

**This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.**

**Author(s):** Lappalainen, Päivi; Lappi, Merja; Saari, Eeva-Liisa; Kaipainen, Kirsikka;  
Lappalainen, Raimo

**Title:** "Mielimatka on ollut mieluisa matka" : yhdistelmä kuntoutus vs. perinteinen Silmu-kuntoutus mielenterveysongelmiin ja asiakkaiden kokemukset yhdistelmä kuntoutuksesta

**Year:** 2019

**Version:** Published version

**Copyright:** © Kirjoittajat ja Kela, 2019

**Rights:** In Copyright

**Rights url:** <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

**Please cite the original version:**

Lappalainen, P., Lappi, M., Saari, E.-L., Kaipainen, K., & Lappalainen, R. (2019). "Mielimatka on ollut mieluisa matka" : yhdistelmä kuntoutus vs. perinteinen Silmu-kuntoutus mielenterveysongelmiin ja asiakkaiden kokemukset yhdistelmä kuntoutuksesta. In A.-L. Salminen, & S. Hiekkala (Eds.), *Kokemuksia etäkuntoutuksesta : Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia* (pp. 228-250). Kansaneläkelaitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019052416890>

## 12 ”MIELIMATKA ON OLLUT MIELUIISA MATKA”

### Yhdistelmä kuntoutus vs. perinteinen Silmu-kuntoutus mielenterveysongelmiin ja asiakkaiden kokemukset yhdistelmä kuntoutuksesta

Päivi Lappalainen, Merja Lappi, Eeva-Liisa Saari, Kirsikka Kaipainen ja Raimo Lappalainen

#### Tiivistelmä

Hankkeen tavoitteena oli tutkia verkkopohjaisen, hyväksymis- ja omistautumisterapiamenetelmiin perustuvan yhdistelmämallin eli verkko-ohjelmasta ja kolmesta ryhmämuotoisesta kuntoutusjaksosta koostuvan kuntoutuksen vaikuttavuutta asiakkaiden mielenterveysoireiluun verrattuna Kelan Silmu-mielenterveyskuntoutukseen. Asiakkaat rekrytoitiin lehti-ilmoituksilla kesällä 2017. Tutkimus toteutettiin vuosien 2017–2019 aikana satunnaistetussa kontrolloidussa asetelmassa vertaamalla yhdistelmä kuntoutusryhmää (n = 32) ja perinteistä Silmu-kuntoutusryhmää (n = 27). Yhdistelmä kuntoutusryhmä sai 12 kuukauden kuntoutuksen, johon sisältyi 3 x 2 päivän lähijaksot Peurunka oy:n kuntoutuspalveluissa sekä verkko-ohjelman ensimmäisen lähijakson päätteeksi. Silmu-kuntoutujat saivat 12 kuukauden kuluessa Silmu-kuntoutuksen mukaiset 3 x 5 päivän lähijaksot Peurunka oy:n kuntoutuspalveluissa. Asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia arvioitiin itsearviointimittareilla lähijaksoilla tutkimuksen alussa, 6 kuukauden välimittauksissa sekä 12 kuukauden kuluttua tutkimuksen alusta. Ryhmien muutoksessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja kuntoutusmallien välillä. Tulokset osoittivat, että yhdistelmä kuntoutus ja Silmukuntoutus vähensivät psyykkisiä ja fyysisiä sekä masennus- ja ahdistusoireita ja työuupumusta, paransivat elämänlaatua ja hyvinvointia sekä lisäsivät psykologista joustavuutta. Yhdistelmä kuntoutusmalliin kuuluvat asiakkaat sitoutuivat etäkuntoutukseen erittäin hyvin ja raportoivat hyötyneensä kuntoutuksesta. Yhdistelmä kuntoutusta voidaan suositella vaihtoehtona perinteiselle Silmu-kuntoutukselle.

**Avainsanat:** kuntoutus, teleterveydenhuolto, etäpalvelut, hyväksymis- ja omistautumisterapia, kuntoutujat, mielenterveyshäiriöt, mielenterveysongelmat, mielenterveyskuntoutus, mielenterveyskuntoutujat, masennus, ahdistus, elämänlaatu, uupumus

### 12.1 Johdanto

#### 12.1.1 Kehittämishankkeen taustaa

Mielenterveys on nykyään yksi suurimmista haasteista yhteiskunnassa, sillä mielenterveysongelmat koskettavat vähintään neljäsosaa koko maailman väestöstä jossain kohtaa elämää. Euroopassa ahdistuksen ja masennuksen kaltaiset mielenterveysongelmat ovat erittäin yleisiä (WHO 2005) ja erityisesti depressio aiheuttaa merkittävää työ- ja toimintakyvyn sekä elämänlaadun heikkenemistä

(Koivumaa-Honkanen ym. 2008; Alonso ym. 2012). Arvioidaan, että masennustilasta kärsii samanaikaisesti noin 5–6 % suomalaisista eli noin 250 000 suomalaista aikuista (Kampman ym. 2017). Ennusteiden mukaan vuoteen 2020 mennessä masennuksesta on arvioitu tulevan maailmanlaajuisesti toiseksi yleisin työkyvyttömyyden syy (WHO 2005). Suomessa vakavien masennustilojen aiheuttaman työkyvyttömyyden vuoksi 2 900 henkilöä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2015 ja uusissa eläkepäätöksissä masennustila on tällä hetkellä yleisin diagnoosi (Kampman ym. 2017).

Huolimatta masennuksen yleisyydestä sen tunnistaminen ja hoitoon pääseminen on edelleen ongelmallista. Arvioidaan, että Suomessa vain joka viides saa masennukseensa hoitoa ja vakavasta masennuksesta kärsivistä ainoastaan noin puolet hakeutuu hoitoon (Kampman ym. 2017). Kuitenkin hoitamaton masennus lisää itsemurhan riskiä ja ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä. Mielenterveysongelmien ja erityisesti masennuksen ennaltaehkäisyyn tulisikin kiinnittää huomiota ja ongelmien hoitovalikoimaa tulisi laajentaa.

Masennuksen ja muiden psykologisten ongelmien hoitoon voidaan tarjota tehokkaita matalan kynnyksen hoitomuotoja, esimerkiksi nettiterapiaa, jota ei kuitenkaan vielä hyödynnetä riittävästi täydentämään terveyskeskusten hoitovalikoimaa (Kampman ym. 2017). Perusterveydenhuoltoon tarvittaisiin kuitenkin verkkokuntoutuksen kaltaisia tehokkaita hoitomenetelmiä, joita voitaisiin tarjota heti ongelmien varhaisessa vaiheessa, jolloin esimerkiksi masennustilat ovat suhteellisen helposti hoidettavissa (Stenberg 2017). Verkko-terapiailla voidaan tarjota helposti saavutettavaa, kustannustehokasta ja näyttöön perustuvaa hoitoa suuremmalle joukolle. Lisäksi verkkokuntoutus voi monille olla varteenotettava vaihtoehto, koska kynnys hakeutua hoitoon voi olla matalampi (Stenberg 2017).

Tutkimusnäyttö yli 200 satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta viittaa siihen, että nettiterapiat ovat yhtä tehokkaita kuin kasvokkain tarjottavat terapiat, etenkin kun niihin yhdistetään ammattilaisen tuki (Wagner ym. 2014). Myös ohjelmilla, joissa asiakas työskentelee täysin itsenäisesti, voidaan saada kohtuullisen hyviä tuloksia, mutta ongelmana on erityisesti suuri keskeyttämisten määrä. Nettiterapiain vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa on saatu lupaavia tuloksia sekä kansainvälisesti että Suomessa (kts. esim. Lappalainen ym. 2014; Lappalainen ym. 2015).

Nettiterapiaa voidaan toteuttaa joko reaaliaikaisena, jolloin terapeutti ja asiakas ovat samanaikaisessa videoyhteydessä toisiinsa, tai ajasta ja paikasta riippumattomana, jolloin yhteydenpito on eriaikaista (Stenberg 2017). Ajasta ja paikasta riippumattomassa terapiassa tai kuntoutuksessa asiakas seuraa itsenäisesti 6–12 viikon strukturoitua ohjelmaa, joka koostuu yleensä tekstipohjaisista asiasisällöistä, videoista, äänitteistä, keskustelupalstasta, päiväkirjasta sekä viikoittaisista tehtävistä. Ammattilainen tai tukihenkilö ohjaa ja seuraa terapian tai kuntoutuksen etenemistä ja antaa asiakkaalle säännöllisesti kirjallista palautetta verkkoalustan tai muun turvallisen yhteyden kautta. Etäkuntoutus on yksi verkkopohjaisten hoitojen muodoista, jossa käytetään hyödyksi erilaisia etäteknologian muotoja, kuten matkapuhelinta tai tietokonetta (Salminen ym. 2016). Mielenterveysongelmien hoitoon käytetty etäkuntoutus parantaa hoidon saatavuutta ja kuntoutuksen

intensiteettiä sekä tuo kuntoutuksen asiakkaan omaan toimintaympäristöön (Salminen ym. 2016).

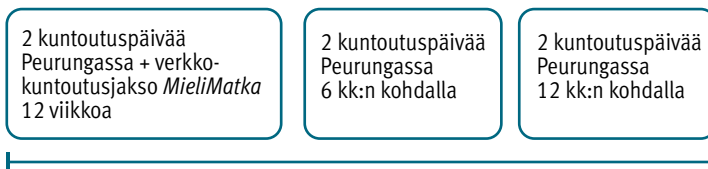
Hyväksymis- ja omistautumisterapia eli HOT (Acceptance and commitment therapy, ACT) on varsin uusi terapiamuoto, joka luetaan kuuluvaksi prosessipohjaisiin kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin (Hayes ja Hofmann 2018). Meta-analyytit osoittavat, että hyväksymis- ja omistautumisterapia on vaikuttava erilaisten psykologisten ja terveysongelmien hoidossa (kts. esim. Ruiz 2012; A-Tjack ym. 2015). Hyväksymis- ja omistautumisterapian on havaittu tutkimuksissa olevan tehokas masennusoireiden lievittäjä (Powers ym. 2009; Bohlmeijer ym. 2011) ja on viitteitä siitä, että HOT on yhtä vaikuttava masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa kuin perinteiset kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät (Forman ym. 2007; Lappalainen ym. 2007). Verkkopohjaisia HOT-menetelmiin perustuvia interventioita on laadittu masennusoireiluun sekä Suomessa (Lappalainen ym. 2014, Lappalainen 2015) että kansainvälisesti (mm. Pots ym. 2016). Erityisesti kuntoutustarkoitukseen HOT-pohjaisia verkkointerventioita ei ole laadittu, mikä onkin lähtökohtana tälle tutkimukselle.

### 12.1.2 Intervention kuvaus

#### Etäkuntoutusryhmä (koe)

Tämän hankkeen niin sanottuun etäkuntoutusryhmään osallistuville mielenterveyskuntoutujille tarjottiin yhdistelmämalli, johon kuului 3 x 2 päivän laitoskuntoutusjakso Peurungassa 12 kuukauden aikana. Ensimmäisen kuntoutusjakson (2 päivän) jälkeen asiakkaille tarjottiin kuuden viikon hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin perustuva verkkokuntoutusohjelma *MieliMatka*. Toinen kuntoutusjakso järjestettiin noin 6 kuukauden kuluttua aloituksesta ja päätösjakso 12 kuukauden kuluttua kuntoutuksen aloituksesta. Näin ollen etäkuntoutusryhmä osallistui kuuteen kuntoutuspäivään kuntoutuslaitoksessa (kuvio 1).

**Kuvio 1.** Yhdistelmä kuntoutusmalli.



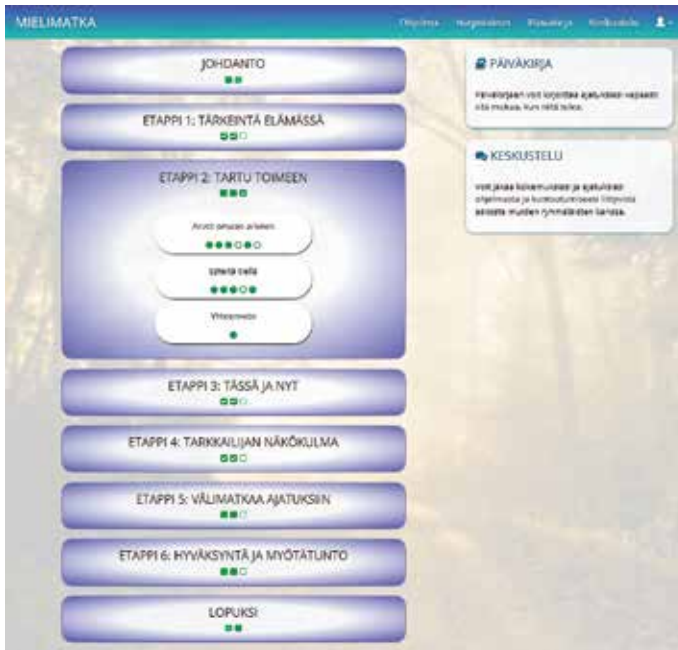
Ensimmäisellä kuntoutusjaksolla psykologin johdolla asiakkaalle annettiin perustiedot motivaatiotyökaluihin sekä taitoihin käsitellä muutosten esteitä, yleisenä tavoitteena oli psykologisen joustavuuden lisääminen. Käsiteltäviä teemoja olivat motivaatio- ja arvotyöskentely, tietoinen läsnäolo, välitmatkan saaminen ajatuksiin, hyväksyntä sekä käsitys itsestä. Tavoitteena oli edistää sekä motivaatiota muutokseen ja vastuunottamista omasta hyvinvoinnista että taitoja käsitellä depressiivisiä ajatuksia ja tunteita. Jokaisen teeman käsittely sisälsi johdannon aiheeseen ja run-

saasti harjoituksia. Nämä teemat löytyivät myös MieliMatka-ohjelmasta. Toisella ja kolmannella kuntoutusjaksolla keskityttiin edelleen MieliMatka-ohjelmassa opittujen taitojen vahvistamiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen. Keskustelujen ja harjoittelun aiheina olivat muun muassa psykologinen joustavuus, itsemyötätunto ja arvojen mukaiset teot.

MieliMatka-verkko-ohjelma oli 12 viikon pituinen, ja se jakautui kahden viikon jaksoissa eteneviin etappeihin (6), joista jokaisella oli oma teemansa ja viikko-tehtävänsä (kuva 2, s. 232). Teemoihin liittyi tietoa hyväksymis- ja omistautumisterapian prosesseista, videoita, kuvia ja kokemuksellisia harjoitteita luettavaksi sekä kuunneltavaksi. Asiakkaalla oli käytössään myös päiväkirja ja keskustelupalsta. MieliMatka-ohjelman ensimmäisellä etapilla (Tärkeintä elämässä) motivoitiin asiakasta muutoksiin ja pohdittiin, mikä itselle on tärkeää elämässä (arvot) ja millaista elämää haluaisi elää. Toisella etapilla (Tartu toimeen) asiakas sai pohtia, miten pukea itselle tärkeät asiat teoiksi ja siten lisätä hyvää oloa elämään. Lisäksi asiakas pääsi pohtimaan mahdollisia esteitä. Kolmannella etapilla (Tässä ja nyt) asiakas sai tutustua tietoiseen läsnäoloon ja sen harjoitteluun. Neljännellä etapilla (Tarkkailijan näkökulma) asiakas harjoitteli ”tarkkailijan näkökulmaa” ja uudenlaista näkökulmaa itsen. Viidennellä etapilla (Välimatkaa ajatuksiin) vuorossa oli välimatkan ottaminen omiin negatiivisiin ajatuksiin ja tunteisiin. Kuudennella etapilla (Hyväksyntä ja myötätunto) keskityttiin harjoittelemaan hyväksynnän vaikeaa taitoa. Lopuksi-osiossa vedettiin teemat yhteen ja kannustettiin jatkamaan harjoittelua ja sen pohjalta opittuja taitoja myös ohjelman päätyttyä. Kuvassa 1 (s. 232) on esitelty verkko-ohjelman etapit.

Asiakasta kannustettiin tekemään harjoitteita kotona säännöllisesti ja liittämään harjoitteet päivittäisiin askareisiin. Kunkin etapin yhteenvetosivu kokosi kunkin etapin sisällön ja esitteli hyvinvointiharjoituksen, johon asiakkaan tuli vastata etapin päätteeksi. Hyvinvointiharjoitus oli tavallisesti jokin arjessa tehtävä pieni teko ja siihen liittyvä pohdintatehtävä, jonka asiakas kirjoitti sille varattuun tilaan verkko-ohjelmassa. Psykologilla oli pääsy asiakkaan vastaukseen, johon hän antoi lyhyen kirjallisen palautteen kunkin etapin päätteeksi. Vastaus oli puolistrukturoitu, mutta se muokattiin yksilöllisesti kullekin asiakkaalle. Kun kukin etappi oli suoritettu, avautui seuraava etappi. Kuvassa 2 on esitelty ote MieliMatka-ohjelman etapilta 6, Hyväksyntä ja myötätunto.

Kuva 1. MieliMatkan verkko-ohjelman etapit.



Lähde: <https://mielimatka.fi/ohjelma/mielimatka/>

Kuva 2. Ote MieliMatka-ohjelmasta (Etappi Hyväksyntä).



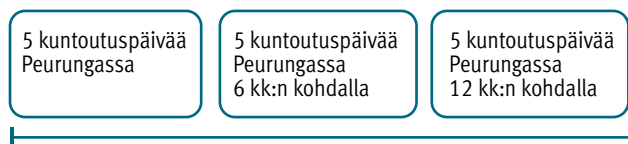
Perinteinen Silmu-kuntoutusryhmä (kontrolli)

Etäkuntoutusmallin vertailuryhmänä hankkeessa käytettiin Silmu-kuntoutusohjelmaa. Perinteiseen Kelan standardien mukaiseen Silmu-kuntoutukseen osallistuvien mielenterveyskuntoutujien kuntoutus sisälsi 15 kuntoutuspäivää, jotka järjes-

tettiin vuoden aikana 3 x 5 päivän jaksoissa (alku, 6 kk, 12 kk). Ohjelman toteutti moniammatillinen ryhmä. Silmu-kuntoutuksessa käsiteltiin moniammatillisesti psyykkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä työhön tai opiskeluun liittyviä asioita sekä yksilöllisesti että pienryhmissä ohjattujen ryhmäkeskustelujen avulla. Kuntoutustyöryhmään kuuluivat psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti, työterveyshuollon erikoislääkäri, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja ravitsemustyöntekijä. Kuntoutuksen alussa keskityttiin ryhmän muodostamiseen, tutustumiseen, kokemusten jakamiseen sekä yhteisten tavoitteiden kartoittamiseen. Kuntoutuksessa oli useita teoreettisia lähestymistapoja, kuten kognitiivinen, ratkaisukeskeinen sekä käyttäytymisterapeuttinen viitekehys.

Kuntoutuksen aikana käsiteltiin asiakkaan psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyviä asioita, jolloin kuntoutus sisälsi myös psykososiaalista ohjausta ja neuvontaa sekä psykoedukaatiota. Lisäksi kuntoutuksessa käytettiin muun muassa arjen hallintaan liittyviä toiminnallisia menetelmiä. Kuntoutuksen aikana tehtiin välitehtäviä, joiden tavoitteena oli tukea kuntoutumisen jatkumista arjessa, joten välitehtävät tehtiin kuntoutuksen väliaikana. Kurssin tarkoituksena oli, että asiakas saa voimavaransa käyttöön, jotta kykenee suoriutumaan työstä, opiskeluista tai muista toimista parhaalla mahdollisella tavalla (Kela 2017). Kuviossa 2 on esitetty Silmu-kuntoutuksen malli.

**Kuvio 2.** Silmu-kuntoutuksen malli.



### 12.1.3 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen yleisenä tavoitteena oli tutkia etäkuntoutusmallin vaikuttavuutta ja sitä, voidaanko kuntoutuslaitosten käyttöön kehittää uudenlaisia, kustannustehokkaita ja toimivia etä- tai yhdistelmä kuntoutusmalleja mielenterveyskuntoutujille, erityisesti mielialaongelmia ja masennusoireita kokeville henkilöille. Perinteisesti tarjottavien kuntoutuskurssien rinnalle tarvitaan uusia ratkaisuja ja vaihtoehtoja. Tutkimuksessa lähdettiin kysymyksestä, saadaanko yhdistelmämallilla, jossa yhdistetään etäkuntoutusjaksot ja lyhennetyt lähikuntoutusjaksot, kliinisesti yhtä vaikuttavat tulokset kuin perinteisellä kuntoutusmallilla. Tämä merkitsisi kustannussäästöjä yhteiskunnalle, helpottaisi pääsyä kuntoutukseen, tarjoaisi asiakkaille uusia, joustavia vaihtoehtoja osallistua kuntoutukseen ja vähentäisi masennuksesta aiheutuvaa inhimillistä kärsimystä. Työelämässä oleva asiakas ja hänen työnantajansa hyötyisivät siten, että kuntoutusjakso olisi helpompi järjestää, koska poissaoloaika työstä lyhenee. Tutkimuksessa haluttiin lisäksi selvittää asiakkaiden kokemuksia yhdistelmämallista. Tutkimus toteutettiin Peurunka oy:n kuntoutuspalveluiden järjestämässä mielenterveyskuntoutuksessa vuosien 2017–2019

aikana. Tutkimusyhteistyötahona toimi Jyväskylän yliopiston psykologian laitos. Tutkimuksen aikana tehtiin läheistä yhteistyötä Kelan ohjausryhmän kanssa.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Vähenevätkö yhdistelmämalliin osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien masennus- tai ahdistusoireilu, työuupumus sekä psykologiset että fysiologiset oireet yhtä paljon kuin perinteisessä Silmu-kuntoutuksessa?
2. Lisääntyvätkö yhdistelmämalliin osallistuneiden kuntoutujien sosiaalinen, psykologinen ja emotionaalinen hyvinvointi sekä psykologinen joustavuus yhtä paljon kuin perinteisessä Silmu-kuntoutuksessa?
3. Hyväksyvätkö yhdistelmämalliin osallistuneet kuntoutujat lyhyemmät kuntoutusjaksot ja siihen liitetyn etäjakson? Millä tavoin he kokevat etäkuntoutusintervention?

Hankkeeseen Etäkuntoutusmalli mielenterveysongelmiin liittyvä tutkimus toteutettiin satunnaistetussa asetelmassa vertaamalla keskenään yhdistelmäkuntoutusta, joka koostui verkko-ohjelmasta ja kolmesta ryhmämuotoisesta kuntoutusjaksosta (koeryhmä), ja perinteistä Silmu-mielenterveyskuntoutusryhmää (kontrolli) alkumittauksesta loppumittaukseen (12 kk). Arvioinnin pohjana käytettiin mielenterveyskuntoutukseen osallistuvien psyykkistä oireilua, elämänlaatua, työuupumusta sekä psykologisen joustavuuden osa-alueita. Mittaukset suoritettiin tutkimuksen alussa, 6 kuukauden sekä 12 kuukauden kohdalla tutkimuksen päätteeksi. Tutkimusasetelma on esitetty kuviossa 3 (s. 235).

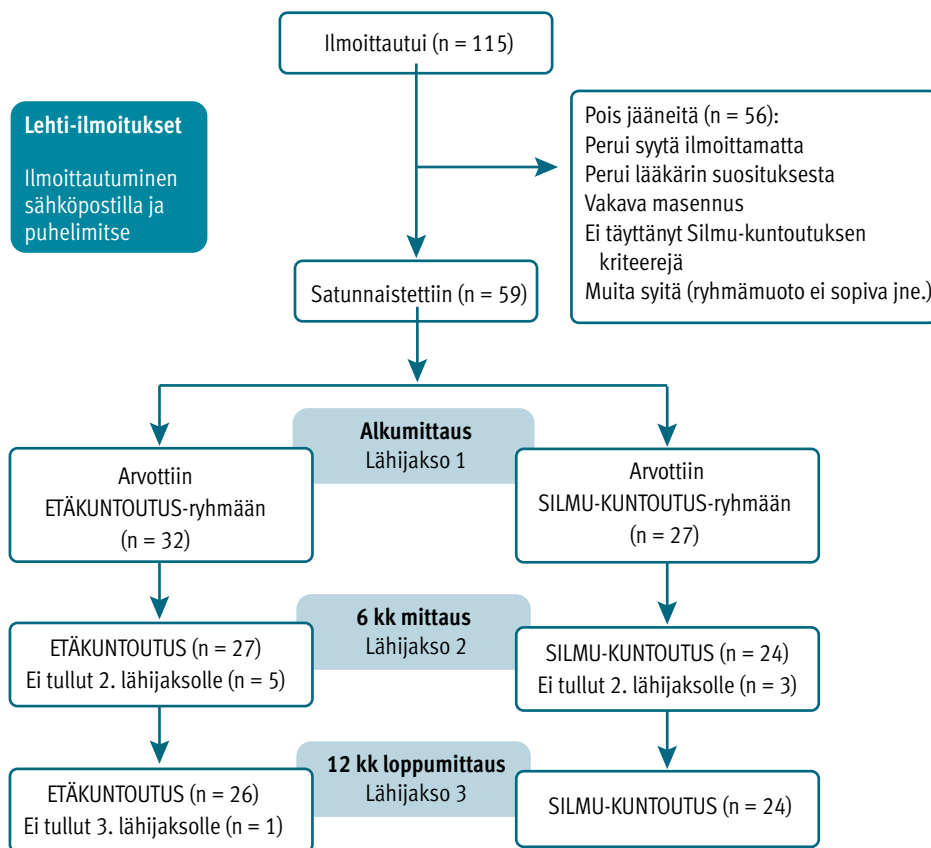
## 12.2 Aineisto ja menetelmät

### 12.2.1 Asiakkaat

Tutkimukseen haettiin lehti-ilmoituksilla 18–60-vuotiaita vähintään lievästi masentuneita henkilöitä, jotka kokivat työkykynsä heikentyneeksi. Tutkimushenkilöiden tuli ensinnäkin täyttää Silmu-kuntoutuksen kriteerit: 18–60 vuoden ikä, vähintään lieväasteinen masennus, ahdistuneisuushäiriö tai vakaassa vaiheessa oleva kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lisäksi kuntoutukseen hakevan tuli opiskella tai olla töissä, olla väliaikaisesti poissa työelämästä, sairauslomalla, kuntoutustuella, työttömänä tai palaamassa työelämään. Kuntoutukseen hakijoilla tuli myös olla heikentynyt työkyky ja kuntoutuksen ajan ja sen jälkeen jatkuva hoitosuhde terveydenhuoltoon. Lisäkriteereinä oli tässä tutkimuksessa tietokone internetyhteydellä sekä tyydyttävä taito käyttää sitä. Tutkittavalla tuli olla myös halu ja kiinnostus osallistua hankkeeseen. Poissulkukriteereinä olivat vakavat mielenterveyden häiriöt, kuten psykoosi tai vakava masennus, vakava-asteinen ahdistushäiriö sekä päihdeongelmat sekä samanaikainen psykologinen hoito tutkimuksen aikana.



Kuvio 3. Tutkimusasetelma.



Tutkimushenkilöitä rekrytoitiin Keski-Suomen ja Pirkanmaan alueelta lehti-ilmoitusten avulla, jotka julkaistiin Aamulehdessä, Jämsän seutu -lehdessä, Pieksämäen lehdessä, Äänekosken Sanomissa, Laukaa–Konnevesi-lehdessä sekä Suur-Jyväskylä-lehdessä ajalla 12.6.–29.9.2017. Ilmoittautuneita rekrytoitiin lisäksi Jyväskylän yliopiston ja Peurungan Facebook-sivujen kautta. Hankkeeseen rekrytoitiin osallistujia myös järjestämällä tilaisuuksia työterveyshuollolle. Kuntoutuksessa kiinnostuneita pyydettiin ilmoittautumaan Jyväskylän yliopiston psykologian laitokselle tai Peurunkaan puhelimitse tai sähköpostitse. Tutkimuksesta kiinnostuneita ilmoittautui 3.10.2017 mennessä yhteensä 115 henkilöä. Ilmoittautuneilla ei ollut tässä vaiheessa lääkärinlausunto B:tä.

Tutkimukseen ilmoittautumisen yhteydessä puhelimitse kartoitettiin hakijan henkilötiedot, Silmun kriteerit ja muut tutkimuskriteerit. Asiakkaiden masennusoireilua selvitettiin 10 kysymystä sisältävällä DEPS-seulalla. Mikäli asiakas haastattelun perusteella täytti tutkimuskriteerit, häntä ohjeistettiin varaamaan aika lääkärinlausuntoa varten ja hakemaan Kelan kuntoutukseen Kelan KU132-lomakkeella ja liittämään hakemukseen lääkärinlausunto B. Tutkimustiedote, suostumusloma-

ke kolmena kappaleena sekä hakemuslomakkeet kuntoutusta varten postitettiin jokaiselle ilmoittautuneelle heti puhelun jälkeen.

Nimilistat ilmoittautuneista lähetettiin Kelan hankepäällikölle sekä Kelan käsittelijöille Kelan suojattua sähköpostia käyttäen. Kun asiakas oli saanut myönteisen päätöksen Kelasta, hänet arvottiin satunnaisesti toiseen kahdesta ryhmästä, joko yhdistelmä kuntoutusryhmään (koeryhmä) tai Silmu-kuntoutusryhmään (kontrolliryhmä). Satunnaistamisen suoritti hankepäällikkö tutkijoilta saadun satunnaistamisohjeistuksen mukaisesti. Ilmoittautuneista osa perui ilmoittautuminsensa jo ennen hakemuksen lähettämistä Kelaan. Syiksi ilmoitettiin muun muassa lääkärin arvio siitä, ettei kyseinen kuntoutusmuoto tai ryhmämuotoinen kuntoutus sovellu hakijalle, B-lausunnon maksullisuus, työesteet, vakava masennus tai sairauseläke. Kaikilta ei saatu syytä peruuttamiselle selville.

Syksyn 2017 aikana (4.9.–18.12.2017) tutkimuksen aloitti yhteensä 44 asiakasta ja keväällä 2018 yhteensä 15 asiakasta (16.1–21.2.2018). Kuntoutuksen aloitti näin ollen yhteensä 59 asiakasta, joista yhdistelmä kuntoutukseen osallistui 32 ja perinteiseen Silmu-kuntoutukseen 27 asiakasta. Välimittaukseen osallistui 50 asiakasta, joista 24 Silmu-ryhmään ja 27 yhdistelmä kuntoutusryhmään. Loppumittaukseen osallistui yhteensä 47 asiakasta (ks. kuvio 3, s. 235).

Alkukyselyllä selvitettiin asiakkaiden demografisia tietoja, arviota terveydentilasta, hoidosta, tyytyväisyydestä hoitoon sekä hoidon riittävydestä. Kaikkien tutkittavien keski-ikä oli 48,2 vuotta. Naisia asiakkaista oli huomattavasti enemmän, 83 prosenttia osallistujista. Suurin osa asiakkaista kävi kokopäivätyössä, yhdistelmä kuntoutusryhmästä lähes 69 prosenttia ja Silmu-ryhmästä lähes 41 prosenttia. Asiakkaiden taustatiedot on esitetty taulukossa 1 (s. 237).

Tiedossa olleita syitä kuntoutuksen keskeyttämiselle yhdistelmä kuntoutusryhmässä olivat huono ajankohta, tarve yksilöllisemmälle tuelle ryhmätyöskentelyn sijaan, aikataulutukselliset syyt ja tyytymättömyys edelliseen jaksoon sekä aikataulutuksellisista syistä yhdistelmä kuntoutuksen sisällä tapahtunut vaihtaminen toiseen ryhmään ja tyytymättömyys siihen. Kaikkien poisjääneiden syyt kuntoutuksen keskeyttämiselle eivät ole tiedossa.

### *12.2.2 Vaikuttavuuden arvioinnissa käytetyt mittarit*

Beck Depression Inventory II -mittarilla (BDI-II; Beck ym. 2004) mitattiin masennusoireita. Kysely koostuu 21 kysymyksestä, joista tutkittava valitsee neljästä masennusoireilua koskevasta väittämästä parhaiten omaa tilannettaan kuvaavan vaihtoehdon. Pistemäärä voi vaihdella välillä 0–63, jolloin raja-arvot ovat seuraavat: 0–13 pistettä = ei masennusta, 14–19 pistettä = lievä masennus, 20–28 pistettä = kohtalainen masennus, 29–63 pistettä = vakava masennus. BDI-II-mittarin reliabiliteetti ja validiteetti on osoitettu hyväksi sekä kliinisessä että ei-kliinisessä populaatiossa (Segal ym. 2008).

**Taulukko 1.** Tutkittavien taustatiedot: ikä, työtilanne ja koulutus.

	Kaikki (n = 59)	Yhdistelmä (n = 32)	Silmu (n = 27)
Ikä (ka)	48,2	48,9	48,2
Sukupuoli (N)			
Mies	9 (15,0 %)	8 (25,0 %)	1 (3,7 %)
Nainen	49 (83,0 %)	24 (75,0 %)	26 (96,3 %)
Työtilanne (N)			
Työssä kokoaikaisesti	33 (41,8 %)	22 (68,8 %)	11 (40,7 %)
Osa-aikainen	12 (15,2 %)	4 (12,5 %)	8 (29,6 %)
Eläkkeellä	3 (3,8 %)	0 (0,0 %)	3 (11,1 %)
Työtön	7 (8,9 %)	4 (12,5 %)	3 (11,1 %)
Muu	3 (3,8 %)	1 (3,1 %)	2 (7,4 %)
Koulutus (N)			
Peruskoulu	4 (6,8 %)	2 (6,3 %)	2 (7,4 %)
Keskiaste <sup>a</sup>	26 (44,5 %)	13 (40,6 %)	13 (48,2 %)
Korkeakoulu	29 (49,0 %)	17 (53,1 %)	12 (44,4 %)

<sup>a</sup> Keskiaste: lukio, ammattikoulu ja ammattiopisto.

Ahdistuneisuutta mitattiin Generalized Anxiety Disorder -mittarilla (GAD-7; Spitzer ym. 2006). Mittarissa on seitsemän kysymystä, joihin vastataan nelipor-taisella asteikolla (ei lainkaan = 0, useana päivänä = 1, suurimpana osana päivis-tä = 2, lähes joka päivä = 3). Mittarin yhteenlaskettu pistemäärä vaihtelee 0:n ja 21:n välillä, jossa 0–5 pistettä tarkoittaa lievää ahdistuneisuutta, 6–10 kohtalaista ahdistuneisuutta, 11–15 kohtalaisen vakavaa ahdistuneisuutta ja 15–21 vakavaa ahdistuneisuutta.

Symptom Checklist-90 -mittarilla (SCL-90; Holi ym. 1998) kartoitettiin psyko-logisia ja fyysisiä oireita. Mittari koostuu 90 väittämästä, joissa vastausvaihtoehdot vaihtelevat välillä ”ei lainkaan” (0) ja ”erittäin paljon” (4). Pisteet voivat vaihdella välillä 0–360, jolloin pienempi pistemäärä tarkoittaa vähemmän oireilua. Jakamal-la pistemäärä 90:llä voidaan saada ns. Global Severity Index -arvo. SCL-90-mit-tarin validiteetti on osoitettu hyväksi suomalaisen väestön keskuudessa tehdyssä tutkimuksessa (n = 337; Holi ym. 1998), jossa GSI-keskiarvo oli 0,60 (SD = 0,44).

Emotionaalista, sosiaalista ja psykologista hyvinvointia mitattiin MHC-SF-mit-tarilla (Mental Health Continuum Short Form; Ryff ja Keys 1995). Lomakkeessa on 14 kysymystä, joista jokaisesta tutkittava voi saada 0–5 pistettä. Maksimipis-temäärä on 70. Vastausvaihtoehdot vaihtelevat välillä ”ei kertaakaan” (0) ja ”päi-vittäin” (5). Mittarin kysymykset voidaan jaotella alaluokkiin sen mukaan, mitä kysymykset mittaavat. Kysymykset 1–3 mittaavat tunne-elämään liittyvää hyvin-vointia, kysymykset 4–8 sosiaalista hyvinvointia ja kysymykset 9–14 psykologista hyvinvointia.

Elämänlaatua mitattiin Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittarilla WHOQOL-BREF (WHOQOL Group 1998), joka on lyhennetty versio The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL-100) -mittarista (Skevington ym. 2004). Sillä arvioidaan elämänlaatua, terveyttä ja muita arkielämään liittyviä asioita viimeisen kahden viikon ajalta. Kyselyn lyhennytyssä versiossa on yhteensä 26 kysymystä, joiden osa-alueet ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä elinympäristö. Suurempi pistemäärä tarkoittaa parempaa elämänlaatua kyseisellä osa-alueella. Lisäksi mittari sisältää kaksi yksittäistä kysymystä, joista toinen kuvaa yleistä elämänlaatua ja toinen terveydentilaan liittyvää elämänlaatua.

Työuupumusta arvioitiin Bergen Burnout Indicator -mittarilla (BBI-15; Näätänen ym. 2003), joka on lyhennetty versio BBI-25-mittarista (Matthiesen 1992). Mittari koostuu 15 kysymyksestä, joihin vastataan asteikolla 1–6. Kysymykset voidaan jakaa 3 osa-alueeseen, jotka ovat uupumusasteinen väsymys, kyynistyminen ja heikko ammatillinen itsetunto. Osa-alueiden yhteenlaskettu summa kuvaa kokonaistyöuupumusta, joka antaa nopean yleiskatsauksen työuupumuksen tasosta. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan BBI-15-mittarin kokonaispistemäärää.

Acceptance & Action Questionnaire -mittarin (AAQ-II; Bond ym. 2011) avulla mitattiin psykologista joustavuutta. Väittämiä on yhteensä 7, joihin vastataan seitsenportaisella asteikolla (1 = ei koskaan pidä paikkaansa, 7 = pitää aina paikkansa). Pisteet vaihtelevat välillä 7–49 ja ne lasketaan suoraan yhteen. Mittarissa ei ole tarkkoja viitearvoja, mutta korkeampi pistemäärä tarkoittaa vähäisempää psykologista joustavuutta eli käänteisesti suurempaa psykologista joustamattomuutta.

Depressiivisten ajatusten tukahduttamista mitattiin White Bear Suppression Inventory -mittarilla (WBSI; Wegner ja Zanakos 1994). Krooninen ajatusten tukahduttaminen liittyy murehtimiseen, negatiivisiin tunteisiin ja on usein yhteydessä masennukseen ja ahdistukseen. Mittari sisältää 15 väittämää, joihin vastataan 5-portaisella asteikoilla (1 = ei pidä lainkaan paikkaansa, 5 = pitää hyvin paikkaansa). Mittarissa ei ole tarkkoja viitearvoja, mutta korkeampi pistemäärä viittaa suurempaan taipumukseen tukahduttaa ajatuksia.

Asiakkaiden sitoutumista verkko-ohjelmaan tarkasteltiin verkkoalustan lokitietojen avulla. Lokitiedoissa tarkasteltiin ohjelman suoritusprosenttia, käyttöaikaa tunneissa sekä suoritettujen hyvinvointiharjoitusten ja keskustelupalstan viestien määrää. Etäkuntoutusryhmän asiakkaiden kokemia hyötyjä ja kehittämiskohteita etäkuntoutuksesta kartoitettiin loppukyselyllä ja loppuhaastattelulla.

## 12.3 Tulokset

### 12.3.1 Mielenterveyskuntoutujaryhmien oireilu ja työuupumus

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, väheneekö yhdistelmäkuntoutukseen osallistuvien asiakkaiden masennus- tai ahdistusoireilu, työuupumus sekä psykologiset että fysiologiset oireet yhtä paljon kuin perinteisessä Silmu-kuntoutuksessa. Ryhmien välisiä muutoksia tarkasteltiin toistettujen mittausten varianssianalyysin avulla ja kuntoutusohjelmien vaikutuksen suuruutta ryhmien välisten ja ryhmien sisäisten efektikokojen (d) avulla. Tarkastelimme ensinnäkin, muuttuivatko ryh-

mät alkumittauksesta loppumittaukseen (12 kk) tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla ( $p < 0,05$ ). Efektikokojen avulla kuvattiin ryhmien eron suuruutta loppumittauksessa siten, että ryhmien välinen ero ennen kuntoutuksen alkua oli huomioitu. Ryhmien sisäisten efektikokojen avulla selvitettiin, kuinka suuri muutos kuntoutusjakson aikana oli tapahtunut, koska  $p$ -arvot eivät anna tietoa muutoksen suuruudesta. Efektikoot tulkitaan seuraavasti:  $d < 0,20$  = ettei ole eroa/ei muutosta;  $d \geq 0,20$  = pieni ero/muutos;  $d \geq 0,50$  keskisuuri ero/muutos ja  $d \geq 0,80$  = suuri ero/muutos. Efektikoko ( $d$ -arvo) antaa lisätietoa eroista ja muutoksesta tilastollisen merkitsevyyden ( $p$ -arvot) lisäksi. Oireittareiden keskiarvot, keskihajonnat, ryhmien väliset efektikoot ( $d^b$ ) sekä ryhmien sisäiset efektikoot ( $d^w$ ) on ilmoitettu taulukossa 2.

**Taulukko 2.** Oireittareiden ja työuupumuksen keskiarvot, keskihajonnat ja efektikoot.

	Alku	6 kk	Loppu 12 kk	$d^b$	$d^w$
BDI-II				0,07	
Silmu	24,13 (10,2)	18,96 (9,11)	16,21 (11,91)		0,71
Yhdistelmä	19,77 (7,60)	14,27 (9,85)	11,23 (9,73)		0,98
SCL-90				0,60	
Silmu	1,04 (0,59)	1,00 (0,59)	0,94 (0,89)		0,13
Yhdistelmä	0,79 (0,31)	0,55 (0,35)	0,42 (0,30)		1,21
GAD-7				0,30	
Silmu	8,17 (5,50)	6,83 (5,10)	5,67 (4,34)		0,50
Yhdistelmä	7,46 (3,91)	5,27 (3,79)	3,54 (2,28)		1,22
BBI-15				0,23	
Silmu <sup>a</sup>	54,59 (15,57)	52,35 (17,07)	48,59 (16,44)		0,37
Yhdistelmä <sup>b</sup>	47,14 (14,70)	39,24 (12,15)	37,71 (11,24)		0,72

<sup>a</sup> Alku  $n = 24$ , 6 kk  $n = 14$ , loppu  $n = 14$ .

<sup>b</sup> Alku  $n = 27$ , 6 kk  $n = 21$ , loppu  $n = 21$ .

Tilastollisesti merkitsevää eroa ei havaittu minkään mittarin muutoksessa ryhmien välillä. Tarkemmat kuvaukset on esitetty alla.

Masennusoireet (BDI-II) vähenivät molemmissa ryhmissä, mutta ero ryhmien välillä muutoksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevä alku- ja loppumittauksen välillä ( $p = 0,830$ ). Ryhmät siis muuttuivat samalla tavalla, jolloin myös ryhmien välinen efektikoko loppumittauksessa oli erittäin pieni ( $d = 0,07$ ). Ryhmien sisäiset efektikoot (alusta loppumittaukseen) puolestaan osoittivat muutoksen olleen vähintään keskisuurta molemmissa ryhmissä, mutta se oli hieman suurempaa yhdistelmä kuntoutusryhmässä ( $d = 0,98$  vs.  $0,71$ ).

Fysiologisen ja psykologisen oireilun osalta (SCL-90) ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa muutoksessa ( $p = 0,156$ ), vaikka keskiarvojen ja efektikokojen perusteella oireiden lasku oli jonkin verran suurempaa yhdistel-

märyhmässä. Ryhmien välinen efektikoko ( $d = 0,60$ ) kertoi keskiuudesta erosta loppumittauksessa etä- ja laituskuntoutuksen välillä yhdistelmä kuntoutusryhmän hyväksi. Ryhmien sisäinen efektikoko osoitti muutoksen yhdistelmä kuntoutusryhmän sisällä olleen suurta ( $d = 1,21$ ) verrattuna Silmu-ryhmässä tapahtuneeseen erittäin pieneen muutokseen ( $d = 0,13$ ).

Ahdistusoireet (GAD-7) vähenivät molemmissa kuntoutusryhmissä ja oireiden laskussa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ( $p = 0,235$ ). Ryhmien välillä oli pieni efektikoko loppumittauksessa ( $d = 0,30$ ) ja ero oli yhdistelmä kuntoutusryhmän hyväksi. Ryhmien sisäiset efektikoot osoittivat jälleen, että yhdistelmä kuntoutusryhmän sisällä tapahtui suuri muutos ( $d = 1,22$ ), kun taas muutos Silmu-ryhmässä oli pienempää ( $d = 0,50$ , keskiuuri muutos).

Työuupumuksen (BBI-15) osalta havaittiin oireiden vähenemistä molemmissa ryhmissä ja ryhmät muuttuivat samalla tavoin eikä tilastollisesti merkitsevää muutosta ryhmien välillä havaittu ( $p = 0,477$ ). Ryhmien välinen efektikoko oli pieni ( $d = 0,23$ ). Ryhmien sisäinen muutos osoitti muutoksen olleen hieman suurempaa yhdistelmä kuntoutusryhmässä, yhdistelmäryhmässä keskiuuri muutos ( $d = 0,72$ ), ja pieni muutos Silmu-ryhmässä ( $d = 0,37$ ).

### 12.3.2 Hyvinvointi-, elämänlaatu- ja prosessimittarit

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, lisääntykö yhdistelmä kuntoutukseen osallistujien sosiaalinen, psykologinen ja emotionaalinen hyvinvointi sekä psykologinen joustavuus yhtä paljon kuin perinteisessä Silmu-kuntoutuksessa. Molemmissa kuntoutusryhmissä sekä hyvinvointi että elämänlaatu kehittyivät myönteisesti kuntoutusjakson aikana lukuun ottamatta psykologista hyvinvointia, jossa loppumittausarvot olivat hieman alkumittausarvoja pienemmät. Muutoksessa alkumittauksesta loppumittaukseen ei ollut ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa minkään hyvinvointi- tai elämänlaatumittarin kohdalla ( $p = 0,065-0,95$ ).

Vaikka ryhmien muutoksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ja ryhmien väliset efektikoot ( $d^b$ ) olivat pieniä tai erittäin pieniä, sisäisten efektikokojen ( $d^w$ ) tarkastelu osoitti muutoksen olleen hieman suurempaa yhdistelmä kuntoutusryhmässä. Kuudessa tarkastellusta yhdeksästä (6/9) mittarista ryhmän sisäinen muutos oli keskiuuri. Vastaavasti yhdessä yhdeksästä (1/9) mittarista Silmu-ryhmässä muutos oli keskiuuri. Lisäksi sosiaalisen hyvinvoinnin kohdalla loppumittauksessa ryhmien välinen ero oli keskiuuri yhdistelmä kuntoutuksen hyväksi. Muista hyvinvointi- ja elämänlaatumittareista poikkeavasti psykologisessa hyvinvoinnissa ei tapahtunut kummassakaan ryhmässä myönteistä muutosta kuntoutusjakson aikana. Hyvinvointi- ja elämänlaatumittarien keskiarvot, keskihajonnat, ryhmien väliset efektikoot ( $d^b$ ) sekä ryhmien sisäiset efektikoot ( $d^w$ ) on raportoitu taulukossa 3 (s. 241).

**Taulukko 3.** Hyvinvointimittareiden keskiarvot, keskihajonnat ja efektikoot.

	Alku	6 kk	Loppu 12 kk	d <sup>b</sup>	d <sup>w</sup>
MHC-SF summa				0,31	
Silmu	29,96 (15,70)	30,88 (14,82)	33,21 (16,60)		0,20
Yhdistelmä	31,72 (17,49)	38,68 (18,78)	40,12 (17,38)		0,48
Emotionaalinen hyvinvointi				0,29	
Silmu	6,71 (4,08)	7,12 (3,54)	8,50 (3,50)		0,47
Yhdistelmä	5,84 (3,48)	8,08 (3,89)	8,72 (4,15)		0,75
Psykologinen hyvinvointi				0,02	
Silmu	13,92 (7,18)	11,50 (7,09)	12,17 (7,83)		0,23
Yhdistelmä	15,24 (8,38)	17,36 (9,06)	13,32 (6,79)		0,25
Sosiaalinen hyvinvointi				0,64	
Silmu	9,29 (5,61)	12,25 (8,32)	12,54 (8,25)		0,46
Yhdistelmä	11,08 (6,18)	13,12 (6,72)	18,08 (8,37)		0,95
WHOQOL Yleinen elämänlaatu				0,19	
Silmu	2,92 (0,78)	3,21 (0,72)	3,29 (0,75)		0,48
Yhdistelmä	3,12 (0,78)	3,36 (0,70)	3,64 (0,57)		0,76
WHOQOL Fyysinen				0,14	
Silmu	43,04 (18,83)	49,17 (19,65)	52,83 (22,66)		0,47
Yhdistelmä	54,84 (12,27)	64,80 (14,43)	66,80 (14,37)		0,90
WHOQOL Psykkinen				0,39	
Silmu	38,13 (16,68)	42,79 (16,89)	47,75 (16,23)		0,58
Yhdistelmä	41,24 (16,83)	50,36 (18,68)	54,40 (19,30)		0,73
WHOQOL Sosiaalinen				0,34	
Silmu	51,04 (18,88)	54,46 (21,61)	54,42 (21,25)		0,17
Yhdistelmä	55,76 (9,86)	60,52 (19,51)	64,04 (14,21)		0,68
WHOQOL Elinympäristö				0,13	
Silmu	66,00 (16,69)	70,04 (14,24)	69,88 (15,28)		0,24
Yhdistelmä	68,16 (16,96)	72,12(18,28)	74,16 (14,94)		0,37

Lisäksi tarkastelimme prosessimittareiden eli psykologisen joustavuuden (AAQ-2) ja depressiivisten ajatusten tukahduttamisen (WBSI) keskiarvoja ja eroa ryhmien välillä. Molemmat kuntoutusohjelmat lisäsivät psykologista joustavuutta ja vähensivät ajatusten tukahduttamista eikä ryhmien muutoksessa ollut tilastollisesti merkitsevää eroa alkumittauksesta loppumittaukseen (AAQ-2,  $p = 0,344$ ; WBSI,  $p = 0,961$ ). Myös ryhmien väliset efektikoot kuntoutuksen lopussa olivat hyvin pieniä. Psykologisessa joustavuudessa ryhmien sisäiset efektikoot kertoivat yhdistelmä kuntoutuksessa tapahtuneen muutoksen olleen suurta ( $d = 0,81$ ), kun

taas Silmu-kuntoutuksen muutos oli hieman pienempää ( $d = 0,44$ ). Näin ollen psykologinen joustavuus lisääntyi yhdistelmä kuntoutuksessa enemmän. Ajatus-ten tukahduttamisen osalta ryhmät muuttuivat samalla tavoin. Prosessimittareiden keskiarvot, keskihajonnat ja ryhmien väliset ( $d^b$ ) sekä ryhmien sisäiset ( $d^w$ ) efektikoot on raportoitu taulukossa 4.

**Taulukko 4.** Prosessimittareiden keskiarvot, keskihajonnat ja efektikoot.

	Alku	6 kk	Loppu 12 kk	$d^b$	$d^w$
AAQ-2				0,14	
Silmu	24,05 (10,64)	21,81 (9,65)	19,52 (9,74)		0,44
Yhdistelmä	24,84 (7,52)	21,80 (8,21)	19,08 (6,71)		0,81
WBSI				0,14	
Silmu	49,76 (12,51)	50,52 (12,50)	44,62 (14,13)		0,39
Yhdistelmä	46,24 (10,51)	47,44 (10,07)	42,68 (12,31)		0,31

Sitoutuminen yhdistelmä kuntoutukseen, hyväksyttävyyys ja käyttäjäkokemukset

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli selvittää, hyväksyvätkö yhdistelmä kuntoutukseen osallistuvat asiakkaat lyhyemmät kuntoutusjaksot ja siihen liitetyn etäjaksen ja millä tavoin he kokevat etäkuntoutusintervention. Ensiksi selvitettiin asiakkaiden sitoutumista verkko-ohjelmaan tarkastelemalla verkkoalustan lokitietoja. Lokitiedoissa tarkasteltiin ohjelman suoritusprosenttia, käyttöaika tunneissa ja suoritettujen hyvinvointiharjoitusten ja keskustelupalstan viestien määrää. Ohjelman suoritusasteen keskiarvo oli lähes 90 prosenttia (89,9 %). Kokonaiskäyttöajan keskiarvo verkko-ohjelman aikana (3 kk) oli 7 tuntia 14 minuuttia. Osa asiakkaista oli vielä intervention jälkeenkin viettänyt useita tunteja ohjelman parissa. Kun tarkasteltiin etappien hyvinvointiharjoitusten suoritusastetta, keskiarvoksi saatiin kuuden etapin osalta 5,4 (min. 1, maks. 6). Keskimääräisesti kuuden etapin verkko-ohjelmasta asiakkaat olivat suorittaneet vähintään viisi osiota, mutta vaihtelu ryhmän sisällä oli suurta. Keskustelupalstan käyttö sen sijaan osoittautui vähäiseksi.

Mielenterveyskuntoutujien kokemia hyötyjä yhdistelmä kuntoutuksesta kartoitettiin verkko-ohjelman sisältöjä arvioivalla 12 kysymyksen loppukyselyllä ja 14 avointa kysymystä sisältävällä loppuhaastattelulla, jonka suorittivat psykologian opiskelijat. Loppukysely sisälsi kysymyksiä tyytyväisyydestä liittyen kuntoutukseen, Mielimatka-verkko-ohjelmaan, psykologiaan, kuntoutusjaksojen hyödyllisyyteen ja suosittelemiseen. Arvioissa on käytetty asteikkoa 1–10 (esim. 1 = erittäin tyytymätön, 10 = erittäin tyytyväinen). Asiakkaiden arviot on esitetty taulukossa 5 (s. 243).



**Taulukko 5.** Yhdistelmä kuntoutusryhmän asiakkaiden keskimääräisiä arvioita kuntoutuksesta (keskiarvo ja vaihteluväli).

<b>Etäkuntoutukseen osallistuneiden tyytyväisyys kuntoutusmalliin</b>	<b>Keskiarvo (vaihteluväli)</b>
Tyytyväisyys kuntoutukseen	8,4 (2–10)
Mielimatka-ohjelman hyödyllisyys	8,5 (2–10)
Kuntoutusjaksojen hyödyllisyys	8,5 (5–10)
Tyytyväisyys psykologiin	8,8 (5–10)
Tyytyväisyys psykologin antamaan verkkopalautteeseen	8,4 (4–10)
Vointini on kuntoutuksen ansioista parantunut	7,9 (2–10)
Suosittelen kuntoutusta muille	8,8 (2–10)

Keskimääräisesti tarkasteltuna asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä yhdistelmä kuntoutukseen ja useimmat antoivat arvosanan 8–10 kuntoutukselle ja sen osa-alueille. Keskiarvoa laskee yhden asiakkaan arvio, joka arvioi kuntoutuksen eri osa-alueet enimmäkseen numeroilla 2–5. Kyseinen asiakas oli tyytymätön kuntoutukseen ja katsoi, ettei kyseinen kuntoutus soveltunut hänelle. Hän ei myöskään tehnyt verkko-ohjelmaa.

Loppuhaastattelussa asiakkaat arvioivat kuntoutusta sanallisesti. Kysymykseen ”Vastasiko kuntoutus odotuksia?” asiakkaat raportoivat kuntoutuksen vastanneen odotuksia ja jopa ylittäneen odotukset. Toiveita esimerkiksi lyhyemmistä kuntoutusjaksojen väleistä esitettiin useassa arvioinnissa. Yksi asiakas oli saanut kuntoutuksesta roppakaupalla hyötyä myös fyysisen terveyden osalta:

”Meni yli odotusten. Enemmän hyötyä kuin ajatteli.”

”Olisi kaivannut jotain boostia tai välikontrollia puolen vuoden jaksoille.”

”Enemmän vaikutusta kuin osasi odottaa.”

”Yllätti positiivisesti.”

”On vastannut (odotuksia), on auttanut. Huomattavasti paremmassa kunnossa kuin vuosi sitten.”

”Terveydellisesti RR on laskenut, ei lääkitystä. Migreenikohtaukset loppuneet, sydänoireet hälvenneet henkisten oireiden lisäksi.”

Lähijaksot ryhmässä toivat kaivattua ympäristönmuutosta ja pysähtymistä. Ryhmän antama vertaistuki katsottiin arvokkaaksi, ryhmä tarjosi mahdollisuuden jakaa ajatuksia. Lähijaksoilla voitiin myös käydä hankalia käsitteitä läpi yhdessä ja harjoitella yhdessä. Ryhmissä oli pääosin syntynyt hyvä yhteishenki ja oli pa joku

ryhmistä jatkanut tapaamista Peurungan ulkopuolellakin. Myös ryhmiä ohjannutta psykologia kiiteltiin.

”Irtiotto arjesta, voi jättää kaiken taakseen. Pääsee pois ja voi keskittyä itseensä.”

”Vertaistuki, muiden kohtaaminen ja sieltä saatu ymmärrys.”

”Saa muiden ajatuksista antia itselleenkin.”

”Kannatteleva, hyväksyvä ilmapiiri.”

”Saa enemmän irti muiden kanssa.”

Mielimatka-verkko-ohjelma ja sen sisältämä runsas ja monipuolinen materiaali, kuten harjoitukset ja videot, koettiin antoisaksi. Ohjelman joustavuutta arvostettiin, erityisesti sitä, että ohjelmaan pääsi aina palaamaan uudelleen ja kertamaan. Mielimatka tarjosi uusia näkökulmia ja uutta ajateltavaa:

”Pakotti miettimään omaa elämää ja jäsentämään ajatuksia.”

”Tykkäsin hirveästi. Vaikka haastavaa, niin antoisaa. Mielimatka ehdottomasti hyödyllinen.”

”Että pääsee palaamaan uudelleen.”

”Oli aika mittava, monenlaisia tehtäviä, kaikki antoivat ajateltavaa.”

”Pystyy tekemään, milloin itsestä tuntuu. Kertaamisen mahdollisuus, luennot voi katsoa uudelleen.”

”Monipuolisuus, mahdollisuus oppia eri aistien kautta.”

## 12.4 Pohdinta

### 12.4.1 Yhteenveto tuloksista

Hankkeen ensisijaisena tavoitteena oli tutkia, vähenikö yhdistelmä kuntoutukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien psyykinen oireilu yhtä paljon kuin perinteisessä Silmu-kuntoutuksessa ja toisaalta lisääntyivätkö psyykinen hyvinvointi ja joustavuus samassa määrin kuin Silmu-kuntoutuksessa. Tavoitteena oli lisäksi selvittää yhdistelmä kuntoutukseen osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia kuntoutusmallista.

Tulokset osoittivat, että 12 kuukauden kuntoutuksen jälkeen sekä yhdistelmä- että Silmu-kuntoutuksessa olleet hyötyivät kuntoutusohjelmista eikä ryhmien välil-

lä havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja muutoksissa minkään mittarin osalta. Efektikokojen perusteella saatiin viitteitä siitä, että muutokset yhdistelmä kuntoutuksessa olivat hieman suurempia kuin Silmu-kuntoutuksessa. Yhteenvetona voidaan todeta, että niin yhdistelmä kuntoutus kuin perinteinen Silmu-kuntoutuskin vähensi kuntoutukseen osallistuneiden psyykkisiä ja fyysisiä sekä masennus- ja ahdistusoireita, paransi hyvinvointia ja elämänlaatua ja lisäsi heidän psykologista joustavuuttaan eli kykyä käsitellä omia vaikeita ajatuksiaan ja tunteitaan. Yhdistelmä kuntoutuksen tulokset ovat yhtenevät aiemman verkkointerventiotutkimuksen kanssa. Lappalaisen ym. (2014) tutkimuksessa havaittiin, että yhdistelmämallin (verkko-ohjelma yhdistettynä alku- ja lopputapaamiseen ja tukihenkilön lyhyeen kirjalliseen verkkopalautteeseen) avulla saavutettiin merkittävä muutos masennusoireilussa (BDI-II pre 20,79, BDI-II 6 kk seuranta 8,74). Samanlainen muutos löydettiin Lappalaisen toisessa tutkimuksessa (2015), jossa masennusoireilusta kärsivät henkilöt saivat ainoastaan puhelinoiton ja viikoittaisen kirjallisen palautteen verkon kautta.

Asiakkaiden kokemukset yhdistelmä kuntoutusmallista olivat erittäin myönteiset. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta kaikki asiakkaat arvioivat yhdistelmä kuntoutusmallin ja sen osa-alueet, kuten verkko-ohjelma Mielimatkan, kuntoutusjaksot sekä ryhmän ohjaajana toimineen psykologin hyvällä arvosanalla. Samoin yhtä lukuun ottamatta kaikki suosittelivat mielellään vastaavaa mallia muille. Kuntoutus vastasi odotuksia, jopa ylitti ne. Yhdistelmämalli, jossa kuntoutusjaksojen ryhmätoimintaan yhdistettiin verkko-ohjelma ensimmäisen jakson jälkeen, koettiin toimivaksi, joskin toivottiin välitapaamisia puolen vuoden ”yksinäisille jaksoille”. Ryhmä tarjosi mahdollisuuden irtiottoon arjesta ja itsestä huolehtimiseen. Lisäksi siitä sai vertaistukea ja ymmärrystä. Psykologin avulla kyettiin avaamaan käsitteitä ja tekemään harjoituksia yhdessä. Psykologin toimintaa ryhmissä ja häneltä saatua verkkopalautetta kiiteltiin. Mielimatka koettiin antoisaksi ohjelmaksi, joka tarjosi runsaasti monipuolista materiaalia: tekstiä, videoita ja harjoituksia, joihin pääsi aina palaamaan ja kertaamaan niiden sisältöä. Kukaan yhdistelmämallin kuntoutujista ei raportoinut tietoteknisiä ongelmia Mielimatka-ohjelman käytössä.

Tutkimuksen vahvuutena oli se, että se oli satunnaistettu tutkimus, vaikkakin heikkoutena voidaan toisaalta pitää pientä otoskokoja. Tavoitteeseen eli 100 henkilöä käsittävään tutkimukseen ei päästy, vaikka kiinnostus tutkimusta kohtaan alun alkaen olikin suurta. Se, että monet ilmoittautuneista vetäytyivät tutkimuksesta, ei kuitenkaan johtunut siitä, että he olisivat ”säikähtäneet” verkkomuotoista kuntoutusmallia, vaan syyt vaihtelivat Kelan Silmu-kuntoutuksen kriteereistä ryhmämuotoiseen toteutukseen sekä omaan elämäntilanteeseen, joka ei sallinut poissaoloa työstä tai kotoa.

Perinteiseen Silmu-malliin verrattuna tutkitulla yhdistelmämallilla voidaan saada kustannussäästöjä, koska lähijaksot olivat 3 x 2 päivän mittaisia verrattuna Silmuun, jossa lähijaksojen pituus on 3 x 5 päivää. Lisäksi yhdistelmämallissa oli huomionarvoista se, että yksi psykologi hoiti koko kuntoutuksen. Näin voimavarat ja kustannukset voidaan fokusoida kuntoutuksen psykologiseen puoleen, minkä mielenterveyskuntoutuksessa tulisikin olla kuntoutuksen keskiössä. On kuitenkin huomioitava, että kuuden lähitapaamispäivän lisäksi kustannuksia syntyy psyko-

login tai tukihenkilön antamasta palautteesta 3 kuukauden verkkojakson aikana. Lisäksi on hyvä muistaa, että tässä hankkeessa yhdistelmä kuntoutuksen kuntoutusjaksojen ohjelma oli yksityiskohtaisesti suunniteltu hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien mukaisesti, jolloin se myös kannatteli kyseisten periaatteiden mukaan laadittua psykologista MieliMatka-verkko-ohjelmaa. Tämä tarkoittaa sitä, että millä tahansa menetelmillä tai verkko-ohjelmilla ei välttämättä saavuteta samoja tuloksia kuin tässä tutkimuksessa. Se tarkoittaa myös sitä, että verkko-ohjelman ja ryhmäohjelman tulee tukea toisiaan. Ongelmana voi olla jatkossa, että kuntoutuslaitos tai muu taho, joka kilpailutuksessa saa vapaat kädet järjestää etäkuntoutuksen mielenterveyskuntoutujille, saattaa laatia esimerkiksi pelkästään tietoa jakavat sivut täyttääkseen vaatimukset etämateriaalista, mikä ei luonnollisestikaan vastaa tässä tutkittua ohjelmaa.

On myös hyvä huomioda, että psykologisella, verkossa sijaitsevalla ohjelmalla ja materiaalilla on tärkeä rooli kuntoutumisessa, erityisesti mielenterveystaitojen viemisessä omaan arkeen. Mielenterveystaitojen harjoittelu vaatii harjoittelua arjessa joka päivä, ja taitojen soveltamista arjen tilanteisiin. Verkossa oleva runsas materiaali antaa mahdollisuuden palata lukemaan ja harjoittelemaan taitoja silloin, kun tilanne sitä vaatii tai kun itsellä on siihen parhaiten aikaa. Verkko-ohjelma tarjoaa näin tasalaatua hoitoa, joka ei ole riippuvainen yksittäisestä terapeutista. Mikäli ohjeet ja harjoitteet ovat vain terapeutin kertoman ja asiakkaan muistin varassa, taidot eivät välttämättä siirry arkielämään.

#### *12.4.2 Mitä palvelu tuottaa asiakkaille ja palveluntarjoajille?*

Mielenterveyskuntoutujille hanke tuotti uudenlaisen, joustavan yhdistelmämallin, jossa yhdistetään verkko-ohjelma ja psykologin ohjaamat ryhmämuotoiset kuntoutusjaksot kuntoutuslaitoksessa. Kuntoutusmuoto on käytännössä toimiva ja asiakkaat hyväksyivät sen erittäin hyvin. Se tarjoaa työikäiselle asiakkaalle joustavan tavan osallistua kuntoutukseen menettämättä vuoden aikana montakaan työpäivää, minkä vuoksi myös työnantajat hyötyvät kyseisestä mallista. Asiakkailta saadun palautteen mukaan tämä oli merkittävä hyöty, sillä osa asiakkaista raportoi, ettei työ- ja kotitilanteen takia olisi hakeutunut kuntoutukseen, mikäli kuntoutus olisi ollut 3 x 5 päivän mittainen.

Yhdistelmämallissa asiakkaat osallistuvat kahden päivän jaksoissa kolmelle ryhmämuotoiselle kuntoutusjaksolle ja ensimmäisen kuntoutusjakson jälkeen siirtyvät käyttämään verkko-ohjelmaa, joka tukee kuntoutusjakson teemoja ja antaa mahdollisuuden syventää kuntoutusjaksolla opittua runsaan harjoitus- ja videomateriaalin avulla. Verkkokuntoutuksessa asiakas käy läpi 12 viikon aikana kuusi etappia, joista kaksi viikkoa on aina varattu yhden etapin käsittelylle. Verkko-ohjelmaan sisältyy lukemista, pohdintojen kirjoittamista ja runsaasti kokemuksellisia harjoitteita, jotka ovat sekä luettavassa tai kuunneltavassa muodossa ja ladattavissa omaan matkapuhelimeen Mp3-muodossa. Kunkin etapin hyvinvointiharjoitus kokoaa etapin teeman ja antaa asiakkaalle hyvinvointiharjoituksen eli pohdinta- ja kirjoitustehtävän ja usein siihen liittyvän pienen käytännön sovel-

tamistehtävän. Kun asiakas on kirjoittanut pohdintansa ja kokemuksensa verkkoalustalle, tukihenkilönä toimiva psykologi pääsee näkemään sen ja antamaan siitä lyhyen kirjallisen palautteen. Lisäksi palautteen tehtävä on kannustaa ja tukea asiakasta sekä osoittaa, että tukihenkilö ohjaa ja seuraa kuntoutusprosessia. Palaute voidaan laatia puolistrukturoiduksi, mutta kuitenkin kullekin asiakkaalle fokusoidusti, kuten tässä tutkimuksessa, mikä säästää aikaa. Näin verkkojakso vie kuntoutuksen ja uusien taitojen harjoittelun asiakkaan omaan arkeen.

Teknisiltä ominaisuuksiltaan verkko-ohjelma on helppokäyttöinen, mutta samalla kuitenkin turvallinen ja suojattu. Verkon ja ryhmän yhdistäminen tuo monia etuja. Verkko tarjoaa joustavuutta ajan ja paikan suhteen, yksityisyyttä (itsenäistä opiskelua ja pohdintaa), taitoharjoittelua ja taitojen ylläpitämistä (runsaasti harjoitteita ja mahdollisuus palata harjoitteisiin). Ryhmä taas tarjoaa yhteisöllisyyttä ja vertaistukea, tunnetta siitä, etten ole yksin, vaan me kaikki olemme ”samassa veneessä” samojen asioiden äärellä. Samalla ryhmä tarjoaa mahdollisuuden avata verkko-ohjelman joskus vaikeitakin psykologisia käsitteitä ja harjoitella yhdessä. Myös se, että lähijaksoilla siirrytään aivan eri ympäristöön, antaa mahdollisuuden irtiottoon ja itsestä huolehtimiseen ilman työn tai kodin paineita ja auttaa kuntoutumisprosessissa.

Palveluntarjoajalle yhdistelmämalli tarjoaa vaikuttavan, asiakkaiden hyväksymän ja kustannustehokkaan tavan tarjota kuntoutusta mielenterveyden haasteita kokeville työkäisille. Siinä yhdistyvät teknologia ja ryhmämuotoinen laitostuntoutus vain yhden ammattilaisen ohjaamana, mikä tuo kustannushyötyjä palveluntarjoajalle. On syytä muistaa, että ammattilaisen ohjaus on tärkeää, mutta tuen ei tarvitse olla kasvokkain annettavaa tukea. Jo tutkimuksenkin mukaan etäkuntoutukseen tulee aina liittää henkilökohtainen tuki jossakin muodossa, jotta hoito olisi vaikuttavaa.

Tulevaisuuden etäkuntoutuksen tai yhdistelmä kuntoutuksen lähtökohtana tulisi olla tutkitut, tieteelliseen näyttöön perustuvat mallit. Tässä tutkimuksessa käytetty malli perustuu kansainvälisesti tutkittuun malliin tuottaa vaikuttavaa mielenterveyskuntoutusta. Tutkittu malli pohjautuu myös suomalaisen tutkimukseen (mm. Lappalainen ym. 2014 ja 2015), jossa toimivia käytänteitä on aiempien tutkimusten pohjalta pyritty kehittämään entistä paremmaksi niin tulosten kuin käyttäjäkokemustenkin pohjalta. Toinen seikka, mikä etäkuntoutuksessa tulisi huomioida, on vaikuttavuuden seuraaminen kansainvälisesti validoiduilla mittareilla. Tässä voitaisiin ottaa esimerkiksi Britannian NHS (National Health Service) -terveydenhoitojärjestelmästä, jonka piirissä olevien palveluntarjoajien tarjoamien hoitojen vaikuttavuutta seurataan koko valtakunnan tasolla tietyillä mittareilla (National Collaborating Centre for Mental Health 2018). Mikäli palveluntarjoaja ei näillä mittareilla pysty saavuttamaan tiettyä toipumisprosenttia, sopimusta palveluntarjoajan kanssa ei mahdollisesti uusita.

## 12.5 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen johtopäätös on, että molemmilla kuntoutusmalleilla, sekä yhdistelmämallilla että perinteisellä Silmu-kuntoutuksella, oli myönteistä vaikutusta osallistujien mielenterveysoireisiin, hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Tutkimuksessa laadittu yhdistelmämalli, joka koostui ryhmämuotoisista lähijaksoista (3 x 2 päivää), oli yhtä vaikuttava kuin perinteinen 3 x 5 päivän Silmu-kuntoutus, mikä näkyi psyykkisten ja fyysisten sekä masennus- ja ahdistusoireiden ja työuupumuksen vähenemisenä ja psykologisen joustavuuden lisääntymisenä. Yhdistelmä kuntoutusta seuranneet asiakkaat hyväksyivät verkko-ohjelman hyvin ja sitoutuivat siihen kiitettävästi, mistä osoituksena on lähes 90 prosentin suoritusaste. Asiakkaat olivat myös tyytyväisiä ryhmämuotoisiin lähijaksoihin, joiden he kokivat antaneen vertaistukea ja yhteisöllisyyttä. Tämä tutkimuksen perusteella yhdistelmä kuntoutusta voidaan suositella vaihtoehtoisena kuntoutusmallina perinteisen Silmu-kuntoutuksen rinnalle.

## Lähteet

- A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2015; 84 (1): 30–36.
- Alonso J, Petukhova M, Vilagut G ym. Days out of role due to common physical and mental conditions. Results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry* 2011; 16 (12): 1234–1246.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beckin depressioasteikko. Käsikirja. Helsinki: Psykologien Kustannus, 2004.
- Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on Acceptance and Commitment Therapy for adults with depressive symptomatology. *Evaluation in a randomized controlled trial. Behavior Research and Therapy* 2011; 49: 62–67.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA ym. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy* 2011; 42 (4): 676–688.
- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification* 2007; 31: 772–799.
- Hayes SC, Hofmann SG, toim. *Process-Based CBT. The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy.* Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications, 2018.
- Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 42–46.
- Kampman O, Heiskanen T, Holi M, Huttunen MO, Tuulari J. Masennuksen monet kasvot. Julkaisussa: Kampman O, Heiskanen T, Holi M, Huttunen MO, Tuulari J, toim. *Masennus.* Helsinki: Duodecim, 2017: 9–18.
- Kela. Silmu-kuntoutuskurssit. Helsinki: Kela, 2017. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/documents/10180/1547996/Kuntoutus\\_Silmu\\_kurssit.pdf/14531d91-c63d-457e-a217-6d05448ada75](http://www.kela.fi/documents/10180/1547996/Kuntoutus_Silmu_kurssit.pdf/14531d91-c63d-457e-a217-6d05448ada75)>. Viitattu 20.2.2019.

- Koivumaa-Honkanen H, Tuovinen TK, Honkalampi K ym. Mental health and well-being in a 6-year follow-up of patients with depression. Assessments of patients and clinicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008; 43: 688–696.
- Lappalainen P, Granlund A, Siltanen S ym. ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms. An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 2014; 61: 43–54.
- Lappalainen P, Langrial S, Oinas-Kukkonen H, Tolvanen A, Lappalainen R. Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support. A randomized controlled trial. *Behavior Modification* 2015; 39 (6): 805–834.
- Lappalainen R, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, Hayes SC. The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists. A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification* 2007; 31: 488–511.
- Matthiesen S. *The Bergen Burnout Indicator*. Bergen: University of Bergen, 1992.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *The improving access to psychological therapies manual. Appendices and helpful resources*. London: National Collaborating Centre for Mental Health, 2018. Saatavissa: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/iapt-manual-resources-v2.pdf>>. Viitattu 29.3.2019.
- Näätänen P, Aro A, Matthiesen SB, Salmela-Aro K. *Bergen burnout indicator 15. BBI-15 Käsikirja*. Helsinki: Edita, 2003.
- Pots WT, Fledderus M, Meulenbeek PA, ten Klooster PM, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2016; 208 (1): 69–77.
- Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy. A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78 (2): 73–80.
- Ruiz FJ. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy. A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy* 2012; 12 (2): 333–357.
- Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 69 (4): 719–727.
- Salminen AL, Hiekkala S, Stenberg JH, toim. *Etäkuntoutus*. Helsinki: Kela, 2016.
- Segal DL, Coolidge FL, Cahill BS, O’Riley AA. Psychometric properties of the beck depression inventory II (BDI-II) among community dwelling older adults. *Behavior Modification* 2008; 32 (1): 3–20.
- Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research* 2004; 13 (2): 299–310.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166 (10): 1092–1097.
- Stenberg JH. *Nettiterapiat. Masennuksen hoito internetvälitteisillä ja tietokoneavusteisilla hoitomuodoilla*. Julkaisussa: Kampman O, Heiskanen T, Holli M, Huttunen MO, Tuulari J, toim. *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 2017: 120–122.
- Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression. A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders* 2014; 152–154: 113–121.

- Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 1994; 62 (4): 615–640.
- WHO. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence practice. Yhteenvetoraportti. Geneva: World Health Organization, 2005.
- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine* 1998; 28 (3): 551–558.