

Kuntoutuks

2019

4

Oppimisvaikeuksien ja mielenterveyden ongelmien ryhmämuotoinen tuki

Verkostoyhteistyö ja asiakkaan osallisuus edistävät monitahoista tukea tarvitsevan nuoren kuntoutumista


CP-vammaisen lapsen ja nuoren toimintakyvyn kuvaaminen kuntoutussuunnitelmissa

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

RIITTA SEPPÄNEN-JÄRVELÄ
Kenen kuntoutus? 3

TIETEELLINEN ARTIKKELI

KATI PELTONEN, JOHANNA NUKARI JA ERJA POUTIAINEN
Oppimisvaikeuksien ja mielenterveyden ongelmien
ryhmämuotoinen tuki  5

KATSAUS

ULLA JÄMSÄ JA EEVA-LEENA LARU
Verkostoyhteistyö ja asiakkaan osallisuus edistävät
monitahoista tukea tarvitsevan nuoren kuntoutumista 19

PIRKKO LEPPÄVUORI, IRA JEGLENSKY-KANKAINEN,
ERJA KAAKKURINIEMI JA TUULA KIVIRANTA
CP-vammaisen lapsen ja nuoren toimintakyvyn
kuvaaminen kuntoutussuunnitelmissa 28

HANNU T VESALA
Vammaisten ihmisten työelämäosallisuus
ja työssä koettu syrjintä 39

TUULI-MARJATTA LATVALA, ARJA HÄKKINEN,
KATARIINA KORNILOFF
Kehotietoisuus kroonisessa masennuksessa 45

HANKE-ESITTELY

HANNA REPO JAMAL
"Oi kun tulis taas uudestaan!" Erityislasten liikuntaseikkailu-
päivä Nappi-hankkeessa opiskelijoiden toteuttamana 50

MAARI PARKKINEN, JOHANNA KORKEAMÄKI,
HANNA RINNE JA ERJA POUTIAINEN
Kuntoutussäätiö tutkii opiskelijoiden mielenterveys-
kuntoutuksen tarvetta ja sen kohdentumista 54

PUHEENVUORO

HANNU YLÖNEN
Kokemusasiantuntijat ja vertaistuki
- korvaamaton apu päihdekuntoutujille 57

KIRJA-ARVOSTELU

JOHANNA NUKARI
Neuropsykologisesta näkökulmasta kohti
oppimisen vaikeuksien monialaista tarkastelua 61

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kutke ry; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Jouni Puumalainen, Kuntoutussäätiö; Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto; Salla Sipari, Metropolia AMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Riitta Seppänen-Järvelä, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhaluoma, Sinikka Hiekkala. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT JA MEDIAKORTTI** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa | Irtonumero á 14 € + postimaksu **ILMOITUSHINNAT:** 1/1 sivu mv 250 euroa, 1/2 sivu mv 150 euroa, 1/4 sivu mv 120 euroa **JULKAISIJAT** Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys Kutke ry | 42. vuosikerta | ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu) **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Laakapaino Oy

KENEN KUNTOUTUS?

PÄÄKIRJOITUS

RIITTA
SEPPÄNEN-JÄRVELÄ

Kelan tutkimus järjesti taannoin seminaarin teemasta 'Mitä aktiivimallin jälkeen? Keinoja työllisyyden parantamiseen'. Ajankohtaisen seminaarin taustalla oli hallitusohjelman tavoite 75 prosentin työllisyydestä, ja tarkoitus oli etsiä tutkitun tiedon pohjalta keinoja tavoitteen saavuttamiseen. Jyväskylän yliopiston tutkija Kaisa Haapakoski toi tähän keskusteluun kuntoutuksen näkökulman: hän kertoi Kelan työllistymistä edistävästä TEAK-kuntoutuksesta polkuna työelämään. Meille, jotka ymmärrämme kuntoutuksen kiinteänä osana muita hyvinvointipalveluita, tässä ei ollut mitään erikoista. Mutta seminaarin keskustelut toivat hyvin esille sen, kuinka siiloutuneita yhteiskuntapolitiikan eri osa-alueet ovat. Työllisyyspolitiikassa keskustellaan sellaisilla käsitteillä kuin työllisyysaste, aktivointi ja toimeentulo. Kuntoutuksen alueella leimallista puolestaan on käsitellä asioita erityisesti työ- ja toimintakyvyn näkökulmasta, jolloin tarkastellaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä jokapäiväisistä arjen haasteista ja tehtävistä. Tyypillisiä käsitteitä ovat osallisuus, voimavarat tai suoriutuminen. Olennaista ei ehkä olekaan takertua siihen, 'kenen' käsitteitä käytetään, kun pyritään etsimään ratkaisuja työllistymistä koskeviin visaisiin ongelmiin. Mutta toisaalta käsitteet ovat kuin silmälasit: ne vaikuttavat siihen, kuinka näemme ympäröivän todellisuuden. Joskus näkökulman vaihtaminen voisi edesauttaa löytämään tuoreita ratkaisuja.

Osatyökykyisten ja vaikeasti työllistyvien henkilöiden osallistumisen lisäämiseen työmarkkinoilla on kiinnitetty vahvasti huomiota Rinteen hallitusohjelmassa; iso tavoite on työmarkkinaosallisuuden kasvattaminen. Tavoite ei ole helppo, kun työllistymistä vaikeuttavat talouden epävarmuus sekä muutokset itse työssä ja työn tekemisen tavoissa. Myönteistä on se, että hallitusohjelma tunnistaa kuntoutuksen keinoksi työkyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi sekä työmarkkinaosallisuuden kasvattamisessa. Työllistyminen on suuri yhteiskunnallinen tavoite, joka on alkanut näkyä myös esimerkiksi Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa. Kuitenkaan laki, joka ohjaa Kelan ammatillista kuntoutusta, ei puhu työllistämisestä tai työllistymisen tukemisesta.

Työ- ja toimintakyvyn edistäminen niin työllisten kuin työelämän ulkopuolella olevien työikäisten osalta edellyttää kuitenkin uudenlaista monien tahojen yhteistoimijuutta. Tässä olemassa olevia virallisia yhteistyörakenteita on vasta vähän. Esimerkiksi Työterveyslaitoksen tekemässä selvityksessä maakuntien toiminnasta¹ havaittiin,

1) Hakulinen H ym. (2019) *Työ- ja toimintakyky kasvun tekijänä maakunnassa: Selvitysraportti*. Työterveyslaitos, Helsinki.

ettei työ- ja toimintakykyä ole useinkaan otettu huomioon strategiassa johtamisessa. Tarvitaan siis nopeasti yhteistyörakenteita työ- ja toimintakykyasioiden parissa työskentelevien toimijoiden välille!

Pirullisten ongelmien haastamiseen, niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla, tarvitaan monien tahojen ponnistusta sekä erilaisten käsitteiden ja tulokulmien 'ristiinpölytystä'. On sanottu, että yhteiskunnallinen vaikuttavuus on usean toimijan tavoitteellisen yhteistoiminnan tuloksena syntyvää yhteiskunnallista hyötyä, inhimillistä hyvinvointia ja positiivista yhteiskunnallista muutosta. Merkittäviä yhteiskunnallisia muutoksia saadaan aikaan yhteisillä tavoitteilla eri sektoreiden ja toimijoiden välillä. Kuntoutuksen toimijoiden on tärkeää olla mukana näissä ketjuissa.

Tässä lehdessä mielenterveyskuntoutuksen kysymykset näkyvät painokkaasti. Lukijalle avautuu kiinnostava kokonaisuus, jonka aloittaa Kati Peltosen, Johanna Nukarin ja Erja Poutiaisen tieteellinen artikkeli NUTTU-hankkeessa kerätystä aineistosta. Hankkeessa kehitettiin asiantuntijaohjattuja vertaisryhmiä oppimisen ja mielenterveyden pulmia kokevien nuorten aikuisten opiskelu- ja työelämävalmiuden tukemiseksi. Artikkelinä käsittelee kuntoutusinterventioiden vaikutuksia nuorten aikuisten psykososiaaliseen hyvinvointiin. Mielenterveyden teemasta kirjoittaa myös Tuuli-Marjatta Latvala kumppaneineen. He analysoivat kehotietoisuutta kroonisessa masennuksessa. Lisäksi hanke-esittelyssä Maari Parkkinen kollegoineen kertoo Kuntoutusäätiön tutkimuksesta, jossa selvitetään Kelan järjestämän mielenterveysperustaisen kuntoutuksen kohdentumista opiskelijoilla sekä käsitellään kuntoutuksen yhteyttä valmistumiseen ja sen jälkeisiin jatkopolkuihin.

Ulla Jämsän ja Eeva-Leena Larun katsaus on kuvaus tutkimuksellisesta kehittämisestä ja sen näkyväksi tekemisestä. Tämä on olennaisen tärkeää kuntoutuksen työkäytäntöjen kehittämisessä ja hyvien käytäntöjen muotoilemisessa. Pirkko Leppävuori kumppaneineen analysoi kuntoutussuunnitelmia CP-vammaisen lapsen ja nuoren toimintakyvyn näkökulmasta, ja Hannu Vesala puolestaan pohtii vammaisen ihmisen työelämäosallisuutta – molemmat keskeisiä näkökulmia kuntoutumisen vinkkelistä. Konkreettisia vihjeitä kuntoutustyöhön tarjoaa Hanna Repo Jamal kertoessaan erityislasten liikuntaseikkailupäivästä. Viimeisenä muttei vähäisimpänä on Hannu Ylösen aito kokemusasiantuntijan puheenvuoro päihdekuntoutuksen alueelta.

Valoisaa tulevaa vuotta 2020!

Riitta Seppänen-Järvelä
*Kuntoutus-lehden päätoimittaja,
tutkimuspäällikkö, VTT, dos., Kelan tutkimus*



OPPIMISVAIKEUKSIEN JA MIELENTERVEYDEN ONGELMIEN RYHMÄMUOTOINEN TUKI

Intervention aikaiset muutokset nuorten aikuisten kokemaan psykososiaaliseen hyvinvointiin

Johdanto

Oppimisvaikeudet

Oppimisvaikeuksista puhuttaessa viitataan vaikeusasteeltaan ja luonteeltaan vaihteleviin tiedonkäsittelyn ongelmiin, joilla on tyypillisesti kehityksellinen tausta. Oppimisvaikeuksia ilmenee yksilöllisesti kapea-alaisista erityisvaikeuksista laaja-alaisiin oppimisvaikeuksiin. Tavallisesti oppimisvaikeuksilla tarkoitetaan ”sellaisia akateemisten perustaitojen (lukemisen, kirjoittamisen ja matematiikan taidot) omaksumisen vaikeuksia, jotka eivät johdu yleisen kognitiivisen tason heikkoudesta, puutteellisesta opetuksesta tai aistitoimintojen puutteesta” (Närhi & Virta 2016). Kehityksellisiä oppimisvaikeuksia esiintyy arviolta 10–15 prosentilla väestöstä (Ahonen & Haapasalo 2008, Peterson & Pennington 2015).

Tyypillisin tuen muoto oppimisvaikeuksiin kouluikäisillä on erityisopetus. Tilastokeskuksen tilastojen mukaan 17,5 prosenttia peruskoululaisista sai erityistä tai tehostettua tukea syksyllä 2017 (Suomen virallinen tilasto 2018). Tuen tarve ei usein poistu kouluiän jälkeenkään ja voi korostua esimerkiksi nuorten siirtyessä työelämään (DeBeer ym. 2014, Doyle & McDowall 2015). Oppimisvaikeudet voivat aiheuttaa monenlaisia haasteita opinnoissa ja työelämässä pärjäämiseen. Tutkimuksissa on havaittu, että aikuisuuteen

jatkuvat oppimisvaikeudet ovat yhteydessä myös psyykkiseen oireiluun (Aro ym. 2019, Maag & Reid 2006). Oppimisvaikeuksien on lisäksi havaittu olevan yhteydessä muun muassa heikkoon itsetuntoon (Riddick ym. 1999) ja koettuun yksinäisyyden tunteeseen (Valås 1999). Oppimisvaikeuksista huolimatta on mahdollista menestyä elämässä hyvin. Keskeistä suotuisalle elämänkululle on oppimisvaikeuksien mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja tarvittavan tuen saaminen (DeBeer ym. 2014, Voutilainen & Ilveskoski 2000).

Mielenterveyden häiriöt nuorilla aikuisilla

Suomalaisten nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöt ovat suhteellisen yleisiä. Eri tutkimusten mukaan noin 15–25 prosenttia nuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä (Marttunen & Kaltiala-Heino 2013). Psykiatristen ja neurokognitiivisten häiriöiden diagnosointi erikoissairaanhoidossa on lisääntynyt viime vuosikymmenen aikana jopa 50 prosenttia, mutta nuorten mielenterveysongelmat eivät ole välttämättä tuplaantuneet vuosikymmenessä, vaan hoitoon hakeutuminen ja ongelmien tunnistaminen on yleistynyt (Gyllenberg 2019). Mielenterveyden ongelmat ovat opiskelijoiden yleisin terveysongelma (Marttunen & Kaltiala-Heino 2013) ja ne hankaloittavat opiskelua mo-

nin tavoin. Masennusoireilu on yhteydessä esimerkiksi sosiaalisten taitojen, kognitiivisen kyvykkyyden ja opiskelumenestyksen heikentymiseen (Fröjd ym. 2008, Rogers ym. 2004) sekä vaikeuksiin työelämään integroitumisessa opintojen jälkeen (Clayborne ym. 2019). Korkeakoulujen terveystutkimuksessa selvisi, että korkeakouluopiskelijoista noin 30 prosenttia oireilee psyykkisesti (Kunttu ym. 2017). Mielenterveyden ongelmat ja oppimisen vaikeudet lisäävät opintojen keskeyttämisriskiä (Haapakorva ym. 2018, Lorrant ym. 2003, Lavikainen ym. 2006, Mikkonen ym. 2018). Erityisesti toisen asteen tutkinnon puuttuminen on yhteydessä terveyteen ja elämäntilanteeseen liittyviin ongelmiin (Myrskylä 2011) sekä lisää merkittävästi työttömyyden riskiä (Virtanen 2016). Pahimmillaan opintojen keskeyttämisestä seuraa putoaminen koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle ja pitkäaikaisia toimeentulo- ja terveysongelmia (esim. Scott ym. 2013, Rikala 2018). Mielenterveysongelmat ovatkin merkittävä syrjäytymisen ja pitkäaikaisen työkyvyttömyyden riskitekijä (Mattila-Holappa 2018, Myrskylä 2011).

Ryhmämuotoinen tuki oppimisen ja mielenterveyden ongelmiin

Erityisesti aikuisille suunnattua tukea oppimisvaikeuksiin on Suomessa vain vähän tarjolla. Ryhmämuotoisesta tuesta oppimisvaikeuksiin on kuitenkin saatu kannustavia tuloksia muun muassa Kuntoutussäätiön vuosina 2012–2017 toteuttamassa hankkeessa ”Nuorten aikuisten lukivaikeuden neuropsykologinen kuntoutus – tuloksellisuuden arviointi” (Nukari & Sarkki 2017). Tutkimushankkeessa arvioitiin nuorten aikuisten kehityksellisen lukivaikeuden neuropsykologisen kuntoutuksen tuloksellisuutta sekä yksilöettä ryhmämuotoisen kuntoutuksen osalta. Kuntoutus oli ratkaisukeskeistä ja kuntoutuksessa käsiteltiin kuntoutujien sen hetkisen elämäntilanteen keskeisimpiä haasteita (vaikeudet opinnoissa, työhön tai opintoihin hakeutumisessa). Kuntoutuksen aikana pyrittiin harjoitteiden avulla parantamaan metakognitiivisia taitoja (ts. kykyä reflektoida omaa oppimistaan) ja omaksumaan uusia

opiskelustrategioita. Samalla kuntoutuksen avulla pyrittiin purkamaan kielteisiä oppimiskokemuksia. Tulosten perusteella sekä yksilö- että ryhmämuotoinen lukivaikeuden kuntoutus kohensi osallistujien kognitiivista suoriutumista ja vaikutti myönteisesti heidän kokemuksiinsa lukivaikeuteen liittyviin vaikeuksiin (Nukari ym. 2019). Itsearviointimenetelmin arvioituna kuntoutus kohensi itsetuntoa ja lisäsi suoritusoptimismia sekä vähensi sosiaalista pessimismia ja tehtävien välttelyä (Nukari ym. 2019).

Ryhmämuotoista tukea mielenterveyden ongelmiin on Suomessa tarjolla jonkin verran. Esimerkiksi Kansaneläkelaitos (Kela) tarjoaa monipuolisesti tukea nuorten mielenterveyden ongelmiin OPI-, Nuppu- ja Itu-kuntoutuskurssien muodossa (Kela 2019a). Edellä kuvatut kuntoutuskurssit ovat diagnosoiperustaisia lääkinällisen kuntoutuksen interventioita. Nuppu- ja Itu-kurssilla tuetaan masennus- tai ahdistushäiriöisten nuorten aikuisten opiskelu-, työ- ja toimintakykyä. Nuppu-kuntoutuskurssit ovat avomuotoisia, kun taas Itu-kurssit ovat laitostenmuotoisia. OPI-kuntoutuksessa tuetaan puolestaan mielenterveyden lisäksi ammatillista perustutkintoa opiskelevien elämäntilannetta sekä opiskelukykyä ja kuntoutus on yhdistettävissä opintojen suorittamiseen (Kela 2019b). Kuntoutus on pääosin ryhmämuotoista sisältäen myös joitain yksilökäyntejä. Kuntoutuksessa tuetaan nuoren opintovalmiuksia, arjen ja elämäntilannetta, vahvistetaan toimintakykyä ja rohkaistetaan käyttämään hoito- ja tukipalveluja. OPI-kuntoutuksessa on saatu kannustavia tuloksia, sillä mallin kehittämisvaiheen aikana tehdyn tutkimuksen mukaan opiskelukyky, elämänlaatu ja terveydentila kohenivat puolentoista vuoden seuranta-aikana (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2015) ja samansuuntaisia tuloksia on saatu vakiintuneena palveluna toteutetun OPI-kuntoutuksen vaikutuksista (Harkko ym. 2019). Ryhmämuotoisen kuntoutuksen etuna yksilökuntoutuksen verrattuna on mahdollisuus hyödyntää vertaistukea. Vertaistuki on yksi ryhmämuotoisen kuntoutuksen merkityksellisimmistä annista kuntoutujille sekä mielenterveyteen (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2015) että

oppimisvaikeuksiin (Nukari & Sarkki 2017, Nukari & Poutiainen 2015) kohdennetussa kuntoutuksessa. Parhaimmillaan ryhmämuotoinen tuki luo vahvaa yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä samankaltaisuuden ja ymmärryksi tulemisen kokemuksia.

Tämän käytännöllisen seurantatutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kolmen erilaisen tukiryhmän vaikutuksia nuorten aikuisten psykososiaaliseen hyvinvointiin painottaen psyykkisen hyvinvoinnin, elämänlaadun, työelämävalmiuden sekä ajattelu- ja toimintatapojen näkökulmia. Tutkimuksen aineisto on kerätty Kuntoutussäätiön NUTTU – Nuoret tuella työelämään -hankkeessa vuosina 2014–2017 (Kuntoutussäätiö 2019). NUTTU-hankkeen päätavoitteena oli tukea mielenterveyden ongelmia ja/tai oppimisvaikeuksia omaavien työttömien ja työttömyysuhanalaisten nuorten opiskelu- ja työelämävalmiuden kehittymistä. Hankkeessa kehitettiin asiantuntijaohjattuja vertaisryhmiä oppimisen ja mielenterveyden pulmia kokevien nuorten opiskelu- ja työelämävalmiuden vahvistamiseksi. IISI-tukiryhmän sisällöt olivat pääosin mielialan tukemiseen liittyviä. OPPI-tukiryhmän sisällöt keskittyivät pääosin oppimisvaikeuksien tukemiseen. OPI IISISTI -tukiryhmän sisällöissä huomiointiin sekä oppimisvaikeudet että mielialaan liittyvät ongelmat.

Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan mielenterveyden ongelmia, oppimisen vaikeuksia ja niin oppimisen vaikeuksia kuin mielenterveyden ongelmia käsittelevien tukiryhmien aikaisia muutoksia osallistujien koettuun psykososiaaliseen hyvinvointiin. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miltä osin muutosta tapahtuu tukiryhmiin osallistuneiden nuorten aikuisten kokemassa psykososiaalisessa hyvinvoinnissa?
2. Onko sisällöllisesti erityyppisiin tukiryhmiin osallistuneiden nuorten aikuisten itsearvioidussa psykososiaalisessa hyvinvoinnissa eroja?

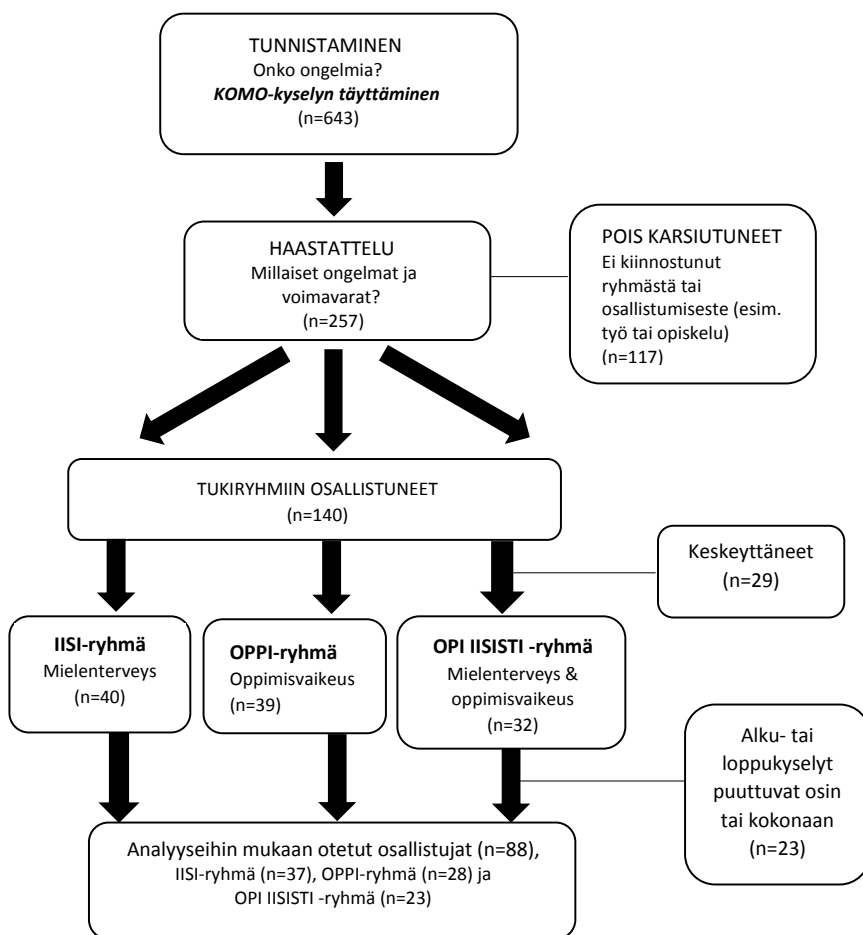
Aineisto ja menetelmät

Tutkittavat

Tutkimuksen aineisto koostuu vuosina 2014–2017 työttöminä tai työttömyysuhanalaisina olleista nuorista ja nuorista aikuisista (n = 88), jotka ohjautuivat NUTTU – Nuoret tuella työelämään -hankkeen tukiryhmiin pääasiasa paikallisten työ- ja elinkeinopalvelujen ammattilaisten, psykiatrian poliklinikoiden, nuorisoasemien tai toisen asteen oppilaitosten psykologien tai erityisopettajien kautta. Hanke sai puoltavan lausunnon Kuntoutussäätiön tutkimuseettiseltä toimikunnalta 7.5.2014. Kaikki hankkeeseen osallistuvat täyttivät kirjallisen suostumuksen. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) on tukenut hanketta. Ne nuoret (n = 643), joista ammattilaisilla oli herännyt epäily oppimisen tai mielenterveyden haasteista, täyttivät mielenterveyden ongelmia ja oppimisen vaikeuksia kartoittavan kyselyn (KOMO-kyselyn oppimisen ja mielenterveyden ongelmista) (kuvio 1). Ne, jotka raportoivat KOMO-kyselyssä ongelmia oppimisessa ja/tai mielialassa, kutsuttiin tarkempaan strukturoituun haastatteluun, jossa selvitettiin terveystietoja, mielialaa, elämäntilannetta ja itsetuntoa. Tälle joukolle (n = 257) tarjottiin mahdollisuutta osallistua vapaaehtoiseen matalan kynnyksen ammattilaisohjattuun tukiryhmään. Monelle (n = 117) ryhmään osallistuminen ei ollut mahdollista järjestää elämäntilanteesta johtuen (esim. opiskelu tai työ), tai he eivät olleet kiinnostuneita ryhmämuotoisesta tuesta. Ryhmässä aloitti 140 henkilöä ja heistä ryhmään osallistumisen keskeytti yhteensä 29 henkilöä. Ryhmäinterventio loppuun asti osallistuneista (n = 111) 23:lta puuttui yli neljäsosa tutkimukseen liittyvien kyselyiden vastauksista, ja heidät jätettiin pois analyysistä. Tutkimuksen aineistoon valikoituivat siten ne, jotka osallistuivat tukiryhmään aktiivisesti ja jotka täyttivät itsearviointilomakkeet riittävän perusteellisesti ryhmän aluksi ja lopuksi (n = 88).

Tukiryhmät

Ammattilaisohjatuissa tukiryhmissä tarjottiin tukea nuorten opiskelu- ja työelämä-

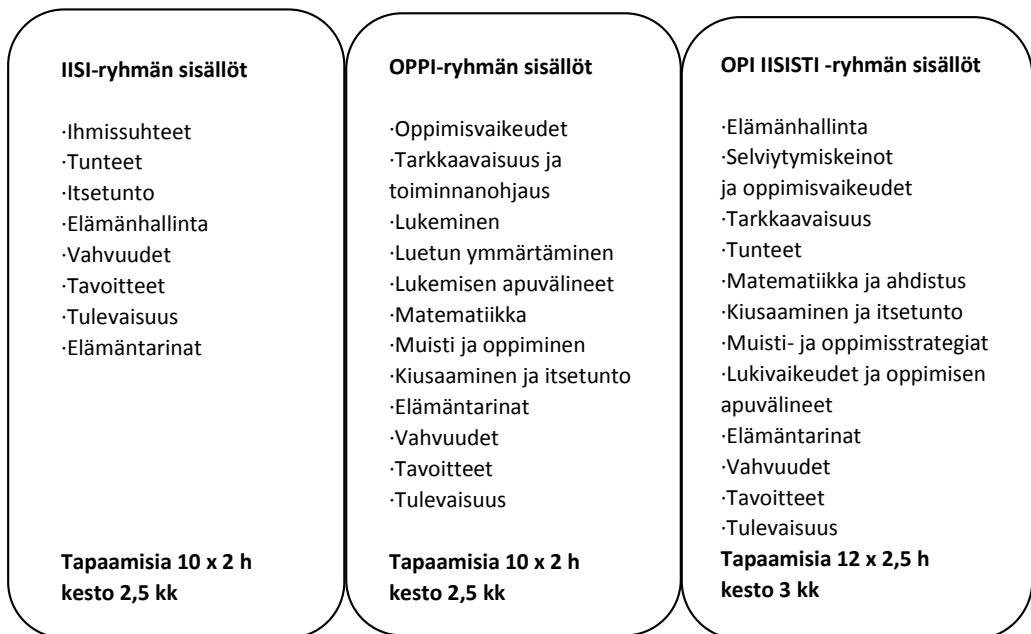


Kuvio 1. NUTTU – Nuoret tuella työelämään -hankkeeseen ohjautuneiden työttömyysuhan alla olevien nuorten aikuisten jakautuminen mielenterveyden ongelmia (IISI-ryhmä), oppimisen ongelmia (OPPI-ryhmä) tai molempia edellä mainittuja ongelmia (OPI IISISTI -ryhmä) käsitteleviin tukiryhmiin sekä heistä tutkimukseen osallistuneiden määrät.

valmiuden kehittymiseen. Nuoren kokemien vaikeuksien ja kokonaistilanteen mukaan hänet ohjattiin joko mielenterveyden ongelmiin painottuvaan IISI-ryhmään, oppimisen vaikeuksiin painottuvaan OPPI-ryhmään tai sekä mielenterveyden ongelmiin, että oppimisen vaikeuksiin painottuvaan OPI IISISTI -ryhmään. Kuhunkin ryhmään valittiin haastattelun tehneen psykologin toimesta noin kymmenen nuorta aikuista. Niille nuorille, jotka osallistuivat oppimisvaikeuksia käsitteleviin ryhmiin (OPPI, OPI IISISTI), tehtiin tarvittaessa neuropsykologiset tutkimukset.

Kaikissa ryhmissä oli kaksi ohjaajaa, jotka olivat joko psykologeja tai neuropsykologeja. Ryhmät kokoontuivat 2–2,5 tuntia kerrallaan

kerran viikossa. IISI- ja OPPI-tukiryhmät kokoontuivat kymmenen kertaa, ja intervention pituus oli 2,5 kuukautta. OPI IISISTI -ryhmä kokoontui 12 kertaa ja intervention pituus oli kolme kuukautta. Ryhmien tavoitteena oli muun muassa oman tilanteen ja opiskelun sekä työelämän haasteiden ymmärtäminen, mielen hyvinvoinnin tukeminen, itsetunnon tukeminen ja huonojen oppimiskokemusten purkaminen. Oppimisvaikeussisältöisissä ryhmissä (OPPI ja OPI IISISTI) pyrittiin edellä mainittujen lisäksi myös metakognitiivisten taitojen tukemiseen. IISI-ryhmään ohjattiin henkilöitä, joilla oli pääasiassa mielenterveyden haasteita. Ohjaajien työote oli IISI-ryhmissä terapeut-



Kuvio 2. Eri ryhmätyyppien (IISI, OPPI ja OPI IISISTI) ryhmäsisällöt ja ryhmien kesto.

minen ja keskustelupainotteinen. IISI-ryhmän keskeisiä teemoja olivat mm. ihmissuhteet, tunteet, itsetunto, elämänhallinta, vahvuudet, tavoitteet ja tulevaisuus (kuvio 2). OPPI-ryhmään ohjattiin henkilöitä, joilla oli pääasiassa oppimiseen liittyviä haasteita. OPPI-ryhmässä pyrittiin hyödyntämään neuropsykologiseen ryhmäkuntoutukseen soveltuvia materiaaleja. OPPI-ryhmässä käsiteltäviä teemoja olivat mm. oppimisvaikeudet, tarkkaavaisuus ja toiminnanohjaus, lukeminen, luetun ymmärtäminen ja lukemisen apuvälineet, matematiikka, muisti ja oppiminen sekä kiusaaminen ja itsetunto (kuvio 2). Lisäksi ryhmässä otettiin käyttöön uusia opiskelustrategioita ja -tekniikoita, joita pyrittiin viemään myös omaan arkeen. OPI IISISTI -ryhmään ohjattiin henkilöitä, joilla oli sekä oppimisen että mielenterveyden haasteita. OPI IISISTI -ryhmässä käsiteltiin sekä ylläesiteltyjä oppimisvaikeuksiin että mielenhyvinvointiin liittyviä teemoja (kuvio 2). Kaikissa ryhmissä käsiteltiin myös osallistujien elämäntarinoita ja erityisesti niiden yhtymäkohtia koettuihin oppimisen ja/tai mielenterveyden haasteisiin.

Työskentelyote ryhmissä oli voimavara-keskeinen ja toiminnallinen. Ryhmän aikana

pyrittiin tarjoamaan osallistujille onnistuneita oppimiskokemuksia sekä myönteisiä kokemuksia vertaisryhmässä olemisesta. Ryhmissä pyrittiin löytämään omia vahvuuksia työelämän kannalta ja tehtiin suunnitelmia jatko-opintoihin tai työelämään hakeutumiseen. Ohjaajat tukivat ryhmään osallistuneiden opinnoissa tai työelämässä pärjäämistä erilaisin kognitiivisin harjoittein ja keskusteluihin.

Tutkimusmenetelmät

Tukiryhmiin osallistumista edeltävän strukturoidun haastattelun yhteydessä selvitettiin osallistujien ongelmien laatua ja vaikeusastetta sekä taustatietoja kuten koulutustasua, fyysistä ja psyykkistä terveyttä, oppimisen vaikeuksia ja aiemmin saatua tukea. Tutkimuksen aineisto kerättiin siten, että tukiryhmään osallistuneet täyttivät ryhmän alussa ja lopussa psykososiaalista hyvinvointia arvioivia itsearviointikyselyjä.

Osallistujien elämänhallintaa kartoitettiin Pearlinin ja Schoolerin (1978) kehittämän Sense of Mastery -asteikon avulla. Asteikko sisältää seitsemän väittämää kuten ”Voin vaikuttaa vain vähän minulle tapahtuviin

asioihin”. Vastaaja arvioi elämänhallintaansa valitsemalla itseään kuvaavimman vaihtoehdon neliportaiselta asteikolta (1 = täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Summapistemäärän minimipistemäärä on 7 (matala elämänhallinta) ja maksimipistemäärä on 28 (korkea elämänhallinta).

Itsetuntoa selvitettiin kymmenen väittämää sisältävän Rosenbergin itsetuntoasteikon avulla (Rosenberg Self-Esteem Scale: Rosenberg 1965). Vastaaja arvioi itsetuntoaan valitsemalla väittämiin itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon neliportaisella Likert-asteikolla (1 = täysin samaa mieltä, 4 = täysin eri mieltä). Puolet väittämistä ovat myönteisiä kuten ”Olen kaiken kaikkiaan tyytyväinen itseeni” ja puolet väittämistä ovat kielteisiä kuten ”Välillä tuntuu, etten kelpaa oikein mihinkään”. Asteikon minimipistemäärä on 10 ja maksimipistemäärä on 40 ja korkeampi pistemäärä viittaa parempaan itsetuntoon.

Elämänlaatua arvioitiin WHO:n kehittämän WHOQOL-BREF-mittarin lyhennetyn version EuroHIS-8:n avulla, joka on tarkoitettu väestön terveydentilan arviointiin ja seurantaan (da Rocha ym. 2012, Power 2003). Se sisältää kahdeksan kysymystä kuten ”Kuinka tyytyväinen olet terveyteesi?”. Vastaaja valitsee itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon viisiportaiselta asteikolta (1 = en lainkaan, 5 = täysin riittävästi). Kysymysten pisteet lasketaan yhteen ja jaetaan kysymysten määrällä. Mittarin maksimipistemäärä on viisi. Mitä korkeampi pistemäärä, sitä paremmaksi elämänlaatu arvioidaan.

Työelämäntutka on alun perin kehitetty työ- ja elinkeinotoimistojen ohjauspalvelujen tarpeisiin henkilön työelämävalmiuden arviointiin ja seurantaan (Spangar ym. 2013). Alkuperäinen työelämäntutka sisältää 8 ulottuvuutta, joista tähän tutkimukseen on valittu 7 keskeisintä mukailtua ulottuvuutta, joita arvioidaan viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = Ei lainkaan näin, tässä suhteessa olen vasta alussa, 5 = Näin on, olen täysin samaa mieltä). Ulottuvuudet ovat ”Tavoitteeni ovat selkeät”, ”Minulla on monia mahdollisuuksia edetä”, ”Kouluosaamiseni ja taitoni antavat hyvät valmiudet opiskeluun ja työlle”, ”Elämäntilanteeni (asuminen, talous) on suotuisa

tulevaisuuden suunnittelulle”, ”Saan tukea minulle läheisiltä ihmisiltä”, ”Minulla on selkeä kuva, millaiset tehtävät soveltuvat minulle”, ”Terveyteni ja voimavarani ovat riittävät koulutukseen hakeutumiseen, työnhakuun ja työssäkäyntiin”.

Ajattelu- ja toimintatapoja kartoitettiin SAQ-kyselyn (The Strategy and Attribution Questionnaire) lyhennetyllä 20 osion versioilla (Nurmi ym. 1995). Vastaaja arvioi toimintaansa valitsemalla itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon seitsenportaisella Likert-asteikolla (1 = vahvasti eri mieltä, 7 = vahvasti samaa mieltä). Suoritusoptimismia kuvaava ala-asteikko kartoittaa vastaajan suoriutumisosotuksia (esim. ”Kun menen uusiin tilanteisiin, odotan usein pärjääväni”). Sosiaalisen pessimismin ala-asteikko puolestaan kuvaa vastaajan negatiivisia odotuksia sosiaalisista tilanteista (esim. ”Ihmisillä on kielteinen käsitys minusta, teenpä mitä vain”). Sosiaalista optimismia kartoittava ala-asteikko puolestaan kuvaa vastaajan positiivisia ennako-oletuksia sosiaalisia tilanteita kohtaan (esim. ”Kun asiat eivät suju, on parasta jutella kavereiden kanssa”). Tehtävien välttelyä kartoittava ala-asteikko mittaa vastaajan taipumusta vältellä hankalia tehtäviä niiden ratkomisen sijaan (esim. ”Jos jotain hankalaa on tiedossa, keksin mielelläni muuta puuhaa”). Tunnuslukuina käytetään SAQ-kyselyn perusteella muodostettuja ala-asteikkojen summapistemääriä.

Tilastolliset menetelmät

Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS-ohjelmiston versiolla 25.0. Yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla selvitettiin, eroavatko eri sisältöisiin tukiryhmiin osallistuneiden em. itsearviot ryhmätasolla toisistaan alkutilanteessa. Ryhmien välisissä vertailuissa käytettiin Bonferroni-korjausta. Toistettujen mittausten t-testillä arvioitiin, muuttuiko ryhmään osallistuneiden koettu psyykinen hyvinvointi, elämänlaatu, työelämävalmius sekä ajattelu- ja toimintatavat verrattaessa lopputilannetta alkutilanteeseen. Lisäksi kahden riippumattoman otoksen T-testillä selvitettiin, eroaako muutos itsearvioissa sukupuolen (nainen/mies), iän (alle ja tasan

22-vuotiaat/yli 22-vuotiaat) tai koulutustason suhteen (peruskoulu/toinen aste tai korkeampi). Sukupuolen osalta yksi muun sukupuolen ilmoittanut jätettiin pois ko. analyysistä. Katoanalyysissä selvitettiin X^2 -testillä eroavatko analyysihin mukaan tulleet henkilöt ($n = 88$) analyysien ulkopuolelle jääneistä henkilöistä ($n = 52$) iän, sukupuolen tai koulutustason suhteen. Puuttuvat vastaukset korvattiin mediaanilla, mikäli puuttuvia vastauksia oli alle 25 prosenttia mittarin kysymyksistä. Kahdelta ryhmältä ($n = 12$) puuttuivat sekä itsetuntoa että elämänhallintaa kartoittavat kyselyt kokonaan. Kyseessä olevat osallistujat otettiin kuitenkin mukaan analyysihin.

Tulokset

Tukiryhmiin osallistuneet olivat iältään keskimäärin 22-vuotiaita (KA 22.07, KH 2.72, MD 22, VV 17–35). Vastaajista naisia oli 72 prosenttia ($n = 63$), miehiä 27 prosenttia ($n = 24$) ja muun sukupuolen ilmoittaneita oli yksi henkilö. Vastanneista suomea äidinkielenä puhuvia oli 94 prosenttia ($n = 83$) ja viisi henkilöä oli muunkielisiä. Pelkän peruskoulun suorittaneita oli aineistossa 30 prosenttia ($n = 26$) ja toisen asteen eli lukion tai ammattikoulun/ammattiopiston käyneitä oli 71 prosenttia ($n = 62$). Toisen asteen suorittaneista 44 prosenttia ($n = 39$) oli suorittanut ammattikoulun, 21 prosenttia ($n = 18$) lukion ja 6 prosenttia ($n = 5$) sekä lukion että ammattikoulun.

Analyysihin mukaan otetut ja poisjääneet henkilöt erosivat koulutustaustaltaan tilastollisesti merkitsevästi siten, että poisjääneissä henkilöissä oli enemmän pelkän peruskoulun suorittaneita verrattuna analyysihin mukaan tulleisiin [$X^2(1) = 4.06$, $p = .04$]. Analyysihin mukaan otetut henkilöt eivät eronneet analyysistä poisjääneistä henkilöistä iän [$t(137) = 1.94$, $p = .07$] tai sukupuolen [$X^2(1) = 2.44$, $p = .12$] suhteen.

Aluksi tarkasteltiin, eroavatko sisällöltään erilaisiin tukiryhmiin osallistuneet jo lähtötilanteessa toisistaan, vertaamalla eri tukiryhmiin osallistuneiden ennen ryhmän alkua tuottamia itsearvioita keskenään. Eri tukiryhmiin osallistuneet erosivat alkutilan-

teessa toisistaan itsetunnon ($F(2,73) = 5.20$, $\eta^2 = .13$, $p < .01$), elämänhallinnan ($F(2,73) = 4.57$, $\eta^2 = .11$, $p < .01$) ja elämänlaadun ($F(2,73) = 9.46$, $\eta^2 = .21$, $p < .001$) osalta siten, että OPPI-ryhmän osallistuneet arvioivat itsetuntonsa ($p < .01$), elämänhallintansa ($p < .03$) ja elämänlaatunsa ($p < .02$) paremmaksi kuin kahteen muuhun ryhmään osallistuneet. Koetun työelämävalmiuden osalta tukiryhmät erosivat toisistaan ($F(2,73) = 4.93$, $\eta^2 = .12$, $p < .01$) siten, että OPPI-ryhmään osallistuneet arvioivat työelämävalmiutensa alkutilanteessa IISI-ryhmään osallistuneita paremmaksi ($p < .01$). Ajattelu- ja toimintatapojen osalta tukiryhmät erosivat alkutilanteessa toisistaan koetun sosiaalisen optimismin ($F(2,85) = 13.58$, $\eta^2 = .24$, $p < .001$) ja pessimismin ($F(2,85) = 7.73$, $\eta^2 = .15$, $p < .001$) osalta siten, että OPPI-ryhmään osallistuneiden sosiaaliseen optimismiin liittyvät arviot olivat korkeampia ($p < .001$) ja sosiaaliseen pessimismiin liittyvät arviot matalampia ($p < .02$) verrattuna muihin tukiryhmiin osallistuneiden arvioihin. Alkutilanteen ryhmäkohtaiset keskiarvot ja keskihajonnat eri menetelmissä on esitetty taulukossa 1 ja 2.

Yhdistetyn aineiston analyysit osoittivat, että ryhmiin osallistuneiden henkilöiden itsetuntoon, elämänlaatuun ja työelämävalmiuteen liittyvät arviot kohenivat, kun ryhmän alussa ja lopussa tehtyjä arvioita verrattiin keskenään (taulukko 1). Kun erityyppisiin tukiryhmiin osallistuneita tarkasteltiin erikseen, havaittiin mielenterveyspainotteiseen IISI-ryhmään osallistuneilla ($n = 37$) merkitsevä muutos työelämävalmiuteen liittyvissä arvioissa. Oppimisvaikeuksiin keskittyvässä OPPI-ryhmässä ($n = 28$) myönteinen muutos näkyi itsearvioidussa itsetunnossa, elämänlaadussa ja työelämävalmiudessa. Oppimisen ja mielenterveyden tukemiseen keskittyvän OPI IISISTI -ryhmän ($n = 23$) osalta näkyi itsearvioissa myönteinen muutos itsetunnossa.

Ajattelu- ja toimintatapoja kartoittavan kyselyn perusteella oli havaittavissa myönteinen muutos ryhmäläisten ennako-oletuksissa omasta suoriutumisesta eri tilanteissa (suoritusoptimismi), kun verrattiin ryhmän jälkeisiä itsearvioita lähtötilanteeseen. Lisäk-

Taulukko 1. Oppimisen ongelmiin, mielenterveyden haasteisiin tai molempiin edellä mainittuihin teemoihin keskittyviin tukiryhmiin osallistuneiden arviot elämänhallinnasta, elämänlaadusta, itsetunnosta ja työelämävalmiudesta ennen ja jälkeen tukiryhmän sekä muutoksen tilastollinen merkitsevyys.

Psyykinen hyvinvointi ja työelämävalmiudet					
	n	Alkutilanne ka (kh, min-max)	Lopputilanne ka (kh, min-max)	Muutos t (p)	Cohen's d
Kaikki ryhmäläiset	88				
Itsetunto ¹	76	24.57 (6.42, 11-38)	26.43 (7.08, 11-39)	t(75)=-3.94, p<.001	0.45
Elämänhallinta ²	76	18.36 (3.79, 9-27)	19.07 (3.91, 10-28)	t(75)=-1.82, p=.07	0.21
Elämänlaatu ³	88	27.51 (6.44, 0-42)	29.10 (6.22, 14-43)	t(87)=-2.59, p=.01	0.28
Työelämävalmiudet ⁴	88	22.16 (5.03, 11-35)	23.80 (5.26, 14-35)	t(87)=-4.03, p<.001	0.43
IISI -ryhmäläiset	37				
Itsetunto	31	22.65 (5.35, 12-31)	23.71 (6.48, 11-36)	t(30)=-1.64, p=.11	0.29
Elämänhallinta	31	17.65 (3.24, 11-23)	18.10 (3.58, 11-26)	t(30)=-.87, p=.39	0.16
Elämänlaatu	37	24.92 (6.95, 0-39)	27.00 (5.78; 14-39)	t(36)=-1.65, p=.11	0.27
Työelämävalmiudet	37	20.26 (4.71, 11-33)	22.27 (4.67, 14-34)	t(36)=-3.70, p=.001	0.61
OPPI -ryhmäläiset	28				
Itsetunto	22	28.00 (5.94, 15-38)	30.18 (5.72, 18-39)	t(21)=-2.24, p=.04	0.48
Elämänhallinta	22	20.32 (3.48, 15-27)	21.32 (3.93, 14-28)	t(21)=-1.15, p=.27	0.24
Elämänlaatu	28	31.50 (5.18, 23-42)	33.36 (6.16, 21-43)	t(27)=-2.35, p=.03	0.44
Työelämävalmiudet	28	24.25 (4.95, 13-32)	26.29 (5.62, 14-34)	t(27)=-2.43, p=.02	0.46
OPI IISISTI -ryhmäläiset	23				
Itsetunto	23	23.87 (7.08, 11-36)	26.52 (7.60, 11-39)	t(22)=-2.94, p=.008	0.61
Elämänhallinta	23	17.43 (4.20, 9-27)	18.22 (3.55, 10-24)	t(22)=-1.09, p=.29	0.23
Elämänlaatu	23	26.83 (4.49, 17-34)	27.30 (4.23, 15-32)	t(22)=-.66, p=.52	0.14
Työelämävalmiudet	23	22.70 (4.69, 14-35)	23.22 (4.79, 16-35)	t(22)=-.69, p=.50	0.14
¹ Rosenbergin itsetuntoasteikko					
² Sense of Mastery-kysely					
³ EuroHIS-8					
⁴ Työelämämatka (muokattu)					
ka=keskiarvo, kh=keskihajonta, min= minimi, max= maksimi					

si ennako-oletukset sosiaalisten tilanteiden epäsuotuisasta kulusta (sosiaalinen pessimismi) vähenivät.

Eri tyyppisiin tukiryhmiin osallistuneita tarkasteltiin myös erikseen. IISI-ryhmään osallistuneiden itsearvioitu suoritusoptimismi oli korkeampi ryhmän jälkeen tehdyssä arvioissa verrattuna alkuarvioon. Niin ikään OPPI-ryhmään osallistuneiden itsearvioitu suoritusoptimismi koheni, jonka lisäksi tehtävien välttely ja sosiaalinen pessimismi vähenivät. OPI IISISTI -ryhmään osallistuneet raportoivat ryhmän lopussa tehdyissä arvioissa vähemmän tehtävien välttelyä alkutilanteeseen verrattuna.

Suuraavaksi selvitettiin, eroaako muutos itsearvioissa sukupuolen, iän ja koulutustaustan mukaan. Ainoastaan sosiaalisessa optimismissä itsearviot erosivat toisistaan sukupuolen suhteen tilastollisesti merkit-

sevästi [t(85) = -2.65, p = 0.1] siten, että naisten itsearvioissa raportoima muutos oli suurempaa kuin miesten. Muutoin muutokset itsearvioissa eivät eronneet toisistaan sukupuolen, koulutustaustan tai iän suhteen.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa selvitettiin oppimisen ja mielenterveyden vaikeuksiin kohdennettuna ryhmämuotoisen intervention aikaisia muutoksia nuorten aikuisten kokemaan psykososiaaliseen hyvinvointiin. Tutkimuksen perusteella tarjottu tuki kohensi osallistujien arvioissa itsetuntoa, elämänlaatua, työelämävalmiutta sekä ajattelu- ja toimintatapoja. Sisällöltään erityyppisiä ryhmiä verrattaessa havaittiin, että positiivinen muutos näkyi erityisesti oppimisen vaikeuksien tukemiseen painottuneen ryhmän kohdalla.

Taulukko 2. Oppimisen ongelmiin, mielenterveyden haasteisiin tai molempiin edellä mainittuihin teemoihin keskittyviin tukiryhmiin osallistuneiden arviot ajattelu- ja toimintatapoja kartoittavassa kyselyssä (SAQ) ennen ja jälkeen tukiryhmän sekä muutoksen tilastollinen merkitsevyys.

Ajattelu- ja toimintatavat (SAQ)					
	n	Alkutilanne ka (kh, min-max)	Lopputilanne ka (kh, min-max)	Muutos t (p)	Cohen's d
Kaikki ryhmäläiset	88				
Suoritusoptimismi	88	19.97 (5.72, 7-33)	21.19 (5.58, 8-33)	t(87)=-2.90, p=.005	0.31
Tehtävien välttely	88	19.77 (6.44, 5-35)	19.18 (6.65, 5-33)	t(87)=1.22, p=.23	0.13
Sosiaalinen pessimismi	88	19.92 (6.21, 5-32)	18.44 (6.21, 5-34)	t(87)=3.17, p=.002	0.34
Sosiaalinen optimismi	88	23.24 (5.15, 9-34)	23.58 (6.02, 10-35)	t(87)=-.70, p=.48	0.07
IISI -ryhmäläiset	37				
Suoritusoptimismi	37	18.70 (6.28, 7-32)	20.30 (6.17, 8-32)	t(36)=-2.23, p=.03	0.37
Tehtävien välttely	37	19.70 (5.71, 5-31)	20.88 (5.77, 6-31)	t(36)=-1.59, p=.12	0.26
Sosiaalinen pessimismi	37	21.95 (5.63, 10-31)	20.78 (5.55, 8-34)	t(36)=1.46, p=.15	0.24
Sosiaalinen optimismi	37	22.14 (4.99, 9-34)	21.95 (5.36, 10-32)	t(36)=.23, p=.82	0.04
OPPI -ryhmäläiset	28				
Suoritusoptimismi	28	21.29 (5.15, 8-30)	22.75 (4.97, 15-33)	t(27)=-2.15, p=.04	0.41
Tehtävien välttely	28	18.61 (5.70, 7-28)	16.86 (6.56, 7-30)	t(27)=2.17, p=.04	0.41
Sosiaalinen pessimismi	28	16.43 (6.62, 5-32)	14.54 (5.52, 5-24)	t(27)=2.57, p=.02	0.49
Sosiaalinen optimismi	28	26.82 (3.54, 21-33)	27.64 (4.01, 17-35)	t(27)=-1.29, p=.21	0.24
OPI IISISTI -ryhmäläiset	23				
Suoritusoptimismi	23	20.39 (5.23, 12-33)	20.74 (5.09, 11-30)	t(22)=-.44, p=.66	0.09
Tehtävien välttely	23	21.30 (8.15, 7-35)	19.28 (7.48, 5-33)	t(22)=2.37, p=.03	0.49
Sosiaalinen pessimismi	23	20.91 (4.82, 12-31)	19.43 (5.94, 8-32)	t(22)=1.68, p=.11	0.35
Sosiaalinen optimismi	23	20.65 (4.83, 11-29)	21.26 (6.74, 12-33)	t(22)=-.57, p=.58	0.12
SAQ=Strategy and Attribution Questionnaire					
ka=keskiarvo, kh=keskihajonta, min=minimi, max=maksimi					

Kun tarkastellaan kaikkia ryhmiä yhdessä, osallistujat arvioivat itsetuntonsa kohentuneen, verrattaessa ennen ja jälkeen tukiryhmän tehtyjä itsearvioita. Itsetunnon tukeminen ja kielteisten oppimiskokemusten purkaminen oli yksi keskeisiä ryhmien tavoitteita. Kiusaamiskokemusten on todettu heikentävän mm. itsetuntoa (Slee & Rigby 1993), joten ryhmään osallistumalla pyrittiin tarjoamaan myönteisiä kokemuksia ryhmään kuulumisesta ja toisten nuorten kanssa toimimisesta luottamuksellisessa ilmapiirissä. Lisäksi kiusaamiskokemusten voimavaruus- tautunut käsittely ryhmässä on saattanut vahvistaa osallistujien itsetuntokokemuksia. Osallistujien arviot työelämävalmiudestaan kohenivat, kun verrattiin alussa tehtyjä itsearvioita lopussa tehtyihin arvioihin. Työelämätaitojen koheneminen oli myös yksi ryhmien tavoitteista. Tukiryhmään osallistujien arviot elämänlaadusta muuttuivat myös positiiviseen suuntaan, mikä voi liittyä oppimisen ja mielenterveyden haasteiden ja

niihin saadun tuen keskeiseen merkitykseen nuorten kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2015, Haapasalo & Korkeamäki 2009).

Kolmesta tutkitusta ryhmätyypistä oppimisvaikeuksiin kohdentuneeseen OPPI-tukiryhmään osallistuneet raportoivat runsaimmin myönteisiä muutoksia ryhmän jälkeen verrattuna muihin ryhmätyyppeihin. OPPI-ryhmään pyrittiin ohjaamaan osallistujia, joilla ongelmat liittyivät pääasiassa oppimiseen ja ryhmän sisällöt keskittyivät psykososiaalisen tuen lisäksi selkeästi kognitiivisten toimintojen vahvistamiseen. IISI-ryhmiin ohjattiin nuoria aikuisia, joilla oli mieliala ongelmaa, tyypillisimmin masennusta ja ahdistuneisuutta. IISI-ryhmän sisällöt painottuivat mielialan, itsetunnon ja elämäntaitojen tukemiseen ja omien vahvuuksien löytämiseen. OPI IISISTI -ryhmiin puolestaan ohjattiin nuoria aikuisia, joilla oli sekä oppimisen haasteita että mielialaongelmaa ja näiden ryhmien sisällöt keskittyivät saman-

aikaisesti sekä kognitiivisten toimintojen että mielialan tukemiseen. OPPI-ryhmään osallistuneet raportoivat psyykkisen hyvinvoinnin (itsetunto, elämänhallinta), elämänlaadun sekä asenteensa sosiaalisia tilanteita kohtaan positiivisemmiksi kuin muihin ryhmiin osallistuneet jo ennen tukiryhmän alkua. Lisäksi OPPI-ryhmän osallistujat kokivat työelämävalmiutensa paremmiksi kuin IISI-ryhmäläiset. OPPI-ryhmään osallistuneet olivat täten edellä kuvattujen psykososiaalisten ulottuvuuksien suhteen paremmin voivia verrattuna muihin tukiryhmiin osallistuneisiin ja näin ollen heillä on saattanut olla runsaammin voimavaroja muuttaa omaa toimintaansa ja ottaa vastaan ryhmämuotoista tukea. Nämä tekijät saattavat osaltaan selittää OPPI-ryhmään osallistuneiden laajemmin esiin tulevia myönteisiä muutoksia.

Tutkimuksen perusteella ajattelu- ja toimintatavoissa havaittiin myönteisiä muutoksia ryhmän lopussa alkutilanteeseen verrattuna. Positiivisten ajattelu- ja toimintastrategioiden on tutkitusti havaittu olevan yhteydessä hyvinvointiin ja opintomenestykseen (Määttä ym. 2002), minkä vuoksi ajattelu- ja toimintastrategioihin vaikuttaminen on tärkeää. Ajattelu- ja toimintastrategiat kuvaavat niitä odotuksia, suunnitelmia, yrityksiä ja arviointia, joita henkilöllä on hänen pyrkiessään kohti tavoitteitaan. Kohdattessaan haasteellisen tilanteen henkilöllä on yleensä odotus siitä, mitä tulee tapahtumaan ja kuinka hän tulee suoriutumaan (Jones & Berglas 1978, Nurmi & Salmela-Aro 1992). Jo ennen tavoitteeseen sitoutumista yksilö ennakoii mahdollisuuksiaan onnistua. Jos henkilö odottaa suoriutuvansa hyvin, hän yleensä asettaa asianmukaisia tavoitteita, suunnittelee tavoitteeseen pääsemistä ja näkee vaivaa tavoitteiden saavuttamiseksi (Norman 1989). Sen sijaan, jos henkilö odottaa epäonnistuvansa, hän saattaa vältellä tilannetta tai käyttäytyä siten, ettei onnistuminen ole edes mahdollista (Jones & Berglas 1978).

Ryhmässä pohdittiin konkreettisia keinoja tehtävien aloittamisen vaikeuden helpottamiseksi ja käytettiin osallistujien jaksamiseen ja taitotasoon sovitettuja menetelmiä ja sisältöjä. Näin osallistujien oli mahdollista saada onnistumisen kokemuksia, mikä saat-

toi helpottaa taas seuraavaan tehtävään tarttumista. Ryhmässä pyrittiin luomaan hyväksyvä ja luottamuksellinen ilmapiiri, johon jokainen oli tervetullut omana itsenään. Sen myötä oli mahdollisuus saada myönteistä kokemusta ryhmään kuulumisesta ja sosiaalisesta osallistumisesta. Onkin mahdollista, että ryhmäläisten suoritustilanteisiin liittyvien myönteisten odotusten (suoritusoptimismi) lisääntyminen ja sosiaaliin tilanteisiin liittyvien kielteisten ennako-oletusten (sosiaalinen pessimismi) väheneminen liittyy ryhmästä saatuun tukeen. Ryhmässä on mahdollisesti kyetty purkamaan osallistujien kielteisiä oletuksia itsestään oppijana ja sosiaalisena toimijana. Tulokset olivat samansuuntaisia, kuin mitä on aiemmin saatu lukivaikeuksiin kohdentuvasta yksilö- ja ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta (Nukari ym. 2019). Eniten myönteistä muutosta ajattelu- ja toimintatavoissa tapahtui OPPI-ryhmässä, jossa suoritukseen liittyvät myönteiset odotukset lisääntyivät ja sosiaaliin tilanteisiin liittyvät kielteiset odotukset, samoin kuin tehtävien välttely, vähenivät. Myönteistä muutosta havaittiin myös muissa ryhmätyypeissä, sillä IISI-ryhmässä suoritukseen liittyvät myönteiset odotukset lisääntyivät ja OPI IISISTI -ryhmässä tehtävien välttely puolestaan väheni.

Oppimisvaikeuksien pitkittäistutkimuksessa on havaittu, että oppimisvaikeudet altistavat mielenterveyden ongelmille ja lisäävät työttömyyden riskiä aikuisuudessa (Aro ym. 2019). Oppimisvaikeuksiin tarjolla oleva tuki Suomessa keskittyy kuitenkin pääosin peruskouluikäisiin, vaikka kehitykselliset oppimisvaikeudet eivät häviä aikuistumisen myötä. Ryhmämuotoisen tuen avulla voidaan samanaikaisesti tukea useita henkilöitä kerralla, mikä mahdollistaa vertaistuen. Oppimisvaikeuksien tunnistaminen myös aikuisuudessa, ja niihin tarjottu tuki on keskeistä opinnoissa ja työelämässä pärjäämisen kannalta (DeBeer ym. 2014, Voutilainen & Ilveskoski 2000).

Tässä tutkimuksessa on tiettyjä rajoituksia. Tukiryhmiin osallistuneista noin kaksi kolmasosaa oli naisia mikä vastaa aiempaa tietoa, jonka mukaan naiset käyttävät terveyspalveluja, kuten mielenterveyspalve-

luja, miehiä yleisemmin (Viertiö ym. 2017). Tämän tutkimuksen tulosten yleistämisessä miehiin onkin oltava varovainen. Katoanalyysin perusteella tutkimuksesta poistettuilla oli matalampi koulutustausta verrattuna tutkimuksessa mukana pysyneisiin, mikä osaltaan saattaa vaikuttaa tuloksiin. Jatkossa olisikin syytä pohtia, miten matalammin koulutettuja henkilöitä saisi motivoitua osallistumaan tämänkaltaiseen ryhmätoimintaan. Tutkimuksen tuloksiin tulee suhtautua suuntaa antavina koska tutkimuksessa ei käytetty kontrolliryhmää. Tulosten yleistettävyyttä alentaa myös se, että tutkimusjoukon valinta ei perustunut satunnaistamiseen tai jatkuvaan otantaan, vaan osallistujien valinta perustui ammattilaisten alustavaan arvioon oppimisen vaikeuksista ja/tai mielenterveyden ongelmien olemassaolosta. Tutkimus ei sisältänyt pidemmän aikavälin seuranta, joten muutosten pysyvyyttä ei kyetty selvittämään. Käytetyn imputointimenetelmän rajoitteet on myös syytä huomioida. Rajoituksista huolimatta tutkimustulokset ovat rohkaisevia, mutta vasta suuntaa-antavia. Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää selvittää ryhmämuotoisen oppimisvaikeuksiin ja mielenterveyden ongelmiin kohdennetun tuen vaikutusta kontrolloidulla tutkimusasetelmalla.

Tulosten merkitys: Aikuisten oppimisvaikeuksiin ja mielenterveyden ongelmiin tarjottu ryhmämuotoinen tuki voi kohentaa koettua psykososiaalista hyvinvointia ja välillisesti edesauttaa opiskelukykyä.

Tiivistelmä

Aikuisuuteen jatkuvat oppimisvaikeudet ovat tutkitusti yhteydessä psyykkiseen oireiluun ja keskimääräistä heikompaan itsetuntoon. Oppimisen ja mielenterveyden ongelmien tukemisen vaikutuksista tarvitaan tietoa oikeanlaisten tukitoimien suunnittelemiseksi ja ongelmista johtuvien seurannaisvaikutusten ennaltaehkäisemiseksi. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan oppimisvaikeuksiin ja/tai mie-

lenterveyden ongelmiin kohdennettujen tukiryhmien aikaisia muutoksia ryhmiin osallistuneiden nuorten aikuisten kokemassa psyykkisessä hyvinvoinnissa, elämänlaadussa, työelämävalmiudessa sekä ajattelu- ja toimintatavoissa.

Tutkimuksen aineisto koostuu vuosina 2014–2017 pääasiassa työvoimapolveluiden kautta tavoitetuista työttömistä tai työttömyysuhan alaisina olleista nuorista aikuisista (n = 88). Henkilöt osallistuivat yhteen kolmesta ryhmätyypistä: oppimisen vaikeuksia tukevaan ryhmään, mielenterveyden ongelmia tukevaan ryhmään tai ryhmään, jonka keskiössä olivat kummatkin edellä mainitut teemat.

Itsearvioitua psyykkistä hyvinvointia (Sense-of-Mastery, Rosenberg Self-Esteem Scale), elämänlaatua (EuroHIS-8) ja työelämävalmiutta (muokattu Työelämä-tutka) sekä ajattelu- ja toimintatapoja (the Strategy and Attribution Questionnaire) selvitettiin tukiryhmän alussa ja lopussa. Tulosten tilastolliseen vertailuun käytettiin toistettujen mittauksen t-testiä.

Ryhmiin osallistuneiden itsetuntoon [t(75) = -3.94, p < .001], elämänlaatuun [t(87) = -2.59, p = .01] ja työelämävalmiuteen [t(87) = -4.03, p < .001] liittyvät arviot kohenivat ryhmän lopussa verrattuna ennen ryhmää tehtyyn arvioon. Lisäksi ajattelu- ja toimintatavoista suoritusoptimismi koheni [t(87) = -2.90, p = .005] ja sosiaalinen pessimismi väheni [t(87) = 3.17, p = .002] ryhmän lopussa verrattuna arvioihin ennen ryhmän alkua.

Nuorten aikuisten oppimisvaikeuksiin ja mielenterveyden ongelmiin tarjottu ryhmämuotoinen tuki voi kohentaa koettua psykososiaalista hyvinvointia ja sitä kautta välillisesti edistää myös opiskelua ja työkykyä.

Avainsanat: oppimisvaikeus, mielenterveys, tukiryhmä

Abstract

Group interventions for young adults with learning disabilities and concurrent mental health problems have positive effects on participants' psychosocial wellbeing

Authors:

Kati Peltonen, MA Psych, MA Ed, researcher, Rehabilitation Foundation, Finland

Johanna Nukari, Psych Lic, neuropsychologist, Rehabilitation Foundation, Finland

Erja Poutiainen, PhD, adjunct professor, leading researcher, Rehabilitation Foundation, Finland

Adult-age learning disabilities (LD) have been shown to pose a risk for concurrent mental health problems and lower self-esteem than average. Evidence-supported interventions for adult-age learning disabilities are needed to plan proper rehabilitation and to prevent secondary problems. The current study explores how group interventions focusing on learning disability and mental health problems effects young adults' experienced mental wellbeing, quality of life, readiness to work as well as achievement and social strategies.

The data was collected during 2014–2017 mainly from local unemployment offices. The subjects were young adults (n=88) who were unemployed or under a thread of unemployment. They took part in one of the three group interventions: intervention focusing in learning disability, intervention focusing in mental health problems or intervention focusing in both of the above-mentioned themes.

Self-reported mental wellbeing (Sense-of-Mastery, Rosenberg Self-Esteem Scale), quality of life (EuroHIS-8), readiness to work (modified Working Life Radar) and achievement and social strategies (the Strategy and Attribution Questionnaire) were examined in the beginning and in the end of the interventions. The data was statistically analyzed with paired samples

t-test.

Self-reports concerning self-esteem ($p < .001$), quality of life ($p = .01$) and readiness to work ($p < .001$) improved in the end of the group intervention compared to the self-reports derived at the beginning of the intervention. Concerning achievement strategies, self-reported success expectations increased ($p = .005$) and social pessimism decreased ($p = .002$) in the end of the intervention compared to the beginning of the intervention.

A group intervention targeted for young adults with learning disabilities and mental health problems can improve experienced psychosocial wellbeing and thus indirectly improve the ability to work and study.

Key words: learning disabilities, mental health, group intervention

Kati Peltonen, PsM, KM, psykologitutkija, Kuntoutussäätiö

Johanna Nukari, PsL, neuropsykologian erikoispsykologi, Kuntoutussäätiö

Erja Poutiainen, FT, kliinisen neuropsykologian dosentti, neuropsykologi, johtava tutkija, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Ahonen T, Haapasalo S (2008) Oppimisvaikeudet. Teoksessa P Rissanen, T Kallanranta, A Suikkainen (toim.) Kuntoutus (2. painos, s. 489–506). Duodecim, Helsinki.
- Appelqvist-Schmidlechner K, Wessman J, Salmelainen U, Tuulio-Henriksson A, Sipilä N, Ahonen S, Luoma M-L (2015) Nuorten avomuotoinen OPI-mielenterveyskuntoutus. Koettu hyöty ja vaikuttavuus sekä kuntoutusmallin soveltuvuus. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 92. Kela, Helsinki.
- Aro T, Eklund K, Eloranta A K, Närhi V, Korhonen E, Ahonen T (2019) Associations Between Childhood Learning Disabilities and Adult-Age Mental Health Problems, Lack of Education, and Unemployment. *Journal of Learning Disabilities* 52, 1, 71–83.
- Clayborne Z M, Varin M, Colman I (2019) Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 58, 1, 72–79.
- da Rocha N S, Power M J, Bushnell DM, Fleck M P (2012) The EUROHIS-QOL 8-Item Index: Com-

- parative Psychometric Properties to Its Parent WHOQOL-BREF. *Value in Health* 15, 449–457.
- DeBeer J, Engels J, Heerkens Y, van der Klink J (2014) Factors influencing work participation of adults with developmental dyslexia: A systematic review. *BMC Public Health* 14, 77.
- Doyle N, McDowall A (2015) Is coaching an effective adjustment for dyslexic adults? *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice* 8, 154–168.
- Fröjd S, Nissinen E, Pelkonen M, Marttunen M, Koivisto A-M, Kaltiala-Heino R (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31, 485–98.
- Gyllenberg D (2019) Psykkiset häiriöt nuoruusiässä. *Duodecim* 135, 5, 1321–3.
- Haapakorva P, Ristikari T, Kiilakoski T (2018) Toisen asteen opintojen keskeyttämisen taustatekijöitä. Julkaisussa E Pekkarinen, S Myllyniemi (toim.) *Opin polut ja pientareet. Nuorisobarometri 2017*, s. 167–177. Valtion nuorisoneuvosto, Nuorisotutkimusseura, Nuorisotutkimusverkosto, Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Haapasalo S, Korkeamäki J (2009) Kuntoutuspalveluita aikuisten oppimisvaikeuksiin. Opi oppimaan -hankkeen väliraportti. Kuntoutussäätiön työselosteita 38. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Harkko J, Villa T, Korkeamäki J, Vaalasranta L, Poutiainen E (2019) Kuntoutus opintojen tukena. OPI-kuntoutuskurssien toteutuminen. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 19. Kela, Helsinki.
- Jones EE, Berglas S (1978) Control of attributions about self through self-handicapping: The appeal of alcohol and the role of underachievement. *Personality and Social Psychology Bulletin* 4, 200–206.
- Kela (2019a) OPI-kurssit. Saantitapa: <https://www.kela.fi/opi-kurssi>. Viitattu 14.8.19.
- Kela (2019b) Ohjaa ahdistunut tai masentunut nuori Kelan kuntoutuskurssille. Saatavissa: https://www.kela.fi/documents/10180/1547996/Kuntoutus_Nuppu_ja_Itu_kurssit.pdf/826da256-79f6-403c-89b9-b1ce56ac32da. Viitattu 14.8.2019.
- Kuntoutussäätiö (2019) Nuoret tuella työelämään (Nuttu). Hankekuvaus osoitteessa: [http://default-kuntoutussaatio.lato.poutapilvi.fi/tutkimus/hankeet/hankerekisteri/nuoret_tuella_tyoelamaan_\(nuttu\).264.xhtml](http://default-kuntoutussaatio.lato.poutapilvi.fi/tutkimus/hankeet/hankerekisteri/nuoret_tuella_tyoelamaan_(nuttu).264.xhtml). Viitattu 14.8.2019.
- Kuntu K, Pesonen T, Saari J (2017) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus. 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, Helsinki.
- Lavikainen H, Koskinen S, Aro H, Kestilä L, Lyytinen H, Martelin T, Pensola T, Rahkonen O, Aromaa A (2006) Kouluvaikeuksien yleisyys ja yhteydet aikuisiän elämäntilanteeseen ja koettuun terveyteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 71, 4, 402–410.
- Lorant V, Deliége D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M (2003) Socioeconomic inequalities in depression. A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 157, 2, 98–112.
- Maag JW, Reid R (2006) Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities* 39, 3–10.
- Marttunen M, Kaltiala-Heino R (2013) Nuorisopsykiatria. Teoksessa J Lönnqvist, M Henriksson, M Marttunen, T Partonen (toim.) *Psykiatria*. 9. uus. painos. Kustannus Oy Duodecim, Keuruu.
- Mattila-Holappa P (2018) Mental health and labour market participation among young adults. The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 152. Kela, Helsinki.
- Mikkonen J, Moustgaard H, Remes H, Martikainen P (2018) The population impact of childhood health conditions on dropout from upper-secondary education. *The Journal of Pediatrics* 196, 283–290.
- Myrskylä P (2011) Nuoret työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolella. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 12.
- Määttä S, Stattin H, Nurmi J-E (2002) Achievement strategies at school: types and correlates. *Journal of Adolescence* 25, 1, 31–46.
- Norem JK (1989) Cognitive strategies as personality: Effectiveness, specificity, flexibility, and change. Springer-Verlag, New York.
- Nukari J, Poutiainen E (2015) Preliminary experiences from the neuropsychological rehabilitation of young dyslexic adults. Abstract. 13h Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR), Helsinki, 6. –9.5.2015.
- Nukari J, Poutiainen E, Arkkila E, Haapanen M-L, Lipsanen J, Laasonen M (2019) Both individual and group-based neuropsychological interventions of dyslexia improve processing speed in young adults – a randomized controlled study. *Journal of Learning Disabilities* (in press).
- Nukari J, Sarkki L (2017) Nuorten aikuisten lukivaikeuden neuropsykologinen yksilö- ja ryhmämuotoinen kuntoutus – tietoa kuntouttajalle. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Nurmi J-E, Salmela-Aro K (1992) Epäonnistumisen psykologiaa. Katsaus ajattelu- ja toimintastrategioihin. *Psykologia* 27, 20–30.
- Nurmi J-E, Salmela-Aro K, Haavisto T (1995) The Strategy and Attribution Questionnaire: Psychometric Properties. *European Journal of Psychological Assessment* 11, 108–121.
- Närhi V, Virta M (2016) Oppimisvaikeudet ja ADHD. Käypä hoito -suositus, Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Verkko-osoite: <http://www.kaypa-hoito.fi/>. Viitattu 5.8.2019.
- Pearlin L, Schooler C (1978) The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2–21.
- Peterson R, Pennington B (2015) Developmental dyslexia. *Annual Review of Clinical Psychology* 11, 283–307.
- Power M (2003) Development of a common instrument for quality of life. A Nosikov and C. Gudex EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press. 57, 145–163. Amsterdam.
- Riddick B, Sterling C, Farmer M, Morgan S (1999) Self-esteem and anxiety in the educational histories of adult dyslexic students. *Dyslexia*, 5, 227–48.
- Rikala S (2018) Masennus, työvyöttömyys ja sosiaalinen eriarvoisuus nuorten aikuisten elämäntilanteissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 83, 2.
- Rogers MA, Kasai K, Koji M, Fukuda R, Iwanami A, Nakagome K, Fukuda M, Kato N (2004) Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: a review of neuropsychological and imaging evidence. *Neuroscience Research* 50, 1–11.
- Rosenberg M (1965) Society and the adolescent

- self-image. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Scott J, Flower D, McGorry P, Birchwood M, Killackey E ... Hickie I (2013) Adolescents and young adults who are not in employment, education, or training. *British Medical Journal* 9, 347, 1–3.
- Slee P, Rigby K (1993) The relationship of Eysenck's personality factors and self-esteem to bully-victim behaviour in Australian schoolboys. *Personality and Individual Differences* 14, 2, 371–373.
- Spangar T, Arnkil R, Keskinen A, Vanhalakka-Ruoho M, Heikkilä H, Pitkänen S (2013) Ohjauksen liike näkyviin – Tutka ja TE-toimistojen ohjauspalvelut. Seurannan ja arvioinnin prototyyppi. *Työ ja Yrittäjyys* 32. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Erytisopetus [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-1595. Julkaisu: 11.6.2018. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 5.8.2019]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/erop/2017/erop_2017_2018-06-11_tie_001_fi.html
- Valås H (1999) Students with learning disabilities and low-achieving students: Peer acceptance, loneliness, self-esteem, and depression. *Social Psychology of Education* 3, 173–192.
- Viertiö S, Partanen A, Kaikkonen R, Härkänen T, Marttunen M, Suvisaari J (2017) Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012–2015. *Duodecim* 133, 3, 292–300.
- Virtanen H (2016) *Essays on Post-Compulsory Education Attainment in Finland*. Väitöskirja, Aalto-yliopisto. Saantitapa: <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/20586/isbn9789526067995.pdf?sequence=1>
- Voutilainen A, Ilveskoski I (2000) Terveystieteiden rooli oppimisvaikeuksien tutkimisessa ja hoidossa. *Duodecim*, 116, 2025–2031.

VERKOSTOYHTEISTYÖ JA ASIAKKAAN OSALLISUUS EDISTÄVÄT MONITAHOISTA TUKEA TARVITSEVAN NUOREN KUNTOUTUMISTA

Tässä katsauksessa kuvataan monitahoista tukea tarvitsevan nuoren kuntoutusprosessin kehittämistä (TUTU-hanketta) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (PPSHP) kuuluvan Oulun yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalla vuosina 2014–2017.

Johdanto

Kuntoutusjärjestelmää on kuvattu pirstaleiseksi ja vastuusuhteiltaan katkonaiseksi (Paatero ym. 2008, Kuntoutuksen uudistamiskomitean... 2017). Palvelujärjestelmässä on aukkoja, minkä vuoksi yhteistyö eri toimijoiden välillä jää usein vähäiseksi ja satunnaiseksi. Haasteena on myös yhteisten sovitusten toimintatapojen puuttuminen.

Järjestelmän osien eriytyneisyys ja koordinoinnin puute voivat aiheuttaa asiakkaiden väliinpuotoamista ja lisätä järjestelmän tehottomuutta (Miettinen 2011, Pulkki 2012, Palomäki 2018). Kuntoutustyössä haasteena on se, toteutuuko asiakkaan aito osallisuus omassa kuntoutusprosessissaan (Peltola & Moisio 2017, Lloyd ym. 2018, Rose ym. 2019). Jotta asiakasta osallistavia toimintatapoja voidaan edistää, kuntoutusjärjestelmien eri osien ja organisaatioiden yhteistyötä ja osaamista tulee kehittää. Haastetta tähän tuovat kuntoutuksen moninaisuus ja asiakkaiden monitahoisiksi muuttuneet ongelmat.

Asiakkaan kuntoutumisen lähtökohtana ovat hänen itselleen asettamansa, hänen omiin tarpeisiinsa ja arkeensa kiinnittyvät merkitykselliset tavoitteet. Kun asiakas itse osallistuu tavoitteiden asettamiseen, hän kokee tavoitteet itselleen tärkeiksi ja realistisiksi. Tutkimuksissa on todettu asiakkaan osallisuuden, autonomian ja yksilöllisyyden lisäämisen edistävän asiakkaan sitoutumista ja kuntoutustavoitteiden saavuttamista. (Koukkari 2010, Alanko ym. 2019, King ym. 2019.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (PPSHP) kuntoutustutkimuspoliklinikalla toteutettiin vuosina 2014–2017 monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan kuntoutusprosessin kehittämishanke. Hanke sai nimekseen TUTU (Tuetusti Tulevaisuuteen). Kohderyhmänä olivat OYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan nuoret asiakkaat, joilla oli pitkäaikaissairaus tai toimintarajoite ja monitahoiset tuen tarpeet. Hankkeessa pyrittiin kehittämään kohderyhmälle asiakaslähtöisempää ja vaikuttavampaa kuntoutusproses-

sia. Hankkeen käynnistämisen taustalla olivat PPSHP:n kuntoutuksen Virta-hankkeen (2011–2013) tulokset, joiden mukaan syrjäytymisvaarassa oleville nuorille suunnitellut kuntoutustoimenpiteet jäävät usein toteuttamatta sen vuoksi, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimijoiden välinen yhteistyö on puutteellista (Heikkilä & Laru 2013).

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehdään moniammatillisena yhteistyönä kuntoutustutkimuksia, työkykyarvioita ja kuntoutuksen suunnittelua työikäisille henkilöille, joilla on useita toiminta- ja työkykyä rajoittavia sairauksia. Kuntoutustutkimuksessa asiakkaalle laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jossa hänelle voidaan suositella lääkinnällistä ja/tai ammatillista kuntoutusta ja ohjata häntä mahdollisuuksien mukaan työelämään. Kuntoutussuunnitelma lähetetään lähettävälle taholle ja tarpeen mukaan muille erikoisaloille, peruspalveluihin tai Kelalle.

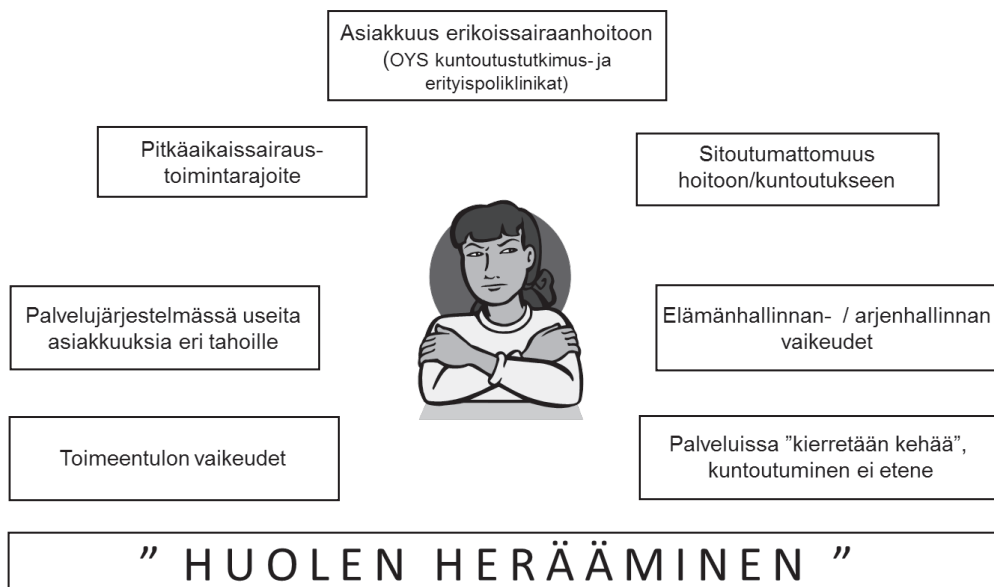
Monitahoista tukea tarvitsevilla asiakkailla toimintakyvyttömyys näyttäytyy hyvin usein oman terveyden tai sairauden hoidon laiminlyömisinä, mikä puolestaan johtaa siihen, että sairaus pahenee tai asiakas ei sitoudu hoitoihin. Käytäntö on osoittanut,

että näiden asiakkaiden kohdalla haasteena on saada kokonaiskuva heidän kuntoutus- ja palvelutarpeistaan. Lisäksi eri organisaatioiden väliset yhteistyön ja tiedonkulun puutteet saattavat estää tai viivästyttää oikea-aikaisten kuntoutustoimenpiteiden ja palvelujen toteutumista.

Monitahoista tukea tarvitseva asiakas

TUTU-hankkeen kohderyhmä oli kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustutkimukseen tulleet, monitahoista tukea tarvitsevat nuoret, 18 - 35-vuotiaat, asiakkaat. Monitahoista tukea tarvitsevilla asiakkailla on toiminta- ja työkykyä heikentävä pitkäaikais-sairaus tai toimintarajoite. Hänellä voi olla myös elämönhallintaan ja itsenäistymiseen liittyviä tuen ja ohjauksen tarpeita. Elämönhallinnan haasteet ilmenevät esimerkiksi keskeytyneinä opintoina, jatko-opiskelupaikan puuttumisena, työelämään siirtymisen vaikeutena, vuorokausirytmien häiriöinä, itsestä huolehtimisen puutteina sekä sitoutumattomuutena hoitoon ja kuntoutukseen. (Ks. kuvio 1.) Työntekijälle herää huoli asiakkaan toimintakyvystä.

Asiakkaalla monitahoiset tuen tarpeet



Kuvio 1. Asiakkaalla monitahoiset tuen tarpeet.

Monitahoista tukea tarvitsevilla asiakkaalla voi olla monta palvelupaikkaa, mikä asettaa haasteita palvelujen ja palveluja järjestävien tahojen asiakkuuskriteereiden yhteensovittamisessa. Erikoissairaanhoidolla ja peruspalveluilla voi olla asiakasta varten omat kuntoutussuunnitelmansa, joiden tiedot eivät välttämättä välity toiselle osapuolelle. Usein nämä asiakkaat palaavat tehdyn kuntoutustutkimusjakson jälkeen muutaman vuoden kuluttua takaisin erikoissairaanhoidon, koska kuntoutus ei toteutunut suunnitelman mukaisesti.

Hankkeen tavoitteet

Monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan kuntoutusprosessin haasteena oli koordinoinnin ja seurannan puute. Lisäksi nuorten ympärillä eri palveluissa työskentelevillä ammattilaisilla saattoi olla toisistaan eriävät näkemykset nuorten tavoitteista. TUTU-hankkeen tavoitteiksi asetettiin 1) asiakasta osallistavan kuntoutusprosessin kehittäminen ja 2) erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden yhteistyön kehittäminen.

Tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitelmana oli vahvistaa kuntoutusohjauksen roolia kuntoutusprosessissa ja siirtää ”saat-taen” vastuu asiakkaan kuntoutusprosessin jatkumisesta asiakkaan kotikuntaan. Näin haluttiin varmistaa asiakkaan kuntoutuksen eteneminen hänen siirtyessään toiseen organisaatioon tai omaan arkiympäristönsä.

Hankkeen toteuttaminen

Hankkeen suunnittelu

Kuntoutuksen vastualueen johdon sitoutuminen hankkeeseen mahdollisti tarvittavat resurssit hankkeen toteuttamiselle. Hankkeelle perustettiin ohjausryhmä. Hankkeen kehittämisestä vastasivat kuntoutuksen vastualueen suunnittelija ja kuntoutussuunnittelija. Hankkeeseen osallistui kuntoutustutkimuspoliklinikan moniammatillinen työryhmä, johon kuuluivat erikoislääkäri, kuntoutustutkija, ammatillinen kuntoutusneuvoja ja psykologi. Hankkeesta tiedotettiin asiakkaiden kotikuntien vastaaville esimie-

hille ja sovittiin peruspalveluiden yhdyshenkilöiden nimeämisestä.

Hankkeen työskentelymalli

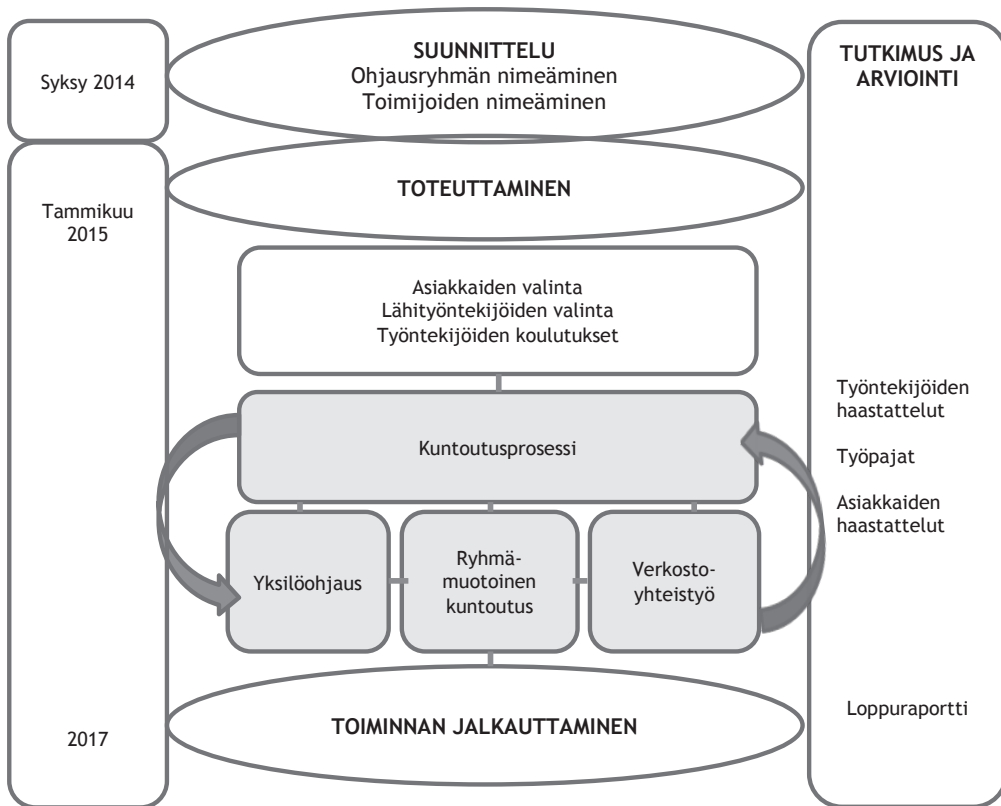
Hankkeen eteneminen on kuvattu kuviossa 2. Hankkeen työskentelymalli oli yksilöllinen, asiakkaan tilanteesta lähtevä, monialainen työskentely. Työskentelytavoiksi määriteltiin

- 1) intensiivinen yksilöllinen kuntoutusohjaus,
- 2) ryhmämuotoinen kuntoutus sekä
- 3) verkostoyhteistyö.

Hanke toteutettiin toimintatutkimuksen periaatteilla (Koch & Kralik 2006). Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti suunnittelun ja toteutuksen aikana tehtiin prosessin arviointia ja tutkimusta. Hankkeen suunniteltuja kehittämistoimenpiteitä muutettiin tarpeen mukaan. Hankkeen etenemiseen vaikuttivat nuorten vaihtuvat tilanteet ja heidän toimintakykynsä muutokset. Tutkimuksessa tutkittiin erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden yhteistyöhön liittyviä haasteita ja hyviä käytänteitä. Lisäksi tutkittiin monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan kuntoutusprosessia edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

Hankkeen työskentelyn yhteinen viitekehys oli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen ICF-luokitus (WHO 2001). Hankkeessa kehitettiin ICF-pohjaisia työvälineitä sekä koulutettiin hankkeeseen osallistuvia työntekijöitä asiakaslähtöisestä kuntoutuksesta ja motivoivasta haastattelusta. ICF-viitekehukseen pohjautuvien työvälineiden käyttö lisää työntekijöiden yhteistä näkemystä asiakkaan tilanteesta ja edistää näin asiakaslähtöistä kuntoutustoimintaa. (Ks. Jämsä & Xiong 2019.)

Yksilöohjausta, joka toteutui aikaisempaa tiiviimmin ja suunnitelmallisemmin, antoivat sekä kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutusohjaaja ja ammatillinen kuntoutusneuvoja että peruspalveluista nimetty yhdyshenkilö. Asiakkaan toimintakyky ja tuen tarpeet kartoitettiin, ja tukitoimet, jotka kohdistuivat tarvittaessa koko perheelle, kohdennettiin aikaisempaa varhaisemmassa



Kuvio 2. Monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan kuntoutusprosessin kehittäminen.

vaiheessa. Asiakkaan kuntoutumisen suunnitelma laadittiin yhdessä asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa. Suunnitelman tekemisessä kiinnitettiin erityistä huomiota tavoitteiden asettamiseen, jossa lähtökohdina olivat nuoren vahvuudet, voimavarat, unelmat ja tulevaisuuden tavoitteet. Yhteisen työskentelyn tuloksena laadittiin konkreettisia tavoitteita sisältävä suunnitelma, joka oli myös nuoren verkoston tiedossa. Hankkeessa tehtiin tiivistä yhteistyötä nuoren verkostojen kanssa. Uusi toimintamalli, yhteinen kotikäynti, antoi omalta osaltaan tärkeää tietoa siitä, miten nuoren arki todellisuudessa sujui. Tärkeää oli, että nuoren tavoitteet olivat kaikilla osapuolilla tiedossa ja näkemykset olivat yhteneväiset.

Kuntoutuajat (8 nuorta) muodostivat ryhmän, joka kokoontui intensiivisen aloitusjakson (3 vrk) jälkeen kerran kuukaudessa (3 h/krt) vuoden ajan. Ryhmän ohjaajina toimivat psykologi ja kuntoutuksen vastuualueen

suunnittelija. Ryhmissä toteutui kokemukSELLINEN ja toiminnallinen osuus. Ryhmä mahdollisti nuorten vuorovaikutus- ja sosiaalisten taitojen kehittymisen (vrt. Bion 1979, Yalom 2005).

Kuntoutusohjaaja, ammatillinen kuntoutusneuvoja, psykologi, suunnittelija ja kuntoutussuunnittelija muodostivat erikoissairaanhoidossa työryhmän, joka kokoontui säännöllisesti työnohjaukselliseen työkokoukseen. Työryhmätyöskentely tuki hankkeessa työskenteleviä työntekijöitä ja ohjasi asiakkaiden asioiden käytännön toteuttamista.

Hankkeen tulokset

Hankkeen tuloksena kehitettiin monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan kuntoutusprosessin toimintamalli, joka muutti asiakkaan prosessin kulkua kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Prosessin muutosta voidaan luon-

nehtia ”etupainotteisen” työskentelymallin käyttöönnotolla. Hankkeessa asiakkaiden elämäntilanteissa saatiin aikaan todellisia muutoksia.

Taulukossa 1 on yhteenveto hankkeen tuloksista, jotka on koottu asiakkaiden prosesseista ja hankkeessa tehdystä tutkimuksesta. Tulosten mukaan asiakkaan toimintakyky sekä erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden välinen yhteistyö lisääntyivät. Muutokset asiakkaan toimintakyvyssä kohdentuivat ICF-toimintakykyluokituksen mukaan asiakkaan suorituksiin ja osallistumiseen.

Asiakkaan toimintakyvyn lisääntyminen

Kaikilla hankkeeseen osallistuvilla nuorilla oli toimintakykyä heikentävä perussairaus ja toimintakykyä rajoittavia oireita. Heillä oli haasteita arjenhallinnassa, arjen mielekäs tekeminen ja kodin ulkopuolinen toiminta oli vähäistä. Nuorilla oli ammatillista koulutusta, mutta he eivät olleet työllistyneet. Suurin osa nuorista tuli kuntoutustutkimuspoliklinikalle ammatillisen kuntoutuksen arvioon, mutta yhdenkään kohdalla ammatillinen kuntoutus ei ollut oikea-aikaista. Hankkeen tuloksena nuorten kodin ulkopuolinen toiminta lisääntyi, osa nuorista oli kuntouttavassa työtoiminnassa ja yksi työllistyi koulutusta vastaavalle alalle. Yhdellä asiakkaalla löytyi vahvuuksia ja voimavaroja lähtee työkokeiluun aivan eri alalle, mille hän

oli kouluttautunut. Osalla nuorista toteutuivat itsenäiseen asumiseen liittyvät tavoitteet, osalla oman itsehoidon ja fyysisen kunnon hoitaminen lisääntyivät. Usealle nuorelle syntyi ensimmäinen positiivinen ryhmäkokenemus, mikä antoi rohkeutta toimia jatkossa ryhmissä. Ryhmässä nuori sai vertaistukea sekä palautetta ja kannustusta toisilta omien tavoitteidensa toteuttamiseen.

Erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden välisen yhteistyön lisääntyminen

Monialainen verkostoyhteistyö edesauttoi ja tuki sekä kuntoutustutkimuspoliklinikan että peruspalveluiden työtä. Moniammatillinen työskentely selkeytti asiakkaan kokonaistilannetta ja työnjakoa. Koska monen asiakkaan asiakkuus oli hankkeen aikana siirtymässä Oulun työllistymistä edistävään monialaiseen yhteispalveluun (TYP), hankkeessa rakennettiin toimintamalli OYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan ja TYP:n yhteistyölle. Tärkeäksi kuntoutuksen interventioksi hankkeessa muodostui kuntouttava työtoiminta, jossa saatiin kuva asiakkaan todellisesta toimintakyvystä. Työvoiman palvelukeskuksen työntekijät kokivat yhteistyön erikoissairaanhoidon kanssa tärkeäksi, koska tieto sairaudesta ja sen oireiden huomioimisesta nuoren toimintakyvyn osalta tuki heidän työtään. Hankkeessa luotiin nuorten tarpeista lähtien uusia verkostoja,

Taulukko 1. Yhteenveto hankkeen tuloksista.

Asiakkaan toimintakyvyn lisääntyminen	Erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden välisen yhteistyön lisääntyminen
<p>Suoritukset ja osallistuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kotielämä <ul style="list-style-type: none"> ○ itsenäinen asuminen ● Keskeiset elämänaalueet <ul style="list-style-type: none"> ○ työkokeilu ○ työllistyminen ● Yhteisöllinen ja sosiaalinen elämä <ul style="list-style-type: none"> ○ kodin ulkopuolinen toiminta ● Kommunikointi <ul style="list-style-type: none"> ○ sosiaalisten taitojen lisääntyminen ○ ryhmässä toimiminen ● Itsestä huolehtiminen <ul style="list-style-type: none"> ○ omasta terveyden huolehtiminen <ul style="list-style-type: none"> ■ painon pudotus ■ liikunnan lisääminen 	<p>Tiedonkulku parani</p> <ul style="list-style-type: none"> ● nimetty yhteyshenkilö ● toisen organisaation toimintaan tutustuminen <p>Monialainen työskentely lisääntyi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● yhteinen kieli ● tiedon vaihto ● reaaliaikainen yhteydenpito ● yhteinen kuntoutumisen suunnitelma <p>Työnjako selkiintyi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● sovitut käytännöt ● toisten tehtäväkuviin tutustuminen <p>Asiakkaan kokonaistilanne selkiintyi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● verkostopalaverit ● yhteinen kotikäynti

ja palveluihin jalkauduttiin yhdessä nuorten kanssa. Yhteistyötahoja olivat perusterveydenhuolto, mielenterveystoimistot, TE-palvelut, TYP, sosiaalitoimi, nuorisotoimi, järjestöt ja oppilaitokset.

Hankkeessa tehdyn tutkimuksen tuloksia

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen yhteistyössä ilmeneviä haasteita ja hyviä käytänteitä sekä hankkeen aikaista yhteistyötä. Tutkimusaineisto kerättiin asiakkaiden ja hankkeessa työskentelevien työntekijöiden ryhmähaastatteluilla sekä työntekijöille pidetyistä työpajoista. Seuraavassa on esimerkkejä tutkimuksen tuloksista.

Työntekijöiden mukaan hanke toi esille tiedostettuja ja jopa aikaisemmin tiedostamattomia yhteistyön haasteita. Yhteyshenkilön hakeminen toisesta organisaatiosta oli haasteellista, asiakkaan asioiden koordinoivastuu oli epäselvä ja erilliset tietojärjestelmät vaikeuttivat tiedonvaihtamista.

”En minä tiedä, onko niitä haasteita edes nähty, kun me ollaan tehty sitä työtä ominemme.”

”Me tehhään omia juttuja vaikka ne vois kohatakin toisensa, sitten on yhteisiä suunnitelmia. Asiakkaitten kautta kuuluu että ne käy täällä, mutta ei muuta kontaktia.

”Verkostossa on paljon toimijoita, että kellä on se päävastuu, kaikki ajattelee, että no se hoitaa.”

Myös nuorten kokemusten mukaan yhteistyöhön liittyvät haasteet kiteytyivät usein tiedonkulun ongelmiin. Tieto kulki hitaasti, eikä aina tiennyt, minkälaisessa prosessissa oli mukana. Yksi asiakas kuvasi, että hän oli joutunut vaihtamaan hoitopaikkaa useaan kertaan.

”Ainakin tieto kulkee hirveen hitaasti, ainakin ennen tätä. Kestää sen puoli vuotta että saa seuraavan tiedon. Saa

aina ite soitella perään, että mitä seuraavaksi tapahtuu.”

Haastatteluissa tuli esille palvelujen pirstaleisuus. Työntekijöiden mukaan sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa oli olemassa hyviä käytäntöjä ja hankkeita, mutta työntekijät eivät tienneet toisten organisaatioiden toiminnasta. TUTU-hankkeessa pystyi hyödyntämään monialaista työskentelyä, mikä selkeytti asiakkaan kokonaistilannetta ja työnjakoa asiakkaiden asioiden hoitamisessa. Samalla työntekijät tutustuivat toistensa tehtävänkuvuihin ja työhön. Yhteydenotto toiseen organisaatioon helpottui.

”Nyt on sitten matalampi kynnys ottaa yhteyttä kun on tutustuttu ja tiedetään toisten toiminnasta ja tavallaan tietää ne henkilöt ketä siellä on ja mitä ne tekkee.”

Työntekijät pitivät hyvänä sitä, että asiakkaat olivat olleet itse määrittelemässä tavoitteitaan. Verkostopalavereiden ja kotikäyntien uskottiin edistäneen asiakkaan kuntoutusprosessia. Asiakkaiden kokonaistilanteet tulivat esille uudella tavalla, ja prosessi lähtiinkin joskus etenemään aivan eri reittiä, kuin oli suunniteltu.

Asiakkaan kanssa laaditun kuntoutumisen suunnitelma toimi monialaisen yhteistyön perustana. Yhteisen suunnitelman laatimisen kautta työntekijät oppivat tuntemaan asiakkaan verkostoon kuuluvat toiset toimijat ja löysivät yhteisen kielen asiakkaan asioissa. Sovitut yhteiset käytännöt koettiin tärkeiksi. Työntekijät peräänkuuluttivat prosessin koordinoijaa, sovittuja vastuita ja käytäntöjä sekä reaaliaikaista yhteydenpitoa.

”Jatkossakin tällasta niinku kehittää, niin on kyllä hyvä asia että on nimetyt henkilöt, jotka voi olla yhteydessä, on se sitten tiheämpään tai harvempaan, antaa raporttia, että missä mennään.”

”Voisko sitä jatkossa ajatella, että jos joku tämmönen kuntoutusasiakas on erikoissairaanhoidossa niin sieltä kuitenkin välillä tulis perusterveydenhuol-

toon tietoa, että tämmönen on nyt täällä menossa ja mahdollisesti tulee teille sitten ja pitää saada tämmöstä tukea jatkumoon.”

Nuoret kuvasivat myönteisiä kokemuksiaan TUTU-hankkeen ryhmätoiminnasta. Ryhmässä he saivat vertaistukea ja uutta näkökulmaa asioihin. Omat tavoitteet konkreetisoituivat.

”Tämä ryhmä on antanut paljon mieltä silleen niinku ajatuksia siihen että mitä rupeisi tulevaisuudessa”

Nuorten mukaan TUTU-hanke edisti prosessien etenemistä:

”Aikaisemmin oli hankalampaa saaha oikeastaan mittään tuon julkisen terveydenhuollon kautta aikaseksi, niin nyt on tämän kautta tullut niitä hyväksytyjä juttuja helpommin ja nopeammin.”

”Sain tämän hankkeen aikana sen TYPin asiakuuden ja sen kautta sitten oon kuntouttavassa työtoiminnassa.”

Pohdinta

Hanke osoitti, että monitahoista tukea tarvitsevien, syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kohdalla tarvitaan uudenlaista konkreettista yhteistyötä palvelujärjestelmän työntekijöiden kesken. Asiantuntijoiden tulee kehittää erilaisia työtapoja sekä monitieteistä ja -tahoista yhteistyötä, jotta asiakas tulee autetuksi. Yhteistyön tulee olla suunnitelmallista, tavoitteellista ja asiakaslähtöistä. Hankkeen kokemukset vahvistavat näkemystä siitä, että työntekijän pitää verkostoitua ja tutustua asiakkaan arkeen.

Jotta nuoren tarvitsemat tukitoimenpiteet voidaan tunnistaa ja kuntoutuminen eteni, tarvitaan kokonaiskuva nuoren toiminta- ja työkyvystä sekä koordinoitua kuntoutusprosessin ohjausta. Monia erilaisia palveluja tarvitsevan asiakkaan kuntoutumisen ohjaus tarvitsee vastuuhenkilön, joka vastaa asiakkaan kuntoutuksen palvelukokonaisuuden yhteensovittamisesta. (Ks. myös Kuntoutuk-

sen uudistamiskomitean... 2017.) Laajemmin ajatellen kuntoutuksen parissa eri erikoisaloilla työskentelevien kuntoutusohjaajien rooli erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen yhteistyön kehittämisessä on avainasemassa. Myös erikoissairaanhoidon ulkopuolelle tarvitaan koordinaattoreita, kuntoutusohjaajia tai palveluohjaajia, jotka ottavat nuoren kokonaistilanteen seurantaan. Seurannan painopisteen tulee olla lähempänä asiakkaan omaa ympäristöä.

Hanke toi esille, että nuorten kanssa toimittaessa on tärkeää panostaa vuorovaikutukseen ja asiakkaan aitoon kohtaamiseen, jotta syntyy luottamus ja nuorten omat voimavarat, vahvuudet ja kiinnostuksen kohteet saadaan esille. Dialogisen työskentelyn periaatteiden mukaan kohtaamisessa nuori on oman elämänsä asiantuntija ja työntekijä oman alansa, kuntoutuksen, asiantuntija. Yhdessä syntyy yhteinen käsitys nykytilanteesta, mahdollisuuksista ja tarvittavasta tuesta. (Seikkula & Arnkil 2009.) Vaikka nuoria ohjataan opintoihin ja työelämään, usein tarvitaan aluksi välitavoitteita ja keinoja elämänhallinnan, itsenäistymisen ja osallisuuden tukemiseen. Tässä hankkeessa prosessit etenivät välitavoitteiden kautta. Kotikäynti antoi joissakin asiakastapauksissa tärkeää tietoa sekä nuorten voimavaroista että tuen tarpeista. Nuorten elämäntilanteen ymmärrys lisääntyi keskustelujen, kotikäyntien ja verkostotapaamisten myötä. Tiivis, syvempi yhteistyö nuorten kanssa mahdollisti tehtyjen suunnitelmien seurannan ja tarvittaessa niiden muuttamisen nuorten tarpeista lähtien.

Hankkeen aikana korostuivat toimenpiteiden oikea-aikaisuus ja asiakaslähtöisyys. Näiden nuorten kohdalla kuntoutumisen prosessi vie aikaa. Tavoitteena on, että nuori kiinnostuu elämäntilanteestaan ja tulevaisuuden suunnittelusta ja vaihtoehtojen tarkastelusta. Hankkeen työskentelyssä olivat läsnä koko ajan tämän asiakasryhmän erityispiirteet. Nuorten sosiaalisten kontaktien puute ja osallistumattomuus kodin ulkopuoliseen toimintaan heijastuivat alussa vaihtelevana osallistumisena ryhmiin. Motivointi ryhmätapaamisiin ja kuntoutusprosessiin sitoutumiseen muodostui

keskeiseksi tehtäväksi. Ryhmätapaamisista muodostui nuorille tärkeitä tapahtumia osallistumisen näkökulmasta. Intensiivinen yksilöohjaus ja ryhmätapaamiset mahdollistivat sen, että nuorten moninaiset ongelmat tulivat esille pidemmän tutustumisen myötä. Ryhmä mahdollisti myös vertaistuen.

Hankkeessa kehitettiin malli TYP-yhteistyöhön. Laadittu toimintamalli toimii edelleen välineenä kehittää yhteistyötä laajemmin myös muihin verkostoihin. Mallia on jo sovellettu kuntoutumisen toimintaverkoston, laajemman monialaisen yhteistyömallin rakentamisessa.

Monitahoista tukea tarvitsevat nuoret ovat usein työelämän, koulutuksen ja osallisuuden ulkopuolella. Heidän löytämisenä terveyden- ja sosiaalihuollon asiakkaiden joukosta on tärkeää ja kustannusvaikuttavaa. Eri toimijoiden välistä yhteistyötä on kehitettävä, ettei näistä nuorista tule väliinputoajia ja syrjäytyneitä. Kaikki nuoret tukitoimista huolimatta eivät kykene työllistymään toiminnanrajoitteidensa ja työelämän vaatimusten vuoksi. Nämä nuoret tarvitsevat kuitenkin muuta arjen mielekkyyttä lisäävää toimintaa, tuettua työtä, vapaaehtoistyötä tai harrastuksia, jotta omien edellytysten mukainen osallistuminen yhteiskuntaan mahdollistuu. (Ks. myös Kiviranta ym. 2016.) TUTU-hankkeessa saadut kokemukset osoittavat, että nuoren osallistaminen omaan kuntoutusprosessiin on vaikuttavaa. Se tuo säästöjä kustannuksiin, mutta ennen kaikkea se parantaa nuoren elämänlaatua.

Tulosten merkitys: Monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan kuntoutumisen edistäminen edellyttää asiakkaan kohtaamista, oikea-aikaisia kuntoutustoimenpiteitä, moniammatillista yhteistyötä, verkostoyhteistyötä ja vastuullista koordinaointia.

Asiasanat: asiakaslähtöinen kuntoutus, osallisuus, koordinaointi, verkostoyhteistyö

Ulla Jämsä, TtT, kuntoutussuunnittelija, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Eeva-Leena Laru, psykiatrinen sairaanhoitaja, suunnittelija, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Lähteet

- Alanko T, Karhula M, Kröger T, Piirainen A, Nikander R (2019) Rehabilitees perspective on goal setting in rehabilitation – a phenomenological approach. *Disability & Rehabilitation* 41, 19, 2280–2288.
- Bion WR (1979) Kokemuksia ryhmästä. Ryhmädynamiikka psykoanalyysin näkökulmasta. Weilin & Göös, Espoo.
- Heikkilä V-M, Laru E-L (2013) Meillä on unelmia. PP-SHP:n Virta-hankkeen loppuraportti. Kaste-hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Jämsä U, Xiong E (2019) ICF:n käyttöönottoprosessi yliopistosairaalaissa. *Kuntoutus* 2, 5–10.
- King G, Schwelnuss H, Servais M, Baldwin B (2019) Solution-Focused Coaching in Pediatric Rehabilitation: Investigating Transformative Experiences and Outcomes for Families. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 39, 1, 16–32.
- Kiviranta T, Munck P, Koskinen S, Tuulio-Henriksson A (2016) Kuntoutuminen nuoruudessa ja siirtymä aikuisuuteen. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Duodecim, Printon Trükikoda, Tallinna.
- Koch T, Kralik D (2006) *Participatory Action Research in Health Care*. Blackwell Publishing, Singapore.
- Koukkari M (2010) Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. *Acta Universitatis Laponiensis* 179, Lapin yliopisto.
- Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi (2017) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41, Helsinki.
- Lloyd A, Bannigan K, Suganavam T, Freeman J (2018) Experiences of stroke survivors, their families and unpaid carers in goal setting within stroke rehabilitation: a systematic review of qualitative evidence. DOI 10.11124/ JBISRIR-2017-003499.
- Miettinen S (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. *Acta Universitatis Tampereensis* 1625, Tampereen yliopisto.
- Paatero H, Lehmijoki P, Kivekäs J, Ståhl T (2008) Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa P Rissanen, T Kallanranta, A Suikkanen (toim.) *Kuntoutus*. Duodecim, Helsinki.
- Palomäki S (2018) Asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella. *Kuntoutus* 2, 21–33.
- Peltola M, Moisio J (2017) Ääniä ja äänettömyyttä palvelukentillä. Katsaus lasten ja nuorten palvelukokemuksia koskevaan tietoon. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, Verkkojulkaisuja 112, STM, Unigrafia, Helsinki. https://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/aania_ja_aanettomytta_palvelukentilla.pdf
- Pulkki J (2012) Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakente, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. *Acta*

- Universitatis Tamperensis 1703. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66859/978-951-44-8720-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rose A, Soundy A, Rosewilliam S (2019) Shared decision-making with goal-setting in rehabilitation: a mixed methods study. *Clinical Rehabilitation* 33, 3, 564–574.
- Seikkula J, Arnkil T (2009) Dialoginen verkostotyö. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Esa Print Oy.
- WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=D37993EBC57330D311B9CF7A3988C598?sequence=1>
- Yalom ID (2005) The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books, New York.

CP-VAMMAISEN LAPSEN JA NUOREN TOIMINTAKYVYN KUVAAMINEN KUNTOUTUSSUUNNITELMISSA

Johdanto

Hyvä kuntoutussuunnitelma kokoaa yhteen kuntoutumista tukevat keinot pohjautuen kuvaukseen yksilön arjen toimintakyvystä, ammattilaisten tekemistä toimintakyvyn arvioinneista sekä näistä tehdyistä tulkinnoista ja johtopäätöksistä. Tavoitteena on tukea yksilöä osallisuuteen hänelle merkityksellisissä toiminnaissa. Kuntoutuksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon kuntoutujan arkiympäristö sekä toisten ihmisten rooli kuntoutumisen ja osallistumisen mahdollistajina (Suomela-Markkanen & Peltonen 2016). Kuntoutuksen uudistamiskomitean (STM 2017) kehittämissuositusten mukaisesti lasten kuntoutumisesta vastuussa olevien tahojen tulee toteuttaa ja tukea lapsen kuntoutumista mahdollisimman laajasti osana lapsen arkea ja toimia hänen arkiympäristössään. Moniammatillisuus tukee onnistuneen kuntoutussuunnitelman laatimista ja kuntoutuksen toteuttamista samoin kuin toteutumisen arviointia. Olennaista on lasten ja perheiden osallisuus kuntoutusprosessin eri vaiheissa. (STM 2017, Kiviranta ym. 2016.)

CP-oireisto (CP-vamma, Cerebral palsy) on lapsuusiän yleisin pitkäaikaista ja vaativaa moniammatillista kuntoutusta edellyttävä diagnoosiryhmä. Vuonna 2005 alkaneen kolmivaiheisen kuntoutuksen ja seurannan

kansallisen kehittämishankkeen (CP-hankkeen) tavoitteena oli kehittää CP-vammaisen lapsen ja nuoren kuntoutuksen suunnittelua ja toimintakyvyn arviointikäytäntöjä. (Autti-Rämö ym. 2017.) Hankkeen kolmannessa vaiheessa (2011–2015) tutkittiin kuntoutuksen suunnittelun käytäntöjen muutosprosessia sekä uusien arviointimenetelmien käyttöönottoa. Yhtenä tavoitteena oli selvittää, näkyvätkö arviointikäytäntöjen muutokset kuntoutussuunnitelmien sisällössä (Kiviranta & Veijola 2017). Tässä katsauksessa esitellään kolmannen vaiheen tutkimus, jossa analysoitiin kuntoutussuunnitelmiin sisällynyttä toimintakyvyn kuvausta ICF-viitekehyksessä sekä kuvauksen ja suunnitelmien rakenteen muutosta CP-hankkeen aikana.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin CP-hankkeen kolmannessa vaiheessa mukana olleista viidestä kuntoutusvastuuyksiköstä: kolmesta Oppimis- ja ohjauskeskus Valterin toimipisteestä sekä kahdesta yliopistosairaalasta, joissa kaikissa laaditaan lasten ja nuorten kuntoutussuunnitelmia. Jokaiselta lapselta analysoitiin kuntoutussuunnitelma sekä ennen hanketta että hankkeen loppupuolella. Sisäänottokriteeriksi määriteltiin vähintään vuoden väliä kuntoutussuunnitelmien laatimisen

välillä. Kuntoutussuunnitelmien välissä oleva aika vaihteli yhdestä vuodesta kolmeen ja puoleen vuoteen.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli 109 CP-vammaista lasta ja nuorta, joille laaditut kuntoutussuunnitelmat muodostivat tutkimusaineiston. Näistä 19 hylättiin, koska suunnitelmat olivat kahden eri organisaation tekemiä. Näin ollen tutkimuksen tulokset perustuivat 90 lapsen kuntoutussuunnitelmien analyysiin. Taustatiedot saatiin 71 lapsesta. Yhdeksäntoista lapsen taustatietoja ei saatu opiskelijatyötä ohjanneen toisen tutkijan äkillisen menehtymisen vuoksi. Lasten keski-ikä oli 12,3 vuotta (3,1–17,5 v), poikia oli 35 ja tyttöjä 36 (taulukko 1).

Tutkimusaineistot analysoitiin osatutkimuksissa, joita toteuttivat Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Ammattikorkeakoulu Arcada sekä Oulun yliopisto. Osan aineistoa analysoi tutkija ja osan analysoivat opiskelijat opinnäytetöissään (Ahola ym. 2015, Siegfriids ym. 2016, Leppävuori 2019). Yhteiset toimintatavat ja käytänteet sovittiin ennen aineistojen analyysiä. Tässä katsauksessa tutkimuksen tuloksia käsitellään yhtenä kokonaisuutena.

Tutkimuksessa tarkasteltiin kuntoutus-

suunnitelmien sisältämää toimintakyvyn kuvausta ICF-viitekehyksessä. Kuntoutussuunnitelmat analysoitiin deduktiivisesti sisällönerittelyn periaatteiden mukaisesti kvantifioimalla aineisto teoreettisen analyysimatriisin avulla (Kyngäs ym. 2011). Teoreettisena analyysimatriisina käytettiin taustatietolomaketta sekä lapsen toimintakyvyn kuvauksen osalta WHO:n kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) suomennettua CP-vammaisten lasten ja nuorten laajaa ydinlistaa. CP-ydinlista sisälsi 135 ICF-luokituksen kuvauskohdetta lapsen ja nuoren toimintakyvyn kuvaamiseksi (Schiariti ym. 2015, THL 2017). Taustatiedoiksi kerättiin lasten diagnoositiedot, CP-vamman vaikeusaste, toimintakykyluokitus sekä kognitio-
luokitus.

Kuntoutussuunnitelmatekstistä toimintakyvyn kuvaus sillattiin CP-vammaisten lasten ja nuorten laajan ydinlistan kuvauskohteisiin Ciezan ja kumppaneiden (2005) siltaussääntöjen mukaisesti. Kuntoutussuunnitelmien siltaaminen tarkoitti kuntoutussuunnitelmissa olevan terveystietotekstin kääntämistä ICF-luokituksen mukaiseksi kieleksi kuvaamaan toimintakykyä. ICF-ku-

Taulukko 1. Taustatiedot neljän organisaation lapsista, joiden kuntoutussuunnitelmat on analysoitu.

Lasten kokonaismäärä n = 71			
Sukupuoli	n (%)	ICD-10 (n=71)	n (%)
Tyttyjä	36 (51)	G80.0 Spastinen tetraplegia	3 (4)
Poikia	35 (49)	G80.1 Spastinen diplegia	24 (34)
Ikä (n=71)	n (%)	G80.2 Spastinen hemiplegia	17 (24)
0-5 years	5 (7)	G80.3 Dyskineettinen CP	14 (20)
6-10 years	23 (33)	G80.4 Ataktinen CP	2 (3)
11-15 years	30 (42)	G80.8 Muut CP-vammat	11 (15)
16-20 years	13 (18)	G80.9 Määrittämätön CP	0 (0)
GMFCS (n=67)	n (%)	MACS (n=57)	n (%)
I	17 (25)	I	12 (21)
II	12 (18)	II	11 (20)
III	13 (19)	III	13 (23)
IV	14 (21)	IV	10 (18)
V	11 (17)	V	10 (18)
CFCS (n=57)	n (%)	Kognitiivinen luokitus (n=62)	n (%)
I	28 (49)	I	3 (5)
II	7 (12)	II	15 (24)
III	5 (9)	III	13 (21)
IV	13 (23)	IV	31 (50)
V	4 (7)		

ICD-10 = CP-vamman diagnoosiluokittelu (alatyypit), GMFCS = Gross Motor Classification System (Palisano ym. 1997), Manual Ability Classification System (Eliasson ym. 2006), Communication Function Classification System (Hidecker ym. 2011), Kognitiivinen luokitus (Mäenpää ym. 2012)

vauskohteen esiintyminen yhden tai useamman kerran kuntoutussuunnitelmassa merkittiin ydinlistaan, josta kvantifioitu esiintyvyys siirrettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaan. Tehdyn siltauksen lisäksi tarkasteltiin, kuinka toimintakyvyn kuvaamisen muutos vaikutti kuntoutussuunnitelmien sisällön rakenteeseen ja käytettyyn kieleen.

Tulokset

Suurimmalla osalla tutkimusryhmän lapsista oli spastinen CP-oireyhtymä (n = 43, 6 %). Heidän toimintakykynsä liikkumisen sekä yläraajojen toimintojen osalta jakautui tasaisesti eri toimintakykyluokkiin lievistä erittäin vaikeisiin toimintakyvyn rajoituksiin. Suurin osa pystyi kommunikoimaan su-

juvasti. Kognitiotason arvioinnissa käytettiin karkeaa neliportaista luokittelua, jossa luokkaan I kuuluvien lasten kognitio oli normaali ja neljännen ryhmän lapset olivat kehitysvammaisia (Mäenpää ym. 2012). Tutkimusryhmän lapsista puolella oli kehitysvamma.

Kuntoutussuunnitelmien rakenne ja sisältö yleisesti

Sisällönanalyysi osoitti, että hankkeen aikana kuntoutussuunnitelmien rakenne muuttui selkeämmäksi ja toimintakyvyn kuvauksissa oli nähtävissä selkeää jäsentymistä. Suunnitelmissa käytettiin enemmän ICF-käsitteitä ja -sanastoa kuin hankkeen alussa. Toimintakykyä kuvattiin laajasti kaikilla ICF-luokituksen osa-alueilla sekä ennen hanketta

Taulukko 2. Toimintakyvyn kuvausten jakautuminen ICF-kuvauskohteisiin lasten kuntoutussuunnitelmissa. (Laskettu mukaan vain ne kuvaukset, joita esiintyy yli puolessa kuntoutussuunnitelmissa.)

ICF-kuvauskohde		Ennen hanketta (n)	Hankkeen jälkeen (n)
Ruumiin ja kehon toiminnot			
B126	Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot	53	60
b140	Tarkkaavuustoiminnot	39	47
b2152	Silmän ulkoisten lihasten toiminnot	39	47
b710	Nivelten liikkuvuustoiminnot	74	61
b730	Lihaskuonon ja tehon tuottotoiminnot	23	56
b735	Lihaskäntätoiminnot (tonus)	79	84
b760	Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta	71	84
b770	Kävely- ja juoksutyylitoiminnot	50	44
Suoritukset ja osallistuminen			
d330	Puhuminen	50	67
d410	Asennon vaihtaminen	47	49
d415	Asennon ylläpitäminen	76	60
d440	Käden hienomotorinen käyttäminen	64	66
d445	Käden ja käsivarren käyttäminen	69	54
d450	Käveleminen	60	55
d455	Liikkuminen paikasta toiseen	55	46
d465	Liikkuminen välineiden avulla	62	59
d530	WC:ssä käyminen	50	50
d540	Pukeutuminen	55	63
d550	Ruokaileminen	61	53
d820	Kouluopetus	47	59
Ympäristötekijät			
e115	Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön	68	68
e120	Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen	55	55
e355	Terveydenhuollon ammattihenkilöt	59	62

että sen jälkeen, eikä suuria eroja toimintakyvyn kuvauksissa ollut nähtävissä. Yli puolessa kuntoutussuunnitelmista kuvattiin useimmiten lapsen ja nuoren arkielämän suoriutumista ja osallistumista, esimerkiksi liikkumista, wc-toimia, pukeutumista ja ruokailemista (taulukko 2).

Toimintakyvyn kuvaus ruumiin rakenteissa ja ruumiin/kehon toiminnoissa

Ruumiin rakenteista kuntoutussuunnitelmissa oli eniten mainintoja alaraajojen ja vartalon sekä aivojen rakenteista (liite 1: taulukko 3). Alaraajojen rakenteet oli mainittu noin 40 prosentissa, vartalo alle kolmasosassa ja aivojen rakenteet neljäsosassa kuntoutussuunnitelmista. Ruumiin/kehon toiminnoissa oli laajasti kuvattu sekä mielen toimintoja (pääluokka 1) että aistitoimintoja ja kipua (pääluokka 2). Mielentoiminnot pitivät sisällään muun muassa älykkyys- ja tarkkaavuustoimintoja, kieleen liittyviä ja kognitiivisia toimintoja sekä tunne-elämä- ja persoonallisuustoimintoja. Kaikkia näitä toimintoja kuvattiin useammin hankkeen aikana kuin ennen hanketta. Aistitoiminnoista kuvattiin eniten näkötoimintoja, joiden kuvausten määrä lisääntyi hankkeen aikana. Kipu oli mainittu hankkeen aikana tehdyissä kuntoutussuunnitelmissa joka neljännessä, kun mainintoja ennen hankkeen aloitusta oli vähemmän kuin joka viidennessä suunnitelmassa. Hengitystoimintoja sekä ruansulatus-, aineenvaihdunta- ja virtsaamistoimintoja (pääluokat 5 ja 6) oli kuvattu joka neljännessä tai viidennessä suunnitelmassa. Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvissä toiminnoissa kaikki kuvauskohteet oli mainittu. Eniten kuvauksia oli tahdonalaisten liikkeiden hallinnasta, lihasjänteydestä ja nivelten liikkuvuustoiminnoista. Kuvaukset lisääntyivät hankkeen aikana eniten kahden edellä mainitun sekä lihasvoiman ja tehon tuottotoimintojen osalta ja vähenivät nivelten liikkuvuustoimintojen osalta.

Toimintakyvyn kuvaus suorituksissa ja osallistumisessa

Suoritusten ja osallistumisen osa-alueen ku-

vauskohteisiin oli viitattu laajasti ja kaikki pääluokat oli mainittu (liite 1: taulukko 4). Hankkeen alussa kuvattiin enemmän arkitoimia ja taitojen oppimiseen liittyviä toimia, kuten jäljittelemistä, lukemaan oppimista, taitojen hankkimista, käden/käsivarren käyttämistä, liikkumista paikasta toiseen, ruokailemista ja esiopetusta. Myöhemmissä kuntoutussuunnitelmissa kuvattiin enemmän esimerkiksi lukemista, kirjoittamista, oman käyttäytymisen hallintaa, peseytymistä ja vapaamuotoisia sosiaalisia ihmissuhteita sekä kouluopetusta ja vapaa-aikaa.

Kuvaukset lasten kommunikaatiosta lisääntyivät. Näitä olivat esimerkiksi puhuminen, keskusteleminen ja ei-kielellisten viestien tuottaminen. Suurin lisäys oli puhumisen kuvauksessa, joka lisääntyi 56 prosentista 74 prosenttiin. Liikkumiseen liittyviä kuvauskohteita oli paljon, muun muassa apuvälineiden käytön kuvausta. Harvemmin kuvattiin sekä ennen hanketta että sen aikana esimerkiksi kotielämää, perhe- ja intiimisuhteita sekä omasta terveydestä huolehtimista; näiden kuvaksia löytyi alle kymmenesosasta koko aineistoa. Kotitaloustöiden tekemisen kuvakset lisääntyivät kuitenkin nolasta maininnasta kymmeneen prosenttiin. Edelleen lisääntyivät vapaamuotoisten sosiaalisten ihmissuhteiden kuvaukset (14 %:sta 37 %:iin) sekä virkistäytymisen ja vapaa-ajan kuvaukset (26 %:sta 39 %:iin). Leikkimistä oli kuvattu noin neljänneksessä suunnitelmissa sekä ennen hanketta että hankkeen aikana. (Ks. liite 1: taulukot 4 ja 5.)

Ympäristötekijöihin liittyvä toimintakyvyn kuvaus

Ympäristötekijöissä oli laajasti kuvattu apuvälineisiin liittyviä asioita, esimerkiksi liikkumista, kommunikointia ja oppimista tukevia apuvälineitä. Eniten mainintoja oli päivittäisen elämän teknologioista ja tuotteista, kuten tukikengistä ja ortooseista (76 %) ja liikkumisen apuvälineistä (61 %). Eroja lukumäärissä eri aikana tehtyjen kuntoutussuunnitelmien välillä ei ollut. Kuvaukset lapsen lääkityksistä lisääntyivät jonkin verran (33 %:sta 46 %:iin). Kuntoutussuunnitelmista kuvattiin myös lapsen ja nuoren perheen

ja lähiympäristön toimijoiden (esimerkiksi kavereiden, terapeuttien, avustajien sekä terveydenhuollon ja opetuksen toimijoiden) antamaa tukea. Useimmiten mainittiin terveydenhuollon ammattihenkilöt (lisäys 66 %:sta 69 %:iin). Hankkeen aikana lisääntyivät eniten kuvaukset henkilökohtaisista avustajista (29 %:sta 36 %:iin). Myös erilaiset tukimuodot kuten vammaistuki ja kuljetuspalvelut tulivat mainituiksi sekä ennen hanketta että sen aikana (liite 1: taulukko 5). Maininnat sosiaaliturvaa koskevista palveluista lisääntyivät selkeimmin (21 %:sta 40 %:iin).

Ympäristötekijöissä oli paljon sellaisia kuvauskohteita, joita ei mainittu kertaakaan. Näitä olivat esimerkiksi kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan tuotteet ja teknologiat sekä asumiseen liittyvät palvelut ja hallinto. Pääluokassa neljä eri ryhmien asenteita oli kuvattu ainoastaan lapsen lähipiirin asenteiden osalta. Ammattihenkilöiden ja yhteisön asenteita ei kuvattu kertaakaan.

Pohdinta

Tämä tutkimus osoitti, että CP-oireiston laajan ICF-ydinlistan mukaan tarkastellen lapsen ja nuoren toimintakykyä kuvattiin kuntoutussuunnitelmissa laaja-alaisesti. Selkeästi eniten toimintakykyä oli kuvattu suoritusten ja osallistumisen osa-alueella, jossa viittauksia oli laajasti kaikkiin kuvauskohteisiin. Tarkastelussa osoittautui kuitenkin, että toimintakykyä kuvattiin enemmän suoritusten osa-alueella. Kaakkuriniemen ja kumppaneiden (2018) samasta kehityshankkeesta tehdyssä tutkimuksessa tehtiin samansuuntainen havainto: moniammatillisissa kuntoutussuunnitelmapalaverissa osallistumisen osa-alueelta löytyi vähemmän toimintakyvyn kuvausta.

Aikaisempien tutkimusten mukaan vammaisen lapsen ja nuoren osallistumiseen muun muassa vapaa-ajan harrastuksiin vaikuttivat hänen toiminnanrajoitteensa, yksilötekijänsä (ikä ja sukupuoli) sekä ympäristötekijät joko osallisuutta edistävinä tai estävinä (Imms 2008, Ullenhag ym. 2014, Vänskä ym. 2016). Imms kumppaneineen (2017) havaitsi tutkimuksessaan, etteivät CP-vammaiset lapset osallistuneet liikunnal-

lisiin ja taitoa vaativiin aktiviteetteihin niin paljon kuin olisivat itse halunneet. Tämä korostui etenkin vaikeasti vammaisilla lapsilla. Kuntoutuksessa tärkeä tavoite on yhteistyössä lasten, heidän vanhempiansa ja kuntoutuksen ammattihenkilöiden kanssa ymmärtää osallisuutta rajoittavia tekijöitä ja pyrkiä poistamaan niitä sekä kartoittaa lapsen omia toiveita, jotta ne voidaan ottaa huomioon kuntoutusta suunniteltaessa.

CP-hankkeen yhtenä tavoitteena oli ICF-luokituksen mukaisen ajattelumallin käyttöönotto lasten ja nuorten toimintakyvyn kuvaamisessa ja kuntoutumisen suunnittelussa (Mäenpää ym. 2016). Hankkeeseen osallistuneet moniammatilliset työryhmät saivat koulutusta ja ohjausta ICF-luokituksen käyttööntämisessä. Hankkeen aikana työryhmien välille muodostui ammatillinen verkosto, jossa vaihdettiin kokemuksia ja välitettiin tietoa (Kiviranta & Veijola 2017). Tämä tutkimus osoitti, että CP-hankkeen myötä toimintakyvyn kuvaaminen kuntoutussuunnitelmissa jäsenyi ja ICF-luokituksen mukaisen kielen käyttäminen yleisty.

CP-hankkeen aikana yhtenäistettiin lapsen toimintakyvyn arvioinnissa käytettyjä arviointimenetelmiä. Tähän voi viitata esimerkiksi lasten näkötoimintojen ja karsastuksen kuvausten lisääntyminen, sillä hankkeessa kiinnitettiin erityistä huomiota CP-oireyhtymään liittyviin toiminnallisiin näönkäytön vaikeuksiin ja otettiin käyttöön niitä arvioiva seulontalomake. Tuki- ja liikuntaelinten toiminnan osalta kiinnitettiin huomiota muun muassa lihasjänteyden ja lihasvoimien arviointiin, mikä voi selittää näiden toimintojen kuvausten lisääntymistä. Nivelten liikkuvuustoimintojen kuvaukset puolestaan vähenivät jonkin verran.

Osa kuntoutussuunnitelmien välillä havaituista toimintakyvyn muutosten kuvauksista ei nähtävästi liity pelkästään hankkeen aikana tapahtuneisiin kirjaamiskäytäntöjen muutoksiin, vaan ne saattavat liittyä lapsen kasvuun ja kehitykseen kyseisellä aikavälillä. Lasten ikä vaihteli kolmesta vuodesta 17 vuoteen, mutta pääosa lapsista oli hankkeen alkaessa jo kouluikäisiä. Hankkeen alussa toimintakykykuvaukset keskittyivät oppimiseen, kuten lukemaan oppimiseen ja

taitojen hankkimiseen. Hankkeen aikana näkyi enemmän jo opittuja taitoja, kuten lukemista ja kirjoittamista, sekä vapaamuotoisia sosiaalisia ihmissuhteita. Kuvauskohteiden muuttumista selitti osaltaan lapsen ja nuoren kasvu eli näiden toimintojen tuleminen ajankohtaisiksi nuoren elämässä. Tämä näkyi esimerkiksi sellaisten palvelujen kuvausten lisääntymisenä, jotka liittyivät henkilökohtaisiin avustajiin, vapaa-aikaan, liikennepalveluihin ja laajemmin sosiaalipalveluihin. Pääluokan 6 eli kotielämän kohteita oli kuitenkin kuvattu niukasti. Niistä alkoi olla mainintoja vasta myöhemmissä, hankkeen aikana tehdyissä suunnitelmissa. Tähän pääluokkaan kuuluu kattavasti kuvauskohteita, jotka liittyvät kotielämän ja lapsen päivittäisiin toimiin, esimerkiksi aterioiden valmistaminen ja kotitaloustöiden tekeminen. Nämä toimet ovat olennainen osa lapsen/nuoren ja perheen arkea ja tulevat ajankohtaisemmiksi lapsen kasvun myötä. Saman huomion on tehnyt Kaakkuriniemi kumppaneineen (2018) tutkimuksessaan.

Terveydenhuollon ammattilaisiin liittyvää kuvausta oli yli puolessa kuntoutussuunnitelmista sekä ennen hanketta että hankkeen aikana. Kuntoutussuunnitelman luonteseen kuuluu kuvata, miten ammattilaiset edistävät lapsen tai nuoren toimintakykyä ja millaiset ovat valitut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, esimerkiksi puheterapia- ja kuljetuspalvelut.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos suosittaa potilastiedon rakenteiseen kirjaamiseen asiakkaan toimintakykytiedon kirjaamista ICF-viitekehyksessä. Suositeltavaa on liittää toimintakyvyn kuvaukseen myös tieto käytetyistä arviointimenetelmistä sekä lyhyt päätelmä mittaustuloksista. (Jokinen & Virkunen 2018.) CP-hankkeen aikana saattoi huomata, että ICF-luokitus selkeytti kuntoutussuunnitelman sisällön rakennetta luokituksen mukaiseksi. Kuntoutussuunnitelmista oli helpommin löydettävissä olennaiset asiat. Osassa suunnitelmia oli käytetty esimerkiksi otsikointia tiedon löytämisen helpottamiseksi.

Kuinka laaja toimintakyvyn kuvauksen kuntoutussuunnitelmassa tulisi olla, jotta siinä olisi olennaiset ja riittävän monipuoliset tiedot palvelujen suunnittelemiseksi,

saamiseksi ja toteuttamiseksi? Tässä tutkimuksessa käytettiin CP-vammaisten lasten ja nuorten laajaa ydinlistaa aineiston analysointivälineenä. Schiariti ym. (2018) osoittivat tutkimuksessaan, että CP-vammaisten lasten ja nuorten lyhyt ydinlista oli hyvä työväline käytännön työssä kuvaamaan lasten ja nuorten toimintaa. Arjen kliinisessä työssä oman rajauksensa tuovat myös kirjaamiseen käytettävissä olevat aikaresurssit, jolloin ydinlista voisi toimia myös muistilistan tapaisena työkaluna.

Tulosten merkitys: ICF-viitekehyksen omaksuminen yhtenäistää ja selkeyttää lapsen ja nuoren toimintakyvyn kuvausta moniammatillisesti laadituissa kuntoutussuunnitelmissa. Tutkimustulokset osoittivat, että toimintakyvyn kuvaaminen oli laaja-alaista mutta painottui vielä paljon suoritusten osa-alueen kuvaamiseen. ICF-ydinlistojen käyttäminen muistilistan kaltaisena työvälineenä laajentaisi toimintakyvyn kuvaamista kaikille ICF-luokituksen osa-alueille.

Avainsanat: CP-oireyhtymä, ICF, toimintakyky, kuntoutussuunnitelma

Pirkko Leppävuori, TtM, fysioterapeutti YAMK, kehitysvammahuollon palvelukoordinaattori, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Ira Jeglinsky-Kankainen, TtT, yliopettaja, Arcada Ammattikorkeakoulu

Erja Kaakkuriniemi, fysioterapeutti YAMK, AmO, ohjaava kuntouttaja, Oppimis- ja ohjauskeskus Valteri

Tuula Kiviranta, LT, lastenneurologian erikoislääkäri, Oppimis- ja ohjauskeskus Valteri

Lähteet

- Ahola A, Hytönen E, Erämeri T, Mäenpää T (2015) CP-vammaisten lasten kuntoutussuunnitelmien analysointia – osa CP-hanketta. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201701261678>
- Autti-Rämö I, Haataja L, Mäenpää H, Kiviranta T (2017) Paikallisia malleista yhtenäiseen käytäntöön toimintakyvyn arviointimenetelmien valinnassa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Esimerkinä CP-oireisto. Työpapereita 115, Kela, Helsinki.

- Cieza A, Geyh S, Chatterji S ym. (2005) ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37, 212–218.
- Eliasson AC, Krumlinde-Sundholm L, Gordon AM ym. (2014) Guidelines for future research in constraint-induced movement therapy for children with unilateral cerebral palsy. An expert consensus. *Dev Med Child Neurol*, 56, 125–137.
- Hidecker MJC, Paneth N, Rosenbaum P ym. (2011) Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 27, 704–710.
- Imms C (2008) Children with cerebral palsy participate. A review of the literature. *Disability and re-habilitation* 30, 24, 1867–1884.
- Imms C, King G, Majnemer A ym. (2017) Leisure participation – preference congruence of children with cerebral Palsy: a Children’s assessment of participation and enjoyment International Network descriptive study. *Developmental Medicine & Child Neurology* 59, 4, 380–387.
- Jokinen T, Virkkunen H (toim.) (2018) Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa 1. Versio 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1+++final+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77
- Kaakkuriniemi E, Kiviranta T, Jeglinsky-Kankainen I, Veijola A (2018) CP-vammaisen lapsen ja nuoren toimintakyvyn kuvautuminen moniammatillisessa työryhmässä. *Kuntoutus* 41, 3, 21–37.
- Kiviranta T, Sätilä H, Suhonen-Polvi H ym. (2016) Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Suomen Lastenneurologinen yhdistys.
- Kiviranta T, Veijola A (2017) Valittujen menetelmien implementointi, CP-hankkeen III vaihe. Teoksessa I Autti-Rämö, L Haataja, H Mäenpää, T Kiviranta (2017) Paikallisista malleista yhtenäiseen käytäntöön toimintakyvyn arviointimenetelmien valinnassa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Esimerkkinä CP-oireisto. Työpapereita 115, Kela, Helsinki.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Käärinäinen M, Kanste O (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23, 2, 138–148.
- Leppävuori P (2019) CP-vammaisten lasten ja nuorten kuntoutussuunnitelmien kehittyminen CP-hankkeessa. Pro gradu -työ, Oulun yliopisto. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201906132546>
- Mäenpää H, Autti-Rämö I, Varho T ym. (2016) Multiprofessional evaluation in clinical practice: establishing a core set of outcome measures for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Dev Med Child Neurol Version of Record online: 7 OCT 2016 | DOI: 10.1111/dmcn.13289: 322–328.
- Mäenpää H, Varho T, Forsten W ym. (2012) Hajanaisista käytännöistä yhtenäisiin suosituksiin CP-lasten kuntoutuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 34, vsk 67, 2304–2310.
- Palisano R, Rosenbaum P, Walter S ym. (1997) Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 39, 214–223.
- Schiariti V, Longo E, Shoshmin A ym. (2018) Implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for Children and Youth with Cerebral Palsy: Global Initiatives Promoting Optimal Functioning. *Int J Environ Res Public Health*, Sep; 15, 9, 1899.
- Schiariti V, Selb M, Cieza A ym. (2015) International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting. *Dev Med Child Neurol* 57, 2, 149–58.
- Siegfrids J, Ottosson L, Granlund Y, Nyqvist J (2016) Förändringar i habiliteringsplaner för barn och ungdomar under det nationella CP-projektets andra fas – en tvärsnittsstudie med innehållsanalys. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016122021225>
- STM (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41.
- Suomela-Markkanen T, Peltonen R (2016) Kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki, 247–263.
- THL (2017) ICF-ydinlistat ja tarkistuslista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista>
- Ullenhag A, Krumlinde-Sundholm L, Granlund M ym. (2014) Differences in patterns of participation in leisure activities in Swedish children with and without disabilities. *Disability and rehabilitation* 36, 6, 464–471.
- Vänskä N, Pollari K, Sipari S (2016) Lasten osallistumista ja toimijuutta vahvistavat kuntoutuksen hyvät käytännöt kirjallisuudessa. Työpapereita 94, Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/161355>

Liite 1.

Taulukko 3. Lapsen/nuoren toimintakyvyn kuvauskohteet CP-vammaisten lasten ja nuorten laajan ydinlistan kuvauskohteiden mukaisesti ruumiin rakenteet ja ruumiin/kehon toiminnot -osa-alueilla ennen CP-hanketta ja sen jälkeen.

RUUMIIN RAKENTEET	Kuvauskohteen viitattu yhdesti tai useammin ennen CP-hanketta	Kuvauskohteen viitattu yhdesti tai useammin CP-hankkeen lopussa
Pääluokka 1 Hermojärjestelmän rakenteet		
s110 Aivojen rakenne	24	22
Pääluokka 3 Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet		
s320 Suun rakenne	6	4
Pääluokka 7 Liikkeeseen liittyvä rakenteet		
s730 Yläraajojen rakenne	5	5
s750 Alaraajojen rakenne	37	32
s760 Vartalon rakenne	23	25
s7700 Luut	3	7
s7703 Nivelten ulkopuoliset nivelsiteet, kalvot, lihasten ulkopuoliset kalvojänteet, pidäkesiteet (retinakulat), väliseinät ja kalvopussit, määrittelemätön	5	7
RUUMIIN/KEHON TOIMINNOT		
Pääluokka 1 Mielentoiminnot		
b117 Älykkyystoiminnot	28	45
b126 Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot	53	60
b1301 Motivaatio	25	24
b134 Unitoinnot	21	24
b140 Tarkkaavuustoiminnot	39	47
b152 Tunne-elämän toiminnot	30	36
b156 Havaintotoiminnot	32	33
b163 Kognitiiviset perustoiminnot	27	38
b164 Korkeatasoiset kognitiiviset perustoiminnot	17	26
b167 Kieleen liittyvät mielentoiminnot	22	34
Pääluokka 2 Aistitoiminnot ja kipu		
b210 Näkötoiminnot	42	51
b2152 Silmän ulkoisten lihasten toiminnot	39	47
b230 Kuulotoiminnot	10	10
b260 Asentoaistitoiminnot	26	25
b280 Kipuaistimus	16	24
Pääluokka 3 Ääni- ja puhetoiminnot		
b320 Ääntämistoiminnot	34	31
Pääluokka 4 Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot		
b440 Hengitystoiminnot	21	25
b445 Hengityslihastoiminnot	4	14
b4501 Liman kulku hengitysteissä	2	
b455 Rasituksen sietotoiminnot	7	6
Pääluokka 5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot		
b510 Ravinnonottoiminnot	16	12
b525 Ulostustoiminnot	19	20
b530 Painonhallintatoiminnot	10	15
Pääluokka 6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot		
b620 Virtsaamistoiminnot	10	21

Päälukka 7 Tuki- ja liikuntaelimitykseen ja liikkeisiin liittyvät toiminnot		
b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot	74	61
b715 Nivelten stabiilustoiminnot	4	2
b730 Lihassoiman ja tehon tuottotoiminnot	23	56
b735 Lihaskänteytystoiminnot (tonus)	79	84
b740 Lihaskänteytystoiminnot	5	11
b755 Tahdosta riippumattomat liikereaktiot	36	33
b760 Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta	71	84
b765 Tahattomat liiketoiminnot	21	18
b770 Kävely- ja juoksu- ja juoksu- ja juoksu-	50	44
Päälukka 8 Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot		
b810 Ihon suojaustoiminnot	22	25

Taulukko 4. Lapsen/nuoren toimintakyvyn kuvauskohteet CP-vammaisten lasten ja nuorten laajan ydinlistan kuvauskohteiden mukaisesti suoritukset ja osallistuminen -osa-alueella ennen CP-hanketta ja sen jälkeen.

SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN	Kuvauskohteeseen viitattu yhdesti tai useammin ennen CP-hanketta	Kuvauskohteeseen viitattu yhdesti tai useammin CP-hankkeen lopussa
Päälukka 1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen		
d110 Katseleminen	26	20
d115 Kuunteleminen	10	15
d120 Muu tarkoituksellinen aistiminen	3	2
d130 Jäljitteleminen	11	6
d131 Oppiminen esineiden avulla	1	3
d133 Kielen oppiminen	13	11
d137 Käsitteiden oppiminen	12	13
d140 Lukemaan oppiminen	16	9
d145 Kirjoittamaan oppiminen	11	8
d155 Taitojen hankkiminen	14	7
d160 Tarkkaavuuden kohdentaminen	17	23
d166 Lukeminen	17	27
d170 Kirjoittaminen	10	21
d172 Laskeminen	19	25
d175 Ongelman ratkaiseminen	17	14
d177 Päätöksen tekeminen	10	17
Päälukka 2 Yleisluontoiset tehtävät ja vaatteet		
d220 Useiden tehtävien tekeminen	11	13
d230 Päivittäin toistuvien tehtävien tekeminen	37	43
d250 Oman käyttäytymisen hallinta	14	24
Päälukka 3 Kommunikointi		
d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen	30	26
d330 Puhuminen	50	67
d331 Jokeltelu	6	3
d335 Ei kielellisten viestien tuottaminen	24	31
d350 Keskustelu	19	37
d360 Kommunikaatiolaitteiden ja -tekniikoiden käyttäminen	27	26

Pääluokka 4 Liikkuminen		
d410 Asennon vaihtaminen	47	49
d415 Asennon ylläpitäminen	76	60
d420 Itsenä siirtäminen	32	38
d430 Nostaminen ja kantaminen	5	7
d435 Esineiden liikuttaminen alaraajoilla	3	8
d440 Käden hienomotorinen käyttäminen	64	66
d445 Käden ja käsivarren käyttäminen	69	54
d450 Käveleminen	60	55
d455 Liikkuminen paikasta toiseen	55	46
d460 Liikkuminen erilaisissa paikoissa	26	29
d465 Liikkuminen välineiden avulla	62	59
d470 Kulkuneuvojen käyttäminen	8	13
Pääluokka 5 Itsestä huolehtiminen		
d510 Peseytyminen	33	41
d520 Kehon osien hoitaminen	11	7
d530 WC:ssä käyminen	50	50
d540 Pukeutuminen	55	63
d550 Ruokaileminen	61	53
d560 Juominen	13	17
d570 Omasta terveydestä huolehtiminen	3	5
Pääluokka 6 Kotielämä		
d630 Aterioiden valmistaminen	1	5
d640 Kotitaloustöiden tekeminen	0	9
Pääluokka 7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet		
d710 Henkilöiden välinen perustavanlaatuinen vuorovaikutus	40	40
d720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus	9	9
d750 Vapamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet	13	33
d760 Perhesuhteet	4	9
d770 Intiimit ihmissuhteet	0	0
Pääluokka 8 Keskeiset elämänaalueet		
d815 Esiopetus	24	17
d820 Kouluopetus	47	59
d845 Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen	0	1
d860 Taloudelliset perustoimet	0	6
d880 Leikkiminen	22	21
Pääluokka 9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä		
d910 Yhteisöllinen elämä	7	11
d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika	23	35

Taulukko 5. Lapsen/nuoren toimintakyvyn kuvauskohteet CP-vammaisten lasten ja nuorten laajan ydinlistan kuvauskohteiden mukaisesti ympäristötekijät -osa-alueella ennen CP-hanketta ja sen jälkeen.

YMPÄRISTÖTEKIJÄT	Kuvauskohteen viitattu yhdesti tai useammin ennen CP-hanketta	Kuvauskohteen viitattu yhdesti tai useammin CP-hankkeen lopussa
Pääluokka 1 Tuotteet ja teknologiat		
e110 Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen	30	41
e115 Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön	68	68
e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen	55	55
e125 Kommunikointituotteet ja -teknologiat	17	21
e130 Opetustuotteet ja -teknologiat	16	20
e140 Kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan tuotteet ja teknologiat	0	0
e150 Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat	0	2
e155 Yksitysrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat	1	4
e160 Maanrakennuksen tuotteet ja teknologiat	0	0
e165 Varallisuus	0	0
Pääluokka 3 Tuki ja keskinäiset suhteet		
e310 Lähiperhe	25	28
e315 Laajennettu perhe	3	5
e320 Ystävät	7	19
e325 Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet	13	10
e330 Esimiesasemassa olevat henkilöt	1	1
e340 Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat	26	32
e355 Terveystieteiden ammattihenkilöt	59	62
Pääluokka 4 Asenteet		
e410 Lähiperheen jäsenten asenteet	2	3
e415 Laajennetun perheen asenteet	0	0
e420 Ystävien asenteet	1	1
e425 Tuttavien, ikätovereiden, työtoverien, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet	1	0
e430 Esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet	0	0
e440 Kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet	0	0
e450 Terveystieteiden ammattihenkilöiden asenteet	0	0
e460 Yhteisön asenteet	0	0
e465 Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat	0	2
Pääluokka 5 Palvelu, hallinto ja politiikat		
e525 Asuminen – palvelut, hallinto ja politiikka	0	0
e540 Liikenne - palvelut, hallinto ja politiikka	7	16
e550 Oikeustoimi - palvelut, hallinto ja politiikka	1	0
e555 Yhdistykset ja järjestöt - palvelut, hallinto ja politiikka	0	0
e560 Tiedotusvälineet - palvelut, hallinto ja politiikka	0	0
e570 Sosiaaliturva - palvelut, hallinto ja politiikka	19	36
e580 Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka	33	34
e585 Koulutus - palvelut, hallinto ja politiikka	16	18
e590 Työ ja työllistyminen - palvelut, hallinto ja politiikka	0	5

VAMMAISTEN IHMISTEN TYÖELÄMÄOSALLISUUS JA TYÖSSÄ KOETTU SYRJINTÄ

Vammaisfoorumin kyselyn 2018 tuloksia

Johdanto

Suomi on allekirjoittanut ja ratifioinut YK:n yleissopimuksen vammaisten ihmisten oikeuksista (Suomen YK-liitto 2015). Sopimus korostaa vammaisten ihmisten osallistumista, osallisuutta ja tasa-arvoa ja kieltää laaja-alaisesti syrjinnän, ja siinä tunnustetaan vammaisten henkilöiden oikeus tehdä työtä yhdenvertaisesti muiden kanssa (artikla 27). Sopimukseen sisältyy velvoite raportoida oikeuksien toteutumisesta. Suomen ensimmäisessä raportissa vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimuksen täytäntöönpanosta (2019) todetaan, että työlainsäädäntö ja työllistämistä edistävä lainsäädäntö kohtelee vammaista työnhakijaa ja työntekijää yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Ovatko vammaiset ihmiset todella yhdenvertaisia työelämässä muiden kanssa, vai esiintyykö vammaisiin kohdistuvaa syrjintää? Millaiselta näyttää vammaisten ihmisten työllisyystilanne muihin verrattuna? Tutkimusten ja tilastotietojen perusteella vammaisten ihmisten työllisyysaste on huomattavasti muuta väestöä alempi. Eurostatin (2014) tilastojen mukaan vammaisten ihmisten työllisyysaste EU-maissa on noin 20 prosenttia muuta väestöä alempi (ks. myös Teit-

tin 2018). Näissä tilastoissa vammaisten ihmisten työllisyysasteen on kerrottu olevan jopa 50–60 prosenttia. Toisaalta esimerkiksi Parrukoski ja Karjalainen (2009) arvioivat työikäisten vammaisten työllistymisasteen olevan vajaa 20 prosenttia. Kelan tilastollisen vuosikirjan mukaan vuonna 2008 kokonaan työvoiman ulkopuolella oli työikäisistä vammaisista Suomessa lähes kaksi kolmasosaa eli noin 170 000 vammaista henkilöä (Suomen virallinen tilasto 2009). Arvioiden välillä on siten todella isoja eroja, mutta yhteinen tulos on kuitenkin se, että vammaisten ihmisten työllistymisaste on huomattavasti valtaväestöä alempi.

Monilla vammaisilla ihmisillä vammaisuudesta aiheutuvat toimintarajoitteet ovat sen verran suuria, ettei työllistyminen palkkatyöhön ole ehkä realistista. Mutta johtuuko alempi työllistymisaste pelkästään toimintarajoitteista, vai liittyykö siihen muita, rakenteellisia tai asenteellisia, tekijöitä, joiden vuoksi vammaisten ihmisten on vaikeampi työllistyä? Vesalan ym:iden (2015) tutkimuksessa arvioitiin, että vain noin 400–500 kehitysvammaista henkilöä, jotka käyttävät vammaisten työllisyyspalveluja, on tuetusti työllistynyt palkkatyöhön, mutta näiden li-

säksi nyt avotyötoiminnassa tai työtoiminnan työkeskuksissa olevista henkilöistä noin 3000 voisi työllistyä palkkatyöhön, jos tarjolla olisi oikeanlaista tukea.

Yksi iso ongelma on se, että läheskään kaikissa kunnissa ei ole tuetun työn ja työhönvalmentajan palvelua tarjolla. Monissa kunnissa tyydytään avotyötoimintaan, eikä palkallisia työsuhteita edes tavoitella. Tämä kävi konkreettisesti ilmi Kehitysvammaliiton ja K-Kauppiasliiton yhteishankkeessa (Seppälä 2013): moni työnantaja jäi ilman kehitysvammaista työntekijää, koska paikakunnalta ei löytynyt työhönvalmentajaa eikä siten myöskään potentiaalisia kehitysvammaisia työntekijöitä. Avotyötoimintaa suositaan kunnissa siksi, että sen kuvitellaan olevan kunnalle edullista. Tuettu työ on kuitenkin tutkimusten mukaan kunnalle vieläkin edullisempaa, mutta todennäköisesti tästä ei olla tietoisia. Lisäksi osa työnantajista, joilla on kehitysvammaisia ihmisiä avotyötoiminnassa, eivät ole halukkaita muuttamaan avotyötoimintaa palkkatyösuhteiseksi. Edelleen esteeksi voi muodostua eläkkeen ja palkkatulon yhteensovittaminen. Nykyisen lainsäädännön mukaan työkyvyttömyyseläkkeellä oleva henkilö saa ansaita kuu-kaudessa 784,52 euroa (vuonna 2019); rajan ylittyessä eläke täytyy jättää lepäämään. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilön tulojen täytyy yli kaksinkertaistua, että hän pääsisi edes samaan taloudelliseen tilanteeseen kuin pelkällä työkyvyttömyyseläkkeellä ollessaan. Tältä kannalta työntekijä ei voi tehdä kuin rajatun määrän työtunteja viikossa, vaikka itse toivoisi ja myös työnantaja haluaisi isompaa työpanosta.

Nämä kuvatut ongelmat kertovat selvästi, etteivät vammaiset ihmiset läheskään aina ole yhdenvertaisessa asemassa muihin ihmisiin nähden. Tässä katsauksessa tarkastellaan sitä, miten vammaiset ihmiset itse kokevat oman asemansa työelämässä: Kokevatko he syrjintää? Jos kokevat, niin minkälaista? Jamista syrjintä voi johtua?

Aineisto ja menetelmä

Vammaisfoorumi toteutti yhdessä ihmisoi-keuskeskuksen kanssa keväällä 2018 kyselyn

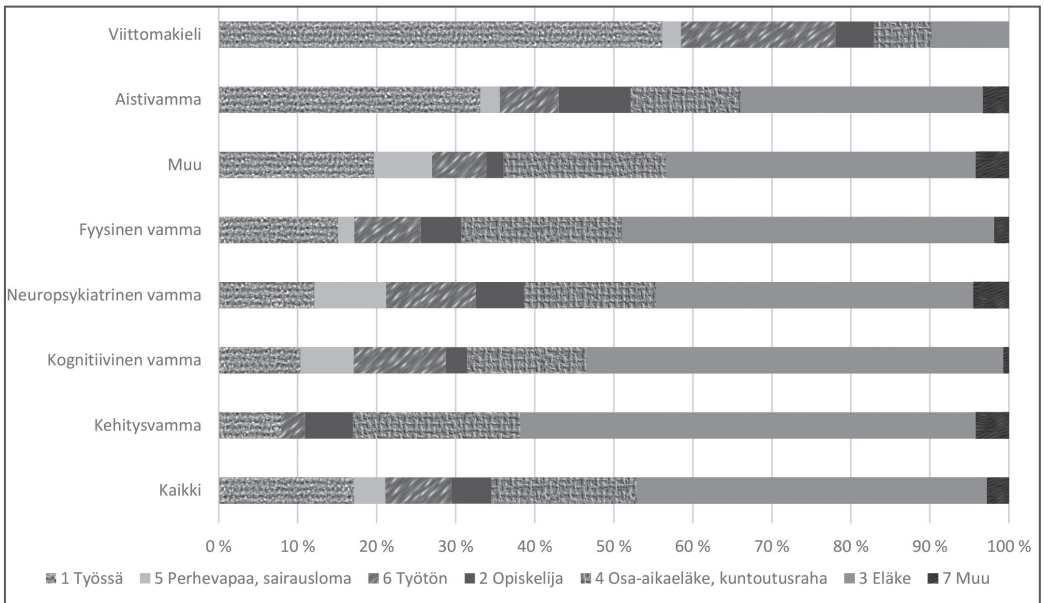
vammaisten ihmisten oikeuksien toteutumisesta. Kyselyyn vastasi yhteensä 1525 vammaista ihmistä. Vastanneiden joukossa oli eri ikäisiä miehiä ja naisia ja eri tavoin vammaisia ihmisiä eri puolilta Suomea. Koska kysely toteutettiin avoimena, toisin sanoen vastaajia ei valittu minkään satunnaisotoksen perusteella, ei ole mahdollista tarkalleen arvioida, miten hyvin vastaajat edustavat kaikkia suomalaisia vammaisia ihmisiä. Kyselyn toteutus sekä suorat jakaumat koko aineistossa ja vammaryhmittäin on kuvattu raportissa Vesala & Vartio (2019). Vammaisfoorumin sivuilta löytyy myös työelämää ja köyhyyttä käsittelevä teemaraaportti (Björkberg ym. 2019) sekä muita teemakohtaisia raportteja (<https://vammaisfoorumi.fi/lausunnot/>). Varsinainen rinnakkaisraportti valmistuu myöhemmin.

Kokevatko vammaiset ihmiset syrjintää työelämässä?

Kyselyn työikäisiä (17–64-vuotiaita) vastaajia oli yhteensä 1225; heistä työssäkäyviä oli 209 eli 17 prosenttia. Vaikka tämän aineiston perusteella ei voida tehdä mitään johtopäätöksiä vammaisten ihmisten työllisyysasteesta, voidaan todeta, että työllisten osuus kyselyyn vastanneissa vastaa hyvin aiemmin mainittuja tutkimustuloksia (vrt. Parrukoski & Karjalainen 2009). Vammaryhmien välillä oli suuria eroja: eniten työssäkäyviä oli viittomakielisten (56 %) ja aistivammaisten (33 %) ryhmissä ja vähiten kehitysvammaisten ryhmässä (8 %) (kuvio 1).

Syrjinnän kokemuksia työelämässä kysyttiin kolmella kysymyksellä: ”Oletko kokenut syrjintää: a) Työnhaussa; b) Työhön liittyvissä mukautuksissa; c) Työelämässä muuten?”. Vastausvaihtoehtoina kaikissa oli: 1 = En; 2 = Kyllä; 3 = Ei koske minua.

Merkille pantavaa oli, että jokaisessa kysymyksessä vaihtoehdon ”Ei koske minua” valinneita oli lähes 60 prosenttia; kaikkiin kolmeen kysymykseen tämän vaihtoehdon valinneita oli 56 prosenttia. Eli yli puolet vastaajista katsoi, että työelämään liittyvät kysymykset eivät kosketa heitä. Pitävätkö he jo lähtökohtaisesti työelämää sellaisena, että heillä ei ole pääsyä sinne? Tai että he



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden työelämästatus vammaryhmittäin.

eivät tarvitse työelämää ja työtä itsensä elättämiseen?

Tässä muutama avovastaus, joissa kuvastuu hyvin kokemus siitä, ettei työelämään kiinni pääseminen näytä mahdolliselta:

”Olen käytännössä työelämän ulkopuolella erinomaisilla arvosanoilla.”

”Olen kaiken normaalin elämän ulkopuolella. En pysty opiskelemaan, töihin tai edes työkkärin aktivointi palveluihin.”

”Vaikeasti cp-vammainen ei pääsisi kuitenkaan töihin yhtään mihinkään, kun kädet ja jalat eivät toimi niin mitenkäs tässä sitten teet yhtään mitään kunnon ihmisen töitä.”

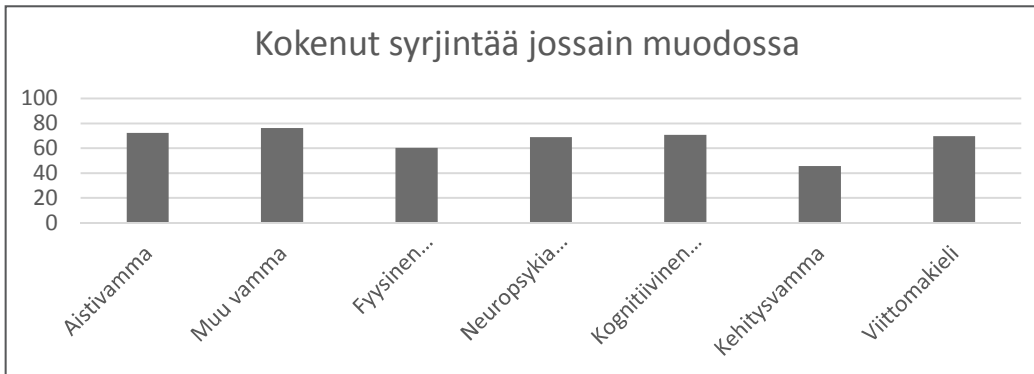
Useimmin tähän ryhmään sijoittuivat eläkkeellä, perhevapaalla tai sairauslomalla olevat ja opiskelijat, samaten nuorimmat (alle 25 vuotta) ja vanhimmat (yli 54 vuotta) vastaajat sekä vanhempien tai omaisten luona tai asumispalveluissa asuvat. Eniten niitä, jotka katsoivat, että työelämäkysymykset

eivät koske heitä, oli kognitiivisen vamman (71 %), fyysisen vamman (60 %) ja kehitysvamman (n. 56 %) vammaryhmissä. Vähiten heitä oli viittomakielisissä (20 %) ja aistivammaisissa (43 %); näissä ryhmissä myös työssäkäyviä oli eniten. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa.

Kun tarkastellaan vain niitä vastaajia, jotka kokevat työelämään liittyvät kysymykset itselleen relevanteiksi, havaitaan, että syrjintää työelämään pääsyssä oli kokenut 60 prosenttia, työhön liittyvissä mukautuksissa 49 prosenttia ja työelämässä muuten 50 prosenttia. Vastaajia, jotka olivat vastanneet ”kyllä” ainakin yhteen kysytyistä kolmesta kohdasta, oli 65 prosenttia. Toisin sanoen valtaosa, lähes kaksi kolmasosaa, vammaisista henkilöistä on kokenut jossain muodossa syrjintää työelämässä.

Vammaryhmittäisessä tarkastelussa havaitaan, että kehitysvammaiset poikkeavat selkeästi muista, heistä ”vain” noin 45 prosenttia ilmoitti kokeneensa syrjintää (kuvio 2). Syrjinnän kokemisessa ei havaittu eroja miesten ja naisten välillä eikä myöskään eri ikäisten välillä.

Avovastauksissa esille nousivat työhaus-



Kuvio 2. Syrjintää työelämässä jossain muodossa kokeneet vammaryhmittäin (%).

sa ja työelämään pääsyssä ongelmat, jotka selkeästi kuvaavat työnantajien vammaisuuden ja vammaisiin ihmisiin kohdistuvia ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita:

"Vaikka lähetän hakemuksia, en vajaa-kuntoisena pääse edes haastatteluun."

"Kuurouden takia haastatteluja ei tulleet. Piti poistaa sen tiedon ja pääsin haastatteluihin."

"Kun työhaastattelussa tai haastattelua sopiessa liikuntavammani on tullut ilmi, on minut syrjäytetty hakuprosessissa."

"Ei pääse haastatteluun, jos kertoo vammasta työhakemuksessa."

Mutta yhtä lailla ennakkoluuloihin ja asenteisiin törmätään palveluissa:

"Olen ollut työharjoittelussa mutta en ole saanut tarpeeksi työhönvalmennusta enkä siten työpaikkaa."

"Kerrottiin ettei ole töitä normaaleillekaan ja ei heillä ole aikaa etsiä meille tai osoittaa töitä. Hakekaa ja etsikää itse, jos kiinnostaa."

"... työkkäri ei ota minua vakavasti, kun minulla on eläke, tai tarjoaa työkokeilua minulle, jolla on ammattipätevyys ja tutkinto ammattiini ja tehnyt lähes 30

vuotta töitä. Ovat hyvin närkästyneitä, kun sanon etten ala tekemään ilmaista työtä enkä tarvitse työkokeilua ammattiini."

Syyksi sille, että työolosuhteissa ei tehdä asianmukaisia, kohtuullisia mukautuksia, arveltiin, että ne ovat kalliita ja vaivalloisia toteuttaa sekä asettavat ei-vammaiset työntekijät epätasa-arvoiseen asemaan:

"Työnantajat eivät ota, kun liikuntarajoitteen takia tehtävät mukautukset olisivat liian kalliita."

"Työyhteisössäni tarvitsemani mukautukset nähdään usein erityisesti erityiskohteluna tai sellaisena hyvänä, johon muillakaan työntekijöillä ei ole oikeutta. Koska organisaatiossa nähdään tasa-arvoisuus vahvasti tasapäistämisen ("kai-kille saman verran kaikkea") kautta, on positiivista erityiskohtelua ja kohtuullisia mukautuksia vaikea viedä läpi."

Toisaalta kyseessä voi olla ensisijaisesti ajattelelmattomuudesta:

"Työsyrjintä ilmenee selvemmin esimerkiksi koko työyhteisöä koskevilla retkillä. Usein ns. työhyvinvointipäivät järjestetään esteellisissä paikoissa ja kuljetukset ovat esteellisiä. En usko, että kyse on tahallisesta syrjinnästä, vaan puhtaasta ajattelelmattomuudesta. Ei

tulla ajatelleeksi, että suurimmalla osalle virkistymispäivä, voi joillekin todellinen 'survival game'.

Lopuksi

Vammaisfoorumin keräämä kyselyaineisto on varsin ainutlaatuinen Suomessa. Lähes poikkeuksetta vammaisuuteen ja vammaisiin ihmisiin kohdistuvaa tutkimusta tehdään yksittäisten vamma- tai diagnosoisiryhmien sisällä, jolloin vertailuasetelmaa eri tavoin vammaisten ihmisten välille ei synny. Nyt tämä aineisto antaa siihen mahdollisuuden.

Käytettyyn aineistoon liittyy kuitenkin iso ongelma: sen edustavuutta koko vammaisten ihmisten populaatioon on vaikeaa arvioida. Kyselyyn vastaajia ei ole valittu minkään systemaattisen otannan avulla, vaan kysely on ollut avoin kaikille niille vastaajille, jotka ovat siitä saaneet tiedon. Näin ollen kyselyn vastaajajoukossa saattavat olla yliedustettuina esimerkiksi keskimääräistä itsenäisemmin elävät, aktiivisemmat ja paremmin toimeentulevat vammaiset henkilöt, joilla on internetyhteydet käytössään ja jotka osallistuvat aktiivisesti esimerkiksi vammaisalan järjestötoimintaan ja ylipäättään yhteiskuntaan. Vastaavasti aineistossa saattaa olla aliedustettuina tai siitä saattaa kokonaan puuttua joitain vammaisten ihmisten ryhmiä. Tämä seikka on otettava huomioon ja pidettävä mielessä aineistosta saatuja tuloksia luottaessa ja tulkittaessa.

Aineisto on kuitenkin varsin mittava, ja siinä on mukana eri ikäisiä, eri tavoin vammaisia ihmisiä, jotka elävät erilaisissa oloissa ja eri puolilla Suomea. Tulokset ovat suuntaa antavia ja kysymyksiä herättäviä, ja niiden paikkansapitävyyttä tulee edelleen selvittää tulevilla tutkimuksissa.

Tässä esitetyt tulokset voidaan tiivistää kahteen pääkohtaan. Ensinnäkin tässä aineistossa vammaisten ihmisten työelämäosallisuus on huomattavasti heikompaa kuin koko väestössä. Työssä käyviä oli vain 17 prosenttia, kun koko väestössä työllisyysaste lokakuussa 2019 oli 73 prosenttia (Tilastokeskus 2019). Lisäksi yli puolet kyselyyn vastanneista työikäisistä vammaisista henkilöistä koki työelämään liittyvät kysymyk-

set itselleen irrelevanteiksi, toisin sanoen he sijoittivat itsensä jo lähtökohtaisesti työelämän ulkopuolelle. Sijoittautuminen työelämän ulkopuolelle johtuu joissain tapauksissa siitä, että omat toimintakyvyn rajoitteet ovat niin suuret, ettei palkkatyö ole mahdollista. Mutta kuinka monessa tapauksessa tämä aiheutuu siitä, ettei riittäviä tukitoimia ole saatavilla, vaikka halua ja kykyjä löytyisi?

Toisena päätuloksena on vammaisten ihmisten työelämässä kokemaa syrjintää. Tulos on järkyttävä: lähes kaksi kolmesta kyselyyn vastanneesta vammaisesta henkilöstä ilmoittaa kokeneensa jonkinlaista syrjintää työelämässä. Eniten syrjintää koettiin tapahtuvan jo työnhakuvaiheessa, jolloin vammaisuus muodostui esteeksi työhaastatteluun pääsemiselle tai ei-vammaisen hakija menee etusijalle. Tulokset kuvastavat negatiivisia ennakoasenteita sekä työnantajien parissa että palvelujärjestelmässä. Ennakkoluulot ja negatiiviset asenteet johtuvat yleensä siitä, että asiat tai henkilöt ovat itselle vieraita. Työnantaja saattaa pelätä, että vammaisen henkilön palkkaaminen aiheuttaa turvallisuusriskejä tai että henkilölle tulee paljon sairauspoissaoloja, ja tietenkin epäillään hänen suoriutumistaan työtehtävistä. Paras lääke näiden asenteiden hälventämiseen olisi asian tekeminen tutuksi. Työnantajat, joilla on kehitysvammaisia henkilöitä työntekijöinä, arvioivat heitä erittäin positiivisesti (Vesala ym. 2016). Siksi olisi tärkeää tuoda esille positiivisia kokemuksia ja kertomuksia vammaisten ihmisten sijoittumisesta työelämään sekä myös tietoa esimerkiksi palkkatuesta ja työolosuhteiden järjestelytuesta.

Tulosten perusteella myös palvelujärjestelmässä, niin kunnan vammaispalveluissa kuin TE-toimistojen työllistämispalveluisakin, olisi tarvetta asenteiden muutokseen. Jokaisessa kunnassa tulisi olla tarjolla työhönvalmentajan palveluja, ja myös tavoitteet tulisi asettaa ensisijaisesti palkkatyöhön työllistymiseen eikä vain avotyötoimintaan. TE-toimistojen tarjoamaa työhönvalmennusta olisi syytä kehittää joustavammaksi ja paremmin kunkin työnhakijan yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi.

Mutta selvää on myös, että valvontaa tarvitaan. Tunnistavatko vammaiset ihmiset

itse syrjintää, ja ennen kaikkea, uskaltavatko he lähteä valittamaan heihin kohdistuvasta syrjinnästä?

Tulosten merkitys: Kaikilla ihmisillä on oikeus työhön ja sitä kautta kohtuullisen elannon ansaitsemiseen. Tässäkin kuvatut tulokset kertovat kuitenkin, että monilla vammaisilla ihmisillä nämä oikeudet eivät toteudu.

**Hannu T. Vesala, PsykM, tutkija,
Kehitysvammaliitto**

Lähteet

- Björkberg E, Fredriksson J, Hakola M, Hanhikoski B, Jantunen V, Mäki A, Ojamo M, Rissanen P, Salminen P, Tammi T, Teinikivi M, Ukkola V, Verainen L-M (2019) Miten vammaisten ihmisten oikeudet toteutuvat Suomessa? Työelämä ja köyhyys -teematyöryhmän raportti. Vammaisfoorumi ry, 4.9.2019. <https://vammaisfoorumi.fi/wp-content/uploads/2019/09/RAPORTTI-Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4-ja-k%C3%B6yhyys.pdf>
- Eurostat (2014) Disability statistics – Labour market access. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/34420.pdf>
- Parrukoski S, Karjalainen J (2009) Tietoja vammaisten työllisyydestä ja toimeentulosta. Köyhyyskirjoituksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Seppälä H (2013) Saatiin töitä! Monenlaisia tuloksentekeijöitä -hankkeen loppuraportti. Kehitysvammaliitto. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/wp-content/uploads/monenlaisia-tuloksentekeijoita-loppuraportti.pdf>.
- Suomen ensimmäinen raportti vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimuksen täytäntöönpanosta (2019). <https://um.fi/documents/35732/0/CRPD%2C+Suomen+ensim%C3%A4inen+m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4aikaistraportti+%281%29.pdf/28a642e5-668d-1e46-a158-30c772625df?t=1565958161181>
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2009) Kelan tilastollinen vuosikirja 2009 <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/18379>
- Suomen YK-Liitto (2015) YK:n yleissopimus vammaisten ihmisten oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja. https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/vammaisten_oikeudet_2016_net.pdf
- Teittinen A (2018) Vammaiset, köyhyys ja palkkatyö. Suuntaaja 1. Verkkojulkaisu osoitteessa: <https://www.aspa.fi/fi/suuntaaja/suuntaaja-12018-yksin%C3%A4isyys-k%C3%B6yhyys-ja-merkityksellisyys/vammaiset-k%C3%B6yhyys-ja-palkkaty%C3%B6>
- Tilastokeskus (2019) Työvoimatutkimus 20.10.2019 <https://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/>
- Vesala HT, Klem S, Ahlsten M (2015) Kehitysvammaisten ihmisten työllisyystilanne 2013–2014. Kehitysvammaliiton selvityksiä 9. Helsinki.
- Vesala HT, Klem S, Ala-Kauhaluoma M, Harkko J (2016) Työnantajien kokemuksia kehitysvammaisista työntekijöistä. Kehitysvammaliiton selvityksiä 11. Helsinki.
- Vesala HT, Vartio E (2019) Miten vammaisten ihmisten oikeudet toteutuvat Suomessa? Vammaisfoorumin vuonna 2018 toteuttaman kyselyn tulokset taulukkomuodossa https://vammaisfoorumi.fi/wp-content/uploads/2019/10/VFKyselyn-pe-rusraportti2019_2.pdf.

KEHOTIETOISUUS KROONISESSA MASENNUKSESSA

Johdanto

Masennus on maailmanlaajuisesti kolmanneksi yleisin sairaus. Vuoteen 2030 mennessä sen on ennustettu kehittyvän yleisimmäksi tautitaakkaa aiheuttavaksi sairaudeksi HIV:n/AIDS:n ja iskeemisen sydänsairauden rinnalle (Mathers & Loncar 2006). Noin viidesosalla vakavasti masentuneista sairauden on esitetty kroonistuvan (Gilmer ym. 2005). Masennus voidaan määritellä krooniseksi, kun se on aikuisella kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kaksi vuotta. Kroonisessa masennuksessa esiintyy masennukselle tyypillisiä oireita, kuten unettomuutta, uupumusta, matalaa itsetuntoa, keskittymiskyvyttömyyttä sekä toivottomuutta. (Black & Grant 2014.) Masennuksen kroonistumiselle altistaa erityisesti ensimmäisen masennusjakson alkaminen nuorella iällä, masennusjakson pitkä kesto sekä perhetaustassa esiintyvät mielialahäiriöt (Hölzel ym. 2011).

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että masennuksesta kärsivillä kehotietoisuus saattaa olla heikentynyt (Lackner & Fresco 2016, Ewing ym. 2017). Masentuneet ovat kuvanneet tyytymättömyyttä omaa kehoaan kohtaan sekä negatiivisia kokemuksia kehostaan enemmän kuin terveet (Scheffers ym. 2018, Solano López & Moore 2018, Danielsson & Rosberg 2015). Lisäksi masentuneet ovat raportoineet kokevansa kehossaan

juurettomuutta, kehon ja mielen erillisyyttä – kuin mieli olisi leikattu irti kehosta – sekä kokonaisvaltaista uupumusta (Danielsson & Rosberg 2015). Masentuneet ovat myös kokeneet kehonsa vähemmän turvallisena ja luotettavana (Solano López & Moore 2018).

Mehling ym. (2012) määrittelevät kehotietoisuuden käsitteen viiden osa-alueen kautta, jotka ovat: 1) tietoisuus kehontuntemuksista, 2) kehollisten tuntemusten herättämien tunnereaktioiden tiedostaminen ja niihin reagoiminen, 3) kehontuntemuksiin kohdistuvan tarkkailun säätely, 4) kehollisiin tuntemuksiin luottaminen ja niiden sanoman ymmärtäminen sekä 5) kehon ja mielen viestien yhdistäminen. Tietoisuus kehontuntemuksista on kykyä havainnoida kehomme osat, niiden sijainti sekä tuntemukset kehon eri osissa (Siira & Palomäki 2016). Kehollisten tuntemusten herättämien tunnereaktioiden tiedostaminen ja niihin reagoiminen voi olla esimerkiksi sen ymmärtämistä, että kiputuntemus aiheuttaa epämiellyttävän kehollisen tuntemuksen, jota saatetaan pyrkiä välttelemään tai olemaan huomioimatta. Kehontuntemuksiin kohdistuvan tarkkailun säätely on puolestaan kykyä ylläpitää ja siirtää havainnointia kehonosasta toiseen. (Mehling ym. 2012.) Kehollisiin tuntemuksiin luottaminen ja niiden sanoman ymmärtäminen saattavat esimerkiksi tukea itsesäätelykeino-

jen kehittymistä sekä helpottaa päätösten tekoa elämässä (Mehling ym. 2008, 2012, Siira & Palomäki 2016). Kehon ja mielen viestien yhdistelemistä tarvitaan muun muassa tunteiden itsesääteilyssä, kehollisten reaktioiden aiheuttamien tunnereaktioiden tulkinnaissa sekä luotaessa kokonaisvaltaista käsitystä omasta itsestä (Mehling ym. 2012).

Tutkimuksen tavoite, aineisto ja menetelmät

Tässä katsauksessa esiteltävässä tutkimuksessa selvitettiin, esiintyykö kroonisesti masentuneiden ja terveiden kontrollihenkilöiden kehotietoisuudessa eroja kehotietoisuuskyselyn avulla mitattuna. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin koetun kehotietoisuuden yhteyttä masennusoireisiin, painoindeksiin, alkoholinkäyttöön, fyysiseen aktiivisuuteen, masennuksen kestoon ja ensimmäisen masennusjakson alkamisajankohtaan sekä sosiodemografisiin tekijöihin.

Tutkimuksen aineisto koostuu Jyväskylän yliopistossa vuosina 2017–2018 toteutetun Neurokuvantaminen masennuksessa -tutkimuksen kehotietoisuuskyselyn sekä terveydentilaa ja elintapoja kartoittavan kyselyn avulla kerätyistä tiedoista. Neurokuvantaminen masennuksessa -tutkimus on aiemman Finnish Depression and Metabolic Syndrom -tutkimuksen (FDMSA) seurantatutkimus. Neurokuvantaminen masennuksessa -tutkimukseen valikoitui 22 kroonisesti masentunutta tutkittavaa. Lisäksi muodostettiin kontrolliryhmä (n = 22) FDMSA-tutkimuksen verrokeista. Tutkittavat olivat 43–80-vuotiaita, ja molemmissa ryhmissä naisten osuus oli 73 prosenttia. Kroonisesti masentuneiden painoindeksi oli tilastollisesti merkitsevästi korkeampi kuin terveiden kontrollihenkilöiden (p = 0,013). Lisäksi kroonisesti masentuneista useampi oli kokonaan eläkkeellä tai osittain eläkkeellä verrattuna terveisiin kontrollihenkilöihin (p = 0,010). Liikunta-aktiivisuudessa ja alkoholin kulutuksessa ei ollut eroja ryhmien välillä.

Kehotietoisuutta arvioitiin kehotietoisuuskyselyllä, joka pohjautuu Roxendalin (1985) kehittämän BAS:n (Body Awareness Scale) haastatteluosioon (Body Awareness

Scale Interview, BAS-I). BAS-I:n on suomentanut vuonna 2011 Kirsti Niskala yhteistyössä Liv H. Skjaervenin kanssa. Niskalan suomennoksen kyselylomakemuotoon Neurokuvantaminen masennuksessa -tutkimusta varten ovat muokanneet tutkimuksen johtaja Katariina Korniloff, terveystieteiden yliopistonlehtorit Tuulikki Sjögren ja Arja Piirainen sekä terveystieteiden maisteriopiskelija Mikko Niiranen. Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko kehotietoisuutta mahdollista arvioida kyselylomakkeen avulla haastattelun sijaan. Kehotietoisuuskysely on muodoltaan strukturoitu, ja se jakautuu psykologiseen, fysiologiseen ja keholliseen osioon. Vastausasteikko on neliportainen (0–3), missä 0 tarkoittaa oireettomuutta ja 3 voimakkainta oireiden ilmenemistä, ja maksimipistemäärä on 78. Suurempi pistemäärä kuvastaa lisääntyneitä vaikeuksia kehotietoisuudessa.

Krooninen masennus kartoitettiin tutkimuksessa diagnostisen M.I.N.I.-haastattelun (Sheehan ym. 1998) avulla. Beckin depressiokyselyllä arvioitiin masennusoireiden voimakkuutta (Beck ym. 1961). Tutkittavien liikunta-aktiivisuutta arvioitiin International Physical Activity -kyselyllä (Craig ym. 2003). Lisäksi alkoholinkäyttöä arvioitiin kolmella kysymyksellä: Kuinka usein käytät alkoholia? Kun käytät alkoholia, montako annosta tavallisimmin otat päivässä? Kuinka usein juot kerrallaan vähintään kuusi annosta?

Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics -ohjelman 24. versiolla. Kaikissa testeissä tilastollisen merkitsevyyden rajaksi valittiin p < 0,05. Aineistoa tarkasteltiin kahden riippumattoman otoksen t-testin sekä khiin neliö-testin avulla. Yhteyttä kehotietoisuuden ja taustamuuttujien välillä tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla sekä Mann-Whitney ja Kruskal Wallisin testeillä.

Tulokset

Kroonisesti masentuneiden kehotietoisuuskyselyn kokonaispistemäärä oli merkitsevästi korkeampi verrattuna terveiden kontrollihenkilöiden pistemäärään (p < 0,001). Myös psykologisen, fysiologisen ja kehollisen kehotietoisuuskyselyn osioiden pistemäärä oli

kroonisesti masentuneilla tilastollisesti merkitsevästi korkeampi verrattuna terveisiin kontrollihenkilöihin ($p < 0,001$). Kroonisesti masentuneilla oli tilastollisesti merkitsevästi suurempi keskimääräinen pistemäärä kaikissa kehotietoisuuskyselyn kysymyksissä lukuun ottamatta kahta kysymystä: liikunnanharrastamista ja omien kehon osien ja mittasuhteiden tunnistamista.

Kroonisesti masentuneilla kehotietoisuuskyselyn pistemäärä korreloi alkoholin käytön kanssa tilastollisesti merkitsevästi. Runsaampi alkoholinkäyttö oli yhteydessä lisääntyneisiin vaikeuksiin kehotietoisuudessa kroonisesti masentuneilla (Spearman 0,66, $p < 0,001$). Kroonisesti masentuneilla muiden taustamuuttujien ja kehotietoisuuskyselyn pistemäärän välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Pohdinta

Tässä esiteltävä tutkimus tuotti uutta tietoa kehotietoisuudesta kroonisesti masentuneilla. Aikaisemmissa tutkimuksissa masentuneiden henkilöiden kehotietoisuudessa on havaittu esiintyvän puutteita terveisiin henkilöihin verrattuna (Gyllensten 2009, Solano López & Moore 2018). Tämän tutkimuksen ja aikaisemman kirjallisuuden perusteella masentuneiden ja kroonisesti masentuneiden kehotietoisuudessa näyttää esiintyvän samankaltaisia piirteitä.

Tulosten mukaan kroonisesti masentuneista yli puolet koki kohtalaisen voimakaita oireita uupumuksessa, aloitekyvyttömyydessä, väsymyksen tunnistamisessa ja lihasjännityksessä. Kroonisesti masentuneiden kokemus aloitekyvyttömyydestä ilmeni vaikeudessa aloittaa toimintoja, jolloin yksinkertaisetkin rutiinit vaativat ponnisteluja. Kohtalaisen voimakkaat oireet väsymyksen tunnistamisessa ilmenivät kokemuksena lisääntyneestä väsymyksestä, joka ei poistunut lepäämällä ja johon ei pystynyt itse vaikuttamaan. Häiritsevä ja epä mukava lihasjännitys ilmeni esimerkiksi vaikeutena löytää hyvä istuma- tai nukkuma-asento. Aikaisemmissakin tutkimuksissa masentuneilla on raportoitu korostunutta kehollista uupumusta ja voimakasta energian puutetta,

ja masentuneilla on havaittu esiintyvän terveitä henkilöitä runsaammin kehollisia oireita, muun muassa lisääntyntä lihasjännitystä (Jacobsen ym. 2006, Danielsson & Rosberg 2015).

Yli 50 prosenttia kroonisesti masentuneista raportoi lievää kiinnostuneisuuden vähentymistä, lieviä vaikeuksia fyysisissä kyvyissä, lieviä unihäiriöitä ja lieviä masennusoireita. Kiinnostuneisuuden vähentyminen ilmeni vähentyneenä kiinnostuksena ympäristöstä ja ulkopuolisuuden kokemuksesta ystävien ja tuttavien seurassa. Lievät fyysiset vaikeudet ilmenivät yksittäisten tilanteiden välttelynä, kuten painavien asioiden nostamisen ja raskaiden koti- tai puutarhatoimien välttelynä. Lievät unihäiriöt puolestaan ilmenivät pinnallisempina unena tai syvemmin ja pidempään nukkumisena kuin tavallisesti. Tulokset ovat samankaltaisia aikaisempien tutkimuksien kanssa, sillä masentuneilla on havaittu esiintyvän terveitä henkilöitä enemmän luottamuksen puutetta omiin fyysisiin kykyihinsä ja masentuneiden on raportoitu olevan usein tyytymättömämpiä unensa laatuun (Mayers & Baldwin 2006, Solano López & Moore 2018).

Tämän tutkimuksen kehotietoisuuskyselyssä ainoastaan kahdessa kysymyksessä kahdestakymmenestäkuudesta kroonisesti masentuneiden ja terveiden kontrollihenkilöiden välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää eroa. Ensimmäinen kysymys, jossa kroonisesti masentuneiden ja terveiden kontrollihenkilöiden välillä ei esiintynyt eroa, käsitteli liikunnan harrastamisen frekvenssiä ja intensiteettiä. Kirjallisuudessa masentuneiden on kuitenkin raportoitu liikkuvan tervettä väestöä vähemmän (Roshnaei-Moghaddam ym. 2009). Yksi ristiriitaista tulosta selittävä tekijä saattaa olla, että tässä katsauksessa esitellyn tutkimuksen otoskoko oli pieni. Toinen kysymys, jossa eroa kroonisesti masentuneiden ja terveiden kontrollihenkilöiden välillä ei esiintynyt, liittyi omien kehonosien ja mittasuhteiden tunnistamiseen sekä oman kokemuksen totuudenmukaisuuteen. Tulosta saattaa selittää se, että kroonisesti masentuneet eivät ehkä havainneet kehon mittasuhteiden tunnistamisessa esiintyviä puutteita. Alkuperäisessä

Body Awareness Scale -mittaristossa (BAS) on kaksi osaa: tutkijan tekemät havainnot tutkittavasta sekä tutkittavan haastattelu. Tutkijan havainnot tutkittavasta täydentävät haastatteluosuutta. Saattaa olla, että tässä tutkimuksessa käytetty kehotietoisuuskysely, joka pohjautuu BAS:n haastatteluosiioon, ei kyselymuodossa pysty erottelemaan luotettavasti kehon mittasuhteiden tunnistamista, sillä havainto perustuu ainoastaan tutkittavan subjektiiviseen kokemukseen.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että kroonisesti masentuneilla runsaampi alkoholinkäyttö oli yhteydessä heikentyneeseen kehotietoisuuteen. Tutkimuksen poikkileikkausasetelman vuoksi kehotietoisuuden ja alkoholinkäytön syy-seuraussuhdetta ei voida määrittellä: ei tiedetä, aiheuttiko runsas alkoholinkäyttö kehotietoisuuden kokemuksen heikentymisen vai altistiko heikentynyt kehotietoisuus runsaammalle alkoholinkäytölle.

Johtopäätösten tekemistä rajoittaa aineiston pienuus. Lisäksi molemmissa ryhmissä tutkittavista 73 prosenttia oli naisia, joten tulokset ovat vain suuntaa-antavia miesten osalta. Kehotietoisuuskysely on alun perin suunniteltu haastattelumuotoiseksi, mikä mahdollisesti vaikuttaa kyselystä saattuihin tuloksiin, sillä tutkittavat eivät siinä voi perustella vastausvalintojaan. On myös huomioitava, että kysely ei välttämättä mitannut kehotietoisuutta riittävän kattavasti. Mehlingin ym:iden (2012) kehotietoisuuden määrittelmän mukaan kyselystä puuttui kehotuntemusten herättämien tunnereaktioiden tiedostaminen ja niihin reagoiminen eli esimerkiksi sen tunnistaminen, millaisia tunteita pitkäaikaisen kivun tunteminen herättää, ja sen havainnoiminen, miten keho reagoi jännittävässä tilanteessa. Kehotietoisuuskysely sisälsi myös kysymyksiä, jotka eivät suoranaisesti mittaa kehotietoisuutta. Psykologisen osion kysymykset kartoittivat mielialaa ja tunteiden tunnistamista, eivät niinkään kehotietoisuutta.

Tulosten merkitys: Terveystieteiden ammattilaisten on masennuksen parhaan mahdollisen hoidon saavuttamiseksi tärkeää ottaa huomioon kehon ja mielen yhteys masennuksessa sekä runsaan alkoholinkäytön mahdollinen negatiivinen vaikutus kehotietoisuuden kokemukseen. Jatkossa masennuksen hoitomuotojen yhtenäistämiseksi tarvitaan tarkempaa selvitystä siitä, mitkä kehotietoisuuden osa-alueet masentuneilla ovat heikentyneet. Tällöin kehotietoisuuden määrittelyssä on ensiarvoisen tärkeää ottaa huomioon kaikki kehotietoisuus-käsitteen osa-alueet.

Avainsanat: kehotietoisuus, krooninen masennus, masennus

Tuuli-Marjatta Latvala, terveystieteiden maisteriopiskelija, Jyväskylän yliopisto

Arja Häkkinen, TtT, professori, Jyväskylän yliopisto

Katariina Korniloff, TtT, vanhempi tutkija, Hyvinvointi-yksikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4, 6, 561–571.
- Black DW, Grant JE (2014) DSM-5: Guidebook: The Essential Companion to the Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Publishing, Washington.
- Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund ULF, Yngve A, Sallis JF, Oja P (2003) International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med. Sci. Sports Exerc.* 35, 8, 1381–1395.
- Danielsson L, Rosberg S (2015) Opening toward life: Experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*, 7, 10.
- Ewing DL, Manassei M, Gould van Praag C, Philippides AO, Critchley HD, Garfinkel SN (2017) Sleep and the heart: Interoceptive differences linked to poor experiential sleep quality in anxiety and depression. *Biol. Psychol.* 127, 163–172.
- Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH, Yohanna D, Khan A, Alpert J (2005) Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta. Psychiatr. Scand.* 112, 6, 425–433.

- Gyllensten AL, Ekdahl C, Hansson L (2009) Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Adv. Physiot.* 11, 1, 2–12.
- Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L (2011) Risk factors for chronic depression- a systematic review. *J. Affect. Disord.* 129, 1–3, 1–13.
- Jacobsen LN, Lassen IS, Friis P, Videbech P, Wentzer Licht R (2006) Bodily symptoms in moderate and severe depression. *Nord. J. Psych.* 60, 4, 294–298.
- Lackner RJ, Fresco DM (2016) Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behav. Res. Ther.* 85, 43–52.
- Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 3, 11, 2011–2030.
- Mayers AG, Baldwin DS (2006) The relationship between sleep disturbance and depression. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 10, 1, 2–16.
- Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, Stewart A (2008) Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLoS ONE* 4, 5, e5614.
- Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A (2012) The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE* 7, 11.
- Roshanaei-Moghaddam B, Katon WJ, Russo J (2009) The longitudinal effects of depression on physical activity. *General Hospital Psychiatry* 31, 4, 306–315.
- Roxendal G (1985) Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, Treatment and Evaluation in Psychiatric Physiotherapy. Thesis. Gothenburg University, Gothenburg.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 59, 20, 22–33.
- Scheffers M, van Duijn MAJ, Beldman M, Bosscher RJ, van Busschbach JT, Schoevers RA (2018) Body attitude, body satisfaction and body awareness in a clinical group of depressed patients: An observational study on the associations with depression severity and the influence of treatment. *J. Affect. Disord.* 242, 22–28.
- Siira J, Palomäki K (2016) Kehon viisaat viestit – vaapaaksi kivusta, stressistä ja kuormittavista tunteista. Kirjapaja, Helsinki.
- Solano López AL, Moore S (2018) Dimensions of Body Awareness and Depressed Mood and Anxiety. *West. J. Nurs. Res.* 41, 6, 1–20.

”OI KUN TULIS TAAS UUDESTAAN!” ERITYISLASTEN LIIKUNTASEIKKAILUPÄIVÄ NAPPI-HANKKEESSA OPISKELIJOIDEN TOTEUTTAMANA

Tausta

Liikunnallinen elämäntapa edistää jokaisen terveyttä ja hyvinvointia kokonaisvaltaisesti (Huttunen 2018). Pohja liikunnalliselle elämäntavalle luodaan lapsuudessa. Lapsuuden myönteisten liikuntakokemusten kautta liikunta pysyy todennäköisemmin tärkeänä osana elämää myös aikuisiällä. (Fogelholm 2011.) Tutkimusten mukaan erityistä tukea tarvitsevilla lapsilla ja nuorilla on kohonnut riski jäädä liikuntaharrastusten ulkopuolelle lukuisista syistä. Samalle ikäryhmälle suunniteltu liikunta voi olla fyysisten tai kognitiivisten taitojen osalta liian haastavaa ja osallistumisen kustannukset saattavat kohota liian korkeiksi, kun tarvitaan soveltavia liikuntavälineitä, kuljetusta ja avustajia. Eri-tyisryhmille suunnattu kuntouttava toiminta taas saattaa olla luonteeltaan liian passiivista, ja ohjaajilta saattaa puuttua liikunnallista elämäntapaa edistäviä ohjaustaitoja. (Block ym. 2013.) Tämän vuoksi on tärkeää, että näitä esteitä pyritään purkamaan tuomalla liikunnallista elämäntapaa osaksi erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten arkea. Yksi käytännön esimerkki tästä on erityislasten liikuntaseikkailupäivä Jalavan koululla.

Laurea-ammattikorkeakoulu koordinoi Nappi-hanketta, jonka tavoitteena on edistää erityistä tukea tarvitsevien nuorten terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta eri elämänalueilla mahdollistamalla heille liikunnallinen elämäntapa. Nappi-hanketta rahoitetaan So-

siaali- ja terveysministeriön myöntämästä terveyden edistämisen määrärahasta. Nappi-hanke järjestää erilaista toimintaa, kuten liikuntalajikokeiluja sekä liikuntakaveritoimintaa, Uudenmaan alueella yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa. (Nappi-hanke 2019.)

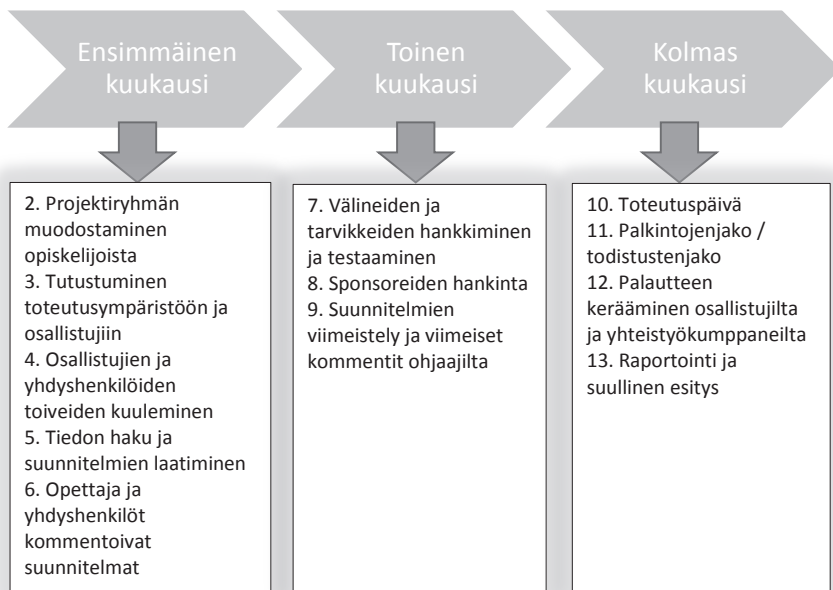
Laurea ja lohjalainen Jalavan koulu (nyk. Routionmäen yhtenäiskoulu) ovat järjestäneet lukukausittain lasten liikuntaseikkailupäivän. Päivän tarkoituksena on luoda jokaiselle lapselle mahdollisuus päästä liikkumaan ja kokemaan liikunnan iloa koulupäivän aikana. Jalavan koululla opiskelee noin 75 erityistä tukea tarvitsevää 7–15-vuotiasta lasta ja nuorta. Liikuntaseikkailupäivän ovat toteuttaneet Laurean neljännen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijat. Liikuntaseikkailupäivän toteuttaminen on opiskelijoille kolmen opintopisteen laajuinen suoritus. Kolme opintopistettä vastaa noin 80 tuntia opiskelijoiden työtä. Tässä esittelyssä kuvataan ja mallinnetaan vaiheittain liikuntaseikkailupäivän toteutusta opiskelijaprojektina.

Liikuntaseikkailupäivän toteuttaminen vaiheittain

Liikuntaseikkailupäivä toteutettiin seuraavassa kuvatuin vaihein. Projektin aikataulu esitetään kuviossa 1.

1) Oikeiden yhteistyökumppaneiden ja yh-

- dyshenkilöiden löytäminen
- Laurean opettajat ottivat yhteyttä yhteistyökumppaniin, kävivät alustavat neuvottelut yhteistyöstä sekä tekivät yhteistyösopimuksen hankkeen kanssa.
 - Tutustu paikallisiin toimijoihin ja verkostoihin!
 - Lähde rohkeasti ottamaan yhteyttä ja käymään keskustelua!
- 2) Projektiryhmän muodostaminen opiskelijoista
- Valitaan sopiva määrä opiskelijoita projektin laajuuden mukaisesti.
 - Opiskelijoiden joukosta valitaan projektipäällikkö. Projektipäällikkö vastaa työelämän kontaktoinnista ja toiveiden kartoittamisesta, opiskelijaryhmän työn ja aikataulutusten organisoinnista, tiedonkulusta sekä palautteen keräämisestä.
 - Muut opiskelijat voivat jakautua pareihin tai pienryhmiin, ja he vastaavat omien osioidensa suunnittelusta, käytännön toteutuksesta ja arvioinnista.
 - Projektiryhmä sopii keskenään tiedottamisesta (esimerkiksi Whatsapp-ryhmän muodostamisesta) ja omista kokouksistaan.
- 3) Tutustuminen toteutusympäristöön ja osallistujiin
- Projektipäällikkö on yhteydessä kumppanitahoon ja sopii tutustumiskäynnin.
 - Käynnillä voi olla mukana projektipäällikön lisäksi myös muita projektiryhmän jäseniä.
 - Tarkoituksena on tutustua käytettävissä oleviin tiloihin ja välineisiin sekä mahdollisuuksien mukaan osallistujiin ja heidän erityistarpeisiinsa.
- 4) Osallistujien ja yhdyshenkilöiden toiveiden kuuleminen
- Yhdyshenkilöt tuntevat omat oppilaansa ja heidän erityistarpeensa parhaiten.
 - Mahdollisuuksien mukaan voidaan myös haastatella tai teettää kysely oppilaille heidän omista toiveistaan.
 - Liikuntaseikkailupäivä on mahdollista integroida koulun muuhun opetukseen,
- esimerkiksi liittämällä siihen muita opetuksessa käsiteltäviä teemoja.
- 5) Tiedon haku ja suunnitelmien laatiminen
- Opiskelijat etsivät tietoa erilaisista ohjausmenetelmistä ja soveltavan liikunnan muodoista.
 - Opiskelijat etsivät tietoa erilaisista toimintakyvyn rajoitteista ja niihin liittyvistä erityiskysymyksistä.
 - Opiskelijat analysoivat ohjattavan ryhmän erityiset tarpeet ja asettavat ohjaus-tilanteille tavoitteet.
 - Opiskelijat laativat toimintapisteiden suunnitelmat ja varasuunnitelmat.
- 6) Opettaja ja yhdyshenkilöt kommentoivat suunnitelmia
- Opiskelijat palauttavat alustavat suunnitelmansa ja saavat työpajassa henkilökohtaista ohjausta opettajilta.
 - Opiskelijat lähettävät suunnitelmat myös työelämäkumppanille kommentoitaviksi.
- 7) Välineiden ja tarvikkeiden hankkiminen ja testaaminen
- Projektipäällikkö kerää opiskelijoilta listan tarvittavista välineistä ja tarvikkeista.
 - Projektipäällikkö kartoittaa yhteistyökumppanin käytettävissä olevat välineet ja tarvikkeet.
 - Tarvittavista hankinnoista sovitaan projektiryhmän kesken.
 - Opiskelijat ovat valmistaneet tarvikkeita myös itse, esimerkiksi tehneet pelejä ja kuvakortteja.
- 8) Sponsoreiden hankinta (vapaaehtoinen)
- Opiskelijat ovat hakeneet tapahtumalle sponsoreita paikallisista yrityksistä.
 - Opiskelijat ovat saaneet esimerkiksi palkintoja ja mitaleita jaettavaksi liikuntaseikkailupäivään osallistuneille oppilaille.
- 9) Suunnitelmien viimeistely ja viimeiset kommentit ohjaajilta
- Opiskelijat palauttavat suunnitelmat opettajille hyvissä ajoin ennen toteutus-



Kuvio 1. Projektin aikataulus vaiheittain.

päivää.

- Opettajat antavat palautteen suunnitelmista.
- Opiskelijat lähettävät suunnitelmat koululle hyväksyttäväksi.

10) Toteutuspäivä

- Opiskelijat valmistelevat liikuntaseikkailupäivän pisteet joko edellisenä päivänä tai toteutuspäivän aamuna.
- Opiskelijat ohjaavat oppilaita omilla pisteillään koko päivän suunnitelman mukaisesti.
- Opiskelijat saavat ohjaustilanteisiin useita toistoja päivän aikana.

11) Palkintojen tai todistusten jako

- Lapsille on jaettu palkinnot tai todistukset osallistumisesta päivän päätteeksi.
- Palkinnon tai todistuksen tarkoituksena on palkita ja luoda hyvää mieltä sekä jäädä koulun arkeen muistuttamaan oppilaita liikuntaseikkailupäivästä.
- Toteutustapoja on ollut monia, muun muassa mitalit, tarrat, kunniakirjat.

12) Palautteen kerääminen osallistujilta ja yhteistyökumppaneilta

- Opiskelijat ovat keränneet palautteen

osallistujilta käyttäen erilaisia hymynäamoja ja symboleita.

- Koulun opettajat ovat vastanneet kirjalliseen palautekyselyyn sekä antaneet suullista palautetta tapahtuman järjestäjille opiskelijoille.

13) Raportointi ja suullinen esitys

- Opiskelijat kirjoittavat kirjallisen raportin päivän toteutuksesta ja arvioivat omaa työskentelyään.
- Toteutuksen jälkeen on pidetty seminaaripäivä koululla, jossa hankeryhmä esittelee toteutuneen liikuntaseikkailupäivän muille opiskelijoille. Esityksissä on hyödynnetty kuvia, videoita ja saatua palautetta.
- Myös Jalavan koulun opettajat ovat osallistuneet seminaaripäivään, mikä on ollut opiskelijoille merkityksellistä.

Lisäksi päivän aikana on kerätty aktiivisuusdataa käyttämällä aktiivisuusrannekeita. Tämän avulla pystytään näyttämään, kuinka paljon lasten fyysinen aktiivisuus lisääntyi liikuntaseikkailupäivän aikana. Opiskelijat ovat myös kuvanneet suunnitelmiaan tempuratoja materiaaliksi virtuaalilaseja varten. Tämä mahdollistaa virtuaali-

set lajikokeilut eri ympäristöissä sekä myös erittäin vaikeasti liikuntavammaisten lasten osallistumisen. Hankkeessa on myös kuvattu osallistuneiden lasten haastatteluita, joista on tehty digitarinoita hankkeen käyttöön.

Liikuntaseikkailupäivän hyödyt

Koulun oppilaat ovat kokeneet liikuntaseikkailupäivät mukaviksi ja innostaviksi. Oppilailta on kerätty palautetta hyödyntämällä erilaisia visuaalisia palautteenantokeinoja. Soveltavan liikunnan keinoilla on huomioitu lasten erilaiset tarpeet, ja kaikki ovat päässeet osallistumaan omia kykyjään soveltaen. Päivän avulla on pystytty tarjoamaan hauska ja palkitseva liikuntakokemus.

Oppilaiden fyysinen aktiivisuus on lisääntynyt päivän aikana verrattuna tavalliseen koulupäivään. Moni koulun oppilaista kulkee pitkän matkan takaa kouluun, jolloin koulupäivät saattavat venyä pitkiksi, eikä illalla ole enää aikaa tai mahdollisuutta lähteä harrastamaan liikuntaa. Liikuntaseikkailupäivässä oppilaat pääsevät liikkumaan osana koulupäivää, jolloin heidän ei tarvitse erikseen lähteä minnekään. Tällöin myös avustajat ja välineet on voitu järjestää koulupäivän puitteissa.

Oppilaiden palautetta liikuntaseikkailupäivästä:

"Se mies opetti minua frisbee golfissa. Se oli kivaa."

"Tarrat oli kivoja"

"Minun mielestä se juttu oli kiva kun liikuttiin eläiminä"

"Ilmapallolla sulkapallon pelaaminen oli kivaa"

"Oi kun tulis taas uudestaan"

Laurean opiskelijat ovat oppineet liikuntaseikkailupäivää suunnitellessaan ja toteuttaessaan paljon tulevassa ammatissa tarvittavia taitoja. Geneerisistä taidoista ovat karttuneet projektityöskentelyn sekä työelämäyhteistyön taidot. Lisäksi opiskelijat ovat oppineet suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan ryhmänohjaustilanteita sekä analysoimaan ohjattavan ryhmän erityistarpeita. Niin ikään opiskelijat ovat oppi-

neet monipuolisesti soveltavaan liikuntaan, toimintakykyyn ja sen rajoitteisiin liittyviä asioita sekä saaneet toistoa ja varmuutta ryhmien ohjaamiseen.

Sairaanhoitajaopiskelijan palautetta liikuntaseikkailupäivästä:

"Liikuntapäivän suunnittelussa meillä oli vapaat kädet, saatiin olla luovia, ideoida, laittaa lapsen lasit silmille, huomioiden aistit ja erityiset tarpeet. Päivä oli menestys, oli ihana huomata, että suunnitelmamme rasti olivat helposti toteutettavia, sovellettavia ja iloa tuottavia kaikenikäisille ja tasoisille lapsille. Lapset olivat ennakkoluulottomia ja innokkaita kokeilemaan joka lajia. Saamamme palaute oli hyvää. Lasten ja opettajien avoimuus ja lämmin vastaanotto sekä Jalavan koulun hyvät puitteet olivat otolliset tällaiselle projektille."

Jalavan koulun opettajat ovat olleet tiiviisti mukana liikuntaseikkailupäivien suunnittelussa ja toteutuksessa. Yhteistyö on ollut joustavaa ja mutkatonta. Opettajat ovat kommentoineet opiskelijoiden suunnitelmia, vastanneet kirjallisiin palautekyselyihin sekä osallistuneet opiskelijoiden seminaaripäiviin.

Jalavan koulun opettajan palautetta:

"Päivä oli kokonaisuudessaan menestys luokkani oppilaille."

Haluamme Nappi-hankkeessa lämpimästi kannustaa muitakin oppilaitoksia lähtemään mukaan vastaavanlaiseen toimintaan!

Hanna Repo Jamal, sh, TtM, TtT-koulutettava, hoitotyön lehtori, Laurea-ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Block M, Taliaferro A, Moran T (2013) Physical Activity and Youth with Disabilities: Barriers and Supports. The Prevention Researcher. Vol. 20, 2.
- Fogelholm M (2011) Lapset ja nuoret. Kirjassa M Fogelholm, I Vuori, T Vasankari (toim.) Terveyslääkärin. 2. uud. p. Duodecim, Helsinki, 76–87.
- Huttunen J (2018) Terveyslääkärin – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Lääkärikirja Duodecim.
- Nappi-hanke (2019) www.nappihanke.fi

KUNTOUTUSSÄÄTIÖ TUTKII OPISELIJOIDEN MIELENTERVEYS- KUNTOUTUKSEN TARVETTA JA SEN KOHDENTUMISTA

Opiskelijoiden mielenterveysongelmat riski syrjäytymiselle

Mielenterveysongelmat ovat opiskelijoilla yleisiä ja yksi keskeinen kuntoutuksen peruste. Jopa kolme neljästä mielenterveyden häiriöstä puhkeaa ennen 25 vuoden ikää (Kessler ym. 2005). Mielenterveysongelmat lisäävät opintojen keskeyttämisriskiä (Haapakorva ym. 2018, Mikkonen ym. 2018), mikä taas altistaa nuoren putoamiselle koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle sekä pidempiaikaisille toimeentulo- ja terveysongelmille (esim. Scott ym. 2013, Rikala 2018). Mielenterveysongelmat ovatkin yhteydessä erilaisiin opiskeluhaasteisiin ja sosiaalisiin vaikeuksiin (Kaltiala-Heino ym. 2010, Korkeamäki ym. 2015, Harkko ym. 2019). Lisäksi ne ovat yksi merkittävä syrjäytymisen ja pitkäaikaisen työkyvyttömyyden riskitekijöistä (Mattila-Holoppa 2018, Myrskylä 2011).

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä nuoruusiässä, naisilla, matalasti koulutetuilla, työttömillä, alhaisissa tuloluokissa ja alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla, eronneilla ja naimattomilla (Fryers ym. 2005, Maughan 2002, Pirkola ym. 2005, Suvisaari ym. 2009). Kielteiset lapsuudenkokemukset ja koulukiusaaminen ovat masennuksen riskitekijöitä (Markku-

la & Suvisaari 2017). Väestöryhmittäiset erot vaihtelevat hieman tutkitun sairauden mukaan, ja eri tekijöiden välillä on havaittu yhteisvaikutusta (Maughan 2002).

Kuntoutuksella ehkäistään mielenterveysongelmien aiheuttamia haittoja

Mielenterveyden häiriöiden haittoihin voidaan vaikuttaa kuntoutuksella ja tukemalla nuorten opiskelua ja työelämään siirtymistä. Kelan järjestämän ammatillisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian tavoitteena on työllistyminen, työelämässä pysyminen ja työhön paluu, kuntoutuspsykoterapiassa ja vuodesta 2014 myös ammatillisessa kuntoutuksessa opiskelukyvyyn palauttaminen ja opintojen edistyminen. Kela tarjoaa monipuolisesti pääasiassa ryhmämuotoista tukea nuorten mielenterveyden ongelmiin myös OPI-, Nuppu- ja Itu-kuntoutuspalveluilla. (Kela 2019, Harkko ym. 2019.)

Ongelmat hoitoon ja kuntoutukseen haakeutumisessa ovat keskeisiä kuntoutuksen kohdentumisen ja oikea-aikaisuuden kannalta. Esimerkiksi OPI-kuntoutuksen arviointitutkimuksessa havaittiin, että vaikka kuntoutus koettiin kohderyhmän kannalta toimivaksi, nuorten saaminen kuntoutuksen pariin oli vaikeaa (Harkko ym. 2019). Aiem-

man tutkimuksen perusteella on mahdollista, että mielenterveysongelmiin liittyvän stigman ja palveluiden saatavuuden ohella myös erilaiset sosioekonomiset tekijät voivat vaikuttaa hoidon piiriin ja kuntoutukseen hakeutumiseen.

Kuntoutuksen kohdentumisesta ja vaikutuksista on vähän tietoa

Kuntoutuksen kohdentumista väestöryhmittäin mielenterveyden häiriöitä omaavilla on Suomessa tutkittu vähän. Lähinnä tutkimuksissa on huomioitu ikä, sukupuoli ja sairastavuus (Kehusmaa & Mäki 2002) tai pääasiallinen toiminta (Repo ym. 2003). Mielenterveysyistä ammatilliseen kuntoutukseen on havaittu valikoituvan nuoria, joilla on suuri syrjäytymisriski (Pensola ym. 2012), kun taas harkinnanvaraiseen kuntoutukseen hakeutuminen oli yhteydessä hyvään sosiaaliseen asemaan (Pensola ym. 2012, Repo ym. 2004). Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden käytön on havaittu olevan yhteydessä tuloihin, perherakenteeseen ja äidin koulutukseen, kun tarvetekijät on huomioitu (Wu ym. 2001, Sturm ym. 2003). Opiskelijat hakevat harkinnanvaraista kuntoutusta työllisiä useammin ja saavat myöntävän päätöksen hieman muita todennäköisemmin (Pensola ym. 2012).

Kelan psykoterapiakuntoutuksen vuonna 2002 päättäneillä kuntoutus oli työllistymisen kannalta tuloksellisinta nuorilla, joiden opiskelu- tai työtilanne oli selkeä psykoterapian alkaessa (Aaltonen & Lind 2008). Vuonna 2007 psykoterapiakuntoutuksen päättäneistä opiskelijat olivat suurin ryhmä. Työllistyminen oli todennäköisintä nuoremmissa ikäryhmissä, naisilla ja niillä, joilla oli muita vähemmän lääkekorvauksia ja sairauspäiviä. (Tuulio-Henriksson ym. 2014.)

Huolimatta mielenterveysongelmien vaikutuksesta opintoihin ja siten myös myöhempään elämään, nuoriin opiskelijoihin kohdistuvasta kuntoutuksesta ja kuntoutukseen osallistumisen vaikutuksesta opinnoista valmistumiseen ja työllistymiseen ei ole juurikaan tutkimustietoa. Myös mielenterveysoireilun yhteydestä koettuun opiskelukykyyn on vähän tutkimustietoa.

Kuntoutussäätiö tutkii opiskelijoiden tarpeita ja kuntoutuksen kohdentumista

Kuntoutussäätiö toteuttaa vuosina 2019–2020 Kelan rahoittamana tutkimushankkeen *Mielenterveyden häiriöt ja opiskelu – opinnoissa koetut vaikeudet sekä kuntoutuksen tarve ja kohdentuminen opiskelijoilla*. Tutkimuksen päämääränä on selvittää Kelan järjestämän mielenterveysperustaisen kuntoutuksen kohdentumista opiskelijoilla sekä tarkastella kuntoutuksen yhteyttä valmistumiseen ja sen jälkeisiin jatkopolkuihin. Pääaineistona hyödynnetään yksilötasoista rekisteriaineistoa kaikista vuosina 1989–1994 syntyneistä (N = 398 000), joille on liitetty kuntoutus- ja sairastavuustietoja Kelan rekistereistä sekä tietoja opinnoista, työllisyydestä ja perhetaustasta Tilastokeskuksen rekistereistä. Lisäksi tutkimuksessa kartoitetaan valmiiden väestökyselyaineistojen avulla, millaisia opiskeluun liittyviä ongelmia mielenterveysoireiluun liittyy ja onko mielenterveysoireiluun saatu apua.

Tutkimus tuottaa uutta tietoa kuntoutuksen kohdentumisesta opiskelijoilla sekä opintoihin liittyvistä vaikeuksista mielenterveysoireita raportoivilla toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoilla. Hankkeen tulokset julkaistaan vuosien 2020–2021 aikana.

Maari Parkkinen, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Johanna Korkeamäki, VTM, HuK, tutkija, Kuntoutussäätiö

Hanna Rinne, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Erja Poutiainen, FT, kliinisen neuropsykologian dosentti, neuropsykologi, johtava tutkija, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Aaltonen T, Lind J (2008) Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvyistä vuosina 2002–2004. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 95. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T (2005) The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 1, 14.
- Haapakorva P, Ristikari T, Kiilakoski T (2018) Toisen asteen opintojen keskeyttämisen taustatekijöitä. Julkaisussa: E Pekkarinen, S Myllyniemi (toim.) *Opin polut ja pientareet*. Nuorisobarometri 2017.

- Julkaisuja (Nuorisotutkimusseura) 200. Valtion nuorisoneuvosto, Nuorisotutkimusseura, Nuorisotutkimusverkosto, Opetus- ja kulttuuriministeriö. Helsinki. 167–177.
- Harkko J, Villa T, Korkeamäki J, Vaalaranta L, Poutiainen E (2019) Kuntoutus opintojen tukena. OPI-kuntoutuskurssien toteutuminen. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 19. Kela.
- Kaltiala-Heino R, Ranta K, Fröjd S (2010) Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. *Duodecim* 126, 17, 2033–2039.
- Kehusmaa S, Mäki J (2002) Kuntoutuksen taloudelliset vaikutukset. Tuki- ja liikuntaelinsairauden tai mielenterveyden häiriön vuoksi kuntoutettujen terveysturvaetuudet Kelan rekistereissä. Kela, Helsinki.
- Kela (2019) Ohjaa ahdistunut tai masentunut nuori Kelan kuntoutuskurssille. Saatavissa: https://www.kela.fi/documents/10180/1547996/Kuntoutus_Nuppu_ ja_ltu_kurssit.pdf/826da256-79f6-403c-89b9-b1ce56ac32da. Viitattu 21.1.2019.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62, 593–602.
- Korkeamäki J, Haikonen H, Poutiainen E (2015) Opiskeluvalmennuksen kirjallisuuskatsaus. Kelan kehittämishankkeiden julkaisuja http://www.kela.fi/kehittamistoiminta_tuloksia
- Markkula N, Suvisaari J (2017) Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 133, 3, 275–82.
- Mattila-Holappa P (2018) Mental health and labour market participation among young adults. Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, *Studies in social security and health* 152.
- Maughan B (2002) Depression and psychological distress: a life course perspective. A life course approach to women's health. Kuhn, Diana; Hardy, Rebecca, Oxford University Press.
- Mikkonen J, Moustgaard H, Remes H, Martikainen P (2018) The population impact of childhood health conditions on dropout from upper-secondary education. *The Journal of Pediatrics* 196, 283–290.
- Myrskylä P (2011) Nuoret työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolella. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 12.
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnöissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86. Helsinki.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist JK (2005) DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population – results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40, 1, 1–10.
- Repo E, Hukkamäki R, Melkas T, Alanko A, Eggert M, Häivä J, Pylkkänen K, Renlund C, Roine M (2003) Psykoterapia kuntoutuksena. Lääkärinlausuntojen laadun arviointi. Kela, Helsinki.
- Repo E, Melkas T, Hukkamäki R, Eggert M, Häivä J, Pylkkänen K, Renlund C, Roine M (2004) Psykoterapia kuntoutuksena – kyselytutkimus hoidon toteutumisesta. *Psychiatria fennica* 35 (Supplementum 1).
- Rikala S (2018) Masennus, työkyvyttömyys ja sosiaalinen eriarvoisuus nuorten aikuisten elämäntilanteissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 83, 2.
- Scott J, Flower D, McGorry P ym. (2013) Adolescents and young adults who are not in employment, education, or training. *British Medical Journal* 9, 347, 1–3.
- Sturm R, Ringel JS, Andreyeva T (2003) Geographic disparities in children's mental health care. *Pediatrics* 112, 4, e308.
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A ym. (2009) Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 39, 287–299.
- Tuulio-Henriksson A, Heino P, Toikka T, Autti-Rämö I (2014) Kelan työ- ja opiskelukykyä tukeva kuntoutuspsykoterapia toteutuu eri kestoisena. *Kuntoutus* 2014, 3, 5–17.
- Wu P, Hoven CW, Cohen P, Liu X, Moore RE, Tiet Q, Okezie N, Wicks J, Bird HR (2001) Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents. *Psychiatr Serv* 52, 2, 189–95.

KOKEMUSASIAANTUNTIJAT JA VERTAISTUKI – KORVAAMATON APU PÄIHDEKUNTOUTUJILLE

Jos haluamme tehdä vaikuttavaa, ennalta ehkäisevää päihdetyötä, minimoida päihdesairaudet ja vähentää päihdekuolemia, sosiaali- ja terveystalouteihin pitää palkata lisää omista päihde- ja mielenterveysasiantuntijajoin ja vertaistukihenkilöitä ammattilaisten rinnalle.

Tämä kirjoitus perustuu omiin kokemuksiini. Olen saanut seurata päihdepalveluja kymmeniä vuosia eri näkökulmista – asiakkaana, potilaana ja päihdetyöntekijänä. Olen ollut liikaa juova nuori aikuinen, alkoholi-riippuvuuteen sairastunut palkkatyöntekijä ja työtön masentunut alkoholisti. Olen ollut päihdetoipuja ja raitistunut alkoholisti. Nyt olen ollut raittiina jo yli kymmenen vuotta. Raitistuttuani kouluttauduin päihdetyön kokemusasiantuntijaksi, ja nyt autan päihdeongelmista kärsiviä Vantaan terveysasemilla.

Kokemusasiantuntijat ovat vielä jalostamaton voimavara Suomen sosiaali- ja terveystalouteissa – myös päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Kokemusasiantuntijoita olisi mahdollista hyödyntää nykyistä enemmän ennalta ehkäisevässä päihdetyössä, palvelujen suunnittelu- ja kehitystehtävissä, päihdeongelmista kärsivien hoidossa ja kuntoutuksessa sekä monissa muissa auttamis- ja vertaistukitehtävissä.

Alkoholista muiden auttajaksi

Alkoholiriippuvuus ja juovana alkoholistina eläminen olivat suurta kärsimystä itselle ja läheisille.

Join itseni ensimmäisen kerran humalaan 13-vuotiaana. Sain alkoholista heti voimakasta mielihyvää. Siksi juomakerrat tiheni-
vät. Toleranssi – eli alkoholin sietokyky – kasvoi ja riippuvuus kehittyi. Juomiseni oli alusta alkaen mielihyvä- ja humalahakuista.

Ikävuosien karttuessa alkoholin tuoma mielihyvä vaihtui työttömyyteen, yksinäisyyteen, talousvaikeuksiin, unettomuuteen, ahdistukseen ja masennukseen. Lopulta jouduin kokemaan alkoholipsykoosit: kuulo- ja näköharhat sekä sairaalahoitoa vaatineet deliriumit.

Päihdehaittojen kasvu ja pelko oman terveyden lopullisesta romahtamisesta johtivat lopulta vilpittömään haluun raitistua. Ajatus- ja asennemaailmani syytyi luja tahotila kohti päihtetöntä elämäntapaa. Ym-

märsin, että alkoholi ei sovi minulle missään muodossa. Oma halu raitistua on välttämättömän jokaiselle viinasta eroon pyrkivälle. Kehtään ei voi raitistaa väkisin.

Otin nöyränä vastaan kaiken tarjolla olleen ammattiavun ja vertaistuen, koska ymmärsin, että yksin en voi päihderiippuvuutta ja psyykkistä pakkomiellestä viinaan nujertaa. Viimeisen viinaryypyn join vuonna 2008. Olin silloin 51-vuotias. Sen jälkeen olen ollut raitis. Olen löytänyt sisäisen mielenrauhan. Elämä on elämisen arvoista.

Olen kiitollinen, että sain päihdekierteen katkaisuun riittävästi ammattiapua Vantaan päihdepalveluista. Raittiuden ylläpidossa korvaamattoman tärkeää oli vertaistuki: päihdeetön A-kiltatoiminta, käynnit AA-ryhmissä ja muu vertaistuki.

Raitistumisen pitkä prosessi

Oma kuntoutumiseni alkoholiriippuvuudesta alkoi toden teolla vasta sitten, kun myönsin itselleni ja muille oman liikajuomiseni vakavuuden ja juomisesta johtuvat terveyshaitat. Tein päätöksen raitistua, hain apua ja otin vastuuta omasta toipumisestani. Ennen sitä minulle hyvää tarkoittaneiden auttajien puheet olivat kaikuneet kuuroille korville.

Raitistumiseni oli pitkä prosessi. Aikaa ensimmäisestä katkaisuhoitokerrasta viimeiseen viinaryypyyyn kului neljätoista vuotta. Ennen lopullista raitistumista elämässäni oli lyhyitä päihdeettömiä jaksoja – olin raitis lähinnä työpaikan tai ihmissuhteiden säilymisen takia. Mutta vasta sitten, kun halusin raitistua oman itseni, oman hyvinvointini, terveyteni ja loppuelämäni takia, alkoi taapahtua myönteisiä asioita.

Oma vilpittömän halu raitistua on ehdoton edellytys onnistuneelle päihdekäytön lopettamiselle.

Omassa raitistumisprosessissa ratkaisevan tärkeää oli tavata muutama työnsä osava päihdetyöntekijä, jotka ottivat minusta ”kopin”: he ottivat raittiuteni tukemisen sydämen asiaksi. Muistan heidät kaikki nimeltä. Olen heille vieläkin kiitollinen. Monilla heistä on omakohtainen kokemus päihdeistä toipumisesta.

Auttaminen ja vertaistuki ovat ihmis-

ten välistä kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Auttajan ja autettavan kommunikoinnin on oltava mutkatonta ja rehellistä. Niin sanotun henkilökemian on toimittava. Oman toipumiskokemukseni mukaan päihdesairauden akuutissa kriisivaiheessa ammattiauttajien – lääkäreiden, hoitajien ja muiden ammattilaisten – apu oli korvaamattoman tärkeä.

Päihdeettömän elämäntavan ylläpidossa vertaistuen rooli oli tärkeintä. Ammattiapua omaan toipumiseeni sain työterveyslääkäreiltä, terveysasemilta, kunnallisista ja yksityisistä päihde- ja mielenterveyspalveluista, sosiaalityöntekijöiltä ja päihdehoitolojista. Vertaistukea sain päihdeettömästä A-kiltatoiminnasta, AA-ryhmistä ja muista vertaisryhmistä. Tärkeässä roolissa päihdeistä toipumisessa olivat oma rakas ja raitis elämänkumppani, sukulaiset ja ystävät. Hengellisistä kokemuksista sain toipumisuskoa ja mielenrauhaa.

Terveysasemalla kokemusasiantuntijana

Nyt autan päihdeongelmista kärsiviä Vantaan terveysasemilla päihdetyön kokemusasiantuntijana. Minulla on Korson, Martinlaakson ja Hakunilan terveysasemilla asiakkaille vastaanottopalvelu.

Tarjoan päihdeongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen luottamuksellista keskustelua, vertaistukea, tietoa päihde- ja mielenterveyspalveluista ja palveluohjausta. Kokemusasiantuntijan työssä olen saanut vahvistusta omille toipumiskokemuksille: päihdeiden käytön lopettamisen jälkeinen tunne-elämän palautuminen, sisäinen eheytyminen ja mielenrauhan löytyminen vievät paljon aikaa. Ne vaativat kärsivällisyyttä asiakkaalta itseltään, läheisiltä, päihdetyöntekijöiltä ja muilta auttajilta.

Kokemusasiantuntijan vastaanotollani Vantaan terveysasemilla on käynyt jo yli kuusisataa eri asiakasta. Asiakaskäyntejä on ollut lähes kaksi tuhatta. Sama asiakas käy luonani keskimäärin kahdesta kolmeen kertaa. Vantaan Korson terveysasemalla 2012–2014 tehdyn asiakastytyväisyyskyselyn mukaan lähes kaikki (98 %) päihdetyön kokemusasiantuntijan luona käyneistä

asiakkaista kertoivat hyötynensä käynnistä erittäin paljon tai paljon.

”Päihdetyön kokemusasiantuntija terveysasemalla” -työmallin pilottihanke oli Vantaalla 2012–2014. Hyväksi havaittua niin sanottua Vantaan mallia jatkojalostettiin Korson, Martinlaakson ja Hakunilan terveysasemilla kolme vuotta. Vuonna 2018 Vantaan kaupunki teki historiaa ja perusti Suomen ensimmäisen kunnallisen kokemusasiantuntijan vakanssin terveyspalvelujen päihdetyöhön.

Aina on toivoa

Nykyisessä kokemusasiantuntijan työssäni välitän vertaistukea ja toipumisuskoa päihdeongelmista vielä kärsiville vantaalaisille ja heidän läheisilleen. Kerron asiakkaille tarjolla olevista päihde- ja mielenterveyspalveluista. Monilla asiakkailla on sekä päihde- että mielenterveyshuolia, joita kannattaa hoitaa samanaikaisesti. Myös asiakkaiden omaiset ja läheiset kannattaa ottaa mukaan hoitoprosessiin.

Ydinsanomani haitallisesta päihdekäytöstä kärsiville sekä kaikille sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille on: kuolemanvakaavasta sairaudesta nimeltä alkoholismi voi toipua. Toivottomia tapauksia ei ole. Toivottomia tapauksia ei ole myöskään huumeiden käyttäjien eikä lääkkeiden väärinkäyttäjien keskuudessa. Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan tai potilaan päihdekäyttö tulee ottaa puheeksi joka asiakastapaamisessa. Päihdeiden puheeksi otto on tänä päivänä yhtä luonnollista kuin ruokailutottumuksista kysyminen.

Kokemusasiantuntijan valttikortti

Kokemusasiantuntijalla on käsissään valttikortti, jota ei löydy monen lääkärin tai hoitajan takataskusta: oma sairaus- ja toipumiskokemus. Samaistuminen ja vertaistuki, jonka päihdeongelmista vielä kärsivä, päihdekuntoutuja tai raitistunut kokee toisen samankaltaisia elämäkokemuksia läpikäyneen kanssa, on usein mystinen, hengellinen ja ihmisjärjelle käsittämätön kokemus. Tuon samaistumisen tunteen olen ko-

kenut lukuisia kertoja juovana alkoholistina – ja nyt päihdetyön kokemusasiantuntijana.

Ennen minua raitistuneiden toipumistarinat ja heiltä saamani vertaistuki auttoivat minua raitistumisessa paljon. Toipumistarinat ja vertaistuki ovat edelleen raittiin elämäni kulmakivet ja tärkeitä työkaluja auttamistyössä. Tänäpäin voin auttaa muita päihdeongelmista kärsiviä rankan elämänskoulun läpikäyneenä, viinapirun selättäneenä kokemusasiantuntijana ja vertaistoimijana.

Kokemusasiantuntijoita palveluihin

Jos haluamme nykyistä paremmin ennaltaehkäistä päihde- ja mielenterveys sairauksia ja niistä aiheutuvia haittoja Suomessa sekä hoitaa jo olemassa olevat päihde- ja mielenterveyspotilaat, sosiaali- ja terveyspalveluihin pitää palkata lisää kokemusasiantuntijoita ja vertaistukiosaamista ammattilaisten rinnalle. Kokemusasiantuntijoita kannattaa hyödyntää palvelujen arvioinnissa, kehittämisessä, hoitotyössä ja asiakaspalvelussa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ja teoreetikot eivät yksin kykene rakentamaan selkeää asiakaslähtöistä palvelujärjestelmää, joka riittävästi ottaa huomioon sairauksista toipuneiden kokemukset, vertaistuen tärkeyden ja asiakkaiden yksilölliset erot.

Kokemusasiantuntijoilla on kyky nähdä palvelukokonaisuus palveluja käyttävän asiakkaan silmin.

Yhdistämällä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten sekä kokemusasiantuntijoiden erilaiset tieto- ja kokemuspohjat on mahdollista luoda uusia toimivia asiakaspalvelumalleja. Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten tuloksellinen yhteistyö vaatii molemmilta osapuolilta avoimuutta ja ennakoluulottomuutta.

Kokemusasiantuntijoita ja vertaistukea kannattaa hyödyntää päihde- ja mielenterveystyössä laaja-alaisesti: ennalta ehkäisevässä työssä, terveyspalveluissa, sairaanhoidossa, sosiaalipalveluissa, kouluissa, nuoriso- ja vanhustalupalveluissa, asumis- ja työpaikoilla. Päihde- ja mielenterveystyön kokemusasiantuntijat ja kokemustieto kannattaa ottaa mukaan lääkärin, psykiatrien,

hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden opetusohjelmiin ja lisäkoulutuksiin. Kokemusasiantuntijat tuovat opetukseen asiakasnäkökulmaa ja käytännön läheisyyttä.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöt on linkitettävä nykyistä paremmin palvelujärjestelmiin ja asiakkaiden auttamis-, hoito- ja kuntoutustyöhön. Päihde- ja mielenterveysjärjestöissä on tarjolla valtava hyödyntämätön potentiaali kokemustietoa ja vertaistukitaitoja asiakkaiden hoito- ja kuntoutustyön tueksi.

**Hannu Ylönen,
päihdetyön kokemusasiantuntija**

Kirjallisuutta

- Häkkinen I (2013) Toipumiskulttuuri – Päihdetoipuminen ja esimerkin voima. Prometheus.
- KoKoA – koulutetut kokemusasiantuntijat ry:n nettisivut www.kokemusasiantuntijat.fi
- Partanen A, Holmberg J, Inkinen M, Kurki M, Salo-Chydenius S (2015) Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy.
- Pilottihanke ”päihdetyön kokemusasiantuntija Korson terveysasemalla 2012–2014”. Loppuraportti. Vantaan kaupunki, terveysterveyst, kokemusasiantuntija Hannu Ylönen. http://www.kansalaisareena.fi/paihdet_korso.pdf

NEUROPSYKOLOGISESTA NÄKÖKULMASTA KOHTI OPPIMISEN VAIKEUKSIEN MONIALAISTA TARKASTELUA

*Ahonen T, Aro M, Aro T, Lerkkänen M-K, Siiskonen T (toim.)
(2019) Oppimisen vaikeudet. Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä.*

Jyväskyläläinen oppimisvaikeusosaaminen on tiivistetty jälleen uuteen laaja-alaiseen ja kokoavaan alan teokseen. Nimensä mukaisesti ”Oppimisen vaikeudet” -teoksessa ei keskitytä pelkästään kehityksellisiin oppimisvaikeuksiin vaan laajemminkin oppimiseen ja oppimisen tukemiseen. Taustalla vaikuttaa teoksen toimittajien ajatus siitä, että lapsen tarvitsema tuki oppimisessa on keskeisiltä periaatteiltaan samanlaista vaikeuksien syystä riippumatta, ja teoksessa esiteltävää tietoa on mahdollista soveltaa kaikkiin lapsiin, jotka tarvitsevat apua oppimisessa.

Kirjan toimittajista Timo Ahonen on ollut toimittamassa myös edellistä oppimisvaikeuksia käsittelevää suomalaista teosta ”Oppimisvaikeudet – neuropsykologinen näkökulma”. Uudessa teoksessa näkökulmaa on laajennettu neuropsykologisesta viitekehyksestä muun muassa kasvatustieteelliseen ja kasvatuspsykologiseen sekä erityispedagogiseen näkökulmaan. Mikko Aro ja Tuija Aro ovat Ahosen tapaan neuropsykologian alan edustajia, ja kaksi muuta kirjan toimittajaa, Marja-Kristiina Lerkkänen ja Tiina Siiskonen, edustavat kasvatustieteitä.

Oppimisen vaikeudet on jaettu kolmeen laajempaan temaattiseen kokonaisuuteen. Tehtävä lienee ollut haastava, sillä oppimiseen ja sen vaikeuksiin liittyy niin suuri

joukko erilaisia tekijöitä, joista käsittelyyn valitseminen ja karsiminen ja toisaalta jonkinlaiseen järjestykseen asettaminen on varmasti vaatinut pohdintaa. Kahdessa ensimmäisessä osiossa limittyvät osin yleisesti oppimiseen liittyvät tekijät ja oppimisvaikeudet. Kolmas kokonaisuus on sisäisesti yhtenäisin keskittyessään puhtaammin oppimisvaikeuksiin.

Ensimmäisessä, Oppimisen tukemisen lähtökohdat -osiossa taustoitetaan oppimisvaikeuksien tunnistamista ja arviointia sekä kehityksen yksilöllisyyden vaikutuksia oppimiseen. Oppimisen tukemista lähestytään kaikkien lasten oppimista tukevien seikkojen ja käytäntöjen lähtökohdista oppimisvaikeuksien tukemisen lisäksi. Taustalla vaikuttaa ajatus, että oppimisen helppous tai vaikeus ei ole vain yksilön ominaisuus vaan vuorovaikutuksessa tapahtuva prosessi. Herättävä huomio Siiskosen ja kumppaneiden kirjoittamassa luvussa on, että yksi keskeisistä oppimistuloksia selittävistä tekijöistä on opettajan ja oppilaan välisen vuorovaikutuksen luonne. Toisaalta tiedetään myös, että oppimisvaikeudet saattavat vaikuttaa tähän suhteeseen kielteisesti. Tärkeää antia on näyttöön perustuvan tuen käyttö opetuksessa, jota valotetaan selkeästi antamalla konkreettiset ohjenuorat tutkimusnäytön

laadun arvioinnille.

Oppimisvaikeuksien tunnistamisesta käsitellään myös ajankohtaista teemaa maahanmuuttajataustaisten lasten oppimisen vaikeuksien arvioinnista. Tutkimusten perusteella maahanmuuttajalapsella kestää 5 - 7 vuotta saavuttaa ikätasoinen valtaväestön kielen hallinnan taso. Vaikeuksia arvioitaessa tämä on hyvin merkityksellistä, samoin kuin se, että kielelliset vaikeudet johtavat usein tavanomaista heikompaan suoritukseen myös ei-kielellisiä taitoja kartoittavissa tehtävissä. Kulttuurin ja perhetaustan vaikutuksia länsimaiseen arviointitilanteeseen käsitellään myös monipuolisesti. Olemme Suomessa niin tottuneita erilaisiin tehtäviin ja suorittamiseen, että on melko vaikeaa havahtua huomaamaan, etteivät nämä ole kaikissa kulttuureissa lapsilta odotettavia tai lasten kanssa leikinomaisesti harjoiteltavia asioita.

Toinen temaattinen kokonaisuus – Oppimista muovaavat tekijät – nostaa esiin monipuolisesti oppimiseen ja sen tukemiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten perheen merkityksen, sosiaaliset taidot, motivaation ja tunteet. Oppimisvaikeuksien perinnöllistä ja neurokognitiivista taustaa käsitellään myös kattavasti, ja käsittelyyn pääsevät myös oppimisen kannalta keskeiset kognitiiviset prosessit: tarkkaavaisuus, toiminnanohjaus ja työmuisti. Uskoisin, että näiden kognitiivisten prosessien avaaminen on hyödyllistä monien lukijoiden näkökulmasta.

Oppimista toisella kielellä käsitellään myös osana tätä kokonaisuutta ansaitusti, sillä suomi toisena kielenä -opetukseen osallistuvien oppilaiden määrä on moninkertais- tunut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Pisa-tutkimusten valossa suomalainen koulujärjestelmä ei vielä pysty täysin vastaamaan näiden oppilaiden tarpeisiin, sillä Suomessa syntyneiden, toisen polven maahanmuuttajienkin tulokset jäävät vielä selvästi jälkeen kantasuomalaisten tuloksista niin lukutaidossa kuin matematiikassakin.

Toinen ajankohtainen teema kuvaa oppimisen vaikeuksia digitaalisissa ympäristöissä. Internetpohjaisen lukemisen tutkimuksessa internetlukutaidosta noin puolet selittyi lukusujuvuuden, luetun ymmärtämi-

sen ja oikeinkirjoituksen taidoilla, ja luetun ymmärtäminen selitti tehtävissä menestymistä enemmän kuin lukusujuvuus. Joukossa oli kuitenkin oppilaita, jotka lukemisen vaikeuksistaan huolimatta pärjäsivät internet-lukutehtävässä oletettua paremmin. Lie-nee siis mahdollista, että internetpohjainen lukeminen tarjoaa tulevaisuudessa myös joi- takin uudenlaisia kompensatiokeinoja luke- misvaikeuksiin.

Viimeisessä kokonaisuudessa – Kehi- tykselliset oppimisvaikeudet ja oppimisen tukeminen – käsitellään oppimisvaikeuksia kutakin omina lukuinaan. Tähän teokseen on otettu mukaan hahmotusvaikeudet, joita ”Oppimisvaikeudet – neuropsykologinen nä- kökulma” -teoksessa ei vielä käsitelty. Hah- motusvaikeudet muodostavat hankalammin määriteltävän vaikeuksien kokonaisuuden, joka ilman omaa diagnostista luokitustaan on erilaisessa asemassa verrattuna esimer- kiksi lukemisen ja matematiikan vaikeuksiin. Teoksessa tähän aiheeseen on onneksi tar- tuttu, ja hahmotusvaikeuksien luvussa tar- jotaan myös määritelmä hahmotushäiriöille.

Laaja-alaiset oppimisvaikeudet sen si- jaan eivät ole saaneet omaa lukuaan. Laa- ja-alaiset oppimisvaikeudet, aivan kuten hahmotusvaikeudetkaan, eivät muodosta varsinaista omaa diagnostista kategoriaan- sa. Niitä käsitellään kuitenkin teoksen lop- pukirjoituksessa, jossa nostetaan esiin tämän joukon erityinen haavoittuvuus nykyisessä, yhä vaativampia kognitiivisia taitoja edellyt- tävässä yhteiskunnassa. Tämä on se joukko, jonka oppimisesta tulisi todennäköisesti olla vielä enemmän huolissaan kuin yksittäisiä, vaikka päällekkäistyneitäkin, oppimisvai- keuksia kokevista lapsista. Heitä toimiva ongelmanratkaisukyky auttaa hyötymään strategioista ja vaikeuksien kompensointi- keinoista laaja-alaisia oppimisvaikeuksia ko- kevia paremmin.

Kirjan lopussa toimittajat nostavat esiin tärkeän teeman oppimisvaikeuksien päälle- käisyydestä. Yksittäin vaikeuksia käsiteltäes- sä niiden ominaispiirteitä on helpompi ym- märtää, ja tutkimuserinteessä vaikeuksia on totuttu tarkastelemaan paljolti yksittäisten vaikeuksien näkökulmasta. Todellisuudes- sa oppimisvaikeudet muodostavat jokaisen

lapsen kohdalla vaikeuksien ja vahvuuksien yksilöllisen yhdistelmän, jossa usean erilaisen oppimisvaikeuden yhtäaikainen esiintyminen on hyvin yleistä. Tukemisen kannalta olisi tärkeää ymmärtää, voisiko usean eri taidon kehittymistä edistää tukemalla joitakin kaikille vaikeuksille yhteisiä taustatekijöitä. Tältä osin tutkimus ei vielä anna meille valmiita vastauksia. Nykytiedon valossa näyttää kirjoittajien mukaan olevan perusteltua tukea kaikkia vaikeusalueita erikseen.

Loppukirjoituksessa nostetaan päällekkäistymisen lisäksi esiin toinenkin tärkeä näkökulma, oppimisvaikeuksien yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin. Jos teos koskisi nuorten ja aikuisten oppimisvaikeuksia, tematiikka olisi varmasti saanut aivan oman lukunsa. Kenties lapsilla oppimisvaikeuksien rinnalle kehittyvät psyykkiset ongelmat eivät ehdi vielä kumuloitua ja kärjistyä niin keskeisiksi toimintakykyä haittaaviksi tekijöiksi, millaisina ne aikuisten oppimisvaikeuksien parissa työskentelevien silmin näyttäytyvät. Toki kaikki oppimisvaikeuksia kokevat eivät näitä rinnakkaisseurauksia saa taakakseen, ja suojaaviakin tekijöitä on tutkimuksissa paljon tunnistettu. Kuitenkin huomattavan suuri osa etenkin niistä, joiden vaikeuksia ei ole tunnistettu tai jotka eivät ole saaneet vaikeuksiinsa riittävää tukea, oireilevat myöhemmin myös psyykkisesti. Vaikka teoksen painotus on koulumaailmassa ja lapsissa, nuorten ja aikuisten oppimisvaikeuksien parissa toimivana jäin kaipaamaan vielä jonkinlaista hieman laajempaa siltaavaa näkökulmaa oppimisvaikeuksien ulottumisesta aikuisuuteen muutamien loppukirjoituksessa olleiden nostojen ja yksittäisten viittausten sijaan. Aikuisuuden vaikeuksia peilattaessa tulisi hyvin perustelluksi myös varhaisen tuen tärkeys, sillä kokonaisvaltaisella tuella jo peruskouluiässä olisi mahdollista ennaltaehkäistä niitä monia oppimisvaikeuksien rinnakkaisseurauksia, joihin tiedämme oppimisvaikeuksien pahimmillaan johtavan.

Teoksen lukuisat kirjoittajat ovat keskeisiä toimijoita suomalaisen oppimisvaikeustutkimuksen kentällä ja esittelevät teksteisään laajasti paitsi tutkimusperustaista tietoa, myös pitkän käytännön kokemuksensa kaut-

ta kertynyttä tietoa oppimisen ongelmien lievittämisestä. Teoksessa ilmentyy hyvin oppimisvaikeustutkimuksen moninäkökulmaisuus ja oppimisen erityisvaikeuksien kokonaisvaltainen tarkastelutapa. Runsaat ja ajankohtaiset lähdeviitteet mahdollistavat sen, että kiinnostaviin aiheisiin voi halutesaan perehtyä vielä yksityiskohtaisemmin. ”Oppimisen vaikeudet” on kattava ja tärkeä tietolähde sekä lasten parissa työskenteleville että muille, jotka haluavat kokonaisvaltaisen kuvan oppimisen vaikeuksista ja niissä tukemisesta.

Johanna Nukari, PsL, neuropsykologian erikoispsykologi, Kuntoutussäätiö



Päivitä
osaamistasi!

OPIskeLE KUNTOUTUKSEN ASiANTUNTIJAKSI!

AMK-TUTKINTO MONIMUOTO

Kuntoutuksen ohjaaja

Hakuaika 18.3.–1.4.2020 • hakeminen: opintopolku.fi

YLEMPI AMK / MASTER -TUTKINTO

Rehabilitation

Hakuaika 11.3.–1.4.2020 • hakeminen: studyinfo.fi

Lisätietoja ja hakuohjeet: samk.fi/haku

Satakunnan ammattikorkeakoulu



*Toimitus kiittää lämpimästi lukijoita ja kirjoittajia
kuluneesta vuodesta.
Rauhallista joulua ja onnellista uutta vuotta!*

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2020

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2020 tuttuun tapaan neljästi. Maaliskuussa ilmestyvä yksinnumero on GAS-teemanumero, jossa käsitellään kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen ja arvioimisen menetelmää. Luvassa on monipuolinen ja kiinnostava teemanumero Kelan Muutos-hankkeen osatutkimuksista.

Tilaus- ja ilmoitushinnat ovat ennallaan. Tilaamalla lehden seuraat alan tutkimusta ja ajan-kohtaisuuksia sekä saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/kirjoitusohjeet

Ilmestymisaikataulu 2020

Nro	Ilmestyy
1	viikko 12
2	viikko 23
3	viikko 40
4	viikko 50

Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat mustavalkoisia ilmoituksia:
1/1 sivu (176x250 mm): 250 euroa
½ sivua, (88 x 125 mm): 150 euroa
¼ sivua (44 x 62 mm): 120 euroa

Lisätietoja: www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/mediakortti TAI
annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi

Kuntoutus 4 | 2019 | 42. vuosikerta
ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkajulkaisu)

Kuntoutus

Tilaa Kuntoutus-lehti

Pidä itsesi ajan tasalla kuntoutuksesta - saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa!

Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti TAI
tilaukset, osoitteenmuutokset ja peruutukset:
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh. 040 439 7183

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Irtonumero á 14 euroa + postimaksu

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry