

Kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiili ja heidän
arvionsa palveluiden laadusta
kuntoutuslaitoksessa
Case: Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurunka

Mikko Rajaniemi
Fysioterapian Pro Gradu - tutkielma
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiili ja heidän arvionsa palveluiden laadusta: Case Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurunka

Mikko Rajaniemi

Fysioterapian Pro Gradu - tutkielma

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2013

68 sivua, 2 liitettä

Ohjaaja: Arja Piirainen

Kuntoutus on hyvin ajankohtainen aihe Suomessa, ja sitä tutkitaan ja selvitetään hyvin paljon. Väestön ikääntyminen, ostopalveluihin siirtyminen sekä kuntoutuslaitosten rapistuminen tuovat kuntoutukseen omalta osaltaan uusia järjestelyitä tulevaisuudessa. Kuntoutuslaitoksissa käyvien kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiilia ei ole aiemmin selvitetty. Tämän lisäksi on tärkeä selvittää heidän ajatuksiaan ja arviotaan palveluista ja niiden laadusta.

Pro gradu - tutkielman tarkoituksena oli selvittää ja kuvata kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiilia Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa sekä heidän arviotaan palveluiden laadusta. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena sekä teemahaastatteluin aikavälillä 28.2.2011 ja 31.3.2012. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 755 Peurungan asiakasta, jotka jaoteltiin kolmeen pääryhmään Peurunkaan tulon pääsyyden mukaisesti; 1) kuntoutusasiakkaat, 2) liikunta- ja vapaa-ajanmatkailijat sekä 3) työhyvinvointimatkailijat. Kuntoutusasiakkaita oli vastanneista yhteensä 313, joista kahdelle toteutettiin teemahaastattelu.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa käyvien kuntoutusasiakkaiden omanlainen asiakasprofiili nousi selkeästi esille. Keskimäärin kuntoutujat olivat iäkkäämpiä kuin muut asiakkaat, omasivat heikomman koetun terveyden ja toimintakyvyn sekä alhaisemman koulutustason. Heidän tulotasonsa oli myös merkittävästi matalampi kuin muilla asiakkailla. Kuntoutusasiakkaat tulivat Peurunkaan pääsääntöisesti laadukkaiden kuntoutus- ja liikuntapalveluiden houkuttelemina sekä Peurungan maineen ja puhtaan luonnon perässä.

Kuntoutusasiakkaat olivat tutkimuksen mukaan erittäin tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen (89%), sekä kuntoutushenkilökuntaan ja sen ammattitaitoon; kuntoutujista 88% oli sitä mieltä, että henkilökunta osasi laatia yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutuksen tavoitteet, 91% mukaan kuntoutushenkilökunta kertoi ymmärrettävästi kuntoutuksen vaikutuksista, 93% mielestä he kuuntelivat mitä asiakkaalla oli sanottavana. Kuntoutujista 86% oli sitä mieltä, että henkilökunta osasi perustella käytetyt menetelmät, joiden avulla tavoitteisiin pyrittiin ja 87% oli samaa mieltä siitä, että henkilökunta paneutui riittävän hyvin ongelmiin.

Peurungan palvelut koki hyödylliseksi hyvinvointinsa kannalta 95% kuntoutujista. Asteikolla 0-10 yleisarvosanaksi vierailulle he antoivat 7.92 (ka 7.98). Monet kysymykseen vastanneet kritisoivat avoimessa vastauksessa sitä, että kylpylä ei ollut auki ja sen remontti oli vielä kesken. Kuitenkin, 94% kuntoutujista suosittelisi käyntinsä jälkeen Peurunkaa myös muille ja 95% heistä haluaisi tulla itse uudelleen.

Asiasanat: asiakasprofiili, asiakastyytyväisyys, kuntoutus, kuntoutuslaitos, Peurunka

ABSTRACT

Customer profile of the rehabilitation clients and their evaluation of the services: Case Rehabilitation Centre and Spa Hotel Peurunka

Mikko Rajaniemi

Masters Thesis in Physical Therapy

University of Jyväskylä, The Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Spring 2013

67 pages, 2 attachments

Supervisor: Arja Piirainen

Rehabilitation is a very current subject in Finland, and it is being studied a lot. Aging of the population, outsourcing of services and deterioration of rehabilitation centers will change how the rehabilitation is arranged and organized in future. Customer profile of the rehabilitation centers has not been studied earlier and it is also important to study their thoughts and evaluation of the services and their quality.

The aim of my Master's thesis was to find out and describe the customer profile of the rehabilitation customers in the Rehabilitation Centre and Spa Hotel Peurunka and their evaluation of the services. The study was executed as a case study with interviews in Rehabilitation Centre and Spa Hotel Peurunka 28.02.2011 - 31.3.2012. Total of 755 answers were received by using a temporal sampling of the yearly customers of Peurunka. Based on the results, customers were divided to three basic segments according to their main reasons for the travel; 1) Rehabilitation, 2) Sport and leisure and 3) Well-being and ability maintenance at work. Rehabilitation customers were the biggest group (N=313) and two of them answered to theme interview.

Case study shows that rehabilitation customers had a unique profile in Rehabilitation Centre and Spa Hotel Peurunka. Their average age was higher, they had lower health condition and functionality and they also had significant lower educational level than other customers. In addition their income levels were lower than other customers. Rehabilitation customers came to Peurunka after high class rehabilitation and sport services and because of the good reputation and pure nature.

Rehabilitation customers were very pleased with their rehabilitation (89%), and also with the rehabilitation staff and their expertise; 88% thought that the staff made goals for the rehabilitation together with the customers, 91% said that the staff told clearly about the impacts of rehabilitation and 93% thought that they listened what the customers wanted to tell them. 86% of the rehabilitation customers agreed that the staff knew how to explain the methods which were used to achieve goals and 87% thought that the staff had adequate focus to their problems.

95% of the rehabilitation customers felt that the services in Peurunka were beneficial for their wellbeing. With a scale of 0-10 the general rating of the visit were 7.92 (avg 7.98). Many of them criticized the closed spa and its unfinished renovation in an open question. Though 94% of them would recommend Peurunka to other people and 95% would come back themselves.

Keywords: customer profile, satisfaction, rehabilitation, rehabilitation center, Peurunka

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	1
2 KUNTOUTUS	2
2.1 Kuntoutuksen osa-alueet	5
2.2 Kuntoutuksen palvelujärjestelmä ja lainsäädännöllinen tausta	7
2.3 Kuntoutuksen arvot	9
2.4 Hyvä kuntoutuskäytäntö	10
2.5 Kuntoutuksen asiakkuus sekä asiakastyytyväisyys kuntoutuslaitoksissa	11
2.6 Kuntoutuksen tulevaisuus	14
3 KUNTOUTUSLAITOKSET KUNTOUTUKSEN TOTEUTTAJINA	16
3.1 Historia ja synty Suomessa	16
3.2 Kuntoutuksen palvelujärjestelmä	18
3.3 Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurunka	21
3.4 Yhteenvedo laituskuntoutuksen vaikuttavuudesta	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	25
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
5.1 Kyselyn laadinta ja esitestaus	26
5.2 Kyselyn muuttajat	26
5.3 Tutkimusaineiston keruu	26
5.4 Tutkimusmenetelmä	27
5.5 Aineiston analyysi	28
5.6 Tutkimuksen eettisyys	29
5.7 Tutkimuksen luotettavuus	30
6 TULOKSET	34
6.1 Asiakasprofiili	34
6.1.1 Taustatiedot	34
6.1.2 Koulutusaste, työtilanne ja siviilisäät	35
6.1.3 Tulotaso	36
6.1.4 Koettu terveys, toimintakyky ja kokonaisvaltainen hyvinvointi	36
6.1.5 Koetut oireet ennen Peurungan vierailua	37
6.1.6 Aikaisemmat vierailut Peurungassa ja saapumiseen vaikuttaneet tekijät	37

6.2 Asiakastyytyväisyys	38
6.2.1 Kuntoutusasiakkaiden tyytyväisyys kuntoutuspalveluihin	38
6.2.2 Peurungan palveluiden koettu hyödyllisyys hyvinvoinnin kannalta	40
6.2.3 Asiakkaiden yleinen arvio Peurungasta	41
6.3 Haastattelujen tulokset	43
6.4 Kuntoutuksen asiakasprofiilin ja asiakastyytyväisyyden yhteenveto	45
7 POHDINTA	48
7.1 Tuloksista	48
7.2 Asiakkuus kuntoutuslaitoksissa tulevaisuudessa	49
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	53
LÄHTEET	54
LIITE 1 Kyselytutkimuksen saate	60
LIITE 2 Sisällönanalyysi	60

1 JOHDANTO

Suomessa on noin sata erilaista kuntoutuslaitosta, kurssikeskusta, sotainvalidien sairas- tai hoitokotia ja kylpylää, jotka tuottavat erilaisia kuntoutuspalveluita. Kuntoutuspalveluilta tuottavat laitokset ovat yleensä joko säätiöiden, järjestöjen tai yritysten ylläpitämiä ja näissä kuntoutettavana olevat asiakkaat ovat pääasiassa julkisen tahon lähettäminä ja rahoittamina (Ihalainen&Rissanen 2009, 13).

Viime vuosikymmenen aikana epätasapaino kuntoutuslaitoskapasiteetin ja palvelujen kysynnän välillä on lisääntynyt ja siitä aiheutunut kilpailu on vaikuttanut laitosten toimintaedellytyksiin. Myös sotainvalidien ja -veteraanien lukumäärän väheneminen vähentää osaltaan laitosmuotoisen kuntoutuksen tarvetta ja lisää epätasapainoa perinteisen laituskuntoutuksen kysynnän ja tarjonnan välillä. Samaan aikaan lääkinnällisen kuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävän ja parantavan ammatillisen kuntoutuksen tarve ja merkitys ovat kasvaneet (Ihalainen&Rissanen 2009, 13-14). Työkykyä ylläpitävää ammatillista kuntoutusta on usein kritisoitu laituskuntoutuksessa sen vähäisten työelämään liittyvien yhtymäkohtien vuoksi. Myös laituskuntoutuksen pitkäaikaisista vaikutuksista ja kuntoutuslaitoksissa omaksuttujen tietojen siirtymisestä käytäntöön ja kotiympäristöön on melko vähän näyttöä (Ihalainen&Rissanen 2009, 87).

Ylikapasiteetin vuoksi onkin tärkeää selvittää kuntoutujien tyytyväisyyttä palveluihin kuntoutuslaitoksissa. Tämän avulla voidaan saada tärkeää tietoa siitä, miten palveluita tulisi kehittää ja siten pärjätä vaikeassa kilpailutilanteessa. Aiheesta on toistaiseksi vasta hyvin vähän julkaistua tutkimustietoa. Yleisesti kuntoutuksen asiakastyytyväisyyttä on selvitetty tutkimuksissa, mutta niitä ei ole rajattu kuntoutuslaitoksiin, vaan ne käsittävät niin perusterveydenhuollon kuin avopuolen kuntoutusta. Myös ulkomaisia tutkimuksia aiheesta löytyy jonkin verran, mutta niissä käsitellään ainoastaan tyypillistä sairaalakuntoutusta.

Tutkimuksessani selvitin Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungan kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiilia ja tyytyväisyyttä Peurungan palveluihin sekä heidän arviotaan palveluiden laadusta.

2 KUNTOUTUS

Sanalla ”kuntoutus” voidaan tarkoittaa montaa asiaa: se voi tarkoittaa järjestelmää, oppialaa, yksilön tai yhteisön muutosta, menetelmää tai tavoitetta. Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisten ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen (Aalto ym. 2002, Järvikoski & Härkäpää 2011, Kettunen ym. 2002).

Kuntoutus on perinteisesti jaettu lääkinälliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen. Jako kuvastaa kuntoutuksen toimintaloikkoja ja niitä pääasiallisia keinoja, joita siinä käytetään tavoitteiden saavuttamiseksi (Peltomäki ym. 1999, Hilkmäki 2004, Järvikoski & Härkäpää 2011). Kuntoutus on sisällöltään monialainen toimintakokonaisuus ja siksi ihmisten käsitykset ja kokemukset kuntoutuksesta ja sen muodoista usein vaihtelevat (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8).

Kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö näyttävät erilaisina sen mukaan, millaisesta näkökulmasta niitä tarkastellaan. Kansainvälisistä organisaatioista muun muassa Yhdistyneet kansakunnat (YK), Kansainvälinen työjärjestö (ILO), Maailman terveysjärjestö (WHO) ja Kansainvälinen kuntoutusjärjestö (RI) ovat julkaisseet kuntoutusta koskevia määritelmiä ja kannanottoja. Kuntoutus voidaan ymmärtää toisaalta kiinteänä osana terveydenhuoltoa, jolloin kuntoutuksen ammatilliset, sosiaaliset, kasvatukselliset ja koulutukselliset näkökulmat jäävät usein vähemmälle huomiolle (Suikkanen ym. 1995, 15-16).

Vuonna 1981 Maailman terveysjärjestö totesi seuraavaa: ”Kuntoutus sisältää kaikki ne toimenpiteet, joilla pyritään vähentämään vammauttavien ja vajaakuntoistavien olosuhteiden vaikutuksia ja saattamaan vammaisen (vajaakuntoinen) henkilö kykeneväksi saavuttamaan sosiaalinen integraatio. Kuntoutus ei tähtää pelkästään vammaisten (vajaakuntoisten) henkilöiden valmentamiseen sopeutumaan ympäristöönsä, vaan integraation edistämiseksi pyritään vaikuttamaan myös heidän lähiympäristöönsä ja yhteiskuntaan.” WHO kiinnitti siis erityistä huomiota siihen, että kuntoutus ei tähtää vain vammaisten tai vajaakuntoisten henkilöiden valmentamiseen sopeutumaan ympäristöönsä, vaan kohdistuu myös heidän välittömään ympäristöönsä ja koko yhteiskuntaan heidän sosiaalisen integraationsa edistämiseksi (Kallanranta ym. 2001, 31).

1980- luvun kuntoutusmääritelmien yhteisöllisestä painotuksesta siirryttiin 1990- luvulla yksilön autonomian ja itsenäisyyden korostamiseen. Esimerkiksi Yhdistyneiden Kansakuntien vuoden 1993 yleiskokouksen päätösasiakirjassa kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi määriteltiin mahdollisimman itsenäinen elämä: ”Kuntoutus tarkoittaa prosessia, jonka avulla vammaisia (tai vajaakuntoisia) henkilöitä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso, jolloin heillä on mahdollisuus elää mahdollisimman itsenäistä elämää.” Kuntoutus voi sisältää toimenpiteitä, joilla erilaiset toiminnot mahdollistetaan tai palautetaan, tai sen avulla voidaan korvata jonkin toiminnon menetys, puuttuminen tai rajoitus. Se käsittää suuren joukon toimenpiteitä ja toimintaa perus- ja yleiskuntoutuksesta aina tavoitteelliseen toimintaan saakka, josta esimerkkinä on ammatillinen kuntoutus (Kallanranta ym. 2001, 31).

Kuntoutus – käsite on hyvin laaja. Käsitteellä on usein tarkoitettu niitä toimenpiteitä, jotka kohdistuvat kuntoutujaan ja joilla pyritään tukemaan hänen kuntoutumistaan. Tänä päivänä kuntoutusta kuitenkin ennen muuta pidetään asiakaslähtöisenä ja kuntoutumista tukevana toiminta- ja lähestymistapana, ei niinkään erillisinä kuntoutuksen toimenpiteinä (Kettunen ym. 2002, 29-30). Kuntoutusselonteko 2002 määrittelee kuntoutuksen olevan suunnitelmallista ja monialaista, yleensä pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutusta voidaan pitää ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessina. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 10).

Kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa ja perustuu kokonaisnäkemykseen kuntoutujan tilanteesta. Kuntoutuksen tavoite on edistää ja ylläpitää kuntoutujan toimintakykyä. Kuntoutuksen tehtävänä on vahvistaa kuntoutujan omatoimisuutta ja itsenäistä arkielämästä suoriutumista. Kuntoutujaa tuetaan hänen arjessaan ohjaamalla ja auttamalla häntä selviytymään päivittäisistä toiminnoista. Kuntoutuksen tavoitteena on myös kuntoutujan elämänhallinnan ja työkyvyn edistäminen niin, että hän voi olla tyytyväisempi elämänsä laatuun. Näihin edellä kuvattuihin tavoitteisiin pyritään ns. kuntoutuksellisen työotteen avulla, jossa keskeistä on auttaa kuntoutujaa tunnistamaan, lisäämään ja hyödyntämään omia ja ympäristönsä voimavaroja sekä auttaa häntä selviytymään erilaisista kuntoutumisesta esteistä, jotka voivat olla sosiaalisia, taloudellisia, aineellisia tai ajattelumaailmaan liittyviä (Kettunen ym. 2002, Järvikoski & Härkäpää 2011).

”Kuntoutustoimenpiteiden avulla pyritään siihen että kansalaiset voisivat osallistua työelämään ja selviytyä elämän muista vaatimuksista kykyjensä ja ikänsä edellyttämällä tavalla entistä paremmin ja entistä pidempään. Hyvin toimiva kuntoutus lisää kansalaisten aktiivin elämisen mahdollisuuksia ja vastaavasti vähentää tarvetta siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle tai muiden pitkäaikaisetuksien piiriin. Kuntoutuksella pyritään myös edistämään kansalaisten toimintakykyä niin, että he voisivat mahdollisuuksien mukaan elää mahdollisimman pitkään omatoimisesti joutumatta turvautumaan laitoshoitoon.” (Kuntoutuslaki 1991, Kettunen ym. 2002, 325).

Kuntoutus käynnistyy useimmiten sairastumisen, vammautumisen tai muista syistä aiheutuneen toimintakyvyn merkittävän alentumisen takia. Varhaiskuntoutukseksi taas kutsutaan kuntoutusta, jolla pyritään ennaltaehkäisevästi ylläpitämään toimintakykyä silloin, kun varsinaista toimintakyvyn alentumista ei vielä ole nähtävissä. Se kohdentuu riskiryhmiin, joilla toimintakyky ja elämänhallinta ovat tavalla tai toisella uhattuina ja joilla erimerkiksi työtehtävät ovat sen laatuksia, että työkykyä ylläpitävät toimenpiteet ovat perusteltuja. Usein toimenpiteet ovat sekä kuntouttavia ja hoidollisia että ennalta ehkäiseviä; selvää rajaa näiden välille on vaikea vetää. Kuntoutuksen käynnistymisessä on tärkeää, että aloitus tapahtuu riittävän varhain ja oikea-aikaisesti, jotta voitaisiin estää tilanteen tai ongelmien paheneminen (Kettunen ym. 2002, 30).

Kuntoutus on moniammatillista yhteistoimintaa kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. Se on eri ammattiryhmien toteuttamaa kuntoutujan ohjaamista ja auttamista täysipainoiseen elämään. Kuntoutus on jokaisen kuntoutujan osalta yksilöllistä ja ainutkertaista. Kuntoutuksen kokonaisuuteen kuuluu ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden huomioonottaminen. Tärkeää kokonaisvaltaisuuden toteutumisessa on kuntoutujan fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön vaikuttaminen sekä hänen läheistensä mukaan ottaminen kuntoutumisprosessiin. Kuntoutumisen tukena toimivan ammattilaisen tärkeimpiä tehtäviä onkin auttaa asiakasta auttamaan itse itseään eli tukea asiakkaan omatoimisuutta ja päätösvaltaisuutta (Kettunen ym. 2002, 30-31). Kuntoutuksen toiminta-alueet eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan eri kuntoutuspalveluita käytetään kuntoutujan apuna hänen tarpeidensa mukaisesti (Kähäri-Wiik ym. 2000, 24).

Nykypäivän kuntoutus ei ole enää täysin vajavuuskeskeistä, vaan kuntoutujan autonomiaa kunnioittavampaa. Keskeisessä asemassa on vammaisten ja vajaakuntoisten ihmisten omat

tarpeet ja tavoitteet sekä mahdollisuus vaikuttaa omaan kuntoutukseen vaikuttaviin tekijöihin. Myös sosiaaliset aspektit otetaan nykypäivänä kuntoutuksessa huomioon kuntoutustarpeen ja toteutuksen lähtökohtana. Muutamina tekijöinä näihin muutoksiin voidaan nähdä kuntoutujien määrän kasvu, muutoksissa kuntoutuksen oikeutuksissa sekä kuntoutuksen tarkoituksenmukaisessa ajoituksessa (Järvikoski & Karjalainen 2008, 85).

2.1 Kuntoutuksen osa-alueet

Kuntoutuksen nelijaossa voidaan painottaa eri osa-alueiden pyrkimyksiä; lääkinnällisessä kuntoutuksessa yksilön psykofyysisen toimintakyvyn parantaminen, sosiaalisessa kuntoutuksessa yksilön osallistuminen sosiaalisiin yhteisöihin ja yhteiskuntaan, ammatillisessa kuntoutuksessa työssä jaksaminen sekä työllistyminen ja kasvatuksellisessa kuntoutuksessa yksilön kehitys- ja oppimismahdollisuuksien tukeminen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20-22). Kuntoutuslaitoksissa tapahtuva kuntoutus sisältää usein osia kaikista neljästä osa-alueesta. Kuitenkin pääpaino on lääkinnällisessä ja ammatillisessa kuntoutuksessa. Nykyaikaiseen kuntoutukseen tämä jaottelu ei enää välttämättä kaikkien mielestä täysin sovellu, sillä monialaisessa kuntoutuksessa osa-alueet ovat usein päällekkäisiä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20).

Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan yksilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantavia toimenpiteitä, mitkä käynnistetään yleensä lääketieteellisten tutkimusten pohjalta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, Hilkamo 2004). Sitä on myös määritelty toimintakyvyn palauttamisena tai toimintana jossa autetaan yksilöä kompensoimaan mahdollisia menetyksiä toimintakyvyssä. Nykyään lääkinnällistä kuntoutusta onkin kutsuttu enemmän asiaa kuvaavana *toimintakykykuntoutuksena*. Vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan myös kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, kuntoutustarpeen arviointi, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus, terveyttä edistävät ja toimintakykyä lisäävät ja ylläpitävät terapiat ja kuntoutusjaksot (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20-22).

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuu on ensisijaisesti terveydenhuollolla (perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido). Perusterveydenhuolto voi toteuttaa lääkinnällisen kuntoutuksen joko järjestämällä sen itse tai ostamalla tarvittavia palveluja määrärahojensa puitteissa. Kun lääkinnällinen kuntoutus on monessa terveystieteessä aikaisempaa enemmän toteutettu omana toimintana, se on mahdollistanut joustavampien ja

monimuotoisempien kuntoutussuunnitelmien tekemisen. Maksusitoumuksella toteutettu lääkinnällinen kuntoutus tapahtuu irrallaan terveystieteiden muusta toiminnasta. Kuntoutujan tilassa tapahtuvat muutokset edellyttävät muutoksia vuodeksi eteenpäin tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan ja tämä ei aina ole helppoa. Muutosten tekeminen saattaa jäädä jopa käynnistymättä ostopalvelukuntoutuksessa (Musikka-Siirtola 1997, 71-72).

Sosiaalisessa kuntoutuksessa pyritään sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen. Kuntoutujan tavoitteena on kyky pärjätä erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja osallistua yhteiskuntaan. Sosiaalinen kuntoutus voi tarkoittaa myös sitä, että tuetaan taloudellista ja sosiaalista tilannetta niin, että ne eivät estä kuntoutusta vaan tukevat tavoitteiden saavuttamista (Järvikoski & Härkäpää 2011, Kettunen ym. 2002).

Sosiaaliset kuntoutuspalvelut vastaavat kuntoutujan arkisuoriutumisen tukemisesta silloin, kun tätä ei muutoin ole järjestetty. Kunnalla tai kuntayhtymällä on vastuu sosiaalisten kuntoutuspalvelujen järjestämisestä ja useimmiten myös niiden tuottamisesta, mutta myös ostopalveluja käytetään laajalti. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu yleisiä palveluja, joilla kuntoutujan toimintakykyä pyritään edistämään. Nämä palvelut on määritelty sosiaalihuoltolaissa. Toisaalta siihen kuuluu myös erityispalveluja, joita on säädelty laeilla. Näistä kuntoutuksen kannalta tärkeimmät ovat vammaispalvelulaki ja päihdehuoltolaki (Kettunen ym. 2002, 335).

Ammatillisella kuntoutuksella pyritään edistämään työikäisten ansiotyössä pysymistä tai sinne palaamista ja pidentää siten työuria sekä säästämään eläkemenoja. Erilaisia ammatillisen kuntoutuksen muotoja ovat täydennyskoulutus, ammatillinen koulutus, työkokeilu, koulutuskokeilu, työpaikkakokeilu sekä työhönvalmennus (Järvikoski & Härkäpää 2011, Kettunen ym. 2002). Työllistämistoimenpiteitä, kuten tuettua työllistymistä, voidaan myös pitää osana ammatillista kuntoutusta. Ammatillisen kuntoutuksen avulla pyritään lisäämään kuntoutujan ammatillisia valmiuksia sekä edistämään työkykyä ja siten lisäämään työmahdollisuuksia (Järvikoski & Härkäpää 2011, Hilkamo 2004).

Taustalla on työn vahva merkitys länsimaisessa kulttuurissa. Ihminen kiinnittyy sosiaaliseen elämään usein työn kautta, ja siksi työ on merkittävä osa kuntoutumisen kokonaisuutta. Tästä ajatuksesta lähtee myös 2001 voimaan astunut laki kuntouttavasta työtoiminnasta, joka laajentaa ammatillisen kuntoutuksen vaikutuspiiriä (Kettunen ym. 2002, 342).

Kasvatuksellisella kuntoutuksella tarkoitetaan erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai aikuisen kasvatukseen ja koulutukseen liittyviä järjestelyjä, usein vammaisen tarpeisiin liittyen. Kasvatuksellisella kuntoutuksella pyritään tukemaan kuntoutujan kehitysprosessia kuntoutuksen menetelmin. Kasvatuksellisessa kuntoutuksessa yhdistyvät usein kuntoutuksen, opetuksen ja kasvatuksen keinot (Järvikoski & Härkäpää 2011, Kettunen ym. 2002).

2.2 Kuntoutuksen palvelujärjestelmä ja lainsäädännöllinen tausta

Vajaakuntoisten ja vammaisten kuntoutukseen osallistuvat vakuutus- ja eläkelaitokset, Kansaneläkelaitos, työhallinto, työterveyshuolto, sosiaali- ja terveydenhuolto sekä koulutoimi. Taulukosta 1 näkyy kuntoutuksen työnjako Suomessa (Hilkamo 2004, 156).

Tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutustoimet on laissa säädetty ensisijaisiksi muuhun kuntoutukseen nähden. Päävastuu työntekijöiden ammatillisesta kuntoutuksesta on työeläkejärjestelmällä, jos mikään muu kuntouttajataho ei ole käynnistänyt kuntoutusohjelmaa. Kelalla on kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus, jos kuntoutusta ei ole järjestetty muun lain perusteella. Kela selvittää työntekijän kuntoutustarpeen, kun sairauspäivärahaa on maksettu 60:ltä päivältä ja ohjaa tarvittaessa hänet työeläkejärjestelmän kuntoutuksen piiriin. Työhallinnolla on päävastuu työttömien kuntoutuksesta (Hilkamo 2004, 156-157).

TAULUKKO 1. Kuntoutuksen työnjako

Kuka kuntouttaa	Ketä kuntoutetaan	Kuntoutuslaji	Toimeentulo
Vakuutuslaitokset	Työ- tai sotilastapaturman, ammattitaudin, tapaturman tai liikenneonnettomuuden takia kuntoutustarvitsevat	Toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää sekä ammatillista	Vakuutuslaitoksesta päiväraha tai eläke
Työeläkelaitokset	Vakuutetut työntekijät ja yrittäjät sekä eläkkeellä jo olevat, joilla kuntoutustarve	Ammatillista (lääkinnällistä vain ammatillisen tukena)	Työeläkejärjestelmästä kuntoutusraha kuntoutustuki ja -korotus työkyvyttömyyseläke ja kuntoutuskorotus
Kansaneläkelaitos (Kela)	Vakuutetut, joiden työkyky oleellisesti	Lääkinnällistä (harkinnanvarainen)	Kelan kuntoutusraha tai kuntoutustuki

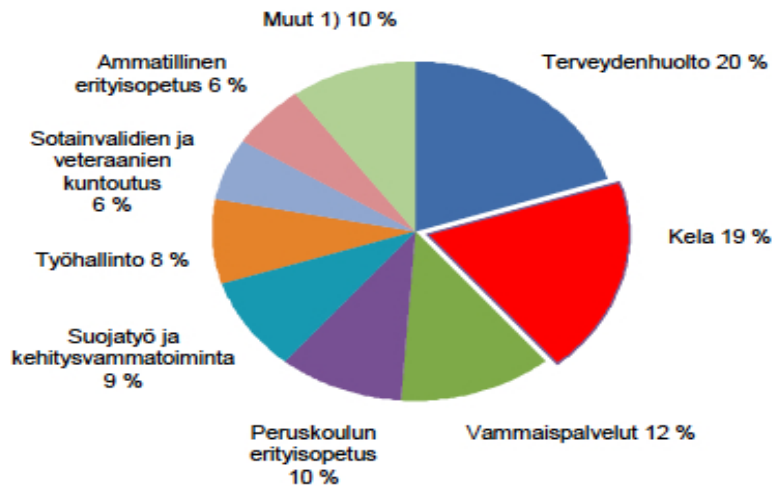
	heikentynyt	ja ammatillista	
	Vaikeavammaiset	Lääkinnällistä ja ammatillista	Kelan kuntoutusraha
Työhallinto	Vajaakuntoiset työvoimatoimiston asiakkaat	Ammatillista	Työmarkkinatuki, työttömyyspäiväraha tai koulutustuki
Työterveyshuolto	Työntekijät joilla kuntoutustarve	Lääkinnällistä ja ammatillista	Kelan kuntoutusraha, jos edellytykset täyttyvät. Vakuutus- tai työeläkelaitosten toimeentulo, jos edellytykset täyttyvät.
Terveydenhuolto	Asiakkaat, joilla kuntoutustarvetta	Lääkinnällistä	Kelan kuntoutusraha, jos edellytykset täyttyvät
Sosiaalitoimi	Asiakkaat, joilla kuntoutustarvetta	Sosiaalista	Kelan kuntoutusraha, jos edellytykset täyttyvät
Koulutoimi	Vaikeavammaiset ja vajaakuntoiset lapset ja nuoret	Kasvatuksellista	

(Hilkamo 2004, 157-158).

Kuntoutusta antavien järjestelmien yhteistyötä paikallis-, alue- ja valtakunnallisella tasolla tehostaa laki asiakaspalveluyhteistyöstä. Muun muassa kunnissa toimii asiakaspalvelun yhteistyöryhmiä, joissa on mukana sosiaali- ja terveydenhuollon ja työvoimahallinnon viranomaisia, Kelan edustajia sekä tarvittaessa muiden kuntouttajatahojen edustajia. Tavoitteena on erityisesti moniongelmaisten asiakkaiden kokonaistilanteen selvittäminen ja tarpeellisten kuntoutuspalvelujen piiriin ohjaaminen (Hilkamo 2004, 138.)

Kuntoutusta järjestävien tahojen toimintaa säätelee lainsäädäntöä, joka on peräisin vuonna 1991 tapahtuneesta kokonaisuudistuksesta. Kokonaisuudistuksessa määriteltiin kuntoutuksen työnjakoa ja yhteistyötä siten, että kaikki kuntoutujat saisivat yhdenvertaista ja oikeudenmukaista kuntoutusta sekä alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus siirrettiin Kelan järjestämisvastuulle. Myös erikoissairaanhoitolaki (1.12.1989/1062) ja asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta (28.6.1991/1015) ovat osaltaan vaikuttamassa kuntoutukseen sairaanhoitopiirien tehtävien määrittelyssä sekä lääkinällisen kuntoutuksen asetus kuntien ja kuntaliittojen osuudesta kuntoutukseen (Rissanen ym. 2009, 729-733).

Vuonna 2000 kuntoutusmenot jakautuivat näiden eri kuntoutuksen järjestäjien ja rahoittajien kesken kuvan 1 mukaisesti. Suurimpina kustantajina toimivat siis terveydenhuolto ja kansaneläkelaitos.



1) Päihdehuolto, tapaturma- ja liikennevakuutus, työeläkekuntoutus ja RAY

KUVA 1. Kuntoutuksen kokonaismenot Suomessa vuonna 2000 (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2002:5)

2.3 Kuntoutuksen arvot

Järvikoski ja Härkäpää (2011) kertovat kuntoutuksen perustelujen pohjautuvan arvoihin ja ihmiskäsityksiin. Arvot ovat perustana kaikille valinnoille ja päätöksille ja ne voidaan ymmärtää käsityksiksi toivottavasta. Arvoja voidaan siis pitää käsityksinä hyväksyttävistä toimintatavoista tai hyvästä elämästä. Uudistuksia kuntoutukselle onkin perusteltu yksilön hyvällä, mutta myös yhteiskunnan hyödyillä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 26).

Järvikoski ja Härkäpää (2011) luettelevat kuntoutuksen arvoiksi *vapauden, onnellisuuden ja hyvinvoinnin* sekä *oikeudenmukaisuuden*. Vapaudella tarkoitetaan kuntoutujan omaa itsemääräämisoikeutta, jolloin kuntoutuja voi autonomisesti tehdä ratkaisuja itseään koskevista asioista sekä ilmaista tahtoaan. Kuntoutuksessa on myös oleellista antaa kuntoutujan asettaa omia tavoitteitaan, jotka ovat lähtökohtana kuntoutukseen. Onnellisuudella ja hyvinvoinnilla kuntoutuksen arvoina tarkoitetaan pyrkimyksiä vähentää sairauksia ja niihin liittyviä haittoja, kärsimystä ja kipua, parantaa ihmisten

toimintamahdollisuuksia sekä psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Oikeudenmukaisuus kuntoutuksen arvona tarkoittaa sitä, että yhteiskunta pyrkii tarjoamaan kaikille sellaiset olosuhteet, joiden vallitessa voidaan elää täysipainoista elämää. Yhdenvertaisuus lain edessä ja oikeus elämään ja ihmisarvoon sekä koulutukseen, sosiaaliturvaan ja työhön kuuluvat jokaisen perusoikeuksiin (Järvikoski & Härkäpää 2011, 26-27).

Airaksinen (2008, 116) kirjoittaa, että velvollisuusetiikan periaatteiden mukaan kaikkia ihmisiä tulisi kohdella samalla tavalla ihmisten itseisarvoa kunnioittaen. Velvollisuusetiikan yleistettävyyksivaatimus edellyttää myös sitä, että kuntoutuja ottaa vastuun itsestään ja kohtelee oikein myös itseään. Airaksisen mukaan kuntoutus on kuntoutujan avustamista kuntoutumisprosessissa.

2.4 Hyvä kuntoutuskäytäntö

Kelan laitosten kuntoutuksen standardin (2007) mukaan kuntoutuksen tulee perustua aina hyvään kuntoutuskäytäntöön ja vaikuttavuustuloksiin. Kuntoutus katsotaan yleisesti hyväksytyksi kokemukseräisesti perustellun kuntoutuskäytännön tai tieteellisen vaikuttavuustiedon perusteella. Käytännössä hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan esimerkiksi potilasjärjestöjen asiantuntija- tai konsensuskokousten perusteella suositeltuja menettelytapoja, joiden noudattamiseen kuntoutuksen toimijat ovat sitoutuneet (Pekkonen 2010, 25).

Hyvä kuntoutuskäytäntö tarkoittaa yksinkertaisuudessaan sitä, että toteutetaan oikeanlaista kuntoutusta oikeaan aikaan oikeanlaisille asiakkaille siten, että kuntoutuksen palveluntuottajien erityisosaaminen hyödynnetään. Kuntoutuksen tulee perustua kuntoutujan ja kuntouttajien yhteisesti laatimaan kuntoutussuunnitelmaan ja jatkuvaan prosessin arviointiin. Kuntoutuksen tulee sisältää yksilön voimavaroja, toimintakykyä ja hallinnan tunnetta lisääviä toimenpiteitä. Kuntoutus voi sisältää sekä yksilö- että ryhmäkuntoutusta, ja siinä hyödynnetään lähiyhteisöjen sosiaalisia verkostoja (Pekkonen 2010, 26).

Hyvä kuntoutuskäytäntö on aina kuntoutujakeskeistä. Se nostaa esiin kuntoutujan osallisuuden ja aktiivisen vaikuttamisen hoitoonsa ja saamaansa palveluun kunnioittaen myös samalla ihmisen yksityisyyttä. Kuntoutus on siis prosessi, jossa kuntoutuja on aktiivinen toimija sekä oman kuntoutumisensa subjekti. Onnistuneeseen kuntoutusprosessiin kuuluu

myös asetettujen tavoitteiden ja toivottujen tulosten saavuttaminen sekä prosessin ja tulosten dokumentoitu todentaminen (Pekkonen 2010, 26).

2.5 Kuntoutuksen asiakkuus sekä asiakastyytyväisyys kuntoutuslaitoksissa

Järvikoski (1994) on tarkastellut kuntoutukseen liittyviä toimintamalleja kuntoutujan osalta. Aiemmin kuntoutusta on hallinnut kliininen toimintamalli, jossa keskeistä on kuntoutujan passiivinen rooli ja toiminnan kohteena oleminen (taulukko 2). Viime aikoina on kuitenkin noussut esille kuntoutujakeskeinen malli, missä korostuu kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutujan mahdollisuus vaikuttaa kuntoutusprosessiin sen aikana (Järvikoski 1994).

TAULUKKO 2. Kliinisen ja kuntoutujakeskeisen mallin vertailu kuntoutujan osalta (Järvikoski 1994)

Kliininen malli	Kuntoutujakeskeinen malli
Asiakas	Kuntoutuja
- toiminnan kohde	- toiminnan subjekti
- passiivinen rooli: ohjeiden noudattaminen	- aktiivinen rooli: elämäänsä suunnitteleva, vaihtoehtoja punnitseva, päätöksentekijä

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa (2004) kuntoutusparadigman kehitystä kuvataan etenemisenä vajavuusparadigmasta kohti valtaistavaa (empowerment) paradigmaa. Tällä viitataan kuntoutujan mahdollisuuksiin, itsemääräämiseen ja hallinnan kokemusten vahvistumiseen kuntoutusprosessin kautta. Tämän paradigman lähtökohtana on ajatus siitä, että kuntoutujan elämänhallinnan vahvistuminen ja valtaistuminen tapahtuu, jos hänellä on mahdollisuus itse tehdä valintoja ja kontrolloida kuntoutusprosessin kulkua (Järvikoski ym. 2009, 21). Osallisuus ja aktiivinen osallistuminen omaan kuntoutukseen tukevat valtaistumisprosessia ja luovat edellytykset myös yhteisölliseen osallistumiseen (Järvikoski ym. 2009, 22).

Osallistumisen käsite on yksi keskeisistä tekijöistä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) – viitekehyksessä. ICF tarjoaa selkeän lähtökohdan kuntoutuksen suuntautumisen ja tavoitteiden tarkastelulle. Mallissa tarkastellaan kuntoutujan toimintakykyä ruumiin/kehon toimintojen ja suoritusten sekä osallistumisen pohjalta.

Ruumiin/kehon toiminnot viittaavat fysiologisiin ja psyykkisiin toimintoihin, suoritukset erilaisiin tehtäviin ja toimintoihin joita yksilö toteuttaa ja osallistuminen yksilön toimintaan sosiaalisissa rooleissa (Järvikoski ym. 2009, 22-23).

ICF – viitekehyksessä kuntoutuksen etenemistä suoritusten ja osallistumisen osa-alueilla voidaan kuvailla kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi. Näiden pohjalta myös kuntoutuksen tuloksia voidaan tarkastella. Suorituksen ja osallistumisen ulottuvuuksiin voidaan laskea esimerkiksi kuntoutujan oppiminen ja tiedon soveltaminen, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämässä suoriutuminen, vuorovaikutus sekä yhteiskunnallinen toiminta. Välitavoitteina voidaan pitää ruumiin/kehon rakenteissa ja/tai toiminnoissa tapahtuvia muutoksia. Myös erilaiset toiminnan kehitykset voivat olla kuntoutuksen tavoitteita (Järvikoski ym. 2009, 23).

Kuntoutuksen asiakasryhmiä voidaan jaotella moneen eri tapaan. Esimerkiksi Ihalainen ja Rissanen (2009) luokittelevat kuntoutujat iän, iän ja kuntoutuksen aiheuttavan tarpeen sekä asiakkaiden sairaus- ja vammaryhmien mukaan (Ihalainen & Rissanen 2009, 56-58). Taulukossa 3 esitän ryhmittelyn sairaus- ja vammaryhmien mukaan.

TAULUKKO 3. Sairaus- ja vammaryhmät laitospääntötyksessä

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet
Reumasairaudet
Hermoston sairaudet
Hengityselinsairaudet
Verenkiertoelinten sairaudet
Mielenterveyshäiriöt
Muut sairausryhmät
Vammat (kuten aivo- ja selkäydinvammat, amputaatiot)
Silmän ja korvan sairaudet ja vammat
Muut tekijät - Monivammaisuus
Muut tekijät - Vanhenemiseen liittyvät ongelmat ja sairaudet
Muut tekijät - Työhön ja työssä jaksamiseen liittyvät ongelmat
Muut tekijät - Työllistymiseen liittyvät ongelmat
Muut tekijät - Elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat
Muut tekijät

(Ihalainen & Rissanen 2009, 58)

Tyytyväisyys (engl. satisfaction) tulee latinankielisistä sanoista *satis* + *facere*, mikä tarkoittaa englanniksi “enough to do” eli tarpeeksi tekemistä (Hills & Kitchen 2007). Tyytyväisyys on erittäin hankalasti määriteltävä käsite. Käsitteestä löytyy kyllä lukuisia määritelmiä, mutta

määritelmä riippuu pitkälti sitä mikä taho sitä määrittää (Wessels ym. 2004, 83). Tyytyväisyys on kuitenkin yleisesti ajateltuna tietynlainen asenne palvelua, palvelun tuottajaa, tuotetta tai yksilön terveydentilaa kohtaan (Demers ym. 2005, 12). Tyytyväisyyttä voidaan myös mitata monin eri tavoin. Esimerkiksi tyytyväisyyden asteella, joka kuvaa henkilön odotuksien täyttymistä (Rope 2000, 538) tai tarpeisiin vastaamista (Hill 1997). Kuntoutukseen liittyen asiakastyytyväisyyttä mitatessa, voidaankin puhua juuri sekä asiakkaan odotusten täyttymisestä että tarpeisiin vastaamisesta. Asiakastyytyväisyyttä tutkitaan yleensä erilaisten kyselyiden avulla.

Asiakastyytyväisyys on kuitenkin hyvin yksilöllinen käsite ja sidottu yleensä nykyhetkeen, joten se on lunastettava yhä uudelleen asioitaessa uusienkin asiakkaiden kanssa (Rope & Pöllänen 1998, 59). Ylikoski (2002) toteaa, että asiakas arvottaa yleensä palveluja niistä hänelle koituneen hyödyn mukaan. Myös kuntoutuksesta puhuttaessa voidaan ajatella, että mikäli asiakas on saanut hyötyä palveluista on hän niihin tyytyväinen. Tietyllä tapaa kuntoutuksen asiakastyytyväisyys linkittyy siis kuntoutuksen vaikuttavuuden kanssa. Asiakastyytyväisyys on usein keskiarvon mittari, kun selvitetään ja analysoidaan esimerkiksi yrityksen menestymismahdollisuuksia sekä tällä hetkellä että tulevaisuudessa. Tämän perusteella voidaan myös arvioida onko organisaatio onnistunut asiakkaisiin liittyvien tavoitteiden saavuttamisessa sekä tehnyt asiakkaista tyytyväisiä (Korpi 2004, 10–13 ja Rope & Pöllänen 1998, 58.)

Suomessa on tehty muutamia tutkimuksia kuntoutuslaitosten asiakastyytyväisyydestä. 2000-luvulla sekä Karpin ym. (2004) että Hinkan ym. (2006) tutkimuksissa kuntoutusasiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen, sillä yli 90% molempiin tutkimuksiin osallistuneista kuntoutujista olivat tyytyväisiä. Karppi ym. (2004) tutkivat Kelan toteuttamaa hanketta, missä kehitettiin verkostoitumiseen perustuvaa kuntoutusmallia vanhuksille sekä verrattiin laitos- ja avomallista kuntoutusta toisiinsa. Hankkeeseen osallistui yhteensä 543 kuntoutujaa (466 naista, 77 miestä), 12 kuntoutuslaitosta ja 56 kuntaa eri puolilta Suomea. Kuntoutukseen osallistuneiden keski-ikä oli 76 vuotta. Kyselyyn vastasi 76 prosenttia kuntoutukseen osallistuneista. Lähes kaikki (91%) molemmista sekä avo- että laitoskuntoutukseen osallistuneista olivat tyytyväisiä kuntoutukseen (Karppi ym. 2004, 24).

Hinkka ym. (2006) toteuttivat vuonna 2002 kyselyn seitsemässä eri kuntoutuslaitoksessa 44 eri kuntoutuskurssin jälkeen 343:lle kuntoutujalle, jonka yhtenä tarkoituksena oli selvittää

kuntoutusta saaneiden tyytyväisyyttä saamaansa kuntoutukseen. Kyselyyn vastasi yhteensä 305 kuntoutujaa, joiden keski-ikä oli 78 vuotta. Tyytyväisyyttä kysyttiin noin kolme kuukautta kuntoutuksen päättymisen jälkeen asteikolla 1-4 (1=erittäin tyytyväinen, 4=erittäin tyytymätön). 93% kaikista kuntoutujista ilmoitti olevansa tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen saamaansa kuntoutukseen. Hinkan tutkimukseen vastanneista lähes kaikki kokivat puoli vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen myös mielialansa kohentuneen. Vajaa puolet vastanneista ilmoittivat myös terveytensä ja kotona selviytymisensä parantuneen (Hinkka ym. 2006, 16)

Tämä kertoo siitä, että suomalaiset kuntoutuslaitokset osaavat järjestää kuntoutuspalveluita niin, että asiakkaat voivat olla niihin tyytyväisiä. Tutkimuksissa kävi myös ilmi se, että vanhusten omaan tilanteeseen liittyviä tilanteita, kuten terveyttä, mielialaa, harrastuksia ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita käsitellään riittävästi kuntoutusprosessin aikana. Molempiin tutkimuksiin osallistuneista suurin osa koki myös mielialansa parantuneen kuntoutuksen ansioista.

Karppi ym. (2004) toteaa, että muutamien kuntoutujien ilmaisema tyytymättömyys kuntoutukseen saattaa perustua siihen, että heidän oletuksensa kuntoutuksesta ja sen sisällöstä oli enemmän yksilökeskeistä ja hoitopainotteista kuntoutusta. Siksi onkin tärkeää informoida jo etukäteen siitä millaisia kuntoutuksen sisällöt ja tavoitteet ovat.

2.6 Kuntoutuksen tulevaisuus

Kuntoutuksen tulevaisuuden säätelyssä ovat suuressa roolissa väestölliset ja muut yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset. Näihin muutoksiin täytyy myös lainsäädännön ja palvelujen mukautua. Rissanen ym. (2009) kirjoittaa, että tulevaisuudessa tulisi varautua ainakin väestökehitykseen, väestöpolitiikkaan ja ikärakenteen muutokseen. Yksi tapa valmistautua tuleviin muutoksiin on kerätä aineistoa väestön terveydentilasta ja sen muutoksista. Tulevaisuuden suurimpana haasteena voidaan pitää väestön vanhenemista ja sen aiheuttamia lisätarpeita hoidon ja kuntoutuksen osalta. Lääketiede käyttää yhä tehokkaampia ja kalliimpia hoitomenetelmiä, ja koska julkisia menoja pyritään leikkaamaan jatkuvasti, on suuri haaste saada palvelut ja saatavuus sekä niistä koostuvat kustannukset sopimaan yhteen (Rissanen ym. 2009, 23-25).

Muita isompia tekijöitä tulevaisuudessa ovat sosiaalisen syrjäytymisen vaikutukset väestön terveyteen, etenkin ikääntyneillä henkilöillä. Myös työttömyys ja siitä aiheutuvat välilliset ja välittömät ongelmat ovat lisääntyneet kaiken aikaa (Rissanen ym. 2009, 25-26). Syrjäytyminen ja työttömyys sekä väestön ikääntyminen ovat siis isoimpia haasteita kuntoutuksen kannalta.

3 KUNTOUTUSLAITOKSET KUNTOUTUKSEN TOTEUTTAJINA

3.1 Historia ja synty Suomessa

Kuntoutuslaitosten juuret löytyvät Suomessa yli sadan vuoden takaa, sillä Suomessa oli käytössä jo 1800-luvulla Keski-Euroopan tyyliin kylpylöitä lähinnä yläluokkien käyttöön. Yksi vanhimmista kylpylöistä on 1820-luvulla toimintansa aloittanut Lappeenrannan kylpylaitos, joka toimii yhä edelleen tarjoten kuntoutuspalveluita. Myös varsinaista kuntoutustoimintaa löytyy 1800-luvun puolelta erilaisista hoitolaitoksista ja parantoloista, joissa hoidettiin pysyvästi sairaita tai vammaisia henkilöitä. Kaatumatautisia varten avattiin vuonna 1900 Vaajasalon parantola, joka toimi sen jälkeen epilepsia- ja kuntoutussairaalan ja on nykyään Aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron (Ihalainen & Rissanen 2009, 21).

Varsinaiseen kuntoutuslaitosten syntyyn on vaikuttanut eniten Suomen ja Neuvostoliiton välinen sota ja sen jälkeinen sotainvalidien aika. Sotainvalidien kuntoutus käynnistyi 1940-luvulla sotainvalidien järjestöjen ja muiden kansalais- ja vammaisjärjestöjen ansiosta. Samoihin aikoihin perustettiin myös Invalidisäätiö Sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen sekä muutaman muun yhdistyksen toimesta. Invalidisäätiön tarkoituksena oli huolehtia erityisesti sotainvalideista sekä heidän omaisistaan. Säätiön perustama laitos rakennettiin Helsingin Ruskeasuolle vuonna 1942. Laitoksessa kuntoutettiin aluksi ainoastaan sodassa vammautuneita, mutta vuodesta 1945 lähtien myös muita invalideja (Ihalainen & Rissanen 2009, 21-22).

Nykyisistä kuntoutuslaitoksista ja kylpylöistä suurin osa on perustettu kuitenkin 1970-luvun alun jälkeen. Tosin 1960-luvulla rakennettiin ensimmäiset modernimmat kylpylät, kuten Ikaalisten Kylpylä ja Kuntoutuslaitos sekä Savonlinnan Terveyskylpyläsäätiö. 1970-luvulla nousivat Miina Sillanpään säätiön ylläpitämä Siuntion kylpylä, Terveyskylpylä Ruissalo ja Haikon kartanokylpylä. 1970-luvulla käynnistyi toiminta myös Kiipulan kuntoutuskeskus Turengissa, joka toimi Kansaneläkelaitoksen yhteistoimintasäätiönä. Kuntoutumiskeskus Kaprakka Liperissä ja Anttolanhovi Mikkelissä perustettiin 1970-luvun aikana. Muita tämän vuosikymmenen isompia kuntoutuslaitoksia olivat Korsuveljesten Kuntosäätiön perustama Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurunka, Siilinjärven Kuntoutumiskeskus ja Malminkartanon Kuntoutuskeskus (Ihalainen & Rissanen 2009, 23).

1980-luvulla rakennettiin useita uusia kuntoutuslaitoksia ja kylpylöitä. Näitä olivat mm. Rokuan Kuntokeskus, Kylpylä Korpilampi, Naantalin Kylpylä, Lomakylpylä Joutsenlampi, Härmän Kuntokeskus, Imatran Kylpylä, Kajaanin Kylpylä, Kartanokylpylä Kaisankoti ja Norvalla Rehab Center. Samalla vuosikymmenellä nousi myös useampia kurssi- ja sopeutumisvalmennuskeskuksia eri järjestöjen ylläpitäminä; näitä olivat mm. Diabetesliiton Diabeteskeskus Tampereella, Suomen Kuurosokeat ry:n Kuulonäkövammaisten Kuntoutumiskeskus Jyväskylässä, Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen Meri-Kaarinan Toiminta- ja Palvelukeskus Turussa sekä Invalidiliiton Lahden sopeutumisvalmennuskeskus. 1980-luvulla tehtiin sosiaali- ja terveysministeriössä myös aloite sotavammaisten pitkäaikaishoitoon tarvittavien alueellisten sairaskotien perustamisesta. 1980- ja 1990-lukujen aikana perustettiin kaikkiaan 24 sotainvalideja kuntouttavaa laitosta (Ihalainen & Rissanen 2009, 24-25).

Tärkeä osa laitosten rakentamiseen tarvittavasta rahoituksesta tuli Raha-automaattiyhdistyksen tuotoista myönnettyistä avustuksista, Kansaneläkelaitoksen avustuksista sekä yksittäisten kuntien omasta panostuksesta. Raha-automaattiyhdistyksen osuus 1960-luvulta lähtien aina 1990-luvun alkuun mennessä laitosten perustamiskustannuksista oli kaikkiaan 950 miljoonaa markkaa. Kansaneläkelaitos maksoi samoina vuosina sairavakuutusvaroista noin 315 miljoonaa markkaa tukea investointeihin. (Ihalainen & Rissanen 2009, 23).

1980-luvun lopulla päätettiin valtiontalouden tarkastusviraston tarkastusten perusteella rajoittaa uusien kylpylöiden ja kuntoutuslaitosten rakentamista poistamalla niille myönnettävää rahoitusta. Näin ollen vuonna 1987 ei myönnetty uusille laitoksille rahoitusta ollenkaan. Kuitenkin Suomessa oli yhä tarvetta vaikeavammaisten kuntoutuksen lisäämiselle, ja siksi 1980-luvun lopulla tehtiin kuitenkin päätös rakentaa vielä kolme suurta kuntoutuslaitosta, joiden toiminta keskittyi vaativaan kuntoutukseen (Kankaanpään kuntoutuskeskus, Kuntoutuskeskus Pääskynpesä Ilomantsissa sekä Oulunkylän sairaskoti ja kuntoutussairaala), Investointiavustusten ohjaaminen etenkin vaikeavammaisten kuntoutukseen soveltuvien paikkojen rakentamiseen ja saneeraukseen 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa, korjasi laitospäätteen rakennetta ja näin saatiin aikaan myös vaativan laituskuntoutuksen edellyttämä toimintaympäristö. Tästä huolimatta myös yksityisellä rahoituksella rakennettujen kaupallisten kylpylöidenkin rakentaminen jatkui aina 1990-luvun vaihteeseen saakka (Ihalainen & Rissanen 2009, 25-27).

Tämän jälkeen lainsäädäntöä ja valtion rahoitusosuutta tarkasteltiin useampaan kertaan eri työryhmien toimesta ja eri sairaaloiden osalta. Tärkeimpänä muutoksena voidaan pitää vuonna 1991 tullutta kuntoutuslainsäädännön uudistusta. Tämän tarkoituksena oli tehostaa kuntoutusta tarkentamalla ja selventämällä eri osapuolten tehtäviä ja niiden välistä yhteistyötä. Samalla säädettiin kokonaan uudet lait Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta ja kuntoutusrahasta. Nämä korvasivat useita säädöksiä kansaneläke- ja sairausvakuutuslaista, joihin Kansaneläkelaitoksen kuntoutus oli aiemmin perustunut. Samassa yhteydessä säädettiin myös laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä. Myös tapaturma- ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavasta kuntoutuksesta säädettyjä lakeja uudistettiin (Ihalainen & Rissanen 2009, 27-29).

Lainsäädäntöä kuntoutusosapuolten kohdalla on uudistettu myös 2000-luvun aikana. Nämä uudistukset eivät ole käytännössä muuttaneet kuntoutuksen sisältöä eivätkä vastuunjakoa. Suurin uudistus 2000-luvulla on ollut työeläkelakien muutos vuonna 2004, joka takasi työntekijöille oikeuden ammatilliseen kuntoutukseen (Ihalainen & Rissanen 2009, 29).

3.2 Kuntoutuksen palvelujärjestelmä

Kuntoutus voi olla lakisääteistä tai harkinnanvaraista. Kuntoutuspalveluihin voi kuulua esim. ohjausta, neuvontaa, tutkimusta, selvitystä, erilaisia terapioita, kuntoutuslaitosjaksoja, sopeutumisvalmennusta, kuntoutusohjausta ja apuvälinepalveluita (STM 2011).

Toisiinsa eri tavoin integroituvat lakisääteiset järjestelmät voidaan erottaa kuntoutuksen palvelujärjestelmissä: kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämä kuntoutus (terveydenhuollon kuntoutustoiminta ja sosiaalitoimen järjestämä kuntoutus), Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus, kuntoutus työeläkelakien perusteella, kuntoutus tapaturma- ja liikennevakuutuksien perusteella, työhallinnon järjestämä kuntoutus sekä Suomen sotiin perustuva kuntoutus. Useissa eri laeissa on säädetty näiden järjestelmien toiminnasta. Nykyinen kuntoutuslainsäädäntö määrittelee kuntoutuksen järjestämisen edellytykset, kohderyhmät, toimintatavat ja jopa sisällön toimijasta riippumatta (Pekkonen 2010, 18).

Vuonna 2008 kuntoutuslaitosten kapasiteetti oli runsaat 6 600 varattua vuodepaikkaa. Runsaassa kymmenessä vuodessa paikkamäärä on kasvanut yli tuhannella. Samoin viimeisen

runsaan kymmenen vuoden aikana henkilöstön määrä on kasvanut paikkamäärää nopeammin. Laitoskuntoutuksen käyttö on pysynyt ennallaan tai laskenut minkä vuoksi laitoskuntoutuksen käyttöaste on laskenut ja sen ennustetaan laskevan edelleen tulevina vuosina. Arvioiden mukaan laitoskuntoutuksen käyttö sotainvalidien ja -veteraanien kohdalla laskee vähintään kymmenen prosenttia (Ihalainen & Rissanen 2009, 82). Sotainvalidien ja rintamaveteraanien ikääntyminen ja heidän lukumääränsä vähentyminen näkyy selvästi, laitoskuntoutus soveltuu enää vain nuoremmille veteraaneille. Rintamaveteraanien avopuolisoiden mukanaoloa kuntoutuksessa pidennettiin vuoden 2008 alusta, jolloin heille tuli mahdollisuus osallistua koko laitoskuntoutusjaksolle veteraanin kanssa (Ihalainen & Rissanen 2009, 40).

Palvelut vastaavat ensisijaisesti Kansaneläkelaitoksen ja Valtionkonttorin tarpeita. Nykyinen laitoskuntoutuspalvelutarjonta ei välttämättä vastaa muiden rahoittajien tarpeita. Omistajatahojen perustehtävästä johtuen osa kuntoutuslaitoksista toimii perinteisellä palveluvalikoimalla ja markkinoilla toimimisen osaamista ei välttämättä ole (Ihalainen & Rissanen 2009, 83).

Työikäisten lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen järjestämisen osalta Kansaneläkelaitoksella (Kela) on keskeinen rooli. Vuonna 1991 annettiin laki Kelan järjestämästä kuntoutuksesta. Vuonna 2005 sitä on viimeksi uudistettu ja ajantasaistettu. Tähän lakiin perustuvat Kelan toimintaedellytykset kuntoutuksesta. Kela turvaa kuntoutujan toimeentuloa kuntoutuksen aikana sekä järjestää ja korvaa kuntoutusta (Pekkonen 2010, 18). Vuonna 2007 kela kustansi yhteensä 163 134 kuntoutustoimenpidettä, joista aiheutui noin 0,23 miljardin euron kustannukset Kelan kuntoutustilastojen (2008) mukaan. 13 % kustannuksista muodostui vajaakuntoisten ammatillisesta kuntoutuksesta, 48% vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Lääkinnällisen kuntoutuksen tai muun ammatillisen kuntoutuksen osuus oli 39%. Noin 50 %:a Kelan järjestämästä kuntoutuksesta toteutuu erimuotoisina laitoskuntoutusjaksoina tai -kursseina. (Pekkonen 2010, 22). Vuoden 2004 alusta voimaan tullut ammatillista kuntoutusta koskeva lainsäädäntöuudistus on vaikuttanut ammatillisen kuntoutuksen asiakasmääriin ja kuntoutuslaitosvuorokausiin. Ammatillinen kuntoutus työeläkelakien mukaisesti tuli tällöin tietyin edellytyksin oikeudeksi työntekijöille (Ihalainen & Rissanen 2009, 38).

Ihalaisen & Rissanen (2009) mukaan kuntoutuslaitokset joutuvat toimimaan entisestään kiristyvillä palvelumarkkinoilla. Hankintamenettely ja siihen liittyvä kilpailutus koetaan

raskaaksi ja on johtanut epätarkoituksenmukaiseen valikoitumiseen ja osaamisen ja laadun perusteella hyvien palveluntuottajien poistumiseen markkinoilta. Perinteisen kuntoutuksen toiminta-alueilla kuntoutuslaitoksilla on hyvää osaamista ja kokemusta (Ihalainen & Rissanen 2009, 85-86).

Laituskuntoutuksen laatu pyritään varmistamaan standardien avulla (Ihalainen & Rissanen 2009, 85-86). Kelan laitospuolisen kuntoutuksen standardeissa (2007, 2008) on kuvattu Kelan järjestämän, valvoman ja ostaman kuntoutuksen laadulliset vaatimukset. Standardeja käytetään mm. kuntoutuspalvelujen hankintaa koskevissa päätöksissä. Eri kuntoutusmuotoihin ohjattavien kuntoutujien pääasialliset valintakriteerit, kuntoutustavoitteet sekä kuntoutusprosessien rakenne määritetään standardeissa.

Standardin mukaan Aslak- kuntoutujien sairausoireet ovat vielä lieviä, mutta ”työkyvyn heikkenemisen” riskit ovat jo selvästi todennettavissa. On myös tärkeä muistaa, että kuntoutuksen rooli on tärkeä työiän pidentymisen ollessa tavoitteena. Ikääntyneitä työntekijöitä eli Tyk-kuntoutujia ovat puolestaan ne joiden työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joilla on lähivuosina työkyvyttömyyden uhka. Lääkärin ”asianmukaisesti diagnosoidun niska-, selkä-, nivel- ja pehmytösa sairauden oireiden lisäksi mahdollisesti psyykkisiä, sosiaalisia tai toiminnallisia häiriöitä” pitäisi olla työssä olevien tuki- ja liikuntaelinsairaiden kurssin kuntoutujilla. Yksilöllinen kuntoutusjakso on tarkoitettu kuntoutujalle, jolla on asianmukaisesti diagnosoitu sairaus tai vamma josta on aiheutunut häiriö jollakin tai joillakin toimintakyvyn alueilla ja johon moniammatillisella kuntoutuksella voidaan vaikuttaa. Kuntoutuskurssit työelämässä uupuneille on tarkoitettu henkilöille, joiden työkykyä uhkaavat psyykkiset uupumusoireet ja joilla on myös muuta mielenterveysoireilua (Pekkonen 2010, 22-23).

Kuluneiden reilun 25 vuoden aikana Kelan laitospuolinen kuntoutus on kehittynyt ja monipuolistunut useiksi erilaisiksi ongelmalähtöisiksi kuntoutusmuodoiksi. Pyrkimyksenä on aikaisempaa enemmän hyödyntää myös ryhmätoiminnan mahdollisuuksia, dynaamista vuorovaikutusta, vertaisarviointia ja ryhmän antamaa tukea yksilöllisiin sairauksiin, ikään ja ammattiin liittyvien tarpeiden ja edellytysten lisäksi (Pekkonen 2010, 25).

Ihalaisen & Rissanen selvityksessä kuntoutuksen integroimisen ongelmat muihin sosiaali- ja terveystalouteen ovat mm. rahoituksen monimuotoisuus ja kuntarakenteen hajanaisuus.

Kuntarakenteen hajanaisuus vaikeuttaa kuntoutuspalveluiden järjestämistä yhtenäisellä tavalla. Selvityksessä nähtiin myös tietosuojalain säädökset integraatiota vaikeuttavana asiana. Tämä voisi pahimmillaan estää tietojen siirtymistä eri toimijoiden välillä. Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto eivät voi hallita Kelan laituskuntoutusrahoja, koska ne ovat ”korvamerkittyjä”. Ihalaisen & Rissasen selvityksessä kehitysehdotuksena nousi esiin mm. integroitumisen vastuun siirtäminen ja selkeyttäminen kunnalta laajemmalle alueelliselle tasolle mm. sairaanhoitopiireille lääkinnällisen kuntoutuksen osalta. Jotta kuntoutus nähtäisiin osana potilaan hoidon kokonaisuutta, tulisi yhteistyötä ja kuntoutuksen välistä yhteyttä kiteyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ehdotusten mukaan. Selvityksessä nousi esiin että julkinen terveydenhuolto ei riittävästi havaitse työttömien kuntoutustarpeita. Työterveyshuollon kasvava koordinoiva rooli työkyvyn seurantaan sopii tiivistyvään yhteistyöhön kuntoutuslaitosten kanssa. Hyvänä välineenä kuntoutuksen ja muiden palveluiden integraatiossa nähtiin kuntoutussuunnitelma. Kuntoutuksen integraatiossa on haasteita ja järjestelmän toimiminen voisi vaatia myös lainsäädännön kehittämistä Ihalaisen & Rissasen selvityksen mukaan (Ihalainen & Rissanen 2010, 76). Sairaanhoitopiireissä ja kunnissa on lähdetty kehittämään omia korvaavia kuntoutuspalveluja, koska kuntoutuslaitokset eivät riittävästi nivelly muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Ihalainen & Rissanen 2009, 79).

Kelan arvioissa suomalaisen kuntoutuksen osalta useimmiten esiin nousseet puutteet olivat kuntoutustapahtuman ohjauksessa oikea ajoitus, riittämättömän yhteistyön vuoksi palveluketjun katkeaminen sekä lähi- ja työyhteisön voimavarojen käyttämättä jättäminen kuntoutuksen tukena. Hajautetussa järjestelmässämme kuntoutusta koskevan yhteistyön on pitkään tiedetty olevan pulmallista. Puutteita esiintyi edelleen yhteistyön lähtökohdissa ja kuntoutustietämyksessä arvioitsijoiden mukaan. Kuntouttajat eivät tiedä yhteistyökumppaniensa toiminnasta tarpeeksi. Yhteistyö ontui hallinnonalojen välisessä yhteistyössä. Lisäksi kuntoutuksen asema valtionhallinnossa ei ollut edelleenkaan riittävän hyvä Kelan arvion mukaan (Lahtela ym. 2002, 62-63).

3.3 Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurunka

Peurunka sijaitsee hyvin keskeisellä paikalla Keski-Suomessa, Laukaassa, hyvien liikenneyhteyksien varrella ja lähellä Jyväskylän kaupunkia. Peurunka on perustettu vuonna 1974. Pää tarkoituksena Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungalla on hyvinvoinnin ja terveyden

edistäminen. Vahvuutena voidaan pitää kokonaisuuden laajuutta, sillä Peurunka verkostoinen tarjoaa mittavat puitteet ja eri alojen ammattilaisten palvelut. Peurungassa työskentelee yhteensä yhdeksän lääkäriä, viisi psykologia sekä noin 200 oman alansa ammattilaista. Peurungan palvelukokonaisuus sisältää liikunta- ja kuntoutuskeskuksen, tapahtuma- ja kongressikeskuksen, kokouskeskuksen, hotellin ja luksus-mökkejä, Suomen uusimman kylpylän, viihde- ja ruokaravintolan, jää- ja curlinghallin, vieressä sijaitsevan Peurunkajärven sekä laajat ulkoilureitistöt patikoimiseen ja esimerkiksi hiihtämiseen (<https://www.peurunka.fi>).

Peurungassa käy vuosittain noin 5500 (2010) kuntoutusasiakasta, joista päivittäin sesonkiaikana saattaa samanaikaisesti olla kuntoutuksessa keskimäärin 200 kuntoutujaa. Suurin osa kuntoutujista on työikäistä aktiiviväestöä, mutta sen lisäksi kuntoutujista löytyy vielä runsaasti veteraaneja sekä liikkumis- tai toimintaesteisiä kuntoutujia (<https://www.peurunka.fi>).

3.4 Yhteenveto laituskuntoutuksen vaikuttavuudesta

Kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää myönteisen vaikutuksen aikaansaaminen asiakkaan tilanteessa. Viime vuosina on enenevässä määrin painotettu tieteellisesti vaikuttavaksi todettujen kuntoutustoimenpiteiden käyttämistä. Vaikuttavuusnäyttö onkin nostettu tärkeäksi tekijäksi hoidon järjestämisen ja korvattavuuden perusteeksi (Pohjolainen & Malmivaara 2008). Näihin tieteellisiin menetelmiin pohjautuvaa kuntoutustoimintaa, -toimenpiteitä ja toimintaprosessia sekä niiden vaikuttavuutta, tuloksellisuutta ja hyötyjä ja tehokkuutta arvioidaan usein kriittisesti (Järvikoski & Härkäpää 2011, 273.) Uusi terveydenhuoltolakikin edellyttää sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tarjoavan näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Alarannan ym. (2008) mukaan hyvä kuntoutus on moniammatillista, suunnitelmallista ja tuloksellista toimintaa (Alaranta ym. 2008). Kuntoutukseen tulisi sisällyttää fyysisten ja lääketieteellisten ongelmien kuntoutuksen ohella myös kokonaisvaltainen näkemys sosiaalisista ja psyykkisistä tarpeista. Kuntoutujan voimavarojen tukeminen, hänen oman äänensä kuuluminen, voimaantuminen ja elämän hallinnan tukeminen tulisivat olla työn lähtökohtina (Pitkälä ym. 2005, 146-149.)

Pohjolainen (2005) esittää, että kuntoutuksen tehon tieteellistä tutkimusta on lisättävä ja sen koordinoitua on Suomessa kehitettävä. Vaikuttavuuden lisäksi tulee edetä myös syvemmälle

eli esim. selvittää, millaisella kuntoutuksella, millä kohderyhmällä, missä olosuhteissa, minkä kestoisella ja tehoisella kuntoutuksella saadaan paras tulos. Vaikuttavuustutkimuksiin tulisi liittää mm. laadullisia tutkimusmenetelmiä, jolloin tiedettäisiin, mikä esim. moniammatillisessa kuntoutuksessa on vaikuttavaa tai miksi AVH- potilaiden kuntoutuksessa omaisten ja läheisten mukaan ottaminen on hyödyllistä (Pohjolainen 2005, 339-405.)

Pohjolaisen & Malmivaaran (2008) mukaan suurin osa terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista ei perustu tieteelliseen näyttöön vaan kuntoutus pohjaa lääketieteelliseen, sosiaali-, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteelliseen tietämykseen. Vaikuttavuutta kuntoutuksessa tulee arvioida useilla eri menetelmillä, koska erilaisilla kuntoutusmuodoilla on useita tavoitteita. Kuntoutuksen arviointiin ei ole pystytty vielä kehittämään standardoituja mittausmenetelmiä eikä terveydenhoidon arviointiin käytetyt menetelmät aina sovellu tai ole riittäviä kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi voikin kohdistua itse kuntoutujaan ja hänen toimintaympäristöihinsä, kuntoutuksen tuottajatasoon tai kuntoutusjärjestelmään ja sen osiin (Pohjalainen & Malmivaara 2008).

Vastuun jakautuminen eri rahoittajien kesken lääkinnällisen kuntoutuksen osalta aiheuttaa Ihalaisen & Rissasen (2009) mukaan viivettä kuntoutukseen pääsyssä ja heikentää vaikuttavuutta. Eriarvoisuutta aiheuttaa lisäksi alueelliset erot kuntoutukseen pääsyssä (Ihalainen & Rissanen 2009, 87). Lähinnä geriatriisessa kuntoutuksessa on näyttöä lääkinnällisen laitospotilaiden kuntoutuksen tarkoituksenmukaisesta kohdentumisesta (Aalto ym. 2002, Kuntoutusselonteko 1998).

Oerkild ym. (2011) arvioivat laitos- ja kotikuntoutuksen vaikuttavuutta sydäntautipotilaiden fyysiseen suoriutumiskykyyn, riskitekijöihin sekä koettuun elämänlaatuun. Heidän tutkimuksessaan ryhmien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa edellä luetelluissa muuttujissa (Oerkild ym. 2011, 78-85). Samansuuntaiseen havaintoon päätyivät Taylor ym. (2010). He arvioivat sydäntautipotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuutta vertaillen laitos- ja kotikuntoutusta. Heidän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kuntoutuksen vaikuttavuudessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa lyhyen eikä pitkän aikavälin arvioinnissa.

Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (Aslak) on Kansaneläkelaitoksen kehittämä ja kustantama, työikäiseen väestöön kohdistuva laitospotilaiden kuntoutuksena toteutettu vanhaskuntoutuksen muoto. Aslak-kuntoutuksella näyttäisi olevan monia myönteisiä

vaikutuksia kuntoutujien työ- ja toimintakykyyn sekä koettuun hyvinvointiin. Lisäksi tutkimuksissa on havaittu tapahtuvan myönteistä muutosta kuntoutujien terveydentilassa ja fyysisessä suorituskyvyssä (Härkäpää 2002, Kurki 1999, Nevala-Puranen 1996). Toisaalta on huomioitavaa, että harvat myönteisistä muutoksista näyttäisivät säilyvän 3-5 vuoden aikavälillä (Tirkkonen ym. 2009).

Aslak-kuntoutuksesta on tehty eniten vaikuttavuustutkimuksia, mutta niiden tulokset ovat ristiriitaisia ja siksi tulosten hyödynnettävyys on melko vähäinen. palveluntuottajien kilpailutuksessa ja rahoituksen ohjaamisessa vaikuttavuustieto ei ole tällä hetkellä kriteerinä (Ihalainen & Rissanen 2009, 83). Toimintamuodot ja sisällöt työelämään suuntautuvan laitospääntoutuksen osalta ovat integroituneet puutteellisesti työelämään (Ihalainen & Rissanen 2009, 87).

Moniammatillisen laitospääntoutuksen ja kotikuntoutuksen vaikuttavuuden keskeisimpänä tekijänä voidaan pitää yksilön tilanteen huomioimista. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei laitos- ja kotikuntoutuksen vaikuttavuuden välillä ole havaittavissa. On kuitenkin huomioitava, että sekä aikaisin ja/tai järjestelmällisesti toteutettu kuntoutus sekä laitos- että kotiympäristössä nopeuttaa kuntoutumista ja esimerkiksi leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden ilmenemistä (Hasset ym. 2009 ja Khan ym. 2009).

Vaikuttavuustieto ei kohdistu niinkään laitosten merkitykseen kuntoutumisessa (Ihalainen & Rissanen 2009, 86). Vaikuttavuusnäytön perusteella tulokselliselle kuntoutukselle on tyypillistä sen varhainen aloittaminen, tarkka kohdentaminen, moniammatillinen toteutus, aktiivinen harjoittelu ja toimenpiteiden kohdistuminen yksilön lisäksi hänen työ- ja elinympäristöönsä (Pohjolainen 2006).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiilia ja heidän arviotaan saamistaan palveluista Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälainen on kuntoutusasiakkaan asiakasprofiili Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa?
2. Minkälaista on kuntoutusasiakkaiden tyytyväisyys palveluihin Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kyselyn laadinta ja esitetaus

Kyselylomake laadittiin koko tutkimusprojektin käyttöön. Sen esitetaus toteutettiin vuoden 2010 lopussa ja 2011 alussa Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa terveystieteiden opiskelijoiden toimesta. Kyselylomakkeeseen liitettiin myös lyhyt saate, missä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja aineiston käsittelystä anonyymisti.

5.2 Kyselyn muuttajat

Kyselylomakkeeseen muodostettiin kysymyksiä neljän eri aihealueen alle yhteensä 52. Aihealueet olivat: taustatiedot, Peurunka vierailukohteena, vapaa-ajan vietto normaalina arkena sekä yleiskuva Peurungasta. Aihealueiden kysymyksissä käytettiin pääasiassa Likertin asteikkoa ja valmiita vastausvaihtoehtoja sekä muutamia avoimia kysymyksiä. Vastausvaihtoehdot olivat numeerisessa muodossa 1, 2, 3, 4 ja 5. Niistä numeroarvo 1 tarkoitti ”täysin samaa mieltä”, 2 ”samaa mieltä”, 3 ”en osaa sanoa”, 4 ”eri mieltä” ja 5 ”täysin eri mieltä”. Viisi portaisen asteikon avulla annettiin myös mahdollisuus neutraaliin vastaamiseen ”en osaa sanoa”, jotta varmasti jokainen on sitä mieltä mitä on eikä häntä pakoteta vastaamaan kysymykseen mihin ei välttämättä osaa sanoa mielipidettään. Tämän lisäksi muutamassa kysymyksessä käytettiin yksisuuntaista intensiivivasteikkoa.

Avoimien kysymysten avulla pyrimme keräämään lisäinformaatiota niiden kysymysten kohdalla, missä pelkkä vastauksen ympyröiminen ei riittänyt. Tästä esimerkkinä vastaajien antama yleisarvosana välillä 0-10, mihin sai myös avoimesti perustella sitä, miksi ei antanut arvosanaksi täyttä 10. Avoimien kysymysten ja monivalintaisten Likert -asteikollisten kohtien lisäksi lomake sisälsi luokittelu- ja suhdeasteikollisia kysymyksiä, joissa selvitettiin vastaajien sukupuolta, ikää, koulutusta, työtilannetta, pääsyitä Peurunkaan tulolle sekä Peurungan palveluiden hyödyllisyyttä.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Pro gradu-tutkielman perusjoukko muodostui Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungan asiakkaista aikavälillä 28.2.2011 - 31.3.2012. Perusjoukkoon kuuluivat kaikki asiakkaat, jotka

täyttivät ja palauttivat strukturoidun kyselylomakkeen kyseisenä ajanjaksona. Lisäksi muutamille asiakkaille toteutettiin strukturoitu teemahaastattelu aiheesta, mikä nauhoitettiin ja litteroitiin, ja tämän jälkeen analysoitiin. Tutkimukseen osallistui yhteensä 755 Peurungan asiakasta. Suunnitteluvaiheessa tiedettiin tämän joukon olevan hyvin heterogeeninen, mutta sisältävän silti paljon kuntoutusasiakkaita.

5.4 Tutkimusmenetelmä

Menetelmällinen lähestymistapa oli mixed-method, missä yhdistyvät kvantitatiivinen surveytutkimus sekä kvalitatiivinen teemahaastattelu. Lähestymistavan avulla korvataan pelkästään toisen lähestymistavan puutteita ja siten pystytään täydentämään toista menetelmää. Tuloksista saadaan uskottavampia ja tämän avulla voidaan yhdistää eri tutkijoiden ja osallistujien näkökulmia (Bryman 2006, 97-113). Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeiston sekä haastatteluiden avulla. Survey-menetelmälle on tyypillistä ottaa perusjoukosta otoksia erilaisin otantamenetelmin. Tässä tutkielmassa käytetään kaikkia kohderyhmään kuuluvia alkioita eli koko perusjoukkoa. Tutkimuksen ja aineiston keruun aikaväli on reilun vuoden mittainen, jolloin kyseessä on tietyllä aikavälillä otettu otos Peurungan asiakkaista. Tällöin myös tilastollinen testaaminen on perusteltua (Mellin 2006, 19).

Kyselytutkimus suoritettiin kaikille Peurungan asiakkaille, joten perusjoukon tarkkaa kokoa tai esimerkiksi vastausprosenttia ei voida määrittää. Yleensä kyselytutkimusta voidaan suorittaa vähintään 200-300 suuruisesta tai suuremmasta perusjoukosta (Heikkilä 2005, 33). Lomakkeita oli saatavilla useassa eri paikassa Kuntoutumis- ja liikuntasäätö Peurungan alueella ja tämän lisäksi toteutettiin useita käyntejä opiskelijoiden ja tutkijoiden johdolla Peurungassa, jolla mahdollistettiin asiakkaiden tehokkaampi vastaaminen kyselyyn. Yhteensä vastauksia saatiin 755 kappaletta.

Surveytutkimuksen avulla voidaan kerätä tietoa suurten ihmismäärien toiminnasta, asenteista ja mielipiteistä, vaikka koko Suomea koskevia tietoja. Tiedonkeräys tapahtuu standardoidussa muodossa, jolloin asioita kysytään kaikilta vastaajilta samalla tavalla (Alkula ym. 1999. 119-121. Surveytutkimuksella kerätyn aineiston avulla pyritään kuvaamaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 134-135). Se soveltuu myös tosiasiatietojen, mielipiteiden, asenteiden sekä arvojen ja ideologioiden selvittämiseen (Uusitalo

1991, 92-93).

Kvalitatiivinen teemahaastattelu toteutettiin tutkimuksessa kahdelle kuntoutusasiakkaalle, ja näiden haastatteluiden analysointiin käytin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkastellaan tekstimuodossa olevaa aineistoa eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Tämän avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka samalla kytkee tulokset laajempaan kontekstiin ja muihin tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysiä voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti riippuen perustuuko analyysi ja luokittelu aineistoon vai valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-116). Tutkimuksessa pyrin sisällönanalyysin avulla syventämään haastateltavien kokemuksia ja arviota Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungan palveluista sekä niiden laadusta. Teemoittelun avulla pyrin järjestämään näistä haastatteluista saatuja aineistoja, jotta niistä saatuja tietoja pystytään paremmin hahmottamaan ja poimimaan asiakastytyväisyyteen ja palveluun liittyvät osiot. Teemoittelussa painottuu se, mitä kustakin teemasta on sanottu ja sitä voidaan pitää yksinkertaisena aineiston järjestämisen muotona (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95).

Tässä Pro gradu – tutkielmassa surveytutkimus mahdollistaa ison aineiston analyysin ja teemahaastatteluiden sisällönanalyysi syventää saatua tietoa. Aineiston avulla saadaan tietoa Peurungan asiakkuuksista; asiakkaiden taustatiedoista, elämäntilanteesta, koulutuksesta, työtilanteesta sekä Peurunkaan tulon eri syistä. Menetelmät soveltuvat myös esimerkiksi asiakkaiden tyytyväisyyden selvittämiseen eri palvelujen osalta. Tässä tutkimuksessa postin kautta toteutettava kysely oli mahdotonta, sillä Peurungalla ei ole aiemmin ollut käytössä sellaista asiakasrekisteriä, mitä olisi voinut hyödyntää kyselyssä. Tutkimuksen ulkopuolelle olisi myös tällä tavalla saattanut jäädä eri asiakkuuksia, kuten hyvinvointimatkailijat tai vaikkapa satunnaiset kylpylä- ja liikuntamatkaajat.

5.5 Aineiston analyysi

Aineiston määrällisen osuuden analyysi toteutettiin SPSS 14.0 – ohjelmalla. Analyysiä tehdessä tarkasteltiin muuttujien jakaumia, hajontoja, keskiarvoja sekä erilaisia tunnuslukuja. SPSS – analyysin pohjalta ryhmiteltiin kyselyyn vastanneet kolmeen eri pääryhmään Peurunkaan tulon pääsyyden mukaisesti; kuntoutujat, liikunta ja vapaa-ajan matkailijat sekä työhyvinvointimatkailijat. Analyysiä tehtäessä verrattiin näiden ryhmien välisiä eroja eri

kysymysten kohdalla. Lisäksi kaksi toteutunutta haastattelua litteroitiin ja niille tehtiin sisällönanalyysi.

Ryhmittelyanalyysin avulla pyritään löytämään aineistossa olevia erilaisia vastaajaryhmiä ja omassa tutkimuksessani erilaisia asiakkuuksia. Tämän avulla saadaan aineistosta muodostettua ryhmiä, joiden jäsenet ovat mahdollisimman paljon samankaltaisia keskenään ja siten ryhmä myös toisistaan poikkeavia ryhmiä. Omassa tutkimuksessa käytettiin laajojen aineistojen ryhmittelyanalyysia, jossa tutkija voi itse määrittellä ryhmien määrän (Heikkilä 2005, 249).

Tutkimuksen tulososion jaoin kahteen osaan; ensimmäisessä osiossa käyn läpi asiakasprofiiliin liittyviä tietoja, kuten ikä, sukupuoli, siviilisääty, sosiaalinen status sekä tämän hetkinen toimintakyky. Toisessa osiossa pureudun enemmänkin asiakastyytyväisyyteen niin kuntoutuksen osalta kuin myös yleiseen tyytyväisyyteen Peurungan palveluihin liittyen.

5.6 Tutkimuksen eettisyys

Pro gradu tutkielmani on osa laajempaa tutkimusta, mihin on saatu hyväksyntä yliopiston eettiseltä toimikunnalta sekä myönnetty ulkopuolista rahoitusta. Tutkimuksen aikana vastanneiden tietoja käsiteltiin täysin anonymisti, kuten myös saatua haastattelumateriaalia. Kyselyyn vastanneet saivat luettavaksi saatetekstin (liite 1), missä oleelliset asiat tämän osalta on käyty läpi.

Eettisesti hyväksyttävän ihmistieteellisen tutkimuksen lähtökohtanahan on aina ihmisten kunnioittamista ilmentävät arvot. Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen tekeminen edellyttää tutkijalta hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, jolloin ensisijaista on aina tutkittavan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Pelkonen & Louhiala 2002, 129). Tämä ihmisarvon kunnioittaminen ilmenee myös pyrkimyksenä turvata tutkittavien itsemääräämisoikeuden lisäksi, vahingoittumattomuus sekä yksityisyys. Itsemääräämisoikeutta voidaan kunnioittaa sillä, että annetaan tutkittaville mahdollisuus päättää itse haluavatko he osallistua tutkimukseen (Kuula 2006, 60-65). Tutkimuksessa kerrottiin vastaajille saatekirjeen avulla tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen käytöstä ja tutkimuksen toteuttajista. Vastaajilla oli myös halutessaan mahdollisuus kysyä lisää tieto tutkimuksesta soittamalla saatekirjeestä löytyviin puhelinnumeroihin tai kysymällä

mahdollisesti paikalla olevilta tutkijoita suoraan itseltään. Toimimalla avoimesti tutkijat ovat halunneet varmistaa sen, että kyselyyn vastaajat tietävät millaiseen tutkimukseen he ovat osallistumassa. Tutkijoiden ja tutkittavien suhde on tärkeä. Ensisijainen edellytys on tietoinen suostumus tutkimukseen (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tähän tutkimukseen osallistuminen on ollut kaikille täysin vapaaehtoista, joten kaikilla on ollut myös mahdollisuus olla osallistumatta tutkimukseen.

Yksityisyyden turvaamiseen kuuluu myös henkilötietojen suojaaminen. Henkilötietoja ei kysytty kyselylomakkeessa, joten henkilötiedot eivät tulleet tutkijoiden tietoon missään vaiheessa. Vastaaja on antanut luvan käyttää tietoja tutkimusta varten vastatessaan lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Näitä tietoja on käsitelty erityisen luottamuksellisesti ja niitä on käytetty ainoastaan siihen tarkoitukseen kuin saatekirjeessä on luvattu. Tulosten raportointi on toteutettu siten, että tuloksista ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Lisäksi tulosten raportoinnissa pyritään avoimuuteen ja rehellisyyteen.

5.7 Tutkimuksen luotettavuus

Koko pro gradu-tutkimuksen sekä aikaisemman pro seminaari työn ajan olen saanut ohjausta ja kritiikkiä töiden ohjaajalta sekä omalta graduryhmältämme. Kommentit ja kritiikki on aina arvokas apu tutkimuksen teossa, mutta erityisen tärkeää se on myös tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Itse tutkijana olen pyrkinyt toteuttamaan tutkimuksen kaikkien tieteen sääntöjen ja tapojen mukaisesti ja siten pyrkinyt omalta osaltani huolehtimaan tutkimuksen luotettavuudesta. Tutkimuksessa on pyritty objektiivisuuteen, eivätkä tulokset ole riippuvaisia tutkijasta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin mittaustulokset ovat toistettavissa ja tutkimuksen validiteetilla sitä, selvittääkö kysely juuri sitä, mitä sen on tarkoitus selvittää (Hirsjärvi ym. 2003, 213–215). Validiteetti voidaan myös jakaa sisäiseen ja ulkoiseen ulottuvuuteen, jolloin sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta (sisältö-, rakenne- ja kriteerivaliditeetti) ja ulkoisella sitä, kuinka yleistettävissä tutkimus on (Metsämuuronen 2005, 57).

Reliabiliteettia voidaan arvioida useammilla eri menetelmillä. Oman tutkimuksen

testilomaketta testattiin pienellä pilottitestillä Peurungassa ennen varsinaisen tutkimuksen alkamista ja samalla siihen tehtiin joitain pieniä muutoksia. Kyselyssä käytettyjä kysymyksiä on käytetty myös aikaisemmissa tutkimuksissa missä ne on todettu toistettaviksi. Monivalintakysymysten viisiportaisuutta voidaan pitää toisaalta hieman heikkona, koska vastaajaa ei pakoteta ottamaan kantaa suuntaan tai toiseen, vaan he voivat valita myös kohdan ”en osaa sanoa” huolimattomuuttaan tai täyttäessään kiireessä kyselyä, jolloin hän ei paneudu kysymyksiin tarpeeksi (Metsämuuronen 2005, 62). Vallin (2001, 35) mukaan tämä ei ole kuitenkaan yksioikoista ja viisiportaisuus mahdollistaa myös vaihtoehdon silloin, kun vastaajalla ei ole selkeää kantaa asiaan.

Vastaukset kyselyyn olivat johdonmukaisia ja vain muutamasta lomakkeesta puuttui joku vastaus, joka sekin selittynee pääosin huolimattomuudella. Tutkimuksissa on myös aina riskinä, että vastaajat vastaavat mahdollisimman positiivisesti ja yleisen mielipiteen mukaan (Valli 200, 37). Vastaajien anonyymius kuitenkin vähentää asioiden kaunistelua ja vähättelyä, ja vastaajat antoivat myös kritiikkiä ja jakoivat negatiivisia kokemuksia.

Validiteetti tarkoittaa sitä, mitataanko mittarilla sitä asiaa mitä on tarkoitus mitata eli toisin sanoen kuinka hyvin käytetty mittari antaa vastauksia kysymyksiin ja ongelmiin, joita sen avulla pyritään tutkimaan (Anttila 1996). Voidakseen olla validi tutkimus, ei kuitenkaan riitä, että tutkimuksessa käytetty mittari on validi, vaan myös tutkimusotteen tulee tehdä oikeutta tutkittavan ilmiön olemukselle ja kysymyksenasettelulle (Eskola & Suoranta 2000, 219-222).

Validiteetti jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Sisäisen validiteetin arvioitavia lajeja ovat sisältö-, kriteeri- ja rakennevaliditeetti. Pohdinnassa keskityn sisältö- ja rakennevaliditeetin pohdintaan. Ulkoinen validius tarkoittaa puolestaan sitä, kuinka yleistettävä tutkimus on (Nummenmaa ym. 1997). Sisältövaliditeetti viittaa käytetyn mittarin pätevyyteen, tutkimusprosessin on oltava arvioitavissa ja arvioijan on kyettävä seuraamaan tutkijan päättelyä. On kyettävä näyttämään, että tulokset perustuvat johonkin eivätkä ole ainoastaan tutkijan henkilökohtaista intuitiota. Tutkijan tulee pystyä kuvaamaan mahdollisimman selkeästi aineistonsa, tekemänsä tulkinnat sekä ratkaisu- ja tulkintatavat (Heikkilä 1998). Omassa tutkimuksessani olen pyrkinyt parantamaan luotettavuutta dokumentoimalla tarkasti tutkimuksen toteutuksen, analysoinnin ja tulokset, mikä siis lisää osaltaan luotettavuutta.

Tieteen luotettavuutta pohdittaessa kyselylomaketutkimuksessa on sekä vahvat että heikot puolensa. Käyttämässämme mittarissa tutkija ei itse vaikuta olemuksellaan ja läsnäolollaan tutkittavien vastauksiin. Luotettavuutta parantaa myös se, että lomaketta käytettäessä kysymykset ja väitteet esitetään kaikille vastaajille samassa muodossa (Valli 2001, 30). Pitää kuitenkin muistaa, että aina on väärinymmärtämisen mahdollisuus, koska vastaaja ei voi saada tarkentavaa informaatiota itselleen epäselvien kohtien yhteydessä. On myös riski, että lomakkeen täyttäjät voi esittää asiansa epätarkasti tai väärin esimerkiksi avoimen kysymyksen kohdalla tai jättää kokonaan vastaamatta (Valli 2001, 101-102). Väärinymmärrysten välttämiseksi kyselylomake esitettiin Peurungassa, jonka jälkeen kysymyksiä vielä muokattiin esitesteiden kommenttien perusteella.

Rakennevaliditeetti liittyy teoreettisen käsitteen mittaamiseen ja se kertoo siitä, onko teoreettinen lähestymistapa valittu oikein. Onko tutkimuksessa käytetty esimerkiksi oikeita käsitteitä ja kuinka hyvin ilmiön luonnetta on tulkittu. Kun teoreettisen käsitteen operationalisointi on onnistunut, mittari on käsitevaliditeetiltaan hyvä. Tutkija voi perustella käyttämäänsä operationalisointia myös aiheen tuntemuksellaan, aiemmilla tutkimuksilla ja yleisellä päättelyllä (Anttila 1996).

Olen pyrkinyt lisäämään tutkimuksen käsitevaliditeettia laajalla teoreettisella viitekehysellä, jonka pohjalta tutkimus on voitu perustellusti toteuttaa. Laajan ja ajankohtaisen taustakirjallisuuden sekä muutamien tutkimusten pohjalta olen luonut lukijoille kuvan kuntoutuksesta ja kuntoutuslaitoksista sekä asiakastyytyväisyydestä. Tällä taustalla tutkimusprosessin etenemistä on johdonmukaista hahmottaa ja se antaa pohjan koko tutkimuksen toteuttamiselle. Tutkimuksen käsitevaliditeettia lisäävänä koen myös sen, että itse alaa opiskelleena ja kuntoutuspuolella työskennelleenä kykenen löytämään tutkimuksen kannalta olennaisia kysymyksiä liittyen kuntoutuksen asiakasprofiiliin ja -tyytyväisyyteen. Aina voi kuitenkin olla kriittinen, ja siksi en voi laajasta pohjatyöstä huolimatta olla täysin varma siitä, ettei esimerkiksi käytetystä kyselylomakkeesta jäänyt puuttumaan jotain oleellista elementtiä, minkä avulla olisi saanut tärkeää tietoa.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää otoksen laajuus. Kyselyyn vastasi yhteensä 755 Peurungan asiakasta, joista 313 oli kuntoutujaa. Tämänkin kokoisesta tutkimusjoukosta pitää kuitenkin tehdä melko varovaisia tilastollisia päätelmiä. Vallin (2001, 32) mukaan riittävänä vastausprosenttina kyselytutkimuksessa voidaan pitää 60 prosenttia. Oman tutkimuksen

vastausprosenttia ei voi kuitenkaan määrittää, sillä kyselylomakkeet olivat pitkän aikavälin tarjolla Peurungan asiakkaille eri pisteissä.

Mittausvirheitä tutkimuksessa on vaikea kontrolloida, koska tutkimani asiat ja käsitteet ovat sidottu henkilökohtaiseen kokemusmaailmaan, jolloin jokaisen vastaajan yksilölliset tulkinnat korostuvat.

6 TULOKSET

6.1 Asiakasprofiili

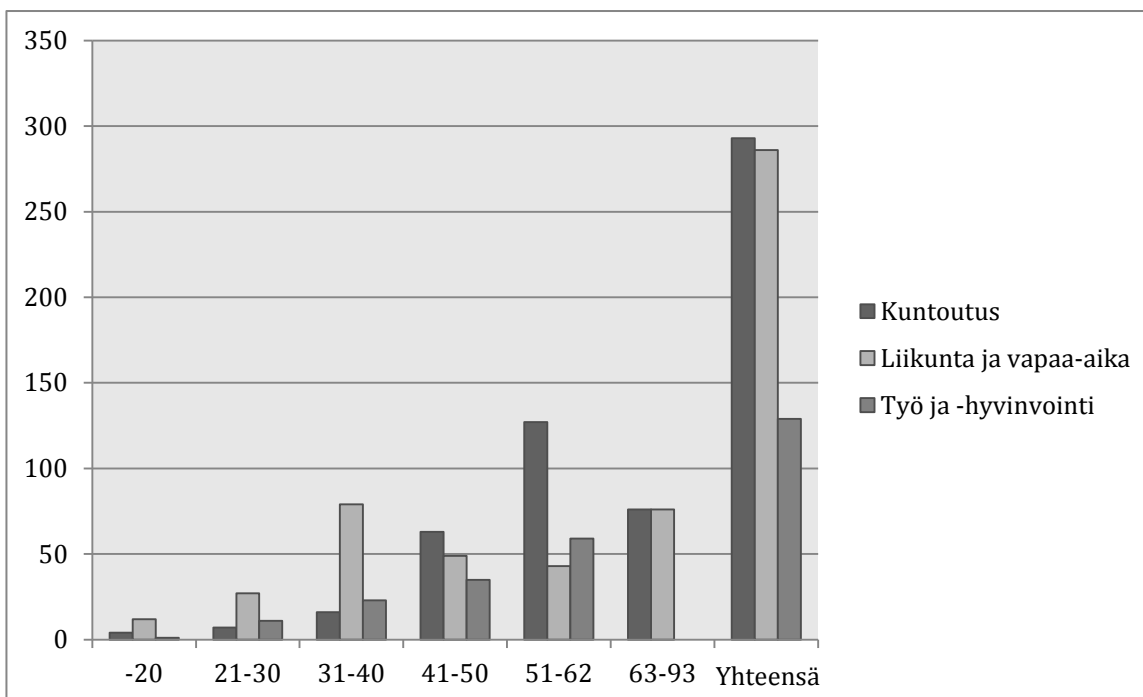
Tutkimuksessani kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiili muodostuu monista osatekijöistä. Oleellisia ja tutkittuja asioita olivat asiakkaiden taustatiedot, kuten sukupuoli ja ikä, koulutustaso, työtilanne, siviilisääty, koettu terveys ja toimintakyky sekä kokonaisvaltainen hyvinvointi. Profiilin määrittämiseksi olen tutkinut myös asiakkaiden oireilua ennen Peurunkaan tuloa, Peurunkaan tuloon vaikuttaneita tekijöitä sekä aikaisempia käyntejä Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa. Kaikki edellä mainitut kohdat ovat oleellisia asiakasprofiilin määrittämisessä.

6.1.1 Taustatiedot

Kaikista kyselyyn vastanneista (N=755) henkilöstä naisia oli 61% ja miehiä 39%. Kuntoutujien osalta suhde oli kuitenkin toisinpäin, sillä miehiä oli enemmän (52%) kuin naisia (48%) (taulukko 4). Kuntoutujat poikkesivat muusta asiakaskunnasta myös ikänsä puolesta, sillä heidän keski-ikänsä oli 56.74 vuotta (ka=51.15) ja ikäjakauma oli myös hyvin erilainen (kuva 2). Vastajat luokiteltiin tulossyyntä mukaan kolmeen pääluokkaan; kuntoutus, liikunta ja vapaa-aika sekä työhyvinvointi. Vastajista suurin osa (40%) tuli Peurunkaan keski-Suomen alueelta, muuten asiakkaat tulivat tasaisesti ympäri Suomea, merkitsevää eroa ei kuntoutusasiakkaiden ja muiden välillä ollut.

TAULUKKO 4. Kyselyyn vastanneiden henkilöiden sukupuolijakauma ja % - osuus sekä keski-ikä ja -hajonta kuntoutusasiakkailla sekä koko aineistolla..

Peurunkaan tulon pääsyy	Sukupuoli	N	%	Keski-ikä	SD
Kuntoutus	Nainen	150	48%	55.86	15.79
	Mies	163	52%	57.59	14.09
	Yht.	313	100%	56.74	14.94
Kaikki asiakkaat	Nainen	411	61%	50.00	15.31
	Mies	297	39%	52.74	15.75
	Yht.	755	100%	51.15	15.54



KUVA 2. Ikäjakauma eri asiakasryhmissä (N=708).

6.1.2 Koulutusaste, työtilanne ja siviilisäät

Koulutustasolta kuntoutusasiakkaat ovat melko heikosti koulutettuja. Suurin osa heistä on käynyt joko perus- tai keskiasteen koulutuksen, ja vain 13% suorittanut alemman tai ylemmän korkeakoulututkinnon (taulukko 5). Työtilanteen osalta kuntoutusasiakkaat ovat pääsääntöisesti joko ansiotyössä (48%) tai eläkkeellä (42%). Kuntoutusasiakkaista suurin osa on yhä avioliitossa (58%) tai avoliitossa (14%).

TAULUKKO 5. Peurungan kuntoutusasiakkaiden työtilanne, koulutusaste sekä siviilisäät.

Työtilanne			Koulutus			Siviilisäät		
Ansiotyössä	149	48%	Perusaste	99	32%	Avioliitossa	182	58%
Yrittäjä	14	4%	Keskiaste	176	56%	Avoliitossa	45	14%
Kotiäiti tai isä	–	0%	Ammatti- korkeakoulu	11	4%	Eronnut	32	10%
Opiskelija	9	3%	Akateeminen loppututkinto	27	9%	Naimaton	29	9%
Eläkkeellä	132	42%	Yht.	313	100%	Leski	25	8%
Työtön	8	3%				Yht.	313	100%
Yht.	313	100%						

6.1.3 Tulotaso

Kuntoutusasiakkaat eroavat selkeästi tulotasonsa perusteella muista asiakkaista (taulukko 6). Kuntoutujiissa on prosentuaalisesti enemmän kahden alhaisemman tuloluokan edustajia ja taas vähemmän ylempien tuloluokkien edustajia ($p < 0,02$).

TAULUKKO 6. Peurungan kuntoutusasiakkaiden ja kaikkien asiakkaiden tulotasot.

	Kuntoutus (N=304)	%	Ka (N=732)	%
Alle 1500€/kk	39	13%	75	10%
1501 – 4000€/kk	160	53%	351	48%
4001 – 10 000€/kk	89	29%	247	34%
10 001 – 30 000€/kk	8	3%	34	5%
yli 30 000€/kk	8	3%	25	3%
yht.	304	100%	732	100%

$p < 0,02$

6.1.4 Koettu terveys, toimintakyky ja kokonaisvaltainen hyvinvointi

Koetun terveyden, toimintakyvyn ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kohdalta voidaan kuntoutusasiakkaiden osalta todeta, että he kokevat olevansa huomattavasti heikommassa kunnossa kuin muut asiakkaat ja eroavat näin ollen heistä merkitsevästi ($p < 0.000$) (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Koettu terveys ja toimintakyky sekä kokonaisvaltainen hyvinvointi kuntoutusasiakkailla (asteikko 0 – 10, missä 0 = huono ja 10 = erinomainen).

	Pääryhmä	N	Ka	SD
Terveydentila	Kuntoutus	307	7.4	1.9
	Kaikki asiakkaat	740	8.3	1.9
Toimintakyky	Kuntoutus	307	7.6	2.0
	Kaikki asiakkaat	744	8.5	1.9
Kokonaisvaltainen hyvinvointi	Kuntoutus	306	8.0	1.8
	Kaikki asiakkaat	740	8.7	1.7

$p < 0.000$

6.1.5 Koetut oireet ennen Peurungan vierailua

Kyselyyn vastanneilta selvitettiin viimeisen 6 kuukauden aikana koettuja oireiluja liittyen hengitysvaikeuksiin, rintakipuiluun, verenkierron häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin. Kuntoutujat olivat kokeneet eniten kaikkia eri oireita verrattaessa muihin asiakkaisiin ($p < 0,000$) ja prosentuaalisesti kaikkein eniten tuki- ja liikuntaelimiin liittyviä oireita (70%) viimeisen 6 kuukauden aikana (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Oireet asiakkailta viimeisen 6 kuukauden aikana.

Oireet	Kuntoutusasiakkaat (N=313)			Ka (N=743)		
	Ei	Kyllä	Yht.	Ei	Kyllä	Yht.
Hengitysoireita	88%	12%	100%	90%	10%	100%
Hengenahdistusta	91%	9%	100%	93%	7%	100%
Rasitukseen liittyvää rintakipua	92%	8%	100%	95%	5%	100%
Verenkiertohäiriöitä	92%	8%	100%	94%	6%	100%
Tuki- ja liikuntaelinten oireita	30%	70%	100%	45%	55%	100%

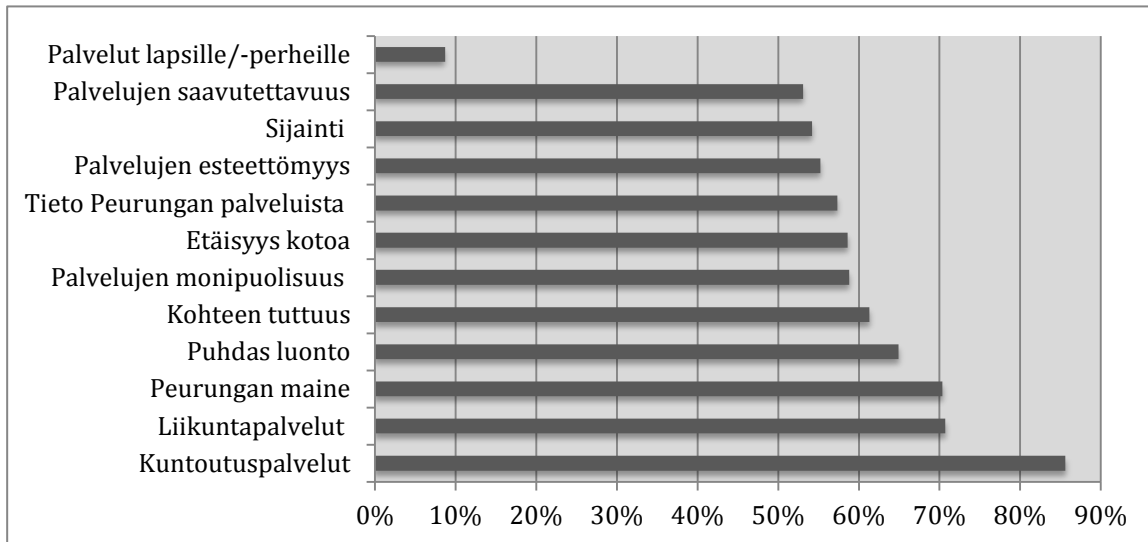
$p < 0,000$

6.1.6 Aikaisemmat vierailut Peurungassa ja saapumiseen vaikuttaneet tekijät

Suurin osa kyselyyn vastanneista on vierailut aiemminkin Peurungassa, etenkin kuntoutusasiakkaista (taulukko 9). Kuntoutusasiakkaita eniten Peurunkaan houkuttelevia tekijöitä olivat kuntoutus- ja liikuntapalvelut, Peurungan hyvä maine sekä puhdas luonto (kuva 3).

TAULUKKO 9. Aikaisemmat vierailut Peurungassa.

	Kuntoutus		Ka	
	N	%	N	%
En ole käynyt aikaisemmin	83	27%	250	34%
Olen käynyt aikaisemmin	227	73%	493	66%
Yht.	310	100%	743	100%



KUVA 3. Miten eri tekijät vaikuttivat kuntoutusasiakkaiden Peurunkaan tulemiseen.

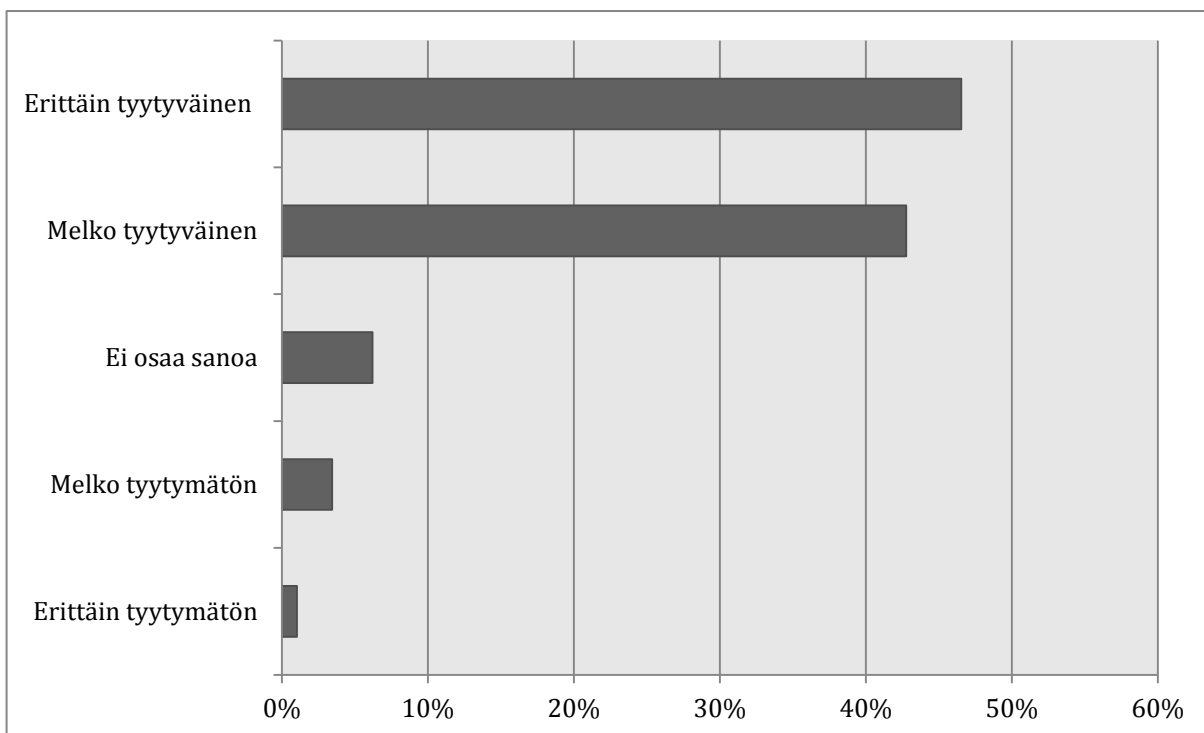
Kyselyssä selvitettiin myös vierailun kustannuksista vastaavaa tahoa. Kuntoutusasiakkaista lähes kaikki (91%) olivat kuntoutusjärjestelmän maksamina, ja vain pieni osa (8%) heistä oli omakustanteisella tai yhdistyksen maksamalla vierailulla. Kaikista kyselyyn vastanneista asiakkaista 40% oli tullut omakustanteisesti.

6.2 Asiakastyytyväisyys

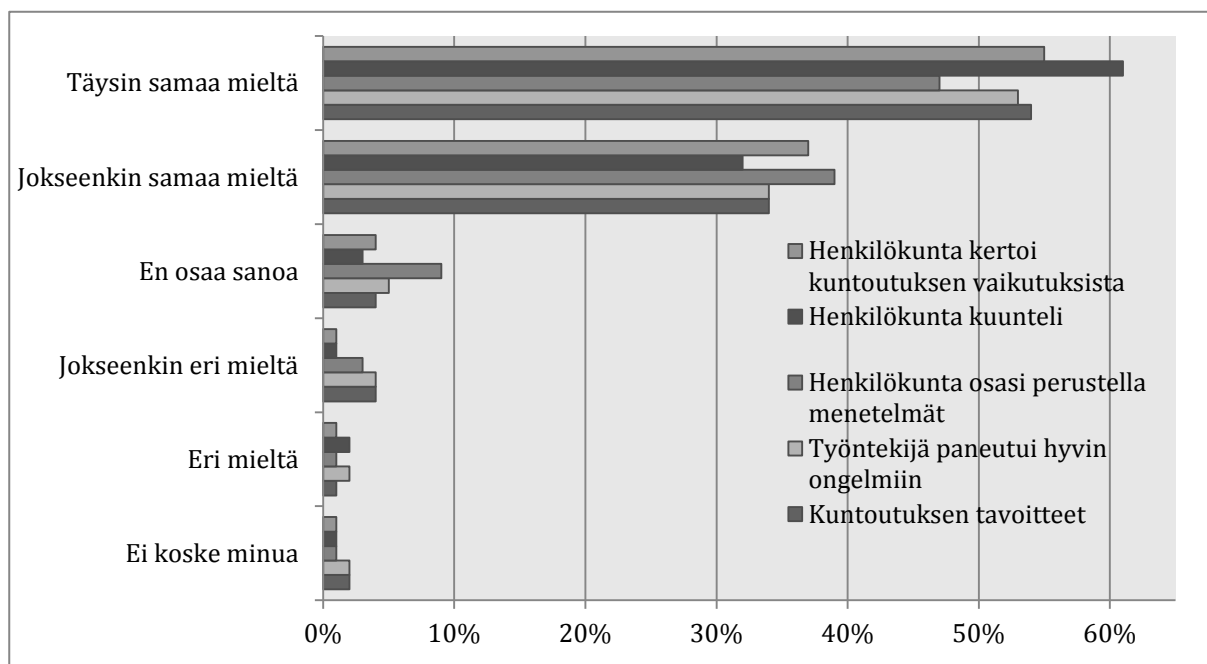
Asiakastyytyväisyyden osalta käsittelen seuraavissa kappaleissa kuntoutusasiakkaiden tyytyväisyyttä kuntoutuspalveluihin ja kuntoutushenkilökuntaan, palveluiden hyödyllisyyttä koetun hyvinvoinnin kannalta sekä asiakkaiden yleistä arviota Peurungasta.

6.2.1 Kuntoutusasiakkaiden tyytyväisyys kuntoutuspalveluihin

Kuntoutusasiakkaista yhteensä 89% (N=290) olivat tyytyväisiä Peurungon kuntoutuspalveluihin (kuva 4). Myös kuntoutushenkilökuntaan oltiin erittäin tyytyväisiä; kuntoutujista 88% oli samaa mieltä siitä, että henkilökunta osasi laatia yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutuksen tavoitteet, 91% mukaan kuntoutushenkilökunta kertoi ymmärrettävästi kuntoutuksen vaikutuksista sekä 93% mielestä kuunteli mitä asiakkaalla oli sanottavaa. Kuntoutujista 86% oli sitä mieltä, että henkilökunta osasi perustella käytetyt menetelmät joiden avulla tavoitteisiin pyrittiin. 87% oli samaa mieltä siitä, että henkilökunta paneutui riittävän hyvin ongelmiin (kuva 5).



KUVA 4. Kuntoutujien (N=290) tyytyväisyys Peurungan kuntoutuspalveluihin, vastausten prosenttiosuudet eri vaihtoehdoissa.



KUVA 5. Kuntoutujien (N=269-280) tyytyväisyys Peurungan kuntoutushenkilökuntaan.

6.2.2 Peurungan palveluiden koettu hyödyllisyys hyvinvoinnin kannalta

Kuntoutujista 95% (N=304) koki Peurungan palvelut hyödyllisenä oman hyvinvointinsa kannalta eikä kukaan kokenut vierailua haitalliseksi hyvinvoinnilleen (taulukko 10). Hieman pienempi osuus koki palvelut hyödylliseksi liikunta- ja vapaa-ajanmatkailijoista (80%) sekä työhyvinvointimatkailijoista (83%). Merkitsevä ero ($p<0.001$) Peurungan palveluiden koettuun hyödyllisyyteen löytyy, kun verrataan kuntoutujia muihin ryhmiin (taulukko 11).

TAULUKKO 10. Peurungan palveluiden koettu hyödyllisyys hyvinvoinnin kannalta eri asiakasryhmissä.

	Kuntoutus		Liikunta ja vapaa-aika		Työhyvinvointi		Yht.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Erittäin hyödyllinen	151	50	50	20	41	35	242	36
Melko hyödyllinen	138	45	150	60	56	48	344	51
Samantekevää	15	5	46	19	20	17	81	12
Melko haitallinen	0	0	1	0.5	0	0	1	0
Erittäin haitallinen	0	0	1	0.5	0	0	1	0
Yht.	304	100	248	100	117	100	669	100

TAULUKKO 11. Eri asiakasryhmien väliset erot Peurungan palveluiden koetun hyödyllisyyden osalta (multiple comparisons – Tukey HSD).

		Mean dif.	Std. Error	Sig.	95% Confidence interval	
					Lower bound	Upper bound
Kuntoutus	Liikunta ja vapaa-aika	-0.4514	0.054621	5.1E-09	-0.579704	-0.3231
	Työhyvinvointi	-0.2679	0.069449	0.00037	-0.431015	-0.10475
Liikunta ja vapaa-aika	Kuntoutus	0.4514	0.054621	5.1E-09	0.323097	0.579704
	Työhyvinvointi	0.1835	0.071595	0.028504	0.015345	0.351694
Työhyvinvointi	Kuntoutus	0.2679	0.069449	0.00037	0.104748	0.431015
	Liikunta ja vapaa-aika	-0.1835	0.071595	0.028504	-0.351694	-0.01535

6.2.3 Asiakkaiden yleinen arvio Peurungasta

Kaikki kolme ryhmää antoivat hyvin samansuuntaisen arvosanan (7.92 – 8.05) Peurungalle matkailukohteena (taulukko 12). Nykyisillä kouluarvosanoilla tulos on hyvä. Merkitsevää eroa ryhmien välillä ei ollut. Kysymys sisälsi myös avoimen kohdan, missä asiakas pystyi perustelemaan, mikäli antoi muun arvosanan kuin 10. Jokaisen asiakasryhmän kohdalla vastaukset keskittyivät suurelta osin siihen, että kylpylä ei ole vielä valmis ja remontti on vielä kesken. Kuntoutujien kohdalla avoimeen kysymykseen vastanneesta 58 oli kirjannut tämän (N=140). Muut vastaukset olivat lähinnä yksittäisiä syitä siihen, että asiakas ei antanut arvosanaksi 10:tä, esimerkkinä: hintataso liian korkea, liikuntapaikat kuntoon, parkkipaikat talvella, ajanvietetapahtumia lisää sekä ruoanlaatu ja ruokailu.

TAULUKKO 12. Kokonaisarvosana Peurungalle matkailukohtena asteikolla 0 – 10 (0 = huonoin, 10 = paras mahdollinen).

	Ka (N)	SD	Std.error	95% luottamusväli		Min.	Max.
				Lower bound	Upper bound		
Kuntoutus	7.92(295)	1.503829	0.087556	7.742938	8.087571	2	10
Kaikki asiakkaat	7.98(672)	1.426691	0.055036	7.87408	8.090206	0	10

Kyselylomakkeella tiedusteltiin myös asiakkaiden halua suositella Peurunkaa muille ja aikomusta tulla uudelleen Peurunkaan. Ensimmäiseen kysymykseen vastasi yhteensä 660 henkilöä, joista 94% suosittelisi Peurunkaa myös muille matkailukohtena (taulukko 13). Toiseen kysymykseen vastanneista (N=668) myös 94% olisi valmis tulemaan uudelleen vierailemaan Peurunkaan.

TAULUKKO 13. Asiakasryhmien halu suositella Peurunkaa muille ja tulla itse uudelleen.

	Kuntoutus		Liikunta ja vapaa-aika		Työhyvinvointi		Yht	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aiotteko suositella Peurunkaa muille?								
Kyllä	275	94%	229	92%	114	96%	618	94%
En	18	6%	19	8%	5	4%	42	6%
Yht.	293	100%	248	100%	119	100%	660	100%
p=0.436								
Aiotteko tulla uudelleen Peurunkaan?								
Kyllä	281	95%	225	91%	121	96%	627	94%
En	15	5%	21	9%	5	4%	41	6%
Yht.	296	100%	246	100%	126	100%	668	100%
p=0.13								

6.3 Haastattelujen tulokset

Tutkimusaineisto sisälsi kahden kuntoutusasiakkaan (Kela) teemahaastattelut. Toinen heistä oli pyörätuolilla kulkeva selkäydinvammaisen kuntoutuja ja toinen armeijassa loukkaantunut sotainvalidi. Molemmissa haastatteluissa korostui samantyyppiset asiat liittyen heidän omiin arvioihinsa Peurungan palveluista. Sisällönanalyyseissä nousi esiin kolme pääteemaa; a) kuntoutuslaitoksen valintaan vaikuttavat tekijät, b) kuntoutuksen olennainen rooli, c) arvio palveluista; kriittisyys kylpylää ja ruokailua kohtaan sekä tyytyväisyys palveluihin ja henkilökuntaan (Liite2).

a) Kuntoutuslaitoksen valinta

Kuntoutujat pystyivät kertomansa mukaan itse vaikuttamaan kuntoutuslaitoksen valintaan, missä kuntoutus tapahtuu heidän kohdallaan. Peurungan tuttuus sekä monipuolinen ja laadukas kuntoutus saivat molemmat haastatellut valitsemaan Peurungan kohteekseen.

”...täällä on enemmän monipuolisempaa tää kuntoutus sillai mun mielestä... No on kuntosalia ja sit on ryhmäliikuntaa. On näitä jumppia. Ja jotenkin on vaan monipuolisempaa” (Henkilö 1)

”...tää on tuttua eikä tänne eksy enää.” (Henkilö 2)

b) Kuntoutus on pääasia kuntoutusasiakkaalle

Haastatteluiden perusteella kuntoutusasiakkaat ovat ensisijaisesti tulleet kuntoutuksen vuoksi kuntoutuslaitokseen, eivätkä niinkään muiden oheispalveluiden tai iltaohjelmien vuoksi. Palveluiden laatu tulee heidän mukaansa nimenomaan kuntoutuksen laadusta.

”... No nimenomaan kun kuntoutukseen on tullu niin se on se. Niin mua ei niin kauheesti kiinnosta mitä täällä vapaa-ajalla on, että se on tuo kuntoutus.” (Henkilö 1)

”... Karaokea ja tossa pubissa on aina tietokilpailuja ja, mitähän sielä, minä en oo pubikäyttäjiä, minä en oikein... Joo no eipä täällä sitten (illalla), lehtiä luetaan ja televisiota ja rupertellaan.” (Henkilö 2)

Molemmat kuntoutujat kaipasivat ulkoliikuntaa ja ryhmässä tehtäviä kävelylenkkejä, (ja pyörätuoli) ulkoilua, mitä heillä oli aikaisemmin ollut Peurungassa.

”...Aiemmin kyllä, nyt rakennustyömää. Ihan mukava ympäristö, tarpeeksi iso

lenkki et voi kiertää ympäri (pyörätuolilla).” (Henkilö 1)

”...Ite joo pitää käyttää ku ei tähän niinku joskus on ollu ryhmänä ulkoliikuntaa, et on ollu ihan ryhmänä lähetty kävelemään, nyt ei näy olevan ohjelmassa enää yhtään.” (Henkilö 2)

c) Arvio palveluista

Pettymys ruokailupalveluun ja kylpyläremonttiin

Ruokailut, ruoan monipuolisuus ja laatu saivat kiitosta kuntoutusasiakkailta, mutta pyörätuolin kanssa ruokailusta on tullut hieman hankalaa, sillä pöydät ovat nykyään kaikki liian korkealla.

”...No kun ne on niin korkeita... Ne on niinku tosi hankalia käyttää. Koko ajan tarvii apua. Tai sitten vaan nostelee kauhoja et mitä tuolla on ja mitä tuolla on... Aikaisemminhan täällä olikin niin et oli pyörätuolinkäyttäjille semmoset matalammat, mutta mä en tiedä kenen idea tää on et ne on kaikki tuolla korkealla.” (Henkilö 1)

”... On siellä kun joo on niin monipuolinen, salaattit ja kaikki löytyy, on kalaa ja lihaa.... Se on yltäkyläistä, ei kukaan kotona noin monipuolisesti.” (Henkilö 2)

Myös kylpylän remontti korostui molempien haastatteluissa, koska ovat aiemmin käyttäneet sen palveluita mm. allas- ja aromaterapian muodoissa.

”... No nyt tietysti vähän häiritsee toi kun ei toi uimahalli oo käytössä. Mähän oon aikasemmin käyny täällä allasterapiassa paljon, kun mä tota kotonakin teen allasterapiaa ja uin uimahallissa. Oon oikeestaan ihan sen takia täällä kun täällä saa tota allasta.” (Henkilö 1)

”...Porekylpyjä oli sillo ku oli kylpylä, mut se on nyt remontissa. Siinähan oli näitä aromakylpyjä, siihen veteen laitettiin niitä aineita jolla sai sitten erilaisia tuoksuja.” (Henkilö 2)

Tyytyväisyys palveluihin ja henkilökuntaan

Molemmat haastatellut olivat kuitenkin tyytyväisiä palveluihin ja henkilökuntaan Kuntoutus ja kylpylä Peurungassa.

”...Oon joo (tyytyväinen hoitosysteemiin). Kyllä. Kun mä nyt tosiaan jo varmaan seitsemäs kerta kun oon täällä.” (Henkilö 1)

”...Tykkään joo. Ihan hyvää palvelua oon saanut et aina saa apua kun pyytää ja. Joo ei oo mitään sitä ongelmaa kyllä.” (Henkilö 2)

Kuntoutus ja kylpylä Peurunka sopii saatujen vastausten perusteella myös lapsiperheiden ja vapaa-ajanmatkailijoiden matkailukohteeksi ja ympäristöön ollaan tyytyväisiä.

”...Lapsiperheille varmasti sopii matkailukohteeksi... Kesällä vois käydä joskus kattomas. On tää kaunis paikka kesällä.” (Henkilö 2)

Haastatteluiden avulla saadut tiedot tukevat täysin kyselytutkimuksella saatuja tuloksia Peurungan palveluista ja niiden laadusta. Haastatellut kuntoutusasiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä kuntoutukseen ja sen laatuun sekä henkilökuntaan. Heidän puheissaan korostui myös kylpylän remontti, mikä näkyi kyselyn avoimissa vastauksissa, kun kysyttiin miksi asiakas antoi muun arvosanan kuin 10 vierailulleen Peurungassa.

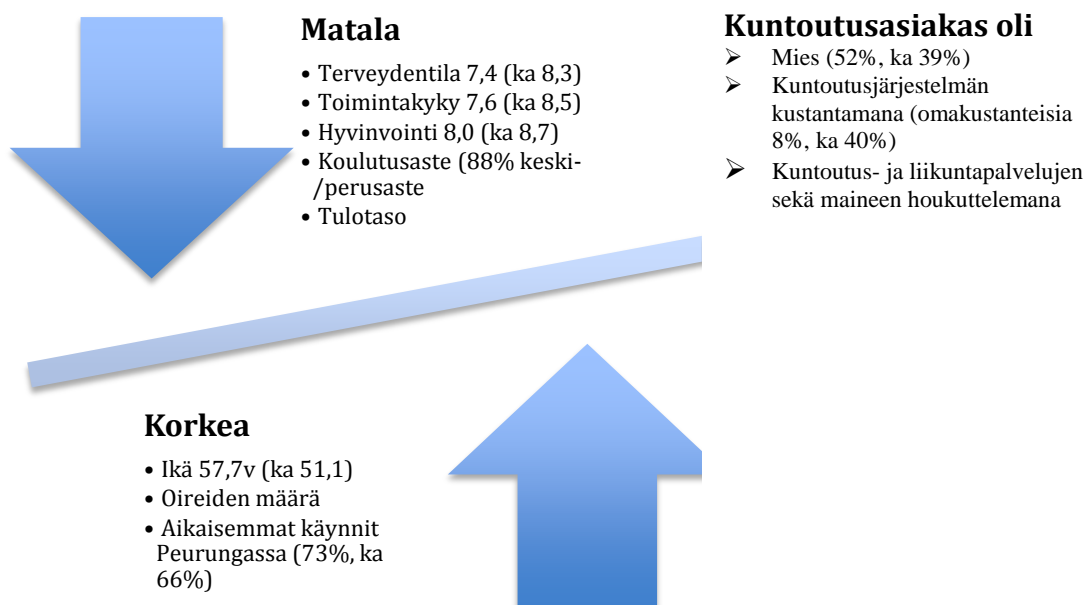
6.4 Kuntoutuksen asiakasprofiilin ja asiakastyytyväisyyden yhteenveto

Kyselytutkimukseen vastasi yhteensä 755 Peurungan asiakasta, joista kuntoutujia oli yhteensä 313. Kuntoutujista miehiä oli 52% ja naisia 48%. Kuntoutusasiakkaiden keski-ikä oli 56.74 vuotta, mikä oli noin 10 vuotta vanhempi kuin muiden kyselyyn vastanneiden asiakkaiden. Suurin osa kuntoutujista sijoittui 51-62 vuotiaiden ikähaitariin. Kuntoutujista 1/3 (34%) tuli Peurunkaan Keski-Suomesta, muut kuntoutujat tulivat tasaisesti ympäri Suomea. Koulutukseltaan kuntoutusasiakkaat olivat muita kyselyyn osallistujia heikommin koulutettuja, suurin osa oli käynyt joko keskiasteen (56%) tai perusasteen (36%) koulutuksen. Kuntoutujista liki puolet (42%) oli jo eläkkeellä, kun muista kyselyyn vastanneista suurin osa oli vielä ansiotyössä. Heidän tulotasonsa oli myös merkittävästi alhaisempi kuin muilla asiakkailla. Heistä 58% oli avioliitossa, 14% avoliitossa, 10% eronneita, 9% naimattomia ja 8% leskiä.

Oman terveydentilan, toimintakyvyn ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin vastaajat arvioivat numeraalisesti asteikoilla 0-10, missä 0=huono ja 10=erinomainen. Kuntoutujat antoivat terveydentilasta arvosanan 7.4 (ka 8.3), toimintakyvystään 7.6 (ka 8.5) ja kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista 8.0 (8.7). He kokivat näin ollen olevansa huomattavasti heikommassa

kunnossa kuin muut kyselyyn vastanneet. Kuntoutujista suurin osa (70%) oli kärsinyt myös viimeisen 6 kuukauden aikana tuki- ja liikuntaelin vaivoista. Hengitysoireita, rintakipua ja verenkiertoon liittyviä oireita heillä oli ollut enemmän kuin muilla asiakkailla. Nämä vastaukset tukevat heidän arviotaan omasta terveydestään ja toimintakyvystään.

73% kuntoutujista on käynyt aiemmin Peurungassa (ka 66%). Kuntoutujat valitsivat Peurungan kuntoutusjakson kohteeksi siitä syystä, että he tietävät kuntoutus- ja liikuntapalveluiden olevan siellä hyvät, Peurungalla on heidän mielestään hyvä maine, kohde on tuttu ja siellä on monipuoliset palvelut sekä puhdas luonto. Kuvassa 6 on esitetty kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiilia suhteessa muihin asiakkaisiin Kuntoutus ja kylpylä Peurungassa.



KUVA 6. Havainnollinen kuva kuntoutusasiakkaiden asiakasprofiilista Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa suhteessa muihin asiakkaisiin.

Kuntoutujista (N=313) 89% oli tyytyväisiä Peurungan kuntoutuspalveluihin. Kuntoutusasiakkaat olivat tyytyväisiä myös kuntoutushenkilökunnan toimintaan. 88% oli sitä mieltä, että henkilökunta osasi laatia yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutuksen tavoitteet, 91% mukaan kuntoutushenkilökunta kertoi ymmärrettävästi kuntoutuksen vaikutuksista sekä 93% mielestä henkilökunta kuunteli mitä asiakkaalla oli sanottavaa. Kuntoutujista 86% oli sitä

mieltä, että henkilökunta osasi perustella käytetyt menetelmät joiden avulla tavoitteisiin pyrittiin. 87% oli samaa mieltä siitä, että henkilökunta paneutui riittävän hyvin ongelmiin. Kuntoutujista 95% koki Peurungan palvelut hyödyllisenä oman hyvinvointinsa kannalta eikä kukaan kokenut vierailua haitalliseksi hyvinvoinnilleen.

Kuntoutusasiakkaat antoivat asteikolla 0-10 yleisarvosanaksi vierailulle 7.92 (ka 7.98)). Monet kysymykseen vastanneet kritisivat sitä, että kylpylä ei ollut auki ja remontti oli vielä kesken. Kuitenkin 94% kuntoutujista suosittelisi Peurunkaa myös muille ja 95% heistä haluaisi tulla itse uudelleen.

7 POHDINTA

7.1 Tuloksista

Tutkimuksen tulokset edustavat vastaajien omia mielipiteitä ja ajatuksia, ja niistä voidaan vetää jossain määrin erilaisia johtopäätöksiä sekä hyödyntää niitä esimerkiksi tulevilla keskusteluilla Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungan kehittämisessä sekä yleisesti ajatellen kuntoutusjärjestelmän kannalta.

Kuntoutusasiakkaat muodostuivat tulosten valossa hyvin omanlaiseksi asiakasryhmäkseen, joka eroaa jopa sosioekonomiselta asemaltaan muista Peurungan asiakkaista. Tämän voidaan ajatella johtuvan osaltaan heidän korkeammasta iästä, minkä vuoksi suurin osa heistä on saanut vain joko perusasteen tai keskiasteen koulutuksen eivätkä ole kouluttautuneet enempää. Onkin erittäin tärkeää, että kuntoutusjärjestelmä toimii ja kaikilla on mahdollisuus saada tarvittavaa kuntoutusta oman toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja lisäämiseksi. Kuntoutusasiakkaat kokivat oman terveydentilansa, toimintakykynsä sekä hyvinvointinsa muita selkeästi alhaisemmaksi.

Laitoskuntoutusasiakkaat ovat Peurungassa selkeästi homogeenisempi ryhmä, kuin esimerkiksi avopuolen fysioterapia-asiakkaat. Viitanen ym. (2001) puhuvat esimerkiksi omassa tutkimuksessaan kolmesta erilaisesta asiakasryhmästä fysioterapiassa; pitkäaikaissairaat kuntoutuspalveluiden suurkuluttajat, hoitosarjoja saavat tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät asiakkaat sekä fysioterapiapalveluiden satunnaiskäyttäjät (Viitanen ym. 2010, 133-134). Piiraisen ym. (2002) tutkimuksessa selvitettiin fysioterapiapalveluiden käyttäjäkuvaa, ja tämänkin tutkimuksen valossa eroja tavallisen fysioterapia-asiakkaan ja Peurungan kuntoutusasiakkaan välillä löytyy; tutkimuksessa asiakkaiden keski-ikä oli 51,0 vuotta ja esimerkiksi vain 44,3%:lla oli koulutuksena kansa-, perus- tai keskikoulu (Piirainen ym. 2002, 681-682), kun Peurungassa keski-ikä oli 56,7 ja 92% heistä oli käynyt keski- tai perusasteen. Myös Kelan kuntoutustilastojen valossa Peurungan kuntoutusasiakkaat eroavat keskimääräisestä kuntoutujasta esimerkiksi iän (mediaani-ikä 45-vuotta) ja sukupuolen (lähes 2/3 naisia) perusteella (Kansaneläkelaitos 2010).

Kuntoutus ja kylpylä Peurungan valteiksi kuntoutusasiakkaiden kohdalla nousivat kuntoutus-

ja liikuntapalveluiden laatu ja monipuolisuus sekä Peurungan hyvä maine. Nämä tekijät olivat eniten vaikuttamassa asiakkaiden Peurunkaan tulemiseen. Myös tutkimuksessa saadut tulokset asiakastyytyväisyydestä puoltavat kuntoutusasiakkaiden tyytyväisyyttä niin kuntoutuspalveluiden kuin kuntoutushenkilökunnankin osalta. Yllättävän vähän oli vaikutusta tyytyväisyyteen meneillään olevasta kylpylän remontista, mikä monille asiakkaille on ollut yksi houkutus valita Peurunka kohteekseen. Toki haastatteluistakin kävi ilmi se, että kuntoutus on se syy miksi Peurunkaan tullaan ja sen monipuolisuus ja laadukkuus ilmeisesti riittävät paikkaamaan mahdolliset pienet puutokset. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aikaisemmissakin tutkimuksissa, joissa on tutkittu kuntoutusasiakkaiden tyytyväisyyttä laituskuntoutukseen (Karppi ym. 2004 ja Hinkka ym. 2006). Yleisesti ottaen Peurungan tarjoamat palvelut ja niiden vaikutukset hyvinvoinnin kannalta näyttävät tutkimuksen valossa hyvin positiivisilta. Palvelut ja kuntoutus ovat selkeästi valtteja Peurungan kohdalla myös tulevaisuudessa. Toki esimerkiksi haastattelujen antamat palautteet ruokailuista ja pyörätuoli-asiakkaiden murheista tulisi ottaa huomioon, jotta muutamat negatiiviset asiakkaat eivät vaikuttaisi Peurungan positiiviseen maineeseen ja kuvaan etenkin kuntoutusasiakkaiden keskuudessa.

Jos mietitään Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungan asiakaskuntaa ja asiakasmääriä, on 755 vastaajaa melko pieni määrä. Vastausintoa saattoi hieman hillitä kyselyn laajuus ja vastaamiseen kuluva aika. Asiakkaiden määrään ja asiakkuuksien jakaumaan tällä aikavälillä saattoi vaikuttaa esimerkiksi kylpylän remontti, mikä oli lähes koko otannan ajan kesken. Otannan perusjoukko saattaa siten olla myös pienempi ja mahdollisesti vääristynyt myös asiakkuuksien suhteen. Kylpyläpalveluiden puuttuminen on voinut vaikuttaa osaltaan asiakastyytyväisyyteen.

7.2 Asiakkuus kuntoutuslaitoksissa tulevaisuudessa

Kuntoutuslaitoksilla on suuri rooli mietittäessä suomalaista kuntoutusjärjestelmää. Niissä kuntoutetaan vuosittain kymmeniä tuhansia ihmisiä, ja pyritään vaikuttamaan siten positiivisesti ihmisten terveyteen, hyvinvointiin sekä ennen kaikkea toimintakykyyn. Kuntoutuslaitoksissa tapahtuva ympärivuotinen kuntoutus mahdollistaa suurten ihmismäärien kuntoutuksen. Ilman niitä ei kaikki kuntoutusta tarvitsevat henkilöt sitä välttämättä voisi saada. Kuntoutuslaitosten historia on Suomessa pitkä eikä sen jatkumiselle ole esteitä. Tosin muutoksiakin on tulossa esimerkiksi väestön ikääntymisen vuoksi.

Suomessa on Euroopan nopeimmin ikääntyvä kansa ja ikääntyville suunnatuille palveluille on jatkossakin kysyntää, mutta koetaanko nykyinen laitosmuotoinen kuntoutusmalli liian raskaana? Työelämään suuntautuvalla kuntoutuksella on myös kysyntää, mutta mm. Ihalainen ja Rissanen (2009, 87) ovat todenneet selvityksessään, että työelämään suuntautuvat laitoskuntoutusmallit integroituvat nykyisen mallin mukaan heikosti työelämään. Työelämään integroitumista tulisikin tehostaa ja parantaa jatkossa.

Väestön ikääntyminen ja kulttuurien moninaistuminen Suomessa ovat terveystalouden suurimpia haasteita. Kaikille väestöryhmille olisi turvattava mahdollisuus terveyden edistämiseen sekä osallistumiseen yhteiskunnan toimintaan. Tulevaisuudessa on riski, että sosiaalinen ja alueellinen syrjäytymisintendenssi voimistuu. Terveystalouden onnistumisen edellytyksenä on eri alueiden väestöjen terveyserojen kasvamisen ehkäiseminen ja näiden erojen pienentäminen (STM 2001, 13-14). On myös mahdollista, että nykyisen hallituksen ajama kuntaliitosohjelma lisää entisestään näitä alueellisia terveyseroja, koska monet palvelut lakkautetaan pienemmiltä paikkakunnilta ja siirretään suuriin kuntakeskuksiin. Toki on mahdollista, että väki seuraa palveluiden perässä lähemmäs keskuksia ja saavat siten entistä helpommin palveluita.

Suomessa ei ole yhteistä aluetason kuntoutusjärjestelmää, eikä sitä ole toiminnallisena kokonaisuutena edes hahmotettavissa. Myöskään alueellisen kokonaisuuden kehittäminen tai koordinointi ei ole tällä hetkellä minkään tahon vastuulla. Alueellisella tasolla kehitetään pääasiassa yksittäisiä kuntoutustoimintoja itse järjestelmän kokonaisuuden kehittämisen tai koordinoinnin sijaan. Ihmetystä herättää myös se, että työssäkäyvillä henkilöillä on paremmat edellytykset saada kuntoutusta kuin vanhuseläkkeellä olevilla, joilla kuntoutuksen tarve saattaa usein olla huomattavasti suurempi (Pulkki 2012).

Ihalaisen ja Rissanen (2009) mukaan laitoskuntoutuksen integroituminen muihin sosiaali-terveyspalveluihin nähdään puutteellisena, jolloin laitoskuntoutus saattaa jäädä hyvinkin irralliseksi sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. Eräänä merkittävän syynä toimivan yhteistoiminnan puuttumiseen esitettiin kuntoutuspalvelujen rahoitusten monimuotoisuus sekä kuntarakenteen liiallinen hajanaisuus. Toisaalta myös edelleen tiukentuneet tietosuojalain säädökset voivat merkittävästi vaikeuttaa toimivan yhteistyön rakentumista estäessään avointa tiedonkulkua palvelujärjestäjien keskuudessa (Ihalainen & Rissanen 2009, 76).

Teknologia ja esimerkiksi lääketieteen kehitys luovat uusia edellytyksiä sairauksien hoidolle. Tämä voi myös mahdollistaa parempia edellytyksiä terveyden ylläpitämiselle ja toimintakyvyn säilymiselle yhä pidempään. Teknologian ja talouden muutokset tuovat toki omat riskinsä esimerkiksi syrjäytymisen ja epäterveempien elämäntapojen muodossa. Koulutustason nousu antaa kuitenkin hyvät mahdollisuudet löytää ja käyttää tietoa yhä paremmin terveyden edistämiseen (STM 2001:4, 13-14).

Toteutetut prosessit ja palvelut kuntoutuslaitoksissa ovat standardilähtöisiä. Ihalaisen & Rissanen selvityksessä nousikin esiin ehdotus että palveluita tuotettaisiin jatkossa vähemmän ja erikoistuen, jolloin hinnoittelu ja laatu olisi mahdollista huomioida nykyistä paremmin. Asiakaspaneelikeskustelussa nousi esiin tarve arvioida kuntoutusta asiakaslähtöisesti sekä laitospalveluiden järjestäminen kuntoutujien lähtökohdista, kun sitä nykyisin tarkastellaan helposti tuottajalähtöisesti. Mielenterveyskuntoutujat, päihdeongelmaiset ja työttömät nähtiin uusina laitospalveluiden tarvitsevinä ryhminä. Palveluseteli, jolla kuntoutuja voi itse vaikuttaa suoraan palvelujen hankintaan, nähtiin yhtenä integraation keinona (Ihalainen & Rissanen 2009, 77-81). Tällä hetkellä vastuu vanhustenhoivasta ja kuntoutuksesta on kunnilla. Palveluita tulisi kehittää vastaamaan vanhusten tarpeita, jolloin kuntoutus voisi olla integroituna kunnan peruspalveluihin (Ihalainen & Rissanen 2009, 88).

Kuntoutuslaitokset ovat kuitenkin vuosien aikana osoittautuneet hyväksi vaihtoehdoksi toteuttaa kuntoutusta, vaikuttavuus ja asiakastyytyväisyys ovat hyvällä tasolla. On kuitenkin varmasti tulevaisuuden kannalta tärkeää, että kuntoutusjärjestelmää mietitään ja organisoidaan tietyllä tapaa uudestaan. Kuntoutuslaitosten tulisi ehkä keskittyä vain tiettyihin kuntoutusmuotoihin tai asiakasryhmiin, jolloin sen vaikuttavuus ja tehokkuus olisi varmasti entistä parempaa. Myös kuntoutuslaitosten mahdollinen vähentäminen ja kuntoutujien kohdentaminen muutamiin laitoksiin kymmenien laitosten sijaan toisi varmasti paremmat edellytykset toimia myös taloudellisesti. Olisi tärkeää saada etenkin ammatillinen kuntoutus integroitua paremmin työelämään, ja vastaamaan niitä tarpeita mitä kumpuaa sitä kautta.

Kuitenkin kohtalaisen tunnetun aiheen ansiosta tuloksia voidaan pitää vähintäänkin suuntaa-antavina. Laajemman yleistyksen mahdollisuus paranee aiempien tutkimusten valossa, sillä monet tulokset ovat niiden kanssa yhteneviä varsinkin kuntoutujien asiakastyytyväisyyttä mietittäessä kuntoutuslaitoksissa. Kuntoutujien asiakasprofiili Kylpylähotelli ja kuntoutus

Peurungassa erosi selkeästi muista asiakasprofiileista, mikä tukee käsitystä siitä, että kuntoutujat ovat hyvin omanlainen asiakaskuntansa myös Peurungassa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kylpylähotelli ja kuntoutus Peurungassa kuntoutumassa käyvät asiakkaat erottuvat selkeästi omaksi asiakaskunnakseen, joka eroaa muista asiakkaista. Tutkimuksen perusteella heidän kokemansa terveydentila, toimintakyky ja kokonaisvaltainen hyvinvointi ovat merkitsevästi heikommalla tasolla kuin muilla asiakkailla. He ovat keskimäärin myös iäkkäämpiä kuin muut asiakkaat ja sitä kautta heidän koulutus- ja tulotasonsa ovat saattaneet jäädä alhaisemmaksi kuin muilla. Kuntoutusasiakkaat ovat Peurungassa erittäin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Suurin osa heistä haluaisi tulla uudestaan Peurunkaan ja suositella kohdetta myös muille.

Tutkimuksessa saatujen tulosten valossa voidaan vetää varovaisia johtopäätöksiä siitä, että Peurungassa tapahtuva kuntoutus ja heidän tarjoamansa palvelut sekä niiden laatu ja monipuolisuus täyttävät kuntoutusasiakkaiden tarpeet tällä hetkellä melko hyvin.

Edelleen tarvittaisiin kuitenkin lisätutkimusta selventämään ja antamaan lisää näyttöä kuntoutuslaitosten asiakastyytyväisyydestä yleisesti ja esimerkiksi kuntoutuksen vaikuttavuudesta, joissa verrattaisiin tarkemmin autenttisempaa esimerkiksi omassa kunnassa tai työpaikalla tapahtuvaa kuntoutusta laituskuntoutukseen nähden. Olisi tärkeää kuulla enemmän myös nuorempien kuntoutujien ajatuksia ja mielipiteitä laitoksissa tapahtuvasta kuntoutuksesta, koska suurin osa vanhemmista kuntoutujista on jo vuosia käynyt kuntoutusjaksoilla erilaisissa kuntoutuslaitoksissa ja ovat saattaneet siten ”turtua” tietynlaiseen tapaan toteuttaa kuntoutusta.

LÄHTEET

Aalto AM, Hurri H, Järvikoski A, Järvisalo, Karjalainen V, Paatero H, Pohjolainen T, Rissanen P (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. STAKES raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002.

Airaksinen T. Kuntoutuksen etiikka. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Duodecim, 111-119, 2008.

Alaranta H, Lindberg H, Holma T. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 2008: 647-657.

Alkula T, Pöntinen S, Ylöstalo P. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Juva, 1999.

Anttila P. Tutkimisen taito ja tiedon hallinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Helsinki: Akatiimi Oy, 1996.

Bryman A. Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6, 97-113. 2006.

Demers L, Weiss-Lambour R, Ska B. 2005. Quest 2.0 Apuvälinetyytyväisyyttä arvioiva mittari. STAKES Työpapereita 9/2005. Stakes:n monistamo. Helsinki.

Eskola, J, Suoranta, J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino, 2000.

Hassett LM, Moseley AM, Tate RL, Harmer AR, Fairbairn TJ, Leung J. Efficacy of a fitness centre-based exercise programme compared with a home-based exercise programme in traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2009; 41:247-255.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita, 1998.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. 5. – 6. painos. Helsinki: Edita Prima Oy, 2005.

Hilkamo P. (toim.) Toimeentuloturva 2004. Lakisääteinen sosiaaliturva ja vapaaehtoiset vakuutukset. Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma. Helsinki: Edita Prima Oy, 2004.

Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, Aaltonen T. Kuntoutus vanhuksen kokoemuksen ja vaikuttavuusmittareiden valossa. Kuntoutus 2006:1;22-30.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2009.

Härkäpää K. Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. Kirjassa A-M Aalto, H Hurri, A Järvikoski, J Järvisalo, V Karjalainen, H Paatero, T Pohjolainen & P Rissanen (toim.), Kannattaako kuntoutus (s. 45–56). Stakes Raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus, 2002.

Ihalainen R, Rissanen P. Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 61, 2009.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY, 2011.

Järvikoski A, Karjalainen V. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Duodecim, 2008: 80-93.

Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2001.

Kelan kuntoutustilasto 2010. Sosiaalivirasto 2011.

Karppi S-L, Aaltonen T, Grönlund R, Pohjolainen T, Ketala R, Poikkeus L, Puukka P. Vanhukset tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Fysioterapia 2004:1;15-18.

Khan F, Ng L, Gonzalez S, Hale T, Turner-Stokes L. Multidisciplinary rehabilitation

programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. Review. The Cochrane Library: 2009:1.

Kettunen R, Kähäri- Wiik K, Vuori- Kemilä A, Ihalainen J. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 2002.

Korpi A. Asiakastyytyväisyyskyselyt ammatillisia oppilaitoksia ja oppisopimustoimintaa varten. Helsinki: Yliopistopaino, 2004

Kurki M. Kuntoutuskurssit pystyvyyssodotusten vahvistajana. Miina Sillanpään Säätiön julkaisu B:15. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy, 1999.

Kuula A. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus, 2006.

Kylpähotelli ja kuntoutus Peurunka 2013. Viitattu 20.5.2013. <http://www.peurunka.fi>.

Kähäri- Wiik K, Niemi A, Rantanen A. Kuntoutuksella toimintakykyä. Porvoo: WS Bookwell Oy, 2000.

Lahtela K, Grönlund R, Röberg M. Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen vaiheen havaintoja. Kansaneläkelaitos. Helsinki, 2002.

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 2005

Musikka-Siirtola M. (toim.) Kuntoutuksen haasteita ja näköaloja. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus, 1997.

Nevala-Puranen N. Aslak-kurssien vaikutukset maatalousyrittäjien fyysiseen suorituskyykyyn ja työtekniikkaan. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 10. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1996.

Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J, Leskinen E. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo. WSOY, 1997.

Oerkild B, Frederiksen M, Hansen JF, Simonsen L, Skovgaard LT, Prescott E. Home-based cardiac rehabilitation is as effective as centre-based cardiac rehabilitation among elderly with coronary heart disease: results from a randomised clinical trial. *Age and Ageing* 2011; 40;78-85.

Pelkonen R, Louhiala P. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.). *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus, 2002.

Peltomäki P, Husman K, Järvisalo J, Laine A, Lamberg ME: 10 vuotta tykytoimintaa: työkykyä ylläpitävä toiminta uudistuu. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos ja Kansaneläkelaitos. Helsinki, 1999.

Pekkonen M. Terveysteen liittyvä elämänlaatu laitostuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. Helsinki, 2010.

Piirainen A, Leskelä J, Viitanen E. Ikääntyvä työikäinen kuntalainen tyytyväinen avoterveydenhuollon fysioterapiapalveluun. *Suomen lääkäri* 2002/6,681-684.

Pitkälä K, Routasalo P, Savikko N. Kehittämissuosituksia kuntoutuspolulle. Teoksessa Pitkälä K, Savikko N, Routasalo P. *Kuntoutuspolun solmukohtia*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005: 146-49.

Pohjolainen T. Kuntoutuksen vaikuttavuus – mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? *Suomen lääkäri* 2005/3,399-405.

Pohjolainen T. Mitä tiedetään terveydenhuollossa käytettyjen kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta? *Kuntoutus* 2006/3, 3–18.

Pohjolainen T, Malmivaara A. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A. (toim.) *Kuntoutus*. 2.painos. Helsinki: Duodecim,

2008/6,58-63.

Rope T. Suuri markkinointikirja. Helsinki, Kauppakaari. 2000.

Rope T, Pöllänen J. Asiakastyytyväisyysjohtaminen. Juva: WSOY, 1998.

Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY, 1995.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010 / 1326. Viitattu 22.5.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tirkkonen M, Kinnunen U, Kurki M. Aslak-kuntoutuksen vaikuttavuus: katsaus viimeaikaiseen suomalaiseen tutkimukseen. Kuntoutus. 2009/32,43-57.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2002.

Uusitalo H. Tiede, tutkimus ja tutkielma – johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY. 1991.

Valli R. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 2001.

Vehviläinen-Julkunen K, Paunonen M. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö, 1997.

Viitanen E, Will-Peltola E, Piirainen A. Perusterveydenhuollon monet asiakkuudet – fysioterapiapalveluiden käyttäjäkuva ja asiakaspalaute. Kunnallistieteen aikakauskirja 2001/2, 131-141.

Wessels RD, De Witte LP, van den Heuvel. Measuring effectiveness of and satisfaction with devices from a user perspective: An exploration of the literature. Technology and Disability 16/2004. 83-90.

Ylikoski T, Järvinen R, Rosti P. Hyvä asiakaspalvelu – menestystekijä finassialalla. Helsinki,

Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus, 2002

LIITE 1 Kyselytutkimuksen saate

Hyvä Peurungan asiakas,

Jyväskylän yliopisto ja Kuntoutumis- ja liikuntasäätiö Peurunka tekevät yhteistyössä tutkimusta liikunta-, kuntoutus- ja terveysturkailusta Peurungassa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Peurungan asiakkaiden käsityksiä, kokemuksia ja odotuksia Peurungan palveluista sekä arvioida, miten Peurungan henkilöstö on sitoutunut tarjoamaan asiakkailleen korkeatasoisia matkailupalveluja. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää ja parantaa Peurungan palveluja sekä arvioida liikunta-, kuntoutus- ja terveysturkailujen tulevaisuuden merkitystä suomalaisessa matkailutarjonnassa.

Tutkimusta varten kerätään lomake- ja haastatteluaineistoa Peurungan asiakkailta, henkilöstöltä sekä tärkeimmiltä sidosryhmiltä. Tutkimusaineistoa käsitellään täysin luottamuksellisesti eikä vastaajien henkilöllisyys käy tutkimusraporteista millään tavoin ilmi.

Lomakkeen vastaamiseen kuluu aikaa noin 30 minuuttia. Voitte vastata joko tähän paperiversioon ja palauttaa sen tutkimushankkeessa työskenteleville opiskelijoille tai palauttaa lomakkeen Peurungan vastaanottoon. Teillä on myös mahdollisuus vastata kyselyyn sähköisesti Peurungan internet-sivuilla olevan linkin kautta.

Arvomme kyselyyn vastanneiden kesken Peurungan tuotepalkintoja. Voitte halutessanne antaa yhteystietonne arvontaa ja Peurungan asiakastietokantaa varten. Tutkimuslomakkeita ja yhteystietolomakkeita käsitellään erillään eikä henkilöllisyytenne käy ilmi tutkimusraporteissa. Erillisen arvonta- ja yhteystietolomakkeen saatte palauttaessanne kyselyn.

Kiitos osallistumisestanne ja hyvää Peurungan vierailun jatkoa!

Ystävällisin terveisin,

Hanna Vehmas, FT, Liikuntatieteiden laitos
(puh: 014-260 2034/sähköposti: hanna.m.vehmas@jyu.fi)
Arja Piirainen, FT, Terveystieteiden laitos
(puh. 014-260 2152/sähköposti: arja.piirainen@jyu.fi)
Reija Häkkinen, KTM, Kauppakorkeakoulu

Jyväskylän yliopisto

LIITE 2 Sisällönanalyysi

Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p><i>"Täällä on enemmän monipuolisempaa tää kuntoutus sillä imun mielestä .. No on kuntosalia ja sit on ryhmäliikuntaa. On näitä jumppia ja jotenkin on vaan monipuolisempaa.</i></p>	Palvelujen monipuolisuus	Palvelut	Kylpylähotelli ja Kuntoutus Peurungan valinta
<p><i>"Tää on tuttua eikä tänne eksy."</i></p>	Peurungan tuttuus	Tuttuus	

Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p><i>"No nimenomaan kun kuntoutukseen on tullu niin se on se. Niin mua ei niin kauheesti kiinnosta mitä täällä vapaa-ajalla on, että se on tuo kuntoutus."</i></p>	kuntoutuksen merkitys	Kuntoutus	Kuntoutuksen merkitys ja liikunnan merkitys
<p><i>"karaokea ja tossa pubissa on aina tietokilpailuja ja, mitähän siellä, minä en oo pubikäyttäjiä, minä en oikein... joo no eipä täällä sitten (illalla), lehtiä luetaan ja televisiota ja rupertellaan"</i></p>	Iltatoiminta	Palvelut vapaa-ajalla	
<p><i>"Aiemmin kyllä, nyt rakennustyömaa. Ihan mukava ympäristö, tarpeeksi iso lenkki et voi kiertää ympäri (pyörätuolilla.)</i></p>	Vapaa-aika	Liikunta vapaa-aikana Peurungassa	
<p><i>"Ite joo pitää käyttää ku ei</i></p>	Vapaa-aika	Liikunta vapaa-aikana	

<p>tähän niinku joskus on ollu ryhmänä ulkoliikuntaa et on ollu ihan ryhmänä lähdetty kävelemään, nyt ei näy olevan ohjelmassa enää yhtään”</p>		<p>Peurungassa</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------	--

Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>”No kun ne on niin korkeita... Ne on niinku tosi hankalia käyttää. Koko ajan tarvii apua. Tai sitten vaan nostelee kauhoja et mitä tuolla on ja mitä tuolla on.”</p>	<p>ruokailu</p>	<p>Tyytyväisyys ruokailuun</p>	<p><i>Arvio palveluista</i></p>
<p>”Aikaisemmin täällä olikin niin et oli pyörätuolinkäyttäjille semmoset matalammat, mutta mä en tiedä kenen idea tää on et ne on kaikki tuolla korkealla.”</p>	<p>ruokailu</p>	<p>Tyytyväisyys ruokailuun</p>	
<p>”On siellä kun joo on niin monipuolinen, salaatit ja kaikki löytyy, on kalaa ja lihaa... se on yltäkyläistä, ei kukaan kotona noin monipuolisesti.”</p>	<p>ruokailu</p>	<p>Tyytyväisyys ruokailuun</p>	
<p>”No nyt tietysti vähän häiritsee toi kun ei toi uimahalli oo käytössä. Mähän oon aikaisemmin käyny täällä allasterapiassa paljon, kun mä tota kotonakin teen allasterapiaa ja uin uimahallissa. Oon</p>	<p>kylpylä</p>	<p>Tyytyväisyys kylpylään</p>	

<p><i>oikeestaan ihan sen takia täällä kun saa tota allasta.”</i></p>			
<p><i>”Porekylpyjä oli sillo ku oli kylpylä, mut se on nyt remontissa. Siinähan oli näitä aromakylpyjä, siihen veteen laitettiin niitä aineita jolla sai sitten erilaisia tuoksuja.”</i></p>	<p>kylpylä</p>	<p>Tyytyväisyys kylpylään</p>	
<p><i>”Oon joo (tyytyväinen hoitosysteemiin). Kyllä. Kun mä nyt tosiaan jo varmaan seitsemäs kerta kun oon täällä.”</i></p>	<p>kuntoutuspalvelut</p>	<p>Tyytyväisyys kuntoutukseen</p>	
<p><i>”Tykkään joo. Ihan hyvää palvelua oon saanut et aina saa apua kun pyytää ja. Joo ei oo mitään sitä ongelmaa kyllä.”</i></p>	<p>kuntoutuspalvelut</p>	<p>Tyytyväisyys kuntoutukseen ja henkilökuntaan</p>	
<p><i>”Lapsiperheille varmasti sopii matkailukohteeksi. Kesällä vois käydä joskus kattomas. On tää kaunis paikka kesällä.</i></p>	<p>matkailukohte</p>	<p>tyytyväisyys sijaintiin</p>	