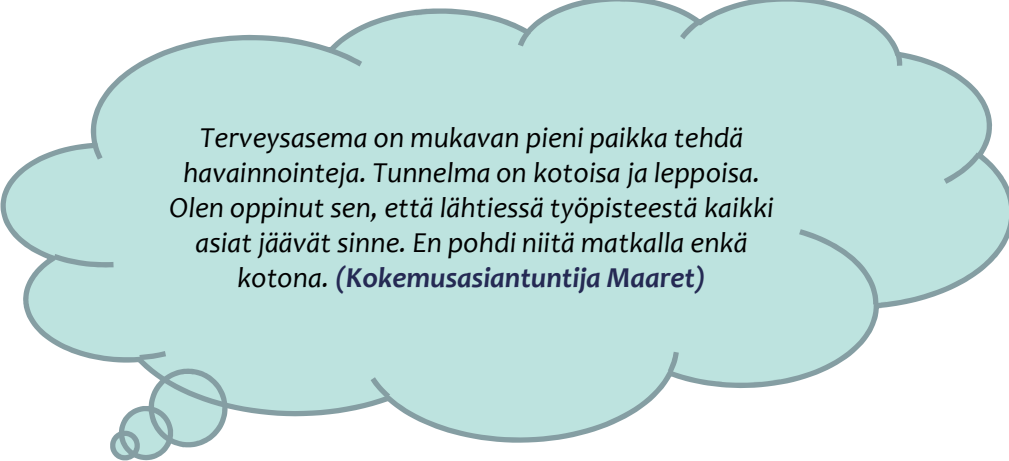
Kokemusasiantuntijoita perehdytettiin terveyskeskuksen tiedonkeruuseen kaksi päivää. Ensimmäisenä päivänä käytiin läpi käytännön asioita (aika-taulu, henkilökortit, avaimet, liivit, kulkuluvat, tauot, ruokailu, turvallisuus, hygienia, pysäköinti, palkkiot ja matkakorvaukset sekä vaate- ja tavarasäilytys). Lisäksi sovittiin työvuorot ja mahdollisesta poissaolosta aiheutuvat muutokset. Kokemusasiantuntijoita tiedotettiin myös vastuuhenkilöistä terveyskeskuksessa. Perehdytyksessä tuotiin uudelleen esille vaitiolovelvollisuus sekä potilaiden rekrytointiin liittyvät asiakastiedotteet ja potilailta luvan kysyminen. Eriyisen huolella luotiin yhteinen käytäntö siitä, miten asiakkaat kysytään havainnoitaviksi (prosessikaavio). Tähän sisältyi myös oma esittäytyminen.



Itse koin olleeni hieman aamukankea mutta vastaanotto yleensä oli ystävällinen ja tervetulleeksi toivotettiin. Jäi ihan mukava fiilis. Palattiin harjoittelemaan itse tilanteita. Kyllä oli vaikeaa saada tarvittava määrä sanoja ulos suusta ja oikeassa järjestyksessä. On hallittava lomakkeet ja iPadi, kohdattava asiakas, saatava sanottua kaikki tarpeellinen. Kyllä tuli rankasti kotiläksyä kun treenaamme paikan päällä. Mutta kun tämän rumban on jo käynyt pari kertaa aiemmin niin tietää että kun esimerkiksi kirjoittaa tarpeellisen sanottavan paperille ja käy sitä useaan kertaan läpi, asia alkaa sujua aina paremmin ja paremmin. Joten eikun kotiläksyjen kimppuun. – Myöhemmin - Kun kirjoitin halutut asiat paperille niin homma loksautti kohdilleen. **(Kokemusasiantuntija Marjut)**

Toisena päivänä kokemusasiantuntijat tutustuivat paikkaan ja tekivät koehavainnoinnin. Aikaisempien kokemusten pohjalta tiedettiin, että tiedonkeruu oli emotionaalisesti vaativaa. Vaativaksi sen teki uusi ympäristö ja uudet ammattilaistyötoverit, vaihtuvat asiakkaat ja tarkkaavaisena pysyminen. Siksi perehdytyksessä puhuttiin oman jaksamisen rajojen tunnistamisesta. Kokemusasiantuntijoita muistutettiin taukojen merkityksestä ja rentoutumisesta. Tiedonkeruun aikana kannatti erityisesti huolehtia levosta havainnointipäivien välillä. Terveyskeskukseen kehoitettiin ottamaan mukaan hyvät eväät.

Kuuden viikon aikana kokemusasiantuntijoiden toteuttamaan omahoidon ohjauksen havainnointiin osallistui 41 astmaa tai diabetesta sairastavaa potilasta.



Terveysasema on mukavan pienen paikka tehdä havainnoiteja. Tunnelma on kotoisa ja leppoisa. Olen oppinut sen, että lähtiessä työpisteestä kaikki asiat jäävät sinne. En pohdi niitä matkalla enkä kotona. **(Kokemusasiantuntija Maaret)**

Lisäksi kokemusasiantuntijat haastattelivat satunnaisesti 150 potilasta odotustiloissa koskien päivystyksen hoidon tarpeen arviointia ja uutta tiimityömallia. Kokemusasiantuntijat kirjoittivat myös kokemuksistaan päiväkirjaa. (Taulukko 3)

Taulukko 3. Terveyskeskuksen havainnoinnin ja tiedonkeruun aineistot.

Tarkasteltava ilmiö	Aineisto	Merkitys
Potilaan kokemus ohjaustilanteesta (diabeteksen ja astman hoidon ohjaustilanteet)	Kyselylomake (n=41)	Potilaan äänen kuuluminen. Omahoitoa tukevien ohjauskäytäntöjen tunnistaminen ja arviointi.
Potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus kokemusasiantuntijan silmin	Kokemusasiantuntijan havainnot ohjaustilanteesta (n=41, 23 päivän aikana)	Omahoitoa tukevien ohjauskäytäntöjen tunnistaminen ja arviointi.
Potilaan kokemus hoidon tarpeen arvioinnin merkityksestä sekä lääkäri-hoitaja -tiimityömallin tunnettavuudesta ja toimivuudesta	Lyhyet vapaamuotoiset haastattelut (äänitallenteet satunnaiset potilaat N=150, 28 päivystysaikaan ja 122 virka-aikaan, 5 päivän aikana) Yht. 80 sivua, Calibri 12, riviväli 1	Potilaan äänen kuuluminen toiminnan arvioinnissa, kehittämiskohteiden tunnistamisessa.
Kokemusasiantuntijan kokemukset	Kokemusasiantuntijan päiväkirjat (n=3, yhteensä 17 sivua: Calibri fontti 12, riviväli 1)	Kokemusasiantuntijoiden jaksamisen tunnistaminen ja yhteistyön mahdollisuuksien selvittäminen. Kokemusasiantuntijatyön avaaminen.

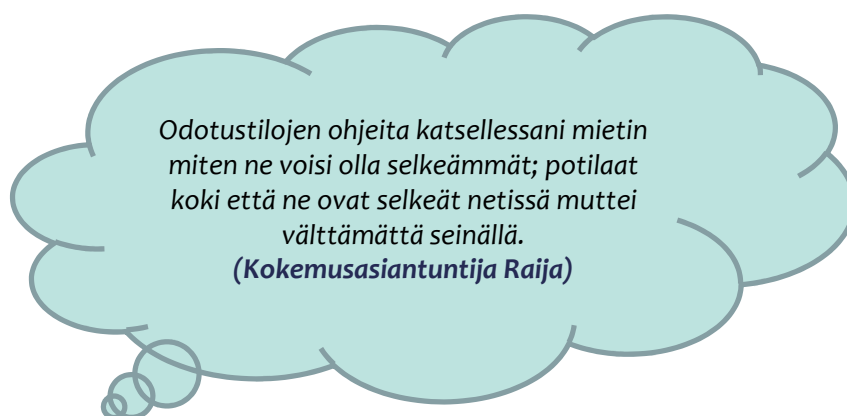
Potilaiden kokemukset ja kokemusasiantuntijoiden havainnot

Sekä kyselylomakkeeseen vastanneiden potilaiden kokemukset (N=41) että kokemusasiantuntijoiden (N=3) havainnot samoista ohjaustilanteista (N=41) antoivat hyvin samansuuntaista tietoa vastaanottokäynneistä. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä kokemuksiinsa diabeteksen ja astman hoidosta. Hoidon koettiin olevan ystävällistä sekä sujuvaa ja vastaanottotilanteen ilmapiiri koettiin turvalliseksi. Suurin osa potilaista koki, että heitä kannustettiin omahoitoon ja rohkaistiin ideoimaan omahoidon ratkaisuja. Valtaosa heistä myös koki, että hoitaja tai lääkäri oli kysynyt heidän mielipidettään ja näkemystään. Kuitenkin lähes viidennes haastatelluista vastasi, ettei heidän mielipidettään tai näkemyksiään kysytty tai he eivät itse pitäneet sitä tarpeellisena. Lähes neljäsosa haastatelluista potilaista myös koki, ettei heitä rohkaistu ideoimaan omahoidon ratkaisuja tai he eivät kokeneet asian koskevan itseään. Osa potilaista koki etteivät he saaneet juurikaan tietoa lääkkeistään tai kannustusta terveisiin elämäntapoihin tai he eivät kokeneet asian koskevan heitä.

Kaikki potilaat kokivat, että hoitaja tai lääkäri varmisti heidän ymmärtäneen kertomansa asiat. Sekä potilashaastatteluiden että kokemusasiantuntijoiden havainnoinnin mukaan hoitaja tai lääkäri kysyi useimmiten kotona selviytymisestä. Lähes kaikki potilaat myös kertoivat hoitajan tai lääkärin kuunnelleen heitä. Potilailla oli siis myös niin halutessaan mahdollisuus ottaa itse puheeksi kotona selviytyminen.

Yli puolet potilaista ilmoitti hoitajan tai lääkärin tarjonneen heille tarvittavia omahoidon tukimahdollisuuksia. Osalle potilaista tätä oli vaikea arvioida. Osa taas tukimahdollisuuksista keskustelu ei koskettanut ja pieni osa oli sitä mieltä, että heidän kanssaan niistä ei keskusteltu. Astmaa ja diabetesta sairastavien kohdalla hoitosuhteet ovat pitkiä, joten tukiasioita oli saatettu käsitellä jo aiemmin.

Tilojen opasteissa ilmeni puutteita. Odotustilojen kartta koettiin epäselväksi eivätkä potilaat tieneet, missä voivat odottaa vastaanotolle pääsyä. Kokemusasiantuntijat havaitsivat vuoronumerosysteemin aiheuttavan osalle potilaita hämmennystä. Vuoronumerolaite oli sijoitettu sisäänkäynnin läheisyyteen aulaan, mutta potilaat eivät tieneet milloin numero tulee ottaa ja milloin ei. Vuoronumerolaitteessa luki: ”jos et tiedä minne olet menossa, ota vuoronumerolappu”. Vuoronumerolappu koski vain päivystyspotilaita, mutta myös vastaanotoille tulevat potilaat ottivat lapun. Osa potilaista jäi odottamaan vuoronumerolapun kanssa väärään tilaan ymmärtämättä missä hänen piti olla. Laboratorion numeronäyttö oli näkyvillä vain tietyssä tilassa odottaessa. Potilaat näkivät tärkeänä, että he voisivat seurata numeronäyttöä myös muissa odotustiloissa.



Terveyskeskuksen tiimityöstä ja päivystyksen hoidon tarpeen arvioinnista haastatellut potilaat (N=150) kokivat olevansa pääosin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Tiimityö oli tullut tutuksi ja saman hoitajan tai lääkärin

luona asiointi koettiin tärkeäksi. Nykyisiä palveluita kuvattiin riittäviksi, toimiviksi sekä hyviksi ja tarvittaessa sai myös lähetteen eteenpäin. Takaisinsoitto-palvelua kuvailtiin erityisen toimivaksi ja sen koettiin helpottavan runsaasti yhteyden saamista hoitajaan. Potilaat kokivat saaneensa apua ja neuvoja silloin, kun he niitä tarvitsivat ja hoitoon päästiin tarvittaessa nopeasti. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että apua sai läheltä. Henkilökunnan ammattitaitoon luotettiin. Potilaat kokivat myös tulleen kohdatuksi kunnioittavasti. Potilaiden kehittämisehdotuksissa tuli esille entistä sujuvampi ajanvaraus ja hoitoon pääsy, etävastaanottojen kehittäminen, ikääntyneiden ohjaukseen sekä ravitsemus- ja liikuntaneuvontaan liittyvien palvelujen lisääminen.

Kokemusasiantuntijoiden päiväkirjoista kävi ilmi, että terveyskeskuksen tunnelma koettiin kotoisaksi ja leppoisaksi. Omahoidon ohjaustilanteissa havainnoitavat potilaat henkilökunta oli valinnut etukäteen, koska potilaat tulivat terveyskeskukseen ajanvarauksella. Potilaan saapuessa kokemusasiantuntija esitteli itsensä, tiedotti ohjaustilanteen havainnoinnista ja kysyi luvan havainnointiin. Kokemusasiantuntijat kokivat, että heillä oli henkilökunnan tuki ja tarvittaessa henkilökunta auttoi heitä mielellään.

Vaikka kokemusasiantuntijat olivat tehneet havainnointia jo yhteispäivystyksessä, he kertoivat ennen terveyskeskukseen menoa omia muistiinpanojaan ja kokemuksiaan ja varmistelivat sanoituksiaan asiakkaille esittäytyessä. Aiemman kokemuksen perusteella he olivat kuitenkin luottavaisia omaan osaamiseensa, kunhan harjoitteli riittävästi.

Kokemusasiantuntijoita jännitti miten potilaat ottavat heidät vastaan ja suostuvat havainnoitaviksi ja haastateltaviksi. Kokemus oli kuitenkin positiivinen, vaikka jonkin verran potilaita kieltäytyi. Kokemusasiantuntijat kuvasivat havainnointia välillä väsyttäväksi, sillä heidän täytyi keskittyä aina uuden ihmisen tapaamiseen. Havainnoitavia ohjaustilanteita heillä oli useimmiten kaksi päivässä, joskus niitä oli yksi ja joskus saattoi olla kolme. Terveyskeskukseen oli myös matkaa, joka lisäsi työpäivään tunteja ja saattoi uuvuttaa.

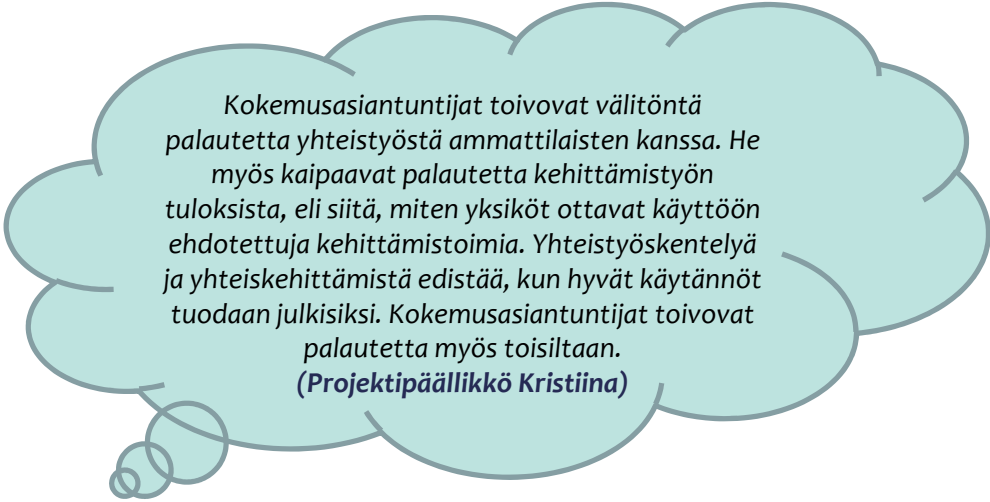
Kehittämistoimet

Terveyskeskus sai tiedonkeruun tuloksista yksityiskohtaisen raportin, jossa omahoidon ohjauksen kehittämisen painopisteinä korostettiin henkilökohtaisen hoitosuunnitelman laatimista, terveisiin elämäntapoihin liittyvää kannustamista ja lääkkeisiin liittyvää tiedon saantia, systemaattista potilaan ymmär-

ryksen tarkistamista sekä kotona selviytymisen ja tunteiden puheeksi ottamista jokaisella ohjauksikäynnillä. Lisäksi kokemusasiantuntijat esittivät seuraavia kehittämisehdotuksia:

- Vuoronumerolaitteeseen tarkennus, keitä potilasryhmiä se koskee
- Laboratorion numeronäyttö näkyviin myös isoilla käytävillä
- Pohjapiirroskartan sijainnin tarkistus, myös väliopasteita tulisi olla
- Kokemusasiantuntijoita voisi hyödyntää opasteiden mietinnässä

Kokemusasiantuntijoiden läsnäolo, havainnot ja potilaiden kokemusten kartoittaminen nähtiin tärkeänä paikallisten kehittämistoimien esille nostamisessa. Kehittäminen aloitettiin opasteiden uusimisesta, joka tehtiin perusteellisesti. Tarpeelliseksi katsottiin myös aulahenkilön palkkaaminen aulatiloihin potilaiden tueksi. Kokemusasiantuntijan havainnointia jatkettiin. Jatkototeutus jäi terveyskeskuksessa hankkeen jälkeiseen aikaan. Terveyskeskuksen johto päättikin toteuttaa kokemusasiantuntijoiden havainnoinnin kevennetysti yksipäiväisenä kaikilla terveysasemillaan.



Kokemusasiantuntijat toivovat välitöntä palautetta yhteistyöstä ammattilaisten kanssa. He myös kaipaavat palautetta kehittämistyön tuloksista, eli siitä, miten yksiköt ottavat käyttöön ehdotettuja kehittämistoimia. Yhteistyöskentelyä ja yhteiskehittämistä edistää, kun hyvät käytännöt tuodaan julkisiksi. Kokemusasiantuntijat toivovat palautetta myös toisiltaan.
(Projektipäällikkö Kristiina)

Kokemusasiantuntijoiden ajatuksia ja tunteita henkilökunnan kohtaamisista

Päiväkirjoja kirjoittaneita kokemusasiantuntijoita oli kuusi. He kirjoittivat yhteensä seitsemän päiväkirjakokonaisuutta, joista kolme oli kirjoitettu kokemusasiantuntijoiden toimiessa terveysasemilla ja neljä sairaalan yhteispäivästyksessä. Kokemusasiantuntijat saivat kirjoittaa vapaasti omista ajatuksistaan.

Päiväkirja-aineistoa kertyi yhteensä 45 sivua rivivälillä 1.0 ja pistekoolla 12. Aineiston analyysissa noudatettiin Schreierin (2012, 6) määrittelemiä sisällönanalyysin vaiheita.

Sisällön relevantiksi osaksi määritettiin kohtaamisiin liittyvät kirjoitukset, kohtaamisten tilannekuvaukset sekä niihin liittyvät ajatus- ja tunnekuvaudet. Kohtaamiset tapahtuivat esimerkiksi kokemusasiantuntijan ja työntekijän odottaessa potilasta saapuvaksi vastaanotolle tai osapuolten tavatessa havainnointitilanteissa tai henkilökunnan kahvihuoneessa. Relevantiksi sisällöksi rajautui yhteensä yhdeksän sivua alkuperäisestä 45-sivuisesta päiväkirja-aineistosta.

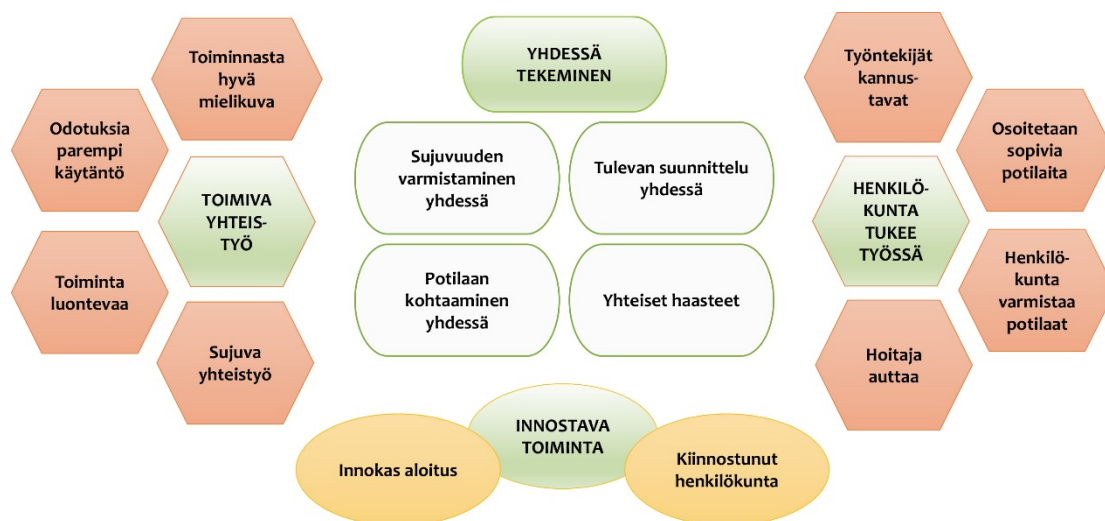
Analyysin tuloksena päiväkirja-aineistosta muodostui neljä teemaa; sitoutuminen uuteen toimintamuotoon, kokemusasiantuntija osana yhteisöä, haasteellinen kumppanuus ja toiminta määritellyssä järjestelmässä (taulukko 4). Tulokset osoittavat, että yhteiskehittämisen osapuolet sitoutuivat uuteen toimintaan ja yhteiskehittäminen mahdollisti kokemusasiantuntijoille osakuuden työyhteisössä. Yhteiskehittämisen tasa-arvoinen kumppanuus oli kuitenkin haasteellinen ja terveydenhuollon tarkasti määritelty toimintaympäristö vaikutti yhteiskehittämisen käytännön toteutukseen tehden käytännön hallinnasta ajoittain haasteellista.

Taulukko 4. Kohtaamisten ja tunnekuvausten teemat.

Sitoutuminen uuteen toimintamuotoon	Kokemusasiantuntija osana yhteisöä	Haasteellinen kumppanuus	Toiminta määritellyssä järjestelmässä
Yhdessä tekeminen	Kokemusasiantuntijuuden asettuminen yhteisöön	Työntekijälle vastentahtoista	Potilastyön ehdoilla
Henkilökunta tukee työssä	Yksi työporukasta	Yhdessä toimimisen vaikeus	Työntekijän auktoriteetti
Toimiva yhteistyö	Tasa-arvoinen toimija	Toimijuuden haasteet	Käytännön hallinta haasteellista
Innostava toiminta			

Sitoutuminen uuteen toimintamuotoon

Henkilökunnan ja kokemusasiantuntijoiden sitoutuminen uuteen toimintamuotoon kuvastui päiväkirjoista tiiviinä yhdessä tekemisenä, henkilökunnan antamana tukena, toimivana yhteistyönä sekä innostuneena suhtautumisena uuteen toimintaan (kuva 7).



Kuva 7. Sitoutuminen uuteen toimintamuotoon.

Monenlaisessa yhdessä tekemisessä heijastui kokemusasiantuntijoiden ja työntekijöiden sitoutuminen yhteiskehittämiseen. Kokemusasiantuntijat ja työntekijät toteuttivat kehittämishankkeen kenttäosuuden pitkälti työparina tutkimukseen osallistuvia potilaita kohdaten ja tulevaa toimintaa suunnitellen. Työpari kohtasi potilaita yhdessä havainnointitilanteissa sekä pyrkiessään rekrytoimaan näitä tutkimukseen. Myös tulevaa toimintaa suunniteltiin yhdessä kartoittamalla haastattelu- ja havainnointimahdollisuuksia ja suunnitteleamalla toiminnan aikatauluja potilaslistojen pohjalta. Vakaita toimintasuunnitelmia kokemustiedon keräämiseksi oli kuitenkin haasteellista tehdä toiminnan uutuuden, tutkittavien kieltäytymisten sekä aikataulumuutosten johdosta. Epävarmuuksien johdosta yhdessä tekemisessä näyttäytyi täten käytännön toiminnan sujuvuuden varmistaminen; sujuvuutta varmistettiin esimerkiksi purkamalla kokemusasiantuntijalle epäselviä asioita sekä varmentamalla havainnointi- ja haastattelumahdollisuuksia uudemman kerran.

Kävimme (hoitajan nimi) kanssa ensi viikon päiviä läpi. Ehkä torstaina ja perjantaina tulee kaksi asiakasta joita voin kutsua tutkimukseen. Olemme vielä yhteydessä ensi viikolla päivistä. (2)

Kokemusasiantuntijat kuvasivat myös, kuinka potilasrajapinnassa työskentelevä työpari joutui ajoittain kohtaamaan yhteisiä haasteita hankkeen toteuttamisessa. Haasteita esiintyi esimerkiksi silloin, kun tutkimuksesta kieltäytyneen potilaan tilalle täytyi etsiä uusi potilas. Joskus havainnointiin ja haastateltavaksi suunniteltu potilas saattoi jättää myös tulematta varatulle vastaanottoajalle.

Tänään ensimmäistä potilasta ei kuulunut lainkaan vastaanotolle. Odottelimme hoitajan kanssa 10 min. tuloksetta. Sitten luovutimme. (1)

Sitoutuminen uuteen toimintamuotoon ilmeni käytännön toiminnassa henkilökunnan ja kokemusasiantuntijan toimivana yhteistyönä. Kokemusasiantuntijat kuvasivat yhteistyötä luontevana ja sujuvana työskentelymuotona, josta syntynyttä positiivista mielikuvaa he toivat vahvasti esiin.

Yhteistyö hoitajan kanssa on sujunut loistavasti. (2)

Kokemusasiantuntijoiden ja työntekijöiden yhteistyö ilmeni päiväkirjoissa luontevana toimintana, jossa uuden toimijan läsnäolo ei vaikuttanut potilaan kohtaamiseen havainnointitilanteissa. Yhteistyön sujuvuus korostui hyvissä yhteistoiminnan kokemuksissa; rekrytoidessaan potilaita tutkimukseen kokemusasiantuntijan ja työntekijän muodostamaa saumattomasti työskentelevää työparia kuvattiin päiväkirjoissa ajoittain kuin työyksikköä.

Ensimmäinen asiakas oli eläkkeellä oleva nainen. Hän suostui koekaniiniksi suht helposti. Sain selvitettyä hänelle mistä tässä tutkimuksessa on kyse ja (hoitajan nimi) kertoi lisää mitä hyötyä tästä osallistumisesta on. Tuli sellainen yhteen hiileen puhaltamisen fiilis. (1)
Siinä odotellessamme tarkistimme potilaslistan ja huomasimme että tämän päivän nimet eivät täsmää. (osastonhoitajan nimi) oli vahingossa antanut huomisen potilaiden nimet. No homma hoidettiin niin että otettiin korvaava potilas. (1)

Kokemusasiantuntijoiden kuvaama toimiva yhteistyö todensi kumppanuutta, jossa molemmilla toimijoilla oli oma aktiivinen roolinsa ja jaettu ymmärrys toiminnan tarkoituksesta. Toimivan yhteistyön myötä työasetelmaan liittyneet ennako-oletukset hälvenivät odotuksia paremman käytännön myötä. Kokemusasiantuntijat kuvasivat esimerkiksi, kuinka ammattihenkilöiden ja potilaiden kohtaaminen oli jännittänyt etukäteen mutta käytännön toiminta oli hälventänyt tuntemukset. Toimivan yhteistyön myötä kokemusasiantuntijoille yhteiskehittämisestä työntekijöiden kanssa jäi hyvä mielikuva.

Päivä oli hyvä; henkilökunta ihanaa ja potilaat hyvin mukana. (3)

Sitoutuminen uuteen toimintamuotoon konkretisoitui myös sekä kokemusasiantuntijoiden että terveydenhuollon henkilökunnan innostuneena suhtautumisena toimintaan. Uuden innostavan toiminnan aloitus peilautui päiväkirjojen kuvauksista kokemusasiantuntijoiden tutustuessa henkilökuntaan ja uuteen toimintakenttään. Uusi toiminta ja kokemusasiantuntijat herättivät puolestaan laajaa kiinnostusta henkilökunnassa työntekijöiden osoittaessa kiinnostuneisuuttaan kysellen kehittämishankkeesta ja kokemusasiantuntijan näkemyksistä.

*Yhdelle sairaanhoitajalle sain pitää nopean hissipuheenkin siitä, mitä katit ovat ja millainen projektimme on! (4)
...Törmäsinkin henkilökuntaan muilta yksiköiltä. Kovasti sain taas kertoa kokemusasiantuntijuudesta ja miten saatoinkaan tavata näin mielenkiintoisia asioita. (7)*

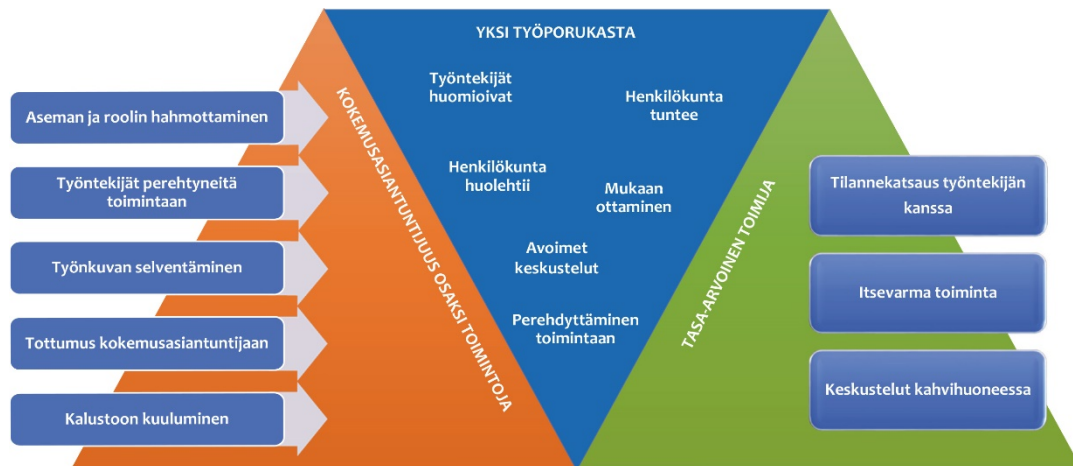
Työntekijät osoittivat sitoutumistaan myös tukemalla kokemusasiantuntijoita käytännön työtehtävissä. Työntekijät tukivat kannustamalla kentällä työskenteleviä kokemusasiantuntijoita ”tsempillä” päivittäisessä työssä. Kokemusasiantuntijoiden läheisin yhteistyökumppani oli useimmiten hoitaja. Hoitajat tukivat kokemusasiantuntijoita arjessa auttamalla käytännön asioissa, kuten selvittämällä havainnointiin suunnitellun vastaanottohuoneen sijainnin sekä varmistamalla nettiyhteyden toimivuutta. Hoitajien sitoutuneisuus uuteen toimintamuotoon konkretisoitui myös tutkimukseen tarvittavien potilaiden varmistamisena; esimerkiksi haastattelun peruuntuessa hoitajat etsivät uusia tutkittavia ja tukivat muutenkin kehittämistoiminnan jatkumista, esimerkiksi varmistamalla tutkittavien rekrytoinnin onnistumisen kokemusasiantuntijan tukena.

Ensimmäinen potilas oli mies ja koska edellispäivänä tuli kolmet pakit nimenomaan miehiltä teimme (hoitajan nimi) kanssa yhdessä sisäänheiton tutkimukseen. (1)

Hoitajat tukivat kokemusasiantuntijoiden potilastyön onnistumista valitsemalla haastatteluihin ja vastaanottojen havainnointiin soveltuvat potilaat ja vastavuoroisesti rajaamalla pois ne, joiden kanssa kohtaaminen todennäköisimmin ei olisi onnistunut. Potilaiden valikointi auttoi kohdentamaan kokemusasiantuntijan työajan mielekkääseen tekemiseen.

Kokemusasiantuntija osana yhteisöä

Palvelujen yhteiskehittämishankkeessa kokemusasiantuntija asemoitui osaksi terveydenhuollon työyhteisöä (Kuva 8). Kokemusasiantuntijuus asettui osaksi työyhteisön ja organisaation toimintoja ja kokemusasiantuntijat otettiin osaksi työporukkaa. Kokemusasiantuntijan omassa toiminnassa yhteisöön kuuluminen näyttäytyi tasa-arvoisena toimijuutena.



Kuva 8. Kokemusasiantuntija osana yhteisöä.

Kokemusasiantuntijuuden asettuminen osaksi terveydenhuollon työyhteisön ja organisaation toimintoja kuvasi muutosta järjestelmän ulkopuolelta tulleen kokemusasiantuntijan asemassa. Uuden toiminnan ja tulokkaan asettuminen tapahtui tulokkaan aseman ja roolin hahmottamisella ja työnkuvan selventämisellä. Asettumista yhteisön ja organisaation toimintoihin ilmensi myös työntekijöiden tietous ja suhtautuminen kokemusasiantuntijaan osana toimintojen arkea.

Aikaisemmin potilaan asemassa toimineelle kokemusasiantuntijalle yhteiskehittäminen loi mahdollisuuden hahmotella muuttuneen asemansa uusiksi terveydenhuollon järjestelmässä. Kohtaamiset ammattilaisten kanssa uuden roolin myötä saivat kokemusasiantuntijat pohtimaan nykyistä yhdenvertaista asemaansa työyhteisössä suhteessa aikaisempaan rooliinsa potilaana.

Miksi sitten muut työntekijät saavat palkkaa? Minähän olen nyt puolikkaassa virassa, olen töissä. (7)
En ole nyt potilas, olen töissä, (...) (7)

Toiminnan uutuuden vuoksi kokemusasiantuntijat joutuivat ajoittain selventämään työnkuvaansa henkilökunnalle. Selvennystä vaati esimerkiksi se, ettei kokemusasiantuntijan rooliin kuulu vastaanoton palvelutapahtumien arvioijana itse hoitotyöhön osallistuminen. Yhteiskehittämisen edetessä kokemusasiantuntijuuden asettuminen työyhteisöön peilautui myös henkilökunnan perehtyneisyydessä kokemusasiantuntijuuteen sekä tottumuksena uuteen työtoveriin; työntekijöiden uteliaat kysymykset vähenivät ja havaintoja tekevä kokemusasiantuntija muuttui osaksi terveydenhuollon arjen toimintoja.

Olen lähestulkoon saavuttanut huonekasvin aseman!! Kaikki näkevät että olen siinä. Kukaan ei välitä siitä. (5)

Työyhteisöön asettumista kuvasti myös kokemusasiantuntijoiden kokemus kuulumisesta kalustoon eli yhteenkuuluvuuden tunne omaan työyhteisöön. Henkilökunnan vastaanottava suhtautuminen ja toisaalta tottumus uuden työntekijän läsnäoloon sekä uuden aseman suoma pääsy maallikoilta suljettuihin paikkoihin ja tilanteisiin vahvistivat kokemusasiantuntijoiden kuulumisen tunnetta työyhteisöön ja -ympäristöön.

Loistava työ kun pääsee seuraamaan niin läheltä ammattilaisten työtä. Asioita joihin maalikolla ei normaalisti olisi mitään asiaa. Täällä kuulun jo kuitenkin kalustoon ja saan on kuikuilemassa lähes missä tahansa välissä. (5)

Työntekijät keskustelivat kokemusasiantuntijoiden kanssa avoimesti tuoden esiin muun muassa toiveitaan hankkeeseen liittyen sekä pohtien omia kokemuksiaan potilaana. Uusina tulokkaina kokemusasiantuntijat otettiin mukaan yksikön perustoimintoihin heidän työskennellessä laajalti työyhteisön jäsenten kanssa. Työntekijät perehdyttivät tulokkaita selventämällä organisaation perustoimintoja, kuten hoitoonohjausta, ja kertomalla toiminnan historiasta. Henkilökunta myös huolehti tulokkaasta uudessa toimintaympäristössä. Kokemusasiantuntijan jaksamisesta ja tunnelmista kyseltiin ja hänen informointinsa huomioitiin myös kiireisissä tilanteissa. Tulokkaasta huolehtiminen konkretisoitui myös esimerkiksi tutustumisena kokemusasiantuntijaan ennen yhteisen työskentelyn aloittamista.

En tiennyt minkä näköisen hoitajan vastaanotolle olin menossa, mutta satuin istumaan kahviossa johon hän tuli ja poikkesi juttusilleni. (1)

Kokemusasiantuntijoihin suhtauduttiin täten kuin uuteen työntekijään. Työporukan jäsenenä näkeminen todentui huomioimisena ja tuntemisena työyhteisön jäsenten keskuudessa. Kokemusasiantuntijat saivat henkilökunnalta laajalti ystävällisen vastaanoton ja positiivinen suhtautuminen jatkui yhteiskehittämishankkeen edetessä.

*Osastonhoitaja (nimi) tuli myös ulos kopistaan ja sanomaan pari sanaa. (6)
Joka kerran sekä potilaat että henkilökunta ovat suhtautuneet tosi positiivisesti sekä tutkimukseemme että minuun. (4)*

Kokemusasiantuntijan tasa-arvoista toimijuutta työyhteisössä kuvasi toiminnan tilannekatsauksissa havaittava vastavuoroinen viestintä työntekijöiden kanssa. Kokemusasiantuntijat osallistuivat aktiivisina osapuolina tilannekatsauksiin kertoen ideoistaan ja mielipiteistään toimintaan liittyen sekä keskustellen kokemuksistaan työntekijöiden kanssa. Tasa-arvoista toimijuutta kuvasi myös kokemusasiantuntijoiden itsevarmuus henkilökunnan kohtaamisessa sekä omassa toiminnassa. Esimerkiksi ongelmien ilmaantuessa kokemusasiantuntijat lähestyivät työntekijöitä epäröimättä, jotta käytännön asiat saataisiin toimimaan.

En muistanut enää missä pukukopit olivat joten menin suoraan (nimi) puheille. (1)

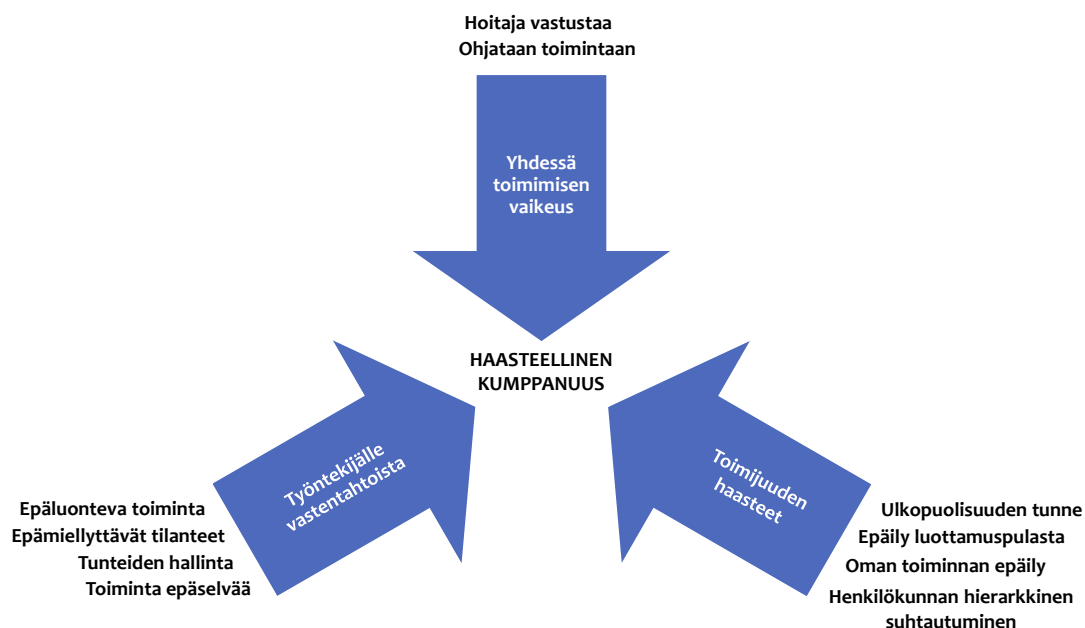
Kokemusasiantuntijoiden itsevarma toiminta henkilökunnan kanssa osoitti vahvaa näkemystä oman aseman ja toiminnan oikeutettuudesta sekä omasta osaamisesta. Itsevarmalla toiminnalla hierarkkisessa yhteisössä he loivat uudenlaista toimijuutta terveydenhuollon järjestelmässä.

Henkilökunnalle kerroin, mikä minua kiinnostaa ja mitä aion tehdä ja antakaa minulle palautetta heti ja suoraan. Kokemustieto. Se on minun asiantuntemukseni. (7)

Kokemusasiantuntijan kokema tasa-arvoinen asema näyttäytyi osallistumisena myös kahvihuonekeskusteluihin henkilökunnan kanssa. Kokemusasiantuntijat pääsivät perinteisesti potilailta evättyyn henkilökunnan tilaan työyhteisön jäsenenä, uuden asemansa myötä. Kahvihuoneessa kokemusasiantuntijat osallistuivat työntekijöiden välisiin epämuodollisiin keskusteluihin osoittaen tasa-arvoista toimijuutta työyhteisön jäsenenä.

Haasteellinen kumppanuus

Yhteiskehittäminen näyttäytyi kokemusasiantuntijoille pääosin positiivisessa valossa. Yhteistyön käynnistäminen ja uusi kumppanuus osoitti kuitenkin myös haasteellisen puolensa. Kaikkia työntekijöitä uusi toimintamuoto ei miellyttänyt, osalle uusi yhteistoimintamuoto oli vastentahtoinen. Kumppanuuden haasteellisuus konkretisoitui myös yhdessä toimimisen vaikeutena sekä kokemusasiantuntijoiden toimijuuden haasteellisuutena (kuva 9).



Kuva 9. Haasteellinen kumppanuus.

Kumppanina toimimista vaikeutti osaltaan työntekijöiden vastentahtoisuus uuden toimintamuodon toteuttamista kohtaan. Hoitajat osoittivat vastustustaan välillä avoimestikin kokemusasiantuntijoiden edessä vastustaen lähinnä vastaanottojen havainnointia. Osa työntekijöistä jouduttiin jopa ohjaamaan johdon taholta yhteistoimintaan. Kokemusasiantuntijoille yhteistyökumppanin vastustus ja yhteistyöhön ohjaaminen oli ikävä kokemus tilanteen osoittaessa, etteivät työntekijät välttämättä olleetkaan kaikissa tilanteissa halukkaita toimimaan yhteistyössä asiakkaiden kanssa.

Hoitaja ei olisi millään halunnut suostua. (...) En tiedä, itselle jäi huono fiilis kun vähän pakolla suostui ottamaan. (2)

Kokemusasiantuntijat kuvasivat kumppanuuden haasteena yhdessä toimimisen vaikeuden, joka ilmeni epäluontevina ja epämiellyttävinä tilanteina,

kokemusasiantuntijoiden tunteiden hallintana ja toiminnan epäselvyytenä. Pitkät perinteet omaava työntekijöiden ja potilaiden asemointi ja erillisuus terveydenhuollossa johti uuden yhteistyöskentelymuodon epäluontevuuteen, esimerkiksi kankeuteen kohtaamisessa mutta myös teennäiseen käytökseen yhteistoiminnassa. Yhteistyö henkilökunnan kanssa terveydenhuollon arjessa vaati kokemusasiantuntijoilta tunteiden hallintaa; uudet kohtaamiset herättivät jännitystä ja työntekijöiden puheet olivat ajoittain hämmentäviä. Yhteistoiminta yllätti ajoittain myös epämiellyttävillä tilanteilla henkilökuntaa kohdatessa. Terveydenhuollon arkeen asettautuvat kokemusasiantuntijat eivät olleet varautuneet epämiellyttäviin tilanteisiin, esimerkiksi työntekijän epäkunnioittavaan puheeseen.

En voinut mitään, että järkytyin hänen kommentistaan. (7)

Yhdessä toimimisen haasteeksi muodostui myös toiminnan epäselvyys. Uutena toimintamuotona yhteiskehittämisen käytäntöjä oltiin vielä luomassa ja kokemusasiantuntijuus oli vasta asettumassa järjestelmään. Täten tieto kokemusasiantuntijoiden roolista oli vasta hahmottumassa työyhteisössä; toiminnan epäselvyys yhteistyötilanteissa ilmensi henkilökunnan tietouden puutetta uusista käytännöistä ja tulokkaiden työnkuvasta.

Mietin asiaa ja kyllä näytti ihan siltä ettei triagen hoitaja oikein tiennyt mitä me tehtiin siellä, eikä tiennyt kuinka toimia... (5)

Kokemusasiantuntijan tasa-arvoinen toimijuus kohtasi ajoittain haasteita. Toimijuutta haastoi kokemusasiantuntijoiden kuvaama ulkopuolisuuden tunne, joka heräsi yhteiskehittämisen kohtaamisissa. Tunne ulkopuolisuudesta heräsi usein työntekijöiden käytöksestä, joka kokemusasiantuntijoille näyttäytyi vastustuksena yhteistoimintaa kohtaan.

Lääkäri kätteli potilaan muttei minua. Sanoi vain että sinä tulet seuraamaan? Jäi vähän ulkopuolinen olo, aivan kuin en olisi ollut yhtä tervetullut kuin potilas. (1)

Kokemusasiantuntijat kuvasivat potilaiden äänen kuulluksi saattamisen tärkeimmäksi tehtäväkseen yhteiskehittämisessä ja he kohtasivat potilaita myös itsenäisesti kenttätyössään. Henkilökunnan toiminta ja puhe johti kuitenkin välillä kokemusasiantuntijat epäilemään työntekijöiden kokevan luottamuspulaa tulokkaiden toimintaa ja osaamista kohtaan - kuten silloin, kun

henkilökunta puuttui kokemusasiantuntijan toimintaan ja rajasi tutkimukseen soveltumattomia potilaita haastattelujen ulkopuolelle.

Yritän mahdollisimman paljon kysyä asiakkaalta itseltä. Yllättävää, kun työntekijä oli vieressä, hän sanoi, että on huono hetki vastata. Oliko asiakkaalla niin huono hetki, ettei kyennyt sitä minulle itse kertomaan. (...) Toisaalta työssäni on sovittu, että ammattilaiset voivat myös estää haastattelun ja luotan heidän ammattitaitoon. Paljon olen kuitenkin kulkenut myös mielenterveyspalveluita käyttävien ihmisten tukena, joten jotain tiedän sieltäkin. Eikö kokemusasiantuntijan tietoon ja taitoon luoteta? (7)

Uuden yhteistoiminnan aloittaminen sai kokemusasiantuntijat ajoittain myös epäilemään omaa toimintaansa ja sen riittävyttä käytännön työtehtävien osoittautuessa haasteellisiksi.

... työntekijät tsemppaavat, että oletko taas päivystyksessä ja teet tärkeää työtä. Osaanko olla luottamuksen arvoinen, sillä tässä työssä oleminen alkaa tuntua niin haastavalta. (7)

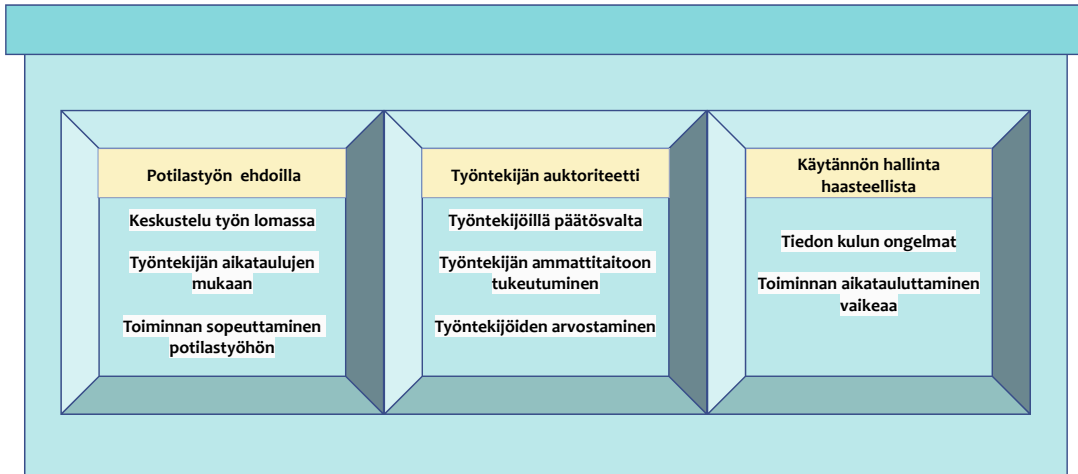
Tiivis yhteistyö henkilökunnan kanssa paljasti kokemusasiantuntijalle työntekijöiden hierarkkisen suhtautumisen kokemusasiantuntijaan ja sen taustalla olevat perinteiset käsitykset potilaiden ja hoitajien asemista. Hierarkia ilmeni esimerkiksi henkilökunnan ylihuolehtivassa suhtautumisessa kokemusasiantuntijaan osoittaen myös jäykät käsitykset potilaista.

"Voi kun sullakin on pitkiä päiviä" tuumasi eräs (osaston nimi) hoitaja, juuri kun otin vasta ensiaskeleet päivystykseen ja vielä olin odottanut tätä hetkeä pitkän päivän. Joku päivystyksen henkilökunnasta taas huolehti, eikö sulle tule kylmä. Hih, mulle avantouimarille. (...) Määritteleekö sairaala potilaan ihmiseksi, joka ei osaa pukeutua. Kun pääsee liikkeelle ulos, onko hän ulkonakin vielä potilas? (7)

Toiminta määritellyssä järjestelmässä

Yhteiskehittämisen toteuttaminen tarkasti määritellyssä terveydenhuollon järjestelmässä asetti reunaehdot käytännön toteutukselle (kuva 10). Terveydenhuollon lakisääteinen perustehtävä potilaiden hoidossa korostui yhteiskehittämisen käytännössä; toiminta järjestettiin potilastyön ehdoilla, potilaiden tarpeet priorisoiden. Potilasrajapinnassa toimiessa työntekijöiden auktoriteetti korostui päätösvaltana tutkimukseen osallistuvien potilaiden ja havainnoitavien vastaanottojen valinnassa mutta myös kokemusasiantuntijoiden osoittamana arvostuksena terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan sekä tu-

keutumisenä työntekijöihin itselle vielä vieraalla toimintakentällä. Uuden toiminnan hallinta osoittautui ajoittain haasteelliseksi tiedon kulun ongelmien ja aikatauluhaasteiden takia.



Kuva 10. Toiminta määritellyssä järjestelmässä.

Yhteiskehittäminen potilastyön ehdoilla priorisoi terveydenhuollon asiakkaiden hoidon tarpeita. Potilaiden hoidon ensisijaisuus käytännön toteutuksessa kuvaa sekä kokemusasiantuntijoiden että henkilökunnan sitoutumista asiakaslähtöisyyteen. Tämä konkretisoitui sekä henkilökunnan että kokemusasiantuntijan toiminnassa; yhteiskehittäjien välinen keskustelu rajoittui pitkälti tauoille ja kokemusasiantuntijoiden työpäivien aikataulut muovautui työntekijöiden aikataulujen pohjalta. Myös haastattelut sekä havainnoinnit sopeutettiin sisällöltään ja ajoitukseltaan tilanteisiin sopiviksi.

Hoitaja tuli sydänfilmiä ottamaan (...) Kysyin kauankohan hänellä menee ja lähdin sillä aikaa kiertämään haastatteluja. (5)

Toiminta terveydenhuollon tarkasti määritellyssä järjestelmässä korosti myös työntekijöiden auktoriteettia. Toimiminen systeemissä, jossa sekä henkilökunta että potilaat ovat tottuneet ammatilliseen kohtaamistapaan ja jossa ihminen kohdataan haavoittuvimmillaan, asetti eettiset rajat yhteiskehittämiselle. Työntekijöillä säilyi päätösvalta päättää haastatteluihin potentiaaliset potilaat ja havainnoitavat vastaanotot sekä rajata kohtaamisista pois niitä potilaita, jotka sairaudentilansa johdosta eivät soveltuisi tutkimukseen. Työntekijän auktoriteettiasema varmisti toiminnan eettisyyden mutta vastuunkanto

myös sujuvoitti käytäntöä ja loi turvallisen lähtökohdan kokemusasiantuntijoille toimia potilaiden kanssa.

Auktoriteetti näyttäytyi myös kokemusasiantuntijoiden osoittamana arvostuksena terveydenhuollon henkilökuntaa kohtaan. Arvostus syntyi henkilökunnan vastaanottavasta suhtautumisesta ja tulokkaiden huomioinnista ajoittain kiireisenkin potilastyön ohessa. Vastaanottojen havainnointi ja potilaiden kohtaaminen kuvastui päiväkirjoista kokemusasiantuntijoille tärkeänä mutta myös vastuullisena tehtävänä. Uusina tulokkaina terveydenhuollon käytännössä kokemusasiantuntijat ilmensivät työntekijöiden auktoriteettia myös tukeutumalla työntekijöiden ammattitaitoon ja arviointikykyyn itselle uusissa ja epävarmoissa tilanteissa.

*Otin tavaksi kysyä ammattilaiselta paikan missä olen, jotten ole tiellä. (5)
Sekoilinkin jonkin verran, lähinnä asiakasta ohjaillessa pitääkin varmistaa asiat henkilökunnalta. (7)*

Toimiminen terveydenhuollon määritellyssä järjestelmässä näyttäytyi kokemusasiantuntijoiden päiväkirjoissa toiminnan hallinnan haasteellisuutena. Käytännön järjestäminen oli ajoittain ongelmallista; toiminnan aikatauluttaminen potilaiden hoidon lisänä oli vaikeaa ja tiedon kulussa kokemusasiantuntijoiden ja hoitajien välillä ilmeni ongelmia esimerkiksi havainnointipaikoista tiedottaessa.

Toiminnan hallintaa heikensivät tiedon kulun ongelmat, jotka näyttäytyivät yhteiskehittäjien välisen tiedonvaihdon puutteellisuutena tai virheellisen tiedon jakamisena. Tämä johti välillä käytännön toiminnan hallinnan heikentymiseen, asioiden epäselvyyteen ja joskus myös tutkimukselle tärkeiden havainnointien ja haastattelujen menettämiseen. Tiedon kulun ongelmat konkretisoituivat esimerkiksi virheellisen tai puutteellisen tiedon saantina, kokemusasiantuntijat saattoivat esimerkiksi saada virheellistä tietoa havainnoitavien vastaanottojen sijainnista tai puutteellista informaatiota havainnoitavasta vastaanotosta.

Sain (hoitajan nimi) toisen ajan, mutta hän ei epähuomiossa tullut merkinneeksi lappuun potilaan nimeä, vain lääkärin nimen. (1)

Toiminnan hallintaa haastoi myös käytännön työn aikatauluttamisen vaikeus. Työntekijöiden aikatauluissa ei aina ollut huomioitu hoitajan roolia ke-

hittämishankkeeseen tarvittavien potilaiden seulojana. Myös potilaiden hoidon tarpeen priorisoituminen saattoi johtaa kokemusasiantuntijan omien aikataulujen pitämättömyyteen; havainnoitavien vastaanottojen aikataulut saattoivat viivästyä tai aikaistua ja kokemusasiantuntijat eivät aina ehtineet toteuttaa työtehtäviään suunnitellusti.

Oikeastaan saatoin heti aavistaa etten ehdi seuraavan asiakkaan luo. Vastaanotolla tehtiin monia asioita, sekä hoitaja että lääkäri ja aikaa kului. Pääsimme ulos 10.35 ja sitten asiakas vielä täytti kyselylomakkeen. Menin kyllä katsomaan 10.30 ajalla ollutta potilasta mutta hän oli jo sisällä vastaanotolla. Sain siis vain yhden havainnon tänään. (2)

Terveydenhuollon järjestelmän nykyrealiteetit kuvastuivat vahvasti kokemusasiantuntijoiden kuvauksissa. Resurssit yhteiskehittämisen käytännön toteutukselle hahmottuivat kokemusasiantuntijoille hankkeen edetessä; terveydenhuollon henkilökunta toimi kehittämishankkeessa oman työnsä ohella, jolloin kokemusasiantuntijan ohjaaminen ja toiminnan jatkuvuuden varmistaminen tuli työntekijöille lisätehtäväksi päivittäiseen hoitotyöhön. Käytännön hallintaa vaikeutti oleellisesti myös toimintamuodon uutuus ja osallisten kokemattomuus. Kokemusasiantuntijoiden päiväkirjoista ilmeni, etteivät yhteiskehittämisen käytännön realiteetit, toimintaan ohjatut vähäiset aikaresurssit ja työntekijöiden mahdollisuudet ohjata kokemusasiantuntijoille potilaita, olleet vielä hahmottuneet toiminnan osapuolille ja toiminnan toteutusta ei täten osattu suunnitella riittävän realistiseksi.

Analyysin yhteenvedona voidaan todeta, että tiivistä yhteistoimintaa ja sujuvaa yhteistyötä kuvaavien kohtaamisten perusteella yhteiskehittäminen näyttäytyi pääosin positiivisena kokemuksena ja hyväksyttävänä toimintamuotona. Monenlainen yhdessä tekeminen ja työparimainen toimintatapa viittasivat yhteistyösuhteeseen, jossa molemmat osapuolet olivat tasa-arvoisessa asemassa. Rissasen (2013) ja Laitilan (2010) mukaan kokemusasiantuntijan asiakasosallisuus todentuu vahvana vuorovaikutuksena erilaisissa yhteistyömuodoissa. Henkilökunnan osoittama tuki kehittämistyötä tekeväille kokemusasiantuntijalle, osapuolten innostus uutta toimintaa kohtaan ja kehittäjäkumppaneiden sujuva yhteistoiminta osoittivat myös, että sekä kokemusasiantuntijoille että työntekijöille asiakasosallisuus ja palvelujen kehittäminen asiakaslähtöisemmiksi oli tärkeää. Myös aikaisemmat tulokset ovat painottaneet osallistumiskokemuksen tärkeyttä asiakkaille (Goodridge ym. 2018, Hipp

ym. 2016, Knowles ym. 2018, Lewis 2014) ja asiakasosallisuus järjestelmätason palvelujen kehittämisessä on myös työntekijöiden puolesta nähty tärkeänä (Laitila & Pietilä 2012, Lewis 2014, Hipp ym. 2016, Goodridge ym. 2018, Knowles ym. 2018). Tämän tutkimuksen tulokset onnistuneesta yhteistoiminnasta kuvasivatkin osapuolten motivoituneisuutta yhteiskehittämiseen. Laajalti positiiviset löydökset yhteiskehittämisen toimivuudesta ja osapuolten sitoutuneisuudesta kuvaavat kehittämismuodon hyväksyttävyyttä terveydenhuollon järjestelmässä.

Työntekijöiden vastaanottaessa kokemusasiantuntijat joukkoonsa avoimesti tarjosi työyhteisö sosiaalisen ympäristön kokemusasiantuntijan uuden aseman hahmotteluun. Voorbergin ym. (2015) mukaan asiakasosallisuuden kasvu vaatii sosiaalisia kontakteja. Perinteisessä hierarkkisessa organisaatiossa ulkopuolisten toimijoiden olisi voinut olettaa olevan vaikea päästä täysipainoiseksi työyhteisön jäseneksi: kokemusasiantuntijat tulivat organisaation ulkopuolelta kehittämään palveluita yhdessä palveluntuottajan edustajien kanssa. Asetelmasta huolimatta he ilmensivät tasa-arvoista toimijuutta perinteisen hierarkian omaavassa organisaatiossa. Työntekijöiden positiivinen suhtautuminen mahdollisti osaltaan kokemusasiantuntijoiden toimijuuden vahvistumisen uudessa ympäristössä, mutta kokemusasiantuntijat myös itse rakensivat osallisuuttaan yhteisössä itsevarmalla toiminnallaan ja työyhteisön jäsenyyttä kuvastavalla vastavuoroisella viestinnällään. Yhteiskehittämisessä asiakkaan roolissa tapahtuu muutos palveluiden vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi (Gouillart & Hallett 2015.) Yksilön voimaantunut mielikuva itsestä ja toisista muokkaa yksilön toimijuutta (Hokkanen 2016). Kokemusasiantuntijoiden kuvaukset omasta asemasta ja toimivuudesta kuvasivat yhteiskehittämisessä tapahtunutta voimaantumista ja yhteiskehittäminen voidaan myös tämän tutkimuksen perusteella nähdä kokemusasiantuntijan toimijuutta ja voimaantumista tukevaksi.

Tutkimuksen tuloksissa kokemusasiantuntijuus asettui osaksi työyhteisön ja -organisaation toimintoja. Asettuminen todensi muutosta tulokkaiden asemassa mutta myös organisaation sopeutumista järjestelmätason asiakasosallisuuteen. Asiakasosallisuuden toteutuminen vaatii Lewisin (2014) mukaan organisaation muutosta. Kokemusasiantuntijoista tuli kehittämishankkeen aikana osa terveydenhuollon organisaatioiden arkea, uusi toimija järjestelmään. Varsinaista organisaatiomuutosta kokeilumuotoinen hanke ja tutkimustulokset eivät kuitenkaan todentaneet. Yhteiskehittäminen vaikutti kuitenkin tukevan asiak-

kaan aseman ja roolin muutosta. Tutkimuksen tulokset ilmentävät aidon asiakasosallisuuden toteutumista kehittäjäkumppaneiden tasa-arvoisen yhteistyösuhteen ja asiakasosallisuuteen sopeutuneiden organisaatioiden myötä.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat kuitenkin myös sen, ettei yhteiskehittämisen tasa-arvoinen yhteistyösuhde palveluntarjoajan ja kokemusasiantuntijan välillä ollut ongelmaton. Yhteiskehittämisen vaikuttaessa enimmäkseen hyväksyttävältä toimintamuodolta näyttäytyi tutkimustuloksissa kumppanuuteen perustuva kehittämistoiminta myös vastentahtoisena osalle henkilökunnasta. Kokemusasiantuntijoiden toimijuuden kasvu ei myöskään ollut haasteetonta; tulokset kuvasivat, kuinka kohtaamiset työntekijöiden kanssa haastoivat kokemusasiantuntijoiden toimijuutta herättämällä muun muassa ulkopuolisuuden tunteita ja epäilyä omaa toimintaa kohtaan. Tutkimustuloksissa näyttäytyivät myös moninaiset yhteistoiminnan vaikeudet. Vaikeudet viittasivat kokemattomuuteen käytännön yhteistyön toteuttamisessa. Kokemusasiantuntijat tulivat organisaatioon uusina tulokkaina, heidän roolinsa ja asemansa olivat vasta hahmottumassa ja yhteistyö perinteiseen hierarkiaan tottuneiden työntekijöiden kanssa oli vasta aluillaan. Tasa-arvoinen toimijuus ei täten lähtökohtaisesti ollut itsestään selvää ja kumppanuuden haasteet heijastivat kokemusasiantuntijatoiminnan uutuutta perinteisessä järjestelmässä, kokemusasiantuntijoiden ajoittaista epävarmuutta uudessa roolissa ja ympäristössä sekä henkilökunnan vielä muuttumattomia ajatusmalleja asiakasosallisuuden suhteen.

Yhteiskehittäminen näyttäytyi terveydenhuollon kontekstissa tämän tutkimuksen perusteella ajoittain tasapainoiluna, välillä resurssien rajallisuuden mutta myös toiminnan uutuuden johdosta. Uusi toimintatapa näyttäytyikin jossain määrin haasteena yhteiskunnan perinteisille instituutioille. Käytännössä havaittu kumppanuuden ja toiminnan hallinnan haasteellisuus voidaan kuitenkin nähdä myös osana muutosprosessia, yhteiskehittäjien ekspansiivisen oppimisprosessin ristiriitoina, jotka Kerosuon ym. (2010) mukaan toimivat ekspansiivisen oppimisprosessin innovaatioiden ja muutoksen lähteenä. Tässä tutkimuksessa havaittu yhteiskehittämisen hyväksyttävyyden heijasti täten myös osapuolten rohkeutta luoda uutta, oppimisprosessin edellyttämää moniäänisyyttä, jännitteitä ja ristiriitoja kohdaten, mikä tutkimuksen tuloksissa näyttäytyi tasapainotteluna perinteisten ajattelu- ja toimintatapojen sekä uusien käytänteiden välillä.

Mitä opimme?

Kehittäjäkumppanuus vahvisti ammattilaisten asiakaspalveluosaamista synnyttämällä uudenlaista palveluiden käyttäjien sekä ammattilaisten verkostoitumista ja pitkäjänteistä yhteistoimintaa. Tämä tapahtui kokemusasiantuntijoiden läsnä olemisella asiakastyön arjessa havainnoimassa toimintaa, keräämässä asiakkaiden kokemustietoa ja tuottamalla tätä tietoa kehittämistyöhön. Hankkeessa luodun kehittäjäkumppanuuden mallin innoittamana käyttöön on vakiintunut ”Päivä elämässä havainnointi” -toimintamalli (<https://www.innokyla.fi/web/malli6421624>), joka on otettu laajasti käyttöön sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon yksiköissä. Mallissa kokemusasiantuntijat havainnoivat yhden päivän ajan ammattilaisten kanssa sovittuja kohteita (esim. opasteet, tilat ja rakenteet, vuorovaikutus ammattilaisten ja potilaiden välillä) tai potilaiden palvelupolkua (<https://www.ksshp.fi/paiva-elamassa/>). Havainnoiteja täydennetään potilaiden, läheisten ja ammattilaisten haastatteluilla. Kokemusasiantuntijat toimivat havainnointien jälkeen kokemustiedon välittäjinä ammattilaisille ja esimiehille. Tietoa hyödynnetään kehittämistyössä. Asiakkaiden tarpeiden ymmärtäminen auttaa ammattilaisia toimimaan asiakastyössä tavalla, joka vahvistaa asiakkaan osaamista, elämänlaatua sekä lisää asiakkaan mahdollisuuksia omaan vastuunottoon.

Kokemusasiantuntijoiden läsnäolo terveydenhuollon yksiköissä oli yhteisöllisesti ja psyykkisesti vaativa tilanne sekä kokemusasiantuntijoille että ammattilaisille (Ks. Haapakoski ym. 2018). Sosiaalisten tunteiden merkitystä ei välttämättä uuden toiminnan alkaessa tiedostettu, vaikkakin tunteiden käsittelyyn tarjottiin mahdollisuuksia työpajojen, vapaamuotoisten tapaamisten ja työnohjauksen kautta. Tunteiden käsittelylle ja avoimelle ilmaisulle on tarpeen antaa tilaa uusien asiantuntijuuden kulttuureja rakennettaessa. Oman toiminnan ja tunteiden hienovarainen säätely vie voimavaroja ja se on hyvä huomioida toiminnan suunnittelussa ja myös koulutuksessa.

Terveydenhuollon ammattilaiset ottivat kokemusasiantuntijat uusina toimijoina yhteisön jäseneksi. Tämä osoitti heiltä rohkeutta ja kykyä hypätä rakentamaan jotain sellaista, jota ei ollut olemassa ja joka jäsenyi vasta toiminnan aikana omaan muotoonsa. Kokemusasiantuntijoiden osaaminen vahvistui ja osa heistä löysi itselleen luontevimman tavan toimia kokemusasiantuntijana. Kumppanuus lisäsi heidän ymmärrystään terveydenhuollon toiminnasta ja asiakasnäkökulmasta, mikä auttaa kumppanuussuhteiden rakentumista jatkossa.

5 VERKKOPOHJAINEN ELÄMÄNTAPARYHMÄ-OHJAUSMALLI: Kokemusasiantuntija muutoksen tukena

Kirsti Kasila, Kristina Grahn, Liisa Lumiaho, Eeva Nykänen, Mari Punna, Päivi Lappalainen, Raimo Lappalainen, Kirsikka Kaipainen, Tarja Kettunen

Tässä luvussa kuvaamme verkkopohjaisen elämäntaparyhmäohjausmallin yhteiskehittämistä ja -toteuttamista Keski-Suomen alueella. Esittelemme myös tuloksia, jotka kuvaavat elämäntapamuutoksen moniulotteisuutta ja muutosesteiden tunnistamisen ja käsittelyn tärkeyttä.

Taustaa elämäntapamuutokseen

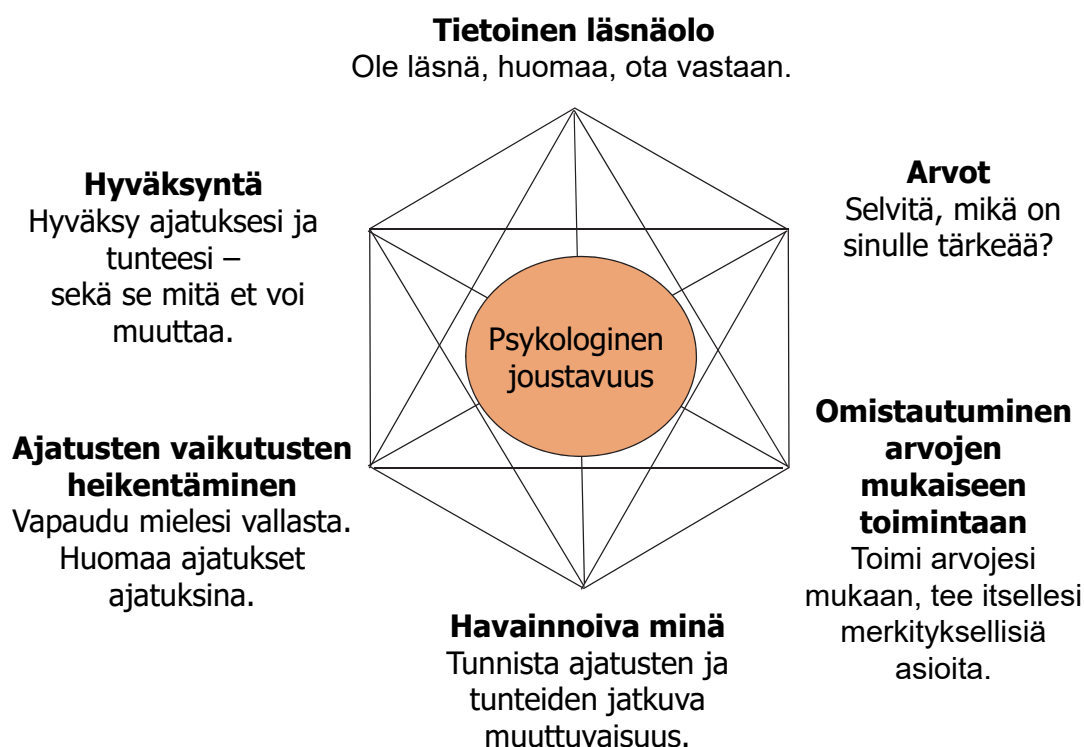
Kansansairaudet ja elämäntapoihin liittyvät riskitekijät olisivat suurelta osin ehkäistävissä elämäntapojen muutoksilla. Tiedetään, että lihavuus lisää huomattavasti riskiä sairastua mm. tyypin 2 diabetekseen, sepelvaltimotautiin, astmaan ja polvi- ja lonkkanivelrikkoon (Mäki ym. 2019). Suomalaisten keskuudessa yleistyneet uniongelmat liittyvät osaltaan elämäntapoihin ja ylipainoon (Partonen ym. 2018). Myös palautuminen päivittäisistä stressitekijöistä on ylipainoisilla heikompaa normaalipainoisiin verrattuna (Föhr ym. 2016). Suomessa noin neljäsosa aikuisväestöstä on lihavia ja vyötärölihavuutta ilmenee lähes joka toisella (Lundqvist ym. 2018). Lihavuudesta aiheutuvien kustannusten tarkka laskeminen on vaikeaa, mutta on arvioitu niiden olevan noin 1,4–7 % Suomen kaikista terveystalouksista (Lihavuus laskuun - Hyvinvointia

ravinnosta ja liikunnasta 2013). Jo 5-10 %:n painonpudotuksella saavutetaan merkittäviä terveyshyötyjä (Aikuisten lihavuus Käypä hoito 2013).

Ylipaino tekee elämäntapamuutoksesta erityisen haastavan. Negatiivinen kuva omasta kehosta ja ylipainoon liittyvä häpeä sekä sosiaalisen ympäristön asettamat rooliodotukset ja läheisten kielteinen suhtautuminen uusiin elämäntapoihin voivat rajoittaa ylipainoisten elämäntapamuutosten tekemistä (Miller & Miller 2010; Baruth ym. 2014; Ahlgren ym. 2016). Haastavissa elämäntilanteissa epäterveellisten ruokavalintojen voidaan kokea tuovan mielihyvää ja lohtua (Baruth ym. 2014; Hammarström ym. 2014). Väsymys ja kiireinen elämäntaparytmi ovat yleisiä esteitä myös liikunnan harrastamiselle (Sørensen & Gill 2008).

Elämäntapamuutosten tekemiseen tarvitaan riittäviä voimavaroja sekä motivaatiota ja taitoja (Michie ym. 2011a). Onnistuneita elämäntapamuutoksia edistävät mielekkäät tavoitteet, koettu kyvykkyys ja joustava suhtautuminen muutoksiin. Tiukat rajoitukset tai keskittyminen vain painon pudottamiseen voivat enemmänkin toimia muutoksen jarruina (Greaves ym. 2017; Prestwich ym. 2014; Teixeira ym. 2015). Viime aikoina elämäntapamuutosten tukemisessa on sovellettu yhä enemmän arvopohjaisia menetelmiä, joiden taustalla vaikuttavat hyväksymis- ja omistautumisteorian (HOT; engl. Acceptance and Commitment Therapy/Training) elementit (Kangasniemi ym. 2015; Lillis & Kendra 2014). Omien arvojen, psykologisen joustavuuden ja sisäisen motivaation huomioon ottaminen elämäntapamuutoksissa on tuottanut lupaavia tuloksia painonpudotuksessa ja -hallinnassa (Lillis & Kendra 2014; Rogers ym. 2017).

Hyväksymis- ja omistautumisteorian ytimessä on psykologinen joustavuus, jolla tarkoitetaan kykyä tunnistaa ja käsitellä muutosesteitä sekä ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnista (Hayes ym. 2006). Psykologiseen joustavuuteen sisältyy yksilön kyky olla tietoisesti läsnä eri arjen tilanteissa ja toimia arvojensa mukaisesti säätelämällä omaa käyttäytymistään. Hyväksymis- ja omistautumisteoria koostuu kuudesta oppimisprosessista, jotka voidaan jakaa kahteen kokonaisuuteen 1) käyttäytymisen muutokseen ja aktivointiin tähtäävät prosessit (arvot, arvojen mukaiset teot, tietoinen läsnäolo, havainnoiva minä) sekä 2) hyväksyntä ja tietoisuustaitoprosessit (hyväksyntä, mielen kontrollin heikentäminen, tietoinen läsnäolo, havainnoiva minä). Kaikki oppimisprosessit ovat vuorovaikutteisesti yhteydessä toisiinsa ja tukevat toin toisiaan (Hayes ym. 2006; Lappalainen ym. 2008, Lappalainen & Lappalainen 2014). (Kuva 1).



Kuva 1. Hyväksymis- ja omistautumisteorian prosessit (Hayes ym. 2006; Lappalainen & Lappalainen 2014).

Hyväksymis- ja omistautumisteoriaan pohjautuvista painonhallintainterventioista on jo jonkin verran tutkimusnäyttöä (Forman ym. 2015; Rogers ym. 2017). Myös perusterveydenhuollossa toteutetuista verkkopohjaisista interventioista on tutkimusnäyttöä (Lorig ym. 2008; Levine ym. 2014). Levinen ym. (2014) systemaattinen katsaus perusterveydenhuollon painonpudotusinterventioista osoitti, että verrattuna normaaliin toimintaan, teknologia-avusteiset interventiot tarjoavat lupaavia, näyttöön perustuvia vaihtoehtoja perusterveydenhuollon palveluntarjoajille. Lorigin ym. (2008) vuoden mittaisessa, kokemusasiantuntijoita hyödyntäneessä verkkointerventiossa saatiin aikaan muutoksia monissa terveystietäytymiseen (liikunta, venyttely, pystyvyys, stressin hallinta) ja terveyteen liittyvissä muuttujissa (mm. koettu terveys, väsymys, kipu). Kokemusasiantuntijoilla on todettu olevan merkittävä rooli muutosprosesseissa ja heidät on koettu inspiroivina roolimalleina, empatian jakajina sekä tärkeinä tuen antajina (Barlow ym. 2008; Kennedy ym. 2009). Kokemusasiantuntijoiden tuen tiedetään edistäneen muun muassa omahoitoa, elämäntapojen muutosta ja auttaneen painonpudotuksessa (Carr ym. 2011; Krantz ym. 2013; Punna ym. 2019).

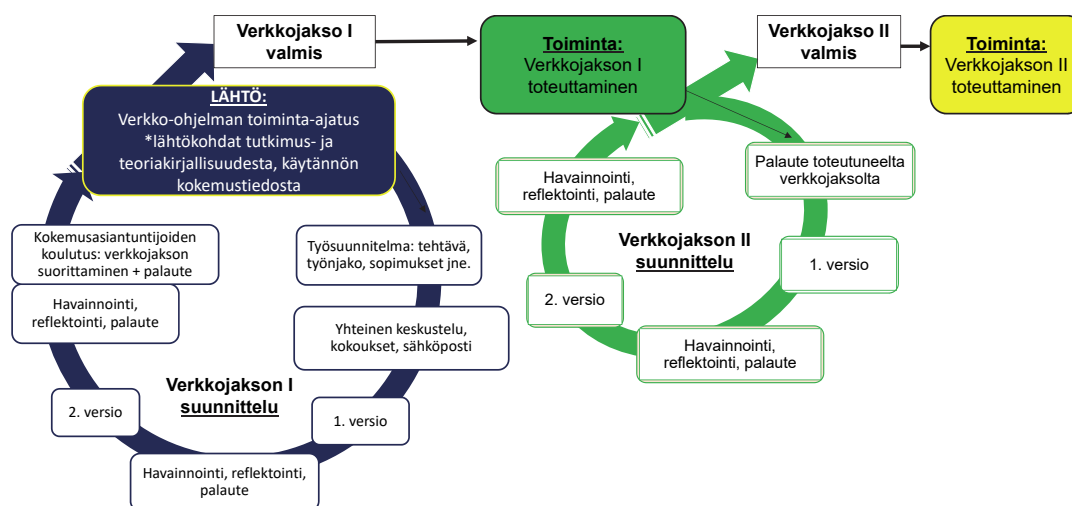
Elämäntaparyhmäohjausmallin yhteiskehittäminen

Verkkopohjaisen elämäntapaohjausmallin yhteiskehittäminen tapahtui konkreettisesti saman pöydän ääressä tutkijoiden, hankkeen vastuuhenkilöiden, terveydenhuollon ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhteistyönä (Kuva 2). Verkko-ohjelman kehittämistyössä käytettiin pohjana psykologian alan tutkijoiden mielenterveystyöhön kehitettyä verkko-ohjelmaa. Verkkoalustan kehittänyt järjestelmätoimittaja vastasi alustan teknisestä soveltamisesta elämäntaparyhmäohjaukseen. Ohjausta ja terveyskäyttäytymisen muutosta tutkineet terveystieteiden tutkijat toivat kehittämistyöhön elämäntapamuutoksen tekemiseen liittyvää tutkimustietoa. Sairaanhoidopiirin ravitsemuksen ja liikunnan asiantuntijat toivat tietoa paitsi alueen ohjauskäytännöistä myös omat alueelliset verkostonsa ohjaustyötä toteuttavien ammattilaisten kanssa. Kokemusasiantuntijat kertoivat omia ohjauskokemuksiaan ja esittivät kriittisiä huomioita eri verkkojaksoista sekä arkeen soveltuvia ideoita elämäntapamuutosten tukemiseksi. Kokemusasiantuntijat toivat kehittämistyöhön myös ryhmäläisten kokemuksia ja haasteita, joihin toivottiin ratkaisuja verkko-ohjaukselta ja ryhmätapaamisilta.



Kuva 2. Muutosmatka -verkko-ohjelman yhteiskehittäminen tapahtui saman pöydän ääressä.

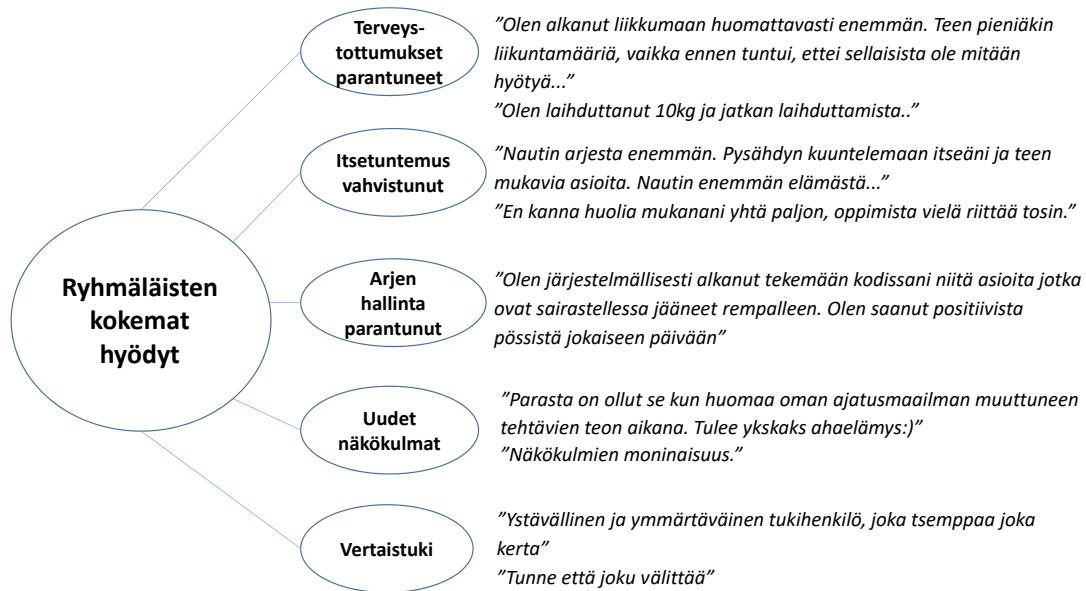
Verkko-ohjelma sisältää kolme verkkojaksoa ja niiden kehittäminen eteni sykleittäin. Kuvassa 3 on havainnollistettu kahden ensimmäisen verkkojaksone kehittämisyklit (Kuva 3). Myös kolmannen verkkojaksone suunnittelu noudatti samoja kehittämisperiaatteita.



Kuva 3. Verkko-ohjelman kehittämisyklit toimintatutkimuksena.

Toisen verkkojaksone suunnittelussa ja rakentamisessa hyödynnettiin ryhmäläisiltä kerättyä palautetta. Ryhmäläisten (N=71) vastaukset ensimmäisen verkkojaksone koetuista hyödyistä painottuivat erityisesti motivaatiotekijöihin, lisääntyneeseen liikunnan määrään, sekä ajatusten ja tunteiden käsittelyyn liittyvien keinojen vahvistumiseen. Kyselyyn vastanneista lähes kolmannes koki jaksamisen parantuneen ja mielialan kohentuneen verkkojaksone suorittamisen myötä. Lähes neljä viidesosaa ilmoitti tehneensä arjessaan muutoksia Muutosmatkalla mukana olon myötä. Kyselyyn vastanneet myös kokivat, että ohjelman aikana heidän terveystottumuksensa olivat parantuneet, itsetuntemus vahvistunut ja arjen hallinta parantunut. Verkkojaksone kautta he kokivat saaneensa uudenlaisia näkökulmia sekä vertaistukea (Kuva 4). Haastavina asioina koettiin osin liian tiukka aikataulu, verkkotoiminnan yksinäisyys, toimintaan sitoutumisen vaikeus sekä verkkojaksone sisältyneiden tehtävien ymmärtämisen ja soveltamisen vaikeus (Kuva 5). Vastaavia havaintoja verkkojaksone haasteista nostivat esiin myös tukihenkilöinä toimineet kokemusasiantuntijat. Kokemusasiantuntijat toivat esille, että ryhmäläiset olivat toivoneet enemmän kasvokkain toteutettuja tapaamisia. Tapaamiset mahdollistaisivat ryhmäläisten tutustumisen paremmin toisiinsa ja näin vertaistuen antaminen voisi vahvistua. Ohjelman jatkosuunnittelussa ja etenemisessä asia

huomioitiin niin, että kokemusasiantuntijoilla oli mahdollisuus sopia vapaa-
muotoisia tapaamisia ryhmäläisten kanssa. Myös ryhmäläisiä itseään kannus-
tettiin sopimaan yhteisiä tapaamisia oma-aloitteisesti.



Kuva 4. Ryhmäläisten positiivisia kokemuksia verkko-ohjelmasta.

"Tapaamisten väli on turhan pitkä, ei yksin jaksa pysyä ruodussa."
"Tehtävien tekeminen meni omalta osaltani liian vaikeaksi ja raskaaksi, ryhmän tuki olematonta □ tarvitsisin enemmän keskustelutukea ... koen jääväni ajatusteni kanssa liian yksin"

"Kuusi viikkoa "normaalielämän" päälle on kova koitos; enemmän saisi irti, jos olisi vähän pitemmällä ajalla ehkä kahdessa jaksossa"
"Mikäli verkkojakson aikana tulee jonkinlaisia esteitä, ettei harjoitteita pysty säännöllisesti tekemään, ruuhkautuu tehtävät ja jakson eteneminen. Aikataulu on sinällään tiukka ja sitä on vaikea kuroa kiinni jos viivästystä tulee."

"Ei ole muutosmatkan vika, mutta en ole ehtinyt paneutua siihen tarpeeksi."
"Kukaan ei ole antamassa keppiä että tee hommas."

"Ihan kaikki harjoitukset ja tehtävät eivät tuntuneet omilta eikä auenneet kunnolla minulle"
"Tietyllä tapaa ei löytynyt arkeen sopivaa..."



Kuva 5. Ryhmäläisten kokemia haasteita verkko-ohjelman aikana.



SISÄLTÖ

- Yleistä tukihenkilönä työskentelystä
- Valmistautuminen
- Työskentely Muutosmatkan aikana
- Paikalla olo tapaamisissa
- Työajan käyttö ryhmäläisten rinnalla
- Puhelinsoittojen ajankohdat
- Puhelinsoittojen kysymykset
- Verkkotutoroinnin tekniset ohjeet
- Ohjelman tekniset ohjeet
- Tapaamisten eteneminen
 - Verkkoympäristö
 - Tukihenkilön näkymä
 - Viikkopohdintojen palautteenanto
 - Viikottaisia virikekysymyksiä verkkokeskusteluun
- Paikka omille muistiinpanoille

Kuva 6. Verkkotukihenkilön oppaan sisältö.

Verkko-ohjelman käyttöön ja verkkotukihenkilönä työskentelyyn laadittiin kokemusasiantuntijoille verkko-opas (Kuva 6), josta tukihenkilön ohjeet olivat helposti saatavilla. Myös ryhmäläisille laadittiin ohjeistus verkkoalustan käyttöön.

Tukihenkilöksi kouluttautuminen ja työtehtävät

Ensimmäisen verkkojakson sisältöjen rakentamisen jälkeen kokemusasiantuntijoita sekä kunnissa työskenteleviä terveydenhuollon ammattilaisia koulutettiin verkko-ohjelman ja alustan käyttöön. Verkko-ohjelman suunnittelu- ja kehittämisvaiheessa kokemusasiantuntijoiden työpanos oli 143 tuntia. Se sisälsi perehtymistä verkko-ohjelman teoreettiseen taustaan, verkkoalustan testausta ja kommentointia sekä kouluttautumisen verkkotukihenkilöksi. Kouluttautuminen verkkotukihenkilöiksi tapahtui suorittamalla ensimmäinen kuuden viikon verkkojakso, jonka aikana kokemusasiantuntijat tekivät verkkoharjoituksia, keskustelivat niistä verkossa ja harjoittelivat palautteen antamista toisilleen verkkoalustalla. Samalla verkko-ohjelman sisällöt saatiin testattua perusteellisesti. Lisäksi verkkotukihenkilöksi pätevytyksessä kokemusasiantuntija toimi yhden ryhmän tukihenkilönä yhden verkkojakson ajan ja reflektoi toimintaansa päiväkirjan avulla. Verkkotutorit saivat tukihenkilöksi pätevytyksensä kirjallisen todistuksen.

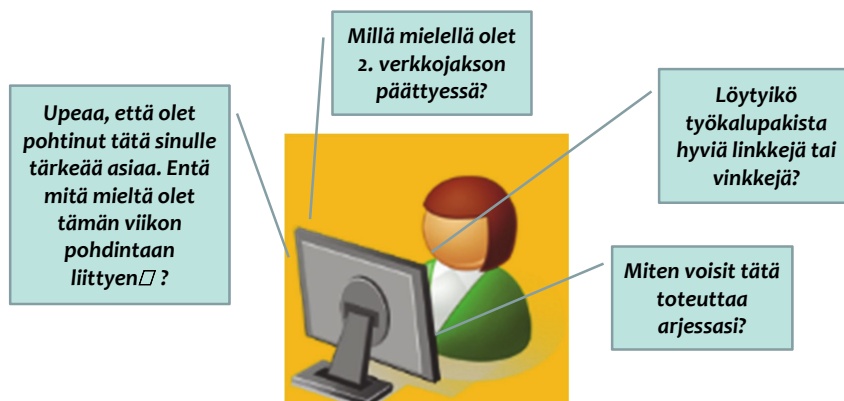


Kuva 7. Verkkotukihenkilön rooli ryhmätapaamisissa.

Kokemusasiantuntijan tehtävänä oli osallistua kahden vuoden aikana sovituihin ryhmätapaamisiin. Ryhmätapaamisissa kokemusasiantuntijalla oli tärkeä rooli luoda yhteishenkeä, viritellä keskustelua elämäntapamuutosten tekemisestä ja verkko-ohjelman harjoituksista (Kuva 7).

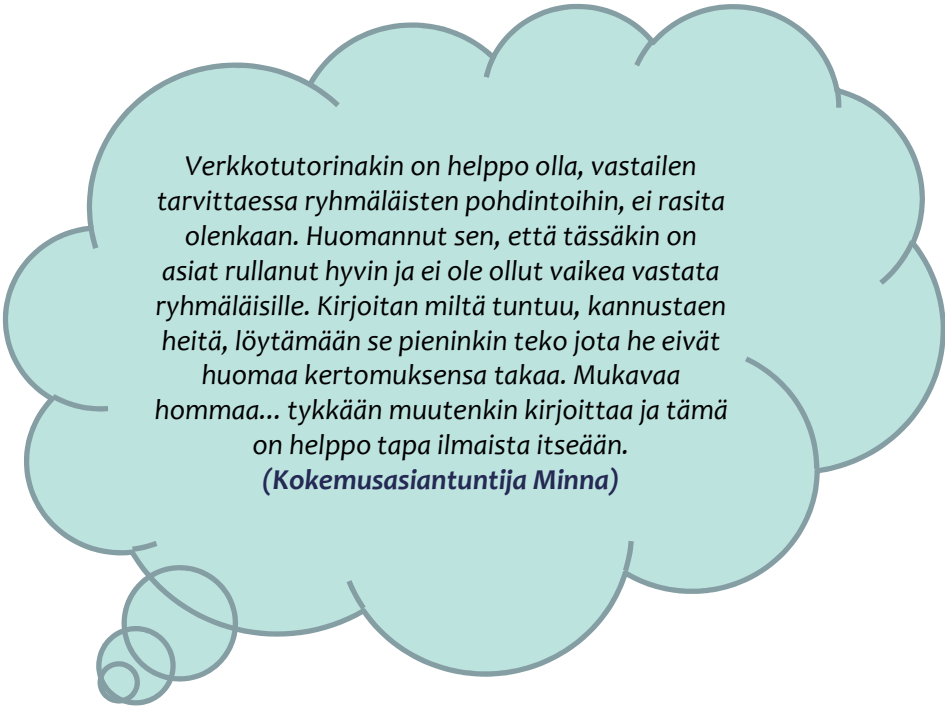
Verkkotukihenkilönä toimiessaan kokemusasiantuntija seurasi ryhmäläisten etenemistä verkkojaksolla ja antoi palautetta etenemisestä henkilökohtaisten kannustusviestien avulla (Kuva 8). Ryhmäläisellä oli vastausmahdollisuus kokemusasiantuntijalta saamaansa palauteviestiin. Lisäksi verkkotukihenkilöllä oli mahdollisuus vastata kerran ryhmäläisen lähettämään kysymykseen tai viestiin.

Tuki: rohkaisu, tsemppaus tehtävien tekemisessä, verkkokeskustelujen aktivointi, soitto määrättyinä aikoina



Kuva 8. Verkkotukihenkilön rooli verkkojaksolla.

Verkkotukihenkilön tehtäviin kuului myös aloittaa verkkokeskusteluja yhdessä suunniteltujen, verkkotukihenkilön oppaasta löytyvien virikekysymysten avulla ja kommentoida keskustelupalstalla käytyjä ryhmäkeskusteluja. Verkkotukihenkilönä toimiminen toteutettiin parityöskentelyinä niin, että yksi kokemusasiantuntija toimi ryhmän vastuullisena tukihenkilönä ja toinen varatukihenkilönä. Vastuullinen tukihenkilö saattoi tarvittaessa konsultoida varahenkilöä palautevastauksen kirjoittamisessa. Varatukihenkilö oli tuttu ryhmäläisille ja hän saattoi tarvittaessa ottaa vastuun ryhmän tukihenkilönä toimimisesta. Tämä toi turvaa tukihenkilönä työskentelyyn. Kokemusasiantuntijat kokivatkin hyvänä työparityöskentelyn. Varatukihenkilö sai kulkea lähes saman matkan kuin varsinainen tukihenkilö. Kokemusasiantuntijan työtehtäviin kuului myös ottaa puhelimitse yhteyttä ryhmäläisiin erikseen sovittuina ajankohtina kysyäkseen kuulumiset ja tiedottaakseen tulevista tapahtumista.

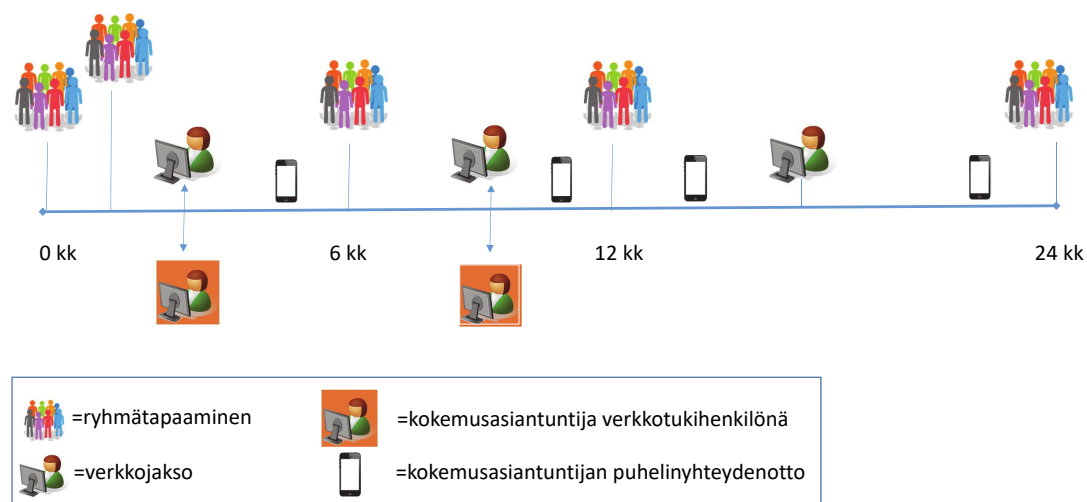


Verkkotutorinakin on helppo olla, vastailen tarvittaessa ryhmäläisten pohdintoihin, ei rasita ollenkaan. Huomannut sen, että tässäkin on asiat rullanut hyvin ja ei ole ollut vaikea vastata ryhmäläisille. Kirjoitan miltä tuntuu, kannustaen heitä, löytämään se pieninkin teko jota he eivät huomaa kertomuksensa takaa. Mukavaa hommaa... tykkään muutenkin kirjoittaa ja tämä on helppo tapa ilmaista itseään.
(Kokemusasiantuntija Minna)

Verkkopohjainen elämäntaparyhmäohjausmalli

Tässä hankkeessa rakennettu tutkimusnäyttöön (mm. Greaves ym. 2017; Lorig ym. 2008; Prestwich ym. 2014; Rogers ym. 2017; Teixeira ym. 2015) ja muutosteoriaan (Hayes ym. 2006; Michie ym. 2013; Schwarzer 2008)

pohjautunut kaksivuotinen, verkkopohjainen Muutosmatka -elämäntapaohjausmalli koostui viidestä kasvokkain toteutetusta ryhmätapaamisesta, kolme verkkojaksoa sisältäneestä verkko-ohjelmasta sekä kokemusasiantuntijoiden yhteydenotoista (puhelinsoitto, tekstiviesti) tiettyinä ajankohtina. (Kuva 9).



Kuva 9. Muutosmatka -elämäntapaohjauksen eteneminen.

Ryhmätapaamiset toteutettiin terveydenhuollon ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhteistyönä. Tapaamisissa tehtiin kliinisiä mittauksia, keskusteltiin elämäntapamuutosten tekemisestä ja verkko-ohjelman harjoituksista. Tapaamisissa osallistujat saivat myös palautteen laboratoriomittauksista. Lisäksi kokemusasiantuntijoilla oli mahdollisuus sopia vapaamuotoisia tapaamisia ryhmäläisten kanssa. Kokemusasiantuntijan puhelinyhteydenottoja oli neljä ja niissä kokemusasiantuntija kyseli kuulumisia, tuki osallistujan sitoutumista elämäntapamuutokseen ja muistutti tulevasta ryhmätapaamisesta tai verkko-ohjelman alkavasta jaksosta.

Verkko-ohjelma koostui kolmesta kuuden viikon mittaisesta verkkojaksosta, jotka pohjautuivat hyväksymis- ja omistautumisteoriaan. Kahdella ensimmäisellä verkkojaksolla kokemusasiantuntijat toimivat verkkotukihenkilöinä. Kuuden viikon verkkojakso eteni viikkoteemojen, harjoitusten ja viikko tehtävien mukaisesti. Jokaiseen viikkoon kuului teemaan liittyvää luettavaa, videoita ja harjoituksia. Kuvassa 10 on esitelty verkkojaksojen viikkoteemat.

Ohjelmat > Muutosmatka

Muutosmatkalla eteneminen

Tuki Keskustelupalsta

Matka alkaa
Ensimmäiset askeleet

Viikko 1. Tunnista
Mikä sinulle on tärkeää?

Viikko 2. Toimi
Edistä hyvinvointiasi pienin teoin

Viikko 3. Tiedosta
Tee tietoisia valintoja

Viikko 4. Tarkkaile
Opi tuntemaan itsesi

Viikko 5. Vapaudu
Ota välimatkaa ajatuksiin

Viikko 6. Päästä irti
Hyväksy asiat, joita et voi muuttaa

Matka jatkuu...
Miten tästä eteenpäin?

Verkkojakso I

Ohjelmat > Muutosmatka 2

Tervetuloa 2. verkkojaksolle!

Tuki Keskustelupalsta

Viikko 1. Onnistumiset
Missä muutokset näkyvät?

Viikko 2. Sudenkuopat
Miten selviydyn sudenkuopista?

Viikko 3. Syöminen
Nauti ruoasta tietoisesti

Viikko 4. Myötätunto
Kuinka kohtelet itseäsi?

Viikko 5. Liikkeellä
Virtaa ja jaksamista arjessa

Viikko 6. Sitoumukset
Miten matkasi jatkuu?

Työkalupakki
Ohjeita, linkkejä ja materiaaleja

Verkkojakso II

Ohjelmat > Muutosmatka 3

Tuki Keskustelupalsta

Viikko 1. Muutosta liikkeellä
Taas tekoihin ja toimintaan

Viikko 2. Hyvinvoiva minä
Tasapainoa ja joustavuutta

Viikko 3. Arjen hallinta
Uusin voimin esteistä eteenpäin

Viikko 4. Energian lähteillä
Mistä saat virtaa ja tarmoa?

Viikko 5. Kannusta ja innostu
Tukiverkot ja yhdessä tekeminen

Viikko 6. Hyvä minä!
Muutosten ankkurointi

Verkkojakso III

Kuva 10. Muutosmatkaan sisältyneiden kolmen verkkojaksos viikkoteemat.

Verkkoharjoitusten tavoitteena oli oppia tunnistamaan, mikä on tärkeää omassa elämässä, tekemään hyvää oloa edistäviä asioita arjessa ja ottamaan mielekkäitä muutoksia. Harjoitukset ohjasivat tietoiseen läsnäoloon eri arjen tilanteissa ja oman toiminnan ohjaamiseen omien arvojen mukaisesti. Tavoitteena oli tunnistaa ja käsitellä muutosesteitä sekä oppia ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnista. Verkko-ohjelma sisälsi erilaisia tietoisuustaito-, hyväksyntä-, sekä mielikuvaharjoituksia. Osallistujat etenivät verkkojaksolla yksilöllisesti ja saattoivat seurata omaa etenemistään viikkoteemojen edistymispalkkien ja verkkoalustalle tallentuvien tehtävien avulla. Kahdella ensimmäisellä verkkojaksolla osallistujat lähettivät viikkotehtävän oman ryhmänsä kokemusasiantuntijalle, joka antoi rohkaisevaa ja kannustavaa palautetta (Kuva 11). Verkko-ohjelma sisälsi myös yhteisen keskustelupalstan ryhmäläisille.

Viikko 1: TUNNISTA / Viikkotehtävä

Pohdi itsellesi tärkeitä asioita ja kirjoita pohdintasi alle. Mitä vastaisit näihin kysymyksiin?

1. Millaista elämää haluaisit elää? Mikä sinulle on tärkeää eri elämäalueilla: onko terveys ja hyvinvointi sinulle tärkeää? Miksi? Entä vapaa-aika ja ystävät? Työ, perhe, parisuhde? Miten haluaisit kehittää itseäsi?
2. Toimitko juuri nyt sen mukaan, mitä pidät tärkeänä? Teetkö konkreettisia tekoja?



Tärkeimpiä elämäni arvoja ovat; parisuhde, ystävät, terveys ja vapaa-aika. Haluaisin kehittää eniten jaksamistani, jotta pystyn tekemään näiden arvojen eteen asioita, joko saamaan niitä lisää tai ylläpitämään jo ne mitä on. Olen viime aikoina miettinyt mitä konkreettista pitää tehdä että jaksaa. Ja yksi on laihduttaminen eli ruokailutottumusten muuttaminen (tai lähinnä annoskokojen pienentäminen) ja toinen on kunnon kohotus. Pelkkä kävely ei tunnu riittävän, joten pitää alkaa löytää aikaa myös käydä hölkkälenkeillä. Parisuhde arvon eteen teen töitä ehkä liikaakin tai väärällä tavalla. Mutta se ei liittynyt tähän kyseiseen Matkaan. Kaikkea ei voi matkalla tehdä. On keskityttävä yksi asia kerrallaan. Kiitos lukemisesta :)



Ensimmäisen viikon pohdintasi oli perusteellinen, valotit tämänhetkistä elämäntilannettasi todella monipuolisesti! Olet laittanut elämäsi arvot järjestykseen joten tiedät mikä sinulle on oikeasti arvokasta. Jaksamista voi lisätä monilla eri tavoilla, olet hyvin oivaltanut esimerkiksi ruokailutottumusten muuttamisen yhtenä mahdollisuutena tähän. Kunnon kohotus hölkkälenkin muodossa on myös erittäin hyvä vaihtoehto, kannustan sinua etsimään aikaa tämän kuntoilumuodon aloittamiseen. Varsinaista parisuhdeohjausta tässä Muutosmatkassa ei ole kuten arvelitkin mutta kun saat muokattua omaa ajatusmaailmaasi entistä toimivammaksi niin uskoisin sen vaikuttavan myönteisesti myös suhteisiisi toisiin ihmisiin (ainakin itselleni on käynyt näin).

Kuva 11. Ensimmäisen verkkojaksos viikkotehtävän 1 ohjeistus, ryhmäläisen pohdintaa ja kokemusasiantuntijan palaute.

Verkkoalustalle oli rakennettu verkkotukihenkilölle suunnattu ohjauskymä, joka tarjosi yhteenvedon pienryhmän osallistujista. Verkko-ohjelmaa pystyi käyttämään eri päätelaitteilla (tietokone, tabletti, älypuhelin). Verkko-ohjelmaan kirjaututtiin käyttämällä henkilökohtaisia tunnuksia (sähköposti-osoite ja salasana). Ohjelmassa henkilötietojen käsittely oli EU:n tietosuojasetuksen (EU 679/2016) ja 1.1.2019 voimaan tulleen kansallisen tietosuojalain (1050/2018) määräysten mukaista.

Elämäntapaohjausmalli toteutettiin 12 keskisuomalaisessa kunnassa. Ryhmään rekrytointi tapahtui terveyskeskusten ammattilaisten toimesta joko vastaanottotilanteessa tai aulatilassa olleiden esitteiden kautta. Lisäksi rekrytointimenetelminä saatettiin kuntakohtaisesti hyödyntää mediatiedotusta tai avoimien ovien päivää. Osallistujat olivat vähintään 18-vuotiaita, ylipainoisia ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), huolissaan terveydestään, ja halusivat tehdä elämäntapamuutoksen. Lisäksi vaatimuksena oli, että osallistujat pystyivät kotoa käsin itsenäisesti käyttämään Internetiä. Osallistujista muodostui 16 pienryhmää ja jokaisella pienryhmällä oli oma tukihenkilö.

Taulukossa 1 on yhteenveto Muutosmatka-ryhmäohjausmallin toteutuksesta terveyskeskuksissa. Verkkopohjaisen ryhmäohjausmallin toteuttamisessa ja koordinoinnissa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköllä oli tärkeä rooli. Yksikön ravitsemus- ja liikunta-asiantuntijat loivat ryhmäohjausmallin toteuttamiseen terveyskeskusten arkeen soveltuvan rakenteen. Näin pystyttiin luomaan myös maakunnallisesti yhteinen toimintatapa kasvokkain toteutettuihin ryhmätapaamisiin. Käytäntö osoitti, että tällaista keskitettyä koordinointia tarvitaan, jotta ryhmäohjausmallin hyvä käytäntö toteutuu maakunnallisesti.

Taulukko 1. Muutosmatkaryhmän sisältöelementit terveyskeskustyössä.

<p>Ryhmän tausta ja rakenne</p>	<p>Toteutuspaikka: Kuntien terveysasemat tai päiväkeskus. Kokemusasiantuntijoiden ja ryhmäläisten tapaaminen erikseen sovitussa paikassa (mm. luontopolku, kirjasto, kahvila) Kesto: 2 vuotta Tapaamistiheys: kaksi ryhmätapaamista alussa viikon välein, seuraavat kokoontumiset 6kk, 12 kk ja 24 kk kohdalla. Tapaamiskertojen pituus: 1,5-2 tuntia, riippuen ryhmäkoosta</p>
<p>Sisältö</p>	<p>Taustateoriat: hyväksymis- ja omistautumisteoria (HOT) (Hayes ym. 2006), käyttäytymisen muutostekniikat (Michie ym. 2013) Sisältö: Ryhmätapaamiset: mittaukset ja keskustelut, verkkoalustan sisällöt, teemakohtaiset harjoitukset ja tehtävät Ryhmäläisten materiaali: Ryhmän etenemiskaavio, verkko-ohjelman opas, ryhmän pelisäännöt, oman terveyden seurantakortti, verkossa tapahtuvien tehtävien tarkistuslista Toiminta ryhmäkokoontumisten aikana: verkkoalustan havainnollistaminen, tehtävien demonstrointi, terveysmittaukset sekä palaute tehdyistä terveysmittauksista, keskustelut toteutuneista muutostekniikoista ja tulevaisuuden suunnitelmista Ryhmätapaamisten toteutus ja valmistautuminen: ennakkoon laadittu kuntakohtainen etenemissuunnitelma ja vastuhenkilöt Palautteen antaminen: terveydenhuollon ammattilaisten antama yksilöllinen palaute terveysmittauksista Mittaukset: Kliiniset: paino, pituus, vyötärön ympäryys, verenpaine, Laboratorio: Kol, Trig, LDL, HDL, ALAT, Krea, Verensokeri, GT</p>
<p>Osallistujat</p>	<p>Valintakriteerit: Osallistujien valinta seuraavien kriteerien mukaisesti: - ikä vähintään 18, BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ - oma halu ja tarve elämäntapamuutokselle - oma sähköpostiosoite ja tietotekniset perustaidot - riittävät kognitiiviset taidot verkkotyöskentelyyn - poissulkukriteerinä: sydämen vajaatoiminta ja ensisijaisena diagnoosina oleva (vaikea) psyykinen sairaus Ryhmäläisten mukanaolo: tarkistaminen tapaamisjakson aikana, tarvittaessa poissaolleille lisämittaus- tai perehdytystapaamisia Ryhmäkoko: tavoitteellinen ryhmäkoko 10-12 osallistujaa</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>Ohjaajien lukumäärä: Ryhmäkokoontumisissa mukana 2 ammattilaista kunnasta, 1-2 kokemusasiantuntijaa sekä kunkin ryhmän sovittu koordinaattori Ohjaajien perehdytys: Ammattilaisille (th, sh) perehdytys ohjelmaan, kokemusasiantuntijoille koulutus verkkotutoreiksi ja koordinaattoreilla oli usean vuoden ryhmäohjaukokemus ja kouluttajatausta.</p>
<p>Toiminnan koordinaatio</p>	<p>Ryhmäkoordinaattoreina toimivat sairaanhoitopiirin liikunnan ja ravitsemuksen asiantuntijat. Tehtävät sisälsivät kaikki käytännön järjestelyt: - kuntien ja ammattilaisten rekrytointi ja informointi, kuntamarkkinointi, aikatauluista sopimiset kokemusasiantuntijoiden ja kuntien ammattilaisten kanssa, ryhmäkokoontumisista tiedottaminen, järjestelyt (kyselyt, mittaustilanteisiin riittävästi henkilökuntaa, ryhmämonisteet), tapaamisten etenemisen suunnittelu ja vetovastuu - ryhmätilanteisiin liittyvä välipalaute kuntien ammattilaisille ja erillisten mitauskertojen sopiminen poissaolijoille</p>

Muutosmatka -elämäntapaohjaukseen osallistuneet ryhmäläiset

Muutosmatka -ohjelmaan osallistujia oli yhteensä 177, joista naisia oli 148 (84 %) ja miehiä 29 (16 %). Osallistujien keski-ikä oli 53 vuotta; nuorin osallistuja oli 24-vuotias ja vanhin 77-vuotias. Vajaa puolet osallistujista oli työssäkäyviä, eläkeläisiä osallistujista oli reilu neljännes. Reilu 2/3 osallistujista eli parisuhteessa. Suurimmalla osalla (86 %) oli sairauksia. Osallistujista noin puolet (47 %) koki terveydentilansa hyväksi, reilu kolmannes (35 %) keskitaioseksi ja vajaa viidesosa (18 %) huonoksi. Päivittäistä väsymystä osallistujista koki viidennes, kun taas reilu neljännes (29 %) ei kokenut viikoittaista väsymystä. Vajaa neljännes (24%) osallistujista oli vähän liikkuvia (ei viikoittaista liikuntaa), 11 % tupakoi ja alkoholin riskikäyttäjiä (AUDIT-C: naiset ≥ 5 p, miehet ≥ 6 p) oli 11 %. Kasviksia harvoin (alle 2 pv/vko) käyttävien osuudet vaihtelivat seuraavasti: tuoreet kasvikset 19 %, kypsennetyt kasvikset 49 % ja hedelmät ja marjat 23 %. Lähtötilanteessa osallistujien painoindeksin keskiarvo oli 37 kg/m². Yli puolella osallistuneista oli vähintään vaikea lihavuus (Taulukko 2). Vyötärölihavuutta (vyötärön ympäryys naiset > 90cm, miehet > 100cm) esiintyi lähes kaikilla osallistujilla (97%).

Taulukko 2. Ryhmäläisten BMI jakauma.

Painoindeksi luokittain	f / %
Ylipaino: 25,0 - 29,9	12 / 7 %
Lihavuus: 30,0 - 34,9	64 / 36 %
Vaikea lihavuus: 35,0 - 39,9	39 / 22 %
Sairaalloinen lihavuus: 40,0 tai yli	62 / 35 %

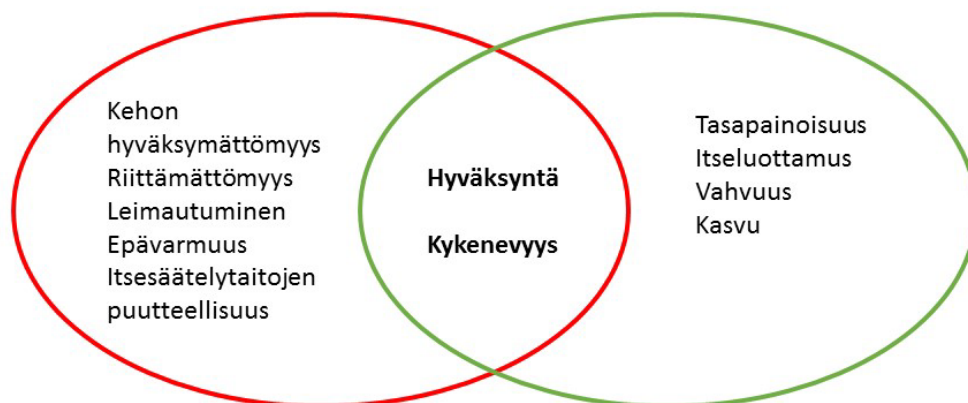
Ryhmäläisten saavuttamat elämäntapamuutokset

Muutosmatka -ohjelman loppumittauksiin kahden vuoden kohdalla osallistui yhteensä 122 (69 %) osallistujaa. Ohjelman aikana osallistujilla tapahtui monia merkittäviä muutoksia. Positiivinen, tilastollisesti merkitsevä muutos tapahtui osallistujien koetussa terveydessä ($p=0.000$), psykologisessa joustavuudessa ($p=0.013$) ja oman toiminnan ohjaamista kuvaavissa ajattelutoiminnoissa ($p=0.000$). Lisäksi DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale, Lovibond & Lovibond 1995) -oiremittarilla arvioituna osallistujien masennuksen, ahdistuksen ja stressin kokemukset vähenivät merkittävästi ohjelman aikana ($p=0.022$). Myös osallistujien liikunnan harrastaminen lisääntyi merkittävästi

($p=0.009$) ohjelman aikana. Koko aineiston tasolla osallistujien painoindexissä ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta ($p=0.225$), mutta osallistujista viidennes (21 %) saavutti vähintään terveydellisesti merkittävän 5 %:n painonpudotuksen. Lisäksi vyötärön ympäryksessä tapahtui positiivinen, tilastollisesti merkitsevä muutos ohjelman aikana ($p=0.002$).

Ohjelman välimittaukset (6 kk, 12kk) toivat esiin kiinnostavia asioita muutosmatkan varrelta. Osallistujien liikunnan harrastaminen lisääntyi jo ensimmäisen neljänneksen aikana. Osallistujien psykologisessa joustavuudessa ei kuitenkaan tapahtunut tässä vaiheessa vielä merkittävää muutosta (Petäjäaho 2018). Ohjelman puolivälissä (12 kk) osallistujien psykologinen joustavuus oli parantunut merkittävästi alkutilanteeseen verrattuna (Takku 2019). Osallistujien päiväkirjamerkinnöistä tulee esille, että ohjelman harjoitukset auttoivat osallistujia tunnistamaan muutoksen esteitä ja käsittelemään niitä. Harjoitukset auttoivat epämiellyttävien ajatusten ja tunteiden käsittelyssä. Harjoitusten kautta osallistujien omat arvot selkiytyivät ja loivat pohjan konkreettisten tavoitteiden asettamiselle ja toiminnan suunnittelulle. Päiväkirjanalyysi toi esille osallistujien yksilöllisen etenemisen muutoksissa (Kasila ym. 2020).

Osallistujien minäkäsitystä ja kehonkuvaa koskeneet päiväkirjamerkinnot ensimmäisen vuoden ajalta toivat esiin sekä positiivisia että negatiivisia minuuteen ja kehoon liittyviä käsityksiä. Pohdinnoista tulee esille omien vahvuuksien tunnistamista, henkistä kasvua, tasapainoisuutta ja itseluottamusta. Toisaalta muutosta varjosti myös riittämättömyyden kokemukset, kehon hyväksymättömyys, leimautumisen ja epävarmuuden kokemukset sekä kokemus itsesäätelytaitojen puutteellisuudesta (Peura 2019) (Kuva 12).



Kuva 12. Hyväksyntä ja kykenevyys tärkeinä muutosprosessiin sisältyvinä tekijöinä (Peura 2019).

Negatiivissävytteiseen minäkäsitykseen liittyi painostigman kokemuksia, epävarmuutta, kehon hyväksymättömyyttä sekä kokemusta itsesäätelytaitojen puutteellisuudesta. Riittämättömyyden kokemukset, leimautuminen ja epävarmuus liittyivät kykenemättömyyden ja itsensä hyväksymättömyyden kokemuksiin. Toisaalta päiväkirjamerkinnot toivat esiin henkistä kasvua, omien vahvuuksien tunnistamista ja hyväksyntää sekä luottavaista suhtautumista itseen. Nämä rakensivat positiivista ja hyväksyvää minäkäsitystä. Omien vahvuuksien tunnistaminen ja itsensä hyväksyminen tapahtuivat itselle tärkeiden asioiden ja merkityksellisen toiminnan kautta (Peura 2019).

Verkkopäiväkirjoista tuli ilmi elämäntapamuutokseen ja painonhallintaan liittyvien ajatusten ja tunteiden moninaisuus ja ristiriitaisuus. Osallistujien päiväkirjamerkinnot toivat esiin kehonkuvaan ja minäkäsitykseen liittyviä ajatuksellisia ja tunne-esteitä:

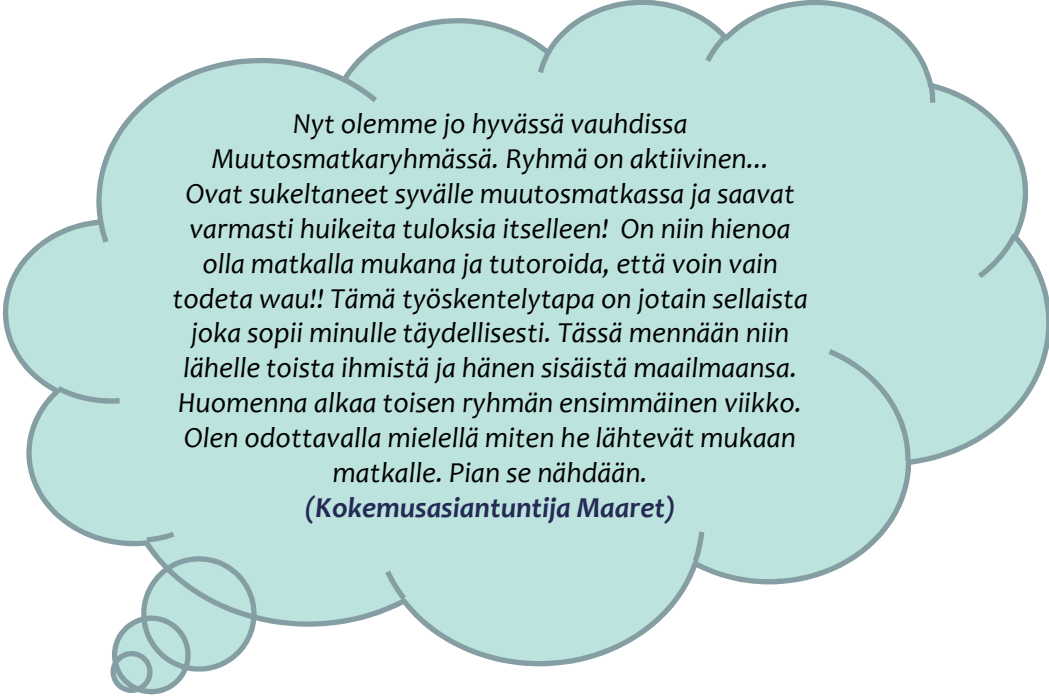
"Käsitykseni siitä, että olen lihava, vanha ja kankea estävät minua esim. liittymästä jooga-ryhmään, josta aiemmin, nuorempana nautin"
"Olen joskus sanonut itselleni, olen maanantaipäivän kappale. Mikään ei onnistu, kaikki menee pieleen."
"Ajoittain karkea epäily valtaa mieleni, olenko sittenkään hyvä ihminen, olenko sittenkään kyvykäs",
"Ikuinen laihduttaja, vaikka onnistun ne kilot tulee takaisin"

Toisaalta päiväkirjamerkinnot toivat esiin myös muutosta edistäviä ja vahvistavia tekijöitä:

"Ehkä voisin ajatella, että pystyn [muutokseen] näilläkin voimavaroilla. Ettei se tarvitse mitään niskasta kiinni ottoa. Se tarvitsee vain päätöksen tehdä ja sen tekemisen... Kaikesta kokemastani huolimatta olen sisukas sissi"
"Minulla on aika hyvä itsetunto ja luotan omaan itseeni."
"Olen sosiaalinen ja hauska... Sosiaalisuus voisi auttaa minua muutoksessa, olenhan lähtenyt tähän ryhmämuotoiseen muutosmatkaankin mukaan."

Osallistujien pohdinnat valottavat empiirisesti elämäntapamuutoksen moniulotteisuutta ja muutosesteiden tunnistamisen ja käsittelyn tärkeyttä. Näiden ymmärtäminen on keskeistä elämäntapamuutosprosessin ja yksilöiden aktiivisen toimijuuden ja vastuullisuuden tukemisessa (mm. Greaves ym. 2017). Elämäntapamuutokseen sisältyy tasapainoilua erilaisten, omaan ajatteluun juurtuneiden ajatusmallien ja tunnetekijöiden kanssa. Osallistujien päiväkirjamerkinnot osoittavat, että verkkoharjoitukset aktivoivat osallistuneiden ajatusten ja tunteiden prosessointia sekä toimintaa. Henkilökohtaisten, hyvin sensitiivistenkin asioiden pohtiminen toi esiin osallistujien rohkeuden ja

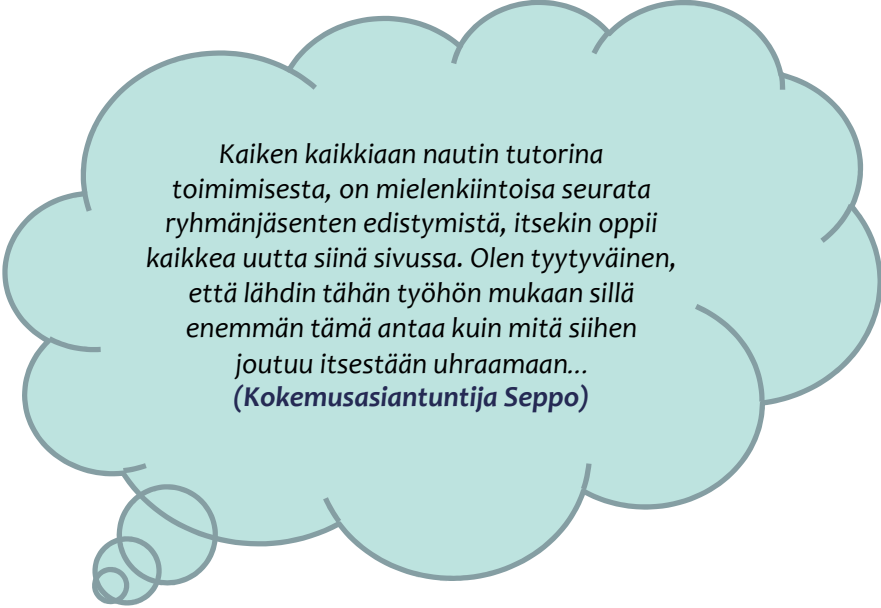
halun mennä kohti muutosta. Kokemusasiantuntijat tunnistivat tämän verkko-ohjelman aikana; verkkotukihenkilönä toimiminen vei lähelle osallistujien sisäistä maailmaa.



Nyt olemme jo hyvässä vauhdissa
Muutosmatkaryhmässä. Ryhmä on aktiivinen...
Ovat sukeltaneet syvälle muutosmatkassa ja saavat
varmasti huikeita tuloksia itselleen! On niin hienoa
olla matkalla mukana ja tutoroida, että voin vain
todeta wau!! Tämä työskentelytapa on jotain sellaista
joka sopii minulle täydellisesti. Tässä mennään niin
lähelle toista ihmistä ja hänen sisäistä maailmaansa.
Huomenna alkaa toisen ryhmän ensimmäinen viikko.
Olen odottavalla mielellä miten he lähtevät mukaan
matkalle. Pian se nähdään.
(Kokemusasiantuntija Maaret)

Kokemusasiantuntijoiden kokemuksia tukihenkilönä toimimisesta

Kokemusasiantuntijat kokivat verkkotukihenkilönä toimimisen kokonaisuudessaan antoisana ja mielekkäänä. Positiivisena koettiin se, että tukihenkilö saattoi työskennellä itsenäisesti, sai vastuuta omasta työskentelystään ja ettei työskentely sitonut verkkotukihenkilöä yhteen paikkaan. Työskentely tuotti onnistumisen kokemuksia erityisesti ryhmäläisten kannustamisen ja tukemisen kautta: onnistumisen tunne syntyi siitä, kun verkkotukihenkilö huomasi ryhmäläisten pääsevän kannustuksen avulla pohtimaan ohjelman tehtäviä omakohtaisesti sekä kokeilemaan niitä omassa arjessa. Ryhmäläisen etenemisen seurannan ohella verkkotukihenkilöt saivat myös henkilökohtaista kiitosta ja positiivista palautetta ryhmäläisiltä. Muutosmatkaryhmän verkkotukihenkilönä toimimisen koettiin antavan mahdollisuuden ja apua myös henkilökohtaiseen elämäntapamuutokseen.



*Kaiken kaikkiaan nautin tutorina toimimisesta, on mielenkiintoista seurata ryhmänjäsenten edistymistä, itsekin oppii kaikkea uutta siinä sivussa. Olen tyytyväinen, että lähdin tähän työhön mukaan sillä enemmän tämä antaa kuin mitä siihen joutuu itsestään uhraamaan...
(Kokemusasiantuntija Seppo)*

Mitä opimme?

Verkkopohjainen elämäntapaohjaus todettiin vaikuttavaksi. Monissa terveysmittareissa tapahtui kahden vuoden aikana positiivinen muutos (koettu terveys, psykologinen joustavuus, mielen hyvinvointi, liikunnan harrastaminen, painonpudotus, vyötärön ympäryys). Mallin vaikuttavuutta ja soveltuvuutta tutkitaan jatkossa vielä tarkemmin.

Onnistunut, eri tieteenalat yhdistävä, asiakaslähtöinen lopputuotos osoittaa, että yhteissuunnittelu kannattaa ja se on myös mahdollista. Kohde-ryhmälähtöisen mallin luominen edellyttää, että kohde-ryhmällä on aidosti mahdollisuus toimia tasaveroisesti muiden toimijoiden kanssa mallin suunnittelussa ja testauksessa. Yhteissuunnittelu vaatii paljon työtä ja keskustelua sekä työn koordinoimista ja vaiheistamista. Kaikki tämä vie paljon aikaa ja tähän kannattaa varautua jo suunnitteluvaiheessa. Huolellinen suunnitelma auttaa hahmottamaan tarvittavat resurssit.

Kokemusasiantuntijoiden mukanaolo jokaisessa toimintavaiheessa on merkityksellistä sekä ryhmäläisille että ammattilaisille. Kokemusasiantuntijoiden omat kokemukset ja selviytyminen viestittävät toivoa ja luovat yhteenkuuluvuuden tunnetta ryhmään. Yhteiset palautekeskustelut ryhmän tilanteesta ja etenemisestä ovat myös oppimistilanne ammattilaisille; keskustelut lisäävät ammattilaisten ymmärrystä asiakkaiden kokemuksellisesta tiedosta, muutosprosessin esteistä, haasteista jne.

Verkko-ohjelman harjoitukset ja tehtävät ohjaavat ryhmäläisiä omien elämäkokemusten ja käsitysten tarkasteluun. Joskus osallistujien kokemukset voivat olla vaikeita ja niiden käsittely saattaa nostaa pintaan surun ja ahdistuksenkin tunteita. Tällaisessa tilanteessa ongelmana voi olla, että kokemusasiantuntijat samastuvat liikaa osallistujien elämäntilanteisiin. Tällöin on tärkeää tarjota kokemusasiantuntijoille työnohjauksellisia keskusteluja, jotka auttavat jaksamaan verkkotukihenkilönä toimimisessa ja oman toiminnan rajaamisessa.

6 KOKEMUSASIAANTUNTIJAN VERTAISVASTAANOTTO

*Tarja Kettunen, Kristina Grahn, Linda-Maria Rask, Liisa Jussila,
Susanna Mutanen, Kirsti Kasila*

Tässä luvussa kuvaamme kokemusasiantuntijaa maallikkoterveysvalmentajana terveyskeskuksen vastaanottotoiminnassa. Kuvaamme kokemusohjauksen teoreettista taustaa ja käytännön toteutusta sekä kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnan tutkimustuloksia.

Vertaisvastaanoton taustaa

Vertaisvastaanoton lähtökohta on kokemusasiantuntijan henkilökohtaiseen elämään kiinnittyvä ja palvelujärjestelmän kokemuksista oppimisen kautta toimimisen suuntaa ammentava vertaistyöskentely (vrt. Laitinen & Nikupetteri 2013). Kokemusasiantuntijalla on kykyä asemoitua asiakkaan avun tarpeisiin, koska hänelle on kokemusten myötä syntynyt yhteisöllistä tietoa, joka on vankempaa kuin yksilöllinen kokemus (luku 2 tässä raportissa). Hän tuntee lähiyhteisöä ja hänellä on selviytymisstrategioita, jotka kannattelevat arjessa eteenpäin (Laitinen & Nikupetteri 2013, Ursua ym. 2014). Asiakkaat saattavat kokea kokemusasiantuntijat helpommin lähestyttäviksi kuin ammattilaiset (South ym. 2012).

Kokemusohjaus on asiakkaiden auttamista ja tukemista saavuttamaan tavoittelemiaan terveydelle suotuisia muutoksia elämäntavoissaan ja tottumuksissaan ja sillä on vankka teoreettinen tausta (British Psychological Society Health Psychology Team 2014, Attree ym. 2012). Käyttäytymis- ja sosiaalipsykologisiin menetelmiin perustuen asiakasta ohjataan ja kannustetaan

hallitsemaan omaa terveyttään ja siihen liittyviä tottumuksiaan, kiinnittämään huomiota muutoksen positiivisiin vaikutuksiin sekä aiempiin onnistumisiin ja jo saavutettuihin muutoksiin. Vertaisvastaanotolla kokemusasiantuntija on maallikkovalmentaja, joka tukee asiakkaan motivaatiota, itseluottamusta ja uskoa omiin kykyihinsä saavuttaa muutoksia elämässään.

Kansainvälisesti erilaisia maallikoiden vastaanottotoiminnan muotoja on terveydenhuollossa ollut jo kauan. Maallikot ovat toimineet jo vuosia perusterveydenhuollossa neuvontaan ja omahoidon ohjaukseen liittyvissä tehtävissä. Näitä ovat olleet käyttäytymisen ja elämäntapojen muuttamisen neuvonta ja tuki, henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisessa ja toimintasuunnitelman laatimisessa auttaminen (Safren ym. 2010, Van der Wulp 2012, Siminerio ym. 2013, Thom ym. 2013) sekä omahoito-ohjaus (Foster ym. 2009).

Maallikkoterveysvalmentajien ohjauksesta ovat hyötäneet muun muassa rintakipupotilaat (Nelson ym. 2010), diabetesta sairastavat (van der Wulp ym. 2012), HIV-potilaat (Safren ym. 2012) ja lapsiperheet (Glenton ym. 2013). Näissä tutkimuksissa raportoituja hyötyjä ovat olleet tiedon saanti, käyttäytymismuutoksen käynnistyminen ja motivaation ylläpitäminen, emotionaalinen tuki sekä sairauden hallinta. Asiakkaat ovat kokeneet, että vertaiset voivat tarjota erilaisia neuvoja kuin ammattilaiset (South ym. 2007). Ohjaus ja neuvot kiinnittyvät asiakkaan arkeen, johon terveydenhuollon ammattilaisella ei välttämättä ole kosketuspintaa. Kokemusasiantuntija saavuttaa heitä, jotka haluavat elämässään muutosta, mutta joita perinteiset palvelut eivät ole saavuttaneet (British Psychological Society Health Psychology Team 2014).

Suomessa kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminta käynnistyi Vantaan terveysasemilla. Palvelu on vakiintunut osaksi terveysasemien päihdetyötä. Kokemusasiantuntijan vastaanottoa on tarjottu päihdeongelmista eroon haluaville ja päihdeongelmaisten omaisille (Bergman ym 2014). Palvelu on liikkuvaa ja joustavaa ja näin ollen vastaanotolle on matala kynnys. Kokemusasiantuntija keskustelee vastaanotolla asiakkaan kanssa luottamuksellisesti päihdekuntoutumisesta ja toipumismahdollisuuksista sekä välittää päihteistä eroon haluaville toipumisuskoa. Asiakkaat saavat hänen kauttaan myös konkreettista tietoa Vantaan kaupungin päihdepalveluista, hoitopaikoista, vertaistukea tarjoavista yhdistyksistä sekä erilaisista keskustelu- ja harrastusryhmistä. Jos asiakas haluaa, kokemusasiantuntija voi lähteä hänen tuekseen esimerkiksi AA-ryhmään, seurakunnan päihdediakonin luo, A-kiltaan tai johonkin muuhun päihde- ja mielen-terveystyön paikkaan. Halutessaan asiakas saa myös luettavaksi kokemusasian-

tuntijan oman sairastumis- ja toipumistarinan. Henkilökunta on kokenut työmaalin tuoneen terveysaseman päihdetyöhön uutta näkökulmaa. He ovat nähneet sillä olevan positiivinen vaikutus asiakkaisiin. Tämä on tullut ilmi myös asiakkaiden kokemuksissa, sillä reilusti yli puolet (67 %) asiakkaista on kokenut hyötynensä vastaanotosta ja he ovat olleet erittäin tyytyväisiä palveluun.

Vertaisvastaanoton yhteiskehittäminen

Kokemusasiiantuntijoiden vastaanottokäytännöt suunniteltiin yhteistyössä terveyskeskuksen johdon ja ammattilaisten, kokemusasiiantuntijoiden ja hankkeen toimijoiden kanssa (vastaanoton sisältö, asiakastyön työkalut: asiakkaan omaa pohdiskelua tukeva hyvinvointikortti, kirjaamisen fraasit, kansalaisten, ammattilaisten ja asiakkaiden tiedotteet, www-sivujen tekstit, kokemusasiiantuntijoiden perehdytys). Kokemusasiiantuntijoilla oli työnsä tukena käsikirja, johon keskeiset asiat oli koottu. Käytännön valmistelussa hyödynnettiin Vantaan kaupungin myönteisiä kokemuksia päihdetyön kokemusasiiantuntijan vastaanotosta (http://www.kansalaisareena.fi/paihdet_korso.pdf). Yksityiskohdattaiset käytännön toteutukset suunniteltiin jokaisen yhteistyökumppanin kanssa erikseen (työaika, työtila, ammattilaisten yhteistyö ja tuki, paikallinen järjestöyhteistyö). Vertaisvastaanoton ohjeistus oli koottu kokemusasiiantuntijan oppaaseen (Kuva 1).



SISÄLTÖ

Valmistautuminen

- Ilmoittautuminen vastuuhoitajalle
- Tutustuminen ajanvarauskirjaan
- Materiaalien riittävyden varmistaminen
- Työajan määräytyminen ja työvuorojen sisällöt
- Jos sairastut
- Turvallisuus
- Työvälineet

Vastaanottojen työkalut

- Keskustelu
- Kirjaaminen

Keskustelussa tarvittavia nettisivustoja

Kuva 1. Kokemusasiiantuntijan vertaisvastaanottotyön opas ja sen sisällöt.

Vastaanottotoiminnan suunnittelussa otettiin huomioon tekijöitä, jotka ovat olennaisia terveyden edistämisen interventioiden suunnitteluprosessissa (Michie et. al. 2011b) (Taulukko 1). Suunnittelutyö oli monivaiheinen ja se edellytti yhteydenottoa useisiin tahoihin ja monia yhteistyötapaamisia eri toimijoiden kanssa. Koska toiminta oli uutta, se täytyi suunnitella alusta alkaen työn sisällöistä, työtiloista ja työvälineistä jopa tietosuojavaltuutetun konsultointiin. Palvelusta tiedottaminen oli suurin haaste ja sitä toteutettiin laajasti sekä ammattilaisten että asiakkaiden foorumeilla terveyskeskuksessa ja alueellisesti.

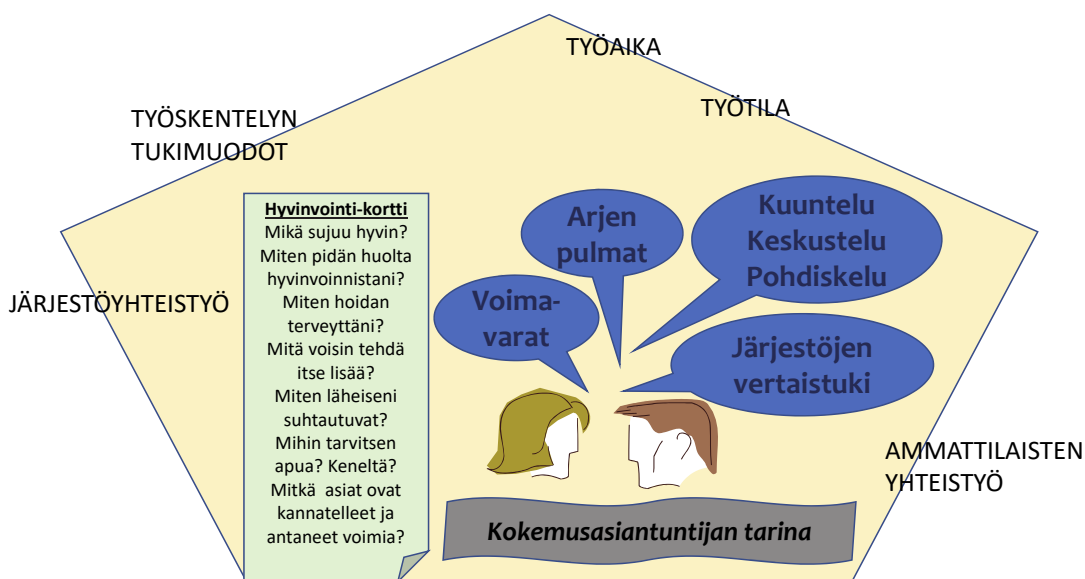
Taulukko 1. Vastaanottotoiminnan suunnittelussa huomioituja tekijöitä (mukaan mukaan Michie et. al. 2011b).

Menettelytapa	Määrittely	Terveyskeskuksessa
Viestintä: palvelun markkinointi	Tiedotetaan laajasti palveluun osallistuvia osapuolia	Idean esittely terveysaseman päätöksentekijöille Työntekijöiden tiedotus- ja suunnittelutilaisuudet Paikallislehden artikkelit, paikallisradion ohjelma, kokemusasiantuntija kertomassa odotustiloissa, palvelusta kertovat esitteet ja terveysaseman www-sivut
Suuntaviivat, ohjeistukset	Luodaan palvelulle säännöt, puitteet	Protokollakuvaus palvelusta: asiakkaiden hakeutuminen, kokemusasiantuntijan työmenetelmät (keskustelu, hyvinvointikortti, oma tarina, kirjaaminen) Kokemusasiantuntijan perehdytys
Käytännön sääntö	Luodaan palvelun käytännön järjestelyt ja säännöstö	Kokemusasiantuntijan työtila, työaika, tietokone, virkistäytymismahdollisuudet (kahvi, ruokailu), vastuuhenkilön nimeäminen tueksi
Lainsäädäntö	Tarkistetaan, että toimitaan olemassa olevan lainsäädännön mukaisesti	Ulkopuolisena henkilönä työskentelevän kokemusasiantuntijan allekirjoittama vaitiolovelvollisuussitoumus Tietosuoja-asiat potilasasiakirjoihin kirjaamisesta (tietosuojavaltuutetun lausunto)
Yhteisötekijöiden suunnittelu	Huomioidaan paikallinen kulttuuri ja sosiaalinen tila	Paikallisten järjestöjen kartoitus ja yhteistyön rakentaminen järjestökentän kanssa Paikallisten arjen tukipalvelujen kartoitus asiakasohjauksen tueksi

Kokemusasiantuntijat kehittivät työnsä tueksi myös paikallista yhteistyötä järjestökentän kanssa. Yhteistyöverkoston luominen oli tärkeä osa ennen varsinaisen vastaanottotoiminnan käynnistymistä. Terveyskeskuksissa tarvittiin esimerkiksi tilajärjestelyjä järjestöjen materiaaleille.

Vertaisvastaanotto terveyskeskuksessa

Tässä hankkeessa kokemusasiantuntijan vastaanotto noudatteli edellä esitettyjä periaatteita. Kokemusasiantuntija kuunteli ja keskusteli asiakkaan hyvinvoinnista, arjen pulmista ja tukimahdollisuuksista sekä sairauskokemuksesta hänen kanssaan. Keskusteluissa pureuduttiin asiakkaan elämäntilanteeseen, omahoidon ongelmiin ja niistä selviytymiseen sekä kartoitettiin hänen palvelutarvettaan. Kokemusasiantuntija ei ottanut kantaa asiakkaan hoitoon, vaan tarjosi tukea elämän haasteisiin ja tietoa paikallisista avunsaantimahdollisuuksista (Kuva 2).



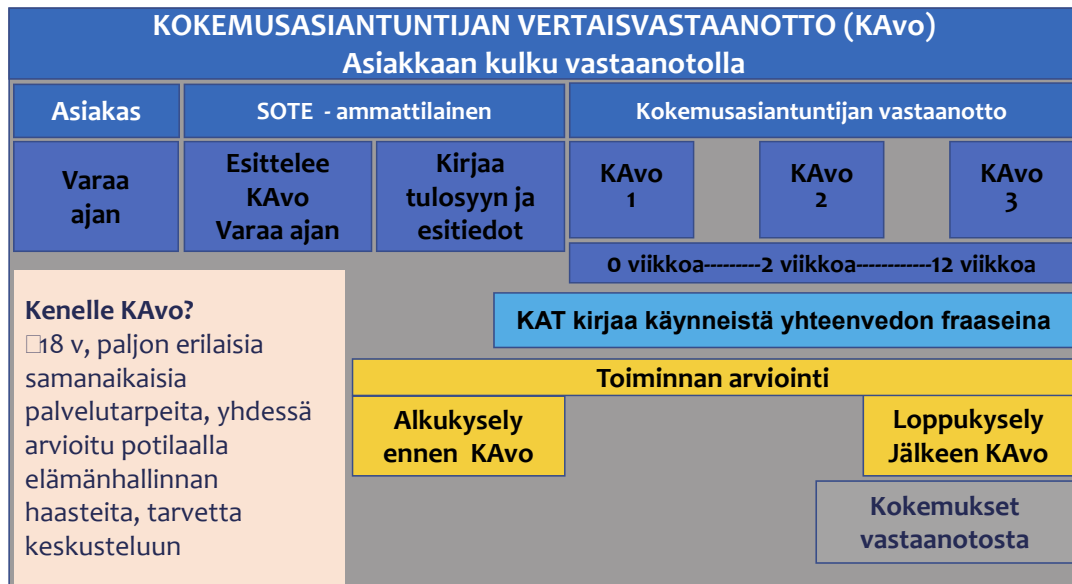
Kuva 2. Kokemusasiantuntijan vertaisvastaanotto.

Kokemusasiantuntijan vastaanottoa tarjottiin kunnissa useille asiakasryhmille: sosiaali- ja terveysasemilla elämänhallinnan tukea tarvitseville asiakkaille kuten niille, jotka tarvitsivat runsaasti eri palveluja, niille joilla oli monenlaisia tuen tarpeita, ikääntyville asiakkaille, sekä työvoimapalveluissa asioiville pitkäaikaistyöttömille työnhakijoille. Vastaanoton kesto oli noin tunti ja asiakkaalle varattiin heidän toivomuksensa mukaisesti 1–3 käyntikertaa (kuva 3). Vastaanottokäyntien sisältö vaihteli asiakkaiden kesken, sillä vastaanotolla edettiin asiakkaan omien tarpeiden ja ehtojen mukaisesti. Vastaanoton sisältö ei perustunut diagnoosiin, vaan asiakas itse määritteli, mitä asioita keskusteluissa nostettiin esiin. Hyvinvointikortissa olevat kysymykset herättelivät keskusteluun.

Vastaanoton ensikäynti oli painottunut asiakkaan kuuntelemiseen ja hänen elämäntilanteensa kartoittamiseen. Kokemusasiantuntija tutustutti asiakkaan hyvinvointikorttiin (Kuva 2), jonka avulla asiakas pystyi pohtimaan esimerkiksi tukiverkostoaan. Lisäksi kokemusasiantuntija antoi oman tarinansa

asiakkaalle luettavaksi hänen niin halutessaan. Toisella käynnillä, noin kahden viikon päähän ensikäynnistä, keskusteltiin etenkin niistä ajatuksista ja kysymyksistä, joita edellisen kerran jälkeen oli herännyt. Asiakas pohti aiempiin keskusteluihin ja hyvinvointikortin kysymyksiin tukeutuen omaa tilannettaan. Asiakkaan niin halutessa käsiteltiin myös kokemusasiantuntijan tarinaa.

Kokemusasiantuntija ja asiakas pohtivat yhdessä myös tarvetta ohjata asiakas kolmannen sektorin tuen pariin. Tämän jälkeen asiakas kirjasi omahoitosuunnitelman hyvinvointikorttiin joko itsenäisesti tai yhdessä kokemusasiantuntijan kanssa. Muutaman kuukauden päästä, kolmannella tapaamiskerralla, arvioitiin suunnitelmaa ja toteutuneita hyvinvointitekoja sekä suunnattiin ajatuksia tulevaisuuteen. Kokemusasiantuntija kirjasi jokaisesta vastaanottokäynnistä yhteenvedon sovitusti ammattilaisten nähtäväksi kunkin terveysaseman käytännön mukaisesti. (Kuva 3.)



Kuva 3. Kokemusasiantuntijan (KAT) vertaisvastaanoton kokonaisuus.

Asiakasnäkökulmasta tavoiteltiin sitä, että kokemusasiantuntijan vastaanottojen kautta asiakkaat löytäisivät pidempiaikaisen, paikallisen tuen piiriin. Ammattilaisnäkökulmasta vastaanoton tavoitteena oli integroida kokemusasiantuntijuutta palvelujärjestelmään kehittämään asiakaslähtöisiä palveluita, auttaa terveysasemaa verkostoitumaan alueen järjestötoimijoiden kanssa, sekä toimia ammattilaisten sekä potilaiden välimaastossa toimintojen kehittämiseksi. Kokemusasiantuntijan vastaanotto oli lisäresurssi ja tuki asiakkaan arkeen ja elämäntilanteen haasteiden pohdiskeluun. Lisäksi koke-

musasiantuntijat vahvistivat alueen kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä, tiedottivat ammattilaisia järjestötoiminnasta sekä edistivät järjestöjen näkyvyyttä terveysasemalla.

Vertaisvastaanoton tuloksia

Kokemusasiantuntijan vastaanottoa toteutti kolme kokemusasiantuntijaa. Sitä arvioitiin tarkastelemalla vastaanottotoiminnan soveltuvuutta palvelurakenteeseen ja sen vaikutuksia asiakkaiden hyvinvointiin. Arvioinnissa kuvattiin ammattilaisten, asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden kokemuksia vastaanottotoiminnasta sekä arvioitiin vastaanoton soveltuvuutta osaksi terveysaseman palveluvalikkoa ja vastaanottotoiminnan vaikutuksia asiakkaiden pystyvyyden tunteeseen ongelmista selviytymisessä, elämäntapoihin, elämänlaatuun, sosiaaliseen tukeen sekä palvelujen käyttöön.

Aineistoja (Taulukko 2) olivat ammattilaisten kirjoitukset (N=5) ja ryhmähaastattelut (N=3) kahdella Keski-Suomen alueen terveysasemalla, asiakkaiden yksilöteemahaastattelut (N=6) ja hyvinvointia kartoittava kysely (sosiaalinen tuki, terveystottumukset, minäpystyvyys, vastaanoton arviointitiedot) ennen (N=25) ja jälkeen vastaanoton (N=13). Lisäksi tarkasteltiin kokemusasiantuntijoiden kirjauksia asiakkaiden käyntisyistä. Ammattilaisten ryhmähaastatteluun osallistui yhteensä yhdeksän ammattilaista. Määrällisiä aineistoja analysoitiin laskemalla frekvenssijakaumat ja käyttäen pienten aineistojen analyysiin tarkoitettuja testejä kuten esimerkiksi Marginal Homogeneity test, Wilcoxon Signed Rank test (Jussila 2019). Haastatteluaineistot analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (Hämeenaho ym. 2019) ja kirjoitelmat teemoitellen.

Taulukko 2. Vertaisvastaanoton arviointiaineistot.

Tarkasteltava ilmiö	Aineisto	Merkitys
Asiakkaan hyvinvointi	Kyselylomake (N=25)	Asiakkaan äänen kuuluminen Omahoitoa tukevien ohjauskäytäntöjen tunnistaminen ja arviointi.
Asiakkaan ja kokemusasiantuntijan vuorovaikutus ja omahoidon tuki	Haastattelut (N=6) Kyselylomake (N=13)	
Vastaanoton sisältö	Kokemusasiantuntijoiden kirjaukset (123 asiakaskäyntiä)	
Vastaanoton vaikutus asiakkaan hyvinvointiin	Kyselylomake (N=13)	Vastaanoton tuki asiakkaalle
Ammattilaisten kokemus ja näkemykset vastaanottotoiminnasta	Ryhmähaastattelut (N=3 yht. 9 ammattilaista) Ammattilaisten kirjoitukset (N=5)	Ammattilaisten kehittämis- ja koulutustarpeiden tunnistaminen

Kokemusasiantuntijoiden vastaanotoilla kävi yhteensä 73 asiakasta. Käyntejä näillä asiakkailla oli 123. Heistä valtaosa oli naisia (76,7 %). Reilusti yli puolet (63 %) vastaanotolla käyneistä asiakkaista oli iältään 61-vuotiaita tai sitä vanhempia, ja alle 51 -vuotiaita vain yhdeksän henkilöä. Yhden vastaanotolla käyneen iästä ei ole tietoa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kokemusasiantuntijan vastaanotolla käyneiden asiakkaiden ikä- ja sukupuolikauma.

Ikä (v)	Miehet f (%)	Naiset f (%)
21-30	0 (0 %)	1 (1,4 %)
31-40	2 (2,7 %)	1 (1,4 %)
41-50	1 (1,4 %)	4 (5,5 %)
51-60	7 (9,6 %)	11 (15,1 %)
61 ≤	6 (8,2 %)	39 (53,4 %)
Ei tiedossa	1 (1,4 %)	0 (0 %)
Yhteensä	17 (23,3 %)	56 (76,7 %)

Runsaasta kävijämäärästä huolimatta asiakkaiden rekrytointi arviointiin osoittautui haasteelliseksi. Kokemusasiantuntijan vastaanotolle osallistuneista asiakkaista vain 25 vastasi hyvinvointia kartoittavaan kyselyyn ensimmäisen vastaanottokäyntinsä yhteydessä. Heistä yli puolet (64 %) oli yli 61-vuotiaita tai sitä vanhempia ja valtaosa (76 %) naisia. Alkukyselyyn ja viimeisen vastaanottokäynnin yhteydessä olevaan loppukyselyyn vastasi vain 13 asiakasta (taulukko 4). Alku- ja loppukyselyiden välinen aika vaihteli asiakkaiden välillä yhdestä viikosta noin neljään kuukauteen. Aineisto oli niin pieni, että kokemusasiantuntijan vastaanoton vaikutuksista asiakkaan koettuun terveydentilaan ja elämään tyytyväisyyteen, asiakkaan kokemaan sosiaaliseen tukeen, minäpystyvyyteen ja terveystottumuksiin ei saatu riittävästi tietoa.

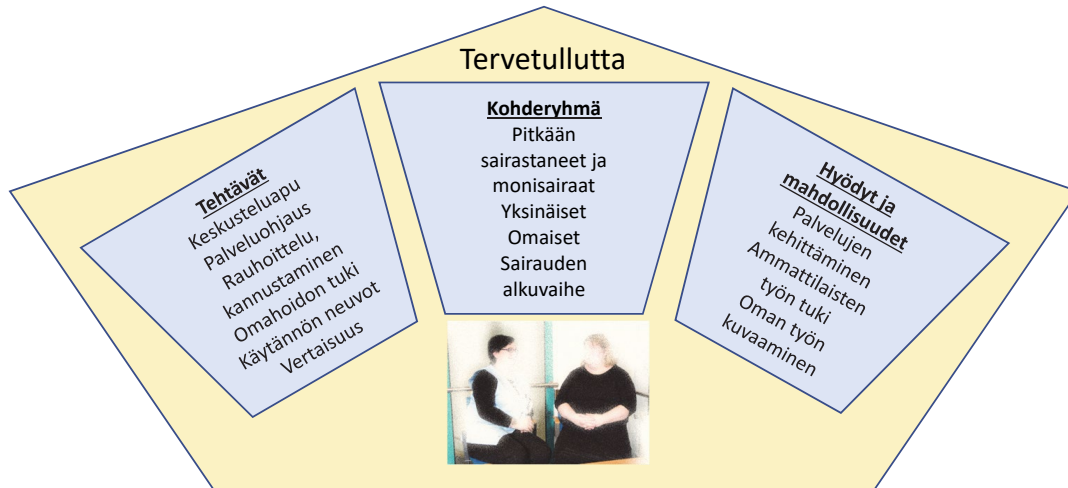
Taulukko 4. Alku- ja loppukyselyyn osallistuneiden asiakkaiden profiili.

Ikä	Sukupuoli	Pohjakoulutus	Kyselyvastausten välinen aika
> 61	mies	Ammatillinen tutkinto	6 viikkoa
> 61	nainen	Keskikoulu	13 viikkoa
> 61	nainen	Korkeakoulututkinto	10 viikkoa
21 - 30	nainen	Ammatillinen tutkinto	Ei tiedossa
51 - 60	nainen	Ammatillinen tutkinto	1 viikko
> 61	nainen	Keskikoulu ja ammatillinen tutkinto	Ei tiedossa
51 - 60	mies	Ammatillinen tutkinto	17 viikkoa
> 61	nainen	Keskikoulu	16 viikkoa
31 - 40	nainen	Ammatillinen tutkinto	14 viikkoa
> 61	mies	Keskikoulu	14 viikkoa
51 - 60	mies	Kansa-/peruskoulu	10 viikkoa
51 - 60	mies	Ammatillinen tutkinto	Ei tiedossa

Kokemus terveydentilasta ja tyytyväisyydestä elämään osoitti, että vertaisvastaanoton asiakaskunta koostui juuri sellaisista asiakkaista, joita vastaanotolle tavoiteltiin. Alkutilanteessa kyselylomakkeeseen vastanneista (n=25) kukaan ei kokenut terveydentilaansa täysin hyväksi, yhdeksän (36 %) vastaajaa ilmoitti terveydentilansa olevan mielestään melko hyvä ja kahdeksan (32 %) keskinkertainen. Kahdeksan vastaajaa (32 %) koki terveydentilansa joko huonoksi tai melko huonoksi. Tyytyväisyys elämään arvioituna asteikolla 0–10 vaihteli vastausvaihtoehdosta kaksi vaihtoehtoon yhdeksän. Vastaajista 16 (64 %) vastasi tyytyväisyytensä elämään olevan vähintään kuusi. Suomalaisten tyytyväisyyden elämään on aiemmissa tutkimuksissa arvioitu olevan keskimäärin kahdeksan (Eurostat 2015).

Asiakkaiden terveystottumukset vastasivat suosituksia vain harvojen kohdalla (Terveyttä ruoasta 2014). Ateriarytmi (5-6 ateriaa/välipalaa päivässä) oli suositusten mukainen neljällä vastaajalla (16 %) ja tuoreita kasviksia söi päivittäin 11 vastaajaa (44 %) sekä hedelmiä ja marjoja kymmenen (49 %). Liikkumista arvioitiin FIT -indeksillä. Liikunta-aktiivisuus voidaan FIT-indeksin (Suomen sydänliitto 2007) perusteella jakaa neljään luokkaan: erittäin aktiivinen (64 pistettä tai enemmän), aktiivinen (37-63 pistettä), jonkin verran aktiivinen (13-36 pistettä) ja passiivinen (0-12 pistettä). Se osoitti, että asiakkaista 84 prosentilla FIT-indeksi oli alle 50.

Terveydenhuollon ammattilaiset näkivät tarpeen kokemusasiantuntijatoiminnalle. He toivat esille myös haasteita ja kehityskohteita. He tiedostivat toiminnan kohderyhmiä ja kokemusasiantuntijoiden tehtäviä asiakkaiden rinnalla kulkijoina. Huolimatta mittavasta paikallisesta tiedottamisesta terveysasemilla, paikallisradiossa ja paikallislehdissä sekä esitteitä laatimalla ja tiedotustilaisuuksia pitämällä, he tiesivät toiminnasta suhteellisen vähän. Riittämättömät tiedot kokemusasiantuntijatoiminnasta nousikin suurimmaksi toiminnan haasteeksi. (Kuva 4)



Kuva 4. Kokemusasiantuntijan vertaisvastaanoton tehtävät, kohderyhmät ja hyödyt haastateltujen ammattilaisten näkemyksissä.

Haastatellut ammattilaiset näkivät kokemusasiantuntijatoiminnan terve-
 tulleenä (Hämeenaho ym. 2019). Sen hyötyinä nähtiin etenkin asiakkaiden
 kuuntelutuki, sillä heidän oma vastaanottoaikansa koettiin hyvin rajalliseksi.
 Ammattilaiset nostivat esiin huolensa siitä, miten kokemusasiantuntijan vas-
 taanotto toimii käytännössä. Heitä huoletti kokemusasiantuntijan valmistau-
 tuminen vastaanottoon ja kokemusasiantuntijan oman sairauden vaikutus
 vastaanottotoimintaan. Heitä epäilytti kokemusasiantuntijoiden kyky irrot-
 tautua omasta sairaudestaan ja aktivoida asiakasta omaan elämänhallintaan.

Lisäksi pohdittiin kokemusasiantuntijoiden koulutusta. Se ei ollut heille
 tuttua. He näkivät myös kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten välisessä
 yhteistyössä haasteita ja kehitettävää. Yhteistyön haasteina mainittiin lait, tie-
 tosuoja-asiat ja resurssit. He kaipasivat toiminnalle selkeitä valtakunnallisia
 linjauksia. Hankevetoista toiminnan käynnistämistä ei pidetty riittävänä.

Yksi ehdotettu kehittämiskohde oli koulutus. Ammattilaisten osallistumi-
 nen koulutukseen nähtiin tärkeänä. Kokemusten lisäksi kaivattiin myös muuta
 osaamista kuten esimerkiksi terveydenhuoltoalan koulutusta. Muita kehitys-
 kohteita olivat muun muassa toiminnan ympäristö ja muoto. Terveysasema ei
 heidän mielestään ollut välttämättä oikea ympäristö, vaan virkistävämpänä paik-
 kana esitettiin esimerkiksi kahvila. Tämä voisi toimia paremmin matalan kynnyk-
 sen paikkana kokemusasiantuntijan luo kuin hakeutuminen ammattilaisten suo-
 sityksestä terveysasemalle.

On todella tärkeää, että asiakkaiden näkökulma muuttuisi entistä keskeisemmäksi terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottamisessa ja toteutuksessa. Kokemusasiantuntijatoiminta on yksi oleellinen osa tätä kokonaisuutta. Se on kuitenkin vielä osin epäselvää: miten se eroaa meillä kaikilla olevasta ”kokemusasiantuntijuudesta”.
(Ammattilaisen kirjoitus 1)

Oma sairaustausta ja kokemus auttavat asiakkaan ja kokemusasiantuntijan välisen luottamuksen syntymistä. Tietyn sairauden tausta ja kokemus ei rajaa vastaanoton sisältöä liikaa ja asiakas voi vapaasti nostaa hänelle tärkeitä asioita esille. Toiminta on voimavaralähtöistä. Kokemusasiantuntijat ovat oppineet tunnistamaan omaan vointiinsa liittyviä ennusmerkkejä ja sopeuttamaan toimintaa. Kaikista asioista ei haluta puhua ammattilaisten kanssa. Ammattilaisten kanssa asiat keskittyvät pitkälti hoitoon – kokemusasiantuntijan kanssa puheet kiinnittyvät heti arkeen ja siihen liittyviin asioihin. Haasteita tiedon välittymisessä hoitajan ja kokemusasiantuntijan välillä on silti paljon (potilastietojärjestelmä, käsin kirjaus) ylipäätään kirjaamisen haasteet (fraasit, mitä kirjataan) + luottamus asiakkaan kanssa käydyistä keskusteluista.
(Toiminnan ohjaajana toiminut ammattilainen)

Haastatellut asiakkaat toivat esiin, että kokemusasiantuntijan vastaanotolla oli aikaa keskustella ja ilmapiiri on lämmin. He nostivat esiin omia voimavarojaan ja arjessa pärjäämistään. Yhdessä oli keskusteltu tukipalveluista, käytännön asioista, jaksamisesta ja omahoidosta. He kokivat keskustelut luottamuksellisiksi. Myös kokemusasiantuntijan oma kokemus nähtiin tärkeänä. Asiakkaat pohtivat myös vastaanoton vaikutuksia. Näitä olivat muun muassa itsensä hyväksyminen ja yhdistykseen liittyminen. Vastaanotto nähtiin myös paikkana purkaa pattitilanteita. Joillekin asiakkaille kokemusasiantuntijan vastaanoton tarkoitus oli kuitenkin saattanut jäädä epäselväksi.

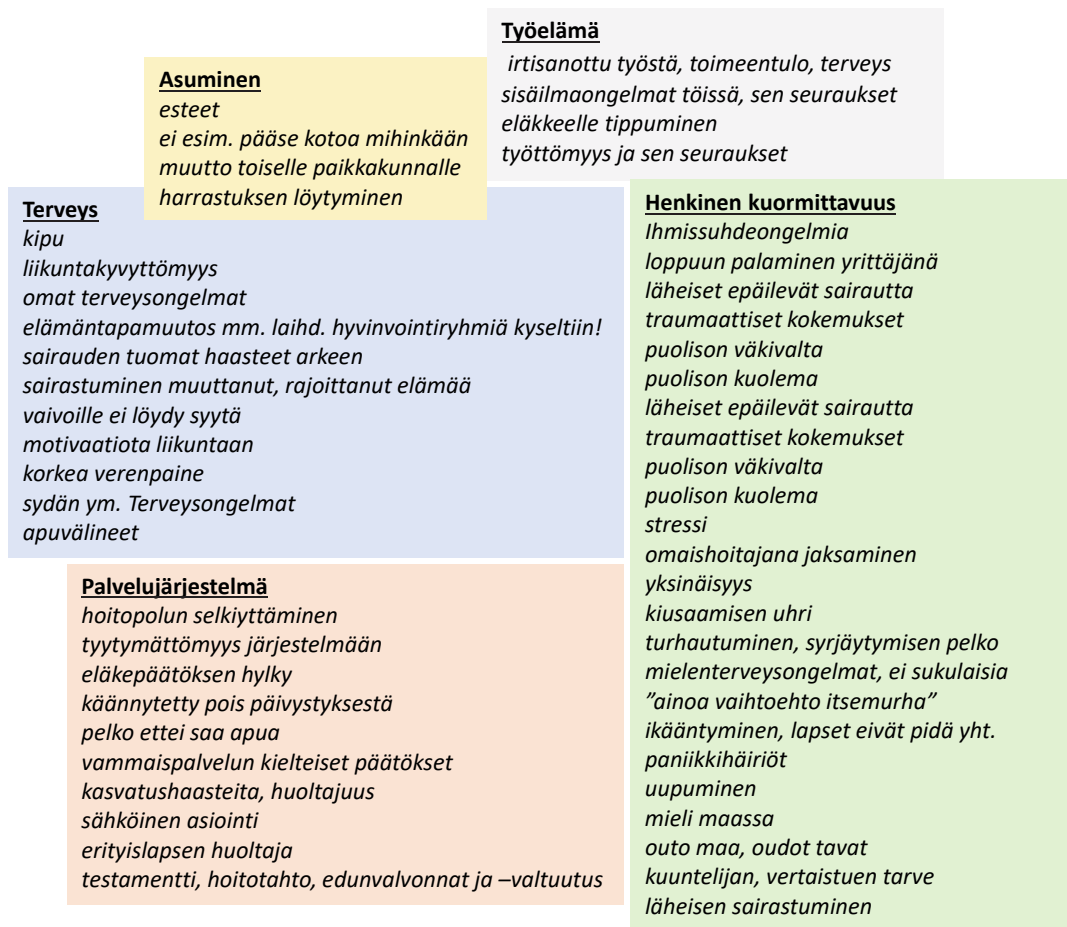
Kyselylomakkeeseen vastanneiden (N=13) asiakkaiden arvioissa korostui positiivisuus. Kokemusasiantuntijan tuki koettiin asiantuntevaksi, kannustavaksi, ajatuksia muuttavaksi, luottamusta herättäväksi, toivoa lisääväksi ja kunnioittavaksi. Lähes kaikki (12) kokivat tulleen kuulluksi. Valtaosa oli sitä mieltä, että he olivat saaneet lisää tietoa elämäntilanteeseensa (9), heidän tulevaisuuden uskonsa oli vahvistunut (9) ja he olivat muuttaneet ajatteluaan kokemusasiantuntijalta saatujen kommenttien perusteella (9). Suuri osa asiakkaista koki, että heidän itsetuntonsa oli parantunut (8), he olivat saaneet voimaa pysyä päätöksissään (7) ja että he olivat saaneet jakaa palvelujärjestelmän kokemuksia (8). Kaikki (13) olivat tyytyväisiä kokemusasiantuntijalta saamaansa tukeen ja suosittelivat kokemusasiantuntijan vastaanottoa muille. Suosittelemista perusteltiin kohdatuksi tulemisella ja puhumisen mahdollisuudella.

*Asiakkaan kokemus on tärkeä ennen-jälkeen.
Kokemusasiantuntijan vastaanotto on asiakkaalle
voimaannuttava kokemus! Kokemusasiantuntija ja asiakas
ovat samalla tasolla ja luottamus on vahva. Ei tarvitse olla yksi
sairaus – laaja elämäkokemus antaa mahdollisuuksia puhua
asiakkaan kanssa rajaamatta aiheita. Terveyskeskus tuttu
paikka, tottuneet käymään. Kokemusasiantuntijan rooli olla
ilmanpiirin luojana, turvallisuus, kohtaamiset odotusaulassa.
Aika on rajallinen ja puheenaiheet rajattuja. Asiakkaalla ei ole
halua puhua kaikista asioista ammattilaiselle. Ammattilaisen
ajan tuhlausta. Asiakas itse voimaantuu hoitamaan asioitaan.
(Kokemusasiantuntija Ritva)*

*Usein vastaanotolla keskitytään tiukasti sairauden
hoitoon ja potilaan voimaannuttaminen jää vähäiselle.
”Mitä kuuluu?” kysymystä ei usein ennätä kysyä tai ei
ehkä uskallakaan, koska vastauksesta voi seurata
jotain, johon en pysty vastaamaan... Jos toiminta
pystytään ”standardoimaan” tietyn potilasryhmän
hoidon ohjaukseen kuuluvaksi, se saattaisi tuoda
paremmin potilasvirtaa, kuin sattumanvarainen
muistuttaminen kaiken kiireen keskellä.
(Ammattilaisen kirjoitus 4)*

Toiveita kokemusasiantuntijan vastaanoton kehittämiseksi esitti yhdeksän asiakasta. He toivoivat terveydentilan kokonaisvaltaista kartoittamista, neuvontaa eteenpäin palveluissa, pidempiä käyntikertoja, vastaanottotoiminnan jatkumista, verkkoajanvarauksen toimimista ja lisää näkyvyyttä toiminnalle.

Kokemusasiantuntijat kirjasiivat vastaanotolla asiakaskohtaisesti käyntiyhteenvetä tiedoksi hoitaville ammattilaisille. Kaikilla terveysasemilla oli keskenään erilaiset tavat järjestää kirjaaminen. Kirjaukset tehtiin joko sähköiseen potilastietojärjestelmään kokemusasiantuntijan omalle sivulle tai käsin erilliselle lomakkeelle asiakkaalle annetun koodinumeron perusteella. Luetelo keskustelujen sisällöistä (Kuva 5) osoitti, että asiakkailla oli monenlaisia huolenaiheita asumisesta ja terveydestä palvelujärjestelmän ja työelämän ongelmiin. Suurin huoliryhmä oli henkinen kuormittavuus ja siihen liittyvät huolenaiheet. Henkinen kuormittavuus oli vastaanoton asiakkailla laajamittaista ja syvää huolta jaksamisesta. Näistä ei joko keskusteltu ammattilaisten vastaanotolla tai niistä haluttiin puhua myös kokemusasiantuntijan kanssa.



Kuva 5. Kokemusasiantuntijan vastaanotoilla esiin nousseita huolenaiheita.

Kokemusasiantuntijat rakensivat terveystieteiden paikallista kolmannen sektorin yhteistyötä laajasti (Taulukko 5). He kokosivat järjestöjen yhteistietoja ja materiaaleja terveysasemille, järjestivät yhdessä järjestöjen esitelytilaisuuksia odotustiloissa ja pitivät yhteyttä monin eri tavoin.

Taulukko 5. Kokemusasiantuntijoiden ja järjestötoimijoiden yhteistyö terveysasemilla.

Terveysasemilla esillä:	Yhteistyötä rakennettu muuten:
Jyväskylän Ruskat ry Jyväskylän Reumayhdistys ry Keski-Suomen munuais- ja maksayhdistys Kemusi ry Suomen Kipu ry Keski-Suomen epilepsiyhdistys Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry Keski-Suomen Omaishoitajat ry Keski-Suomen Diabetesyhdistys ry Keski-Suomen mielenterveysomaiset FinFami ry. Keski-Suomen Allergia- ja astmayhdistys ry Sisä-Suomen Kuulonhuolto ry Äänekosken Reumayhdistys ry Äänekosken Martat ry Ääneseudun Epilepsiakerho Ala-Keiteleen Sydänyhdistys Ääneseudun Ilona ry Ääneseudun Omaishoitajat ry. Keski-Suomen Muistiyhdistys ry Äänekosken Seudun Invalidit ry Sisä-Suomen Diabetesyhdistys ry.	Jyväskylän Al-Anon Keski-Suomen Parkinson-yhdistys ry Jyväskylän kansalliset seniorit ry Keski-Suomen kilpirauhasyhdistys ry Suvimäen Klubitalo Keski-Suomen neuroyhdistys ry Keski-Suomen aivovammayhdistys ry Keski-Suomen Näkövammaiset ry Vanhustyön Keskusliitto Kynnys ry Suomen Punainen Risti ry Jyväskylä Jyväskylän seurakunnan diakonia Vapaaehtoistoiminta Vapari -Jyväskylän kaupunki Jyväskylän Marttayhdistys ry Sovatek säätiö Jyväskylä Jyvässeudun 4H-yhdistys ry Keski-Suomen Luustoyhdistys ry Suomen Migreeniyhdistys ry Keski-Suomen Hengitysyhdistys ry Mielenterveysyhdistys Kello ry Keski-Suomen Kynäri ry

Kokemusasiantuntijatoiminta puhututti toimintaa koordinoivia henkilöitä monissa yhteiskehittämisen kokouksissa ja yhteistyöpalavereissa eri ammattilaisten kanssa. Saman tyyppisiä kysymyksiä kysyttiin yhä uudelleen. Yhteistyökumppaneita ja eri toimijoita askarruttivat toiminnan vaikuttavuus, kokemusasiantuntijan oma sairaus ja sen merkitys asiakassuhteessa, kokemusasiantuntijan rooli ja lisäarvo ammattilaisten joukossa, asiakastyön tiedonkulku ja kokemusasiantuntijoiden sitoutuminen työhön. Näitä eri toimijoita askarruttavia kysymyksiä vastauksineen on koottu taulukkoon 6.

Taulukko 6. Kokemusasiantuntijan vastaanottotoimintaa askarruttavia ammattilaisten kysymyksiä ja niihin liittyvät vastaukset.

Kysymys	Vastaus
Onko kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminta vaikuttavaa?	Tutkittu tieto on ristiriitaista johtuen erilaisista tutkimusasetelmista. Kokemusasiantuntijoiden vastaanottotoimintaa on ollut Suomessa varsin vähän. Tarvitaan lisätutkimusta vaikuttavuuden osoittamiseksi. Vantaan päihdetyöstä on lupaavia tuloksia. Potilaat ovat tyytyväisiä ja suosittelevat vastaanottoa muille.
Miten kokemusasiantuntijan oma sairaus vaikuttaa asiakkaisiin?	Kokemusasiantuntija on käsitellyt omaa sairaushistoriaansa koulutusvaiheessa ja saanut etäisyyttä tilanteeseensa. Oma kuntoutumisprosessi jatkuu kokemusasiantuntijatehtävissä. Kokemusasiantuntijan oma tarina voi tuoda toivoa asiakkaille.
Miten eri sairaustautien omaava kokemusasiantuntija voi tukea eri sairauksia sairastavia asiakkaita?	Kokemusasiantuntijalla on ymmärrystä sairastumisesta sekä pitkäaikaissairauteen sisältyvistä prosesseista, jotka ovat usein yhteisiä sairausryhmästä riippumatta. Vastaanottotoiminta ei ole suoranaista vertaistukea tiettyyn sairauteen vaan pitkäaikaissairauden kokemukseen ja eri palveluissa ”sukkuloimiseen”.
Mikä on kokemusasiantuntijan rooli terveyskeskuksessa?	Ihmiset ovat tottuneet käymään terveysasemalla ja se on tuttu paikka. Asiakkaiden ohjaus ammattilaisten vastaanotoilta kokemusasiantuntijalle on helppoa. Vastaanottotiloissa kokemusasiantuntija voi tiedottaa toiminnasta. Kokemusasiantuntijan työskentely perustuu vertaisuuteen ja asiakkaan voimavaroihin. Hän ei ota kantaa hoitoihin vaan ohjaa tarvittaessa eteenpäin.
Miten vaitiolovelvollisuus sitoo kokemusasiantuntijoita?	Vaitiolovelvollisuuden merkitystä on käsitelty koulutus- ja perehdytysvaiheessa ja kokemusasiantuntijat ovat allekirjoittaneet vaitiolositoumuksen.
Kykenevätkö kokemusasiantuntijat kuntoutujina sitoutumaan supportiiviseen työskentelyyn?	Kokemusasiantuntijoiden vointi saattaa vaihdella sairauden eri vaiheissa, ja sillä voi olla vaikutuksia heidän työkykyynsä. Kokemusasiantuntijakoulutuksen opiskelijavalinnassa pyritään kiinnittämään huomiota siihen, että sairaus ei ole akuuttivaiheessa ja kokemusasiantuntija tunnistaa omat voimavaransa.
Mitä lisäarvoa kokemusasiantuntija tuo asiakkaalle verrattuna terveydenhuollon ammattilaiseen?	Vertaisuuden kautta heillä on kyky kohdata asiakkaita ja synnyttää luottamuksellinen keskustelutilanne. Lisäksi, kokemusasiantuntijan vastaanottoon on varattu riittävästi aikaa. Kokemusasiantuntijat tuntevat potilaana/asiakkaana olemisen ongelmia ja paikallisia auttavia tahoja paremmin kuin terveydenhuollon ammattilaiset.
Miten ammattilainen saa tiedon kokemusasiantuntijan vastaanotolla käsitellyistä asioista?	Kokemusasiantuntija kirjaa jokaisesta asiakaskäynnistä käyntiyhteenvedon siten kun paikallisesti sovitaan tietosuojalainsäädäntö huomioon ottaen.

Mitä opimme?

Kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnalla on paikkansa palveluja täydentävänä toimintana. Keskeistä on kokemusasiantuntijan tarjoama vertaistuki ja ohjaus sekä keskustelu asiakkaan elämästä kokonaisvaltaisesti, pelkkien sairautteen liittyvien asioiden lisäksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset näkevät paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palveluohjauksen kehittämisen tärkeänä sekä asiakkaan hyvän hoidon ja palvelun, että yhteiskunnan näkökulmasta (Alahuhta & Niemelä 2017). Työntekijät korostavat asiakkaiden omahoitoa ja vastuun ottamista omasta elämästään (emt). Erityisesti tulisi vahvistaa asiakkaiden selviytymistaitoja itsenäisessä päätöksenteossa sosiaalisten verkostojen luomisessa (Kaattari ym. 2015). Vertaisvastaanotto tarjoaa laajasti matalan kynnyksen keskusteluapua terveyden ja hyvinvoinnin erilaisiin haasteisiin ja kysymyksiin. Erityisesti sen hyöty on osana omahoidon tukea ja palveluohjausta (Hämeenaho ym. 2019).

Jos kokemusasiantuntijan roolia ei ole määritelty riittävästi, voi toiminnan käynnistäminen olla haasteellista. Se on joka tapauksessa haasteellista. Näyttää siltä, että ammattilaisia epäilyttää kokemusasiantuntijan osaaminen tässä työssä (Ks. Hämeenaho ym 2019). Vaikka kokemusasiantuntijan vastaanotto nähtiin tärkeänä osana palvelujärjestelmää, käytännön toteutukselle kaivattiin kansallista ohjeistusta. Hankkeen turvin valmius vastaanoton kokeiluun oli epäröivää. Paikalliselle määrittelylle palvelua tarjoavassa organisaatiossa on varattava aikaa. Ammattilaisten on oltava tietoisia kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnan sisällöistä ja ymmärrettävä toiminnan merkitys potilaan palvelupolussa. Henkilökunnalla on tärkeä rooli asiakkaiden tiedottamisessa ja ohjaamisessa toiminnan käynnistyessä. Tämä edellyttää toiminnan yhteistä suunnittelua saman pöydän äärellä. Pelkkä tiedottamiseen panostaminen ei ole riittävää. Johtajien, työntekijöiden, kokemusasiantuntijoiden ja paikallisten toimijoiden yhteistyössä tehty suunnittelu on avainasemassa. Tämä kokeilu ja Suomessa meneillään olevat muut kokeilut tarjoavat ideoita ja esimerkkejä käytännön toteutuksista.

Vertaisuus on tärkeä voimavara. Näyttää siltä, että sitä ei vielä täysimittaisesti hyödynnetä terveydenhuollossa. Kokemusasiantuntijalla on kokemusta vertaisuudesta ja hänellä on tämän kokeilun perusteella kykyä toimia yhteistyön rakentajana vertaisjärjestöjen suuntaan. Yhtenä ammattilaisten rinnalla kulkijana ja ammattikäytäntöjä havainnoivana toimijana, kokemusasiantuntija

voisi tuoda asiakaskunnan näkemyksiä osaksi terveyskeskuksen arkea ja muutoksen siemeniksi. Palveluista voi näin tulla asiakaslähtöisempiä ja paremmin saavutettavia.

Kokemusasiantuntijan vastaanottoa käynnistettäessä tarvitaan aluksi riittävä resurssi, koska toimintatapa on niin uudenlainen ja herättää ammattilaisissa monenlaisia kysymyksiä ja epäilyjä. Se näyttää kuitenkin olevan yksi tulevaisuuden toimintamalli, joka tarjoaa asiakkaille tukea yhä monimutkaisuudessa maailmassa jossa palvelut pirstaloituvat. Kansanterveyttä edistävien ohjaus- ja neuvontatoimien kehittäminen ovat pitkäjänteistä työtä, johon tulee ottaa mukaan kaikki alueen toimijat. Tähän terveyskeskuksissa näyttää olevan liian vähän aikaresurssia (myös esim. Aittasalo ym. 2016). On todettu, että jopa kaksi tuntia viikossa kehittämistoimiin voi olla saavuttamaton tavoite (emt). Miten käy kehittämisen ja uusien toimintatapojen löytämisen? Ajan niukkuus oli nähtävissä myös tässä hankkeessa. Yhteisiin sovittuihin tapaamisiin osallistui vain osa kutsutuista henkilöistä ja usein tapaamisia jouduttiin perumaan tai siirtämään. Nimetyt vastuuhenkilöt olivat joskus unohtaneet kutsua käytännön työntekijöitä paikalle. Tämä osaltaan selittää sitä, että kokemusasiantuntijatoiminta ei tullut paikallisesti tutuksi.

Kokemusasiantuntijan vastaanoton keskusteluaiheet olivat monenlaisia painottuen psyykkiseen tukeen, mikä edellyttää kokemusasiantuntijoilta vahvaa osaamista. Erilaisten, herkkienkin, elämän asioiden ja kysymysten kanssa vastaanotolle tulevien asiakkaiden kohtaaminen ja tukeminen vaatii tahdikkuutta ja hienotunteisuutta sekä ymmärrystä ja avarakatseista asennetta erilaisia elämäntyylejä kohtaan. Toisaalta aiheet ovat kokemusasiantuntijoille tuttuja sekä omista että toistensa kokemuksista ja he ovat työstäneet niitä koulutuksen aikana. Oman tarinan ja kanssaopiskelijoiden tarinoiden työstäminen ovat tärkeä osa koulutusta ja ne tulee säilyttää koulutuksen osana.

Toiminnan vaikuttavuuden osoittamiseksi tarvitaan lisätutkimusta. Tarvitaan laajempia tutkimusaineistoja yhdistettynä rekistereihin ja riittävän pitkä seuranta-aika. Vaikuttavuutta tulee myös tarkastella laajasti ottaen huomioon asiakkaiden oma tavoitteenasettelu.

7 KOKEMUSTIETOON PERUSTUVA YHTEISKEHITTÄMINEN TUOTTAA ASIAKASLÄHTÖISYYTTÄ

Tarja Kettunen & Kirsti Kasila

Kokemusasiantuntijuus palveluissa -hankkeessa yhteiskehitettiin kolme asiakaslähtöistä toimintamallia, jotka olivat kehittäjäkumppanuus, verkkopohjainen elämäntapaohjaus ja vertaisvastaanotto. *Kehittäjäkumppanuus* näyttäytyi toimivana ja hyväksyttävänä terveydenhuollon asiakaslähtöisten palveluiden kehittämismuotona, joka mahdollisti kokemusasiantuntijoille osallisuuden työyhteisössä ja tuki heidän henkilökohtaista voimaantumistaan. Kehittäjäkumppanuuden malli tarjosi alustan yhteiskehittämiseksi. Tällä hetkellä Keski-Suomessa on laajasti erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa käytössä lyhennetty yhden päivän malli. *Verkkopohjainen elämäntaparyhmäohjaus* tarjoaa uudenlaisen, suomalaisessa kontekstissa ensi kertaa toteutetun ja arvioidun mallin elämäntapamuutosten ohjaamiseen ja tukemiseen. Mallia voidaan toteuttaa kokonaisuutena tai sitten mallin osia, esimerkiksi verkko-ohjelman jaksoja voidaan hyödyntää osana muuta elämäntapaohjauksen ryhmätoimintaa tai yksilövastaanottoa. *Vertaisvastaanotto* voi toimia palveluja täydentävänä ja asiakaslähtöisyyttä lisäävänä toimintana terveysasemien palvelutarjonnassa. Se soveltuu erityisesti niille asiakasryhmille, joilla on tarve keskustella asioistaan enemmän kuin ammattilaisen luona käytetty aika sallii. Mallin jalkauttaminen edellyttää kuitenkin huolellista paikallista suunnittelua. Toiminnasta ja sen tavoitteesta tulee lisätä tietoa sekä ammattilaisille että asiakkaille. On tärkeitä pohtia palvelupolkuja, missä kohtaa vertaisvastaanotto toimisi parhaiten niin että asiakkaat saisivat parhaan mahdollisen hyödyn.

Asiakaslähtöisten palveluiden yhteiskehittäminen on moniäänistä dialogia ja oppimista. Oppijana ei ole vain yksittäinen henkilö, esimies, työntekijä tai kokemusasiantuntija, vaan koko palvelujärjestelmä. Hankkeessa luotiin aivan uusia yhteiskehittämisen muotoja kiinteässä yhteistyössä monien eri toimijoiden kanssa. Yksikään toimijataho ei voinut olla varma etukäteen mihin yhteiskehittäminen johtaa tai mitä sillä konkreettisesti voidaan saavuttaa. Suomessa toteutetut hankkeet osoittavat (Häyhtiö 2017), että palveluiden kehittäminen yhteistyössä asiakkaiden kanssa onnistuu, kun työntekijät ja johto toimivat aidossa dialogissa asiakkaiden kanssa ja yhteisesti luotu tieto otetaan osaksi palvelujen kehittämisessä. Keski-Suomessa kokemusasiantuntijoiden toiminta terveydenhuollossa oli uutta ja ristiriitaistakin; tämä muodosti rakenteellisen jännitteen, joka toimi kehittämistyössä dialogin ja oppimisen lähteenä. Yhteiskehittämistä voidaankin luonnehtia ekspansiiviseksi oppimiseksi, sillä siinä opittiin sellaista mitä ei vielä ollut (Engeström 2004), palveluiden yhteiskehittämistä kokemusasiantuntijoiden kanssa.

Hankkeessa määritimme kokemusasiantuntijuuden koulutuksessa ja hanketyöskentelyssä kehittyvänä asiantuntijuutena, joka pohjautuu henkilökohtaisiin kokemuksiin ja niiden pohjalta rakentuvaan omakohtaiseen kokemustietoon. Koulutuksella oli merkittävä rooli omakohtaisen kokemustiedon muodostuksessa, sillä se tarjosi mahdollisuuden omien kokemusten sanallistamiseen ja jakamiseen sekä kokemusten totuudellisuuden arviointiin. Hankkeen aikana kokemusasiantuntijuus vahvistui ja syventyi vuorovaikutuksessa muiden kokemusasiantuntijoiden, erilaisten asiakkaiden ja ammattilaisten kanssa. Kokemusasiantuntijoiden tietoisuus terveydenhuollon vuorovaikutteisesta toiminnasta lisääntyi ja ymmärrys eri toimijoiden rooleista ja tavoitteista kehittyi.

Hankkeen aikana kokemusasiantuntijuuteen rakentui erilaisia positioita; kokemusasiantuntijoiden toiminta oli sekä tietoa välittävää ja tukea tuottavaa, mutta myös vahvasti vaikuttamiseen ja muutokseen suuntautuvaa. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että kokemusasiantuntijat välittivät ammattilaisille tietoa asiakkaiden kokemuksista ja kehittämis ehdotuksista, toimivat tukihenkilöinä vertaisvastaanotolla, verkkoalustalla ja ryhmätapaamisissa, osallistivat kehittämistoimien ideointiin sekä tämän hankkeen kaikkien toimintamallien suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

Kokemusasiantuntijan pääsy maallikkona terveydenhuollon ammattilaisten rinnalle yhteiskehittämisen yhdeksi toimijaksi ei ollut mutkatonta. Koska käytäntöjä lähdettiin luomaan alusta, yhteiskehittäminen vaati paljon

työtä. Uutena toimijana kokemusasiantuntijan mukaan tulo järjestelmään aiheutti monien käytäntöjen uudelleen arviointia. Hankkeessa aloitettiin fyysisten tilojen, tiedotuskäytäntöjen ja toiminnan sisältöjen määrittelystä, muotoiltiin sopimus pohjia sekä pohdittiin henkilöstöetuuksia ja matkakustannuksia. Vaikka kokemusasiantuntijoilla oli koulutus, jokainen yksikkö oli omanlaisensa kokonaisuus, jonka toimintaan heidän täytyi perehtyä yksityiskohtaisesti ennen täysipainoista työskentelyä. Perehdyttäjänä ja toiminnan koordinoijana toimivat hankkeen projektipäällikkö ja perusterveydenhuollon ammattilaiset sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön asiantuntijat. Käytäntö osoitti, että toiminnan käynnistämiseksi tarvitaan terveydenhuollon organisaatioissa tähän kohdennettua resurssia. Perusterveydenhuollon yksiköillä on avainrooli tukea terveydenhuoltolain mukaista terveyden edistämistä maakunnallisen yhtenäisyyden saavuttamiseksi.

Kokemusasiantuntijuus ja maallikoiden vertaistoiminta on ollut monissa länsimaissa keskeinen osa palvelujärjestelmää jo vuosikymmeniä. Suomessa olemme vasta kehittämistyön alkuvaiheessa. Asiakkaiden vaikeat ja monitahoiset elämäntilanteet ja tuen tarpeet sekä vähentyneet terveydenhuollon resurssit pakottavat terveydenhuollon järjestelmiä muuntautumaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tarvitsemme yhä syvempää asiakasymmärrystä, uusia käytännöllisiä menetelmiä ja käytännönläheisiä toimintamalleja saavuttaaksemme asiakaslähtöisyyden ideaalia. Palveluohjauksen tehostamiseksi ja asiakkaan äänen vahvistamiseksi kokemusasiantuntija on yksi vartenotettava toimija järjestelmätasolla (Hämeenaho ym. 2019).

Asiakaslähtöisyys haastaa olemassa olevia tieto- ja valtakäsityksiä (Günter ym. 2013). Terveydenhuollossa asiakas kohdataan välillä toimijana ja välillä toiminnan kohteena. Tärkeäksi muodostuu erilaisten tietämisen tapojen ja toimijuusasetelmien tiedostaminen, vuoropuhelu osallisten kesken. Ammattilaisilta tarvitaan uudenlaista joustavuutta, osaamista, asennetta ja yhteistyötaitoja. Ammattilaisten asiakasosallisuuden kehittyminen edellyttää, että heillä on mahdollisuus pohtia ammatillisen ja kokemusasiantuntijatyön rajapintoja. Ammattilaiset tarvitsevat aikaa ja paikkoja, joissa he pääsevät käsittelemään kokemusasiantuntijuuteen liittyviä olettamuksia, pelkoja, esteitä, riskejä ja merkityksiä. Näin he pystyvät näkemään uusia mahdollisuuksia asiakaslähtöisen työn sisällöissä, säännöissä ja toimintatavoissa (Kettunen & Kivinen 2011). Rutinoituneiden toimintamallien muuttaminen vaatii organisaatiossa yhteistyömuotojen, roolien ja tehtävien tarkastelua uudessa palvelujärjestelmässä.

Yhteiskehittämisessä on voimaa. Voidaan todeta, että palvelut ovat asiakaslähtöisiä vain, jos niiden suunnittelu ja toteuttaminen pohjautuvat syvälliseen asiakasymmärrykseen. Oman toimintansa kautta kokemusasiantuntijat tuottavat asiakaskokemustietoa ja syventävät sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän asiakasymmärrystä, joka on edellytys asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Kokemusasiantuntijoiden rohkeus olla esillä ja viestiä toiminnasta ammattilaisille, asiakkaille sekä järjestötoimijoille rakentavat yhteistyötä. Yhdessä työskentely synnyttää uusia asiakaslähtöisen toiminnan oivalluksia. Tämä voitiin todeta tässä hankkeessa. Uudet asiakaslähtöiset oivallukset auttavat paremmin hallitsemaan tulevia palvelujärjestelmälle asetettuja vaatimuksia.

Kirjallisuus

- Ahlgren C, Hammarström A, Sandberg S, Lindahl B, Olsson T, Larsson C, Fjellman-Wiklund A. 2016. Engagement in new dietary Habits—Obese Women’s experiences from participating in a 2-year diet intervention. *International Journal of Behavioral Medicine* 23, 84-93.
- Ahola M. 2017. Vaikuttaminen kokemuksellisen asiantuntijuuden ytimenä. Teoksessa A. Pohjola A, Kairala M, Lyly H, Niskala A. (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalveissa. Tampere: Vastapaino, 286-307.
- Aikuisten lihavuus. Käypä hoito -suositus. 2013. Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Aittasalo M, Kukkonen-Harjula K, Rinne M, Tokola K, Vasankari T. 2016. Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveyskeskuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 53, 162-177.
- Alahuhta M, Niemelä E. 2017. Paljon sosiaali- ja terveystalveja käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutuminen – työntekijöiden ja johtavien vi-
ranhaltijoiden haastattelututkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aika-
kauslehti* 53, 6-17.
- Anderson E, Shepherd M, Salisbury C. 2006. Taking off the suit: Engaging the community in primary health care decision-making. *Health Expectations* 9, 70-80.
- Attree P, Clayton S, Karunanithi S, Nayak S, Popay J, Read D. 2012. NHS health trainers: a review of emerging evaluation evidence. *Critical Public Health* 22, 25-38.
- Baggott R, Allsop J, Jones K. 2005. Speaking for Patients and Carers – Health Consumer Groups and the Policy Process. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Baruth M, Sharpe PA, Parra-Medina D, Wilcox S. 2014. Perceived barriers to exercise and healthy eating among women from disadvantaged neighborhoods: results from a focus groups assessment. *Women Health* 54, 336-353.
- Bate P, Robert G. 2007. Toward a more user-centric OD: Lessons from the field of experience-based design and a case study. *The Journal of Applied Behavioral Science* 43, 41-66.

- Bergman M, Markkanen P, Ylönen H, Kuosmanen L. 2014. Vantaalaisen hyvä mieli – hanke 2013–2014. Mielen avain –hanke, loppuraportti. Vantaan kaupunki: Mielenterveyspalvelut.
- Bertakis KD, Azari R. 2011. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of American Board of Family Medicine* 24, 229-39.
- Boivin A, Currie K, Fervers B, Garcia J, James M, Marshall C, Sakala C, Sanger S, Strid J, Thomas V, van der Wijden T, Grol R, Burgers J. on behalf of G-I-N PUBLIC. 2010. Patient and public involvement in clinical guidelines: international experiences and future perspectives. *Quality & Safety in Health Care* 19: e22.
- Boyd H, McKernon S, Old A. 2010. *Health Service Co-design: working with patients to improve healthcare services*. Auckland: Waitemata District Health Board. ISBN 978-0-473-17835-2.
- British Psychological Society Health Psychology Team. 2014. Improving Health: Changing behavior - NHS Health Trainer Handbook. The Department of Health, London.
- Broer T, Nieboer AP, Bal R. 2012. Mutual powerlessness in client participation practices in mental health care. *Health Expectations* 17, 208-219.
- Bäcklund P. 2007. Tietämisen politiikka: Kokemuksellinen tieto kunnan hallinnassa. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Carr SM, Lhussier M, Forster N, Geddes L, Deane K, Pennington M, Visram S, White M, Michie S, Donaldson C, Hildreth A. 2011. An evidence synthesis of qualitative and quantitative research on component intervention techniques, effectiveness, cost-effectiveness, equity and acceptability of different versions of health-related lifestyle advisor role in improving health. *Health Technology Assessment* 15, 1-284.
- Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, Tyrer P. 2002. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 325, 1263-1265.
- de Souza S, Galloway J, Simpson C, Chura R, Dobson J, Gullick NJ, Steer S, Lempp H. 2017. Patient involvement in rheumatology outpatient service design and delivery: A case study. *Health Expectations* 20, 508-518.
- 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).

- Egerod I, Bergbom I, Lindahl B, Henricson M, Granberg-Axell A, Storli SL. 2015. The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies* 52, 1354–1361.
- El Enany N, Currie G, Lockett A. 2013. A paradox in healthcare service development: Professionalization of service users. *Social Science & Medicine* 80, 24-30.
- Engeström Y. 2001. Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work* 14, 133-156.
- Engeström Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otava.
- Engeström Y, Sannino A. 2010. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review* 5, 1-24.
- European Patient Forum. 2018. About Us. Viitattu 20.9.2018. <http://www.eu-patient.eu/About-EPF/whoweare>
- Eurostat news release 2015. How satisfied are people with their lives in the European Union? A new multi-dimensional data collection. Eurostat Press Office 51/2015.
- Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S, Sinkkonen N. 2013. Kuntoutu- jasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpapereita 39. Ter- veyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Forbat L, Hubbard G, Kearney N. 2009. Patient and public involvement: models and muddles. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2547-2554
- Forman EM, Butryn ML, Manasse SM, Bradley LE. 2015. Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future direc- tions. *Current Opinion in Psychology* 2, 87-90.
- Föhr T, Pietilä J, Helander E, Myllymäki T, Lindholm H, Rusko H & Kujala, UM. 2016. Physical activity, body mass index and heart rate variability- based stress and recovery in 16 275 Finnish employees: a cross-sec- tional study. *BMC Public Health*, 16:701.
- Gerlander M, Lukkari T, Kettunen T. 2014. Yksittäisen hoitokäynnin tarkaste- lusta pitkäaikaissaira- vuorovaikutussuhteiden verkoston tarkasteluun. Prologi Puheviestinnän vuosikirja.
- 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).
- Gouillart F, Hallett T. 2015. CO-CREATION in government. *Stanford Social Innovation Review* 13, 40.
- Goodridge D, Isinger T, Rotter T. 2018. Patient family advisors' perspectives on engagement in health-care quality improvement initiatives: Power and partnership. *Health Expectations* 21, 379-386.
- Greaves C, Poltawski L, Garside R, Briscoe S. 2017. Understanding the challenge of weight loss maintenance: A systematic review and synthesis of qualitative research on weight loss maintenance. *Health Psychology Review* 11, 145-163.
- Greenhalgh T, Humphrey C, Woodard F. 2011. *User involvement in Health Care*. BMJ Books.
- Gurung D, Upadhyaya N, Magar J, Giri NP, Hanlon C, Jordans MJD. 2017. Service user and care giver involvement in mental health system strengthening in Nepal: a qualitative study on barriers and facilitating factors. *International Journal of Mental Health Systems* 11 (30).
- Günther K, Juhila K, Kaartamo R, Kulmala A, Raitakari S, Saario, S. 2013. Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien aikuisten kuntoutuskurssilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisusarja. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.
- Haapakoski K, Kasila K, Kettunen T. 2018. Tunnesidonnainen toiminnan säätely ja kokemusasiantuntijoiden sisäänpääsy sairaalaorganisaatioon. Päiväkirja-analyysin yhtymäkohdat Norbert Eliasın teoriaan. *Janus* 26, 40-56.
- Hayes SC, Jasin B, Luoma, Bond FW, Masuda A, Lillis J. 2006. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1-25.
- Hammarström A, Wiklund AF, Lindahl B, Larsson C, Ahlgren C. 2014. Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention-a qualitative study of women in northern Sweden. *BMC Womens Health* 16, 59.
- Heikkinen HLT. 2018. Toimintatutkimus – kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli R, Aarnos E. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* 1. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

- Hietala O, Rissanen P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden Keskusliitto, Helsinki.
- Hipp K, Kangasniemi M, Vaajoki A, Kuosmanen L. 2016. Kokemusasiantuntijan osallisuus mielenterveyspalvelujen kehittämisessä. *Hoitotiede* 28, 286-297.
- Hokkanen L, Nikupeteri A, Laitinen M, Vasari P. 2016. Individual, group, and organised experiential expertise in recovery from intimate partner violence and mental health promotion in Finland. *British Journal of Social Work* 47, 1147-1165.
- Hokkanen L, Nikupeteri A, Laitinen M. 2017. Kokemusasiantuntijuus järjestöllisenä vaikuttamisena. Teoksessa Pohjola A, Kairala M, Lyly H, Niskala A. 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino, 265-285.
- Hämeenaho P, Rask L, Kasila K, Kettunen T. 2019. Terveystieteiden ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnasta. *Tutkiva hoitotyö* 17, 22-29.
- Häyhtiö T. 2017. Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? Kunnallissalan kehittämissäätiön Julkaisu 4/2017. Viitattu 8.10.2018. <https://kaks.fi/>
- Isola A-M, Kaartinen H, Leeman L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, Ketotokoi A. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 33/2017, Helsinki.
- Isopahkala-Bouret U. 2008. Asiantuntijuus kokemuksena. *Aikuiskasvatus* 2, 84-92.
- Jakonen M. 2017. Vastatieto – Tulevaisuuden asiantuntijuutta etsimässä. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 1/2017, 109.
- Jussila L. 2019. Kokemusasiantuntijan vastaanotto. Tapaustutkimus vastaanoton sisällöistä, asiakkaiden kokemuksista sekä muutoksista asiakkaiden terveydessä ja hyvinvoinnissa. Pro gradu -tutkimus. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto.
- Järvinen S. 2017. Ohjauksen kirjaaminen: tyypin 2 diabetespotilaiden omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa. Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto.

- Kaattari A, Tiirinki H, Turkki L, Nordström T, Taanila A. 2015. Perusterveydenhuollon palveluiden suurkanikäikä Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 52, 191-201.
- Kangasniemi AM, Lappalainen R, Kankaanpää A, Tolvanen A, Tammelin T. 2015. Towards a physically more active lifestyle based on one's own values: the results of a randomized controlled trial among physically inactive adults. *BMC Public Health* 18, 260.
- Kasila K, Vainio S, Punna M, Lappalainen P, Lappalainen R, Kaipainen K, Kettunen T. 2020. Individual differences in processes of lifestyle changes among people with obesity: An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention in a primary health care setting. *Primary Health Care Research and Development*, 21, e12.
- Kaseva K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita* 2011:16, Helsinki.
- Kerosuo H, Engeström Y, Kajamaa A. 2010. Promoting innovation and learning through change laboratory: An example from Finnish health care. *Central European Journal of Public Policy* 4, 110-131.
- Kettunen T, Gerlander M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Aaltonen L-M, Rosenberg P. (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. *Duodecim*, 293-314.
- Kettunen T, Kivinen T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnan näyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö* 10, 40-42.
- Kiura E, Mäkelä M. 2012 *Päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmista. Arviointiseloste 2012*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Knowles S, Hays R, Senra H, Bower P, Locock L, Protheroe J, Sanders C, DakerWhite G. 2018. Empowering people to help speak up about safety in primary care: Using co-design to involve patients and professionals in developing new interventions for patients with multimorbidity. *Health Expectations* 21, 539-548.
- Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. 2011. *Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma*. THL. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kostiainen E, Ahonen S, Verho T, Rissanen P, Rotko T. 2014. Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. *Työpapere* 36/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

- Krantz MJ, Coronel SM, Whitley EM, Dale R, Yost J, Estacio RO. 2013. Effectiveness of a Community Health Worker Cardiovascular Risk Reduction Programing Public Health and Health Care Settings. *American Journal of Public Health* 103: e19-e27.
- Kuosmanen L, Rissanen P, Kurki M. 2013. Kokemusasiantuntijuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa. *Premissi* 1, 26-30.
- Laitila M, Pietilä AM. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva hoitotyö* 10, 22-31.
- Laitinen M, Nikupeteri A. 2013. Kokemusasiantuntijuus väkivaltatyössä. Teoksessa: Laitinen M, Niskala A. (toim.) *Asiakkaat toimijana sosiaalityössä*. Tampere: Vastapaino, 427-458.
- Lappalainen R, Lehtonen T, Hayes S, Batten S, Gifford E, Wilson K, Afari N, Susan M. 2008. Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Tampere: Domus Print Oy.
- Lappalainen R, Lappalainen P. 2014. Tietoisuustaidot hyväksymis- ja omistautumisterapian näkökulmasta. Teoksessa Kortelainen I, Saari A, Väänänen M. (toim.) *Mindfulness ja tieteet: tietoisuustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena*. Tampere University Press, 83-95. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9550-2>
- Leemann L, Hämäläinen R-M. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. *Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka* 81 (5).
- Levine DM, Savarimuthu S, Squires A, Nicholson J & Jay M. 2014. Technology-Assisted Weight Loss Interventions in Primary Care: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine* 30, 107-117.
- Leväsluoto J, Kivisaari S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT. <https://www.vtt.fi/files/sites/Mo-saic/9.pdf>
- Lewis L. 2014. User Involvement in Mental Health Services: A Case of Power Over Discourse. *Sociological Research Online* 19, 1-15.
- Lillis J, Kendra KE. 2014. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science* 3, 1-7
- Lihavuus laskuun - Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta - Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2015. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 2013, Helsinki.

- Lorig KR, Ritter PL, Dost A, Plant K, Laurent DD, McNeil I. 2008. The expert patients programme online, a 1-year study of an Internet-based self-management programme for people with long-term conditions. *Chronic Illness* 4, 247-56.
- Lovibond SH, Lovibond PF. 1995. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Lundqvist A, Männistö S, Jousilahti P, Kaartinen N, Mäki P, Borodulin K. 2018. Lihavuus. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääkjärvi K, Koskinen S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*, 45-49.
- Löytänä J, Korkiakoski K. 2014. Asiakkaan aikakausi. Rohkeus+rakkaus=raha. Viro: Talentum. Print Best.
- Martin G. 2008. Representativeness, legitimacy and power in public involvement in health-service management. *Social Science & Medicine*. 67, 1757-1765.
- Meriluoto T. 2018. Making experts-by-experience: governmental ethnography of participatory initiatives in Finnish social welfare organisations. Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Jyväskylä
- Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, Dombrowski SU, Bishop A, French DP. 2011a. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology & Health* 26, 1479-98.
- Michie S, van Stralen MM & West R. 2011b. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* 6, 42.
- Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. 2013. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 46, 81-95
- Miller WC, Miller TA. 2010. Attitudes of overweight and normal weight adults regarding exercise at a health club. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 42, 2-9.

- Mockford C, Staniszevska S, Griffiths F, Herron-Marx S. 2012. The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 24, 28-38.
- Moring J, Martins A, Partanen A, Bergman V, Nordling E & Nevalainen V. (toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportteja 6. Helsinki.
- Männistö S, Laatikainen T, Kennet H, Borodulin K, Jousilahti P, Kanerva N, Peltonen M, Vartiainen E. 2015. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 70, 969-975.
- Myöhänen U. 2018. Alkoholisti, maahanmuuttaja, raiskattu ja perheeseensä väsynyt – kokemusasiantuntija maksaa osaamisestaan kovan hinnan. Viitattu 17.10.2018. <https://yle.fi/uutiset/3-10403431>
- Mäki P, Harald K, Lindström J, Laatikainen T. 2019. Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastuvuus. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Nambisan P, Nambisan S. 2009. Models of consumer value co-creation in health care. *Health Care Management Review* 34, 344,354.
- Nelson P, Cox H, Furze G, Lewin RJP, 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, 840-50
- Nieminen A. 2014. Kokemustiedon määritelmä ja muodot – kohti uutta kokemuksen politiikkaa? Teoksessa Nieminen A, Tarkiainen A, Vuorio E. (toim.) Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Turun ammattikorkeakoulu, raportteja 177:2014, Tampere: Suomen yliopistopaino, 14-30.
- Niskala A, Kairala M, Pohjola A. 2017. Asiakkaan aseman ja toimijaroolin muutos. Teoksessa Pohjola A, Kairala M, Lyly H, Niskala A. (toim.) 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalveissa. Tampere: Vastapaino, 7-12.
- Oliver SR, Rees RW, Clarke-Jones L, Milne R, Oakley AR, Gabbay J, Stein K, Buchanan P, Gyte G. 2008. A multidimensional conceptual framework for analysing public involvement in health services research. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 11, 72-84.

- O'Shea A, Chambers M, Boaz A. 2017. Whose voices? Patient and public involvement in clinical commissioning. *Health Expectations* 20, 484-494.
- Ovaskainen P, Suvivuo P, Virjonen K, Leino I. 2016. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 53, 77-79.
- Ovaskainen P. 2011. Tieto-ohjaus terveydenhuollossa. Teoksessa Laakkonen M ym. (toim) *Informaatioteknologian filosofia*.
- Oravasaari T, Järvensivu T (toim.). 2012. Vapaaehtoistoiminnan ja hoivayritysten kumppanuusmalli. *Vapaaehtoiset kumppaniksi (Vapari-hanke)*. Laurea ammattikorkeakoulu, Vantaa.
- Palumbo R. 2016. Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management* 29, 72-90.
- Partonen T, Lundqvist A, Wennman H & Borodulin K. Uni. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 42-44.
- Peränen N, Harjula A, Grahn K, Kasila K, Kettunen T. 2015. Kokemusasiantuntijat asiakaslähtöisyyttä rakentamassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä – palautteen antajasta kehittäjäkumppaniksi. Teoksessa Partanen A, Moring J, Bergman V, Karjalainen J, Kesänen M, Markkula J, Marttunen M, Mustalampi S, Nordling E, Partonen T, Santalahti P, Solin P, Tuulos T, Wuorio S. (toim). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpapereita 20/2015*, Helsinki, 252-260
- Peura R. 2019. Olen aina ollut "se lihava": minäkäsityksen rakentuminen painonhallintapuheessa. *Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma*. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto.
- Petsoulas C, Peckham S, Smiddy J, Wilson P. 2015. Primary care-led commissioning and public involvement in the English National Health Service. Lessons from the past. *Primary Health Care Research & Development* 16, 289-303.
- Petäjäaho P. 2018. Elämäntapamuutos verkkopohjaisen, hyväksymis- ja omistautumisperustaisen intervention aikana. *Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma*. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto.

- Pizzo E, Doyle C, Matthews R, Barlow J. 2015. Patient and public involvement: how much do we spend and what are the benefits? *Health Expectations: International Journal Public Participation in Health Care Health Policy* 18, 1918–1926.
- Pohjola A, Kairala M, Lyly H, Niskala A. 2017. Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino.
- Prestwich A, Kellar I, Parker R, MacRae S, Learmonth M, Sykes B, Taylor N, Castle H. 2014. How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions. *Health Psychology Review* 8, 270-285.
- Punna M, Kettunen T, Bagnall AM, Kasila K. 2019. Implementation and Outcomes of Lay Health Worker–Led Self-Management Interventions for Long-Term Conditions and Prevention: A Systematic Review. *Health Education & Behavior* Aug 6:1090198119863842. doi: 10.1177/1090198119863842.
- Reidy C, Kennedy A, Pope C, Ballinger C, Vassilev I, Rogers A. 2016. Commissioning of self-management support for people with long-term conditions: An exploration of commissioning aspirations and processes. *BMJ Open* 6 (7): e010853.
- Rintanen H, Puromäki H, Heinämäki L. 2014. Terveyskeskusten avosairanhoidon järjestelyt Suomessa. Kysely terveyskeskuksille keväällä 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 18/2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Rissanen, P. 2013. Asiakasosallisuus sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä. Teoksessa Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S, Sinkkonen N. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpapereita 39/2013. Viitattu 20.4.2018. <http://www.julkari.fi>
- Rissanen P, Sinkkonen N, Sohlman T, Kurki M. 2015. Kokemusasiantuntijakoulutuksen suositukset. Edita http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/inline/Julkaisut/Kumppanuusesitteet/kokemusasiantuntija_suosituksenettiin.pdf
- Rogers J, Ferrari M, Mosley K, Lang C, Brennan L. 2017. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity reviews* 18, 51-67.

- 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, 949–958.
- Salisbury C. 2012. Multimorbidity: Redesigning health care for people who use it. *The Lancet* 380, 7-9.
- Salminen M. 2014. Kuntoutujat kuntoutustoiminnan kehittäjinä. Teoksessa Sipari S, Mäkinen E, Paalasmaa P. (toim). Kuntoutettavasta kehittäjä-kumppaniksi. *Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisusarja. AATOS – artikkelit*. Helsinki.
- Salminen-Tuomaala M, Leikkola P, Mikkola R, Paavilainen E. 2015. Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavat tekijät ensihoidon työntekijöiden kokemana. *Tutkiva hoitotyö* 13, 25-34.
- Schwarzer R. 2008. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An international review* 57, 1-29.
- Schreier M. 2012. *Qualitative content analysis in practice*. London: Sage Publications Ltd.
- Semrau M, Lempp H, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S, Lamichane J, Alem A, Thornicroft G, Hanlon C. 2016. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: Systematic review. *BMC Health Services Research* 16 (79).
- Seppänen A. 2018. Kokemusasiantuntijat tulivat sairaaloihin. *Potilaan Lääkärilehti* 73, 1032-1035.
- Sihto M. 2016. Terveiden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalirakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa Sihto M, Karvonen S. (toim.) *Terveiden edistämisen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Helsinki: Suomen yliopistopaino OY, 12-37.
- Sihvo S, Isola A-M, Kivipelto M, Linnanmäki E, Lyytikäinen M, Sainio S. 2018. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 16/2018*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- 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, 705–713.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. Miten rakennetaan osallistava toimintakulttuuri? Asukkaat ja asiakkaat mukaan palvelujen kehittämiseen. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/miten-rakennetaan-osallistava-toimintakulttuuri Tiedote.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. *Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, Helsinki.*
- 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.
- 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, 224–230.
- South J, Kinsella K, Meah A. 2012. Lay perspectives on lay health worker roles, boundaries and participation within three UK community-based health promotion projects. *Health Education Research* 27, 656-670.
- Sørensen M, Gill DL. 2008. Perceived barriers to physical activity across Norwegian adult age groups, gender and stages of change. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 18, 651-63.
- Storm M, Hausken K, Mikkelsen A. 2010. User involvement in in-patient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1897-1907.
- Story L, To YM. 2016. Evaluating community health advisor (CHA) core competencies: the CHA core competency retrospective pretest/post-test (CCCRP). *Journal of Transcultural Nursing* 27, 218-235.
- Strandberg T. & Antikainen R. 2016. Monisairastavuus – uusi kansantautiko? *Lääkärilehti* 71, 3212 – 3213.
- Suomen sydänliitto ry 2007. Sydänpotilaan suorituskyvyn arviointi. Suomen sydänliitto ry, 40-41.
- Takku A. 2019. Psykologisen joustavuuden yhteys kasvisten syöntiin. Tuloksia hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisesta verkkoelintapainventiosta. *Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto.*
- Teixeira PJ, Carraça EV, Marques MM, Rutter H, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I, Lakerveld J, Brug J. 2015. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine* 16, 84.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

- Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Helsinki.
- Tiirinki H. 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – terveyskeskukseen liittyvät kulttuuriset mallit asiakkaan näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS D Medica 1241.
- 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, 137–144.
- Torro E, Toikko K, Kasila K, Kettunen T. 2019. Minä kokemusasiantuntijana. Kokemuksia kokemusasiantuntijan työstä terveydenhuollossa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 137/2019.
- Tritter JQ. 2009. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 12, 275–287.
- Tynjälä P. 2006. Opettajan asiantuntijuus ja työkultuurit. Teoksessa Nummenmaa AR, Välijärvi J. (toim.) Opettajan työ ja oppiminen. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 99–122.
- Ursua RA, Aquilar DE, Wyatt LC, Katiqapak C, Islam NS, Tandon DS et al. 2014. A community health worker intervention to improve management of hypertension among Filipino Americans in New York and New Jersey, *Ethnicity & Disease* 24, 67-76.
- Välijärvi J. 2006. Opettajan työ ja oppiminen. Jyväskylän yliopisto: Koulutuksen tutkimuslaitos, 99–122.
- Vahtivaara J-M. 2010. Kokemustieto – vertaistuesta vaikuttamiseen. Teoksessa Laatikainen T. (toim.) Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA: SOLVER palvelut OY, 21-23.
- Voorberg WH, Bekkers, VJ, Tummers LG. 2015. A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review* 17, 1333-1357.
- Väyrynen S, Kostamo-Pääkkö K, Ojaniemi P. 2015. Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä. Tallinna: United Press Global.
- World Health Organization 2015. Global strategy on people-centered and integrated health care services 2016-2026.

World Health Organization 2018. Glossary of terms used. Viitattu 20.9.2018. <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index2.html>

World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. The European Mental Health Action Plan. Viitattu 20.9.2018. <http://euro.who.int/>

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, 390–397.

Kirjoittajat

Kristina Grahn, TtM, asiakkuuspäällikkö, Työterveys Aalto Oy

Liisa Jussila, TtM, Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto

Kirsikka Kaipainen, FT, Headsted Oy

Kirsti Kasila, TtT, dos., Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto

Tarja Kettunen, TtT, prof., Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän
yliopisto

Päivi Lappalainen, FT, tutkijatohtori, Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto

Raimo Lappalainen, FT, prof., Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto

Liisa Lumiaho, TtM, kliininen asiantuntijafysioterapeutti, Perusterveyden-
huollon yksikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Heljä Lundgrén-Laine, TtT, johtajaylihoitaja, Keski-Suomen sairaan-
hoitopiiri

Eeva Nykänen, THM, laillistettu ravitsemusterapeutti, Perusterveyden-
huollon yksikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Nina Peränen, TtM, hyvinvointikoordinaattori, Perusterveydenhuollon
yksikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Mari Punna, TtM, väitöskirjatutkija, Liikuntatieteellinen tiedekunta,
Jyväskylän yliopisto

Susanna Mutanen, TtM, terveyden edistämisen suunnittelija, Perustervey-
denhuollon yksikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Linda-Maria Rask, TtM, Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto

Henna Savolainen, TtM, Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto