

# Kuntoutuks

# 2021

Työkyvyttömyyseläkkeelle  
siirtymisen erot kunta-alan ja  
yksityisen sektorin palkansaajilla

Korkeakouluopiskelijoiden koetut  
oppimisvaikeudet

Lapsiperheiden arjen  
vahvuudet varhaiskasvatuksen  
erityisopettajien näkökulmasta

Digitaalisuuden mahdollisuuksia  
puheterapiapalvelussa

## SISÄLTÖ

---

### PÄÄKIRJOITUS

- RIITTA SEPPÄNEN-JÄRVELÄ  
Muutos on pysyvää 3

### ERIKOISARTIKKELIT

- SINIKKA HIEKKALA, SUSANNA MELKAS  
KUTKEa tarvitaan myös sote-ajassa 6

### TIETEELLISET ARTIKKELIT

- ANU POLVINEN  
Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen erot kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajilla 10

### KATSAUKSET JA ANALYYSIT

- HANNA RINNE, JOHANNA KORKEAMÄKI JA TIIA VILLA  
Korkeakouluopiskelijoiden koetut oppimisvaikeudet ja niiden yhteys elämän eri osa-alueisiin 24

- ANJA RANTALA JA SANNA UOTINEN  
Lapsiperheiden arjen vahvuudet varhaiskasvatuksen erityisopettajien näkökulmasta 37

- SAMI KAUPPINEN, ELINA KESÄNIEMI JA SARI HELENIUS  
Digitaalisuuden mahdollisuuksia puheterapiapalvelussa 43

- JOUNI PUUMALAINEN  
ADHD-diagnoosin saaneiden lasten ja nuorten liikunnan tukeminen osallisuuden lisääjänä 48

### PUHEENVUOROT

- PAULIINA HEISKANEN JA TERHI MYLLER  
Green Care -ohjausmalli ikäosaamisen tulevaisuuskompassina? 53

### LECTIO PRAECURSORIA

- JAANA SARAJUURI  
Kokonaisvaltainen neurokuntoutusohjelma kohentaa aivovamman saaneiden psykososiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia 58

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa sähköisessä muodossa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kutke ry; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Jouni Puumalainen, Kuntoutussäätiö; Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto; Salla Sipari, Metropolia AMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutainen, päätoimittaja, Riitta Seppänen-Järvelä, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Sinikka Hiekkala, Soile Kuitunen, Mika Pekkonen, Riikka Shemeikka. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT** <https://journal.fi/kuntoutus/index> **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa | Yhteisötilaus 300 euroa **JULKAISIJAT** Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys Kutke ry | 44. vuosikerta | ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu) **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen

RIITTA SEPPÄNEN-JÄRVELÄ

Reilu vuosi sitten elämäämme ilmestyi tuntematon muuttuja. Aluksi seurasimme sitä etäältä, mutta nopeasti jouduimme kokemaan oma-kohtaisesti sen, mitä globaalin virustaudin eteneminen on tarkoittanut. Koronaviruspandemia on muuttanut ihmisten ja organisaatioiden totuttuja käytäntöjä; muutosstrategioita ja -taktiikoita on ollut monenlaisia: taistelua, sopeutumista, uuden innovointia, välipitämättömyyttä ja lamaanantumista. Tässäkin asiassa on ollut voittajia ja häviäjiä.

Korona-ilmiö on ollut myös monien tutkimusten keskiössä, sillä muutosten suuntaa ja luonnetta on seurattu ja arvioitu. Tutkimustyön tavoite on tuottaa soveltamiskelpoista tietoa valtavan kompleksisen haasteen ymmärtämiseen ja selättämiseen. Myös kuntoutuksen kentällä tutkijat ryhtyivät varsin nopeasti selvittämään pandemian vaikutuksia siinä vaiheessa, kun viranomaiset alkoivat maaliskuussa vuonna 2020 ohjeistaa kuntoutuksen toteutusta. Tällöin valtakunnallisten ohjeiden mukaan kasvokkaista kuntoutusta rajattiin ja tilalle suositeltiin etäkuntoutusta. Nyt jälleen suomalainen yhteiskunta käyttää järeitä sulkutoimia taudin leviämisen pysäyttämiseksi.

Kelan tutkimusyksikkö suuntasi keväällä vuonna 2020 kyselyn fysio-, toiminta-, puhe- ja musiikkiterapeuteille, neuropsykologeille sekä psykoterapeuteille. Kysely tuotti tietoa tilanteesta, jolloin kuntoutuksen toteuttajat alkoivat pikaisesti etsiä ratkaisuja koronan aiheuttamiin rajoituksiin. Tällöin 41 prosenttia terapeuteista ei jatkanut kasvokkaista kuntoutusta ja 86 prosenttia kyselyn vastaajista otti käyttöön etäkuntoutuksen vähintään joidenkin asiakkaiden kanssa. Vastaajien mukaan hyvin pienellä osalla (3 %) asiakkaista terapiaa jäi täysin toteutumatta ja näyttääkin siltä, että etäkuntoutuksen ansiosta vain osalla asiakkaista kuntoutus jäi kokonaan toteutumatta. Vastaajista 20 prosenttia arvioi, ettei yhdenkään asiakkaan terapiaa jäänyt toteutumatta. Erityisesti fysioterapeuteilta jäi eniten asiakkaita ilman terapiaa – merkittävä osa vastaajista ilmoittikin kokeneensa taloudellisia menetyksiä. Asiakasryhmiä, joiden arvioitiin jääneen ilman kuntoutusta koronakeväänä, olivat yli 70-vuotiaat henkilöt ja veteraanit. Myös nuorempia riskiryhmiin kuuluvia asiakkaita jäi pois kuntoutuksesta, joko omasta toiveestaan tai lääkärin tai terapeutin suosituksesta. Kyselyn mukaan myös maahanmuuttajataustaisten lapsiasiakkaiden terapioiden keskeytyi huomattavasti. (Ks. Heiskanen ym. 2020, Heiskanen & Salminen 2020.) Pandemian jatkuessa ja poikkeustilanteen arkipäiväistyessä on tärkeä-

tä tuottaa tutkimustietoa myös pidemmällä aikaperspektiivillä. Tällöin pystytään havaitsemaan koronan aiheuttamien muutosten vaikutuksia ja seuraamuksia, joista osa on kielteisiä ja osa kenties myönteisiä. Tietoa tarvitaan, jotta voidaan tehdä korjausliikkeitä niin yksilöiden kuin yhteiskunnan tasolla. Ehkä korona ilmiönä tulee nousemaan esille tässäkin lehdessä tutkimusten julkaistessa tuloksiaan.

Käsillä olevan lehden tieteellinen alkuperäisartikkeli, jonka on kirjoittanut Anu Polvinen, tuottaa tietoa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen eroista kunta-alan ja yksityisen sektorin työntekijöillä. Tutkimus tuo esille, että kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välillä on eroja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Kunta-alalta siirrytään useammin osatyökyvyttömyyseläkkeelle kuin yksityiseltä sektorilta. Sektorien väliset erot johtuvat osin työntekijöiden yksilötekijöistä, mutta myös työnantajaorganisaation koolla on merkitystä.

Katsaukset ja analyysit -osastossa Hanna Rinne, Johanna Korkeamäki ja Tiia Villa kirjoittavat korkeakouluopiskelijoiden koetuista oppimisvaikeuksista, jotka ovat varsin yleisiä nuorilla aikuisilla. Tutkijat selvittivät oppimisvaikeuksien yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin ja muuhun terveyteen sekä elintapoihin, opintojen etenemiseen ja osallisuuden kokemuksiin. Tuloksena he raportoivat, että oppimisvaikeuksia kokeneilla oli muita yleisemmin todettuja ja koettuja pulmia psyykkisessä hyvinvoinnissa sekä heikompi terveydentila. Katsaus tuo esille, että oppimiseen liittyviin asioiden kohentaminen voisi olla reitti vaikuttaa myös laajemmin ihmisen hyvinvointiin ja elämänlaatuun.

Anja Rantalan ja Sanna Uotisen tarkastelussa ovat lapsiperheiden arjen vahvuudet varhaiskasvatuksen erityisopettajien näkökulmasta. Katsausta kehystää ekokulttuurinen lähestymistapa: lapsiperheet ovat nykyään hyvin monimuotoisia. Perheet eivät vain sopeudu ympäristöön ja sen vaatimukseen vaan dynaamisesti muokkaavat sitä itselleen ja omiin arvoihinsa sopivaksi. Tutkijat toteavat, että tunnistamalla lapsiperheiden arjen vahvuuksia voidaan edesauttaa perheiden hyvinvoinnin tukemista. Arjen vahvuuksia esille nostamalla pystytään myös havaitsemaan, millaisilla asioilla voidaan tukea perheitä kuormittavissa tilanteissa.

Samu Kauppinen, Elina Kesäniemi ja Sari Helenius kirjoittavat digitaalisuuden mahdollisuuksista puheterapiapalvelussa. He analysoivat – nykypäivänä niin ajankohtaisen ja välttämättömän – palveluiden digitalisoinnin tuottamia muutoksia. Tarkastelussa ovat puheterapiapalvelut erityisesti asiakkaan hoitopolun sekä puheterapeutin työn näkökulmasta.

Jouni Puumalaisen kirjoituksessa tarkastellaan erityisesti ADHD-diagnoosin saaneiden lasten ja nuorten liikunnan tukemista osallisuuden näkökulmasta.

Lehden puheenvuorokirjoituksen on kirjoittanut Pauliina Heiskanen yhdessä Terhi Myllerin kanssa. He pohtivat Green Care -ohjausmallia ikäosaamisen tulevaisuuskompassina. Ikäosaamisella he tarkoittavat ikäihmisten hyvinvointiin liittyvää tietoa, taitoa, asennetta ja etiikkaa – itselleni tuore käsite!

Myös Kuntoutus-lehdessä voimme huomata, että kuntoutuksen alueelta on väitellyt useita tutkijoita viime aikoina: tällä kertaa on luetavissa neuropsykologi Jaana Sarajuuren väitöstilaisuuden lectio. Hän väitteli 1.10.2020 Helsingin yliopistossa aivovammojen kuntoutuksesta.

Heti pääkirjoituksen jälkeen on luettavissa lehden erikoisartikkeli, joka on Juhani Wikströmin haastattelu. Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisyhdistys KUTKE:n aiempänä puheenjohtajana hän valottaa yhdistyksen syntyyn vaikuttaneita tekijöitä sekä kuntoutusalan kehityskulkuja. Yhdistyksen historia nivoutuu läheisesti myös Kuntoutus-lehteen ja Kuntoutussäätiöön, jonka rinnalle KUTKE lehden julkaisijana taannoin liittyi. Kuntoutus-lehti on myös ollut yhdistyksen jäsentilauslehti. Kirjoituksessa mennyt ja nykyisyys kohtaavat niin ikään haastattelun asetelmassa, kun yhdistyksen nykyinen puheenjohtajisto eli Susanna Melkas ja Sinikka Hiekkala otti haastattelijan roolin.

Tämän pääkirjoituksen myötä kiitän Kuntoutus-lehteä ja KUTKEa hienosta tilaisuudesta työskennellä kaksi vuotta toisena päätoimittajana. Kun minua pyydettiin tehtävään, toin esille toiveeni määräajasta sekä tehtävän kierrätyksestä, joka mielestäni myös vahvistaa lehden laaja-alaisuutta ja vitalisuutta. Toivotan seuraavan päätoimittajan lämpimästi tervetulleeksi – digitaalinen Kuntoutus-lehti jatkaa merkittävää tehtäväänsä alan kotimaisena tieteellis-ammattillisena julkaisuna ja keskustelufoorumina.

Lukemisiin,

**Riitta Seppänen-Järvelä**

*VTT, dosentti, tutkuspäällikkö, Kelan tutkimus*

### **Lähteet**

Heiskanen T, Rinne H, Salminen AL (2020) Koronakriisin aikana kuntoutus keskeytyi monesta syystä. Kelan tutkimusblogi, 31.8.2020. Saatavilla internetissä: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5523>

Heiskanen T, Salminen AL (2020) Koronakriisi vaikutti yksilöterapioiden toteutukseen. Kelan tutkimusblogi, 24.6.2020. Saatavilla internetissä: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5389>

## KUTKEA TARVITAAN MYÖS SOTE-AJASSA

### Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys KUTKE ry:n aiemman puheenjohtajan Juhani Wikströmin haastattelu

Lokakuaisena iltana vuonna 2020 kokoonnuimme Invalidiliiton tiloissa kolmen hengen voimin, aiheena ainutlaatuinen katsaus kuntoutuksen kehittämisen vaiheisiin ja kuntoutuksen uuteen tulemiseen sote-muutoksiin valmistauduttaessa. Juhani Wikström, joka on aiemmin kahdesti ollut vastuussa Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys KUTKE ry:n puheenjohtajan tehtävästä, oli KUTKE:n nykyisen puheenjohtajan ja varapuheenjohtajan haastateltavana.

**Juhani Wikström, KUTKE:n toiminnalle luotiin pohja 1980-luvulla.**

**Miten tuota aikakautta voisi kuvailla suhteessa nykyhetkeen, kuntoutuksen näkökulmasta?**

Maahamme saatiin 1980-luvulla uudet lait, jotka olivat edistyksellisiä ja muuttivat kuntoutujien asemaa ja palveluita. Tuona ajankohtana kuntoutuksen arvot olivat lähes samat kuin 2020-luvulla. Niitä olivat työntekijöiden asiakaslähtöinen, moniammatillinen ja yhteisöllinen työote. Ihminen haluttiin nähdä subjektina, ei objektina, toimenpiteet haluttiin suunnitella usean ammattilaisen yhteistyönä, ja ympäristön fyysinen ja henkinen esteettömyys alkoi kiinnostaa.

Sosiaali- ja terveysministeriössä (STM)

parhaillaan vireillä olevat Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset vuodelta 2017 kuulostavat sen vuoksi tutuilta. Ajassa tapahtunutta edistystä kuvaa se, että entisten painotusten oheen on tuotu entistä vaativampia tavoitteita.

Menneet vuodet vakuuttavat, että KUTKEa tarvitaan. Sen nykyinen kokoonpano, jossa ovat edustettuina käytännön työntekijät, tutkijat, ammattikorkeakoulut, yliopistot ja KELA, on perusta vaikuttamiselle, uusille sosiaalisille innovaatioille ja niiden soveltamiselle sekä koulutukselle. Sillä on käytössään toimikunnat kuntoutuksen erityispätevyyttä, tiedettä, koulutusta, ammatillista ja mielenterveyskuntoutusta sekä viestintää varten. Sillä on myös kansainvälinen yhteistyökumppani EFRR (European Forum for Research in Rehabilitation). Kansainvälisesti katsoen KUTKE on ainutlaatuinen yhdistys, muissa maissa ei ole vastaavia kansallisia kuntoutuksen tutkimuksen ja kehittämisen organisaatioita.

KUTKE on ollut kykenevä muutokseen tarpeen vaatiessa. Yhdistyksen rakentuminen nykyisen kaltaiseksi on hidas tapahtuma ja tarvitsee selkeän vision ja ennen muuta luottamusta. Onnistumisen takeena ovat hyvät yhteistyökumppanit menneiden vuosien varrelta.

**KUTKE:n nimi oli alussa Suomen lääkinnällisen kuntoutuksen yhdistys ry (SLKY). Mikä on tämän tausta?**

Luonnollinen selitys alkuperäiselle nimelle oli se, että perustajat olivat keskussairaaloiden kuntoutustutkimusyksiköiden ylilääkärit ja kuntoutussihteerit. Lähtölaukaus oli vuoden 1984 VALTAVA-uudistus, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuksen palveluita ohjailtiin tulevaan. Vuonna 1987 perustettu yhdistys oli tarkoitettu julkisen terveydenhuollon ammattilaisille. Näin saatiin kuitenkin aikaan valtakunnallinen forum tukemaan paikallista virkatyötä.

Kuntoutustutkimusyksiköiden omat resurssit olivat niukat ja uusien lakien edellyttämät haasteet puolestaan valtavat. Sosiaalihuoltolain siirrettyillä resursseilla oli samalla käynnistettävä koko maan laajuinen terveydenhuollon henkilöstön koulutus kuntoutuksen integroimiseksi osaksi eri alojen ja yksiköiden normaalia toimintaa. Asiat etenivät vauhdilla, ja alettiin kaivata epämuodollista ja vapaata foorumia yhteyksien solmimiseen ja innovaatioiden yhteensovittamiseen.

Vaikka SLKY ry oli toimiva, se ei palvelut riittävän hyvin uudistuksen tarkoittamaa monialaista yhteistyötä. Uudet sosiaaliset innovaatiot vaativat lisää osajia, jotta moniammatilliset, asiakaslähtöiset, yksilön tarpeet paremmin huomioivat ja vaikuttavammat palvelut toteutuisivat. Tavoitteena oli, että toimintamallit myös leviäisivät aktiiviseksi käytännön työotteiksi. Kuntoutumisprosessista haluttiin silta julkisesta terveydenhuollosta kohti ympäröivää yhteiskuntaa ja sen muita palveluita. Näin hoito- ja kuntoutusprosessit saataisiin jatkamaan tarpeen mukaan sosiaalitoimissa, vakuutusjärjestelmässä, työelämässä, oppilaitoksissa ja normaalissa arjessa. Onnistuminen edellytti eri aloilla toimivien ammattilaisten saamista saman pöydän ympärille. Samaan aikaan myös kuntoutuksen tutkijat kokivat voimattomuutta ja yksin jäämistä ja haaveilivat omasta yhdistyksestä asiansa edistämiseksi.

**Tehtiin siis toiminnan muutos, joka näkyi myös nimenmuutoksena?**

Uudessa tilanteessa oli luontevaa katsoa SLKY:n toimintaa entistä laajemmasta näkökulmasta. Yksimielisesti päätettiin avata yhdistys kaikille kuntoutuksen ammattilaisille riippumatta siitä, missä organisaatiossa toimi. Mukaan saatiin niin julkisen kuin yksityisen sektorin toimijat, niin kuntouttajat kuin tutkijat. Kuntoutussäätiön tutkijoiden mukaan tulo oli ratkaiseva uuden yhteistyön kannalta. Vuonna 2012 SLKY:n nimeksi tuli Kuntoutuksen tutkimuksen ja kehittämisen yhdistys ry eli KUTKE. Näin saatiin käynnistettyä yhteistyö ja välitön vuorovaikutus kuntouttajien ja tutkijoiden kesken.

KUTKE sai heti kannatusta, sillä laaja-alaiselle verkostolle oli selvästi sosiaalinen tilaus. Siitä muodostui odotusten mukaisesti avoin ja vapaa foorumi asioiden yhdessä pohtimiseen, tavoitteiden asettamiseen ja vaikuttamiseen. Sen avulla kyettiin rakentamaan nopeasti ja tehokkaasti verkostoja eri hallinnonalojen ja asiantuntijoiden välille. Yhdistyksen perustaminen laajensi näkökulmaa, nosti esille asioita, joita voitiin yhdessä edistää, lisäsi vaikuttavuutta, kohensi koulutuksen tasoa ja yhdisti tutkijat ja käytännön työntekijät uusien toimintamallien edistämiseksi. Laajentunut toimintamuoto mahdollisti säännölliset kuntouttajien ja tutkijoiden koulutukset sekä yhdessä että erikseen. Tutkijoiden avulla ammattilaisille järjestetyt tieteelliset tapaamiset toimivat myös hyvänä koulutusperustana kansainvälisiin tieteellisiin tapahtumiin.

Uusi aika on tuonut uusia haasteita entisten lisäksi. STM:n vuoden 2017 Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset ovat myös KUTKE:n asialistalla. Kuntoutus on tärkeässä roolissa, kun sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitellaan kustannustehokkaampaa yhteistyötä ja vaikuttavampia toimenpiteitä ihmisten arjessa pärjäämisen helpottamiseksi. Kuntoutuksen lainsäädäntö ja sen mukaisesti toteutetut käytännöt ovat Suomessa olleet aina myös kansainvälisesti vertailtuna korkeatasoisia, mikä sekin on hyvä kannustin uusille sosiaalisille innovaatioille.

## Millaista yhteistyötä on tehty STM:n kanssa, ja mikä rooli on ollut Kuntoutussäätiöllä?

STM:n ja aikanaan Kuntoutusasiain neuvottelukunnan selonteot ovat olleet aina KUTKEN asialistalla ja niihin on reagoitu ja vaikutettu pitämällä yhteyttä asioista vastaaviin virkamiehiin. Kuntoutusasiain neuvottelukunta oli merkittävä tuki ja turva, mutta sen toimeksianto on sittemmin päättynyt. Se ei ole este yhteydenpitoon, sillä ministeriössä on edelleen kuntoutusasioista vastaava virkamies.

Kuntoutuksen tutkimuksen kannalta merkittävää oli neuvottelukunnan tutkimusjaoston työskentely vuosina 2000–2003, jolloin KUTKE oli edustettuna useassa roolissa. Vuoden 2003 raportin valmisti Kuntoutussäätiö STM:n tilauksesta. Näin KUTKEN työ vahvistui myös kuntoutuksen tutkimuksen yhdistyksenä. STM:n tutkimus- ja kehittämisjohtajan aloitteesta KUTKEN yksi tavoitelluimmista toiveista toteutui Suomen Akatemian päättäessä tukea kuntoutuksen tutkimusta. Päätös muutti kuntoutuksen tutkimuksen asenneilmastoa kertahetimitä muidenkin rahastojen osoittaessa tukea kuntoutuksen tieteellistä tutkimusta kohtaan.

Kuntoutussäätiöllä on ollut urauurtava rooli suomalaisen kuntoutuksen tutkijana ja kouluttajana. Säätiön tutkijoiden aktiivisella panoksella KUTKEen perustettiin tieteellinen toimikunta ja säännölliset monitieteiset tutkijaseminaarit käynnistettiin. KUTKE pystyi näin vastaamaan STM:n vaateisiin kuntoutuksen tutkimuksen edistämiseksi. Kuntoutuksen tutkimus on tuonut merkittävästi lisäarvoa arvioitaessa terveydenhuollon vaikuttavuutta, kun tavoitteena on ihmisten paluu sairastamisen tai vammautumisen jälkeen arkeen työ- ja toimintakykyisenä ja itsenäisesti pärjävänä kansalaisena. KUTKEN tavoite on jatkossakin olla ministeriön arvostama kuntoutuksen asiantuntija, jonka kannanottoja kuunnellaan palveluita kehitettäessä.

## Miten KELA oli mukana KUTKEN alkutaipaleella?

KELA on ollut perinteisesti sekä kuntouttaja että kuntoutuksen tutkimuksen tiennäyttäjä. KUTKEN valitsema toimintamalli juontaa yhteistyöhön Kansaneläkelaitoksen (KELA) ja erityisesti sen Turussa sijainneen Kuntoutustutkimuskeskuksen kanssa. Laitos järjesti 1980- ja 90-luvuilla kuntoutustutkimusyksiköille mittavat koulutukset ja ohjasi keskussairaalat kansainväliseen yhteistyöhön. Kouluttamisen ohella KUTKELLE avautuivat ovet European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) -järjestöön. Turun kuntoutustutkimuskeskuksen johtaja Veikko Kallio oli tämän moniammatillisen ja monitieteisen organisaation perustajajäsen. EFRR oli perustettu vuonna 1983. Perusteltua on todeta, että KUTKEN valitsemat kehittämisen ja tutkimuksen roolit sekä kansainvälinen toiminta ovat perintöä edellä mainitusta yhteistyöstä. Se loi perustan, jolta KUTKE nyt ponnistaa.

## Miten KUTKEN kansainvälinen yhteistyö lähti käyntiin?

Suomi oli perustamassa EFRR:ää, ja KUTKEN yhteistyö EFRR:n kanssa sai alkunsa vuonna 1988 Rotterdammassa. Yhdistyksellämme on ollut kahdesti EFRR:n puheenjohtajuus ja sen hallituksessa on aina ollut edustajamme. EFRR edustaa maailmalla ainutkertaista moniammatillista ja monitieteistä tutkijoiden ja kuntouttajien yhteisöä. KUTKEN aloitteesta EFRR:llä on oma julkaisunsa IJRR – International Journal for Rehabilitation Research, joka on maailmanlaajuinen ja myös monitieteinen lehti. Sen päätoimittajana ja toimituskunnassa on ollut ja on KUTKEN edustaja. KUTKE on hoitanut kansainvälisen roolinsa niin hyvin, että EFRR:n kotipaikaksi tuli organisaation sääntöjä uudistettaessa Suomi. KUTKELLA oli iso rooli sääntöjen uudistamisessa. KUTKE on EFRR:n jäsenorganisaatioista ainoa, jonka perusta on EFRR:n mukaisesti moniammatillinen ja monitieteinen. Tässäkin asiassa olemme edistyksellisiä, sillä kuntoutuksen alalla monitieteisyys on tulevaisuuden tapa toimia. EFRR järjestää kahden



vuoden välein kansainvälisen kongressin, joka on kahdesti pidetty Suomessa vuosina 1994 ja 2015. Kansainvälinen monitieteinen yhteistyö on lisännyt varmuutta ja valanut luottamusta kuntoutuksen tulevaisuuteen, kun kilpaillaan yhteiskunnan voimavaroista.

### Mikä rooli KUTKella on ollut kansainvälisen toimintakykyluokituksen ICF:n jalkauttamisessa?

KUTKE tuki Sosiaalihuollon pyrkimyksiä kansainvälisen toimintakykyluokituksen (ICF) istuttamisessa terveydenhuoltoon. Sosiaalihuollon ylilääkärin ja Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden ajama ja WHO:n laajalla kansainvälisellä yhteistyöllä rakentama toimintakyvyn luokitus koki voimakasta vastarintaa. Se haluttiin välineeksi terveydenhuollon palvelujen vaikutusten arviointiin. Vastustajia riitti, arvostelu oli rajua ja luokitusasiantuntijat pitivät sitä käytäntöön soveltumattomana. KUTKE oli johdonmukaisesti edistämässä asiaa jäsenistönsä tuella ja järjestämällä koulutusta. Tämä tuki oli välttämätön, ja ilman sitä tuskin olisimme nykyisessä tilanteessa. Toimintakyky ja arjessa pärjääminen ovat tänä päivänä tavoiteltavia asioita terveydenhuollon toiminnan vaikuttavuutta arvioitaessa.

### KUTKE vastaa lääkäreiden kuntoutuksen erityispätevyysohjelmasta yhdessä Suomen Lääkäriliiton kanssa. Milloin tämä yhteistyö alkoi, ja millaista muuta yhteistyötä on ollut kuntoutuksen koulutuksesta vastaavien tahojen kanssa?

KUTKE teki aloitteen lääkäreiden kuntoutuksen erityispätevyden aikaan saamiseksi. Suomen Lääkäriliitto suhtautui alun alkaen myönteisesti asiaan. Lääkäriliitto perusti kuntoutuksen erityispätevyden 31.1.2001, ja se on tällä hetkellä toiseksi suosituin lääkäreiden erityispätevyksistä, edelle menee vain lääkärikouluttajan erityispätevyys. Kuntoutuksen erityispätevyden käytännön asioita hoitaa KUTKEN alaisuudessa toimiva Kuntoutuksen erityispätevyystoimikunta. Lääkäriliiton ohjeissa on tarkemmin määritelty pätevyden yleisperusteet, tavoitteet ja

vaatimukset, jotka toimikunta työssään ottaa huomioon. Ne kuvaavat hyvin KUTKEN omalle toiminnalleen asettamia tavoitteita.

Yhteistyötä on ollut esimerkiksi apuvälineteknologian projekteissa Teknillisen korkeakoulun ja Taideteollisen korkeakoulun (jotka myöhemmin liitettiin Aalto-yliopistoon) kanssa. Ammattikorkeakoulujen edustajia on perinteisesti ollut KUTKEN jäsenistössä runsaasti, mikä on tarjonnut luonnollisia yhteistyökavereita.

Myös hoitajille voitaisiin kehittää kuntoutuksen erityispätevyysohjelmaa vastaava erikoistumismahdollisuus, koska kuntouttava hoitotyö on hyvin tärkeä osa kuntoutusta.

### Millainen KUTKE on ollut yhteiskunnallisena vaikuttajana?

KUTKEssa on vuosien varrella voimavarojen niukkuudesta huolimatta riittänyt tarmoa myös muunlaiseen välittämiseen. Se järjesti esimerkiksi vuonna 1990 Viron itsenäistytessä laajan apuvälineiden keräyksen virolaisille kuntoutujille.

Ennen kaikkea KUTKella on nyt sote-uudistuksen pyörteissä tärkeä vaikuttamisen paikka, ja kaikkia kuntoutuksen ammattilaisia tarvitaan mukaan toimintaan. KUTKEN vahvuutena on Tieteellisten seurain valtuuskunnan (TSV) jäsenyys, mikä kertoo vahvasta tieteellisestä taustasta ja sitoutumisesta eettisiin periaatteisiin.

Juhani Wikströmiä haastattelivat 5.10.2020:

**Susanna Melkas,**  
KUTKE ry:n puheenjohtaja vuodesta 2020  
Ylilääkäri, HUS Laakson neurologian klinikka  
Neurologisen kuntoutuksen apulaisprofessori,  
Helsingin yliopisto

**Sinikka Hiekkala,**  
KUTKE ry:n varapuheenjohtaja vuodesta 2013  
ja tieteellisen toimikunnan puheenjohtaja  
vuodesta 2020  
Tutkimusjohtaja, Invalidiliitto ry  
Neurologisen kuntoutuksen dosentti,  
Jyväskylän yliopisto



# TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEELLE SIIRTYMISEN EROT KUNTA-ALAN JA YKSITYISEN SEKTORIN PALKANSAAJILLA

---

## Johdanto

Vuonna 2018 Suomessa työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi noin 20 000 henkilöä (ETK ja Kela 2019). Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä yleisempää, vaikka nykyään uusista alkavista työkyvyttömyyseläkkeistä yhä useampi on osatyökyvyttömyyseläke (ETK ja Kela 2019). Viime vuosina osatyökyvyttömyyseläkealkavuus työeläkejärjestelmässä on ollut noin 0,2 prosenttia ja täysien työkyvyttömyyseläkkeen alkavuus noin 0,5 prosenttia (Laaksonen 2020).

Kunta-alalla eläköityminen on ollut viime vuosina suurta. Varsinkin osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yleistä (Lybäck 2019, Sohlman 2020). Vuonna 2017 osatyökyvyttömyyseläkealkavuus kunta-alalla oli 0,5 prosenttia ja täysi työkyvyttömyyseläkealkavuus samoin 0,5 prosenttia (Keva 2018). Näin ollen kunta-alalla viime vuosina alkaneista työkyvyttömyyseläkkeistä noin joka toinen on osatyökyvyttömyyseläke. Valtion työntekijöillä työkyvyttömyyseläkealkavuus on pienempää kuin kunta-alalla (Keva 2018). Tässä tutkimuksessa keskitytään pelkästään kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välisiin työkyvyttömyys-

eläkkeiden alkavuuseroihin.

Aikaisempaa tietoa siitä, mistä työkyvyttömyyseläkealkavuuksien erot kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välillä johtuvat, on vähän. Kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajat eroavat monin tavoin toisistaan. Kunta-alalla työskentelevät ovat useimmiten naisia ja verrattain ikääntyneitä. Monella heistä on pitkä työura kunta-alalla (Kt.fi 2020a). Sen sijaan yksityisen sektorin palkansaajat ovat nuorempia ja sukupuolijakauma yksityisellä sektorilla on tasaisempi. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski kasvaa voimakkaasti iän myötä (Bruusgaard ym. 2010, Polvinen ym. 2014) ja siirtyminen työkyvyttömyyseläkkeelle on suurinta erityisesti 55–59-vuotiailla (ks. esim. Lybäck 2019).

Myös muilla esimerkiksi ammattiin tai koulutukseen liittyvillä tekijöillä voi olla vaikutusta kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välisiin eroihin työkyvyttömyyseläkealkavuudessa. Kunta-alalla ammattirakenne on jossain määrin erilainen kuin yksityisellä sektorilla (Kt.fi 2020b). Monet suuret kunta-alan ammattiryhmät, kuten sairaala- ja laitosapulaiset ja lähihoitajat, ovat ammattiryhmiä, joissa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yleistä (Lybäck

2019, Sohlman 2020, Koski-Pirilä 2011, Leineweber ym. 2019). Myös matala koulutus ja sosioekonominen asema kuten myös matalat tulot ovat yhteydessä korkeampaan työkyvyttömyyseläkeriskiä (Bruusgaard ym. 2010, Nilsen ym. 2012, Leinonen ym. 2012, Polvinen ym. 2013). Tiedetään myös, että työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa on alueellisia eroja. Pohjois- ja Itä-Suomi ovat niitä alueita, joissa on korkea työkyvyttömyyseläkealkavuus (ks. esim. Laaksonen & Gould 2013, Sohlman 2020). Aikaisempaa tietoa siitä, miten nämä tekijät ovat yhteydessä sektoreiden välisiin työkyvyttömyyseläkealkavuuksien eroihin, ei juuri ole.

Myös työpaikkaan liittyvät tekijät ovat yhteydessä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen (ks. esim. Laaksonen ym. 2019). Aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedetään esimerkiksi, että suurista yrityksistä siirrytään osatyökyvyttömyyseläkkeelle useammin kuin pienistä yrityksistä (Laaksonen ym. 2019). Kunta-alalla lähes kaikki työnantajat ovat suuria työntekijöiden lukumäärällä mitattuna (Kt.fi 2020a). Työnantajan koolla on vaikutusta myös työkyvyttömyyseläkemaksun määräytymiseen, sillä suurien työnantajien työeläkemaksuihin vaikuttavat työntekijöille myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä, kun taas pienille työnantajille työkyvyttömyyseläkemaksu on vuosittain määrättävä vakiomaksu (ks. esim. Liukko ym. 2017).

Sekä kunta-alla että yksityisellä sektorilla työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää joko kuntoutustukena eli määräaikaisena työkyvyttömyyseläkkeenä tai niin sanottuna toistaiseksi voimassa olevana työkyvyttömyyseläkkeenä. Kuntoutustukea maksetaan lyhytaikaisesti henkilölle, jonka sairauden voidaan katsoa paranevan kuntoutuksella (ETK 2020a). Yleisimmät työkyvyttömyyseläkkeen syyt ovat mielenterveyden häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Nämä syyt kattavat noin 60 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä (ETK ja Kela 2019). Mielenterveyssyiden osuus kaikista uusista työkyvyttömyyseläkkeistä on kasvanut viime vuosina. Vuonna 2019 mielenterveyssyiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtynyt lähes 7000 henkilöä. Masennus on mielen-

terveysdiagnoosiryhmistä yleisin. Erityisesti nuorten ja lähellä eläkeikää olevien naisten masennuksen vuoksi myönnetty työkyvyttömyyseläkkeet ovat kasvaneet viime vuosina (ETK 2020b, Laaksonen 2020).

Tässä esiteltävässä tutkimuksessa tarkastellaan, miten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen eroaa kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välillä ja millainen vaikutus erilaisilla yksilötason tekijöillä on sektoreiden välisiin eroihin työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa. Analyseissa otettiin huomioon myös yksityisen sektorin työnantajan koko työntekijöiden lukumäärällä mitattuna, jotta voitiin tarkastella, miten työnantajan koko on yhteydessä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Artikkelit etenee siten, että ensiksi kuvataan työkyvyttömyyseläkealkavuuksia sekä yksityisen sektorin palkansaajilla että kunta-alalla. Osatyökyvyttömyyseläkkeelle ja täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä tarkastellaan erikseen. Tämän jälkeen esitellään työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen mallinnusta tilastollisilla malleilla, joissa yksilötason tekijöiden vaikutus on vakioitu. Näitä yksilötason tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, siviilisääty, ammatti, koulutus, työuran pituus ja asuinalue. Lisäksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen eroja tarkastellaan työkyvyttömyyden synnyn mukaan sekä sen mukaan, onko eläke alkanut kuntoutustukena vai toistaiseksi voimassa olevana. Lopuksi tarkastellaan vielä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä yksivuotisikäryhmittäin ja erikseen ikäryhmissä 56–58- ja 60–62-vuotiaat. Tällä pyrittiin selvittämään, muuttuuko työkyvyttömyyseläkealkavuus 60 ikävuoden täyttämisen jälkeen, jolloin myös yksityisellä sektorilla aletaan soveltaa ammatillista työkyvyttömyyden määritelmää (ETK 2020a).

## Menetelmät

Tutkimusaineistona on Eläketurvakeskuksen rekisteritiedot (kokonaisotos), joihin on lisätty Tilastokeskuksesta ja Digi- ja väestötietovirastosta tietoja. Tarkastelun kohteena ovat vuonna 2013 ei-eläkkeellä olevat 30–62-vuotiaat työeläkevakuutetut, jotka ovat olleet vakuutettuina Kuntien eläke-

lain (KuEL) tai Työntekijän eläkelain (TyEL) mukaan. Tarkemmin sanottuna aineisto sisältää ne kunta-alalla tai yksityisellä sektorilla palkansaajina olleet henkilöt, jotka eivät ole siirtyneet eläkkeelle ennen vuotta 2013. Rajausta ei ole tehty pelkästään työllisiin, vaan mukana ovat myös esimerkiksi työttömät. Seuranta-ajanjakso sisältää vuodet 2014–2017. Aineisto sisältää kattavasti vuosittaiset eläketiedot sekä tiedot työkyvyttömyyseläkkeen syystä. Lisäksi aineistossa on tiedot muun muassa koulutuksesta, ammatista, siviilisäädystä sekä asuinalueesta (AVI-luokitus). Tiedot työuran pituudesta sekä eläkettä kartuttaneista ansioista ovat Eläketurvakeskuksen rekistereistä, samoin kuin tieto viimeisimmän työnantajan koosta työntekijöiden lukumäärällä mitattuna. Taustatiedot ovat pääasiassa ajalta ennen seurannan alkua, toisin sanoen vuosilta 2012 tai 2013. Tutkittaville henkilöille lasketaan seuranta-ajanjaksolla kertyneet henkilövuodet ottaen huomioon eläkkeelle siirtyneet ja kuolleet.

Keskimäärin 20 prosenttia kaikista palkansaajista Suomessa työskentelee kunta-alalla ja noin 77 prosenttia palkansaajista vakuutetaan Työntekijän eläkelain (TyEL) mukaan (Kt.fi 2020a). Malleissa TyEL-järjestelmä on jaettu työnantajan koon mukaan kolmeen yhtä suureen ryhmään: 1) Alle 60 henkilön työnantajiin (pienet), 60–799 henkilön työnantajiin (keskisuuret) ja yli 800 henkilön työnantajiin (suuret). Kuntatyönantajat ovat pääasiassa suuria työnantajia, minkä vuoksi kunta-alan työntekijät pidetään yhtenä ryhmänä. Malleissa ovat mukana myös ne yksityisen sektorin työntekijät (TyEL-järjestelmään kuuluvat), joita ei voitu yhdistää mihinkään työpaikkaan. Näitä oli aineistossa 23 prosenttia. Tämän ryhmän tulokset esitetään yhtenä ryhmänä taulukoissa 3–5, mutta niitä ei raportoida.

Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet lasketaan käyttäen vuosittaisia tietoja työkyvyttömyyseläkkeellä olevista (ns. vuoden lopun tilanne). Perätaisten vuosien työkyvyttömyyseläketiedoista lasketaan vuoden aikana työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä. Saman vuoden aikana alkaneita ja päättyneitä, niin

sanottuja lyhyitä työkyvyttömyyseläkejaksosia ei tässä huomioida. Koska käytettävissä on vain vuoden lopun eläketieto, eläkkeelle siirtymistapahtuma asetetaan tapahtuneeksi tapahtumavuoden puolivälissä. Lisäksi tutkittava voi siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle vain yhden kerran seuranta-ajanjaksolla. Näin ollen, jos esimerkiksi osatyökyvyttömyyseläke vaihtuu täydeksi työkyvyttömyyseläkkeeksi, huomioidaan henkilö vain kerran työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneeksi, sen mukaan, mikä on hänen ensimmäinen työkyvyttömyyseläkejaksonsa. Lisäanalyseissä (taulukoissa 4 ja 5 sekä kuviossa 1c) tarkastellaan täysiä työkyvyttömyyseläkealkavuuksia myös siten, että mukaan otetaan myös ne henkilöt, jotka ennen täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistään ovat olleet osatyökyvyttömyyseläkkeellä.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä mallinnetaan käyttäen Coxin suhteellisten vaarojen mallia, joka perustuu elinaikamalleihin (ks. esim. Terneau & Grambsch 2000). Mallien avulla lasketaan hazard ratio -luvut (HR) ja näille 95 prosentin luottamusvälit (95 % lv). Taulukoista nähdään, kuinka HR-luvut kunta-alan ja yksityisen sektorin välillä muuttuvat, kun malliin otetaan yksilötason tekijöitä mukaan. Mallit toteutetaan SAS-ohjelmiston avulla.

Yksilötason tekijöiden merkitystä työkyvyttömyyseläkealkavuuksien eroihin kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välillä tarkastellaan siten, että ensin esitetään vakioimattomat HR-luvut (malli 0). Sen jälkeen esitetään mallit, joissa on vakioitu ikä- ja sukupuolirakenne (malli 1), ja tämän jälkeen on vakioitu siviilisääty, asuinalue, työura, eläkettä kartuttaneet ansiot, koulutus ja ammatti (malli 2). Vakiointien avulla nähdään, miten yksilötason tekijöiden huomioon ottaminen muuttaa sektoreiden välistä HR-lukua.

Artikkelin lopussa kuvataan työkyvyttömyyseläkealkavuuksia yksivuotiskäryhmittäin 50–62-vuotiailla kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajilla vuoden 2017 tiedoilla. Samalla tarkastellaan logistisen regressiomallin avulla sitä, miten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vetosuhte

(OR) sektoreiden välillä muuttuu kahdessa eri ikäryhmässä, 56–58- ja 60–62-vuotiailla, kun yksilötason tekijät otetaan huomioon. Tällä pyritään selvittämään, muuttuuko työkyvyttömyyseläkealkavuus 60 ikävuoden täyttämisen jälkeen, jolloin myös yksityi-

sellä sektorilla aletaan soveltaa ammatillista työkyvyttömyyden määritelmää. 59-vuotiaat jätettiin tarkastelusta pois, koska he täyttivät 60 vuotta vuonna 2017, ja näin ollen he saattoivat olla työkyvyttömyyseläkkeen alkaessa joko alle tai yli 60-vuotiaita.

Taulukko 1. Kunta-alan (KuEL) ja yksityisen sektorin palkansaajat (TyEL) taustatekijöiden mukaan vuonna 2013, %.

		KuEL	TyEL
Ikä vuoden 2013 alussa			
	30 - 44	44,9	50,9
	45 - 49	16,8	16,6
	50 - 54	17,9	14,9
	55 - 59	16,4	13,5
	60 - 61	4,0	4,0
Sukupuoli			
	Miehet	20,9	56,0
	Naiset	79,1	44,0
Siviilisäät			
	Naimisissa/avoliitto	71,3	67,1
	Muu	28,7	32,8
Eläkettä kartuttaneet ansiot euroa			
	0 - 15,000	21,7	29,3
	15,000 - 30,000	28,2	21,8
	30,000 - 45,000	36,6	27,0
	45,000 -	13,5	21,8
Koulutus			
	Perusaste	11,8	22,2
	Keskiaste	37,8	41,3
	Alempi korkea-aste	32,9	25,8
	Ylempi korkea-aste	17,6	10,8
Koko työuran pituus vuosina			
	Alle 10	21,1	23,0
	10 - 20	29,9	32,7
	20 - 30	27,1	25,4
	yli 30	21,9	18,8
Ammattiluokitus			
	Johtajat	2,0	4,7
	Erityisasiantuntijat (pl. terveydenhuollon erityisas. + opettajat)	6,6	12,6
	Terveydenhuollon erityisasiantuntijat	5,2	0,4
	Opettajat yms.	12,8	1,6
	Asiantuntijat	8,9	14,2
	Terveydenhuollon asiantuntijat	13,9	1,6
	Toimisto- ja asiakaspalvelu	4,4	7,1
	Palvelu- ja myyntityöntekijät, suojele ja vartiointi	4,6	11,7
	Hoivapalvelun ja terveydenhuollon työntekijät	20,2	3,5
	Rakennus-, korjaus- ja valmistus	1,7	10,7
	Prosessi- ja kuljetustyöntekijät	1,3	10,2
	Muut (sis.muut työntekijät ja ammatti tuntematon)	18,5	21,8
Alue (AVI-luokitus)			
	Etelä-Suomi	35,6	43,9
	Lounais-Suomi + Ahvenanmaa	12,6	12,0
	Itä-Suomi	11,4	7,7
	Länsi- ja Sisä-Suomi	22,7	19,2
	Pohjois-Suomi	9,6	6,9
	Lappi	3,8	2,4
	Tuntematon	4,3	8,0
Työpaikan koko			
	Pieni (ttlkm*<60)		25,1
	Keskisuuri (60<=ttlkm*<=799)		25,6
	Suuri (ttlkm*>=800)		25,5
	Tieto puuttuu		23,4
	Kuntatyönantaja	100,0	
	<b>Yhteensä</b>	<b>399 505</b>	<b>1 345 544</b>

ttlkm\*=työntekijöiden lukumäärä

## Tulokset

Taulukossa 1 kuvataan yksityisen sektorin ja kunta-alan palkansaajat yksilötason tekijöiden mukaan vuonna 2013. Taulukosta nähdään, että henkilöt, jotka työskentelevät kunta-alalla, ovat vanhempia, useammin naisia, korkeammin koulutettuja ja heillä on keskimäärin hieman pidempi työura verrattuna yksityisen sektorin palkansaajiin. Lisäksi kunta-alalla toimitaan jonkin verran erilaisissa ammateissa kuin yksityisellä sektorilla. Kunta-alalla yleisimpiä ammattiryhmiä ovat muun muassa hoiva-alan ja terveydenhuollon työntekijät ja asiantuntijat sekä opettajat. Yksityisen sektorin palkansaajilla yleisimpiä ammattiryhmiä ovat erityisasiantuntijat, asiantuntijat sekä palvelu- ja myyntityöntekijät.

Taulukossa 2 esitetään työkyvyttömyyseläkealkavuudet sukupuolen mukaan kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajilla seuranta-ajanjaksolla, vuosina 2014–2017. Täydet ja osatyökyvyttömyyseläkealkavuudet on esitetty erikseen. Seuranta-ajanjaksolla 48 241 henkilöä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle, joista 16 112 henkilöä siirtyi osatyökyvyttömyyseläkkeelle ja 32 129 henkilöä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle. Kunta-alalla osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yleisempää kuin yksityisen sektorin työntekijöillä. Osatyökyvyttömyyseläkealkavuus on suurempaa naisilla kuin miehillä. Sektoreiden väliset erot alkavuuk- sissa ovat pienemmät täysien työkyvyttömyyseläkkeiden osalta.

Taulukko 2. Työkyvyttömyyseläkealkavuus kunta-alalla (KuEL) ja yksityisen sektorin palkansaajilla (TyEL) vuosina 2014–2017, %.

		KuEL	TyEL
Miehet	Osatyökyvyttömyys	0,31	0,12
	Täysi työkyvyttömyys	0,52	0,49
Naiset	Osatyökyvyttömyys	0,57	0,21
	Täysi työkyvyttömyys	0,51	0,46
Kaikki	Osatyökyvyttömyys	0,52	0,16
	Täysi työkyvyttömyys	0,51	0,48

Myös taulukosta 3 nähdään, että osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yleisempää kunta-alalla kuin yksityisen sektorin palkansaajilla. Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on myös sitä yleisempää, mitä suurempi TyEL-työnantaja on. Suurilta yksityisen sektorin työnantajilta siirrytään kuitenkin vähemmän osatyökyvyttömyyseläkkeelle kuin kunta-alalta. Vakioimattomassa mallissa kunta-alalla osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vaarasuhde eli HR-luku on yli kolminkertainen verrattaessa TyEL-järjestelmän palkansaajiin. Yksilötason tekijöiden vakiointien jälkeen osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen HR-luku on kunta-alalla noin kaksinkertainen verrattaessa yksityisen sektorin työntekijöihin. Yksilötason tekijöiden vakiointi pienentää sektoreiden välisiä eroja osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä.

Taulukossa 3 tarkastellaan osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä olevia eroja sen mukaan, onko eläke alkanut osakuntoutustukena vai toistaiseksi voimassa olevana osatyökyvyttömyyseläkkeenä sekä sairausryhmittäin. Yksilötason tekijöiden vakiointien jälkeen toistaiseksi voimassa olevalle osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen HR-luku on kaksinkertainen kunta-alalla verrattaessa TyEL-järjestelmään. Kuntoutustuen osalta vastaavat vakioidut luvut ovat verrattain samansuuruiset. Kun tarkastellaan sairausryhmittäin osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä, havaitaan, että kunta-alan ja yksityisen sektorin väliset erot osatyökyvyttömyyseläkealkavuudessa säilyvät. Myös työnantajan koolla on merkitystä työkyvyttömyyseläkealkavuuteen, sillä suuremmilta yksityisen sektorin työnantajilta siirrytään useammin osatyökyvyttömyyseläkkeelle kuin pienemmiltä yksityisen sektorin työnantajilta.

Taulukossa 4 mallinnetaan täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään hiukan useammin kunta-alalta kuin yksityiseltä sektorilta. Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen HR-luku on noin 1,1-kertainen kunta-alalla verrattaessa TyEL-järjestelmän työnantajiin (vakioitu malli). Kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välinen ero

Taulukko 3. Osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen eläkelain mukaan. Coxin suhteellisten vaarojen malli, vaarasuhde eli hazard ratio (HR) ja 95 %:n luottamusvälit (95 % lv).

		MALLI 0		MALLI 1		MALLI 2	
		HR	95 % lv	HR	95% lv	HR	95 % lv
<b>Kaikki</b>							
n = 16112	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,47	1,38-1,57	1,46	1,37-1,56	1,54	1,44-1,64
	TyEL (suuret)	2,17	2,04-2,30	1,97	1,85-2,09	2,01	1,89-2,14
	TyEL (tieto puuttuu)	0,61	0,56-0,66	0,50	0,46-0,55	1,08	0,99-1,17
	KuEL	4,25	4,03-4,49	3,00	2,84-3,17	2,99	2,81-3,17
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	3,20	3,10-3,30	2,41	2,33-2,49	1,96	1,89-2,04
<b>Toistaiseksi voimassa oleva</b>							
n = 10892	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,47	1,36-1,58	1,47	1,36-1,58	1,53	1,41-1,65
	TyEL (suuret)	2,06	1,92-2,21	1,88	1,75-2,01	1,93	1,80-2,08
	TyEL (tieto puuttuu)	0,64	0,58-0,70	0,49	0,45-0,55	1,06	0,96-1,18
	KuEL	3,99	3,74-4,26	2,84	2,66-3,04	2,99	2,78-3,21
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	3,05	2,94-3,17	2,35	2,26-2,45	2,02	1,93-2,11
<b>Kuntoutustuki</b>							
n = 5220	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,48	1,31-1,66	1,46	1,30-1,64	1,56	1,38-1,75
	TyEL (suuret)	2,43	2,19-2,71	2,16	1,94-2,41	2,15	1,93-2,40
	TyEL (tieto puuttuu)	0,54	0,46-0,63	0,51	0,43-0,59	1,09	0,93-1,29
	KuEL	4,89	4,43-5,40	3,36	3,04-3,72	2,98	2,67-3,32
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	3,53	3,34-3,73	2,53	2,39-2,67	1,87	1,75-2,00
<b>Masennus</b>							
n = 1988	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,33	1,09-1,63	1,32	1,08-1,61	1,34	1,10-1,64
	TyEL (suuret)	2,29	1,91-2,74	1,98	1,65-2,38	1,94	1,62-2,33
	TyEL (tieto puuttuu)	0,75	0,59-0,95	0,65	0,51-0,82	1,31	1,02-1,69
	KuEL	5,57	4,73-6,54	3,55	3,01-4,19	2,90	2,43-3,46
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	4,10	3,75-4,48	2,80	2,55-3,07	1,97	1,77-2,20
<b>Muu mielenterveys</b>							
n = 724	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,63	1,16-2,29	1,62	1,15-2,28	1,71	1,21-2,41
	TyEL (suuret)	2,98	2,18-4,06	2,70	1,98-3,69	2,76	2,01-3,77
	TyEL (tieto puuttuu)	1,04	0,71-1,53	0,94	0,64-1,39	1,73	1,15-2,60
	KuEL	6,04	4,53-8,06	4,42	3,29-5,93	4,40	3,22-6,00
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	3,60	3,11-4,16	2,73	2,35-3,19	2,31	1,93-2,76
<b>Tuki- ja liikuntaelin-sairaudet</b>							
n = 8656	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,60	1,47-1,75	1,60	1,46-1,74	1,71	1,56-1,86
	TyEL (suuret)	2,41	2,22-2,62	2,15	1,98-2,33	2,23	2,05-2,43
	TyEL (tieto puuttuu)	0,57	0,51-0,65	0,45	0,40-0,51	1,05	0,93-1,19
	KuEL	4,46	4,14-4,82	2,98	2,76-3,22	3,13	2,88-3,41
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	3,15	3,02-3,28	2,28	2,18-2,38	1,90	1,80-2,00
<b>Muut syyt</b>							
n = 4744	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,31	1,17-1,46	1,30	1,17-1,46	1,33	1,19-1,48
	TyEL (suuret)	1,71	1,54-1,89	1,61	1,45-1,79	1,61	1,45-1,79
	TyEL (tieto puuttuu)	0,57	0,49-0,66	0,50	0,43-0,57	1,01	0,86-1,18
	KuEL	3,38	3,09-3,72	2,73	2,48-3,00	2,68	2,42-2,97
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	2,91	2,75-3,08	2,45	2,31-2,61	2,06	1,92-2,21

Malli 0 = Vakioimaton

Malli 1 = Ikä ja sukupuoli

Malli 2 = Malli 1 + siviilisäätö+ asuinalue+ eläkekertymä+koulutus+ammatti

TyEL (pienet) = TyEL(ttlkm\* < 60)

TyEL (keskisuuret) = TyEL(60 ≤ ttlkm\* ≤ 799)

TyEL (suuret) = TyEL(ttlkm\* ≥ 800)

TyEL (tieto puuttuu)

KuEL

ttlkm\* = työntekijöiden lukumäärä

Taulukko 4. Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen eläkelain mukaan. Coxin suhteellisten vaarojen malli, vaarasuhde eli hazard ratio (HR) ja 95 %:n luottamusväli (95 % lv).

		MALLI 0		MALLI 1		MALLI 2	
		HR	95 % lv	HR	95 % lv	HR	95 % lv
<b>Kaikki</b>							
n = 32129	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,84	0,81-0,87	0,84	0,81-0,88	0,98	0,94-1,02
	TyEL (suuret)	0,94	0,90-0,97	0,92	0,88-0,96	1,01	0,98-1,06
	TyEL (tieto puuttuu)	1,61	1,55-1,66	1,44	1,39-1,49	1,29	1,24-1,34
	KuEL	1,16	1,12-1,21	1,08	1,03-1,11	1,19	1,14-1,24
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,07	1,05-1,10	1,02	0,99-1,05	1,10	1,08-1,14
<b>Kaikki</b>							
n = 39478	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,91	0,87-0,94	0,91	0,87-0,94	1,08	1,04-1,12
(mukana myös osatk:lta täydelle siirtyneet)	TyEL (suuret)	1,05	1,02-1,09	1,01	0,98-1,05	1,13	1,09-1,17
	TyEL (tieto puuttuu)	1,57	1,52-1,62	1,37	1,33-1,42	1,24	1,20-1,29
	KuEL	1,42	1,38-1,46	1,24	1,20-1,28	1,38	1,33-1,43
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,27	1,24-1,29	1,15	1,12-1,18	1,24	1,20-1,26
<b>Toistaiseksi voimassa oleva</b>							
n = 14756	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,87	0,82-0,92	0,87	0,82-0,92	1,00	0,95-1,06
	TyEL (suuret)	0,81	0,77-0,86	0,80	0,75-0,85	0,87	0,82-0,93
	TyEL (tieto puuttuu)	2,06	1,96-2,17	1,66	1,58-1,74	1,30	1,23-1,37
	KuEL	1,03	0,98-1,09	0,95	0,90-1,00	1,11	1,05-1,18
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	0,89	0,85-0,92	0,87	0,83-0,91	1,06	1,01-1,11
<b>Kuntoutustuki</b>							
n = 17373	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,83	0,79-0,87	0,82	0,78-0,87	0,96	0,91-1,00
	TyEL (suuret)	1,04	0,99-1,09	1,01	0,96-1,06	1,13	1,07-1,19
	TyEL (tieto puuttuu)	1,24	1,19-1,30	1,23	1,17-1,29	1,25	1,18-1,31
	KuEL	1,27	1,22-1,33	1,17	1,11-1,22	1,28	1,21-1,35
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,25	1,21-1,28	1,16	1,11-1,20	1,17	1,13-1,22
<b>Masennus</b>							
n = 5617	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,93	0,84-1,03	0,92	0,83-1,02	1,03	0,93-1,15
	TyEL (suuret)	1,19	1,08-1,31	1,12	1,02-1,23	1,17	1,06-1,29
	TyEL (tieto puuttuu)	2,19	2,01-2,39	2,07	1,90-2,26	1,83	1,66-2,01
	KuEL	1,83	1,68-1,99	1,52	1,38-1,66	1,54	1,40-1,69
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,40	1,32-1,49	1,19	1,12-1,26	1,22	1,14-1,30
<b>Muu mielenterveys</b>							
n = 4209	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,87	0,77-0,99	0,86	0,77-0,98	1,08	0,95-1,22
	TyEL (suuret)	1,08	0,96-1,22	1,08	0,96-1,21	1,18	1,05-1,33
	TyEL (tieto puuttuu)	3,35	3,03-3,69	3,36	3,05-3,72	1,78	1,60-1,98
	KuEL	1,71	1,54-1,90	1,69	1,52-1,88	1,64	1,47-1,84
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,12	1,04-1,20	1,10	1,02-1,18	1,22	1,13-1,32
<b>Tuki- ja liikunta-elinsairaudet</b>							
n = 9458	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,83	0,78-0,89	0,83	0,77-0,89	0,99	0,92-1,06
	TyEL (suuret)	0,95	0,89-1,01	0,91	0,86-0,97	1,04	0,97-1,11
	TyEL (tieto puuttuu)	1,22	1,14-1,30	1,02	0,95-1,09	1,11	1,03-1,19
	KuEL	1,03	0,97-1,10	0,88	0,82-0,97	1,07	1,00-1,15
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,04	0,99-1,09	0,93	0,89-0,98	1,03	0,98-1,09
<b>Muut syyt</b>							
n = 12845	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,82	0,78-0,87	0,82	0,78-0,86	0,94	0,88-0,99
	TyEL (suuret)	0,82	0,77-0,87	0,83	0,78-0,88	0,91	0,86-0,97
	TyEL (tieto puuttuu)	1,36	1,29-1,44	1,21	1,15-1,28	1,15	1,09-1,23
	KuEL	0,95	0,90-1,00	0,95	0,90-1,00	1,07	1,00-1,13
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	0,95	0,92-1,00	0,99	0,94-1,03	1,07	1,02-1,12

Malli 0 = Vakioimaton

Malli 1 = Ikä ja sukupuoli

Malli 2 = Malli 1 + siviilisääty+ asuinalue+ eläkekertymä+koulutus+ammatti

TyEL (pienet) = TyEL(ttlkm\*<60)

TyEL (keskisuuret) = TyEL(60<=ttlkm\*<=799)

TyEL (suuret) = TyEL(ttlkm\*>=800)

TyEL (tieto puuttuu)

KuEL

ttlkm\* = työntekijöiden lukumäärä



täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä on selkeästi pienempi kuin ero osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä.

Taulukossa 4 kuvataan myös sektoreiden väliset erot täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä siten, että mukaan otetaan myös ne alkaneeet täydet työkyvyttömyyseläkkeet, joita on edeltänyt osatyökyvyttömyyseläke. Tällöin erot täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välillä ovat suuremmat. Vakioitu HR-luku siirtymiselle täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle kunta-alalta on noin 1,2-kertainen verrattaessa yksityisen sektorin työnantajiin. Eron kasvu johtuu osaltaan siitä, että osatyökyvyttömyyseläkkeet ovat yleisempiä kunta-alalla ja suuremmilla työnantajilla, jolloin myös sektoreiden väliset erot kasvavat, kun laskelmiin otetaan mukaan osatyökyvyttömyyseläkkeen kautta täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet.

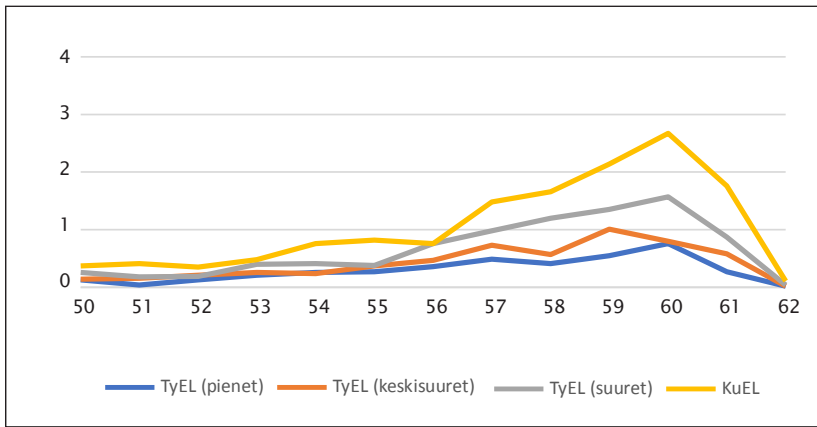
Taulukossa 4 esitetään mallit toistaiseksi voimassa olevalle täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle ja täydelle kuntoutustuelle siirtymiselle sekä mallit työkyvyttömyyseläke-diagnoosin mukaan. Kunta-alalta siirrytään sekä täydelle kuntoutustuelle että täydelle toistaiseksi voimassa olevalle työkyvyttömyyseläkkeelle useammin kuin yksityiseltä sektorilta. Kuntasektorilta siirrytään myös hieman useammin täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen ja muiden mielen-terveysyiden vuoksi kuin yksityisen sektorin pienimmiltä työnantajilta. Sen sijaan tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä ei ole selkeitä eroja sektoreiden välillä.

TyEL-järjestelmässä työnantajan koolla ei ole merkitystä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä, kun mukana ovat kaikki täydet työkyvyttömyyseläkkeet. Sen sijaan kun täysiä työkyvyttömyyseläkealkavuuksia tarkastellaan sen mukaan, onko työkyvyttömyyseläke alkanut toistaiseksi voimassaolevana vai kuntoutustukena, tai työkyvyttömyyseläke-diagnoosin mukaan, havaitaan pieniä eroja työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa työnantajan koon mukaan (ks. taulukko 4). Lisäksi TyEL-järjestelmässä vakuutetuilla henkilöillä, joille ei löydy vii-

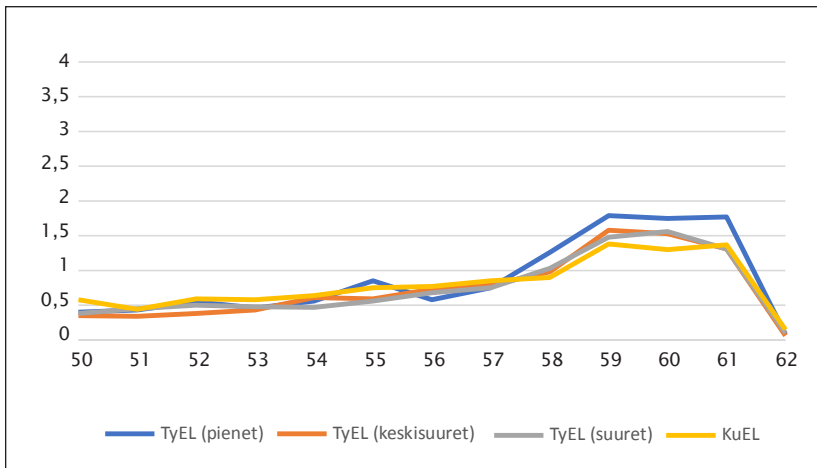
meisintä työnantajaa, on verrattain korkea riski siirtyä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle kaikissa malleissa. Tälle ryhmälle on yleistä, että henkilöillä on usein vain vähän työhistoriaa ja he ovat kenties olleet vain satunnaisesti työssä.

Kuviot 1a-c esittävät työkyvyttömyyseläkealkavuuksia yksivuotisikäryhmittäin kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajilla. Kuvista nähdään, miten työkyvyttömyyseläkealkavuus muuttuu iän mukaan. X-akselilla esitetään henkilöiden ikä vuoden 2017 alussa. Osatyökyvyttömyyseläkealkavuus kasvaa sekä yksityisen sektorin että kuntasektorin palkansaajilla aina 60 ikävuoteen saakka, jonka jälkeen alkavuus laskee (kuvio 1a). Alkavuus on suurempaa kunta-alalla kaikissa ikäryhmissä sekä suurimmilla TyEL-työnantajilla. Täyden työkyvyttömyyseläkkeen alkavuus kasvaa sen sijaan noin 59 ikävuoteen saakka. Alkavuus on hiukan suurempaa TyEL-järjestelmässä kuin kunta-alalla 57 ikävuoden jälkeen erityisesti pienillä TyEL-työnantajilla (kuvio 1b). Erot sektoreiden välillä ovat pienemmät, jos alkavuuslaskelmissa mukaan otetaan myös ne, jotka ovat olleet ennen täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistään osatyökyvyttömyyseläkkeellä (kuvio 1c). Tämä johtuu osaltaan kunta-alan suuresta osatyökyvyttömyyseläkealkavuudesta, jolloin osa osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä siirtyy aikanaan täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle.

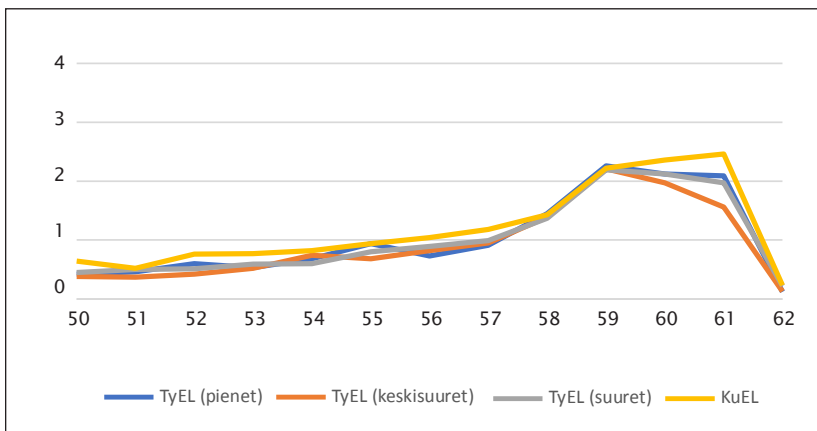
Taulukossa 5 kuvataan työkyvyttömyyseläkealkavuuksien eroja 56–58- ja 60–62-vuotiailla logistisen regressioanalyysin avulla. Malleissa on vakioitu myös yksilötason tekijät. Kunta-alalta siirrytään osatyökyvyttömyyseläkkeelle molemmissa ikäryhmissä useammin kuin yksityisen sektorin työnantajilta. Vetosuhde (OR) on myös sitä suurempi, mitä suurempi on työnantaja. Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä ei ole juuri sektorikohtaisia eroja. 56–58-vuotiailla vetosuhde kunta-alan ja yksityisen sektorin työnantajien välillä on tilastollisesti merkitsevä (OR = 1,26; 95 %:n lv = 1,09 - 1,46). Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä koskevissa malleissa, joissa mukana ovat osatyökyvyttömyyseläkeeltä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle



Kuvio 1a. Osatyökyvyttömyyseläkealkavuus iän mukaan vuonna 2017, %.



Kuvio 1b. Täyden työkyvyttömyyseläkkeen alkavuus iän mukaan vuonna 2017, %.



Kuvio 1c. Täyden työkyvyttömyyseläkkeen alkavuus iän mukaan vuonna 2017, kun mukana ovat myös ne täydet työkyvyttömyyseläkkeet, joita on edeltänyt osatyökyvyttömyyseläke, %.

siirtyneet, alkavuus on hiukan suurempaa kuntasektorilla.

### Lopuksi

Tulokset osoittavat, että työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa on ero kunta-alan ja yk-

sityisen sektorin palkansaajien välillä. Kunta-alalta siirrytään useammin osatyökyvyttömyyseläkkeelle kuin yksityiseltä sektorilta. Myös täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään kunta-alalta useammin, mutta erot sektoreiden välillä ovat selkeästi pienemmät kuin osatyökyvyttömyyseläkkeen osalta.

Taulukko 5. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen iän mukaan vuoden 2017 tiedoilla TyEL- ja KuEL-järjestelmissä. Logistinen regressio, vetosuhteet (OR) ja 95 %:n luottamusvälit (95 % lv).

		Vakioimaton		Vakioitu*		
		OR	95 % lv	OR	95 % lv	
56 - 58 v	Osatyökyvyttömyyseläkkeelle n = 1157	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,41	1,11-1,79	1,52	1,20-1,93
		TyEL (suuret)	2,34	1,89-2,91	2,34	1,87-2,91
		TyEL (tieto puuttuu)	0,43	0,31-0,61	0,90	0,63-1,29
		KuEL	3,11	2,55-3,81	2,66	2,13-3,32
		KuEL (ref. kaikki TyEL)	2,36	2,10-2,66	1,65	1,42-1,91
	Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle n = 1341	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,97	0,81-1,16	1,18	0,99-1,42
		TyEL (suuret)	0,95	0,79-1,14	1,16	0,96-1,39
		TyEL (tieto puuttuu)	1,24	1,04-1,47	1,11	0,91-1,35
		KuEL	0,98	0,83-1,16	1,41	1,16-1,70
KuEL (ref. kaikki TyEL)		0,95	0,84-1,08	1,26	1,09-1,46	
Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle (ml. osatk:lta siirtyneet) n = 1753	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,02	0,87-1,20	1,30	1,10-1,53	
	TyEL (suuret)	1,06	0,90-1,24	1,29	1,10-1,52	
	TyEL (tieto puuttuu)	1,12	0,96-1,32	1,03	0,86-1,23	
	KuEL	1,19	1,03-1,38	1,65	1,40-1,94	
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,14	1,03-1,26	1,42	1,25-1,61	
60 - 62 v	Osatyökyvyttömyyseläkkeelle n = 1004	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	1,34	1,01-1,77	1,35	1,02-1,79
		TyEL (suuret)	2,40	1,87-3,08	2,29	1,77-2,95
		TyEL (tieto puuttuu)	0,25	0,16-0,39	0,93	0,59-1,48
		KuEL	4,46	3,55-5,60	3,27	2,55-4,20
		KuEL (ref. kaikki TyEL)	3,64	3,22-4,13	2,07	1,77-2,42
	Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle n = 1428	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,82	0,69-0,97	0,91	0,76-1,08
		TyEL (suuret)	0,83	0,71-0,99	0,92	0,77-1,09
		TyEL (tieto puuttuu)	0,89	0,76-1,05	1,05	0,87-1,27
		KuEL	0,79	0,67-0,92	0,98	0,82-1,17
KuEL (ref. kaikki TyEL)		0,89	0,77-1,00	1,02	0,88-1,18	
Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle (ml. osatk:lta siirtyneet) n = 2079	TyEL (keskisuuret) ref. TyEL (pienet)	0,86	0,74-1,00	0,99	0,85-1,16	
	TyEL (suuret)	1,00	0,86-1,15	1,10	0,95-1,28	
	TyEL (tieto puuttuu)	0,85	0,74-0,99	1,06	0,90-1,25	
	KuEL	1,17	1,03-1,33	1,42	1,22-1,65	
	KuEL (ref. kaikki TyEL)	1,27	1,15-1,39	1,36	1,22-1,52	

TyEL (pienet) = TyEL(ttlkm\*<60)  
 TyEL (keskisuuret) = TyEL(60<=ttlkm\*<=799)  
 TyEL (suuret) = TyEL(ttlkm\*>=800)  
 TyEL (tieto puuttuu)  
 KuEL

ttlkm\* = työntekijöiden lukumäärä

\*Vakioitu iän, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen, työuran pituuden, eläkekertymän, koulutuksen ja ammatin mukaan.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on myös yhteydessä työpaikan kokoon, sillä erityisesti osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtytään useammin suurista yrityksistä. Havaitut erot kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välillä osatyökyvyttömyyseläkealkavuuksissa pienenevät jonkin verran, kun kaikki yksilötason tekijät otetaan huomioon.

Osatyökyvyttömyyseläkealkavuus kasvaa yksivuotisikäryhmittäin tarkasteltuna yksityisen sektorin palkansaajilla ja kunta-alalla aina 60 ikävuoteen saakka. Ikäryhmittäin tarkasteltuna yli 50-vuotiailla ja sitä vanhemmilla osatyökyvyttömyyseläkealkavuus on suurempaa kunta-alalla kuin yksityisen sektorin palkansaajilla myös malleissa, joissa yksilötason tekijät on vakioitu. Täydelle

työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä ei ole juurikaan eroja sektoreiden välillä yli 57-vuotiailla, mutta kun yksilötason tekijät huomioidaan, havaitaan, että kunta-alalla alle 60-vuotiaat siirtyvät hiukan useammin täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle kuin yksityisen sektorin palkansaajat. Yli 60-vuotiailla ei ole eroa. Kun mukaan otetaan osatyökyvyttömyyseläkkeen kautta täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet, erot kunta-alan ja yksityisen sektorin välillä kasvavat.

Tämä tutkimus osoittaa, että työkyvyttömyyseläkkeissä havaittu alkavuusero sektoreiden välillä johtuu osittain yksilötason tekijöistä. Kun malleissa vakioidaan ikä ja sukupuoli, erot sektoreiden välillä osatyökyvyttömyyseläkealkavuuksissa pienenevät kaiken kokoisilla TyEL-työnantajilla. Muiden yksilötason tekijöiden vakioinneilla ei ole juurikaan merkitystä eroihin tai niiden merkitys on pienempi (taulukko 3). Täyden työkyvyttömyyseläkkeen osalta yksilötason tekijöiden vakioinnilla on vain pieniä vaikutuksia sektoreiden välisiin eroihin (taulukko 4). Osittain alkavuusero voi johtua myös työnantajan koosta. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yleisempää suuremmilla työnantajilla kuin pienillä työnantajilla. Kunta-alan työnantajat ovat pääasiassa suuria työnantajia (Kt.fi 2020a). Työnantajan koon merkitys näkyy erityisesti osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Myös aikaisempi tutkimus on päätnyt samanlaiseen tulokseen (Laaksonen ym. 2019). Suurempi osatyökyvyttömyyseläkealkavuus voi osaltaan johtua siitä, että osa-aikatyön järjestäminen on helpompaa isoissa yrityksissä.

Toisaalta alkavuuserot voivat johtua osaltaan myös kunta-alan ja yksityisen sektorin eroista työkyvyttömyyseläkkeiden rahoituksessa. Sekä yksityisellä sektorilla että kunta-alalla työkyvyttömyyseläkkeet vaikuttavat työnantajien eläkemaksuihin, mutta kannustejärjestelmissä sektoreiden välillä on eroja<sup>1</sup>. Kunta-alalla osatyökyvyttömyys-

eläkkeestä ei tule maksuvaikutusta, mutta täydestä työkyvyttömyyseläkkeestä tulee aina maksuvaikutus myös silloin, kun työntekijä on saanut ensin osatyökyvyttömyyseläkettä. TyEL-järjestelmässä osatyökyvyttömyyseläkkeen maksuvaikutus on puolet täyden työkyvyttömyyseläkkeen määrästä. Osatyökyvyttömyyseläkkeen mahdollisesti muuttuessa täydeksi työkyvyttömyyseläkkeeksi uutta maksuvaikutusta ei tule, ellei muutos tapahdu samana vuonna kuin osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on tapahtunut. (Liukko ym. 2017, Keva 2020.)

Myös kuntoutustuen rahoituksessa on sektoreiden välillä eroavuuksia. KuEL-mallissa kuntoutustuki vaikuttaa maksuun lukuun ottamatta kuntoutuskorotuksella korotettua kuntoutustukea eli kuntoutustukea ammatillisen kuntoutuksen ajalta. Kuntoutustuelta työelämään palaaminen kuitenkin yleensä huomioidaan maksussa hyvityksenä. (Liukko ym. 2017, Keva 2020.) Tässä selvityksessä kuntoutustuelle siirryttiin yksityiseltä sektorilta harvemmin kuin kunta-alalta. Kuntoutustukien osalta tuloksiin voi vaikuttaa myös se, että käytettävissä oleva aineisto ei sisällä kaikkia vuoden aikana alkaneita kuntoutustukia. Aineistosta puuttuvat niin sanotut lyhyet kuntoutustuet, jotka ovat alkaneet ja päättyneet saman vuoden aikana.

Sektoreiden väliset erot työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa voivat johtua myös erilaisista työkyvyttömyyden määritelmistä. Kunta-alalla ja yksityisellä sektorilla työkyvyttömyyseläkkeiden määritelmät poikkeavat hiukan toisistaan. Yksityisellä sektorilla sovelletaan yleistä työkyvyttömyysmääritelmää. Kunta-alalla käytetään työkyvyttömyyttä määriteltäessä yleisen työkyvyttömyyden lisäksi ammatillisen työkyvyttömyyden määritelmää. Tällä tarkoitetaan kyvyttömyyttä tehdä omaan ammattiin kuuluvaa työtä (Tela.fi 2020, Liukko 2020). Yksityisellä sektorilla työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta painotetaan 60 vuotta täyttäneen eläkkeenhakijan työkyvyttömyyseläkeoikeutta arvioitaessa. Tämä tutkimus osoittaa, että sektori ei ole tilastollisesti merkitsevä tekijä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä 60–62-vuotiailla. Osatyökyvyttömyyseläkkeen osalta sekto-

1) Tässä tuloksia peilataan sääntöihin ennen kunta-alan vuoden 2019 kannustemuutoksia ja vuoden 2017 eläkeuudistuksen tuomia muutoksia eläkemaksuvaikutuksiin tarkastelujakson ollessa 2014–2017.

reiden väliset erot ovat selkeät molemmissa ikäryhmissä.

Työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa olevat sektoreiden väliset erot voivat johtua myös eroista työoloissa tai sairastavuudessa. Näitä tekijöitä ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan voitu kontrolloida, joten niiden merkitys alkavuseroihin jäi selvittämättä. Aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedetään esimerkiksi, että julkisella sektorilla on enemmän sairauspoissaoloja kuin yksityisellä sektorilla (Leinonen ym. 2018). Kunta-alalla työtehtävät ja -olot voivat olla erilaisia kuin yksityisellä sektorilla. Toisaalta osatyökykyisen irtisanominen voi olla yleisempää yksityisellä sektorilla kuin kuntasektorilla, sillä kunta-alalla työurat ovat verrattain pitkiä ja irtisanomiset ja lomautukset ovat vähäisempiä. (Kt.fi 2020a.) Voidaan todeta, että työpaikkaan ja työoloihin liittyvien tekijöiden yhteyttä kunta-alan ja yksityisen sektorin välisiin osatyökyvyttömyyseläkealkavuuksien eroihin täytyisi selvittää tarkemmin. Näiden tekijöiden laajempi ymmärtäminen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kannalta on tärkeää myös työurien pidentämisen edistämisen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisemisen näkökulmista.

**Tulosten merkitys:** Kunta-alan ja yksityisen sektorin väliset erot työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa johtuvat osittain yksilötason tekijöistä, kuten kunta-alan erilaisesta ikä- ja sukupuolirakenteesta sekä ammattirakenteesta. Myös työpaikkatason tekijöillä on merkitystä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Jatkotutkimusten olisi hyvä kohdentua selvittämään työpaikkatason tekijöiden yhteyttä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen ja siihen, mikä merkitys näillä on sektoreiden välisissä eroissa.

## Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välisiä eroja työkyvyttömyyseläkealkavuuksissa ja sitä, miten yksilötason tekijät ovat yhteydessä näihin eroihin. Täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle ja osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä tarkasteltiin erikseen. Tarkasteluissa otettiin huomioon myös työkyvyttömyyden syy ja se, onko työkyvyttömyyseläke alkanut kuntoutustukena vai jatkuvana. Lisäksi otettiin huomioon työnantajan koko.

Aineistona oli Eläketurvakeskuksen rekisteriaineisto (kokonaisuus), johon on liitetty tietoja Tilastokeskuksesta ja Digija väestötietovirastosta. Tarkastelun kohteena oli ei-eläkkeellä oleva 30–62-vuotias työeläkevakuutettu väestö vuonna 2013. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä mallinnettiin vuosien 2014–2017 tiedoilla käyttäen Coxin suhteellisten vaarojen mallia ja logistista regressioanalyysiä.

Tulokset osoittavat, että kunta-alan ja yksityisen sektorin väliset erot työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä ovat suuremmat osatyökyvyttömyyseläkkeissä kuin täysissä työkyvyttömyyseläkkeissä. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on myös yleisempää suuremmilla kuin pienemmällä työnantajilla. Tämä näkyy erityisesti osatyökyvyttömyyseläkkeiden osalta. Havaitut erot kunta-alan ja yksityisen sektorin palkansaajien välillä osatyökyvyttömyyseläkealkavuuksissa pienenevät, kun yksilötason tekijät otetaan huomioon.

Kunta-alalta siirrytään selkeästi useammin osatyökyvyttömyyseläkkeelle kuin yksityiseltä sektorilta. Yksilötason tekijöiden vakiointi pienentää jonkin verran kunta-alan ja yksityisen sektorin työntekijöiden välisiä havaittuja eroja osatyökyvyttömyyseläkealkavuudessa.

*Avainsanat:* kunta-ala, yksityinen sektori, työkyvyttömyyseläke, osatyökyvyttömyyseläke, täysi työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki

## Abstract

### *Differences in disability retirement between municipal and private sector employees*

This study examines the differences in disability retirement between municipal and private sector employees and how individual-level factors associate with these differences. Disability retirement on a full and partial pension is studied separately. Differences are also studied by the cause of disability, which is the basis for a pension being granted temporarily or until further notice. In addition, the importance of company size is taken into account.

Register data (100 per cent sample of Finns) from the Finnish Centre for Pensions, which include information from Statistics Finland and the Digital and Population Data Services Agency, are used. Analysis is restricted to the non-retired pension-insured population aged 30–62 in 2013. The Cox Proportional Hazard Model and logistic regression analysis are used to analyze disability retirement between 2014 and 2017.

The results show that differences in disability retirement between the private and municipal sector employees were greater among those who retired on a partial disability pension than those who retired on a full disability pension. In particular, partial disability retirement was more common in larger than in smaller companies. Differences in partial disability retirement between the municipal and private sector employees were reduced after controlling for all individual-level factors.

Disability retirement is more common in the municipal sector than for private sector employees. Differences are particularly large among those who retire on a partial disability pension. Adjustment of individual-level factors reduces the differences in disability retirement between private and municipal sector employees.

**Keywords:** municipal sector, private sector, disability retirement, partial disability pension, full disability pension, temporary pension.

**Anu Polvinen FT, erikoistutkija,  
Eläketurvakeskus**

## Lähteet

- Bruusgaard D, Smeby L, Claussen B (2010) Education and disability pension: A stronger association than previously found. *Scand J Public Health* 38, 686–690.
- ETK (2020a) Työkyvyttömyyseläkettä sairauspäiväraha-kauden jälkeen (viitattu 27.4.2020). Saatavilla: <https://www.etk.fi/elakejarjestelmat/elaketurva/tyoelake-etuudet/tyokyvyttomyyselake/>.
- ETK (2020b) Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy (viitattu 27.4.2020). Saatavilla: <https://www.etk.fi/tiedote/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/>.
- ETK ja Kela (2019) Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2018. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2019. Eläketurvakeskuksen tilastoja 03/2019.
- Keva (2018) Kunta-alan ja valtion työntekijöiden eläköitymisennuste 2019–2038 (viitattu 17.9.2020). Saatavilla: [https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/elakoitymisennuste-2019-2038\\_kopio.pdf](https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/elakoitymisennuste-2019-2038_kopio.pdf).
- Keva (2020) Työkyvyttömyyseläkemaksu (viitattu 25.5.2020). Saatavilla: <https://www.keva.fi/tyonantajalle/elakemaksut/tyokyvyttomyyselakemaksu/#f31941b4>.
- Koski-Pirilä A (2011) Osatyökyvyttömyyseläkkeiden käyttö kunta-alalla. Kevan tutkimuksia 5/2011.
- Kt.fi (2020a) Kunta työnantajana (viitattu 27.5.2020). Saatavilla: <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostotilastot/kunta-tyonantajana>.
- Kt.fi (2020b) Kunta-alan ammatit (viitattu 27.4.2020). Saatavilla: <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostotilastot/ammattit>.
- Laaksonen M (2020) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen trendit, tilannekuva, tulevaisuus. Eläketurvakeskuksen raportteja 07/2020.
- Laaksonen M, Gould R (2013) Regional differences in disability retirement: explaining between-county differences in Finland. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 39, 6, 609–617.
- Laaksonen M, Rantala J, Liukko J, Polvinen A, ym. (2019) Company-level determinants of disability retirement: a multilevel study of Finnish private sector workplaces. *European Journal of Public Health* 29,6,1062–1068.
- Leineweber C, Marklund S, Aronsson G, Gustafsson K (2019) Work-related Psychosocial Risk Factors and Risk of Disability Pension Among Employees in Health and Personal Care: A Prospective Cohort Study. *Int J Nurs Stud* 93, 12–20.
- Leinonen T, Martikainen P, Lahelma E (2012) Interrelationships between education, occupational social class, and income as determinants of disability retirement. *Scand J Public Health* 40, 157.
- Leinonen T, Solovieva S, Husgafvel-Pursiainen K, Virta L, ym. (2018) Julkisen ja yksityisen sektorin välinen ero sairauspoissaoloissa on säilynyt väestötasolla mutta pienentynyt sote-alalla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134, 17, 1738–1748.
- Liukko J (2020) Työeläkekuntoutuksen ratkaisukäytännöt sekä kuntoutuksen toimivuus ja vaikut-

- tavuus. Asiantuntijahaastatteluihin ja kirjallisuuteen perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen raportteja 06/2020.
- Liukko J, Polvinen A, Kesälä M, Varis J (2017) Työkyvyttömyyseläkkeiden maksuluokkamallin toimivuus ja kannustinvaiikutukset. Kyselytutkimus työnantajien näkemyksestä. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 03/2017.
- Lybäck K (2019) Kunta-alan palveluksesta eläkkeelle siirtyneet 2018. Kevan julkaisu (viitattu 3.6.2020). Saatavilla: <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/kunta-alan-palveluksesta-elakkeelle-siirtyneet-2018.pdf>.
- Nilsen S, Ernsten L, Krokstad S, Westin S (2012) Educational inequalities in disability pensioning – the impact of illness and occupational, psychosocial, and behavioural factors: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Scand J Public Health*, 40, 133–141.
- Polvinen A, Gould R, Lahelma E, Martikainen P (2013) Socioeconomic differences in disability retirement in Finland: The contribution of ill-health, health behaviours and working conditions. *Scand J Public Health*, 41, 470–478.
- Polvinen A, Laaksonen M, Gould R, Lahelma E, Martikainen P (2014) The contribution of major diagnostic causes to socioeconomic differences in disability retirement. *Scand J Work Environ Health*, 40, 4, 353–360.
- Sohlman P (2020) Kunta-alan eläköitymisennuste maakunnittain 2020–2024 (viitattu 22.4.2020). Saatavilla: <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/tama-on-keva--tiedostot/kunta-alan-elakointymisenennuste-maakunnittain-2020-2024.pdf>.
- Tela.fi (2020) Työkyvyttömyyseläkkeet ja vakuutuslääkärit [viitattu 3.6.2020]. Saatavilla: [https://www.tela.fi/tyokyvyttomyyselakkeet\\_ja\\_vakuutuslaakarit](https://www.tela.fi/tyokyvyttomyyselakkeet_ja_vakuutuslaakarit).
- Therneau TM, Grambsch PM (2000) Modeling Survival Data: Extending the Cox Model. *Statistics for Biology and Health*. New York Springer.

# KORKEAKOULUOPISKELIJOIDEN KOETUT OPPIMISVAIKEUDET JA NIIDEN YHTEYS ELÄMÄN ERI OSA-ALUEISIIN

---

## Johdanto

Erilaiset oppimisvaikeudet on arvioitu yhdeksi yleisimmäksi toimintarajoitteeksi korkea-asteen opiskelijoilla (esim. Pino & Mortari 2014). Erilaiset opiskelu- ja oppimisvaikeudet ovat nuorten aikuisten keskuudessa melko yleisiä. Terveys 2000 -aineistossa koulunkäyntivaikeuksia koki 16 prosenttia 18–29-vuotiaista (Lavikainen ym. 2006). Vaikeuksien taustalla voi olla oppimisvaikeuksia, kuten lukemis-, kirjoittamis- ja laskeutumisvaikeuksia.

Korkea-asteen opinnoissa korostuvat laajan tietomäärän nopea ja sujuva omaksuminen sekä opiskelun itsenäisyys. Oppimisvaikeuksia kokevilla on usein vaikeuksia tiedon prosessoinnissa, muistiinpanojen kirjoittamisessa, esseiden kirjoittamisessa ja organisoinnissa (Pino & Mortari 2014). Myös vaikeudet itsesätelytaidoissa, opintojen itsenäisessä suunnittelussa ja valintojen tekemisessä sekä ajanhallinnassa voivat tuottaa ongelmia opintojen etenemisessä (Kaartinen-Koutaniemi 2011, Lähteenoja 2010). Oppimisvaikeuksien vaikutukset voivat joskus jopa vahvistua aikuisiällä, kun aikuisuuden elämänpiirin vaatimukset kasvavat (de Beer ym. 2014, Korkeamäki 2011).

Oppimisvaikeuksia kokevilla on havaittu suurentunut riski erilaisiin mielenterveyden ongelmiin (Livingston ym. 2018). Myös koettun terveyden on havaittu olevan heikompi kuin muilla (Lavikainen ym. 2006, Wilson ym. 2009). Korkeakouluopiskelijoiden oppimis- ja opiskeluvaikeudet saattavat liittyä myös sosiaalisiin tilanteisiin (Pirttimaa ym. 2015). Opiskeluyhteisöihin kiinnittyminen saattaa vaikuttaa opiskelijan psyykkiseen hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti (Korhonen 2017).

Vaikka korkeakoulujen saavutettavuutta ja esteettömyyttä on kehitetty, korkeakouluopiskelijoiden oppimisvaikeuksia ja koettuja oppimisen ongelmia ei ole juuri tutkittu. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella nais- ja miespuolisten korkeakouluopiskelijoiden kokemia oppimisvaikeuksia ja niiden yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin, muuhun terveyteen ja elintapoihin, opintojen etenemiseen, osallisuuden kokemuksiin sekä tuen saantiin. Tutkimus oli osa Vaikuttavaa tukea nuorten elämänpolulla -hanketta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda uutta tietoa korkeakouluopiskelijoiden opiskelussa kokemista vaikeuksista ja tukea opiskelijoiden ohjauksen ja tuen kehittämistä opiskelijalähtöisesti.



Tavoitteena oli selvittää:

- Millaisia koettuja ja todettuja oppimisvaikeuksia korkeakouluopiskelijoilla on? Kuinka suurella osalla oppimisvaikeuksia kokeneista oppimisvaikeus on todettu?
- Ovatko koetut oppimisvaikeudet yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin ja muuhun terveyteen sekä elintapoihin, opintojen etenemiseen ja osallisuuden kokemuksiin?
- Ovatko koetut oppimisvaikeudet yhteydessä tuen tarpeeseen ja saantiin?

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin kahta eri korkeakouluopiskelijoille suunnattua kyselyaineistoa vuodelta 2012: Opiskelijabarometriä sekä Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimusta. Tutkimusväestönä oli 20–29-vuotiaat korkeakouluopiskelijat. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus (KOTT) (Kunttu & Pesonen 2014) on YTHS:n toteuttama valtakunnallinen, perustutkintoa suorittaville korkeakouluopiskelijoille suunnattu terveystutkimus. KOTT käytti satunnaisotantaa, ja vastausprosentti oli 44. Vastaajista 3790 oli 20–29-vuotiaita. Opiskelijabarometri (Saari & Kettunen 2015) on Opiskelun ja koulutuksen tutkimussäätiön (Otus) keräämä kyselyaineisto suomalaisten korkeakoulujen syksyllä 2012 läsnä oleville perustutkinto-opiskelijoille. Otos poimittiin ositetulla satunnaisotannalla oppilaitosten opiskelijarekistereistä. Kyselyn vastausprosentti oli 36. Vastaajista 1649 oli 20–29-vuotiaita.

Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimukseen vastanneet olivat hieman vanhempia ja opiskelivat useammin ammattikorkeakoulussa kuin Opiskelijabarometriin vastanneet. Naisia kyselyihin vastanneista oli 63–65 prosenttia. Aineistot saatiin käyttöön yhteiskunnallisesta tietoaarkistosta Ailasta.

KOTT:ssa *oppimisvaikeuksia* tarkasteltiin sekä koettuina että todettuina (liitetaulukko 1). Koettuja lukivaikeuksia kartoitettiin lyhennetyllä versiolla lukivaikeuden tunnistuslistasta (Adult Dyslexia Checklist; Vinegard 1994, ks. myös Korkeamäki ym. 2010a,

Nukari 2010). Oppimisvaikeuksia kokeneeksi määriteltiin, jos oli vähintään kolmessa väittämässä seitsemästä valinnut vastausvaihtoehdon usein tai enimmäkseen tai koko ajan. Väittämät olivat: vaikea muistaa lukemani tekstin sisältöä, lukeminen on epämiellyttävää, vaikea löytää olennaiset asiat tekstistä, vaikea ymmärtää lukemaani tekstiä, vieraiden sanojen lukeminen hankalaa, asioiden ilmaisu kirjallisesti hankalaa, teksteissäni on usein oikeinkirjoitusvirheitä. Todetuista oppimisvaikeuksista kysyttiin, onko vastaajalla psykologin, puheterapeutin, erityisopettajan tai lääkärin toteama oppimisvaikeus tai oppimiseen vaikuttava sairaus tai vamma. Todettu oppimisvaikeus oli, jos vastaajalla oli joko lukivaikeus, matematiikan oppimisvaikeus, hahmottamisen vaikeus tai tarkkaavaisuushäiriö. Molemmat muuttujat muodostettiin dikotomisena: ne, joilla oli oppimisvaikeuksia, ja ne, joilla ei ollut.

Opiskelijabarometrissa *oppimisvaikeuksia* kokeneeksi määriteltiin ne, jotka olivat vastanneet omaan alaan liittyvien kirjallisten töiden tekemisen tuottavan ongelmia tai oman alan kirjallisuuden lukemisen olevan vaikeaa melko usein, usein, aina tai lähes aina (liitetaulukko 2). Opiskelijabarometrissa ei kysytty todetuista oppimisvaikeuksista.

Tarkastelimme koettujen oppimisvaikeuksien mukaan seuraavia tekijöitä: psyykinen hyvinvointi, muu terveys ja elintavat, opintojen eteneminen, osallisuus, tuen saanti ja taustatekijät (liitetaulukot 1 & 2). Kutakin tekijää tarkastelimme molemmissa kyselyissä useiden eri dikotomisoitujen muuttujien avulla. KOTT:ssa käytössä oli standardoituja mittareita. Psyykkistä oireilua mitattiin GHQ-12-mittarilla (12-item General Health Questionnaire), jota käytetään yleisesti kyselytutkimuksissa psyykkisen kuormittuneisuuden mittarina (Toimia 2011–2014). Opiskelu-uupumusta mitattiin yhdeksän kysymystä käsittävällä mittarilla SBI-9 (Salme-la-Aro 2009). Alkoholinriskikäyttöä mitattiin Audit-kyselyllä (Allen ym. 1997, Reinert & Allen 2002). Lisäksi mukaan otettiin kyseessä olevista kyselyaineistoista kiinnostuksen kohteena olevia aihealueita tarkastelevia kysymyksiä (ks. tarkemmin liitetaulukot 1 & 2).

Oppimisvaikeuksien yleisyyden tarkaste-

lua varten laskimme koettujen ja todettujen oppimisvaikeuksien osuudet erikseen kullakin osa-alueella ja näistä osa-alueista muodostetulle yhdistelmämuuttujalle. Laskimme osuuksille myös 95 prosentin luottamusväliä tilastollisen merkitsevyyden tarkastelua varten. Koettujen ja todettujen oppimisvaikeuksien suhdetta verrattiin KOTT:ssa oppimisvaikeuksista laskettujen yhdistelmämuuttujien avulla.

Koettujen oppimisvaikeuksien yhteyttä elämän eri osa-alueisiin tarkasteltiin laskeamalla osuudet ja 95 prosentin luottamusväli oppimisvaikeuksia kokeneille ja muille. Oppimisvaikeuksien mittarina käytimme dikotomisoituja yhdistelmämuuttujia koetuista oppimisvaikeuksista. Kaikki osuudet ikävakioidiin käyttäen vakioväestönä vuoden 2015 väestöä (Statfin 2016), joten eri aineistoista lasketut osuudet ovat vertailukelpoisia. Teimme kaikki tarkastelut erikseen miehille ja naisille.

Analyseissa käytettiin otospainoja. Aineistot on analysoitu erikseen ja niistä saatuja tuloksia verrattu toisiinsa. Analyysit tehtiin Stata 14.2 -tilasto-ohjelmalla.

## Tulokset

Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa (KOTT) 20–29-vuotiaista korkeakouluopiskelijoista oppimisvaikeuksia koki kaiken kaikkiaan 8 prosenttia naisista ja 6 prosenttia miehistä (taulukko 1). Oppimisvaikeuksia

mitattiin koetuista lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksista lasketulla yhdistelmämuuttujalla, jossa vähintään kolmessa oppimisvaikeuden osa-alueessa vastaaja oli valinnut vastausvaihtoehdot usein, enimmäkseen tai koko ajan. Eri osa-alueista naisilla yleisin (14 % vastanneista) oli vaikeuksia muistaa tekstin sisältöä usein tai enimmäkseen tai koko ajan. Sekä vieraiden sanojen lukemisen hankalaksi kokeneita että teksteissä usein oikeinkirjoitusvirheitä tekeviä oli kymmenen prosenttia. Miehillä tarkastelluista koetuista lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksista yleisimpiä olivat oikeinkirjoitusvirheiden esiintyvyys teksteissä (11 %), lukemisen epämielilyttävyys (10 %), asioiden kirjallisen ilmaisun hankaluus (10 %) sekä vaikeus muistaa tekstin sisältöä (9 %).

Todettuja oppimisvaikeuksia oli 4,4 prosentilla naisista ja 2,5 prosentilla miehistä. Vastaajalla oli tällöin todettu vähintään yksi seuraavista: lukivaikeus, matematiikan oppimisvaikeus, hahmottamisen vaikeus tai tarkkaavaisuushäiriö. Todetuista oppimisvaikeuksista selvästi yleisin oli lukivaikeus (naisilla 4,1 %, miehillä 2,3 %), muut vaikeudet olivat hyvin harvinaisia. Naisista 38 ja miehistä 56 prosentilla vaikeudet oli todettu alle 16-vuotiaana.

Oppimisvaikeus oli KOTT:ssa todettu 21 prosentilla niistä naisista ja 12 prosentilla niistä miehistä, joilla oli koettuja oppimisvaikeuksia, kun muilla osuus oli yhden prosentin luokkaa. Vastaavasti niillä, joilla oli

Taulukko 1. Koetut ja todetut oppimisvaikeudet (ikävakioitu osuus ja 95 %:n luottamusväli) 20–29-vuotiailla korkeakouluopiskelijoilla sukupuolen mukaan KOTT:ssa.

Koetut oppimisvaikeudet	Naiset		Miehet	
	%	(95 % lv)	%	(95 % lv)
Vaikea muistaa lukemani tekstin sisältöä	14	(12-15)	9	(7-11)
Lukeminen on epämielilyttävää	9	(8-10)	10	(9-12)
Vaikea löytää olennaiset asiat teksteistä	6	(5-7)	6	(4-7)
Vaikea ymmärtää lukemaani tekstiä	4	(4-5)	3	(2-4)
Vieraiden sanojen lukeminen hankalaa	10	(9-12)	6	(5-7)
Asioiden ilmaisu kirjallisesti hankalaa	8	(7-9)	10	(9-12)
Teksteissäni on oikeinkirjoitusvirheitä	10	(8-11)	11	(10-13)
Yhdistelmämuuttuja*	8	(7-9)	6	(5-8)
<b>Todetut oppimisvaikeudet</b>				
Lukivaikeus	4,1	(3,3-5,0)	2,3	(1,6-3,2)
Matematiikan oppimisvaikeus	0,1	(0,0-0,5)	0,1	(0,0-0,4)
Hahmottamisen vaikeus	0,2	(0,1-0,5)	0,1	(0,0-0,6)
Tarkkaavaisuushäiriö	0,3	(0,1-0,7)	0,3	(0,1-0,8)
Yhdistelmämuuttuja**	4,4	(3,6-5,4)	2,5	(1,8-3,4)
N	2401		1389	

\*Vähintään kolmessa valinnut vastausvaihtoehdon usein tai enimmäkseen tai koko ajan

\*\*Ainakin yksi seuraavista: lukivaikeus, matematiikan oppimisvaikeus, hahmottamisen vaikeus, tarkkaavaisuushäiriö

Taulukko 2. Koetut oppimisvaikeudet (ikävakioitu osuus ja 95 %:n luottamusväli) 20–29-vuotiailla korkeakouluopiskelijoilla sukupuolen mukaan Opiskelijabarometrissa.

Koetut oppimisvaikeudet	Naiset %	95 % Iv	Miehet %	95 % Iv
Oman alan kirjallisten töiden tekeminen tuottaa ongelmia	9	(7–11)	6	(4–8)
Oman alan kirjallisuuden lukeminen vaikeaa	4	(3–5)	5	(3–7)
Yhdistelmämuuttuja*	11	(9–13)	9	(7–12)
N	1073		576	

\*Vähintään toisessa valinnut vastausvaihtoehdon melko usein, usein, aina tai lähes aina.

todettu oppimisvaikeus, naisista 62 prosenttia ja miehistä 54 prosenttia ilmoitti myös kokevansa oppimisvaikeuksia. Niillä, joilla todettuja oppimisvaikeuksia ei ollut, koettuja oppimisvaikeuksia oli 11 prosentilla.

Opiskelijabarometrissa koettuja oppimisvaikeuksia oli naisilla 11 ja miehillä 9 prosentilla (taulukko 2). Oppimisvaikeuksia kokeneet olivat vastanneet oman alan kirjallisten töiden tuottavan ongelmia ja/tai oman alan kirjallisuuden lukemisen olevan vaikeaa ainakin melko usein. Näistä osa-alueista kirjallisten töiden tekeminen tuotti ongelmia 9 prosentille naisista ja 6 prosentille miehistä. Oman alan kirjallisuuden lukeminen oli vaikeaa naisista 4 ja miehistä 5 prosentilla.

Oppimisvaikeuksia kokevilla naisilla oli enemmän sekä todettuja että koettuja ongelmia psyykkisessä hyvinvoinnissa kaikilla mittareilla mitattuna KOTT-aineistoissa (taulukko 3). Naisilla oppimisvaikeuksia kokevista todettuja mielenterveyden häiriöitä oli viidenneksellä ja psyykkistä oireilua (GHQ-12) peräti kahdella kolmasosalla. Miehillä psyykkistä oireilua oli oppimisvaikeuksia kokeneista puolella. Mielialaoireilua päivittäin viimeisten 30 vuorokauden aikana ja huonoa henkistä hyvinvointia oppimisvaikeuksia kokeneet raportoivat moninkertaisesti muihin verrattuna.

Koettu terveys oli oppimisvaikeuksia kokevilla muita yleisemmin huono, naisilla 30 ja miehillä 25 prosentilla. Myös huono fyysinen hyvinvointi oli yleisempää. Liikuntaa vähän harrastavia oli oppimisvaikeuksia kokevissa noin viidennes, tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin muissa. Koetuilla oppimisvaikeuksilla ei sen sijaan näyttäisi olevan yhteyttä alkoholin riskikäyttöön (Audit).

Opintomenestys oli odotettua heikompaa oppimisvaikeuksia kokeneista naisista yli kolmanneksella ja miehistä yli puolella. Lähes kolmanneksella oppimisvaikeuksia kokeneista oli selvästi kohonnut opiskelu-uupumus (SBI-9). Huonosti kuormituksesta palautuvia oli kolminkertaisesti oppimisvaikeuksia kokeneissa. Oppimisvaikeuksia raportoivat kokivat muita harvemmin opiskelevansa oikeaa alaa.

Osallisuuden kokemukset olivat oppimisvaikeuksia kokevilla muita harvinaisempia. Naisista puolet ja miehistä kolmannes koki kuuluvansa johonkin opiskeluun liittyvään ryhmään. Yhdeksällä prosentilla oppimisvaikeuksia kokeneista naisista ja 18 prosentilla miehistä ei ollut ketään, kenen kanssa keskustella. Suunnilleen yhtä usea koki usein olevansa yksinäinen. Lähes kolmasosaa oli kiusattu kouluaikana useita vuosia, kun muilla näin oli viidesosalla. Myös sosiaalinen hyvinvointi oli oppimisvaikeuksia kokeilla muita useammin heikkoa.

Oppimisvaikeuksia kokevat halusivat muita enemmän apua opiskelun ongelmiin ja opiskelutaitoihin. Heistä useampi kuin muista oli käynyt terveydenhoitajalla tai yleislääkärillä vähintään kaksi kertaa viimeisen 12 kuukauden aikana, sen sijaan erikoislääkärillä käymisessä ei ollut eroja. Myös psykologilla käyminen oli heillä yleisempää. He kokivat opiskelijaterveydenhuollossa muita useammin, etteivät olleet saaneet selvyttä huoliinsa eivätkä olleet tulleet kuulluksi.

Toimeentulonsa erittäin niukaksi ja epävarmaksi raportoi reilu kolmannes oppimisvaikeuksia kokevista naisista ja neljännes miehistä, selvästi useampi kuin muista. Sen sijaan perhesuhteissa ei näyttänyt olevan eroa.

Taulukko 3. Psyykkinen hyvinvointi, terveys ja elintavat, opintojen eteneminen, osallisuus, tuen saanti ja taustatekijät (ikävakioitu osuus ja 95 %:n luottamusväli) koettujen oppimisvaikeuksien mukaan 20–29-vuotiailla naisilla ja miehillä, Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012.

	Naiset Vaikeus		Ei vai- keutta %	95 % lv	Miehet Vai- keus		Ei vai- keutta %	95 % lv
	%	95 % lv			%	95 % lv		
<b>Psyykkinen hyvinvointi</b>								
Todettu mielenterveyden häiriö	<b>21</b>	(15-28)	13	(11-14)	14	(8-23)	7	(6-9)
Mielialaoireilua päivittäin viim. 30 vrk	<b>35</b>	(28-42)	12	(10-13)	<b>26</b>	(17-37)	7	(5-8)
Psyykkistä oireilua (GHQ-12)	<b>64</b>	(57-71)	41	(39-43)	<b>53</b>	(42-64)	25	(22-27)
Huono henkinen hyvinvointi	<b>27</b>	(21-35)	9	(8-10)	<b>26</b>	(18-37)	7	(6-9)
<b>Terveys ja elintavat</b>								
Huono koettu terveys	<b>30</b>	(24-38)	16	(14-17)	<b>25</b>	(17-36)	13	(12-15)
Alkoholin riskikäyttö (Audit)	32	(25-39)	28	(26-30)	50	(39-61)	50	(47-52)
Hyötyliikuntaa alle 15 min/pv	<b>11</b>	(7-17)	6	(5-7)	<b>21</b>	(14-31)	11	(9-12)
Kuntoliikuntaa korkeintaan 3 krt/kk	<b>30</b>	(23-37)	21	(19-23)	26	(18-36)	22	(19-24)
Huono fyysinen hyvinvointi	<b>17</b>	(12-23)	5	(4-6)	<b>21</b>	(13-31)	5	(4-6)
<b>Opintojen eteneminen</b>								
Opintomenestys odotettua huonompi	<b>36</b>	(29-44)	18	(16-19)	<b>55</b>	(44-65)	24	(22-27)
Selvästi kohonnut opiskelu-uupumis- riski (SBI-9)	<b>29</b>	(22-36)	8	(7-9)	<b>29</b>	(20-40)	4	(3-6)
Palautuu kuormituksesta huonosti	<b>30</b>	(24-37)	12	(11-13)	<b>22</b>	(14-33)	8	(6-9)
Kokee opiskelevansa oikeaa alaa	<b>57</b>	(49-64)	70	(68-72)	<b>53</b>	(42-64)	69	(66-71)
<b>Osallisuus</b>								
Kuuluu johonkin opiskeluun liittyvään ryhmään	<b>48</b>	(41-56)	63	(61-65)	<b>36</b>	(26-47)	56	(53-59)
Ei ketään kenen kanssa keskustella	<b>9</b>	(6-15)	3	(2-4)	<b>18</b>	(11-28)	8	(7-10)
Kokee usein olevansa yksinäinen	<b>12</b>	(8-18)	4	(3-5)	<b>17</b>	(10-27)	4	(3-6)
Kiusattu kouluaikana useita vuosia	<b>28</b>	(22-35)	18	(16-19)	<b>31</b>	(22-42)	19	(17-21)
Huono sosiaalinen hyvinvointi	<b>16</b>	(11-22)	6	(5-8)	<b>23</b>	(15-33)	9	(7-11)
<b>Tuen saanti</b>								
Haluaisi apua opiskelun ongelmiin	<b>29</b>	(23-36)	14	(12-15)	<b>29</b>	(21-40)	11	(9-13)
Haluaisi apua opiskelutaitoihin	<b>25</b>	(19-32)	11	(10-12)	<b>24</b>	(16-34)	11	(9-12)
Käynyt terveydenhoitajalla	<b>49</b>	(42-57)	39	(37-41)	33	(24-44)	23	(20-25)
Käynyt yleislääkärillä	<b>49</b>	(42-56)	36	(34-38)	<b>39</b>	(29-49)	20	(18-22)
Käynyt erikoislääkärillä	23	(17-30)	18	(17-20)	14	(8-24)	10	(9-12)
Käynyt psykologilla	<b>13</b>	(9-19)	7	(5-8)	9	(4-18)	3	(2-4)
Ei saanut selvyttä huoliin opisk. th:ssa	<b>22</b>	(16-30)	14	(12-15)	18	(10-29)	10	(9-12)
Ei tullut kuulluksi opisk.th:ssa	<b>21</b>	(16-29)	13	(12-15)	<b>19</b>	(11-30)	9	(7-10)
<b>Taustatekijät</b>								
Toimeentulo erittäin niukka ja epävarma	<b>37</b>	(31-45)	15	(14-17)	<b>25</b>	(17-35)	14	(12-16)
Parisuhteessa	66	(58-72)	70	(68-72)	53	(43-64)	58	(56-61)
Lapsia	7	(4-12)	8	(7-10)	1	(0-10)	4	(3-6)
N	178		2223		85		1304	

Samoja teemoja tarkasteltiin myös Opiskelijabarometrilla (taulukko 4). Oppimisvaikeuksia kokeneet naiset raportoivat psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä oireita viimeisen viikon aikana muita yleisemmin. Puolet oppimisvaikeuksia kokeneista naisista koki kaiken vaativan ponnistelua. Miehillä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kolmanneksella oppimisvaikeuksia kokevista naisista oli jokin opintoja vaikeuttava sairaus tai vamma ja 40 prosenttia koki terveytensä huonoksi, selvästi suurempi osa kuin muista (16 % ja 25 %). Miehillä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Oppimisvaikeuksia raportoivat kokivat

muuta harvemmin opiskelevansa oikeaa alaa. Heistä kolmasosa harkitsikin opintojen keskeyttämistä. He joutuivat muita yleisemmin toistamaan asioita oppiakseen. Lisäksi oppimisvaikeuksia kokevilla naisilla puutteelliset opiskelutaidot hidastivat etenemistä, ja heidän oli muita useammin vaikeaa ymmärtää opiskelemissään asioita.

Oppimisvaikeuksia raportoivista naisista lähes kolmannes koki itsensä yksinäiseksi eikä kymmenesosalla ollut ketään kenen kanssa keskustella. He olivat muita harvemmin yhteydessä henkilökuntaan. Oppimisvaikeuksia kokeneista sekä naiset että miehet raportoivat muita useammin tulevaisuuden

Taulukko 4. Psykkinen hyvinvointi, terveys ja elintavat, opintojen eteneminen, osallisuus, tuen saanti ja taustatekijät (ikävakioitu osuus ja 95 %:n luottamusväli) koettujen oppimisvaikeuksien mukaan 20–29-vuotiailla naisilla ja miehillä, Opiskelijabarometri 2012.

	<b>Naiset</b>		<b>Ei</b>		<b>Miehet</b>		<b>Ei</b>	
	<b>Vai-</b>	<b>95 % lv</b>	<b>vai-</b>	<b>95 % lv</b>	<b>Vai-</b>	<b>95 % lv</b>	<b>vai-</b>	<b>95 % lv</b>
	<b>keus</b>		<b>keutta</b>		<b>keus</b>		<b>keutta</b>	
	<b>%</b>		<b>%</b>		<b>%</b>		<b>%</b>	
<b>Psykkinen hyvinvointi</b>								
Tuntenut itsensä masentuneeksi suurimman osan ajasta	<b>32</b>	(23-43)	8	(6-10)	4	(1-12)	7	(5-11)
Ei koe itseään levanneeksi	<b>41</b>	(31-52)	24	(21-27)	23	(12-39)	18	(15-22)
Kaikki vaatii ponnistelua	<b>47</b>	(36-57)	16	(13-19)	23	(13-36)	15	(12-19)
<b>Terveys ja elintavat</b>								
Opintoja vaikeuttava sairaus/vamma	<b>32</b>	(23-43)	16	(14-20)	20	(9-37)	14	(11-18)
Huono koettu terveys	<b>40</b>	(31-51)	25	(21-28)	26	(15-41)	26	(22-30)
Hyötyliikuntaa alle 20 min/pv	25	(18-35)	22	(19-26)	37	(23-54)	27	(23-31)
Kuntoliikuntaa korkeintaan 3 krt/kk	33	(24-43)	21	(18-24)	36	(22-53)	23	(19-28)
<b>Opintojen eteneminen</b>								
Puutteelliset opiskelutaidot hidastaa etenemistä	<b>11</b>	(7-18)	4	(2-5)	19	(9-34)	9	(7-12)
Sairaus hidastaa etenemistä	15	(8-24)	8	(6-11)	8	(3-20)	5	(3-7)
Opiskeltavat asiat vaikea ymmärtää	<b>38</b>	(28-48)	16	(14-20)	33	(20-50)	18	(14-22)
Joutuu toistamaan asioita oppiakseen	<b>23</b>	(15-34)	9	(7-12)	<b>25</b>	(13-43)	8	(6-11)
Harkitsee opintojen keskeyttämistä	<b>35</b>	(26-46)	14	(11-17)	<b>27</b>	(16-42)	11	(8-15)
Kokee opiskelevansa oikeaa alaa	<b>76</b>	(67-84)	88	(85-90)	<b>72</b>	(57-83)	90	(87-92)
<b>Osallisuus</b>								
Kokee olevansa yksinäinen	<b>28</b>	(20-38)	9	(7-11)	17	(8-32)	9	(7-12)
Ei ketään jonka kanssa keskustella	<b>11</b>	(6-19)	3	(2-5)	6	(2-18)	6	(4-8)
Kokenut syrjintää/häirintää/kiusaamista	21	(13-31)	11	(9-13)	11	(4-24)	8	(6-11)
Opiskelijajärjestöön kuulumisen paljon	17	(11-25)	26	(23-30)	12	(6-23)	27	(23-31)
Yhteydessä henkilökuntaan ainakin silloin tällöin	<b>12</b>	(7-20)	24	(21-28)	14	(6-29)	29	(25-34)
Ei usko voivansa vaikuttaa elämään	18	(11-26)	9	(7-11)	18	(9-31)	8	(6-11)
Tulevaisuus näyttää epävarmalta	<b>27</b>	(18-38)	8	(7-11)	<b>27</b>	(15-44)	9	(6-12)
<b>Tuen saanti</b>								
Opiskelutovereiden tuki hyödyttää	<b>77</b>	(66-85)	89	(86-91)	77	(61-88)	86	(82-89)
Ystävien/sukulaisten tuki hyödyttää	82	(73-89)	80	(77-83)	60	(43-75)	61	(56-66)
Saa riittävästi palautetta opiskelusta	18	(11-28)	28	(24-31)	<b>21</b>	(12-33)	37	(33-42)
<b>Taustatekijät</b>								
Toimeentulo hankalaa tai epävarmaa	28	(20-38)	21	(18-25)	<b>36</b>	(22-53)	18	(14-22)
<i>N</i>	<i>117</i>		<i>956</i>		<i>53</i>		<i>523</i>	

näyttävän epävarmalta. Oppimisvaikeuksia kokeneet naiset olivat myös hyötyneet muita vähemmän opiskelutovereilta saadusta tuesta. Lisäksi taloudelliset ongelmat korostuivat oppimisvaikeuksia kokevilla, etenkin miehillä.

### Johtopäätökset

Koettuja oppimisvaikeuksia oli 20–29-vuotiailla korkeakouluopiskelijoilla Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa 6–8 pro-

sentilla ja Opiskelijabarometrissa 9–11 prosentilla. Naiset raportoivat oppimisvaikeuksia miehiä useammin. Oppimisvaikeuksia kokeneilla naisista viidesosalla ja miehistä kymmenesosalla oli todettu oppimisvaikeus. Oppimisvaikeuksia kokeneilla oli muita yleisemmin todettuja ja koettuja ongelmia psykkinisessä hyvinvoinnissa sekä heikompi terveydentila. Lisäksi heillä oli ongelmia sosiaalisessa kanssakäymisessä muita yleisemmin. Oppimisvaikeuksia kokevat tarvitsivat enemmän tukea opiskeluun kuin muut. He

myös käyttivät muita yleisemmin terveyspalveluita ja olivat niihin muita tyytymättömmämpiä. Lisäksi heillä oli muita opiskelijoita yleisemmin taloudellisia ongelmia.

Koettujen oppimisvaikeuksien mittarit mittasivat ennen kaikkea koettuja vaikeuksia lukemisessa ja kirjoittamisessa. Aikuisten on nähty tunnistavan vaikeutensa itse suhteellisen luotettavasti (Hock 2012, Wilson ym. 2009). Koettujen oppimisvaikeuksien tarkastelu lisää mahdollisuuksia tarkastella myös tunnistamatta jääneitä oppimisvaikeuksia ja niiden seurauksia. Oppimisvaikeuksien esiintyvyys vaihtelee eri tutkimusten välillä. Vertailua vaikeuttavat oppimis- ja opiskeluvaikeuksien erilaiset mittarit. KOTT:n yhdistelmämuuttuja mittasi erityisesti koettuja lukivaikeuksia, kun taas Opiskelijabarometrin lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksiin liittyvät kysymykset olivat sisällöllisesti hieman laveampia. Vaikeudet olivatkin yleisempiä Opiskelijabarometrissä. Esimerkiksi mielenterveysongelmiin voi liittyä vaikeuksia opinnoissa, vaikka vaikeudet eivät olisi todettavissa varsinaisiksi oppimisvaikeuksiksi.

Todettuja oppimisvaikeuksia esiintyi tässä aineistossa vähemmän kuin koettuja oppimisvaikeuksia. Tulos voi viitata sekä tunnistamattomiin että hyvin kompensoituneisiin oppimisvaikeuksiin. Suurin osa todetuista oppimisvaikeuksista, kuten lukivaikeudesta, oli todettu vasta yli 16 vuoden iässä, eritoten naisilla. Oppimisvaikeuksien varhaista tunnistamista on pidetty tärkeänä etenkin opiskelijan minäkuvan kannalta (Stein ym. 2011), mutta oppimisvaikeuden tunnistaminen vielä aikuisenakin on havaittu hyödylliseksi, sillä se voi antaa selityksen opiskelussa koetuille vaikeuksille ja auttaa opiskelijaa löytämään parempia opiskelutaitoja. Myös avun hakeminen ja saaminen saattaa olla helpompaa. (Korkeamäki ym. 2010b, Pino & Mortari 2014.)

Naiset raportoivat miehiä useammin sekä todettuja että koettuja oppimisvaikeuksia. Sukupuolten väliset erot voivat heijastaa monenlaisia asioita: Oppimisvaikeuksia kokevat miehet saattavat Suomessa hakeutua korkeakoulutukseen harvemmin kuin naiset. Sukupuolten välillä voi olla eroja koulutukseen liittyvissä vaatimuksissa, oppimisvai-

keuksien arviointiin hakeutumisessa ja ongelmien raportoinnissa tai tunnistamisessa.

Tutkimus vahvistaa osaltaan aiempia tutkimustuloksia aikuisten oppimisvaikeuksien vaikutusten ulottumisesta monille eri elämän osa-alueille, niin oppimiseen, sosiaaliseen kanssakäymiseen kuin psyykkiseen hyvinvointiin. Tulokset molemmissa aineistoissa olivat hyvin samansuuntaiset. Vaikka korkeakouluopiskelijat ovat lähtökohtaisesti valikoitunut joukko, heilläkin esiintyy oppimisvaikeuksiin liittyvää haittaa. Osa ongelmista saattaa jopa voimistua aikuisuudessa (de Beer ym. 2014).

Oppimisvaikeudet olivat yhteydessä ongelmiin psyykkisessä hyvinvoinnissa (myös Aro ym. 2018, Livingston ym. 2018, Wilson ym. 2009). Oppimisvaikeuksien vaikutuksen mielenterveyteen on arveltu olevan elinikäinen, joskin oppimisvaikeuksien ja mielenterveyden välinen yhteys on monimutkainen ja syy-seuraussuhteiden selvittäminen vaikeaa (Wilson ym. 2009). Naisilla erot oppimisvaikeuksia kokevien ja muiden välillä olivat suuremmat kuin miehillä. Naisten onkin havaittu kokevan miehiä enemmän psyykkistä kuormitusta oppimisvaikeuksien takia (Wilson ym. 2009).

Oppimisvaikeuksia kokevilla oli muita yleisemmin haasteita opiskelussa ja opintojen etenemisessä ja tarve saada apua opiskeluun. Oppimisvaikeuksia kokevilla korostuu erilaisten opiskelustrategioiden merkitys (Pino & Mortari 2014). Vaikka opiskelijat kehittävät opiskelijastrategioita usein itsenäisesti, ne eivät välttämättä ole riittäviä (Korkeamäki 2010, Pino & Mortari 2014). Korkeakouluopiskelijoille suunnattujen tukitoimien on havaittu parantavan opiskelijan opiskelumenestystä (Zeng ym. 2018).

Tuen saaminen voi olla vaikeaa oppimisvaikeuksiin liittyvän tietämättömyyden tai niihin liittyvien asenteiden vuoksi. Oppimisessa koetuista ongelmista ei välttämättä ole helppoa puhua. (Esim. Korkeamäki 2010b, Pino & Mortari, 2014, Pirttimaa ym. 2015.)

Oppimisvaikeuksia kokeneet kokivat muita yleisemmin itsensä yksinäiseksi. Ongelmia havaittiin myös muilla osallisuuden osa-alueilla, ja kiusaamisen kokemukset saattavat olla oppimisvaikeuksia kokevilla

muita yleisempiä. Sosiaaliseen osallisuuteen saattaa vaikuttaa myös opintojen vaativuus, jolloin opintoihin menee niin paljon aikaa, ettei ehdi tai jaksa tutustua opiskelijatovereihin (vrt. Pirttimaa ym. 2015). Oppimisvaikeuksia raportoivat kokivat vähemmän kuin muut hyötyvänsä opiskelukavereilta saadusta tuesta. Sosiaalisen tuen vähäisyyttä voi pitää ongelmallisena myös siinä mielessä, että sosiaalista tukea pidetään merkittävänä osa-alueena aikuisten oppimisvaikeuksien tukimuodoissa (Gerber 2012). Myös vertaistuesta on saatu hyviä kokemuksia nuorten ja aikuisten oppimisvaikeuksissa (Korkeamäki ym. 2017, Mentula ym. 2017).

Taloudelliset ongelmat olivat yhteydessä oppimisvaikeuksiin (myös Wilson ym. 2009). On mahdollista, että opinnoissa koetut hankaluudet ja erilaiset terveysongelmat voivat vaikuttaa toimeentuloon, jos esimerkiksi opintosuorituksia ei kerry riittävästi.

Tutkimuksen vahvuutena oli samojen asioiden tarkastelu kahdessa eri aineistossa ja se, että kutakin osa-aluetta tarkasteltiin usean eri muuttujan avulla. Oppimisvaikeuksia oli kysytty monella eri tapaa, mikä jossain määrin vaikeuttaa tulosten vertaamista. Todetuissa oppimisvaikeuksissa mukana oli laajasti erilaisia vaikeuksia, kun taas koettu oppimisvaikeus -muuttuja mittasi KOTT:ssa ennen kaikkea lukivaikeuksia ja Opiskelijabarometrissa laajempia opiskeluvaikeuksia. Oppimisvaikeudet olivatkin Opiskelijabarometrissa yleisempiä kuin KOTT:ssa. Myös joissain muissa osioissa kysymykset poikkesivat aineistojen välillä. Erot vastauksissa eri aineistojen välillä voivat johtua vastaajien erilaisesta valikoitumisesta mutta myös kyselyiden erilaisista konteksteista, mikä voi ohjata vastaamaan tietyllä tapaa. Kyselytutkimusten vastausprosentit olivat verrattain matalat. On myös mahdollista, että ne henkilöt, jotka kokevat eniten vaikeuksia tutkittavissa asioissa, eivät ole vastanneet kyselyihin. Näin ollen tutkimuksessa esitetyt arviot oppimisvaikeuksien yleisyydestä eivät ainakaan ole liioiteltuja.

Tutkimus osoitti korkeakouluopiskelijoiden oppimisvaikeuksien olevan yhteydessä psyykkisen hyvinvoinnin ongelmiin, terveyteen ja joihinkin elintapoihin, opintojen

etenemiseen, osallisuuteen ja heikompaan toimeentuloon. Myös tuen saannissa oli puutteita. Korkeakouluissa on kehitetty paljon yhdenvertaisia ja tasa-arvoisia toimintaperiaatteita yhdenvertaisuuslainsäädännön kehittämisen myötä. Tätä kehittämistyötä on tarvetta jatkaa edelleen. Oppilaitokset ovat tärkeässä roolissa psyykkisen hyvinvoinnin edistämässä, ja opiskelijoiden kokemukset tulisi huomioida tässä kehittämistyössä. Tukipalveluissa tarvitaan sekä psyykkistä jaksamista että opiskelutaitoja tukevaa toimintaa.

Jatkossa olisi tarpeen tutkia, millaisia terveysongelmia korkeakouluopiskelijoiden oppimisen ongelmiin liittyy ja mitkä tekijät selittävät oppimisvaikeuksia kokevien opiskelijoiden heikompa terveyttä ja erityisesti heikompa psyykkistä hyvinvointia verrattuna muihin opiskelijoihin. Tarvetta olisi tarkastella, millaisesta tuesta ja ohjauksesta korkeakouluopiskelijat hyötyvät eniten. Tiedon tarve on ilmeinen ottaen huomioon korkeakoulutuksen kustannukset sekä koettujen terveysongelmien yleisyyden.

#### *Kiitokset*

*Tutkimuksen rahoitus on saatu Terveyden edistämisen määrärahoista.*

**Tulosten merkitys:** Tutkimus osoitti korkeakouluopiskelijoiden koettujen oppimisvaikeuksien olevan negatiivisesti yhteydessä useisiin elämän eri osa-alueisiin. Myös tuen saannissa oli puutteita. Tulosten perusteella korkeakouluissa on edelleen tarvetta kehittää yhdenvertaisia ja tasa-arvoisia toimintaperiaatteita. Tukipalveluissa tulisi panostaa erityisesti psyykkistä jaksamista ja opiskelutaitoja tukevaan toimintaan.

**Avainsanat:** oppimisvaikeudet, lukivaikeus, korkeakouluopiskelijat, psyykinen hyvinvointi, mielenterveys, terveys, osallisuus, tukipalvelut

## Tiivistelmä

Korkeakouluopiskelijoiden oppimisvaikeuksia ja koettuja oppimisen ongelmia ei ole Suomessa juuri tutkittu. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli tarkastella korkeakouluopiskelijoiden todettujen ja koettujen oppimisvaikeuksien yleisyyttä sekä oppimisvaikeuksien yhteyttä elämän eri osa-alueisiin.

Aineistona tutkimuksessa oli kaksi korkeakouluopiskelijoilta suunnattua kyselyaineistoa: Opiskelijabarometri 2012 (N = 1649) sekä Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012 (N = 3 790). Tutkimusväestönä oli 20–29-vuotiaat korkeakouluopiskelijat. Menetelminä käytettiin ristiintaulukointia. Osuuksille laskettiin 95 prosentin luottamusvälit.

Koettuja oppimisvaikeuksia oli Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa 6–8 prosentilla ja Opiskelijabarometrissa 9–11 prosentilla, todettuja puolestaan 2–4 prosentilla. Naiset raportoivat oppimisvaikeuksia miehiä useammin. Oppimisvaikeuksia kokeneilla naisista viidesosalla ja miehistä kymmenesosalla oli todettu oppimisvaikeus. Oppimisvaikeuksia kokeneilla oli muita yleisemmin todettuja ja koettuja mielenterveyden ongelmia sekä heikompi koettu terveys. Lisäksi heillä oli ongelmia sosiaalisessa kanssakäymisessä muita yleisemmin. Oppimisvaikeuksia kokevat tarvitsivat enemmän tukea opiskeluun kuin muut. He myös käyttivät muita yleisemmin terveyspalveluita ja olivat niihin muita tyytymättömpiä. Lisäksi heillä oli muita opiskelijoita yleisemmin taloudellisia ongelmia.

**Hanna Rinne, VTM, tutkija,  
Kela ja Kuntoutussäätiö**

**Johanna Korkeamäki, VTM, HuK, AmO,  
tutkija, Kuntoutussäätiö**

**Tiia Villa, YTM, tutkija, Kuntoutussäätiö,  
(nyk. asiantuntija, Uudenmaan TE-toimisto)**

## Lähteet

- Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism, clinical and experimental research* 21, 4, 613–619.
- Aro T, Eklund K, Eloranta AK, Närhi V, Korhonen E, Ahonen T (2018) Association between childhood learning disabilities and adult-age mental health problems, lack of education and unemployment. *J Learn Disabil*, doi:10.1177/0022219418775118.
- De Beer J, Josephine Engels J, Herkeens Y, van der Klink J (2014) Factors influencing work participation of adults with developmental dyslexia. A systematic review. *BMC Public Health* 14, 77.
- Gerber P (2012) The impact of learning disabilities on adulthood: a review of the evidence-based literature for research and practice in adult education. *J Learn Disabil* 45, 1, 31–46.
- Hock M (2012) Effective literacy instruction for adults with specific learning disabilities: Implications for adult educators. *J Learn Disabil* 45, 1, 64–78.
- Kaartinen-Koutaniemi M (2011) First year experience – yliopisto-opiskelijan ensimmäinen opiskeluvuosi. Teoksessa K Kunttu, A Komulainen, K Makkonen, P Pynnönen (toim.) *Opiskeluterveys*, 156–158. Duodecim, Helsinki.
- Korhonen V (2017) Ensimmäisen vuoden opintoihin kiinnittymisen monet kasvot yliopistossa. Teoksessa V Korhonen, J Annala, P Kulju (toim.) *Keihittämisen palat, yhteisöjen salat: Näkökulmia kasvatukseen ja koulutukseen*, 87–109. Tampere University Press, Tampere.
- Korkeamäki J (2011) Myös aikuiset tarvitsevat tukea oppimisvaikeuksiin. *Aikuiskasvatus* 21, 2, 128–135.
- Korkeamäki J, Haapasalo S, Reuter A (2010a) Aikuisten oppimisvaikeuksien tunnistus, arviointi ja kuntoutus. Opi oppimaan -hankkeen toimeenpano ja tulokset. *Kuntoutussäätiön työselosteita* 40, Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Korkeamäki J, Haarni I, Seppälä U (2010b) Aikuisten oppimisvaikeuksien ja tarkkaavaisuushäiriöiden diagnosointi sosiaalisena toimintana. *Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti* 17, 2, 109–122.
- Korkeamäki J, Haarni I, Seppälä U (2017) Oppimisvaikeuksien ja tarkkaavuuden vaikeuksien sosiaalinen rakentuminen ja toimijuus. Teoksessa S Karvonen, L Kestilä, T Mäki-Opas (toim.) *Terveyssosiologian linjoja*, 205–226. Gaudeamus, Helsinki.
- Kunttu K, Pesonen T (2012) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012 [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2014-09-23). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. Luettu 14.12.2018, <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD2959>
- Lavikainen H, Koskinen S, Aro H, Kestilä L, Lyytinen H, Martelin T, Pensola T, Rahkonen O, Aromaa A (2006) Kouluvaikeuksien yleisyys ja yhteydet aikuisiän elämäntilanteeseen ja koettuun terveyteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 71, 4, 402–410.
- Livingston E, Siegel L, Ribary U (2018) Developmental dyslexia: Emotional impact and consequences. *Australian Journal of Learning Difficulties* 23, 2, 107–135.



- Lähteenoja S (2010) Uusien opiskelijoiden integroiminen yliopistoon. Sosiaalipsykologinen näkökulma. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 23. Yliopistopaino, Helsinki.
- Mentula T, Ketola M, Sarkki L, Gustavsson-Lilius M (2017) Oppimisen ja mielen terveyden tukiryhmät. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Nukari J (2010) Aikuisten oppimisvaikeuksien psykologinen arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 39, Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Pino M, Mortari L (2014) The inclusion of students with dyslexia in higher education: A systematic review using narrative synthesis. *Dyslexia* 20, 4, 346–369.
- Pirttimaa R, Takala M, Ladonlahti T (2015) Students in higher education with reading and writing difficulties. *Education Inquiry* 6, 1, 5–23.
- Reinert DF, Allen JP (2002) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism, clinical and experimental research* 26, 2, 272–279.
- Saari J, Kettunen H (2015) Opiskelijabarometri 2012 [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 2.0 (2015–11–26). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD2947>
- Salmela-Aro K (2009) Opiskelu-uupumusmittari SBI-9 yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 46. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, Helsinki.
- Statfin (2016) Tilastokeskus. Luettu 14.12.2020. <http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/>
- Stein D, Blum N, Barbaresi W (2011) Developmental and behavioral disorders through the life span. *Pediatrics* 128, 2, 364–373.
- Toimia (2011–2014) GHQ-12, 12-item General Health Questionnaire. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 14.12.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>
- Vinegrad M (1994) A revised Dyslexia Checklist. *Educare* 48.
- Wilson AM, Armstrong CD, Furrer A, Walcott E (2009) The mental health of Canadians with self-reported learning disabilities. *J Learn Disabil* 42, 1, 24–40.
- Zeng W, Ju S, Hord C (2018) A literature review of academic interventions for college students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly* 41, 3, 159–169.

Liitetaulukko 1. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen muuttajat.

Muuttuja	Kysymys/väittäjä	Luokitellut luokat
<b>Oppimisvaikeudet</b>		
Todettu oppimisvaikeus	Onko Sinulla psykologin, puheterapeutin, erityisopettajan tai lääkärin toteama oppimisvaikeus tai oppimiseen vaikuttava sairaus tai vamma? Mikä oppimisvaikeus tai oppimiseen vaikuttava sairaus tai vamma sinulla on todettu?	1 = lukivaikeus, matematiikan oppimisvaikeus, hahmottamisen vaikeus, tarkkaavaisuushäiriö 0 = muu vaikeus, ei vaikeutta
Koettu oppimisvaikeus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minun on vaikea muistaa lukemani tekstin sisältöä.</li> <li>• Lukeminen on epämiellyttävää.</li> <li>• Minun on vaikea löytää olennaiset asiat tekstistä</li> <li>• Minun on vaikea ymmärtää lukemaani tekstiä</li> <li>• Vieraiden sanojen lukeminen on minulle hankalaa</li> <li>• Asioiden ilmaisu kirjallisesti on minulle hankalaa</li> <li>• Teksteissäni on usein oikeinkirjoitusvirheitä.</li> </ul>	1 = vähintään kolmessa väittämässä valinnut vastausvaihtoehdon usein tai enimmäkseen tai koko ajan (muiden vaihtoehtojen ollessa ei lainkaan, vain satunnaisesti, toisinaan) 0 = muutoin
<b>Psyykinen hyvinvointi</b>		
Todettu mielenterveyden häiriö	Onko lääkäri, hammaslääkäri tai psykologi todennut Sinulla jonkin pysyvän, pitkäkestoisen tai usein toistuvan sairauden, vian tai vamman, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana?	1 = syömishäiriö, ahdistuneisuushäiriö, masennus, muun mielenterveyden häiriö, päihderippuvuus 0 = muutoin
Mielialaoireilua päivittäin viim. 30 vrk	Onko Sinulla esiintynyt seuraavia oireita viimeisen kuukauden (30 pv) aikana? <ul style="list-style-type: none"> <li>• nukahtamisvaikeuksia tai heräilyä yöllä</li> <li>• keskittymisvaikeuksia</li> <li>• jännittyneisyyttä tai hermostuneisuutta</li> <li>• masentuneisuutta tai alakuloisuutta</li> <li>• ahdistuneisuutta</li> </ul>	1 = päivittäin tai lähes päivittäin ainakin yksi luetelluista 0 = muutoin
Psyykkistä oireilua (GHQ-12)	GHQ-12-mittari (Toimia, 2011–2014).	1 = vastannut "huonommin kuin tavallisesti" tai "paljon huonommin kuin tavallisesti" vähintään kolmeen kysymyspatteriston kysymykseen 0 = muutoin
Huono henkinen hyvinvointi	Miten kuvaillet tämän hetkistä hyvinvointiasi: henkinen hyvinvointi	1 = erittäin huono, huono 0 = kohtalainen, hyvä, erittäin hyvä
<b>Terveys ja elintavat</b>		
Huono koettu terveys	Millainen on terveydentilasi omasta mielestäsi?	1 = huono, melko huono, keskitasoinen 0 = hyvä, melko hyvä
Alkoholin riskikäyttö (Audit)	Audit-kysely (Allen, Litten & Fertig, 1997; Reinert & Allen, 2002)	1 = vähintään kahdeksan pistettä 0 = alle kahdeksan pistettä
Hyötyliikuntaa alle 15 min/pv	Kuinka monta minuuttia harrastat hyötyliikuntaa päivittäin?	1 = alle 15 minuuttia päivässä 0 = muutoin
Kuntoliikuntaa korkeintaan 3 krt/kk	Kuinka usein harrastat vapaa-ajan kuntoliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyit ja hikoilet?	1 = en lainkaan tai hyvin harvoin, 1–3 kertaa kuukaudessa 0 = muutoin
Huono fyysinen hyvinvointi	Miten kuvaillet tämän hetkistä hyvinvointiasi: fyysinen hyvinvointi	1 = erittäin huono, huono 0 = kohtalainen, hyvä, erittäin hyvä
<b>Opintojen eteneminen</b>		
Opintomenestys odotettua huonompi	Omiin tavoitteisiisi verrattuna, onko opintomenestyksesi ollut	1 = odotettua huonompi 0 = odotettua parempi, odotusten mukainen
Selvästi kohonnut opiskelu-uupumisriski	Yhdeksän kysymystä käsittävä mittari SBI-9 (Salme-la-Aro 2009)	1 = pisteitä vähintään 38/54 0 = pisteitä korkeintaan 37
Palautuu kuormituksesta huonosti	Kuinka hyvin koet palautuvasi opiskelun aiheuttamasta kuormituksesta? 1 erittäin huonosti 5 erittäin hyvin	1 = 1, 2 0 = 3, 4, 5
Kokee opiskelevansa oikeaa alaa	Koetko olevasi oikealla alalla?	1 = kyllä 0 = en, en osaa sanoa
<b>Osallisuus</b>		
Kuuluu johonkin opiskeluun liittyvään ryhmään	Koetko kuuluvasi johonkin, mihin tahansa, opiskeluun liittyvään ryhmään?	1 = kyllä 0 = en, en osaa sanoa
Ei ketään kenen kanssa keskustella	Voitko halutessasi keskustella jonkun läheisesi kanssa avoimesti asioistasi ja ongelmistasi?	1 = en koskaan, hyvin harvoin 0 = joskus tai joistakin asioista, usein, aina tai useimmiten
Kokee usein olevansa yksinäinen	Koetko olevasi yksinäinen?	1 = kyllä usein 0 = kyllä ajoittain, en
Kiusattu kouluaikana useita vuosia	Minkä verran sinua kiusattiin kouluaikanas?	1 = useita vuosia 0 = ei ollenkaan, enintään vuoden ajan

Huono sosiaalinen hyvinvointi	Miten kuvaillet tämän hetkistä hyvinvointiasi: sosiaalinen hyvinvointi	1 = erittäin huono, huono 0 = kohtalainen, hyvä, erittäin hyvä
<b>Tuen saanti</b>		
Haluaisi apua opiskelun ongelmiin	Haluaisitko apua, esim. yksilöllistä neuvontaa, ryhmäkokouksia, kursseja, luentoja tms. seuraavissa asioissa: opiskelun ongelmat	1 = kyllä 0 = ei
Haluaisi apua opiskelutaitoihin	Haluaisitko apua, esim. yksilöllistä neuvontaa, ryhmäkokouksia, kursseja, luentoja tms. seuraavissa asioissa: opiskelutaidot	1 = kyllä 0 = ei
Käynyt terveydenhoitajalla	Oletko käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana? • opiskeluterveydenhuollossa • kunnallisessa terveydenhuollossa • muissa palveluissa	1 = käyttänyt ainakin jonkun sektorin palveluita vähintään kahdesti vuodessa 0 = harvemmin
Käynyt yleislääkärillä	Oletko käynyt yleislääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana?	1 = käyttänyt ainakin jonkun sektorin palveluita vähintään kahdesti vuodessa 0 = harvemmin
Käynyt erikoislääkärillä	Oletko käynyt erikoislääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana?	1 = käyttänyt ainakin jonkun sektorin palveluita vähintään kahdesti vuodessa 0 = harvemmin
Käynyt psykologilla	Oletko käynyt psykologin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana?	1 = käyttänyt ainakin jonkun sektorin palveluita vähintään kahdesti vuodessa 0 = harvemmin
Ei saanut selvyttä huoliin opisk.th:ssa	Kun viimeksi kävit opiskeluterveydenhuollossa vastaanotolla, millaiseksi koit saamasi palvelun: Sain selvyyden minua huolestuttaneisiin asioihin	1 = täysin eri mieltä, hiukan eri mieltä 0 = täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä
Ei tullut kuulluksi opisk.th:ssa	Kun viimeksi kävit opiskeluterveydenhuollossa vastaanotolla, millaiseksi koit saamasi palvelun: Minua kuultiin ja tunsin tulevani ymmärretyksi	1 = täysin eri mieltä, hiukan eri mieltä 0 = täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä
<b>Taustatekijät</b>		
Toimeentulo erittäin niukka ja epävarma	Miten käytettävissä olevat rahat riittivät viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana?	1 = toimeentulo erittäin niukka tai epävarma 0 = tulin toimeen kun elin säästäväisesti, tulin hyvin toimeen, erittäin hyvin
Parisuhteessa	Onko Sinulla parisuhde?	1 = on yksi, on kaksi tai useampia 0 = ei
Lapsia	Montako lasta sinulla on?	1 = 1 tai enemmän 0 = 0

## Liitetaulukko 2. Opiskelijabarometrin muuttajat.

Muuttuja	Kysymys/väittäjä	Luokitellut luokat
<b>Oppimisvaikeus</b>		
Koettu oppimisvaikeus	Omaan alaani liittyvien kirjallisten töiden tekeminen tuottaa minulle ongelmia. Oman alan kirjallisuuden lukeminen on minusta vaikeaa.	1 = ainakin toiseen vastannut melko usein, usein, aina tai lähes aina 0 = muutoin
<b>Psyykinen hyvinvointi</b>		
Tuntenut itsensä masentuneeksi suurimman osan ajasta	Kuinka usein viimeisen viikon aikana sinusta on tunnut seuraavilta: Olet tuntenut itsesi masentuneeksi?	1 = suurimman osan ajasta, kaiken aikaa, lähes kaiken aikaa 0 = en ollenkaan tai vain pienen osan ajasta, osan ajasta, en osaa tai halua vastata
Ei koe itseään levänneeksi	Kuinka usein viimeisen viikon aikana sinusta on tunnut seuraavilta: Tunsit itseni todella levänneeksi, kun heräsit aamulla?	1 = suurimman osan ajasta, kaiken aikaa, lähes kaiken aikaa 0 = en ollenkaan tai vain pienen osan ajasta, osan ajasta, en osaa tai halua vastata
Kaikki vaatii ponnistelua	Kuinka usein viimeisen viikon aikana sinusta on tunnut seuraavilta: Tuntui, että kaikki mitä teit vaati ponnistelua?	1 = suurimman osan ajasta, kaiken aikaa, lähes kaiken aikaa 0 = en ollenkaan tai vain pienen osan ajasta, osan ajasta, en osaa tai halua vastata

<b>Terveys ja elintavat</b>		
Opintoja vaikeuttava sairaus/vamma	Onko sinulla jokin opintojen suorittamista vaikeuttava fyysinen tai psyykinen haitta	1 = kyllä, opintoja merkittävästi vaikeuttava, kyllä, opintoja jonkin verran vaikeuttava 0 = ei, on ollut väliaikainen haitta joka ei vaikuta enää
Huono koettu terveys	Millainen on terveydentilasi omasta mielestäsi?	1 = huono, melko huono, keskitasoinen 0 = hyvä, melko hyvä
Hyötyliikuntaa alle 20 min/pv	Kuinka monta minuuttia päivässä keskimäärin harrastat muuta, vähemmän rasittavaa liikuntaa?	1 = 10–20 min, alle 10 min 0 = muutoin
Kuntoliikuntaa korkeintaan 3 krt/kk	Kuinka usein keskimäärin harrastat liikuntaa vähintään 0,5 tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyit ja hikoilet?	1 = 1–3 kertaa kuukaudessa, en lainkaan tai hyvin harvoin 0 = muutoin
<b>Opintojen eteneminen</b>		
Puutteelliset opiskelutaidot hidastaa etenemistä	Jos opintosi ovat edenneet tavoitteitasi hitaammin, mitkä ovat mielestäsi keskeisimmät syyt tähän?	1 = puutteelliset opiskelutaidot 0 = muutoin
Sairaus hidastaa etenemistä	Jos opintosi ovat edenneet tavoitteitasi hitaammin, mitkä ovat mielestäsi keskeisimmät syyt tähän?	1 = sairaus 0 = muutoin
Opiskeltavat asiat vaikea ymmärtää	Opiskeltavat asiat tuntuvat niin monimutkaisilta, että minulla on vaikeuksia ymmärtää niitä	1 = täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä 0 = ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä, en osaa sanoa
Joutuu toistamaan asioita oppiakseen	Joudun toistamaan asioita yhä uudelleen oppiakseni ne	1 = täysin samaa mieltä 0 = jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä, en osaa sanoa
Harkitsee opintojen keskeyttämistä	Harkitsen toisinaan opintojen keskeyttämistä.	1 = samaa mieltä, vahvasti samaa mieltä, täysin samaa mieltä 0 = ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä, vahvasti eri mieltä, täysin eri mieltä
Kokee opiskelevansa oikeaa alaa	Koetko opiskelevasi oikeaa alaa?	1 = kyllä suurella määrällä, kyllä jossain määrin 0 = jossain määrin en, en lainkaan, en osaa sanoa
<b>Osallisuus</b>		
Kokee olevansa yksinäinen	Koetko olevasi yksinäinen?	1 = kyllä jatkuvasti, kyllä usein 0 = joskus, en juurikaan, en lainkaan
Ei ketään jonka kanssa keskustella	Tunnetko voivasi halutessasi keskustella jonkun läheisesi kanssa avoimesti asioistasi ja ongelmistasi	1 = en 0 = kyllä, ehkä
Kokenut syrjintää/häirintää/kiusaamista	Oletko kokenut opintojesi aikana syrjintää, häirintää tai kiusaamista?	1 = kyllä jatkuvasti, kyllä usein, joskus 0 = en juurikaan, en lainkaan
Opiskelijayhteisöön kuuluminen paljon	Missä määrin koet kuuluvasi oman alasi opiskelijoiden yhteisöön?	1 = paljon, erittäin paljon 0 = jossain määrin, silloin tällöin, vähän, hyvin vähän, en lainkaan
Yhteydessä henkilökuntaan ainakin silloin tällöin	Kuinka paljon olet yhteydessä oppilaitoksesi opetus- ja tutkimushenkilökuntaan opetustilanteiden ulkopuolella?	1 = silloin tällöin, jossain määrin, paljon, erittäin paljon 0 = vähän, hyvin vähän, en lainkaan
Ei usko voivansa vaikuttaa elämäänsä	Miten paljon uskot voivasi vaikuttaa elämäsi kulkuun?	1 = 1–5 (1 = erittäin vähän) 0 = 6–10 (10 = erittäin paljon)
Tulevaisuus näyttää epävarmalta	Mitä yleisesti ottaen ajattelet valmistumisesi jälkeisestä tulevaisuudesta?	1 = 1–2 pistettä vastanneet (1 = tulevaisuuteni näyttää hyvin epävarmalta) 0 = 3–10 pistettä vastanneet (10 = olen tulevaisuuteni suhteen hyvin luottavainen)
<b>Tuen saanti</b>		
Opiskelutovereiden tuki hyödyttää	Missä määrin koet seuraavien olleen hyödyksi opintojesi etenemisen kannalta: opiskelutovereilta saatu tuki	1 = jossain määrin, suurella määrällä 0 = en lainkaan, en juurikaan, en osaa sanoa
Ystävien/sukulaisten tuki hyödyttää	Missä määrin koet seuraavien olleen hyödyksi opintojesi etenemisen kannalta: muilta ystävilta tai sukulaisilta saatu tuki	1 = jossain määrin, suurella määrällä 0 = en lainkaan, en juurikaan, en osaa sanoa
Saa riittävästi palautetta opiskelusta	Koen saavani riittävästi palautetta oppimisestani opiskelusta	1 = samaa mieltä, vahvasti samaa mieltä, täysin samaa mieltä 0 = ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä, vahvasti eri mieltä, täysin eri mieltä
<b>Taustatekijät</b>		
Toimeentulo hankalaa tai epävarmaa	Miten käytettävissä olevat rahat riittivät viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana?	1 = toimeentuloni oli hankalaa ja/tai epävarmaa 0 = tulin toimeen kun elin säästäväisesti, tulin hyvin toimeen

# LAPSIPERHEIDEN ARJEN VAHVUUDET VARHAISKASVATUKSEN ERITYISOPETTAJIEN NÄKÖKULMASTA

---

## Johdanto

Katsauksemme pohjautuu sosiokulttuuriseen viitekehykseen sijoittuvaan ekokulttuuriseen teoriaan, jonka mukaan perheen arjen sujumisella, vanhempien hyvinvoinnilla ja lapsen kehityksellä on kiinteä yhteys toisiinsa. Perheen ekokulttuurinen ympäristö muodostuu perheen voimavarojen ja toimintatapojen kokonaisuudesta, johon vaikuttavat sekä perheen ja yhteiskunnan materiaaliset ja taloudelliset tekijät että kulttuuriset uskomukset. (Bernheimer ym. 1990, Määttä & Rantala 2016.) Ekokulttuurisen lähestymistavan perusajatuksia on, että perheet eivät vain passiivisesti sopeudu ympäristön vaikutuksiin vaan aktiivisesti rakentavat ympäristöänsä omien tarkoitustensa ja arvojensa mukaisesti ylläpitääkseen arjen sujuvuutta (Bernheimer & Keogh 1995, Bernheimer & Weisner 2007).

Perheet ja perhesuhteet ovat nyky-yhteiskunnassa varsin monimuotoisia. Lapsiperhe voi tarkoittaa esimerkiksi perinteistä ydinperhettä, uusperhettä, yksinhuoltajaperhettä tai samaa sukupuolta olevien vanhempien perhettä (Castrén & Högbacka 2014). Perhemuoto ei ole aina pysyvä tila, ja esimerkiksi erotilanteissa perheen arkea muokkaavat lapsen huoltajuus- ja asumisjärjestelyt. Yhteishuoltajuus voi tarkoittaa pääasiassa

toisen vanhemman luona asumista tai vuoroasumista, jolloin lapsi viettää kummankin vanhemman kodissa lähes yhtä paljon aikaa. (Rissanen ym. 2017.) Perhemuodosta ja asumisjärjestelyistä riippumatta jokainen perhe on erilainen erilaisine toiveineen ja tarpeineen.

Lapsiperheiden arjen hyvinvointi Suomessa vaihtelee. Suuri enemmistö lapsiperheistä voi hyvin, mutta vähemmistön pahoinvoinnin ennuste on aiempaa huonompi. Perheiden eriarvoisuuden ja lapsiperheiden köyhyyden nähdään lisääntyvän (ks. Lindberg ym. 2019), ja erityinen huolenaihe on pahoinvoinnin siirtyminen perheittäin sukupolvelta toiselle (Rimpelä 2018). Kurttila (2018) puolestaan nostaa esille alueellisen ja sosiaalisen eriytymisen, joiden myötä kaikkia heikossa asemassa olevia lapsia ei onnistuta riittävästi tukemaan. Poikkeustilanteissa perheiden eriarvoisuus saattaa voimistua, mikä on näkynyt koronaepidemian aikana. Perheen arjen haasteet ovat osalla perheitä kärjistyneet, kun tukiverkot ja palvelut ovat vähentyneet. Osa vanhemmista puolestaan on havainnut korona-ajan lisäävän yhteistä aikaa perheen kanssa. (Sorkkila 2020.) Tämä kuvastanee myös sitä, kuinka kiireistä lapsiperheen normaali arki on.

Kiireisen elämänrytmin takia lapsiperheissä on usein haasteellista yhteensovittaa työ ja perhe. Tämän helpottaminen nähdäänkin tärkeäksi perhepoliittiseksi kehittämiskohteeksi. (Kontula 2018.) Useimmissa lapsiperheissä sekä isä että äiti tekevät pitkää työpäivää. Vaikka äitien tekemä ansiotyö toisaalta auttaa heitä jaksamaan perheen arkea, pitkät työpäivät toisaalta myös vievät voimavaroja ja perheen yhteistä aikaa. (Bardy ym. 2018). Varsinkin yksinhuoltajien perheissä vaaditaan luovuutta arjesta selviytymisessä (Moilanen 2020).

Lapsiperheiden arkea on kuvattu paljon haasteiden näkökulmasta, ja vastaavasti perheiden vahvuuksia on kuvattu vähemmän. Toisaalta tuoreessa tutkimuksessa on havaittu, että pikkulapsiperheiden vanhemmat ovat keskimäärin tyytyväisempiä perhe-elämäänsä ja saavutuksiinsa kuin muut 18–50-vuotiaat. Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen ei eronnut muiden saman ikäisten tyytyväisyydestä. Myös psyykinen kuormittuneisuus ja masennusoireet olivat yhtä yleisiä pikkulasten vanhemmilla ja muilla saman ikäisillä aikuisilla. (Haapala ym. 2020.)

Varhaiskasvatuksen palvelut ovat tärkeä osa lapsiperheiden elämää. Varhaiskasvatuksen ja monialaisen yhteistyön merkitys huoltajan kanssa korostuu, kun lapsella on tuen tarvetta (Opetushallitus 2018). Varhaiskasvatuksessa tukea tarvitsevat lapset ovat nykyisin pääasiassa samoissa ryhmissä muiden lasten kanssa inklusiivisen kasvatuksen periaatteen mukaisesti (Pihlaja & Neitola 2017, Viitala 2014, Viljamaa & Takala 2017). Tämän myötä varhaiskasvatuksen erityisopettajan työnkuva on monissa kunnissa muuttunut konsultoivaksi, useamman päiväkodin ja lapsiryhmän yhteiseksi opettajaksi (Viljamaa & Takala 2017). Kun lapsen tukea suunnitellaan, on tärkeää olla tietoa sekä lapsen erityispiirteistä että perheen ja kodin fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä (Bernheimer ym. 1990, Bernheimer & Keogh 1995), sillä perheen hyvinvointi ja perheen vahvuuksien löytäminen ovat merkityksellisiä lapsen hyvinvoinnin kannalta (Rantala & Uotinen 2019). Tässä katsauksessa tutkimustehtävämme on: Millaisia vahvuuksia varhaiskasvatuksen erityisopettajat näkevät

oman työnsä kautta lapsiperheiden arjessa?

## Tutkimusaineisto ja analyysi

Tutkimuksen aineistona on osa 'Varhaisvuosien erityiskasvatus – varhaiskasvatuksen erityisopettajan työ ja vanhempien osallisuus' -tutkimushankkeemme aineistosta, joka kerättiin kyselylomakkeilla syksyllä 2015. Kysely lähetettiin sähköpostin välityksellä kaikille Suomen varhaiskasvatuksen erityisopettajille, jotka työskentelivät konsultoivassa roolissa ilman omaa lapsiryhmää. Tutkittavien yhteystiedot kerättiin kuntien www-sivuilta tai tiedustelemalla niitä puhelimitse kuntien varhaiskasvatuksen vastuuhenkilöiltä. Näin saatiin 637 henkilön yhteystiedot. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 368 henkilöä (365 naista ja 3 miestä), joten vastausprosentti oli 58. Työskentelyvuosia varhaiskasvatuksessa vastaajilla oli keskimäärin 8,2 vuotta.

Tämän osatutkimuksen aineisto muodostuu vastauksista, joita saatiin yhteen avoimeen kysymykseen: "Mitä voit kertoa työkokemuksesi pohjalta 2010-luvun lapsiperheistä (max 1000 merkkiä)?" Vastaajista 11 oli jättänyt tämän kohdan tyhjäksi, joten vastauksia oli 357. Vastauksista kertyi aineistoa 62 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Vastausten pituus vaihteli yhdestä rivistä usean rivin kokonaisuuteen. Vastauksissa tuli esille sekä perheiden vahvuuksia että heikkouksia ja lisäksi korostui, että perheet ovat hyvin erilaisia keskenään. Poimimme vastauksista kaikki perheiden vahvuuksia kuvaavat ilmaisut. Vahvuuksia oli esillä 217 vastauksessa, ja ilmaukset olivat pääasiassa muutaman sanan tai yhden lauseen mittaisia. Näin ollen 61 prosenttia vastauksista sisälsi kuvauksia lapsiperheiden vahvuuksista. Tutkimuksemme analyysi perustuu aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin (Tuomi & Sarajärvi 2018). Ryhmittelimme saman sisältöiset vahvuusilmaukset omiin pääluokkiin ja niitä kuvaaviin alaluokkiin. Kustakin vastauksesta laskettiin vain yksi maininta yksittäiseen pääluokkaan, mutta yhdessä vastauksessa saattoi olla ilmauksia useampaan alaluokkaan. Vastaukset numeroitiin ja numeroa käytetään sitaattiesimerkeissä.

Taulukko 1. Lapsiperheiden arjen vahvuudet varhaiskasvatuksen erityisopettajien näkökulmasta (n = 217, f ja % = kuinka monessa vastauksessa ja kuinka monessa prosentissa vastauksista kyseinen ulottuvuus esiintyi).

Vahvuuden ulottuvuus	f	%	Sisältö
Tietoisuus ja rohkeus toimia	97	45	tietoisuus asioista ja oikeuksistaan vaativuus aktiivisuus ja rohkeus toimia
Yhteistyömyönteisyys	84	39	yhteistyön tekeminen lapsen tuen tarpeen hyväksyminen ja tuen hakeminen
Koko perheen hyvinvointi	78	36	arjen hyvinvointi perheen yhteinen aika taloudellinen hyvinvointi isät mukana tukiverkot
Lapsen edun ensisijaisuus	59	27	halu toimia lapsen parhaaksi ja kiinnostus lapsen asioihin

## Lapsiperheiden vahvuuksia

Varhaiskasvatuksen erityisopettajien lapsiperheiden arjen kuvauksissa erottui neljä vahvuuksien ulottuvuutta (taulukko 1): vanhempien tietoisuus ja rohkeus toimia, yhteistyömyönteisyys, koko perheen hyvinvointi sekä lapsen edun ensisijaisuus perheen arjessa.

### *Tietoisuus ja rohkeus toimia*

Tietoisuuteen ja rohkeuteen toimia sisältyi tietoisuus palveluista ja oikeuksista, vaativuus sekä aktiivisuus ja rohkeus toimia. Vanhempien kouluttautuneisuus tuotiin myös esille monessa vastauksessa, ja koulutuksen nähtiin lisääntyneen aiempiin vuosiin verrattuna. Vanhempien tietoa varhaiskasvatukseen liittyvistä asioista sekä omista oikeuksistaan kuvastavat esimerkit: *vanhemmilla on paljon tietoa omista oikeuksistaan ja mistä voi tai kuuluu saada tukea* (32) tai *Lapsen asioiden äärelle vanhemmat pysähtyvät ja osaavat vaatia, että lapsi saa niitä palveluja, joihin hän on oikeutettu* (61).

Vanhempien vaativuus esiintyi monissa vastauksissa välittyen pääasiassa myönteisenä asiana: *he osaavat vaatia, ottavat selvää asioista ja osaavat olla myös erittäin vaativia* (114). Myös vanhempien aktiivisuus ja rohkeus tuoda esille omia toiveita ja toimia niiden mukaisesti oli esillä vastauksissa.

### *Yhteistyömyönteisyys*

Yhteistyömyönteisyyteen sisältyi yhteistyön

tekeminen sekä lapsen tuen tarpeen hyväksyminen ja tuen hakeminen. Yhteistyön tekeminen vanhempien kanssa koettiin helppona ja sujuvana. Yhteistyön tekemistä kuvattiin esimerkiksi näin: *heidän kanssaan on helppo tehdä työtä* (235) tai *kiva tehdä yhteistyötä heidän kanssaan* (266). Vanhemmat nähtiin vuorovaikutuksessa avoimina ja yhteistyöhaluisina ja sellaisina, jotka osallistuivat vanhempainiltoihin ja halusivat aidosti keskustella lapsestaan.

Vastauksissa tuli myös esille, että vanhemmat eivät arastelleet tuen hakemista lapselleen, vaan tukea haettiin ja apua otettiin mielellään vastaan. Lapsen tuen tarpeeseen suhtautuminen oli mutkatonta ja vanhemmat keskustelivat mielellään lapsen kasvatuksesta varhaiskasvatuksen erityisopettajan kanssa. Vastauksissa tuli esille aiempaa myönteisempi ja luontevampi suhtautuminen lapsen tuen tarpeeseen: *ajatus 'mitä naapurit sanovat' ja pelko lapsen leimautumisesta on vähentynyt suurimmalla osalla perheistä* (240).

### *Koko perheen hyvinvointi*

Koko perheen hyvinvointiin sisältyi arjen hyvinvointi, perheen yhteinen aika, taloudellinen hyvinvointi, isien mukanaolo arjessa sekä perheen tukiverkot. Arjen hyvinvointiin saatettiin viitata lyhyesti, kuten: *suurin osa perheistä voi hyvin* (58). Hyvinvointi liitettiin myös toimeentuloon – *on todella hyvin toimeentulevia ja hyvinvoivia perheitä* (35) – sekä siihen, että osa perheistä on onnistunut työn ja perheen arjen yhtensovittamisessa.

Vastausten mukaan perheiden arki on kiireistä. Vanhempien työn ohella perheenjäsenillä nähtiin olevan paljon omia harrastuksia, ja lisäksi tietokone ja televisio veivät paljon aikaa. Perheiden uskottiin haluavan selviytyä hyvin arjesta kiireen keskellä, ja arjen tasapainon nähtiin lisäävän onnellisuutta. Osassa perheistä näkyi panostus yhteiseen aikaan: *onneksi monissa perheissä on alettu herätä tähän kuvioon ja vanhemmat ovat alkaneet kiinnittää enemmän huomiota yhteiseen aikaan ja sen laatuun* (160). Myös vuorovaikutuksen ja yhteisen tekemisen tärkeys lapsen ja vanhemman välillä tuotiin joissain vastauksissa esille.

Yleensä vastauksissa mainittiin perhe tai vanhemmat erittelemättä, onko kyseessä molemmat vai toinen vanhemmista. Muutamassa vastauksessa kuitenkin mainittiin erikseen isien mukanaolo: *isät kantavat vastuuta, osallistuvat* (19). Lisäksi saatettiin mainita isien osallistuminen yhteistyöhön ammattilaisten kanssa: *isät osallistuvat kotitöihin ja lasten kasvatukseen, tulevat mukaan neuvotteluihin* (74). Perheen tukiverkostona mainittiin laajempi sukulaisverkosto ja isovanhemmat: *hyväkuntoiset isovanhemmat ovat tukena arjen ruuhkavuosina* (99). Myös erilaiset perherakenteet lisäsivät tukiverkostoja: *Uusperheiden myötä lapsen lähipiiriin saattaa kuulua useita isovanhempia, vanhempien kumppaneita ja heidän lapsiaan* (60).

### *Lapsen edun ensisijaisuus*

Lapsen edun ensisijaisuus kuvaa vanhempien halua toimia oman lapsen parhaaksi sekä kiinnostusta lapsen toimintaan ja tekemiseen esimerkiksi päiväkotipäivän aikana. Vastauksissa toistui sellaiset kommentit kuin *vanhemmat haluavat lastensa parasta* (212) tai *lapset ovat vanhemmilleen tosi tärkeitä* (329). Varhaiskasvatuksen erityisopettajat totesivat, että osassa perheistä *lapsiin panostetaan paljon* (199) tai että *on perheitä, jotka satsaavat lapsiin* (272). Vanhemmat esittivät toiveita lapsen huomioimisesta myös päiväkodille: *on odotuksia oman lapsen yksilölliseen huomiointiin runsaammin kuin aiemmin* (208) tai *oma lapsi nähdään*

*yksilönä, jolle halutaan ryhmässäkin kaikki mahdollinen* (214). Vaikka osan perheistä arvioitiin voivan huonosti, todettiin, että *jo-kainen haluaa oman lapsensa parasta* (230) ja että kukin vanhempi hoitaa lastaan parhaan kykynsä mukaan.

### **Pohdinta**

Tässä katsauksessa kuvasimme, millaisia vahvuuksia varhaiskasvatuksen erityisopettajat näkevät lapsiperheiden arjessa. Esille tuodut lapsiperheiden vahvuudet liittyivät perheen sisäisiin ominaisuuksiin ja arvoihin sekä toisaalta toimintaan ammattilaisten kanssa. Perheen sisäisenä vahvuutena korostui koko perheen hyvinvointi, johon sisältyi taloudellinen hyvinvointi, vanhempien koulutautuneisuus sekä sosiaalinen verkosto. Myös Lindberg ym. (2019) tuovat esille, että koulutus, vahva sosiaalinen verkosto ja taloudellinen hyvinvointi ovat avainasemassa lapsiperheiden selviytymisessä arjessa.

Perheen vahvuuksina esiintyivät myös yhteistyömyönteisyys ja tietoisuus palveluista sekä rohkeus toimia asioiden edistämiseksi ja vaatia oikeuksiaan ja tarvittavaa tukea lapselleen. Vanhemmilla tulee siis olla tietoa siitä, mihin voi olla yhteydessä ja mistä löytyy tukea erilaisiin tilanteisiin. On kuitenkin myös havaittu, että osa vanhemmista ei kerro palveluiden tarpeesta ammattilaisille (Lammi-Taskula ym. 2020), mihin liittyy useita syitä. Sorkkilan (2020) mukaan kuorimitusta poikkeustilanteissa perheille aiheuttavat muun muassa vähäinen tuki päivähoidosta ja koulusta, yksinjäämisen kokemukset sekä tuen ja palveluiden heikko saatavuus. Miten turvataan se, että tuki olisi tasavertaisesti kaikkien perheiden ulottuvilla?

Varhaiskasvatuksen erityisopettajat toivat myös esille perheiden halun toimia lapsen parhaaksi ja sen, että lapsen etu on etusijalla monen perheen arjessa. Vanhemmat kaipaavat usein konkreettista tietoa siitä, miten he voivat tukea lapsen kehitystä kotona. Vanhempainliiton laatiman Päiväkotibarometrin (2019) mukaan vain 15 prosenttia vanhemmista kokee saavansa päiväkodista vinkkejä siihen, miten he voivat tukea lapsensa kasvua ja kehitystä. Tärkeää onkin



mieltä, miten vanhemmat saisivat kaipaamaansa tietoa.

Tässä katsauksessa olemme käsitelleet varhaiskasvatuksen erityisopettajien näkemyksiä lapsiperheiden arjen vahvuuksista. Osa vastaajista ei tuonut esille mitään myönteisiä puolia lapsiperheiden elämästä. Mitä tämä kuvastaa näiden ammattilaisten näkemyksistä ja asenteista perheitä kohtaan, ja miten se vaikuttaa heidän toimintatapaansa perheiden kanssa? Havaitsimme kuitenkin, että useat ammattilaiset näkevät vaikeassakin tilanteessa perheen vahvuuksia ja kokevat, että perheet ovat halukkaita tekemään yhteistyötä ja tekevät parhaansa lapsen edun puolesta. Positiivisen ilmapiirin jakaminen lisää perheiden ja työyhteisön hyvinvointia ja jaksamista sekä valoisana että vaikeampana aikana.

**Tulosten merkitys:** Lapsiperheiden arjen vahvuuksien tunnistaminen edesauttaa perheiden hyvinvoinnin tukemista. Nostamalla esille lapsiperheiden arjen vahvuuksia, pystytään myös pelaamaan, millaiset tekijät voivat olla tukena kuormittavissa tilanteissa. Tukea tarvitsevan lapsen perheen hyvinvointiin liittyy sosiaalinen verkosto, jossa varhaiskasvatuksen erityisopettajan rooli on merkittävä.

## Tiivistelmä

Katsauksemme pohjautuu ekokulttuuriseen teoriaan, jonka mukaan perheen arjen sujumisella, vanhempien hyvinvoinnilla ja lapsen kehityksellä on kiinteä yhteys toisiinsa. Tavoitteenamme on tuoda esille, millaisia vahvuuksia varhaiskasvatuksen erityisopettajat näkevät oman työnsä kautta lapsiperheiden arjessa. Lähetimme sähköpostilla kyselyn, johon vastasi 368 varhaiskasvatuksen erityisopettajaa, joiden työ painottuu konsultoivaan työhön. Tarkastelumme pohjautuu kyselyn yhteen kysymykseen, jossa vastaajat kirjoittivat näkemyksiään lapsiperheiden arjesta. Näistä vastauksista löysimme neljä vah-

vuuksien ulottuvuutta: vanhempien tietoisuus ja rohkeus toimia, yhteistyömyönteisyys, koko perheen hyvinvointi sekä lapsen edun ensisijaisuus perheen arjessa. Kaikissa vastauksissa ei ollut mainintoja perheiden vahvuuksista, mutta useat ammattilaiset näkivät perheiden tekevän parhaansa lapsen edun puolesta ja suhtautuvan myönteisesti yhteistyöhön varhaiskasvatuksen ja kuntoutuksen ammattilaisten kanssa. Myönteisten seikkojen esille tuominen vaikeinakin aikoina lisää positiivista ilmapiiriä ja jaksamista.

*Avainsanat:* lapsiperheen arki, varhaiskasvatuksen erityisopettaja, vahvuus, ekokulttuurinen teoria

**Anja Rantala, KT, lehtori, Jyväskylän yliopisto (31.12.2020 saakka)**

**Sanna Uotinen, KT, yliopistonopettaja, Jyväskylän yliopiston avoin yliopisto**

## Lähteet

- Bardy M, Sauli H, Järventie I (2018) Lapset yhteiskunnassa ja yhteiskunta lapsuudessa - eilisestä ylihuomiseen. Teoksessa Lapsiasiavaltuutetun kertomus eduskunnalle. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 1. [https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Documents/LAPS\\_eduskuntakertomus\\_2018\\_FL.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Documents/LAPS_eduskuntakertomus_2018_FL.pdf). Viitattu 5.11.2020.
- Bernheimer LP, Gallimore R, Weisner TS (1990) Ecocultural theory as a context for the individual family service plan. *Journal of Early Intervention* 14, 3, 219–233.
- Bernheimer LP, Keogh BK (1995) Weaving interventions into the fabric of everyday life: An approach to family assessment. *Topics in Early Childhood Special Education* 15, 4, 415–433.
- Bernheimer LP, Weisner TS (2007) “Let me just tell you what I do all day...” The family story at center of intervention research and practice. *Infants & Young Children* 20, 3, 192–201.
- Castrén AM, Högbacka R (2014) Avautuuko perhe? Eksklusiivisuuden ja inklusiivisuuden dynamiikka perhesidoksissa. *Sociologia* 2, 106–122.
- Haapala E, Hakulinen T, Mäntymaa P, Peltomäki H, Jääskeläinen T, Lundqvist A (2020) Valtaosa pikkulasten vanhemmista voi hyvin – Tuloksia FinTerveys 2017 -tutkimuksesta. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139086/URN\\_ISBN\\_978-952-343-458-5.pdf?sequence=1&itsAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139086/URN_ISBN_978-952-343-458-5.pdf?sequence=1&itsAllowed=y). Viitattu 5.11.2020.
- Kontula O (2018) 2020-luvun perhepolitiikka. Perhebarometri. Väestöntutkimuslaitos, katsauksia E52. <http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/4405d->

- ba86ff042b48908d92cbc9e243a/1604655021/application/pdf/9136344/netti%202020-luvun%20perhe\_Baro2018.pdf. Viitattu 6.11.2020.
- Kurttila T (2018) Esipuhe – lapsipolitiikan uudistamiseen. Teoksessa Lapsiasiavaltuutetun kertomus eduskunnalle. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 1, K5, 3–4. [https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Documents/LAPS\\_eduskuntakertomus\\_2018\\_FI.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Documents/LAPS_eduskuntakertomus_2018_FI.pdf). Viitattu 5.11.2020.
- Lammi-Taskula J, Vuorenmaa M, Aunola K, Sorkkila M (2020) Matalan kynnyksen sosiaalipalvelut lapsiperheiden tukena ja palveluiden käyttö COVID-19-epidemian aikana. Tutkimuksesta tiiviisti 15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-522-3>. Viitattu 22.11.2020.
- Lindberg M, Autto J, Nygård M (2019) Lapsiperheiden kotitalouden strategiat taloudellisen epävarmuuden ja perhepoliittisten muutosten aikana. *Janus* 27, 1, 3–20.
- Moilanen S (2020) Monitahoisten vaatimusten keskellä: Yksinhuoltajaäitien epätyypilliset työajat ja työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen. *Journal of Early Childhood Education Research* 9, 2, 230–241.
- Määttä P, Rantala A (2016) Tavallisen erityinen lapsi. Onnistuneen yhteistyön arvoitusta ratkomassa. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Opetushallitus (2018) Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Määräykset ja ohjeet 3a. [https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/varhaiskasvatussuunnitelman\\_perusteet.pdf](https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/varhaiskasvatussuunnitelman_perusteet.pdf). Viitattu 5.11.2020.
- Pihlaja P, Neitola M (2017) Varhaiserityiskasvatus muuttuvassa varhaiskasvatuksen kentässä. *Kasvatus ja aika* 11, 3, 70–91.
- Päiväkotibarometri (2019) Suomen vanhempainliitto. <https://vanhempainliitto.fi/wp-content/uploads/2020/01/PAIVAKOTIBAROMETRI2019-verkko.pdf>. Viitattu 12.11.2020.
- Rantala A, Uotinen S (2019) (2. päivitetty painos) Varhaiskasvattajan ja perheen yhteistyön merkitys. Teoksessa P Pihlaja, R Viitala (toim.) Varhaiserityiskasvatus. Jyväskylä, PS-kustannus, 121–139.
- Rimpelä M (2018) Lapsiväestön kehityksestä ja hyvinvoinnista. Teoksessa Lapsiasiavaltuutetun kertomus eduskunnalle. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 1, K5, 57–127. [https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Documents/LAPS\\_eduskuntakertomus\\_2018\\_FI.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Documents/LAPS_eduskuntakertomus_2018_FI.pdf). Viitattu 5.11.2020.
- Rissanen A, Kääriäinen A, Rantala K, Sarasoja L, Aikio M (2017) Vuoroasumisen periaatteet ja sopiminen vanhempien ja viranomaisten käsityksinä. *Janus* 25, 1, 38–56.
- Sorkkila M (2020) Poikkeusaika vaikutti perheiden hyvinvointiin eri tavoin. Ruusuapuiston Kärkiuutiset 3. <https://peda.net/jyu/ruusuapuisto/uutisarkisto/2020-3/1>
- Tuomi J, Sarajärvi A (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (uudistettu laitos). Tammi, Helsinki.
- Viitala R (2014) Jotenkin häiriöks. Etnografinen tutkimus sosioemotionaalista erityistä tukea saavista lapsista päiväkotiryhmässä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 501.
- Viljamaa E, Takala M (2017) Varhaiserityisopettajien ajatuksia työhön kohdistuneista muutoksista. *Journal of Early Childhood Education Research* 6, 2, 207–229.

# DIGITAALISUUDEN MAHDOLLISUUKSIA PUHETERAPIAPALVELUSSA

---

## Johdanto

Asiakasmäärien kasvu yhdessä ikääntyvän väestön kanssa kuormittaa yhä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Asiakkaat odottavat yhä useammin palveluiden olevan personoitavia sekä ajasta ja paikasta riippumattomia. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan digitaalisesta transformaatiosta on haettu keinoja puuttua siellä esiintyviin haasteisiin ja parantaa palveluiden kattavuutta, yhdenvertaisuutta ja laatua. Maailmanlaajuinen COVID19-epidemia on entisestään korostanut digitaalisen transformaation ja erityisesti etäpalveluiden merkitystä. Samalla, kun tunnustetaan digitaalisen teknologian rooli palveluiden vahvistamisessa, on yhtä tärkeää ymmärtää digitaalisten ratkaisujen vaikutuksia asiakkaan hoitopolkuun, kuten myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työhön. Tässä katsauksessa tarkastelemme puheterapian näkökulmasta digitaalisen palvelun tuottamia muutoksia asiakkaan hoitopolussa sekä puheterapeutin työssä. Tulokset perustuvat seuranta- ja haastatteluaineistoon perusterveydenhuollon puheterapiayksiköissä toteutetusta yhteiskehittämisen kokeilusta, jossa 40 lasta sai kuntoutusta äännevirheeseen verkkoympäristössä keväällä 2020. Tarkasteltaessa digitaalisuuden tuomia

muutoksia puheterapian hoitopolkuun sekä puheterapeutin työhön keskeiset löydökset liittyvät kuntoutusjakson käynnistymiseen, yhteydenpidon intensiteettiin, tavoitteiden asettamiseen ja seurantaan, vuorovaikutukseen kuntoutuksen aikana sekä saavutettavuuteen.

## Lapsen ja perheen tarpeeseen ja tilanteeseen vastaava äännevirheen kuntoutus

Äännevirheillä on laaja vaikutus lapsen toimintakykyyn, osallistumiseen ja vuorovaikutukseen. Puheen selkiytymiseksi tukitoimet tulisikin aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun todetaan lapsen puheen olevan ikään nähden epäselvää. Oikein ajoitetun ja riittävän puheterapian avulla annettava puheen, kielen ja kommunikoinnin kuntoutus on tärkeä äännevirheen korjaantumisen ennustetta parantava tekijä. (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -suositus 2019.)

Onnistuneella artikulaatioterapialla pystytään tukemaan kehittyvän lapsen itsetuntoa ja sosiaalisia suhteita (Sugden ym. 2019). Äännevirheen kuntoutus edellyttää asiakkaalta sitoutumista yhteiseen suunnitelmaan, johon liittyy tyypillisesti säännöllinen ja tiivis

harjoittelu. Lapsen äännevirheen kuntoutuksessa nousee keskeiseksi perheen ja lähiyhteisön kanssa tehtävä yhteistyö, jonka avulla voidaan edistää lapsen taitojen kehittymistä osana jokapäiväistä arkea (esim. Tambyraja 2020, Sugden ym. 2019). Puheterapian harjoittelu vaatiikin huoltajalta aktiivisuutta ohjattujen harjoitteiden toteuttamisessa (Watts Pappas ym. 2016.) Perheen sitoutumista lapsen äännevirheen kuntoutukseen edistää, jos puheterapia vastaa heidän määrittelemiään tarpeita (Kauppila ym. 2016). Odotukset kohdistuvat muun muassa palvelun oikea-aikaisuuteen ja puheterapian toteutukseen, kuten käynti- ja harjoitusmäärään sekä -tiheyteen erityisesti lapsen huoltajan näkökulmasta (Watts Pappas ym. 2016).

Parhaimmillaan puheterapia käynnistyy joustavasti lapsen ja perheen tilanteeseen sopivalla tavalla. Perusterveydenhuollossa haasteena ovat kuitenkin niukat puheterapian resurssit, millä on usein vaikutuksia äännevirheen kuntoutuksen käynnistymiseen. Tämän lisäksi pitkät odotusajat sekä kertaluonteiset tai harvajaksoiset arviointi- ja seurantakäynnit vaikeuttavat tutustumista lapseen sekä perheeseen. Pitkät väliajat saattavat myös johtaa tilanteeseen, jossa tietoa ja harjoitteita annetaan suuri määrä yhdellä kertaa. (Watts Pappas ym. 2016.)

Digitaaliset ratkaisut mahdollistavat puheterapian toteuttamisen uudella tavalla ja vastaamisen edellä mainittuihin haasteisiin. Esimerkiksi etäkuntoutuksen suosio on kasvanut vastaanotto- ja kotikäyntien rinnalla teknologian kehittyessä. Etäkuntoutus tuo mahdollisuuksia kuntoutuksen varhaisempaan aloittamiseen sekä tiiviimpään yhteydenpitoon lapsen ja perheen kanssa. Siihen liittyviä muita hyötyjä ovat muun muassa ajasta ja paikasta riippumattomuus sekä kuntoutuksen kytkeytyminen luontevammin arkeen. Lapsen näkökulmasta digitaalisuus mahdollistaa uudenlaisia harjoitusympäristöjä sekä sähköisiä harjoitusmateriaaleja virikkeelliseen ja vaihtelevaan harjoitteluun. (Leinonen & Konola 2019, Salminen & Hiekkala 2019.) Tietokonepohjaisella puheterapialla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia (Furlong ym. 2017), mutta pelkästään ne eivät kuitenkaan merkittävästi kohenna

kielellisiä taitoja (Fey ym. 2011.) Uusia digitaalisia ratkaisuja tuleekin tarkastella kokonaisuutena, jolloin niistä saadaan tavoiteltu hyöty.

### **Digitaalisen puheterapiapalvelun yhteiskehittäminen**

Tässä katsauksessa tarkoituksemme on syventää ymmärrystä digitaalisten ratkaisujen vaikutuksista puheterapian asiakkaan hoitopolussa sekä puheterapeutin työssä. Perusterveydenhuollon puheterapiassa kekeiltiin verkkopohjaista digitaalista ympäristöä äännevirheiden kuntoutuksessa. Kokeilun tavoitteena oli edistää puheterapiassa asetettujen, äännevirheiden kuntoutukseen liittyvien tavoitteiden saavuttamista. Kokeilussa lapsen yksittäisen äännevirheen (R, S, L ja K) kuntoutusta toteutettiin vastaanotokäyntien sijaan verkkoympäristössä, joka sisälsi laajan valikoiman erilaisia videoituja harjoitusohjeita ja äännepelejä yksilöllisesti hyödynnettäviksi sekä viestintäkanavan puheterapeutin ja perheen väliseen vuorovaikutukseen. Lapsi tai hänen perheensä eivät tavanneet puheterapeuttia kuntoutusjakson aikana vastaanotolla tai reaaliaikaisesti etäyhteydellä kertaakaan alkuarviota lukuunottamatta.

Kokeilu toteutettiin osana Co-Created Health and Wellbeing -hanketta (CoHeWe), jossa yhteiskehitettiin ennaltaehkäiseviä sekä terveyttä ja hyvinvointia edistäviä innovatiivisia sosiaali- ja terveyspalveluita. Hankkeessa hyödynnettiin yhteiskehittämisen prosessia. Laajan tulkinnan mukaan yhteiskehittämisellä tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa julkisten palvelujen määrittelemiseen, kehittämiseen ja tuottamiseen osallistuvat julkinen sektori, yritykset sekä kansalaiset erilaisissa rooleissa (Torfing ym. 2019). Kuuden kuukauden mittainen puheterapian kokeilu toteutettiin keväällä 2020. Verkkoympäristöä äännevirheiden kuntoutuksessa käytti kolme perusterveydenhuollon puheterapeuttia, ja heidän tukenaan oli verkkoympäristön tarjonnan yrityksen puheterapeutti konsultoivassa roolissa. Kehittämiskokeilu toteutui tiiviissä yhteistyössä asiakasperheiden kanssa. Tämä katsaus

pohjautuu kehittämiskokeilun dokumentaatioon ja neljän puheterapian ammattilaisen kokemuksiin. Perheiden huoltajia osallistui kehittämiskokeilun arvioinnin ja jatkokehittämisen työpajaan. Kehittämiskokeilun dokumentaatio piti sisällään jatkuvan seurantatiedon, yhteiskehittämistyöpajojen tulokset sekä arviointia tukeneiden asiakas- ja ammattilaiskyselyjen palautetiedon.

### **Digitalisen intervention vaikutuksia puheterapian palvelupolkuun**

Verkkopohjainen puheterapiapalvelu erosi puheterapiayksikön käytössä olevasta äännevirheiden kuntoutuksen palvelupolusta. Yleisesti voidaan sanoa, että verkkopohjainen terapia vaatii tietynlaisen teknisen varustelun niin asiakkaalta kuin ammattilaiselta sekä laitteiston käytön osaamista. Kokeiluun osallistuneet perheet ja puheterapeutit olivat lähtökohtaisesti kiinnostuneita työskentelemään digitaalisella alustalla ja heillä oli valmiudet siihen.

Tarkasteltaessa digitaalisuuden tuomia muutoksia asiakkaan hoitopolkuun sekä puheterapeutin työhön keskeiset löydökset liittyivät kuntoutusjakson käynnistymiseen, yhteydenpidon intensiteettiin, tavoitteiden asettamiseen ja seurantaan, vuorovaikutukseen kuntoutuksen aikana sekä saavutettavuuteen.

(1) Puheterapian käynnistyminen on usein kriittinen vaihe, johon voi liittyä huoltajien turhautumista omien keinojen riittämättömyyteen ja ensikäynnin odottamiseen. Perinteisesti puheterapialähetteen saatuaan perhe kutsutaan arviokäynnille, jolloin lapsen tilanne arvioidaan ja kuntoutuksen käynnistämistä päätetään. Verkkopohjaisessa terapiassa puheterapeutti teki arvion asiakkaan tilanteesta perheen kuvaaman aloitusvideon perusteella. Tämän avulla pystyttiin nopeuttamaan kuntoutuksen käynnistymistä osallistuneiden perheiden osalta. Puheterapeuttien näkemyksen mukaan ensikäyntiaikoihin kohdistuvaa kuormitusta olisikin mahdollista purkaa ja kuntoutuksen käynnistymistä nopeuttaa tekemällä ensiarvio useammalle lapselle aloitusvideon avulla.

(2) Ajasta ja paikasta riippumaton verkkopalvelu mahdollisti tiiviimmän yhteydenpidon puheterapeutin ja perheen välillä. Vastaanottokäynneillä terapeutti ja perhe tapaavat yleisesti kerran kuussa tai harvemmin, kun verkkopalvelussa viestejä vaihdettiin viikoittain kokeilun aikana. Sen seurauksena puheterapiassa päästiin usein asiakkaan näkökulmasta lyhyemmässä ajassa kuntoutuksen tavoitteisiin. Verkkopohjaisen terapian kuntoutusjakson ohjeellinen pituus oli 12 viikkoa, joka riitti lähes kaikille kokeiluun osallistuneille. Joissain tapauksissa kuntoutusjakso voitiin päättää etuajassa äänteen oppimisen ansiosta. Kokeilussa huomattiin myös, että verkkopohjainen terapia mahdollistaa eri tavoin puheterapeutin työn rytmittämisen ja asiakasvirtojen hallinnan äännevirheiden kuntoutuksessa. Puheterapeutti pystyi malliin totuttuaan käsittelemään useampia asiakastapauksia päivän aikana. Toisaalta kuukausitasolla tarkasteltuna yhden asioiden käsitteleminen kulutti enemmän työaikaa kuin tavallisesti. Tarkasteltaessa kokonaisuudessa asiakassuhteen vaatimaa työaikaa puheterapeutit arvioivat verkkopohjaisen terapian vievän vähemmän aikaa ja intensiivisemmän kuntoutuksen johtavan tuloksiin lyhyemmässä ajassa.

(3) Verkkopohjainen terapia mahdollisti kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen ja niiden seuraamisen uudella tavalla, mikä vaikutti myös koko kuntoutuksen kulkuun. Se heijastui asiakkaiden kasvaneena motivaationa sekä puheterapeuttien myönteisenä kokemuksena työssä suoriutumisesta. Tiiviin yhteydenpidon myötä lapselle voitiin asettaa useampia ja pienempiä välitavoitteita, jotka oli mahdollista saavuttaa nopeammin. He saivat tällöin useampia onnistumisen kokemuksia ja kuntoutuksen edistyminen muodostui heille helpommin ymmärrettäväksi, mikä tuki lasten myönteistä minäkuvausta ja osaltaan edisti oppimista. Tiiviimpi seuranta, viikoittainen yhteydenpito ja uudet ohjeet ylläpitivät myös huoltajien motivaatiota. On kuitenkin otettava huomioon, että verkkopohjainen puheterapia ei sovi kaikkiin tilanteisiin, joten puheterapeutin arvio kuntoutuksen alussa on tärkeä. Kokeilussa huomattiin, että viikoittain tapahtuva seuranta

kuormitti osaa perheistä. Nopeatempoinen harjoittelu ei myöskään sopinut osalle lapsista heidän harjoittelumotivaationsa vaihtelevuuden takia. Puheterapeuteille tiivis seuranta ja lasten videoidut suoritukset tarjosivat parempia edellytyksiä ohjata harjoittelua oikeaan suuntaan sekä hahmottaa heidän kehitystään ja harjoitteiden toimivuutta.

(4) Puheterapiassa on tärkeää huomioida lasten ja perheiden yksilölliset tarpeet, mikä korostaa perheen ja puheterapeutin välisen vuorovaikutuksen merkitystä. Perinteisesti puheterapian ohjaus perustuu asiakkaan ja puheterapeutin vuorovaikutukseen vastaanottotilanteessa sekä kotona tapahtuvaan harjoitteluun vastaanottoaikojen välissä. Verkkopohjaisessa terapiassa puheterapeutti ja asiakas tai hänen huoltajansa eivät koskaan kohdanneet reaaliaikaisesti. Vuorovaikutus perustui viestimiseen verkkoalustalla. Perhe kuvasi kotona tapahtunutta harjoittelua ja lähetti videoita puheterapeutille, joka vastasi niihin antamalla palautetta, kannustamalla sekä ohjaamalla uusien harjoitteiden äärelle verkkoalustalla. Harjoitteiden ohjauksessa puheterapeutin ja huoltajan välinen vuorovaikutus korostui. Huoltaja sai ohjausta ja keinoja tukea lapsen harjoittelua, mikä näkyi kokeilussa heidän vahvempana sitoutumisenaan kuntoutukseen.

(5) Digitaalisten palvelujen kohdalla niiden saavutettavuutta on tarkasteltava erityisen kriittisesti. Puheterapian palvelut, jotka perustuvat asiakkaan itsenäisesti käyttämään verkkopohjaiseen materiaaliin, aiheuttavat ongelmia esimerkiksi huonosti suomea osaavien asiakasperheiden parissa. Puheterapian asiakaskunnasta kasvava määrä on monikielisiä perheitä (esim. Arkkila ym. 2013). Kokeiluun osallistumiseksi edellytettiin riittävää suomen kielen hallintaa. Verkkopohjaisessa puheterapiassa tulkkauspalvelua ei voitu käyttää samalla tavalla kuin vastaanottotilanteissa.

### **Kokeilu herätti pohtimaan digitaalisuuden mahdollisuuksia puheterapiassa**

Tässä yhteiskehittämisen kokeilussa saatiin monipuolisia kokemuksia verkkopohjai-

sen puheterapian käyttämisestä yksittäisten äännevirheiden kuntoutuksessa. Sen nähtiin edistävän jossain määrin kuntoutusta sekä tukevan yleisesti positiivista asiakaskokemusta ja puheterapeuttien kokemusta hyvästä työssä suoriutumisesta. Toisaalta onnistuakseen kuntoutus vaatii aina sitoutumista ja siksi se tulisi toteuttaa silloin, kun lapsen kotiharjoittelua pystytään riittävästi tukemaan. Kuntoutukseen käytetyn ajan vertaileminen vastaanottokäyntien ja verkkopohjaisen mallin välillä ei ole yksinkertaista. Tarvitaan enemmän keskustelua digitaalisten interventioiden laajemmista vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään, kuten myös niiden pitkän aikavälin vaikutuksista.

**Tulosten merkitys:** Katsaus esittelee yhteiskehittämisen kokeilussa saatuja kokemuksia verkkopohjaisen puheterapian käyttämisestä yksittäisten äännevirheiden kuntoutuksessa. Tulosten avulla voidaan ymmärtää paremmin digitaalisten ratkaisujen vaikutuksia asiakkaan hoitopolkuun, kuten myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työhön.

*Avainsanat:* digitaaliset palvelut, puheterapia, verkkopohjainen kuntoutus, julkinen sektori, yhteiskehittäminen

### **Tiivistelmä**

Maaailman terveysjärjestön (WHO) mukaan digitaalisesta transformaatiosta on haettu keinoja puuttua sosiaali- ja terveyspalveluissa esiintyviin haasteisiin ja parantaa palveluiden kattavuutta, yhdenvertaisuutta ja laatua. Samalla, kun tunnustetaan digitaalisen teknologian rooli palveluiden vahvistamisessa, on yhtä tärkeää ymmärtää digitaalisten ratkaisujen vaikutuksia asiakkaan hoitopolkuun, kuten myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työhön. Tässä katsauksessa tarkastelemme puheterapian näkökulmasta digitaalisen palvelun tuottamia muutoksia asiakkaan

hoitopolussa sekä puheterapeutin työssä. Tarkasteltaessa digitaalisuuden tuomia muutoksia molemmista näkökulmista keskeiset löydökset liittyvät kuntoutusjakson käynnistymiseen, yhteydenpidon intensiiviteettiin, tavoitteiden asettamiseen ja seurantaan, vuorovaikutukseen kuntoutuksen aikana sekä saavutettavuuteen.

**Sami Kauppinen, väitöskirjatutkija, projektipäällikkö, Laurea amk**

**Elina Kesäniemi, tutkimuskoordinaattori CoHeWe-hanke, Laurea amk**

**Sari Helenius, fysioterapeutti YAMK, projektipäällikkö CoHeWe-hanke, Vantaan kaupunki**

## Lähteet

- Arkkila E, Smolander S, Laasonen M (2013) Monikielisyys ja kielellinen erityisvaikeus. *Duodecim* 129, 2, 200–207. Saatavana osoitteessa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10756>.
- Furlong L, Erickson S, Morris ME (2017) Computer-based speech therapy for childhood speech sound disorders. *Journal of Communication Disorders* 68, 50–69.
- Fey ME, Richard GJ, Geffner D, Kamhi AG, Medwetsky L, Paul D, ..., Schooling T (2011) Auditory processing disorder and auditory/language interventions: An evidence-based systematic review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*.
- Kauppila J, Sipari S, Suhonen-Polvi H (2016) Lapsen kokonaiskuntoutus kehitysympäristössään. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Duodecim, Helsinki.
- Kehityksellinen kielihäiriö (kielellinen erityisvaikeus, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Foniatri ry:n ja Suomen Lastenneurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä (2019). *Duodecim*, Helsinki (viitattu 20.11.2020). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Leinonen A, Konola H (2019) Etänä lähelle. Erityislapsen arki kuntouttavaksi etäpuheterapian keinoin. Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) *Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia*. Kela, Helsinki.
- Salminen A-L, Hiekkala S (2019) Suositukset etäkuntoutukseen. Teoksessa A-L Salminen, S Hiekkala (toim.) *Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia*. Kela, Helsinki.
- Sugden E, Munro N, Trivette CM, Baker E, Williams AL (2019) Parents' Experiences of Completing Home Practice for Speech Sound Disorders. *Journal of Early Intervention* 41, 2, 159–181.
- Tambyraja SR (2020) Facilitating parental Involvement in speech therapy for children with speech sound disorders: A survey of speech-language pathologists' practices, perspectives, and strategies. *American Journal of Speech-Language Pathology* 29, 4, 1987–1996.
- Torfing J, Sørensen E, Røiseland A (2019) Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, drivers, benefits, and ways forward. *Administration & Society* 51, 5, 795–825.
- Watts Pappas N, McAllister L, McLeod S (2016) Parental belief and experiences regarding involvement in intervention for their child with speech sound disorder. *Child Language Teaching and Therapy* 32, 2, 223–239.

# ADHD-DIAGNOOSIN SAANEIDEN LASTEN JA NUORTEN LIIKUNNAN TUKEMINEN OSALLISUUDEN LISÄÄJÄNÄ

## Johdanto

Kansainvälisten ihmisoikeussopimusten mukaiset ihmisoikeudet koskevat kaikkia ihmisiä myös Suomessa, jossa näitä sopimuksia täydentävät perustuslaissa (Suomen perustuslaki 731/1999) säädettävät perusoikeudet. Perustuslakia säädettäessä vuonna 1999 kansainväliset ihmisoikeudet otettiin osaksi perustuslakia. Näin esimerkiksi lapsen oikeuksia koskevalle yleissopimukselle (Lapsen oikeuksien sopimus 1989), jonka Suomi ratifioi vuonna 1991, on annettu kansallisen lain asema. Lisäksi Suomessa perusoikeuksista erityisesti yhdenvertaisuutta säädetään yhdenvertaisuuslaissa (Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014). Jos lisäksi esimerkiksi lapsella on joitakin vammaisuuteen liittyviä erityistarpeita, niiden osalta oikeutta osallisuuteen ja yhdenvertaisuuteen säätelee YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimus vuodelta 2008, jonka Suomi ratifioi vuonna 2017 (Oikeus osallisuuteen ja yhdenvertaisuuteen 2018).

Lapsen oikeudellisesta asemasta huolehditaan siis monella yleisen lainsäädännön tasolla. Esimerkiksi Lapsen oikeuksien sopimuksen 31. artiklassa todetaan, että sopimusvaltiot kunnioittavat ja edistävät lapsen oikeutta osallistua kaikkeen kulttuuri- ja taide-elämään ja kannustavat sopivien ja

yhtäläisten mahdollisuuksien tarjoamista kulttuuri-, taide-, virkistys- ja vapaa-ajan-toimintoihin. Vammaissopimuksen artikkelissa 30 puolestaan tunnustetaan samojen oikeuksien ja yhtäläisten mahdollisuuksien turvaaminen vammaisille henkilöille. Kaikille lapsille on siis turvattava yhdenvertaiset mahdollisuudet osallistua esimerkiksi liikuntaan, ja jos erityistarpeita on, ne on otettava huomioon mahdollisuuksien turvaamisessa.

Osallistuminen johonkin yhteisön toimintaan on yksi tärkeä edellytys (vaikkei välttämätön eikä ainoa) sille, että voi tuntea osallisuutta johonkin yhteisöön. Osallisuus on jotakin enemmän kuin osallistumista, se on kokemus jäsenyydestä johonkin yhteisöön ja kokemus siitä, että voi omalta osaltaan vaikuttaa sen toimintaan (Laitila 2010). Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (ICF) kuvaa, miten ihmisen elämässä näkyvät sairauden tai vamman vaikutukset. Luokituksessa toimintakyky ja toimintarajoitteet nähdään moniulotteisena, vuorovaikutuksellisenä ja muuttavana tilana, joka syntyy terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. ICF-luokituksessa osallistuminen (participation) on yksi yksilön elämän toimintamuoto, joka ei ole vain fyy-



sistä läsnäoloa vaan myös vaikuttamiskykyä sosiaalisissa tilanteissa. (ICF 2018.)

## **Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt**

Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt (joista yleisimpiä ovat autismikirjon häiriöt ja ADHD) alkavat varhaislapsuudessa ja ovat selkeimmin esillä peruskoulun aloittamisen ja puberteetin alun välisenä jaksona, mutta ne vaikuttavat usein vielä aikuisuudessa-kin toimintakykyä heikentävästi (Perämäki 2019). Autismikirjon häiriö ja ADHD ovat kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä, jotka vaikeuttavat muun muassa ihmisen vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa. Autismikirjon häiriö ja ADHD esiintyvät yleensä omina oireyhtyminään, mutta nykytietojen valossa ne voivat esiintyä myös yhdessä eli olla yhdessä tuomassa haasteita ihmisen sosiaaliseen kanssakäymiseen (Castren & Kylliäinen 2013). Tässä katsauksessa keskitytään näistä neuropsykiatrisista häiriöistä ADHD-häiriöön, muun muassa siksi, että sen esiintyvyys on autismikirjon häiriöitä suurempi ja liikunnan merkitystä on paljon tutkittu juuri ADHD:n hoidon yhteydessä.

ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) tarkoittaa yksinkertaisimmin ilmaistuna aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä. Oireiden pääluokkia on kolme: 1) keskittymiskyvyttömyys (9 oiretta, kuten ”Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein”), 2) yliaktiivisuus (5 oiretta, kuten ”Lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, joissa edellytetään paikalla pysymistä”) ja 3) impulsiivisuus (4 oiretta, kuten ”Ei usein jaks seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä”). Diagnosointikriteerinä kunkin oireryhmän kohdalla on, että tietty määrä oireita on kestänyt vähintään puoli vuotta. ADHD:n diagnosointiin tarvitaan tietoa oireiden esiintymisestä ja toimintakyvystä eri tilanteissa, henkilön psyykkisestä ja fyysisestä terveydentilasta, kehityshistoriasta, elämäntilanteesta sekä muista oireisiin vaikuttavista tekijöistä. Erotusdiagnostiikassa on arvioitava, selittyvätkö oireet muilla sairauksilla tai häiriöillä. Monet erotusdiagnostisesti olennais-

ta häiriöistä (kuten autismikirjon häiriöt) voivat esiintyä myös samanaikaisesti ADHD:n kanssa. ADHD:n esiintyvyys 6–18-vuotiailla on uusimpien meta-analysien mukaan 3,6–7,2 prosenttia (ADHD Käypä hoito -suositus, Perämäki 2019).

## **Liikunnan merkitys**

Liikunnan merkitys lapsille ja nuorille yleensä on monissa tutkimuksissa todettu moninaiseksi eli liikunnalla on todettu olevan monia vaikutuksia, ja ne liittyvät fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Positiivisten vaikutusten kirjo on laaja (Liikkumisen vaikutukset 2021, Vuori 2011, Huttunen 2018, Fogelholm 2011). Useissa tutkimuksissa liikunnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia mielialaan, itsearvostukseen, tarkkaavaisuuteen ja kokonaisvaltaiseen elämänlaatuun (Ojanen & Liukkonen 2017). Positiivinen liikunnasta saatava vaikutus on vuorovaikutustaitojen kokonaisvaltainen edistyminen. Lapsi tai nuori voi oppia sääntöjen noudattamisen merkityksen sekä toisten ihmisten huomioon ottamisen ja kunnioittamisen taidot. Erityisesti ryhmämuotoinen liikunta kehittää tunne- ja ihmissuhdetaitoja, esimerkiksi koulun liikuntatunneilla näiden taitojen oppiminen on mahdollista. (Liikkumisen vaikutukset 2021, Kokkonen 2017, Fogelholm 2011.)

Liikunnan merkityksestä ADHD-lasten ja -nuorten oireiden hallinnalle on olemassa joitakin tehtyjä kirjallisuuskatsauksia. Niiden osoittamat liikunnan hyödyt ovat vielä melkoisen vaatimattomat mutta toisaalta kiistattomat. Esimerkiksi Grassman ym. (2014) osoittivat omassa katsauksessaan, että 30 minuutin fyysinen harjoittelu paransi kognitiivista toimintakykyä. Ng ym. (2017) puolestaan pystyivät toteamaan vain, että fyysinen aktiivisuus vaikuttaa hyödylliseltä oireiden hallinnan lisääntymisen kannalta. Sen sijaan Hejer ym. (2017) pystyivät jo laajemman kartoituksen avulla vahvemmin sanomaan, että tutkimukset osoittavat liikunnan olevan lupaava vaihtoehto tai lisä muulle ADHD-lasten ja -nuorten hoidolle. Heidän katsauksessaan todetaan, että erityisesti aerobiset liikuntamuodot vaikuttivat

kognitiiviseen toimintakykyyn ja käyttäytymiseen sekä sosio-emotionaalisiin toimintoihin myös pitempiäaikaisesti eivätkä vain hetkellisesti. Yhteistä kaikille katsauksille on kuitenkin toivomus siitä, että tarvitaan lisää huolella tehtyjä ja satunnaistettuja tutkimuksia liikunnan merkityksestä ADHD-lasten ja -nuorten hoidon kannalta.

### **Kokemuksia liikuntaan osallistumisesta**

Lasten ja nuorten liikunnassa kokema kiusaaminen ja syrjintä on yleensäkin melko yleistä. Uusimman Suomessa tehdyn lasten ja nuorten vapaa-aikatutkimuksen mukaan kiusaamista tai syrjintää on kokenut joka kolmas liikuntaa harrastava nuori (Hakanen ym. 2019). Kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä omaavilla lapsilla on omat erityistarpeensa, jotka lisäävät riskiä joutua liikuntaryhmissä kiusatuksi tai syrjityksi. Esimerkiksi Ruotsissa tehdyn kyselyn mukaan neuropsykiatrisia häiriöitä omaavat lapset ja nuoret lopettavat liikunnan aiemmin kuin muut lapset ja nuoret, vaikka juuri he hyötyisivät eniten liikunnasta ja liikuntaryhmiin osallistumisesta. Kyselyyn vastasi 675 vanhempaa, joiden lapsista 79 prosentilla oli diagnosoitu ADHD, 52 prosentilla autismi tai Asperger ja 10 prosentilla jokin muu neurologinen diagnoosi, kuten Tourette. Lapsella siis saattoi olla useita neuropsykiatrisia diagnooseja. Vanhempien kokemuksen mukaan neuropsykiatrisia häiriöitä omaavien lasten syyt liikuntaryhmiin osallistumisen lopettamiselle olivat ensinnäkin siinä, että liikuntaryhmät alkoivat olla liian vaativia (55 % vastanneista vanhemmista), ja toiseksi siinä, että lapset kokivat, etteivät he saaneet riittävästi tukea osallistumiselle (39 %). (Riksförbundet Attention 2017.)

ADHD-lapselle on tärkeää, että hän saa välitöntä positiivista palautetta liikunnallisesta suorituksesta. Näin pienilläkin huomiolla saa lapsen liikunnallisesta tilanteesta mieluisan. ADHD-lapsen taitoja ei tulisi kuitenkaan missään vaiheessa verrata muiden lasten taitoihin tai kykyihin, vaan keskittyä antamaan myönteistä palautetta. (Berggren & Hämäläinen 2018.) Liikunnassa on sen

merkityksen kannalta havaittu tärkeäksi liikunnan intensiivisyys, kesto ja tavoitteellisuus (Iivonen & Ranta 2020).

### **Neuropsykiatristen häiriöiden huomioon ottaminen lasten ja nuorten liikunnassa**

ADHD:n käypä hoito -suosituksen (2019) yhteydessä tehtiin myös ohje vanhemmille, kuinka ADHD-lapsen käyttäytymistä tulisi ohjata (Puustjärvi 2016). Käyttäytymisen ohjaamisen menetelmiä ovat muun muassa toivotun käyttäytymisen selkeä (suullinen, kirjallinen tai kuvallinen) määrittely ja ohjeistaminen, tekemisen harjoittelu sekä yrittämisen ja onnistumisen palkitseminen myönteisellä huomiolla. Ohjeet pyrkivät olemaan selkeästi arkipäivän käytännöissä toteutettavia, kuten huomion kiinnittäminen onnistumisiin, yrittämisestä kiittäminen, välitön ja konkreettinen palaute, ohjeiden positiivinen muotoilu (mieluummin ”Kävele” kuin ”Älä juokse”), tehtävien pilkkominen osiin sekä palkkioiden käyttäminen.

Viime vuosina on ammattikorkeakouluisa valmistunut useita opinnäytetöitä, joissa on myös laadittu erilaisia oppaita siitä, kuinka ADHD-lasten ohjaaminen liikuntaryhmissä tulisi toteuttaa. Tällainen on esimerkiksi Riikka Iivosen ja Satu Rannan opas 7–12-vuotiaiden ADHD-lasten kanssa toimiville aikuisille (Iivonen & Ranta 2020). Heidän opinnäytetyönään tekemän oppaan on ottanut julkaisusarjaansa Voimisteluliitto.

Liike jatkuu – tieto tukee (Liito-hanke) (2018–2021) on Helsingin kaupungin rahoittama yhteishanke erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten harrastamisen lisäämiseksi. Hanketta toteuttavat Kuntoutussäätiö, Helsingin seudun erilaiset oppijat ry (HERO) ja Autismiyhdistys PAUT ry (aikaisemmin Helsingin Autismi- ja Aspergeriyhdistys ry). Liito-hankkeen kohderyhmänä ovat 7–29-vuotiaat helsinkiläiset lapset ja nuoret, joilla on autismin kirjon oireita, ADHD, oppimisvaikeuksia tai muutoin haasteita itselle sopivan harrastuksen löytämisessä. Toisena kohderyhmänä ovat harrastustoiminnan valmentajat ja ohjaajat, joille hanke tarjoaa tietoa ja käytännön tukea erityistä tukea tarvitsevien

lasten ja nuorten kohtaamiseen.

Liito-hankkeessa on tehty opas valmentajille ja ohjaajille erityistä tukea tarvitsevien kohtaamiseen harrastustoiminnassa (Liike jatkuu – tieto tukee 2019). Opas on tarkoitettu työvälineeksi ja ajatusten herättäjäksi valmentajille ja ohjaajille. Oppaassa kerrotaan, mistä johtuvat lasten erityistarpeet, korostetaan yhteistyötä vanhempien kanssa ja annetaan käytännön vinkkejä, miten erityislasten harrastustoiminta voidaan saada onnistumaan. Näistä perusvinkkejä ovat: 1) anna mahdollisimman paljon positiivista palautetta, 2) anna ohjeet selkeästi ja rauhallisesti, 3) suunnittele harjoitus etukäteen, 4) ennakoij ja kerro lapsille etukäteen, mitä heiltä odotetaan, 5) huomioi ryhmän sosiaalinen vuorovaikutus ja 6) huomioi aistiylily -aliherkkyudet. Lisäksi annetaan lukuisia muita käytännön vinkkejä ryhmätoiminnan onnistumiseksi.

## Lopuksi

Riippumatta siitä, puhutaanko ihmisen ominaisuuksista vai vammaisuudesta silloin, kun puhutaan neurologisista häiriöistä ja niiden tuottamista lisätarpeista, lasten kohdalla on kyse erityisistä oikeuksista, kuten johdannossa todettiin. Lapsilla tulee Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaan aina olla oikeus vapaa-ajantoimintoihin, kuten liikuntaan, ja Suomen valtio on sitoutunut aktiivisesti tukemaan tämän oikeuden toteutumista. Nämä oikeudet toteutuvat parhaiten, kun lapsilla on ammattitaitoiset ohjaajat, jotka osaavat ottaa huomioon lasten erityistarpeet. On ilahduttavaa, että viime vuosina Suomessa on alettu erityisesti ohjaajien koulutukseen kiinnittää entistä enemmän huomiota. Tällä tavalla myös erityistarpeita omaavat lapset pääsevät turvallisesti osallistumaan erilaisiin liikuntaryhmiin, saamaan elämyksiä ja tuntemaan osallisuutta yhteisöön. Toivottavasti tämä hyväksi havaittu kehitys jatkuu ja julkiselta taholta saadaan lisää taloudellista tukea eri organisaatioille jatkaa ja laajentaa ohjaajien kouluttamista.

**Tulosten merkitys:** Katsauksessa todetaan, että ADHD-diagnoosin saaneiden lasten ja nuorten liikuntaryhmiin osallistumisen tukeminen toteutuu parhaiten kouluttamalla liikuntaryhmien ohjaajia ottamaan huomioon näiden lasten ja nuorten erityistarpeet.

*Avainsanat:* ADHD, lapset, nuoret, ohjaajien koulutus, osallisuus

## Tiivistelmä

Lapsen ja nuoren kehitymiselle ja sosiaalistumiselle on tärkeää, että hän pääsee mukaan muiden lasten ja nuorten leikkeihin, peleihin ja harrastuksiin, on osa jotakin ryhmää. Sen vuoksi on tärkeää, että myös neuropsykiatrisia häiriöitä omaavien lasten ja nuorten tarpeet otetaan riittävän hyvin huomioon liikuntaryhmissä. Lapsen oikeuksien sopimuksen myötä Suomi on kansainvälisesti sitoutunut siihen, että kaikille lapsille turvataan yhdenvertaiset mahdollisuudet esimerkiksi liikuntaan.

Tässä katsauksessa tarkastellaan erilaisia tapoja, joilla kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä omaavien lasten ja nuorten mukaantuloa ja mukana pysymistä tuetaan. Kirjoituksessa keskitytään erityisesti ADHD-diagnoosin saaneiden lasten ja nuorten liikunnan tukemiseen. Kirjoituksessa tarkastellaan tukemisen keinovalikoimaa, josta huomiota kiinnitetään lasten ja nuorten liikuntaryhmien ohjaajien lisääntyvään koulutukseen. Aihetta tarkastellaan osallistumisen ja osallisuuden näkökulmasta.

**Jouni Puumalainen, VTM, tutkija,  
Kuntoutussäätiö**

## Lähteet

- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus (2019) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki, 04.04.2019. Internet-sivu osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50061>
- Berggren K, Hämäläinen J (2018) ADHD-käsikirja. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Castren M L, Kylliäinen A (2013) Autistisen käytäytymisen monitekijäinen tausta. Suomen lääkärilehti 68, 8, 569–574. Verkkojulkaisu osoitteessa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/298254/SLL82013\\_569.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/298254/SLL82013_569.pdf?sequence=1)
- Fogelholm M (2011) Lapset ja nuoret. Teoksessa M Fogelholm, I Vuori, T Vasankari (toim.) (2011) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki.
- Grassman V, Alves MV, Santos-Galduroz ym. (2014) Possible Cognitive Benefits of Acute Physical Exercise in Children With ADHD: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders* 21, 5, 367–371. <https://doi.org/10.1177%2F1087054714526041>
- Hakanen T, Myllyniemi S, Salasuo M (toim.) (2019) Oikeus Liikkua. Lasten ja nuorten vapaa-aikatuokkimus 2018. Nuorisotutkimusseuran julkaisu. Hejer AED, Grien Y, Tucha L ym. (2017) Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. *Journal of Neural Transm*, 124, Suppl 1, 3–26. <https://doi.org/10.1007/s00702-016-1593-7>
- Huttunen J (2018) Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Lääkärikirja Duodecim, Terveyskirjasto, 26.1.2018. Internet-sivu osoitteessa: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00934](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934)
- ICF (2018) Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internet-sivu osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>
- Iivonen R, Ranta S (2020) Liikunnan vaikutukset ADHD-lasten oireisiin. Opas 7–12-vuotiaiden ADHD-lasten kanssa toimiville aikuisille. Tampereen ammattikorkeakoulu, Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyöhön liittyvä opas on julkaistu myös Voimisteluliiton sivuilla: [https://www.voimistelu.fi/LinkClick.aspx?fileticket=8VU-vGQB0\\_E%3d&portalid=0](https://www.voimistelu.fi/LinkClick.aspx?fileticket=8VU-vGQB0_E%3d&portalid=0)
- Kokkonen M (2017) Liikunta sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä edistävien tunne- ja ihmissuhdetaitojen tukijana. Teoksessa T Jaakkola, J Liukkonen, A Sääkslahti (toim.) (2017) Liikuntapedagogiikka. 2. uudistettu painos. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Laitila M (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedeku. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.
- Lapsen oikeuksien sopimus 1989. Internet-sivu osoitteessa: <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/sopimus-kokonaisuudessaan/>
- Liike jatkuu – tieto tukee (2019) Opas valmentajille ja ohjaajille erityistä tukea (autismin kirjo, ADHD, oppimisvaikeudet) tarvitsevien kohtamiseen harrastustoiminnassa. Verkkojulkaisu osoitteessa: [https://liikejatkuu.fi/wp-content/uploads/2020/03/Liito-opas-digi-10.3\\_valmis.pdf](https://liikejatkuu.fi/wp-content/uploads/2020/03/Liito-opas-digi-10.3_valmis.pdf)
- Liikkumisen vaikutukset (2021) UKK-instituutti. Internet-sivu osoitteessa: <https://ukkstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-vaikutukset/> Päivitetty: 1.3.2021.
- Ng QX, Ho CYX, Chan HV ym. (2017) Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* 34, 3, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.08.018>
- Oikeus osallisuuteen ja yhdenvertaisuuteen (2018) YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien yleis-sopimuksen kansallinen toimintaohjelma 2018–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2/2018. Helsinki.
- Ojanen M, Liukkonen J (2017) Liikunta ja psyykkinen hyvinvointi. Teoksessa T Jaakkola, J Liukkonen, A Sääkslahti (toim.) (2017) Liikuntapedagogiikka. 2. uudistettu painos. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Perämäki R (2019) Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt. SeAMK Opiskeluterveydenhuolto, Seinäjoen kaupunki, 21.11.2019. Verkkojulkaisu osoitteessa: [http://www.epshp.fi/files/11851/Kehitykselliset\\_neuropsykiatriset\\_hairiot\\_21.11.2019.pdf](http://www.epshp.fi/files/11851/Kehitykselliset_neuropsykiatriset_hairiot_21.11.2019.pdf)
- Puustjärvi A (2016) Vanhemmille annettavat ohjeet ADHD-oireisen lapsen tai nuoren ohjaamisesta. Potilasohje 15.12.2016. Perustuu ADHD -käypä hoito suositukseen. Verkkojulkaisu osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/nix/nix01783a.pdf>
- Riksförbundet Attention (2017) Färre krav och större tydlighet, 2017-01-24. Verkkojulkaisu osoitteessa: <https://attention.se/wp-content/uploads/2016/12/farre-krav-och-storre-tydlighet.pdf>
- Suomen perustuslaki 731/1999. Saatavilla internetissä: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Vuori I (2011) Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa M Fogelholm, I Vuori, T Vasankari (toim.) (2011) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki.
- Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014. Saatavilla internetissä: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141325>

## GREEN CARE -OHJAUSMALLI IKÄOSAAMISEN TULEVAISUUSKOMPASSINA?

---

Green Care -toimintatavat ovat tulleet kiinnostuksen kohteiksi niin kansainvälisesti kuin myös kotimaisissa sosiaali- ja terveyspalveluiden käytännöissä. Green Caren peruslähtökohdaksi on kuvattu ihmisen tarvetta olla yhteydessä muihin (Cutcliffe & Travale 2016). Green Care -ajattelussa luonnon sekä terveyden ja hyvinvoinnin välisiä suhteita ja merkityksiä on tunnustettu yhä enemmän, ja Green Care -käytäntöjä on otettu osaksi kuntoutuksellisia ja terapeutisia interventioita. Tässä puheenvuorossa ymmärrämme Green Care -ajattelun kokonaisvaltaisena, ohjattavan subjektiivisuutta tukevana lähestymistapana, jonka sijoitamme osaksi ikäosaamista. Ikäosaamisella tarkoitamme ikäihmisten hyvinvointiin liittyvää tietoa, taitoa, asennetta ja etiikkaa (ks. Jämsén & Kukkonen 2010).

Green Care -innovaatioita ja -menetelmiä on tutkittu kansainvälisesti ja ajankohtaisesti muun muassa ikäihmisten ja muistisairauksia sairastavien kontekstissa (esim. de Bruin ym. 2020), yhteisöasumisen ja vihreän hoidon sekä elämänlaadun yhteyksien tutkimuksessa (Mmako ym. 2020), traumaattisissa elämäntilanteissa olevien henkilöiden parissa (Cacciatore ym. 2020), kehitysvammaisten parissa (Kaley ym. 2019) sekä mielenterveys- ja riippuvuussairauksista kärsivien asiakkaiden kontekstissa (Cutcliffe & Travale

2016). Myös koulutuksen ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien henkilöiden elämänlaatua ja sosiaalista vuorovaikutusta on tutkittu suhteessa Green Care -menetelmiin (Davies ym. 2020). Suomessa esimerkiksi Salovuori (2020) on tutkinut viherympäristöjen kuntouttavaa käyttöä ja terveyttä tukevan luontoympäristön vaikutuksia. Toisaalta Green Care on nähty myös sosiaalisena innovaationa (esim. Soini ym. 2011, 327), jossa vanhasta ideasta luodaan uutta yhdistämällä menetelmiä, palveluntuottajia ja toimialoja. Green Care -toimintatapoihin liitetään myös kokemuksellisuus ja osallisuus. Lisäksi Green Care -toimintaa määritellään ammatilliseksi, tavoitteelliseksi ja vastuulliseksi toiminnaksi. (Soini ym. 2011, 325–327.)

Puheenvuorossa keskitymme Green Care -ohjausosaamiseen ja kuvaamme Green Care -ohjausosaamismallin jäsenyyden. Jäsenyys perustuu Pauliina Heiskanen Kariella-ammattikorkeakoulussa Ikäosaamisen kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa yamk-opinnäytetyönä tehtyyn tutkimukselliseen kehittämistyöhön. Lopuksi tarkastelemme Green Care -ohjausosaamista ikäosaamisen näkökulmasta ja pohdimme mallin käyttömahdollisuuksia ja hyödynnettävyyttä. Kyseessä oleva opinnäytetyö (Heiskanen 2020, julkaisematon) toimii siis tämän puheenvuoron innoittajana.

## Taustaa Green Care -ohjausosaamisen jäsentämisen tarpeelle

Green Care -palvelut ja -toimintapa ovat kotimaassa vakiintuneet osaksi palvelurakenteita, silti palvelutuotannon historia on lyhyt. Siksi myös Green Care -ohjauksesta käytävä keskustelu on varsin tuoretta. (Vehmasto 2018, 6.) Tuoreena näkökulmana on luontoympäristöjen hyödyntäminen ohjauksellisena toimintana (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Luontoympäristöjen hyödyntäminen ohjauksessa luo sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille uudenlaisia ohjaustoiminnan osaamistarpeita (Sipola & Vinblad 2018, 10–12). Opinnäytetyön toimeksiantajan, Hoivapalvelut Onnenpisaran, visiona on Green Care -ideologian toteuttaminen kaikissa tuottamisissaan palveluissa vuoden 2020 loppuun mennessä. Opinnäytetyössä tehtävällä kehittämistyöllä pyritään vastaamaan toimeksiantajan strategiansuuntaiseen kehittämiseen Green Care -ohjausosaamisen määrittämisen osalta.

## Ohjausosaaminen Green Care -viitekehyksessä

Seuraavaksi esittelemme Green Care -ohjausosaamista opinnäytetyön tulosten perusteella. Opinnäytetyön integroivassa kirjallisuuskatsauksessa on tiivistetty aihetta sivuavaa aiempaa tutkimusta, ja opinnäytetyön kehittämisosuudessa on selvitetty toimeksiantajana olleen yrityksen, Onnenpisaran, henkilökunnan käsityksiä Green Care -ohjausosaamisesta. Green Care -ohjausosaamismalli rakentuu siten aihetta koskevan aiemman tutkimuksen sekä kehittämisprosessissa mukana olleiden informanttien tuottaman tiedon synteessinä. Kehittämisprosessissa menetelminä on käytetty sisällönanalyysia, osallistava seinätekniikka -menetelmää sekä arviointimenetelmiä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella Green Care -ohjausosaaminen sisältää sosiaalista, ohjaajakohtaista, ammatillista ja reflektointi- sekä Green Care -toimintatapaosaamista. Näitä ulottuvuuksia tarkastellaan ohjaajan osaamisen näkökulmasta käsin.

## Sosiaalinen osaaminen

Sosiaalinen osaaminen ymmärretään ohjaajan keskeiseksi taidoksi. Sosiaalinen osaaminen koostuu vuorovaikutus- ja kohtaamistaidoista sekä tiimi- ja verkostotyöskentelystä. Sitä kuvataan monisuhteisena dialogina. Dialogisuudessa on eroteltavissa kolme tasoa 1) ohjattavalähtöinen, 2) kollektiivinen ja 3) luontolähtöinen dialogi. Ohjattavalähtöisessä dialogissa ohjaus tapahtuu suhteessa ohjattavaan ja kollektiivisessa dialogissa se tapahtuu suhteessa verkostoihin. Luontolähtöisessä dialogissa ohjausta kuvataan erityispiirteiseksi. Erityispiirteisellä tarkoitetaan ohjattavan ja yhteisön, eläinten, luonnon tai elinympäristön välisen yhteyden luomista ja sen aktiivista tukemista. Sosiaalinen osaaminen kuvataan keskusteleväksi, kuuleväksi ja yhteistä ymmärrystä muodostavaksi taidoksi. Se edellyttää ohjaajalta ammatillisen kuntoutumiskumppanuuden hyödyntämistä ohjauksessa ja lisäksi yksilö- ja ryhmäohjaus-, sosiaalisen toiminnan organisoimisen sekä tiimityöskentelyn ja verkostoitumisen taitoja.

## Ohjaajakohtainen osaaminen

Ohjaajakohtaista osaamista kuvataan yksilöllisenä ja ohjaajan henkilökohtaisena osaamisena. Siinä yhdistyvät ohjaajan persoonalliset ominaisuudet, osaaminen ja työn ohjauksen hyödyntäminen sekä ohjaajana kehittyminen. Ohjaajakohtainen osaaminen sisältää myös luontofilosofista ohjaajuutta, jolla tarkoitetaan luontoyhteydessä tapahtuvaa, ohjaajan persoonallisten käsitysten, arvojen ja ominaisuuksien mukaista eettisesti hyvää ohjaustoimintaa. Ohjaajakohtaisen osaamisen perustana kuvataan syvempää tietoisuutta maailmankatsomuksesta ja omista käsityksistä. Yksilön ja ympäristön ekologiset arvot huomioivassa luontofilosofisessa ohjaajuudessa voidaan painottaa ohjattavalähtöisyyttä, ohjattavan pystyvyyttä, itsemääräämisoikeutta, vaikutusmahdollisuuksia, voimaantumista, identiteetin kehittymistä, luovaa itsensä toteuttamista, aktiivista osallisuutta, kokemuksellisuutta ja luontoa kuntoutumisympäristönä sekä ympäristövastuul-

lisuutta. Kun ohjaaja tiedostaa ohjauksen taustalla vaikuttavia käsityksiään ja jäsentää niiden valossa omaa luontosuhdettaan ja sen piirteitä, hän voi omaksua luontofilosofiseen ajattelutapaan perustuvan ohjaajuuden. Tämän myötä ohjaaja muodostaa samalla omaa, ohjaajakohtaista osaamistaan. Lisäksi ohjaajakohtaisessa osaamisessa keskeisenä taitona kuvataan Green Care -ohjaustoiminnan kuormittavuuden ja tunnepitoisten asiakastilanteiden hallintaa.

### *Ammatillinen osaaminen*

Ammatillista osaamista kuvataan Green Care -ohjaajuuden edellytyksenä. Se perustuu ohjaajan tutkintokohtaiseen osaamiseen. Se sisältää rakenteelliset näkökulmat huomioivia taitoja, moniammatillisen ja menetelmällisen osaamisen ja prosessi- sekä eettiset näkökulmat huomioivia taitoja.

Rakenteelliset näkökulmat huomioivilla taidoilla viitataan Green Care -ohjauksen ymmärtämiseen kontekstisidonnaisena eli lakisääteisenä, eettisenä, yhteiskunnallisena, kulttuurisidonnaisena ja instituutionaalisenä toimintana. Ammatillinen osaaminen sisältää moniammatilliseen orientaatioon liittyviä taitoja ja kykyä itsenäiseen ongelmanratkaisuun. Menetelmätaidoista muun muassa ICF-mallin hallinta, kuntoutumissuunnitelman laatiminen sekä kirjaaminen sisältyvät ammatilliseen osaamiseen. Nämä kuvaavat yleisiä asiakasprosessin hallintaa kuvaavia tekijöitä. Lisäksi ammatilliseen osaamiseen sisältyy ohjattavalähtöisen kuntoutumisprosessin hallinta, joka sisältää ohjattavan tavoitteiden asettamiseen, seurantaan ja arviointiin liittyviä taitoja. Eettisiä näkökulmia ovat yhteiskunnan, organisaation ja ohjattavan arvomaailman kunnioittaminen.

### *Reflektointiosaaminen*

Reflektointiosaaminen voidaan jakaa asiakas- ja organisaatioreflektointiosaamiseen. Green Care -ohjauksessa reflektoinnin ydintarkoitus on se, että ohjaaja tiedostaa käsityksensä omasta teoreettisesta ohjauksellisesta lähestymistavastaan, ohjauksesta, ohjattavista ja käytännön ohjaustoiminnas-

ta. Ohjaaja on vastuussa kehitymisestään, joten hänen tulee pyytää ja osata ottaa vastaan palautetta sekä reflektoida sitä ja edelleen kehittyä.

Asiakasreflektointiosaaminen käsittää ohjaajan kyvyn käyttää reflektointia ohjattavan osallisuuden, kokemuksellisuuden, toimijuuden ja voimaantumisen sekä intervention tuottamien hyvinvointivaikutusten arviointiin. Siihen sisältyy ohjaajan taito käyttää intervention vaikuttavuudenarviointiin soveltuvia ja yksilöllisesti valittuja mittareita. Tämä on edellyttänyt asiakkaan alkutilanteen perusteellista tuntemista. Asiakasreflektoinnin toisena tavoitteena on Green Care -palvelusta ja -ohjaustoiminnasta kerätyn palautteen avulla ymmärtää ohjattavien kuntoutumiskokemuksia ja saada heidän äänensä kuuluviin. Kun ohjattavilta kerättyä palautetta reflektoidaan ja tarvittavat muutokset viedään palvelurakenteisiin, ohjaustoiminta kehittyy entistä ohjattavälähtöisemmäksi ja laadukkaammaksi, milä viitataan puolestaan organisaatioreflektointiosaamiseen.

### *Green Care -toimintatapaosaaminen*

Green Care -toimintatapaosaaminen voidaan jakaa käsite-, menetelmä- ja eettiseen osaamiseen. Käsiteosaamisella tarkoitetaan ohjaajan taitoa ymmärtää Green Caren käsitteistöä ja sen merkityksiä. Green Care -toimintatapaan perustuvan ohjausprosessin hallinta, eli menetelmäosaaminen, nähdään erillisenä ammatillisen kuntoutumisprosessin yleisestä hallinnasta. Green Care -toimintatapaosaamiseen kuuluu, että ohjaaja ymmärtää, miten ohjattavan tavoitteiden mukaiset luonnon hyvinvointivaikutukset syntyvät, sekä osaa laatia ohjattavalähtöiset tavoitteet luontolähtöiselle toiminnalle, ohjata interventiota ohjattavan tavoitteita tukevalla tavalla, arvioida tavoitteiden toteutumista ja reflektoida. Keskeistä on ohjaajan taito tavoitteellisesti suunnitella ja toteuttaa interventioita ohjattavan asuin- ja toimintaympäristössä.

Lisäksi Green Care -toimintatapaosaamisessa ohjaajan tehtävä on tavoitteellisesti ja eettisesti edistää ohjattavan voimaantumis-

ta, osallisuutta, kokemuksellisuutta, toimijuutta ja toimintakykyä sekä hyvinvointia ja elämänlaatua. Osaava ohjaaja osaa myös tukea ohjattavan aloitteellista, itseohjautuvaa, vastuuta kantavaa sekä itsemääräämisoikeutta käyttävää toimijuutta. Jotta ohjattavan osallisuus ja toimijuus mahdollistuisivat, ohjaajalta edellytetään ohjaustoiminnallisten menetelmien hallintaa, kuten yksilöllisiä kommunikointi- ja kohtaamistapoja. Lisäksi osaava ohjaaja syventää ammatillista eettistä osaamistaan Green Care -toimintaperiaatteiden ja yleisten eettisten ohjeiden suuntaisesti sekä noudattaa niitä kaikessa ohjaustoiminnassaan. Organisaation rooli tulee esille tässä ohjausosaamisessa, sillä organisaation keskeisenä tavoitteena ovat eettisesti kestävä ja aktiivisesti keskustelevalle ohjauskulttuurin luominen sekä ohjaajan eettisen ajattelutavan kehittämisen tukeminen.

### *Green Care -ohjausosaaminen*

Opinnäytetyön tulosten perusteella syntyi Green Care -ohjauksen määritelmä: Green Care -ohjaus on subjektiivoina, ammatillista ja tavoitteellista yhteistoimintaa. Sen lisäksi Green Care -ohjaus on ohjaajan ohjaukselliseen lähestymistapaan kytketty pedagogista, reflektiivistä ja dialogista kuntoutuskumppanuutta. Prosessiosaamisella ja yksilöllisesti valittujen luontoperustaisten interventioiden avulla tuetaan tai edistetään ohjattavan osallisuuden tunteen vahvistumista, elinikäistä oppimista, toimintakykyä, elämän- ja arjenhallintaa sekä voimaantumista. Green Care -ohjaajuuden erityisyys ilmenee yhteisöön osallisuudessa, luontoyhteydessä ja yhteydessä eläimiin. Ohjaajan laajempaan pyrkimykseen on edistää voimavaralähtöistä toimijuutta tarkastelemalla ohjattavaa aktiivisena toimijana hänen elinympäristössään.

Green Care -ohjausosaamista on toistaiseksi tutkittu melko niukasti. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että Green Care -ohjausosaaja hallitsee Green Care -ideologian reunaehdot ja hän osaa soveltaa niitä Green Care -ohjaustoiminnassa. Green Care -ohjausosaajalla on taitoa yhdistää laajaksi kokonaisuudeksi ammatillinen,

ohjauskokemuksellinen, Green Care -osaaminen ja -ohjausosaaminen sekä soveltaa niistä muodostuvaa käyttöteoriaa Green Care -ohjaustoiminnassa. Green Care-ohjausosaaminen voidaan integroida arkipäiväiseksi osaksi organisaation strategiaa, arvoja ja rakenteita sekä ohjaustoiminnan käytänteitä. Green Care -ohjausosaaminen sisältää myös ohjaajan taidot käyttää Green Care -työtettä, olla itseohjautuva, kehittää ohjaustoimintaa, soveltaa ja olla innovatiivinen.

### **Tulosten tarkastelua ikäosaamisen näkökulmasta ja tulosten hyödynnettävyys**

Ikäosaamisen näkökulmasta tarkasteltuna Green Care-ohjausmalli laajentaa perinteistä ohjauksen käsitteen sisältöä ikäihmisten parissa tehtävässä työssä. Malli tuo esille ohjaajuuden ulottuvuuksia, joilla voidaan tukea ikäihmistä kokonaisvaltaisesti. Mallissa korostuvat ikäihmisen subjektiivisuuden tukeminen sekä ympäröiviin rakenteisiin, kuten palvelujärjestelmään, infrastruktuuriin, ammattietiikkaan ja/tai rakennettuun ja luontoympäristöön liittyvien tekijöiden huomioiminen. Organisaatiotasolla tarkasteltuna opinnäytetyössä mukana olleessa organisaatiossa Green Care -ohjausosaamisen tunnistaminen ja näkyväksi tekeminen vahvistivat informanttien kokemusten perusteella organisaation ammattieettisiä arvoja ja toimintaperiaatteita ja auttoivat rakentamaan organisaatiossa kollektiivista Green Care -ohjaajuuden työkaluista.

Green Care -ohjausmallia voidaan hyödyntää ikäosaamisen kontekstissa laajemminkin. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi sosiokulttuurisen ikääntymiskäsityksen tukena käytännön työssä, sillä tässä mallissa ohjaajuudessa korostuvat ikääntymisen tarkastelu voimavaralähtöisesti ja kontekstuaalisesti. Malli luo mahdollisuuden ohjaajan ja ohjattavan luontofilosofian ja luovuuden toteuttamiseen.

Green Care -ohjausmalli luo uusia mahdollisuuksia palveluiden toteuttamiseen ja haastaa perinteisiä ohjaustapoja ikäihmisten palveluissa. Tässä mallissa ikäihminen toimii omista lähtökohdistaan käsin, kun taas pal-



velujärjestelmäkeskeinen ajattelu on sivuroolissa. Mallin tavoitteena on tukea ihmisen tarvetta olla yhteydessä muihin ja ympäröivään luontoon (ks. Cutcliffe & Travale 2016), hänen tilanteestaan ja iästään riippumatta.

Opinnäytetyö tuotti tärkeää tietoa Green Care -ohjausosaamisesta. Green Care -ohjausosaamismallin ja kuuden tarkan osaamisalueen jäsenyyksen avulla organisaatioissa voidaan kartoittaa ohjaajilla olevia ohjaustoiminnan taitoja eli sitä, mitä taitoja ohjaajilla jo on ja mihin koulutusta kohdennetaan. Mallin avulla ohjaajat voivat myös itseohjautuen löytää omat vahvat ja kehittämistä kaipaavat osaamisalueensa sekä käyttää mallia opintopolkuna. Green Care -ohjausosaamismallin avulla voidaan yhdenmukaistaa kansallisesti Green Care -ohjaustoiminnan ja tarjottujen palvelujen laatua. Tuloksia voidaan juurruttaa julkisiin ja yksityisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä hyödyntää ohjaajien perehdyttämisessä. Lisäksi Green Care -ohjausosaamismallia voidaan hyödyntää opetusmateriaalina.

**Pauliina Heiskanen, AMK sairaanhoitaja, Hoitokoti Annala Oy**

**Terhi Myller, YTM, yliopettaja (ma.), Karelia-ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

- Cacciatore J, Gorman R, Thielemann K (2020) Evaluating care farming as a means to care for those in trauma and grief. *Health and Place*, vol 62.
- Cutcliffe J, Travale R (2016) Unearthing the Theoretical Underpinnings of “Green Care” in Mental Health and Substance Misuse Care: Theoretical Underpinnings and Contemporary Clinical Example. *Issues in Mental Health and Nursing* 37, 3, 1–9.
- Davies J, McKenna M, Bayley J, Denner K, Young H (2020) Using engagement in sustainable construction to improve mental health and social connection in disadvantaged and hard to reach groups: a new green care approach. *Mental Health* 29, 3, 350–357.
- De Bruin S, Pedersen I, Eriksen S, Hassink J, Vaadrager L, Patil GG (2020) Care farming for people with dementia; what can healthcare leaders learn from this innovative care concept? *J of Health Care Leadership* 12, 11–18.
- Heiskanen P (2021) Green care -ohjausosaamisen kehittäminen ikääntyneiden kuntoutumiseen. Yamk-opinnäytetyö. Karelia-ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisu osoitteessa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/356616/YAMK%20theseus.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Jämsén A, Kukkonen T (2010) Ikäosaaminen innostaa. Teoksessa R Väistö (toim.) Monikulttuurisista kohtaamisista innostavaan ikäosaamiseen. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Julkaisu- ja C:41, 30–39.
- Kaley A, Hatton C, Milligan C (2019) Therapeutic spaces of care farming: Transformative or ameliorating? *Social Science and Medicine*, vol 227, 10–20.
- Mmako NJ, Courtney-Pratt H, Marsh P (2020) Green spaces, dementia and a meaningful life in the community: A mixed studies review. *Health & Place*, 63, artikkeli 102344.
- Salovuori T (2020) Luonto kuntoutumisen tukena. Sininauhaliitto.
- Sipola R, Vinblad S (2018) Kohti systeemistä muutosta. Koulutusmalli yhdenmukaisen Green Care -osaamisen tuottamiseksi. Julkaisussa R Sipola, S Vindblad, M Iijolainen (toim.) <https://www.lapinamk.fi/loader.aspx?id=-0581badd-f8f5-4be1-81f0-e5733fb2a138>. Luettu 2.10.2020.
- Soini K, Ilmarinen K, Yli-Viikari A, Kirveennummi A (2011) Green care sosiaalisena innovaationa suomalaisessa palvelujärjestelmässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 76, 3, 320–331.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014) Green Care -työhön kuntouttava toiminta luonnossa. Tietoa maaseututoimijoille ja kuntoutuksen ammattilaisille. <https://thl.fi/documents/10531/623661/GC+opas+nettiin+241114.pdf/43b98be9-3ee7-4480-89ab-ad5b0a67906c>. Luettu 2.10.2020.
- Vehmasto E (2018) Kehittämiskertomuksia Green Care -koordinaation liepeiltä. Julkaisussa E Vehmasto (toim.) Luonnonvara- ja biotalouden tutkimus 33/2018. [https://jukuri.luke.fi/bitstream/handle/10024/542161/lukeluobio\\_33\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://jukuri.luke.fi/bitstream/handle/10024/542161/lukeluobio_33_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Luettu 2.10.2020.

# KOKONAISSVALTAINEN NEUROKUNTOUTUS- OHJELMA KOHENTAA AIVOVAMMAN SAANEIDEN PSYKOSOSIAALISTA TOIMINTAKYKYÄ JA HYVINVOINTIA

---

Aivovamma on ulkoisen voiman aikaansaama muutos aivojen toiminnassa tai aivoissa havaittava muu patologinen muutos. Aivovammoilla on maailmanlaajuisesti merkittävä vaikutus terveydenhoitoon niihin liittyvän korkean ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden sekä sosioekonomisen taakan vuoksi. Maailmanlaajuisesti arvioiden noin 50–60 miljoonaa ihmistä saa vuosittain aivovamman ensimmäistä kertaa. EU:ssa vastaavan luvun arvioidaan olevan ainakin 2,5 miljoonaa. Aivovammoista aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia sekä suoraan terveydenhoitokuluina että epäsuorasti. Aivovammoista aiheutuvan vuosittaisen kokonaiskustannuksen on Euroopassa arvioitu yltävän 33 miljardiin euroon ja globaalisti 400 miljardiin Yhdysvaltain dollariin, joka on noin puoli prosenttia maailman vuosittaisesta bruttokansantuotteesta.

Eurooppalaisten meta-analyysien mukaan sairaalahoitoon ohjautuu vuosittain 262 ja 287 aivovammapotilasta 100 000:ta asukasta kohden. Kuitenkin vain neljäsosaa kaikista aivovamman saaneista arvioidaan hoidettavan sairaaloissa. Terveydenhuollon palveluita saavien diagnosoimattomien ai-

vovammapotilaiden määrää ei myöskään tiedetä. Aivovamma koskettaa kaikkia ikäluokkia mutta erityisesti nuoria aikuisia. Epidemiologisesti näyttää kuitenkin siltä, että aivovammat lisääntyvät lapsilla ja ikääntyvillä. Yleisesti ottaen liikenneonnettomuudet ja kaatumiset tai putoamiset ovat keskeisiä aivovammojen aiheuttajia. Aivovamma on tärkein tapaturmaisen kuoleman ja vammautumisen aiheuttaja. WHO on arvioinut sen olevan maailmanlaajuisesti johtava neurologista vammautumista aiheuttava tekijä ainakin vuoteen 2030.

Aivovammoille ominaiseen neuropatologiaan - diffuusiin vaurioon sekä vaurioon temporaalilohkon anteriorisilla ja inferiorisilla alueilla että frontaali- ja temporaalilohkojen limbisellä neokorteksilla ja heteromodaalisella alueella - liittyy suuri määrä erilaisia kognitiivisia, käyttäytymisen ja tunne-elämän säätelyn sekä motorisen toimintakyvyn häiriöitä. Aivovammat aiheuttavat usein pitkäaikaista, elinikäistä ja myös ajan myötä kehittyvää toimintakyvyn alenemaa, mikä heikentää monen vammautuneen yleistä terveydentilaa, psykososiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia.

Toipumisaika aivovammasta näyttäisi olevan pitkittynyt moniin muihin hankittuihin aivovaurioihin verrattuna. Nykyiset pitkittävät seurantatutkimukset ovat osoittaneet, että toimintakyvyn kohentuminen, mutta myös heikentyminen, on yleistä useiden vuosien - jopa kahden vuosikymmenen - jälkeen aivovammasta. Tutkimusnäyttö kuitenkin vielä peräänkuuluttaa sellaisia terveydenhuollon käytäntöjä, joilla voidaan seurata ja kohdentaa hoito- ja kuntoutuspalveluita aivovammapotilaille tämän potentiaalisesti pitkittyneen toipumisen ajan.

Vaikka aivovammapotilaiden kuntoutusinterventtioiden ja tutkimuksen laatu on viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana kehittynyt ja aivovammakuntoutuksen kustannustehokkuudesta on lisääntyvästi saatua näyttöä, kuntoutuspalveluiden kehittäminen on jäänyt jälkeen, tutkimus on aliresursoitu, tehokkaiden käytäntöjen tutkimusnäyttö on vähäistä, eikä kuntoutusinterventioista ole juuri näyttöön perustuvia suosituksia. Erityisesti puutetta on postakuutin vaiheen pitkäkestoisesta kuntoutuksesta ja tukipalveluista. WHO:n mukaan terveydenhuollon on ryhdyttävä toimiin aivovammapotilaiden kuntoutuspalveluiden ja tutkimuksen vahvistamiseksi ja se painottaa aivovamman elinikäisten seuraamusten ymmärtämisen merkitystä.

Aivovamman postakuutin vaiheen kokonaisvaltaisten - holististen - ja neuropsykologisesti painottuneiden moniammatillisten kuntoutusohjelmien (CHRP) vaikuttavuutta potilaiden psykososiaalisen toimintakyvyn kohentamiseksi on osoitettu usealla tutkimuksella. Strukturoitujen ja systemaattisten CHRP-kuntoutusohjelmien keskeisiä elementtejä ovat seuraavat: terapeuttisen kuntoutusyhteisön luominen; neuropsykologinen kuntoutus sisällyttäen psykoedukaation, psykoterapeuttiset interventiot ja kognitiivisen kuntoutuksen sekä toimien kohdentamisen oireiston psykososiaalisiin seurauksiin; oireiston ja toimintakyvyn huomioiva ammatillinen ohjaus ja tukitoimet (esim. tuetut työkokeilut); läheisten ohjaus ja supportiivinen vuorovaikutus; moniammatillisen kuntoutustyöryhmän yhteistojennan tukeminen; ja seuranta tarvittavi-

ne kuntoutus- ja tukitoimiseen. Keskeinen merkitys näissä kuntoutusohjelmissa on vertaistuellalla ja terapioiden toteutus niin yksilö- kuin ryhmämuotoisesti. Kontrolloituja tutkimuksia CHRP-ohjelmien vaikutuksista on kuitenkin vähän. Puutetta on myös tutkimuksesta, joka selvittäisi kognitiivisten ja motoristen toimintojen yhteyksiä, vaikka näillä saattaisi olla kliinistä merkitystä aivovammojen kuntoutuksessa. Viime vuosina on myös lisääntynyt tietoisuus tarpeesta täydentää kuntoutuksen tuloksellisuuden arviointia kuntoutujan omakohtaiseen kokemukseen perustuvalla arvioinnilla, jolla saattaisi olla merkitystä erilaisten kuntoutusinterventtioiden kohdentamiseen. Kuntoutuksen perimmäisenä tavoitteena on mahdollistaa aivovamman saaneiden ihmisten parhaan mahdollisen subjektiivisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun saavuttaminen ja ylläpitäminen.

Tässä väitöstutkimuksessa tutkittiin CHRP-kuntoutusohjelmasonvelluksen (the Individualized Neuropsychological Subgroup Rehabilitation Program, INSURE) vaikutusta aivovammapotilaiden psykososiaaliseen toimintakykyyn (Osatutkimus I), kuntoutuksen objektiivisesti mitattavien ja subjektiivisesti arvioitujen vaikutusten välistä yhteyttä (Osatutkimus III) sekä kognitiivisen ja motorisen suoriutumisen välisiä yhteyksiä niiden hyödyntämiseksi kokonaisvaltaisessa moniammatillisessa aivovammakuntoutuksessa (Osatutkimus II). Osatutkimus I vertasi 19:ää aikuispotilasta, joilla oli postakuutin vaiheen keskivaikea tai vaikea aivovamma ja jotka oli valittu peräkkäin kuuden viikon mittaiseen CHRP-kuntoutukseen, ja 20:tä kontrollipotilasta, jotka olivat saaneet yleisen terveydenhuollon käytäntöjen mukaisia kuntoutuspalveluja. Kahden vuoden seuranta-ajan jälkeen arvioitiin potilaiden produktiivisuutta (työssä, opiskelemissa tai osallistuminen vapaaehtoistyöhön) lopputulosmuuttujalla 'produktiivinen' tai 'ei-produktiivinen' kahden sokkoutetun arvioitsijan toimesta. Produktiivisuus arvioitiin strukturoidulla kysymyslomakkeella, jonka täyttivät potilaat ja heidän läheisensä. Osatutkimus II mittasi 34:n fyysisesti hyvin toipuneen postakuutin vaiheen keskivaikean tai vaikean

aivovamman saaneen miehen kognitiivista ja motorista toimintakykyä. Kognitiivista toimintakykyä arvioitiin tiedonkäsittelyn sujuvuuden, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen, erityisesti tahdonalaisten liikkeiden, osalta ja motorista toimintaa tasapainon, ketteryyssuoksun ja rytmi-koordinaatiokyvyn osalta. Kahdessa maassa toteutettuun osatutkimukseen III osallistui 54 aikuispotilasta, joilla oli postakuutin vaiheen keskivaikea tai vaikea aivovamma ja jotka olivat palanneet työhön eriaikaisesti CHRP-kuntoutuksen jälkeen. Objektiiivista vaikutusta arvioitiin saavutetun työn vaatavuusasteella, ja subjektiivisia vaikutuksia kartoitettiin itsearviointilomakkeella, joka käsitti kuusi osa-aluetta: oma ponnistelu kuntoutuksen aikana, elämän merkityksellisyys ja produktiivisuus, emotionaalinen tasapaino, sosiaalinen elämä ja kyky solmia läheisiä ihmisiä suhteita.

Osatutkimus I osoitti, että seurannan päätyttyä 89 prosenttia CHRP-kuntoutuksen käyneistä ja 55 prosenttia verrokkiryhmän potilaista oli produktiivisia. CHRP osoittautui merkittävästi paremmaksi ennustamaan produktiivisuuden saavuttamista. Muut tekijät kuin CHRP eivät selittäneet ryhmien produktiivisuudessa havaittua eroa. Lisäksi osatutkimus III osoitti, ettei CHRP-kuntoutuksen jälkeen saavutettu työn vaatavuusaste ollut yhteydessä subjektiivisen arvioinnin osa-alueisiin muutoin kuin läheisten ihmisiä suhteiden solmimisen kyvyn osalta. Kaiken kaikkiaan potilaat arvioivat olevansa varsin tyytyväisiä hyvinvoinnin eri osa-alueilla CHRP-kuntoutuksen jälkeen. Eksploratiivinen osatutkimus II analysoi kognitiivisten ja motoristen toimintojen välisiä suhteita ja osoitti yhteyksiä kognitiivisen tiedonkäsittelyn, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen sekä dynaamisen tasapainon mittareiden välillä. Tiedonkäsittelyn ja toiminnanohjauksen sujuvuus heijastui kävelyn/dynaamisen tasapainon ja ketteryyssuoksun nopeuteen.

Väitöstutkimuksen tulokset osoittavat, että CHRP-kuntoutus edistää postakuutissa vaiheessa olevien keskivaikean ja vaikean aivovamman saaneiden potilaiden psykososiaalista toimintakykyä jopa useita vuosia vammautumisen jälkeen (Osatutkimukset I

ja III). Tulokset vahvistavat käsitystä, että CHRP-kuntoutus edesauttaa merkityksellisen ja tyydyttävän elämän luomista olemassa olevan toiminnanvajauksen kanssa. Aiempien vähälukuisten tutkimusten mukaisesti osatutkimus II tukee käsitystä kognitiivisen ja motorisen suoriutumisen vuorovaikutuksesta viitaten siihen, että tiedonkäsittelyn, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen mittarit ovat yhteydessä motoriseen suoriutumiseen. Tulokset tukevat käsitystä kuntoutuksen multimodaalisista vaikutuksista ja kannustavat moniammatilliseen kokonaisvaltaiseen aivovammakuntoutukseen sen tuloksellisuuden tehostamiseksi. Osatutkimus III:n tulokset vahvistavat käsitystä, että objektiivisesti mitattava kuntoutustulos ei välttämättä ole yhteydessä potilaan kokemaan hyvinvointiin tai tyytyväisyyteen. Tulokset viittaavat siihen, että nämä ovat subjektiivisessa kokemuksessa erillisiä puolia, jotka tulisi huomioida kuntoutuksen tuloksia arvioitaessa. Väitöstutkimuksen löydökset kannustavat toteuttamaan CHRP-mallin mukaista kuntoutusta aivovammapotilaiden psykososiaalisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kohentamiseksi.

**Jaana Sarajuuri, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, ProNeuron neuropsykiatriakeskus**

*Kirjoitus on lectio praecursoria, jonka kirjoittaja esitti väitöstilaisuudessaan 1.10.2020 Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa. Väitöskirjan "Comprehensive-holistic neurorehabilitation, outcomes and their subjective appraisal in adults with traumatic brain injury" julkaisutiedot: Unigrafia, Helsinki 2020, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6413-1>, <http://hdl.handle.net/10138/319356>*

## **Väitöskirjan osatutkimukset:**

### **Osatutkimus I**

Sarajuuri J, Kaipio M-L, Koskinen S, Niemelä M, Servo A, Vilkki J (2005) Outcome of a comprehensive neurorehabilitation program

for patients with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 2296-2302.

### **Osatutkimus II**

Sarajuuri J, Pasanen M, Vartiainen M, Rinne M, Lehto, T, Alaranta H (2013) Relationship between cognitive and motor performance in men with subtle physical impairment after traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45, 38-46.

### **Osatutkimus III**

Sarajuuri J, Vin M, Tokola M (2018) Relationship between late objective and subjective outcomes of holistic neurorehabilitation in patients with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 32, 1749-1757.

## KUNTOUTUS-LEHTI DIGIAIKAAN!

---

Kuntoutus-lehden yli 40-vuotisessa historiassa tapahtuu merkittävä uudistus: lehti ilmestyy numerosta 1/2021 alkaen verkkojulkaisuna Journal.fi-palvelussa, jota ylläpitää Tieteellisten seurain valtuuskunta. Samalla lehti luopuu painetusta lehdestä keskittyen verkkojulkaisun kehittämiseen. Päätaavoite on modernin, korkeatasoisen tieteellis-ammattillisen julkaisun jatkuminen.

Kuntoutus-lehden tilaajat saavat uusien numeroiden sähköisiin artikkeleihin luku-oikeuden. Verkkolehti avautuu entiseen tapaan kaikille vapaasti luettavaksi vuoden kuluttua ilmestymisestään. Lehti löytyy osoitteesta <https://journal.fi/kuntoutus>.

Kiinnostavia sähköisiä lukuhetkiä!

*Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry.*

## KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2021

---

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2021 tuttuun tapaan neljänä numerona – nyt digitaalisesti. Sisältö säilyy ennallaan, samoin tilauskäytännöt ja tilaushinnat. Ainoastaan maksullisten ilmoitusten julkaisemisesta lehti luopuu.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!

*[kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi](mailto:kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi)*

### Ilmestymisaikataulu 2021

<b>Nro</b>	<b>Ilmestyy</b>
1	viikolla 11
2	viikolla 24
3 teema	viikolla 41
4 teema	viikolla 50

Kuntoutus 1 | 2021 | 44. vuosikerta  
ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkopainatus)

# Kuntoutus

## Tilaa Kuntoutus-lehti

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

**Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa  
[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti) TAI  
tilaukset, osoitteenmuutokset ja peruutukset:  
[johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi](mailto:johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi), puh. 040 439 7183**

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Yhteisötilaukset 300 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen  
Kutke ry