

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus  
biodynaamisen osteopatian ja  
biodynaamisen kraniosakraaliterapian  
kliinisestä vaikuttavuudesta

Henkilökohtaisen toipumisen  
mittaaminen mielenterveys- ja  
päihdetyössä

Fyysisen toimintakyvyn mittarien  
käyttökelpoisuus työ- ja toimintakyvyn  
arvioinnissa

Etäfyysioterapian toteuttaminen  
ja sen vaikutukset AVH-potilaan  
yläraajan kuntoutuksessa

## SISÄLTÖ

### PÄÄKIRJOITUS

- MAARIT KARHULA  
Tarjolla on nyt vahva visio ja konkreettisia eväitä  
kuntoutuksen uudistamiseen 3

### TIETEELLISET ARTIKKELIT

- ✦ ELESSAR HOPEAPUU JA ANSSI ULVINEN  
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus biodynaamisen  
osteopatian ja biodynaamisen kraniosakraaliterapian  
kliinisestä vaikuttavuudesta 6
- ✦ MINNA LAITILA, MARJATTA MARTIN JA MARIANNE SILÉN  
Henkilökohtaisen toipumisen mittaaminen  
mielenterveys- ja päihdetyössä 14

### KATSAUKSET JA ANALYYSIT

- ELINA LINDGREN, JOHANNA SIITONEN, TUULI HAAPIO JA  
HANNU HEIKKILÄ  
Fyysisen toimintakyvyn mittarien käyttökelpoisuus  
työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa 24
- MARJUT YLITEPSA, ULLA JÄMSÄ JA ESSI XIONG  
Etäfyysioterapian toteuttaminen ja sen vaikutukset  
AVH-potilaan yläraajan kuntoutuksessa 35

### HANKE-ESITTELYT

- NIINA HENTTONEN JA MATLEENA AITASALO  
Kuntoutumisen tuen toimintamalli sisäilmasta oireilevien  
työ- ja toimintakyvyn tukena 44

### PUHEENVUOROT

- KEIJO PIIRANEN JA PÄIVI VUOKILA-OIKKONEN  
Sosiaalisen kuntoutuksen roolinjako 48
- SALLA SIPARI, MAARIT KARHULA JA HILKKA YLISASSI  
Kuntoutujan tavoitteen asettamisen haasteita on  
ratkottava yhdessä 55

### LECTIO PRAECURSORIA

- JOHANNA NUKARI  
Lukuvaikeuden yksilö- ja ryhmämuotoisen neuropsykologisen  
kuntoutuksen vaikuttavuus nuorilla aikuisilla 62

# TARJOLLA ON NYT VAHVA VISIO JA KONKREETTISIA EVÄITÄ KUNTOUTUKSEN UUDISTAMISEEN

---

Kesällä muodostetun Petteri Orpon hallituksen ohjelmassa luvataan, että kuntoutuksen uudistamista jatketaan kuntoutuskomitean ehdotusten ja kuntoutuksen uudistamisesta vuosille 2023–2027 laaditun suunnitelman mukaisesti. Kuntoutuksella todetaan voitavan vähentää komplikaatioita, sairaalahoidon tarvetta, sairaalaan joutumista tai sairaalaan palaamista. Kuntoutuksen nähdään myös tukevan osallistumista työhön ja opiskeluun. Tärkeänä viestinä kuntoutuksen tutkimuksen saralle on myös se, että hallitusohjelmassa luvataan luoda mittarit kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin.

Vaikuttavuusnäkökulma on keskeinen myös alkusyksystä julkaisussa Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumin eli KunFon loppuraportissa. Sen sisältämässä TKI-strategiassa korostetaan eri toimijoiden yhteisvastuuta – strategia on laadittu kaikille kuntoutuksen TKI-toimintaan osallistuville tahoille, poliittisille päätöksentekijöille sekä TKI-toiminnan rahoittajille. TKI-strategiassa on ilmaistu visio ja konkreettiset kehittämiskohteet, joiden pohjalta on hyvä myös uuden hallituksen lähteä jatkamaan kuntoutuksen uudistusta. Sen tueksi tarvitaan monenlaista tutkimusta esimerkiksi kustannusvaikuttavuudesta ja implementaatiosta.

Eryyisenä näkökulmana TKI-strategia nostaa keskiöön tutkimuksen, kehittämisen ja innovoinnin vuorovaikutteisuuden. Ne tulisi nähdä toisiinsa vaikuttavina toimintoina, joilla on omat spesifit tehtävänsä, mutta yhteinen päämäärä. Tutkimus, kehittäminen ja innovointi ruokkivat toisiaan. Yhtäältä innovointi ja kehittäminen tuottavat kuntoutuksen käytäntöön uusia välineitä ja toimintamalleja, joiden vaikuttavuutta sekä implementointia tulee tutkia. Toisaalta tutkimus nostaa esille käytännön kehittämistarpeita ja innovoinnin aiheita.

KunFon raportissa korostettiin Kuntoutus-lehden roolia alkupe-  
räistutkimusten ja katsausten julkaisijana, kuin myös laajemminkin  
kuntoutuksen monialaisena viestintäkanavana. Tämäkin Kuntoutus-

lehden numero tarjoaa varsin monipuolisen kattauksen kuntoutuksen TKI-toimintaan. Tutkimusta edustavat kaksi tieteellistä artikkelia ja Katsaukset ja analyysit -osastossa julkaistavat kaksi artikkelia. Lisäksi julkaistaan hanke-esittely, kaksi puheenvuoroa ja väitöstilaisuuden lektio.

Kummankin tieteellisen artikkelin lopputulemana on, että lisää tutkimusta artikkelien teemoista tarvitaan. Etenkin Elessar Hopeapuun ja Anssi Ulvisen toteuttama systemaattinen kirjallisuuskatsaus biodynaamisen osteopatian ja biodynaamisen kraniosakraaliterapian kliinisestä vaikuttavuudesta osoitti, että tästä aiheesta kaivattaisiin tutkimusta, jotta terapiamuodon vaikuttavuutta voitaisiin arvioida. Minna Laitilan, Marjatta Martinin ja Marianne Silénin tieteellinen artikkeli kohdentuu mielenterveys- ja päihdetyöhön, näkökulmana on henkilökohtaisen toipumisen mittaaminen. Siinä tutkittu yksilöllisen toipumisen itsearviointiväline nähdään asiakkaan yhteistyössä käytettävänä mahdollisena työvälineenä hoidon ja kuntoutuksen eri vaiheissa. Tässäkin artikkelissa korostetaan jatkotutkimustarvetta, erityisesti mittarin käytettävyyden ja soveltuvuuden arviointia.

Katsaukset ja analyysit -osaston artikkelissa Elina Lindgren, Johanna Siitonen, Tuuli Haapio ja Hannu Heikkilä ovat myös toimintakyvyn mittaamisen äärellä, aiheenaan fyysisen toimintakyvyn mittarien käyttökelpoisuus työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa. He peräänkuuluttavat tutkimuksen tuloksiin nojaten mittauskäytäntöjen yhtenäistämistä sekä tutkimusnäyttöön perustuvien mittaus- ja arviointimenetelmien käyttöönottoa. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa, jossa analysoitiin neljää tutkimusta, Marjut Ylitepsa, Ulla Jämsä ja Essi Xiong tulevat siihen päätelmään, että etäfyysioterapia on tehokasta AVH-potilaiden ylärajakuntoutuksessa. He nostavat esille etäfyysioterapian eduksi myös sen, että se säästää kuntoutujaa matkustamisen rasituksilta.

Kuntoutuksen kehittämistoimintaa lehdessä edustaa Niina Henttonen ja Matleena Aitasalon Työkykyä yhdessä -hankkeessa kehitetyn kuntoutumisen tuen toimintamallin esittely. Hanke-esittelyssä kuvataan sisäilmasta oireileville työikäisille pilotoituja tukimalleja, joita olivat neuvonta, yksilöllinen ohjaus, etävertaistuki sekä etäkuntoutumisryhmä. Kehittämistyö on konkreettinen ja onnistunut esimerkki siitä, miten kohderyhmään kuuluvat henkilöt, sisäilmasta oireilevat henkilöt, ovat olleet mukana kehittämisprosessissa.

Puheenvuorossaan Keijo Piirani ja Päivi Vuokila-Oikkonen kuvaavat sosiaalisen kuntoutuksen rakennetta ja tuen muotoja nuorten sosiaalisessa kuntoutuksessa. He esittelevät vastuullisen asiakasohjauksen mallin sosiaaliseen kuntoutukseen ja konkretisoivat suositusmuodossa vaadittavat toimenpiteet. Toisessa puheenvuoroartikkelissa kuvaamme Salla Siparin ja Hilikka Ylisassin kanssa kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen liittyviä haasteita sekä pohdimme kuntoutustoiminnan kehittämisen suuntia. Korostamme kuntoutujien, läheisten ja ammattilaisten yhteistoiminnan ja yhteisten oppimisprosessien merkitystä.

Pääsemme myös tutustumaan lektion välityksellä Johanna Nukarin väitöstutkimukseen, jossa tarkasteltiin lukivaikeuden yksilö- ja ryh-

mämuotoisen neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta nuorilla aikuisilla. Paitsi tutkimuksen tärkeät tulokset, lektiosta välittyi myös tutkijan tärkeä sanoma siitä, että monisyisen ja henkilökohtaisia merkityksiä sisältävän kuntoutumisprosessin vaikuttavuuden tutkiminen on mahdollista. Tämä sanoma on tarpeen pitää mielessä meidän kaikkien, niin tutkimustietoa käyttävien, sitä tuottavien ja suunnittelevien kuin myös rahoittavien toimijoiden.

Toivon innostavia artikkelien lukukokemuksia. Kannustan myös jakamaan artikkelien herättämiä ajatuksia eri foorumeilla. Jakamalla näkemykset kirkastuvat ja uusien avauksien mahdollisuus moninkertaistuu!

**Maarit Karhula**

*päätoimittaja*

toimintaterapeutti, TtT, erikoistutkija,

Kela ja Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

@MaaritEKarhula

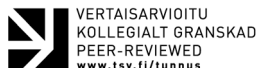
## **Lähteet**

Kuntoutuksen koulutus ja tutkimus. Asiantuntijafoorumin näkökulma koulutuksen kehittämiseen ja ehdotus kuntoutuksen tutkimuksen strategiaksi. Valtioneuvoston julkaisu 2023:64.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165105>

Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisu 2023:58.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165042>



# SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS BIODYNAAMISEN OSTEOPATIAN JA BIODYNAAMISEN KRANIOSAKRAALITERAPIAN KLIINISESTÄ VAIKUTTAVUUDESTA

## Johdanto

Osteopatia on Suomessa Valviran alainen nimikesuojattu terveydenhuollon ala, joka on erikoistunut erityisesti tuki- ja liikuntaelinvaivojen hoitoon. Manuaalisella eli käsin tehtävällä tutkimisella ja hoidolla on merkittävä rooli osteopatiassa (Saarikoski & Stolt 2016, Hopeapuu & Ulvinen 2022, Valvira 2022).

Osteopatian juuret ovat 1800-luvun lopun Yhdysvalloissa, jossa se kehitettiin alun perin vaihtoehtoiseksi hoitomuodoksi silloiselle lääketieteelle. Jo 1900-luvun alussa osteopatia alkoi kuitenkin synnyinmaassaan lähentyä lääketiedettä, ja viime vuosisadan loppuun mennessä yhdysvaltalaiset osteopaattilääkärit (doctor of osteopathy / doctor of osteopathic medicine, DO) olivat kaikissa osavaltioissa yhtenäisessä asemassa lääkärin (medical doctor, MD) kanssa. (Gevitz 2004, 17–24, Licciardone 2009.)

Eurooppaan osteopatia tuli Ison-Britannian kautta, ja vanhalla mantereella osteopatia on säilynyt itsenäisenä manuaaliterapian alana eikä ole rinnastettavissa lääketieteen (Hopeapuu & Ulvinen 2022). Kuitenkin vain kuudessa Euroopan unionin maassa

Suomen lisäksi osteopatia on hyväksytty terveydenhuollon alaksi ja osteopaatti-termi on suojattu ammattinimike. Kahdessakymmenessä EU-jäsenmaassa, kuten Ruotsissa, Virossa ja Saksassa, osteopaattien toiminta on sääntelemätöntä, terveydenhuollon ulkopuolista toimintaa. (EFFO 2021.)

Suomessa osteopaatteja koulutetaan kolmessa oppilaitoksessa: yhdessä ammattikorkeakoulussa ja kahdessa yksityisessä oppilaitoksessa. Kaikissa koulutukset kestävät neljä vuotta, ja ovat laajuudeltaan 240 opintopistettä. Ammattikorkeakoulussa tutkinto johtaa alempaan korkeakoulututkintoon ja osteopaatiksi rekisteröimiseen. Yksityisissä oppilaitoksissa opetus tapahtuu sääntelemättömänä aikuiskoulutuksena. Tutkinnon suorittamisen jälkeen opiskelija voi hakea nimikesuojatuksi osteopaatiksi rekisteröimistä Valviralta. (Atlas 2020, Metropolia 2021, OOKK 2021, Valvira 2022.)

Osteopatia sisältää fysioterapian tavoin erilaisia hoitokeinoja neuvonnasta ja ohjauksesta terapeuttiseen harjoitteluun. Painopiste on kuitenkin kaikkien kolmen osteopatiakoulun opetussuunnitelmien perusteella merkittävästi fysioterapiaa enemmän manuaalisessa terapiassa. (Atlas 2020, Metropolia 2021,

OOKK 2021.) Manuaaliterapeuttisia hoitoja ovat muun muassa erilaiset nivelkäsittelyt ja pehmytkudostekniikat. Monet näistä tekniikoista ovat identtisiä tai hyvin lähellä muiden koulukuntien, kuten fysioterapeuttien ja naprapaattien, manuaalisia hoitoja.

Tutkimusnäyttö vaihtelee merkittävästi eri manuaaliterapeuttisissa hoidoissa. Alaselkävivussa nivelten mobilisaatio- ja manipulaatiotekniikoiden vaikuttavuudesta tutkimusnäyttöä on jonkin verran (Hidalgo ym. 2014, Paige ym. 2017, Rubinstein ym. 2019). Sen sijaan viskeraali- ja kraniaaliosteopatiasta näyttö on vähäistä tai olematonta. (Jäkel & von Hauenschild 2011, Guillaud ym. 2016, Guillaud ym. 2018).

Kraniaaliosteopatiasta on viimeisten vuosikymmenten aikana kehitetty pidemmälle viety hoitomuoto, biodynaaminen osteopatia. Biodynaaminen osteopatia perustuu ajatukseen, jonka mukaan sikiöaikaiset toimintamallit jatkuvat kehossa parantavina voimina vielä aikuisenakin. (McPartland & Skinner 2005.) Biodynaamisen hoitomuodon käyttö ei ole vielä valtavirtaa, mutta on pikkuhiljaa yleistynyt Suomessa yhä useampien osteopaattien ja osteopaattiopettajien parissa. Suomessa biodynaaminen osteopatia ei kuulu minkään oppilaitoksen opetussuunnitelmaan (Lehmuskoski 2021, Haikonen 2022, Rinne 2022). Suomen Osteopaattiliiton (SOL) koulutuskalenterin mukaan Suomessa on järjestetty jo useita biodynaamisen osteopatian koulutuksia, ja esimerkiksi vuonna 2022 koulutuspäiviä aiheesta oli toistakymmentä (SOL 2022). Biodynaamisesta osteopatiasta on kraniaaliosteopatian tavoin muokattu hoitomuoto, jota myös muut kuin osteopaattit voivat opiskella. Tämä hoito on nimetty biodynaamiseksi kraniosakraaliterapiaksi (Zamurut 2017). Hoitomuodon koulutusta järjestetään nykyään myös Suomessa (Nuotio 2022).

Biodynaaminen hoito perustuu kevyeen kosketukseen, jolla ajatellaan voitavan välittää eräänlaista elämänvoimaa tai energiaa hoidettavaan. Tällä energialla voidaan väitetysti lisätä asiakkaan vitaalisuutta, vapauttaa hermopinteitä, vaikuttaa aivojen kovakalvon ja kallonluiden orientaatioon sekä tasapainottaa autonomista hermostoa. Hoidon on

esitetty parantavan fysiologista tasapainoa, sensomotorista toimintaa, vähentävän stressiä ja lisäävän yleistä motivaatiota sekä jakamista elämässä. Moni terapeutti on myös erikoistunut traumausten sekä endokriinisten vaivojen hoitoon biodynaamisella lähestymistavalla. (Gilchrist 2014, Urbanek 2015.)

Tietääksemme biodynaamisesta osteopatiasta ei ole toistaiseksi julkaistu yhtään katusartikkelia suomeksi tai englanniksi. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää biodynaamisen osteopatian ja biodynaamisen kraniosakraaliterapian vaikuttavuutta tämänhetkisen tutkimusnäytön pohjalta.

## Metodit

Tutkimuksen metodina oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hakukohteina olivat seuraavat tietokannat: Pubmed (Medline), Pedro, Cochrane Database (CENTRAL) ja EBSCO (CINAHL). Haku suoritettiin 7.1.2022. Haun suorittivat molemmat kirjoittajat itsenäisesti.

Hakutermeinä olivat ”biodyn\* + osteopa\*\*” ja ”biodyn\* + craniosa\*\*”, eikä haussa ollut kieleen tai julkaisuvuoteen liittyneitä rajoituksia. Mukaan hyväksyttiin kaikki tutkimukset, jotka täyttivät seuraavat kriteerit: tutkimuksen kielen tuli olla englanti tai suomi; tutkimuksen tuli olla julkaistu vertaisarvioidussa lehdessä; tutkimuksessa julkaistiin alkupe- räisdataa kliinisestä tutkimuksesta, tapaus- selostuksesta, tapausverrokkitutkimuksesta tai tapausarjasta; hoidettiin sairautta tai kiputilaa ihmisillä biodynaamisella osteopaattisella tai biodynaamisella kraniosakraalisella lähestymistavalla. Katsauksen hyväksymiskriteerit on eritelty taulukossa 1.

## Tutkimusten valinta

Tutkimukset taulukoitiin LibreOffice Calc (7.2) -ohjelmistolla. Duplikaattien poiston jälkeen tutkijat lukivat itsenäisesti artikkelin otsikon ja tiivistelmän. Tämän perusteella hylättiin artikkelit, jotka eivät käsitelleet biodynaamista osteopatiaa tai biodynaamista kraniosakraaliterapiaa tai jotka olivat tutkimusprotokollia. Jäljelle jääneistä artikkeleista hankittiin kokonaiset tekstit luettaviksi.

Taulukko 1. Kategorioittain kriteerit, joilla tutkimukset hyväksyttiin katsaukseen.

Tutkimustyyppi	Kliininen tutkimus, tapauselostus, tapausverrokkitutkimus tai tapausarja
Tutkimuksen populaatio	Ihmiset, ei ikärajoituksia
Terveystieteellinen vaiva tai sairaus	Mikä tahansa
Hoitomuoto	Biodynaaminen osteopatia tai biodynaaminen kraniosakraaliterapia tai näiden yhdistelmä muihin hoitomuotoihin
Julkaisumuoto	Vertaisarvioitu lehti
Julkaisuvuosi	Kaikki
Kieli	Englanti tai suomi

Tämän perusteella tehtiin lopullinen valinta taulukossa 1 esitettyjen kriteereiden pohjalta. Molemmat tutkijat arvioivat artikkelit itsenäisesti. Tutkimuskriteereiden arvioissa ei tullut ristiriitoja, mutta mikäli näin olisi käynyt, olisi pyydytty ulkopuolisen osteopaatin kannanottoa tutkimuksen hyväksymisestä tai hylkäämisestä. Satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten kohdalla oli tarkoituksena käyttää Cochranen laadunarviointia tutkimusharjojen riskien selvittämiseksi (Sterne ym. 2019). Hyväksytyt artikkelit olisivat esitelty jokainen erikseen kuvaillen niiden menetotit ja tulokset ja näillä perusteilla olisi arvioitu tutkimuksien luotettavuutta ja biodynaamisen hoidon vaikuttavuutta.

## Tulokset

Neljästä eri tietokannasta löydettiin hakuosanoilla yhteensä 24 artikkelia, joista duplikaattien poiston jälkeen jäljelle jäi 19 (kuvio 1). Biodynaamisesta osteopatiasta tai kraniosakraaliterapiasta käsitelti yhdeksän kirjoitusta. Artikkeleista seitsemän oli joko mainoksia, blogikirjoituksia tai julkaistu vertaisarvioimattomassa populaarilehdessä. Jäljelle jääneistä toinen oli tutkimusprotokolla keskosilla vuodelta 2012, johon marraskuussa 2021 rekrytointi oli edelleen käynnissä (Langhammer 2021).

Ainoastaan yksi artikkeli biodynaamisesta osteopatiasta (McPartland & Skinner 2005) oli julkaistu vertaisarvioitussa lehdessä. Tässä artikkelissa selvitettiin biodynaamisen hoi-

don filosofisia perusteita ja historiaa sekä väitettyjä vaikutusmekanismeja. Hakukriteerit artikkeli ei täyttänyt, koska minkään sairauden tai kiputilan hoitoa ihmisillä ei käsitelty.

Hakuprosessi ei siis tuottanut yhtään artikkelia, joka käsitelisi sairauden tai kiputilojen hoitamista biodynaamisella osteopatialla tai biodynaamisella kraniosakraaliterapialla. Tutkimusten laatuakaan ei siten voitu arvioida.

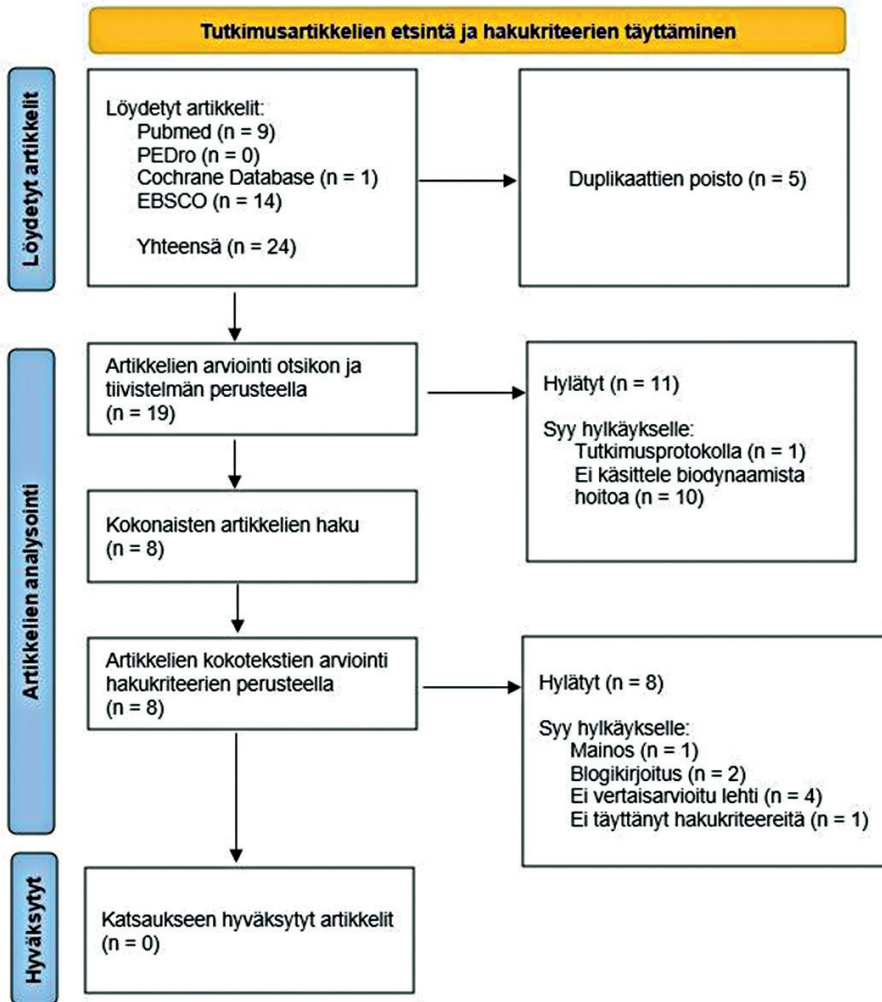
## Pohdinta

Osteopaattikoulutusten vastuuopettajien mukaan yhdessäkään Suomen osteopatian oppilaitoksessa biodynaaminen osteopatia ei sisälly opetussuunnitelmaan peruskoulutuksen aikana (Lehmuskoski 2021, Haikonen 2022, Rinne 2022). Biodynaamisesta osteopatiasta ja kraniosakraaliterapiasta järjestetään kuitenkin vuosittain useita täydennyskoulutuksia Suomessa (Nuotio 2022, SOL 2022).

Biodynaamisen osteopatian on kehittänyt yhdysvaltalainen osteopaattilääkäri James Jealous (1943–2021) (Jealous 2022). Jealousin mukaan *Terveys* on kokonaisvaltainen tila, jonka lähtökohta on ihmisessä oleva henki, sielu ja keho. Parantajan (eli osteopaatin tai muun hoitajan) tehtävä on aistia tämä *Terveys* ja päästää näkymättömät parantavat voimat toimimaan kehossa. (Jealous 1997.)

Biodynaaminen osteopatia pohjautuu aiemmin kehitetyn kraniaaliosteopatian perusajatuksiin hoidon vaikutuksista. Kraniaalios-





Kuvio 1. Systemaattisen katsauksen hakutulokset ja hyväksymiskriteereiden täyttäminen. Hakusanoilla löydetyt tulokset (n = 24) neljästä tietokannasta. Duplikaattien (n = 5) poiston jälkeen 19:ää artikkelia tarkasteltiin hakukriteerien perusteella. Näistä yksi oli tutkimusprotokolla. Kymmenen artikkelia ei käsitellyt biodynaamista osteopatiaa tai biodynaamista kraniaaliterapiaa. Kahdeksan artikkelia noudettiin ja luettiin kokonaan. Näistä yksikään ei täyttänyt hakukriteereitä.

teopatia puolestaan perustuu 1800-luvun lopun havaintoon, että dissekoidun ohimoluun reunat näyttäisivät kalan kiduksilta. Tämän pohjalta kehitettiin 1930-luvulla teoria, jonka mukaan kallon luut liikkuvat edelleen myös aikuisilla toisiinsa nähden. (Sutherland 2000.) Liikettä perustellaan luiden välisillä nivelymillä. Kallolla on esitetty olevan oma oskilloiva kraniaalirytmensä, joka olisi noin 6–14 kertaa minuutissa. (Bordoni ym. 2020a, 2020b, Rasmussen & Meulengracht 2021.)

Kallon luiden lisäksi myös selkäydinesteellä, aivoilla ja selkäytimellä ajatellaan olevan oma rytmensä. Tätä keskushermoston

ja selkäytimen liikettä kutsutaan *primaariksi hengitykseksi*. Primaarihengityksen (engl. primary respiration) oma rytmi on 2,5 kertaa minuutissa. (Liem ym. 2004, 17–20.)

Jealous lisäsi kraniaaliseen ajatteluun embryologisen ajatusmallin, jonka mukaan alkionkehityksen periaatteet jatkuvat syntymän jälkeen kehossa parantavina voimina. Osittain kraniaalisessa, mutta erityisesti biodynaamisessa, osteopatiassa hoitoa ja parantumista tehostaa kehon ulkopuolelta tuleva voima, *Elämän hengitys* (engl. Breath of Life). Elämän hengityksen tuottaa näkymätön ja kehoton tietoisuus. Tällä voimalla on

ajateltu vaikutettavan muun muassa jokaisessa solussa olevaan DNA:n kaksoiskiertykseen. (McPartland & Skinner 2005.)

Primaarihengityksen ja kraniaalirytmien lisäksi myös Elämän hengityksellä on oma rytminsä. Näitä kaikkia kokeneen terapeutin ajatellaan voivan palpoida pitämällä kämmeniään kallon tai muiden kehon osien päällä. Biodynaamisessa osteopatiassa palpaatio on osa hoitoa, sillä näin potilaaseen voidaan terapeutin kautta välittää Elämän hengityksen parantavaa voimaa. Kehon ulkopuolelta tulevaa parantumista perustellaan kvanttifysiikan lainalaisuuksilla. (McPartland & Skinner 2005.)

Biodynaamisen osteopatian alkuperäinen koulutus perustuu kurssimuotoiseen opiskeluun sekä ostettaviin luentomateriaaleihin. Varsinaisia kurssimoduuleja on yhdeksän ja yhden kurssin kesto on neljä päivää. Tätä ennen on pitänyt suorittaa aiheeseen soveltuva johdantokurssi. Hoitomuoto ja sen opetus perustuu pääosin kehittäjänsä omiin kokemuksiin ensin kraniaaliosteopatian ja sittemmin biodynaamisen osteopatian parissa. (Jealous 2022). Kirjallisuutta aiheesta on tästä syystä hyvin niukasti tarjolla.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää kaikki julkaistu vertaisarvioitu tieto ihmisten hoitamisesta biodynaamisella osteopatialla tai biodynaamisella kraniosakraaliterapialla. Katsaukseen hyväksyttiin satunnaisten kliinisten tutkimusten lisäksi myös tapausarja-, tapausverrokki- ja tapaus tutkimukset.

Tiedonhakuprosessi ei tuottanut yhtään artikkelia, jossa olisi käsitelty ihmisten hoitamista biodynaamisella osteopatialla tai kraniosakraaliterapialla. Ainoastaan yksi vertaisarvioitu artikkeli oli julkaistu 2000-luvun alussa, ja se käsitteli hoitomuodon filosofiaa sekä esitettyjä vaikutusmekanismeja.

On mahdollista, että osa biodynaamisesta osteopatiasta tai biodynaamisesta kraniosakraaliterapiasta käsittelevistä artikkeleista jäi haun ulkopuolelle joko hakusanojen tai tietokantojen rajauksen takia. Haimme tietoa neljättä yleisesti käytössä olevasta tietokannasta, mutta mahdollisesti osa vertaisarvioitusta lehdistä ei ole niistä löydettävissä. Siten useampien tietokantojen käyttö olisi

voinut lisätä hakutulosten määrää.

Biodynaamisen osteopatian pohjana olevan kraniaaliosteopatian ja kraniosakraaliterapian vaikutuksia ja toimintamekanismeja on tieteellisissä artikkeleissa kyseenalaistettu jo pitkään (Ferré & Barbin 1991). Väitettyjen kraniaalirytmien palpoinnilla on epäluotettavaa, eivätkä kraniaalihoitoja antavat terapeutit ole tutkimuksissa onnistuneet mittaamaan samankaltaisia kraniaalirytmiejä (Wirth-Pattullo & Hayes 1994, Moran & Gibbons 2001, Hartman & Norton 2002). Meta-analyysi kraniaalihoitojen vaikutavuudesta totesi, ettei kraniaalirytmien palpaatio ole luotettavaa eikä sitä voi käyttää diagnostisena keinona (Guillaud ym. 2016). Tutkimusten laatua painottavissa systemaattisissa katsauksissa on myös todettu, ettei kraniaaliosteopatia tai kraniosakraaliterapia ole vaikuttavaa terapiaa, ja on ehdotettu, että niiden opetus osteopatiakouluissa tulisi lopettaa. (Green ym. 1999, Ernst 2012, Guillaud ym. 2016.)

## Lopuksi

Biodynaamisen osteopatian tai kraniosakraaliterapian tehosta ja vaikutusmekanismeista ei toistaiseksi ole julkaistu tutkimuksia. Hoito perustuu filosofisiin ajatuksiin maailmankaikkeuden ja parantavien voimien luonteesta sekä kokemuseräisiin tuloksiin hoidon vaikuttavuudesta (McPartland & Skinner 2005, Urbanek 2015). Tulevaisuudessa tarvitaan satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia biodynaamisesta hoidosta ja perustutkimusta esitetyistä hoitomekanismeista, jotta hoidon tehoa ja vaikutusmekanismeja voitaisiin arvioida.

**Tulosten merkitys:** Biodynaamisen osteopatian käyttö on Suomessa yleistynyt. Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus osoitti, ettei biodynaamisen osteopatian tai kraniosakraaliterapian hoitojen tehosta ihmisillä ole toistaiseksi julkaistu tieteellisiä artikkeleita. Biodynaaminen käsittely perustuu kokemuspohjaiseen käsitykseen sen hyödyistä. Aiheesta tarvittaisiin

satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, jotta hoidon vaikuttavuutta kyettäisiin arvioimaan.

## Tiivistelmä

Osteopatia on tuki- ja liikuntaelinvaivojen hoitoon erikoistunut terveydenhuollon ala. Manuaaliterapialla on osteopatiassa merkittävä rooli. Biodynaaminen osteopatia ja biodynaaminen kraniosakraaliterapia ovat viime vuosina Suomessa jalansijaa saaneita hoitomuotoja. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää biodynaamisen hoidon vaikuttavuutta tutkimusnäytön perusteella.

Artikkeleita haettiin neljästä terveystieteellisestä tietokannasta (Pubmed, PEDro, Cochrane Database, EBSCO) hakusanoilla ”biodyn\* + osteopa\*” ja ”biodyn\* + craniosa\*”. Katsaukseen hyväksyttiin kaikki sairauksien ja kiputilojen hoitoa ihmisillä selvittäneet tutkimukset, jotka raportoivat vertaisarvioidussa lehdessä alkuperäisdatata kliinisestä, tapaus- tai tapausverrokkitutkimuksesta biodynaamisen hoidon jälkeen.

Haun tuloksena saatiin duplikaattien poiston jälkeen 19 alkuperäisartikkelia. Niistä yksikään ei käsitellyt sairauksien tai kiputilojen hoitoa biodynaamisella osteopatialla tai kraniosakraaliterapialla. Tällä hetkellä minkäänlaista tieteellistä näyttöä biodynaamisen osteopatian tai biodynaamisen kraniosakraaliterapian vaikuttavuudesta ei ole.

*Asiasanat:* osteopatia, manuaaliterapia, biodynaaminen osteopatia, biodynaaminen kraniosakraaliterapia, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

## Abstract

*A systematic review of biodynamic osteopathy and biodynamic craniosacral therapy: clinical efficacy*

Osteopathy is a healthcare profession which specializes in the treatment of musculoskeletal disorders. Manual therapy has a big emphasis in the osteopathic care. Biodynamic osteopathy and biodynamic craniosacral therapy have recently begun getting foothold in Finland among osteopaths. The aim of this systematic review was to evaluate the effectiveness of the biodynamic treatment based on the evidence.

Search was performed by using four different databases (Pubmed, PEDro, Cochrane Database, EBSCO) with the keywords ”biodyn\* + osteopa\*” and ”biodyn\* + craniosa\*”. All articles which showed original data on the biodynamic treatment of humans in a peer-reviewed journal about a clinical trial, case study or case-control study were approved.

The search brought 19 articles after removal of duplicates. None of these included data on the treatment of diseases or pain syndromes in the biodynamical osteopathy or craniosacral therapy. As of now, there is not any scientific evidence showing efficacy of biodynamic osteopathy or biodynamic craniosacral therapy.

*Keywords:* osteopathy, manual therapy, biodynamic osteopathy, biodynamic craniosacral therapy, systematic review

## Kiitokset

*Haluamme kiittää hammaslääketieteen lisensiaatti Vladimir Heiskasta ja terveystieteiden maisteri Susanna Rekirantaa arvokkaista neuvoista ja ajatuksista artikkelin suunnitelmaan ja kirjoittamiseen liittyen. Lisäksi haluamme kiittää lääketieteen kandidaatteja Ville Dingiä ja Ukko Kangasniemeä artikkelin ensimmäisen vedoksen kommentteista.*

**Elessar Hopeapuu, terveystieteiden maisteri, fysioterapeutti, osteopaatti; väitöskirjatutkija, Oulun yliopisto; tutkintovastaava, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus**

**Anssi Ulvinen, osteopaatti, jalkaterapeutti; opintosuunnittelija, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus**

## Lähteet

- Atlas – Osteopatiakoulu Atlas (2020) Opetussuunnitelma.
- Bordoni B, Walkowski S, Ducoux B, Tobbi F (2020a) The Cranial Bowl in the New Millennium and Sutherland's Legacy for Osteopathic Medicine: Part 1. *Cureus* 12, 9, e10410. <https://doi.org/10.7759/cureus.10410>.
- Bordoni B, Walkowski S, Ducoux B, Tobbi F (2020b) The Cranial Bowl in the New Millennium and Sutherland's Legacy for Osteopathic Medicine: Part 2. *Cureus* 12, 9, e10435. <https://doi.org/10.7759/cureus.10435>.
- EFFO – European Federation & Forum for Osteopathy (2021) Regulation of Osteopathy in Europe. <https://www.effo.eu/regulation-in-europe/>. Viitattu 15.11.2022.
- Ernst E (2012) Craniosacral therapy: a systematic review of the clinical evidence. *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 17, 4, 197–201. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2012.01174.x>.
- Ferré JC, Barbin JY (1991) The osteopathic cranial concept: fact or fiction?. *Surgical and radiologic anatomy: SRA* 13, 3, 165–170. <https://doi.org/10.1007/BF01627979>.
- Gevitz N (2004) *The DOs: Osteopathic Medicine in America*. 2nd ed. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, U.S.A.
- Gilchrist R (2014) Essence and form. *Exploring Polarity Therapy and Biodynamic Craniosacral Therapy*. *Massage & Bodywork* May/June, 74–79.
- Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A (1999) A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. *Complement Ther Med* 7, 4, 201–207. [https://doi.org/10.1016/s0965-2299\(99\)80002-8](https://doi.org/10.1016/s0965-2299(99)80002-8).
- Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N (2016) Reliability of Diagnosis and Clinical Efficacy of Cranial Osteopathy: A Systematic Review. *PloS one* 11, 12, e0167823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167823>.
- Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N (2018) Reliability of diagnosis and clinical efficacy of visceral osteopathy: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* 18, 65. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2098-8>.
- Haikonen J (2022) Sähköinen tiedonanto 15.1.2022. Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus.
- Hartman S E, Norton J M (2002) Craniosacral therapy is not medicine. *Phys Ther* 82, 11, 1146–1147. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.11.1146>.
- Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Niellens H (2014) The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *J Man Manip Ther* 22, 2, 59–74. <https://doi.org/10.1179/2042618613Y.0000000041>.
- Hopeapuu E, Ulvinen A (2022) Mitä osteopatia on? Osa 1: Osteopatia Suomessa. *Kuntoutus* 45, 2, 39–46.
- Jealous JDO (2022) The Biodynamics Of Osteopathy. James Jealous D.O. <https://www.jamesjealous.com/>. Viitattu 28.1.2022.
- Jealous J (1997) Jim Jealous, DO. Healing and the natural world. Interview by Bonnie Horrigan. *Altern Ther Health Med* 3, 1, 68–76.
- Jäkel A, von Hauenschild P (2011) Therapeutic effects of cranial osteopathic manipulative medicine: a systematic review. *J Am Osteopath Assoc* 111, 12, 685–693. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2011.111.12.685>.
- Langhammer B (2021) Is it possible to reduce with osteopathic manipulative treatment the length of stay of preterm birth children being born between gestational week 29 and 36 on an intensive care unit? Study Protocol. <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=DRKS00004775>. Viitattu 12.1.2022.
- Lehmuskoski T (2021) Sähköinen tiedonanto 31.12.2021. Osteopatiakoulu Atlas.
- Licciardone JC (2009) Time for the osteopathic profession to take the lead in musculoskeletal research. *Osteopath Med Prim Care* 3, 6. <https://doi.org/10.1186/1750-4732-3-6>.
- Liem T, McPartland JM, Skinner E (2004) *Cranial Osteopathy. Principles and Practice*. Elsevier Churchill Livingstone.
- McPartland JM, Skinner E (2005) The biodynamic model of osteopathy in the cranial field. *Explore* 1, 1, 21–32. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2004.10.005>.
- Metropolia (2021) Opetussuunnitelmat osteopatia. <https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70310/SXF21S1/year/2021>. Viitattu 12.1.2022.
- Moran R W, Gibbons P (2001) Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum. *J Manipulative Physiol Ther* 24, 3, 183–190. [https://doi.org/10.1016/S0161-4754\(01\)62711-8](https://doi.org/10.1016/S0161-4754(01)62711-8).
- Nuotio A (2022) Johdatus biodynaamiseen kraniosakraaliterapiaan 11.-13.2.2022. “Opi kuuntelemaan elämän voimia, jotka luovat ja muokkaavat terveyttä ja palauttavat sen!” <https://annenuotio.com/kurssit/biodynaaminen-kraniosakraaliterapia/>. Viitattu 10.2.2022.
- OOKK (2021) Opetussuunnitelma 2021–2025. Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus.

- Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, Beroes JM, Mardian AS, Dougherty P, Branson R, Tang B, Morton SC, Shekelle PG (2017) Association of Spinal Manipulative Therapy with Clinical Benefit and Harm for Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 317, 14, 1451–1460. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3086>.
- Rasmussen TR, Meulengracht KC (2021) Direct measurement of the rhythmic motions of the human head identifies a third rhythm. *J Bodyw Mov Ther* 26, 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.08.018>.
- Rinne S (2022) Sähköinen tiedonanto 21.1.2022. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW (2019) Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 364, 1689. <https://doi.org/10.1136/bmj.1689>.
- Saarikoski R, Stolt M (2016) Osteopaatti (AMK): asiantuntemus ja työskentely. Terveet jalat. 22.12.2016. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/tju00255>. Viitattu 15.1.2022.
- SOL – Suomen osteopaattiliitto (2022) Koulutuskalenteri. Verkkosivusto: <https://osteopaattiliitto.fi/koulutukset-konferenssit/>. Viitattu 12.1.2022.
- Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, Cates CJ, Cheng HY, Corbett MS, Eldridge SM, Emberson JR, Hernán MA, Hoppewell S, Hróbjartsson A, Junqueira DR, Jüni P, Kirkham JJ, Lasserson T, Li T, McAleenan A, Reeves BC, Shepperd S, Shrier I, Stewart L A, Tilling K, White IR, Whiting PF, Higgins JPT (2019) RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 366, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>.
- Sutherland WG (2000) “The cranial bowl. 1944” *J Am Osteopath Assoc* 100, 9, 568–573. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2000.100.9.568>.
- Urbanek B (2015) Osteopathic Care of a Twin Risk Pregnancy: Case Study. *Journal of Spine* 4, 5, 254. <https://doi.org/10.4172/2165-7939.1000254>.
- Valvira (2022) <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>. Viitattu 10.1.2022.
- Wirth-Pattullo V, Hayes K W (1994) Interrater reliability of craniosacral rate measurements and their relationship with subjects’ and examiners’ heart and respiratory rate measurements. *Phys Ther* 74, 10, 908–920. <https://doi.org/10.1093/ptj/74.10.908>.
- Zamurut S (2017) Biodynamic Craniosacral Therapy. An Energetic Take on a Classic Modality. *Massage & Bodywork* July/August, 82–85.



# HENKILÖKOHTAISEN TOIPUMISEN MITTAAMINEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ

## I.ROC mittarin arviointi suomalaisessa kontekstissa

### Johdanto

Recovery-käsitettä on jäsennetty Suomesa toipumisorientaation ja toipumisen näkökulmista. Toipumisorientaatiolla tarkoitetaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisen lähtökohtia ja peruseriaatteita. Se on ajattelun ja toiminnan viitekehys, jossa painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Viitekehys on holistinen, eikä voida nimetä yhtä teoriaa, jolla kyettäisiin selittämään ja perustelemaan toipumisorientaatiota ilmiönä tai ideologiana. Toipumisorientaation arvo-pohja perustuu henkilösuuntautuneisuuteen, osallisuuteen, itsemääräämisoikeuteen, kasvumahdollisuuksiin, kokemuksellisuuteen ja subjektiivisuuteen. (Nordling & Rissanen 2020.)

Toipuminen on henkilökohtainen ja ainutlaatuinen muutosprosessi yksilön arvoissa, asenteissa, tunteissa, taidoissa, tavoitteissa ja rooleissa (Anthony 1993). Witkiewitz ym. (2020) määrittelevät toipumisen dynaamisena prosessina, jolla on positiivista vaikutusta yksilön terveyteen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja joka lisää hyvinvoinnin

ja elämän tarkoituksellisuuden kokemusta.

Toipumista voidaan lähestyä erilaisista näkökulmista: kliinisen työn tavoitteiden kautta, palveluiden näkökulmasta tai henkilökohtaisen kokemuksen perusteella. Voidaan myös erottaa kaksi toisistaan poikkeavaa toipumisen mallia. Kliinisen toipumisen (clinical recovery) mallissa keskiössä on objektiivisesti mitattava toipuminen ja esimerkiksi oireiden vähentyminen. Asiakkaan psyykkisen voiminnan arvioinnissa painottuvat oirekeskeiset mittarit. Yksilöllisen toipumisen (personal recovery) malli taas korostaa subjektiivista kokemusta siitä, kuinka henkilö selviytyy sairauden tai sen oireiden kanssa. (Roberts & Wolfson 2004, Slade 2010, Pelletier ym. 2015.) Toipumisorientaatiosta pääpaino on henkilökohtaisessa toipumisessa, jolloin toipuminen nähdään yksilöllisesti määräytyneenä ja perusteltuna yksilön omista tavoitteista käsin. Siksi kehitetään ja otetaan käyttöön subjektiivisia mittareita, jotka tavoittavat henkilökohtaisen kokemuksen toipumisesta (Jaeger & Hoff 2012). Toipumisorientaation perustuvien subjektiivisten mittareiden kehittäminen, tutkiminen ja käyttöönotto ei tarkoita psyykkistä



oireilua mittaavien mittareiden väheksymistä, vaan kokonaiskuva asiakkaan mielenterveydestä edellyttää monipuolista arviointia (Nordling ym. 2022).

Kansainvälisesti on kehitetty useita mittareita, joilla voidaan arvioida yksittäisen asiakkaan toipumista tai toipumisorientaation toteutumista palveluja tuottavan organisaation näkökulmasta (esim. Burgess ym. 2010, Williams ym. 2012, Nordling 2018, Nordling ym. 2022). Nordling ym. (2022) tarkastelivat katsausartikkelien perusteella henkilökohtaiseen toipumiseen liittyvän 31 mittarin ja toipumissuuntautuneisuutta organisaatiossa mittaavan 11 mittarin psykometrisia ominaisuuksia ja yhteensopivuutta toipumisorientaation viitekehukseen. Tarkastelu osoitti yksilötasolla toipumista mittaavien mittareiden kehitystyön edenneen pidemmälle. Valtaosa mittareista oli kehitetty anglosaksisissa maissa ja niitä oli tutkittu pääasiassa kehittämisaikojen kontekstissa. Tämän vuoksi on tarpeen tarkastella mittareiden soveltuvuutta anglosaksisen kielialueen ulkopuolella eli niiden ekologisista validiteettia. (Ks. esim. Schön & Rosenberg 2013, Nordling ym. 2022.)

Pincus ym. (2016) ovat todenneet, että toipumisen ja palvelujen toipumissuuntautuneisuuden mittaaminen sekä toipumisorientaation implementaatio vaativat vielä kehittämistä. Myös Schön ja Rosenberg (2013) nostavat esiin tarpeen kääntää ja kehittää edelleen mittareita, joilla voidaan arvioida ja edistää toipumisorientaatiota mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Henkilökohtaiseen toipumiseen liittyviä mittareita ja arviointimenetelmiä on käännetty suomeksi vain muutamia, ja niiden ominaisuuksista tai soveltuvuudesta suomalaisiin kohderyhmiin on kertynyt vain vähän tietoa (Nordling 2018). I.ROC-mittarin kaksoiskääntämisellä, esitestauksella ja pilotoinnilla on pyritty osaltaan vastaamaan tähän kansalliseen tarpeeseen. Mittareiden kehittäminen, soveltuvuuden tutkiminen ja siihen liittyvä pilotointi ovat pitkäkestoisia prosesseja (Nordling ym. 2022). Tässä artikkelissa kuvataan yksi I.ROC-mittarin kehittämistyön vaihe, jossa pilotoitiin esitettua mittaria suomalaisessa mielenterveys- ja

päihdetyössä. Tarkastelu kohdistui I.ROC – Yksilöllisen toipumismittarin psykometriisiin ominaisuuksiin ja vakauten taustamuuttujien suhteen.

## **I.ROC – Yksilöllinen toipumismittari**

I.ROC-mittarin on alun alkaen kehittänyt Skotlannissa Penumbra-järjestö yhteistyössä palvelunkäyttäjien ja työntekijöiden kanssa. Penumbra tarjoaa sekä ammatillisia palveluja että vertaistukea erilaisista mielenterveyden ongelmista ja alkoholin aiheuttamista aivovaurioista kärsiville asiakkaille (<https://www.penumbra.org.uk/>). I.ROC:n kehittämistyön lähtökohdaksi oli käytännön tarve löytää työkalu, jolla voitaisiin arvioida Penumbra-asiakkaiden henkilökohtaisen toipumisen edistymistä. Mittarin kehittämisessä yhteistyö palvelunkäyttäjien ja työntekijöiden kanssa on ollut tärkeää. (Monger ym. 2013.)

I.ROC on yhdessä työntekijän kanssa täytettävä itsearviointiväline (a facilitated self-assessment). Mittari on todettu kansainvälisissä tutkimuksissa käyttökelpoiseksi sekä helposti täytettäväksi. (Ion ym. 2013, Monger ym. 2013.) Mittarin reliabiliteettia ja validiteettia on tutkittu muun muassa suurella määrällä mielenterveyspalveluiden asiakkaita (Dickens ym. 2019), kuulovammaisten (Roze ym. 2020) ja traumasta toipuvien (Rudd ym. 2020) asiakkaiden keskuudessa sekä hollantilaisella käännösversioilla sellaisten henkilöiden keskuudessa, joilla on vakava mielenterveysongelma (Beckers ym. 2022) tai jotka sairastavat skitsofreniaa (Sportel ym. 2023). Mittari toimii tavoitteiden asettamisen apuvälineenä, ja sen avulla voidaan seurata yksittäisen henkilön toipumista. Mittaria voidaan käyttää hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun ja seurannan apuvälineenä. (Ion ym. 2013, Sportel ym. 2023.) Mittarista on laadittu myös sähköinen versio, ja sitä voidaan hyödyntää vaikutusten arvioinnin välineenä toimintoja suunniteltaessa ja arvioitaessa.

Mittari koostuu neljästä osa-alueesta, joissa kussakin on kolme indikaattoria. Osa-alueet ovat koti, mahdollisuudet, ihmiset ja voimaantuminen. (Monger ym. 2013.) Jokaisen

Taulukko 1. Mittarin osa-alueet, indikaattorit ja niihin liittyvät kysymykset sekä indikaattorin kuvaus.

Osa-alue	Indikaattori	Kysymys	Kuvaus
Koti	Mielenterveys	Kuinka usein olet tuntenut itsesi psyykkisesti terveeksi, iloiseksi ja hyvinvoivaksi?	Viittaa fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja uskonnollisten tarpeiden tasapainoon.
	Arjen hallinta	Kuinka usein olet tuntenut, että pystyt huolehtimaan itsestäsi?	Viittaa niihin taitoihin, joita tarvitaan arjessa.
	Turvallisuus ja mukavuus	Kuinka usein olet tuntenut olosi turvalliseksi ja mukavaksi kotonasi?	Viittaa kotiin paikkana, joka tarjoaa turvaa ja jossa voi levätä. Viittaa myös taloudellisiin mahdollisuuksiin selviytyä asumiskustannuksista ja asuin- ympäristön viihtyisyyteen.
Mahdollisuudet	Fyysinen terveys	Kuinka usein olet tuntenut olevasi fyysisesti terve?	Viittaa sellaisiin asioihin kuin ruokavalio, liikkuminen, lepo, lääkehoito, alkoholin käyttö ja tupakointi.
	Liikunta ja aktiivisuus	Kuinka usein olet ollut aktiivinen tai liikkunut säännöllisesti?	Viittaa liikunnan harrastamiseen ja siihen, kuinka usein ja säännöllisesti harrastetaan liikuntaa.
	Elämän merkityksellisyys ja suunta	Kuinka usein sinulla on ollut mielekästä tekemistä?	Viittaa mielekkääseen tekemiseen, arjen rakentamiseen ja kokemukseen elämän tarkoituksellisuudesta.
Ihmiset	Henkilökohtainen verkosto	Kuinka usein olet tuntenut, että ympärilläsi on läheisiä, jotka voivat tarvittaessa tukea sinua?	Viittaa perheeseen, ystäviin ja läheisiin, henkilöihin, joihin voi tarvittaessa tukeutua.
	Yhteisö	Oletko osallistunut säännöllisesti ryhmän/yhteisön toimintaan?	Viittaa sosiaalisiin suhteisiin, ryhmiin kuulumiseen ja harrastuksiin.
	Itsearvostus	Kuinka usein olet tuntenut voivasi arvostaa ja kunnioittaa itseäsi?	Viittaa itsearvostukseen ja itsetunteukseen.
Voimaantuminen	Osallistuminen ja elämäntilanne	Kuinka usein olet tuntenut olevasi mukana päätöksissä, jotka vaikuttavat elämääsi?	Viittaa mahdollisuuteen vaikuttaa omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin.
	Itsestä huolehtiminen	Kuinka usein olet tuntenut, että hallitset omaa elämääsi?	Viittaa oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen.
	Toiveikkaus	Kuinka usein olet ollut toiveikas tulevaisuuden suhteen?	Viittaa tulevaisuuden uskoon ja optimismiin sekä tulevaisuuden suunnitelmiin.

indikaattorin kohdalla on kysymys, johon vastataan asteikolla 1–6 (1 = ei koskaan, ..., 6 = aina). Vastaaja arvioi tilannettaan viimeisten kolmen kuukauden ajalta. Suurempi arvo kuvaa pidemmällä olevaa toipumista. (Ion ym. 2013.) (Taulukko 1.)

Vuonna 2015 laadittiin sopimus Penumbra-järjestön kanssa I.ROC-mittarin kääntämisestä suomeksi sekä mittarin arvioimisesta ja testaamisesta suomalaisessa hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä. Mittari käännettiin käyttäen kaksoiskäännöstä. Ensimmäinen kääntäjä oli mielenterveystyön ammattilainen, joka tunsu aihealueen ja sen terminologian. Hän käänsi mittarin itsenäisesti suomeksi. Tämän jälkeen Penumbra työntekijä, joka oli sekä englannin- että suomenkielinen, käänsi mittarin takaisin englanniksi.

Mittarin kaksoiskääntämisen jälkeen koulutetuista kokemusasiantuntijoista sekä mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisista koostuvat työryhmät työstivät I.ROC-materiaalia. Tavoitteena oli aikaansaada selkeä ja ymmärrettävä suomenkielinen ja suomalaisen kulttuuriin soveltuva versio sisällön muuttumatta. Suomenkieliselle mittarille annettiin tekijänoikeudellisista syistä nimeksi I.ROC – Yksilöllinen toipumismittari, ja sitä esiteltiin vuonna 2020. (Laitila ym. 2021.) Tässä artikkelissa suomenkielisestä mittarista käytetään pääosin nimeä I.ROC tai I.ROC-mittari luottavuuden vuoksi.

Testaus osoitti, että I.ROC-mittarin kääntäminen ja muokkaaminen onnistuivat kohdallisen hyvin. Suomenkielinen mittari pysyi uskollisena alkuperäiselle mittarille ja



toipumisorientaation lähtökohdille. Tekstiin tehtiin jonkin verran muutoksia, esimerkiksi päihteisiin lisättiin nuuskan käyttö. Esitestauksen päätteeksi kokemusasiatuntijoista ja ammattilaisista koostuva työryhmä kävi läpi saadut tulokset ja esitetyt kehittämishdotukset sekä teki mittariin tarvittavat muutokset, jotka liittyivät pääosin kieliasuun. Lopuksi suomenkielinen mittari saatettiin painovalmiiksi yhteistyössä Penumbran kanssa. (Laitila ym. 2021.)

### **Tutkimuksen tavoite**

Tässä tutkimuksessa pilotoitiin esitestattua I.ROC – Yksilöllistä toipumismittaria suomalaisessa mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimuksessa tarkasteltiin I.ROC – Yksilöllisen toipumismittarin psykometrisia ominaisuuksia ja vakautta taustamuuttujien suhteen sekä arvioitiin mittarin soveltuvuutta suomalaiseseen mielenterveys- ja päihdetyön kontekstiin.

### **Tutkimusaineisto ja -menetelmät**

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin yhteistyössä kuuden sosiaali- ja terveystalvluorganisaation kanssa. Organisaatiot olivat omassa toiminnassaan joko sitoutuneet toipumisorientaatioon tai sitoutumassa sen mukaisesti käytäntöihin. Yhteistyötä tehtiin yhden sairaanhoitopiirin psykiatrian yksiköiden, kahden kaupungin mielenterveys- ja päihdeyksiköiden, yhden yhteistoiminta-alueen mielenterveysyksiköiden, erään järjestön mielenterveys- ja päihdeyksiköiden sekä yhden yhteiskunnallisen yrityksen mielenterveys- ja päihdeyksiköiden kanssa. Tutkimuksessa ei kysytty tutkimukseen osallistuneiden palvelunkäyttäjien diagnooseja tai sairaushistoriaa, mutta aineistonkeruussa yhteistyötä tehneiden organisaatioiden perusteella voidaan arvioida heidän edustavan mielenterveys- ja/tai päihdepalveluita käyttäviä henkilöitä. Yksi suuri organisaatio vetäytyi tutkimusyhteistyöstä organisaation sisäisten muutosten vuoksi, mikä vaikutti merkittävästi aineiston keräämiseen.

Organisaatioiden hoito- ja kuntoutushenkilöstöstä koulutettiin ennalta sovittu määrä

työntekijöitä mittarin käyttämiseen. Henkilökunnan saatua koulutuksen organisaatio rekrytoi omista yksiköistään täysi-ikäisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttäviä henkilöitä osallistumaan tutkimukseen. Sisäänottokriteerinä oli muun muassa se, että henkilö käytti organisaation palveluja siten, että hän pystyi täyttämään I.ROC-mittarin kaksi kertaa noin kahden viikon aikana.

Palvelunkäyttäjät täyttivät I.ROC-mittarin yhdessä I.ROC-koulukseen osallistuneiden työntekijöiden kanssa. Kunkin vastaajan ensimmäisen ja toisen mittauskerran tulokset yhdistettiin heille määritellyillä koodinumeroilla, jotka olivat tiedossa ainoastaan aineistonkeruussa avustaneissa organisaatioissa (ks. esim. Autti-Rämö ym. 2015, Härkäpää ym. 2018). Ensimmäisen täyttökerran yhteydessä palvelunkäyttäjiltä kysyttiin erillisellä lomakkeella taustatietoja.

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmalla. Ensimmäisen ja toisen mittauskerran välisille indikaattorimuuttujille suoritettiin sisäkorrelaatiotarkastelu (intraclass), jonka jälkeen kahden mittauskerran indikaattorimuuttujat yhdistettiin laskemalla niiden keskiarvo ja uudet indikaattorit analysoitiin reliabiliteettianalyysin avulla. Mittarin kunkin osa-alueen indikaattoreille suoritettiin pääkomponenttianalyysi ja reliabiliteettianalyysi ja luotiin osa-alueita vastaavat keskiarvosummamuuttujat. Pääkomponenttianalyysi suoritettiin osa-aluekohtaisesti aineiston koon vuoksi, mutta ratkaisua tuki myös mittarin sisällöllinen rakenne (ks. Hair ym. 1998, Silén 2021). Mittarin osa-alueiden vakautta taustamuuttujien suhteen tutkittiin käyttäen Mann-Whitneyn U- ja Kruskal-Wallis testejä.

Tutkimusta varten saatiin puoltava lausunto eettiseltä toimikunnalta (ETL-koodi R21018H). Kultakin aineistonkeruussa yhteistyötä tehneeltä organisaatiolta haettiin tutkimusluvut. Tutkimukseen osallistuvien rekrytoinnissa ja informoinnissa korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja aineistonkäsittelyn luottamuksellisuutta. Lisäksi palvelunkäyttäjille annettussa informaatiossa ja tiedotteessa korostettiin sitä, ettei tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen vaikuta heidän saamaansa palveluun.

Palvelunkäyttäjät antoivat tietoisien suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta kirjallisesti (ks. esim. Kuula 2006).

Tutkimukseen osallistuneiden henkilötiedot eivät missään vaiheessa olleet tutkijoiden tiedossa. Täytetyt mittarit toimitettiin tutkijoille koodattuina ilman henkilötietoja. Myös taustatietolomakkeet yhdistettiin mittaustuloksiin käytettyjen koodinumeroiden perusteella. Palvelunkäyttäjien antamat suostumukset tutkimukseen osallistumisesta on säilytetty tutkimusorganisaatiossa erillään mittareista, eivätkä suostumukset ole olleet tutkijoiden käytössä.

## Tulokset

Mittarin täytti 63 palvelunkäyttäjää. Taustatietoina heiltä kysyttiin sukupuolta, ikää, koulutusta, pääasiallista toimintaa ja siviilisäätystä, joiden jakaumat on esitetty taulu-

kossa 2. Tutkimukseen osallistuneissa oli hieman enemmän miehiä kuin naisia, ja he edustivat muutoin tasaisesti eri ikäisiä, mutta 65 vuotta täyttäneitä oli vähemmän kuin muihin ikäryhmiin kuuluvia. Viidennes vastaajista oli käynyt kansakoulun tai peruskoulun, ja muut olivat suorittaneet toisen asteen tai korkea-asteen opintoja. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista oli naimattomia ja eläkkeellä. Samansuuntaisia havaintoja on tehty muun muassa Mongerin ja kumppaneiden (2013), Dickensin ja kumppaneiden (2019) ja Rissasen ja kumppaneiden (2021) tutkimuksissa. Tutkimuksen kohdejoukko oli muutoin taustoiltaan riittävän heterogeeninen, jotta voitiin arvioida taustamuuttujien vaikutusta mittarin tuloksiin.

Mittarin indikaattoreille laskettu Cronbachin alfa (.91) osoittaa hyvää konsistenssia eli sisäistä yhtenäisyyttä (Nummenmaa ym. 1997). Reliabiliteettikerroin on hieman

Taulukko 2. Tutkimuksen kohdejoukko.

	lkm	%
<b>Sukupuoli</b>		
mies	33	52,4
nainen	30	47,6
<b>Ikäryhmä</b>		
–30	16	25,4
31–40	14	22,2
41–50	13	20,6
51–64	15	23,8
65–	5	7,9
<b>Koulutus</b>		
kansakoulu tai peruskoulu	12	19,1
ammattikoulu tai -kurssi	27	42,9
opistotason ammatillinen koulutus	11	17,5
ammattikorkeakoulu	6	9,5
korkeakoulu	7	11,1
<b>Pääasiallinen toiminta</b>		
kokopäivätyössä (yli 35 h viikossa)	6	9,5
työtön	11	17,5
opiskelija tai koululainen	4	6,3
eläkkeellä iän tai työvuosien perusteella	6	9,5
eläkkeellä muusta syystä	36	57,1
<b>Siviilisäätty</b>		
naimaton	35	55,6
avioliitossa	7	11,1
avoliitossa	6	9,5
muu	15	23,9
Yhteensä	63	100,0

korkeampi verrattuna aikaisempiin kansainvälisiin tutkimustuloksiin (ks. Monger ym. 2013, Dickens ym. 2019).

Mittarin indikaattoreiden ensimmäisen ja toisen mittauskerran väliset sisäkorrelaatiot esitetään taulukossa 3. Toistomittausten välisen sisäkorrelaation on hyvä olla suurempi kuin .70, ja suurin osa indikaattoreista täyttää tämän ehdon. Taulukossa esitetään myös mittarin neljälle osa-alueelle tehtyjen pääkomponentti- ja reliabiliteettitarkastelujen tulokset.

Kaiser-Meyer-Olkin-testien (KMO) arvot ovat suurempia kuin .6, mikä osoittaa indikaattoreiden soveltuvuuden pääkomponenttianalyysiin (Jokivuori & Hietala 2007). Indikaattorien lataukset vaihtelevat eri osa-alueilla seuraavasti: koti .84–.89, mahdollisuudet .76–.84, ihmiset .70–.80 ja voimaantuminen .79–.90. Osa-alueiden Cronbachin alfan arvot vaihtelevat välillä .60–.83. Korkein alfan arvo oli koti osa-alueella ja matalin ihmiset osa-alueella. Osa-alueiden sisäiset yhdenmukaisuudet eli konsistenttisuudet ovat riittäviä (ks. esim. Jokivuori & Hietala 2007). Pääkomponenttianalyysien tulokset

vahvistavat taulukossa 1 esitettyä mittarin osa-aluejakoa indikaattoreineen.

Mittarin osa-alueista muodostettuja keskiarvosummamuuttujia (koti, mahdollisuudet, ihmiset, voimaantuminen) testattiin Mann-Whitneyn U- ja Kruskal-Wallis testillä. Testit osoittivat, että taustamuuttujilla (sukupuoli, ikä, koulutus, pääasiallinen toiminta, siviilisääty) ei ollut tilastollisesti merkitsevää (kaikki p-arvot  $\geq .10$ ) vaikutusta mittarin osa-aluekohtaisiin tuloksiin. Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että mittari on robusti eli taustamuuttujien suhteen vakaa.

Tuloksista voidaan päätellä, että I.ROC – Yksilöllisen toipumismittarin avulla kyetään mittaamaan ja arvioimaan henkilökohtaisen toipumisen osa-alueita ja myös henkilökohtaista toipumista kokonaisvaltaisesti. Tulosten perusteella on maltillisesti todettavissa, että Mongerin ja kumppaneiden (2013) esittämän mittarin osa-alueet ja niiden indikaattorit soveltuvat käyttöön myös Suomessa mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävien henkilöiden yksilöllisen toipumisen arviointiin.

Taulukko 3. Indikaattorit sisäkorrelaatioineen ja neljän pääkomponentti- ja reliabiliteettianalyysin tulokset osa-alueittain.

Osa-alue Indikaattori (sisäkorrelaatio)	Lataukset	KMO	Selitysprosentti	Cronbachin alfa
<b>Koti</b>		.72	75.17	.83
Mielenterveys (.75)	.88			
Arjen hallinta (.68)	.89			
Turvallisuus ja mukavuus (.65)	.84			
<b>Mahdollisuudet</b>		.67	64.81	.73
Fyysinen terveys (.85)	.82			
Liikunta ja aktiivisuus (.82)	.84			
Elämän merkityksellisyys ja suunta (.75)	.76			
<b>Ihmiset</b>		.62	55.42	.60
Henkilökohtainen verkosto (.88)	.80			
Yhteisöt (.77)	.73			
Itsearvostus (.91)	.70			
<b>Voimaantuminen</b>		.67	71.41	.80
Osallistuminen ja elämänhallinta (.63)	.79			
Itsestä huolehtiminen (.70)	.90			
Toiveikkuus (.76)	.84			

## Pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin I.ROC – Yksilöllisen toipumismittarin psykometrisia ominaisuuksia ja vakautta taustamuuttujien suhteen. Aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa mittarin sisäinen konsistenssi on osoittautunut hyväksi ja sitä on pidetty yksiuotteisena (esim. Monger ym. 2013, Rudd ym. 2020). Tässä tutkimuksessa mittarin indikaattorien Cronbachin alfan arvo oli .91. Tulos vastaa ja vahvistaa aiempia tutkimustuloksia mittarin sisäisestä yhdenmukaisuudesta. Toistomittausten väliset sisäkorrelaatiot eri indikaattoreilla olivat kohtalaisen hyviä, mikä osoittaa mittarin luotettavuutta eri mittauskerroilla.

I.ROC-mittaria on mallinnettu aiemmissä tutkimuksissa neljä- (Dickens ym. 2019), kolme- (Rudd ym. 2020) ja kaksiosioisena (Monger ym. 2013, Dickens ym. 2019). Tässä tutkimuksessa mittari mallinnettiin sen alkuperäisten kehittäjien mukaisesti neliosaisena. Indikaattorien lataukset olivat koti, mahdollisuudet, ihmiset ja voimaantuminen -osa-alueilla suuria ja osa-alueiden Cronbachin alfojen arvot olivat hyväksyttäviä. Sukupuolella, iällä, koulutuksella, pääasiallisella toiminnalla tai siviilisäädellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta mittarin tuloksiin.

Tutkimuksen rajoituksena on otettava huomioon sen luonne esitestauksen jälkeisenä pilottitutkimuksena sekä siihen osallistuneiden rajallinen määrä. Kuudesta eri organisaatiosta saatiin rekrytoitua 63 mielenterveys- ja/tai päihdepalveluja käyttävää henkilöä. Heidän diagnoosejaan tai sairaushistoriaansa ei tiedusteltu mittarin täyttämisen yhteydessä eikä siksi käytetty taustamuuttujina tutkimuksessa, mikä on huomioitava arvioitaessa tulosten sovellettavuutta ja yleistettävyyttä. Arvioitaessa tulosten yhdenmukaisuutta aiempien I.ROC-mittarin luotettavuutta tarkastelleiden tutkimusten kanssa tulee ottaa huomioon kohderyhmien erilaisuus eri tutkimuksissa. Puutteena voidaan nähdä myös se, ettei pilottitutkimuksessa pystytty vertaamaan I.ROC-mittarin tuloksia muiden mittarien antamiin tuloksiin. Tämä johtuu siitä,

ettei vielä ole suomenkielisiä validoituja toipumisen mittareita käytettävissä.

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että asiakkaat täyttivät I.ROC-mittarin yhdessä sen käyttöön koulutettujen työntekijöiden kanssa. Tällä pyrittiin siihen, että mittari täytettäisiin samalla tavalla ja voitaisiin minimoida työntekijöiden vaikutus eri mittaustuloksiin (esim. Pannucci & Wilkins 2010, Jager ym. 2020).

I.ROC – Yksilöllinen toipumismittari on kehitetty mittaamaan asiakaslähtöisesti henkilökohtaista toipumista ja sen osa-alueita. Sitä on ajateltu käytettävän hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteenasettelussa ja yksilöllisen toipumisen seuraamisessa yhdessä asiakkaiden kanssa. (Ion ym. 2013.) Tutkimusta I.ROC-mittarin soveltumisesta suomalaiseseen kontekstiin ja eri kohderyhmille sekä käytettävyyden testaamista on tarpeen jatkaa tulevaisuudessa suuremmalla otoskoolla ja laajemmalla kohderyhmällä. Suomenkielisen mittarin laaja kenttätutkimus toistomittauksineen on tarpeen perusteellisen validoinnin näkökulmasta.

*Tutkimus on toteutettu osana Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanketta, jota rahoitti Euroopan sosiaalirahasto.*

**Tulosten merkitys:** Tulosten perusteella näyttää siltä, että I.ROC – Yksilöllinen toipumismittari on mahdollista ottaa käyttöön mielenterveys- ja päihdepalveluissa yhdeksi työvälineeksi hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteenasettelussa sekä yksilöllisen toipumisen seuraamisessa ja arvioinnissa yhdessä asiakkaiden kanssa. Pilottitutkimuksen tulokset toimivat perustana jatkettaessa mittarin käytettävyyden ja soveltuvuuden arviointia. Tutkimus vastaa osaltaan kansalliseen tarpeeseen kehittää toipumisen arviointiin soveltuvia mittareita.

## Tiivistelmä

Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida henkilökohtaisen toipumisen mittaamiseen kehitetyn I.ROC-mittarin (Individual Recovery Outcomes Counter) soveltuvuutta suomalaiseseen mielenterveys- ja päihdetyön kontekstiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin esitettävän I.ROC-mittarin suomenkielisen version psykometrisia ominaisuuksia ja vakautta taustamuuttujien (sukupuolen, iän, koulutuksen, pääasiallisen toiminnan, siviilisäädyn) suhteen. Aineistonkeruu toteutettiin yhteistyössä kuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa, jotka olivat omassa toiminnassaan joko sitoutuneet toipumisorientaatioon tai kiinnostuneet toipumisorientaation käyttöönotosta. Kyseisten organisaatioiden mielenterveys- ja/tai päihdepalveluja käyttävät henkilöt (n = 63) täyttivät mittarin kaksi kertaa yhdessä mittarin käyttöön koulutettujen työntekijöiden kanssa. Palvelukäyttäjien diagnooseja tai sairaushistoriaa ei tiedusteltu mittarin täyttämisen yhteydessä eikä siksi käytetty taustamuuttujina tutkimuksessa, mikä on otettava huomioon arvioitaessa tulosten sovellettavuutta ja yleistettävyyttä. Tutkimusaineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmalla. Pilotoinnin tulosten perusteella on maltillisesti todettavissa, että I.ROC-mittarin käännetty versio näyttää soveltuvan suomalaisen kontekstiin. Mittarilla voidaan arvioida asiakaslähtöisesti henkilökohtaista toipumista ja sen osa-alueita. Tutkimusta I.ROC-mittarin soveltumisesta suomalaisen kontekstiin ja eri kohderyhmille sekä käytettävyyden testaamista on tarpeen jatkaa. Suomenkielisen mittarin laaja kenttätutkimus toistomittauksineen on tarpeen perusteellisen validoinnin näkökulmasta.

*Avainsanat:* mielenterveystyö, päihdetyö, mittarit, toipuminen

## Abstract

Measuring personal recovery in mental health and substance abuse work. Evaluation of the I.ROC measure in the Finnish context

The purpose of this study was to evaluate the applicability of the I.ROC (Individual Recovery Outcomes Counter) measure, a tool developed for measuring personal recovery, in the context of Finnish mental health and substance abuse work. In this study, the psychometric properties and stability in relation to background variables (sex, age, education, main type of activity, marital status) of the pre-tested Finnish version of the I.ROC were examined. Data collection was carried out in cooperation with six social or health care organizations that were either committed or interested in committing to recovery orientation. Mental health and/or substance abuse service users (n=63) in the above-mentioned organizations filled the measure twice together with staff members trained to use the I.ROC. The diagnoses or medical history of the service users were not inquired when filling in the measure and were therefore not used as background variables in the study, which must be taken into account when assessing the applicability and generalizability of the results. The data was analysed with the IBM SPSS Statistics 26 program. Based on the results of the pilot study, it can be moderately stated that the translated version of the I.ROC measure appears to be applicable for the Finnish context. The measure can be used to assess client oriented personal recovery and its aspects. Studies on the application of the I.ROC in Finnish context and within different target groups, as well as testing the usability, needs to be continued. A large field study of the Finnish version with repeated measurements is required for thorough validation.

*Keywords:* mental health work, substance abuse work, measures, recovery

**Minna Laitila, TtT, YTM, lehtori, Seinäjoen ammattikorkeakoulu**

**Marjatta Martin, YTT, yliopistotutkija, Lapin yliopisto**

**Marianne Silén, YTT, yliopistonlehtori, Lapin yliopisto**

## Lähteet

Anthony WA (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J* 16, 4, 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Autti-Rämö I, Kippola-Pääkkönen A, Valkonen J, Tuulio-Henriksson A, Härkäpää K (2015) Narkolepsiaan sairastuneiden lasten ja nuorten perheiden arki ja sopeutumisvalmennuskurssilta saatu tuki. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 90, Kela, Helsinki.

Beckers T, Koekkoek B, Hutschemaekers G, Rudd B, Tiemens B (2022) Measuring personal recovery in a low-intensity community mental healthcare setting: validation of the Dutch version of the individual recovery outcomes counter (I.ROC). *BMC Psychiatry* 22, 38. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03697-6>

Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A (2010) Review of Recovery Measures. Version 1.01. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network.

Dickens GL, Rudd B, Hallett NN, Ion, RM, Hardie SM (2019) Factor validation and Rasch analysis of the individual recovery outcomes counter (I.ROC). *Disabil Rehabil* 41, 1, 74–85. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1375030>

Hair JF Jr, Anderson RE, Tatham RL, Black WC (1998) *Multivariate data analysis*. Fifth edition. Prentice Hall, New Jersey.

Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, Buchert U, Järviskoski A (2018) Tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa K Härkäpää, A Kippola-Pääkkönen (toim.) *Sopeutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana*. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 10. Kela, Helsinki, 11–32.

Ion R, Monger B, Hardie S, Henderson N, Cumming J (2013) A tool to measure progress and outcome in recovery. *BJMHN* 2, 4, 56–60. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2013.2.4.211>

Jager KJ, Tripepi G, Chesnaye NC, Dekker FW, Zoccali C, Stel VS (2020) Where to look for the most frequent biases? *Nephrology (Carlton)* 25, 6, 435–441. <https://doi.org/10.1111/nep.13706>

Jaeger M, Hoff P (2012) Recovery: conceptual and ethical aspects. *Curr Opin Psychiatry* 25, 6, 497–502. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328359052f>

Jokivuori P, Hietala R (2007) Määrällisiä tarinoita. *Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta*. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Kuula A (2006) *Tutkimusetiikka*. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.

Laitila M, Reunanen K, Kirvesmäki S, Koivumäki M (2021) I.ROC-mittarin validointi- ja pilotointiprosessi. Teoksessa M Martin, E Nordling, K Soronen, E Savelius-Koski (toim.) *Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä*. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Työpäpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki, 83–90.

Monger B, Hardie SM, Ion R, Cumming J, Henderson N (2013) The Individual Recovery Outcomes Counter: preliminary validation of a personal recovery measure. *Psychiatrist* 37, 7, 221–227. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041889>

Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim* 134, 15, 1476–1483.

Nordling E, Martin M, Soronen K (2022) Henkilökohittaisen toipumisen sekä organisaatio- ja palvelujärjestelmätason toipumissuuntautuneisuuden mittaaminen ja arviointi. Teoksessa M Martin, K Soronen (toim.) *Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C, Työpapereita 8. Lapin yliopisto, Rovaniemi, 110–123.

Nordling E, Rissanen P (2020) Mielenterveystyö uudistuu - toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Työpäpaperi 40/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki.

Nummenmaa T, Kontinen R, Kuusinen J, Leskinen E (1997) *Tutkimusaineiston analyysi*. WSOY, Porvoo.

Pannucci CJ, Wilkins EG (2010) Identifying and avoiding bias in research. *Plast Reconstr Surg* 126, 2, 619–625. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181de24bc>

Pelletier J-F, Corbière M, Lecomte T, Briand C, Corrigan P, Davidson L, Rowe M (2015) Citizenship and recovery: two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry* 15, 37. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0420-2>

Pincus HA, Spaeth-Rublee B, Sara G, Goldner EM, Prince PN, Ramanuj P, Gaebel W, Zielasek J, Großbimlinghaus I, Wrigley M, van Weeghel J, Smith M, Ruud T, Mitchell JR, Patton L (2016) A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *Int J Ment Health Syst* 10, 73. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>

Rissanen P, Autio R, Näppilä T, Fröjd S, Pirkola S (2021) Factors associated with returning to work after long term absence due to mental disorders. *Humanit Soc Sci Commun* 8, 263, 1–9. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00952-1>

Roberts G, Wolfson P (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *BJPsych Adv* 10, 1, 37–49. <https://doi.org/10.1192/apt.10.1.37>

Roze KCM, Tijsseling C, Rudd B, Tiemens BG (2020) Measuring recovery in deaf, hard-of-hearing, and tinnitus patients in a mental health care



- setting: Validation of the I.ROC. *J Deaf Stud Deaf Educ* 25, 2, 178–187. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz043>
- Rudd B, Karatzias T, Bradley A, Fyvie C, Hardie S (2020) Personally meaningful recovery in people with psychological trauma: Initial validity and reliability of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *Int J Ment Health Nurs* 29, 3, 387–398. <https://doi.org/10.1111/inm.12671>
- Schön U-K, Rosenberg D (2013) Transplanting recovery: Research and practice in the Nordic countries. *J Ment Health* 22, 6, 563–569. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815337>
- Silén M (2021) Sosiologian ja tilastotieteen rajoilla. *Acta electronica Universitatis Lapponiensis. Lapin yliopisto*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-248-1> [Viitattu 17.8.2022]
- Slade M (2010) Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 10, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Sportel BE, Aardema H, Boonstra N, Arends J, Rudd B, Metz MJ, Castelein S, Pijnenborg GHM (2023) Measuring recovery in participants with a schizophrenia spectrum disorder: validation of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *BMC Psychiatry* 23, 296. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04763-3>
- Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, Oades L, Slade M (2012) Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47, 11, 1827– 835. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>
- Witkiewitz K, Montes KS, Schwebel FJ, Tucker JA (2020) What is recovery? *Alcohol Res* 40, 3, 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01>

# FYYSISEN TOIMINTAKYVYN MITTARIEN KÄYTTÖKELPOISUUS TYÖ- JA TOIMINTAKYVYN ARVIOINNISSA

---

## Johdanto

Toimintakyvyn arviointi kuuluu sosiaali- ja terveystalouden sekä työvoimahallinnon ammattilaisten työhön. Arvioita tehdään erilaisten menetelmien avulla kuvailevaa tietoa ja mitaus- ja arviointituloksia yhdistämällä. Arviointien perusteella asiakkaille suunnitellaan toimenpiteitä, arvioidaan niiden vaikutuksia ja päätetään etuuksista. (THL 2021). Systemaattisesti toteutetulla työ- ja toimintakyvyn arvioinnilla voidaan saavuttaa vaikuttavia suunnitelmia työllistymisen edistämiseksi (Savinainen ym. 2021). Fysioterapia-alan ammattilaiset tekevät osaltaan toimintakyvyn arviointeja, ja heidän työnsä taloudellinen ja tuotannollinen panos on merkittävä. Siksi on tärkeää, että ammattikunnalla on käytössä työssään näyttöön perustuvat arviointimenetelmät (Arkela ym. 2019).

Erilaisista toimintakyvyn arviointimenetelmistä on koottu tietoa TOIMIA-tietokantaan. Tiedoilla tuetaan terveydenhuollon ammattilaisia valitsemaan eri käyttötarkoituksiin näyttöön perustuvia ja käyttökelpoisia arviointimenetelmiä. Esimerkiksi ”*Työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvä arviointikäytäntö terveydenhuollossa*” -suosituksessa (Vuokko ym. 2016) tules-potilaiden työkyvyn

arvioinnin osalta mainitaan kehon painoindeksi (BMI), eteen kurotus istuen, istumaan nousutesti, koettu tasapaino, kyykistystesti, selän sivutaivutus, toiminnallinen tasapainotesti ja yläraajojen dynaaminen nostotesti.

Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueella (KYS-Erva) toteutettiin vuosina 2016–2018 julkisissa fysioterapiapalveluissa toimintakyvyn arviointimenetelmien käytön kartoitus (Arkela ym. 2019). Kartoituksen mukaan alueen fysioterapiapalveluissa oli käytössä lähes sata erilaista toimintakyvyn arviointimenetelmää, ja lisäksi menetelmien käytön alueellinen kattavuus vaihteli eri sairaanhoitopiireissä ja sairaanhoitopiirin sisällä. Myös Satakunnassa kartoitettiin opinnäytetyönä perustasolla työttömien terveyspalveluissa toimivan monialaisen työkykytiimin toimintaa fysioterapeuttien näkökulmasta (Tuomi 2020). Opinnäytetyössä tutkittiin fysioterapeuttien ja muiden ammattiryhmien välisen moniammatillisen yhteistyön toteutumista työikäisten ja työttömien perusterveydenhuollon palveluissa sekä sitä, miten fysioterapeutin toimintaa osana työkykytiimiä voitaisiin kehittää. Lisäksi selvitettiin, mitä mittareita fysioterapeutit käyttävät toimintakyvyn arvioinnissa. Tuki- ja liikuntaelämistön toimintakykyä



arvioitaessa vajaa kaksi kolmasosaa fysioterapeuteista käytti Invalidisäätiön suorituskykytestiä. Loput vastaajista hyödynsivät UKK-instituutin terveystestitietä tasa-painoa sekä tuki- ja liikuntaelämisen kuntoa mittaavia testipatteristoja ja puristusvoimamittausta. Kävelyn arvioinnissa hieman yli puolet vastaajista käytti yleisimmin kuuden minuutin kävelytestiä. Yksittäiset fysioterapeutit käyttivät myös UKK-instituutin kävelytestiä ja Timed Up and Go -testiä. Motorisen kunnon arvioinnissa hieman alle puolet vastaajista käytti UKK-instituutin terveystestitietä motorista kuntoa ja tasapainoa testaavaa mittaria. Hieman yli kolmasosa vastaajista käytti Bergin tasapainotestiä. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että työikäisten ja työttömien perusterveydenhuollon palveluissa toimivilla fysioterapeuteilla ei ollut yhtenevää tapaa mitata ja arvioida toimintakykyä ja fysioterapeutit toivoivatkin arviointimenetelmien yhtenäistämistä Satakunnan alueella.

Eriaiset toimintakyvyn arviointimenetelmät vaikuttavat vaihtelevan alueittain ja alueiden sisällä, ja arviointimenetelmien yhdenmukaiseen käyttöön tulisi kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Fyysisen toimintakyvyn mittauksen merkityksestä kuntoutustutkimuksessa ja työkyvyn arvioinnissa on hyvin vähän aiempaa tutkimustietoa.

### **Toimintakykytestit Satasairaalan kuntoutustutkimuksessa**

Terveydenhuoltolaissa on määritelty lääkinnällisen kuntoutuksen osalta potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutustutkimus (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/132, 29§). Kuntoutustutkimuksessa selvitetään yksilön työelämässä jatkamisen mahdollisuuksia silloin, kun sairaus tai vammaisuus ei aiheuta yksiselitteisesti pysyvää työkyvyttömyyttä. Tutkittavat ovat usein monisairaita eikä heidän toimintakykynsä laskua ole pystytty selittämään kliinisten tutkimusten tai diagnostisten toimenpiteiden, lääkinnällisen hoidon tai aiempien kuntoutustoimenpiteiden avulla. (Haukka-Wacklin 2016.)

Kuntoutuspoliklinikalla tehdyissä moniammatillisissa kuntoutustutkimuksissa (Savinainen ym. 2020 ja 2021) fysioterapeutit tekivät toimintakykyarvioita, joissa kliinisellä tutkimuksella ja toimintakykytestauksilla arvioitiin potilaan fyysistä suorituskykyä, valmiuksia ja yleistä toimintakykyä. Esimerkiksi aerobisen kunnon testinä käytettiin UKK-instituutin kahden kilometrin kävelytestiä tai vaihtoehtoisesti kuuden minuutin kävelytestiä. Lihassoiman testauksessa käytettiin Invalidisäätiön selän suorituskykytestiä, johon kuuluvat yläraajojen staattinen testi, selän staattinen testi, vatsalihasten toistosuoritus, selän toistosuoritus, yläraajojen dynaaminen nostotesti ja toistokyykistys tai vaihtoehtona viiden toiston tuoilta nousun testi. Testeistä saatujen viitearvoisten tulosten pohjalta arvioitiin potilaiden toimintakykyä. Lisäksi toimintakykyä arvioitiin myös toiminnallisemmasta näkökulmasta ICF-viitekehyksen ja WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) -arviointimenetelmän lyhyen version (12 kysymystä) sisältöjen pohjalta. Toiminnallisesta näkökulmasta arvioitiin asennon vaihtamista, nostamista ja kantamista sekä käden ja käsivarren käyttämistä.

Asennon vaihtamista arvioitiin sovelletulla Timed up and go (TUG) -testillä (Podsiadlo & Richardson 1991, Hofheinzin & Schusterschitz 2010). Kuntoutustutkimuksessa sovellettu testi suoritetaan perinteisen TUG-testin mukaisesti, mutta mukaan on otettu kynän nostaminen lattialta asennon vaihtamisen arvioimiseksi (Satasairaala, hoito-ohjeet 2022). Nostamista/kantamista arvioitiin korin nostotestillä (Garrido-Jaen ym. 2011, Satasairaala, hoito-ohjeet 2022). Cavanagh ja Row (2006) ovat tutkimuksessaan todenneet yläraajojen ylöspäin kurkottelun olevan haasteellisempi dynaamiselle tasapainolle kuin eteenpäin kurkottelun. Bakerin ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa tehtiin TFAST-testipatteristo (Timed functional arm and shoulder test), johon kuului kolme päivittäisiin toimintoihin liittyvää tehtävää, jotka testasivat olkanivelen sisä- ja ulkokiertoa. Edellä mainittujen tutkimusten pohjalta kuntoutustutkimuksen toimintakyvyn arviointeihin kehitettiin toiminnallinen

kurkottelu ylöspäin -testi (Satasairaala, hoito-ohjeet 2022).

## Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida erilaisten fyysisen toimintakyvyn testien käyttökelpoisuutta ja korrelaatiota henkilöiden itsearvioihin työ- ja toimintakyvystään sekä elämänlaadustaan.

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto koostui Satasairaalan fysiatrian ja kuntoutuksen yksikössä kuntoutustutkimuksessa toukokuun 2018 ja syyskuun 2021 välisenä aikana olleista 179 henkilöstä (54 % naisia, keski-ikä 46 vuotta), joille oli tehty toimintakykytestaukset ja jotka olivat täyttäneet poliklinikalla käytössä olevan ICF-lomakkeen ja Länsirannikon laaturekisterin esitietolomakkeen kyselyt. Laaturekisteri sisältää muun muassa Työkyky VAS -, EuroQol Instrument (EQ-5D) ja RAND-36-item Health Survey -, Tampa kinesiofobia - ja kipukatastrofointi (PCS) -kyselyt. Poliklinikalla käytössä oleva ICF-lomake sisältää muun muassa ammatillisen kuntoutuksen ydinlistan ja WHODAS 2.0:n lyhyen version (12 kysymystä) sisällöt (Üstün ym. 2010). ICF-lomakkeessa potilas arvioi itse omaa toimintakykyään, ja ammattilaiset tekevät samojen sisältöjen perusteella oman arvionsa. Lomake ohjaa systemaattiseen ja laaja-alaiseen tapaan kuvata ja hahmottaa potilaan toimintakykyä.

Työkyky VAS -kyselyssä vastaaja arvioi koettua työkykyään asteikolla nollasta kymmeneen (0 = täysin työkyvytön ja 10 = työkyky parhaimmillaan) (Ilmarinen ym. 2015). Työkyvyn itsearvioinnin validiteetti nojaa sen ennustekykyyneen (Lundin ym. 2016). EQ-5D-elämänlaatukysely sisältää viisi kysymystä liikkumisesta, itsensä hoitamisesta, kivusta, päivittäisistä toimista ja psykologisesta tilasta (EuroQoL Group 1990, Brooks with the EuroQoL Group 1996). Kyselyssä on lisäksi visual analog scale (VAS) -mittari, joka ilmaisee yleistä terveydentilaa (Schrag ym. 2000). Rand-36 (Aalto ym. 1999) on elämänlaatumittari, joka on tarkoitettu hoidon

vaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan ja jota Suomessa on käytetty yleisimmin kuntoutuksen arvioinnissa ja sitä koskevissa tutkimuksissa. Se sisältää 36 kysymystä ja seuraavat kahdeksan ulottuvuutta: koettu terveys, kivuttomuus, fyysinen toimintakyky, fyysinen roolitoiminta, psyykinen hyvinvointi, psyykinen roolitoiminta, sosiaalinen toimintakyky ja tarmokkuus. Tampa kinesiofobia -kysely perustuu liikkumispelon arviointiin (Miller ym. 1991). Siinä on 17 kysymystä, jotka pisteytetään yhdestä neljään. Pain Catastrofising Scale (PCS) -mittarilla selvitetään kipuun liittyvää katastrofointia (Sullivan & Bishop 1995). Mittarilla selvitetään, minkälaisia ajatuksia ja tunteita henkilö kokee ajatellessaan kipua. WHODAS 2.0 (lyhyt versio, 12 kysymystä) perustuu ICF-viitekehikseen ja kokoaa yksilön toimintakyvyn kahteentoista elämän osa-alueeseen. Saltychevin ja kumppaneiden (2019) mukaan WHODAS 2.0:n ja muiden toimintakyvyn mittareiden väliset korrelaatiot ovat osoittautuneet hyviksi.

Tutkimus on hyväksytty Satakunnan alueen eettisessä toimikunnassa (SATSHP/1192/13.01/2018).

Aineiston kuvailemisessa käytettiin keskiarvoja ja jakaumia. Korrelaatioanalyysissä käytettiin Spearman's rho -testiä. Aineiston analyysit toteutettiin SPSS 25 -tilasto-ohjelmalla. Tulosten tulkinnessa tilastollisesti hyvin vahva korrelaatio on yhtä suuri tai yli 0.70, vahva 0.40–0.69, kohtalainen 0.30–0.39 ja heikko 0.20–0.29. Korrelaatiota ei ole silloin, kun se on alle 0.20.

## Tulokset

### Työkyky

Fyysisten toimintakykytestien korrelaatio henkilöiden kokemaan työkykyyn (työkyky VAS) näyttäytyi heikkona tavanomaisen toimintakykytestien osalta (taulukko 1). Korkein korrelaatio oli kuuden minuutin kävelytestillä nostaminen ja kantaminen -testin sekä viiden toiston tuoilta nousu -testin kanssa. Toiminnallisten testien korrelaatio työkyvyn kanssa oli naisilla hieman vahvempi kuin miehillä.

Taulukko 1. Suorituskykytestien korrelaatio työkyvyn (työkyky VAS) kanssa. Taulukossa merkitty **vahva korrelaatio (0.40–0.69)**, *kohtalainen korrelaatio (0.30–0.39)*, heikko korrelaatio (0.20–0.29) ja ei korrelaatiota EK (<0.20).

	<b>Kaikki</b>	<b>Miehet</b>	<b>Naiset</b>
6 minuutin kävelytesti	<b>0.60</b>	<b>0.58</b>	<b>0.60</b>
korin nostaminen ja kantaminen	0.36	0.25	<b>0.48</b>
5 toiston tuoilta nousu	-0.32	-0.28	<b>-0.43</b>
kurkottelu ylöspäin	EK	EK	0.34
selän toistosuoritus	0.25	0.25	0.22
sovellettu Timed Up and Go (TUG)	-0.26	-0.25	-0.30
yläraajan staattinen testi	0.20	EK	0.22
UKK 2 kilometrin kävelytesti	0.24	0.25	EK
tasapainotesti	0.21	EK	0.22
toistokyykistys	EK	EK	EK
yläraajan dynaaminen nostotesti vasen	EK	EK	0.21
selän staattinen testi	EK	EK	EK
yläraajan dynaaminen nostotesti oikea	EK	0.21	EK
vatsalihasten toistosuoritus	EK	EK	EK
käsivoima Jamar vasen	EK	EK	EK
käsivoima Jamar oikea	EK	EK	0.28
BMI	EK	-0.20	EK

### Toimintakyky

Fyysisen toimintakyvyn testien korrelaatio erityisesti yläraajatestien ja puristusvoimastestien osalta oli heikko vertailtaessa potilaan itsearviota toimintakyvystään ICF-lomakkeen WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen sisältöihin. Perinteisten fyysisten testien osalta selän toisto - ja selän staattinen -testit korreloivat kohtalaisesti tai heikosti kävelyn ( $r=0.37/r=0.32$ ), kotitöiden hoitamisen ( $r=0.27/0.30$ ) ja päivittäisen työn/opiskelun hoitamisen ( $r=0.30/0.29$ ) kanssa. Kuuden minuutin kävelytestillä, sovelletulla TUG-testillä ja viiden toiston tuoilta nousun testillä oli vahvimmat korrelaatiot WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen sisältöjen kanssa. Sovellettu TUG-testi korreloi vahvasti peseytymisen ( $r=-0.50$ ) ja pukeutumisen ( $r=-0.49$ ) kanssa ja kohtalaisesti päivittäisen työn/opiskelun hoitamisen ( $r=-0.30$ ), kotitöiden hoitamisen ( $r=-0.30$ ) ja tapahtumiin osallistumisen ( $r=-0.34$ ) kanssa. Kahden kilometrin kävelytesti ( $r=0.34$ ) ja toistokyykistystesti ( $r=0.33$ ) korreloivat kohtalaisesti kävelyn kanssa.

Kuuden minuutin kävelytesti korreloi hyvin vahvasti kotitöiden hoitamisen ( $r=0.85$ ), peseytymisen ( $r=0.84$ ) ja pukeutumisen ( $r=0.80$ ) kanssa. Korrelaatio oli vahva myös pidempään seisomisen ( $r=0.79$ ), kävelykyvyn ( $r=0.69$ ) ja päivittäisen työn tai opiskelun hoitamisen ( $r=0.63$ ) kanssa.

Viiden toiston tuoilta nousun testillä oli vahva korrelaatio tuntemattomien kanssa asioimisen ( $r=-0.61$ ), ystävyysuhteiden ylläpidon ( $r=-0.55$ ) ja tapahtumiin osallistumisen ( $r=-0.55$ ) kanssa. Nostaminen ja kantaminen -testi korreloi kohtalaisesti kotitöiden hoitamisen ( $r=0.36$ ) ja päivittäisen työn/opiskelun hoitamisen ( $r=0.36$ ) kanssa.

Toimintakyvyn itsearviointissa ja toimintakykytesteissä tuli esiin ero naisten ja miesten välillä (taulukko 2). Toiminnalliset testit mittasivat naisilla miehiä vahvemmin WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen sisältöjä kävely, kotitöiden hoitaminen, peseytyminen ja pukeutuminen. Selän staattinen voima korreloi parhaiten miehillä päivittäisen työn/opiskelun hoitamisen kanssa, kun taas muut

tavanomaisten toimintakykytestien korrelaatiot olivat heikkoja. Naisilla toiminnalliset testit nostaminen ja kantaminen, kurkottelu ylöspäin, sovellettu TUG-testi ja kuuden minuutin kävelytesti korreloivat parhaiten kotitöiden hoitamisen kanssa. Perinteisistä testeistä naisilla kotitöiden hoitamisen kanssa korreloivat parhaiten tasapainotesti ja yläraajan staattinen kestävyys.

### *Elämänlaatu ja kivun kroonistumisen riskitekijät*

Tavanomaisten suorituskykytestien korrelaatiot elämänlaadun kanssa olivat heikkoja tai erittäin heikkoja erityisesti yläraaja- ja puristusvoimatestien sekä tasapainotestin ja BMI:n osalta. Vahvin korrelaatio potilaan elämänlaatukselyssä (EQ5D) oli kuuden minuutin kävelytestillä, sovelletulla TUG-testillä, nostaminen ja kantaminen -testillä sekä viiden toiston tuoilta nousun testillä. Potilaan kokeman terveydentilan (EQ-VAS) osalta nähtiin hyvin heikko korrelaatio toimintakykytestien osalta. Vain kuuden minuutin kävelytestillä oli vahva korrelaatio ( $r=0.41$ ) yleisen terveydentilan (EQ VAS) kanssa. Rand-36-elämänlaatukselyn fyysinen toimintakyky -kohta korreloi laajimmin suorituskykytestien kanssa. Korrelaatio oli hyvin vahva kuuden minuutin kävelytestin ( $r=0.78$ ), vahva TUG-testin ( $r=-0.50$ ), viiden toiston tuoilta nousun testin ( $r=-0.43$ ), nostaminen ja kantaminen -testin ( $r=0.45$ ), selän staattisen testin ( $r=0.40$ ) sekä kahden kilometrin kävelytestin kanssa ( $r=0.42$ ). Kohtalainen korrelaatio oli myös selän toistotestillä ( $r=0.37$ ) ja toistokyykistystestillä ( $r=0.34$ ).

Koetun elämänlaadun ja toimintakyvyn mittareiden välillä tuli huomattavia eroja miesten ja naisten välillä (taulukko 3). Vakiintuneiden toimintakyvyn mittarien korrelaatio elämänlaadun eri osa-alueilla oli parempi miehillä, kun taas toiminnalliset testit korreloivat parhaiten naisten koetun elämänlaadun ja terveyden kanssa. Myös kivun kroonistumisen riskitekijöiden, kuten liikkumisen pelon (Tampa kinesiofobia) ja kipukatastrofionnin (PCS), vahvin korrelaatio todettiin kuuden minuutin kävelytestin ( $r=-0.47/-0.73$ ), viiden toiston tuoilta

nousu -testin ( $r=-0.45/-0.37$ ) ja nostaminen ja kantaminen -testin välillä ( $r=-0.41/-0.24$ ). Tavanomaisten suorituskykytestien osalta kohtalainen korrelaatio nähtiin liikkumisen pelon ja toistokyykytestin välillä ( $r=-0.36$ ). Muissa testeissä liikkumisen pelon ja kipukatastrofionnin vaikutus testeihin oli alhainen. Naisilla sovellettu TUG-testi, nostaminen ja kantaminen -testi, kuuden minuutin kävelytesti ja viiden toiston tuoilta nousu sekä selän toistosuoritus korreloivat vahvasti liikkumisen pelon kanssa.

### **Pohdinta**

Tässä tutkimuksessa arvioitiin erilaisten fyysisen toimintakyvyn mittarien käyttökelpoisuutta työ- ja toimintakyvyn arvioissa ja mittareiden korrelaatiota yleisesti käytettyjen elämänlaatu- ja toimintakykykselyjen välillä. Perinteiset suorituskykytestit erityisesti yläraaja- ja puristusvoimatestin osalta eivät näyttäneet tässä aineistossa korreloivan henkilöiden tekemiin itsearvioihin omasta työ- ja toimintakyvystään sekä elämänlaadustaan, kun itsearvioina käytettiin kyselyjä Työkyky VAS, EQ5D, EQ-VAS, Rand-36, Tampa kinesiofobia ja kipukatastrofionni (PCS) sekä WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen sisältöjä. Vahvimmat korrelaatiot tulivat potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn välillä kuuden minuutin kävelytestillä, sovelletulla TUG-testillä, viiden toiston tuoilta nousun testillä sekä nostaminen ja kantaminen -testillä. Kuuden minuutin kävelytesti korreloi vahvimmin kaikkien WHODAS 2.0:n 12 kysymyksen sisältöjen kanssa. Fyysisistä testeistä tasapainotesti korreloi kohtalaisesti pukeutumisen kanssa ja selän toisto- ja selän staattinen -testit korreloivat kohtalaisesti kävelyn, kotitöiden hoitamisen ja päivittäisen työn/opiskelun hoitamisen kanssa. Päivittäisen työn/opiskelun hoitamisen kanssa vahvimmat korrelaatiot olivat kuuden minuutin kävelytestillä, viiden toiston tuoilta nousun testillä, nostaminen ja kantaminen -testillä, selän toistosuoritustestillä ja TUG-testillä. Kotitehtävien hoitamiseen korreloi edellisten lisäksi vielä kurkottelu ylöspäin -testi. Korrelaatioissa oli eroa miesten ja naisten välillä. Erityisesti naisilla toiminnalliset testit



Taulukko 3. Fyysisen toimintakyvyn testien korrelaatiot elämälaatukselyjen (EQ5D, EQ VAS, Rand-36) ja kivun kroonistumisen riskitekijöiden

(Tampa kinesiofobia, kipukatastrofointi PCS) kanssa.

Tulokset erikseen naisilla ja miehillä. Taulukossa merkitty **erittäin vahva (>0.69)** ja **vahva (0.40–0.69) korrelaatio**, *kohtalainen korrelaatio (0.30–0.39)*, heikko korrelaatio (0.20–0.29) ja ei korrelaatiota EK (<0.20).

Taulukko	EQ5D		EQ VAS		Rand36 fyysinen toimintakyky		Rand36 fys roolit		Rand36 tarmokkuus		Rand36 psyyk.roolit		Rand 36 sosiaalinen toimintakyky		Rand36 psyykkinen toimintakyky		Rand36 kivuttomuus		Rand36 koettu terveys		PSC katastrofointi		Tampa liikepelko	
	Naiset	Miehet	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M
6 min kävelytesti	<b>.82</b>	<b>.58</b>	<b>.85</b>	-.01	<b>.73</b>	<b>.61</b>	<b>.34</b>	<b>.78</b>	<b>.81</b>	<b>.49</b>	<b>.53</b>	EK	<b>.70</b>	<b>.46</b>	<b>.69</b>	EK	<b>.74</b>	<b>.81</b>	<b>.64</b>	<b>.41</b>	<b>-.89</b>	<b>-.64</b>	<b>-.55</b>	<b>-.48</b>
5 toiston tuoilta nousu	<b>-.40</b>	<b>-.45</b>	<b>-.26</b>	<b>-.37</b>	<b>-.53</b>	<b>-.30</b>	<b>-.23</b>	<b>-.57</b>	<b>-.40</b>	<b>-.52</b>	<b>-.29</b>	<b>-.42</b>	<b>-.45</b>	<b>-.47</b>	<b>-.38</b>	<b>-.28</b>	<b>-.20</b>	<b>-.81</b>	<b>-.35</b>	<b>-.36</b>	<b>-.35</b>	<b>.54</b>	<b>.52</b>	EK
kurotus ylöspäin testi	<b>.37</b>	EK	<b>.35</b>	EK	<b>.35</b>	EK	EK	EK	EK	.29	EK	.25	<b>.23</b>	<b>.24</b>	EK	.25	<b>.30</b>	EK	EK	.20	EK	EK	<b>-.28</b>	EK
nostaminen ja kantaminen	<b>.51</b>	.21	<b>.30</b>	EK	<b>.62</b>	.28	EK	EK	<b>.28</b>	EK	<b>.25</b>	EK	<b>.38</b>	EK	EK	EK	<b>.47</b>	.37	<b>.40</b>	EK	<b>-.29</b>	<b>-.20</b>	<b>-.46</b>	<b>-.35</b>
selän toistosuoritus	<b>.23</b>	<b>.34</b>	<b>.21</b>	<b>.40</b>	<b>.37</b>	<b>.44</b>	EK	EK	EK	EK	EK	.21	<b>.30</b>	<b>.33</b>	<b>.21</b>	.29	<b>.37</b>	<b>.30</b>	EK	.39	<b>-.32</b>	EK	<b>-.35</b>	EK
selän staattinen testi	<b>.18</b>	<b>.40</b>	<b>.20</b>	<b>.30</b>	<b>.37</b>	<b>.41</b>	EK	EK	EK	EK	EK	.24	<b>.26</b>	<b>.21</b>	EK	EK	<b>.20</b>	<b>.39</b>	EK	.26	<b>-.30</b>	EK	<b>-.26</b>	<b>-.37</b>
Timed Up and Go (TUG)	<b>-.48</b>	<b>-.21</b>	<b>-.38</b>	EK	<b>-.67</b>	<b>-.30</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	<b>-.25</b>	EK	EK	<b>-.33</b>	<b>-.39</b>	<b>-.28</b>	EK	EK	EK	<b>.41</b>	EK
UKK 2 km kävelytesti	<b>.33</b>	.27	<b>.36</b>	.25	<b>.53</b>	.35	EK	EK	EK	EK	EK	EK	<b>.20</b>	<b>.23</b>	EK	EK	EK	EK	EK	<b>.43</b>	<b>-.22</b>	EK	EK	<b>-.27</b>
yläraaja staattinen testi	EK	EK	EK	.26	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	.20	EK	EK	EK	EK
toistokyykistys	<b>.21</b>	.26	<b>.21</b>	.26	<b>.33</b>	<b>.34</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	.22	EK	.24	EK	.28	EK	.37	<b>-.28</b>	<b>-.29</b>	<b>-.33</b>	<b>-.25</b>
tasapainotesti	<b>.37</b>	EK	EK	.21	<b>.20</b>	<b>.22</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	.37	EK	EK	EK	.28	EK	EK	EK	<b>-.20</b>	<b>-.24</b>	EK
yläraajan dynaaminen o.	EK	EK	EK	EK	EK	.25	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	.20	EK	EK	EK	EK	.29	EK	EK	EK	EK
yläraajan dynaaminen v.	EK	EK	EK	.23	<b>.22</b>	<b>.24</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	.21	EK	EK	EK	EK	.24	<b>-.27</b>	EK	<b>-.26</b>	EK
vatsan toistosuoritus	<b>.27</b>	EK	EK	EK	<b>.25</b>	<b>.28</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	.26	EK	.33	<b>-.29</b>	EK	EK	EK
käsivoima Jamar oikea	<b>.23</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	<b>-.20</b>	<b>-.26</b>	<b>-.28</b>	EK
käsivoima Jamar vasen	<b>.25</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	<b>-.20</b>	EK
BMI	EK	EK	EK	<b>-.25</b>	<b>-.20</b>	<b>-.24</b>	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	EK	<b>-.27</b>	EK	EK	EK	EK



korreloivat paremmin yleisen terveydentilan ja koetun elämänlaadun kanssa. Vain kuuden minuutin kävelytestillä, nostaminen ja kantaminen -testillä sekä viiden toiston tuolilta nousun testillä oli vahva tai kohtalainen korrelaatio koetun työkyvyn kanssa.

KYS-Erva-alueen tutkimuksessa (Arkela ym. 2019) alueen fysioterapiapalveluissa oli käytössä lähes sata erilaista toimintakyvyn arviointimenetelmää, ja menetelmien käytön alueellinen kattavuus vaihteli selvästi eri sairaanhoitopiirien välillä ja sairaanhoitopiirin sisällä. Myös Satakunnan alueella toimintakykymittarien käyttö työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa todettiin hajanaiseksi ja satunnaiseksi tuoreen tutkimuksen mukaan (Tuomi 2020). Toimintakyvyn arvioinnin osalta merkittävin huomio kyselyn tuloksista oli se, ettei Satakunnan alueella ole vielä olemassa yhteneviä käytänteitä työ- ja toimintakyvyn arvioinnin menetelmistä. Lisäksi organisaation sisälläkin näyttäisi olevan vaihtelua eri toimintakyvyn osa-alueiden arvioinnissa hyödynnettävissä mittareissa.

Vuokko ym. (2016) toteavat, ettei ole olemassa yksittäistä testiä tai menetelmää, jolla havaitaan toimintakyvyn aleneminen jo varhaisessa vaiheessa, vaan tietoa on kartoitettava eri tavoin. Työttömän henkilön toimintakyvyn arvioimiseksi on esitetty ajattelumallia, jossa korostetaan jäljellä olevan toiminta- ja työkyvyn kuvaamista. Työkyvyttömyyden aiheuttajana lääketieteellisen diagnoosin osuus on varsin vähäinen, ja toimintakyvyn arviota tehtäessä tulisi ymmärtää eri toimintakyvyn osa-alueiden sisällöt ja niihin liittyvät tekijät (Vendrig ym. 2018). Yksilön omalla käsityksellä toimintakyvyttään on todettu olevan merkittävä rooli työllistymisessä (Brouwer ym. 2010, Szlachta ym. 2012, Vastamäki ym. 2014, Hult & Lapalainen 2018).

Tutkimuksemme perusteella toiminnalliset testit näyttävät antavan paremman kuvan henkilön jäljellä olevasta työ- ja toimintakyvystä kuin yksittäiset fyysisen toimintakyvyn osa-alueen testit, koska niiden avulla saadaan tietoa potilaan arjen selviytymisestä ja päivittäisistä toiminnoista. Testit ovat myös helposti toteutettavissa. Toiminnalliset testilomakkeet sekä muut testien

mittauslomakkeet on tallennettu hoito-ohjeet-sivustolle (Satasairaala, hoito-ohjeet 2022), josta ne ovat kaikkien saavutettavissa. Tämä helpottaa käytännön työn tekemistä ja testaamisen validiteettia.

Useimmiten potilaat kokevat oman toimintakykynsä heikompana kuin toiminnallisten testien perusteella havaitaan. Aiemmat tutkimuksemme (Savinainen ym. 2020 ja 2021) käsitelivät kuntoutustutkimukseen osallistuneiden tilannetta vuoden kuluttua kuntoutustutkimuksen tekemisestä ja itsearviointimittareiden korrelaatiota työkyvyn ja toimintakyvyn kanssa. Koettu työkyky ja itsestä huolehtiminen olivat melko alhaisella tasolla työikäiseen väestöön verrattuna (Jääskeläinen ym. 2016, Savinainen ym. 2021).

## **Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset**

Tutkimuksemme vahvuutena on aineiston kattavuus, sillä se käsittää yhden kuntoutustutkimuspoliklinikan kaikki potilaat, joille on tehty toimintakykyarviotestaukset tutkitulta aikaväliltä, ja siten edustaa hyvin kyseisen alueen potilaita. Toisena vahvuutena on, että tarkastelimme työ- ja toimintakyvyn eri osa-alueita ja otimme mukaan koetun terveyden sekä kokonaisvaltaisemman muuttujan eli elämänlaadun. Vaikutuksia arvioitaessa käytettiin tulosmuuttujana tietyn hetken mittautulosta, josta ei siten ollut mahdollista saada selville dynaamisia tilanteiden vaihteluita. Tuloksia tarkasteltiin ainoastaan yhden mittaushetken perusteella. Fyysisen toimintakyvyn mittauksen merkityksestä kuntoutustutkimuksessa ja työkyvyn arvioinnissa on hyvin vähän tutkimustietoa ja mittaamiskäytännöt vaihtelevat. Tässä tutkimuksessa useiden perinteisten toimintakykymittareiden korrelaatio potilaan itsensä arvioimiin työ- ja toimintakykyyn sekä elämänlaatuun osoittautui heikoksi. Jatkossa tarvitaan lisätutkimusta toiminnallisten testien hyödyllisyyden ja tulkinnan vahvistamiseksi suuremmalla otoksella eri ryhmittä ja erilaisilla menetelmillä. Vaikuttaisi siltä, että mittauskäytäntöjen yhtenäistäminen ja tutkimusnäyttöön perustuvien mittaus- ja

arviointimenetelmien käyttöön ottaminen olisi tarpeellista.

**Tulosten merkitys:** Tutkimus toi uutta tietoa erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuksessa käytettyjen toimintakykymitarien korrelaatiosta potilaiden kokemaan elämälaatuun, terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn. Tutkimus kannustaa toimijoita mittauskäytäntöjen yhtenäistämiseen ja tutkimusnäyttöön perustuvien mittaus- ja arviointimenetelmien käyttöön ottamiseen.

## Tiivistelmä

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä jokapäiväisistä elämän toiminnoista. Työikäisen väestön toimintakyvyn arviointi on tärkeää arvioitaessa kuntoutuksen tarvetta ja erilaisten interventioiden vaikutuksia. Ammattilaiset arvioivat asiakkaidensa toimintakykyä erilaisten menetelmien avulla. Arviointimenetelmät ja itsearviointikyselyt keskittyvät usein joihinkin tiettyihin toimintakyvyn osaluueisiin, mutta arvioinnissa käytetään lisäksi myös elämänlaatumittareita ja yleisiä terveydentilan arviokyselyjä. Menetelmiä ja mittareita on käytössä paljon eikä niiden käyttö toimintakyvyn arvioissa ole yhtenäistä. Fyysisen toimintakyvyn mittauksen merkityksestä kuntoutustutkimuksessa ja työkyvyn arvioinnissa on melko vähän aiempaa tutkimustietoa. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspotilaiden (N = 179) toimintakykyarvioissa käytettävien erilaisten toimintakyvyn testien käyttökelpoisuutta ja testien korrelaatiota yleisesti käytettyjen elämälaatu- ja toimintakykykyselyjen välillä. Useiden perinteisten toimintakykytestien korrelaatio henkilöiden itsearvioihin työ- ja toimintakyvystään sekä elämälaadustaan osoittautui heikoksi. Miehillä

perinteisemmät toimintakykytestit korreloivat enemmän terveyden- ja elämälaatukselyiden osalta, kun taas naisilla toiminnallisuutta arvioivat testit korreloivat näihin paremmin. Tutkimus osoittaa, että toimintakyvyn arvioinnissa tarvitaan toiminnallisempien arviointimenetelmien käyttöönottoa erityisesti naisten kohdalla. Jatkossa lisätutkimus toiminnallisten testien hyödyllisyyden ja tulkinnan vahvistamiseksi suuremmalla otoksella eri ryhmistä ja erilaisilla menetelmillä olisi tarpeellista. Tulevissa tutkimuksissa tulisi myös tarkastella tarkemmin miesten ja naisten ja/tai eri ikäryhmien välillä havaittuja eroja.

*Avainsanat:* toimintakyvyn mittaus, kuntoutustutkimus, elämälaatu, työkyky, toimintakyky

**Elina Lindgren, YTM, erikoissos.tt,**  
kuntoutussuunnittelija, Kuntoutuspoliklinikka,  
Satakunnan hyvinvointialue

**Johanna Siitonen, ft, Kuntoutuspoliklinikka,**  
Satakunnan hyvinvointialue

**Tuuli Haapio, ft, Kuntoutuspoliklinikka,**  
Satakunnan hyvinvointialue

**Hannu Heikkilä, LT, kuntoutuksen vastuu-**  
yksikön päällikkö, Kuntoutuspoliklinikka,  
Satakunnan hyvinvointialue

## Lähteet

- Aalto A-M, Aro AR, Teperi J (1999) Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina: Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Tutkimuksia 101. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes).
- Arkela M ja työryhmä (2019) Toimintakyvyn arviointimenetelmien kartoitus julkisissa fysioterapiapalveluissa KYS-Erva-alueella 2016–2018. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Julkaisematon raportti 14.5.2019.
- Baker T, Dingle A, Hansmeier T, Jimenez M, Lopez S, Marks D, McClure PW, Safford D, Shah K M, Sternberg A, Turner J (2017) Early development and reliability of the timed functional arm and



- shoulder test. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 6, 420–431.
- Brooks R with the EuroQol Group (1996) EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 37, 53–72.
- Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, van der Klink JLL, Groothoff JW (2010) A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support *J Occup Rehabil* 20, 104–112. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9214-z>
- Cavanagh PR, Row BS (2006) Reaching upward is more challenging to dynamic balance than reaching forward. *Clinical Biomechanics* 22, 155–164.
- EuroQoL Group (1990) EuroQoL: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16, 199–208.
- Garrido-Jaen D, Lopez-Pascual J, Peydro de Moya MF, Prat-Pastor J, Sanchez-Zuriaga D (2011) Reliability and validity of a new objective tool for low back pain functional assessment. *Spine* 16, 1279–1288.
- Haukka-Wacklin T (2016) Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas – kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus, Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201612222894>
- Hofheinz M, Schusterschitz C (2010) Dual task interference in estimating the risk of falls and measuring change: a comparative, psychometric study of four measurements. *Clinical Rehabilitation* 24, 831–842.
- Hult M, Lappalainen K (2018) Factors associated with health and work ability among long-term unemployed individuals. *International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing* 5, 1, 5–22.
- Ilmarinen V, Ilmarinen J, Huuhtanen P, Louhevaara V, Näsman O (2015) Examining the factorial structure, measurement invariance and convergent and discriminant validity of a novel self-report measure of work ability: work ability – personal radar. *Ergonomics* 58, 1445–1460. <https://doi.org/10.1080/00140139.2015.1005167>
- Jääskeläinen A, Kausto J, Seitsamo J, Ojajärvi A, Nygård C-H, Arjas E, Leino-Arjas P (2016) Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. *Scand J Work Environ Health* 42, 6, 490–499. <https://doi.org/10.5271/sjweh.359>
- Lundin A, Kjellberg K, Leijon O, Punnett L, Hemmingsson T (2016) The Association Between Self-Assessed Future Work Ability and Long-Term Sickness Absence, Disability Pension and Unemployment in a General Working Population: A 7-Year Follow-Up Study. *J Occup Rehabil* 26, 195–203. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9603-4>
- Podsiadlo D, Richardson S (1991) The timed "up & go": test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society* 2, 142–148.
- Saltychev M, Katajapuu N, Barlund E, Laimi K (2019) Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability – systematic review. *Disabil Rehabil* 23, 1–6. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643416>
- Satasairaala, hoito-ohjeet (2022) Toiminnalliset testit -mittauslomake. [https://hoito-ohjeet.fi/fi/ammattilaisille-haku?hakusana=fysiatria\\*&Sairaanhoitopiiri=SATSHP&karyhma=Aikuiset&Kohderyhma=Ammattilaiset](https://hoito-ohjeet.fi/fi/ammattilaisille-haku?hakusana=fysiatria*&Sairaanhoitopiiri=SATSHP&karyhma=Aikuiset&Kohderyhma=Ammattilaiset) [viitattu 9.3.2022]
- Savinainen M, Jauhiainen O, Heikkilä H, Joensuu M (2020) The concurrent validity of the Ablilitator: a self-assessment questionnaire on functioning and work ability. (Published online: 11 December 2020.) *J Public Health (Berl.)*: From Theory to Practice (2022) 30, 1337–1344. Verkkojulkaisu: <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01438-1>
- Savinainen M, Lindgren E, Heikkilä H (2021) Seurantatutkimus erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspotilaiden työmarkkinatilanteesta, elämälaadusta sekä koetusta työ- ja toimintakyvystä. *Kuntoutus* 44, 4, 5–17.
- Schrag A, Selai C, Jahanshahi M, Quinn NP (2000) The EQ-5D – a generic quality of life measure is a useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 69, 1. <https://doi.org/10.1136/jnnp.69.1.67>
- Sullivan M, Bishop S (1995) The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychol Assess* 7, 524–532.
- Szlachta E, Gawlik-Chmiel B, Kallus KW (2012) Do the longterm unemployed regard themselves as able to work? *J Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-012-505-z>
- THL (2021) Toimintakyvyn arviointi. Verkkosivusto osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi> [viitattu 9.3.2022]
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/132, 29§. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [viitattu 9.3.2022]
- TOIMIA-tietokanta. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi?toc=802599> [viitattu 9.3.2022]
- Tuomi E (2020) Fysioterapia perusterveydenhuollossa osana työttömien monialaisia palveluita. Opinnäytetyö (YAMK), Laurea-ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisu: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020120426084> [viitattu 9.3.2022]
- Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korff M, Pull C

- in collaboration with WHO/NIH Joint Project (2010) Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 88, 815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Vastamäki J, Wolff H, Paul KI, Moser K (2014) Sense of coherence mediates the effects of low work ability on mental distress during unemployment. *Journal of Workplace Behavioral Health* 29, 4, 317–332. <https://doi.org/10.1080/15555240.2014.956931>
- Vendrig L, Wijnvoord L, Schaafsma FJ (2018) Reliability and Validity of the Work and Well-Being Inventory (WBI) for Self-Employed Workers: Test Norms of Employees Are Not Suitable for Entrepreneurs. *J Occup Rehabil* 29, 595–608. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9821-7>
- Vuokko A, Juvonen-Posti P, Kaukiainen A (2012, tarkistettu 2016) Työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvä arviointikäytäntö terveydenhuollossa. TOIMIA-verkosto. Verkkajulkaisu: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132200/3\\_Tyottoman\\_toiminta-\\_ja\\_tyokyvyn\\_hyva\\_arviointikaytanta\\_1.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132200/3_Tyottoman_toiminta-_ja_tyokyvyn_hyva_arviointikaytanta_1.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

# ETÄFYSIOTERAPIAN TOTEUTTAMINEN JA SEN VAIKUTUKSET AVH-POTILAAN YLÄRAAJAN KUNTOUTUKSESSA

---

## Johdanto

Aivoverenkierronhäiriöt (AVH) ovat aikuisten toiseksi yleisin kuolinsyy sekä kolmanneksi yleisin invaliditeetin aiheuttaja (Johnson ym. 2016). Suomessa joka vuosi noin 25 000 henkilöä saa aivoverenkiertohäiriön, ja maassamme on noin 100 000 AVH-potilasta (Koskinen 2016, 5). Puolelle potilaista jää jokin pysyvä haitta, ja neljäsosa tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa (Coccia & Provinciali 2017, 300). Aivoverenkierronhäiriöt ovat yleistymässä, mutta kuolleisuus on pienentymässä (Wafa ym. 2020). AVH-potilaista noin puolet tarvitsisi ja noin 15 prosenttia saa moniammatillista kuntoutusta (Koskinen 2016, 5, 13). Spastisiteettia on noin neljäsosalla, ja 70 prosentilla on yläraajaan liittyviä haittoja (Zeng ym. 2021, Coccia & Provinciali 2017, 307). Päivittäisissä toiminnoissa ongelmia aiheuttavat yläraajan kivut, somatosensoriset ongelmat, tuntopuutokset sekä liikkeiden kontrolloinnin vaikeus (Meyer ym. 2014, Carlsson ym. 2018). Suomalaisessa Käypä hoito -suosituksessa sanotaan, että AVH-potilaan toimintakyvyn ennusteen on tutkittu olevan yhteydessä fysioterapian intensiivisyyteen sekä nopeaan aloitukseen (Käypä hoito -suositus 2020).

AVH-potilaan fysioterapiassa tavoitteena on vaikuttaa aivojen kudoksen vaurion

aiheuttamaan toimintakyvyn haasteeseen sekä saada aivoverenkiertohäiriön aiheuttama haitta mahdollisimman vähäiseksi (Kaste ym. 2015). Fysioterapian tulee olla potilaan tarpeiden mukaan räätälöityä intensiivistä, tehtäväkeskeistä sekä aistihavaintoja vahvistavaa kuntoutusta, jossa hyödynnetään neuroplastisiteettia (Coccia & Provinciali 2017, 309). Kuntoutuksen optimaalinen aika on ensimmäiset kaksi viikkoa vaurion jälkeen (Coleman ym. 2017). Niin kauan kuin toipuminen edistyy, fysioterapiaa toteutetaan 2–3 kertaa viikossa (Kaste ym. 2015).

On arvioitu, että Suomessa vuoteen 2025 mennessä jopa puolella terveydenhuollon palveluista olisi etäpalvelumahdollisuus (Salminen & Hiekkala 2019). Etäfysioterapialla on tutkittu olevan parempi tai yhtä hyvä vaikutus sekä motoriikkaan että ylempään kortikospinaaliradan toimintaan kuin perinteisellä fysioterapialla (Sarfo ym. 2018b), mutta tulokset ovat olleet myös ristiriitaisia (Appleby ym. 2019). Etäkuntoutusta käytetään yhdistelmä kuntoutuksena perinteisen kuntoutuksen ohessa (Korhonen ym. 2019, 269, 277, 280). Sarfon ja kumppaneiden (2018a) tutkimuksen mukaan etäkuntoutus parantaa yläraajan toimintaa ja menetelmä koetaan käyttäjätystävälliseksi. Etäkuntoutusmenetelmiä tulisi kehittää, jotta niiden tehokkuus voitaisiin osoittaa AVH-potilaan

kuntoutuksessa (Choi ym. 2019).

Tämän katsauksen tarkoitus on tuottaa lisää tietoa AVH-potilaan yläraajan etäfyysioterapiasta sekä AVH-kuntoutuksessa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille että kuntoutujille ja heidän omaisilleen. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia on tehty vähän.

Tutkimuskysymykset katsauksessa ovat:

- 1) Minkälaisia menetelmiä on käytetty AVH-kuntoutujien yläraajan etäfyysioterapiassa?
- 2) Minkälaisia vaikutuksia etäfyysioterapialla on saatu AVH-kuntoutujien yläraajan kuntoutuksessa?

## Katsauksen toteutus

### Tiedonhaku

Systemaattinen tiedonhaku toteutettiin keväällä 2021 PEDro, Ebsco, PubMed sekä Elsevier -tietokantoihin. Hakulausekkeena PEDrossa käytettiin tele\* stroke\*, virtual\* stroke\*, remote\* stroke\*, Elsevierissä ("cerebrovascular disorders" OR stroke) AND (telerehabilitation OR "tele-rehabilitation" OR "virtual rehabilitation" OR "remote rehabilitation") AND ("upper extremity" OR "upper limb") ja PubMedissä sekä Ebscossa ("cerebrovascular disorders" OR stroke OR "cerebral infarction" OR "cerebral haemorrhage") AND

(telephysiotherapy OR "tele physiotherapy" OR "tele physical therapy" OR "remote physiotherapy" OR "remote physical therapy" OR telerehabilitation OR "tele-rehabilitation" OR "virtual rehabilitation" OR "remote rehabilitation") AND ("upper extremity" OR "upper limb" OR "hand" OR "arm"). Vuosirajauksena käytettiin viittä vuotta, ja haku rajattiin maksuttomiin englanninkielisiin kokoteksteihin.

### Tutkimusten valinta

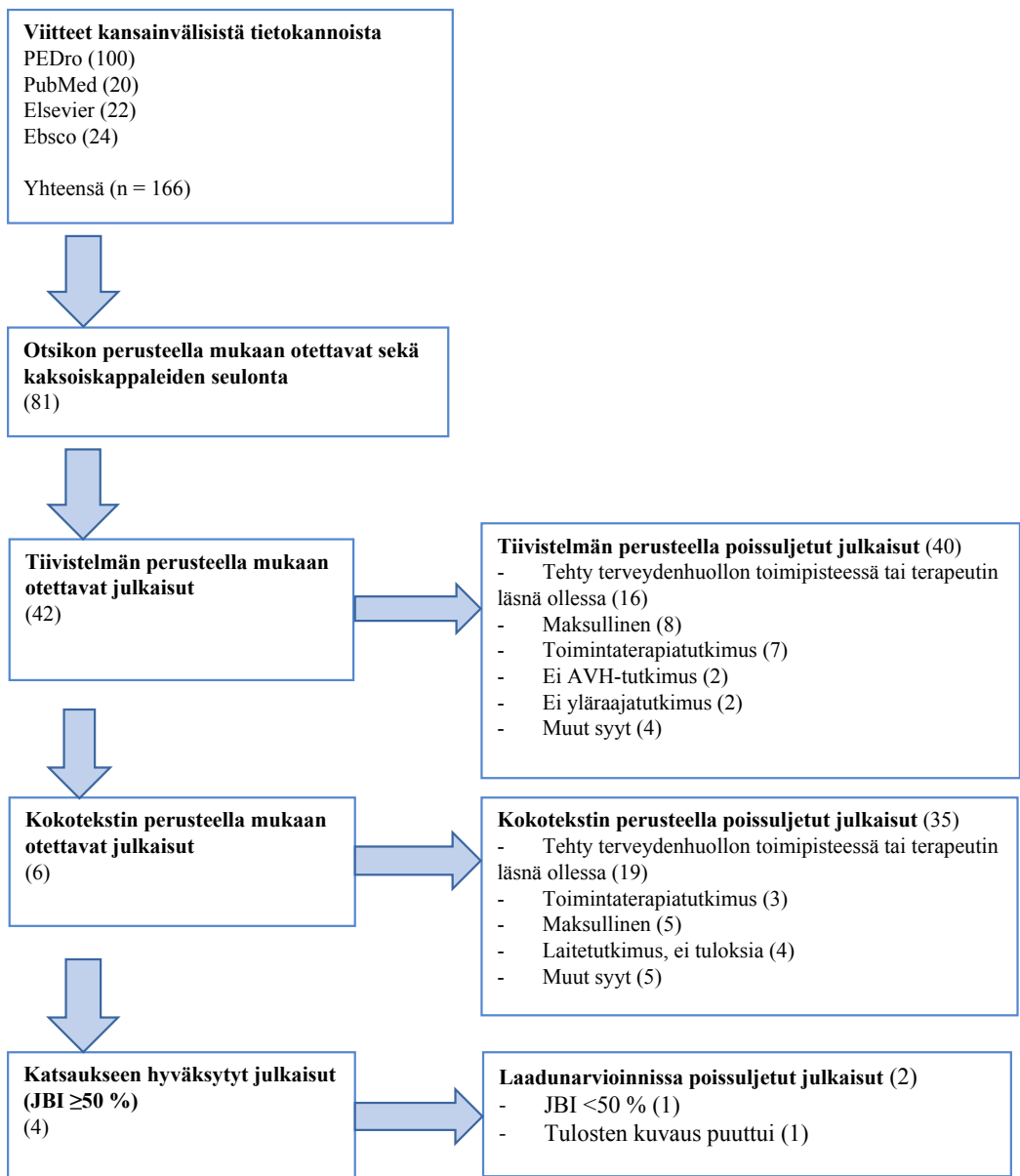
Tutkimusten valinnassa käytettiin mukaanotto- ja poissulkukriteereitä (taulukko 1). Mukaan otettiin tutkimukset, jotka käsitelivät AVH-potilaan yläraajan fysioterapiaa etämenetelmillä. Tutkimuksissa tuli käsitellä joko potilaan käyttämää laitteistoa tai etämenetelmää. Kuntoutuksen piti tapahtua muualla kuin terveydenhuollon toimipisteessä ja ilman terveydenhuollon ammattilaisen läsnäoloa. Laadunarviossa tuli täyttyä vähintään 50 prosenttia The Joanna Briggs -instituutin (JBI) arviointikriteereistä. Tutkija teki tiedonhaun, tutkimusten valinnan sekä laadunarvioinnin.

### Hakutulos

Kansainvälisistä tietokannoista saatiin yhteensä 166 viitettä. Otsikon perusteella ja kaksoiskappaleiden poiston jälkeen viitteitä

Taulukko 1. Katsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vuosirajaus 2016–2021 toukokuu	Ennen vuotta 2015
Kieli: englanti	Kieli: joku muu kuin englanti
Kokotekstit (Saataavissa käytetyissä tietokannoissa)	Ei kokoteksti (tiivistelmät, kirjeet, editoriaalit, mielipidekirjoitukset)
1. Käsittelee AVH-potilaan yläraajan etäfyysioterapiaa	1. Ei käsittele AVH-potilaan yläraajan virtuaalista fysioterapiaa
2. Käsittelee potilaan käyttämää etämenetelmää	2. Ei käsittele potilaan käyttämää etämenetelmää
3. Kuntoutus tapahtuu muualla kuin lähifysioterapiassa, laitospotilaiden kuntoutuksessa tms. terveydenhuollon toimipisteessä ammattilaisen ollessa läsnä.	3. Kuntoutus tapahtuu lähifysioterapiassa, laitospotilaiden kuntoutuksessa tms. terveydenhuollon toimipisteessä ammattilaisen ollessa läsnä.
4. JBI-laadunarviointikriteerit 50 % täyttävä	4. JBI-laadunarviointikriteerit alle 50 %



Kuvio 1. Aineiston valintaprosessi PRISMA Flow -kaavion mukaan (Moher ym. 2009).

jäi 81. Tämän jälkeen tiivistelmien perusteella mukaanottokriteerien mukaan valittuja julkaisuja oli 42. Koko tekstin perusteella julkaisujen määrä laski kuuteen julkaisuun. JBI-laadunarvioinnin tavoitteen täytti neljä tutkimusta. Tutkimuksista yksi otettiin mukaan, vaikka se oli tehty terveydenhuollon toimipisteessä. Tämä siksi, koska pohdinnassa todettiin, että tutkimus olisi yhtä hyvin voitu tehdä kotiolosuhteissa kokonaisuudessaan.

(Park & Park 2016, 814) Tutkimusten valintaprosessi on kuvattu kuviossa 1.

## Tulokset

Kaikki mukaan otetut tutkimusartikkelit olivat satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia, joissa oli yksi interventioryhmä ja yksi kontrolliryhmä. Tutkittavia henkilöitä oli 245 henkilöä. Tutkittavien ikä oli

keskimäärin 60 vuotta, ja 64 prosenttia tutkittavista oli miehiä. Kolmessa tutkimuksessa ilmoitettiin sairastumisesta kulunut aika, joka oli keskimäärin 22 kuukautta. Tutkimukset, niihin osallistujat sekä sosiodemografiset tekijät on kuvattu taulukossa 2.

### Aineiston analyysi

Analyysi tehtiin teorialähtöisesti, ja aineisto teemoiteltiin edellä mainittujen tutkimuskysymysten mukaan etäfyioterapia menetelmiin ja vaikutuksiin (Sezgin ym. 2018).

### Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden yläraajan kuntoutuksen toteutus etäkuntoutuksessa

Kahdessa tutkimuksessa oli tutkittu etäkuntoutusjärjestelmän käyttöä fysioterapiassa. Toinen laitteisto oli TC Meeting v6.0 -järjestelmä, johon kuului tietokone, kuvaprojektori, kamera sekä tallennusjärjestelmä (Wu ym. 2020). Toisessa tutkimuksessa etäkuntoutus toteutettiin järjestelmällä, johon kuului tietokoneen lisäksi kaksitoista erilaista tietokoneeseen liitettävää pelilaitetta (Cramer ym. 2019). Etämenetelmän avulla tutkittavat tekivät kummassakin tutkimuksessa samat harjoitusohjelman mukaiset toiminnalliset

harjoitukset kuin kontrolliryhmä. Harjoitusvälineinä käytettiin TheraBand-kuminauhaa sekä omankehonpainoharjoittelua. Cramerin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa oli terapeuttisen harjoittelun lisäksi pelillistä harjoittelua puolet kuntoutusajasta ja oma-toimista harjoittelua puolet terapiakäyntikerroista.

Kahdessa tutkimuksessa käytettiin terapiavälineenä Nintendo Wii -pelikonsolia. Toisessa käytettiin Wiin ohjainta, joka voitiin tarvittaessa teipata tutkittavaan käteen (Park & Park 2016), ja toisessa tutkimuksessa ohjaimen oli integroitu infrapunaosoittimilla varustettu käsine (Standen ym. 2017). Standenin ja kumppaneiden tutkimuksessa pelattiin fysio- ja toimintaterapeuttien ja AVH-potilaiden yhteistyössä kehittelemiä pelejä. Parkin ja Parkin (2016) tutkimuksessa pelattiin aiemmissa tutkimuksissa hyväksi havaittuja Wii-pelejä kuten keilailua, pöytätennistä sekä melontaa. Tässä ohjainta käyttävässä tutkimuksessa verrattiin toisiinsa peliharjoittelua toteuttavien eroa tutkittaviin, jotka tekivät mielikuvaharjoittelua ennen pelaamista. Tutkittavia kehoitettiin harjoittelemaan pelejä vapaasti terapian lisäksi. Tutkimusten etäkuntoutusmenetelmien toteutus on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Tutkimukset, niihin osallistujat ja etäkuntoutusmenetelmien toteutus

Tutkimus	Osallistujat	Sukupuoli n/m	Ikä	Sairastumisesta kulunut aika	Järjestelmä	Kesto	Terapiakerrat
Wu ym. (2020)	64 henkilöä, kaksi ryhmää	25/36	56.73±11.85 (int.) 59.10±8.60 (kontr.)	Ei tiedossa	Etäkuntoutusjärjestelmä TC Meeting v6.0: Reaaliaikainen ohjaus	12 vk	2 x vk
Cramer ym. (2019)	124 henkilöä, kaksi ryhmää.	34/90	62 (int.) 60 (kontr.)	18 ±8,9 vkoa	Etäkuntoutusjärjestelmä: Harjoitteita, Playstationpelejä, 50 % omatoimista harjoittelua	6 vk	6 x vk
Standen ym. (2017)	27 henkilöä, kaksi ryhmää	11/16	59±12.03 (int.) 63±14.06 (kontr.)	22 vkoa (int.) 12 vko (kontr.)	Nintendo Wii -pelikonsoli ja ohjain-käsine: 3D-pelejä	8 vk	3 x vk
Park ym. (2016)	30 henkilöä, kaksi ryhmää	14/16	62.0±1.4 (int.) 61.6±5.34 (kontr.)	yli 26 vkoa	Nintendo Wii -pelikonsoli ja ohjain: 3D-pelejä, interventoryhmässä myös mielikuva-harjoittelu	4 vk	5 x vk
Yhteensä	245	84/158	60,42 ka				

### *Etäkuntoutuksen vaikutukset*

Tutkimuksissa yläraajan motorista toimintakykyä mitattiin Fugl-Meyer-arviointimenetelmällä sekä siitä poimituilla yläraajan testeillä ja Wolf Motor Function -testillä. Kahdessa tutkimuksessa oli mukana fysioterapeutin lisäksi myös toimintaterapeutti, ja tutkimuksiin kuului toimintaterapeuttisia mittauksia. Karkeamotoriikkaa tutkittiin Box And Block -testillä ja näppäryyttä Nine Hole Peg -testillä. Lisäksi kuntoutuajat arvioivat omaa toimintakykyään kyselyillä, joita olivat Stroke Specific Quality of Life Scale yläraajan osalta, Motor Activity Log, Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale sekä Motor Activity Log Quality of Movement. Kyselyissä kuntoutuja arvioi elämänlaatuaan, toimintakykyään ja toimintakyvyn laatua sekä selviytymistään ADL-toiminnoista.

Kolmessa tutkimuksessa neljästä saatiin loppumittauksissa tilastollisesti merkitseviä tuloksia. Poikkeuksena on Standenin ja kumppaneiden (2017) tutkimus, jossa oli suuri keskeyttäneiden lukumäärä. Tämän tutkimuksen väliarviossa saatiin Wolf Grip -mittauksessa tilastollisesti merkitsevä muutos verrattuna kontrolliryhmään ( $p < 0,05$ ). Suurta keskeytysten lukumäärää tutkijat perustelivat sillä, että tutkittavia on palannut työelämään ja tutkimukseen osallistumiseen ei ole ollut aikaa tai tarvetta. Motor Activity Log -kyselyn määrämittauksissa ( $p < 0,05$ ) sekä yrityskerroissa ( $p < 0,01$ ) saatiin loppuarviossa tilastollisesti merkitsevä muutos verrattuna kontrolliryhmään. Stroke Specific Quality of Life Scale upper extremity -kyselyssä todettiin interventioryhmässä tilastollisesti merkitsevä muutos ( $p < 0,06$ ). Cramerin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa kummassakin ryhmässä saatiin tilastollisesti merkitseviä muutoksia ( $p < 0,001$ ), ja interventioryhmä oli kontrolliryhmää parempi ( $p = 0,96$ ). Parkin ja Parkin (2016) tutkimuksessa Fugl-Meyer -testissä, Box and Block -testissä sekä Motor Activity Log -kyselyn laatumittauksissa interventioryhmän ero oli tilastollisesti merkitsevä verrattuna kontrolliryhmään ( $p < 0,05$ ). Tulokset on esitetty taulukossa 3.

Kaikissa tutkimuksissa todettiin, että etäkuntoutus sopii henkilöille, joilla on yläraajassa aktiviteettia ja riittävät kognitiiviset taidot. Lisäksi etäkuntoutukseen osallistuvalla ei saa olla näkökyvyssä huomattavaa heikkenemistä. Kahdessa neljästä tutkimuksesta todettiin etäkuntoutuksen olevan turvallinen ja tehokas kuntoutusmuoto. Kolmessa neljästä tutkimuksesta raportoitiin kuntoutujien suhtautuneen kuntoutukseen hyvin. Etäkuntoutusta kuvattiin motivoivaksi, asiakkaille mieleiseksi sekä itseluotamusta kohottavaksi peleissä tapahtuvien onnistumiskokemusten vuoksi. Park ja Park (2016) sekä Standen kumppaneineen (2017) korostivat pelillisyyden välitöntä palautetta hyvänä lisänä kuntoutuksessa. Park ja Park totesivat tutkimuksessaan tavoitteiden kohdistamisen olevan helpompaa pelistä saatavan numeraalisen datan perusteella. Kuntoutujan alentunut toimintakyky näkyy datassa, ja harjoituksia voi kohdentaa. Lisäksi hyötynä koettiin etäkuntoutuksen edullisuus ja matkustamisen rasitusten poistuminen (Wu ym. 2020). Cramer kumppaneineen (2019) mainitsi haitan, joka johtui ihmiskontaktin puutteesta. Standen ja kumppanit (2017) raportoivat haasteita laitteiden käytössä kognitiivisten ongelmien vuoksi.

### *Pohdinta*

On tutkittu, että etäkuntoutus on kustannustehokasta sekä säästää kuntoutujaa raskailta matkustamiselta, ja samat seikat nousivat esille myös tämän katsauksen tutkimuksissa (Naamanka 2016, 35, Heiskanen 2016, 57). Tutkimuksen avulla haluamme jatkaa keskustelua etäkuntoutuksen keinoista vartenotettavina vaihtoehtoina perinteiselle kuntoutukselle. Etäkuntoutus mahdollistaisi kuntoutuksen asiakkaille, joille liikkuminen on vaikeaa tai liiallisesti kuormittavaa tai jos lähin fysioterapeutti on toisella paikakunnalla. Wu kumppaneineen (2020) totesi kuntoutuksen jatkuvuuden olevan parempi etäfyysioterapiassa kuin perinteisessä fyysioterapiassa. Tämä tukee myös ajatusta etäkuntoutuksen saavutettavuudesta syrjäisillä seuduilla sekä toimintakyvyn rajoitteisissa liikkumista.



Taulukko 3. Tutkimusten tulokset.

Tutkimus ja ryhmä	alkumittaus	loppumittaus	p-arvo
Wu (2020) int.	Fugl-Meyer assessment upper extremity 11.93±2.50	Fugl-Meyer assessment upper extremity 55.33±2.81	Fugl-Meyer assessment upper extremity (P<0,001)
	Stroke Specific Quality of Life Scale upper extremity 7.47±1.33	Stroke Specific Quality of Life Scale upper extremity 12.43±1.82	Stroke Specific Quality of Life Scale upper extremity (P<0,06)
Wu (2020) kontr.	Fugl-Meyer assessment upper extremity 12.61±1.78	Fugl-Meyer assessment upper extremity 47.42±3.90	
	Stroke Specific Quality of Life Scale upper extremity 7.35±1.14	Stroke Specific Quality of Life Scale upper extremity 11.42±1.06	
Cramer (2019) int.	Fugl-Meyer assessment 42.8±7.8	Fugl-Meyer assessment 62	Fugl-Meyer assessment (P<0,001)
			ero ryhmien välillä (P=0,96)
Cramer (2019) kontr.	Fugl-Meyer assessment 42.7±8.7	Fugl-Meyer assessment 62±8,23	Fugl-Meyer assessment (P<0,001)
Standen (2017) int.	Wolf Motor Function Test 2.00	Wolf Motor Function Test 2.47	Wolf Motor Function Test (+0.47)
	Wolf Grip 14.55	Wolf Grip 12.80	(P<0,05)
	Nine Hole Peg Test 45.17	Nine Hole Peg Test 53.34	Nine Hole Peg Test (+8.17)
	Motor Activity Log (määrä) 66.00	Motor Activity Log (määrä) 76.00	Motor Activity Log (määrä) (P<0,05)
	Motor Activity Log (laatu) 54.00	Motor Activity Log (laatu) 74.00	Motor Activity Log (+20)
	Motor Activity Log (Yritykset) 17.00	Motor Activity Log (Yritykset) 20.00	Motor Activity Log (Yritykset) (P<0,01)
	Nottingham Extended Activities of Daily Living 38.00	Nottingham Extended Activities of Daily Living 39.00	Nottingham Extended Activities of Daily Living (+1)
Standen (2017) kontr.	Wolf Motor Function Test 2.72	Wolf Motor Function Test 2.19	Wolf Motor Function Test (-0.53)
	Wolf Grip 12.77	Wolf Grip 12.53	Wolf Grip (-0.24)
	Nine Hole Peg Test 45.66	Nine Hole Peg Test 37.39	Nine Hole Peg Test (-8.27)
	Motor Activity Log (määrä) 69.00	Motor Activity Log (määrä) 56.00	Motor Activity Log (määrä) (-13)
	Motor Activity Log (laatu) 53.00	Motor Activity Log (laatu) 51.00	Motor Activity Log (laatu) (-2)
	Motor Activity Log (Yritykset) 16.00	Motor Activity Log (Yritykset) 17.00	Motor Activity Log (Yritykset) (+1)
	Nottingham Extended Activities of Daily Living 39.00	Nottingham Extended Activities of Daily Living 46.00	Nottingham Extended Activities of Daily Living (+7)
Park (2016) int.	Fugl-Meyer assessment 49.3± 1.2	Fugl-Meyer assessment 54.4±1.9	Fugl-Meyer assessment (P<0,001), ryhmien välinen ero (P<0,05)
	Box and Block Test 12.1±1.5	Box and Block Test 20.04±2.0	Box and Block Test (P<0,001), ryhmien välinen ero (P<0,05)
	Motor Activity Log (laatu) 62.9±1.6	Motor Activity Log (laatu) 82.5±1.8	Motor Activity Log (laatu) (P<0,001), ryhmien välinen ero (P<0,05)
Park (2016) kontr.	Fugl-Meyer assessment 48.9±1.4	Fugl-Meyer assessment 53.1±2.4	Fugl-Meyer assessment (P<0,001)
	Box and Block Test 11.5±1.6	Box and Block Test 17.2±2.5	Box and Block Test (P<0,001)
	Motor Activity Log (laatu) 62.4±0.9	Motor Activity Log (laatu) 80.7±1.3	Motor Activity Log (laatu) (P<0,001)

Koska etäfyysioterapiamenetelmät ovat kuntoutujien mielestä motivoivia ja kiinnostavia, niiden mielekkyys voisi selittää, miksi interventioryhmissä tulokset ovat parempia kuin perinteisessä fysioterapiassa. Peleitä saatava välitön palaute ja pisteiden saavuttaminen voivat lisätä itseluottamusta sekä motivaatiota ja kannustaa yrittämään ja parantamaan suorituksia. Näin voidaan löytää keinoja tukea kuntoutumista joissain tilanteissa tehokkaammin, ja palaute voi tukea kuntoutumiseen ja tavoitteisiin sitoutumista. Terapeutin kannalta pelin pisteyttäminen antaa tietoa fysioterapialle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta ja toimintakyvyn muutoksista. Tutkimuksissa mukana olleilla etäkuntoutusmenetelmillä voidaan seurata, kuinka usein kuntoutuja pelaa ja kuinka kauan.

Cramerin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa kuntoutujien tyytyväisyyttä oli vähentänyt ihmiskontaktin puute. Voidaan todeta, että etäfyysioterapia voi soveltua hyvin joillekin asiakkaille, joskin kuntoutujan omat toiveet ja tarpeet tulee asettaa etusijalle. Lisäksi toive ihmiskontakteista tukee ajatusta siitä, että etäfyysioterapia toimii parhaiten yhdistelmä kuntoutuksena perinteisen fysioterapian ohessa. Standen kumppaneineen (2017) totesi tietoteknisten ongelmien sekä laitteiston käyttöön liittyvän avuntarpeen työllistäneen tutkimusryhmää. Osittain avuntarvetta selitettiin myös tutkittavien kognitiivisilla haasteilla. Nämä seikat tulisi ottaa huomioon jo laitteiston kehitysvaiheissa ja henkilöstön koulutusvaiheissa.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että AVH-potilaan yläraajakuntoutukseen liittyvät etäfyysioterapian tutkimukset on yleensä toteutettu terveydenhuollon toimipisteessä. Kirjallisuuskatsauksen tekstinlukuvaiheessa 43 tutkimusta 81:stä suljettiin pois toteutuspaikan vuoksi. Jatkotutkimuksia tarvitaan varsinkin kotona tapahtuvan etäkuntoutuksen saralta. Monissa poissuljetuista tutkimuksista oli kyseessä terapiavälineiden testaus, ja laitteistot olivat suuria ja kotioloihin kovin tilaa vieviä. Näin ollen on toivottavaa, että jatkossa laitekehityksessä otetaan huomioon etäkuntoutusvälineiden käytettävyyden myös kotioloissa.

**Tulosten merkitys:** Tulokset viittaavat siihen, että etäfyysioterapia on tehokasta AVH-potilaiden yläraajakuntoutuksessa, mutta tutkimuksia kotona tapahtuvasta etäfyysioterapiasta tässä aiheesta on tehty vähän. Menetelmää tulisi tutkia Suomen tasolla yleisesti sekä etenkin kotona tapahtuvana etäkuntoutuksena sekä yhdistelmä kuntoutuksena perinteisen fysioterapian lisänä.

## Tiivistelmä

Tämän integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tavoite oli selvittää, miten AVH-kuntoutujien etäfyysioterapiassa yläraajan kuntoutus on toteutettu ja mitä vaikutuksia sillä on saatu yläraajan toimintaan. Katsauksessa kuvataan AVH-potilaan yläraajakuntoutukselta tehtyjä etäfyysioterapiatutkimuksia vuosilta 2016–2021. Katsaukseen otettiin mukaan vain ne tutkimukset, joissa tutkittava harjoitteli kotiympäristössä ilman terveydenhuollon henkilöstön läsnäoloa. Vaikka ihmiskontaktien puute ja tekniset ongelmat vähensivät tyytyväisyyttä etäkuntoutukseen, se koettiin pääosin mielekkäänä ja motivoivana kuntoutusmuotona. Kirjallisuuskatsauksen perusteella etäfyysioterapia on yhtä tehokasta kuin lähifysioterapia ja se on myös kustannustehokkaampaa ja säästää kuntoutujaa matkustamisen rasituksilta. Laitteiston kehityksessä tulisi jatkossa ottaa huomioon laitteiden helppokäyttöisyys sekä käyttö kotiympäristössä.

*Avainsanat:* etäfyysioterapia, AVH, yläraajan kuntoutus

**Marjut Ylitepsa, ft Yamk, toiminta- ja työkyvyn tuen alueellinen palvelupäällikkö, Lapin Hyvinvointialue**

**Ulla Jämsä, TtT, tuntiopettaja, Oulun Ammattikorkeakoulu**

**Essi Xiong, tt Yamk, TtM, toimintaterapian lehtori, Oulun Ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

- Appleby E, Gill S, Hayes L, Walker T, Walsh M, Kumar S (2019) Effectiveness of telerehabilitation in the management of adults with stroke: A systematic review, PLoS ONE, vol, 14, nro 11. Doi: 10.1371/journal.pone.0225150
- Carlsson H, Gard G, Brogårdh C (2018) Upper limb sensory impairments after stroke: Self-reported experiences of daily life and rehabilitation. *J Rehabil Med* 2018, 50, 45–51. Doi: 10.2340/16501977-2282
- Choi M, Kim H, Nah H-W, Kang D-W (2019) Digital Therapeutics: Emerging New Therapy for Neurologic Deficits after Stroke. *J Stroke*. 2019 Sep, 21, 3, 242–258. Doi: 10.5853/jos.2019.01963
- Coccia M, Provinciali L (2017) Post-Stroke Rehabilitation. *Teoksessa Current Developments in Stroke New Concepts in Stroke Diagnosis and Therapy Volume 1*. Bentham Science Publishers, Sharjah UAE.
- Coleman E, Moudgal R, Lang K, Hyacinth H, Awosika O, Kissela B, Feng W (2017) Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Curr Atheroscler Rep* 19, 59. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11883-017-0686-6>
- Cramer S, Dodakian L, Le V, See J, Ausburger R, McKenzie A, Zhou R, Chiu N, Heckhausen J, Cassidy J, Scacchi W, Smith M, Barrett AM, Knutson J, Edwards D, Putrino D, Agrawal K, Ngo K, Roth E, Tirschwell D, Woodbury M, Zafonte R, Zhao W, Spilker J, Wolf S, Broderick J, Janis S (2019) Efficacy of Home-Based Telerehabilitation vs In-Clinic Therapy for Adults After Stroke: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*. 2019 Sep; 76, 9, 1079–1087. Doi: 10.1001/jamaneurol.2019.1604; 10.1001/jamaneurol.2019.1604
- Heiskanen T (2016) Hallinnolliset ja eettiset kysymykset etäkuntoutuksessa. *Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala, J-H Stenberg (toim.) (2016) Etäkuntoutus. Kelan tutkimus, Helsinki.*
- Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S (2016) Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization* 2016, 94, 634–634A. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.181636>
- Kaste M, Soinila S, Hernesniemi J, Juvela S, Lindberg P, Palomäki H, Rissanen A, Roine R, Sivenius J, Vikatmaa P (2015) Aivoverenkiertohäiriöt. *Teoksessa S Soinila, M Kaste (toim.) (2015) Neurologia. Duodecim, Helsinki.*
- Koskinen M (2016) AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013–2015. AVH-kuntoutuksen seuranta tutkimuksen loppuraportti. Aivoliitto ry:n julkaisusarjan raportti 11. Turku.
- Korhonen L, Setti M O, Pitkänen K, Hiekkala K (2019) Moniammatillinen etäkuntoutus aivoverenkiertohäiriön sairastaneille. *Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) (2019) Kokemuksia etäkuntoutuksessa, Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki.*
- Käypä hoito -suositus (2020) Aivoinfarkti ja TIA. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki.
- Meyer S, Karttunen A, Thijs V, Feys H, Verheyden G (2014) How Do Somatosensory Deficits in the Arm and Hand Relate to Upper Limb Impairment, Activity, and Participation Problems After Stroke? A Systematic Review. *Phys Ther*. 2014, 94, 1220–1231. Doi: 10.2522/ptj.20130271
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>.
- Naamanka J (2016) Teknologia ja turvallisuus etäkuntoutuksessa. *Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala, J-H Stenberg (toim.) (2016) Etäkuntoutus. Kelan tutkimus, Helsinki.*
- Park JH, Park JH (2016) The effects of game-based virtual reality movement therapy plus mental practice on upper extremity function in chronic stroke patients with hemiparesis: a randomized controlled trial. *J Phys Ther Sci*. 2016 Mar, 28, 3, 811–815. Doi: 10.1589/jpts.28.811
- Sarfo F, Adusei N, Ampofo M, Kpeme F, Ovbiagele B (2018a) Pilot trial of a tele-rehab intervention to improve outcomes after stroke in Ghana: A feasibility and user satisfaction study. *Journal of the neurological sciences [J Neurol Sci]* 2018 Apr 15, Vol. 387, 94–97. Doi: 10.1016/j.jns.2018.01.039.
- Sarfo F, Ulasavets U, Opare-Sem O, Ovbiagele B (2018b) Tele-rehabilitation after stroke: An updated systematic review of the literature, *Journal of stroke cerebrovascular disease*, vol 27, nro 9. Doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.05.013
- Salminen A-L, Hiekkala S (toim.) (2019) Kokemuksia etäkuntoutuksessa, Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus, Helsinki.
- Sezgin D, O'Donovan M, Cornally N, Liew A, O'Caomh R (2018) Defining frailty for health-care practice and research: A qualitative systematic review with thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies* 92, 16–26. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.014>
- Standen PJ, Threapleton K, Richardson A, Connell L, Brown DJ, Battersby S, Platts F, Burton A (2017) A low-cost virtual reality system for home based rehabilitation of the arm following stroke: a randomised controlled feasibility trial. *Clinical Rehabilitation* Vol. 31, 3, 340–350. Doi: <https://doi.org/10.1177/02692155166640320>
- Wafa H, Wolfe C, Emmett E, Roth G, Johnson C, Wang Y (2020) Burden of Stroke in Europe - Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years 51, 2418–2427. Doi: <https://doi.org/10.1177/02692155166640320>

- org/10.1161/STROKEAHA.120.029606Stroke
- Wu Z, Xu J, Yue C, Li Y, Liang Y (2020) Collaborative Care Model Based Telerehabilitation Exercise Training Program for Acute Stroke Patients in China: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 29, No. 12 (December), 2020, 105328. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105328>
- Zeng H, Chen J, Guo Y, Tan S (2021) Prevalence and Risk Factors for Spasticity After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol*. 2021 Jan 20, 11, 616097. Doi: [10.3389/fneur.2020.616097](https://doi.org/10.3389/fneur.2020.616097)

# KUNTOUTUMISEN TUEN TOIMINTAMALLI SISÄILMASTA OIREILEVIEN TYÖ- JA TOIMINTAKYVYN TUKENA

---

Työkykyä yhdessä -hankkeessa (2020–2022) kehitettiin keinoja kuntoutumisen tukemiseen sisäilmasta oireileville työkäisille. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEAn rahoittamaa valtakunnallista, verkkovälitteistä hanketta toteuttivat Kiiipulasäätiö ja Hengityслиitto ry. Hankkeen lähtökohdaksi oli sisäilmasta oireilevien kokemustieto työ- ja toimintakyvyn muutoksista, työkyvyn edellytyksistä ja niiden vahvistamisen keinosta. Tavoitteena oli kehittää keinoja, joiden avulla sisäilmasta oireileva työkäinen kokee selviävänsä arjestaan ja työstään paremmin, sekä mallintaa sisäilmasta oireilevien työkyvyn tuen etenemispolkua.

## **Tarvelähtöisyys yhteiskehittämisen lähtökohtana**

Sisäilmasta oireilevien työ- ja toimintakyvyn tukemisesta löytyi niukasti aikaisempaa tietoa, ja siksi kehittämisen lähtökohdaksi otettiin tarvelähtöisyys ja kokemustiedon hyödyntäminen. Tuen tarpeita kartoitettiin hyödyntämällä muun muassa Hengityслиiton aiemmin keräämää kokemustietoa, aikaisempaa tutkimustietoa ja ammattilaisten työpajatyöskentelyä. Tarvekartoituksen pohjalta kehitettiin toimintamalli, jolla pyrittiin

vastaamaan sisäilmasta oireilevien tuen tarpeeseen.

Toimintamallin käytäntöjä ja varsinaisia toimintoja kehitettiin yhteisesti koko hankkeen ajan. Sisäilmasta oireilevat henkilöt sekä heitä työssään kohtaavat ammattilaiset tuottivat uudenlaista ymmärrystä kuntoutumisen tuen edellytyksistä ja sisällöistä. Kokemustietoa kerättiin sekä ammattilaisilta työpajoissa että hankkeeseen osallistuvilta oireilevilta. Tietoa ja kokemuksia yhdistämällä luotiin kuntoutumisen tuen toimintamallin lisäksi myös työkalut kohtaamiseen sekä oireileville itselleen että ammattilaisille. Lisäksi hankkeessa tuotettiin artikkeleita ja blogitekstejä sisäilmasta oireilun vaikutuksista oireilevan työ- ja toimintakykyyn (Työkykyä yhdessä – kuntoutumisen tukea sisäilmasta oireilevalle 2023).

## **Kuntoutumisen tukea etänä**

Hankkeessa kaikki ryhmätoiminta sekä yksilöllisen ohjauksen prosessit toteutettiin verkkovälitteisesti. Toiminnassa hyödynnettiin sekä reaaliaikaisen etäkuntoutumisen tuen että ajasta riippumattoman verkkokuntoutumisen tuen keinoja.

Reaaliaikaista etäkuntoutumisen tukea toteutettiin sekä ryhmien kokoontumisissa että yksilöllisissä ohjauksissa. Verkkoalustaksi valikoitui Teams-sovellus. Ajasta riippumaton verkkokuntoutumisen tuki toteutui Movendos mCoach -etävalmennusalustalla, jota hyödynnettiin tapaamisten välillä ja välitapaamisten aikana keskustelujen käymiseen.

Työkykyä yhdessä -hankkeen havaintona on, että verkkovälitteisyys voi olla merkittävä tekijä sisäilmasta oireilevia tuettaessa. Etäosallistuminen mahdollisti osallistumisen valtakunnallisesti, osallistujille sopivasta tilasta käsin. Verkkovälitteisyys ja etäosallistuminen mahdollistavat myös osallistujien toimintakyvyn vaihtelun huomioon ottamisen.

*”Tykkään itse etäkokoontumisista, ei tarvitse miettiä tuoksuja ja matkoja.”*

*”Ryhmä on ollut hyvin saavutettavissa ja matalalla kynnyksellä ollaan*

*mielestäni juteltu ja viestitely. Hyvin on voinut olla mukana kaikilla tavoilla ja toki oman jaksamisen ja voinnin mukaan.”*

Toisaalta verkkovälitteisyys voi joillekin osallistujille olla voimavaroja kuluttava ja muodostua esteeksi osallistumiselle. Näin voi olla, jos etäosallistuminen ja sen tekniset seikat ovat haastavia tai aiheuttavat lisäoireilua. Työkykyä yhdessä -hankkeen havaintona oli myös, että verkkovälitteisyys haastaa ammattilaisia siinä, kuinka luoda psykologista turvallisuutta sekä luottamuksellista ja osallistavaa vuorovaikutusta verkko-ryhmässä.

### Kuntoutumisen tuen toimintamalli

Työkykyä yhdessä -hankkeen kuntoutumisen tuen toimintamallissa kehitettiin ja tarjottiin neljää erilaista toiminnallisuutta sisäilmasta oireileville työikäisille.

## Kuntoutumisen tuen toimintamalli sisäilmasta oireileville työikäisille



### Neuvonta

Työkykyä yhdessä -hankkeen neuvonta tarjoaa tietoa ja tukea sisäilmasta oireilevalle.

➔ Yhteyttä ottavat ohjataan eteenpäin hankkeen toimintaan tai muun tarpeellisen tiedon tai tuen piiriin.

**Osallistujat kokivat, että ryhmätoiminta ylitti odotukset. Ryhmässä käsitellyt aiheet koettiin tärkeiksi ja erittäin hyödyllisiksi.**

### Etävertaisryhmä

Vertaisryhmässä sisäilmasta oireileva pääsee jakamaan kokemuksia muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa.

➔ Teemoitettua ja tavoitteellista  
– Ammattilaisen ohjaamaa  
– Tapaamiskertoja 5+1

### Yksilöllinen ohjaus

Kahdenkeskisessä keskustelussa asiakas voi pohtia yhdessä ammattilaisen kanssa omaa tilannettaan, mahdollisuuksiaan ja vahvuuksiaan.

➔ – Kykyviisari®-kysely  
– 3+1 tapaamiskertaa  
– Henkilökohtaisen tavoitteen asettaminen

**Yksilölliset tapaamiset koettiin palautteen perusteella hyödyllisiksi ja tärkeiksi oman tilanteen jäsentämisen kannalta.**

### Etäkuntoutumisryhmä

Ammattilaisen tarvelähtöisesti räätälöimä ja tukema ryhmämuotoinen kuntoutumisen prosessi.

➔ – Ryhmä- ja henkilökohtaisen tavoitteen asettaminen  
– 7+1 ryhmätapaamista  
– 3+1 yksilötapaamista Kykyviisari® -kyselyn pohjalta  
– Etävalmennusalan hyödyntäminen  
– Seuranta

Kuva 1. Työkykyä yhdessä -hankkeessa kehitetty kuntoutumisen tuen toimintamalli.

Sisällöt etäryhmiin rakennettiin tarvelähtöisesti ryhmien toiveiden mukaan. Esimerkkejä toteutuneista teemoista ovat sisäilmasta oireilun vaikutus työ- ja toimintakykyyn, oireilun vaikutukset arkeen sekä voimavara- ja tulevaisuustyöskentely. Lisäksi ryhmissä rakentuivat muun muassa työkalu kohtaamistilanteisiin oireilevalle ja SWOT-nelikenttä oireilun puheeksi ottamisesta ja avoimeman keskustelun toteutumisesta työpaikoilla.

## Käytetyt kuntoutumisen tuen menetelmät

Hankkeen tarjoaman ja kehittämän kuntoutumisen tuen lähtökohtana oli dialoginen asiantuntijuus, jossa asiakas on oman elämänsä ja arkensa asiantuntija ja ammattilainen oman alansa asiantuntija. Kuntoutumisen tuen prosessi tähtäsi näiden kahden asiantuntijan välisessä vuorovaikutuksessa muodostuvaan tavoitteelliseen muutossuunnitelmaan ja sen toteuttamiseen. Työkykyä yhdessä -hankkeen määritelmä kuntoutumiselle oli asiakkaan arjessa tapahtuva myönteinen muutos alkutilanteeseen nähden. Näin prosessi oli aina yksilöllinen. Hankkeen toiminnossa käytettiin useita kuntoutumista tukevia menetelmiä.

### *Tarvelähtöisyys ja oikea-aikaisuus*

Sisäilmasta oireilevan osallistuminen hankkeen toimintoihin perustui vapaaehtoisuuteen, oireilevan oma kokemus sisäilmasta oireilusta riitti osallistumiseen. Osallistujat ohjautuivat hankkeen toimintoihin omatoimisesti, ilman lähettävää tahoja tai työntekijää, ottamalla itse yhteyttä hankkeeseen sen verkkosivujen tai päivystyspuhelimien kautta. Osallistuminen oli maksutonta, eikä osallistuminen vaikuttanut oireilevan mahdollisiin taloudellisiin tukiin tai etuuksiin.

Edellä mainitut seikat ja lisäksi hankkeen työntekijän suorittama haastattelu ennen hankkeen toimintaan osallistumista tukivat tarvelähtöisyyden ja osallistumisen oikea-aikaisuuden toteutumista. Lisäksi ryhmätoiminnossa kartoitettiin aina aluksi osallistujien toiveita ja tarpeita ryhmätoiminnalle.

### *Tarkoituksenmukaisten mittareiden käyttö*

Työkykyä yhdessä -hankkeen yksi kuntoutumista tukevista menetelmistä oli tavoitteen asettaminen sekä sen toteutumisen seuranta. Tavoitteita asetettiin sekä yksilö- että ryhmäprosesseissa GAS (Goal Attainment Scale) -menetelmän avulla.

Hankkeen yksilöllisen ohjauksen prosessissa hyödynnettiin Työterveyslaitoksen tuottamaa Kykyviisari®-itsearviointimenetelmää, joka on maksuton työ- ja toimintakyvyn itsearviointityökalu kaikille työkäisille. Sen avulla vastaaja voi selvittää omaa tilannettaan ja sen keskeisiä vahvuuksia ja kehittämiskohteita. Menetelmä mahdollistaa myös työ- ja toimintakyvyssä tapahtuneen muutoksen tarkastelun, jos arviointi toistetaan. (Työterveyslaitos 2023.) Yksilöllisen ohjauksen prosessissa oireileva täytti kyselyn prosessin alussa ja lopussa, ja kyselyä hyödynnettiin myös kolmen kuukauden seurattapaamisessa.

Hankkeen havaintona oli, että Kykyviisari®-itsearviointimenetelmän ja oman henkilökohtaisen tavoitteen asettaminen sekä tavoitteen toteutumisen seuranta vahvistivat osallistujan toimijuutta ja sisäistä motivaatiota muutoksen tekemiseen. Kuntoutujalle itselleen merkityksellinen ja tavoittelun arvoinen tavoite ja sen saavuttamisen seuraaminen vahvistavat kuntoutujan toimijuutta (Autti-Rämö 2021, Heinijoki ym. 2022).

### *Vertaistuellisuus*

Vertaistuen eri muodot nousivat Työkykyä yhdessä -hankkeen etäkuntoutumisryhmiin osallistuneille teetetyssä kyselyssä yhdeksi merkittävimmistä tekijöistä osallistujien työkyvyn tukemisessa. Osallistujat kokivat merkitykselliseksi sen, että on muitakin samassa tilanteessa olevia. Osa toimintaan osallistuneista kuitenkin koki haastavana tilanteen, jossa toisilla oireilun vaikutukset olivat hyvin erilaisia kuin itsellä. Tällöin omasta tilanteesta puhuminen esimerkiksi perhetilanteen, talouden tai oireiden osalta saattoi vaikeutua.



*“Olen pitkään halunnut saada tilaisuuden johonkin tällaiseen keskustelurinkiin, tämä tuli tarpeeseen. Ensimmäistä kertaa konkreettisesti näin ja kuulin, että meitä on muitakin.”*

*“Olen sitoutunut tekemään muutoksia, jotka vaikuttavat arkeani onnellistuttavasti. Tunnen myös, etten ole yksin oireideni kanssa. Kun niistä saa puhua ymmärtävässä ilmapiirissä, ne pienenevät.”*

### *Kohtaaminen, jossa jokaisen tarina tulee kuulluksi*

Työkykyä yhdessä -hankkeen toiminnoissa tavoitteena jokaisessa kohtauksessa oli kokemus kuulluksi ja kunnioitetuksi tulemisesta. Asiantuntijan tiedon ja tuen tarkoitus oli auttaa osallistujaa löytämään ja rakentamaan vaihtoehtoisia toimintatapoja arkeensa ja vahvistaa näin omaa toimijuuttaan. Kokemus kuulluksi tulemisesta mahdollisti osallistujan asettumisen aktiiviseen rooliin tapaamisessa ammattilaisen kanssa, ja tällöin osallistuja todennäköisemmin nosti esiin asioita ja kysymyksiä, vaikka niihin liittyisi epämiellyttäviä tunteita. Näiden asioiden ja seikkojen esiintulolla voi kohtauksessa olla ratkaiseva merkitys oireilevan tilanteen etenemisen kannalta. (Henttonen & Rannisto 2021.)

Hankkeessa tuotettiin kaksi kohtauksen työkalua, joiden tavoitteena oli sisäilmasta oireilevan ja ammattilaisen välisessä kohtauksessa kokemus kuulluksi ja kunnioitetuksi tulemisesta. ”Kuinka kohdata sisäilmasta oireileva” -työkalu mallintaa ammattilaisen näkökulmasta askelet, joilla kunnioittavaa kohtauksista voi rakentaa. ”Oman etenemispolun rakentaminen – keinoja kohtauksilanteisiin” -työkalu kehitettiin sisäilmasta oireilevalle, jotta hän voisi omalta osaltaan mahdollistaa etenemispolkunsa rakentumista. Molemmat työkalut ovat rakentuneet tarvelähtöisesti yhteiskehittämällä. (Työkykyä yhdessä – kuntoutumisen tukea sisäilmasta oireilevalle 2023).

Hankkeen havaintona on, että jos kohtauksellinen tapahtuu kunnioittavasti ja ihminen

kokee tulleensa kuulluksi, häneltä itseltään saattaa löytyä ratkaisuja oman tilanteensa kohentamiseen ja hyvinvoinnin lisäämiseen. Kuten eräs hankkeen toimintaan osallistunut totesi:

*”Kun ei tarvitse vakuutella oireilun todenperäisyyttä, vapauttaa se resursseja pohtia niitä muitakin jaksamiseen ja voimavaroihin ym. henkilökohtaiseen tilanteeseen liittyviä asioita.”*

### **Niina Henttonen, ft YAMK, projektipäällikkö, Kiipulasäätiö**

### **Matleena Aitasalo, sh/th AMK, TM, asiantuntija, Hengitysliitto**

*Työkykyä yhdessä -hanke päättyi elokuussa 2023. Hankkeessa tuotetut materiaalit ja niitä taustoittavat artikkelit löytyvät hankkeen verkkosivuilta ja Innokylästä.*

### **Lähteet**

- Autti-Rämö I (2021) Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 137, 13, 1369–74. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16318>
- Heinijoki H, Saukkonen S, Seppänen-Järvelä R, Karhula M, Ukkola I (2022) Motivaatio tai sen puute vaikuttaa kuntoutuksen onnistumiseen. Kela tutkimusblogi 14.6.2022. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6707> Viitattu 12.4.2023
- Henttonen N, Rannisto I (2021) Kohtauksen työkalu ammattilaisille. <https://hankkeet.kiipula.fi/tyokyky-yhdessa/materiaalipankki/> Viitattu 4.1.2023
- Työkykyä yhdessä – kuntoutumisen tukea sisäilmasta oireilevalle (2023) <https://hankkeet.kiipula.fi/tyokyky-yhdessa/> Viitattu 12.4.2023
- Työterveyslaitos (2023) Kykyviisari-verkkosivusto. <https://sivusto.kykyviisari.fi/> Viitattu 4.1.2023

## SOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN ROOLINJAKO

### Vastuullisen asiakasohjauksen ja sovittavan ohjauksen yhteistyö

#### Johdanto

Kirjoituksessamme kuvaamme sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisen rakennetta ja tuen muotoja nuorten sosiaalisessa kuntoutuksessa. Tarkastelun fokus on vastuullisessa palveluohjauksessa ja siihen nivelyssä sovittavassa ohjauksessa. Näihin nivelyvät kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutussuunnitelman tekeminen tavoitteenasettuineen sekä koulutuksen ja työllistymisen tuki. Vastuullinen asiakasohjaus kuuluu hyvinvointialueille. Sovittavaa ohjausta puolestaan voi antaa kuntoutuksen järjestäjän ja palveluntuottajan sopima omatyöntekijä. (L 2014/1301, vrt. Kuntoutuksen uudistamiskomitean... 2017, 43–44.)

Kuntoutuksen koulutus- ja työelämäorientaatiota on 1990-luvulta lähtien pyritty vahvistamaan kiinnittämällä huomiota erityisesti niihin henkilöihin, joiden kouluttautumisen- ja työllistymisedellytyksiä on kuntoutustarpeen toteamisen jälkeen pidetty kaikkein heikoimpina. (Ylitalo-Katajisto 2020, Piirainen ym. 2018.)

Vastuullisen palveluohjauksen ja sovittavan ohjauksen nivelymisen kuvaus keskittyy palvelutarpeen arvioinnin, asiakassuunnitelman rakentumisen ja erilaisten tuen muotojen käytön säätämiseen

kuntoutumisen alkuvaiheessa. Muiden kuin julkisten palvelujen sitominen kiinteästi sosiaaliseen kuntoutukseen on mahdollista os-topalvelusopimusten ja kilpailutusten avulla. Sovittavan ohjauksen mallinnus on tehty Yhdistämö-hankkeessa, jota toteuttivat Oulun Diakonissalaitoksen säätiö, Diakoniammattikorkeakoulu ja Oulun kaupunki ja rahoitti Euroopan Sosiaalirahasto (3.8.2020–30.4.2023).

Lähtökohtana sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisessä on, että julkisena toimijana olevan hyvinvointialueen koordinaatio on sosiaalisen kuntoutuksen välttämätön ehto. Lähtökohta on myös, ettei kolmannen sektorin yleishyödyllisen tuen tuottajalta voida edellyttää tilivelvollisuutta julkiseen sosiaalisen kuntoutuksen järjestäjään. Syynä on se, ettei sidosta sopimusmenettelyn avulla kolmannen sektorin toimijaan luoda, jos kysymys ei ole hyvinvointialueen sosiaalipalvelujen järjestämisvastuuseen kuuluvasta yhtiöitetystä palvelutuotannosta. Edellä mainittujen näkökohtien vuoksi joudutaan tyypillisesti tekemään ero esimerkiksi nuorisolain mukaisen työpajatoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen palveluvalikoimaan liitetyn työpajatoiminnan osalta (ks. L 2016/1285, 13–14 §). Sosiaalipalvelujen järjestämisvelvollisuuden alaan kuuluvan

sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaa hyvinvointialue, mutta nuorisotoimen alaan kuuluvien toimenpiteiden järjestäminen kuuluu kunnille. Nuorisolain mukaisen työpajatoiminnan linkittäminen sosiaaliseen kuntoutukseen vaatii viranomaisyhteistyötä hyvinvointialueen ja kuntien kesken.

Mikäli nuorisolain mukaisen työpajatoiminnan asiakkaiden tietojen halutaan päätyvän sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisvastuun alaisuudessa toimivalle hyvinvointialueelle, sen on tapahduttava aina sopimalla sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialueen, nuorisolain mukaisen palveluntuottajan (kunnan, kuntayhtymän, osakeyhtiön, yhdistyksen, säätiön) ja asiakkaan kesken. Näin kuntoutumisen seurannan edistymiseen ja vaikutusten arviointiin sisältyy merkittäviä haasteita, kuten se, miten informaatio kulkee asiakkaan itsensä tekemien valintojen perusteella. (Friman ym. 2020, sosiaali- ja terveysministeriö 25.3.2021.)

## **Sosiaalisen kuntoutuksen järjestäminen**

Nuorten sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan nuorten kouluttautumista ja työllistymistä (esimerkiksi ohjauksen, neuvonnan, työpajatoiminnan tai sosiaali- ja terveystalvelujen avulla). Tuen tarkoituksena on myös ehkäistä esimerkiksi koulutuksen ja työkokeilujen keskeytymistä. (L 2014/1301, 17 §.)

Sosiaalinen kuntoutus sisältää toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittämisen. Todetun kuntoutustarpeen jälkeen se voi sisältää kuntoutusneuvontaa ja -ohjausta, kuntoutustalvelujen yhteensovittamista, valmennusta arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen, ryhmätoimintaa ja muita kuntoutumista edistäviä toimia. Nuorten sosiaalinen kuntoutus sosiaalista kuntoutumista ja elämänhallintaa edistävine tuen muotoineen pyrkii kuntoutuksen perimmäisen tavoitteen saavuttamiseen, nuorelle sopivin ”pienin askelein”. (Vrt. L 2014/1301, 17 §.)

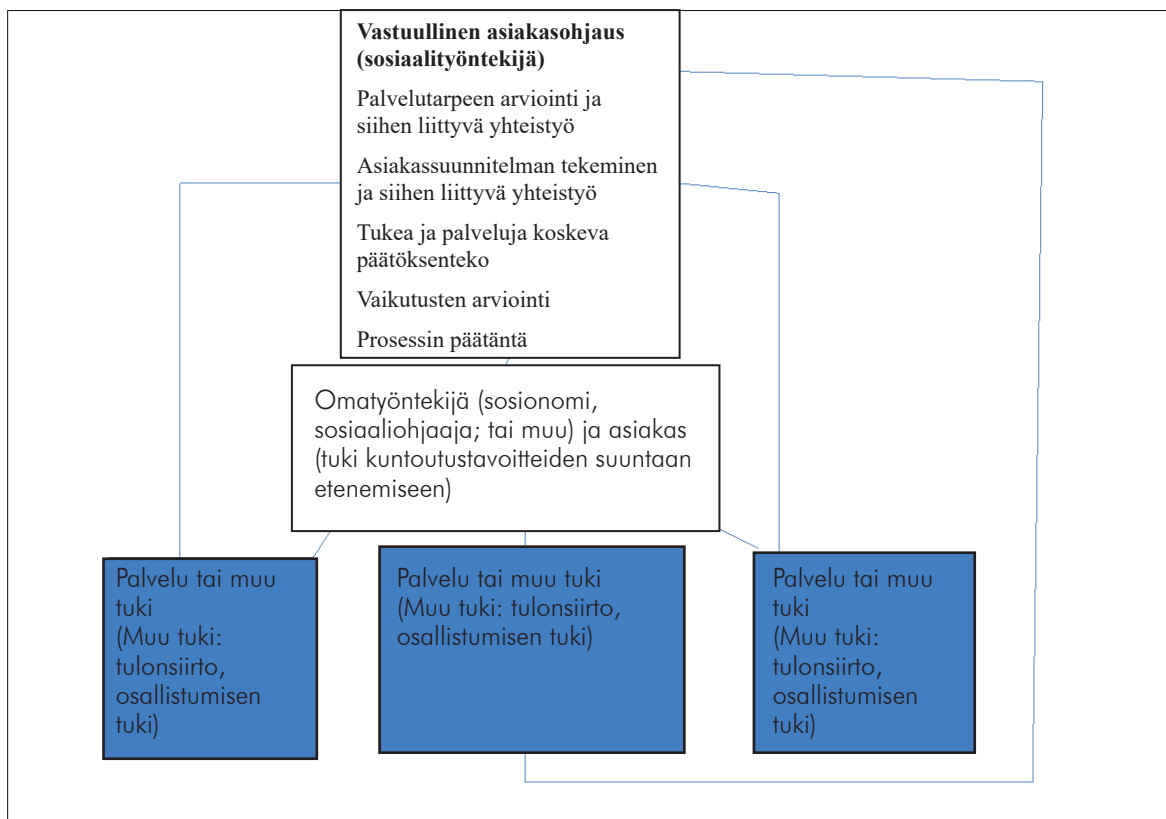
Toimenpiteet voivat niveltä nuorten ammatilliseen kuntoutukseen, kuntouttavaan työtoimintaan ja työpajoissa tapahtuvaan toimintaan, jolloin kyseeseen tulevat

työkokeilut, palkkatuettu työ, työvoimakoulutukset, työhönvalmennus, kotouttamistoimet, Kelan ostamat kuntoutustalvelut ja työ- ja toimintakyvyn arviointi. Toiminta edellyttää sopimuksia talvelujen järjestäjien – hyvinvointialueiden, kuntien, Kansaneläkelaitoksen tai TE-hallinnon – ja tuottajien kesken.

Sosiaalisen kuntoutuksen järjestämis- ja koordinoituvastuu kuuluu julkiselle sosiaalityölle. Tyypillisesti nuoret asiakkaat ovat erityistä tukea tarvitsevia, joilla on pulmia monilla eri elämänalueilla. Heiltä puuttuu tietoa ja uskallusta lähestyä sosiaali- ja terveysviranomaisia ja perustella tuen tarvetta. Sosiaalityön järjestämis- ja koordinoituvastuuseen kuuluvan kuntoutussuunnitelman laatimisen ja ohjauksen lisäksi nuoret tarvitsevat kuntoutumisensa eri vaiheissa rinnalla kulkevaa kanssakulkijaa, joka voi olla vaikkapa yksityisen talveluntuottajan tai tukea tarjoavan järjestön järjestämä omatyöntekijä.

Omatyöntekijän ja sosiaalityöntekijän yhteistyö ja tiedonkulku edellyttää sujuvuutta sosiaalityön koordinoit- ja valvontavastuun vuoksi. Kuntoutusprosessin koordinoit- ja valvonta liittyvät talvelutuotantoon, muiden tuen muotojen toteutumiseen ja asiakkaan kuntoutumiseen. Sosiaalityöntekijän työtettä voidaan nimittää vastuulliseksi asiakasohjaukseksi, koska hän seuraa tavoitteiden saavuttamista, tekee keinovalikoimaa koskevia suunnitelmia ja valintoja yhdessä asiakkaan ja omatyöntekijän kanssa sekä vastaa vaikutusten arvioinnista. (Piirainen 2018, Friman ym. 2020.)

Sosiaalisen kuntoutuksen toimeenpanomalli on kuvattavissa kuvion 1 mukaisesti. Siinä esitetyn mallin mukaisesti sosiaalisen kuntoutuksen toimenpitein voidaan tukea esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen järjestämien nuorten ammatillisen kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista, esimerkiksi koulutuksen suorittamista loppuun. Keinoina voivat olla esimerkiksi tuettu asuminen, tukihenkilön järjestäminen, vertaistuen mahdollistaminen ja harrastuksissa tukeminen. Sosiaali- ja terveystalvelut voivat olla julkisesti tai yksityisesti tuotettuja. Myös järjestöjen tarjoamalla tuen muodoilla sekä



Kuvio 1. Vastuullisen asiakasohjauksen malli sosiaalisessa kuntoutuksessa.

vapaalla kansalaisyhteiskuntatoiminnalla ja itseorganisoitumisella voi olla merkitystä. (Piiirainen 2018.)

Malliin sisältyy informaation välittyminen palveluista ja tuen muodoista vastuullisena asiakasohjaajana toimivalle sosiaalityöntekijälle. Kertyvän informaation avulla arvioidaan keinojen tarkoituksenmukaisuutta ja kuntoutustavoitteen saavuttamista. Vastuulinformanteina toimivat palveluntuottajat ja omatyöntekijä silloin, kun kysymys on sosiaali-, terveys-, koulutus- ja työllisyyspalveluista. Omatyöntekijän rooli on keskeinen, kun kuntoutustavoitteiden saavuttamiseen sisältyy riskitekijöitä. Informaation välittämisestä vastuulliseen ohjaukseen pitää sopia kuntoutujan kanssa kuntoutuksen käynnistyessä, ja kertoa siitä hänelle, kun kuntoutussuunnitelmaa laaditaan yhdessä. Samanlaista velvoittavuutta informaation välittämiseen ei ole yleishyödyllisten järjestöjen työntekijöillä, jotka tarjoavat

tarvittaessa tukeaan asiakkaalle. Ilman asiakkaan suostumusta heillä ei pääsääntöisesti ole velvollisuutta eikä oikeutta kertoa asiakkaan tilanteesta edes sosiaalisen kuntoutuksen palvelujen järjestäjälle eikä julkisille palveluntuottajille. Puuttumiskynnys ylittyy tilanteissa, joissa nuoren tai muiden terveys ja turvallisuus selvästi vaarantuvat nuoren oman toiminnan vuoksi tavalla, joka ei ennestään ole palvelujen järjestäjätahon tiedossa. Näin myös silloin, kun esimerkiksi järjestöllä ei ole aktiivista suhdetta sosiaali- ja terveysviranomaisiin tai kun järjestöjen tuen muotoja ei ole mainittu asiakkaan kuntoutussuunnitelmassa. (Vrt. Friman ym. 2020, Kantola ym. 2017.)

### Vastuullisen asiakasohjauksen ja sovittavan ohjauksen suhde

Kuntoutus sisältää kuntoutuksessa vastavien työntekijöiden toiminnan, työntekijä

- asiakas-suhteen ja asiakkaiden kuntoutumisen (Rissanen ym. 2008, Vuokila-Oikkonen & Siira 2020, Oliynik 2021). Ilman asiakkaiden omia ponnisteluja kuntoutuminen ei etene, eikä ilman työn lainsäädännöllistä perustaa ja asiantuntijatyötä kuntoutus käynnisty. Informaatiokatkokset vaikeuttavat kuntoutusasioiden hallintaa ja kokonaisuuden koordinaatiota. Sosiaalisessa kuntoutuksessa tuki on yleensä intensiivisempää kuin esimerkiksi ammatillisessa kuntoutuksessa, sillä asiakkaiden voimavaroihin liittyy enemmän haasteita kuin muussa kuntoutuksessa.

Yleisellä tasolla sosiaalisen kuntoutuksen asiakasprosessi koostuu seitsemästä osasta, kuten sosiaalityön, sosiaalipalvelujen ja sosiaalihuollon asiakasprosessit yleensäkin:

1. asian vireille tulo (asiakkaan itsensä toiminta, eri tahojen ohjaus ja sosiaalityöntekijän asiakastapaaminen);
2. palvelutarpeen arviointi;
3. asiakassuunnitelman tekeminen (sosiaalityöntekijän vastuulla ja asiakkaan ehdoilla, tarvittaessa muiden yhteistyötahojen tukemana);
4. asiakaskohtaisten palveluihin liittyvien ratkaisujen tekeminen (asiakas, sosiaalityöntekijä ja palvelun tuottajiin liittyvä yhteistyö);
5. toimenpiteiden ja palvelujen tuottaminen (myös ns. toiminnalliset menetelmät, palvelujen tuottajat);
6. vaikutusten arviointi; ja
7. asiakkuuden päättäminen. (Piirainen 2018, 18.)

Keinovalikoimaan kuuluvat seuraavat toimet, kun koulutukseen ja työllistymisen edistämiseen liittyvää tukea järjestetään:

1. sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen;
2. kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen;
3. valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan;
4. tuki sosiaaliin vuorovaikutussuhteisiin (mm. toiminnallisten, kuten sosiaalipe-

dagogisten, menetelmien keinoin);

5. muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet. (L 2014/1301, 17 §.)

Yhdistämö-hankkeen toimet ja niiden kehittäminen ovat kohdistuneet nuoriin, jotka tarvitsevat tukea opiskeluun ja työllistymiseen. Tavoitteita kohti on ollut mahdollista edetä välitavoitteiden saavuttamisen kautta. Tarvittavat tuen muodot on valittu nuoren edistymisen mukaan.

Hankkeessa kehitettyä tukea nimitetään sovittavaksi ohjaukseksi. Sovittava ohjaus on sovittavaa, koska sosiaaliseen kuntoutukseen nivelyessään se on tavoitteiden ja sovittujen tuen muotojen osalta yhdensuuntaista vastuullisen asiakasohjauksen kanssa. Toisin sanoen se sovitetaan vastuulliseen asiakasohjaukseen ja vastuullisessa asiakasohjauksessa tapahtuvaan palveluja ja tuen muotoja koskevaan päätöksentekoon (Friman ym. 2020, Kataja ym. 2022).

Sovittava ohjaus nojaa voimavara- ja ratkaisukeskeiseen toimintaotteeseen (Vuokila-Oikkonen & Keskitalo 2018). Siinä vuorovaikutuksen intensiivisyyden aste vaihtelee. Intensiivisintä nuoren ja sovittavan ohjauksen vuorovaikutus on alkuvaiheessa, kun suhde sosiaalityöhön on luotu. Nuoren tulevaisuushorisontti jäsentää toimintaa ja yhteistyötä. Elämäntilanteen kartoittamisessa, tavoitteiden asettamisessa ja keinojen valinnassa voidaan käyttää apuna eri menetelmiä (esim. 3X10D, Kykyviisari, GAS). Nuoren tarpeiden huomioon ottamisen ohessa olennaista on tukiverkoston määrittely, asioista sopiminen ja kuntoutusprosessin dokumentointi.

Sosiaalityön koordinoima vastuullinen asiakasohjaus kantaa kokonaisvastuun tavoitteiden suuntaan etenemisestä ja palvelujen ja tuen muotojen kokonaisuudesta. Hyvinvointialueen, asiakkaan ja kuntoutumisen tukea tarjoavan sidosryhmän kanssa tehdyn suunnitelman mukaisesti kuntoutumisen etenemiseen liittyvä informaatio palautuu julkiselle sosiaalisen kuntoutuksen järjestäjälle eli hyvinvointialueelle ja kuntoutumisprosessia koordinoivalle sosiaalityöntekijälle. (Oliynik 2021.)

Nuoren kuntoutuminen voi käynnistyä esimerkiksi kolmannen sektorin tarjoamien tuen muotojen kautta tai suoraan sosiaalityöstä. Tarjottavien palvelujen näkökulmasta sosiaalista kuntoutusta siitä tekee kuitenkin vasta niveltymisen sosiaalityön vastuulliseen palveluohjaukseen palvelutarpeen arviointineen, asiakassuunnitelmineen, sovittuine palveluineen ja muun tuen muotoineen. Toimintatapaan kuuluu, että palveluntuottajalle välitty alustava suunnitelma, kun palvelutarve on sosiaalityössä todettu, alustavat tavoitteet asetettu ja keinovalikoima tavoitteiden saavuttamiseksi valittu. Sosiaalityössä tehty suunnitelma ei ole valmis, vaan sitä täsmennetään ja päivitetään yhteistyössä. Sovittava ohjaus toimii palvelutulkkina nuoren, kuntoutumista tukevien palvelujen ja muiden tuen muotojen välillä (Hautala & Anttila 2023). Ideaalitilanne on, että nuoren elämäntilanteeseen saadaan kokonaisvaltainen tuki koulutus- ja työllistymistavoitteiden saavuttamiseksi. Kun kuntoutuksen välitavoitteet ja lopulliset tavoitteet saavutetaan, vastuullisen asiakasohjauksen ja sovittavan ohjauksen kesken varmistetaan mahdollisesti tarvittava jatkon, esimerkiksi työllistymisen, tukeminen. (Oliynik 2021, Hautala & Anttila 2023.)

### **Suosituksien sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisestä**

Sosiaalisen kuntoutuksen rakenteet ovat selkeät, vaikka alueellista ja paikallista vaihtelua on.

Kuntoutus on lakisääteistä toimintaa, ja sen normiperusta on vahva. Nyt esitetty mallinnus on kuvattu nuorten sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteiden mukaisesti. Mallinnus voi soveltua myös varttuneempiin asiakkaisiin, joilla on kuntoutustavoitteiden saavuttamista haastavia ja toimintakykyä rajoittavia vaikeuksia monilla eri elämänalueilla.

**Suositus 1:** On varmistettava, että sosiaalinen kuntoutus järjestetään ja tuotetaan yhdenmukaisin mallinnuksin, periaattein ja säännöin (Friman ym. 2020). Hyvinvointialueiden aloitettua toimintansa keskeinen

sosiaalisen kuntoutuksen haaste on vahvistaa nuorten sosiaalisen kuntoutuksen koulutustavoitetta ja työhön integroitumisen tukea. Edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamiseksi yksilöiden suoriutumiseen liittyvät välitavoitteet ovat merkityksellisiä. Sosiaalisen kuntoutuksen keinovalikoiman puitteissa voidaan tukea myös nuorten ammatillista kuntoutusta ja esimerkiksi kuntouttavaa työtoimintaa tavoitteiden saavuttamiseksi.

**Suositus 2:** Järjestö- ja säätiömuotoisessa toiminnassa ja sosiaalityössä asiakkaille on oltava selvää, mikä rooli järjestö- ja säätiömuotoisella toiminnalla on asiakkaiden kuntoutumista tuettaessa. Tämä on tärkeää etenkin silloin, kun tuki ei ole varsinaista hyvinvointialueen ja palveluntuottajan sopimukseen perustuvaa palvelutuotantoa.

**Suositus 3:** Ennen tavoitteiden saavuttamiseen liittyvän keinovalikoiman valintaa on selkeytettävä vapaehtoisuuden käsitettä ja sitä, mitkä valintojen seuraukset voivat olla. Palvelujen käyttöön ja muuhun tukeen liittyvän kokonaisuuden rakentamisessa tulee ottaa huomioon, että kuntoutujat eivät ehkä osallistu niin kuin palvelun tai muun tuen tuottajat odottavat. Eri osapuolilta vaatii malttia suhtautua rauhallisesti tavoitteiden saavuttamiseen liittyviin pulmiin, jotta niistä voidaan käydä asiallista keskustelua ja hakea ratkaisuja.

**Suositus 4:** Kun kysymys ei ole varsinaisesta palvelutuotannosta, järjestötoimijan tai säätiön ei tule käyttää palvelutuotannossaan nimitystä sosiaalinen kuntoutus.

Kolmannen sektorin tuen muotojen niveltämisedellytykset sosiaaliseen kuntoutukseen riippuvat erityisesti siitä, onko esimerkiksi järjestömuotoisen toiminnan alaisuudessa yhtiöitettyä palvelutoimintaa vai ei. Ellei näin ole, julkisen toimijan edellytykset koordinoida ja valvoa tarjotun tuen sisältöjä ja saavutettuja tuloksia ovat heikot, eikä myöskään palautemekanismeja järjestötasolta julkiseen voida sujuvasti käyttää. Jälkimmäisessä tapauksessa esimerkiksi asiakasinformaatio voi liikkua vain asiakkaan kautta



ja siten, että asiakas on erikseen valtuuttanut järjestötoimijan tiedon välittämiseen. Ilman julkisen toimijan koordinaatiota toimintaa ei sosiaalihuoltolain perusteella voida nimittää sosiaalisesti kuntoutukseksi.

**Suositus 5:** Sosiaalista kuntoutusta on kehitettävä määrätietoisesti kohti näyttöön perustuvia käytäntöjä. Tavoitteen saavuttamiseksi läpinäkyvyyttä on parannettava niin kuntoutuksen järjestämisessä kuin palvelutuotannossa. (Settipani ym. 2019, Vita & Barlati 2019, Piirainen & Linnakangas 2021, Osińska 2021.)

Parasta näyttöä on erityisesti kokonaisuudesta, johon integroidaan sellaisia ulottuvuuksia kuin vastuullinen asiakasohjaus (case management), tuettu työllistyminen (supported employment), psykososiaalisen tuki, yhteisöllinen ja asumisen tuki sekä elämänhallintaan liittyvien taitojen edistäminen (esim. Kinoshita ym. 2013, Suikerbuijk ym. 2017, Lusk & Veale 2018, Vita & Barlati 2019, Adler ym. 2023). Suomessa integroidut palvelut ovat suhteellisen pitkälle kehittyneet (Tiirinki ym. 2022).

Kehittämistä kohti vahvempia näyttöön perustuvia käytäntöjä ja niiden toimeenpanoa voidaan tukea koulutuksella. Ilman toimeenpanon tukea sinänsä selkeän keinovalikoiman käytön ja terävöittämisen haaste on varsin suuri (Piirainen & Linnakangas 2021).

**Suositus 6:** Kehittämislle ja innovatiivisille ratkaisuille on jätettävä sosiaalisessa kuntoutuksessa tilaa.

Sosiaalinen kuntoutus antaa tilaa innovatiivisille ratkaisuille, eikä nuorten koulutautumista ja työllistymistä tavoiteltaessa kaikkien tuen muotojen tarvitse olla julkisen toimijan tai yksityissektorin tuottamia. Myös kansalaisyhteiskuntaan linkittyneellä nuorten omalla toiminnalla ja sieltä saatavalla tuella voi olla keskeinen merkitys.

**Keijo Piirainen, YTT, dosentti, lehtori,  
Diakonia-ammattikorkeakoulu**

**Päivi Vuokila-Oikkonen, TtT, erityisasiantuntija,  
Diakonia-ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

- Adler AJ, Drown L, Boudreaux C, Coates MM, Marx A, Akala O, Waqanivalu T, Xu H, Bukhman G (2023) Understanding integrated service delivery: a scoping review of models for noncommunicable disease and mental health interventions in low-and-middle income countries. *BMC Health Serv Res.* 30, 23, 19, 99. doi: 10.1186/s12913-023-09072-9. PMID: 36717832; PMCID: PMC9885613.
- Friman S, Ikonen T, Eloranta S, Suominen S (2020) Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 57, 4. <https://doi.org/10.23990/sa.84892>
- Hautala S, Anttila J (2023) Havainnot intensiivisestä palveluohjauksesta. Sosiaalista kuntoutusta edeltävä työtapana. Yhdistämö-hanke, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulun diakonissalaitos ja Oulun kaupunki. (Julkaisematon käsikirjoitus.)
- Kantola T, Pöyry-Lassila P, Meristö T (2017) SoTe-tieto ekosysteemissä: MORFEUSnäkökymät asiakaslähtöisen yhteistyön ja palveluohjauksen työkaluina. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 9, 2–3, 241–250.
- Kataja K, Lantela P, Romakkaniemi M (2022) Dimensions of social rehabilitation: A qualitative interpretive meta-synthesis. *Journal of Social Work* 22, Issue 1, 109–129.
- Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Bond GR (2013) Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No: CD008297.
- Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi (2017) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>
- L 2016/1285. Nuorisolaki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285>
- L 2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Lusk SL, Veale FRB (2018) Increasing Successful Vocational Rehabilitation Outcomes for Individuals with Substance Use Disorders. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 9, 1, 4–10.
- Oliynik IV (2021) Social rehabilitation as one of the professional activities of social work specialists. *Bulletin of Alfred Nobel University Series «Pedagogy and Psychology»*, 2, 22, 59–67. <https://doi.org/10.32342/2522-4115-2021-2-22-7>
- Osińska M (2021) Analysis of the effectiveness of social rehabilitation interactions and possibility of its evaluation in the conditions of probation officers service for adults. *Probacja* 3, 93–114. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.2710>
- Piirainen K (2018) Kriisiavusta vastuulliseen asiakasohjaukseen. *Opas sosiaalisen kuntoutuksen*



- rakenteen ja prosessin haltuunottoon. Diak Puheenvuoro 18. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.  
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-322-3>
- Piirainen K, Linnakangas R (2021) Sosiaalisen kuntoutuksen toimeenpano näyttöön perustuvana käytäntönä. *Nykytila, suositukset ja haasteet. Yhteiskuntapolitiikka* 86, 2, 210–217.  
<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021041310323>
- Piirainen K, Linnakangas R, Suikkanen A (2018) Palkkatyötavoitteista sosiaaliseen kuntoutukseen – tehostetun tuen keinoin yksilöllisiin muutoksiin? Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) *Sosiaalinen kuntoutuksessa*. Lapland University Press, Rovaniemi, 98–122.
- Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) (2008) *Kuntoutus*. Duodecim, Helsinki.
- Settipani CA, Hawke LD, Cleverley K, Chaim G, Cheung A, Mehra K, Rice M, Szatmari P, Hederson J (2019) Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: a scoping review. *International Journal of Mental Health Systems* 13, 52.  
<https://doi.org/10.1186/s13033-019-0306-7>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 25.3.2021. Asiantuntijalausunto eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle. Nuorten työpajatoiminta sote-uudistuksen (HE 241/2020 vp) toteutumisen jälkeen. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2021-AK-363269.pdf>
- Suikerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mecheles JC, Ojajarvi A, Corbiere M, Anema JR (2017) *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No: CD011867.
- Tiirinki H, Sulander J, Sinervo T, Halme S, Keskimäki I (2022) Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. *International journal of integrated care* 22, 3, 18–18.
- Vita A, Barlati S (2019) The Implementation of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation: Challenges and Opportunities for Mental Health Services. *Front Psychiatry* 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00147>
- Vuokila-Oikkonen P, Keskitalo E (2018) Sosiaalisen kuntoutuksen voimavara- ja ratkaisukeikaiset menetelmät. Teoksessa H Kostilainen, A Nieminen (2018) *Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia*. Diak Työelämä 13. Juvenes Print. 164–176. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-3070>
- Vuokila-Oikkonen P, Siira T (2020) Nuoren sosiaalista kuntoutusta kehittämässä. *Kuntoutus* 43, 2, 15–21.
- Ylitalo-Katajisto K (2020) Miksi tietoperustaisuus on tärkeää sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisessa? *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 57, 86–89.

# KUNTOUTUJAN TAVOITTEEN ASETTAMISEN HAASTEITA ON RATKOTTAVA YHDESSÄ

---

## Johdanto

Duodecimin Kuntoutus-kirja uudistettiin Kuntoutuminen-kirjaksi vuonna 2016. Taus-talla oli kuntoutusparadigman muutos. Diag-noosilähtöisten, yksilöön kohdistuvien kor-jaavien toimenpiteiden sijaan painotetaan kuntoutujan aktiivista osallistumista ja sitou-tumista yksilön ja ympäristön väliseen muu-tosprosessiin. Kirjan toinen painos ilmestyi vuonna 2022. Kirjaa päivitettiin vastaamaan toimintaympäristössä tapahtuvaa muutosta, uudistuvaa tutkimustietoa ja kuntoutuksen käytäntöä. (Autti-Rämö ym. 2022.)

Kuntoutuminen-kirjassa tarkastellaan monitieteisesti eri ikäryhmiin kohdistuvan onnistuneen kuntoutumisen prosessin edel-lytyksiä, toteutusta ja vaikuttavuutta. Ky-seessä on oppikirja, joka tarjoaa ohjeita kuntoutuksen käytäntöön. (Autti-Rämö ym. 2022.) Kuntoutuminen-kirjassa kuvaamme kuntoutujan tarpeista lähtevää tavoitteiden asettelua kuntoutujan, läheisten ja ammat-tilaisten dialogina. Painotamme kuntoutujan yksilöllisyyttä, osallisuutta ja hänelle mer-kityksellisten tavoitteiden asettamista. Ko-rostamme tavoitteen asettamista yhteisenä oppimisprosessina, jonka tuloksena kuntou-tujalle muodostuu mielekäs ja vuorovaikut-teinen kuntoutumisen kokonaisuus. Tähden-

nämme, että kuntoutumisen kiinnittyminen kuntoutujan arkeen ja toimintaympäristöön edistää motivoitumista ja sitoutumista ta-voitteen saavuttamiseen. (Karhula ym. 2022.)

Tässä puheenvuorossa tarkastelemme kuntoutuksen käytännössä havaittuja ta-voitteiden asettamiseen liittyviä haasteita ja esitämme, millaista osaamista nyt tarvitaan näiden haasteiden ratkomisessa (taulukko 1). Haasteet ilmenevät monin tavoin, kuten käytännön ongelmina, näkökulmaeroina ja kehittämistarpeina niin kuntoutujan arjessa kuin paikallisten, alueellisten ja kansallisten kuntoutustoimijoiden ja järjestelmien tasol-la. Puheenvuorossa pohdimmekin kuntou-tustoiminnan kehittämisen suuntia onnistu-neen tavoitteen asettamisen toteutumiseksi tulevaisuudessa.

Kuntoutuminen-kirjaa kirjoittaessam-me totesimme, että tavoitteen asettamiseen on kehitetty toimivia menetelmiä, työkalu-ja ja toimintatapoja, ja niitä käytetään, tut-kitaan ja kehitetään laajalti. Kuntoutuksessa on selvästi tunnistettu tavoitteiden merkitys kuntoutumista edistävänä ja motivoitumis-ta vahvistavana tekijänä (Rose ym. 2017). Suomessa tähän on panostettu esimerkik-si Kelan kuntoutuksen kehittämisessä muun muassa GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) koulutuksen ja käyttöönoton kautta

erityisesti 2010-luvulla (Sukula ym. 2015). Edelleen tunnistamme tarpeen paneutua entistä syvällisemmin kuntoutujan yksilöllisen ja moninaisen kokonaistilanteen hahmottamiseen kuntoutujien, läheisten ja ammattilaisten yhteistoimintana. Vain siten onnistuu tavoitteiden nivominen kuntoutujan arkeen. Osaamisen vahvistamista tarvitaan nähdäksemme kuntoutuksen menetelmien, välineiden ja toimintatapojen yhteistoiminnallisessa soveltamisessa moninaisissa tilanteissa ja joustavasti etenevissä prosesseissa. Yhteisen osaamisen ytimessä näyttäisivät olevan kokonaisuusien hallinta muutoksessa sekä vuorovaikutus verkostomaisessa yhteistyössä ja -toiminnassa (Sipari ym. 2021, Paalasmaa ym. 2021, Uusikylä & Jalonen 2023). Entistä vahvemmin tulevat esille myös eettiset kysymykset (sosiaali- ja terveystieteiden

2018) ja digitalisaation mahdollisuuksien ja rajoitusten puntarointi osallisuuden näkökulmasta (Seifert & Rössel 2019, Valjakka 2017).

Kuntoutuminen-kirjan toimittajien päätelmänä lukijoille todetaan, että kuntoutuminen rakentuu yhä useammin monialaisissa toimintaverkostoissa (Autti-Rämö ym. 2022). Haluamme tässä puheenvuorossa nostaa esille, millaisesta yhteistoiminnasta onnistuneessa tavoitteen asettamisessa on kyse. Painotamme kuntoutujien, läheisten ja ammattilaisten yhteistoimijuuden tietoista käyttöä voimavarana sekä verkostoista nousevaa kollektiivista voimaantumista. Puheenvuorossamme päädyimme siihen, että onnistunut tavoitteen asettaminen on yhteinen oppimisprosessi, jota edistävät kehittämisosaaminen ja siinä tarvittavat fasilitointitaidot.

Taulukko 1. Kuntoutujan tavoitteiden asettamiseen liittyviä haasteita ja niiden ratkaisemiseen tarvittavaa erityisosaamista.

Tavoitteiden asettaminen	Tunnistettuja haasteita/kehittämiskohteita ratkottavaksi	Tarvittavaa monialaista erityisosaamista
<b>Yksilöllinen ja vuorovaikutteinen prosessi</b>	Elämäntapaan ja -kulttuuriin liittyvien erityispiirteiden sivuuttaminen.	Lasten, nuorten, työikäisten ja ikääntyneiden kehitysvaiheiden ja tehtävien tunnistaminen.
	Kommunikoinnin ja kognition rajoitteet.	Erilaiset kommunikointikeinot ja apuvälineet, tulkkipalveluiden käyttö.
	Erilaisten kulttuurien heikko ymmärtäminen.	Perhe- ja lähiyhteisökulttuuriin, erilaisiin konteksteihin, monikulttuurisuuteen, etnisiin taustoihin ja uskontoihin perehtyminen.
	Toimintaympäristöjen nopea muutos.	Muutosten tunnistaminen ja resilienssin vahvistaminen. Teknologia ja digitaaliset ratkaisut (etä)kuntoutuksessa.
<b>Erilaisten näkökulmien ja kuntoutujan arjen yhteensovittaminen</b>	Erilaiset näkemykset elämästä, kuntoutuksesta, tavoitteista ja resursseista.	Yhteisen ymmärryksen rakentaminen, eettisten kysymysten punninta ja ratkominen, vuorovaikutus- ja neuvottelutaidot.
	Yksilöllisesti joustavien ja kuntoutujan tarpeen mukaisten tavoitteiden muotoilemisen haasteet.	Riittävästi aikaa yksilöllisten tavoitteiden asettamiseen.
	Kuntoutujan arjesta irralleen jäävät tavoitteet.	Kuntoutujan arkeen perehtyminen ja tavoitteiden nivominen arkeen.
	Tavoitteiden asettaminen etenevissä sairauksissa.	Ympäristöjen huomiointi ja kompensatiokeinojen käyttöönotto, muutos toimintamahdollisuuksissa ja toimintakyvyn ylläpitämisen arvon tunnistaminen.

<b>Verkostomainen yhteistyö tavoitteen asettamisessa</b>	Tavoitteiden asettaminen ammatti-kohtaisesti tai organisaatiolähtöisesti.  Liian suuri tavoitteiden määrä tai eri tahoilla asetetut erisuuntaiset tavoitteet tahoilla.	Kuntoutujan tarpeen mukaiset, yksilölliset ja kokonaisvaltaiset tavoitteet muotoillaan yhteistyössä (moniammatilliset tiimit, verkostoyhteistyö) kuntoutusverkoston toimijoiden kesken. Joustavuus: tavoitteiden ja suunnitelmien muokkaaminen tarvittaessa yhteisen arvioinnin pohjalta. Kuntoutusta koordinoiva henkilö varmistamaan toimiva kokonaisuus.
	Hajautettu kuntoutusjärjestelmä aiheuttaa kuntoutujan pompottelua, vastuun siirtoa taholta toiselle, katkoksia kuntoutumiseen tai päällekkäistä työtä.	Verkostomainen yhteistyö mielekkäiden kokonaisuusien rakentamisessa ja jatkuvuuden varmistamisessa.
	Kuntoutuksen jako eri alueisiin (sosiaalinen, lääkinnällinen, ammatillinen, kasvatuksellinen).	Systeeminen ja kokonaisvaltainen ote saavutetaan purkamalla keinotekoinen jako.
<b>Mielekkäiden tavoitteiden asettaminen yhteisenä oppimisprosessina</b>	Yhdenvertaisuuden ja osallisuuden heikko toteutuminen palveluissa.	Kuntoutujan oikeuksien turvaaminen ja itseä koskeviin asioihin vaikuttamisen mahdollistaminen. Ratkaisujen eettinen punninta yhdessä.
	Kuntoutujan läheisten ja lähiyhteisöjen puutteellinen tuki ja osallistuminen kuntoutusverkostoon.	Läheisten ja lähitoimijoiden ohjaus, lähiverkostojen muodostaminen.
	Yhteisöllisten voimavarojen hyödyntämättä jättäminen.	Kuntoutujien, läheisten ja eri alojen ammattilaisten tietoinen yhteistoiminta arjen käytännöissä.
	Irralliset ja joustamattomat prosessit.	Prosessien kehittävä arviointi ja yhteiset kehittämissprosessit.

## Yksilöllinen ja vuorovaikutteinen prosessi

Jokainen kuntoutujan tavoitteen asettaminen ja kuntoutuksen sisällön rakentaminen on ainutlaatuinen prosessi kuntoutujien yksilöllisyyden, elämäntilanteen ja ympäristön mukaisesti. Kuntoutujien valmius osallistua prosessiin vaihtelee suuresti. Aktiivinen osallistuminen omaan kuntoutusprosessiin sen kaikissa vaiheissa on kuntoutujan oikeus, ja se auttaa kuntoutujaa sitoutumaan paremmin sekä itselleen mielekkään tavoitteen asettamiseen että tavoitetta kohti eteneeseen. Tämän takia kuntoutuksessa on tärkeää tukea kuntoutujan osallisuutta.

Kuntoutujan osallisuuden mahdollistaminen vaatii ammattilaisilta erityisosaamista asiakasryhmän, kuten lasten, nuorten, työikäisten, ikääntyneiden tai muihin erityisryhmiin kuuluvien kuntoutujien, mukaan. Eri ikäryhmiin kuuluvien kuntoutujien kanssa työskentelyyn onkin kehitetty erilaisia toimintamalleja, jotka ottavat huomioon elämäntilanteella olevat yleiset tavoitteen asettamiseen ja kuntoutuksen toteuttamiseen

vaikuttavat tekijät sekä toimintaympäristön. Esimerkiksi lapset, heidän läheisensä ja kuntoutusalan ammattilaiset ovat yhdessä kehittäneet Metku-kirjan, jossa tunnistetaan lapselle merkitykselliset asiat arjessa ja lapsen tarpeet ja toiveet sekä kuvataan lapsen kehitysympäristöä (Sipari ym. 2017a). Metku-kirjan tarkoitus on toimia lapsi- ja perhelähtöisen tavoitteen asettamisen apuna, kun perhe ja ammattilaiset yhdessä laativat lapsen omia tavoitteita kuntoutuksessa (Sipari ym. 2017b).

Erityistä osaamista vaaditaan myös, jos henkilöllä on kommunikaatioon tai kognitioon liittyviä haasteita. Tällöin lähtökohtana on yhteisen vuorovaikutustavan löytäminen sekä erilaisten osallisuutta tukevien keinojen käyttäminen. Puhumisen tai puheen ymmärtämisen vaikeudet voivat edellyttää kuntoutuksen tavoitteiden asettamisprosessissa sellaisten kommunikointikeinojen ja kommunikoinnin apuvälineiden käyttämistä, jotka täydentävät, tukevat tai korvaavat puhetta. Tavoitteiden asettaminen kognitiivisia haasteita omaavien kuntoutujien kanssa edellyttää jaetun päätöksenteon menetelmien

hyödyntämistä sekä riittävän strukturoituja toimintatapoja, joita sovelletaan joustavasti yksilöllisten tarpeiden mukaan (Alanko ym. 2017, Dörfler & Kulnik 2020, Jogie ym. 2021, Kang ym 2023).

Erilaisista kulttuurisista taustoista tulevien kuntoutujien määrä on kasvanut maahanmuuton myötä. Monikulttuurisuuden lisääntyessä erilaisista kulttuureista tulevien kuntoutujien kohtaamisessa tarvitaan erityisiä tietoja ja taitoja, kulttuurisensitiivisyyttä ja usein myös enemmän aikaa (Paavonen & Partanen 2022). Esimerkiksi yhteinen kieli voi puuttua, jolloin on tarve turvautua muihin kommunikaatiokeinoihin ja esimerkiksi tulkkipalveluihin dialogin mahdollistamiseksi. Kuntoutuksen ammattilaiset tarvitsevat entistä enemmän myös eri kulttuurien ja uskontojen tuntemusta. Edellä mainittujen eri asiakasryhmien erityistarpeiden lisäksi on huomattava, että kullakin kuntoutujalla on oma lähiyhteisökulttuurinsa, johon kuntoutus sovitetaan.

Yksilölliseen tavoitteen asettamiseen vaikuttavat kuntoutujan tarpeen, toimintakyvyn ja henkilökohtaisen tilanteen lisäksi kuntoutuksen konteksti ja nopeasti muuttuva elinympäristömme. Tämä vaatii kaikilta kuntoutukseen osallistuvilta resilienssiä eli kykyä uudistua joustavasti. Kuntoutuksen on tarjolla yhä enenevässä määrin teknologisia ratkaisuja, kuten eri muotoiset etäkuntoutuksen mahdollisuudet, jotka lisäävät joustavuutta ja tuovat palveluja paremmin saataville etenkin haja-asutusalueille. Digiosallisuus onkin yksi osallisuuden toteutumisen muoto (Hänninen ym. 2021). Kuntoutujan digiosallisuuden toteutuminen etäkuntoutuksessa tarkoittaa digitaalisten välineiden ja palveluiden hyödyntämisen mahdollisuutta. Etäkuntoutuksen varjopuolena voi olla kuntoutujan tottumattomuus digitaalisten laitteiden ja sovellusten käyttöön tai niiden puute ja saavutettavuuden ongelmat (mm. Valjakka 2017). Onnistunut etäkuntoutus on monikanavaista ja edellyttää laitteilta ja järjestelmiltä vahvaa tietoturvaa sekä ammattilaisilta uusia toimintatapoja ja teknologioiden opettelua (Salminen & Hiekkala 2019).

## **Erilaisten näkökulmien ja kuntoutujan arjen yhteensovittaminen**

Käytännössä haasteellisiksi muodostuvat tilanteet, joissa kuntoutujilla, läheisillä ja ammattilaisilla ei ole yhteistä näkemystä kuntoutuksen tavoitteista ja toteutuksesta. Tällaisia tilanteita voi syntyä esimerkiksi silloin, kun kuntoutujan toiminta tai käyttäytyminen nähdään haitaksi tai vaaraksi hänelle itselleen tai muille tai kun kuntoutuja ei tiedosta oireitaan tai ongelmiaan ja niiden seuraamuksia. Tällöin ammattilainen voi joutua eettisesti vaikeaan tilanteeseen, kun hän kokee perustelluksi puuttua tilanteeseen vastoin kuntoutujan ilmaisemaa tahtoa. Tällöinkin on annettava tilaa kuntoutujan näkemyksille ja perusteltava hänelle mahdollisimman selkeästi ammattilaisen näkökulma. Kuntoutujan heikot valmiudet tavoitteiden asettamiseen voivat johtua esimerkiksi siitä, että hänellä ei ole riittävästi tietoa toimintakyvystään ja sen vaikutuksista arjessa toimimiseen eikä ymmärrystä kuntoutuksen tarpeista.

Näkökulmien eroavuus voi johtua myös siitä, että ammattilaisella ei ole riittävästi ymmärrystä kuntoutujan tarpeista, odotuksista, elämäntilanteesta, toimintakyvystä tai hyvästä elämästä. Tämä voi johtaa siihen, että ammattilainen sivuuttaa kuntoutujan näkemykset, ei tartu kuntoutujan tilanteen kannalta tärkeisiin aiheisiin eikä tunnista oman näkemyksensä rajoituksia. Esimerkiksi Maribon ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa näkökulmaerot ilmenivät siten, että sairaalaympäristöissä toteutuvassa kuntoutuksessa kuntoutujat toivoivat arkeen kiinteämmin nivoutuvia tavoitteita, kun taas ammattilaiset kohdistivat tavoitteet fyysiseen suoriutumiseen.

Kuntoutujan, läheisten ja ammattilaisten erilaiset näkemykset kuntoutujan tavoitteista ja kuntoutuksen tarpeesta saattavat herättää eettisiä kysymyksiä muun muassa siitä syystä, että kuntoutujan toimintakykyä edistetään yhteiskunnan tarjoamien rajallisten resurssien varassa. Kuntoutuksessa korostuu siten ammattilaisten vuorovaikutusosaamisen ja kuntoutujan osallisuuden tukemisen rinnalla näyttöön perustuva harkinta

resurssien ja kuntoutusjärjestelmän luomisa-puitteissa.

Voi olla myös tilanteita, jolloin kuntoutujien odotukset ja heille suositellut kuntoutuksen (kuntoutusmuodon) tavoitteet eivät kohtaa. Tällöin ammattilaisten on panostettava siihen, että kuntoutujan kanssa yhdessä perehdytään kuntoutuksen tarkoitukseen ja sisältöihin. Keskustellen sovitaan kuntoutujan roolista tavoitteen asettamisessa ja kuntoutuksen toteutuksessa. Se vaatii yhteistä aikaa ja neuvotteluja, joilla varmistetaan kuntoutujan tarpeen mukaisia päätöksiä. Kuntoutujaa ei voida muuttaa eikä pakottaa muuttumaan, vaan kuntoutuksessa ammattilaisten tehtävä on mahdollistaa paras toteutettavissa oleva yksilön ja ympäristön muutosprosessi.

Kurssimaisessa ja ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa ajankäytöstä voi muodostua kriittinen kohta. Ryhmän tarjoaman vertaistuen rinnalla on varattava aikaa tavoitteiden asettamisen yksilölliselle ohjaamiselle. Keinoja kuntoutujakohtaisuuden vahvistamiseksi ryhmäkuntoutuksessa on etsitty esimerkiksi yksilökohtaisesta työskentelystä ryhmän sisällä sekä tavoitteiden pohtimisesta pienryhmissä. Ryhmämuotoisen kuntoutuskurssin ohjelma voi olla suurelta osin jaksoitettu oppituntimaisesti niin, että kuntoutujat siirtyvät tunnilta toiselle ennalta määrätyn, kurssin tavoitteita ja standardeja noudattavan ohjelman mukaisesti. Tavoitteiden asettamisen prosessimaisuuteen tämä tuo oman haasteensa. Merkityksellisten tavoitteiden tunnistaminen vaatii usein pidemmän yhtäjaksoisen ajan, jolloin kuntoutujan on mahdollista rauhassa pohtia tilannetta ja muodostaa ammattilaisen kanssa yhteinen ymmärrys kuntoutusjakson aikaisista tavoitteista.

Kuntoutujan tavoitteiden pitäisi tähdätä selkeästi muutokseen, jolla on merkitystä kuntoutujalle tärkeään asiaan osallistumisen kannalta. Kuntoutuksen pää- ja osatavoitteet eivät ole yksittäisiä keinoja, kuten vaikkapa kävelyn harjoittelu, vaan ne tulee kytkeä toimintakyvyn kannalta tärkeisiin arjen asioihin, esimerkiksi postilaatikolle pääsemiseen. Toisin sanoen osatavoitteilla tulee olla yhteys kuntoutujan kokonaistavoitteeseen arjen

hallinnassa. Ammattilaisen on tärkeää kuntoutujan kanssa keskustellen varmistaa, että kuntoutuja itse hahmottaa, miksi hän tiettyjä asioita tekee.

Kun kuntoutujalla on etenevästä sairaudesta johtuvia toimintakyvyn haasteita, muutokseen tähtäävän tavoitteen asettaminen vaatii tasapainottelua toivon ja kuntoutusmotivaation ylläpitämisen sekä realistisuuden ja tavoitteen saavutettavuuden välillä. Toimintarajoitteiden lisääntyessä yleisenä tavoitteena on varmistaa osallistuminen merkityksellisiin toimintoihin ja rooleihin arjessa. Kun kuntoutuksen sisällöt ovat tarkoituksenmukaisia suhteessa muuttuvaan tilanteeseen, kuten heikentynyttä toimintakykyä kompensoivien toimintatapojen omaksuminen, ympäristön mukauttaminen tai asenteisiin vaikuttaminen, arjessa osallistuminen voi edistyä, vaikka kehon toiminnat heikentävistäkin sairauden etenemisen myötä. On myös hyvä muistaa, että toimintakyvyn ylläpysyminen etenevissä sairauksissa on merkittävä muutos huononevaan tilanteeseen verrattuna (Hämäläinen 2015).

Kuntoutujan tavoitteita tarkastellaan enintään henkilön elämäkokonaisuuden kannalta. On kehitetty malleja, joissa ennen varsinaisen, kohdennetun tavoitteen asettamista tutkitaan asiakkaan kanssa hänen arvojaan, merkityksellisiä asioita elämässä ja laajempia päämääriään (mm. käsitteet global meaning, life goals fundamental beliefs, goals and attitudes). Näin on mahdollista tunnistaa tavoite, joka on yhteneväinen henkilön arvojen, elämäntavoitteiden ja uskomusten kanssa. (Mm. Dekker ym. 2020, Littooj ym. 2022, Nielsen ym. 2022.) Tämän tyyppistä yksilöllisen kokonaistilanteen arviota on kehitetty ja käytetty myös työhönkuntoutuksen tavoitteenasettamisessa, jossa kuntoutujan tilanneanalyysissä hyödynnetään ammatillisen kehityksen syklimallia (Karhula ym. 2022, 283). Näkökulma on kehityksellinen. Työhönkuntoutuksen arviointitutkimuksen mukaan tilanneanalyysi mahdollistaa yksilöllisten tavoitteiden suunnittelun ottaen samalla huomioon lähitoimijoiden vastuut kuntoutuksen toteutuksessa (Seppänen-Järvelä ym. 2015).

## **Verkostomainen yhteistyö tavoitteen asettamisessa**

Kuntoutumista tukevien palveluiden erityyneisyys ja kuntoutuspalveluiden toteutuminen ammatti- ja organisaatiolähtöisesti saattavat aiheuttaa sen, että kuntoutuksen tavoite muotoillaan käsillä olevan palvelun tai kuntoutusammattilaisen lähtökohdista eikä kuntoutujan tarpeesta lähtien. Eri ammattilaiset saattavat ehdottaa kuntoutujalle lukuisia eri tavoitteita, jotka eivät hahmotu kuntoutujalle tarkoituksenmukaisena kokonaisuutena. Moniammatillisessa ja kuntoutujan kanssa tehtävässä verkostomaisessa yhteistyössä kuntoutuksen tavoitteet ja toteutus on rakennettava mielekkääksi kokonaisuudeksi kuntoutujalle. Palveluiden kohdentumista kuntoutujan tarpeita vastaavaksi auttaisi, jos tässä verkostossa olisi nimetty henkilö, joka vastaa kuntoutuksen koordinoinnista yhdessä kuntoutujan kanssa.

Tiivis ja toimiva yhteistyö kuntoutussuunnitelmia laativan ja kuntoutusta toteuttavan tahon välillä mahdollistaa joustavan sekä tarkoituksenmukaisen työskentelyn kuntoutujan muuttuvissa elämäntilanteissa. Tällöin on mahdollista perustellusti muokata tavoitteita ja suunnitelmia, esimerkiksi ottaa käyttöön uusia toimintatapoja, vähentää tai lisätä terapiakertamääriä, muuttaa tapaa- mistiheyttä, tauottaa toimintaa, siirtää aloitusajankohtaa tai siirtyä yksilömuotoisesta toteutuksesta ryhmämuotoiseen kuntoutukseen tai suunnata kuntoutustoimet kuntoutujasta esimerkiksi lähipiiriin. Joustavuuden ja osuvuuden toteutumiseksi tarvitaan pysähtymistä ja yhteistä arviointia matkan varrella niin, että tarvittaessa syntyy uusia ratkaisuja ja suunnitelmia.

Hajautettu kuntoutuksen järjestäminen voi johtaa toiminnan päällekkäisyyteen ja tehottomuuteen sekä pahimmillaan siihen, että kuntoutujaa ohjataan paikasta ja toimenpiteestä toiseen kenenkään ottamatta vastuuta kokonaisuudesta. Panostus ja aika verkostomaiseen yhteistyöhön tavoitteiden asettamisessa ja toteutuksen suunnittelussa vahvistaa laadukasta ja kustannustehokasta kuntoutusta. Kuntoutuksen jaottelusta olisi edettävä kuntoutuksen kokonaisuuden

hahmottamiseen kuntoutujalähtöisesti. Tähän tarvitaan uudistuvaa systemistä verkosto- ja yhteistoimintaosaamista.

Kuntoutujan itsemääräämisoikeutta kunnioittava ja kokonaisvaltainen ote kuntoutuksessa edellyttää poliittista tahtoa, resursointia, taloudellisia edellytyksiä sekä hajautetun kuntoutusjärjestelmän sijaan verkostomaista yhteistyötä. Kuntoutuksen käytännön toteutuksen ja kuntoutujan näkökulmasta jako lääkinälliseen, kasvatukselliseen, sosiaaliseen ja liikunnalliseen kuntoutukseen ei ole toimiva, useinkaan ei edes mahdollinen – ainakaan niillä kuntoutujilla, jotka tarvitsevat useaa palvelua pitkäaikaisesti.

## **Mielekkäiden tavoitteiden asettamisen yhteisenä oppimisprosessina**

Demokraattinen yhteiskunta ja lainsäädäntö korostavat yhdenvertaisia ihmisoikeuksia sekä oikeutta mielekkääseen elämään ja valintoihin itseä koskevilla asioilla. Kuntoutuksessa ammattilaiset ja kuntoutujat joutuvat punnitsemaan yhdessä, mikä on kuntoutujan parhaaksi. Kuntoutujan tulee voida itse määrittellä, mikä on hänelle mielekäästä ja hyvää elämää. Kuntoutumisprosessi koskettaa kuntoutujan lisäksi usein myös hänen läheisiään ja lähiyhteisöjä. Läheisten ja lähiyhteisöjen osallistuminen tavoitteiden asettamiseen mahdollistetaan heidän voimavarojensa mukaan siten, että kuntoutujan itsemääräämisoikeus säilyy.

Kuntoutumisverkostoista nousee uusia yhteisöllisiä voimavaroja, mutta niiden hyödyntäminen edellyttää aitoa monialaista yhteistoimintaa kuntoutujan toimintaympäristössä. Kuntoutumista edistävä arki ei järjesty itsestään, vaan se vaatii eri alojen ammattilaisten substanssiosaamista sekä yhteistä kokonaisuuden pohdintaa kuntoutujan toimintaympäristössä. Tämä edellyttää verkostomaisen yhteistyön sekä oppivien verkostojen osaamista ja resursseja. Kuntoutujalle mielekkäiden tavoitteiden laatiminen toteutuu kuntoutujan, läheisten ja ammattilaisten yhteisenä oppimisprosessina, jossa kaikilla osapuolilla on erityistä osaamista jaettavaa toisilleen.



Edellä esitettyjen haasteiden ratkaisemiseksi olemme korostaneet osaamisen ja yhteisen oppimisen merkitystä. Käytäntöjen kehittämisessä tarvitaan arviointiosaamista ja kuntoutusprosessien kehittävää arviointia (kehittävästä arvioinnista ks. mm. Atjonen 2015, Patton 2011), jossa hyödynnetään kuntoutujien ja ammattilaisten näkökulmien asettamista vuoropuheluun ratkaisujen etsimiseksi. Oppimista edistävät yhteiset kehittämisprosessit, joihin kutsutaan mukaan niin kuntoutujat kuin kuntoutusammattilaiset eri tahoilta.

Kehittämisprosessit voidaan järjestää yhteisiksi asiakasosallisuuden huomioon ottaviksi oppimisfoorumiksi, joiden tavoitteena on ratkaista ongelmia, parantaa palveluja ja kehittää uusia toimintamalleja (esim. Asiakasosallisuus Sotessa -opas). Verkostoissa tehtävän yhteistyön ja tiedonvaihdon toimintamallien ja välineistön toimivuutta olisi tarpeen tarkastella implementointitutkimuksen viitekehyksiä hyödyntäen (Heinijoki ym. 2023). Oppimisprosessin lähtökohtana voi olla toteutunut tai käynnissä oleva kuntoutusprosessi, jota esimerkkinä käyttäen päästään eri näkökulmista katsomalla yhteiseen ymmärrykseen, oppimiseen ja entistä parempaan kuntoutuskäytäntöön.

**Salla Sipari, FT, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu**

**Maarit Karhula, TtT, erikoistutkija, Kela ja Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu**

**Hilkka Ylisassi, FT, erikoistutkija emerita**

## Lähteet

Alanko T, Karhula M, Piirainen A, Kröger T, Nikander R (2017) Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti. Kela. Kelan työpapereita 113. <http://hdl.handle.net/10138/175226>

Asiakasosallisuus Sotessa. Opas asiakasosallisuuden edistämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä. Työterveyslaitos. Verkkosivusto: <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/asiakasosallisuus-sotessa>

Atjonen P (2015) Kehittävä arviointi kasvatusalalla. Suomen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print. Tampere.

Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Melkas S (toim.) (2022) Kuntoutuminen. Kustannus oy Duodecim.

Dekker J, de Groot V, Ter Steeg AM ym. (2020) Setting meaningful goals in rehabilitation: rationale and practical tool. *Clin Rehab* 34, 1, 3–12. doi:10.1177/0269215519876299

Dörfler E, Kulnik ST (2020) Despite communication and cognitive impairment – person-centred goal-setting after stroke: a qualitative study. *Disabil Rehabil* 42, 25, 3628–3637. doi: 10.1080/09638288.2019.1604821.

Heinijoki H, Karhula M, Seppänen-Järvelä R (2023) Implementaatiotutkimuksen viitekehysten soveltaminen kuntoutuksen tutkimuksessa. Kartoitettava kirjallisuuskatsaus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 60, 2. <https://doi.org/10.23990/sa.120634>

Hämäläinen P, Karhula M, Salminen A-L (2015) Etenevät sairaudet. Teoksessa S Sukula, K Vainiemi, T Laukkala (toim.) GAS. Menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Hänninen R, Karhinen J, Korpela V, Pajula L, Pihlajamaa O, Merisalo M, Kuusisto O, Taipale S, Kääriäinen J, Wilska T-A (2021) Digiosallisuuden käsite ja keskeiset osa-alueet. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:25. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-287-9>

Jogie P, Rahja M, van den Berg M, Cations M, Brown S, Laver K (2021) Goal setting for people with mild cognitive impairment or dementia in rehabilitation: A scoping review. *Aust Occup Ther J*, 68, 6, 563–592. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12758>

Kang E, Jethani P, Foster ER (2023) Person-centered goal setting is feasible in people with Parkinson’s disease who have subjective cognitive decline: a mixed methods study. *Disabil Rehabil* 45, 1, 90–97. doi: 10.1080/09638288.2022.2025930.

Karhula M, Sellman J, Sipari S, Ylisassi H (2022) Kuntoutuksen tavoitteet ja sisällön rakentuminen. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, S Melkas (toim.) Kuntoutuminen (2., uudistettu painos.). Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04612>

Littooij E, Doodeman S, Holla J, Ouwerkerk M, Post L, Satink T, Ter Steeg AM, Vloothuis J, Dekker J, de Groot V (2022) Setting meaningful goals in rehabilitation: A qualitative study on the experiences of clients and clinicians in working with a practical tool. *Clin Rehabil* 36, 3, 415–428. doi: 10.1177/02692155211046463.

Maribo T, Jensen CM, Madsen LS et al. (2020) Experiences with and perspectives on goal setting in spinal cord injury rehabilitation: a systematic review of qualitative studies. *Spinal Cord* 58, 949–958. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-0485-8>

Nielsen IH, Poulsen I, Larsen K, Sandholm Larsen N (2022) Life goals as a driving force in traumatic

- brain injury rehabilitation: a longitudinal dyadic perspective. *Brain Injury* 36, 9, 1158–1166, DOI: 10.1080/02699052.2022.2109748
- Paalasmaa P, Sipari S, Lönnqvist M, Roivas M (toim.) (2021) Kuntoutuminen – Yhteiskehittelyä arjessa. *Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisu*. TAITO-sarja, Metropolia Ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-328-259-9>
- Paavonen A-M, Partanen T (2022) Maahanmuuttajataustaisten lasten, nuorten ja perheiden kuntoutus. Haasteita ja kehittämistarpeita Kelan järjestämän kuntoutuksen toteutumisessa. Työpapereita 171. Kela, Helsinki.
- Patton MQ (2011) Developmental evaluation. *Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. The Guilford Press, New York.
- Rose A, Rosewilliam S, Soundy A (2017) Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Educ Couns* 100, 1, 65–75. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.030.
- Salminen A-L, Hiekkala S (toim.) (2019) Kokeuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Kelan tutkimus. Kela, Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019052416890>
- Seifert A, Rössel J (2019) Digital Participation. Teoksessa D Gu, M Dupre (toim.) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, 1–5. Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2\\_1017-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_1017-1).
- Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (2015) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Kela, Helsinki. Saatavissa: <http://hdl.handle.net/10138/156981>
- Sipari S, Vänskä N, Lehtonen K, Pihlava J (2021) GAS-menetelmän käyttö Kelan sopeutumisvalmennuskursseilla. Kuntoutujan omat tavoitteet -tutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 2019; 20. Kansaneläkelaitos. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/306805>
- Sipari S, Vänskä N, Pollari K (2017a) Lapsen edun toteutuminen kuntoutuksessa. Osallistumista ja toimijuutta vahvistavat hyvät käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 2017; 5. Kansaneläkelaitos. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/220550>
- Sipari S, Vänskä N, Pollari K (2017b) Lapselle merkityksellinen toiminta kuntoutumisessa – Lapsen Metkut. Lapsen oikeus osallistua kuntoutukseen – Lapsen edun arviointi (LOOK) -hanke. <http://metropolia.e-julkaisu.com/lapsen-metkut/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2018) Sosiaali- ja terveysalan eettiset periaatteet – ovatko ne valideja tulevaisuudessa? Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2014–2018. ETENE-julkaisuja 46. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4033-8>
- Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T (toim.) (2015) GAS – Menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Uusikylä P, Jalonen H (2023) Epävarmuuden aika. Kuinka ymmärtää systeemistä muutosta? Into Kustannus Oy, Helsinki.
- Valjakka S (2017) Näkökulmia vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien tietotekniikan ja digipalveluiden käyttöön. Digitaalinen arki -selvitysprojekti. Aspa-selvityksiä 1.

# LUKIVAIKEUDEN YKSILÖ- JA RYHMÄ- MUOTOISEN NEUROPSYKOLOGISEN KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS NUORILLA AIKUISILLA

---

Loppukevät on valmistajaisten aikaa. Silloin juhlitaan asioiden päätökseen saamista, kuten lukuvuoden loppumista tai tutkinnon valmistumista. Etenkin erinomaisista suorituksista on tapana palkita. Tänä keväänä eräs valmistujaislahjoja markkinoiva mainos kaappasi hyvällä tavalla huomioni. Siinä kehoitettiin asioita saavuttaneiden ja valmistuneiden lisäksi miettimään lahjaa myös parhaansa yrittäneelle. Pidän tätä tärkeänä, sillä välillä ne kovasti yrittäneet, jotka eivät ylläkään tavoitteeseensa, ovat juuri niitä, jotka ovat tehneet eniten töitä. Näin saattaa olla, jos on esimerkiksi lukivaikeus. Jos kovasta puurtamisesta huolimatta menestys jää keskinkertaiseksi, onko se vähemmän arvokasta? Vai pitäisikö sitä juhlia jopa enemmän kuin niitä kympejä, jotka irtoavat jollekulle kouluaineissa helposti menestyvälle näkemättä edes erityisen suurta vaivaa?

Lukivaikeus näkyy usein vielä nuorena aikuisena lukemisen sujumattomuutena ja hitautena. Jos tenttiin lukeminen vie kymmenen tunnin sijaan kaksikymmentä tuntia, käsillä on melko raskas urakka. Kun tämä vielä kertautuu monessa oppiaineessa, opiskelu saattaa tuntua uuvuttavalta. Myöskään työelämässä kirjallisia töitä ei pääse pakoon

enää juuri missään ammatissa. Lukivaikeuteen liittyy usein myös muita tiedonkäsittelyn haasteita, kuten työmuistin kapeutta ja oman toiminnan ohjaamisen puutteita, jotka haastavat oppimista. Henkilöillä, joilla on lukivaikeus, on tutkimusten mukaan myös keskimääräistä enemmän mielenterveyden ongelmia, kuten masennusta tai ahdistusta tai lievemmillään itsetunto-ongelmia.

Ilman tukea lukivaikeus voi teknisen hidasteen sijaan muodostua yrittämisen lanistajaksi, itsetunnon nakertajaksi tai jopa ihmisarvon mitaksi. Näin ei tarvitsisi olla. Oikeanlaisella tuella lukivaikeus ei ole este opiskelulle tai työssä pärjäämiselle vaan asettuu mittasuhteisiinsa yhtenä ominaisuutena, joka toki vaikuttaa opiskeluun, työkentelyyn ja oppimiseen yleisemminkin, mutta ei estäen vaan hidastaen ja edellyttäen hieman erilaisia toimintatapoja. Nuoria aikuisia, joilla on lukivaikeus, tulisi tukea kokonaisvaltaisesti sekä tiedonkäsittelyn haasteissa että henkisen hyvinvoinnin alueella.

Lukivaikeuden kokonaisvaltaisen kuntoutuksen yksi muoto nuorilla aikuisilla on neuropsykologinen kuntoutus. Neuropsykologisella kuntoutuksella viitataan erilaisiin neuropsykologin toteuttamiin interven-

tioihin, joiden tavoitteena on lieventää ai-vojen toiminnan poikkeavuuksista johtuvia tiedonkäsittelykyvyn häiriöitä ja tukea kokonaisvaltaisesti hyvinvointia.

Aikuisten lukivaikeuden neuropsykologisessa kuntoutuksessa painopisteet ovat erilaiset kuin lasten lukivaikeuden kuntoutuksessa. Keskiössä ei ole enää niinkään lukutaidon harjoittaminen, vaikka lukeminen voi toki edelleen sujuvoitua. Olennaisinta on löytää käyttöön strategioita, joiden avulla nuoret aikuiset selviävät lukivaikeuden kanssa niissä elämäntilanteissa ja haasteissa, joissa he ovat, oli kyse sitten opiskelusta tai työelämästä tai niihin hakeutumisesta.

Kuntoutus määritellään tavoitteellisesti eteneväksi, kuntoutujan ja kuntouttajan yhdessä suunnittelemaksi prosessiksi, jossa kuntoutujan oma aktiivinen rooli ja hänen asettamansa yksilölliset, realistisiksi asemoidut tavoitteet ovat olennaisia. Kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavat niin kuntoutujan elämäntilanne ja motivaatio kuin hänen ja kuntouttajan yhteistyön toimivuus. Kuntoutuksen tavoitteet ja tarpeet ovat sidoksissa kuntoutujan kokemien ongelmien lisäksi myös ympäröivän yhteiskunnan vaatimuksiin. Mitä monimutkaisemmaksi yhteiskuntamme muuttuu, sitä enemmän oppimisvaikeudet vaikuttavat täysipainoiseen yhteiskunnassa toimimiseen. Oikea-aikaisilla toimenpiteillä on mahdollista välttää rinnakkaisseurausten kasautuminen ja pahimmillaan jopa yhteiskunnasta syrjäytyminen.

On ilmeistä, että kuntoutus ja kuntoutuminen ovat monisyisiä ilmiöitä, joiden onnistumiseen ja lopputuloksiin vaikuttavat monet asiat. Kuitenkin kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta on tärkeää tutkia. Tarvitsemme tietoa siitä, kuka voi hyötyä minkäkinlaisesta kuntoutuksesta ja mihin vähäiset resurssit tulisi suunnata.

Vaikuttavuus tarkoittaa kuntoutustoimenpiteen vaikutuksesta tapahtuvaa muutosta tavoitellulla toimintakyvyn osa-alueella. Se voi näkyä sekä kuntoutujan omassa toiminnassa että esimerkiksi toimintakykyä tukevien apuvälineiden tai ympäristössä toteutettujen muutosten paremmassa hyödyntämisessä. Miten neuropsykologisen kuntoutuksen vai-

kuttavuutta sitten voidaan tutkia ja mitata? Vahvimpina kuntoutuksen vaikuttavuudesta kertovina näyttöinä pidetään yleensä satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimusasetelmiä. Tällaisissa asetelmissä tutkimuksen kohteena olevat kuntoutujaryhmät arvotaan niin, että osa osallistujista saa tutkittavaa kuntoutusta ja osa toimii kontrolliryhmänä. Näin mahdollistuu kuntoutusta saavan ryhmän vertailu mahdollisimman samankaltaiseen ryhmään, joka ei saa kuntoutusta. Vertailuryhmän avulla kuntoutukseen liittyvät vaikutukset voidaan erottaa muista syistä johtuvista muutoksista. Eettisesti kestävässä tutkimusasetelmassa myös kontrolliryhmä saa myöhemmin vastaavan kuntoutuksen.

Satunnaistetuilla, kontrolloiduilla asetelmilla on kuitenkin omat rajoitteensa psykologisten ilmiöiden tutkimuksessa. Neuropsykologisen kuntoutuksen ja siinä käytettyjen työmenetelmien sisältöä voidaan harvoin täysin vakioda niin, että kaikkien tutkimusryhmään kuuluvien voitaisiin sanoa saaneen täsmälleen samanlaista kuntoutusta. Yksittäiset kuntoutusmenetelmät ovat useimmiten kuvattavissa ja joskus standardoitavissakin, mutta neuropsykologisessa kuntoutuksessa menetelmiä käytetään joustavasti ja mukautuen kunkin yksilön arjen tarpeisiin ja tavoitteisiin. Tämä tekee kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin haasteelliseksi. Haasteena kuntoutustoimien vaikuttavuuden arvioinnissa on myös se, että kunkin yksilön kannalta tärkeimpiä muutoksia ei voida aina tunnistaa siten, että juuri ne saataisiin kiinni valituilla vaikuttavuuden arvioinnin mittareilla. Käytännössä siis se, mitä valitaan mitattavaksi, vaikuttaa siihen, millaisia vaikuttavuustuloksia ylipäänsä voidaan saada. Jos ei hoksata ottaa arviointipatteriin jotakin toiminnan osa-alueetta arvioivaa mittaria, jossa muutosta kuitenkin tapahtuu, tämä muutos jää huomaamatta.

Neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on paljon tietoa aivoja koskevien sairauksien osalta, mutta aikuisten oppimisvaikeuksien tai lukivaikeuden tukemisessa neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu hyvin vähän, kansainvälisestikään.

Väitöstyössäni tutkin yksilö- ja ryhmämuotoisen neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta nuorilla aikuisilla, joilla on lukivaikeus. Käytössä oli satunnaistettu, kontrolloitu tutkimusasetelma, kaikkine rajoitteineen ja hyvine puolineen. Koska neuropsykologisella kuntoutuksella tavoitellaan monia vaikutuksia, sen vaikuttavuuttakin arvioitiin monenlaisin menetelmin. Tiedonkäsittelyn ja psyykkisen hyvinvoinnin alueilla tapahtuvien mahdollisten muutosten lisäksi tavoitteena oli saada tietoa myös omaksuttujen uusien toimintamallien siirtymisestä arkeen ja kuntoutukselle asetettujen yksilöllisten tavoitteiden täyttymisestä.

Tutkimukseen valittiin 120 iältään 18–35-vuotiasta osallistujaa, joilla diagnosoitiin lukivaikeus viimeistään heidän tullessaan tutkimushankkeeseen. Osallistujat satunnaistettiin joko yksilö- tai ryhmäkuntoutukseen tai kontrolliryhmään, joka sai viiden kuukauden odotusajan jälkeen vastaavan kuntoutuksen kuin heti kuntoutuksessa aloittaneet.

Väitöskirjan ensimmäinen osatutkimus keskittyi arvioimaan mahdollisia muutoksia tiedonkäsittelytoiminnoissa. Tutkimus osoitti, että kuntoutukseen osallistuneiden prosessointinopeudessa tapahtui kohenemistä verrattuna ryhmään, joka ei saanut heti kuntoutusta. Kun kuntoutusta odottaneet vuorostaan saivat kuntoutuksen, heidänkin prosessointinopeutensa koheni. Prosessointinopeudella viitataan yleensä nopeuteen, jolla vastaanotettua tietoa pystytään käsittelemään ja hyödyntämään. Mittaustavasta riippuu, mitä muita tiedonkäsittelyn taitoja mahdollisesti samalla arvioidaan.

Prosessointinopeudessa nähdään ongelmia useissa neuropsykologisissa häiriöissä ja oirekuvissa, myös lukivaikeudessa. Se on melko herkkä mittari myös tunnistamaan tiedonkäsittelyn vaikeutumista. Mutta mitä sen koheneminen meille kertoo? Prosessointinopeus on tutkimuksissa yhdistetty muiden tiedonkäsittelyn taitojen tehokkaaseen hyödyntämiseen, joten sen koheneminen saattaisi heijastua myönteisesti myös niihin. Prosessointinopeuden kohenemisen lisäksi kuntoutusryhmissä havaittiin joidenkin itsearvioitujen tiedonkäsittelyn haasteiden sekä

lukivaikeuden aiheuttaman haitan kokemuksen vähenemistä. Nämä itsearviot pysyivät samalla tasolla vielä yli vuosi kuntoutuksen päättymisen jälkeen.

Toisessa osatutkimuksessa keskityttiin psyykkisen hyvinvoinnin ja muun muassa tehtävistä suoriutumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvien ajattelu- ja toimintamallien tutkimiseen. Kuntoutukseen osallistuneilla havaittiin myönteistä muutosta kuntoutusta odottavaan ryhmään verrattuna itse arvioidussa suoritusoptimismissa eli jossakin tulevassa suoritustilanteessa onnistumista koskevissa odotuksissa. Kuntoutus myös kohensi kuntoutusta odottavaan ryhmään verrattuna tiedonkäsittelyn toimintoihin liittyvää elämänlaadun kokemusta. Lisäksi kuntoutusryhmien itsearviointien pohjalta havaittiin, että tarvittaviin tehtäviin ryhtymistä välteltiin kuntoutuksen jälkeen vähemmän ja itsetunnon arvioitiin kokeneen.

Kolmannessa osatutkimuksessa tutkittiin kuntoutuksen vaikutusten siirtymistä arkeen selvittämällä kuntoutujien tekemiä konkreettisia muutoksia opiskelu- ja työskentelytavoissa. Yhtenä tärkeänä tutkimuksen kohteena oli myös kuntoutujien itse asettamien tavoitteiden toteutuminen ja niiden toteutumiseen vaikuttaneet tekijät. Tutkimuksessa havaittiin, että lukivaikeutta helpottavia apuvälineitä sekä opiskelu- ja työskentelytapojen uusia strategioita ja menetelmiä ilmoitettiin otetun käyttöön kuntoutusryhmissä kontrolliryhmää merkittävästi enemmän. Vielä 15 kuukautta kuntoutuksen päättymisen jälkeen kolme neljäsosaa osallistujista raportoi edelleen käyttävänsä kuntoutuksessa omaksumiaan strategioita. Myös henkilökohtaiset kuntoutustavoitteet keskimäärin saavutettiin.

Yksilö- ja ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuudessa havaittiin joitakin eroja. Havaittu kuntoutusvaikutus tuli esiin ryhmäkuntoutusta saaneilla yksilökuntoutusta useammin vasta viisi kuukautta kuntoutuksen jälkeen tehdyssä seurannassa. Joissakin arvioiduissa tekijöissä myönteinen muutos näkyi vain toisen kuntoutusmuodon osalta. Tulokset voivat viitata siihen, että parhaat kuntoutustulokset voidaan mahdollisesti saavuttaa

yhdistämällä yksilö- ja ryhmämuotoista kuntoutusta. Tätä olisi hyödyllistä tulevaisuudessa tutkia.

Määrällisen tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on usein yleistettävän tiedon tuottaminen. Minulle oli tärkeää tehdä tämä tutkimus tieteellisesti mahdollisimman korkeatasoisesti, kontrolloiden kaikkea, mitä tutkimusasetelmassa voi kontrolloida, ja noudattaen hyvää tutkimuskäytäntöä, jotta saisimme kerättyä mahdollisimman korkeatasoisen tutkimusaineiston ja siitä voitaisiin tehdä mahdollisimman totuudenmukaisia johtopäätöksiä. Kuntoutuminen on kuitenkin valtavan monisyinen ja henkilökohtaisia merkityksiä sisältävä prosessi, joka on jokaiselle omanlaisensa. Elämäntilanteesta ja lukivaikeuden ilmenemisestä riippuu, minkälaisissa asioissa eteneminen on kuntoutujalle itselleen tärkeintä. Siksi en pysty katsomaan tämän tutkimuksen tuloksia vain numeroiden valossa. Näen myös numeroiden takana olevat ihmiset, joiden tarpeista ja toiveista sain kuulla muun muassa alkuhaastatteluisa. Toki tunnen näitä tarinoita myös työnsäni vuosien varrella kohtaamieni, oppimisvaikeuksia kokevien aikuisten kertomina. Tunnen tarinat tuesta, jota ei koskaan ollut. Minusta on erityisen arvokasta, että tutkimme myös osallistujien itse asettamia tavoitteita ja niiden toteutumista. Tärkeitä ovat myös varsinaisen tutkimusasetelman ulkopuolelta kerätyt nimettömät palautteet kuntoutukseen osallistuneilta. Niissä kiteytyvät monet henkilökohtaiset merkitykset, joita kuntoutus osallistujien elämään toi. Jotkut nostavat esiin uusien oppimistekniikoiden käyttöön saamisen, monet myös omassa ajattelussaan tapahtuneen muutoksen, joka on helpottanut lukivaikeuden kanssa selviytymistä. Anonyymi palaute oli lähes sataprosenttisesti myönteistä. Haluankin uskoa, että tällä kuntoutuksella oli myös sellaisia vaikutuksia, joita valitut mittarit eivät onnistuneet tavoittamaan. Vaikutuksia, jotka ovat merkityksellisiä osallistujille itselleen ja jotka eivät ole yleistettävissä koskemaan kaikkia ja kaikkea lukivaikeuden neuropsykologista kuntoutusta.

Kokemusten tärkeydestä huolimatta tarvitsemme kipeästi tietoa kuntoutuksen vai-

kuttavuudesta resurssien suuntaamisen ja päätöksenteon tueksi, tarjotaksemme toimivia menetelmiä nuorten aikuisten lukivaikeuden tukemiseksi. Väitöskirjassa esiteltävät tulokset kertovat tärkeää viestiä kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Olen saanut nyt osallistua tämän hitaasti kasvavan tietomäärän lisäämiseen omalta pieneltä osaltani. Toivon, että työlläni on merkitystä siihen, että aikuisten olisi helpompaa saada toimivaksi havaittua tukea lukivaikeuteen. Jos olen joltain osin onnistunut tässä, kaikki on ollut sen arvoista.

**Johanna Nukari, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, Kuntoutussäätiö**

*Kirjoitus on lyhennelmä lektiosta, jonka kirjoittaja esitti väitöstilaisuudessaan 9.6.2023 Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa. Väitöskirjan otsikko on "Effectiveness of individual and group-based neuropsychological interventions for young adults with dyslexia" ja sen sähköinen versio on julkaistu osoitteessa: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/c5ab490d-7075-47c0-97d1-73fbc87894d8/content>*

# Kuntoutus-lehti vuonna 2023

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2023 neljänä numerona Journal.fi-palvelussa. Ensimmäinen numero 1/2023 jatkaa teemaa ”Erityistä tukea nuorille: nykytila ja tulevaisuus” saman teeman kakkososana.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdesämme. Lähetä sähköpostin liitteenä osoitteeseen: [kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi](mailto:kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi)

<https://journal.fi/kuntoutus/index>

## Ilmestymisaikataulu 2023

Nro	Ilmestyy
1 teema II	viikolla 11
2	viikolla 24
3	viikolla 44
4	viikolla 50



## Tilaa Kuntoutus-lehti

Pidä itsesi ajan tasalla kuntoutuksella – saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa!

**Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa  
[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti) TAI  
tilaukset, osoitteen muutokset ja peruutukset:  
[johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi](mailto:johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi), puh.0404397183**

Hinnat:

Kestotilaus 55 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 59 euroa

Opiskelijat (4nroa) 28 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisselityksen jäsenet 51 euroa/vuosi

Organisaatiotilaukset 310 - 410 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisselitykset  
Kutke ry