

**AVOMINNE- KLINIKAN LAHDEN TOIMIPISTEEN
KUNTOUTUKSEN ARVIOINTIA
CORE-OM-MITTARILLA TOTEUTETTUNA**

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA	5
2.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....	5
2.2	Tutkimuskysymykset.....	5
3	TIETOPERUSTA	6
3.1	Päihderiippuvuus ja siitä kuntoutuminen	6
3.2	Vertaisuus osana päihdekuntoutusta	9
3.3	Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaisuus	12
3.4	Minnesota hoito päihdehuollon palvelujärjestelmässä.....	14
3.5	Avominne Lahden toimipisteen hoitomalli	15
4	PÄIHDEKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIA.....	18
4.1	Toiminnan vaikuttavuus	18
4.2	Päihdehoidollisen prosessin vaikuttavuuden määrittely	19
4.3	CORE-OM-mittari	22
5	TUTKIMUKSEN PROSESSI	24
5.1	Tutkimus prosessin kuvaus.....	24
5.2	Toteutunut aikataulu	25
5.3	Aineistonkeruu.....	26
5.4	Aineiston analyysi.....	27
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
6.1	Vastaajien taustatiedot	29
6.2	CORE-OM-mittarin kokonaispistemäärä	29
6.3	Tulosten raportointi	30
6.3.1	CORE-OM-mittari henkilökohtainen hyvinvointi	31
6.3.2	CORE-OM-mittari psyykkiset oireet ja oireilu	33
6.3.3	CORE-OM-mittari toimintakyky	41
6.3.4	CORE-OM-mittari riskikäyttäytyminen.....	48
7	POHDINTA	51
7.1	Johtopäätökset ja kehittämistyön jatko.....	51
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	54
	LÄHTEET	56
	LIITE 1.....	18
	LIITE 2.....	20

Tiivistelmä

Tekijä(t) Hakasaari, Katja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika 2022
	Sivumäärä 65	
Työn nimi Avominne- klinikan Lahden toimipisteen kuntoutuksen arviointia CORE-OM-mittarilla toteutettuna		
Tutkinto Sairaanhoitaja (ylempi AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Avominne klinikka, Lahden toimipiste		
Tiivistelmä Tämä tutkimus tehtiin työelämälähtöisenä opinnäytetyönä, jonka tilaajana oli yksityinen palveluntuottaja Avominne Oy. Yrityksen toiminnan keskiössä on tuottaa valtakunnallisesti julkisen sektorin rinnalla avohoitoa päihderiippuvaisille sekä heidän läheisilleen. Avominnen Lahden toimipisteenhoitomalli soveltaa Minnesota-mallia käytännönläheisenä avohoitona. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli mittaamisen ja arvioinnin kautta kehittää sekä tehostaa yksikön tarjoamaa päihdekuntoutusta. Päihdekuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia voidaan mitata eri tavoin ja eri aikajän-teillä. Tutkimus toteutettiin psykiatrian kentässä tunnetulla CORE-OM-mittarilla. Käytän-nössä mittari on selkeä ja helposti ymmärrettävä itsearviointilomake, jolla potilas arvioi vointiaan 34 eri väittämän kautta. Tässä tutkimuksessa päihdekuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi painottuu asiakkaan henkilökohtaisen hyvinvoinnin, psyykkisten oireiden ja oireilun, toimintakyvyn sekä riskikäyttäytymisen itsearviointiin. Arviointi on tutkimuksessa toteutettu kaksivaiheisena 6 viikon seurantavälillä. Tutkimuksen tuloksien perusteella Avominnen päihdekuntoutusjakson aikana kuntoutu-jien psyykkinen hyvinvointi koheni ja heidän kokemansa psyykkiset oireet vähenivät. Kun-toutujat kokivat seurantajakson aikana myönteistä muutosta henkilökohtaisessa hyvin-voinnissa sekä toimintakyvyn lisääntymisessä. Vähiten kuntoutujat kokivat muutosta riski-käyttäytymisessä, päihteidenkäyttö heillä oli loppunut jo ennen seurantajakson alkamista. Asiakkaiden kuntoutuksen aikaisesta arvioinnista saatiin käsitystä ja kokonaiskuvaa asi-akkaiden psyykkisestä voinnista sekä toimintakyvystä. Tulokset auttavat arvioimaan päih-dekuntoutuksen rakennetta ja sen suunnittelua. Tutkimuksesta saatu informaatio kuntou-tuksen aikana tapahtuneesta asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn muu-toksista voidaan sisällyttää yksikön jatkotoiminnan kehittämistyössä. Lisäksi tehty arviointi hyödyttää Avominne organisaation valtakunnallista kehittämistoimintaa.		
Asiasanat Avominne- klinikka, päihdekuntoutuksen vaikuttavuus, CORE-OM- mittari		

Abstract

Author(s) Hakasaari, Katja	Type of Publication Master´s thesis	Published 2022
	Number of Pages 65	
Title of Publication Evaluation of the rehabilitation of the Avominne- Clinics Lahti office Implemented with a CORE-OM-meter		
Name of Degree Master of Health Care		
Name of the organization Avominne- Clinic, Lahti office		
<p>Abstract</p> <p>This study was conducted as a work-based thesis, which was ordered by Avominne Oy, a private service provider. At the heart of the company´s operations are provided outpatient care of drug addicts and their relatives nationwide alongside the public sector. Avominne´s Lahti office management model applies the Minnesota model as a practical outpatient care. The purpose of this study was to develop and enhance the unit´s substance abuse rehabilitation through evaluation and measurement.</p> <p>Assessing the effectiveness of substance abuse rehabilitation can be measured in different ways and over different time spans. The study was conducted in the field of psychiatry with a known CORE-OM meter. In practice, the meter is a clear and easy to understand self- assessment form that allows a patient to assess their well-being through 34 different statements. In this study, the effectiveness of the rehabilitation assessment of the client´s personal well-being, mental symptoms and symptoms, functional capacity and risk behavior. The evaluation in the study was performed in two phases with a 6-week follow-up interval.</p> <p>Based on the results of the study, during Avominne´s substance abuse rehabilitators experienced a positive change in their personal well-being and increased ability to function. Rehabilitators experienced the least change in risk behavior, and they had stopped using drugs before the start of the follow- op period.</p> <p>An understanding and overall picture of the clients psychological and physical functioning capacity obtained from the evaluation during the rehabilitation of the client´s. The results to evaluate the substance abuse rehabilitation structure and its design. The information obtained from the study about the changes in the welfare and functional capacity of the laundry can be included in the development work of the unit. In addition, the evaluation will benefit the national development activities of the Avominne organization.</p>		
Keywords Avominne- Clinic, effectiveness of substance abuse rehabilitation, CORE- OM- meter		

1 JOHDANTO

Rautiainen (2021, 82) nostaa väitöstutkimuksessaan hoidon vaikuttavuus- ja laatumittareiden kehittämisen ja päihdehoidon rakenteellisen kirjaamisen luovan nykyistä parempia edellytyksiä hoidollisten prosessien onnistumiselle jatkossa. Päihdehoidon ja tarjottujen palvelujen vaikuttavuutta ja laatua tulee tutkia. Käytännössä tutkiminen tapahtuu mittaamalla palveluista saatavaa asiakaskokemusta tai palvelun tehokkuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelun tuottamaa hyvinvoinnin mittaamista sekä hyvinvoinnin lisääntymisen mittaamista pidetään mm. Klemolan (2015, 42) mukaan lähtökohtaisesti haastavana. Palvelujen ja toimintojen vaikuttavuuden arviointia ja vaikuttavuuden tutkimista estävinä tekijöinä organisaatioissa ajatellaan usein liian suurta käytännön työmäärää, kiirettä sekä sopivien tietojärjestelmien puutteita.

Suomessa päihteiden käytöstä aiheutuvien haittojen ennaltaehkäisyyn ja päihdehoidon järjestämistä vastuun lainsäädännöt liittyvät sekä raittiustyönlakiin (828/1982), että päihdehuoltolakiin (41/1986). Päihdehuoltolain mukaan kunnat ovat järjestämistä vastuussa päihderiippuvuutta sairastavan ja hänen läheisensä riittävän sekä tarpeenmukaisen hoidon. Vastuu edellyttää julkisen sektorin tuottavan palvelut ensisijaisesti avohuollon toimina ja suhteuttaen ne reaaliaikaiseen tarpeeseen. Lain mukaan päihdehuollon palvelujen tulee olla sisällöltään ja laadultaan riittäviä ja palvelujen tulee olla järjestetty riittävän asiakaslähtöisellä tavalla, jolloin asiakkaan kynnys palveluihin hakeutumiseen on mahdollisimman matala. Parhaimmillaan tämä tarkoittaa joustavuutta ja palvelujen yhteiskehittämistä eri palveluntuottajien kesken.

Päihdepalvelujen suunnittelussa palvelujen saatavuus kannattaa siis tehdä asiakkaalle mahdollisimman helpoksi. Asiakkaan on tällöin mahdollisuus hakeutua avun piiriin omaaloitteisesti ja varhaisessa vaiheessa. Sisällöllisesti palvelujen tulee myös tukea asiakkaan omaa toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista arjessa. (Päihdehuoltolain 41/1986, 3 §) mukaisesti jokaisella kunnalla on päihdepalvelujen järjestämistä vastuu. Lain tulkinta näyttäytyy käytännössä väljänä ja kuntien väliset erot päihdepalvelujen saatavuudessa vaihtelevat. Ala- Nikkolan (2017, 29) mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen mallit ovat suoraan riippuvaisia alueellista olosuhteista, palvelujärjestelmien rakenteista sekä alueellisista palvelutarpeen arvioinnin menetelmistä. Nykyjärjestelmässä riippuvuussairauksia hoidetaan perustasolla terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä sekä yksityissektorilla, mistä kunnat kilpailutusjärjestelmien kautta ostavat nämä heille lakisääteisesti tehtäväksi määritellyt palvelut. Osan päihdepalveluista tuottaa kolmannen sektorin toimijat: kansalaisjärjestöt sekä aktiiviset päihdealan vaikuttamistoimintaa tuottavat yhdistystoimijat.

Kolmannen sektorin tuottamat matalan kynnyksen palvelut toimivat Ala-Nikkolan (2017, 68) tutkimuksen tuloksissa määrällisesti sekä laadullisesti kunnallista palvelujärjestelmää tukevana ja täydentävänä palveluvalikon osana. Matalan kynnyksen palvelut, kuten tässä tutkimuksen kohteena oleva Avominne- klinikka toimivat keskeisessä roolissa päihteiden käyttäjien palvelujärjestelmien piiriin saamisessa ja kiinnittämisessä palveluiden käyttäjiksi. Nämä yksiköt toimivat hoitoonohjausprosesseissa usein kunnallisia toimijoita nopeammin ja, siten tehokkaammin. Yksityisen sektorin rooli palveluiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottajana on Ala-Nikkolan (2017, 27) mukaan kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana ja trendi tulevaisuuteen on nouseva. Päihdehoidossa sekä päihdekuntoutuksessa kuntoutuksen tai hoidon vaikuttavuutta kuvaavia tutkimuksia löytyy suhteellisen vähän. Päihdepalveluja: päihdehoitoa ja päihdekuntoutusta järjestettäessä ja kehitettäessä tulisi päihdehoidollisista prosesseista saatavaa tehokkuutta ja vaikutuksia päästä tutkimaan kustannustehokkaasti.

Knuuti (2007, 181) kuvaa tutkimuksessaan päihteistä kuntoutuvan tilannetta ja siihen liittyviä haasteita päihteidenkäytön lopettamisen jälkeen, tutkimuksen tuloksissa nousee esiin haastavan tilanteen kompleksisuus ja kokonaisvaltaisuus. Päihdekäytön lopettamisen lisäksi haastavaksi tilanteen tekee kuntoutujan alkaessa tiedostaa menneisyytensä päihdekäyttäjänä eri tasoilta. Päihdekeskeisestä elämästä irrottautuessa, luovutaan usein päihdekäytön lisäksi päihdemaailman tarjoamasta ihmissuhdeverkostosta. Uuden, raittiin elämäntavan omaksuminen, arjen struktuurin uudelleen rakentaminen sekä sosiaalisen kontekstin rakentaminen koulutuksen, työn, asumisen sekä toimeentulon näkökulmista kuvaa tilanteen monitasoisuutta kuntoutujan näkökulmasta.

Saarnio ym. (2015, 237) tutkivat päihdeasiakkaan profiilia osana avopäihdehoidon järjestelmää. Tutkimuksen tuloksien mukaan päihderiippuvaisia asiakkaita pidetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä vaikeampi hoitoisina, kuin monia muita asiakasryhmiä. Päihderiippuvuus sairautta sairastaviin kohdistuu herkästi yleisiä ennakkoluuloja ja näitä esiintyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla. Saarnion tutkimuksessa ennakkoluulot nähtiin seurauksena päihderiippuvuus sairauteen liittyvästä kompleksisuudesta, jota kuvaa mm. asunnottomuus, päihteiden sekakäyttö ja väkivalta.

Tämä määrällinen tutkimus keskittyy kuvaamaan Avominne Oy: n päihdekuntoutuksen Lahden toimipisteen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuutta asiakkaan subjektiivisen kokemuksen näkökulmasta. Tutkimuksen aihe on noussut työelämälähtöisesti tarpeesta saada lisää informaatiota yksikön tarjoaman kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä arviointitietoa Avominne Oy: n päihdekuntoutuksen Lahden toimipisteen tarjoamasta kuntoutuksesta, sen ensimmäisen kuuden viikon ajalta ja tutkia kuntoutuksen vaikuttavuutta. Kyseessä on määrällinen vaikuttavuustutkimus. Vaikuttavuustutkimuksessa arvioidaan toiminnasta saatavia vaikutuksia. Tässä tutkimuksessa arvioinnin kohteena ovat toiminnasta saadut välittömät vaikutukset asiakkaiden psyykkiseen vointiin sekä toimintakykyyn. Tutkimuksessa aineistonkeruu toteutetaan kansainvälisesti käytetyllä ja tunnetulla CORE-OM-mittarilla. CORE- OM- Mittarin kyselylomake on selkeä ja antaa monipuolisen kuvauksen hoitoon osallistuvan kokonaisyhyvinvoinnista nimenomaisesti psyykkisen toimintakyvyn osilta.

Tämän määrällisen tutkimuksen tavoitteena on kehittää ja tehostaa yksikön tarjoamaa kuntoutusta. Yksikön hoidon vaikuttavuutta ei ole tutkittu aiemmin ja organisaatiossa on halu kehittää yksikön kuntoutuksen vaikuttavuutta. Tutkimuksesta saatavaa informaatiota asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin muutoksesta pystytään hyödyntämään tulevaisuudessa yksikön lisäksi organisaation valtakunnallisessa jatkotoiminnassa. Tutkimus on työelämälähtöinen, prosessi käynnistyi Avominne- klinikoiden toimitusjohtajan hakiessa LAB-ammattikorkeakoulun opiskelijaa tutkimuksen tekijäksi.

2.2 Tutkimuskysymykset

- Miten asiakkaat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa ja toimintakykynsä Avominne klinikan 6. hoitoviikon kohdalla?
- Miten asiakkaiden kokemus psyykkisestä hyvinvoinnistaan on muuttunut kuntoutuksen aikana?

Määritettyjen tutkimuskysymysten lisäksi kerätystä aineistosta saadaan dataa Avominne Lahden toimipisteen potilaiden sukupuolesta, ikärakenteesta sekä hoitoon sitoutuneisuudesta.

3 TIETOPERUSTA

3.1 Päihderiippuvuus ja siitä kuntoutuminen

Päihderiippuvuutta ja sen lähtökohtia on eri tieteenalojen kautta pyritty selittämään sosiaalisena, psykologisena, neurokemiallisena sekä geeniperäisenä. Vakioitua määritelmää riippuvuuden olemuksesta ei tieteessä ole edelleenkään osoitettu (Hirschovits-Gerz (2014, 16). Lääketieteessä päihderiippuvuus nähdään sairautena ja riippuvuussairaudet löytyvät tautiluokituksesta (ICD-10). Ruuska & Sulkunen (2013, 35) mukaan päihderiippuvuuden sairauskäsitys mahdollistaa riippuvuussairauksiin hieman neutraalimman lähestymistavan. Aalto (2015a, 9) kuvaa päihderiippuvuutta erityisemmin psyykkisenä riippuvuutena, mikä näkyy yksilön pakonomaisena päihteidenkäytön tarpeena.

Holmberg (2010, 40- 41) kuvaa päihderiippuvuuteen liittyvän neljä ulottuvuutta. *Fyysinen riippuvuus*, mikä kuvaa elimistön tottumista päihteidenkäyttämiseen ja aivotoimintojen välittäjäaineiden muutoksiin. Jolloin, päihteidenkäytön lakatessa yksilölle syntyy fyysisiä vieroitusoireita. *Psyykinen riippuvuus*, liittyy yksilön päihdekäytön pakonomaiseen tarpeeseen ja tästä syntyvään käyttöhimoon. Päihderiippuvaiselle päihteidenkäytöstä syntyy tavoite saada päihteestä mielihyvän kokemusta ja helpotusta psyykkiseen oloon. *Sosiaalinen riippuvuus* päihderiippuvuudessa muodostuu yhdessä päihteitä käyttävän ryhmän kesken. Tällöin ryhmän yhteinen nimittäjä liittyy päihteisiin ja päihteidenkäytöstä syntyvään elämäntapaan ja päihdekeskeiseen ajatusmaailmaan. *Henkinen riippuvuus* sisältää päihdekäyttäjän elämän arvot, ajattelutavan ja oman maailmankatsomuksen. Päihderiippuvuudessa päihdekäyttöön liittyvä elämäntapa usein idealisoituu, jolloin päihdemyönteisyydestä sekä päihteitä käyttävästä alakulttuurista muodostuu ihanteita ja jonkin asteista hengellisyyttä. Päihderiippuvuutta voi esiintyä jokaisessa neljästä ulottuvuudesta tai vain osasta näistä. Eri ulottuvuuksien kautta syntyy mahdollisuus hahmottaa päihderiippuvuus sairauden vaikutusten laajuutta yksilön elämässä sekä subjektiivisessa kokemusmaailmassa.

Ruisniemen (2006, 15), mukaan alkoholi- ja huumeriippuvuustutkimuksessa päihderiippuvuutta ja riippuvuudesta toipumista on tutkittu laajasti. Päihderiippuvuudesta toipumiseen liittyviä tekijöitä on pyritty analysoimaan eri tekijöistä ja viitekehyksistä käsin. Ruisniemen tutkimus avaa yksilön kokemusta päihderiippuvuudesta toipumisessa eli raitistumisessa sekä yksilön kokemusta yhteisökuntoutumisessa. Hänen tutkimuksensa tuloksissa päihderiippuvuudesta toipuminen näyttäytyy yksilön oman prosessina, missä painottuvat läheiset ihmissuhteet, uuden elämäntavan rakentuminen sekä voimavarojen vahvistuminen.

Kuntouksen yhteisöllisyys ja sosiaalinen ulottuvuus tukee toipumista ja mahdollistaa kuntoutujalle vuorovaikutusta ympäristön kanssa.

Päihderiippuvuudesta kuntoutuminen käsitetään usein yksilössä tapahtuvina muutoksina, kuten terveyden, hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn lisääntymisen. Mattila-Aalto (2010, 11) haastatteli väitöstutkimuksessaan pitkästä päihteidenkäytöstä kuntoutuneita, sekä heidän nimeämiään tahoja ja tekijöitä, joita kuntoutujat olivat kokeneet auttaneen heitä päihdekierteen katkaisemisessa. Tutkimuksessa esiin noussut teema liittyi päihdekuntoutuksen olevan ensisijaisesti kuntoutumista päihteidenkäytöstä ja kuntoutuksen keskeinen tehtävä on tukea päihteiden käytön lopettamista, eli raitistumista. Päihdekuntoutuksen kontekstissa yksilön päihteidenkäyttö nähdään Mattila-Aallon mukaan pidemmän ajanjakson tuloksena, jolloin päihteidenkäytöstä on jo muodostunut monella tapaa elämää hallitseva päihderiippuvuus.

Saarnion ym. (2015, 237) kuvaavat kuntoutujan ja hoitotahon keskinäisen kommunikation ja toimivan vuorovaikutuksen edistävän kuntoutujan sitoutumista päihdekuntoutukseen ja päihdekäytön lopettamista. Saarnion ym. (2015, 241) tuloksissa kuntoutukseen motivoituminen ja vapaaehtoisuus hoitoon ohjautumisessa liittyivät kuntoutujan onnistuneeseen tavoitteen asetteluun päihteidenkäytössään. Päihdekuntoutukseen ilman omaa vapaaehtoista tahtoaan velvoitetuista asiakkaista vain 24 % tavoitteli päihdekuntoutuksessa raittiutta. Velvoittamisen ja hoitoonohjauksen syy oli työpaikan hoitoonohjaus, ratti-juopumus tai perhetilannetta koskeva lastensuojelullinen tilanne. Laaksonen (2015, 94) tutki alkoholiriippuvuuden hoidon vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä ja kuvaa päihdekuntoutuksen myönteisinä vaikutuksina asiakkaiden elämänlaadun kokonaisvaltaista kohene- mista. Laaksonen näkeekin asiakkaan kokonaiselämäntilanteen sekä elämänlaatuun liittyvien osatekijöiden kartoittamisen keskeisenä osana päihdekuntoutusta. Hänen mukaansa paremman hyvinvoinnin ja elämänlaadun rakentaminen tukee asiakkaan motivoitumista ja lisää aktiivisuutta kohti raittiutta. Laaksonen tutkimus nosti myös esiin yhdistelmähoidon tehokkuutta, koostuen alkoholiriippuvuuden lääkehoidosta sekä terapiasta.

Falkin ym. (2013, 10) mukaan päihde- ja mielenterveysongelmista toipuminen ja kuntoutus tulee käsittää yksilön henkilökohtaisena ja pitkäkestoisena muutosprosessina. Kuntoutumiseen vaikuttaa yksilön elämään ja olosuhteisiin liittyen monet eri tekijät. Hänen mukaansa näiden tekijöiden keskinäinen erottelu tai syy- ja seuraussuhteiden arviointi muodostuu haasteelliseksi. Päihteidenkäytöstä kuntoutuminen muuttaa usein voimakkaasti yksilön arvomaailmaa sekä sisäistä kokemusta itselle aiemmin tärkeinä pidettyihin asioihin ja merkityssuhteisiin. Päihteidenkäytöstä kuntoutumista tuleekin ymmärtää laajalle ulottuvana muutosprosessina kuntoutujan persoonallisuuden psyykkisessä kokemuksessa. Falk

kuvaa kuntoutuksessa muutosten tapahtuvan kuntoutujan identiteetissä, arvomaailmassa, sosiaalisessa identiteetti kokemuksessa ja persoonallisuudessa. Päihde- ja mielenterveysongelmista kuntoutumisen ja yksilöllisen toipumisprosessin hahmottaminen edellyttää usein poikkeusteollista näkökulmaa myös ammattilaiselle.

Mattila-Aallon (2009, 200) tutkimuksessa tuloksissa päihdeongelmasta kuntoutuminen liittyisi olennaisesti kuntoutujan kykyihin kehittää itseään sekä omia toimintatapojaan sosiaalisessa kontekstissa, kuten kuntouttavassa yhteisössä. Ruisniemi (2006, 26) taas painottaa tutkimuksessaan kuntoutujan omaa aktiivista panosta osana päihdekäytöstä kuntoutumista. Ruisniemen mukaan tämä tarkoittaa kuntoutujan oman vastuun korostamista. Päihdeidenkäyttö rajoittaa psyykkistä kapasiteettiä sekä rationaalista päätöksenteko kykyä. Päihteistä kuntoutumisen voidaan katsoa alkaneeksi, kun kuntoutuja sisäistää olevansa itse vastuussa päätöksistään, jotka vaikuttavat hänen omaan käyttäytymiseensä. Hirschovits-Gersin (2014, 506) tutkimuksessa päihderiippuvuuksien hoidolle asetettiin tulokseen perustuvia odotuksia. Päihderiippuvuudesta kuntoutumisen onnistumiseen pidemmällä aikajänteellä vaikuttaa päihdekuntoutusta kokonaisvaltaisempi prosessi, jossa kuntoutuja pyrkii aktiivisesti eroon päihteisiin syntyneestä riippuvuussairaudesta käyttäen tässä monia erilaisia selviytymiseen liittyviä keinoja.

Päihdekuntoutuksella haetaan Jakobsonin ym. (2005, 118) mukaan muutosta ja aiempaa parempaa elämänsuuntaa. Päihdehoitoon tai kuntoutukseen ohjautuminen suuntaa Ekqvistin kuvauksessa (2021, 15) paremman tulevaisuusoption saavuttamiseen ja yksilön hyvinvoinnin tehostamiseen. Hänen mukaansa suomalaisessa päihdehoidossa tarpeenmukainen tai oikea-aikainen palvelun tai kuntoutuksen järjestäminen ei ole itsestäänselvyys. Hännikäinen-Uutela (2004, 110) kuvaa huumeidenkäyttäjien vaikeaa tilannetta hoitoon pääsemisessä. Päihdehoitoon tai kuntoutukseen pääseminen ei siis ole itsestäänselvyys. Nykytilanteessa haasteita hoitoon ohjautumisessa syntyy kohdennettujen hoitopaikkojen vähyydestä, pitkistä jonotusajoista ja monimutkaisista hoidonarviointin prosesseista sekä maksusitoumuksen saamisen vaikeudesta. Päihdepalveluihin hakeutuminen tapahtuu Viertiön ym. (2017, 22) mukaan hoitoennusteen kannalta usein liian myöhäisessä vaiheessa, päihderiippuvuuden jo kroonistuttua. Ylipäätään voidaan ajatella päihdeidenkäyttöön liittyvän avun hakemisen olevan vähäistä suhteessa päihdeidenkäytöstä syntyneiden ongelmien laajuuteen. Viertiö kuvaa usean päihderiippuvuussairauden jäävän myös kokonaan hoitamatta.

Hietala (2013, 16) tutki asiakasnäkökulmasta hoidon merkityksiä osana päihdepalveluita sekä ammattilaisten toteuttaman hoidon vastaanottamisen ehtoja, mahdollisuuksia sekä näihin liittyviä haasteita. Hietalan (2013, 324) tutkimuksen tuloksissa ammatillinen apu ja

tuki määrittäyty moniselitteisesti vastavuoroisena kokemuksena, mikä toteutuu auttamistilanteessa vuorovaikutuksessa asiakkaan ja ammattilaisen välissä. Romakkaniemi (2011, 238) kuvaa ammattilaisen ja kuntoutujan välistä vuorovaikutusta ja siinä onnistumista prosessina, johon liittyy persoonallisuuksien välinen vastavuoroinen dynamiikka ja ammattilaisen kyky toteuttaa dialogisuutta osana hoidollista vuorovaikutusta. Kuusisto (2010, 7) taas tutki päihderiippuvuudesta toipumisen eri tyylejä, vertaillen näiden välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä. Kuusisto keräsi aineistoaan tarkastelemalla päihdekäytön kaarta ja tutkittavien elämää päihdeiden käytön lopettamisen jälkeen. Kuusiston (2010, 288) mukaan nykyisin tulisi tutkia enemmän kuntoutujia ja heidän kokemustaan saamastaan hoidosta. Päihderiippuvuudesta toipumisen tulee hänen mukaansa ymmärtää monen vaikuttavan ja yhtäaikaisen tekijän vuorovaikutukseksi, ja että suurin muutosprosessin osa tulee tapahtua kuntoutujan sisäisinä, intrapsyykkisinä prosesseina.

3.2 Vertaisuus osana päihdekuntoutusta

Vertaistuen merkitystä päihderiippuvuuksista toipumisessa on tutkittu suhteellisen vähän, vaikkakin vertaistuen käyttö ja yhteisöllisyys on integroitunut ja juurtunut kiinteäksi osaksi päihdepalveluja. Samoin vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus on jo pidempään ymmärretty keskeisenä päihderiippuvuudesta toipumista mahdollistavana lisänä. Elina Kotovirta (2009, 172) on sosiaalipsykologian väitöstutkimuksessaan tutkinut huumeriippuvuudesta toipumista Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa, hänen tutkimuksensa tuloksissa korostuu vertaistuen laaja merkitys nimenomaan toipumiskokemuksen jakamisessa, vaikkakin hän korosti vertaistuen rinnalle tarvittavan kiinteästi myös virallista hoitojärjestelmää.

Karttusen (2019, 100) mukaan erityinen vertaisuuden hyöty muodostuu yhteisön kuntouttaessa jäseniään sekä ryhmädynamiikan voimassa tukea yksilön sisäistä toipumisprosessia. Tätä tapahtuu mm. vertaisryhmän palauttaessa jäsentään takaisin raittiutta tukevaan ajatteluun ja pois päihderiippuvuutta tukevista ajatusmalleista. Yhteisössä toteutuvan päihdekuntoutuksen periaatteet ovat, joko toiminnallisia tai ideologisia. Rokkaniemen (2011, 240) tutkimuksen tuloksissa hoitava vuorovaikutus vaikutti syntyvän vertaisten välille työntekijäsuhdetta helpommin. Vertaisuudessa yhteinen peilipinta löytyy samankaltaisista kokemuksista sekä näille yhdessä annetuista merkityksistä. Ryhmämuotoisen kuntoutuksen kannalta tärkeäksi muodostuu myös toiminnallisuus, yhteinen tekeminen osana arkea. Yhteisökuntoutuksen toiminnallisuus liittyy sen toteuttamaan strukturiin, kuten yhteisökokouksiin, työntekoon, yhteisön kesken tapahtuvaan ryhmätoimintaan, yhteisön sosiaaliseen rakenteeseen, henkilökunnan rooliin yhteisössä, organisaation tukeen yhteisön toiminnalle sekä ryhmän käytöksessä tapahtuvaan muutokseen. Ideologiaan kiinnittyvinä lähtökohtina kuvataan toiminnan arvoja, kuten avoimuutta, rehellisyyttä,

turvallisuutta, tasa-arvoa sekä yhteisvastuullisuutta. Yhteisön toiminnan arvojen ja periaatteiden ajatellaan tuottavan sen toimintaan sekä pedagogista, että parantavaa funktiota. (Ruisniemi 2006a, 36.) Päihdehoitoon liittyvien yhteisöllisten hoitomuotojen voidaan katsoa eroavan toisistaan, liittyen millaisiin yhteisöllisiin järjestelyin yhteisössä pystytään luomaan asiakkaille terapeuttisia ja pedagogisia vuorovaikutustapahtumia.

Örnberg (2019, 60) kuvaa vertaistukea tasavertaista kuulemista mahdollistavana kokemuksella tasolla, sekä vertaistuen kautta kuntoutujan mahdollisuutta tarkastella ja tutkia omaa roolia etäältä yhdessä toisten samaa kokeneiden kanssa. Vertaiskokemusten peilaaminen yhdessä toisten samaa kokeneiden kanssa luo uusia mahdollisuuksia jo omaksettujen käsitys- ja käytöstapojen tutkimiseen. Oman ja samalla toisten kokemusten tarkastelun kautta kuntoutujan itsereflektointi kasvaa ja toisilta voi saada oppia uuteen raittiin elämäntapaan ja muutokseen. Ruisniemi (2006, 25) näkee päihderiippuvuudesta toipumisen vertaistuen ja yhteisöhoidon ulottuvuudessa keskeiseksi, ettei päihderiippuvuutta tule erottaa erillisenä oireena ihmisen kokonaiskuvasta. Riippuvuussairaus aiheuttaa kognitiivisia sekä sosiaaliseen käyttäytymiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä oireita, joita on haastavaa tarkkaan erotella toisistaan sekä syy-seuraussuhteistaan. Kuitenkin tilanteessa syntyneet oireet ja päihderiippuvuudesta muodostuneet ongelmat määrittävät yksilön muutoksen tarvetta ja tarvittavan päihdekuntoutuksen valintaa sekä kestoa.

Karttusen (2019, 103) kuvaa yhteisössä toteutuvaa muutosta ja vertaistuen tehoa *sosiaalisen oppimisen* käsitteellä. Käsite havainnollistaa yhteisössä tapahtuvaa kehitysprosessia, mikä ulottuu vertaistukiryhmän lisäksi sen jokaiseen jäseneseen yksilönä. Karttusen mukaan vertaistukiryhmässä mahdollistuva sosiaalinen oppiminen edellyttää ryhmän vuorovaikutukselta riittävää luottamusta ja turvallisuudentunteen muodostumista. Riittävän luottamuksen syntyminen mahdollistaa avoimen vuorovaikutuksen, jolloin ryhmänjäsenet uskaltavat kuvata rehellisesti omaa toimintaansa, tarkastella ajatuksiaan ja tunteitaan sekä altistaa itsensä ryhmän yhteiselle keskustelulle. Karttusen kuvaama sosiaalisen oppimisen käsite kuvaa hyvin yhteisökuntoutumisen prosessia, jossa ryhmätasolla tapahtuvassa vuorovaikutuksessa on aikaa tutkia ja reflektoida samanaikaisesti omaa elettyä elämää, tätä hetkeä sekä suunnitella muutosta eli raitista tulevaisuutta toisten saman kokeneiden kanssa. Hännikäinen-Uutela (2004, 22) puhuu *sosialisaatioprosessista*, missä yksilö osin sosiaalistuu osaksi kuntouttavaa yhteisöä. Yhteisössä kuntoutuminen ja toipuminen perustuu hänen mukaansa ajatukseen yhteisökasvatuksesta, missä sosiaalisuus itsessään voidaan nähdä yhtenä kuntoutuksen voimavarana ja kuntoutuksen komponenttina. Yhteisökasvatuksessa yksilön kehittyminen ja toteutuu osiltaan myös yhteisön vuorovaikutuksen tuella.

Romakkaniemen (2011, 187) mukaan tosiasiallinen kuntoutuminen tapahtuu ja integroituu ihmisen arkielämässä. Hänen tutkimuksessaan kuntoutujien hoidolliset kohtaamiset toteutuivat osana arkea, vaikkakin suurin osa arjesta ja elämästä toteutui kuntoutuksen ulkopuolella. Kuntoutumista tapahtuu ilman ammatillista tukeakin, ja kuntoutuksen tulosten tulisi integroitua osaksi kuntoutujien arkea. Laaksonen (2015, 19) kuvaa päihderiippuvuuden hoidon myönteisinä vaikutuksina potilaan elämänlaadun paranemista. Hän nostaa tutkimuksessaan potilaan elämänlaadun määrittelyn keskeiseksi osaksi päihderiippuvuuden hoitoa jo hoidon alkuvaiheessa potilaan päihdekuntoutukseen liittyvää hoitosuunnitelmaa rakennettaessa. Hirsikangas (2021, 37- 68) liittyy psyykkiseen toimintakykyyn yksilön voimavarat, jotka auttavat selviytymään arjesta ja elämän tuottamista kriiseistä. Hirsikankaan tutkimuksen molemmissa tutkimusryhmissä löytyi yhteys elämänlaadun ja toimintakyvyn välillä. Psyykinen toimintakyky käsittää psyykkisen hyvinvoinnin, mielenterveyden ja elämänhallinnan, käsittäen tuntemiseen sekä ajatteluun liittyvät toiminnot. Kun yksilön voidaan sanoa olevan psyykkisesti toimintakykyinen, hän arvostaa itseä ja suhtautuu luottavan realistisesti tulevaisuuteen, kykenee luottamaan omaan kykyynsä selviytyä arjen tuottamasta kuormituksesta sekä pystyy harkittuun päätöksentekoon. Tunne yhteenkuuluvuudesta ja vertaisilta saatu tuki nousivat Örnbergin (2019, 69) aineistossa keskeisimmiksi tekijöiksi toipumisessa, sekä raittiin elämäntavan ylläpitämisessä. Vastaajat kuvasivat yksinäisyyden ja toivottomuuden kokemukset voimakkaina ennen toveriseuraan liittymistä, ja vaikutuksiltaan vertaistukiryhmään liittymisen jälkeen toisilta saatu vertaistuki, hyväksyntä, keskinäinen ymmärrys ja turva loivat yhteisen vuorovaikutustilan, jossa toipujana pystyi olemaan oma itsensä ryhmään liittyvän yhteenkuuluvuuden tunteen kanssa.

Vertaistuen ja yhteisöhoidon kriittistä arviointia tulee kohdistaa vertaistukiryhmäläisten yksilöllisiin vaiheisiin ja kokemuksiin osana ryhmässä kuntoutumista. Ruisniemi (2006, 252) yllättyi tutkimuksensa tuloksissa siitä, kuinka sekavina ja kaoottisina vertaistukiryhmään tulijat kokivat oman subjektiivisen vointinsa ryhmään tullessaan. Monissa yhteisöhoidon malleissa päihderiippuvuudesta toipujilta vaaditaan nopeasti oman elämäntilanteen ja päihdekäytöstä aiheutuneiden haittojen hahmottamista sekä erilaisten tavoitteiden ja tulevaisuuden suunnitelmien asettamista ryhmänjäsenenä. Karttunen (2019, 258) kuvaa yhteisöhoidon tarjoavan kuntoutujalle päihteettömän kontekstin, missä mahdollistuu kokemus yhteenliittymisestä ja kuulumista johonkin sekä tuottavan osallisuutta, osallistumista ja muiden hyväksyntää. Ruisniemen (2006, 11- 12) mukaan yhteisö toimii jäsenilleen peilinä, joka palauttaa jäsentään päihderiippuvuudesta takaisin vuorovaikutteiseen yhteyteen toisten kanssa. Yhteisöhoito tukee sosiaalista toimintakykyä, raittiin elämäntavan omaksumista sekä raittiutta tukevissa toimintatavoissa käynnistynyttä muutosta. Keskeisenä tavoitteena se, että yhteisön ja vertaistuen hoitavan vaikutuksen kautta kuntoutujan

valmiudet toimia päihteettömänä yhteisön ulkopuolisessa maailmassa ja muuttuneessa tilanteessa vahvistuvat.

Rissanen & Falk (2013, 13) painottivat asiakkaan osallisuuden mahdollistumista keskeisenä menetelmänä osana mielenterveys- ja päihdekuntoutuspalveluja. Heidän mukaansa palvelujen käyttäjien osallisuutta lisäämällä palveluita pystytään kehittämään. Näkökulma painottaa asiakkaiden oman asiantuntijuuden ja kokemukseen pohjautuvan asiantuntijuuden esiin nostamista ja hyödyntämistä osana kuntoutuksen prosessia. Asiakkaan osallisuutta voidaan tukea huomioimalla asiakaslähtöisyys toiminnan sisällöllisissä rakenteissa mm. toiminnoissa, joissa asiakas pystyy omalla toiminnallaan ja aktiivisuudellaan vaikuttamaan suoraan omaan kuntoutusprosessiinsa ja sen kulkuun. Laitilan (2010, 31) mukaan päihdekuntoutuksessa asiakkaan omaa osallisuutta voidaan nostaa asiakkaan mukaan ottamisella kuntoutuspalvelun suunnitteluun, toteuttamiseen ja sen kehittämiseen. Kokeemusasiantuntijuudessa korostetaan pääomana asiakkaalle päihde- tai mielenterveysongelmista ja hoidoista kertynyttä kokemusta.

Ohiossa 1935 käynnistynyt Anonyymit Alkoholistit- liike muodostui kahden päihderiippuvuudesta toipujan havaitessa yhdessä sen, miten suuri tuki tilanteen keskinäisestä jakamisesta heidän välilleen muodostui. Kansainvälisen AA- liikkeen perusta nojaa 12 askeleen ohjelmaan, missä Ruisniemen (2006, 33) mukaan korostetaan päihderiippuvaisen voimattomuutta päihdettä kohtaan. Ohjelmassa hengellinen komponentti, usko korkeampaan voimaan auttaa palauttamaan päihderiippuvaiselle terveyttä sekä auttamaan häntä pysymään erossa päihteestä. Tässä tutkimuksen kohteena olevan Avominne yksikön kuntoutuksessa vertaistuki painottuu hoidon keskeiseksi elementiksi, ryhmä muodostuu saman päihderiippuvuuskokemuksen omaavista jäsenistä ja kaikilla henkilökunnasta on ammatillisen tutkinnon lisäksi taustalla oma päihderiippuvuus ja siitä selviämiskokemus. Ruisniemi (2006, 42) näkee yhteisöllisen kuntoutusmallin vahvuutena sen, että koko hoidollinen yhteisö ja ryhmä toimii yksilön kuntoutumista tukevana elementtinä. Parhaimmillaan työntekijöiden kontrolloiva rooli jää taka-alalle ja yhteisö itse toimii ryhmää valvovana ja ryhmän toimintaa ohjaavana tasona.

3.3 Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaisuus

Mattilan (2017, 15) mukaan tilanteessa, missä potilaan psyykkiseen oireeseen liittyy päihdeidenkäyttöön liittyvä ongelma tai päihderiippuvuus, puhutaan kaksoisdiagnoosista. Kaksoisdiagnoosi tarkoittaa samanaikaisesti esiintyvää päihde- ja mielenterveysongelmaa. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon liittyy yhteiskunnassamme kuitenkin selkeä hoidollinen paradoksi; jos eri hoitotahot hoitavat itsenäisesti omia osa-alueitaan, kokonaiskuva potilaan hoidosta jää herkästi puutteelliseksi ja molempien sairauksien hoitotasapaino voi

järkkyä. Integroidussa hoitomallissa kaksoisdiagnoosipotilasta hoidetaan samassa paikassa ja molempia potilaan päihde- ja psyykkistä vointia hoidetaan samaan aikaan. Toisaalta päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatiossa voi tapahtua Steniuksen ym. (2015, 380) kuvaama sosiaalityön roolin kapeneminen suhteessa terveydenhuollon lääketieteellisesti tehokkaana pidettyjen keinojen toteuttamisen rinnalla tai tilanne, missä sosiaalityön asiantuntemusta ei enää käytettäisi sosiaaliseen syrjäytymiseen tai kasautuneisiin sosiaalisiin ongelmiin.

Aalto (2015b, 222) kuvaa kaksoisdiagnoosien olevan yleisiä juuri päihderiippuvaisilla. Päihde- ja mielenterveysongelman samanaikaisuuteen liitetyt kausaaliset teoriat yksilön pyrkimyksestä ratkaista mielenterveysongelmiensa tai psyykkisten oireidensa hoito päihdeiden käytöllä sekä päihdeiden käytön aiheuttavan syntyneet mielenterveysongelmat. Laaksosen (2015, 13) mukaan mm. samanaikainen päihderiippuvuuden ja mielenterveysongelman varhainen tunnistaminen sekä samanaikainen hoidon käynnistäminen vaikuttavat oletettuun hoitoennusteeseen, sitä nostavasti. Romakkaniemi (2011, 43) kuvaa mielenterveyden ongelmista kuntoutumista huomattavasti laajempina prosessina, kun pelkästä sairaudesta toipumisena. Käsittäen toipumista sairauden seurannaisvaikutuksena aiheuttamasta arvostuksen puutteesta, syrjinnästä, elämän mahdollisuuksien kaventumisesta, unelmien romuttumisesta, työttömyydestä, itsemääräämisoikeuden puutteesta sekä hoitokäytäntöjen tarkoituksellisuudesta kategorisoinneista. Rakkolainen (2017, 144) tutki motivoivan haastattelun ja potilaan päihdehaittojen välistä yhteyttä ja näki päihdehoidon sisällöllisten rakenteiden vaikuttavan suoraan päihdehoidosta saataviin tuloksiin.

Potilaiden kokemat psyykkiset oireet ovat usein pitkäaikaisia ja niihin liittyvät oireet näytettyvät monimuotoisina ja toimintakykyyn vaikuttavina. Psyykkiset oireet vaikuttavat merkittävästi myös potilaan elämänlaatuun. Mattila (2017, 12) kuvaa depression, päihderiippuvuuden ja ahdistuneisuushäiriön heikentävän potilaan elämänlaatua sekä toimintakykyä. Depressio heikentää elämänlaatua, mikä vaikuttaa elämänlaadun eri osa-alueisiin. Mattilan mukaan mielenterveyden häiriöiden tarkkaan määrittelyyn liittyy haaste, monet psyykkiset oireet ovat normaaleja, niiden esiintyessä vain satunnaisesti. Huttunen (2017, 51) taas määrittelee mielenterveyden häiriön olevan kyseessä silloin, kun potilaan mieliala, ajatukset, käytös tai tunteet haittaavat toimintakykyä ja elämänlaatua sekä aiheuttavat psyykkistä kärsimystä. Masennusta eli depressiota sairastaa 5–7 % suomalaista (Depressio, Käypä hoito - suositus, 2021).

Hirsikankaan (2021, 16) mukaan nykytilanteessa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalitoimi tarjoavat palveluja erillisinä, kaukana toisistaan, tämä vaikeuttaa samanaikaisesti useampaa palvelua tarvitsevan asiakkaan tilannetta. Päihde- ja

mielenterveyspalvelujen järjestämisen yhtenä keskeisenä tavoitteena ovat Avominnen kaltaiset palvelut, jolloin asiakkaalle mahdollistuu mahdollisimman matala kynnys hakeutua tarvitsemiinsa palveluihin, ja asiakkaan tarvitsemat palvelut löytyvät yhden katon alta. (Mäkelä & Murto 2012, 95–96.) Hoidon matala kynnys ja helppo lähestyttävyyys tukevat asiakkaan hoitoon kiinnittymistä monitasoisesti vaikeassa elämäntilanteessa.

3.4 Minnesota hoito päihdehuollon palvelujärjestelmässä

Päihteiden ongelmakäytön ja päihderiippuvuuden hoitoon löytyy Suomessa runsaasti eri vaihtoehtoja. Tolosen (2018, 21) vuosituhannen alussa tehdyssä selvityksessä esiteltiin katkaisuhuoltopaikkojen ja erilaisten hoitolaitosten lisäksi lähes 30 erilaista psykososiaaliseen tukeen pohjautuvaa päihdehoidonmenetelmää. Mäkelän & Simojoen (2015, 65) mukaan päihderiippuvuus ongelmien hoito- ja kuntoutusjärjestelmä on Suomessa nykyisellään pirstaleinen ja liian monitasoinen. Päihderiippuvuus ongelmien hoito ja -kuntoutuksen ratkaisumallit toteutuvat kuntakohtaisina.

Mäkelä & Simojoki (2015, 70) jakavat päihdehuollon erityispalvelut kategorisesti kolmeen eri osioon: laitoshoitoon ja -kuntoutukseen, avohoitoon ja -kuntoutukseen sekä muihin päihdepalveluihin. Laitoshoidon ja -kuntoutuksen alle kuuluvat laitoksissa toteutuva päihdehoito: katkaisuhuolto, kuntoutus sekä erikoissairaanhoidon toteuttama päihdepsykiatrisen laitoshoidon. Päihderiippuvuus ongelman avohoito pitää sisällään katkaisuhoidon, terapeutin sekä psykososiaaliset tukipalvelut. Muihin päihdehuollon erityispalveluihin kuuluu päihdeongelmallisille järjestetyt asumispalvelut, ensisuoja sekä erilaiset päiväkeskustömmöt. Päihderiippuvuuden hoito ja -kuntoutus perustuu täysi-ikäisen asiakkaan kohdalla aina vapaaehtoisuuteen sekä omaan koettuun motivaation raitistua. Ala-ikäisen lastensuojelunasiakkaan kohdalla päihdekuntoutus voidaan toteuttaa lastensuojelun erityisyksikössä ilman asiakkaan omaa tahtoa. Päihdehoitoa järjestettäessä avohoidon palvelut nähdään aina ensisijaisina. Laitoksessa toteuttava päihdehoito sekä -kuntoutukseen päädytään niissä tilanteissa, joissa avohoidon palvelut suhteessa asiakkaan päihdeongelman vaikeuteen eivät riitä, tai eivät ole muusta näkökulmasta katsottuna asiakkaan tilanteeseen sopivia.

Sosiaalineuvos Toivo Pöysä toi Kanadasta Suomeen Minnesota hoitomallin, mikä yleisemmin tunnetaan Myllyhoidon nimellä. Hoitomallin ensisijaisena lähtökohtana on ajatus siitä, että alkoholismi on sairaus. (Arramies & Hakkarainen 2013, 76.) Oinas-Kukkonen (2013, 16 – 20) tutki Minnesota-mallin mukaista hoitoa ja sen tuloksia. Oinas-Kukkonen halusi etsiä mallista erityisesti niitä hoitoprosessin osatekijöitä, joilla nähtiin olevan merkitystä hoidon korkeisiin onnistumislukuihin. Minnesota hoitomalli on alun perin Yhdysvalloissa Minnesota osavaltiossa v.1949 kehitetty päihdehoidon ohjelmakokonaisuus, mallin

perusajatuksiin liittyy päihteidenkäytön näkeminen pitkäaikaisena sairautena, minkä kanssa päihderiippuvainen ja hänen läheisensä oppivat elämään. Minnesota hoidon tutkimuksen tuloksissa korostui hoitomallin yhteinen, jaettu kokemuksellinen taso. Minnesota hoidon päihde- ja läheistoipumisprosessi on hoitoon osallistujille päihderiippuvuus sairautteen sairastuneille ja heidän läheisilleen vapauttava, kokemuksellinen ja yhteistoiminnallinen oppimiseen perustuva hoidollinen prosessi (Oinas- Kukkonen, 2013, 279.) Laaksonen (2015, 12) korostaa hyvän hoitosuhteen ja erilaisten psykososiaalisten hoitomallien merkitystä päihderiippuvuuden hoidon keskiössä. Potilaan subjektiivinen hoito ei Laaksonen mukaan pelkästään riitä, vaan hänen mukaansa riippuvuussairauksien hoidon ja potilaan kuntouttamiseen tulee sisältää elämänhallinnan ja sosiaalisen kontekstien tasoja. Salon ym. (2015, 167- 168) kuvaavat asiakaslähtöisen päihdetyöskentelyn perustaksi tasavertaista ja vastavuoroiseendialogiin pyrkivää vuorovaikutusta. Parhaimmillaan asiakkaan päihdetilanteesta saatava hoidon suunnitteluun liittyvä informaatio muodostuu hoidollisessa vuorovaikutuksessa dialogiksi. Päihdehoidon keskiöön kuuluu hoidon tavoitteiden asettamisen lisäksi asiakkaan aiempi kokemushistoria sekä nykyinen elämäntilanne.

3.5 Avominne Lahden toimipisteen hoitomalli

Avominne oy perustettiin Tampereella v. 2005. Yritys tuottaa avohoidonpalveluja päihderiippuvaisille sekä heidän läheisilleen. Nykytilanteessa Avominne hoitoa on tarjolla Helsingissä, Tampereella, Oulussa, Riihimäellä, Kokkolassa ja Lahdessa sekä Espanjan Fuen-girolassa Costa del Solilla. Palvelua toteutetaan kuntien ostopalveluina sekä erikseen myytävänä palveluna hoitonsa itsemaksaville asiakkaille. Avominne tarjoaa riippuvuussairauksien hoidon lisäksi työelämäpalveluina koulutus- ja työnohjauspalveluita. Avominnen Riihimäen klinikka tarjoaa erikseen päihderiippuvaisen läheisille suunnattua intensiivihoidtoa. Yrityksen tarjoama Avominnen hoitomalli täydentää julkisen puolen päihdehoidon palveluvalikkoa. Kaupungit ja kunnat ostavat sosiaali- ja terveystalvelujen kilpailutusten kautta ostopalveluina Avominnen tarjoamaa päihdekuntoutusta.

Avominnen hoitomalli soveltaa Minnesota hoitoa käytännönläheisenä avohoitona. Lähtökohtana ja edellytyksenä Minnesota hoitomallin 12 askeleen hoidossa on aina asiakkaan päihteettömyys mikä tarkoittaa, ettei hoitoon voi osallistua ennen päihdekäytön lopettamista. Tolonen (2018, 184) kuvaa tutkimuksessaan asiakkaan päihdekäytön jatkamisen syiden ja halun olevan yhteydessä muutokseen eli raitistumiseen sitoutumisen asteeseen. Tolosen tutkimus tukee käsitystä asiakkaan päihteiden käyttöön liittyvän muutokseen suuntautuvan halun-, syyn-, tarpeen- sekä kyvyn puhua vaikuttavan merkitsevästi muutokseen eli raittiuteen sitoutumiseen.

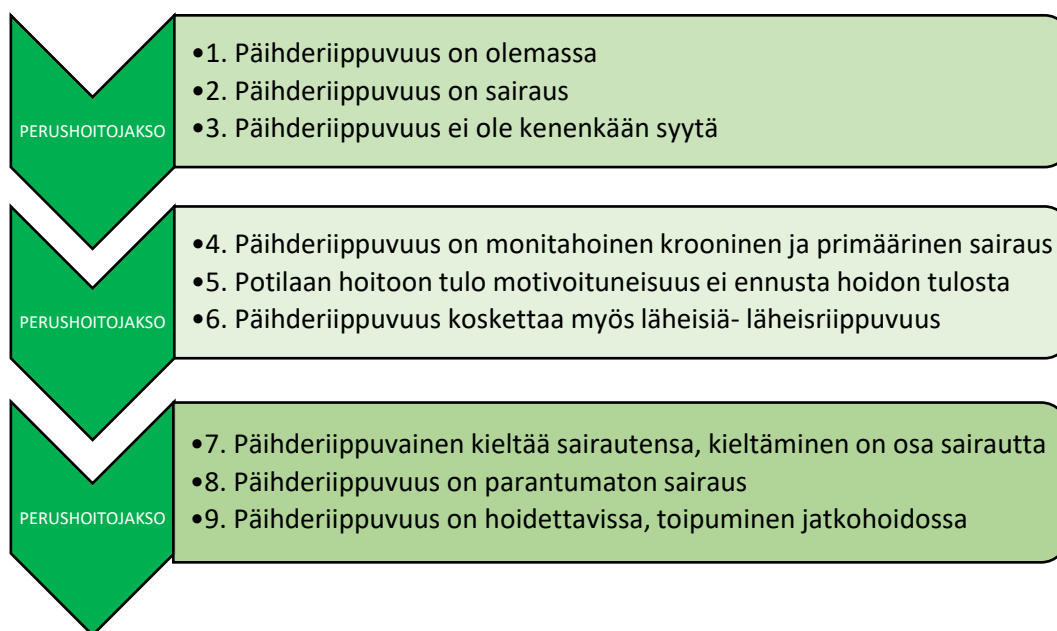
Lahden Avominnen toimipisteen tarjoama jatkokuntoutus, mitä on esitelty Kuviossa 1. koontuu päivisin ja hoito on tarkoitettu päihderiippuvuushoidon laitokuntoutuksen jälkeen tukemaan kuntoutujan päihteettömän elämäntavan ylläpitämistä ja ennaltaehkäisemään päihdekäyttöön retkahtamista. Sosiaalinen kuntoutus liittyy keskeisesti hoitoon. Avominen jatkokuntoutuksen aikana kuntoutuja oppii toimimaan ryhmässä, sen tasa-arvoisena jäsenenä sekä kohtaamaan arjessa syntyneet haasteet päihteettömänä.



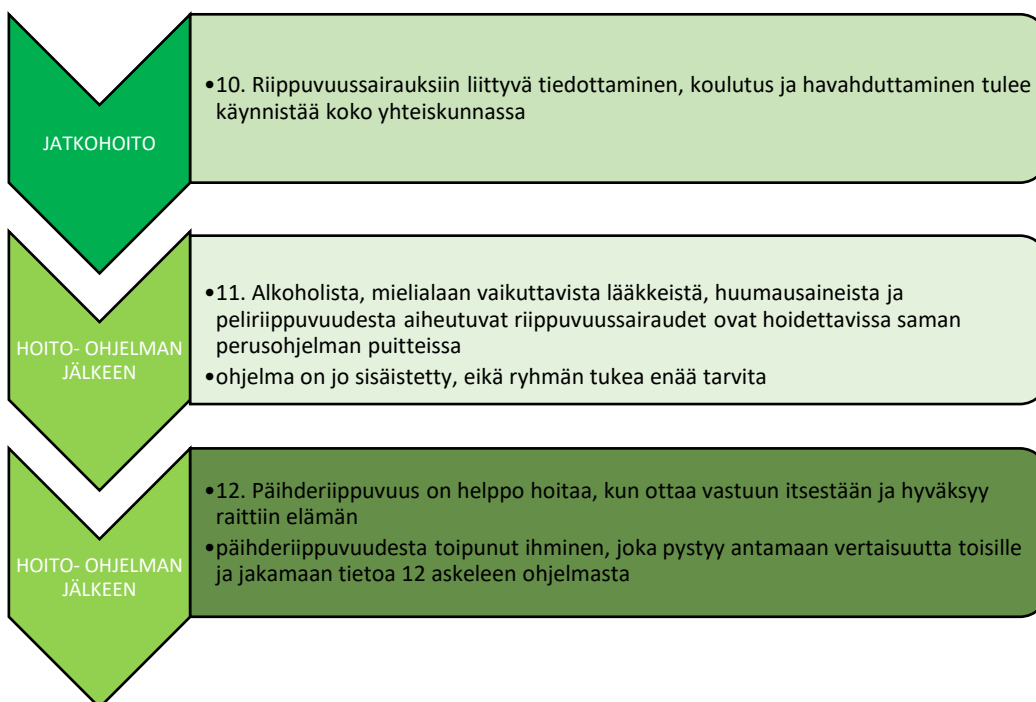
Kuvio 1. Lahden Avominnen kuntoutusjakson sisältö

Avominne- hoitoon osallistutaan kotoa käsin, perushoitojakson kesto on 6 viikkoa, jona aikana hoitoa järjestetään 3 kertaa viikossa 3- 4 tunnin ajan. Hoito- ohjelmaan sisältyy erillinen 8- 10 tunnin mittainen läheispäivä. Henkilökunnan työskentelyyn sisältyy sekä strukturoitu ammatillinen ohjaus, että kokemuksellinen vertaistuki, kaikilla henkilökunnasta tulee olla omakohtainen toipumiskokemus.

Avominne- hoitoon sisältyvä perushoitojakso sisältää alla olevassa kuviossa 1. esitellyt Minnesota mallin osat 1 - 9, askeleet. Kuviossa 2. on esitetty hoitomallin osat 10- 12. Joista osat 10- 11 liittyvät jatkohoitoon ja 11 askeleen ajatuksena on, että ohjelma on jo sisäistetty, eikä ryhmän tukea enää tarvita. 12 askel on päihderiippuvuudesta toipunut ihminen, joka pystyy antamaan vertaisuutta toisille ja jakamaan tietoa 12 askeleen ohjelmasta. (Arramies& Hakkarainen 2013, 104.)



Kuvio 1. Avominne- hoitomalli, perushoitajakso



Kuvio 2. Avominne- hoitomalli, jatkohoito ja hoito- ohjelman jälkeen

4 PÄIHDEKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIA

4.1 Toiminnan vaikuttavuus

Vaikuttavuudelle ei löydy yhtä selkeää määritelmää, vaikuttavuus käsitettä käytetään monenlaisissa eri asiayhteyksissä. Vaikuttavuus ja sen arviointi pystytään määrittelemään monin eri tavoin riippuen sitä lähestyttävästä näkökulmasta. Klemolan (2015, 41) vaikuttavuuden käsitettä pidetään yleisesti moninaisena. Klemolan mukaan vaikuttavuutta pystytään arvioimaan ensisijaisesti tuotosten tai lopputuloksen eli saatujen haittojen ja hyötyjen valossa. Julkisen terveydenhuollon palveluissa vaikuttavuus liitetään määritelmänä saavutettavissa oleviin terveyshyötyihin, oireiden määrässä tapahtuneisiin muutoksiin tai elämänlaadussa ja hyvinvoinnissa tapahtuneisiin muutoksiin sekä palvelujen järjestämisestä aiheutuneisiin kustannuksiin.

Konu ym. (2014, 286- 287) kuvaavat terveydenhuollon vaikuttavuutta hoidolle laadittujen tavoitteiden tai potilaan kokemien tarpeiden kautta. Vaikuttavuuden arviointia pystytään tarkastelemaan periaatteessa kaikista hoitotyön näkökulmista käsin. Terveydenhuollossa vaikuttavuuden arviointiin liittyviksi tekijöiksi nimetään usein terveyteen ja hyvinvointiin liittyvä elämänlaatu, sosiaalinen hyvinvointi sekä toiminnassa oikeudenmukaisuus. Tervo-Heikkinen (2008, 62) teki hoitotyön vaikuttavuustutkimuksen erikoissairaanhoidossa ja tuloksissaan hän näki hoitotyön vaikuttavuuden moniulotteisena käsitteenä. Hoidon vaikuttavuutta hän pyrki tutkimuksessaan tarkastelemaan hoidon rakenteiden ja prosessien yhteyden valossa, verraten siitä hoidosta saatuihin tuloksiin.

Vaikuttavuuden käsite on moninainen, sen määrittely ja käyttötarkoitus vaihtelee kontekstin mukaan. Vaikuttavuutta pystytään käsittelemään yksilötasolta laajempaan ja globaalimpaan mittakaavaan asti. Yhteiskunnallisesti tutkimuksessa pystytään määrittelemään sekä positiivisia, että negatiivisia pitkän aikavälin vaikutuksia. Näitä vaikutuksia on voitu tuottaa erilaisten toiminnoista kerättyjen tuloksien pohjalta. Vataja (2019, 11) kuvaa vaikuttavuudessa olevan kyse siitä, mikä on arvokasta ja tavoiteltavaa ja millä keinoilla se voidaan saavuttaa. Vatajan (2019, 11) mukaan vaikuttavuutta voidaan lähestyä Suomessa laajemmin käytössä olevan vaikutusketjun kautta. Vaikutusketjun periaatteita on helppo hyödyntää oman toiminnan sekä niissä tehtyjen ratkaisujen kuvaamiseen. Kansainvälisesti vaikuttavuusketju tunnetaan iooi-menetelmänä. Kirjainyhdistelmä ”iooi” liittyy sanoihin input (panos), output (tuotos), outcome (vaikutus) ja impact (vaikuttavuus).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavuuden mittaamisen sekä arvioinnin tulee perustua yleisesti tunnettuihin ja tutkittuihin mittareihin, tällöin mittarin käytöstä on saatu riittävä näyttö sen toimivuudesta. Vaikuttavuuden tutkimisessa voidaan sosiaali- ja

terveydenhuollossa käyttää hyvinvointia, elämänlaatua tai erillisiä sairaus- spesifisiä mittaavia mittareita. Hoitotyöstä saatavaa vaikuttavuutta pystytään arvioimaan esimerkkinä Mental Health Recovery Star (MHRS) -mittarilla. Tässä mittarissa kysytään potilaiden omia näkemyksiä liittyen koettuun toipumiseen. Elämänlaatua mittaavat mittarit tuottavat dataa hoitotyössä kliniseen käytäntöön sekä toiminnan ja tarjottavan palvelun vaikuttavuuden arvioinnin tueksi. Mittarin kriteereihin kuuluvat luotettavuus, käytettävyys, oikeellisuus eli mittarin kyky mitata sitä, mitä on tarkoitettu mitattavaksi sekä mittarin sensitiivisyys eli herkkyys muutoksille ja sen erottelukyky. mm. yksi profiili ja luku, 15D, the Assessment of Quality of Life (AqoL) ja Health Utilities Index (HUI). Hoitoon liittyvää elämänlaatua kuvaavia mittareita ovat asiakkaan subjektiivista sosiaalista hyvinvointia ja terveydentilaa sekä potilaan tyytyväisyyttä hoitoonsa kuvaavat mittarit. Sairausspesifit mittarit liittyvät mm. sairauden vaikutukset oireisiin, fyysiseen tai psyykkiseen toimintakykyyn tai yksilön sairauden oireita spesifisti lukevat mittarit. Psykiatriseen hoitotyöhön sairausspesifisiä mittareita löytyy mm. Beck Depression Inventory, SCL-90-R ja Health-Sickness Rating Scale. (Konu ym. 2014, 288.)

4.2 Päihdehoidollisen prosessin vaikuttavuuden määrittely

Pohjolan (2012, 23) kuvauksessa sosiaalityön prosessien vaikuttavuutta kuvataan usein muutoksen käsitteellä. Päihdehoidossa toiminnan tavoitteena on muutoksen l. raittiudentuottaminen ja siksi vaikuttavuus on jo käsitteenä keskeinen osana päihdehoidollista prosessia. Kun työn keskiössä tavoitellaan ongelmallisen tilanteen eli päihdeettömyyden tai raittiuden muuttumista, on hoidon vaikuttavuus olennaisena osana tätä muutosta. Vaikuttavuuden arvioinnissa ei riitä pelkästään ammattilaisten arvio hoidon tuloksellisuudesta, potilaan oma kokemus hoidosta tai palvelusta on tärkeä, mikä korostuu erityisesti tarjottavien palvelujen kehittämistyössä.

Vaikuttavuus kuvaa sitä, kuinka hyvin toiminnalla saavutetut vaikutukset vastaavat toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Vaikuttavina voidaan pitää palveluita, jotka saavuttavat tavoitteensa ja saavat aikaan muutosta sekä tuloksia (Kettunen 2017, 6). Toiminnan vaikuttavuus riippuu hoidon tai palvelun tehokkuudesta, hoidon tai siihen liittyvän palvelun hyväksymisestä sekä asiakkaan hoito- ja palvelumyöntyvyydestä (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 286). Sosiaali- ja terveydenhuollossa esimerkiksi Avominne tyyppisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan potilaan hyvinvointia, toimintakykyä ja elämänlaatua.

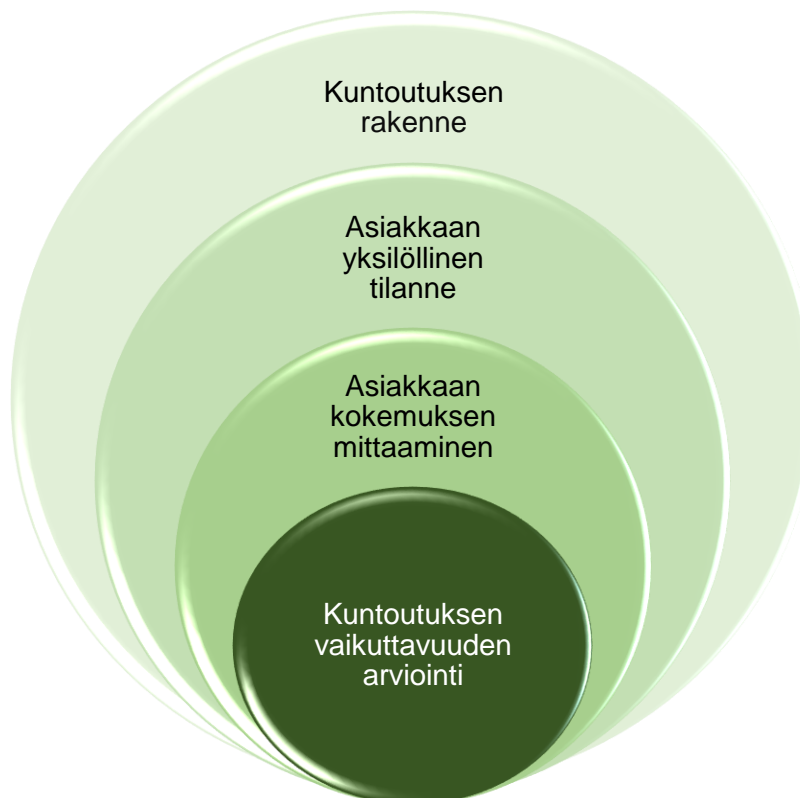
Pohjolan (2012, 53–54) kuvauksessa vaikuttavuutta arvioitaessa pitäisi päästä kiinni kaikkiin niihin mekanismeihin, jotka mahdollistavat muutosta potilaiden elämässä. Nämä tukevat Pohjolan mukaan hoidon aikaista vaikuttamisen prosessien monipuolista tarkastelua. Klemola (2015, 41- 42) liittyy tutkimuksessaan sosiaali- ja terveystalviteista saatavan

vaikuttavuuden suoraan asiakkaan tai potilaan palvelusta saamiin terveyshyötyihin, mahdollisten oireiden vähenemiseen sekä elämänlaadun paranemiseen. Klemolan kuvauksessa vaikuttavuuden arvioinnin kannalta numeeriset arvot, kuten hoitokäynnit, tai potilasmäärät ovat pelkkiä komponentteja, osia sosiaali- ja terveystalouden lopputuotteen valmistuksessa. Rajavaara (2006, 40) tutki vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin määrittelyjä jakaen ne tutkimuksessaan viiteen eri kategoriaan 1. tavoitteiden saavuttamisen vaikuttavuus, toimenpiteen seurauksena tapahtuva vaikuttavuus, 3. palvelujärjestelmän aikaan saama vaikuttavuus, 4. tarpeisiin suhteessa oleva vaikuttavuus, 5. realistinen arviointi eli mekanismien tarkastelusta löytyvä vaikuttavuus.

Dahler- Larsen (2004, 7) on keskittynyt tutkimuksessaan vaikuttavuuden arvioinnin hyviin käytänteisiin. Hänen mukaansa arviointityöskentelyn ja toimintojen vaikuttavuuden mittaukselle muodostuu keskeiseksi löytää käsitys, miten ja millainen tulos arvioitavan prosessin kautta tulee syntymään. Tällöin hänen mukaansa päästään ratkaisemaan arviointityön keskeinen kysymys *i. vaikutuskysymys*. Tieteen teorioissa ja menetelmissä kuvataan kausaalisuutta, jolloin arvioinninprosessissa on löydetty arvioitavasta kohteesta erillinen syy-seuraussuhde.

Palvelujen vaikuttavuudelle ja vaikuttavuuden hyvälle arvioinnille on edellytyksinä asiakastyön riittävä laatu sekä asiakastyytyväisyys. Tämä tarkoittaa vaikuttavuuden arvioinnin kannalta asiakkaan näkökulman huomioon ottamista sekä asiakkaiden osallistamista laadun kehittämiseen. Jääskeläinen ym. (2013, 12) kuvaavat mittaamisen ja mittaamisesta saatujen tulosten avulla nähtävän organisaation tämänhetkistä kykyä tuottaa riittävän laadukkaita palveluja. Sosiaali- ja terveysalan palvelujen laatua pystytään näyttämään toteen arvioinnin ja toiminnan vaikuttavuuden tutkimisen sekä mittaamisen kautta. Riittävän arvioinnin avulla kerättyä informaatiota palvelujen laadun kehittämiseen. Toiminnan mittaamisesta saatava maksimaalinen hyöty kohdistuu monille tasoille: palvelujen käyttäjiin, organisaatioon sekä tulevaisuuden kehittämistoimintaan. Silvennoinen-Nuoran (2010, 180) mukaan organisaation tarkastelussa tulee huomioida erillisten toimintayksikköjen kuvaavan toimintaansa tehokkaana, tuottavana sekä asiakastyytyvää edistävänä. Silti vasta toimintojen vaikuttavuus arvioinnin ja riittävän tutkimuksen kautta saadaan realistinen käsitys toimintayksikköjen tuottamien palvelujen vaikuttavuudesta. Silvennoinen-Nuoran mukaan asiakaskokemusta mitattaessa on huomioitava asiakas- ja potilaskokemusten yksilöllisyys, asiakkaan persoonallisuus sekä asiakkaan aikaisemmat palvelujenkäyttökokemukset. Silvennoinen-Nuoran (2010, 6) mukaan vaikuttavuus voidaan saavuttaa löydetäessä tasapainotetun mittariston näkökulmasta arvioinnin kriittisiä menestystekijöitä. Asiakasnäkökulmasta näitä ovat: toipuminen, oireettomuus, toimintakykyisyys, asiakkaan

elämäntilanteen huomiointi sekä asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen. Kuviossa 3. on esitetty keskeisiä päihdekuntoutuksen arviointiin vaikuttavia tekijöitä.



Kuvio 3. Päihdekuntoutuksen arvioinnin tekijöitä

Päihdekuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia pystytään määrittelemään mittaamalla. Torkin ym. (2017, 35) mukaan vaikuttavuuden mittaamista tarvitaan kiinteänä osana palvelujen kehittämistä sekä erilaisten järjestelmien arviointia. Vaikuttavuuden mittaamisessa on huomioitava aika perspektiivinä. Tämä asettaa mittaamiselle omat haasteensa, toteutuneen palvelun vaikutus tai vaikuttavuus saattaa näkyä vasta melko pitkänkin ajan päässä palvelun saannista. Torkki ym. (2017, 37) kuvaavat tehokkaan vaikuttavuuden mittaamisen edellyttävän järjestelmää, jossa tuloksia kyetään tarkastelemaan lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä. Kettusen (2017, 9) mukaan vaikuttavuuden arviointi voi tukea jo käytössä olevien työmenetelmien kehittämistyötä. Vaikuttavuuden arvioinnilla voidaan osoittaa tapahtuneita muutoksia ja näihin johtaneita syitä sekä seurauksia. Hyvä mittari on yksinkertainen ja helppo käyttää, se välittää tietoa, on luotettava ja mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Rajahonka 2013, 22). Silvennoinen-Nuoran (2010, 215) mukaan toiminnasta saatu asiakasvaikuttavuus ilmenee usein asiakkaan tilassa tapahtuvana muutoksena. Positiivinen muutos tapahtuu yleensä parempaan, asiakkaan tilannetta edistävään suuntaan toteutuvana. Asiakkaan tilan ja toimintakyvyn ylläpito ja toimintakyvyn pysyminen vakaana voivat kuvata asiakasvaikuttavuutta.

4.3 CORE-OM-mittari

Avominne Lahden toimipisteen hoidon vaikuttavuuden arviointia kuvaavaksi mittariksi valikoitui Evansin (2002) kehittämä CORE-OM-mittari. Mittari on Englannissa kehitetty ja mittarin käyttöönotto tapahtui Suomessa Mikael Leimanin johdolla v. 2009. Itsearviointilomakkeena mittari on selkeä ja käytännössä helposti ymmärrettävissä. Potilas arvioi lomakkeella subjektiivista hyvinvointiaan 34:n väittämän avulla. Tässä tutkimuksessa mittarin valinta painottui CORE-OM-mittarin toimivuuteen asiakkaan subjektiivisessa kokemuksesta ja psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuvan muutoksen mittaamisessa. CORE-OM-mittari ei kuitenkaan ole suoraan käyttökelpoinen diagnostisena välineenä. Mittarin käyttötarkoitus on kuvata asiakkaan subjektiivisen voiminnan kokemusta ja olemassa olevaa toimintakykyä sekä mahdollistaa tulosten vertailu saman asiakkaan kohdalta toistuvien mittauksien välillä. Ruoranen (2011, 21) kuvaa inhimillistä pääomaa kuvaavan mittarin toimivan monitasoisena arvioinnin kehyksenä, joka pyrkii jäsentämään ja laajentamaan toiminnan arviointia erityisesti laadun ja inhimillisen kokemuksen kautta.

Evans (2012) toteaa CORE-OM-mittarin erottelukyvyn toimivan hyvin kliinisen ja ei kliinisen aineiston välillä. Mittarin toimivuutta on Suomessa tutkittu vielä vähän, kansainvälisesti mittari on laajalla käytössä. Ilveskosken (2012, 14) pilottitutkimuksessa tehtiin havainto CORE-OM-mittarin soveltuvan hyvin toimivana tarkasteltaessa potilaan psyykkisessä voiminnassa ja toimintakyvyssä hoidon tai kuntoutuksen aikana tapahtunutta muutosta. CORE-OM-mittarilla kartoitetaan potilaan koettua hyvinvointia neljässä kategoriassa: henkilökohtaisen hyvinvoinnin, psyykkisten oireiden sekä oireilun, toimintakyvyn sekä riskikäyttäytymisen kautta. Juntunen ym. (2015, 50) tutkivat CORE-OM-mittarin soveltuvuutta suomalaiseen toimintaympäristöön *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* ja CORE-OM-mittarin suomennoksen toimivuutta käytännössä työssä. Juntunen ym. tutkimuksessa CORE-OM-mittarin käytöstä kerätyt tulokset verrattiin kansainvälisesti saatuihin tuloksiin ja menetelmää suhteessa muihin ammatillisessa käytössä oleviin arviointimenetelmiin. Juntunen ym. (2015, 33) totesivat tutkimuksessaan CORE-OM-mittarin pääosiltaan toimivaksi ja kerättyjen tutkimustulosten puoltavan mittarin laajempaa käyttöönottoa myös Suomessa. Kontunen (2020, 5) tutki masennukseen hoidon tehostamista perusterveydenhuollossa CORE-OM-mittarilla. Käytännön työtä ajatellen CORE:sta on kehitetty muitakin versioita, kuten lyhytversiot CORE-5 ja CORE-10, sekä nuorille muunnettu YP-CORE, näiden toimivuutta suomalaisessa väestössä on tarkasteltu vielä vähän.

CORE-OM-mittarista saadaan tutkimusnäytön ja tunnettavuuden kautta kliiniseen käyttöön uusi kansainvälisesti vertailukelpoinen arviointimenetelmä, mittari on Evansin (2012)

mukaan käännetty 22 eri kielelle. CORE-OM-mittari tarjoaa uuden työkalun myös tutkimuskäyttöön ja kehittämistyön näkökulmasta merkittävään hoidon vaikuttavuuden arviointiin. Pelkistettynä mittarilla kartoitetaan potilaan koettua hyvinvointia henkilökohtaisen hyvinvoinnin, psyykkisten oireiden sekä oireilun, toimintakyvyn sekä riskikäyttäytymisen alueilla kuluneen viimeisen viikon aikana. CORE-OM-mittarin riittävän validoimisen kautta se toimii kliinisessä potilastyössä hoitoon ohjauksen tukena, eri hoitomuotojen kartoituksen apuna sekä hoidon seurannan ja arvioinnin menetelmänä (Evans, 2012).

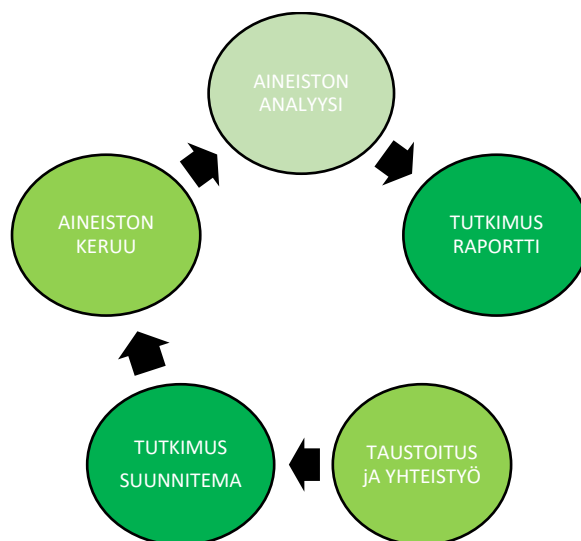
Chris Evans on kehittänyt CORE-OM-mittarin erityisemmin psykoterapiahoidon vaikuttavuuden arvioinnin menetelmäksi, jota sittemmin on sovellettu muihin potilaan hoito ja tukipalveluiden vaikuttavuuden arvioinnin mittaamisiin. Se, miten CORE-OM-mittari vastaa psykoterapiatutkimuksen ulkopuolella on kansainvälisesti vähemmän tutkittua. Elfström ym. (2012, 10) kuvaavat CORE-OM-mittarin uudelleentestausreliabiliteetin erittäin korkeaksi ja menetelmästä kerätyn datan hoidon vaikuttavuuden mittaamisen kannalta merkittävänä ajatellen tutkimuksellista kontekstia. Määrällisessä tutkimuksessa käytettävältä mittarilta vaaditaan erityisesti luotettavuutta. Mittarin luotettavuuden arviointiin liittyvät käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti, näillä käsitteillä on hieman erityyppinen sisältö laadullisen ja määrällisen tutkimuksen välillä. Validiteetti kuvaa käytettävän mittarin pätevyyttä ja validiteetin varmistamiseen pyritään käyttämällä mahdollisimman hyvin soveltuvaa tutkimusmenetelmää sekä mittaria, joiden avulla mitataan tutkimuksessa tavoiteltavia asioita. Mittauksen luotettavuutta arvioitaessa validiteetti eli pätevyydellä kuvataan se, miten hyvin valittu mittari ja tutkimusmenetelmä kykenee mittaamaan sitä, mitä sen on tarkoitus mitata (Vehkalahti 2008, 41).

Barkhamin ym. (2005, 31) mukaan mittaushetken CORE-OM kokonaispistemäärän kasvu tapahtuu suhteessa vastaajan kuvaamiin ongelmiin eri väittämien kohdalla. Mittarin eduksi mainitaan sen nykyhetken ajantasaisuus, mittarista kerätty data kuvaa vastaajan vointia kuluneen viikon ajalta. Oireiden kuvauksissa mittarin kysymyksistä noin puolet liittyy vakavaan ja puolet lievään oirekuvaan. Barkham ym. (2005, 38) mukaan yksittäisen mittauskerran kliininen merkittävä raja-arvo on 10 pistettä, jolloin alle 10 pisteen mittaustulos tulkitaan normaaliarvona. Poikkeuksena tässä riskikäyttäytymiseen liittyvä väittämä 16. Olen suunnitellut itsemurhaa, mistä 4 pisteen vastaus edellyttää mittaajalta välitöntä puuttumista ja selkeitä jatkotoimenpiteitä mittauskerran yhteydessä. Täten kuvastuu mittaria voi työssään käyttää, vain riittävän sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen omaava ammattihenkilö. Suomessa Kela on valinnut v. 2021 CORE-OM-mittarin pysyväksi kuntoutuksen mittaamisen vaikuttavuuden arvioinnin menetelmäksi. Kelan vaatii CORE-OM-mittarin käyttämistä kaikilta Kela- rahoitteisesti toimivilta kuntoutuspalvelujen tuottajilta (Kela).

5 TUTKIMUKSEN PROSESSI

5.1 Tutkimus prosessin kuvaus

Tutkimuksen rakenne etenee aineistonkeruun, otoksen ja mittareiden esittelystä aineiston käsittelyyn ja sisällönanalyysiin sekä tutkimustulosten tarkasteluun ja johtopäätöksiin. Lopuosa sisältää kriittistä pohdintaa tutkimuksen annista sekä heikkouksista. Arviointi liittyy saatujen tutkimustulosten merkityksistä käytäntöön sekä ehdotelmia mahdollisista jatko-tutkimusaiheista. Tutkimusprosessissa on pyritty tutkimukseen soveltuvan tutkimusmenetelmän avulla keräämään sekä määrittämään tutkimuskohteesta kerättyä dataa. Heikkilä (2014, 12) kuvaa onnistuneen tutkimuksen taustalta löytyvän oikein valitun tutkimusmenetelmän. Kuvio 4. havainnollistaa tutkimusprosessin monivaiheisuutta.



Kuvio 4. Tutkimusprosessin kuvaus

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus, jota kutsutaan tilastolliseksi tutkimukseksi. Määrällisen tutkimuksen avulla avataan numeerisesti prosenttiosuuksiin sekä lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Aineiston keruussa käytetään strukturoituja tutkimuslomakkeita, joista löytyy vastaajalle valmiit vastausvaihtoehdot. Määrällisestä tutkimuksesta kerättyä dataa ja tuloksia kuvataan numeerisesti sekä havainnollistaen sitä kuvioden tai taulukoiden avulla. Kvantitatiivisen tutkimuksen pyrkimys on selvittää eri asioiden välisiä muutoksia tai riippuvuuksia, jotka voidaan todeta tapahtuneen tutkimuksen kohteessa. Tutkimusaineistosta kerättyä dataa yleistetään tilastollisen päättelyn keinoin. Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu nykyhetken kuvaukseen ja sen avulla pystytään selvittämään olemassa olevaa tilannetta. Kvantitatiivinen tutkimus ei sovellu tilanteeseen johtaneiden syiden selvittelyyn. (Heikkilä 2014, 14).

Heikkilä (2014, 14) toteaa deskriptiivisen eli kuvailevan tutkimuksen olevan empiirisen tutkimuksen perusmuoto. Kuvailevasta tutkimuksesta pystytään saamaan vastauksia kysymyksiin, kuten: kuka, mikä, missä, milloin tai millainen. Deskriptiivinen tutkimus toimii monesti osana tutkimusta tai sen pohjalla. Tässä vaikuttavuustutkimuksessa on tarkoituksena selvittää kuvaillen syvällisempi näkemys siitä, miten Avominne Lahden toimipisteen potilaiden psyykkinen vointi ja toimintakyky kehittyy yksikön tarjoaman päihdekuntoutuksen aikana. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, ne ovat suuntaa antavia ja pätevät ainoastaan tässä Avominnen toimipisteessä ja näissä kohdetapauksissa.

5.2 Toteutunut aikataulu

Tämän työelämälähtöisen tutkimuksen suunnittelu käynnistyi loppuvuodesta 2020 yhdessä tutkimuksen tilaajan Avominnen toiminnanjohtajan ja Avominne Lahden toimipisteen vastaavan ohjaajan kanssa. Tammikuussa 2021 järjestettiin tutkimuksen tilaajan kanssa tutkimuksen suunnittelupalaveri Teamsin välityksellä, missä tarkennettiin tilaajan näkemyksiä ja tutkimukseen liittyviä odotuksia. Tutkimussuunnitelma käynnistyi tammikuussa 2021 ja valmistui elokuussa 2021, samalla tutkimukselle haetaan virallinen tutkimuslupa. Tutkimuksen tietopohjan kirjoittaminen käynnistyi alkuvuodesta 2021 ja jatkuu läpi tutkimusprosessin. Helmikuussa 2021 toteutui ensimmäinen tutustumisvierailu Avominnen Lahden toimipisteeseen ja yhteinen keskustelu työntekijöiden kanssa, yhteistyö tutkimuksen tilaajan kanssa on aktiivista. Tutkimuksen konkreettinen osa Avominnehoito-ohjelmaan osallistuvilta kuntoutujilta kerättävän datan keruu CORE-OM-mittarin kyselylomakkeen täyttäminen toteutui toimipisteessä loka- marraskuussa 2021. Datan keruu toteutettiin tutkimuksessa kaksivaiheisena, ensimmäisen kyselylomakkeen täyttäminen tapahtui kuntoutuksen ensimmäisen viikon aikana ja toinen kuuden viikon kuntoutuksessa olon kohdalla. Tietoperustan kirjoittaminen ja aineiston analyysi sekä tutkimuksen tulosten avaaminen tapahtui tammi- maaliskuussa 2022. Kirjallinen raportti viimeisteltiin huhtikuussa- marraskuussa 2022 ja tutkimus valmistui marraskuussa 2022. Taulukossa 1. on havainnollistettu tutkimuksen toteutunutta aikataulua.

Joulukuu 2020- Tutkimuksen suunnittelu yhteistyössä tilaajan kanssa
Tammikuu 2021- Yhteistyöpalaveri tilaajan kanssa. Tietopohjan kirjoittaminen käynnistyy
Helmikuu 2021- Tutustumiskäynti Avominne Lahden yksikköön. Tutkimussuunnitelman teko käynnistyy
Maaliskuu – Toukokuu 2021- Tutkimus suunnitelman teko jatkuu. Tietopohjan kirjoittamista. Tutkimusasetelman määrittelyä.
Syyskuu 2021- Tutkimus suunnitelma valmistuu. Tietopohjan kirjoittamista
Syyskuu 2021- Joulukuu 2021- Tutkimuksen käytännön toteutus. Kaksivaiheinen aineistonkeruu. analysointi, raportin viimeistely
Tammikuu 2022- Helmikuu 2022- Tietoperustan kirjoittamista, aineiston analyysi. Tutkimus tulosten kuvaamista.
Huhtikuu 2022- Marraskuu 2022- Raportin viimeistely
Marraskuu 2022- Tutkimus valmistuu

TAULUKKO 1. Tutkimuksen aikataulus

5.3 Aineistonkeruu

Vilka (2007, 30-31) kuvaa määrällisen tutkimuksen aineistonkeruun määrittävän tutkimusongelmaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistoksi kelpaa kaikki kerättävissä ja mitattavissa oleva aineisto. Tässä työssä tutkimuksen aineistonkeruun menetelmänä käytettiin CORE-OM-mittarin itsearviointilomaketta (LIITE 1). Itsearviointilomake on helppotäyttöinen, kyselyyn vastaamiseen kuluu vastaajalta aikaa vain muutamia minutteja. Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin Avominne Lahden toimipisteen päihdekuntoutuksen ensimmäisellä sekä kuudennella hoitoviikoilla. Aineisto kerättiin vastaajilta kuntoutuksen sisällä, joten tutkimukseen osallistuminen tapahtui vastaajille helposti, eikä vaatinut erillistä resurssointia. Aineiston analyysissä kuntoutuksen eri vaiheissa kerättyä aineistoa on verrattu toisiinsa, jolloin kuntoutuksen vaikuttavuutta päästiin arvioimaan.

Suurin työ muodostui tutkimussuunnitelma vaiheessa tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden määrittelyssä, sekä tutkimusmetodin valinnassa. Päihderiippuvuuden hoito ja päihdekuntoutus olivat tutkijalle aiemmasta työhistoriasta ja kliinisestä työstä tuttuja teemoja, mikä sinänsä vaikeutti tutkittavan teeman ulkopuolelle asettumista. CORE-OM-mittari on kehitetty arviointityökaluksi kuntoutujan subjektiivisen kokemuksen ja kuntoutuksen sekä

hoidon vaikuttavuuden mittaamiseen. Mittarin käyttökelpoisuus ja toimivuus kontekstissa oli hyvä ja se antoi 100 % vasteen, kaikki tutkimukseen osallistuvat olivat mukana molemmissa aineistonkeruissa ja vastasivat jokaiseen kyselyssä estettyyn väittämään.

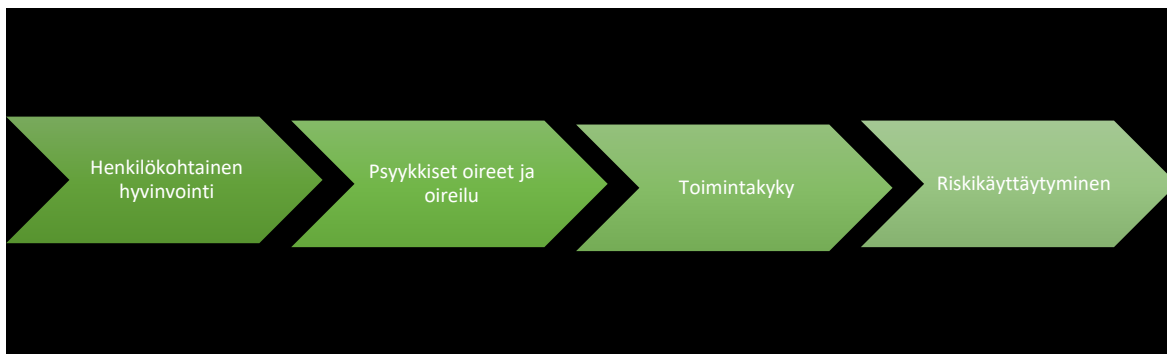
Tutkimuksen perusjoukko (N=16) jäi määrällisen tutkimusaineiston kannalta suhteellisen pieneksi. Tämä liittyy suoraan yksikön suhteellisen matalaan käyttövasteeseen, mikä oli v. 2020 aikana 42 potilasta. Kanasen (2015, 48) mukaan tutkimuksen validiteetti osittain heikenee, tutkittavan otoksen jäädessä pieneksi. Tästä tutkimuksesta saatiin määrällisen tutkimuksen aineiston vähyydestä huolimatta relevanttia tietoa yksikön hoidon vaikuttavuudesta osallistujien psyykkiseen vointiin ja toimintakykyyn. Tutkimus tuotti informaatiota Avominnan päihdekuntoutuksen vasteesta, mistä organisaatio saa hyötyä toiminnan ja kuntoutusprosessien jatkokehittämiseen.

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston käsittelyn ensimmäinen vaihe sisältää aineiston keruun ja tallennuksen. Heikkilän (2014, 138) määritelmässä tutkimusongelman ja teoriaosuudessa rakentuneen viitekehyksen tulee ohjata tutkimuksen empiiristä työskentelyä. Tutkimuksen tietoperustasta ja empiirisestä osuudesta muodostuu viitekehyksen avulla kokonaisuus. Tutkimuksessa kerätty data tulee käsitellä aineistoa analysoitaessa siten, että aineisto vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tutkimusongelma tulee ratkaistuksi.

Tässä tutkimuksessa aineiston keräys toteutettiin paneeliasetelmana. Käytössä oli kaksi erillistä mittauspistettä, joissa kontrolliryhmä pysyi samana. Ensimmäinen mittaus tapahtui kuntouksen viikolla 1 ja toinen viikolla 6. CORE-OM-mittarin avulla tutkittiin, muuttuiko tutkittavien subjektiivinen hyvinvoinnin kokemus kuntoutuksen aikana. (KvantiMOT 2009).

Aineistosta muodostettiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen 2017, 167) kuvaamat tutkimuskysymyksistä johdetut kategoriat aineiston käsittelylle. Kerätty aineisto luokitus toteutui kuvion 5. mukaisesti jakamalla kerätty aineisto CORE-OM-mittarin itsearviointilomakkeen neljän eri kysymyssektorin mukaisesti neljään eri kategoriaan: potilaan koettu hyvinvointi henkilökohtaisen hyvinvoinnin osalta, psyykkisten oireiden sekä oireilun, toimintakyvyn, sekä potilaan riskikäyttäytymisen osalta.



kuvio 5. CORE-OM-mittarin itsearviointilomakkeen kysymyssektorit

Aineiston analyysissä eri kategorioista kerätyt vastaukset puretaan CORE-OM-mittarin viiden eri vastausvaihtoehdon mukaisiin jaotteluihin, joista saadaan numeroihin perustuvaa tietoa, joista saatavia tuloksia pystytään esittämään suorana jakaumana eli frekvenssijakaumana. Kuvailevan aineistonanalyysin viimeisessä vaiheessa hoitoviikon yksi aineistoa verrataan hoitoviikon kuusi aineistoon ja poimitaan aineistojen välisiä muuttujia. Tutkimuksen tuloksissa ja johtopäätöksissä pyritään kuvaamaan mahdollisimman tarkasti aineiston sisällöllistä analyysiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197). CORE-OM-mittarin kyselylomakkeessa kysymykset esitetään määrälliselle tutkimukselle tyypillisesti valmiissa vaihtoehtomuodossa. Orientaationa aineiston analyysissä on käytetty kuvailevaa eli deskriptiivinen tilastoanalyysiä. Kuvailevalla tilastoanalyysillä pyritään kuvaamaan ja tiivistämään määrällisen aineiston pohjalta löydettyjä muuttajia. Kuvaileva tilastoanalyysi ei pyri täysin koko perusjoukkoa koskevaan, yleistettävissä olevan informaation tuottamiseen (KvantiMOT 2019). Tässä tutkimuksessa kuvailevalla tilastoanalyysillä on pyritty kuvaamaan kahden eri aineistonkeruun välissä vastauksissa tapahtunutta muutosta. Huomioiden tutkimuksen opinnäytetyön luonne ja sekä suhteellisen pieni vastaajamäärä, ei tutkimuksessa ole tarkoituksena päästä koko perusjoukkoa yleistettävään lopputulokseen.

Tutkimuksen keskeiset tulokset esitetään Vilkan (2007, 148) mukaan määrällisessä tutkimuksen tavoin numeraalisesti, sanallisesti sekä graafisesti. Aineiston kuvaamisessa ja esittämisessä tulee harkita tarkkaan, se miten esitettävä data ja sen määrä sijaitsee tutkimusraportissa. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tulokset on kuvattu CORE-OM-mittarin kysymyssektorin neljässä eri kategoriassa: henkilökohtainen hyvinvointi, psyykkiset oireet ja oireilu, toimintakyky sekä riskikäyttäytyminen. Tulosten ja johtopäätösten esittämistapa tulee laatia raportin lukijan kannalta mahdollisimman tarkoituksen mukaiseksi ja selkeäksi. Tässä tutkimuksessa tulokset on kuvattu määrällisen tutkimuksen keinoin ja tuloksissa on pyritty sanallisesti avaamaan kahden eri aineistonkeruun välisiä muuttujia.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

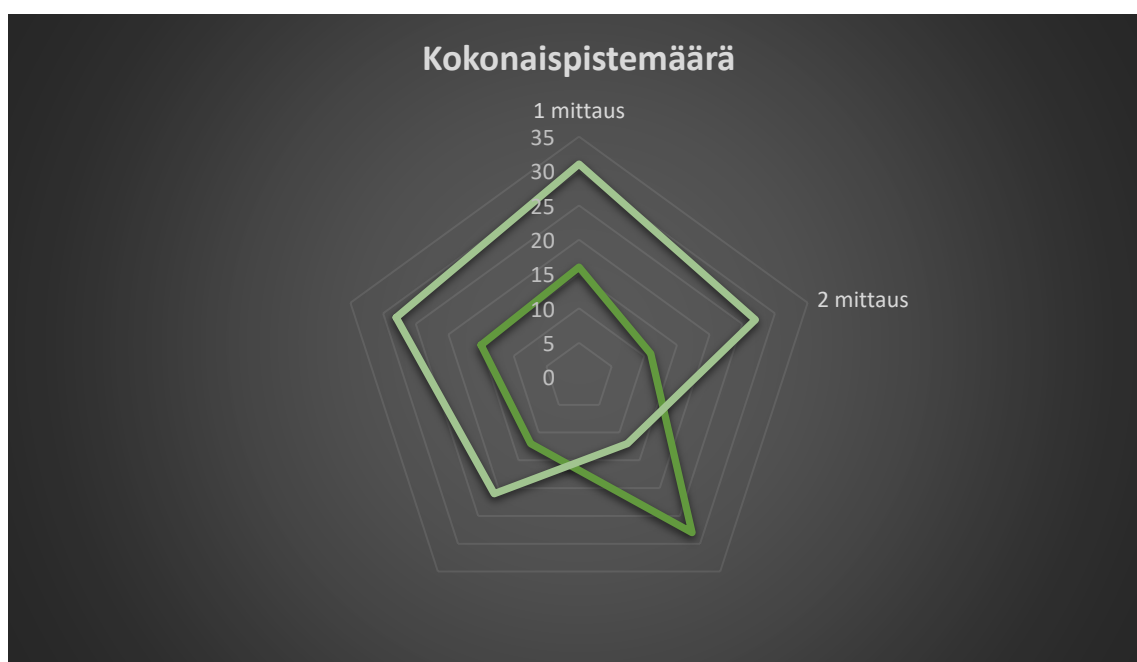
6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimuksessa vastauksia kerättiin ja saatiin 16. Alkumittauksessa vastaajien keski-ikä oli 38,65 vuotta ja mediaani ikä 39 v. Naisia vastaajista oli 5 ja miehiä 11. Loppumittauksessa vastaajien keski-ikä, mediaani ikä sekä sukupuoliprosentit pysyivät samoina.

6.2 CORE-OM-mittarin kokonaispistemäärä

Mittarin kokonaispistemäärä kuvaa mittaushetkellä saatujen pisteiden avulla laajasti tutkitavan kokonaishyvinnön kokemusta, psyykkisiä oireita ja oireilua, toimintakykyä ja riskikäyttäytymistä. Barkham ym. (2005, 8) mukaan mittarin yhdestä väittämästä saadaan pisteitä 0–4. CORE-OM-mittarin kokonaispistemäärän vaihtelevuus toteutuu mittaushetkellä välillä 0–40. Barkham ym. (2005, 21) kuvaa kuntoutuksen merkittävää etenemistä ja hoidon vaikuttavuutta kahden erillisen mittauksen välillä 16–18 pisteen laskuna kokonaispistemäärässä.

Tässä tutkimuksessa ei muodostunut merkittävää eroa keskiarvo pisteissä naisten ja miesten välillä. Kuviossa 6. on esitetty mittausten kokonaispistemäärät, tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kokonaispistemäärien vaihteluväli oli 16–31 (vaaleanvihreä) ja tutkimuksen toisen vaiheen vaihteluväli oli 11–27 (vihreä). Kuvio pyrkii havainnollistamaan mittauksen kokonaispistemäärän laskua kahden erillisen mittauksen välillä.



Kuvio 6. Mittausten kokonaispistemäärä

6.3 Tulosten raportointi

Tulosten raportointi yksikkönä on käytetty saaduista vastauksista väittämäkohtaisesti laskettua keskiarvoa. Keskiarvon kuvauksen tavoitteena on ollut avata kaikista väittämien vastauksista laskettujen lukujen kautta, miten asiakkaiden kokemus hyvinvoinnistaan on muuttunut kuntoutuksen aikana.

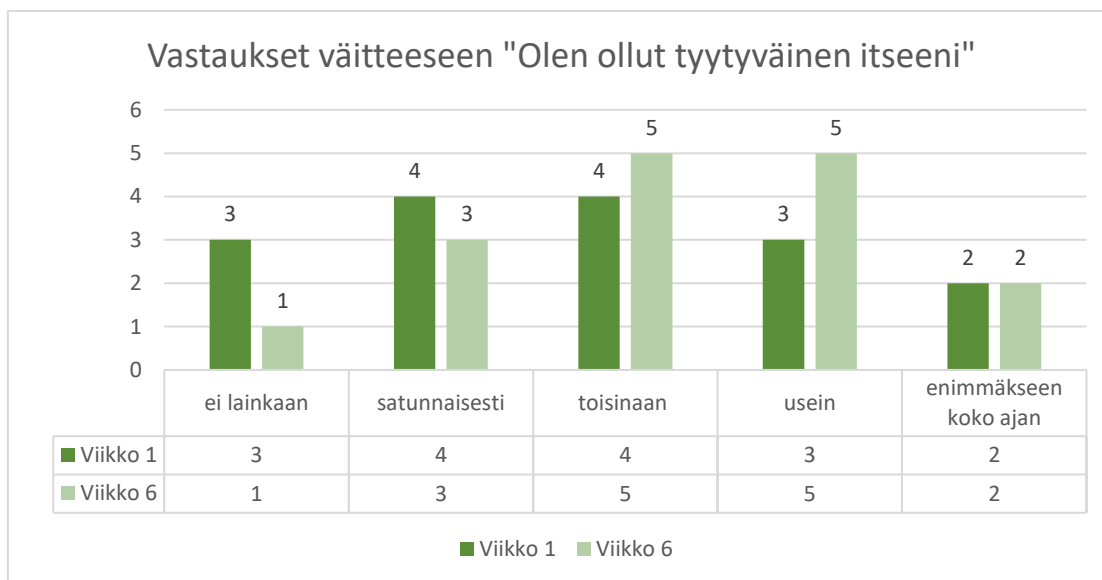
CORE-OM kysymyssektorit	Väittämät
Henkilökohtainen hyvinvointi	4, 14, 17, 31
Psyykkiset oireet ja oireilu:	
Ahdistus	2, 11, 15, 20
Masennus	5, 23, 27, 30
Somaattiset oireet	8, 18
Traumaoireet	13, 28
Toimintakyky:	
Yleinen toimintakyky	7, 12, 21, 32
Läheiset ihmissuhteet	1, 3, 19, 26
Sosiaalisuus	10, 25, 29, 33
Riskikäyttäytyminen:	
Itseä vahingoittava	9, 16, 24, 34
Toisiin kohdistuva	6, 22

TAULUKKO 2. CORE-OM-mittarin väittämät sektoreittain

Taulukossa 2. on avattu CORE-OM-mittarin väittämät sektoreittain, jolla on pyritty havainnollistamaan mittarista kerättävää kokonaiskuvaa. CORE-OM-pisteytys on kunkin väittämän kohdalla 0- 4, joista tämän tutkimuksen tulosten raportoinnissa on laskettu vastausten mediaani. Väittäminen pisteytyksen ollessa, joko: 0 ei lainkaan, 1 vain satunnaisesti, 2 toisinaan, 3 usein, 4 enimmäkseen koko ajan, tai: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.

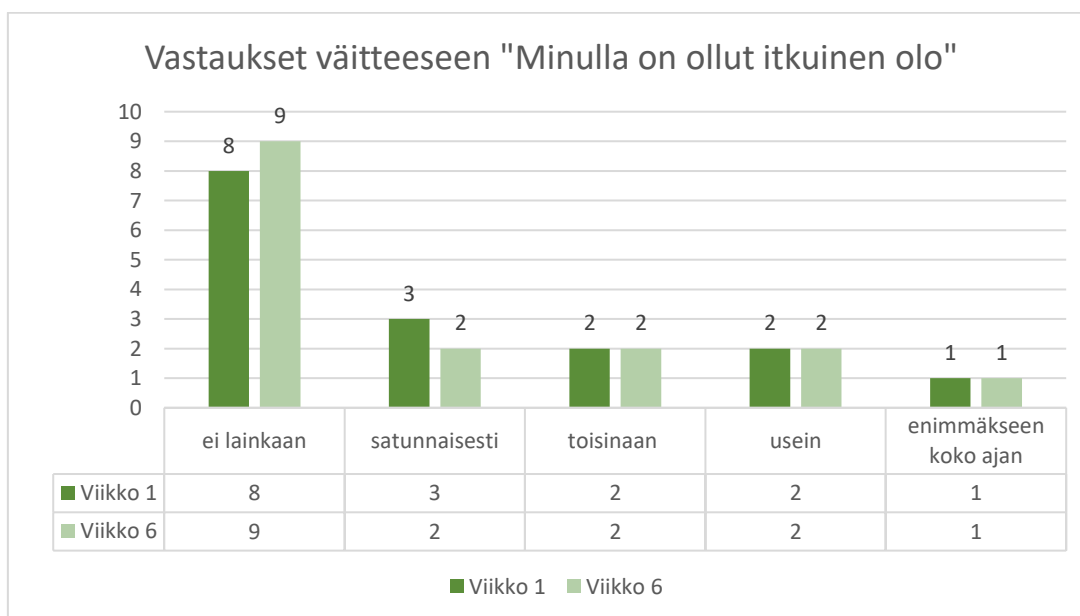
6.3.1 CORE-OM-mittari henkilökohtainen hyvinvointi

Mittarin henkilökohtainen hyvinvointi sektori sisältää ja mittaa neljän väittämän kautta itseä kohtaan koettuja tunteita sekä optimistista käsitystä tulevaisuudesta.



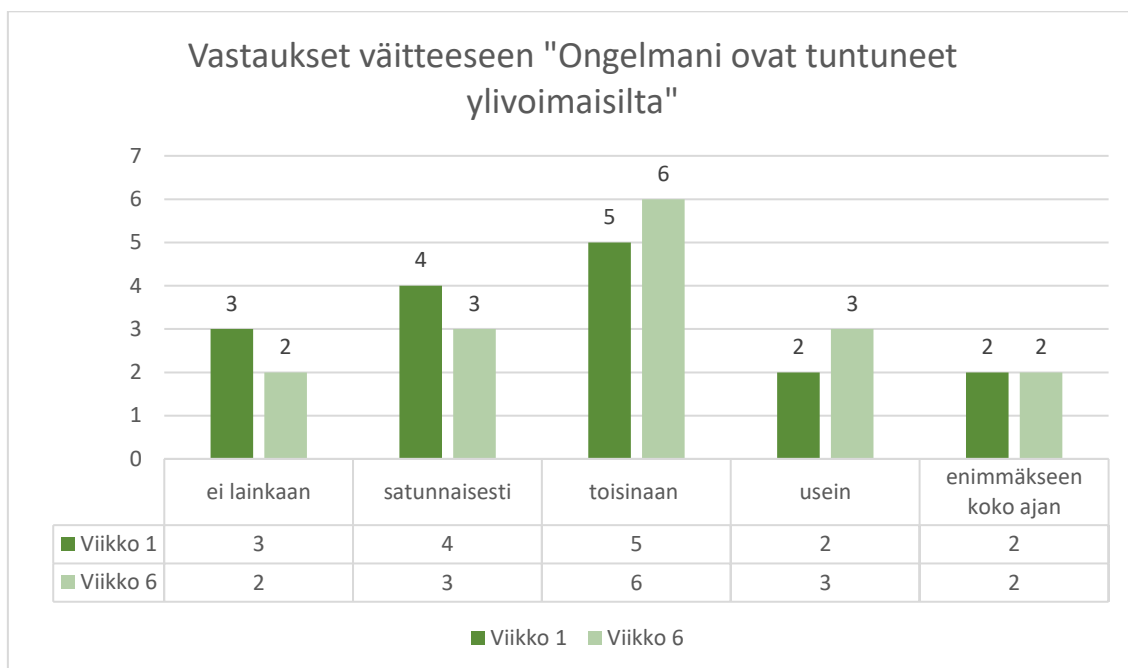
Kuvio 7. CORE-OM Henkilökohtainen hyvinvointi: väittämä 4 (N=16).

Kuviossa 7. on avattu vastaukset väittämään 4. Olen ollut tyytyväinen itseeni. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,2 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,8. Vastaajien tyytyväisyys itseä kohtaan parani hieman seurantajaksolla. CORE-OM-mittarin tulkinta on tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.



Kuvio 8. CORE-OM Henkilökohtainen hyvinvointi: väittämä 14 (N=16).

Kuviossa 8. on avattu vastaukset väittämään 14. Minulla on ollut itkuinen olo. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,1 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,0. Vastaajien kokemuksessa ei tapahtunut seurantajaksolla mainittavaa eroa.



Kuvio 9. CORE-OM Henkilökohtainen hyvinvointi: väittämä 17 (N=16).

Kuviossa 9. on avattu vastaukset väittämään 17. Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,8 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 2,0. Vastaajien kokemus ongelmistaan ylivoimaisina oli seurantajaksolla hieman kasvanut.

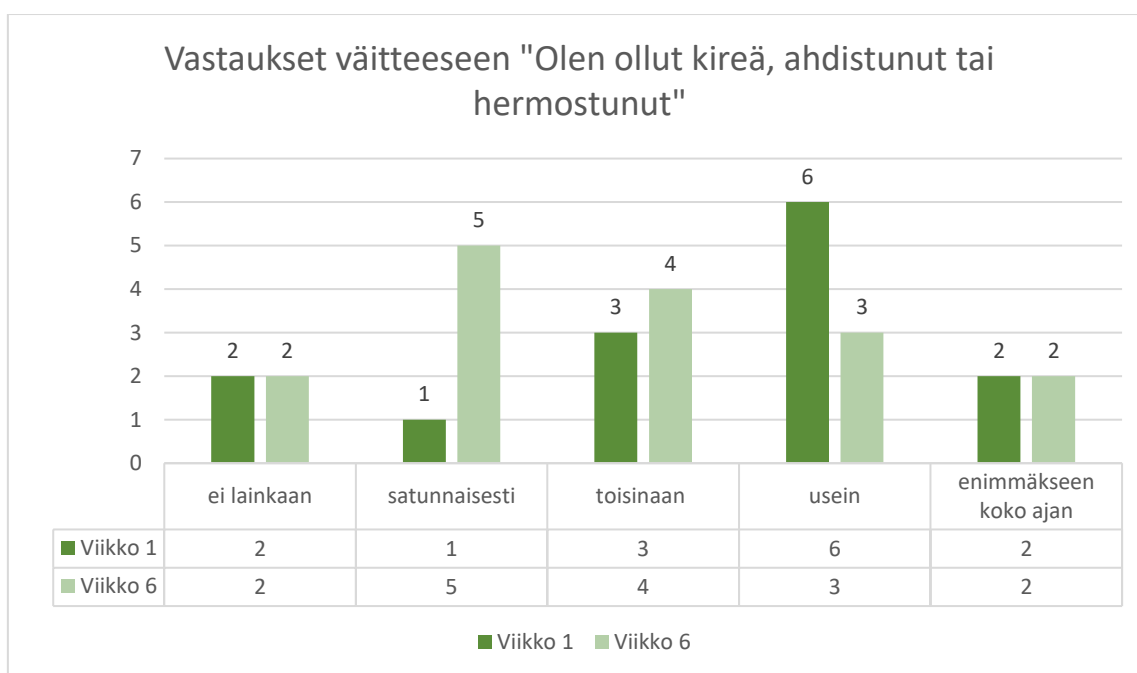


Kuvio 10. CORE-OM Henkilökohtainen hyvinvointi: väittämä 31 (N=16).

Kuviossa 10. on avattu vastaukset väittämään 31. Olen ollut toiveikas tulevaisuuteni suhteen. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,3 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 2,0. Vastaajien toiveikkuus tulevaisuutensa suhteen parani hieman seurantajakson aikana. CORE-OM-mittari tulkinan ollessa tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.

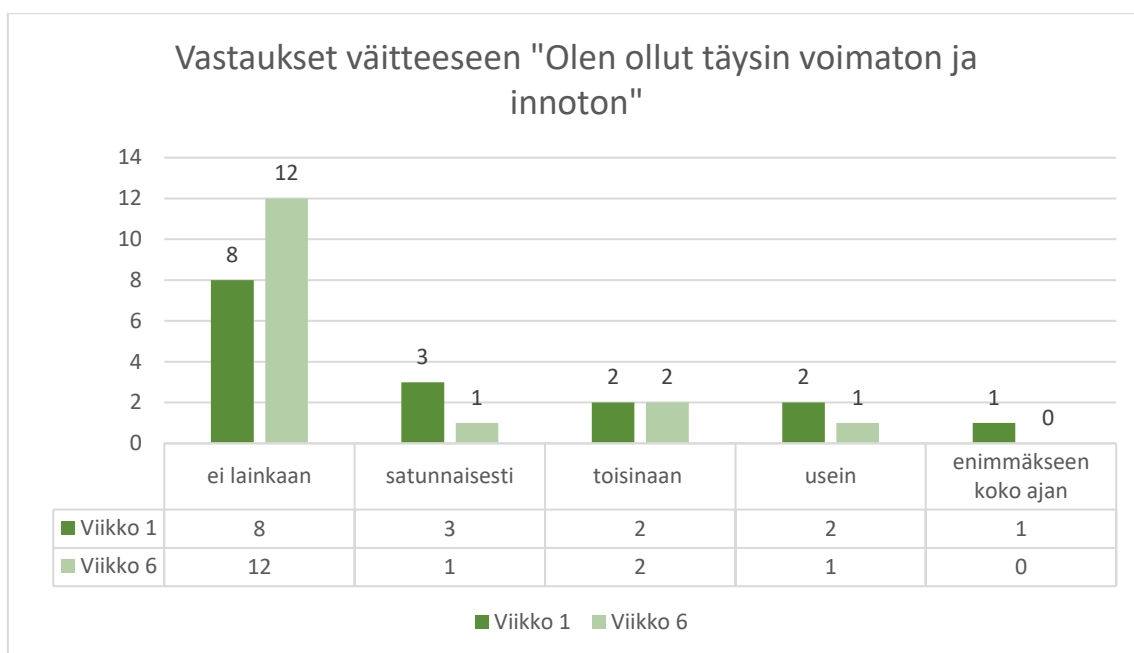
6.3.2 CORE-OM-mittari psyykkiset oireet ja oireilu

Psyykinen oireilu ja ongelmat- osa-alue sisältää ja mittaa 12 väittämän kautta masennusta, ahdistuneisuutta, fyysisiä ongelmia ja traumaattista oireilua.



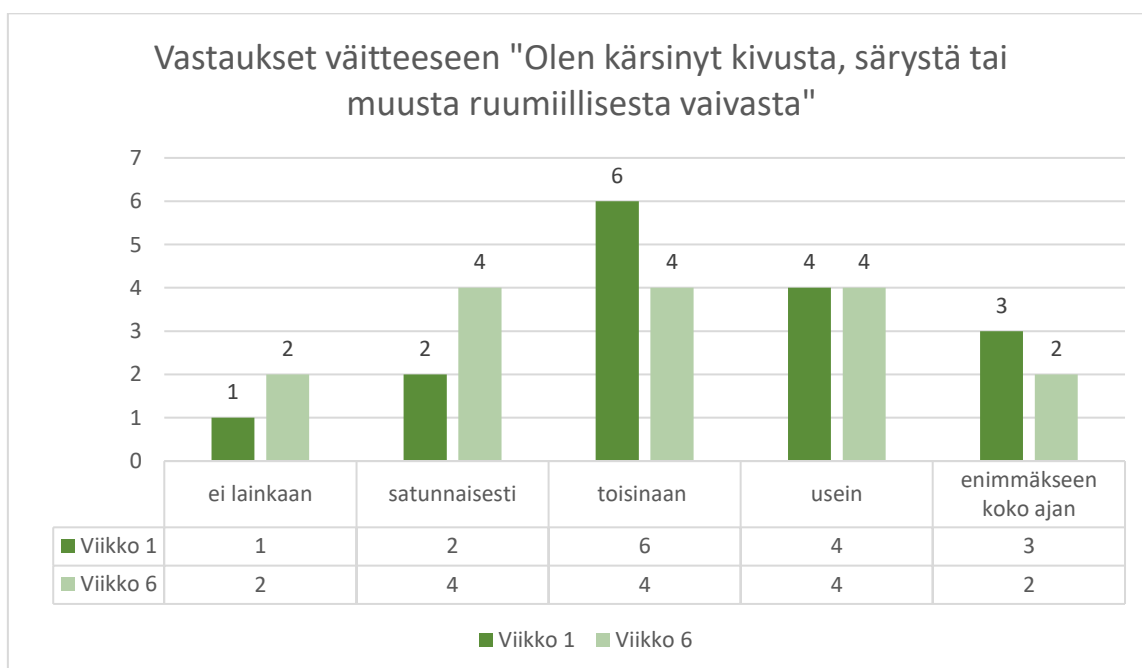
Kuvio 11. CORE-OM Psyykkiset oireet ja oireilu: väittämä 2 (N=16).

Kuviossa 11. on avattu vastaukset väittämään 2. Olen ollut kireä, ahdistunut tai hermostunut. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,6 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 2,3. Vastaajien kokemus olostaan kireänä, ahdistuneena tai hermostuneena väheni hieman seurantajakson aikana.



Kuvio 12. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 5 (N=16).

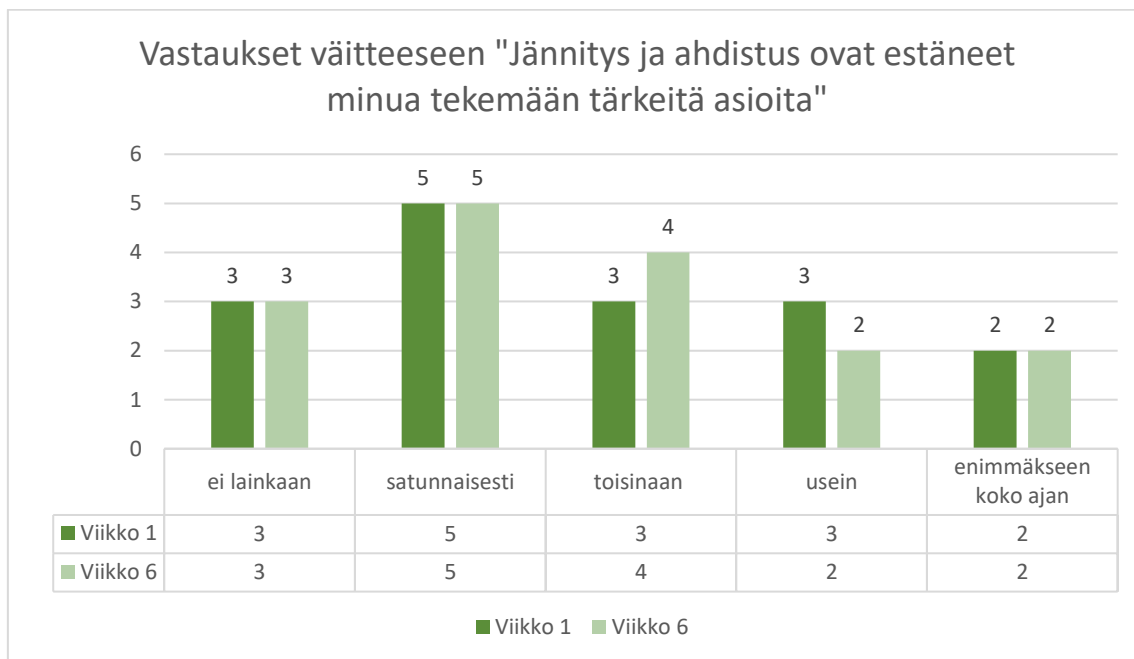
Kuviossa 12. on avattu vastaukset väittämään 5. Olen ollut täysin voimaton ja innoton. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,1 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 0,5. Vastaajien kokemus olostaan täysin voimattomana ja innottomana koheni seurantajakson aikana.



Kuvio 13. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 8 (N=16).

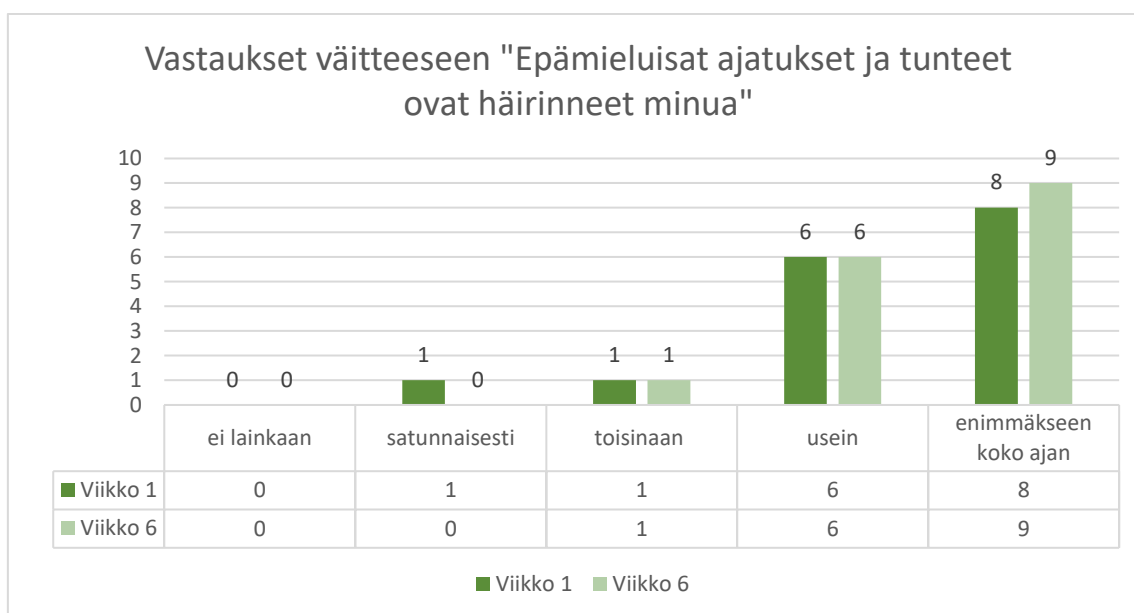
Kuviossa 13. on avattu vastaukset väittämään 8. Olen kärsinyt kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta vaivasta. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,4 ja

hoitoviikon 6 keskiarvoksi 2,0. Vastaajien kokemuksessa kärsimästään kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta tapahtui parannusta seurantajakson aikana.



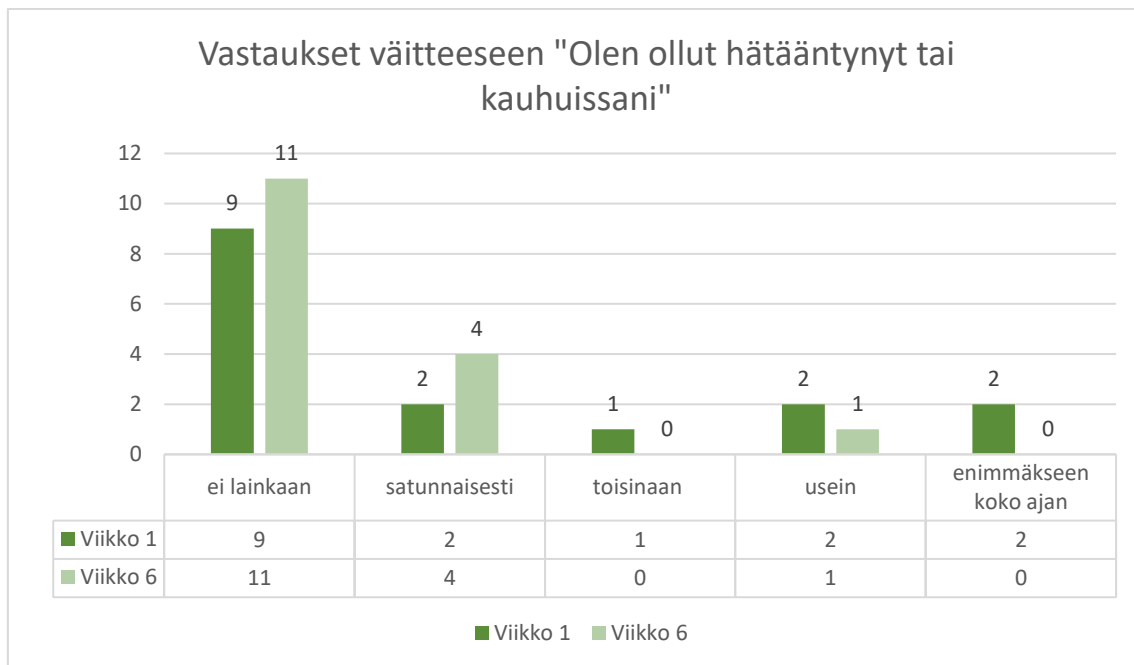
Kuvio 14. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 11 (N=16).

Kuviossa 14. on avattu vastaukset väittämään 11. Olen kärsinyt kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta vaivasta. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,8 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,7. Vastaajien kokemus pysyi seurantajakson aikana suurin piirtein samana.



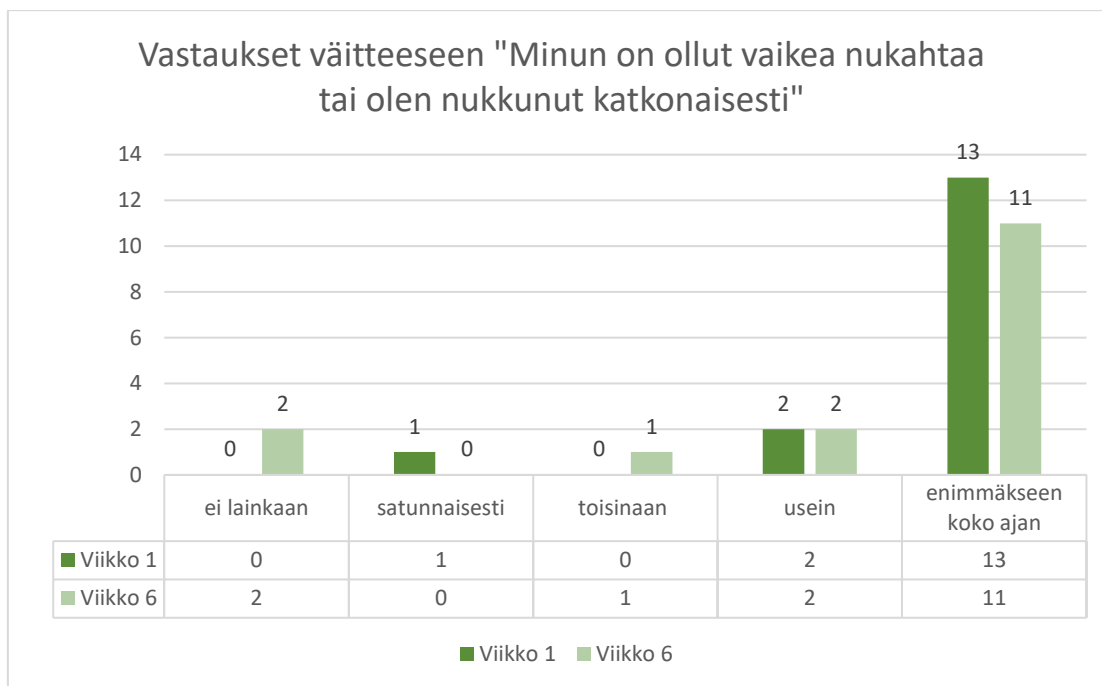
Kuvio 15. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 13 (N=16).

Kuviossa 15. on avattu vastaukset väittämään 13. Epämieluisat ajatukset ja tunteet ovat häirinneet minua. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 3,3 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 3,5. Vastaajien kokemat epämieluisat ajatukset ja tunteet itseä häiritsevinä lisääntyivät hieman seurantajakson aikana



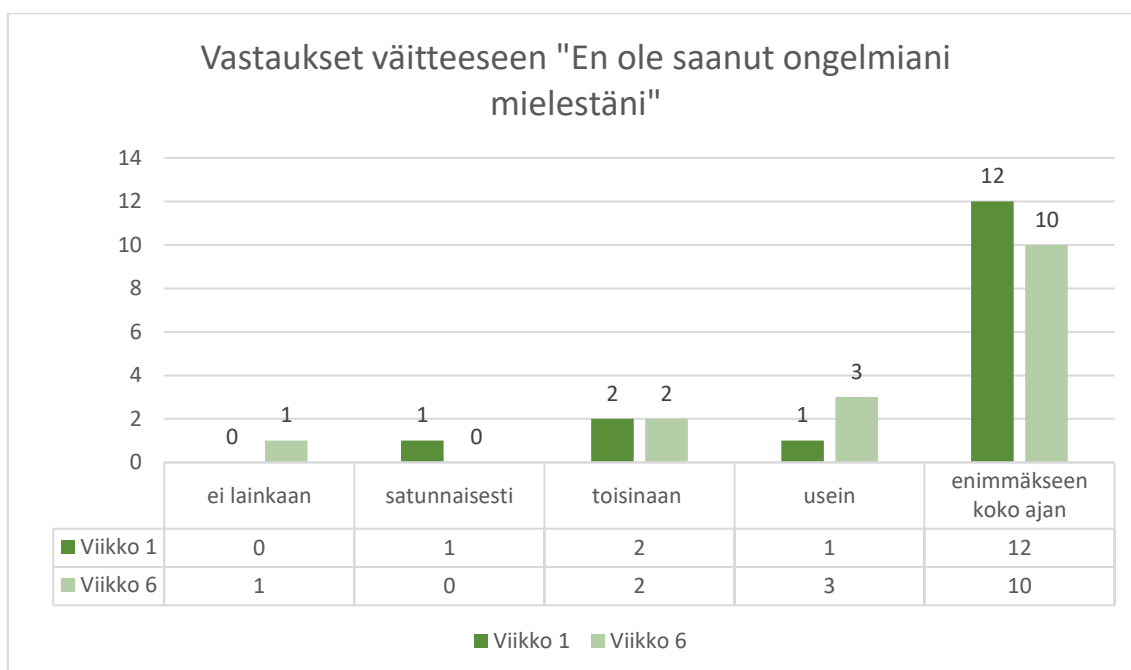
Kuvio 16. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 15 (N=16).

Kuviossa 16. on avattu vastaukset väittämään 15. Olen ollut hätäntynyt tai kauhuissani. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,1 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 0,4. Vastaajien kokemus hätäntymisestä ja kauhuissaan olemisesta väheni jonkun verran seurantajakson aikana.



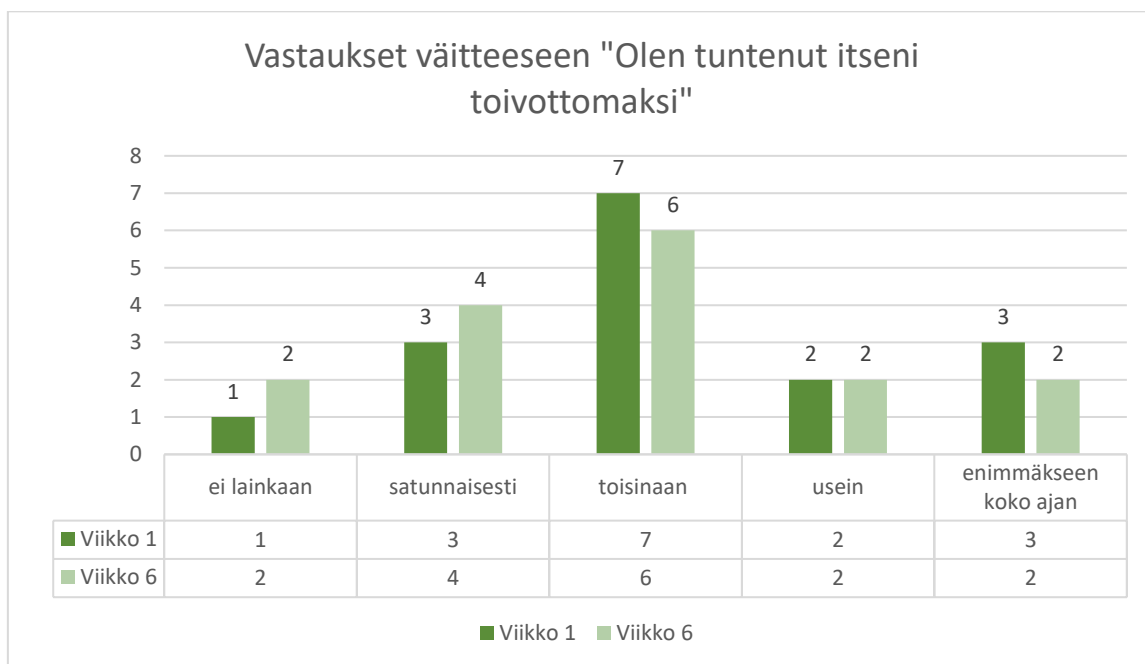
Kuvio 17. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 18 (N=16).

Kuviossa 17. on avattu vastaukset väittämään 18. Minun on ollut vaikea nukahtaa tai olen nukkunut katkonaisesti. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 3,7 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 3,3. Vastaajien kokema vaikeus nukahtaa tai nukkuminen katkonaisesti ei muuttunut mainittavasti seurantajakson aikana.



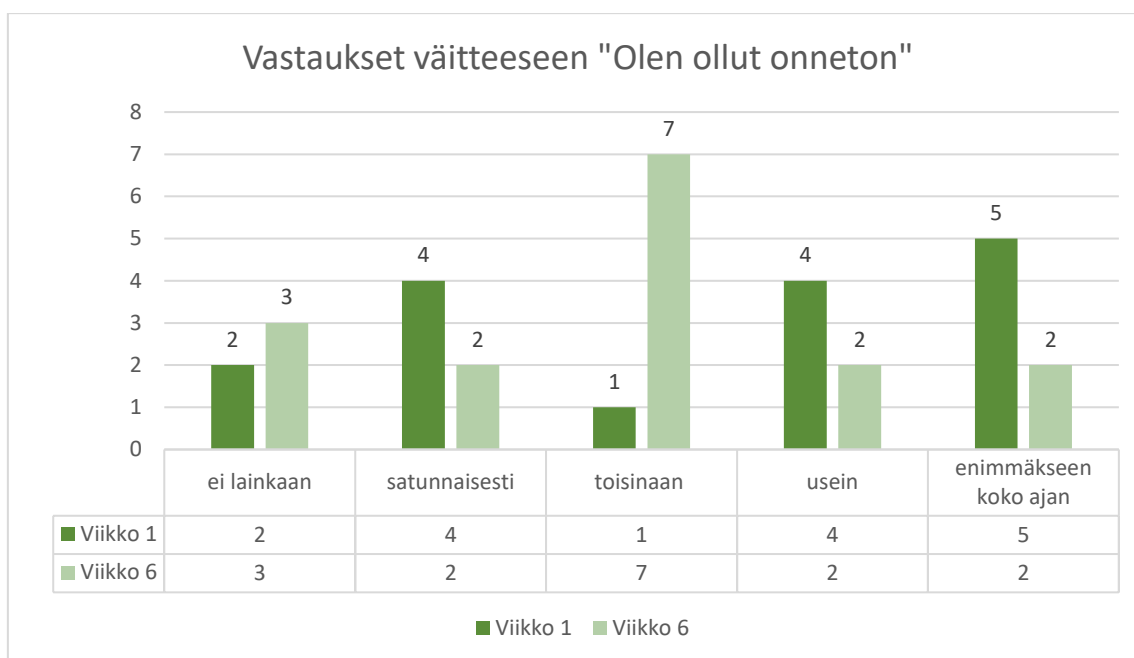
Kuvio 18. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 20 (N=16).

Kuviossa 18. on avattu vastaukset väittämään 20. En ole saanut ongelmiani mielestäni. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 3,5 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 3,3. Vastaajien kokemus pysyi seurantajakson aikana suurin piirtein samana.



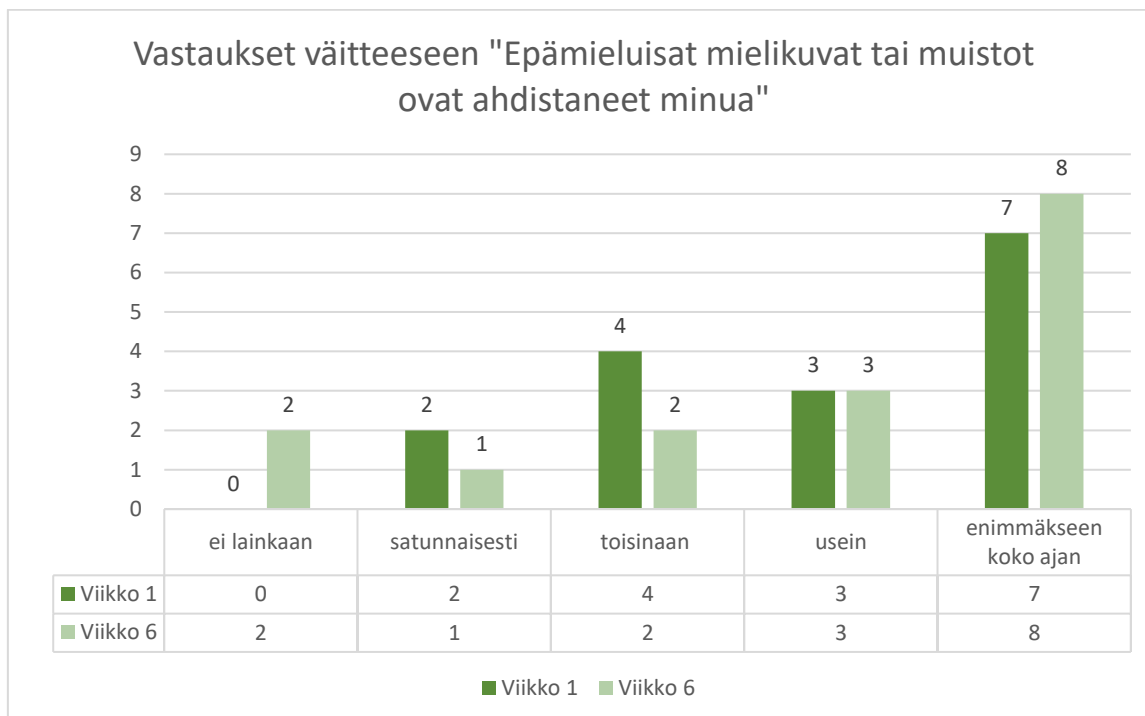
Kuvio 19. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 23 (N=16).

Kuviossa 19. on avattu vastaukset väittämään 23. En ole saanut ongelmiani mielestäni. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,2 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,9. Vastaajien kokemus siitä, että on tuntenut itsensä toivottomaksi pieneni vähän seurantajakson aikana.



Kuvio 20. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 27 (N=16).

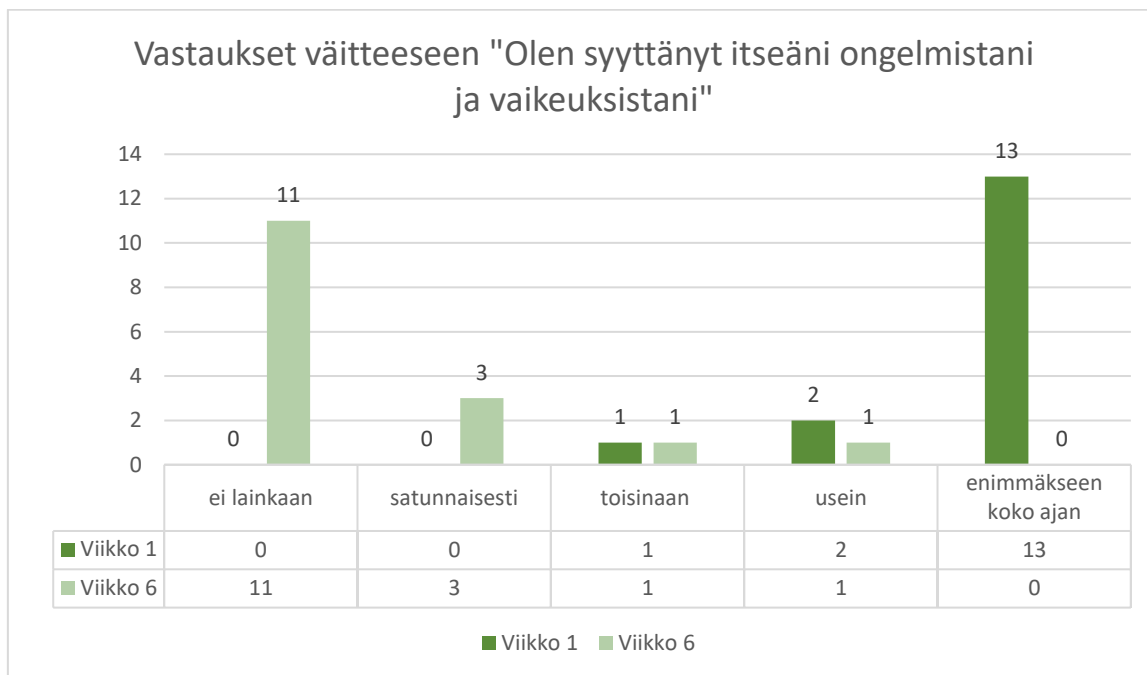
Kuviossa 20. on avattu vastaukset väittämään 27. Olen ollut onneton. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,4 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,9. Vastaajien kokemus onnettomana olemisesta väheni seurantajakson aikana.



Kuvio 21. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 28 (N=16).

Kuviossa 21. on avattu vastaukset väittämään 28. Epämieluisat mielikuvat tai muistot ovat ahdistaneet minua. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,9 ja hoitoviikon 6

keskiarvoksi 2,9. Vastaajien kokemuksessa ei tapahtunut mainittavaa muutosta seuranta-jakson aikana.

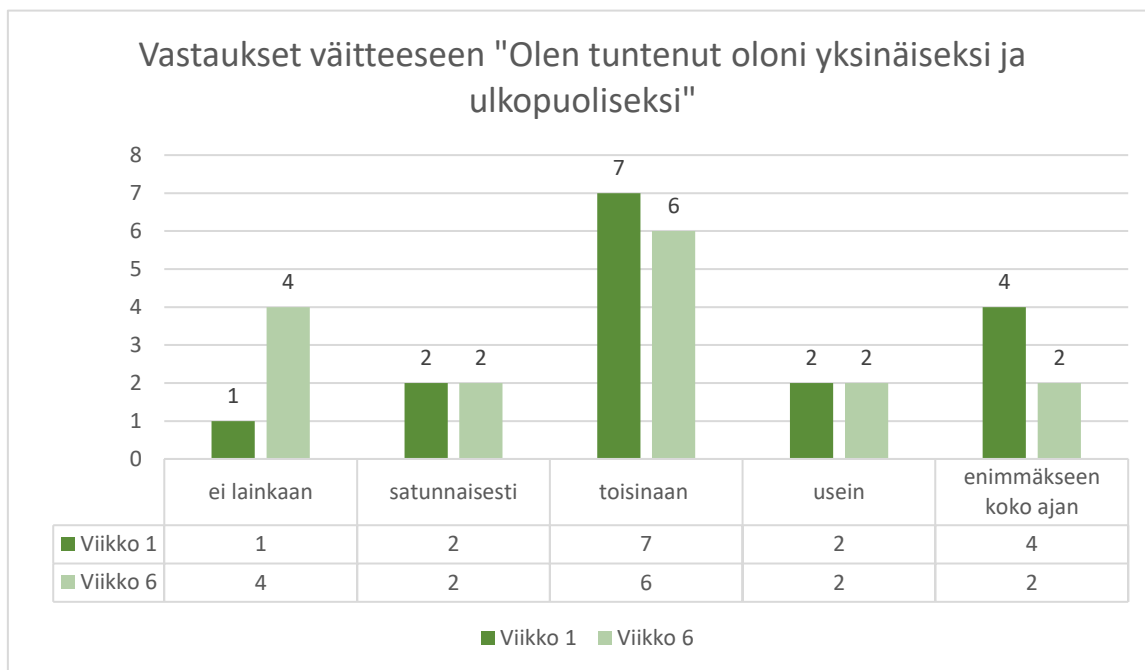


Kuvio 22. CORE-OM Psykkiset oireet ja oireilu: väittämä 30 (N=16).

Kuviossa 22. on avattu vastaukset väittämään 30. Olen syyttänyt itseäni ongelmistani ja vaikeuksistani. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 3,8 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 0,5. Vastaajien kokemus siitä, että syyttää itseään ongelmistaan ja vaikeuksistaan väheni merkittävästi seurantajakson aikana.

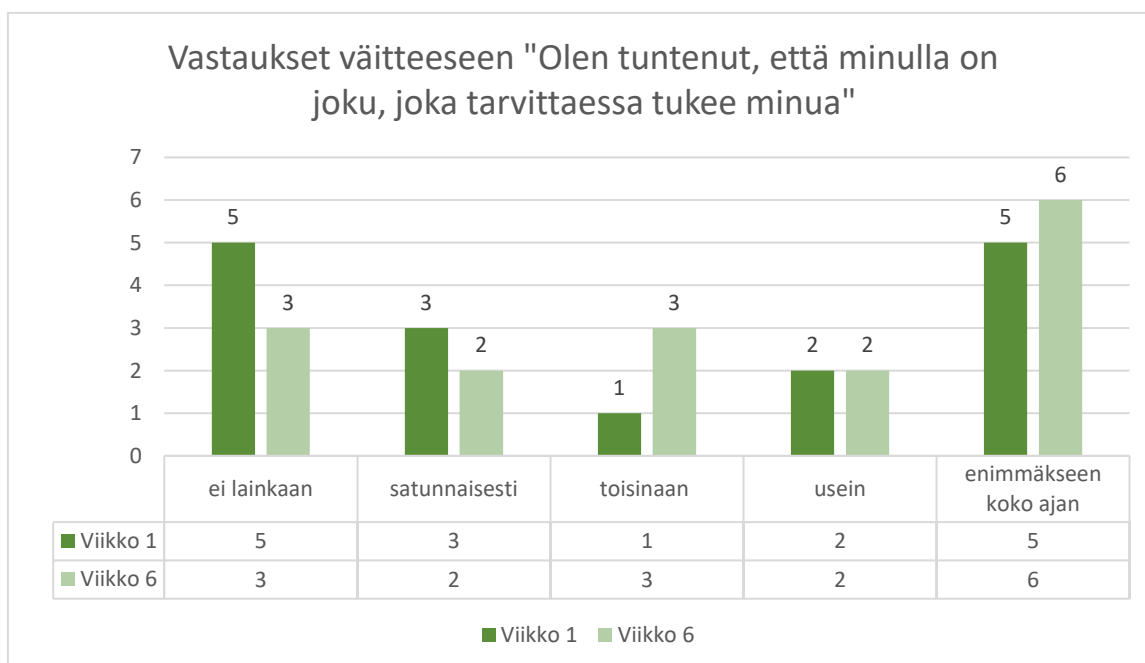
6.3.3 CORE-OM-mittari toimintakyky

Mittarin toimintakyky osio sisältää ja mittaa 12 väittämän kautta päivittäistä arjessa selviytymistä ja sosiaalisia suhteita.



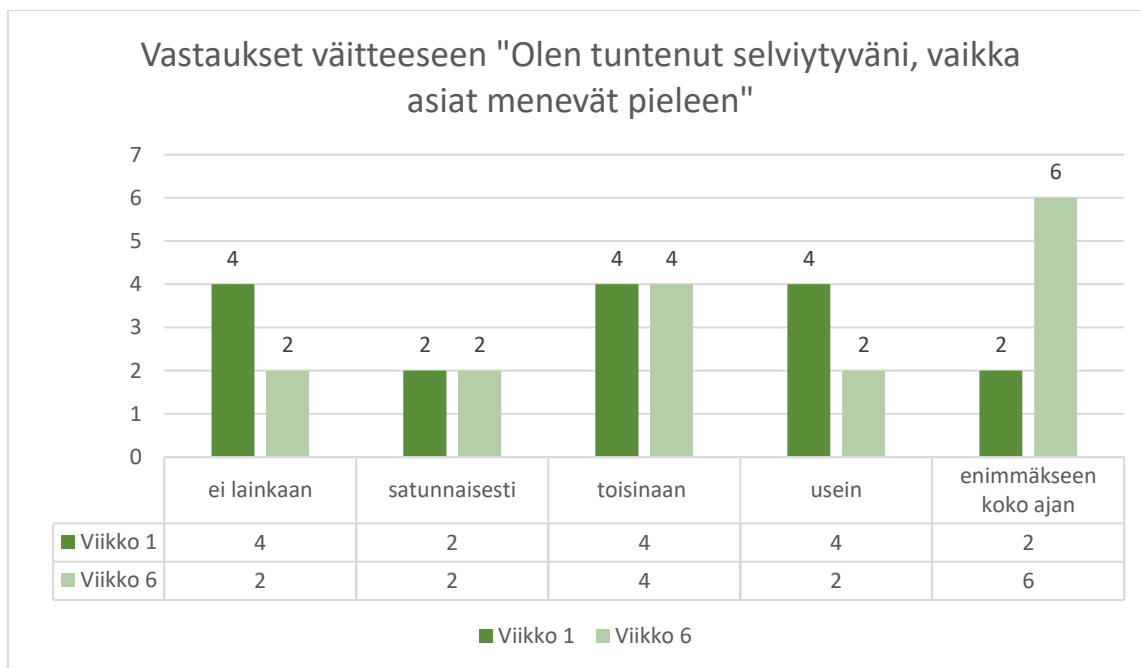
Kuvio 23. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 1 (N=16).

Kuviossa 23. on avattu vastaukset väittämään 1. Olen tuntenut oloni yksinäiseksi ja ulkopuoliseksi. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,4 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,8. Vastaajien kokemus olostaan yksinäisenä ja ulkopuolisena väheni seurantajakson aikana.



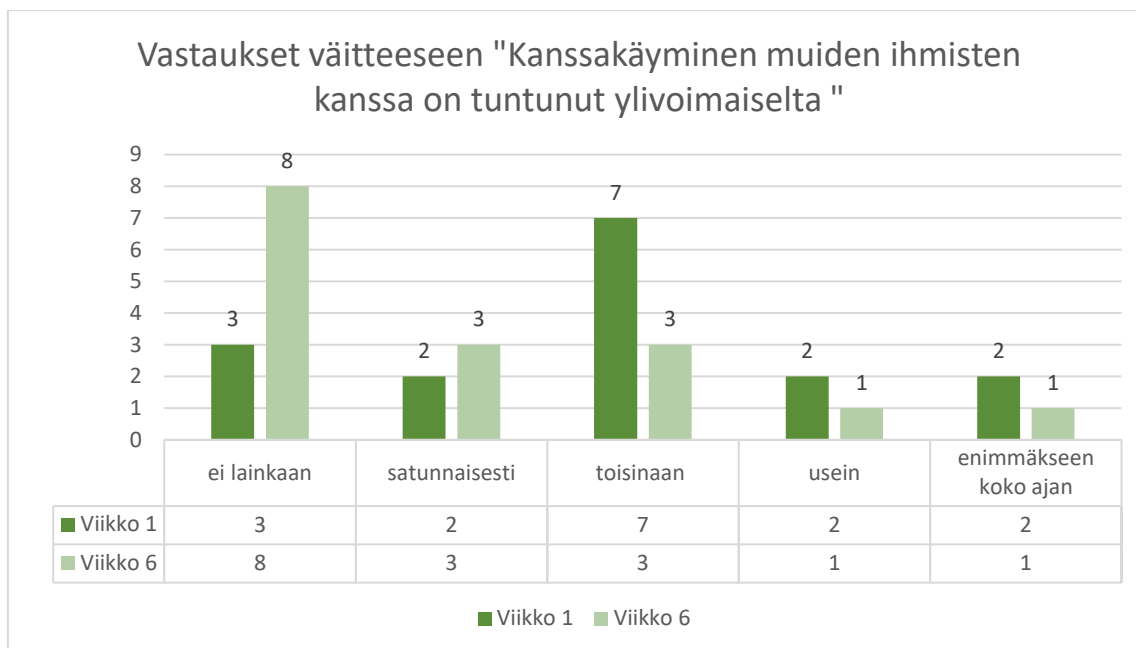
Kuvio 24. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 3 (N=16).

Kuviossa 24. on avattu vastaukset väittämään 3. Olen tuntenut, että minulla on joku, joka tarvittaessa tukee minua. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,1 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,6. Vastaajien kokemus, siitä että hänellä on olemassa joku tuki, kasvoi seurantajakson aikana. CORE-OM-mittari tulkinan ollessa tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.



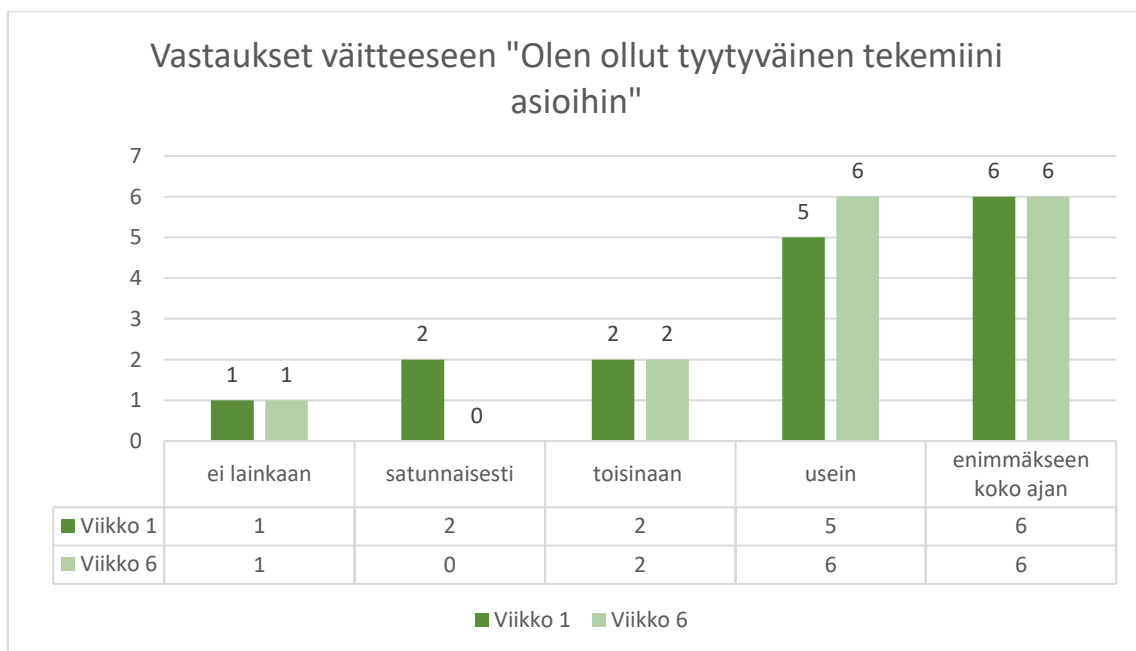
Kuvio 25. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 7 (N=16).

Kuviossa 25. on avattu vastaukset väittämään 7. Olen tuntenut selviytyväni, vaikka asiat menevät pieleen. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,1 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,5. Vastaajien kokemus omasta selviytymisestä, vaikka asiat menevät pieleen kasvoi seurantajakson aikana. CORE-OM-mittari tulkinan ollessa tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.



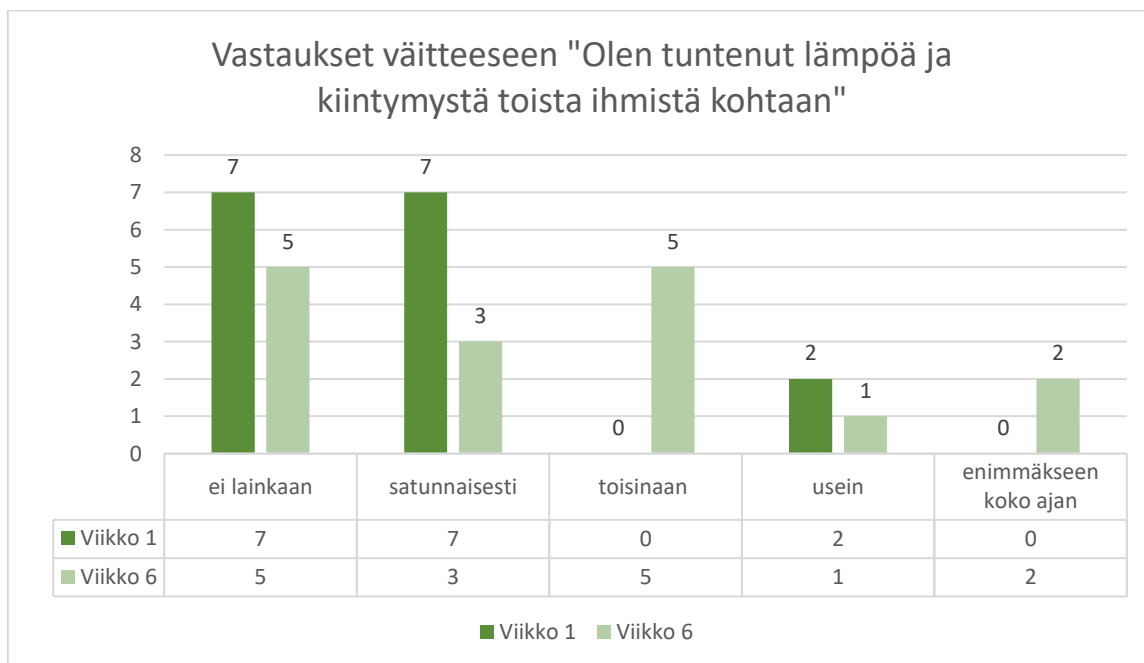
Kuvio 26. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 10 (N=16).

Kuviossa 26. on avattu vastaukset väittämään 10. Kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa on tuntunut ylivoimaiselta. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,9 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,0. Vastajien kokemus kanssakäymisen tuntuemisesta muiden ihmisten kanssa ylivoimaiselta väheni noin puolella seurantajakson aikana.



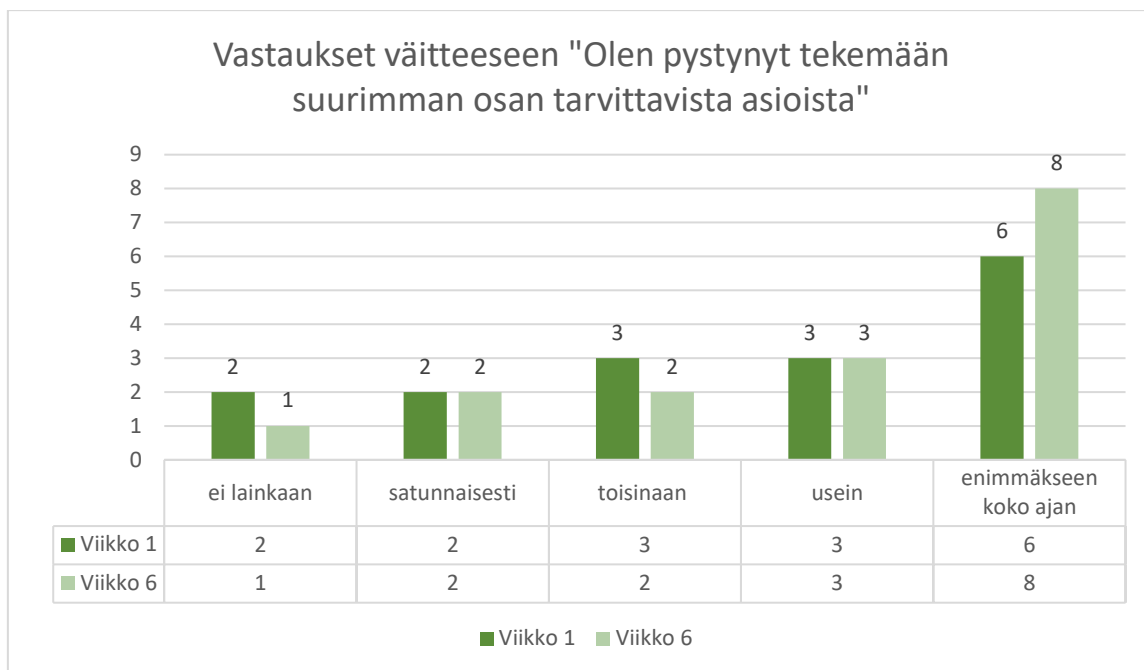
Kuvio 27. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 12 (N=16).

Kuviossa 27. on avattu vastaukset väittämään 12. Olen tuntenut selviytyväni, vaikka asiat menevät pieleen. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,2 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 0,9. Vastaaajien kokemus tyytyväisyydestä tekemiinsä asioihin kasvoi hieman seurantajakson aikana. CORE-OM-mittari tulkinnan ollessa tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.



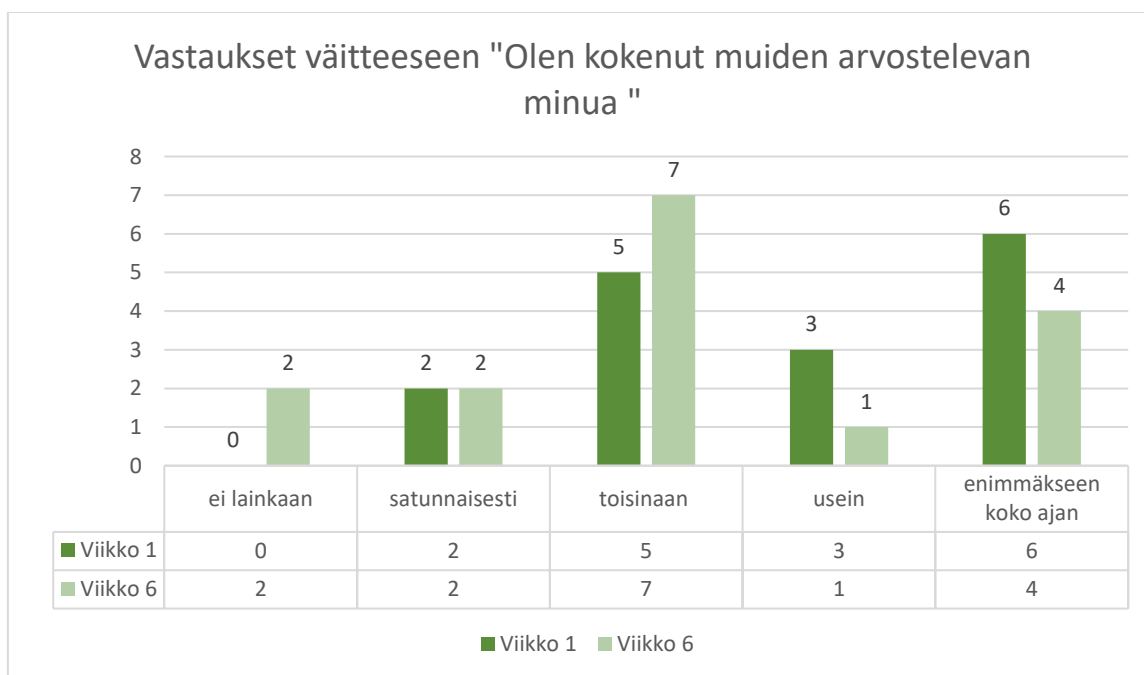
Kuvio 28. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 19 (N=16).

Kuviossa 28. on avattu vastaukset väittämään 19. Olen tuntenut lämpöä ja kiintymystä toista ihmistä kohtaan. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 3,2 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 2,5. Vastaaajien kokemus tuntea lämpöä ja kiintymystä toista ihmistä kohtaan kasvoi seurantajakson aikana. CORE-OM-mittari tulkinnan ollessa tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.



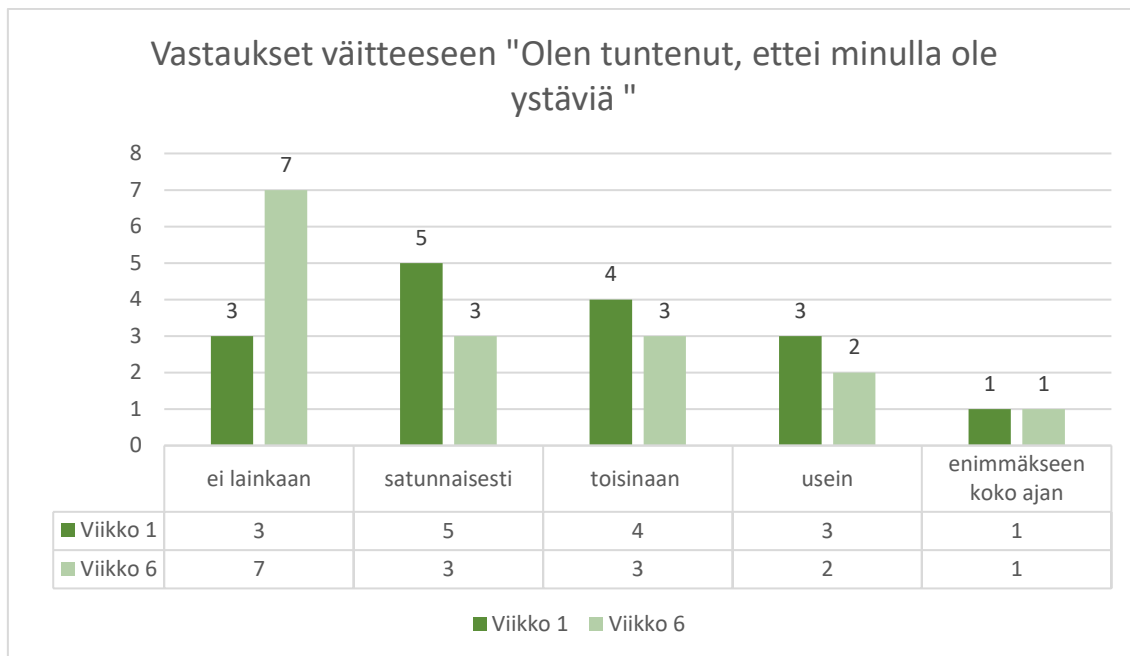
Kuvio 29. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 21 (N=16).

Kuviossa 29. on avattu vastaukset väittämään 21. Olen pystynyt tekemään suurimman osan tarvittavista asioista. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,4 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,1. Vastaajien kokemuksessa ei tapahtunut seuranta viikon aikana mainittavaa eroa. CORE-OM-mittari tulkinnan ollessa tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.



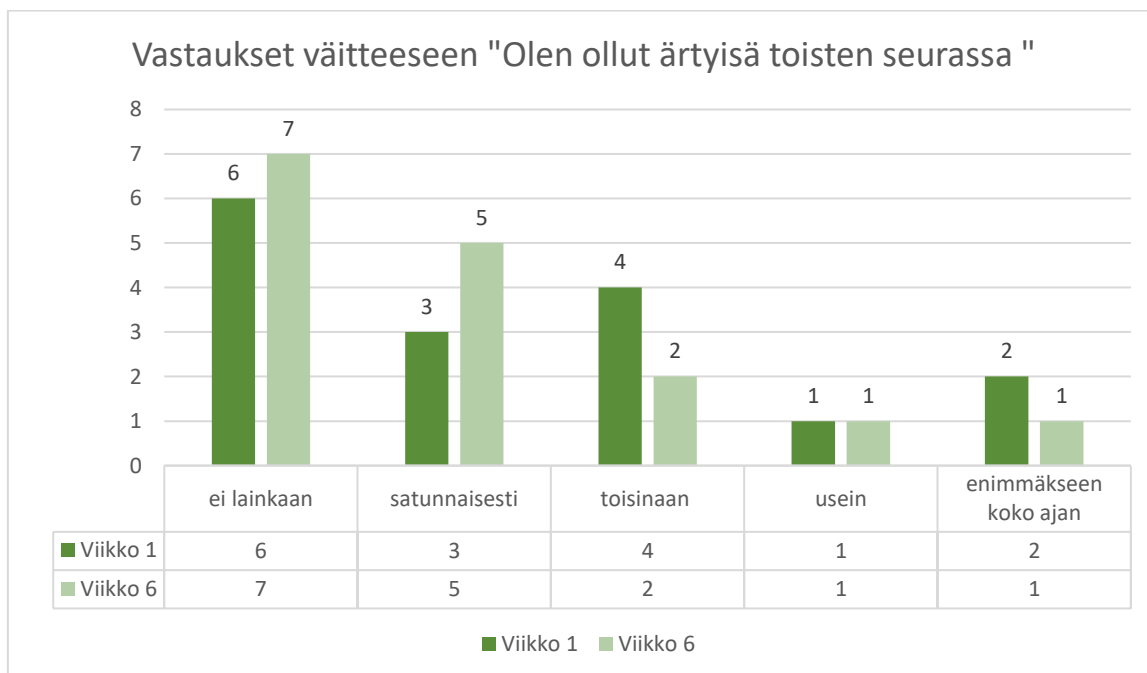
Kuvio 30. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 25 (N=16).

Kuviossa 30. on avattu vastaukset väittämään 25. Olen kokenut muiden arvostelevan minua. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 2,8 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 2,2. Vastaajien kokemus muiden arvostelemisesta itseä kohtaan väheni seurantajakson aikana.



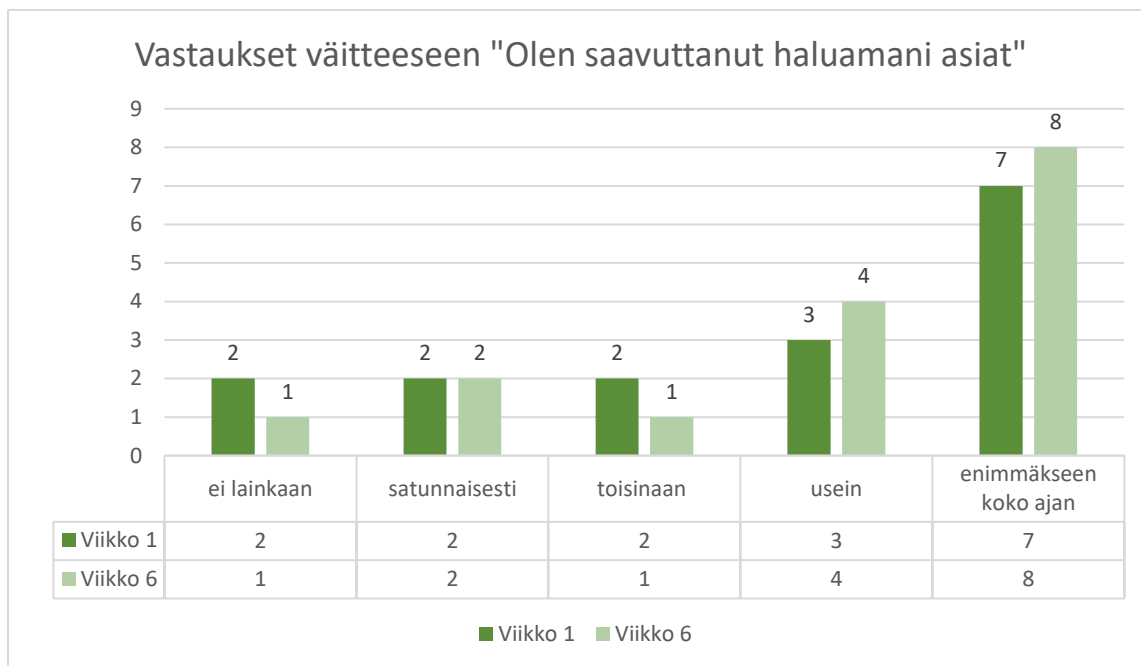
Kuvio 31. CORE-OM Toimintakyky: väittäjä 26 (N=16).

Kuviossa 31. on avattu vastaukset väittämään 26. Olen tuntenut, ettei minulla ole ystäviä. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,6 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,2. Vastaajien kokemus siitä, ettei heillä ole ystäviä väheni seurantajakson aikana.



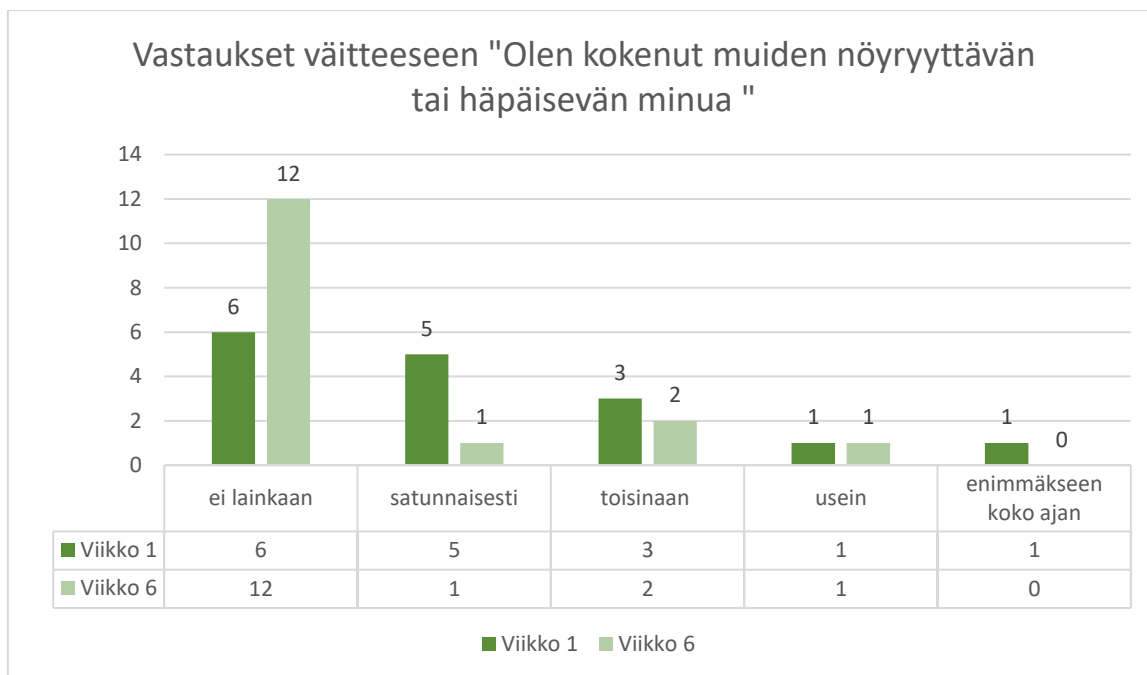
Kuvio 32. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 29 (N=16).

Kuviossa 32. on avattu vastaukset väittämään 29. Olen ollut ärtyisä toisten seurassa. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,4 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,0. Vastaajien kokemus omasta ärtyisyydestä muiden seurassa väheni hieman seurantajakson aikana.



Kuvio 33. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 32 (N=16).

Kuviossa 33. on avattu vastaukset väittämään 32. Olen saavuttanut haluamani asiat. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,3 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,0. Vastaajien kokemus kyvystään saavuttaa haluamansa asioita kasvoi seurantajakson aikana. CORE-OM-mittari tulkinnan ollessa tämän väitteen kohdalla käänteinen: 0 enimmäkseen koko ajan, 1 usein, 2 toisinaan, 3 vain satunnaisesti, 4 ei lainkaan.



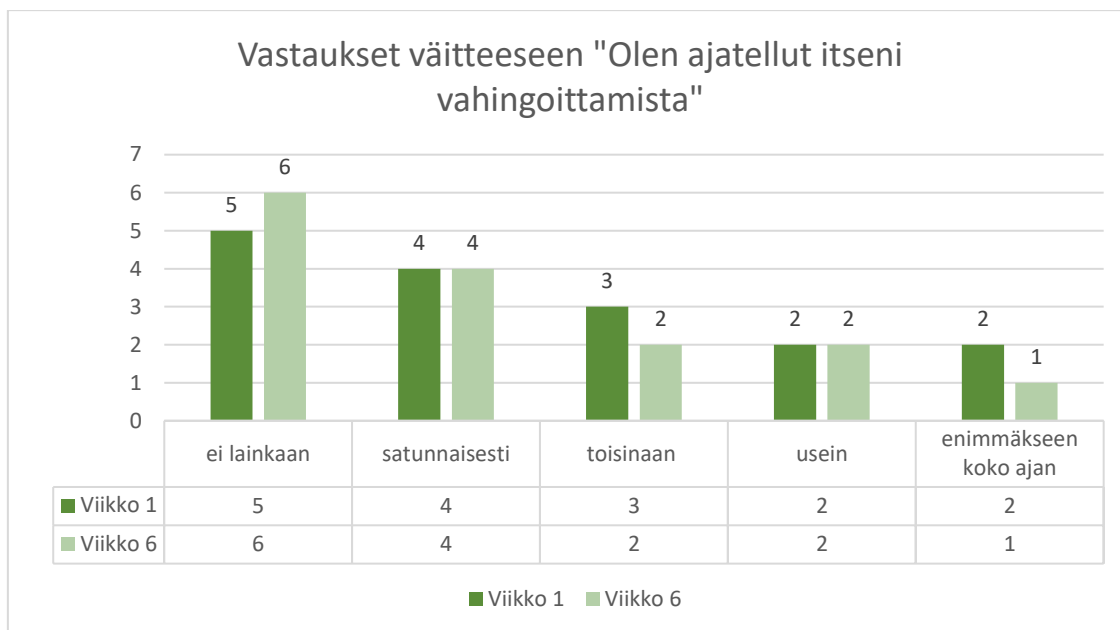
Kuvio 34. CORE-OM Toimintakyky: väittämä 33 (N=16).

Kuviossa 34. on avattu vastaukset väittämään 33. Olen kokenut muiden nöyryyttävän tai häpäisevän minua. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,1 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 0,5. Vastaajien kokemus toisten ihmisten nöyryyttävän tai häpäisevän itseä väheni seurantajakson aikana.

6.3.4 CORE-OM-mittari riskikäyttäytyminen

Mittarin riskitekijät osio sisältää ja mittaa 6 väittämän kautta riskikäyttäytymistä itseä ja toisia kohtaan.

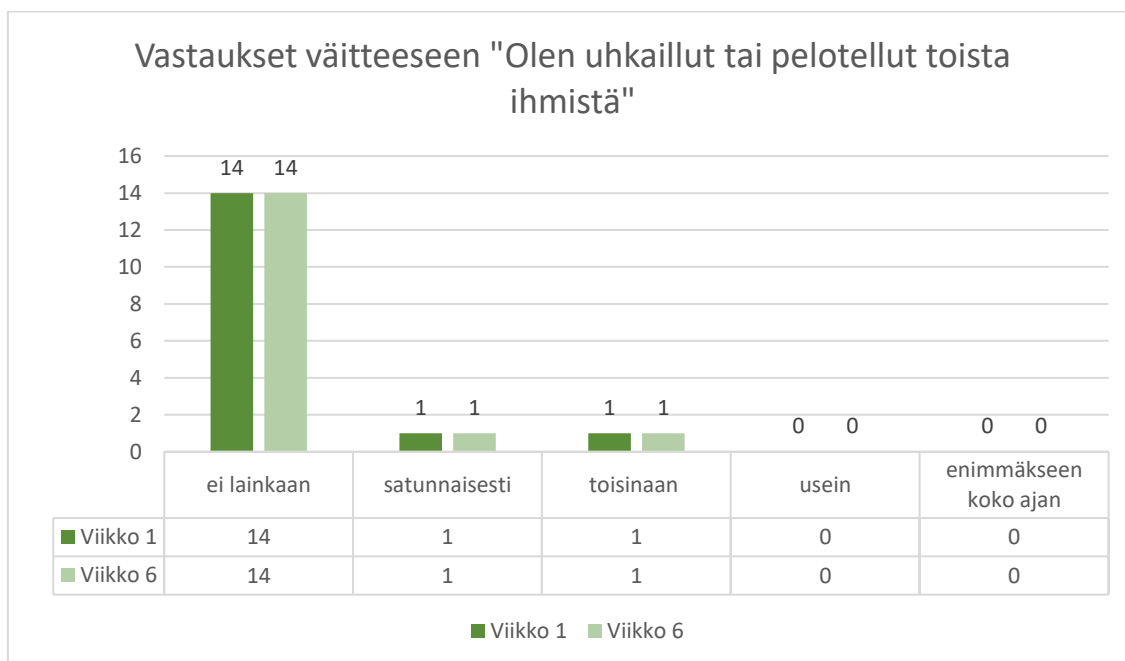
Väittämä 6. Olen ollut väkivaltainen muita kohtaan. Sekä aineiston keruun ensimmäisessä, että toisessa vaiheessa vastaajista 16 vastasi, ettei ole ollut lainkaan väkivaltainen muita kohtaan. Hoitoviikon 1 keskiarvo 0 ja hoitoviikon 6 keskiarvo 0. Vastaajien kokemus väkivaltaisuudesta ei muuttunut seurantajakson aikana.



Kuvio 35. CORE-OM Riskikäyttäytyminen: väittämä 9 (N=16).

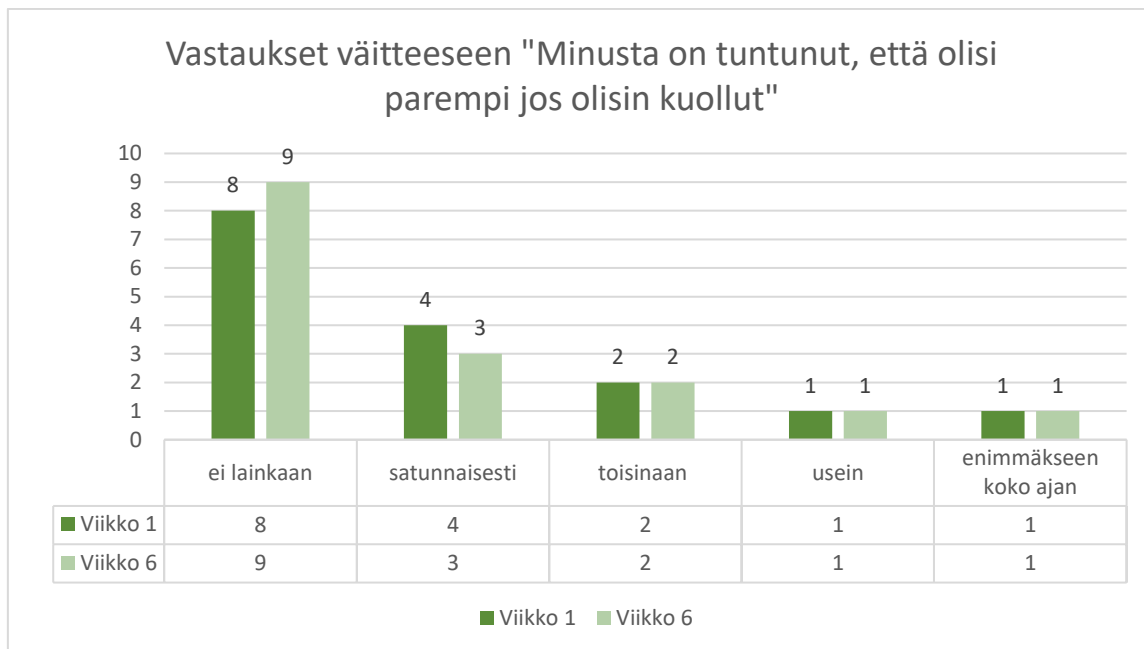
Kuviossa 35. on avattu vastaukset väittämään 9. Olen ajatellut itseni vahingoittamista. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 1,5 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 1,1. Vastaajien ajatukset itsensä vahingoittamisesta vähenivät seurantajakson aikana.

Väittämä 16. Olen suunnitellut itsemurhaa. Sekä aineiston keruun ensimmäisessä, että toisessa vaiheessa vastaajista 16 vastasi, ettei ollut lainkaan suunnitellut itsemurhaa. Hoitoviikon 1 keskiarvo 0 ja hoitoviikon 6 keskiarvo 0. Vastaajien kokemus ei muuttunut seurantajakson aikana.



Kuvio 36. CORE-OM Riskikäyttäytyminen: väittämä 22 (N=16).

Kuviossa 36. on avattu vastaukset väittämään 22. Olen uhkaillut tai pelotellut toista ihmistä. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 0,2 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 0,2. Vastaajien ajatukset itsensä vahingoittamisesta vähenivät seurantajakson aikana. Vastaajien kokemus pysyi seurantajakson aikana samana.



Kuvio 37. CORE-OM Riskikäyttäytyminen: väittämä 24 (N=16).

Kuviossa 37. on avattu vastaukset väittämään 24. Minusta on tuntunut, että olisin kuollut. Vastauksista hoitoviikon 1 keskiarvoksi muodostui 0,9 ja hoitoviikon 6 keskiarvoksi 0,9. Vastaajien ajatuksissa itsensä vahingoittamisesta ei tapahtunut mainittavaa muutosta seurantajakson aikana.

Väittämä 34. Olen vahingoittanut itseäni tai vaarantanut terveyttäni vakavasti. Sekä aiheiston keruun ensimmäisessä, että toisessa vaiheessa vastaajista 16 vastasi, ettei ollut lainkaan vahingoittanut itseään tai vaarantanut terveyttään vakavasti. Hoitoviikon 1 keskiarvo 0 ja hoitoviikon 6 keskiarvo 0. Vastaajien kokemuksessa ei tapahtunut muutosta seurantajakson aikana.

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset ja kehittämistyön jatko

Tämän tutkimuksen anti kuvaa Avominne- yksikön tarjoaman kuntoutuksen aikana tapahtunutta hyvinvoinnin muutosta kuntoutujan tilanteessa. Määrällisen tutkimuksen tulosten kuvaaminen toteutui tässä tutkimuksessa numeerisena, tulokset esitettiin CORE-OM-mittarin väittämien vastauksista laskettuina keskiarvolukuina. Valli & Collin (2018, 226) toteavat määrällisessä tutkimuksessa numeroiden kautta kuvattavan todellisuutta. Tässä tutkimuksen tuloksissa painottuu asiakkaan subjektiivinen kokemus kuntoutuksen aikana tapahtuvasta muutoksesta kuntoutujan kokemusmaailmassa. Asiakkaan kokemuksessa tapahtunutta muutosta ja palvelun vaikuttavuutta asiakkaan kokemana kannattaa tutkia kuntoutusta tai hoidollista palvelua tuottavissa yksiköissä tasaisin väliajoin. Avominnen tarjoama kuntoutus täydentää kilpailutuksen kautta tapahtuvana ostopalveluna julkisen puolen päihdehoidon palveluvalikkoa. Tämän tutkimuksen avulla Avominne yritys saa tietoa yksikön tarjoaman kuntoutuksen vaikutuksesta asiakaskokemukseen. Silvennoinen-Nuoran (2000, 38) mukaan asiakaskokemuksen säännöllinen mittaaminen lisää sekä organisaation tulosta, että palvelunkäyttäjien asiakastytyvyyttä. Asiakaskokemuksesta saatavaa informaatiota voidaan jatko hyödyntää organisaation myöhemmässä strategiatyössä ja toiminnan suunnittelussa. Silvennoinen-Nuoran (2010, 62) kuvaa hoitoa tuottavien yksiköiden strategisen johtamisen ja kehittämisen vaativan tuekseen käytössä olevaa toiminnan arviointidataa.

Yhtenä yksityisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toiminnan haasteena nähdään niiden nykytilanteessa kasvanut rooli yhteiskunnan hyvinvointipalveluiden tuottajina sekä julkisen palvelujärjestelmän täydentäjinä. Sote- alan kuntayhtymät ostavat enenevässä määrin päihde- ja mielenterveyspalveluja ostopalveluina yksityisiltä palvelujen tuottajilta, tämä jo sinällään nostaa tarjottavien, osin kilpailutettujen palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin ja mittaamisen kysyntää. Mitattujen palvelujen laatu ja tehokkuus voidaan osoittaa, mikä on selkeä kilpailuetu ja markkina- arvo tämänhetkisessä Sote- alan murroksessa.

Tässä tutkimuksessa kerättiin tietoa, miten Avominnen asiakkaat kokivat psyykkisen hyvinvointinsa ja toimintakykynsä hoitoviikon 6. kohdalla? Mittarin psyykkinen oireilu ja ongelmat sektori sisälsi ja mittasi 12 väittämän kautta masennusta, ahdistuneisuutta, fyysisiä ongelmia sekä traumaattista oireilua. Hoitoviikon 6. kohdalla vastaajat kokivat psyykkisen hyvinvointinsa lisääntyneen ensimmäisestä mittauskerrasta. Hoitoviikon 6. mittauksessa vastaajat kuvasivat psyykkisten oireidensa vähentyneen. Lukuun ottamatta vastaajien kokemaa epämieluisia ajatuksia ja tunteita itseä häiritsevinä, mitkä lisääntyivät

ensimmäisestä mittauskerrasta. Tämä voi osin selittyä kuntoutuksen aikana tapahtuvan itsereflektion käynnistymisellä, aktivoiden kuntoutujan tunne-elämää aiempaa tietoisempaan. Vastaajien kokema vaikeus nukahtaa tai nukkuminen katkonaisesti sekä kokemus siitä, ettei ole saanut ongelmiaan mielestään kuormittivat vastaajia väittämistä 6. hoitoviikon kohdalla eniten. Tutkittavilta ei kysytty näiden oireiden aiemmasta esiintyvyydestä tai kestosta, joten vastaajien kuvaamien oireiden mahdollinen kroonisuus ei ollut tiedossa. Mattilan (2017, 12) mukaan psyykkiset oireet esiintyvät kuitenkin usein pitkäaikaisina, oireiden ollessa monimuotoisia ja vaikuttaen toimintakykyyn sitä heikentävästi. Romakkaniemi (2011, 43) kuvaa psyykkisistä ongelmista kuntoutumista laajana ja pitkäkestoisena prosessina, kun pelkästä oireesta tai sairaudesta toipumisena.

Hirsikangas (2021, 37- 68) liittää tutkimuksessaan psyykkiseen toimintakykyyn yksilön käytössä olevat voimavarat. Hänen mukaansa psyykinen toimintakyky käsittää psyykkisen hyvinvoinnin kokemuksen, mielenterveyden sekä kokonaisvaltaisen elämänhallinnan. Tässä tutkimuksessa mittarin toimintakyky sektori sisälsi ja mittasi 12 väittämän kautta päivittäistä arjessa selviytymistä ja sosiaalisia suhteita. Hoitoviikon 6 kohdalla vastaajien toimintakyky oli kasvanut ensimmäisestä mittaus kerrasta kaikkien väittämien kohdalla mm. vastaajien kokemus, siitä että hänellä on olemassa joku tuki, kasvoi ja vastaajien kokemus olostaan yksinäisenä ja ulkopuolisena väheni seurantajakson aikana. Yhteisöhoitollisen kuntoutuksen ja tähän liittyvän vertaistuen mahdollistumisen voidaan ajatella vaikuttavan näiden kokemusten muuttumiseen seurantajakson aikana. Ruisniemi (2006, 25) toteaaakin päihderiippuvuussairauden aiheuttavan yksilölle kognitiivisia, sosiaalisen käyttäytymisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kokemuksiin liittyviä monitasoisia oireita. Ruisniemen mukaan vertaistuen ja yhteisöhoitollisen toimivuus kontekstissa liittyisi erityisemmin siihen, ettei päihderiippuvuutta eroteta erillisenä oireena ihmisen kokonaiskuvasta. Romakkaniemi (2011, 43) taas kuvaa mielenterveyden ongelmista kuntoutumista laajempaan prosessina, kun pelkästä sairaudesta toipumisena. Käsittäen samalla toipumista sairauden seurannaisvaikutuksena aiheutuneesta arvostuksen puutteesta, syrjinnästä ja elämän mahdollisuuksien kaventumisesta.

Toinen tutkimuskysymys oli, miten asiakkaiden subjektiivinen kokemus psyykkisestä hyvinvoinnistaan oli muuttunut kuntoutuksen aikana? Hirsikankaan (2021, 37- 68) tutkimuksessa psyykkiseen toimintakykyyn liittyy yksilön käytössä olevat voimavarat. Hänen määrittelyssään psyykinen toimintakyky käsittää psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi mielenterveyden ja elämänhallinnan sekä tuntemiseen ja ajatteluun liittyvät toiminnot. Tässä tutkimuksesta kerätyn datan perusteella voidaan todeta Avominnen kuntoutujien kokeman hyvinvoinnin lisääntyneen kuuden viikon seurantajakson aikana. Muutosta tapahtui CORE-OM-mittarin kaikilla osa-alueilla, riskikäyttäytymisen alueilla tapahtuneen muutoksen

jäädessä vähäisimmäksi. Kuntoutujien subjektiivinen kokemus henkilökohtaisesta hyvinvoinnista sekä omasta toimintakyvystä lisääntyi. Vastauksien perusteella kuntoutujien kokemat psyykkiset oireet vähenivät, erityisesti kokemukset itsesyytöksistä ja syyllisyyden kokemuksista liittyen päihteidenkäytöstä syntyneisiin ongelmiin ja vaikeuksiin vähenivät merkittävästi. Tämä tulos voi mahdollisesti liittyä Avominnen tarjoaman kuntoutuksen painottumisesta vertaistukeen, mikä sinänsä mahdollistaa jakamisen ja yhteisten kokemusten käsittelyn kautta mahdollisuuksia syyllisyydestä vapautumiseen.

Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa on huomioitava kuntoutujien pääasiallinen kuntoutumisen kohde; päihteettömyys ja siinä pysyminen. Mattila- Aallon (2010, 11) väitöstutkimuksen mukaan päihdekuntoutus on kuntoutumista aiemmasta päihteidenkäytöstä ja sen keskeisin tehtävä on tukea päihteiden käytön lopettamista, eli raitistumista. Tässä tutkimuksessa kuntoutujien päihteidenkäyttö oli loppunut jo ennen kuntoutuksen ja seurantajakson käynnistymistä. Avominnen kuntoutukseen pääseminen edellyttää päihteettömyyttä ja siinä pysymistä. Kuusiston (2010, 288) mielestä päihderiippuvuudesta toipuminen tuleekin käsittää usean yhtäaikaisen ja vaikuttajavan tekijän muutosprosessina kuntoutujan elämässä.

Tutkimuksessa ei muodostunut eroa naisten ja miesten välillä. Tutkittavat sitoutuivat hyvin kuntoutuksen aikaiseen interventioon ja tutkimukseen osallistumisprosentti pysyi samana alku- ja loppumittauksessa. CORE-OM- mittarin ensimmäisen mittauksen kokonaispistemäärien vaihteluväli oli 16- 31 ja tutkimuksen toisen vaiheen vaihteluväli oli 11- 27. Kokemus hyvinvoinnin muutoksesta olisi voinut olla isompi, toisaalta kuuden viikon seurantajakso on lyhyt suhteuttaen kuntoutujien usein jo kroonistuneisiin haasteisiin. Viertiön ym. (2017, 25) kuvaavat päihdepalveluihin hakeutumisen tapahtuvan hitaasti, päihderiippuvuuden kehityttyä jo krooniseen vaiheeseen.

Avominne voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia avomuotoisen päihdekuntoutuksen arviointi- ja kehittämistyössä. Tutkimus antaa näyttöä yksikön toiminnan hyödyllisyydestä, kuntoutujien hyvinvoinnin kokemuksen kohentuessa seurantajakson aikana. Jatkotutkimuksena voisi selvittää syvällisemmin Avominnen kuntoutujien kokemuksia saamastaan palvelusta ja sen hyödyistä omassa päihteettömyydessä, jossa tuotaisiin esiin toipumistaan edistäviä tekijöitä ja toisaalta kuntoutujien kritiikkiä ja kehittämisehdotuksia palvelua kohtaan. CORE-OM-mittari sopisi käytettäväksi sellaisenaan yksikön matalankynnyksen päihdekuntoutuksen arvioinnin työkaluksi.

Tutkimusprosessi pitkittyi alustavasta suunnitelmasta poiketen. Aloittelevana tutkijana määrällisen tutkimuksen läpivienti ei ollut sitä vahvinta aluettani. Jälkikäteen ajatellessa laadullisen tutkimuksen toteuttaminen haastattelun keinoin olisi sopinut ammatti- ja

työkokemustaustaan paremmin. Toisaalta määrällinen tutkimusote auttoi itseäni pysymään paremmin tutkimuksen strukturissa ja tutkijan ulkopuolisessa roolissa. Kokonaisuutena prosessi on vahvistanut ammatillisesti uusien tiedonkeruumenetelmien käyttämistä, tutkimusprosessin läpi viemistä ja itsenäistä prosessin johtamista.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tekemiseen liittyy eettisiä kysymyksiä, nämä on otettava huomioon tutkimuksen teon eri vaiheissa. Tutkimusetiikka kulkee mukana tutkimusprosessin käynnistämisestä sen päätökseen asti. Vilkan (2015, 41) kuvaa hyvän tieteellisen käytännön velvoittavan kaikkia tutkimusta tekeviä tasa-arvoisesti, tutkijoiden tulee noudattaa tutkimuksen teossa eettisesti kestäviä menetelmiä ja huomioida eettisyys tiedonhaussa. Hirsjärvi ym. (2009, 27) näkevät tutkijan kannalta haastavana tutkimuksen tekemisen eettiset näkökulmien valossa. Tutkimusetiikka itsessään tarkoittaa yleisempiä sääntöjä liittyen taustaorganisaatioon, tutkimuskohteeseen tai tutkimuksen rahoittaja tahoihin. Tässä tutkimuksessa tutkimusetiikka käsittää tutkimusprosessin alkuvaiheessa käynnistynyttä perehtymistä Avominne organisaation toiminnan aiempaan historiaan, nykyiseen toimintaan ja nykytilassa toiminnan strategisiin tavoitteisiin. Tutkimuskohteen valinta tehtiin yhteistyössä tilaajan kanssa, mikä tuki tutkimusetiikan lähtökohtia.

Vilkan (2007, 149-152) mukaan tutkimuksen kokonaisluotettavuuden syntyyn vaikuttaa, miten tutkimuksessa onnistutaan mittaamaan validiutta ja kykenikö tutkimus lopulta antamaan ei sattumanvaraisia tuloksia. Vilkan mukaan tutkimuksen arvioinnissa tulee pyrkiä käyttämään kriittistä pohdintaa tutkimusaiheen valinnasta, tutkittavien valinnasta, tutkimusongelman muotoilemisesta, teoriaosuudesta, tutkimuslomakkeesta ja analyysitavasta. Tutkimuksen avoimuuteen ja rehellisyyteen liittyy mahdollisten virhelähteiden esiin nostaminen. (Vilka 2007, 72, 153.) Tässä tutkimuksessa kriittinen arviointi tutkimuksen kokonaisluotettavuudessa kohdistuu otoksen pienuuteen suhteessa määrälliseen tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, ne koskevat vain tätä otantaa, näillä mittauskerroilla toteutettuina.

Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen tutkimukseen osallistuvat pysyivät tuntemattomina. Ojasalon ym. (2018, 48) mukaan vastauksia voidaan arvioida rehellisempinä ja luotettavampina, kun vastaajien nimettömyys pystytään takaamaan. Tutkimustulokset kirjattiin kaksivaiheisessa tutkimuksessa yksilöiden siten, että tutkimukseen osallistujat kirjautuvat CORE-OM-mittarin kyselykaavakkeeseen sekä etu- ja sukunimen ensimmäisen kirjaimen, jotta tutkimuksen kaksivaiheinen tunnistaminen yhteenvetoa ja aineiston analyysiä varten pystyttiin toteuttamaan. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden valinta perustui vapaaehtoisuuteen, täysi-ikäisyyteen, suomenkielentaitoon sekä tutkimuksen toteuttamiseen

liittyvien taustojen avaamiseen. Tutkimukseen osallistujia informoitiin tutkimuksen tavoitteesta ja tarkoituksesta, ja he saivat luettavakseen erillisen saatekirjeen. Kirjeestä löytyi tutkimusentekijän ja tutkimuksesta vastaavan henkilön yhteystiedot mahdollista myöhempästä yhteydenotosta varten. Tutkimukseen osallistujilla oli mahdollisuus myös pyytää lisäinformaatiota tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen omalta kohdaltaan, missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa.

Tutkimusraportissa on esitetty erikseen määrällisen tutkimuksen lähtökohtia, aineiston keruun prosessi sen laatu ja aineiston analysointi. Raportissa on kuvattu tutkimuksesta saadut tulokset, tulkinnat ja johtopäätökset. Aineistonkeruun ajankohdat on mietitty tässä tutkimuksessa arvioiden hoidon käynnistymisvaiheen ja hoitoon kiinnittymisen keston vaikutukset varsinaisessa kuntoutusprosessissa. Tutkimuksessa käytetyn mittarin valinta tapahtui perustuen tutkijan aiempaan työkokemukseen ja CORE-OM-mittarista saatuun arviointitiedon vaikuttavuuden käytännön kokemukseen sekä aiemmin tutkittuun tieteelliseen näyttöön CORE-OM-mittarin soveltuvuudesta tutkimuskäyttöön.

Tutkimuksessa käytetyt materiaalit on säilytetty asianmukaisesti ja tutkimustoiminnan päätyttyä materiaalit hävitetään luotettavalla tavalla. Tiedonkulussa ja työskentelyn eri vaiheissa on huolehdittu salassapidosta ja tutkittavien anonymiteetin riittävästä suojamiesta.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2015a. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, Kaija; Alho, Hannu; Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 7–17.
- Aalto, M. 2015b. Mielen terveys ja alkoholi. Teoksessa Seppä, Kaija; Alho, Hannu; Kiianmaa, Kalervo (toim.), Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 221–229.
- Ala-Nikkola, T. 2017. Mielen terveyspalvelujen rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/216723/Mielente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arramies, M. & Hakkarainen, T. 2013. Viimeinen pisara. Toipumisen avaimet – tietoa alkoholismista ja läheisriippuvuudesta. Avominne kustannus.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connel, J., Marshall, C., Twigg, E. 2018. Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. The British Journal of Psychiatry, Published online by Cambridge University Press, 239- 246. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.239>
- CORE-yhteisö. Saatavissa: <https://www.coreims.co.uk/>
- Dahler- Larsen, P. 2004. Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät menetelmät- käsikirja. STAKES- Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. Helsinki.
- Depressio. Käypä hoito -suositus 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50023>
- Ekqvist, E. 2021. Kuntoutujien toivon ja hyvinvoinnin näkemykset tulevaisuudesta laitospäihdekuntoutuksen aikana. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/124286/978-952-03-1821-5.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundberg, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). Clinical Psychology & Psychotherapy. doi: 10.1002/cpp.1788

Evans, C. (2012). The CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) and its derivatives. *Integrating Science and Practice*, 2(2), 12–15. Saatavissa:

<http://www.ordrepsy.qc.ca/scienceandpractice>

Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1

Heikkilä T., 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hietala, O. 2013. A-klinikan asiakaskahvilassa- etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. Väitöskirja. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140475/A%2037.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hirschovits-Gerz, T. 2014. Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/95952/978-951-44-9539-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hirsikangas, S. 2021. Hoitoon sitoutuminen, siihen yhteydessä olevat tekijät ja palveluohjaus intervention vaikutukset terveystalvuuksia paljon käyttävillä asiakkailla. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526230528.pdf>

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: EDITA.

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002>

Hännikäinen-Uutela, A-L. 2004. Uudelleen juurtuneet: yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. Väitöskirja, Jyväskylän Yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/13380/9513919323.pdf?sequence=1>

Ilveskoski, U., Lahtela, A., Pylvänäinen, P., Salin-Kares, S., & Viitasaari, S. (2012). CORE: n soveltuvuus hoidon tuloksellisuuden mittariksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Julkaisematon raportti.

Jakobsson, Annika & Hensing, Gunnel & Spak, Fredrik: Developing a willingness to change: Treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism* 40 (2005) 2, 118.

Juntunen, H., Piiparinen, A. 2013. CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus: ei kliininen aineisto. Pro gradu tutkielma. Itä- Suomen Yliopisto. Saatavissa:

https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12913/urn_nbn_fi_uef-20140061.pdf

Juntunen, H., Piiparinen, A., Honkalampi, K., Inkinen, M. & Laitila, M. 2015. CORE- OM-mittarin suomalainen validointitutkimus yleisväestössä. Suomen psykologinen seura 50 (04). Saatavissa: <https://docplayer.fi/19431470-Core-om-mittarin-suomalainen-validointi-tutkimus-yleisvaestossa.html>

Jääskeläinen, A. Laihonen, H. Lönnqvist, A. Pekkola, V. Sillanpää, S. Ukko, J. 2013. Arvoa palvelutuotannon mittareista. Tampereen teknillinen yliopisto. Mittaritiimi-tutkimusryhmä. Juvenes Print. 2013. Saatavissa: https://reppu.lamk.fi/plu-ginfile.php/1311698/mod_resource/content/1/LSI_Arvoa_palvelutuotannon_mittareista.pdf

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karttunen, T. 2019. Nais erityistä päihdehoitoa: etnografinen tutkimus päihdehoitolaitoksen naistenyhteisöstä. Väitöskirja. Jyväskylän Yliopisto. Saatavissa:

<https://www.finna.fi/Record/jykdok.2011424>

Kettunen, P. 2017. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkimusraportteja 2/2017.

Kela, CORE-OM. Saatavissa: <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-kuntoutuspalvelut-palveluntuottajille-kuntoutuksen-mittaaminen-ja-arviointi-core-om-mittari>

Klemola, K. 2015. Tuottavuuden, vaikuttavuuden, kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroidussa sosiaali- ja terveyspalveluissa- palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Väitöskirja. LUT Lappeenrannan teknillinen Yliopisto. Saatavissa: <file:///C:/Users/Katja/Downloads/Katja%20Klemola%20A4.pdf>

Knuuti, Ulla. 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeidenkäytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007, Helsingin yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino.

Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M., Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46. 285–297.

Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M., & Sund, R. 2009. Vaikuttavuus suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 46(4,) Saatavissa:

<https://journal.fi/sla/article/view/2606>

Kotovirta, E. 2009. Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveri-seurassa. Väitöskirja. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Jyväskylä 2009. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23544/huumerii.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Kontunen, J. 2020. Therapeutic change in interpersonal counselling (IPC) for depression: A mixed methods study of primary health care patients. A mixed methods study of primary health care patients. Dissertation. University of Jyväskylä. Available: <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/67912>

Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66569/978-951-44-7957-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

KvantiMOT 2019. Tilastollinen päättely. Saatavilla: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/intro.html>

KvantiMOTV 2009. Tutkimusasetelma. Saatavilla: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/tutkimus/asetelma.html#paneeli>

Käypä hoito –suositus. Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim 121: 788- 803, 2005. Päivitetty 2018. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>

Laaksonen, E. 2015. Alkoholiriippuvuuden hoitotulokseen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154758/al-koholi.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus päihde- ja mielenterveystyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä- Suomen Yliopisto. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9894/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Lehmus, K., Törmänen, I. 2015. CORE-OM-mittarin suomalainen validointitutkimus: kliininen aineisto. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/15455/urn_nbn_fi_uef-20150891.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mattila, N. 2017. Masennustilan ja samanaikaisen päihdeongelman yhteys elämänlaatuun psykiatrisen eroissairaanhoidon potilaille. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102756/1516708273.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mattila-Aalto, M. 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisten muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23386/kuntoutu.pdf?sequence=2>

Martikainen, T & Perttunen, P. Asiakaskokemuksen mittaaminen. Näin pääset alkuun asiakaskokemuksen mittaamisessa. ZEF. Saatavissa: <https://insights.zef.fi/asiakaskokemuksen-mittaaminen>
<https://insights.zef.fi/nps-ja-muut-asiakaskokemuksen-mittarit>

Mäkelä, R. & Murto, L. 2012. Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa Peltoniemi Teuvo. (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040 (2012) Lönnberg Painot Oy. Helsinki.

Mäkelä, R. & Simojoki, K. 2015. Alkoholiongelmien hoitojärjestelmän toimivuus: tavoitteet ja oikeus hoitoon. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 65, 70.

Oinas- Kukkonen, H. 2013. Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota- hoidossa. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202969.pdf>

Ojasalo, K. Moilanen, T. Ritalahti, J. 2018. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Pohjola A. 2012. Sosiaalityön vaikuttavuus. Tutkimukseen perustuva vaikuttavuus. Tampere: Lapin Yliopistokustannus.

Rajahonka, M. 2013. Vuorovaikutuksessa vaikuttamiseen: Hyvinvointipalveluiden vaikuttavuus – Case ja keinoja. Aalto-yliopisto: Kolmas lähde –hanke.

Rajavaara, M. 2006. Yhteiskuntaan vaikuttava Kela- Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 69. Kelan tutkimusosasto. Helsinki

Rakkolainen, M. 2017. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkutapaamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101802/978-952-03-0504-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rautiainen, E. 2021. Associated care outcomes of patients with alcohol use disorder in north karelia, Finland: a register-based study. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences 606.

Romakkaniemi, M. 2011. Masennus tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Väitöskirja. Lapin Yliopisto. Saatavissa:

https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61723/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ruisniemi, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä toipumisesta. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Saatavissa:

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67597/951-44-6619-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruoranen, R. 2011. Miten strategia kiteytetään 90 minuuttiin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66708/978-951-44-8346-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruuska, A., Sulkunen, P. 2013. Addiktiosairaus ja moraalitieteellinen alkoholiajattelun kehitys. Teoksessa Tammi, Tuukka & Raento, Pauliina (toim.): Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus, 28–51.

Saarnio, P., Kuusisto, K., Artkoski, T. Päihdeasiakkaan profiili: kuvaileva tutkimus avo-päihdehoidon asiakkaille. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2015: 52, 237- 242. Saatavissa: [file:///C:/Users/Katja/Downloads/53263-Kirjoi-tus%20\(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat.tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat\)-49930-1-10-20151111.pdf](file:///C:/Users/Katja/Downloads/53263-Kirjoi-tus%20(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat.tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat)-49930-1-10-20151111.pdf)

Salaspuro, M., Kiianmaa, K., Seppä, K (toim.) 2003. Käypä- hoito työryhmä alkoholiongelmaisen hoito. Päihdelääketiede 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.

Salo - Chydenius, S., Holmberg, J. & Partanen, A. 2015. Riippuvuuskäyttäytyminen. Teoksessa A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo - Chydenius. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stenius, K., Tammi, T., Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. 2015. Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santalahti, P.,

Solin, P., Tuulos, T., Wuorio, S. (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 20/2015. Helsinki.

Teuvo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/8992/urn_isbn_978-951-27-1072-0.pdf

Tolonen, K. 2018. Viisi keskustelua muutoksesta (VKM)- ohjelman prosessi ja tulokset yhdyskuntaseuraamusasiakkailla. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/104512/978-952-03-0855-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Torkki, P., Leskelä, R-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A. & Hörhammer, I. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveystalouden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvosto: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.

Valli, R (toim.). 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 2 Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki. Tammi.

Viertio S, Partanen A, Kaikkonen R, Härkönen T, Marttunen, M & Suvisaari J. 2017. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012-2015. Duodecim 133(3): 292-300

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Saatavissa: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf

Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS-kustannus.

Wahlbeck, C., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>:

Örnberg, A. 2019. Alkoholismista toipuminen AA: n toveriseurassa: kokemuksia vertais-tuen merkityksistä. Jyväskylän Yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/63680/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201905022354.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Viimeisen viikon aikana...

	Ei iankaan	Vain satunnaisesti	Toisinaan	Usein	Enimmäkseen tai koko ajan	TOIMIKO TÄYTTÄÄ
15 Olen ollut hätäntynyt tai kauhuissani	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Olen suunnitellut itsemurhaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Minun on ollut vaikea nukahtaa tai olen nukkunut katkonaisesti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Olen tuntenut lämpöä ja kiintymystä toista ihmistä kohtaan	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 En ole saanut ongelmiani mielestäni	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Olen pystynyt tekemään suurimman osan tarvittavista asioista	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Olen uhkailtu tai peloteltu toista ihmistä	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Olen tuntenut itseni toivottomaksi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Minusta on tuntunut, että olisi parempi, jos olisin kuollut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Olen kokenut muiden arvostelevan minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Olen tuntenut, ettei minulla ole ystäviä	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Olen ollut onneton	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Epämieluisat mielikuvat tai muistot ovat ahdistaneet minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Olen ollut ärtyisä toisten seurassa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Olen syyttänyt itseäni ongelmistani ja vaikeuksistani	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Olen ollut toiveikas tulevaisuuteni suhteen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Olen saavuttanut haluamani asiat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Olen kokenut muiden nöyryyttävän tai häpäisevän minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Olen vahingoittanut itseäni tai vaarantanut terveyteni vakavasti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

KIITOS KYSELYN TÄYTTÄMISESTÄ

Yhteispisteet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Keskiarvopisteet <small>(Keskiarvopisteet saadaan jakamalla yhteispisteet täytettyjen kysymysten lukumäärällä)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LIITE 2

Saatekirje

Hyvä tutkimukseen osallistuja

Opiskelen LAB-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan uudistavaa johtamista (ylempi AMK). Tämä kyseessä oleva tutkimus liittyy opintojeni suorittamiseen. Tutkimukseni tarkoituksena on arvioida Avominne klinikan Lahden toimipisteen hoidon vaikuttavuutta CORE- OM mittarilla.

Vastaaminen CORE- OM mittarin kysymyksiin tapahtuu itsearviointina sekä nimettömästi. Tutkimuslomakkeen täyttämiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Kyselyyn vastataan Avominne hoidon kahdessa eri vaiheessa, hoidon ensimmäisen viikon aikana ja hoidon kuudennen viikon kohdalla. Tutkimuksen toteuttamistapa CORE- OM mittari on kansainvälisesti tunnettu ja käytetty psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn arviointiin kehitetty arviointimenetelmä.

Käytännössä täytetyt kyselylomakkeet palautetaan kyselyn yhteydessä tutkijalle nimettömänä. Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla arvioidaan Avominne klinikan Lahden toimipisteen hoidon vaikuttavuutta. Osallistumalla tähän tutkimukseen, olet mukana tärkeässä kehittämistyössä ja vaikutat Avominnen Lahden toimipisteen hoidon kehittämiseen.

Tutkimukseen osallistumisesta kiittäen,

Katja Hakasaari, opiskelija YAMK

katja.hakasaari@student.lab.fi