

Kuntoutuks

2018

2

Ylioppilaiden
terveydenhoitosäitiön
mielenterveyspalvelut

Asiakkaiden kokemuksiin
perustuvat kuntoutuksen
tukiprosessit

Vertaisuus, vertaisryhmä ja
vertaistuki Kela järjestämällä
sopeutumisvalmennuskursseilla

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

MAURI KALLINEN

Muutos on mahdollisuus

– kuntoutuksen merkitys on kasvamassa

3

TIETEELLINEN ARTIKKELI

MARJA-LEENA MERONEN, JARL WAHLSTRÖM,

JOONA S. MUOTKA JA ASKO TOLVANEN


Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön

mielenterveyspalvelut opiskelijoiden kokemina 

5

SUSANNA PALOMÄKI

Asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuntoutuksen

tukiprosessit yhteisten toimintojen alueella 

21

ULLA BUCHERT

Vertaisuus, vertaisryhmä ja vertaistuki Kela

järjestämällä sopeutumisvalmennuskursseilla 

34

KATSAUS

ANTTI VEILAHTI

Adaptaatiosta oppimiseen

– Kenelle ADHD-hermopalautehoidot sopivat?

46

KOULUTUSESITTELY

MARIA KRUUS, TONI NISULA, ELINA ALA-NIKKOLA,

TOMI NURMINEN JA PEKKA PAALASMAA

Apuvälineteknikko (AMK) on korvaamaton osa

kuntoutuksen monialaista tiimiä

53

KUNTOUTUKSESSA TAPAHTUU

57

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 Siipari, Metropolia AMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhaluoma, Mila Gustavsson-Lilius, 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 kehittämissyhdistyksen Kutke ry | 41. vuosikerta | ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu) **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Painoyhtymä Oy

MUUTOS ON MAHDOLLISUUS – KUNTOUTUKSEN MERKITYS ON KASVAMASSA

PÄÄKIRJOITUS

MAURI KALLINEN

Moni jännittää, tuleeko maahamme yksi suurimmista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksista, vai kaatuvatko siihen liittyvät lait lähiaikana eduskunnassa. Kannattaa huomioida, että sosiaali- ja terveydenhuoltoamme ja sen mukana kuntoutusta on uudistettu monin tavoin aikaisemmin, eikä muutoksen vauhti ole hidastumassa, vaikka sote-uudistus menisi nurin.

Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportissa (STM 9.11.2017) todetaan, että kuntoutuspalvelujärjestelmämme ohella myös kuntoutuksen tieteellinen tutkimus on pirstaleista ja ilman valtakunnallista strategiaa. Opetus- ja kulttuuriministeriö on hiljattain käynnistänyt Osaamisella soteen -uudistuksen, jonka tarkoituksena on kehittää myös kuntoutuksen koulutusta ja tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa (TKI). Ammattikorkeakoulut ovat perustaneet vuonna 2015 kuntoutuksen koulutuksen ja TKI-toiminnan kehittämisverkoston osana Metropolian ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kuntoutusalan osaamiskeskittymää. Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportissa ehdotetaan, että OKM ja kuntoutusalan osaamiskeskittymä huolehtisivat kuntoutuksen koulutuksen ja TKI-toiminnan kehittämisestä yhteistyössä yliopistojen, tutkimusorganisaatioiden ja toisen asteen koulutuksen kanssa. Kuntoutuksen tutkimukselle tulee komitean ehdotuksen mukaan laatia yhteinen valtakunnallinen ohjelma, jossa myös määritetään kuntoutuksen tutkimuksen rahoitus. Monitieteisten osa- ja kokoaikaisten kuntoutuksen professuurien perustaminen olisi olennainen osa kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelmaa.

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisyhdistys KUTKE ry on toiminut tällä ja aiemmalla nimellään (Suomen lääkinnällisen kuntoutuksen yhdistys) jo kolmekymmentä vuotta. Yhdistyksen yhtenä tavoitteena on nimensä mukaisesti edistää monitieteellistä kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Sen toimintakeinoja ovat aloitteiden tekeminen, tiedottaminen, koulutuksien ja neuvottelutilaisuuksien järjestäminen, julkaisutoiminta sekä kansainvälisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen lisääminen.

Kahtena viime toimintavuotenaan KUTKE ry on kokenut merkittäviä muutoksia. Yhdistys hyväksyttiin maaliskuussa 2017 Tieteellisten seurain valtuuskuntaan, mikä mahdollistaa tuen hakemisen julkaisutoimintaan, koulutuksiin ja kansainväliseen toimintaan. KUTKE ry liittyi vuoden 2018 alusta Kuntoutussäätiön rinnalle Kuntoutus-lehden julkaisijaksi.

Yhdistys järjestää Kelan kanssa 22.11.2018 Helsingissä monialaisen valtakunnallisen tieteellisen seminaarin, jonka teemana on

”Yhdenvertaisuus kuntoutuksessa”. Vastaavaan seminaariin vuonna 2016 oli 200 osallistujaa ja sinne tarjottiin yli 50 tutkimusabstraktia. KUTKE ry:n puheenjohtaja kuuluu jatkossa EFRR:n (European Forum for Research in Rehabilitation) valtuuskuntaan Suomen edustajana. Allekirjoittanut toimii KUTKE ry:n puheenjohtajana ja EFRR:n valtuuskunnassa sen valmistautuessa historiansa viidenteentoista kuntoutusalan kansainväliseen kongressiin Berliinissä 15.–17.4.2019. EFRR 2019:n teemana on “Rehabilitation – shaping healthcare for the future”. Suomi ja Helsinki toimivat edelleen EFRR:n kotipaikkana.

Kuntoutusalan tarpeiden huomioimisesta on kannettu aiheellisesti huolta tuleviin muutoksiin valmistauduttaessa. Kannustaisin kuntoutusalalla toimivia olemaan edelleen aktiivisia tulevissa kansallisissa muutoksissa. Kansainvälisestikin kuntoutus on ollut huomion kohteena: WHO on julkaissut vuonna 2017 kuntoutusta koskevan oman toimintaohjelmansa (“Rehabilitation 2030: a call for action”). Kuntoutuspalveluiden tarve on kasvava, kun toimintarajoitteisen elämän pituus on pidentynyt ja niiden terveysongelmien määrä, jotka lisäävät toimintarajoituksia, on kasvamassa. WHO julkaisee uuden tautiluokituksen ICD-11:n näillä näkymin kesäkuussa 2018. Uusi tautiluokitus otetaan käyttöön asteittain eri maissa. Kuntoutuksen kannalta sen merkittävin parannus on toimintakyvyn luokittelu ICF-perusteisesti sairauskoodien ohella. Toimintakyvyn huomioimisen ja kuntoutuksen merkitys korostunee tämän myötä maailmanlaajuisesti.

Muuttuva palvelujärjestelmä on mahdollisuus vaikuttaa asioiden kulkuun ja vahvistaa kuntoutuksen merkitystä ja vaikuttavuutta yhteiskunnassamme. KUTKE ry (www.kutke.fi) ja muut alan järjestöt sekä Kuntoutus-lehti tarjoavat väylän tälle vaikuttamiselle. Kannattaa huomata, että KUTKE ry:n jäsenyydellä saa rahanarvoisiakin etuja. Kaikki mukaan kuntoutuksen uudistamiseksi!

Mauri Kallinen

LT, professori

Ylilääkäri, puheenjohtaja

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Oulun yliopisto, KUTKE ry



YLIOPPILAIDEN TERVEYDENHOITOSÄÄTIÖN MIELENTERVEYSPALVELUT OPISKELIJOIDEN KOKEMINA

Johdanto

Tässä artikkelissa tarkastellaan opiskelijoiden tyytyväisyyttä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveyspalveluihin ja tyytyväisyyden kehitystä 2000-luvulla. YTHS:n palvelujen piirissä oli vuonna 2017 yhteensä 125 557 yliopisto- ja korkeakouluopiskelijaa, joista 9,5 % käytti mielenterveyspalveluja (Tossavainen 2018). Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016:n (Kunttu ym. 2017) mukaan korkeakouluopiskelijoiden psyykkiset ongelmat ovat yleistyneet 2000-luvulla ja mielenterveyspalveluja käyttäneiden osuus on jatkuvasti noussut.

YTHS:n mielenterveyspalveluissa työskentelee psykiatreja, psykologeja sekä psykiatrisia sairaanhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä. Valtaosalla työntekijöistä on perustutkinnon lisäksi psykoterapeutin jatkokoulutus. Terveystutkimuksen jälkeen lievemmin oireileva opiskelija ohjataan yleisterveyteen ja vakavammin tai pitkään oireillut psykologin, psykiatrisen sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän toteuttamalle, korkeintaan viiden käynnin arviointijaksolle tai tarvittaessa psykiatrilta. Arviointijakson lopulla sovitaan yhdessä opiskelijan kans-

sa tarvittaessa pidemmästä hoitojaksosta, sen sisällöstä ja toteutuksesta joko YTHS:n työntekijän toteuttamana lyhytpsykoterapeuttisena tai harvajaksoisena hoitojaksona, ryhmähoitona tai Kelan tukemana yksityisterapeutin toteuttamana kuntoutuspsykoterapiana. Tämän tutkimuksen teon aikana vuosina 2003-2011 pystyttiin opiskelijoille tarjoamaan pitkiä psykoterapioita YTHS:n työntekijöiden toteuttamina.

Asiakastyytyväisyys terveydenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa

Terveydenhuollon asiakastyytyväisyyskyselyjen toistuva tulos sekä ulkomailla että kotimaassa on, että valtaosa potilaista on tyytyväisiä saamiinsa palveluihin, kun heiltä kysytään tyytyväisyydestä yleisellä tasolla (Lundqvist ym. 2012, Awara & Fasey 2008, Ruggeri ym. 2007, Oltedal ym. 2007, Meronen & Pylkkänen 2005, Siponen & Välimäki 2003, Williams ym. 1998).

Tärkeää olisi tehdä ero yleisen tyytyväisyyden ja tyytyväisyyden eri osa-alueiden välillä. Robillos ym. (2014) ovat tutkineet sukupuolen yhteyttä asiakastyytyväisyyden eri osa-alueisiin todeten, että naisilla tyytyväisyys liittyi hoitoon pääsyn sujuvu-

teen, hoidon laatuun ja sopivuuteen, hoidon suunnitteluun osallistumiseen ja sosiaalisten kontaktien kohentumiseen hoidon myötä. Miehillä puolestaan tyytyväisyys liittyi hoitoon pääsyn sujuvuuteen, hoidon tulokseen, sosiaalisten kontaktien kohentumiseen ja toimintakyvyn parantumiseen hoidon myötä. Hoitoon pääsyn sujuvuuden merkitys oli miehille tärkeämpi kuin naisille. Hoidon konkreetti hyöty ja tulokset olivat tärkeitä kummallekin ja ylipäättään merkityksellisiä asiakastyytyväisyyden muodostumisessa. Kummallakin sukupuolella yleistä tyytyväisyyttä ennustivat mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun sekä hoidon laatu ja sopivuus. Tässä tutkimuksessa puolestaan ollaan kiinnostuneita siitä, onko mahdollista löytää erilaisia asiakastyytyväisyysryhmiä, joissa tyytyväisyyden osat alueet painottuvat eri tavoin. Ryhmittely auttaisi mietittäessä palvelujen oikea-aikaisuutta ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaamista. Aikaisempaa vastaavaa tutkimusta ei kirjoittajien tiedossa ole.

Useimmat terveydenhuollon asiakastytyväisyyskyselyt tavoittavat rajoitetusti niitä piirteitä, jotka liittyvät mielenterveyspalveluihin. Niissä saatetaan painottaa enemmän hoidon teknisiä puolia, kun taas potilaiden kokemukset kohtaamisesta työntekijän kanssa eivät saa niissä riittävästi tilaa. Mielenterveyspalveluissa juuri työntekijän ja potilaan välinen yhteistyösuhde muodostaa hyvän hoidon perustan.

Useat tutkimukset vahvistavat näkemystä potilaan ja työntekijän välisen yhteistyösuhteen laadun tärkeydestä asiakastytyväisyyden muotoutumisessa (Smith ym. 2014, Brunero ym. 2009, Olteidal ym. 2007, Kuosmanen ym. 2006, Johansson & Eklund 2003, Möller-Leinkühler & Dunkel 2003, Calsyn ym. 2002, Sitzia & Wood 1997, Björkman ym. 1995). Tämä näyttäytyy erityisesti mielenterveyspalvelujen tyytyväisyyskyselyistä tehtyjen tutkimusten tuloksissa. Möller-Leinkühlerin ja Dunkelin (2003) tutkimuksessa esiin nousi erityisesti työntekijän empaattisuus tyytyväisyyteen myönteisesti vaikuttavana tekijänä. Björkman työryhmineen (1995) puolestaan korosti työntekijän kykyä olla kiinnostunut, ymmärtävä, kuunteleva ja

potilasta kunnioittava. Kunnioittava suhtautuminen nousi esiin myös Olteidalin ym.iden (2007) tutkimuksessa, kuten myös työntekijän ystävällisyys sekä se, missä määrin potilaan oli mahdollista valita oma työntekijänsä ja vaikuttaa hoitoonsa. Johanssonin ja Eklundin (2003) tutkimuksessa tärkeintä oli ymmärretyksi tuleminen. Näissä tutkimuksissa yhteistyösuhde vastaa olennaisilta osin psykoterapiatutkimuksen terapia-allianssin käsitettä.

Yhteistyösuhteen lisäksi on muitakin tekijöitä, joilla on merkitystä asiakastytyväisyyden kokemuksen muodostumisessa. Tällaisia tekijöitä ovat mm. hoidon kesto, hoitoinformaation saatavuuden helppous ja hoitoon pääsyn sujuvuus (Robillos ym. 2014, Sohn ym. 2014, Lundqvist ym. 2012, Awara & Fasey 2008, Bjørngaard ym. 2007, Ruggeri ym. 2007, Siponen & Välimäki 2003). Useiden tutkimusten mukaan myös potilaan sukupuoli ja ikä ovat yhteydessä asiakastytyväisyyteen (Robillos ym. 2014, Lundqvist ym. 2012, Awara & Fasey 2008, Bjørngaard ym. 2007, Olteidal ym. 2007, Blenkinson & Hammill 2003). Tosin tutkimustulokset vaihtelevat eikä yksiselitteisiä yhteyksiä ole aina löytynyt. Tässä tutkimuksessa halutaan selvittää eri tekijöiden kuten sukupuolen, iän, hoidon keston ja hoitoon pääsyn sujuvuuden yhteyttä tyytyväisyyteen.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

YTHS:llä on aiemmin kerätty yleisellä kyselyllä tietoa opiskelijoiden tyytyväisyydestä palveluihin. Kysely on sovelnut hyvin yleisterveyden ja suunterveyden toimintojen arviointiin, mutta se ei ole kuvannut riittävästi mielenterveyspalveluja. Tästä syystä vuonna 2002 YTHS päätti laatia kyselyn, joka soveltuu paremmin mielenterveyspalvelujen arviointiin. Ensimmäinen asiakastytyväisyyskysely toteutettiin vuonna 2003, ja siitä tehty tutkimusraportti julkaistiin Suomen Lääkärilehdessä vuonna 2005 (Meronen & Pylkkänen 2005). Kysely on toistettu vuosina 2005, 2007, 2009 ja 2011.

Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita asiakastytyväisyyden ajallisesta vaihte-

lusta, koska muutokset YTHS:n palvelurakenteessa vuosina 2003–2011 antoivat tähän aiheita. Lisäksi halutaan saada tarkempaa tietoa opiskelijoiden palvelukokemuksista sekä selvittää, onko vastausten perusteella mahdollista löytää tyytyväisyyden eri perusolottuvuuksia ja ryhmiä ja miten ryhmät eroavat toisistaan. Tutkimuksen tarkoituksena on vastata seuraaviin kysymyksiin.

1. Onko asiakastyytyväisyys muuttunut niiden vuosien aikana, jolloin kyselyjä on toteutettu?
2. Onko tyytyväisyyden eri osa-alueisiin kohdentuviin kysymyksiin annettujen vastauksien perusteella löydettävissä asiakastyytyväisyyden perusolottuvuuksia?
3. Onko löydettävissä erilaisia asiakastyytyväisyysryhmiä ja miten ne eroavat eri tekijöiden kuten iän, sukupuolen, palvelujen käytön ja koetun psyykkisen voinnin suhteen?

Tutkimuksen toteuttaminen

Asiakastyytyväisyyskyselyjen toteuttaminen ja vastaajat

Asiakastyytyväisyyskyselyt on toteutettu YTHS:n mielenterveyspalveluissa vuosina 2003, 2005, 2007, 2009 ja 2011, ja niihin ovat osallistuneet YTHS:n mielenterveyspalveluja käyttäneet opiskelijat. Opiskelijoiden mahdollisista muista mielenterveyspalvelujen käytöstä ei ole tietoa. YTHS:n mielenterveystyön johtava ylilääkäri on myöntänyt tälle tutkimukselle tutkimusluvan 9.1.2015. Ensimmäinen kysely toteutettiin kaksipäiväisenä toukokuussa 2003 YTHS:n Helsinki-Espoon, Tampereen, Turun, Jyväskylän ja Oulun terveyspalveluyksiköissä. Työntekijä antoi kyselylomakkeen opiskelijalle vastaanoton yhteydessä ja pyysi täyttämään sen joko heti vastaanoton jälkeen tai lähettämään sen postitse vastauskirjekuoressa. Vuonna 2005 kysely laajennettiin kosemaan kaikkia YTHS:n kymmentä terveyspalveluyksikköä. Toinen kysely toteutettiin jälleen toukokuussa kaksipäiväisenä, jolloin

työntekijä jakoi kyselylomakkeen vastaanotolla. Vuoden 2007 kysely oli ensimmäinen, joka toteutettiin lähettämällä kyselylomake sähköpostitse opiskelijalle. Kysely toteutettiin jälleen toukokuussa, ja mukana olivat kaikki YTHS:n kymmenen terveyspalveluyksikköä. Vuosina 2009 ja 2011 kysely toteutettiin samalla tavoin kuin vuonna 2007 lukuun ottamatta sitä, että vuonna 2011 kysely tehtiin marraskuussa, koska toukokuuhun sijoittui toinen tutkimus. Vuosina 2007, 2009 ja 2011 kyselylomake lähetettiin sähköpostitse niille opiskelijoille, jotka olivat sovitun kyselyviikon aikana käyneet vastaanotolla mielenterveyspalveluissa, ja heillä oli viikon vastausaika, minkä jälkeen vastaamattomia karhuttiin kaksi kertaa. Teknisesti kyselyt toteutettiin Webropol-kyselynä, jolloin ne voitiin kohdistaa vastaanotolla käyneille opiskelijoille mutta vastauksista ei voitu identifioida opiskelijoita. Eri vuosien kyselyihin vastasivat eri opiskelijat.

Asiakastyytyväisyyskyselylomake

YTHS:n asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen lähtökohtana oli Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteissä vuonna 2001 toteutettu asiakastyytyväisyyskartoitus (Piirtola 2003). YTHS:n lomakkeessa käytettiin osittain samoja kysymyksiä kuin kyseisessä aikuispsykiatrian kartoituksessa, mutta mukaan otettiin myös hoitoprosessia ja -suhdetta kuvaavia osioita. Lomake haluttiin tehdä selkeäksi ja nopeasti vastattavaksi, jotta mahdollisimman moni vastaisi siihen. Vastaajaa pyydettiin arvioimaan koko hoitoprosessia tai, jos hoito oli alussa, siihen mennessä toteutuneita käyntejä. (Kyselylomake liitteenä 1.)

Vastaajien taustatiedoista tiedusteltiin ikää, sukupuolta, terveyspalveluyksikköä, omaa arviota psyykkisestä voinnista (vuonna 2003 asteikolla 1–7 erittäin huonosta erittäin hyvään, vuodesta 2005 lähtien asteikolla 1–5 sama jaottelu) sekä psykiatrisen käytön (vuoden 2005 kyselystä lähtien vastausvaihtoehtoina kyllä tai ei sekä mitä lääkettä käyttää).

Palveluja koskevia tietoja edusti käynnin tyyppi, jonka vastausvaihtoehdot olivat:

ensikäynti, 2.-5.-käynnit, sovittu hoitajakso ja psykiatrikäynti lausunnon tai lääkityksen vuoksi. Sovitulla hoitajaksolla olleilta tiedusteltiin myös käyntitiheyttä ja hoidon kestoa. Käyntitiheyden vastausvaihtoehdot olivat vuosina 2003 ja 2005 seuraavat: 1) harvemmin kuin kerran viikossa, 2) kerran viikossa ja 3) kaksi tai useampi käynti viikossa. Vuodesta 2007 lähtien lisättiin vastausvaihtoehto 4) käyntitiheys vaihtelee. Muutokset vastaanottokäytännöissä antoivat aiheita tähän lisäykseen. Vuoden 2005 kyselyssä kartoitettiin myös käyntitiheyden sopivuutta, mutta koska kysymys ei erotellut riittävästi eri vaihtoehtoja, vaan valtaosa piti käyntitiheyttä sopivana, se jätettiin pois. Hoidon keston vastausvaihtoehdot olivat: 1) alle vuoden, 2) 1-2 vuotta ja 3) yli kaksi vuotta.

Asiakastyytyväisyyttä koskevia tietoja kartoitettiin kysymyksillä, jotka koskivat vastaajan kokemusta hoitokohtaamisen laadusta, yhteen sopimisesta työntekijän työskentelytavan kanssa, yhteistyön sujuvuudesta, ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta, avun osuvuudesta suhteessa tarpeisiin ja toiveisiin, hoidon hyödyllisyydestä, hoidon haitallisuudesta (kysymys mukana vain vuonna 2003) ja hoitoon pääsystä (kysymys mukana vuodesta 2005 eteenpäin). Hoidon haitallisuutta koskeva kysymys oli mukana vain vuoden 2003 kyselyssä, mutta koska se ei riittävästi erotellut eri vastausvaihtoehtoja, se jätettiin pois. Vuonna 2003 kysymysten vastausvaihtoehdot vaihtelivat asteikolla 1-7 (= erittäin tyytymätön - erittäin tyytyväinen), mutta muina vuosina asteikolla 1-5 (= erittäin tyytymätön - erittäin tyytyväinen). Tulostuloksissa vuoden 2003 tyytyväisyyskysymyksiä sekä psyykkisen voimien arviota koskevat vastausvaihtoehdot muunnettiin asteikolle 1-5 siten, että asteikon 1-7 arvot 1 ja 2 yhdistettiin uudella asteikolla arvoksi 1 sekä arvot 6 ja 7 arvoksi 5. Jokaisen kysymyksen kohdalla oli myös avoin tila kommenteille ja perusteluille.

Aineiston analysointi ja tilastolliset menetelmät

Asiakastyytyväisyyden vaihtelua eri kysely-

ajankohtina selvitettiin tekemällä varianssianalyysit, ryhmittelevänä tekijänä vastausvuosi, seuraaville seitsemälle tyytyväisyyskysymykselle: hoitokohtaamisen laatu, yhteen sopiminen työntekijän työskentelytavan kanssa, yhteistyön sujuvuus, ymmärretyksi ja kuulluksi tuleminen, avun osuvuus suhteessa tarpeisiin ja toiveisiin, hoidon hyödyllisyys ja hoitoon pääsy. Tilasto-ohjelmana käytettiin SPSS-versiota 22.

Asiakastyytyväisyyden perusulottuvuuksia selvitettiin tekemällä faktorianalyysi edellä mainituille seitsemälle tyytyväisyyskysymykselle. Faktorimenetelmänä käytettiin maximum likelihoodia ja "direct oblmin" vinokulmaista rotaatiomenetelmää. "Direct oblmin" vinokulmainen rotaatiomenetelmä sallii faktoreiden välisen korrelaation. Faktorianalyysin jatkoksi tutkittiin iän, sukupuolen, käynnin tyyppin, hoidon keston, käyntitiheyden, psyykelääkityksen käytön ja koetun psyykkisen voimien yhteyttä faktoripistemääriin korrelaatioiden ja t-testin avulla. Tilasto-ohjelma oli sama kuin edellä.

Eri tyytyväisyysryhmien löytämiseksi käytettiin latenttia luokka-analyysia. Luokkaanalyysin tarkoituksena oli etsiä ryhmiä, joissa havainnot ryhmän sisällä olisivat mahdollisimman homogeenisia ja ryhmien välillä olisi selkeät erot. Latentin luokkaanalyysin avulla etsitään sopivinta mallia, joka parhaiten tiivistää tutkimusaineiston pienimpään mahdolliseen määrään toisistaan tietyillä tilastollisilla kriteereillä eroavia vastaajaryhmiä. Sopivimman mallin etsimisessä käytetään otoskokoon sovellettua BIC-arvoa (Bayesian Information Criterion) tilastollisena kriteerinä. Mitä pienempi BIC-arvo, sitä paremmin malli kuvaa tutkimusaineistoa. Toinen keskeinen tilastollinen kriteeri on entropia-arvo, joka kuvaa sitä, kuinka hyvin malli luokittelee yksilöt eri ryhmiin arvojen vaihdellessa välillä 0-1. Mitä suurempi arvo, sitä selvempi ratkaisu. Kolmas tilastollinen kriteeri on latenttien luokkien keskimääräinen todennäköisyys (AvePP, Average Posterior Probability), jonka arvon tulee vaihdella välillä .70-1.0. Mitä suurempi AvePP, sitä varmemmin ryhmät eroavat toisistaan ja sitä suuremmalla todennäköisyydellä yksittäinen henkilö kuuluu tiettyyn ryhmään eli ryhmien

Taulukko 1a. Vastaaajien taustatiedot kyselyissä vuosina 2003, 2005, 2007, 2009 ja 2011.

Kyselyn toteutusvuosi	2003	2005	2007	2009	2011	Yht.
Vastaaajien lukumäärä	279	342	532	418	404	1975
Vastausprosentti (%)	83	78	69	54	40	
Sukupuoli, naiset (%)	72	74	76	78	79	
Ikä (%)						
- ≤ 20-vuotiaat	5	3	4	5	6	
- 21–24-vuotiaat	31	39	39	31	35	
- 25–29-vuotiaat	41	39	39	43	37	
- 30–34-vuotiaat	12	13	11	15	16	
- 35–39-vuotiaat	6	4	5	4	2	
- 40–43-vuotiaat	3	1	1	1	1	
- ≥ 44-vuotiaat	2	1	1	1	3	
Psyykelääkityksen käyttäjät (%)						
- käyttää	-	41	42	47	42	
- ei käytä	-	59	58	53	58	
Koettu psyykkinen vointi (%)						
- huono tai erittäin huono	35	29	25	26	26	
- keskinkertainen	29	46	44	46	47	
- hyvä tai erittäin hyvä	36	25	31	28	27	

välillä on selkeät erot. Tilastollisten kriteerien jälkeen arvioidaan löydettyjen ryhmien tulkinnallista järjestyttä, sopivuutta ja käyttökelpoisuutta. Tilasto-ohjelmalla käytettiin Mplus-versiota 5.1.

Luokka-analyysi tehtiin koko aineistolle, johon oli yhdistetty kaikkien kyselyvuosien aineistot. Luokka-analyysi laskettiin myös eri kyselyvuosien aineistoille erikseen, mutta eniten ryhmiä tuottava malli löytyi yhdistetäessä kaikki aineistot. Lisäksi tutkittiin iän, sukupuolen, käynnin tyyppiä, hoidon keston, käyntitiheyden, psyykelääkityksen käytön ja koetun psyykkisen voinnin yhteyttä eri tyytyväisyysryhmiin käyttäen erojen tilastollisen merkitsevyyden analyysissä khiin neliötestiä ja varianssianalyysia.

Tulokset

Vastaaajien taustatiedot ja käyttämät palvelut

Vastaaajien taustatiedot ja tiedot heidän käyttämistään palveluista kaikissa viidessä kyselyssä on esitetty taulukoissa 1a ja 1b.

Vastaaajia eri kyselyvuosina oli 279–532. Yhteensä vastaaajia oli 1975. Vastausprosentti oli 40–83 prosenttia. Kaikissa kyselyissä valtaosa vastaaajista oli naisia (72–79 %). Valtaosa vastaaajista oli joko alle 25-vuotiaita (36–43 %) tai 25–29-vuotiaita (37–43 %). Psyykelääkkeiden käyttäjiä oli 41–47 prosenttia. Psyykkisen vointinsa koki huonoksi tai erittäin huonoksi 25–35 prosenttia ja hyväksi tai erittäin hyväksi 25–36 prosenttia.

Taulukko 1b. Vastaaajien käyttämien palvelujen tiedot kyselyissä 2003, 2005, 2007, 2009 ja 2011.

Kyselyn toteutusvuosi	2003	2005	2007	2009	2011
Käynnin tyyppi (%)					
- ensikäynti	7	11	10	12	13
- 2.–5.-käynti	31	24	25	18	23
- sovittu hoitajakso (yl. psykoterapia)	54	52	53	51	48
▪ sovittu hoitajakson käyntitiheys					
a) harvemmin kuin 1 x viikossa	15	21	19	16	19
b) 1 x viikossa	25	20	22	16	17
c) ≥ 2 x viikossa	14	11	6	6	3
d) käyntitiheys vaihtelee	-	-	6	12	9
▪ sovittu hoitajakson kesto					
a) < 1 vuosi	23	25	26	24	25
b) 1–2 vuotta	15	11	14	14	11
c) > 2 vuotta	16	16	13	12	12
- psykiatrikäynti	8	13	12	19	16

Kyselyvuodesta riippuen ensikävijöitä oli 7-13 prosenttia, 2.-5.-käynnillä olleita 18-31 prosenttia ja psykiatrikäynnillä kävi 8-19 prosenttia. Sovitulla hoitajaksolla (yleensä psykoterapiassa) kävi kyselyvuodesta riippuen 48-54 prosenttia. Sovitulla hoitajaksolla olleista harvemmin kuin kerran viikossa vastaanotolla kävi 15-21 prosenttia, kerran viikossa 16-25 prosenttia, kahdesti tai useammin 3-14 prosenttia ja käyntitiheys vaihteli 6-12 prosentilla. Sovitun hoitajaksen kesto oli alle vuosi 23-26 prosentilla, 1-2 vuotta 11-15 prosentilla ja yli kaksi vuotta 12-16 prosentilla riippuen kyselyvuodesta.

Asiakastyytyväisyyden vaihtelu ja perusolotuvuudet

Taulukossa 2 on esitetty asiakastyytyväisyys eri vuosina. Vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Asteikolla 1-5 tyytyväisyyskysymysten keskiarvot eri kyselyajankohtina vaihtelivat välillä 3.7-4.3. Hoitoon pääsyyn oltiin eniten tyytymättömiä, sen keskiarvot vaihtelivat välillä 3.4.-3.7. Tilastollisesti merkitseviä tyytyväisyyskysymysten keskiarvojen eroja eri kyselyajankohtina

löytyi vähän. Vuonna 2007 ymmärretyksi ja kuulluksi tuleminen koettiin merkitsevästi huonommaksi kuin vuonna 2005. Vuonna 2011 avun osuvuuden suhteessa tarpeisiin ja toiveisiin koettiin huonontuneen verrattuna vuoteen 2005. Hoitoon pääsyn kokemuksessa merkitsevä ero löytyi vuosien 2007 ja 2011 välillä. Hoitoon pääsyyn oltiin tyytyväisempiä vuonna 2011 kuin vuonna 2007.

Taulukossa 3 on esitetty asiakastyytyväisyyskysymysten faktorirakenne. Kysymykset jakautuivat kahteen faktoriin. Ensimmäisessä faktorissa suurimmat lataukset saivat ymmärretyksi ja kuulluksi tuleminen, yhteistyön sujuminen, hoitokohtaamisen laatu ja yhteen sopiminen työntekijän työskentelytavan kanssa. Faktori nimettiin työntekijän ja asiakkaan yhteistyösuhdefaktoriksi. Hoidon hyödyllisyys ja avun osuvuus suhteessa tarpeisiin ja toiveisiin latautuivat toiselle faktorille, joka nimettiin avun osuvuuden ja hyödyn faktoriksi. Hoitoon pääsy asetui kyseiselle faktorille, mutta vain pienellä latauksella. Yhteistyösuhdefaktori selitti kokonaisvaihtelusta yli 50 prosenttia, kun taas avun osuvuuden ja hyödyn faktorin selitysosuus vaihtelusta oli vain viisi prosenttia.

Taulukko 2. Asiakastyytyväisyys eri kyselyvuosina.

Vuosi	2003	2005	2007	2009	2011	Kaikki vuodet				
N	279	342	532	418	404	1975				
Ryhmä	1	2	3	4	5	6	F	df	p-arvo	**
	ka (kh)	ka (kh)	ka (kh)	ka (kh)	ka (kh)	ka (kh)		ryh.välinen/ ryh. sisäinen		pariv
Tyytyväisyysmuuttujat (arviointiasteikko 1-5)										
Hoitokohtaamisen laatu	4.0 (.64)	4.1 (.81)	4.1 (.80)	4.1 (.79)	4.0 (.88)	4.1 (.80)	1.1			
Yhteen sopiminen työntekijän työskentelytavan kanssa	4.0 (.74)	4.0 (.84)	4.0 (.84)	4.0 (.88)	4.0 (.89)	4.0 (.85)	1.5			
Yhteistyön sujuvuus	4.1 (.72)	4.3 (.80)	4.2 (.77)	4.3 (.78)	4.2 (.86)	4.2 (.79)	1.6			
Ymmärretyksi ja kuulluksi tuleminen	4.1 (.70)	4.2 (.80)	4.0 (.83)	4.0 (.84)	4.0 (.87)	4.1 (.82)	2.8	4/1968	<.05	2>3
Avun osuvuus suhteessa tarpeisiin ja toiveisiin	3.9 (.74)	4.0 (.85)	3.8 (.93)	3.9 (.92)	3.8 (.98)	3.9 (.90)	2.4	4/1962	<.05	2>5
Hoidon hyödyllisyys	3.9 (.78)	3.9 (.99)	4.0 (.93)	3.9 (.97)	3.8 (.97)	3.9 (.94)	1.3			
Hoitoon pääsy	-	3.4 (1.38)	3.4 (1.36)	3.4 (1.39)	3.7 (1.31)	3.5 (1.37)	3.6	3/1689	<.05	3<5

** Parivertailussa käytetty Tukeyn testiä. Merkitsevyystaso p<.05.

ka = keskiarvo, kh = keskihajonta, df = testin vapausaste, ryh.välinen = ryhmien välinen, ryh.sisäinen = ryhmien sisäinen, pariv = parivertailu

Taulukko 3. Faktoreiden ja tyytyväisyysmuuttujien latausrakenne.

Faktorit	Faktori 1 Faktorilataukset Yhteistyösuhde	Faktori 2 Faktorilataukset Avun osuvuus ja hyöty	Kommunaliteetti
Tyytyväisyysmuuttujat			
Ymmärretyksi ja kuulluksi tuleminen	.808	-.006	.660
Yhteistyön sujuvuus	.870	.082	.655
Yhteen sopiminen työntekijän työskentelytavan kanssa	.712	-.112	.641
Hoitokohtaamisen laatu	.748	-.063	.636
Avun osuvuus suhteessa tarpeisiin ja toiveisiin	-.017	-.899	.786
Hoidon hyödyllisyys	.172	-.528	.447
Hoitoon pääsy	-.009	-.213	.042
Ominaisarvo	3.52	0.35	
Osuus vaihtelusta (%)	50.3	5.0	

Faktorimenetelmänä maximum likelihood ja "direct oblimin" vinokulmainen rotaatiomenetelmä.

Faktorien osuus kokonaisvaihtelusta oli 55.3 prosenttia. Faktoreita muodostettaessa raja-arvoina käytettiin vähintään .500 suuruisia latauksia, ja faktorien välinen korrelaatio oli $-.809$.

Taulukossa 4 on esitetty, miten ikä, käynnin tyyppi, hoidon kesto, käyntitiheys ja koettu psyykinen vointi olivat yhteydes-

sä asiakastyytyväisyysfaktoreihin. Kaikki muuttujat korreloivat tilastollisesti merkitsevästi asiakastyytyväisyyden faktoriin. Iältään vanhemmat vastaajat, psyykkisen vointinsa paremmaksi arvioivat, sovitulla hoitajalla ja pitempään hoidossa olleet sekä tiiviimmin vastaanotolla käyneet olivat tyytyväisempiä asiakaskokemuksen yhteistyösuhdeulottuvuudella kuin muut. Nuoremmat, psyykkisen vointinsa huonommaksi arvioivat, ensikäynnillä tai 2.-5.-käynnillä olleet, lyhyen ajan hoidossa olleet tai harvemmin vastaanotolla käyneet olivat tyytymättömämpiä asiakaskokemuksen avun osuvuuden ja hyödyn ulottuvuudella.

Aineistosta laskettiin myös asiakastyytyväisyysfaktorien keskiarvot sukupuolen ja psyykelääkityksen käytön mukaan. Naiset olivat tyytyväisempiä koettuun yhteistyösuhteeseen (naisten keskiarvo $.023$, miesten $-.075$, $t(818.52) = 2.0$, $p < .05$) ja miehet koettuun hyötyyn (naisten keskiarvo $-.030$, miesten $.099$, $t(844.96) = -2.7$, $p < .01$). Psyykelääkityksen käyttö ei erotellut vastaajia.

Tyytyväisyysryhmät

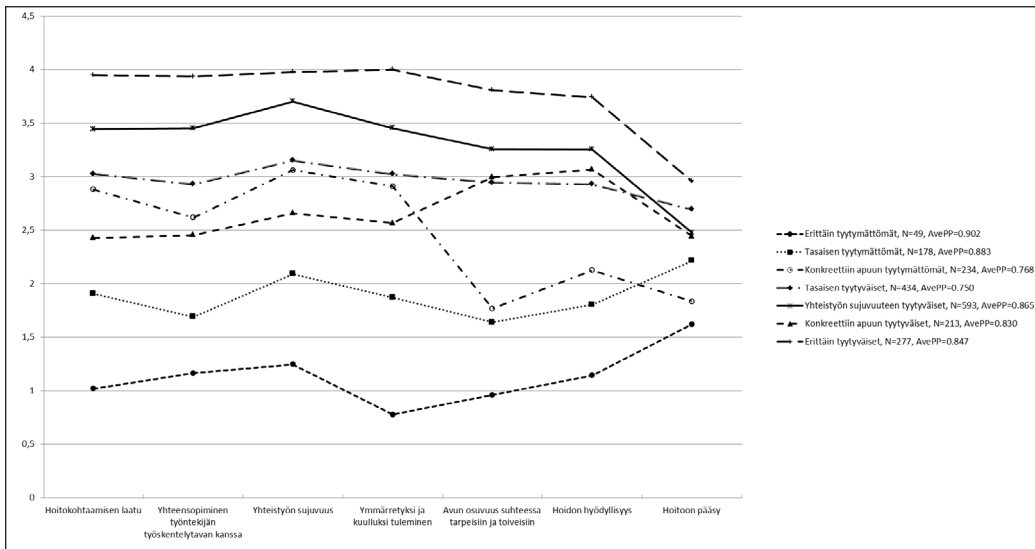
Yksittäisten vuosien analyyseissa ryhmiä löytyi joko kolme (vuonna 2003) tai nel-

Taulukko 4. Vastaajien taustatietojen ja palvelujen käyttöä koskevien muuttujien korrelaatiot faktoripistemääriin.

Faktorit	Faktori 1 Yhteistyösuhde	Faktori 2 Avun osuvuus ja hyöty (käänteinen tulkinta)
Taustaa ja palveluja koskevat muuttujat	r	r
Ikä	.141 ***	-.129 ***
Psyyk. vointi	.237 ***	-.286 ***
Käynnin tyyppi	.065 **	-.117 ***
Hoidon kesto	.162 ***	-.161 ***
Käyntitiheys		
-vuodet 2003–2005	.129 *	-.130 *
-vuodet 2007–2011	.062	-.050
-koko aineisto	.079 **	-.068 *

* $p < .05$
** $p < .01$
*** $p < .001$

r = korrelaatio, psyyk.vointi = psyykinen vointi tilastollisena testinä Spearmanin korrelaatiotesti



Kuvio 1. Asiakastyytyväisyysmuuttujista muodostetut tyytyväisyysryhmät. Pystyakselilla ryhmien keskiarvot eri tyytyväisyysmuuttujilla.

jä (vuodet 2005, 2007, 2009, 2011), jolloin profiilit poikkesivat hieman toisistaan, mutta tarkempia johtopäätöksiä tästä ei tehty, koska mielekkäämpää oli tarkastella kaikkien kyselyvuosien aineistoja yhtenä kokonaisuutena. Luokka-analyysin avulla löytyi vastaajat seitsemään eri tyytyväisyysryhmään erotteleva malli, ryhmien profiilit asiakastyytyväisyysmuuttujilla on esitetty kuviossa 1. Luokka-analyysissa oli mukana yhteensä 1978 vastaajaa. Aineiston BIC-arvo oli pienin seitsemän ryhmän ratkaisulla eli 28389.972, entropia-arvo vaihteli välillä .769-.846 ja ryhmien AvePP arvot vaihtelivat välillä .750-.902. Pienimmän BIC-arvon ratkaisu oli myös sisällöllisesti mielekäs. Taulukossa 5 on esitetty aineiston BIC- ja

Taulukko 5. Tilastollisten kriteerien arvot.

Ryhmien määrä	Otoskokoon sovellettu BIC-arvo*	Entropia-arvo
1	33541.963	-
2	30177.401	0.791
3	28705.273	0.846
4	28487.863	0.806
5	28427.435	0.769
6	28392.915	0.802
7	28389.972	0.778
8	28440.592	0.785

BIC-arvo* = Bayesian Information Criterion

entropia-arvot. Tilastollisten kriteerien perusteella löydettiin toisistaan eroavat ryhmät, jotka osoittautuivat tulkinallisesti järkeviksi ja käyttökelpoisiksi.

Eri tyytyväisyysryhmiin kuuluneiden vastaajien erot iän, sukupuolen, käynnin tyyppin, hoidon keston, käyntitiheyden sekä psykelääkityksen käytön suhteen on esitetty taulukossa 6. Taulukkoon on merkitty vain tilastollisesti merkitsevät, standardoidut residuaalit: joko ≥ 2.0 tai ≤ -2.0 . Residuaali on havaitun ja odotetun arvon erotus jaettu keskiarvoilla. Jos residuaali on suurempi tai yhtä suuri kuin 2.0, taustaa ja palveluja koskevien muuttujien asianomaiseen luokkaan kuuluvien arvojen suhteellinen osuus on kyseisessä tyytyväisyysryhmässä odotusarvoa suurempi, ja vastaavasti pienempi, jos residuaali on pienempi tai yhtä suuri kuin -2.0.

Seuraavassa kuvataan suuruusjärjestyksessä tyytyväisyysryhmät asiakastyytyväisyysmuuttujien profiilien (kuvio 1) sekä vastaajien taustaa ja käynnin tyyppiä koskevien muuttujien erojen (taulukko 6) perusteella. Kuvauksiin sisältyvät myös ryhmien keskiarvot ja tilastollisesti merkitsevät erot ($F(6, 1966) = 24.0, p < .001$) muihin ryhmiin psyykkisen voiminnan muuttujalla (asteikko 1-5).

Taulukko 6. Vastaajien sukupuoli, ikä, käynnin tyyppi ja psykiatriakäytyn käyttö eri tyytyväisyysryhmissä. Taulukkoon merkitty vain tilastollisesti merkitsevät standardoidut residuaalit: joko ≥ 2.0 tai ≤ -2.0 .

Tyytyväisyysryhmät	Erittäin tyytymättömät	Tasaisen tyytymättömät	Konkreettiin apuun tyytymättömät	Tasaisen tyytyväiset	Yhteistyön sujuvuuteen tyytyväiset	Konkreettiin apuun tyytyväiset	Erittäin tyytyväiset	Khiin neliö	df	p-arvo
Taustaa ja palveluja koskevat muuttujat	(N=49) res. (N)	(N=178) res. (N)	(N=234) res. (N)	(N=434) res. (N)	(N=593) res. (N)	(N=213) res. (N)	(N=277) res. (N)			
Sukupuoli:								28.1	6	p<.001
Naiset				-4.0 (298)			3.8 (235)			
Miehet				4.0 (136)			-3.8 (42)			
Ikä ja sukupuoli yhdessä:								70.1	36	p<.01
Naiset ≤ 20 -vuotiaat		3.3 (15)	2.3 (15)				-2.9 (3)			
Naiset 21–24-vuotiaat			2.4 (77)			2.2 (77)	-3.0 (67)			
Naiset 25–29-vuotiaat			-2.5 (49)				2.0 (103)			
Naiset 35–39-vuotiaat			-2.7 (0)							
Ikä ja sukupuoli yhdessä:								49.3	36	p>.05
Miehet 21–24-vuotiaat			2.1 (25)			2.4 (6)	2.4 (6)			
Miehet 35–39-vuotiaat							3.8 (4)			
Miehet 40–43-vuotiaat										
Käynnin tyyppi:								83.4	18	p<.001
Ensikäynti		3.1 (31)	2.1 (34)							
2.–5.-käynti			3.0 (74)				-3.5 (43)			
Sovittu hoitajakso	-2.1 (18)	-3.3 (70)	-3.4 (95)	2.0 (240)	2.8 (333)	-3.4 (86)	3.8 (171)			
hoidon kesto								11.0	6	p>.05
-käyntitiheys								16.6	18	p>.05
Psykiatrikäynti	2.5 (13)				-2.2 (68)	3.9 (49)				
Psykiatriakäytön käyttö:								6.6	6	p>.05

Res. = standardoidut residuaalit, N = lukumäärä, df = testin vapausaste, psykiatriakäytön käyttö = psykiatriakäytyn käyttö

Yhteistyön sujuvuuteen tyytyväisten ryhmässä (N=593, 30 %, AvePP=0.865) yhteistyön sujuvuus koettiin toimivaksi mutta oltiin hieman tyytymättömiä hoidon hyödyllisyyteen ja avun osuvuuteen tarpeisiin ja toiveisiin nähden. Ryhmässä oltiin myös jonkin verran tyytymättömiä hoitoon pääsyyn. Tähän ryhmään sijoittuvat olivat sovitulla hoitajaksolla ja kokivat psyykkisen vointinsa (ka=3.1) paremmaksi kuin erittäin tyytymättömät (ka=2.7), konkreettiin apuun tyytymättömät (ka=2.7) ja tasaisesti tyytymättömät (ka=2.7) mutta huonommaksi kuin erittäin tyytyväiset (ka=3.4). Psykiatrikäynnillä olleita oli tässä ryhmässä vähän verrattuna muihin.

Tasaisesti tyytyväisten ryhmässä (N=434, 21.9 %, AvePP=0.750) miehiä oli suhteessa enemmän ja naisia vähemmän verrattuna muihin ryhmiin. Ryhmäläiset olivat melko tyytyväisiä suhteeseen työntekijän kanssa kuten myös hoidon hyödyllisyyteen ja avun osuvuuteen. Sovitulla hoitajaksolla olleita oli enemmän kuin muissa ryhmissä. Psykkinen vointi (ka=3.0) koettiin paremmaksi kuin erittäin tyytymättömien (ka=2.7), konkreettiin apuun tyytymättömien (ka=2.7) ja tasaisesti tyytymättömien (ka=2.7) ryhmissä mutta huonommaksi kuin erittäin tyytyväisten ryhmässä (ka=3.4).

Erittäin tyytyväisten ryhmässä (N=277, 14 %, AvePP=0.847) oltiin hyvin tyytyväisiä muuhun paitsi hoitoon pääsyyn. Naisia oli suhteessa enemmän ja miehiä vähemmän verrattuna muihin ryhmiin. Ryhmässä oli muita ikäryhmiä enemmän 25-29-vuotiaita naisia kuten myös 35-43-vuotiaita miehiä, joskin yhteys miehillä oli tilastollisesti vain suuntaa antavasti merkitsevä. Tähän ryhmään sijoittuvat kävivät sovitulla hoitajaksolla ja kokivat psyykkisen vointinsa (ka=3.4) paremmaksi kuin konkreettiin apuun tyytymättömät (ka=2.7), tasaisesti tyytyväiset (ka=3.0), yhteistyön sujuvuuteen tyytyväiset (ka=3.1), konkreettiin apuun tyytyväiset (ka=3.0) ja tasaisesti tyytymättömät (ka=2.7).

Konkreettiin apuun tyytymättömien ryhmässä (N=234, 11.8 %, AvePP=0.768) oltiin tyytyväisiä yhteistyön sujuvuuteen mutta hyvin tyytymättömiä hoidon hyödyllisyy-

teen ja erityisesti avun osuvuuteen tarpeisiin ja toiveisiin nähden. Edustettuina olivat alle 25-vuotiaat naiset ja miehet, joskin yhteys miehillä oli tilastollisesti vain suuntaa antavasti merkitsevä. Useat heistä olivat joko ensikäynnillä tai 2.-5.-käynnillä. Sovitulla hoitajaksolla käyneitä oli suhteessa vähemmän kuin muissa ryhmissä. Psykkinen vointi (ka=2.7) koettiin huonommaksi kuin tasaisesti tyytyväisten (ka=3.0), yhteistyön sujuvuuteen tyytyväisten (ka=3.1), konkreettiin apuun tyytyväisten (ka=3.0) ja erittäin tyytyväisten (ka=3.4) ryhmissä.

Konkreettiin apuun tyytyväisten ryhmään (N=213, 10.8 %, AvePP=0.830) sijoittuville suhde työntekijään oli tärkeä, mutta sitäkin tyytyväisempiä oltiin hoidon hyödyllisyyteen ja avun osuvuuteen tarpeisiin ja toiveisiin nähden. Verrattuna muihin ryhmiin tässä ryhmässä oli suhteellisesti enemmän 21-24-vuotiaita naisia sekä psykiatrilla käyneitä. Sovitulla hoitajaksolla olleita oli vähemmän kuin muissa ryhmissä. Miehistä 35-39-vuotiaita oli suhteessa enemmän verrattuna muihin ryhmiin, joskin yhteys oli tilastollisesti vain suuntaa antavasti merkitsevä. Psykkisen voinnin (ka=3.0) tämän ryhmän vastaajat kokivat paremmaksi kuin konkreettiin apuun tyytymättömät (ka=2.7) mutta huonommaksi kuin erittäin tyytyväiset (ka=3.4).

Tasaisesti tyytymättömien ryhmään sijoittuvat (N=178, 9 %, AvePP=0.883) kokivat päässeensä hoitoon melko nopeasti ja yhteistyö työntekijänkin kanssa sujui, mutta muuten he olivat tasaisen tyytymättömiä. Verrattuna muihin ryhmiin tässä ryhmässä oli suhteellisesti enemmän alle 21-vuotiaita naisia ja ensimmäisellä käynnillään olleita. Tämän ryhmän vastaajat kokivat psyykkisen vointinsa (ka=2.7) huonommaksi kuin tasaisesti tyytyväiset (ka=3.0), yhteistyön sujuvuuteen tyytyväiset (ka=3.1) ja erittäin tyytyväiset (ka=3.4). Sovitulla hoitajaksolla olleita oli suhteellisesti vähemmän kuin muissa ryhmissä.

Erittäin tyytymättömien ryhmään (N=49, 2.5 %, AvePP=0.902) sijoittuvat olivat tyytyväisiä hoitoon pääsyn nopeuteen, mutta muuten he olivat tyytymättömiä yhteistyöhön työntekijän kanssa sekä hoidon

hyödyllisyyteen ja avun osuvuuteen tarpeisiin ja toiveisiin nähden. Verrattuna muihin ryhmiin tämän ryhmän vastaajat olivat useammin psykiatrilla käyneitä ja he kokivat psyykkisen vointinsa (ka=2.7) heikommaksi kuin tasaisesti tyytyväiset (ka=3.0) ja yhteistyön sujuvuuteen tyytyväiset (ka=3.1). Sovitulla hoitajaksolla olleita oli suhteessa vähemmän verrattuna muihin ryhmiin.

Erottelevimmat muuttujat olivat siis koettu psyykinen vointi, käynnin tyyppi, ikä ja sukupuoli, kun taas hoidon kesto ja käyntitiheys eivät erotelleet ryhmiä, kuten ei myöskään psyykelääkityksen käyttö.

Pohdinta

Eri kyselyvuosien tulosten välillä löytyi vain vähäisiä eroja, ja opiskelijat olivat ylipäättään tyytyväisiä mielenterveyspalveluihin. Tämä vastaa hyvin asiakastyytyväisyyskyselyjen toistuvaa tulosta valtaosan tyytyväisyydestä palveluihin (Lundqvist ym. 2012, Awara & Fasey 2008, Ruggeri ym. 2007, Oltedal ym. 2007, Meronen & Pylkkänen 2005, Siponen & Välimäki 2003, Williams ym. 1998). Hoitoon pääsyyn oltiin kuitenkin tyytyväisempiä vuonna 2011 kuin vuonna 2007. Tähän saattaa vaikuttaa YTHS:n siirtyminen hoitotakuun piiriin vuonna 2011, mikä merkitsi sitä, että hoidon tuli alkaa kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Tämä lyhensi hoitojonoja ja aikaisti hoitoon pääsyä.

Tyytyväisyyden eri osa-alueisiin kohdentuneiden kysymysten vastausten perusteella oli eroteltavissa *kaksi tyytyväisyyden perusulottuvuutta*, jotka olivat työntekijän ja opiskelijan välinen yhteistyösuhde sekä avun osuvuus ja hyöty, jonka selitysosuus oli hyvin pieni. Perusulottuvuuksilla oli vahva yhteys keskenään, ja ne olivat pikemminkin saman ilmiön eri puolia. Vaikuttaisikin siltä, että tyytyväisyys on pitkälti kokonaisvaltainen ilmiö, jossa eri tyytyväisyysalueet ovat läheisessä yhteydessä toisiinsa ja ymmärrettävissä ensisijaisesti yhteistyösuhteen eri puolina. Yhteistyösuhteen tärkeys on tullut esiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Smith ym. 2014, Brunero ym. 2009, Oltedal ym. 2007, Kuosmanen ym. 2006, Johansson & Eklund 2003, Möller-Leinkühler & Dunkel

2003, Calsyn ym. 2002, Sitzia & Wood 1997, Björkman ym. 1995). Erityisesti iältään vanhemmat, psyykkisen vointinsa paremmaksi arvioivat, sovitulla hoitajaksolla olleet, pitempään hoidossa olleet sekä tiiviimmin vastaanotolla käyneet kokivat yhteistyösuhteen hyväksi. Naisilla tyytyväisyys liittyi enemmän yhteistyösuhteeseen ja miehillä koettuun hyötyyn. Tämä tulos poikkeaa Robillosin ym.:iden (2014) tutkimuksesta, jossa kummallakin sukupuolella konkreetti hyöty oli yhteydessä tyytyväisyyteen.

Tutkimuksessa löytyi *seitsemän tyytyväisyysprofiililtaan erilaista ryhmää*, jotka poikkesivat toisistaan ensiksikin sen osalta, miten suhde työntekijään koettiin, toiseksi koetun hoidosta saadun hyödyn ja avun osuvuuden suhteen ja kolmanneksi koetun hoitoon pääsyn suhteen. Kaksi ensimmäistä seikkaa nousivat esiin myös perusulottuvuuksia erottelevina tekijöinä. Hoitoon pääsy ei erotellut ryhmiä, vaan yleisesti ottaen siihen oltiin kohtalaisen tyytyväisiä. Tyytyväisyysprofiilit olivat kuitenkin lähes kaikissa ryhmissä melko tasaiset, ja ryhmät poikkesivat toisistaan lähinnä tyytyväisyyden tason osalta. Ainoastaan konkreettiin apuun tyytymättömien ryhmässä yhteistyösuhteen sekä avun osuvuuden ja hyödyn ulottuvuudet erottuivat selvästi.

Tyytymättömiä oli kolmessa eri ryhmässä: erittäin tyytymättömissä (2.5 %), tasaisesti tyytymättömissä (9 %) ja konkreettiin apuun tyytymättömissä (11.8 %). Yhteensä heitä oli 23.3 prosenttia, eli lähes neljäsosa vastanneista toi esiin tyytymättömyyttä. Tyytymättömät erosivat tyytyväisistä koetun psyykkisen voinnin, hoitajaksojen suunnitelmallisuuden, iän ja sukupuolen perusteella. Tyytymättömät kokivat psyykkisen vointinsa heikommaksi kuin tyytyväiset, ja he olivat useimmiten hoitonsa alussa joko ensikäynnillä, 2.-5.-käynnillä tai psykiatrikäynnillä lääkitys- tai lausuntoasioissa. Sovituilla hoitajaksoilla, lähinnä psykoterapiassa, olleita oli selvästi vähemmän. Tyytymättömissä oli myös suhteellisesti enemmän nuoria naisia.

Psykiatrikäynneillä olleista löytyi tyytymättömien lisäksi niitä, jotka kokivat käynnit hyödyllisiksi. Tällaisia olivat konkreettiin apuun tyytyväiset, mikä kertonee siitä, että

heillä käynnin syy oli juuri joko lääkitysarviointi tai lausunnon tarve, jolloin heidän konkreetti toiveensa tuli täytetyksi. Psykiatrikäynnillä olleita vaikuttikin siis olevan kahdenlaisia: osa oli tyytyväisiä saamaansa konkreettiin apuun, mutta lisäksi oli erittäin tyytymättömien pieni ryhmä. Tässä joukossa oli suurella todennäköisyydellä psyykkisesti huonovointisimmat. Tähän viittaa myös se, että tässä ryhmässä oltiin tyytyväisiä hoitoon pääsyyn, eli luultavimmin he olivat päässeet suhteellisen nopeasti psykiatrin vastaanotolle ehkä heikomman psyykkisen vointinsa vuoksi.

Lisäksi hoitajaksojen suunnitelmallisuus erotteli tyytyväiset tyytymättömistä. Tyytyväisimpiä olivat sovitulla hoitajaksoilla, lähinnä psykoterapiassa, olleet. Tässä tutkimuksessa ei hoidon pituudella tai käyntitiheydellä ollut yhteyttä tyytyväisyysryhmiin, mutta yhteys näyttäytyi asiakastytyväisyysulottuvuuden yhteistyösuhteen osalta siten, että sovitulla hoitajaksolla ja pitempään hoidossa olleet sekä tiiviimmin vastaanotolla käyneet olivat tyytyväisempiä yhteistyösuhteeseen. Myös Bjørngaard ym. (2007) ovat todenneet hoidon keston yhteyden asiakastytyväisyyteen. Psykiatriset ja psykoterapeuttiset hoitajakset olisikin hyvä pyrkiä toteuttamaan suunnitelmallisina, sovittuina hoitajaksoina tavoitteineen. Satunnaiset tapaamiset ilman tavoitteita eivät tyydytä asiakkaita, mikä ei voi olla vaikuttamatta hoidon tuloksiin.

Aiemmista tutkimuksista ei ole syntynyt yksimielisyyttä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat asiakastytyväisyyden muodostumiseen, vaan tulokset ovat vaihdelleet tutkimuksesta toiseen. Tässä tutkimuksessa löytyi yhteyksiä sukupuoleen, ikään, koettuun psyykkiseen vointiin, käynnin tyyppiin sekä hoidon keston ja käyntitiheyteen. Yhteydet alkoivat näkyä, kun siirryttiin yleisen tyytyväisyyden tarkastelusta tarkempaan analyysiin, jolloin löytyivät asiakastytyväisyyden perusulottuvuudet sekä tyytyväisyysryhmät. Perusulottuvuuksista yhteistyösuhteen selitysosuus oli kuitenkin niin suuri, että voidaan arvela vain pienen osan vastanneista kokeneen koetun hyödyn ja konkreetin avun merkitykselliseksi.

Tutkimuksen puutteena voidaan pitää kyselylomakkeeseen tehtyjä muutoksia vuosina 2005 ja 2007. Tämä on hyvä huomioida, kun vertaillaan kyseisten vuosien tuloksia toisiinsa ja myöhempisiin vuosiin. Vuosien 2007, 2009 ja 2011 lomakkeet olivat identtiset toistensa kanssa. Koska kyselylomakkeesta haluttiin alun perin tehdä nopeasti täytettävä, siinä oli vain seitsemän asiakastytyväisyyttä kartoittavaa kysymystä, jotka painottuivat työntekijän ja opiskelijan yhteistyösuhteen arvioon. Avun osuvuudesta oli vain kaksi väittämää, ja sen selitysosuus olikin pieni. Kyselyä toistettaessa siihen olisi hyvä lisätä kysymyksiä avun osuvuudesta ja hyödyistä.

Vastausprosentit pienenevät kyselystä toiseen, vuodesta 2003 vuoteen 2011 ne laskevat 40 prosenttia. Vuosina 2003 ja 2005, jolloin prosentit olivat vielä korkeita, kyselylomake annettiin henkilökohtaisesti opiskelijoille täytettäväksi. Myöhemmin se toimitettiin sähköpostin välityksellä, mikä mitä todennäköisimmin vaikutti vastaamisen vähenemiseen. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa, joka on toistettu viisi kertaa vuodesta 2000 lähtien ja jossa myös vastausprosentit ovat laskeneet kyselyä toistettaessa, on pohdittu tätä kysymystä vastaamisväsymyksen näkökulmasta (Kunttu ym. 2017). Tutkijoiden mukaan netin myötä erilaiset kyselyt ovat lisääntyneet, ja erityisesti opiskelijat ovat runsaan kyselytulvan kohteina muun muassa kurssipalautekyselyjen takia. Tämä voi osaltaan vaikuttaa vastaamisen vähentymiseen yleensä ja näkyä myös tässä tutkimuksessa.

Lisäksi herää kysymys siitä, minkälaiset opiskelijat jättivät vastaamatta. Vastaamattomista ei ole tarkempaa tietoa saatavilla, koska kyselyt toteutettiin nimettöminä ja ilman tunnistetietoja. Verrattaessa vastanneiden taustatietoja eri kyselyvuosina löydettiin vain vähäisiä eroja. Ainoastaan vuoden 2003 kyselyn koettua psyykkistä vointia kartoittavaan kysymykseen oli vastattu hieman eri tavoin verrattuna muiden vuosien kyselyihin. Vuonna 2003 vastaukset kasaantuivat ääri vaihtoehtoihin ”huono tai erittäin huono” tai ”hyvä tai erittäin hyvä”, kun taas muina vuosina painottui vastausvaihtoehto ”keskinkertainen”. Tätä saattaa selittää

se, että vuonna 2003 vastausvaihtoehtojen asteikko vaihteli välillä 1-7 kun taas muina vuosina välillä 1-5. Muiden vastanneiden taustatietoja kartoittavien kysymysten osalta jakaumat eivät poikke myöhempien vuosien kyselyistä. Vuoden 2005 kysely toteutettiin samalla tavoin kuin vuonna 2003, mutta siihen vastanneiden taustatietojen jakauma ei poikke myöhemmistä kyselyistä. Myöskään siirtyminen sähköpostikyselyyn vuonna 2007 ei muuttanut taustatietojen jakaumaa. Kyselyä ei ole toistettu vuoden 2011 jälkeen, koska sitä ei ole enää voinut lähettää suoraan vastaanotolla käyneille, vaan tietosuojasysteemiä asiakastytyväisyyskartoitukset lähetetään kaikille terveydenhoitomaksun maksaneille opiskelijoille huolimatta siitä, ovatko he käyttäneet mielenterveyspalveluita vai eivät.

Ajanjaksolla 2003-2011, jolloin kyselyt toteutettiin, YTHS siirtyi hoitotakuun piiriin. Hoitotakuu merkitsi sitä, että hoidon tarpeen arvion jälkeen hoidon tuli alkaa kolmen kuukauden sisällä. Tämä vauhditti pitkien hoitajonon purkamista ja nopeutti opiskelijoiden pääsyä hoitoon. Työntekijöiltä tämä edellytti työtavan muutosta: työ alkoi painottua enemmän alkuarviointeihin ja lyhyempiin hoitoihin. Erityisesti pitemmät ja tiiviimmät psykoterapiat vähenivät ajanjaksolla 2003-2011, mikä on nähtävissä lievänä trendinä opiskelijoiden käyttämien palvelujen tiedoissa. Tämä kehitys on entisestään kiihtynyt vuoden 2011 jälkeen, jolloin YTHS on uudistanut organisaatiotaan ennakoitujen mahdollisten uusien opiskelijaryhmien tuloa palvelujensa piiriin.

Tyytymättömät löytyivät juuri hoitonsa alussa olleista, kun taas tyytyväiset kävivät useimmiten sovitulla hoitajaksolla, yleensä psykoterapiassa. Tyytymättömyys painottui lisäksi iältään nuorempiin ja psykikisesti huonompikuntoisiin opiskelijoihin. Voidaankin herättää kysymys siitä, miten YTHS:ssä jo ajanjaksolla 2003-2011 näkyneet ja edelleen kiihtyneet kehitykset kohti alkuarviointeja painottavaa palvelukulttuuria vaikuttaa siihen, miten tyytyväisiä opiskelijat ovat saamiinsa palveluihin. Erityisesti tästä suuntauksesta voivat kärsiä nuoremmat ja psykikisesti huonompikuntoiset opiskelijat,

joiden psykikinen elpyminen ja sen myötä opiskelukyvyyn palautuminen edellyttäisivät mahdollisuutta pitempään hoitajaksoon YTHS:n omana palveluna. Kaikilla tarvitsella opiskelijoilla ei kuitenkaan eri syistä ole mahdollisuutta KELAn tukemaan pitkään psykoterapiaan.

Tätä asiakastytyväisyyskyselyä ei ole toistettu vuoden 2011 jälkeen, joten mielenterveyspalvelujen asiakastytyväisyyden kehityksestä ei ole tarkempaa tietoa. Mutta tieto siitä, minkälaiset opiskelijat muodostavat tyytymättömien ryhmän, yhdistettynä tietoon YTHS:n palveluvalikon muutoksista vuosina 2003-2011 antaa edellytyksiä arvioida nykyistä ja tulevaa tilannetta. Sen pohjalta voidaan laatia suositukset siitä, mitä opiskelijaryhmiä YTHS:n tulisi painottaa turvaamalla riittävän kattavat hoitajaksot opiskelukyvyyn ylläpitämiseksi.

Erityistä huomiota mielenterveyspalveluissa olisikin hyvä kohdistaa psykikisesti huonovointisiin iältään nuorempiin opiskelijoihin, jotka ovat hoitonsa alussa tai käyvät harvoin vastaanotolla. Pieni osa heistä näyttää tarvitsevan enemmän konkreettista hyötyä ja apua kuin kokee saavansa. Psykikisesti huonovointisille nuorille opiskelijoille tulisi tarjota tiivistä hoitoa alusta lähtien. Tämä on mahdollista terävöittämällä hoidon porrastusta ja työnjakoa eri ammattiryhmien kesken YTHS:n sisällä. Sovitut hoidot ovat hyödyllisempiä kuin satunnaiset tapaamiset ilman tavoitteita, mikä koskee kaiken ikäisiä ja -vointisia opiskelijoita. Pitkät ja tiiviit hoidot näyttävät tämän tutkimuksen perusteella olevan perusteltuja, koska niiden tuottama hyöty näyttäisi olevan yhteydessä opiskelijoiden kokemukseen yhteistyösuhteen hyvästä laadusta. YTHS:n mielenterveyspalveluissa on pidetty tärkeänä henkilökunnan psykoterapeuttista osaamista, mikä antaa hyvät edellytykset yhteistyösuhteen muodostamiseen, ylläpitämiseen ja korjaamiseen.

Tutkimus näytti, että on löydettävissä asiakastytyväisyyden tason suhteen toisistaan eroavia ryhmiä, ja vaikka suurin osa opiskelijoista oli tyytyväisiä, merkittävä osa oli myös tyytymättömiä. Se, mikä ulospäin näyttää joko korkeana tai matalana tyy-

tyväisyyssasteena, sisältääkin opiskelijoiden hoitokokemuksiin, taustatietoihin ja käynnin tyyppiin liittyviä tekijöitä. Tarpeen lisäksi kehittää asiakastyytyväisyyden mittareita, joissa painopiste olisi tyytyväisyyden osa-alueiden tarkemmassa kartoittamisessa. Mielenterveyspalvelujen mittareita kehitettäessä tulisi huomioida yhteistyösuhteen, konkreetin avun ja hyödyn sekä hoitoon pääsyn sujuvuuden tärkeys asiakastyytyväisyyden muotoutumisessa.

Tulosten merkitys: YTHS:n palvelujärjestelmän tulisi pystyä seulomaan psyykkisesti huonovointiset iältään nuoremmat opiskelijat, joiden kohdalla tarvitaan erityistä tukea. Hoitojen tulisi olla tavoitteellisia sekä riittävän pitkiä ja tiiviitä.

Tiivistelmä

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä (YTHS) on kerätty yleisellä kyselyllä tietoa opiskelijoiden tyytyväisyydestä palveluihin, mutta se ei ole riittävästi kuvannut mielenterveyspalveluja käyttävien opiskelijoiden kokemuksia. Mielenterveyspalveluihin laadittiinkin oma asiakastyytyväisyyskysely. Tässä tutkimuksessa selvitettiin asiakastyytyväisyyden vaihtelua eri kyselyajankohtina sekä sitä, onko löydettävissä asiakastyytyväisyyden perusulottuvuuksia ja erilaisia asiakastyytyväisyysryhmiä.

Asiakastyytyväisyyskyselyt toteutettiin vuosina 2003, 2005, 2007, 2009 ja 2011 ja niihin osallistui yhteensä 1975 eri opiskelijaa kymmenestä eri terveyspalveluyksiköstä. Asiakastyytyväisyyden vaihtelua selvitettiin varianssianalyysillä, perusulottuvuuksia faktorianalyysillä ja tyytyväisyysryhmien löytämiseksi käytettiin latenttia luokka-analyysia.

Eri kyselyvuosien tulokset eivät poikenneet merkittävästi toisistaan, vaan opiskelijat olivat ylipäättään tyytyväisiä palveluihin. Yhteensä 23,3 % opiskelijoista toi esiin tyytymättömyyttään. Tulokset osoittivat kaksi tyytyväisyyden perusulot-

tuvuutta, jotka olivat työn tekijän ja opiskelijan välinen *yhteistyösuhte* sekä *avun osuvuus ja hyöty*, joilla oli vahva yhteys keskenään. Tutkimuksessa löytyi lisäksi seitsemän tyytyväisyysprofiililtaan erilaista ryhmää.

Olisi hyvä kohdistaa erityistä huomiota psyykkisesti huonovointisiin, iältään nuoriin opiskelijoihin, jotka ovat hoitonsa alussa. Pieni osa heistä tarvitsee enemmän konkreettista apua kuin kokevat saavansa. Tavoitteelliset hoidot ovat hyödyllisempiä kuin satunnaiset tapaamiset. Pitkät ja tiiviit hoidot ovat yhteydessä kokemukseen yhteistyösuhteen hyvästä laadusta.

Avainsanat: asiakastyytyväisyys, mielenterveyspalvelut, opiskelijaterveydenhuolto, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS)

Abstract

Students' experiences of mental health services at the Finnish Student Health Service (FSHS)

In the FSHS there is tradition to measure client satisfaction with services but no attention has been paid to students' experiences of mental health services in this questionnaire. Because of this it was decided to develop own questionnaire of FSHS.

The research questions concerned the variation of client satisfaction in different studies and the possibility to find the basic dimensions of client satisfaction and different satisfaction groups.

The research population consisted of 1975 different university students from 10 health centers of Finland. The assessments were made in 2003, 2005, 2007, 2009 and 2011. The variation of client satisfaction was studied by analysis of variance, the basic dimensions of formation of client satisfaction by factor analysis and to find the satisfaction groups by latent class analysis.

In all five studies most of the students expressed high satisfaction with the mental health services. Altogether 23.3 % of students were less satisfied. The results showed *two basic dimensions of client satisfaction*, namely *the alliance between the therapist and the student* and *the suitability and benefit of help* which were strongly related. The results revealed *seven subgroups which were differently related to satisfaction*.

Special attention should be paid to younger students who have poor mental health and who are in the beginning of their treatment. Some of them need the treatment giving them more concrete help. It was also shown the significance of regular treatments compared to occasional appointments without targets. Especially the longer and intensive treatments are related to good alliance.

Keywords: client satisfaction, mental health services, student health services, Finnish Student Health Service (FSHS)

Marja-Leena Meronen, PsL, psykoterapeutti, vastaava psykologi, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, Helsinki-Espoon terveystaluyksikkö

Jari Wahlström, PsT, kliinisen psykologian ja psykoterapian professori emeritus, psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto

Joonas S. Muotka, FM, yliopistonopettaja, psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto

Asko Tolvanen, FT, professori, ihmistieteiden metodikeskus, Jyväskylän yliopisto

Lähteet

- Awara M, Fasey C (2008) Patients' satisfaction and quality of care in psychiatric out-patient settings. *J Ment Health* 17, 327–335.
- Blenkiron P, Hammill CA (2003) What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J* 79, 337–340.
- Björkman T, Hansson L, Svensson B, Berglund I (1995) What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Int J Qual Health Care* 7, 355–362.
- Bjørngaard JH, Ruud T, Garratt A, Hatling T (2007) Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatr Serv* 58, 8, 1102–1107.

- Brunero S, Lamont S, Fairbrother G (2009) Using and understanding consumer satisfaction to effect an improvement in mental health service delivery. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16, 3, 272–278.
- Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, Yonker RD, Trusty ML (2002) Moderators and mediators of client satisfaction in case management programs for clients with severe mental illness. *Ment Health Serv Res* 4, 267–275.
- Johansson H, Eklund M (2003) Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring* 17, 339–346.
- Kunttu K, Pesonen T, Saari J (2017) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48, Helsinki.
- Kuosmanen L, Hätönen H, Jyrkinen AR, Katajisto J, Välimäki M (2006) Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *J Adv Nurs* 55, 6, 655–663.
- Lundqvist LO, Ahlström G, Wilde-Larsson B, Schröder A (2012) The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 19, 629–637.
- Meronen ML, Pylkkänen K (2005) Asiakastytyväisyys mielenterveyspalveluissa. YTHS:n asiakastytyväisyystutkimus. *Suom Lääkäril* 30–32, 3035–3039.
- Möller-Leinkühler AM, Dunkel R (2003) Patient satisfaction with psychiatric services. Findings of a key date survey. *Nervenarzt* 74, 40–47.
- Olteidal S, Garratt A, Johannessen JO (2007) Psychiatric outpatients' experience with specialized health care delivery. A Norwegian national survey. *J Ment Health*, 16, 271–279.
- Piirtola O (2003) Henkilökohtainen tiedonanto.
- Robillos E, Lale R, Wooldridge J, Heller R, Sarkin A (2014) Gender and the relative importance of mental health satisfaction domains. *Eval Program Plann* 43, 9–15.
- Ruggeri M, Lasalvia A, Salvi G, Cristofalo D, Bonetto C, Tansella M (2007) Application and usefulness of routine measurement of patients' satisfaction with community-based mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 116 (suppl.437), 53–65.
- Siponen U, Välimäki M (2003) Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10, 129–135.
- Sitzia J, Wood N (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 45, 1829–1843.
- Smith D, Roche E, O'Loughlin K, Brennan D, Madigan K, Lyne J, Feeney L, O'Donoghue (2014) Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *J Ment Health* 23, 1, 38–45.
- Sohn M, Barrett H, Talbert J (2014) Predictors of consumer satisfaction in community mental health center services. *Community Ment Health J* 50, 922–925.
- Tossavainen P (2018) YTHS:n mielenterveyden joutavan ylilääkärin henkilökohtainen tiedonanto.
- Williams B, Coyle J, Healy D (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 47, 1351–1359.

Liite 1. YTHS:n asiakastytyväisyysslomake.

Instruktio: Pyydämme Sinua ympyröimään mielipidettäsi vastaavan numeron tai kirjaimen. Arvioi vain kuluva hoitoasi, ei aikaisempia hoitajaksoja. Jos olet ensimmäisellä tai toisella käynnilläsi niin tee arviot näiden käyntien perusteella, mutta jos hoitosi on jatkunut jo pitempään niin arvioi tähänastista hoitoasi kokonaisuutena. Tervetulleita ovat sanalliset kommentit ja perustelut, joita voit kirjoittaa arvioiden perään.

1. Toimipiste:

tässä luettelo terveyspalveluyksiköistä (vuodesta 2007 alkaen), tätä ennen vastaukset kerättiin toimipisteittäin

2. Sukupuoli

1=nainen 2= mies

3. Ikä

1= 20 tai alle, 2= 21-24, 3=25-29 4= 30-34, 5=35-39, 6=40-43, 7=44 tai yli

4. Tämä käynti oli

1=Ensikäynti, 2=2.-5- käynti, 3=Sovittu hoitajakso, jossa käyntitiheys on:

a=harvemmin kuin kerran viikossa, b=kerran viikossa, c=kaksi tai useampi käynti viikossa, d=käyntitiheys vaihtelee (vuosien 2007, 2009 ja 2011 kyselyssä).

Hoito on kestänyt: a=alle vuoden, b=1-2 vuotta, c=yli 2 vuotta, 4=Psykiatrikäynti lääkityksen ja/tai lausunnon vuoksi

5. Koen, että käyntieni tiheys YTHS:n mielenterveyspalveluissa on

(kysymys vain vuoden 2005 kyselyssä): 1=liian harva, 2=liian tiivis, 3=sopiva

6. Voin psyykkisesti tällä hetkellä

Erittäin huonosti 1 2 3 4 5 Erittäin hyvin (vuoden 2003 kyselyssä asteikko vaihteli 1-7)

7. Minulla on tällä hetkellä psykiatrinen lääkehoito (kysymys mukana vuodesta 2005)

1= ei, 2=kyllä, mikä lääkitys?

8. Hoidossani (käynnilläni) olen tullut ihmisenä kohdatuksi

Lähes olemattoman pinnallisesti 1 2 3 4 5 Riittävän syvästi, en voisi paremmin kuvitella (vuoden 2003 kyselyssä asteikko vaihteli 1-7)

9. Kokemukseni yhteen sopimisesta työntekijän työskentelytavan kanssa hoidon (käynnin) aikana

Työskentelytapa ei sovi minulle lainkaan 1 2 3 4 5 Työskentelytapa sopii minulle erittäin hyvin (vuoden 2003 kyselyssä asteikko vaihteli 1-7)

10. Kokemukseni yhteistyön sujuvuudesta työntekijän kanssa hoidon (käynnin) aikana

Ei ole sujunut lainkaan, paljon ongelmia 1 2 3 4 5 Sujunut erittäin hyvin (vuoden 2003 kyselyssä asteikko vaihteli 1-7)

11. Kokemukseni ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta hoidon (käynnin) aikana

Jään täysin vaille vastakaikua, en ole saanut mitään ymmärrystä 1 2 3 4 5 Tulen syvästi ymmärretyksi ja saan vastakaikua (vuoden 2003 kyselyssä asteikko vaihteli 1-7)

12. Kokemukseni saamani avun osuvuudesta suhteessa tarpeisiini ja toiveisiini hoidon (käynnin) aikana

Ei ole lainkaan osunut 1 2 3 4 5 On osunut erinomaisesti (vuoden 2003 kyselyssä asteikko vaihteli 1-7)

13. Kokemukseni hoidon (käynnin) hyödyllisyydestä

Ei lainkaan hyötyä, mikään ei ole helpottunut 1 2 3 4 5 Erittäin hyödyllistä, ongelmani ovat selvästi helpottuneet (vuoden 2003 kyselyssä asteikko vaihteli 1-7)

14. Kokemukseni hoidon (käynnin) haitallisuudesta (kysymys vain vuoden 2003 kyselyssä)

Paljon haittaa 1 2 3 4 5 Ei lainkaan haittaa

15. Kokemukseni hoitoon pääsystä

Pääsin hoitoon erittäin huonosti, odotusaika oli aivan liian pitkä 1 2 3 4 5 Pääsin hoitoon erittäin hyvin, odotusaika oli sopiva (kysymys mukana vuoden 2005 kyselystä alkaen)



ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIIN PERUSTUVAT KUNTOUTUSTA TUKEVAT PROSESSIT YHTEISTEN TOIMINTOJEN ALUEELLA

Johdanto

Asiakkaiden kuntoutukseen osallistuu useita yhteiskunnan osajärjestelmiä edustavia organisaatioita ja ammattilaisia, jotka ovat suuntautuneet kukin yhteen, itselleen ominaiseen ja ensisijaiseen tehtävään (Luhmann 2004). Pyrkinessään työnjakojen mukaiseen kuntoutuksen toteuttamiseen järjestelmät tuottavat moniasiakkuutta, ja tahattomana sivutuotteena syntyy usein myös palvelujärjestelmän ”aukkoja” (Seikkula & Arnkil 2009, Arnkil 1992). Koska työelämästatus määrittelee vahvasti sitä, minkälaiset kuntoutusvaihtoehdot ovat asiakkaan käytettävissä ja mikä taho sosiaalivakuutuksesta vastaa, asiakkaat ovat jo lähtökohtaisesti eriarvoisessa asemassa (Hiilamo 2015, Metteri 2012). Tilanteissa, joissa asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää useamman kuin yhden osajärjestelmän palveluita, palveluita tarjoavien organisaatioiden rajoille muodostuu yhteisten toimintojen alue (Kiuru & Metteri 2014a).

Artikkelin teoreettisena lähtökohtana on saksalaisen sosiologi Niklas Luhmannin systeemiteoria. Luhmannin systeemiteoriaa ovat suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa hyödyntäneet muun muassa Erik Arnkil (1992), Kaisa-Elina Kiuru ja Anna Metteri (2014a, 2014b) sekä Arja Kilpeläi-

nen (2016). Kuntoutuksen tutkimuksessa Luhmannin systeemiteoriaa ovat tehneet näkyväksi muun muassa Janne Jalava (2008, 2013), Aila Järvikoski ja Vappu Karjalainen (2008) sekä Jari Lindh (2013). Esimerkiksi Jalava (2008, 2013) on tarkastellut kuntoutusta yhteiskunnallisena osajärjestelmänä sekä yhteiskunnan osajärjestelmien vaikutuksia kuntoutuskumppanuuteen ja kuntoutuspalveluita tarjoavien organisaatioiden toimintaan.

Artikkelin keskeisen käsitteen, ”yhteisten toimintojen alueen” (Kiuru & Metteri 2014a), juuret ovat Jaakko Seikkulan (1987) kehittelemässä rajasysteemi-käsitteessä. Rajasysteemi viittaa asiakkaan ja hänen lähiverkostonsa sekä kuntouttavien tahojen muodostamaan vuorovaikutusjärjestelmään¹. Yhteisten toimintojen alueen käsitteellä Kiuru ja Metteri (2014a, 166–167) viittaavat sekä organisaatioiden yhteisiin asiakkaisiin että yhteiseen tehtäväalueeseen, jota määritetään yhteistyön ja työnjaon keinoin. Yhteisten toimintojen alue on siis käsitteenä laajempi kuin rajasysteemi, sillä se mahdollistaa pyyvämpien rakenteellisten ja toiminnallis-

¹ Vuorovaikutusjärjestelmän toiminta perustuu osapuolten henkilökohtaiseen läsnäoloon, joka on myös vuorovaikutusjärjestelmän raju muodostusperiaate. (Luhmann 1982, 71, Michailakis & Schirmer 2017, 51.)

ten kytkösten syntyminen (ks. esim Brunzel 2010).

Artikkelin tutkimuskysymyksenä on: Minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja asiakkaiden sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää? Kuntoutusta tukevilla prosesseilla tarkoitetaan organisaatioiden rajat ylittäviä toiminnallisia prosesseja, jotka luovat edellytyksiä asiakkaiden kuntoutusprosessien toteuttamiselle (ks. myös Väyrynen & Lindh 2014). Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut (ks. Palomäki 2013), joiden kuntoutumisen ja työllistymisen vaikeudet ovat pitkäkestoisia ja moniulotteisia. Yhteisten toimintojen alueelle sijoittuvien, kuntoutusta tukevien prosessien paikantamisessa hyödynnän laadullista, teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä.

Luhmannin systeemitheoria teoreettisena viitekehystenä

Luhmannin systeemisen ajattelun juuret voidaan paikantaa yleiseen systeemitheoriaan, jonka sisällä järjestelmät jaetaan perinteisesti teknisiin, biologisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin järjestelmiin. Näistä keskityn artikkelissa sosiaalisiin järjestelmiin ja niiden yhteistoimintaan. Sosiaaliset järjestelmät jakautuvat puolestaan yhteiskunta-, organisaatio- ja vuorovaikutusjärjestelmiin. (Luhmann 1995, Schirmer & Michailakis 2013, Brunzel 2010.) Yhteiskunnan toimintoja toteuttavat useat eri osajärjestelmät, kuten talous, politiikka, juridiikka, terveydenhuolto, kasvatusta ja hoiva (Luhmann 1982 ja 2004, Schirmer & Michailakis 2013).

Jokaisella osajärjestelmällä on oma eron- teon mahdollistava kaksintamissääntönsä (binaarikoodi), kommunikaation välittäjänsä (mediumi) ja ohjelmansa (Luhmann 2004, Linna 2016). Kaksintamissäännöt ilmaisevat vastakohta-asetelmia, jotka auttavat osajärjestelmiä havaitsemaan, kuuluuko jokin kommunikaatio toiminta osajärjestelmälle vai ei (Luhmann 2004, Brunzel 2010). Esimerkiksi terveydenhuollossa havainnointi tapahtuu diagnoosin (välittäjä) perusteella ja terve/sairas-jaottelun (kaksintamissääntö)

avulla. Ohjelmia voidaan luonnehtia oikean käyttäytymisen kriteereiksi tai oikean toiminnan ehdoiksi, jotka ovat alisteisia kaksintamissääntöille. Järjestelmä voi vaihtaa ohjelmarakenteita menettämättä kaksintamissääntönsä luomaa identiteettiään. (Luhmann 2004.)

Osajärjestelmät yrittävät hallita lisääntyvää monimutkaisuutta toiminnallisen eriyty- misen keinoin (Arnkil 1992, Seikkula 1991, Seikkula & Arnkil 2009, Seikkula ym. 2003, Luhmann 1995) eli jakamalla kokonaisuuden osiin ja yrittämällä hallita osia erikseen. Mitä pidemmälle järjestelmät professionee- riin eriytyvät ja mitä suvereenimmiksi ne tulevat tulkintakoodistonsa käytössä, sitä enemmän ne menettävät mahdollisuuksia kommunikoida keskenään (Arnkil 2005, Seikkula ym. 2003). Jokainen toiminnallisesti eriytynyt osajärjestelmä, esimerkiksi terveydenhuolto, voidaan kytkeä toisten kanssa, ja joidenkin osajärjestelmien välillä voi olla rakenteellisesti kytkeä (esimerkiksi sopimuksia, maksuosuuksia, veroja) kuin toisten. Rakenteellisen kytkennän ohella osajärjestelmien välillä voi olla toiminnallista kytkeä eli operaatioiden siirtymiä tai jonkin operaation hoitamista yhdessä, sillä osajärjestelmät koostuvat samanlaisista toimista eli viestinnästä. Osajärjestelmien väliset toiminnalliset kytkennät ovat mahdollisia ainoastaan organisaatioissa. Useimmiten organisaatiot toimivat osajärjestelmien sisällä ja niillä on osajärjestelmiin viittaavia nimiä, kuten sairaala tai terveyskeskus. (Brunzel 2010.)

Organisaatioista on lisääntyvässä määrin tullut polyfonisia, jolloin useat äänet tai koodit ovat vallalla yhtä aikaa eli organisaation työskentely perustuu eri osajärjestelmien edustajien yhteiseen toimintaan sekä organisaation sisä- että ulkopuolella (Andersen 2003, Jalava 2008 ja 2013, Villadsen 2008). Ammattilaisten kohtaamisissa keskinäisten suhteiden määrittely tapahtuu asiakasasiaa käsiteltäessä, mikä ei suinkaan ole ongelmatonta. Koska osajärjestelmiä edustavat ammattilaiset havainnoivat asiakkaan tilannetta eri tavoin, kaikkia osapuolia yhdistävän näkemyksen saavuttaminen ei automaattisesti onnistu. (Seikkula & Arnkil 2009.) Vaikka systeemien näkökulmia ei voi-

da vaihtaa keskenään, terveydenhuoltojärjestelmän puitteissa, sairaalaorganisaation sisällä ja asiakkaiden ja ammattilaisten kohtaamisissa (eli vuorovaikutusjärjestelmissä) voidaan löytää uusia toimintavaihtoehtoja. (Emt., Arnkil 1991.)

Kuntoutustutkimus lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteenä yhdistää asiakkaan ja hänen lähipiirinsä, sairaalaorganisaation ja sen toiminnallisesti eriytyneet yksiköt sekä muita julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Artikkelissa selvitän asiakkaiden kokemuksia ja toiveita kuntouttavien tahojen yhteistyöstä, ja analyysin myötä päättelen, minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja yhteisten toimintojen alueelle paikantuu.

Tutkimusasetelma

Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut (kerätty 12/2010–2/2011). Haastatteluaineistoa kertyi 15,5 tuntia ja litteroituja sivuja oli 229 (1,5 rivivälillä). Ennen aineiston keräämistä tutkimukselle on haettu sairaalan eettisen toimikunnan puoltava lausunto (18.1.2010). Vaikka aineiston keräämisestä on aikaa ja se koostuu kymmenen haastateltavan näytteestä, asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaamisen haasteet ovat edelleen ajankohtaisia (ks. esim. Haukka-Wacklin 2016, Kauppinen-Perttula 2017), mikä on motivoinut artikkelin kirjoittamiseen.

Olen käsitellyt aineistoa aiemmin asiakkaiden osallisuuden näkökulmasta. Haastatteluteemoina olivat kuntoutustutkimuksen käynnistyminen, prosessin eteneminen, odotukset/kuntoutusmotivaatio, osallisuuden kokemukset prosessin aikana ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa sekä palaute ja kehittämisehdotukset. Pitkäkestoisen ja moniulotteisen problematiikan myötä haastateltavien elämään on kytkeytynyt useita toimijoita yhteiskunnan eri osajärjestelmistä. Yleiskuvan saamiseksi kuntouttavien tahojen yhteistoiminnasta jaottelin haastateltavien kuntoutukseen osallistuneet tahot sairaalaorganisaation sisäisiin ja ulkoisiin toimijoihin.

Aineiston analyysimenetelmänä hyödynnän teoriaohjaavaa laadullista sisällönanalyysyä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Ensin etsin aineistosta haastateltavien kuvauksia ja toiveita ammattilaisten ja/tai instituutioiden välisestä yhteistyöstä. Tämän jälkeen ryhmittelin aineisto-otteet sisällön mukaan neljäksi eri palvelutarpeeksi, joihin vastaaminen haastateltavien arvion mukaan edellyttää organisaatioiden tai eri alan ammattilaisten yhteistoimintaa (ks. myös Väyrynen & Lindh 2014). Useimmiten organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävät palvelutarpeet löytyivät aineistosta negaation kautta eli kriittisinä palvelukokemuksina. Käytän ammattilaisten ja organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävistä palvelutarpeista käsitettä kuntoutusta tukeva prosessi, sillä kyse on asiakkaiden yksilöllisten kuntoutusprosessien rinnalla kulkevista ja niitä tukevista prosesseista. Lopuksi pohdin, miten osajärjestelmien erilaiset tavat havainnoida ja käsitteellistää asiakkaan tilannetta hankaloittavat kuntoutusta tukevien prosessien toimintaa ja koko kuntoutusprosessin etenemistä.

Kahdeksan haastateltavaa oli käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä. Haastatteluhetkellä he olivat asioineet kolmessa toista toimipisteessä kuudella vastuualueella. Erikoissairaanhoidon palveluita eniten käyttänyt haastateltava oli asioinut kuudessa toimipisteessä, viidellä vastuualueella. Keskeisin yhteistyökumppani sairaalaorganisaation sisällä oli aikuispsykiatrian vastuualue, jossa oli asioinut kuusi haastateltavaa. Puolet haastateltavista lähetettiin psykiatrin arviointiin kuntoutustutkimuksen aikana. Kahdella haastateltavalla oli psykiatrin hoitosuhde ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä ja viidellä kuntoutustutkimuksen jälkeen. Viisi haastateltavaa asioi neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualueen muissa toimipisteissä kuntoutustutkimuspoliklinikan lisäksi. Lisäksi kolme haastateltavaa asioi tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja kaksi sisätautien vastuualueilla.

Kaikkien haastateltavien kuntoutustarpeeseen vastaaminen oli edellyttänyt kunnallisen palvelutuotannon lisäksi sosiaalivaikutuksesta huolehtivan tahon rahoitusvas-

tuuta. Yleisimmät sosiaalivakuutuksesta vastanneet tahot olivat Kansaneläkelaitos (9/10) ja työeläkevakuutusyhtiöt (8/10). Kuuden haastateltavan ammatillisen kuntoutuksen palvelut toteutettiin pääsääntöisesti työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Kolmen haastateltavan työeläkevakuutusyhtiöt antoivat maksusitoumuksen yksityisten ammatillisten kuntoutuspalveluiden käyttöä varten. Kaksi eniten sairaalaorganisaation ulkoisia palveluita käyttäneistä haastateltavista oli asioinut yhdentoista eri tahon kanssa. Eniten sairaalaorganisaation sisäisiä ja ulkoisia palveluita käyttänyt haastateltava oli asioinut 17 tahon kanssa. Yhteensä haastateltavat olivat käyttäneet kuntoutustutkimuspoliklinikan lisäksi 13 yksikön palveluita sairaalaorganisaation sisällä ja 24 yksikön palveluita organisaation ulkopuolella. Yhteistyötahoja voi olla sairaalan ulkopuolella enemmänkin, sillä en tiedustellut haastateltavilta sairaalan ulkopuolisista toimijoista.

Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella

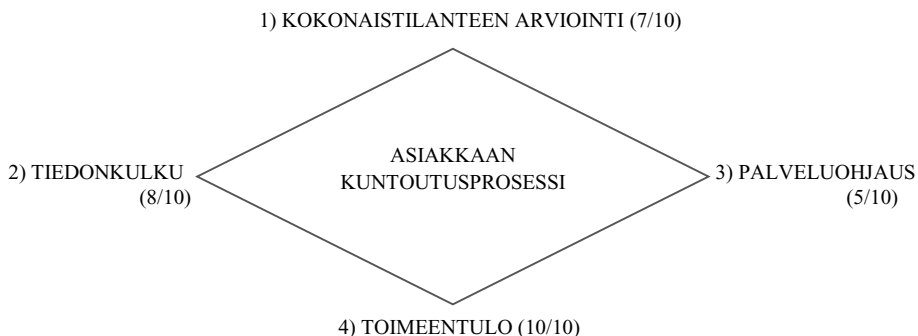
Analyysin myötä yhteisten toimintojen alueelle paikantuu neljä kuntoutusta tukevaa prosessia: kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen, jotka olen koonnut kuvioon 1 ja joita käsittelen kuvion osoittamassa järjestyksessä. Aineisto-otteissa T tarkoittaa tutkijaa ja H haastateltavaa. Haastateltavat (n = 10) on yksilöity merkinnöillä H1 - H10. Suorat haastattelulainaukset on erotettu muusta tekstistä lainausmerkeillä (").

Kokonaistilanteen arviointi

Erikoissairaanhoidon ei yleensä ole terveydenhuollossa asioivan henkilön ensisijainen hoitava taho, ja kohtaamiset erikoissairaanhoidossa ovat pääsääntöisesti määräaikaista ja lyhytkestoista. Myös kuntoutustutkimuspoliklinikalla asiakkaille kerrotaan poliklinikan tutkimuksellisesta luonteesta ja kontaktin määräaikaaisuudesta.

Seitsemän haastateltavaa kaipasi kokonaistilanteen arviointia, vaikka sisällöllisesti sillä tarkoitettiin eri asioita, kuten asiakkaan elämäntilanteen, olosuhteiden ja tarpeiden huomioimista, hoitavien tahojen yhteistyötä, moniammatillisen tiimin työskentelyä ja asiakkaan sosiaalisen verkoston osallistumista kuntoutusprosessiin. Yhden haastateltavan (H3) kokemus kokonaistilanteen arvioinnin puutteesta läpäisi koko haastattelun. Ammatillisen kuntoutuksen edellytysten arvioimiseksi oli tehty psykologin tutkimukset, joita haastateltava kritisoi vahvasti. Hän koki, että työnantaja ja työtoverit olisivat pystyneet arvioimaan paremmin työn arkea ja sujuvuutta. Erilaisista kysymyksenasetteluista huolimatta hän palasi uudelleen samaan aihepiiriin ja kritisoi sitä, että yksittäiseen kohtaamiseen perustuva arvio saa liian suuren painoarvon kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Hän kertoi käyneensä viikoittain keskustelukäynnillä mielenterveystoimistossa ja totesi, että pitkään asiakasta hoitanutta tahoja "kannattaisi kuunnella aika tarkkaan".

Hänen näkemyksensä tiivistyi ajatuksen, että yksittäinen ammattilainen "ei pysty antamaan täydellistä arviota" asiakkaan tilanteesta. Työkyvynarvioinnin tulisi pe-



Kuvio 1. Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella.

rustua ammattilaisten yhteiseen arviointiin, ”kaikesta keräten”. Kun useampia ammattilaisia on läsnä heti kuntoutustutkimusprosessin alussa, se viestii asiakkaalle, että hänen tilanteeseensa suhtaudutaan ”vakavasti”. Vakavasti otetuksi tuleminen ei ole ”pieni viesti” kuntoutujalle, joka ”yrittää etsiä tietä takaisin töihin.”

Toinen haastateltava (H8) koki, että kuntoutustutkimuspoliklinikan käynnit olivat ”kaikki hajallaan siellä täällä ja kokonaisuutta oli vaikea hahmottaa”. Yhteisvastaanottoihin siirtymiseen myös hän suhtautui myönteisesti.

T: Siellä alkaa nyt useimmiten tämmöisellä yhteistapaamisella kuntoutustutkimus.

H: Ehkä tommosta jotain olisin kaivannut siihen, että olisi ollut montaa eri näkökulmaa eikä vaan mennä sen ensimmäisen ohjeistuksen mukaan. (H8)

Yhteisvastaanotoissa jo tutkimusten suunnittelu perustuu eri alan ammattilaisten yhteiseen näkemykseen eikä yhden lääkärin arviointiin ja arviointikäynnin perusteella tehtyihin konsultaatiopyyntöihin. Eri näkökulmien yhteensovittaminen herätti haastateltavassa luottamusta ja lisäsi prosessin uskottavuutta.

Aivoverenvuodon viisi vuotta ennen haastatteluajankohtaa saanut haastateltava (H6) oli akuuttihoiton jälkeen siirtynyt kaupungin sairaalaan kuntoutuspuolelle. Haastattelun alussa tiedustelin haastateltavalta, mistä lähete kuntoutustutkimuspoliklinikalle oli tehty.

H: En kyllä tiedä (...)

T: Yleensä se, missä on kaikkein eniten asioinut, missä tunnetaan parhaiten ja missä ruvetaan miettimään työhön paluu asioita.

H: Musta tuntuu, että kukaan ei tuntenut, mutta kaikki tiesi ehkä vähän. (H6)

Haastattelijana oletin, että lähettävä taho tietää haastateltavan tilanteesta eniten, mutta haastateltavan kokemus oli toinen: ”kukaan ei tuntenut, mutta kaikki tiesi ehkä vähän”. Toisin sanoen yhden hoitavan tahon arviointi ei riittäisi kokonaiskuvan saamiseen haastateltavan tilanteesta. Hoitotiivistelmistä ja -yhteenvedoista saadaan täsmennystä kokonaistilanteen arviointiin, mutta ilman

eri tahojen näkemysten kuulemista kokonaisuus ei hahmotu parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteistä haastateltavien kuvauksissa oli se, että eri osajärjestelmiä edustavat organisaatiot ja ammattilaiset havainnoivat ja tulkitsevat asiakkaan tilannetta eri tavoin. Erityisen kriittisiä kohtia näyttävät olevan kuntoutustutkimuksen aloitus ja lopetus, ja tällöin vuorovaikutusjärjestelmän eli asiakkaan ja ammattilaisten yhteisten tapaamisten kokoonpanoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Jos kuntoutustutkimuksen tai kuntoutussuunnitelman sisältö perustuivat liikaa yhden ammattilaisen havaintoihin ja/tai hallitsevaan rooliin päätöksenteossa, lopputulos ei tyydyttänyt haastateltavia.

Tiedonkulku

Tiedonkulku osoittautui pulmalliseksi terveydenhuollon tasojen välillä, erikoissairaanhoidon sisäisten ja ulkoisten yhteistyötahojen kesken, sekä työntekijöiden keskinäisissä että asiakkaiden ja työntekijöiden välisissä kohtaamisissa. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat näkyvät myös kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

Asiakas voi kokea epävarmuutta tiedonkulusta ja epäluottamusta työntekijöitä kohtaan, jos ammattilaisten kohtaamiset jäävät toisistaan irrallisiksi eivätkä käsitellyt asiat muodosta loogista kokonaisuutta.

H: Sosiaalityöntekijän kanssa käytiin läpi niitä asioita. Mutta ne ei sitten taas tulleet sen lääkärin tapaamisessa toista kertaa vastaan. En saanut (...) vastakaikua, palautetta siihen, että oliko papereihin kirjatut asiat menneet perille vai oliko ne ohitettu. (H9)

Aineisto-otteesta on pääteltävissä, että sosiaalityöntekijä kirjasi haastateltavan (H9) sairauskertomukseen tämän kertomat asiat. Koska lääkärinvastaanotolla ei enää palattu aiemmin käytyyn keskusteluun, haastateltava ei tiedä, onko tiedonkulku epäonnistunut vai onko lääkäri tietoisesti ”ohittanut” hänen kertomansa asiat.

Tiedonkulun epäonnistuminen näkyi muun muassa haastateltavien epä tietoisuutena kuntoutustutkimuspoliklinikalle lähettämisen syistä ja poliklinikan toimintakäy-

tännöistä: ”Ei mulla ollut kyllä hajuakaan, että mihinkä olen menossa” (H10). Sama kokemus oli kolmella muullakin haastateltavalla. Haastateltava sai leikkaneelta lääkäriltä erikoissairaanhoidosta lähetteen kuntoutustutkimukseen, koska hän ei toipunut leikkauksesta toivotulla tavalla. Vaikka leikkaustoimenpide ja kuntoutustutkimus toteutuivat samassa sairaalassa, tiedonkulku epäonnistui eikä haastateltava tiennyt, ”minne hän oli menossa” eli tiedonkulun ongelmat olivat organisaation sisäisiä.

Kuntoutustutkimuksen etenemisestä keskustelu saa haastateltavan (H10) muistelemaan aikaisempia tiedonkulun haasteita. Haastateltava palaa kuntoutustutkimusta edeltävään tilanteeseen, jossa hän odotti pääsyä leikkaukseen. Kiputilanteiden pahenemisen varalle leikkaava lääkäri oli ohjeistanut haastateltavaa ottamaan yhteyttä omalääkäriin vahvempien kipulääkkeiden saamiseksi. Tieto haastateltavan leikkausjonnassa olemisesta ja lääkityksen ohjeistuksesta ei ollut kulkeutunut erikoissairaanhoidosta omalääkärille: ”Omalääkäri sanoi mulle, että mitä mun tykö tulit?” Koska haastateltavalla oli sairausloma-aikanaan työsuhde voimassa, omalääkäri oletti, että hänen tulisi hakeutua työterveyslääkärin vastaanotolle, jota haastateltavalla ei ollut. Tiedonkulussa sattuneet väärinymmärrykset saivat haastateltavan kokemaan olonsa turvattomaksi: ”heittopussiksi”, jonka terveydentila ei ollut kenenkään vastuulla.

Kahdeksan haastateltavan kokemukset tiedonkulun ongelmista olisi voitu estää paitsi ammattilaisen avoimmalla tiedottamisella, myös haastateltavien aktiivisemmalla tiedustelulla epäselviksi jääneistä asioista. Eräs haastateltavista toivoi ”yhtä ainoaa puhelinnumeroa, kuntoutusasioiden kuumaa linjaa”, josta voisi tiedustella epäselviä asioita (aiheesta Ruotsalainen 2003, 106). Vaikka asiakkaan tilannetta havainnoidaan saman kaksintamissäännön perusteella, esimerkiksi terveydenhuollossa terve/sairas-jaotuksen perusteella, se ei silti estä tiedonkulussa tapahtuvia katkoksia. Osittain syynä on terveydenhuoltojärjestelmän sisäinen erilaistuminen ja sen myötä ammattilaisten erityisosaamiseen perustuvan havainnoinnin

kohdistuminen entistä pienempiin osa-alueisiin, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien diagnosointiin. Aineistosta on nähtävissä myös moniammatillisuuden mukanaan tuomat polyfonisuuden haasteet, kuten sosiaaliryöntekijöiden ja lääkäreiden erilainen havainnointikoodisto ja erilaiset kommunikointitavat sekä ammattilaisten hankaludet havaita ja reagoida eri osajärjestelmien edustajien viesteihin niin, että kuntoutustutkimuksesta muodostuisi loogisesti etenevä kokonaisuus.

Palveluohjaus

Kahdella haastateltavalla päihdeongelmat olivat merkittävä työkykyisyyteen vaikuttava asia. Lisäksi yhdellä haastateltavista havaittiin lääkeaineriippuvuus, jonka hoito oli ensisijaista ennen työkyvynarviointia ja työhön paluun suunnittelua.

Työkyvynarvioinnin aikana tuli esille haastateltavan (H2) päihteidenkäyttö, ja hänelle suositeltiin A-klinikan palveluita päihteidenkäytön hallintaan saamiseksi. Haastateltava olisi kaivannut apua A-klinikalle lähtemiseen. Sisätautilääkäri oli tietoinen suositellusta A-klinikkakontaktista ja vastaanoton aikana hän ”vitsaili” haastateltavalle työntekijän saapumisesta ”oven taakse hakemaan”, mikä olisi haastateltavan mielestä voinut ratkaista päihdehoidon toteutumisen. A-klinikalle hakeutuminen haluttiin varmistaa jälkikäteen, ja haastateltavalta tiedusteltiin puhelimitse, onko hän toiminnut suosituksen mukaisesti. Konkreettinen ajanvarauksen tekeminen jätettiin kuitenkin haastateltavan vastuulle, mutta hän ei ollut siihen vielä kykenevä.

Haastattelun aikana haastateltava toivoi useita kertoja konkreettista saattamista päihdepalveluiden piiriin ja ehdotti myös pakkohoitokriteereiden lieventämistä, mikä vahvistaa sitä, että asia oli hänelle merkittävä. Erikoissairaanhoidossa oli tiedostettu, että haastateltavalla on tuen tarvetta päihdehoitoon hakeutumisessa. Tähän viittaa sisätautilääkärin ”vitsi” kotiovelle saapuvasta työntekijästä ja kuntoutustutkimuspoliklinikalta toteutettu varmistussoitto, jonka tarkoituksena oli kontrolloida haastateltavan tekemi-

siä jälkeenkään. Yhden kontrollisoiton jälkeen asiaan ei enää palattu, eikä asiakkaan päihdekuntoutus käynnistynyt. Haastateltava jäi vaille tarvitsemaansa palveluohjausta, kun hän oli vielä ”saamaton” ja olisi tarvinnut jonkun ”kulkemaan perässä”.

Yhdellä haastateltavista (H4) oli jo vuosien ajan ollut kolmannen sektorin hanke-työn kautta palveluohjaaja asumisen, päih- teidenkäytön, työllistymisen ja toimeentulon haasteiden vuoksi.

T: Tapaatteko te joka viikko?

H: No, aika lailla ja sitten muutenkin. (...) Voin sille soittaa esimerkiksi, jos mulle tulee joku Kelan paperi. En tiedä, mitä mä teen sille, miten mä sen täytän. Se sanoo, että miten mä sen täytän tai voin mennä sen luokse täyttämään sen, mikä on mun mielestä hyvä. Eihän niistä tuliskaan yhtään mitään. (H4)

Hän tapasi ”tukihenkilöään” viikoittain ja aina tarvittaessa. Suhde työntekijään kuvautui luottamuksellisena ja haastateltava antoi tunnustusta tukihenkilönsä työpanokselle ”en varmaan olisi päässyt ilman sitä näin pitkälle”. Haastateltavalla oli ollut vuosia myös psykiatrinen hoitosuhde, päih teidenkäyttöön liittyvät säännölliset kontrollikäynnit ja kolmannen sektorin palveluntuottajan kautta saatu työelämävalmennuspaikka. Erityisen tuen tarvetta haastateltavalla oli ollut jo koulunkäynnin alkumetreiltä asti ja oli edelleen eri elämäalueilla.

Edellisten lisäksi kolmella haastateltavalla oli ilmeinen palveluohjauksen tarve, joka oli jäänyt huomioimatta ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä. Kuntoutustutkimuksen ajan haastateltavilla oli tiivis, palveluohjauksellinen suhde poliklinikan sosiaalityöntekijän kanssa. Haastateltavien kuvaukset sosiaalityöntekijän ominaisuuksista – ”ihana ihminen”, ”kaikista positiivisin” – ja huolenpitotarpeeseen vastaamisesta – ”jaksoi pitää huolta”, ”oli potilaan tuki ja turva” – kertovat paitsi kohtaamisen merkityksestä, myös palveluohjauksen tarpeesta.

Palveluohjauksen tarvetta esiintyi erityisesti niillä haastateltavilla, joilla oli kontakteja useiden eri osajärjestelmien edustajiin samanaikaisesti, mutta ei kykyä tai voimavaroja ymmärtää osajärjestelmien toi-

mintasääntöjä. Useimmiten osajärjestelmien edustajat eivät myöskään kommunikoinet keskenään, eikä asiakkaan tilanteen edellyttämää toiminnallista kytköstä syntynyt min- kään organisaation puitteissa.

Toimeentulon turvaaminen

Kaikki haastateltavat puhuivat pitkittyneeseen työkyvyttömyyteen kytkeytyvästä toimeentulon turvaamisen tarpeesta ja siihen liittyvistä hankaluuksista. Hankaluuksia aiheuttivat muun muassa lausuntojen myöhästyminen terveydenhuollossa ja tiedonkulun ongelmat sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä.

Yksi haastateltava (H3) oli ollut vuosia poissa työelämästä, ja tutuiksi olivat tulleet etuuspäätösten väliset rahattomat jaksot. Etuuden maksamiseen liittyvä katkos johtuu haastateltavan mukaan työterveyslääkäristä, joka lähettää lääkärinlausunnon ”aina liian myöhään”. Haastateltavan toteamus ”aina liian myöhään ja aina muutaman kuukauden ilman rahaa” viittaa tietyn tilanteen toistumiseen. Toimeentulo on haastateltavan mukaan kunnossa, koska rahattomat jaksot on ”eletty vanhempien rahoilla, joilla ei ole kauhean tiukkaa”.

Myöhemmin haastateltava kertoo toisen syyn etuuspäätösten viivästykselle.

H: Onneksi soitin Kelaan, jonka päätöksiä Potilasvakuutuskeskus odottaa ja sain kuulla, että eläkevakuutusyhtiö ei ole lähettänyt ollenkaan minun papereitani sinne. (...) Joskus toivoisi, että siellä nähtäis asioiden taakse. Nähtäis, että jollakulla ei ole rahaa ostaa ruokaa sen takia, että päätöstä ei tehdä. (H3)

Kun etuuspäätökseen tarvitaan tietoja useammalta sosiaalivakuutusta maksavalta taholta, päätökset viivästyvät ja todennäköisyys sille, että joku taho jättää päätöksensä tekemättä, kasvaa. Haastateltavan (H3) tapauksessa Kansaneläkelaitos (Kela) ei voinut tehdä päätöstään ennen kuin työeläkevakuutusyhtiö lähettää häntä koskevat tiedot. Potilasvakuutuskeskus oli tehnyt myönteisen korvauspäätöksen haastateltavan asiassa, mutta maksuunpano edellytti Kelan ja työeläkevakuutusyhtiön tietojen saamista.

Etuuden saaminen olisi ilman haastateltavan yhteydenottoa myöhästynyt entisestään. Haastateltava toivoi, että sosiaalivakuutuksesta vastaavat tahot ymmärtäisivät, että etuuspäätösten viivästyminen voi estää yksilön perustarpeiden tyydyttämisen.

Toinen haastateltava (H5) kertoi tilanteesta, jossa oli neljän kuukauden ajan ilman rahaa, koska sosiaalivakuutuksesta vastaavat tahot eivät katsoneet olevansa korvausvelvollisia työkyvyttömyysajalla. Tapaturmavakuutusyhtiön mukaan krooninen kipuoireyhtymä ei ollut riittävä peruste maksaa ansionmenetyskorvausta työkyvyttömyysajalta, vaikka haastateltava odotti pääsyä viimeiseen leikkaukseen. Myös Kela kieltäytyi ensin maksamasta sairauspäivärahaa, koska kyseessä oli tapaturma, ja korvauksen maksaminen kuului Kelan mukaan tapaturmavakuutusyhtiölle. Haastateltava valitti kielteisistä päätöksistä ja sai lopulta Kelalta sairauspäivärahaa kahden kuukauden ajalta. Haastateltava koki tilanteen kohuttomana (aiheesta Metteri 2012), koska neljän kuukauden rahattomuuden lisäksi tapaturmavakuutusyhtiö mitätöi kroonisen kipuoireyhtymän ja leikkauksjonossa olemisen, ja hänestä tehtiin täysin työkykyinen ”yhdessä yössä”.

Neljä vuotta sairauslomalla ollut haastateltava (H7) kertoi irtisanomistilanteesta, joka johti ”taisteluun toimeentulosta”. Ennen irtisanomis päätöstä työterveyslääkäri oli todennut haastateltavan työkyvyttömäksi ”silloiseen työtehtäväänsä ja mihin tahansa työhön”. Työterveyslääkärin kannanotosta huolimatta työeläkevakuutusyhtiö antoi kielteiset päätökset sekä määräaikaiseen että pysyvään työkyvyttömyyseläkkeeseen. Haastateltava koki raskaaksi paitsi sairastamisen ja työpaikan menetyksen, myös ”taistelun toimeentulosta”, joka vei ”hirveesti voimavaroja”. Haastateltavan tukena oli puoliso, joka auttoi hakemusten tekemisessä ja osallistui hoitoon. Lopulta pitkittynyt työkyvyttömyys johti tilanteeseen, jossa haastateltava oli ”erakoitunut kotiin”.

Monelle haastateltavalle etuusasioiden viidakko oli tullut täytenä yllätyksenä, johon he eivät olleet osanneet varautua. Haastateltava (H10) totesi, että ihmiset eivät tiedä

etusasioiden hakemisesta mitään: ”ei tiedä, mitä kuulu hakea, mistä haetaan ja kuinka haetaan”. Lisäksi sairaus ja kivut vievät henkisiä voimavaroja hoitaa omia asioita: ”ei jaksa hoitaa” ja ”pipo on kireällä”. Kun sosiaalivakuutusta maksavilta tahoilta tulee vielä kielteisiä päätöksiä: ”ette ole oikeutettu siihen ja tähän ja tohon”, tilanne tuntuu ”kaoottiselta”.

Osajärjestelmät eivät voi toimia toistensa puolesta mutta ovat riippuvaisia toistensa toiminnasta. Yhden osajärjestelmän toiminnalliset katkokset heijastuvatkin nopeasti muiden osajärjestelmien toimintaan (esim. Luhmann 2004). Kuntoutusta tukevien prosessien toimivuus, kuten toimeentulon turvaaminen, edellyttää sitä, että eri osajärjestelmien edustajat tekevät oman osuutensa: esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmässä lääkäri arvioi asiakkaan tilanteen ja laatii lääkärinlausunnon ajoissa, ja etuusasian käsittely etenee sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä ilman tiedonkulun katkoksia. Mikäli jokin osajärjestelmä ei toimi odotetulla tavalla, se vaikuttaa väistämättä muiden osajärjestelmien toimintaan. Kielteisistä etuuspäätöksistä on myös nähtävissä, että saman ammatin edustajat, esimerkiksi sosiaalivakuutusjärjestelmän asiantuntijalääkäri ja terveydenhuoltojärjestelmän hoitava lääkäri, voivat arvioida asiakkaan tilanteen eri tavoin.

Taulukon 1 ensimmäiseen sarakkeeseen olen koonnut kuntoutusta tukevat prosessit ja toiseen niitä kuvaavat suorat haastattelulainaukset.

Tulosten yhteenveto

Kuntoutusta tukevat prosessit – kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen – kulkevat mukana koko asiakkaan kuntoutustarpeen ajan, ja näihin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää kuntouttavien tahojen yhteistyötä.

Haastateltavat toivoivat moniammatillista näkökulmaa jo kuntoutustutkimuksen alkuvaiheeseen, ja eri alojen ammattilaisten yhteisvastaanottoon suhtauduttiin myönteisemmin kuin yksittäisten ammattilaisten kohtaamisiin. Pääasiallisen hoitavan tahon

Taulukko 1. Kuntoutusta tukevien prosessien sisällön kuvaus.

KUNTOUTUSTA TUKEVAT PROSESSIT	SISÄLLÖN KUVAUS (suorina lainauksina)
KOKONAISTILANTEEN ARVIOINTI (7/10)	<p>”Asiantuntijat ja potilas saa paremmin ja samanlaisen tiedon kaikki kerralla”</p> <p>”Monta eri näkökulmaa ohjeistamaan”</p> <p>”Arvio löytyy kaikesta keräten”</p> <p>”Kaikki olosuhteet huomioon”</p> <p>”Yhteistyö niitten kaikkien, jotka ovat henkilöä hoitaneet”</p> <p>”Kokonaisvaltaisesti huomioon mun tarpeet”</p> <p>”Kartoitettiin kokonaisuutena”</p>
TIEDONKULKU (8/10)	<p>”Kun monesta instanssista tulee (rahaa), se aiheuttaa ongelmia”</p> <p>”Selvisi, että närästyslääke moninkertaistaa mielialälääkkeen vaikutuksen” (lääkkeet määrätty eri paikoissa)</p> <p>”Mulle oli epäselvää olenko kaupungin asiakas vai TAYS:n”</p> <p>”En tiedä onko kirurgi keskustellut fysiatriin taikka kipulääkäriin kanssa”</p> <p>”En saanut lääkärin puheesta mitään käsitystä”</p> <p>”Oliko papereihin kirjatut asiat menneet perille vai oliko ne ohitettu”</p> <p>”Olisi pitänyt saada infoa ennen kuin tehdään elämäni koskeva päätös” (kuntoutussuunnitelma)</p> <p>”Ei mulla ollut kyllä hajuakaan, että mihinkä olen menossa” (lähetteen sisältö)</p>
PALVELUOHJAUS (5/10)	<p>”On mulla tukihenkilö projektin kautta”</p> <p>”Sieltä (yksityinen palveluntuottaja) opastettiin ja neuvottiin mitä papereita pitää minnekäkin laittaa ja täyttää”</p> <p>”Tulee joku aamu soittamaan oven taakse, että nyt lähdetään” (toive)</p> <p>”Lupasi ja auttoi kaikissa, selvitti asioita, koko prosessia ja sosiaalipuolen asioita”</p> <p>”Todella kullanarvoinen, neuvoi monessa”</p>
TOIMEENTULON TURVAAMINEN (10/10)	<p>”Pääsisi työvoimatoimiston riesasta, kun olisi eläkkeellä”</p> <p>”Ei olisi ollut enää maksajaa, kun (työeläkevakuutusyhtiö) eväsi” (etuuden)</p> <p>”Oon aina muutaman kuukauden ilman rahaa”</p> <p>”Sain edes asunnon” (tuettu asuminen)</p> <p>”En saanut mistään rahaa 4 kk:een”</p> <p>”En saanut sitä vammaistukea”</p> <p>”Saisi jostain vähän rahaa toimeentuloon”</p> <p>”Taloudellisesti se on ihan mahdotonta”</p> <p>”Puhutaan vuosista osakuntoutustuella”</p> <p>”Yksinhuoltajana, rahaa on vain tultava”</p>

ja asiakkaille merkityksellisten sidosryhmien kuuleminen nähtiin tärkeänä kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

Tiedonkulun ongelmia esiintyi sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välisissä että ammattilaisten keskinäisissä suhteissa sairaalaorganisaation sisällä ja jopa samassa toimipisteessä, organisaatioiden välisessä kanssakäymisessä sekä sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä. Kun tieto ei kulje, asiakas kokee olonsa turvattomaksi. Haastateltavat kohtasivat tilanteita, joissa mikään taho ei tunnistanut olevansa vastuussa kuntoutusprosessin etenemisestä ja rahoittamisesta tai vastuuta kannettiin vain tietyn ajanjakson ajan, minkä jälkeen haastateltavat eivät tienneet, keneen pitäisi olla yhteydessä ja kuka heidän hoidostaan vastaa.

Aineiston perusteella palveluohjaustarpeen tunnistaminen ja siihen vastaaminen osoittautuivat puutteellisiksi. Ainoastaan yksi haastateltavista oli palveluohjaukseksi luokiteltavan toiminnan piirissä, ja hänen erityinen tuen tarpeensa oli havaittu jo alakouluikäisenä. Palveluohjauksen tarvetta oli puolella haastateltavista, erityisesti päihde- ja/tai lääkeriippuvuudesta kärsineillä kolmella haastateltavalla. Kahdella palveluohjausta tarvitsevalla haastateltavalla oli selvästi muita enemmän kuntoutuksesta vastaavia tahoja, mikä näyttää lisäävän palveluohjaustarvetta.

Kaikki haastateltavat nostivat esiin toimeentulon kysymykset, ja talous oli monen elämässä suuri epävarmuustekijä terveydentilan lisäksi. Erityisen haasteellisia olivat tilanteet, joissa haastateltavien toimeentulo

koostui useamman sosiaalivakuutuksesta vastaavan tahon rahoituksesta ja nämä tahot vetäytyivät etuuksien maksusta. Toimeentulon merkitys korostui yhden aikuisen talouksissa, erityisesti jos työhön palaaminen ei ollut toteutunut suunnitellusti.

Johtopäätökset

Kun asiakasta hoitavat ja kuntouttavat tai sosiaalivakuutuksesta vastaavat useat tahot, voidaan puhua monialaisista palvelutarpeista (Järvikoski ym. 2008, Katisko ym. 2014, Kuure & Lidman 2014, Leppämäki 2012, Lybeck & Wallden 2011, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Niihin vastaaminen edellyttää monitoimijaista yhteistyötä. Monialaisista palvelutarpeista keskusteltaessa korostetaan samalla yksilön omaa vastuuta eri osajärjestelmissä talouskuripolitiikan mukaisesti (ks. esim. Saarinen ym. 2014, Valokivi 2008). Esimerkiksi työttömien aktivointivielvoitteita kiristetään ja etuuksien vastikkeellisuutta lisätään. Sipilän hallitusohjelmassa luvataan tukea eri-ikäisten ihmisten vastuuta omasta terveydentilastaan ja elämäntavoistaan sekä huomioida osatyökykyisten henkilöiden lisääntynyt palveluohjauksen tarve (Ratkaisujen Suomi 2015). Systeemitoreettisesti ilmaisten poliittinen järjestelmä uudelleenorganisoi hyvinvoinnin voimavarojen jakamista muokkaamalla ihmisten oikeuksia ja velvollisuuksia (Michailakis & Schirmer 2010). Osallisuuden ehdollistamisen myötä ihmiset ajautuvat yhä enemmän järjestelmien ulkopuolelle (Schirmer & Michailakis 2012).

Eriytyneessä palvelujärjestelmässä yksilön diagnosoiminen sairaaksi ja sairaana pitäminen ovat kaksi eri asiaa. Terveydenhuoltojärjestelmässä lääkäriellä on oikeus diagnosoida henkilö sairaaksi, mutta muut osajärjestelmät voivat pitää sairaaksi diagnosoitua terveenä oman havainnointikoodistonsa mukaisesti. (Michailakis & Schirmer 2010, Metteri 2012, Haukka-Wacklin 2016.) Esimerkiksi kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkäri voi määritellä asiakkaan työkyvyttömäksi, mutta sosiaalivakuutuksen asiantuntijalääkäri arvioi hänet työkykyiseksi, ja etuushakemus hylätään. Osajärjestelmästä ja

työskentelyorganisaation ohjeistuksista riippuen saman ammatin edustajat voivat havainnoida ja tulkita asiakkaan tilannetta eri tavoin ja päätyä poikkeaviin lopputuloksiin. Tämä saa pohtimaan osajärjestelmien kaksintamissäätöjen välistä jännitettä. Vaikuttaako työntekijän havaintoihin ja tulkintaan enemmän työskentelyorganisaatio vai ammatillinen tausta? (Ks. myös Hotari & Metteri 2010.) Koska asiantuntijalääkärit tekevät ratkaisunsa asiakirjojen perusteella, etuuspäätösten hylkäämisen syynä saattaa olla myös asiakirjojen laatu eli riittämätön kommunikaatio järjestelmien välillä. (Virta & Lahtela 2005, Metteri 2012, Lääkärietiikka 2013.)

Monialaisiin palvelutarpeisiin vastaamisen haasteet näyttävät olevan seurausta osajärjestelmien eriytymisestä ja kasvavista priorisointipaineista. Osajärjestelmät eivät käsittele yksilöä kokonaisuutena vaan omalle toiminnalleen merkityksellisiä puolia yksilöstä. (Luhmann 1995, Brunczel 2010, Schirmer & Michailakis 2013, Metteri 2012.) Kun asiakkaan yhteys työmarkkinoihin katkeaa esimerkiksi työkyvyttömyyden vuoksi, työllisyyteen perustuva osajärjestelmä ei enää tunnista asiakasta. Asiakas ei voi myöskään hyödyntää osajärjestelmän suoritteita, kuten kuntoutustoimenpiteitä, koska hän ei täytä järjestelmän valintakriteereitä. Poissulkeminen yhdestä järjestelmästä haittaa vakavasti pääsyä muihin järjestelmiin, mikä näkyy ongelmien kumuloitumisena samoille henkilöille. (Schirmer & Michailakis 2013, Michailakis & Schirmer 2017.)

Kuntoutustutkimuspoliklinikka asiakkaan kokonaistilannetta arvioivana yksikönä tekee näkyväksi palvelujärjestelmän erilaistumisen seuraukset. Kun asiakkaiden tarpeita ei tunnisteta, tutkimukset ja hoito viivästyvät ja asiakkaan tilanne vaikeutuu. Esimerkiksi kuntoutustutkimukseen ohjataan useimmiten liian myöhään, sattumanvaraisesti ja puutteellisilla tiedoilla. Suurella osalla asiakkaista ei ole pysyvää hoitavaa tahoja eikä asiointipaikkaa kuntoutustutkimuksen jälkeen. Lisäksi heillä on toimeentulon vaikeuksia ja palveluohjauksen tarvetta, eikä heidän palvelukokonaisuuttaan koordinoi kukaan. (Haukka-Wacklin 2016, Leskelä ym. 2013.) Toisin sanoen kuntoutusprosessin

ohjaus on jätetty asiakkaille, vaikka kaikilla ei ole sen edellyttämiä tietoja ja taitoja (Järvikoski 2013). Hoitovastuun siirtäminen tai jakaminen useamman tahon kesken ovat aineiston valossa tiedonkulkuun ja hoitoketjun jatkuvuuteen liittyviä riskitekijöitä. Sekä organisaatioiden välistä että organisaation sisäistä tiedonkulkua vaikeuttaa kyvyttömyys tunnistaa yhteisiä asiakkaita, joita eri osajärjestelmiä edustavat organisaatiot ja ammattilaiset ovat kuvanneet ja luokitelleet (Viljaldsen 2008, Michailakis & Schirmer 2014, Heikkinen 2016).

Vastauksena haastateltavien kuntoutusjärjestelmäkritiikkiin tarvitaan kokonaistilanteen jatkuva arviointia, joka ei ole sidoksissa tiettyyn kuntoutusprosessin vaiheeseen, esimerkiksi kuntoutussuunnitelman laatimiseen (Järvikoski & Karjalainen 2008). Erikoistietämyksen lisääntyessä ei-toivotavana sivutuotteena on lisääntynyt myös kyvyttömyys kommunikoida muiden järjestelmien kanssa (Arnkil 2005, Seikkula ym. 2003). Erikoissairaanhoidon sisäiset järjestelmät ja professiot ovat kenties pisimmälle eriytyneet, mikä vaikeuttaa niin kokonaiskäsityksen muodostamista asiakkaan tilanteesta kuin tiedonkulkua. Kokonaistilanteen jatkuva arviointi mahdollistaisi oikea-aikaisemman vastaamisen tiedonkulun, palveluohjauksen ja toimeentulon tarpeisiin (ks. myös Lindh 2013, Väyrynen & Lindh 2014). Erityisesti palveluohjauksen tarpeeseen tulisi reagoida viivytyksettä ennen asiakkaan tunnistettavuuden häviämistä osajärjestelmissä. Jos asiakas on jo ajautunut järjestelmän ulkopuolelle, hänen takaisin palauttamisestaan tulisi tehdä suunnitelma. Työskentely yhteisten toimintojen alueella edellyttää keskeisten toimijoiden ja koordinoivan vastuuhenkilön nimeämistä, asiakkaiden toimeentulo- ja palveluohjaustarpeiden tunnistamista, tiedonkulun varmistamista ja säännöllisiin kokonaistilanteen arviointitapaamisiin sitoutumista.

Tulosten merkitys: Tilanteissa, joissa järjestelmät ovat epäonnistuneet tunnistamaan asiakkaan järjestelmäänsä kuuluvaksi, tulisi tehdä suunnitelma asiakkaan osoitettavuuden palauttamiseksi.

si. Kokonaistilanteen jatkuva arviointi mahdollistaa toteutuessaan tiedonkulun, palveluohjauksen ja toimeentulon tarpeisiin oikea-aikaisemman vastaamisen. Tiivistetysti yhteisten toimintojen alueella työskentely edellyttää asiakkaiden palvelutarpeiden tunnistamisen, keskeisten toimijoiden yhteen kokoamisen, koordinoivan vastuutyöntekijän nimeämisen, tiedonkulun varmistamisen ja säännöllisiin kokonaistilanteen arviointitapaamisiin sitoutumisen.

Tiivistelmä

Artikkelin tavoitteena on selvittää, min-kälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää asiakkaiden kokemusten perusteella. Nämä organisaatioiden rajat ylittävät prosessit tukevat asiakkaiden yksilöllisiä kuntoutusprosesseja. Tukevien prosessien paikantamisessa hyödynnän laadullista, teoriaohjaavaa sisällyönanalyysiä. Teoreettisena viitekehystenä toimii Niklas Luhmannin systeemiteoria ja eri organisaatioiden rajoille sijoittuva yhteisten toimintojen alue, Jaakko Seikkulan rajajärjestelmä -käsitettä mukailen. Teoreettisten lähtökohtien ohjaamana etsin aineistosta haastateltavien kuvauksia ja toiveita ammattilaisten ja instituutioiden välisestä yhteistyöstä. Analyysin pohjalta teen päätelmiä organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävistä palvelutarpeista eli kuntoutusta tukevista prosesseista. Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut. Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella ovat kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen. Nämä prosessit sijoittuvat yhteisten toimintojen alueelle, sillä ne eivät ole järjestelmäspesifisiä, kuten suuri osa varsinaisista kuntouttavista toimenpiteistä. Palvelutarpeisiin vastaamisen hankaluudet näyttävät

olevan seurausta yhteiskunnan toiminnallisten osajärjestelmien eriytymisestä ja kasvavista priorisointipaineista. Keskeinen ongelma on se, että asiakkaan palvelukonaisuutta ei koordinoi kukaan.

Avainsanat: kuntoutus, yhteisten toimintojen alue, systeemiteoria

Abstract

Processes to support rehabilitation in the area of shared activities based on the clients' experiences

The purpose of this article is to find out, based on the clients' experiences, what kind of processes are needed to support rehabilitation and respond to service needs that exceed sectoral limits. Processes to support rehabilitation are cross-border processes of organizations that create the conditions for implementing client rehabilitation. I'll use qualitative, theory-based content analysis to locate these support processes. The theoretical framework is based on Niklas Luhmann's system theory and the concept of a boundary system developed by Jaakko Seikkula. Guided by the theoretical starting points I explore service needs that exceed sectoral limits using theme interview data. The data of the study comprises ten theme interviews of the Rehabilitation Assessment Outpatient Clinic's former clients. Processes to support rehabilitation in the area of shared activities include overall assessment, the flow of information, case management and livelihood security. Support processes are located in the area of shared activities because they are not system specific like most of the actual rehabilitation measures. Challenges to respond to service needs seem to be a consequence of the differentiation of society's functional subsystems and the increasing pressure of prioritization. The key problem is that nobody coordinates the whole set of the client's services.

Keywords: rehabilitation, the area of shared activities, systems theory

**Susanna Palomäki, YTL, tohtoriopiskelija,
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö,
Tampereen yliopisto**

Lähteet

- Andersen N (2003) Polyphonic Organisations. Teoksessa T Bakken, T Hernes (toim.) Autopoietic Organization Theory. Drawing on Niklas Luhmann's Social Systems Perspectives. Copenhagen Business School Press, Copenhagen.
- Arnkil E (1991) Yhteisöromantiikka ja verkostohuuma? Teoksessa E Arnkil, Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 23, Helsinki.
- Arnkil E (1992) Sosiaalityön rajasyteemit ja kehitysvyöhyke. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 85, Jyväskylä.
- Arnkil TE (2005) Peräkammari ja huolen vyöhykkeet Metaforat, dialogisuus ja yhteinen kielialue. Yhteiskuntapolitiikka 70, 2, 155–169.
- Brunczel B (2010) Disillusioning Modernity. Niklas Luhmann's Social and Political Theory. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Haukka-Wacklin T (2016) Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas - kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana. Ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Heikkinen V (2016) Pitkäaikaistyötön vai pysyvästi työkyvytön. Tyypittarinoita 2000-luvun teollisuuskaupungista. Acta Universitatis Tamperensis 2232, Tampere.
- Hiilamo H (2015) Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä SOTE-uudistuksessa on kysymys? Into Kustannus Oy, Helsinki.
- Hotari K-E, Metteri A (2010) Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Jalava J (2008) Kuntoutuskumppanuuden mahdollisuudet ja haasteet - Systeemiteoreettinen lähestymistapa. Janus 16, 4, 280–294.
- Jalava J (2013) Yhteiskunnan järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Gaudeamus, Helsinki.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, Helsinki.
- Järvikoski A, Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja-alaisena prosessina. Teoksessa P Rissanen, T Kallanranta, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim, Helsinki.
- Katisko M, Kolka M, Vuokila-Oikonen P (2014) Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Malli työssäoppimisen ja ammatitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten. Opetushallitus, raportit ja selvitykset 2, Helsinki.
- Kauppinen-Perttula U-M (2017) Kuntoutustutkimuspoliklinikan sosiaalityön mielekkyyttä pohdimassa. Teoksessa R Enroos, M Mäntysaari & S Ranta-Tyrkkö (toim.) Mielekäs tutkimus. Näkökulmia sosiaalityön tutkimuksen missioihin. Tampere University Press, Tampere.
- Kilpeläinen A (2016) Teknologiavälitteisyys kylä-

- läisten arjessa: tutkimus ikääntyvien sivukylien teknologiavälitteisyydestä ja sen rajapinnoista maaseutusosiaaliyöhön. *Acta Universitatis Lapponiensis* 316, Rovaniemi.
- Kiuru K-E, Metteri A (2014a) Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa A Pohjola, M Laitinen, M Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaaliyö. Sosiaaliyön tutkimuksen vuosikirja*. UNIpress.
- Kiuru K-E, Metteri A (2014b) Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 146–160.
- Kuure T, Lidman J (toim.) 2014 *Yhteisellä työllä parempaa. Opaskirja monialaisen yhteistyön kehittämiseksi nuorten hyvinvointipalveluissa*. Sosiaalikehitys Oy, Hämeenlinna.
- Leppämäki M (2012) *Nyt se toimii taas! Monialainen verkostoyhteistyö ja sen edellytykset*. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli S-L, Ylitalo-Katajisto K (2013) Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 48, 68, 3163–3169.
- Lindh J (2013) Kuntoutus tuotetaan toimintaverkostoissa. *Puheenvuoro. Kuntoutus-lehti* 3, 50–61.
- Linna, J (2016) *Yhtiöstä opettaja? Systeemiteoreettinen tulkinta ammattikorkeakoulujen yhtiöittämisestä*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Luhmann N (1982) *The Differentiation of Society*. Columbia University Press, New York.
- Luhmann N (1995) *Social systems*. Stanford University Press, Stanford.
- Luhmann N (2004) *Ekologinen kommunikaatio*. Suom. Sam Kause & Seppo Raiski. Gaudeamus, Helsinki.
- Lybeck T, Wallden J (2011) Monialaisen yhteistyön toteuttaminen. Teoksessa K Aaltonen (toim.) *Nuorten hyvinvointi ja monialainen yhteistyö*. Tietosanoma Oy, Helsinki.
- Lääkäriin Etiikka (2013) 7. painos. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Metteri A (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaaliyö. *Acta Universitatis Tamperensis* 1778, Tampere.
- Michailakis D, Schirmer W (2010) Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility. *Sociology of Health & Illness* 32, 6, 930–947.
- Michailakis D, Schirmer W (2014) Social work and social problems: A contribution from systems theory and constructionism. *Int J Soc Welfare* 23, 431–442.
- Michailakis D, Schirmer W (2017) *Systemiska perspektiv på socialt arbete*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Palomäki S (2013) Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. *Ammatillinen lisensiaatintutkimus*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Ratkaisujen Suomi (2015) *Hallitusohjelma*. Hallituksen julkaisusarja 10, Helsinki. <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=6405> (viitattu 8.10.2017)
- Ruotsalainen H (2003) Aivohalvauksen saanut ja hänen omaisensa paikallisessa palvelujärjestelmässä. Tieto, ohjaus ja tuki. Teoksessa A Metteri (toim.) *Asiakkaan ääntä kuunnellen*. Kitkakohdista kehittämishetkiin. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Saarinen A, Salmenniemi S, Keränen H (2014) Hyvinvointivaltiota hyvinvoinnaan valtion. Hyvinvointi ja kansalaisuus suomalaisessa poliittisessa diskurssissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79:6, 605–618.
- Schirmer W, Michailakis D (2012) The latent function of responsibility for one's health in Swedish healthcare priority-setting. *Health Sociology Review* 21, 1, 36–46.
- Schirmer W, Michailakis D (2013) The Luhmannian approach to exclusion/ inclusion and its relevance to Social Work. *J of Social Work* 15, 1, 45–64.
- Seikkula J (1987) Rajasysteemi – Hoidettava yksikkö osaston ja perheen välillä. *Perheterapia* 1, 11–13.
- Seikkula J (1991) Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylän tutkimus koulutuksessa, psykologiassa ja sosiaalisen tutkimuksen* 80, Jyväskylä.
- Seikkula J, Arnkil E (2009) Dialoginen verkostotyö. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki.
- Seikkula J, Arnkil TE, Eriksson E (2003) Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process* 42, 2, 185–203.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301> (viitattu 6.9.2017)
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Valokivi H (2008) *Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista*. Acta Universitatis Tamperensis 1286, Tampere.
- Villadsen K (2008) 'Polyphonic' welfare: Luhmann's systems theory applied to modern social work. *Int J Soc Welfare* 17, 65–73.
- Virta L, Lahtela K (2005) Henkilökohtaisen toimintakyvyn arviointimenetelmän soveltuvuus suomalaisen käytäntöön. Keskeiset havainnot PCA-menetelmästä (Personal Capability Assessment). Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 46, Helsinki. <http://hdl.handle.net/10250/3390> (viitattu 11.10.2017)
- Väyrynen S, Lindh J (2014) Yhteistoimijuuden rajakohde- ja mielen-terveyskuntoutuksessa. Teoksessa M Laitinen, A Niskala (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaaliyössä*. 2. painos. Vastapaino, Tampere.



VERTAISUUS, VERTAISRYHMÄT JA VERTAISTUKI KELAN SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSEILLA

Toteutuminen kuntoutujien ja heidän läheistensä kokemana

Johdanto

Kelan järjestämien sopeutumisvalmennuskurssien tavoitteena on tukea kuntoutujia selviytymään sairastumisen tai vammautumisen aiheuttamassa elämäntilanteessa ja jatkamaan mahdollisimman optimaalista elämää sairauden muuttamassa arjessa¹. Kurssit on tarkoitettu kuntoutujille, joilla on sairauden tai vammautumisen vuoksi toimintakyvyn rajoituksia tai vaikeuksia selviytyä arjessa (Autti-Rämö ym. 2015, 12). Kuntoutujille annetaan kursseilla tietoa sairaudesta, sen hoidosta sekä kuntoutuksesta ja muista mahdollisista tukitoimista. Kursseilla etsitään myös keinoja, joilla kuntoutajat voivat itse vaikuttaa voimavarojensa vahvistumiseen ja elämäntilanteensa hallintaan sekä aktiiviseen osallistumiseen omassa elinympäristössään ja yhteiskunnassa. (Kela 2013a.)

Kela järjestää sopeutumisvalmennuskursseja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusestuuksista ja kuntoutusrahaetuksista anne-

tun lain (566/2005) perusteella. Järjestäjänä Kelan tehtäviin kuuluu kehittää sopeutumisvalmennuskursseja, hankkia kurssit palveluntuottajilta kilpailutuksin sekä asettaa kursseille laatuvaatimukset ja varmistaa niiden toteutuminen seurannan, arvioinnin ja auditoitien avulla. (Kela 2013a.) Kaikkien näiden tehtävien hoitamisessa Kela käyttää yhtenä työvälineenä kaksiosaisia standardeja². Standardin yleinen osa koskee kaikkia avo- ja laitosmuotoisia kuntoutuksia ja siinä esitetään kaikkia palvelulinjoja koskevat yhteiset laatuvaatimukset (Kela 2013a). Palvelulinjakohtaiset osat koskevat eri sairaus- ja vammaryhmille suunnattuja kuntoutuksia ja niissä kuvataan kuntoutuksen toteutus, sisältö ja henkilöstö (esim. Kela 2013b-e).

Kelan sopeutumisvalmennusta koskevissa standardeissa (Kela 2013a, esim. Kela 2013b-e) käsitellään yleisesti ottaen varsin vähän vertaistuen toteutumista kursseilla. Vertaistuki nostetaan esiin useissa eri yhteyksissä, mutta siitä esitetään lähinnä melko irralliseksi jääviä huomioita. Standardin yleisessä osassa (Kela 2013a, 16, 44) tuodaan esiin,

¹ Myös terveydenhuolto ja Stea (aiemmin Raha-auto-maattiyhdistys) järjestävät sopeutumisvalmennuskursseja. Kelan, terveydenhuollon ja Stean järjestämät sopeutumisvalmennuskurssit voivat erota huomattavastikin toisistaan, koska ne kaikki noudattavat kurssien toteutuksessa omia toimintaperiaatteitaan.

² Kyseisiä dokumentteja kutsutaan Kelassa nykyisin palvelukuvauksiksi. Tutkimuksen aineiston keräämisen aikaan niitä kutsuttiin kuitenkin vielä standardeiksi, joten nimitystä käytetään myös tässä artikkelissa.

että kuntoutusjakson ohjelmaan voidaan sisällyttää tarvittaessa vertaistukihenkilöiden osuus. Vertaistukihenkilö määritellään henkilöksi, jolla on samankaltainen vamma tai sairaus sekä mahdollisesti sama asuinpaikkakunta tai sama sukupuoli vertaistukea haluavan toiveiden mukaisesti. Palvelulinjakohtaisissa standardeissa mainitaan puolestaan, ettei ainoastaan vertaistuen saaminen ole riittävä peruste kurssin myöntämiselle toistamiseen ja että ”kuntoutuksessa otetaan huomioon yleisesti hyväksytyt kokemuseräpäin tieto ja kuntoutujien kokemukset kuntoutuksen vaikutuksista arkeen” (esim. Kela 2013b–e). Lisäksi palvelulinjakohtaisista standardeista löytyy mainintoja, joiden mukaan kursseilla tulee esimerkiksi synnyttää kuntoutujien kesken vuorovaikutusta ja vertaistukea (esim. Kela 2013d), edistää lasten ja nuorten kursseilla vertaistukea sisarusten ja perheen kesken (esim. Kela 2013b, 2013c) ja tarjota tietoa vertaistukitoiminnasta omalla kotipaikkakunnalla (esim. Kela 2013e).

Tutkimusten mukaan kuntoutajat ja heidän läheisensä pitävät kuitenkin vertaistukea yhtenä sopeutumisvalmennuskurssien merkityksellisimmistä anneista (esim. Mikkonen 2009, 132, Venäläinen 2010, 28–29, Välimäki 2012, 41). Härkäpään ym:iden (2017) tutkimuksessa sopeutumisvalmennuskursseilla oli saatu pääosin hyvin positiivisia kokemuksia vertaistuesta. Kurssilaiset arvioivat vertaisten tapaamisen tärkeäksi, ja he kokivat voineensa puhua kurssilaisten kesken itselle tärkeistä asioista pelkäämättä tulevansa leimatuksi ja saaneensa toisiltaan monipuolista kokemustietoa. Autti-Rämön ym:iden (2015, 37) tutkimuksen mukaan narkolepsiaan sairastuneiden lasten ja nuorten perheille suunnattujen sopeutumisvalmennuskurssien osallistujat saivat toisiltaan ohjeita ja tukea arjessa selviytymiseen. Osallistujat kokivat tärkeäksi mahdollisuuden samaistua toisiin, jotka kamppailevat samanlaisten vaikeuksien kanssa. Lapsilla ja nuorilla vertaistukeen liittyi myös kokemus normaaliudesta, mahdollisuus olla kiinnittämättä huomiota sairauteen ja tulla määritellyksi muutoin kuin sairauden kautta, koska sairaus ja sen oireet olivat kaikille jo ennestään tuttuja.

Siitä, kuinka vertaistuki sopeutumisval-

mennuskursseilla toteutuu, ei ole kuitenkaan olemassa kovin paljon tutkittua tietoa. Muun muassa Autti-Rämö ym. (2015, 60) ovat todenneet, ettei heidän tutkimuksensa ”anna vastauksia siihen, millaiset vertaistuen muodot tai toiminnan areenat tarjoaisivat parhaimmat edellytykset vertaistuen toteutumiselle”. Tämä tutkimus tarjoaa uudenlaisen näkökulman vertaistuen toteutumiseen sopeutumisvalmennuskursseilla. Tutkimuksessa lähdetään liikkeelle vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen käsitteistä ja jäsenetään niiden avulla sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä haastateluissa kuvaamia kokemuksia. Tutkimuksessa ei kuitenkaan pitäydytä vain käsitteiden mahdollistamissa tulkinnoissa, vaan tuodaan esiin myös niitä haastavia näkökulmia. Tarkemmin sanoen tutkimuksessa selvitetään, kuinka kuntoutajat ja heidän läheisensä kokevat vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen toteutuvan Kelan järjestämällä sopeutumisvalmennuskursseilla.

Artikkelissa tarkastellaan seuraavaksi vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen käsitteistä esitettyjä määritelmiä, minkä jälkeen kuvataan tutkimuksessa käytetty aineisto ja menetelmä. Tutkimuksen analyysiluvuissa käsitellään vertaisuuden toteutumista – paitsi saman sairauden tai vamman pohjalta, myös elämäntilanteen perusteella samankaltaisuutta kokevien kesken –, vertaisryhmien toteutumista ammattilaisten tukemina ja vertaistuen toteutumista monipuolisena vastavuoroisena jakamisena. Lopuksi käydään lyhyt keskustelu tutkimuksen tuloksista.

Vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen käsitteet

Tutkimuksessa lähdetään siis liikkeelle vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen käsitteistä ja jäsenetään niiden avulla sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä kuvaamia kokemuksia. Ensin käsitteet määritellään.

Vertaisuuden määritellään toteutuvan silloin, kun vähintään kaksi vertaista on tekemisissä toistensa kanssa. Vertaisten määritellään puolestaan olevan ihmisiä, joita

yhdistää jokin sama tekijä, jonka he kokevat vaikuttavan merkittävästi elämäänsä ja kokemuksiinsa sekä lisäävän samankaltaisuuden vuoksi heidän mahdollisuuksiaan ymmärtää toisiaan. (Esim. Invalidiliitto 2016.)

Vertaisten määrittelyä muodostavan ihmisjoukon sijaan vertaisryhmän, kun heille on muotoutunut käsitys siitä, ketkä ryhmään kuuluvat, kutakuinkin yhteinen tavoite sekä jonkin verran keskinäistä vuorovaikutusta (Kopakkala 2008, 36). Vertaisryhmien ohjaukseen on todettu tuovan muihin ryhmiin verrattuna omanlaisensa lisäolottuvuuden se, että siinä on mahdollista hyödyntää tietoisesti vertaisuuden voimaa (Kantola 2014, 227–228). Kantolan (2014, 228–229) mukaan vertaisista koostuvien ryhmien ohjaajat ja jäsenet kuvaavat usein kuntoutusprosessien onnistumista käyttämällä hyvän tai huonon ryhmähengen käsitteitä. Käsitteillä he viittaavat ryhmädynamiikkaan, joka on toimissaan tutkimusten mukaan tärkein yksittäinen ryhmämuotoiseen psykososiaaliseen kuntoutumiseen vaikuttava tekijä. Myönteinen ryhmädynamiikka ei kuitenkaan synny tavallisesti itsestään, vaan ryhmänohjaajat rakentavat sitä aktiivisesti säätelemällä ja jäsentämällä ryhmän toimintaa, tunteita ja vuorovaikutusta. Ilman ryhmädynamiikan ohjausta vertaisryhmän vuorovaikutuksessa voivat painottua esimerkiksi negatiivisten tunteiden kuormittava siirto, huoli toisten häädystä tai ahdistavista puheista sekä haitalliset valta- ja kilpailuasetelmat (Haukka-Wacklin 2007, 70, Mikkonen 2009, 132, Toija 2011, 46–47, Embuldeniya ym. 2013). Ryhmänohjaajan on tärkeää olla aidosti kiinnostunut ryhmäläisistä, heidän tarpeistaan, tunteistaan ja tavoitteistaan, koska ryhmädynamiikkaa rakennetaan ryhmän jäsenten tarpeista johdettujen rakenteiden ja toimintatapojen varaan. Ohjaajan on myös tehtävä omalla toiminnallaan ryhmään tilaa ja mahdollisuuksia jäsenten siihen kuulumiselle, kuulluksi tulemiselle ja kokemusten jakamiselle. Ohjaajan on hyvä olla perehtynyt keskusteltaviin aiheisiin, mutta vältettävä samalla esiintymästä niiden kaikkitietävänä asiantuntijana. Sitä vastoin ohjaajan on tärkeää tuoda esiin arvostavansa muualta saatua ja kokemusperäistä tietoa, koska tällöin myös ryhmä alkaa

helpommin pohtia sen soveltumista itselleen. (Kantola 2014, 229–230, 233.)

Vertaistukea on määritelty monin eri tavoin. Mikään määrittely ei nouse yksiselitteisesti ylitse muiden, vaan niihin on otettu mukaan jossain määrin eri asioita. Useissa määrittelyissä vertaistuelle on kuitenkin pidetty ominaisena vertaisten välillä tapahtuvaa tiedon, kokemusten ja tunteiden vastavuoroista jakamista (esim. Embuldeniya ym. 2013, Doull ym. 2008, Heisler ym. 2010, Hokkanen 2011). Lisäksi on tuotu esiin, että kokemus vertaisilta saatavasta tuesta voi syntyä myös vertaamisen kautta. Ryhmissä vertaiset – kuten kaikkien muidenkin ryhmien jäsenet – vertaavat itseään koko ajan, tietoisesti ja tiedostamattaan, sen muihin jäseniin (Kantola 2014, 234). He voivat huomata yllätykseen, etteivät olekaan ainoita, jotka kamppailevat samanlaisten tilanteiden, ongelmien ja kokemusten kanssa. Se, mitä vertaiset kertovat heitä helpottaneista toimintatavoista, voi olla hyödyllistä muille. Vertaisten kesken voi myös olla tavanomaista helpompi antaa suoraa palautetta sekä tarkastella omia ajatuksia ja toimintatapoja. (Esim. Kantola 2014, 233–234, Järvikoski & Härkäpää 2014, 124.) Vertaisilta saatavan tuen on esitetty eroavan läheisten antamasta tuesta erityisesti samankaltaisten henkilökohtaisten kokemusten synnyttämän ymmärryksen vuoksi (Järvikoski & Härkäpää 2014, 123). Vertaisten antamaan tukeen voi sisältyä ymmärrystä ja hyväksyntää, jota on vaikea saada muussa elämänpiirissä ja joka voi vähentää sairautteen tai vammaan liittyvää tunnekuormaa (Laitinen 1998, 37–38, Kantola 2014, 234).

Aineisto ja menetelmä

Tämä tutkimus on osa laajempaa Kelan järjestämiä sopeutumisvalmennuskursseja koskevaa tutkimushanketta, jossa selvitetään kurssien asemaa osana suomalaista kuntoutustoimintaa, kurssiin kohdistuvia odotuksia sekä niiltä saatuja hyötyjä ja koettuja vaikutuksia. Hankkeessa on kerätty lomakekyselyillä ja fokusryhmähaastatteluilta tietoja sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneilta aikuisilta, nuorilta ja lasten vanhemmilta sekä kursseja toteuttaneiden

palveluntuottajien edustajilta. Tutkimushankkeessa saatuja tuloksia on raportoitu aiemmin muun muassa lasten vanhempien hyvinvointia, toimintakykyä ja kurssiodotuksia koskevien arvioiden (Kippola-Pääkkönen ym. 2016), kurseille osallistuneiden aikuisten sairauskäsitysten, elämänhallinnan ja sopeutumisvalmennusta koskevien odotusten (Härkäpää ym. 2016) sekä kurseille osallistuneiden aikuisten kokemien hyötyjen ja vaikutusten (Härkäpää ym. 2017) osalta. Koko hankkeen päätuloksista julkaistaan myös erillinen tutkimusraportti (Härkäpää & Kippola-Pääkkönen 2018). Tutkimushankkeen toteuttajana on Lapin yliopisto ja rahoittajana Kela. Se on hyväksytty Kelan tutkimuseettisessä toimikunnassa.

Tutkimuksen aineistona käytetään sopeutumisvalmennuskurseille osallistuneiden aikuisten ja nuorten sekä kurseille osallistuneiden lasten ja nuorten vanhempien fokusryhmähaastatteluja (N = 10). Haastattelut toteutettiin viidessä eri kuntoutuslaitoksessa yhden tai kahden sopeutumisvalmennuskurssin päätösvaiheessa vuosina 2014–2015. Haastattelut koskevat seitsemää eri sopeutumisvalmennuskurssia. Mukana ovat aikuisten fibromyalgia- ja rintasyöpä-kurssit sekä lasten ja nuorten Asperger-, ADHD-, kehitysvamma- ja tyypin 1 diabetes -kurseja. Aikuisten rintasyöpäkurssi toteutettiin parikurssina, kaikki lasten kurssit ja osa nuorten kurseista perhekurseina. Kurssien tavoitteet, sisällöt ja rakenteet erosivat jossain määrin toisistaan Kelan kuntoutusta ohjaavien kurssikohtaisten standardien mukaisesti (Kela 2013a).

Fokusryhmähaastattelut toteutettiin järjestettyinä keskustelutilaisuuksina, joihin kutsuttiin valituille sopeutumisvalmennuskurseille osallistuneet kuntoutujat ja/tai heidän läheisensä keskustelemaan kurseista fokusoidusti mutta muutoin melko vapaamuotoisesti (ks. esim. Bloor ym. 2001, Fern 2001). Lasten kohdalla haastateltiin kuitenkin vain heidän vanhempiaan, minkä lisäksi nuoret ja heidän vanhempansa haastateltiin erikseen. Kaikkien haastattelujen toteutuksesta vastasi kaksi vetäjää³. Haastattelu-

jen yleisenä tavoitteena oli kerätä kurssille osallistuneilta kuntoutujilta ja heidän läheisiltään tietoja kurseista. Haastattelujen pääteemoja olivat kurssiin etukäteen kohdistuneet odotukset ja toiveet, kokemukset kurssista, näkemykset kurssin toteutuksesta ja toimivuudesta, kurssin koetut vaikutukset, kuntoutujien ja heidän läheistensä selviytyminen tulevaisuudessa sekä kurssin kehittämistarpeet.

Aineiston kymmenestä haastattelusta kahdessa haastateltiin aikuisia kuntoutujia, neljässä nuoria kuntoutujia ja neljässä kuntoutujina olleiden lasten vanhempia. Haastatteluihin osallistui kaiken kaikkiaan 85 haastateltavaa, joista 39 oli kuntoutujia, 41 kuntoutujina olleiden lasten tai nuorten vanhempia ja viisi kuntoutujien puolisoja. Haastatteluihin osallistuneiden henkilöiden määrä vaihteli kahden ja neljäntoista välillä, joten haastatteluihin osallistui vain osa kurssille osallistuneista kuntoutujista. Osallistujilta ei kerätty henkilötietoja, joten ei ole mahdollista arvioida heidän edustavuuttaan suhteessa kaikkiin kurssille osallistuneisiin kuntoutujiin. Haastattelujen kesto vaihteli 58 minuutista yhteen tuntiin 50 minuuttiin. Keskustelut tallennettiin audiotallentimella ja litteroitiin sanatarkasti tekstimuotoon.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Analyysi aloitettiin lukemalla haastattelut huolellisesti läpi ja paneutumalla vertaistukea koskeviin tutkimuksiin ja teorioihin. Analyysin lähtökohdiksi valittiin tämän jälkeen vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen käsitteet. Analyysissä edettiin keräämällä aineistosta tekstikohdat, joiden tulkittiin keskustelevan eksplisiittisesti tai implisiittisesti analyysin lähtökohtina käytettyjen käsitteiden kanssa. Kerättyjä tekstikohtia luettiin ja jäsennettiin läpi aina uudelleen aineiston ja käsitteiden välisessä vuoropuhelussa. Analyysi eteni siis kehämäisesti palaamalla analyysistä ja tulkinnoista uudelleen takaisin aineistoon (Eskola & Suoranta 1998, 175). Laadulliselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan analyysissä ei keskitytty tulosten yleistettävyyteen vaan pyrittiin liittämään havainnot käsitteiden kautta teoreettiseen keskusteluun ja samalla empiiristä aineis-

³ Fokusryhmähaastattelujen keruun suunnittelivat ja toteuttivat Marjatta Martin ja Anu Kippola-Pääkkönen.

toa laajempaan tarkasteluhyhteyteen. (Pietilä 2010, 235.)

Vertaisuus toteutuu parhaiten samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kesken

Sopeutumisvalmennuskurssille osallistuneet kuntoutujat ja heidän läheisensä eivät edes maininneet kurseja koskeneissa haastattelussa vertaisuutta tai vertaisia. Käsitteille esitettyjen määritelmien (esim. Invalidiliitto 2016) valossa heidän voidaan kuitenkin tulkita puhuneen nimenomaan vertaisuuden toteutumisesta ja vertaisten kohtaamisesta, kun he kuvasivat tavanneensa kurssilla muita saman sairauden tai vamman omaavia kuntoutujia ja heidän läheisiään. Erityisen tärkeäksi sen olivat kokeneet ne kuntoutujat ja läheiset, jotka eivät olleet aiemmin tunteneet tai edes tavanneet ketään toista, jolla olisi sama sairaus tai vamma. Esimerkiksi kuntoutujana ollut nuori kertoi seuraavasti:

”Entisellä poikaystävällä on ADHD, mutta ei niinkun aspergeria, ei ole kennelläkään, ketä mä olen tuntenut, ei ole ollut.” (Asperger, nuori.)

Toisaalta vertaisuuden toteutumista ainoastaan saman sairauden tai vamman perusteella myös kyseenalaistettiin. Kurssilaiset toivat esiin, ettei kuntoutujilla tai heidän läheisillään ole välttämättä kovin paljon yhteistä samasta sairaudesta tai vammasta huolimatta, jos heidän elämäntilanteensa ja arjen tukitarpeensa ovat erilaisia. Elämäntilanteeseen vaikuttavina tekijöinä mainittiin etenkin sukupuoli, ikä sekä perhe- ja työtilanne. Samasta sairaudesta huolimatta esimerkiksi nuoren, naimattoman, työelämässä olevan miehen arjen haasteiden ja tukitarpeiden todettiin voivan olla hyvin erilaisia kuin eläkkeellä olevan ja puolisonsa kanssa asuvan iäkkäämmän rouvan. Esimerkiksi fibromyalgiakurssille osallistunut nuori mies toi esiin kaverin tavanneensa kurssilla mahdollisuutta käsitellä sairautta miesten näkökulmasta.

”Kyllä mä sen nyt ymmärrän, että ei niitä miehiä tänne haalita tosta vaan, jos kaksi prosenttia sairastavista ihmisistä on miehiä, niin on se nyt varmaan aika helvetin hankala homma. Mut niin kun silti [voisi] edes yrittää. Mun ainoat miespuoliset kontaktit viikon aikana on [olleet] sydänvikaiset vanhat papat tossa pihalla, kun ne on ollu röökillä mun kanssa samaan aikaan.” (fibromyalgia, aikuinen)

Vertaisryhmät toteutuvat ammattilaisten tukemina

Kuntoutujat ja heidän läheisensä eivät maininneet haastattelussa myöskään vertaisryhmiä. Käsitteelle esitetyn määritelmän (Kopakkala 2008, 36) valossa heidän voidaan kuitenkin tulkita puhuneen nimenomaan vertaisryhmien toteutumisesta siltä osin kuin he kertoivat kurssiryhmäänsä kuuluneista kuntoutujista ja heidän läheisistään, kurssille asetetuista yhteisistä tavoitteista sekä etenkin kurssiryhmän jäsenten välisestä vuorovaikutuksesta.

Ensiksi, kuntoutujille ja heidän läheisilleen ei ollut rakentunut kurssien aikana ainoastaan selkeää käsitystä siitä, ketkä heidän kurssiryhmäänsä kuuluivat, vaan heidän tapansa puhua haastattelussa toisistaan etunimillä sekä kommentoida toistensa aiempaa toimintaa ja sanomisia kertoivat heidän myös tutustuneen toisiinsa.

Toiseksi, samaan kurssiryhmään kuuluneille kuntoutujille ja heidän läheisilleen ei ollut rakentunut kurssilla vain kutakuinkin yhteistä tavoitetta, vaan jo Kelan stadardeissa (esim. Kela 2013b-e) kurssille määritellyjä tavoitteita oli vielä täsmennetty ja konkretisoitu kurssien alussa. Ainakin joillain kurseilla oli muokattu tavoitteiden tarkentamisen jälkeen myös kurssin ohjelmaa sellaiseen suuntaan, jonka oli nähty tukevan tavoitteiden saavuttamista. Käytännössä kuntoutujilta ja heidän läheisiltään oli kerätty kurssin alussa sitä koskevia tavoitteita ja odotuksia, joiden perusteella oli sitten muokattu myös kurssin ohjelmaan mukaan otettuja aiheita ja näkökulmia (Buchert 2018). Yksi nuori kuva-

si toiveiden huomioon ottamista seuraavasti:

”Se oli mun mielestä hyvä, kun sanoit sitä, että listattiin sitä ylös, että mitä halutaan käydä. Niin se, että ne laitettiin sinne seinälle silleen, että kaikki ketkä piti niitä luentoja pysty katsomaan, että mitä me halutaan.” (Diabetes, nuori.)

Kolmanneksi, samaan kurssiryhmään kuuluneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä välille ei ollut rakentunut vain jonkin verran vaan jopa huomattava määrä keskinäistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutusta heidän välilleen oli rakentunut ennen kaikkea kurssin ohjelman aikana käydyissä keskusteluissa, joita he kutsuivat yksinkertaisesti ryhmäkeskusteluiksi.

”Mulle ainakin on ollu sillei tossa, kun periaatteessa sama, mikä asiantuntija on ollut vuorossa, niin tavallaan se, että toisten perheitten asioita kun on kuunneltu, niin se on avannu kyllä aikalailla erilaisia näkökulmia moneen asiaan. Se on ollu ainakin mulle semmonen suuri anti.” (Kehitysvamma, vanhempi.)

Vertaisryhmän käsitteeseen perustuneen analyysin puutteeksi osoittautui kuitenkin se, että asiantuntijoiden ja ammattilaisten rooli vertaisryhmien toteutumisessa rajautui kokonaan sen ulkopuolelle. Kursseilla työskennelleillä asiantuntijoilla ja ammattilaisilla voidaan kuitenkin tulkita olleen merkittävä rooli sekä samaan kurssiryhmään kuuluneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä ryhmäytymisen tukemisessa ja ryhmädynamiikan rakentamisessa että vuorovaikutuksen synnyttämisessä ja ohjaamisessa.

Kursseilla työskennelleiden asiantuntijoiden ja ammattilaisten voidaan tulkita tukeneen kurssiryhmien ryhmäytymistä ja rakentaneen niihin ryhmäohjauksen keinoin positiivista, tavoitteiden saavuttamista edistävää ryhmädynamiikkaa (Kantola 2014, 227–229). Kurssien hyvästä ryhmähengestä ja ilmapiiristä esitettyjen kommenttien perusteella kuntoutujat ja heidän läheistensä

olivat selkeästi tutustuneet ja ryhmäytyneet kurssien aikana, vaikka he eivät nostaneet haastatteluissa esiin tutustumiseen ja ryhmäytymiseen käytettyä aikaa tai menetelmiä. Kurssilaiset eivät myöskään tuoneet juuri lainkaan esiin esimerkiksi negatiivisten tunteiden kuormittavaa siirtoa, huolta toisten hädästä tai ahdistavista puheista tai haitallisia valta- tai kilpailuasetelmia, jotka voivat korostua vertaisryhmän vuorovaikutuksessa ilman ryhmädynamiikan ohjausta (Haukka-Wacklin 2007, 70, Mikkonen 2009, 132, Toija 2011, 46–47, Embuldeniya ym. 2013).

”Ja mä ainakin aattelen sillä tavalla, että mikä tästä kurssista on tehnyt hyvän on se, että täällä on kaikki niinkun avoimesti puhunu. Jos me kaikki istuttaisiin tuppisuina, niin me ei saatais täältä mitään irti. Se just, että kun tässä tämä porukka puhuu avoimesti asioistaan ja sitten niistä jutellaan ja keskustellaan, niin se on aika tärkeä osa. Mutta jos sattuu se tuppisuuporukka jollekin kurssille, niin eihän sitä pysty mitenkään kehittämään. Mutta meillä on hirveen hyvin ollu.” (Asperger, vanhempi.)

Asiantuntijoiden ja ammattilaisten voidaan myös tulkita tukeneen kurssilaisten välistä vuorovaikutusta toimimalla ryhmäkeskustelujen fasilitoijina ja ohjaajina. Parhaimmillaan he näyttävät olleen perehtyneitä keskusteluaiheisiin, mutta pidättäytyneen silti esiintymästä niiden kaikkitietävinä asiantuntijoina ja tehneet sen sijaan omalla toiminnallaan ryhmiin tilaa ja mahdollisuuksia jäsenten niihin kuulumiselle, kuulluksi tulemiselle ja kokemusten jakamiselle (Kantola 2014, 229–230, 233). Ainakin useimmat heistä näyttävät kytäneen asettamaan keskusteluissa oman osaamisensa ikään kuin kurssilaisten käyttöön siten, että he ovat pidättäytyneet niiden selkeästä johtamisesta ja ”oikeiden” vastausten etsimisestä ja pyrkineet sen sijaan kannustamaan kurssilaisia tuomaan esiin kokemuksiaan ja näkemyksiään ja tekemään keskusteluista sitä kautta itsensä näköisiä. Asiantuntijat ja ammattilaiset olivat esimerkiksi kysyneet kurssi-

laisilta keskusteluaiheita koskevia toiveita, sallineet keskustelun edetä kurssilaisten esiin nostamien asioiden mukaan ja kannustaneet kurssilaisia pohtimaan yhdessä erilaisiin tilanteisiin ja toimintatapoihin liittyviä etuja ja haittoja.

”Varmaan just ryhmäkeskustelut, kun siellä oli se ammattilainenkin mukana, niin saa sen oman näkökulman siihen ja vähän vinkkejä ja johdattelee. Sitten kun muut vaihtaa niitä kokemuksia, ne on ollu tosi hyviä. --- Niin eikä sekään [luennoitsija] ole sanonu mitään, että tekkää näin, että no, miten te tekisitte, ettei tule valmiita vastauksia, vaan löytyy vaihtoehtoja.” (Diabetes, vanhempi.)

Kurssiryhmissä asiantuntijoiden ja ammattilaisten tukemana tapahtunut tutustuminen ja käydyt keskustelut olivat edistäneet kurssilaisten välistä vuorovaikutusta myös taukojen, siirtymien, ruokailujen ja iltojen aikana. Kuntoutujat ja heidän läheisensä kertoivat usein jatkaneensa keskustelua jostakin ohjelman aikana käsitellystä aiheesta vapaa-ajalla muiden kurssilaisten kanssa, joko pienemmässä ryhmässä tai kahden kesken. Toisaalta ohjelman aikana tutuksi tulleiden kuntoutujien ja heidän läheistensä kanssa oli koettu helpoksi ottaa esiin myös uusia keskustelunaiheita.

”[---] on kokemuksia vaihdettu ihan näissä vapaissa tilanteissa täällä. On ollu syömässä tai sitte on ollu niitä liikuntahetkiä, niin on siinä sitte toisen vanhemman kanssa keskusteltu, että mites teillä tämä ja tuo asia. Ja sitten, että miten ne on toiminu, että ootteko te kokenu tätä ja miten teillä tämä sujuu.” (ADHD, vanhempi.)

Vertaistuki toteutuu monipuolisena vastavuoroisena jakamisena

Toisin kuin vertaisuuden ja vertaisryhmän osalta, kuntoutujat ja heidän läheisensä mainitsivat haastatteluisissa vertaistuen lukematomia kertoja. Käsitteelle esitettyjen määri-

telmien (esim. Embuldeniya ym. 2013 Doull ym. 2008, Heisler ym. 2010, Hokkanen 2011, Järvikoski & Härkäpää 2014, 123–124, Laitinen 1998, 37–38, Kantola 2014, 233–234) valossa heidän voidaan kuitenkin tulkita puhuneen jossain määrin eri tavoin määrittyvän vertaistuen toteutumisesta, kun he kuvasivat samaan kurssiryhmään kuuluneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä välillä toteutunutta vastavuoroista tiedon ja kokemustiedon vaihtamista, elämäntilanteiden, kokemusten ja toimintatapojen vertaamista sekä ymmärryksen ja hyväksynnän jakamista.

Kuntoutujat ja heidän läheisensä pitivät kurssiryhmässä tapahtuneen tiedon ja kokemustiedon vaihtamisen etuna sitä, että kaikilla oli ollut mahdollisuus saada itseä askarruttaneisiin kysymyksiin samalla kertaa monenlaisia vastauksia. Kuntoutujat ja heidän läheisensä olivat jakaneet muiden kurssilaisten kanssa esimerkiksi sairauden tai vamman oireita, hoitoa ja kuntoutusta sekä etuisuuksia ja palveluja koskevaa tietoa. Vielä tärkeämpänä kuntoutujat ja heidän läheisensä olivat kuitenkin pitäneet mahdollisuutta jakaa muiden kurssilaisten kanssa esimerkiksi erilaisten toimintatapojen, hoitomuotojen ja palvelujen toimivuutta ja hyödyllisyyttä koskevaa kokemustietoa. Kokemustiedon erityisyytenä pidettiin teorian ja käytännön yhdistymistä toisiinsa. Kokemustiedon esitettiin eroavan siksi esimerkiksi viranomaisten antamasta tiedosta, jonka koettiin jäävän usein vain teoreettiseksi esitykseksi siitä, kuinka palvelujen on ajateltu toimivan ideaalitulanteessa.

”Se vertaistuki oli meillä kanssa semmoinen. Ainakin mun mielestä ollut mukavaa päästä kuulemaan vähän, että miten muissa perheissä toimitaan ja minkälaisia tilanteita ja minkälaisia arjen ongelmia ja miten niitä on lähdetty ratkasemaan, että semmosia vinkkejä.” (Kehitysvamma, vanhempi.)

Osa kurssilaisista oli pitänyt tärkeänä myös mahdollisuutta verrata omaa ja muiden elämäntilannetta, kokemuksia ja toimin-

tatapoja toisiinsa (myös Kantola 2014, 234). Kuntoutujat ja heidän läheisensä olivat löytäneet muista kurssilaisista samankaltaisuutta itsensä kanssa. Osa oli kokenut jo pelkän muiden saman sairauden tai vamman kanssa elävien kuntoutujien tai heidän läheistensä kohtaamisen lievittäneen arjessa toistuviin erilaisuuden kokemuksiin liittynyttä häpeää ja tuoneen mukanaan mielenrauhaa. Vertaamisen koettiin myös helpottaneen sairauden tai vamman hyväksymistä ja rohkaiseen siitä puhumista, joidenkin kohdalla myös lisänneen hoitomotiivaatiota. Kurssilaiset olivat myös löytäneet tilanteeseensa vertailujen kautta uusia näkökulmia. Vertailujen koettiin paljastaneen kurssilaisille heidän omasta tilanteestaan yhtä lailla muutostarpeita kuin hyvälläkin mallilla olevia asioita, joihin he eivät olleet osanneet kiinnittää aiemmin huomiota (myös Autti-Rämö ym. 2015, 46, Järvikoski & Härkääpää 2014, 124).

"Meillä se ehkä näkyi kuitenkin siinä eniten, että se lapsi rauhoittui siitä ajatuksesta, että hän on ainut tällainen, eikä sitä tarvinnut enää kuunnella. Ja tuli paljon sitäkin, että lapsikin sanoi, että sillä on tätä tai se sano sitä ja tätä --- niilläkin on sitä ja tätä. Me hirveän paljon purettiin sitä, mitä niissä ryhmissä oli tapahtunut ja sitä, että niillä muillakin on niitä omia juttuja. Ja hän oli havainnut sen, että ei hän suinkaan ole ainut tällainen omine vinkeinensä." (Asperger, vanhempi.)

Kuntoutujat ja heidän läheisensä kokivat myös saaneensa muilta kurssilaisilta osakseen ymmärrystä, jota heiltä puuttuu arjestaan (myös Laitinen 1998, 37–38). Kurssilaiset näkivät ymmärryksen perustuvan omakohtaisiin kokemuksiin samasta sairaudesta tai vammasta ja/tai sen kanssa arjessa elämisestä. He arvostivat erityisesti mahdollisuutta keskustella muiden samankaltaisia asioita kohdanneiden ja niitä siksi tuntevien ja ymmärtävien kurssilaisten kanssa. Monet kokivat samankaltaisten kokemusten helpottaneen vaikeistakin asioista keskustelemista, koska toisille ei tarvitse silloin selittää asioi-

den taustoja alusta alkaen, eivätkä asiat tai niiden edelleen esiin nostamat tunteet herätä heissä ihmetystä.

"Kaikki ymmärtää toisiaan niin pitkälle. Muualla ei ehkä ymmärretä, voi olla mitä tahansa, mutta täällä jotenkin tietää, että kaikki, eikä ihmettele, jos jollakin on jo ollut vaikka minkälaista. Kaikki niinkun on mahdollista ja sopivaa, että jokainen ymmärtää toisia." (Rintasyöpä, aikuinen.)

Kuntoutujat ja heidän läheisensä toivat esiin, että he olivat kokeneet tulleen kursilla varauksetta hyväksytyiksi. Muutamat nuoret kertoivat tulleen kursille kavereiden vuoksi. Myös vanhemmat, joiden lapsen tai nuoren on ollut sairauden tai vamman vuoksi vaikeaa löytää ikäistänsä seuraa, kertoivat iloinneensa erityisesti heille kurssilta löytyneistä kavereista ja heidän seuransa silmin nähden synnyttämästä ilosta. Myös Autti-Rämö ym. (2015, 39) ovat tuoneet esiin, että vertaisten kesken ihmiset eivät määrittele toisiaan sairauden kautta eivätkä kohdista huomiotaan sairauteen, koska kaikilla on se ja sen oireet ovat tuttuja kaikille. Vanhempien mukaan osalle lapsista ja nuorista olikin ollut erityisen tärkeää mahdollisuus olla kursilla vapaasti oma itsensä sekä kokea tulevaisuuden hyväksytyksi ja voivansa kuulua joukkoon juuri sellaisena.

"Kyllä meillä ainakin sitten, kun koulussa on aika haastavaa ja vaikea kestää sitä ryhmässä olemista ja sitä stressiä ja tällaista. Niin --- täällä kun hyväksytään myöskin se, jos ei aina oikein jaksa ja käyttäytyy välillä vähän erikoisesti tai erilaisesti kuin tavalliset kansalaiset, --- niin minä luulen, että hänen itsenkin on ehkä rennompi olla täällä kuin siellä normaalissa arjessa. Tai luulisin, että voi olla semmoinen parempi fiilis, ettei tule koko ajan sellaista jotenkin negatiivista tai ymmärtämätöntä palautetta tai kommenttia." (Asperger, vanhempi.)

Keskustelu

Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka kuntoutujat ja heidän läheisensä kokevat vertaisuuden, vertaisryhmien ja vertaistuen toteutuvan Kelan järjestämällä sopeutumisvalmennuskursseilla. Tutkimuksen lähtökohdaksi otettiin vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen käsitteet, ja niitä käytettiin apuna sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä kokemusten jäsentämisessä. Analyysissä ei kuitenkaan pitäydytty käsitteiden mahdollistamissa tulkinnoissa vaan nostettiin esiin myös niitä haastavia näkökulmia.

Vaikka kuntoutujat ja heidän läheisensä eivät edes maininneet haastatteluissa vertaisuutta ja vertaisryhmiä, käsitelmäärittelyihin nojanneiden analyysien perusteella heidän tulkittiin puhuneen nimenomaan niiden toteutumisesta. Vertaisuuden käsitteelle esitettyyn määrittelyyn nojannut analyysi osoitti kurssilaisten kokevan vertaisuuden toteutuvan sopeutumisvalmennuskursseilla saman sairauden tai vamman omaavien kuntoutujien ja heidän läheistensä kesken. Käsitelmäärittelystä irroitettu analyysi paljasti kuitenkin, että kurssilaiset kokevat vertaisuuden toteutuvan parhaiten paitsi saman sairauden tai vamman, myös elämäntilanteen ja arjen tukitarpeiden perusteella samankaltaisuutta kokevien kesken.

Vertaisryhmän käsitteelle esitettyyn määrittelyyn perustunut analyysi osoitti kurssilaisten kokevan kurssiryhmien muotoutuneen kurssien aikana vertaisryhmiksi. Käsitelmäärittelystä irroitetussa analyysissä nousi lisäksi esiin, että kurssilaiset kokevat vertaisryhmien toteutumisen riippuvan paljolti asiantuntijoiden ja ammattilaisten kurssiryhmien ryhmäytymiselle, ryhmädynamiikalle ja vuorovaikutukselle tarjoamasta tuesta. Tulosta voidaan pitää siinä mielessä merkittävänä, että kurssilaisten välinen vuorovaikutus ja asiantuntijoiden ohjaus eivät asettuneet siinä vastakkain vaan päinvastoin täydensivät toisiaan. Kurssilaiset kokevat siis vertaisryhmien toteutuvan ennen kaikkea ammattilaisten tukemina.

Lähes päinvastoin kuin vertaisuuden ja vertaisryhmien osalta, kuntoutujat ja hei-

dän läheisensä mainitsivat haastatteluissa vertaistuen lukemattomia kertoja, mutta sen tulkittiin kuitenkin määrittynen heidän puheessaan jossain määrin eri tavoin kuin käsitteelle esitetyissä määritelmissä.

Käsitelmäärittelyihin (esim. Embuldeniya ym. 2013, Doull ym. 2008, Heisler 2008, Hokkanen 2011) perustuvasta analyysistä luovuttiin tämän vuoksi kokonaan. Käsitelmäärittelyistä irrotettu analyysi osoitti sen sijaan, että kuntoutujat ja heidän läheisensä kokevat vertaistuen toteutuvan sopeutumisvalmennuskursseilla ennen kaikkea vastavuoroisena jakamisena, jossa jakamisen kohteena voi olla yhtä hyvin tieto, kokemustieto, elämäntilanne, kokemukset, toimintatavat, ymmärrys kuin hyväksyntäkin. Samansuuntaisia tuloksia ovat raportoineet aiemmin myös esimerkiksi Kantola (2014, 233–234), Järvikoski ja Härkäpää (2014, 124) sekä Marttin (2009, 200).

Tutkimuksen tulosten voidaan nähdä tarjoavan uudenlaisen näkökulman siihen, kuinka vertaistuki toteutuu sopeutumisvalmennuskursseilla. Näyttää siltä, että tukemalla vertaisuuden ja vertaisryhmien toteutumista on mahdollista edistää myös vertaistuen rakentumista kurssilaisten välille. Vertaisuutta voidaan tukea etenkin osallistujavaliinnoilla, joissa kiinnitetään huomiota saman sairauden tai vamman ohella myös kurssilaisten elämäntilanteisiin ja arjen tukitarpeisiin. Vertaisryhmien toteutumista on puolestaan mahdollista tukea kiinnittämällä huomiota asiantuntijoiden ja ammattilaisten koulutusalojen ohella myös heidän ryhmän-ohjaustaitoihinsa. Vaikka vertaisuuden, vertaisryhmien ja vertaistuen vähäisen säätelyn voidaan ajatella kertovan siitä, ettei niitä pidetä kovin merkittävänä kurssien toteutuksen ja laadun kannalta (Kela 2013a-e), kokevat kuntoutujat ja heidän läheisensä niiden toteutumisen hyvinkin tärkeäksi. Siksi näyttäisi siltä, että varmistamalla vertaisuuden ja vertaisryhmien toteutuminen sopeutumisvalmennuskursseilla voidaan edistää myös muiden kursseille asetettujen tavoitteiden saavuttamista.

Tulosten merkitys: Kuntoutajat ja heidän läheisensä pitävät tärkeänä vertaisuuden, vertaisryhmien ja vertaistuen toteutumista sopeutumisvalmennuskursseilla. Vähäisen säätelyn vuoksi niiden toteutuminen riippuu kuitenkin kursseja toteuttavien palveluntuottajien ja ammattilaisten valinnoista. Täsmentämällä esimerkiksi osallistujavalintoja ja ammattilaisten ryhmänohjaustaitoja koskevaa sääntelyä voisi olla mahdollista edistää samanaikaisesti sekä kurssien tasalaatuisuutta, kuntoutujien ja heidän läheistensä tyytyväisyyttä kursseihin että kursseille asetettujen tavoitteiden saavuttamista.

Tiivistelmä

Vaikka tutkimukset ovat osoittaneet sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä pitävän vertaistukea yhtenä kurssien tärkeimmistä anneista, vertaistuen toteutumisen tavoista ei tiedetä kovin paljon. Tutkimuksessa selvitetään, kuinka kuntoutajat ja heidän läheisensä kokevat vertaisuuden, vertaisryhmien ja vertaistuen toteutuvan Kelan järjestämällä sopeutumisvalmennuskursseilla. Tutkimuksen teoreettisina lähtökohtina käytetään vertaisuuden, vertaisryhmän ja vertaistuen käsitteitä. Tutkimusaineistona käytetään sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden kuntoutujien ja heidän läheistensä fokusryhmähaastatteluja (N = 10) ja aineiston analyysimenetelmänä teoria- lähtöistä sisällönanalyysiä. Analyysi aloitetaan jäsentämällä valittujen käsitteiden avulla kuntoutujien ja heidän läheistensä kokemuksia, mutta siinä ei kuitenkaan pitäydytä vain käsitteiden mahdollistamisessa tulkinnoissa vaan tarkastellaan myös niitä haastavia näkökulmia. Tutkimuksen tulosten mukaan kuntoutajat ja heidän läheisensä kokevat vertaisuuden toteutuvan parhaiten paitsi saman sairauden tai vamman, myös elämäntilanteen perusteella samankaltaisuutta kokevien kesken.

Vertaisryhmien he kokevat toteutuvan ennen kaikkea ammattilaisten tukemina ja vertaistuen monipuolisena vastavuoroisena jakamisena. Tutkimuksen tulosten perusteella ehdotetaan, että sopeutumisvalmennuskursseja järjestettäessä kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota vertaisuuden ja vertaisryhmien toteutumisen tukemiseen, koska niihin liittyvien osallistuja- ja ohjelmavalintojen kautta voidaan tukea itse asiassa merkittävästi myös vertaistuen toteutumista.

Avainsanat: sopeutumisvalmennuskurssi, vertaisuus, vertaisryhmä, vertaistuki, Kela

Abstract

Peerness, peer groups and peer support in the psychosocial rehabilitation courses organized by Kela

Even though earlier research has demonstrated that rehabilitees and their intimates consider peer support as one of the most important result of the psychosocial rehabilitation courses, not much is known about the ways it is realized in the courses. In the research, it is studied, how rehabilitees and their intimates experience that peerness, peer groups and peer support are realized within the psychosocial rehabilitation courses organized by the Social Insurance Institution of Finland? Theoretically the research is based on the concepts of peerness, peer groups and peer support. The research data consists of focus group interviews of people with a disability or illness and their intimates, who have participated in a psychosocial rehabilitation course (N=10). The data is analysed by using theory-based content analysis. The analysis is started by using the chosen concepts to classify rehabilitees' and their intimates' experiences, but the analysis is not restricted to interpretations enabled by the con-

cepts, but stretched also to perspectives challenging them. According to the research results, rehabilitees and their intimates experience that peer-ness is realized best between people who experience similarity not only based on the same sickness or disability, but also life situation. Moreover, they experience that peer groups are realized when actively supported by the the professionals and that peer support is realized as versatile reciprocal sharing. Based on the results, it is suggested that when organizing psychosocial rehabilitation courses it is paid more attention on to supporting of realization of peer-ness and peer groups, because through the related participant and programme choices it is in fact possible to support also realization of peer support.

Keywords: psychosocial rehabilitation course, peer-ness, peer group, peer support, the Social Insurance Institution of Finland

Ulla Buchert, VTT, tutkija, Lapin yliopisto, tutkijatohtori, Helsingin yliopisto

Lähteet

- Autti-Rämö I, Kippola-Pääkkönen A, Valkonen J, Tuulio-Henriksson A, Härkäpää K (2015) Narkolepsiaan sairastuneiden lasten ja nuorten perheiden arki ja sopeutumisvalmennuskurssilta saatu tuki. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 90, Kela, Helsinki.
- Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K (2001) Focus groups in social research. Sage, London.
- Buchert U (2018) Kuntoutujien ja heidän läheistensä arvioita sopeutumisvalmennuskurssien toteutuksesta. Julkaisussa K Härkäpää, A Kippola-Pääkkönen (toim.) (2018) Sopeutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja, Kela (julkaisematon käsikirjoitus).
- Doull M ym. (2008) Peer support strategies for improving the health and wellbeing of individuals with chronic diseases. The Cochrane Library, database, protocol. (8 Oct 2008, DOI: 10.1002/14651858.CD005352)
- Embuldeniya G ym. (2013) The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. Patient Education and Counseling. (04 March 2013, DOI:10.1016/j.pec)
- Eskola J, Suoranta J (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Fern EF (2001) Advanced focus group research. Sage, London.
- Haukka-Wacklin T (2007) Avosopeutumisvalmennuksen vaikuttavuus MS-kuntoutujien koherenssein tunteeseen sekä kuntoutuskokemuksiin ja -muutoksiin. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD (2010) Diabetes Control with Reciprocal Peer Support Versus Nurse Care Management. A Randomized Trial. Annals of Internal Medicine 153, 8, 507–515.
- Hokkanen L (2011) Vertaistuki ja vammaispalvelut. Teoksessa A Järvikoski, J Lindh, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin Yliopistokustannus, Rovaniemi.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A, Autti-Rämö I (2017) Sopeutumisvalmennuskurssien koetut hyödyt ja vaikutukset. Kuntoutus 3–4, 2–16.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A, Martin M, Autti-Rämö I (2016) Sairauskäsitykset, elämänhallinta ja sopeutumisvalmennusta koskevat odotukset. Kuntoutus 3, 6–20.
- Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A (toim.) (2018) Sopeutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja, Kela (julkaisematon käsikirjoitus).
- Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, Buchert U, Järvikoski A (toim.) (2017) Sopeutumisvalmennus – Kokemuksia ja arvioiteja. Lapin yliopisto, Rovaniemi. Julkaisematon loppuraportti.
- Invalidiiliitto (2016) Vertaistukitoiminta invalidiilitossa. www.invalidiiliitto.fi 20.11.2017.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2014) Teoreettisia näkökulmia psykososiaaliseen sopeutumiseen ja sopeutumisvalmennukseen. Teoksessa H Streng (toim.) Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Helsinki.
- Kantola S (2014) Vertaisryhmätyö sopeutumisvalmennuksessa. Teoksessa H Streng (toim.) Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Helsinki.
- Kela (2013a) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. www.kela.fi
- Kela (2013b) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Aspergerin oireyhtymää ja ADHD:tä sairastavien lasten, nuorten ja aikuisten sopeutumisvalmennuskurssien palvelulinjat. Lasten ja nuorten sopeutumisvalmennuskurssit, perhekurssit. www.kela.fi
- Kela (2013c) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Tyypin 1 diabetesta sairastavien lasten, nuorten ja aikuisten sopeutumisvalmennuskurssien palvelulinjat. Tyypin 1 diabetesta sairastavien lasten sopeutumisvalmennuskurssit, perhekurssit. www.kela.fi
- Kela (2013d) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Fibromyalgiaa sairastavien aikuisten sopeutumisvalmennuskurssien palvelulinjat. Fibromyalgiaa sairastavien sopeutumisvalmennuskurssit. www.kela.fi
- Kela (2013e) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Syöpää sairastavien aikuisten sopeutumisvalmennuskurssien palvelulinjat. Rin-

- tasyöpää sairastavien sopeutumisvalmennuskurssit. www.kela.fi
- Kippola-Pääkkönen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Autti-Rämö I (2016) Sopeutumisvalmennuskurssille osallistuvien lasten vanhempien arvioita hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja kurssiodotuksista. *Kuntoutus* 1, 6–21.
- Kopakkala A (2008) Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Edita, Persona grata, Helsinki.
- Laitinen S (1998) Liian hyvät unenlahjat. Narkolepsia elämäntarinoissa. Teoksessa V Hänninen, J Valkonen (toim.) Kunnan tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 59, Helsinki.
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>
- Martin M (2009) Nuoret, kuntoutuksen toteutus, hyödyt ja koetut vaikutukset. Julkaisussa: A Järvikoski, L Hokkanen, K Härkäpää (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutukselta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, 194–208.
- Mikkonen I (2009) Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 173. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Pietilä I (2010) Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa J Ruusuvoori, P Nikander, M Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Vastapaino, Tampere.
- Toija A (2011) Vertaistuen voima – harvinaissairaiden lasten vanhempien kokemuksia vertaistuesta. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Venäläinen A (2010) Pienten neurologisesti vammaisten lasten perhekurssi vanhempien näkökulmasta. Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopio.
- Välämäki J (2012) Lapsisyöpäperheiden sopeutumisvalmennuskurssille osallistuvien vanhempien kokema elämänhallinta ja hoitopolku. Turun ammattikorkeakoulu, Turku.

ADAPTAATIOSTA OPPIMISEEN – KENELLE ADHD–HERMOPALAUTEHOIDOT SOPIVAT?

Tässä katsauksessa tarkastellaan ADHD:n niin sanottujen hermopalautehoitojen vaikuttavuuden tutkimusta. Vaikka hoidon vaikuttavuuden tutkimusnäyttö on ollut kiisteltyä, viimeaikaisissa tutkimusartikkeleissa on nostettu esille se, että jotkut hoitoihin osallistuneet näyttävät hyötyvän niistä toisia enemmän. Olemassa olevan vaikuttavuustutkimuksen kriittisen tarkastelun jälkeen käsittelen hermopalautehoitoihin liittyviä oppimisteorioita ja niiden tutkimisen metodologisia haasteita. Hoidoista hyötyvien ADHD-potilaiden tunnistaminen voisi tehostaa hoitojen vaikuttavuutta, parantaa resurssien kohdentamista sekä kasvattaa ymmärrystä itse ADHD:n luonteesta.

Johdanto

Tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauksen häiriöt (ADHD) ovat yksi yleisimmistä psykiatrisista diagnooseista. Niillä viitataan neurokehityksellisiin häiriöihin, jotka tautiluokitus ICD-10:n mukaan painottuvat toiminnanohjauksen ongelmina (ICD-10 2011), mutta häiriöön on liitetty myös itsesäätelyn vaikeuksia (Barkley 1998). ADHD on yhä useammin syynä nuorten aikuisten työkyvyttömyyteen (Koskenvuo & Hiilamo 2017). Perinteiset psykostimulanttilääkitykseen ja käyttäytymisterapiaan perustuvat hoidot eivät näytä kohdistuvan häiriön ydinpiirteisiin (Firesone ym. 1981, Conte 1991, Gaddes & Edgell 1994) tai ammatilliseen suorituskykyyn (Molina ym. 2013, Van der Oord ym. 2008). Tehokkaammille ADHD:n hoito- ja kuntou-

tusmuodoille onkin kasvavaa tarvetta.

Yhtenä vaihtoehtoisena hoitomuotona niin sanottuun hermopalautteeseen (HP) perustuvassa kuntoutuksessa pyritään tietokonepohjaisen palautteen avulla opettamaan kuntoutettavia hallitsemaan oman aivosähkökäyränsä (EEG) tilaa eri taajuusalueilla¹. Tällä pyritään parantamaan sekä itsesäätelyä että toiminnanohjausta. Ensimmäiset yritykset HP:n soveltamiseen tarkkaavaisuus- ja käyttöhäiriöistä kärsiviin tehtiin jo 1970-luvulla (Lubar & Shouse 1976), kun osallistujien 12 ja 15 hertsin (Hz:n) välillä olevia niin sanottuja sensorimotorisia rytmejä (SMR) pyrittiin vahvistamaan. Nykyään yleisemmin

¹ Taajuuden yksikkö on 1/s, jota kutsutaan nimellä hertsi (tunnus Hz). Yksi hertsi kertoo tapahtuman toistuvan kerran sekunnissa.

käytetty theta- ja beta-aaltojen suhteeseen perustuva TB-hoito pyrkii vahvistamaan tietoiseen prosessointiin liittyvää beta-frekvenssikanavaa (13–21 Hz) suhteessa esimerkiksi unen aikana aktivoituvan theta-kanavaan (4–8 Hz).

HP-hoitojen tehokkuudesta on olemassa näyttöä, mutta hoidon pitkäaikaisvaikutukset ja yleensä hoidon mekanismit ovat monitulkintaisempia. Tuore ADHD:n Käypä hoito -suositus (ks. ADHD:n Käypä hoito -suositukseen liittyvä biopalautehoitojen näytönastekatsaus 2016) ei tue HP:n käyttöä ADHD-potilaiden hoitoon. Tulkinta perustuen valikoituneeseen joukkoon meta-analyysija, joissa kuitenkin löydettiin rajoittunutta näyttöä HP-hoitojen vaikuttavuuden puolesta (Cortese ym. 2016; Micoulaud-Franchi ym. 2014; Sonuga-Barke ym. 2013).

Tässä katsauksessa olen paneutunut viime vuosina julkaistuihin, ADHD:n hermopalautehoitoja koskeviin kansainvälisiin tutkimusartikkeleihin. Seitsemän meta-analyysin lisäksi artikkelit on valittu PubMed-haun perusteella käyttämällä hakusanoja 'ADHD', 'neurofeedback' ja 'learning' sekä kyseisiin artikkeleihin sisältyvistä lähteistä. Käsittelen aluksi HP-hoidon tehokkuutta tarkastelevia empiirisiä tutkimusartikkeleita. Empiirisen tutkimuksen pohjalta nousevien ongelmanasettelujen perusteella käyn läpi hoitoon liittyvien oppimismekanismien teoreettisia tulkintoja. Lopuksi palaan empiiriseen kysymykseen siitä, miten HP-hoitoon liittyviä erilaisia oppimisprosesseja voisi käytännössä tutkia.

Hermopalautehoidon vaikuttavuus

Monet kontrolloimattomat kokeet ovat todenneet HP-hoidon vähintään stimulanttilääkityksen veroiseksi ADHD:n hoitomuodoksi (Fuchs ym. 2003, Monastra ym. 2002, Rossiter 2004, Rossiter & LaVaque 1995), mutta ensimmäisten kontrolloitujen kokeiden (esim. Linden ym. 1996) jälkeen on vaadittu vahvempaa näyttöön perustuvaa vaikuttavuustutkimusta. Vaikka HP-hoito on yleensä todettu ainakin todennäköisesti vaikuttavaksi hoidoksi (esim. Monastra 2005), vaikut-

tavuuden kliininen näyttö edellyttää myös sen spesifisyyden osoittamista (LaVaque ym. 2002): hoidon positiiviset vaikutukset tulisi osoittaa juuri kyseiselle hoidolle erityisiksi sen sijaan, että ne johtuisivat muiden hoitomuotojen kanssa yhteisistä piirteistä (esimerkiksi HP-interventioiden terapeuttisista vaikutuksista). Sopivien kontrolliasetelmien löytäminen on kuitenkin vaikeaa: lääketutkimuksessa käytettyjen, plasebolääkkeisiin perustuvien sokkokokeiden toteuttaminen on hankalaa, koska koehenkilöiden ei tulisi tunnistaa, saavatko he todellista hermopalautehoitoa.

Yksi mahdollisuus on eri HP-protokollien (joista esimerkkinä ovat edellä mainitut SMR ja TB) vertaaminen, sillä hoidon ei-spesifit piirteet ovat tällöin yleensä jaettuja. Ei ole kuitenkaan selvää, että eri hoitoprotokollien vaikuttavuus eroaisi merkittävästi toisistaan. Meta-analyysissään Arns ym. (2009) kävivät läpi viisitoista eri protokollilla toteutettua kontrolloitua koetta. Meta-analyysin perusteella tarkkaavaisuusongelmiin liittyvä efektikoko oli 1,02 (95 %:n luottamusväliä vaihteluväli 0,84–1,21), kun hyperaktiivisuuden efektikoko oli 0,71 (vaihteluväli 0,54–0,87). Artikkelit ei kuitenkaan löytänyt näyttöä eri hoitoprotokollien vaikuttavuuden eroista.

Arns ym. (2014) paneutuivatkin spesifisyysongelmaan myöhemmässä meta-analyysissään, sillä vuoden 2009 jälkeen erilaiset kontrolliasetelmat ovat yleistyneet uusissa tutkimuksissa: semiaktiivisissa asetelmissa ei-spesifijä efektejä kontrolloidaan suoraan, aktiivisissa asetelmissa HP-hoitoa verrataan toimiviksi todettuihin hoitoihin ja sokkoasetelmissa koehenkilöt eivät tiedä, kuuluvatko he hoidettavaan vai kontrolliryhmään. Sokkoasetelmiin perustuvat tutkimukset eivät ole kuitenkaan kyenneet osoittamaan ADHD:n hermopalautehoitoja vaikuttaviksi (Arnold ym. 2012, DeBeus & Kaiser 2011, Lansbergen ym. 2011, Perreau-Linck ym. 2010, van Dongen-Boomsma ym. 2013).

Myös ADHD:n Käypä hoito -suositukseen liittyvä näytönastekatsaus (2016) väittää, että "EEG-biopalautehoidolla ei ilmeisesti ole vaikutuksia lasten ja nuorten ADHD:n ydinoireisiin". Suosituksen taustalla olevasta

kolmesta meta-analyysistä ainakin yksi tukee kuitenkin HP-hoidon vaikuttavuutta tarkkaamattomuusoireisiin (Micolaud-Franchi ym. 2014), kun taas toisessa yhteys HP-hoidon ja ADHD:n oireiden välillä on melkein tilastollisesti merkitsevä (Sonuga-Barke ym. 2013: SMD 0,29, vaihteluväli -0,02–0,61 95 %:n luottamusvälillä). Lisäksi ADHD:n Käypä hoito -suosituksissa viitattu Cortesen ym:iden (2016) meta-analyysi toteaa, että hoitokäytännöissä olevat erot vaikuttavat tuloksiin. Artikkelissa peräänkuulutetaan Arnsin ym:iden (2014) kriteereitä protokollan standardisoinnista: vain kolme mukana ollutta artikkelia täytti kriteerit sekä sisälsi todennäköisesti sokkona tehdyt arviot osallistujien oireista (toisin sanoen arvioija ei tiennyt interventioon osallistumisesta). Näiden kolmen tutkimuksen perusteella HP-hoidon vaikutus ADHD:n oireisiin oli tilastollisesti merkitsevä (Cortese ym. 2016, 10).

Siten olisi osuvampaa kritisoida HP-hoitoja edelleen näytön puuttumisesta sen sijaan, että vaikutuksen puuttuminen katsottaisiin tieteellisesti näytetyksi. Cortese ym. (2016) eivät yhdykään Käypä hoito -suosituksen tulkintaan vaan toteavat, että näyttö on tällä hetkellä puutteellista ja protokollan standardisointiin tulisi kiinnittää huomiota oppimisen ja kliinisesti merkitsevän siirto-vaikutuksen takaamiseksi.

Näytön puutteeseen voi olla muitakin syitä kuin itse HP-hoidon tehottomuus. Otoskoot ovat yleensä pieniä rajallisten resurssien vuoksi. Toisaalta pelkkien alku- ja loppumittausten ero ei anna tarkkaa kuvaa hoitojen aikana tapahtuneista muutoksista. On myös mahdollista, että kaikki koehenkilöt eivät samalla tavalla hyödy HP-hoidosta, eivätkä hoidosta hyötyvien lupaavatkaan tulokset välttämättä vaikuta riittävästi koko ryhmän keskiarvoihin.

Hyvä esimerkki artikkelista, jossa tällaiset puutteet esiintyvät, on Binkin ym:iden (2016) kontrolloitu koe, jossa HP-hoidon tuloksia verrattiin tavanomaista hoitoa saaneiden ryhmään. Tutkimus ei ainoastaan sivuuttanut koehenkilöiden välisiä eroja väitännässään virheellisesti, että theta-aktiivisuus olisi käytännössä kaikilla ADHD-potilailla korostunutta suhteessa beta-aktiivisuuteen

(vrt. Snyder & Hall 2006). Vielä ongelmallisempaa on verrata HP-hoidon ja lääkityksen pitkäaikaisvaikutuksia, koska HP-hoito on yleensä ajallisesti rajoitettu ja voidaan tässä mielessä nähdä kuntoutusmuotona. Lääkehoidon vaikutukset taas vaativat hoidon pitkäkestoista jatkamista, joten kyse ei lähtökohtaisesti ole kuntoutuksesta. Eräissä tutkimuksissa HP-hoito on sen sijaan osoitettu vaikuttavaksi pitkällä aikavälillä myös hoidon loppumisen jälkeen (esim. Gani ym. 2008). Sillä näyttää olevan positiivisia vaikutuksia myös akateemisiin taitoihin toisin kuin lääkehoidolla (Meisel ym. 2013).

Kohti oppimisprosesseja

Viime vuosina HP-hoitoja käsittelevät tutkimusartikkelit ovat kiinnittäneet yhä useammin huomiota niihin oppimisprosesseihin, joiden kautta HP-hoidon positiiviset vaikutukset syntyvät. On myös kasvavaa näyttöä siitä, että potilaiden välillä on merkittäviä eroja oppimisprosesseissa. Esimerkiksi Doehner ym. (2008) osoittivat, että vain puolet hermopalautehoitoa saaneista lapsista oppi itsesääätelytaitoja kuntoutuksessa. Vaikka useimmat tutkimukset ovat jättäneet tällaiset erot huomiotta, viime vuosina on julkaistu muutamia tutkimuksia, joissa niin sanottujen 'suorittajien' ja 'ei-suorittajien' tuloksia tarkastellaan erikseen (esim. Alkoby ym. 2017, Wan ym. 2014). Sopivien potilasryhmien tunnistaminen onkin keskeinen ongelma HP-hoitoihin perustuvasa kuntoutuksessa. Esimerkiksi TB-hoidossa theta- ja beta-aaltojen suhde voi toimia hoitomenestystä ennustavana tekijänä (Arns ym. 2014).

Oppimista tukevien erojen lisäksi tärkeä tutkimusongelma liittyy niihin tekijöihin, jotka saattavat *heikentää* HP-hoitoon perustuvaa oppimista. Tällaisia tekijöitä voivat olla muun muassa psykologiset tekijät (esim. Witte ym. 2013), kuten "koehenkilöiden uskomukset heidän omasta kyvystään hallita teknologisia laitteita", mutta myös oppimisessa käytetyt strategiat (Kober ym. 2013). Motivaatioon ja mielialaan liittyviä tekijöitä sekä muistin ja tarkkaavuuden vaikutuksia on myös tutkittu (ks. Alkoby ym. 2017, 5).

Hermopalauteoppimisen teoriat

Erottamalla oppijat ja ei-oppijat Weber ym. (2011) huomasivat, että tärkeimmät vai-
kutukset 'oppijoiden' ryhmässä ilmenivät
jo 11 hoitokerran aikana eli yleensä 20–40
hoitokertaa käsittävän kuntoutusjakson
alkuvaiheessa. Hoidon alkukertojen tuloksia
voitaisiin siis mahdollisesti soveltaa myös
hoidon jatkamisesta päätettäessä. Ei ole kui-
tenkaan varmaa, että oppimisprosessit ovat
samanlaisia eri HP-hoitomuodoissa, sillä ne
kohdistuvat usein eri hermoverkkoihin. Li-
säksi HP-hoidoilla saattaa olla positiivisia
vaikutuksia ADHD-oireisiin myös sellaisilla
koehenkilöillä, joiden EEG-käyrissä ei ole
havaittavissa merkittäviä muutoksia. Onnis-
tuneen hoidon ja HP-oppimisen identifioimi-
seen tarvitaankin parempia mittareita.

Viimeaikaisessa tutkimuskirjallisuudes-
sa HP-oppimista on lähestytty kahdesta
teoreettisesti erilaisesta näkökulmasta. Perin-
teisesti HP-hoito on nähty välineellisen eh-
dollistamisen (*operant conditioning*) muoto-
na, jolloin osallistujat oppivat säätelemään
aivotoimintaansa pitkälti *automaattisesti*.
Gevensleben ym. (2014) asettavat tämän 'eh-
dollista-ja-korjaa'-näkökulman vastakkain
niin sanotun 'taitojenkartuttamismallin' (*skill
acquisition model*) kanssa. Siinä koroste-
taan *tietoista pyrkimystä* aivosähkökäyrään
liittyvän säätelyn oppimisen edellytyksenä
(esim. Bakhshayesh ym. 2011). Teoreettisel-
la tulkinnalla on kauaskantoisia vaikutuksia
HP-hoidon mutta myös itse ADHD:n neuro-
biologisen luonteen tulkintaan. Siinä missä
ehdollistamishypoteesi näkee ADHD:n seur-
auksena normalisoitavissa olevista EEG:n
erityispiirteistä, tietoisien oppimisen mallissa
oireet voivat helpottua, vaikka EEG-piirteet
sinänsä eivät olisi ADHD:n taustalla oleva
syy (Gevensleben ym. 2009, Gevensleben
ym. 2014). Tulkintakehyksen valinnalla on
myös metodologisia seurauksia: sokkoase-
telmat sopivat paremmin ehdollistamisnä-
kökulmaan, kun taitojenkartuttamismallissa
tutkimuskriteerit pitäisi tuoda esimerkiksi
kognitiivis-behavioraalisten interventioiden
tutkimuksesta (Gevensleben ym. 2014).

On myös esitetty, että kaksi teoreettises-
ti vastakkaista näkökulmaa tulisi yhdistää,

sillä ehdollistamismalli yksin ei riitä selit-
tämään niitä tosiasiallisia mekanismeja, joi-
den kautta itesääätelytaitoja opitaan (Strehl
2014). Sekä välineellinen ehdollistaminen
että tietoinen pyrkimys saattavat olla välttä-
mättömiä: Fitts'n motorisen oppimisen teo-
rian mukaisesti kognitiivinen prosessointi,
kuten toimivien strategioiden identifiointi,
olisi tällöin edellytys taitojen onnistuneelle
automatisoitumiselle hoidon myöhemmässä
vaiheessa (Alkoby ym. 2017).

Oppimisprosessien tutkiminen käytännössä

Jotta HP-hoitojen spesifisyyttä voitaisiin
ymmärtää paremmin, alku- ja lopputilanteen
vertailun sijaan olisi syytä kiinnittää
huomiota oppimisprosesseihin koko hoito-
jakson aikana. Oppimisprosessia puolestaan
voidaan mallintaa sekä yksittäisten hoitoker-
tojen sisällä että niiden välillä. Van Doren
ym. (2017) väittävät, että HP-hoidon lyhy-
taikaisten, hoitokertojen sisällä tapahtuvien
vaikutusten tutkiminen saattaisi avata uuden
näkökulman jopa hermoston plastisuuden
tutkimiseen. Nopeasti tapahtuvat muutokset
tukisivat myös ehdollistumishypoteesia.

Pitkäaikaisempi oppiminen viittaa puo-
lestaan laaja-alaisempiin, jopa globaaleihin,
muutoksiin hermoston toiminnassa. Hoi-
tokertojen välistä oppimisprosessia on tar-
kasteltu yhdessä meta-analyysissä (Zuberer
ym. 2015). Tarkastelluissa tutkimuksissa ei
kuitenkaan yleensä kontrolloitu ei-spesifejä
oppimisvaikutuksia, kuten yleensä kaikissa
biopalauteeseen perustuvissa interventiois-
sa tapahtuvaa minä-pystyvyyden lisäänty-
mistä. Jälleen eri hoitoprotokollien vertailu
olisi yksi tapa välttää ei-spesifejä efektejä.
Zubererin ym.:iden (2015) käsittelemissä tut-
kimuksissa ei myöskään esitetä varsinaista
tulkintaa taitojen kartuttamisen, kuten mie-
len strategioiden oppimisen, ja hoitotulosten,
kuten EEG:ssä tapahtuneiden muutosten,
välillä. Yhteyden tutkiminen vaatisi toden-
näköisesti olemassa olevasta tutkimuskir-
jallisuudesta poikkeavaa tutkimusasetelmaa
(esimerkiksi haastatteluita, joissa ilmenisi,
missä oppimisprosessin vaiheissa erilaisia
strategioita on otettu käyttöön).

On olemassa kaksi viimeaikaista tutkimusta, joissa oppimisprosesseja on pyritty mallintamaan tarkkana aikasarjana. Janssenin ym:iden (2017) tutkimukseen osallistui 38 lasta. Suomalainen tutkimus (Cowley ym. 2016) taas kartoittaa TB- ja SMR-hoitojen vaikuttavuutta 23 aikuisosallistujan kohdalla. Molemmissa tutkimuksissa aineistoa on kerätty koko hoitoprosessin ajalta, jolloin voidaan tarkastella esimerkiksi eri EEG-frekvensseihin liittyvän aktiivisuuden kehitystä suhteessa toisiinsa. ADHD:hen liittyvien kuntoutusmahdollisuuksien kannalta on myös merkittävää, että molemmissa tutkimuksissa käytettiin osana myös niin sanottuja siirtoharjoitteita, joissa suoraa palautetta ei annettu. Tällä pyrittiin opettamaan osallistujia siirtämään itsesääteilyyn liittyviä kykyjään muille elämänalueille, joissa suora hermopalautetta ei ole saatavilla.

Yhteenveto

Hermopalautehoitojen vaikuttavuudesta on olemassa laajaa mutta edelleen varsin epäselvää näyttöä. Yhtenä syynä tähän saattaa olla se, etteivät kaikki ADHD-diagnoosin saaneet hyödyä hoidosta samalla tavalla. Tulisikin selvittää HP-hoidon vaikutuksia erityisesti niiden kesken, jotka eniten näyttävät hoidoista hyötävän, sekä löydettävä kriteereitä tällaisten ADHD:sta kärsivien tunnistamiseksi. Myös HP-hoitoihin liittyvien oppimisprosessien ja siirtovaikutuksen tukemiseen tulisi kiinnittää huomiota (Cortese ym. 2016). Esimerkiksi kouluttajan roolia tulisi arvioida tarkemmin; on esitetty, että myös HP-hoidoissa ihmiskontakti on keskeinen tekijä, ja tätä hoitomuotoa voisi siten pitää käyttäytymisterapian erityisenä muotona (Strehl 2014). Hermopalautehoitoihin liittyvällä tutkimuksella on edessään sekä metodologisia että teoreettisia haasteita. Vaikka nykyisen kaltaisia, usein standardoimattomia hoitoja ei voi varauksetta suositella yleiseksi ADHD:n kuntoutusmuodoksi, ratkaisemalla edellä kuvattuja haasteita HP-hoidoista saattaisi kehittyä vaikuttava kuntoutusmuoto ainakin osalle ADHD-potilaista. HP-hoidoilla on osoitettu olevan pitkäaikaisvaikutuksia myös hoitojakson jälkeen, joten se eroaa luonteel-

taan jatkuvaa hoitoa vaativasta lääkehoidosta. ADHD:n ydinoireisiin pitkäaikaisesti vaikuttaville kuntoutusmuodoille onkin tilausta sekä eettisessä (esim. Singh 2008) että kansantaloudellisessa mielessä, eikä HP-hoitoja tulisi hylätä ennen kuin vaikuttavaksi osoitettuja muita kuntoutusmuotoja on saatavilla. Hermopalautehoitojen kehittäminen ja niihin liittyvien oppimisprosessien tarkempi ymmärtäminen saattaisivat lisätä ymmärrystä myös itse ADHD:n luonteesta.

Tulosten merkitys: ADHD:n hermopalautehoitojen toimivuudesta on kertynyt näyttöä useilta vuosikymmeniltä: toisin kuin lääkehoidossa, vaikutukset voivat näkyä jopa vuosia hoidon loputtua ja parantaa ammatillista suoriutumista. Hoidon vaikutusmekanismit ja itsesääteilyyn liittyvät oppimisprosessit ovat kuitenkin yhä epäselviä. Erityisesti tarvittaisiin tietoa siitä, ketkä ADHD-potilaat hyötyisivät hermopalautekuntoutuksesta eniten, jolloin resurssit voitaisiin kohdentaa mahdollisimman tehokkaasti.

Antti Veilahti, PhD, FL, erikoistutkija, Kelan tutkimusosasto

Lähteet

- ADHD:n Käypä hoito -suositukseen liittyvä biopalautehoitojen näytönastekatsaus. (2016). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim, (haettu 11.5.2018). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nak07651&suositusid=hoi50061>
- Alkoby, O., Abu-Rmileh, A., Shriki, O., & Todder, D. (2017). Can we predict who will respond to neurofeedback? A review of the inefficacy problem and existing predictors for successful EEG neurofeedback learning. *Neuroscience*, 378, 155-164.
- Arnold, L. E., Lofthouse, N., Hersch, S., Pan, X., Hurt, E., Bates, B., ym. (2013). EEG neurofeedback for ADHD: double-blind sham-controlled randomized pilot feasibility trial. *Journal of Attention Disorders*, 17(5), 410-419.
- Arns, M., De Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M., & Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and neuroscience*, 40(3), 180-189.
- Arns, M., Heinrich, H., & Strehl, U. (2014). Evaluation

- of neurofeedback in ADHD: the long and winding road. *Biological psychology*, 95, 108–115.
- Bakhshayesh, A.R., Hansch, S., Wyszkon, A., Rezai, M.J., and Esser, G. (2011). Neurofeedback in ADHD: a single-blind randomized controlled trial. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 20, 481–491.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit Hyperactivity Disorder and the Nature of Self-control*. New York: Guilford Press.
- Bink, M., Bongers, I. L., Popma, A., Janssen, T. W., & van Nieuwenhuizen, C. (2016). 1-year follow-up of neurofeedback treatment in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry Open*, 2(2), 107–115.
- Conte, R. (1991). Attention disorders. Teoksessa B. Wong (toim.) *Learning about learning disabilities*. New York: Academic Press. pp. 60–96.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D., Santhos, P., Simonoff, E., Stevenson, J., Stringaris, A., & Sonuga-Barke, E. J. (2016). Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 444–455.
- Cowley, B., Holmström, É., Juurmaa, K., Kovarskis, L., & Krause, C. M. (2016). Computer enabled neuroplasticity treatment: a clinical trial of a novel design for neurofeedback therapy in adult ADHD. *Frontiers in human neuroscience* 10(205).
- DeBeus, R., & Kaiser, D. (2011). Neurofeedback with children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized double-blind placebo-controlled study. Teoksessa R. Coben, & J. Evans (toim.), *Neurofeedback and neuromodulation: Techniques and applications*. San Diego: Elsevier. pp. 127–152.
- Doehner, M., Brandeis, D., Straub, M., Steinhausen, H.-C., & Drechsler, R. (2008). Slow cortical potential neurofeedback in attention deficit hyperactivity disorder: Is there neurophysiological evidence for specific effects? *Journal of Neural Transmission*, 115(10), 1445–1456.
- Firestone, P., Kelly, M. J., Goodman, J. T., & Davey, J. (1981). Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives: A progress report. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(1), 135–147.
- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H., & Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28(1), 1–12.
- Gaddes, W. H. & Edgell, D. (1994). *Learning Disabilities and Brain Function*. New York: Springer-Verlag.
- Gani C, Birbaumer N, Strehl U. (2008). Long term effects after feedback of slow cortical potentials and of theta-beta-amplitudes in children with attentiondeficiffhyperactivity disorder (ADHD). *Int J Bioelectromagn* 10(4): 209–232.
- Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Schlamp, D., Kratz, O., Studer, P., ym. (2009). Distinct EEG effects related to neurofeedback training in children with ADHD: A randomized controlled trial. *International Journal of Psychophysiology*, 74(2), 149–157.
- Gevensleben, H., Moll, G. H., Rothenberger, A., & Heinrich, H. (2014). Neurofeedback in attention-deficit/hyperactivity disorder-different models, different ways of application. *Frontiers in human neuroscience*, 8(846).
- Janssen, T. W., Bink, M., Weeda, W. D., Geladé, K., van Mourik, R., Maras, A., & Oosterlaan, J. (2017). Learning curves of theta/beta neurofeedback in children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 26(5), 573–582.
- Kober, S.E., Witte, M., Ninaus, M., Neuper, C., and Wood, G. (2013). Learning to modulate one's own brain activity: the effect of spontaneous mental strategies. *Front.Hum.Neurosci*. 7:695.
- Koskenvuo, K. & Hiilamo, H. (2017). Osallistumistulo voi ehkäistä nuorten syrjäytymistä työelämästä. *Sosiaalivakuutus* 4, 33–35.
- Lansbergen, M. M., van Dongen-Boomsma, M., Buitelaar, J. K., & Slaats-Willemse, D. (2011). ADHD and EEG-neurofeedback: A double-blind randomized placebo controlled feasibility study. *Journal of Neural Transmission*, 118(2), 275–284.
- LaVaque TJ, Harnmond DC, Trudeau D, Monastra VJ, Perry J, Lehrer P. (2002). Template for developing guidelines for the evaluation of the clinical efficacy of psychophysiological interventions. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 27(4): 273–281.
- Linden, M., Habib, T., & Radojevic, V. (1996). A controlled study of the effects of EEG biofeedback on cognition and behavior of children with attention deficit disorder and learning disabilities. *Biofeedback and Self-regulation*, 21(1), 35–49.
- Lubar, J. F., & Shouse, M. N. (1976). EEG and behavioral changes in a hyperkinetic child concurrent with training of the sensorimotor rhythm (SMR): A preliminary report. *Biofeedback and Self-regulation*, 1(3), 293–306.
- Meisel, V., Servera, M., Garcia-Banda, G., Cardo, E., & Moreno, I. (2013). Neurofeedback and standard pharmacological intervention in ADHD: A randomized controlled trial with six-month follow-up. *Biological Psychology*, 94(1), 12–21.
- Micoulaud-Franchi, J. A., Geoffroy, P. A., Fond, G., Lopez, R., Bioulac, S., & Philip, P. (2014). EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in human neuroscience*, 8(906).
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Pelham, W. E., Hechtman, L., & Lu, B. (2013). Adolescent Substance Use in the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)(MTA) as a Function of Childhood ADHD, Random Assignment to Childhood Treatments, and Subsequent Medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 250–263.
- Monastra, V. J. (2005). Electroencephalographic biofeedback (neurotherapy) as a treatment for attention deficit hyperactivity disorder: rationale and empirical foundation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(1), 55–82.
- Monastra, V. J., Monastra, D. M., & George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder.

- Applied Psychophysiology, and Biofeedback*, 27(4), 231–249.
- Perreau-Linck, E., Lessard, N., Levesque, J., & Beau-regard, M. (2010). Effects of neurofeedback training on inhibitory capacities in adhdchildren: A single-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of Neurotherapy*, 14(3), 229–242.
- Rossiter, T. (2004). The effectiveness of neurofeedback and stimulant drugs in treating AD/HD: Part I. Review of methodological issues. *Applied Psychophysiology, and Biofeedback*, 29(2), 95–112.
- Rossiter, T. R., & La Vaque, T. J. (1995). A comparison of EEG biofeedback and psychostimulants in treating attention deficit/hyperactivity disorders. *Journal of Neurotherapy*, 1(1), 48–59.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 957–964.
- Snyder, S.M., Hall, J.R. (2006). A meta-analysis of quantitative EEG power associated with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Clin Neurophysiol* 23: 440–55.
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., van der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R.W., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., Wong, I.C.K., Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275–289.
- Strehl, U. (2014). What learning theories can teach us in designing neurofeedback treatments. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 894.
- Tautiluokitus ICD-10. (2011). Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (haettu 11.5.2018). <https://thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2>
- Van der Oord, S., Prins, P.J., Oosterlaan, J., & Em-melkamp, P.M. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 28(5): 783–800.
- Van Dongen-Boomsma, M., Vollebregt, M. A., Slaats-Willems, D., & Buitelaar, J. K. (2013). A randomized placebo-controlled trial of electroencephalographic (EEG) neurofeedback in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 821–827. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12m08321>
- Van Doren, J., Heinrich, H., Bezold, M., Reuter, N., Kratz, O., Horndasch, S., & Studer, P. (2017). Theta/beta neurofeedback in children with ADHD: Feasibility of a short-term setting and plasticity effects. *International Journal of Psychophysiology*, 112, 80–88.
- Wan, F., Nan, W., Vai, M. I., & Rosa, A. (2014). Resting alpha activity predicts learning ability in alpha neurofeedback. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 500.
- Weber, E., Köberl, A., Frank, S., & Doppelmayr, M. (2011). Predicting successful learning of SMR neurofeedback in healthy participants: methodological considerations. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 36(1), 37–45.
- Witte, M., Kober, S.E., Ninaus, M., Neuper, C., and Wood, G. (2013). Control beliefs can predict the ability to up-regulate sensorimotor rhythm during neurofeedback training. *Frontiers in human neuroscience* 7, 478.
- Zuberer, A., Brandeis, D., & Drechsler, R. (2015). Are treatment effects of neurofeedback training in children with ADHD related to the successful regulation of brain activity? A review on the learning of regulation of brain activity and a contribution to the discussion on specificity. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 135.

APUVÄLINETEKNIKKO (AMK) ON KORVAAMATON OSA KUNTOUTUKSEN MONIALAISTA TIIMIÄ

Apuvälinetekniikan koulutuksen juuret ovat sotien jälkeisessä ajassa 1940-luvulla. Silloin syntyi tarve sodassa vammautuneiden kuntoutuksen tukemiseen erilaisin apuvälinein. Mutta mitä apuvälinetekniikka ja sen osaajat tarjoavat kuntoutuksen tueksi 2000-luvulla ja miten koulutuksessa valmistaudutaan tulevaisuuden tarpeisiin?

Apuvälinetekniikka on hyvä esimerkki osaamisesta, joka osaa ja pystyy muuttumaan vuosien saatossa yhteiskunnallisten tarpeiden mukaan. Sotien ajasta on tultu tämän päivän haasteisiin. Nykyajan apuvälineteknikon työkenttä on laaja-alainen ja vaatii entistä monipuolisempaa osaamista asiakkaiden kohtaamisessa ja heidän apuvälineisiinsä liittyvien asioiden ratkaisemisessa sujuvamman arjen mahdollistamiseksi.

Apuvälineteknikko osana monialaista tiimiä

Apuvälineteknikon työssä on keskeistä, että hän on osa kuntoutuksen monialaista tiimiä. Kuntoutuksen onnistumisen edellytys on, että eri ammattikuntien osaamiset nivoutuvat asiakkaan kuntoutumista kokonaisvaltaisesti tukevaksi yhteistyöksi.

Apuvälineteknikko arvioi yhteistyössä muiden kuntoutustoimintaan osallistuvien ammattiryhmien kanssa asiakkaan toimintakyvyn ja fyysisten toimintojen edellytyksiä sekä määrittelee niissä ilmeneviä puutteita

ja esteitä. Näiden tietojen perusteella hän suunnittelee ja toteuttaa asiakkaalle soveltuvan apuvälineratkaisun. Samalla hän arvioi myös ympäristön toimivuutta yksilön toiminnan ja apuvälineiden käytettävyyden näkökulmasta.

Apuvälineteknikko on kuntoutuksen käsitteellinen, jonka rooli sijoittuu sekä asiakkaan palveluun että välineiden tekniseen toteutukseen. Tutkintonimike itsessään kertoo, että työn keskiössä on ihmisen toiminta- ja liikkumiskyvyn tukeminen erilaisten apuvälineiden avulla. Päämääränä on, että asiakas voisi apuvälineiden avulla mahdollisimman hyvin selviytyä arjessa elämänsä eri vaiheissa rajoitteista huolimatta.

Apuvälinealan tietopohja perustuu kuntoutuksen tietoainekseen, tekniikkaan sekä lääke- ja terveystieteisiin. Apuvälineteknikon koulutuksen keskeisiä ydinosaamisalueita ovat:

- Asiakaskeskeinen, moniammatillinen osaaminen
- Apuvälinetarpeen ja toimintakyvyn arviointi

- Apuväline-, työmenetelmä- ja materiaaliensaaminen
- Yrittäjyysosaaminen
- Johtaminen, päätöksenteko ja dokumentointi.

Katsaus apuvälineteknikon arkeen

Jokainen asiakaskohtaaminen on apuvälineteknikolle yksilöllinen. Työ aloitetaan uuden asiakkaan kanssa aina apuvälinetarpeen arvioinnilla. Sen perusteella apuvälineteknikko tuottaa asiakkaalle apuvälineen. Toisinaan väline löytyy lähes valmiina hyllystä, jolloin riittää sovittaminen ja yksilön tarpeiden mukainen muokkaaminen. Toisinaan apuvälineteknikko suunnittelee ja valmistaa tuotteen asiakkaalle alusta saakka yksilöllisesti. Siten voidaan sanoa, että apuvälineteknikon työ on yhdistelmä asiantuntijuutta ja käsityöläisyyttä, höystettynä osaavalla asiakaspalvelulla.

Lopullinen apuväline tai apuvälineiden yhdistelmä tuotetaan asiakkaalle laajasta mahdollisuuksien kirjosta: apuvälineteknikot taitavat muun muassa raajaproteesit, ortootsit, liikkumisen apuvälineet, erityisjalkineet ja yksilölliset tukipohjalliset, päivittäisiin toimintoihin liittyvät apuvälineet sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksissa käytettävät hoidolliset apuvälineet sekä ympäristöhallinnan ja kommunikaation laitteistot.

Apuvälineteknikko työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollon alueella oman erityisalansa asiantuntijana apuvälineitä valmistavissa yrityksissä, sairaaloiden ja laitosten apuvälineyksiköissä tai muissa organisaatioissa. Apuvälineteknikko voi toimia myös yksityisenä ammatinharjoittajana tai myynti- ja markkinointitehtävissä apuvälineitä ja kuntoutuslaitteita toimittavissa yrityksissä.

Apuvälinealan koulutus

Metropolia Ammattikorkeakoulu on ainoa ammattikorkeakoulu Suomessa, joka järjestää apuvälineteknikon tutkintoon johtavaa koulutusta. Apuvälineteknikko (AMK) -tutkintoon valitaan joka syyskuu 22 uutta opiskelijaa 3,5 vuotta kestäviin opintoihin.

Alan alkuaikoina Suomen harvat protee-

sintekijät olivat itseoppineita. Proteesissäätöä koulutti työpaikkakoulutuksena henkilökuntansa. 1950-luvulla Sotainvalidien veljesliitto kannusti Proteesissäätöä etsimään ulkomaista asiantuntijaa. Syksyllä 1954 Suomeen saapuikin saksalainen ortopedimestari Gunther Schnur, jonka johdolla säätiössä alettiin kehittää uudenlaisia alaraaja-proteeseja. (Laakso 2003.)

Kauppa- ja teollisuusministeriön tuella järjestettiin kursseja henkilökunnalle, mutta lisäkoulutuksen tarve oli siitä huolimatta suuri. Vuosina 1961–1963 kymmenen proteesipajan kurssin käynnystä proteesityöntekijää suoritti kauppa- ja teollisuusministeriön tuella runsaita työnäytteitä sisältäneen kisälliasteen proteesimekaanikon ammattitutkinnon. Vuonna 1973 Invalidisäätiön tutkimustoimikunnan tekemässä mietinnössä esitettiin, että alan ammattikoulutus olisi viipymättä saatava alkuun. Mietinnössä esitettiin, että Suomen jokaisessa sairaanhoitopiirissä olisi keskussairaalan yhteydessä toimiva paja, joka valmistaa yksinkertaisia apuvälineitä sekä kykenee korjaamaan niitä. (Laakso 2003.)

Elokuussa 1974 opetusministeriö asetti toimikunnan valmistelemaan apuvälinetekniikan alan koulutuksen järjestämistä. Vuonna 1976 ammattikasvatushallitus perusti erillisen työryhmän esitykseen pohjautuen apuneuvoteknikkolinjan Helsingin IV sairaanhoito-oppilaitoksen yhteyteen. (Laakso 2003.)

Ensimmäinen apuneuvoteknikkokoulutus aloitti 9.1.1978. Opetusohjelma koostui perusaineista ja matemaattisista, luonnon- ja lääketieteellisistä, sosiaali- ja psykologianalan sekä ammatti- ja apuneuvoalan aineista. Opiskelu kesti kuusi lukukautta. Apuneuvoteknikkolinjalta valmistui 16 apuneuvoteknikkoa 19.12.1980. (Helsingin IV sairaanhoito-oppilaitoksen vuosikertomus 1981, Laakso 2003.)

Yhteiskunnan uudistusten myötä apuneuvoteknikot muuttuivat apuvälineteknikoiksi, ja koulutus kehittyi opistoasteelta ammattikorkeakouluun. Koulutuksen keskittyminen yhteen oppilaitokseen mahdollistaa sen pitkäjänteisen ja laadukkaan kehittämisen sekä alan osaajien sisäisen tehokkaan

verkostoitumisen. Metropolia Ammattikorkeakoulu tarjoaa Suomen monialaisimpana ammattikorkeakouluna myös laajimman tarjonnan kuntoutuksen alan tutkintoja. Se mahdollistaa apuvälineteknikoiden monialaisen verkostoitumisen muiden kuntoutusalan osaajien kanssa. Yhteistyömahdollisuudet muun muassa hyvinvointiteknologian ja muotoilun tutkintojen kanssa luovat mahdollisuuksia moniin innovatiivisiin toimintoihin.

Apuvälinetehniikan koulutuksessa on nykyisin käytössä osaamisperustainen opetussuunnitelma, jossa osaaminen kuvataan oppimistuloksina. Opetussuunnitelman uudistukset tehdään aina kiinteässä yhteistyössä apuvälinealan yhteistyökumppaneiden kanssa. Opetussuunnitelmaa raamittavat kansalliset ja kansainväliset ohjeistukset, kuten Eurooppalainen tutkintojen viitekehys (EFQ). Ammattikorkeakoulututkinto on kansainvälisesti Bachelor-tasoinen, ja EQF/NQF tason 6 mukaisesti tavoitteena on osaaminen, joka mahdollistaa itsenäisen työskentelyn alan asiantuntijatehtävissä ja alan itsenäisenä yrittäjänä.

Työelämäyhteyksiä ylläpidetään ja rakennetaan käytännön harjoittelujaksojen avulla. Harjoittelujen osuus on koko tutkinnosta (210 op) 75 opintopistettä. Harjoittelussa syntyneet suhteet työelämään luovat vahvan pohjan koulun ja eri toimijoiden väliselle kehittämisyhteistyölle. Osa harjoittelusta tapahtuu ohjattuna käytännön harjoittelujaksona apuvälinealan yrityksissä tai muiden yhteistyötahojen organisaatioissa, osa käytännöllisten aineiden opetuksena koulussa.

Opiskelijat saavat jo koulussa opintojaksojen aikana mahdollisuuden valmistaa malliasiakkaina toimiville kokemusasiantuntijoille yksilöllisten tarpeiden mukaisen proteesin, pyörätuolin yksilöllisen istuimen, tukipohjallisen tai ortoosin. Tuotteiden valmistusprosessi vastaa työelämässä tapahtuvaa apuvälineprosessia. Prosessiin kuuluu tarpeen arviointia, mitan ottoa ja tuotteen valmistusta sekä tuotteen sovitusta ja sopivuuden arviointia. Perinteisten työtapojen rinnalla opiskellaan myös modernia teknologiaa, kuten 3D-skannausta ja 3D-mallinnus-

ohjelmien käyttöä.

Opintojen aikana opiskelija kehittää omaa luovaa osaamistaan, projektimaista työskentelyä ja asiantuntijuuttaan sekä verkostoituu työelämän kanssa. Opintoihin kuuluu kymmenen opintopisteen laajuiset monialaiset innovaatioprojektiopinnot, joita toteutetaan työelämälähtöisesti. Opinnäytetyöt tarjoavat mahdollisuuden olla mukana ja osana koko apuvälinealan kehittämistoimintaa.

Koulutuksella on laajat kansainväliset verkostot. Opiskelijoilla on mahdollisuus kansainvälistymiseen opiskelijavaihtojen ja muun kansainvälisen yhteistyön kautta. Kansainvälisten huippuosaajien luennoille osallistuu ajoittain myös työelämän edustajia päivittämään osaamistaan.

Alan tulevaisuutta rakentamassa

Apuvälinetekniikan ammatti muuttuu yhteiskunnan mukana. Koulutuksessa panostetaan tulevaisuuden tarpeita vastaavaan kouluttamiseen. Arjen toimintamalli koulutuksen kehittämisessä on kuntoutuksen eri alojen koulutusten välinen yhteistyö, kuten myös tehokas ja laaja-alainen yhteistyö työelämän kanssa.

Metropolia koulutuksen koulutukset muodostavat tiiviin osaamis-yhteisön, jossa kuntoutusalan tutkinto-ohjelmat yhdessä kehittävät koulutustaan sekä asiakkaan oman hyvinvoinnin hallintaa tukevia kuntoutuspalveluja ja älykkäitä toiminta- ja palveluympäristöjä.

Metropolia sijaitsee esimerkiksi kuntoutuksen tutkintojen yhteisesti ylläpitämä liikelaboratorio (<http://www.metropolia.fi/palvelut/liikelaboratorio/>), jonka laitteistolla pystytään tutkimaan ihmisen liikettä apuvälineellä tai ilman. Laboratoriota hyödynnetään laajasti opiskelijoiden opinnoissa. Myös alan yritykset ja yhteisöt ovat hyödyntäneet liikelaboratoriota omien palvelujensa kehittämisessä.

Konkreettisesti kehittämistyön tukena ovat myös monialaiset työelämän kanssa yhteistyössä toteutettavat kehittämishankkeet. Esimerkiksi Tekesin rahoittamassa *Eleohjaimella sujuvampi arki* -projektissa (Valtanen ym. 2016) Metropolian apuvälinetekniikan

tutkinto-ohjelman merkitys verkostoinen oli keskeinen. Yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa kehitetään muun muassa Invalidiliiton *TuleApu – tukea ja tule-terveyttä apuvälineen käyttäjille* -hankkeessa (2018–2020) liikkumisen apuvälineitä käyttävien henkilöiden tuki- ja liikuntaterveyden edistämisen omahoitomateriaaleja ja koulutustilaisuuksia.

Apuvälinetekniikan koulutuksessa tulevaisuudessa tarjottavaa osaamista kehitetään ja arvioidaan myös *OsKu – osaamista kuntoutukseen* -hankkeessa, joka on Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteinen kuntoutusalan osaamiskeskittymä. Osaamiskeskittymän tavoitteena on uudistaa, vahvistaa ja kehittää koko valtakunnan kuntoutuksen koulutusta kuntoutujien parhaaksi. OsKu-hankkeessa on muun muassa selvitetty kuntoutuksen opiskelijoiden ja alumnien näkemyksiä kuntoutuksen koulutusten kehittämiskohteista. (Kokkonen & Holvikivi 2018.) Tulevaisuudessa apuvälinetekniikan laaja-alainen teknisten ratkaisujen osaaminen tuo näkökulmaa muun muassa tekoälyn hyödyntämiseen sujuvan arjen mahdollistamisessa.

Ensimmäisiltä kursseilta valmistuneet apuvälineteknikot ovat eläköitymässä lähivuosien aikana. Valtakunnallisesti tarkasteltuna työmahdollisuudet ovat hyvät alan uusille ammattilaisille.

Muutto Myllypuroon vahvistaa kuntoutuksen kehittämisen monialaisuutta

Apuvälinetekniikan koulutus on muuttamassa Helsingin Myllypuroon, johon valmistuu vuoden sisällä Metropolia Ammattikorkeakoulun uusi kampus. Muuton myötä Suomen laajin sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutus keskittyy saman katon alle. Se mahdollistaa koulutuksen ja työelämän monialaisen ja kiinteän yhteiskehittämisen entistä monipuolisemmin sekä opetuksen arjessa että tulevaisuuteen luotaavissa kehittämishankkeissa.

Lisätietoa apuvälinetekniikan koulutuksesta:
<http://www.metropolia.fi/haku/koulutustarjonta-nuoret-sosiaali-ja-terveysala/apuvälinetekniikka/>

Maria Kruus, apuvälineteknikko, TtM, osaamisaluepäällikkö, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toni Nisula, apuvälineteknikko YAMK, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Elina Ala-Nikkola, kulttuurituottaja YAMK, julkaisusuunnittelija, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Tomi Nurminen, apuvälineteknikko YAMK, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Pekka Paalasmaa, yliopettaja, FT, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Helsingin IV sairaanhoito-oppilaitoksen vuosikertomus (1981).
- Kokkonen L, Holvikivi J (2018) Opiskelijoiden ja alumnien toiveet kuntoutuksen opintojen tulevaisuudesta. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos-artikkelit. Luettavissa: http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/TK/Julkaisut/pdf/2018_Kokkonen_Holvikivi_Opiskelijoiden_ja_alumnien_toiveet_kuntoutuksen_opintojen_tulevaisuudesta_AATOS.pdf
- Laakso M (2003) Liikkeelle. Proteesissä 50 vuotta 1953–2003. Gummerus, Jyväskylä.
- Liikelaboratorio (2017) Esittely Metropolia Ammattikorkeakoulun verkkosivuilla. Luettavissa: <http://www.metropolia.fi/palvelut/liikelaboratorio/>
- OsKu – osaamista kuntoutukseen (2017) Esittely Metropolia Ammattikorkeakoulun verkkosivuilla. Luettavissa: <http://www.metropolia.fi/tutkimus-kehittaminen-ja-innovaatiot/hankkeet/osku-osaamista-kuntoutukseen/>
- Valtunen T, Pönkänen E, Reinikainen I (2016) Eleohjain kotiympäristön kontrollointiin [video 8.2.2016]. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Haettu osoitteesta <https://www.youtube.com/watch?v=7QtW81618BQ>

Suunta selville – tehostettua ohjausta nuorille syrjäytymisen ehkäisemiseksi

Syrjäytyneillä nuorilla viitataan usein NEET-nuoriin eli nuoriin, jotka eivät ole koulutuksessa, työssä tai harjoittelussa (NEET engl. Not in Employment, Education or Training). Matala koulutus, pitkäaikainen työttömyys ja toimeentulo-ongelmat ovat merkittäviä syrjäytymisen riskitekijöitä nuorilla aikuisilla. Lisäksi elämänhallinnan ja terveydelliset ongelmat, sosiaalisten suhteiden vähyys ja yhteiskunnallinen osattomuus liittyvät usein syrjäytymiseen (ks. Aaltonen ym. 2015).

On tavallista, että syrjäytyneet nuoret ovat muita sairaampia eivätkä palvelut kohtaa niitä nuoria, joiden työkyky on alentunut (Aaltonen ym. 2015). Nuorten palvelutarjonta on kuitenkin usein paikallisestikin varsin kattava ja monialainen, mutta sen haasteena on juuri moninaisuus ja sirpaleisuus, eivätkä yksittäiset työntekijät välttämättä tunne palvelujärjestelmän mahdollisuuksia. Tällöin nuoren tilanteesta ei ehkä saada riittävää kokonaiskuvaa tai hän ei saa tarvitsemaansa palvelua, vaikka sitä olisi tarjoilla. (Ks. esim. Hiilamo ym. 2017.) Yhtenä apuna nuoren kokonaistilanteen hahmottamiseen voivat olla matalan kynnyksen palvelut, joissa toimintaa voidaan tehdä usein kokonaisvaltaisesti ilman viranomaispäätöksiä ja nuoren tarpeisiin joustavasti räätälöiden.

Löydä suuntasasi -hanke
NEET-nuorten tueksi

Löydä suuntasasi – kokonaisvaltainen ohjausmalli tukea tarvitseville nuorille -kehittämishankkeen tavoitteena on puuttua nuorten syrjäytymiseen kehittämällä opiskelun ja työelämän ulkopuolella oleville nuorille ohjausmallia. Hankkeen tavoitteena on tukea alle 30-vuotiaiden nuorten pääsyä opintoihin, työhön tai heidän tarpeitaan vastaavien palveluiden piiriin. Hankkeessa kehitetään matalan kynnyksen kuntoutuksellista palvelua, johon ohjaututaan kaupunkien työllistämispalveluiden ja nuorten palveluiden alle kuuluvien Ohjaamojen tai esimerkiksi Etsivän nuorisotyön kautta.

Löydä suuntasasi -ohjausmalli koostuu ohjausjaksosta ja sen ympärillä tehtävästä eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä. Ohjausmallilla pyritään vastaamaan nuorten palveluita koskeviin haasteisiin ja siihen, että kattavista palveluista huolimatta nuori ei aina saa tarvitsemaansa tukea. Ohjausjakso sisältää yksilöllistä ohjausta, vertaistukea ryhmässä ja valmennusta mielentaitoihin ja elämänhallintaan. Jakson aikana kartoitetaan nuoren palvelutarvetta kokonaisvaltaisesti ja tarjotaan tukea arkeen sekä taitoja ja tietoa tulevaisuuden selkiyttämiseen. Malli pitää

sisällään myös ohjausjakson ympärille muodostettavan henkilökohtaisen yhteistyöverkoston, jonka päämääränä on varmistaa, että nuoret pääsevät tarvitsemansa tuen piiriin jo ohjausjakson aikana ja löytävät mielekkään jatkopolun. Yhteistyöverkoston voidaan ohjata nuoria, joiden haasteisiin (esim. talousvaikeuksiin) ohjausjaksolla ei voida vastata. Ohjausjaksolla toimii hanketyöryhmän kanssa yhteistyössä moniammatillinen asiantuntijaryhmä, joka tukee pidempiaikaisen yksilöllisen ohjauksen tuki- ja turvaverkoston löytymistä. Ohjausjakson tavoitteena on, että mukana olevat nuoret saavat oikeanlaista apua joko ryhmätoiminnasta tai muilta toimijoilta ja jokaiselle löytyy jatkopolku joko työhön, opintoihin tai kuntoutukseen toimintaan.

Case Managementista ja yhteiskehittämisestä lisäpotkua

Koska nuorten elämän pulmat saattavat olla hyvin moninaisia, tarvitaan Case Management -ajatteluun pohjaavaa ohjausta, jossa nuoren tarvitseman tuen laatu ja määrä arvioidaan ja kohdennetaan yksilöllisesti. Kuntoutusäitiöllä on runsaasti Best Practice -kokemustietoa nuorten mielenterveyskuntoutuksessa ja opiskeluongelmissa hyväksi havaituista, kuntoutujien tavoitteita edistävistä käytännöistä. Näiden pohjalta on yhteiskehittämisen pohjaksi laadittu alustava ohjausmallin runko. Yhteiskehittämisen aikana valitsemme työskentelytavan, jossa kaikkien toimijoiden parasta osaamista voidaan modifioida optimaalisesti nuoren tilanteen edistämiseksi.

Varsinainen ohjausmalli on tarkoitus rakentaa niin, että tunnistamme, miltä osin jo olemassa olevat sosiaali- ja terveydenhuollon, nuorisotoimen, työpajatoiminnan, TE-hallinnon tai Kelan ammatillisen kuntoutuksen toiminnat vaativat vielä täydennystä siten, että opiskelun ja työn ulkopuolella olevat, monialaista matalan kynnyksen tukea tarvitsevat nuoret tunnistetaan laajalti ja saadaan tuen piiriin. Rakennamme yhteiskehittämisen avulla sellaisen kokonaisuuden, josta kunkin tukea tarvitsevan nuoren on mahdollista valita kipeimmin tarvitsemiaan

osioita. Alkukartoituksessa saadaan esiin kuntoutujien yksilölliset tarpeet, odotukset ja tavoitteet.

Ryhmämuotoinen toiminta mahdollistaa vertaistuen ja sosiaalisten taitojen kehittämisen

Ryhmätoimintaa tarvitaan nuorten kohdalla siihen vaiheeseen, jossa opiskeluun tai työelämään siirtyminen ei vielä ole kantavalla pohjalla. Osalla syrjäytymisuhan alaisista nuorista on taustallaan koulukiusatuksi tulemisen tai muuta sosiaalisesti traumatisoivaa kokemusta. Onnistunut ryhmässä toimiminen tarjoaa tällöin mahdollisuuden korjaavaan kokemukseen. Kuntoutusäitiössä toteutetuista ryhmistä saatu asiakaspalaute viittaa siihen, että vertaistukiryhmä on koettu vaikuttavaksi menetelmäksi.

Hankkeessa tähdätään poistamaan esteitä opintoihin ja työelämään siirtymisen tieltä. Onkin huomionarvoista, että nykyinen työelämä tutkimus korostaa hyvien vuorovaikutustaitojen merkityksen kasvua ammattialasta riippumatta. Sosiaalisten taitojen puute vaikeuttaa työpaikan saantia silloinkin, kun nuoren kompetenssi riittäisi vaadittaviin työtehtäviin, koska työhaastattelutilanne koetaan monesti ylipääsemättömän vaikeaksi. Ryhmätoiminta on hyvä alusta vahvistusta kaipaavien sosiaalisten taitojen harjoitteluun.

Kohderyhmänä alle 30-vuotiaat nuoret

Kohdennamme toiminnan sellaisille alle 30-vuotiaille nuorille, joilla on useita samanaikaisia ja pitkäaikaisia elämänhallintaa vaikeuttavia ongelmia, joiden ratkomiseen he eivät ole saaneet aiemmin riittävää tukea. Siksi ohjausmallimme sisältö räätälöidään asiakaslähtöisesti käytännönläheiseksi ja monipuoliseksi psykososiaaliseksi kokonaisuudeksi. Ohjausmalli antaa taitoja myös ammatillisen tulevaisuuden selkiyttämiseen. Kohderyhmä tarkentuu edelleen hankkeeseen liittyvän yhteiskehittämisen myötä, kun nuoria kohtaavat yhteistyötahot (mm. Ohjaamot ja Vamos) nostavat esiin kokemuksiaan.

Nuorten ensimmäinen ohjausjakso on jo käynnistynyt, ja ohjausjaksoon kuuluvia ryhmiä järjestetään Helsingissä vuoden 2019 syksyyn asti. Seuraava Löydä suuntasi -ryhmä järjestetään 23.8.–11.10.2018 ja kolmas ryhmä 10.1.–28.2.2019.

Ryhmiiin on mahdollista päästä mukaan ottamalla yhteyttä jaksoa ohjaavaan psykologiin:

Leena Tarkiainen,
psykologi, PDO, psykoterapeutti
Puh. 044 7813095
leena.tarkiainen@kuntoutussaatio.fi

*Lisätietoa kehittämishankkeesta ja tulevien ryhmien ajankohdat näet hankkeen nettisivuilta:
www.kuntoutussaatio.fi/loydasuuntasi*

Löydä suuntasi – kokonaisvaltainen ohjausmalli tukea tarvitseville nuorille –kehittämishankkeen rahoittaa Kansaneläkelaitos

Kirjoittajat:

**Minna Parkkila, Maari Parkkinen,
Erja Poutiainen, Leena Tarkiainen**

Löydä suuntasi -hanke, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Aaltonen, Berg & Ikäheimo (2015) Nuoret luukulla – Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Tutkimuksesta tiiviisti 3, THL.
Hiilamo H, Määttä A, Koskenvuo K, Pyykkönen J, Räsänen T, Aaltonen S (2017) Nuorten osallisuuden edistäminen. Selvitysmiehen raportti, STM & OKM.



KIRJOITUSOHJEET

Kuntoutus on tieteellis-ammattillinen lehti, joka sisältää kirjoituksia kuntoutuksesta ja sitä sivuavista aloista. Kirjoitukset voivat olla esimerkiksi vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita tai vertaisarvioimattomia katsauksia, puheenvuoroja, koulutusesittelyjä, kirjaesittelyjä ja lectio praecursorioita sekä kuntoutuksen ajankohtaisia aiheita käsitteleviä lyhyitä kirjoituksia. Lehdessä julkaistaan myös ilmoituksia ja mainoksia. Neljä vuosittaista numeroa käsittävää Kuntoutus-lehteä julkaisevat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry.

Lehteen tarjottavat käsikirjoitukset lähetetään sähköpostitse (mieluiten Word-tiedostona) toimitussihteerille: annika.laisola-nuotio[at]kuntoutussaatio.fi. Mainitse viestissä, tarjoatko käsikirjoitusta tieteellisenä artikkelina vai jonain muuna kirjoituksena.

Kirjoittajille ei makseta palkkioita. Kirjoittajille lähetetään heidän oman kirjoituksensa pdf-tiedosto.

Tieteellinen artikkeli

Artikkeli on itsenäinen tieteellinen *alkuperäistutkimus*. Se voi olla myös *systemaattinen katsaus*, jossa jo olemassa olevaa tieteellistä tietoa kerätään, luokitellaan ja analysoidaan systemaattisesti siten, että syntyy uusi jäsenitys.

Artikkelikäsikirjoituksen tulee noudattaa rakenteeltaan tavanomaista tieteellisen artikkelin jäsenystä. Toimitus päättää soveltuvuudesta vertaisarviointiin. Kirjoitus lähetetään arvioijille nimettömänä. Lausunto artikkelista toimitetaan kirjoittajalle mahdollisia korjauksia varten. Artikkelin julkaisemisesta päättää päätoimittaja. Tieteellisen artikkelin suositeltava enimmäispituus on lähdeluettelo mukaan laskien 40 000 merkkiä välilyönteineen.

Tieteelliseen artikkeliin tulee liittää myös suomen- ja englanninkieliset tiivistelmät, joiden pituus on noin 2 000 merkkiä välilyönnit mukaan laskien. Tiivistelmässä kiteytetään tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja aineisto sekä keskeiset tulokset ja johtopäätökset. Englanninkieliseen tiivistelmään

lisätään artikkelin englanninkielinen otsikko sekä englanninkieliset kirjoittajatiedot.

Kuntoutus käyttää Tieteellisten seurain valtuuskunnan (TSV) vertaisarviointitunnusta ja on sitoutunut noudattamaan tunnuksen käytölle asetettuja ehtoja.

Katsaus ja muut asiantuntijakirjoitukset

Katsaus voi olla tutkimuskirjallisuuteen perustuva kuvaus jonkin aiheen käsittelystä tai empiiriseen aineistoon perustuva jäsenelty kuvaus. Lisäksi katsaus voi olla ammattillisesti painottunut, käytännön työhön perustuva kuvaus, esimerkiksi tapausselostus. Katsauksiin ei sovelleta vertaisarviointia.

Otamme mielellämme vastaan myös laajasti kuntoutuksen alaan liittyviä *puheenvuoroja*, *hanke-esittelyjä*, *kirja-arvioita* ja *lectio praecursorioita*. Julkaisemme myös ilmoituksia ja mainoksia.

Laajahkojen asiantuntijakirjoitusten, kuten katsausten ja puheenvuorojen, rakenne voi olla tieteellistä artikkelia vapaamuotoisempi. Niiden suositeltava enimmäispituus on 20 000 merkkiä välilyönteineen.

Kaikista kirjoituksista tarvitaan vähintään seuraavat tiedot:

- kirjoittajatiedot: etu- ja sukunimi, tutkinnon lyhenne, toimi, työpaikka
- otsikko ja mahdolliset alaotsikot
- leipäteksti
- lähdeluettelo, jos tekstissä on viittauksia

Kieliasu

Kirjoituksen on oltava sujuvaa suomen kieltä. Lyhenteiden ja alaviitteiden käyttöä on vältettävä. Tekstissä saa käyttää vain väliot-sikoita ja niiden alaotsikoita.

Tarkemmat kirjoittajaohjeet ovat nähtävissä [verkko-osoitteessa](http://www.kuntoutussaatio.fi/):

<http://www.kuntoutussaatio.fi/>
kuntoutus-lehti/kirjoitusohjeet



Kela|Fpa ^A

Kuntoutuksen tutkimusseminaari 2018 Yhdenvertaisuus kuntoutuksessa

22.11.2018 Kulttuuritehdas Korjaamo, Töölönkatu 51, A-B, Helsinki

Ohjelma

- 9.30 **Seminaarin avaus**
puheenjohtaja **Mauri Kallinen**, Kutke ry
Kelan tervehdys
- 9.45 **Kohdentuuko kuntoutus oikein?**
johtava ylilääkäri, tutkimusprofessori **Ilona Autti-Rämö** ja tutkimustiimin
päällikkö, dosentti **Anna-Liisa Salminen**, Kela
- 10.30 **Vastuullinen asiakasohjaus ammatillisen ja sosiaalisen
kuntoutuksen rajapinnoilla**
lehtori, dosentti **Keijo Piirainen**, Diakonia-ammattikorkeakoulu
- 11.15 Lounastauko
- 12.30 Suulliset esitykset rinnakkaisessioissa
- 14.00 Kahvi ja posterinäyttely
- 15.00 **Miten edistää yhdenvertaisuutta kuntoutuksessa?**
Kysy asiantuntijoilta: **Ilona Autti-Rämö**, **Keijo Piirainen**, **Risto Vataja**,
Peppi Saikku ja **Päivi Rissanen** vastaavat otsikkoa koskeviin kysymyksiin.
Moderaattoreina **Sinikka Hiekkala** ja **Pirjo Juvonen-Posti**
- 15.45 **Toiminnalliset** häiriöt ja niiden kuntoutus
ylilääkäri, väit. **Risto Vataja**, HUS psykiatria
- 16.30 Seminaaripäivä päättyy

Abstraktien viim. jättöpäivä 17. syyskuuta 2018.
Osallistumismaksu 60 €, KUTKE ry:n jäsenille maksuton.
Lisätietoja ja ilmoittautuminen: **www.Kutke.fi**

Tule mukaan kehittämään Kuntoutus-lehteä!

Suomen ainoa kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti Kuntoutus uudistuu. Etsimme ratkaisuja muun muassa yhteisjulkaisemisen, digitaalisen julkaisemisen ja yleisöpohjan laajentamisen haasteisiin.

Järjestämme vuoden 2018 aikana kaksi työpajaa, joihin kutsumme järjestöjen, oppilaitosten, kuntoutuksen järjestäjien ja palveluntuottajien edustajia sekä lehden lukijoita ja kirjoittajia keskustelemaan tilanteesta ja ideoimaan tulevaa.

Toinen työpaja järjestetään tiistaina 30.10.2018 klo 14.30 - 17.00 Kuntoutussäätiössä, Malminkartanossa. Siinä jatkamme ensimmäisessä työpajassa (5.6.2018) aloitettavaa Kuntoutus-lehden uudistamista muun muassa alkusyksyn lukijakyselyn tulosten pohjalta.

Tiedustelut ja ilmoittautumiset lokakuun työpajaan 9.10.2018 mennessä:
annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi.

Hyvät lukijat ja kirjoittajat, toivomme kommenttejanne Kuntoutus-lehden tulevaisuudesta! Lähestymme teitä lyhyellä kyselyllä heti alkusyksystä.

Tarkennettua tietoa saat seuraamalla Kuntoutus-lehden verkkosivuja:
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

Kuntoutus / Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2018

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2018 tuttuun tapaan neljästi. Tilaushinnat ovat ennallaan. Tilaamalla lehden seuraat alan tutkimusta ja ajankohtaisuuksia sekä saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa.

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

Ilmestymisaikataulu

Nro	Ilmestyy	Ilmoitusaineistot
3	viikko 40	viikko 37
4	viikko 50	viikko 47

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 2 | 2018 | 41. vuosikerta
ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkopainos)

Kuntoutus

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

Tilauksen ja osoitteenmuutokset voit tehdä osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti TAI
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh. 040 739 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

Iltonumero á 14 euroa + postimaksu

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry