



Yhdistelmä kuntoutuspilotti

Asiakkaiden kokemuksia etä- ja lähikuntoutusta
hyödyntävän palvelun prototyypistä

Jaakko Jumisko
Eevi Keronen
Esa Suikkanen

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Yhdistelmä kuntoutuspilotti

Asiakkaiden kokemuksia etä- ja lähikuntoutusta
hyödyntävän palvelun prototyypistä

Jaakko Jumisko
Eevi Keronen
Esa Suikkanen
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2019

Jaakko Jumisko, Eevi Keronen, Esa Suikkanen

Yhdistelmä kuntoutuspilotti - Asiakkaiden kokemuksia etä- ja lähikuntoutusta hyödyntävän palvelun prototyypistä

Vuosi 2019 Sivut 63

Fysioterapiassa käytettyä etäkuntoutusta on tutkittu sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tutkimuksissa on havaittu, että asiakkaat kaipaavat terapeutista kosketusta sekä manuaalista tutkimista ja ohjausta. Tulosten pohjalta on muodostettu suositus, jonka mukaan etäkuntoutuksen tulisi aina alkaa kasvokkain tapaamisella. Tällaista lähi- ja etäkuntoutuksen yhdistelmää kutsutaan yhdistelmä kuntoutukseksi. Etäkuntoutuksesta kaivataan vielä selkeitä ohjeita eri menetelmien ja laitteiden käytöstä. Ohjeiden luomiseen tarvitaan lisää tutkimustietoa etäkuntoutuksesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa etäohjauksen ja -neuvonnan käytöstä fysioterapiassa. Sen tavoitteena oli selvittää erilaisten asiakkaiden kokemuksia yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyypin käytöstä osana fysioterapiaa. Opinnäytetyön tehtävänä oli yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyypin kehittäminen ja pilotoiminen. Työ tarjoaa ehdotuksen yhdistelmä kuntoutuspalvelun konseptista ja asiakkaiden kokemuksia ensimmäisestä prototyypistä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä eri järjestöjen asiakkaiden kanssa.

Opinnäytetyön pääkäsitteitä ovat etäkuntoutus, joka rajataan etäfysioterapiaan, fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta sekä palvelun kehittäminen. Etäkuntoutus osuudessa tarkastellaan muun muassa käsitteitä, tarvittavaa teknologiaa, erilaisia etäkuntoutusmenetelmiä sekä etäkuntoutukseen liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia. Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta kohdassa käsitellään muun muassa vuorovaikutustaitoja, oppimisen ja ohjaamisen tyyliä sekä ohjauksen ja neuvonnan etiikkaa. Palvelun kehittämisen osuudessa määritellään palvelu, sen kehittäminen ja kehittämiseen liittyviä osia.

Yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyypin kehittämisen tukena käytettiin osia palvelumuotoilu-prosessista, ja asiakkaiden kokemuksia selvitettiin teemahaastattelulla. Kokemuksia tulkittiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Asiakkaiden kokemusten analyysissä ilmeni samoja asioita kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Keskustelussa tärkeitä aiheita olivat muun muassa lähitapaamisen välttämättömyys, etäseurannan tärkeys ja teknologian käyttöön liittyvän ohjeistuksen merkitys sekä etäohjauksen ja neuvonnan onnistuminen. Pilotin sisältöön liittyvistä asiakaskokemuksista pystyttiin päättämään, millainen voisi olla toimiva yhdistelmä kuntoutusmalli. Kokemuksista kävi ilmi, että etäohjauksen väleissä olisi hyvä olla lähikäyntejä, jotta asiakkaat saisivat riittävästi manuaalista ohjausta ja terapeutista kosketusta.

Asiasanat: Etäkuntoutus, fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, palvelun kehittäminen ja yhdistelmä kuntoutus

Jaakko Jumisko, Eevi Keronen, Esa Suikkanen

Combined rehabilitation pilot study - Client experiences of piloting a prototype of a service utilizing remote and local rehabilitation

Year	2019	Pages	63
------	------	-------	----

The use of telerehabilitation in physiotherapy has been studied both nationally and internationally. The studies have shown that clients require therapeutic touch as well as manual examination and guidance. Based on the results, a guideline has been made which states that telerehabilitation should always begin with a face-to-face meeting. This combination of local and remote rehabilitation is called combined rehabilitation. Clear instructions on how to use different methods and devices related to telerehabilitation are still needed. More research on telerehabilitation is needed for creating the instructions.

The purpose of this thesis was to produce new information on the use of remote guidance and counseling in physiotherapy. The goal of this thesis was to gather and analyze the experiences of a varied group of clients on using a prototype of a combined rehabilitation service as a part of physiotherapy. The aim of this thesis was to develop and pilot a prototype of a combined rehabilitation service. This thesis offers a proposal for a combined rehabilitation service concept and it also provides customer experiences on the first prototype. The thesis was carried out in cooperation with the clients of different organizations.

The main concepts of this thesis are telerehabilitation, which is limited to telephysiotherapy, physiotherapeutic guidance and counseling and service development. The telerehabilitation section addresses issues such as concepts, necessary technology, different methods of telerehabilitation and the challenges and opportunities of telerehabilitation. The physiotherapeutic guidance and counseling section focuses on interpersonal skills, different styles of learning and instructing and the ethics of guidance and counseling. Service, service development and development-related components are defined in the service development section.

Elements of the service design concept were used to support the development of the combined rehabilitation service prototype and client experiences were collected using a theme interview. The experiences were interpreted through an inductive content analysis. The client experience analysis revealed the same issues as in previous studies. Important topics of discussion included the necessity of a close-up meeting, the importance of telemonitoring, the importance of guidance in the use of technology and the successfulness of remote guidance and counseling. Based on the client experiences, it was possible to conclude what an effective combined rehabilitation model would look like. The experiences have shown that it is advisable to have close-up meetings in between remote counseling sessions to provide the clients with a sufficient amount of manual guidance and therapeutic touch.

Keywords: Telerehabilitation, physiotherapeutic guidance and counseling, service development and combined rehabilitation

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä	7
3	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	7
4	Etäkuntoutus	8
4.1	Etäkuntoutuksen käsitteitä.....	9
4.2	Etäkuntoutuksen mahdollisuudet ja asiakaskokemukset.....	12
4.3	Yhdistelmä kuntoutus	17
4.4	Etäkuntoutuksen haasteita	18
4.5	Etäkuntoutuksen suosituksia	20
5	Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta	22
5.1	Vuorovaikutustaidot	25
5.2	Oppimisen ja ohjaamisen tyylit	26
5.3	Fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan keinoja	27
5.4	Ohjauksen ja neuvonnan etiikka	29
6	Palvelun kehittäminen.....	31
7	Opinnäytetyön menetelmät	32
7.1	Palvelumuotoilu	33
7.2	Teemahaastattelu	40
7.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	41
8	Tulokset	43
9	Johtopäätökset	50
10	Pohdinta.....	51
10.1	Asiakaskokemusten pohdinta	51
10.2	Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta.....	52
10.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	53
	Lähteet	54
	Kuviot	62
	Taulukot	62
	Liitteet.....	63

1 Johdanto

Digitalisaation päämäärä sosiaali- ja terveysalalla on tukea sosiaali- ja terveydenhuollon terveys- ja hyvinvointilähtöistä uudistusta, turvata yhdenvertaiset palvelut ja luoda kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. Digitalisaatio helpottaa välimatkojen aiheuttamia ajallisia ja taloudellisia esteitä ja helpottaa vertaistuen saantia. (Hyppönen ja Ilmarinen 2016.) Etäkuntoutus on kehittyvä digitaalinen tapa tuottaa kuntoutuspalveluita ja se tarkoittaa erilaisten etäteknologioiden tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa. (McCue, Fairman & Pramuka 2010, 195.) Etäkuntoutuksen rakenne on samanlainen kuin muullakin kuntoutuksella, eli sillä on alku ja loppu ja sitä ohjaa ja seuraa ammattilainen. Sitä voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmässä. (Salminen, Hiekkala & Stenberg 2016, 5 & 11; Caffery, Bradford, Wickramasinghe, Hayman & Smith 2016, 1; Valvira 2017.) Etäkuntoutuspalvelut hyödyntävät pääsääntöisesti henkilöitä, jotka eivät pääse helposti kulkemaan vastaanotolle. (McCue ym. 2010, 195; Salminen ym. 2016, 24-25). Riittävä ohjeistus teknologian käytöstä auttaa vähentämään teknologian käytön aiheuttamaa stressiä ja kuormitusta (Sjögren ym. 2019).

Suosituksena on, että etäkuntoutus alkaisi aina kasvokkain tapaamisella, jolloin kuntoutusta voidaan kutsua yhdistelmä kuntoutukseksi. Yhdistelmä kuntoutus sisältää sekä etä- että lähikuntoutusta. (Salminen ym. 2016; Salminen & Hiekkala 2019.) Luottamussuhteen kehittyminen ja manuaalinen tutkiminen on hyvin tärkeää terapian onnistumisen kannalta, joten ensimmäinen tapaaminen olisi hyvä pitää kasvokkain ja sisältää terapeuttista kosketusta. (Pramuka & Roosmalen 2009, 85-98; Kairy ym. 2013, 3998-4011; Taylor, Stone & Huijbregts 2012, 1947.) Lisäksi asiakkaat ovat kokeneet, että etäkuntoutus toimii vain tavallisen kuntoutuksen lisänä eikä sen korvikkeena (Eriksson, Lindström & Ekenberg 2011, 25-30). Etätapaamiset kuitenkin mahdollistavat harjoittelun eri ympäristöissä ja motivoivat asiakkaita systemaattiseen harjoitteluun (Karppi 2011). On tärkeää tukea asiakkaan toimintakykyä hänen omassa ympäristössään. Asiakkaan sosiaalinen ja fyysinen ympäristö voivat tuoda positiivisia vaikutuksia kuntoutukseen. (Kuipers, Foster, Smith & Fleming 2009.) Etäkuntoutuksen käyttöä ei tule rajata vain tietynlaisille asiakasryhmille, koska se soveltuu laajasti erilaisille asiakkaille (Salminen ym. 2016, 206-207). Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä eri järjestöjen asiakkaiden kanssa.

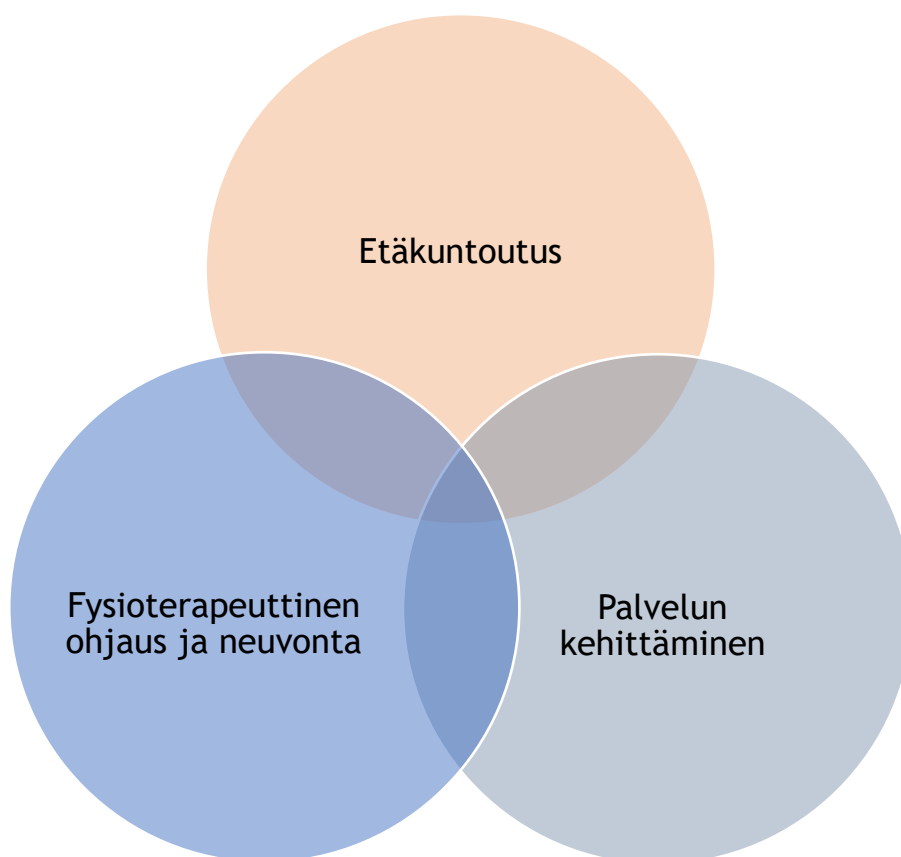
Etäkuntoutuksesta kaivataan selkeitä kansainvälisiä ja kansallisia ohjeita eri menetelmien ja laitteiden käytöstä. Tätä varten tarvitaan lisää tutkimustietoa etäkuntoutusmenetelmistä sekä niiden vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta. (Salminen ym. 2016, 206-207.) Yhdistelmä kuntoutus on käsitteenäkin uusi (McCue ym. 2010, 196). Opinnäytetyössä kehitetään yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyyppi uusimman tutkimustiedon perusteella. Prototyypin kehittämisen jälkeen prototyyppi pilotoidaan, ja pilotoimalla selvitetään erilaisten asiakkaiden kokemuksia prototyypin käytöstä osana fysioterapiaa.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa etäohjauksen ja -neuvonnan käytöstä fysioterapiassa. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää asiakkaiden kokemuksia yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyypin käytöstä osana fysioterapiaa. Opinnäytetyön tehtävänä on yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyypin kehittäminen ja pilotoiminen.

3 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön avainkäsitteitä ovat etäkuntoutus, joka rajataan etäfysioterapiaan, fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta sekä palvelun kehittäminen. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään etäkuntoutukseen liittyviä käsitteitä, teknologiaa, menetelmiä, haasteita, mahdollisuuksia ja suosituksia sekä aikaisempia etäkuntoutukseen liittyviä tutkimuksia. Teoriassa tarkastellaan myös fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa sekä käsitteenä että osana käytäntöä. Lisäksi teoriassa käydään läpi, mikä on palvelu ja miten sellaista lähdetään kehittämään.



Kuvio 1: Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

4 Etäkuntoutus

Etäkuntoutus itsessään kuuluu laajempaan kategoriaan nimeltään etäterveys (telehealth). Tämän kategoriaan kuuluvat palvelut, jotka käyttävät etäyhteyttä terveyden edistämiseen. Etäterveys voidaan jakaa kolmeen alakategoriaan, jotka ovat etälääketiede (telemedicine), etäterveydenhuolto (telehealthcare) ja e-opetus (e-education). Etäkuntoutus kuuluu etäterveydenhuollon alakategoriaan etäkotihoitoon, etäsairaanhoidon ja etävalmennuksen kanssa. Etäpalveluiden termistö ei ole vielä selkeästi määrytynyt, mutta tarvitaan terminologian yhteisymmärrystä, jotta voidaan selkeästi ymmärtää eri palveluita. On esitetty myös ehdotus, jossa etäkuntoutus olisi erillinen etäterveyden alakategoria. (McCue ym. 2010, 196.)

Etäkuntoutus on kehittyvä tapa tuottaa kuntoutuspalveluita, ja se tarkoittaa erilaisten etäteknologioiden, kuten matkapuhelimien, tietokoneiden, tablettien ja erilaisten sovellusten tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa. Se tuli esille ensimmäistä kertaa vuonna 1959, kun Nebraskan fysiatriisessa instituutissa käytettiin interaktiivista videota mielenterveyspalveluiden tuottamiseen. (McCue ym. 2010, 195.) 1950-luvulla Yhdysvalloissa psykologi, psykiatri ja psykoterapeutti keskustelivat radion suorassa lähetyksessä kuuntelijoiden kanssa (Salminen ym. 2016, 11). Nykypäivänä etäkuntoutuksen rakenne on samanlainen kuin muullakin kuntoutuksella, eli sillä on alku ja loppu ja sitä ohjaa ja seuraa ammattilainen. Sitä voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmässä. (Salminen ym. 2016, 5 & 11; Caffery ym. 2016, 1; Valvira 2017.) Etäkuntoutuksen käyttäjät pystyvät palaamaan takaisin arjen toimintoihin nopeammin, jolloin esimerkiksi työpaikalla työntekijän ei tarvitse käyttää aikaa vastaanotolle kulkemiseen ja paluumatkaan ja työnantaja säästää kuluista (Calvaresi ym. 2017, 1).

Etäkuntoutuspalvelut hyödyttävät pääsääntöisesti eniten ikääntyneitä, jotka asuvat maaseudulla, ja liikuntavammaisia, jotka eivätkä pääse helposti kulkemaan vastaanotolle (McCue ym. 2010, 195; Salminen ym. 2016, 24-25). Teknologian hyödyntäminen helpottaa välimatkojen, ajankäytön ja kustannusten aiheuttamaa tuskaa. Se tuo ratkaisuita muun muassa ekonomisiin, poliittisiin ja taloudellisiin ongelmiin. Nykyään ongelmana on riittävän nettiyhteyden ja tarpeeksi tehokkaiden laitteiden turvaaminen. (McCue ym. 2010, 195.) Etäkuntoutusympäristö on vähiten rajoittava ja helpoiten saavutettavissa oleva kuntoutusympäristö. (McCue ym. 2010, 195; Salminen ym. 2016, 6.) Jopa maat, joissa terveyspalveluiden saavutettavuus on hyvällä tasolla, hyötyvät etäkuntoutuspalveluista selkeästi (Calvaresi ym. 2017, 3). Suomessa on saatu pääsääntöisesti hyvää palautetta etäkuntoutuksesta, joten sitä tullaan tulevaisuudessa kehittämään yhä enemmän (Salminen ym. 2016, 24-25).

Etäkuntoutusta käsittelevät tutkimukset liittyvät usein kustannustehokkuuteen, matkustusajoissa säästämiseen ja palveluiden saatavuuden parantamiseen. Vaihtoehtoinen näkökulma tutkimukselle voisi olla se, miten vaikuttava kuntoutuspalvelu voitaisiin integroida asiakkaan omaan ympäristöön, kuten työpaikalle tai kotiin. On tehty tutkimuksia, jotka osoittavat, että

asiakkaan tutussa ympäristössä tapahtuva terapia on ollut vaikuttavampaa kuin klinikalla tapahtuva terapia. Esimerkiksi paniikkihäiriötä, kipua ja selkävaivaisten asiakkaiden uudelleen vammautumisen pelkoa on pystytty hoitamaan tehokkaammin asiakkaan omassa ympäristössä kuin kliinisessä ympäristössä. Sen lisäksi etäkuntoutus lisää asiakkaan valinnan vapautta kuntoutuksen toteutuksen suhteen. (McCue ym. 2010, 196; Invalidiliitto ry & Kuntoutussäätiö 2019.) Kuipers ym. (2009) korostavat julkaisussaan sitä, kuinka tärkeää on tukea asiakkaan toimintakykyä hänen omassa ympäristössään. Asiakkaan sosiaalinen ja fyysinen ympäristö voi tuoda positiivisia vaikutuksia kuntoutukseen. Leikkauksen jälkeen asiakkaalle määrätään tietty määrä terapiakertoja kuntoutusjakson aikana. Tällöin asiakas voisi hyötyä etänä, asiakkaan omassa ympäristössä, toteutetusta ohjauksesta tapaamisten väleissä. Seuranta olisi tällöin tehokkaampaa ja voisi nopeuttaa asiakkaan kuntoutumista. (Calvaresi ym. 2017, 3.)

4.1 Etäkuntoutuksen käsitteitä

Digitalisaatio	Digitalisaatio on yläkäsite, joka tarkoittaa digitaali- ja tietotekniikan hyödyntämistä toiminnoissa ja arjessa.
Etäkuntoutus	Etäkuntoutus tarkoittaa tavoitteellista kuntoutusta, jossa käytetään jonkinlaista etäratkaisua, kuten matkapuhelinta tai tietokoneita. Siinä on selkeä tavoite, alku ja loppu, ja sitä seuraa ja ohjaa ammattilainen.
Reaaliaikainen etäkuntoutus	Asiakas ja ammattilainen ovat toisiinsa yhteydessä reaaliaikaisella etäratkaisumenetelmällä, kuten videoyhteydellä.
Ajasta riippumaton etäkuntoutus	Asiakkaan omalla ajalla toteuttama ammattilaisen seuraama kuntoutus esim. videotallenteiden tai kuvien avulla.
Etäkuntoutuksen sekamallit	Yhdistelmä reaaliaikaista ja ajasta riippumatonta etäkuntoutusta.
Mobiiliterveys	Terveystietämistä mobiililaitteiden avulla, kuten kännyköiden sovelluksien avulla.
Mobiilikuntoutus	Mobiililaitteen, kuten matkapuhelimen tai tabletin avulla toteutettu etäkuntoutus.
Virtuaalinen kuntoutus	Joko etänä tai kasvotusten tapahtuva kuntoutus, jossa hyödynnetään virtuaaliympäristöä.

Netti-/verkkokuntoutus	Ajasta ja paikasta riippumaton, internettiä hyödyntävä etäkuntoutusmuoto, jossa ammattilainen voi tukea asiakasta esimerkiksi Chat- viestipalvelun avulla.
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Taulukko 1: Etäkuntoutuksen käsitteitä. (Salminen ym. 2016, 17; Salminen & Hiekkala 2019, 10.)

Digitalisaation päämäärä sosiaali- ja terveysalalla on tukea sosiaali- ja terveydenhuollon terveys- ja hyvinvointilähtöistä uudistusta, turvata yhdenvertaiset palvelut ja luoda kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. Digitalisaatio lisää ihmisten itsenäistä selviytymistä ja omatoimista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, helpottaa välimatkojen aiheuttamia ajallisia ja taloudellisia esteitä sekä helpottaa vertaistuen saantia. Palveluiden saatavuutta täytyy turvata etäpalveluilla, jos asiakas asuu esimerkiksi maantieteellisesti syrjäisellä seudulla, hänen on vaikea liikkua kodin ulkopuolella tai hän ei pysty maksamaan matkustuskustannuksia. Tämän takia etäkuntoutuksen käyttöä on tulevaisuudessa lisättävä. (McCue ym. 2010, 195; Salminen ym. 2016, 205; Hyppönen ja Ilmarinen 2016.)

Etäkuntoutus voidaan jakaa kahteen osaan, reaaliaikaisiin menetelmiin ja ajasta riippumattomiin menetelmiin. Reaaliaikainen menetelmä mahdollistaa ammattilaisen ja asiakkaan reaaliaikaisen vuorovaikutuksen esimerkiksi videoyhteyden avulla, ja sitä voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmässä. Reaaliaikaisilla menetelmillä voidaan esimerkiksi ohjata, arvioida tai seurata asiakasta näytön toisesta päästä, ja asiakas saa välittömästi palautetta tekemisestään. Terapeutti voi lisäksi ohjata videoyhteyden avulla myös omaisia tarvittaessa. Reaaliaikaiseen videoneuvotteluteknologiaan kuuluvat tietokoneiden näytöt, videoneuvotteluohjelma, kamerat, mikrofonit ja kaiuttimet kummallakin osapuolella. (Salminen ym. 2016, 4-5, 11, 13 & 15; Caffery ym. 2016, 1; Suomen Fysioterapeutit 2016a.) Usein reaaliaikaisten menetelmien lisäksi käytetään ajasta riippumattomia menetelmiä etenkin fysioterapiassa. Ajasta riippumattomiin menetelmiin kuuluvat esimerkiksi videot, sähköpostit, kuvat, harjoitusohjelmat, verkkomateriaalit ja pelit. Ammattilainen voi esimerkiksi videotapaamisen jälkeen lähettää asiakkaalle harjoitusohjeet sähköpostilla, jolloin hän käyttää sekä reaaliaikaista menetelmää että ajasta riippumatonta menetelmää. Tätä kutsutaan sekamalliksi. (Salminen ym. 2016, 5, 11 & 15; Caffery ym. 2016, 1.)

Väestön ikääntyessä pitää löytää uusia keinoja tarjota riittävästi terveyspalveluita pienin resurssein. Mobiiliterveyspalvelut ovat yksi keino lisätä asiakkaan omaa aktiivisuuttaan terveytensä edistämässä ja terveysongelmien ennaltaehkäisyssä. Mobiililaitteet kulkevat kätevästi asiakkaiden mukana. Mobiiliterveys kasvaa sitä mukaan, kun älypuhelimien ja nopean verkko-yhteyden saatavuus kasvaa. (European commission 2014, 3-4: World Health Organization

2011, 1 & 6.) Tekstipohjaiset menetelmät ovat nykypäivänä nopeita ja edullisia, kuten sähköpostit ja tekstiviestit. Chat-tyyppinen tekstipohjainen menetelmä mahdollistaa reaaliaikaisen viestittelyn. Tekstipohjaiset menetelmät voivat olla myös automatisoituja, kuten asiakkaalle tulevat tekstiviesti muistutukset. Pelkkää puhelinyhteyttä voidaan käyttää esimerkiksi silloin, jos asiakas ei osaa käyttää muita menetelmiä. (European commission 2014, 4; World Health Organization 2011, 2; Salminen ym. 2016, 4.) Nykyaikaiset puhelimet mahdollistavat myös netin kautta toimivat videopuhelut, joiden avulla terapeutti voi pitää yhteyttä asiakkaaseen reaaliaikaisesti. (Salminen ym. 2016, 4.) Mobiilisovellusten avulla voidaan parantaa asiakkaan itsenäisyyttä passiivisesta roolista osallistuvampaan, esimerkiksi asiakkaan omatoimisen terveyden edistämisen ja seurannan avulla, navigointipalveluiden avulla tai ravintosovellusten ohjeiden avulla. Erilaisilla sovelluksilla voidaan myös pelillistää kuntoutusta. (Salminen ym. 2016, 4.)

Mobiiliterveys (mobile health) käsitteenä tarkoittaa terveyden edistämistä mobiililaitteilla, esimerkiksi kännyköiden sovelluksien tai seurantalaitteiden avulla, ja se kulkee käsi kädessä mobiilikuntoutuksen kanssa. Mobiiliterveyteen kuuluvat elämäntapa- ja hyvinvointiapplikaatiot, jotka voivat olla kytketty johonkin laitteeseen tai sensoriin, kuten aktiivisuusrannekkeeseen. Tiedot siirtyvät laitteesta mobiililaitteessa olevaan sovellukseen, jossa ne järjestäytyvät tilastoiksi ja taulukoiksi. Tätä tietoa asiakas pystyy itse tulkitsemaan, ja hän voi tehdä itsenäisesti muutoksia elämäntapoihinsa tulosten perusteella. Tarvittaessa tuloksia voi tulkita ammattilaisen kanssa. Mobiiliterveyteen kuuluvat myös esimerkiksi terveystietokortit ja terveystieto. (European commission 2014, 3; World Health Organization 2011, 1 & 6.) Fysioterapeutit käyttävät työssään paljon erilaisia sovelluksia, laitteita, ohjelmistoja ja palveluita. Näitä käytetään muun muassa mittaamiseen, tutkimiseen, hoitamiseen, harjoitteluun ja tietojen tallentamiseen, seurantaan ja analysointiin. (Suomen Fysioterapeutit 2016a.) Mobiiliterveydellä voidaan arvioida ja seurata vitaalielintoimintoja ja kannustaa liikkumaan, ja lisälaitteiden avulla ammattilainen voi saada etänä tietoa asiakkaasta. Tämän mahdollistavat erilaiset sensorit, mittarit tai sovellukset. (Salminen ym. 2016, 13.)

Virtuaalinen kuntoutus tarkoittaa asiakkaan aktiivista osallistumista virtuaaliseen kolmiulotteiseen maailmaan, jossa tapahtuvilla asioilla on kuntoutuksellinen merkitys. Virtuaalitodellisuuden muuttujat ovat terapeutin säädettävissä, joten virtuaalitodellisuuden käyttäminen soveltuu kuntoutukseen. Se ei korvaa tavallista kuntoutusta, mutta se voi lisätä motivaatiota, toistokertoja ja asiakkaan saaman palautteen määrää. Terapeutti asettaa asiakkaan kanssa tarkat tavoitteet, ja kuntoutus on progressiivista. Asiakkaan on mahdollista harjoitella myös ilman terapeutin jatkuvaa läsnäoloa. Virtuaalista kuntoutusta on käytetty etenkin lasten fysioterapiassa, sillä lapset usein kiinnostuvat peleistä enemmän kuin harjoitusohjelman noudattamisesta etenkin, jos kuntoutus on pitkäkestoista. (Theodoros & Russell 2008, 131 & 191-209; Salminen ym. 2016, 35.)

Verkkokuntoutus tarkoittaa kuntoutusta, jossa käytetään apuna tietotekniikkaa. Työkaluina voi olla internet, intranet, tietokonepohjainen teknologia tai sen avulla toimivat kuntoutuksen verkkosovellukset. Esimerkki verkkokuntoutusmenetelmästä on HUSin Mielenterveystalo.fi -palvelu. (Salminen ym. 2016, 4 & 13; Terveyskylä.fi 2019.) Verkkokuntoutus on sosiaalista kuntoutusta, jossa asiakas on vuorovaikutuksessa joko terapeutin tai muiden osallistujien kanssa esimerkiksi chattien tai muiden keskustelupalustojen avulla. Verkkokuntoutus mahdollistaa myös vertaistuen saannin ja kuntoutuksen asiakkaalle sopivaan aikaan, sopivassa paikassa ja sopivaan tahtiin. Asiakas saa tehtävistä nopeasti palautetta ja pystyy pitämään terapeuttiin helposti yhteyttä. Terapeutti pystyy myös lisäämään alustalle materiaaleja ja linkkejä helposti ja seuraamaan asiakkaan edistymistä. Asiakkaiden heikot teknologia-aidot ja ajankäytön hallinnan taidot tuovat haasteita kuntoutumiseen. Palvelun tuottaja esittää asiakaille säännöt ja periaatteet ennen kuntoutuksen alkamista. (Niittynen 2012, 5 & 7.)

Verkkokuntoutusympäristössä voi olla toteutusaikataulu, ryhmäkalenteri tai muu aikataulu kuntoutukselle. Keskustelupalstat tai chatit antavat mahdollisuuden nopeampoiselle keskustelulle, ja joissain chateissa voi keskustella nimimerkin suojin. Verkkopalveluun voi myös sisällyttää testejä, kuten diabeteksen riskiä kartoittavia testejä tai sydän- ja verisuonisairauksien riskiä kartoittavia testejä. Sen lisäksi asiakas voi täyttää verkkokuntoutusympäristössä esimerkiksi ravitsemus-, uni- tai liikuntapäiväkirjaa, joiden perusteella hän saa palautetta terapeutilta. Mukaan voi liittää erilaisia laskureita päiväkirjojen täyttämistä varten. Verkkoympäristöön saa liitettyä paljon oppimateriaalia tietoisuuden ja itsehoidon lisäämiseen. Asiakkaan tehtäviin verkkoympäristössä kuuluvat käyttämisen opettelu, omien tavoitteiden seuranta ja aikataulussa pysyminen, osallistuminen keskusteluihin tai chatteihin, ilmoitusten ja uutisten seuraaminen, tehtävien tekeminen ajallaan ja kehittämisideoiden antaminen. (Niittynen 2012, 16, 20, 22 & 53.)

4.2 Etäkuntoutuksen mahdollisuudet ja asiakaskokemukset

Etäkuntoutuksen erilaisia menetelmiä, kuten videoneuvotteluyhteyden avulla tapahtuvaa kuntoutusta ja verkkokuntoutusta on tutkittu erilaisten sairauksien ja vaivojen hoidossa, mutta otannat ovat olleet pieniä ja tuloksista ei ole voitu tehdä kattavia johtopäätöksiä. Aikaisemmat tutkimukset ovat sen sijaan antaneet kuvan etäkuntoutuksen erilaisista mahdollisuuksista. Etäkuntoutusta on käytetty jo muun muassa tuki- ja liikuntaelimestön vaivojen hoidossa, neurologisten sairauksien kuntoutuksessa, fibromyalgian hoidossa ja yleisesti terveyden edistämässä. Tulokset vaikuttavat positiivisilta ja etäkuntoutus näyttää sopivan monen tyyppisille asiakkaille. Asiakkaiden toimintakyvystä ei pystytä suoraan päättelemään kenelle etäkuntoutus sopii ja kenelle ei. Tähän mennessä asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä eri etäkuntoutuksen menetelmiin, kunhan he ovat saaneet riittävää ohjeistusta teknologian käyttöön ja valvontaa harjoitteluun. Etäkuntoutuksen käyttöä aina pohditaan asiakaskohtaisesti yhdessä asiakkaan kanssa, ja siihen käytettävät menetelmät on valittava huolellisesti asiakkaan tarpeita

vastaaviksi. Eri menetelmät mahdollistavat erilaista kuntoutusta. Yhden asiakkaan kanssa on mahdollista kokeilla useaa etäkuntoutuksen menetelmää tavoitteiden saavuttamiseksi. Etäkuntoutusmenetelmät valitaan muun muassa sen perusteella, mitkä menetelmät hyödyttäisivät asiakasta hänen tavoitteidensa saavuttamisessa, mitä menetelmiä hän pystyy käyttämään, mistä hän on kiinnostunut ja mitä laitteita ja ohjelmia on saatavilla. (Salminen ym. 2016; Salminen & Hiekkala 2019.)

Videoneuvotteluyhteyden avulla toteutettua etäkuntoutusta on tutkittu muun muassa neurologisten sairauksien, ikääntyneiden ja tekonivelleikkauksessa olleiden kuntoutuksessa. Taylorin ym. (2012, 1947) tutkimuksessa tutkittiin AVH-asiakkaiden kokemuksia videoneuvotteluyhteydellä toteutetusta kuntoutuksesta. Osa asiakkaista osallistui ryhmään kotonaan videoneuvotteluyhteyden välityksellä ja osa saapui paikan päälle. Kotonaan osallistuneista tuntui siltä, kuin he olisivat olleet samassa huoneessa muiden kanssa. He kuitenkin toivoivat, että ensimmäinen tapaaminen pidettäisiin kasvokkain tutustumisen takia, jotta ryhmään olisi mukavampi osallistua. Lain, Woon, Huin ja Chanin (2004, 199-205) tutkimuksessa pystyttiin parantamaan palvelutalossa asuvien AVH-asiakkaiden toimintakykyä videoneuvotteluyhteyden avulla, ja asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Parkkila, Naamanka, Poutiainen ja Hiekkala (2019) selvittävät videoneuvotteluyhteydellä tapahtuvan etäkuntoutuksen toteutumista, kokemuksia ja vaikutuksia aivovamman saaneilla aikuisilla. Terapeuttien ja asiakkaiden kokemukset olivat positiivisia, mutta teknologian kanssa oli ollut joitain haasteita. Tavoitteita oli saavutettu oletetusti tai paremmin kuin osattiin odottaa. Tämän tutkimuksen perusteella etäkuntoutus soveltuu aivovamman saaneiden kuntoutukseen, kunhan asiakkaan toimintakyky on riittävää etäyhteyden kautta työskentelyyn itsenäisesti.

Vesterinen (2010) tutki ikääntyneiden asiakkaiden tyytyväisyyttä kuntoutukseen, joka tapahtuu videoneuvotteluyhteyden välityksellä ryhmässä. 88% osallistujista oli valmiita maksamaan saamastaan palvelusta ja 94% suosittelisi sitä muille. Asiakkaiden näkökulmasta välineitä oli helppo käyttää. Karpin (2011) Toimintakykyisenä ikääntyminen -hankkeessa käytettiin videoyhteyttä etäkuntoutuksen välineenä neljälle ikääntyneelle asiakkaalle heidän kotiuduttuaan terveyskeskussairaalaan. Asiakkaat olivat sitä mieltä, että etäkuntoutustapaamiset motivoivat heitä systemaattiseen harjoitteluun, ja heidän tasapainonsa kehittyi hankkeen aikana Bergin tasapainotestin mukaan. Asiakkaista harjoittelu oli hyödyllistä ja toi sisältöä heidän arkeensa. Selkäydinvamman saaneet ovat hyötäneet kotona tapahtuvasta yläraajan harjoittelusta niin, että fysioterapeutti on seurannut harjoittelua videoneuvotteluyhteyden välityksellä (Kowalczewski, Chong, Galea & Prochazka 2011, 412-422). Russelin, Hoffmannin, Nelsonin, Thompsonin ja Vincentin (2013, 643-650) tutkimuksessa tutkittiin videoneuvotteluyhteydellä toteutettua Parkinsonin taudin tasapainon testaamista. Tulokset osoittivat, että videoneuvottelu soveltuu siihen hyvin, mutta asiakkaiden huono kuulo voi tuoda haasteita.

Tousignantin ym. (2011a, 195-198) ja (2011b, 376-382) tutkimuksissa toteutettiin polven tekonivelleikkauksessa olleille etäkuntoutusta videoneuvotteluyhteyden välityksellä. Toisessa tutkimuksessa tutkittiin etäkuntoutuksen vaikuttavuutta ja toisessa asiakkaiden ja terapeuttien tyytyväisyyttä. Verrokkiryhmä osallistui lähikuntoutukseen, ja tutkimuksen jälkeen ryhmien välillä ei ollut polven kuntoutumisen kannalta eroja. Kun kuntoutus päättyi, seuranta jakson aikana verrokkiryhmän tulokset olivat tuntemattomista syistä parempia. Molemmat ryhmät olivat tyytyväisiä etäkuntoutukseen ja terapeuttien mielestä terapeutin ja potilaan välisen luottamussuhteen luominen onnistui hyvin. Tousignantin ym. (2015, 83) tutkimuksessa selvitettiin videoneuvotteluyhteydellä tapahtuneen etäkuntoutuksen kustannustehokkuutta polven tekonivelleikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa verrattuna asiakkaan kotona tapahtuvaan lähikuntoutukseen. Etäkuntoutus oli kustannustehokkaampaa, kun matka asiakkaan kotiin ja takaisin ylitti 30 kilometriä. Kun matka ylitti 50 kilometriä, kotikuntoutuksen hinta oli 123% kalliimpaa kuin etäkuntoutuksen.

Russellin, Buttrummin, Woottonin ja Jullin (2011, 113-120) tutkimuksessa toteutettiin etäkuntoutusta polven tekonivelleikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. Verrokkiryhmälle toteutettiin sama määrä kuntoutusta kuin testiryhmälle, mutta lähikuntoutuksena. Molempien ryhmien kuntoutus edistyi hyvin, mutta etäkuntoutusryhmän tulokset olivat parempia polven jäykkyyttä ja toimintakykyä arvioidessa. Etäasiakkaat olivat muuten tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen, mutta heistä kuvanlaatu oli ollut huono. Kairyn ym. (2013, 3998-4011) tutkimuksessa selvitettiin polven tekonivelleikkauksen asiakkaiden mielipiteitä saamastaan videoneuvotteluyhteyden avulla tapahtuneesta etäkuntoutuksesta. Asiakkaat olivat tyytyväisiä palveluun. He pitivät siitä, että heidän ei tarvinnut matkustaa ja heistä etäkuntoutus parantaa palveluiden saatavuutta. Asiakkaat olivat tyytyväisiä heidän ja terapeutin väliseen suhteeseen, mutta he olisivat toivoneet lähikäyntiä, jossa polvea olisi tutkittu tarkemmin. Asiakkaat kokivat saaneensa tarpeeksi tukea ja pitivät harjoitteita sopivina. Erikssonin, Lindströmin ja Ekenbergin (2011, 25-30) tutkimuksessa selvitettiin asiakkaiden kokemuksia olkapään tekonivelleikkauksen jälkeisestä etäkuntoutuksesta, kun se toteutettiin videoneuvotteluyhteyden avulla. Asiakkaat jäivät kaipaamaan lähikuntoutusta, ja heistä etäkuntoutus toimii vain tavallisen kuntoutuksen lisänä eikä korvikkeena. Kuntoutus vähensi asiakkaiden pelkoa leikkausalueen vahingoittamisesta, ja he saivat luotua hyvän katsekontaktin terapeutin kanssa videon välityksellä. Heistä kuitenkin oman videokuvan näkeminen ruudulla oli häiritsevää.

Terveyttä edistävissä sovelluksissa voi olla tietoa asiakkaan sairaudesta tai vaivasta ja sen hoidosta, mikä edistää asiakkaan omaa ymmärrystä tilastaan. Terapeutti voi lisätä sovellukseen asiakkaan oman harjoitusohjelman, ja joissain sovelluksissa asiakkaan on mahdollista olla suorassa vuorovaikutuksessa terapeutin kanssa esimerkiksi chatin avulla. Sovelluksiin voi myös asettaa tavoitteita, joita asiakas voi itsenäisesti seurata ja tavoitella. Tämä lisää asiakkaan motivaatiota harjoitella ilman terapeutin jatkuvaa tukea. (European commission 2014, 4-5.) Asiakkaiden aktivoimisen ja osallistuttamisen lisäksi sovelluksilla voidaan myös tukea heidän

toimintakykyään, kuten Muistiluuri-hankkeessa tehtiin muistisairaille kehitetyllä sovelluksella (Launiainen ym. 2016). Paulin ym. (2014, 924-935) tutkimuksessa tutkittiin sovelluksen avulla toimivan yksilöllisen harjoitusohjelman soveltuvuutta MS-asiakkaiden (Multiple Sclerosis) hoidossa. Asiakkaat pitivät sovelluksesta ja kokivat sen motivoivaksi ja helppokäyttöiseksi. Asiakkaiden sovelluksenkäyttöaktiivisuus kuitenkin laski ajan mittaan, mutta tämä saattaa johtua siitä, että he alkoivat muistaa harjoitukset ulkoa. Tällaisen sovelluksen avulla toteutettu kuntoutus sopii siis MS-asiakkaille, jotka eivät halua kasvokkain tapahtuvaa kuntoutusta ja heidän tautinsa ei ole vaikeassa vaiheessa.

Ahtinen ym. (2019) tutki 3Dfysio-mobiilisovelluksella tehdyn kuntoutusohjelman käyttöä reumakuntoutujien etäkuntoutuksessa. Tutkimuksessa voitiin todeta, että harjoitteet 3D-animaatio muodossa lisäsi kuntoutujien motivaatiota. 3D liikkeiden hahmottaminen oli selkeämpää kuin paperisten harjoitteiden. Sovelluksen tarjoaman tuen merkitys oli tärkeä ja se kesti pitkään. Terapeuttien ja asiakkaiden mielestä sovellus oli helppokäyttöinen ja se toi lisäarvoa kuntoutukseen. Asiakkaat olivat myös tyytyväisiä matkakustannusten vähenemiseen, mutta sovellus työllisti terapeutteja enemmän, koska heidän piti ylläpitää sovellusta. Sovellus auttoi asiakkaita ottamaan vastuun omasta kuntoutuksestaan arjessa ja tabletti muistutti heitä harjoituksista.

Virtuaalista kuntoutusta on käytetty etenkin lasten fysioterapiassa, sillä lapsia usein kiinnostavat pelit enemmän kuin harjoitusohjelman noudattaminen (Salminen ym. 2016, 35). Virtuaalipeleillä on yritetty monipuolistaa lasten vuosia kestäväää säännöllistä kuntoutusta ja lisäämään heidän motivaatiotaan harjoitteluun (Bonnechère ym. 2014, 1899-1913). Se ei kuitenkaan korvaa tavallista kuntoutusta, sillä esimerkiksi porraskävely kehittyy vain harjoittelemalla porraskävelyä eikä pelaamalla (Theodoros & Russell 2008, 131 & 191-209; Salminen ym. 2016, 35; Imam & Jarus 2014; Jelsma, Pronk, Ferguson & Jelsma-Smith 2013, 27-3). Lasten kotona tai koulussa toteutetussa kuntoutuksessa ohjauksessa voivat olla mukana joko vanhemmat, avustajat tai opettajat (Salminen ym. 2016, 91). Virtuaalisen etäkuntoutuksen käyttöä on tutkittu muutamassa tutkimuksessa liittyen lapsiin, joilla on neurologisia häiriöitä. Kuntoutuksella on pyritty kehittämään lasten yläraajojen toimintaa, karkeamotoriikkaa, tasapainoa, koordinaatiota, luun tiheyttä ja lihasvoimaa. Tulosten mukaan virtuaalikuntoutus toimii hyvin edellä mainittujen ominaisuuksien kehittämiseen. Se on lisännyt lasten motivaatiota ja onnistumisen kokemuksia, ja lapsista on ollut hauskaa pelata. (Ilg ym. 2012, 2056-2060; Ashkenazi, Weiss, Orian & Laufer 2013, 467-473; Kwon, Park, Yoon & Park 2012, 379-385)

Bonnechère ym. (2014, 1899-1913) selvittivät systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan sitä, miten pelejä pystyttäisiin hyödyntämään yleisesti CP-lasten kuntoutuksessa. Sopivia pelejä oli vaikea kehittää, sillä CP-lasten toimintakyky oli erittäin vaihtelevaa. Joillain lapsilla oli näkörajoitteita, jolloin pelin taustan piti olla hyvin selkeä, jotkut pelasivat pyörätuolissa ja toisten piti säätää nopeutta sopivammaksi. Pelejä tarvittaisiin monenlaisia, jotta eri oireet otettaisiin

huomioon. Tutkijat olivat sitä mieltä, että pelit ovat tavalliseen kuntoutukseen hyvä motiivoiva lisä. Gutiérrez ym. (2013, 545-554) on tutkinut virtuaalitodellisuuden käyttöä MS-asiakkaiden hoidossa. Harjoittelulla pystyttiin parantamaan asiakkaiden tasapainoa ja asennonhallintaa. Tämän tutkimuksen mukaan MS-asiakkaat pystyvät valvotusti harjoittelemaan kotonaan virtuaaliympäristössä. Vaikka virtuaalikuntoutuksen käytöstä MS-taudin hoidossa ei ole tutkittu riittävästi, tähän mennessä tehtyjen tutkimusten tulokset vaikuttavat positiivisilta (Fjeldstad-Pardo, Thiessen & Pardo 2018, 55-64).

Verkkokuntoutus etäkuntoutuksen menetelmänä on mahdollistanut tutkimuksissa etenkin reuman, inkontinenssin ja fibromyalgian vaikuttavan kuntoutuksen. Otannat ovat olleet pieniä, mutta asiakkaiden kokemuksista ja verkkokuntoutuksen vaikuttavuudesta on saatu yleiskuvaa. (Salminen ym. 2016, 63-106.) Lisäksi on pystytty todeta, että Kelan ammatillisen kuntoutuksen voi aloittaa verkossa, jos ei ole mahdollisuutta mennä vastaanotolle (Turunen ja Sankilampi 2019). Verkkokuntoutuksesta todennäköisesti hyötyisi muidenkin sairauksien tai vaivojen kuntoutujat, mutta sen vaikuttavuudesta tai asiakaskokemuksista ei ole vielä riittävästi tutkimustietoa saatavilla eikä tulokset ole yleistettävissä eri asiakasryhmien välillä (Salminen ym. 2016, 63-106).

Bergin ym. (2006, 935-945) tutkimuksessa tutkittiin reumasta kärsivien tyytyväisyyttä ja sitoutumista verkkokuntoutukseen. Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä ja sitoutuneita, kunhan heillä ei ollut liikaa rajoitteita ja he käyttivät internettiä muutenkin elämässään. Williamsin ym. (2010, 694, 702) tutkimuksessa taas pystyttiin verkkokuntoutuksen avulla hallitsemaan fibromyalgiasta kärsivien kipuja, parantamaan heidän fyysistä toimintakykyään ja yleisvointiaan. Tulosten mukaan verkkokuntoutusta voidaan käyttää fibromyalgia-asiakkaiden tavanomaisen hoidon tukena. Barbatonin ym. (2014, 252-257) ja Sjöströmin ym. (2013, 362-372) tutkimuksissa selvitettiin verkkokuntoutuksen vaikuttavuutta naisten inkontinenssin hoidossa. Ensimmäiseksi mainitussa tutkimuksessa naiset harjoittelivat internetsivujen ja opetusvideoiden avulla, ja 85% heistä hyötyi kuntoutuksesta. Toiseksi mainitussa tutkimuksessa verrattiin internetin kautta tapahtuvan harjoittelun ja sähköpostitse lähetettävän harjoitusohjelman vaikutuksia pakkoinkontinenssia sairastavien naisten elämänlaatuun. Tulokset olivat hyviä kummassakin ryhmässä, mutta internetissä tapahtuva harjoittelu oli kustannustehokkaampaa.

Turunen ja Sankilampi (2019) kertovat "Ammatillisen kuntoutuksen voi aloittaa etäyhteydellä" -hankkeesta, että Kelan ammatillisen kuntoutuksen voi aloittaa verkossa silloin, kun asiakkaalla ei ole mahdollisuutta aloittaa sitä lähikuntoutuksena oli syy sitten terveydellinen, taloudellinen tai joku muu. Asiakkaat kokivat verkkokuntoutuksen käytön helpoksi ja joustavaksi, ja siinä pystyi seurata omaa edistymistään ja tavoitteitaan. Verkkokuntoutus paransi myös sitoutumista, ja se oli kustannustehokasta. Ammatillista kuntoutusta ei voi kokonaan suorittaa verkossa, sillä sen lopullisena tavoitteena on työllistyminen tai opiskelemaan lähte-

minen. Kelan rahoittamassa Salmisen (2013) johtamassa työhön kuntoutuksen kehittämishankkeessa kokeiltiin kuntoutuksen välineenä verkkokuntoutusympäristöä. Hankkeeseen osallistui näkövammaisia nuoria, jotka eivät innostuneet verkkokuntoutuksesta. Heistä se muistutti koulun käyntiä.

4.3 Yhdistelmäkuntoutus

Yhdistelmäkuntoutuksessa käytetään sekä mitä tahansa etäkuntoutuksen menetelmää että kasvokkain tapahtuvaa kuntoutusta yhdessä. Tutkimuksissa on voitu todeta, että etäyhteyden avulla luottamussuhteen luominen voi olla vaikeampaa kuin kasvokkain, koska etäisyys ja terapeuttisen kosketuksen puuttuminen voivat hankaloittaa sitä. Luottamussuhteen kehittymisen on hyvin tärkeää terapian onnistumisen kannalta, joten siksi ensimmäisen tapaamisen olisi hyvä tapahtua kasvokkain ja sisältää riittävästi terapeuttista kosketusta ja manuaalista tutkimista. (Pramuka & Roosmalen. 2009, 85-98.) Dallolio ym. (2008, 2332-2341) selvitti tutkimuksessaan, onko etäkuntoutuksen lisäämisestä selkäydinvammaisten tavanomaiseen kuntoutukseen hyötyä. Etäkuntoutusta saaneet olivat tyytyväisempiä kuin verrokkiryhmässä olleet. Videoneuvotteluyhteydellä toteutettu etäkuntoutus saattaa siis soveltua selkäydinvammaisen kuntoutukseen muun kuntoutuksen lisäksi.

Korhonen, Setti, Pitkänen ja Hiekkala (2019) kertovat, että AIMO-hankkeessa kehitettiin yhdistelmäkuntoutusmallia aivoverenkiertohäiriön saaneiden moniammatilliseen kuntoutukseen. Kuntoutus sisälsi laituskuntoutusta alussa ja lopussa sekä etäkuntoutusta välissä. Etäkuntoutus tapahtui videopuheluiden ja sähköisen viestinnän avulla. Verrokkiryhmä sai pelkästään perinteistä lähikuntoutusta. Asiakkaille laadittiin GAS-tavoitteet ja heiltä kerättiin palautetta lopuksi kyselylomakkeella. Molempien ryhmien mieliala, elämänlaatu ja toimintakyky kohenivat. Lähes kaikki etäkuntoutuksen osallistujat olivat tyytyväisiä kuntoutukseen ja useimmat osallistuisivat siihen jatkossakin. Heikkisen (2011, 30-35) tutkimuksessa käytettiin yhdistelmäkuntoutusta MS-asiakkaiden kuntoutuksessa. Tutkimus sisälsi lähitapaamisen alussa ja lopussa, ja välissä asiakkaat pitivät toisiinsa yhteyttä aluksi viestintäalustan kautta verkossa ja myöhemmin ryhmäsähköposteilla. Asiakkaat kokivat saaneensa hyvää vertaistukea ja sairauteen liittyvää tietoa, mutta he olisivat kaivanneet enemmän fyysistä kontaktia. Viestintä väheni ajan kuluessa, mutta jatkossa asiakkaat voisivat perustaa omia verkossa toimivia vertaistukiryhmiä.

Yhdistelmäkuntoutuksen käyttöä on tutkittu myös liikuntavammaisten lasten kuntoutuksessa. Kotilainen, Juvala ja Arffman (2019) kertovat Linnuntie-hankkeesta, jossa kuntoutus tapahtui kokonaisuudessaan yhdistelmämallilla, eli osa tapaamisista oli etänä ja osa kasvotusten. Etä-fysioterapiassa harjoiteltiin muun muassa tasapainoa, perusliikkumista, lihasvoimaa, aerobista

liikuntaa, venyttelyä ja hengitysharjoituksia. Etäkuntoutus sopi näiden ominaisuuksien harjoitteluun ja se mahdollisti myös harjoittelun arjen eri ympäristöissä, kuten perheen lomamatkalla. Avustajan läsnäolo todettiin hyvin tärkeäksi kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Sjögren ym. (2019) tutki yhdistelmäkuntoutuksen käyttöä sydämkuntoutuksessa, tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuksessa ja ammatillisen työkyvyn tuen tarpeessa olevien auttamisessa. Tulokset olivat ristiriitaisia, eikä niistä voi tehdä selkeitä johtopäätöksiä. Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että teknologian käyttäminen vähensi niiden asiakkaiden motivaatiota, jotka kokivat sen hankalaksi. Jatkossa käyttäjille pitää antaa tarvittavaa opastusta teknologian käyttämisestä, jotta pystyttäisiin vähentämään teknologian käytön aiheuttamaa kuormitusta ja stressiä.

4.4 Etäkuntoutuksen haasteita

Fysioterapiassa on tärkeää luoda asiakkaan kanssa luottamussuhde terapian alussa. Etäkuntoutus luo monia haasteita vuorovaikutussuhteen kehittymiselle, varsinkin, jos kuntoutuksessa ensimmäinen tapaaminen ei tapahdu kasvokkain. Etäisyys ja terapeuttisen kosketuksen puuttuminen voivat hankaloittaa luottamussuhteen kehittymistä. (Pramuka & Roosmalen 2009, 85-98.) Asiakkaat ovat myös kokeneet oman kuvan näkemisen ruudulla videopuhelun aikana epämiellyttäväksi (Eriksson ym. (2011, 25-30). Seikat, kuten laitteiden asettaminen käyttövalmiiksi, laitteiden ylläpitäminen, turvallisuus, käytön vaikeus, säätöasetusten ja toimintojen määrä ja tehokkuus vaikuttavat asiakkaiden ja terapeuttien etäkuntoutusmahdollisuuksien hyväksyntään tai hyljintään. Etäkuntoutuksen käyttöönottoon vaikuttavat myös asiakkaiden ja käyttäjien asenteet ja osaaminen, verkkoyhteyden nopeus ja tietosuojaan liittyvät epäilyt. (Calvaresi ym. 2017, 4; Salminen ym. 2016, 6; Pramuka & Roosmalen 2009, 85-98.) Erilaisten sovellusten ja verkkosivujen ylläpitäminen vie terapeuteilta paljon aikaa (Ahtinen ym. 2019).

Vaikka tietoisuus etäkuntoutuspalveluiden tehokkuudesta kasvaa jatkuvasti, ei ole vielä olemassa korkealaatuisia tutkimuksia liittyen eri etäkuntoutusmuotoihin, osatekijöihin, loogiseen yhteyteen, kuntoutuksen kestoon tai pitkäaikaisiin vaikutuksiin. Tänä päivänäkin suurin osa kuntoutustoiminnassa tapahtuu yhä tavanomaisin, ei-teknologisin keinoin. Terapeutit ja asiakkaat ovat kokeneet, että virheitä ja vääristymiä syntyy helposti asiakkaan harjoituksissa ja terapeuttin mittauksissa ja arvioinnissa. Riittämättömät työkalut tai systeemit hankaloittavat kuntoutus sessioita ja kontrollitapaamisia. Fysioterapeutit pitävät tärkeinä kuntoutuspalveluissa muun muassa mahdollisuutta havaita vääriä liikemalleja ja kompensatiomekanismeja, ohjata liikkeiden oikeita suoritustapoja sekä mahdollisuutta neuvoa, kannustaa ja motivoitua asiakkaita. Terapeuteista on tärkeää myös mitata asiakkaan motivoituneisuutta, sitoutuneisuutta ja voimavaroja. (Calvaresi ym. 2017, 9-10 & 12-13.)

Etäkuntoutuksen ohjelmiston kehittyminen lisää sen kompleksisuutta ja sen käyttö vaatii enemmän ammattitaitoa ja harjoittelua. Jotkut asiakkaat voivat olla huolissaan siitä, että terapeutti ei pidä heistä tarpeeksi huolta, ja he voivat tuntevat jäävänsä yksin kuntoutuksessa. Etäkuntoutus tuo mukanaan myös turvallisuusriskejä. Lapsien virtuaaliseen etäkuntoutukseen liittyvissä tutkimuksissa on usein tultu siihen tulokseen, että lapsi tarvitsee aikuisen jatkuvan tuen harjoittelussa eikä pysty harjoittelemaan itsenäisesti. Sopivan harjoittelutilan löytäminenkin on tuottanut ongelmia. (Rosie ym. 2015, 19-26.) Lisäksi lapsien toimintakyky ja apuvälineiden käyttö on niin vaihtelevaa, että sopivia virtuaalikuntoutukseen tarkoitettuja pelejä on vaikea kehittää, eikä virtuaaliharjoittelulla voida korvata muuta harjoittelua (Jelsma ym. 2013, 27-37).

Myös aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa hyvin vaihtelevaa toimintakykyä (Agostini ym. 2015, 202-213). Toiset toimivat omatoimisesti ja toiset voivat tarvita avustusta. Lisäksi aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa toimintahäiriön vain yhteen kehonosaan, tai sitten se voi vaikuttaa usean kehonosan toimintaan laajastikin. Hyvin vaikeasti vammautunut voi tarvita avustajan tai omaisen tukea päivittäisissä toiminnoissa, jolloin kuntoutus tapahtuu usein lähikontaktissa terapeutin kanssa. Etäkuntoutuksen mahdollinen käyttö riippuu siitä, onko vaikean aivoverenkiertohäiriön saaneella mahdollisuus saada esimerkiksi avustajan apua etäkuntoutuksessa. (Salminen ym. 2016, 87.) Usein motorinen kuntoutus on tehtävä vastaanotolla, jotta asiakas saisi myös manuaalista ohjausta (Dallolio ym. 2008, 2332-2341).

Yhtenä etäkuntoutuksen haasteena on tietoturvan ja luottamuksellisuuden takaaminen. Etäkuntoutuksessa on huomioitava samat salassapito- ja turvallisuusvelvoitteet, kuin kasvokkain tapahtuvassa kuntoutuksessa. (Salminen ym. 2016, 40.) Etäkuntoutus teknologian ja sovelluksen valinta voi osoittautua haastavaksi. Aina ei ole selvää, kuinka hyvin tietojen salassapito ja yhteyden suojaus toteutuu eri sovellusten kohdalla. (Cohn & Watzlaf 2011.) Tästä syystä ammattilaisen on oltava hyvin perillä eri etäkuntoutusteknologioiden yksityisyysuojauksista sekä salausten menetelmistä (Salminen ym. 2016, 40). Näitä tekijöitä on otettava huomioon etäkuntoutuksen sovellusta valittaessa (Peterson & Watzlaf 2015). Koska etäohjauksessa käytetään pääsääntöisesti hyväksi internetyhteyttä sekä sähköisiä materiaaleja ja tiedonkeruumenetelmiä, tietoturvaan ja tietosuojaan on kiinnitettävä erityisesti huomiota. Terapeutin käyttämässä päälaitteessa ja asiakkaan vastaanottimessa tulisi olla ajantasainen palomuri ja virus-torjuntaohjelma. (Salminen ym. 2016, 40.)

Jotta tietoturvallinen yhteydenpito toteutuisi, etäkuntoutusta pitäisi toteuttaa tietoturvallisia yhteyksiä hyödyntäen. Terapeutti voi käyttää vaihtoehtoisesti myös siirrettävien tietojen salausta. (Salminen ym. 2016, 40.) Aina kun ohjauksessa tai tiedonkeruussa käytetään teknologiaa, informaatio on alttiina hyökkäykselle (Whitman & Mattord 2012, 203). Yhteydenpidossa voidaan hyödyntää salattuja erillisverkkoja, tai terapeutin ja asiakkaan välinen neuvotteluyhteys voi olla täysin sisäinen. Etäkuntoutuksen tietoturvallisuutta voidaan lisätä myös erilaisten

salaustekniikoiden, kuten TLS:n (Transport Layer Security) avulla. Aiemmissä etäkuntoutus-tutkimuksissa on hyödynnetty TLS-teknikoita. (Salminen ym. 2016, 40.)

4.5 Etäkuntoutuksen suosituksia

Jotta kaikki pystyisivät välittämään tietoa keskenään, etäkuntoutuksesta on käytettävä yhteisiä käsitteitä (McCue ym. 2010, 196; Salminen ym. 2016, 11). Etäkuntoutus edistää tasa-arvoa sillä se lisää terveyspalveluiden saatavuutta, jos esimerkiksi asiakas asuu maantieteellisesti syrjäisellä seudulla, hänen on vaikea liikkua kodin ulkopuolella tai hän ei pysty maksamaan matkustuskustannuksia. Tämän takia etäkuntoutuksen käyttöä on tulevaisuudessa lisättävä. (McCue ym. 2010, 195; Salminen ym. 2016, 205.) Etäkuntoutusteknologian täytyy olla riittävän kattavaa, jotta äänentoisto, kuvanlaatu, nettiyhteys yms. on tarpeeksi hyvää kuntoutustarkoitukseen (McCue ym. 2010, 195; Salminen ym. 2016, 205). Etäkuntoutuksen tarjoajien pitää perehtyä sosiaali- ja terveysministeriön asettamiin linjauksiin etäpalveluiden antamisesta. Ennen etäkuntoutuksen alkamista ammattilainen ja asiakas tekevät sopimuksen etäohjauksen käytöstä kuntoutuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019; Salminen ym. 2016, 40 & 206.)

Etäkuntoutuksen käyttöä ei tule rajata vain tietyntylaisille asiakasryhmille, koska se soveltuu laajasti erilaisille asiakkaille. Jokaisen asiakkaan soveltuvuus etäkuntoutukseen arvioidaan yksilöllisesti erikseen. Etäkuntoutusta tulee lisätä vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen, sillä se tuo kuntoutukseen vaihtelua, lisää harjoittelukertoja ja toistomääriä sekä motivoi ja ohjaa kotiharjoitteluun. Etäkuntoutuksesta kaivataan selkeitä kansainvälisiä ja kansallisia ohjeita eri menetelmien ja laitteiden käytöstä. Tätä varten tarvitaan lisää tutkimustietoa etäkuntoutusmenetelmistä, niiden vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta. (Salminen ym. 2016, 206-207.) Etäkuntoutus on aloitettu yleensä kasvokkain tapaamisella ja joko on jatkunut tai täydentynyt etäkuntoutuksella. Sekä ammattilaiset että asiakkaat ovatkin tulleet siihen tulokseen, että vähintään ensimmäisen tapaamisen on hyvä olla kasvokkain, jotta he voivat tutustua paremmin ja heille kehittyy parempi terapiasuhde. Esille on tullut myös sellainen näkökulma, että jännityksestä kärsivän asiakkaan saattaa olla helpompaa ottaa yhteys terapeuttiin ensin videoyhteyden avulla kuin saapua vastaanotolle. Jatkossa suositukseen kuuluu, että terapia aloitetaan kasvokkain tapaamisella kuitenkin asiakkaan tarpeen mukaan. (Salminen & Hiekala 2019, 289-290.)

Tutkimuksissa etäkuntoutuksella on pystytty saavuttamaan tavoitteita, ja sen käyttäminen kuntoutuksessa on ollut tuloksellista. Perinteiseen kasvokkain vastaanotolla tapahtuvaan kuntoutukseen verrattuna etäkuntoutus on monipuolista, ja sitä voidaan toteuttaa erilaisilla menetelmillä ja teknologioilla. Uusien toimintatapojen ja teknologioiden käyttö vaatii opettelua sekä ammattilaisilta että asiakkailta, mutta riittävän hyvän teknologian ja verkkoyhteyden yleistyessä etäkuntoutus integroituu osaksi terveydenhuoltoa. Tutkimuksissa etäkuntoutusta

on käytetty kaiken ikäisillä ja kaiken kuntoisilla asiakkailla. Kaikista ikäluokista ja etäkuntoutuksen menetelmistä on saatu positiivisia tuloksia ja erot etäkuntoutukseen suhtautumisessa ovat olleet yksilöllisiä. Asiakkaan saapuessa vastaanotolle ei ole ollut mahdollista sanoa suoraan, sopiiko hänelle etäkuntoutus vai ei oli hänen toimintakykynsä millainen tahansa. Jokainen asiakas on täytynyt arvioida yksilöllisesti ja tämä on suositus jatkossakin. Etäkuntoutusta kannattaa yleisesti pitää vaihtoehtona vastaanottokäynnille, koska se tuo kuntoutuksen asiakkaan arkeen ja vähentää matkustuskustannuksia. Sen lisäksi kuntoutuksessa voi tarvittaessa olla mukana myös asiakkaan omaiset. Usein riittävä apu teknologian käytössä on motivoinut asiakasta tai hänen omaisiaan kokeilemaan etäkuntoutusta kuntoutuksen vaihtoehtona, jos heillä on alussa ollut kielteinen asenne. Suositus on kuitenkin se, että asiakas saa itse valita osallistuuko etäkuntoutukseen vai ei. (Salminen & Hiekkala 2019, 289-290.)

Etäkuntoutusvaiheessa asiakkaat ovat voineet pitää yhteyttä terapeuttiin joko puhelun, sähköpostin, chatin tai muun viestinnän kanavan kautta saadakseen tukea kuntoutuksessa. Jos asiakkailla tai ammattilaisilla on ollut haasteita etäkuntoutuksen etenemisen tai laitteiden käytön kanssa, heille on ollut tärkeää saada riittävä tukea ja koulutusta stressin vähentämiseksi. Laitteiden käytön opettelu vaatii jatkuvaa panostusta, sillä niiden kehitys on erittäin nopeaa. Suositus on, että ammattilaiset ja asiakkaat saavat riittävän koulutuksen etäkuntoutuksen käytöstä ja valmistautuminen etäkuntoutukseen on huolellista, jotta teknologian käyttö ei vie aikaa itse kuntoutukselta. Asiakkaat ovat saaneet ohjeet etukäteen, miten pitää toimia esimerkiksi verkkoyhteyden katketessa. Myös ennen videoneuvottelukuntoutuksen aloittamista on tehty testiyhteys, jotta voidaan poissulkea ainakin yksi mahdollinen tekninen ongelma. Ammattilaiset ovat toivoneet jatkuvaa IT-tukea etäkuntoutuksen ajaksi. Lisäksi he ovat toivoneet enemmän keinoja lisätä asiakkaiden vertaistukea ja ammattilaiselta saamaa tukea. Nykyään vertaistuen saanti on ollut jo mahdollista erilaisten verkkoalustojen avulla, ja asiakkaat ovat pitäneet sitä tärkeänä. Asiakkaat ovat saaneet myös ammattilaiselta palautetta tekemistään harjoituksista verkkoalustalla, ja tämä on ohjannut heidän kuntoutusprosessiaan. (Salminen & Hiekkala 2019, 290-292.)

Etäkuntoutuksen järjestämisessä on tärkeää ottaa huomioon sen helppokäyttöisyys. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä tietokoneella tapahtuvaan etäkuntoutukseen. Tablettien ja kännyköiden käytössä haasteita on tuonut niiden huono akunkesto ja pieni näyttö sekä osa asiakkaista on kokenut tabletilla kirjoittamisen hankalaksi. Nettiyhteydenkin kanssa on ollut ongelmia, joten riittävän hyvä nettiyhteys on tärkeää etäkuntoutuksen sujuvan toteutumisen vuoksi, ettei kuvayhteys katkea kesken session. Etäteknologian pitäisi ylipäätensä olla kattavaa, jotta sen käyttämiseen ei tarvittaisi monia eri sovelluksia eikä opetteleminen veisi niin paljoa aikaa. Vaikka sovellus olisi kattava, se ei saisi olla monimutkainen, jotta digitaalinen esteettömyys säilyisi ja kaikilla olisi mahdollisuus käyttää sitä. Teknologian pitäisi joustaa ja mukautua erilaisten asiakkaiden tarpeisiin. Suositus on, että ennen terapian alkamista terapeutti kartoittaa, mikä teknologia palvelee juuri tämän asiakkaan tarpeita parhaiten. Heidän on

myös selvitettävä teknologian vaatimukset ja kiinnitettävä huomiota tietoturvaan. Etäkuntoutukseen liittyvää epäilystä voi vähentää hyvillä esimerkki- ja ohjeistusvideoilla, viestintäkanaavilla ja tutkimusnäytön hyödyntämisellä. Tulevaisuudessa etäkuntoutuksen perustana tulee olemaan tutkitut, tieteelliseen näyttöön perustuvat kuntoutusmallit. Yleiset ohjeistukset helpottaisivat etäkuntoutuksen toteuttamista. (Salminen & Hiekkala 2019, 292-293.)

5 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on osa fysioterapiaprosessia, ja se tarkoittaa asiakkaiden toimintakykyä edistävää toimintaa (Suomen Fysioterapeutit 2016b). Muita fysioterapia-prosessin osia ovat muun muassa havainnointi, haastattelu, tutkiminen, mittaaminen ja arviointi. Näiden menetelmien pohjalta voidaan tehdä kliinisiä päätelmiä asiakkaan toimintakyvystä ja luoda fysioterapeuttinen diagnoosi asiakkaan vaivasta. (Suomen Fysioterapeutit 2016c; Kauranen 2017, 21.) Kun asiakkaalta on kerätty riittävästi tietoa, häntä voidaan ohjata ja neuvoa fysioterapeuttisin keinoin kohti tavoitetta, jonka terapeutti on luonut yhdessä asiakkaan kanssa. Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta sisältää erilaisia elementtejä ja siihen liittyy asiakkaan motorinen oppiminen. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 19.)

Havainnoinnilla pyritään saamaan käsitys siitä, miten fysioterapeuttinen ongelma ilmenee ja miten se mahdollisesti vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn. Havainnoinnin kohteena ovat erityisesti suoriutumisen ja toiminta arjessa tapahtuvissa suorituksissa ja ympäristöissä. Asiakkaan havainnointi alkaa heti kun hän saapuu vastaanotolle. Tällöin voidaan havainnoida esimerkiksi asiakkaan liikkumista, istuma-asentoa sekä hänen tapaansa riisua vaatteet. (Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015, 62-63.) Myös fysioterapeuttinen tutkiminen alkaa yleisesti havainnoinnilla. Tällöin ollaan kiinnostuneita erityisesti liikkumisesta, asennonhallinnasta ja tasapainosta. (Suomen Fysioterapeutit 2016c.) Haastattelulla selvitetään asiakkaan lähtötilannetta ja hänen odotuksiaan terapiasta. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä terapeutti kerää tietoa myös muilta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta esimerkiksi potilaskertomusten tai röntgenlöydösten kautta. (Suomen Fysioterapeutit 2016c.) Jo haastattelun aikana pystytään tekemään kliinisiä päätelmiä vaivan aiheuttajasta sen ilmene- misen, oireiden tai syntymekanismien pohjalta. Haastattelussa yleisesti selvitettäviä tekijöitä ovat oireet, oireiden vaikutus toimintakykyyn, lääkitys, vaivan mahdollinen syntymekanismi ja kivut. Kivuista selvitettäviä asioita ovat ilmenemisajankohta, voimakkuus, tyyppi ja helpottavat sekä pahentavat tekijät. (Arokoski ym. 2015, 58.) Esitietojen pohjalta terapeutti suunnittelee tilanteeseen sopivan tutkimissuunnitelman (Suomen Fysioterapeutit 2016c).

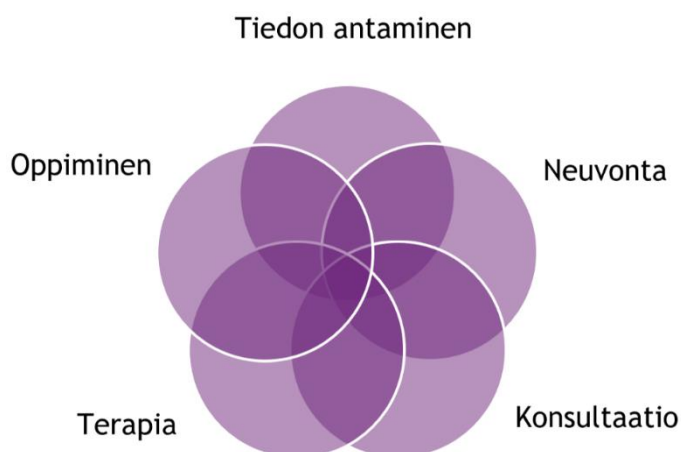
Manuaalinen tutkiminen on tärkeä osa fysioterapeuttista tutkimista. Sen avulla saadaan tärkeää tietoa asiakkaan ongelman syystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Manuaalinen tutkimi-

nen koostuu palpaatiosta, eli käsin tunnustelemisesta, sekä muista manuaalisista tutkimismenetelmistä. Palpaatiolla voidaan arvioida esimerkiksi lihasten ja nivelten toimintaa, kipua sekä luisia rakenteita. (Suomen fysioterapeutit 2016c.) Manuaalisella tutkimisella arvioidaan lihasten tonusta, nivelliikkuvuutta ja testataan neurologisten oireiden esiintymistä. Spesifejä, yksittäiseen kudokseen kohdistuvia provokaatiotestejä, käytetään osana manuaalista tutkimusta vaivojen erotusdiagnoosin tukena. (Suomen Fysioterapeutit 2016c.) Mittaamisella tarkoitetaan jonkin suuruuden määrittämistä mittayksiköinä tai jonkin ominaisuuden selvittämistä. Mittaamista käytetään fysioterapiassa asiakkaiden motivaation lisäämiseen sekä fysioterapian vaikuttavuuden osoittamiseen. (Kauranen 2017, 29.) Terapeutti määrittää asiakkaan toimintakykyä systemaattisten toimintakykymittareiden sekä yksittäisen kehon rakenteen toimintaa selvittävien mittareiden avulla. Tarkasti toteutetuilla mittauksilla saadaan objektiivista tietoa asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä, kuten nivelten liikelajuuksista tai lihasvoimista. (Suomen Fysioterapeutit 2016c.)

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on asiakkaiden toimintakykyä ja terveyttä edistävää toimintaa. Siinä hyödynnetään manuaalisia, verbaalisia, digitaalisia sekä muita ohjauksen ja neuvonnan menetelmiä. Fysioterapeuttiseen ohjaukseen ja neuvontaan kuuluvat asiakkaan lisäksi myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten sekä asiakkaan lähiomaisten ohjaus. Ohjaukseen ja neuvontaan sisältyy tavallisesti asiakkaan toimintakykyä tukevaa tai työelämään liittyvää ergonomista ohjausta. Ohjauksessa asiakasta autetaan suuntaamaan voimavaransa yhdessä asetettujen fysioterapeuttisten tavoitteiden saavuttamiseen. Fysioterapeuttisten tavoitteiden saavuttamisella tavoitellaan asiakkaan toimintakyvyn pysyvää muutosta, joka vaatii asiakkaalta harjoittelu- ja työskentelymotivaatiota. Ohjauksen ja neuvonnan aikana asiakkaan motivaatiota pyritään tukemaan käyttämällä ohjauksessa näyttöön perustuvaa tietoa. Hyvin oleellista on myös asiakkaan arvomaailman ja tavoitteiden ymmärtäminen sekä toteutuksen rakentaminen mielekkääksi ja realistiseksi yhdessä asiakkaan kanssa. (Suomen Fysioterapeutit 2016b.)

Fysioterapeuttisen ohjauksen vaikutukset kohdistuvat erityisesti asiakkaan liikkeen, liikkumisen ja toimintakyvyn laatuun. Terveyttä ja toimintakykyä edistävien muutosten ytimessä on motorinen oppiminen. Tutkimustiedon mukaan oppimistulosten saavuttamisessa on oleellista asiakkaan motoriseen oppimiseen liittyvä aktiivinen ja kognitiivinen prosessointi. Fysioterapeutti pyrkii tukemaan motorisen oppimisen ja kognitiivisen prosessoinnin yhteyttä sekä ymmärtämään, miten asiakkaan fyysis-psykkis-kognitiivinen kokonaisuus on sidoksissa asiakkaan elinympäristöön. Asiakkaan kokonaisuuden ymmärtäminen auttaa fysioterapeuttia valitsemaan ja soveltamaan ohjaustyössä käytettävää mallintamiskeinoja. Mallintamiskeinoja ovat muun muassa visuaalinen, auditiivinen ja manuaalinen ohjaaminen. (Suomen Fysioterapeutit 2016b.)

Tilanteesta riippuen ohjaus sisältää erilaisia elementtejä, joita ovat tiedon antaminen, oppiminen, neuvonta, terapia sekä konsultaatio. Näiden elementtien keskinäistä suhdetta on tarkennettu Kuvioon 2. Fysioterapeuttisessa ohjauksessa painottuvat erityisesti terapiaan ja neuvontaan liittyvät elementit. Tilanteesta riippuen ohjaus saattaa liittyä enemmän neuvontaan ja tiedon antamiseen. (Vänskä 2011, 19.) Fysioterapeuttisessa ohjauksessa ja neuvonnassa pyritään korostamaan asiakkaan oman elämän asiantuntijuutta. Tavoitteena ohjauksessa on, että asiakas on aktiivinen, päätöksen tekoon osallistuva ja tasavertainen fysioterapeutin kanssa. Hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa on asiakaslähtöisyyden kannalta keskeistä. (Vänskä 2012, 26.) Asiakaslähtöisyys on siis ominaista laadukkaalle ohjaamiselle. Asiakkaan fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten hyvin asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan, vältteekö hän ohjausta, unohtaako hän asioita tai kieltäkö hän niitä. Asiakkaan psyykkiset ominaisuudet vaikuttavat motivaatioon, joka on onnistuneen ohjauksen kannalta oleellista. (Lipponen, Ukkola, Kanste & Helvi. 2008, 4.)



Kuvio 2: Ohjaustyöhön sisältyvät elementit. (Mukaillen: Vänskä ym. 2011, 19.)

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on tavoitteellista, ja tavoitteet laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoitteiden laatiminen on osa ohjaus- ja neuvontaprosessia ja niillä pyritään saamaan aikaan pysyviä muutoksia toimintakykyyn, ja niiden asettaminen tukee asiakkaan jo olemassa olevaa motivaatiota kuntoutua. Tavoitteiden on oltava selkeitä, tarkkoja ja realistisesti saavutettavissa olevia. Kun asiakas on itse mukana niiden asettelussa, ne perustuvat asiakkaan omiin voimavaroihin. Asiakaslähtöinen tavoitteiden asettelu edesauttaa niiden saavutettavuutta. (Vänskä ym. 2011, 109-110.) Tavoitteet asetetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa ja molempien osapuolten näkökulmat huomioidaan. Fysioterapiassa niiden asetteluun liittyy yleensä, erityisesti avofysioterapian puolella, kotiharjoitusohjelman laatiminen. Realistisen tavoitteiden asettaminen on keskeistä kotiharjoitteluohjelmaa suunniteltaessa. Tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen voidaan käyttää erilaisia menetelmiä kuten esimerkiksi Kelan suosittelemaa GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling) (Sukula & Varsiniemi 2015, 3).

5.1 Vuorovaikutustaidot

Erityisesti terapiasuhteen alkuvaiheessa hyvillä vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys. Fysioterapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus alkaa jo ensikohtaamisella. Haastattelun aikana fysioterapeutti kuuntelee asiakasta ja reagoi hänen tarpeisiinsa. Kysymyksillä fysioterapeutti pyrkii rohkaisemaan asiakasta puhumaan ja osoittaa kiinnostusta häntä kohtaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua keskusteluun. Näin voidaan varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt ohjatun tai neuvotun tiedon oikein. Samalla voidaan kerätä tietoa hänen asenteistaan, mielipiteistään, resursseistaan, uskomuksistaan, tunteistaan ja motivaatiostaan. Tällä tavoin terapiasuhteessa saadaan luotua yhteisymmärrys asiakkaan kanssa ja terapiasuhteesta tulee luottamuksellinen, turvallinen ja avoin. Yhteisymmärryksellä tarkoitetaan sitä, että päätökset ja ratkaisut tehdään yhdessä asiakkaan kanssa, ja niissä otetaan huomioon molempien osapuolien näkemykset. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 185; Kukkohovi 2004, 51.)

Asiakkaan aktiivinen kuuntelu on keskeinen tapa osoittaa huomioita asiakasta kohtaan, ja kuuntelemista pidetään ohjaustilanteen lähtökohtana (Soimasuo 2008, 13; Kukkohovi 2004, 53). Aktiivinen kuuntelu tarkoittaa niiden käsitysten ja väärinkäsitysten kuulemista, joita asiakkaalla on ja jotka ovat hänelle merkityksellisiä. On esimerkiksi tärkeää kuunnella, miten asiakas määrittelee omaa tilannettaan ja tulevaisuuttaan. Aktiivisella kuuntelulla tarkoitetaan myös sellaisten asioiden kuulemista, joiden esille tuomista vältellään eri syistä tietoisesti tai tiedostamatta. Aktiivinen kuuntelu tarjoaa terapeutille vihjeitä siitä, minkälaista tukea asiakas tarvitsee. Näitä vihjeitä hyödyntämällä realististen tavoitteiden asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa helpottuu, ja tavoite saadaan paremmin sopimaan hänen elämäntilanteeseensa. Aktiivisen kuuntelun tavoitteena on auttaa asiakasta selventämään omia ajatuksiaan tarkoitustenmukaisten kysymysten avulla ja motivoida häntä tarkastelemaan asioita eri näkökulmista. Aktiivinen kuuntelu neuvontakeskustelun aikana voidaan jakaa kuuteen kuuntelemisen perustaitoon. (Soimasuo 2008. 13-14.)

Ensimmäinen kuuntelemisen perustaito on seurata puhumisen sisällön rakentumista. Siinä fysioterapeutti esittää tarkentavia kysymyksiä asiakkaan tarpeista ja puheen sisällöstä. Toinen perustaito on erotella tai tiivistää asiakkaan sanomiset selkeiksi ja varmistaa, että asiakasta on ymmärretty oikein. Tämä auttaa myös asiakasta selkeyttämään omia ajatuksiaan. Kolmantena perustaitona on erottaa keskustelusta asiakkaan ongelmien kannalta keskeisimmät asiat, mikä antaa terapeutille mahdollisuuden tarjota asiakkaalle yksilöllisiä, täsmällisiä ja asiakkaan elämäntilanteeseen suhteutettuja ohjeita. Neljäs perustaito on tunnistaa eri perustelemiskeinoja ja arvioida oman sanoman luotettavuutta. Perustelussa on otettava huomioon asiakkaan vastaanottokyky ja näkökulma sitä kritisoimatta. Viides perustaito on osata tehdä kuullusta päätelmiä, jotka lausutaan ääneen. Tämä antaa asiakkaalle tilaisuuden arvioida omia sanomisiaan. Kuudentena taitona on kyky antaa asianmukaista palautetta, jossa otetaan

huomioon asiakkaan elämäntilanne ja pyritään vakuuttamaan hänet neuvon tarpeellisuudesta. (Soimasuo 2008, 14.)

5.2 Oppimisen ja ohjaamisen tyylit

Ohjaustyössä käytettävä mallintamiskeino määräytyy sen mukaan, millainen oppija asiakas on. Oikean ohjaustavan löytäminen on siis keskeistä, mikäli halutaan tukea asiakkaan omaa oppimista. Oikean ohjausmenetelmän valinta määräytyy asiakkaan oppimistyylin mukaan. Fysioterapiassa yleisimmin käytetyt ohjausmenetelmät ovat visuaalinen, verbaalinen sekä manuaalinen ohjaus. Käytettävät ohjaus- ja oppimismenetelmät saattavat myös vaihdella riippuen harjoittelun vaiheesta. Yleensä asiakkaan oppimistyyli voidaan huomata jo ohjausvaiheessa, kun terapeutti antaa harjoitusohjeen ja asiakas yrittää suorittaa sen. Asiakkaiden luokittelua eri stereotyyppioihin heidän oppimistyyliinsä perusteella tulisi kuitenkin välttää. Oikean oppimistyylin löytäminen ja oikean ohjaustyylin hyödyntäminen auttavat fysioterapeuttia muokkamaan harjoittelun sisältöä yksilöllisemmäksi. Ne myös tehostavat ja edistävät asiakkaan motorista oppimista. Oppimistyyliä voidaan jakaa visuaaliseen, audittiiviseen ja kinesteettiseen oppimistyyliin. (Kauranen 2011, 304-305; Talvitie ym. 2006, 183-184; Bastable 2017, 109-110.)

Erilaiset asiakkaat oppivat eri tavalla. Visuaalisesti oppiva asiakas oppii parhaiten näköaistin kautta kerätyn informaation avulla. (Kauranen 2011, 305; Bastable 2017, 101.) Visuaalinen oppimistyyli jaetaan edelleen kahteen alaluokkaan, visuaalis-verbaaliseen ja visuaalis-non-verbaaliseen oppimistyyliin. Visuaalis-verbaalisessa tyylissä asiakas oppii tiedon parhaiten erilaisten esitysvälineiden, kirjallisten ohjeiden tai demonstraatioiden avulla. Visuaalis-ei-verbaalisessa tyylissä asiakas oppii tiedon puhtaasti näköhavainnon kautta ja pyrkii visualisoimaan kaiken mielessään. (Kauranen 2011, 305) Audittiivisesti oppivat asiakkaat omaksuvat uuden tiedon parhaiten kuuloaistimuksen avulla. Heille verbaalinen vuorovaikutus sekä verbaalinen ohjeistus ovat mieluisimpia oppimismuotoja. (Kauranen 2011, 305; Bastable 2017, 101.) Kinesteettisen oppimistyylin omaksuneet asiakkaat oppivat hyvin kosketuksen ja käytännön tekemisen kautta. He pystyvät ymmärtämään tietoa paremmin non-verbaalisen viestinnän kautta kuin verbaalisen viestinnän kautta. (Kauranen 2011, 305; Bastable 2017, 101.)

Eri oppimistyyliä vaativat erilaisia ohjausmenetelmiä. Visuaalisessa ohjauksessa hyödynnetään asiakkaan näköaistia ja kykyä visualisoida nähty harjoite omassa mielessä. Visuaalisessa ohjauksessa fysioterapeutti yleensä demonstroi oikeaoppisen harjoitussuorituksen ja asiakas seuraa vierestä. Visuaalinen ohjaus korostuu myös etäkuntoutuksessa, jos etäohjaus toteutetaan videoyhteyden avulla. Verbaalisessa ohjauksessa puolestaan hyödynnetään asiakkaan kuuloaistia ja kykyä oppia kuuntelemalla. Verbaalisen ohjauksen tarkoituksena on antaa asiakkaalle palautetta harjoitteiden aikana sekä ohjata asiakasta suorittamaan harjoitukset oikeaoppisesti. Verbaalisen ohjauksen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää, joten vaikeiden lää-

ketieteellisten käsitteiden käyttöä tulee välttää. Annettujen ohjeiden tulisi olla lyhyitä ja ytimekkäitä, sillä paljon tietoa sisältävät ohjeet eivät välttämättä jää asiakkaalle muistiin. Terapeutin tulisi lyhyesti ohjeistaa asiakkaalle koko harjoitteen liikesuoritus. Samalla selviää myös, onko asiakas ymmärtänyt ohjatun liikkeen ohjeet oikein. Kun asiakas toteuttaa liikkeen, fysioterapeutti voi tarkentaa verbaalisesti harjoituksen eri vaiheita. Verbaalinen ohjaus korostuu erityisesti etäkuntoutuksessa, jossa ohjaus tapahtuu puheella. Fysioterapeuttisessa ohjauksessa verbaalinen ja visuaalinen ohjaus yleensä yhdistyvät. (Talvitie ym. 2006, 182-185.)

Manuaalisessa ohjauksessa puolestaan fysioterapeutti ohjaa asiakasta fyysisesti liikkeen suorittamisessa. Fysioterapeutti voi siis ohjata käsillään asiakkaan vartaloa. Manuaalisen ohjauksen tarve suurenee, mikäli asiakkaan fyysinen toimintakyky tai oman kehon hahmotus ovat heikompia. Manuaalista ohjaamista käytetään fysioterapiassa myös harjoittelun turvallisuuden varmistamiseksi. Etäkuntoutuksessa manuaalista ohjausta ei voida käyttää välimatkan takia. (Talvitie ym. 2006, 182-184.)

Bastablen (2017, 110) mukaan asiakkaan oppimistyyli on mahdollista selvittää. Terapeutin on tärkeää perehtyä eri olemassa oleviin oppimistyyliin, jotta asiakkaan oppimistyylin tunnistaminen olisi mahdollisimman helppoa. Havainnoinnin ja haastattelun avulla voidaan tunnistaa eri oppimistyylien elementtejä vuorovaikutuksen aikana sekä esittää asiakkaalle tiedusteltavia kysymyksiä hänen kyvystään oppia. Häneltä voidaan esimerkiksi tiedustella, osallistuisiko hän mieluummin ohjattuun ryhmäliikuntaan vai yksilölliseen ohjaukseen tai haluaako hän ohjeet kirjallisena, kuvina vai videoina. Asiakkaalle on hyvä antaa mahdollisuus kertoa terapeutille, jos ohjaustyyli ei tue hänen omaa oppimistaan. Terapeutin tulisi rohkaista asiakasta tiedostamaan oman oppimistyylinsä, jotta he voisivat ymmärtää toisiaan paremmin.

5.3 Fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan keinoja

Fysioterapeutilla täytyy olla riittävät tiedot ja taidot laadukkaan ohjauksen ja neuvonnan antamiseen. Tämä edellyttää työn filosofista ja eettistä pohdintaa, lainsäädännön tuntemusta sekä hyviä ohjausvalmiuksia. Tietoisuus edellä mainituista asioista tekee ohjaustoiminnasta perusteltua. Fysioterapeutin pitäisi tunnistaa omat ohjausta koskevat lähtökohtansa, kuten mitä ohjaaminen on ja miksi hän ohjaa. Fysioterapeutin täytyy pystyä osoittamaan fyysisen aktiivisuuden terveyttä edistävät vaikutukset. Lisäksi terapeutin tulee tunnistaa asiakkaan esteet fyysiselle aktiivisudelle ja tukea asiakkaan itsenäisyyttä. Fysioterapeutin tulee kannustaa asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa ja auttaa tätä rakentamaan sosiaalista tukiverkostoaan. Fysioterapeutilla on velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan, jotta hän voisi tarjota asiakkaalle asianmukaista tietoa päätöksenteon ja valintojen tueksi. (Lipponen ym. 2008, 3.)

Fysioterapeuttisessa ohjauksessa pyritään vahvistamaan asiakkaan omia voimavaroja ja mahdollistamaan asiakkaan voimaantuminen. Asiakkaan voimavarojen hyödyntäminen edellyttää

fysioterapeutilta kunnioitusta asiakkaan omaa tahtoa kohtaan ja pyrkimystä tukea asiakasta tämän arkisissa muutoksissa. Fysioterapialla tulee olla selkeä yhteys asiakkaan omaan arkeen ja harrastuksiin. Asiakkaan oman tahdon ja tunteiden huomioiminen vahvistaa hänen itsemääräämisoikeuden tunnettaan. Kun asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, hän kokee olevansa oman elämänsä asiantuntija ja tuntee olevansa aidosti mukana terapiaprosessin suunnittelussa. (Vänskä ym. 2011, 77-79; Lipponen ym. 2008, 12.) Fysioterapeuttiseen neuvontaan on hyvä sisällyttää myös asiakkaan kokonaisvaltaista terveyttä edistävää neuvontaa. Sen on osoitettu olevan vaikuttavaa erityisesti sellaisten asiakkaiden kanssa, joilla on kroonisia vaivoja, joiden paranemista hidastaa huono terveystyöskäytäytyminen tai joiden fyysiset tai henkiset rajoitteet haittaavat heidän elämänlaatuaan. Asiakkaan terveystyöskäytäytymiseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi motivoivan haastattelun ja voimavaralähtöisen ohjaamisen keinoin. (Bezner 2015; Stonerock & Blumenthal 2017.)

Motivaatio muodostuu asiakkaan halusta saada muutosta omaan elämäntilanteeseensa. Motivaatio jaetaan edelleen sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Sisäisestä motivaatiosta voidaan puhua silloin, kun asiakas on motivoitunut riippumatta muiden antamasta hyväksynnästä tai palkinnosta. Tällainen ihminen kokee tekevänsä valintojaan vapaasti omasta tahdostaan. Sisäisesti motivoitunut asiakas on kyvykäs toimimaan itsensä hyväksi ja kokee, että voi itse vaikuttaa hyvinvointiinsa. Ulkoinen motivaatio syntyy ulkopuolisen kannustuksen tai tuen avulla. Ulkopuolisen kannustuksen ja tuen saaminen auttaa asiakasta löytämään myönteisen suhtautumistavan itseensä ja antaa hänelle voimavaroja tarvittavan muutoksen toteuttamiseen. Ulkoinen motivaatio yleensä saa aikaan positiivisia muutoksia terveystyöskäytäytymisessä, mutta pysyvän muutoksen aikaansaaminen vaatii asiakkaalta sisäistä motivaatiota. Fysioterapeutin käyttämä ohjaus- ja neuvontamenetelmä vaikuttaa asiakkaan sisäisen motivaation löytymiseen. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 18.)

Motivoivalla haastattelulla pyritään löytämään ja vahvistamaan asiakkaan motivaatiota elämäntapamuutokseen. Motivoivassa haastattelussa on oleellista selvittää asiakkaan omat arvot, tavoitteet, käytettävissä olevat resurssit ja tavoiteltavan muutoksen merkitys. Keskeisimmät periaatteet motivoivassa haastattelussa ovat empatian osoittaminen, asiakkaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistaminen sekä väittelyn välttäminen ja vastarinnan myötäileminen. Empatian osoittamisella tarkoitetaan sitä, että terapeutti on aidosti kiinnostunut asiakkaasta ja hänen asioistaan. Tämä vaatii terapeutilta hyviä vuorovaikutustaitoja, sillä katsekontakti, huolellinen kuunteleminen ja kiinnostuksen osoittaminen asiakkaan asioista dialogin aikana ovat yksinkertaisimmat tavat osoittaa kiinnostusta. Asiakkaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen tarkoittaa sitä, että terapeutti tunnistaa asiakkaan vahvuudet, löytää asioista hyvät puolet ja havaitsee pienetkin edistysaskeleet. Nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistamisella pyritään tuomaan esille eroja asiakkaan nykyisen terveystyöskäytäytymisen sekä tärkeiden tavoitteiden ja arvojen välillä. Asiakasta autetaan puhumaan

oman muutoksensa puolesta. Väittelyn välttäminen ja vastarinnan myötäileminen liittyvät tilanteeseen, jossa asiakkaalla ja terapeutilla on eri käsitys asioista. Tällaisessa tilanteessa terapeutin on tärkeää myötäillä vastarintaa ja osoittaa ymmärrystä. Ristiriitaiseen aiheeseen voidaan palata myöhemmin toisessa yhteydessä. (Järvinen 2014.)

Motivoivan haastattelun onnistumisesta voidaan puhua silloin, kun asiakkaalla on vastaanoton päätyttyä mielessään suunnitelma oman terveytensä edistämiseksi. Kun asiakas luo itselleen oman suunnitelman, se sopii hänen arvoihinsa, tarpeisiinsa, tavoitteisiinsa ja resursseihinsa. Asiakkaat motivoituvat myös siinä tahdissa, kun se on heille mahdollista. Motivoitumista ei voida kiirehtiä. Asiakkaasta riippuen riittävän motivaation löytämiseen voidaan tarvita useita tapaamiskertoja. (Järvinen 2014). On myös todettu, että motivoivan haastattelun positiiviset vaikutukset näkyvät sellaisissa asiakkaissa, joilla on kroonisia vaivoja ja joiden tavoitteena on lisätä fyysistä aktiivisuutta (Frost ym. 2018).

Voimavaralähtöisessä ohjaamisessa hyödynnetään asiakkaan olemassa olevia voimavaroja. Asiakkaan kannustaminen ja terapeutin kanssa yhdessä tekeminen luovat asiakkaalle toiveikkautta ja lisäävät tämän harjoittelumotivaatiota. Tällöin asiakas pystyy suuntaamaan voimavarojensa helpommin harjoitteluun, ja terapeutin on kannustettava asiakasta tekemään muutoksia. (Vänskä ym. 2011, 80-85.) Voimavaralähtöisessä ohjauksessa korostetaan molempien osapuolien asiantuntijuutta ja kyvykkyyttä. Asiakas on fysioterapeutin kanssa samanarvoinen. Asiakkaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että fysioterapeutti uskoo ja luottaa asiakkaan tietoihin, taitoihin ja muuttumisen mahdollisuuksiin. Voimavaralähtöisessä ohjauksessa fysioterapeutti pyrkii, verbaalisen vuorovaikutuksen keinoin, lisäämään asiakkaan sisäisen hallinnan ja voiman tunnetta. Rento ja avoin ilmapiiri auttavat asiakasta tekemään muutoksia ilman, että hän tuntisi ulkoista painetta muuttua tai että hänelle asetettaisiin rajoittavia vaatimuksia. Fysioterapeutin tehtävänä on helpottaa asiakkaan keskusteluun osallistumista, jotta hänelle selviäisi asiakkaan rutiinit ja ennakkokäsitykset. Keskustelun aikana asiakkaalla on mahdollisuus luoda omia ratkaisuja ongelmilleen, tunnistaa tarpeitansa ja sen myötä saavuttaa tavoitteitaan. (Soimasuo 2008, 11-12.)

5.4 Ohjauksen ja neuvonnan etiikka

Fysioterapeutin ammatillisessa osaamisessa eettinen osaaminen on keskeistä. Etiikan osaamisessa on oleellista tunnistaa eettisiä ongelmia ja tiedostaa oman toiminnan vaikutukset toisiin ihmisiin. Tämä vaatii fysioterapeutilta riittävän eettisen päätöksenteon taidon ja halua toimia eettisten periaatteiden mukaisesti. (Suomen Fysioterapeutit 2017.) Bastable (2017, 28) mainitsee teoksessaan, että ohjauksen eettistä ja lakisääteistä vastuuta noudattaessa voidaan käyttää apuna kuutta merkittävää eettisyyden periaatetta. Nämä kuusi merkittävää eettisyyden periaatetta ovat itsenäisyyden kunnioittaminen, totuudenmukaisuus, salassapitovelvollisuus, vahingonteon välttäminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus.

Itsenäisyyden kunnioittamisella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta tehdä kuntoutukseen liittyviä valintoja itsenäisesti. Fysioterapeutin täytyy saada asiakkaalta suostumus suunnitellun terapian toteuttamiseen. Ilman suostumusta terapiaa ei saa eettisistä ja lakisääteisistä syistä antaa asiakkaalle. Asiakkaan suostumus kuntoutukseen tulee näkyä asiakkaaseen liittyvissä kirjauksissa. (Bastable 2017, 28-29.) Totuudenmukaisuudella tarkoitetaan yksinkertaisimmillaan totuuden kertomista. Totuuden kertominen linkittyy vahvasti asiakkaan itsenäisyyden kunnioittamiseen. Kun asiakas tietää totuuden tilanteestaan, hänellä on mahdollisuus käyttää harkintakykyään kuntoutuksensa parhaan mahdollisen etenemistavan valinnan suhteen. Tahallinen väärän tiedon antaminen voi pahimmassa tapauksessa tuottaa haittaa asiakkaalle, ja se voidaan tulkita lain mukaan pahoinpitelyksi. (Bastable 2017, 29.)

Salassapitovelvollisuus tarkoittaa sitä, ettei asiakkaan henkilökohtaiset ja arkaluontoiset tiedot saa joutua väriin käsiin. Salassa pitäminen ei tarkoita samaa kuin tietojen käsitteleminen anonymisti. Anonymisyys tarkoittaa käsitteenä sitä, ettei kerättyjä tietoja voida yhdistää asiakkaan henkilöllisyyteen. Salassapito puolestaan tarkoittaa sitä, että vain tietyllä ryhmällä on pääsy asiakkaan tietoihin. Sosiaali- ja terveysalalla tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi lääkärit, hoitajat, fysioterapeutit ja muut sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, joille tietoihin pääsy on asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Asiakkaalta on myös saatava suostumus tietojensa tallettamiseen, jotta itsemääräämisoikeus ja totuudenmukaisuus toteutuisivat. (Bastable 2017, 30.)

Vahingonteon välttämällä tarkoitetaan asiakkaan tahallisen vahingoittamisen välttämistä. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutilta vaaditaan riittävää pätevyyttä terapian suorittamiseen, jotta terapia olisi asiakkaalle turvallista. Huolimattomuus ja hoitovirheet liittyvät yleensä vahingontekoon sosiaali- ja terveysalalla. Huolimattomuudella tarkoitetaan annetun terapian tai hoidon normaalien standardien laiminlyömistä, mikä aiheuttaa kohtuutonta vahingonriskiä asiakkaan hyvinvoinnille. Hoitovirheellä tarkoitetaan huolimattomuutta tai virheellistä menettelyä toteutetun hoidon tai terapian aikana. (Bastable 2017, 30-31; Lääkäriliitto 2013, 63.) Hyvän tekemisellä tarkoitetaan sitä, että terapeutti sitoutuu edistämään asiakkaan hyvinvointia. Lisäksi annetun terapian tai suunnitellun kuntoutuksen on oltava hyväksi asiakkaalle. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa terapeutin velvollisuutta tarjota laadukasta terapiaa riippumatta asiakkaan taustoista. Ei ole oikeudenmukaista tarjota erilaista terapiaa toiselle asiakkaalle, jolla on täysin samanlaiset ongelmat kuin ensimmäisellä asiakkaalla, ellei muutosten tekemistä voida perustella hyvin. Oikeudenmukaisuus perustuu samanarvoisuuteen ja kuluttajansuojeluun, ja se linkittyy vahvasti totuudenmukaisuuteen ja hyvän tekoon. (Bastable 2017, 31-32.)

6 Palvelun kehittäminen

Palvelu on moniulotteinen kokonaisuus, jota on hankala määritellä yksiselitteisesti (Tuominen, Järvi, Lehtonen, Valtanen & Martinsuo 2015, 15; Tuulaniemi 2013, 59). Palvelulla on kuitenkin ominaisia piirteitä, joilla se eroaa esimerkiksi tuotteista (Silvennoinen 2016, 7). Tällaisia ovat kuluttajan ongelman ratkaiseminen, palvelun prosessinomaisuus, kuluttajan ja palveluntarjoajan välinen yhteistyö palvelun tuotannossa, palvelujen aineettomuus ja ainutkertaisuus sekä palvelukokemuksen henkilökohtaisuus (Jaakkola, Orava & Varjonen 2009, 1; Silvennoinen 2016, 7; Eräsalo 2011, 13). Palveluna voidaan pitää toimintaa, jolla pyritään muuttamaan palvelun kuluttajien olosuhteita, ja sen ideana voidaan pitää asiakkaan ongelman ja/tai tarpeen ratkaisemista (Tuulaniemi 2013, 59; Eräsalo 2011, 12; Tilastokeskus 2019). Palvelulle on ominaista se, että palvelua ja sen tuottamista ei voida erottaa keskenään. Se on prosessi, jonka todellinen arvo syntyy vasta ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, ja asiakkaat osallistuvat lähes poikkeuksetta itse palvelutapahtumaan. Palvelulle tyypillistä on myös se, ettei siihen voi kohdistua omistusoikeuksia. Sitä voidaan tuottaa toiselle, mutta sen omistajuus ei kuitenkaan vaihdu. Se on aineeton hyödyke, joka ei kulu käyttämällä loppuun. (Tilastokeskus 2019, Eräsalo 2011, 13.)

Palveluja voidaan tarkastella niiden ominaispiirteiden lisäksi luokittelemalla ja vertailemalla palveluja keskenään. Palvelujen luokittelulle on monta erilaista tapaa. Luokittelu auttaa ymmärtämään, minkä tyyppinen vuorovaikutussuhde palvelua tarjoavalla organisaatiolla on asiakkaaseen ja millaisia palvelutapahtumat ovat luonteeltaan. Palvelujen luonteen lisäksi luokittelulla saadaan ymmärrystä palvelun käyttötarkoituksesta ja muun muassa palvelun hinnoitteluun liittyvistä tekijöistä. (Logistiikan maailma 2019.) Palveluja voidaan luokitella esimerkiksi niitä tuottavan organisaation/yhteisön mukaan tai niiden tyylin ja sisällön mukaan (Flink, Kerttula, Nordling & Rautio 2015, 43; Logistiikan maailma 2019; Kuusela 1998, 44-52). Yhteiskunnassa palveluita tuottavat yritykset, julkinen sektori sekä kolmannen sektorin voittoa tavoittelemattomat yhteisöt. Kaikilla kolmella sektorilla on omanlaiset tehtävänsä ja tavoitteensa, ja nämä ilmenevät esimerkiksi tarjottujen palveluiden rajoituksina sekä laatu- ja tehokkuusvaatimuksina. (Flink ym. 2015, 43.) Sisällön perusteella palvelut voidaan jakaa asiakas- ja ihmiskeskeisiin palveluihin, huolto- ja kuljetuspalveluihin, ajatusten ja mielen virkistämisen palveluihin sekä informaation prosessointiin liittyviin palveluihin (Kuusela 1998, 44-52).

Palvelun kehittämisellä tarkoitetaan joko jo olemassa olevan palvelun kehittämistä paremmaksi tai kokonaan uuden palvelun luomista (Kinnunen 2004, 29). Palvelun kehittämisen tulee perustua käyttäjälähtöiseen suunnitteluun, minkä keskiössä ovat palveluiden tulevat käyttäjät (Koivisto 2011, 49). Asiakslähtöinen kehittäminen mahdollistaa sellaisten palvelukokonaisuuksien kehittämisen, joista asiakkaat ovat valmiita maksamaan (Tuulaniemi 2011, 143).

Palvelun käytettävyys varmistetaan sillä, että sen kehitysprosessi tehdään asiakkaan tarpeiden pohjalta (Miettinen 2011, 25). Palvelujen ominaisuudet, kuten aineettomuus ja ainutkeraisuus, erottavat sen tuotteen kehittämistä. Eroja löytyy esimerkiksi suunnitteluprosessista, kehittämisen keskeisistä asioista ja lanseerauksesta. (Kinnunen 2004, 29-31.) Palvelujen suunnittelun tavoitteena on kehittää sujuva tuotantoprosessi. Tuotesuunnittelun tavoitteena puolestaan on tuottaa tarpeita vastaava ja toimiva fyysinen tuote. (Kinnunen 2004, 29.) Sekä palveluita että tuotteita kehitettäessä lanseeraus on tärkeässä roolissa, mutta palveluiden kohdalla tätä voidaan pitää merkityksellisempänä. Tämä johtuu palvelun aineettomasta luonteesta, minkä takia asiakkaiden mielikuvat ja ensikokemukset ovat tärkeitä. (Kinnunen 2004, 30.)

Palvelun kehittäminen on prosessi, joka voidaan jakaa osiin. Prosessilla tarkoitetaan toimintaa, jolla saadaan aikaan lisäarvoa tuottavia tuloksia, tuotoksia ja vaikutuksia. Jokainen palvelu on omanlainen kokonaisuutensa, ja palvelua kehitettäessä pyritään luomaan jotain uutta. Tästä syystä on mahdotonta määritellä absoluuttista ja muuttumatonta palvelun kehittämisen prosessia. (Tuulaniemi 2011, 126.) Prosessien luonne voi suuresti erota eri organisaatioiden ja toimialojen välillä (Jyväskylän Yliopisto 2019a). Esimerkkinä palvelun kehittämisprosessista voidaan käyttää palvelumuotoilussa käytettävää palvelumuotoiluprosessia. Yleisellä palvelumuotoiluprosessilla voidaan havainnollistaa, miten uutta palvelua kehitetään (Tuulaniemi 2011, 219).

7 Opinnäytetyön menetelmät

Ammattikorkeakoulussa opinnäytetyö on mahdollista toteuttaa toiminnallisena kehittämistyönä tai tutkimuksellisenä opinnäytetyönä (Vilka & Airaksinen, 2003a, 9). Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena kehittämistyönä. Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa jokin konkreettista, mikä hyödyttää työelämää käytännössä. Toiminnallisen opinnäytetyössä tuotetaan jokin produkti, kuten opas tai ohje. Konkreettisen produktin kehittämiseen tulee käyttää olemassa olevaa tietoperustaa ja tulosten tulee olla rinnastettavissa aikaisempiin tutkimustuloksiin. Kehittämistyöllä on mahdollista tuottaa uutta informaatiota, jolla pystytään esimerkiksi mallintamaan työelämän käytäntöjä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti, 2014, 21; Vilka & Airaksinen, 2003b, 1.)

Tässä opinnäytetyössä palvelun kehittämisen tukena on käytetty osia palvelumuotoiluprosessista. Palvelumuotoiluprosessissa on selkeä rakenne palvelun kehittämälle. Sen avulla pystyttiin järjestelmällisesti kehittämään opinnäytetyössä pilotoitavaa prototyyppiä. Pilotin lopussa asiakkailta kerättiin kokemuksia teemahaastattelulla. Teemahaastattelu valittiin haastattelumenetelmäksi, koska se on puolistrukturoitu, eli siinä ei käytetä suljettuja kysymyksiä, mutta sen rakenne ei ole myöskään täysin avoin. Suljetut kysymykset saattavat johdatella asiakasta tietynsuuntaisiin vastauksiin ja avoimen rakenteen vastauksia voi olla vaikea tulkita

ja järjestellä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48). Asiakaskokemusten analysointiin ja järjestelyyn käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sen avulla kokemukset pystyttiin jäsenellä ja käsitteellistää, mikä helpotti johtopäätösten muodostamista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110, 121-122.)

7.1 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoiluprosessin toimintarunko on jokaista uutta palvelua kehitettäessä oma kokonaisuutensa. Vaikka ei ole mahdollista kuvata palvelumuotoiluprosessia, joka toimisi jokaista palvelua kehitettäessä, on kaikissa prosesseissa kuitenkin yhteneviä pääpiirteitä. (Tuulaniemi 2011, 126.) Yleinen palvelumuotoiluprosessin toimintarunko koostuu viidestä kokonaisuudesta, jotka voidaan jakaa pienempiin osiin. Nämä osat ovat määrittely, tutkimus, suunnittelu, palvelutuotanto ja arviointi. Esimerkki palvelun kehittämisen prosessin eri osista ja vaiheista on hahmotettu kuvioon 3. (Tuulaniemi 2011, 130.)



Kuvio 3: Esimerkki palvelun kehittämisen prosessin eri vaiheista (Mukaihen: Tuulaniemi 2011, 130).

Palvelun kehittämisen prosessi aloitetaan määrittelyllä (Tuulaniemi 2011, 136). Määrittelyvaiheeseen kuuluu palvelun keskeisten ominaisuuksien hahmottaminen, eli mikä on tulevan palvelun konkreettinen sisältö ja miten palvelua käytännössä toteutetaan. Määrittelyvaiheessa kartoitetaan, mihin tarkoitukseen palvelua ollaan kehitämässä, mitä asiakkaan ongelmaa pyritään ratkaisemaan ja mitä hyötyä palvelusta on sekä organisaation että asiakkaan näkökulmasta (Tuulaniemi 2011, 128, 132). Opinnäytetyössä kehitettävä prototyyppi edustaa palvelun luokittelussa asia- ja ihmiskeskeistä palvelua. Aikaisemmat yhdistelmä kuntoutusta hyödyntäneet tutkimushankkeet ovat sairaus spesifejä, mutta tätä prototyyppiä ei rajattu yksittäisten sairauksien kuntoutukseen vaan sen on tarkoitus sopia erilaisten asiakkaiden kuntoutukseen sairaudesta riippumatta.

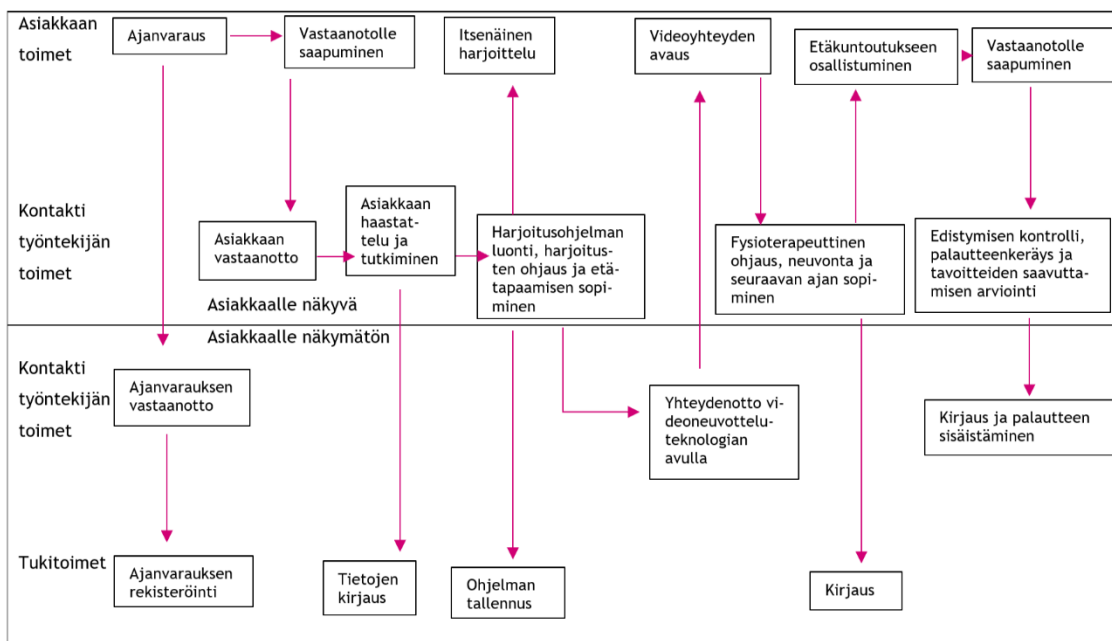
Opinnäytetyössä kehitetyn prototyypin konkreettiseen sisältöön kuuluivat ryhmätapaaminen kaikkien pilottiin osallistuvien asiakkaiden kanssa, kasvokkain tapahtuva ensimmäinen fysioterapiakäynti, kolme etätapaamista ja kasvokkain tapahtuva lopputapaaminen. Prototyypissä käytettiin reaaliaikaista etäkuntoutusta ja mahdollisesti myös ajasta riippumatonta etäkuntoutusta. Ohjaus tapahtui pääasiallisesti videoneuvotteluteknologian välityksellä, mutta tarvittaessa tämän tukena käytettiin sähköpostia esimerkiksi uusien harjoitteiden lähettämiseen asiakkaalle. Opinnäytetyössä kehitetystä prototyypistä hyötyvät sekä osallistujat, sen toteuttajat että sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan opiskelijat ja ammattilaiset. Prototyypillä pyrittiin ratkaisemaan aikaisemmissa tutkimuksissa esille tulleita ongelmia, kuten manuaalisen ohjauksen puutetta etäkuntoutuksessa.

Tutkimusvaiheessa keskitytään asiakasymmärryksen kasvattamiseen (Tuulaniemi 2011, 142). Asiakasymmärrys tarkoittaa kattavaa tietoa asiakkaista sekä heidän odotuksistaan ja tarpeistaan. Asiakasymmärrystä hyödynnetään palveluiden suunnittelun perustana. (Virtanen ym. 2011, 18; Tuulaniemi 2011, 142.) Opinnäytetyön prototyypin kehittämiseen käytetty asiakasymmärrys rakentui aikaisemmasta tutkimustiedosta. Opinnäytetyöraportin teoriaosiossa käsitellyissä tutkimuksissa asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä etäkuntoutuksen tuomista ajankäyttöön, matkustuskustannuksiin ja välimatkoihin liittyvistä hyödyistä. Asiakkaat ovat tutkimuksissa toivoneet, että ensimmäinen tapaaminen pidettäisiin aina kasvotusten tutustumisen, terapiasuhteen luomisen ja terapeuttisen kosketuksen takia. Lisäksi asiakkaat ovat toivoneet ohjeistusta teknologian käyttämiseen ennen etäkuntoutuksen alkamista, jotta teknologian käyttäminen ei tuottaisi heille stressiä eikä veisi turhaa aikaa kuntoutukselta. Prototyypin kehittämisen tukena käytettiin jo olemassa olevia etäkuntoutuksen suosituksia, jotta pystyttiin tarjoamaan asiakkaille mahdollisimman toimiva palvelu.

Palvelun suunnitteluvaihe koostuu palvelun ideoinnista ja konseptoinnista. Ideointivaihe on tärkeä osa uuden palvelun kehitysprosessia. Ideoinnin tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon ideoita tuotekomponenteista, ominaisuuksista ja lupaavista palveluvaihtoehdoista. (Huusko & Kuronen 2013, 14.) Ideoinnilla pyritään löytämään mahdollisimman monta ratkaisua ongelmaan, jota palvelulla pyritään ratkaisemaan (Tuulaniemi 2011, 182). Opinnäytetyössä kehitetyn prototyypin ideointivaiheessa pohdittiin erilaisia etäkuntoutuksen yhdistelmämalleja. Asiakasymmärryksen pohjalta kehitettiin palvelukonsepti, joka voi vastata asiakkaiden tarpeita.

Palvelukonsepti edustaa palvelun suurta kuvaa (Miettinen, Kalliomäki & Ruuska 2011, 107). Konseptilla pyritään vastaamaan kysymyksiin, miten palvelua tuotetaan, mitä se vaatii palvelun tuottajalta ja millaiseen asiakastarpeeseen sillä pyritään vastaamaan (Tuulaniemi 2011, 191). Palveluprosessi on osa palvelukonseptia. Palveluprosessi kuvastaa, miten palvelua tuotetaan ja toteutetaan. Palveluprosessin kuvauksessa pyritään määrittelemään palvelun toteu-

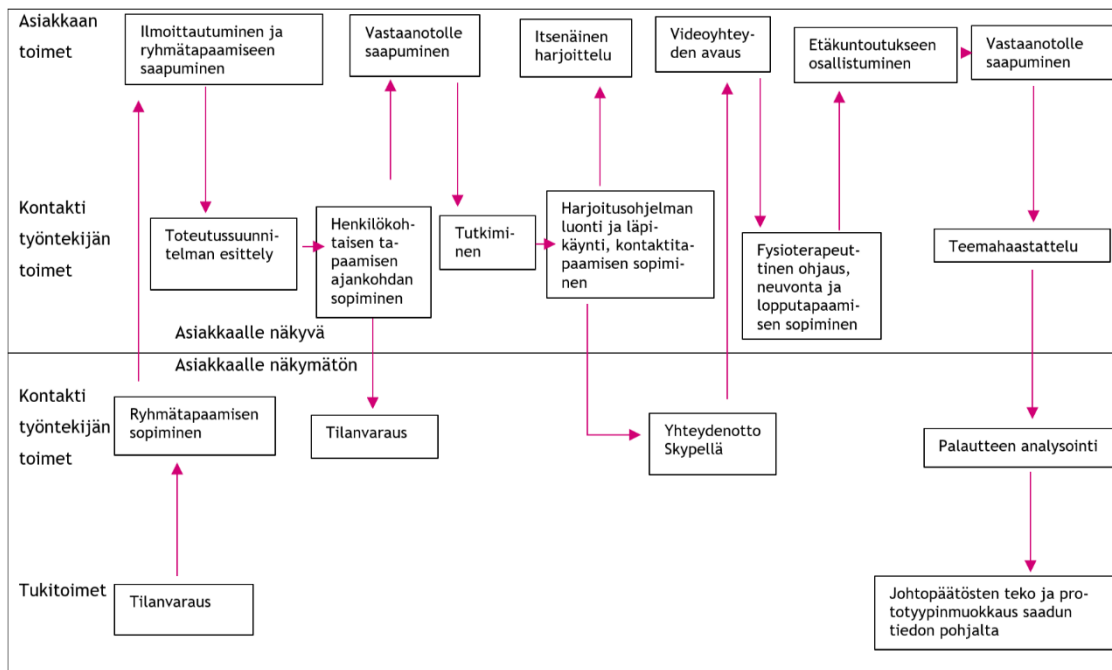
tusvaiheet mahdollisimman tarkasti. Tällä tavoin saadaan käsitys siitä, ketä palvelun tuottamiseen tarvitaan ja mihin palvelun tuotannon vaiheeseen he osallistuvat. (Jaakkola ym. 2009, 15.) Opinnäytetyössä palveluprosessin kuvaamisen menetelmänä käytettiin Blueprinting -kaaviota (Kuvio 4). Blueprinting -kaavio on visuaalinen kuvaus palveluprosessista, ja siinä erotetaan asiakkaalle näkyvät ja näkymättömät tapahtumat palvelun tuotannossa. (Silvennoinen 2016, 24; Jaakkola ym. 2009, 16; Bitner, Ostrom & Morgan 2007, 6). Kaavioon merkitään, missä vaiheissa palvelua asiakas on läsnä ja missä ei. (Silvennoinen 2016, 23; Jaakkola ym. 2009, 16.)



Kuvio 4: Blueprinting kaavio palvelukonseptista (Mukaillen: Bitner ym. 2007, 6)

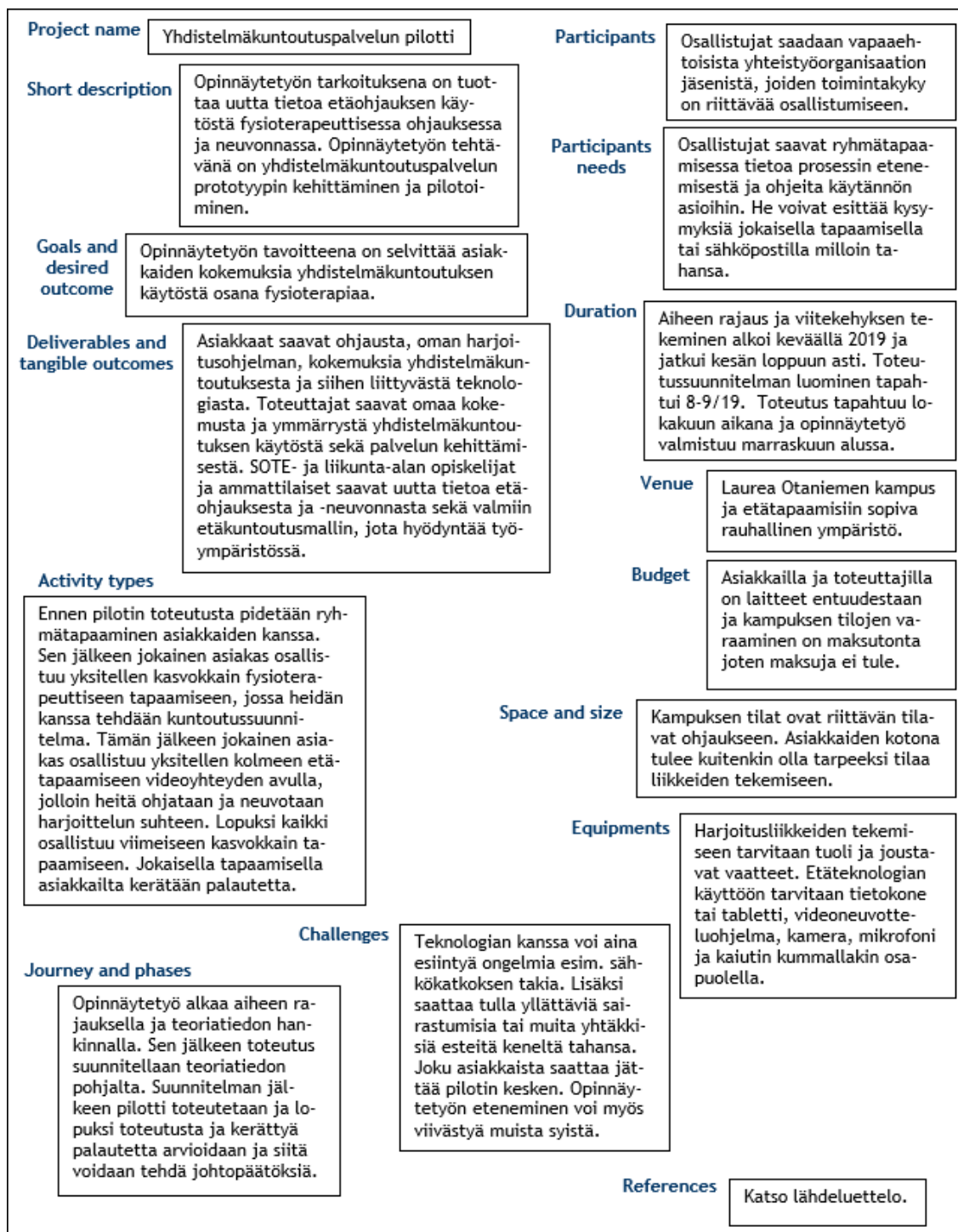
Prototyypointi (koemallintaminen) on tärkeä osa palvelun suunnitteluvaihetta ja olennainen osa palvelun kehittämistä. (Tuulaniemi 2011, 196.) Prototyypoinilla arvioidaan palvelukonseptin toteutettavuutta ja kannattavuutta (Vaahtojärvi 2011, 131; Nissinen 2010, 19). Prototyypointi tarkoittaa palvelun testausta, minkä tavoitteena on selvittää, toimiiko palvelukonsepti käytännössä siten kuin on ajateltu (Tuulaniemi 2011, 196). Opinnäytetyössä pilotoitava prototyyppi (Kuvio 5) luotiin palvelukonseptin pohjalta ja sen osien toimivuutta testattiin käytännössä opinnäytetyön tekijöiden kesken. Palvelukonsepti sisältää osia, joita ei ollut vielä mahdollista toteuttaa prototyypin pilotissa. Tästä syystä pilotin palveluprosessi erosi hieman koko konseptin prosessista. Prototyypin pilotti alkoi ryhmätapaamisella asiakkaiden kanssa, kun taas palvelukonseptissa palveluprosessi alkaa aina siitä, kun asiakas varaa ajan fysioterapiaan. Lisäksi prototyypin pilotissa ei ollut mahdollista rekisteröidä tai tallentaa asiakkaiden tutkimus ja/tai kontaktiaikoja sähköiseen järjestelmään, vaan havainnoinnin, haastattelun ja tutkimisen aikana kerättyjä tietoja käsiteltiin nimettöminä, jotta asiakkaiden henkilökohtaiset

tiedot pysyivät salassa. Lisäksi tapaamisten ajankohdat sovittiin jokaisen pilottiin osallistuvan asiakkaan kanssa henkilökohtaisesti. Prosessikaavioon (Kuvio 5) on kuvattu ainoastaan yksi yhteydenotto, sillä ne toistuvat aina kaaviossa kuvatulla tavalla.



Kuvio 5: Blueprinting kaavio palvelun prototyypistä (Mukaillen: Bitner ym. 2007, 6)

Prototyypinnin jälkeen koko opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta tehtiin vielä kattava ja selkeä suunnitelma, jotta voitiin siirtyä prototyypin pilotoimiseen. Konkreettisen suunnitelman avulla pystyttiin paremmin hahmottamaan koko prosessi kokonaisuudessaan ja sen luomiseen käytettiin apuna kanvaspohjaa. Kanvaspohjaan kuvattiin tarkasti muun muassa prototyypin kehittämiseen ja pilotoimiseen liittyviä vaihteita, välineitä, haasteita, aikatauluasioita ja osallistujia. Lisäksi siihen kuvattiin prototyypin kehittämisen ja pilotoinnin tarkoitus, prototyypistä hyötyjät ja toteutuksen tapahtumapaikat. Kanvasta tarkastelemalla on mahdollista saada nopeasti selkeä käsitys opinnäytetyön toiminnallisen osuuden merkityksestä koko opinnäytetyön tarkoitukseen, tavoitteeseen ja tehtävään. Lisäksi kanvaksen eri osat helpottivat suunnittelua, sillä pohjan täyttämien vaatii prosessin monipuolista pohtimista. Koko prosessin avaamisella varmistettiin sen johdonmukaisuus, ja sen jälkeen voitiin siirtyä toteutukseen. Kanvasuunnitelma esitetään kuviossa 6.



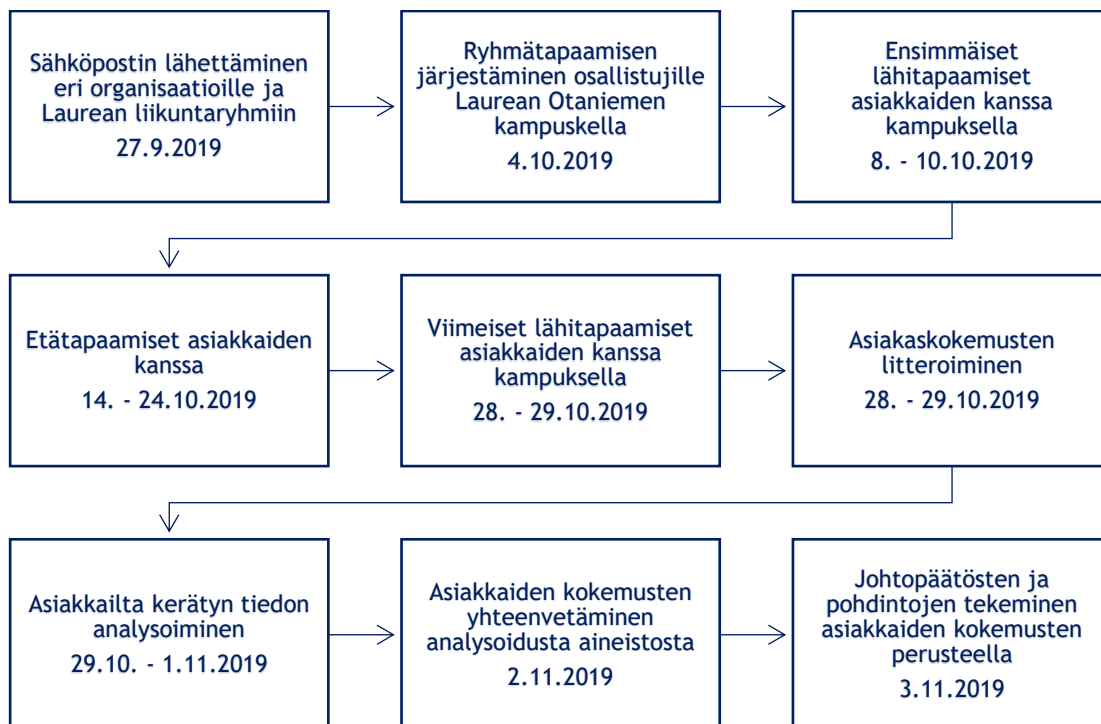
Kuvio 6: Pilotin kanvassuunnitelma (Mukailen: Methodkit 2019)

Palvelun tuotannon vaiheessa palvelukonseptia pilotoidaan (Tuulaniemi 2011, 232, 239). Pilotilla halutaan saada varmistus siitä, toimiiko palvelu käytännössä siten kuin on suunniteltu (Paju 2016). Pilottiin osallistui yhteensä seitsemän asiakasta, joista kuusi oli naisia ja yksi oli mies. Asiakkaat olivat keski-ikäisiä tai keski-ikää vanhempia. Vaatimus pilottiin osallistumiselle oli riittävä toimintakyky. Etäohjauksen onnistumiseksi asiakkailla täytyi olla riittävät

kognitiiviset ja fyysiset edellytykset itsenäiseen harjoitteluun kotiympäristössä. Lisäksi asiakkailla tuli olla etäohjaukseen tarvittavat laitteet, joita olivat tietokone tai tablettitietokone, web-kamera ja mikrofoni. Käytettävässä laitteessa piti olla asennettuna Skype-sovellus, joka mahdollisti videoneuvotteluyhteyden.

Ryhmätapaamisessa tavattiin kaikki pilottiin osallistuvat henkilöt. Tällöin heille esiteltiin pilotin toteutussuunnitelma, ja heiltä kerättiin ajatuksia, odotuksia ja ideoita siihen liittyen. Kasvokkain toteutettava ensimmäinen fysioterapiakäynti koostui haastattelusta, tutkimisesta sekä harjoitusohjelman luonnista ja läpikäynnistä. Lisäksi asiakkaat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, ja heidän kanssaan käytiin läpi teknologian käyttöön liittyviä asioita. Suostumuslomake löytyy liitteenä (Liite 1) tämän raportin lopusta. Tapaamisen jälkeen asiakkaiden oli tarkoitus osata käyttää Skypeä itsenäisesti. Haastattelu toteutettiin jokaisen asiakkaan kanssa esitietolomakkeen pohjalta. Esitietolomake löytyy liitteenä (Liite 2) tämän raportin lopusta. Haastattelun pohjalta heränneiden ajatusten, löydösten ja toiveiden pohjalta asiakkaita tutkittiin fysioterapeuttisin keinoin, jotta pystyttiin kartoittamaan heidän sen hetkistä toimintakykyään mahdollisimman laajasti. Jokainen asiakas osallistui harjoitusohjelmansa luomiseen, kuntoutuksen suunnitteluun ja harjoittelun tavoitteiden sopimiseen. Harjoitusohjelma käytiin asiakkaiden kanssa läpi vastaanotolla, jotta liikkeiden soveltuvuus ja oikeaoppinen suorustekniikka saatiin varmistettua. Tapaamiselle varattiin aikaa yhteensä puolitoista tuntia, josta tunti oli varattu haastattelulle ja fysioterapeuttiselle tutkimiselle ja puoli tuntia teknologian käytön harjoittelulle.

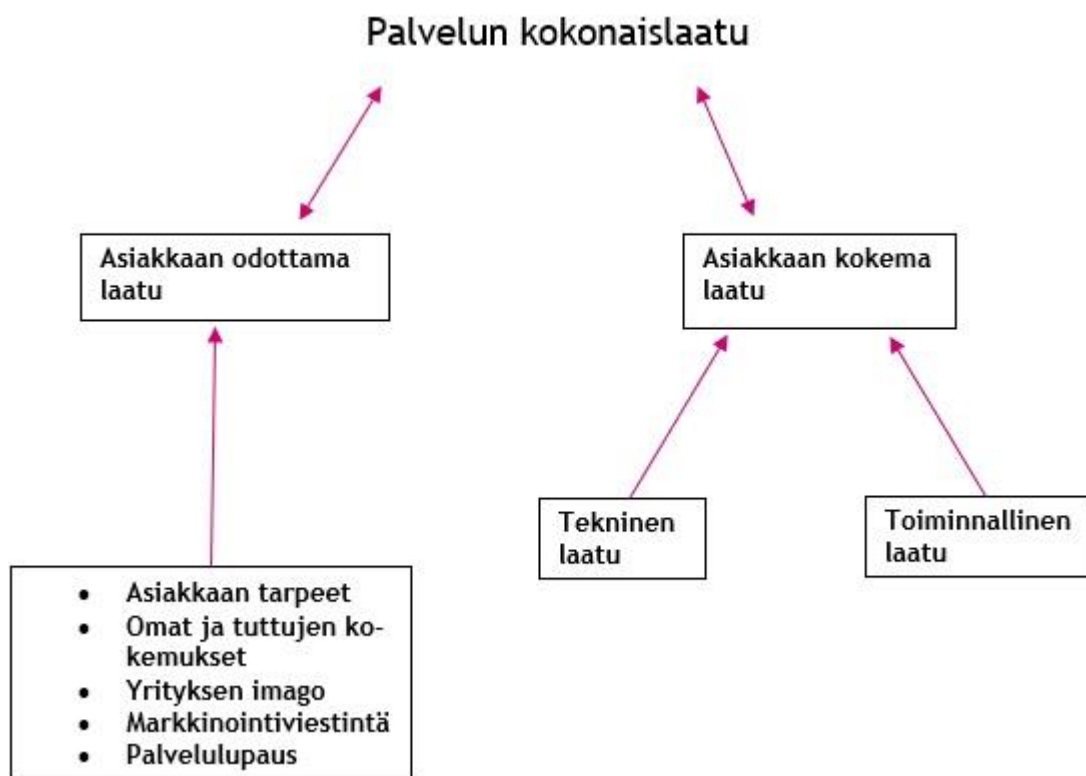
Kasvokkain tapaamisen jälkeen jokaisen asiakkaan kanssa toteutettiin kolme etätapaamista videoneuvotteluteknologian avulla. Tapaamisten tavoitteena oli ohjata ja seurata harjoittelua ja sen etenemistä. Harjoittelun edetessä asiakkaiden kanssa luotiin tarvittaessa haastavampia harjoitteita harjoitusohjelmaan, jotka lähetettiin heidän sähköposteihinsa hyvissä ajoin ennen seuraavaa etätapaamista. Tällöin asiakkaat pystyivät tutustumaan rauhassa ohjelman sisältöön ennen kuin se käytiin yhteisesti läpi seuraavalla harjoituskerralla. Kolmen etätapaamiskerran jälkeen kaikki pilottiin osallistuneet asiakkaat tavattiin kasvokkain yksitellen. Viimeisellä tapaamisella asiakkailta kerättiin kokemuksia etäohjauksesta ja -neuvonnasta sekä pilotin toteutuksesta ja sisällöstä. Prototyypin toteutuksen ja eri tapaamisten aikataulua avataan kuviossa 7.



Kuvio 7: Prototyypin toteutuksen eteneminen

Palvelun pilotoinnin jälkeen tuloksia ja suunnitteluprosessia on arvioitava. Tämä on olennainen osa palvelun kehittämistä. (Silvennoinen 2016, 26.) Arvioitavia kohteita voivat olla esimerkiksi palvelun laatu ja asiakastyytyväisyys (Jaakkola ym. 2009, 34). Koska palveluita kehitetään asiakkaiden tarpeisiin, voidaan ajatella, että palvelun laatu on sitä, miten asiakkaat sen kokevat (Eräsalo 2011, 17). Kun palvelu vastaa asiakkaiden odotuksia, se on laadultaan hyvää (Pakkanen, Korkeamäki & Kiiras 2009, 47). Asiakaskyselyn ja asiakaspalutteen avulla voidaan seurata, onko palveluntarjoajan käsitykset asiakkaiden tarpeista, mielikuvista ja odotuksista ajan tasalla (Jaakkola ym. 2009, 34). Palvelun laatua arvioitaessa voidaan erottaa keskenään palvelutuotteen laatu eli tekninen laatu sekä palveluntuottajan ja asiakkaan välisen palveluprosessin laatu eli toiminnallinen laatu (Eräsalo 2011, 17; Pakkanen ym. 2009, 47).

Palvelun tekninen laatu vastaa kaikkia palveluympäristöön liittyviä tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi ympäristön toimivuus, siisteys ja kaikki mitä asiakas näkee palvelun luokse tullessa. Teknistä laatua ovat työntekijöiden asiantuntemus ja osaaminen, toimintaympäristön toimivuus sekä palvelun yhteydessä käytettyjen koneiden ja laitteiden laatu. Palvelun toiminnallinen laatu vastaa palveluprosessin toimivuutta asiakkaan näkökulmasta. Tähän kuuluvat ilmapiiiri, vuorovaikutus sekä palvelutapahtumat, jotka toteutetaan palvelua tuottavan organisaation työntekijöiden kanssa. (Eräsalo 2011, 17-18; Pakkanen ym. 2009, 47.) Asiakkaan näkökulmasta asiakaskokemus palvelusta muodostuu koetun palvelun lisäksi siihen kohdistuvista odotuksista (Silvennoinen 2016, 46). Palvelun kokonaislaadun rakentuminen on kuvattu kuviossa 7.



Kuvio 8: Asiakkaan kokema palvelun kokonaislaatu (Mukaien: Pakkanen ym. 2011, 49)

Prototyypissä asiakaskokemuksia kerättiin jokaisella etätapaamisella. Viimeisellä lähitapaamisella jokaiselta asiakkaalta kerättiin kokemuksia teemahaastattelun avulla. Haastattelut olivat noin puolen tunnin mittaisia ja kaikki haastattelut äänitettiin. Äänitteet litteroitiin, ja aineiston analysointiin käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä asiakkaiden kokemuksia jäseneltiin selkeään muotoon. Jäsentely helpotti johtopäätösten muodostamista, minkä avulla palvelun laatua ja asiakastyytyvyyttä pystyttiin arvioida.

7.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu, jota kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi, pohjautuu kohdennetun haastattelun menetelmään. Kohdennetun haastattelun menetelmä eroaa muista tutkimushaastattelun lajeista. Kohdennetussa haastattelussa tutkija tietää, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen ja hän selvittää alustavasti tutkittavan ilmiön oletettavasti tärkeät osat, rakenteet, prosessit ja kokonaisuudet. Tämän selvityksen avulla tutkija päätyy tiettyihin oletuksiin tilanteen määrävien piirteiden seurauksista tutkimukseen osallistuneihin. Sen jälkeen tutkija kehittää analyysin perusteella haastattelurungon ja hän suuntaa haastattelun tutkittavien subjektiivisiin kokemuksiin tilanteista, joita hän on ennalta analysoinut. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48.)

Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja strukturoimattoman haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin. Teemahaastattelu eroaa kohdennetusta haastattelusta siten, että se ei edellytä kokeellisesti aikaansaattua yhteistä kokemusta. Teemahaastattelu lähtee siitä oletuksesta, että kaikki yksilön kokemukset, uskomukset, tunteet ja ajatukset voidaan tulkita tällä menetelmällä. Siinä yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan, ja sen aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille samat. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä siksi, että siitä puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Samalla sen rakenne ei ole myöskään täysin vapaa niin kuin strukturoimattomassa haastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48.) Teemahaastattelurunkoa laadittaessa ei luoda yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan siinä luodaan teema-alueuuttelo. Teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alakäsitteitä tai -luokkia, ja ne toimivat haastattelutilanteessa haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavina kiintopisteinä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66-67.)

Viimeisen lähitapaamisen aikana toteutettu teemahaastattelu pohjautui teemoihin, jotka olivat teknologia, vuorovaikutus, etäohjaus ja -neuvonta sekä pilotin sisältö. Teemat rakentuivat aihealueista, jotka oletettavasti vaikuttivat asiakkaiden kokemuksiin yhdistelmä kuntoutuksen käytöstä. Teemojen pohjalta saatiin myös käsitys palvelun pilotin kokonaislaadusta, sillä teemat rakentuivat sekä palvelun tekniseen että toiminnalliseen laatuun liittyvistä tekijöistä. Tekniseen laatuun liittyen asiakkaiden kanssa keskusteltiin muun muassa teknologian toiminnasta. Toiminnalliseen laatuun liittyen asiakkaiden kanssa keskusteltiin muun muassa etäohjauksen ja -neuvonnan vuorovaikutuksesta, jonka onnistuminen vaikuttaa asiakkaan mielikuvan pilotin laadusta. Lisäksi keskusteltiin pilotin sisältöön liittyvistä kokemuksista, koska nekin vaikuttavat asiakkaiden kokonaisvaltaiseen kokemukseen palvelusta. Asiakaskokemusten keräämiseen käytetty teemahaastattelurunko (Liite 3) löytyy opinnäytetyöraportin liiteluettelosta.

7.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan objektiivisesti ja systemaattisesti analysoida erilaisia dokumentteja (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Melkein mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali sopii sen kohteeksi. Kerätty aineisto saadaan järjestettyä sisällönanalyysillä johtopäätösten tekoa varten ilman, että sen sisältämä informaatio katoaa, ja tulokset voidaan yhdistää ilmiön laajempaan kontekstiin ja muihin saman aihealueen tutkimustuloksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Analysoinnilla voidaan lisätä informaatioarvoa, sillä analysoidusta aineistosta saadaan mielekästä ja yhtenäistä informaatiota tutkittavaan ilmiöön liittyen. Sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen tyyppiin analyysimenetelmiin, eli aineistolähtöiseen, teoriaohjaavaan ja teorialähtöiseen sisällönanalyysi-

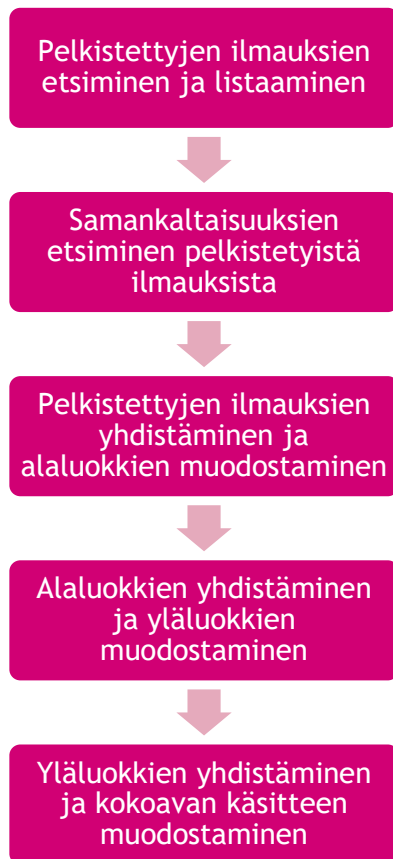
siin. Aineistolähtöinen sisällönanalyysin prosessi voidaan jakaa edelleen kolmeen osaan: aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja teoreettisten käsitteiden luontiin eli abstrahointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110, 121-122.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessi on avattu kuviossa 8. Esimerkki aineistolähtöisen sisällönanalyysin rakentumisesta löytyy liitteenä (liite 4). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa analysoitavan aineiston pelkistämällä. Pelkistämässä aineisto tiivistetään tai pilkotaan pienempiin osiin siten, että siitä karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Pelkistäminen voidaan toteuttaa esimerkiksi etsimällä aineistosta tutkimustehtävän kannalta oleellisia ilmauksia. Oleellisista alkuperäisilmauksista poimitaan pelkistetyt ilmaukset, ja ne kirjataan omalle konseptilleen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Opinnäytetyössä kehitetyn prototyypin lopussa kerätyt asiakaskokemukset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä. Sisällönanalyysi alkoi analysoitavan aineiston pelkistyksellä, jossa asiakkaiden ilmauksia tiivistettiin, ja niistä karsittiin tutkimuksen kannalta turhat asiat pois. Lisäksi asiakaskokemuksista poistettiin täytesanoja, kuten ”niinku” tai ”sillee” ja sanoja saatettiin muokata selkeämpään muotoon, jos ne olivat esimerkiksi jääneet kesken tai sisälsivät vahvaa murreta.

Aineiston pelkistämistä seuraa aineiston ryhmittelyn vaihe. Ryhmittelyssä alkuperäisdatasta kerätyt pelkistetyt ilmaukset kootaan yhteen. Samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset yhdistellään luokkiin, joista muodostuvat alaluokat. Alaluokat nimetään käsitteillä, jotka kuvaavat niiden sisältöä. Luokittelun avulla aineistoa saadaan tiivistettyä, sillä yksittäiset tekijät voidaan yhdistää yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Prototyypistä kerättyjen asiakaskokemusten analyysi jatkui aineiston ryhmittelyllä, jossa pelkistykset lajiteltiin alaluokkiin. Alaluokkien muodostaminen auttoi jäsentelemään asiakkailta kerättyjä kokemuksia.

Ryhmittelyn jälkeen seuraava vaihe on käsitteellistäminen, jossa valikoidusta tiedosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämässä alkuperäisidatan kielellisistä ilmauksista pyritään saamaan selkeitä teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Koko analyysiprosessin ajan on pidettävä huolta siitä, että polku alkuperäisdataan säilyy. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125.) Aineiston luokittelua jatketaan yhdistämällä pääluokat keskenään ja muodostamalla niistä yhdistävä luokka. Käsitteitä yhdistämällä saadaan lajiteltua tutkimuskysymykseen vastaava aineisto selkeään muotoon. Sisällönanalyysissä pyritään selkeyttämään aineistoa kohti käsitteellistä näkemystä tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 126-127.) Prototyypistä kerättyjen asiakaskokemusten sisällönanalyysissä yhdistettiin ryhmittely- ja käsit-

teellistysvaiheet. Aineiston laadun vuoksi jo ryhmittelyvaiheen alaluokista muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Ryhmittely- ja käsitteellistämisen vaiheet yhdistettiin, jotta asiakkaiden kokemuksia saatiin jäsenneiltyä teemahaastattelun teemojen mukaisesti.



Kuvio 9: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Mukaillen: Tuomi & Sarajärvi 2018, 123)

8 Tulokset

Opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta saatiin kaksi selkeää tuotosta. Prototyypin kehittämisvaiheessa tuotettiin yhdistelmäkontoutusmalli, jota on mahdollista hyödyntää tulevaisuudessa etäkontoutusta suunniteltaessa. Yhdistelmäkontoutusmalli löytyy kuviosta 10. Lisäksi toiminnallisessa osuudessa kerättiin asiakkaiden kokemuksia kehitetyn yhdistelmäkontoutusmallin käytöstä, minkä avulla saatiin varmistettua sen soveltuvuus tämän tyyppiseen etäkontoutukseen. Kokemusten avulla mallin tulevat käyttäjät pystyvät muokkaamaan sitä tarvittaessa vielä toimivammaksi kokonaisuudeksi. Asiakaskokemusten analysointi mahdollisti sekä pelkistettyjen ilmauksien esittämisen selkeässä muodossa eri teemojen alla että pelkistettyjen asiakasilmauksien muuntamisen tiivistetyiksi johtopäätösten kaltaisiksi toteamuksiksi. Tiivistetyt toteamukset löytyvät kuviosta 9.

Asiakaskokemusten analyysissä selvisi jokaisen neljän teeman aineiston pääkäsitteet, eli aihealueet, joista keskusteltiin asiakkaiden kanssa teemahaastattelussa. Aihealueet olivat niitä asioita, joista asiakkaat kokivat tärkeäksi puhua. Teknologiaan liittyviä aihealueita olivat kokemukset laadusta, käytöstä, ohjeistuksesta, ja tietoturvasta. Vuorovaikutukseen liittyviä aihealueita olivat kokemukset luottamuksesta, ilmapiiristä, teknologian vaikutuksesta vuorovaikutukseen, ympäristöstä sekä kommunikaatiosta. Etäohjaukseen ja -neuvontaan liittyviä aihealueita olivat kokemukset rajoitteista, hyödyistä, videoyhteydestä, seurannasta, ohjausympäristöstä, ohjaukseen vaikuttavista yksilöllisistä tekijöistä sekä ohjauksen selkeydestä. Pilotin toteutukseen ja sisältöön liittyviä aihealueita olivat kokemukset aikataulutuksesta, tapaamisista, odotuksista sekä henkilökohtaisista hyödyistä. Kaikkien teemojen aihealueet ja pelkistetyt asiakaskokemukset löytyvät tiivistettynä kuvioista 9

Teknologia
<ul style="list-style-type: none"> • Skype-sovellus oli etäohjaukseen ja -neuvontaan riittävän hyvä videoneuvotteluohjelma, koska sen käyttö oli helppoa ja laitteiden laatu sekä tietoturva olivat pääsääntöisesti riittäviä. • Skype-sovelluksen käyttö onnistui hyvin erityisesti lyhyen harjoittelun ja asianmukaisen ohjeistuksen jälkeen. • Kuvanlaatu oli pääsääntöisesti hyvä ja tarkka pieniä puutteita lukuun ottamatta. Nämä puutteet eivät kuitenkaan häirinneet toteutusta.
Vuorovaikutus
<ul style="list-style-type: none"> • Luottamusuhde joko syntyi hyvin jo alkutapaamisessa tai kehittyi tapaamisten myötä. • Rauhallinen ympäristö edisti toimivaa vuorovaikutusta, ja ilmapiiri oli hyvä. • Vuorovaikutus saattaa olla parempaa lähitapaamisessa. • Vuorovaikutus onnistui hyvin etänä, se oli selkeää ja tärkeää harjoittelun läpiviennin kannalta.
Etäohjaus- ja neuvonta
<ul style="list-style-type: none"> • Etäohjauksen aikana ohjaaja ei välttämättä pysty havaitsemaan asiakkaan virheellistä suoritusta tai asiakkaan erityistarpeita. • Etäohjaus tuntui samalta kuin lähiohjaus ja ohjaus onnistui kätevästi videoyhteydellä kotiympäristössä. • Etäohjausten välissä olisi hyvä olla myös lähiohjausta, jotta asiakkaat saisivat muun muassa manuaalista terapiaa tarvittaessa. • Etäseuranta oli erittäin tärkeää ja se motivoi harjoitteluun. Se loi myös turvaa itsenäiselle harjoittelulle. • Etäohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon jokaisen erityistarpeet.
Pilotin sisältö
<ul style="list-style-type: none"> • Aikataulujen varaaminen ja toteutus onnistuivat ongelmitta, koska asiakkaat saivat vaikuttaa niihin. • Tapaamisia oli sopiva määrä, ja niitä oli riittävän tiheästi. • Ryhmätapaaminen auttoi saamaan hyvän käsityksen koko prosessista, ja etä- ja lähitapaamiset täydensivät toisiaan. • Lähitapaamiset olivat tärkeitä sosiaalisuuden ja tutustumisen vuoksi. • Etäohjaus saattaa parantaa kehontuntemusta, ja on hyvä, että etäohjauksessa välimatkat jäävät pois. • Pilottiin osallistuminen saattoi auttaa asiakkaita ymmärtämään liikunnan tärkeyden. • Palvelu joko vastasi olemassa olevia odotuksia tai ylitti ne.

Kuvio 10: Asiakaskokemuksia yhdistelmä kuntoutusprototyypistä

Teknologiaan liittyen asiakkaat kokivat tärkeäksi keskustella laatuun ja ohjeistukseen liittyvistä tekijöistä. Kaikki asiakkaat kokivat kuvanlaadun riittäväksi. Osa koki sen hyväksi ja tarkaksi, mutta joidenkin mielestä siinä oli pieniä puutteita. Kaikki asiakkaat kokivat äänenlaadun hyväksi. Asiakkaat olivat yleisesti sitä mieltä, että laitteet olivat tarpeeksi toimivat ohjauksen toteuttamiseen. Asiakkaat kokivat myös, että sovelluksen käyttäminen oli helppoa, kun ohjeistus oli riittävää ja he pääsivät itse kokeilemaan sovelluksen käyttöä ensimmäisellä vastaanotolla. Skypen käyttäminen helpottui, mitä enemmän asiakkaat sitä käyttivät. Teknologiaan liittyen keskustelua herättivät myös käytön ongelmat, kuvakulman säätäminen, teknologian pelottavuus ja tietoturva-asiat. Vaikka ohjaus onnistui käytössä olevalla teknologialla, yhdellä asiakkaalla Skype-sovellukseen kirjautuminen ei alussa onnistunut ja toiselle asiakkaalle ilmaantui ongelma sovelluksen käytössä prosessin loppuvaiheessa. Nämä ongelmat saatiin kuitenkin ratkaistua. Kaikkien asiakkaiden mielestä kuvakulman säätäminen oli helppoa ja yksi asiakas koki teknologian käytön kauhean oloiseksi. Yksi asiakas esitti tietoturvaan liittyvän huolensa, mutta suurin osa asiakkaista luotti tietoturvaan.

”Kuvanlaatu Skypen välityksellä oli hyvä”

”Kuvanlaatu ei oo mikään priima, mut homma toimi kuitenkin (Skypen välityksellä) -- tunnisti ihmisen hyvin”

”Äänenlaatu oli ihan hyvä -- sai selvää et ei tarttenut mitää sen kummosempaa”

”Ohjaus toimi erinomaisesti niillä välineillä mitä meillä oli”

”Ohjeistus laitteiden käyttöön ollut riittävää ja oli äärimmäisen hyvä, että näytit mulle mistä se Skype löytyy”

”Mun mielestä se meni ihan hyvin, et alkuhankaaluksien kautta alko toimii ja pelittää ja sitte se muodostu melkee rutiiniks et ei ollut mitää ongelmaa”

”Onneks oli läppärin lisäksi puhelin, koska viimeisellä kerralla se ei onnistunut (Skypen käyttö) ja sit otettiin FaceTime -puhelu ja siinä pysty ohjaamaan ihan hyvin”

”Kameran kuvakulmaa on helppo säätää, kantta kääntelee ni saa sen kulman oikeeks”

”Ainut vaa, et jos vähän pelkää sitä teknologiaa... Se kuulostaa niiku kauheemmalta”

”Jos joku kaappaa jotain ni sit vuottaa kaikki jonnekin yleiseen jakeluun. se ei oo yhtään hyvä asia kyllä”

”Täytyy luottaa siihen - ohjelmiston tietoturvaan ja se riittää mulle ihan hyvin”

Vuorovaikutukseen liittyen asiakkaat kokivat tärkeäksi keskustella luottamussuhteeseen kehittymiseen vaikuttavista tekijöistä, vuorovaikutustilanteen ilmapiiristä, teknologian ja ympäristön vaikutuksesta vuorovaikutukseen ja kommunikoinnin onnistumisesta etänä. Asiakkaat oli-

vat sitä mieltä, että luottamussuhde joko kehittyi tapaamisten myötä tai syntyi heti alkuta-
paamisessa. Kaikkien mielestä luottamus oli hyvää ja ensimmäinen tapaaminen joko edisti sen
syntymistä tai ei vaikuttanut sen syntymiseen lainkaan. Ilmapiiiristä keskustelua herättivät
henkilökemiat, joustavuus, innostavuus, mukavuus, rentous ja huumori. Kaikkien asiakkaiden
mielestä nämä ilmapiiiriin vaikuttavat tekijät olivat onnistuneita, ja he pitivät ilmapiiiriä hy-
vänä. Joidenkin asiakkaiden mielestä lähitapaamisissa vuorovaikutus oli parempaa ja osan
mielestä vuorovaikutuksen onnistumisessa ei ollut eroja, oli kyseessä sitten lähi- tai etätapa-
aminen. Kaikki asiakkaat olivat sitä mieltä, että rauhallinen ympäristö edistää toimivaa vuoro-
vaikutusta. Asiakkaista etänä kommunikointi oli selkeää ja onnistui hyvin.

”Luottamusta oli heti alusta pitäen -- meni ihan eteenpäin koko aika”

*”Ensimmäisellä tapaamisella saa jo sen luottamuksen ja sen miten toimii naamatusten niin
siitä on kivempi lähteä liikkeelle”*

*”Jos kaikki tapaamiset ois ollut etänä nii en oikee usko, että luottamussuhteen kehittyminen
ois ollut erilaista”*

”Lähinnä se, että kuka fyssari on siellä toisessa päässä et kemia toimii”

*”(Ilmapiiiri) oli ihan hyvä ja kannustava, ei mitään negatiivista voinut kyllä sanoa siitä. Sella-
nen innostava”*

*”Ilmapiiiri oli mukava, rento ja mun ei tarvinnut sua pelätä. Saatoin puhua ihan totta olin mä
tehnyt harjoitteita tai en”*

*”Ilmapiiiri oli hyvä, koska mul on aina sellanen pieni huumori, nii se tuo enemmän tehoja sii-
hen toteutukseen. Se aina täydentää hommaa”*

”Henkilökohtainen kontakti (lähikäynti) on mun mielestä aina parempi”

”Etäfyysioterapiassa inhimillisuus ja lämpö ei välity”

”Fyssari on kuitenkin sama henkilö siel toises päässä et ei haittaa”

”Mä käytän nii paljon teknologiaa että mä en pysty sitä hirveesti erottamaan sillälaila”

*”On syytäkin järjestää itselleen oma rauhallinen tila. -- on hyvä et sai keskittyä, et ei oo
muita häiriötekijöitä”*

*”Ihan rauhallinen tunnelma - - nyt oli hyvää, ku mä asun yksin, mut jos siin ois kaikkee
muuta hälinää ni se vois häiritä aika paljon (vuorovaikutusta)”*

“Kaikki (vuorovaikutus) oli niin selvää, et ei siinä (ohjauksessa) ollu mitää mikä ois jääny mua askarruttamaa”

“Se vuorovaikutus on aika tärkeä sen harjottelun läpiviemisee, et siin muodostuu sellanen hyvä tatsi siihen fyssarin ja asiakkaan välille ja se aina vie eteenpäi sitä”

*“Mun kannalta se (kommunikaatio) onnistui hyvin. Sain viestin hyvin perille ja sitte taas tois-
tepäin”*

Etäohjaukseen ja -neuvontaan liittyen asiakkaat kokivat tärkeäksi keskustella sen rajoitteista ja hyödyistä sekä siitä, miten se onnistui ja miltä se tuntui. Asiakkaat olivat sitä mieltä, että etäohjauksesta puuttui terapeutin kosketus, ja jotkut asiakkaat olivat sitä mieltä, että virheellinen suoritus ei välttämättä näy ohjaajalle etänä. Osa asiakkaista myös koki, että ohjaaja ei välttämättä videoyhteyden välityksellä pysty huomioimaan asiakkaan erityistarpeita, esimerkiksi lihasväsymyksen vaikutusta harjoitteluun eikä välttämättä pysty ohjaamaan niin yksilöllisesti harjoitteita kuin vastaanotolla. Jotkut taas olivat sitä mieltä, että etäohjaus tuntui samalta kuin lähiohjaus. Osan mielestä etäohjaus tuntui hyvältä tai kätevältä ja kaikki olivat sitä mieltä, että ohjaus onnistui videoyhteydellä. Osa koki, että etäohjausten välissä olisi hyvä olla myös lähiohjausta ja kaikki olivat sitä mieltä, että seuranta oli erittäin tärkeää ja motivoi harjoittelemaan. Esille tuli myös kokemus siitä, että seuranta loi turvaa omalle harjoittelulle. Asiakkaat kokivat, että kotiympäristön tila oli riittävä, harjoittelu kotiympäristössä oli luontevaa ja ohjaus oli selkeää.

“Tietenkin kasvokkain vastaanotolla on ihana se toisen kosketus”

“Ei toi Skype korvaa tai oo niin hyvä ku vastaanotolla, ku vastaanotollahan se fyssari ihan tunnustelee lihaksia et toimiiks ne ja sit osaa ohjata et jos ei tunnu tarpeeks lihastyötä ni sitte neuvoo et miten se pitä tehä”

“Tietenki sitä aattelis et näkyiskö sulle hyvin (kameranvälityksellä) et teenkö mä väärin”

”Ku on neurologinen sairaus, nii se vaatii sillee, et on ihan läheltä ohjaamas niitä liikkeitä. Välillä voi tietysti olla tämmöstä et etänä”

“Siinä yhel etäkäynnin puhuttiiki siitä, et jos on on pahoja tasapaino-ongelmia ni sit etätapaaminen ei vissii niiku oikee sovi”

“En kokenut, että siinä olisi eroa siihen, että oltais oltu paikan päällä”

“Ihan hyvältä se etäohjaus tuntu, kylhän sinä näit ja katoit hyvin ne liikkeet mitä tein ja sitte ohjasit, jos voin tehä paremmin jotain tai siite näytit ite kans sieltä ne liikkeet”

“Harjoittelu ei ollut hankalaa. Näin kameran välityksellä hyvin mitä näytit”

“Liikkeet voidaan käydä kätevästi läpi videoyhteyden avulla”

“Justiin toi etäfyioterapia onki hyvä, jos sitä käyttää muutaman kerran välissä ja sit taas välissä niitä vastaanottokäyntejä”

“On hyvä että harjoittelua seurataan, ohjataan ja liikkeiden tekemisessä neuvotaan”

“Se potkii vähän enempi liikkeelle”

“Mul oli tavoitteena, et saisin jotaki semmosta pysyvää ja semmosta omaa kotijumppaa ja enää en sillee jotenki pelkää, ettenkö mä vois tehdä jotain”

“Mul oli pari metriä tilaa, et riitti ihan hyvin tähän toiminnalliseen puoleen”

“kaikki tuli hoidettuu sitä kautta, ettei ollu mitää epäselvää. Se toimi se homma”

“Ohjaus tuntu luontevalta ja se että saa ohjauksen kotona”

Asiakkaat jakoivat kokemuksia pilotin sisältöön liittyvistä asioista, jotta toteuttajat pystyivät ottamaan huomioon niiden vaikutuksen asiakkaiden kokonaisvaltaiseen kokemukseen yhdistelmä kuntoutuksista. Asiakkaat kokivat, että aikataulujen varaaminen ja toteutus onnistui ongelmitta, koska niihin sai vaikuttaa. Yksi asiakas oli sitä mieltä, että hänelle olisi sopinut paremmin kiinteä aika tapaamisille. Kaikki asiakkaat olivat sitä mieltä, että pilotin tapaamisia oli sopivasti ja tapaamisia oli mukavan tiheästi. Kaikki asiakkaat kokivat, että ryhmätapaaminen auttoi saamaan hyvän käsityksen koko prosessista ja että etä- ja lähitapaamiset täydensivät toisiaan. Asiakkaat kokivat lähitapaamiset tärkeiksi myös sosiaalisuuden ja tutustumisen vuoksi. Kaikki asiakkaat kokivat, että Skype-tapaamiset motivoivat heitä harjoittelun suhteen. Yksi asiakas koki, että Skype-tapaamiset pakottivat hänet tekemään harjoitteita, toinen asiakkaista koki, että hänen kehontuntemuksensa parantui ja kolmas asiakkaista koki, että hän ymmärsi, miten tärkeää liikkuminen on. Kaikki asiakkaat olivat sitä mieltä, että välimatkojen pois jääminen oli hyvä asia, osallistuminen oli mielenkiintoista ja palvelu joko vastasi olemassa olevia odotuksia tai ylitti ne.

“Aikataulut oli ihan sopivat ku sain ite sanoo mitkä ajat sopivat”

“Siis sehän (aikataulu) toimi sillai ku oltiin sovittu, siinä ei ollut ongelmia, pystyttiin hyvin sijoittamaan aikataulut yhteen”

“Nii se kerran viikkoon tiettyyn aikaan olisi mulle parempi arkeen sopimisen kannalta”

“Jäi aikaa tehdä niitä hommia ja se korjaava Skype-istunto tulee oikealla tavalla siihen”

“Etäohjauksesta tuntu että tuli realistinen kuva, koska se käytiin tarkkaan läpi ja se teijän yhteisalustus oli tosi hyvä”

“Mun mielestä me saatiin osallistujina riittävästi tietoa ja uskallettiin kysyä ja ihmetellä ja näin edelleen”

“Se on ehottomasti hyvä (yhdistelmä kuntoutus) niinku mä taisin sanoakki et ku on neurologi- nen sairaus nii se vaatii sillee et on ihan läheltä ohjaamassa niit liikkeitä ja sit välillä voi tie- tysti olla tämmöstä et etänä”

“Se on hyvä et oli lähikäyntejä. Se on ihan kiva tavata ihmisiä face to face sosiaalisuuden vuoks”

“Mun kokemus on se et ku tavattiin kasvokkain nii tutustuin ja näin sut kokonaisuutena. Tulit mulle tutummaksi ja oli helppo jatkaa kotona”

“Nää Skype-tapaamiset - ne potki vähän enemmän liikkeelle. Niit (harjoituksia) täytyy vaa tehdä et homma toimii”

“Se jotenki sellanen pakko ajaa vähän tekemäänkin”

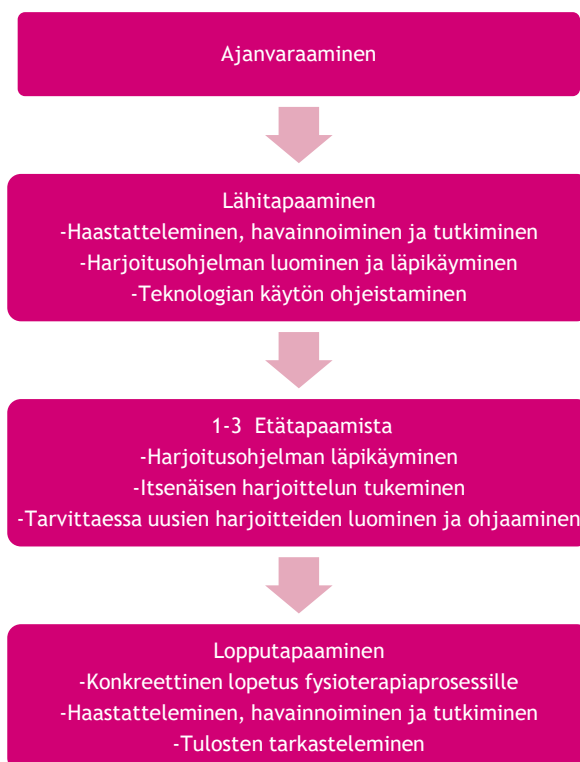
“Semmonen kehontuntemus on parantunut. Toki ryhmäliikunnassa tietää, mitä tässä harjoitellaan, mutta sillai mä en samallailla kuulostellu sitä kehoa”

“Tottakai etätyössäkin se työmatka on aina poissa et sen koin niiku hyvänä et jäi se matka”

“Mähän tein tän siis ihan tosissani, siinä mielessä oon kyllä hämmästynyt, että yleensä ei ihan näin hyvin mee”

“Mun mieli meni siihen et tää voi olla vähän hankalaa ja vaikeeta, mut käytäntö ei todella- kaan ollut vaikeeta vaan helppoa ja kivaa”

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyypin kehittäminen ja pilotoiminen. Prototyyppi kehitettiin käyttämällä osia palvelumuotoilun prosessista, ja prototyypin konsepti toimii ehdotuksena yhdistelmä kuntoutusmallista. Yhdistelmä kuntoutusmalli on kuvattu kuviossa 10. Mallissa fysioterapiaprosessi alkaa, kun asiakas tekee ajanvarauksen fysioterapiaan. Ajanvarauksen voi tehdä esimerkiksi ajanvarausjärjestelmän kautta. Ajanvarauksen jälkeen asiakas osallistuu lähitapaamiseen, kolmeen etätapaamiseen ja lopuksi vielä toiseen lähitapaamiseen. Kuvion 10 yhdistelmä kuntoutusmalli toimii sellaisenaan, mutta sitä täytyy tulevaisuudessa vielä kehitellä asiakaskokemuksien pohjalta, jotta siitä tulisi vielä toimivampi. Kehitysideat löytyvät jatkotutkimusehdotuksista.



Kuvio 11: Yhdistelmä kuntoutusmalli

9 Johtopäätökset

Tulosten perusteella pystyttiin tekemään johtopäätöksiä asiakkaiden kokemuksista yhdistelmä kuntoutusmallin käytöstä osana fysioterapiaa. Kokemuksien perusteella Skypen laatuinen sovellus on riittävän hyvä videoneuvotteluohjelma etäohjaukseen ja -neuvontaan, kunhan asiakkaat saavat tarpeeksi käytön ohjeistusta ja hieman käytön harjoittelua. Lisäksi kannettavan tietokoneen ja iPadin kuvakulmaa on helppo säätää sopivaksi ohjauksen onnistumiseksi. Vuorovaikutus ja luottamussuhteen kehittyminen etäteknologialla onnistuu hyvin, ja vuorovaikutus on selkeää, kunhan ympäristö on rauhallinen. Ensimmäinen lähtäpaaminen voi edesauttaa luottamussuhteen syntymistä, ja vuorovaikutus saattaa olla parempaa lähtäpaamisessa kuin etänä. Etäohjaus onnistuu hyvin videoyhteyden avulla, ja se on luontevaa ja selkeää, mutta siitä puuttuu terapeuttinen kosketus. Lisäksi etäohjauksessa ei välttämättä pysty huomioimaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita yhtä hyvin kuin lähtäpaamisessa. Etäohjausten välissä olisi hyvä olla myös lähiohjausta, jotta asiakkaat saisivat manuaalista terapiaa. Etätapaamiset motivoivat harjoittelemaan ja luovat turvaa itsenäiselle harjoittelulle.

Teemahaastattelussa selvitettiin asiakkaiden kokemuksia myös liittyen pilotin kokonaisvaltaiseen sisältöön. Aikatauluihin liittyvät asiat onnistuvat hyvin, kun asiakkaat saavat itse vaikuttaa aikatauluihin. Kiinteäkin aikataulu tapaamisille saattaisi onnistua. Kehitetty yhdistelmä kuntoutusmalli sisältää sopiva määrän erilaisia tapaamisia, ja ne täydentävät toisiaan. Tämän

prototyypin ryhmätapaaminen auttoi asiakkaita hahmottamaan kuntoutuksen rakenteen ja tustumaan tarvittavaan teknologiaan, joten yhdistelmäkuntoutusmallissa ensimmäisellä tapaamisella on tärkeää varmistaa, että asiakas ymmärtää kuntoutuksen rakenteen ja siihen liittyvän teknologian, kun ryhmätapaamista ei pidetä. Opinnäytetyössä kehitetty yhdistelmäkuntoutusmalli vastaa asiakkaiden odotuksia.

10 Pohdinta

Opinnäytetyössä haluttiin saada uutta tietoa etäkuntoutuksen käytöstä fysioterapiassa. Etäkuntoutukseen liittyvän tutkimusmateriaalin perusteella päädyttiin siihen, että yhdistelmäkuntoutus voisi olla toimivampi vaihtoehto opinnäytetyöhön kuin pelkkä etäkuntoutus. Yhdistelmäkuntoutus sisältää sekä lähi- että etäkuntoutuksen hyötyjä, minkä takia sen tutkiminen vaikutti järkevältä. Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, onko asiakkaiden mielestä yhdistelmäkuntoutus hyvä keino toteuttaa fysioterapiaa. Tutkimuskysymykseen voitiin vastata asiakkaiden kokemuksia analysoimalla. Asiakkaiden kokemuksista saatiin tehtyä johtopäätöksiä, joita voitiin verrata aikaisempien tutkimusten tietoon. Lisäksi oli tärkeää pohtia opinnäytetyön luotettavuutta, jotta saatiin varmistus siitä, kuinka luotettavia opinnäytetyön sisältämä tieto ja sen tuotokset ovat. Myös eettisyyttä pohdittiin, koska kaikessa terveyteen liittyvässä toiminnassa on tärkeää noudattaa eettisiä ohjeita. Pohdinnan lopussa esitellään jatkotutkimusehdotus, joka on luotiin analysoitujen asiakaskokemusten perusteella.

10.1 Asiakaskokemusten pohdinta

Opinnäytetyössä selvitettyt asiakaskokemukset ovat rinnastettavissa aikaisempien tutkimusten tuloksiin. Kokemusten perusteella ensimmäinen lähitapaaminen oli tärkeä sekä luottamussuhteen muodostamisessa että terapeutin kosketuksen tuottamisessa. Lisäksi etätapaamisten väleissä voisi olla lähitapaamisia manuaalisen ohjauksen takaamiseksi. Pramuka ja Roosmalen (2009, 85-98) ovat selvittäneet tutkimuksessaan, että luottamussuhteen luominen etänä voi olla vaikeampaa kuin kasvokkain. Heikkinen (2011, 30-35) puolestaan on voinut todeta tutkimuksessaan, että fyysistä kosketusta voisi olla enemmän kuin alku- ja lopputapaamisissa. Opinnäytetyössä esille tulleet kokemukset kuvanlaadusta eriävät tutkimuksissa esille tulleista kokemuksista. Skype'n kuvanlaatu oli riittävä, kun taas eri tutkimuksissa, kuten Russelin ym. (2011, 113-120) tutkimuksessa, käytettyjen videoneuvottelusovellusten kuvanlaatu on ollut huono.

Teknologian käytön ohjeistus lähitapaamisessa helpotti teknologian käyttöä asiakkaan kotiympäristössä, jolloin teknologian käyttö ei aiheuttanut kuormitusta tai stressiä etätapaamisten aikana niin kuin olisi voinut olettaa Sjögren ym. (2019) tutkimuksen perusteella. Kokemuksissa ei tullut esille tilanteita, joissa etäohjaus ei olisi toiminut yhdessä lähiohjauksen kanssa, vaikka joissain tutkimuksissa etäohjaus ei välttämättä ole sopinut asiakkaalle ollenkaan esi-

merkiksi hänen toimintakykynsä takia. (Dallolio ym. 2008, 2332-2341; Karppi 2011.) Kokemusten perusteella etätapaamiset kannustivat harjoitteluun ja loivat turvaa itsenäiselle harjoittelulle, kuten Karppi (2011) ja Eriksson, Lindström ja Ekenberg (2011, 25-30) ovat myös todenneet tutkimuksissaan.

10.2 Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Opinnäytetyössä noudatettiin ammattikorkeakoulujen opinnäytetyön eettisiä suosituksia ja hyvän tieteellisen käytännön ohjeita (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2018). Opinnäytetyön eettisyyden ja hyvän tieteellisen käytännön pohdinnan tukena käytettiin Bastablen (2017) ja Tieteellisen neuvottelukunnan (2012, 6) mainitsemia eettisiä periaatteita. Salassapitovelvollisuutta kunnioittaen asiakkaiden antamia tietoja käsiteltiin asianmukaisesti, eli tiedot kerättiin ja kirjattiin nimettömästi ja säilytettiin turvallisessa paikassa. Lisäksi heille selvitettiin, että videotapaamisia ei tallenneta. Opinnäytetyön lopussa kaikki asiakastiedot hävitetään. Lähdemateriaalia käytettiin tekijänoikeuslain mukaisesti ja lähteisiin perustuvaa teoriatietoa pyrittiin lainaamaan mahdollisimman objektiivisesti antamatta omien näkemysten vaikuttaa tekstin sisältöön. Lähteisiin viitattiin Laurean ammattikorkeakoulun viittaushojeita noudattamalla huolehtien siitä, että muiden tutkijoiden työt ja saavutukset otettiin asianmukaisella tavalla huomioon (Vuorela 2015, 3).

Opinnäytetyön toteutuksessa asiakkaille selvitettiin mahdollisimman läpinäkyvästi ja totuuden mukaisesti, mitä se tulee pitämään sisällään. Asiakkaiden itsenäisyyttä kunnioitettiin, joten he saivat itse päättää omista valinnoistaan koko pilotin aikana. Lisäksi ennen toteutuksen aloitusta kaikilta asiakailta kerättiin kirjallinen suostumus osallistumiseen. Vahingonteon välttämiseksi asiakkaille ei ohjattu heidän terveyttään vaarantavia harjoitteita ja ohjauksessa pyrittiin olemaan mahdollisimman huolellisia. Toteutuksessa sitouduttiin edistämään asiakkaan hyvinvointia ja annettu ohjaus ja neuvonta oli hyväksi asiakkaalle. Toteutuksessa tarjottiin saman arvoista palvelua kaikille asiakkaille riippumatta heidän yksilöllisistä tekijöistään.

Lähteiden kriittinen arviointi on luotettavan tieteellisen tekstin edellytys. Luotettavuutta lisäävät muun muassa lähteen tuoreus ja sen julkaiseman tahon tieteellisyys. Tuoreina voidaan yleisesti pitää lähteitä, jotka ovat enintään kymmenen vuotta vanhoja. Suositeltavaa on kuitenkin etsiä tuoreinta saatavilla olevaa tietoa. Etsittävän tiedon pitäisi olla tieteellisen asiantuntijan laatimaa ja julkaisemaa. (Jyväskylän Yliopisto 2019b.) Opinnäytetyön tutkimuskohteen nopea kehittyminen edellytti uusimman saatavilla olevan tiedon etsimistä, jotta teoriatieto olisi ajankohtaista. Tietoa haettiin tieteellisistä tietokannoista ja luotettavilta verkkosivuilta sekä kirjallisuudesta. Käytettyjä tietokantoja ja hakukoneita olivat muun muassa PubMed, Google Scholar ja Medic. Lähdekirjallisuuden etsimiseen käytettiin Finnaa. Käytettyjen tutkimusten luotettavuutta arvioitiin tarkastelemalla muun muassa otannan kokoa, tutkijoiden pohdintoja ja menetelmiä, millä tutkimukset olivat toteutettu. Etäkuntoutuksesta ei ole

vielä olemassa riittävän kattavaa tietoa muun muassa tutkimusten pienten otantojen takia (Salminen ym. 2016; Salminen & Hiekkala 2019). Tästä syystä työssä käytettiin mahdollisimman luotettavasti toteutettujen saatavilla olevien tutkimusten tietoa. Satunnaistettua kontrolloitua tutkimusmenetelmää (randomized controlled trial) voidaan pitää yleisesti luotettava menetelmänä selvittää jonkin hoidon toimivuutta tai vaikuttavuutta (BMJ 2008). Tietojen haussa pyrittiin suosimaan tutkimuksia, joissa käytettiin satunnaisesti kontrolloitua tutkimusmenetelmää. Sähköisissä lähteissä kiinnitettiin huomiota erityisesti julkaisevan tahon luotettavuuteen.

Yhdistelmä kuntoutuspalvelun prototyyppi kehitettiin lähdetiedon perusteella. Prototyypin kehityksessä otettiin huomioon etäkuntoutukseen liittyvät olemassa olevat suositukset. Jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa pyrittiin objektiivisesti ja kriittisesti arvioimaan tuotettua tekstiä ja korjaamaan sitä tarvittaessa. Luotettavuutta lisäsi asiakkaiden toimintakyvyn vaihtelevuus. Koska asiakkaiden terveydentilat olivat erilaisia, asiakaskokemukset eivät pärineet esimerkiksi vain tiettyyn vaivaan. Luotettavuutta heikentävät muun muassa pieni otanta ja menetelmien vieraus. Kun otanta on pieni, kokemukset voivat antaa suppean kuvan yhdistelmä kuntoutuksen käytöstä fysioterapiassa ja kokemusten kirjo voi olla vähäistä.

Teemahaastattelu oli vieras menetelmä, joten keskustelun ohjaaminen tavoitteelliseen suuntaan oli haastavaa. Tämän seurauksena kaikkiin teemoihin liittyen ei saatu tarkkoja vastauksia jokaiselta asiakkaalta. Asiakkaiden kokemukset äänitettiin, jotta ne saatiin dokumentoitua alkuperäisessä muodossa. Äänitteiden litteroinnin jälkeen, kun kokemukset pelkistettiin, on olemassa mahdollisuus, että asiakkaan kokemus tulkittiin väärin. Kokemuksia pyrittiin kuitenkin avaamaan muuttamatta tarkoitusta. Opinnäytetyöhön osallistuneet asiakkaat vaikuttivat aiheesta uteliailta, mikä ei välttämättä vastaa tilannetta esimerkiksi vastaanotolla jokaisen asiakkaan kohdalla. Kiinnostus aiheesta saattoi vaikuttaa kokemuksiin.

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Pilotin kokemuksista kävi ilmi, että etä- ja lähitapaamisia olisi voinut vuorotella sen sijaan, että lähitapaamisia olisi vain fysioterapian alussa ja lopussa. Lisäksi yhdistelmä kuntoutuksen kesto olisi voinut olla pidempi. Jatkossa yhdistelmä kuntoutuksen erilaisia rakenteita pitäisi tutkia lisää, jotta selviäisi minkälainen yhdistelmä kuntoutusmalli sopii tiettyjen sairauksien tai vaivojen kuntoutukseen parhaiten. Erilaisten mallien vaikuttavuutta tulisi myös tutkia. Yhdistelmä kuntoutuksen käyttöä voitaisiin jatkossa tutkia myös isommalla otannalla, ja sitä voitaisiin verrata myös pelkän lähiohjauksen käyttöön.

Lähteet

Painetut

Agostini, M., Moja, L., Banzi, R., Pistotti, V., Tonin, P., Venneri, A. & Turolla, A. 2015. Tele-rehabilitation and recovery of motor function. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine & Telecare*, vol. 21 (4). Sage Publications, 202-213.

Ahtinen, A., Lehtiö, A., Heinonen, T., Wickman-Viitala, T., Järvinen, H., Väätänen, S., Panu, R., Tarnanen, P. & Boberg, M. 2019. 3Dfysio-sovelluksella tehdyn kuntoutusohjelman käyttäminen reumakuntoutujien etäkuntoutuksessa. Teoksessa Salminen, A. & Hiekkala, S. (toim.) 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta - Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela.

Ashkenazi, T., Weiss, P., Orian, D., Laufer, Y. 2013. Low-cost virtual reality intervention program for children with developmental coordination disorder. A pilot feasibility study. *Pediatric Physical Therapy* vol. 25 (4). Virginia: American Physical Therapy Association, 467-473.

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. 2015. *Fysiatrია*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Barbato, K., Wiebe, J., Cline, T., Hellier, S. 2014. Web-based treatment for women with stress urinary incontinence. *Urologic Nursing* vol. 34 (5). New Jersey: Society of Urologic Nurses and Associates, 252-257.

Bastable, S. 2017. *Essentials of Patient Education*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.

Berg, M., Ronday, H., Peeters, A., Le Cessie, S., Van Der Giesen, F., Breedveld, F. & Vliet Vlieland, P. 2006. Using internet technology to deliver a home-based physical activity intervention for patients with rheumatoid arthritis. A randomized controlled trial. *Arthritis & Rheumatism* vol. 55 (6). New Jersey: John Wiley & Sons, 935-945.

Bezner, J. 2015. Promoting Health and Wellness: Implications for Physical Therapist Practice. *Physical Therapy* vol. 95 (10). Oxford: Oxford University Press, 1433-1444.

Bitner, M., Ostrom, A. & Morgan, F. 2007. *Service Blueprinting: A practical technique for service innovation*. Center for services leadership, Arizona State University

Bonnechère, B., Jansen, B., Omelina, L. & Van Sint Jan, S. 2014. Can serious games be incorporated with conventional treatment of children with cerebral palsy? A review. *Research in Developmental Disabilities* vol. 35 (8). Amsterdam: Elsevier, 1899-1913.

Caffery, L., Bradford, N., Wickramasinghe, S., Hayman, N. & Smith, A. 2016. Outcomes of using telehealth for the provision of healthcare to Aboriginal and Torres Strait Islander people: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* vol. 41 (1). Public Health Association of Australia, 48-53.

Calvaresi, D., Schumacher, M., Marinoni, M., Hilfiker, R., Dragoni, A. & Buttazzo, G. 2017. Agent-based systems for telerehabilitation: strengths, limitations and future challenges. Teoksessa Montagna, S., Abreu P.H., Giroux, S & Schumacher, M.I. *Agents and Multi-Agent Systems for Health Care*. Berliini: Springer

Cohn, E. & Watzlaf, V. 2011. Privacy and internet-based telepractice. *Perspectives on Telepractice* vol. 1 (1). Maryland: American Speech-Language-Hearing Association, 26-37

- Dallolio, L., Menarini, M., China, S., Ventura, M., Stainthorpe, A., Soopramanien, A., Rucci, P. & Fantini, M. 2008. Functional and clinical outcomes of telemedicine in patients with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* vol. 89 (12). Amsterdam: Elsevier, 2332-2341.
- Eriksson, L., Lindström, B., Ekenberg, L. 2011. Patients' experiences of telerehabilitation at home after shoulder joint replacement. *Journal of Telemedicine & Telecare* vol 17 (1). Sage Publications, 25-30.
- Eräsalo, U. 2011. *Palvelu ammattina*. Vantaa: Hansaprint Direct.
- European commission. 2014. GREEN PAPER on mobile health ("mHealth"). Brysseli: European Commission.
- Fjeldstad-Pardo, C., Thiessen, A. & Pardo, G. 2018. Telerehabilitation in Multiple Sclerosis: Results of a Randomized Feasibility and Efficacy Pilot Study. *International Journal of Telerehabilitation* vol. 10 (2). University of Pittsburgh Press, 55-64.
- Flink, K., Kerttula, T., Nordling, A. & Rautio, V. 2015. *Asiakaspalvelun ammattilaiseksi*. Kustannus Edita Publishing Oy. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Gutiérrez, R., Galán Del Río, F., Cano de la Cuerda, R., Alguacil Diego, I., González, R. & Page, J. 2013. A telerehabilitation program by virtual reality-video games improves balance and postural control in multiple sclerosis patients. *NeuroRehabilitation* vol. 33 (4). Amsterdam: IOS Press, 545-554.
- Heikkinen M. 2011. Verkosta voimaa ja tukea. *Kuntoutus-lehti* vol. 34 (4), Helsinki: Kuntoutussäätiö, 30-35.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus, Helsinki University Press.
- Huusko, J. & Kuronen, L. 2013. *Asiakasymmärryksen rakentuminen innovaatioprosessin alkupäässä. Kuinka aloittavan yrityksen asiakasymmärrystä voidaan rakentaa? Yrittäjyyden Pro gradu -tutkielma*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Hyppönen, H. & Ilmarinen, H. 2016. *Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio*. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilg, W., Schatton, C., Schicks, J., Giese, M., Schöls, L. & Synofzik, M. 2012. Video game-based coordinative training improves ataxia in children with degenerative ataxia. *Neurology* vol. 79 (20). Minnesota: American Academy of Neurology, 2056- 2060.
- Jaakkola, E., Orava, M. & Varjonen, M. 2009. *Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua. Opas yrityksille*. 4.painos. Helsinki: Libris.
- Jelsma, J., Pronk, M., Ferguson, G. & Jelsma-Smit, D. 2013. The effect of the Nintendo Wii Fit on balance control and gross motor function of children with spastic hemiplegic cerebral palsy. *Developmental Neurorehabilitation* vol. 16 (1). Taylor & Francis Group, 27-37.
- Kairy, D., Tousignant, M., Leclerc, N., Cote, A., Lévasseur, M., Researchers, T. 2013. The patient's perspective of in-home telerehabilitation physiotherapy services following total knee arthroplasty. *International Journal of Environmental Research Public Health* vol. 10 (9). Basel: MDPI, 3998-4011.
- Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. 2016. *Kohti Muutosta - Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämiseksi*. Vantaa: Liikunta- ja hyvinvointiakatemia.

- Karppi M. 2011. Interaktiivinen etäkuntoutus ikääntyneen toipilasajan tukena. Tampere: Tampereen yliopisto, 2011.
- Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kauranen, K. 2011. Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen. Helsinki: Liikuntatieteellinen Seura.
- Kinnunen, R. 2004. Palvelujen suunnittelu. Helsinki: WSOY
- Koivisto, M. 2011. Palvelumuotoilun peruskäsitteet. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Teknologiateollisuus ry. Savonia-ammattikorkeakoulu. Kuopion muotoiluakatemia.
- Korhonen, L., Setti, M., Pitkänen, K. & Hiekkala, S. 2019. Moniammatillinen etäkuntoutus aivoverenkiertohäiriön sairastaneille. Teoksessa Salminen, A. & Hiekkala, S. (toim.) 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta - Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela.
- Kotilainen, K., Juvala, L. & Arffman, S. 2019. Lasten yksilöllinen etäkuntoutus puhe-, toiminta- ja fysioterapiassa. Teoksessa Salminen, A. & Hiekkala, S. (toim.) 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta - Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela.
- Kowalczewski, J., Chong, S., Galea, M. & Prochazka, A. 2011. In-home tele-rehabilitation improves tetraplegic hand function. *Neurorehabilitation Neural Repair* vol. 25 (5). Sage Publications, 412-422.
- Kuipers P., Foster M., Smith S. & Fleming, J. 2009. Using ICF-environment factors to enhance the continuum of outpatient ABL rehabilitation: an exploratory study. *Disability and Rehabilitation*. Vol 31(2). Taylor & Francis, 144-151.
- Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapian Ohjaustilanteen Vuorovaikutus - Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Kuusela, H. 1998. Markkinoinnin haaste: näkymätön näkyväksi. Juva: WSOY
- Kwon, J., Park, M., Yoon, I., Park, S. 2012. Effects of virtual reality on upper extremity function and activities of daily living performance in acute stroke. A double-blind randomized clinical trial. *NeuroRehabilitation* vol. 31 (4). Amsterdam: IOS Press, 379-385.
- Lai, J., Woo, J., Hui, E. & Chan, W. 2004. Telerehabilitation. A new model for community-based stroke rehabilitation. *Journal of Telemedicine & Telecare* vol. 10 (4), Sage Publications, 199-205.
- Launiainen, H., Arifullen-Hämäläinen, U., Koskinen, S., Nevalainen, T., Pietilä, P., Poutiainen, E., Rosenvall, A. & Sarajuuri, J. 2016. Eteenpäin elävä mieli. Helsinki: Miina Sillanpään säätiö.
- Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O & Helvi, K. 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Oulun yliopisto.
- Lääkäriliitto. 2013. Lääkärin etiikka. 7.painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- McCue, M., Fairman, A. & Pramuka, M. 2010. Enhancing Quality of Life through Telerehabilitation. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics in North America* vol. 21 (1). Amsterdam: Elsevier, 195-205.

- Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Kuopio: Teknologiateollisuus ry & Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopion muotoiluakatemia.
- Miettinen, S., Kalliomäki, A. & Ruuska, J. 2011, Palvelun konseptointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Teknologiateollisuus ry. Savonia-ammattikorkeakoulu. Kuopion muotoiluakatemia.
- Niittynen, O. 2012. Kuntouta verkossa. Verkkokuntouttajan opas. Turun aikuiskoulutuskeskus.
- Nissinen, T. 2010. Asiakkaiden osallistumishalukkuus uusien hyvinvointimatkailupalvelujen kehittämiseen Vuokatissa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.
- Pakkanen, R., Korkeamäki, A. & Kiiras, H. 2009. Palvelun taitajaksi. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Parkkila, M., Naamanka, E., Poutiainen, E. & Hiekkala, S. 2019. Vaativan kuntoutuksen toteutus etäkuntoutuksena aivovamman saaneilla. Teoksessa Salminen, A. & Hiekkala, S. (toim.) 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta - Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela.
- Paul, L., Coulter, E., Miller, L., McFadyen, A., Dorfman, J. & Mattison, P. 2014. Web-based physiotherapy for people moderately affected with Multiple Sclerosis. Quantitative and qualitative data from a randomized, controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation* vol. 28 (9). Sage Publications, 924-935.
- Peterson, C. & Watzlaf, V. 2014. Telerehabilitation store and forward applications. A review of applications and privacy considerations in physical and occupational therapy Practice. *International Journal of Telerehabilitation* vol. 6 (2). University of Pittsburgh, 75-84.
- Pramuka M, Roosmalen L. 2009. Telerehabilitation technologies. Accessibility and usability. *International Journal of Telerehabilitation*, vol. 1 (1). University of Pittsburgh, 85-98.
- Rosie, J., Ruben, S., Hing, W., Lewis, G. 2015. Virtual rehabilitation in a school setting. Is it feasible for children with cerebral palsy? *Disability and rehabilitation: Assistive technology*. Vol 10 (1). Taylor & Francis Group, 19-26.
- Russell, T., Buttrum, P., Wootton, R. & Jull, G. 2011. Internet-based outpatient telerehabilitation for patients following total knee arthroplasty. A randomized controlled trial. *Journal of Bone & Joint Surgery. American volume*, vol. 93 (2). The Journal of Bone & Joint Surgery, 113-120.
- Russell, T., Hoffmann, T., Nelson, M., Thompson, L. & Vincent, A. 2013. Internet-based physical assessment of people with Parkinson disease is accurate and reliable. A pilot study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, vol. 50 (5). United States Department of Veterans Affairs, 643-650.
- Salminen, A. & Hiekkala, S. 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta - Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela.
- Salminen, A., Hiekkala, S. & Stenberg, J. 2016. Etäkuntoutus. Helsinki: Kela.
- Silvennoinen, M. 2016. Palveluiden tuotteistaminen ja uusien palveluiden kehittäminen teollisuusyrityksessä. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto.

- Sjögren, T., Anttila, M., Kivistö, H., Haapaniemi, V., Paaajanen, T. & Piirainen, A. 2019. Inno-
vatiiviset etäkuntoutuspalvelut. Teoksessa Salminen, A. & Hiekkala, S. (toim.) 2019. Koke-
muksia etäkuntoutuksesta - Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela.
- Sjöström, M., Umefjord, G., Stenlund, H., Carlbring, P., Andersson, G. & Samuelsson, E.
2013. Internet-based treatment of stress urinary incontinence. A randomised controlled study
with focus on pelvic floor muscle training. *BJU International*, vol. 112 (3). Wiley-Blackwell,
362-372.
- Soimasuo, T. 2008. Tavoitteenasettelu fysioterapian kuntoneuvolaohjauksessa - Fysiotera-
peuttien ja asiakkaiden kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta alaselkäkipuisen asi-
akkaan ohjaustilanteessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Stickdorn, M., Hormess, M., Lawrence, A. & Schneider, J. 2018. This is service design doing.
Sebastopol: O'Reilly Media.
- Stonerock, G. & Blumenthal, J. 2017. Role Of Counseling To Promote Adherence In Healthy
Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity.
Progress in Cardiovascular Diseases vuosikerta 59, 5/2017. Amsterdam: Elsevier, 455-462
- Talvitie, U. Karppi, S. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.
- Taylor, D.M., Stone, S.D. & Huijbregts, M.P. 2012. Remote participants' experiences with a
group-based stroke self-management program using videoconference technology. *Rural and
Remote Health*, vol. 12. James Cook University, 1947.
- Theodoros, D. & Russell, T. 2008. Telerehabilitation: current perspectives. *Studies in Health
Technology Informatics*, vol. 131. Amsterdam: IOS Press, 191-209.
- Tousignant, M., Boissy, P., Moffet, H., Corriveau, H., Cabana, F., Marquis, F. & Simard, J.
2011b. Patients' satisfaction of healthcare services and perception with in-home telerehabi-
litation and physiotherapists' satisfaction toward technology for post-knee arthroplasty. An
embedded study in a randomized trial. *Telemedicine journal and e-Health: the official jour-
nal of Telemedicine Association*, vol 17 (5). New Rochelle: Mary Ann Liebert, 376-382.
- Tousignant, M., Moffet, H., Boissy, P., Corriveau, H., Cabana, F., Marquis, F. 2011a. A ran-
domized controlled trial of home telerehabilitation for post-knee arthroplasty. *Journal of
Telemedicine Telecare* vol. 17 (4). Sage Publications, 195-198.
- Tousignant, M., Moffet, H., Nadeau, S., Mérette, C., Boissy, P., Corriveau, H., Marquis, F.,
Cabana, F., Ranger, P., Belzile, É. & Dimentberg, R. 2015. Cost analysis of in-home telereha-
bilitation for post-knee arthroplasty. *Journal of Medical Internet Research*, vol. 17 (3). JMIR
Publications, 83.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-
osakeyhtiö Tammi
- Tuominen, T., Järvi, K., Lehtonen, H., Valtanen, J. & Martinsuo, M. 2015. Palvelujen tuotteis-
tamisen käsikirja. Osallistavia menetelmiä palvelujen kehittämiseen. Aalto-yliopiston julkai-
susarja. Helsinki: Unigrafia.
- Turunen, J. & Sankilampi, L. 2019. Ammatillisen kuntoutuksen voi aloittaa etäyhteydellä. Te-
oksessa Salminen, A. & Hiekkala, S. (toim.) 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta - Kelan etä-
kuntoutushankkeen tuloksia. Helsinki: Kela.
- Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. 2. Painos. Talentum Helsinki.

Vaahtojärvi, K. 2011, Palvelukonseptin arviointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) 2011. Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Kuopio: Teknologiateollisuus ry & Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopion muotoiluakatemia.

Vesterinen, R. 2010. Etäkuntoutus - mahdollisuus kuntoutua kotona kaksisuuntaisen videoyhteyden avulla. Käytettävyystutkimus Innokusti-hankkeessa. Jyväskylän yliopisto.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003a. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003b. Toiminnallinen opinnäytetyö: ohjaajan opas. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes.

Vuorela, K. 2015. Lähdeviitteiden ja lähteiden merkintätavat Laureassa. Laurea ammattikorkeakoulu.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat- miten he sen tekevät? Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T., Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystalalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Whitman, M. & Mattord, H. 2012. Principles of information security. 4. painos. Boston: Cengage technology.

Williams, D., Kuper, D., Segar, M., Mohan, N., Sheth, M., Clauw, D. 2010. Internet-enhanced management of fibromyalgia. A randomized controlled trial. Pain, vol. 151 (3). International Association for the Study of Pain, 694-702.

World Health Organization. 2011. mHealth - New horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth. Global observatory for eHealth, vol. 3. World Health Organization.

Sähköiset

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Arene ry. Viitattu 24.11.2019.
http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen_opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222

BMJ. 2019. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? British Medical Journal. Viitattu 24.11.2019.
<https://www.bmj.com/content/336/7651/995.full>

Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R.E., Dombrowski, S.U., Williams, B., Cheyne, E., Coles, E. & Pollock, A. 2018. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: systematic review of reviews. Viitattu 11.6.2019.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204890>

Imam B, Jarus T. 2014. Virtual reality rehabilitation from social cognitive and motor learning theoretical perspectives in stroke population. Viitattu 5.5.2019.
<https://www.hindawi.com/journals/rerp/2014/594540/>

Invalidiliitto ry & Kuntoutussäätiö. 2019. Vaativan kuntoutuksen toteutus aivovamman saaneilla etäkuntoutuksena. Av etäkuntoutuksen esittely. Viitattu 2.7.2019.

<https://www.invalidiliitto.fi/sites/default/files/2017-12/AV%20Et%C3%A4kuntoutus%20esitys%20v6.pdf>

Jyväskylän Yliopisto. 2019a. Mitä prosessit ovat? Viitattu 13.4.2019.
<https://www.jyu.fi/laatu/ohjaus/prosessien-mallintaminen/mitaprosessitovat>

Jyväskylän Yliopisto. 2019b. Valitse tieteellisiä ja luotettavia lähteitä. Viitattu 24.11.2019.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/kirjat-lehdet-artikkelit/tieteelliset-lahteet>

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.9.2019.
<https://www.kaypahoito.fi/nix02109>

Logistiikan maailma. 2019. Palveluiden luokittelu. Viitattu 12.9.2019.
<http://www.logistiikanmaailma.fi/osto-ja-myynti/hankintatoimi-ja-ostotoiminta/palveluhankinnat/palveluiden-luokittelu/>

Methodkit. 2019. Viitattu 18.9.2019.
<https://methodkit.com/kits/>

Paju, S. 2016. Mitä eroa on kokeilulla ja pilotilla? Filosofian akatemian blogi 17. Viitattu 17.4.2019.
<https://filosofianakatemia.fi/blogi/mita-eroa-on-kokeilulla-ja-pilotilla>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 23.10.2019.
https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Asiakas- ja potilastietojen salassapito. Viitattu 6.7.2019.
<https://stm.fi/asiakastietojen-potilastietojen-salassapito>

Suomen Fysioterapeutit. 2017. Ammattietiikka. Viitattu 11.11.2019.
<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/ammattietiikka/>

Suomen Fysioterapeutit. 2016a. Suomen fysioterapeutin ydinosaaminen. Teknologiaosaaminen. Viitattu 2.7.2019.
<http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/teknologia-osaaminen.html>

Suomen Fysioterapeutit. 2016b. Ohjaus- ja neuvontaosaaminen. Viitattu 22.5.2019.
<http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/ohjaus-ja-neuvontaosaaminen.html>

Suomen Fysioterapeutit. 2016c. Fysioterapeutin ydinosaaminen- Tutkimis- ja arviointiosaaminen. Viitattu 6.7.2019.
<http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/tutkimis-ja-arviointiosaaminen.html>

Terveyskylä.fi. 2019. Mielenterveystalo.fi. Viitattu 1.12.2019.
<https://www.mielenterveystalo.fi/>

Tilastokeskus. 2019 Palvelut. 1. määritelmä. Viitattu 12.4.2019.
<http://www.stat.fi/meta/kas/palvelut.html#tab1>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 24.11.2019.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Viitattu 6.7.2019.

https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut

Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	7
Kuvio 2: Ohjaustyöhön sisältyvät elementit. (Mukaillen: Vänskä ym. 2011, 19.)	24
Kuvio 3: Esimerkki palvelun kehittämisen prosessin eri vaiheista (Mukaillen: Tuulaniemi 2011, 130).....	33
Kuvio 4: Blueprinting kaavio palvelukonseptista (Mukaillen: Bitner ym. 2007, 6)	35
Kuvio 5: Blueprinting kaavio palvelun prototyypistä (Mukaillen: Bitner ym. 2007, 6).....	36
Kuvio 6: Pilotin kanvassuunnitelma (Mukaillen: Methodkit 2019)	37
Kuvio 7: Prototyypin toteutuksen eteneminen	39
Kuvio 8: Asiakkaan kokema palvelun kokonaislaatu (Mukaillen: Pakkanen ym. 2011, 49)	40
Kuvio 9: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Mukaillen: Tuomi & Sarajärvi 2018, 123).....	43
Kuvio 10: Asiakaskokemuksia yhdistelmäkontoutusprototyypistä	44
Kuvio 11: Yhdistelmäkontoutusmalli	50

Taulukot

Taulukko 1: Etäkuntoutuksen käsitteitä. (Salminen ym. 2016, 17; Salminen & Hiekkala 2019, 10.)	10
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Liitteet

Liite 1: Suostumuslomake	64
Liite 2: Esitietolomake	65
Liite 3: Teemahaastattelurunko.....	67
Liite 4: Sisällönanalyysimalli	68

Liite 1: Suostumuslomake

Suostumus etäkuntoutuspilottiin

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen suostut osallistumaan Laurean ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetyöhön liittyvään etäkuntoutuspilottiin. Osallistut pilottiin omalla vastuullasi ja sinulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää osallistumisesi ilman syytä. Pilotissa kerätyt tiedot raportoidaan opinnäytetyöhön niin, että mitkään henkilötiedot eivät tule esille. Kaikki kerätyt aineistot hävitetään, kun opinnäytetyö on valmis.

1. Asiakkaan tiedot

Etu- ja sukunimi: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköpostiosoite: _____

2. Päiväys ja allekirjoitus

Päiväys: _____

Asiakkaan allekirjoitus:

Opinnäytetyön toteuttajan allekirjoitus:

Tarvittaessa ota yhteyttä opinnäytetyön toteuttajiin:

Eevi Keronen

██████████

eevi.keronen@student.laurea.fi

Jaakko Jumisko

██████████

jaakko.jumisko@student.laurea.fi

Esa Suikkanen

██████████

esa.e.suikkanen@student.laurea.fi

Liite 2: Esitietolomake

Esitietolomake

Asiakasnumero: _____ Ikä: _____ Sukupuoli: _____

Asumismuoto: _____

Apuväline: _____

Kerro lyhyesti omasta terveydestäsi ja hyvinvoinnistasi:

Kerro lyhyesti omasta toimintakyvystäsi:

Miten arvioisit omaa toimintakykyäsi asteikolla 1 - 10? Ympyröi parhaiten **nykyistä** toimintakykyäsi kuvaava numero.

Erittäin huono	Huono	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Onko arjessasi jotain, mikä tuottaa sinulle vaikeuksia, et pysty tekemään tai haluaisit onnistua siinä paremmin?

Kerro lyhyesti liikuntatottumuksistasi ja mahdollisista harrastuksistasi:

Minkälaiset odotukset sinulla on tulevan ohjauksen ja neuvonnan suhteen?

Onko sinulla jotain mitä haluaisit kysyä, mikä ei tullut lomakkeessa ilmi?

Liite 3: Teemahaastattelurunko

Teknologia

- Teknologian käyttö ja käytön kokemukset
- Teknologiaan käyttöön liittyvä ohjeistus
- Teknologian laatu
- Tietoturva

Vuorovaikutus

- Vuorovaikutuksen onnistuminen
- Ilmapiiri
- Luottamussuhde

Etäohjaus ja -neuvonta

- Millaista etäohjaus oli? Millaisia kokemuksia?
- Etäohjauksen käyttö asiakkaan oman terveyden edistämisessä?
- Etäohjaus vs. kasvokkain kuntoutus (mitä eroja ja miksi?)
- Säännöllinen seuranta ja tuki
- Millaisena koit ohjauksen muualla kuin vastaanotolla?

Pilotin sisältö

- Millaisena koit aikatauluihin liittyvät asiat?
- Onnistumiset ja epäonnistumiset
- Kehittämissideat
- Yhdistelmä kuntoutus (mitä mieltä?)
- Tapaamisten määrä (sekä lähi- että etätapaamiset)
- Asiakkaan odotukset (miten palvelu vastasi odotuksiasi)
- Motivaatio (miten palvelu vaikutti motivaatioon?)
- Kuormittavuus
- Tarpeet

1. Olisitko valmis maksamaan tällaisesta palvelusta?

Liite 4: Sisällönanalyysimalli

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<i>"Ei toi Skype korvaa tai oo nii hyvä ku vastaanotolla se fyssari ihan tunnustelee lihaksia et toimiiks ne ja sit osaa ohjata, jos ei tunnu tarpeeks jotai lihastyötä ni sitte neuvoo et miten se pitäis tehdä."</i>	Manuaalinen ohjaus puuttuu etäohjauksesta	Rajoitteet	Kokemuksia etäohjauksesta ja neuvonnasta	Asiakkaiden kokemuksia yhdistelmä kuntoutuksista
<i>"Tietenkin sitä aattelis et näkyiskö sulle hyvin (kameran välityksellä) et teenkö mä väärin."</i>	Välittykö harjoitteiden virheellinen suoritus kameran välityksellä			
<i>"Mul oli tavoitteena et saisin jotakin semmosta pysyvää ja semmosta omaa kotijumppaa ja enää en sillee jotenki pelkää ettenkö mä vois tehdä jotain. Eli kyllä odotukset on täyttynyt."</i>	Etäohjaus luonut turvaa kotiharjoittelulle	Seuranta		
<i>"Justiin toi etäfyysioterapia onki hyvä jos sitä käyttää muutaman kerran välissä ja sit taas välissä niit vastaanottokäyntejä."</i>	Etäohjausten välissä olisi hyvä olla myös lähiohjausta			
<i>"Liikkeet voidaan käydä kätevästi läpi videoyhteyden avulla."</i>	Liikkeiden läpikäynti on kätevää videoyhteydellä	Videoyhteys		
<i>"Jotenki mä eräällä tavalla yllätyinkin positiivisesti miten hyvin ne liikkeet pystyy näyttämään (etänä)."</i>	Positiivisesti yllättynyt miten hyvin liikkeet pysty näyttämään etänä			