

Kyselylomake kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa

Maarit Karhula ja Anna-Liisa Salminen

Maarit Karhula, tutkija, TtM, tt
Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter
maarit.karhula@gmail.com

Anna-Liisa Salminen, johtava tutkija, PhD, tt
dosentti
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sisällys

TIIVISTELMÄ	3
1 HANKKEEN TAUSTA JA TAVOITTEET	4
2 ASIAKASLÄHTÖISEN KUNTOOUTUSPROSESSIN SEURANTA ASIAKASNÄKÖKULMASTA 5	
3 KYSELYLOMAKKEEN KEHITTÄMISPROSESSI.....	7
4 JÄRJESTELMÄLLINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.....	9
5 ENSIMMÄINEN KOKEILU	10
5.1 Kyselyn laatiminen.....	10
5.2 Tutkimus kyselyn ymmärrettävyydestä.....	11
5.3 Muokattu kyselylomake.....	12
6 TOINEN KOKEILU	13
6.1 Toteutus ja aineiston kertyminen.	13
6.2 Menetelmät.....	13
6.3 Tulokset	15
6.3.1 Arviointimenetelmien psykometriset ominaisuudet	15
6.3.2 Sähköisen kyselyn käytettävyys ja siirtäminen vakiintuneeseen käytäntöön.....	18
6.3.3 Kuntoutuskäytäntöjen toteutuminen	20
6.4 Johtopäätökset toisen kokeilun tuloksista	25
7 KOLMAS KOKEILU: LOPULLINEN LOMAKE	27
8 YHTEENVETO KUNTOOUTUSPROSESSIN ASIAKASLÄHTÖISYYTTÄ ARVIOIVAN KYSELYLOMAKKEEN KEHITTÄMISPROSESSISTA.....	28
LÄHTEET	30
LIITTEET	32

Tiivistelmä

Hyvä kuntoutuskäytäntö vaatii toteutuakseen kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa kuntoutujan ja ammattilaisten yhteistyötä. Asiakaslähtöinen työskentely on hyvien kuntoutuskäytäntöjen perusta. Asiakaslähtöisyys toteutuu kuntoutuksessa dynaamisena prosessina.

Hankkeen tavoitteena oli kehittää Kelan järjestämään kuntoutukseen soveltuva asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin seurannan menetelmä. Kyselylomakkeen kehittäminen perustui kirjallisuuskatsauksessa tunnistettuihin kahteen aiemmin kehitettyyn kansainväliseen kyselylomakkeeseen (MPOC-A ja DEPSmod) ja lisäkysymyksiin. Sähköisesti täytettävä lomake kehitettiin kolmivaiheisena kokeiluprosessina. Kokeiluihin osallistui yhteensä 12 palveluntuottajaa ja kyselyihin vastasi yhteensä 595 (19 + 554 + 22) kuntoutujaa. Kokeiluissa saatiin tietoa kysymysten sisällöllisestä ymmärrettävyydestä, kyselylomakkeiden psykometrisistä ominaisuuksista sekä lomakkeiden käytettävyydestä ja käytäntöön siirtämisestä. Lisäksi toisen kokeiluvaiheen tuloksena kartoitettiin kuntoutujien näkemyksiä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta kuntoutusprosessin aikana.

Kelan vakiintuneeseen käytäntöön siirrettäväksi kyselykokonaisuudeksi päätyi psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyväksi todettu 15 kysymystä sisältävä DEPSmod-kyselylomake, jonka kysymyksiä modifioitiin kuntoutuskontekstiin soveltuviksi ja täydentävät neljä lisäkysymystä, jotka liittyvät kuntoutujan tarpeisiin vastaamiseen sekä jatkosuunnitelmien laadintaan.

Asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin seurantamenetelmän monivaiheinen kehittäminen tuotti sisällöllisesti tarkoituksenmukaisen ja laadullisesti hyvän kyselylomakkeen. Tällä tavoin varmistettiin se, että kuntoutujan ääni saadaan kuuluville kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä arvioitaessa ja että palveluntuottajat ja Kela pystyvät hyödyntämään säännöllisin väliajoin kertyvää tietoa omassa kehittämistyössään.

1 Hankkeen tausta ja tavoitteet

Hyvän kuntoutuskäytännön tavoitteena on asiakkaan paras mahdollinen ja vaikuttava kuntoutus. Hyvää kuntoutuskäytäntöä edellytetään laissa Kelan kuntoutuksesta, jonka mukaan Kelan järjestämän kuntoutuksen on oltava hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustuttava erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen (KKRL 566/2005 10§). Asiakaslähtöisyys on hyvän kuntoutuskäytännön keskeinen lähtökohta.

Hyvän kuntoutuskäytäntö edellyttää kehittyäkseen seurantaan. Palautetietoa kuntoutuskäytäntöjen toteutumisesta tarvitsevat sekä kuntoutuksen järjestäjä, että kuntoutuksen palveluntuottajat. Kuntoutusta voidaan seurata useasta näkökulmasta, joita voivat olla muun muassa käytettävien menetelmien ja lähestymistapojen vaikuttavuus, kuntoutuksen tavoitteiden saavuttaminen tai hyvän kuntoutuskäytännön osatekijöiden toteutumisen arviointi. Tietoa voidaan kerätä esimerkiksi kirjallisuuskatsauksen keinon, käyttämällä erilaisia mittareita tai kuulemalla kuntoutuksen palveluntuottajien tai asiakkaiden mielipiteitä ja kokemuksia haastatteleamalla tai kyselylomakkein. Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden arvioinnissa parhaita asiantuntijoita ovat luonnollisesti asiakkaat itse.

Kelassa käynnistettiin vuonna 2012 hanke, jonka tavoitteeksi asetettiin kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä kartoittavan, sähköisesti täytettävän, Kelan järjestämän kuntoutuksen seurantaan soveltuvan kyselylomakkeen kehittäminen. Kuntoutujat vastaavat kyselyyn ilman henkilötunneita ja tiedot käsitellään kuntoutujaryhmittäin. Tarkoituksena on tuottaa palveluntuottajille palveluntuottajakohtaista tietoa oman kehittämistyön tueksi. Myöhemmässä vaiheessa lomake pyritään liittämään osaksi Kelassa parhaillaan kehitettävää sähköistä tiedonkeruujärjestelmää, jonka avulla tullaan keräämään palvelujen standardien mukaisesti systemaattista seurantatietoa Kelan kuntoutuksesta.

Hankkeelle asetettiin projektiryhmä, joka yhteistyössä tutkijoiden (vastuututkija Maarit Karhula ja tutkimuksen vastuuhenkilö Anna-Liisa Salminen) ja projektin vastuuhenkilön (Riikka Peltonen), kanssa työsti kyselyä sen kehittämisen eri vaiheissa ja arvioi kehittämistyön etenemistä. Projektiryhmään kuuluivat Kelan terveysosaston kuntoutusryhmästä Riikka Peltonen, Tuulikki Karhu, Seija Sukula, Veli-Matti Vaden, Irja Kiisseli, Kelan terveysosaston lääkäriyhmästä Tiina Suomela-Markkanen, Paula Melart ja Tanja Laukkala, Kelan tutkimusosastolta Anna-Liisa Salminen, Annamari Tuulio-Henriksson ja Ilona Autti-Rämö, Ammattikoulu Arcadasta Ira Jeglinsky-Kankainen, Validia Kuntoutus Lahdesta Sinikka Peurala sekä Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenteristä Maarit Karhula. Lomakkeen siirtämisestä sähköiseen muotoon vastasi Kelan tutkimusosastolta Vesa-Pekka Juutilainen. Tilastollisia analyysejä toteutti ja niissä konsultoi Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitokselta Timo Törmäkangas.

Tässä raportissa kuvataan sähköisesti täytettävän kyselyn kehittämisen prosessi sekä kyselylomakkeen eri versioita koskevien tutkimusten tulokset. Tutkimuksissa tarkastellaan lomakkeiden psykometrisiä ominaisuuksia, käytännön soveltuvuutta sekä hyvien kuntoutuskäytäntöjen/asiakaslähtöisyyden toteutumista. Valmis kyselylomake löytyy raportin liitteestä 7.

2 Asiakslähtöisen kuntoutusprosessin seuranta asiakasnäkökulmasta

Hyvä kuntoutuskäytäntö

Kuntoutuksessa tärkeänä tavoitteena on tukea kuntoutujan arjen toimintaa ja kuntoutumista edistäviä toimintatapoja arjessa (Sipari 2008, 115-116; Wickström ym 2009, 109). Hyvä kuntoutuskäytäntö perustuu näyttöön perustuvaan käytäntöön (Evidence Based Practice), joka hyödyntää ja yhdistää vaikuttavuustutkimuksista, kuntoutuksen ammattilaisten kokemuksista sekä kuntoutujalta tai hänen läheisiltään saatua tietoa sekä huomioi kuntoutujan yksilölliset tarpeet (Law et al. 2004, s. 14; Paltamaa ym 2011,35). Hyvän kuntoutuskäytännön on tunnistettu perustuvan asiakkaan yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittamiseen, oikeaan ajoitukseen, asiakkaan ongelmien ja vahvuuksien tunnistamiseen, tiedon ja kokemusten soveltamiseen, kuntoutujan ja myös perheen tai omaisten osallistumiseen ja sitoutumiseen sekä järjestelmien avoimeen yhteistyöhön (Paltamaa ym. 2011, 35).

Kuntoutustarpeiden yksilöllisyyttä voi tarkastella esimerkiksi ICF-luokituksen avulla (International Classification of Functioning, Disability and Health) (ICF, 2004). Kuntoutujan toimintakykyyn vaikuttavat niin kuntoutujan yksilölliset ominaisuudet kuin ympäristönkin piirteet ja näiden yhteensopivuus. Kuntoutujien kuntoutustarpeet voivat näin ollen olla hyvin erilaisia, vaikka yksilöön liittyvä tekijä kuten diagnoosi olisikin sama tai jos kuntoutujilla olisi samanlainen toimintaympäristö. Kun kuntoutujan yksilölliset tarpeet tunnistetaan ja kuntoutus kohdentuu kuntoutujalle tärkeisiin, ajankohtaisiin asioihin, on kuntoutujan motivoituminen ja sitoutuminen kuntoutukseen parempaa.

Yksilöllisten, kuntoutujan omaan elämäntilanteeseen ja arkeen liittyvien tarpeiden tunnistaminen on kuntoutumisen tavoitteiden asettamisen lähtökohta. Goal Attainment Scaling (GAS) –menetelmä ohjaa sekä kuntoutujaa että ammattilaisia kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden asettamisessa (Autti-Rämö ym. 2010). Parhaimmillaan GAS-tavoitteet kulkevat mukana koko kuntoutusprosessin ajan ja ohjaavat kuntoutusta tukevien keinojen valinnoissa.

Kuntoutusprosessin asiakslähtöisyys ja sen arviointi

Asiakslähtöisyys on hyvän kuntoutuskäytännön keskeinen lähtökohta. Asiakslähtöisyys tarkoittaa sitä, että asiakkaan tilanne ja tarve määrittävät toimintaa sekä sitä, että asiakas on aktiivinen toimija omassa kuntoutuksessaan ja sen suunnittelussa. Se edellyttää kuntoutujan ja ammattilaisten yhteistyössä toteutuvaa kuntoutustarpeiden tunnistamista, tavoitteiden laatimista ja kuntoutumista edistävien toimien suunnittelua. Ammattilaisilta asiakslähtöisyys edellyttää tiedon ja vallan jakamista kuntoutujan kanssa tavalla, joka sallii sen, että päätökset tehdään yhdessä ja se myös välittyy kuntoutujalle. Oleellista on kuntoutujan kuunteleminen ja ilmapiiriin luominen avoimelle kommunikoinnille ja yhdessä tehtäville päätöksille. Asiakslähtöisesti työskennellessä ammattilainen ottaa huomioon kuntoutujan kokemukset ja antaa mahdollisuuden tehdä erilaisia valintoja. Tärkeää on, että ammattilainen ylläpitää toivoa. Kuntoutujan ja ammattilaisen kumppanuussuhteesta muodostuu parhaimmillaan tasavertainen, neuvotteleva suhde, johon kumpikin tuo oman asiantuntemuksensa ja näistä muodostuu yhteinen näkemys ja suunnitelma tarvittavista kuntoutumista edistävästä toimista. (esim. Corring & Cook 1999, Sumsion & Law 2006, Alaranta ym. 2008, Virtanen ym. 2011).

Asiakaslähtöisyyttä on myös se, että asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Asiakkaan osallistumista palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen on alettu korostaa erityisesti 2000-luvulla, kun palvelujen lisääntynyt yksityistäminen on vahvistanut asiakkaan asemaa kuluttajana (Virtanen ym. 2011). Asiakkaat voivat kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokemusasiantuntijoina muodostamalla keskinäisiä käyttäjätiimejä sekä järjestäytyneen toiminnan avulla (Kaseva 2011). Palveluntuottajien tai palvelujen järjestäjien käyttämiä keinoja asiakkaiden palvelujen kehittämisen keinoiksi ovat muun muassa asiakaspalautteen kerääminen ja asiakasraati, joka voi pohtia, miten tiettyä sosiaali- tai terveyspalvelua tulisi kehittää, jotta asiakkaat hyötyisivät siitä mahdollisimman paljon.

Asiakaspalautteen kerääminen perustuu asiakkaan subjektiiviseen arviointiin. Subjektiiviset menetelmät sopivat mm. palvelujen toimivuuden arviointiin (Brown 2010). Asiakasraadit ja ryhmämuotoiset palautekeskustelut voivat tuottaa monipuolisen näkemyksen arvioitavasta ilmiöstä, mutta ne myös saavat vaikuttaa yksilötason subjektiivisiin näkemyksiin, joko siten että kaikkien ryhmään osallistuneiden ääntä ei saada kuuluville tai siten, että ryhmäpaine tai muiden jäsenten näkemykset vaikuttavat yksilöllisiin näkemyksiin. Koska kuntoutus on aina yksilöllinen prosessi, myös asiakaslähtöisyyden toteutuminen kuntoutuksessa on aina yksilöllinen kokemus. Tästä syystä yksilöllisesti täytetty kyselylomake sopii hyvin kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden arviointiin.

Subjektiivisten arviointimenetelmien käyttöön liittyy aina harhan riskejä. Yksilön omat sisäiset standardit ja arvot saattavat muuttua ajan kuluessa (Schwartz 2010). Arviointi voi vaihdella myös tilannekohtaisesti esimerkiksi kiire tai arvioijan mieliala voivat vaikuttaa arviointiin. Arvioitavan tapahtuman ja arviointitilanteen välinen aika vaikuttavat myös arviointiin. Toisaalta ryhmätason arvioinneissa tilannekohtaisuudet yleensä tasoittuvat.

3 Kyselylomakkeen kehittämisprosessi

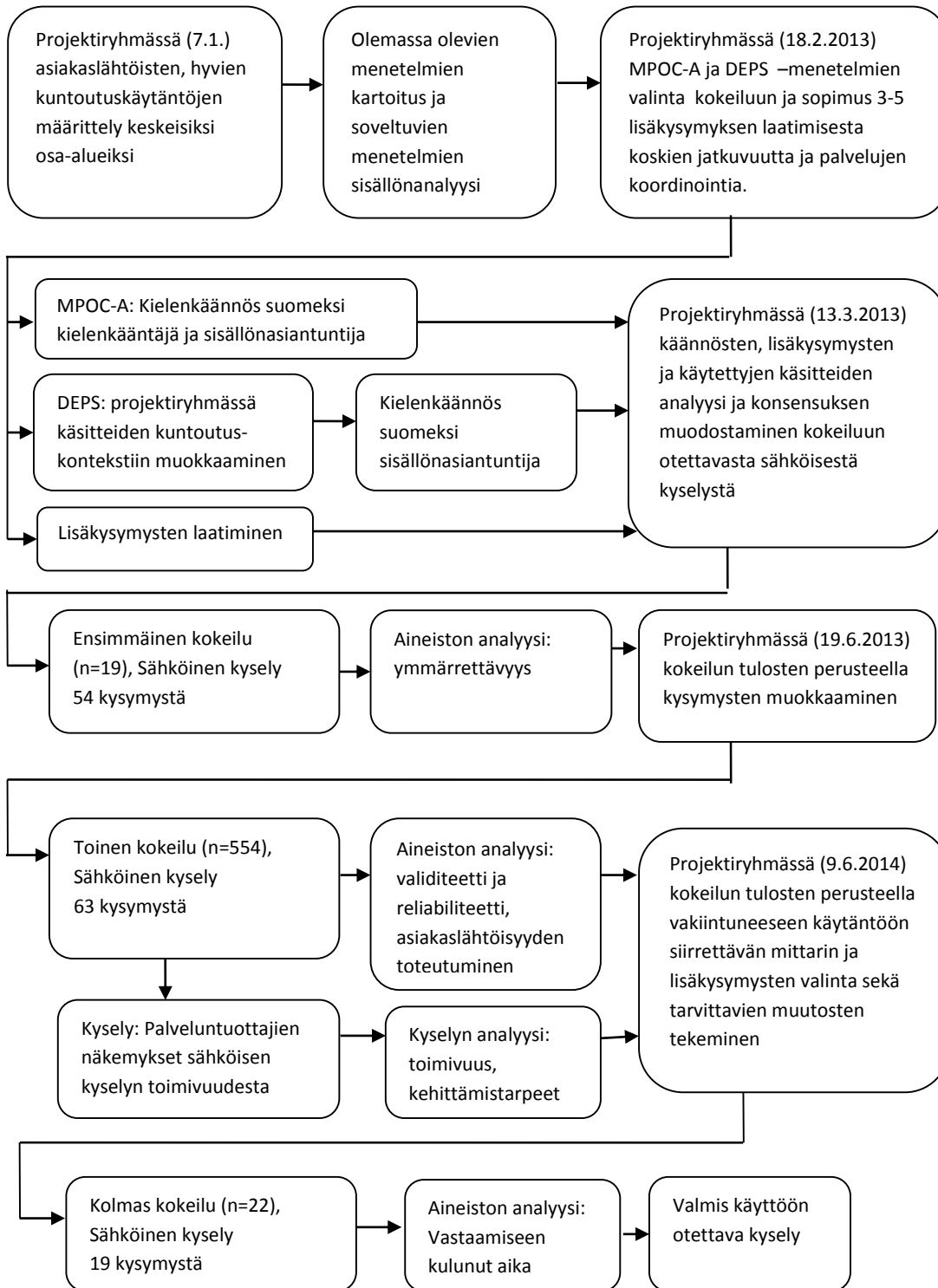
Kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä arvioivalta kyselylomakkeelta projektiryhmä edellytti, että se on lyhyt ja nopea täyttää. Lisäksi projektiryhmä päätti, että uutta kyselyä ei kehitetä ennen kuin on kartoitettu jo olemassa olevia kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden seurantaan soveltuvia kyselylomakkeita ja arvioitu voiko Kelan käyttöön tulevan kyselylomakkeen kääntää/kehittää olemassa olevien kyselylomakkeiden perusteella. Tästä syystä kyselylomakkeen kehittämisen alkuvaiheessa ei haluttu kiinnittää huomiota kokeiltavan kyselylomakkeen pituuteen vaan haluttiin tunnistaa joko sellaisenaan käyttökelpoinen kyselylomake tai tunnistaa yksittäisiä kysymyksiä tai osa-alueita, joita voidaan hyödyntää lopullisessa kyselylomakkeessa. Kyselylomakkeen kehittämisessä kiinnitettiin huomiota tarkasteltavan ilmiön esiin saamiseen, kysymysten sisällölliseen ymmärrettävyyteen, kyselylomakkeiden psykometriisiin ominaisuuksiin sekä lomakkeiden käytettävyyteen ja käytäntöön siirtämiseen. Lisäksi samalla haluttiin saatavan tiedon perusteella tarkastella kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä.

Kyselyn kehittämisessä haluttiin noudattaa siihen liittyviä hyviä tutkimuskäytäntöjä. Niin uuden kyselylomakkeen kehittäminen kuin valmiin kyselylomakkeen siirtäminen toiseen kulttuuriin on monia vaiheita sisältävä prosessi. Toisessa maassa kehitetyn kyselylomakkeen siirtäminen suomalaiseen käytäntöön vaatii kulttuuristen tekijöiden arviointia ja kyselylomakkeen kääntämisen. Käännösprosessi sisältää kyselylomakkeen kääntämisen ja käännöksen arvioinnin takaisin kääntämällä ja/ tai asiantuntijaryhmän konsensusarviona sekä käännetyn kyselylomakkeen validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelut (tarkemmin sivulla 13). Systemaattinen käännös/kehittämisprosessi ja tutkimustulosten kriittinen tarkastelu ovat ehtoja sille, että kyselylomakkeella saadaan esille toivottuja asioita. (esim. Streiner & Norman 2006, Acquardo ym. 2004).

Kokeiltava kyselylomake muotoutui järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kokeiluun valituista kahdesta asiakaslähtöisyyttä arvioivasta kyselylomakkeesta ja projektiryhmän laatimista kuntoutuksen laatua ja vaikutuksia koskevista kysymyksistä. Kyselyä kokeiltiin ja kehitettiin kolmessa vaiheessa. Kaksi ensimmäistä vaihetta muodostivat tutkimuksen varsinaisen tiedonkeruun ja niihin haettiin Kelan eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Kolmannessa kokeilussa selvitettiin käyttöön otettavan kyselyn vastaamiseen kuluvaa aikaa. (Kuvio 1).

Tutkimukseen osallistuvat kuntoutujaryhmät valittiin yleisyyden perusteella. Kolme kokeiluun osallistuvaa kuntoutujaryhmää olivat Tules-kurssilaiset (TULES), mielenterveyskurssilaiset (MT) ja vaikeavammaisten yksilöllisille kuntoutusjaksoille osallistuvat kuntoutujat (VV). Kuntoutujaryhmät ovat keskenään erilaisia, mikä monipuolisti kyselyn laadun ja toimivuuden arviointia. Kuntoutujat osallistuivat kyselylomakkeen kokeiluihin ilman henkilötunnisteita.

Kuvio 1. Kyselylomakkeen kehittämisprosessi



4 Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen, joka on raportoitu Kuntoutus –lehdessä (Jeglinsky ym 2013), tavoitteena oli tunnistaa hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen seurantaan soveltuvia kyselylomakkeita, joissa arviointi tapahtuu asiakkaan näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan analysoitavaksi 13 kyselylomaketta, jotka voisivat soveltua Kelan yli 16- vuotiaille järjestämän ja usein moniammatillisesti toteutetun kuntoutuksen arviointiin. Lomakkeiden kysymykset luokiteltiin viiteen asiakaslähtöiseen kuntoutusprosessiin liittyvään osa-alueeseen: 1) Kuntoutujan kuulluksi tuleminen sisältäen arvostaminen ja kunnioittaminen, 2) Kuntoutujan osallisuus kuntoutusprosessiin (mm. kuntoutuksen sisältö vastaa kuntoutujan omia tarpeita, kuntoutuja osallistuu päätöksentekoon), 3) Kokemus ammattilaisten luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta sisältäen selkeän, ymmärrettävän tiedon jakamisen, 4) Kuntoutuksen hyödyntäminen ja arkeen siirtyminen ja 5) Muut aiheet.

Kyselylomakkeiden kysymykset kohdentuivat eniten kuntoutujan kuulluksi tulemiseen sekä kokemukseen ammattilaisten luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta. Kuntoutujan osallisuuteen ja erityisesti kuntoutuksen hyödyntämiseen liittyviä kysymyksiä oli vähemmän. Kyselylomakkeiden kysymykset olivat painotuksiltaan vaihtelevia eikä yhdessäkään kyselylomakkeessa tullut esille kaikki edellä mainitut ulottuvuudet.

5 Ensimmäinen kokeilu

5.1 Kyselyn laatiminen

Kirjallisuuskatsauksesta tunnistetuista 13 kyselylomakkeesta projektiryhmä valitsi kokeiltavaksi kaksi kyselylomaketta. Valinta perustui siihen, että niissä oli kattavimmin kysymyksiä asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin osa-alueista eli kuntoutujan kokemuksesta kuulluksi tulemisesta, kuntoutujan osallisuudesta, ammattilaisten luotettavuudesta ja asiantuntevuudesta sisältyen selkeän, ymmärrettävän tiedon jakaminen sekä kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siirtymisestä. Kyselylomakkeiden kysymykset soveltuivat myös Kelan järjestämän kuntoutuksen kontekstiin.

Measure of Process of Care – Adults (MPOC-A) -arviointimenetelmä (Bamm ym. 2010) on kehitetty Measure of Processes of Care (MPOC) (King ym. 1996) arviointimenetelmästä, jota käytetään lasten kuntoutuksessa arvioimaan vanhempien kokemuksia hoidosta ja kuntoutuksesta. MPOC-A sisältää 34 kysymystä, joihin vastataan seitsenportaisella asteikolla (1= ei lainkaan, 7=hyvin paljon). MPOC-A –kyselyn kysymykset ovat muotoa ”Miten paljon kuntoutuslaitoksen henkilöstö on kuntoutuslaitosjakson tai –kurssin aikana... on huolehtinut siitä, että voit kertoa tärkeiksi kokemistasi asioista?”. Mikäli jokin kysymys ei liity kuntoutujan elämäntilanteeseen, vastausvaihtoehtona on ”ei sovellettavissa”. Kysymykset jakautuvat viiteen osa-alueeseen: 1) asiakaslähtöisyyden mahdollistaminen ja kumppanuussuhteessa toimiminen, 2) yleisen tiedon tarjoaminen, 3) erityisen tiedon tarjoaminen, 4) koordinoitu ja kokonaisvaltainen hoito ja 5) kunnioittava ja tukea antava hoito.

MPOC-A käännettiin hankkeessa suomenkielille. Kääntämiselle ja käytölle saatiin sähköpostitse lupa Kanadan McMaster yliopiston tutkijalta, Dr Peter Rosenbaumilta, joka on arviointimenetelmän kehittäjä. Käännösprosessi toteutettiin kielenkääntäjän, sisällön asiantuntijan ja projektiryhmän yhteistyönä. Kielenkääntäjä ja sisällönasiantuntija tekivät toisistaan riippumattomat käännökset. Projektiryhmä arvioi näitä kahta käännöstä ja alkuperäistä englanninkielistä lomaketta. Kysymyksenmuotoisesti muodostettiin konsensus kysymysten muodosta. Kyselylomakkeen kysymyksen 29 ”...provide you written information about your medications (i.e. purpose, side effects, risks)?” projektiryhmä päätti jättää pois kokeilusta, koska lääkitykseen liittyvät kysymykset eivät ole ensisijaisesti laituskuntoutuksen vastuualueita.

Toinen kokeiltava kyselylomake perustuu Diabetes Empowerment Process Scale (DEPS)-arviointimenetelmään (Chen ym. 2010), joka on kehitetty Diabetes Empowerment Scale (DES) –arviointimenetelmästä (Andersson ym. 2000). DES ja siitä kehitetty DEPS arvioivat diabetestä sairastavan henkilön psykososiaalisia valmiuksia huolehtia omaa sairauteen liittyvistä asioista. DEPS arvioi henkilön kokemuksia siitä, miten hänen voimaantumistaan on tuettu hoitoprosessin aikana. DEPS -kyselylomakkeessa on väittämiä (esim. Kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeisiini ja tavoitteisiini), jotka jakautuvat neljään osa-alueeseen: 1) vastavuoroinen osallistuminen 2) tietoisuuden lisääminen, 3) tarpeellisen tiedon tarjoaminen, 4) avoin kommunikaatio. Kysymyksiin vastataan 5-portaisella skaalalla, jossa 5=täysin eri mieltä ja 1= täysin samaa mieltä.

DES-arviointimenetelmän kehittäjä Michigan Diabetes Research & Training Centerin professori EdD Robert Andersson antoi sähköpostitse luvan käyttää ja muokata menetelmää Kelan kuntoutuksen arviointiin soveltuvaksi. Käännösprosessi erosi hieman MPOC-A:n käännösprosessista, koska käännöksen lisäksi

alkuperäistä kyselylomaketta oli muokattava kuntoutuksen arviointiin soveltuvaksi. Tämän vuoksi ensin projektiryhmässä keskusteltiin ja sovittiin muokkaustarpeista, minkä jälkeen sisällönasiantuntija teki käännöksen, jota hankkeen projektiryhmä arvioi ja muodosti konsensuksen. Tässä raportissa DEPS-arviointimenetelmästä käytetään nimeä DEPSmod.

Näihin kahteen kyselyyn sisältyvien kysymysten lisäksi projektiryhmä halusi kysyä kattavammin kuntoutujien näkemyksiä kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta, kuntoutuksen sisällön vastaamisesta tarpeisiin ja henkilökunnan ammattitaidosta sekä kuntoutuksen vaikutuksista. Ensimmäisen kokeilun sähköinen kysely koostui MPOC-A-kyselystä, DEPSmod-kyselystä ja projektiryhmän laatimista lisäkysymyksistä. Lisäkysymyksiin sisältäviin väittämiin vastausvaihtoehtoina on 5-portainen skaala (5=täysin eri mieltä, 1=täysin samaa mieltä). Lisäksi taustatietoina kysyttiin kuntoutujan syntymävuosi, sukupuoli, kuntoutuslaitos, jossa kuntoutus toteutui sekä kuntoutuksen muoto (vaikeavammaisten yksilöllinen laitokuntoutusjakso = VV-ryhmä, TULES-kurssi = TULES-ryhmä tai mielenterveyskurssi = MT -ryhmä). Varsinainen kysely sisälsi tässä vaiheessa 54 kysymystä.

5.2 Tutkimus kyselyn ymmärrettävyydestä

Ensimmäisen kokeilun tarkoituksena oli kartoittaa VV-kuntoutujien ja TULES-kuntoutujien näkemyksiä kyselylomakkeen kysymysten (n=54) ja käsitteiden ymmärrettävyydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta. Yhteistyökumppaneina ensimmäisessä kokeilussa toimivat Validia Kuntoutus Lahti ja Peurungan kuntoutuskeskus. Kuntoutuskeskuksen henkilökunta jakoi kuntoutujille tiedotekirjeen (Liite 2) ja kysyi alustavan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta sekä sopi haastatteluajan tutkijan kanssa. Haastattelun aluksi tutkija esitteli tutkimuksen kuntoutujalle ja pyysi tietoisesta suostumuksesta (Liite 1) haastatteluun osallistumisesta kuntoutujalta. Tämän jälkeen kuntoutuja vastasi itsenäisesti ja anonymisti sähköisessä muodossa toteutettuun kyselyyn. Sen jälkeen tutkija haastatteli kuntoutujan kognitiivisen haastattelun menetelmällä (Godenhjelm 2002). Haastattelun teemat olivat 1) kysymysten, käytettyjen termien ja käsitteiden sekä vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyys, 2) niiden tarkoituksenmukaisuus sekä 3) kysymyksiin vastaamisen koettu raskaus ja ponnistelun määrä. Haastattelurunko on liitteessä 3.

Ensimmäiseen kokeiluun osallistui touko-kesäkuussa 2013 yhdeksän TULES-kurssilaista Peurungan kuntoutuskeskuksesta ja kymmenen Validia Kuntoutus Lahden keskuksen VV-kuntoutujaa. Poissulkukriteerinä olivat merkittävät kognitiiviset ongelmat, jotka estivät itsearviointina toteutettavan kyselyn täyttämisen. Haastattelut analysoitiin kuntoutujaryhmittäin ja teemoittain kiinnittäen huomiota kysymyksiin, termeihin tai käsitteisiin liittyneisiin ymmärtämisongelmiin, kysymysten tarkoituksenmukaisuuteen sekä vastaamiseen vaadittuun aikaan sekä kuntoutujan kokemukseen kyselyyn vastaamiseen vaadittavasta ponnistelun määrästä.

Kyselyyn vastaamiseen ja sen jälkeiseen haastatteluun kului aikaa kuntoutujittain vaihdellen 30-90 minuuttia. TULES-kurssilaiset arvioivat sekä kysymykset että vastausvaihtoehdot ymmärrettäviksi ja kyselyyn vastaamisen helpoksi. TULES-kurssilaiset eivät tarvinneet apua kyselyyn vastaamiseen. VV-kuntoutujien arvioissa oli enemmän vaihtelua ja myös heidän tarvitsemansa apu kyselyn täyttämässä vaihteli vastaajakohtaisesti. Osa kuntoutujista vastasi täysin itsenäisesti kyselyyn ja muutama tarvitsi apua hiiren käytössä. Yhdellä kuntoutujalla, joka tarvitsi apua kysymysten lukemisessa ja myös apukysymysten esittämistä selventämään kysymystä kuin myös apua hiiren käytössä, oli ongelmia ymmärtää kysymysten sisältöjä. Kumpikin vastaajaryhmä tunsivat kyselyn tarkoituksenmukaiseksi ja tärkeäksi. Kyselyyn vastaaminen

ei vaatinut erityistä ponnistelua edes niiden henkilöiden mielestä, jotka tarvitsivat fyysisten rajoitteiden vuoksi enemmän apua ja joilla vastaaminen kesti pidempään kuin muilla.

5.3 Muokattu kyselylomake

Ensimmäisen kokeiluvaiheen tulosten perusteella projektiryhmä teki kyselylomakkeeseen seuraavat muutokset: vastauskaalojen suunnat tarkistettiin samanlaisiksi eli kaikissa kyselyn osioissa vastausvaihtoehdot muutettiin vasemmalta oikealle positiivisesta negatiiviseen, vastausvaihtoehto ”ei sovellettavissa” muutettiin yksiselitteisempään muotoon ”ei koske minua” ja lisättiin kyseinen vastausvaihtoehto kaikkiin kysymyksiin, kyselyn loppuun lisättiin kysymys kyselyyn vastaamiseen tarvitusta avusta. Lisäksi muutamien kysymysten muotoilua tarkennettiin.

Lisäksi projektiryhmä halusi kysyä asiakastyytyväisyyden ohella kuntoutuksen vaikutuksia arkeen ja laati yhdeksän kysymystä, jotka liittyivät ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkiin sekä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Liitteenä 4. on toisen kokeilun sähköinen kysely. Tässä vaiheessa kysely sisälsi taustakysymysten (kuntoutujan syntymävuosi, sukupuoli, kuntoutuslaitos, jossa kuntoutus toteutui sekä kuntoutuksen muoto) lisäksi 63 kysymystä.

6 Toinen kokeilu

6.1 Toteutus ja aineiston kertyminen.

Toisen kokeilun tarkoituksena oli arvioida kyselylomakkeen kysymysten (n=63) toimivuutta ja kokeiltavien kyselylomakkeiden psykometrisiä ominaisuuksia, lomakkeiden käytettävyyttä ja vakiintuneeseen käytäntöön siirtämistä sekä arvioida kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä.

Tiedonkeruuseen pyydettiin mukaan ensisijaisesti sellaisia palveluntuottajia, joilla oli tiedonkeruun aikana päätyviä mielenterveyskursseja. Näin pyrittiin varmistamaan se, että tutkimukseen saataisiin mukaan mahdollisimman paljon vastauksia MT-kursseilta, joita toteutetaan vähemmän kuin VV-jaksoja ja TULES-kursseja. Moni mielenterveyskursseja tuottava palveluntuottaja toteuttaa myös TULES - kursseja, joten TULES-kurssilaisten vastauksia saatiin samoista laitoksista. VV-jaksoille osallistuvien vastaajien määrä varmistettiin rekrytoimalla mukaan kaksi palveluntuottajaa, jotka toteuttavat pääasiassa vaikeavammaisten kuntoutuspalveluita. Toisen kokeilun tiedonkeruuseen osallistui 12 palveluntuottajaa: Kruunupuisto Oy, Vetrea Terveys Oy/Joensuun Kuntohovi, Verve/Oulu, Kuntoutus Peurunka, Karjalohjan Päiväkumpu Oy, Ikaalisten Kylpylä Oy, Kuntoutumiskeskus, Avire Oy/ Siuntio, Kaisankoti, ODL Kuntoutus Oy, Kyyhkylä Oy Mikkeli, Validia Kuntoutus Lahti ja Maskun neurologinen kuntoutuskeskus. Ennen tiedonkeruun alkua tutkija piti kullekin palveluntuottajalle tiedotustilaisuuden, jossa kerrottiin hankkeesta ja tiedonkeruun toteuttamisesta. Palveluntuottajia tiedotettiin myös siitä, että osa etenkin vaikeavammaisista kuntoutujista saattaa tarvita apua kyselyn täyttämässä, johon on hyvä varautua. Palveluntuottajia kannustettiin liittämään kyselyyn vastaaminen osaksi kuntoutusjakson ohjelmaa.

Tiedonkeruu toteutettiin sähköisessä muodossa kuntoutusjakson/kurssin päätösjaksolla (kaksi- tai kolmiosaisen jakson/kurssin viimeisellä jaksolla). Palveluntuottajan edustaja (esim. kurssin vastuuhenkilö, omaohjaaja) tiedotti hankkeesta ja siihen liittyvästä tiedonkeruusta kuntoutujaa tai kuntoutujaryhmää suullisesti. Lisäksi kuntoutujalle annettiin tai lähetettiin tiedotekirje (Liite 5) tutkimuksesta.

Palveluntuottajan edustaja varasi kuntoutujalle/ kuntoutujaryhmälle ajan, jolloin kyselyn voi täyttää ja paikan, jossa on internet-yhteydellä varustettu tietokone. Kuntoutuja arvioi kyselyssä koko kuntoutusjakson/kurssin aikaisen kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä. Tämän vuoksi kyselyyn tuli vastata kuntoutusjakson loppuvaiheessa, tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin jälkeen.

Tiedonkeruun aikana tutkija oli yhteyksissä palveluntuottajien edustajiin sähköpostitse ja myös osa palveluntuottajista otti yhteyttä tutkijaan ja varmisti tiedonkeruun toimintatapoja.

6.2 Menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin seuraavia menetelmiä.

Psykometristen ominaisuuksien tarkastelu. Mittarin (tässä kyselylomake) hyvyys voidaan määritellä mittarin pätevyytensä mitata tarpeeksi kattavasti ja tehokkaasti sitä ilmiötä, jota mittarin toivotaan mittaavan (validiteetti) niin, että mittaaminen on mahdollisimman luotettavaa ja tarkkaa (reliabiliteetti) (Metsämuuronen 2006, Heikkilä 2008). Kokeiltavien kahden mittarin validiteetin tarkastelussa keskityttiin mittarien rakenteiden arviointiin (konstruktio- eli rakennevaliditeetti) ja sen arviointiin, mittaako kaksi

mittaria samaa asiaa (rinnakkaisvaliditeetti). Kummankin mittarin kehittämisessä on ilmiön operationalisoinnissa kysymyksiksi käytetty hyväksi teoriaa ja laadittuja kysymyksiä on testattu käytännössä. Mittareiden rakenne eli kysymysten liittyminen tiettyihin osa-alueisiin (eli faktoreihin) on tiedossa, minkä vuoksi tarkastelun kohteena on se, voidaanko suomenkielelle käännettyjen mittareiden rakenteita pitää samoina kuin alkuperäisiä. Rakennevaliditeetin tarkastelu toteutetaan konfirmatorisella faktorianalyysillä. Mallin hyvyttä tarkastellaan seuraavien koko mallia koskevien riittävyysindeksien avulla: CFI (Comparative Fit Index), joka testaa mallin yleistä riittävyttä vertaamalla estimoitua mallia nollamalliin, TLI (Tucker Lewis Index), joka arvioi suhteotukseen ja vapausasteiden määrän vaikutusta, vaikka khiin neliö-testi hylkäisi mallin sekä RMSEA (Root Mean Square of Error Approximation), jonka avulla tarkastellaan mallin yksinkertaistamisesta johtuvaa keskiarvovirhettä. CFI:n ja TLI:n osalta mallin hyvyttä kuvaavat arvot, jotka ovat lähellä tai ylittävät arvon .95 ja RMSEAn arvot, jotka ovat lähellä tai alittavat arvon 0.06 (Hu & Bentler 1999). Lisäksi tarkasteltiin sitä, miten rakenne toimii eri ryhmillä mittarin osioiden keskimääräisen sopivuusindeksin (person infit) avulla. Rinnakkaisvaliditeetin tarkastelussa käytettiin mittareiden välisten korrelaatioiden tarkastelua.

Mittareiden osa-alueiden reliabiliteettia eli johdonmukaisuutta mitata samaa asiaa, tarkasteltiin osa-alueiden yhteneväisyyden eli konsistenssin osalta käyttäen tunnuslukuna Cronbachin alfaa, joka perustuu muuttujien välisten korrelaatioiden laskemiseen. Mitä suurempi alfan arvo on, sitä yhtenäisempi mittari on. On esitetty, että mielellään arvon tulisi olla yli 0,7 (Heikkilä 2008, 187), mutta yksiselitteisiä raja-arvoja ei kuitenkaan ole olemassa. Mitä suurempi otoskoko on, sitä luotettavampi on myös alfan arvo (Metsämuuronen 2006, 461).

Kyselylomakkeen käytettävyyden ja vakiintuneeseen käytäntöön siirtämisen tarkastelu. Kyselylomakkeen käytettävyyttä ja vakiintuneeseen käytäntöön siirtämistä arvioitiin kyselyyn vastaamiseen kuluneen ajan ja avun tarpeen sekä palveluntuottajien näkemysten avulla. Kyselyyn vastaamiseen kulunut aika kirjautui automaattisesti kuntoutujan vastatessa kyselyyn. Avun tarvetta kyselyyn vastaamisessa kysyttiin kyselyn lopussa.

Toisen kokeiluvaiheen loputtua kaikkiin kuntoutuslaitoksiin lähetettiin sähköpostitse kysely, jossa kartoitettiin palveluntuottajien kokemuksia ja näkemyksiä kyselyn käytännön toimivuudesta ja nivoutumisesta kuntoutusjaksoon sekä siihen liittyviä kehittämis ehdotuksia. Kysymykset ovat liitteessä 6. Kysymykset jaoteltiin palvelulinjoittain: 1) Vaikeavammaisten yksilölliset kuntoutusjaksot, 2) TULES-kurssit ja 3) Mielenterveyskurssit. Palveluntuottajia pyydettiin vastaamaan niitä palvelulinjoja koskeviin kysymyksiin, joiden kuntoutujat olivat osallistuneet tiedonkeruuseen heidän kuntoutuslaitoksessaan. Palveluntuottajien vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä tuomalla esille yhtenevät ja eriävät näkemykset (Tuomi & Sarajarvi 2009).

Hyvien kuntoutuskäytäntöjen toteutumisen tarkastelu. Asiakaslähtöisyyden toteutumista arvioitiin kuntoutujaryhmittäin MPOC-A:n ja DEPSmod:n osa-alueiden keskiarvojen ja keskihajontojen avulla. Ryhmien välisiä erojen tarkastelussa käytettiin varianssianalyysiä ja mikäli eroja ryhmien välillä ilmeni, tarkasteltiin Tukeyn testin avulla, minkä ryhmien välillä erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Kuntoutujien kokemia kuntoutuksen vaikutuksia ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkiin ja sosiaaliseen sekä fyysiseen ympäristöön kuvataan kuntoutujaryhmäkohtaisina prosenttijakaumina sekä vertaillaan ryhmien välisiä eroja varianssianalyysiä käyttämällä. Myös kuntoutujien näkemyksiä kuntoutuksen sisällön vastaamisesta tarpeisiin ja kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta sekä henkilöstön ammattitaidosta esitellään kuntoutujaryhmittäin prosenttijakaumien avulla.

6.3 Tulokset

Kyselyyn vastasi 554 kuntoutujaa ajalla 19.9.2013-4.4.2014. Kuntoutuslaitokset tiedottivat kyselystä 858 kuntoutujalle. Vastausprosentti oli 65. Eniten vastauksia kertyi TULES-kursseilta ja vähiten MT-kursseilta (Taulukko 1). TULES-kuntoutujien vastauksia kertyi kymmenestä, MT-kuntoutujien kahdeksasta ja VV-kuntoutujien viidestä kuntoutuslaitoksesta. Kuntoutuslaitoksittain vastausten määrä vaihteli, yhdestä kuntoutuslaitoksesta kertyi lähes kolmannes kaikista vastausta (179 vastaajaa) ja yhdestä laitoksesta kyselyyn vastasi ainoastaan kolme kuntoutujaa. Useimmiten vastauksia kertyi 30-50 vastausta/kuntoutuslaitos.

Taulukko 1. Kuntoutujat, joille tiedotettiin kyselystä ja kyselyyn vastanneet kuntoutujat kuntoutujaryhmittäin

	VV-jaksot	TULES-kurssit	MT-kurssit	Yhteensä
Vastanneet (vastausprosentti)	149 (89)	328 (57)	77 (63)	554 (65)
Kuntoutujat, joille tiedotettiin kyselystä	168	568	122	858

Vastaajista kaksi kolmasosaa oli naisia ja vastaajien keski-ikä oli 52 vuotta, hieman kuntoutujaryhmittäin vaihdellen (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajien sukupuoli ja ikä kuntoutujaryhmittäin

	VV-jaksot	TULES- kurssit	TULES, TYPO-kurssit	MT-kurssit	Yhteensä (%)
Sukupuoli					
Nainen	75	228	6	57	366 (66)
Mies	74	90	4	20	188 (34)
Ikä; ka (min-max)	50 (21-63)	53 (30-66)	62 (43-84)	51 (28-66)	52 (21-84)

6.3.1 Arviointimenetelmien psykometriset ominaisuudet

MPOC-A – ja DEPSmod –kyselylomakkeiden rakenteiden hyvyttä arvioitiin konfirmatorisella faktorianalyysillä. MPOC-A – kyselylomake sisältää viisi osa-aluetta ja DEPSmod- kyselylomake neljä osa-aluetta. Näiden teoreettisten rakenteiden voidaan katsoa toimivan tällä aineistolla. Taulukoissa 3 ja 4 on esitetty kummankin kyselylomakkeen osioiden (faktori) faktorivarianssit (diagonaalilla) ja -korrelaatiot (diagonaalin ulkopuolella) sekä näiden keskivirheet konfirmatorisessa faktorianalyysissä.

Kyselylomakkeiden osiot korreloivat keskenään, mikä onkin oletettavaa, koska eri osiot mittaavat saman ilmiön eri ulottuvuuksia.

Taulukko 3. MPOC-A -mittarin osioiden faktorivarianssit (diagonaalilla) ja -korrelaatiot (diagonaalin ulkopuolella) sekä näiden keskiarvot konfirmatorisessa faktorianalyysissä.

	F1	F2	F3	F4	F5
MPOC-A					
F1	0.55 (0.03)				
F2	0.89 (0.01)	0.67 (0.04)			
F3	1.00 (0.01)	1.00 (0.02)	0.41 (0.03)		
F4	0.98 (0.01)	0.82 (0.02)	0.95 (0.02)	0.47 (0.03)	
F5	0.95 (0.01)	0.74 (0.02)	0.88 (0.02)	0.96 (0.01)	0.57 (0.03)

Taulukko 4. DEPSmod -mittarin osioiden faktorivarianssit (diagonaalilla) ja -korrelaatiot (diagonaalin ulkopuolella) sekä näiden keskiarvot konfirmatorisessa faktorianalyysissä.

	F1	F2	F3	F4
DEPSmod				
F1	0.72 (0.04)			
F2	0.79 (0.03)	0.71 (0.04)		
F3	0.82 (0.03)	0.96 (0.02)	0.64 (0.04)	
F4	0.68 (0.03)	0.83 (0.02)	0.90 (0.02)	0.68 (0.05)

Koska mittareiden osiot korreloivat keskenään on taulukossa 5. esitetty kummankin kyselylomakkeen viiden faktorin (MPOC-A)/ neljän faktorin (DEPSmod) mallien ja myös yhden faktorin yleisfaktorimallien riittävyysindeksit CFI, TLI ja RMSEA. MPOC-A –kyselylomakkeen viiden faktorin mallia kuvaavista riittävyysindekseistä TLI oli 0.98, mikä katsotaan arvoltaan hyväksi sekä CFI oli 0.83 jääden hieman alemmaksi kuin raja-arvo ja RMSEA ollessa raja-arvoa korkeampi. DEPSmod –kyselylomakkeen vastaavat arvot ovat neljän faktorin mallissa hieman paremmat, ainoastaan RMSEA on hieman yli raja-arvon.

Taulukko 5. MPOC-A – ja DEPSmod –mittareiden konfirmatorisen faktorianalyysin riittävyysindeksit

	CFI	TLI	RMSEA
MPOC-A			
5 faktorin malli	0.83	0.98	0.13
1 faktorin malli	0.85	0.97	0.14
DEPSmod			
4 faktorin malli	0.94	0.98	0.09
1 faktorin malli	0.85	0.95	0.15

Kummankin kyselylomakkeen eri osioiden ja koko mittareiden faktorilataukset ja selitysasteet olivat korkeat (Taulukko 6). Myös osa-alueiden ja koko mittareiden reliabiliteetit olivat hyvät arvioituna Cronbachin alfalla.

Taulukko 6. MPOC-A ja DEPSmod –mittareiden faktorilataukset, keskivirheet, selitysasteet ja Cronbachin alfa-arvot osa-alueittain ja koko mittareiden osalta.

	Kysymykset	Faktorilataukset (Keskivirheet)	Selitysasteet (R ²)	Cronbachin alfa
MPOC-A				
F1. Asiakaslähtöisyyden mahdollistaminen ja kumppanuussuhteessa toimiminen	2, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 17, 25	0,60 – 0,86 (0.01-0.03)	0.36 – 0.74	0.78
F2. Yleisen tiedon tarjoaminen	20, 28, 31, 32, 33	0,74 – 0,84 (0.02-0.03)	0.54-0.71	0.73
F3. Erityisen tiedon tarjoaminen	3, 27, 30, 34	0,64 – 0,82 (0.02-0.03)	0.41-0.67	0.49
F4. Koordinoitu ja kokonaisvaltainen hoito	6, 9, 11, 15, 18, 19, 22, 23, 24	0,65 – 0,87 (0.01-0.03)	0.43-0.76	0.84
F5. Kunnioittava ja tukea antava hoito	1, 5, 12, 16, 21, 26	0,75 – 0,83 (0.02-0.03)	0.57-0.68	0.77
Yhden faktorin malli	Kaikki kysymykset	0,60 – 0,86 (0.01-0.03)	0.36-0.74	0.93
DEPSmod				
F1. Vastavuoroinen osallistuminen	1, 2, 3, 4	0,84 – 0,91 (0.02)	0.70-0.83	0.86
F2. Tietoisuuden lisääminen	5, 6, 7, 8	0,83 – 0,86 (0.02)	0.68-0.74	0.81
F3. Tarpeellisen tiedon tarjoaminen	9, 10, 11	0,63 – 0,80 (0.02 – 0.03)	0.40-0.64	0.67
F4. Avoin kommunikaatio	12, 13, 14, 15	0,83 – 0,89 (0.02 – 0.03)	0.68-0.78	0.84
Yhden faktorin malli	Kaikki kysymykset	0,61 – 0,84 (0.02 – 0.03)	0.38-0.70	0.93

Mittareiden rinnakkaisvaliditeetti oli hyvä. MPOC-A:n ja DEPSmod:n summapistemäärien välinen korrelaatio oli 0.768 (95 % luottamusväli:0.731, 0.800), mikä oli tilastollisesti merkitsevä (p-arvo < 0.001). Kumpikin kyselylomake toimii samoin riippumatta sukupuolesta tai iästä: MPOC-A vs. sukupuoli (p = 0.105), MPOC-A vs. ikä (p = 0.442). DEPSmod vs. sukupuoli (p = 0.142), DEPSmod vs. ikä (p = 0.567).

Eri ryhmiä verrattaessa VV-ryhmä erosi selkeimmin muista (kaikki ryhmävertailut p < 0.001) MPOC-A mittarin osioiden keskimääräisen sopivuusindeksin (person infit) pohjalta tarkasteltuna. Merkitsevä ero löytyi myös TULES-kuntoutuskurssille osallistuneiden välillä verrattaessa työssä olevia työstä poissaoleviin (p = 0.009).

Varianssien yhtäsuuruusoletus ei toteutunut DEPSmod-mittarin sopivuusindeksin arvoille, joten käytettiin Kruskal-Wallis testiä, minkä pohjalta havaittiin, ettei keskimääräisissä sopivuusindeksin arvoissa ollut merkitseviä eroja (p = 0.231).

6.3.2 Sähköisen kyselyn käytettävyys ja siirtäminen vakiintuneeseen käytäntöön

Sähköisen kyselyn käytettävyyttä ja vakiintuneeseen käytäntöön siirtämiseen vaikuttavia asioita tarkasteltiin kyselyn täyttämiseen tarvittuun avun, kyselyn täyttämiseen kuluneen ajan sekä palveluntuottajien kokemusten näkökulmista. Suurin osa (88 %) kuntoutujista täytti kyselyn itsenäisesti. Eniten apua tarvitsivat VV-kuntoutujat, joista 40 prosenttia tarvitsi jonkinlaista apua. Yleisimmin he tarvitsivat apua kysymysten lukemiseen ja hiiren käyttämiseen (Taulukko 7).

Taulukko 7. Kyselyyn vastaamiseen tarvittu avun määrä kuntoutujaryhmittäin

	VV	TULES	TULES, TYPO	MT	YHT (%)
Itsenäisesti	90	314	7	77	488 (88)
Kysymykset luettiin minulle ääneen	6	0	0	0	6 (1)
Luin kysymykset itse ja avustaja käytti hiirtä	10	3	1	0	14 (3)
Kysymykset luettiin minulle ääneen ja avustaja käytti hiirtä	36	0	2	0	38 (7)
Avustaja esitti minulle apukysymyksiä ja luki kysymykset ääneen ja/tai käytti hiirtä	7	0	0	0	7 (1)
	149	317	10	77	553 (100)

Kyselyyn vastaamiseen kuluneessa ajassa oli sekä kuntoutujaryhmien että kuntoutujien välistä vaihtelua (Taulukko 8). Vastaamiseen kulunut aikana mediaanina ilmaistuna oli VV-ryhmällä 18 minuuttia, TULES-ryhmällä 10 minuuttia ja MT-ryhmällä 12 minuuttia.

Taulukko 8. Kyselyyn vastaamiseen kulunut aika kuntoutujaryhmittäin

	KA	Mediaani	Min – Max (min)
VV (n=149)	34	18	3 – 120
TULES (n=318)	11	10	7 – 59
TULES, TYPO (n=10)	19	19	5 – 33
MT (n=77)	12	12	5 – 40

Palveluntuottajille sähköpostitse lähetettyyn kyselyyn vastasi 11/12 palveluntuottajaa. Kahdeksan palveluntuottajaa vastasi TULES-kursseja, viisi MT-kursseja ja neljä VV-jaksoja koskeviin kysymyksiin.

Tekninen toteutus ja tiedottaminen. Yhdeksän palveluntuottajaa arvioi, että teknisesti kyselyyn vastaaminen onnistui helposti. Kaksi palveluntuottajaa ilmoitti, että ATK-tilat eivät olleet parhaat mahdolliset, mikä hieman häiritsi kyselyn täyttämistä. TULES- ja MT-ryhmille tiedottaminen kyselystä toteutui ryhmäkohtaisesti kurssin tuloinfossa ja/tai kirjallisesti kurssin viimeisen jakson alussa. VV-ryhmässä kolmessa kuntoutuslaitoksessa tiedotettiin kyselystä henkilökohtaisesti joko kirjallisesti tai tuloinfossa, yhdessä kuntoutuslaitoksessa tiedottaminen oli nivottu ryhmänä toteutetun infotilaisuuden yhteyteen. Tiedottamisen koettiin hoituneen sujuvasti, eikä siihen liittyviä kehittämissuhteita esitetty.

Vastaamisajankohta ja nivominen kurssiohjelmaan. TULES- ja MT-kuntoutujat ohjattiin kaikissa muissa paitsi yhdessä kuntoutuslaitoksessa vastaamaan kyselyyn päätöspalaverin yhteydessä ryhmätilanteessa ja viisi kuntoutuslaitosta kahdeksasta ilmaisikin onnistuneensa nivomaan kyselyyn vastaamisen osaksi kurssiohjelmaa. Yhdessä kuntoutuslaitoksessa kyselyyn vastaaminen oli järjestetty vapaana ajankohtana tiettyinä päivinä. Kyseisessä kuntoutuslaitoksessa vastausprosentti jäi heikommaksi kuin muissa kuntoutuslaitoksissa. Kahdessa neljästä kuntoutuslaitoksesta VV-ryhmän kuntoutujien kyselyyn vastaaminen toteutui omaohjaajan palautekeskustelun yhteydessä, minkä kerrottiin olleen käytäntönä toimiva. Yhdessä kuntoutuslaitoksessa oli varattu oma aika kyselylle ja yhdessä vastaaminen toteutui varattuna ryhmäaikana. Ryhmäajalla toteutetussa kuntoutuslaitoksessa vastausprosentti oli pienempi kuin omaohjaajan palautekeskustelun yhteydessä toteutettuna.

Henkilöstön ajankäyttö kyselyyn ja kuntoutujien motivointi. Kyselyyn vastanneet palveluntuottajat arvioivat, että henkilöstöltä kului melko vähän aikaa (vaihdelleen 1 min – 20 min) TULES- ja MT- ryhmien kuntoutujien informointiin ja ohjaamiseen kyselyn tiimoilta. Näiden ryhmien kuntoutujien motivointi koettiin pääosin helpoksi, vaikka kaksi palveluntuottajaa kertoi kuntoutujien kokevan lomakkeiden suuren määrän vuoksi ”kyselyähkyä”. Niissä kuntoutuslaitoksissa, joissa vastausprosentti oli jäänyt pienemmäksi, oli informointiin ilmoitettu ajan käyttö suurempi kuin niissä kuntoutuslaitoksissa, joissa vastausprosentti oli korkea. VV-ryhmän tiedottamiseen ja ohjaamiseen oli kulunut kuntoutujakohtaisesti vaihdellen aikaa, osa oli tarvinnut runsaasti apua ja työntekijän aikaa, osa ei juuri ollenkaan. Myös motivoinnin osalta VV-ryhmässä oli kuntoutujakohtaisia eroja, muun muassa kyselyn pituus oli arveluttanut osaa kuntoutujista, minkä vuoksi motivointia oli tarvittu enemmän osalle kuntoutujista tai osa oli päättänyt jättää täyttämättä kyselyn sen pituuden vuoksi.

Kehittämisehdotukset. Palveluntuottajat pitivät TULES- ja MT- ryhmien osalta kyselyyn vastaamista kokeiluilla käytännöllä toimivana. Kahdessa kuntoutuslaitoksessa, joissa vastausprosentit olivat jääneet heikommiksi, mietittiin kyselyn nivomista paremmin kurssiohjelmaan. VV-ryhmän kuntoutujien kyselyyn vastaaminen nähtiin tarkoituksenmukaiseksi yksilöllisellä ajalla. Yhdessä kuntoutuslaitoksessa esitettiin, että mahdollisuus täyttää kysely kotona, voisi olla kehitettävä asia.

Kyselyn hyödynnettävyys kuntoutuslaitoksessa ja suhde kuntoutuslaitoksen asiakaspalautejärjestelmään. TULES- ja MT-kuntoutusta toteuttavien palveluntuottajien näkemykset kyselyn hyödynnettävyydestä kuntoutuslaitoksen omassa toiminnassa vaihtelivat. Viisi palveluntuottajaa kahdeksasta koki, että kysely on hyödynnettävissä, yksi ei nähnyt kyselyn tuovan lisähyötyä omiin palautekeskusteluihin ja kaksi palveluntuottajaa oli mieltävällä kannalla. Palveluntuottajat korostivat, että kysymysten tulee olla tarkkaan mietittyjä, koska kyselystä saatu palaute voi muuttaa/ kehittää työryhmän jäsenten työskentelyä ja kysymysten tulisi olla samansuuntaisia Kelan standardin kanssa. Hyödynnettävyyden ehtona koettiin, että kyselyjen palveluntuottajakohtaisten tulosten yhteenvedot tulisi olla saatavina helposti ja säännöllisesti. VV-jaksoja toteuttavat palveluntuottajat pitivät kyselyä hyödynnettävänä ja oman kuntoutuslaitoksen kehittämiskohteita esille nostavina. Kyselyn suhteesta kuntoutuslaitoksen omaan asiakaspalautejärjestelmään oli palveluntuottajittain vaihtelua. Osa koki, että kuntoutuslaitosten omat palautteet kohdentuvat eri asioihin, eikä kokeiltu asiakaslähtöistä kuntoutusprosessia arvioiva sähköinen kysely ole päällekkäinen kuntoutuslaitoksen oman palautekyselyn kanssa. Osa koki, että kyseisiä asioita kysytään jo kuntoutujilta, mutta ei kuitenkaan systemaattisesti. Osa ilmaisi, että sähköisessä kyselyssä ja palautteissa on päällekkäisyyttä.

6.3.3 Kuntoutuskäytäntöjen toteutuminen

Asiakslähtöisyyden toteutuminen

Taulukossa 9 on kuvattu koko MPOC-A kyselylomakkeen ja osa-alueittain kaikkien vastaajien sekä ryhmittäin keskiarvot ja hajonnat. Ryhmien välisiä eroja on tarkasteltu varianssianalyysin avulla. Kaikkien ryhmien kuntoutujat arvioivat asiakslähtöisyyden todentuneen parhaiten kunnioittavan ja tukea antavan hoidon sekä koordinoitun ja kokonaisvaltaisen hoidon osalta. Heikoimmaksi osa-alueeksi jäi kaikilla ryhmillä yleisen tiedon tarjoaminen. Tälle osa-alueelle sijoittuviin kysymyksiin ”...on antanut läheisillesi mahdollisuuden saada tietoa” ja ” ...on neuvonut, miten löydät vertaistukea” viidennes kuntoutujista vastasi joko ei lainkaan, hyvin vähän tai melko vähän. Ryhmien välillä oli eroa vastauksissa niin, että mielenterveyskurssilaiset erosivat vastauksissaan TULES- ja VV-ryhmistä. Osa-alueittain tarkasteltuna mielenterveyskurseille osallistuneet kuntoutujat arvioivat erityisen tiedon antamisen toteutuneen heikommin kuin muut ryhmät. MT-kurssilaiset kokivat myös asiakslähtöisyyden mahdollistamisen ja kumppanuussuhteessa toimimisen sekä koordinoitun ja kokonaisvaltaisen hoidon toteutuneen heikommin kuin VV-ryhmä ja TULES-TYPO-ryhmä. Lisäksi yleisen tiedon tarjoaminen sekä kunnioittava ja tukea antava hoito koettiin toteutuneen MT-kurssilaisten arvioissa heikommin kuin VV-kuntoutujien arvioissa. Huomioitava on, että MT-kurssilaisten vastauksissa on huomattavasti hajontaa.

Taulukko 9. Keskiarvot, keskihajonnat ja varianssianalyysin p-arvot ryhmien välisille eroille MPOC-A:n osa-alueittain.

	Kaikki (n = 554)	Vv 1 (n = 149)	TULES 2 (n = 318)	TULES, TYPO 3 (n = 10)	MT 4 (n = 77)	
MPOC-A	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	p-arvo
Asiakslähtöisyyden mahdollistaminen ja kumppanuussuhteessa toimiminen	5.70 (0.84)	5.78 ⁴ (0.83)	5.77 ⁴ (0.78)	5.64 (0.86)	5.32 ^{1,2} (0.99)	< 0.001
Yleisen tiedon tarjoaminen	5.03 (1.24)	5.22 ⁴ (1.35)	5.02 (1.18)	5.29 (0.96)	4.68 ¹ (1.26)	0.017
Erityisen tiedon tarjoaminen	5.71 (0.99)	5.64 ⁴ (1.10)	5.88 ⁴ (0.84)	6.03 ⁴ (0.95)	5.17 ^{1,2,3} (1.09)	<0.001
Koordinoitu ja kokonaisvaltainen hoito	5.93 (0.80)	6.04 ⁴ (0.78)	5.95 ⁴ (0.75)	6.07 (0.63)	5.58 ^{1,2} (0.93)	< 0.001
Kunnioittava ja tukea antava hoito	6.20 (0.68)	6.30 ⁴ (0.63)	6.19 (0.70)	6.43 (0.42)	6.02 ¹ (0.72)	0.027
Koko kysely	5.77 (0.79)	5.86 ⁴ (0.78)	5.81 ⁴ (0.75)	5.90 (0.65)	5.42 ^{1,2} (0.91)	< 0.001

Yläindeksi viittaa merkitsevään ryhmäeroon riskitasolla 0.05 (Tukey HSD)
vastausskaala: 7=hyvin paljon, 1=ei lainkaan

DEPSmod-kyselyn osa-alueiden tulokset osoittavat, että tietoisuuden lisääminen (sisältäen mm. omatoimiseen kuntoutukseen tukeminen ja motivointi) ja avoin kommunikaatio (sisältäen mm. tasavertainen kohtelu ja kuunteleminen) toteutuivat keskimäärin hyvin. Osa-alueiden vastavuoroinen

osallistuminen (sisältäen mm. toteutumattomien tavoitteiden analysointi) ja tarpeellisen tiedon tarjoaminen (sisältäen mm. aiempien tietojen ja kokemusten huomiointi, tiedon hyödyllisyys ja vapaa yhteydenotto henkilökuntaan) keskiarvot jäivät hieman heikommiksi. DEPSmod:n tulokset ovat MT-ryhmällä heikkommat kuin muilla ryhmillä. Osa-alueittain tarkasteltuna ryhmien välillä ei ole eroa osa-alueella avoin kommunikaatio. Muissa osa-alueissa mielenterveyskuntoutujat arvioivat asiakaslähtöisyyden ja kuntoutujan valtaistamisen heikommaksi. Lisäksi TULES-ryhmä arvioi VV-ryhmää heikommaksi tarpeellisen tiedon tarjoamisen. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Keskiarvot, keskihajonnat ja varianssianalyysin p-arvot ryhmien välisille eroille osa-alueittain.

	Kaikki (n = 554)	Vv 1 (n = 149)	TULES 2 (n = 318)	TULES, TYPO 3 (n = 10)	MT 4 (n = 77)	
DEPSmod	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	p-arvo
Vastavuoroinen osallistuminen	1.55 (0.66)	1.39 ⁴ (0.53)	1.56 ⁴ (0.66)	1.23 ⁴ (0.22)	1.85 ^{1,2,3} (0.81)	<0.001
Tietoisuuden lisääminen	1.42 (0.53)	1.37 ⁴ (0.48)	1.40 ⁴ (0.51)	1.10 ⁴ (0.24)	1.65 ^{1,2,3} (0.65)	<0.001
Tarpeellisen tiedon tarjoaminen	1.55 (0.61)	1.37 ^{4,2} (0.52)	1.57 ^{4,1} (0.61)	1.37 ⁴ (0.40)	1.82 ^{1,2,3} (0.67)	<0.001
Avoin kommunikaatio	1.41 (0.54)	1.36 (0.49)	1.43 (0.56)	1.28 (0.36)	1.47 (0.56)	0.349
Koko kysely	1.48 (0.50)	1.38 ⁴ (0.41)	1.48 ⁴ (0.50)	1.23 ⁴ (0.25)	1.69 ^{1,2,3} (0.57)	< 0.001

Yläindeksi viittaa merkitsevään ryhmäeroon riskitasolla 0.05 (Tukey HSD)

vastauskaala: 1=täysin samaa mieltä, 5=täysin eri mieltä

Kuntoutusjakson vaikutusten kohdentuminen

Kuntoutuksen koettuja vaikutuksia ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkien mukaisesti kartoitettiin jokaiseen pääluokkaan liittyvällä väittämällä. Esimerkiksi pääluokkaan 2 Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet liittyvä väittämä oli ”Kuntoutusjakso auttoi minua tekemään paremmin päivittäin toistuvia tehtäviä, järjestämään päivittäisiä rutiineja tai hallitsemaan stressiä.”. Kysymyksiin vastattiin samalla 5-portaisella vastauskaalalla kuin DEPSmod-kyselyn väittämiin. Liitteenä 7 olevissa kuvioissa 1-3 on esitetty prosenttijakaumat kuntoutujaryhmittäin, näkyvissä on myös vastaajien prosentuaaliset määrät vastausvaihtoon ”ei koske minua”. Taulukossa 11 on kuvattuna kuntoutujaryhmittäin ICF-luokitukset suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkiin liittyvien kuntoutuksen koettujen vaikutusten keskiarvot ja hajonnat sekä ryhmien välisten erojen tarkastelu varianssianalyysin avulla. Analyysistä on poistettu ”ei koske minua” vastaukset. Kaikki kolme ryhmää arvioivat vaikutuksia olleen eniten pääluokkiin 1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen sekä 2 Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet liittyviin asioihin. Pääluokkaan 4 Liikkuminen liittyviin asioihin arvioitiin myös olleen usein vaikutuksia. Ryhmien välillä oli eroa vastauksissa kaikissa muissa paitsi kysymyksessä, joka koski kuntoutuksen vaikutuksia työhön ja opiskeluun (pääluokka 8 Keskeiset elämäalueet). Myöskään kysymyksessä, joka koski pääluokkaan 7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet liittyviä vaikutuksia, ei post hoc –ryhmävertailussa ollut eri ryhmien välillä eroa. MT-ryhmä arvioi tilastollisesti merkitsevästi vähemmän vaikutuksia, jotka kohdentuivat pääluokkiin 3 Kommunikointi, 5 Itsestä huolehtiminen ja 6 Kotielämä kuin VV-ryhmä. Oppimiseen ja tiedon soveltamiseen sekä Yleisluontoisiin tehtäviin ja vaateisiin kohdentuvia vaikutuksia MT-ryhmä arvioi olleen

tilastollisesti merkitsevästi vähemmän kuin TULES-ryhmä. Pääluokkaan 4 Liikkuminen kohdentuvia vaikutuksia arvioi sekä VV-ryhmä että TULES-ryhmä olleen useammin kuin MT-ryhmä. VV-ryhmä arvioi vaikutuksia olleen useammin pääluokkaan 9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä liittyviin asioihin kuin TULES- ja MT-ryhmä.

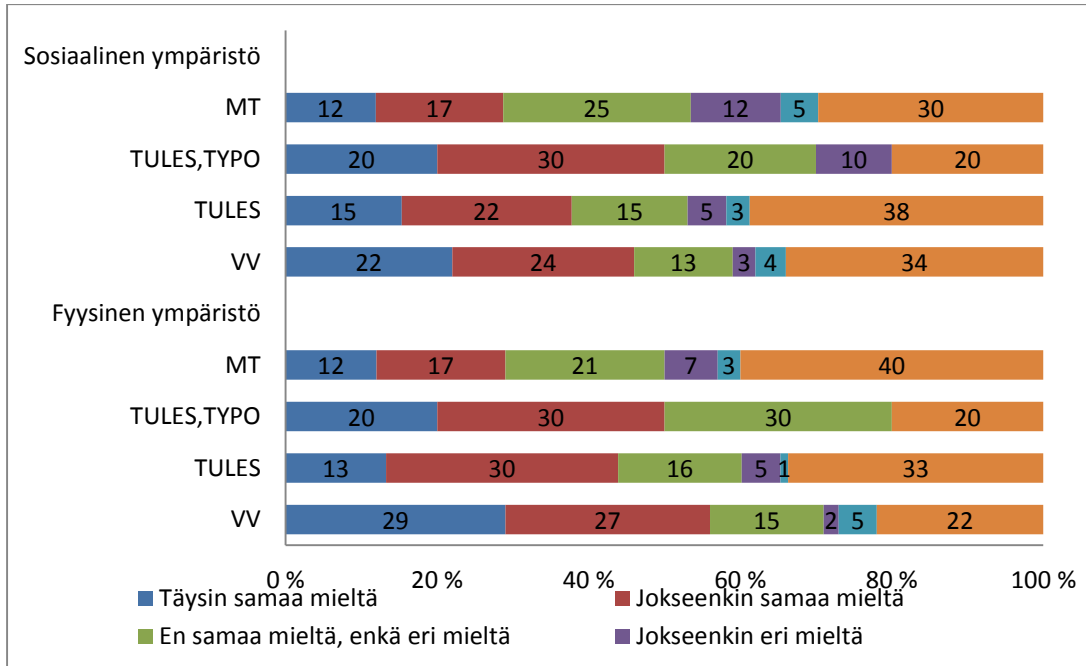
Taulukko 11. Keskiarvot, keskihajonnat ja varianssianalyysin p-arvot ryhmien välisille eroille koetuissa kuntoutuksen vaikutuksissa

	Kaikki (n = 554)	VV 1 (n = 149)	TULES 2 (n = 318)	TULES, TYPO 3 (n = 10)	MT 4 (n = 77)	
	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	p-arvo
Oppiminen ja tiedon soveltaminen	1.54 (0.70)	1.57 (0.82)	1.47 (0.62) ⁴	1.60 (0.52)	1.77 (0.76) ²	0.01
Yleisluontoiset tehtävät ja vaatteet	1.69 (0.82)	1.72 (0.92)	1.61 (0.74) ⁴	1.60 (0.52)	1.97 (0.89) ²	0.005
Kommunikointi	1.96 (0.98)	1.72⁴ (0.91)	1.99 (0.99)	1.75 (0.71)	2.23 (0.98) ¹	0.005
Liikkuminen	1.60 (0.80)	1.56 (0.80) ⁴	1.54 (0.72) ⁴	1.56 (0.53)	2.14 (1.09) ^{1,2}	<0.001
Itsestä huolehtiminen	1.99 (0.96)	1.78 (0.91) ⁴	2.06 (0.93)	2.17 (1.17)	2.44 (1.15) ¹	0.006
Kotielämä	2.14 (0.96)	1.95 (1.05) ⁴	2.19 (1.00)	2.25 (0.71)	2.61 (1.12) ¹	0.012
Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet	2.05 (0.92)	1.86 (0.95)	2.11 (0.88)	2.25 (0.89)	2.21 (0.93)	0.03
Keskeiset elämäalueet	2.07 (0.92)	2.07 (0.93)	2.04 (0.91)	2.60 (0.89)	2.13 (0.95)	0.513
Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä	2.33 (1.05)	2.01 (1.01) ^{2,4}	2.44 (1.01) ¹	2.30 (1.25)	2.61 (1.09) ¹	0.001

Yläindeksi viittaa merkitsevään ryhmäeroon riskitasolla 0.05 (Tukey HSD)

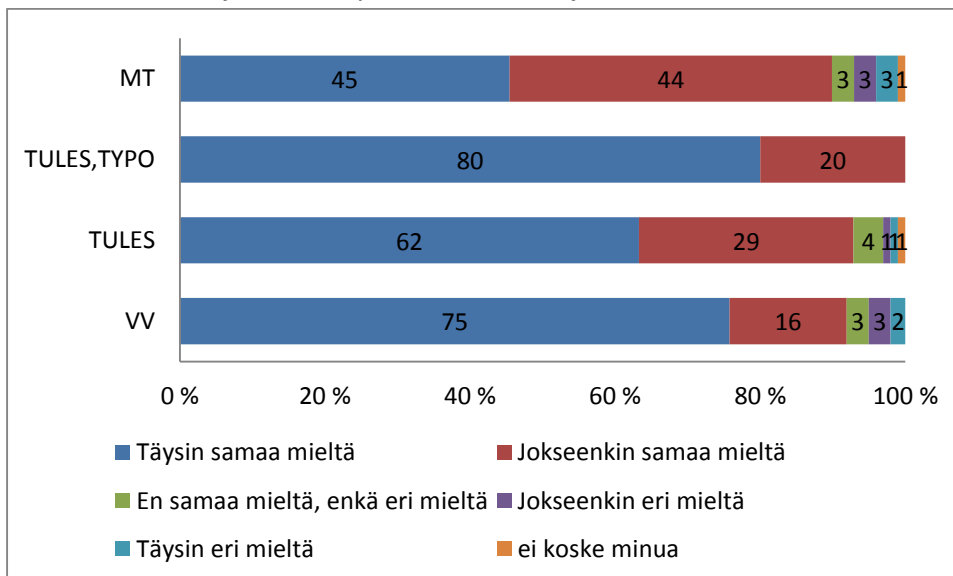
lihavoitu ryhmäkohtaisesti kolme pääluokkaa, joihin on keskiarvojen perusteella arvioitu olevan useimmin vaikutuksia

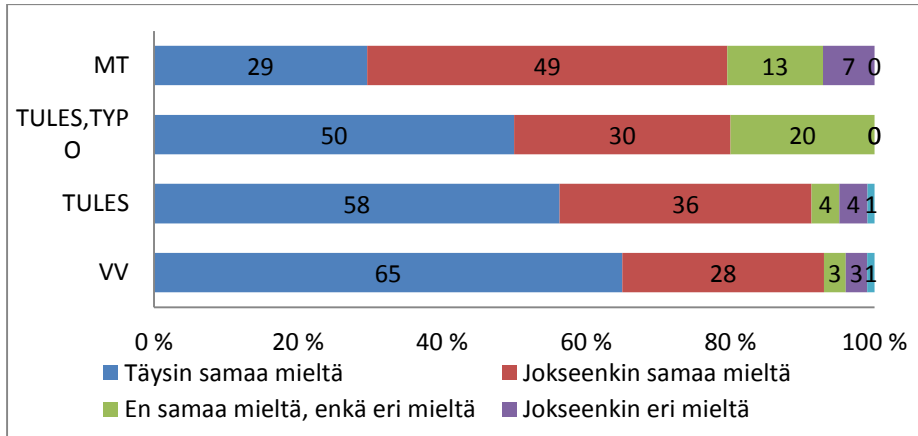
Kolmannes (31 %) kuntoutujista arvioi, että kysymys kuntoutuksen vaikutuksista fyysisen ympäristön esteiden tai haittojen vähentämisestä ei koskenut heitä. Samoin kolmannes (35 %) koki, että kysymys kuntoutusjakson vaikutuksista tärkeiden ihmisten mahdollisuuksiin tukea kuntoutumista, ei koskettanut heitä. Kuviosta 3. käy ilmi, että erityisesti MT-ryhmä arvioi, että kuntoutus ei vaikuttanut heidän fyysiseen ympäristöönsä ja vain alle kolmannes koki kuntoutuksella olleen vaikutuksia fyysiseen ympäristöön. TULES- ja VV-ryhmät kokevat, että vaikutuksia on ollut hieman enemmän fyysisen ympäristön esteiden tai haittojen vähenemiseen, mutta varianssianalyysi osoitti, ettei ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Sen sijaan ryhmien välillä oli arvioissa eroa (p=0.01) kuntoutuksen vaikutuksissa sosiaaliseen ympäristöön eli tärkeiden ihmisten mahdollisuuksiin tukea kuntoutumista. MT-ryhmä arvioi vähäisemmäksi (ka. 2.74) sosiaaliseen ympäristöön kohdentuvat vaikutukset kuin VV-ryhmä (ka. 2.12) tai TULES-ryhmä (ka. 2.28).

Kuvio 3. Kuntoutujien arviot kuntoutuksen vaikutuksista fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön

Näkemykset henkilöstön ammattitaidosta, kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta ja sisällön vastaamisesta tarpeisiin sekä jatkotuentarpeen suunnittelusta

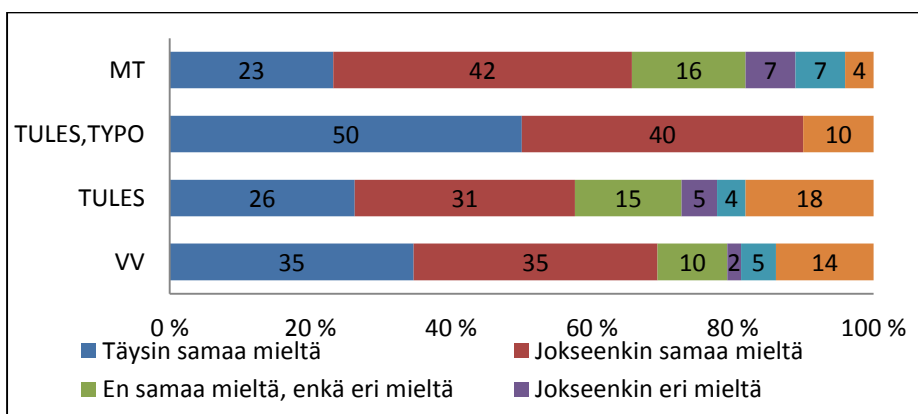
Lähes 90 prosenttia kuntoutujista koki kuntoutukseen osallistuneen henkilöstön osaamisen vastaavan heidän tarpeisiinsa. Kuntoutuksen ajoituksen koki sopivaksi suurin osa kuntoutujista (Kuvio 4). Yli 80 prosenttia kuntoutujista oli myös joko täysin tai samaa mieltä siitä, että kuntoutus vastasi heidän tarpeisiinsa ja tavoitteisiinsa (Kuvio 5). Kuntoutujaryhmien vastausten erojen tarkastelu osoittaa, että MT-ryhmä suhtautuu tilastollisesti merkitsevästi hieman varauksellisemmin kuin VV-ryhmä ja TULES-ryhmä niin henkilöstön osaamisen vastaamiseen tarpeisiin kuin kuntoutuksen vastaamiseen tarpeisiin. Lisäksi VV-ryhmä arvioi kuntoutuksen ajoituksen paremmaksi kuin MT-ryhmä. (Taulukko 12).

Kuvio 4. Kuntoutujien näkemys kuntoutuksen ajoituksesta.

Kuvio 5. Kuntoutujien kokemus kuntoutuksen sisällön vastaamisesta tarpeisiin ja tavoitteisiin**Taulukko 12.** Keskiarvot, keskihajonnat ja varianssianalyysin p-arvot ryhmien välisille eroille näkemyksissä henkilöstön osaamisesta, kuntoutuksen ajoituksesta ja tarpeisiin vastaamisesta.

	Kaikki (n = 554)	Vv 1 (n = 149)	TULES 2 (n = 318)	TULES, TYPO 3 (n = 10)	MT 4 (n = 77)	p-arvo
	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	KA (Ha)	
Kuntoutukseeni osallistui henkilöstö, jonka osaaminen vastasi tarpeisiini.	1.44 (0.71)	1.40 ⁴ (0.73)	1.40 ⁴ (0.67)	1.20 (0.42)	1.75 ^{1,2} (0.75)	0.001
Kuntoutusjakson ajoitus vastasi tarpeitani	1.47 (0.78)	1.39 ⁴ (0.85)	1.47 (0.73)	1.20 (0.42)	1.69 ¹ (0.87)	0.032
Kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeisiini ja tavoitteisiini	1.61 (0.83)	1.47 ⁴ (0.79)	1.58 ⁴ (0.82)	1.70 (0.82)	1.99 ^{1,2} (0.84)	<0.001

Kuntoutujien vastauksissa oli hajontaa näkemyksissä siitä, suunniteltiinko kuntoutusjakson aikana, mistä kuntoutuja saisi tukea kuntoutumiseen jakson päätyttyä (esim. terveyskeskus, sairaala, työterveyshuolto, oppilashuoltoryhmä, sosiaalitoimi, TE-keskus) (Kuvio 6). Varianssianalyysillä, josta suljettiin pois ”ei koske minua”-vastaukset, tarkasteltuna näytti ryhmien välillä olevan tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0.038$), joka ei kuitenkaan post hoc-jatkotarkasteluissa osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi minkään ryhmän välillä.

Kuvio 6. Kuntoutujien näkemys jakson jälkeisen tuen suunnittelusta.

6.4 Johtopäätökset toisen kokeilun tuloksista

Toisen kokeiluvaiheen tulokset antavat tietoa kyselyn eri osien siirrettävyydestä vakiintuneeseen käytäntöön niin psykometristen ominaisuuksien kuin kyselyn antaman tiedon näkökulmista. Vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävyyteen vaikuttavia tekijöitä analysoitiin projektiryhmässä edellä mainituista näkökulmista sekä palveluntuottajien kertomien näkemysten perusteella.

MPOC-A ja DEPSmod ovat toisen kokeilun perusteella arvioiduilta psykometrisilta ominaisuuksiltaan hyväksyttäviä. Rakennevaliditeetiltaan ne noudattavat alkuperäisten mittareiden teoreettisia rakenteita. Kummankin kyselylomakkeen kaikkien kysymysten keskiarvoa (kokonaispistemäärä) voi myös käyttää kuvaamaan yhdellä luvulla kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä. MPOC-A:n ja DEPSmod:n kokonaispistemäärät korreloivat voimakkaasti keskenään, mikä vahvistaa sitä, että ne kumpikin mittaavat samaa teoreettista ilmiötä eli kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä. Mittareiden osioiden keskimääräisen sopivuusindeksin tarkastelut osoittivat, että MPOC-A mittari toimii eri tavoin eri ryhmillä kun taas DEPSmod:ssä ei tätä eroa tullut esille. Varianssianalyysillä toteutetut eri ryhmien väliset vertailut osoittavat, että kumpikin kyselylomake erottelee eri ryhmiä toisistaan. Mittareiden osa-alueiden kysymykset mittaavat johdonmukaisesti samaa asiaa eli reliabiliteetit olivat hyvät. Ainoastaan MPOC-A:n osa-alueen erityisen tiedon tarjoaminen reliabiliteetti jäi heikommaksi (0.49). Myös mittareiden kokonaisreliabiliteetit ovat korkeat, tosin reliabiliteetteja nostaa kysymysten suuri määrä. Erityisesti MPOC-A kyselylomake ja sen osa-alueet sisältävät verrattain paljon kysymyksiä, mikä voi heikentää kyselylomakkeen luotettavuutta. Vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävyyttä tarkasteltaessa psykometristen ominaisuuksien näkökulmasta vaikutti siltä, että DEPSmod-arviointimenetelmän voisi siirtää sellaisenaan vakiintuneeseen käytäntöön. MPOC-A:n siirrettävyyttä heikensi kysymysten suuri määrä (34 kysymystä) verrattuna DEPSmod:n kysymysten määrään (15 kysymystä).

Kuntoutujan kuuleminen sekä kohtelu tasavertaisesti ja kunnioittavasti olivat kuntoutujien arvioiden mukaan asiakaslähtöisyyden todentumisen osalta vahvinta aluetta niin MPOC-A- kuin DEPSmod-arviointimenetelmälläkin arvioituna. Tämän voidaankin olettaa olevan edellytys sille, että asiakaslähtöisen työskentelyn muut tunnusmerkit tai ominaisuudet voisivat toteutua. Asiakaslähtöisyys näkyi ryhmätasolla myös koordinoituna ja kokonaisvaltaisena hoitona sekä tietoisuuden lisäämisestä omatoimisesta kuntoutuksesta ja motivointina. Nämä kaikki ovat piirteitä, joita korostetaan Kelan laituskuntoutuksessa myös standarditasolla. Vastaukset osoittavat, että tiedon tarjoamiseen liittyvissä asioissa voisi asiakaslähtöisyyden todentumista vielä tehostaa. Mielenkiintoista on, että mielenterveyskuntoutajat arvioivat kummassakin arviointimenetelmässä ja lähes kaikkien osa-alueiden osalta asiakaslähtöisyyden toteutuneen heikommin kuin muut ryhmät. Mielenterveysryhmän sisällä oli eniten myös hajontaa vastauksissa. Syitä tähän on vaikea päätellä, mutta joka tapauksessa tulokset nostavat esille tarpeen kiinnittää erityistä huomiota asiakaslähtöiseen työskentelyyn mielenterveyskursseilla ja yksilöllisten kokemusten huomioimiseen. Vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävän kyselyn kehittämisen näkökulmasta tulokset osoittavat, että kumpikin kokeiltu arviointimenetelmä antaa sekä osa-alueittain että kuntoutujaryhmittäin erottelevaa tietoa ja nostaa esille sekä toimivia käytäntöjä että myös kehittämisalueita.

Kuntoutuksen vaikutusten kohdentumista arvioivissa kysymyksissä pyrittiin selvittämään, mihin ICF-luokituksen Suoritus ja osallistuminen alueen pääluokkiin kuntoutujien kokemat vaikutukset linkittyvät. Kuntoutajat arvioivat eniten kuntoutuksen antaneen keinoja ongelmien ratkaisemiseen, erilaisten taitojen

hankkimiseen tai oppimiseen (pääluokka 1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen) sekä auttaneen tekemään paremmin päivittäin toistuvia tehtäviä, järjestämään päivittäisiä rutiinia tai hallitsemaan stressiä (pääluokka 2). Eri pääluokkia koskevissa kysymyksissä oli verrattain paljon ”ei koske minua” –vastauksia. Tämä oli loogista siitä näkökulmasta, että tällä vastausvaihtoehdolla pyrittiin antamaan kuntoutujalle vastausvaihtoehto niissä tapauksissa, että kyseinen asia ei ollut kuntoutujalle tärkeä tai hän ei pitänyt sitä kuntoutusjakson tavoitteenaan. Kuitenkin kuntoutujat vastauksissa oli suurta hajontaa myös muissa vastausvaihtoehdoissa. Kysymysten vastaukset eivät ole täysin yksiselitteisiä. Kuntoutuja on saattanut arvioida vastauksella ”en samaa, enkä eri mieltä” sitä, että asia ei koske häntä tai että kuntoutuksella on ehkä yhtäältä ollut vaikutuksia, mutta toisaalta ei ole ollut vaikutuksia. Vakiintuneeseen käytäntöön siirtämisen näkökulmasta tämä on ongelmallista. Projektiryhmässä analysoitiin kuntoutuksen vaikutuksia koskevia kysymyksiä ja päädyttiin siihen ratkaisuun, että kysymykset jätetään lopullisesta versiosta pois. Tätä päätöstä tukee myös se, että kuntoutujien yksilölliset GAS-tavoitteet antavat tarkempaa tietoa kuntoutuksen vaikutuksista ja jatkossa niiden linkittäminen ICF-luokitukseen voisi olla yksi ratkaisu systemaattisen ryhmätason tiedon saamiseksi kuntoutuksen vaikutuksista.

Kuntoutujien kokemus fyysiseen tai sosiaaliseen ympäristöön kohdentuvista vaikutuksista vaihteli. Huomattavaa on, että kolmannes kuntoutujista koki, että kysymys kuntoutuksen vaikutuksista fyysisen ympäristön esteiden tai haittojen vähentämisestä kuin myös kysymys kuntoutusjakson vaikutuksista tärkeiden ihmisten mahdollisuuksiin tukea kuntoutumista ei koskenut heitä. Tämä voi kertoa monista eri seikoista. Kuntoutujien tarpeet ja tunnistetut tavoitteet saattavat kohdentua enemmän yksilöllisiin ominaisuuksiin kuin ympäristötekijöihin tai näiden yhteensopivuuteen. Voi myös olla niin, että kuntoutuslaitosjaksoilla vaikutetaan ensisijaisemmin yksilöön ja hänen ominaisuuksiinsa kuin fyysiseen tai sosiaaliseen ympäristöön, vaikka tarvetta ympäristöön kohdentuviin vaikutuksiinkin olisi. Mielenterveyskuntoutujat kokivat sosiaaliseen ympäristöön kohdentuvia vaikutuksia olleen vähemmän kuin muut ryhmät, mikä voi viitata siihen, että kuntoutusta toteutettaessa on tarpeen kuntoutujakohtaisesti arvioida kriittisemmin sitä, onko yksilöllisiin ominaisuuksiin vaikuttamisen ohella lisättävä myös ympäristöön sekä yksilön ja ympäristöön välisiin suhteisiin liittyviä vaikuttamiskeinoja.

Näkemykset henkilöstön ammattitaidosta, kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta ja sisällön vastaamisesta tarpeisiin olivat pääosin myönteisiä. Tämä kuvastaa sitä, että kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen puitteet ovat hyvät. Sen sijaan jatkotuentarpeen suunnittelua koskevaan kysymykseen vastauksissa oli hajontaa, mikä osoittaa, että kuntoutuksen jatkuvuudessa on kehittämistarvetta. Nämä kaikki kysymykset nähtiin projektiryhmässä tärkeiksi ja niiden liittämistä osaksi vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävää kyselyä pidettiin tarkoituksenmukaisena.

Ajan käytön näkökulmasta kokeilussa ollut kysely oli käytettävyyden ja käyttäjäystävällisyyden näkökulmasta liikaa aikaa vaativa. Suurella osalla kuntoutujista kyselyn täyttäminen onnistui nopeasti, mutta etenkin VV-ryhmässä osalla kului runsaasti aikaa kyselyyn vastaamiseen. Tämän vuoksi tavoitteeksi asetettu kyselyn pitäminen lyhyenä todettiin tarkoituksenmukaiseksi. Avun tarvetta oli eniten VV-ryhmässä. Tämän vuoksi vakiintuneeseen käytäntöön siirrettäessä tulisi kyselyn täyttäminen nivoa esim. kuntoutusstandardissa ohjeistaen osaksi esimerkiksi omaohjaajan palautetuntia, jolloin tarvittava apu olisi saatavilla. Vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävyyttä tukee se, että palveluntuottajat näkivät kyselyn pääosin omaa kehittämistyötä tukevana välineenä, mikäli sen antamat tulokset saada säännöllisin ajoin käyttöön.

7 Kolmas kokeilu: lopullinen lomake

Lopulliseksi lomakkeeksi toisen kokeiluvaiheen tulosten perusteella päädyttiin ottamaan DEPSmod-kyselylomake ja täydentävät lisäkysymykset, jotka liittyvät kuntoutujan tarpeisiin vastaamiseen (kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeitani ja tavoitteitani, kuntoutukseeni osallistui henkilöstö, jonka osaaminen vastasi tarpeitani sekä kuntoutusjakson ajoitus vastasi tarpeitani) sekä jatkosuunnitelmien laadintaan (suunnittelimme kuntoutusjakson aikana, mistä saan tukea kuntoutumiseeni jakson päätyttyä (esim. terveyskeskuksesta, sairaalasta, työterveyshuollosta, oppilashuoltoryhmästä, sosiaalitoimesta, TE-keskuksesta). Lopullinen lomake (Liite 8) koostuu 19 kysymyksestä. Lomakkeen täyttämiseen kulunutta aikaa testattiin pienellä otoksella kuntoutujia (VV n=13 ja TULES n= 9). Yhteistyökumppaneina kokeilussa toimivat Validia Kuntoutus Lahti ja Peurungan kuntoutuskeskus. VV-ryhmällä vastaamiseen kului aikaa keskimäärin 13 minuuttia (mediaani 11 minuuttia) ja enimmillään 31 minuuttia. TULES-ryhmän kuntoutujat vastasivat kyselyyn keskimäärin neljässä minuutissa (mediaani neljä minuuttia) ja hitain vastaajakin käytti aikaa ainoastaan viisi minuuttia.

8 Yhteenvedo kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä arvioivan kyselylomakkeen kehittämisprosessista

Hankkeen tavoitteena oli kehittää Kelan järjestämään kuntoutukseen hyvien kuntoutuskäytäntöjen seurantaan sähköisessä muodossa täytettävä kyselylomake, jonka kuntoutuja täyttää kuntoutusjakson lopussa. Vakiintuneessa käytännössä kyselyn avulla saadaan Kelaan tietoa kuntoutujaryhmäkohtaisesti kuntoutujien näkemyksistä kuntoutuskäytäntöjen toteutumisesta sekä palveluntuottajille palautetta ja tukea kehittämistyölle siitä, miten kuntoutujat ryhmätasolla ovat kokeneet kuntoutuskäytäntöjen asiakaslähtöisyyden.

Hanke toteutui projektiryhmässä ennalta määritellyn suunnitelman mukaisesti. Projektiryhmässä määriteltiin kriteerit sille, millaisen vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävän kyselyn tulisi olla. Kyselyn edellytettiin 1) kohdentuvan kuntoutusprosessin aikaisten asiakaslähtöisten kuntoutuskäytäntöjen arviointiin, 2) olevan käyttäjäystävällinen eli teknisesti helppo käyttää ja sujuvasti kuntoutusjakson kokonaisuuteen nivoutuva sekä riittävän lyhyt ja samalla kattava, jotta vastaamiseen ei kulu kohtuuttomasti aikaa sekä 3) olevan psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyvä. **Kyselyn kohdentumista** pohdittiin ja varmistettiin analysoimalla projektiryhmässä kyselyn kysymysten sisältöjä kaikissa kehittämisvaiheissa niin alkuvaiheessa analysoitaessa ja valittaessa kokeiluun päätyviä arviointimenetelmiä ja laadittaessa lisäkysymyksiä kuin kokeiluvaiheiden perusteella lopulliseen kyselyyn päätyvän arviointimenetelmän valinnassa ja lisäkysymysten karsinnassa ja uudelleen muotoilussa. Toisen kokeiluvaiheen tulokset asiakaslähtöisten kuntoutuskäytäntöjen toteutumisesta kertoivat myös osaltaan siitä, kohdentuiko kysely oikeisiin asioihin. **Käyttäjäystävällisyyttä** kehitettiin ja arvioitiin kokeiluvaiheissa muun muassa vastaamiseen kuluneesta ajasta ja avun tarpeesta kuin myös palveluntuottajien näkemyksistä. **Psykometrisiä ominaisuuksia** arvioitiin toisessa kokeiluvaiheessa.

Toisen kokeilun jälkeen projektiryhmä valitsi tulosten perusteella vakiintuneeseen käytäntöön sovellettavaksi DEPSmod –kyselylomakkeen täydentävine lisäkysymyksineen. Lopullinen kyselylomake koostuu 19 kysymyksestä.

Kun Kela ottaa kyselyn vakiintuneeseen käyttöön, kyselyn käyttöönotto vaatii selkeän ohjeistuksen siitä, miten kysely tulee täyttää, missä vaiheessa ja mitkä ovat palveluntuottajan tehtävät. Kysely on tarkoitettu ensisijaisesti kehittämisen välineeksi. Palveluntuottajat saavat näin tietoa, miten asiakaslähtöinen kuntoutusprosessi heidän laitoksessaan toteutuu ja he voivat verrata tietoa myös laitosten keskimääräisiin tuloksiin. Asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin toteutuminen on riippuvainen monista eri tekijöistä esimerkiksi tietyn kuntoutuskurssin yleisestä ilmapiiristä tai kuntoutuskurssille osallistuvista yksittäisistä työntekijöistä tai yleisemmin kuntoutuslaitoksessa käynnissä olevista muutoksista. Tämän vuoksi ei ole mielekäästä verrata palveluntuottajia keskenään vaan palveluntuottajat voivat itse analysoida syitä, miksi tietyt asiakaslähtöisyyden osa-alueet ovat toimivampia kuin toiset ja edelleen vahvistaa toimivia käytäntöjä ja kehittää vähemmän toimivia. Säännöllinen yhteenvedonomainen palautetieto motivoi palveluntuottajia kyselyn käyttöön ja Kelan tulisi huolehtia siitä, että palautetietoa myös tuotetaan palveluntuottajille kun kysely otetaan vakiintuneeseen käyttöön. Kyselystä saadaan tietoa myös Kelan järjestämän kuntoutuksen määrittelyyn, suunnitteluun ja kehittämiseen sekä standardien laatimiseen.

Asiakaslähtöistä kuntoutusprosessia arvioivan, Kelan järjestämään kuntoutukseen soveltuvan kyselyn kehittäminen oli lähes kahden vuoden pituinen prosessi, joka pyrittiin toteuttamaan systemaattisesti

kokeiluvaiheiden ja niistä saatavan tiedon avulla. Prosessin toteutti projektiryhmä, joka koostui useiden eri alojen asiantuntijoista.

Reilu 600 kuntoutujaa osallistui kyselyn kehittämisprosessiin vastaamalla kolmessa kokeiluvaiheessa toteutettuihin tiedonkeruuihin. Tiedonkeruu toteutettiin 12 kuntoutuslaitoksessa ja pääosin palveluntuottajat sitoutuivat tiedonkeruuseen hyvin. Toisella kokeilukierroksella kerättyä laajaa aineistoa voidaan pitää kattavana niin määrän kuin laadunkin osalta. Aineiston analyysissä käytettiin määrällisen aineiston osalta tilastotieteilijän asiantuntemusta.

Ensimmäisessä ja toisessa kokeilussa olleet sähköiset kyselyt ovat huomattavasti pidempiä kuin vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävä kysely. Näin ollen on mahdollista, että keskittyminen verrattain pitkään kokeiluvaiheen kyselyyn on saattanut osalla kuntoutujista olla vaikeaa. Kun vakiintuneeseen käytäntöön siirrettävällä lomakkeella kerättyä aineistoa karttuu, on tarkoituksenmukaista tarkastella lomakkeen validiteettia ja reliabiliteettia.

Jatkossa kyselylomake tullaan siirtämään osaksi vakiintuneita kuntoutuskäytäntöjä niin, että sen käyttöä ohjeistetaan uudistettavissa kuntoutusstandardeissa. Palveluntuottajille annetaan mahdollisuus ottaa kysely käyttöön jo ennen standardien uusimista.

Lähteet

- Acquardo C, Conway K, GirouDET C, Mear I. 2004. Linguistic validation manual for patient-reported outcomes (pro) instruments. Lyon: Mapi Institute.
- Alaranta H, Lindberg H, Holma T. 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Kuntoutus. Rissanen P, Kallaranta T, Suikkanen A (toim.). 2. painos. Helsinki: Duodecim. 647-57.
- Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. 2000. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 23:739-743.
- Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Kela. 2010. Saatavissa: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/\\$file/GAS_kasikirja_100518.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/$file/GAS_kasikirja_100518.pdf). Viitattu 15.6.2014.
- Bamm EL, Rosenbaum P & Stratford P. 2010. Validation of the Measure of Processes of Care for Adults: A measure of family-centeredness of health care services. *International Journal for Quality in Health Care*. 22: 302–309.
- Brown M. Participation: the insider perspective. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (Suppl 1): 34-37.
- Chen M-F, Wang R-H, Cheng C-P, Chin C-C, Stocker J, Tang S-M & Chen S-W. 2010. Diabetes Empowerment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version. *Journal of Advanced Nursing*. 67: 204-214.
- Corring D, Cook J. 1999. Client-centered care means that I am a valued human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 66, 71-82.
- Godenhjelm P. 2002. Kognitiiviset haastattelut. Teoksessa A. Ahola, P. Godenhjelm & M. Lehtinen (toim.). Kysymisen taito. Surveylaboratorio lomaketutkimusten kehittämisessä. Tilastokeskus. Katsauksia 2002/2.
- Heikkilä, T. 2008. 7. uudistettu painos. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hu L & Bentler PM. 1999. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6:1, 1-55.
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Helsinki: Stakes, Ohjeita ja suosituksia 4.
- Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriö
- King SM, Rosenbaum PL & King GA. 1996. Parents' perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes of care. *Dev Med Child Neurol*. 38: 757-772.
- Law, M., Pollock, N. & Stewart, D. 2004. Evidence-based occupational therapy: concepts and strategies. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 51(1), 14-22.
- Metsämuuronen J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I. (toim). 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 35-36.

Schwartz C. 2010. Applications of response shift theory and methods to participation measurement: a brief history of a young field. Arch Phys Med Rehabil; 91 (Suppl 1): 38-43.

Sipari S. 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 342.

Streiner DL & Norman GF. 2006 third ed. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford University Press.

Sumsion T, Law M. 2006. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. The Canadian Journal of Occupational Therapy 73, 153-62.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P, Suokas M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekesin katsaus 281
<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/TOIMKYKIKAAANTYMINEN/HANKEHALLINTO124270/MUUT124539/LIITE%20%20MATKAOPAS%5B1%5D.PDF>, poimittu 11.7.2014.

Wikström J, Meretoja A, Hietanen A, ym. 2009. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuslausuma. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Duodecim 2009; 125: 101-114. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97774.pdf>

Liitteet

Liite 1. Tietoinen suostumus, ensimmäinen kokeilu

Liite 2. Tiedote tutkimuksesta, ensimmäinen kokeilu

Liite 3. Ensimmäisen kokeiluvaiheen haastattelurunko

Liite 4. Toisen kokeilun sähköinen kyselylomake

Liite 5. Tiedote tutkittavalle, toinen kokeilu

Liite 6. Kysely palveluntuottajien kokemuksista

Liite 7. Prosenttijakaumat kuntoutuksen koetuista vaikutuksista ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokittain

Liite 8. Vakiintuneeseen käyttöön otettava kysely

Liite 9. Tiedote tutkittavalle, kolmas kokeilu

Liite 1. Tietoinen suostumus, ensimmäinen kokeilu

Tietoinen suostumus osallistumisesta tutkimukseen

Sukunimi: _____

Etunimi: _____

Syntymäaika: _____

Osoite: _____

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen: Hyvän kuntoutuskäytännön seuranta, arviointimenetelmän kehittäminen hyvien kuntoutuskäytäntöjen seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa.

Olen saanut tiedotteen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä ja käsittelystä. Sen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot minulle antoi

_____ / _____.2013
Tiedon antajan nimi paikka aika

Minulle on kerrottu, että tiedot kerätään siinä laajuudessa kuin tutkimusta koskevassa tutkimussuunnitelmassa edellytetään. Allekirjoittamalla tämän asiakirjan annan suostumukseni tämän tutkimuksen kannalta tarpeellisten tietojen keräämiseen tutkimusrekisteriin sekä näiden tietojen käsittelyyn. Tutkimustietojen rekisterinpitäjänä toimii Kelan tutkimusosasto. Tutkimuksen aikana minulle on oikeus saada tarkistaa tutkimuksessa minusta kerätyt ja tutkijan hallussa olevaan tutkimusrekisteriin merkityt tiedot.

Minulle on kerrottu, että kyseessä on tutkimus, jossa kehitetään menetelmää hyvien kuntoutuskäytäntöjen arvioimiseksi Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Minulla on milloin tahansa tutkimuksen aikana oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta saamiini kuntoutus- ja muihin terveydenhuollon palveluihin.

Tietoinen suostumus

Annan suostumukseni tässä asiakirjassa mainittuihin asioihin. Olen tutustunut tutkittavan tiedotteeseen ja haluan osallistua vapaaehtoisesti tutkimukseen: Hyvän kuntoutuskäytännön seuranta, arviointimenetelmän kehittäminen hyvien kuntoutuskäytäntöjen seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa.

Olen saanut kopion tiedotteesta ja suostumuksestani.

TUTKITTAVA

_____ / _____.2013
Paikka pvm

Allekirjoitus

Nimenselvennys

TUTKIJA

Vahvistan, että olen selostanut yllämainitulle tutkittavalle tutkimuksen luonteen, tarkoituksen ja keston ja hän on antanut vapaaehtoisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen.

_____ / _____.2013
Paikka pvm

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Liite 2. Tiedote tutkimuksesta, ensimmäinen kokeilu

TIEDOTE Hyvän kuntoutuskäytännön seuranta –tutkimuksen osallistujalle

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa kehitetään arviointimenetelmää hyvien kuntoutuskäytäntöjen seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Tässä tiedotteessa kerrotaan tarkemmin tutkimuksesta.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisesi syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tarkoituksena on kehittää Kelan järjestämän kuntoutuksen seurantaan menetelmä, jolla kuntoutujat arvioivat hyvien kuntoutuskäytäntöjen toteuttamista. Kehittämistyö on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa, keväällä 2013, tutkitaan menetelmän tarkoituksenmukaisuutta kuntoutujien näkökulmasta. Toisessa vaiheessa, syksyllä 2013, tutkitaan menetelmän luotettavuutta.

Tutkimukseen valittavat henkilöt

Tutkimukseen otetaan mukaan Kelan kuntoutusjaksoille tai –kurseille osallistuvia henkilöitä. Olet sopiva tutkimukseen, jos ikäsi on 18-63 vuotta ja olet kykenevä täyttämään tutkimukseen liittyvänsähköisen kyselyn.

Tutkimuksen kulku

Sinua pyydetään osallistumaan tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen. Siinä vastaat sähköiseen kyselyyn ja tämän jälkeen tutkija Maarit Karhula haastattelee sinua kyselyyn vastaamiskokemuksista. Kyselyyn vastaaminen ja haastattelu kestävät yhteensä noin 45-60 minuuttia.

Tutkimuksen hyödyt ja haitat

Tutkimukseen ei liity terveydellisiä riskejä. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta Sinun kuntoutuspalveluihisi.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuojat

Henkilöllisyytesi sekä muut tunnistettavat tiedot ovat ainoastaan tutkimuksen henkilökunnan tiedossa, ja he kaikki ovat salassapitovelvollisia. Kaikkia Sinusta kerättäviä tietoja käsitellään koodattuna siten, ettei yksittäisiä tietojasi pystytä tunnistamaan tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista tai julkaisuista. Tutkimusrekisteriin talletetaan vain tutkimuksen tarkoituksen kannalta välttämättömiä henkilötietoja. Ennen tietojen analysointia tunnistetiedot, jotka ovat liitettävissä Sinuun, poistetaan. Tutkimustuloksissa ja muissa asiakirjoissa Sinuun viitataan vain tunnistekoodilla. Rekisteriä säilytetään Kelan tutkimusosastolla Helsingissä. Tutkimusrekisteristä on laadittu henkilötietolain 10 §:n mukainen rekisteriseloste. Sinulla on oikeus tarkastaa sinusta kerättyjä tietoja. Kaikissa tapauksissa tietojanne käsitellään luottamuksellisesti.

Tutkimuksen kustannukset

Tutkimuksesta ei koidu Sinulle kuluja. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimuksen vastuu- ja yhteyshenkilöt Tutkimuksen vastuuhenkilöinä Kelassa toimivat johtava tutkija Anna-Liisa Salminen, Kela, Kelan tutkimusosasto, p. 020 63 41303 ja suunnittelija Riikka Peltonen, Kela, Terveysosasto, kuntoutusryhmä p. 020 634 3286. Tutkimuksen yhteyshenkilönä on tutkija, toimintaterapeutti Maarit Karhula, Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter, Vitapolis, Parantolantie 24, 40930 Kinkomaa, p. 044 341 3680, maarit.karhula@gerocenter.fi

Liite 3. Ensimmäisen kokeiluvaiheen haastattelurunko

Ennen kyselyyn vastaamista:

Täyttäessäsi kyselyä, kerro, mikäli jokin kysymys...

... tuntuu vaikealta vastata tai on asiana vaikea

... on epäselvästi ilmaistu tai et ymmärrä, mitä kysymys tarkoittaa

... on asian mielestäsi epäolennainen tai epätarkoituksenmukainen

TAI

mikäli, kysymyksessä on sanoja, joita et ymmärrä.

TAI

Jos jokin kysymys tuntuu erityisen tärkeältä ja olennaiselta.

Palaamme näihin tarkemmin sen jälkeen, kun olet vastannut kaikkiin kyselyn kysymyksiin.

Kyselyyn vastaamisen jälkeen:

Yleisesti kyselystä

Keskustellaan ensin yleisesti kyselyyn vastaamiskokemuksistasi ja sen jälkeen palataan niihin kysymyksiin, jotka mainitsit vastatessasi.

Miten kokonaisuutena arvioisit kyselyä...

- a) kuinka ymmärrettäviä kysymykset kokonaisuutena olivat?
- b) kuinka ymmärrettäviä vastausvaihtoehdot olivat?
- c) kuinka helppoa vastausvaihtoehdoista oli löytää parhaiten sinun kokemustasi kuvaava vaihtoehto?

Miten arvioisit tällaisen kyselyn tarkoituksenmukaisuutta?

Olivatko kysymykset olennaisia?

Puuttuiko jokin kysymys?

Miten koit kyselyyn vastaamisen...

- a) kuinka helppoa tai raskasta kyselyyn vastaaminen oli?
- b) kuinka paljon jouduit ponnistelemaan kyselyyn vastatessasi?

Tarkennukset kyselyyn vastatessa esille nostetuista kysymyksistä:

Ilmaisit, että kysymys "x...x" oli ..., kertoisitko tarkemmin tästä?

Liite 4. Toisen kokeilun sähköinen kyselylomake

Kysymykset, jotka lisättiin ensimmäisen kokeilun jälkeen kyselyyn, on merkitty tähdellä (*) ja lomakkeen lopussa *kursivilla* kysymykset, jotka poistettiin ensimmäisen kokeilun jälkeen.

Hyvän kuntoutuskäytännön seuranta –tutkimus

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää Sinun kokemuksiasi meneillään olevasta kuntoutusjaksosta. Varaa aikaa kyselyn täyttämiseen noin 30 minuuttia.

Täytä ensin seuraavat taustatiedot.

1. Syntymävuosi:

_____ (Digium-kyselyssä on alasvetovalikko, josta valitaan syntymävuosi.)

2. Sukupuoli:

Nainen

Mies

3. Kuntoutuslaitos, jossa kuntoutusjakso toteutui:

_____ (Digium-kyselyssä on alasvetovalikko, josta valitaan kuntoutuslaitos.)

Vaihtoehdot:

Kruunupuisto Oy

Vetrea Terveys Oy/Joensuun Kuntohovi

Verve/Oulu

Kuntoutus Peurunka

Karjalohjan Päiväkumpu Oy

Ikaalisten Kylpylä Oy, Kuntoutumiskeskus

Avire Oy Siuntio

Kaisankoti

ODL Kuntoutus Oy

Kyyhkylä Oy Mikkeli

Lahden kuntoutuskeskus

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus

4. Osallistuin

Vaikeavammaisten yksilölliselle
laitoskuntoutusjaksolle

TULES-kuntoutuskurssille, työssä oleville
tarkoitettu kurssi

TULES-kuntoutuskurssille, työstä poissa oleville
tarkoitettu kurssi

Mielenterveyskurssille

MPOC-A
Hoitoprosessimittaristo aikuisille kuntoutujille

Seuraaviin kysymyksiin vastaamalla voit kertoa kokemuksistasi kuntoutuslaitoksen henkilöstöstä **kuluneen kuntoutuskurssin tai -jakson ajalta**.

Jos osallistuit kaksi- tai kolmeosaiselle kurssille – tai jaksolle, mieti vastatessasi kokonaisuutta eli ota huomioon myös aiemmat kurssiin tai jaksoon sisältyneet osat.

Kerro, kuinka hyvin alla kuvatut tilanteet kuvaavat omia kokemuksiasi valitsemalla oikea vaihtoehto asteikolla 1–7.

Seuraavasta esimerkistä käy ilmi, mitä sinulta kysytään ja miten vastauksesi tulkitaan.

Miten paljon kuntoutuslaitoksen henkilöstö ohjasi sinua osallistumaan kuntoutusjaksolla vapaa-ajan ohjelmaan?

Vastausvaihtoehdot:

Hyvin paljon

Paljon

Melko paljon

Jonkin verran

Melko vähän

Hyvin vähän

Ei lainkaan

Ei koske minua

Jos valitset vaihtoehdon ”Hyvin paljon”, vastauksesi tarkoittaa sitä, että henkilökunta ohjasi hyvin paljon sinua osallistumaan kuntoutusjaksolla vapaa-ajan ohjelmaan.

Jos valitset vaihtoehdon ”Jonkin verran”, vastauksesi tarkoittaa sitä, että henkilökunta ohjasi sinua osallistumaan vapaa-ajan ohjelmaan jonkin verran, mutta ei kuitenkaan ohjannut riittävästi.

Jos valitsit vaihtoehdon ”Ei lainkaan”, sinua ei ohjattu lainkaan osallistumaan kuntoutusjakson vapaa-ajan ohjelmaan.

Jos valitsit vaihtoehdon ”Ei koske minua”, kuntoutuslaitoksella ei ollut tarjolla vapaa-ajan ohjelmaa. Siksi et myöskään voi vastata kysymykseen.

Voit valita vaihtoehdon ”Ei koske minua” myös sellaisissa kysymyksissä, jotka eivät liity elämäntilanteeseesi.

Kysymykset:

Miten paljon kuntoutuslaitoksen henkilöstö ...

1....on saanut sinut luottamaan siihen, että kykenet huolehtimaan kuntoutumisestasi

2....on huolehtinut siitä, että voit kertoa tärkeiksi kokemistasi asioista?

3....on antanut sinulle kirjallista tietoa siitä, mitä kuntoutuksessa tehdään

4....on luottanut siihen, että tunnet itse tilanteesi parhaiten

5....on tiedon jakamisen lisäksi huolehtinut myös välittävän ilmapiirin luomisesta

6.... on huolehtinut siitä, että tieto kulkee kuntoutuslaitoksessa eri ammattilaisten välillä?

7....on tarjonnut sinulle kuntoutuksesi kannalta ajankohtaista ja tarpeellista tietoa

8....on kertonut sinulle kuntoutumistasi tukevista vaihtoehdoista

9. ...on tarkastellut kuntoutumistarpeitasi kokonaisuutena (esim. henkisiä, tunne-elämään liittyviä ja sosiaalisia tarpeita) eikä ainoastaan fyysisiä tarpeita
10. ... on antanut sinulle positiivista palautetta ja rohkaissut sinua
- 11....on varmistanut, että vähintään yksi työryhmän jäsen työskentelee koko jakson/ kurssin ajan kanssasi
12. ...on ollut sinulle kohtelias ja ystävällinen
13. ...on kuvannut kattavasti eri kuntoutumisvaihtoehdot?
14. ...on antanut sinulle mahdollisuuksia vaikuttaa kuntoutuksen toteutukseen
- 15....on antanut vaikutelman, että heillä on valmius tarkistaa kuntoutusta tilanteessasi (esim. terveydentilassa) tapahtuvien muutosten vuoksi.
- 16.... on antanut sinulle tarpeeksi aikaa puhua ilman kiireen tuntua
17. ...on kertonut avoimesti käsityksensä tilanteestasi ja kuinka se vaikuttaa elämääsi
- 18.... on tehnyt yhteistyötä tavoitteiden saavuttamiseksi
- 19.... on selittänyt asiat niin, että ymmärrät ne
- 20.... on antanut läheisillesi mahdollisuuden saada tietoa
- 21.... on kohdellut sinua tasavertaisesti
- 22.... on antanut sinulle toisiinsa verrattuna yhdenmukaista tietoa
- 23.... on ollut saavutettavissa, kun olet tarvinnut tukea tai tietoa
- 24.... on ehdottanut tarpeisiisi ja elämäntapaasi sopivaa kuntoutusta tai kuntoutumistasi tukevia keinoja
- 25.... on tarjonnut läheisillesi mahdollisuuksia osallistua kuntoutuksesi suunnitteluun
- 26.... on kohdellut sinua yksilönä
- 27....on antanut sinulle palautetta edistymisestääsi
- 28....on antanut tietoa tilanteestasi (esim. sairauden/vamman syistä, ennusteesta)
(29 kysymys ei mukana, ei relevantti ko.kuntoutuksessa)
- 30.... on kertonut sinulle testien ja arviointien tuloksista
- 31.... on tarjonnut sinulle tietoa eri muodoissa (esim. lehtisinä, oppaina, videoina)
- 32....on antanut tietoa terveydenhuollon palveluista tai muista saatavilla olevista palveluista
- 33.... on neuvonut, miten löydät vertaistukea
34. ... on antanut läheisillesi mahdollisuuden saada tietoa edistymisestääsi, jos olet antanut siihen luvan?

Kuntoutusprosessin arviointi –kysely (DEPSmod)

Vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla kunkin väittämän kohdalla kokemuksiasi kuntoutusjakson aikana parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

En samaa, enkä eri mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

Ei koske minua

1. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö asetti kanssani yhteistyössä kuntoutumiseni tavoitteet
2. Muotoilimme yhdessä kuntoutuslaitoksen henkilöstön kanssa kuntoutumiseni suunnitelman.
3. Jos en saavuttanut tavoitteitani, kuntoutuslaitoksen henkilöstö analysoi kanssani syitä siihen.
4. Jos tavoitteet eivät toteutuneet, keskustelimme kuntoutuslaitoksen henkilöstön kanssa siitä, kuinka voisin muuttaa omaa toimintaani.
5. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö kannusti minua ottamaan vastuuta kuntoutumisestani.
6. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö auttoi minua huomaamaan että voin toteuttaa omatoimista kuntoutusta.
7. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö motivoi minua toteuttamaan omatoimista kuntoutusta.
8. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö tuki minua ilmaisemaan omia mielipiteitäni kuntoutumisestani.
9. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö otti huomioon aikaisemmat tietoni ja kokemukseni antaessaan minulle kuntoutumiseeni liittyvää tietoa.
10. Kuntoutuslaitoksen henkilöstön antama tieto oli hyödyllistä kuntoutumiseni kannalta.
11. Kun tarvitsin tietoa kuntoutuslaitoksen henkilöstöltä, sain ottaa heihin vapaasti yhteyttä.
12. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö kohteli minua tasavertaisena.
13. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö kuunteli minua tarkasti ja kärsivällisesti.
14. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö rohkaisi minua keskustelemaan kuntoutukseen, sairauteeni, tai toimintakykyyn liittyvistä kokemuksista.
15. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö loi ilmapiirin, jossa sain vapautuneesti keskustella sairauteeni ja/tai toimintarajoitteisiini liittyvistä huolen ja pelon aiheista.

Kysymykset vaikutuksista osallistumiseen

Seuraavassa sinulta kysytään kokemuksiasi kuntoutuksen vaikutuksista osallistumiseesi kuluneen kuntoutusjakson ajalla. Jos osallistuit kaksi- tai kolmeosaiselle kurssille tai jaksolle, mieti vastatessasi kokonaisuutta eli ota huomioon myös aiemmat kurssiin tai jaksoon sisältyneet osat.

Vastaa kysymyksiin valitsemalla kunkin väittämän kohdalla kokemuksiasi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jos asia ei ole liittynyt kuntoutumisesi tavoitteisiin tai koet asian epäoleelliseksi omalta kannaltasi, voit valita vastausvaihtoehdon ”ei koske minua”.

Vastausvaihtoehdot:

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

En samaa, enkä eri mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

Ei koske minua

1. Kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeisiini ja tavoitteisiini.
2. Kuntoutukseeni osallistui henkilöstö, jonka osaaminen vastasi tarpeisiini.
- *3. Kuntoutusjakso antoi minulle keinoja ongelmien ratkaisemiseen, erilaisten taitojen hankkimiseen tai oppimiseen.
- *4. Kuntoutusjakso auttoi minua tekemään paremmin päivittäin toistuvia tehtäviä, järjestämään päivittäisiä rutiinia tai hallitsemaan stressiä.
- *5. Kuntoutusjakso auttoi minua kommunikointiin liittyvien taitojen tai tekniikoiden hallinnassa.
- *6. Kuntoutusjakso auttoi minua suoriutumaan liikkumisesta paremmin (esim. kehon asentojen muuttaminen, esineiden käsitteleminen, käveleminen tai kulkuneuvojen käyttäminen).
- *7. Kuntoutusjakso auttoi minua suoriutumaan paremmin itsestä huolehtimisiin liittyvistä toiminnoista (esim. peseytyminen, pukeutuminen, hygienian hoito).
- *8. Kuntoutusjakso auttoi minua suoriutumaan paremmin kotielämään liittyvistä toiminnoista (esim. ruoan laittaminen, siivoaminen, kaupassa käyminen).
- *9. Kuntoutusjakso auttoi minua muodostamaan ja/tai ylläpitämään henkilökohtaisia ihmissuhteita ja toimimaan erilaisissa vuorovaikutustilanteissa kotona, opiskelu- tai työympäristöissä sekä vapaa-ajalla.
- *10. Kuntoutusjakso auttoi minua suoriutumaan paremmin opiskelusta tai työtehtävistä.
- *11. Kuntoutusjakso auttoi minua osallistumaan perheen ulkopuolella järjestettyyn sosiaaliseen elämään (esim. yhdistystoiminta, virkistäytyminen ja vapaa-ajan toiminta tai uskonnollinen tai poliittinen toiminta)

12. Kuntoutusjakso lisäsi minulle tärkeiden ihmisten mahdollisuuksia tukea kuntoutumistani (esim. kotona, opiskelussa, työelämässä, vapaa-ajalla).

*13. Kuntoutusjakso vähensi fyysisessä ympäristössäni (esim. kotona, opiskelussa, työelämässä, vapaa-ajalla) olevia esteitä ja haittoja.

14. Kuntoutusjakson ajoitus vastasi tarpeitani.

*15. Suunnittelimme kuntoutusjakson aikana, mistä saan tukea kuntoutumiseeni jakson päätyttyä (esim. terveyskeskus, sairaala, työterveyshuolto, oppilashuoltoryhmä, sosiaalitoimi, TE-keskus).

***Kyselyyn vastatessa avun tarve**

Miten täytit kyselyn?

- 1 Itsenäisesti
- 2 Kysymykset luettiin minulle ääneen
- 3 Luin kysymykset itse ja avustaja käytti hiirtä
- 4 Kysymykset luettiin minulle ääneen ja avustaja käytti hiirtä
- 5 Avustaja esitti minulle apukysymyksiä ja luki kysymykset ääneen ja/tai käytti hiirtä.

Ensimmäisessä kokeilussa mukana olleet kysymykset, jotka eivät olleet mukana toisessa kokeilussa:

1. *Kuntoutusjakso auttoi minua suoriutumaan paremmin arjen toiminnoissa (esim ruoanlaitto, siivoaminen, itsenäinen asioiden hoitaminen, työtehtävät).*
2. *Kuntoutusjakso on auttanut minua osallistumaan enemmän kodin ulkopuolisiin toimintoihin (esim. harrastukset, ystävien tapaaminen, tilaisuuksiin osallistuminen).*

Liite 5. Tiedote tutkittavalle, toinen kokeilu

TIEDOTE Hyvän kuntoutuskäytännön seuranta –tutkimus

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa kehitetään arviointimenetelmää hyvien kuntoutuskäytäntöjen seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Tässä tiedotteessa kerrotaan tarkemmin tutkimuksesta.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisesi syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tarkoituksena on kehittää Kelan järjestämän kuntoutuksen seurantaan kyselymenetelmä, jolla kuntoutujat arvioivat hyvien kuntoutuskäytäntöjen toteuttamista. Kehittämistyö on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa, keväällä 2013, tutkitaan kyselymenetelmän tarkoituksenmukaisuutta kuntoutujien näkökulmasta. Toisessa vaiheessa, syksyllä 2013, tutkitaan kyselymenetelmän luotettavuutta.

Tutkimukseen valittavat henkilöt

Tutkimukseen otetaan mukaan Kelan kuntoutusjaksoille tai –kurseille osallistuvia henkilöitä. Olet sopiva tutkimukseen, jos ikäsi on 18-63 vuotta ja olet kykenevä täyttämään tutkimukseen liittyvät sähköiset kyselylomakkeet.

Tutkimuksen kulku

Sinua pyydetään osallistumaan tutkimuksen toiseen vaiheeseen. Siinä vastaat kuntoutusjakson tai –kurssin loppuvaiheessa sähköiseen kyselylomakkeeseen, jonka täyttämiseen kuluu aikaa noin 30 minuuttia.

Tutkimuksen hyödyt ja haitat

Tutkimukseen ei liity terveydellisiä riskejä. Tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta Sinun kuntoutuspalveluihisi.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuojat

Tutkimuksessa ei kysytä henkilöllisyyttäsi. Tutkijan tietoon tulevat ainoastaan syntymävuotesi, sukupuolesi sekä kuntoutus, johon osallistuit ja kuntoutuslaitos, jossa jakso toteutui. Vastauksesi tallentuvat Kelan tutkimusosastolle.

Tutkimuksen kustannukset

Tutkimuksesta ei koidu Sinulle kuluja. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimuksen vastuu- ja yhteyshenkilöt

Tutkimuksen vastuuhenkilöinä toimivat johtava tutkija Anna-Liisa Salminen, Kela, Kelan tutkimusosasto, p. 020 63 41303 ja suunnittelija Riikka Peltonen, Kela, Terveysosasto, kuntoutusryhmä p. 020 634 3286. Tutkimuksen yhteyshenkilönä on tutkija, toimintaterapeutti Maarit Karhula, Tutkimus- ja kehittämiskeskus Gerocenter, Vitapolis, Parantolantie 24, 40930 Kinkomaa, p. 044 341 3680, maarit.karhula@gerocenter.fi

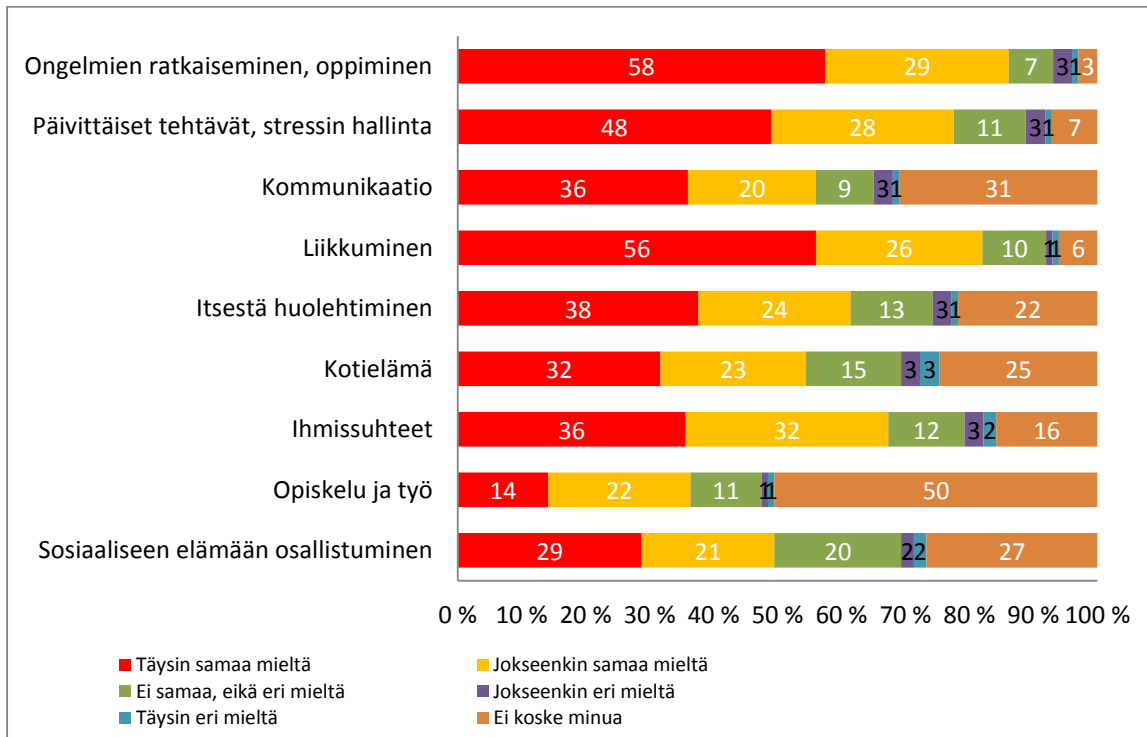
Liite 6. Kysely palveluntuottajien kokemuksista

Vaikeavammaisten yksilölliset kuntoutusjaksot / TULES-kurssit / Mielenterveyskurssit

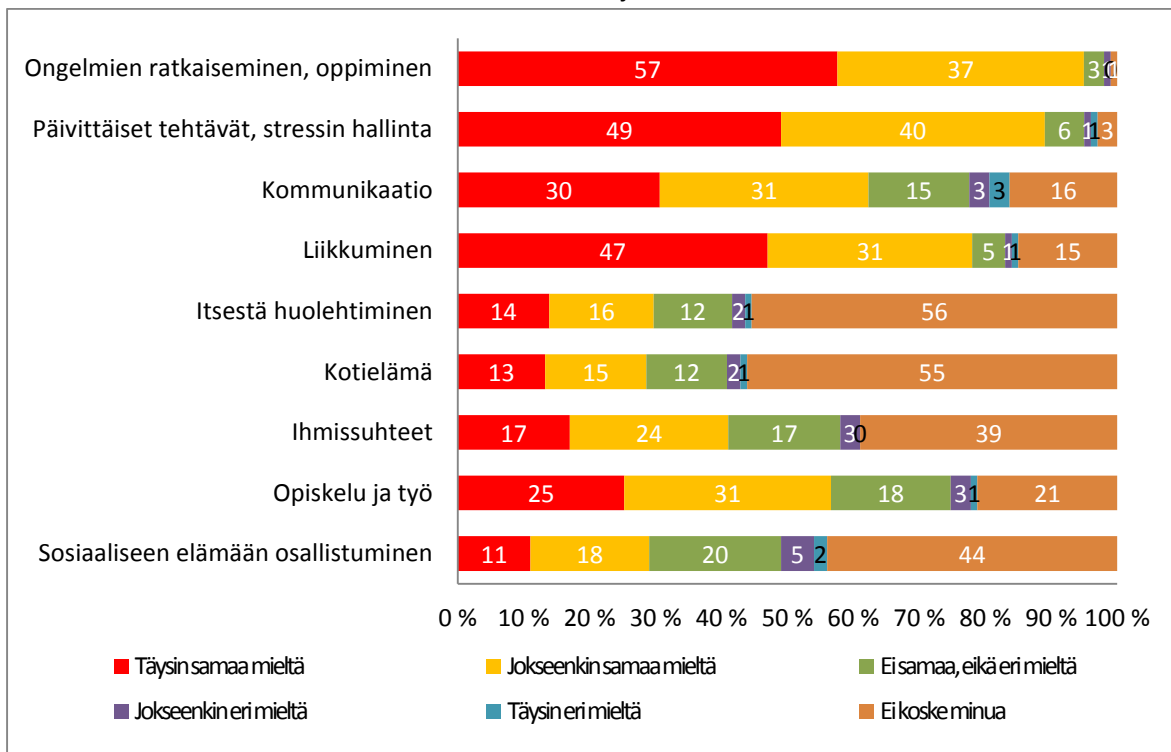
1. Miten kyselyyn vastaaminen teknisesti onnistui (esim. tila, jossa kyselyyn vastattiin, Internet-yhteyksien toimivuus)?
2. Miten kysely toteutettiin kuntoutuslaitoksessanne
 - tiedottaminen kyselystä
 - vastaamisajankohta kuntoutusjakson aikana
 - nivominen kuntoutusjakson/ kurssin ohjelmaan ym.)?
3. Kuinka paljon henkilöstöltä kului keskimäärin aikaa
 - kyselystä tiedottamiseen / kuntoutuja
 - kyselyyn vastaamisessa avustamiseen / kuntoutuja
4. Oliko kuntoutujien motivoiminen vastaamaan kyselyyn helppoa?
5. Miten kyselyn toteutustapaa tulisi kehittää (esim. kyselyn tiedottaminen kuntoutujille, vastaamisajankohta, nivominen kuntoutusjakson/ kurssin ohjelmaan)?
6. Minkälaisena arvioitte kyselyn hyödynnettävyyden kuntoutuslaitoksessanne?
7. Miten arvioitte kyselyn suhteessa kuntoutuslaitoksenne asiakaspalautejärjestelmään? (esim. hyödynnettävyys, mahdolliset päällekkäisyydet)

Liite 7. Prosenttijakaumat kuntoutuksen koetuista vaikutuksista ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokittain

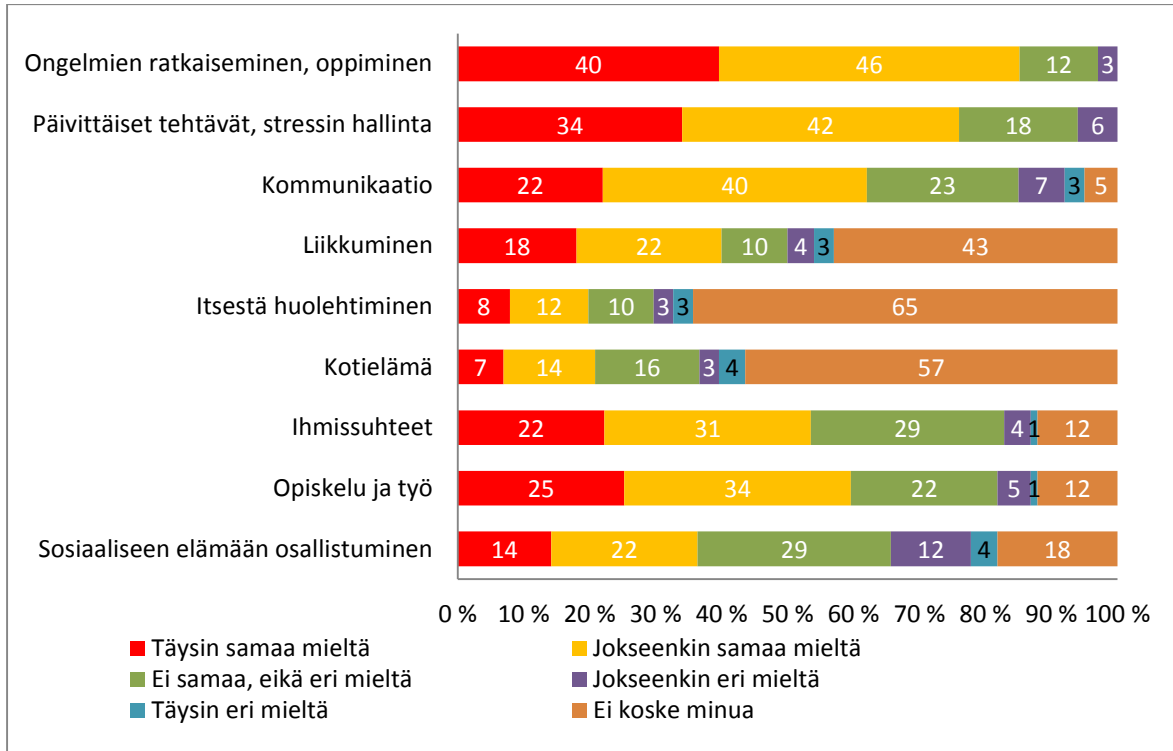
Kuvio 1. Vaikeavammaisten yksilöllisille kuntoutusjaksoille osallistuneiden vastausten jakauma.



Kuvio 2. Tules-kurseille osallistuneiden vastausten jakauma.



Kuvio 3. Mielensterveyskursseille osallistuneiden vastausten jakauma.



Liite 8. Lopullinen kyselylomake

Tämän kyselyn tarkoitus on selvittää kokemuksiasi päättyvästä kuntoutusjaksosta. Kuntoutusjaksolla tarkoitetaan tässä kyselyssä kuntoutuskurssia tai yksilökuntoutusta. Varaa kyselyn täyttämiseen noin 10 minuuttia aikaa.

Taustatiedot

1. Syntymävuosi
2. Sukupuoli
3. Kuntoutuslaitos (alasetoalikko, lisättävä muut laitokset)
4. Kuntoutus, johon osallistuit (tässä nyt vv, tules, mt eli lisättävä muita ryhmiä)

(Vastaamiseen kulunut aika, tallentuu automaattisesti)

Seuraaviin kysymyksiin vastaamalla voit kertoa kokemuksistasi kuntoutuslaitoksen henkilöstöstä **päättyvän kuntoutusjakson ajalta**. Jos osallistuit kaksi- tai kolmeosaiselle kuntoutusjaksolle, mieti vastatessasi kokonaisuutta eli ota huomioon myös aiemmat kuntoutusjaksoon sisältyneet osat sekä näiden väliajat.

Vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla kunkin väittämän kohdalla kokemuksiasi kuntoutusjakson aikana parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot:

- 5 = täysin eri mieltä
- 4 = jokseenkin eri mieltä
- 3 = en samaa, enkä eri mieltä
- 2 = jokseenkin eri mieltä
- 1 = täysin samaa mieltä
- 0 = ei koske minua

Kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden arviointi

1. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö laati yhteistyössä kanssani yksilölliset tavoitteet kuntoutusjaksolleni.
2. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö laati yhteistyössä kanssani kuntoutusjaksoni suunnitelman.
3. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö kävi kanssani läpi syitä siihen, miksi edistyin tai en edistynyt yksilöllisissä kuntoutumistavoitteissani
4. Keskustelimme kuntoutuslaitoksen henkilöstön kanssa siitä, miten voin omalla toiminnallani vaikuttaa tavoitteideni saavuttamiseen.
5. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö kannusti minua ottamaan vastuuta kuntoutumisestani.
6. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö auttoi minua huomaamaan, että voin toteuttaa kuntoutusta omatoimisesti.

7. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö motivoi minua toteuttamaan kuntoutusta omatoimisesti.
8. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö tuki minua ilmaisemaan omia mielipiteitäni kuntoutumisestani.
9. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö otti huomioon aikaisemmat tietoni ja kokemukseni antaessaan minulle kuntoutumiseeni liittyvää tietoa.
10. Kuntoutuslaitoksen henkilöstön antama tieto oli hyödyllistä kuntoutumiseni kannalta.
11. Kun tarvitsin tietoa kuntoutuslaitoksen henkilöstöltä, sain ottaa heihin vapaasti yhteyttä.
12. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö kohteli minua tasavertaisena.
13. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö kuunteli minua tarkasti ja kärsivällisesti.
14. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö rohkaisi minua keskustelemaan kuntoutukseen, sairauteeni, tai toimintakykyyni liittyvistä kokemuksista.
15. Kuntoutuslaitoksen henkilöstö loi ilmapiirin, jossa sain vapautuneesti keskustella sairauteeni ja/tai toimintarajotteisiini liittyvistä huolen ja pelon aiheista.
16. Kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeitani ja tavoitteitani.
17. Kuntoutukseeni osallistui henkilöstö, jonka osaaminen vastasi tarpeitani.
18. Kuntoutusjakson ajoitus vastasi tarpeitani.
19. Suunnittelimme kuntoutusjakson aikana, mistä saan tukea kuntoutumiseeni jakson päätyttyä (esim. terveyskeskuksesta, sairaalasta, työterveyshuollosta, oppilashuoltoryhmästä, sosiaalitoimesta, TE-keskuksesta).

Avun tarve kyselyyn vastatessa:

Miten täytit kyselyn?

- 1 Itsenäisesti
- 2 Kysymykset luettiin minulle ääneen
- 3 Luin kysymykset itse ja avustaja käytti hiirtä
- 4 Kysymykset luettiin minulle ääneen ja avustaja käytti hiirtä
- 5 Avustaja esitti minulle apukysymyksiä ja luki kysymykset ääneen ja/tai käytti hiirtä.