



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Asiakaspalautteen kerääminen ja arviointi mielenterveyskuntoutujien palveluasumis- yksiköissä

Hann, Kirsi

2015 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Asiakaspalautteen kerääminen ja arviointi
mielenterveyskuntoutujien palveluasumisyksiköissä

Kirsi Hann
Sosiaalialan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2015

Laurea-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Otaniemi

Sosiaalialan koulutusohjelma

Kirsi Hann

Asiakaspalautteen kerääminen ja arviointi mielenterveyskuntoutujien palveluasumisyksiköissä

Vuosi 2015

Sivumäärä 47 + 16

Opinnäytetyössäni keräsin tietoa Espoon kaupungin ostopalveluina tuotetussa asumispalvelussa asuvien mielenterveyskuntoutujien asiakastyytyväisyydestä. Vastaava kysely on toteutettu kolme vuotta aiemmin. Opinnäytetyöni on seurantatutkimus, jossa arvioidaan tällä välillä tuloksissa näkyvää muutosta. Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus tulee käyttämään saatua tietoa toiminnan suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioimisessa.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat lakisääteisiä. Asumisyhteisö on kuntouttava yhteisö. Asukas sitoutuu kuntoutussuunnitelmaan, viikko-ohjelmaan ja työtoimintaan tai opiskeluun. Kodinomaisuus on tärkeää sekä niille, joille se on välivaihe itsenäisempään asumiseen että niille, jotka eivät kunnoudu omaan asuntoon koskaan. Kuntoutus on prosessi, jossa asiakas voi tulla mahdollisimman itsenäiseksi. Kuntoutuksen ominaispiirteet ovat tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja prosessinomaisuus. Kuntoutuksen perustana on yksilöllisyyden kunnioittaminen ja itsenäisyyden ja aktiivisuuden tukeminen. Palveluasuminen on yleensä yhteisöllistä asumista ryhmäsunnossa. Asumispalveluyksikössä opetellaan ohjatusti arjen taitoja ja elämänhallintaa niin, että itsenäisempi asuminen olisi tulevaisuudessa mahdollista.

Keräsin asukkaiden mielipiteet lomakekyselyllä. Opinnäytetyö oli pääasiassa kvantitatiivinen tutkimus. Vastauksista laskin jakaumat, keskiarvot ja keskihajonnat ja tein tilastollisia testejä saadakseni selville, olivatko vastaukset tilastollisesti merkitseviä. Lisäksi haastattelin jokaisen palveluntuottajan kehittämistyöstä vastaavan henkilön.

Mielenterveyskuntoutajat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä asumisyksiköiden palveluihin. Asukkaiden vastauksissa ei ollut suurta hajontaa. Eri palveluntuottajilta saatiin niin vähän vastauksia, että niiden tilastollisesti merkitseviä eroja ei voitu osoittaa, mutta asukkaiden arvioinnit ovat sellaisenaan tärkeitä. Lomakekysely ei ole paras mahdollinen palautteen keräämistapa, sillä monilla asukkailla oli suuria vaikeuksia ymmärtää kysymykset ja vastata niihin. Vastausprosentti jäi alhaiseksi ja oli 56 %.

Asiasanat: kuntoutuminen, asumispalvelut, asiakastyytyväisyys

Laurea University of Applied Sciences

Abstract

Otaniemi

Social Services

Kirsi Hann

Collection and evaluation of mental health clients' feedback in a sheltered housing unit

Year

2015

Pages

47 + 16

This Bachelor's thesis surveys client satisfaction in outsourced housing services provided by the city of Espoo. A similar questionnaire was conducted three years ago. This thesis is thus a follow-up study which also assesses the change that has taken place in three years. Espoo mental health and substance abuse services will use this information to plan, develop and evaluate the housing services in the future.

It is decreed by law in Finland to provide housing services for mental health rehabilitees. Communal living provides an element of comprehensive rehabilitation. The resident commits to follow a rehabilitation plan, a weekly plan and to visit a day centre or to study. To live in a homely apartment is important whether the arrangement is temporary or permanent. Rehabilitation is a goal-directed and methodical process that aims for independence. Nowadays the client in rehabilitation is in focus and it is essential to respect his individual needs, independence and activity. Housing services are usually provided as community housing in a group home. The residents are guided in housework and societal skills so that they could later move to a more independent form of housing. Individual housing alternatives are currently the goal.

The data was collected by a questionnaire. The thesis was a quantitative study. Distributions, mean values and standard deviations were calculated and statistical tests were run to find out if the differences between the four service producers were statistically significant. The person responsible for the development work in each of the four housing service providers was interviewed.

The clients were mainly satisfied with the housing services. There was no significant deviation in the answers. There were so few answers in the different housing units that it was impossible to prove statistically significant differences. The answers are, however, important as such. A questionnaire is not the best way to collect feedback of this sort as many clients had major difficulties to understand the questions and answer them. The response rate was rather low, 56 per cent.

Keywords: Rehabilitation, Housing Services, Client Satisfaction

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Mielisairaalasta ryhmäkotiin	6
3	Mielenterveyskuntoutuja asumispalveluissa.....	7
	3.1 Mielenterveys on hyvinvointia	7
	3.2 Kuntoutuminen on matka	9
	3.3 Kuntoutumisella on tavoitteet	9
	3.4 Kuntoutussuunnitelma.....	10
	3.5 Asumispalvelut ovat lakisääteisiä ja valvottuja	11
	3.6 Asumispalvelut Espoossa	12
	3.7 Asumispalvelujen rooli kuntoutuksessa	13
	3.8 Asiakaslähtöisyys	14
	3.9 Osallisuus	15
	3.10 Arviointi.....	17
4	Tutkimuksen suorittaminen	18
	4.1 Tutkimusongelma ja tutkimuksen tarkoitus	18
	4.2 Tutkimusympäristö.....	19
	4.3 Aineiston keruumenetelmä	20
	4.4 Aineiston analysointi.....	22
5	Tulosten tarkastelua.....	23
	5.1 Mielenterveyskuntoutujien tyytyväisyys asumispalveluun	23
	5.2 Miesten ja naisten vastausten erot	27
	5.3 Erot palveluntuottajien välillä.....	27
	5.4 Muutos 3 vuoden aikana.....	29
	5.5 Kehittämistarpeita	30
	5.6 Asukkaiden toivomukset	31
	5.7 Työntekijöiden haastattelut	32
6	Pohdinta	34
	6.1 Eettisyys	34
	6.2 Tilastollisen tutkimuksen pulmia.....	35
	6.3 Validiteetti ja reliabiliteetti	37
	6.4 Kriittisiä kannanottoja	37
	6.5 Yhteenveto	40
	Lähteet	43
	Liitteet.....	48

1 Johdanto

Mitä koti merkitsee ihmiselle? Mikä tekee asunnosta kodin? Toisille asuntolan huone voi olla turvallinen ja viihtyisä oma koti, mutta moni ryhmäkodin tai asumisyksikön asukas haaveilee omasta pienestä yksiöstä, jossa on ”oma tupa, oma lupa”. Maassamme on paljon ihmisiä, jotka eivät pysty asumaan itsenäisesti omassa asunnossaan. Ennen oli tavallista, että he asuivat vanhojen vanhempiensa huollettavina tai laitoksissa, kuten vanhainkodeissa. Mielenterveysongelma tai vamma voi johtaa tuen tarpeeseen. Yhteiskunta on ottanut suurperheen paikan, eikä vaivaistaloja ja houruloita onneksi enää pitkään aikaan ole ollut. Laitosasumisesta on siirrytty avopalveluihin osittain taloudellisten säästöjen takia ja osittain se on ideologinen valinta. Ajatellaan, että pienissä, kodinomaisissa yksiköissä on parempi asua.

Aikuisia tukea ja apua tarvitsevia ihmisiä ei tule holhota ja heidän tulee saada osallistua mahdollisimman paljon oman elämänsä päätöksiin ja niiden toteuttamiseen. Palveluasuminen on ihannetapauksessa välivaihe matkalla tukiasumiseen tai jopa itsenäiseen asumiseen omassa asunnossa. Useat kuntoutuvat pitkänkin ajan päästä opiskelun tai työkokeilujen kautta työmarkkinoille. Miten kuntoutujien tarpeisiin voitaisiin paremmin vastata? Onko heillä todellisia mahdollisuuksia vaikuttaa asumisoloihinsa? Mitkä asiat ovat jo hyvin ja toimivia? Miten kuntoutujat kokevat saamansa tuen? Kun ihmistä autetaan itsenäistymään ja kuntoutumaan, onko mahdollistakaan, että hän olisi tyytyväinen kaikkeen, sillä uuden oppiminen ja elämä kokonaisuudessaan on jokaiselle haaste.

Opinnäytetyössäni kerään palveluasunnoissa asuvien mielenterveyskuntoutujien asiakastyytyväisyydestä lomakekyselyllä tietoa, jota tullaan käyttämään toiminnan suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioimisessa. Lisäksi haastattelen kehittämistyöstä vastaavan henkilökunnan edustajan jokaisessa palveluasumisyksikössä. Kysely tehdään neljässä suurimmassa niistä asumisyksiköistä, joissa Espoon kaupunki tuottaa palveluasumisen ostopalveluna. Vastaavanlainen kysely on toteutettu kolme vuotta aiemmin (Ahokumpu, Jalonen & Suomalainen 2012). Opinnäytetyöni on seurantatutkimus, jossa arvioidaan myös tällä välillä tuloksissa näkyvää muutosta. On haastavaa kerätä palautetta sellaisilla tavoilla, että asukkaat voisivat ilmaista tarpeensa ja toiveensa mahdollisimman rehellisesti. Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen ja siirtymisellä yksilöllisemmin kuntouttavaan asumiseen on kasvava tarve.

2 Mielisairaalaista ryhmäkotiin

Suomessa on ollut väkilukuun suhteutettuna paljon mielisairaalaapaikkoja ja hoitoajat ovat olleet pitkiä. Vuosina 1950 - 1969 mielisairaalaapaikkojen määrä kaksinkertaistui ja määrä lähenteli maailmanennätystä (Teperi 2013). Lääkehoidon kehittyttyä mielisairaita pystyttiin paremmin auttamaan, eikä vain sijoittamaan pois muiden silmistä. Psykiatristen sairaalaapaikko-

jen määrä Suomessa alkoi vähentyä vuonna 1973. Sairaalapaikkojen määrä on siitä lähtien vähentynyt dramaattisesti. Vuonna 1983 sairaansijoja oli noin 20 000 mutta vuonna 1993 niitä oli jäljellä enää noin 6 000. (Mattila 2002, 7.)

”Mielisairaalapaikat ovat vähentyneet noin neljännekseen parissakymmenessä vuodessa” (Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas & Lammintakanen 2015, 97), joten niitä on nyt noin 1 500. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuonna 2013 oli 26 561 potilasta ja vuodeosastohoidon hoitajaksoja oli runsaat 38 000. Hoitopäivien määrä oli melkein 1,3 miljoonaa. Psykiatrisen avosairaanhoidon käyntejä oli runsas 1,8 miljoonaa ja potilaita oli 159 131. Hoitopäiviä oli lähes 29 prosenttia vähemmän kuin 2006, hoitajaksoja oli 20 prosenttia vähemmän. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien lisäys oli 31 prosenttia, ja potilaita oli 23 prosenttia enemmän. (THL 2013.)

1960-luvulta 1990-luvulle mielenterveyskuntoutujien asuttaminen oli psykiatrisen hoidon jälkihuoltoa. (Salo 1992, 6; Salo 1996, 13, 69, 197, 299; Salo & Kallinen 2007, 17.) Avohoitoon siirtyminen toi mukanaan tarpeen palvelu- ja tuetulle asumiselle niitä varten, jotka eivät tarvitse akuuttia psykiatrista sairaanhoitoa, mutta eivät selviydy itsenäisesti omassa asunnossaan (Paasu 2005, 9; STM 2007).

Psykiatristen sairaansijojen määrän vähentäminen johti ensin siihen, että osa avohoitopotilaista ei saanut tarvettaan vastaavaa hoitoa ja kuntoutusta. Laitosperinne saattoi jatkaa asumispalveluyksiköissä, joista useimmissa oli lähinnä säilyttävää ja osassa kuntouttavaa toimintaa. (Salo 1996, 299-301; Salo & Kallinen 2007, 327 - 330).

Salo ja Kallinen (2007, 11 - 12) ovat sitä mieltä, että asumispalvelut ”nykymuodossaan” voivat lisätä mielenterveyskuntoutujien eriarvoisuutta ja syrjäytymistä ja kaventaa heidän osallisuuttaan. Tosin kirja on ilmestynyt 7 vuotta sitten. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat lakisääteisiä ja kuntien on järjestettävä ne riittävällä ja tarkoituksenmukaisella tavalla (STM 2007). Kuntoutumiseen sijoitetut varat ovat vain murto-osa laitoshoidon kustannuksista.

Asumisyksiköissä toteutettavan mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on mahdollisimman itsenäinen, itseään toteuttava, elämäänsä ja sosiaalisesti selviytyvä asukas. Hallinnan tunne omaan elämään nähden edesauttaa henkisiä voimavaroja ja selviytymistä kaikilla elämänalueilla. (Romakkaniemi 2011, 61.)

3 Mielenterveyskuntoutuja asumispalveluissa

3.1 Mielenterveys on hyvinvointia

Mielenterveys on yksinkertaisimmillaan tunne-elämän terveyttä: kykyä rakastaa ja tehdä työtä. Mielenterveyden ongelmat esiintyvät ihmissuhde-, toiminta- ja itsetunto-ongelmina. Mielenterveyden edistäminen on elinikäinen prosessi. Mielenterveys on sidoksissa jokapäiväisen elämän kokemuksiin, ihmissuhteisiin, yhteiskuntaan ja kulttuuriin. Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa henkilö ymmärtää oman arvonsa, pystyy selviytymään elämään normaalisti kuuluissa stressitilanteissa ja pystyy työskentelemään tuottavana yhteiskuntansa jäsenenä. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 128; Karjalainen & Kukkonen 2005, 207 - 214.) Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmä mielenterveydestä kuuluu: "A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease" (WHO 2015).

Mielenterveyden häiriöt ovat eritasoisia ja vakava-asteisissa häiriöissä toimintakyky laskee huomattavasti. Diagnoosia tärkeämpää on toimintakyky, ja se miten kuntoutuja itse määrittelee tarpeensa ja tavoitteensa. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ajatusprosesseihin, tunteisiin, käyttäytymiseen ja ihmissuhteissa toimimiseen. Ne voidaan jakaa esimerkiksi ahdistuneisuuteen, psykoottisiin ja persoonallisuuden häiriöihin. Kulttuurimme, kokemuksemme ja odotuksemme määrittävät miten eri tavoin koemme psyykkisen terveydentilamme. Oireet ja toimintakyky eivät ole suoraan verrannollisia. (Ryan & Pritchard 2004, 20 - 22.)

Tuhannet suomalaiset, jopa monet nuoret, joutuvat vuosittain mielenterveysongelmien takia työkyvyttömyyseläkkeelle. Tämä on suuri ongelma sekä yksilöille että yhteiskunnalle. Nuoren eläkeläisen tulotaso jää matalaksi ja hänestä voi tulla sosiaalisesti leimautunut, toivoton ja näköalaton. Työelämän muutos vaativammaksi, pätkätyöt ja jatkuva muutoksen tarve aiheuttaa syrjäytymistä. (Kari ym. 2013, 131; Romakkaniemi 2011, 15; Tontti 2008, 122.)

Useimmilla, muttei kaikilla, tässä tutkimuksessa mukana olevilla palvelukotien asukkailla on skitsofreniadiagnoosi. Skitsofrenia luokitellaan psykoosiksi. Sekä geneettiset että ympäristötekijät vaikuttavat sairauden puhkeamiseen. Skitsofrenia alkaa nuorella aikuisiällä. Suomessa on noin 50 000 skitsofreniapotilasta. Skitsofrenian ennako-oireita on vaikea tunnistaa, eivät-kä kaikki, joilla on ahdistusta, masennusta ja alentunut toimintakyky, sairastu psykoosiin. Sairastuneen kosketus todellisuuteen on häiriintynyt niin, että tosi ja harha sekoittuvat. Skitsofreniaa sairastava saattaa kuulla ääniä ja hänellä voi olla monenlaisia aistiharhoja. Oireisiin kuuluu suuria vaikeuksia kognitiivisissa toiminnoissa, kuten tarkkaavaisuuden, keskittymisen ja muistin alueella. Ahdistuneisuus, unihäiriöt, pelkotilat ja epäluuloisuus ovat yleisiä. Puhe voi olla hajanaista ja käytös outoa tai kiihtynyttä. Sairauden edetessä toimintakyky laskee, tunne-elämä köyhtyy ja sairastunut eristäytyy. Skitsofreniaa sairastavat tarvitsevat pitkäjänteistä ja luottamuksellista hoitoa. Suurin osa heistä on avohoidossa. Hoitoon kuuluu lääkitys ja psykososiaalinen kuntoutus. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 187 - 188; Riikola, Salokangas & Laukkala 2013; Toivio & Nordling 2013, 195 - 199.) Mielenterveys-

ongelmaisten hoidon painopiste on nykyään avohoidossa. Avohoidon riittämättömyyttä kritisoidaan usein. (Korkeila 2011, 30; Mattila 2002, 7.)

3.2 Kuntoutuminen on matka

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on lakisääteistä. Mielenterveyskuntoutuja on täysi-ikäinen henkilö, joka tarvitsee kuntouttavia palveluja ja sen lisäksi mahdollisesti asumispalveluja. Mielenterveyskuntoutus on monialaista ja moniammatillista ja se suunnitellaan yksilöllisesti yhteistyössä kuntoutujan kanssa. Ammattilaiset toimivat kuntoutujan kanssa yhteistyössä tukien, motivoiden ja rohkaisten häntä. Mielenterveyskuntoutuksessa otetaan hoidon ja ohjauksen ohella huomioon perhe, opiskelu, työ ja ihmissuhteet. Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelma tulee tehdä yhteistyössä asiakkaan kanssa neuvotellen. Kuntouttava työote pyrkii asiakkaan riippumattomuuden ja omatoimisuuden lisääntymiseen. Jos asiakkaalle annetaan todellisia vaikutusmahdollisuuksia, kuntoutuminen sujuu yleensä paremmin ja tuottaa tuloksia. Kuntoutujan oma panos ja motivoituneisuus ovat oleellisia, eikä kuntoutujaa enää pitkään aikaan ole nähty enemmän tai vähemmän passiivisena kuntoutuksen kohteena. (Jalava & Seppälä 2010, 252; Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 21 - 28; STM 2007, 13.)

Ohjaustyö sijoittuu terapian ja neuvonnan välimaastoon. Siinä pyritään aikaansaamaan muutos ja luomaan edellytykset kuntoutumiselle. (Narumo 2006, 17.) Kuntoutujalle tulee järjestää vaikutusmahdollisuuksia oman elämänsä päätöksiin. Työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksen onnistuminen on ensiarvoisen tärkeää. (Kettunen ym 2009, 60 - 61; Piirainen & Kallanranta 2008, 101, 103.) Kuntoutus on prosessi, jossa asiakas voi tulla mahdollisimman itsenäiseksi (Wiman 2007, 85). Kuntoutuksen ominaispiirteet ovat tiivistäen tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja prosessinomaisuus (Järvikoski & Härkäpää 2011, 33). Asiantuntijakeskeiset toimintatavat ovat olleet vallitsevina ja edelleen niin käy helposti, jos työntekijät eivät tiedosta asenteitaan. Kliinisestä toimintamallista on siirrytty kuntoutujakeskeiseen toimintamalliin, jonka perustana on yksilöllisyyden kunnioittaminen ja itsenäisyyden ja aktiivisuuden tukeminen (Kettunen ym. 2009, 27 - 29). Joka asiassa ei kuitenkaan voi toimia vain kuntoutujan toiveiden mukaisesti (Kettunen ym. 2009, 46).

3.3 Kuntoutumisella on tavoitteet

Kuntoutumisessa oleellista on toivon herääminen ja herättäminen (Koskisuus 2003, 26; Koskisuus 2004, 25; Romakkaniemi 2011, 182). Psykkinen sairaus vaikuttaa minäkuvaan dramaattisesti, mutta kuntoutumisen edetessä ihmisen minäkuva muuttuu myönteisemmäksi eikä hän enää näe ja määrittele itseään vain sairauden tai diagnoosin kautta (Koskisuus 2004, 29). Mielenterveysongelmaan, kuten mihin tahansa pitkäaikaiseen tai vakavaan sairauteen, täytyy so-

peutua. Aktiivinen sopeutuja tunnustaa sairaudesta aiheutuvat ongelmat, mutta pyrkii etsimään keinoja tai tukea selvitäkseen arkielämässä ja päästäkseen eteenpäin. Passiivinen sopeutuja alistuu, eikä usko että voi vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa, vaan toivoo että joku ulkopuolelta tuleva ratkaisee ongelmat. (Koskisuus 2003, 30.) Sairastuminen tuo mukanaan konkreettisia menetyksiä, muun muassa työkyky on uhattuna väliaikaisesti tai kokonaan. Mielen-terveysongelmaiset ovat usein yksinäisiä ja heidän elämänpiirinsä supistuu. Kaikki tämä aiheuttaa perusturvallisuuden horjumista, mutta kuntoutumisprosessi osittain palauttaa turvallisuuden tunteen. (Koskisuus 2003, 62.) Kuntoutuminen voidaan nähdä matkana. Toipumisen prosessi on pitkä ja parhaimmillaankin kestää vuosia. Uusia selviytymiskeinoja täytyy opetella ja tavoitella aktiivisesti. Kaikki eivät parane täysin terveiksi, mutta omat rajoituksensa hyväksyen voi elää riittävän hyvää elämää, jossa on monia mahdollisuuksia. (Koskisuus 2003, 70; Koskisuus 2004, 28; Kuhanen ym. 2010, 102 - 103.)

Kuntoutuksella on yhteiskunnallinen tehtävä. Väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen on inhimillisesti ja kansantaloudellisesti välttämätöntä. Kuntoutuksella on suuria haasteita 2000-luvulla. Väestön ikärakenne, elatussuhteen epäedullinen kehittyminen ja kaikenikäisten lisääntyvä pahoinvointi haastavat konkreettisiin toimiin kansalaisten hyvinvoinnin ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Erityistä tukea tarvitseville tulee turvata riittävästi työllistämistoimintaa. Kuntoutuksen tavoite on samalla olla eettisesti korkeatasoista ja taata kaikille onnellisuus, itsenäisyys ja oikeudenmukainen kohtelu. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 11 - 13; Kettunen ym. 2009, 7; Koskisuus 2003, 10.) Tavoitteiden tulee olla kuntoutujan omasta mielestä merkityksellisiä. Tavoitteiden tulee olla tarpeeksi pieniä, jotta voi kokea onnistumisen tunnetta, mikä lisää motivaatiota. (Kettunen ym. 2009, 32.)

3.4 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutus on suunnitelmallista ja tavoitteellista. Kuntoutussuunnitelma tehdään jokaiselle mielenterveyskuntoutujalle yksilöllisesti ja sen tehtävänä on määritellä, mihin pyritään. Se on sekä työväline henkilökunnalle että interventio, jonka tehtävä ja tarkoitus on lisätä kuntoutujan tietoisuutta siitä, miten hänen elämäntilanteessaan voisi parhaiten hyödyntää erilaisia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja ja tehdä realistisia valintoja. Kuntoutujan tulisi tietää, mihin suuntaan hän on menossa, missä aikataulussa sinne ollaan saapumassa ja mitä tukea hän matkan varrella saa ja tarvitsee. Kuntoutussuunnitelma auttaa häntä kokemaan hallinnan tunnetta. Asiakkaan tulee poikkeuksetta olla mukana oman kuntoutussuunnitelmansa laatimisessa. Tavoitteet määritellään yhdessä. Käytännössä jokaisella kuntoutujalla on yksi hoito- ja palvelusuunnitelma, joka tehdään siellä, missä on hoitovastuu (pääosin hoitovastuu on psykiatrisilla poliklinikoilla) ja lisäksi asumisyksikkö tekee oman kuntoutussuunnitelmansa, joka on linjassa hoitotahosuunnitelman kanssa, mutta se on yksityiskohtaisempi. (Ahonen 2013; Järvikoski &

Härkäpää 2011, 196-197; Kari ym. 2013, 41; Kettunen ym. 2009, 25; Koskisuus 2004, 124 - 127, 145.)

Espoon kaupungin (2013b) palvelukonseptin mukaan jokaisella Espoon kaupungin asumispalvelujen asiakkaalla on vain yksi hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kuntoutussuunnitelma kuuluu. Se laaditaan kaikille yksilöllisesti ja sen laatimisesta vastaa palveluntuottaja. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatii asiakas, hoitotahon edustaja ja ensimmäisen suunnitelman ollessa kyseessä myös kaupungin edustaja, joka jatkossakin valvoo sen toteutumista. Jokaisella asiakkailla on siis kolmikannassa (kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut, palvelukoti ja asiakas) tehty kuntoutussuunnitelma. Asiakkaan lähiverkostolla ja/tai tukihenkilöllä on mahdollisuus osallistua suunnitelman tekoon. Suunnitelma tarkistetaan aina, kun asiakkaan tilanne muuttuu, ja vähintään 6 kuukauden välein. Asiakas osallistuu aina suunnitelmansa tarkistamiseen. Useimmat asiakkaista (90 %) ovat hoitosuhteessa Jorvin psykiatriaan, ja heillä on vielä Jorvin psykiatrian tekemä hoitosuunnitelma. Näissä on painotusero, HUS keskittyy sairauden hoitoon, palvelukoti käytännön kuntoutumiseen ja arkeen. Ne, jotka eivät ole Jorvin asiakkaita, ovat Espoon terveystaloiden asiakkaita, ja heitä on vain vähän. (Vuorinen 2015.)

3.5 Asumispalvelut ovat lakisääteisiä ja valvottuja

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat lakisääteisiä. Niistä on säädetty mielenterveyslaissa (1116/1990 5 §), sosiaalihuoltolaissa (710/1982 17 §, 22 §, 23 §) ja -asetuksessa (607/1983 10 §), kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989), vammaispalvelulaissa (380/1987), vammaispalveluasetuksessa (759/1987) sekä laissa kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001). (STM 2007, 14; Valvira 2012, 10.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) painottaa muun muassa itsemääräämisoikeutta, asiakaslähtöisyyttä ja vakaumuksen ja yksityisyyden kunnioitusta (Asiakaslaki 2000; Willberg 2002, 18). Kunnat voivat järjestää asumispalvelut itse, kuntayhteistyössä, valtiolta tai hankkia ne yksityisiltä palveluntuottajilta ostopalveluna (Harjajärvi 2009, 8). Asumista ja kuntoutusta ajatellaan tuettavan työsalitoiminnalla ja erilaisilla kuntouttavilla interventioilla.

Mielenterveyspalvelujen järjestämisestä on määritelty mielenterveyslaissa. Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat yhteistyössä avohoidon ja avohuollon järjestämisessä. Koska painotus on avohuollossa, vastuu asumispalveluista ja tukitoimista on suurimmaksi osaksi sosiaalihuollolla. Mielenterveyslaissa 5§:n 2. momentissa todetaan ”Mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten, kun siitä on erikseen säädetty.”

(Kettunen ym. 2009, 210; Mielenterveyslaki 1990; Rätty 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus kokoaa palvelukokonaisuuksia koskevat suositukset ja kuvailee kunkin asumismuodon ominaispiirteet. Palveluasuminen on yleensä yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa ja joskus itsenäisessä asunnossa. Yleensä sosiaali- tai hoitoalan ammattilainen on paikalla päiväsaikaan ja muuna aikana toimii puhelinpäivystys. Monipuolinen kuntoutus sekä omatoimisuuden ja arjessa selviytymisen ohjattu harjoittelu sisältyy palvelukonseptiin. Suosituksessa määritellään myös henkilöstön koulutusvaatimus ja lukumäärä. (Kari ym. 2013, 171; STM 2007, 19-20.)

Valviran Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautisten asumispalvelujen sekä päihdehuollon laitoshoidon valtakunnallisessa valvontaohjelmassa 2012 - 2014 määritellään yksityiskohtaisesti edellytykset hyvälle kuntoutumiselle, ihmisoikeuksia kunnioittavalle kohtelulle ja itsenäisen ja yksilöllisen elämän turvaamiselle. Lähtien siitä, että jokaisella tulee olla oma huone, määritellään henkilökunnan rooli ja asukkaiden osallistumismahdollisuus niin ruuanlaittoon kuin yhteiseen päätöksentekoon. Yksilöllisiä tarpeita on kunnioitettava sen sijaan että ylikorostettaisiin yhteisöllisyyttä. (Salo 2010, 56-58; Valvira 2012, 10.)

Asumispalveluja on pyritty yhdenmukaistamaan. Valviran valtakunnallisen valvontaohjelman 2012-2014 mukaan ”Palveluasumisessa asiakkaat saavat päivittäistä tukea, apua ja palveluita omatoimisen suoriutumisen mahdollistamiseksi. Palveluntuottaja järjestää asumiseen liittyvät palvelut (esimerkiksi avustaa liikkumisessa, pukeutumisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa, ruoka-taloudessa ja asunnon siivouksessa) sekä asukkaan terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden edistämiseksi tarvittavat palvelut.” (Valvira 2012, 10.)

Asumispalvelujen asiakkaalle oma huone ryhmäkodissa on koti. Toisaalta omasta kodista puhuttaessa tarkoitetaan useimmiten omaa asuntoa, esimerkiksi tukiasuntoa, johon asumisyksiköstä haluttaisiin muuttaa. (Kuusterä 2009, 77 - 78.)

3.6 Asumispalvelut Espoossa

Espoon kaupunki hankkii psykiatrista palveluasumista silloin, kun asiakas tarvitsee kuntoutusta, hoitoa ja/tai huolenpitoa eivätkä avopalvelut riitä omassa kodissa selviytymiseen. Espoon kaupunki ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta vuositasolla noin 170 paikkaa. Espoon kaupunki ostaa palveluasumista, tehostettua palveluasumista sekä tukiasumista. (Espoon kaupunki 2013a.)

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (Asiakaslaki 2000) mukaisesti kaupungin työntekijä tekee asiakkaalle palveluasumisesta päätöksen, josta käy ilmi myönne-
tyt palvelut, palvelujen myöntämisaika sekä asiakasmaksut. Asiakkaan tarvitsemaa palvelua
selvitettäessä otetaan huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu, yksilölliset tarpeet,
äidinkieli ja kulttuuritausta. Asumisyksikön täytyy olla Espoossa tai Espoon naapurikunnissa.
Asumisyksikköön muuttaminen valmistellaan yhteistyössä Espoon kaupungin edustajan kanssa.
Omaisten tai edunvalvojan toiveet otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon. Asuinpaikasta
uuteen siirtymisen Espoon kaupungin edustaja ja palveluntuottaja hoitavat yhteistyössä. Pal-
veluntuottaja ja kaupunki seuraavat esimerkiksi itsenäiseen asumiseen siirtyjien määrää, sai-
raalahoitajaksoja, työtoiminnassa tai opiskelemissa olevien määrää, lääkityksessä ilmeneviä
ongelmia ja asiakaspalautetta. (Espoon kaupunki 2013b.)

Espoon kaupungilla on valvontasuunnitelma, jonka perusteella asumispalvelutoimintaa valvo-
taan. Pääsääntöisesti jokaisella asiakkaalla on yhden hengen huone, joka on kooltaan vähin-
tään 15 m² ja kahden hengen huone on vähintään 20 m². Lähtökohtaisesti jokaisella asiakkaal-
la on oma WC, mutta vähintään 1 WC/kylpyhuone enintään kolmea asiakasta kohden. Asiak-
kaille tulee järjestää mahdollisuus pestä pyykkiä, siivota ja laittaa ruokaa. Henkilökunnan
tehtävänä on edesauttaa asiakkaiden kiinnostusta ympäristöönsä ja tukea asiakasta asumisyk-
sikön ulkopuolella liikkumisessa ja tarvittaessa lähteä asiakkaan mukaan asiointitilanteisiin.
Asuinympäristössä on virikkeitä ja sosiaali- ja terveystoimen palvelut ovat saavutettavissa.
Harrastukset otetaan huomioon ja järjestetään yhteisiä juhlia. Monipuolisen palvelukonseptin
mukaisesti henkilökunta on mukana edistämässä asiakkaan yhteydenpitoa hänen sosiaaliin
verkostoihinsa. Vertaistukiryhmille luodaan edellytykset. Kulttuuri- ja viriketoiminnan järjes-
tämistä on kirjallinen suunnitelma. (Espoon kaupunki 2013b.)

3.7 Asumispalvelujen rooli kuntoutuksessa

Asumispalveluyksikkö on kuntoutumisen työkalu. Asuminen on ihmisoikeus, mutta asumisval-
mennus on kuntoutuksen muoto. Asumispalveluyksikössä on tarkoitus oppia arjen taitoja ja
elämänhallintaa niin, että itsenäisempi asuminen olisi tulevaisuudessa mahdollista (Koskisu
2004, 201 - 202). Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tärkeimmät ulottuvuudet ovat inhimilli-
nen kohtelu, kuntoutumisen tukeminen sekä osallisuus ympäröivään elinyhteisöön ja yhteis-
kuntaan. Kuntoutuksessa keskeistä on vuorovaikutus, sekä ohjaajan ja kuntoutujan välinen
että kuntoutujien vertaiskokemukset (Vilkkumaa 2007, 34). Asumisyksikön työntekijöiden ja
asukkaiden välisten vuorovaikutussuhteiden tulee olla tasavertaisia ja kunnioittavia. Asukka-
iden rajoitteista huolimatta heitä tulee kohdella vastuullisina ja itsenäisinä aikuisina. Jokainen
asukas on ainutlaatuinen persoona ja hänen on saatava elää mahdollisimman itsenäisesti.
(Kettunen ym. 2009, 38; Salo 2010, 36.) Tutkimuksessa mukana olevat yksiköt ovat päihdeet-
tömiä.

Kuntouttavana elementtinä on tavallisten arjen taitojen opettaminen ja harjoittelu. Näihin kuuluvat kodinhoito, ruuanlaitto, vaatteiden huolto, fyysisestä kunnosta huolehtiminen ja terveellinen ravitsemus. (Salo 2010, 42; Willberg 2002, 22.) Yhdessä tekemisellä on tavoitteena kuntoutujan autonomia ja omatoimisuus. Tämä nähdään yleensä tavoiteltavana, mutta Vilkkumaa (2007, 35) esittelee ajatuksen, että sosiaalisen kuntoutuksen päämääränä olisikin yksinäisyyteen tottunut ihminen. Työntekijöiltä saatava ja tarvittava tuki on emotionaalista, sosiaalista ja käytännöllistä (Willberg 2002, 26). Tavoitteet on asetettava asiakaslähtöisesti yhdessä kuntoutujan kanssa ja niiden on tarjottava onnistumisen kokemuksia (Kari ym. 2013, 185). Asiakkaan ja hänen omaistensa mukaan ottaminen suunnitelman tekoon ja arviointiin on kuntoutumisen kannalta tärkeintä. Lähtökohtana suunnittelulle täytyy olla asiakkaan tarpeet ja kyvyt. (Willberg 2002, 41.)

Asumispalveluissa tuetaan kokonaisvaltaisesti asukkaiden elämää, vapaa-ajan viettoa, suhteita omaisiin ja osallistumista oman elämän subjekteina. Asumispalvelut voidaan nähdä yhteisöhoitona, jossa kaikella, mitä tehdään, on hoidolliset ja kuntouttavat tavoitteet. Kotiaskareita tehdään yhdessä opetellen arkielämän taitoja. Päätökset tehdään yhteisökokouksissa, säännöistä sovitaan ja ristiriitoja selvitetään yhdessä. Ihanteellisessa tapauksessa tuen tarve vähenee ajan myötä asukkaan itsenäistyessä. (Harjajärvi 2009, 29-30; Kuhanen ym. 2010, 106-107.) Useissa asumisyksiköissä järjestetään päivätoimintaa tai niillä on erillinen työsalit. Päivätoiminnassa opetellaan ja harjoitellaan itsenäisen elämän taitoja, mutta päivätoiminta tulee suunnitella harkiten asiakkaiden tarpeita vastaavaksi, jotta se on oikeasti kuntouttavaa. (Koskisuu 2004, 207-208.)

3.8 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on johtavia periaatteita sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaisuuden toteuttamiseksi ja se on kirjattu hallitusohjelmiin, lakeihin ja kannanottoihin (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 17). Asiakaslähtöisyys on Helénin (2011, 155 - 158) mielestä monimutkainen ja ambivalentti toimintamalli. Asiakaslähtöisyydestä puhutaan paljon, mutta ensisijaisesti mielenterveyspolitiikassa termi määrittää hoitosuhdetta. Asiakaslähtöistä hoitoa luonnehtivat yhdenvertainen yhteistyö, dialogisuus, voimavarat ja voimaantuminen. Voimaannuttavan hoitotyön päämäärä on asiakkaan omatoimisuus, elämän hallinta, päätösvaltaisuus ja itsenäisyys. Aito vuorovaikutus syntyy vasta, kun asiakasta pidetään oman tilanteensa subjektina ja asiantuntijana. Palvelut pyritään tuottamaan mahdollisimman yksilöllisesti. (Järviskoski & Härkäpää 2011, 189; Kokkola ym. 2002, 21 - 23.)

Työntekijöiden tapa työskennellä tai asettaa tavoitteet voi olla asiakaslähtöistä. Asiakaslähtöisyyden tasot ovat organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta, asiakaslähtöinen yhteis-

työsuhde ja ammattilaisen toiminta. (Laitila 2010, 8; Rissanen 2013, 12.) Asiakslähtöisyys ei tarkoita sitä, että asiakas tilaa ja henkilökunta tuottaa, tai että asiakas saisi päättää kaikesta hoitotoiminnasta ja tukeen liittyvästä. Päätöksistä tulee neuvotella ja kaiken pohjalla on suhde ja yhteistoiminta. (Helén 2011, 157.)

Jos asiakas nähdään sopimusosapuolena ja kuluttajana, asiakkaalla on monta roolia: hän on palvelun käyttäjä, tarvitsemansa palvelun valitsija ja osallistuja. Asiakas myös näennäisesti hallitsee omaa elämäänsä ja tekee yhteistyössä ammattiauttajien kanssa hoitosopimuksen. Sopimukseen liittyy kontrolli ja rangaistukset, jos niitä rikotaan, kuten etuuksien tai sovittujen lomien menetys. Asiakasta suunnataan hallitsemaan elämäänsä ja itseään ja voimaan hyvin, mutta häntä ei nähdä tasaveroisena kansalaisena, poliittisena subjektina. (Helén 2011, 170 - 171.)

Mielenterveystyön kehittämisen lähtökohdaksi tulisi olla asiakas (Helén 2011, 170). Kaiken arvioinnin lopputuloksena mielenterveyspalvelut ovat Helénin (2011, 173) mielestä yhä enemmän muuttuneet projektiluontoiseksi. Yksilöllisyyden tavoite ja järjestelmä ovat ristiriidassa. Asumisen ja palvelut voi eriyttää, ja tavoitteena on siirtyminen kohti yksilöllisiä ratkaisuja tuettuun asumiseen, palveluasumiseen ja tuettuun palveluasumiseen jaotellun sijaan. Toisaalta taloudelliset realiteetit ja resurssit ovat määräävä tekijä asumispalvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Harajärvi 2009, 11 - 12.)

3.9 Osallisuus

”Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä mielenterveys- ja päihdetyön keskeisenä tavoitteena on palveluiden käyttäjien ja asiakkaiden osallisuus.” Osallisuudesta puhutaan nykyään kaikkialla. Osallisuus on sekä keino saavuttaa tavoite että päämäärä itsessään. (Laitila 2010, 7.) Osallisuutta korostettaessa halutaan saada asiakkaiden ääni kuuluviin ja voimaannuttaa tai valtaistaa (empowerment) heitä (Laitila 2010, 8). Osallisuus on enemmän kuin osallistuminen. Asiakkaalla tulisi olla konkreettinen mahdollisuus vaikuttaa käyttämäänsä palveluun. Hyväksyttäessä osallisuus hyväksytään palvelun käyttäjät asiantuntijoina, otetaan heidät huomioon ja hyödynnetään heidän kokemustaan. Asiakas voi olla osallinen omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa, mutta myös kehittämässä ja järjestämässä palveluja. (Laitila 2010, 8; Rissanen 2013, 13.) Osallisuus mahdollistaa yhteiskuntaan kiinnittymisen, kokemuksen jäsenyydestä sekä antaa mahdollisuuden osallistua, toimia ja vaikuttaa. Kuntoutuksen tarkoitus on ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä - toisin sanoen vahvistaa sosiaalista osallisuutta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 147; Laitila 2010, 8 - 9.) Osallisuuteen kiinteästi liittyviä käsitteitä ovat ”asiakslähtöisyys, voimaantuminen, itsemäärääminen, autonomia ja sosiaalinen inklusio” (Laitila 2010, 57).

Muutoksia ja parannuksia on vaikea saada aikaan, jos ei osallisteta palveluiden käyttäjiä, jot-

ka ovat itse käyttämiensä palveluiden parhaita asiantuntijoita (Laitila 2010, 86). Laitilan (2010, 87, 110) mukaan ”asiakkaiden osallisuus ei aina toteudu”. Asiakkaiden mielipiteiden ja kokemusten kuulemiseen ei varata aikaa eikä henkilökunnalla välttämättä ole tarpeeksi osaamistakaan. Mielenterveys- ja päihdetyön toimintaympäristö ja organisaatioiden kulttuuri sanelevat mahdollisuudet, eivätkä asiakkaat välttämättä uskalla tai halua osallistua (Laitila 2010, 87 - 88). Omaan hoitoon sitoutumisen ja motivoitumisen vuoksi olisi tärkeää saada osallistua omaa hoitoa ja kuntoutusta koskeviin päätöksiin (Laitila 2010, 89). Osallisuus ei saa olla vain aktiivista ponnistelua, vaan sen on toteuduttava yhteisön osana. Omassa kuntoutusprosessissa osallisena oleminen avaa konkreettisia mahdollisuuksia ja yksilöllisiä ratkaisuja (Jalava & Seppälä 2010, 254 - 257).

Asiakkaille järjestetään monenlaisia hoitoneuvotteluja, -keskusteluja ja -palavereita. Parhaimmillaan mielipiteitä vaihdetaan tasaveroisesti ja päätökset voidaan tehdä yhdessä. Usein ajatellaan, että osallisuus on vain osallistumista asumisyksikön henkilökunnan järjestämään toimintaan. (Laitila 2010, 91.)

Ihannetapauksessa asiakas kokee, että häntä kuullaan ja osallisuus omaan palveluprosessiin saa hänet tuntemaan arvostusta, kunnioitusta ja täysivaltaisuutta (Laitila 2010, 111). Laitilan (2010, 146) tutkimuksen mukaan osallisuus ei toteudu mielenterveys- ja päihdetyössä tarpeeksi. Stakesin raportissa vuodelta 2007 (Korhonen, Julkunen, Karjalainen, Muuri & Seppänen-Järvelä 2007, 26) painotetaan tarvittavan asiakkaiden osallistamista ja voimavarakeskeistä ajattelua. Laitilan (2010, 8) tutkimukseen osallistuneista asiakkaista osa oli sitä mieltä, ”ettei asiakaslähtöisyys kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön tai se on pelkkää retoriikkaa”. Asiakkailla on kuitenkin totuttua enemmän halua ja kykyä olla mukana palvelujen kehittämässä ja he voivat jopa korjata asioita, joita ammattiauttajat ja päättäjät eivät huomaa. Asiakasosallisuus on tie laadukkaisiin palveluihin, käyttäjälähtöisyyteen ja vaikuttavuuteen. Palvelumuotoilu lähtee asiakkaiden kokemuksista ja tarpeista. (Helsingin kaupunki 2013; Risänen 2013, 14.)

Kehittämistoiminnassa tarvitaan aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Se on sosiaalinen prosessi. Osallisuus on nykyään kehittämistoiminnassa oleellinen ja merkittävä tekijä. Osallistaminen on terminä ristiriitainen, sillä vaikka joku osallistaa asukkaita, heidän odotetaan vievän prosessia eteenpäin omilla ehdoillaan ja itsensä määrittelemään suuntaan. Kehittämistoiminnassa asiakkaiden, työntekijöiden ja sidosryhmien osallistumisesta on paljon hyötyä. Jotta asukkaiden tarpeet ja intressit huomioitaisiin, heidät on otettava mukaan suunnitteluun alusta asti. Osallistuminen lisää sitoutumista kehittämiseen. Asukkailla on myös sellaista tietoa (hiljainen tieto), jota virkamiehet eivät välttämättä osaa ottaa huomioon. Eri osapuolet pyritään saamaan aitoon dialogiin. Pyritään laajenevaan dialogiin, jossa kaikki oppivat toisiltaan. (Toikko & Rantanen 2009, 89 - 93, 99, 101.) Sosiaalipedagogisen osallisuuskäsityksen

lähtökohtana on vahva ajatus vuorovaikutuksellisuudesta, kokemuksellisuudesta ja tasa-arvosta (Nivala & Ryyänen 2013, 16).

Osallistavassa kehittämisessä voidaan hyödyntää useiden asiantuntijoiden osaamista. Tutkijat, ammattilaiset, kehittäjät ja palvelukäyttäjät (asukkaat) voivat osallistua kehittämistyöhön yhdessä. Asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia tulee vahvistaa ja ottaa heidät tasaveroisina mukaan muutos- ja uudistustyöhön. Palvelujen käyttäjien kokemuksia ja asiantuntemusta hyödynnetään yleensä liian vähän. (Hyväri & Laine 2012, 48 - 49, 52 - 58.)

3.10 Arviointi

Patton (1997, 23 kts Rajavaara 1999, 37) määrittelee arvioinnin ”systemaattiseksi tiedonkeruiksi toimenpideohjelmien piirteistä, toiminnoista ja tuloksista”. Arviointi ei ole arvostelua tai puutteiden luettelointia. Arvioinnin avulla tehdään havaintoja, johtopäätöksiä, parannuksia ja kehitetään toimintaa. (Virtanen 2007, 25.) Arviointi alkaa arvioinnin tarpeen kartoituksella (Virtanen 2007, 145). Arviointi suoritetaan etukäteen valittujen arviointikäsitteiden avulla ja niiden valinnassa on oltava kriittinen. Arviointikäsitteitä voi olla esimerkiksi osallistujamäärä, osallistujien tyytyväisyys tai oppimistulokset. Kun arviointikäsitteet operationalisoidaan, niistä muodostuvat arviointikriteerit. (Virtanen 2007, 148 - 149.) Tutkimusmenetelmiä täytyy osata soveltaa joustavasti (Virtanen 2007, 158, 174). Arvioinnin hyödyntämistä tulee ajatella heti arviointiprosessin alusta asti. Arvioinnin pitää olla tarvelähteinen eli arvioinnin tuloksilla on kysyntää. Arvioinnin tulokset pitää tulkita, ja lopputulos on joko uudet, muuttuneet käsitykset, olemassa olevien käsitysten vahvistuminen tai arvioinnin tulosten torjunta. (Virtanen 2007, 202 - 204, 207.)

Laatusuosituksissa todetaan, että asiakkailta tulisi kerätä palautetta vähintään kerran vuodessa (STM 2007, 28). Asiakkaiden toiveita on tietysti hyvä kerätä, mutta vuosi tuntuu lyhyeltä väliltä oleellisille muutoksille paitsi jos asumisajat ovat lyhyitä. Arviointi on aina apuväline eikä itsetarkoitus. Turhaa tietoa ei pidä kerätä, vaan kaikkea kerättävää arviointitietoa tulee voida hyödyntää. Hyvinvointipalveluissa arvioinnin avulla voidaan osoittaa toiminnan tehokkuus, taloudellisuus ja vaikuttavuus. (Kivipelto 2006, 49; Korhonen ym. 2007, 31, 37.) Arvioinnin kohteena voi myös olla, onko asiakasryhmän valtaistaminen onnistunut (Kivipelto 2006, 63).

Asumisyksiköiden ostopalvelusopimus velvoittaa kattavaan arviointiin ja raportointiin. Asumisyksikön täytyy myös osata hinnoitella palvelunsa kilpailukykyisesti. Arviointi edesauttaa työn reflektointia ja kehittämistä. (Saario 2011, 189, 191, 211.) Arvioinnin tulee olla läpinäkyvää, tilivelvollista ja seurannan ja suunnittelun väline. Arviointiosaaminen sosiaalipalveluissa on hajanaista. Arvioinnilla voi perustella muutoksia ja vaikuttaa yhteiskunnallisesti.

Liian niukat resurssit vaikeuttavat sekä arviointia että arvioinnin tulosten soveltamista. (Korhonen ym. 2007, 33 - 34, 38.)

Lomakekyselyillä kerätyt palautteet ovat hyvä väline toiminnan kehittämiseen, mutta ne eivät yksinään riitä arvioinnin aineistoksi. Palautteen kerääminen ei vielä tarkoita arviointia. Palautteita pitää käsitellä ja tuloksia verrata arviointikriteereihin. Sitten voidaan tehdä johtopäätökset. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 63 - 64; Robson 2000, 25.) Salo ja Kallinen (2007, 327) toteavat, että heidän kyselytutkimuksessaan parhaimman ja heikoimman asumispalveluyksikön välinen ero on melkein seitsenkertainen, jota Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen (2012, 20) kritiikittä siteeraavat. Vaikka joidenkin numeeristen tunnuslukujen arvo parhaassa yksikössä on seitsemän kertaa suurempi kuin heikoimman yksikön vastaava arvo, se ei merkitse sitä, että toinen asumisyksikkö on seitsemän kertaa parempi kuin toinen. Tulos koskee raportoitua muuttujaa ja mittayksikköä eikä ole yleistettävissä.

Euroopan Unionin ITHACA-hankkeessa on arvioitu ihmisoikeuksien toteutumista. Mielensterveyskuntoutujien ihmisoikeuksia poljetaan joskus. He elävät joko laitoksessa tai asumispalveluyksikössä, jossa itsemääräämisoikeus ja päätöksenteko voi olla rajoitettua. Asukkaita veloitetaan tekemään yksiköissä ilmaista työtä, mitä kritisoidaan. Toisaalta työnteko on kuntouttavaa. Asumispalveluja tulisi arvioida julkisesti, eikä pelkästään palveluntuottajan sisäisenä arviointina. (Salo 2010, 42; ITHACA-hankeryhmä 2011, 5 - 6.) Oikeus elää yhteisössä laitoksen sijasta toteutuu Suomessa (ITHACA-hankeryhmä 2011, 64).

4 Tutkimuksen suorittaminen

4.1 Tutkimusongelma ja tutkimuksen tarkoitus

Opinnäytetyön aihetta ehdotti Espoon kaupungin mielensterveys- ja päihdepalvelukeskus. Mielensterveys- ja päihdepalvelut kattavat sekä avo- että laitospalvelut. Espoon mielensterveys- ja päihdepalvelukeskuksella ja Laurea-ammattikorkeakoululla on monivuotinen yhteistyösopimus, jonka pyrkimyksenä on arvioida ja kehittää Espoon mielensterveys- ja päihdepalvelukeskuksen palveluja. Opinnäytetyöni tarkoitus oli kerätä asukailta palautetta ja työntekijöiltä kokemuspohjaista tietoa sekä arvioida, onko tämä lomakekysely jatkossa käyttökelpoinen arviointimenetelmä, jonka avulla saataisiin asiakkaiden ääni kuulluksi. Kaupunki haluaa kehittää palvelujaan ja toimintaansa asukkaiden palautteen ja mielensterveys- ja päihdepalvelukeskuksen työryhmän arvioinnin pohjalta.

Työni lähtökohta oli toistaa vuonna 2011 palvelukodeissa toteutettu asiakastytyväisyyskysely. Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen laativat opinnäytetyönään (2012) kyselylomakkeen ja toteuttivat asiakastytyväisyyskyselyn. Espoon mielensterveys- ja päihdepalveluiden asiantunti-

jat toivoivat kyselyn toistettavaksi. Tarkoitukseni oli ensin verrata tuloksia vuosilta 2011 ja 2014 ja sen jälkeen haastatella johtava ohjaaja jokaisessa asumisyksikössä. Koottuani kyselylomakkeista avoimeen kysymykseen tulleet sanalliset vastaukset annoin ne asumisyksiköihin tiedoksi, minkä jälkeen kävin haastattelemassa jokaisessa johtavan ohjaajan. Kyselytutkimuksen vastaukset analysoin vasta lopuksi.

Tutkimuskysymykset olivat

- Miten tyytyväisiä espoolaiset mielenterveyskuntoutujat ovat saamaansa asumispalveluun?
- Onko eri palveluntuottajien asiakkaiden kokemassa tyytyväisyydessä eroja?
- Mitä muutosta asiakastyytyväisyydessä on havaittavissa 2011-2014?
- Millaisia kehittämistarpeita asumispalveluissa on?

4.2 Tutkimusympäristö

Asumispalveluissa jokaisella on oma huone ja yksiköllä on yhteiset oleskelu- ja ruokailutilat, keittiö ja sauna. Henkilökuntaa on työssä aamusta iltaan ja öisin on puhelinpäivystys. Asumispalveluihin kuuluu yhteinen ruokailu ja henkilökunnalta saatava yksilöllinen ja henkilökohtainen tuki.

Kyselytutkimuksen kohteena oli 4 mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikköä. Palveluntuottaja 3:lla on 4 yksikköä Espoossa ja Kirkkonummella. Palveluntuottaja 2:lla on 4 asumisyksikköä eri puolilla Espoota ja työsalia. Palveluntuottaja 4 sijaitsee kahdessa kohteessa Kirkkonummella ja heillä on työsalia. Suurin osa asumisyksiköistä on pienehköjä ja kodinomaisia eivätkä ne erotu ulospäin mitenkään naapuruston omakotitaloista. Yksi 4 hengen yksikkö sijaitsee kerrostalossa ja palveluntuottaja 1 on suurempi asumispalveluyksikkö, joka on jaettu seitsemään osastoon. Nämä neljä ovat suurimmat niistä asumispalveluntuottajista, joista Espoon kaupunki ostaa asumispalveluita. Vain espoolaiset asukkaat osallistuivat tutkimukseen. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyseessä on seurantatutkimus, joten tutkimus toteutettiin samoissa yksiköissä kuin vuonna 2011.

Koska asumisyksikkö on asukkaiden koti ja tutkimuksen tuli häiritä heidän elämäänsä mahdollisimman vähän, kävin erikseen kaikissa asumisyksiköissä paitsi palveluntuottaja 4:n työsalilla. Ohjaajat valitsivat ajankohdat ja ne olivat joko aamukokouksen yhteydessä tai illalla ruokailun jälkeen, jolloin kaikki asukkaat olivat paikalla. Tutkimusjoukko eli mukana olevissa asumispalveluyksiköissä asuvat espoolaiset asukkaat oli 149 henkilöä, joista kyselyyn vastasi 83 henkilöä. Sukupuolensa ilmoitti heistä 76, joista miehiä oli 43 eli 57 % ja naisia 33 eli 43 %. Palveluntuottaja 1:ssä vastauksia tuli 33 eli 53 %, palveluntuottaja 2:ssa 23 eli 53 %, palvelun-

tuottaja 3:ssa 19 eli 70 % ja palveluntuottaja 4:ssa 8 eli 47 %. Koko kyselytutkimuksen vastausprosentiksi tuli 56 %. Vuonna 2011 vastausprosentti oli 70 %.

4.3 Aineiston keruumenetelmä

Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen (2012, 23 - 55) laativat opinnäytetyönään kyselylomakkeen ja analysoivat saamansa vastaukset. Heidän toteuttamansa kokonaistutkimus oli samalla esitutkimus tai testaus, koska heidän tehtävänä oli tehdä Espoon kaupungille kyselylomake toistuvaa käyttöä varten. Lomakkeessa oli 45 väittämää ja sen täyttäminen oli kestänyt jopa 45 minuuttia, mikä on selkeästi liian pitkä aika. Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen (2012, 56) laskivat kysymyksille Pearsonin korrelaatiokerroimet ja poistivat päällekkäiset kysymykset. He poistivat myös epäolennaiset ja muuttivat vaikeaselkoiset kysymykset. (Fink 2009,41; Heikkilä 2004, 90, 203; Metsämuuronen 2002, 30.) Tämän suurella ryhmällä toteutetun testauksen jälkeen lomakkeesta saatiin muokattua sopivan pituinen (Vehkalahti 2008, 48).

Tätä versiota käytin sellaisenaan tässä tutkimuksessa (Asiakastyytyväisyyskysely, liite 3) sovituaani siitä ensin ohjaavan opettajan ja kaupungin edustajan kanssa. Kysymyksiä asukastyytyväisyydestä oli 30 kappaletta ja niitä oli kuusi eri pääluokkaa: tilat, palvelut, ruoka, henkilökunta, päivätoiminta ja asumisyksikön ilmapiiri. Lomakkeen täyttämiseen kului tutkimukseen osallistuneilta 5-30 minuuttia.

Määrälliset aineistot pystytään analysoimaan nopeammin kuin laadulliset ja analyysivaiheessa tulkinnanvaraisuutta on vähemmän. Kun kyselylomake on kerran tehty, tutkimus on helppo toistaa. Sitä on mahdollista käyttää toistuvasti, jos Espoon kaupunki haluaa seurata asiakastyytyväisyyttä pidemmällä aikavälillä näillä samoilla kriteereillä. Kun asiakkaiden mielipiteet saadaan esitettyinä lukuina, tutkimus vaikuttaa uskottavalta. Toisaalta määrälliset aineistot ovat haastavia. Jos halutaan olla aivan varmoja siitä, että vastaajat vastaavat siihen, mitä kysymystä laadittaessa on tarkoitettu, kyselylomaketta pitää huolellisesti suunnitella ja testata. (Aalto-Kallio ym. 2009, 72-73; Robson 2000, 127, 129, 149.)

Kyselytutkimuksia tehdessään tutkija voi olla niin sanotun objektiivisuuden harhan vallassa. Kun raportoidaan määrällisiä aineistoja, tutkijan ei tule harkittua, ovatko hänen ennakoasenteensa vaikuttaneet kysymysten muotoiluun ja onko jokin olennainen kysymys jäänyt kokonaan pois. Kaikkia ryhmiä ei saavuteta kyselyn keinoin, esimerkiksi syvästi masentuneet tai syrjäytyneet eivät jaksavat vastata kyselylomakkeisiin. (Aalto-Kallio ym. 2009, 73.) Kysely suoritettiin informoituna ja avustettuna, että kaikki halukkaat pystyivät osallistumaan. Silti se oli usealle hyvin vaikeaa.

Kyseessä on kvantitatiivinen tutkimus ja lomakekysely, jossa väittämiä kuvataan 5-portaisella Likert-asteikolla (Heikkilä 2004, 53; Vehkalahti 2014, 35). Likert-asteikko on järjestysasteikko, mutta jotta vastauksista pystyttäisiin laskemaan keskiarvot ja keskihajonnat, sitä käytetään yleisesti ikään kuin se olisi välimatka-asteikko. Tällöin asteikossa on oltava selvä jatkumo ääripäästä toiseen ja keskimmäisen vaihtoehdon on oltava neutraali ”ei samaa eikä eri mieltä” tai ”yhtä paljon hyvää kuin huonoa”. Tämä vaihtoehto ei ole ”en osaa sanoa”, vaikka se joskus tulkitaankin niin. (Vehkalahti 2014, 35 - 36.)

Ennen kyselylomakkeen täyttämistä ohjeistin sanallisesti, mitä eri vaihtoehdot olivat, ja että keskimmäinen vaihtoehto oli ”yhtä paljon kumpaakin, ei hyvä eikä huono”. Kun joku kertoi vastauksensa olevan ”en osaa sanoa”, neuvoin jättämään sen kysymyksen vastaamatta. Jos Likert-asteikkoa käytettäessä ”en osaa sanoa” vaihtoehto on mukana, se on sijoitettava reunaan ja sille annettava numeeriseksi arvoksi 0 (Vehkalahti 2014, 36). ”Ei samaa eikä eri mieltä” vaihtoehdolle tulee numeeriseksi arvoksi 3 asteikolla 1 - 5. Jos lomaketta tullaan käyttämään jatkossa, voisi olla hyvä miettiä keskimmäiselle vaihtoehdolle yksiselitteinen sanallinen ilmaisu, tosin ”ei samaa eikä eri mieltä” on yleisesti käytössä.

Numeroiden sijasta lomakkeessa on hymiöitä, jotta se olisi helposti ymmärrettävä. Kysymysten on oltava yksiselitteisiä ja selkeitä. (Fink 2003, 29; Fink 2009, 25, 37.) Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen (2012) valitsivat alun perin kvantitatiivisen tutkimuksen, että saataisiin tutkittua tietoa kaikista asumisyksiköistä ja kaikilta asumispalvelujen asiakkailta ja että luotaisiin mittari, joka on helposti toistettavissa. Tämä on asiakaskyselyn osalta seurantatutkimus ja valitaan sama tiedonkeruutapa, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisia.

Lomakekysely tehtiin informoituna ja tarvittaessa avustettuna. Kyselylomakkeessa oli 30 kysymystä asteikolla 1-5 ja lisäksi kysyttiin yleisarvosana asteikolla 4-10 sekä avoimena kysymyksenä asukkaiden toivomuksia asumisyksiköltä. Vehkalahti (2008, 38) mukaan kouluarvosana-asteikkoa ei kannata käyttää, mutta koska kyseessä on seurantatutkimus, se myös tältä osin toistettiin. Taustakysymykset valmiissa lomakkeessa (liite 3) olivat sukupuoli, ikä ja kuinka kauan on asunut kyseessä olevassa asumisyksikössä.

Jokaisella palveluntuottajalla tein lisäksi yhdelle henkilökunnan edustajalle suppean haastattelun. Haastattelu täydensi kyselylomakkeesta saatavia tietoja. Jokaiselta tutkimuksessa mukana olevalta palveluntuottajalta pyysin saada haastatella henkilön, joka on vastuussa kehittämisestä, joten valitsin haastateltavat, joilla oli pitkäaikaista kokemusta asiasta (Vilkkä 2007, 114). Eräs johtajista delegoi haastattelun yksikön vastaavalle hoitajalle, joka ei tarkalleen tiennyt palveluntuottajan asioista kokonaisuutena. Tähän asumispalveluyhtiöön kuuluvat yksiköt ovat tiloina täysin erilaiset.

Koska haastattelu oli puolistrukturoitu, en tehnyt lisäkysymyksiä haastattelujen aikana, vaikka uusia aiheita tuli puheeksi ja niistä olisi ollut mielenkiintoista kysellä. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikilla haastateltavilla on samat kysymykset, mutta haastateltava saa vastata vapaasti (Eskola & Suoranta 2008, 86; Robson 2000, 137). Vaikka haastattelut on litteroitu, en analysoi materiaalia, vaan vain erittelen sitä.

Haastattelukysymykset olivat

- millaisilla asioilla kuntoutumista edesautetaan?
- miksi luulet asiakkaiden kokevan, etteivät voi vaikuttaa tarpeeksi kuntoutussuunnitelmansa laatimiseen?
- miten asiakkaitten vaikutusmahdollisuuksia voidaan lisätä?
- mitä esteitä henkilökunnalla on toteuttaa asiakaslähtöistä toimintaa?
- miten ehdotat asiakastytyväisyyttä mitattavan jatkossa?
- mitä muuta haluaisit sanoa?

4.4 Aineiston analysointi

Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmaa käyttäen. Otin mukaan minimi- ja maksimiarvon saadakseni karkeat tallennusvirheet eliminoitua, vaikka olinkin huolellinen aineistoa matriisiin syöttäessäni. Laskin frekvenssit, keskiarvon ja keskihajonnan (Vehkalahti 2014, 52 - 55) jokaiselle muuttujalle sekä koko aineistosta että erikseen kunkin palveluntuottajan asukkaiden vastauksista. Jos jakauma on kovin vino, keskiarvo voi olla vääristynyt eikä välttämättä yksinään kuvaa muuttujaa. Jos keskihajonta on pieni, arvot ovat lähellä keskiarvoa. Jos keskihajonta on suuri, vastauksissa on enemmän vaihtelua. (Vehkalahti 2014, 54 - 56.) Frekvenssitaulukosta ja varsinkin histogrammeista näkee jo silmämääräisesti, että numeerisesti suuria arvoja on annettu eniten. Aineistoa edustavalle muuttujalle laskemani frekvenssiluku g on negatiivinen, mikä tarkoittaa sitä, että suuria arvoja on aineistossa eniten ja että jakauma on vasemmalle vino (Nummenmaa 2004, 64 - 65).

Studentin t -testillä voidaan verrata kahden toisistaan riippumattoman ryhmän keskiarvoja. Aineiston on oltava normaalijakautunut, jos se on alle 30 vastaajaa, mutta suuremmassa ryhmässä lievä vinoutuminen ei haittaa. Varianssianalyysillä testataan usean ryhmän keskiarvojen välillä olevat tilastollisesti merkitsevät erot. Varianssianalyysin käytön ehdot ovat, että aineisto noudattaa normaalijakaumaa, otos ei ole liian pieni ja että eri ryhmien varianssit ovat samankaltaiset. Koska varianssianalyysin ehdot eivät täyty, käytetään Kruskal-Wallis testistä. (Heikkilä 2004, 224, 233, Vehkalahti 2014, 138 - 139.) Miesten ja naisten vastausten erot testasin Studentin t -testillä ja neljän yksikön erot Kruskal-Wallis testillä. Muuttujapareille, joista tuli tilastollista merkitsevyyttä, tein vielä Mann-Whitneyn U -testin (Heikkilä 2004, 234).

Keskiarvojen välinen merkitsevyystaso p (Sig.) kertoo, eroaako tulos puhtaasta sattumasta. Tulosten merkitsevyystasot ovat erittäin merkitsevä $p < 0,001$ tai 0,1 % merkitsevyysraja, merkitsevä $p < 0,01$ tai 1 % merkitsevyysraja ja melkein merkitsevä $p < 0,05$ tai 5 % merkitsevyysraja. Jos riskitaso alittaa tämän, nollahypoteesi (erot johtuvat sattumasta) hylätään. (Heikkilä 2004, 194 - 195.) Tilastollisten analyysien tulokset ovat liitteessä 9 sivuilla 59 - 63.

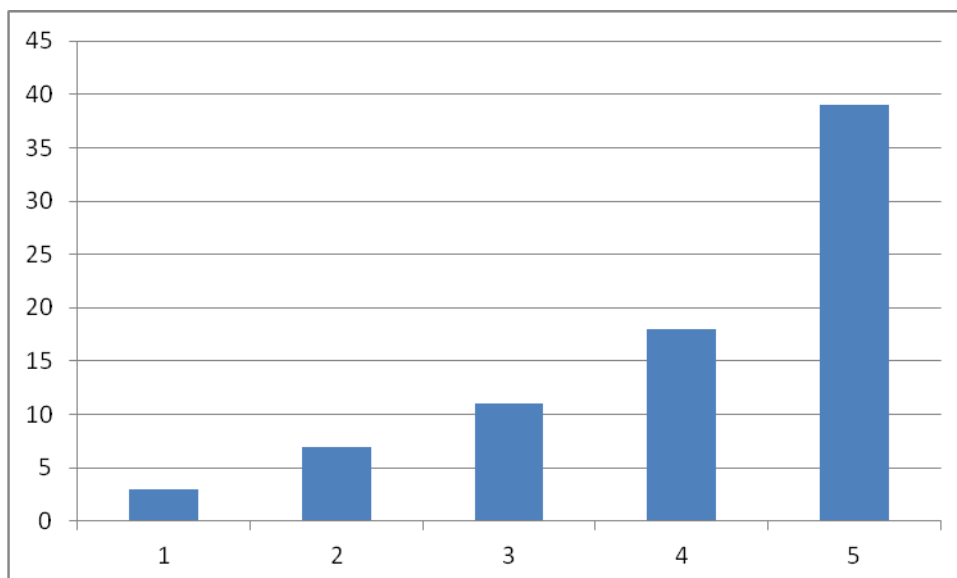
Tilastollisen luotettavuuden testasin Cronbachin alpha -testillä kuten Ahokummun ym. (2012) työssäkin, vaikka sitä pidetään yleisesti vanhentuneena ja epätarkkana (Metsämuuronen 2002, 40, 54; Vehkalahti 2014, 120). Kyselyissä käytetään summa- tai keskiarvomuuttujaa, jossa on useita väitteitä. Kun huonosti korreloivat osiot jätetään pois, saadaan korkea arvo, joka tulkitaan niin, ettei satunnaisvirhettä muodostu. Korkea alpha tarkoittaa sitä, että reliabiliteetti on korkea eli ”mittarin osiot mittaavat samantyyppistä asiaa” (Heikkilä 2004, 187). Koko aineistolle laskettu Cronbachin alpha on 0,928.

Vertasin vielä toisiinsa vuonna 2011 (Ahokumpu ym. 2012) ja vuonna 2014 laskettuja muuttujien keskiarvoja laskemalla niiden prosentuaalisen erotuksen. Kvalitatiivinen aineisto koostui asukkaiden vastauksista kyselylomakkeella olleeseen avoimeen kysymykseen sekä henkilökunnan edustajien haastatteluista. Luokittelin vastaukset ja laskin luokkien sisällön määrällisesti, sillä vastauksia oli niin vähän.

5 Tulosten tarkastelua

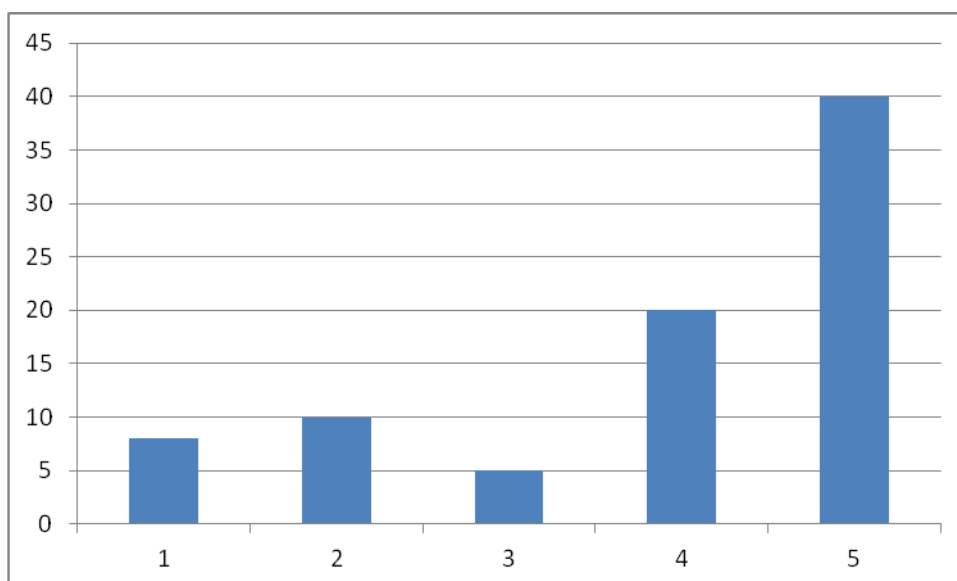
5.1 Mielenterveyskuntoutujien tyytyväisyys asumispalveluun

Jokaiseen väittämään annetut vastaukset ovat jakautuneet niin, että arvolla 5 (täysin samaa mieltä) on eniten vastauksia ja arvolla 4 (osittain samaa mieltä) on toiseksi eniten vastauksia. Pienemmissä arvoissa, joissa on vähemmän vastauksia, tulee jonkun verran hajontaa. Kaikista (N=83) vastauksista piirretyissä frekvenssihistogrammeissa jokaisen 30 väittämän vastauksissa on korkein pylvä arvolla 5 (täysin samaa mieltä) ja toiseksi korkein arvolla 4 (osittain samaa mieltä). Suurin osa asukkaista on siis vastannut mihin tahansa väittämään ”täysin samaa mieltä”. Voidaan tulkita, että suurin osa asukkaista on hyvin tyytyväisiä palveluihin. Ohessa kaksi esimerkkiä (kuvat 1 - 2).



Kuva 1 Kaikkien vastausten jakauma ("viihdyn asumisyksikössäni")

39 asukasta on vastannut viihtyvänsä hyvin (täysin samaa mieltä) ja 18 asukasta melko hyvin (osittain samaa mieltä). Yhteensä 10 asukasta ei ole täysin viihtynyt ja 11 "ei ole samaa eikä eri mieltä". Useimmat asukkaat siis viihtyvät asumisyksiköissään. Tämä jakauma on tyypillinen ja suurin osa vastauksista on vastaavasti jakautunut.

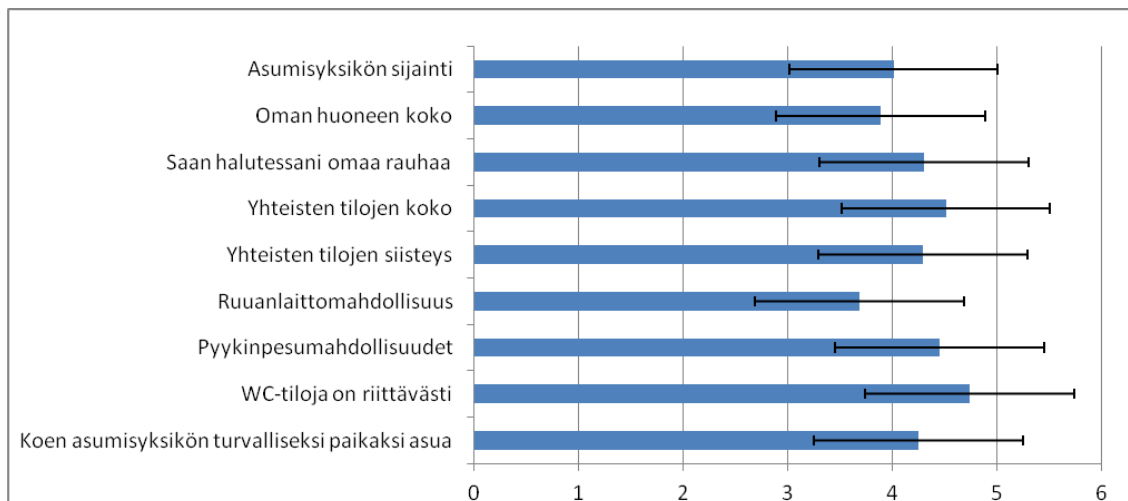


Kuva 2 Kaikkien vastausten jakauma ("olen tyytyväinen huoneeni kokoon")

40 henkilöä on vastannut olevansa tyytyväinen (täysin samaa mieltä) huoneensa kokoon. 20 henkilöä on ollut melko tyytyväinen (osittain samaa mieltä). 18 asukasta on ilmaissut, että hänen huoneensa on liian pieni (osittain tai täysin eri mieltä).

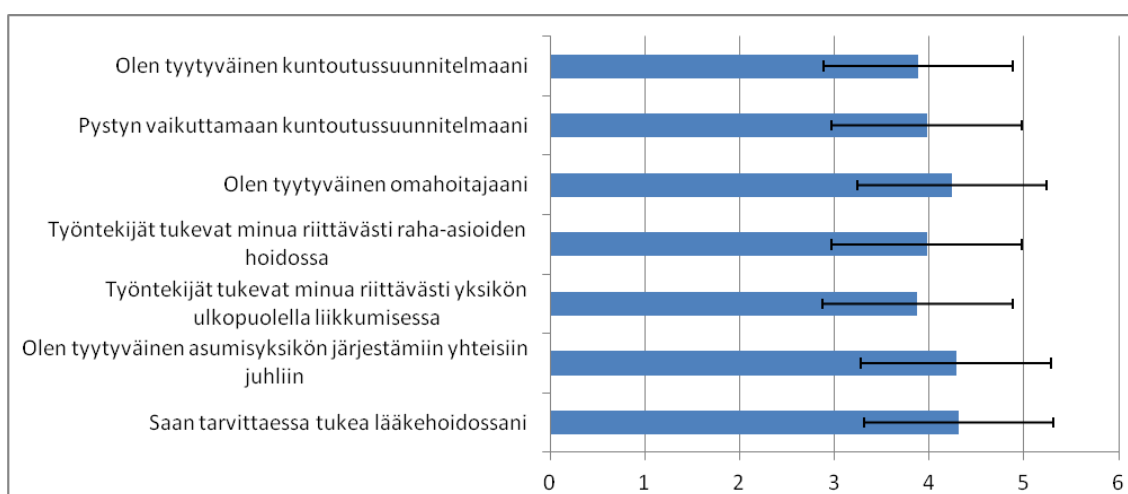
Eri väittämien saamat keskiarvot ovat korkeita: palveluntuottaja 1:ssä 3,5- 4,8, palveluntuottaja 2:ssä 3,6 - 4,7, palveluntuottaja 3:ssä 2,9 - 4,8 ja palveluntuottaja 4:ssä 1,6 - 4,8. Pie-

nen vastaajajoukon takia vastaukset eivät ole tilastollisesti merkitseviä, mutta useat vastaajat ovat kuitenkin vastanneet ”täysin eri mieltä” tai ”osittain eri mieltä” joihinkin väitteisiin. Se on heidän oma kokemuksensa, jota ei voi jättää huomioimatta.



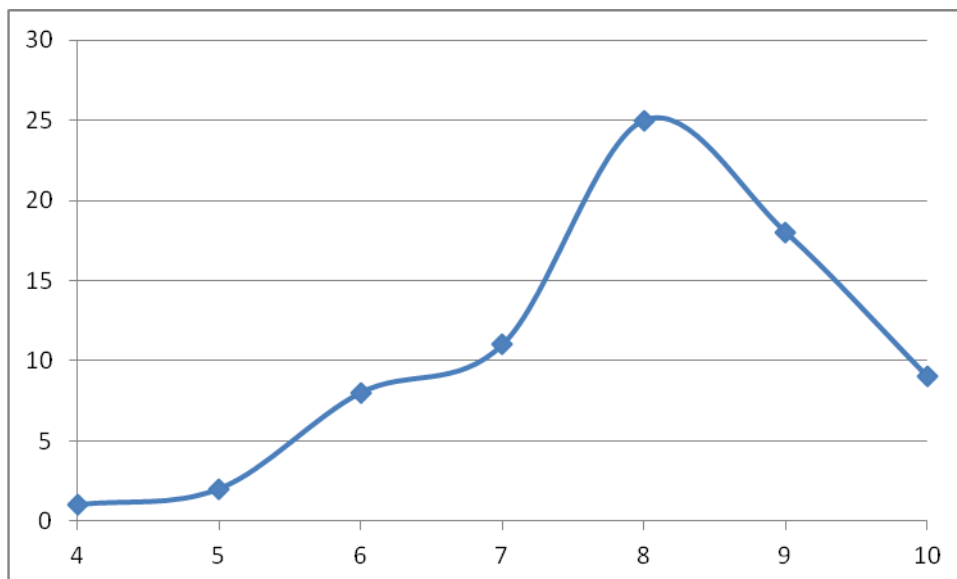
Kuva 3 Kaikkien vastausten keskiarvoja keskihajontoineen

Kaikista vastauksista korkein keskiarvo 4,7 (sd 0,7) on väitteellä ”WC-tiloja on riittävästi”. Matalin keskiarvo on 3,7 (sd 1,5) väitteellä ”minulla on mahdollisuus halutessani ruoan laittoon”. Pieni keskihajonta tarkoittaa, että vastaukset ovat lähellä toisiaan, ja korkea keskihajonta tarkoittaa sitä, että vastauksissa on suuri hajonta. Eri palveluntuottajilta väittämään ”minulla on mahdollisuus halutessani ruoan laittoon” lasketut keskiarvot ovat palveluntuottaja 1:ssä 3,6 (sd 1,5), palveluntuottaja 2:ssä 3,7 (sd 1,4), palveluntuottaja 3:ssä 4,8 (sd 0,5) ja palveluntuottaja 4:ssä 1,6 (sd 0,9). Pienimmissä yksiköissä vastauksia tuli vain 8 ja 18 joten tuloksilla ei ole tilastollista merkitsevyyttä, mutta kyseessä oleville asukkaille ja palveluntuottajille tulokset ovat kuitenkin merkittäviä.



Kuva 4 Kaikkien vastausten keskiarvoja keskihajontoineen

Kokonaiskuva kaikista vastauksista lasketuista keskiarvoista on, että keskiarvojen vaihteluväli ei ole kovin suuri. Kaikki keskiarvot myös palveluntuottajittain eriteltyinä ovat liitteissä 4 - 8 (kuvat 9 - 13) sivuilla 54 - 58. Kaikkien vastaajien antamista arvosanoista asteikolla 1 - 5 yhteisesti laskettu pieninkin keskiarvo oli 3,7 (sd 1,5), josta voi päätellä, että suurin osa asukkaista on tyytyväisiä palvelujen laatuun niiltä osin, joita nämä väittämät mittaavat.



Kuva 5 Kaikkien vastaajien antamat yleisarvosanat (jakauma)

Lomakkeessa kysyttiin myös yleisarvosanaa asteikolla 4 - 10. Suurin osa (25 henkilöä) on antanut asumisyksikölleen yleisarvosanaksi 8. Myös nämä arviot tukevat päätelmää, että suurin osa kuntoutujista on asumispalveluihinsa tyytyväisiä. Seuraavassa taulukossa ovat myös yleisarvosanat edellisessä kyselytutkimuksessa (Ahokumpu ym 2012) vuodelta 2011. Kaikkien vastaajien yleisarvosanojen keskiarvo asteikolla 4 - 10 oli 8,0 vuonna 2014 ja 7,9 vuonna 2011.

	N (2014)	2014	2011
Kaikki	83	8,0	7,9
Palveluntuottaja 1	33	7,6	7,8
Palveluntuottaja 2	23	7,8	8,4
Palveluntuottaja 3	19	8,0	8,1
Palveluntuottaja 4	8	7,8	7,3

Taulukko 1 Yleisarvosanat

Vastauslomakkeissa oli useita, joissa kaikki kysytyt muuttujat saivat hyvän arvosanan, mutta yleisarvosana oli silti heikko. Toisaalta oli monia sellaisia vastauksia, joissa osakysymysten

arvosanat eivät olleet korkeat, mutta yleisarvosana oli korkea. Tämä korrelaation puute voi johtua siitä, että valitut 30 kysymystä eivät mittaa yleistä tyytyväisyyttä, vaan siihen vaikuttavat muut tekijät, joita tässä ei kysytty. Siinä tapauksessa tulisi tarkoin miettiä, mitkä asiat tai muuttujat todella mittaisivat asukastyytyväisyyttä. Toinen vaihtoehto on olettaa, että ihmiset eivät osanneet arvioida tyytyväisyyttään kouluarvosana-asteikolla kongruenttisesti. Vehkalahti (2014, 38) ei suosittele kouluarvosana-asteikon käyttöä lainkaan. Hänen mielestään ihmisten on vaikea mieltää, mitä asteikon arvot 4-10 tarkoittavat, ja että omat kouluarvosanat saattavat vaikuttaa arviointiin.

Yleisarvosana palveluntuottaja 2:ssa on 3 vuodessa laskenut, mutta eri väittämien keskiarvot ovat siellä nousseet (ks. s. 29). 18 väittämän vastaus on noussut ja näistä 7:n 0,5 yksikköä tai enemmän.

5.2 Miesten ja naisten vastausten erot

Studentin t-testissä tuli vuonna 2014 miesten ja naisten vastauksissa tilastollisesti merkitsevää eroa 3 väittämän kohdalla (liite 9 / taulukko 3). Vastauksista voitaisiin päätellä, että miehet kaipaavat enemmän päivätoimintaa, enemmän tukea yksikön ulkopuolella liikkumiseen ja suurempia annoksia ruokaa.

Päivätoiminnan riittävyys: naiset ka 4,7 (sd 0,7) miehet ka 4,0 (sd 1,2). Tästä väittämästä tuli tilastollisesti 1 % merkitsevyysrajalla merkitsevä tulos (Sig. 0,005).

Tuki yksikön ulkopuolella liikkumiseen: naiset ka 4,3 (sd 1,0) miehet ka 3,6 (sd 1,4) (Sig. 0,032). Ruuan määrä: naiset ka 4,7 (sd 0,7) miehet ka 4,2 (sd 1,2) (Sig. 0,047).

Vuonna 2011 t-testillä osoitettiin 12 väitteessä tilastollisesti merkitsevää eroa, joista suurin osa oli (vain) melkein merkitseviä. Yhteisiä merkitseviä muuttujia vuonna 2011 ja vuonna 2014 on yksi (päivätoimintaa on riittävästi). Tämän tuloksen mukaan sukupuolella ei ole suurta vaikutusta vastauksiin. t-testin rajoitusten takia ikäryhmistä voitiin muodostaa vain kaksi luokkaa, yli ja alle 45-vuotiaat, eikä näiden ryhmien välillä vuonna 2011 ollut suurta merkitystä tyytyväisyyteen ja jätin sen pois tarkastelusta. (Ahokumpu ym. 2012.)

5.3 Erot palveluntuottajien välillä

Keskiarvojen vertailun suoritin Kruskal-Wallis H-testillä. Tilastollisesti merkitsevää eroa tuli 6 muuttujassa. Nämä muuttujat olivat tyytyväisyys oman huoneen kokoon, ruuanlaittomahdollisuudet, pyykinpesumahdollisuudet, tuki yksikön ulkopuolella liikkumiseen, tuki yksikön ulkopuolella harrastamiseen ja tuki yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin. Näiden muuttujien keskiarvojen tilastolliset erot eri palveluntuottajien välillä laskettiin Mann-Whitneyn U-testillä

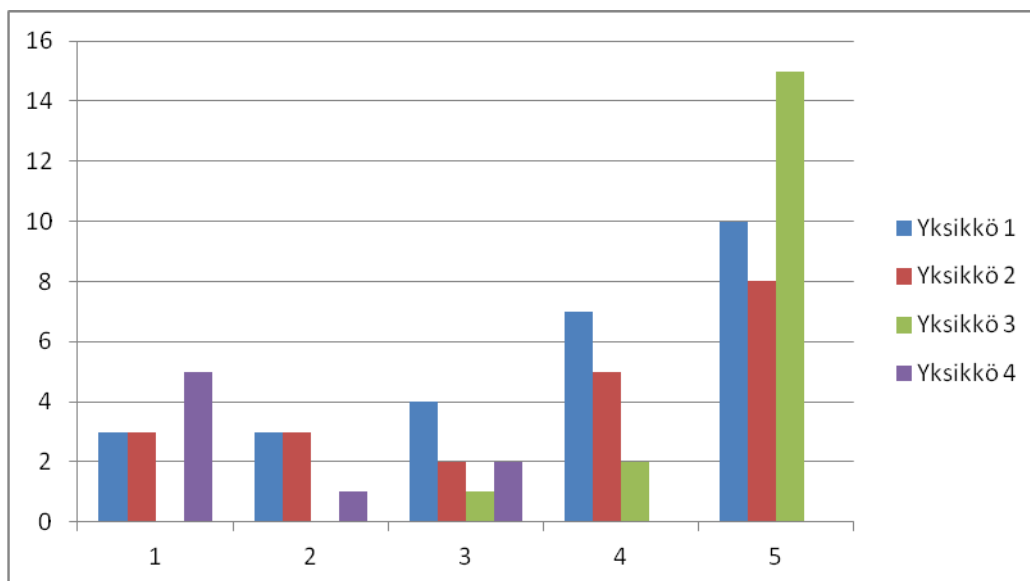
kaikkien 6 parin suhteen. (Liite 9 / taulukot 4 - 10). (Heikkilä 2004, 187, 233 - 234; Vehkalah-
ti 2014, 54, 88; Vilka 2007, 124.)

Erittäin merkitseviä tai merkitseviä tilastollisia eroja tuli joitakin. Palveluntuottaja 3:ssa ol-
tiin tyytyväisempiä ruuanlaittomahdollisuuksiin, pyykinpesumahdollisuuksiin ja tukeen yksikön
ulkopuolella liikkumiseen kuin kaikissa muissa yksiköissä. Palveluntuottaja 1:ssa ja palvelun-
tuottaja 2:ssa oltiin tyytyväisempiä huoneen kokoon kuin palveluntuottaja 3:ssa. Palvelun-
tuottaja 1:ssa ja palveluntuottaja 2:ssa oltiin tyytyväisempiä ruuanlaittomahdollisuuksiin ja
pyykinpesumahdollisuuksiin kuin palveluntuottaja 4:ssa.

Kruskal-Wallis testissä tuli eroa vuonna 2011 5 kysymyksessä, ja nyt 6:ssa, näistä muuttujis-
ta 3 (ruuanlaittomahdollisuudet, pyykinpesumahdollisuudet ja tuki yksikön ulkopuolella liik-
kumiseen) ovat samat.

Yksinkertaisessa t-testissä tai Kruskal-Wallis testissä voi tulla merkitsevä ero, mutta kun
tehdään Mann-Whitneyn U-testi, joka huomioi otoksen pienen koon ja mahdollisen jakauman
vinouden, ero häviää. Näin pieniin aineistoihin ei kannata soveltaa mitään muuta tilastomene-
telmää kuin vain kuvata aineistoa (esimerkiksi ”83 % palveluntuottaja 3:n asukkaista oli tyyty-
väisiä ruuanlaittomahdollisuuksiinsa”). Tilastollisia eroja syntyy vasta isoissa aineistoissa. Ti-
lastollinen luotettavuus riippuu kahdesta asiasta, aineiston koosta ja eron suuruudesta (Gray
2004, 102; Heikkilä 2004, 42, 196).

Koska palveluntuottajien eroja ei keskiarvoja vertaamalla saatu pienen vastaajajoukon takia,
selvitin vielä, saisiko ristiintaulukoimalla (Heikkilä 2004, 210) eroa.



Kuva 6 Yksiköiden vertailu (ruuanlaittomahdollisuudet)

Palveluntuottaja 3:ssa suurin osa on ollut erittäin tyytyväinen (arvo 5) ruuanlaittomahdollisuuksiinsa. Vain 3 asukasta on antanut pienemmän arvosanan eikä yksikään asukas pienempää kuin 3 ("ei samaa eikä eri mieltä"). Sen sijaan palveluntuottaja 4:ssa kaikki arvosanat ovat 1 - 3. Siellä 5 henkilön mielestä riittävää ruuanlaittomahdollisuutta ei ole (täysin eri mieltä).

Vastausten luotettavuus eli se, onko muuttujien välillä riippuvuutta vai johtuvatko vastausten erot sattumasta, testataan X^2 (Khiin neliö) -testillä. Se laskee kullekin solulle odotusarvon sellaisessa tapauksessa, että muuttujien välillä ei ole riippuvuutta, ja vertaa sitten aineistossa olevaa jakaumaa tähän. Merkitsevyys kertoo, onko näiden odotusarvojen ja oikeiden arvojen välillä eroa (esimerkiksi 5 % tilastollisella merkitsevyydellä). X^2 (Khiin neliö) -testi voidaan tehdä, jos korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempi kuin 5 (Heikkilä 2004, 212-214; Vehkalahti 2014, 184 - 185). Tässä aineistossa 16 solussa eli 80 % soluista odotettu frekvenssi on pienempi kuin 5, joten testiä ei voi soveltaa tässä aineistossa. Asumisyksiköiden mahdolliset erot jäävät todistamatta. Testasin vielä arvon niin, että jätin pienimmän, palveluntuottaja 4:n kokonaan pois tarkastelusta, mutta testin edellytykset eivät silti täyttyneet. Mahdollisesti sitä voisi käyttää, jos esimerkiksi 2 pienintä luokkaa yhdistettäisiin yhdeksi luokaksi.

5.4 Muutos 3 vuoden aikana

Laskin jokaisen muuttujan keskiarvoista Excel-ohjelmalla prosentuaalisen muutoksen vuodesta 2011 vuoteen 2014 eli $(X_{2014} - X_{2011})/X_{2011}$.

Koska asteikko on vain 1 - 5, on otettava huomioon, että jo pienistä muutoksista tulee suuri prosentuaalinen muutos. Jos otetaan huomioon muuttujat, joissa muutosta on vähintään 0,5 yksikköä, yhteisissä tuloksissa ei ollut yhtään ja palveluntuottaja 1:ssä "päivätoimintaa on riittävästi" nousi arvosta 3,9 arvoon 4,4 (13 %). Palveluntuottaja 2:ssa positiivista muutosta tuli muuttujissa ruuanlaittomahdollisuudet, pyykinpesumahdollisuudet, tyytyväisyys omahoitajaan, tuki harrastamiseen yksikön ulkopuolella, tuki yhteydenpitoon ystäviin ja sukulaisiin, tuki lääkehoidossa ja ruokailukertojen määrä. Tyytyväisyys oli vähentynyt arvosta 4,5 arvoon 3,8 (-16 %) muuttujassa "päivätoimintaa on riittävästi". Palveluntuottaja 3:ssa tyytyväisyys kuntoutussuunnitelmaan vaikuttamiseen oli noussut arvosta 3,7 arvoon 4,4 (19 %) ja tukeen yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin arvosta 3,5 arvoon 4,1 (16 %). Vuodesta 2011 tyytyväisyys oli laskenut yhteisten tilojen siisteyteen arvosta 4,8 arvoon 4,1 (-16 %) ja tyytyväisyys oman huoneen kokoon arvosta 4,0 arvoon 2,9 (-28 %). Palveluntuottaja 4:ssa saatiin vain 8 vastausta. Tyytyväisyys oli siellä lisääntynyt vähintään 0,5 yksiköllä muuttujissa tyytyväisyys omahoitajaan, tyytyväisyys päivätoimintaan ja "päivätoimintaa on riittävästi" ja vähentynyt muuttujissa ruuanlaittomahdollisuudet, pyykinpesumahdollisuudet, tuki lääkehoidossa, eri-

tyisruokavalioiden huomioonottaminen, ”saan halutessani omaa rauhaa” ja muiden asukkaiden kanssa toimeen tuleminen.

5.5 Kehittämistarpeita

Keskiarvoja tarkastellessani kokosin korkeimmat ja matalimmat arvot saaneet muuttujat ryhmiin, vaikka näihinkin vastauksiin tulee suhtautua varauksella, koska sattuman osuus vastauksissa on niin suuri. Suuntaa-antavasti niitä voi kuitenkin tarkastella.

	Korkeimmat keskiarvot	Matalimmat keskiarvot
Palveluntuottaja 1	Riittävästi wc-tiloja, yhteisten tilojen koko, ruokailukertojen määrä, oma rauha, pyykinpesumahdollisuus	Tuki yksikön ulkopuolella harrastamiseen, ruuanlaittomahdollisuus, tuki raha-asoiden hoidossa, tuki yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin, tuki yksikön ulkopuolella liikkumiseen
Palveluntuottaja 2	Riittävästi wc-tiloja, pyykinpesumahdollisuus, tarpeeksi henkilökuntaa, yhteiset juhlat, ruokailukertojen määrä	Ruuanlaittomahdollisuus, kuntoutussuunnitelmaan vaikuttaminen, päivätoiminta tukee kuntoutumista, päivätoimintaa on riittävästi, tyytyväisyys kuntoutumissuunnitelmaan
Palveluntuottaja 3	Ruuanlaittomahdollisuus, pyykinpesumahdollisuus, erityisruokavalioiden huomioonottaminen, yhteisten tilojen koko, apu lääkehoidossa	Huoneen koko, asumisyksikön sijainti, tyytyväisyys kuntoutussuunnitelmaan, tuki yksikön ulkopuolella harrastamiseen, tuki yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin
Palveluntuottaja 4	Yhteisten tilojen koko, tarpeeksi henkilökuntaa, ruokailukertojen määrä, riittävästi päivätoimintaa, tyytyväisyys henkilökuntaan, oman huoneen koko	Ruuanlaittomahdollisuus, tuki yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin, tuki yksikön ulkopuolella liikkumiseen, tuki yksikön ulkopuolella harrastamiseen, tyytyväisyys kuntoutumissuunnitelmaan, kuntoutussuunnitelmaan vaikuttaminen

Taulukko 2 Korkeimmat ja matalimmat väittämien keskiarvot

Luetteloidessani muuttujat, jotka saivat joko korkean tai matalan keskiarvon useammin kuin kerran, tuloksena on että tilat ja puitteet sekä henkilökunta saavat hyvän arvion, ja alimmat keskiarvot saavat kuntoutussuunnitelma, mahdollisuus vaikuttaa siihen ja tuki yksikön ulkopuolella liikkumisessa, harrastamisessa sekä yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin. Huoneen koko ja ruuanlaittomahdollisuus olivat molemmissa kategorioissa: jossain niihin oltiin tyytyväisiä ja toisessa paikassa tyytymättömiä.

Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli ”Millaisia kehittämistarpeita asumispalveluissa on?” Tähän kysymykseen en saanut selkeää vastausta, sillä en huomannut ottaa sitä sellaisenaan mukaan henkilökunnan edustajille tehtyihin haastattelukysymyksiin. Matalimpia keskiarvoja useissa yksiköissä saaneista muuttujista voisi epäsuorasti päätellä, että kehittämistarpeita asumispal-

veluissa ovat kuntoutussuunnitelman laatiminen ja henkilökohtainen tuki yksikön ulkopuolella liikkumisessa, harrastamisessa sekä yhteydenpidossa ystäviin ja sukulaisiin.

5.6 Asukkaiden toivomukset

Avoimeen kysymykseen ”mitä toivot asumisyksiköltäsi” vastasi Palveluntuottaja 1:ssä 13 eli 33 % vastaajista, palveluntuottaja 2:ssä 12 eli 23 % vastaajista, palveluntuottaja 3:ssä 13 eli 68 % vastaajista ja palveluntuottaja 4:ssä 5 eli 63 % vastaajista. Vastausten määrä ei kuitenkaan ole 43, sillä moni kirjoitti useita toiveita ja toisaalta karsin ne vastaukset pois, jotka eivät liittyneet asumistyytyväisyyteen.

Luokittelin vastaukset sisällön mukaan. Palveluntuottaja 1:ssä luokkia syntyi neljä: henkilökunta, päivätoiminta, ruokailu ja poismuuttaminen. Henkilökunnalta odotettiin kahdessa vastauksessa enemmän tukea. Päivätoimintaan saatiin monia ehdotuksia: kirjallisuuspiiri, musiikkiryhmä, matonkuteita, avoin ryhmä, työtoimintaryhmä, karaoke, pizzalla käynti, retket, uinti ja toisaalta ”vähemmän retkiä metsään”. Ruokailusta tuli yksi kommentti, joka on selkeästi vähemmän kuin vuonna 2011. Yksi toivoi pääsevänsä muuttamaan pois omaan vuokra-asuntoon.

Palveluntuottaja 2:ssä henkilökuntaan liittyviä kommentteja oli kaksi: ”vaitiolo yksityisasioiden käsittelyssä” ja toive saada iltalääkkeitä pari kertaa viikossa itselle, jotta voisi valvoa pidempään. Monenlaista päivätoimintaa toivottiin: levyraati, yhteiset viikonloput, ruuanlaittoa ja leipomista, enemmän retkiä, kalastamista, enemmän erilaisia ryhmiä ja enemmän liikuntaa. Yksikön ulkopuolella toivottiin tukea esimerkiksi asiointiin, shoppailuun ja uimahallissa käymiseen. Yhden vastaajan mielestä ”työsalilla ei ole kiva käydä”. Yksikön ilmapiiriin liittyviä toiveita oli useita: ”että pärjäämme hyvin tässä yksikössä kaikki”, ”lukolliset ovet, hoitaja paikalla läpi yön”, ”että pojat eivät häiriköisi ja eräs olisi ilkeä, levoton ja sekavapuheinen”. Ruokailuun ja poismuuttamiseen liittyviä kommentteja ei tullut vuonna 2014 yhtään, vaikka niitä oli vuonna 2011 ollut.

Palveluntuottaja 3:ssä ruokaan liittyviä parannusehdotuksia tuli kolme. Päivätoimintaan liittyviä kommentteja oli kuusi. Niistä enemmän vapaa-aikaa toivottiin neljässä. ”Enemmän vapaa-aikaa”. ”Vähän liikaa hommia”. Lisäksi toiveissa oli Viron risteily. Tiloihin liittyviä toiveita oli kaksi: ”tulevaisuudessa saisin oman huoneen” ja ”toivoisin pääseväni isompaan huoneeseen, johon kirjahyllyni mahtuisivat”. Yksi yksiköistä sijaitsi kauniissa mutta syrjäisessä paikassa, joten ymmärrettävästi toivottiin ”lähempänä palveluja” ja että ”asumisyksikkö hankkisi tila-auton yksikön käyttöön”. Kyselyn tekemisen jälkeen juuri tämä yksikkö muutti keskeisempään paikkaan. Henkilökunnalta toivottiin ”enemmän apua huoneeni siivoamisessa ja pyykinpesussa” ja ”että minua autettaisiin kun on huono olo”.

Palveluntuottaja 4:ssä yksi henkilö toivoi, että henkilökunta kertoisi asioista enemmän ja yksi toive koski hyvää ruokaa. Vuonna 2011 poismuuttaminen kiinnosti viittä henkilöä ja vuonna 2014 tukiasuntoon pääsevänä toivoi 3 henkilöä. Poismuuttamisen toivomisen syynä voi olla joko tyytymättömyys asuntolassa asumiseen tai luontainen, toivottava kuntoutuminen niin pitkälle, että omassa tukiasunnossa jo selviytyisi. Kummasta on kyse, ei käy ilmi lomakehaastattelussa.

Asukkailta keräämäni sanalliset vastaukset annoin tiedoksi palveluntuottajille jo opinnäytetyön kuluessa. Kukin asumispalveluyksikkö sai tietoonsa vain omat vastauksensa. Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluille välitin kaikki vastaukset heidän pyynnöstään.

5.7 Työntekijöiden haastattelut

Kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi kolme haastateltavaa nimesi vuorokausirytmien ja arjen taitojen opetteluun. Asukkaiden kanssa opeteltiin hygienian hoitoa, suihkuun menoa ja peruskodin hoitoa kuten siivousta, pyykin pesua ja ruuanlaittoa. Harjoiteltavat asiat kirjattiin viikko-ohjelmaan. Päivä- ja työtoimintaa oli kaikilla. Osa asukkaista opiskeli ja heitä tuettiin siinä. Yksi haastateltava kertoi omaisten mukaan ottamisesta asukkaan luvalla saadun hyviä tuloksia. Lääkehoitoa siirrettiin myös asukkaan vastuulle, jos voitiin. Kahdessa haastattelussa kerrottiin, että usein keskusteltiin itsenäisempään asumismuotoon siirtymisestä ja mitä sitä varten pitäisi osata. ”Kuntouttava työote -- on jatkuvaa asiakkaan motivointia ja kannustamista.” ”He sitoutuu tähän omaan kuntoutukseen, he sitoutuu lääkehoitoon, he sitoutuu noudattamaan viikko-ohjelmaa ja kuntoutussuunnitelmaa ja he sitoutuu päihteettömyyteen. Toki täällä asuminen on vapaaehtoista. Tää ei voi olla vain pelkkää asumispalvelua. Tänne ei voi vain tulla et tuossa on avaimet ja voi hengata.”

Kaikki neljä haastateltavaa ihmettelivät edellisen kyselyn tekijöiden (Ahokumpu ym. 2012) korostamaa tulosta, jonka mukaan asukkaat kokivat, ettei heitä kuultu riittävästi kuntoutussuunnitelman laadinnassa, sillä heidän mielestään asukkaat otettiin aktiivisesti siihen mukaan. Asiakkailta oli aloitekyvyn puutetta ja väsyttäviä lääkkeitä. ”Eivät uskalla tuoda esille omia asioita, heidän on vaikea tuollaisessa keskustelussa kertoa - mielipiteitään, tuoda omia ajatuksiaan.” Yhdessä tehdyt päätökset saattoivat tuntua kuitenkin myöhemmin henkilökunnan sanelemilta. Kuntoutussuunnitelman koettiin olevan pitkäaikainen tai hyvin ylimalkainen. Kuntoutussuunnitelmassa pitäisi olla riittävän pieniä tavoitteita viikkotasolla ja päivätasolla. Siihen toivottiin enemmän joustoa, erilaisia tavoitteita hyvälle päivälle ja huonolle päivälle. Tärkein työ on asukkaan motivointi. ”Miten saa asiakkaan haluamaan sitä asiaa itse - sitä käydään läpi - työnohjauksissa ja meidän osastopalavereissa, se on hoitotyön suurin kysymys.”

Miten asukkaat voisivat vaikuttaa asioihinsa enemmän? Haastatteluvastausten mukaan kahdessa paikassa on palautelaatikko. Siihen ei tule kovin paljon toiveita. Kolmessa paikassa mainittiin olevan viikkopalaveri tai asukaskokous. Eräessä paikassa päätökset tehtiin usein äänestämällä. ”Kaikki eivät uskalla omassakaan porukassa sanoa, alkuun tuntuu että kenelläkään ei ole mitään asiaa - nyt on ehkä piristytty siinä että uskalletaan sit toivoa.” ”Nuoremmat ovat rohkeempia pyytämään asioita, vanhemmat asiakkaat ovat tyytyväisiä.” Eräessä paikassa oli toteutettu vertaisarviointi, jonka pohjalta määriteltiin kehittämiskohteita.

Mitä muutoksen esteitä henkilökunnalla tunnistettiin olevan? Muutoksen esteenä voivat olla ”piintyneet vanhat tavat”, rutiini. Työssä jaksamisesta tulee pitää huolta. Tärkeää ovat yhteiset tavoitteet, että työtoverit ovat samoilla linjoilla ja tietenkin esimiehen tuki ja työnohjaus. ”Ohjaaminen käsitteenä on haasteellinen, et ei rinnasteta sitä kasvattamiseen, opettamiseen tai neuvomiseen. Oman työn ymmärtäminen ohjaajilla voi olla se este, jos ei sitä ymmärrä. Esimiehellä on suuri rooli tässä, että se tuodaan se asia työryhmälle niin että ne ymmärtää mikä on se meidän työ.”

Skitsofreniaa sairastava ei välttämättä koe, että henkilökunnan toiminta on asiakaslähtöistä, vaikka esimiehen mielestä niin heidän yksikössään toimitaan. Toivotaan, että kaupungilla suhtaudutaan lomakekyselyn vastauksiin varauksella. ”Olisko sillä paremmin asiat jos se ei olis asumispalveluissa? Se on se oleellinen kysymys.” ”Moni toivoi tukiasuntoon? Heidän käsitykset kaikista niistä taidoista mitä täytyy osata ei ole realistisia.”

Monelle asukkaalle lomakkeen täyttäminen oli ollut liian haastavaa. ”Meil on kuntoutujia jotka ei ymmärtänyt siitä kaavakkeesta.” Asukkaita oli laajalla skaalalla opiskelevista nuorista kroonikkoihin. ”Yksi strukturoitu kaavake ei välttämättä palvele kaikkia.” Haastateltava esimies koki lomakekyselyn hankalana, koska siinä tuli kirjattua asukkaalla vain tiettyä aikana ollut mielipide tai tunnetila. Vaikka asukkaalla olisi ollut monta hyvää päivää, juuri tämä arvio saattoi olla huono. Eräs haastateltava toivoi asukastyytyväisyyden kartoitusta haastattelun tai ryhmähaastattelun muodossa ulkopuolisen ihmisen kuten opiskelijan tai harjoittelijan tekemänä, jotta ihmiset voisivat antaa myös negatiivista palautetta. Toinen ajatteli, että omalla porukalla keskustellen vuorovaikutus olisi reaaliaikaista, läpinäkyvää ja avointa. Asiakaspalautteen keräämisen tulee olla jatkuvaa. ”Asiakaspalautteen pitäisi olla jollain tavalla myös innostavaa ja on tärkeää se että asiakkaat ymmärtää sen palautteen niin positiivisen kuin negatiivisen et miksi sitä annetaan.” ”Laatupeli - riittääks heillä keskittymiskyky, siihen laatupeliinkään, on vähän haastava asiakaskunta.” ”Monet asiat on isoja kokonaisuuksia -- asiakaspalautteessa on oleellinen asia -- mitä -- kysytään. Jos halutaan hakea -- yksittäisiä pieniä juttuja -- se ei anna oikeeta kuvaa -- palvelusta.” ” -- toivottiin paljon retkiä ja leipomisia ja meillä on sitä mut sitten kun sitä tapahtuu ykskään kuntoutuja ei halua leipoa ja -- tää on jotenkin -- harmillista et se nousee kyselytutkimuksissa piikkiä sieltä.”

Eräs haastateltava toi esille mielipiteen, että myös nuoret aikuiset olisi hyvä sijoittaa aluksi asuntoloihin, joissa on enemmän tukea. Tukiasuntoon saatava kontakti ei ollut useimmiten riittävä arjen taitojen oppimiseksi ja vuorokausirytmien ylläpitämiseksi.

6 Pohdinta

6.1 Eettisyys

Julkiseen levitykseen Theseus-tietokantaan tallennettiin opinnäytetyöstä versio, jossa palveluntuottajien nimiä ei ole mainittu. Espoon kaupungille luovutettiin yksilöity versio.

Asiakkaalle tähdenneettiin, että kyselyyn vastaaminen oli luottamuksellista, anonyymiä ja täysin vapaaehtoista. Tosin jonkun verran käytimme suostuttelua ja kerroimme, että kyselyyn vastaaminen on tärkeää. Vastausprosentiksi jäi silti vain 56 %. Aukkaat ovat riippuvaisia ohjaajistaan eikä ole varma, että he antavat täysin rehellisiä vastauksia tyytyväisyyskyselyyn. Tämä on jokaisen kyselyn ongelma, samaten se, että eri ihmiset arvioivat asteikolla arvioitava asioita eri tavalla. Henkilökunta voi myös kaunistella omia vastauksiaan. Puhutaan niin sanotusta sosiaalisesta suotavuudesta, vastauksissa pyritään antamaan myönteinen kuva (Vehkalahti 2014, 90).

On tärkeää, että asiakkaiden ääni saadaan kuuluville ja heidän mielipiteitään otetaan oikeasti huomioon, eikä mielipidekyselyjä tehdä vain muodon vuoksi. Palvelukoteihin yhteyttä ottaessani sain selville, ettei kukaan nyt haastatelluista asumispalvelujen johtajista ollut saanut Ahokummun, Jalosen ja Suomalaisen (2012) tuloksia tiedokseen. Tulokset esiteltiin palvelukodeille yleisellä tasolla palvelukotien neuvottelussa vuonna 2012. Valitettavasti edellisen tutkimuksen tuloksia ei koskaan käsitelty asiakkaiden kanssa. Moni ihminen muistikin vastanneensa kyselyyn jo, ja kieltäytyi tällä kerralla. ”Olen täyttänyt tällaisen kerran ennen, eikä mikään muuttunut.” Ymmärrettävästi silloin haastateltaville tulee ns. vastausväsymys (Vehkalahti 2014,48), eikä toistuvia kyselyjä jakseta täyttää.

Tutkimusprojekteissa kerättyä tietoa on nykyään yleistä ja suotavaa käyttää yhteiskunnallisessa päätöksenteossa hyväksi (Rajavaara 1999, 34 - 35). On tärkeää, että arviointi on luotettavaa, korkealuokkaista ja laadukasta, sillä arvioinnin tulokset voivat muokata mielipiteitä ja vaikuttaa yhteiskunnalliseen toimintaan. Arviointi on tehtävä vastuullisesti eikä se saa aiheuttaa vahinkoa arvioitaville. Arviointi on aina vallankäyttöä. Mielipidetutkimusten tulokset voivat vaikuttaa kehittämissuosituksiin. (Virtanen 2007, 25, 52 - 53, 209.)

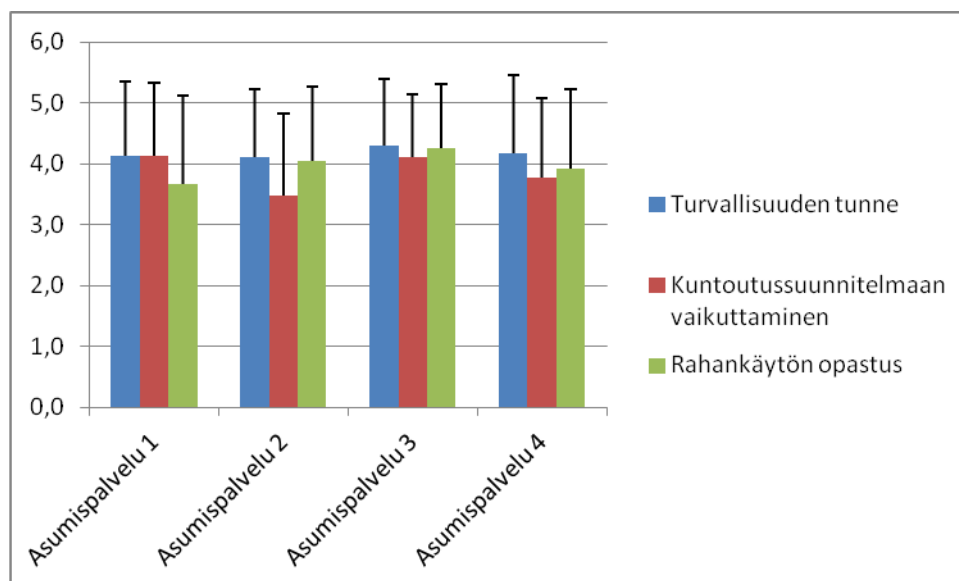
Kohtelin kaikkia tutkimustyöni aikana tapaamiani ihmisiä ystävällisesti ja kunnioittaen. Mennessäni asumisyksiköihin tervehdin tapaamiani ihmisiä kertoen nimeni. En kuitenkaan alkanut aktiivisesti jututtaa heitä, kun ajattelin, että olen heidän kodissaan ja kotirauhaa tulee kunnioittaa. (Virtanen 2007, 66.) Juttelin niiden asukkaiden kanssa, jotka aktiivisesti mielellään puhuivat kanssani. Oli mukavaa huomata, että käyntini ilahdutti toisia. Ohjaaja kertoi, että joku oli suorastaan koko päivän odottanut minua. Osan mielestä tutkimus oli valitettavasti ahdistava. ”En osaa.” ”Onko pakko?” Muutama kaipasi enemmän ja syvällisempiä kysymyksiä tai mahdollisuuksia antaa perusteluja. ”Hyvä kun saa täyttää tällaisia kyselyjä, koen, että minua ei täällä kuunnella. Vaikuttaako tämä päättäjiin?” ”Olisi pitänyt olla vaikeampia kysymyksiä, joita saa pohtia.” Useille kuitenkin lomake oli ylivoimainen. ”Mitä tämä tarkoittaa?” ”Onko tämä oikein?” ”Kuka? Minäkö?” Useilla asukkailla oli selvästikin keskittymisvaikeuksia, jotka ilmeisesti johtuivat mielenterveysongelmasta tai lääkityksestä.

Palveluntuottaja 2:n johtava ohjaaja oli heti tarttunut asukkaan kommenttiin vaihtolovelvollisuudesta: ”Mä painotin työpaikkapalaverissa sitä ja kirjoitin sen joka yksikön sähköpostiin huutomerkkien kanssa et siihen pitää kiinnittää erityistä huomio liittyy se sit mihin tahansa on se harhaisuutta tai todellisuutta.”

6.2 Tilastollisen tutkimuksen pulmia

Tärkeintä on arvioida, voiko kysymykset tulkita yksiselitteisesti ja ovatko ihmiset ymmärtäneet kysymykset oikein. Kun kysytään, onko riittävästi mahdollisuutta valmistaa ruokaa, tähän vastaavat myönteisesti sekä ne ihmiset, joilla on mahdollisuus valmistaa ruokaa, että ne ihmiset, jotka eivät halua valmistaa useammin ruokaa eikä heitä haittaa se, että mahdollisuutta ei ole tai se on puutteellinen. Kysyttäessä tyytyväisyyttä henkilökuntaan ja omahoitajaan, saatetaan olla että hoitaja, jolla on asukkaan hyväksi pitkällä tähtäimellä oleva kuntouttava ote ja joka kannustaa ja ”vaatii” tekemään asioita, ei välttämättä ole asukkaan mielestä ”kiva”. Väittämään ”päivätoimintaa on riittävästi” palveluntuottaja 2:n tulos on 3 vuoden aikana jonkin verran (15 %) pienentynyt, eli useamman mielestä nykyään ”päivätoimintaa ei ole tarpeeksi”. Toisin sanoen heidän mielestään ”päivätoimintaa pitäisi olla enemmän” - mutta luulen, että ainakin joku on tarkoittanut vastata, että ”päivätoimintaa on liikaa”! Tätä tukee palveluntuottaja 2:n yksikössä avoimen kysymyksen vastaus ”työsalilla ei ole kiva käydä”. Tosin yksittäisestä vastauksesta ei voi tehdä johtopäätöksiä.

On mahdollista verrata eri palveluntuottajien asukkaiden vastauksia toisiinsa, laatia niistä kuvaajia ja saada siten visualisoitua niiden eroja. Tässä tutkimuksessa emme voi todistaa, tuleeko eri palveluntuottajien välille eroa, sillä aineisto on liian pieni. Riippuen siitä, mitä muuttujia valitsee, tällaisella kuviolla voisi osoittaa huomattaviakin eroja ja se voisi siten olla suorastaan valheellinen, jopa tarkoitushakuinen.



Kuva 7 Palveluntuottajien vertailua

Toki asukkailta saadut vastaukset voivat olla sellaisenaan merkittäviä. Voidaan esimerkiksi kiinnittää huomiota siihen, että palveluntuottaja 4:ssä annetut vastaukset ovat selvästi pienempiä kuin muissa yksiköissä. Olisi helppo tehdä se johtopäätös, että sen asukkaat ovat tyytymättömämpiä kuin muut, tai että siellä on joitain oleellisia puutteita. Mahdollinen selitys on myös se, että sinne olisi valikoitunut huonompikuntoisia, enemmän tuen tarpeessa olevia asukkaita. Työsalilla vieraillessani sain tämän vaikutelman. Palveluntuottaja 4:ssä saatiin tällä kerralla vain 8 vastausta, joten sattumanvaraisuus vastauksissa korostuu.

Kun Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen (2012) tekivät Mann-Whitneyn U-testin kaikkien 4 palveluntuottajan välillä niistä 5 kysymyksestä, joista oli vuonna 2011 tullut merkitsevää eroa, juuri niistä kysymyksistä esimerkiksi palveluntuottajien 2 ja 4 välille ei tullut ainuttakaan tilastollisesti merkitsevää eroa, vaikka "silmämääräisesti" niiden paikkojen välillä oli eroa, ja niissä kerätyissä absoluuttisissa vastauksissa (keskiarvoissa) oli merkittävästi eroa.

Prosentuaalinen muutos vuodesta 2011 vuoteen 2014 saattaa näyttää suurelta, jos muutos on yli 15 % (palveluntuottaja 4:ssä tyytyväisyys ruuanlaittomahdollisuuksiin oli laskenut -42 %), mutta on otettava huomioon, että kun asteikko on vain 1 - 5 ja vastauksia vähän, tulos voi johtua vain muutamasta vastauksesta. Laskin jokaisen muuttujan keskiarvosta prosentuaalisen muutoksen vuodesta 2011 vuoteen 2014. Vain 0,3 - 0,4 yksikön muutos vastasi jo 9-10 % muutosta.

Olisi ollut mielenkiintoista tietää, miten asumisaika korreloi tyytyväisyyteen, mutta asukkaiden oli melkein ylivoimaista muistaa, miten kauan he olivat palvelukodissa asuneet ja useat jättivät sen kohdan tyhjäksi. Tähänkään kysymykseen ei näin pienessä joukossa olisi tullut riittävästi vastauksia tilastollisesti merkitsevien tulosten saamiseen.

6.3 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti tarkoittaa sitä, mittaako mittari sitä mitä sen ajatellaan ja halutaan mitata. Validiteettia heikentävät epäselvät ja monimerkityksiset kysymykset. Useimmat täyttivät lomakkeen ilman apua, joten on mahdotonta varmasti tietää miten he ovat tulkinneet keskimäisen vastausvaihtoehdon. Onko joku vastannut siihen ”en osaa sanoa” jonka numeerinen arvo olisi 0, vai lomakkeen tarkoittamaa ”ei samaa eikä eri mieltä” eli ”ei hyvä eikä huono”. Jos validiteetti näin heikkenee, se heijastuu myös reliabiliteettiin.

Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, miten luotettava mittari tai tutkimus on, eli ovatko tulokset toistettavissa olevia vai sattumanvaraisia. Reliabiliteettia heikentää alhainen (56 %) vastausprosentti. Reliabiliteettia voisi mahdollisesti heikentää se, että tutkintaympäristö ei olisi täysin sama, että yksiköissä olisi kolmen vuoden aikana tapahtunut joitain oleellisia muutoksia. Se, että vastaajajoukossa on osittain eri ihmiset, ei vaikuta reliabiliteettiin. Jos ihmiset eivät uskalla vastata rehellisesti, vaan kaunistelevat vastauksiaan, se heikentää reliabiliteettia. Mielenterveyskuntoutujien voi olla vaikea vastata rehellisesti, kun he ovat riippuvaisia henkilökunnasta ja ikään kuin alisteisessa asemassa. Monien ihmisten on joka tapauksessa vaikea antaa negatiivista palautetta. Sanallisissa vastauksissa oli myös jonkin verran kritiikkiä. Kirjalliset tai suulliset kommentit vaikuttavat luotettavammilta kuin ”rasti ruutuun” arviot. Asukkaiden osallistuminen riippui selkeästi henkilökunnan aktiivisuudesta ja myös sattumasta. Eräässä asumisyksikössä oli saunailta, vaikka olin sopinut ajat etukäteen henkilökunnan kanssa siten, että kaikki olisivat paikalla. Puolet asukkaista vastasi, vaikka oli saunailta, mutta selvästi se aiheutti katoa. (Heikkilä 2004, 185 - 189; Vehkalahti 2014, 41; Vilkkua 2007, 149 - 150.)

6.4 Kriittisiä kannanottoja

Asiakaslähtöisyydestä puhutaan nykyään paljon, mutta Helénin (2011, 171) mielestä pääosassa on kuitenkin asiakkaita varten luotu järjestelmä. Hänen mielestään asiakas osallistuu palvelujärjestelmään lähinnä vastaamalla erilaisiin asiakastyytyväisyyskyselyihin ja muihin lomakkeisiin. Salon (2010, 43) mukaan asumispalvelun asukas on usein tahdoton toimenpiteiden kohde, jonka puolesta päätetään monia asioita. Vilkkua (2007, 37) korostaa, ettei julkisen vallan edustajien tule pyrkiä tekemään kaikkea ihmisen puolesta. Opinnäytetyöhöni kuuluvissa asu-

misyksiköissä ei mielestäni näin ollut, vaan asukkaiden tarpeita ja toiveita kuunneltiin herkäällä korvalla.

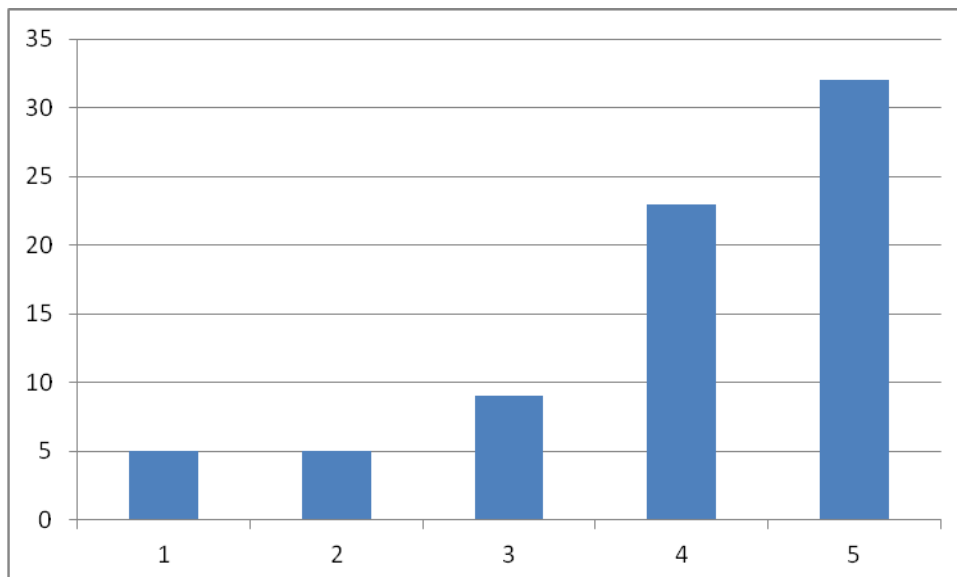
Salo ja Kallinen (2007, 374) ovat sitä mieltä, että asukkaille tulee antaa enemmän vastuuta omien asioidensa hoidosta. He siteeraavat kirjassaan (2007, 379) Hanna Ylistä, jonka mielestä valmiin ruuan tarjoamisen ja auttamisen raha-asioiden hoidossa tulisi olla vain tilapäistä, jos asukas on niin huonokuntoinen, ettei selviä siitä. Muutenkin Salo ja Kallinen (2007, 327) ovat erittäin kriittisiä ja heistä palveluasuminen laitostaa. Vuonna 2011 julkaistussa kirjassa Salo (2011, 281) toteaa: ”Mielenterveyskuntoutujan keskeinen tehtävä on muodostua kauppa- ja markkinatavaraksi. Esimerkiksi 1980-luvulta vahvistuneessa asumispalvelujen tuotannossa on mielenterveyskuntoutujasta tullut kunnallisen rahoittajan ja yksityisen palveluntuottajan sopimuksen alaista kauppatavaraa. Hänellä itsellään ei ole päätäntävaltaa siihen, missä ja miten hän asuu ja elää.” Jos ihmisellä on tuetun asumisen tarve, silloin hän ei voi valita asua yksin. Muuten kuulostaa hyvin pessimistiseltä, ettei asukkaalla olisi päätäntävaltaa, miten elää. Asuntoloissa, joissa olen ollut työssä, on otettu asiakkaiden toivomukset ja elintavat yksilöllisesti huomioon.

Olisi mielenkiintoista selvittää asukailta, henkilökunnalta ja kaupungin edustajilta, miten he asiat kokevat, kun toisaalla puhutaan paljon asiakaslähtöisyydestä, osallisuudesta ja itsemääräämisoikeudesta. Haastatellessani palveluntuottajan johtajaa kuulin, että asukas on heillä johtotähti. ”Me -- vain ja ainoastaan painotetaan sitä et se on meil -- perusarvoissa - tää asukkaan kuuleminen ja asukkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen”.

Järvikoski & Härkäpää (2008, 61) viittaavat muun muassa Kuntoutussäätiössä ja Mielenterveyden Keskusliitossa tehtyihin tutkimuksiin, joiden mukaan useat asukkaat eivät ole tietoisia omasta kuntoutussuunnitelmastaan. Laitila (2010, 105, 140) raportoi uudemmassa tutkimuksessaan aivan samoin. Omassa opinnäytetyössäni samoin kuin Ahokummun, Jalosen ja Suomalaisen (2012) työssä tuli tulokseksi, että keskiarvo tyytyväisyyteen kuntoutussuunnitelmasta ja siihen vaikuttamisesta oli pienempi kuin muihin väittämiin. Tosin keskiarvot näihin väittämiin eivät loppujen lopuksi olleet kovin paljon pienempiä kuin muihin muuttujiin (kuva 4 s. 25), vaikka Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen (2012) näin mainitsivat, ja minä käytin sitä pohjatietona tehdessäni henkilökunnan haastatteluja. Suurin osa on ollut vaikutusmahdollisuuksiinsa tyytyväinen, vaikkeivät kaikki (kuva 8).

Haastateltavista jokainen ihmetteli, mistä alhaisempi arvio voisi johtua, sillä he ottavat asukkaat poikkeuksetta ja aktiivisesti mukaan kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Heidän mielestään se voisi johtua asiakkaan passiivisuudesta tai esimerkiksi siitä, että asukkaan kanssa keskustellessa hän haluaa laatia itselleen tavoitteen esimerkiksi opiskelusta, muttei täysin ymmärrä mitä kaikkea siihen liittyy kuten aikaisin herääminen, rutiini ja kotitehtävät. Sitten kun

pitää toteuttaa kuntoutussuunnitelmaan kirjattuja asioita, se voi tuntua raskaalta ja alkaa tuntua siitä, ettei se ollutkaan oma suunnitelma ja toive, vaan on tullut ulkoa annetuksi.



Kuva 8 Kaikkien vastausten jakauma (kuntoutussuunnitelmaan vaikuttaminen)

Kuvassa 8 havainnollistan väittämään ”pystyn vaikuttamaan kuntoutussuunnitelmaani” annetut vastaukset. Jakauman mukaan 10 ihmistä on ollut tyytymättömiä tai melko tyytymättömiä mahdollisuuteen vaikuttaa kuntoutussuunnitelmaansa. 32 ihmistä on ollut tyytyväisiä ja 23 ihmistä melko tyytyväisiä. Loput vastasivat ”ei samaa eikä eri mieltä”.

Ruuanlaiton oppiminen on tärkeä taito. Salo ja Kallinen (2007, 275 - 276, 379) kritisoivat sitä, että asumisyksiköissä yleensä syödään yhdessä eikä asukkailla ole tilaisuutta oppia ruuanlaittoa, ostoksilla käymistä ja budjetointia. Minusta yhdessä syömisessä on, paitsi sosiaalinen elementti, se etu, että asukkaat saavat monipuolista terveellistä kotiruokaa, ja useimmissa asumisyksiköissä osallistuvat vuoron perään sen valmistukseen. Olin työssä asuntolassa, jossa ei ollut ”pakkoruokailua” (Salo & Kallinen 2007, 275). Kokemukseni mukaan vain harvat niistä, jotka eivät osallistuneet vapaaehtoiseen yhteiseen maksulliseen ruokailuun, laittoivat ohjaajan opastuksella itselleen ruokaa. Onko parempi, että he syövät uunissa tai mikrossa lämmitettäviä eineksiä?

Salo ja Kallinen (2007, 280 - 281) kritisoivat työtoimintaa ja vertaavat sitä orjatyöhön ja riistoon. Työ on yksitoikkoista pakkaus- ja kokoamistyötä ja pahinta on, että siitä maksetaan muutama euro päivässä. Työtoiminnan ajatellaan olevan kuntouttavaa, mutta se loukkaa itsekunnioitusta ja on sellaisenaan kuntoutumisen este. Satuain työsalille silloin, kun siellä ei ollut mitään tekemistä. Sovittuja töitä ei ollut saapunut ja tilanne oli ollut sellainen usean päivän

ajan. Kuntoutuja kertoi, että kotiin ei saanut jäädä eikä kuntosalille mennä, koska ahkeruusraha oli sidottu työsalilla oleskeluun. Henkilökuntaa oli paikalla, ja jäin miettimään, voisiko tuollaisina päivinä järjestää jotain muuta toimintaa, mennä esimerkiksi retkelle. Ahkeruusrahan ehtojen pitäisi olla joustavammat, jos työtä ei kuntoutujista riippumattomista syistä pysty tekemään.

6.5 Yhteenveto

Arviointitieto tulee antaa tiedoksi paitsi asumisyksiköille, myös kunnan päätöksentekijöille. Usein tieto jää organisaation sisälle eikä hyödytä tarpeeksi. (Korhonen ym. 2007, 39 - 40.) Ahokumpu, Jalonen ja Suomalainen (2012) eivät olleet lähettäneet opinnäytetyötään palveluntuottajille, mutta mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen olisi pitänyt tiedottaa tuloksista. Tulokset käsiteltiin yleisellä tasolla asumisyksiköiden edustajien kanssa, mutta niitä ei koskaan annettu tiedoksi asumisyksiköissä, mikä oli valitettavaa. (Robson 2000, 187; Vuorinen 2015.) Siksi kerätyn tiedon pohjalta ei pystytty toteuttamaan parannuksia ja asukkaille jäi mielikuva, ettei kyselyihin vastaaminen ole mielekästä. Annan palveluntuottajille linkin opinnäytetyöhöni ja olen sopinut keskustelevani Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen asiantuntijan kanssa siitä, tulenko esittelemään opinnäytetyötäni jollekin yleisölle.

Kaupungin edustajien tulee harkita, miten asiakastyytyväisyyttä tullaan keräämään ja arvioimaan jatkossa. Luulen, että haastattelu tai ryhmäkeskustelu toisi enemmän tietoa. Vastauksissa ei tullut paljonkaan hajontaa. Jos lomakekyselyä halutaan käyttää, siihen voisi yhdistää suullisen palautteen keräämistä. Osa tämän lomakkeen väittämistä oli liian pitkiä ja vaikeaselkoisia. Monet lomakkeen kysymyksistä olivat aika pinnallisia, kuten ruuan määrä, koska aina pyydetessä saa lisää ruokaa tai saako apua lääkehoidossa, koska asiakkaiden elämäntilanteen vuoksi on aivan oleellista, että kaikki saavat tarvitsemaansa apua lääkehoidossa. Toisaalta aikuisten asukkaiden mielipiteet ja toiveet tulee ottaa vakavasti ja toisaalta niitä varmasti värittää mielenterveyden ongelma ja koettu tai kuviteltu turvattomuus. Monella taudinkuvaan liittyy harhoja. ”Täällä ei hoideta Raamatun mukaisesti.” ”Toiset eivät ole uskovia, joten täällä on huono ilmapiiri.” Epärealistinen toive aiheutti pettymystä. ”Miksi Espoon kaupunki ei anna minulle asuntoa?”

Osa mielenterveyskuntoutujista tulee aina tarvitsemaan huomattavassa määrin tukea. Jos he eivät saa tarpeeksi tukea siksi että vedotaan täysivaltaisuuteen ja omaan tahtoon, silloin itsemääräämisoikeus on ymmärretty väärin ja tämä toimintamalli aiheuttaa syrjäytymistä. Onko työn lähtökohta asiakkaan tarpeet vai järjestelmän tarjonta? (Kuusterä 2009, 84 - 85.) Toisen puolesta ei tietenkään tule tehdä asioita, mutta pitäisi kuitenkin pystyä tarjoamaan tarpeeksi tukea. Kuntoutuja tulee nähdä oman elämänsä asiantuntijana, joka voi olla tavoitteellinen, aktiivinen ja tehdä erilaisia päätöksiä. Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan voimaantuminen

(empowerment) on oleellista tänä aikana, jolloin yksilönvapautta ja elämänhallintaa muutenkin korostetaan. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 60; Kuhanen ym. 2010, 100.)

Tavoitteena pidetään usein itsenäisempään asumiseen muuttamista. Toinen vaihtoehto on turvata asumisen jatkuvuus ja räätälöidä palvelut niin, että mielenterveyskuntoutuja voi jatkaa asumista tutussa kodissaan. Jos mielenterveyskuntoutajat pystyvät asumaan tavallisissa asunnoissa asumisen tuen ja kotiin vietävien palveluiden tuella, erillisiä asumisyksikköjä tarvitaan vähemmän. (Joensuun kaupunki 2013, 4.) Tulevaisuudessa panostetaan kevyempiin tukimuotoihin ja itsenäisempään asumiseen, joka on myös useimpien asukkaiden toivomus (Harjajärvi 2009, 31). Moniongelmaisten nuorten aikuisten palveluasumiselle on kasvava tarve, eikä erilaisia asiakasryhmiä liene järkevää sijoittaa samaan asumispalveluyksikköön. Nuoret aikuiset ovat laatumietoisempia ja heillä on enemmän mielipiteitä ja kritiikkiä palveluista kuin vanhemmalla sukupolvella. (Harjajärvi 2009, 33.) Asumispalveluiden heterogeeninen asiakas-kunta on haaste ja voi olla ongelma, mutta se voi olla myös rikkaus. (Harjajärvi 2009, 47 - 48).

On selkeästi nähtävissä kaksi erilaista asiakasryhmää: nuoret aikuiset (noin 18 - 30 -vuotiaat), joilla mielenterveyden järkkyminen on tilapäistä ja jotka kuntoutuvat työhön tai/ja opiskelevat ammattiin ja vanhemmat asukkaat, joille voidaan taata kunnioittava kohtelu ja ihmisarvoinen vanhuus. Tuen pitää olla yksilöllinen ja joustava. Nuoria aikuisia kuntoutetaan aktiivisesti, jotta he eivät syrjäytyisi yhteiskunnasta ja jotta sairauden paheneminen voitaisiin ehkäistä ennalta. Ikääntyvien, pitkään sairastaneiden, kuntoutus tähtää mahdollisimman hyvän toimintakyvyn ylläpitämiseen. Iäkkäämmät mielenterveyskuntoutajat ovat usein ikäistään vanhempia ja he tarvitsevat perushoitoa ja fyysisen terveyden hoitoa. Heillä on usein monia sairauksia ja jo alle 50-vuotiaana toimintakyky voi olla huonontunut ikääntymisen vuoksi. Fyysiset sairaudet hoidetaan mahdollisimman hyvin ja psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan vain harvoin. Tavoitteena on asukkaan hyvinvointi. (Joensuun kaupunki 2013, 4, 17). Olen havainnut, että nuorilla on myös enemmän odotuksia ja jopa vaatimuksia asumisen suhteen. Henkilökunnan toimet voidaan nähdä kiusantekona, vaikka tavoitteena on auttaa nuori aikuinen eteenpäin tukiasuntoon tai omaan asuntoon.

”Toiset kuntoutuu sillä tavalla et pystyy huolehtiin itsestään mut toisilla se tietysti jos on hyvinki kroonistunut on ollut pitkä sairaushistoria niin sitä ei niin tapahdu siinä mittakaavassa -- se lähtökohta pitää mun mielestä olla näiden iäkkäidenkin kanssa miettiä että se elämänlaatu olis semmosta arvokasta että nauttivat sellaista erityistä huomiota ainakin mä koen että erityisesti tulen antamaan näille iäkkäille erityishuomiota -- he tarvii erityishuolenpitoo suihkussa autetaan jos tarvitaan”

Kokemukseni mukaan tukiasunnossa asuvat ovat usein hyvin yksinäisiä, mutta en tiedä, haluaisivatko he kuitenkin mieluummin asua asuntolassa. Tukikontakti on yleensä säädeltyä ja rajoitettua, esimerkiksi puhelu tiettyyn aikaan kerran vuorokaudessa ja vierailu kerran viikossa, eikä sitä ole niin paljon kuin asiakas toivoisi. Tavoitteena on itsenäinen asiakas. Omankin kokemukseni pohjalta ajattelen, että nuoret aikuiset hyötyisivät enemmän yhteisöllisestä asumisesta, jossa opeteltaisiin arjen ja kodinhoidon sujumista, ennen kuin muuttaisivat tukiasuntoon. Tämä olisi mielenkiintoinen ja hyödyllinen tutkimusaihe.

Jäin miettimään, miten paljon palveluasumisyksiköissä voisi hyödyntää ulkopuolisten toimijoiden tarjoamaa vapaa-ajan ohjelmaa. Auroranportin palveluasunnoissa kokoontuu säännöllisesti Espoon mielenterveysyhdistyksen nuorten aikuisten ryhmä, mutta tietääkseni ostopalveluasuntoloissa ei ollut vastaavia. Henkilökunnan tulisi aktiivisesti tutustua yhdistystoiminnan tarjoamiin mahdollisuuksiin ja tiedottaa ja aktivoida asukkaita osallistumaan niihin. Yhdistyksistä voisi vierailla vertais- ja kokemusasiantuntijoita palvelutaloissa esittelemässä toimintaansa. (Kapanen, Leinonen & Rantanen 2013, 53, 63.) Järjestetty yhteinen ohjelma lisäisi asumisviihtyvyyttä ja olisi kuntouttavaa.

Kansallisena tavoitteena on, että suurin osa mielenterveyskuntoutujista asuisi tavallisessa asunnossa, joissa on tarvittaessa saatavilla joustavat ja räätälöidyt asumisen tukitoimet (Joensuu kaupunki 2013, 7; STM 2007). Asumispalvelut pitää järjestää pienimuotoisissa kodinomaisissa yksiköissä. Laitosmaisuus, sairaalamaisuus ja suuret yksiköt eivät ole toivottavia. Kodinomaisuus on tärkeää sekä niille, joille se on välivaihe itsenäisempään asumiseen, että niille, jotka eivät kuntoudu omaan asuntoon koskaan. (Joensuu 2013, 8; Ympäristöministeriö 2012.)

Ehdotukseni kehittämiskohteiksi

- paremmat ruuanlaittomahdollisuudet
- ruuanlaiton ja oman ruokahuollon suunnittelun ohjaus
- päivätoiminnan ja työtoiminnan sisältö
- asukkaita aktivoivan arviointimenetelmän kehittäminen

Lähteet

- Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. Arvioinnin kartalla. Matka teoriasta käytäntöön. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2009.
http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/arvioinnin_kartalla.pdf Luettu 16.2.2015.
- Ahokumpu, S-K., Jalonen, J. & Suomalainen, T. 2012. ”Että olisi rauhallista ja viihtyisää, että olisi kodin tuntua” Asiakastytyväisyyskysely mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Opinnäytetyö. Espoo: Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Ahonen, T. 2014. Palvelupäällikkö. Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus. Henkilökohtainen tiedonanto 31.1.2014.
- Asiakaslaki 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2000/20000812> Luettu 12.2.2015.
- Eronen, S. & Karlsson, J. 2007. Matkalla kohti mielenterveyskuntoutujan asumispalveluprosessin yleistä mallia. Kuntoutus 1/2007, 54 - 58. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen (8. painos). Tampere: Vastapaino.
- Espoon kaupunki. 2013a. Psykiatrisen palveluasumisen hankinnan kuvaus. Tarjouspyyntö. Julkaisematon.
- Espoon kaupunki. 2013b. Psykiatrisen palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen palvelukuvaus. Tarjouspyyntö. Julkaisematon.
- Fink, A. 2003. How to Ask Survey Questions. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fink, A. 2009. How to Conduct Surveys. A Step-by-Step Guide. 4th edition. Los Angeles: Sage Publications.
- Gray, D. 2004. Doing Research in the Real World. London: Sage Publications.
- Harjajärvi 2009. Kuntien näkemyksiä kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta sekä kehittämishaasteista. Teoksessa Harjajärvi, M., Kairi, T, Kuusterä, K. & Miettinen, S. Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä. Helsinki: Kehitysvammaliitto. Kehitysvammaliiton selvityksiä 3. s. 8 - 58
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Helén, I 2011. Asiakslähtöisyys eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui. Teoksessa Helén, I. (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino.
- Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveysvirasto. Uutiset. Julkaistu 20.6.2013.
www.hel.fi/hki/sote/fi/Uutiset/Asiakasosallisuus. Luettu 16.2.2015.
- Hyväri, S. & Laine, T. 2012. Osallistavan kehittämisen perusteita. Teoksessa Kotila, H. & Mutanen, A. (toim.) Käytäntöä tutkimassa. Haaga-Helian julkaisusarja Puheenvuoroja 2/2012.
- ITHACA-hankeryhmä 2011. Ihmisoikeuksien ja terveydenhoidon arviointi mielenterveys- ja päihdelaitoksissa sekä asumispalveluissa. ITHACA-työkalu. THL:n Raportti 20/2011. Helsinki: THL

Jalava, J. & Seppälä, U. 2010. Kuntoutus ja sosiaaliset mahdollisuudet. Teoksessa Hiilamo, H. & Saari, J. Hyvinvoinnin uusi politiikka: Johdatus sosiaalisiin mahdollisuuksiin. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 27

Joensuun kaupunki. Mielenterveyskuntoutujien asuminen Joensuussa. Nykytila ja tulevaisuuden suuntia. Arjen mieli -hanke 2013.
<http://www.joensuu.fi/documents/11127/257630/Mielenterveyskuntoutujien+asumisen+nykytila+ja+tulevaisuuden+suuntia+Joensuussa+%282013%29/e6538fa7-c0be-45f9-afa5-d61ad8ec1e31> Luettu 17.2.2015.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Kapanen, H., Leinonen, A. & Rantanen, A-R. 2013. Lilinkotisäätiön kolmen palvelutalon kokemusrarviointi. MTKL:n raportti 29.4.2013.
<http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Lilinkotis%C3%A4%C3%A4ti%C3%B6n-kokemusrarviointi-raportti.pdf> Luettu 27.1.2015.

Kari, O. & Niskanen, T., Lehtonen, H. & Arslanoski, V. 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karjalainen, S. & Kukkonen, P. 2005. Psykologista käyttötietoa. Helsinki: Edita.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kivipelto, M. Sosiaalityön kriittinen arviointi. Sosiaalityön kriittisen arvioinnin perustelut, teorit ja menetelmät. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 3.

Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2002. Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Stakes.

Korhonen, S., Julkunen, I., Karjalainen, P., Muuri, A. & Seppänen-Järvelä, R. 2007. Arviointi ja hyvät käytännöt sosiaalipalveluissa: Asiantuntijoiden pohdintoja tulevasta. Helsinki: Stakes. Raportteja / Stakes : 16/2007.

Korkeila, J. 2011. Mitä häpeäleima on? Teoksessa Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Duodecim.

Koskisuu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Kuusi, O., Ryytänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. 2015. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Teknologian arvioinnin peruseräraportti. Tulevaisuusvaliokunta. Teknologian arviointeja 24. Eduskunta.
http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/suomen_terveydenhuollon_tulevaisuudet.pdf Luettu 20.2.2015.

Kuusterä, K. 2009. Hyvinvointivaltion asukkaita. Ammattilaisten tapauskuvauksia kehitysvammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien asumisesta. Teoksessa Harjajärvi, M., Kairi, T., Kuusterä, K. & Miettinen, S. Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä. Helsinki: Kehitysvammaliitto. Kehitysvammaliiton selvityksiä 3. s. 59 - 89

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteet 31. Väitöskirja.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- ja palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179.

Metsämuuronen, J. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia-sarja 6. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 14.12.1990.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/asiasanat/?key=Mielenterveys&id=2730> Luettu 12.2.2015.

Narumo, R. 2006. Voiko kuntoutumista ohjata? - Ohjaava ote mielenterveystyössä. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Nivala, E. & Rynnänen, S. 2013. Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. Sosiaalipedagogiikan aikakauskirja, vuosikirja 2013, vol. 14.

Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

Paasu, J. 2005. Kotia ja tukea etsimässä. Mielenterveyskuntoutujan asuminen ja tukipalvelut pääkaupunkiseudulla. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Patton, M. 1997. Utilization Focused Evaluation. The new Century Text. 3. painos. Thousand Oaks, London and New Delhi. Kts Rajavaara, M. 1999. Arviointitutkimuksen hyödynnettävyys. Teoksessa Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. (toim.) Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus

Piirainen, K. & Kallanranta, T. 2008. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Rajavaara, M. 1999. Arviointitutkimuksen hyödynnettävyys. Teoksessa Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. (toim.) Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus

Riikola, T., Salokangas, R. & Laukkala, T. 2013. Käyvän hoidon potilasversio. Skitsofrenia. Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus;jsessionid=4229CE4C2E37591130C8ED231C8E613B?id=khp00031> Luettu 16.2.2015.

Rissanen, P. 2013. Teoksessa Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S & Sinkkonen, N. Kuntoutujasta toimijaksi, kokemus asiantuntijuudeksi. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1 Luettu 20.2.2012.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Alkuperäisteos Small-Scale Evaluation. Helsinki: Tammi.

- Romakkaniemi, M. 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Acta Universitatis Lapponiensis 209. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Ryan, T. & Pritchard, J. 2004. Good Practice in Adult Mental Health. Jessica Kingsley Publishers.
- Räty, T. 2010. Vammaispalvelut. Vammaispalvelujen soveltamiskäytäntö. Helsinki: Kynnys ry.
- Saario, S. 2011. Arviointitekniikat ja mielenterveystyö - tutkimus ammattilaisten luovinnasta työn arvioinnissa ja seurannassa. Teoksessa Helén, I. (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino.
- Salo, M. 1992. Luonnosta laitoksiin. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 19. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Salo, M. 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalarformit Italiassa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Salo, M. 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. THL Raportti 22/2010.
- Salo, M. 2011. Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Teoksessa Helén, I. (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino.
- Salo, M. & Kallinen, M. 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- STM 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. STM:n julkaisu 2007:13.
- Teperi, J. Terveystuhojen uudistukset ja perusterveydenhuollon kehitys. Terveystuhojen ja hyvinvoinnin laitos. 3.10.2013
<http://videonet.fi/thl/20131004/teperi/teperi.pdf> Luettu 16.2.2015.
- THL 2013. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013.
<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito> Luettu 18.2.2015
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 2. painos. Tampere: Tampere University Press
- Tontti, J. 2008. Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Tampere: Vastapaino.
- Tuori, T 2010 Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja 1/2011.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e> Luettu 20.2.2015.
- Valvira 2012. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 - 2014.
<http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvontaohjelma.pdf> Luettu 15.1.2015.
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura Ab.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vilkkumaa, I. 2007. Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: STAKES.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Vuorinen, M. 2015. Asiantuntija. Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus. Henkilökohdainen tiedonanto 17.2.2015.

Willberg, M. 2002. Mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen. Helsinki: Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 54.

Wiman, R. 2007. Kumpaa pitäisi kuntouttaa - ihmistä vai yhteiskuntaa? Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: STAKES.

WHO 2015. World Health Organization.

http://www.who.int/topics/mental_health/en/ Luettu 16.2.2015.

Ympäristöministeriö 2012. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen.

<http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=411293&lan=fi> Luettu 16.2.2015.

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupa.....	49
Liite 2 Saatekirje.....	50
Liite 3 Asiakastyytyväisyyskysely.....	51
Liite 4 Palveluntuottaja 1:n vastausten keskiarvot.....	54
Liite 5 Palveluntuottaja 2:n vastausten keskiarvot.....	55
Liite 6 Palveluntuottaja 3:n vastausten keskiarvot	56
Liite 7 Palveluntuottaja 4:n vastausten keskiarvot	57
Liite 8 Kaikkien vastausten keskiarvot	58
Liite 9 Tilastollisten testien tulokset.....	59



TUTKIMUSLUPA

1 (1)



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä myöntää tutkimusluvan 17.2.2014 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija / yhteyshenkilö: Hahn Kirsi

Tutkimuksen aihe / nimi: Asiakastytyväisyys ja kehittämisenäkökulmia mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusregistreitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämissyksikön sähköpostiosoitteeseen sotet_tutkimusluvut@espoo.fi lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 19 / 2 2014

*Tuula Heinänen puolesta
Riitta Flinck, laatujohtaja*

(Tuula Heinänen)
kehittämisjohtaja
Sosiaali- ja terveystoimi
Espoon kaupunki

Asiakastyytyväisyyskysely

Hei Sinä ”palveluntuottajan” asukas

Olen sosionomiopiskelija Laurea-ammattikorkeakoulussa. Teen lopputyönäni kyselyä asumispalveluyksiköissä asuvien espoolaisten mielipiteistä asumispalveluista.



Palautteet kerätään paperilomakkeella. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Espoon kaupunki kehittää asumispalveluja tulosten perusteella.

Toivon, että pääset vastaamaan kyselyyn

Ystävällisin terveisin Kirsi Hann



Liite 3 Lopullinen kyselylomake

Asiakastyytyväisyyskysely

Rastita vaihtoehto, joka parhaiten vastaa mielipidettäsi.

1. Tilat

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Olen tyytyväinen asumisyksikön sijaintiin					
2. Olen tyytyväinen huoneeni kokoon					
3. Saan asumisyksikössä halutessani omaa rauhaa					
4. Olen tyytyväinen yhteisten tilojen kokoon					
5. Yhteiset tilat ovat siistit					
6. Minulla on mahdollisuus halutessani ruoan laittoon					
7. Minulla on mahdollisuus halutessani pestä pyykkiä					
8. Asumisyksikössäni on riittävästi WC-tiloja					
9. Koen asumisyksikön turvalliseksi paikaksi asua					

2. Palvelut

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
10. Olen tyytyväinen kuntoutussuunnitelmaani					
11. Pystyn vaikuttamaan kuntoutussuunnitelmaani					
12. Olen tyytyväinen omahoitajaani					
13. Työntekijät tukevat minua riittävästi rahoasioiden hoidossa					
14. Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikkumisessa					
15. Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella					
16. Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulai-					

siin

17. Olen tyytyväinen asumisyksikön järjestämiin yhteisiin juhliin



18. Saan tarvittaessa tukea lääkähoidossani



3. Ruoka

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
19. Olen tyytyväinen ruoan makuun					
20. Olen tyytyväinen ruoan määrään					
21. Olen tyytyväinen päivittäisten ruokailukertojen (aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala, yöpala) määrään					
22. Erityisruokavaliot otetaan huomioon					

4. Henkilökunta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
23. Olen tyytyväinen asumisyksikön henkilökuntaan					
24. Koen, että paikalla on tarpeeksi henkilökuntaa					

5. Päivätoiminta (työsali ja/tai ryhmät)

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
25. Olen tyytyväinen päivätoimintaan					
26. Päivätoimintaa on riittävästi					
27. Päivätoiminta tukee kuntoutumistani					

6. Asumisyksikön ilmapiiri

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
28. Tulen toimeen muiden asukkaiden kanssa					
29. Asumisyksikössä vallitsee hyvä ilmapiiri					
30. Viihdyn asumisyksikössäni					

7. Minkä arvosanan asteikolla 4-10 antaisit asumispalveluyksiköllesi arvioidessasi palvelua?

4 5 6 7 8 9 10

8. Sukupuoli? (Ympyröi oikea vaihtoehto)

Nainen

Mies

9. Ikäsi? (Ympyröi oikea vaihtoehto)

Alle 25
vuotta

25-34
vuotta

35-44
vuotta

45-54
vuotta

yli 55
vuotta

10. Kuinka kauan olet asunut asumisyksikössäsi? (ympyröi oikea vaihtoehto)

alle 6
kuukautta

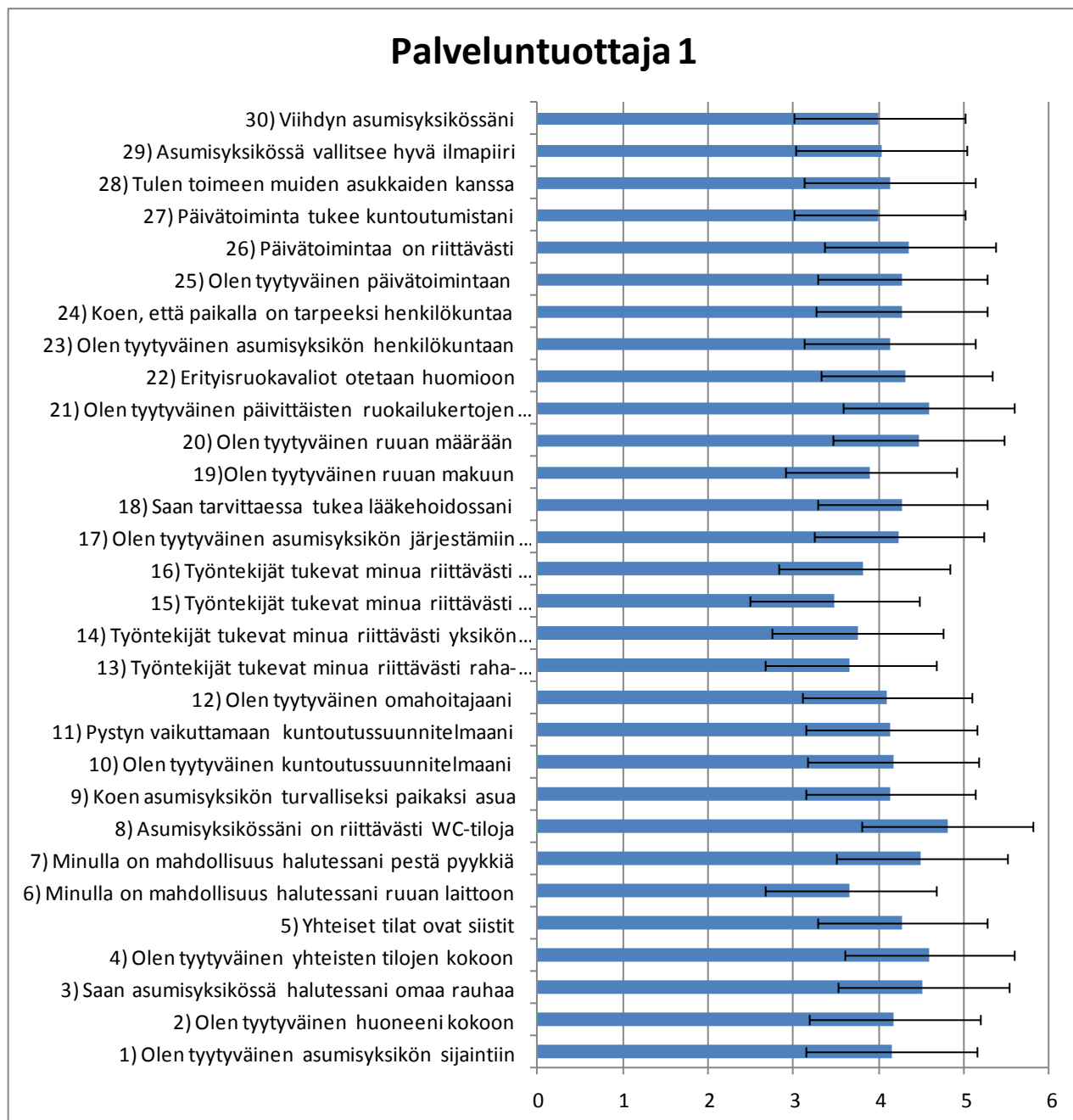
6-11
kuukautta

1 -3
vuotta

yli 3

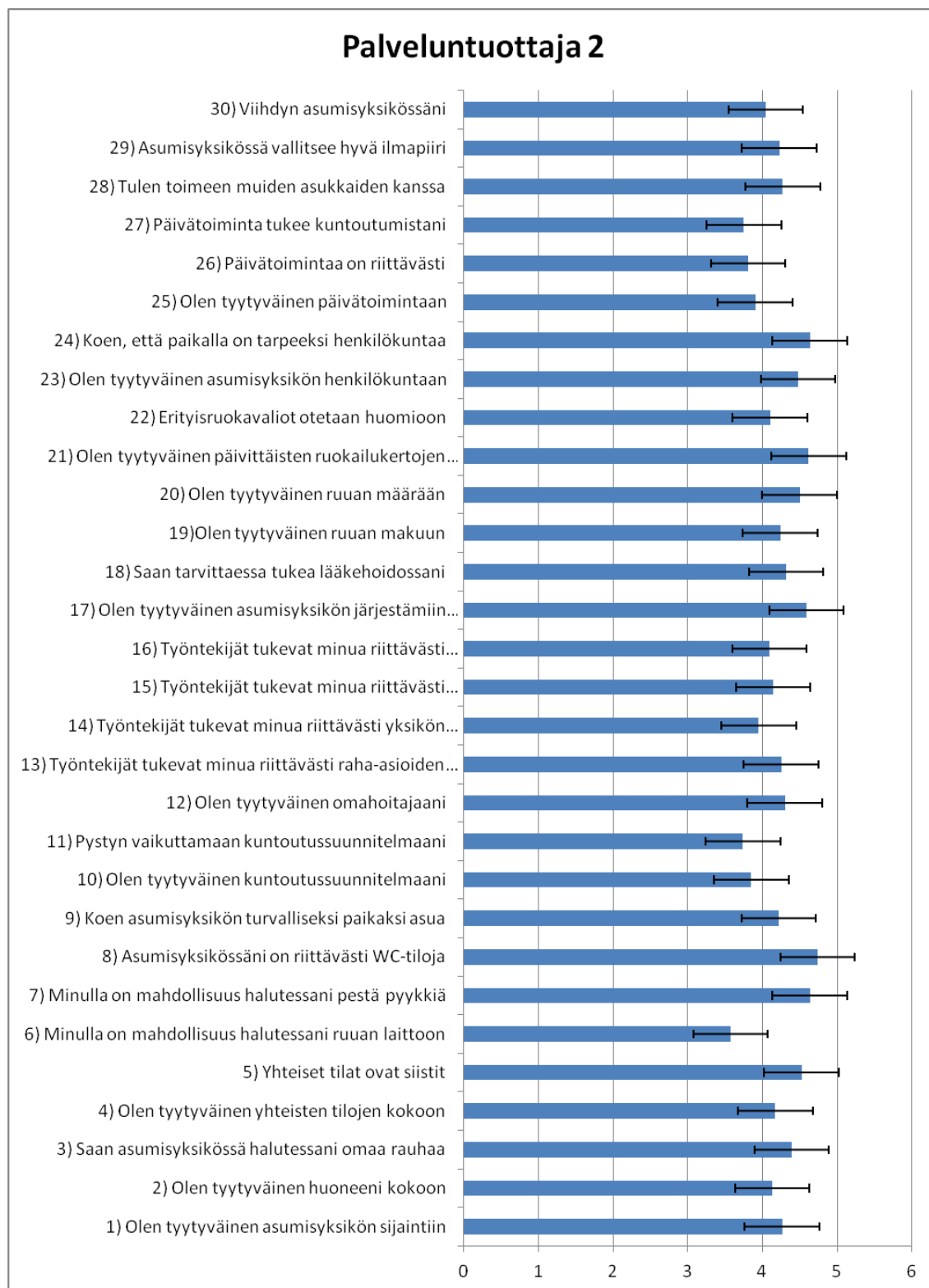
vuotta

11. Mitä toivoisit asumisyksiköltäsi? Kiitos vaivannäöstäsi 😊

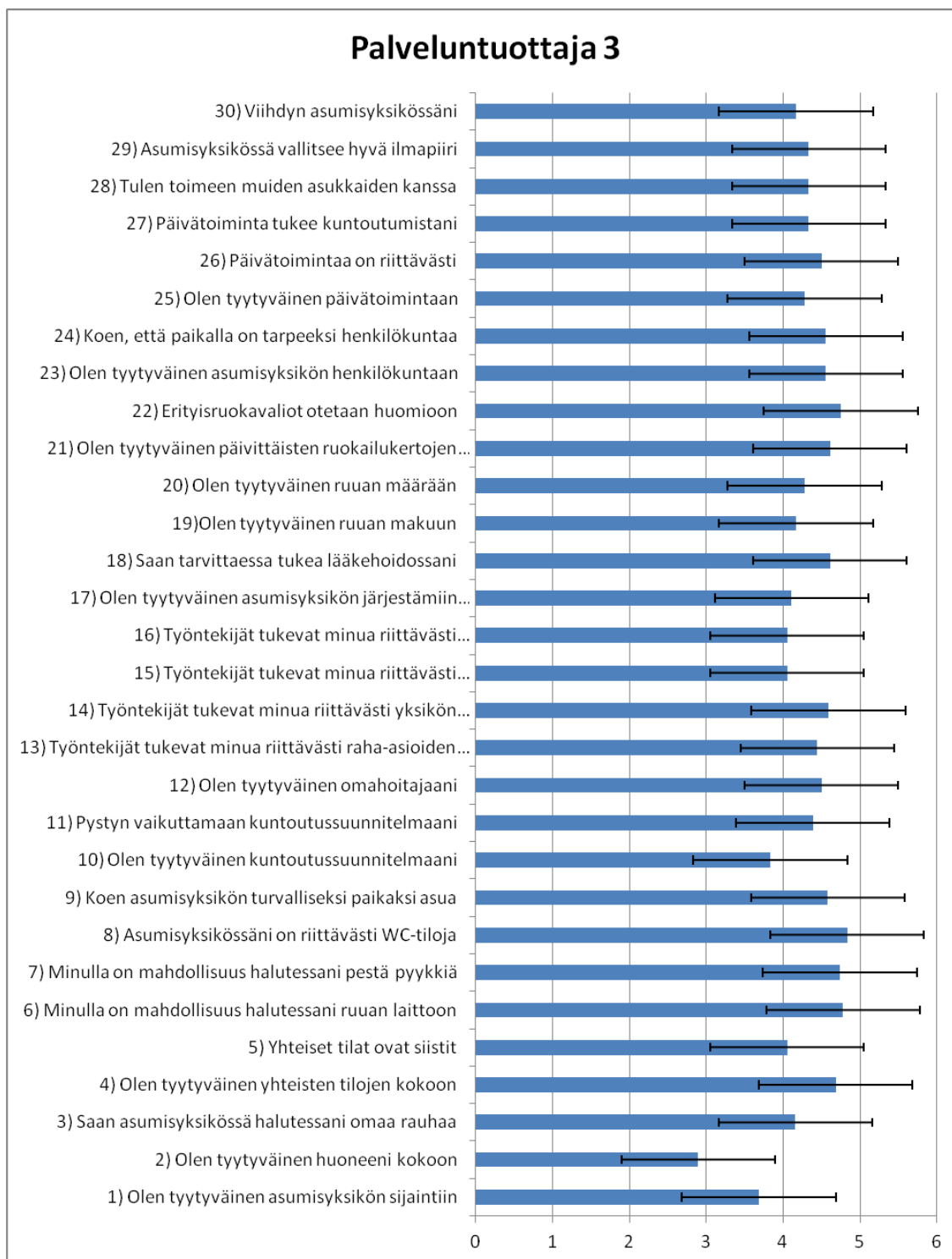


Kuva 9 Palveluntuottaja 1 vastausten keskiarvot keskihajontoineen (N=33)

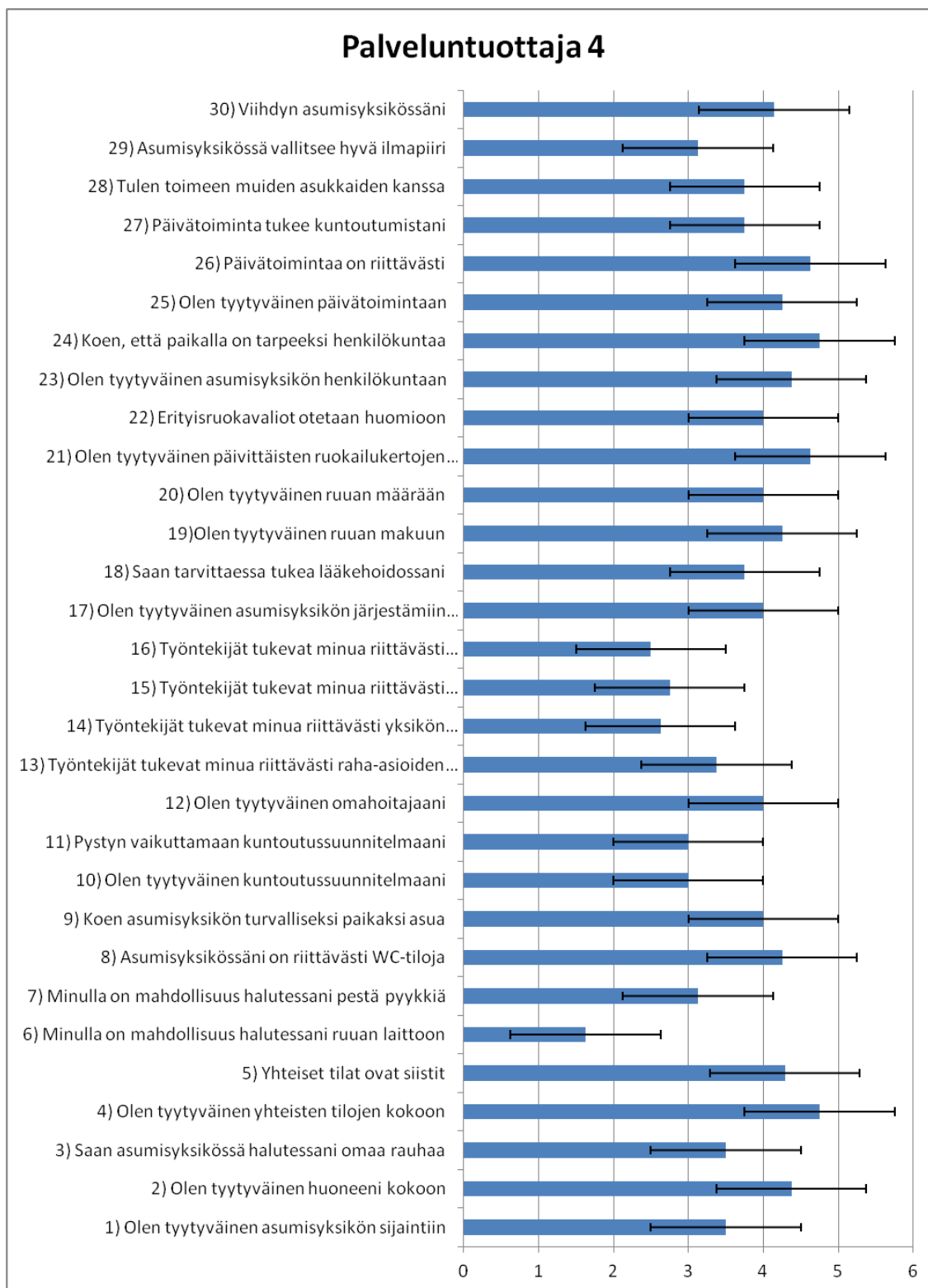
Liite 4



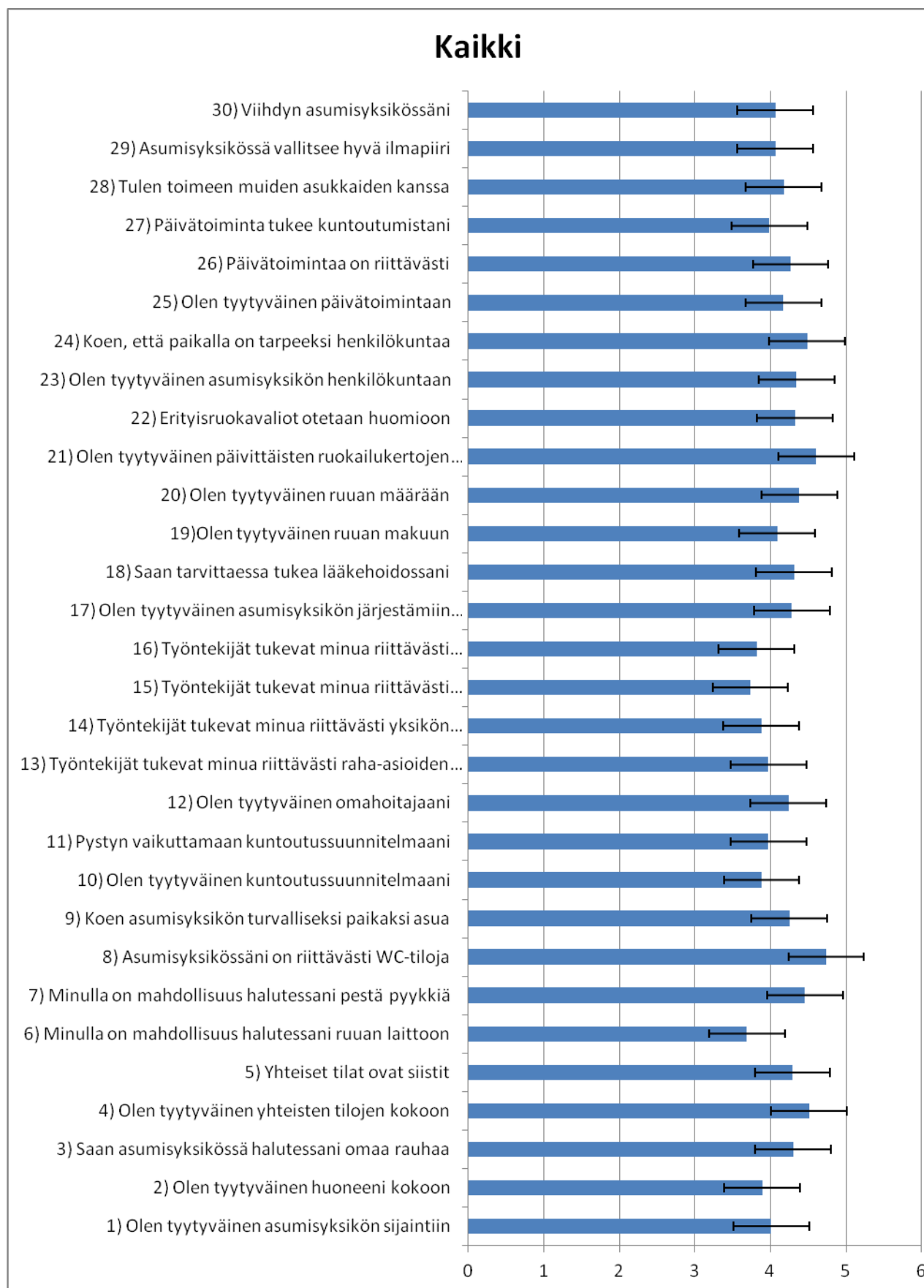
Kuva 10 Palveluntuottaja 2 vastausten keskiarvot keskihajontoineen (N=23)



Kuva 11 Palveluntuottaja 3 vastausten keskiarvot keskihajontoineen (N=19)



Kuva 12 Palveluntuottaja 4 vastausten keskiarvot keskihajontoineen (N=8)



Kuva 13 Kaikkien vastausten keskiarvot keskihajontoineen (N=83)

Taulukko 3 Miesten ja naisten vastausten erot Studentin t-testillä

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Työntekijät tukevat miina riittävästi yksikön ulkopuolella liikkumisessa	Equal variances assumed	5,982	,017	-2,193	67	,032	-,659	,300	-1,258	-,059
	Equal variances not assumed			-2,257	66,589	,027	-,659	,292	-1,241	-,076
Olen tyytyväinen ruuan määrään	Equal variances assumed	15,408	,000	-2,017	72	,047	-,490	,243	-,973	-,006
	Equal variances not assumed			-2,181	64,715	,033	-,490	,224	-,938	-,041
Päivätoimintaa on riittävästi	Equal variances assumed	17,244	,000	-2,909	70	,005	-,733	,252	-1,236	-,230
	Equal variances not assumed			-3,182	66,433	,002	-,733	,230	-1,193	-,273

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Olen tyytyväinen huoneeni kokoon is the same across categories of Yksikkö.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,039	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Minulla on mahdollisuus halutessani ruuan laittoon is the same across categories of Yksikkö.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of Minulla on mahdollisuus halutessani pestä pyykkiä is the same across categories of Yksikkö.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,008	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikkumisessa is the same across categories of Yksikkö.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,010	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella is the same across categories of Yksikkö.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,037	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulaisiin is the same across categories of Yksikkö.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,043	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Taulukko 4 Kruskal-Wallis -testin tilastollisesti merkitsevät erot

Mann-Whitneyn U-testin tulokset

	Olen tyytyväinen huoneeni kokoon	Minulla on mahdollisuus halutessani ruuanlaittoon	Minulla on mahdollisuus halutessani pestä pyykkiä	Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikumisessa	Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella	Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulaisiin
Mann-Whitney U	368,500	277,500	350,000	255,000	183,500	249,500
Wilcoxon W	644,500	508,500	878,000	661,000	561,500	655,500
Z	-,202	-,130	-,046	-,547	-,2163	-,950
Asymp. Sig. (2-tailed)	,840	,897	,963	,584	,031	,342

a. Grouping Variable: Yksikkö

Taulukko 5 Palveluntuottaja 1 vs palveluntuottaja 2

	Olen tyytyväinen huoneeni kokoon	Minulla on mahdollisuus halutessani ruuanlaittoon	Minulla on mahdollisuus halutessani pestä pyykkiä	Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikumisessa	Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella	Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulaisiin
Mann-Whitney U	185,500	121,000	274,500	134,000	177,500	224,500
Wilcoxon W	375,500	499,000	802,500	540,000	555,500	630,500
Z	-2,584	-3,123	-,800	-2,640	-1,831	-,950
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010	,002	,424	,008	,067	,342

a. Grouping Variable: Yksikkö

Taulukko 6 Palveluntuottaja 1 vs palveluntuottaja 3

	Olen tyytyväinen huoneeni kokoon	Minulla on mahdollisuus halutesani ruuan laittoon	Minulla on mahdollisuus halutesani pestä pyykkiä	Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikkumisessa	Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella	Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulaisiin
Mann-Whitney U	131,000	28,000	59,000	70,000	79,500	55,500
Wilcoxon W	692,000	64,000	95,000	106,000	115,500	91,500
Z	-,036	-3,223	-2,745	-1,648	-1,149	-2,220
Asymp. Sig. (2-tailed)	,971	,001	,006	,099	,250	,026
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,987 ^b	,001 ^b	,018 ^b	,116 ^b	,269 ^b	,030 ^b

a. Grouping Variable: Yksikkö

b. Not corrected for ties.

Taulukko 7 Palveluntuottaja 1 vs palveluntuottaja 4

	Olen tyytyväinen huoneeni kokoon	Minulla on mahdollisuus halutesani ruuan laittoon	Minulla on mahdollisuus halutesani pestä pyykkiä	Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikkumisessa	Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella	Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulaisiin
Mann-Whitney U	133,000	95,000	188,500	106,000	183,500	199,000
Wilcoxon W	323,000	326,000	441,500	316,000	373,500	430,000
Z	-2,269	-2,983	-,742	-2,184	-,465	-,015
Asymp. Sig. (2-tailed)	,023	,003	,458	,029	,642	,988
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		,007 ^b		,052 ^b	,668 ^b	1,000 ^b

a. Grouping Variable: Yksikkö

b. Not corrected for ties.

Taulukko 8 Palveluntuottaja 2 vs palveluntuottaja 3

	Olen tyytyväinen huoneeni kokoon	Minulla on mahdollisuus halutessani ruuanlaittoon	Minulla on mahdollisuus halutessani pestä pyykkiä	Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikumisessa	Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella	Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulaisiin
Mann-Whitney U	88,000	26,000	36,500	46,000	45,000	34,500
Wilcoxon W	364,000	62,000	72,500	82,000	81,000	70,500
Z	-,197	-2,906	-2,750	-1,797	-2,010	-2,527
Asymp. Sig. (2-tailed)	,844	,004	,006	,072	,044	,011
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,877 ^b	,003 ^b	,013 ^b	,089 ^b	,059 ^b	,013 ^b

a. Grouping Variable: Yksikkö

b. Not corrected for ties.

Taulukko 9 Palveluntuottaja 2 vs palveluntuottaja 4

	Olen tyytyväinen huoneeni kokoon	Minulla on mahdollisuus halutessani ruuanlaittoon	Minulla on mahdollisuus halutessani pestä pyykkiä	Työntekijät tukevat minua riittävästi yksikön ulkopuolella liikumisessa	Työntekijät tukevat minua riittävästi harrastamaan yksikön ulkopuolella	Työntekijät tukevat minua riittävästi yhteydenpidossa yksikön ulkopuolisiin ystäviin ja/tai sukulaisiin
Mann-Whitney U	41,500	1,000	28,000	27,000	43,500	33,000
Wilcoxon W	231,500	37,000	64,000	63,000	79,500	69,000
Z	-1,900	-4,410	-3,043	-2,710	-1,796	-2,388
Asymp. Sig. (2-tailed)	,057	,000	,002	,007	,073	,017
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,066 ^b	,000 ^b	,009 ^b	,016 ^b	,084 ^b	,022 ^b

a. Grouping Variable: Yksikkö

b. Not corrected for ties.

Taulukko 10 Palveluntuottaja 3 vs palveluntuottaja 4