

**TUKEVATKO ASUMIS- JA KUNTOUTUSPALVELUT PALVELUIDEN
KÄYTTÄJIEN KUNTOUTUMISTA?**

Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen palvelut asiakkaiden ja työntekijöiden
arvioimina

Minna Laitila, 30403
Pro gradu -tutkielma
Kevät 2014
Kuntoutustiede
Lapin yliopisto,
yhteiskuntatieteiden
tiedekunta

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Tukevatko asumis- ja kuntoutuspalvelut palveluiden käyttäjien kuntoutumista? Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen palvelut asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimina.

Tekijä: Minna Laitila

Koulutusohjelma/oppiaine: Yhteiskuntatieteiden maisteri/Kuntoutustiede

Työn laji: Pro gradu -työ_x_ Sivulaudaturtyö__ Lisensiaatintyö__

Sivumäärä: 78

Vuosi: Kevät 2014

Tiivistelmä:

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa järjestötoimijan asumis- ja kuntoutuspalveluista recovery-näkemykseen perustuen. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä, kuinka kuntoutumista tukevia järjestötoimijan palvelut olivat kuntoutuja-asiakkaiden ja toimijan työntekijöiden arvioimina. Lisäksi tavoitteena oli pilotoida kehitettyä Kuntoutuksen tukeminen -mittaria suomalaisessa kontekstissa.

Kuntoutumisen tukeminen -mittari kehitettiin hyödyntäen kansainvälisiä recovery-mittareita, eritoten Skotlannissa käytössä olevaa Scottish Recovery Indicator -mittaria. Kuntoutumisen tukeminen -mittarista laadittiin kaksi hieman erilaista versiota, toinen asiakkaille ja toinen työntekijöille. Tutkimuksen aineisto kerättiin Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asiakkailta ja työntekijöiltä. Asiakkaiden kyselylomakkeita palautettiin 132 kappaletta (vastausprosentti noin 52,8) ja työntekijöiden webropol-kyselylomakkeita palautettiin 56 kappaletta (vastausprosentti noin 90,3). Tarkkaa vastausprosenttia ei voida arvioida, koska sekä asiakasmäärässä että työntekijöiden lukumäärässä tapahtui muutoksia aineistonkeruun aikana. Aineiston analyysissä käytettiin SPSS 20.0 -ohjelmaa. Tuloksia kuvattiin frekvensseinä ja prosentteina, keskiarvoina sekä tilastollisina merkitsevyysinä. Summamuuttujien osa-alueiden yhteyksiä toisiinsa testattiin laskemalla korrelaatiokertoimet ja summamuuttujien reliabiliteettia tutkittiin Cronbachin alfa -kertoimen avulla. Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tutkittiin Mann-Whitney U-testillä, kun taustamuuttuja oli kaksiluokkainen, ja Kruskal-Wallis -testillä, kun taustamuuttuja oli kolme- tai useampiluokkainen. Lopuksi tarkasteltiin asiakasaineiston ja työntekijäaineiston summamuuttujien eroja Mann-Whitney U-testin avulla. Kuntoutumisen tukeminen -mittarista laskettiin Cronbachin alfa -kertoimet asiakasmittarin ja työntekijämittarin sekä koko mittarin osalta.

Sekä kuntoutuja-asiakkaat että yhdistyksen työntekijät arvioivat Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kuntoutus- ja asumispalvelujen tukevan hyvin asiakkaiden kuntoutumista. Parhaiten toteutui osa-alue "Perustarpeiden tyydyttyminen". Heikoimmin toteutuvaksi arvioitiin "Sosiaalinen tuki ja integraatio" sekä "Osallisuus". Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot olivat hyvin samansuuntaisia. Tilastollisesti merkitseviä eroja oli vastaajaryhmien välillä vain arvioissa osa-alueiden "Osallisuus" sekä "Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta" toteutumisessa. Kuntoutumisen tukeminen -mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin laskemalla asiakas- ja työntekijäaineistosta summamuuttujille Cronbachin alfa-kertoimet. Lisäksi laskettiin koko mittarin Cronbachin alfa-kertoimet asiakasaineistosta, työntekijäaineistosta sekä koko aineistosta. Osa alfa-arvoista oli niin alhaisia, ettei mittaria voida niiltä osin pitää luotettavana. Koko Kuntoutumisen tukeminen -mittarin saatiin Cronbachin alfa-kertoimeksi 0,895. Kuntoutumisen tukeminen -mittari vaatii tulosten perusteella vielä kehittämistä.

Avainsanat: kuntoutuminen, mielenterveyskuntoutus, kyselytutkimus, arviointi

Muita tietoja:

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi_x_

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi__

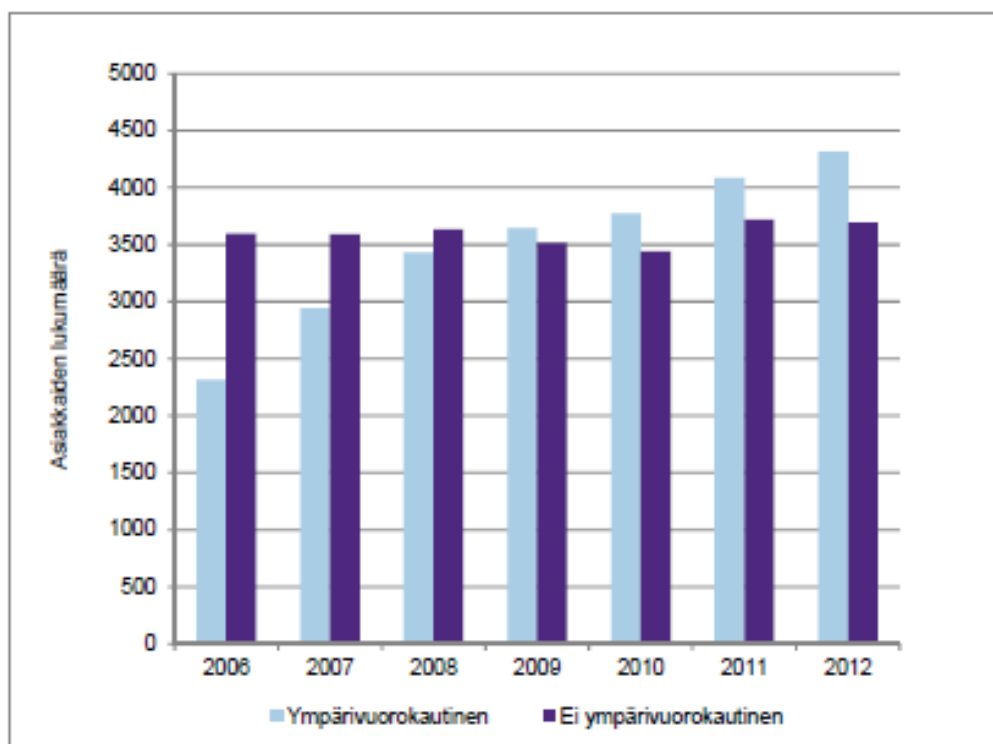
(vain Lappia koskevat)

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	1
2 KUNTOUTUMINEN – RECOVERY	5
3 KUNTOUTUMISTA TUKEVAT MIELENTERVEYSPALVELUT	9
4 KUNTOUTUMISEN TUKEMISEN ARVIOINTI	17
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	19
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
6.1 MITTARIN KUVAUS	20
6.2 AINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄT	24
6.3 EETTISET KYSYMYKSET	27
7 TULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELU.....	30
7.1 ASIAKKAIDEN TAUSTATIEDOT	30
7.2 TYÖNTEKIJÖIDEN TAUSTATIEDOT	31
7.3 ASIAKKAIDEN ARVIOT SIITÄ, KUINKA ETELÄ-POHJANMAAN SOSIAALIPSYKIATRISEN YHDISTYKSEN TOIMINTA TUKEE KUNTOUTUMISTA	32
7.4 TYÖNTEKIJÖIDEN ARVIOT SIITÄ, KUINKA ETELÄ-POHJANMAAN SOSIAALIPSYKIATRISEN YHDISTYKSEN TOIMINTA TUKEE KUNTOUTUMISTA	38
7.5 ASIAKKAIDEN JA TYÖNTEKIJÖIDEN MIELIPITEIDEN VERTAILU	42
7.6 KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN -MITTARIN LUOTETTAVUUS	43
8 POHDINTA.....	44
8.1 TULOSTEN TARKASTELUA.....	44
8.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	47
9 LÄHTEET.....	50
LIITTEET	

1 Johdanto

Mielenterveyskuntoutujille tarkoitettujen asumispalveluiden määrä on lisääntynyt psykiatristen sairaalapaikkojen vähentyessä (Harjajärvi, 2009). Valtaosa noista palveluista on yksityisten palveluntuottajien tai järjestöjen järjestämää toimintaa. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa oli vuoden 2012 lopussa noin 8000 asiakasta, joista 54 % sai tukea ympäri vuorokauden (THL, 2013). Vuonna 2009 vastaavat luvut olivat 7000 asukasta, joista ympärivuorokautisissa palveluissa oli 51 % (THL, 2010). (Kuvio 1) Tuolloin noista 7000 asukkaasta noin 4000 oli asunut asumispalveluissa yhtäjaksoisesti yli kaksi vuotta (Tuori, 2011: 3). Asumispalveluiden laatuun ja toiminnan kuntouttavuuteen tulee kiinnittää yhä enemmän huomiota, jottei korvata pitkäaikaista laitoshoidoa toisella (Karlsson & Wahlbeck, 2010; Hyväri & Salo, 2011; Stengård & Nordling, 2011). Huolta on herättänyt muun muassa se, ettei kuntoutujia siirry palveluasumisesta itsenäisempään asumiseen. Harjajärven (2009: 49) selvityksessä kuntien edustajat kaipasivat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin enemmän kuntouttavaa työtä.



Kuvio 1. Psykiatrian asumispalveluiden asiakkaat 2006–2012 kunkin vuoden lopussa (THL, 2013: 5).

MERTTU-tutkimuksessa (Harjajärvi ym, 2006: 72–73) kävi ilmi, että niin sanottuja välimuotoisia palveluja, kuten erilaisia päivätoiminnan muotoja, on tarpeen edelleen kehittää. Erityisesti työhön liittyvän toiminnan järjestämisessä oli puutteita, sillä vain joka kolmas tutkimukseen osallistuneista kunnista käytti päivätoimintapalveluita, joissa työtoiminta oli osana. On tarve kehittää monimuotoisia mielenterveyspalveluja, jotka integroituvat ihmisten arkeen. Mielekkään tekemisen, päivä- ja työtoiminnan kehittäminen on tärkeää muun muassa siksi, että ne tarjoavat kuntoutujille osallistumisen mahdollisuuksia.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa recovery-käsitteen merkitystä mielenterveyspalveluissa ja -kuntoutuksessa on tuotu esiin jo 1990-luvulta lähtien. Muun muassa USA:ssa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa on yksilöllisen kuntoutumis- tai toipumisprosessin tukeminen otettu mielenterveyspalveluiden kehittämisen lähtökohdaksi. Tällöin palvelujärjestelmän ja siinä työskentelevien ammattilaisten roolina on mahdollistaa ja tukea palveluidenkäyttäjien omaa, yksilöllistä kuntoutumisprosessia. (Shepherd ym, 2009; Slade, 2013.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Skotlannin Lanarkshiren alueen välillä käynnistyi yhteistyö vuonna 2009 (O'Neill ym, 2010). Yhteistyön yhtenä keskeisenä teemana on recovery-ajattelu. Recovery-käsitteelle on vaikeaa löytää suomenkielistä vastinetta, mutta se voitaisiin kääntää toipumis- tai kuntoutumisprosessiksi. Recovery-ajattelun lähtökohtana on, että ihminen voi elää täysipainoista ja mielekästä elämää mielenterveyden häiriöstä tai sen oireista huolimatta (Shepherd ym, 2008). Kuntoutuminen on yksilöllinen prosessi, mutta siinä on kuvattu myös joitain yleisiä ominaispiirteitä, kuten toivo, optimismi ja voimavaralähtöisyys, osallisuus, itsemäärääminen ja vastuu omasta elämästä, omahoito, mielekäs elämä ja toiminta sekä sosiaaliset suhteet ja niistä saatu tuki (Koskisuu, 2004; Shepherd ym, 2008; Slade, 2013; Scottish Recovery Network, 2012a).

Recovery-lähestymistapa eli mielenterveyspalveluiden arvioiminen sen perusteella, miten hyvin ne tukevat asiakkaiden omaa kuntoutumista, on saanut yhä enemmän jalansijaa kansainvälisesti. Palveluita ja yksittäisen asiakkaan kuntoutumista arvioimaan on kehitetty lukuisia mittareita (esim. Williams ym, 2012). Niitä ei juurikaan ole aikaisemmin testattu Suomen olosuhteissa. Kun otetaan huomioon mielenterveyskuntoutujien niin sanottujen välimuotoisten palveluiden kehittämistarpeet, asumispalveluiden kasvava määrä ja huoli niiden laadusta sekä lisääntyvä kiinnostus palveluiden käyttäjien osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien parantamiseen, on tärkeää kehittää asiakaslähtöisiä mittareita, joilla

voidaan arvioida palveluiden laatua ja vaikuttavuutta. Tarvitaan mittareita, joiden avulla voidaan arvioida palveluita erityisesti asiakkaiden kuntoutumisen näkökulmasta. Palveluiden käyttäjien mahdollisimman itsenäisen selviytymisen tukeminen tuo säästöjä myös palveluiden ostajille, mikäli painopistettä saadaan siirrettyä kohti varhaista tukea ja ”kevyempiä” palvelumuotoja.

Skotlannissa on sitouduttu kansallisella ohjelmatasolla recovery-lähestymistapaan ja mielenterveyspalveluiden kehittämiseen kuntoutumista tukeviksi (recovery-orientated). Palveluiden arvioinnissa käytetään Scottish Recovery Indicator (SRI) -mittaria. (Scottish Government, 2009.) SRI ja sen uusin versio SRI2 (Scottish Recovery Network, 2012b) pohjautuvat USA:ssa kehitettyyn Recovery Oriented Practices Index (ROPI) -mittariin (Scottish Executive, 2007).

Osana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Lanarkshiren yhteistyötä on sovittu SRI-mittarin pilotoinnista Suomen olosuhteissa. Vuonna 2010 tehtiin pienimuotoinen selvitys mittarin soveltuvuudesta arvioimaan sitä, kuinka hyvin mielenterveyspalvelut tukevat asiakkaiden kuntoutumista. Tuolloin todettiin, ettei mittari sellaisenaan ole käyttökelpoinen suomalaisen palvelujärjestelmän arviointiin. Tässä opinnäytetyössä pilotoidaan suomeksi käännettyä ja suomalaisiin olosuhteisiin sovellettua mittaria, joka pohjautuu SRI-mittariin.

Palvelujärjestelmän kehittämiseen tulee ottaa mukaan myös asiakkaat ja kokemusasiantuntijat. Asiakkaiden ja palveluidenkäyttäjien osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksien parantamista korostetaan useissa kansallisissa ja kansainvälisissä ohjelmissa ja julkilausumissa, mutta osallisuuden käytännön toteutumisessa on edelleen puutteita (Laitila, 2010; Laitila ym, 2011). ITHACA-hankkeen loppuraportissa kokemustutkija Tom Stenman määrittää toimivien mielenterveys- ja päihdepalveluiden kolme perusulottuvuutta, joita ovat inhimillisen kohtelun laatu, hoito- ja kuntoutusyksikön kuntoutumista tukeva toiminta sekä palvelujen kiinnittyminen ympäröivään elinyhteisöön ja laajemmin koko yhteiskuntaan (Salo, 2010: 36).

Kuntoutumisen tukeminen -mittari tarkastelee palveluita monelta näkökannalta. Tässä pilottivaiheessa mukana ovat asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmat, mutta Skotlannissa SRI-mittarilla arvioidaan palveluiden laatua lisäksi omaisten ja palveluntuottajan

näkökulmasta sekä tarkastelemalla yksikön kirjallisia dokumentteja (Scottish Recovery Network, 2012b).

Tämän opinnäytetyön aineisto koottiin Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asiakkailta ja työntekijöiltä. Yhdistys on merkittävä mielenterveyskuntoutuksen palveluntuottaja alueellaan tuottaen sekä asumis- että kuntoutuspalveluita. Asumispalveluita ovat kuntoutuskodit, asumisvalmennusyksikkö ja tukiasunnot. Niiden avulla pyritään tukemaan ja kuntouttamaan avohoitoon siirtyviä mielenterveysasiakkaita mahdollisimman itsenäiseen elämään. Asumispalveluissa harjoitellaan jokapäiväisiä elämäntaitoja työntekijöiden ohjauksella yksilö- ja ryhmä tasolla. Tavoitteena on asukkaiden toimintakyvyn ja sosiaalisten taitojen uudelleen harjaannuttaminen ja lisääminen virikkeellisessä ympäristössä. Toiminta-ajatuksena on yhteisöllisyys, toiminnallisuus sekä kodinomaisuus. (Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys, 2013.)

Kuntoutuspalveluihin kuuluvat työhönvalmennus, asumisvalmennus, kotikäynnit, päivätoiminnat, avotyötoiminta sekä opintovalmennus. Tavoitteena on mahdollistaa asiakkaille yksilöllinen tuki ja kuntoutus itsenäiseen elämään, opiskeluun ja työelämään. Kuntoutus suunnitellaan asiakkaan omien voimavarojen ja tavoitteiden mukaisesti. (Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys, 2013.)

2 Kuntoutuminen – recovery

Käytän tässä työssä englanninkielisestä recovery-käsitteestä suomennosta kuntoutuminen, vaikka se ei täysin vastaakaan sisällöltään alkuperäistä käsitettä. Englanninkielisissä maissa kuntoutumisen käsite on noussut esiin oma-apuryhmissä jo 1930-luvulla ja erityisesti palveluiden käyttäjien omaelämäkerrallisissa teksteissä 1980-luvulta lähtien (Onken ym, 2007: 9). Kuntoutumisen merkityksen korostuminen liittyy palveluiden käyttäjien järjestäytymiseen USA:ssa 1980- ja 1990-luvuilla (Stickley & Wright, 2011: 248). Toisaalta taustalla ovat myös pitkittäistutkimusten näytöt siitä, että yli kaksi kolmasosaa henkilöistä, joilla on vaikea mielenterveyden häiriö, kuntoutuu joko osittain tai kokonaan (Shepard ym, 2008: 2; Buckley-Walker ym, 2010: 219). Kuntoutumisen käsitettä, prosessia ja tuloksia on yritetty määritellä, mutta yhtenäistä näkemystä ei ole vielä aikaansaatu (Onken ym, 2007:9; Stickley & Wright, 2011).

Yleisesti erotetaan kaksi kuntoutumisen käsitettä. Puhutaan kliinisestä kuntoutumisesta tai toipumisesta (clinical recovery), jolloin keskitytään objektiivisesti mitattavaan toipumiseen ja paranemiseen. Persoonallinen kuntoutuminen (personal recovery) taas viittaa subjektiiviseen kokemukseen siitä, kuinka henkilö selviytyy sairauden tai sen oireiden kanssa. (Roberts & Wolfson, 2004: 38–39; Slade, 2010.) Schrank ja Slade (2007: 321) käyttävät näistä käsitteitä palvelulähtöinen kuntoutumisen määritelmä (service-based definition of recovery) ja käyttäjälähtöinen kuntoutumisen määritelmä (user-based definition of recovery). Kuntoutumisen määrittelyyn liittyy myös käsitys siitä, mistä kuntoudutaan, Onko ensisijainen tavoite kuntoutua sairaudesta ja sen oireista vai sairauden seurauksista, kuten stigmasta, köyhyydestä ja syrjäytymisestä? (Onken ym, 2007:10; Browne ym, 2008: 407.)

Onkenin ja kumppaneiden (2007: 10–12, 15–16) mukaan kuntoutumisen elementtejä ovat toivo, itsemääräämisoikeus, toimijuus, tarkoituksellisuus ja usko omiin kykyihin. Kuntoutuminen on kokemusten uudelleen kirjoittamista. Tämä vahvistaa kuntoutujan käsitystä itsestä henkilönä, jolla mielenterveyden häiriö on vain yksi osa persoonaa, ja helpottaa positiivisten sosiaalisten roolien omaksumista. Kuntoutuminen on voimaantumista. Kuntoutuminen merkitsee sisäistä muutosta ja vahvistaa inhimillistä ja sosiaalista pääomaa (Koukkari, 2011: 222–223).

Anthonyyn (2013; alkup. 1993) paljon lainatun määritelmän mukaan kuntoutuminen on

[Recovery is] deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.

Anthonyyn (2013; alkup. 1993) mukaan kuntoutumiseen liittyy tiettyjä perusolettamuksia:

1. Kuntoutumista tapahtuu ilman ammattilaisten tukea. Kuntoutuminen tapahtuu ihmisessä itsessään, mutta ammattilaiset voivat toiminnallaan tukea ja edesauttaa sitä.
2. Kuntoutumisen edellytyksenä on, että kuntoutujalla on joku, joka tukee ja uskoo kuntoutumisen mahdollisuuteen. Toinen ihminen voi olla kuka tahansa, joka uskoo kuntoutumisen mahdollisuuteen myös silloin, kun kuntoutujan oma luottamus horjuu.
3. Kuntoutumisen idea ei nojaudu mihinkään käsitykseen mielenterveyden häiriöiden syistä. Olipa häiriöiden taustalla biologinen tai psykososiaalinen syy, kuntoutumista tapahtuu.
4. Ihminen voi kuntoutua vaikka oireet palaisivat. Mielenterveyden häiriöihin liittyy usein oireiden pahenemisvaiheita. Ne eivät ole este kuntoutumiselle.
5. Kuntoutuessa oireiden ilmaantumisitiheys ja kesto muuttuvat. Usein kuntoutumisen edetessä oireet häiritsevät vähemmän ja lyhyempiä aikoja toimintakykyä.
6. Kuntoutuminen ei ole lineaarinen prosessi. Siihen kuuluu edistymistä ja takapakkeja, nopean ja hitaan muutoksen vaiheita.
7. Kuntoutuminen sairauden seurauksista on joskus vaikeampaa kuin kuntoutuminen itse sairaudesta. Alemmuudentunteet, toimintakyvyn lasku, syrjäytyminen ja syrjintä sekä itsemääräämisoikeuden vajeet ovat esimerkkejä sairauden seurauksista, jotka voivat vaikeuttaa kuntoutumista.
8. Kuntoutuminen ei tarkoita sitä, etteikö ihminen olisi ollut sairas. Vaikeistakin mielenterveyden häiriöistä ja sairauksista voi kuntoutua.

USA:ssa on laadittu konsensuslauselma kuntoutumisen periaatteista. Kuntoutumista kuvaavat itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys ja ihmiskeskeisyys, voimaantuminen ja kokonaisvaltaisuus. Kuntoutuminen ei ole lineaarista, mutta se pohjautuu aina

voimavara lähtöiseen toimintatapaan. Keskeisiä ovat myös vertaistuki, kunnioitus, oma vastuu ja toivo. (Slade ym, 2008: 130.)

Kuntoutumisen yksilöllistä etenemistä on pyritty kuvaamaan erilaisten mallien avulla. Kuntoutumisen vaiheita ovat Andersenin ja kumppaneiden mukaan (2003, Clarken ym, 2012: 298 mukaan):

- Kieltäminen (engl. moratorium), jolle tyypillistä ovat sairauden kieltäminen, epävarmuus omasta identiteetistä, sosiaalinen vetäytyminen ja toivottomuus.
- Tietoisuus (awareness), tieto ja toivo tulevaisuudesta ja itsestä, jota sairaus ei määritä.
- Valmistautumisen (preparation) vaiheessa henkilö ottaa askelia kohti kuntoutumista, tunnistaa arvojaan ja vahvuuksiaan sekä kiinnostuu vertaistuesta.
- Jälleenrakentamisen (rebuilding) vaiheessa henkilö rakentaa positiivista minäkuvaa. Kuntoutumisen keskiössä ovat tavoitteet ja vastuu omasta elämästä.
- Kasvaminen (growth) tarkoittaa mielekkään elämän ja positiivisen minäkuvan saavuttamista sairaudesta huolimatta. Henkilöllä on keinoja selviytyä mahdollisista takaiskuista.

Toisen vaihemallin mukaan kuntoutuminen etenee neljän vaiheen kautta (Schrank & Slade, 2007: 323):

- Riippuvuus ja tietämättömyys (dependent and unaware). Tätä vaihetta kuvaavat kieltäminen, hämmennys, toivottomuus ja vetäytyminen
- Riippuvuus ja tietoisuus (dependent and aware). Henkilö tulee tietoiseksi omasta tilastaan ja kuntoutumisen mahdollisuudesta. Hän tunnistaa omat arvonsa, vahvuutensa ja heikkoutensa, ryhtyy asettamaan tavoitteita ja pyrkimään niihin eri keinoin.
- Itsenäisyys ja tietoisuus (independent and aware) vaiheessa keskeistä on työskentely kohti omia tavoitteita, vastuunotto omasta elämästä ja sairauden hoitamisesta. Siihen kuuluu myös omien kykyjen ja taitojen kehittäminen, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja uuden kokeileminen.
- Toisista riippuvainen ja tietoinen (interdependent and aware). Kuntoutumisen viimeistä vaihetta kuvaa psykologinen hyvinvointi, persoonallinen kasvu, itsensä hyväksyminen, positiiviset ihmissuhteet ja elämän tarkoituksellisuus. Oireet eivät

välttämättä ole täysin kadonneet, mutta henkilö pystyy selviytymään sairauden ja mahdollisten takaiskujen kanssa ja hänellä on positiivinen asenne tulevaisuuteen.

Suomalaisessa kehittämishankkeessa (Falk & Kurki, 2013a: 28–37) koottujen toipumistarinoiden perusteella toipumisen vaiheina on kuvattu:

- "Pohjakolahdus" - kohti toipumista. Toipumisprosessin käynnisti oma sisäinen prosessi ja siinä tukena toimivat niin vertaiset kuin ammattilaisetkin.
- "Kiinnittyminen uuteen" - toipumisprosessi. Toipumisprosessissa merkittäviksi asioiksi kuvattiin erityisesti toiminnallisuus ja merkityssuhteiden aktivoituminen (mm. ystävät, vertaistuki).
- "Elämä haltuun" - kuntoutujasta toimijaksi. Kuntoutujan rooli muuttui yhä enemmän toimijan rooliksi ja osallisuus sekä kokemus osallisuudesta lisääntyivät. Sisäinen merkitysmaailma muuttui, jolloin henkilö koki olevansa osa yhteiskuntaa. Mielensterveys- tai päihdeongelma oli vain yksi osa elämää, ja omia kokemuksia sairaudesta, toipumista sekä palveluiden käytöstä opittiin arvostamaan ja hyödyntämään.

Clarke kollegoineen (2012: 302–303) on tutkinut mielensterveyskuntoutujien asettamia tavoitteita kuntoutumisen eri vaiheissa. Tulosten perusteella näyttää siltä, että kuntoutumisen alkuvaiheissa korostuvat fyysiseen terveyteen liittyvät tavoitteet, kuten painonhallinta, liikunnan lisääminen, terveellisempi ravinto sekä terveydestä ja lääkityksestä huolehtiminen. Kuntoutumisen edetessä yhä useampi kuntoutujien asettama tavoite liittyi sosiaalisiin suhteisiin ja työllistymiseen. Tutkijoiden mukaan tämä puoltaa näkemystä siitä, että kuntoutuminen on etenemistä kohti laajempaa merkitystä ja itsetuntemusta.

3 Kuntoutumista tukevat mielenterveyspalvelut

Tämän luvun aluksi kuvaan lyhyesti mielenterveyspalveluiden kehittymistä Suomessa. Tavoitteena on taustoittaa sitä, miksi palveluiden kehitys maassamme ei ole kulkenut samalla tavoin kohti kuntoutumisen tukemisen ajattelutapaa kuin monissa anglosaksisissa maissa.

Suomessa kunnat vastaavat lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. Mielenterveyspalveluiden tulisi vastata sekä sisällöltään että laajuudeltaan alueella esiintyvään tarpeeseen. Lain mukaan avopalvelut ovat ensisijaisia, ja kaikkineen palvelujärjestelmän tulisi tukea oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista.

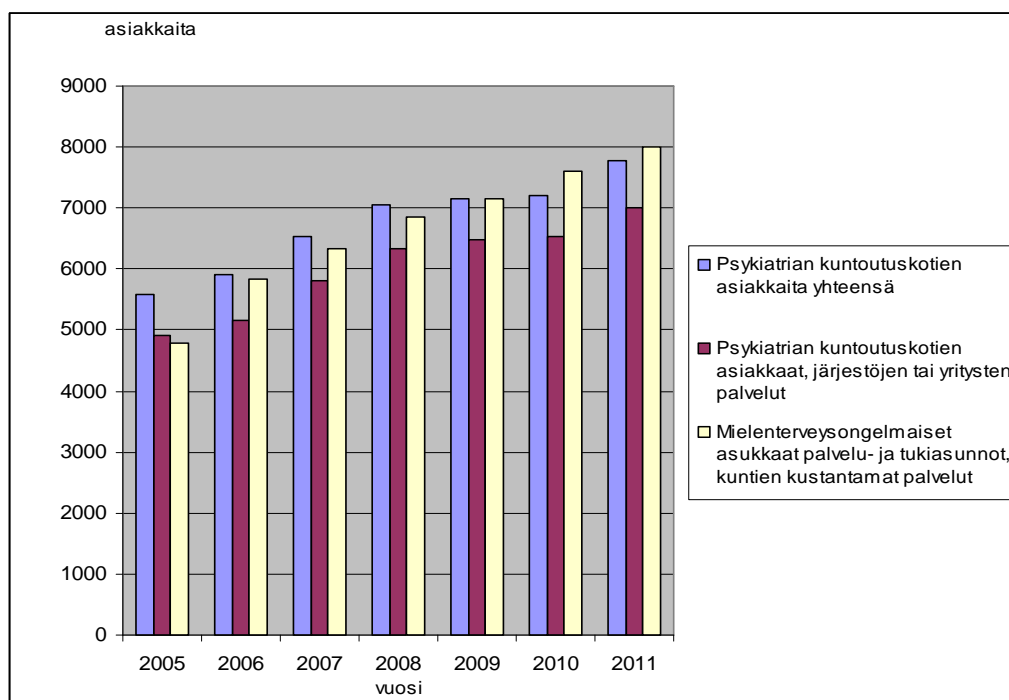
Kun ajatellaan mielenterveyspalveluiden kehittymistä, voidaan todeta, että Suomi pysyi pitkään kansainvälisesti vertailtuna hyvin laitosvaltaisena maana (Hyvönen, 2004). Vielä 1980-luvun alussa Suomessa oli noin 20 000 psykiatrista sairaansijaa. Valtaosa psykiatristen sairaaloiden potilaista oli tuolloin niin sanottuja pitkäaikaispotilaita eli heidän hoitonsa oli yhtäjaksoisesti kestänyt vähintään kolme kuukautta. Sairaalapotilaista lähes 40 prosenttia tuli hoitoon vastentahtoisesti. (Arki mielisairaalassa, 1995). Psykiatrisen sairaalajärjestelmän purkaminen vauhdittui 1980- ja 1990-luvuilla (Lehtinen ym, 1989). Mielenterveystyön komitean mietinnössä vuonna 1984 tavoitteeksi asetettiin sairaansijojen vähentäminen alle kahteen tuhanta asukasta kohti vuoteen 2000 mennessä. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 - ohjelma vuodelta 1986 esitti myös psykiatristen laitospaikkojen vähentämistä sekä avohoidon ja puoliavointen hoitomuotojen ja asuntolatoiminnan lisäämistä (Nikkonen, 1996; Korkeila, 1998). Vertailun vuoksi voi todeta, että vuonna 1970 sairaansijojen määrä oli suhteellisesti suurimmillaan eli 4,3 sairaansijaa/1000 asukasta (Kärkkäinen, 2004:36).

Psykiatrisen hoidon rakennemuutos kiihtyi 1990-luvun laman aikana. Psykiatristen sairaansijojen vähentämistä jatkettiin säästöjä tavoitellen (Nordling, 2007: 21). Erikoissairaanhoidossa nopein supistaminen kohdistui psykiatriaan, jonka voimavaroja leikattiin vuosina 1991–1994 yli 40 prosenttia. Kokonaisuutena psykiatrisen

erikoissairaanhoidon resurssien vähennykseksi vuosina 1990–1997 arvioidaan 26 prosenttia. (Kärkkäinen, 2004: 23.) Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaansijat vähenivät 1990-luvun aikana noin 50 %, mutta taloudellisten voimavarojen vähentyessä avohoitoon resursointi pysähtyi 1990-luvulla (Harjajärvi ym, 2006: 18).

Omalta osaltaan mielenterveyspalveluiden kehittymiseen vaikutti myös valtionosuusjärjestelmän uudistus 1990-luvun alussa. Se mahdollisti kuntien aikaisempaa vapaamman päätöksenteon sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Kunnat hankkivat erityisesti sosiaalipalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta ja kolmannen sektorin toimijoilta. Ostopalveluiden lisääntymisellä on yhtäältä ollut positiivisia vaikutuksia muun muassa palvelutarjonnan monipuolistumiseen ja asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseen. Toisaalta palveluiden hankkimisen erilaiset käytännöt ovat johtaneet kuntien väliseen palvelutarjonnan epätasa-arvoon. (Karlsson & Wahlbeck, 2010: 26.)

Vaikka psykiatrisia sairaalapaikkoja on Suomessa vähennetty, on hoitojärjestelmä edelleen kansainvälisesti arvioituna laitostaltainen (Wahlbeck, 2010: 43). Psykiatristen sairaalapaikkojen määrän vähentyessä on erilaisten mielenterveyskuntoutujille suunnattujen asumispalveluiden määrä lisääntynyt (Wahlbeck & Pirkola, 2008) (kuviot 2). Asumispalveluiden laatu ja niiden toiminnan kuntouttavuus ovat herättäneet huolta (Nordling ym, 2008). Eskola (2007: 34) on kutsunut osittain yksityistettyä asumispalvelutoimintaa ”heikosti valvotuksi uuslaitosjärjestelmäksi” ja ”osin privatisoiduksi B-sairaalamalliksi”. Palvelujärjestelmän kehittämisessä tulisi ottaa huomioon se, ettei pitkäaikaista laitoshoidoa korvattaisi toisella, vaan että mielenterveyspalveluita käyttävien henkilöiden sosiaalinen osallisuus samalla lisääntyisi (Wahlbeck & Pirkola, 2008). Avohoito- ja kuntouttavat palvelut eivät ole riittävän monipuolisia eivätkä ne riittävästi tue mielenterveyskuntoutujien yhteiskuntaan integroitumista ja osallisuutta (Karlsson & Wahlbeck, 2010: 45).



Kuvio 2. Psykiatristen kuntoutuskotien asiakkaat yhteensä ja järjestöjen ja yritysten järjestämissä palveluissa sekä mielenterveysongelmaiset asukkaat kuntien kustantamissa palvelu- ja tukiasunnoissa (SOTKANet).

Kuntoutumisen tukeminen (englanniksi recovery orientation tai recovery focus) on otettu monissa maissa mielenterveyspalveluiden kehittämisen ja järjestämisen lähtökohdaksi. Näin on tapahtunut esimerkiksi Australiassa, Uudessa-Seelannissa, USA:ssa, Irlannissa ja Britanniassa (Shepherd ym, 2010: 2; Leamy ym, 2011; Smith-Merry ym, 2011). USA:ssa kuntoutuminen on ollut mielenterveyspalveluiden kehittämisen keskeinen teema 1990-luvulta lähtien (Anthony, 2013, alkup.1993).

Kuntoutumisen tukemisen näkökulmasta mielenterveyspalveluiden ja ammattilaisten ensisijaisena tehtävänä on tukea yksilöitä heidän kuntoutumisprosessissaan. Ammatillaisen rooli on auttaa kuntoutujaa tunnistamaan ja työskentelemään omia tavoitteitaan kohti. Työntekijän ei tule tarjota valmiita vastauksia, vaan tarjota tukea, koska kuntoutuja on itse vastuussa elämästään. Palvelujärjestelmän tehtävänä ei ole parantaa ihmistä, vaan auttaa häntä kehittämään omia selviytymiskeinoja, jotta kuntoutuja voisi elää mahdollisimman täysipainoista elämään. (Schrank & Slade, 2007: 323; Bird ym, 2011: 9.) Vaikka esimerkiksi oireiden lievittyminen nähdään edelleen tärkeänä osana kuntoutumista, on pääpaino

yksilöllisen elämänlaadun paranemisessa. Työntekijästä tulee valmentaja, jonka päämääränä on vahvistaa kuntoutujan omia resursseja ja ylläpitää toivoa. (Shepherd ym, 2008: 3.)

Suomessa ei vastaavaa liikettä palveluiden kokonaisvaltaisessa kehittämisessä kohti recovery-lähtökohtaa ole ollut vielä nähtävissä. Osittain syynä voi olla se, että recovery-sana ja -ideologia eivät käänny helposti suomenkielelle. Jotkut tutkijat (Stengård & Nordling, 2011: 25–26) ovat kuitenkin toiveikkaita sen suhteen, että mielenterveyskuntoutus olisi Suomessa siirtymässä kohti toimintatapaa, jossa keskeistä on yksilön kuntoutumisen tukeminen. Saarni ja Pirkola (2010: 2265) toteavat, että terveydenhuollossa on siirrytty paternalistisesta ajattelutavasta potilaan itsemääräämisoikeuden korostamiseen ja yhdessä päättämiseen. Tämänhetkistä (psykiatrian) ajattelutapaa kuvannee samaisessa artikkelissa esiin tuotu näkemys, minkä mukaan pitkään psyykkisesti sairastaneiden henkilöiden kohdalla ”hoidon tai auttamisen päämäärä ei ole parantaminen, vaan suhteellinen hyvinvointi ja tyytyväisyys, jonka tavoittelemiseen myös potilaat itse osallistuvat” (mt: 2270).

Koukkari (2011: 220–222) on arvioinut, että kuntoutujan oma osallistuminen kuntoutustaan koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon on sattumanvaraista. Kuntoutujille tärkeää on päästä vaikuttamaan oman elämäntilanteensa edistämiseen, mutta kuntoutujalähtöinen toimintamalli ei ole itsestänselvyys suomalaisessa kuntoutuskäytännössä. Kokemusrvioijat (Salo, 2010: 36–38) nostavat kuntoutumista tukevan toiminnan yhdeksi laadukkaiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden ulottuvuudeksi yhdessä inhimillisen kohtelun ja sosiaalisen osallisuuden kanssa. He toteavat, että esimerkiksi asumispalveluiden laadun arvioinnissa ratkaisevaksi tekijäksi osoittautui henkilökunnan kuntoutumista tukeva palvelukulttuuri.

Kuntoutumista tukevien palveluiden keskeisiksi periaatteiksi on määritelty toivonkulttuurin ylläpitäminen, autonomian ja itsemääräämisoikeuden korostaminen sekä yhteistyön ja verkostojen ylläpitäminen. Palveluiden tulisi olla voimavarasuuntautuneita ja niillä pitäisi olla mahdollisuus tarjota kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja räätälöityä tukea. Perhe ja muut läheiset tulisi ottaa mukaan hoitoon, mikäli se tukee kuntoutumista. Kuntoutumista tukevat palvelut tukevat osallistumista yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Palveluiden piirissä työskentelevät ammattilaiset ovat kiinnostuneita oman toimintansa reflektomisesta, uuden oppimisesta ja palveluiden käyttäjien antamasta palautteesta. (Framework for recovery-oriented practice, 2011: 6-24; kts. myös Kankaanpää & Kurki, 2013: 10-11; Torrey & Wyzik, 2000.)

Huolimatta poliittisista ja ohjelmatason sitoumuksista kuntoutumista tukevan palvelujärjestelmän kehittämiseen, ovat tutkijat tuoneet esiin sen käytännön toteutuksen ja arvioinnin vaikeutta. On arvioitu, ettei muutosta kaikilta osin ole tapahtunut mielenterveystyön käytännöissä (Schrank & Slade, 2007: 324; Smith-Merry ym, 2011.) Tämä liittyy osittain siihen, ettei kuntoutuminen käsitteelle ja siihen liittyville periaatteille ole olemassa yhtä, yhteisesti hyväksyttyä määritelmää (Shepherd ym, 2008: 7; Armstrong & Steffen, 2009: 163). Se, mitä kuntoutumisen tukeminen tarkoittaa käytännön mielenterveystyölle ja kuinka kehittää palveluja paremmin tukemaan asiakkaiden kuntoutumista, on jäänyt epäselväksi (Leamy ym, 2011: 445).

Kuntoutumisen tukemiseen tähtäävää kehitystä on myös kritisoitu, vaikka kriittisten näkökulmien esittämisen on todettu olevan vaikeaa ja leimaavan kritiikin esittäjän. Tämä johtuu siitä, että kuntoutumisen ideologia perustuu itsestään selviin periaatteisiin tai arvoihin, kuten itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja onnellisuus. Toimintatavan kritisointi tulkitaan helposti myös näiden yleisinhimillisten periaatteiden kritiikiksi. (Tilley & Cowan, 2011: 100.)

Tutkimuksen mukaan (Cleary & Dowling, 2009: 543) mielenterveystyön ammattilaiset suhtautuivat periaatteessa positiivisesti kuntoutumisen tukemista korostavaan toimintatapaan. Eniten epävarmuutta herätti se, miten suhtautua kuntoutujien riskinoton tukemiseen. Kuntoutumisprosessin monimuotoisuus oli osin epäselvää ja työntekijät korostivat oireidenhallintaa ja hoitomyöntyvyyttä, kun taas toivon merkitystä kuntoutumiselle ei pidetty tärkeänä. Piatin ja Lal'n (2012) tutkimuksessa osa työntekijöistä suhtautui skeptisesti palvelujärjestelmän muutokseen. He kokivat, ettei muutos tuonut mukaan uutta vaan kuntoutuminen oli vain muotitermi. Työntekijät myös kyseenalaistivat käsitteen käyttöä, koska se voi luoda kuntoutujalle vääriä mielikuvia paranemisesta tai jopa hidastaa toipumista. Epäilyksiä herätti myös, onko muutoksella vaikutusta hoitotuloksiin. (Mt: 292–293.) Samankaltaisia huolia kuntoutumis-käsitteen käyttämisestä ja sen mahdollisesti herättämästä katteettomasta paranemisen toiveesta toivat myös Torrey ja Wyzik (2000: 210) esille artikkelissaan.

Palveluiden käyttäjien mukaan kuntoutumisen esteitä palvelujärjestelmässä ovat ainakin:

- henkilökunnan riittämättömyys,
- hoitoympäristön turvattomuus sekä

- henkilökunnan negatiiviset asenteet (Happell 2008, 128).

Davidson ja kumppanit (2006) ovat koonneet yhteen työntekijöiden käsityksiä, jotka voivat olla kuntoutumisen tukemiseen tähtäävän toiminnan kehittämisen esteitä:

1. Kuntoutuminen on ”vanha juttu” eikä siinä ole mitään uutta.
2. Kuntoutumisen tukeminen lisää työntekijöiden työtaakkaa.
3. Kuntoutuminen tarkoittaa paranemista.
4. Vain harva vakavasti psyykkisesti sairas henkilö kuntoutuu.
5. Kuntoutumisesta puhuminen on vastuutonta ja se on vain ohimenevä muotivillitys.
6. Kuntoutuminen on mahdollista vain aktiivisen hoidon avulla ja seurauksena.
7. Kuntoutumisen tukeminen vaatii uusia palveluita ja lisää resursseja.
8. Kuntoutumista tukeva toiminta ei ole kustannustehokasta eikä näyttöön perustuvaa.
9. Kuntoutumisen korostaminen väheksyy ammattilaisten työtä.
10. Kuntoutumisen ja positiivisen riskinoton korostaminen voi johtaa siihen, että työntekijät joutuvat yhä useammin edesvastuuseen tekemistään ratkaisuksista.

Organisaatioiden näkökulmasta kuntoutumisen tukemisen malli voi yhtäältä toimia innostuksen ja uudistamisen lähteenä, mutta toisaalta voidaan nähdä myös uhkakuvia. Muutos voi olla vain nimellinen, jolloin vanhat palvelut ja entiset toimintatavat pelkästään nimetään uudelleen. Todellinen muutos vaatii uudelleenajattelua, -suunnittelua ja -orientoitumista. (Roberts & Wolfson, 2004: 46.) Sitoutuminen uudenlaiseen toimintakulttuuriin edellyttää muutoksia organisaatiossa sekä mielenterveyspalveluiden prioriteeteissa ja käytännöissä (NHS Confederation, 2012: 6). Liiallinen itsemääräämisoikeuden ja itsenäisen toimijuuden korostaminen voi johtaa siihen, että järjestelmä unohtaa velvollisuutensa hoitaa ja tarvittaessa kantaa vastuuta kuntoutujan puolesta (Stickley & Wright, 2011: 253).

Myös palveluiden käyttäjien taholta on ilmaistu huolta siitä, mitä palvelujärjestelmän muutos voi tarkoittaa käytännössä. Johtaako esimerkiksi oman vastuun korostaminen palveluiden ja etuisuuksien leikkaamiseen? (Shepherd ym, 2008: 6.) Johtaako kuntoutumisen korostaminen ”kuntoutumisen pakkoon” ja miten käy niiden, jotka eivät syystä tai toisesta etene kuntoutumisensa vaiheissa (Roberts & Wolfson, 2004: 46)? Toisenlaisen uhan voi muodostaa kuntoutumisen valtavirtaistuminen. Jos kuntoutumisesta tulee osa virallista palvelujärjestelmää, vaimennetaanko palveluiden käyttäjien omat äänet ja kertomukset (Stickley & Wright, 2011: 254)?

Kuntoutumisen tukemiseen sitoutuneelta järjestelmältä edellytetään joustavaa sopeutumista palveluiden käyttäjien tarpeisiin, voimavarakeskeisyyttä ja monipuolisia toimintoja mukaan lukien vertaistukeen perustuvat toimintamallit. Muutos vaatii koko organisaation, johdon ja työntekijöiden, arvojen ja asenteiden muuttumista. (Schrank & Slade, 2007: 323–324). Kuntoutumisen tukemiseen tähtäävät palvelut edellyttävät työntekijältä avoimuutta, kykyä työskennellä tasavertaisesti palveluiden käyttäjien kanssa, voimavaruusautuneisuutta ja vastavuoroisuutta (Shepherd ym, 2008:8). Robertsinkin ja Wolfsonin (2004: 41–43) mukaan siirtyminen kohti kuntoutumista tukevia palveluja edellyttää ammattilaisen roolin muutosta auktoriteetista valmentajaksi ja keskittymistä toivon ja optimismiin ylläpitoon. He nostavat esiin oikea-aikaisen avun ja tuen merkityksen sekä kuntoutujan tukemisen kokeilemaan uutta ja ottamaan myös riskejä. Erityisenä kysymyksenä psykiatrisessa hoidossa ja kuntoutuksessa on suhtautuminen lääkehoitoon ja siitä kieltäytymiseen. Sen sijaan, että lääkitykseen liitettäisiin suostuttelua ja pakkoa, kirjoittajat kehottavat neuvottelemaan ja tiedostamaan myös sen, että osa kuntoutujista ei tarvitse välttämättä lääkehoitoa.

Kuviossa 3 on yhteenvedonomaaisesti kuvattu kuntoutumista tukevan lähestymistavan ja lääketieteellisen tai perinteisen lähestymistavan eroja.

Kuntoutumisen lähestymistapa	Lääketieteellinen/perinteinen lähestymistapa
Arvot ja valtarakenteet	
Arvolatautunut Henkilökohtainen vastuu Suuntautuu valinnanmahdollisuuksiin	(Näennäisen) arvovapaa Ammatillinen vastuu Suuntautuu kontrolliin
Peruskäsitteet	
Humanistinen Elämäkerta Ahdistavat kokemukset Henkilökohtainen merkitys Kasvu ja löytäminen Kokemusasiantuntijuus ja ammatillinen asiantuntijuus	Tieteellinen Sairauskertomus Psykopatologia Diagnoosi Hoitaminen Henkilökunta ja potilaat
Tietoperusta	
Kertomukset Roolimallit Sosiaalinen konteksti	Kokeellinen tutkimus Systemaattiset katsaukset, meta-analyysit Ei-kontekstisidonnaisuus
Työskentelytavat	
Ymmärtäminen Ihmiskeskeisyys, voimavaralähtöisyys Perustuu toiveisiin ja unelmiin Palvelu mukautuu kuntoutujan tarpeisiin Tukee voimaantumista Omahoidon tukeminen	Tunnistaminen, selittäminen Sairauskeskeisyys Perustuu haitallisten tilanteiden vähentämiseen Kuntoutuja mukautuu palveluun Palkitsee passiivisuutta ja myöntyvyyttä Ammattilaisjohtoinen palveluohjaus
Päämäärät	
Terveyden edistäminen Itsekontrolli Valinta Muutos	Sairauksien ehkäisy Kontrollinalaisuus Myöntynyys Palaaminen normaaliksi

Kuvio 3. Kuntoutumista tukevan lähestymistavan ja lääketieteellisen tai perinteisen lähestymistavan eroja (mukaillen Roberts & Wolfson, 2004: 40; Slade, 2013: 10).

4 Kuntoutumisen tukemisen arviointi

Williams ja kumppanit (2012) toteavat, että ohjelmatason vaatimus kuntoutumista tukevien palveluiden kehittämiseksi on edennyt nopeammassa tahdissa kuin tutkimusnäyttö siitä, mikä itse asiassa tekee palveluista kuntoutumista tukevia. He korostavat sitä, että tutkimusnäytön puuttuminen johtuu ainakin osittain siitä, että itse kuntoutumisen käsite on epäselvä. Tarvitaan tutkimusta kuntoutumisen tukemisen osa-alueista, omaksumisesta ja vaikutuksista (Schrank & Slade, 2007: 324) sekä siitä, kuinka palveluiden kuntoutumista tukeva toiminta vaikuttaa yksilön omakohtaiseen kuntoutumiseen (Williams ym. 2012).

On kehitetty erilaisia mittareita, joiden avulla pyritään selvittämään kuntoutumista tukevan toiminnan toteutumista (Amstrong & Steffen, 2009: 163). Williamsin kumppaneineen (2012) tekemän kattavan katsauksen mukaan yksikään siinä kuvatuista mittareista ei ollut läpikäynyt riittävää psykometristä arviointia, jotta voitaisiin suositella sen käyttöönottoa laajemmin. He toivat esiin eritoten seuraavia puutteita:

- mittarit perustuivat erilaisiin kuntoutumis-käsitteen määritelmiin eli osa-alueet ja termit olivat osin erilaisia
- osa mittareista oli liian pitkiä jokapäiväiseen käyttöön
- väittämät kattoivat useamman kuin yhden asian, mikä aiheutti tulkinnanvaraisuutta
- mittarit eivät olleet tarpeeksi herkkiä mittaamaan muutosta.

Burgess tutkijaryhmineen (2011) selvitteli eri mittareiden soveltuvuutta australialaiseen mielenterveystyöhön. He totesivat mittareiden vaativan lisäkehittämistä ennen kuin niitä voitaisiin ottaa jokapäiväiseen käyttöön.

Skotlannissa käytössä oleva Scottish Recovery Indicator (SRI) ja sen perustana olevan Recovery Oriented Practices Index (ROPI) mittareiden testaamisesta ja luotettavuudesta on ristiriitaisia arvioita. Yhtäällä todetaan ROPI:n pohjautuvan mittavaan kehittämis-, testaamis- ja arviointiprosessiin (Burgess ym. 2011), mutta toisaalla arvioidaan, ettei mittari ole läpikäynyt riittävää psykometristä arviointia (Williams ym. 2012). Bradstreetin (2012) mukaan Skotlannissa arvioitiin useita kansainvälisiä mittareita ennen kuin siellä päädyttiin valitsemaan ROPI Scottish Recovery Indicatorin pohjaksi. SRI- ja SRI2-mittareita ei ole

psykometrisesti testattu. Skotlannissa kehittämistyössä on keskitytty mittarin käyttöönoton tukemiseen ja sen arviointiin, kuinka mittarin käyttö vaikuttaa palveluiden sisältöön ja kehittymiseen.

SRI on käytännössä sama mittari kuin ROPI. Vain pieniä kulttuuriin, kieleen ja palvelujärjestelmään liittyviä muutoksia on tehty (Mancini 2007). SRI2-mittari on käyttäjäpalautteiden perusteella muutettu ja tiivistetty versio SRI-mittarista. USA:ssa ROPI-mittaria on käytetty ennemminkin keppinä, jolla valvotaan palveluja, kuin porkkanana palveluiden kehittämiseen. Skotlannissa painopiste on nimenomaan palveluiden kehittämisessä. (Scottish Executive, 2007.)

Mancinin (2007; 2008) mukaan ROPI-mittarin kehittämisessä hyödynnettiin olemassa olevia recovery-mittareita, joista sisällön analyysin avulla tunnistettiin yhteneväiset kategoriat. Tämän jälkeen Mancini kollegoineen muodosti kuntoutumista tukevien palveluiden periaatteet käyttäen apuna itsemääräytymisteorian (self-determination theory) periaatteita. Edellä mainitun teorian mukaan on kolme inhimillistä perustarvetta, jotka ovat välttämättömiä motivaatiolle ja hyvinvoinnille: autonomia, pystyvyys ja liittyminen toisiin. Se, kuinka hyvin esimerkiksi hoitoympäristö tukee tai estää perustarpeiden tyydyttymistä, vaikuttaa siihen, toteutuvatko toivotut muutokset. (Mancini, 2008: 359.) Mittarin kehittämistä varten periaatteet operationalisoitiin mitattavaan muotoon. Mittari läpikävi asiantuntija-arvion, minkä jälkeen sitä edelleen muokattiin. (Mancini 2007.)

ROPI:n validoimiseksi mittaria pilotoitiin 14 kohteessa New Yorkin alueella. Rakennevaliditeetin arvioimiseksi suoritettiin rinnakkaismittaus RSAS-mittarin kanssa (Recovery self-assessment scale). Mittareiden tulokset korreloivat voimakkaasti keskenään ($r=,74$, $p<,01$). (Mancini 2007.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa järjestötoimijan asumis- ja kuntoutuspalveluista recovery-näkemykseen perustuen. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisessa yhdistyksessä haluttiin arvioida ja kehittää toimintaa, ja yhdistyksen strategisena linjauksena on arviointimenetelmien kehittäminen kuntoutuja-asiakkaiden sekä palveluiden vaikuttavuuden osalta. Vaikuttavuutta haluttiin arvioida eritoten yksilön näkökulmasta: mikä auttaa ja tukee yhdistyksen palveluissa asiakasta selviytymään? Sosiaalipsykiatrisen yhdistys pyysi asiantuntija-apua arvioinnin kehittämiseen, ja yhdistyksen johtoryhmä ilmaisi halukkuutensa pilotoida SRI-mittaria toimipisteissään. Johtoryhmän toive oli, että arviointi suoritettaisiin sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta.

Opinnäytetyössä tuodaan esille palveluiden käyttäjien ja työntekijöiden näkemyksiä siitä, kuinka kuntoutumista tukevia järjestötoimijan palvelut ovat ja selvitetään sitä, onko näiden ryhmien mielipiteiden välillä eroavaisuuksia. Lisäksi tavoitteena on pilotoida SRI-mittarista kehitettyä Kuntoutumisen tukeminen -mittaria suomalaisessa kontekstissa

Tutkimustehtävänä ja yksilöityinä tutkimuskysymyksinä ovat:

Arvioida Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen yksiköiden toimintaa kuntoutumisen tukemisen näkökulmasta

1. Miten kuntoutumista tukeviksi asiakkaat arvioivat yhdistyksen toiminnan?
2. Miten kuntoutumista tukeviksi työntekijät arvioivat yhdistyksen toiminnan?
3. Onko asiakkaiden ja työntekijöiden mielipiteissä eroavaisuuksia?

Testata ja arvioida Kuntoutumisen tukeminen -mittarin luotettavuutta ja soveltuvuutta

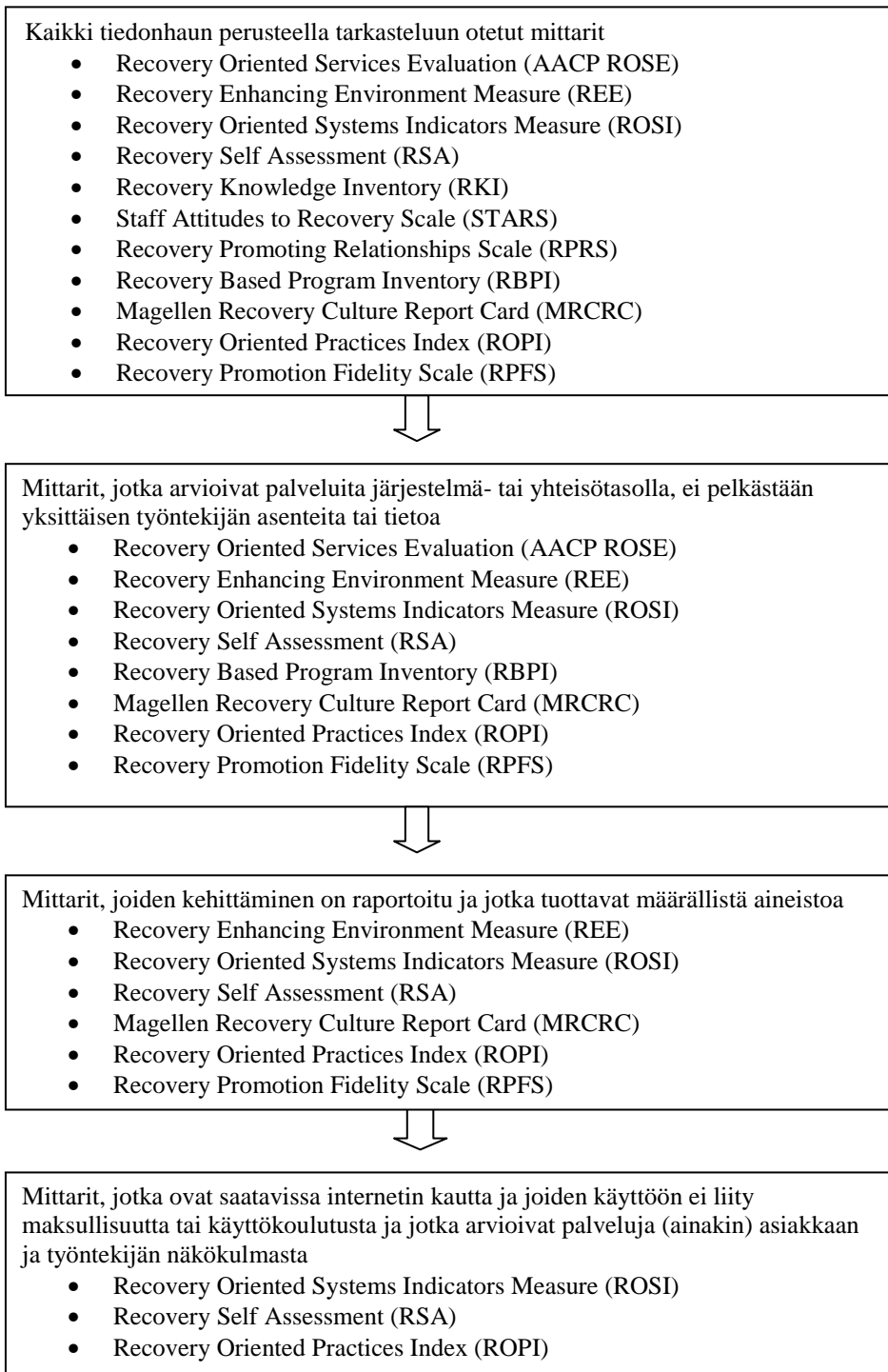
1. Millainen on Kuntoutumisen tukeminen -mittarin luotettavuus?

6 Tutkimuksen toteutus

6.1 Mittarin kuvaus

Kuntoutumisen tukeminen -mittarin kehittämistä varten tutustuttiin olemassa oleviin kansainvälisiin recovery-mittareihin. Tässä hyödynnettiin laajaa tiedonhakua, mutta myös erityisesti yhdysvaltalaisista raporttia *Measuring the promise: A Compendium of Recovery Measures, Volume II* (Campell-Orde ym, 2005) sekä australialaista katsausta *Review of Recovery Measures* (Burgess ym, 2010). Kaiken kaikkiaan löydettiin 11 mittaria, joiden avulla voidaan arvioida organisaatioiden suuntautumista kuntoutuksen tukemiseen. Näistä kolme otettiin tarkempaan tarkasteluun SRI:n lisäksi. Hylkäämisen perusteina olivat tekijänoikeudet (mittarin maksullisuus, ei mahdollista tutustua) sekä se, että mitattiin vain yksittäisen työntekijän tietoja tai asenteita kuntoutumisen tukemiseen. (Kuvio 4.) Tarkempaan tarkasteluun valituissa mittareissa palveluiden toimintaa arvioidaan sekä palvelunkäyttäjän että työntekijän näkökulmasta eikä niiden käyttöön liity lisenssimaksuja. Niiden kehittäminen ja testaaminen on dokumentoitu (Burgess ym, 2011).

Kuntoutumisen tukeminen -mittari laadittiin kääntämällä SRI-mittari suomeksi ja muokkaamalla sen sisältöä suomalaisen palvelujärjestelmään ja kulttuuriin paremmin soveltuvaksi. Suomennetun mittarin laadinnassa hyödynnettiin myös muita kansainvälisiä recovery-mittareita. Erityisesti tarkasteltiin seuraavien instrumenttien sisältöä ja vastaavuutta SRI:n kanssa: *Recovery Oriented System Indicators (ROSI)*, *Recovery Self-Assessment (RSA)* ja *Recovery Oriented Practices Index (ROPI)*, johon SRI suoraan pohjautuu (Campell-Orde ym, 2005; Burgess ym, 2010; Williams ym, 2012). Mittareiden sisällöllisen ja niiden kehittämisen arvioinnin perusteella esiin tuli samoja recovery-käsitteen keskeisiä teemoja (kuvio 5). SRI:ssa arvioitavat osa-alueet ovat: perustarpeiden tyydytys, palvelun kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys ja valinnan vapaus, asiakkaiden osallisuus ja osallistuminen, sosiaalinen tuki ja integraatio, voimavarakeskeisyys, itsemääräämisoikeus ja kuntoutumisen tukeminen.



Kuvio 4. Tiedonhaun perusteella löydetty recovery-mittarit ja tarkempaan tarkasteluun valinnan kriteerit (mukaihen Campell-Orde ym, 2005; Burgess ym, 2010; 2011; Williams ym, 2012).

Mittari	Arvioinnin osa-alueet
ROSI	yksilöllinen päätöksenteko ja valinnanmahdollisuus arvostus itsehoito ja hyvinvointi peruselintaso merkityksellinen toiminta ja roolit vertaistuki henkilökunnan kohtelu ja osaaminen palveluihin pääsy
RSA	elämän päämäärät osallisuus erilaiset hoitovaihtoehdot valinnanmahdollisuus yksilölliset palvelut
ROPI ja SRI	perustarpeiden tyydytys kattavat palvelut palveluiden yksilöllisyys ja valinnanmahdollisuus asiakkaiden osallisuus/osallistuminen sosiaalinen tuki/integraatio voimavarakeskeisyys itsemääräämisoikeus kuntoutumisen tukeminen

Kuvio 5. Tarkastellut recovery-mittarit ja niiden osa-alueet.

Suomeksi kääntämisen yhteydessä SRI:n väittämiä tarkennettiin ja avattiin käyttäen apuna myös muissa edellä mainituissa mittareissa olevia väittämiä. Osa muutoksista liittyi englannin ja suomen kielen eroavaisuuksiin ja osa palvelujärjestelmän eroihin. Kuviossa 6 on esimerkki siitä, miten väittämiä muokattiin hyödyntäen eri recovery-mittareita.

SRI	SRI2	ROPI	ROSI	RSA	Kuntoutumisen tukeminen -mittari
<p>Social inclusion and community integration: Service provide a range of responses designed to promote inclusion and community integration.</p> <p>Are you involved in any self-help group and if so did the service help you to connect with them? Has the service ever assisted you to participate in any community based activities?</p>	<p>This service helps me to feel connected to my community.</p> <p>Things to consider could include vocation, education, groups, family and use of services not related to mental health.</p>	<p>Services - community integration:</p> <ul style="list-style-type: none"> - self-help - non-mental health activities - vocational services 	<p>I am encouraged to use consumer-run programs (for example support groups, drop-in centers, etc.).</p> <p>I have information or guidance to get the services and supports I need, both inside and outside my mental health agency.</p>	<p>Staff regularly ask me about my interests and the things I would like to do in the community.</p> <p>Staff help me to get involved in non-mental health/addiction related activities, such as church groups, adult education, sports, or hobbies.</p> <p>Staff offer to help me connect with self-help, peer support, or consumer advocacy groups and programs.</p>	<p>Henkilökunta kannustaa minua osallistumaan erilaisiin toimintoihin (esimerkiksi harrastukset, kansalaisopiston ryhmät, opiskelu, seurakunnan toiminta).</p> <p>Työntekijät kannustavat minua osallistumaan vertaistukiryhmiin.</p>

Kuvio 6. Esimerkki väittämien muokkaamisesta Kuntoutumisen tukeminen -mittariin.

Kuntoutumisen tukeminen -mittarista laadittiin kaksi hieman erilaista versiota, toinen asiakkaille (liite 1) ja toinen yhdistyksen työntekijöille (liite 2). Mittari koostuu taustatietokysymyksistä sekä 25 (asiakaskysely) tai 28 (työntekijäkysely) väittämästä. Väittämien mitta-asteikko on viisiportainen Likert-asteikko (1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä). Tämän lisäksi on vaihtoehto 9, jonka vastaaja voi valita, mikäli väittäjä ei kosketa häntä tai hän ei osaa sanoa mielipidettään.

Kuntoutumisen tukeminen -mittarin ensimmäisen suomenkielisen käännöksen valmistuttua se lähetettiin arvioitavaksi Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen johtoryhmälle.

Lisäksi mittariin pyydettiin kommentit kahdelta asiakkaan osallisuuden ja kuntoutuksen asiantuntijalta. Kommenttien ja keskustelun perusteella mittarin väittämiä tarkistettiin. Tämän jälkeen mittaria esiteltiin Etelä-Pohjanmaan koulutettujen kokemusasiantuntijoiden koulutuspäivällä ja heiltä pyydettiin kommentteja ja korjausehdotuksia sisältöön. Vastuksia saatiin kolme ja ne otettiin huomioon mittarin viimeistelyssä.

6.2 Aineisto ja analyysimenetelmät

Opinnäytetyön aineisto koottiin Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kuntoutuja-asiakkailta ja työntekijöiltä kesä-syyskuussa 2012. Asiakkaiden kyselylomakkeita palautettiin 132 kappaletta (vastausprosentti noin 52,8) ja työntekijöiden webropol-kyselylomakkeita palautettiin 56 kappaletta (vastausprosentti noin 90,3). Tarkkaa vastausprosenttia ei voida arvioida, koska sekä asiakasmäärässä että työntekijöiden lukumäärässä tapahtui muutoksia aineistonkeruun aikana.

Aineiston analyysissä käytettiin SPSS 20.0 -ohjelmaa. Tuloksia kuvattiin frekvensseinä ja prosentteina, keskiarvoina sekä tilastollisina merkitsevyyksinä. Asiakas- ja työntekijäaineistot analysoitiin erillisinä.

Aineiston analyysi aloitettiin uudelleen koodaamalla molemmista aineistoista muuttuja ikä, asiakasaineistosta uudelleen koodattiin lisäksi muuttujat oma arvio sairastamisajasta ja oma arvio palveluiden käyttämisajasta. Työntekijäaineistosta uudelleen koodattiin myös muuttuja työkokemus. Asiakasaineistossa ikä jaettiin viiteen ryhmään: alle 31-vuotiaat, 31–44-vuotiaat, 45–54-vuotiaat, 55–60-vuotiaat ja yli 61-vuotiaat. Oma arvio sairastamisajasta jaettiin myös viiteen ryhmään, jotka olivat alla 6 vuotta, 6-14 vuotta, 15–24 vuotta, 25–29 vuotta sekä yli 30 vuotta. Palveluiden käyttämisaajan arvioista muodostui neljä luokkaa: alle 6 vuotta, 6-10 vuotta, 11–20 vuotta ja yli 20 vuotta.

Työntekijäaineistossa ikä jaettiin neljään eri ryhmään, jotka olivat alle 30-vuotiaat, 31–40-vuotiaat, 41–50-vuotiaat ja yli 51-vuotiaat. Työkokemuksen pituudesta muodostettiin viisi luokkaa: alle 6 vuotta, 6-10 vuotta, 11–15 vuotta, 16–20 vuotta ja yli 20 vuotta.

Muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttujia noudattaen Kuntoutumisen tukeminen -mittarin rakennetta (kuvio 7). Summamuuttujia muodostettaessa arvo 9 (en osaa sanoa/ei kosketa minua) jätettiin pois. Summamuuttujat muodostettiin laskemalla osioon kuuluvien yksittäisten muuttujien keskiarvo. Summamuuttujat voivat saada arvon välillä 1-5. Mitä korkeampi muuttujan arvo on, sitä enemmän vastaajat ovat samaa mieltä väittämien kanssa.

Summamuuttuja	Väittämät, asiakaskysely	Väittämät, työntekijäkysely
Perustarpeiden tyydyttäminen	Henkilökunta huomioi fyysisen terveydentilani ja mahdolliset sairauteni. Saan henkilökunnalta apua ja neuvoja raha-asioiden hoitamiseen tai etuisuuksien hakemiseen. Asuntoni ja asuinympäristöni on turvallinen.	Asiakkaiden/kuntoutujien fyysinen terveydentila ja mahdolliset somaattiset sairaudet otetaan kuntoutuksessa huomioon. Asiakkaat saavat apua ja tukea raha-asioiden hoitamiseen, esimerkiksi etuuksien hakemiseen. Tämä yksikkö on turvallinen ja asianmukainen.
Yksilöllisyys	Olen saanut itse asettaa kuntoutussuunnitelmani tavoitteet. Kuntoutussuunnitelmani tarkistetaan riittävän usein. Saan henkilökunnalta sellaista tukea, joka auttaa minua kuntoutumaan ja selviytymään. Tässä yksikössä yksilölliset tarpeeni otetaan huomioon. Saan tällä hetkellä sellaista apua ja tukea, jota tarvitsen.	Kuntoutussuunnitelman laadinnassa otetaan aina huomioon asiakkaan/kuntoutujan omat tavoitteet. Kuntoutussuunnitelmat tarkastetaan säännöllisesti. Voimme ottaa asiakkaiden/kuntoutujien yksilölliset tarpeet huomioon kuntoutuksen suunnittelussa. Tässä yksikössä on mahdollista räätälöidä tuki ja palvelut asiakkaan/kuntoutujan tarpeiden mukaan. Asiakkaat/kuntoutujat saavat tässä yksikössä sellaista apua ja tukea, jota tällä hetkellä tarvitsevat.
Voimavaralähtöisyys	Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan huomioon vahvuuteni ja voimavarani. Henkilökunta kannustaa minua kokeilemaan uusia asioita.	Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan aina huomioon asiakkaan/kuntoutujan vahvuudet ja voimavarat. Rohkaisemme asiakkaita/kuntoutujia kokeilemaan uusia asioita ja ottamaan riskejä.
Osallisuus	Tässä yksikössä henkilökunta kuuntelee asiakkaiden/kuntoutujien mielipiteitä. Asiakkailla/kuntoutujilla on mahdollisuus vaikuttaa tämän yksikön toimintaan. Tähän yksikköön voitaisiin ottaa töihin entisiä asiakkaita tai kuntoutujia.	Asiakkaat/kuntoutujat voivat osallistua tämän yksikön toimintaan. Asiakkailla/kuntoutujilla on mahdollisuus vaikuttaa tämän yksikön toimintaan ja sen kehittämiseen. Tähän yksikköön voitaisiin palkata työntekijöiksi entisiä asiakkaita tai kuntoutujia.

Sosiaalinen tuki ja integraatio	Henkilökunta kannustaa minua osallistumaan erilaisiin toimintoihin (esimerkiksi harrastukset, kansalaisopiston ryhmät, opiskelu, seurakunnan toiminta). Työntekijät kannustavat minua osallistumaan vertaistukiryhmiin. Perheenjäsenet ja läheiset otetaan mukaan kuntoutumiseni suunnitteluun, jos haluan.	Asiakkaita/kuntoutujia rohkaistaan ja kannustetaan osallistumaan tämän yksikön ja yhdistyksen ulkopuoliseen toimintaan (esimerkiksi harrastukset, kansalaisopiston ryhmät, opiskelu, seurakunnan toiminta). Asiakkaita/kuntoutujia kannustetaan osallistumaan vertaistukiryhmiin. Tässä yksikössä on tarjolla vertaistukeen perustuvia ryhmiä. Perheenjäsenet ja läheiset otetaan aina mukaan kuntoutumisen suunnitteluun ja toteutukseen, jos asiakas/kuntoutuja niin haluaa.
Tulevaisuuteen suuntautuminen	Henkilökunta on auttanut minua suunnittelemaan tulevaisuutta. Jos vointini huononee, tiedän mistä saan apua	Asiakkailla/kuntoutujille on laadittu suunnitelma tulevaisuutta varten. Asiakkaita/kuntoutujia tuetaan oireidenhallintaan. Asiakkailla/kuntoutujilla on suunnitelma sen varalle, jos vointi huononee.
Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta	Tässä yksikössä henkilökunta vaikuttaa tyytyväiseltä työhönsä. Saan henkilökunnalta tarpeeksi tukea. Työntekijät uskovat, että mielenterveyshäiriöistä voi toipua. Työntekijät kohtelevat hyvin asiakkaita/kuntoutujia. Työntekijät ovat paikalla, kun heitä tarvitaan. Henkilökunta on ammattitaitoista. Asiakkaat/kuntoutujat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia.	Tässä yksikössä henkilökunta on tyytyväistä työhönsä. Yhdistyksen johto ja esimiehet arvostavat henkilökuntaa. Henkilökunta saa tarpeeksi tukea työhönsä yhdistyksen johdolta ja esimiehiltä. Uskon, että mielenterveydenhäiriöistä voi toipua. Luotan asiakkaiden/kuntoutujien mahdollisuuksiin kuntoutua. Tässä yksikössä henkilökunta on ammattitaitoista. Tässä yksikössä henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen. Asiakkaat/kuntoutujat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia.

Kuvio 7. Summamuuttujat ja niihin kuuluvat väittämät.

Summamuuttujien osa-alueiden yhteyksiä toisiinsa testattiin laskemalla korrelaatiokertoimet ja summamuuttujien reliabiliteettia tutkittiin Cronbachin alfa -kertoimen avulla. Summamuuttujien normaalijakaumaa tutkittiin Kolmogorov-Smirnovin testillä ja todettiin, että ne eivät pääosin noudattaneet normaalijakaumaa. Näin ollen päädyttiin käyttämään ei-parametrisia testejä. (Heikkilä, 2008: 225.)

Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tutkittiin Mann-Whitney U-testillä, kun taustamuuttuja oli kaksiluokkainen. Kolme- tai useampiluokkaisten taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tarkasteltiin Kruskal-Wallis -testillä. Riippuvuuden merkitsevyystasoa tarkasteltiin p-arvon avulla, joka kertoo, kuinka suuri on riski, että riippuvuus johtuu sattumasta. Tässä työssä käytettiin seuraavia tilastollisia merkitsevyystasoja:

tilastollisesti erittäin merkitsevä $p < 0,001$

tilastollisesti merkitsevä $0,001 < p < 0,01$

tilastollisesti melkein merkitsevä $0,01 < p < 0,05$ (Heikkilä, 2008: 195.)

Lopuksi tarkasteltiin asiakasaineiston ja työntekijäaineiston summamuuttujien eroja Mann-Whitney U-testin avulla. Kuntoutumisen tukeminen -mittarista laskettiin Cronbachin alfa - kertoimet asiakasmittarin ja työntekijämittarin sekä koko mittarin osalta. Mittarin luotettavuutta kuvataan tulos- ja pohdintaosassa luvuissa 7.6 ja 8.2.

6.3 Eettiset kysymykset

Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys myönsi mittarin pilotoinnille tutkimusluvan (liite 3) ja siitä jaettiin etukäteen informaatiokirje asiakkaille (liite 4). Kirjeessä korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja aineistonkäsittelyn luottamuksellisuutta. Tutkimukseen osallistujille tiedotettiin myös siitä, että he voivat koska tahansa keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. Ne asiakkaat, jotka halusivat osallistua arviointiin, täyttivät paperisen kyselylomakkeen. Erillistä suostumuslomaketta ei täytetty, vaan kyselyyn vastaaminen tulkittiin tietoisesti suostumuksen antamiseksi. Esittelin itse kussakin yksikössä mittarin kehittämisen tavoitteen, korostin vielä luottamuksellisuutta ja vapaaehtoisuutta. Tämän lisäksi olin paikalla lomakkeiden täyttämisen ajan siltä varalta, että jollakulla olisi kysyttävää. Yhdistyksen työntekijät eivät olleet paikalla tilanteissa eivätkä osallistuneet asiakkaiden lomakkeiden täyttämiseen.

Työntekijöitä kyselystä informoitiin ensin yhdistyksen sisäisessä tiedotuslehdessä. Työntekijöiden osalta kysely suoritettiin webropol-kyselynä. Sähköisen kyselyn alussa olevassa saatekirjeessä (liite 5) korostettiin myös arviointiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta.

Arviointiaineiston ja sen tulosten julkaisemista varten haettiin lausunto Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueelliselta eettiseltä toimikunnalta. Lausunnoissaan eettinen toimikunta totesi, ettei se näe eettisiä esteitä tutkimuksen toteuttamiselle.

Tutkimuksen eettisiin normeihin kuuluvat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyyden suojan varmistaminen (Kuula, 2011: 60). Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoitti tässä tutkimuksessa sitä, että asiakkaat ja työntekijät osallistuivat aineistonkeräämiseen täysin vapaaehtoisesti. Tutkimukseen osallistuneita informoitiin etukäteen ymmärrettävällä tavalla sekä kirjallisesti että suullisesti, mikä mahdollisti tietoisesti suostumuksen antamisen. Kuntoutuja-asiakkaiden osalta korostettiin myös sitä, ettei kyselyyn vastaaminen vaikuta millään tavalla heidän kuntoutukseensa.

Länsimies-Antikainen (2008: 92) korostaa, että riittävän ja ymmärrettävän tiedon takaaminen on edellytys tietoon perustuvalle suostumukselle. Erityistä huomiota tulee kiinnittää henkilöihin, jotka eivät syystä tai toisesta ole täysin vapaita tai kykeneviä edellä mainitun suostumuksen antamiseen. Voidaan ajatella, että ainakin osalla tutkimukseen osallistuneista kuntoutujista saattoi pitkäaikaisen sairautensa vuoksi olla vaikeuksia ymmärtää kirjallista ja/tai suullista informaatiota. Huolimatta osallistumisen vapaaehtoisuuden korostamisesta osa kuntoutuja-asiakkaista saattoi myös kokea, että heillä oli velvollisuus osallistua aineiston keruuseen, koska tieto tutkimuksesta tuli yksikköjen henkilökunnan välittämänä. Toisaalta voidaan todeta, että yli 40 % asiakkaista päätti olla osallistumatta tutkimukseen, mikä kertonee siitä, että heillä oli aito mahdollisuus myös kieltäytyä osallistumisesta. Tärkeää on myös se, että kuntoutuja-asiakkaat saivat toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan osallistumalla tutkimukseen ja saamalla siten äänensä ja mielipiteensä kuulluksi.

Vahingoittamisen välttäminen varmistettiin siten, että lomakkeet täytettiin nimettöminä. Tutkimuksessa noudatettiin sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä vaitiolo- ja salassapitosäädöksiä, henkilötietolakia ja tutkimuksen eettisiä periaatteita. Paperinen aineisto säilytettiin tutkijan (ML) hallussa aineiston keruu- ja analysointivaiheessa lukittavassa laatikossa. Sähköinen aineisto tallennettiin tutkijan tietokoneelle salasanan taakse. Kyselyyn

vastanneista ei kerätty mitään rekisteriä tai henkilötietoja. Tutkimuksessa ei muodostunut tutkimusrekisteriä.

Yksityisyyden kunnioittaminen ja suojeleminen tarkoittivat sitä, että tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Opinnäytetyössä tulokset on raportoitu siten, ettei niistä ole mahdollista tunnistaa yksittäistä yksikköä, työntekijää tai asiakasta.

Olin siis itse paikalla joka yksikössä asiakkaiden täyttäessä lomakkeita. Pyrin toimimaan neutraalisti ja tarjosin apuani vain, jos asiakkailla oli vaikeuksia ymmärtää lomakkeen väittämiä. Roolini oli "tulkitä" väittämät arkikielelle, jotta asiakkaat ne ymmärtäisivät. Tässä roolissa vaarana oli, että yksinkertaistin väittämiä liikaa, jolloin niiden sisältö oleellisesti muuttui.

Olen noin 15 vuotta sitten työskennellyt sijaisuuksissa Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisessa yhdistyksessä. Vain hyvin harva tutkimukseen osallistuneista asiakkaista oli jo tuolloin yhdistyksen asiakkaana ja vielä harvempi muisti minut. Työntekijöistä osa todennäköisesti tunsi minut tuolta ajalta, mutta en usko sen vaikuttaneen vastauksiin. Sen sijaan jotkut työntekijät ovat voineet kokea velvollisuudekseen osallistua tutkimukseen, koska olen yhdistyksen hallituksen jäsen. Työntekijäaineisto kerättiin kuitenkin nimettömänä webropol-kyselynä, joten en usko hallituksen jäsenyyteni vaikuttaneen vastausaktiivisuuteen tai vastauksiin.

7 Tulokset ja tulosten tarkastelu

7.1 Asiakkaiden taustatiedot

Taulukossa 1 on kuvattu kyselyyn vastanneiden Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asiakkaiden taustatiedot. Kaikkiaan kyselyyn vastasi 132 palveluidenkäyttäjää. Vastaajista enemmistö (56,8 %) oli miehiä. Iältään he olivat 18–74-vuotiaita, keski-ikä ollessa 44,8 vuotta. Yli puolet (55,3 %) vastaajista ilmoitti käyneensä joko lukion tai ammattikoulun.

Asiakkaat vastasivat sairastaneensa mielenterveys- tai päihdehäiriötä yhdestä vuodesta 53 vuoteen ja keskimääräinen sairastamisaika oli 18,9 vuotta. He arvioivat myös käyttäneensä pitkään mielenterveys- ja/tai päihdepalveluita. Palvelujen käyttämisaikojen pituus oli keskimäärin 16,5 vuotta. Kaksi kolmasosaa (62,1 %) kyselyyn vastanneista asiakkaista oli vastaushetkellä kuntoutuspalveluiden (päivätoiminta, kuntoutusohjaus, työvalmennus) asiakkaana. 34,1 % oli asiakkaana asumispalveluissa ja 1,5 % sai sekä asumis- että kuntoutuspalveluita.

Taulukko 1. Asiakkaiden taustatiedot (N= 132)

Taustamuuttuja	n	%	ka (vuosina)
Sukupuoli			
Nainen	57	43,3	
Mies	75	56,8	
Yhteensä	132	100	
Ikä vuosina			
Alle 31 - vuotias	24	18,2	44,8
31–44 - vuotias	32	24,2	
45–54 – vuotias	39	29,5	
55–60 – vuotias	24	18,2	
Yli 61 - vuotias	10	7,6	
Tieto puuttuu	3	2,3	
Yhteensä	132	100	
Koulutus			
Perus/kansakoulu	48	36,4	
Lukio/ammattikoulu	73	55,3	
Ammattikorkeakoulu/yliopisto	10	7,6	

Tieto puuttuu	1	0,8	
Yhteensä	132	100	
Oma arvio sairastamisajasta			18,9
Alle 6v	16	12,1	
6-14 v	29	22,0	
15-24v	26	19,7	
25-29v	13	9,8	
Yli 30v	24	18,2	
Tieto puuttuu	24	18,2	
Yhteensä	132	100	
Oma arvio palveluiden käyttämisen pituudesta			16,5
Alle 6v	21	15,9	
6-10v	23	17,4	
11-20v	30	22,7	
Yli 20v	36	27,3	
Tieto puuttuu	22	16,7	
Yhteensä	132	100	
Mitä yhdistyksen palvelua tällä hetkellä käyttää			
Asumispalvelua	45	34,1	
Päivätoimintaa/kuntoutusohjausta/työv almennusta	82	62,1	
Asumispalvelua ja päivätoimintaa/kuntoutusohjausta/työv almennusta	2	1,5	
Tieto puuttuu	3	2,3	
Yhteensä	132	100	

7.2 Työntekijöiden taustatiedot

Kyselyyn vastanneista 56 Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen työntekijöistä valtaosa (78,6 %) oli naisia. Työntekijöiden ikä vaihteli 20 vuodesta 59 vuoteen keski-ään ollessa 43,8 vuotta. Työkokemusta vastaajilla oli 1-33 vuotta, työkokemuksen pituus painottui 11 ja 20 vuoden väliin. Keskiarvo oli 13,9 vuotta. Nykyisen työpisteen osalta vastaajat jakautuivat varsin tasan: noin puolet (51,8 %) työskenteli asumispalveluissa ja toinen puoli (48,2 %) kuntoutuspalveluissa. Taulukossa 2 esitetään työntekijöiden taustamuuttajat.

Taulukko 2. Työntekijöiden taustatiedot (N= 56)

Taustamuuttuja	n	%	ka (vuosina)
Sukupuoli			
Nainen	44	78,6	
Mies	12	21,4	
Yhteensä	56	100	
Ikä vuosina			
Alle 30 vuotta	5	8,9	43,8
31–40 vuotta	13	23,2	
41–50 vuotta	22	39,3	
yli 51 vuotta	15	26,8	
Tieto puuttuu	1	1,8	
Yhteensä	56	100	
Työkokemus vuosina			
Korkeintaan 5 vuotta	8	14,3	13,9
6-10 vuotta	10	17,9	
11–15 vuotta	14	25,0	
16–20 vuotta	14	25,0	
Yli 21 vuotta	6	10,7	
Tieto puuttuu	4	7,1	
Yhteensä	56	100	
Tämänhetkinen työskentelypaikka yhdistyksellä			
Asumispalvelut	29	51,8	
Kuntoutuspalvelut	27	48,2	
Yhteensä	56	100	

7.3 Asiakkaiden arviot siitä, kuinka Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminta tukee kuntoutumista

Perustarpeiden tyydyttäminen

Summamuuttuja koostui kolmesta väittämästä. Asiakkaat olivat tyytyväisiä siihen, miten palveluissa huomioitiin perustarpeiden tyydyttämiseen liittyvät seikat. Noin 75 % oli sitä mieltä, että henkilökunta ottaa hyvin huomioon fyysisen terveydentilan ja mahdolliset

sairaudet. Kukaan vastaajista ei arvioinut asumisympäristöään turvattomaksi. (Liitetaulukko 1.)

Yli puolet arvioi saavansa henkilökunnalta apua ja neuvoja raha-asioiden hoitamiseen tai etuisuuksien hakemiseen. Tämän väittämän kohdalla on syytä kiinnittää huomiota siihen, että noin neljännes vastaajista on valinnut vaihtoehdon ”en osaa sanoa/ei kosketa minua” (liitetaulukko 1). Mielenpitemäärä epävarmojen osuus oli kohtuullisen suuri kaikissa taustamuuttujaryhmissä.

Palveluiden käyttämisajalla oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.047$) yhteys arvioihin perustarpeiden tyydyttymisestä (taulukko 3). Alle 6 vuotta palveluita käyttäneet suhtautuivat hieman kriittisemmin ($ka=4,0$) asiaan kuin kauemmin palveluita käyttäneet ($ka=4,3-4,6$).

Taulukko 3. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttämisajan yhteys asiakkaiden arvioihin perustarpeiden tyydyttymisestä.

Oma arvio palveluiden käyttämisajasta	Perustarpeiden tyydyttyminen		
	n	Ka	Kh
Alle 6v	20	4,0	0,753
6-10v	23	4,3	0,640
11-20v	30	4,4	0,511
Yli 20v	36	4,6	0,477
Kaikki yhteensä	109	4,4	0,601

Ka = keskiarvo Kh = keskihajonta
Tilastollisesti melkein merkitsevä tasolla $p < 0.05$
Tilastollisesti merkitsevä tasolla $p < 0.01$
Tilastollisesti erittäin merkitsevä tasolla $p < 0.001$

Yksilöllisyys

Asiakkaat arvioivat yksilöllisyyden toteutuvan varsin hyvin (liitetaulukko 1). Huomioitavaa on, että näiden väittämien kohdalla vastauksia on runsaasti kohdissa ”ei eri eikä samaa mieltä” (12,1–17,4 %) ja ”en osaa sanoa/ei kosketa minua” (3,8–8,3 %). Tästä voidaan ehkä

arvioida vastaajien kokeneen hankalaksi vastata ko. väittämiin. Taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä arvioon yksilöllisyyden toteutumisesta.

Vastaajista 75 % oli itse saanut laatia kuntoutussuunnitelmansa tavoitteet ja lähes yhtä moni koki, että kuntoutussuunnitelma tarkastettiin riittävän usein. Yksilölliset tarpeet otettiin hyvin huomioon yksiköiden toiminnassa. Samoin yli 70 % koki saavansa henkilökunnalta sellaista tukea, joka auttoi häntä kuntoutumaan. Kolme neljästä vastaajasta arvioi saavansa sitä tukea ja apua, jota tällä hetkellä tarvitseekin. Vain 4,5 % oli tästä eri mieltä. (Liitetaulukko 1.)

Voimavaralähtöisyys

Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen palvelut saivat hyvän arvioinnin asiakkailta palveluiden voimavaralähtöisyydestä. Yli 70 % vastaajista oli sitä mieltä, että kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan huomioon vahvuudet ja voimavarat. (Liitetaulukko 1.)

Noin 65 % arvioi, että henkilökunta kannustaa kokeilemaan uusia asioita. Kuitenkin lähes viidesosa vastaajista ei kertonut mielipidettään tästä väitteestä. Taustamuuttujien suhteen ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja voimavaralähtöisyyden arvioinnissa.

Osallisuus

Asiakkaiden osallisuuden toteutumista palveluissa arvioitiin kolmen väittämän avulla (liitetaulukko 1). Yli neljä viidesosaa vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökunta kuuntelee palveluidenkäyttäjien mielipiteitä. Mielenkiintoista on, että hieman harvempi (62,1 %) kuitenkin arvioi palveluiden käyttäjille olevan mahdollisuutta vaikuttaa yksikön toimintaan.

Vain noin 47 % asiakkaista oli sitä mieltä, että heidän arvioimaansa yksikköön voitaisiin palkata entisiä asiakkaita tai kuntoutujia työntekijöiksi. Ajatus saattoi olla vieras vastaajille, koska noin 13 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väitteen kanssa ja yli 20 % ei osannut sanoa mielipidettään tai koki, ettei asia kosketa häntä. Taustamuuttujien suhteen ei ollut eroja osallisuuden toteutumisessa.

Sosiaalinen tuki ja integraatio

Vajaa puolet (49,3 %) asiakkaista oli sitä mielestä, että henkilökunta kannustaa osallistumaan erilaisiin yksikön ulkopuolisiin toimintoihin. Lähes viidennes ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa, ja lähes 16 % ei osannut sanoa mielipidettään. Vain vajaa 40 % vastaajista koki, että työntekijät kannustavat osallistumaan vertaisryhmiin. Jos lasketaan yhteen ne, jotka vastasivat ”ei eri eikä samaa mieltä”, ja ne, jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään, peräti kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista asiakkaista ei halunnut tai osannut sanoa mielipidettään väittämään. (Liitetaulukko 1.)

Vastaajista noin 57 % oli sitä mieltä, että perhe ja läheiset voivat ottaa osaa kuntoutumisen suunnitteluun, mikäli kuntoutuja niin haluaa. Lähes 20 % ei osannut sanoa mielipidettään tai arvioi, ettei asia kosketa häntä. Mielipiteestään epävarmojen osuus oli lähes yhtä suuri sekä kuntoutus- että asumispalveluiden asiakkaiden vastauksissa.

Taustamuuttujista koulutusasteella oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=.023$) yhteys mielipiteisiin sosiaalisen tuen ja integraation mahdollistumisesta. Ammattikorkeakoulun tai yliopiston käyneet suhtautuivat kriittisemmin ($ka=3,0$) kuin perus/kansakoulun ($ka=4,0$) tai lukion/ammattikoulun ($ka=3,7$) suorittaneet vastaajat. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Koulutusasteen yhteys asiakkaiden arvioihin sosiaalisen tuen ja integraation mahdollistumisesta.

Koulutus	Sosiaalisen tuen ja integraation mahdollistaminen		
	n	Ka	Kh
Perus/kansakoulu	43	4,0	1,056
Lukio/ammattikoulu	69	3,7	1,006
Ammattikorkeakoulu/yliopisto	10	3,0	1,186
Kaikki yhteensä	122	3,8	1,061

Ka = keskiarvo Kh = keskihajonta

Tilastollisesti melkein merkitsevä tasolla $p < 0.05$

Tilastollisesti merkitsevä tasolla $p < 0.01$

Tilastollisesti erittäin merkitsevä tasolla $p < 0.001$

Tulevaisuuteen suuntautuminen

Noin 60 % vastaajista arvioi, että henkilökunta on auttanut heitä suunnittelemaan tulevaisuutta. Kuitenkin yli 16 %:lla ei ollut asiasta mielipidettä ja yli 8 % ei osannut vastata kysymykseen. Suunnitelma voinnin huononemisen varalle oli neljällä viidestä vastaajasta. (Liitetaulukko 1.) Taustamuuttujien suhteen ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja.

Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta

Asiakkaat olivat tyytyväisiä henkilökunnan toimintaan kuntoutumisen tukemiseksi. Valtaosa vastaajista koki saavansa henkilökunnalta tarpeeksi tukea (75,7 %), arvioi henkilökunnan kohtelevan hyvin asiakkaita (83,3 %) ja olevan paikalla, kun heitä tarvitaan (82,6 %). Henkilökuntaa pidettiin ammattitaitoisena (85,6 %) ja he vaikuttivat tyytyväiseltä työhönsä (81,8 %). (Liitetaulukko 1.)

Kaksi kolmesta vastaajasta arvioi, että työntekijät suhtautuivat positiivisesti mielenterveyshäiriöistä kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Syystä tai toisesta epävarmojen osuus oli kuitenkin varsin suuri (29,5 %). Yli 65 % piti asiakkaita ja työntekijöitä tasavertoisina, mutta myös tämän väittämän kohdalla mielipiteestään epävarmojen osuus oli noin neljäsosa (26,5 %). (Liitetaulukko 1.)

Vastaajien iällä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.015$) yhteys mielipiteeseen kuntoutumisen tukemisesta (taulukko 5). Nuorimmat (alle 31-vuotiaat ja 31–44-vuotiaat) vastaajat suhtautuivat kriittisemmin kuin vanhemmat vastaajat.

Taulukko 5. Iän yhteys asiakkaiden arvioihin siitä, kuinka kuntoutumista tukevia toimintatavat ovat.

Ikäryhmä	Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta		
	n	Ka	Kh
Alle 31 - vuotias	23	4,1	0,657
31–44 - vuotias	32	4,1	0,652
45–54 – vuotias	38	4,5	0,493
55–60 – vuotias	23	4,5	0,472
Yli 61 –vuotias	9	4,5	0,529
Kaikki yhteensä	125	4,3	0,592

Ka = keskiarvo Kh = keskihajonta
Tilastollisesti melkein merkitsevä tasolla $p < 0.05$
Tilastollisesti merkitsevä tasolla $p < 0.01$
Tilastollisesti erittäin merkitsevä tasolla $p < 0.001$

Myös itse arvioidulla sairastamisajalla oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=.017$) yhteys summamuuttujaan. Pisimpään eli yli 30 vuotta sairastaneet arvioivat kuntoutumista tukevien toimintatapojen toteutuvan parhaiten ($ka=4,6$). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Sairastamisajan yhteys asiakkaiden arvioihin siitä, kuinka kuntoutumista tukevista toimintatavoista.

Sairastamisaika	Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta		
	n	Ka	Kh
Alle 6v	15	4,1	0,693
Alle 15v	29	4,3	0,560
15-24v	26	4,2	0,582
25-29v	13	4,1	0,499
Yli 30v	22	4,6	0,443
Kaikki yhteensä	105	4,3	0,578

Ka = keskiarvo Kh = keskihajonta
Tilastollisesti melkein merkitsevä tasolla $p < 0.05$
Tilastollisesti merkitsevä tasolla $p < 0.01$
Tilastollisesti erittäin merkitsevä tasolla $p < 0.001$

Yhteenvetoa asiakasaineiston tuloksista

Asiakkaat olivat tyytyväisiä yhdistyksen toimintaan Kuntoutumisen tukeminen -mittarin osaluokkien perusteella. Heikoimmat arviot annettiin summamuuttujasta sosiaalinen tuki ja integraatio (ka 3,8). Yksittäisistä muuttujista alhaisimmat keskiarvot saivat vertaistukiryhmiin (ka=3,3) ja ulkopuolisiin toimintoihin (ka=3,7) kannustaminen sekä arviot kuntoutujien työllistymismahdollisuuksista (ka=3,8) ja tulevaisuuden suunnittelusta (ka=3,8). (Liitetaulukko 2.)

Parhaan arvion summamuuttujista sai perustarpeiden tyydyttäminen (ka=4,4). Yksittäisistä muuttujista parhaat arviot saivat asuinympäristön turvallisuus (ka= 4,6). Lisäksi useampi muuttuja sai keskiarvon 4,4. (Liitetaulukko 2.)

7.4 Työntekijöiden arviot siitä, kuinka Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminta tukee kuntoutumista

Perustarpeiden tyydyttäminen

Tämä summamuuttuja koostui kolmesta väittämästä (liitetaulukko 3). Yli 80 % vastaajista oli sitä mieltä, että asiakkaiden fyysinen terveydentila ja mahdolliset somaattiset sairaudet otetaan hyvin huomioon kuntoutuksessa. Lähes yhdeksän kymmenestä arvioi, että kuntoutujat saavat apua ja tukea raha-asioidensa hoitamiseen. Tyytyväisiä oltiin myös oman työyksikön turvallisuuteen ja asianmukaisuuteen, jonka 75 % arvio hyväksi. Taustamuuttujien suhteen ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Yksilöllisyys

Yli 85 % työntekijöistä arvioi, että kuntoutujien omat tavoitteet otetaan aina huomioon kuntoutussuunnitelman laadinnassa. Neljä viidestä oli sitä mieltä, että kuntoutussuunnitelma tarkistetaan säännöllisesti. Noin 70 % totesi, että kuntoutujien yksilölliset tarpeet voidaan ottaa suunnittelussa huomioon, mutta neljännes oli vastannut neutraalisti tähän väittämään. Valtaosa (75 %) totesi, että heidän työyksikössään on mahdollista räätälöidä yksilöllisesti palveluita kuntoutujien tarpeiden mukaan. Suuri enemmistö (71,4 %) vastaajista arvioi

yksikkönsä tarjoavan kuntoutujille sellaista apua ja tukea, jota he tällä hetkellä tarvitsevat. Taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä summamuuttujaan. (Liitetaulukko 3.)

Voimavaralähtöisyys

Useampi kuin neljä viidestä vastaajasta oli sitä mieltä, että kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan aina huomioon kuntoutujan vahvuudet ja voimavarat. Työntekijät arvioivat rohkaisevansa kuntoutujia kokeilemaan uusia asioita ja ottamaan myös riskejä. Yli 80 % suhtautui tähän väittämään positiivisesti. (Liitetaulukko 3.) Taustamuuttujien suhteen ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja.

Osallisuus

Summamuuttuja koostui kolmesta väittämästä. Vastaajista 75 % oli sitä mieltä, että kuntoutujilla on mahdollisuus osallistua kyseisen yksikön toimintaan. Vastaavasti lähes 80 % arvioi, että kuntoutujat voivat vaikuttaa yksikön toimintaan ja sen kehittämiseen. Yli puolet työntekijöistä koki, ettei heidän työyksikkönsä voitaisi palkata entisiä asiakkaita tai kuntoutujia työntekijöiksi. Positiivisesti ko. väittämään suhtautui vain noin 15 % vastaajista. Taustamuuttujien suhteen ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Liitetaulukko 3.)

Sosiaalinen tuki ja integraatio

Valtaosa (89,3 %) työntekijöistä arvioi, että kuntoutujia kannustetaan ja ohjataan osallistumaan kyseisen yksikön ja sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen ulkopuoliseen toimintaan. Yli puolet (62,5 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kuntoutujia kannustetaan osallistumaan vertaistukiryhmiin. Noin 20 % suhtautui väittämään neutraalisti ja 10 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta tai arvioi, ettei asia koskettanut nykyistä työyksikköään. Noin 42 % arvioi, että heidän työyksikössään on vertaistukeen perustuvia ryhmiä ja vastaavasti 32,1 % oli sitä mieltä, ettei heidän yksikössään vertaisryhmiä ole. (Liitetaulukko 3.)

Perheet ja läheiset otettiin työntekijöiden vastausten perusteella varsin usein mukaan kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen, jos kuntoutuja sitä toivoi. Noin 70 % vastaajista oli väittämän kanssa samaa mieltä. Kuitenkin neljäsosa (25 %) oli väittämän kanssa eri mieltä

tai suhtautui siihen neutraalisti. (Liitetaulukko 3.) Summamuuuttujassa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujien suhteen.

Tulevaisuuteen suuntautuminen

Noin 70 % työntekijöistä oli sitä mieltä, että heidän asiakkailaan on suunnitelma tulevaisuutta varten. Yli puolet (66,1 %) vastaajista koki, että kuntoutujia tuettiin oireidenhallintaan. Vajaa 10 % oli eri mieltä väitteen kanssa ja neljäsosa (25 %) ei joko osannut sanoa mielipidettään tai suhtautui väittämään neutraalisti. Suurin osa (60,7 %) vastasi, että asiakkaila oli suunnitelma myös sen varalle, että heidän vointinsa huononisi. (Liitetaulukko 3.)

Vastaajien sukupuolella oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=.020$) siihen, kuinka hyvin tulevaisuuteen suuntautumisen arvioitiin toteutuvan (taulukko 7). Miehet suhtautuivat väittämiin kriittisemmin kuin naiset.

Taulukko 7. Sukupuolen yhteys työntekijöiden arvioihin palveluiden tulevaisuuteen suuntautumisesta.

Sukupuoli	Tulevaisuuteen suuntautuminen		
	n	Ka	Kh
Nainen	44	4,2	0,79
Mies	12	3,4	1,02
Kaikki yhteensä	56	4,0	0,89

Ka = keskiarvo Kh = keskihajonta

Tilastollisesti melkein merkitsevä tasolla $p < 0.05$

Tilastollisesti merkitsevä tasolla $p < 0.01$

Tilastollisesti erittäin merkitsevä tasolla $p < 0.001$

Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta

Yli 70 % työntekijöistä oli sitä mieltä, että heidän työyksikkönsä henkilökunta oli tyytyväistä työhönsä. Eri mieltä oli vain noin joka kymmenes (9 %). Joka viides (19,6 %) koki, ettei yhdistyksen johto ja esimiehet arvosta henkilökuntaa. Mielipiteeltään neutraaleja oli noin 16 % vastaajista ja enemmistö (57,1 %) näki, että henkilökuntaa arvostetaan. Kun kysyttiin

johdon ja esimiesten tuesta työhön, kolmannes (34 %) arvioi, ettei henkilökunta saa tarpeeksi tukea. Enemmistön (46,4 %) mielestä johdolta saatu tuki oli riittävää. (Liitetaulukko 3.)

Valtaosa (58,9 %) työntekijöistä vastasi uskovansa mielenterveyden häiriöistä toipumisen mahdollisuuteen. Mielenpitemäärä epävarmojen osuus oli kuitenkin lähes kolmannes (26,8 %). Eri mieltä väittämän kanssa oli kuitenkin vain alle 10 % vastaajista. Useampi (73,2 %) luotti omien asiakkaidensa kuntoutumisen mahdollisuuksiin, mutta epävarmojen vastaajien osuus oli viidennes (21,4 %). (Liitetaulukko 3.)

Yksikön henkilökunta arvioitiin ammattitaitoiseksi ja täydennyskoulutusmahdollisuuksiin oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Kolme neljästä (80,3 %) vastaajasta oli sitä mieltä, että henkilökunta ja asiakkaat ovat tasa-arvoisia. (Liitetaulukko 3.) Taustamuuttujien mukaan tarkasteltuna ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja summamuuttujan suhteen.

Yhteenvetoa työntekijäaineiston tuloksista

Työntekijät arvioivat Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminnan tukevan varsin hyvin asiakkaidensa kuntoutumista. Heikoimmat keskiarvot saivat summamuuttujat osallisuus (ka=3,6) sekä sosiaalinen tuki ja integraatio (ka=3,9). Yksittäisistä muuttujista alhaisimmat keskiarvot saivat arviot kuntoutujien työllistymismahdollisuuksista (ka=2,3), vertaistukiryhmien olemassaolosta (ka=3,1) sekä esimiesten ja johdon tuesta henkilökunnalle (ka=3,1). (Liitetaulukko 4.)

Parhaan arvion summamuuttujista saivat perustarpeiden tyydyttäminen ja voimavara- ja lähtökyky (ka=4,4). Yksittäisistä muuttujista parhaat arviot saivat väittämät Asiakkaat saavat apua ja tukea raha-asioiden hoitamiseen, esimerkiksi etuuksien hakemiseen (ka=4,6). Tässä yksikössä henkilökunta on ammattitaitoista (ka=4,6) ja Kuntoutussuunnitelman laadinnassa otetaan aina huomioon asiakkaan/kuntoutujan omat tavoitteet (ka=4,5).

7.5 Asiakkaiden ja työntekijöiden mielipiteiden vertailu

Asiakkaiden ja työntekijöiden summamuuttujien eroavaisuuksia tarkasteltiin Mann-Whitney U-testin avulla. Sekä asiakkaiden että työntekijöiden arviot olivat hyvin samansuuntaisia, mutta joitain eroja oli havaittavissa (taulukko 8). Perustarpeiden tyydyttyminen ja yksilöllisyyden toteutuminen saivat molemmilta ryhmiltä samanlaiset keskiarvot. Asiakkaat suhtautuivat hieman työntekijöitä kriittisemmin palveluiden voimavaralähtöisyyteen sekä sosiaalisen tuen ja integraation toteutumiseen. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Työntekijät antoivat asiakkaita heikommat arviot osallisuuden toteutumiselle, tulevaisuuteen suuntautumiselle sekä kuntoutumisen tukemiselle ja henkilökunnan voimaantumisen tukemiselle. Erot asiakas- ja työntekijäaineiston välillä olivat tilastollisesti merkitseviä osallisuuden ($p=.000$) sekä kuntoutumisen tukemisen ja voimaantumisen tukemisen ja voimaantuneen henkilökunnan ($p=.001$) osalta.

Taulukko 8. Asiakas- ja työntekijäaineiston summamuuttujien keskiarvot.

Summamuuttuja	Asiakkaat ka	Työntekijät ka
Perustarpeiden tyydyttäminen	4,4	4,4
Yksilöllisyys	4,2	4,2
Voimavaralähtöisyys	4,1	4,4
Osallisuus	4,1	3,6
Sosiaalinen tuki ja integraatio	3,8	3,9
Tulevaisuuteen suuntautuminen	4,1	4,0
Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta	4,3	3,9

Ka = keskiarvo

7.6 Kuntoutumisen tukeminen -mittarin luotettavuus

Mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin laskemalla asiakas- ja työntekijäaineistosta summamuuttujille Cronbachin alfa-kertoimet. Lisäksi laskettiin koko mittarin Cronbachin alfa-kertoimet asiakasaineistosta, työntekijäaineistosta sekä koko aineistosta.

Asiakasaineistossa summamuuttujien alfa-arvot vaihtelivat välillä 0,43–0,81 (liitetaulukko 2). Osa arvoista oli siis selkeästi liian alhaisia, jotta mittaria voitaisiin pitää luotettavana. Koko asiakasmittarin alfa-arvo oli 0,895, mitä on pidettävä hyvänä. Suositeltavaa on, että Cronbachin alfa-kertoimen arvo olisi yli 0,7 (Heikkilä, 2008: 187). Jokivuori ja Hietala (2007: 135) arvioivat yli 0,6 olevan "hyvä" alfa-arvo, jonka toteutuessa voidaan ajatella yksittäisten väittämien mittaavan samaa asiaa.

Summamuuttujien alfa-arvoja olisi voitu saada paremmiksi, mikäli osa väittämistä olisi jätetty pois analyysistä. Esimerkiksi heikoimman kertoimen 0,43 saaneen summamuuttujan (perustarpeiden tyydyttyminen) alfa-arvo olisi noussut 0,59:än, mikäli väittämä ”Saen henkilökunnalta apua ja neuvoja raha-asioiden hoitamiseen tai etuuksien hakemiseen” olisi jätetty pois. Väittämän ”Tähän yksikköön voitaisiin ottaa töihin entisiä asiakkaita tai kuntoutujia” pois jättäminen olisi vastaavasti nostanut osallisuus-summamuuttujan Cronbachin alfan 0,59:stä 0,67:än.

Työntekijäaineistossa summamuuttujien alfa-kertoimet vaihtelivat välillä 0,45–0,88 (liitetaulukko 4). Heikoimman alfa-arvon (0,45) sai summamuuttuja osallisuus. Mikäli väittämä ”Tähän yksikköön voitaisiin palkata työntekijöiksi entisiä asiakkaita tai kuntoutujia” olisi poistettu, olisi muuttujan Cronbachin arvo noussut 0,88:an. Koko työntekijämittarin alfa-kertoimen oli 0,910, mikä on varsin korkea.

Kun yhdistettiin asiakas- ja työntekijäaineisto, saatiin koko Kuntoutumisen tukeminen -mittarin Cronbachin alfa-kertoimeksi 0,895. Yksittäisten summamuuttujien alfa-kertoimia voitaisiin parantaa vähentämällä väittämien määrää, mutta siihen ei mittarin kehittämisen tässä vaiheessa lähdetty, vaan pitäydettiin alkuperäisissä väittämässä ja summamuuttujissa. Seuraavassa vaiheessa on syytä tarkastella esimerkiksi faktorianalyysin avulla muuttujien välisiä yhteyksiä ja summamuuttujien määrittelyä.

8 Pohdinta

Yhteenvetona voidaan todeta, että sekä kuntoutuja-asiakkaat että yhdistyksen työntekijät arvioivat Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kuntoutus- ja asumispalvelujen tukevan hyvin asiakkaiden kuntoutumista. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot olivat hyvin samansuuntaisia. Tilastollisesti merkitseviä eroja oli vastaajaryhmien välillä vain arvioissa osallisuuden sekä kuntoutumisen tukemisen ja voimaantuneen henkilökunnan osalta. Kuntoutumisen tukeminen -mittari vaatii tulosten perusteella vielä kehittämistä.

8.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön perusteella voi todeta, että kuntoutuja-asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toimintaan kuntoutumisen tukemisen näkökulmasta. Heikoimmin arviointiin toteutuvan osa-alueen sosiaalisen tuki ja integraatio. Tällä osa-alueella erityisesti kannustaminen osallistumaan vertaistukiryhmiin ja yksikön ulkopuolisiin toimintoihin näyttivät vaativan vielä kehittämistä. Tämä on sinänsä mielenkiintoista, koska sekä yhdistyksen asumis- että kuntoutuspalveluissa lähtökohtaisesti pitäisi olla mahdollisuus vertaistukeen toisilta asiakkailta. Onko kuitenkin niin, että yksiköissä vuorovaikutus tapahtuu työntekijöiden kautta ja vähemmän asiakkaiden kesken? Vai eivätkö asiakkaat tunnista vertaistukea yhteisössään?

Yhdistyksen työntekijät arvioivat Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminnan tukevan varsin hyvin asiakkaidensa kuntoutumista. Myös heidän arvioissaan osa-alue sosiaalinen tuki ja integraatio arvioitiin kahden heikoimmin toteutuvan joukkoon. Erityisesti vertaisryhmien olemassaolo arvioitiin alhaiseksi. Kaikkein heikoimmaksi osa-alueeksi työntekijät arvioivat osallisuuden toteutumisen. Tällä osa-alueella erityisesti arviot entisten kuntoutuja-asiakkaiden työllistymismahdollisuuksista nähtiin heikkoina.

Perustarpeiden tyydyttyminen ja osaava henkilökunta antavat hyvän pohjan kuntoutumista tukevien palveluiden kehittämiseksi. Jatkossa on tarpeen kiinnittää entistä enemmän huomiota vertaistuen mahdollistamiseen yhdistyksen palveluissa tai asiakkaiden ohjaamiseen muuhun vertaistoimintaan. Sladen (2013: 11) mukaan yksi keino tukea kuntoutumista on mahdollistaa

vertaistuki esimerkiksi vertaisryhmien muodossa. Toipumistarinoissa vertaistuellalla on ollut merkittävä rooli sekä sisäisen kokemuksen (yksinäisyys ja arvottomuus) että ulkoisen tuen (roolimalli ja tuki) kannalta. Tarinoissa vertaistuen merkitys ei ole vain sivuroolissa ammattilaisavun lisänä, vaan sillä oli jopa suurin merkitys toipumisprosessissa. (Falk & Kurki, 2013b: 40.)

Tulosten perusteella myös ohjaamisessa yhdistyksen omien toimintojen ulkopuolelle, niin sanottuihin normaalitoimintoihin kaivataan rohkaistumista. Sosiaalisen integraation tukeminen ja palveluista riippuvuuden vähentäminen on yksi kuntoutumista tukevien palveluiden keskeisiä tehtäviä (Tsai ym, 2011: 145; Slade, 2013: 14). Myös ITHACA-hankkeen aikana tehdyssä arvioinnissa todettiin, että toimivien mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksi perusulottuvuus on palvelujen kiinnittyminen ympäröivään elinyhteisöön ja laajemmin koko yhteiskuntaan (Salo, 2010: 36).

Tässä opinnäytetyössä tuli esiin, että ajatus entisten kuntoutuja-asiakkaiden työllistamisestä yhdistyksen toimipisteisiin tuntui vieraalta erityisesti työntekijöille. Noin puolet asiakkaista oli sitä mieltä, että yksikköön voitaisiin palkata entinen asiakas työntekijäksi, mutta vain noin 15 % työntekijöistä oli tätä mieltä. Vaikka ajatus vertaistyöntekijästä voi tuntua vieraalta (mielenterveys)palvelujärjestelmässämme, on muutamia kokeiluja jo tehty muun muassa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä osana kokemusasiantuntijakoulusta¹ sekä Mielen avain-hankkeessa². Päihdepalveluissa oman toipumiskokemuksen omaavia työntekijöitä on ollut jo pitkään ja joissain palveluissa (esimerkiksi Minnesota-hoito³) se on jopa työllistymisen edellytys.

Kansainvälisesti on raportoitu erilaisista vertaistyöntekijämalleista (Lawn ym, 2008; Migdole ym, 2011; Repper & Carter 2011; Davidson ym, 2012; Gillard ym, 2013) ja palveluidenkäyttäjajohtoisista toimintamalleista (Swarbrick ym, 2009; Fukui ym, 2010; Pickett ym, 2012). Vertaistyöntekijät toimivat mielenterveyspalveluissa roolimalleina, toivon tuojina sekä "tulkkeina" asiakkaiden ja potilaiden sekä työntekijöiden ja järjestelmien välillä (Lawn ym, 2008: 506; Davidson ym, 2012: 124). Heidän läsnäolonsa voi myös tukea

¹ <http://www.epshp.fi/pohjanmaahanke/kokemusasiantuntijat/koulutus>

² <http://www.mielenavain.fi/5>

³ <http://www.minnesota-hoito.fi/henkilokunta>

potilaiden arvokasta ja kunnioittavaa kohtaamista (Migdole ym, 2011: 10). Vertaistyöntekijät voivat mukanaolollaan lisätä asiakkaiden/potilaiden kokemusta päätösvallasta (voimaantuminen) ja toivosta, sitoutumista omahoitoon sekä tyytyväisyyttä itseän ja sosiaalisiin suhteisiin (Davidson ym, 2012: 125; Repper & Carter, 2011: 400; Pickett ym, 2012: 428.). Vertaistuella on todettu olevan merkitystä myös oireiden (Fukui ym, 2010: 46; Davidson ym, 2012: 125) ja jopa sairaalahoidon tarpeen vähenemiseen (Lawn ym, 2008).

Vertaistyöntekijänä toimiminen tarjoaa henkilöille, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveyden häiriöistä, tervetulleita työmahdollisuuksia. Työllä on merkitystä myös vertaisen itsetunnolle ja omalle kuntoutumiselle. Työllistämällä kokemusasiantuntijoita voidaan myös vähentää mielenterveysongelmiin liittyviä ennakkoluuloja ja stigmaa. (Repper & Carter, 2011: 400; Migdole ym, 2011: 10; Moran ym, 2012.) Vertaistyöntekijöiden palkkaaminen organisaatioon vaatii muutoksia mielenterveyspalveluiden kulttuuriin. Huolta voivat herättää esimerkiksi kysymykset vertaistyöntekijöiden jaksamisesta, mahdollisista relapseista ja sairauspoissaoloista, kirjaamisesta ja vaihtolovelvollisuudesta sekä ammattilaisten ja vertaisten työnjaosta (Davidson ym, 2012: 126–127). Näihin haasteisiin voidaan valmistautua riittävällä tuella, koulutuksella ja työnohjauksella (Lawn ym, 2008: 507).

Tässä opinnäytetyössä asiakkaiden ja työntekijöiden vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia. Tilastollisesti merkitseviä eroja oli vastaajaryhmien välillä vain arvioissa osa-alueilla osallisuus sekä kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta. Työntekijöiden arviot johdon esimiesten tuesta omalle työlleen haastavat pohtimaan myös johtamisen merkitystä kuntoutumista tukevien palveluiden kehittämiseksi. Jotta palvelut voisivat aidosti kehittyä kuntoutumista tukeviksi, tulee sekä johdon että henkilökunnan sitoutua muutokseen. Työntekijät tarvitsevat esimiehiltään tukea ja mahdollisuuksia muuttaa toimintakäytäntöjä. (Shepherd ym, 2010; Repper & Perkins, 2013). Vähäkankaan (2010: 21) mukaan kuntoutumista edistävän toiminnan johtaminen vaatii lähijohtajalta kykyä muutosten hallintaan, osaamisen johtamiseen ja työntekijöiden voimaantumisen edistämiseen. Lähijohtajan oma innostus ja esimerkki, oikeudenmukainen työntekijöiden kohtelu ja luovuuden tukeminen vievät kuntoutumista tukevaa toimintaa eteenpäin.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Validiteetti eli pysyvyys tarkoittaa sitä, että tutkimus mittaa sitä, mitä on tarkoituskin (Heikkilä 2008). Voidaan todeta, että valittu kvantitatiivinen tutkimusote soveltui hyvin vastausten saamiseen tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen suorittamisessa noudatettiin huolellisuutta sen kaikissa vaiheissa. Otokoko ja vastausprosentti olivat riittäviä, jotta niiden perusteella voi tehdä päätelmiä yhdistyksen yksiköiden toiminnasta.

Tämän tutkimuksen tuloksia verrattiin Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asiakastytyväisyyskyselyjen tuloksiin. Käytettävissä olivat tulokset vuoden 2010 kyselyistä. Asiakkaat olivat arvioineet palveluita koskevia väittämiä viisiportaisella asteikolla (5 kiitettävä - 1 heikko). Väittämät koskivat mm. vaikutusmahdollisuuksia, työntekijöiden ammattitaitoa ja tavoitettavuutta sekä toiminnan tavoitteellisuutta. Keskiarvot vaihtelivat pienryhmäkotien asiakkaiden vastauksissa välillä 3,78–4,84, kuntoutuskotien osalta vaihteluväli oli 3,88–4,40 ja kuntoutuspalveluiden osalta 3,85–4,50. Asiakastytyväisyyskyselyjen tulokset kertovat myös kuntoutuja-asiakkaiden tyytyväisyydestä yhdistyksen palveluiden sisältöön ja henkilökunnan toimintaan ja tukevat Kuntoutumisen tukeminen -mittarilla saatujen tuloksien luotettavuutta. Toisaalta voidaan kriittisesti kysyä, mittaako Kuntoutumisen tukeminen -mittari enemmän asiakastytyväisyyttä kuin sitä, miten kuntoutumista tukevia palvelut ovat.

Tässä opinnäytetyössä pilotoitu mittari pohjautuu USA:ssa käytettyyn ROPI- ja skotlantilaiseen SRI-mittareihin. Vaikka edellä mainittujen mittareiden on todettu (esim. Mancini 2007) mittaavan kuntoutumisen tukemista, on olemassa riski, ettei operationalisointi suomen kielelle ja suomalaiseen kontekstiin ole täysin onnistunut. Validiteettia pyrittiin parantamaan hyödyntämällä yhdistyksen johtoryhmän, ulkopuolisten asiantuntijoiden ja kokemusasiantuntijoiden arviointeja mittarin kehittämisvaiheessa. (Vrt. Kivipelto & Blomgren, 2013.) Lomakkeiden esitestaus olisi voinut parantaa tutkimuksen validiteettia. Kuntoutumisen tukeminen -mittarin validiteettiin liittyvät ongelmat (erityisesti käsitteiden operationalisoiminen) heikentävät koko tutkimuksen validiteettia.

Tutkimuksen reliabiliteettia eli luotettavuutta parantaa asiakaskyselyn osalta se, että olin itse mukana jokaisella aineistonkeruukerralla varmistamassa ohjeistuksen samankaltaisuuden.

Kuntoutumisen tukeminen -mittarin osioiden reliabiliteettia arvioitiin laskemalla summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet. Kertoimen tulisi olla yli 0,7 (Heikkilä, 2008: 187), mikä ei toteutunut kaikkien osa-alueiden kohdalla. Asiakasaineistossa summamuuttujien alfa-arvot vaihtelivat välillä 0,43–0,81, koko asiakasmittarin alfa-arvo oli 0,895. Työntekijäaineistossa summamuuttujien alfa-kertoimet vaihtelivat välillä 0,45–0,88 ja koko työntekijämittarin alfa-arvo oli 0,910. Koko Kuntoutumisen tukeminen -mittarin Cronbachin alfa-kertoimeksi saatiin 0,895.

Kuten jo luvussa 7.6 todettiin, osa alfa-arvoista oli niin alhaisia, ettei Kuntoutumisen tukeminen -mittaria voida pitää niiltä osin luotettavana. Summamuuttujien alfa-arvoja olisi parantanut osan väittämistä poisjättäminen analyysistä. Tässä pilotointivaiheessa pitäydyttiin alkuperäisissä väittämässä ja summamuuttujissa. Mittarin kehittämistä on tarkoitus jatkaa myös tämän opinnäytetyön jälkeen. Mittarin jatkokehittelyn vaiheessa on tarpeen tarkastella esimerkiksi faktorianalyysin avulla muuttujien välisiä yhteyksiä ja summamuuttujien määrittelyä.

Mittarin luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että osa asiakaskyselyn väittämistä vaikutti olevan vaikeita ymmärtää. Tämä voi aiheuttaa satunnaisvirheitä mittaamiseen. Voidaan olettaa, että erityisesti pidempään sairastaneet asiakkaat saattoivat kokea joidenkin väittämien ymmärtämisen ja niihin vastaamisen vaikeaksi. Tämä voi osaltaan selittää sitä, miksi eräiden väittämien kohdalla "Ei eri eikä samaa mieltä" ja "En osaa sanoa/ei kosketa minua" vaihtoehtojen osuus saattoi nousta korkeaksi. Puuttuvien tietojen ja "En osaa sanoa/ei kosketa minua" -vastausten suuri osuus voi vaikuttaa joidenkin muuttujien ja summamuuttujien kohdalla tuloksiin ja niiden yhteyteen taustamuuttujiin. Työntekijäaineistossa ei juuri ollut puuttuvia tietoja tai "En osaa sanoa/ei kosketa minua vastauksia". Ainoan merkittävän poikkeuksen muodosti väittämä "Tähän yksikköön voitaisiin palkata työntekijöiksi entisiä asiakkaita tai kuntoutujia".

Tässä opinnäytetyössä on puutteita koskien eritoten Kuntoutumisen tukeminen -mittarin luotettavuutta ja käytettävyyttä. Siitä huolimatta on tärkeää jatkaa aihealueen tutkimista, koska mielenterveyspalveluiden tärkein tehtävä on tukea kuntoutujia heidän omassa kuntoutumisessaan ja toipumisessaan. Jatkotutkimustarpeena on kehittää edelleen mittareita, joilla voidaan arvioida sitä, kuinka hyvin mielenterveyspalvelut tukevat asiakkaiden kuntoutumista. On tärkeää kiinnittää huomiota mittarin operationalisointiin, väittämien

kieliasuun ja ymmärrettävyyteen. Joskus pitkäaikainen psyykkinen sairaus voi vaikuttaa kuntoutujan kognitiivisiin kykyihin, joten arviointimenetelmien tulisi mahdollistaa erilaisten kuntoutujien mielipiteiden huomioonottamisen.

9 Lähteet

- Anthony W (2013) Recovery from Mental Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Alkup. Psychosocial Rehabilitation Journal* (1993) 16(4): 11–23.
http://www.recoverydevon.co.uk/download/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf
- Arki mielisairaalassa. Selvitys psykiatrisen potilaan arjesta. (1995) Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto, Helsinki.
- Amstrong NP & Steffen JJ (2009) The recovery promotion fidelity scale: assessing the organizational promotion of recovery. *Community Mental Health Journal* 45:163–170.
- Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, Williams J, Slade M (2011) REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services, London: Rethink.
- Bradstreet S (2012) Network Director, Scottish Recovery Network. Sähköposti 24.9.2012.
- Browne G, Hemsley M & St. John W (2008) Consumer perspectives on recovery: A focus on housing following discharge from hospital. *International Journal of Mental Health Nursing* 17: 402–409.
- Buckley-Walker K, Crowe T & Caputi P (2010) Exploring identity within the recovery process of people with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 33(3): 219-227.
- Burgess P, Pirkis, J, Coombs T & Rosen A (2010) Review of Recovery Measures. Version 1.01. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network.
- Burgess P, Pirkis, J, Coombs T & Rosen A (2011) Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45: 267-280.
- Campell-Orde T, Chamberlain J, Carpenter J & Leff HS (2005) Measuring the promise: A compendium of recovery measures, Volume II. Cambridge, MA: Human Services Research Institute.
- Clarke S, Oades L & Crowe TP (2012) Recovery in mental health: A movement towards well-being and meaning in contrast to an avoidance of symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35(4): 297–304
- Cleary A & Dowling M (2009) Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16: 539–545

- Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Styron T & Kangas K (2006) The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric services* 57(5): 640-645.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K & Miller R (2012) Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 11: 123–128.
- Eskola J (2007) Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksessa Eskola J & Karila A (toim) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita, 13–44.
- Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys (2013) <http://www.epsopsyk.fi/index.html>. Viitattu 10.11.2013.
- Falk H & Kurki M (2013a) Kokemusasiantuntijoiden tarinat. Teoksessa Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S & Sinkkonen N. *Kuntoutujasta toimijaksi - kokemus asiantuntijuudeksi*. Työpaperi 39/2013. Helsinki: THL, 28–37.
- Falk H & Kurki M (2013b) Lopuksi. Teoksessa Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S & Sinkkonen N. *Kuntoutujasta toimijaksi - kokemus asiantuntijuudeksi*. Työpaperi 39/2013. Helsinki: THL, 40.
- Framework for recovery-oriented practice (2011) Melbourne, Victoria: Mental Health, Drugs and Regions Division, Victorian Government Department of Health. [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/\\$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf). Viitattu 27.12.2013.
- Fukui S, Davidson LJ, Holter MJ & Rapp CA (2010) Pathways to recovery (PTR): impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34(1): 42-48.
- Gillard SG, Edwards C, Gibson SL, Owen K & Wright C (2013) Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research* 13:1881-1894.
- Happell B (2008) Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2: Barriers to recovery and principles for evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing* 17: 123–130.
- Harjajärvi M (2009) Kuntien näkemyksiä kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta sekä kehittämishaasteista. Teoksessa Harjajärvi M, Kairi T, Kuusterä K & Miettinen S (toim) *Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä*. Helsinki: Kehitysvammaliitto, 8-58. www.sosiaaliportti.fi/File/80c77386-042d-4bf4-bba7-207c68985776/kehitysvammaliiton_selvityksia_3_2009.pdf. Viitattu 10.11.2013.
- Harjajärvi M, Pirkola S & Wahlbeck K (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Helsinki: Stakes ja Suomen Kuntaliitto.

- Heikkilä T (2008) Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hyväri S & Salo M (2011) Miksi asumispalvelujen kehittämisessä tarvitaan palvelujen käyttäjien osallistumista? Suuntaaja 1: 13–17.
- Hyvönen S (2004) Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1028. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Jokivuori P & Hietala R (2007) Määrällisiä tarinoita: monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Porvoo: WSOY.
- Kankaanpää S & Kurki M (2013) Recovery-ajattelu. Teoksessa Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S & Sinkkonen N. Kuntoutujasta toimijaksi - kokemus asiantuntijuudeksi. Työpäperi 39/2013. Helsinki: THL, 10-11.
- Karlsson N & Wahlbeck K (2010) Från reformintention till praxis: mentalvårdens utveckling i Finland efter 1990. Rapport 24/2010. Helsinki: THL.
- Kivipelto M & Blomgren S (2013) Arviointimittari kuntouttavan sosiaalityön kehittämisen välineenä. Kuntoutus 2: 5-16.
- Korkeila J (1998) Perspectives on the public psychiatric services in Finland. Evaluating the deinstitutionalisation process. Väitöskirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Koskisu J (2004) Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki:Edita.
- Koukkari M (2011) Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa Järvikoski A, Lindh J & Suikkanen A (toim) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 220–226.
- Kuula A (2011) Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kärkkäinen J (2004) Onnistuiko psykiatrian yhentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. Tutkimuksia 138. Helsinki: Stakes.
- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Dissertations in Health Sciences 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Laitila M, Nikkonen M & Pietilä A-M (2011) Involvement in mental health and substance abuse work: conceptions of service users. Nursing Research and Practice (vol. 2011, Article ID 672474, 8 pages, 2011. doi:10.1155/2011/672474).
- Lawn S, Smith A & Hunter K (2008) Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: an Australian example of consumer driven and operated service. Journal of Mental Health 17(5): 498-508.

- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J & Slade M (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199: 445-452.
- Lehtinen V, Alanen YO, Anttinen EE, Eerola K, Lönnqvist J, Pylkkänen K & Taipale V (1989) *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Painokaari Oy.
- Länsimies-Antikainen H (2008) Ihmisen tutkimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä: pohdintaa tietoon perustuvasta suostumuksesta. Teoksessa Pietilä A-M & Länsimies-Antikainen H (toim) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopio: Kuopion yliopisto, 91-108.
- Mancini AD (2007) Recovery-oriented practices index: development, use, and role in policy implementation. April 30th, 2007. Scottish Recovery Indicator Conference. Ladattavissa: <http://www.scottishrecovery.net/Scottish-Recovery-Indicator-Conference/View-category.html>. Viitattu 27.12.2013.
- Mancini AD (2008) Self-determination theory: a framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment* 14: 358-365.
- Migdole S, Tondora J, Silva MA, Barry AD, Milligan JC, Mattison E, Rutledge W & Powsner S (2011) Exploring new frontiers: recovery-oriented peer support. Programming in a psychiatric ED. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14: 1-12.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Luettavissa www.finlex.fi.
- Moran GS, Russinova Z, Gidugu V, Yim JY & Sprague C (2012) Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research* 22(3): 304-319.
- NHS Confederation (2012) Supporting recovery in mental health. Briefing 244. London.
- Nikkonen M (1996) Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaipotilaiden avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Nordling E (2007) Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Väitöskirja. Acta Universitas Tampereensis 1245. Tampere: Tampereen yliopisto, psykologian laitos.
- Nordling E, Rauhala L & Sironen A (2008) Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja koskeva kyselytutkimus kolmen maakunnan alueella 2007–2008. Länsi-Suomen lääninhallitus ja Pohjanmaa-hanke. http://www.epshp.fi/files/5608/Mielenterveys-_ja_paihdekuntoutujien_asumispalveluja_koskeva_kyselytutkimus_kolmen_maakunnan_alueella_2007-2008..pdf. Viitattu 10.11.2013.

- Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO & Cook JA (2007) An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(1): 9-22.
- O'Neill K, Thomson A, Laitila M, Stengård E, Logan J & Lassila A (2010) Exploring a regional-level international public mental health partnership between Lanarkshire (Scotland) and South Ostrobothnia (Finland). *Journal of Public Mental Health* 9(4), 42-45.
- Piat M & Lal S (2012) Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35(4): 289–296.
- Pickett SA, Diehl SM, Steigman PJ, Prater JD, Fox A, Shipley P, Grey DD & Cook JA (2012) Consumer empowerment and self-advocacy outcomes in a randomized study of peer-led education. *Community Mental Health Journal* 48:420-430.
- Repper J & Carter T (2011) A review of the literature on peer support in mental health. *Journal of Mental Health* 20(4): 392-411.
- Repper J & Perkins R (2013) The team recovery implementation plan: a framework for creating recovery-focused services. London: Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation.
http://www.nhsconfed.org/Documents/ImROC_briefing6_TRIP_for_web.pdf. Viitattu 28.12.2013.
- Roberts G & Wolfson P (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 37–49.
- Saarni S & Pirkola S (2010) Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. *Duodecim* 126: 2265–2273.
- Salo M (2010) Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Raportti 22/2010. Helsinki:THL.
- Schrank B & Slade M (2007) Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin* 31: 321-325.
- Scottish Executive (2007) Delivering for mental health: the Scottish recovery indicator. Report of conference 30 April 2007. Edinburgh: Scottish Executive.
- Scottish Government (2009) Towards a mentally flourishing Scotland: Policy and action plan 2009–2011. Edinburgh: Scottish Government.
- Scottish Recovery Network (2012a) Key themes of recovery.
<http://www.scottishrecovery.net/Key-themes-of-recovery/key-themes-of-recovery.html>. Viitattu 10.11.2013.
- Scottish Recovery Network (2012b) Scottish Recovery Indicator 2.
http://www.sri2.net/images/files/sri_2_brochure_landscape.pdf. Viitattu 10.11.2013.
- Shepherd G, Boardman J & Slade M (2008) Making recovery a reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

- Shepherd G, Boardman J & Burns M (2009) Implementing recovery: a new framework for organisational change. Position Paper. London: Sainsbury Centre for Mental Health. http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing_recovery_paper.pdf. Viitattu 5.10.2013.
- Shepherd G, Boardman J & Burns M (2010) Implementing recovery: a methodology for organizational change. London: Sainsbury Centre for Mental Health. http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Implementing_recovery_methodology.pdf . Viitattu 5.10.2013.
- Slade M. (2010) Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research* 10:26 (doi:10.1186/1472-6963-10-26).
- Slade M (2013) 100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness. http://www.rethink.org/media/704895/100_ways_to_support_recovery_v2.pdf. Viitattu 27.12.2013.
- Slade M, Amering M & Oades L (2008) Recovery: international perspective. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 17(2): 128-137.
- Smith-Merry J, Freeman R & Sturdy S (2011) Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *International journal of mental health systems* 5(11): 1-12.
- SOTKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>. Viitattu 29.12.2013.
- Stengård E & Nordling E (2011) Psykososiaalisen kuntoutuksen vuosikymmenet ja tulevaisuudennäkymät. Potilaasta ja maatyöläisestä mielenterveystyön asiantuntijaksi. Teoksessa Kärkkäinen A (toim) Tahtoa ja tekemisen paloa. Puheenvuoroja mielenterveystyöstä. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 17–26.
- Stickley T & Wright N (2011) The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part one: a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18: 247–256.
- Swarbrick M, Schmidt LT & Pratt CW (2009) Consumer-operated self-help centers. Environment, Empowerment, and satisfaction. *Journal of Psychosocial Nursing* 47(7): 40-47.
- THL (2010) Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2009. Tilastoraportti 25/2010, 27.10.2010. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2010. Helsinki: THL.
- THL (2013) Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012. Tilastoraportti 26/2013, 24.10.2013. Suomen virallinen tilasto, Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. Helsinki: THL. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110583/Tr26_13.pdf?sequence=1. Viitattu 27.12.2013.

- Tilley S & Cowan S (2011) Recovery in mental health policy: good strategy or bad rhetoric? *Clinical public health* 21(1): 95-104.
- Torrey WC & Wyzik P (2000) The Recovery vision as a service improvement guide for community mental health center providers. *Community Mental Health Journal* 36(2): 209-216.
- Tsai J, Desai RA, Rosenheck RA (2011) Social integration of people with severe mental illness: relationships between symptom severity, professional assistance, and natural support. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 39(2): 144- 157.
- Tuori T (2011) Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. *Suuntaaja* 1/2011, 4-7. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e>. Viitattu 5.10.2013.
- Vähäkangas P (2010) Kohti kuntoutumista edistävää toimintaa - lähijohtamisen näkökulma. *Pro terveys* 5: 20–21.
- Wahlbeck K (2010) Mielenterveyspalvelut Pohjoismaissa. Teoksessa Partanen A, Moring J, Nordling E & Bergman V (toim) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon. Avauksia* 16/2010. Helsinki: THL, 39–43.
- Wahlbeck K & Pirkola S (2008) Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa Ashorn U & Lehto J (toim) *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Stakes, 131–145.
- Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, Oades L & Slade M (2012) Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(11): 1827-1835 (Published online 2012 Feb 10, DOI 10.1007/s00127-012-0484-y).

LIITE 1



Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ja Pohjanmaa-hanke

Asiakaskysely kesäkuu 2012

Taustatiedot

Sukupuoli ___ nainen ___ mies

Ikä ___ vuotta

Koulutus ___ perus/kansakoulu ___ lukio/ammattikoulu
 ___ ammattikorkeakoulu/yliopisto

Sairastamisaika vuonna _____ tai _____ vuotta sitten
(oma arvio)

Kauanko olet käyttänyt mielenterveys- tai päihdepalveluja ___ vuotta
(oma arvio)

Oletko tällä hetkellä asiakkaana

___ asumispalveluissa

___ päivätoiminnassa/kuntoutusohjauksessa/työvalmennuksessa

Väittämät

Arvioi sitä yksikköä (kuntoutuskoti, päivätoiminta, kuntoutusohjaus, työvalmennus), jossa tällä hetkellä olet asiakkaana. Ympyröi se numero, joka parhaiten kuvaa sinun mielipidettäsi. Ympyröi numero 9, jos väittämä ei kosketa sinua tai et osaa sanoa mielipidettäsi.

1	2	3	4	5	9
täysin eri mieltä				täysin samaa mieltä	en osaa sanoa/ ei kokemusta

1. Henkilökunta huomioi fyysisen terveydentilani ja mahdolliset sairauteni.

1	2	3	4	5	9
---	---	---	---	---	---

2. Saan henkilökunnalta apua ja neuvoja raha-asioiden hoitamiseen tai etuisuuksien hakemiseen.

1	2	3	4	5	9
---	---	---	---	---	---

3. Asuntoni ja asuinympäristöni on turvallinen.

1	2	3	4	5	9
---	---	---	---	---	---

4. Olen saanut itse asettaa kuntoutussuunnitelmani tavoitteet.

1	2	3	4	5	9
---	---	---	---	---	---

5. Kuntoutussuunnitelmani tarkistetaan riittävän usein.

1	2	3	4	5	9
---	---	---	---	---	---

6. Saan henkilökunnalta sellaista tukea, joka auttaa minua kuntoutumaan ja selviytymään.

1	2	3	4	5	9
---	---	---	---	---	---

7. Tässä yksikössä yksilölliset tarpeeni otetaan huomioon.

1	2	3	4	5	9
---	---	---	---	---	---

8. Saan tällä hetkellä sellaista apua ja tukea, jota tarvitsen.

1 2 3 4 5 9

9. Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan huomioon vahvuuteni ja voimavarani.

1 2 3 4 5 9

10. Henkilökunta kannustaa minua kokeilemaan uusia asioita.

1 2 3 4 5 9

11. Henkilökunta kannustaa minua osallistumaan erilaisiin toimintoihin (esimerkiksi harrastukset, kansalaisopiston ryhmät, opiskelu, seurakunnan toiminta)

1 2 3 4 5 9

12. Työntekijät kannustavat minua osallistumaan vertaistukiryhmiin.

1 2 3 4 5 9

13. Tässä yksikössä henkilökunta kuuntelee asiakkaiden/kuntoutujien mielipiteitä.

1 2 3 4 5 9

14. Asiakkailla/kuntoutujilla on mahdollisuus vaikuttaa tämän yksikön toimintaan.

1 2 3 4 5 9

15. Tähän yksikköön voitaisiin ottaa töihin entisiä asiakkaita tai kuntoutujia.

1 2 3 4 5 9

16. Perheenjäsenet ja läheiset otetaan mukaan kuntoutumiseni suunnitteluun, jos niin haluan.

1 2 3 4 5 9

17. Henkilökunta on auttanut minua suunnittelemaan tulevaisuutta.

1 2 3 4 5 9

18. Jos vointini huononee, tiedän mistä saan apua.

1 2 3 4 5 9

- 19. Tässä yksikössä henkilökunta vaikuttaa tyytyväiseltä työhönsä.**
- 1 2 3 4 5 9
- 20. Saan henkilökunnalta tarpeeksi tukea.**
- 1 2 3 4 5 9
- 21. Työntekijät uskovat, että mielenterveydenhäiriöistä voi toipua.**
- 1 2 3 4 5 9
- 22. Työntekijät kohtelevat hyvin asiakkaita/kuntoutujia.**
- 1 2 3 4 5 9
- 23. Työntekijät ovat paikalla, kun heitä tarvitaan.**
- 1 2 3 4 5 9
- 24. Henkilökunta on ammattitaitoista.**
- 1 2 3 4 5 9
- 25. Asiakkaat/kuntoutujat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia.**
- 1 2 3 4 5 9

Kiitos vastauksestasi!

LIITE 2

Toiminnan arviointi/työntekijäkysely

Sukupuoli

- Mies
 Nainen

Ikä

(vuotta)

Työkokemus

(vuotta)

Työskentelen

1. Asumispalveluissa
 2. Kuntoutuspalveluissa

Arvioi sitä yksikköä (kuntoutuskoti, päivätoiminta, kuntoutusohjaus, työvalmennus), jossa tällä hetkellä työskentelet. Valitse se numero, joka parhaiten kuvaa sinun mielipidettäsi. Valitse numero 9, jos väittämä ei kosketa sinua tai nykyistä työyksikköäsi tai et osaa sanoa mielipidettäsi.

1 = täysin eri mieltä

5 = täysin samaa mieltä

9 = en osaa sanoa / ei kokemusta

	1	2	3	4	5	9
1. Asiakkaiden/kuntoutujien fyysinen terveydentila ja mahdolliset somaattiset sairaudet otetaan kuntoutuksessa huomioon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Asiakkaat saavat apua ja tukea raha-asioiden hoitamiseen, esimerkiksi etuuksien hakemiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tämä yksikkö on turvallinen ja asianmukainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kuntoutussuunnitelman laadinnassa otetaan aina huomioon asiakkaan/kuntoutujan omat tavoitteet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kuntoutussuunnitelmat tarkastetaan säännöllisesti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Voimme ottaa asiakkaiden/kuntoutujien yksilölliset tarpeet huomioon kuntoutuksen suunnittelussa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tässä yksikössä on mahdollista räätälöidä tuki ja palvelut asiakkaan/kuntoutujan tarpeiden mukaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Asiakkaat/kuntoutujat saavat tässä yksikössä sellaista apua ja tukea, jota tällä hetkellä tarvitsevat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan aina huomioon asiakkaan/kuntoutujan vahvuudet ja voimavarat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Rohkaisemme asiakkaita/kuntoutujia kokeilemaan uusia asioita ja ottamaan riskejä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Asiakkaita/kuntoutujia rohkaistaan ja kannustetaan osallistumaan tämän yksikön ja yhdistyksen ulkopuoliseen toimintaan (esimerkiksi harrastukset, kansalaisopiston ryhmät, opiskelu, seurakunnan toiminta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Asiakkaita/kuntoutujia kannustetaan osallistumaan vertaistukiryhmiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tässä yksikössä on tarjolla vertaistukeen perustuvia ryhmiä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Asiakkaat/kuntoutujat voivat osallistua tämän yksikön toimintaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Asiakkailla/kuntoutujilla on mahdollisuus vaikuttaa tämän yksikön toimintaan ja sen kehittämiseen.
16. Tähän yksikköön voitaisiin palkata työntekijöiksi entisiä asiakkaita tai kuntoutujia.
17. Perheenjäsenet ja läheiset otetaan aina mukaan kuntoutumisen suunnitteluun ja toteutukseen, jos asiakas/kuntoutuja niin haluaa.
18. Asiakkaille/kuntoutujille on laadittu suunnitelma tulevaisuutta varten.
19. Asiakkaita/kuntoutujia tuetaan oireidenhallintaan.
20. Asiakkailla/kuntoutujilla on suunnitelma sen varalle, jos vointi huononee.
21. Tässä yksikössä henkilökunta on tyytyväistä työhönsä.
22. Yhdistyksen johto ja esimiehet arvostavat henkilökuntaa.
23. Henkilökunta saa tarpeeksi tukea työhönsä yhdistyksen johdolta ja esimiehiltä.
24. Uskon, että mielenterveydenhäiriöistä voi toipua.
25. Luotan asiakkaiden/kuntoutujien mahdollisuuksiin kuntoutua.
26. Tässä yksikössä henkilökunta on ammattitaitoista.
27. Tässä yksikössä henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen.
28. Asiakkaat/kuntoutajat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia.

29. Muuta kommentoitavaa

Lähetä

LIITE 3

TUTKIMUSLUPA

Projektipäällikkö, TH Minna Lairila Välttämä 2013:n Pohjanmaa-hankkeesta on hakenut tutkimuslupaa Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toimipisteissä suoritettavaan tutkimukseen. Tutkimuksessa aineisto kerätään asiakkailta ja työntekijöiltä kyselylomakkeilla.

Tutkimuslupa

X myönnetään seuraavin ehdoin. Arvioimissa ja tutkimuksessa noudatetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ehdottomia viihio- ja salassapitosäädöksiä ja henkilötietolakea sekä tutkimuksen eettisiä periaatteita. Manuaalinen ja ATK:lla säilytettävä aineisto tallennetaan ja säilytetään hankkeen toiminta-ajan edellisten säädösten ja periaatteiden velvoittamalla tavalla.

Tutkimuslupaa ei myönnetä.

Päikka SEINÄJOKE

Päivämäärä 19.6.2012

Päättäjä



TIMO HAAPAJA
toimintajohtaja



ETELÄ-POHJANMAAN
SOSIAALIPSYKIATRINEN
YHDISTYS R.Y.

LIITE 4

Tiedote asiakkaalle

Hyvä vastaanottaja!

Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys haluaa kehittää toimintaansa eri yksiköissä siten, että se entistä paremmin vastaisi kuntoutujien ja asiakkaiden tarpeita ja tukisi kuntoutumista. Välittäjä 2013:n Pohjanmaa-hanke on mukana tukemassa tätä kehittämistyötä. Tutkimuksen avulla selvitetään sekä asiakkaiden että työntekijöiden mielipiteitä ja kehittämistarpeita.

Olet saanut tämän kirjeen oman kuntoutusyksikkösi työntekijältä. Toivon, että suostut osallistumaan tutkimukseen. Tutkimusta varten täytät kyselylomakkeen, jossa kysytään mielipiteitäsi erilaisista asioista. Tulen käymään jokaisessa yksikössä ja kerron lisää tutkimuksesta. Tuolloin sinulla on mahdollisuus täyttää lomake, ja jos tarvitset siinä apua, olen paikalla auttamassa.

Tutkimukseen osallistuminen ja kyselylomakkeen täyttäminen on täysin vapaaehtoista eikä vaikuta millään tavalla kuntoutukseesi. Tutkimus on täysin luottamuksellinen ja lomakkeet täytetään nimettöminä. Tämä tarkoittaa sitä, etteivät lomakkeen täyttäneiden nimet tule kenenkään tietoon. Kyselyaineisto tulee vain tutkimus- ja kehittämiskäyttöön ja tutkimuksen valmistumisen jälkeen se hävitetään. Sinulla on koska tahansa oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen.

Terveisin,

Minna Laitila
sairaanhoitaja, TtT, YTM-opiskelija
projektipäällikkö, Välittäjä 2013:n Pohjanmaa-hanke
minna.laitila@seamk.fi
040-8304131

LIITE 5

Hyvä Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen työntekijä!

Tässä kyselyssä selvitetään Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen henkilökunnan näkemyksiä toiminnan sisällöstä eri yksiköissä. Kyselyn tavoitteena on kehittää yhdistyksen toimintaa, mutta samalla testataan myös käytetyn mittarin soveltuvuutta Suomen olosuhteisiin ja palvelujärjestelmään. Kysely pohjautuu pääosin Scottish Recovery Indicator (SRI) -mittariin, mutta sen laadinnassa on hyödynnetty muitakin kansainvälisiä mittareita. Samantyyppinen kysely on suoritettu myös yhdistyksen palveluita käyttäville kuntoutujille.

Lomake sisältää joitain taustatietokysymyksiä sekä 28 väittämää. Väittämiin vastataan asteikolla täysin samaa mieltä (5) - täysin eri mieltä (1). Valitse numero 9, jos et osaa vastata kysymykseen tai jos se ei kosketa työtäsi tai työyksikköäsi. Vastausaikaa on elokuun loppuun saakka.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta vastaamalla kysymyksiin olet mukana kehittämässä Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toimintaa, jotta se entistä paremmin vastaisi kuntoutujien tarpeisiin ja tukisi heidän omaa kuntoutumistaan. Vastaamalla kyselyyn annat samalla suostumuksen osallistumiselle, joten erillistä suostumuslomaketta ei tarvitse allekirjoittaa. Tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan kuntoutustieteen pro gradu -tutkielmassa sekä mahdollisesti myös muissa julkaisuissa.

Pyydämme sinua vastaamaan rehellisesti ja huolellisesti kaikkiin kysymyslomakkeen kysymyksiin. Vastaaminen ei vie kauaa. Tutkimuksessa saadut vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Yksittäisen vastaajan vastauksia ei voida tunnistaa tutkimuksen tuloksista.

Vastuuhenkilönä aineiston keräämisessä toimii projektipäällikkö, TtT, YTM-opiskelija Minna Laitila Välittäjä 2013:n Pohjanmaa-hankkeesta. Jos sinulla on kysyttävää tai kommentoitavaa kyselylomakkeeseen tai tutkimukseen liittyen, hänet tavoittaa sähköpostilla (minna.laitila@seamk.fi) tai puhelimitse (040-8304131).

Kiitos jo etukäteen vastauksestasi!

Projektipäällikkö Minna Laitila
Toiminnanjohtaja Timo Haapoja

Linkki kyselyyn:

LIITETAULUKKO 1

Taulukko 1. Asiakkaiden arviot perustarpeiden tyydyttymisestä (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Henkilökunta huomioi fyysisen terveydentilani ja mahdolliset sairauteni	40,9	34,8	11,4	2,3	-	9,1	1,5
Saan henkilökunnalta apua ja neuvoja raha-asioiden hoitamiseen tai etuisuuksien hakemiseen	34,1	18,2	9,8	5,3	3,8	25,8	3,0
Asuntoni ja asuinympäristöni on turvallinen	65,9	17,4	9,8	-	-	5,3	1,5

Taulukko 2. Asiakkaiden arviot palveluiden yksilöllisyydestä (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Olen saanut itse asettaa kuntoutussuunnitelmani tavoitteet	42,4	32,6	12,1	1,5	2,3	8,3	0,8
Kuntoutussuunnitelmani tarkistetaan riittävän usein	47,0	26,5	13,6	3,0	1,5	7,6	0,8
Saan henkilökunnalta sellaista tukea, joka auttaa minua kuntoutumaan ja selviytymään	44,7	27,3	17,4	3,0	0,8	5,3	1,5
Tässä yksikössä yksilölliset tarpeeni otetaan huomioon	39,4	34,1	15,9	3,8	0,8	5,3	0,8
Saan tällä hetkellä sellaista apua ja tukea, jota tarvitsen	48,5	28,8	13,6	3,0	1,5	3,8	0,8

Taulukko 3. Asiakkaiden arviot palveluiden voimavara- ja resurssien riittävästä (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan	45,5	28,0	12,9	4,5	0,8	7,6	0,8

huomioon vahvuuteni ja voimavarani								
Henkilökunta kannustaa minua kokeilemaan uusia asioita	36,4	28,8	18,9	5,3	0,8	5,3	4,5	

Taulukko 4. Asiakkaiden arviot osallisuuden toteutumisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Tässä yksikössä henkilökunta kuuntelee asiakkaiden/kuntoutujien mielipiteitä	51,5	33,3	3,8	2,3	1,5	5,3	2,3
Asiakkailla/kuntoutujilla on mahdollisuus vaikuttaa tämän yksikön toimintaan	30,3	31,8	16,7	5,3	1,5	11,4	3,0
Tähän yksikköön voitaisiin ottaa töihin entisiä asiakkaita tai kuntoutujia	33,3	13,6	12,9	10,6	4,5	21,2	3,8

Taulukko 5. Asiakkaiden arviot sosiaalisen tuen ja integraation mahdollistumisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Henkilökunta kannustaa minua osallistumaan erilaisiin toimintoihin (esimerkiksi harrastukset, kansalaisopiston ryhmät, opiskelu, seurakunnan toiminta)	28,8	20,5	19,7	6,1	6,1	15,9	3,0
Työntekijät kannustavat minua osallistumaan vertaistukiryhmiin	18,9	18,2	17,4	9,1	9,8	22,7	3,8
Perheenjäsenet ja läheiset otetaan mukaan kuntoutumiseni suunnitteluun, jos haluan	32,6	25,0	12,1	2,3	5,3	18,9	3,8

Taulukko 6. Asiakkaiden arviot palveluiden tulevaisuuteen suuntautumisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Henkilökunta on auttanut minua suunnittelemaan tulevaisuutta	31,8	28,0	16,7	7,6	4,5	8,3	3,0
Jos vointini huononee, tiedän mistä saan apua	58,3	23,5	8,3	1,5	3,0	3,0	2,3

Taulukko 7. Asiakkaiden arviot kuntoutumisen tukemisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Tässä yksikössä henkilökunta vaikuttaa tyytyväiseltä työhönsä	52,3	29,5	7,6	0,8	-	7,6	2,3
Saan henkilökunnalta tarpeeksi tukea	43,9	31,8	13,6	3,8	0,8	3,8	2,3
Työntekijät uskovat, että mielenterveyshäiriöistä voi toipua	34,8	30,3	12,1	1,5	0,8	17,4	3,0
Työntekijät kohtelevat hyvin asiakkaita/kuntoutujia	55,3	28,0	9,8	1,5	-	2,3	3,0
Työntekijät ovat paikalla, kun heitä tarvitaan	47,0	35,6	10,6	2,3	0,8	2,3	1,5
Henkilökunta on ammattitaitoista	59,1	26,5	9,8	0,8	0,8	1,5	1,5
Asiakkaat/kuntoutajat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia	42,4	23,5	15,9	4,5	1,5	10,6	1,5

LIITETAULUKKO 2.

Yhteenvedo asiakkaiden vastauksista. Summamuuttujien keskiarvo, keskihajonta ja Cronbachin alfa sekä yksittäisten muuttujien keskiarvo ja keskihajonta.

Summamuuttuja ja yksittäiset muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta	Summamuuttujan Cronbachin alfa
1. Perustarpeiden tyydyttäminen	4,4	0,6	0,43
<i>Henkilökunta huomioi fyysisen terveydentilani ja mahdolliset sairauteni</i>	4,2	0,7	
<i>Saan henkilökunnalta apua ja neuvoja raha-asoiden hoitamiseen tai etuisuuksien hakemiseen</i>	4,0	1,1	
<i>Asuntoni ja asuinympäristöni on turvallinen.</i>	4,6	0,6	
2. Yksilöllisyys	4,2	0,7	0,81
<i>Olen saanut itse asettaa kuntoutussuunnitelmani tavoitteet.</i>	4,2	0,9	
<i>Kuntoutussuunnitelmani tarkistetaan riittävän usein.</i>	4,2	0,9	
<i>Saan henkilökunnalta sellaista tukea, joka auttaa minua kuntoutumaan ja selviytymään.</i>	4,2	0,9	
<i>Tässä yksikössä yksilölliset tarpeeni otetaan huomioon.</i>	4,1	0,8	
<i>Saan tällä hetkellä sellaista apua ja tukea, jota tarvitsen.</i>	4,2	0,9	
3. Voimavaralähtöisyys	4,1	0,8	0,58
<i>Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan huomioon vahvuuteni ja voimavarani.</i>	4,2	0,9	
<i>Henkilökunta kannustaa minua kokeilemaan uusia asioita.</i>	4,0	0,9	
4. Osallisuus	4,1	0,8	0,59
<i>Tässä yksikössä henkilökunta kuuntelee</i>	4,4	0,8	

asiakkaiden/kuntoutujien
mielipiteitä.

Asiakkailla/kuntoutujilla on
mahdollisuus vaikuttaa tämän
yksikön toimintaan.

3,9

0,9

Tähän yksikköön voitaisiin
ottaa töihin entisiä asiakkaita
tai kuntoutujia.

3,8

1,3

**5. Sosiaalinen tuki ja
integraatio**

3,8

1,1

0,67

Henkilökunta kannustaa
minua osallistumaan erilaisiin
toimintoihin (esimerkiksi
harrastukset, kansalaisopiston
ryhmät, opiskelu,
seurakunnan toiminta).

3,7

1,2

Työntekijät kannustavat
minua osallistumaan
vertaistukiryhmiin.

3,3

1,3

Perheenjäsenet ja läheiset
otetaan mukaan
kuntoutumiseni suunnitteluun,
jos haluan.

4,0

1,1

**6. Tulevaisuuteen
suuntautuminen**

4,1

0,9

0,47

Henkilökunta on auttanut
minua suunnittelemaan
tulevaisuutta.

3,8

1,1

Jos vointini huononee, tiedän
mistä saan apua.

4,4

0,9

**7. Kuntoutumisen
tukeminen ja
voimaantunut
henkilökunta**

4,3

0,6

0,77

Tässä yksikössä henkilökunta
vaikuttaa tyytyväiseltä
työhönsä.

4,4

0,6

Saan henkilökunnalta
tarpeeksi tukea.

4,2

0,8

Työntekijät uskovat, että
mielenterveyshäiriöistä voi
toipua.

4,2

0,8

<i>Työntekijät kohtelevat hyvin asiakkaita/kuntoutujia.</i>	4,4	0,7
<i>Työntekijät ovat paikalla, kun heitä tarvitaan.</i>	4,3	0,8
<i>Henkilökunta on ammattitaitoista.</i>	4,4	0,7
<i>Asiakkaat/kuntoutujat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia.</i>	4,1	1,0

LIITETAULUKKO 3

Taulukko 1. Työntekijöiden arviot perustarpeiden tyydyttymisestä (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Asiakkaiden/kuntoutujien fyysinen terveydentila ja mahdolliset somaattiset sairaudet otetaan kuntoutuksessa huomioon.	51,8	32,1	10,7	3,6	-	1,8	-
Asiakkaat saavat apua ja tukea raha-asoiden hoitamiseen, esimerkiksi etuuksien hakemiseen.	76,8	10,7	8,9	3,6	-	-	-
Tämä yksikkö on turvallinen ja asianmukainen	50,0	25,0	16,1	3,6	1,8	-	-

Taulukko 2. Työntekijöiden arviot palveluiden yksilöllisyydestä (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Kuntoutussuunnitelman laadinnassa otetaan aina huomioon asiakkaan/kuntoutujan omat tavoitteet.	64,3	23,2	3,6	7,1	-	1,8	-
Kuntoutussuunnitelmat tarkastetaan säännöllisesti.	50,0	30,4	5,4	8,9	1,8	1,8	1,8
Voimme ottaa asiakkaiden/kuntoutujien yksilölliset tarpeet huomioon kuntoutuksen suunnittelussa.	48,2	23,2	25,0	1,8	-	1,8	-
Tässä yksikössä on mahdollista räätälöidä tuki ja palvelut asiakkaan/kuntoutujan tarpeiden mukaan.	25,0	50,0	14,3	7,1	1,8	1,8	-
Asiakkaat/kuntoutujat saavat tässä yksikössä sellaista apua ja tukea, jota tällä hetkellä tarvitsevat.	35,7	35,7	14,3	8,9	1,8	3,6	-

Taulukko 3. Työntekijöiden arviot palveluiden voimavaralähtöisyydestä (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan aina huomioon asiakkaan/kuntoutujan vahvuudet ja voimavarat.	57,1	25,0	16,1	1,8	-	-	-
Rohkaisemme asiakkaita/kuntoutujia kokeilemaan uusia asioita ja ottamaan riskejä.	57,1	26,8	12,5	3,6	-	-	-

Taulukko 4. Työntekijöiden arviot osallisuuden toteutumisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Asiakkaat/kuntoutajat voivat osallistua tämän yksikön toimintaan.	66,1	8,9	12,5	1,8	7,1	3,6	-
Asiakkailla/kuntoutujilla on mahdollisuus vaikuttaa tämän yksikön toimintaan ja sen kehittämiseen.	42,9	33,9	10,7	7,1	-	-	-
Tähän yksikköön voitaisiin palkata työntekijöiksi entisiä asiakkaita tai kuntoutujia.	12,5	3,6	14,3	23,2	33,9	12,5	-

Taulukko 5. Työntekijöiden arviot sosiaalisen tuen ja integraation mahdollistumisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Asiakkaita/kuntoutujia rohkaistaan ja kannustetaan osallistumaan tämän yksikön ja yhdistyksen ulkopuoliseen toimintaan (esimerkiksi harrastukset, kansalaisopiston ryhmät, opiskelu, seurakunnan toiminta).	55,4	33,9	8,9	-	1,8	-	-
Asiakkaita/kuntoutujia kannustetaan osallistumaan vertaistukiryhmiin.	28,6	33,9	21,4	3,6	1,8	10,7	-
Tässä yksikössä on tarjolla vertaistukeen perustuvia ryhmiä.	21,4	21,4	14,3	8,9	23,2	10,7	-
Perheenjäsenet ja läheiset otetaan aina mukaan kuntoutumisen suunnitteluun ja toteutukseen, jos asiakas/kuntoutuja niin haluaa.	53,6	17,9	7,1	14,3	3,6	3,6	-

Taulukko 6. Työntekijöiden arviot palveluiden tulevaisuuteen suuntautumisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Asiakkaille/kuntoutujille on laadittu suunnitelma tulevaisuutta varten	46,4	25,0	14,3	8,9	-	5,4	-
Asiakkaita/kuntoutujia tuetaan oireidenhallintaan	39,3	26,8	19,6	8,9	-	5,4	-
Asiakkaille/kuntoutujilla on suunnitelma sen varalle, jos vointi huononee	37,5	23,2	17,9	8,9	3,6	8,9	-

Taulukko 7. Työntekijöiden arviot kuntoutumisen tukemisesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa/ei kosketa minua	Puuttuva tieto
	%	%	%	%	%	%	%
Tässä yksikössä henkilökunta on tyytyväistä työhönsä	35,7	39,3	14,3	3,6	5,4	1,8	-
Yhdistyksen johto ja esimiehet arvostavat henkilökuntaa	21,4	35,7	16,1	7,1	12,5	7,1	-
Henkilökunta saa tarpeeksi tukea työhönsä yhdistyksen johdolta ja esimiehiltä	14,3	32,1	16,1	17,9	16,1	3,6	-
Uskon, että mielenterveydenhäiriöistä voi toipua	35,7	23,2	26,8	8,9	-	5,4	-
Luotan asiakkaiden/kuntoutujien mahdollisuuksiin kuntoutua	35,7	37,5	21,4	3,6	-	1,8	-
Tässä yksikössä henkilökunta on ammattitaitoista	67,9	21,4	7,1	-	1,8	1,8	-
Tässä yksikössä henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen	62,5	17,9	12,5	-	3,6	3,6	-
Asiakkaat/kuntoutujat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia	46,4	33,9	10,7	7,1	1,8	-	-

LIITETAULUKKO 4.

Yhteenvedo työntekijöiden vastauksista. Summamuuttujien keskiarvo, keskihajonta ja Cronbachin alfa sekä yksittäisten muuttujien keskiarvo ja keskihajonta.

Summamuuttuja ja yksittäiset muuttujat	Keskiarvo	Keskihajonta	Summamuuttujan Cronbachin alfa
1. Perustarpeiden tyydyttäminen	4,4	0,7	0,62
<i>Asiakkaiden/kuntoutujien fyysinen terveydentila ja mahdolliset somaattiset sairaudet otetaan kuntoutuksessa huomioon.</i>	4,4	0,8	
<i>Asiakkaat saavat apua ja tukea raha-asioiden hoitamiseen, esimerkiksi etuuksien hakemiseen.</i>	4,6	0,8	
<i>Tämä yksikkö on turvallinen ja asianmukainen</i>	4,2	1,0	
2. Yksilöllisyys	4,2	0,8	0,88
<i>Kuntoutussuunnitelman laadinnassa otetaan aina huomioon asiakaan/kuntoutujan omat tavoitteet.</i>	4,5	0,9	
<i>Kuntoutussuunnitelmat tarkastetaan säännöllisesti.</i>	4,2	1,2	
<i>Voimme ottaa asiakkaiden/kuntoutujien yksilölliset tarpeet huomioon kuntoutuksen suunnittelussa.</i>	4,2	0,9	
<i>Tässä yksikössä on mahdollista räätälöidä tuki ja palvelut asiakaan/kuntoutujan tarpeiden mukaan.</i>	3,9	0,9	
<i>Asiakkaat/kuntoutujat saavat tässä yksikössä sellaista apua ja tukea, jota tällä hetkellä tarvitsevat.</i>	4,0	1,0	
3. Voimavaralähtöisyys	4,4	0,7	0,73
<i>Kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa otetaan aina huomioon</i>	4,4	0,8	

asiakkaan/kuntoutujan
vahvuudet ja voimavarat.

Rohkaisemme

asiakkaita/kuntoutujia

kokeilemaan uusia asioita ja
ottamaan riskejä.

4,4

0,8

4. Osallisuus

3,6

0,9

0,45

Asiakkaat/kuntoutuajat voivat
osallistua tämän yksikön
toimintaan.

4,3

1,2

Asiakkailla/kuntoutujilla on
mahdollisuus vaikuttaa tämän
yksikön toimintaan ja sen
kehittämiseen.

4,0

1,2

Tähän yksikköön voitaisiin
palkata työntekijöiksi entisiä
asiakkaita tai kuntoutujia.

2,3

1,4

**5. Sosiaalinen tuki ja
integraatio**

3,9

0,9

0,80

Asiakkaita/kuntoutujia
rohkaistaan ja kannustetaan
osallistumaan tämän yksikön
ja yhdistyksen ulkopuoliseen
toimintaan (esimerkiksi
harrastukset, kansalaisopiston
ryhmät, opiskelu,
seurakunnan toiminta).

4,4

0,8

Asiakkaita/kuntoutujia
kannustetaan osallistumaan
vertaistukiryhmiin.

3,9

1,0

Tässä yksikössä on tarjolla
vertaistukeen perustuvia
ryhmiä.

3,1

1,5

Perheenjäsenet ja läheiset
otetaan aina mukaan
kuntoutumisen suunnitteluun
ja toteutukseen, jos
asiakas/kuntoutuja niin
haluaa.

4,1

1,3

**6. Tulevaisuuteen
suuntautuminen**

4,0

0,9

0,77

Asiakkaille/kuntoutujille on
laadittu suunnitelma
tulevaisuutta varten.

4,2

1,0

<i>Asiakkaita/kuntoutujia tuetaan oireidenhallintaan.</i>	4,0	1,0
<i>Asiakkailla/kuntoutujilla on suunnitelma sen varalle, jos vointi huononee.</i>	3,9	1,2

7. Kuntoutumisen tukeminen ja voimaantunut henkilökunta **4,0** **0,7** **0,83**

<i>Tässä yksikössä henkilökunta on tyytyväistä työhönsä.</i>	4,0	1,1
<i>Yhdistyksen johto ja esimiehet arvostavat henkilökuntaa.</i>	3,5	1,3
<i>Henkilökunta saa tarpeeksi tukea työhönsä yhdistyksen johdolta ja esimiehiltä.</i>	3,1	1,3
<i>Uskon, että mielenterveydenhäiriöistä voi toipua.</i>	3,9	1,0
<i>Luotan asiakkaiden/kuntoutujien mahdollisuuksiin kuntoutua.</i>	4,1	0,9
<i>Tässä yksikössä henkilökunta on ammattitaitoista.</i>	4,6	0,8
<i>Tässä yksikössä henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen.</i>	4,4	1,0
<i>Asiakkaat/kuntoutujat ja henkilökunta ovat tasa-arvoisia.</i>	4,2	1,0
