

## **KOKEMUSASIAINTUNTIJAN VASTAANOTTO**

**Tapaustutkimus vastaanoton sisällöistä, asiakkaiden kokemuksista sekä muutoksista asiakkaiden terveydessä ja hyvinvoinnissa**

Liisa Jussila

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2019

## TIIVISTELMÄ

Jussila, L. 2019. Kokemusasiantuntijan vastaanotto. Tapaustutkimus vastaanoton sisällöistä, asiakkaiden kokemuksista sekä muutoksista asiakkaiden terveydessä hyvinvoinnissa. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveyskasvatuksen pro gradu - tutkielma, 47 s., 6 liitettä.

Kokemusasiantuntijan vastaanotolla asiakasta tuetaan erilaisissa terveyteen ja terveystalviin liittyvissä asioissa. Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta sairastamisesta ja terveystalviin, ja hän on saanut koulutuksen kokemusasiantuntijan tehtäviin. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kokemusasiantuntijan vastaanoton sisältöjä, vastaanoton vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin sekä asiakkaiden kokemusta vastaanotosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kokemusasiantuntijan vastaanottoiminnan kehittämiseksi.

Aineisto koostui vastaanottokäynneistä tehdyistä kirjauksista (n=73), vastaanottojakson alussa ja lopussa tehdyistä asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia kartoittavista kyselyistä (n=25) sekä asiakkaiden kokemusta ja tyytyväisyyttä koskevista kyselyistä (n=13). Terveyttä ja hyvinvointia kartoittavassa kyselyssä arvioitiin koettua terveydentilaa, tyytyväisyyttä elämään, sosiaalista tukea, minäpystyvyyttä sekä terveystottumuksia. Käyntikirjaukset ja asiakkaiden kokemusta ja tyytyväisyyttä koskevan kyselyn avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön erittelyn menetelmällä. Asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia kartoittavien kyselyiden vastaukset analysoitiin muodostamalla frekvenssijakaumat sekä Marginal Homogeneity - testillä, kun muuttuja oli kategorinen, ja Wilcoxon Signed Rank -testillä, kun muuttuja oli jatkuva.

Kokemusasiantuntijan vastaanotolle osallistuneista asiakkaista valtaosa oli naisia, ja selvästi yli puolet oli iältään yli 60-vuotiaita. Vastaanotolla käsiteltiin hyvin laajasti terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä erilaisia haasteita. Asiakkaiden terveydessä ja hyvinvoinnissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta kokemusasiantuntijan vastaanottokäyntien aikana. Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen. Tämän tutkimuksen perusteella kokemusasiantuntijan vastaanoton vaikutuksista asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin ei voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Suuremmalla otannalla ja pidemmällä seuranta-ajalla terveysvaikutukset voisivat tulla esiin.

Asiasanat: kokemusasiantuntija, vertaistoiminta, tapaustutkimus

## ABSTRACT

Jussila, L. 2018. Expert by experience counselling. Case study of the content of the counselling, clients' experiences and changes in the clients' health and wellbeing. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's Thesis, 47 pp., 6 appendices.

In expert by experience counselling, the client is supported in different issues related to health and health services. Expert by experience is a person who has personal experience of health services and suffering from different diseases and has completed a short training for the expert by experience work. The purpose of this study was to investigate the health and wellbeing effects of the counselling. Additionally, the content and clients' experience of the counselling were investigated. The aim was to produce information for improving the expert by experience counselling service.

The research data were comprised of counselling session entries (n=73), health and wellbeing questionnaires completed at the beginning and end of the counselling period (n=25), and a questionnaire on the clients' satisfaction and experience of the counselling (n=13). The health and wellbeing questionnaire evaluated the clients' self-reported health status, social support, self-efficacy and health behaviour. The counselling entries and answers to the open-ended questions were analysed with content analysis. The answers to the questionnaires at the beginning and end of the counselling were analysed with frequency distribution, Marginal Homogeneity test and Wilcoxon Signed Rank test.

Majority of the clients in the counselling were female and more than half of the clients were over 60 years old. A wide range of health and wellbeing related challenges were discussed in the counselling, and clients were very pleased with the support they received. In this study there was not statistically significant change in clients' health and wellbeing during the counselling. It is not possible to draw reliable conclusions on the health and wellbeing effects of the expert by experience counselling based on this study. However, health effects might appear with a larger sample and longer follow-up.

Key words: expert by experience, health trainer, peer support, case study

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 KOKEMUSASINTUNTIJUUS .....	3
2.1 Kokemusasiantuntija .....	3
2.2 Kokemusasiantuntijatoiminta .....	6
3 KOKEMUSASIAANTUNTIJAN VASTAANOTTO TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISESSÄ .....	9
3.1 Kokemusasiantuntijan vastaanotto .....	9
3.2 Kokemusasiantuntijan vastaanoton vaikutukset hyvinvointiin .....	12
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	19
5 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT .....	20
6 TULOKSET .....	27
6.1 Kokemusasiantuntijan vastaanotolle osallistuneet asiakkaat .....	27
6.2 Kokemusasiantuntijan vastaanoton sisältö .....	30
6.3 Asiakkaiden koettu terveydentila ja hyvinvointi .....	31
6.4 Asiakkaiden kokemus vastaanotosta .....	39
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	43
7.1 Tulosten tarkastelu.....	43
7.2 Luotettavuus .....	45
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	46
LÄHTEET .....	48
LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Nykyisen hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on palveluiden saatavuuden ja laadun parantaminen sekä kustannusten hillitseminen. Hallituksen yhtenä kärkihankkeena on sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaslähtöisyys, ja siihen liittyen kokemusasiantuntemuksen käytön ja asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen (Hallitusohjelma 2015). Asiakastyössä ja sen kehittämisessä asiakkaiden osallisuus ja kokemukseen perustuva tieto on viime vuosina nostettu täydentämään ammattilaisten osaamista ja teoreettista tietoa (Kostiainen ym. 2014). Sosiaali- ja terveyspalveluissa on kehitetty uudenlaista toimintatapaa, jossa asiakas osallistuu palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen. Tällaisista asiakkaista, jotka eri tavoin osallistuvat palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen, on alettu käyttää nimitystä kokemusasiantuntija (Beresford 2008; Toikko 2011).

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2009) määrittelee kokemusasiantuntijan henkilöksi, jolla on omakohtaista kokemusta sairaudesta tai muusta hyvinvointiin liittyvästä ongelmasta, siitä itse kärsivänä tai siitä toipuneena, tai ongelmista kärsineen läheisenä. Kokemusasiantuntijalla on kokemustietoa siitä, miltä tuntuu sairastua ja sairastaa, käyttää julkisia palveluita ja olla hoidossa tai kuntoutuksessa (Hietala & Rissanen 2015, 13–17). Kokemusasiantuntijat toimivat hyvin monenlaisissa rooleissa täydentämässä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita (Rissanen 2013; South ym. 2007), esimerkiksi vertaisohjaajina vertaisryhmässä, ryhmänohjaajina ammattilaisten työpareina, kokemuskouluttajina oppilaitoksissa ja koulutustilaisuuksissa, tiedottajina tai toiminnan arvioijina ja kehittäjinä (Rissanen 2013).

Kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen nähdään yhteiskunnan näkökulmasta taloudellisesti kannattavana (Hietala & Rissanen 2015,15). Toiminta edistää myös kokemusasiantuntijoiden omaa hyvinvointia, kuten työhön palaamista sairastumisen jälkeen ja työurien pitenemistä, sekä vähentää työkyvyttömyyseläkkeiden määrää ja ehkäisee syrjäytymistä. Kokemusasiantuntijatoiminta myös koetaan voimaannuttavana ja kuntouttavana. (Hietala & Rissanen 2015,15). Yhteiskunnan kannalta edullista on, että kokemusasiantuntijatoiminnan

avulla kuntoutujien työkykyä, osaamista ja kokemuksia voidaan hyödyntää entistä paremmin (Rissanen 2013).

Kokemusasiantuntijat voivat ottaa vastaan asiakkaita muun muassa terveysasemilla, joissa he toimivat asiakkaille palvelujärjestelmän tutoreina ja tarjoavat tukea vertaisina. Kokemusasiantuntija keskustelee asiakkaan kanssa, tarjoaa käytännön neuvoja ja tukee häntä helposti lähestyttävällä tavalla ilman ammattilaisen auktoriteettiasemaa. (Department of Health 2004, 14; Hietala & Rissanen 2015, 19–29). Kokemusasiantuntijoilla on mahdollisuus ja potentiaali saavuttaa heitä, jotka haluavat elämässään muutosta, mutta joita perinteiset palvelut eivät ole saavuttaneet. Näin kokemusasiantuntijoilla on mahdollisuus olla osaltaan kaventamassa terveyseroja. (Michie ym. 2008, 4.)

Kokemusasiantuntijan tapaamisilla on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin. Asiakkaiden terveystottumuksissa, kuten hedelmien ja vihannesten kulutuksessa ja liikunnassa on saavutettu positiivisia muutoksia. Samoin psyykinen hyvinvointi on parantunut. (Bagnall ym. 2014, 19-20, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 11, 15; Poston ym. 2015; Jennings ym. 2013; Protheroe ym. 2016; Gardner ym. 2012; Harris ym. 2014.)

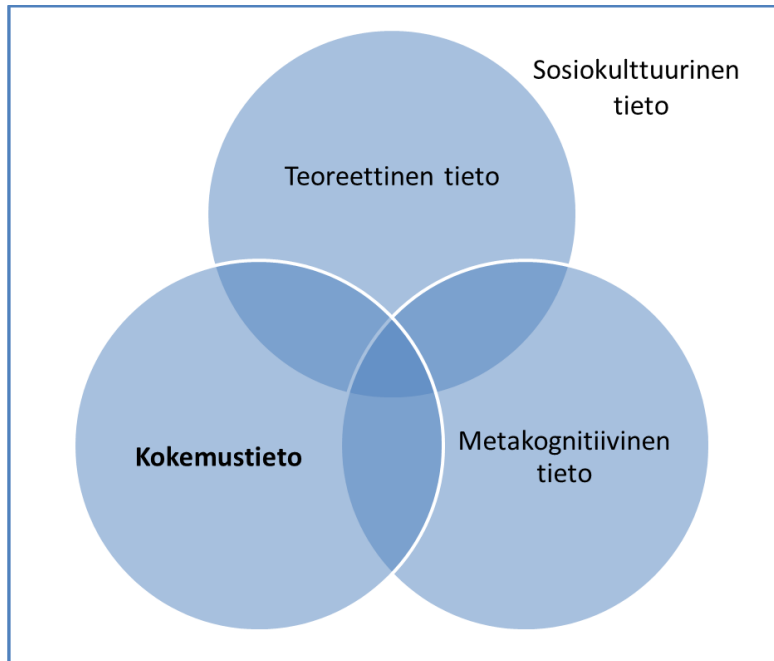
Tämä tutkimus on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä yhteistyössä Jyväskylän yliopiston kanssa toteutettua kehittämishanketta ”Kokemusasiantuntijuus palveluissa”, jossa tavoitteena oli juurruttaa kokemusasiantuntijuus osaksi palvelujärjestelmää. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kokemusasiantuntijan vastaanoton sisältöjä, vastaanoton vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin sekä asiakkaiden kokemusta vastaanotosta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla kokemusasiantuntijoiden vastaanottotoimintaa voidaan kehittää.

## 2 KOKEMUSASINTUNTIJUUS

### 2.1 Kokemusasiantuntija

Asiantuntijuudesta on eri tieteenaloilla lukuisia määritelmiä ja teorioita. Asiantuntijuuden voidaan kuitenkin kuvata koostuvan kolmesta elementistä: teoreettisesta tiedosta, käytännön kokemustiedosta ja metakognitiivisesta tiedosta (Bromme & Tillema 1995). Tynjälä (2010) lisää asiantuntijuuteen neljänneksi elementiksi vielä sosiokulttuurisen tiedon. Teoreettisella tai käsitteellisellä tiedolla tarkoitetaan luonteeltaan yleispätevää, universaalia ja muodollista tietoa, jota on saatavilla esimerkiksi kirjoissa ja luennoilla (Tynjälä 2010). Käytännön kokemustieto puolestaan karttuu tekemisen ja kokemisen kautta. Se on usein niin sanottua hiljaista tietoa, jota voidaan tarvittaessa tehdä tiedostetuksi ja näkyväksi reflektion eli oman toiminnan kriittisen tarkastelun ja pohdinnan kautta. Metakognitiivista tietoa, eli toiminnan säätelyä ja itsesäätelyä koskevaa tietoa, muodostuu, kun olemassa olevaa tietoa ja taitoa reflektoidaan henkilökohtaisella tasolla, mutta myös laajemmin esimerkiksi koko työyhteisön ja ammattialan näkökulmasta.

Edellä mainitut asiantuntijuuden elementit ovat yksilötasolla olevaa tietoa, mutta neljäs asiantuntijuuden elementti eli sosiokulttuurinen tieto karttuu vain sosiaaliseen yhteisöön osallistumalla. Tällainen tieto on tietoa sosiaalisista ja kulttuurisista käytännöistä ja erilaisista työvälineistä ja laitteista. Sosiokulttuurinen tieto on ikään kuin koko asiantuntijuuden raamit, ja kaikki elementit liittyvät voimakkaasti toisiinsa, vaikka niitä näin erotellen tarkastellaankin (kuvio 1) (Tynjälä 2010).



KUVIO 1. Asiantuntijuuden elementit Tynjälän (2010) mukaan

Kokemustieto on siis yksi osa asiantuntijuutta (Bromme & Tillema 1995; Tynjälä 2010). Se perustuu yksilön omakohtaiseen kokemukseen niistä asioista, joihin tieto kohdistuu (Nieminen 2014; Collins & Evans 2007, 15-17). Kokemustieto on monilta osin hyvin yksilöllistä, henkilökohtaista ja subjektiivista, ja sen laajuus riippuu yksilön kokemusten laajuudesta (Nieminen 2014). Kyse on henkilökohtaisesti merkityksellisen tiedon jaettavuudesta, joka edellyttää yhteisöllistä toimintaa ja toimijuutta (Laitinen & Nikupeteri 2013).

Terveystieteidenhuollossa ammattilaisten koulutukseen ja tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvalla teoreettisella tiedolla on perinteisesti suuri merkitys (Storni 2015). Beresford (2008) esittää, että tutkimuksissa on usein jätetty huomioimatta ihmisten kokemukset ja heidän tulkintansa niistä. Kuitenkin jokaisen ihmisen voidaan myös ajatella olevan oman itsensä ja terveytensä asiantuntija (Toikko 2011). Viime vuosina asiakkaiden kokemustieto onkin nostettu asiakastyössä ja sen kehittämisessä mahdollisuudeksi täydentää ammattilaisten teoreettista tietoa (Kostiainen ym. 2014). Sosiaali- ja terveystieteissä on kehitetty uudenlaista toimintatapaa, jossa asiakas voi osallistua palveluiden suunnitteluun, toteutukseen



ja kehittämiseen. Asiakkaista, jotka eri tavoin osallistuvat palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen, on alettu käyttää nimitystä kokemusasiantuntija (expert by experience) (Beresford 2008; Toikko 2011). Kokemusasiantuntijat eivät edusta vain itseään vaan laajemmin koko asiakaskuntaa (Toikko 2011). Asiakkaiden osallisuus tutkimus- ja kehittämistyössä on tärkeää, sillä mitä kauempana asiakkaiden kokemukset ja tutkijoiden ja ammattilaisten tulkinnat niistä ovat, sitä alttiimpaa tieto on vääristymiselle (Beresford 2008).

Kokemusasiantuntijoiden asiantuntijuus rakentuu omien kokemusten lisäksi heidän tehtävänsä saamansa koulutuksen kautta (Rissanen 2013; Department of Health 2004, 14; Michie ym. 2008, 3). Koulutusta tarjoavat monet eri tahot, kuten järjestöt, liitot ja hankkeet, sairaanhoitopiirit sekä aikuiskoulutuskeskukset. Koulutuksen kesto ja sisältö vaihtelevat, koska tarkkoja kriteereitä sille ei ole määritelty (Kostiainen ym. 2014). Kokemusasiantuntijuuteen liittyy myös oma halu auttaa muita vastaavissa tilanteissa olevia ihmisiä ja kehittää palveluita (Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta 2017, 79). Kokemusasiantuntijan oman kuntoutumisen tulee olla edennyt riittävän pitkälle, ja hänellä on oltava taitoa reflektoida omia kokemuksiaan sekä kykyä käyttää niitä välineenä työssään. Toiminta kokemusasiantuntijana perustuu pitkälti henkilön omiin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, taitoihin, kykyihin ja valmiuksiin (Rissanen 2013, Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta 2017, 79).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM 2009) määrittelee kokemusasiantuntijan henkilöksi, jolla on omakohtaista kokemusta sairaudesta tai muusta hyvinvointiin liittyvästä ongelmasta, siitä itse kärsivänä, siitä toipuneena, palveluita käyttäneenä tai ongelmista kärsineen omaisena tai läheisenä. Kokemusasiantuntijalla on kokemustietoa siitä, miltä tuntuu sairastua ja sairastaa, käyttää julkisia palveluita ja olla hoidossa tai kuntoutuksessa (Hietala & Rissanen 2015, 13-17). Kokemuksensa perusteella hänellä on tietoa siitä, mikä on vaikuttanut kuntoutumiseen ja auttanut siinä omalla tai läheisen kohdalla (Hietala & Rissanen 2015, 13-17).

## 2.2 Kokemusasiiantuntijatoiminta

Kokemusasiiantuntijatoiminnan historiallinen tausta on vertaistukiryhmissä ja potilasjärjestöissä (Hietala & Rissanen 2015, 7-9). Vertaistoiminnan juuret puolestaan ovat AA-toiminnassa 30-luvulla Yhdysvalloissa (Partanen ym. 2015). Suomessa perustettiin ensimmäiset vertaisryhmät 40-luvulla, jonka jälkeen vertaistoiminta on yleistynyt etenkin erilaisten potilas- ja muiden järjestöjen toiminnassa (Partanen ym. 2015). Kokemusasiiantuntijatoiminta asettuu palvelurakenteessa julkisen järjestelmän ja lakisääteisten palveluiden sekä kansalaistoiminnan ja vapaan vertaistuen välille (Hietala & Rissanen 2015, 7-9). 2000-luvulla kokemusasiiantuntijatoimintaa on kansalais- ja järjestötoiminnan pohjalta alettu kehittää myös julkisella sektorilla (Partanen ym. 2015).

Vertaistoiminta ja kokemusasiiantuntijatoiminta limittyvät yleensä toisiinsa, mutta jakoa voidaan tehdä ajatellen, että vertaistoiminta perustuu vapaaehtoisuuteen, ja siinä toimivat ovat vertaisia asiakkaiden kanssa (Hietala & Rissanen 2015, 13-17; Rissanen 2013). Keskeistä vertaistoiminnassa on samankaltaisessa tilanteessa elävien ja samankaltaisia asioita kokeneiden keskinäinen tuki ja apu sekä kokemusten jakaminen (Partanen ym. 2015). Kokemusasiiantuntijat ovat myös asiakkaiden kanssa vertaisia kokemustensa osalta, mutta ovat saaneet tehtävänsä lisäksi koulutuksen, ja he toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten rinnalla, ja heille maksetaan toiminnasta palkkio (Hietala & Rissanen 2015, 13-17; Rissanen 2013).

Kokemusasiiantuntijoiden hyödyntäminen nähdään yhteiskunnan näkökulmasta taloudellisesti kannattavana. Toiminta edistää työhön palaamista sairastumisen jälkeen ja työurien pitenemistä, vähentää työkyvyttömyyseläkkeiden määrää ja ehkäisee syrjäytymistä. Kokemusasiiantuntijatoiminta koetaan voimaannuttavana ja kuntouttavana. (Hietala & Rissanen 2015,15.) Yhteiskunnan kannalta edullista on, että kokemusasiiantuntijatoiminnan avulla kuntoutujien työkykyä, osaamista ja kokemuksia voitaisiin hyödyntää entistä paremmin. Yhteiskunnassa on hyvä olla käytössä toimiva malli, jossa hyödynnetään ihmisten osittainkin työkykyä ja vahvuudet, joita heillä on vaikeuksista ja ongelmista huolimatta. Tavoitteena on nähdä diagnoosin tai hyvinvoinnin haasteiden kautta tulevien heikkouksien ja

puutteiden sijaan ihmisen vahvuudet ja voimavarat (Rissanen 2013). Nykyisessä pääministeri Juha Sipilän vuoden 2015 hallitusohjelmassa, Ratkaisujen Suomi, yhtenä kärkihankkeena on sosiaali- ja terveystalouden asiakaslähtöisyys, ja siihen liittyen kokemusasiantuntemuksen käytön ja ihmisten osallisuuden vahvistaminen. (Hallitusohjelma 2015).

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2009) mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman yhtenä ehdotuksena on kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottaminen työn suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Heitä voitaisiin hyödyntää esimerkiksi kunnan strategiatyössä, palvelujen arvioinnissa ja kuntoutustyöryhmissä, ja kutsua asiantuntijoiksi hoitoyksiköiden hallinnollisiin toimitelmiin (STM 2009). Ammatillaiset saavat kokemusasiantuntijoiden kautta arvokasta tietoa asiakkaista ja heidän tarpeistaan, ja näin ne voidaan paremmin huomioida (Hietala & Rissanen 2015, 11-12; STM 2009). Asiakkaan ääni ja asiakaskokemus saa tilaa, mikä on keskeinen lähtökohta asiakkaiden osallisuudessa (Toikko 2011). Kokemusasiantuntijalle tärkeitä taitoja ovat sosiaaliset taidot, kyky luoda kunnioittavia ja luottamuksellisia suhteita asiakkaiden kanssa (South ym. 2013). Kokemusasiantuntijat voivat vertaisina tukea ja neuvoa asiakkaita eri tavalla kuin terveydenhuollon ammattilaiset (South ym. 2007).

Kokemusasiantuntijat toimivatkin hyvin monenlaisissa rooleissa täydentämässä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita (Rissanen 2013; South ym. 2007). Heitä on esimerkiksi vertaisohjaajina vertaisryhmässä, ryhmänohjaajina työntekijöiden työpareina, kokemuskouluttajina oppilaitoksissa, koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa, tiedottajina tai toiminnan arvioijina ja kehittäjinä (Rissanen 2013). Kokemusasiantuntijoiden tehtävät, roolit ja vastuut sekä koulutus ja korvaukset vaihtelevat, ja vielä tarvitaan käsitteiden tarkempaa määrittelyä ja toiminnan arviointia (Hietala & Rissanen 2015, 7-9).

Suomessa on toteutettu ja on parhaillaan käynnissä useampia kokemusasiantuntijuuteen perustuvia hankkeita ja toimintamuotoja. Mielen ry on yksi keskeinen taho, joka edistää kokemusasiantuntijuutta Suomessa. (Mielen ry 2018a.) Se on yhdistys, joka tukee mielenterveys- ja päihdetyötä järjestämällä ennaltaehkäisevää ja toipumista tukevaa toimintaa itse sekä tekemällä yhteistyötä eri toimijoiden ja verkostojen kautta (Mielen ry 2018b).

Mielen ry:llä on ollut kokemusasiantuntijatoimintaa vuodesta 2001. Se kouluttaa kokemusasiantuntijoita, välittää heille työtehtäviä ja tukee heitä työtehtävissään.

Toinen kokemusasiantuntijatoimintaa edistävä yhdistys on Kokemus- ja vertaistoimijat ry Olkkari, joka tukee vertaisuutta mahdollistaen vertaisryhmien muodostumisen ja ylläpitää koulutettujen kokemusasiantuntijoiden työskentelyä työkentällään. (Kokemus- ja vertaistoimijat ry Olkkari 2018a.) Olkkarin tausta on Pohjanmaan -hankkeessa, jonka Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri aloitti vuonna 2010 kouluttaakseen mielenterveys- ja päihdekuntoutujia sekä heidän omaisiaan kokemusasiantuntijoiksi. Hankkeen päätyttyä Olkkari jatkoi matalan kynnyksen kohtaamispaikkana valmistuneille kokemusasiantuntijoille sekä kaikille päihteettömästä elämästä kiinnostuneille. (Kokemus- ja vertaistoimijat ry Olkkari 2018b.) Kokemus- ja vertaistoimijat ry edistää mielen hyvinvointia ja tukee päihteettömän elämän mahdollisuuksia. Sen arvot ovat tasa-arvoisuus, leimaamattomuus, asiakaslähtöisyys ja kuulluksi tuleminen. (Kokemus- ja vertaistoimijat ry Olkkari 2018a.)

Väestöliitto on kouluttanut maahanmuuttajia kotoutumisen kokemusasiantuntijoiksi. He auttavat toisia maahanmuuttajia ja ovat asiantuntijoita siinä, miten maahanmuuttajat ja palvelut saataisiin kohtaamaan paremmin toisensa. He voivat toimia kokemusasiantuntijoina myös muihin teemoihin, kuten vammais- ja mielenterveyskysymyksiin liittyen. (Koulutetut kokemusasiantuntijat ry 2018.)

### **3 KOKEMUSASIAANTUNTIJAN VASTAANOTTO TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISESSÄ**

#### **3.1 Kokemusasiantuntijan vastaanotto**

Kokemusasiantuntijat voivat ottaa vastaan asiakkaita terveysasemilla, jossa he tarjoavat asiakkaille tukea vertaisina ja ohjaavat palveluiden käytössä. Kokemusasiantuntija keskustelee asiakkaan kanssa, tarjoaa käytännön neuvoja ja tukee häntä. (Department of Health 2004, 14; Hietala & Rissanen 2015, 19–29). Kokemusasiantuntija toimii osaltaan myös asiakkaan ja terveyspalvelujärjestelmän välisenä tulkkina (Toikko 2011). Lisäksi hän kertoo saatavilla olevista palveluista ja ohjaa tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin, kulkee asiakkaan rinnalla ja voi tarvittaessa lähteä mukaan tutustumaan tarjolla oleviin tukipalveluihin, esimerkiksi vertaistukiryhmään (Department of Health 2004, 14; Hietala & Rissanen 2015, 19–29). Vantaalla kokemusasiantuntijatomintaa on kehitetty paljon. Siellä päihdetyön kokemusasiantuntijan vastaanotto on vakiintunut osaksi palvelujärjestelmää, ja vakituksessa toimessa oleva kokemusasiantuntija ottaa asiakkaita vastaan kolmena päivänä viikossa eri terveysasemilla. (Vantaa 2018.)

Kokemusasiantuntijat toimivat ammattilaisten rinnalla, täydentäen heidän työtään. Kokemusasiantuntija tarjoaa asiakkaille tukea vertaisena, ilman terveydenhuollon ammattilaisen auktoriteettiasemaa (Department of Health 2004, 14; South ym. 2007). Kokemusasiantuntijoilla on mahdollisuus ja potentiaali saavuttaa heitä, jotka haluavat elämässään muutosta, mutta joita perinteiset palvelut eivät ole saavuttaneet, ja näin kokemusasiantuntijat voivat osaltaan olla kaventamassa terveysteroja (Michie ym. 2008, 4).

Kokemusasiantuntijan tehtäviin kuuluu paljon muutakin kuin neuvojen antamista (Michie ym. 2008, 4). Kokemusasiantuntijoiden tehtävänä on tukea ja auttaa asiakkaita saavuttamaan heidän tavoittelemiaan muutoksia elämäntavoissa ja terveystottumuksissa (Department of Health 2004, 14). Kokemusasiantuntijoiden avulla asiakkaat voivat tehdä valintoja tavoissaan ja totumuksissaan tietoisina erilaisista mahdollisuuksista, vaihtoehdoista ja niiden seurauksista (Department of Health 2004, 14).

Kokemusasiantuntijapalvelun perusta on voimavaroissa eli asiakkaan taidoissa ja kyvyissä suoriutua jokapäiväisistä askareista ja erilaisista elämän haasteista (Michie ym. 2008, 4). Toiminnan tautalla olevat teoreettiset lähtökohdat korostavat asiakkaan omien muutostavoitteiden asettamista ja konkreettisen toimintasuunnitelman luomista niiden saavuttamiseksi. Asiakasta ohjataan oman itsensä ja toimintansa tarkkailuun ja arviointiin (self-monitoring) sekä ottamaan vastuuta ja hallintaa omasta terveydestään ja siihen liittyvistä tottumuksistaan. (Michie ym. 2008, 3, 4; Attree ym. 2012.) Tarkoituksena on edistää asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia ja laajentaa asiakkaan näkökulmaa asioihin niin, että halu muutokseen kasvaa ja vahvistuu. Huomio kiinnitetään oman toiminnan muutoksen positiivisiin vaikutuksiin, onnistumisen kokemuksiin ja jo saavutettuihin tuloksiin. (Michie ym. 2008, 3, 4, 63–70.)

On tärkeää, että asiakas kokee vertaisuutta kokemusasiantuntijan kanssa (White ym. 2013; (Rissanen 2013,19). Terveysteen liittyvien haasteiden kanssa kamppaileva saa vertaisen kokemuksista toivoa ja tietoa mahdollisuudesta selviytyä. Kuntoutuvaa asiakasta auttaa, kun hän kuulee, että jollakin toisellakin on ollut samankaltaisia kokemuksia ja hän on selvinnyt niistä. Toisen kokemuksista, onnistumisista, epäonnistumisista ja myös häpeästä kuuleminen auttaa tulkitsemaan ja uudelleen arvioimaan omaa kokemusta (Rissanen 2013,19). Kokemusasiantuntijan ja asiakkaan välille muodostuu merkittävä yhteys, kun kokemusasiantuntija on asiakkaalle vertainen ja henkilökohtaiseen kohtaamiseen varataan riittävästi aikaa (Ball & Nasr 2011). Kokemusasiantuntijat ovat helposti lähestyttäviä, ymmärtäviä ja kannustavia (Department of Health 2004, 14).

Vertaisuuden kokemisessa merkittävämpää kuin sama sairaus tai oire, on kulttuurinen ja sosiaalinen samankaltaisuus. Kokemusasiantuntijan ei tarvitse olla kaikkien sairauksien asiantuntija. Kokemusasiantuntijat tulevat samankaltaisista taustoista kuin asiakkaat, joita he tukevat, ja he ovat itse kokeneet samankaltaisia asioita kuin tukemansa ihmiset. He ymmärtävät tukemiensa vertaisten päivittäistä elämää, jokapäiväisiä huolenaiheita ja haasteita, joiden kanssa he kamppailevat (Department of Health 2004, 14). Palvelu on asiakkaan tarpeista lähtevää, yksilöllisesti räätälöityä, ja yhteisön paikalliset piirteet ja tarpeet on huomioitava (Visram ym. 2014; White ym. 2013; Ball & Nasr 2011).

Kuuluisin ja tutkituin vertaisuuteen perustuva omahoidon edistämisen ohjelma on toteutettu Yhdysvalloissa. Siellä on kehitetty pitkäaikaissairaille suunnattuja, vertaisten toteuttamia ryhmäinterventioita, kroonisten sairauksien omahoidon ohjelmia (Chronic Disease Self-Management Programs CDSMP). Niiden tarkoituksena on edistää asiakkaan kykyä onnistua omien terveystottumuksiin liittyvien tavoitteiden saavuttamisessa. (Lorig 2014.) Toimintamalli on auttanut osallistujia parantamaan terveystottumuksiaan ja vahvistanut heidän minäpystyvyyttään ja elämänlaatuaan. Osallistujat ovat interventioiden myötä tarvinneet aiempaa vähemmän terveystalvueluita. (Ahn ym. 2013; Kennedy ym. 2007.)

Kokemusasiatuntijapalvelulla tavoitetaan ihmisiä, joita perinteiset palvelut eivät ole saavuttaneet, ja näin pyritään osaltaan vaikuttamaan terveyserojen kaventumiseen (Michie ym. 2008, 4). Toiminnan tavoitavuudesta on saatu lupaavia tutkimustuloksia sosioekonomisesti heikossa asemassa olevien ja muuten harvemmin palveluiden piirissä olevien asiakkaiden keskuudessa. (Wilkinson ym. 2011; White ym. 2013; Bagnall ym. 2014.) Englannissa kokemusasiatuntijoiden asiakkaista lähes puolet tulee alueilta, jotka on luokiteltu kaikkein heikoimmassa asemassa oleviksi alueiksi (Bagnall ym. 2014, 9-10). Kokemusasiatuntijat ovat onnistuneet tukemaan palvelun tavoittamia asiakkaita elämäntapamuutosten tekemisessä (Bagnall, ym. 2014, 4; White ym. 2013).

Kokemusasiatuntijatoiminnalla on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia myös kokemusasiatuntijoihin itseensä sekä edelleen heidän perheisiinsä, ystäviinsä ja kollegoihinsa (Ball & Nasr 2011). Kokemusasiatuntijat pääsevät tällaisen toiminnan kautta toteuttaman itseään ja voivat edistää omia mahdollisuuksiaan työelämässä (Attree ym. 2012).

On esitetty kritiikkiä, että kokemusasiatuntijapalvelut ovat ajan myötä medikalisoituneet, ja alkuperäisen ajatus vertaisuudesta alkaa olla katoamassa. Medikalisoituminen heikentää vertaisuuteen perustuvia toiminnan mahdollisuuksia tavoittaa haastavia kohderyhmiä ja siten mahdollisuuksia kaventaa terveyseroja (Mathers ym. 2014). On haastavaa sovittaa yhteen toisaalta tarve uusille perusterveydenhuollosta poikkeaville palveluille haastavien kohderyhmien tavoittamiseksi ja toisaalta uusien palvelumallien sulauttaminen osaksi

vakiintunutta mallia, jotta toiminta olisi pitkällä aikavälillä vakaata ja pysyvää (Mathers ym. 2014).

Kokemusasiantuntijapalveluissa on havaittavissa kasvavaa polarisaatiota. Toiminta on muuttumassa toisaalta enemmän kliinisen työn suuntaan ja palvelut toimivat tiukemmin organisaatioiden rakenteiden ja määräysten alaisuudessa, ja toisaalta tavoitteita keskitetään entistä laajempiin terveyttä ja yhteiskunnan kehitystä edistäviin tekijöihin. Hyvin spesifeihin tavoitteisiin pyrkiessä ei aina muisteta toiminnan alkuperäistä ajatusta ja tavoitteita vaikuttaa laajempiin terveyttä edistäviin tekijöihin. Palveluiden eriävyys saa aikaan myös epävarmuutta toiminnan rahoitukseen ja asettaa paineita toiminnan vaikuttavuuden todentamiseen (Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 6).

### **3.2 Kokemusasiantuntijan vastaanoton vaikutukset hyvinvointiin**

Kirjallisuuskatsausta varten tehty systemaattinen tiedonhaku ja sen tulokset on kuvattu liitteissä 1 ja 2. Kokemusasiantuntijuutta määritellään kansainvälisessä kirjallisuudessa lukemattomilla eri käsitteillä (South ym. 2012). Tässä tutkimuksessa käsitelty kokemusasiantuntijan vastaanotto -toimintamalli muistuttaa hyvin paljon Englannissa toteutettua terveystoimintamallia (health trainer) -toimintamallia, ja siksi kirjallisuutta on haettu termillä "health trainer". Kirjallisuuskatsauksessa on kuitenkin käytetty suomenkielistä käsitettä kokemusasiantuntijan vastaanotto. Koska kyse on uudeltaisesta toimintamallista palvelujärjestelmässä, haluttiin kirjallisuutta hakea mahdollisimman laajasti eikä rajoituksia muilla hakutermeillä tai tutkimusten julkaisuajankohdalla tehty vielä haun ensimmäisessä vaiheessa. Abstraktien perusteella mukaan valittiin vuosina 2007-2017 julkaistut englanninkieliset tutkimukset, joissa oli tutkittu toiminnan vaikutuksia tai vaikuttavuutta.

Hyvinvointivaikutuksia tutkittiin asiakkaiden omien terveystottumuksiin liittyvien tavoitteiden saavuttamisen perusteella (Bagnall ym. 2014; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015). Muutoksia terveystottumuksissa tutkittiin myös riippumatta henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisesta (Bagnall ym. 2014; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015; Poston ym. 2015; Gardner



ym. 2012; Jennings ym. 2013; Song ym. 2016). Tarkempia fyysisen hyvinvoinnin mittareita tutkimuksissa olivat painoindeksi ja muutokset painossa (Poston ym. 2015; Gardner ym. 2012; Jennings ym. 2013), raskausajan diabeteksen esiintyvyys ja vastasyntyneiden suurikokoisuus (Poston ym. 2015) sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden esiintyvyys (Gidlow ym. 2014; Jennings ym. 2013). Vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin tutkittiin arvioimalla koettua hyvinvointia (Bagnall ym. 2014; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015; Gardner ym. 2012; Bailey & Kerlin 2012; Dooris ym. 2013), sairastamisen kokemusta (Protheroe ym. 2016), elämänlaatua (Protheroe ym. 2016) ja minäpystyvyyttä (Bagnall ym. 2014; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015; Gardner ym. 2012; Harris ym. 2014).

Kokemusasiantuntijoiden asiakkaista suurin osa laati itselleen henkilökohtaisen suunnitelman terveellisempien elämäntapojen saavuttamiseksi, ja iso osa myös saavutti suunnitelmassa asettamansa tavoitteet. Ensi kertaa kokemusasiantuntijan vastaanotolle osallistuneista asiakkaista 59 prosenttia laati itselleen henkilökohtaisen suunnitelman elämäntapojensa muuttamiseksi (Bagnall ym. 2014, 16). Suunnitelman laatineista noin puolet saavutti tavoitteensa, ja yli 20 prosenttia saavutti tavoitteensa osittain (Bagnall ym. 2014, 17-18; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 11).

Kokemuasiantuntijat auttoivat tavoitettuja ihmisiä tekemään positiivisia muutoksia terveystottumuksissaan (Bagnall ym. 2014, 19-20, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 6; Poston ym. 2015; Gardner ym. 2012; Jennings ym. 2013, Attree ym. 2012). Asiakkaiden terveys ja hyvinvointi paranivat henkilökohtaisen terveystuunnitelman luomisen myötä, ja eniten kohennusta tapahtui asiakkailla, jotka saavuttivat henkilökohtaisessa suunnitelmassaan asettamansa tavoitteet (Bagnall ym. 2014, 19-20, 23).

Muutosta terveydelle edulliseen suuntaan tapahtui ravitsemuksessa ja fyysisessä aktiivisuudessa. Hedelmien ja vihannesten kulutus keskimäärin lisääntyi ja rasvaisia välipaloja nautittiin vähemmän (Bagnall ym. 2014, 19-20, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 11, 15; Gardner ym. 2012; Jennings

ym. 2013). Kohtalaisen fyysisen aktiivisuuden useudessa tapahtui kasvua Gardnerin ym. (2012) tutkimuksessa, ja Jenningsin ym. (2013) tutkimuksessa 68 prosentilla heistä, joilta tiedot saatiin, kohtalainen liikunta lisääntyi noin yhden tunnin viikossa.

Kokemusasiantuntijan interventioiden vaikutuksia tutkittiin erityisesti myös liittyen diabeetikoiden terveystottumuksiin (Poston ym. 2015; Protheroen ym. 2016). Kokemusasiantuntijan interventio sai aikaan parannusta raskausajan diabeteksestä kärsivien ravitsemuksessa ja fyysisessä aktiivisuudessa. Myös painonnousu pieneni, vaikka vaikutuksia raskausdiabeteksen esiintyvyyteen tai vastasyntyneiden suurikokoisuuteen ei havaittu. (Poston ym. 2015.) Protheroen ym. (2016) pilottitutkimuksessa, jossa otos koostui diabeetikoista, ei kokemusasiantuntijan interventiolla havaittu olevan vaikutusta fyysiseen terveyteen. Interventioon kuului strukturoitu haastattelu kokemusasiantuntijan kanssa, henkilökohtaisen omahoidon hallinnan suunnitelman kehittäminen ja kokemusasiantuntijan tukipuhelut asiakkaalle joka toinen kuukausi, pisimmillään kuuden kuukauden ajan (Protheroen ym. 2016).

Goodallin ym. (2014) pilottitutkimuksessa kokemusasiantuntijan interventiolla ei havaittu olevan vaikutusta sydänterveyttä edistäviin tottumuksiin, kuten hedelmien ja vihannesten päivittäiseen kulutukseen tai ateriarytmiin, ei myöskään terveydentilaan EQ-5D-mittarilla (EQ-5D-5L User Guide 2015) mitattuna. Interventoryhmä sai sydänterveyteen liittyvän esitteen lisäksi kokemusasiantuntijan tukea, joka sisälsi yhteensä vähintään kolme kasvokkaista tapaamista tai puhelinkontaktia kokemusasiantuntijan kanssa. Kontrolliryhmässä olevat saivat vain esitteen. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää interventio- ja kontrolliryhmien kokoero ja se, että vain 60 prosenttia tutkimukseen osallistuneista oli mukana kuuden kuukauden seurannan loppuun asti. (Goodall ym. 2014.)

Toisessa sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvässä tutkimuksessa (Gidlow ym. 2014) interventio oli yhteydessä pieneen parannukseen eniten vaikuttavissa riskitekijöissä, ja kokonaisriski pieneni hieman, mutta vain kaikkein suurimmassa riskissä olevilla. Interventio alkoi arvioinnilla, jonka perusteella asetettiin henkilökohtaiset tavoitteet elämäntapamuutoksille. Kokemusasiantuntijan tuki koostui motivoivasta keskustelusta ja

ohjaamisesta tarkoituksenmukaisiin terveyspalveluihin. Asiakkaan toiveista riippuen tukea jatkettiin joko kasvokkain, puhelimitse tai tekstiviestien välityksellä kuuden kuukauden ajan, ja osassa tapauksista puhelimitse ja viesteillä vielä 12 kuukauteen saakka (Gidlow ym. 2014).

Kahdessa tutkimuksessa kokemusasiantuntijan tuen ja elämäntapamuutosten kautta pyrittiin nimenomaan painon pudottamiseen. Gardnerin ym. (2012) tutkimuksessa kokemusasiantuntijan intervention avulla osallistujien keskimääräinen painoindeksi laski ja ylipaino väheni. Osallistujista he, joilla tilanne oli alussa huonoin, saavuttivat suurimman muutoksen (Gardner ym. 2012). Jenningsin ym. (2013) tutkimuksessa ensisijainen tutkittava muuttuja oli osallistujien paino, joka aleni keskimäärin -2,5 kg, ja 90 prosentilla osallistujista paino ei noussut tutkimuksen aikana. Toissijaisina muuttujina olivat hedelmien ja vihannesten kulutus, fyysisen aktiivisuuden taso sekä verenpaine. Kaikilta osallistujilta ei saatu mitattua toissijaisia muuttujia, mutta heillä, joilta mittaukset saatiin, kohonnut verenpaine väheni; alkutilanteessa 60 prosentilla osallistujista oli kohonnut verenpaine ja tutkimuksen lopussa 41 prosentilla. (Jennings ym. 2013.)

Tupakoinnin lopettamista tukevien interventioiden suhteen kokemusasiantuntijan vastaanoton vaikuttavuudesta ei ole näyttöä. Songin ym. (2016) tutkimuksessa tuloksena oli, että tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä interventio oli vaikuttavampi tupakoinnista vierottamiseen erikoistuneen henkilön toteuttamana kuin ei-spesialistin toteuttamana. Tällaisilla ei-spesialisteilla tarkoitettiin tutkimuksessa kokemusasiantuntijoita sekä apteekkihenkilöstöä ja yleislääkäreitä. Seuranta-aikana tupakoinnin uudelleen aloittaminen oli todennäköisempää silloin kun interventio oli ei-spesialistin toteuttama. Tutkittavien ryhmät olivat kuitenkin tutkimuksessa hyvin erisuuruiset, ja kokemusasiantuntijoiden osuus intervention toteuttajina oli pieni, joten kokemusasiantuntijoiden vaikuttavuudesta tupakoinnin lopettamiseen ei tämän tutkimuksen perusteella voitu tehdä luottavia johtopäätöksiä. (Song ym. 2016).

Harrisin ym. (2014) tutkimuksen mukaan kokemusasiantuntijoiden toteuttama interventio osana monialaista kivunhallinnan tiimiä voi edistää kroonisen kivun hallintaa asiakkailta, jotka asuvat sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevilla alueilla. Kivunhallinnan tiimi koostui kokemusasiantuntijoiden lisäksi sairaanhoitajista, yleislääkäreistä ja

fysioterapeuteista. Kivunhallinnan interventiossa hyödynnettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian keinoja, ja asiakkaat tekivät itselleen suunnitelman ja asettivat tavoitteet kivunhallintaa varten. Asiakkaiden tavoitteista 75 prosenttia saavutettiin tai osittain saavutettiin, ja seuranta-ajan jälkeen 45 prosenttia asiakkaista kertoi heillä olevan ylläpitosuunnitelma kivunhallintaan. Myös yleisessä terveydessä ja hyvinvoinnissa tapahtui positiivista muutosta tutkimuksen seuranta-aikana. (Harris ym. 2014.)

Kokemuasianantajapalvelut onnistuivat edistämään asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia (Bagnall ym. 2014, 19-20, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 6; Protheroe ym. 2016; Gardner ym. 2012; Harris ym. 2014). Koettu terveys ja hyvinvointi asiakkailla paranivat (Bagnall ym. 2014, 19-20, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 11, 15; Gardner ym. 2012). Osallistujista he, joilla tilanne oli alussa huonoin, saavuttivat suurimman muutoksen (Gardner ym. 2012). Diabetesta sairastavien asiakkaiden kokemus sairaudesta muuttui myönteisemmäksi (Protheroen ym. 2016), ja koettu elämänlaatu parani diabeetikoilla ja sydän- ja verisuonitautiriskissä olevilla asiakkailla (Protheroen ym. 2016; Gidlow ym. 2014). Asiakkaiden minäpystyvyys vahvistui kokemuasianantajan tapaamisten myötä (Bagnall ym. 2014, 19-20, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 11, 15). Vastaavia tuloksia minäpystyvyyden osalta saatiin myös painonpudotukseen tähtäävässä tutkimuksessa (Gardner ym. 2012) sekä monialaisessa kivunhallinnan interventiossa (Harris ym. 2014).

Baileyn ja Kerlinin (2012) tutkimuksessa kokemuasianantajan yksilö- ja ryhmäinterventiot edistivät mielenterveyttä. Positiivisia vaikutuksia saavutettiin kun interventiot olivat joustavia ja tarjosivat asiakkaille vaihtoehtoja valita eri mahdollisuuksista, kuten erilaisista liikuntamahdollisuuksista (Bailey & Kerlin 2012). Dooris ym. (2013) sekä Bailey ja Kerlin (2015) tutkivat kokemuasianantajan vastaanoton vaikutuksia rikoksentekijöiden parissa. Vastaanoton koettiin auttavan monista kasaantuneista ongelmista selviytymisessä ja antavan toivoa ja itseluottamusta (Dooris ym. 2013). Baileyn ja Kerlinin (2015) tutkimuksen mukaan kokemuasianantajan vastaanotto oli mahdollisesti vaikuttavaa rikoksentekijöiden, vankien ja mielenterveysasiakkaiden parissa, jos toiminta oli hyvin organisoitua ja tuettua.

Elämäntapamuutosten pysyvyydestä ja vastaanotto toiminnan pitkän aikavälin vaikutuksista tarvittaisiin vielä lisää näyttöä. Visramin ym. (2014) laadullisessa pitkittäistutkimuksessa elämäntapamuutosten pysyvyyteen vaikuttivat terveyttä edistävien palveluiden saatavuus sekä asiakkaan terveydentila ja mieliala; heikko terveydentila ja alakulo tai masentuneisuus voi heikentää elämäntapamuutoksen pysyvyyttä. Vaihtelevien toimintakäytänteiden ja toiminnan yksilöllisyyden takia myös tulokset kokemusasiantuntijan vastaanoton vaikutuksista olivat vaihtelevia. Haastatteluissa raportoituja tuloksia olivat muun muassa terveystottumusten muutokset, fyysisen terveyden kohentuminen ja lisääntynyt sosiaalinen aktiivisuus. (Visram ym. 2014). Dooris ym. (2013) ovat saaneet lupaavia tuloksia kokemusasiantuntijatoiminnasta myös rikoksentekijöiden parissa. He havaitsivat positiivisia vaikutuksia terveystottumuksissa ja koetussa terveydessä sekä hyvinvoinnissa, vaikka pitkän aikavälin vaikutuksista ei saatu näyttöä (Dooris ym. 2013).

Carrin ym. (2011) katsauksen perusteella ei ollut riittävästi näyttöä tukemaan tai kiistämään kokemusasiantuntijoiden vaikutusta terveyden edistämiseen ja elämänlaadun lisäämiseen. Kuitenkin kokemusasiantuntijat oli hyväksytty hyvin osaksi palvelujärjestelmää, ja he voivat saada aikaan muutosta terveydenhuollossa ja luoda sellaista sosiaalista ympäristöä, joka mahdollistaa ja tukee asiakkaiden osallisuutta palveluissa. (Carr ym. 2011.) Whiten ym. (2013) tutkimuksen mukaan kokemusasiantuntijat tavoittavat ihmisiä, joilla on hyvinvoinnin haasteita, ja tukevat heitä elämäntapamuutoksen tekemisessä. Ei kuitenkaan ollut näyttöä, että kokemusasiantuntijat vaikuttaisivat terveyseroihin kansallisella tasolla (White ym. 2013). Tutkimustulosten yleistäminen oli ongelmallista, koska palvelumallit ja toimintaympäristöt ovat vaihtelevia. Kansallisissa tutkimuksissa keskityttiin asiakasmääriin ja asiakkaiden saavuttamiin tavoitteisiin, ei niinkään terveysvaikutuksiin. (Attree ym. 2012.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että kokemusasiantuntijan kohtaamisella ja ohjauksella oli tutkimusten mukaan positiivisia vaikutuksia asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin. Suurin osa asiakkaista laati itselleen henkilökohtaiset tavoitteet ja iso osa myös saavutti ne (Bagnall ym. 2014, 16-18; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 11). Asiakkaiden terveystottumuksissa, kuten hedelmien ja vihannesten kulutuksessa ja liikunnassa saavutettiin positiivisia muutoksia (Bagnall ym. 2014, 19-20; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 11; Poston ym. 2015; Gardner ym.

2012; Jennings ym. 2013). Samoin psyykinen hyvinvointi parantui; muun muassa minäpystyvyys oli kasvanut, omahoidon hallinta parantunut ja kokemus omasta sairaudesta ja terveydentilasta oli muuttunut myönteisempään suuntaan (Bagnall ym. 2014, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 15; Protheroe ym. 2016; Gardner ym. 2012. Harris ym. 2014). Tarvitaan kuitenkin lisää näyttöä positiivisten vaikutusten pysyvyydestä ja toiminnan vaikuttavuudesta kansallisella tasolla (Carr ym. 2011; White ym. 2013; Attree ym. 2012).

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

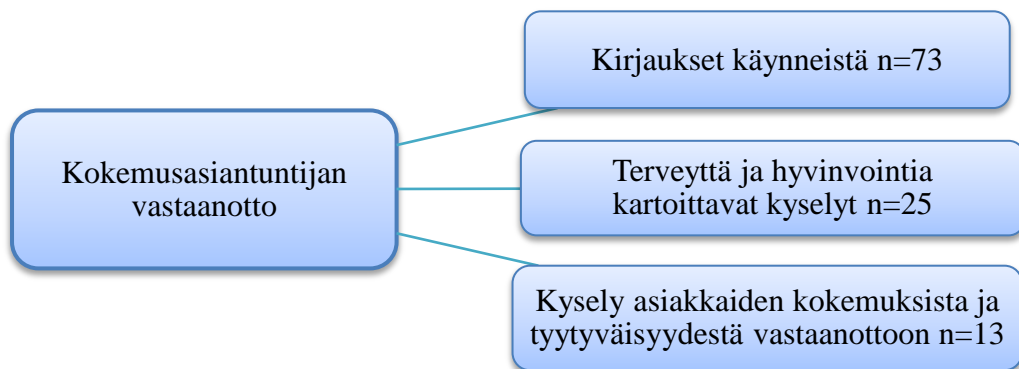
Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kokemusasiantuntijan vastaanoton sisältöjä, vastaanoton vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin sekä asiakkaiden kokemusta vastaanotosta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kokemusasiantuntijan vastaanottotoiminnan kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Keitä kokemusasiantuntijan vastaanotolla käyneet olivat?
2. Mitä asioita kokemusasiantuntijan vastaanotolla käsiteltiin?
3. Tapahtuiko asiakkaiden koetussa terveydentilassa ja elämään tyytyväisyydessä, asiakkaiden kokemassa sosiaalisessa tuessa, minäpystyvyydessä tai terveystottumuksissa muutosta vastaanottokäyntien aikana?
4. Miten asiakkaat kokivat käynnit kokemusasiantuntijan vastaanotolla?

## 5 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämä pro gradu -tutkielma on osa Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin kehittämishanketta, “Kokemusasiantuntijuus palveluissa”, jonka tavoitteena oli parantaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä juurruttamalla kokemusasiantuntijuus osaksi palvelujärjestelmää. Kyseessä on tapaustutkimus eli tutkimusstrategia, joka sisältää useita eri tutkimusmenetelmiä. Kohteena tapaustutkimuksessa on yleensä jokin tapahtumakulku tai ilmiö, ja tarkasteltavana on pieni joukko tapauksia tai vain yksi tapaus. Tutkittava ilmiö kuvataan tapaustutkimuksessa perusteellisesti monipuolisen aineiston avulla. (Laine ym. 2007.) Myös tässä tutkimuksessa on käytetty yhdessä erilaisia aineistoja ja eri tutkimusmenetelmiä. Kokemusasiantuntijan vastaanotolla käyneiden asiakkaiden taustatietoja kuvattiin vastaanottokäynneistä tehtyjen kirjausten sekä asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia kartoittavan kyselyn avulla. Vastaanoton sisältöjä eriteltiin käyntikirjausten avulla, ja muutoksia asiakkaiden terveydessä ja hyvinvoinnissa tutkittiin terveyttä ja hyvinvointia kartoittavan kyselyn avulla. Lopuksi asiakkaiden kokemusta vastaanotosta tutkittiin kokemuksia ja tyytyväisyyttä koskevan kyselyn avulla. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Tutkimuksessa käytetyt aineistot

Tutkimukseen osallistuminen oli asiakkaille vapaaehtoista, mikä kerrottiin suullisesti sekä kirjallisesti kyselyaineistoa koottaessa. Tutkimukseen osallistuneet saivat kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta (liite 3) ja täyttivät suostumuslomakkeen (liite 4). Tutkimuksella on KSSHP:n



eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tutkimukseen osallistuneiden tunnistamattomuudesta huolehdittiin käsittelemällä aineistoa nimettömänä ja nimeämättä terveysasemia, joilla asiakkaat osallistuivat kokemusasiantuntijan vastaanotolle. Tutkimusaineistoa säilytettiin luottamuksellisesti niin, että ulkopuolisilla ei ollut siihen pääsyä.

Kokemusasiantuntijan vastaanotolla kävi neljällä terveysasemalla yhteensä 73 asiakasta, joiden vastaanottokäynneistä on tehty kirjaukset. Kokemusasiantuntijan vastaanotolle osallistuneista asiakkaista 25 vastasi terveyttä ja hyvinvointia kartoittavaan kyselyyn ensimmäisen vastaanottokäyntinsä yhteydessä. Asiakkaista 13 vastasi kyselyyn myös toisen kerran, viimeisen vastaanottokäyntinsä yhteydessä, sekä samalla kyselyyn kokemuksista ja tyytyväisyydestä vastaanottoon. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Kokemusasiantuntijan vastaanotoilla koottu aineisto terveysasemittain

	Kirjatut käyntikokonaisuudet	Terveys- ja hyvinvointikyselyt	Palautekysely
Terveysasema 1	18	6	5
Terveysasema 2	27	15	6
Terveysasema 3	27	4	2
Terveysasema 4	1	0	0
Yhteensä	73	25	13

Kokemusasiantuntijat oli ohjeistettu kirjaamaan kaikista vastaanottokäynneistä yhteenvedot. Tässä tutkimuksessa on analysoitu asiakkaan esitietoja, nykytilaa sekä kokemusasiantuntijan antaman ohjauksen sisältöjä koskevat kirjaukset. Vastaanottoja järjestettiin neljällä eri terveysasemalla, joilla oli keskenään erilaiset tavat järjestää kirjaaminen. Kirjaukset tehtiin joko sähköiseen potilastietojärjestelmään kokemusasiantuntijan omalle sivulle tai käsin erilliselle lomakkeelle asiakkaalle annetun koodinumeron perusteella.

Kokemusasiantuntijoiden kirjaukset analysoitiin sisällön erittelyn keinoin. Sisällön erittely tarkoittaa analyysia, jossa kuvataan määrällisesti tekstin tai muun dokumentin sisältöä (Tuomi & Sarajarvi 2002, 107-108). Havaintoyksikkönä tässä analyysissa oli yksittäisen asiakkaan

vastaanottokäyntien kokonaisuus eli kaikki käynnit yhteensä. Näin havaintoyksiköitä oli siis 73.

Asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvä tutkimusaineisto koottiin vastaanotto toiminnan yhteydessä syyskuun 2016 ja marraskuun 2017 välisenä aikana kyselylomakkeiden avulla. Asiakkaat vastasivat terveyttä ja hyvinvointia kartoittavaan kyselyyn ensimmäisen sekä viimeisen vastaanottokäyntinsä yhteydessä. Kyselylomakkeen (liite 5) osa-alueet olivat taustatiedot, terveydentila ja elämään tyytyväisyys, sosiaalinen tuki, minäpystyvyys sekä terveystottumukset.

*Taustatiedoista* kysyttiin ikä, pohjakoulutus ja sukupuoli. Ikää kysyttiin luokiteltuna kuuteen luokkaan: 20-vuotias tai nuorempi, 21-30-vuotias, 31-40-vuotias, 41-50-vuotias, 51-60-vuotias ja 61-vuotias tai vanhempi, pohjakoulutus pyydettiin valitsemaan viidestä vaihtoehdosta: kansa-/peruskoulu, keskikoulu, ylioppilas, ammatillinen tutkinto ja korkeakoulututkinto, ja sukupuoli kysyttiin dikotomisesti: nainen tai mies.

*Terveydentilasta ja tyytyväisyydestä elämään* oli kaksi kysymystä. Terveydentilaa pyydettiin arvioimaan viisiportaisella asteikolla hyvä – melko hyvä – keskinkertainen – melko huono – huono, ja tyytyväisyyttä elämään kysyttäessä asteikko oli nolasta kymmeneen, 0 (tyytymätön) - 10 (tyytyväinen).

*Sosiaalinen tuki.* Asiakkaan saamaa sosiaalista tukea kartoitettiin kysymällä, kuinka paljon tukea hän saa tämänhetkisessä elämäntilanteessaan läheisiltään tai muista lähteistä (5 = paljon, 4 = melko paljon, 3 = vähän, 2 = ei lainkaan). Vastausvaihtoehtoina olivat myös “1 = en ole kertonut” (elämäntilanteestani) ja “0 = minulla ei ole ko. henkilöä lähipiirissäni”. Kysymyksiä oli yhteensä 15. Vastauksista muodostettiin summamuuttuja laskemalla kaikkien sosiaaliseen tukeen liittyvien vastausten keskiarvo.

*Minäpystyvyyttä* arvioitiin Schwarzerin ja Jerusalem (1995) yleisen minäpystyvyyden mittarilla, generalized self-efficacy scale, GSE. Se koostuu kymmenestä väittämästä, joihin vastaajalla oli valittavanaan 4-portaisen asteikon vastausvaihtoehdot: 1 = ei kuvaa minua

lainkaan, 2 = kuvaa minua vain vähän, 3 = kuvaa minua jonkin verran, 4 = kuvaa minua erittäin hyvin. Vastausvaihtoehdot vastaavat pisteet laskettiin yhteen niin, että minäpystyvyyttä kuvaava arvo vaihteli välillä 10 - 40.

*Terveystottumuksiin* liittyen kysyttiin ravitsemuksesta, liikunnasta, tupakoinnista, alkoholin käytöstä sekä hampaiden harjauksesta. Ravitsemukseen liittyvät kysymykset koskivat ateriarytmiä, tuoreiden ja kypsennettyjen vihannesten ja juuresten käyttöä sekä hedelmien ja marjojen käyttöä.

Terveystottumuksista ensimmäisenä kysyttiin aterioiden ja välipalojen yhteismäärää tavallisena arkipäivänä. Vastausvaihtoehdot olivat ”1-2 ateriaa/välipalaa”, ”3-4 ateriaa/välipalaa”, ”5-6 ateriaa/välipalaa” ja ”7 tai useampia aterioita/välipaloja”. Toisena kysymyksenä terveystottumuksiin liittyen kysyttiin, kuinka monena päivänä viimeksi kuluneen viikon aikana asiakkaat käyttivät tuoreita kasviksia, kypsennettyjä kasviksia/juureksia sekä hedelmiä ja marjoja. Vastausvaihtoehdot olivat ”en kertaakaan”, ”1-2 päivänä”, ”3-5 päivänä” ja ”6-7 päivänä”. Vastaukset kysymykseen kypsennettyjen kasvien tai juuresten käytöstä jätettiin analysoimatta, koska vastauksen kysymykseen voi ymmärtää sisältävän myös esimerkiksi eri tavoin kypsennettyjen perunoiden käytön, mitä kysymyksellä ei kuitenkaan haluttu selvittää.

Liikuntaan liittyen kysyttiin liikunnan useutta, sen rasittavuutta sekä liikuntasuoritusten kestoja. Ensimmäinen liikuntaan liittyvä kysymys oli ”Kuinka usein harrastat liikuntaa?” ja vastausvaihtoehdot olivat ”vähintään 6 kertaa viikossa”, ”3-5 kertaa viikossa”, ”1-2 kertaa viikossa” ja ”muutaman kerran kuukaudessa” ja ”kerran kuukaudessa tai vähemmän”. Toiseksi kysyttiin ”Kuinka rasittavaa liikuntaa harrastat?” ja vastausvaihtoehdot olivat ”erittäin rasittavaa, kovatehoista liikuntaa, jossa hengästyminen ja hikoilu on runsasta, esim. kilpaurheilu”, ”selvästi rasittavaa liikuntaa, joka aiheuttaa hengästy mistä ja hikoilua”, ”kohtalaisen rasittavaa liikuntaa, esim. reipasta kävelyä”, ”kevyttä liikuntaa” ja ”hyvin kevyttä liikuntaa”. Kolmanneksi kysyttiin ”Kuinka kauan liikuntasuoritukseksi tavallisesti kestää?” ja vastausvaihtoehdot olivat ”pidempään kuin 30 minuuttia”, ”20-30 minuuttia”, ”10-19 minuuttia” ja ”alle 10 minuuttia”.

Liikuntaan liittyvien kysymysten vastaukset pisteytettiin yhdestä neljään, kun vastausvaihtoehtoja oli neljä, ja yhdestä viiteen, kun vastausvaihtoehtoja oli viisi, ja näin saadut pisteet yhdistettiin kertomalla ne keskenään Kasarin FIT-indeksiksi ( $FIT = \text{Frequency (F)} \times \text{Intensity (I)} \times \text{Time (T)}$ ), jolloin arvot vaihtelevat välillä yhdestä sataan (1–100). Liikunta-aktiivisuus voidaan FIT-indeksin 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).

Tupakoinnista kysyttiin ”Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”kyllä, päivittäin”, ”satunnaisesti” ja ”en lainkaan”. Alkoholin käyttöä kysyttiin AUDIT C- testillä, jota käytetään, kun pyritään tunnistamaan mahdollinen alkoholin ongelmakäyttö. Ensimmäiseksi kysyttiin kuinka usein asiakas juo alkoholiuomia, edes pieniä määriä. Vastausvaihtoehdot olivat ”en koskaan”, ”noin kerran kuussa tai harvemmin”, ”2-4 kertaa kuussa”, ”2-3 kertaa viikossa” ja ”4 kertaa viikossa tai useammin”. Heitä, jotka vastasivat ensimmäiseen alkoholin käyttöön liittyvään kysymykseen jotain muuta kuin ”en koskaan”, pyydettiin vastaamaan vielä kahteen kysymykseen: ”Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?”, johon vastausvaihtoehdot olivat ”1-2 annosta”, ”3-4 annosta”, ”5-6 annosta”, ”7-9 annosta” ja ”10 tai enemmän”, ja ”Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?”, johon vastausvaihtoehdot olivat ”en koskaan”, ”harvemmin kuin kerran kuussa”, ”kerran kuussa”, ”kerran viikossa” ja ”päivittäin tai lähes päivittäin”. AUDIT C- testissä vastaukset pisteytetään, ja jos mies saa vastauksista kuusi pistettä tai enemmän, tai nainen viisi pistettä tai enemmän, häntä pyydetään vastaamaan laajempaan AUDIT-testiin kokonaisuudessaan.

Viimeisenä terveystottumuksista kysyttiin, kuinka usein vastaajilla oli tapana harjata hampaansa. Vastausvaihtoehdot olivat ”useammin kuin kerran päivässä”, ”kerran päivässä”, ”harvemmin kuin kerran päivässä” ja ”ei koskaan”.

Asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvän aineiston analysoinnissa käytettiin tilastollisia pienten aineistojen analysointiin sopivia parametrittomia menetelmiä. Kahden riippuvan otoksen analysointiin sopivat Marginal Homogeneity test, kun muuttuja on

kategorinen, ja Wilcoxon Signed Rank test, kun muuttuja on luonteeltaan jatkuva. Näiden menetelmien yhteydessä käytössä oli myös Fisherin Exact testi. Muuttujien analyysimenetelmät on esitetty taulukossa 2. Valittu merkitsevyystaso oli  $p=0,050$ .

TAULUKKO 2. Terveysteen ja hyvinvointiin liittyvät muuttujat ja niiden analyysimenetelmät

Muuttuja	Analyysimenetelmä
Koettu terveydentila	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test
Tyytyväisyys elämään	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test
Sosiaalinen tuki	Summamuuttuja: keskiarvo, Frekvenssijakaumat, Wilcoxon Signed Rank test
Minäpystyvyys	Frekvenssijakaumat, Wilcoxon Signed Rank test
Ateriakerrat päivässä	Frekvenssijakaumat
Tuoreiden kasvien käyttö	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test
Hedelmien ja marjojen käyttö	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test
Kasarin FIT	Frekvenssijakaumat, Wilcoxon Signed Rank test
Kasarin FIT neliluokkaisena	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test
Tupakointi	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test
Alkoholin käyttö	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test
Hampaiden harjaus	Frekvenssijakaumat, Marginal Homogeneity test

Asiakkaiden kokemukseen vastaanotosta liittyvä aineisto muodostui kyselylomakkeissa viimeisellä vastaanottokäynnillä mukana olleesta osiosta, *kokemusasiantuntijan vastaanotto ja tuen vaikuttavuus*. Kokemuksia ja tyytyväisyyttä kokemusasiantuntijan vastaanottoon kysyttiin sekä suljetuin että avoimin kysymyksin. (Liite 6.)

Kokemusasiantuntijan vastaanotolta saatua tukea arvioivat kohdat olivat ”asiantuntevaa”, ”kannustavaa”, ”ajatuksia muuttavaa”, ”luottamusta herättävää”, ”toivoa lisäävää”, ”turvallisuutta lisäävää” ja ”kunnioittavaa”. Vastausvaihtoehdot olivat, että kohta kuvaa tukea ”erittäin hyvin”, ”hyvin”, ”ei hyvin eikä huonosti”, ”huonosti” tai ”erittäin huonosti”.

Tuen vaikuttavuutta potilaat arvioivat kymmenen erilaisen väittämän avulla. Väitteet koskivat esimerkiksi kuulluksi tulemista, itsetuntoa ja uskoa tulevaisuuteen (liite 6). Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin ensimmäisessä kysymyksessä.

Tyytyväisyydestä vastaanottoon kysyttiin ”Kun olet käynyt kokemusasiantuntijan vastaanotolla, voisitko suositella palvelua muille.” Vastausvaihtoehdot olivat ”kyllä” ja ”ei”. Jatkokysymyksenä vastaajia pyydettiin perustelemaan vastauksensa. Tyytyväisyyttä pyydettiin arvioimaan myös kysymyksellä ”Kuinka tyytyväinen olet kokemusasiantuntijan tukeen?” Vastausvaihtoehdot vaihtelivat viisiportaisella asteikolla hyvin tyytyväinen – hyvin tyytymätön. Jatkokysymyksenä vastaajia pyydettiin perustelemaan vastauksensa. Jos vastaaja oli tyytymätön tukeen, häneltä kysyttiin vielä, millaista tukea hän olisi kokemusasiantuntijalta kaivannut. Viimeisenä kysymyksenä oli ”Millaisia toiveita Sinulla on kokemusasiantuntijan vastaanoton kehittämiseksi?”.

Vastaukset avoimiin kysymyksiin analysoitiin sisällön erittelyn avulla. Suljettujen kysymysten vastauksista kuvattiin frekvenssijakauma.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Kokemusasiantuntijan vastaanotolle osallistuneet asiakkaat

Käynneistä tehtyjen kirjausten perusteella kaikista kokemusasiantuntijan vastaanotolla käyneistä asiakkaista valtaosa (76,7 %) oli naisia. Selvästi yli puolet (61,6 %) vastaanotolla käyneistä oli iältään 61-vuotiaita tai sitä vanhempia. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kaikkien kokemusasiantuntijan vastaanotolla käyneiden asiakkaiden (n=73) ikä- ja sukupuolijakauma

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 %)
<b>Yhteensä</b>	<b>17 (23,3 %)</b>	<b>56 (76,7 %)</b>

Kyselyyn vastasi yhteensä 25 asiakasta, joista yli puolet (64 %) oli yli 61-vuotiaita tai sitä vanhempia. Vastaaajista valtaosa (76 %) oli naisia. Taulukossa 4 on kuvattuna terveyttä ja hyvinvointia kartoittavaan kyselyyn alkutilanteessa vastanneiden ikä- ja sukupuolijakauma.

TAULUKKO 4. Kyselyyn vastanneiden asiakkaiden (n=25) ikä- ja sukupuolijakauma

Ikä (v)	Miehet f (%)	Naiset f (%)
21-30	0 (0 %)	1 (4%)
31-40	0 (0 %)	1 (4 %)
41-50	0 (0 %)	1 (4 %)
51-60	4 (16 %)	2 (8 %)
61 ≤	2 (8 %)	14 (56 %)
Yhteensä	6 (24 %)	19 (76 %)

Kolmetoista asiakasta vastasi kyselyyn myös toisen kerran. Heistä lähes puolet (46,2 %) oli 61-vuotiaita tai sitä vanhempia. Naisia oli seitsemän (53,8 %) ja miehiä kuusi (46,2 %). (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Lopputilanteessa kyselyyn vastanneiden asiakkaiden (n=13) ikä- ja sukupuolijakauma

Ikä (v)	Miehet f (%)	Naiset f (%)
21-30	0 (0 %)	1 (7,7 %)
31-40	0 (0 %)	1 (7,7 %)
41-50	0 (0 %)	0 (0 %)
51-60	4 (30,8 %)	1 (7,7 %)
61 ≤	2 (15,4 %)	4 (30,8 %)
Yhteensä	6 (46,2 %)	7 (53,8 %)



Taulukossa 6 on kuvattu kyselyyn vastanneiden asiakkaiden taustatiedot ja vastausten välillä kulunut aika. Alku- ja loppukyselyn vastausten välinen aika vaihteli asiakkaiden välillä yhdestä viikosta noin neljään kuukauteen.

TAULUKKO 6. Kyselyyn vastanneiden asiakkaiden (n=25) taustatiedot ja vastausten välinen aika

Ikä (v)	Sukupuoli	Pohjakoulutus	Vastausten välinen aika
51 - 60	Mies	Ammatillinen tutkinto	17 viikkoa
61 ≤	Nainen	Keskikoulu	16 viikkoa
31 - 40	Nainen	Ammatillinen tutkinto	14 viikkoa
61 ≤	Mies	Keskikoulu	14 viikkoa
61 ≤	Nainen	Keskikoulu	13 viikkoa
51 - 60	Mies	Kansa-/peruskoulu	10 viikkoa
61 ≤	Nainen	Korkeakoulututkinto	10 viikkoa
51 - 60	Mies	Ammatillinen tutkinto	10 viikkoa
61 ≤	Mies	Ammatillinen tutkinto	6 viikkoa
51 - 60	Nainen	Ammatillinen tutkinto	1 viikko
21 - 30	Nainen	Ammatillinen tutkinto	Ei tiedossa
61 ≤	Nainen	Keskikoulu ja ammatillinen tutkinto	Ei tiedossa
51 - 60	Mies	Ammatillinen tutkinto	Ei tiedossa
61 ≤	Nainen	Keskikoulu	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Kansa-/peruskoulu	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Korkeakoulututkinto	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Kansa-/peruskoulu	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Korkeakoulututkinto	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Kansa-/peruskoulu	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Keskikoulu	Vain yksi vastauskerta
51 - 60	Nainen	Ammatillinen tutkinto	Vain yksi vastauskerta

61 ≤	Nainen	Ylioppilas ja ammatillinen tutkinto	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Keskikoulu	Vain yksi vastauskerta
61 ≤	Nainen	Kansa-/peruskoulu	Vain yksi vastauskerta
41 - 50	Nainen	Ei tiedossa	Vain yksi vastauskerta

## 6.2 Kokemusasiantuntijan vastaanoton sisältö

Kokemusasiantuntijan vastaanoton sisällöt olivat todella moninaisia ja kattoivat laajasti hyvinvoinnin eri osa-alueita. Useimmin asiakkaan kanssa keskusteltiin hänen terveydentilaansa ja sairastamiseensa liittyvistä asioista. Muita usein käsiteltyjä asioita olivat mielen hyvinvointi, ihmissuhteet ja yksinäisyys sekä arjen haasteet ja erilaiset tukimahdollisuudet. Paljon keskusteltiin myös muun muassa elämäntilanteen muutoksista ja niihin sopeutumisesta. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Kokemusasiantuntijan vastaanotolla (n=73) käsiteltyjä asioita

Vastaanotolla käsitelty aihe	Mainintojen lkm
Terveydentila, sairaudet ja sairastuminen	46 kpl
Mielen hyvinvointi (voimavarat ja selviytymiskeinot, itsestä huolehtiminen, oma aika ja jaksaminen, positiivisuus, usko tulevaan, elämänilo ja -halu, mieliala)	29 kpl
Ihmissuhteet ja yksinäisyys	27 kpl
Tukimahdollisuudet (3. sektorin palvelut, ystäväpalvelu, seniorineuvola, vertaistuki, omahoitoa tukevat nettisivut)	27 kpl
Arjen haasteet (itsenäinen selviytyminen, tuen tarve)	25 kpl
Liikunta, ravitsemus ja uni	19 kpl
Vaikeudet, menetykset, suru sekä lohdutus ja rohkaisu	17 kpl

Harrastukset	14 kpl
Elämäntilanne ja sen muutokset (eläköityminen, työttömyys, työhaku, opiskelemaan haku, avioero, asumisjärjestelyt: muutto, remontti)	13 kpl
Terveydenhuoltokäynti	7 kpl
Kokemusasiantuntijatoiminta	5 kpl

### 6.3 Asiakkaiden koettu terveydentila ja hyvinvointi

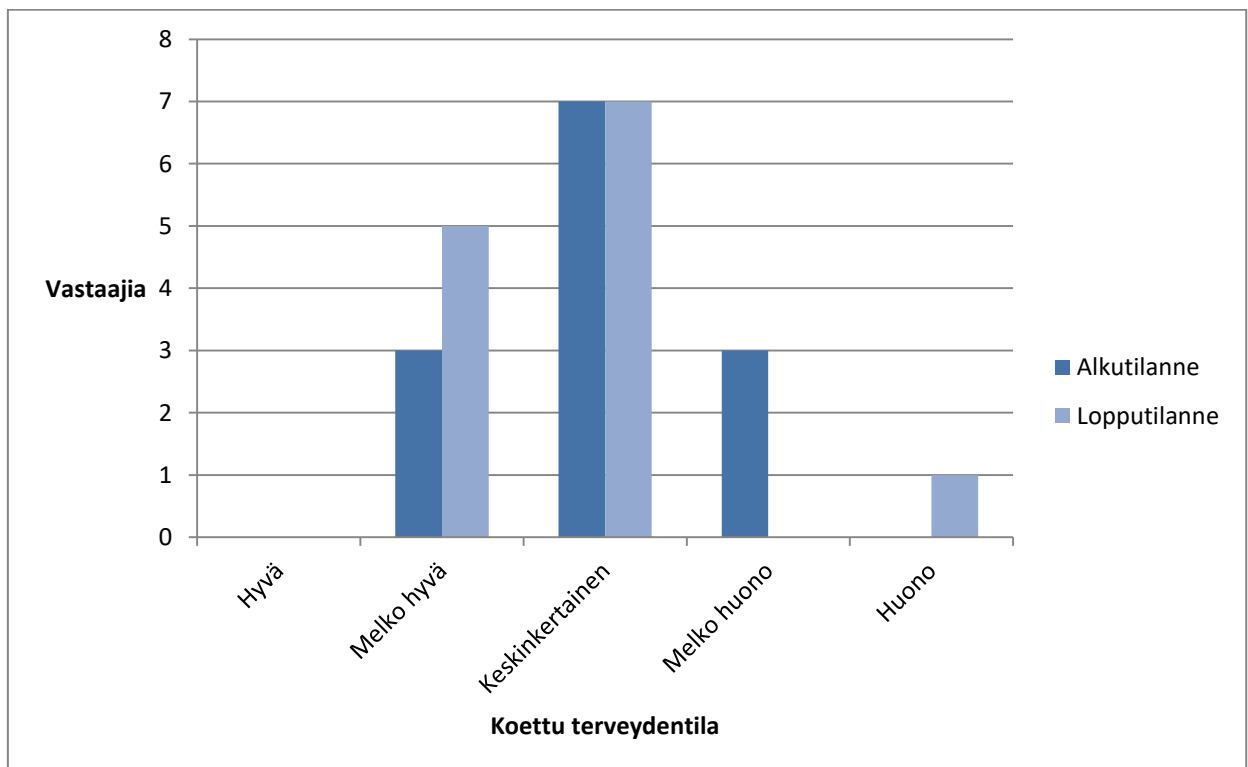
Terveydentilaa ja hyvinvointia kartoittaneeseen kyselyyn sekä alku- että lopputilanteessa vastanneilla (n=13) ei kyselyvastausten välillä ollut minkään muuttujan osalta tilastollisesti merkitsevää eroa. Asiakkaiden koetussa terveydentilassa ja elämään tyytyväisyydessä, asiakkaiden kokemassa sosiaalisessa tuessa, minäpystyvyydessä tai terveystottumuksissa ei siis tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta kokemusasiantuntijan vastaanottokäyntien aikana. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Vastaanottokäyntien aikana tapahtuneiden muutosten tilastollinen merkitsevyys

Muuttuja	Analyysimenetelmä	P-arvo
Koettu terveydentila	Marginal Homogeneity test	p=0,375
Tyytyväisyys elämään	Marginal Homogeneity test	p=0,375
Sosiaalinen tuki	Wilcoxon Signed Rank test	p=0,350
Minäpystyvyys	Wilcoxon Signed Rank test	p=0,416
Tuoreiden kasvisten käyttö	Marginal Homogeneity test	p=1,000
Hedelmien ja marjojen käyttö	Marginal Homogeneity test	p=1,000
Kasarin FIT	Wilcoxon Signed Rank test	p=0,625
Kasarin FIT neliluokkaisena	Marginal Homogeneity test	p=1,000
Tupakointi	Marginal Homogeneity test	p=1,000
Alkoholin käyttö	Marginal Homogeneity test	p=1,000
Hampaiden harjaus	Marginal Homogeneity test	p=1,000

*Terveydentila ja tyytyväisyys elämään.* Alkutilanteessa vastaajista (n=25) kukaan ei kokenut terveydentilaansa täysin hyväksi, mutta yhdeksän (36 %) vastaajaa ilmoitti terveydentilansa olevan mielestään melko hyvä. Vastaajista kahdeksan (32 %) vastasi sen olevan keskinkertainen, kuusi (24 %) melko huono ja kaksi (8 %) vastasi sen olevan mielestään huono. Tyytyväisyys elämään vaihteli vastausvaihtoehdosta kaksi vaihtoehtoon yhdeksän. Vastaajista 16 (64 %) vastasi tyytyväisyytensä elämään olevan asteikolla 0–10 vähintään kuusi.

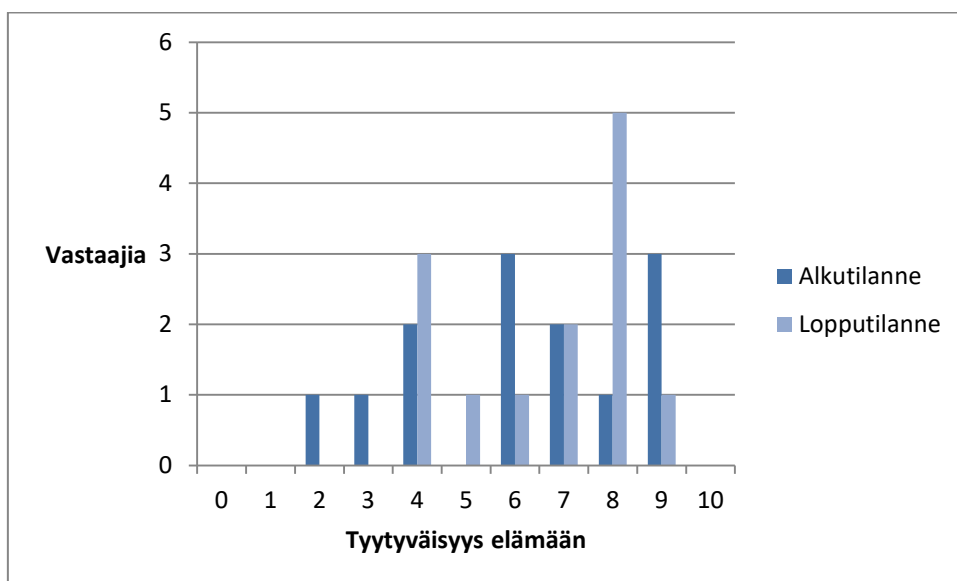
Kyselyyn kaksi kertaa vastanneiden (n=13) osalta kukaan ei alkutilanteessa kokenut terveydentilaansa täysin hyväksi tai täysin huonoksi. Vastaajista kolme (23,1 %) ilmoitti terveydentilansa olevan mielestään melko hyvä, seitsemän (53,8 %) vastasi sen olevan keskinkertainen ja kolme (23,1 %) vastasi sen olevan melko huono. Lopputilanteessa neljä (38,5 %) ilmoitti terveydentilansa olevan melko hyvä, seitsemän (53,8 %) vastasi sen olevan keskinkertainen ja yksi (7,7 %) vastasi sen olevan huono. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Koettu terveydentila alku- ja lopputilanteessa (n=13). Muutoksen tilastollinen merkitsevyys  $p=0,375$ .

Neljällä (30,8 %) vastaajista tapahtui koetussa terveydentilassa muutosta parempaan yhden vastausluokan verran, kahdeksalla (61,5 %) vastaajista koettu terveydentila pysyi samana, yhdellä (7,7 %) tapahtui koetussa terveydentilassa yhden vastausluokan verran muutosta huonompaan suuntaan. Vastaukset alku- ja lopputilanteissa eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi,  $p=0,375$ .

Tyytyväisyys elämään vaihteli kaksi kertaa vastanneilla alkutilanteessa vastausvaihtoehdosta kaksi vaihtoehtoon yhdeksän. Yli puolet vastaajista (69,3 %) vastasi tyytyväisyytensä elämään olevan asteikolla 0–10 vähintään kuusi. Vastaajien keskiarvo oli 6,15. Lopputilanteessa vastaukset vaihtelivat vaihtoehdosta neljä vaihtoehtoon yhdeksän, ja lopputilanteessakin yli puolet vastaajista (69,2 %) vastasi tyytyväisyytensä elämään olevan asteikolla 0–10 vähintään kuusi. Keskiarvo lopputilanteessa oli 6,62. Kuviossa 4 on esitetty alku- ja lopputilanteiden vastaukset elämään tyytyväisyyteen.



KUVIO 4. Tyytyväisyys elämään alku- ja lopputilanteissa (n=13). Muutoksen tilastollinen merkitsevyys  $p=0,375$ .

Alku- ja lopputilanteiden välillä yhdellä (7,7 %) vastaajista oli elämään tyytyväisyydessä asteikolla 0–10 kolmen vastausluokan verran muutosta parempaan suuntaan, kolmella (23,1 %) vastaajista oli kahden vastausluokan ja kahdella (15,4 %) vastaajista yhden vastausluokan verran muutosta parempaan suuntaan. Kolmella (23,1 %) vastaajista vastaus elämään

tyytyväisyyteen pysyi samana. Kolme (23,1 %) vastaajista vastasi lopputilanteessa tyytyväisyytensä elämään olevan yhden vastausluokan verran huonompi kuin alkutilanteessa, ja yksi vastasi tyytyväisyytensä elämään olevan kahden vastausluokan verran huonompi kuin alkutilanteessa. Vastaukset alku- ja lopputilanteessa eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi,  $p=0,375$ .

*Sosiaalinen tuki.* Sosiaaliseen tukeen liittyvien vastausten keskiarvot vaihtelivat välillä 0–5, kaikkien vastaajien ( $n=25$ ) keskiarvon ollessa 2,45. Yli puolella (60 %) vastaajista vastausten keskiarvo oli kahden ja neljän välillä. Yksi vastaajista ei vastannut lainkaan sosiaaliseen tukeen liittyviin kysymyksiin.

Sekä alku- että lopputilanteessa vastanneilla ( $n=13$ ) vastausten keskiarvot vaihtelivat alkutilanteessa välillä 0–4, ja keskiarvo oli 2,37. Lopputilanteessa sosiaalisen tuen keskiarvot vaihtelivat välillä 0–3,4, ja keskiarvo oli 2,22. Sosiaalisen tuen summamuuttujassa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja lopputilanteiden välillä,  $p=0,350$ .

*Minäpystyvyyys.* Alkutilanteessa vastaajien ( $n=25$ ) minäpystyvyyden arvot jakautuivat normaalijakauman tavoin välille 15–40, keskiarvon ollessa noin 28. Sekä alku- että lopputilanteessa kyselyyn vastanneilla ( $n=13$ ) minäpystyvyyden arvot jakautuivat melko tasaisesti välille 16–40, keskiarvon ollessa alkutilanteessa noin 30 ja lopputilanteessa 29. Minäpystyvyydessä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja lopputilanteiden välillä,  $p=0,416$ .

*Terveystottumukset.* Kymmenen (40 %) kaikista vastaajista ( $n=25$ ) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 1–2 päivässä, 11 (44 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 3–4 päivässä ja neljä (16 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 5–6 päivässä. Tuoreita kasviksia käytti viikon aikana 6–7 päivänä vastaajista 11 (44 %), 3–5 päivänä kahdeksan (32 %) ja 1–2 päivänä vastaajista kuusi (24 %). Hedelmiä ja marjoja käytti viikon aikana 6–7 päivänä vastaajista kymmenen (40 %), 3–5 päivänä kymmenen (40 %), 1–2 päivänä neljä (16 %) vastaajaa ja yksi (4 %) vastaajista vastasi, että ei ole viikon aikana käyttänyt lainkaan marjoja tai hedelmiä.

Sekä alku- että lopputilanteessa kyselyyn vastanneiden (n=13) osalta alkutilanteessa viisi (38,5 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 1–2 päivässä, kuusi (46,2 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 3–4 päivässä ja kaksi (15,4 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 5–6 päivässä. Lopputilanteessa neljä (30,8 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 1–2 päivässä, kahdeksan (61,5 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 3–4 päivässä ja yksi (7,7 %) vastasi aterioita tai välipaloja olevan 5–6 päivässä. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Ateriakerrat alku- ja lopputilanteessa (n=13)

Ateriat tai välipalat / pv	Alkutilanne	Lopputilanne
	f (%)	f (%)
1–2 aterialla tai välipalalla	5 (38,5 %)	4 (30,8 %)
3–4 aterialla tai välipalalla	6 (46,2 %)	8 (61,5 %)
5–6 aterialla tai välipalalla	2 (15,4 %)	1 (7,7 %)
7 ≤ aterialla tai välipalalla	0 (0 %)	0 (0 %)
Yhteensä	13 (100 %)	13 (100 %)

Alkutilanteessa tuoreita kasviksia käytti viikon aikana 6–7 päivänä vastaajista viisi (38,5 %), 3–5 päivänä neljä (30,8 %) ja 1–2 päivänä neljä vastaajaa (30,8 %). Hedelmiä ja marjoja käytti viikon aikana 6–7 päivänä vastaajista neljä (30,8 %), 3–5 päivänä kuusi (46,2 %), 1–2 päivänä kaksi vastaajaa (15,4 %), ja yksi (7,7 %) vastasi, ettei ole viikon aikana käyttänyt lainkaan marjoja tai hedelmiä.

Lopputilanteessa tuoreita kasviksia käytti viikon aikana 6–7 päivänä vastaajista viisi (38,5 %), 3–5 päivänä kolme (23,1 %) ja 1–2 päivänä viisi vastaajaa (38,5 %). Hedelmiä ja marjoja käytti viikon aikana 6–7 päivänä vastaajista viisi (38,5 %), 3–5 päivänä neljä (30,8 %), 1–2 päivänä kolme vastaajaa (23,1 %), ja yksi (7,7 %) vastasi, ettei ole viikon aikana käyttänyt lainkaan marjoja tai hedelmiä. Vastaukset tuoreiden kasvien sekä hedelmien ja marjojen käytöstä on koottu taulukkoon 10. Vastaukset alku- ja lopputilanteessa eivät kummankaan muuttujan osalta eronneet toisistaan, p=1,000.

TAULUKKO 10. Tuoreiden kasvisten ja hedelmien ja marjojen käyttö viikon aikana alku- ja lopputilanteessa (n=13).

	Alkutilanne	Lopputilanne
	f (%)	f (%)
<b>Tuoreiden kasvisten käyttö viikon aikana</b>		
Ei kertaakaan	0 (0 %)	0 (0 %)
1–2 päivänä	4 (30,8 %)	5 (38,5 %)
3–5 päivänä	4 (30,8 %)	3 (23,1 %)
6–7 päivänä	5 (38,5 %)	5 (38,5 %)
<b>Hedelmien ja marjojen käyttö viikon aikana</b>		
Ei kertaakaan	1 (7,7 %)	1 (7,7 %)
1–2 päivänä	2 (15,4 %)	3 (23,1 %)
3–5 päivänä	6 (46,2 %)	4 (30,8 %)
6–7 päivänä	4 (30,8 %)	5 (38,5 %)
<b>Yhteensä</b>	<b>13 (100 %)</b>	<b>13 (100 %)</b>

Muutosten tilastollinen merkitsevyys  $p=1,000$ .

Alkutilanteessa kaikista vastaajista (n=25) 84 prosentilla FIT-indeksi oli alle 50. Yhdellä vastaajista arvo oli täydet 100 pistettä. FIT-indeksin keskiarvo vastaajilla oli 25,5. Vastaajista neljä (16 %) sijoittui FIT-indeksin perusteella erittäin aktiivisten luokkaan, kuusi vastaajista (24 %) oli aktiivisia, 11 (44 %) vastaajista jonkin verran aktiivisia, ja neljä (16 %) sijoittui passiivisten luokkaan.

Alku- sekä lopputilanteessa vastanneilla (n=13) FIT-indeksin keskiarvo oli alkutilanteessa 41 ja lopputilanteessa 39. Alkutilanteessa vastaajista kaksi (15,4 %) sijoittui FIT-indeksin perusteella erittäin aktiivisten luokkaan, viisi vastaajaa (38,5 %) olivat aktiivisia, viisi (38,5 %) jonkin verran aktiivisia ja yksi (7,7 %) sijoittui passiivisten luokkaan. Lopputilanteessa vastaajista kolme (23,1 %) sijoittui erittäin aktiivisten luokkaan, kaksi (15,4 %) oli aktiivisia, seitsemän (53,8 %) oli jonkin verran aktiivisia ja yksi (7,7 %) sijoittui passiivisten luokkaan. (Taulukko 11.)



TAULUKKO 11. Vastaajat alku- ja lopputilanteessa (n=13) FIT-indeksin perusteella luokiteltuna

	Alkutilanne	Lopputilanne
	f (%)	f (%)
Erittäin aktiivisia	2 (15,4 %)	3 (23,1 %)
Aktiivisia	5 (38,5 %)	2 (15,4 %)
Jonkin verran aktiivisia	5 (38,5 %)	7 (53,8 %)
Passiivisia	1 (7,7 %)	1 (7,7 %)
Yhteensä	13 (100 %)	13 (100 %)

Muutoksen tilastollinen merkitsevyys  $p=1,000$ .

Kasarin FIT-indeksissä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja lopputilanteiden välillä,  $p=0,625$ . Neljään luokkaan luokiteltunakaan muutosta ei ollut,  $p=1,000$ .

Kaikista vastaajista ( $n=25$ ) 23, eli suurin osa (92 %), ei tupakoinut lainkaan. Yksi vastaaja tupakoi satunnaisesti ja yksi päivittäin. Alussa sekä lopussa vastanneiden ( $n=13$ ) osalta alkutilanteessa 12 (92,3 %) vastaajista ei tupakoinut lainkaan, ja yksi tupakoi satunnaisesti. Lopputilanteessa 12 (92,3 %) vastaajista ei tupakoinut lainkaan, ja yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen.

Kaikista vastaajista ( $n=25$ ) kymmenen (40 %) vastasi, ettei juo alkoholia lainkaan. Kuusi (24 %) vastasi, että juo alkoholia kerran kuussa tai harvemmin ja kuusi (24 %), että juo 2–4 kertaa kuussa. Kaksi (8 %) vastasi, että juo 2–3 kertaa viikossa alkoholia. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen lainkaan. Jatkokysymyksistä ensimmäiseen selvästi yli puolet (71,4 %) vastasi ottaneensa yleensä 1–2 annosta alkoholia niinä päivinä, jolloin käytti alkoholia, ja toiseen kysymykseen yli puolet (64,3 %) vastasi, ettei ole koskaan juonut kerralla kuutta tai useampaa annosta.

Tässä tutkimuksessa vastanneista naisista kaksi ylsi AUDIT-C-testin riskirajaan viisi pistettä tai enemmän, toisella pisteitä oli tasan viisi ja toisella seitsemän. Yhdellä vastanneella miehellä pisteitä oli riskirajan verran eli kuusi.

Alussa sekä lopussa vastanneiden (n=13) osalta alkutilanteessa viisi vastaajista (38,5 %) vastasi, ettei juo alkoholia lainkaan. Neljä (30,8 %) vastasi, että juo alkoholia kerran kuussa tai harvemmin, ja kolme (23,1 %), että juo alkoholia 2–4 kertaa kuussa. Yksi (7,7 %) vastasi, että juo 2–3 kertaa viikossa alkoholia. Lopputilanteessa neljä vastaajista (30,8 %) vastasi, ettei juo alkoholia lainkaan. Neljä (30,8 %) vastasi, että juo alkoholia kerran kuussa tai harvemmin, ja yksi (7,7 %), että juo alkoholia 2–4 kertaa kuussa. Kaksi (15,4 %) vastasi, että juo 2–3 kertaa viikossa alkoholia. Kaksi (15,4 %) vastaajista ei vastannut kysymykseen lainkaan. (Taulukko 12.) Alkoholin käytön useuden vastaukset eivät eronneet toisistaan alku- ja lopputilanteissa,  $p=1,000$ .

TAULUKKO 12. Alkoholin käytön useus alku- ja lopputilanteessa (n=13)

	Alkutilanne	Lopputilanne
	f (%)	f (%)
En koskaan	5 (38,5 %)	4 (30,8 %)
Kerran kk:ssa tai harvemmin	4 (30,8 %)	4 (30,8 %)
2–4 kk:ssa	3 (23,1 %)	1 (7,7 %)
2–3 kertaa viikossa	1 (7,7 %)	2 (15,4 %)
Ei vastausta	0 (0 %)	2 (15,4 %)
Yhteensä	13 (100 %)	13 (100 %)

Muutoksen tilastollinen merkitsevyys  $p=1,000$ .

Sekä alku- että lopputilanteessa vastanneiden osalta kahdeksan henkilöä vastasi alkutilanteessa myös kahteen lisäkysymykseen alkoholin käytöstä. Ensimmäiseen lisäkysymykseen heistä (n=8) selvästi yli puolet (75 %) vastasi ottaneensa yleensä 1–2 annosta alkoholia niinä päivinä, jolloin oli käyttänyt alkoholia, ja toiseen lisäkysymykseen selvästi yli puolet (75 %) vastasi, että ei ole koskaan juonut kerralla kuutta tai useampaa annosta.

Lopputilanteessa kahteen jälkimmäiseen kysymykseen oli seitsemän vastaajaa. Selvästi yli puolet (71,4 %) heistä vastasi ottaneensa yleensä 1–2 annosta alkoholia niinä päivinä, jolloin

oli käyttänyt alkoholia. Kysymykseen, kuinka usein vastaaja on juonut kuusi tai useampia annoksia, kolme (42,9 %) vastasi, että ei ole koskaan juonut kuutta tai useampaa alkoholiannosta kerralla, kolme (42,9 %) vastasi juovansa kuusi tai useampia alkoholiannoksia kerralla harvemmin kuin kerran kuukaudessa, ja yksi (14,3 %) vastasi, että juo kuusi tai useamman annoksen kerralla kerran kuukaudessa. AUDIT C-testin riskirajaan ylsi sekä alku- että lopputilanteessa vastaajista vain yksi mies. Vastaukset alku- ja lopputilanteissa eivät kerralla nautittujen annosten määrässä eronneet toisistaan,  $p=1,000$ . Tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut myöskään kerralla kuuden tai useamman annoksen nauttimisen useudessa,  $p=0,500$ .

Kaikista vastaajista ( $n=25$ ) yli puolet, yhteensä 15 (60 %), harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä, kahdeksan vastaajista (32 %) harjasi hampaansa kerran päivässä, ja yksi (4 %) vastasi, että ei harjaa hampaitaan lainkaan. Yksi osallistuneista (4 %) ei vastannut kysymykseen.

Sekä alussa että lopussa vastanneista ( $n=13$ ) alkutilanteessa yli puolet, vastaajista 8 (61,5 %), harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä, neljä vastaajista (30,8 %) harjasi hampaansa kerran päivässä ja yksi (7,7 %) vastasi, että ei harjaa hampaitaan lainkaan. Lopputilanteessa yli puolet, vastaajista 7 (53,8 %), harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä, neljä vastaajista (30,8 %) harjasi hampaansa kerran päivässä, ja kaksi (15,4 %) vastasi, että harjaa hampaansa harvemmin kuin kerran päivässä. Vastaukset alku- ja lopputilanteessa eivät eronneet toisistaan,  $p=1,000$ .

#### **6.4 Asiakkaiden kokemus vastaanotosta**

Asiakkaista ( $n=13$ ) suurimman osan mielestä kokemusasiantuntijalta saatua tukea kuvasi hyvin tai erittäin hyvin, että tuki oli asiantuntevaa (84,6 %), kannustavaa (100 %), ajatuksia muuttavaa (69,3 %), luottamusta herättävää (92,3 %), toivoa (84,6 %) ja turvallisuutta (61,6 %) lisäävää ja kunnioittavaa (92,3 %) (Taulukko 13).

TAULUKKO 13. Miten annetut kuvaukset asiakkaiden (n=13) mielestä kuvasivat heidän saamaansa tukea

	Erittäin hyvin/ Hyvin	Ei hyvin eikä huonosti	Huonosti/ Erittäin huonosti	Ei vastausta
Asiantuntevaa	11 (84,6 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)	1 (7,7 %)
Kannustavaa	13 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ajatuksia muuttavaa	9 (69,3 %)	3 (23,1 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)
Luottamusta herättävää	12 (92,3 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Toivoa lisäävää	12 (92,3 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Turvallisuutta lisäävää	8 (61,6 %)	5 (38,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Kunnioittavaa	12 (92,3 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Asiakkaista suurin osa oli sitä mieltä, että heidän kokemustaan vastaanotosta kuvasi hyvin tai erittäin hyvin, että he olivat tulleet kuulluiksi (92,3 %). Yli puolet oli sitä mieltä, että heidän kokemustaan vastaanotosta kuvasi hyvin tai erittäin hyvin, että he olivat saaneet lisää tietoa elämäntilanteestaan (69,2 %), heidän itsetuntonsa oli parantunut (61,6 %), he olivat saaneet voimaa pysyä päätöksissään (61,6 %), heidän tulevaisuudenuskonsa oli vahvistunut (69,3 %), he olivat muuttaneet ajatteluaan kokemusasiantuntijalta saamiensa kommenttien takia (69,2 %) ja olivat saaneet jakaa kokemuksiaan palvelujärjestelmästä (61,5 %) (Taulukko 14).

TAULUKKO 14. Miten esitetyt väitteet asiakkaiden mielestä kuvasivat heidän saamaansa tukea

	Erittäin hyvin/ Hyvin	Ei hyvin eikä huonosti	Huonosti/ Erittäin huonosti	Ei vastausta
Olen kokenut tullee kuulluksi.	12 (92,3 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Olen saanut lisää tietoa elämäntilanteestani.	9 (69,2 %)	3 (23,1 %)	1 (7,7 %)	1 (7,7 %)
Olen saanut yhteyden muihin saman kokeneisiin.	5 (38,5 %)	5 (38,5 %)	2 (15,4 %)	1 (7,7 %)
Olen saanut jakaa kokemuksia saman kokeneiden kanssa.	6 (46,2 %)	4 (30,8 %)	2 (15,4 %)	1 (7,7 %)
Itsetuntoni on parantunut.	8 (61,6 %)	3 (23,1 %)	2 (15,4 %)	0 (0 %)
Olen saanut voimaa pysyä päätöksissäni.	7 (53,9 %)	5 (38,5 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)
Tulevaisuuden uskoni on vahvistunut.	9 (69,2 %)	1 (7,7 %)	3 (23,1 %)	0 (0 %)
Tuki lisäsi ahdistustani.	0 (0 %)	2 (15,4 %)	10 (76,9 %)	1 (7,7 %)
Olen muuttanut ajatteluani kokemusasiantuntijalta saamani kommenttien takia.	9 (69,2 %)	2 (15,4 %)	2 (15,4 %)	0 (0 %)
Olen saanut jakaa kokemuksiani palvelujärjestelmästä.	8 (61,6 %)	4 (30,8 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)

Kaikki kolmetoista kyselyyn vastannutta asiakasta vastasi voivansa suositella kokemusasiantuntijan vastaanottoa muille. Jatkokysymyksenä vastaajia pyydettiin perustelemaan vastauksensa, ja kymmenen asiakasta vastasi tähän jatkokysymyksen. Kolmessa vastauksessa mainittiin kohdatuksi tuleminen, ja kaksi kertaa mainittiin, että

puhuminen auttaa. Kerran mainittuja asioita olivat neuvojen saaminen, apu tulevaisuuden ajatteluun, positiivinen kokemus kokemusasiantuntijasta persoonana, ja että vastaanotto sopii yksinäiselle. Kahdessa vastauksessa mainittiin, että perustelu on vaikeaa.

Kaikki (n=13) asiakkaat olivat tyytyväisiä tai hyvin tyytyväisiä kokemusasiantuntijan tukeen. Vastajista kolme (23,1 %) oli hyvin tyytyväisiä, ja kymmenen (76,9 %) oli tyytyväisiä kokemusasiantuntijan tukeen. Kysymykseen, jossa pyydettiin perusteluja tyytyväisyydelle, vastasi yhdeksän asiakasta. Vastauksissa mainittiin neljä kertaa, kuinka puhuminen tekee hyvää ja auttaa. Kolme kertaa mainittiin, että kokemusasiantuntijan tuki vaikutti ajatteluun ja laajensi näkökulmia asioihin. Kaksi kertaa tuli esiin, että kokemusasiantuntija oli henkilönä sopiva kuuntelija. Kerran mainittuja asioita olivat rohkaisun saaminen vertaiselta, vapaa mielipiteiden vaihto sekä elämänuskon ja itsetunnon vahvistuminen. Vastauksissa esitettiin myös toive kokemusasiantuntijapalvelun jatkumisesta.

Kukaan vastanneista ei ollut tyytymätön tukeen, mutta yksi asiakas vastasi, että olisi kaivannut ”myötäelämistä” ja ”kokemusperäistä neuvoa”. Toiveita kokemusasiantuntijan vastaanoton kehittämisestä esitti yhdeksän asiakasta. He toivoivat terveydentilan kokonaisvaltaista kartoittamista, neuvontaa eteenpäin palveluissa, enemmän kommentteja oman puheensa katkaisemiseksi ja kokemuksen karttumista kokemusasiantuntijalle. Lisäksi toivottiin pidempiä käyntikertoja, vastaanotto toiminnan jatkumista, verkkoajanvarauksen toimimista ja enemmän näkyvyyttä toiminnalle. Kolme asiakasta vastasi, että ei osaa sanoa, mitä toivoisi vastaanoton kehittämiseksi.

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Kokeamusasiantuntijan vastaanotolla käsiteltiin hyvin laajasti ihmisen elämän monia eri osaluokkia kattavia teemoja. Terveysta ja hyvinvoinnista keskusteltiin niin fyysisestä, psyykkisestä kuin sosiaalisestakin näkökulmasta. Lisäksi käsiteltiin erilaisia arjen haasteita ja tukimahdollisuuksia niihin. Kokemusasiantuntijan vastaanottokäyntien aikana ei tässä tutkimuksessa tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta asiakkaiden terveydessä tai hyvinvoinnissa. Asiakkaiden kokemus kokemusasiantuntijan vastaanotosta oli hyvin positiivinen, ja he kokivat saaneensa tukea vastaanotolta. Asiakkaat olivat tyytyväisiä ja kertoivat voivansa suositella palvelua myös muille.

On huomionarvoista, miten monenlaisista aiheista kokemusasiantuntijan vastaanotolla keskusteltiin, ja että se edellyttää kokemusasiantuntijoilta erittäin 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 elämäntyyliä kohtaan. Kokemusasiantuntijoita on hyvä valmentaa tähän jo heidän koulutuksessaan. Kokemusasiantuntijoiden ei tarvitse olla kaikkien terveyshaasteiden asiantuntijoita, vaan kyse on edelleen inhimillisestä vertaisten kohtaamisesta (Department of Health 2004, 14).

Lähes kaikki vastanneet asiakkaat olivat sitä mieltä, että vastaanotolta saatu tuki oli asiantuntevaa, kannustavaa ja kunnioittavaa, ja että he olivat tulleet kuulluiksi. Tästä voi päätellä, että kokemusasiantuntijoilla oli niitä asiakkaiden kanssa kunnioittavien ja luottamuksellisten suhteiden luomiseen tarvittavia sosiaalisia taitoja, jotka on havaittu kokemusasiantuntijoille tärkeiksi (South ym. 2013). Selvästi yli puolet asiakkaista oli myös sitä mieltä, että saatu tuki oli muuttanut heidän ajatteluaan, lisännyt toivoa ja turvallisuutta, ja että he olivat saaneet lisää tietoa elämäntilanteestaan, vahvistusta itsetunnolle, voimaa pysyä päätöksissään ja uskoa tulevaisuuteen. Asiakkaat siis kokivat saadun tuen vaikuttaneen heihin positiivisesti, vaikka määrällisillä terveyden ja hyvinvoinnin mittareilla ei havaittu

tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Huomionarvoista on, että kaikki asiakkaat myös vastasivat voivansa suositella kokemusasiantuntijan vastaanottoa muille.

Kukaan osallistuneista asiakkaista ei pitänyt terveydentilaansa täysin hyvänä. Yli puolet piti sitä melko hyvänä tai keskinkertaisena. On mahdollista, että kaikkein heikoimmaksi terveydentilansa kokeneet eivät voimavarojen puutteen vuoksi vastanneet kyselyyn lainkaan. Suomalaisten tyytyväisyyden elämään on aiemmissa tutkimuksissa arvioitu olevan keskimäärin 8,0 asteikolla 0–10 (Eurostat 2015). Tässä tutkimuksessa vastaajien keskiarvo samalla asteikolla oli kuuden ja seitsemän välillä sekä alku- että lopputilanteessa, eli selvästi kansallisen keskiarvon alapuolella.

Kyselyyn vastanneiden ateriakerrat olivat melko harvat ravitsemussuositukseen (Terveyttä ruoasta 2014) nähden. Vain neljällä vastanneella oli ravitsemussuositusten mukainen ateriarytmi. Kysymys aterioiden ja välipalojen määrästä on kuitenkin monitulkintainen, ja kaikki vastaajat eivät välttämättä ajattele pienenkin suupalan olevan yksi välipalakerta. Päivittäinen tuoreiden kasvien ja hedelmien tai marjojen käyttö oli hieman paremmalla tasolla, mutta kuitenkin vain alle puolet vastanneista käytti tuoreita kasviksia ja hedelmiä tai marjoja päivittäin.

Aiempien tutkimusten perusteella kokemusasiantuntijat ovat voineet auttaa ja tukea asiakkaita elämäntapamuutosten tekemisessä, erityisesti ravitsemuksen ja fyysisen aktiivisuuden osalta (Bagnall ym. 2014; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015; Attree ym. 2012; Poston ym. 2015; Gardner ym. 2012; Jennings ym. 2013). Kokemusasiantuntijan vastaanotolla on ollut positiivisia vaikutuksia myös asiakkaiden psyykkiseen hyvinvointiin, muun muassa minäpystyvyyteen, koettuun hyvinvointiin ja elämänlaatuun (Bagnall ym. 2014, 23; Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015, 15; Protheroe ym. 2016; Gardner ym. 2012. Harris ym. 2014). Lisää näyttöä tarvitaan vielä positiivisten vaikutusten pysyvyydestä ja toiminnan vaikuttavuudesta kansallisella tasolla (Carr ym. 2011; White ym. 2013; Attree ym. 2012). Attree ym. (2012) ovat esittäneet kritiikkiä, että tutkimustulosten yleistäminen on ongelmallista, koska palvelumallit ja toimintaympäristöt ovat vaihtelevia. Kansalliset tutkimukset ovat keskittyneet



tutkimaan asiakasmääriä ja asiakkaiden saavuttamia tavoitteita, eivät niinkään terveysvaikutuksia. Tutkimuksista myös puuttuu usein vertailuryhmä. (Attree ym. 2012.)

Aiemmissä tutkimuksissa on saatu tämän tutkimuksen kanssa samansuuntaisia tuloksia asiakkaiden kokemuksista vastaanotosta. Asiakkaiden kokemukset vastaanotosta ja sen hyödyllisyydestä ovat olleet positiivisia. Tutkimusasetelmissä on kuitenkin ongelmia. Yleensä kokemuksia palvelusta on kysytty vain asiakkailta, jotka ovat suostuneet seurantaan, joten tulokset voivat vääristyä todellisuutta positiivisempaan suuntaan (Attree ym. 2012).

## **7.2 Luotettavuus**

Kokemusasiantuntijan vastaanoton sisältöjen erittelyssä haasteena oli, että vastaanoton sisältöjen kirjaustavat eivät olleet keskenään yhdenmukaisia. Joillakin terveysasemilla tehdyt kirjaukset kuvasivat sisältöjä melko vapaamuotoisesti, mutta yksityiskohtaisesti, kun taas toisilla terveysasemilla kirjaukset olivat hyvin fraasinomaisia, mutta eivät toisaalta kovin yksityiskohtaisesti kertoneet käsitellyistä asioista. Tästä huolimatta oli kuitenkin selvää, että vastaanotolla käsiteltiin hyvin monenlaisia asioita.

Tässä tutkimuksessa vastaanoton vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin ei havaittu, mikä saattaa johtua tutkimusasetelmasta. Tutkimuksen aineisto oli hyvin pieni ja seuranta-aika lyhyt. Vain kolmetoista asiakasta vastasi terveyttä ja hyvinvointia kartoittavaan kyselyyn kaksi kertaa. Kyselyvastausten välinen aika vaihteli hieman yli neljästä kuukaudesta (17 viikkoa) vain yhteen viikkoon. Alle puoli vuotta on lyhyt aika saavuttaa, ja tutkimuksessa havaita, muutoksia terveystottumuksissa ja psyykkisessä hyvinvoinnissa. On mahdollista, että näin lyhyessä ajassa asiakkaan tietoisuus terveydestään ja hyvinvoinnistaan vasta kasvaa ja asiakas alkaa vastaanottokäyntien ja kyselylomakkeen kysymysten myötä ajatella hyvinvointiin liittyviä asioita kriittisemmin. Silloin saavutettuihin muutoksiin terveystottumuksissa eivät välttämättä tule näin lyhyessä ajassa tutkimuksen tuloksissa näkyviin. Asiakkaat voivat olla hyvin eri vaiheissa muutosprosessiaan osallistuessaan kokemusasiantuntijan vastaanotolle.

Analyysin toteutuksessa oli heikkouksia. Joidenkin mittarien kohdalla dataa kadotettiin, kun muodostettiin laaja summamuuttuja, tai analysoitiin muutosta vain koko otoksen osalta eikä yksittäisen asiakkaan kohdalla. Sosiaalisen tuen summamuuttujaan oli yhdistetty 15 eri tahoja, joilta asiakas oli mahdollisesti saanut tukea elämäntilanteessaan. Nämä 15 eri tahoja yhdistämällä ei ole voitu havaita, jos jonkin yksittäisen tahon kohdalla olisikin tapahtunut muutosta alku- ja lopputilanteiden välillä. Myös neliluokkaisen Kasarin FIT-indeksin muutoksia olisi voinut raportoida yksittäisten vastaajien osalta.

Asiakkaiden kokemusta vastaanotosta kuvaava aineisto myös oli hyvin pieni. Se kattoi vain kolmentoista asiakkaan palautteen, ja avointen kysymysten vastaukset olivat hyvin niukkoja. Sen myötä analyysikin näiltä osin oli lähinnä vastausten pelkistämistä ja luettelointia. Asiakkaiden kokemus vastaanotosta oli kuitenkin selkeästi positiivinen. Kokemukset vastaanotolta saadusta tuesta antavat viitteitä voimaantumisen ja toimintakyvyn vahvistumisesta.

### **7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Tämän tutkimuksen perusteella kokemusasiantuntijan vastaanottojen aikana tapahtuneista muutoksista asiakkaiden terveydessä ja hyvinvoinnissa ei voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Kuitenkin vastaanotolla käsiteltiin hyvin kattavasti elämän koko kirjoa arjen haasteista suurempiin kriiseihin, ja asiakkaat olivat tyytyväisiä vastaanotolta saamaansa tukeen. Kokemusasiantuntijan vastaanotto vaikuttaa voimaannuttavalta toimintamuodolta. Se tarjoaa matalan kynnyksen keskusteluapua laajasti terveyden ja hyvinvoinnin erilaisiin haasteisiin ja kysymyksiin.

Jatkossa tarvitaan laajempia tutkimusaineistoja. Kokemusasiantuntijan vastaanoton vaikutusten arvioinnissa tulisi huomioida erityisesti otoksen koko ja riittävän pitkä seuranta-aika. Käytettyjen mittareiden valintaa on myös syytä pohtia; tutkitaanko vaikutuksia standardoiduilla mittareilla vai laajemmin voimaantumisen ja toimintakyvyn näkökulmasta suhteessa asiakkaan omiin tarpeisiin ja tavoitteisiin. Yhteiskunnan näkökulmasta myös kustannusvaikuttavuuden tutkiminen olisi merkityksellistä. Tutkimustuloksia voitaisiin

hyödyntää kokemusasiantuntijan vastaanotto toiminnan kehittämisessä, ja niiden avulla voitaisiin perustella toiminnan tarpeellisuutta ja kannattavuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

## LÄHTEET

- Ahn, S., Basu, R., Smith, M. L., Jiang, L., Lorig, K., Whitelaw, N. & Ory, M. G. 2013. The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health* 2013. 13:1141. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-1141>
- 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 (1), 25-38.
- Bagnall, A-M., Trigwell, J. & White, J. 2014. Health Trainers End of Year Review 1st April 2013 – 31st March 2014. Leeds: Leeds Metropolitan University. <http://www.leedsbeckett.ac.uk/healthtogether/health-trainers-report.pdf>
- Bailey, D. & Kerlin, L. 2015. Can Health Trainers Make a Difference With Difficult-to-Engage Clients? A Multisite Case Study. *Health Promotion Practice* 16 (5), 756-764. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1524839915572802>
- Bailey, D. & Kerlin, L. 2012. What is the impact of health trainer interventions within a mental health setting? *International Journal of Mental Health Promotion* 14 (3), 139-150.
- Ball, L. & Nasr, N. 2011. A qualitative exploration of a health trainer programme in two UK primary care trusts. *Perspectives in Public Health* 131 (1), 24-31. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757913910369089>
- Bromme, R. & Tillema, H. 1995. Fusing Experience and theory: The structure of professional knowledge. *Learning and Instruction* 5 (4), 261 - 267.
- Carr, S. M., 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 (9), i-xii, 1-284.
- Collins, H. & Evans, R. 2007. *Rethinking expertise*. Chicago and London: University of Chicago Press. [http://kutrov.web.elte.hu/tudhat/12\\_collins\\_evans.pdf](http://kutrov.web.elte.hu/tudhat/12_collins_evans.pdf)

- Department of Health. 2004. Choosing health: Making healthy choices easier. Executive Summary. Lontoo.
- Dooris, M., McArt, D., Hurley, M. A. & Baybutt, M. 2013. Probation as a setting for building well-being through integrated service provision: evaluating an Offender Health Trainer service. *Perspectives in Public Health* 133 (4), 199-206. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757913913486036>
- Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta 2017. Vastatieto – Tulevaisuuden asiantuntijuutta etsimässä. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 1/2017. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta. Eduskunta. [https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/tuvj\\_1+2017.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/tuvj_1+2017.pdf)
- EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument 2015. EQ-5D. [https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L\\_UserGuide\\_2015.pdf](https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf)
- 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.
- Gardner, B., Cane, J., Rumsey, N. & Michie, S. 2012. Behaviour change among overweight and socially disadvantaged adults: a longitudinal study of the NHS Health Trainer Service. *Psychology & Health* 27 (10), 1178-1193.
- Gidlow, C. J., Cochrane, T., Davey, R., Beloe, M., Chambers, R., Kumar, J., Mawby, Y. & Iqbal, Z. 2014. One-year cardiovascular risk and quality of life changes in participants of a health trainer service. *Perspectives in Public Health* 134 (3), 135-144.
- Goodall, M., Barton, G. R., Bower, P., Byrne, P., Cade, J. E., Capewell, S., Cleghorn, C.L., Kennedy, L. A., Martindale, A. M., Roberts, C., Woolf, S. & Gabbay, M. B. 2014. Food for thought: pilot randomized controlled trial of lay health trainers supporting dietary change to reduce cardiovascular disease in deprived communities. *Journal of Public Health* 36 (4), 635-643. <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/36/4/635/1528709>
- Hallitusohjelma 2015. Ratkaisujen Suomi: Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=6405>
- Harris, J., Williams, T., Hart, O., Hanson, C., Johnstone, G., Muthana, A. & Nield, C. 2014. Using health trainers to promote self-management of chronic pain: can it work? *British Journal of Pain* 8 (1), 27-33.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590170/pdf/10.1177\\_2049463713511956.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590170/pdf/10.1177_2049463713511956.pdf)

Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Helsinki: Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden keskusliitto. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/03/Kokemusasiantuntija-opas.pdf>

Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England. 2015. Report. The Royal Society for Public Health (RSPH). Viitattu 5.6.2017. <http://healthtrainersengland.com/wp-content/uploads/2014/06/RSPH-HT-report-2015.pdf>

Jennings, A., Barnes, S., Okereke, U. & Welch, A. 2013. Successful weight management and health behaviour change using a health trainer model. Perspectives in Public Health 133 (4), 221-226. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757913913491654>

Kennedy, A., Reeves, D., Bower, P., Lee, V., Middleton, E., Richardson, G., Gardner, C., Gately, C. & Rogers, A. 2007. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self-care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. Journal of Epidemiology and Community Health 61 (3), 254-261. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652924/pdf/254.pdf>

Kokemus- ja vertaistoimijat ry Olkkari 2018a. Yhdistyksen tarkoitus. Viitattu 14.8.2018. <http://olkkari.net/yhdistys/yhdistyksen-tarkoitus/>

Kokemus- ja vertaistoimijat ry Olkkari 2018b. Toiminnan taustaa. Viitattu 14.8.2018. <http://olkkari.net/yhdistys/toiminnan-taustaa>

Kostiainen, E., Ahonen, S., Verho, T., Rissanen, P. & Rotko, T. 2014. Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 36/2014. Helsinki 2014.

Koulutetut kokemusasiantuntijat ry 2018. Ensimmäiset kotoutumisen kokemusasiantuntijat. Viitattu 14.8.2018. <http://www.kokemusasiantuntijat.fi/ensimmaiset-kotoutumisen-kokemusasiantuntijat/>

Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2007. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa Markus Laine, Jarkko Bamberg & Pekka Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki 2007, 9-38.

- Laitinen, M. & Nikupeterri, A. 2013. Kokemusasiiantuntijuus väkivaltatyössä. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Vastapaino. Tampere 2013, 427–458.
- Lorig, K. 2014. Chronic Disease Self-Management Program: insights from the eye of the storm. *Frontiers in Public health* (2).
- Mathers, J., Taylor, R. & Parry, J. 2014. The challenge of implementing peer-led interventions in a professionalized health service: a case study of the national health trainers service in England. *The Milbank Quarterly* 92 (4), 725-753.
- Michie, S., Rumsey, N., Fussell, A., Hardeman, W., Johnston, M., Newman, S. & Yardley, L. 2008. *Improving Health: Changing Behaviour – NHS Health Trainer Handbook*. London: Department of Health and British Psychological Society.
- Mielen ry 2018a. Kokemusasiiantuntijatoiminta. Viitattu 14.8.2018. <https://www.mielen.fi/toiminta/kokemusasiiantuntijatoiminta/>
- Mielen ry 2018b. Toiminta-ajatus. Viitattu 14.8.2018. <https://www.mielen.fi/>
- Nieminen, A. 2014. Kokemustiedon määritelmä ja muodot - kohti uutta kokemuksen politiikkaa? Teoksessa Ari Nieminen, Ari Tarkiainen & Elina Vuorio (toim.) *Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus*. Turun Ammattikorkeakoulun raportteja 177. Turku 2014, 14 - 30.
- 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. 2015. Kokemusasiiantuntijuus. Teoksessa Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos & Sanna Wuorio (toim.) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015: Miten tästä eteenpäin?* THL, työpäpaperi 20/2015, 239.
- Poston, L., Bell, R., Croker, H., Flynn, A. C., Godfrey, K. M., Goff, L., Hayes, L., Khazaeizadeh, N., Nelson, S. M., Oteng-Ntim, E., Pasupathy, D., Patel, N., Robson, S. C., Sandall, J., Sanders, T. A., Sattar, N., Seed, P. T., Wardle, J., Whitworth, M. K., Briley, A. L. 2015. Effect of a behavioural intervention in obese pregnant women (the UPBEAT study): a multicentre, randomised controlled trial. *UPBEAT Trial Consortium. Lancet Diabetes & Endocrinol* 3 (10), 767-777.

- Protheroe, J., Rathod, T., Bartlam, B., Rowlands, G., Richardson, G. & Reeves, D. 2016. The Feasibility of Health Trainer Improved Patient Self-Management in Patients with Low Health Literacy and Poorly Controlled Diabetes: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Journal of Diabetes Research* 2016, 6903245.
- Rissanen, P. 2013. Mitä on kokemusasiantuntijuus? Teoksessa Hanna Falk, Marjo Kurki, Päivi Rissanen, Sini Kankaanpää & Niina Sinkkonen (toim.) *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi*. THL, työpaperi 39/2013, 14–19.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. 1995. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Song, F., Maskrey, V., Blyth, A., Brown, T. J., Barton, G. R., Aveyard, P., Notley, C., Holland, R., Bachmann, M. O., Sutton, S., Brandon, T. H. 2016. Differences in Longer-Term Smoking Abstinence After Treatment by Specialist or Nonspecialist Advisors: Secondary Analysis of Data From a Relapse Prevention Trial. *Nicotine & Tobacco Research* 18 (5), 1061-1066. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4826486/>
- South, J., Woodward, J. & Lowcock, D. 2007. New beginnings: stakeholder perspectives on the role of health trainers. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 127 (5), 224-230. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1466424007081791>
- South, J., Meah, A., Bagnall, A.-M. & Jones, R. 2012. Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. *Global Health Promotion* 20 (1), 5–15. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975912464248>
- 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 (5), 419–426.
- STM (2009) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2009:3. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>
- Storni, C. 2015. Patients' lay expertise in chronic self-care: a case study in type 1 diabetes. *Health Expectations*. 18 (5), 1439–1450.



- Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituksat 2014. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
- Toikko, T. 2011. Kokemusasiantuntija palveluiden kehittäjänä. Teoksessa Petri T. Ruuskanen, Katri Savolainen, Mari Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. EU: UNIpress, 103 - 117.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tynjälä, P. 2010. Asiantuntijuuden kehittämisen pedagogiikkaa. Teoksessa Kaisa Collin, Susanna Paloniemi, Helena Rasku-Puttonen, Päivi Tynjälä (toim.) Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. Helsinki; WSOYpro Oy, 79 - 96.
- Vantaa 2018. Vantaalle on perustettu päihdetyön kokemusasiantuntijan vakanssi. Vantaan uutisia. Julkaistu 31.1.2018.  
[https://www.vantaa.fi/uutisia/kaikki\\_uutiset/101/0/137227](https://www.vantaa.fi/uutisia/kaikki_uutiset/101/0/137227)
- Visram, S., Clarke, C. & White, M. 2014. Making and maintaining lifestyle changes with the support of a lay health advisor: longitudinal qualitative study of health trainer services in northern England. PLoS ONE 9 (5) :e94749.  
<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0094749&type=printable>
- White, J., Woodward, J. & South, J. 2013 Addressing inequalities in health - what is the contribution of health trainers? Perspectives in Public Health 133 (4), 213-220.  
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757913913490853>
- Wilkinson, D. L., Sniehotta, F. F. & Michie, S. 2011. Targeting those in need: baseline data from the first English National Health Service (NHS) health trainer service. Psychology & Health 16 (6), 736-748.

## LIITTEET

Liite 1. Systemaattisen tiedonhaun kuvaus



## Liite 2. Kooste systemaattisen tiedonhaun tuloksista

Viite	Tutkimuksen tarkoitus	Interventiomenetelmät	Päätulokset	Huom!
Attree ym. 2012	Nostaa esiin puutteita ja aukkoja kokemusasiantuntijapalveluiden vaikuttavuuden arvioinnissa.	Katsaus useista eri tutkimuksista, joissa vaihtelevia interventiomenetelmiä	Katsaus arvioi näyttöä kat-toiminnan vaikutuksista ja kyseenalaistaa maallikoiden hyödyntämistä terveyden edistämässä ammattilaisten sijaan. Se nostaa esiin epäjohtonmukaisuuksia tutkimusnäytössä, joka tukee yksilölähtöisiä terveydenedistämistoimia. Interventioissa, jotka tavoittavat heikoimmassa asemassa olevien alueiden asukkaita, tulisi pyrkiä vaikuttamaan myös sosiaalisiin tekijöihin, jotta ne olisivat vaikuttavia.	
Bagnall ym. 2014	Tutkia kat-palveluiden aktiivisuutta ja mielenterveyden ja muun hyvinvoinnin suhdetta asiakkaan demografiseen asemaan ja henkilökohtaisen terveysuunnitelman tavoitteiden saavuttamiseen	Kokemusasiantuntijat (kat) tarjoavat terveyteen liittyvää tietoa ja tukevat asiakkaita terveystottumuksissa. Kat:t sitouttavat yhteisöön ja ohjaavat yksilöitä asianmukaisesti terveyspalveluihin.	Yli 59 % asiakkaista teki henk.koht. terveysuunnitelman. 49 % asiakkaista, jotka täyttivät suunnitelman, saavuttivat asettamansa tavoitteet, ja 23 % saavutti niistä osan. Minäpystyvyys, General Health ja WHO-5 hyvinvointipisteet kohenivat henk. koht. terveysuunnitelman tekemisen seurauksena.	Vuosiraportti
Bailey & Kerlin 2015	Arvioida kat-interventioita vankilassa, koeaikapalvelussa ja mielenterveysasemalla	Kat:t tarjoavat terveyteen liittyvää tietoa ja tukevat asiakkaita terveystottumuksissa. Kat:t sitouttavat yhteisöön ja ohjaavat yksilöitä asianmukaisesti terveyspalveluihin.	Kat-interventiot olivat vaikuttavampia vankilassa ja mielenterveysasemilla verrattuna koeajalla/ehdollisessa vankaudessa olevien parissa, johtuen pitkälti palvelukontekstiin liittyvistä tekijöistä.	
Bailey & Kerlin 2012	Tutkia kat-interventioiden vaikutuksia mielenterveysasemalla.	Yksilö- sekä ryhmäinterventioita.	Kat-interventiot, jotka olivat joustavia ja tarjosivat asiakkaille erilaisia vaihtoehtoja, edistivät mielenterveyden kohentumista.	

Carr ym. 2011	Tunnistaa kat-interventioiden menetelmät sekä tulokset UK:ssa ja samankaltaisissa ympäristöissä.	Katsauksessa mukana 26 tutkimusta, jotka liittyivät kroonisiin sairauksiin, mielenterveyteen, imettämiseen, tupakointiin, ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen, seulontoihin ja HIV:n ehkäisyyn.	Riittämätöntä näyttöä tukemaan tai kiistämään kat:iden hyödyntämistä terveyden edistämisessä.	Katsaus
Dooris ym. 2013	Tutkia kat-palvelun toteutusta rikollisten parissa ja vaikutuksia palvelunkäyttäjiin.	Kat:t tarjoavat terveyteen liittyvää tietoa ja tukevat asiakkaita terveystottumuksissa. Kat:t sitouttavat yhteisöön ja ohjaavat yksilöitä asianmukaisiin terveyspalveluihin.	Palvelu vaikutti positiivisesti rikoksentekijöiden elämään. Sillä saattaa olla positiivisia vaikutuksia käyttäytymisen muutokseen ja koettuun terveyteen ja hyvinvointiin. Palvelu tuki asiakkaita monista kasaantuneista ongelmista selviytymisessä ja vahvisti toivoa ja itseluottamusta.	
Gardner ym. 2012	Tutkia BMI:n, siihen vaikuttavien tottumusten muutosta 12 kk aikana asiakkailla, jotka asettivat ravitsemukseen tai fyysiseen aktiivisuuteen liittyviä tavoitteita.	Kat:t tarjoavat terveyteen liittyvää tietoa ja tukevat asiakkaita terveystottumuksissa. Kat:t sitouttavat yhteisöön ja ohjaavat yksilöitä asianmukaisiin terveyspalveluihin.	Keskimääräinen BMI ja ylipainon/lihavuuden prevalenssi pienenevät hieman. Hedelmien ja vihannesten kulutus lisääntyi, paistettujen välipalojen kulutus väheni, kohtalaisen tai intensiivisen fyysisen aktiivisuuden frekvenssi kasvoi, minäpystyvyys ja koettu terveys ja hyvinvointi kohentuivat. Asiakkaat, joilla oli korkeampi BMI, epäsuotuisampi ruokavalio tai olivat vähemmän aktiivisia lähtötilanteessa, saavuttivat suurempia muutoksia.	
Gidlow ym. 2014	Tutkia 12 kk:n seurannassa muutoksia sydän- ja verisuonisairauksien riskissä ja HRQoL:ssa.	Yksilöllinen arviointi, terveyskäyttäytymisen kartoitukset, tavoitteiden asettaminen, tuki henk.koht. suunnitelman tekemiseksi ja käyttäytymisen muuttamiseksi, aktiivinen kuuntelu ja kommunikointi, mahdollisten	Korkeimmassa riskissä olevien riski pieneni, koko joukossa pieni muutos elämänlaadussa.	

		muiden palveluiden tarpeen tunnistaminen ja niihin ohjaaminen.		
Goodall ym. 2014	Tutkia kat:n vaikutuksia sydänterveyteen ja suotuisten elämäntapojen edistämiseen aikuisilla, joilla on ainakin yksi sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä.	Kat:n elämäntapaohjaus. Kat:t tarjosivat tietoa ja neuvoja tavoitteena muutos avainuskomuksissa, kuten käsityksissä sydän- ja verisuonitautiriskistä ja käyttäytymisen muutoksen eduista ja haitoista.	Koe- sekä kontrolliryhmä lisäsivät hedelmien ja vihannesten kulutusta. Ei löytynyt näyttöä, että kat:n tuki olisi merkitsevästi lisännyt vaikutusta.	Pilotti
Harris ym. 2014	Selvittää hyötyvätkö perusterveydenhuollon asiakkaat, joilla on kroonista kipua, kivun itsehallinnan tuesta.	Cognitive behavioural-lähestymistapa: 1-7 tapaamista, tavoitteiden asettaminen, hallintakeinojen läpikäynti, rentoutuminen.	Kat-interventio voi edistää kroonisen kivun itsehallintaa osana monialaista kivunhallinnan tiimiä. Asiakkaat raportoivat, että 75 % heidän tavoitteistaan saavutettiin tai osittain saavutettiin. Seurannan jälkeen 45 % kertoi heillä olevan ylläpitostrategia kivun itsehallintaan.	
Indicators of change: The adaption of the health trainer service in England 2015	DCRS:n tietojen esittäminen, tuoda esiin yksittäisiä kat-palveluita ja niiden työtä.	Kat:t tarjoavat terveyteen liittyvää tietoa ja tukevat asiakkaita terveystottumuksissa. Kat:t sitouttavat yhteisöön ja ohjaavat yksilöitä asianmukaisiin terveyspalveluihin.	Vahvaa näyttöä kat-palveluiden vaikuttavuudesta. Palvelut toimivat kasvavissa määrin erilaisissa organisaatorakenteissa, mutta onnistuvat edelleen tukemaan yksilöitä ja koko yhteisöjä terveellisempiin elämäntapoihin.	Raportti, tilannekatsaus
Jennings ym. 2013	Arvioida kat-intervention vaikuttavuutta painonpudotukseen ja käyttäytymisen muutokseen.	Vähintään kuusi tapaamista kat:n kanssa. Omien tavoitteiden asettaminen, kat:n neuvoja ja tukea realististen tavoitteiden saavuttamiseksi.	Keskimääräinen paino pieneni hieman ja painon nousu ehkäistiin 90 %:lla osallistujista. Korkean verenpaineen prevalenssi väheni. Hedelmien ja vihannesten kulutus sekä fyysinen aktiivisuus lisääntyivät.	
Poston ym. 2015	Arvioida intervention vaikutuksia raskausajan diabetesriskiin ja	Aloitustapaaminen kat:n kanssa, ja sen jälkeen 8 viikoittaista tapaamista.	Interventio ei pienentänyt raskausajan diabeteksen riskiä eikä suurikokoisten lasten syntymien määrää, vaikka se pienensi ruokavalion sokerikuormaa.	

	suurikokoisten lasten syntymiseen.	Ruokavalioon ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyvää ohjausta.		
Protheroe ym. 2016	Arvioida kat-intervention vaikutuksia verrattuna tavanomaiseen hoitoon asiakkailla, joiden terveydenlukutaito on heikolla tasolla, joiden diabetes on heikossa hoitotasapainossa, ja jotka tulevat alemmasta sosioekonomisesta asemasta.	Interventio koostui strukturoidusta haastattelusta kat:n kanssa, yksilöllisen itsensäjohtamissuunnitelman kehittämisestä ja kat:n tukipuheluista asiakkaalle joka toinen kk maksimissaan 6 kk ajan.	Kat-interventioryhmän osallistujien mielenterveys sekä sairauden kokeminen paranivat merkitsevästi. Interventio oli yhteydessä parempaan itsehoidon hallintaan sekä parempaan QALY-profiiliin 7 kk seurannassa.  Osallistujilla oli parantunut itsehoidon hallinta ja parempi QALY-profiili, mutta näyttöä vaikutuksista fyysiseen terveyteen hyvinvointiin tai diabetekseen liittyvään elämänlaatuun oli vähemmän.	Pilotti
Song ym. 2016	Verrata spesialistin ja ei-spezialistin (sis. kat) toteuttaminen tupakoinninlopettamisinterventioiden vaikutuksia tupakoinnin lopettamiseen.	Spezialistin interventio tupakoinninlopettamisklinikkana verrattuna muihin interventioihin (apteekeissa, perusterveydenhuollossa ja kat-palveluissa).	Repsahdus todennäköisempää kun kyseessä on ei-spezialistin (esim. kat:n) toteuttama interventio, mutta todella erikokoiset vertailuryhmät ja kokemusasiantuntijoilla hyvin pieni osuus.	Todella erikokoiset vertailuryhmät
Visram ym. 2014	Tutkia kat:ilta tukea saaneiden kokemuksia.	Kolme erilaista interventiomallia.	Kat-interventiot räätälöity yksilöllisesti. Vaihtelevia itse raportuituja vaikutuksia: käyttäytymisen muutokset, fyysisen terveyden parantuminen ja lisääntynyt sosiaalinen aktiivisuus.	
White ym. 2013	Tutkia kat:iden vaikutusta Englannin terveyseroihin	Kat:t tarjoavat terveyteen liittyvää tietoa ja tukevat asiakkaita terveystottumuksissa. Kat:t sitouttavat yhteisöön ja ohjaavat yksilöitä asianmukaisiin terveyspalveluihin.	Kat:t tavoittavat ihmisiä, joilla on hyvinvoinnin haasteita, ja tukevat heitä elämäntapamuutoksen tekemisessä. Ei kuitenkaan näyttöä, että kat:t vaikuttaisivat terveyseroihin kansallisella tasolla.	

Liite 3. Tiedote tutkimuksesta asiakkaille

## **TIEDOTE TUTKIMUKSESTA: Kokemusasiantuntija kansansairauksien omahoidon ohjaajana ja kehittäjänä**

Pyydämme Teitä mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan Kokemusasiantuntijan vastaanottotoimintaa. Tutkimuksessa selvitetään vastaanoton toimivuutta ja arvioidaan sen vaikutuksia potilaan hyvinvointiin. Tutkimuksen avulla kehitetään uutta palvelumallia vastaamaan potilaiden tuen tarpeisiin. Tutkimukseen pyydetään kaikkia kokemusasiantuntijan vastaanotolla käyneitä henkilöitä.

Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Perekdyttyänne tähän tiedotteeseen, Teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, keskeyttämiseen mennessä teistä kerätyt tiedot ja tutkimusnäytteet käytetään osana tutkimusaineistoa.

Kokemusasiantuntijan vastaanotolla teitä pyydetään täyttämään kyselylomakkeita, joissa kysytään elämäntilanteeseen, palvelujen käyttöön ja vastaanottokokemukseen sekä jaksamiseen, elämänhallintaan ja arjessa selviytymiseen. Palveluiden käyntitietoja (milloin, missä, kenen luona käyty, käyntisyys) kerätään potilasasiakirjoista ja eri rekistereistä. Teitä saatetaan myös haastatella. Tiedot kootaan numerokoodeilla yhteen lopulliseksi tutkimusaineistoksi. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla siten, että yksittäisten henkilöiden tunnistaminen ei ole mahdollista.

Tutkimustuloksista valmistuu yliopistotasoisia opinnäytetöitä, väitöskirjoja ja siitä kirjoitetaan tieteellisiä artikkeleita. Tutkimustiedostoa ja kyselylomakkeita säilytetään tutkijan huoneessa lukollisessa kaapissa tutkimuksen ajan, jonka jälkeen ne hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla. Paperikyselyt silputaan ja tallennettu tieto hävitetään siihen erityisesti käytettävällä ohjelmalla.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Kokemusasiantuntijan käynnit ovat Teille ilmaisia ja kuuluvat terveyskeskuksen normaaliin toimintaan. Te kuulutte oman terveyskeskuksen vakuutusturvan piiriin.

Tutkimuksesta vastaa professori Tarja Kettunen Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja Jyväskylän yliopistosta. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon. xxx perusturvan johto on sitoutunut tutkimukseen. Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

(Tutkimuksesta vastaavan henkilön yhteystiedot)

Liite 4. Suostumuslomake tutkimukseen osallistumisesta

**SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN: Kokemusasiantuntija kansansairauksien omahoidon ohjaajana ja kehittäjänä**

Minua \_\_\_\_\_(tutkittavan nimi) on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia kokemusasiantuntijan vastaanotto toimintaa. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi \_\_\_\_\_ /\_\_\_/ 20\_\_\_ Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni tai keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan nimi Tutkittavan syntymäaika

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä Allekirjoitus

Minua saa haastatella \_\_\_\_\_

Yhteystiedot \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Liite 5. Terveyttä ja hyvinvointia kartoittava kyselylomake



**Kokemusasiantuntijan vastaanotto**

## ARVOISA VASTAAJA

Tämä kyselylomake liittyy ”**Kokemusasiantuntija kansansairauksien omahoidon ohjaajana ja kehittäjänä**” tutkimushankkeeseen. Lomakkeessa esitetään kysymyksiä tai väittämiä elämäntilanteeseen, palvelujen käyttöön ja vastaanottokokemukseen sekä jaksamiseen, elämänhallintaan ja arjessa selviytymiseen. Olkaa hyvä ja vastatkaa ympäröimällä sopivin vaihtoehto. Täytetyn lomakkeen voitte palauttaa suljetussa kuoressa kokemusasiantuntijalle. Hän toimittaa ne tutkijalle. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista.

Kiitos vastauksestanne,

Tarja Kettunen,  
Terveystieteiden laitos  
PL 35 (L)  
40010 Jyväskylän yliopisto

## TAUSTATIEDOT

### Ikä

1. ≤ 20 v.
2. 21 – 30 v.
3. 31 – 40 v.
4. 41 – 50 v.
5. 51 – 60 v.
6. ≥ 61 v.

### Pohjakoulutus

1. Kansa-/peruskoulu
2. Keskikoulu
3. Ylioppilas
4. Ammatillinen tutkinto
5. Korkeakoulututkinto

### Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

## TERVEYDENTILA JA ELÄMÄÄN TYYTYVÄISYYS

### 1. Onko terveydentilanne nykyisin mielestänne?

- a) hyvä
- b) melko hyvä
- c) keskinkertainen
- d) melko huono
- e) huono

### 2. Kun ajattelette tämän hetkistä elämäänne kokonaisuutensa, kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olette siihen asteikolla 0 (tyytymätön) - 10 (tyytyväinen)?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Tyytymätön

Tyytyväinen

## SOSIAALINEN TUKEA

### 3. Ihmiset antavat erilaista tukea toisilleen. Kun ajattelet omaa elämäntilannettasi, keneltä läheisiltäsi olet saanut tukea?

(5=paljon, 4=melko paljon, 3=vähän, 2=ei lainkaan, 1=en ole kertonut, 0=minulla ei ole ko. henkilöä lähipiirissäni)

a) puolisoiltani	5	4	3	2	1	0
b) ystäviltäni	5	4	3	2	1	0
c) tuttaviltani	5	4	3	2	1	0
d) sukulaisiltani	5	4	3	2	1	0
e) vanhemmiltani	5	4	3	2	1	0
f) lapsiltani	5	4	3	2	1	0

### 4. Oletko saanut elämäntilanteeseesi tukea? (Voit valita useamman vaihtoehdon)

(5=paljon, 4=melko paljon, 3=vähän, 2=ei lainkaan, 1=en ole kertonut, 0=minulla ei ole ko. henkilöä lähipiirissäni)

a) Saman ikäluokan sukulaiseltani	5	4	3	2	1	0
b) Vanhemman /nuoremman ikäluokan sukulaiseltani	5	4	3	2	1	0
c) Ystävältäni	5	4	3	2	1	0
d) Tuttavaltani (esim. työkaverilta)	5	4	3	2	1	0
e) Nettikeskusteluista	5	4	3	2	1	0
f) Vertaistukihenkilöltä (samanlaisessa elämäntilanteessa oleva henkilö)	5	4	3	2	1	0
g) Toiselta potilaalta	5	4	3	2	1	0
h) Minua hoitavilta ammattihenkilöiltä	5	4	3	2	1	0
i) Potilasyhdistyksestä	5	4	3	2	1	0

## MINÄPYSTYVYYS

### 5. Missä määrin seuraavat väittämät kuvaavat mielipidettäsi tai käyttäytymistäsi?

Valitse jokaisesta kohdasta yksi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto ympäröimällä sitä vastaava numero (1-4).

	Ei kuvaa minua lainkaan	Kuvaa minua vain vähän	Kuvaa minua jonkin verran	Kuvaa minua erittäin hyvin
Pystyn aina ratkaisemaan vaikeita ongelmia, jos yritän tarpeeksi.	1	2	3	4
Jos joku vastustaa aikomuksiani, löydän aina keinot päästä haluamaani lopputulokseen.	1	2	3	4
Minun on helppo pitää kiinni tavoitteistani ja saavuttaa päämääräni.	1	2	3	4
Uskon pystyväni selvittämään odottamattomat tilanteet tehokkaasti.	1	2	3	4
Kekseliäisyyteni ansiosta osaan selvittää ennakoimattomista tilanteista.	1	2	3	4
Pystyn ratkaisemaan useimmat ongelmat, jos keskityn asiaan sen vaatimalla teholla.	1	2	3	4
Pystyn pysymään rauhallisena kohdatessani vaikeuksia, koska voin luottaa selviytymiskykyyni.	1	2	3	4
Kun kohtaan ongelman, löydän siihen tavallisesti useita ratkaisuja.	1	2	3	4
Jos olen vaikeuksissa, pystyn yleensä löytämään selviytymiskeinon.	1	2	3	4
Pystyn yleensä käsittelemään kaikki eteeni tulevat asiat.	1	2	3	4

## TERVEYSTOTTUMUKSET

**1. Kuinka monta ateriaa syöt tavallisesti arkipäivänä? (Aterioiden ja välipalojen yhteismäärä päivässä)**

- 1-2 ateriaa/ välipalaa
- 3-4 ateriaa/ välipalaa
- 5-6 ateriaa/ välipalaa
- 7 tai useampia aterioita tai välipaloja

**2. Kuinka usein olet viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia?**

	en kertaakaan	1-2 päivänä	3-5 päivänä	6-7 päivänä
tuoreita kasviksia (esim. raasteita, salaatteja, voileipävihanneksia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kypsennettyjä kasviksia /juureksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hedelmiä ja marjoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Kuinka usein harrastat liikuntaa?**

- vähintään 6 kertaa viikossa
- 3-5 kertaa viikossa
- 1-2 kertaa viikossa
- muutaman kerran kuukaudessa
- kerran kuukaudessa tai vähemmän

**4. Kuinka rasittavaa liikuntaa harrastat?**

- erittäin rasittavaa, kovatehoista liikuntaa, jossa hengästyminen ja hikoilu on runsasta, esim. kilpaurheilu
- selvästi rasittavaa liikuntaa, joka aiheuttaa hengästy mistä ja hikoilua
- kohtalaisen rasittavaa liikuntaa esim. reipasta kävelyä
- kevyttä liikuntaa
- hyvin kevyttä liikuntaa

**5. Kuinka kauan liikuntasuorituksesi tavallisesti kestää?**

- pidempään kuin 30 minuuttia
- 20-30 minuuttia
- 10-19 minuuttia
- alle 10 minuuttia

**6. Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?**

- kyllä, päivittäin
- satunnaisesti
- en lainkaan

**7. Kuinka usein juot olutta, siideriä, viiniä tai muita alkoholijuomia?**

**Ota mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.**

- En koskaan (*jos et käytä alkoholia, voit siirtyä kysymykseen numero 10*)
- Noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2 - 4 kertaa kuussa
- 2 - 3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

**8. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?**

- 1 - 2 annosta
- 3 - 4 annosta
- 5 - 6 annosta
- 7 - 9 annosta
- 10 tai enemmän

**Yksi annos =**

Pullo keskiolutta tai siideriä (33 cl) tai  
Lasi mietoa viiniä (12 cl) tai  
Annos väkevää viiniä (8 cl) tai  
Annos viinaa (4 cl)

**9. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

- En koskaan
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- Kerran kuussa
- Kerran viikossa
- Päivittäin tai lähes päivittäin

**10. Miten usein Sinulla on tapana harjata hampaasi?**

- useammin kuin kerran päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin kuin kerran päivässä
- ei koskaan

## KOKEMUSASIAANTUNTIJAN VASTAANOTTO

### 1. Miten seuraavat kohdat kuvaavat kokemusasiantuntijan vastaanotolta saamaanne tukea?

(5=erittäin hyvin, 4=hyvin, 3=ei hyvin eikä huonosti, 2=huonosti, 1=erittäin huonosti)

a) asiantuntevaa	5	4	3	2	1
b) kannustavaa	5	4	3	2	1
c) ajatuksia muuttavaa	5	4	3	2	1
d) luottamusta herättävää	5	4	3	2	1
e) toivoa lisäävää	5	4	3	2	1
f) turvallisuutta lisäävää	5	4	3	2	1
g) kunnioittavaa	5	4	3	2	1

## TUEN VAIKUTTAUVUUS

### 2. Seuraavassa esitetään väitteitä kokemusasiantuntijan tuesta. Arvioikaa, kuinka hyvin väittämä sopii saamaanne tukeen.

(5=erittäin hyvin, 4=hyvin, 3=ei hyvin eikä huonosti, 2=huonosti, 1=erittäin huonosti)

a) Olen kokenut tullessi kuulluksi.	5	4	3	2	1
b) Olen saanut lisää tietoa elämäntilanteestani.	5	4	3	2	1
c) Olen saanut yhteyden muihin saman kokeneisiin.	5	4	3	2	1
d) Olen saanut jakaa kokemuksia saman kokeneiden kanssa.	5	4	3	2	1
e) Itsetuntoni on parantunut.	5	4	3	2	1
f) Olen saanut voimaa pysyä päätöksissäni.	5	4	3	2	1
g) Tulevaisuuden uskoni on vahvistunut.	5	4	3	2	1
h) Tuki lisäsi ahdistustani.	5	4	3	2	1
i) Olen muuttanut ajatteluani kokemusasiantuntijalta saamieni kommenttien takia.	5	4	3	2	1
j) Olen saanut jakaa kokemuksiani palvelujärjestelmästä.	5	4	3	2	1

**3. Kun olet käynyt kokemusasiantuntijan vastaanotolla, voisitko suositella palvelua muille?**

Kyllä

Ei

**Perustelisitko vastauksesi tähän alle:**

---

---

---

**4. Kuinka tyytyväinen olette kokemusasiantuntijan tukeen?**

- a) hyvin tyytyväinen
- b) tyytyväinen
- c) en ole tyytyväinen enkä tyytymätön
- d) tyytymätön
- e) hyvin tyytymätön

**Perustelisitko vastauksesi tähän alle:**

---

---

---

**Jos olit tyytymätön saamaasi tukeen, millaista tukea olisit kaivannut kokemusasiantuntijalta?**

---

---

---

**5. Millaisia toiveita Sinulla on kokemusasiantuntijan vastaanoton kehittämiseksi?**  
(Voit halutessasi jatkaa kääntöpuolelle)

---

---

---

**KIITOS VAUSTAUKSESTA!**