

Jari Koskisuu

Usko, toivo, tavoitteet

Kyselytutkimus mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen  
henkilökunnan käsityksistä kuntoutumisesta

Tekijä(t) Otsikko	Jari Koskisuu Usko, toivo, tavoitteet – kyselytutkimus mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen henkilökunnan käsityksistä kuntoutumisesta.
Sivumäärä Aika	76 sivua + 8 liitettä 15.9.2016
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Kuntoutuksen päivityskoulutus
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaaja(t)	Opettaja Anja Sario Koulutuspäällikkö Helena Launiainen
<p>Opinnäytetyö toteutettiin Mehiläinen kuntapalveluiden asumispalveluissa, kuntouttavan palveluasumisen yksiköissä. Opinnäytetyön lähtökohtana on palveluasumisen yksilöllistä kuntoutumista tukevan sisällön kehittäminen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on palveluasumisen sisällön ja henkilöstön kehittäminen. Työn tavoitteena on saada tietoa kuntouttavan palveluasumisen henkilökunnan käsityksistä kuntoutumisen käsitteestä. Työssä on kuvattu kuntoutumisen käsitteen teoreettisia lähtökohtia mielenterveyskuntoutuksessa ja tarkasteltu niitä suhteessa toimintaterapian perusolettamuksiin.</p> <p>Tutkimus toteutettiin käyttämällä Yalen yliopistossa kehitettyä Recovery Knowledge Inventorya (RKI) joka koostuu 20 väittämästä joihin vastataan käyttämällä viisiportaista Likertin asteikkoa.. Väittämät latautuvat neljälle eri kuntoutumisen ulottuvuudelle. Roolit ja vastuut kuntoutumisessa, kuntoutumisen epälineaarisuus, itsen määrittely &amp; vertaisten merkitys ja odotukset kuntoutumiselle. Tutkimusinstrumentti käännettiin suomeksi Tuloksista ilmoitetaan osioiden vastauksien numeroarvojen keskiarvo. Lisäksi vastaajia pyydettiin määrittelemään omin sanoin kuntoutumisen käsite.</p> <p>Kysely lähetettiin 102 kuntouttavan palveluasumisen työntekijälle sähköpostitse. Vastausprosentti oli 76. Tuloksia tarkastellaan myös suhteessa kulutustaustaan ja työssäoloaikaan. Tuloksista nousee esille henkilökunnan vahvuudet (roolit ja vastuut kuntoutumisessa , itsen määrittelemisen ja vertaisten merkitys) ja kehitettävät alueet (kuntoutumisen epälineaarisuus ja kuntoutumiseen liittyvät odotukset).</p> <p>Henkilökunnan koulutuksessa tulee jatkossa kiinnittää huomiota kuntoutumisen yksilöllisyyteen, oireilun ja kumoutumisodotusten väliseen suhteeseen, kuntoutuksen tavoitteellisuus ja kuntoutusympäristön laajempi merkitys.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia tullaan hyödyntämään henkilöstön koulutuksessa ja laatutyöskentelyssä.</p>	
Avainsanat	Kuntoutuminen, mielenterveyskuntoutus, asumispalvelut, RKI

Author(s) Title Number of Pages Date	Jari Koskisuu Hope, Faith and Goal setting. A questionnaire survey about knowledge of psychiatric residential care staff to the concept of recovery 76 pages + 8 appendices 15.5.2024
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor(s)	Anja Sario, Senior lecturer Helena Launiainen, Head of Degree Programme
<p>This research study was performed at the psychiatric residential care services of Mehiläinen Group, Municipal services. The purpose of this study is to develop the content and knowledge base of rehabilitation services and staff development. The aim of the study is to gather information and assess the residential care staff knowledge and attitudes about the concept of recovery. The basic theoretical concepts of recovery are described and reflected upon to basic assumptions and concepts of occupational therapy.</p> <p>Study was performed as a questionnaire survey by using Recovery Knowledge Inventory (RKI) that has been developed at Yale University. The questionnaire was translated into Finnish. RKI consists of 20 items, statements about different domains to the concept of recovery. The items are graded by using Likert style response format ranging from 1 to 5. The underlying dimensions of the statements are: a) roles and responsibilities in recovery, b) non-linearity of recovery process, c) role of self-definition and peers and d) expectations regarding recovery. The results are reported as mean score of answers in every dimension. The staff was also asked to define the term "recovery with their own terms.</p> <p>The questionnaire was sent to the staff (n= 102) of 12 residence care units by email. 75 % of them answered the survey. The results are reviewed also in relation to professional background and length of work history. The results show that the strength of staff reside with dimensions "Roles and responsibilities in recovery" and "Role of self-definition &amp; peers". The knowledge and attitudes about the dimensions "Non-linearity of recovery process" and "Expectations regarding recovery" need to be developed.</p> <p>In staff training and development the emphasis in the future should be in 1) the highly personal nature of the process of recovery, 2) the connection between symptoms and expectation regarding recovery, 3) goal orientatedness of rehabilitation and 4) the significance of social environment. The results shall be utilized in staff training and quality assurance.</p> <p>Recovery, m</p>	
Keywords	Recovery, mental health, residential care, RKI

## Sisälllys

<b>1. Johdanto</b>	1
<b>2. Mielen­terveys­kuntoutujien palveluasuminen</b>	3
2.1. Kuntouttava palveluasuminen	3
2.2. Kuntouttavan palveluasumisen kehittämishaasteet	6
<b>3. Mehiläinen Kuntapalvelut</b>	8
3.1. Mehiläinen Kuntapalveluiden kokonaisuus	10
3.2. Mehiläinen kuntapalvelut ja kuntouttava palveluasuminen	10
<b>4. Kuntoutumisen käsite mielen­terveystyössä</b>	12
4.1. Kuntoutuminen kuntoutujien kokemuksena	15
4.2. Kuntoutuminen vuorovaikutussuhteena ympäristön kanssa	18
4.3. Toimintamahdollisuudet ja toiminnallinen oikeudenmukaisuus	22
<b>5. Kuntoutumisen tukeminen</b>	26
5.1. Kuntoutuminen arjen toimintoina	28
5.2. Kuntoutumisen epälineaarisuus	30
5.3. Henkilökunnan tehtävistä kuntoutumisen tukemisessa	31
5.4. Kuntoutumisen käsite ja mielen­terveys­palveluiden kehittäminen	36
5.5. Pätevyys kuntoutumisen tukemisessa	39
<b>6. Tutkimus mielen­terveys­kuntoutujille suunnatun kuntouttavan palveluasumisen henkilökunnan käsit­yksistä kuntoutumisesta</b>	41
6.1. Recovery Knowledge Inventory- tutkimusinstrumentti	41
6.2. Tutkimusinstrumentin kääntäminen	45
6.3. Otos ja taustakysymykset	48
6.4. Tutkimusprosessi	49

<b>7. Tulokset</b>	51
7.1. Vastaajat	51
7.2. Kyselyn tulokset: kaikki vastaajat	52
7.3. Kyselyn tulokset koulutusaloittain	56
7.4. Kyselyn tulokset psykiatrisissa asumispalveluissa työssäoloajan mukaan	58
7.5. Kuntoutumisen käsitteen määrittelyä	58
7.6. Palaute tutkimusinstrumentin käännöksestä ja väittäminen ymmärrettävyydestä	63
<b>8. Johtopäätökset</b>	65
<b>9. Pohdinta</b>	68
<b>Lähteet</b>	72
<b>Liitteet</b>	
Liite 1: Recovery Knowledge Inventory	
Liite 2: Recovery Knowledge Inventory kyselylomake	
Liite 3: Recovery Knowledge Inventory käyttö lupa Yalen yliopistosta	
Liite 4: Taustakysymykset	
Liite 5: Saatekirje kyselyyn vastaajille	
Liite 6: Saatekirje esimiehille	
Liite 7: Pyyntö henkilökunnan sähköpostiosoitteista	
Liite 8: Kuntoutumisen käsitteen määrittelyn yhteenvetoa	

## 1. Johdanto

Työskentelen kehityspäällikkönä Mehiläinen kuntapalveluiden asumispalveluissa ja vastuualueenani on psykiatristen asumispalveluiden sisällön kehittäminen. Mehiläinen kuntapalvelut on laajentunut viime vuosina voimakkaasti ja yhtenä työn tavoitteena on yhteisten käytäntöjen ja ajattelutapojen luominen toimintayksiköihin osana laatuprosessityötä. Mehiläinen konsernin arvoissa korostuu asiantuntijuus, joka tarkoittaa ammattitaidon- ja osaamisen lisäksi sitoutumista työn jatkuvaan kehittämiseen ja työssä oppimiseen. Kummastakin lähtökohdista henkilökunnan koulutus on keskeisessä asemassa – koulutus on yksi tapa luoda yhteisiä toimintakäytäntöjä ja yhteistä ajattelua ja se on yksi laadun rakentamisen kulmakivistä.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittäminen on myös valtakunnallisesti ajankohtaista. Mieli 2000 työryhmän ehdotukset päihde- ja mielenterveyshäiriöiden kehittämiseksi vuoteen 2015. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) edellyttävät että vuonna 2007 julkaistut mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämissuositukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) otetaan asumispalveluiden arvioinnin, kehittämisen ja valvonnan lähtökohdaksi. Kehittämissuositukset edellyttävät kuntoutuksen yksilöllistä suunnittelua, yhteistoimintaa ja palvelun jatkuvaa kehittämistä kuntoutujalähtoisemmäksi. Keinoina näihin tavoitteisiin pääsemiseksi nähdään henkilökunnan koulutus, työnohjaus ja tuki.

Kuntoutuksen yksilöllisyyden ja kuntoutujalähtöisyyden lisäämisen vaatimus nostaa esille kuntoutumisen käsitteen teoreettisen tarkastelun. Jos palvelun tavoitteena on yksilöiden kuntoutumisen tukeminen niin millaista ilmiötä olemme tukemassa? Mitä kuntoutuminen vakavasta mielenterveysongelmasta sisältää, millaisia ulottuvuuksia sillä on ja miten kuntoutumista voisi parhaiten tukea?

Oma kiinnostukseni kuntoutumisen käsitettä kohtaan on alkanut yli viisitoista vuotta sitten kun työskentelin Mielenterveyden keskusliitossa ja altistuvin kun-

toutumisen (recovery) käsitteen lähinnä yhdysvaltalaiselle tutkimukselle. Sen jälkeen olen kouluttanut, kirjoittanut ja pohtinut käsitettä suhteessa eri toimintaympäristöihin ja kohderyhmiin. Palveluasumisen määrällisesti laajuudesta huolimatta (vuonna 2010 n. 7100 mielenterveyskuntoutujaa Suomessa asui erilaisissa palveluasumisen muodoissa) kuntoutumisen käsitettä asumispalveluissa ei ole juuri tutkittu. Oman työni ja toimenkuvani lähtökohdista oli tarkoituksenmukaista lähteä tutkimaan kuntoutumisen käsitettä palvelukotien henkilökunnan käsitysten ja ajatusten kautta. Opinnäytetyön tarkoituksena tukea on Mehiläinen kuntapalveluiden henkilökunnan työtä ja osaamista koulutussisältöjä kehittämällä. Työn tavoitteena on saada tietoa henkilökunnan käsityksistä liittyen kuntoutumiseen. Tutkimuksen tulokset tullaan hyödyntämään koulutussuunnittelussa,

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä on Yalen yliopistossa kehitetty kyselylomake "Recovery Knowledge Inventory" , RKI. Opinnäytetyö koostuu kuntoutumisen käsitteen teoreettisesta jäsennyksestä, tutkimusinstrumentin käännöksestä, kyselyn toteuttamisesta kuntouttavan asumispalvelun henkilöstölle, tulosten raportoinnista ja tulkinnasta. Ja toimenpide-ehdotuksista liittyen koulutussisältöihin.

Luvussa 4 käsittelen kuntoutumisen käsitettä kuntoutujien kokemusten, kuntoutusympäristön ja kuntoutuspalveluiden kehittämisen näkökulmasta ja luvussa 5 pohdin eri näkökulmia kuntoutumisen prosessin tukemiseen. Luvuissa 6 ja 7 kuvaan tutkimusprosessin mukaan lukien tutkimusinstrumentin kääntämisen ja keskeiset tulokset.

Toimintaterapian opinnäytetöissä yleensä tarkastellaan jotakin ilmiötä tai ongelmaa toimintaterapiateorioiden kautta. Tässä työssä otan tietoisesti riskin ja tarkastelen toimintaterapiaa kuntoutumisen käsitteen "läpi". Työn lähtökohtana on kuntoutumisen ("recovery") teoreettinen käsitteen määrittely johon peilaan toimintaterapian ajattelua. Työn pohdinnassa toivon voivani koota yhteen ajatuksia siitä miten toimintaterapia suhteutuu kuntoutumisen teoreettiseen ajatteluun ja mitä annettavaa toimintaterapialla mielestäni voisi olla mielenterveystyölle tästä näkökulmasta tarkasteltuna.

## **2. Mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen**

Kunnan on järjestettävä palveluasuminen vaikeavammaiselle henkilölle, joka ei ole jatkuvan laitoshoidon tarpeessa (vammaispalvelulain 8 §). Henkilöä pidetään vaikeavammaisena, jos hän vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsee toisen henkilön apua päivittäisissä toiminnoissa suoriutuakseen jatkuvaluonteisesti, vuorokauden eri aikoina tai muutoin erityisen runsaasti (vammaispalveluasetus 11 §). Palveluasuminen on kunnan erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluva palvelu eikä sitä voida evätä kunnan määrärahojen puutteen perusteella. Kunnalla on erityinen velvollisuus järjestää myös vaikeavammaisiksi katsottavien mielenterveyshäiriötä potevien henkilöiden tarvitsema palveluasuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007: 15.)

Mielenterveyskuntoutujia ei ole yleensä laskettu vaikeavammaisiksi vammaispalvelulain mukaisessa merkityksessä mutta Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuoteen 2015 toteaa, että kunnilla on erityinen velvollisuus järjestää myös vaikeavammaisiksi katsottavien, mielenterveyden häiriötä potevien ihmisten palveluasuminen. Suunnitelmassa todetaan että kuntoutus- ja vammaislainsäädännössä ja sen tulkinnassa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien etujen tulee olla samat. (Kettunen 2011: 19.)

Mielenterveyskuntoutujien oikeus asumispalveluihin on vahvistettu Mielenterveyslain 5§:ssä, jossa todetaan että mielenterveyskuntoutujille on järjestettävä mahdollisuus tämän tarvitsemaan sosiaaliseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kun siitä on laissa säädetty.(Kettunen 2011:18).

### **2.1. Kuntouttava palveluasuminen**

Mielenterveysongelmaiset ja psyykkisesti sairaat kuuluvat asumisen erityisryhmiin, koska psyykkisen toimintakyvyn aleneminen voi hoitamattomana johtaa sosiaalisen toiminnan vaikeutumiseen, arjen asioiden hoitamatta jät-



tämiseen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Pelkkä asunnon järjestäminen ei riitä syrjäytymisen ehkäisemiseksi vaan tarvitaan hoidollista ja sosiaalista tukea. Asumisratkaisuilla pyritään vaikuttamaan kuntoutujan elinolosuhteisiin siten että ne edistävät kuntoutumista ja terveyttä. (Paasu 2005: 27-30.)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskeva kehittämissuositus jakaa asumispalvelut kolmeen ryhmään kuntoutujan tuen tarpeen ja asumismuodon perusteella. *Tuettu asuminen* edustaa itsenäisintä asumisen muotoa: kuntoutuja asuu joko yksityisasunnossaan tai sitä vastaavassa kunnan järjestämässä tukiasunnossa. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen järjestetään tarkoitukseen varatuissa asumispalveluyksiköissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:14.) Koska termiä ”palveluasuminen” käytetään usein tarkoittaessa kaikkia asumisen muodon ja tuen muotoja, tässä työssä käytetään termejä ”*tuettu asuminen*”, ”*kuntouttava palveluasuminen*” ja ”*tehostettu palveluasuminen*” selkeyden vuoksi.

”Palveluasumisessa kuntoutuja tarvitsee intensiivistä ja pitkäjänteistä kuntoutusta mielenterveysongelmansa vuoksi sekä omatoimisuuden ja asumisen tiivistä harjoittelua. Palveluasuminen on usein yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa ja kuntoutusmetodista riippuen myös tavallista palveluasumista itsenäisessä asunnossa. Henkilöstöä on paikalla päivisin. Puhelinpäivystys toimi ympärivuorokautisesti.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 15.)

Kaikessa palveluasumisessa toiminnan painopisteenä on ”monipuolinen kuntoutus ja asiakkaan toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden vahvistaminen”. Kuntouttava toiminta palveluasumisessa koostuu itsenäistä asumista tukevien taitojen (lähinnä päivittäisten tointen) harjoittamiseen. Ohjaukseen tavoitteena on tukea itsenäistä päätöksentekoa, omien asioiden hoitoa ja selviytymistä myös asumisyksikön ulkopuolella. Pelkän asumisen ja siihen liittyvän valmennuksen ei katsota riittävän kuntoutuksen koko sisällöksi vaan kuntoutujille tulisi olla ainakin tarjolla mahdollisuus päivä- tai työtoimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:15-18.)

Tämä palveluasumisen määritelmä ei käytä kuntoutumisen käsitettä vaan korostaa mielenterveysongelman takia syntyvää palvelutarvetta ja toisaalta

määrittelee kuntouttavan asumispalvelun kuntoutuksen tavoitteena olevan mahdollisimman laajan itsenäisyyden asteen saavuttamisen. Palveluiden keskeinen sisältö liittyy taitojen ja valmiuksien harjaannuttamiseen. Työntekijöiden rooli nähdään käytännön asioiden hoitoa ohjaavana ja harjoittavana.

Kuntouttavassa palveluasumisessa henkilöstöä tulee olla vähintään 0,30 työntekijää kuntoutujaa kohti. Yksikön vastaavalla työntekijällä tulee olla mielenterveystyöhön soveltuva vähintään AMK- tai opistotasoinen sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus (esimerkiksi sosiaalihjaaja tai sairaanhoitaja). Muulla henkilöstöllä on lähihoitaja- tai mielenterveyshoitajatutkinto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 20.) Käytännössä henkilökunnasta vähintään 1/3:lla tulee olla ammattikorkeakoulu- tai opistotasoinen terveydenhuollon tai sosiaalialan tutkinto.

Palveluasumisen määrä on ollut viimeisen kymmenen vuoden aikana kasvussa. Kun psykiatrisen sairaanhoidon hoitopäivien määrä on laskenut koko 2000-luvun, on palveluasumisessa asuvien mielenterveyskuntoutujien määrä samassa ajassa noussut n. 3000:sta (vuonna 2000) n. 7100:een asukaaseen vuonna 2009. (Kettunen, 2011: 25-26.)

Palveluasumisen mielenterveyskuntoutujille kustantaa lähes poikkeuksetta kunta. Kunnat ostavat suurimman osan mielenterveyskuntoutujien palveluasumisesta yksityisiltä palvelutuottajilta; yrityksiltä, säätiöiltä tai järjestöiltä. Yksityisten sosiaalipalveluiden tilastoraportin mukaan vuonna 2010 asui yksityisten palvelutuottajien järjestämässä palveluasumisessa 6075 mielenterveyskuntoutujaa. Yritysten osuus yksityisesti järjestetystä palveluasumisesta on noin 75 % ja järjestöjen 25 %. Suurin osa yksityisesti järjestetystä palveluasumisesta on luonteeltaan ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista. Palvelukodeissa tapahtuvan asumisen lisäksi yksityiset palvelutuottajat vastasivat 2250 mielenterveyskuntoutujan tukiasumisesta ja/tai kotikuntoutuksesta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Taulukko 1: Yksityisten sosiaalipalveluiden asumispalveluiden asukkaat: mielenterveyskuntoutujat 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Yksityiset sosiaalipalvelut tilastoraportti 2010, liitetaulukko 4)

<b>Asumismuoto</b>	<b>Yritykset n= 300</b>	<b>Järjestöt n= 72</b>	<b>Kaikki n=372</b>
<b>Tehostettu palveluasuminen (24h)</b>	3608	932	4540
<b>Kuntouttava palveluasuminen</b>	1015	520	1535
<b>Yhteensä</b>	<b>4623</b>	<b>1452</b>	<b>6075</b>

Kettusen (2011: 26) selvityksen mukaan vuonna 2009 psykiatrisista sairaaloista uloskirjoitetuista n. 4300 ihmisestä 37 % siirtyi jonkinlaisen asumisen tuen tai palveluasumisen piiriin.

## 2.2. Kuntouttavan palveluasumisen kehittämishaasteet

Kunnat määrittelevät omassa toiminnassaan, tarjouskilpailuissa ja ostopalvelusopimuksissa sosiaali- ja terveyspalveluiden laatutason. ”Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010” -selvityksen aineiston kunnista yli puolet (57 %) käyttää mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä asumispalveluiden laatusuositusta. (Kettunen 2011: 35.)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämissuosituksissa mielenterveyskuntoutujan palveluiden laadun kehittämiseksi edellytetään palveluiden riittävyttä ja tarpeisiin vastaavuutta, yhteistyötä eri tahojen välillä, yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatimista jokaiselle mielenterveyskuntoutujalle ja kuntoutussuunnitelman tarkastamista vuosittain. Mielenterveyskuntoutujan asumisen ja kuntouttavien palveluiden tulisi muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jossa asumispalveluihin liitetään kuntouttavat palvelut. Asumismuoto ja palvelut suunnitellaan kuntoutujalähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Kuntoutujan toimintakykyä pyritään parantamaan tai säilyttämään yksilöllisten tarpeiden mukaan. Mielenterveyskuntoutujia aktivoidaan osallistumaan yhteiskuntaan ja laajentamaan sosiaalista verkostoaan. Heille tulee tarjota myös mahdollisuuksia kuntouttavaan työtoimintaan,

opiskeluun ja myöhemmin työelämään siirtymiseen. Kuntoutujalähtöisiä kuntoutusmuotoja tulee lisätä ja kehittää. Näitä ovat mm. arkielämässä selviytymisen tukimuodot, psykoterapeuttiset hoidot, ryhmäkuntoutus, koulutus, perheiden tukeminen sekä vertaistuki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 22-24).

Suositukset kohdistuvat viidelle kehittämisalueelle, joille on määritelty kunkin alueen toteutumista kuvaavia osoittimia:

1. Palvelut järjestetään suunnitelmallisesti eri toimijoiden välisenä yhteistyönä
2. Asumispalveluihin liitetään kuntouttavat palvelut
3. Laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutumista
4. Henkilöstön määrä ja osaaminen määräytyvät kuntoutujien tarpeiden mukaan
5. Palvelujen suunnittelua ja valvontaa kehitetään.

Esimerkiksi suosituksessa todetaan mm. että henkilöstön määrää, ammattirakennetta, osaamisen tasoa ja jaksamista seurataan ja arvioidaan jatkuvasti kuntoutujien tarpeiden ja yksikön toiminnallisen kokonaisuuden kannalta. Henkilöstö tulee saada sekä työnohjausta ja täydennyskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:23.) Markku Salon (2009:40) mukaan erityisesti tulisi kehittää palveluasumisen henkilöstön osaamista, työmenetelmiä, tavoitteita ja määrää joustavasti suhteessa kuntoutujien vaihteleviin ja muuttuviin tarpeisiin.

”Suunnitelma mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) toteaa että mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuositus tulee ottaa käytäntöön mielenterveyskuntoutujien palveluita tilattaessa, hankittaessa toteutettaessa ja valvottaessa. Lisäksi tarvitaan myös pitkäjänteistä, kuntoutukseen painottuvaa, eri toimijoiden, kuntoutujien ja heidän omaistensa yhdessä suunnittelemaa ja yhdessä arvioitavaa kehittämistyötä.

Kehittämishaasteista nousevat esille kuntoutujien sijoittuminen asumispalveluihin ja asumismuodon tarkoituksenmukaisuus, tuen määrän ja sisällön joustaminen kuntoutujan tarpeiden muuttuessa ja/tai kuntoutumisen edetessä. Siirtymistä vähemmän tuettuihin asumismuotoihin pitäisi helpottaa monipuolistamalla tuen laatua. Erityinen haaste on sovittaa asukkaiden hoidon ja hoivan tarpeet yhteen kuntouttavan, asukkaiden itsenäisyyttä ja omatoimisuutta tukevan työotteen kanssa. (Kettunen 2011; 60.)

Mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisen ja asumispalveluiden vaikuttavuuden arvioinnissa tulisi kehittää pitemmän ajan arviointimenetelmiä joilla voidaan tunnistaa kuntoutumista edistäviä ja hidastavia tekijöitä. Kuntoutujien toimintakyvyn arvioinnissa kiinnitetään liikaa huomiota toimintarajoitteisiin, jotka ilmenevät satunnaisesti arvioinnin hetkellä. (Kettunen 2011: 74, 86.)

Palvelukokonaisuuteen kuuluva toiminta tulisi olla kuntoutujalähtöistä ja joustavaa. Huolehditaan kuntoutujien sijoittumisesta kuntoutumisen kannalta tarkoituksenmukaisimpaan asumismuotoon ja palvelujen käyttöön. Omassa kodissaan asuville kuntoutujille tulee tarjota riittävien asumista tukevien palvelujen ohella mahdollisuus osallistua kuntouttaviin palveluihin. Vaikeasti toimintarajoitteisten kuntoutujien mahdollisuuksia laadukkaaseen elämään edistetään tarpeenmukaisilla palveluilla ja yksityisyyden, yhteisöllisyyden ja osallisuuden tarjoavalla asuinympäristöllä. Kuntoutujia tulee aktivoita osallistumaan ympäröivään yhteiskuntaan. Kuntoutujille tarjotaan mahdollisuus osallistua kuntouttavaan työ- tai päivätoimintaan. (Nordling \_ Rauhala – Siironen 2008: 54–55.) Tässä näkökulmassa kuntoutuminen nähdään prosessina jonka ympäristö mahdollistaa ja joka toteutuu myös suhteessa kuntoutujan elämän eri ympäristöihin.

### **3. Mehiläinen Kuntapalvelut**

Mehiläinen-konserni on Suomen suurimpia yksityisten terveys- ja sosiaalipalveluiden tuottaja. Konserni toimii laajasti yksityisrahoitteisten terveyspalveluiden

ja julkisrahoitteisten terveys- ja sosiaalipalveluiden markkinoilla. Tällä hetkellä (syyskyy 2011) Mehiläisen valtakunnalliseen palveluverkoston yksityisrahoitteisissa terveyspalveluissa kuuluu yhteensä 23 lääkärikeskusta, palveluverkosta täydentävät työterveysasemat ja yhdeksän (9) sairaalaa. Mehiläinen on ollut vuodesta 2006 lähtien osa Ambea-konsernia. Ambea-konserniin kuuluvat Mehiläisen lisäksi Ruotsissa ja Norjassa toimivat Carema Care ja Carema Sjukvård. Mehiläinen ja Carema muodostavat yhdessä kokonaisuuden, joka on Pohjoismaiden suurin yksityinen terveydenhuolto- ja hoivapalveluyritys ja jossa työskentelee yli 10300 henkilöä. (Mehiläinen 2011a.)

Mehiläinen-konserni julkisti uudet toimintaansa ohjaavat arvot 2011. Arvot korostavat osaamista ja toiminnan korkeaa laatua. Arvoiksi nimettiin asiantuntijuus, vastuullisuus ja ainutlaatuisuus. **Asiantuntijuus** tarkoittaa vahvan ammattitaidon lisäksi asiantuntijuus tarkoittaa osaamisen ja kokemusten jakamista sekä yhdessä tekemistä asiakkaan parhaaksi. Työnantajana Mehiläinen kannustaa jatkuvaan tietojen ja taitojen kehittämiseen sekä työssä oppimiseen. Toimintamalleja tulee haastaa jatkuvasti vaikuttavuuden varmistamiseksi. **Vastuullisuus** määritellään vastuun kantamiseksi toiminnasta, asiakkaista ja työyhteisöstä. Työpaikkana Mehiläinen haluaa luoda hyvät edellytykset onnistumisille. Annetut palvelulupaukset tulee pitää. **Ainutlaatuisuus** liittyy toiminnan kehittämiseen hyödyntäen organisaation vahvuuksia yhdessä henkilöstön, asiakkaiden, yhteistyökumppaneiden ja sidosryhmien kanssa. Toiminnan tavoitteena on luoda koko toimialaa uudistavia palvelukokonaisuuksia. (Mehiläinen 2011b.)

Mehiläisen palveluiden ja tuotteiden laatua kehitetään jatkuvan parantamisen periaatteella, ISO 9001 laatustandardin pohjalta. Laadun tuottamisvastuu on jokaisella Mehiläisessä työskentelevällä. Mehiläisen laatutavoitteina ovat täyttää asiakkaiden odotuksia, tarpeita ja vaatimuksia, lisätä työtyytyväisyyttä ja turvallisuutta ja luoda yhteistä tapaa toimia. (Mehiläinen 2011c.)

### **3.1. Mehiläinen Kuntapalveluiden kokonaisuus**

Kuntien uudelleen järjestäessä palvelutuotantoon, Mehiläinen on mukana kehittämässä terveys- ja hoivapalvelujen yhteistyömuotoja yksityisen ja julkisen sektorin välille. Mehiläinen Kuntapalvelut on rakennettu kuntien, sairaanhoitopiirien ja muiden julkisten laitosten yhteistyökumppaniksi. Vuonna 2007 Mehiläinen otti hoitaakseen Karjaan perusterveydenhuollon ja kotihoidon. Ensimmäinen ikääntyvien hoivayksikkö avautui 2005. Asumispalvelut laajenivat merkittävästi vuosina 2009 ja 2010 jolloin Mehiläinen hankki merkittävän osan nykyisistä palveluyksiköistään lastensuojelussa, mielenterveyspalveluissa ja ikääntyvien palveluissa. (Pesonen 2009; 197-199.)

Julkisrahoitteisilla markkinoilla Mehiläinen-konserniin kuuluu tällä hetkellä (2011) kahdeksan (8) vanhusten hoivakotia, 12 lastensuojeluyksikköä, 21 mielenterveyskuntoutuksen yksikköä (28 eri palvelukotia) sekä kehitysvamma- ja vammaispalveluyksiköitä. Mehiläinen tuottaa edelleen Raaseporin kaupungin alueella Karjaan perusterveydenhuollon ja kotihoidon palvelut. Kesällä 2009 avattiin Suomen ensimmäinen yksityinen lastenpsykiatrinen sairaala Hyvinkäällä. (Mehiläinen 2011a.)

Mehiläinen Kuntapalvelut on jakautunut neljään palvelukokonaisuuteen:

- 1) Perusterveydenhuollon palvelut
- 2) Lastensuojelupalvelut
- 3) Kotihoito ja hoitajien sijaispalvelut
- 4) Asumispalvelut
  - mielenterveyskuntoutus
  - ikääntyvien palvelut
  - vammaispalvelut

(Mehiläinen 2001a)

### **3.2. Mehiläinen Kuntapalvelut ja mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen**

Mehiläinen Kuntapalveluilla on 21 eri mielenterveysyksikköä 18 paikkakunnalla. Palvelukoteja on yhteensä 28 (yhdessä yksikössä voi olla useampia

palvelukoteja joilla erilainen kohderyhmä, palveluprofiili ja henkilöstörakenne). Lisäksi mielenterveysyksiköiden yhteydessä toimii kahdeksan työkeskusta.

Taulukko 2: Mehiläinen Kuntapalvelut: asumispalvelut, mielenterveyskuntoutus. Asumispalveluyksiköt tuen määrän mukaan sekä asukaspaikkojen määrä. Tilanne 21.8.2011

<b>Asumispalvelu</b>	<b>Yksiköiden lukumäärä ja sijaintikunnat</b>	<b>Asukaspaikat</b>
<b>Vaativa tehostettu asumispalvelu</b> <sup>(1)</sup>	2 Vantaa, Äänekoski	33
<b>Tehostettu asumispalvelu</b>	13 Vantaa, Mäntsälä, Järvenpää, Heinola, Lappeenranta, Uurainen, Laukaa, Äänekoski, Kauhava, Kuhmo	279
<b>Kuntouttava asumispalvelu</b>	13 Helsinki, Vantaa, Vihti, Hyvinkää, Hämeenlinna, Lahti, Hausjärvi, Janakkala, Kajaani	419
<b>Tuettu asuminen</b> <sup>(2)</sup>	6 Helsinki, Vantaa, Hyvinkää, Hämeenlinna, Äänekoski, Uurainen	39
<b>Yhteensä</b>	<b>28 *</b>	<b>770</b>

<sup>(1)</sup> Vaativa tehostettu ja tehostettu palveluasuminen eroavat toistaan henkilöstömiehityksen ja asukkaiden hoidettavuuden perusteella.

<sup>(2)</sup> Tuettu asuminen on järjestetty olemassa olevien palvelukotien yhteyteen eikä siten vaikuta taulukossa yksiköiden kokonaismäärään.

Kuntapalveluiden ja siten myös psykiatristen asumispalveluiden näkökulmasta on keskeistä turvata palveluiden tasalaatuisuus, kehittää toiminnan sisältöjä ja kehittää henkilökunnan valmiuksia vastata muuttuvan toimintakentän haasteisiin. Mehiläisen psykiatristen asumispalveluiden kokonaisuus on syntynyt yritysostojen kautta. Henkilökunnan koulutus on yksi tapa in-



tegroida toimintamalleja, kehittää yhteistä toimintakulttuuria ja Mehiläisen kuntapalveluiden omaa profiilia muiden palvelutuottajien joukossa. (Koskisuus 2010.)

Kolme suurinta ammattiryhmää palveluasumisen henkilökunnassa ovat lähihoitajat, sairaanhoitajat ja sosionomit. Kuntapalveluiden mielenterveysyksiköiden asukkaat vaihtelevat nuorista vanhuksiin, skitsofreniasta vaikeisiin persoonallisuushäiriöihin ja päihdeongelmiin. Yhtenäisen koulutussuunnitelun avulla voidaan päästä yhtenäisempään ja parempaan laatuun ja selkeästi määriteltyihin kuntoutusprosesseihin. (Koskisuus 2010.)

Mehiläinen Kuntapalveluiden (mielenterveyskuntoutus, lastensuojelu ja ikääntyvien asumispalvelut) sisäiselle koulutukselle ollaan laatimassa yhteistä rakennetta. Osana tätä rakennetta tulee olemaan valtakunnallinen koulutussuunnitelma joka sisältää työnantajan tarjoaman koulutuksen keskeiset sisällöt ja tavoitteet. Tavoitteena on kehittää henkilöstön valmiuksia tukea asukkaita heidän kuntoutumisessaan. Osana mielenterveyskuntoutuksen henkilökunnan koulutusta tulee olemaan osio jossa käydään läpi eri näkökulmia kuntoutumiseen ja kuntoutumisen tukemiseen. (Koskisuus 2010.)

Koulutuksen suunnittelemiseksi ja kehittämistarpeiden kartoittamiseksi on tarkoituksenmukaista selvittää millä tasolla henkilökunnan tieto kuntoutumisen käsitteestä ja sen eri ulottuvuuksista on ja millaisia teemoja koulutuksen pitäisi sisältää. Tämän tutkimuksen tarve nousee tästä ajatuksesta: tarkoituksena on kehittää asumispalveluiden henkilökunnan koulutusta ja tutkimuksen tavoitteena on tukia tämänhetkistä tiedon tasoa suhteessa kuntoutumisen käsitteeseen.

#### **4. Kuntoutumisen käsite mielenterveystyössä**

Kuntoutumisen käsite sekoittuu usein kuntoutuksen käsitteeseen. Lyhyesti eron voisi määritellä siten että kuntoutuminen on muutosprosessi joka tapahtuu kuntoutujan elämässä ja kuntoutus on henkilökunnan työtä. Kuntoutuminen on sitä mitä kuntoutujat tekevät itse. (Deegan, 1988: 75; Anthony 2002; 97.) Eron voi-

si kuntoutushenkilökunnan näkökulmasta kiteyttää seuraavasti: "Kuntoutuminen on visiomme mutta kuntoutus on tehtävämme".

Kuntoutumisen käsite mielenterveyskuntoutuksessa on moniulotteinen. Kuntoutumista voidaan tarkastella esimerkiksi paranemisen synonyyminä (oireettoman tilan saavuttamisena tai oireilun merkittävänä lievittymisenä). Kuntoutuksen ammattikäytännössä useimmin kuntoutumista arvioidaan toimintakyvyn paranemisen näkökulmasta - miten ja millä alueilla toimintakyvyssä tapahtuu myönteistä kehitystä. Kyse voi olla joko menetetyn toimintakyvyn osittaisesta ja täydellisestä palautumisesta sairastumista edeltävälle tasolle, erilaisten selviytymiskeinojen oppimisesta tai säilyneen toimintakyvyn ylläpitämisestä ja kehittämisestä. (Lieberman 2007: 15-20.)

Mike Slade (2007: 36-38) jakaa kirjallisuudessa esiintyvät kuntoutumisen määritelmät kahteen luokkaan: kliinisesti havainnoitavaan kuntoutumiseen ja kuntoutumiseen henkilökohtaisena kokemuksena. Kliinisestä näkökulmasta kuntoutuminen tarkoittaa lopputulosta tai tilaa, se on havainnoitavissa tai mitattavissa, sitä arvioidaan ammatillisesti ja arvioinnin perustana käytettävät kriteerit ovat samat yksilöstä toiseen. Henkilökohtainen kuntoutumisen kokemus perustuu kuntoutujan omaan näkemykseen omasta matkastaan, tavoitteistaan ja kokemuksestaan hänen pyrkiessään haastamaan ja voittamaan psyykinen sairaus ja sen seuraamukset.

Idealisesti kuntoutuksessa ja hoidossa tulisi voida yhdistää subjektiiviset käsitykset (kuntoutujan oma kokemus oireistaan tai toimintakyvystään) ainakin kuvitteellisesti objektiiviseen, havainnoituun ja sovitulla mittareilla arvioituun käsitykseen oireilun määrästä ja toimintakyvyn muutoksista. Siitä, mitä ja millaisia mittareita tulisi käyttää ja miten arvioitavat osa-alueet määritellään (puhumatetaan kuntoutujan oman kokemuksen merkityksellisyydestä) ei ole yksimielisyyttä. Kuntoutuminen mielenterveysongelmasta on kuitenkin luonteeltaan hyvin yksilöllinen prosessi joten vaan oire- tai toimintakykymittareilla ei pystytä kuvaamaan ilmiötä - ei tavallaan ole olemassa kuntoutumista ilman kuntoutumisen kokemusta. (Lieberman 2008: 15-20; Anthony ym. 2002: 36-37.)

Samalla tavalla myös kuntoutujat hahmottavat kuntoutumista kahdella tavalla: joko henkilökohtaisena prosessina tai kliinisenä muutoksena. Kanadalaisessa tutkimuksessa (Piat – Sabetti - Couture, 2009: 202–204) kartoitettiin miten kuntoutujat itse määrittelevät kuntoutumisen. Vastaukset voitiin jakaa kahteen ryhmään: 1) kuntoutuminen määriteltynä suhteessa sairauteen (kuntoutuminen hahmotettiin paranemisena, lääkityksestä huolehtimisena, ihmisen ennalleen palaamisena) tai 2) kuntoutuminen määriteltynä suhteessa henkilökohtaiseen hyvinvointiin (kuntoutuminen on vastuun ottamista elämästä ja toiminnasta, kuntoutuminen on kasvuprosessi, jonka tuloksena on uudenlainen minäkuva, kuntoutuminen on minuuden muutosta.). Kuntoutumisen sisäisenä muutoksena nähtiin liittyvän tavoitteelliseen toimintaan, asteittaiseen etenemiseen saavutuksen kokemuksiin. Kuntoutuminen nähtiin myös ympäristösuhteen muuttumisenä, aktiivisena suhteena ympäristöön.

Mielenterveyskuntoutukseen liittyy paljon myyttejä jotka on tarpeen kumota kuntoutuksen kehittämiseksi. Monet myyteistä liittyvät oireilun ja kuntoutumisen väliseen yhteyteen. Näitä tutkimustulosten kumoamia myyttejä ovat esimerkiksi väittämät, että psyykkisen oireilun määrällä olisi suora yhteys mahdolliseen kuntoutustulokseen tai että diagnoosi yksinään kuvaisi mahdollista kuntoutustulosta. Samoin kumottavia myyttejä ovat se, että kuntoutujan oireilun ja hänen taitojensa välillä olisi yhteys tai että hyvä toimintakyky yhdessä ympäristössä (palvelutalo) ennustaisi suoraan hyvää selviytymistä toisessa ympäristössä (kuten työ). (Anthony – Cohen – Farkas – Cagne 2002:29-40.)

Psykososiaalisen toimintakyvyn paraneminen on ensisijaista oireettomuuteen nähden. Liiallinen pitäytyminen oireittareihin tai ajatukseen psyykkisen oireilun ja toimintakyvyn suorasta yhteydestä toisiinsa on voinut johtaa hoito- ja kuntoutuspessimismiin. (Corrigan – Mueser – Bond – Drake - Solomon 2009:21). Haasteena on jatkuvasti psykososiaalisen toimintakyvyn ja yhteisesti kuntoutumista kuvaavista kriteereistä sopimisen vaikeus (Lieberman, 2008: 30).

Lieberman (2008: 28–30) toteaaakin että kuntoutumisen käsite ilman toimintakyvyn ja taitojen edistämistä, tukien rakentamista tai huomion kiinnittämistä palveluympäristöihin ja – prosesseihin voi jäädä tyhjäksi retoriikaksi joka ei auta

palvelun tarvisijoita. Vaikka kuntoutustyöntekijöiden tulisikin auttaa kuntoutujia löytämään toivoa, parempaa itsetuntoa ja suurempaa tyytyväisyyttä elämään, tulee kuntoutuminen jollakin tavalla sitoa normaaliympäristöihin, toimintakykyyn ja selviytymiseen yhteiskunnassa. Ilman tätä ulottuvuutta kuntoutumista painottava ideologia voi luvata liian paljon mutta antaa liian vähän. Vastaavasti ei voida menestyksekkäästi kehittää toimintakykyä tai sosiaalista selviytymistä ilman ymmärrystä kuntoutumisen luonteesta kuntoutujan subjektiivisena kokemuksena.

Pitäisikö kuntoutumista tarkastella lopputuloksena vai prosessina, päämääränä vai matkana? Viime vuosina kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on korostunut kuntoutustulosten arviointi. On tärkeää ettei mahdollisia muutoksia toimintakyvyssä tai kuntoutujan tilanteessa pidetä suoraan osoituksena henkilökohtaisen kuntoutumisen prosessin etenemisestä. On mahdollista että toimintakyvyn muutokset ovat seurausta oppimisesta ympäristössä ilman että kuntoutujalla on itsellään kokemus muutoksesta tai kuntoutumisesta. (Meehan, King, Beavis, Robinson 2008: 194.) Kuntoutumista ilmiönä joudutaankin tarkastelemaan molemmista näkökulmista.

#### **4.1. Kuntoutuminen kuntoutujien kokemuksena**

Yleisimmin kirjallisuudessa käytetty kuntoutujan näkökulmasta kuvattu kuntoutumisen määritelmä on:

”Kuntoutuminen on syvästi henkilökohtainen ja yksilöllinen prosessi jossa (ihmisen) asenteet, tunteet, tavoitteet, taidot ja roolit muuttuvat. Se tarkoittaa tyydyttävän, toimeliaan ja toiveikkaan elämän elämistä sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta.” Anthony (1993:18)

”Tyydyttävän, toiveikkaan ja toimeliaan elämän” kriteerien määrittely on haasteellista. Kyseessä ovat hyvin yksilöllisesti määräytyvät käsitteet joiden sisältö vaihtelee suuresti yksilöstä, kulttuurista ja ihmisyyhteisöstä toiseen. Kuntoutumisen keskeiseksi haasteeksi nouseekin miten ihmiset itse tunnistavat, priorisoivat ja arvioivat eri päämääriään toimintaansa ja päämääriään. Jokainen ihminen itse joutuu miettimään mitä hänelle ”tyydyttävä, toimelias ja toiveikas” elämä sisällöllisesti tarkoittaa. (Kirsh, Cockburn, 2009, 173-174.)

Asumispalveluiden kehittämissuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 13) pohjaa siinä esitetyn kuntoutumisen kuvauksen em. Anthony'n määrittelymään:

"Kuntoutuminen on kuntoutujan omaa toimintaa, jonka tavoitteena on toteuttaa hänen omalle elämälleen asettamia tavoitteita sekä lisätä hänen kykyään toimia menestyksekkäästi ja tyytyväisenä elinympäristössään ja valitsemissaan rooleissa. Kuntoutumisen myötä kuntoutujan toimintatavat ja hänen itseensä kohdistamansa asenteet, tunteet ja ajatukset muuttuvat suotuisammiksi "

Andresen, Oades ja Caputi (2003; 588, 2006; 972) määrittelevät kuntoutumisen psykologiseksi prosessiksi jossa tyydyttävä, mielekäs elämä ja myönteinen käsitys itsestä rakentuvat toiveikkuudelle ja itsemääräämisoikeudelle. Kuntoutujien kokemuksia kuvaavan aineiston analyysissä nousi esiin neljä avainaluetta kuntoutumisessa vaikeasta mielenterveysongelmasta: 1) toivon ja toiveikkuuden löytäminen, 2) myönteisen minäkuvan uudelleen rakentuminen, 3) mielekkyyden löytäminen elämälle ja 4) vastuun ottaminen omasta elämästä. (Andresen, 2003; 590.) Mike Sladen (1997;38) sanoin:

"Kuntoutuminen tarkoittaa mahdollisimman hyvän elämän elämistä ja siihen pyrkimistä. "

Muissa kuntoutujien kokemuksia jäsentävissä aineistoissa toistuvat hyvin samantyyppiset teemat. Kuntoutumisen kokemuksesta on jäsennetty jakamalla sitä osa-alueisiin mm. seuraavilla tavoilla: Toivo, (sielun) paraneminen, voimaantuminen, yhteys toisiin (Jacobson ja Greenley, 2001:485); toivo, vastuun ottaminen itsestä, eläminen ohi ja yli sairauden vaikutusten (Noordsy - Mueser - Turrey - O.Keeffe - Fox, 2002: 323-326); tieto (sairaudesta, palveluista, kuntoutumisesta), voimaantuminen, toivo ja optimismi sekä tyytyväisyys elämään (Resnick – Fontana – Lehman - Rosenheck 2005: 122-126) tai käsitys oman toiminnan vaikuttavuudesta (self efficacy), kuuluminen johonkin, vastavuoroisuus ja sosiaalinen toimijuus (Brown, Rempfer, Hamera 2008: 25).

Mike Slade (2009:39) on Rachel Perkinsin ja Julie Repperin (ja Ruth O. Ralphin (2005: 132-143) aineistoanalyysiin perustuen määritellyt kuntoutumisen eri ulottuvuudet seuraavasti:

Kuntoutuminen on matka irrallisuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksesta yhteyteen, päivittäisestä selviytymisestä elämiseen ja kasvuun. Matka alkaa usein vaikeiden asioiden, kuten oman sairastumisen kohtaamisesta. Matkassa ei ole kuitenkaan kyse ainoastaan sairaudesta. Ei ole yhtä tietä tai polkua van jokaisen matka on yksilöllinen ja ainutkertainen. Kuntoutumiseen tarvitaan uskallusta ja toivoa paremmasta huomisesta ja suhteen muuttumisesta itseen ja toisiin ihmisiin. Takaiskut ovat väistämättömiä mutta elämän haaste on kaikille (ihmisille) sama.

Kuntoutumisen hahmottaminen henkilökohtaisena kokemuksena, matkana, nousee kuntoutujien omista elämäntarinoista ja siten "vapauttaa" ihmiset ulkoa määräytyistä, kuntoutumisen edistymisen mittareista. Samaan aikaan kuntoutumisen käsitteen henkilökohtaistaminen täysin yksilölliseksi kokemukseksi tekee ilmiön tutkimisesta hyvin ongelmallista ja käsitteestä liian epämääräisen jotta se voisi auttaa kuntoutuksen ammattikäytännössä. Tarkoituksenmukaista onkin tutkia käsitteen eri ulottuvuuksia jotka voisivat kokemuksellisesti yhteisiä ja jaettavia vaikka itse prosessi olisi eri ihmisillä hyvin erilainen. (Slade 2009:39.)

Jotta kuntoutujien kokemuksellisesta näkökulmasta nousevat kuntoutumisen määritelmät voivat tulla mielenterveyskuntoutuksen keskiöön, on kuntoutumisen käsitettä edelleen jäsennettävä siten jotta niihin voidaan yhdistää myös perinteisen ammattikäytännön ulottuvuudet: esimerkiksi pyrkimys integraatioon, taitojen kehittymiseen, osallisuuteen sekä terveyden tilan muutosten edistäminen. Ilman tarkoituksenmukaista, käytännön kuntoutustyöhön liitettävää ulottuvuutta, voi koko käsite jäädä palveluissa pinnallisesti ymmärretyksi ja sitä tukevat periaatteet toteutumatta. Miten kuntoutujien yksilöllisten pyrkimykset ja kuntoutumisen tavoitteellinen luonne ymmärrettään kuntoutuspalveluissa? (Kartalova-O'Doherty - Doherty 2010: 4; Ralph, 2005:141.)

Tavoitteiden konkretisoituminen tapahtuu kuntoutujan oppimis- ja muutosprosessien kautta. Näin syntyy toivetila, jonka saavuttamisesta muodostuu

kuntoutujalle tavoitteellinen päämäärä, jonka eteen kannattaa ponnistella. Kuntoutujien käsityksistä piirtyy kuva kuntoutumisesta joka kuvaa miten toimintakyvyn edistämiseen, itsenäisen selviytymisen tukemiseen, hyvinvoinnin edistämiseen ja elämänhallinnan vahvistamiseen liittyvät asiat tulevat tosiksi vammautuneiden ihmisten elämässä. (Koukkari 2011: 221.)

Tämä näkemys rinnastuu Kielhofnerin ajatukseen toiminnallisesta mukautumisesta, jossa myönteinen muutos ihmisen toiminnassa on seurausta ihmisen identiteetin kehittymisestä ja toiminnallisen pätevyyden tunteen rakentumisesta toimimalla omassa elinympäristössä. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä - Rusi-Pyykönen 2011: 61).

#### **4.2. Kuntoutuminen vuorovaikutuksena ympäristön kanssa**

Yksi tapa tarkastella kuntoutumisen eri määritelmiä on tutkia niitä ekologisesta viitekehyksestä käsin. Ekologinen näkökulma liittyy yhteen yksikön kokemuksen ja ympäristön ja keskittyy tutkimaan niiden keskinäistä vuorovaikutusta ja vaikutusta toisiinsa. Kuntoutuminen tulkitaan prosessiksi, joka toteutuu ympäristössä ja kontekstissa, ja jota voivat edistää tai hidastaa erilaiset tekijät. Dynaaminen vuorovaikutus yksikön ominaisuuksien ja voimavarojen (kuten toiveikkuus), ympäristön ominaisuuksien (kuten mitä asioita ympäristö mahdollistaa) ja yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutussuhteen luonne (esimerkiksi miten yksilö voi valita eri mahdollisuuksien välillä) voivat joko edistää tai estää kuntoutumista. (Onken – Craig – Ridgway - Ralph - Cook, 2007:10.)

Onken ym. (2007: 13-18) tekivät käsiteanalyysin kuntoutumisen käsitteen eri ulottuvuuksista ja jakoivat ne kolmeen ryhmään: kuntoutujaan keskittyviin, ympäristön ominaisuuksia kuvaaviin ja näiden kahden välisen ulottuvuuden väliseen vuorovaikutukseen liittyviin käsitteisiin. Näitä kuntoutumisen eri elementtejä voi hahmottaa yksittäisten kuntoutujan elämässä hänen elämäntarinansa kautta: miten kuntoutuja ja tulkitsee omaa elämäänsä, historiaansa ja tulevaisuuttaan. Kuntoutumisen aikana ihmisen elämäntarina ikään kuin "kirjoitetaan uudelleen" ja uudet kokemukset, ajatukset ja oival-

lukset sisäistyvät osaksi kuntoutujan sisäistä tarinaa. Siten kuntoutumisen eri ulottuvuudet saavat ilmiänsä kuntoutujien elämässä, toiminnassa ja arjessa.

Käsitteanalyysissä kuntoutujaan liittyvät ominaisuudet jakautuivat viiteen kategoriaan: 1) toivo, 2) tunne toimijuudesta – päämääräsuuntautuneisuus, 3) itsemääräämisoikeus, 4) merkityksellisyys ja tarkoituksellisuus ja 5) kokemus oman toiminnan vaikuttavuudesta ja tietoisuus omista mahdollisuuksista. Ympäristöön liittyvät ominaisuudet jakaantuivat kolmeen luokkaan: yhteys toisiin – vuorovaikutus ja ihmissuhteet, mahdollisuudet – sosiaaliset olosuhteet ja osallisuus – integraatio – verkosto. Näiden kahden ulottuvuuden välistä vuorovaikutusta kuvaavat ominaisuudet jakaantuivat samoin kolmeen kategoriaan: sosiaalinen toimintakyky, päätäntävalta ja valinta mielekkäistä vaihtoehdoista. (Onken ym. 2007:13 – 18.) Taulukossa 3 on esitetty mitä käsitteitä näiden otsakkeiden alle kuuluu.

Taulukko 3: Kuntoutumisen käsitteen eri ulottuvuudet (mukaillen: Onken ym. 2007; 11-17)

<b>Kuntoutujan liittyvät</b>	<b>Kuntoutujan ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyvät</b>	<b>Ympäristöön liittyvät</b>
<b>Toivo (hope)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keskeinen tekijä</li> <li>• alkuaskel kuntoutumisen polulla</li> <li>• odotus, mielikuva paremmasta</li> <li>• toivo syntyy ja pysyy yllä vuorovaikutuksessa</li> </ul>	<b>Sosiaalinen toimintakyky ja roolit:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vertaistuki</li> <li>• potilaan rooli, yksipuoliset roolit ja toiminta</li> <li>• sosiaalisesti ja henkilökohtaisesti merkityksellisten roolien etsiminen ja löytäminen tai vanhojen palautuminen</li> </ul>	<b>Yhteys toisiin, vuorovaikutus- ja ihmissuhteet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mahdollisuudet sosiaaliseen tukeen ja ihmissuhteisiin</li> </ul>
<b>Tunne toimijuudesta – päämääräsuuntautuneisuus</b> (Sense of Agency) <ul style="list-style-type: none"> <li>• tunne oman toiminnan vaikuttavuudesta: itsen näkeminen toimijana</li> </ul>	<b>Päätäntävalta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• voimaantumisen todentuminen</li> <li>• itsen ilmaiseminen ja oman äänen löytäminen</li> <li>• tieto sairaudesta, vaihtoehdoista, mahdollisuuksista,</li> </ul>	<b>Mahdollisuudet, sosiaaliset olosuhteet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• palvelut</li> <li>• asuminen</li> <li>• tuen laatu, määrä,</li> <li>• luottamus</li> <li>• leimautuminen, syrjintä, kohtelu</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>tunne pysyvyydestä ja omista voimavaroista</li> <li>sosiaalisen tuen hyödyntäminen</li> </ul>	<p>kuntoutumisesta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>omaa elämää koskeva päätöksenteko</li> </ul>	
<p><b>Itsemääräämisoikeus</b> (Self-determination)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>omat tavoitteet ja päämäärät</li> <li>aktiivinen osallistuminen</li> <li>päätöksenteko</li> <li>vastuun ottaminen</li> <li>vapaus, oikeudenmukaisuus, sosiaalinen ja oikeudellinen asema</li> </ul>	<p><b>Valinta mielekkäistä vaihtoehdoista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tuki valinnoissa ja vaihtoehtojen hahmottamisessa</li> <li>valintojen tekeminen</li> <li>taloudellinen perusturva, resurssit ja mahdollisuus hyödyntää niitä</li> <li>osallistuminen oman hoidon, kuntoutuksen suunnitteluun ja arviointiin</li> <li>oikeuksien toteuttaminen</li> </ul>	<p><b>Osallisuus, integraatio, verkostot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>yhteiskunnan ja yhteisön mahdollisuudet osallistumiseen ja osallisuuteen</li> <li>tasaveroisuus</li> </ul>
<p><b>Merkityksellisyys ja tarkoituksellisuus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mielekkyyks toiminnoissa</li> <li>tuottavuus toiminnassa, toimintojen henkilökohtainen merkityksellisyys ja tarkoituksellisuus</li> <li>elämän (arjen) kokeminen mielekkäänä, tavoitteellisena</li> </ul>		
<p><b>Tietoisuus omista mahdollisuuksista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tietoisuus että muutos on mahdollinen</li> <li>tietoisuus että voi omalla toiminnallaan vaikuttaa elämäänsä</li> <li>tietoisuus omista voimavaroista ja mahdollisuuksista</li> </ul>		

Kuntoutuminen tapahtuu ja kuntoutuksen tavoitteet asetetaan aina jossakin kontekstissa. Kuntoutuminen ei tapahdu tyhjiössä, vaan vuorovaikutuksessa

ympäristön kanssa. Kuntoutumisympäristö on aina laajempi kuin kuntoutuksen palveluympäristö ja kuntoutumista tapahtuu muissakin ympäristöissä ja konteksteissa kuin ammatillisesti rakentuneissa tai ohjatuissa. (Peltomaa 2006; 42–43.)

Kuntoutuminen voidaan siis nähdä yksilön sisäisenä muutoksena joka toteutuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja tuottaa adaptiivista käyttäytymistä. Kuntoutumisen käsitteen edelle esitetyt jäsentelyt eivät juuri nosta esille tai analysoi toiminnan merkitystä kuntoutumisen aikana, muuten kuin toteamalla että kuntoutuminen toteutuu aktiivisen toiminnan kautta ja sen tulokset näkyvät toimintatapojen muutoksena. Hietala-Paalamaa (2006) on todennut että kuntoutuminen on identiteetin rakentumista joka edellyttää toteutuakseen merkitysten muuttumista, itseohjautuvaa oppimista ja osallisuuden kokemusta.

Tällä tavalla kuntoutumisen käsite tulee lähelle toimintaterapian käsitystä muutoksen, kasvun ja inhimillisen kehityksen luonteesta. Inhimillisen toiminnan mallin mukaan että käyttäytyminen on dynaamista ja kontekstisidonnaista. Ihmisen eri ominaisuudet, hänen sisäinen rakenteensa on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Tässä vuorovaikutuksessa luodaan edellytykset sille miten ihminen motivoituu, mitä hän tekee ja miten hän suoriutuu. Toiminta on oleellista ihmisen kehittymiselle; tekemällä muo-vaamme sitä kuka olemme. Kun ihminen sitoutuu toimintaan, tekee asioita, hän samalla ylläpitää ja kehittää edellytyksiään, taitojaan ja saa kokemuksia jotka edelleen muokkaavat hänen tahtoaan ja motivaatiotaan. Johdonmukaisesti tästä seuraa että terapia (kuntoutus) voidaan hahmottaa prosessina jossa ihmisiä tuetaan toimimaan tavalla ja tekemään asioita, jotka muovavat heidän kykyjään, valmiuksiaan, käsitystä itsestään ja identiteettiään. (Kielhofner, Forsyth, 2003: 49.)

Ihmisillä on sisäinen, myötäsytynäinen tarve tutkia ja hallita ympäristöään. Sitä voisi kuvata ihmisen toimijuudeksi: kyvyksi tehdä valintoja ja vaikuttaa ympäristöön ja elämäänsä näiden valintojen kautta. Ihminen oppii käyttämään ympäristön resursseja (henkilökohtaisia, sosiaalisia ja materiaalisia).

Adaptaatio tällä tavalla hahmotettuna kuvautuu prosessiksi jossa ihminen kohtaa päivittäisen elämän haasteet ja oppi vähitellen hyödyntämään omia ja ympäristön resursseja voittaakseen nämä haasteet. Tyytyväisyyden, itsen toteuttamisen kokemus nousee tästä hallinnan oppimisen prosessista ja identiteettimme kehitty henkilökohtaisesti mielekkäiden ja merkityksellisten toimintojen kautta. Pyrkimyksenä on pätevyyden kokemus, se että oma toiminta vastaa mahdollisimman hyvin ympäristön ja omiin odotuksiin. (Law - Cooper – Strong – Rigby - Letts 1996: 9-20.)

Law ym (1996; 9-20) on kuvannut ihmisen toiminnallisuutta tuloksena vuorovaikutuksesta yksilön, ympäristön ja toiminnan välillä. Tämä tapa tarkastella ihmisen toiminnallisuutta vertautuu tapaan hahmottaa kuntoutumisen prosessin toteutuminen yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutussuhteen tuottaman muutoksena ihmisen toimintatavoissa ja käsityksissä omista mahdollisuuksistaan (vrt. Onken ym. 2007).

Ympäristösuhdetta voidaan tarkastella myös tavoiteympäristön näkökulmasta – mitä ja millaisia taitoja ja toimintoja kuntoutujan toiveiden toimintaympäristössä tarvitaan? Sen sijaan että harjoitettaisiin taitoja ja toimintamalleja jotka tukevat adaptoitumista olemassa olevaan ympäristöön (esimerkiksi palvelukoti) tulisi tutkia mahdollisten tulevaisuuden ympäristöjen vaatimuksia ja niiden edellyttämiä taitoja. Kuntoutujan aiemmista elämänympäristöistä nousevia kokemuksia ja tämän hetkistä toimintaa olemassa olevassa ympäristössä tarkastellaan peilinä suhteessa tavoiteympäristöön. Kuntoutuksen sisältö olisi silloin ympäristöspesifien, tulevassa ympäristössä vaadittavien taitojen opettamista, olemassa olevien taitojen modifointia ja resurssien hyödyntämisen harjoittelemista. (Anthony ym. 2002: 151 – 159.)

#### **4.3. Kuntoutumisen mahdollisuudet ja toiminnallinen oikeudenmukaisuus**

Kuntoutumisen ympäristönä voidaan nähdä koko ympäröivä yhteiskunta. Kanadalainen toiminnallisen suorittamisen ja sitoutumisen malli (CMOP-E) joka kuvaa ihmisen, ympäristön ja toiminnan dynaamista suhdetta jakaa

ympäristön fyysiseen, sosiaaliseen, kulttuuriseen ja institutionaaliseen ympäristöön. Nämä kaikki ympäristön tasot vaikuttavat niin toimintaan kuin toiminnan edellytyksiin kuin mahdollisuuksiin osallistua toimintoihin. (Hautala ym. 2011: 209, 214.)

Peltomaa (2006: 28) pohtii kuntoutumisvalmiuden rakentumista suhteessa ympäristöön. Hän erottaa toisistaan kuntoutusympäristön ja – tilanteet ja laajemmat ympäristön tarjoamat toimintamahdollisuudet. Kuntoutujan kuntoutumisvalmius (kyky asettaa omaa elämää koskevia kuntoutumistavoitteita ja ryhtyä toimimaan niiden suunnassa) kehittyy vuorovaikutuksessa kuntoutujan, kuntoutustilanteiden ja ympäristön toimintamahdollisuuksien kanssa. Kuntoutustilanteisiin ja kuntoutusympäristöön kuuluvat mm. toimintamallit, työtöteet, kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus, riittävyys ja toimintamahdollisuudet. Ympäristön toimintamahdollisuuksiin taas kuuluvat mm. turvallisuus, palveluiden saatavuus ja integraatio, yhteisön asenteet, lainsäädäntö, työllisyys, sosiaaliset edellytykset jne.

Kuntoutumisen näkökulmasta on kysymys myös siitä missä määrin ympäristöt mahdollistavat kuntoutumisen oman toiminnan ja valintojen kautta. Toiminnallisen oikeudenmukaisuuden (Occupational Justice) teoria on että kaikki ihmiset tarvitsevat toimintaa edistääkseen terveyttään, elämänlaatuun ja toteuttaakseen tarpeitaan. Ihmiset sosiaalisina olentoina eivät ole riippumattomia heitä ympäröivästä kulttuurista, sen arvoista, odotuksista ja Säännöistä. (Townsend - Wilcock 2004: 249.)

Lähtökohtaisesti ihmiset ovat toiminnallisia olentoja joiden tulisi voida toimia mahdollisimman itsenäisesti, tehdä valintoja omien kykyjensä ja resurssiensa mukaan pyrkiäkseen itselleen merkityksellisiksi koettuihin, joko konkreettisiin tai aatteellisiin päämääriin. että ihmiset osallistuvat toimintoihin itsenäisinä tekijöinä. Toiminnan kautta ihminen tekee myös omaa hyvinvointiaan joko edistäviä tai haittaavia valintoja: toiminnalla on aina merkitystä oman hyvinvointimme kannalta. Mahdollisuudet osallisuuteen ja toimintaan ovat kuitenkin aina riippuvaisia yhteisöistä ja yhteiskunnallista tekijöistä. Mi-

kään toiminta tai pyrkimys ei tapahdu tyhjiössä vaan on aina suhteessa ympäröivään todellisuuteen. (Townsend - Wilcock 2004: 255 – 256.)

Erilaiset tekijät yksilön elämässä ja yhteiskunnassa voivat tuottaa epäoikeudenmukaisuutta suhteessa ihmisen mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan elämäänsä toimimalla. Vakava psyykinen sairastuminen voi johtaa ihmisen toiminnan mahdollisuuksien ja omaa elämää koskevan päätöksenteon merkittävään rajoittumiseen. Toiminnallisen oikeudenmukaisuuden teoria jakaa nämä toiminnallisen epäoikeudenmukaisuuden muodot toiminnalliseen **deprivaatioon, vieraantumiseen, epätasapainoon** ja **marginalisaatioon**. (Scaffa, Reitz, Pizzi 2010; 144-145.)

Toiminnallinen **deprivaatio** tarkoittaa sitä että ihmisen on ulkoisista, itsestä riippumattomista syistä estynyt osallistumaan itselleen merkityksellisiin toimintoihin. Nämä syyt voivat olla esim. taloudellisia, yhteiskunnallisia, sosiaalisia tai maantieteellisiä. Kyse ei ole väliaikaiseksi koetusta, lyhytaikaisesta esteestä, häiriöstä, vaan pitkäkestoisemmasta tilasta. (Whiteford 2004: 201.) Vammaisuus ja psyykinen sairaus ovat edelleen merkittäviä altistavia tekijöitä toiminnalliselle deprivaatiolle. Köyhyys, oman asuinpaikan vapaasti valitsemisen mahdollisuus tai tuen puute rajoittavat merkittävästi ihmisen mahdollisuuksia toimia itselleen merkityksellisellä tavalla. (Scaffa ym. 146)

Toiminnallinen **vieraantuminen** tarkoittaa arjen kokemista tarkoituksettomana tai merkityksettömänä. Kyse on nimenomaan toimintamahdollisuuksien ja –vaihtoehtojen puutteesta, ei niinkään yksilön tuntemuksista. Vieraantumisen kokemus voi liittyä kuntouttaviin toimintoihin esimerkiksi osallistumisesta päivä- tai työtoimintaan jota kuntoutuja ei koe itselleen merkityksellisenä eikä elämänsä tai kuntoutumisensa kannalta tarkoituksellisenä. Kuntoutumisen näkökulmasta identiteetin ja myönteisen minäkuvan kehittymisen kannalta toiminnallinen vieraantuminen voi olla erityisen haitallista. (Townsend - Wilcock 2004: 252.)

Toiminnallinen **epätasapaino** liittyy mahdollisuuteen toimintoihin tai rooleihin jotka edistävät taloudellista ja sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalista in-

kluusiota, tyypillisimmin työ. Kyse voi olla työelämän ulkopuolelle kokonaan jäämisestä, alityöllistymisestä tai riittämättömistä haasteista. Vajaakuntoisten työllistyminen ei ole vaan taloudellinen tai toimintakyvyn kysymys vaan myös oikeudenmukaisuuskysymys. Ihmisryhmien jättäminen merkitsevässä määrin tosiasiallisten työllistymis- ja opiskelumahdollisuuksien ulkopuolelle ei köyhdytä ihmisiä vaan taloudellisesti tai toiminnallisesti vaan se estää heiltä myös mahdollisuuksia sosiaalisesti ja henkilökohtaisesti arvostettujen roolien saavuttamiseen. Kyse on enemmän kokonaisten ihmisryhmien syrjäytymisestä tai epätasapainosta enemmän kuin yksilöllisestä epätasapainon kokemuksesta. (Townsend - Wilcock 2004; 254.)

Toiminnallinen **marginalisaatio** on tavallaan epätasapainon yksilötason ilmentymä. Kyse on päivittäisistä toiminnallisista valinnoista mitä ihmisen on mahdollista tehdä. Marginalisaatio voi olla toisaalta sulkemista joidenkin mahdollisuuksien ulkopuolelle (esimerkiksi opiskelu, työllistyminen, normaalit elämänroolit) ja sitä kautta elämän, toimintojen ja omien toimintamahdollisuuksiin liittyvien odotusten kapeutumista. Toisaalta se voi ilmetä sellaisina sosiaalisina odotuksina tai vaatimuksina toiminnalle tai toimintakyvyille, joita vajaakuntoinen ihminen ei kykene täyttämään. Molemmat tavat voivat johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen ja sen käsityksen vahvistumiseen ettei voi vaikuttaa omaan elämäänsä. (Scaffa ym. 2010; 147.)

Ollakseen tuloksellista kuntoutuksen tulisi voida yhdistää vahva yksilöllinen lähestymistapa ympäristöä hyödyntävään ja inkluusiota lisääviin toimintamalleihin. Kuntoutus tulisi nähdä ihmisen kuntoutumisen mahdollistavien ympäristöjen luomisena. Sen tulisi tähdätä siihen, että kuntoutuja voisi vaikuttaa niihin ympäristöihin missä hän on ja itse valita ne, joissa hän haluaa olla. Mielen terveystuntoutuksen periaatteiden tulee ohjata käytännön työtä. Kuntoutuksen tulee fokuoittaa yksilön toimintaan hänen omassa ympäristössään, kuntoutuksen tulee ymmärtää toiminnan ympäristö- ja kontekstisidonnaisuus, kuntoutujien tulee olla täysivaltaisesti mukana kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa, ja kuntoutuksen tavoitteiden ja menetelmien tulee rakentua kuntoutujan omille mielenkiinnoille, arvoille ja valinnoille. Mielen terveystuntoutuksen tehtävä on auttaa mielen terveystuntoutujia ke-

hittämään kykyjään toimia menestyksekkäästi ja olla tyytyväisiä itse valitsemissaan ympäristöissä niin vähäisellä ammatillisella tuella kuin mahdollista. (Anthony ym., 2002: 81, 101.)

## 5. Kuntoutumisen tukeminen

Kirjallisuuskatsaus brittiläiseen kuntoutumista koskevaan kirjallisuuteen nostaa esille kuusi kuntoutumisen ja kuntoutumisen tukemisen kannalta keskeistä teemaa: 1) identiteetti, 2) palvelujärjestelmä, 3) valta ja kontrolli, 4) toivo ja optimismi, 5) osallisuus sekä 6) riskinotto ja vastuut. (Bonney, Stickley 2008; 140).

**Identiteetti** kuvaa sitä kuinka sairastuminen vakavaan psyykkiseen sairauteen haastaa ihmisen minäkäsityksen perustavaa laatua olevalla tavalla. Voidakseen integroida sairastumisesta seuranneet kokemukset ja menetykset osaksi omaa minuutta, ihmisen täytyy uudelleen rakentaa oma käsitys minuudesta. Kyse on tapahtuneen kohtaamisesta, sen hyväksymisestä että tapahtunutta ei voi muuttaa ja suuntaamisesta eteenpäin. (Bonney, Stickley 2008; 143-144.)

Kuntoutuksen **palvelujärjestelmä** on voimakkaasti kiinnostunut kuntoutuksen tuloksien arvioinnista. National Institute of Mental Health in Englandin käyttämä Ohion mallin sovellus lähtee olettamuksesta että psyykkisesti sairastuneen ihmisen voi olla hoidon/ kuntoutuksen alussa vaikea ymmärtää omaa tilannettaan, tunnistaa tarpeitaan, hyväksyä diagnoosiaan, hän voi olla joo hyvin kielteinen tai täysin riippuvainen ja alistunut. Kuntoutuksen alussa henkilökunnan rooli on arvioida riskiä, edistää hoitomyöntyvyyttä ja ehkäistä relapseja. Työntekijälle jää vahvasti asiantuntijan rooli ja hänen tehtävänä on edistää ja tukea kuntoutujan tietoisuuden heräämistä ja sairauden tuntoa. Kun nämä tavoitteet on saavutettu on aika rakennella laajempia tavoitteita. (Slade 2009:80.)

On kuitenkin esitetty että nykyinen vointia ylläpitävä ja relapsien ehkäisyä korostava palvelunäkökulma voi yksipuolisuudessaan olla kuntoutumista ehkäisevä. Tosiasiassa sairauden seuraamuksista (esimerkiksi menetykset, kokemukset diagnoosista, leimautumisesta, syrjinnästä ja/ tai huonosta kohtelusta) kuntou-

tuminen voi olla paljon vaikeampaa kuin sairauden ja oireiden kanssa eläminen ja selviäminen. (Bonney, Sticklely 2008; 145–146.)

**Valta ja kontrolli** liittyvät tosiasialliseen päätöksentekoon ja ajatukseen että ihmisten tulee saada mahdollisuuksia päättää, kokeilla ja harjoitella. Kuntoutuminen voidaan nähdä oman tahdon harjoittelemisen prosessina. Työntekijöiden tehtävänä onkin tukea kuntoutujan oman tahdon ja päätäntävällän kehittymistä ja käyttöä. Aitoon kokemukseen vallasta ja valinnoista liittyy myös avun pyytäminen ja siten vastuun ottaminen myös oman huonovointisuuden tunnistamisesta ja hoitamisesta. **Riskinotto ja vastuut** sivuaa tätä ulottuvuutta. Henkilökunta pelkää usein että valinnan mahdollisuuksien antaminen kuntoutujalle johtaa käyttäytymiseen joka huonontaa kuntoutujan tilannetta. Valinnan mahdollisuuksia haluttaisiin kuntoutujan turvallisuuden nimissä rajata. Samalla tavalla kuntoutuja voi kokea ettei voi ottaa vastuuta elämästään, koska riski tuntuu liian suurelta. Kuntoutumisessa on kuitenkin pohjimmiltaan kyse mahdollisuuksista ja potentiaalista, ei sitä että etsitään mahdollisimman turvallinen tila jossa muutosta ei tapahdu koska kaikkea riskinottoa vältetään. (Bonney, Sticklely 2008; 149.)

**Toivo ja optimismi** ovat vastakohta opitulle avuttomuudelle ja terveydenhuollon usein vajavuutta, kyvyttömyyttä ja oireilua korostavalle kielelle. Työntekijöiden erityisenä roolina nähtiin toivon ja uskon välittäminen kuntoutujille, tulevaisuuden ja mahdollisuuksien näkeminen silloinkin kun kuntoutuja ei itse siihen kykene. Toivo on tulevaisuuteen suuntaavaa ja sen avulla voidaan nähdä ohi ja yli tämän hetken ongelmien ja vaikeuksien. **Osallisuus** liittyy vahvasti tähän ulottuvuuteen: kuntoutuminen nähdään suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan, normaaliympäristöihin ja osallisuutena eri rooleihin ja toimintoihin. Työntekijän näkökulmasta tämä tarkoittaa toiminnan ja työn näkemistä laajempaan kuin omaan palveluyksikköön liittyvänä. Kuntoutuminen tapahtuu myös suhteessa sosiaalisiin ja kulttuurisiin odotuksiin; ihminen joutuu kuntoutumaan myös leimautumisesta, syyllisyydestä, häpeästä syrjinnästä ja sosiaalisesta syrjäytymisestä. (Bonney, Sticklely 2008; 147-148.)



## 5.1. Kuntoutuminen arjen toimintana

Tutkittaessa kuntoutujien kokemuksia arjen toimintojen merkityksestä kuntoutumiselle nousi esiin neljä eri ulottuvuutta tai teemaa kuvaamaan kuntoutumisen toteutumista arjen toiminnoissa. Nämä teemat ovat 1) halu olla normaali, 2) toiminta kuntoutumisen tukena, 3) elämän helpottaminen ja 4) omasta hyvästä olosta huolehtiminen. **Halu olla normaali** tarkoittaa tarvetta viettää aikaa normaaliympäristöissä tehden tavallisia asioita. Esille nousivat arjen perustoiminnot: ostoksilla olo, siivoaminen ja laskujen maksaminen. Kun tavallisetkin askareet ovat olleet ylivoimaisia, mahdollisimman itsenäinen omasta arjesta huolehtiminen nähtiin sinällään arvokkaana. Samaa luokkaan kuului myös halu toimia normaaleissa, henkilökohtaisesti merkityksellisinä koetuissa rooleissa (sisarus, rakastettu) tai sosiaalisesti arvostetuissa rooleissa (työntekijä). Myös työn toivottiin toteutuvan ”oikeassa” työpaikassa, ei työkeskuksessa. Omat ongelmat sijoitettiin usein hoidon ja kuntoutuksen ympäristöihin ja potilaan rooliin, ”tavallinen” elämä nähtiin potilaan roolin vastakohtana. (Borg, Davidson 2008; 131–133.)

**Toiminta kuntoutumisen tukena** sisältää konkreettisia toimintoja joita kuntoutujat tekivät voidakseen paremmin. Kyse ei niinkään ollut portaittaisesta taitojen hankkimisesta tai taitojen systemaattisesta oppimisesta vaan toivon, inspiraation ja rohkaisun lähteiden etsimisestä ja löytämisestä. Hyvinvoinnin ongelmiin ja haasteisiin (ahdistuneisuus, harhat, pelot, masentavat tunteet ym.) haettiin ratkaisua eri toimintojen kautta. Yhtenä tärkeänä ulottuvuutena nähtiin levon ja toiminnan/aktiivisuuden välinen tasapaino. Toisten ihmisten kannustus ja usko omaan selviämiseen koettiin auttavana. Kyse on vaikeuksien olemassaolon hyväksymisestä: tunteesta että jotkut toiminnot ovat vaikeita tehdä ja siitä huolimatta niitä on mahdollista tehdä. (Borg ja Davidson 2008; 134–135.)

**Elämän helpottaminen** viittaa tilanteisiin, ihmisiin tai selviytymisstrategioihin jotka kuntoutujat kokivat helpottavina. Kuntoutujat nostivat esille

ammattilaisten merkityksen ja sen tuen mitä he saivat. Tärkeinä koettiin tuen saaminen silloin kun tarvitsee, työntekijät jotka tunnistivat tuen tarpeen käytännön asioissa ja jotka tuntuivat olevan kiinnostuneita heissä muustakin kuin oireista tai ongelmista. Toinen erittäin merkitykselliseksi koettu elämää helpottava resurssi oli turvalliseksi koettu koti. Turvallisuuden tunne oli tärkeää ja koti nähtiin ennen kaikkea rauhoittumisen, levon ja rentoutumisen paikkana, tukikohtana josta käsin voi osallistua toimintoihin jotka kokee tärkeinä. Kotia ei hahmotettu kuntoutumisen ympäristönä tai taitojen harjoittelun areenana vaan rauhoittumisen paikkana (Borg, Davidson 2008; 135–136)

**Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen** koostui asioista joiden koettiin lisäävän omaa hyvinvointia, kuten harrastaminen, ystävät tai liikunta. Monet vastaajat olivat kehittäneet erilaisia tapoja ja rutiineja joiden kokivat edistävän terveyttä ja hyvinvointiaan. Mahdollisuus olla toisille avuksi ja merkityksellinen jonkin yhteisön tai toiminnan kannalta nähtiin ensisijaisesti omaa hyvinvointia edistävänä. (Borg ja Davidson 2008; 136–137.) Kuntoutuminen on yhtä aikaa sisäinen muutosprosessi joka toteutuu erilaisissa ympäristöissä ja konteksteissa mutta toiminnan tasolla kuntoutuminen toteutuu arjen toiminnoissa. Kuntoutumisen haasteisiin vastataan arjessa ja arjen toimintojen sujuvuus näyttää olevan erityisen merkittävää kuntoutujien kokemukselle.

Kuntoutujat eivät niinkään kuvaa sairauden tai toimintakyvyn ongelmien värittämää todellisuutta vaan kuvaavat mielenkiintoja, taitoja ja pyrkimyksiä: mitä elämä voisi olla. Kuntoutustyössä tämä asettaa haasteen: yksittäisten päivittäisten tointen harjoittamisen sijasta pitäisi pyrkiä rakentamaan kokonaista arkea joka mahdollistaisi näiden taitojen harjoittamisen ja pyrkimysten toteutumisen. (Borg, Davidson, 2008; 139.)

Inhimillisen toiminnan mallin käsittein tarkasteltuna kuntoutujat pyrkivät organisoimaan arkeaan ja toimintaansa rutiineiksi, saavuttamaan uusia rooleja ja toimimaan menestyksekkäästi olemassa olevissa rooleissa. Arjen toimintojen kautta pyritään tietoisiin päämääriin ja pyrkimyksiin (itsen toteutumi-

nen, oma hyvinvointi) ja toteuttamaan omia mielenkiintoja ja arvoja. Toiminnan kautta haetaan kokemusta oman toiminnan vaikuttavuudesta ja varmuutta oman toiminnan tehokkuudesta. Kuntoutujat määrittelevät omaa toimintaansa ensisijaisesti oman tahdon toteutumisen ja arjen järjestymisen, tottumusten rakentumisen kautta. Taitoja ja omia kykyjä käytetään tavoitteellisesti ja ympäristön mahdollisuuksia halutaan hyödyntää oman kuntoutumisen tukena. Kuntoutuminen toteutuu ympäristösuhteessa ja omia toimintatapoja ja -malleja yritetään muuttaa toiminnasta tulevan palautteen avulla. (vrt. Hautala ym. 2011: 236-240.)

## **5.2. Kuntoutumisen epälineaarisuus**

Kuntoutuminen on luonteeltaan epälineaarinen prosessi jossa tapahtuu edistymistä, takaiskuja, nopeaa etenemistä, pysähtymistä ja taantumista ja pyrkimystä eteenpäin (Anthony 1993: 24, Anthony et al. 2002; 100). Kuntoutumisen hahmottaminen muutosprosessina edellyttää tietoisuutta siitä että ihmiset voivat olla hyvin eri vaiheissa omaa kuntoutumistaan ja että eteneminen ei ole mitenkään suoraviivaista. Kuntoutumista voidaan kuvata syklisenä prosessina, johon kuuluvat relapsit ja "taaksepäin meneminen". Kun kuntoutumista on yritetty hahmottaa erilaisten prosessimallien kautta on todettu että kuntoutuminen näyttää etenevän "spiraalisesti: ihminen voi siirtyä eri vaiheesta toiseen eteen- tai taaksepäin riippuen siitä missä hän on kulloinkin menossa suhteessa omaan prosessiinsa. (Onken ym. 2007;12)

Prochaska, DiClemente ja Norcross ovat esittäneet ns. transteoreettisen mallin kuvaamaan käyttäytymisen muutosta. Malli jakaa muutosprosessin viiteen vaiheeseen: 1) esiharkinta, 2) harkinta, 3) valmistautuminen, 4) toiminta ja 5) halutun muutoksen ylläpitovaihe. Mallia on erityisesti hyödynnetty päihdekuntoutuksen puolella mutta sen avulla on pyritty hahmottamaan myös vaikeista mielenterveysongelmista kuntoutumista. Ralph on lisännyt malliin kuudennen vaiheen: "relapsit ja niiden kanssa toimimisen". (Ralph 2005:136)

Kuntoutujat näyttävät liikkuvan merkittävän kauan esiharkinnan ja harkinnan välillä, voinnin ja mielialan ja jaksamisen mukaan. Kuntoutustyö taas lähtee valmistautumisvaiheesta: oletuksesta että ihmisen tulisi ymmärtää oma tilanteensa ja olla valmis tai vähimmillään kiinnostunut toimimaan sen hyväksi. Työntekijät tuntevat usein olevan ”eri paikassa” kun kuntoutujat. (Ralph 2005:137.)

Kuntoutusjärjestelmä on rakennettu systemaattisen ja portaittaisen etenemisen ideologialle; ajatukselle että joitakin asioita pitää tapahtua ennen kuin seuraava askel voidaan ottaa. Kuntoutuminen ei kuitenkaan toteudu tällä tavalla ja varsinkin kuntoutujan kokemuksena ei ole useinkaan tavoitteellisen tai järjestäytyneen tuntuinen. (Anthony ym.2002;100.)

### 5.3. Henkilökunnan tehtävistä kuntoutumisen tukemisessa

Mike Slade määrittelee ”henkilökohtaisen kuntoutumisen viitekehyksessään” (Personal Recovery Framework) erikseen kuntoutujan ja työntekijän tehtävät kuntoutumisen prosessin edistämiseksi. Kuntoutujan tehtäviä kuntoutumisessa ovat pyrkiä luomaan itselleen myönteinen minäkuva, määritellä ja luoda suhde psyykkiseen sairastumiseen omista lähtökohdistaan käsin, tavoitella sairauden oireiden itsehallintaa ja tavoitella henkilökohtaisesti merkityksellisiä sosiaalisia rooleja. Työntekijän tehtävät Slade määrittelee seuraavasti: tue **toivoa**, tue **identiteetin kehittymistä**, tue **mielekkyyttä elämässä ja toiminnoissa** ja tue **henkilökohtaista vastuun ottamista** ja valintoja. (Slade 2009: 83-91 ; 92-92.)

**Toivon** tukemisessa Slade (2009; 92-124) näkee keskeisenä henkisyiden ja erilaiset vuorovaikutus- ja ihmissuhteet. Henkisyiden hän (Slade 2009: 96) määrittelee hyvin samalla tavalla kuin Kanadan malli toiminnallisuudesta ja sitoutumisesta. Henkisyys kuvaa ihmisen syvintä olemusta, hänen ainutlaatuisuuttaan Ihminen pyrkii toiminnassaan toteuttamaan arvojaan ja uskomuksiaan ja saamaan voimaa ja mielekkyyden kokemusta. (Hautala, ym. 2011:211). Mike Slade (2009: 96) nostaa yhtenä ulottuvuutena esille suhteen korkeampaan voimaan joka ei tarkoita ainoastaan uskonnollisia koke-

muksia vaan myös kokemuksia asioista jotka tuottavat mielihyvää, elämyksiä, oivalluksia, iloa tai rauhoittumista. Tällaisia välineitä voivat olla taide, itseilmaisun eri muodot, rukous, mietiskely, osallisuus hengellisiin ryhmiin tms.

Toivon käsite on kirjallisuudessa vielä hahmottomampi kuin kuntoutumisen käsite. Arkityössä paljon käytetty ”Realistisen toivon” käsite voi olla erityisen ongelmallinen: toisten ”epärealistiseksi” määrittelemä kuntoutujan toivo tulevaisuuden suhteen voi kuitenkin ylläpitää ihmisen kuntoutumista ja elämänhalua. ”Realistista toivoa” ei ole helppo määritellä. Kyse ei ole niinkään toivosta sinällään vaan henkilökunnan odotuksista ja käsityksistä siitä mihin ihminen kykenee ja tarpeesta suojata ihmisiä pettymyksiltä. (Wiles, Cott, Gibson 2008: 564.)

Toivon syntyminen ja ylläpysyminen on luonteeltaan vuorovaikutuksellinen prosessi; toivo syntyy kun ihmisellä on ihminen tai ihmisiä joihin hän voi luottaa. Ihmisiä, jotka uskovat hänen mahdollisuuksiinsa silloinkin kun ihminen ei itse niihin usko ja jotka osaavat välittää tämän uskonsa tavalla jonka ihminen voi vastaanottaa. (Anthony 1993: 15; Russinova 1999: 51; Slade 2009: 96.)

Zlatka Russinova (1999; 54–55) on kuvannut henkilökunnan toivoa inspiroivia ominaisuuksia. Henkilökunnan tulee uskoa kuntoutumisen mahdollisuuden ja parempaan tulevaisuuteen ja heillä tulee olla kykyä sietää epävarmuutta tulevaisuuden ja kuntoutumisen edistymisen suhteen. Kuntoutustyöntekijän tulisi olla orientoitunut tulevaisuuteen ja motivoitunut työskentelemään kuntoutujan kanssa. Tähän liittyy edistymisen havainnointi, palautteen antaminen, selventäminen ja toivon ylläpito silloin kun kuntoutuja kokee menevänsä taaksepäin. Viimeisenä on työntekijän kyky soveltaa erilaisia toimintoja, strategioita ja tekniikoita kuntoutumisen edistämiseksi. Toiminnan mahdollistamisen näkökulmasta kyse on mukauttamisesta – käytettävän toiminnan porrastamista haastamaan kuntoutujaa saavuttamaan tavoitteensa (Hautala, ym. 2011: 219).

**Identiteetin** tukeminen toteutuu tukemalla yksilön hyvinvointia. Kyse on ”hyvän elämän” etsimisestä: pyrkimisestä kohti elämää joka sisältää henkilökohtaisesti mielihyvää tuottavia toimintoja, johon sisältyy sitoutumista ihmisiin, paikkoihin, toimintoihin ja rooleihin sekä mielekkyyden ja saavuttamisen kokemuksia. Hyvinvoinnin tukeminen voidaan jakaa emotionaaliseen hyvinvointiin (mieliala ja koettu elämänlaatu), psyykkiseen hyvinvointiin (itsen hyväksyminen, kasvu, tarkoituksellisuuden kokemus elämässä, ympäristön hallinta, henkilökohtainen autonomia ja ihmissuhteet) sekä sosiaaliseen hyvinvointiin (sosiaalinen hyväksyntä, mahdollisuus olla hyödyksi, koherenssin kokemus ja integraatio ympäröivään yhteisöön). (Slade 2009: 125-130.)

Toiminnalla on merkittävä rooli identiteetin kehittymisessä ja uudelleenrakentumisessa., Toiminnallisen osallistumisen (työn tekemistä, itsestä huolehtimista ja vapaa-ajan viettoa sosiokulttuurisen ympäristön odotusten ja omien valintojen mukaisesti) kautta rakentuu toiminnallinen identiteetti; henkilön käsitys siitä millainen hän on toimijana, mihin hän haluaa pyrkiä, mitä oppia. Toiminnallinen identiteetti on yhdistelmä käsitystä omasta suoriutuvuudesta, tyydyttävistä toiminnoista, minuuden hahmottamisesta erilaisten roolien kautta, mitä pitää tärkeänä ja käsityksistä ympäristön ominaisuuksista. (Hautala ym. 2011: 243–248).

**Mielekkyyden** kokemuksen tukeminen liittyy vahvasti arviointiprosesseihin kuntoutuksessa. Arviointi on kuntoutusinterventio ja sen keskeinen tehtävä olisi lisätä kuntoutujan tietoisuutta omasta tilanteestaan, voimavaroistaan, mahdollisuuksistaan ja tukea kuntoutujaa tekemään informoitu valinta silloin kun tavoitteita asetetaan. Ratkaisevaa ei ole millaisia arviointivälineitä tai tekniikoita käytetään vaan se, missä määrin arviointiprosessi lisää kuntoutujan tietoisuutta itsestään ja mielekkyyden kokemusta suhteessa elämään. (Slade 2009: 144–148).

Asiakaslähtöisessä arvioinnissa pyritään maksimoimaan kuntoutujan osallistuminen ja hänen näkökulmansa esiin tuominen. Tavoitteena on luoda mahdollisimman kokonaisvaltainen ja jäsenelty ymmärrys kuntoutujan tilanteesta. Arvioinnin tuloksena saatu käsitys käydään läpi kuntoutujan kans-

sa jotta tulkintojen oikeellisuus voidaan varmistaa. Näin kuntoutuja saa perustaa omien kuntoutumistavoitteidensa arvioinnille, mihin ja millaisiin tavoitteisiin kuntoutuja on valmis sitoutumaan. (Hautala ym. 249-251). Arviointi on dialogia, jossa tavoitteena ei välttämättä aina ole ”kliinisesti tarkka” kuva kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista vaan yhteisesti jaettu todellisuus, käsitys missä ollaan ja mihin halutaan mennä (Peltomaa 2006: 30-31).

**Henkilökohtaisen vastuun ottaminen** liittyy valintoihin, tavoitteisiin ja sitoutumiseen toimintaan tavoitteiden suunnassa. Asenteelliset esteet jotka estävät kuntoutujia saamasta ja/ tai ottamasta vastuuta voivat olla niin sisäisiä kuin ulkoisiakin. Sisäiset esteet liittyvät mielenterveyskuntoutujien omiin asenteisiin ja ajatuksiin itsestään ja ulkoiset ympäristön asennoitumiseen ja mielenterveyskuntoutujien leimautumiseen. Suurimpia esteitä vastuun ottamiselle voivat olla kuntoutujien sisäistämät kulttuuriset mielikuvat mielenterveysongelmista ja mielenterveysongelmaisista ihmisistä. Näitä stereotyyppisiä olettamuksia on nimitetty ”mentalismiksi”. Näiden mukaan kuntoutujat tarvitsevat aina apua ja tukea, eivät kykene itsenäiseen, rationaaliseen päätöksentekoon, ovat arvaamattomia, eivätkä ymmärrä mikä heille on parasta. Näitä asenteita on hoitoyhteisöissä ja kuntoutujissa. (Kramer, Gagne 2001: 469–470.)

Tavoitteissa on aina kysymys tuntemattomasta: tavoitteita asetettaessa ei vielä tiedetä päästäänkö niihin. Tavoitteiden asetteluun ja sitoutumiseen liittyy aina jonkinlainen riski. Anthony (1993: 70) korostaa että mielenterveyspalveluiden tulisi kehittää erilaisia toimintastrategioita jotka kannustavat ja tukevat kuntoutujien riskin ottoa ja itsenäistä päätöksentekoa. Ei voi ottaa vastuuta jos ei ole päässyt päättämään omasta toiminnastaan. On erilaisia käsityksiä siitä millainen riski on hyväksyttävä silloin kun kuntoutuja on asumispalveluissa. Riskinotto ilman tukea mahdollisen epäonnistumisen jälkeen ei ole mielekästä kuntoutumisen etenemisen kannalta. Siksi tulee kehittää myös joustavan tuen malleja jotka mahdollistavat kokeilemisen, yrittämisen ja epäonnistumisenkin. Niin kauan kun tukijärjestelmä ontuu eikä kuntoutujan turvallisuutta valintatilanteissa voida taata henkilöstön mielestä

riittäväällä tavalla, henkilökunta todennäköisemmin suojaa ja suojelee kuntoutujaa valintojen seurauksilta. (Meehan, King, Beavis, Robinson, 2008: 180.)

Ihminen on hyvin vaikea ottaa vastuuta valinnoista mitä ei ole itse tehnyt, eikä voi tehdä valintoja jos ei ole todellisia vaihtoehtoja mistä valita. Arvot ja mielenkiinnon kohteet vaikuttavat siihen miten ihminen motivoituu toimintaan. Motivaatio on yksilöllistä eikä sitä voi ymmärtää vaan havainnoimalla ihmisen toimintaa vaan motivaation ymmärtäminen edellyttää keskustelua ja vuorovaikutusta (Hautala ym. 2011: 210). Motivaatio tai muutosvalmius ei ole ihmisen ominaisuus, vaan suhde, ihminen motivoituu johonkin. Motivaatio kuntoutustavoitteisiin, niiden asettamiseen ja valmius toimia niiden suunnassa rakentuu vuorovaikutussuhteessa kuntoutusympäristön ja kuntoutujan välillä (Peltomaa 2006: 26–36).

Kuntoutustavoitteiden asettelu ei voi olla irrallaan toimintakyvyn tai elämäntilanteen arvioinnista, prosessista jonka kautta tavoitteiden asetteluun päästään. Arvioidessaan Canadian Occupational Performance Measure (COPM) yhteensopivuutta kuntoutumista korostavan kuntoutusajattelun kanssa Kirsh ja Cockburn (2009: 172-178) toteavat niiden olevan hyvin yhdenmukaisia periaatteiltaan. Lisäksi COPM tarjoaa käytännön työvälineen tutkittaessa mitä "tydyttävä ja toiveikas ja toimielias elämä voisi kuntoutuksen yksilöllisenä tavoitteena olla. COPM edellyttää että kuntoutujat itse identifioivat, priorisoivat ja arvioivat haluttuja toimintoja ja niiden merkitystä ja tärkeyttä itselleen. Tällöin kuntoutujat luovat itse merkityksen termeille: tyydyttävä, toimielias ja toiveikas. Kun kuntoutujat itse määrittelevät omat tavoitteensa, niiden tärkeysjärjestyksen ja toivotun lopputuloksen, he samalla myös vaikuttavat kuntoutusinterventioiden luonteeseen. Kuntoutujat pääsevät valitsemaan, ottamaan aidosti vastuuta ja se lisää voimaantumisen kokemusta.

Tutkittaessa COPM:n vaikuttavuutta todettiin että kuntoutujat kokivat voimaantuneensa suhteessa omaan edistymiseensä kuntoutumisessa. Kuntoutujat kuvasivat suurempaa muutosta tyytyväisyydessä omaan toimintaan kuin suoriutumisen tasossa. tukijat päättelivät että mahdollisuus todellisesti



valita itse omat tavoitteensa vaikuttaa myönteisesti erityisesti itsetuntoon. (Chesworth – Duffy – Hodnett - Knight 2002: 32.) Motivaatio rakentuu oman toimijuuden, tavoitteellisuuden ja voimaantumisen kokemuksen kautta; se pysyy yllä saavutusten ja onnistumisten avulla (Slade 2007: 171).

#### **5.4. Kuntoutumisen käsite ja mielenterveyspalveluiden kehittäminen**

Anglosaksissa maissa, erityisesti Australiassa, Uudessa Seelannissa ja Kanadassa on vahvasti nostettu kansallisella ohjelmatasolla esille kuntoutumisen käsitteeseen perustuvan palvelutuotannon kehittämistä. Tavoitteena on nostaa kuntoutumisen käsite mielenterveyspalveluiden sisältöä ohjaavaksi periaatteeksi. Tämä Recovery-based practice asettaa haasteita niin mielenterveyspalveluille kun kuntoutusammateillekin. Palveluiden kehittämisen näkökulmasta kysymys on: voiko kuntoutumisen käsite olla asianmukainen kuntoutustoimintaa ohjaava käsite vai niin syvästi yksilöllinen ja henkilökohtainen ilmiö, jonka pohjalle ei voida suunnitella mielenterveyspalveluiden kokonaisuutta. (Meehan, King, Beavis, Robinson 2008: 177.)

Kuntoutumisen käsitteen hyvin yksilöllinen luonne tekee kuntoutumisen ideologiaa soveltavien kuntoutuspalveluiden rakentamisesta haasteellista. Kuntoutumisen teoreettinen kirjallisuus on usein varsin kriittistä ”perinteiseksi” koettuja hoidon ja kuntoutuksen palveluja kohtaan. Niiden nähdään painottuvan ylläpitoon, turvallisuuteen, oireiden hallintaan ja relapsien ehkäisyyn roolikuntoutumisen tai yhteisön resurssien hyödyntämisen kustannuksella. Jos kuitenkin halutaan kehittää kuntoutumisen käsitettä hyödyntäviä palveluita, tulee voida tasapainoilla kuntoutujien omien pyrkimysten ja odotusten ja yhteiskunnan/ yhteisön odotusten välillä. (Meehan ym. 2008: 178.) Mielenterveyspalveluiden, myös – kuntoutuksen olemassaolo perustuu ”yhteiskuntasopimukseen”, jonka mukaan yhteiskunnalla on lupa odottaa kuntoutukselta paitsi yksilön hyvän toteutumista myös yhteiskunnan ja yhteisön hyöty. On tarkoituksenmukaista pyrkiä ehkäisemään sairauksien pahenemista ja siten vähentää yhteiskunnalle (ja kuntoutujalle itselleen aiheuttavia inhimillisiä) kustannuksia. (Järvikoski, Härkäpää, 2004: 27.)

On olemassa jonkun verran tutkimuksellista näyttöä siitä että yksilöllistä kuntoutumisen prosessia korostava hoito ja kuntoutus tuottavat myös toimintakyvyn paranemista. Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan vielä. Kuntoutumista painottavien palveluiden vaikuttavuustutkimuksessa tulisi mitata psyykkistä hyvinvointia (miten kuntoutuja kokee nykyhetken), toiveikkuutta (miten kuntoutuja kokee tulevaisuuden ja omat mahdollisuutensa) ja hengellisyyttä (mitkä on kuntoutujan voimavarojen ja inspiraation lähteet). On myös kehitetty kuntoutumisen käsitteeseen perustuvia instrumentteja, kuten Recovery Assessment Scale ja Recovery Self-Assessment. (Meehan 2008: 179.)

Psykoosista toipuvia tutkittaessa on todettu että ahdistuksen ja masennusoireiden väheneminen voi edistää toivon kokemusta ja voimaantumista. Skitsofreniaa sairastavien masennuksella ja ahdistuksella näyttäisi olevan suurempi merkitys suhteessa toiveikkuuden kokemiseen kuin psykoosioireilla. Vastaavasti parempi sosiaalinen toimintakyky näyttäisi suojaavan masentuneisuuden kielteisiltä vaikutuksilta. Toivolla, käsityksellä oman toiminnan vaikuttavuudesta ja optimismilla on yhteys kuntoutumiseen sisäisenä kokemuksena. Päätösvalta, tunne oikeutetusta vihasta ja aktiivisuus liittyvät toimintavalmiuteen ja päämääräorientoituneisuuteen. (Brown, Rempfer, Hamera 2008; 28–30.) Sosiaalista toimintakykyä, osallisuutta ja itsenäistä päätöksentekoa tukemalla voidaan todennäköisesti vaikuttaa myös kuntoutujien oireiluun ja/tai oireisiin liittyvään ahdistukseen.

Kuntouttavissa asumispalveluissa kyse ei ole vaan siitä miten hyvin henkilökunta ymmärtää kuntoutumisen luonnetta tai miten kuntoutumisen etenemistä tuetaan. Kyse on myös palveluiden järjestämisen tavasta. Kuntoutujat pääsääntöisesti toivovat itsenäistä asumista ja omaa asuntoa ryhmäasumisen sijaan. Mitä enemmän mielenterveyskuntoutujat pystyvät vaikuttamaan asumismuotoonsa sitä suurempi pysyvyys ja tyytyväisyys asumiseen. Vastaavasti mitä enemmän kuntoutujat kokevat pystyvänsä vaikuttamaan asumisen tuen laatuun ja sisältöön, sitä parempi tyytyväisyys ja edistyminen kuntoutustavoitteissa. (Corrigan ym. 2008; 180.)

Palveluiden kehittämisessä vaatii uusien palvelumuotojen tai mallien kehittämisen lisäksi ajattelutavan ja ideologian muutosta. On huolehdittava siitä että tosiasialliset toimintatavat muuttuvat (eikä vaan kieli tai terminologia joilla ilmiötä kuvataan). Yksi tapa kehittää kuntoutujalähtöisyyttä on lisätä kuntoutujien ja läheisten asiantuntemusta palveluiden kehittämisessä. (Meehan ym. 2008: 180.) Työntekijän ja työyhteisöjen haasteet liittyvät ensisijaisesti arvoihin: yksilöllistä kuntoutumista tukeva työote nousee omien ammatillisten arvojen tarkastelusta (Slade 2009:135).

Kuntoutumisen käsite haastaa myös ammattialojen tavan hahmottaa omaa rooliaan mielenterveystyössä. Se tarjoaa myös ideologisen peilin jota vasten voi peilata oman ammatin perusolettamuksia. British Association of Occupational Therapists ja College of Occupational Therapists julkaisivat ohjelmaperin "Recovering Ordinary Lives" 2006. Paperin tavoitteena oli luoda kuntoutumisajattelun pohjautuva strategia toimintaterapian ammatin kehittämiseksi mielenterveyspalveluissa vuosina 2007–2017. Ohjelmaperi kuvaa toimintaterapeuttien roolia mielenterveystyössä kuntoutumisajattelun näkökulmasta seuraavasti: "Toimintaterapeutit arvostavat pitävät kuntoutumista arvossa ja työskentelevät sosiaalista inklusiota tukien sellaisten tavoitteiden saavuttamiseksi, joilla on todellista merkitystä ihmisten elämässä. He kannustavat mielenterveysongelmaisia ihmisiä tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta elämästään tarjoamalla tarvittavan tuen (COT 2006).

Ammatillista toimintaa ohjaavia periaatteita kuntoutumisen tukemisessa ovat esimerkiksi seuraavat:

- 1) toimintaterapialla tuetaan ihmistä saavuttamaan entistä suurempi autonomia ajattelussa ja toiminnassa
- 2) interventioiden tavoitteena on tukea asiakasta kehittämään tai ylläpitämään henkilökohtaisesti tyydyttävää sosiaalista identiteettiä
- 3) interventiot suuntaavat asiakasta kohti täydempää osallisuutta yhteiskunnassa sellaisten toimintojen kautta jotka ovat hänen ikäänsä, taustansa, mielenkiintoihinsa ja pyrkimyksiinsä nähden asianmukaisia.

Toimintaterapeuttien keskeinen viesti kuntoutujille, läheisille, työyhteisöille ja päätöksentekijöille on tuoda esiin toiminnan merkitystä kuntoutumisen ja hyvinvoinnin kannalta (COT 2006).

Ribeiro Gruhl (2005; 96-102) toteaa että mielenterveystyössä on tapahtumassa paradigman muutos. Tämä kuntoutumisen prosessin ensisijaisuutta korostava paradigma nostaa esiin monia toimintaterapian teoreettiselle ajattelulle keskeisiä käsitteitä kuten elämänlaatu, voimaantuminen, toivo, mielekkäät toiminnat ja roolit. Toimintaterapian ja kuntoutumista painottavan ajattelun perusolettamukset ovat erittäin samanlaisia ja samansuuntaisia. Toimintaterapian tulisikin jatkossa hyödyntää enemmän kuntoutumisen teoreettista käsitteenmäärittelyä ja kuntoutumiseen liittyvää tutkimusta omassa tutkimuksessaan ja käytännön työssään. Koska ammatilliset uskomukset halettamukset esimerkiksi muutoksen luonteesta ovat hyvin samansuuntaisia, toimintaterapialla voisi olla paljon annettavaa kuntoutumiseen liittyvälle tutkimukselle ja käytännön työn sovelluksille.

Toimintaterapian ja kuntoutumisen käsitteen teoreettisella tarkastelulla on paljon yhteistä. Molemmat ovat kiinnostuneita perustavaa laatua olevasta, subjektiivisesta ja ainutlaatuisesta yksilöllisestä kokemuksesta. Kumpikin korostaa voimavaroja ja vahvuuksia, toiminnallisia valintoja, oman elämän hallinnan pyrkimystä ja palvelujen kuntoutujalähtöisyyttä. Kuntoutumisen teoreettinen ajattelu ja toimintaterapia kumpikin uskovat siihen että ihminen voi omalla toiminnallaan muuttaa elämäänsä. (Creek, Loughner, 2008: 499.)

### **5.5. Pätevyys kuntoutumisen tukemisessa**

Pätevyys tai pätevyysalueet ovat yleisiä kuvauksia niistä tiedoista, taidoista, kyvyistä ja ajattelutavoista joita tarvitaan jotta voisi suoriutua työstä hyvin. Kuntoutumista painottava kuntoutus korostaa koko henkilökunnan yhteisiä pätevyysodotuksia ja asenteita perinteisen kliinisen, professionaalisuutta korostavan pätevyyden rinnalla. Moniammatillisuus tässä yhteydessä on enemmänkin moniosaajuutta ympäristössä jossa jaetaan yhteisen toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet (Lakeman 2010: 64.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa kysyttiin seitsemästä eri maasta kotoisin olvilta kuntoutujilta mitkä pätevyysalueet ovat heidän mielestään oleellisia kuntoutumisen tukemisessa. Viisi tärkeintä pätevyysaluetta olivat Kyky tukea kuntoutujan omia voimavaroja, resursseja ja ratkaisuja

- 1) Kyky välittää uskoa että kuntoutuminen on mahdollista
- 2) Kyky kuunnella sitä mitä kuntoutujat *oikeasti* sanovat ja kunnioittaa heidän näkemyksiään
- 3) Kyky kunnioittaa ja hyödyntää kuntoutujien kokemusasiantuntijuutta
- 4) Kyky auttaa kuntoutujaa uskomaan itseensä ja omiin mahdollisuuksiinsa ja siten tukea heitä auttamaan itse itseään.
- 5) Kyky luoda hyvä vuorovaikutussuhde kuntoutujien kanssa joka perustuu hyvään itsetiedostukseen ja toimivin kommunikaatiotaitoihin (Lakeman 2010: 69)

Olisi naivia olettaa että pelkkä henkilökunnan altistaminen kuntoutumisasiologialle tai koulutus kuntoutumista tukevan palvelun periaatteista automaattisesti muuttaa toiminnan kuntoutujalähtöisemmäksi. Tarvitaan pitkäjänteistä kehittämistyötä arvojen ja ajatusten soveltamiseksi käytännön työssä. Kehittämistyössä tulee olla mukana niin palvelun käyttäjien, läheisten, maksajien kuin muut yhteistyökumppanien. Samaan aikaan henkilökunnan tietoa kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä ja kuntoutumisen luonteesta on tarpeen lisätä jotta palvelut paremmin tukisivat yksilöitä heidän yksilöllisissä prosesseissaan. Koulutus on yksi tapa tukea työn kehittämistä (Meehan, ym. 2008: 178.) Kuntoutushenkilöstön tiedon puute kuntoutumisen käsitteen eri ulottuvuuksista voi olla merkityksellisin este pyrkimykselle kehittää kuntoutuspalveluita entistä enemmän yksilöllistä kuntoutumisen prosessia tukeviksi (Young, ym. 2005; 974).

Tarkoituksenmukaisen koulutuksen kehittämiseksi ja koulutustarpeisiin vastaavien koulutussisältöjen laatimiseksi on tarpeen tutkia miten henkilöstö ymmärtää kuntoutumisen käsitteen.

## **6. Tutkimus mielenterveyskuntoutujille suunnatun kuntouttavan palveluasumisen henkilökunnan käsityksistä kuntoutumisesta**

Osana Mehiläinen Kuntapalveluiden mielenterveyskuntoutuksen kehittämistä ollaan luomassa sisäisen koulutuksen rakenteita ja sisältöjä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää Mehiläinen kuntapalveluiden kuntoutusta ja henkilöstön ammattitaitoa. Tutkimuksen tavoitteena on tutkia millaisia ovat tällä hetkellä henkilökunnan tiedon taso ja asenteet suhteessa kuntoutumisen käsitteeseen. Tutkimuksen tuloksia tullaan käyttämään kuntoutumisen teemaan liittyvien henkilöstökoulutuksen osien sisältöjen kehittämiseksi.

Tutkimusinstrumentiksi valitsin Recovery Knowledge Inventoryn (RKI). Jatkossa käytän tutkimusinstrumentista lyhyden vuoksi lyhennettä RKI aina kun se on tarkoituksenmukaista. RKI mittaa henkilökunnan käsityksiä kuntoutumisesta tavalla joka ottaa huomioon kuntoutuksen toimintaympäristön ja kuntoutushenkilökunnan roolin ja tehtävät kuntoutumisen tukemisessa. Muut mahdolliset instrumentit (Recovery Attitudes Questionnaire RAQ, Hope Scale) mittaavat yleisiä asenteita liittyen kuntoutumiseen tai spesifisti henkilökunnan asenteita suhteessa kuntoutujien mahdollisuuksiin kuntoutua (Staff Attitudes to Recovery Scale STARS). RKI valikoitui tutkimukseen siksi että se mittaa laajasti kuntoutumisen käsitteen eri ulottuvuuksia, sitä on käytetty aikaisemmin nimenomaan henkilöstön koulutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen, sen tulosten laskeminen on suhteellisen yksinkertaista ja sen käytöstä ei aiheudu kustannuksia. Yalen yliopisto on antanut RKI:ta tutkimuskäyttöön laajalti eri puolille maailmaa.

### **6.1. Recovery Knowledge Inventory (RKI) tutkimusinstrumentti**

Yalen yliopiston (Yale University, School of Medicine, Department of Psychiatry) tutkijaryhmä kehitti Recovery Knowledge Inventoryn (RKI) osana Connecticutin osavaltion laajuista mielenterveyspalveluiden kehittämishanketta, jonka tavoitteena oli kehittää palveluita enemmän kuntoutumisen ideologiaan perustuviksi (Recovery Based Practice), Keskeinen osa tätä hanketta oli julkisten palveluiden henkilöstön koulutus kuntoutumisen käsitteestä, kuntoutumista tukevan periaatteista ja toimintaa ohjaavista arvoista.

(Bedregal - O'Connell - Davidson; 2006: 97.)

Hankkeen lähtökohdista käsin kuntoutuminen määriteltiin moniulotteiseksi käsitteeksi joka merkitsee eri asioita eri osapuolille (kuntoutujat, läheiset, henkilökunta, päätöksentekijät). Nämä eri ulottuvuudet pyrittiin yhdistämään määrittelemällä kuntoutuminen (recovery) väljästi tarkoittavan sitä, että ihminen määrittelee tai tulkitsee psyykkisen sairauden vain osaksi itseään ja että sairaudesta ja mahdollisista haitoista huolimatta ihminen on kykenevä tunnistamaan, valitsemaan ja pyrkimään kohti itse merkityksellisiksi kokemiaan päämääriä.(Bedregal ym. 2006; 97.)

Määritelmään pohjautuen tutkijat identifioivat ne ulottuvuudet joiden ajateltiin olevan kirjallisuuden valossa keskeisiä kuntoutumisen tukemiselle: kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutujan hahmottaminen kuntoutusprosessia ohjaavana, kuntoutumisen yksilöllinen luonne, kulttuurinen pätevyys, itsemääräämis- ja – määrittelyoikeus, vahvuuksiin ja voimavaroihin painottuminen, valinta, riskinotto, osallisuus mielekkäiksi koettuihin toimintoihin, leimautumisen voittaminen, itsen uudelleenmäärittely, suhteen luominen sairastumiseen, toivo ja kuntoutumisen prosessin epälineaarinen luonne. (Bedregal ym. 2006: 97.)

Näiden käsitteiden pohjalta luotiin 36-osainen kyselykaavake, joka koostui väittämistä liittyen kuntoutumiseen. Väittämiin vastattiin viisiportaisella Likertin asteikolla. Kaavake testattiin 169 mielenterveyspalveluissa työskentelevällä. Tulosten perusteella todettiin että osa instrumentin osista oli päällekkäisiä tai liian kapeita. Reliabiliteettianalyysin perusteella osa väittämistä poistettiin. Prosessissa oli mukana myös kuntoutujia, työntekijöitä ja päättäjien edustajia jotka antoivat palautetta eri osioista ja niiden merkittävyydestä. Näiden prosessien tuloksena RKI pieneni 17-osaiseksi. Tutkimuskirjallisuuden vertailun ja yhteistyökumppanien kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen päätettiin lisätä instrumenttiin kolme aiemmin poistettua osiota koska ne koettiin teoreettisesti merkityksellisinä ulottuvuuksina. (Bedregal ym. 2006; 98.)

Lopullinen RKI (Liite 1: englanninkielinen versio) koostuu 20 väittämästä jotka jakaantuvat neljälle eri kuntoutumisen ulottuvuudelle: 1) roolit ja vastuut kuntoutumisessa, 2) kuntoutumisen prosessin epälineaarisuus, 3) itsen määrittely ja vertaisten merkitys, sekä 4) kuntoutumiseen liittyvät odotukset. Väittämiin vastataan käyttämällä viisiportaista Likertin asteikkoa. Likertin asteikko edustaa asteikkoihin perustuvaa kysymystyyppiä jossa esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee miten voimakkaasti hän on joko eri tai samaa mieltä väittämän kanssa. Väittämiin RKI:ssa väittämiin vastataan Vahvasti samaa mieltä – samaa mieltä – en ole varma – eri mieltä – vahvasti eri mieltä. RKI:ssa vastauksille annetaan lukuarvo (1-5) ja näistä lasketaan keskiarvo ja keskihajonta. (Bedregal ym. 2006, 98-99.)

**”Roolit ja vastuut kuntoutumisessa”** – osio sisältää seitsemän väittämää liittyen riskinottoon, päätöksentekoon sekä kuntoutujien ja ammattilaisten väliseen työnjakoon. Tämän osion reliabiliteettiarvo (cronbergin alfa) oli .82. **”Kuntoutumisen prosessin epälineaarisuus”** -osio sisältää kuusi väittämää liittyen sairauteen, oireiden hallintaan ja kuntoutumisen prosessin epälineaariseen luonteeseen., Tämän osion reliabiliteettiarvo oli .70. Kolmas osio **”itsen määritteleminen ja vertaisten merkitys”** koostuu viidestä väittämästä liittyen yksilön pyrkimyksiin määritellä itsensä eri tavalla kuin olla potilas ja mikä merkitys vertaistuella voi olla. Kolmannen osion reliabiliteettiarvo oli .63. Neljäs osio **”Kuntoutumiseen liittyvät odotukset”** ja sen kaksi väittämää saivat varsin alhaisen reliabiliteettiarvon.42, mutta tutkijat halusivat pitää osion mukana koska kirjallisuuden valossa aihealue on kuntoutumisen kannalta niin tärkeä. (Bedregal ym.2006; 98.)

Mitä suurempi on vastausten lukuarvojen keskiarvo, sitä parempi tiedon taso. Mitä suurempi on ollut vastausten keskihajonta, sitä suurempi on ollut vastaajien erimielisyys väittämästä. Tulokset (keskiarvo ja keskihajonta) raportoidaan koko RKI:n osalta ja osioittain.

RKI on laajalti käytetty työntekijöiden näkökulmien tutkimiseen. Se arvioi kuntoutumisen kannalta keskeisiksi arvioituja osa-alueita ja on psykometri-



siltä ominaisuuksiltaan luotettava, validiteetin osalta tarvitaan lisätutkimusta (Meehan, King, Beavis, Robinson 2008:179).

RKI:ta on käytetty aikaisemmin Irlannissa, Australiassa, Kanadassa, ja USA:ssa henkilöstön tiedon tason tutkimiseen ja henkilöstökoulutusten vaikutusten mittaamiseen. Irlannissa tutkittiin yhden sairaanhoitopiirin alueella työskenteleviä avopalveluiden työryhmien ja akuuttiyksiköiden henkilöstöä. Tutkimuksen tuloksissa todetaan että osallistujat ymmärsivät yksilöllisen kuntoutumisen tukemisen merkityksen kuntoutuspalveluita ohjaavana periaatteena mutta samaan aikaan työntekijät olivat haluttomia kannustamaan kuntoutujia harkittuun riskinottoon. Tämä löydös oli merkittävä koska terapeutin riskinotto ja toivo ovat kuntoutumisen prosessin kannalta keskeisiä elementtejä. Vastaavasti työntekijöillä oli vähäinen käsitys kuntoutumisen prosessin epälineaarisuudesta ja he painottivat voimakkaasti oireiden hallinnan ja hoitomyöntyvyyden ensisijaisuutta (Cleary, Dowling, 2009, 539–545.)

Australiassa RKI:tä käytettiin arvioimaan kuntoutujataustaisten kouluttajien toteuttaman koulutuksen vaikutusta koulutukseen osallistuneiden ammattilaisten ajatuksiin ja asenteisiin. Tutkimuksessa verrattiin koulutukseen osallistuneen ryhmän käsityksiä ja näkemyksiä kuntoutumisesta ja kuntoutumisen käsitteestä työntekijöihin jotka eivät olleet saaneet koulutusta. Koulutuksella oli selkeästi myönteinen vaikutus koulutukseen osallistuneen ryhmän tietoihin ja asenteisiin. Suurin myönteinen muutos oli nähtävissä osallistujien tiedoissa liittyen kuntoutumisen epälineaarisuuteen ja kuntoutumiseen liittyviin odotuksiin. (Meehan ja Glover, 2009; 9-22.)

Vastaavalla tavalla tutkittiin kuntoutujataustaisten kouluttajien tekemään koulutuksen vaikutuksia samoin tuloksin Australiassa. Vertaamalla eri instrumentteja todettiin että kokemusasiantuntemukseen perustuvalla koulutuksella on suurin vaikutus henkilökunnan kuntoutumiseen liittyviin odotuksiin (STARS) ja toiveikkuuteen (Therapeutic Optimism Scale TOS). RKI:lla mitaten muutos kaikilla alueilla oli pienempi oletettavasti koska se arvioi kuntoutumisen eri ulottuvuuksia ja niillätapahtuvia muutoksia laajemmin.

(Janaka, Deane, Crowe, Oades, 2010; 243–248.) Judith Ann Stonger (2009) sovelsi kyselyä tutkiessaan yliopistossa kuntoutustyötä opettavan henkilökunnan asenteita yliopistolla. Kanadassa RKI:tä on käytetty yhtenä mittarina arvioitaessa henkilöstön kehittämishankkeen vaikuttavuutta (Velyvis, 2010).

## 6.2. Tutkimusinstrumentin kääntäminen

Käännösprosessin ensimmäinen haaste oli tutkia termiä ”recovery”. Englanti-Suomi sanakirja (WSOY Sanakirja 2003 s.v. ”recovery”) tarjoaa käännökseksi termejä 1) takaisin saaminen; korvaaminen, 2) toipuminen, paraneminen, elpyminen; 3) tasapainon saavuttaminen. Suomalaisessa kuntoutuskirjallisuudessa on kuitenkin käytetty sanaa ”kuntoutuminen” sanan ”recovery” käännöksenä. Kuntoutuminen on hyvä käännös koska se sisältää saman kaksoismerkityksen kuin englanninkielinen termi; sanalla kuntoutuminen voidaan viitata paranemiseen (kuntoutui täysin, kuntoutui ennalleen, a full recovery) ja meneillään olevaan muutosprosessiin (kuntoutuminen on vielä kesken, kuntoutumispolku; recovery process).

Kuntoutuminen ja recovery myös molemmat viittaavat yksiselitteisesti ihmiseen jolla on tarve kuntoutua, kuntoutujaan erotuksena ammattihenkilöstön työstä, kuntoutuksesta (rehabilitation). Suomen kielessä voidaan myös muovata sana ihmiselle joka on kuntoutumassa, kuntoutuja (englannissa person in recovery).

Väittämien ensimmäinen versio, raakakäännös valmistui toukokuun alussa 2011. Tarkoituksena ei tässä vaiheessa ollut vielä hioa loppuun asti ilmaisuja vaan pyrkiä hahmottamaan ja tavoittamaan se mikä on väittämien oleellinen sisältö. Joiden termien ja yksittäisten sanojen kohdalla tasapainoilin useiden eri käännösvaihtoehtojen ja –vivahteiden välillä.

Toukokuun alussa ensimmäisen version tarkasti kielenkääntäjä, toimintaterapeuttipiskelija Lua Tuomi. Hän toimitti omat korjausehdotuksensa ja kysymyksensä liittyen joidenkin termien ja rakenteiden monitulkintaisuuteen

11.5. Yksittäisten termien käännöksen tarkkuuden lisäksi ratkaistavaksi tuli väittämien tosiasialliseen sisältöön liittyviä tulkintakysymyksiä.

Esimerkkinä väittämä 3: All professionals should encourage clients to take risks in the pursuit of recovery. Alkuperäinen käännösehdotus: "Kaikkien ammattilaisten tulisi rohkaista kuntoutujia ottamaan riskejä kuntoutumiseen pyrkiessään".

Lua Tuomen kommentti:

"Alkuperäinen käännös: Hienoinen painotusero: "In the pursuit of recovery" viittaa kuntoutuksen päämäärään pyrkimiseen, "pyrkiessään kuntoutumaan" viittaa pyrkimykseen suorittaa päämäärään tähtäävä toiminta. Siihen toki sisältyy myös ennen pitkää tapahtuva "recovery", mutta painotus on eri. Kuntoutua-verbi on vaihtoehtoista vähiten huono, johon ovat joutuneet jo päätyämään kaikki muutkin terapeuttisten tekstien kääntäjät ennen meitä, vakiinnuttaen sen yleiseksi käytännöksi, jossa nyt pitäytykäämme. Päämäärää voisi korostaa vaihtamalla teema-reema -asetelma toisin päin ja muuttamalla taivutus verbin III infinitiivin illatiivista substantiivin translatiiviksi: "kuntoutuneeksi pyrkiessään", mutta se on turhan kulmikas tälle lomakkeelle. Jos taas käytämme muotoa "kuntoutuessaan", viittaa se liikaa prosessin loppuun. Näin ollen tälle ei löydy käännöstä joka säilyttäisi kaikki vivahterot, ja joudumme kaventamaan merkitystä. Mielestäni voisimme silti saavuttaa jotain tästä käyttämällä muotoa: **"Kaikkien ammattilaisten tulisi rohkaista asiakkaitaan ottamaan riskejä kuntoutumiseen pyrkiessään"**. Se ei ole yhtä soljuva kuin alkuperäinen ehdotus teema-reema -vaihdoksen vuoksi, mutta se on lähempänä alkuperäistä merkitystä. (Ja se estää väärinkäsitykset siitä että nyt käsiteltäisiin hakua kuntoutuksiin - joka on toki epätodennäköinen mutta tässä maailmassa täysin mahdollinen tulkinta)"

Lopullinen versio ehdotetun mukainen. Samalla tavalla jouduin pohtimaan väittämää 11: "Recovery is not as relevant for those those who are actively psychotic". Ensimmäinen raakakäännös: "Kuntoutuminen (Kuntoutumisen ajatus) ei ole yhtä tärkeää (relevant: ajankohtainen, tärkeä, merkityksellinen) akuutisti psykoottisille (akuutissa psykoosissa oleville?)

Lua Tuomen kommentti:

"Not as important" on englanniksi melko itsenäinen fraasi, jossa vertailun kohde on implikoitu mutta näkymätön. Suomessa kuitenkin komparatiivi vaatii yleensä vertailun kohteen näkyville, muuten lähestytään liikaa puhekielimäistä absoluuttista komparatiivia. Kysymyksestä voi toki loogisesti päätellä että vertailuparina ovat henkilöt jotka eivät ole akuutissa psykoosissa (emme kuitenkaan tiedä varmasti, otetaanko tässä kantaa kroonisesti psykoottisiin vai tapahtuuko rinnastus vertailunnormaaliin yksilöön), mutta silti

katson että anglismin jättäminen paikalle sellaisenaan saisi lauseen ontumaan. Varmentamattoman lisätiedon lisääminen tekstiin on kuitenkin kaikkien käänösperiaatteiden vastaista, vaikka joutuisimme tekemään oletuksen ainoastaan siitä, mikä on vertailun kohde. En tässä kohtaa voi ehdottaa lopullista muotoa ilman että jompi kumpi strategia valitaan.”

Lopullinen versio: ”Ajatus kuntoutumisesta ei ole yhtä ajankohtaista akuutisti psykoottisesti oireileville.” Tein tulkinnan kirjallisuuden pohjalta olettaen että kuntoutujaa verrataan ei-akuutisti psykoosissa oleviin ja että kyseessä on nimenomaan kuntoutujan tarve ajatukselle tai idealle kuntoutumisesta ja sen mahdollisuudesta myös psykoosin aikana. Anglismin jätin paikalleen vaikka varsinaista vertailukohdetta ei lauseessa määriteltykään koska Kokkolan testiryhmän kaikki jäsenet olivat ymmärtäneet komparatiivin (näkyvämmän) vertailukohteen samalla tavalla kuin minä.

Vastaavaa näkökulma ja –tulkintapohdintaa kävimme myös väittämistä 6, 9, 12, 14 ja 17. Lopulliset valinnat joihin päädyin perustuivat väittämien vertaamiseen kuntoutumista käsittelevään kirjallisuuteen ja testiryhmältä tulleeseen palautteeseen.

Seuraava tekstiversio annettiin täytettäväksi mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaopintojen opiskelijaryhmälle Kokkolassa 22.5.2011. Ryhmä koostui 20 asumiskuntoutuksen ammattilaisesta. He vastasivat kyselyn väittämiin ja kommentoivat kunkin väittämän ymmärrettävyyttä. Pyysin erityisesti kommentteja monimerkityksellisistä kysymyksistä. Eniten kommentteja sai väittämä 12: ”Defining who one is, apart from from his /her illness/ condition is essential component of recovery.” Testiryhmän palautteiden perusteella muutin Lua Tuomen edottaman version ”Oman itsensä määrittelemisen sairaudesta erillisenä on olennainen kuntoutumisen osatekijä” kielellisesti kömpelömpään mutta mielestäni paremmin väittämän alkuperäistä merkityssisältöä vastaavaan: ”Oman itsensä määrittelemisen/ näkemisen sairaudesta tai terveydentilasta erillisenä on olennainen kuntoutumisen osatekijä.” Pisimpään kamppailin väittämän 16 termin ”essential” kanssa. Päädyin käännökseen ”oleellinen” mutta ”keskeinen” tuntuu paremmin vastaavan väittämän merkityssisältöä.

Testiryhmän ja kielenkääntäjän palautteiden ja kirjallisuuden läpikäymisen jälkeen lopullinen kyselyversio valmistui elokuussa 2011.

### **6.3. Otos ja taustakysymykset**

Kysely lähetettiin Mehiläinen Kuntapalveluiden kuntouttavan asumispalvelun henkilökunnalle. Tehostetun palveluasumisen henkilökunta rajattiin ulkopuolelle Tehostetun palveluasumisen asukkaat ovat taustaltaan muitakin kuin mielenterveyskuntoutujia: neuropsykiatrisia asiakkaita, päihdedementiaa sairastavia ja/tai kehitysvammaisia. Koska kysely selkeästi liittyy mielenterveysongelmista kuntoutumisen käsitteeseen halusin lähettää kyselyn niille työntekijöille joiden asukkaista suurin osa on mielenterveyskuntoutujia. Vaikka osa myös tehostetun palveluasumisen yksiköistä palvele ensisijaisesti mielenterveyskuntoutujia tuntui tutkimuksen luotettavuuden kannalta tarkoituksenmukaiselta rajata otos kuntouttavan palveluasumisen henkilökuntaan myös siitä syystä että kuntouttavan palveluasumisen yksiköillä nimensä mukaisesti on tavoitteena kuntouttaa ihmisiä eteenpäin. Koska tuetun asumisen palvelut järjestetään palvelukodeista käsin, otoksessa on mukana myös kuntoutujien tukiasumisesta vastaavaa henkilökuntaa (pois lukien Äänekosken ja Uuraisten tehostetun palveluasumisen yksiköt ja niiden tukiasuminen). Kuntouttavan palveluasumisen yksiköistä rajattiin ulos myös Kajaani. Jäljelle jäivät Etelä-Suomen alueella toimivat 12 kuntouttavan palveluasumisen yksikköä.

Kysely lähetettiin kaikille 1.9.2011 ko. kuntouttavan palveluasumisen yksiköiden palveluksessa olleille henkilökunnan jäsenille., mukaan lukien pitkäaikaiset sijaiset, yksiköiden tiiminvetäjät ja palvelupäälliköt. Yksikön johtajat (alueelliset johtajat) rajasin ulkopuolelle koska osalla heistä ei ole terveydenhuollon tai sosiaalialan koulutusta ja koska halusin rajata otoksen suoraa potilastyötä tekeviin. Palvelupäälliköt ja tiiminvetäjät ovat päivittäin tekemisissä lähiasukastyön kanssa. Näin otoksen suuruudeksi tuli 102 työntekijää.

Taustakysymysten määrän halusin pitää pienenä: kysyin vaan koulutustaustaa ja työssäoloaikaa hoitoalalla/ psykiatrisissa asumispalveluissa. Halusin verrata eri koulutustaustoja keskenään koska olemme miettineet myös koulutusalaakohtaisia koulutuksia. Vastaavasti olin kiinnostunut siitä onko työssäoloajalla merkitystä kuntoutumista koskevan tiedon karttumiselle. Tuloksia ei raportoida yksiköittäin koska työryhmien koko on niin pieni ettei se ole tarkoituksenmukaista.

#### **6.4. Tutkimusprosessi**

Tutkimussuunnitelma ja kyselykaavake käytiin läpi Mehiläinen Oy:n henkilöstön kehittämisestä vastaavan kehittämispäällikön, psykologi Anu Kolarin kanssa toukokuussa 2011. Kun työnantajan kanssa oli sovittu siitä että tutkimus voidaan tehdä, lähetin pyynnön saada luvan käyttää RKI:tä tutkimussuunnitelmassa ilmaistuun tarkoitukseen Yalen yliopistoon, professori Luis Bedregalille toukokuussa 2011. Pyysin lupaa

- a) kääntää RKI:N
- b) Käyttää RKI:ta tutkimussuunnitelman mukaisesti
- c) Poistaa käännöksen yhteydessä väittämistä termi "substance abuse" kuten Cleary – Dowlingin (2009) tutkimuksessakin oli tehty. Syynä oli se että kuntouttavien asumispalveluiden kohderyhmän asumispalvelun peruste on psyykkinen sairaus ja siitä seuraavat toimintakyvyn ongelmat.

Lupa kääntämiseen, tekstimuutokseen ja kyselykaavakkeen käyttöön tutkimustarkoitukseen tuli lokakuussa 2011 (Liite 3). Tuloksista tulee raportoida myös professori Bedregalille.

Tutkimus päätettiin toteuttaa käyttäen Mehiläisen omissa henkilöstöpalveluissaan hyödyntämää Digium Enterprise- ohjelmaa. Digium Enterprise on kehitetty yritysten tiedonkeruuta ja palautekyselyitä varten. Digium toimii www-selaimessa. Käytännössä kaikille otokseen valituille lähetetään henkilökohtainen sähköpostiviesti jossa on saatekirje ja linkki kyselyyn joka avautuu erilliselle www-sivulle jossa kysely täytetään sähköisesti ja vastaukset

lähetetään automaattisesti tietokantaan. Tällä tavoin saavutetaan helposti kaikki tutkimukseen valitut ja tulokset on helppo käsitellä ohjelman avulla.

Tutkimuksen toteuttamisajankohdaksi sovittiin syyskuu, kesälomien jälkeen ajateltiin vastausprosentin nousevan paremmaksi kuin kesällä. Kesä-heinäkuun aikana viimeisteltiin kyselykaavake.

20.9.2011 lähetettiin otokseen kuuluvien asumispalveluyksiköiden tiiminveittäjille sähköpostitse pyyntö listata heidän henkilökuntansa henkilökohtaiset työsähköpostiosoitteet. Varsinainen ennakkokirje esimiehille jossa toivottiin heidän kertovan etukäteen tutkimuksesta ja kannustavan henkilökuntaa vastaamaan lähetettiin sähköpostitse lähiesimiehille 27.9.

Kysely syötettiin Digium Enterprise – ohjelmaan syyskuun viimeisellä viikolla 2011. Samalla vastausvaihtoehtoihin liitettiin vastausten tulkinta-arvot (Likertin asteikon vastausten numeroarvot 1 - 5) Yalen yliopistosta saadun ohjeistuksen mukaisesti jolloin ohjelma laskee suoraan tutkimuksen kannalta merkittävät arvot (vastausten numeroarvojen keskiarvon ja keskihajonnan).

Kysely lähetettiin kuntouttavan palveluasumisen henkilökunnan henkilökohtaisiin työsähköpostiosoitteisiin etunimi.sukunimi@mehilainen.fi 12.10.2011. (liite 5). Seuraavana päivänä lähetettiin erillinen sähköposti lähiesimiehille. (liite 6) .Viestissä toivottiin heidän muistuttavan henkilökuntaa että he muistaisivat tarkistaa sähköpostinsa ja vastaisivat kyselyyn.

Vastauksia oli tullut 19.10 mennessä 47 kpl (vastausprosentti 45 %) joten kyselyyn vastaamattomille lähetettiin uusi sähköpostiviesti joka sisälsi muistutuksen ja linkin kyselyyn. Vastaukset toivottiin 31.10.2011 mennessä.

## 7. Tulokset

Tulokset tulostettiin 7.11.2011. Ohjelmasta tulostettiin kaikkien vastausten keskiarvo ja keskihajonta, kaikkien osioiden keskiarvo ja keskihajonta, jokaisen väittämä vastausten lukuarvojen keskiarvo, keskihajonta, eri vastausvaihtoehtojen lukumäärä ja prosenttiosuus kaikista vastaajista, keskiarvot ja keskihajonnat koulutustaustan, hoitoalalla työssäoloajan ja asumispalveluissa työssäoloajan mukaan.

### 7.1. Vastaajat

Kysely lähetettiin 102 työntekijälle. Kyselyyn vastasi 31.10 mennessä 76 työntekijää. Kyselyn vastausprosentti on 75%. Mehiläisen kuntouttavassa palveluasumisessa työryhmien miehityksessä lähtökohtana on 1/3 ammattikorkeakoulu/opistotasaisen tutkinnon suorittaneita ja 2/3 lähihoitajia/ mielenterveyshoitajia/ muita. Vastaajaryhmien suhde (AMK- tai opistotasaisen tutkinnon suorittaneet/ lähi- tai mielenterveyshoitajat tai muut: 35,5 % 64,5 %) heijastaa hyvin tämänhetkistä kokonaishenkilöstön koulutusrakennetta.

Taulukko 4: Vastaajat koulutustaustan mukaan

Koulutustausta	Vastaajien lukumäärä	% vastaajista
Sairaanhoitaja	12	15,79 %
Lähihoitaja/ mielenterveyshoitaja	43	56,58 %
Sosionomi	15	19,74 %
Jokin muu, mikä?	6	7,89 %
<b>Yhteensä</b>	<b>76</b>	<b>100 %</b>

Ryhmä "jokin muu, mikä" sisälsi seuraavat ammatilliset koulutukset: yhteisöpedagogi, suurtalousemäntä, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, sosiaaliohjaaja, nuoriso- ja vapaa-ajanohjaaja ja apuhoitaja.

Vastaajat ovat suhteellisen kokeneita hoitoalan työntekijöitä, vastaajista 62 % on ollut hoitoalalla enemmän kuin viisi vuotta ja kolmannes (32,9 %) yli kymmenen vuotta.



Taulukko 5: Vastaajat työssäoloajan hoitoalalla mukaan

<b>Työssäoloaika hoitoalalla</b>	<b>Vastaajien lukumäärä</b>	<b>% vastaajista</b>
Yli 15 vuotta	10	13,16 %
10-15 vuotta	15	19,74 %
5-10 vuotta	22	28,95 %
2-5 vuotta	28	36,84 %
alle 1 vuosi	1	1,32 %
<b>Yhteensä</b>	<b>76</b>	<b>100 %</b>

Työkokemusta asumispalveluista oli vähemmän kuin hoitoalalta yleensä, lähes 60 % on ollut asumispalveluissa vähemmän kuin viisi vuotta ja noin neljännes (23,6 %) yli kymmenen vuotta. Kuvaa sitä että asumispalvelut ovat laajentuneet merkittävästi viimeisen kymmenen vuoden aikana joten työllistymismahdollisuuksiakin on syntynyt suuremmassa määrin vasta myöhemmin

Taulukko 7: Vastaajat työssäoloajan mukaan psykiatrisissa asumispalveluissa

<b>Työssäoloaika asu- mispalveluissa</b>	<b>Vastaajien lukumäärä</b>	<b>% vastaajista</b>
Yli 15 vuotta	7	9,21 %
10-15 vuotta	11	14,47 %
5-10 vuotta	14	18,42 %
2-5 vuotta	35	46,05 %
alle 1 vuotta	9	11,84 %
<b>Yhteensä</b>	<b>76</b>	<b>100 %</b>

## 7.2. Kyselyn tulokset: kaikki vastaajat

RKI:n tulokset annetaan keskiarvoina eri väittämien Likertin asteikoilla annettujen vastausvaihtoehtojen annetuista lukuarvoista. Mitä parempi keskiarvo, sitä parempi tiedon taso. Lukuarvojen mediaani sijoittuu arvolle kolme joten jos RKI:n tulos >3 tulos on hyvä ja vastaavasti jos keskiarvo on <3, on tarpeen kehittää ko. osa-alueita.

Taulukossa 8 on esitetty kaikkien vastaajien vastausten keskiarvo kaikista 20 väittämästä ja jokaisen neljän osion kaikkien vastausten keskiarvot.

Taulukko 8: RKI: Kaikkien vastaajien vastaukset, kaikki osiot yhteensä

Osio	Kaikkien vastaajien vastausten keskiarvo	Keskihajonta	Min	Max	Lkm
<b>Roolit ja vastuut kuntoutumisessa</b>	3,82	0,88	1	5	76
<b>Kuntoutumisen prosessin epälineaarisuus</b>	<b>2,64</b>	0,93	1	5	76
<b>Itsen määrittely ja vertaisten merkitys</b>	<b>3,94</b>	0,82	1	5	76
<b>Odotukset kuntoutumiselle</b>	2,71	1,10	1	5	76
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>3,39</b>	<b>0,91</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>76</b>

Kokonaisuutena tulos on suhteellisen hyvä ja vastaa kansainvälisesti aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Osiot "Roolit ja vastuut kuntoutumisessa" ja "itsen määrittely ja vertaisten merkitys". Kummallakin alueella vastausten keskiarvo oli lähellä neljää. Vastaavasti osiot jotka mittasivat alueita "kuntoutumisen prosessin lineaarisuus" ja "henkilökunnan odotukset kuntoutumiselle" vastausten keskiarvot olivat alle kolme, joten kummallakin alueella tämän mukaan olisi kehitettävää. Tarkempi analyysi eri osioiden tuloksista alempana.

Vertailtaessa tuloksia aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin voidaan todeta että vaikka kaikkien vastausten keskiarvo on hieman alempi, ei merkittävää eroa suomalaisen, kanadalaisen ja irlantilaisen aineiston tulosten välillä ole.

Taulukko 9: koko aineiston tulosten vertailu aiemmin tehtyihin kansainvälisiin tutkimuksiin.

Tutkimuksen tekijä	Koko RKI	Roolit ja vas-	Epälineaarisuus	Itsen määritt-	Odotukset kuntou-
--------------------	----------	----------------	-----------------	----------------	-------------------

		<b>tuut</b>		<b>tely &amp; vertaiset</b>	<b>tumiselle</b>
Cleary, ym. Irlanti	-	3,79	2,80	4,03	3,08
Meehan, Glover, Australia *	3,51	3,95	3,04	4,13	3,30
Janaka ym. Australia	3,51	-	-	-	-
Suomi	3,39	3,82	2,64	3,94	2,71

\* Tutkimusraportissa vertailtiin tuloksia ennen ja jälkeen henkilöstökoulutuksen, tähän on valittu tulokset ennen koulutuksen toteutusta. (Cleary, Dowling, 2009;542, Meehan, Glover 2009; 229, Janaka ym. 2010, 247)

Suurin ero kansainvälisen aineistoon on neljännessä osiossa: Odotukset kuntoutumiselle. Tulosta voi osittain selittää ero otoksissa. Australialainen ja irlantilainen otos sisälsi niin sairaala- kuin avohoidonkin työntekijöitä joiden asiakkaisissa oli hyvin vaihtelevasti ja eri tavoin psyykkisesti oireilevia. Merkittävä osa kuntouttavan palveluasumisen asukkaista on varsin pitkään, vaikeaa skitsofreniaa sairastaneita kuntoutujia joiden kohdalla henkilökunnan odotukset kuntoutumiselle todennäköisesti ovat matalammat.

### **Roolit ja vastuut kuntoutumisessa**

Kaikkien vastausten keskiarvo oli **3,82** ja vastausten keskihajonta 0,88. Vahvimmin vastaajat korostivat kuntoutujien itsemääräämisoikeuden merkitystä ja uskoa siihen että kuntoutujat ovat kykeneviä päättämään omista kuntoutumistavoitteistaan, osallistumaan omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon ja ottavan vastuuta arjestaan. Henkilökunnan tehtävänä ei myöskään ole suojella kuntoutujia pettymyksiltä. Mielenpitoita jakoivat väittämät jotka liittyivät kuntoutumisvalmiuteen, oireilun merkitykseen kuntoutumisen kannalta. Kuntoutujien nähtiin olevan valmiita kuntoutumiseen kun akuutti oireilu on ensin saatu hallintaan. Ajatusta kuntoutumisesta tulisi kuitenkin pitää esillä silloinkin kun kuntoutujan tilanne on huonompi oireiden suhteen.

Eniten mielipiteitä jakoi väittämä liittyen kuntoutumisen yksilölliseen etene-  
miseen ja kuntoutumispolkujen laatimiseen: Väittämän 7 (”Kuntoutuminen  
vakavasta psyykkisestä sairaudesta toteutuu parhaiten noudattamalla ennal-  
ta määriteltyä kuntoutustoimenpiteiden polkua” kanssa samaa mieltä tai  
vahvasti samaa mieltä oli 44,73 % vastaajista ja eri mieltä tai vahvasti eri  
mieltä 40,78 % (vaihtoehdon ”En ole varma valitsi 14,47 % vastaajista).

### **Kuntoutumisen prosessin epälineaarisuus**

Kaikkien vastausten keskiarvo oli 2,64 ja keskihajonta 0,93. Parhaiten hah-  
motettiin kuntoutumisen syklinen eteneminen, edistymisen ja taaksepäin  
menemisen vaihtelu. Viidennes vastaajista (19,7 %) uskoo että kuntoutu-  
minen etenee tasaisesti ilman askelia taaksepäin. Vastaajilla oli vahva usko  
hoitomyöntyvyyden merkitykseen ja oireilun hoitamisen ensisijaisuuteen  
kuntoutumisen kannalta. Peräti 85 % vastaajista on sitä mieltä että oireiden  
hallinta on ensimmäinen askel tiellä kuntoutumiseen. Kliinisen tilan uskottiin  
myös vahvasti ennustavan kuntoutustulosta ja oireiden ajateltiin yleisesti  
olevan keskeinen kuntoutumisen osatekijä. Osittain tulos voi selittyä asiaa  
mittaavan väittämän käännöksen epätarkkuudella.

Vastaukset jakoutuivat merkittävästi liittyen sairastumisen oman sairastumi-  
sen hyväksymiseen ja kuntoutuksen mahdollisuuksiin, 42 % vastaajista us-  
koo että jos kuntoutuja ei hyväksy sairauttaan/ terveydentilaansa on vain  
hyvin vähän mitä henkilökunta voi tehdä auttaakseen kuntoutujaa kuntou-  
tumaan.

### **Itsen määrittelemisen ja vertaisten merkitys**

Kaikkien vastausten keskiarvo oli 3,94 ja keskihajonta 0,82. Vastaajat olivat  
lähes yksimielisiä toisten ihmisten, vertaisten ja mielekkäiden toimintojen  
kuntoutumista tukevasta merkityksestä. Kuntoutumisvalmiuden näkökul-  
masta vastaukset samassa linjassa kun ”Roolit ja vastuut” osiossa – kuntou-  
tumisen mahdollisuus on merkityksellinen kuntoutujan tilanteesta huolimatta.  
Voimakkaimmin mielipiteet eroavat liittyen riskittöön ja oman itsen

määrittelemiseen sairaudesta erillisenä persoonana. Erityisesti riskinottoon kannustaminen jakoi mielipiteitä ja peräti kolmannes (31, 58 %) vastasi ”en ole varma”.

### **Kuntoutumiseen kohdistuvat odotukset**

Kaikkien vastausten keskiarvo oli 2,71 ja keskihajonta 1,1. Kysymykset mittasivat odotuksia kuntoutumisen suhteen ja sitä ovatko kaikki kuntoutujat valmiita aktiiviseen kuntoutusprosessiin. Vastaukset hajosivat erityisesti liittyen kuntoutujiin kohdistuviin odotuksiin: yli puolet (61,21 %) piti liian korkeita odotuksia kuntoutujien kannalta haitallisina ja 30 % oli vastakkaista mieltä. Itse väittämä ei määrittele kenen odotuksista on kysymys: kuntoutujan itsensä, henkilökunnan vai joidenkin muiden eikä myöskään sitä mitä mahdolliset henkilökunnan odotukset välitetään kuntoutujalle. On vaikea tietää miten kysymys on tulkittu mutta Kokkolan testiryhmässä muutama oli tulkinnut tällä tarkoitettavan tilannetta jossa henkilökunta ei vana ”odota” vaan myös edellyttää kuntoutujalta enemmän kuin hän pystyy.

### **7.3. Kyselyn tulokset koulutusaloittain**

RKI:n keskiarvot laskettiin myös koulutustaustojen perusteella. Ryhmän ”muu, mikä” (n=6) tuloksia ei ole raportoitu ryhmän koulutus- ja ammattitaustojen heterogeenisuuden vuoksi mutta heidän vastauksensa on sisällytetty kaikkien vastaajien keskiarvoihin.

Taulukko 10: Vastaukset koulutusaloittain: Roolit ja vastuut kuntoutumisessa

<b>Vastaajat koulu-</b>	<b>Roolit ja vastuut</b>	<b>Kuntoutumisen</b>	<b>Itsen määrittely</b>	<b>Odotukset kuntou-</b>
-------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------	--------------------------

tusaloittain:	kuntoutu- misessa		epälineaa- risuus		ja vertais- ten merki- tys		tumiselle	
	KA	KH	KA	KH	KA	KH	KA	KH
<b>Sairaanhoida- ja n=12</b>	4,08	0,79	<b>2,92</b>	1,02	3,98	0,75	<b>3,42</b>	1,16
<b>Lähihoitaja/ mielenterve- yshoitaja n= 43</b>	3,66	0,88	2,51	0,88	<b>4,01</b>	0,78	2,65	1,00
<b>Sosionomi n=15</b>	<b>4,12</b>	0,82	2,86	0,98	3,79	0,88	2,93	1,31
<b>Kaikki vas- taajat n=76</b>	<b>3,82</b>	0,88	<b>2,64</b>	0,93	<b>3,94</b>	0,82	<b>2,71</b>	1,1

Tuloksista on todettava ero ammattikorkeakoulu/ opistotason tutkinnon suorittaneiden ja lähihoitaja/ mielenterveyshoitajien välillä. Osiossa "Itsen määrittely ja vertaisten merkitys" ammattiryhmien välinen ero on olematon mutta muiden osioiden kohdalla lähihoitajien/ mielenterveyshoitajien tiedon taso on alhaisempi kuin ammattikorkeakoulu/ opistotasoisien tutkinnon suorittaneilla. Ero selittyy vastausten eroilla vahvimmin sairastumista, oireilun merkitystä kuntoutumisen kannalta ja kuntoutumisvalmiutta mittaaviin väittämiin.

Sairaanhoidajien ja sosionomien välillä ei ollut merkitsevää eroa muissa osioissa kun odotukset kuntoutumiselle jossa sairaanhoidajien vastausten keskiarvo on korkeampi (3,42 – 2,93).

#### **7.4. Kyselyn tulokset psykiatrisissa asumispalveluissa työssäoloajan mukaan**

Vastaajilta kysyttiin myös työssäoloaikaan hoitoalalla mutta alustavassa tarkastelussa työssäoloajalla hoitoalalla ei ollut merkitystä, jnote tuloksissa raportoidaan vaan tulokset työssäoloajan psykiatrisissa asumispalveluissa mukaan. Vastausvaihtoehdoissa oli virhe: vastaaja voi valita ainoastaan vaihtoehdot alle 1 vuotta tai 2 -5 vuotta. Kaikki vastaajat ovat kuitenkin onnistu-

neet sijoittamaan itsensä häihin luokkiin vaikka luokitukselta puuttuu vuosi. Samoin rajat 2-5, 5-10 ja 10-15 ovat virheelliset.

Taulukko 11: Kyselyn tulokset työssäoloajan psykiatrisissa asumispalveluissa mukaan.

Vastaajat koulutusaloittain:	Roolit ja vastuut kuntoutumisessa		Kuntoutumisen epälineaarisuus		Itsen määrittely ja vertaisten merkitys		Odotukset kuntoutumiselle	
	KA	KH	KA	KH	KA	KH	KA	KH
<b>Yli 15 vuotta n=7</b>	<b>4,24</b>	0,78	<b>2,88</b>	0,94	<b>4,14</b>	0,74	<b>3,64</b>	1,13
<b>10-15 vuotta n=11</b>	3,88	0,94	2,73	0,85	3,78	0,81	3,27	1,17
<b>5-10 vuotta n=14</b>	3,83	0,89	2,60	0,99	3,76	1,00	2,39	1,11
<b>2-5 vuotta n=35</b>	3,70	0,90	2,58	0,90	4,00	0,73	2,51	0,98
<b>alle 1 vuotta n=9</b>	3,84	0,90	2,65	0,84	4,07	0,58	2,56	0,94
<b>Kaikki vastaajat n=76</b>	<b>3,82</b>	<b>0,88</b>	<b>2,64</b>	<b>0,93</b>	<b>3,94</b>	<b>0,82</b>	<b>2,71</b>	<b>1,1</b>

Pisimpään asumispalveluissa työskennelleet (yli 15 vuotta) osoittivat selkeästi korkeinta tiedon tasoa riippumatta osiosta. Onko kyse työn mukana oppimisesta ja kokemuksen mukaan tuomasta viisaudesta vai siitä että pysyäkseen alalla kauan tule olla näkemystä kuntoutumisesta? Muilta osin erot ovat niin pieniä ettei varsinaisia johtopäätöksiä voi tehdä.

## 7.5. Kuntoutumisen käsitteen määrittelyä

Vastaajia pyydettiin vastaamaan kysymykseen ”Mitä kuntoutuminen on? Vastaa lyhyesti, yhdellä – kahdella lauseella”. Vastauksia tuli yhteensä 59 kappaletta.

Aineiston analysoinnin alussa vastaukset näyttivät jakaantuvan karkeasti kahteen ryhmään: kuntoutujaan liittyviin määritelmiin ja toisaalta kuntoutumisen hahmottamiseen kuntoutushenkilökunnan työnä tai tehtävinä. Osa jälkimmäisen lähetysmuistavan valinneista näytti lukeneen kysymyksen väärin ja määritelleen ”kuntoutuksen” mutta koska heidänkin vastauksensa kuvasivat joko henkilökunnan tai kuntoutujien roolia prosessissa, otin heidän vastauksensa mukaan aineistoon.

Onkenin ym. (2007) mukaan kuntoutumista voidaan tarkastella kuntoutujan ominaisuuksien tai prosessien, ympäristön ominaisuuksien, mahdollisuuksien tai toiminnan kautta tai näiden kahden vuorovaikutussuhteen kautta. Koska vastausten jakaantuminen näytti sopivan tähän tapaan hahmottaa käsitettä, jatkoin analyysiä käyttäen em. jakoa (vrt. Taulukko 4).

Alussa pyrin käyttämään myös heidän käyttämiään alaotsakkeita (esimerkiksi ”sosiaalinen toimintakyky ja roolit” tai ”itseääräämisoikeus”) . Vaikka vastaukset heijastelivat monia samoja ulottuvuuksia, ne eivät tuntuneet luontevasti sijoittuvan suoraan em. alaotsakkeiden alle. Sen sijaan kuntoutujiin liittyvien käsitteet sijoittuivat hyvin kuntoutumisen yleisen teorian ulottuvuuksien alle: kuntoutuminen matkana, muutoshaasteina tai tavoitetilana. (Liite 8). Tämän jälkeen pyrin hakemaan yhteisiä teemoja lauseista erilaisien otsakkeiden alle ja sieltä nousivat esille seuraavat teemat:

**Kuntoutujaan liittyvät kuntoutumisen määritelmät** jakaantuivat kolmeen ryhmään:

- 1) Kuntoutuminen muutosprosessina tai matkana
- 2) Kuntoutuminen tehtävinä tai haasteina
- 3) Kuntoutuminen tavoitetilana



**Henkilökuntaan liittyvät kuntoutumisen määritelmät** jakaantuivat kolmeen ryhmään:

- 1) Kuntoutuminen suunnitelmana, polkuna
- 2) Kuntoutuminen toimintakyvyn kohenemisena
- 3) Kuntoutuminen olosuhteiden muutoksena

**Kuntoutujaan ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyvät määritelmät** jakaantuivat kahteen ryhmään:

- 1) mahdollisuuteen aktiiviseen kansalaisuuteen ja yhteisöjen jäsenyyteen
- 2) yhteistyösuhteeseen ja yhteistoimintaan henkilökunnan kanssa

Tämän jälkeen vertasin näiden otsakkeiden alle sijoittuneita määritelmiä uudelleen Onkenin ym. luokitteluun. Yhteenveto tuloksista on esitetty taulukossa 12. Taulukossa merkitty kursivilla ne Onkenin ym. artikkelissa esitetyt ulottuvuudet.

Taulukko 12: Vastaukset kysymykseen ”Mitä kuntoutuminen on?” luokiteltuna Onkenin ym. 2008 esittämän kuntoutumisen käsitteen eri ulottuvuuksien pohjalta

<b>Kuntoutujaan liittyvät määritelmät</b>	<b>Kuntoutujaan ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyvät määritelmät</b>	<b>Henkilökuntaan ja ympäristöön liittyvät määritelmät</b>
<p><b>Kuntoutuminen muutosprosessina tai matkana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eteenpäin meno tai tilanteen kohentuminen</li> <li>• asteittainen, lineaarinen eteneminen</li> <li>• voi olla myös epälineaarista voi tulla takaiskuja</li> <li>• sisäinen kokemus muutoksesta</li> <li>• kuntoutujaan vastuu</li> </ul>	<p><b>Mahdollisuus aktiivisen kansalaisuuteen ja yhteisöjen jäsenyyteen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sosiaaliset kontaktien ylläpito, syrjäytymisen ehkäisy</li> <li>• työllistyminen</li> <li>• yhteiskuntaan palaaminen</li> </ul> <p><i>Onken ym. 2007 Sosiaalinen toimintakyky ja roolit</i></p>	<p><b>Kuntoutuminen suunniteltuna polkuna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tehdään suunnitelma jonka mukaan edetään</li> <li>• porrasteinen eteneminen</li> <li>• yksilöllinen suunnitelma</li> <li>• henkilökunnan rooli prosessia tukeva: kohtaaminen, kunnioitus, kärsivällisyys</li> <li>• kuntoutujaan eteneminen merkityksellistä työntekijöiden motivaati-</li> </ul>

<p><i>Onken ym:</i> <i>Toivo,</i> <i>Tunne toimijuudesta –</i> <i>päämääräsuuntautu-</i> <i>neisuus,</i> <i>Merkityksellisyys ja</i> <i>tarkoituksellisuus</i></p> <p><b>Kuntoutuminen tehtävinä tai haasteina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairastuminen, sairauden ja hoidon hyväksyminen</li> <li>• Sairauden ja oireiden hallintaan pyrkiminen</li> <li>• Vastuun ottaminen arjesta ja päivittäisten tointen parantamisesta</li> <li>• Omaan elämään vaikuttaminen</li> <li>• Kuntoutujan asennoituminen ja valmiudet</li> <li>• Sitoutuminen tavoitteisiin</li> </ul> <p><i>Onken ym.:</i> <i>Merkityksellisyys ja</i> <i>tarkoituksellisuus</i> <i>Tunne toimijuudesta</i> <i>Itsemääräämisoikeus</i></p> <p><b>Kuntoutuminen tavoitetilana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elämän ja arjen hallinta</li> <li>• sairauden ja oireiden hallinta</li> <li>• hyvä elämä mahdollisesta oireilusta huo-</li> </ul>	<p><b>Yhteistyösuhde ja yhteistoiminta henkilökunnan kanssa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• yhdessä työskentely kohti yhteisiä tavoitteita</li> <li>• kuntoutuspolun rakentaminen yhdessä</li> <li>• yhteistyö toisten tahojen ja ihmisten kanssa</li> </ul> <p><i>Onken ym.</i> <i>Valinta mielekkäistä vaihtoehdoista</i> <i>Päätäntävalta</i></p>	<p>tion kannalta</p> <p><i>Onken ym:</i> <i>Mahdollisuudet ja sosia-</i> <i>liset olosuhteet (palvelut,</i> <i>tuen laatu, määrä)</i></p> <p><b>Kuntoutuminen toimintakyvyn edistämisenä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toimintakyvyn ylläpitäminen tai taantumisen hidastamista</li> <li>• Toimintakyvyn parantaminen: arjen toiminnat</li> <li>• Oireiden hallinnan ja sairautteen sopeutumisen tukeminen</li> <li>• Pienet askeleet ja niiden huomaa-</li> </ul> <p><i>Onken ym.:</i> <i>Mahdollisuudet ja sosia-</i> <i>liset olosuhteet (palvelut,</i> <i>tuen laatu ja määrä)</i></p> <p><b>Kuntoutuminen olosuhteiden muutoksena</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kuntouttamista suhteellisen itsenäiseen elämään</li> </ul> <p><i>Onken ym:</i> <i>Osallisuus, integraatio,</i></p>
--	---	---

<p>limatta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asumismuodon muutos</li> <li>• siirtyminen normaaliympäristöihin ja –elämään</li> <li>• elämän kokeminen merkityksellisten tavoitteiden saavuttaminen</li> </ul> <p><i>Onken ym.: Toivo Tietoisuus omista mahdollisuuksista Merkityksellisyys ja tarkoituksellisuus</i></p>		<p><i>verkostot Mahdollisuudet ja sosiaaliset olosuhteet (asuminen, palvelut)</i></p>
---	--	---

Merkittävimpiä eroja suhteessa taulukossa 4 esitettyyn luokitteluun ja tähän aineistoon on se, että päämääräsuuntautuneisuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus nähtiin näissä vastauksissa vahvasti myös henkilökunnan ja kuntoutusympäristön ominaisuutena. Tavoitteiden asettelu hahmotettiin yhteistyöprosessina jossa kuntoutuksen tavoitteet (ideaalisesti) rakentuvat yhteiselle käsitykselle siitä mitä tavoitellaan.

Vastaavasti näissä vastauksissa ei millään tavalla nousut esille ulottuvuus: ”Yhteys toisiin ja vuorovaikutussuhteet” ympäristön ominaisuutena. Ympäristössä nähtiin keskeisenä ammatillisesti rakentuvat kuntoutumisen tukisuhteet. Yksi vastauksista määritteli kuntoutumisen ”rakastettuna ja hyväksyttyä elämiseksi”. Alkuperäisessä luokittelussa em. määritelmä sijoitettiin ryhmään: ”Kuntoutujaan liittyväksi, kuntoutuminen tavoitetilana, elämän kokeminen merkityksellisenä”. Yhtälailta sen voisi tulkita ympäristöön, vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin liittyvänä. Vaikka RKI väittämien vastauksissa ymmärrettiin vahvasti vertaistuen merkitys, toisten kuntoutujien tai muiden ihmisten tuki ei erityisemmin nouse esille kuntoutumisen määritelmässä.

Kuntoutujien päätävältä ja aktiivisuus näyttäytyi enemmän vastuun ottamisen odotuksena (odotettiin että kuntoutuja ottaa vastuuta) mutta samaan aikaan kuntoutujalta odotettiin myös mukautuvuutta, sitoutumista ja suunnitelman noudattamista. Varsinkin toimintakyvyn edistämiseen liittyvissä määritelmässä henkilökunnan rooli nähtiin aktiivisena ("Yritys nostaa asukkaan kykyä suoriutua päivittäisistä toimista". Toimintakykyä ei juuri kuvattu. Jos toimintakykyä määriteltiin tarkoitettiin tarkoitta lähinnä päivittäisten tointen tekemistä, välittömän elämän ympäristön ja oireiden hallintaa.

Ympäristö näyttäytyy vahvasti kuntoutuksen ympäristönä (palvelukotina) ja kuntoutuksen tavoitteet liittyivät kaksitahoisesti joko tilanteen ylläpitoon tai itsenäisyyden edistämiseen. Itsenäisempi asumismuoto liitettiin useammin kuntoutujan tavoitteisiin kuin toimintaympäristöön vaikka palveluasumisen yksi keskeinen tehtävä on tukea ihmisiä maksimaaliseen itsenäisyyteen. Tästä voisi päätellä että työntekijöiden näkökulmasta kuntoutuminen toteutuu arjessa, kohtaamalla välittömiä arjen haasteita enemmän kuin suhteessa tulevaisuuteen ja toisenlaiseen asumiseen.

Yhteensopivasti RKI:n "Kuntoutumisen epälineaarisuus" -tulosten kanssa näissäkin määritelmässä korostuu vahvasti sairauden ja hoidon hyväksyminen, oireiden hallintaan pyrkimisen ja oireilun hoitamisen ensisijaisuuden teemat. Samalla tavalla voi rinnastaa RKI:n vastauksissa nousseen kaksijaokoisuuden kuntoutumisen etenemisen tapaan liittyvien tulkintojen välillä. Ideaalisesti kuntoutuminen etenisi asteittain jaa tasaisesti mutta tosiasiasa takaiskuja tapahtuu.

## **7.6. Palaute tutkimusinstrumentin käännöksestä ja väittämien ymmärrettävyydestä**

Vastaajilta pyydettiin palautetta käännökseen toimivuudesta ha ymmärrettävyydestä seuraavalla kysymyksellä: "Ole hyvä ja anna palautetta käännöksestä. Olivatko kysymykset ymmärrettäviä ja riittävän yksiselitteisiä? Oliko joku kysymys joka jäi mietityttämään tai johon oli vaikea vastata. Miksi?"

Käännöksestä antoi palautetta 49 vastaajaa. Vastaukset luokiteltiin karkeasti luokkiin "ymmärrettävä" ei "ymmärrettävä" ja sen jälkeen pienempiin luokkiin sen perusteella miten näkemys oli perusteltu. Vastaukset on luokiteltu Taulukkoon 13.

Taulukko 13: Vastaajien palaute käännöksestä:

<b>Palaute</b>	<b>Vastaajien lukumäärä</b>	<b>Esimerkkikommentti</b>
Väittämät olivat sinällään ymmärrettäviä, mutta monitulkintaisia, joutui miettimään vastukseen huolella	15	"Väittämät selkeästi esitetty. Joitakin kysymyksiä joutui miettimään pitempään koska asioilla monta puolta eikä asiat ole suinkaan yksiselitteisiä"
Väittämät olivat joko hyvin ymmärrettäviä tai melko ymmärrettäviä	14	"Kysymykset olivat selkeitä, joitakin piti pohtia pidempään kuin toisia, mutta vaikeuksia vastata ei ollut"
Väittämät ymmärrettäviä; vastaamisen vaikeus tulee siitä että kuntoutujat yksilöitä:	9	"Kuntoutuja on aina yksilö, ainakin minulle on vaikea vastata yleismaailmallisesti ajatellen."
Väittämät tai niiden sisältämät käsitteet vaikeita, tuntuivat kompakysymyksiltä, piti lukea moneen kertaan ennen kuin ymmärsi	3	" Muutamia hankalasti ymmärrettävissä. Esimerkiksi "kliininen tila", mitä sillä tarkoitetaan? Tuntuivat olevan kompakysymyksiä"
Muutama kysymys oli vaikea vastata mutta pääsääntöisesti ymmärrettäviä; joutui vastaamaan "en ole varma"	2	"Muutamaan kysymykseen ei voinut vastata mielipiteellään vaan joutui vastaamaan "en ole varma"
En ole varma ymmärsikö oikein	2	"En ole varma ymmärsinkö kaikkia kysymyksiä, mutta toivotaan niin"
Teksti tuntui käännettyä ja siksi epäselvältä	2	"Kysymykset olivat vähän vaikeita, huomasi että ne on suoraan käännetty, ne olisi ehkä voinut esittää selvemminkin"
Yhteensä	47 *	

\* Taulukossa esitetty vastaajien kokonaismäärän ero kysymykseen vastaajien kokonaismäärään verrattuna selittyy sillä että kaksi vastaajista antoi palautetta ainoastaan yksittäisistä kysymyksistä.

Kommentteja yksittäisistä väittämistä oli seuraavasti:

Väittämä 1: ehkä vaikein

Väittämä 2: sanajärjestystä muuttamalla olisi saanut selkeämmän

Väittämä 4: joutui todella miettimään että mitä tarkoitetaan

Väittämä 7: joutui todella miettimään mitä tarkoitetaan

Väittämä 12: todella vaikeasti ymmärrettävissä

Jäi mietityttämään, enpä ole koskaan tullut miettineeksi aikaisemmin olisiko asukkaille parempi korostaa sitä millainen on ilman sairautta vai millainen on sairauden kanssa. En osaa sanoa kumpi kuntoutumisen kannalta parempi. Nyt opetan ihmisiä elämään sairauden kanssa.

Väittämä 19: myöntyminen omaan hoitoon usein edesauttaa kuntoutumista mutta ei tarkoita etteikö kuntoutumista voisi tapahtua. Vastahakoisuus ja vihamielisyys voi olla osa kuntoutusprosessia.

Lisäksi muutama vastaaja kaipasi mahdollisuutta perustella vastaustaan/vastauksiaan.

Kokonaisuutena voisi todeta että käänös näyttää onnistuneen kohtalaisen hyvin ymmärrettävyyden näkökulmasta joskin suurin osa vastaajista piti ainakin osaa väittämistä joko monitulkintaisina tai paljon pohdintaa aiheuttavina. Toisaalta voidaan todeta että väittämät myös alkukielellä vaativat pohdintaa eivätkä ole aivan yksinkertaisia vastata.

## 8. Johtopäätökset

Tutkimuksen vastausprosentti oli erinomainen ja vastaajien koulutustausta vastaa hyvin kuntapalveluiden henkilöstön nykyistä henkilöstörakennetta. Ammatti-korkeakoulu/ opistotasokoulutuissa sosionomien ja sairaanhoitajien keskinäinen suhde vastaajissa vastaa nykyistä henkilöstötilannetta. Digium Enterprisen käyttö ja tutkimuksen lähettäminen henkilökohtaisiin sähköpostiosoitteisiin osoittautui toimivaksi ratkaisuksi. Kysely tavoitti oletettavasti ainakin kaikkien otokseen kuuluvien 102 vastaajan sähköpostin. Otos oli tutkimukseen tavoitteisiin nähden

tarkoituksenmukainen ja tehostetun palveluasumisen henkilökunnan jättäminen ulkopuolelle perusteltua.

Nyt tuloksia arvioitaessa ei voi sivuuttaa seikkaa että kaikki otokseen valikoituneet yksiköt olivat 2010 kesäkuuhun asti osa Human Care Network Oy:ta eli edustivat vain yhtä niistä yrityksistä jotka on liitetty Mehiläinen kuntapalveluihin. Koska kaikki otoksessa olleet yksiköt olleet osa samaa yritystä, saman toiminnanohjausjärjestelmän ja henkilöstökoulutuksen piirissä voi olla etteivät tulokset ole yleistettävissä Mehiläinen kuntapalveluiden kaikkiin yksiköihin. Samaan aikaan otoksessa olivat mukana kaikki kuntouttavan asumispalvelun yksiköt (yksiköt joissa henkilökunta on paikalla 12-14 h): jos nyt lähtisin tekemään tutkimusta uudelleen ottaisin mukaan ne tehostetun palveluasumisen yksiköt joiden asukkaat pääsääntöisesti skitsofreniaa sairastavia (kolme kpl) paremman kattavuuden varmistamiseksi.

Tulos on kuitenkin vahvasti samansuuntainen kuin muissa tutkimuksissa aiemmin saadut tulokset joten voitaneen olettaa että tulos sinällään luotettava. Itse kyselykaavakkeen osalta on todettava että neljännen osion "Odotukset kuntoutumiselle" reliabilitetti on matala, joten sen osalta tuloksia tulee tarkastella hyvin kriittisesti. Bedregal ym. (2006:101) toteavat että RKI:n jatkokehittämissä on keskeistä kehittää nimenomaan tätä osiota. Muilta osin kysely mielestäni mittaa sitä mitä se väittääkin mittavansa. Vastaaajien itse kirjoittamat kuntoutujien määritelmät mielestäni vahvistavat RKI:N kautta saatuja tuloksia esimerkiksi oireilun merkityksen osalta.

Tulosten osalta yleisesti voi todeta että Mehiläinen kuntapalveluiden henkilöstön käsitykset kuntoutumisesta ja tiedon määrä on hyvin linjassa kansainvälisten tutkimusten kanssa. Osiot "Roolit ja vastuut kuntoutumisessa" ja "Itsen määrittely ja vertaisten merkitys" osoittivat hyvää tiedon tasoa kuntoutumisen käsitteen näistä ulottuvuuksista. Erityisesti vastauksissa korostuivat kuntoutujien itsemääräämisoikeus ja vaikutusmahdollisuudet omaan kuntoutusprosessin ja arkeen. Työntekijät hahmottavat itsensä valmentajina joiden tehtävä ei ole suojella kuntoutujia epäonnistumisilta.

Kuntoutusprosessien yksilöllisyyden hahmottaminen on jonkinasteinen haaste. Kyseessä voi olla vaikeus yhdistää kuntoutumisen voimakkaan yksilöllistä luonnetta kuntoutuspalveluun joka on perusluonteeltaan porrasteinen ja asteittaista etenemistä odottava. Kuntoutuminen on helpompi hahmottaa suhteessa palvelun perustehtävään. Riski on se että kuntoutus painottuu liikaa sopeuttamaan ihmisiä kuntoutuksen toimintaympäristöihin normaali- ja kuntoutujan tavoiteympäristöjen sijaan. Vastauksista välittyy hieman samanlainen ristiriita vastaajien kun kuntoutumisen määritelmistäkin: kuntoutujat halutaan nähdä yksilöinä mutta kuntoutusympäristö ja siihen liittyvät odotukset voivat ohjata työtä jossain määrin toiseen suuntaan. Ehdottomia vahvuuksia henkilökunnassa on tietoisuus mielekkäiden toimintojen merkityksellisyydestä, vertaistuen ja sosiaalisten suhteiden merkityksestä ja kuntoutumisen mahdollisuuden esillä pitämisestä.

Vastauksissa nousee esille vahva usko hoitomyöntyvyyden, sairauden tunnon ja oireilun merkitykseen kuntoutumisen onnistumisen kannalta, enemmän kuin mikä ko. ilmiöiden tosiasiallinen merkitys tutkimusten valossa on. Vastauksia osin selittänee kuntouttavan palveluasumisen palvelukuvaus: yksiköt lupaavat keskeisenä osana palvelutuotetta kuntoutujan psyykkisen tilan seurannan ja turvallisen lääkehoidon. Koska oireiden monitorointi on merkittävä osa työtä on luonnollista että siihen liittyvät tekijät painottuvat myös vastauksissa. Haaste on yhdistää nämä näkökulmat kuntoutusnäkemykseksi asumispalveluissa laajemminkin.

Kuntoutumisen määritelmässä osa vastaajista näyttää selvästi vastanneen kysymykseen ”mitä kuntoutus on?”. Onkenin ym (2008) hahmottelema luokittelu auttoi jäsenystä vaikka käsitteitä olisi pitänyt purkaa vielä enemmän. Tulosten osalta määritelmät heijastelevat hyvin RKI:ssa saatuja tuloksia. **Tavoitteellisuus** ja **tavoitteet** oli eri ulottuvuuksia yhdistävä ominaisuus: kuntoutuksen käytännöissä kuntoutujan tavoitteet, yhteistyö tavoitteiden laatimisessa ja niihin pyrkimisessä ja henkilökunnan tavoitteellinen työ sitovat kuntoutumisen eri ulottuvuudet yhteen.



RKI:n käännös tuntuu suurimmalta osalta onnistuneelta. Joitakin sanamuoto-tarkennuksia on tarpeen tehdä ainakin väittämiin 10, 11, 16 ja 18 mutta niiden lopullinen hiominen jäävät seuraavaan opinnäytetyöhön. Kysymyksen 16 osalta vaihtaisin termin "oleellinen" sanaan "keskeinen" ja kysymyksen 18 osalta on tarve yksinkertaistaa lauserakennetta. Kysymyksessä 11 on pohdittava termin "relevant" käännöstä vielä kerran. Olen sitä mieltä että tässä yhteydessä "ajan-kohtainen" on paras käännös mutta väittäminen on edelleen vaikeaselkoinen ja hankalasti avautuva eikä mielestäni täysin vastaa alkuperäisen väittämän merki-tyssisältöä.

Koulutussisältöjen osalta nousevat esille kuntoutumisen yksilöllisyys, oireilun ja kuntoutumisen mahdollisuuden välinen suhde, kuntoutuksen tavoitteellisuus ja kuntoutujan omien kuntoutumistavoitteiden ja pyrkimysten aktualisointi käytännön ohjaustyössä. Toinen esille nouseva teema on kuntoutumisympäristön ja tavoiteympäristöjen näkeminen laajempaan kuin palvelukoti.

Kyselyn tulokset tullaan hyödyntämään koulutuksen sisältöjen suunnittelussa .

## 9. Pohdinta

Kuntoutuksen päivityskoulutus ja oman toimintaterapeutin tutkintoni päivittäminen ammattikorkeakoulututkinnoksi on ollut ja edelleen on antoisa kokemus, mutta hyvin eri tavalla kun mitä koulutukseen lähtiessäni oletin. Opiskelun ja opinnäytetyön sitominen omaan työhön on ollut motivoivaa, haastavaa ja se on pakottanut katsomaan omaa työtäkin vähän toisesta näkökulmasta. Olen jo vuosia tehnyt uraa ensisijaisesti mielenterveyskuntoutuksen viitekehuksesta käsin joten palaaminen oman ammatin ja työkokemuksen "juurille" oli hyvin opet-tavaista. Osittain myös siksi että juuret ja koko puu on kasvanut, muuttunut ja koko metsä vaihtunut ympärillä.

Opinnäytetyön koin haasteena. Olen työskennellyt jos vuosia kuntoutumisen ja kuntoutumisvalmiuden käsitteiden ympärillä ja halusin ehdottomasti liittää myös opinnäytetyöni kuntoutumisen teoreettiseen ajatteluun. Samaan aikaan koin tärkeänä liittää opinnäytteen suoraan palveluiden kehittämistyöhöni nykyisen

työnantajani palveluksessa: sen lisäksi työhön piti liittää jollakin tavalla myös toimintaterapia. Kaksi ensimmäistä tavoitetta onnistuivat hyvin mutta kolmanesta en ole niin varma. Peruslähtökohtani oli se että halusin tarkastella toimintaterapiaa kuntoutumisen käsitteen läpi sen sijaan että olisin tarkastellut kuntoutumista toimintaterapian näkökulmasta. Syy tähän liittyy työni ja kuntouttavien asumispalveluiden todellisuuteen. Minun työni kohderyhmä, meidän henkilöstömme ei ole toimintaterapeutteja vaan joudun työssäni etsimään lähestymistapoja kuntoutumiseen ja kuntoutukseen tavalla joka sopii moniammatilliselle ja moniosaavalle työryhmälle. Samaan aikaan halusin etsiä yhtymäkohtia toimintaterapian ja kuntoutumisen teorian välillä.

Se mitä löysin oli se, että mielestäni toimintaterapialla ja erityisesti toiminnan tutkimuksella olisi paljon annettavaa kuntoutumisajattelulle. Ribeiro Gruhlin sanoin; arvoperusta ja peruseriaatteet ovat lähes identtiset. Yksilöllistä kuntoutumisen prosessia painottava tutkimus ja kirjallisuus kuvaa paljon kuntoutujan sisäisen kokemuksen muutosta ja kuntoutujan suhdetta ympäristöön siten kun hän ymmärtää sen, Peltomaan (2006) sanoin: ”kuntoutumisajattelu nostaa esille yksilön suhteen ympäristöön mutta ei juuri pohdi ympäristön suhdetta häneen”. Samalla tavalla kuntoutumista kuvaavassa kirjallisuudessa toiminta nähdään kapeahkosti esim. opetettavina taitoina (esim. social skills training) tai kontekstista/ympäristöstä nousevina vaatimuksina.

Hyvin vähän jos ollenkaan on tutkittu kuntoutujien omalle toiminnalleen antamia merkityksiä. Siksi Borg – Davidsonin tutkimuksen löytäminen tutkimusprosessin aika myöhäisessä vaiheessa oli suuri ilo. Jos nyt tekisin tämän uudelleen niin voisi lähteä tutkimaan kuntoutujien käsityksiä Borg – Davidsonin ja Inhimillisen toiminnan mallin pohjalta. Itse näen toiminnan ”liimana” joka sitoo ihmisen ympäristönä. Kuntoutuminen ei ole vaan sisäinen kokemus vaan edellyttää itseohjautuvaa oppimista ja mielekkään toiminnan kokemuksia toteutuakseen. Tätä ulottuvuutta olisi voinut tuoda työssä esille enemmänkin.

Toinen löytö jota aion hyödyntää myöhemmin enemmän on toiminnallisen oikeudenmukaisuuden teoria. En muista aikoihin jonkun näkökulman kolahtaneen niin paljon. Siitä ehkä huomaa että sielultaan edelleen on toimintaterapeutti

koska ajatus oikeudenmukaisuudesta toiminnoissa on niin paljon puhuttelevampi itselleni teoreettisesti kuin sosiaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulma.

Itse tutkimusprosessi lähti siitä että halusin heti alusta lähteä tutkimaan henkilökunnan käsityksiä kuntoutumisesta. Mietin ensin erilaisia teemahaastattelun ja laadullisen tutkimuksen lajeja mutta sitten Journal Club - kurssin yhteydessä löysin RKI:n ja totesin sen vastaavan hyvin kiinnostuksen alaani. Minua myös viehätti (silloin) kuvitelma helposti saatavista tuloksista.

Jälkiviisaasti ajatellen olisi ehkä kannattanut ottaa vähän pienempi kakku mutta nyt tuntuu hyvältä. Kokonaisuutena sanoisin että itse tutkimusprosessi sujui sujuvasti. Olisi ehkä tarvinnut enemmän aikaa itse tulosten pohtimiseen ja työstämiseen ja aion jatkaa näiden parissa vielä tämän jälkeenkin. Itse prosessia olisin halunnut avata enemmänkin mutta työ paisui jo tällaisenaikin aika laajaksi joten joitakin pohdintoja oli vaan pakko rajata ulkopuolelle.

Itse tutkimustuloksesta uskon olevan minulle työssäni paljon hyötyä. Yllättävintä minulle oli ehkä se miten linjassa saamani tulokset olivat ulkomailla aikaisemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Olen ylpeä talomme henkilökunnasta joka jaksaa hyvin pitkissä kuntoutusprosesseissa uskoa kuntoutujien itsemääräämisoikeuteen ja kuntoutumisen oikeutukseen vaikka kaikkien kohdalla voi olla vaikea nähdä tämän päivän haasteita pidemmälle. Mutta kuntoutuminen tapahtuu tänään, tämän päivän toiminnoissa, tämän päivän vuorovaikutuksessa

Toivon voivani jatkaa RKI:n parissa joskus myöhemmin. Olisi sääli jättää se tähän. Minusta se on instrumenttina monipuolinen, yksinkertainen käyttää ja kattaa kuitenkin hyvin monia eri ulottuvuuksia. Haluaisin tutkia tarkemmin sen soveltuvuutta ja käyttökelpoisuutta suomalaiseen kuntoutuskulttuuriin. Ehkä joskus...

Ja aivan lopuksi kiitokset neljälle ihmiselle joita ilman tämä työ ei olisi koskaan valmistunut: lehtori Anja Sariolle rohkaisusta ja kannustuksesta, toimintaterapeuttiopiskelija Lua Tuomelle käännösavusta ja Mehiläisen henkilöstöpalveluiden kehittämispäällikkö Anu Kolarille kaikesta tuesta ja konkreettisesta avusta

tutkimuksen toteutuksessa ja Carylle. Tällainen toiminnallinen ponnistus ei olisi onnistunut ilman ympäristön tukea.

## Lähteet

Andresen R., Oades, L., Caputi P. 2003: The experience of recovery from schizophrenia towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37; 586-594

Andresen, R., Caputi P., Oades, L. 2006: Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40; 972-980

Anthony, W. 1993: Recovery from mental illness: The guiding vision of mental health service system in the 1990's. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16; 14

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., Gagne, C. (2002): *Psychiatric Rehabilitation*, 2<sup>nd</sup> Edition. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.

Bedregal L., O'Connell M., Davidson L. 2006: The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2006 Fall Volume 30(2); 96-103

Bonney S., Stickley T. 2008: Recovery and mental health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008 (15), 14-153

Borg M., Davidson L. 2008: The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, April 2008; 17(2); 129-140

Brown C., Rempfer M., Hamera E 2008: Correlates of Insider and Outsider Conceptualizations of Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2008; Volume 32, No 1, 23-31

Chesworth, C., Duffy C., Hodnett J., Knight A. 2002: Measuring clinical effectiveness in mental health: Is the Canadian Occupational Performance Measure an appropriate measure? *British Journal of Occupational Therapy*, 65(1); 30-34.

College of Occupational Therapists 2006: *Recovering Ordinary Lives – the strategy for Occupational Therapy in Mental Health Services 2007-2017*. London. [www.cot.org.uk](http://www.cot.org.uk)

Cleary A., Dowling M.: 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* 2009, 16, 539-545

Creek Jennifer, Loughner Lesley 2008: *Occupational Therapy in Mental Health*, 4<sup>th</sup> ed. Churchill Livingston Elsevier

Deegan, P. 1988: *Recovery. The Lived experience of rehabilitation*. Teoksessa: Spaniol L., Gagne C., Koehler M. 1997: *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sarget College of Allied Health Professions, Boston University, Boston.

Hautala T., Hämäläinen T., Mäkelä L., Rusi-Pyykönen M. 2011: *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. Edita Prima. Helsinki

Hietala-Paalamaa, O., Narumo, R., Yrttiaho, K. 2006: *TRIO-projektin loppuraportti. Mielenterveyden keskusliitto*, Helsinki.

Kettunen, R. 2011: *Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. ASPA-selvityksiä 2/2011 Asumispalvelusäätiö Aspa, Ympäristöministeriö*.

Jacobson N., Greenley D. 2001: What is recovery? The conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-487

Janaka D.S., Deane F.P, Crowe T.P, Oades L.G. 2010: Hope and improvements in mental health service providers' recovery attitudes following training. 243–248

Järvikoski A., Härkäpää K 2004: *Kuntoutuksen perusteet*. WSOY, Juva.

Kartalova-O´Doherty Y, Doherty D 2010: Recovering from recurrent mental health problems: Giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing* Vol 19, Issue 1, 3-15

Kielhofner, G., Forsyth, K. 2003: *Model of Human Occupation* teoksessa Kramer P., Hijonosa J., Royeen, C.B.: *Perspectives in Human Occupation. Participation in Life*. Lippincott, Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland

Kirsh B., Cockburn, L.: *The Canadian Occupational Performance Measure: A Tool for Recovery Based Practice*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2009, Volume 32, No 3, 171-176

Koskisuu, J. (2011): *Ehdotus Mehiläinen Kuntapalveluiden mielenterveyskuntoutuksen koulutusrakenteeksi. Sisäinen työskentelyasiakirja* 2011.

Koukkari, M. (2011): Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa: *Aila Järvikoski, Jari Lindh, Asko Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 2011

*Kramer P., Gagne C. 2001: Barriers to recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. Teoksessa: Spaniol L.; Gagne C., Koehler M. 1997: Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sarget College of Allied Health Professions, Boston University, Boston, 467-476*

Lakeman R. 2010: Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of mental health*, February 2010 19(1); 62-74

Law, M., Cooper, B., Strong S., Stewart, D., Rigby P., Letts, L (1996): The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol 63 1; 9-20

Lieberman: *Recovery from Disability, Manual of Psychiatric Rehabilitation*, American Psychiatric Publishing, 2008

Meehan T., Glover H. 2007: Using the Recovery Knowledge Inventory (RKI) to Assess the Effectiveness of Consumer –led Recovery Training Program for Service Providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2007, Volume 31 (1), 9-22

Meehan T., King R. J., Beavis P.H., Robinson J.D. 2008: Recovery-based practice: do we know whar we mean or what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42:177-182

Mehiläinen 2011a: <http://www.mehilainen.fi/yritysinfo/>

Mehiläinen 2011b: <http://www.mehilainen.fi/yritysinfo/strategia-ja-arvot/>

Mehiläinen 2011c: <http://www.mehilainen.fi/yritysinfo/osaaminen-ja-palvelun-laatu/>

Noordsy, D.; Torrey W., Mueser K., Mead S., O'Keefe C. 2002: Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry* 14, 318-326

Nordling, E., Rauhala L., Siironen, A 2008: Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja koskeva kyselytutkimus kolmen kunnan alueella 2007-2008. Länsi-Suomen lääninhallitus ja Pohjanmaa-hanke.

Onken S., Craig C., Ridgway P., Ralph Ruth O., Cook Judith A. 2007: An Analysis of Definitions and Elements of Recovery: A Review of literature Psychiatric Rehabilitation Journal 2007 Volume 31(1), 9-22

Paasu, Jaana 2005: Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen ja asumista tukevat palvelut pääkaupunkiseudulla ja Lohjalla” Teoksessa: Hynynen, Raija (toim.): Asuntoja ja tukea asunnottomille. Suomen ympäristö 745. Ympäristöministeriö. Helsinki

Partanen Airi; Moring, Juha; Nordling, Esa; Bergman, Viveca (toim.) 2010: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 87-90

Peltomaa Marjo 2005: Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B: Tutkimusraportteja ja selvityksiä 49

Pesonen, Hannu (2009): Mehiläinen 100 vuotta suomalaisten elämässä. Mehiläinen ja Kustannusosakeyhtiö Otava Keuruu.

Piat M., Sabetti J., Couture A (2009): What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian Mental health Consumers. Psychiatric Rehabilitation Journal 2009, vol 32, No.3, 199-207

Ralph, R. 2005: Verbal definitions and visual models of recovery; focus on the recovery model. Teoksessa Ralph R.O., Corrigan P.W.: Recovery in Mental Illness. Broadening our Understanding of Wellness. American Psychological Association. Washington DC; 2005 (131-145)

Resnick S.G., Fontana A., Lehman A.F., Rosenheck R.A. 2005: An empirical conceptualization of the recovery orientation. Schizophrenia Research, 75, 119-128

Ribeiro Gruhl, K.L 2005: Reflections on the recovery paradigm. Should occupational therapists be interested? Canadian Journal of Occupational Therapy, 2005 Apr 72(2):96-102

Russinova Z. 1999: Provider’s hope inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. Journal of rehabilitation 1999 October/November/December 50-56

Salo, M. 2009: Yksikkökeskeisyydestä kumppanuuteen. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut Imatralla ja Joensuun seudulla. Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki.



Scaffa, M., Reitz, M.S., Pizzi M.A. 2010: Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness. F A Davis Company, Philadelphia.

Slade, Mike (2009): Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health professionals. Cambridge University, Press, New York

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2007:13.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2000 työryhmän ehdotukset päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Stonger J. A. 2009: Analysis of recovery knowledge and attitudes among graduate school faculty. Central Connecticut State University

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011: Yksityiset sosiaalipalvelut 2010. Tilastoraportti. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva, Helsinki.

Townsend, E., Wilcock, A. A. 2004: Occupational justice: Teoksessa Christiansen, Charles H – Townsend, Elizabeth: The Introduction to Occupation: art and science of living : New multidisciplinary perspectives for understanding human occupation as a central feature of individual experience and social organization. Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J.

Velyvis V: Longitudinal Follow up Evaluation of the interpersonal Collaborative Recovery Model. Staff and consumer 6 month Recovery and wellness Outcomes. Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences. Whitby, Ontario , Canada 2010

Whiteford, G. 2004: When people cannot participate: occupational deprivation. Teoksessa. Christiansen, Charles H, Townsend, Elizabeth A: The Introduction to Occupation: art and science of living: New multidisciplinary perspectives for understanding human occupation as a central feature of individual experience and social organization. Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J

Wiles R., Cott C., Gibson B.E. 2008: Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of qualitative research. Journal of Advanced Nursing 64(6), 564-573

WSOY Englanti-Suomi-Sanakirja 2003 :WSOY Helsinki

Young A.S., Chinman M., Forquer S.L., Knight E.L., Vogel H., Miller M., Mintz J 2005: Use of a consumer –led intervention to improve consumer competencies. *Psychiatric Services* 56, 967-975

**RECOVERY KNOWLEDGE INVENTORY****Liite 1**

Please rate the following items on a scale of 1 to 5:

1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Not Sure	Agree	Strongly Agree
1. The concept of recovery is equally relevant to all phases of treatment.				1 2 3 4 5
2. People receiving psychiatric/substance abuse treatment are unlikely to be able to decide their own treatment and rehabilitation goals.				1 2 3 4 5
3. All professionals should encourage clients to take risks in the pursuit of recovery.				1 2 3 4 5
4. Symptom management is the first step towards recovery from mental illness/substance abuse.				1 2 3 4 5
5. Not everyone is capable of actively participating in the recovery process.				1 2 3 4 5
6. People with mental illness/substance abuse should not be burdened with the responsibilities of everyday life.				1 2 3 4 5
7. Recovery in serious mental illness/substance abuse is achieved by following a prescribed set of procedures.				1 2 3 4 5
8. The pursuit of hobbies and leisure activities is important for recovery.				1 2 3 4 5
9. It is the responsibility of professionals to protect their clients against possible failures and disappointments.				1 2 3 4 5
10. Only people who are clinically stable should be involved in making decisions about their care.				1 2 3 4 5
11. Recovery is not as relevant for those who are actively psychotic or abusing substances.				1 2 3 4 5

12. Defining who one is, apart from his/her illness/condition, is an essential component of recovery. 1 2 3 4 5
13. It is often harmful to have too high of expectations for clients. 1 2 3 4 5
14. There is little that professionals can do to help a person recover if he/she is not ready to accept his/her illness/condition or need for treatment. 1 2 3 4 5
15. Recovery is characterized by a person making gradual steps forward without major steps back. 1 2 3 4 5
16. Symptom reduction is an essential component of recovery. 1 2 3 4 5
17. Expectations and hope for recovery should be adjusted according to the severity of a person's illness/condition. 1 2 3 4 5
18. The idea of recovery is most relevant for those people who have completed, or are close to completing, active treatment. 1 2 3 4 5
19. The more a person complies with treatment, the more likely he/she is to recover. 1 2 3 4 5
20. Other people who have a serious mental illness or are recovering from substance abuse can be as instrumental to a person's recovery as mental health professionals. 1 2 3 4 5



**11 Ajatus kuntoutumisesta ei ole yhtä ajankohtaista akuutisti psykoottisesti oireileville.**

1                    2                    3                    4                    5

**12 Oman itsensä määrittelemisen/näkemisen sairaudesta tai terveydentilasta erilisenä on olennainen kuntoutumisen osatekijä.**

1                    2                    3                    4                    5

**13 Liian korkeat odotukset asiakkaita kohtaan ovat usein haitallisia.**

1                    2                    3                    4                    5

**14 Jos henkilö ei ole valmis hyväksymään sairauttaan/ terveydentilaansa tai tarvitaan hoitoon, on vain vähän mitä ammattilainen pystyy tekemään auttaakseen häntä kuntoutumaan.**

1                    2                    3                    4                    5

**15 Kuntoutumiselle on ominaista henkilön eteneminen asteittaisin askelin eteenpäin, ilman merkittäviä askelia taaksepäin.**

1                    2                    3                    4                    5

**16 Oireiden vähentäminen on oleellinen kuntoutumisen osatekijä**

1                    2                    3                    4                    5

**17 Odotuksia ja toivoa kuntoutumisesta tulisi sopeuttaa ihmisen sairauden/ terveydentilan vaikeusasteen mukaisesti**

1                    2                    3                    4                    5

**18 Ajatus kuntoutumisesta on merkityksellisin niille jotka ovat päättäneet tai päättämässä aktiivisen hoidon vaihetta.**

1                    2                    3                    4                    5

**19 Mitä myöntyvämpi henkilö on hoitoon, sitä todennäköisemmin hän tulee kuntoutumaan**

1                    2                    3                    4                    5

**20 Muut vaikeasta psyykkisestä sairaudesta kuntoutuvat voivat olla yhtä olennaisia henkilön kuntoutumisen kannalta kuin ammattilaiset**

1                    2                    3                    4                    5

Avoin kysymys:

Ole hyvä ja kommentoi väittämiä, olivatko ne ymmärrettäviä, mikä kysymys herätti pohdintaa, mitä ajattelit väittämistä? Olivatko väittämät riittävän yksiselitteisiä?

Liite 3

Dear Jari:

You do have my permission to use the RKI as described. I am attaching two documents: One is the 20-item RKI form and the other document contains scoring of items, empirically derived dimensions, item narrative, and theoretically derived domains.

The way to score this instrument is to get means for each domain. Then, judge each factor's mean according to Likert scale (means of 4 and 5 are good and excellent, a mean of three is okay, and means of one and two are not so good).

Do not forget to change scores on items that are reversed (i.e., a score of one will be a five, a two will be a four, a three will remain the same, a four will be a two, and a score of five will be a one).

Good luck with grad school. If you use our instrument, we will appreciate if you share your results with us.

Kind regards,

*Luis*

Luis Bedregal, PhD

Assistant Professor

Yale University School of Medicine

Jari Koskisuu

Liite 4

## Taustakysymykset

### Koulutus

Sairaanhoidaja  
Lähihoitaja/ mielenterveyshoitaja  
Sosionomi  
Muu

### Työssäoloaika vuosina

Hoitoalalla

Yli 15 v  
10-15 v  
5-10 v  
2-5 v  
alle 1 v

Psykiatrisissa asumispalveluissa

Yli 15 v  
10-15 v  
5-10 v  
2-5 v  
alle 1 v

### Toimiyksikkö



Hyvä työtoveri

Liite 5

Teen opiskeluihini liittyen tutkimusta Mehiläisen kuntouttavan palveluasumisen henkilökunnan käsityksistä mielenterveysongelmista kuntoutumisen luonteesta ja kuntoutumisen tukemisesta. Kysely koostuu 20 väittämästä liittyen kuntoutumiseen. Toivon että vastaat kyselyn väittämiin ohjeen mukaisesti. Kysymyksiin ei ole oikeaa tai väärää vastausta vaan tässä kyselyssä tutkitaan työntekijöiden ajatuksia ja näkökulmia. Kyselyyn vastaajat eivät ole tunnistettavissa.

Vastaamiseen kuluu noin 10-15 minuuttia.

Kysely perustuu Yalen yliopistossa laadittuun Recovery Knowledge Inventoryyn (RKI). Kysely on käännetty suomeksi englanninkielestä ja toivoisin että kyselyn täytettyäsi voisit myös kommentoida väittämien selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Kyselyn lopussa on myös yksi avoin kysymys liittyen kuntoutumiseen.

Vastausaikaa on kaksi viikkoa. Toivon että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn. Tuloksia tullaan käyttämään henkilökunnan toimipaikkakoulutusten suunnittelussa.

Terveisin

Jari Koskisuu  
Kehityspäällikkö  
Mehiläinen kuntapalvelut

Hei tiiminvetäjät ja palvelupäälliköt

Liite 6

Lupaamani kysely kuntouttavan palveluasumisen henkilökunnalle lähti vastaajille eilen (12.10.2011). Olisin kiitollinen jos muistuttaisitte työntekijöitänne että he tarkistaisivat sähköpostinsa ja vastaisivat kyselyyn. Kysely on lähetetty myös teille tiiminvetäjille.

Sähköposti sisältää linkin kyselyyn. Vastausaikaa on kaksi viikkoa mutta toivoisin että ihmiset vastaisivat mahdollisimman pian. Yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa.

Kysely koostuu muutamasta taustakysymyksestä ja 20 väittämästä koskien kuntoutumista. Kysymyksiin ei ole oikeaa tai väärää vastausta vaan ne mittaavat eri näkökulmia ja paininotuksia liittyen mielenterveysongelmista kuntoutumiseen ja kuntoutumisen tukemiseen.

Tutkimus on osa opinnäytetyötäni Metropolia ammattikorkeakouluun ja sen tuloksia tullaan käyttämään toimipaikkakoulutuksen kehittämisessä.

Yhteistyöstä kiittäen

Jari Koskisuu

Kehityspäällikkö

Mehiläinen kuntapalvelut

Hei

Liite 7

Olen lähettämässä kaikille kuntouttavissa asumispalveluissa työskenteleville työntekijöille syyskuu aikana. Kysely tulee sähköisenä jokaisen työntekijän henkilökohtaiseen työsähköpostiin ja toivoisin mahdollisimman monen heistä vastaavan kyselyyn. Kyselyyn vastaamiseen kuluu n. 10 minuuttia. Kysely lähetetään myös tiiminvetäjille ja lähiesimiehille.

Kyselyssä kysytään työntekijöiden kantaa 20 kuntoutumista ja kuntoutustyötä koskevaan väittämään. Väittämiin vastataan viisiportaisella asteikolla: Täysin samaa mieltä.... Täysin eri mieltä. Kysymyksiin ei ole oikeaa tai väärää vastausta vaan kyselyn tarkoituksena on tutkia henkilökunnan käsityksiä kuntoutumisesta ja kuntoutumisen tukemisesta. Tuloksia tullaan käyttämään v. 2012 henkilökuntakoulutuksen suunnittelussa.

Olisin pyytänyt teiltä nimelistaa työntekijöistänne (mukaan lukien pitkäaikaiset sijaiset) jotka ovat teillä työssä 1.9. Pyytäisin teitä myös lisäämään listaan heidän työsähköpostiosoitteensa.

Toivoisin saavani lista 30.8. mennessä jos suinkin mahdollista

Jari Koskisuu

Kehityspäällikkö

Mehiläinen kuntapalvelut

## Liite 8 (1)

**Kuntoutujaan liitettävistä kuntoutumisen käsitteistä** useimmin esiintyvät **matkaa** tai **muutosta** kuvaavat määritelmät. Muutos nähtiin eteenpäin menemisenä tai tilanteen kohenemisena

*"Kuntoutuminen on eteenpäin menoa vaikeasta tilanteesta"*

*"Psyykkisen ja fyysisen voinnin ja toimintakyvyn kohenemistä"*

*"Kuntoutuminen on muutosta"*

*"Kuntoutuminen on edistymistä elämässä"*

Kuntoutuminen etenee asteittain tai pienin askelin, lineaarisesti

*"Kuntoutuminen on asiakkaan oman elämän- ja arjen hallinnan etenemistä parempaan suuntaan asteittain."*

*"Kuntoutuminen on pienin askelin etenemistä kohti päämäärää joka voi muuttua matkan varrella"*

Kuntoutuminen voi olla myös epälineaarista, matkalla voi tulla takaiskuja ja epäonnistumisia

*"Kuntoutumisessa mennään pienin askelin ja välillä tulee takapakkia."*

*"Kuntoutuminen on matka positiiviseen suuntaan yleensä negatiivisten monttujen kautta"*

Kuntoutuminen on myös sisäinen kokemus muutoksesta

*"Kuntoutuminen on ihmisen kokemus omasta lisääntyvästä toimintakyvystään ja hyvinvoinnistaan. Kuntoutumisen määrittelee ihminen itse..."*

*"Kuntoutuminen on ihmisen eheytymistä"*

Kuntoutuminen on myös kuntoutujan vastuulla

*"Kuntoutuminen on pyrkimistä parempaan elämään"*

*"Kuntoutuminen on kuntoutujasta itsestään kiinni"*

*"Kuntoutuminen on aktiivista vastuunottoa"*

## Liite 8 (2)

Kuntoutumisen näkeminen tai **kuntoutujan tehtävinä** tai **muutoshaasteina** määrittelee vahvimmin kuntoutumisen oman sairastumisen/ sairauden ja hoidon hyväksymisenä

*"Kuntoutuminen on sairauden hyväksyntää"*

*"Oman tilanteen ymmärtämistä ja onnistumisia" "Kuntoutuminen on ymmärtämistä itsestään ja sairaudestaan"*

*"Sairauden ja lääkehoidon hyväksyminen"*

Sairauden ja oireiden hallintaan pyrkiminen

*"Kuntoutuminen on oireiden hallintaa"*

*"Kuntoutuminen on sairauden hallintaa ja opettelua elämänsä kanssa"*

*"Kuntoutumista on oppia pärjäämään sairauden kanssa arjessa"*

Kuntoutuminen on vastuun ottamista arjesta ja päivittäisten taitojen parantamisesta

*"Kuntoutuminen on vastuunottoa päivittäisistä asioista ja niiden uudelleen opettelua"*

*"Kuntoutuja pystyy suoriutumaan arkipäivän askareista paremmin kuin ennen"*

*"... (elämäntaitojen) ylläpitävien taitojen harjoittelua... "*

Kuntoutuminen on omaan elämään vaikuttamista

*"... ja se, että ihminen pystyy itse elämään ja vaikuttamaan elämäänsä tyydyttävällä tavalla".*

*"Kuntoutuminen on oman elämän hallinnan palauttamista itselle..."*

Kuntoutuminen liittyy kuntoutujan asennoitumiseen ja valmiuksiin

*"Kuntoutuminen on rohkeutta löytää uusia asioita ja jopa etsiä niitä itse"*

*"... harjoittelemisen tulisi lähteä ihmisestä itsestään"*

*"Kuntoutuminen on omien voimavarojen tunnistamista ja hyväksymistä... tarvitaan oma motivaatio ja aito halu kuntoutumiseen ja kyky sietää pettymyksiä"*

## Liite 8 (3)

Kuntoutumisen näkeminen **tavoitetilana** liittyy elämän ja arjen hallinnan saavuttamiseen, tavoitteisiin pääsemiseen ja hyvään elämään. Elämän ja arjen mahdollisimman itsenäinen hallinta nähtiin kuntoutumisen päämääränä useimmin:

*"Kuntoutuminen on ihmisen omatoimista selviytymistä haasteista, ilman raskasta tukea muilta ja pystyy pitämään yllä omatoimisuutta mahdollisimman pitkään"*

*"Kuntoutuminen on mielekästä elämää arjessa johon kuuluu säännöllinen päivärytmi turvallisessa ympäristössä."*

*"Elämän hallinta omissa käsissä"*

Kuntoutuminen nähtiin myös arjen hallintana suhteessa sairauteen ja sen oireisiin:

*"Ihminen selviää arjestaan oireistaan huolimatta, oireet lievittyvät ja ihmiset käyttävät kuntoutuksessa oppimiaan pysyväisoireiden hallintakeinoja ja seuraamaan varomerkkejä päivittäisessä elämässään"*

Kuntoutumisen tavoitteena voi olla hyvä elämä vaikka oireilua olisikin jäljellä:

*Kuntoutumisen kautta ihminen hallitsee omaa elämäänsä ja pystyy tasapainoiseen elämään oireista huolimatta"*

*"Kuntoutuminen on sitä että ihminen tunnistaa oman sairauden ja on kykenevä elämään mahdollisimman hyvää elämää siitä huolimatta"*

Vaikka kyse on palveluasumisen henkilökunnasta, asumismuotoon liittyviä vastauksia oli vain muutama:

*"Elämää sairaalan ulkopuolella"*

*"Tasapainoinen elämä, kohti itsenäistä asumismuotoa"*

Kuntoutuminen nähtiin myös siirtymisenä normaaliympäristöihin tai normaalielämään

*"Mahdollisimman normaali elämä, mitä se sitten tarkoittaa-kaan"*

*"Normaalielämään paluu"*

Kuntoutumisen lopputuloksella tulisi olla yhteys tavoitteisiin:

*"Omien tavoitteiden saavuttaminen, toimintakyky pysyy taseisena, voi elää turvallista elämää"*

Kuntoutumisen tavoitetila on kuntoutuja oma tyytyväisyys elämäänsä:

*"Oman elämän kokeminen merkityksellisenä ja arvokkaana sairaudesta huolimatta"*

*"Kokemus ihmisarvoisesta elämästä"*

*"Rakastettuna ja hyväksyttynä eläminen"*

**Henkilökunnan työhön** liittyvät määritelmistä ensimmäinen määrittelee kuntoutumisen **suunnitelmana tai polkuna**: Kuntoutujan rooli nähtiin tehdyn suunnitelman noudattamisena:

*"Asukkaalle tehdään jonkinlainen suunnitelma tai polku jota hän sitten etenee kuntoutumisessaan. Asukas etenee askel askeleelta, joskus askeleet suuria, joskus pieniä, joskus peruutusaskeleita. Asukas on mukana koko ajan"*

Suunnitelma on yksilöllinen

*"Jokaisella on oma kuntoutumispolkunsa ja suunnitelmansa"*

Kuntoutuminen yhdistettiin kuntoutuksen yleiseen käsitteenmäärittelyyn ja tavoitteisiin

*"Kuntoutus jaetaan psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Nämä kaikki tule ottaa huomioon mielenterveyskuntoutujien kanssa työskennellessä"*

Henkilökunnan rooli on ensisijaisesti prosessia tukeva

*"Ihmisen psyykinen, fyysinen ja henkinen kokonaisuus huomioiden asukkaan yksilöllinen kohtaaminen ja kunnioittaminen ja siten kuntoutujan eteneminen..."*

*"Yksilöllistä, asukaslähtöistä, itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa ja kärsivällisyyttä vaativaa työtä."*

*"Monialaista ja suunnitelmallista, pitkäjänteinen prosessi jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan oma elämäntilanne"*

## Liite 8 (4)

Kuntoutujan eteneminen on merkityksellistä työntekijöiden työn kokemisen kannalta

*"Omassa työssä on tärkeää nähdä asukkaan eteneminen, itsetunnon kohoaminen ja toimintakyvyn paraneminen."*

Toinen näkökulma kuntoutumiseen henkilökunnan työnä on kuntoutujien **toimintakyvyn tukeminen:**

*"Kuntoutuminen on toimintakyvyn ylläpitämistä tai taantumisen hidastamista"*

*"Joissakin tapauksissa asukkaan pysymistä samankuntoisena kuin nyt"*

*"Toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen"*

*"Kuntoutuksen avulla pyritään edistämään kuntoutujan toimintakykyä ja mahdollista itsenäistä selviytymistä arjen eri tilanteissa mahdollisimman pienin avuin."*

*Yritys nostaa asukkaan kykyä suoriutua päivittäisistä toimita"*

Oireiden hallinnan tukeminen nähtiin osana työtä

*"Kuntoutujaa autetaan palaamaan normaaliin arkeen ja hallitsemaan oireitaan ja tulemaan toimeen niiden kanssa"*

*"Kuntoutuksen avulla pyritään lievittämään potilaan oireita, sopeutumista sairauteen ja toimintakykyä"*

Toimintojen käyttö nähtiin osana toimintakyvyn tukemista

*"Toimintakyvyn nostoa ja ylläpitoa toiminnallisina menetelmin..."*

*"Arjen toimintojen harjoittamista"*

Kuntoutuminen lähtee pienistä askelista

*"Kun saa sellaisen asukkaan vaikka kävelyille joka ei yleensä lähde"*

Kuntoutuminen **olosuhteiden muutoksena** liittyi asumispalveluiden yleiseen tehtävään:

*"Asukkaan kuntouttamista niin että hän voi elää suhteellisen itsenäistä elämää joko itsenäisesti tai palvelukodissa."*

*"Itsenäisempään asumiseen kuntouttamista."*



## Liite 8 (5)

**Kuntoutujan ja kuntoutusympäristön** vuorovaikutusta korostavat määritelmät korostivat kuntoutujan ja kuntoutushenkilökunnan **yhteistyösuhdetta** erityisesti liittyen tavoitteisiin

*"Kuntoutuminen on yhdessä työskentelyä kohti yhdessä asetettuja tavoitteita"*

*"... kuntoutuksen tavoitteiden muodostaminen, yksilöllisen ja tavoitteellisen kuntoutumispolun rakentaminen yhdessä"*

*"Kuntoutuminen on yhteistyötä toisten ihmisten ja tahojen kanssa..."*

*"Asukkaan sitoutumista yhdessä laadittuihin tavoitteisiin"*

Kuntoutuminen nähtiin myös mahdollisuuteena **aktiiviseen kansalaisuuteen ja yhteisöjen jäsenyyteen**

*"Tavoitteena on työllistymisen edistäminen"*

*"Sosiaalisten kontaktien ylläpitoa, syrjäytymisen ehkäisemistä"*

*"Säännöllinen päivärytmi ja mielekästä tekemistä turvallisesa ympäristössä"*

*"Sosiaaliseen ympäristöön ja yhteiskuntaan palaminen omalla itsenään"*





