

# Kuntoutuks

# 2021

2

ICF-luokituksen  
yksilötekijöiden kuvaus

Ohjauksen käsitteet  
mielenterveys- ja päihdetyössä

Tavoitteet nuorten  
mielenterveyskuntoutuksessa

## SISÄLTÖ

### PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN, Kuntoutusalaan kehitetään nyt aktiivisesti 3

### ERIKOISARTIKKELIT

SEIJA SUKULA, AIJA TÖYTÄRI JA ANNA-LIISA SALMINEN  
Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisen  
foorumi (KunFo) aloittanut toimintansa 6

### TIETEELLISET ARTIKKELIT

MAARIT KARHULA, SARI SAUKKONEN, ANU KINNUNEN,  
TUIJA HEISKANEN, ESSI XIONG JA HEIDI ANTTILA  
ICF-luokituksen yksilötekijöiden kuvaus on osa toimintakyvyn  
laaja-alaista arviointia 9

SUVI SAARINEN JA NINA KILKKU  
Ohjauksen käsitteet mielenterveys- ja päihdetyössä  
– näkykö asiakkaan osallisuudessa? 25

JONNA TOLONEN, KATJA RAITIO, ERIKA JÄÄSKELÄINEN,  
SANNA SIHVONEN, LIISA KIVINIEMI JA KRISTIINA MOILANEN  
Tavoitteet nuorten mielenterveyskuntoutuksessa 36

### KATSAUKSET JA ANALYYSIT

MARI KIVISTÖ  
Teknologiavälitteinen eDepressiokoulu masennuksesta  
toipumisen tukena 48

ELINA PEKONEN JA JOAKIM ZITTING  
Päihdepalvelujen tarjonnassa suuria eroja kuntien välillä 58

JOHANNA VIRKKI JA LEENA RANTALA  
Kaikki keinot käyttöön – Helpottaisiko suualueen motoriikan  
passiivinen harjoittelu korjaamaan sitkeitä äännevirheitä? 64

### PUHEENVUOROT

KIRSI SALONEN, JOHANNA HIRVONEN, KATJA ILMARINEN,  
JANE-VEERA PAAKKOLANVAARA, TEEMU PEURANIEMI JA SUVI SAARINEN  
Turvallisuuden moninaisuus Green Care -toiminnassa 73

### HANKE-ESITTELYT

IRINA KATAJISTO-KORHONEN JA RIIKKA TAKALA  
Aistimodulaatio osana mielenterveyskuntoutujien asumispalvelua 76

### LECTIO PRAECURSORIA

STELA SALMINEN, Takaisin oikealle raiteelle 82

ANU KINNUNEN, Yhteisellä löytöretkellä osallisuuteen 85

### KIRJA-ARVOSTELUT

OUTI HIETALA JA PÄIVI LEPISTÖ  
Yhteinen päätöksenteko mielenterveyskuntoutuksen ytimessä 89

## KUNTOUTUSALAA KEHITETÄÄN NYT AKTIIVISESTI

---

Kuntoutuksen saralla tapahtuu nyt paljon ja nopealla aikataululla. Kuntoutusalan on tarpeen olla valmiina reagoimaan eri työryhmissä valmisteilla oleviin linjauksiin. Kehittämistyö perustuu vuoden 2020 lopulla valmistuneen Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelman 2020–2022 toimenpide-ehdotuksiin. Osana kuntoutuksen uudistamista sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on aloittanut Valtakunnalliset lääkinälliseen kuntoutukseen ohjautumisen perusteet -hankkeen. Sen tavoitteena on valmistella työ- ja toimintakyvyn arviointiin perustuvat valtakunnalliset asiakaslähtöiset, oikea-aikaiset, yhdenvertaiset ja vaikuttavat terveydenhuollon lääkinällisiin kuntoutuspalveluihin ohjautumisen perusteet. Valmistelu tapahtuu parhaillaan eri teemojen mukaisissa työryhmissä. Tuotettua ohjeistusta tullaan syksyn aikana esittelemään webinaareissa, ja vuodenvaihteessa 2021–2022 avataan valtakunnallinen lausuntokierros. Tämän lääkinällisen kuntoutuksen ohjautumiseen vahvasti vaikuttavan hankkeen linjauksia on tärkeää seurata, ja on hyvä myös valmistautua reagoimaan mahdollisiin lausuntopyyntöihin.

Kuluvan vuoden huhtikuussa aloitti toimintansa myös opetus- ja kulttuuriministeriön ja STM:n yhdessä asettama Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisen foorumi (KunFo). Sen ensimmäisessä, vuoden loppuun kestävässä työskentelyssä kartoitetaan kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeita sekä koulutuksen ja tutkimuksen tilaa. Seuraavassa vaiheessa työsetään koulutuksen suunnitelmaa ja tutkimusstrategiaa. Voitte lukea KunFon toiminnasta tarkemmin tässä numerossa ilmestyvästä, heti kaikille avoimena julkaistavasta Seija Sukulan, Aija Töytärin ja Anna-Liisa Salmisen kirjoittamasta erikoisartikkelista.

Myös sosiaaliturvauudistus ja siihen liittyvän, STM:n asettaman sosiaaliturvakomitean toiminta vaikuttaa kuntoutusalaan. Siellä yhdeksi keskeiseksi kehittämisalueeksi on tunnistettu palveluiden ja etuuksien yhteensovittaminen, mikä kuntoutuksen osalta tarkoittaa esimerkiksi sitä, miten kuntoutuspalvelut sekä työkykyyn ja työkyvyttömyyteen liittyvät etuudet yhteensovitetään. Sosiaalivakuutuksen kuntoutuksen kolmikantainen uudistamistyöryhmä taas työskentelee vuoden 2021 loppuun. Sen tehtävänä on muun muassa kehittää SV-sairauspäivä-

rahakauden tarkistuspeisteitä sekä pohtia ammatilliseen kuntoutukseen liittyvän Kelan kuntoutuslain 7 § muuttamista.

Kuntoutuksen tulevan toteutuksen kannalta hyvin merkittävää on STM:n monikanavarahoituksen purkamista selvittävien valmisteluryhmien ja niistä etenkin kuntoutusta koskevan valmistelutyöryhmän toiminta. Työryhmä kokoaa näkemyksiä monikanavarahoituksen purkamisesta keväeseen 2021 mennessä myöhemmin toteutettavaa laajempaa parlamentaarista käsittelyä varten. Kuntoutusalan kannalta suurimpia huolia liittyy niihin vaihtoehtoihin, joita valmistelutoimikunta mahdollisesti tunnistaa Kelan nykyisin järjestämän ja korvaaman vaativan lääkinällisen kuntoutuksen, kuntoutuspsykoterapian sekä muun Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen tulevan järjestämisen ja toteutuksen osalta. Työryhmän esitys on tulossa lausuntokierrokselle kesän aikana, ja on erittäin tärkeää, että kuntoutusala reagoisi valmistelutyöryhmän tekemiin ehdotuksiin.

Nämä meneillään olevat kansalliset kuntoutuksen kehittämistoimenpiteet linkittyvät myös tulevaan sote-uudistukseen, jonka tarkasta aikataulusta ja toteutumistavoista emme kuitenkaan vielä ihan tarkalleen ole selvillä. Kansallisten kehittämistoimenpiteiden lisäksi meneillään on kiinnostavia kansainvälisiä kehittämisprojekteja. Esimerkiksi WHO kehittää parhaillaan merkittävien sairausryhmien kuntoutukseen tutkimusperustaisia, biopsykososiaalisen toimintakykymallin pohjalle rakentuvia kuntoutuspaketteja tukemaan päätöksen tekoa sekä terveydenhuollon toteutusta. Tästä kehittämistyöstä kuulemme varmasti myöhemmin enemmän.

Tässä vuoden toisessa numerossa ilmestyy kolme kiinnostavaa tieteellistä tutkimusartikkelia. Ensimmäinen tutkimus on kartoittava kirjallisuuskatsaus, jossa kuvataan katsaukseen valikoituneiden tutkimusten perusteella tunnistettuja teemoja ICF-luokituksen mukaisiksi yksilötekijöiksi ja miten yksilötekijöiden luokittelun ja huomioisen tarvetta käytännön työssä perusteltiin. Toinen tutkimus käsittelee ohjauksen käsitteitä mielenterveys- ja päihdetyössä, erityisen mielenkiinnon kohteena osallisuuden näkyminen ohjauksen eri käsitteissä ja niiden sisällöllisissä kuvauksissa. Kolmas tutkimus kartoittaa nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteita ja pyrkii sitä kautta lisäämään ymmärrystä tavoitteiden merkityksestä sekä kehittämään tavoitteiden asettelua.

Katsausten ja analyysien kategoriassa ilmestyy myös kolme artikkelia. Ensimmäisessä artikkelissa tarkastellaan teknologiavälitteisesti videoneuvottelusovelluksella toteutettavaa ryhmäinterventiota masennuksesta toipumisen näkökulmasta. Toisessa katsauksessa tunnistettiin lainsäädännön velvoitteista huolimatta kuntien välillä suuria eroja päihdepalvelujen tarjonnassa. Kolmannessa katsauksessa kuvataan kokeilu, jossa pyritään helpottamaan sitkeistä äännevirheistä poisoppimista suualueen motoriikan passiivisen harjoittaminen avulla.

Näiden lisäksi tarjolla on puheenvuoro turvallisuuden moninaisuudesta Green Care -toiminnassa, hanke-esittely aististimulaatiohoidosta osana mielenterveyskuntoutujien palveluasumista sekä kirja-arvostelu yhteistä päätöksentekoa mielenterveyspalveluissa käsittelevästä teoksesta. Myös kuntoutusta sivuavien väitöstutkimusten esittelyt jatkuvat. Stella Salmisen väitöstutkimuksessa tarkastelun kohteena on työuupumus ja

siitä toipumisen eri prosessit. Anu Kinnunen taas tarkastelee kouluikäisen erityistä tukea tarvitsevan lapsen osallisuuden rakentumista kotona, koulussa ja terapiassa.

Lehden teemanumerot ovat osoittautuneet suosituiksi. Vuoden 2021 työkykyteema on tuottanut runsaasti kiinnostavia kirjoituksia, joten toimitus on päättänyt sisällyttää teeman mukaisia kirjoituksia vuoden kahteen viimeiseen numeroon. Seuraava teemanumero on jo suunnitteilla ja ilmestyy vuoden 2022 lehden viimeisenä numerona. Aiheena kyseisessä teemanumerossa on ”Erityistä tukea nuorille: nykytila ja tulevaisuus”. Toivomme siihen laajasti nuorten ja nuorten aikuisten tuentatarpeeseen liittyviä tieteellisiä käsikirjoituksia, katsauksia/analyysyjä sekä puheenvuoroja ja hankekuvauksia. Kirjoittajakutsu julkaistaan samalla kun lehti ilmestyy, ja se löytyy myös tämän numeron sivuilta.

Kuntoutus-lehdessä on toteutettu menestyksekkäästi kahden päätoimittajan mallia runsaan parin vuoden ajan. Kiitän lämpimästi päätoimittajakautensa alkuvuodesta päättänyttä Kelan tutkimuspäällikkö, VTT Riitta Seppänen-Järvelää sujuvasta yhteistyöstä sekä vahvasta asiantuntemuksesta. Samalla toivotan lämpimästi tervetulleeksi lehden uutena päätoimittajana alkuvuodesta aloittaneen Verven lääketieteellisen johtajan LT Mika Pekkosen.

*Rentouttavaa kesää lukijoille toivoen*

**Erja Poutiainen**

*päätoimittaja*

*FT, dosentti, johtava tutkija, Kuntoutussäätiö*

# KUNTOUTUKSEN KOULUTUKSEN JA TUTKIMUKSEN KEHITTÄMISEN FOORUMI (KUNFO) ALOITTANUT TOIMINTANSA

---

Kuntoutuksen tutkimuksen ja kehittämisen foorumi (KunFo) aloitti toimintansa huhtikuussa 2021. Foorumin ovat yhteistyössä valmistelleet sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetus- ja kulttuuriministeriö.

## Foorumi perustuu Kuntoutuskomitean työhön

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017) totesi työnsä päätteeksi julkaistussa raportissaan, että kuntoutuksen tutkimus on hajanaista ja verkostoyhteistyö tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa toteuttavien toimijoiden välillä on sirpaleista. Kuntoutuksella ei ollut valtakunnallista strategista tutkimus- ja kehittämisohjelmaa. Komitea piti tärkeänä, että ammattikorkeakoulut ja yliopistot suunnittelisivat yhteiset oppisisällöt kuntoutuksen perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen. Komitea piti myös tärkeänä, että korkeakoulut ja muut tutkimusorganisaatiot osallistuvat yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön kanssa kuntoutuksen strategisen tutkimus- ja kehittämisohjelman laatimiseen. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelmassa vuosille 2020–2022 yhdeksi kuntoutuksen uudistamisen tavoit-

teeksi asetettiin kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen foorumin perustamisen opetus- ja kulttuuriministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä.

## Kuntoutuksen osaamis- ja tutkimustarpeet

Kuntoutuksen osaamistarpeisiin suuntautuu useita ammatillisia tutkintoja ja korkeakoulututkintoja, joista osa tuottaa laaja-alaista osaamista ja osa erikoistunutta osaamista. Kuntoutusosaamista voi sisältyä myös muihin sosiaali- ja terveysalan tutkintoihin. Opetus- ja kulttuuriministeriön mukaan tarvitaan valtakunnallisesti jaettu yhteinen tilannekuva kuntoutuksen ammatti- ja tehtäväkuvista, kuntoutusosaamisen tarpeista ja nykyisten koulutusten ja opintopolkujen toimivuudesta, jotta kuntoutuksen osaamista tuottavista tutkinnoista ja muusta koulutuksesta muodostuvan kokonaisuuden toimintaa voidaan arvioida ja kehittää.

Kuntoutuksen tutkimuksen kokonaiskuvan muodostaminen on haastavaa ottaen huomioon, että alan tutkimusta tehdään useiden tieteenalojen sisällä ja monitieteisesti. Esimerkiksi kuntoutuksen sähköisten palveluiden ja laitekehityksen näkökulmasta tek-

nisillä tieteillä on tärkeä ja merkitykseltään kasvanut asema kuntoutuksen tutkimuksessa.

## **KunFolle asetetut tavoitteet ja aikataulu**

Opetus- ja kulttuuriministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö valmistelivat ehdotuksen kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumin perustamiseksi vuosille 2021–2023. Kehittämisfoorumin tehtävänä on ennakoita ja kuvata kuntoutuksen osaamistarpeita sosiaali- ja terveydenhuollossa ja tehdä ehdotus siitä, miten koulutus- ja tutkimusjärjestelmää tulee kehittää vastaamaan kuntoutusosaamisen tarpeita. Lisäksi foorumin tehtävänä on käsitellä valtakunnallisella tasolla koko koulutus- ja tutkimusjärjestelmää suhteessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kehitystarpeisiin.

Kehittämisfoorumi tuottaa suunnitelman kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämiseksi vuosille 2024–2030. Suunnitelmaan sisältyy selvitys työelämän kehittämistarpeista, ehdotukset perustutkintokoulutuksen ja sitä täydentävän koulutuksen rakenteen kehittämiseksi sekä ehdotuksen kuntoutuksen tutkimusstrategiaksi. Foorumin kehittämisteemoja ovat kuntoutuksen koulutusten tilannekuva ja rakenne, koulutusten osaamisprofiilit, kuntoutuksen ja sen koulutuksen tutkimus sekä kuntoutusalan työvoimatarve ja sen saatavuus. Suositusten toimeenpanosta päätetään foorumin työskentelyn jälkeen.

Kehittämisfoorumi aloitti toimintansa alkuvuodesta 2021. Kuntoutusalan koulutuksen ja tutkimuksen kehittämis ehdotukset julkaistaan marraskuussa 2023.

## **Foorumin kokoonpano**

Foorumin työtä ohjaa ja johtaa ohjausryhmä, johon kuuluvat puheenjohtajien (tutkimusprofessori Anna-Liisa Salminen, professori Marketta Rajavaara ja professori Olavi Airaksinen) ja asiantuntijasihteerin (erikoisasiantuntija Mari Haverinen) lisäksi opetus- ja kulttuuriministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetushallituksen edustajat. Foorumin

jäseniksi (yhteensä 31) on nimetty henkilöitä, jotka edustavat kattavasti koko koulutus- ja tutkimusjärjestelmää ja sidosryhmiä.

## **Foorumin työskentely**

Foorumi kokoontuu 4–5 kertaa vuodessa. Työskentely tapahtuu ensisijaisesti työryhmissä. Vuoden 2021 loppuun saakka KunFossa keskitytään kolmeen teemaan. Osaamis- ja työelämätarpeet ovat foorumin työskentelyn lähtökohta. Tarpeita kartoittavassa työryhmässä selvitetään väestön kuntoutustarpeita, kuntoutuksen työvoimatarpeita ja henkilöstön saatavuutta, sote-uudistuksen vaikutuksia kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeisiin sekä kuntoutuksen trendejä ja toimintaympäristöjä 2030-luvulla. Koulutuksen nykytilaa kartoittavassa työryhmässä kuvataan kuntoutuksen koulutusten nykytilaa, arvioidaan kuntoutuksen koulutuksen ja opetuksen vahvuuksia ja heikkouksia sekä tarkastellaan kuntoutuksen koulutusta Suomessa suhteessa kansainvälisiin kehitysuuntiin. Tutkimuksen nykytilaa kartoittavassa työryhmässä kuvataan kuntoutuksen tutkimuksen nykytilaa Suomessa, tarkastellaan kansainvälisen tutkimusyhteistyön ja julkaisemisen tilaa Suomessa sekä arvioidaan kuntoutuksen tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Kartoitusten tavoitteena on saavuttaa yhteinen käsitys koulutuksen ja tutkimuksen nykytilasta ja tulevista tarpeista.

Vuoden 2022 alussa aletaan työstää koulutuksen suunnitelmaa ja tutkimusstrategiaa. Tällöin myös työryhmien rakennetta on tarkoituksenaan muuttaa.

Foorumin jäsenten työskentely on edustuksellista. Jäsenten tehtävä on edustaa omia organisaatioitaan ja sidosryhmiään, viestiä ja viedä tietoa KunFosta edustamilleen tahoille ja vastaavasti tuoda tietoa omista sidosryhmistään KunFon käyttöön. Tämän lisäksi KunFossa pyritään toimimaan siten, että aihepiiristä kiinnostuneet voivat seurata foorumin työtä, ja osallistua siihen esimerkiksi tuottamalla tietoa foorumin käyttöön ja kommentoimalla foorumin tuotoksia työskentelyn eri vaiheissa. Foorumin puheenjohtajiin ja jäseniin voi mielellään olla yhteydessä.

Foorumin työskentelystä ja jäsenistä löytyy tietoa opetus- ja kulttuuriministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta <https://minedu.fi/kunfo>, <https://stm.fi/kuntoutuksen-uudistus>. Työskentelyä voi seurata myös Twitterissä #KunFo.

**Aija Töytäri, TtT, opetusneuvos, Opetus- ja kulttuuriministeriö, Korkeakoulu- ja tiedepolitiikan osasto**

**Seija Sukula, FT, erityisasiantuntija, Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaaliturva- ja vakuutusosasto**

**Anna-Liisa Salminen, PhD, tutkimusprofessori, Kelan tutkimus**





# ICF-LUOKITUKSEN YKSILÖTEKIJÖIDEN KUVAUS ON OSA TOIMINTAKYVYN LAAJA-ALAISTA ARVIOINTIA

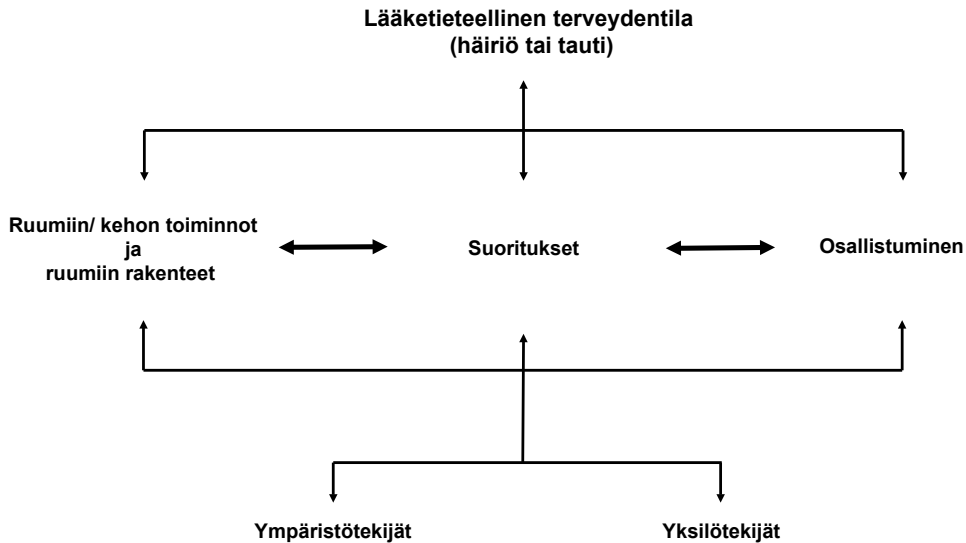
Kartoittava kirjallisuuskatsaus ICF-yksilötekijöitä käsittelevistä tutkimuksista

## Johdanto

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä luokituksesta, ICF-luokituksesta, on kahdenkymmenen vuoden aikana muodostunut yleisesti hyväksytty, kuntoutusta ohjaava biopsykososiaalinen viitekehys (World Health Organization 2004). Madden ja Bundy (2019) toteavat analyysissään, että ICF-luokituksen julkaiseminen ja käyttö on muuttanut toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden arviointikäytäntöjä ja tilastointia yhtenäisten käsitteiden sekä viitekehysten kautta. Suomalaisissa kuntoutuskäytännöissä ICF-luokituksen käyttö on nostettu jo reilun vuosikymmenen ajan yhdeksi hyvän kuntoutuskäytännön kulmakiveksi (Paltamaa ym. 2011). ICF-luokituksen hyödyntämistä suositellaan esimerkiksi Kelan järjestämien kuntoutusten palvelukuvausissa (mm. Kela 2019 ja 2020). Viime vuosina on kehitetty ICF-luokituksen kliinistä hyödyntämistä tukevia työkaluja, kuten ICF-tarkistuslista, joka on yhteinen kaikille sairausryhmille, sekä ICF-ydinlistat, jotka sisältävät minimimäärän ICF-kuvauskohteita toimintakyvystä tietyn sairauden tai taudin näkökulmasta (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016). Maribon ym.:iden (2016) tutkimukses-

sa todettiin, että ICF:n hyödyntämisessä on edelleen kehitettävää Pohjoismaissa.

ICF-luokituksen toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaava osa sisältää laajasti ruumiin ja kehon toimintojen ja rakenteiden sekä suoritusten ja osallistumisen kuvauskohteita. ICF-luokituksen toinen osa, kontekstuaaliset tekijät, koostuu kahdesta osa-alueesta: ympäristötekijät ja yksilötekijät. Kumpikin näistä saattaa vaikuttaa henkilön toimintakykyyn, mutta vain ympäristötekijöiden kohdalla esitetään tarkemmat kuvauskohteet (kuvio 1). Yksilötekijöiden kohdalla tarkempi luokittelu puuttuu, mutta sen tarpeellisuudesta on käyty pitkään keskustelua (Müller & Geyh 2015, Nguyen ym. 2018). Yksilötekijät on määritelty taustatiedoksi yksilön elämästä ja elintavoista. (World Health Organization 2004.) Yksilötekijöiksi nähdään muun muassa yksilön voimavarat, selviytymiskeinot, koulutus sekä käyttäytymismallit. Näiden toimintakykyyn liittyvien tekijöiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään, kuka asiakas on, mitä ja miten hän ajattelee, miten hän arvioi ja ymmärtää omaa tilannettaan, mitä hän toivoo ja kuinka selviytyy arjestaan. Yksilötekijät ja niiden tulkinnat vaikuttavat kuntoutuksen



Kuvio 1. ICF-luokitus.

palveluiden ja toimenpiteiden valintaan sekä tarvittavien tukitoimien kohdentamiseen. (Geyh ym. 2019.)

Hyvät kuntoutuskäytännöt perustuvat asiakaslähtöisyyteen, ja ne vaativat tietoa asiakkaan kokemuksista sekä kuntoutumisen merkityksellisyydestä asiakkaalle (Paltamaa ym. 2011). Kunkin asiakkaan yksilöllinen elämäntilanne, tarpeet ja tavoitteet tulisivat olla lähtökohtina asiakkaan kuntoutumista tukevien, oikea-aikaisten kuntoutustoimien suunnittelussa ja toteuttamisessa (Autti-Rämö & Salminen 2016). Yksilötekijöiden tarkempi kuvaaminen lisää yksilöllistä lähestymistapaa (Grotkamp ym. 2012), ja näiden kuvaaminen nähdään tarpeellisena erityisesti toiminta- ja työkyvyn arvioinnin näkökulmista (Järvikoski ym. 2018). Kerättären (2016) mukaan toimintakykyä tutkittaessa tieto asiakkaan elämäntilasta ja toimintakyvyn historiasta voi olla jopa lääketieteellisiä tietoja tärkeämpi lähtökohta. Keskeiseksi kysymykseksi asiakaslähtöistä, ICF-luokitusta hyödyntävää kuntoutusta toteutettaessa muodostuukin se, miten tunnistaa ja ottaa huomioon asiakkaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteisiin vaikuttavat monimuotoiset yksilötekijät yhtä hyvin kuin muut ICF-luokituksen osa-alueet.

ICF-luokituksen yksilötekijöiden tarkempaa määrittelyä koodeiksi on puollettu sillä,

että näin luokitusta voisi hyödyntää täysipainoisemmin (Nguyen ym. 2018). Lisäksi yhtenäistämistarvetta puoltaisivat tutkimuksissa käytetyt erilaiset luokittelutavat (Müller & Geyh 2015). Toisaalta yksilötekijöiden tarkemman luokittelun tarpeellisuutta on myös kyseenalaistettu (Leonardi ym. 2016), ja on nostettu keskusteluun, ovatko yksilötekijät tarpeellinen omana erillisenä osana ICF-luokituksessa (Simeonsson ym. 2014). Nämä esitellyt vastakkaiset näkökulmat osoittavat tarpeen tarkastella systemaattisesti, miten tutkimuksissa on lähestytty yksilötekijöitä.

ICF-luokituksen yksilötekijöiden roolin ja merkityksen tarkastelu osana toimintakyvyn arviointia ja edistämistä on tarpeen myös meneillään olevan kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistamisen näkökulmasta. Kuntoutuksen uudistamiskomitean laatimassa selvityksessä ICF-viitekehystä suositeltiin hyödynnettävän erityisesti toimintakyvyn arvioinnissa ja mittareiden valinnassa sekä toimintakyvyn kuvaamisessa kuntoutussuunnitelmassa. Luokitusta suositellaan hyödynnettäväksi Kantapalveluja ja kirjaamisen käytäntöjä kehitettäessä, mikä osaltaan mahdollistaisi myös kuntoutuksen hyödyn ja vaikuttavuuden osoittamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Loppuvuodesta 2020 julkaistussa Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelmassa on määritel-

ty tarkemmin uudistamisen askelmerkkejä, joissa ICF:n nähdään tarjoavan kokonaisvaltaisen kuvauksen toimintakyvystä, jossa yhdistyy lääketieteellinen ja yhteiskuntatieteellinen näkökulma (sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2020).

Tämän kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tarkastella systemaattisesti yksilötekijöiden roolia toimintakyvyn liittyvissä tutkimuksissa. Tuloksia pohdimme erityisesti suomalaisten kuntoutuksen käytäntöjen näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli 1) kuvata, mitä teemoja tutkimuksissa oli tunnistettu ICF-luokituksen mukaisiksi yksilötekijöiksi, ja 2) arvioida tutkimuksissa esitettyjen perusteluiden avulla yksilötekijöiden luokittelun ja huomioimisen tarvetta käytännön työssä.

### Tutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutettiin kartoittavana kirjallisuuskatsauksena, jossa hyödynnettiin aineiston yhdistämisen osalta myös systemaattisen katsauksen metodologiaa. (Levac ym. 2010, Munn ym. 2018, Peters ym. 2015). Samalla tavoin kuin systemaattisessa katsauksessa, myös kartoittavassa katsauksessa noudatetaan ennalta määriteltyä protokollaa, systemaattista ja läpinäkyvää hakustrategiaa sekä kerätään yksittäisistä tutkimuksista tiedot taulukoihin. Systemaattisessa katsauksessa mukaan otettujen tutkimusartikkelien laatu arvioidaan. Tutkimuksen kohteena olleen teeman vuoksi tässä katsauksessa ei toteutettu artikkelien laadunarviointia. Sen sijaan systemaattisen katsauksen metodologian mukaisesti eri tutkimuksista koottu aineisto yhdistettiin laadullista luokittelua käyttäen. (Munn ym. 2018.)

### Tiedonhaku

Systemaattinen haku vertaisarvioituista tutkimuksista tehtiin maaliskuussa 2020 Cinahl, Pubmed, Science Direct ja Sport Discus -tietokannoista. Haku 1 oli Geyh ym. (2011) päivityshaku eli ICF[Title/Abstract] OR "International Classification of Functioning"[Title/Abstract] AND (personal[Title/Abstract] OR context\* OR yksilö\* [Title/Abstract]), rajautuen vuosiin 2010–2020. Haku 2 oli ("International Classification of Functioning, Disability and Health") AND ("personal factors") rajautuen "Systematic Reviews". Lisäksi vastaavat haut toteutettiin seuraavista kotimaisista tietokannoista: Finna, Helda, Helka, Julkari ja Medic.

### Tutkimusten valinta

Tutkimukset valittiin mukaanotto- ja pois-sulkukriteerien perusteella (taulukko 1). Mukaan otettiin tutkimukset, joissa oli listattu ICF-luokituksen yksilötekijöitä ja niitä oli käsitelty esimerkiksi muuttujana tai vaikuttavana tekijänä.

Valinta suoritettiin vaiheittain. Mukaan valittiin ensin otsikon ja abstraktin perusteella ne, joissa on mainittu yksilötekijät (personal factors), ja sitten koko artikkelitekstin perusteella ne, jotka täyttivät tarkemmat mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Goodmanin ym.:iden (2019) kuvaamaa luokittelua julkaisujen relevanttiuden määrittelystä suhteessa tutkimuskysymykseen hyödynnettiin mukaan otettujen artikkelien tarkemmassa luokittelussa. Tutkimuksista, joissa oli käsitelty yksilötekijöitä, eriteltiin erikseen ne tutkimukset, joissa oli yksilötekijöiden käsittelyn lisäksi esitetty perusteluita niiden hyödyntä-

Taulukko 1. Tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

MUKAANOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<p>Vuosina 2010–2020 julkaistut tutkimukset.</p> <p>Tutkimuksessa on listattu ICF-luokituksen yksilötekijöitä ja niitä on käsitelty esimerkiksi muuttujana tai vaikuttavana tekijänä.</p> <p>Kieli – suomi, ruotsi, englanti, saksa.</p>	<p>Tutkimus, joka käsittelee yksilötekijöitä niin, ettei tieto ole yhdistetty ICF-luokitukseen.</p> <p>Tutkimuksessa on kuvailtu tai määritelty yksilötekijöitä esimerkiksi johdanto-osuudessa viitaten ICF-luokitukseen tai muihin tutkimuksiin, mutta yksilötekijöitä ei ole käsitelty myöhemmin tutkimusraportissa.</p>

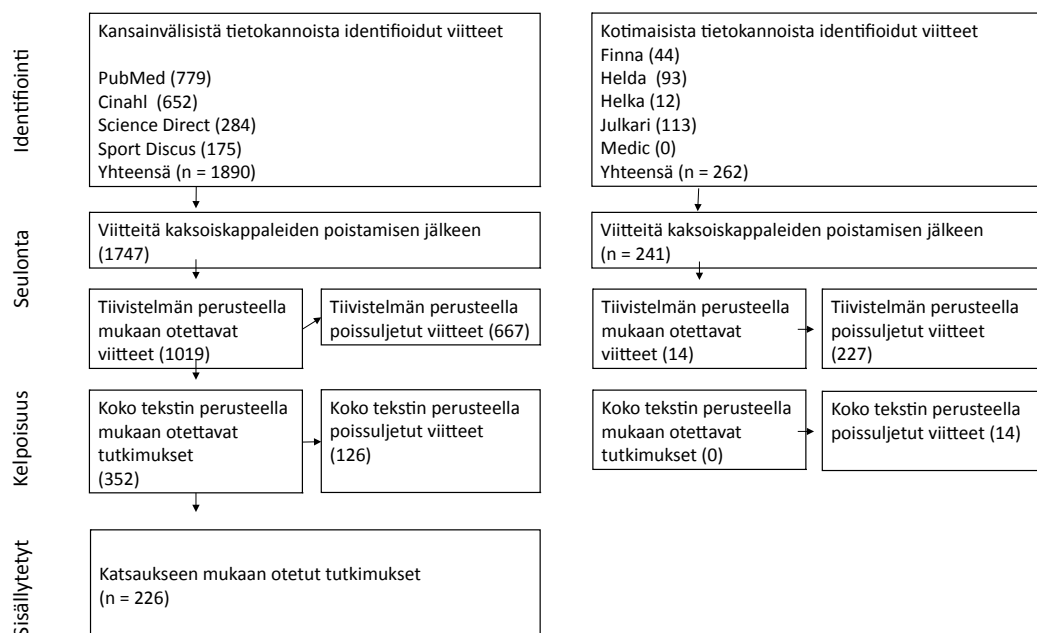
misestä kuntoutuksessa sekä mahdollisesta tarkemman luokittelun tarpeesta. Eri vaiheissa valinnan toteutti kaksi tutkijaa, ja lisäksi koko työryhmä oli mukana konsensuskeskusteluissa, joissa tarkennettiin artikkelikohtaisesti valintoja mukaanotto- ja poissulkukriteereihin nojaten.

### Aineiston analyysi

Aineiston analyysissä hyödynnettiin teoria-ohjaavaa aineiston analyysiä. Excel-taulukoon eriteltiin artikkelin kirjoittajat, otsikko, artikkelin kohderyhmä tai diagnoosi sekä yksilötekijät, jotka tutkimusartikkelien kirjoittajat olivat määritelleet olevan ICF-luokituksen yksilötekijöitä ja joita artikkelissa oli käsitelty ICF-luokituksen yhdistettynä esimerkiksi tulomuuttujina tai toimintakykyyn vaikuttavina tekijöinä. Artikkeleista eriteltyt yksilötekijät luokiteltiin Geyhin ym.:iden (2011 ja 2019) rakentaman yksilötekijöiden luokittelun mukaisesti seitsemään yläluokkaan: 1. Sosio-demografiset tekijät, 2. Asemavälittömässä sosiaalisessa ja fyysisessä kontekstissa, 3. Henkilökohtaisen elämän historia, 4. Henkilökohtainen kokemus tunteista, 5. Henkilökohtainen kokemus omista ajatuk-

sista ja uskomuksista, 6. Motiivit ja 7. Toistuvat kokemukselliset ja käyttäytymisen mallit. Tämä luokittelu valittiin ohjaamaan analyysiä, koska verrattaessa muihin luokitteluihin se osoittautui analyysin teon aikaan englanniksi julkaistuista parhaiten tutkimukseen perustuvaksi määrittelyksi. Lisäksi eriteltiin omaksi luokakseen ne yksilötekijät, jotka eivät olleet luokiteltavissa Geyhin ym.:iden (2019) mukaisesti, sekä omaan luokkaansa ne tekijät, jotka eivät tutkijoiden mielestä olleet luokiteltavissa ICF-luokituksen määrittelyn mukaisiksi yksilötekijöiksi.

Artikkeleiden pohdinta- ja johtopäätökset kappaleista eriteltiin perusteluita yksilötekijöiden luokittelun ja huomioisen tarpeesta käytännön työssä. Tämän jälkeen artikkelit, joissa oli esitetty perusteluita, jaettiin kolmeen ryhmään: 1. artikkeleihin, joissa suositellaan tarkempaa yksilötekijöiden luokittelua, 2. artikkeleihin, jotka korostavat aiempaa tarkempaa ja systemaattisempaa yksilötekijöiden huomioimista mutta eivät varsinaista tarkemman luokittelun tarvetta, ja 3. artikkeleihin, jotka eivät ota kantaa yksilötekijöiden huomiointiin, vaikka kuvaavat yksilötekijöiden merkitystä.



Kuvio 2. Aineiston valintaprosessi PRISMA Flow kaaviota mukaillen (Moher ym. 2009).

## Tulokset

### Hakutulos

Kansainvälisistä tietokannoista tunnistettiin 1890 viitettä, joista käsittelyyn päätyi kaksoiskappaleiden poiston jälkeen 1747 viitettä. Näistä mukaanottokriteerit täyttäviä artikkeleita päätyi analyysivaiheeseen 226. Kotimaisista tietokannoista löytyneistä 241 viitteestä yksikään ei täyttänyt mukaanottokriteereitä. Tutkimusten valintaprosessi on kuvattu tarkemmin kuviossa 2 (mukaan otettujen artikkelien lähdetiedot ovat pyydettyessä saatavilla kirjoittajilta). Mukaan otetuista tutkimuksista 50:ssä oli esitetty perusteluita yksilötekijöiden huomioimisesta ja luokittelun tarpeesta.

### Artikkelien kuvaus

Mukaan otetuissa tutkimuksissa oli erilaisia tutkimusasetelmia. Eri tekijöiden välisiä yhteyksiä oli tarkasteltu 73 artikkelissa (32 %) käyttäen joko faktorianalyysejä, rakennetyhtälömallinnusta tai regressioanalyysejä. Laadullisin menetelmin toteutetuissa 48 (21 %) tutkimuksessa oli selvitetty muun muassa koettuja suoritusten ja osallistumisen estäviä ja edistäviä tekijöitä sekä sairauden vaikutuksia henkilön elämään. Katsauksia oli yhteensä 40 (17 %), joista systemaattisia oli 21 (9 %). ICF-ydinlistoja käsitteleviä tutkimuksia oli 24 (10 %). Lisäksi mukaan otettiin 15 (7 %) teoreettista artikkelia, 14 (6 %) mää-

rällistä, kuvailevaa artikkelia, seitsemän (3 %) mittareiden psykometriikkaa käsittelevää tutkimusta sekä kuusi (3 %) suositusta raportoivaa artikkelia ja kaksi (1 %) intervention kehittämistä kuvaavaa artikkelia.

Tutkimusten kohderyhminä oli eri ikäisiä henkilöitä, eri diagnooseilla. Yleisimmät olivat aivohalvaus 20, selkäydinvamma 17, CP 13, traumaattinen aivovaurio 12 sekä eri syöpäsairaudet 9 artikkelissa. Monissa artikkeleissa kohderyhmänä oli työssäkäyvät, iäkkäät tai kroonista sairautta sairastavat henkilöt tai henkilöt, joilla on jokin vamma.

### ICF-yksilötekijöiden käsittely

Mukaanottokriteerit täyttävissä 226 artikkelissa oli käsitelty runsaasti erilaisia yksilötekijöitä, jotka linkittyivät kaikkiin seitsemään Geyhin ym:iden (2019) määrittelemään yläluokkaan. Myös lähes kaikkiin kunkin yläluokan sisältämiin alaluokkiin (III luokitusportaan kuvauskohde) linkittyi artikkeleissa käsiteltyjä yksilötekijöitä. Sosiodemografisista tekijöistä (luokka 1) kansallisuus, kieli ja uskonto -alaluokkaan ei linkittynyt tekijöitä. (Taulukko 2.)

Yhteensä 49 tutkimuksessa (22 %) oli yksilötekijöiksi määritelty asioita, jotka olivat linkitettävissä ICF-luokituksen ruumiin/kehon toiminnot, suoritukset ja osallistuminen tai ympäristötekijät -osa-alueille, eivätkä siten ole ICF-luokituksen mukaisia yksilötekijöitä (ks. taulukko 2, luokka 9).

Taulukko 2. Tutkimusartikkeleista (n = 226) tunnistetut ICF:n yksilötekijät luokiteltuna Geyhin ym:iden (2019) mukaisesti (luokat 1–7), muut yksilötekijät (luokka 8) sekä artikkeleissa yksilötekijöiksi määritellyt mutta muuhun ICF:n osa-alueeseen linkittyvät (luokka 9) ja tekijät, jotka eivät kuvaa toimintakykyä (luokka 10).

YKSILÖTEKIJÖIKSI LUOKITELLUT		
Yläluokka	Tutkimusten määrä, joissa yläluokkiin kuuluvia yksilötekijöitä N (%)	Esimerkkejä yksilötekijöistä (määrä, kuinka monessa tutkimuksessa yksilötekijää on käsitelty)
1 Sosiodemografiset tekijät	145 (64)	Sukupuoli (100) Koulutus (65) Rotu tai etnisyys (45) Tulot, taloustilanne (34) Työstatus (18)
2 Asema välittömässä sosiaalisessa ja fyysisessä kontekstissa	40 (18)	Siviilisääty (28) Elämäntilanne (5) Vanhemmuus / lasten määrä (3)

3 Henkilökohtaisen elämän historia	42 (19)	Aika, joka kulunut toimintakykyyn vaikuttavasta asiasta (8) Aiemmat kokemukset (7) Elämäntapahtumat (6)
4 Henkilökohtainen kokemus tunteista	49 (22)	Yleisemmällä tasolla esim. tunteet/ emootiot (10) ja mieliala (7) sekä yksityiskohtaisemmin tunteita esim. pelko liittyen erilaisiin asioihin (12) ja ahdistuksen tunne (7)
5 Henkilökohtainen kokemus omista ajatuksista ja uskomuksista	106 (47)	Asenteet (33) Odotukset erilaisiin asioihin liittyen kuten itseen, tuloksiin, terveydenhuoltojärjestelmään (12) Kiinnostus erilaisiin asioihin esim. työllistymiseen (7)
6 Motiivit	25 (11)	Elämäntarkoitus (5) Henkilökohtaiset tarpeet (5) Henkilökohtaiset tavoitteet tai toiminnan tavoite esim. tavoite kävelemiselle (9)
7 Toistuvat kokemukselliset ja käyttäytymisen mallit	154 (68)	Hallintakeinot (coping strategies, styles) (58) Minäpystyvyys (28) Tavat ja tottumukset (22) Tupakointi (10)
8 Muut yksilötekijät, jotka eivät sisälly Geyhin luokitteluun	100 (44)	Muut sairaudet tai terveydentila (41) Vamman vaikeusaste (8) Hoitomyöntyvyys (7)
<b>EI YKSILÖTEKIJÖIKSI LUOKITELLUT</b>		
Yläluokka	Tutkimusten määrä, joissa yläluokkiin kuuluvia tekijöitä N (%)	ICF:n osa-alue ja tarkempi koodi / Esimerkkejä tekijöistä (määrä, kuinka monessa tutkimuksessa on käsitelty)
9 Tekijät, jotka linkittyvät muulle ICF:n osa-alueelle kuin yksilötekijöihin	49 (22)	ICF:n osa-alue ja tarkempi koodi: b Ruumiin ja kehon toiminnot (40), joissa: b laajasti ko. osa-alue (5) b1 Mielentoiminnot (1) b7 Tuki- ja liikuntaelimityö ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (1) b1142 Orientoituminen henkilöön (1) b126 Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot (18) b130 Henkinen energia ja viettitoiminnot (2) b140 Tarkkaavuustoiminnot (2) b144 Muistitoiminnot (1) b152 Tunne-elämän toiminnot b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot (4) b280-289 Kipuaistimus (3) b4552 Väsyvyys (2) b530 Painonhallintatoiminnot (9) b730 Lihasvoiman ja tehon tuottotoiminnot d Suoritukset ja osallistuminen (6), joissa: laajasti ko. osa-alue (3) d5 Itsestä huolehtiminen (1) d799 Henkilöiden välinen erityinen vuorovaikutus, muu määritelty ja määrittelemätön (2) e Ympäristötekijät (15), joissa: laajasti ko. osa-alue (1) e1 Tuotteet ja teknologia e1201 Erityistuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa e3 Tuki ja keskinäiset suhteet (4) e310 Lähiperhe (5) e320 Ystävät (1) e410 Lähiperheen jäsenten asenteet (1) e425 Tuttavien, ikätoverien, työtoverien, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet (1) e430 Esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet (1) e465 Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (1) e570 Sosiaaliturva - etuudet, hallinto ja politiikka (1) e580 Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka (1)
10 Tekijät, jotka eivät kuvaa toimintakykyä	27 (12)	Elämänlaatu (8) Ammattilaisten toteuttaman kuntoutusprosessin vaiheet kuten hoito-ohjelma, terapeutin valmistautuminen, seurantaterapia (8) terapeutin kyvyt (2) kuntoutuksen resurssit (2)

Lisäksi yksilötekijöiksi oli määritelty tekijöitä, jotka eivät kuvaa toimintakykyä (ks. taulukko 2, luokka 10), eivätkä ne siten ole linkitettävissä ICF-luokitukseen.

### *Perusteluita ICF-yksilötekijöiden luokittelulle ja käytölle kuntoutuksen käytännöissä*

Perusteluita yksilötekijöiden luokittelulle ja käytölle käytännön työssä on kuvattu 50 artikkelissa (22 %) (taulukko 3). Artikkelit kohdentuivat moniin eri ryhmiin, useimmin kohderyhmänä oli jokin kuntoutuksen asiakasryhmä, mutta myös ammattilaisten näkemyksiä esitteleviä artikkeleita oli useita. Näissä tutkimuksissa havaittiin tarve kehittää ICF-luokitusta ja sen ydinlistoja niin, että ne sisältäisivät vahvemmin yksilötekijöitä.

14 tutkimuksessa (28 %) suositeltiin yksilötekijöiden tarkempaa luokittelua (taulukko 3). Perusteluna esitettiin, että yksilötekijät vaikuttavat merkittäväällä tavalla toimintakykyyn (Geyh ym. 2011) ja että ne mahdollistavat kattavan toimintakyvyn tarkastelun (Awad & Alghadir 2013, Becker ym. 2010,

Koehler ym. 2011). Näissä tarkempaa yksilötekijöiden luokittelua puoltavissa tutkimuksissa tuotiin esille yksilötekijöiden rooli kuntoutusprosessin eri vaiheissa: toimintakykyä arvioitaessa (mm. Awad & Alghadir 2013, Heerkens ym. 2017), tarpeiden arvioinnissa ja tavoitteiden tunnistamisessa (Seger ym. 2017), kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa (mm. Becker ym. 2010) sekä vaikeavuuden arvioinnissa (Jobst ym. 2013). Seger ym. (2017) pohtivat tutkimuksessaan nykytilannetta, jossa yleisesti hyväksyttyä yksilötekijöiden ICF-luokitusta ei ole. He tunnistavat yksilötekijöiden luokittelun riskit mutta toteavat, että ilman yhdenmukaista luokitusta yksilötekijöiden käyttö on suunnittelematonta, epäohdonmukaista ja jopa käsittämätöntä ja tällaisten epästandardoitujen yksilötekijöiden käyttö sisältää sekin riskejä. Asianmukainen ja tarkka yksilötekijöiden käyttö olisi toteutettavissa yleisesti hyväksytyyn listan avulla.

Aiempaa tarkempaa ja systemaattisempaa yksilötekijöiden huomioimista, mutta ei varsinaista tarkemman luokittelun tarvetta, korostettiin 28 tutkimuksessa (56 %) (taulukko 3). Rauch ym. (2013) esittivät

Taulukko 3. Tutkimuksissa (n = 50) esitetyt perustelut yksilötekijöiden luokittelulle tai käytölle käytännön työssä.

PERUSTELUT YKSILÖTEKIJÖIDEN LUOKITTELULLE TAI KÄYTÖLLE KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ	KOHDERYHMÄ JA TUTKIMUS (1. kirjoittaja ja vuosi)
YKSILÖTEKIJÖIDEN TARKEMPAA LUOKITTELUA SUOSITELLAAN	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luokittelun kehittäminen olisi erittäin hyödyllistä.</li> <li>- Luokittelu tarjoaisi kattavan kuvauksen asiakkaan toimintaan ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä.</li> <li>- Yksilötekijöiden tarkastelu mahdollistaa kattavan toimintakyvyn tarkastelun biopsykososiaalisesta perspektiivistä.</li> <li>- Yksilötekijät voivat toimia edistävinä tai estävinä tekijöinä tavoitteen asettelulle ja saavuttamiselle.</li> <li>- Kuntoutuksessa olisi tärkeää huomioida erityisesti selviytymisstrategiat, suojaavat tekijät ja terveysresurssit.</li> <li>- Yksilötekijöiden merkitys tulisi tunnistaa kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa.</li> <li>- Standardoimattomien yksilötekijöiden käyttö sisältää suuria riskejä tehtäessä arviointeja tai päätöksiä.</li> <li>- Yksilötekijät tulee huomioida määriteltäessä tarvittavia sosiaalisia, lääketieteellisiä tai kuntouttavia etuuksia.</li> <li>- Yleisesti hyväksytty luettelo yksilötekijöistä on toteutettavissa ja se olisi käytännöllinen sekä säästäisi ammattilaisten aikaa.</li> </ul>	<p><b>Terveydenhuollon ammattilaiset, opiskelijat sekä kuntoutuksen tutkimus</b></p> <p>Fysioterapeutit (Awad 2013; Bossmann 2011; Glässel 2011; Koehler 2011)</p> <p>Psykologit (Becker 2010)</p> <p>Terveysalan tutkijat, opiskelijat ja ammattilaiset (Heerkens 2017)</p> <p>Sosiaalilääketiede ja kuntoutus (Seger 2017)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yksilötekijät ovat olennaisen tärkeä tekijä asiakkaiden hoidossa.</li> <li>- Yksilötekijät (selviytymistavat ja optimistinen asenne) vaikuttavat asiakkaiden lääkahoitoon ja elämänlaatuun.</li> <li>- Jotta kaikki asiakkaan toimintaan vaikuttavat tekijät voitaisiin järjestelmällisesti tunnistaa ja huomioida kuntoutuksessa, ne tulisi olla yhdenmukaistetussa luokittelumuodossa.</li> <li>- Sairauden ja kuntoutumisprosessin kokemukseen merkittävästi vaikuttavien yksilötekijöiden tunnistaminen lisäisi potilaita hoitavien tahojen konsensusta hoidosta ja kommunikoinnista.</li> </ul>	<p><b>Kuntoutuksen asiakkaat Henkilöt, joilla on...</b></p> <p>Nivelrikko / alaselkäkipu (Escorpizo 2010; Glocker 2012)</p> <p>Selkäydinvamma (Geyh 2011)</p> <p>Keuhkohtaumatauti (Jobst 2013)</p> <p>Motoneuronitauti (Ng 2011)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ICF:n biopsykososiaaliset perusteet edellyttävät, että yksilöllinen käsitys eleyttä kokemuksista liitetään käsitykseen terveydentilasta.</li> <li>- Määrittelemättä yksilötekijöitä ICF ei voi riittävästi selittää terveyteen liittyvää elämäntilaa.</li> <li>- Jos tarve yksilötekijöiden luokalle todetaan, se on laadittava yhdenmukaisesti ICF:n käsitteellisten ja taksonomisten kriteerien kanssa.</li> <li>- Yksilötekijöiden luokitteluun heikentää koko luokituksen tarkoitusta tarjota standardisoitu, tieteellinen kieli universaaleille dokumentoinnille. Tämä vaikuttaa negatiivisesti ICF:n hyväksymiseen tieteellisenä välineenä.</li> </ul>	<p><b>Ei määriteltyä kohderyhmää</b> Ei määriteltyä kohderyhmää (Huber 2010; Simeonsson 2014)</p>
---	---

## YKSILÖTEKIJÖITÄ TULISI HUOMIOIDA AIEMPÄÄ TARKEMMIN JA SYSTEMAATTISEMMIN

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yksilötekijöiden tunnistaminen on tarpeellista, jotta ymmärretään yksilön tarpeet ja mielihalut, ja voidaan suunnitella yksilöllistä kuntoutusta.</li> <li>- Yksilötekijät tulisi huomioida toimintakykyä arvioidessa systemaattisesti ja kattavasti.</li> <li>- Yksilötekijöillä on merkitystä kuntoutuksen sekä tarpeellisten tukitoimien suunnitteluun ja toteutukseen.</li> <li>- Yksilötekijät (mm. matala koulutus- ja tulotaso, vähäinen omaisuus sekä matala sosiaalinen sitoutuminen) tulisi huomioida kuntoutusta ja ohjausta suunnitellessa.</li> <li>- Yksilötekijöillä on merkitystä monissa eri diagnoosiryhmissä, niihin liittyvissä riskitekijöissä sekä kuntoutuksessa ja ohjauksessa.</li> <li>- Asiakkaan tilanteen kannalta oleelliset yksilötekijät tulisi tunnistaa (selviytymistavat ja -strategiat) ja hyödyntää niitä ohjausta suunnitellessa.</li> <li>- Sukupuoli ja työllisyysstatus ennen vamman syntyä ovat merkityksellisiä ennustavia tekijöitä työllistymisessä.</li> <li>- Terapeuttien tulisi ymmärtää ja ottaa huomioon toimintakykyyn vaikuttavia esteitä ja edistäviä ympäristö- ja yksilötekijöitä.</li> <li>- Kuntoutuksessa tulisi huomioida ympäristö- ja yksilötekijöitä, jotka voivat vaikuttaa harjoitteluun sitoutumiseen</li> <li>- Yksilötekijöillä (esim. sukupuoli) on merkitystä fyysiseen aktiivisuuteen.</li> <li>- Yksilötekijät (mm. yksilön käsitys tekniikasta, itseluottamus, usko terapiaan, tietotekniikkataidot, motivaatio, kiinnostus ja kokemus) voivat vaikuttaa teknologian käyttöön kuntoutuksessa.</li> <li>- Yksilötekijät voivat olla kuntoutukseen motivoitumisen kannalta merkityksellisiä.</li> <li>- Yksilötekijät ovat merkityksellisiä vammautuneiden henkilöiden kuntoutumisen kannalta.</li> <li>- Jotta käyttäytymisen muuttaminen onnistuu, yksilötekijöiden huomioiminen on tärkeää.</li> <li>- Yksilötekijät voivat vaikuttaa aktiiviseen osallistumiseen elämän kannalta merkityksellisissä toiminnoissa.</li> <li>- Sosiaaliseen osallistumiseen mahdollisesti vaikuttavat yksilötekijät (mm. minäpystyvyys ja asenteet) tulisi huomioida kuntoutuksessa.</li> <li>- Yksilötekijät (esim. toivo ja selviytymisstrategiat) ovat tärkeitä yksilötekijöitä sairauden kanssa selviytymisessä.</li> <li>- Asiakastilanteeseen sopivat yksilötekijät olisi hyvä olla tarkistuslistana, joka auttaisi systemaattisen arvioinnin toteuttamisessa sekä realistisen tavoitteen asettamisessa.</li> <li>- Tutkijoiden tulisi huomioida asiakaslähtöisen tutkimuksen haastattelussa yksilötekijät, jotka vaikuttavat usein kommunikointiin, avustavan teknologian käyttöön ja elämäntilaisuuteen.</li> <li>- ICF ankylospyndyliitin ydinlistaa tulisi täydentää yksilötekijöillä.</li> </ul>	<p><b>Kuntoutuksen asiakkaat</b> Erityistä tukea tarvitsevat lapset (Abeyskera 2014), Vammaiset lapset ja nuoret (Hollenweger 2012) Lapset, joilla on kehityksellinen koordinaatiohäiriö (Scott-Roberts 2018) Vammautuneet (Hawkins 2015) Alaraaja-amputoidut (Batten 2019)</p> <p><b>Henkilöt, joilla on...</b> Afasia (Worrall 2017) Aivovamma (Hasset 2011) Aivoverenkiertohäiriö (Baert 2012; Sivan 2016) Alaraaja-artriitti (Arnold 2012) CP-vamma (Earde 2011) Halvauksen subakuutti vaihe (Kang 2017) HIV (Chiu 2019) Kallonsisäinen vamma (Andelic 2012) Krooninen sairaus (Geidl 2019) Lievä muistisairaus (Amano 2019) Psykosomaattisia oireita (Brutt 2016) Selkäydinvamma (Kirchberger 2010; Nam 2012; Rauch 2015) Syöpä (Bornbaum 2019) Vakava fyysinen / puheen häiriö (Andresen 2015) Vakavia liikuntarajoitteita (Martins 2015)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ymmärtääkseen monikielisiä asiasta ja hänen tarpeitaan, pitää huomioida ikä, sukupuoli, etnisyyt, luonne ja asenteet. Yksilötekijöiden analysointi varmistaa tavoitteiden merkityksellisyyden asiakkaalle.</li> <li>- Yksilötekijöillä voi olla vaikutusta interventioihin, joilla pyritään vaikuttamaan positiivisesti henkilökohtaiseen sairauden tuntemukseen.</li> <li>- Yksilötekijöiden avulla voidaan tunnistaa kuntoutumisen haasteita.</li> <li>- Systemaattisen tiedonkeruun avulla voidaan suunnitella ja toteuttaa täsmällisempiä interventioita sekä seurata kuntoutuksen tuloksia.</li> </ul>	<p><b>Muut henkilöryhmät</b> lääkkeitä (Arnadottir 2011) Monikieliset (Blake 2019) Puolustusvoimien veteraanit (Segev 2019) Transsukupuoliset naiset (Hancock 2017)</p>

## YKSILÖTEKIJÖILLÄ ON MERKITYSTÄ KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ympäristö- ja yksilötekijöillä on suuri merkitys kuntoutumiseen.</li> <li>- Yksilön kokemukset vammaisuudesta liittyvät ympäristötekijöihin sekä yksilötekijöihin.</li> <li>- Toimintakyvyn haittojen lisäksi yksilö- ja ympäristötekijät vaikuttavat sosiaaliseen integraatioon.</li> <li>- Vammautumisen jälkeisessä integroitumisessa ympäristö- ja yksilötekijät ovat hallitsevassa roolissa.</li> <li>- Persoonaa ja selviytymisstrategiat vaikuttavat kommunikointistrategioihin.</li> <li>- Identiteetin tarkastelussa toiminnanvajaustekijöiden, yksilötekijöiden (ikä ja tulot) ja ympäristötekijöiden suhteuttaminen toisiinsa on merkityksellistä.</li> <li>- Apuvälineen hyödyistä huolimatta yksilö- ja ympäristötekijät saattavat olla esteenä sen käytölle.</li> <li>- Yksilötekijät (yksilön käsitys teknologiasta, luottamus omiin kykyihin, usko terapiaan, tietotekniset taidot, motivaatio, kiinnostus, kokemus ja mieltymys teknologiaan) voivat vaikuttaa teknologian käyttöönottoon ja hyödyntämiseen</li> <li>- Yksilötekijöillä on enemmän merkitystä harjoittelun ja fyysisen aktiivisuuden määrään kuin ympäristötekijöillä.</li> </ul>	<p><b>Kuntoutuksen asiakkaat</b> Nuoret aikuiset (Saebu 2011) Vammaiset (Bogart 2017) Vammaiset lapset ja nuoret (Perfect 2020)</p> <p><b>Henkilöt, joilla on...</b> Aivoverenkiertohäiriö (Sivan 2014) Aivovamma (Ditchman 2016) Kuulonalenema (van Leeuwen 2016) Selkäydinvamma (Amster 2016; Dwyer 2015)</p>
---	---



Geyhin ym:iden (2011) selkäydinvammaisille kehittämän yksilötekijäluokittelun auttaneen tutkimuksessaan kokonaisvaltaista tiedonkeruuta, systemaattista analyysiä ja tulosten esittämistä ja esittivät, että on tarve kehittää ICF-luokitukseen yksityiskohtaista yksilötekijäläistäusta. Yksilötekijöiden hyödyntämistä myös laajemmassa yhteiskunnallisessa kontekstissa esitettiin. Esimerkiksi jos tutkimuksessa ja kliinisessä käytössä olisi ICF viitekehyksenä ja lisäksi laajasti hyväksytyt standardisoidut arviointimenetelmät, saataisiin lisätietoa siitä, miten ikääntyvien populaatioiden haasteisiin ja mahdollisuuksiin voidaan paneutua (Arnadottir ym. 2011, Baert ym. 2012). Lääketieteellisten riskien lisäksi myös käyttäytymisestä ja asenteista voidaan arvioida kuntoutuksen riskitekijöitä tai positiivisesti vaikuttavia tekijöitä, kuten luottamus omaan kykyyn tehdä terveellisiä valintoja (Abeysekara ym. 2014).

Kahdeksan tutkimusta (16 %) ei ottanut kantaa yksilötekijöiden luokitteluun tai erityiseen huomioimiseen, vaikka niissä nostettiin esille yksilötekijöiden merkitystä (taulukko 3). Esimerkiksi Amster ym. (2016) olivat jakaneet yksilötekijät tekijöihin, joita ei voi muokata kuntoutuksella (esim. ikä, sukupuoli), ja muokattavissa oleviin (esim. ajatukset, tunteet). Lisäksi yksilötekijät oli luokiteltu estäviin ja edistäviin tekijöihin.

## **Pohdinta**

Kirjallisuuskatsaus osoittaa, että ICF-luokituksen yksilötekijöitä käsitellään runsaasti tutkimuksissa. Käytimme Geyhin ym:iden (2011 ja 2019) rakentamaa luokittelua ICF:n yksilötekijöistä. Yleisimmin yksilötekijät linkittyivät toistuviin kokemuksellisiin ja käyttäytymisen malleihin, sosiodemografisiin tekijöihin sekä henkilökohtaisiin kokemuksiin ajatuksista ja uskomuksista. Mukaanotokriteerit täyttävät tutkimukset olivat heterogeenisiä niin tutkimusasetelmiltaan kuin kohderyhmiltäänkin. Voidaankin päätellä, että yksilötekijöillä on merkittävä rooli laajasti kuntoutuksen eri kohderyhmillä ja eri osa-alueilla, toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

## *Yksilötekijöiden tarkempi luokittelu ICF:ssä jää epävarmaksi*

Vaikka tässä katsauksessa tunnistettiin suuri määrä yksilötekijöitä käsiteltyä tutkimuksia, on tarpeen korostaa, että suurimmassa osassa tutkimuksia yksilötekijät eivät varsinaisesti olleet tutkimuksen keskiössä. Tämä näkyy esimerkiksi niin, että ainoastaan vaajaassa neljäsosassa tutkimuksista (50) oli pohdittu tai esitetty johtopäätöksiä tutkituista yksilötekijöistä. Näistä ainoastaan 14 tutkimuksessa esitettiin tarvetta yksilötekijöiden tarkempaan määrittelyyn ja luokitteluun.

Toteuttamamme kirjallisuuskatsaus toi esille teemoja, jotka myös Martinuzzi ym. (2018) nostavat tärkeiksi, kun yksilötekijöitä kuvataan. He korostavat, että on tärkeää tunnistaa käsitteet, joita on kuvattu jo muissa WHO:n luokituksissa, ja tunnistettava yksilön toimintakyvyn kannalta relevantit käsitteet. Tutkimukset toivat esille myös haasteen tunnistaa sellaiset tekijät, jotka eivät suoranaisesti kuvaa toimintakykyä ja eivät siten kuulu ICF-luokitukseen. Esimerkiksi tunnistetuista yksilötekijöistä elämänlaatu on usein kuntoutuksen tutkimuksissa tulomuuttujana arvioitaessa interventioiden vaikuttavuutta. Myös Kelan järjestämän kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioinnin keskeiseksi alueeksi on nostettu elämänlaatu (Kela 2019). Elämänlaatu, joka on koko ICF-luokitukseen rinnastuva yleiskäsite, oli useissa tutkimuksissa käsitelty yksilötekijänä, vaikka se Ciezan ym:iden (2019) ICF:n siltausohjeiden mukaisesti ei kuulu luokituksen piiriin. Sisällönanalyysi tavallisimmista terveyteen liittyvistä elämänlaatumittareita kertoo, että käsitteeseen sisältyy suurimmaksi osaksi toimintakykyasioita mutta myös ympäristötekijöitä ja joitakin yksilötekijöitä, kuten itsetuntemusta tai kokemuksia elämästä (Cieza & Stucki 2005).

Hämmentävän suuressa joukossa analysoituista tutkimuksista yksilötekijöiksi oli määritelty sellaisia tekijöitä, jotka selkeästi eivät ole yksilötekijöitä vaan linkittyvät jollekin toiselle ICF-luokituksen osa-alueelle. Tämä saattaa kertoa siitä, että ICF-luokitus ei tunneta riittävästi ja koulutusta aiheen

tiimoilta tarvitaan. Katsauksen tulokset vahvistavat myös Martinuzzin ym.:iden (2018) esille tuomaa tarvetta ymmärtää ICF:n kokonaisuus ja eri käsitteiden väliset suhteet käsiteltäessä yksilötekijöitä.

Käytimme yksilötekijöitä luokitellessamme Geyhin ym.:iden (2019) luokitusta, jonka ensimmäinen versio julkaistiin kymmenen vuotta sitten (Geyh ym. 2011). Samoihin aikoihin myös Saksassa German Society for Social Medicine and Prevention (DGSMP) -yhdistys on rakentanut yksilötekijöiden luokittelun (Grotkamp ym. 2012), jonka englanninkielinen uusittu versio (Grotkamp ym. 2020) ei ollut vielä julkaistuna tämän katsauksen aineistoa analysoidessa. Grotkamp ym. (2020) ovat vertailleet näitä kahta varsin kattavasti yksilötekijöitä sisältävää luokittelua. He tuovat esille, että nämä kaksi luokitusta perustuvat erilaisiin lähteisiin ja lähestymistapoihin: Geyh ym. nojaavat tutkimusnäyttöön ja luokitus on teorialähtöinen, psykologisesti orientoitunut fokusoiden yksilön kokemukseen, kun taas DGSMP:n luokittelu pohjautuu asiantuntijakonsensusukseen, jossa on hyödynnetty myös Geyhin ym.:iden luokittelua. Lähestymistavaltaan DGSMP-luokittelu on käytäntölähtöinen fokusoiden enemmän yksilön elämäntilanteisiin sekä fyysisiin tekijöihin. Grotkamp ym. (2020) nostavat esille, että Geyhin ym.:iden luokitus sisältää sekä pysyviä (käyttäytymismallit) että vähemmän pysyviä tekijöitä (tunteet, motiivit) ja sisällyttää elämänkeralliset tapahtumat luokitukseen, vastaavasti DGSMP-luokitus kohdentuu pysyviin ja pitkäkestoisiin tekijöihin eikä tuo esille etiologisia tekijöitä. Lisäksi Grotkamp ym. (2020) kuvaavat, että Geyh ym. ovat pyrkineet rakentamaan yksilötekijöiden luokitusta niin, että se on linjassa ICF:n periaatteiden kanssa, ja DGSMP-luokittelun kohteena on sosiolääketieteellisten tarpeiden arviointi ja kuntoutus. (Grotkamp ym. 2020). Kahden luokittelun vertailu osoittaa, että tulkinnat yksilötekijöihin sisältyvistä käsitteistä eroavat toisistaan paitsi yksittäisten käsitteiden osalta, mikä todentui tämän tutkimuksen aineistoa luokiteltaessa, myös luokittelujen perusteiden osalta.

### *Yksilötekijät ovat tärkeä osa toimintakykytietoa*

Yksilötekijöitä on tärkeää tarkastella kuntoutusprosessissa, mutta se ei tarkoita, että välttämättä tarvitaan niiden luokittelua. Kuntoutuksen uudistamistyössä ICF-luokitus on nostettu tärkeäksi muun muassa yhtenäisten tietosisältöjen rakentamisen näkökulmasta (sosiaali- ja terveysministeriö 2017 ja 2020), mikä entisestään korostaa myös yksilötekijöiden tarkastelun tärkeyttä osana ICF-luokituksen kokonaisuutta. Yhtenäisten käsitteiden käyttäminen kuntoutuksen käytännön työssä lisää asiakaslähtöisyyttä ja yhdenvertaisuutta.

Suomessa käytetään jo nyt useita tietorakenteita, joissa on yksilötekijöitä. Esimerkiksi Geyhin ym.:iden (2019) esittämiin luokkiin 1 ja 2 kuuluvat yksilötekijät, kuten sukupuoli, ikä, ammatti, taloudellinen tilanne tai siivillisäyty, ovat laajasti käytettyjä tietoja sekä terveydenhuollossa että muilla toimialoilla.

Yksilötekijöistä keskustellaan asiakkaan kanssa usein toimintakyvyn osa-alueisiin liittyvien arviointien yhteydessä, ja esittöihin tehdään kirjauksia vapaana tekstinä. Kuntoutuksen ammattilaisilla on myös käytössään useita arviointimenetelmiä, jotka painottuvat yksilötekijöiden kuvaamiseen strukturoidusti. Yhteistä näille arviointimenetelmille on se, että ne perustuvat henkilön omaan subjektiiviseen kokemukseen. Esimerkiksi luokkaan 3 eli henkilökohtaiseen elämänhistoriaan nivoutuu toimintaterapiassa pitkään käytössä ollut Occupational performance history interview (OPHI-II) -haastattelumenetelmä, jonka avulla kerätään yksityiskohtaista tietoa asiakkaan työikäen ajoittuvasta toiminnallisesta historiasta (Kielhofner ym. 1999). Työhistorian osalta tätä voidaan kartoittaa The Worker Role Interview (WRI) -haastattelumenetelmän avulla (Lee & Kielhofner 2010). Omaan terveydentilaan sekä suoriin ja osallistumiseen liittyviä tunteita ja mielialaan eli luokkaan 4 liittyviä yksilötekijöitä kuten myös luokkiin 5 ja 6 eli omiin asenteisiin, odotuksiin ja motiiveihin liittyviä yksilötekijöitä kartoitetaan useimmiten vapaamuotoisissa keskusteluissa. Myös näihin luokkiin linkittyviä

strukturoituja arviointimenetelmiä on jo käytössä, kuten henkilön omaan kokemukseen perustuva Työhönpaluuvalmius-mittari (Vuokko ym. 2011) tai The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) -arviointimenetelmän osa-alue, jossa kartoitetaan henkilön omaa tahtoa tai toimintaan motivoitumista (Forsyth & Parkinson 2008).

Uusissa terveydenhuollon tietokomponenteissa, joiden avulla yhtenäistetään samantyyppisten tietojen tallennusta yhtenäisellä tietosisällöllä, ensimmäisenä on määritelty luokkaan 7 eli tottumuksiin liittyviä yksilötekijöitä, kuten liikunta-, ravitsemus-, uni- ja lepo- sekä tupakointitottumukset ja päihteiden käyttö (THL 2020a). Geyhin ym.:iden (2018) luokituksen ulkopuolelle jää myös suuri joukko yksilötekijöiksi määrittyviä aiheita.

Kuntoutustyössä on siis tunnistettava, mitkä yksilötekijät ovat vaikuttamassa toimintakykyyn ja millaisia arviointimenetelmiä voi käyttää yksilötekijöitä kartoitettaessa. Toisaalta on tarpeen ymmärtää, miten tieto yksilötekijöistä tulisi nivoa muuhun toimintakykytietoon. Tällöin on huomioitava se, että ICF-luokitus ei pysty tyhjentävästi selittämään ihmisen toimintakyvyn muutosmekanismeja ja kuntoutumisen prosessia (Järvikoski ym. 2015). Käytännössä työtä ohjaavatkin ICF-luokituksen ohella erilaiset, eri elämän alueilla toimimista ja osallistumista selittävät teoreettiset mallit ja viitekehykset (esim. Fougeyrollas ym. 2019, Fisher & Marterella 2019). Ne auttavat ymmärtämään syvemmin yksilötekijöiden merkitystä ja vaikutusmekanismeja kuntoutumisprosessissa kuin pelkkä luokitusjärjestelmä. ICF-luokitus jäsentää, selkiyttää ja nostaa esille etupäässä toimintakykykäsitteitä ja antaa siten perustaa moniammatilliselle, kaikille yhteiselle holistiselle toimintakyky-ymmärrykselle. Toimintakykytiedon keräämisen tarpeisiin vastataan kunkin profession oman tietoperustan pohjalta.

### *Yksilötekijöihin liittyy eettisiä kysymyksiä*

Toimintakyvyn määrittelyyn sisältyy aina eettisiä kysymyksiä, ja ne korostuvat erityisesti tarkasteltaessa yksilötekijöitä. ICF-luo-

kituksen eettisissä ohjeissa todetaan yhtäältä, että luokituksen käyttö ei saa leimata ihmisiä, ja toisaalta, että ICF-luokitusta tulisi käyttää kokonaisvaltaisesti (World Health Organization 2004 & THL 2020b). Nykylainsäädännön mukaan yksilötekijät, kuten toimintakykytiedotkin, ovat henkilötietoja. Niiden käyttöä ohjaa Euroopassa vuonna 2018 käyttöön otettu yleinen tietosuoja-asetus, ja myös monet kansalliset lait ohjaavat asiakas- ja potilastietojen hallintaa (sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Osa tutkimuksessa esille tulleista tiedoista luokitellaan Suomessa niin lainsäädännöllisesti kuin tutkimuseettisesti arkaluontoisiksi henkilötiedoiksi (sosiaali- ja terveysministeriö 2021, TENK 2019).

Yksilötekijöiden sisällöllinen moninaisuus vaatii kuntoutuksen ammattilaisilta ymmärrystä siitä, miten erityyppisiä yksilötekijöitä kartoitetaan eettisesti kestäväällä tavalla kuntoutusprosessin aikana ja miten niitä yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa kirjataan asiakirjoihin. Tutkimuksissa on myös käsitelty vanhentuneita (esimerkiksi rotu) tai suomalaisesta kulttuurista katsottuna epärelevantteja tekijöitä. Toimintakykytiedon ja erityisesti yksilötekijöiden kartoittamiseen liittyy legitiimitiet-, ihmisarvo- ja ihmisoikeuskysymyksiä. Näemme kuitenkin, että vain kokonaisvaltaisen toimintakykytiedon avulla voimme tutkia ihmisten toimintakykyyn liittyviä tekijöitä riittävän syvällisesti ja rehellisesti (Krieger 2020, King ym. 2019, Diderichsen ym. 2018.) Yksilötekijöitä kartoittamalla voidaan parhaimmillaan löytää potentiaalisia käytännön työtä tukevia toimintatapoja. Niistä voidaan nostaa myös ihmisten voimavarojen ja vahvuuksien kuvaamiseen merkityksellisiä tekijöitä. Tietosuojan ja -turvan sekä ihmisyyden suojaamisen merkityksen tulee kuitenkin olla ensisijalla yksilötekijöihin liittyvän tiedon keräämisessä ja käsittelyssä.

ICF:n tarkoituksena ei ole luokitella henkilöitä vaan kuvata tietyn henkilön tilannetta terveyden ja toimintakyvyn näkökulmasta (Sykes ym. 2021). Tämä onkin erityisen tärkeää pitää mielessä, kun keskustellaan yksilötekijöiden tarkemman luokittelun tarpeesta. On selvää, että yksilön kuntoutuksen

kannalta tärkeät toimintakykyä edistävät ja rajoittavat yksilötekijät tulee ottaa huomioon kuntoutuksen suunnittelussa. Samalla on ymmärrettävä, että mikään yksittäinen tekijä ei sinällään välttämättä ole kontekstistaan irrotettuna yksiselitteisesti edistävä tai rajoittava.

Vaikka luokittelulla on vaaransa, on kuitenkin myös tilanteita, jolloin toimintakykyyn vaikuttavien yksilötekijöiden yhtenäinen kuvaus on tarpeen. Luokittelu on tarpeen vasta, kun asioita kirjataan asiakkaan kertomukseen, esimerkiksi yllä mainituilla tietokomponenteilla. Mikäli käytössä olisi yhtenäinen lista yksilötekijöitä kuvaavista käsitteistä, niille voisi olla tunnisteet, joita kutsutaan luokiksi. Luokittelu siis tarvitaan yhtenäistä tiedonkäsittelyä varten, jotta samantyyppiset tiedot voidaan tallentaa merkintöihin ja asiakirjoihin yhtenäisellä sisällöllä ja jotta tiedot ovat haettavissa ja hyödynnettävissä uudelleen. Ehkä jatkossa voitaisiin tutkia, millaista kieltä yksilötekijöiden kirjauksessa käytetään. Löytyisikö näin tekijöitä, jotka olisi tarpeen listata ja koodittaa ja siten luoda tapa yhtenäisempiin kirjauksiin, joita voisi hyödyntää esimerkiksi osana vaikuttavuustarkastelua.

### *Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet*

Kartoittavaa kirjallisuuskatsausta pidetään soveltuvana menetelmänä tilanteissa, joissa halutaan kerätä tietoa laajasta aihealueesta, selkeyttää aihealueen keskeisiä käsitteitä tai tuottaa tietoa päätöksentekijöiden ja käytännön työn kehittämisen tueksi. Kartoittavalla kirjallisuuskatsauksella voidaan yhdistää erilaisilla tutkimusmenetelmillä tuotettua tietoa (Levac ym. 2010, Munn ym. 2018). ICF-yksilötekijöiden systemaattinen luokittelu ja tutkimus on kansainvälisesti vielä vähäistä, mutta yksilötekijöitä ja niiden merkitystä on kuitenkin tarkasteltu varsin laaja-alaisesti erilaisissa tutkimuksissa ja julkaisuissa. Tässä tutkimuksessa haluttiin tarkastella monipuolisesti ICF-yksilötekijöiden olemassa olevia luokitteluehdotuksia ja kuvauksia.

Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden ja tulosten hyödynnettävyyden kulmakivenä voidaan pitää tutkimuskysy-

myksiin nähden relevanttien alkuperäistutkimusten valintaa. Tutkimuksen vahvuutena olivat moniammatillinen, eri toimijatahoja edustava, ICF-luokitukseen perehtynyt tutkimusryhmä sekä perusteellinen ja systemaattinen eteneminen koko tutkimusprosessin ajan. Substanssiasiantuntijoiden lisäksi tutkimustiimiin kuului kirjallisuushaut toteuttanut Xamkin informaattikko Tapio Salmela. Tiiviillä tiimityöskentelyllä ja etukäteen yhdessä harkituilla analyysimenetelmillä ja sovitulla työnjaoilla vahvistettiin tutkimusprosessin luotettavuutta ja suunnitelman mukaista etenemistä.

Alkuperäistutkimusten valinnan ja sisällön erittely toteutettiin työpareittain, jolloin tutkijat ensin tekivät valinnat ja päätökset itsenäisesti, minkä jälkeen työparien tuloksia verrattiin toisiinsa. Eriävät mielipiteet ratkaistiin kolmannen tutkijan tai koko tutkimustiimin yhteisessä keskustelussa. Samalla tavoin myös aineiston analyysi eli yksilötekijöiden erittely artikkeleista ja niiden luokittelu toteutettiin tutkijapareina ja ratkaisten analyysissä eteen tulleet haasteet tutkimusryhmässä.

Systemaattisesta etenemisestä huolimatta on mahdollista, että tutkimuksen eri vaiheiden toteutus on aiheuttanut harhan riskiä. Tutkimusten valinnassa laajasta aineistosta sekä mukaan otetuista tutkimuksista yksilötekijöiden erittelyssä ja päätelmien erittelyssä on voinut jäädä huomaamatta relevantti tutkimusartikkeli tai tutkimuksessa käsitelty yksilötekijä (Page ym. 2018.) Kartoittavan katsauksen menetelmän mukaisesti (Levac ym. 2010) tutkimukseen ei sisällynyt alkuperäistutkimusten menetelmällisen laadun arviointia, mikä auttoi tiedon kokoamista suuresta määrästä tutkimusaineistoa.

### *Johtopäätökset: tulosten hyödyntäminen kuntoutuksen käytännöissä*

Tulokset vahvistavat tarvetta tarkastella toimintakykyä laaja-alaisesti niin, että tarkasteluun sisällytetään myös yksilötekijät, eettiset näkökohdat huomioon ottaen. Toimintakyvyn yksilötekijöihin liittyvä mahdollinen stigma tulee tunnistaa, ja asiakkaan kokemusten ja itsemäärittelyn näkökulman

tulee olla keskiössä. Tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa voi jatkossa hyödyntää alueellisesti ja kansallisesti kirjaamisen kehittämiseksi. Lisäksi tuloksia hyödynnetään päivitettyssä sisältöä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n) Toimiametaan, joka on THL:n toimintakykymittareiden ja -aiheiden metatietopalvelu. Sen editointikäyttöliittymä valmistui vuonna 2018 tietojärjestelmien koekäyttöön. Myös yksilötekijöitä voidaan kuvata rakenteisessa muodossa Toimiametaan, ja ne ovat sieltä käytettävissä avoimen ohjelmistorajapinnan kautta. (Ks. tarkemmin THL 2019.)

Asiakastilanteissa ICF-luokitus toimii toimintakykyyn liittyvien tiedon ja käsitteiden jäsentäjänä, vaikka yksilötekijöitä ei olisikaan tarkemmin määritelty luokittelutalolla. Geyhin ym:iden (2019) tai Grotkampin ym:iden (2020) rakentama luokittelu voi toimia tarkistuslistana, kun asiakkaan kanssa kartoitetaan, millaiset yksilötekijät edistävät toimintaa ja osallistumista tai estävät niitä. Tärkeää on kuitenkin huomata, että yksilötekijät vaikuttavat kuntoutumisprosessissa. Asiakkaan kanssa tulisi pohtia ja analysoida niiden merkitystä sekä myös kuvata yhdessä sovitulla tavalla yksilötekijöitä asiakirjoihin.

**Tulosten merkitys:** Tutkimuksissa on käytetty laajasti toimintakykyyn liittyviä ICF-luokituksen yksilötekijöitä. Osittain yksilötekijöiksi on tulkittu myös ICF-luokituksen ulkopuolisia tekijöitä, jotka eivät liity toimintakykyyn. Lisäksi ICF-luokituksen yksilötekijöiksi oli nimetty tekijöitä, jotka ovat linkitettävissä muulle ICF:n osa-alueelle. Yksilötekijät ovat tärkeä osa toimintakykytietoa, ja ne on tarpeen huomioida muun toimintakykytiedon rinnalla toteutettaessa asiakaslähtöistä kuntoutusta. ICF-luokituksen hyödyntäminen käytännön työssä, niin yksilötekijöiden osalta kuin laajemminkin, vaatii koulutautumista ja yhtenäistä ohjeistusta.

## Tiivistelmä

ICF-luokitus on biopsykososiaalinen viitekehys, joka mahdollistaa asiakkaan toimintakyvyn ja siihen nivoutuvien tekijöiden kokonaisvaltaisen ymmärtämisen. ICF-luokituksen Yksilötekijät -osa-alueen tarkempi kuvaus on kesken, mikä vaikeuttaa ICF-luokituksen täysipainoista hyödyntämistä. Tämän kartoittavan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kuvata, mitä teemoja tutkimuksissa oli tunnistettu ICF-luokituksen mukaisiksi yksilötekijöiksi ja miten yksilötekijöiden luokittelun ja huomioisen tarvetta käytännön työssä perusteltiin. Systemaattinen tiedonhaku tehtiin Cinahl, Pubmed, Science Direct ja Sport Discus sekä Finna, Helda, Helka, Julkari ja Medic -tietokannoista rajautuen vuosina 2010–2020 julkaistuihin artikkeleihin. Teoriaohjaavan aineiston analyysimenetelmällä artikkeleista eriteltyt yksilötekijät luokiteltiin Geyh ym. (2019) mukaan seitsemään luokkaan: 1. Sosio-demografiset tekijät, 2. Asema välittömässä sosiaalisessa ja fyysisessä kontekstissa, 3. Henkilökohtaisen elämän historia, 4. Henkilökohtainen kokemus tunteista, 5. Henkilökohtainen kokemus omista ajatuksista ja uskomuksista, 6. Motiivit ja 7. Toistuvat kokemukselliset ja käyttäytymisen mallit. Mukaanottokriteerit täyttävissä 226 artikkelissa oli käsitelty runsaasti erilaisia yksilötekijöitä. Ne linkittyivät kaikkiin Geyh ym. (2019) luokkiin ja osa jäi luokituksen ulkopuolelle. Lisäksi osassa tutkimuksissa oli määritelty yksilötekijöiksi tekijöitä, jotka olivat linkitettävissä jollekin toiselle ICF-osa-alueelle tai jotka eivät kuvanneet toimintakykyä. Päätelmiä yksilötekijöiden roolista kuntoutuksessa oli tehty 50 (22 %) tutkimuksista. ICF:n yksilötekijöiden kirjo tutkimuksissa oli laaja, ja niiden huomioiminen osana toimintakykytietoa laajentaa ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan ole mahdollista suositella, tulisiko ja miten yksilötekijöitä luokitella tarkemmin.

*Avainsanat:* ICF, yksilötekijät, kuntoutus, kartoittava kirjallisuuskatsaus

## Abstract

*The ICF personal factors are part of a comprehensive assessment of functioning - a scoping review of ICF personal factors in the rehabilitation studies*

The ICF classification is a biopsychosocial frame of reference that contributes to a holistic understanding of the client's functioning and the factors involved. A more detailed description of the ICF personal factors is pending, which makes it difficult to apply the ICF classification in full. The aim of this scoping review was to describe which themes were identified in the studies as personal factors according to the ICF classification and what conclusions have been drawn about their further coding in the ICF classification. A systematic search was performed on the Cinahl, Pubmed, Science Direct and Sport Discus as well as Finnish databases (Finna, Helda, Helka, Julkari and Medic), based on articles published in 2010–2020. According to Geyh et al. (2019), the personal factors specified in the articles by, were classified into seven categories: socio-demographical factors, position in the immediate social and physical context, personal history and biography, feelings, thoughts and beliefs, motives, and general patterns of experience and behavior. The search yielded 226 studies that met the inclusion criteria. The articles had addressed a wide variety of personal factors that linked to all seven categories defined by Geyh et al. (2019). In addition, some studies had defined as personal factors that were linkable to other components of the ICF or that did not describe functioning. About 50 (22 %) of the studies had made conclusions on the role of personal factors in rehabilitation. The range of personal factors in the ICF classification addressed in the studies is

wide and taking them into account as part of functioning information expands the understanding of the client's situation and the factors influencing rehabilitation. However, based on this study, it is not possible to recommend a more precise coding of personal factors.

*Keywords:* ICF, personal factors, rehabilitation, scoping review

**Maarit Karhula, TtT, erikoistutkija, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, tutkija, Kelan tutkimus**

**Sari Saukkonen, ft yamk, TKI-asiantuntija, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu**

**Anu Kinnunen, KT, koulutuspäällikkö, Savonia-ammattikorkeakoulu**

**Tuija Heiskanen, TtM, tutkija, Kelan tutkimus**

**Essi Xiong, TtM, tt yamk, toimintaterapian lehtori, Oulun ammattikorkeakoulu**

**Heidi Anttila, FT, erikoistutkija, Toimintakyky ja palvelutarpeet -tiimi, Tiedolla johtaminen ja vertaiskehittäminen -yksikkö, Hyvinvointivai-  
kuttajat-osasto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)**

## Lähteet

- Abeyssekara P, Turchi R, O'Neil M (2014) Obesity and children with special healthcare needs: Special considerations for a special population. *Current Opinion in Pediatrics* 26, 4, 508–515. doi:10.1097/MOP.0000000000000124.
- Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L (2011) Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the international classification of functioning. *BMC Public Health* 11, 670–670. doi:10.1186/1471-2458-11-670.
- Autti-Rämö I, Salminen A-L (2016) Kuntoutuksesta kuntoutumisen käsitteeseen. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- Awad H, Alghadir A (2013) Validation of the comprehensive international classification of functioning, disability and health core set for diabetes mellitus: Physical therapists' perspectives. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 92,11, 968–979. doi:10.1097/PHM.0b013e-31829b4a6d.
- Becker S, Kirchberger I, Cieza A, Berghaus A, Harreus U, Reichel O, Tschiesner U (2010) Content validation of the comprehensive ICF core set for head and neck cancer (HNC): The perspective of psychologists. *Psycho-Oncology* 19, 6, 594–605. doi:10.1002/pon.1608.
- Baert I, Vanlandewijck Y, Feys H, Vanhees L, Beyens

- H, Daly D (2012) Determinants of cardiorespiratory fitness at 3, 6 and 12 months poststroke. *Disability and Rehabilitation* 34, 21, 1835–1842. doi:10.3109/09638288.2012.665130.
- Cieza A, Stucki G (2005) Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Quality of Life Research* 14, 1225–1237 doi.org/10.1007/s11136-004-4773-0.
- Cieza C, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B (2019) Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 41, 5, 574–583. doi:10.3109/09638288.2016.1145258.
- Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M (2018) Differential vulnerability and susceptibility: How to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *International Journal of Epidemiology*, 1–7.
- Fisher AG, Marterella A (2019) Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Fort Collins: Center for Innovation OT Solutions.
- Forsyth K, Parkinson S (2008) MOHOST: Inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi. Käsikirja. Suom. Keponen Riitta. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
- Fougeyrollas P, Boucher N, Edwards G, Grenier Y, Noreau L (2019) The disability creation process model: a comprehensive explanation of disabling situations as a guide to developing policy and service programs. *Scandinavian Journal of Disability Research* 21, 1, 25–37.
- Geyh S, Peter C, Müller R, Stucki G, Cieza A (2011) Translating topics in sci psychology into the international classification of functioning, disability and health. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 16, 3, 104–130.
- Geyh S, Schwegler U, Peter C, Müller R (2019) Representing and organizing information to describe the lived experience of health from a personal factors perspective in the light of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a discussion paper. *Disability and Rehabilitation* 41, 14, 1727–1738.
- Goodman V, Wardrope B, Myers S, Cohen S, McCorkquodale L, Kinsella EA (2019) Mindfulness and human occupation: A scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 26, 3, 157–170. DOI: 10.1080/11038128.2018.1483422.
- Grotkamp S, Cibis W, Nüchtern E, Von Mittelstaedt G, Seger W (2012) Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling* 18, 1, 1–24. doi:10.1017/jrc.2012.4.
- Grotkamp S, Cibis W, Brüggemann S, Coenen M, Gmünder H, Keller K, Nüchtern E, Schwegler U, Seger W, Staubli S, von Raison B, Weißmann R, Bahemann A, Fuchs H, Rink M, Schian M, Schmitt K (2020) Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO). *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling* 26, 2, 73–91. doi:10.1017/jrc.2020.14.
- Heerkens YF, de Brouwer CPM, Engels JA, van der Gulden JWJ, Kant I (2017) Elaboration of the contextual factors of the ICF for occupational health care. *Work (Reading, Mass.)* 57,2, 187–204. doi:10.3233/WOR-172546.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Salminen A-L (2015) Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus* 39, 2, 18–32.
- Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K (2018) Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 13.
- Kela (2019) Kelan kuntoutuksen palvelukuvaus. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat. Yleinen osa. Kela, Helsinki. Saatavissa <https://www.kela.fi/documents/10180/9184001/Yleinen+osa+2019.pdf/4781fd73-2579-443b-b77f-90ad9e970870>. Viitattu 8.3.2021.
- Kela (2020) Kelan kuntoutuksen palvelukuvaus. Yleinen osa -AVH-kurssit, IKKU-kurssi, KIILA-kuntoutus, MS-kurssit, OPI-kurssit, Tules-kurssit. Kela, Helsinki. Saatavissa <https://www.kela.fi/documents/10180/24972165/Yleinen+osa.pdf/2024d7cf-97cd-4895-b6a1-7acbea77ddd9>. Viitattu 8.3.2021.
- Kerätär R (2016) Kun katsoo kauempaa näkee enemmän – Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa <http://jultika.oulu.fi/files/ishn9789526210865.pdf>
- Kielhofner G, Mallison T, Crawford C (1999) OPHI-II. Occupational performance history interview. Toimintahistoriaa ja toimintakykyä arvioiva haastattelu. Suom. Helin R, Hiltunen A-M, Vesaoja M. Jyväskylä: Psykologien kustannus Oy.
- King TL, Shields M, Shakespeare T, Milner A, Kavanagh A (2019) An intersectional approach to understandings of mental health inequalities among men with disability. *SSM - Population Health* 9, 100464. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100464.
- Koehler B, Kirchberger I, Glaessel A, Kool J, Stucki G, Cieza A (2011) Validation of the international classification of functioning, disability and health comprehensive core set for osteoporosis: The perspective of physical therapists. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 34, 3, 117–130. doi:10.1519/JPT.0b013e31820aa990.
- Krieger N (2020) Measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research: from structural injustice to embodied harm—an ecosocial analysis. *Annual Review of Public Health* 41, 37–62.
- Lee J, Kielhofner G (2010) Vocational intervention based on the Model of Human Occupation: a review of evidence. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 17, 3, 177–190.
- Leonardi M, Sykes CR, Madden RC, ten Napel H, Hollenweger J, Snyman S, Madden RH, De Camargo OK, Raggi A, van Gool CH, Martinuzzi A, Functioning and Disability Reference Group of the WHO-FIC (2016) Do we really need to open a classification box on personal factors in ICF? *Disability and Rehabilitation* 38, 13, 1327–1328. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1089604>.
- Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK (2010) Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1745-7574-5-69>.

- org/10.1186/1748-5908-5-69.
- Maribo T, Petersen KS, Handberg C, Melchiorson H, Momsen A-MH, Nielsen CV, Leonardi M, Labriola M (2016) Systematic Literature Review on ICF From 2001 to 2013 in the Nordic Countries Focusing on Clinical and Rehabilitation Context. *Journal of Clinical Medicine Research* 8, 1, 1–9
- Martinuzzi A, Mea VD, Ten Napel H (2018) Personal Factors in ICF: Responding to the challenge. *Newsletter on the WHO-FIC* 16, 1, 3–4.
- Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E (2018) Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology* 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Müller R, Geyh S (2015) Lessons learned from different approaches towards classifying personal factors. *Disability and Rehabilitation* 37, 5, 430–438.
- Nguyen T, Stewart D, Rosenbaum P, Baptiste S, De Camargo OK, Gorter JW (2018) Using the ICF in transition research and practice? Lessons from a scoping review. *Research in Developmental Disabilities* 72, 225–239.
- Madden RH, Bundy A (2019) The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and Rehabilitation* 41, 12, 1450–1462.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>.
- Page MJ, McKenzie JE, Higgins JPT (2018) Tools for assessing risk of reporting biases in studies and syntheses of studies: a systematic review. *BMJ Open* 8, e019703. doi:10.1136/bmjopen-2017-019703.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela julkaisuja.
- Paltamaa J, Musikka-Siirtola M (2016) ICF-luokitus. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Duodecim, Helsinki.
- Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB (2015) Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 13,3, 141–146. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050.
- Rauch A, Fekete C, Cieza A, Geyh S, Meyer T (2013) Participation in physical activity in persons with spinal cord injury: A comprehensive perspective and insights into gender differences. *Disability and Health Journal* 6, 3, 165–176. doi:10.1936-6574(13)00007-1.
- Seger W, Grotkamp S, Cibis W (2017) Personal factors and their relevance for the assessment and allocation of benefits in social medicine and rehabilitation. *Electronic Physician* 9, 12, 5868–5870. doi:10.19082/5868.
- Simeonsson RJ, Lollar D, Björck-Åkesson E, Grönlund M, Brown SC, Zhuoying Q, Gray D, Pan Y (2014) ICF and ICF-CY lessons learned: Pandora's box of personal factors. *Disability and Rehabilitation* 36, 25, 2187–2194. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.892638>.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutuksen järjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita 2017:41. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Viitattu 15.1.2021
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2020) Kuntoutuksen uudistaminen. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022 Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 2020:39. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM\\_2020\\_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM_2020_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Viitattu 15.1.2021
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2021) Lainsäädäntö ohjaa asiakas- ja potilastietojen hallintaa. Saatavissa <https://stm.fi/asiakas-potilastietojen-hallinta>. Viitattu 7.3.2021.
- Sykes CR, Maribo T, Stallinga HA, Heerkens Y (2021) Remodeling of the ICF: A commentary. *Disability and Health Journal* 41, 1, 100978.
- THL (2019) Toimiametan yleiskuvaus. Saatavissa: <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/THLTT/Toimiametan+yleiskuvaus>. Viitattu 7.3.2021.
- THL (2020a) Terveystieteen tietokomponentit. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/maaraykset-ja-maarittelyt/maarittelyt-terveydenhuollolle/terveydenhuollon-tietokomponentit>. Viitattu 16.3.2021.
- THL (2020b) ICF:n eettiset ohjeet. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icfn-eettiset-ohjeet>. Viitattu 7.3.2021.
- TENK (2019) Ihmisen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje>. Viitattu 7.3.2021.
- Vuokko A, Juvonen-Posti P, Kaukiainen A (2011) Miten lääkäri arvioi työttömän toimintakykyä? *Suomalainen Lääkärilehti* 66, 3659–66.
- World Health Organization (2004) ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.





# OHJAUKSEN KÄSITTEET MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ – NÄKYKÖ ASIAKKAAN OSALLISUUS?

---

## Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevat muutossuunnitelmat ovat nostaneet esiin yhtenä keskeisenä kehittämisen kohteena ohjauksen, jota kuvataan usein joko asiakas- tai palveluohjauksena (sosiaali- ja terveysministeriö 2019). Asiana ohjaus ei ole uusi, vaan se on aina ollut osa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työn sisältöä (Ala-Nikkola & Sipilä 1999, Lauri 2007), myös mielenterveystyön alueella (Peplau 1990, Kilkku 2008). Ohjaus kuuluu lakisääteisesti osaksi sosiaali- ja terveysalan toimintaa, johon myös mielenterveys- ja päihdetyö sisältyvät (terveydenhuoltolaki 1326/2010, sosiaalihuoltolaki 1301/2014, päihdehuoltolaki 41/1986, mielenterveyslaki 1116/1990). Sosiaali- ja terveysalan ohjausosaamisen vahvistamiseen on kuitenkin todettu tarvetta palvelujärjestelmän muuttuessa ja digitaalisten työtapojen yleistyessä (Kangasniemi ym. 2018, opetus- ja kulttuuriministeriö 2019). Mielenterveystyössä erityisesti kuntouttava mielenterveystyö edellyttää erilaisten ohjaustapojen hyödyntämistä yksilön tukemisen osana (Mattila 2002).

Mielenterveys- ja päihdetyössä ohjauksella on ollut myös kielteinen ”kaiku”: ohjaus on saattanut näyttäytyä asiakkaan ohjaamisena palvelusta toiseen niin, ettei mikään

taho ota ensisijaista vastuuta (Järvikoski 2013). Eri palvelujen yhteistoiminnan merkitystä on kuitenkin mielenterveys- ja päihdetyössä korostettu jo useita vuosia. Palvelujen integroitumista on jonkin verran tapahtunutkin, mutta siinä on vielä kehitettävää niin mielenterveys- ja päihdepalvelujen kuin näiden palvelujen ja somaattisen hoidon välillä. Ohjauksen ja ohjausosaamisen kehittämistä tarvitaankin edelleen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, Vormaa ym. 2020.)

Ohjausta kuvaavia käsitteitä on monia, ja niiden yhdenmukaistamisen tarve on nostettu esiin niin Suomessa kuin kansainvälisesti (mm. Mattila 2002, Kilkku 2008, Muuri- nen & Mäntyranta 2011, Lukersmith ym. 2016, Hannigan ym. 2018). Valituilla käsitteillä on merkitystä; organisaatiotasolla on tärkeää muodostaa yhteinen käsitys siitä, mitä käsitteellä tarkoitetaan, ja lisäksi tarvitaan keskustelua ja yhteistä ymmärrystä siitä, mitä käsitteellä tarkoitetaan käytännön toiminnan tasolla (Laitinen ym. 2020). Yksi esimerkki on Ison-Britannian mielenterveyspalveluissa jo 2000-luvun alussa käyty keskustelu ohjausta koskevasta käsitteestä *case management*. Mielenterveyspalvelujen käyttäjät vastustivat käsitettä, joka sai heidät kokemaan olevansa objekteja, *caseja*, joita joku hallinnoi, *manage*. (Mm. Rapp & Gosha 2004.) Käytetyt käsitteet kuvaavatkin

sekä ajattelu- ja lähestymistapaa että arvovalintoja. Isossa-Britanniassa tämä keskustelu johti siihen, että mielenterveystyössä pyrittiin ottamaan ensisijaiseen käyttöön käsite *care coordination*, joka kuvaa enemmän hoidon koordinoitua. Tosin senkin osalta on myöhemmin havaittu eroja siinä, mitä käsitteen ajatellaan tarkoittavan ja mitä käytännön toiminta on (Hannigan ym. 2018).

Tässä esiteltävässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena olivat Suomessa mielenterveys- ja päihdetyötä koskevissa raporteissa esitetyt ohjauksen käsitteet sekä käsitteitä kuvaavat tekstisisällöt ja näkökulmat. Raporteilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan julkisesti saatavilla olevia hankeraportteja, työpapereita, selvityksiä ja muita julkaisuja. Tutkimus perustui sosiaalisen konstruktionismien ajatuksiin kielen merkityksestä ajattelun perustana ja sosiaalisen todellisuuden rakentajana (Burr 2015). Lähtökohtana tutkimukselle oli ajatus siitä, että nykyisin eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevissa julkaisuissa korostuvat asiakaslähtöisyys ja siihen liittyvä osallisuus, mutta epäselvää on, ovatko käytetyt käsitteet sellaisia, että ne toimintaa ohjattaessa mahdollistavat asiakkaan osallisuuden. Ohjauksen käsitteen tarkastelu tehtiin mielenterveys- ja päihdetyön kontekstissa, jossa osallisuus on korostunut erityisesti toipumisorientaatio-lähestymistavan myötä. Toipumisorientaatiota pidetään nykyisin yhtenä keskeisenä mielenterveystyön toimintaa ohjaavana ja osallisuutta mahdollistavana lähestymistapana (Higgins & McBenet 2007, Kerppola ym. 2014, Nordling 2018).

### **Osallisuus yleisesti ja erityisesti mielenterveys- ja päihdetyössä**

Osallisuus on nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollossa paljon käytetty käsite, mutta yksiselitteistä määritelmää sille ei ole. Isolan ja kumppaneiden (2017) mukaan osallisuutta voidaan tarkastella yhteisöllisellä ja yksilötasolla. Yhteisöllisellä tasolla osallisuus on hyvinvointia ja merkityksellisyyttä lisääviin kokonaisuuksiin ja vuorovaikutussuhteisiin kuulumista, kun taas yksilötasolla se on ennen kaikkea kuulluksi tulemistä ja vaikuttamista oman elämän kulkuun, palve-

luihin sekä itseä koskevaan päätöksentekoon. (Isola ym. 2017.) Yksilön osallisuuden tasoa voidaan tarkastella tarkemmin vielä sen mukaan, onko kyseessä asiakkaan osallistuminen (*participation*) vai osallisuus (*involvement*) (Laitila 2010, Leeman & Hämäläinen 2016).

Lain näkökulmasta tarkasteltuna osallisuus ja yksilöiden oikeudet kulkevat läpi sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön ja kuuluvat jo kansalaisten perusoikeuksiin (Suomen perustuslaki 731/1999). Yksilön oikeudet koskettavat erityisesti tiedonsaantioikeutta, osallisuutta itseä koskevaan päätöksentekoon sekä oikeutta tulla kuulluksi (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Mielenterveys- ja päihdetyössä osallisuus on tärkeä osa toipumisorientaation mukaisista lähestymistapaa itsemääräämisoikeuden ja toivon lisäksi (Higgins & McBenet 2007, Kerppola ym. 2014, Nordling 2018). Käytännössä osallisuutta on pyritty vahvistamaan muun muassa kokemusasiantuntijatoiminnalla (Hirschovits-Gerz ym. 2019). Osallisuuden merkitys osana hyvää mielenterveys- ja päihdetyötä on ollut esillä jo useita vuosia, mutta mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaat kokevat edelleen usein, ettei osallisuus vielä toteudu toivotulla tavalla (Kerppola ym. 2014, Stomski & Morrison 2017). Kuitenkin osallisuuden voidaan ajatella olevan osa jokaisen ihmisoikeuksia (United Nations 1948), ja erilaisia osallisuutta tukevia toimintatapoja on kehitetty (Seikkula & Alakare 2004, Ness ym. 2017). Osallisuus ja sen merkitys mielenterveystyötä tukevana seikkana on nostettu esiin eri näkökulmista myös uudessa kansallisessa mielenterveysstrategiassa (Vorma ym. 2020). Kansainvälisesti on julkaistu myös suosituksia toipumisorientaatiota ja osallisuutta tukevasta sekä leimaantumista vähentävästä kielenkäytöstä (Mental Health Coordinating Council 2019).

### **Ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Ohjaus voidaan määritellä hoitohenkilöstön ja potilaan väliseksi vuorovaikutukselliseksi

ohjaussuhteeksi. Tämä suhde mahdollistaa molempien oppimisen ja potilaan terveyden edistämisen. Hoitohenkilökunnalta se edellyttää ammatillista vastuuta. (Kääriäinen 2007.) Erityisesti asiakkaan näkökulmasta asiaa on tutkinut muun muassa Kettunen (2001). Hän käyttää tässä yhteydessä neuvontakeskustelu-käsitettä ja päätyy siihen, että potilaslähtöinen, voimavaraistava ohjaus edellyttää potilaan elämäntilanteen kunnioittamista, potilaan toiminnan tukemista, jaettua tietämystä ja syvää ymmärrystä.

Keskusteluun perustuvan ohjauksen käsitteen taustan nähdään usein olevan counselling-käsitteessä ja ohjauksen erilaisen lähestymistapojen taustan taas psykoterapiatyöstä tulevissa ajattelumalleissa (Sayed 2020, 8–24). Mattila (2002) käyttää käsitettä ”kokemusperäinen ohjaus” osana ohjaavaa mielenterveyskuntoutusta ja liittyy myös sen alkuperältään counselling-käsitteeseen. Terveysalalla potilasohjaus ja -opetus liitetään myös terveyden edistämisen, terveyskasvatuksen ja neuvonnan käsitteisiin samalla, kun tunnistetaan näiden käsitteiden eroavaisuudet ja suhde toisiinsa (Piredda 2004, Kääriäinen 2007, Kilkku 2008).

Mielenterveystyön alueella Kilkku (2008) kuvaa potilasopetuksen erityisesti ensipsykoosipotilaiden hoidossa tarkoittavan luottamuksen uudelleen rakentumista, jossa kohtaamisen tai kohtaamattomuuden kokemuksilla on tärkeä merkitys. Hoitavalta henkilöltä kohtaamisen kokemusten kautta tapahtuva luottamuksen uudelleen rakentuminen edellyttää ammatillista, inhimillistä, potilasta ja läheisiä arvostavaa kohtaamisen taitoa. (Kilkku 2008.) Psykiatrisessa sairaalahoidossa potilasohjauksen laadun parantamisen on todettu edellyttävän hoitajien tietojen ja taitojen lisäämistä, potilasopetuksen tarjoamista systemaattisesti potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti sekä monipuolisten, tiedonsaantia tukevien menetelmien hyödyntämistä (Hätönen 2010).

Kun ohjausta tarkastellaan palvelujen näkökulmasta ja tavoitteena on asiakkaan tarpeisiin vastaavien erilaisten palvelukonaisuuksien järjestäminen sekä eri toimijoiden työn yhteensovittaminen, toiminnan taustalla on case management -ajattelu, jota

Ala-Nikkola ja Sipilä (1999) ovat kuvanneet yksilökohtaisena palveluohjauksena. Suomen palveluohjausyhdistyksen (SPO ry) puheenjohtaja Sauli Suominen (2020) pohitti blogissaan termin muuttumista nykyisin pelkäksi palveluohjaukseksi: tarkoittaako se toiminnankin siirtymistä ”yksilökohtaisesta työotteesta toiminnan tekniikkaa painotta-vaan suuntaan”, samalla kun asiakkaiden kohtaaminen yksilökohtaisesti on entistä tärkeämpää? Case management -toiminnasta ja toimijasta, ”case managerista”, käytettävien suomenkielisten käsitteiden ongelmallisuutta ja moninaisuutta ovat kuvanneet muun muassa Muurinen ja Mäntyranta (2011) osana asiakasvastaava-toiminnan kehittämistä pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallissa. Myös kansainvälisesti on tunnistettu tarve nykyisin tunnettujen 22 case management -määritelmän yhdenmukaistamiselle (Lukersmith ym. 2016).

## **Tutkimuksen tarkoitus**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ohjausta kuvaavia käsitteitä mielenterveys- ja päihdetyötä koskevissa suomalaisissa raporteissa on käytetty, mitkä ovat näitä käsitteitä kuvaavat tekstisisällöt ja mitkä näkökulmat näissä sisällöissä kuvastuvat.

## **Aineisto ja menetelmät**

Tutkimus oli luonteeltaan dokumenttianaalyysi (Bowen 2009), jonka aineisto muodostui suomalaisista tietokannoista valikoiduista raporteista. Aineistoon valittiin ne raportit, joista oli löydettävissä ohjausta koskevia käsitteitä ja joissa kontekstina oli mielenterveys- ja/tai päihdetyö. Näitä raportteja haettiin Medic-, Melinda- ja Julkari-tietokannoista vuosilta 2014–2019 hakusanoilla asiakasohjaus, palveluohjaus, potilasohjaus ja kuntoutusohjaus. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuolto ohjaavissa laeissa käytetään termejä sosiaaliohjaus ja terveysneuvonta, joten myös nämä sisällytettiin mukaan hakusanoihin. Hakulausekkeissa näihin yhdistettiin sanat mielenterveys, päihde tai psykiatr\*. Aineiston valinnassa sovellettiin PRISMA-prosessia (Moher ym. 2009), jonka

ensimmäisessä vaiheessa tunnistettiin aineistoon kuuluvaksi 325 raporttia. Päälekkäisyyksien poiston jälkeen jäi 119 raporttia, joista 81 ei käsitellyt mielenterveys- ja päihdetyötä ja näin ollen poistettiin aineistosta. Aineistoksi jäi tässä vaiheessa 38 raporttia.

Tämä 38 raportin aineisto luettiin ja tarkastettiin, sisälsivätkö raportit ohjauksen kuvauksia. Ne raportit, joista sellaisia ei ollut löydettävissä, jätettiin pois, ja näin lopullinen aineisto koostui yhdeksästä raportista, jotka on kuvattu oheisessa taulukossa 1.

Aineistosta eriteltiin ohjausta kuvaavat tekstisisällöt, minkä jälkeen ne ensin ryhmiteltiin ohjausta kuvaavan käsitteen mukaan ja sitten laskettiin eri ohjauksikäsitteiden määrät (vrt. Rourke & Anderson 2004). Kyseessä oli aineiston määrällinen, sisällönerittelyn vaihe (Tuomi & Sarajärvi 2018), joka tuotti tiedon kolmesta aineistossa esiintyvistä ohjauksikäsitteistä ja niiden esiintyvyyksien määristä. Seuraavassa vaiheessa kuvattiin näiden kolmen ohjauksikäsitteen sisältöjä laadullisella, aineistolähtöisellä sisällönan-

Taulukko 1. Dokumenttianalyysin aineisto julkaisuveden mukaisessa järjestyksessä.

	Tekijä (t), julkaisu	Julkaisu vuosi	Keskeistä
1	Karjalainen J, Kirjavainen E, Mattila I, Sipilä H-M, Valkonen T. Kohti kuntouttavampia työelämäpalveluita – KOPPI-hankkeen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 7/2015.	2015	Raportti kuntouttavan työtoiminnan ja kuntien vaikeasti työllistytävien palveluiden kokonaisuuden kehittämishankkeen tuloksista.
2	Partanen A, Moring J, Bergman V, Karjalainen J, Kesänen M, Markkula J, Marttunen M, Mustalampi S, Nordling E, Partonen T, Santalahti P, Solin P, Tuulos T, Wuorio S (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Miten tästä eteenpäin? Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 20/2015.	2015	Päätösraportti ja kokoelma tutkimus- ja asiantuntijatietoa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen jatkamisen pohjaksi tuleville vuosille.
3	Blomgren S, Karjalainen J, Karjalainen P, Kivipelto M, Saikkonen P, Saikku P. Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 4/2016.	2016	Tutkimusraportti sosiaalityön, siihen liittyvien palvelujen ja etuuksien tilanteesta ennen ja jälkeen perustoimeentulotuen siirtoa.
4	Koivisto J, Pohjola P, Lyytikäinen M, Liukko E, Luoto E. Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen: Innokylän innovaatiokatsaus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 32/2016.	2016	Innovaatiokatsaus sosiaali- ja terveysalan palveluintegraation kehittämisen tarpeista ja kohde-ryhmistä ja kehittämistoiminnasta yleisesti.
5	Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 16/2016.	2016	Tutkimusraportti, joka tarkastelee valinnanvapautta ja hoidon integraatiota ja niiden yhteensovittamista keskenään terveysasemien toiminnan näkökulmasta.
6	Puromäki H, Kuusio H, Tuusa M, Karjalainen J. Sosiaalihuoltolaki ja sosiaalinen kuntoutus Kuntakyselyn tulokset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 47/2016.	2017	Raportti 2016 kuntakyselyn tuloksista sosiaalihuoltolaista ja sosiaalisesta kuntoutuksesta.
7	Koivisto J, Isola A-M, Lyytikäinen M. Osallisuus kuuluu kaikille: Innokylän innovaatiokatsaus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 9/2018.	2018	Innovaatiokatsaus osallisuuden edistämisen toimintamalleista.
8	Raivio H (toim.). Enemmän sosiaalista toimintakykyä, lisää osallisuutta! Yhteiskehittäen vaikuttavampaa sosiaalista kuntoutusta. SOSKU-hankkeen 2015–2018 loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 7/2018.	2018	Loppuraportti sosiaalisen kuntoutuksen kehittämishankkeesta (SOSKU) 2015–2018.
9	Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L, McDaid D, Mikkonen J, Parkkonen J, Reini K, Salovuori S, Tourunen J. Toimivat mielenterveyspalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017.	2018	Selvitys toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista.

lyysillä (Bengtsson 2016, Tuomi & Sarajärvi 2018). Todettiin, että aineiston niukkuuden vuoksi laadullista kuvausta saatiin esiin vähän, mutta kuvausten sisällöissä tuli kuitenkin esiin tutkimuksen mielenkiinnon mukaisesti eri näkökulmia. Analyysin seuraavassa vaiheessa tarkasteltiin, mitä näkökulmia aineistosta oli löydettävissä. Analyysi tuotti induktiivisesti kolme näkökulmaa: asiakas-, työntekijä- ja palvelunäkökulman. Aineisto ryhmiteltiin toistamiseen näiden näkökulmien mukaan ja analysoitiin uudelleen sekä määrällisesti että laadullisesti. Tämä mahdollisti eri näkökulmien esiintyvyyden tarkastelun ohjauksikäsitteiden osalta ensin määrällisesti (taulukko 2) ja sen jälkeen sisällöllisesti. Kumpikin kirjoittajista teki nämä analyysit ensin yksin, ja sen jälkeen tuloksia tarkasteltiin yhdessä konsensuksen löytämiseksi (vrt. Armstrong ym. 1997).

## Tulokset

### *Ohjauksen käsitteet mielenterveys- ja päihdetyötä koskeissa dokumenteissa*

Tulokset osoittavat, että aineistona olleissa mielenterveys- ja päihdetyötä kuvaavissa raporteissa oli käytössä kolme eri ohjauksikäsitettä: asiakas-, palvelu- ja sosiaaliohjaus. Niistä eniten käytettiin palveluohjausta (n = 25), johon analyysivaiheessa sisällytettiin myös aineistossa ainoastaan kerran esiintynyt tehostetun palveluohjauksen kuvaus, sekä asiakasohjausta (n = 6). Sosiaaliohjauksen osuus oli pienin (n = 3). Aineistonhaku- vaiheessa mukana olleista käsitteistä potilasohjaus, terveysneuvonta ja kuntoutusohjaus eivät olleet lainkaan käytössä lopulliseen aineistoon valikoituneissa raporteissa.

### *Ohjauksikäsitteiden sisällöllinen tarkastelu*

Ohjauksikäsitteiden sisällöllinen analyysi osoitti eroavaisuuksia eri ohjauksikäsitteitä kuvaavissa teksteissä. Asiakasohjausta kuvattiin muun muassa asiakkaan ohjautumisena palveluihin ja palveluiden sisällä. Tämä näkyi kuvattaessa ohjautumista erilaisten reittien kautta palvelujen piiriin – ”Asiakas-

*ohjaus tapahtui kaupungin keskitetyn puhelinpalvelun kautta, mutta osa asiakkaista tuli myös suoraan paikan päälle”* (Sinervo ym. 2016) – ja toisaalta myös ohjautumista palvelujen sisällä eri tavoin seuraavalle taholle: *”Akuuttivastaanotossa pyrittiin siihen, että asiakkaat kävisivät ensin hoitajan luona, mutta sääntö ei ollut ehdoton. Osa asiakkaista ohjattiin suoraan lääkärin vastaanotolle, jos hoitajavastaanottoa ei pidetty tarpeellisena”* (Karjalainen ym. 2015). Asiakasohjausta kuvattiin myös työntekijöiden työn sisältöjen kautta, kuten: *”...palveluohjaajat kertoivat kaivanneensa parempaa tiedotusta ... ennen asiakasohjauksen käynnistymistä. Tämä olisi heidän mukaansa helpottanut asiakasohjausta.”* (Karjalainen ym. 2015.)

Palveluohjauksen sisällöissä kuvattiin palvelujen integroimista asiakkaan tarpeiden mukaisesti – *”Palveluohjaus on toimintaa, jonka avulla pyritään sovittamaan asiakkaan palvelut paremmin yhteen, edistämään näin palvelujen kohdentamista sekä tarjoamaan asiakkaalle hänen tarvitsemiaan palveluita”* (Wahlbeck ym. 2018) – sekä palveluohjausta työntekijän toimintana. Tällöin toiminta oli yleensä yhden sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa: *”Palveluohjauksessa palveluiden integrointi tapahtuu tyypillisesti yhden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen toimesta”* (Koivisto ym. 2016). Työntekijän toiminnan kautta, tässä yhteydessä sosiaalityöntekijän toimintana, sekä palvelujen integroimista asiakkaan kuntoutustarpeiden mukaisesti osana palveluohjausta kuvasivat myös Puromäki ym. (2017): *”... palveluohjaus, jolloin sosiaalityöntekijä kiinnittyy vastuullisesti, intensiivisesti ja pitkäjännitteisesti kuntoutumisen prosessiin asiakkaan kanssa siten, että hän tukee asiakasta erilaisten palvelujen parissa ja toimenpiteiden aikana sekä huolehtii siitä, että ne liittyvät osaksi kuntoutumisen kokonaisvaltaista prosessia”* (Puromäki ym. 2017).

Sosiaaliohjauksen sisältönä kuvattiin asiakkaan tilanteen ja palvelutarpeen kartoittamista, informointia ja edelleen ohjausta: *”Käytännössä sosiaaliohjaus tarkoitti alkuarviointia, asiakkaan palvelutarpeen selvitystä sekä tiedottamista ja ohjausta*

käytettävissä oleviin palveluihin ja tukitoimiin” (Raivio 2018). Lisäksi kuvattiin sosiaaliohjauksen olevan asiakkaan tukemista ja palvelujen integrointia: “... sosiaaliohjaus on asumisen ja kotona selviytymisen tukea, lähtyötä sekä palvelujen yhteen kokoamista” (Blomberg ym. 2016). Sosiaaliohjaajan tehtävänä mainittiin myös toimiminen ikään kuin asiakkaan asioiden koordinaattorina ja eri tahojen välisenä yhteyshenkilönä: “Terveysaseman sosiaaliohjaajan tehtävänä oli osallistaa asiakkaan tilanteeseen kaikki taroituksenmukaiset tahot, käynnistää palveluprosessit sekä varmistaa, että asiakkaalla on tieto palveluprosessistaan vastaavasta tahosta. Sosiaaliohjaaja toimii terveysaseman, kunnan sosiaalityön, vanhuspalvelujen ja työllisyysyksikön yhdyspinnalla” (Raivio 2018). Vastaavalla tavalla kuin palveluohjauksessa, myös tässä kyse oli usein yhden sosiaali- ja terveysalan työntekijän toiminnasta.

### Ohjauksäsitteissä kuvastuvat näkökulmat

Ohjauksäsitteitä kuvaavissa tekstisisällöissä kuvastuivat asiakas-, työntekijä- ja palvelunäkökulmat. Määrällinen analysointi näiden näkökulmien mukaisesti suhteessa ohjauksen käsitteisiin osoitti asiakasnäkökulman olleen vähäisin (n = 7) ja työntekijänäkölman olleen yleisin (n = 18) (taulukko 2.) Asiakasnäkökulma esiintyi ainoastaan palveluohjauksen kuvauksissa. Työntekijä- ja palvelunäkökulmat painottuivat palveluohjauksen osalta ja kaiken kaikkiaan työntekijänäkölman oli vallitsevin.

Näkökulmien sisällöllinen tarkastelu tuotti laadullisia eroja niiden välillä. Asiakasnäkökulmassa kuvastui työntekijän ja

asiakkaan yhdessä tekeminen, jota tekstissä kuvattiin esimerkiksi ilmaisulla “asiakkaan kanssa” tai “yhdessä”. Asiakas- ja sosiaaliohjauksen käsitteitä kuvaavissa tekstisisällöissä tämä näkökulma ei tullut lainkaan esiin.

*“Yhdessä asiakkaan kanssa kartoitetaan elämäntilanne, arvioidaan palvelutarve ja suunnitellaan kuntoutuksen toteutus. Palveluohjaaja on linkki käytettävään palveluun ja hän seuraa ja tukee asiakkaan kuntoutuspalvelujen käyttöä. Aina palvelun käytön jälkeen asiakasta koskeva informaatio palautuu palveluohjaajalle, jotta asiakkaan kanssa voidaan edelleen rakentaa tavoitteellista kuntoutusta ja sopia jatkotoimista hänen kuntoutumispolullaan.” (Raivio 2018.)*

Työntekijänäkölman nimettiin lähestymistapa, jossa kuvattiin työntekijän toimintaa ja työtä eli lähestymistapa oli selkeästi työntekijälähtöinen. Näissä kuvauksissa asiakas mainittiin enemmänkin työntekijän toiminnan kohteena kuin yhteistyössä tasa-vertaisena olevana henkilönä, eikä yhdessä tekemistä kuvaavia ilmaisuja ollut. Kaiken kaikkiaan aineistossa oli tämän näkökulman mukaisia käsitteiden kuvauksia eniten ja niiden määrä korostui palveluohjauksen osuudessa (n = 12).

*“Potilaiden/asiakkaiden palveluohjaus tapahtuu siten, että selvitämme mikä on päivystykseen tulijan ongelma, minkä jälkeen hänet ohjataan tarvetta vastaavaan palveluun” (Partanen ym. 2015).*

Palvelunäkökulma näkyi sisällöllisesti palvelujärjestelmän toiminnan kuvauksena ja

Taulukko 2. Ohjauksäsitteiden sisältämät näkökulmat.

	Asiakasnäkökulma	Työntekijänäkölman	Palvelunäkökulma	Yhteensä
Asiakasohjaus	0	3	3	6
Palveluohjaus	7	12	6	25
Sosiaaliohjaus	0	3	0	3
<b>Yhteensä</b>	7	18	9	

esimerkiksi kuvauksena asiakkaan kulusta palvelujärjestelmässä. Asiakkaan rooli ei ollut näissä kuvauksissa selkeä ja aktiivinen tai mainintoja asiakkaasta oli kaikkiaan niukasti. Sosiaaliohjauksen käsitteissä tätä näkökulmaa ei ollut, mutta asiakas- ja palveluohjauksen käsitteissä näkökulma oli nähtävillä (n = 9).

*”Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja” (Partanen ym. 2015).*

*“...tapaa asiakkaitaan keskimäärin 1–2 kertaa, jonka jälkeen asiakkaan palvelutarve neuvonnan ja ohjauksen osalta päättyy tai asiakas (saattaen) ohjataan muihin palveluihin” (Koivisto ym. 2015).*

## Johtopäätökset

Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olivat useat ohjausta koskevat käsitteet, joita aineistosta tarkasteltiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Tässä rajatussa, mielenterveys- ja päihdetyötä koskevassa aineistossa esiintyi vain kolme ohjauksen käsitettä. Käytetyt käsitteet olivat asiakas-, palvelu- ja sosiaali-ohjaus, ja näistä eniten käytettiin palveluohjauksen käsitettä. Sosiaaliohjaus oli vähiten käytetty käsite, vaikka se on näistä käsitteistä ainoa, josta löytyy selkeä määritelmä laista (sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 16 §). Mielenkiintoinen havainto oli se, että potilasohjaus, terveysneuvonta ja kuntoutusohjaus eivät olleet lainkaan käytössä, vaikka esimerkiksi potilasohjaus ja terveysneuvonta ovat kiinteä osa hyvää mielenterveys- ja päihdehoitotyötä (mm. Hätönen 2010, Kilkku 2008) ja kuntoutusohjauksen voisi olettaa näkyvän tärkeänä osana mielenterveys- ja päihdetyötä kuvaavia raportteja.

Kaiken kaikkiaan ohjausta kuvaavia tekstisisältöjä oli löydettävissä vähän; käsitteitä käytettiin, mutta niitä ei ollut tekstissä avattu lukijalle sisällöllisesti. Joitakin ominaispiirteitä on kuitenkin tämän aineiston perusteella varovasti pääteltävissä. Asiakasohjauksen osalta painottui asiakkaan ohjautuminen palveluihin ja palveluissa, lisäksi kuvattiin

työntekijän työn sisältöä. Asiakasohjaus oli ikään kuin asiakkaan ohjausta, mutta kuvaukset eivät sisältäneet tekstiä, josta olisi voinut päätellä asiakkaan olleen aktiivinen subjekti, osallistuja, itse toiminnassa.

Palveluohjaus ja sosiaaliohjaus vuorostaan kuvasivat osittain saman tyyppisesti palveluiden integrointia, lisäksi kuvastui yhden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ohjaustoiminta. Sosiaaliohjauksen osalta kuvaukset sisälsivät myös mainintoja yhteistyöstä muiden tahojen kanssa ja toimimisesta ikään kuin asiakkaan asioiden koordinaattorina. Varovaisena johtopäätöksenä voi todeta, että kuvausten perusteella toimittiin asiakkaan tarpeiden mukaan ja asiakkaan parasta tavoitellen, mutta asiakkaan aktiivinen osallisuus ei tekstisisällöissä kuvastunut.

Aineistosta tunnistettiin kolme näkökulmaa: asiakas-, työntekijä- ja palvelunäkökulmat. Eniten korostui työntekijän näkökulma, sillä työntekijän toimintaa ja työtä kuvaava lähestymistapa oli löydettävissä jokaisessa ohjauksikäsitteessä, kun taas asiakkaan näkökulma jäi vähäisimmäksi.

## Pohdinta

Ohjauksikäsitteiden sisältöjä kuvaavia ilmaisuja oli löydettävissä kaiken kaikkiaan vähän aineistona olleiden raporttien teksteissä. Tämä sisällöllinen niukkuus voi johtaa epäselvyyteen siitä, mitä käytetyllä käsitteellä tarkoitetaan, ja käytetty käsite saattaa olla enemmän ammattilaiskieltä kuin asiakkaalle toimintaa kuvaavaa. Tällöin asiakkaan itsemääräämisoikeus ja vaikutusmahdollisuudet jäävät rajallisiksi, ellei hän tiedä, mitä käytetyllä käsitteellä tarkoitetaan (Kaseva 2011). Epäselvästi tai niukasti kuvatut käsitteiden sisällöt saattavat aiheuttaa myös ammattilaisille epätietoisuutta siitä, mitä niillä tarkoitetaan käytännön toiminnan tasolla ja erityisesti osallisuuden näkökulmasta; miten käytännössä tulee toimia, jotta asiakkaiden todellinen osallisuus mahdollistuu. Tämä sama epäselvyys ja toisaalta käsitteiden moninaisuus on tunnistettu myös aiemmin niin Suomessa kuin kansainvälisestikin (Muurinen & Mäntyranta 2011, Lukersmith ym 2016).

Osallisuuden näkökulmasta tutkimuksen tulokset näyttävät selkeän kehittämistarpeen. Osallisuus on yhdessä tekemistä, tasa-arvoista kohtaamista ja mahdollisuutta vaikuttaa itseään koskeviin asioihin (Laitila 2010, Isola ym. 2017), mutta tuloksissa tämä asiakasnäkökulman kautta välittyvä osallisuus näkyi ainoastaan osassa mielenterveys- ja päihdetyön palveluohjausta kuvaavista teksteistä. Asiakkaan näkökulman sijaan korostui palvelujen integrointi ja asiakkaan ohjaaminen palveluista toiseen sekä palveluiden sisällä, usein yhden sosiaali- ja terveysalan työntekijän toimiessa “case managerina”. Mielenterveys- ja päihdetyötä koskevat aiemmat kansainväliset tutkimukset osoittavat, että työntekijän näkökulmasta on tärkeää tällöin aktiivisesti seurata asiakasmäärää, työn kuormittavuuden ja sisällöllisten muutosten vuoksi (Muir-Cochrane 2008, King 2009). Mielenterveys- ja päihdekuntoutus vuorostaan on usein monialaista ja yhteistyössä tehtävää (sosiaali- ja terveysministeriö 2007 ja 2015). Palveluiden pirstaleisuuden vuoksi integrointi on tärkeää, ja sillä pyritään esittämään asiakkaan “putoaminen” palveluiden väliin (Järvikoski 2013). Mutta myös tällöin on tärkeää varmistaa asiakkaan osallisuus, jotta asiakas ei ole ainoastaan toiminnan kohde (Rapp & Gosha 2004, Hannigan ym. 2016).

Tutkimuksen lähtökohtana on ollut tekijöiden aiempi kiinnostus niin ohjauksen käsitteisiin (Kilcku 2008) kuin osallisuuden toteutumiseen mielenterveys- ja päihdepalveluissa (Saarinen & Kilcku 2016, Laitinen ym. 2020). Lisäksi lähtökohtana toimivat käytännössä tehdyt havainnot siitä, että ohjauksikäsitteitä käytetään eri merkityksissä. Tämä ennako-oletus ei ole kuitenkaan ohjannut analyysia (Bengtsson 2016, Tuomi & Sarajärvi 2018). Tutkimuksen toteutusvaiheessa luotettavuutta on pyritty parantamaan sillä, että kirjoittajat ovat tehneet aineistonvalintaprosessin yhdessä. Aineiston analyysin on tehnyt kumpikin erikseen ja näiden erillisanalyysien jälkeen on rakennettu yhteinen ymmärrys analyysin tuloksista (Armstrong ym. 1997). Raportoinnissa on pyritty kuvaamaan selkeästi tutkimuksen eri vaiheet, myös kahden analyysimenetel-

män osalta (Rourke & Anderson 2004, Elo 2014 ym.).

Tämän tutkimuksen rajoitukset liittyvät aineistoon, sillä vuoden 2020 aikana on julkaistu uusia mielenterveys- ja päihdetyötä koskevia julkaisuja, kuten kansallinen mielenterveysstrategia (Vorma ym. 2020), jota on käytetty artikkelissa lähteenä, mutta joka rajautui vuosien 2014–2019 aikarajauksen vuoksi aineiston ulkopuolelle.

Johtopäätöksenä tutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että mielenterveys- ja päihdetyön alueella ohjauksen käsitteitä tulisi sisällöllisesti sekä kuvata tarkemmin että edelleen kehittää, jotta ne mahdollistavat nykyistä vahvemmin asiakkaan osallisuuden. Tätä kehittämistyötä tulisi toipumisorientaation lähestymistavan mukaisesti tehdä myös yhdessä mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjien kanssa.

**Tulosten merkitys:** Tutkimuksen tulokset osoittavat asiakasnäkökulman vähäisyyden ohjausta koskevien käsitteiden sisällöllisissä kuvauksissa suomalaisissa mielenterveys- ja päihdetyötä kuvaavissa raporteissa. Ohjauksen käsitteitä ja niiden sisällöllistä kuvausta tulisi kehittää niin, että ne mahdollistavat käytännössä asiakkaiden aktiivisen osallisuuden. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden varmistamiseksi tätä kehittämistyötä tulisi tehdä yhdessä mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden kanssa.

## Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelujen uudistusten myötä asiakkaiden ja palveluiden ohjaus on noussut esiin yhtenä keskeisenä kehittämisen kohteena. Ohjauksen käsitteitä on useita, ja niiden käyttö vaihtelee kontekstin mukaan. Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena oli erityisesti osallisuuden näkyminen ohjauksen eri käsitteissä ja niiden sisällöllisissä kuvauksissa. Osallisuus liittyy keskeisesti sosiaali- ja terveysalalla sekä



asiakaslähtöisyyteen että mielenterveys- ja päihdetyössä yhtenä lähtökohtana olevaan toipumisorientaatioon. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ohjauksikäsitteitä suomalaisissa mielenterveys- ja päihdetyötä koskevissa raporteissa on käytetty, mitkä ovat näitä käsitteitä kuvaavat tekstisisällöt ja mitkä näkökulmat näissä sisällöissä kuvastuvat. Tutkimus toteutettiin dokumenttianalyysinä, ja aineisto analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Analyysin tuloksena tunnistettiin kolme käytettyä ohjauksen käsitettä sekä kolme näkökulmaa, joista työntekijän näkökulma painottui eniten ja asiakkaan näkökulma vähiten. Tulosten perusteella voidaan todeta, että mielenterveys- ja päihdetyön alueella ohjauksen käsitteitä tulisi sekä sisällöllisesti kuvata tarkemmin että edelleen kehittää, jotta ne mahdollistavat asiakkaan osallisuuden. Tätä kehittämistyötä tulisi toipumisorientaation lähestymistavan mukaisesti tehdä yhdessä mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjien kanssa.

*Asiasanat:* ohjaus, osallisuus, mielenterveys- ja päihdetyö, dokumenttianalyysi

## Abstract

*Concepts of guidance in the context of mental health and substance abuse care – is client involvement enabled?*

Changes in the social and health care services as well as the development and utilization of the new technological methods in the everyday practice of the social and health care, have revealed a need to increase the competence of staff in different guidance activities. This need was recognized in several studies especially in the planning phase of the social and health care reform. In practice, several concepts are nowadays used when describing guidance. In the presented study the main interest was on the concepts used in the context of mental health and sub-

stance abuse care, in which the recovery approach with strong emphasis on client involvement is the main approach today. With the document analysis the aim was to describe which concepts of guidance have been used in the Finnish reports on mental health and substance abuse care, the content of these concept descriptions and the perspectives their present. Data was gathered with stepwise PRISMA process. As a result, three concepts describing the guidance were found and the most common perspective in these concepts was the employee's perspective, two others being the client's and service perspectives. Client perspective was the least described in the contents of these concepts, which indicates that the participation of the client is not made visible or well-supported in practice. It should be noted that this study has certain limitations, but the results are suggesting a need to develop the concepts of guidance towards more client-inclusive descriptions. It is recommended to work together with people with lived experience on mental health and substance abuse problems in this development process.

*Keywords:* guidance, involvement, mental health and substance abuse services, document analysis

**Suvi Saarinen, sairaanhoitaja (YAMK),  
PirSOTE-hankekoordinaattori,  
Ylöjärven kaupunki**

**Nina Kilkku, TtT, yliopettaja,  
Tampereen ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

- Ala-Nikkola M, Sipilä J (1999) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) - Uusi ratkaisu palvelujen yhteen sovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa E Nurminen (toim.) Sosiaalityö ristipaineissa. Helsinki: Helsingin yliopiston avoin yliopisto, 63–76.
- Armstrong D, Gosling A, Weinman J, Marteau T (1997) The Place of Inter-Rater Reliability in Qualitative Research: An Empirical Study. *Sociology* 31, 3, 597–606. <https://doi.org/10.1177/0038038597031003015>.
- Bengtsson M (2016) How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursi-*

- ngPlus Open 2, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>.
- Bowen GA (2009) Document analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal* 9, 2, 27–40. DOI 10.3316/QRJ0902027.
- Burr V (2015) *Social Constructionism*. Third edition. London: Routledge.
- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H (2014) *Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness*. SAGE Open. January 2014. doi:10.1177/2158244014522633
- Hannigan B, Simpson A, Coffey M, Barlow S, Jones A (2018) Care Coordination as Imagined, Care Coordination as Done: Findings from a Cross-national Mental Health Systems Study. *International Journal of Integrated Care* 18, 3, 1–14. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3978>.
- Higgins A, McBennet P (2007) The petals of recovery in a mental health context. *British Journal of Nursing* 16, 14, 852–856.
- Hirschovits-Gerz T, Sihvo S, Karjalainen J, Nurmela A (2019) Kokemusasiantuntijuus Suomessa. Selvitys kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -toiminnan käytännöistä. Työpäpaperi 17/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hätönen H (2010) Mielenterveyspotilaan itsehallintaa tukeva potilasopetus. *Annales Universitatis Turkuensis D* 891. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, Keto-Tokoi A (2017) Mitä on osallisuus. Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpäpaperi 33/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kangasniemi M, Hipp K, Häggman-Laitila A, Kallio H, Karki S, Kinnunen P, Pietilä A-M, Saarnio R, Viinämäki L, Vuottilainen A, Waldén A (2018) Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39.
- Kaseva K (2011) Asiakkaan asema, itsensä määrääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kerppola J, Halme N, Pietilä A-M, Perälä M-L (2014) Päihdepalvelujen piirissä olevien vanhempien osallisuuden tukeminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti* 51, 76–87.
- Kettunen T (2001) Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 75. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Kilkku N (2008) Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substanttiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. *Acta Universitatis Tampereensis* 1361. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- King R (2009) Caseload management, work-related stress and case manager self-efficacy among Victorian mental health case managers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 5, 453–9. doi: 10.1080/00048670902817661. PMID: 19373707.
- Kääriäinen M (2007) Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 937. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Laitila M (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Laitinen H, Wallin O, Kilkku N (2020) Asiakas palvelujärjestelmän lähtökohtana. Teoksessa H Laaksonen, H Laitinen, H Hiilamo (toim.) *Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä*. Helsinki: SanomaPro Oy. 56–73.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.
- Lauri S (2007) *Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen*. Porvoo: WSOY.
- Leeman L, Hämäläinen R-M (2016) Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. *Pohdintaa käsitteiden sisällöstä*. *Yhteiskuntapolitiikka* 81, 5, 586–594.
- Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L (2016) What is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care* 16, 4, 2, 1–13, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2477>
- Mattila E (2002) Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto: Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179.
- Mental Health Coordinating Council (2019) *Recovery-orientated Language Guide*. Saatavilla: mhcc.org.au
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6, 7, e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Muir-Cochrane E (2008) The case management practices of community mental health nurses: 'Doing the best we can'. *International Journal of Mental Health Nursing* 10, 4, 210–220. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00213.x>
- Muurinen S, Mäntyranta T (2011) Asiakasvastaava toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyöty-mallissa. Toimiva terveyskeskus. Pitkäaikaissairaiden terveyshyötymalli. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: <https://docplayer.fi/2595072-Asiakasvastaava-toiminta-pitkaaikaissairauksien-terveyshyotymallissa.html>
- Ness O, Borg M, Semb R, Karlsson B (2017) "Walking alongside": collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems* 8, 55. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>
- Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 134, 15, 1476–83.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö (2019) *Tutkintoon johtavan koulutuksen kehittäminen tukemaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamista*. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 24. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Peplau H (1990) *Interpersonal relations model: theoretical constructions, principles and general applications*. In *Psychiatric and Mental Health Nursing Theory and Practice*. Edited by Reynolds W.





# TAVOITTEET NUORTEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSESSA

---

## Johdanto

Psykiatrasta sairaalahoitoa on supistettu 1990-luvulta saakka (Alanko & Hellman 2017). Muutoksen myötä vakavia mielenterveyden häiriötä sairastaville henkilöille on tullut mahdolliseksi ja tarpeelliseksi selvittää itsenäisesti asumisessa ja sosiaalisissa ympäristöissä. Tähän tilanteeseen tarjottuja palveluita on Suomessa 2000-luvulla alettu kutsua mielenterveyskuntoutukseksi, jolla on tarkoitettu myös erilaisissa tilanteissa olevien yksilöiden kuntoutusta ilman diagnosoitua sairautta. Hoidon ja kuntoutuksen välinen raja on mielenterveyden häiriöissä erityisen hankala määrittää. Mielenterveyskuntoutus käsittää erilaisia kuntoutusmuotoja, esimerkiksi ammatillista, sosiaalista ja asumiskuntoutusta. (Järvikoski 2013.) Mielenterveyspalveluilla on merkittävä rooli mielenterveyshäiriöiden toipumisprosessin käynnistämisessä ja edistämässä (Nordling 2018).

Vakavissa mielenterveyden häiriöissä nuoren ikätasoinen kehitys hidastuu (Aalto-Setälä & Marttunen 2007), ja erityisesti psykoosisairaudet vaikuttavat kognitiiviseen ja sosiaaliseen kehitykseen (Landa ym. 2016). Vuonna 2015 Suomessa jäi mielenterveyshäiriön vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle 2289 alle 35-vuotiasta henkilöä (Joensuu ym. 2019). Mielenterveyshäiriöt onkin nos-

tettu yhdeksi nuorten syrjäytymistä selittäväksi tekijäksi (Aaltonen ym. 2015; Kestilä ym. 2011).

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on auttaa yksilöä valitsemaan saavutettavia tavoitteita ja löytämään taidot sekä tukea näiden tavoitteiden saavuttamiseen (Anthony & Farkas 2009). Tavoitteiden asettaminen onkin yhteydessä sekä kuntoutusmotivaatioon että kuntoutujan elämänlaatuun (Shamidi ym. 2017). On todettu, että tavoitteiden sisällöllä ei ole yhteyttä kuntoutujan parempaan toipumisennusteeseen, vaan tärkeämpää on kyky asettaa tavoitteita (Moran ym. 2017). Ihmisen elämässä tavoitteiden ajatellaan usein olevan hierarkkisia. Alempien tasojen konkreettiset tavoitteet mahdollistavat pitkäaikaisempien ja kokonaisvaltaisempien tavoitteiden toteutumisen (Bandura 2001; Silverman Nair 2003), esimerkiksi koulu-tehtävän tekeminen edistää opinnoista valmistumista. Ihmisten tavoitteet mukailevat ikätasoisia kehitystehtäviä (Nurmi 1992), ja myös mielenterveyskuntoutuksen tavoitteiden tulisi tukea kuntoutujan kehitystehtäviä ja elämän tavoitteita (Martin 2016; Eklund & Tjörnstrand 2013; Silverman Nair 2003; Toivonen 2010).

Nuoren henkilön mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet liittyvät useimmiten nuoruusiän kehityksen häiriintymiseen. Vaikeuk-

sia voi olla koulutuksessa ja ammatinvalinnassa, sosiaalisessa osallistumisessa tai ihmissuhteissa. (Piha & Tainio 2016.) Suomessa on 2000-luvulla tehty muutamia yksittäisiä tutkimuksia tavoitteiden asettamisesta nuorten hoidossa ja kuntoutuksessa (Autere 2009; Alanko ym. 2017; Martin 2016). Nuorisopsykiatrisen hoitotyön tavoitteet sisälsivät psyykkistä terveyttä, tunteiden ja oireiden hallintaa, sosiaalisia suhteita ja taitoja sekä hoitotyön suunnitteluun liittyviä asioita (Autere ym. 2009). Kelan vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saavien nuorten tavoitteet liittyivät terveyteen ja toimintakykyyn, sosiaalisiin suhteisiin, harrastuksiin sekä opiskeluun ja työelämään (Martin 2016). Suomessa on myös tutkittu GAS-tavoitteidenasettamismenetelmän (Goal Attainment Scaling) avulla nuoren kuntoutujan osallistamista tavoitteiden asettamiseen ja seurantaan. Tavoitteen asettamiseen vaikuttavia tekijöitä olivat kuntoutujaan liittyvät yksilölliset tekijät, käytettävissä olevat tukimuodot sekä ympäristöt. (Alanko ym. 2017.) Whitefordin ja kollegoiden (2013) mukaan aihealueesta tarvitaan lisää tutkimusta, ja tärkeä osa-alue on myös kuntoutujan omien tavoitteiden ja niiden saavuttamisen arviointi (Toivonen 2010).

Artikkeli perustuu YAMK-opinnäytetyönä toteutettuun tutkimukseen (Tolonen 2019), jonka tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteista. Tutkimuskysymys oli, millaisia kuntoutuksen tavoitteita löydetään nuorten mielenterveyskuntoutujien asumiskuntoutuksessa kerätystä aineistosta, jonka muodostivat ammattilaisten laatimat kuntoutustiedotteet ja -suunnitelmat. Tavoitteena oli tarkastella ja kuvailla nuorten kuntoutukselle asettamia tavoitteita.

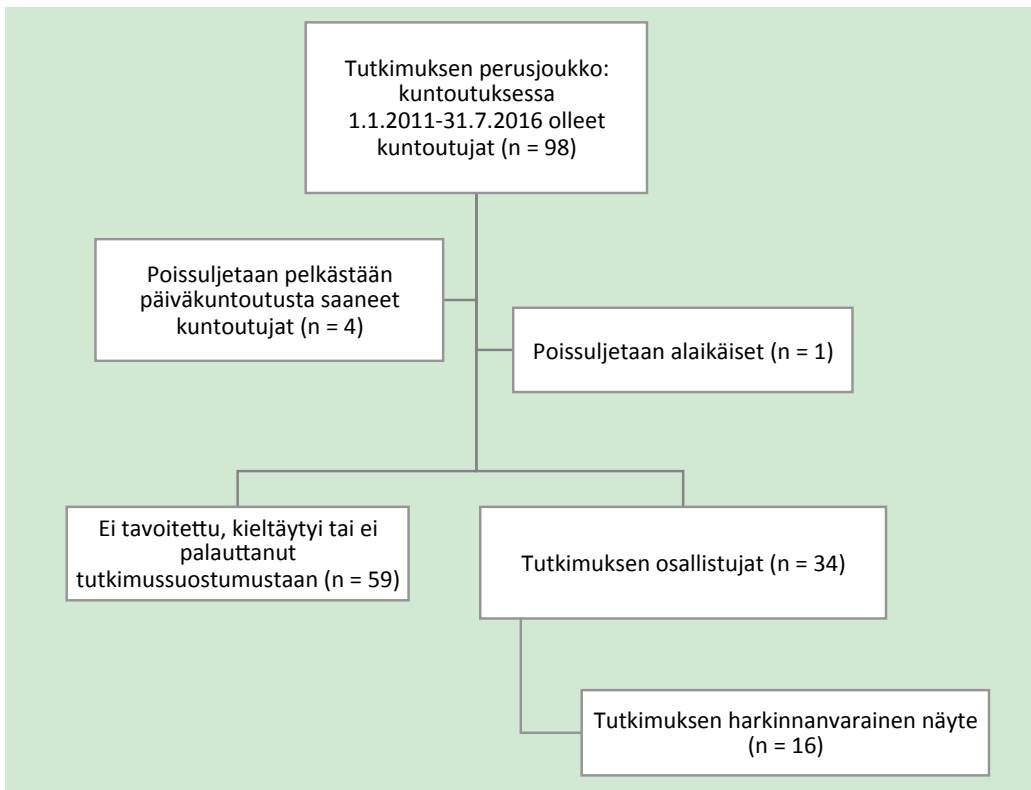
## Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto kerättiin 18–29-vuotiaiden, mielenterveyshäiriötä sairastavien nuorten asumiskuntoutuksessa. Kuntoutusprosessi sisältää kolme kuukautta kestävästä alkuarviointijaksosta ja sen jälkeen pidemmän kuntoutusohjelman. Asumiskuntoutuksen yleisenä päämääränä on itsenäinen

asuminen, johon pyritään konkreettisten ja yksilöllisten kuntoutustavoitteiden avulla. Alkuarviointijaksolla tehtävän toimintakyvynarvioinnin perusteella muodostetaan yksilölliset tavoitteet. Käytännössä kuntoutajat ja heidän omaohjaajansa asettavat kuntoutuksen tavoitteet kahdenkeskisessä keskustelussa. Lisäksi kuntoutujien tavoitteista voidaan keskustella kuntoutustyöryhmässä, johon osallistuvat kuntoutuja sekä moniammatillinen työryhmä. Kuntoutustyöryhmässä voidaan alustavasti suunnitella tavoitteita sekä arvioida tavoitteiden saavuttamista. Kuntoutuksen tavoitteille ei ole välttämättä määritelty ajanjaksoa. Kuntoutuksessa keskeistä on yksilön aktiivinen osallistuminen oman kuntoutuksensa suunnitteluun. Kuntoutus sisältää yksilöllistä ohjausta, esimerkiksi psykoedukaatiota, kuntouttavaa ryhmätoimintaa, kognitiivista kuntoutusta (Cognitive Remediation Therapy sekä Social Cognition and Interaction Training ryhmä), toiminnallista kuntoutusta eri toimintakokonaisuuksissa sekä sosiaalista kuntoutusta.

Tutkimusaineisto kerättiin niiden henkilöiden (n = 98) joukosta, jotka olivat aloittaneet kuntoutuksen tammikuun 2011 ja heinäkuun 2016 välillä. Tutkimuksesta poissuljettiin henkilöt, jotka olivat päiväkuntoutuksen asiakkaita eivätkä osallistuneet asumiskuntoutukseen. Tutkimussuostumuksen antoi 34 henkilöä (kuvio 1). Kuntoutujien iän mediaani kuntoutuksen alkaessa oli 23 vuotta, ja kuntoutuksen keskimääräinen kesto oli 2,9 vuotta. Yli puolet (20/34) tutkittavista oli naisia. Suurimmalla osalla (28/34) oli useita diagnooseja. Yleisin diagnoosi oli masennus (15/34) ja seuraavaksi yleisimmät psykosi (13/34) ja erilaiset persoonallisuushäiriöt (11/34). Kuntoutujilla saattoi olla myös päihdehäiriö tai kognitiivisia haasteita.

Tutkimusaineisto muodostui nuorten mielenterveyskuntoutujien asumiskuntoutuksen tiedoista, jotka muodostivat rekisterin (aikaväliltä tammikuu 2011 - toukokuu 2018). Ensimmäinen kirjoittaja keräsi aineiston aikavälillä 15.5. - 30.6.2018. Aineistona olivat kuntoutussuunnitelmat ja/tai -tiedotteet (jatkossa dokumentit), jotka kuntoutujan omaohjaaja (sosiaali- ja terveysalan ammattilainen) oli kirjoittanut toteutuneen



Kuvio 1. Tutkittavien valikoituminen tutkimukseen.

kuntoutuksen pohjalta maksavan tahon ammattilaiselle, kuten sosiaalityöntekijälle tai lääkärille. Kuntoutuksessa toimintatapana on, että tavoitteet ovat kuntoutujan henkilökohtaisia tavoitteita, jotka kuntoutuja ja omaohjaaja määrittelevät yhteisesti. Kuntoutujien kanssa käytiin läpi heistä kirjoitetut ajankohtaiset suunnitelmat ja tiedotteet, ja he saivat niistä oman kappaleen. Dokumenttien määrä vaihteli tutkittavien välillä: neljällä tutkittavalla oli vain yksi dokumentti ja yhdellä 11 dokumenttia. Lopuilla tutkittavilla oli 2–8 dokumenttia. Dokumentit olivat pituudeltaan kahdesta kolmeen A4-sivua.

Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraisella otannalla kerättyä 16 tutkittavan näytettä (kuvio 1). Jokaiselle tutkittavalle muodostui tutkimussuostumuksen antamisvaiheessa numeraalinen tunniste. Aineiston keruu aloitettiin henkilöstä, jonka numeraalinen tunniste oli järjestysnumeroltaan ensimmäinen. Sen jälkeen kerättiin niiden tutkittavien dokumentit, joiden sukunimi alkoi

samalla kirjaimella kuin ensimmäisen tutkittavan. Kun nämä dokumentit oli kerätty, siirryttiin järjestysnumeroltaan seuraavaan numeraaliseen tunnisteeseen ja jälleen kerättiin kaikki samalla sukunimen ensimmäisellä kirjaimella alkavien tutkittavien dokumentit. Tätä toimintatapaa jatkettiin, kunnes näyte oli kerätty. Kirjalliseen aineistoon perustuvassa laadullisessa tutkimuksessa aineiston riittävän koon määrittämiseksi ei ole selkeitä kriteereitä (Eskola & Suoranta 1998, harkinnan varainen otanta, aineiston kattavuus).

Aineistoa tarkasteltiin laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysin avulla laadittiin luokittelu, jonka pohjalta nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteita voitiin tarkastella. Sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti etsittiin ilmaisuja, joilla oli samaa tarkoittava merkitys (Silverman 2010). Ilmaisut saattoivat olla kokonaisia lauseita tai yksittäisiä sanoja. Analyysissä huomioitiin ilmaisut, joissa mainittiin tavoite, päämäärä, tähtäin

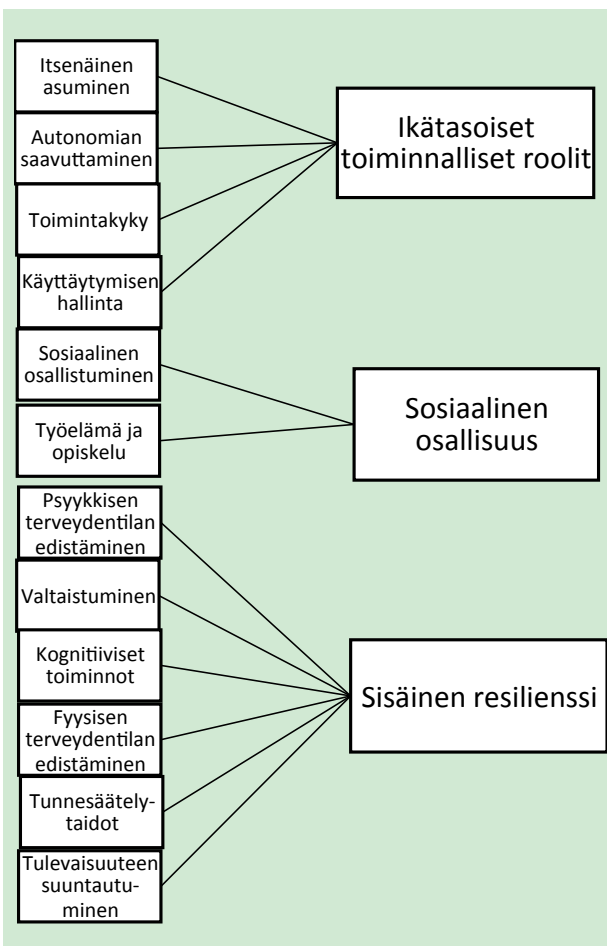
tai muu vastaava. Lisäksi huomioitiin tavoitteiden vastakohtat, kuten haasteet tai ongelmat. Rekisterin retrospektiivisen luonteen takia tekstisisältö oli kuvattu vaihtelevasti: eri kirjoittajat muotoilivat tavoitteet eri tavoilla, tavoitteet saattoivat olla pitkien lauseiden sisällä ja lause saattoi sisältää useita eri tavoitekategorioita.

Ilmaisujen pelkistämisen seuraavassa vaiheessa poistettiin tunnistetiedot. Ilmaisujen merkityssisällön säilyttämiseksi tunnistetietoja myös korvattiin kuvaavilla yleiskielisillä substantiiveilla (esimerkiksi termillä ammatillinen kuntoutus). Löydetyt ilmaiset kirjattiin taulukoihin (ilmaisujen kokonaismäärä oli 1642). Taulukkojen avulla aineistoa hahmoteltiin visuaalisesti käyttäen värikoodausta. Ensimmäisessä vaiheessa ilmaisia analysoitiin jokaisen kuntoutujan dokumenttien osalta erikseen. Sen jälkeen kuntoutujien dokumenteista löydetyt, ilmaisuissa esiintyneet asiat ja ilmiöt koottiin yhteen taulukkoon. Yhdistelyn kautta ilmaisuista muodostui alakategorioita.

Tutkija kävi läpi analyysiprosessia, loogista päättelyään ja syntyneitä ryhmiä yhdessä opinnäytetyön ohjaajien (SS ja KK) kanssa. Ensimmäisen yhteisen keskustelun jälkeen tutkija palasi alkuperäiseen aineistoon lukien sen kauttaaltaan ja tehden tarvittavia muutoksia, korjauksia tai lisäyksiä aineistoon sekä syntyneisiin alakategorioihin. Sen jälkeen prosessia ja muodostuneita ala- ja pääkategorioita käytiin vielä uudelleen läpi opinnäytetyön ohjaajien sekä opiskeluryhmän kanssa. Tutkija perusteli näissä keskusteluissa päätöksiään esimerkiksi yhdistelyn osalta. Tuloksien esittelyssä käytetään hyväksi ilmaisia, joista on poistettu tunnistetiedot. Esimerkkien avulla lukija saa paremman käsityksen ilmiöstä.

## Tulokset

Kuntoutuksen tavoitteet jakautuivat kolmeen pääkategoriaan: ikätasoihin toiminnallisiin rooleihin, sosiaaliseen osallisuuteen sekä sisäiseen resilienssiin (kuvio 2.) Ikätasoiset toiminnalliset roolit koskivat yksilön kykyä toimia ikätasoisien kehitystehtäviensä ja henkilökohtaisten tavoitteidensa suunnas-



Kuvio 2. Analyysin eteneminen alakategorioista pääkategorioihin.

sa. Sosiaalisen osallisuuden pääkategoria sisälsi kuntoutujan mahdollisuuden osallistua sosiaalisiin ympäristöihinsä, kuten sosiaaliin lähi-suhteisiin (perhe, ystävät) ja toisaalta yhteiskunnan toimintaan. Sisäisen resilienssin pääkategoriassa esiintyi henkilökohtaisia ominaisuuksia, joita yksilö pyrki hyödyntämään haastavissa tilanteissa. Lisäksi pääkategoria sisälsi terveyden edistämistä, joka mahdollistaa sisäisen resilienssin syntyä.

### Ikätasoiset toiminnalliset roolit

Ikätasoiset toiminnalliset roolit -pääkategorian alakategorioita tutkimuksessa olivat itsenäinen asuminen, autonomian saavuttaminen, toimintakyky ja käyttäytymisen hallinta.

Nuorille suunnatun mielenterveyskuntoutuksen yleisluonteinen tavoite on itsenäinen asuminen, jota tavoitellaan portaittaisesti vähentäen asumiseen tarjottua tukea ja lisäten nuoren omaa vastuuta. Esimerkki itsenäiseen asumiseen liittyvästä tavoitteesta on ilmaus *”Selviydyn itsenäisestä asumisesta tukitoimien avulla”*. Itsenäisen asumisen mahdollistumiseksi nuoret tavoittelivat itsenäistymistä vanhemmistaan sekä turvallisuuden tunteen lisääntymistä siten, että nuoret uskalsivat olla yksin esimerkiksi asunnollaan. Näiden tavoitteiden alakategoria oli autonomian saavuttaminen.

Toimintakykyyn liittyvät tavoitteet koskivat itsestä huolehtimista, päivittäisiä toimintoja sekä välineellisiä päivittäisiä toimintoja, vapaa-ajan toimintoja sekä ympäristön muokkausta. Toimintakykyyn liittyvät tavoitteet olivat usein taitojen harjoittelua, esimerkiksi näin: *”Kokenut tukikodin [jatkokuntoutuksen vaihe] liian haastavaksi itselleen esim. ruuan valmistamisen sekä kaupassa asiointin suhteen”*. Ikätasoisten toiminnallisten roolien pääkategoriaan kuuluivat myös oman käyttäytymisen hallintaan liittyvät tavoitteet, joita olivat, ettei yksilö vahingoittaisi itseään tai toisia, päihteiden käytön hallinta ja impulssikontrollin hallinta (esimerkiksi *”Tavoitteena ollut keinojen löytyminen paremman impulssikontrollin saavuttamiseen”*). Parempaan impulssikontrolliin liittyivät myös pyrkimys olla rikkomatta tavaroita tai olla pelaamatta impulsiivisesti, esimerkiksi nettirahapelejä.

### Sosiaalinen osallisuus

Sosiaalisen osallisuuden pääkategoria sisälsi työelämään ja opiskeluun sekä sosiaaliseen osallistumiseen liittyviä tavoitteita. Työelämään ja opiskeluun liittyvät tavoitteet lisääntyivät dokumenteissa nuorten kuntoutuksen edetessä. Opiskelemiseen liittyvät tavoitteet koskivat kirjallisia tehtäviä, työssäoppimista sekä ammattiin valmistumista. Esimerkki opintoihin liittyvistä tavoitteista on ilmaus *”Tehdä viimeinen työharjoittelu + tehtävät”*. Työllistymiseen liittyvät tavoitteet voitiin jaotella tuettuun työhön, ammatilliseen kuntoutukseen, työskentelytaitoihin

sekä työhön paluuseen. Työskentelytaitoihin liittyvää tavoitetta kuvasi ilmaisu *”Viriketoiminnan tavoitteina jatkossa töiden ennalta suunnittelu ja hiukan haastavampien töiden kokeilu”*. Työelämään ja opiskeluun liittyvissä tavoitteissa oli kirjattu aikamääreitä useammin kuin muissa tavoitteissa, esimerkiksi näin: *”Jatkosuunnitelmikseen kertonut nyt työkokeilun aloituksen elokuun alussa”*.

Sosiaalinen osallistuminen voitiin jakaa vuorovaikutustaitojen harjoitteluun sekä sosiaalisiin tilanteisiin ja suhteisiin liittyviin tavoitteisiin. Sosiaalisia ja vuorovaikutustaitoja harjoiteltiin ohjaajien kanssa. Ohjaajien kanssa tehtävässä harjoittelussa oli kysymys luottamuksellisesta suhteesta, jossa kannustamalla nuorta osallistumaan tai kuvaamaan ajatuksiaan voitiin tukea hänen osallisuuttaan, mistä esimerkkinä ilmaisu *”Tarvitsee satunnaisesti tukea ja ohjausta [oireidenhallinta-] kortin keinojen käyttämiseen ohjaajilta”*. Sosiaalisiin tilanteisiin osallistumista taas harjoiteltiin vertaisryhmissä (*”Tavoitteeksi rohkaistua sosiaalisissa tilanteissa”*) tai erilaisissa ympäristöissä asumiskuntoutuksen ulkopuolella: *”Siedättää itseä sosiaalisissa tilanteissa (tapahtumat, reissut, ruokailut).”*

### Sisäinen resilienssi

Sisäisen resilienssin pääkategoria jakautui kuuteen alaryhmään, joita olivat psyykkisen terveydentilan edistäminen, valtaistuminen, kognitiiviset toiminnot, fyysisen terveydentilan edistäminen, tunnesäätelytaidot sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. Kuntoutujan haasteet vaikeuttivat sopeutumista muuttuvissa elämäntilanteissa ja näin sisäisen resilienssin syntyä.

Psyykkisen terveydentilan edistämiseen liittyviä tavoitteita oli kaikilla kuntoutujilla, ne olivat usein omien oireiden tunnistamista ja hallintaa. Esimerkiksi haasteena saattoivat olla masennuksen nostamat omat kriittiset ajatukset (*”Olevansa hyvin vaativa itseä kohtaan”*). Ohjaajat myös ohjasivat kuntoutujia tunteiden tunnistamiseen ja käsittelyyn eli tunteidensäätelyyn: *”Tärkeä oppia tunnistamaan ja hallitsemaan omia tunteitaan.”*



Sisäisen resilienssin pääkategoriassa toinen alaryhmä olivat valtaistumiseen liittyvät tavoitteet, joita olivat itsetunnon vahvistuminen, vastuun lisääntyminen sekä elämähallintaan ja motivoitumiseen liittyvät asiat. Kuntoutujaa tuettiin löytämään voimavaroja, saamaan onnistumisen kokemuksia ja lisäämään itsetuntemustaan: *”Tavoitteena rohkeuden, itsetuntemuksen ja -arvostuksen vahvistaminen.”* Lisäksi kuntoutujaa kannustettiin ottamaan käyttöön toimintakykyisiä puoliaan ja luopumaan sairauteen kuuluvista toimintamalleista. Tulevaisuuteen suuntautumiseen liittyvissä tavoitteissa näkyi tarve motivoitua tämän hetken toimintoihin suunnittelemalla tulevaisuutta ja luomalla toivoa, esimerkiksi ilmaisussa *”pyrityt herättelemään tulevaisuuteen liittyviä ajatuksia”*. Nuori kuntoutuja saattoi asettaa itselleen tulevaan ammatinvalintaan liittyvän tavoitteen: *”Tavoitteekseen itselle mielenkiintoisen ammatin löytämisen.”*

Tässä analyysissä sisäisen resilienssin pääkategoriaan sisältyivät yksilötekijöiden lisäksi kuntoutujan kognitiiviset, psyykkiset sekä fyysiset ominaisuudet ja niiden edistäminen. Nämä näkyivät kognitiivisten toimintojen sekä fyysisen terveyden tilan edistämisen alaryhmissä. Kognitiivisiin toimintoihin liittyvät tavoitteet näkyivät arkisissa toiminnoissa (*”kognitiivisia haasteita ruuanlaitto-tilanteissa olisi turvallista harjoitella ensin tukikodilla”*). Fyysisen terveydentilan edistämiseen liittyvät tavoitteet koskivat terveydentilan tutkimista, ja sairauksien hoitoon kannustamista ja tukemista. Nämä tavoitteet koskivat myös terveellisiä elämäntapoja, kuten ruokailua ja liikuntaa. Esimerkkinä tästä tavoitteesta on kirjaus *”ajankohtaiseksi painonpudotuksen, johon laadittu yhdessä suunnitelmaa”*.

## Pohdinta

Asumiskuntoutukseen osallistuneiden 18–29-vuotiaiden mielenterveyskuntoutujien tavoitteista löydettiin kolme tavoitteiden pääkategoriaa: ikätasoiset toiminnalliset roolit, sosiaalinen osallisuus sekä sisäinen resilienssi. Osallisuus voidaan käsittää elämän merkityksellisinä vuorovaikutussuhteina ja kuulu-

misena sosiaalsiin yhteisöihin. Se on myös pääsyä aineettomiin ja aineellisiin resursseihin. (Isola ym. 2017.) Resilienssi on yksilön kykyä hyödyntää vaativissa tilanteissa aktiivisesti omia henkilökohtaisia ominaisuuksiaan – kuten vahvuuksia ja pystyvyyden kokemusta – sekä ympäristöä ylläpitääkseen positiivista mielenterveyttä. Ensin mainitut henkilökohtaiset ominaisuudet ovat sisäisiä resilienssitekijöitä. (Dray ym. 2014.)

Kuntoutuksen tavoitteiden tulisi ottaa huomioon yksilöllinen elämäntilanne, kehitystehtävät ja päämäärät (Henderson & Jackson 2017; Martin 2016). Niitä olisi hyvä voida mitata ja niiden tulisi olla aikasidonnaisia, jotta niistä voi saada palautetta (Bovend'Eerd ym. 2009; Clarke ym. 2009). Tärkeää on myös, että tavoitteet olisivat sopivan haastavia (Lindström ym. 2013; Clarke ym. 2009; Locke & Latham 2002). Taulukossa 1 kuvattujen periaatteiden mukaan muodostetut tavoitteet lisäävät kuntoutujan motivaatiota, sitoutumista (Shamidi ym. 2017), hyvinvointia (Lecomte ym. 2005; Svedberg ym. 2014), pystyvyyttä (Clarke ym. 2009) ja valtaistumista (Svedberg ym. 2014). Vuorovaikutuksessa ammattilaisen kanssa kielellisesti selkeästi rakennetut tavoitteet mahdollistavat paremmin konkreettisten toimintasuunnitelmien tekemisen ja muokkaavat nuoren todellisuutta.

Tämän tutkimuksen aineistossa tavoitteet eivät välttämättä noudattaneet kuntoutuksen tavoitteiden hyviä periaatteita. Esimerkiksi aikamääreitä oli kirjattu vain työelämään ja opiskeluun sekä itsenäiseen asumiseen liittyvien tavoitteiden osalta. Tavoitteet jäivät usein ylätasolle eivätkä olleet tarpeeksi

Taulukko 1. Kuntoutuksen tavoitteiden periaatteita.

### Hyvät kuntoutuksen tavoitteet huomioivat yksilöllisen:

- ✓ ELÄMÄNTILANTEEN
- ✓ KEHITYSTEHTÄVÄT
- ✓ PÄÄMÄÄRÄT

### Hyvät kuntoutuksen tavoitteet ovat:

- ✓ SOPIVAN HAASTAVIA
- ✓ MITATTAVIA
- ✓ AIKAAN SIDOTTUJA
- ✓ SELLAISIA JOISTA VOI SAADA PALAUTETTA

konkreettisia. Tässä tutkimuksessa osallistujina olleista nuorista kuntoutujista suurimmalla osalla oli useita mielenterveyden häiriöitä. Samanaikaiset mielenterveydenhäiriöt ovat yleisiä nuorilla, joilla on psyykkistä oireilua (Sourander & Marttunen 2016, 117). Lisäksi erityishaasteita kuntoutukselle ja tavoitteiden asettamiselle toivat kuntoutujien kognitiiviset erityisvaikeudet, kuten oppimisvaikeudet sekä psykoosisairauksiin liittyvät kognitiiviset oireet. Tämän vuoksi tavoitteiden konkreettisuus olisi erityisen tärkeää, ja siihen vaaditaan erityisosaamista kuntoutujien kanssa työskenteleviltä ammattilaisilta. Tavoitteiden asetteluun tuleekin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Tukena tässä voi toimia esimerkiksi GAS-tavoitteidenasettelumenetelmä (Toivonen 2010), joka tukee hyvien periaatteiden mukaista (ks. taulukko 1) tavoitteiden asettelua (Bowend'Eerd ym. 2009).

Mielenterveyshäiriöistä toipuminen tarkoittaa muutakin kuin oireiden poistumista korostavaa kliinistä toipumista. Tätä kuvaamaan on kehitetty toipumisorientaation ja henkilökohtaisen toipumisen käsitteet. (Slade & Lodgen 2015.) Toipumisorientaatio korostetaan mahdollisuutta elämäntyytyväisyyteen mielenterveyshäiriöstä huolimatta ja yksilön liittymistä sosiaalisiin ympäristöihin (Nordling 2018). Toipumisorientaatio voisi olla strateginen valinta, joka lisäisi yksilöllisempää tavoitteiden asettelua taulukossa 1 mainittujen periaatteiden mukaisesti. Toipumisorientaation implementointi käytännön mielenterveystyössä on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi ja hitaaksi. Suomessa se on saanut enemmän jalansijaa kolmannella sektorilla kuin julkisissa palveluissa. (Nordling 2018.)

Sekä tämän tutkimuksen tulosten että aiemman tutkimustiedon valossa sosiaalisen osallisuuden tavoittelu on merkittävässä asemassa mielenterveyskuntoutuksen tavoitteiden asettelussa (ks. Shamidi ym. 2017; Sveberg ym. 2014). On tärkeää pohtia, kuinka paljon siihen vaikuttaa maksajatahojen tavoite sosiaalisesta ja työelämäosallisuudesta. Suomessa kuntoutuksen pääasiallinen järjestäjä on Kansaneläkelaitos (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017), ja sen mukaan kun-

toutuksen pääasiallinen tavoite on toiminta-, opiskelu- ja työkyvyn ylläpitäminen, säilyttäminen tai palauttaminen (Kela kuntoutuspalvelut 2020). Tämän tutkimuksen aineistossa on nähtävissä, että tavoitteet voivat olla kuntoutujalähtöisiä, mutta yhteiskunta esimerkiksi etuuksien kautta vaikuttaa tavoitteiden sisältöihin ja aikamääreisiin. Tulokset tukevat Hacklingin (2009) havaintoa, että sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö (etuuden myöntäjä) vaikuttaa todellisuuteen, jossa kuntoutuja pyrkii kuntoutumaan. Voidaan perustellusti esittää kysymys: kuka suomalaisessa järjestelmässä määrittää kuntoutuksen tavoitteet?

Tutkimuksessa nousi esiin merkittävänä kuntoutuksen tekijänä nuoren kuntoutujan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutussuhde. Aineistossa kuvattiin nuoren ja ammattilaisen välistä vuorovaikutussuhdetta ikään kuin kuntoutumista mahdollistavana alustana sekä kuntoutumisen menetelmänä (ks. myös Jørgensen & Rendtorff 2017). Ammattilaiset kuvasivat tekstissä nuorten kannustamista ja tukemista, pyrkimystä luottamukselliseen suhteeseen sekä sitoutumistaan työskentelyyn. Ammattilaisen ja kuntoutujan välisellä toimivalla vuorovaikutussuhteella on positiivinen yhteys henkilökohtaiseen toipumiseen (Moran ym. 2017), erityisesti yhteistoiminnallisuuden ja toivon kautta (Le Boutillier ym. 2011). Aineistossa näyttäytyi ammattilaisten nuorelle tarjoama tuki, jotta nuoret kuntoutujat voisivat uskoa omaan pystyvyyteensä. Pystyvyyden avulla voidaan vaikuttaa esimerkiksi yksilön motivaatioon ja sitä kautta tavoitteiden saavuttamiseen (Bandura 2006). Yksi keino tukea kuntoutujan pystyvyyden kokemusta on jaettu päätöksenteko (Jørgensen & Rendtorff 2017; Anthony & Farkas 2009). Aineistossa oli nähtävissä nuorten päätöksenteon harjoittelu ammattilaisen tuella, ensin pienissä konkreettisemmissä asioissa ja myöhemmin laajemmin. Goshia ja Rapp (2015) ovat todenneet, että kuntoutujat ovat sitoutuneempia jaettuun päätöksentekoon, jos se edesauttaa heidän omia tavoitteitaan. Kuntoutujan osallistaminen kuntoutuksen prosessiin voi lisätä myös sisäisen resilienssin vahvistumista (Jørgensen & Rendtorff 2017).

## Tutkimuksen eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tutkimus oli osa ”Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus” -tutkimushanketta. Tutkimushanke sai Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausunnon tammikuussa 2018. Tutkimukseen osallistujilta pyydettiin suostumus tutkimukseen. Tutkimusrekisteri muodostettiin GDPR-asetuksen vaatimalla tavalla (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus EU 2016/679). Tutkimuksen aineistosta poistettiin tunnistetiedot. Kaikki tutkimuksen aineisto tallennettiin sähköisesti Oulun yliopiston sähköiselle serverille ja suojattiin pankkisalauksen tasoisesti. Tämän artikkelin kirjoittamisessa hyödynnettiin Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) tarkistuslistaa (O'Brien ym. 2014), jotta tutkimuksen metodologia, sisällön analyysin toteutus sekä tulosten esittely noudattaisivat kansainvälisiä vaatimuksia.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kliinisessä työssä syntyneestä kirjallisesta aineistosta ja tutkimusta voidaan arvioida eettiseltä kannalta kuten rekisteritutkimusta. Keskeisiä eettisiä kysymyksiä ovat tällöin itsemääräämisoikeus, hyödyn maksimointi, vahingon välttäminen sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus (Räsänen & Gissler 2012). Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet sisälsivät tunteita herättäviä ilmiöitä, kuten pyrkimystä olla vahingoittamatta itseä. Eettisenä riskinä voidaan pitää tutkimusjoukon leimaantumista tunteita herättävien asioiden, kuten itsen vahingoittamisen tai päihteiden käytön, kautta. Sen sijaan aineiston keruu kliinisesti muodostuneesta rekisteristä on tehokasta eikä esimerkiksi aiheuta tutkittaville haittaa ylimääräisinä tutkimuskäynteinä.

Tutkijan itsereflektio tutkimusprosessin aikana on keskeinen osa tutkimuksen ja sen tulosten kriittistä arviointia (Graneheim & Lundman 2004). Tästä huolimatta voi tutkijan subjektiivinen kokemusmaailma vaikuttaa tutkimusprosessiin (Silverman 2010; Tuomi & Sarajärvi 2018). Tässä tutkimuksessa keskeisin luotettavuuteen vaikuttava kysymys oli tutkijan työkokemus. Tutkija oli työskennellyt nuorten mielenterveyskuntou-

tuksessa yli kymmenen vuoden ajan, ja hän oli työskennellyt myös tutkittavien kanssa. Tutkijan kliininen kokemus asiakasryhmästä sekä se, että kirjallinen aineisto oli hänelle ennestään tuttua, mahdollisti syvällistä ymmärrystä kirjoitetuista tavoitteista sekä aineiston sisältämistä asioista ja ilmiöistä. Toisaalta se aiheutti riskin, ettei tutkija kyennyt kliinisen kokemuksensa takia tulkitsemaan aineistoa täysin objektiivisesti. Riskiä pyrittiin vähentämään käsittelemällä analyysiprosessia sekä tehtyjä ratkaisuja opinnäytetyön ohjaajien (SS ja KK) sekä opiskelijaryhmän kanssa. Lisäksi tutkija teki tutkimusprosessin aikana muistiinpanoja, joissa pohti myös tutkijapositiotaan.

Sisällön analyysin avulla nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet olisi voitu kategorisoida myös muilla tavoilla, esimerkiksi olemassa olevien taitojen harjoittamisen, taitojen palauttamisen ja uusien taitojen oppimisen näkökulmasta (ks. Moran ym. 2017). Tavoitekategoriat eivät välttämättä ole toisiaan poissulkevia, vaan on hyvä huomioida myös tavoitteisiin liittyvät sisällölliset näkökohdat sekä kuntoutuksen vaihe. Esimerkiksi ikätasoisien toiminnallisten roolien pääkategoriaan kuuluvat tavoitteet oman käyttäytymisen hallinnasta ovat konkreettista toimintaa, kun taas sisäisen resilienssin alakategorian tavoitteet omien tunteiden tunnistamisen ja hallitsemisen oppimisesta liittyvät nuoren sisäiseen maailmaan. Toisena esimerkkinä mainittakoon sosiaalisen osallisuuden pääkategoriasta työelämään ja opiskeluun liittyvät tavoitteet, jotka ovat hyvin konkreettisia, kuten ”*valmistua ammattiin*”. Sen sijaan sisäisen resilienssin kategoriassa tulevaisuuteen suuntautumiseen liittyvät tavoitteet koskevat pikemminkin nuoren kykyä nähdä itsellään tulevaisuus ja esimerkiksi ammatti. Ensin mainitut liittyvät ennemmin kuntoutusprosessin loppupäähän ja jälkimmäiset alku- ja keskivaiheille.

## Johtopäätökset

Asumiskuntoutuksen osallistuneiden nuorten mielenterveyskuntoutujien tavoitteista löydettiin kolme pääkategoriaa: ikätasoiset toiminnalliset roolit, sosiaalinen osallisuus

ja sisäinen resilienssi. Nämä ovat kirjallisuuden ja tutkimustiedon perusteella yhteydessä valtaistumisen, kuntoutumisen ja toipumisen käsitteisiin (Anthony & Farkas 2009; Le Bouctillier ym. 2011; Nordling 2018).

On hyvä ottaa huomioon, että sosiaalisen osallisuuden tavoittelu voi olla nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteissa ylikorostuneena. Samaan aikaan sisäinen resilienssi ja ikätasoiset toiminnalliset roolit voivat jäädä liian vähälle huomiolle. Näiden asioiden aktiivinen käsitteleminen kuntoutuksessa voi parantaa prosessin ja sen tulosten laatua nuorilla. Ikätasoisien toiminnallisten roolien huomioon ottaminen tavoitteiden asettelussa voi lisätä yksilön motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta. Konkreettisesti toiminnallisten roolien huomioon ottamista kuntoutuksessa tukisi esimerkiksi ammattilaisten laajempi osaaminen ikätasoisista kehitystehtävistä. Nuoren mielenterveyskuntoutujan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutussuhde on tärkeä osa kuntoutusta. Tämä itsestäänselvyys saattaa jäädä liian vähälle huomiolle esimerkiksi resurssien puutteen tai työntekijöiden vaihtuvuuden takia.

**Tulosten merkitys:** Tulosten avulla on mahdollista kiinnittää huomioita keskeisiin ilmiöihin nuorten mielenterveyskuntoutuksessa ja kehittää tavoitteiden asettelua. Tavoitteiden asettelussa strukturoitujen menetelmien käyttö voi edistää tavoitteiden laatua ja mitattavuutta. Nuorten mielenterveyskuntoutus ja sen tavoitteiden asettelu on yhteiskunnallisesti merkittävä asia. Ilmiöitä on tärkeää tutkia myös määrällisesti.

### **Tiivistelmä**

**Johtanto:** Tavoitteiden asettaminen on tärkeä osa mielenterveyskuntoutusta. Nuorilla mielenterveyshäiriöt voivat vaikeuttaa kehitystehtävien saavuttamista, joten kuntoutuksen tavoitteiden tulee mukailla niitä. Aiemmat tutkimukset ko-

rostat, että kuntoutuksessa on tärkeää huomioida kuntoutujan henkilökohtaiset tavoitteet yhteiskunnallisten resurssien lisäksi.

**Tavoite ja menetelmä:** Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteita ja tämän myötä lisätä ymmärrystä tavoitteiden merkityksestä ja kehittää tavoitteiden asettelua. Tutkimuksen aineistona olivat 18–29-vuotiaiden nuorten (n = 16) asumiskuntoutuksessa laaditut kuntoutustiedotteet. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

**Tulokset:** Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteiden pääkategoriat olivat: ikätasoiset toiminnalliset roolit, sosiaalinen osallisuus sekä sisäinen resilienssi. Yksilön toimiessa ikätasoisien toiminnallisten rooliensa mukaisesti yksilö kykenee suuntautumaan kehitystehtäviinsä. Sosiaalinen osallisuus on mahdollisuutta osallistua sosiaalisiin ympäristöihin. Sisäinen resilienssi tarkoittaa yksilön kykyä vaikeissa tilanteissa käyttää vahvuuksiaan. Aineistosta nousi esille myös nuoren ja ammattilaisen välinen vuorovaikutussuhde kuntoutusprosessin aikana.

**Pohdinta:** Tässä tutkimuksessa löydettyt pääkategoriat ovat aiemman tutkimustiedon perusteella yhteydessä valtaistumiseen, kuntoutumiseen ja toipumiseen. Tulosten perusteella ammattilaisen ja nuoren välinen vuorovaikutussuhde on tärkeä osa kuntoutusta ja kuntoutujan osallisuutta tavoitteiden asettelussa tulee vahvistaa. Toipumisorientaation laajempi käyttö mielenterveyspalveluissa voisi mahdollistaa tätä kehitystä.

**Avainsanat:** nuoret, nuoret aikuiset, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyskuntoutus, tavoitteet, rekisteriaineisto, laadullinen tutkimus, retrospektiivinen tutkimus

## Abstract

### *Goals in Adolescents' Mental Health Rehabilitation*

**Introduction:** Goal setting is a central part of mental health rehabilitation. Especially among young people mental health disorders may delay achieving developmental tasks. Goals of rehabilitation should be in concordance with developmental tasks. According to rehabilitation impact studies, it is important to consider the rehabilitees' goals in addition to the social and financial perspectives.

**Purpose and method:** The purpose of this study was to increase the understanding of goals set in adolescents' mental health rehabilitation and develop goal setting. The aim of the study was to describe the goals set in adolescent's mental health rehabilitation. The study participants were rehabilitees between 18 - 29 years in residential rehabilitation (n=16) and the data was register information. The analyze method was content analysis.

**Results:** The main categories of goals were: age-level occupational roles, social inclusion and inner resilience. When acting according to the age-level occupational roles, people are pursuing their developmental tasks. Social inclusion is the possibility to participate in the social environment. Inner resilience is a psychological process which helps the individual to cope with difficult situations by using their personal skills. The data shows also the importance of collaborative relationship between the professional and the young person during the process of recovery.

**Discussion:** Prior research shows that the main categories are connected to empowerment, rehabilitation and recovery. It is important to support the collaborative relationship between the professional and the adolescent by increasing methods that supports adolescent's participation in the process of goal setting. Wider use of recovery orientation in mental health services could support this development.

**Keywords:** youth, young adults, adolescent's, mental health disorders, mental health rehabilitation, goals, register information, qualitative study, retrospective study.

**Jonna Tolonen, toimintaterapeutti YAMK, Humana Finland Oy Sähköä-yksiköt; lääketieteen tohtoriopiskelija, Oulun yliopiston elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö**

**Katja Kokkinen, TtM, lehtori Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hyvinvointiyksikkö**

**Erika Jääskeläinen, dosentti, LT, psykiatrian erikoislääkäri, Oulun yliopiston elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö; Oulun yliopistollinen sairaala, psykiatrian tulosalue**

**Sanna Sihvonen, TtT, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hyvinvointiyksikkö**

**Liisa Kiviniemi, TtT, yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö**

**Kristiina Moilanen LT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, Oulun yliopistollinen sairaala psykiatrian tulosalue, Humana Finland Oy Sähköä-yksiköt**

## Lähteet

- Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S (2015) Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Nuorisotutkimusseura ry. Tutkimuksesta tiiviisti 3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>
- Aalto-Setälä T, Marttunen M (2007) Nuoren psykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Duodecim* 123, 207–213.
- Alanko A, Hellman M (2017) Service Users and Experts in Finnish Mental Health Care Planning: Three Phases of Expansion and Inclusion. *Sociologia* 4, 361–376.
- Alanko T, Karhula M, Piirainen A, Kröger T, Nikander R (2017) Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti. Kelan tutkimus. Kelan työpapereita 113. <http://hdl.handle.net/10138/175226>
- Anthony WA, Farkas MD (2009) A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Autere K, Paavola M, Selander M, Kilku N (2009) Tavoitteet esiin hoitotyön kirjaamisessa. *Sairaanhoitaja* 82, 2, 24–25.
- Bandura A (2001) Social Cognitive Therapy: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology* 52, 1, 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bandura A (2006) Toward a Psychology of Human Agency. *Perspect Psychol Sci* 1, 2, 164–180. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1745-6916.2006.00011.x>

- Bowend'Erdt TJH, Botell RE, Wade DT (2009) Writing SMART rehabilitation goals and achieving attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil* 23, 4, 352–361. <https://doi.org/10.1177/0269215508101741>
- Clarke SP, Crowe TP, Oades LG, Deane FP (2009) Do Goal-Setting Interventions Improve the Quality of Goals in Mental Health Services? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32, 4, 292–299. <https://doi.org/10.2975/32.4.2009.292.299>
- Dray J, Bowman J, Freund M, Campbell E, Wolfenden L, Hodder RK, Wiggers J (2014) Improving adolescent mental health and resilience through a resilience-based intervention in schools: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014, 18, 15, 289. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-289>
- Eklund M, Tjörnstrand C (2013) Psychiatric rehabilitation in community-based day centers: Motivation and satisfaction. *Scand J Occup Ther* 20, 6, 438–445. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.805428>
- Eskola J, Suoranta J (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. E-kirja.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset EU 2016/679. Luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojasetus). Viitattu 30.3.2020. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=FI>
- Goscha R, Rapp C (2015) Exploring the Experiences of Client Involvement in Medication Decisions Using a Shared Decision Making Model: Results of a Qualitative Study. *Community Mental Health Journal* 51, 267–274. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9759-y>
- Graneheim UH, Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 2, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Henderson P, Jackson W (2017) Recovery in mental health: examining the reality or professionals and service users. *Mental Health Nursing* October/November, 11–14.
- Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, Keto-Tokoi A (2017) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen työpapereita* 33/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>
- Joensuu M, Mattila-Holappa P, Ahola K, Kivimäki M, Tuisku K, Koskinen A, Vahtera J, Virtanen M (2019) Predictors of employment in young adults with psychiatric work disability. *Early Interv Psychiatry*, 13, 5, 1083–89. <https://doi.org/10.1111/eip.12730>
- Jørgensen K, Rendtorff JD (2017) Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scand J Caring Sci*, 32, 2, 490–501. <https://doi.org/10.1111/scs.12531>
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita (STM) 2013, 43. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>
- Kestilä L, Heino T, Solantausta T (2011) Nuorten syrjäytyminen – epäsuotuisia polkuja aikuisuuteen. Haaste 1. Viitattu 26.5.2021. <https://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste12011/nuorten-syrjaytyminen-epasuotuisiapolkujaikisyyteen.html>
- Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksen kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>
- Landa Y, Mueser KT, Wyka KE, Shreck E, Jespersen R, Jacobs MA, Griffin KW, van der Gaag M, Reyna VF, Beck AT, Silberswieg DA, Walkup JT (2016) Development of a group and family-based cognitive behavioral therapy program for youth at risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 2016, 10, 6, 511–521. <https://doi.org/10.1111/eip.12204>
- Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M (2011) What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services* 62, 12, 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Lecomte T, Wallace CJ, Perrault M, Caron J (2005) Consumers Goals in Psychiatric Rehabilitation and Their Concordance with Existing Services. *Psychiatric Services* 56, 2, 209–211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.209>
- Lindström M, Sjöström S, Lindberg M (2013) Stories of Rediscovering Agency: Home-Based Occupational Therapy for People with Severe Psychiatric Disability. *Qual Health Res* 23, 6, 728–740. <https://doi.org/10.1177/1049732313482047>
- Locke EA, Latham GP (2002) Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. A 35 -Year Odyssey. *American Psychologist* 57, 9, 705–717. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.57.9.705>
- Martin M (2016) Nuoruus, vammaisuus ja kuntoutuksen merkitys. Väitöskirja. Lapin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-906-7>
- Moran GS, Westman K, Weissberg E, Melamed S (2017) Perceived assistance in pursuing personal goals and personal recovery among mental health consumers across housing services. *Psychiatry Res* 249, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.013>
- Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveytyössä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 134, 15, 1476–83.
- Nurmi JE (1992) Age Differences in adults' life goals, concerns, and their temporal extensions: A life course approach to future-oriented motivation. *Int J Behav Dev* 15, 4, 487–508. <https://doi.org/10.1177/016502549201500404>
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA (2014) Standards for Reporting Qualitative Research. *Academic Medicine* 89, 9, 1245–251. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>
- Piha J, Tainio V-M (2016) Mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Kumpulainen, E Aronen, H Ebeling, E Laukkanen, M Marttunen, K Puura, A Sourander (toim.) Duodecim, Tallinna.
- Räisänen S, Gissler M (2012) Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 24, 1, 62–69. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1551295>

- Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, Baloush-Kleinman V, Dudai R, Scialom SL, Roe D (2017) Relationship Between Psychiatric-Service Consumers' and Providers' Goal Concordance and Consumers' Personal Goal Attainment. *Psychiatric Services* 68, 12, 1312–1314. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600580>
- Silverman D (2010) *Doing Qualitative Research – A practical handbook*. Third edition. SAGE Publications Ltd, Great Britain.
- Silverman Nair KP (2003) Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clin Rehabil* 17, 2, 192–202. <https://doi.org/10.1191/0269215503cr599oa>
- Slade M, Longden E (2015) Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry* 15, 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>
- Sourander A, Marttunen M (2016) Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Julkaisussa lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Teoksessa K Kumpulainen, E Aronen, H Ebeling, E Laukkanen, M Marttunen, K Puura, A Sourander (toim.) *Talinn: Duodecim*.
- Svedberg P, Svensson B, Hansson L, Jormfeldt H (2014) A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nor J Psychiatry* 68, 6, 401–408. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.851737>
- Toivonen S (2010) GAS-menetelmä: Fiksusta tavoitteen asettamisesta tavoitteen toteutumisen arviointiin. *Fysioterapia* 7, 22–26.
- Tolonen J (2019) Tavoitteet nuorten mielenterveyskuntoutuksessa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019051510026>
- Tuomi J, Sarajärvi A (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu laitos. Tammi, Helsinki.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari, AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Falxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 382, 9904, 1535–1586. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6)

# TEKNOLOGIAVÄLITTEINEN E-DEPRESSIO- KOULU MASENNUKSESTA TOIPUMISEN TUKENA

## Kokemukset pilottikoekuista

### Johdanto

Masennus sekä masennuksesta suoraan ja välillisesti aiheutuvat kustannukset ovat lisääntyneet (Markkula & Suvisaari 2017; World Health Organization 2020). Yhdeksi mahdollisuudeksi masennuksen hoidon ja ennaltaehkäisyyn kasvaneisiin palvelutarpeisiin on esitetty sähköisten palveluiden laajempaa hyödyntämistä. Sähköisten palveluiden nähdään tukevan palveluiden asiakaslähtöistä saatavuutta asuinpaikasta riippumatta (Stenberg ym. 2016). Masennuksen hoitoon tarjolla on ollut muun muassa netti-terapiaa ja omahoito-ohjelmia (Vuononvirta 2011, 24). COVID-19-pandemia on lisännyt sekä masennusta että etäpalveluiden tarvetta (Titov ym. 2020).

Sähköisten interventioiden hyödyntämisestä masennuksen hoidossa, ennaltaehkäisemisessä ja toipumisen tukemisessa on saatu lupaavia tuloksia (esim. Andrews ym. 2010; Andersson & Titov 2019; Berryhill ym. 2019; ks. myös Stenberg 2016; Kivistö ym. 2020). Esimerkiksi videoneuvottelusovelluksen välityksellä tarjottavalla hoidolla on voitu kustannustehokkaasti vähentää masennuksen oireita (Berryhill ym. 2019). Asiakkaat ovat voineet kokea ryhmämuotoisen videovälitteisen intervention vähemmän stigmatisoivaksi, toivoa ja osallisuutta tarjoavaksi, sekä läheisyyttä ja luottamusta niin osallistujien

kuin ryhmävetäjien kanssa mahdollistavaksi. Toisaalta osa ammattilaisista on nähnyt teknologiavälitteisyyden haastavan tietoturvaa, terapeutin suhteen luomista sekä vuorovaikutusta, eivätkä kaikki asiakkaat ole kokeneet etäinterventiota itselle sopivaksi. (Best ym. 2019; Chiauzzi ym. 2020.)

Tässä katsauksessa tarkastellaan yhtä videovälitteisesti toteutettua ryhmämuotoista masennuksen hoito- ja ennaltaehkäisyinterventiota todellisissa hoito- ja kuntoutuskäytännöissä. Tapausesimerkkeinä ovat yhdessä sairaanhoitopiirissä vuonna 2020 toteutetut kaksi eDepressiokoulupilottia. Aineistona on asiakkaiden ja työntekijöiden tuottama kokemuksellinen tieto. Tavoitteena on kuvata, miten eDepressiokoulu heijastuu toipumiseen sekä millainen merkitys eDepressiokoulun eri elementeillä, kuten teknologiavälitteisyydellä, ryhmämuotoisuudella ja strukturoidulla rakenteella, on toipumisessa. Etäyhteyksin toteutetusta depressiokoulusta ei tiettävästi ole aikaisempaa julkaistua tutkimusta.

eDepressiokoulun tulkitaan sisältyvän reaaliaikaiseen<sup>1</sup> ja vuorovaikutteiseen etäkuntoutukseen, joka voidaan määritellä erilaisen etäteknologiaa hyödyntävien sovellusten käyttönä ammattilaisen ohjaamassa tavoit-

<sup>1</sup> *Tosin depressiokoulun struktuuriin sisältyvä työkirja, jota täytetään myös itsenäisesti kotona, voidaan tulkita intervention ei-reaaliaikaiseksi osaksi.*



teellisessä kuntoutuksessa (Salminen ym. 2016, 11). Toipuminen ymmärretään laajasti niin, että se sisältää arkeen, identiteettiin, osallisuuteen ja yhteiskunnalliseen asemaan heijastuvan toipumisen (*Recovery model, Recovery orientation*, ks. Anthony 1993; Nordling 2018; Nordling & Rissanen 2020), jossa ei tavoitella pelkästään oireiden lakkaamista tai vähenemistä, vaan ihmisen mahdollisuutta elää hyväksi kokemaansa elämää omissa yhteisöissään (*Recovery in*), tarvittaessa palveluiden tukemana (ks. Raitakari ym. 2018). Masennusta ei nähdä yksinomaan lääketieteellisenä vaan kokonaisvaltaisena ja kokemuksellisenä ilmiönä. Tällöin masennuksesta toipumisessa merkityksellisiä ovat myös sosiaaliset ulottuvuudet, kuten koti, sosiaalinen verkosto, toimivat mielenterveyspalvelut, mukava vapaa-aika, työ sekä muu mielekäs ja merkitykselliseksi koettu elämäntoiminta (Romakkaniemi 2011, 227).

## Depressiokoulu

Depressiokoulu (*Coping with depression*) on kognitiivisbehaviooraaliseen orientaatioon ja psykoedukaatioon perustuva strukturoitu noin kymmenen viikkoa ("oppituntia"<sup>2)</sup> kestävä, kattavasti tutkittu ryhmäinterventio, jota on hyödynnetty erityisesti masennuksen hoidossa ja ehkäisyssä eri puolilla maailmaa (Cujbers ym. 2009; Kampman ym. 2011, 86). Depressiokoulun on kehittänyt P. M. Lewinsohn kollegoineen (1984). Depressiokoulu perustuu sosiaaliseen oppimiseen ja käsitykseen siitä, että masennus vähenee tai lisääntyy yhteydessä ihmisen ja ympäristön välisen suhteen laatuun. Koska ongelmat nähdään käyttäytymiseen kiinnittyneinä, niistä voidaan myös oppia pois. (Cujbers 1998, 521.) Depressiokouluryhmään kuuluu suositusten mukaan korkeintaan 6–8 henkilöä sekä ryhmäohjaaja. Osallistujat tekevät kokoontumisten välillä heille annettuja tehtäviä, jotka löytyvät interventioon kuuluvasta työkirjasta (Suomeksi "Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaidot", ks. Koffert & Kuusi 2018).

Tulokset depressiokoulusta ovat olleet pääsääntöisesti positiivisia (ks. Cujbers 1998;

Cujbers ym. 2009; Garvik ym. 2013; Cujbers ym. 2020; myös Niemi 2007). Hyötyjä on tunnistettu enemmän lieväoireisen masennuksen osalta (Allart-van Damn ym. 2007; Niemi 2007). Aikuisten masennuksen hoidon lisäksi depressiokoulua on käytetty muun muassa lasten, ikääntyneiden, pitkäaikaissairaiden ja pitkäaikaistyöttömien kanssa sekä työuupumuksen hoidossa. Depressiokoulun pohjalta on kokeiltu myös nuorten stressinhallintakursseja. Aktiiviseen toimintaan perustuvaa depressiokoulua on pidetty monipuolisena ja tehokkaana matalan kynnyksen interventiona ja sisällöltään ei-stigmatisoivana. (Lewinsohn ym. 1984; Cujbers 1998; Niemi 2007; Cujbers ym. 2009; Kampman ym. 2011.) Ammatillaiset ovat kuvanneet intervention vahvuksina asiakaskeskeisyyttä, vertaistuellisuutta, käytännönläheisyyttä ja toiminnallisuutta (Niemi 2007).

Depressiokoulussa osallistujat saavat tietoa masennuksesta sekä opettelevat masennuksen hallinnan sosiaalisia ja kognitiivisia taitoja ja rentoutumista. Interventiossa keskitytään ongelmanratkaisutaitoihin, sosiaalisiin suhteisiin ja asiakkaan aktiivisuuteen omassa kuntoutumisessaan. Työskentelyn painopiste on tulevaisuudessa, ja toimintatapojen muutos kohdistuu arkeen. Termin "koulu" (course) mukaisesti keskiössä on oppiminen. Ammatillainen toimii depressiokoulussa ennemmin ohjaajana tai opettajana kuin terapeuttina ja ryhmän osallistujat pikemmin oppilaina kuin potilaina. (Lewinsohn ym. 1984; Cujbers 1998; ks. myös Niemi 2007.) Cujbersin (1998, 522) mukaan ammattilaisen ja osallistujan välisellä suhteella ei depressiokoulussa ole vastaavaa merkitystä kuin yksilöterapioiden. Toisaalta sekä ryhmäläisten keskinäisen vuorovaikutuksen että kunkin osallistujan ja ryhmäohjaajan välisen vuorovaikutuksen merkitystä on korostettu (esim. Garvik ym. 2013).

## Tutkimuksen toteutus

### *eDepressiokoulupilotit*

*eDepressiokoulupiloteissa* noudatettiin perinteisen depressiokoulun strukturoitua si-

<sup>2)</sup> Alun perin 12 kertaa ja lisäksi kaksi "tehostekertaa" intervention päättymisen jälkeen (Cujbers 1998, 522).

sältöä ja hyödynnettiin depressiokoulun työkirjaa (ks. Koffert & Kuusi 2018). Pilottien ryhmäohjaajina toimivat depressiokoulun ohjaamiseen koulutetut sairaanhoitopiirin mielenterveystyön ammattilaiset. Pilotit toteutettiin videoneuvottelusovelluksella (Business Skype). Ensimmäinen pilotti toteutettiin kesällä 2020 ja toinen syksyllä 2020. Ensimmäiseen pilottiin osallistui yhdeksän ja toiseen kuusi asiakasta. Ennen interventiota sairaanhoitopiirin työntekijät arvioivat eDepressiokoulun soveltuvuuden asiakkaille. Lähtökohtana oli, ettei palvelua ensisijaisesti tarjota vaikeasti masentuneille. eDepressiokouluun sisältyi koetun masennuksen mittaaminen (Beck Depression Inventory, BDI) ennen koulua, koulun päätyttyä sekä puolen vuoden kuluttua koulun päättymisestä. Osallistujille toimitettiin depressiokoulun työkirja sekä järjestettiin etäinfoltilaisuus ennen eDepressiokoulun alkamista.

### Aineiston keruu

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Toteutukselle saatiin puoltava eettinen arviointi ja tutkimuslupa. Tutkimukseen osallistuneet antoivat kirjallisen suostumuksensa. Aineistona olivat kolmen asiakkaan yksilöhaastattelut, kahden ohjaajan ryhmähaastattelu sekä yhden ryhmäohjaajan kirjallisesti tuottama informaatio. Ryhmäohjaajat rekrytoivat haastateltavat asiakkaat, jotka

olivat eri-ikäisiä naisia. Asiakkaiden haastattelut toteutettiin etäyhteydellä. Asiakkailta kartoitettiin elämäntilannetta ja teknologisia taitoja sekä erityisesti kokemuksia eDepressiokoulusta ja sen koetuista vaikutuksista toipumisen eri osa-alueilla. Ammattilaisten haastattelu toteutettiin kasvokkain. Ohjaajilta kysyttiin, miten heidän kokemustensa mukaan eDepressiokouluun osallistuminen heijastui asiakkaiden tilanteisiin ja toipumiseen. Aineistoa kertyi asiakkailta 28 sivua ja ammattilaisilta 17 sivua.

### Analyysi

Analyysissa nojaututtiin teoriaohjautuvaan sisällönanalyysiin (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009). Aineistonkeruun tavoin analyysia kehysti ymmärrys laaja-alaisesta toipumisesta (ks. Anthony 1993; Nordling 2018; Nordling & Rissanen 2020). Analyysi eteni pääpiirteittäin seuraavin vaihein: 1) aineistoon tutustuminen, 2) valikoitujen aineisto-otteiden poiminta tarkemman analyysin kohteeksi, 3) aineisto-otteiden sisällön pelkistäminen, luokittelu ja järjestäminen (ks. taulukko 1), 5) tulosten tulkinta sekä 6) johtopäätösten tekeminen tuloksia aiempaan tutkimukseen peilaten.

Tuloksina esitetään kuvaus eDepressiokoulun aikaisen toipumisen sisällöistä sekä eDepressiokoulun keskeisten elementtien merkityksestä toipumisessa. Tulosten lomas- sa esitetään anonymisoituja aineisto-otteita,

Taulukko 1. Analyysin tulokset tiivistettynä.

E-DEPRESSIOKOULU JA TOIPUMISEN ULOTTUVUUDET	E-DEPRESSIOKOULUN ELEMENTIT JA TOIPUMINEN
<p><b>identiteetin vahvistuminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- minäkäsitys</li> <li>- itsetunto</li> <li>- rohkaistuminen</li> </ul> <p><b>uuden oppiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tiedon saanti</li> <li>- itsetiedostus ja elämänhallintataidot</li> <li>- rentoutuminen</li> <li>- teknologiset taidot ja -asenteet</li> </ul> <p><b>toiminnan muutos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sosiaaliset suhteet</li> <li>- eri toimintaympäristöt</li> <li>- aktiivisuus</li> </ul> <p><b>tulevaisuuden pohtiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tulevaisuuden suunnitelmat</li> <li>- toiveikkaus</li> </ul>	<p><b>teknologiavälitteisyyden haasteet ja edut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekniset haasteet</li> <li>- vuorovaikutuksen muutos</li> <li>- parempi palvelusaatavuus</li> <li>- asiakasymmärryksen lisääntyminen</li> </ul> <p><b>ryhmäohjaajien merkityksellisyys</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asiantuntijatieto</li> <li>- ammattilaisten tuki</li> <li>- ryhmän hallinta</li> <li>- tavoitteellinen toiminta</li> </ul> <p><b>ryhmämuotoisuus vertaistuen mahdollistajana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kokemusten jakaminen</li> <li>- muilta oppiminen</li> <li>- koettu vaikuttavuus</li> </ul> <p><b>työkirja osana struktuuria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tietoa</li> <li>- tuki tavoitteelliselle prosessille</li> <li>- arkea tukevat tehtävät</li> </ul>

joissa tutkimukseen osallistuneet asiakkaat on identifioitu koodein A1–A3 ja ammattilaiset T1–T3.

## Tulokset

### *eDepressiokoulun heijastuminen toipumiseen*

Asiakkaat kertoivat eDepressiokouluun osallistumisen myötä käsityksensä itsestä, omasta arvosta ja kyvyistä vahvistuneen, uskalluksensa ja varmuutensa lisääntyneen, häpeän tunteensa vähentyneen sekä itsetuntonsa parantuneen. Lisäksi kerrottiin viireystason nousemisesta sekä jaksamisen ja itsestä huolehtimisen parantumisesta. Toipumisen kuvattiin käynnistyneen jo aiemmin, mutta eDepressiokoulu oli vahvistanut toipumista. Aiemmin apua oli haettu esimerkiksi lääkityksestä, sairaalahoidosta, omahoitajalta tai yksilöterapiasta.

*”Siinähan oli tosi iso muutos, itelle tuli, koska no ensinäkin ne BDI pisteetki laski ihan tosi paljo ja sitte ehkä jotenki tuli enempi semmosta uskallusta itelleki ja sit ehkä itsetunto jotenki nous ja oli varmempi olo --.” (A1)*

eDepressiokoulussa opittujen tietojen ja taitojen koettiin tukevan masennuksen hallintaa. Asiakkaille oli tarjottu tietoa masennuksesta sekä siitä, mistä apua voi tarvittaessa hakea. Uusien taitojen oppimisen tavoitteena oli sairauden hallinta ennaltaehkäisevästi siten, ettei masennus uusiudu tai etteivät oireet pahene. Taitojen kautta ajateltiin voitavan jatkossa toimia toisin asioissa, jotka aiheuttavat masennusta. Myös itsetuntemuksen ja -tiedostamisen taitoja oli opittu, harjoiteltu rentoutumista sekä opeteltu henkilökohtaisessa- ja työelämässä tarvittavia rajaamisen taitoja. Osa asiakkaista koki myös teknologisten taitojensa kehittyneen ja sähköisiin palveluihin suhtautumisensa muuttuneen myönteisemmäksi.

*”Vähäisempi tarve kontrolloida ja suorittaa, työelämään kykyä asettaa rajoja.” (A3)*

*”Kyllä minä voisin nettihomman tämmösen käyä uudestaan tai tämän tyylisiä. -- Ei oo ehkä semmosia peikkoja enää ne Skypet, Teams ja näin.” (A1)*

eDepressiokoulussa oli kiinnitetty huomiota perhe- ja muihin sosiaalisiin suhteisiin myönteistä ajattelua painottaen. Toimintaa ohjattiin suuntaamaan itselle mieluisiin asioihin. Myös asiakkaiden erilaiset toimintaympäristöt, kuten suhde työelämään, huomioitiin.

*”Ni sehän on ollu tuo työelämä sellanen tosi iso mörkö mulle, koska minä oon pelännyt sinne töihin lähtöä. -- Minun vain täytyy tehdä se työ tässä, et minä paranen ja pääsen takasin työelämään ja näin. Ehkä semmonen on nyt tullu.” (A1)*

Ammattilaiset kuvasivat asiakkaiden tilanteissa tapahtuneita muutoksia toiminnan muutoksina, jotka olivat seurausta eDepressiokoulun aikaisesta rohkaistumisesta. Interventioon osallistuminen oli esimerkiksi motivoinut kertomaan masennuksesta työkavereille. Ammattilaiset olivat tunnistaneeet myönteisiä muutoksia myös asiakkaiden elämänhallinnassa, sosiaalisissa suhteissa ja aktiivisuudessa.

*”Myös selkeyttä päivärytmiin, oman ajan hallintaan, liikuntaan, oman mielialan hallintaa, faktatietoa sairaudesta. -- Ovat aktiivisempia, sosiaalisempia, käyttävät aikansa ’omasta mielestään järkevämmin’. -- Ymmärtävät paremmin itseään, masennusta, löytävät uusia keinoja hallita itseään, huomaavat miten oma tekeminen vaikuttaa olotilaan. -- Suurin osa löytää ja ymmärtää tekemisen vaikutuksen mielialaan, kaikki ei ole seurallisia, mutta ne jotka haluaa olla saavat siihen rohkeutta -- Työttömillä harrastukset lisääntyneet, ainakin kertoneet niin.” (T3)*

eDepressiokouluun sisältyvää tulevaisuuden pohdintaa eivät kaikki asiakkaat olleet kokeneeet helppona, mutta myönteisiä tulevaisuuden näkymiä kerrottiin löytyneen, kun niitä keskittyi ohjatusti pohtimaan. Tulevaisuuden

suunnitelmat eriytyivät elämäntilanteittain: nuorempi asiakas oli ryhtynyt pohtimaan työllistymistä ja perheen perustamista, kun varttuneempi toivoi tasaista arkea elämässä kohdattujen monien muutosten jälkeen. Myönteisenä näyttäytyvä tulevaisuus vahvisti toiveikkuutta. Ammatillaiset mielsivät tulevaisuuden pohtimisen selkeyttävän asiakkaille heidän tilanteitaan ja tarjoavan mahdollisuuden tunnistaa toiminnassaan paitsi positiivisia muutoksia, myös mahdollisia haitallisia toimintamalleja. Tulevaisuuden pohdinnoissa oli korostettu pienten, saavutettavissa olevien asioiden merkitystä.

### *eDepressiokoulun elementtien merkitys toipumisessa*

eDepressiokoulu poikkeaa perinteisestä depressiokoulusta teknologiavälitteisyytensä vuoksi. Asiakkaiden aiemmat kokemukset etäyhteyksistä olivat eriytyviä. Osaa ajatus tuntemattomille ihmisille omista asioista verkossa puhumisesta oli ensin oudoksuttanut. Toisaalta etäryhmän koettiin tarjonneen kaivatun anonyymimmän osallistumismuodon. Pitkien välimatkojen alueella etäosallistuminen oli voinut olla ainut vaihtoehto palvelun saamiseksi.

*”Matala kynnyksen lähteä siihen, ku sen pysty tekemään kotoa, ja näin etäyhteyden kautta ku täälläki on kuitenkin välimatkat pitkät niin, helpompi oli tehdä näin.” (A2)*

Osallistuminen oli saattanut aluksi jännittää myös omien teknisten taitojen näkökulmasta. eDepressiokoulun tekniseen toteutukseen liittyvien ohjeiden saaminen koettiin tärkeäksi. Toisaalta osalla asiakkaista oli aiempaa kokemusta videoneuvottelusovellusten käytöstä työn, muun etäpalvelun tai vapaa-ajan kautta. Ammatillaiset arvelivat myös koronapandemian tehneen etäyhteyksivälineitä tutummiksi. Erityisesti ensimmäisessä pilotissa kerrottiin olleen teknisiä ongelmia, mutta asiakkaat eivät kokeneet ongelmia ylitsepääsemättömiksi.

*”Se yks kerta oli se, ettei ollenkaa pystynyt puhumaan, mutta sitte -- ku kävi*

*pois siinä, sitte se ongelma lähti pois. -- Kuitenki pysty kuuntelemaan ja sitte kirjottamaan, nii ei se sillä lailla oo mitenkää semmonen ylitsepääsemätön ongelma, että en ainakaan ite kokenu. -- alkuvaikeuksia oli, mutta hyvin loppujen lopuksi itellä ainaki toimi.” (A1)*

Ammatillaiset kertoivat pyrkineensä etsimään ratkaisuja esille tulleisiin teknisiin ongelmiin mutta korostivat toimivien välineiden, teknologian ja riittävän opastuksen merkitystä ryhmäintervention optimaalisen onnistumisen näkökulmasta.

*”Kyl mä ainakin ajattelen, että jos tipahdeltis langoilta niin voisko tulla semmonen olo jotenkin että. Tai että ryhmäytyykö siinä niin hyvin jotenkin et --” (T1)*

*”Laitteistoa voisi olla järjestäjällä antaa kurssilaisten käyttöön (lainaan läppäri), joillakin tosi huonot laitteet joko kuva tai ääni huono, osa roikkuu mukana kännykällä -- Jotain helppoja käytön oppaita osallistujille voisi kehittää. Kaikille ei tietokoneet ole vielääkään tuttuja, varsinkin vanhemmille.” (T3)*

Ammatillaiset tunnistivat teknologiavälitteisyyden tuovan depressiokoulun toteuttamiseen myös uusia etuja. Asiakkaiden matalan kynnyksen osallistumisen lisäksi ammatillaiset kertoivat oman ymmärryksensä asiakkaan arjesta lisääntyneen, kun asiakas osallistui interventioon kotoa käsin kameran välityksellä. Videoneuvotteluteknologian kerrottiin auttaneen myös ryhmätoiminnan hallinnassa, kuten nimien muistamisessa ja puheenvuorojen jakamisessa.

*”-- sit alko huomaamaan sen etuja. Verrattuna ehkä siihen, että ois istuttu pöydän ääressä. -- että, jotenkin ne ihmiset siellä kotiympäristössä vaikuttaa. Tai et ne tuli mulle sitten silleen, että hetkinen tässähan tulee hirveesti lisäelementtejä verrattuna siihen, kun me tavataan potilasta täällä tämmösessä hoitoympäristössä -- että tähän [videoneuvotteluyhteys] tuo tähän tosi paljon lisää -- silloin kun*

*ihminen on kotiympäristössä niin sillä voi olla joku lisämerkitys.” (T2)*

Ammattilaiset korostivat teknologiavälitteisen vuorovaikutuksen poikkeavan perinteisestä. Asiakkaille oli suositeltu kameran päällä pitämistä mutta annettu mahdollisuus osallistua myös ilman kameraa. Asiakkaille tämä antoi mahdollisuuden etääntyä, mutta haastoi ryhmäohjaajaa vuorovaikutuksen näkökulmasta.

*”Mut tietysti ohjaajana jos ajattelen niin sehän on haastavaa sitten että me ei nähdä sitä non-verbaalista viestintää. Me ei nähdä niitä mikroilmeitä eikä, katseita eikä tällasia. -- Tää on mun mielestä yks semmonen asia joka pitäis kans huomioida.” (T1)*

Ryhmäohjaajilla oli ollut asiakkaille suuri merkitys. Pilottien ohjaajat koettiin ammattitaitoisiksi, empaattisiksi, helposti lähestyttäviksi ja asiakkaista kiinnostuneiksi. Ohjaajien kerrottiin huolehtineen, että kaikki pääsevät ryhmässä ääneen. Ammatilaiset luonnehtivat omaa rooliaan eDepressiokoulussa mentoreina, valmentajina ja tiedon välittäjinä sekä korostivat aktiivisen läsnäolon ja depressiokouluun liittyvän struktuurin ylläpitämisen merkitystä. Ammatilaiden sitoutumisen koettiin vahvistavan asiakkaiden sitoutumista. Myös ammatilaiset kokivat saaneensa itselleen eDepressiokoulusta ja koulun toimineen ammatilaisellekin reflektion paikkana. eDepressiokoulua ohjasi kaksi ryhmäohjaajaa. Ammatilaiset pitivät toisiltaan saamaansa tukea merkityksellisenä<sup>3</sup>. Kahden ryhmäohjaajan koettiin myös tarjoavan asiakkaille enemmän sisältöä.

Ammattilaiset kuvasivat pilottien ryhmäytymisprosesseja sujuviksi, vaikka ryhmäytyminen etäyhteyksin toimittaessa oli osaa ensin epäilyttänytkin. Onnistuneen ryhmäytymisen koettiin heijastuvan myönteisesti ammatilaiden rooliin sitä vähitellen keventäen. Myös asiakkaat kuvasivat ryhmässä toimimisen vähitellen kehittyneen

ja alun jännityksen helpottaneen. Toisaalta ryhmämuotoisuuden koettiin asettavan osallistujille ja heidän sosiaalisille taidoilleen vaatimuksia.

Onnistuneen ryhmäytymisen myötä vertaistuki pääsi realisoitumaan. Asiakkaat kertoivat ryhmässä jaettujen kokemusten kautta ymmärtäneensä, etteivät he ole tilanteensa kanssa yksin. Vertaistuen kautta masennuksesta tuli ”normaalimpi” osa elämää. Ryhmässä muun muassa jaettiin kokemuksia haastavissa tilanteissa toimimisesta sekä saatiin vertaistietoa palveluista. Eri näkökulmat auttoivat löytämään uusia mahdollisuuksia.

*”Ja kyllä se oli semmosta voimaannuttavaa. -- kun toiset sanotti aivan täysin samoja asioita, niin se oli jotenkin aivan semmonen jysäys että -- vautsi että tää onkin tämmönen isompi juttu, kokonaisuus et ei se ookaan vaan minussa vika. -- se oli tosi opettavaista kuulla, toisten kokemuksia ja elämää --. Että ne omatkin ongelmat sai vähän, tietyt asiat sitten vähän uuen mittasuhteenkin.” (A3)*

Myös ammatilaiset korostivat eDepressiokoulussa saadun vertaistuen merkitystä. Vertaisten kanssa kokemusten jakamista pidettiin toivoa lisäävänä ja vaikuttavampana toimintamuotona verrattuna yksinomaan ammatilaiden jakamaan tietoon.

*”Mä ajattelen ite hoitajana että se hoitaminen tommosessa ryhmässä saattaa olla hoitomuotona vähän vaikuttavampaa, kun ne näkee että -- sillä on enemmän painoarvoa kun siellä on joku joka on oikeesti sen todella kokenut -- se tulee tavallaan sitten vähän semmosesta, kansan suusta se sama psykoedukaatio -- kasvoilla ihmiset kertoo, vaikka jos on hyötynyt masennuslääkityksestä toiselle niin se on tosi arvokasta tietoa, ja ehkä rohkasee muitakin kokeileen.” (T2)*

eDepressiokoulupilotteihin tultiin erilaisista elämäntilanteista. Asiakkaat kuvasivat saaneensa heterogeenisessa ryhmässä laajaa näkemystä selviytymisen mahdollisuuksista. Erilaisiin ihmisiin kohdistuneiden ennako-

<sup>3</sup> Toinen esimerkiksi varmisti ryhmäläisten linjoilla pysymisen sillä aikaa, kun toinen ohjasi toimintaa.

luulojen kuvattiin myös karisseen. Yhdistävänä tekijänä toimi masennuksen kokeminen. Myös ammattilaiset pitivät erilaisuutta rikkautena ja kertoivat lisäksi korostaneensa asiakkaiden ja ryhmäohjaajien tasavertaisuutta.

*”Ei se ikkää kato ja ammattia kato, että kuka sairastuu.” (A1)*

eDepressiokouluun kuuluvaa teoreettisia tekstejä ja tehtäviä sisältävää työkirjaa asiakkaat pitivät monipuolisena ja tehtäviä omaa tilannetta uusista näkökulmista avaavina. Työkirjan avulla omaa vointia pystyi seuraamaan sekä omia tuntemuksia ja ajatuksia kirjaamaan. Työkirjaa pidettiin uutta tietoa tuovana ja aiempaa tukea täydentävänä. Tehtäviä kuvattiin havainnollistaviksi ja arkeen struktuuria tuoviksi. Työkirja tuki myönteistä ajattelua, sillä työkirjaan myös kirjattiin hyviä asioita itsestä sekä asioita, jotka tekivät onnelliseksi. Kirjan kotitehtävät toimivat kimmokkeena ryhmäkeskusteluille.

Toisaalta kaikkien tehtävien ei koettu sopivan omaan tilanteeseen esimerkiksi silloin, jos toipuminen oli edennyt jo pitkälle. Tehtävistä koettiin olleen enemmän hyötyä kuin haittaa, mutta niitä kerrottiin tehdyn vaihtelevalla aktiivisuudella. Ryhmässä käydyt vertaiskeskustelut koettiin työkirjan tehtäviä merkityksellisemmiksi. Myös ammattilaiset kokivat keskustelut tärkeänä osana toipumisen tukemista mutta korostivat depressiokoulun strukturoidun rakenteen merkitystä. Työkirja toimi struktuurin tukena ja edisti opittujen asioiden jokapäiväiseen arkeen viemistä.

*”Ne tehtävät on sillai minusta tärkeitä koska, ihmistenhän pitää ite tehdä se työ ja ne muutokset siellä arjessa niin niillä tehtävillähän pyritään siihen että ne lähtee toteutmaan niitä, ja tarkastelemaan omia toimintamalleja ja omaa mielialaa ja muuta -- ” (T2)*

Toisaalta myös ammattilaiset kokivat osan tehtävistä vanhentuneiksi ja kertoivat tehneensä valintaa sen suhteen, mitä niistä ottavat käyttöön. Kaikkien tehtävien ei koettu

soveltuvan teknologiavälitteiseen eDepressiokouluun. Struktuurin osalta ammattilaiset kertoivat edenneensä tarvittaessa joustavasti. Asiakkaiden kokemukset ja ajatukset oli haluttu kuunnella kiirehtimättä, ja tarvittaessa asiakkaita ohjattiin enemmän työkirjan itsenäiseen hyödyntämiseen.

## **Pohdinta**

Kahta pilottikokeilua koskevien kokemusten perusteella teknologiavälitteinen eDepressiokoulu on lupaava interventio masennuksesta toipumisen tukemisessa. eDepressiokoulun koettiin vahvistavan identiteettiä, tarjoavan uutta tietoa ja uusia taitoja, rohkaisua ja vertaistukea sekä vahvistavan myönteistä ajattelua ja toiveikkautta. Tulokset mukailivat perinteistä depressiokoulua koskevia tutkimustuloksia (esim. Cujbers 1998; Niemi 2007; Cujbers ym. 2009; Garvik ym. 2013). Toisaalta pilottikokeiluissa osallistujien heterogeenisyys nähtiin voimavarana, depressiokoulun struktuuriin suhtauduttiin verrattain joustavasti (vrt. Niemi 2007) ja ryhmäohjajia pidettiin hyvin merkityksellisinä (vrt. Cujbers 1998).

eDepressiokoulun aikaiset toipumisprosessit heijastuivat laaja-alaisesti osallistujien ajatteluun ja toimintaan (ks. Nordling 2018; Nordling & Rissanen 2020) sekä yhteisöissä ja arjessa toipumiseen (ks. Raitakari ym. 2018). eDepressiokoulu näyttää vastaavan myös niihin palvelujärjestelmän ongelmiin, joiden on tunnistettu heijastuvan kielteisesti masennuksesta toipumiseen, kuten puutteisiin vertaistuessa, masennusta ja palveluja koskevassa tiedossa, itsehoito-ohjeissa ja käytännöllisen avun saamisessa (Romakkaniemi 2011, 161). Myös eDepressiokoulun kestolla ja intensiivisyydellä on oma merkityksensä toipumisessa; kymmenen viikoittaisen ”oppitunnin” aikana ehtii muodostaa luottamuksellisia suhteita sekä ammattilaisten että ryhmäläisten kanssa, mikä tarjoaa hyvän mahdollisuuden oman tilanteen reflektointiin ja hyväksytyksi tulemisen kokemukseen (ks. Romakkaniemi 2011).

Pilottikokeiluista saatujen kokemusten perusteella depressiokoulu on toteutettavissa etäyhteyksin. Osa asiakkaista koki myös

teknologisten taitojensa parantuneen sekä suhtautumisensa etäpalveluihin muuttuneen myönteisemmäksi. Myös osa ammattilaisista kuvasi teknologiavälitteisiin palveluihin kohdistuneiden ennakkoluulojensa kariseen havaittuaan eDepressiokoulussa etuja perinteisiin toimintatapoihin verrattuna. Tilannekuvan asiakkaan arjesta kuvattiin täydentyvän, kun asiakas osallistui kotoaan kameran välityksellä, mikä vahvistaa arjesta toipumista (ks. Raitakari ym. 2018). Depressiokoulu tarjosi mahdollisuuden palveluun myös tilanteissa, joissa pitkien välimatkojen tai vallinneen COVID-19-pandemian vuoksi olisi muutoin jääty ilman palvelua (myös Chiauzzi ym. 2020). Ryhmämuotoinen ja teknologiavälitteinen eDepressiokoulu voi olla merkityksellinen myös kustannustehokkuuden näkökulmasta. Esiin nousseet haasteet liittyivät teknologiaan ja vuorovaihtuuden muutokseen. Lisäksi työkirjan sisältöä ehdotettiin tarkistettavaksi ja kirjaan sisällytettäväksi myös etäyhteysvaihtoehdon huomioivia tehtäviä.

Aineisto kerättiin yhden sairaanhoitopiirin pilottikokeiluista. Aineisto jäi asiakkaiden osalta toivottua pienemmäksi, ja on mahdollista, että tutkimukseen osallistuivat interventioon erityisen myönteisesti suhtautuneet ja muita vakaammassa tilanteessa olevat asiakkaat. Depressiokoulun onkin todettu sopivan paremmin lievää masennusta kokeville (esim. Allart-van Dam ym. 2007; Niemi 2007). Aineiston vahvuuksiin kuuluu sen kiinnittyminen todellisiin hoito- ja kuntoutusprosesseihin. Lisäksi asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset olivat hyvin saman suuntaisia. Lupaavat tulokset toimivat kannustimena jatkaa eDepressiokoulupiloteista kohti rutiinikäytäntöjä. Tutkimuksellinen arviointi on hyvä pitää myös jatkossa mukana.

## Tiivistelmä

Tutkimuksessa tarkasteltiin teknologiavälitteisesti videoneuvottelusovelluksella toteutettavaa ryhmäinterventiota, eDepressiokoulua, masennuksesta toipumisen näkökulmasta. Masennus on kokonaisvaltainen ilmiö sosiaalisine kytkentöineen. Laaja-alainen toipuminen on identiteettiä, osallisuuteen ja yhteiskunnalliseen asemaan heijastuva muutosprosessi, jonka tavoitteena on toipujan hyväksi kokemaa arki.

Tapausesimerkkinä toimivat yhdessä sairaanhoitopiirissä toteutetut kaksi eDepressiokoulupilottia. Tutkimuksessa kysyttiin, miten eDepressiokoulu heijastuu toipumiseen ja millainen merkitys eDepressiokoulun eri elementeillä, kuten teknologiavälitteisyydellä, ryhmämuotoisuudella ja strukturoidulla rakenteella, on toipumisessa. Asiakkaiden ja työntekijöiden haastatteluin ja kirjallisesti tuottama kokemuksellinen tutkimusaineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella eDepressiokoulu on lupaava interventio masennuksesta toipumisen tukemisessa. Perinteisen depressiokoulun tavoin eDepressiokoulu vahvistaa identiteettiä, tarjoaa uutta tietoa ja uusia taitoja, rohkaisua ja vertaistukea sekä vahvistaa myönteistä ajattelua ja toiveikkautta. Osa asiakkaista koki myös teknologisten taitojensa parantuneen sekä suhtautumisensa etäpalveluihin muuttuneen myönteisemmäksi. Myös osa ammattilaisista kuvasi ennakkoluulojensa kariseen havaittuaan eDepressiokoulussa etuja. eDepressiokoulun koettiin tarjoavan mahdollisuuden matalankynnyksen palveluun tilanteissa, joissa pitkien välimatkojen tai vallinneen koronapandemian vuoksi olisi muutoin jääty ilman palvelua. Tilannekuvan asiakkaan arjesta koettiin täydentyvän asiakkaiden kotoa käsin kameran välityksellä osallistuessa. Teknologiavälitteinen eDepressiokoulu tukee arjesta toipumista.

*Avainsanat:* depressiokoulu, etäkuntoutus, masennus, toipuminen

**Tulosten merkitys:** Sähköisten mielen-terveyspalveluiden tarve on kasvanut. Kahta pilottikokeilua koskevien asiakkaiden ja ammattilaisten kokemusten perusteella teknologiavälitteinen videoneuvottelusovelluksella toteutettu eDepressiokoulu on lupaava interventio masennuksesta toipumisen tukemisessa. Tulokset rohkaisevat jatkamaan eDepressiokoulua mielenterveystyön käytännöissä.

*Tutkimus on tehty osana Euroopan sosiaalirahaston tukemaa Recovery toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanketta. Kiitän tutkimukseen osallistuneita.*

**Mari Kivistö, YTT, yliopistonlehtori,  
Lapin yliopisto**

## Lähteet

- Allart-van Damn E, Hosman C M, Hoogduin CA, Schaap C P (2007) Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow up effects on the “coping with depression” course. *Journal of Affective Disorders* 97, 1–3, 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.020>
- Andersson G, Titov N (2019) Advantages and limitations of internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry* 13, 1, 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Andrews G, Cuijpers P, Graskie MG, McEvoy P, Titov N (2010) Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLOS ONE* 5, 10, 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Anthony WA (1993) Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 4, 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Berryhill MB, Culmer N, Williams N, Halli-Tierney A, Betancourt A, Roberts H, King M (2019) Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemedicine and eHealth* 25, 6, 435–446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>
- Best P, McConnell T, Davidson G, Badham J, Neill Ruth D (2019) Group based video-conferencing for adults with depression: findings from a user-led qualitative data analysis using participatory theme elicitation. *Research Involvement and Engagement* 40, 5. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0173-z>
- Chiauzzi E, Clayton A, Huh-Joo J (2020) Videoconferencing-based telemental health: Important questions for the COVID-19 era from clinical and patient-centered perspectives. *JMIR Mental Health* 7, 12, e24021. <https://doi.org/10.2196/24021>
- Cujbers P (1998) A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn’s “Coping with depression” course. *Behavior Therapy* 29, 3, 521–533. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80047-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80047-6)
- Cujbers P, Munoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM (2009) Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clinical Psychological Review* 29, 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.005>
- Cujbers P, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD (2020) The effect of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: a meta-analytic review. *Psychotherapy Research* 30, 3, 279–293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
- Garvik M, Idsoe T, Bru E (2013) Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course. *Emotional and Behavioral Difficulties* 19, 2, 195–209. <https://doi.org/10.1080/13632752.2013.840959>
- Kampman M, Solantaus T, Karlsson L, Marttunen M (2011) Lasten ja nuorten sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen ja masennuksen ennaltaehkäisy koulussa. Teoksessa J Moring, A Martins, A Partanen, V Bergman, E Nordling, V Nevalainen (toim.) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 6*, Helsinki, 81–89.
- Kivistö M (2020) Sähköiset mielenterveyspalvelut toipumisen näkökulmasta. *Integroiva kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus* 43, 3, 34–50.
- Koffert T, Kuusi K (2018) Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. *Työkirja. Suomen Mielenterveysseura ry*.
- Lewinsohn PM, Steinmetz JM, Antonuzzio D, Teri L (1984) Group therapy for depression: The coping with depression course. *International Journal of Mental Health* 13, 3–4, 8–33. <https://doi.org/10.1080/00207411.1984.11448974>
- Markkula N, Suvisaari J (2017) Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *Duodecim* 133, 3, 275–282.
- Niemi H (2007) Depressio-koulu työmenetelmän arviointiselvitys. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä menetelmästä Lapin sairaanhoitopiirin alueella. *Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja Lapin sairaanhoitopiiri*.
- Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim* 134, 15, 1476–1483.
- Nordling E, Rissanen P (2020) Mielenterveystyö uudistuu- toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 40*, Helsinki.
- Raitakari S, Holmberg S, Juhila K, Räsänen JM (2018) Constructing the elements of the “Recovery in” model through positive assessments during mental health home visits. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, 7. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071441>
- Romakkaniemi M (2011) Masennus. *Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Acta Universitatis Lapponiensis* 209. Lapin yliopistokustannus LUP, Rovaniemi.
- Salminen AL, S Hiekkala, JH Stenberg (toim.) (2016)



- Etäkuntoutus. Kelan tutkimuksia, Juvenes Print, Tampere, 63–84.
- Stenberg JH (2016) Psykoterapia ja siihen liittyvät etähoito- ja etäkuntoutusmenetelmät. Teoksessa AL Salminen, S Hiekkala, JH Stenberg (toim.) Etäkuntoutus. Kelan tutkimuksia, Juvenes Print, Tampere, 63–83.
- Stenberg JH, Blanco Sequieros S, Holi M, Kampman O, Kiesepää T ym. (2016) Mielenterveyttä etänä? Suomen lääkärilehti 71, 35, 2106–2011.
- Titov N, Staples L, Kayrouz R, Cross S, Karin E, Dear B, Nielsen O (2020) Rapid report: Early demand, profiles and concerns of mental health users during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Internet Interv.* 21. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100327>
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. HTK\_ohje\_2012.pdf (tenk.fi)
- Vuononvirta T (2011) Etäkuntoutus Suomessa. Teoksessa Salminen AL, S Hiekkala, JH Stenberg (toim.) Etäkuntoutus. Kelan tutkimuksia, Juvenes Print, Tampere, 19–26.
- World Health Organization (2020) Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> Luettu 24.3.2021

# PÄIHDEPALVELUJEN TARJONNASSA SUURIA EROJA KUNTIEN VÄLILLÄ

---

## Johdanto

Päihteitä käyttävällä tai päihderiippuvaisella henkilöllä on päihdehuoltolain mukaan oikeus saada hoitoa ja kuntoutusta sairautensa ja ongelmiinsa. Lainsäädännöstä tulee myös velvoite, jonka mukaan kunnalla on velvollisuus kehittää sosiaali- ja terveyspalveluja vastaamaan päihteidenkäyttäjien tarpeisiin. Palvelujen tulisi lain mukaan olla joustavia ja monipuolisia. (L 41/1986 § 6 ja 7.) Kuitenkin yleisestä keskustelusta käy valitettavan usein ilmi, että päihderiippuvaisilla on vaikeuksia hoitoon pääsyssä. Lisäksi päihdepalvelujen järjestämisessä ja tarjonnassa on merkittäviä kuntakohtaisia eroja (esim. Uusikylä & Laine 2020).

Päihteiden käytön taustalla on moninaisia syitä, ja se altistaa erilaisille terveydellisille, taloudellisille ja sosiaalisille ongelmille. Päihderiippuvuus ja siihen kytkeytyvät sosiaaliset ongelmat aiheuttavat kärsimystä ja moninaisia haittoja sekä päihderiippuvaisille itselleen että heidän lähipiirilleen ja laajemmin koko yhteiskunnalle. Päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen merkitys, ja niiden tuottamat suorat ja epäsuorat kustannukset kuntien sote-menoille ovat huomattavat (Lavapuro ym. 2016, 134). Asian merkityksellisyyttä korostaa se, että päihde-

ongelmilla on taipumus siirtyä seuraaville sukupolville. Suomessa arviolta jopa 70 000 alle 18-vuotiasta elää perheessä, jossa vanhemmilla on päihdeongelmia. Päihdeperheissä varttuneilla lapsilla on kohonnut riski kokea aikuisiällä päihdeongelmia ja muita vaikeuksia, kun heitä verrataan muihin lapsiin. (Saari ym. 2020, 87–90.)

Tässä katsauksessa tarkastelemme kahden empiirisen aineiston avulla, millaisia eroja päihdepalveluissa on kuntien välillä. Laadullinen aineisto on kerätty vuonna 2014 lisensiaattityön ja väitöskirjan aineistoksi teemahaastattelemalla 32:ta päihdetyötä tekevää, eri koulutustaustoja edustavaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Haastatteluihin osallistuneet ammattilaiset työskentelivät yrityksissä, säätiöissä, julkisella sekä kolmannella sektorilla Etelä-Savossa, Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa. Laadullinen aineisto on analysoitu teoriasidonnaisen sisällönanalyysin avulla.

Haastatteluaineiston keruussa ja analyysissä on noudatettu yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Eri toimijoilta on haettu tarvittavat tutkimusluvut, ja haastateltavat ovat allekirjoittaneet tutkimusta koskevat suostumuslomakkeet. Heitä on in-

formoitu osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisen haastatteluprosessiin. Haastateltaville on kerrottu aineiston käyttötarkoituksesta, säilyttämisestä, jatkokäytön mahdollisuuksista ja omistussuhteista. Haastattelut on nauhoitettu ja litteroitu sanataarkasti. Tunnistettavat tiedot on anonymisoitu litterointivaiheessa. Aineistoa ei ole aiemmin analysoitu tähän tiedontarpeeseen.

Tilastoaineistona olemme käyttäneet kahta Sokra-hankkeen huono-osaisuusmittaria (ks. tarkemmin [www.diak.fi/eriarvoisuus](http://www.diak.fi/eriarvoisuus)) 295:stä Manner-Suomen kunnasta: päihdeiden vuoksi vuodeosastoilla hoidettuja asiakkaita ja päihdehuollon avopalveluiden asiakkuuksia. Näissä mittareissa on käytetty Sotkanet.fi-palvelusta löytyvien, vapaasti saatavilla olevien tilastojen 2016–2018 keskiarvoja vuosivaihtelujen minimoimiseksi ja suhteutettu ne mediaanikuntaan. Esimerkiksi vertailuarvo 100 kuvastaa Suomen keskitasoa, ja 120 tarkoittaa kahtakymmentä prosenttia keskitasoa enemmän. Kolmantena tarkasteltavana mittarina olemme käyttäneet Sotkanet.fi-palvelusta löytyviä päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaisia kustannuksia. Näissä euromääräisissä kustannuksissa on myös käytetty vuosien 2016–2018 keskiarvoa, mutta niitä ei ole mediaanisuhteutettu Sokra-hankkeen mittareiden tavoin.

## Määrällisen aineiston analyysi ja tulokset

Tilastoaineistolle tehtiin ensimmäisessä vaiheessa SPSS for Windows -analyysiohjelmistolla K-keskiarvon ryhmittelyanalyysi

(K-means cluster analysis), jolla ryhmitellään havaintoja mahdollisimman samankaltaisten muuttujien joukkoihin. Ryhmittelylle ei ole menetelmässä mitään tiettyä perustetta, vaan se tapahtuu aineiston perusteella. K-keskiarvon ryhmittelyanalyysissä havainnot ryhmitellään keskiarvoltaan mahdollisimman paljon poikkeaviin ryhmiin. Analyysissä testataan aineiston ryhmittelyä eri ryhmämäärillä, joista tutkija valitsee tarpeisiinsa parhaiten sopivan ratkaisun. (Met-sämuuronen 2008, 247–248, Meyers ym. 2013, 631.) Tässä tapauksessa neljän ryhmän malli tuotti parhaiten tulkittavan ratkaisun. Manner-Suomen 295 kunnasta muodostetut kuntaryhmät on nähtävissä taulukossa 1. Taulukon lukemat kuvastavat mittareiden keskiarvoja kussakin kuntaryhmässä.

Ykkösryhmän kuntien päihdepalveluissa painottuu vuodeosastohoito, ja avopalvelujen asiakasmäärät ovat niissä selvästi alhaisemmat Suomen keskitasoon nähden. Kakkosryhmän kunnissa on muita kuntia selvästi enemmän asiakkaita avopalveluissa, ja päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset ovat muita kuntia suuremmat. Kolmosryhmän kunnissa päihdepalvelujen käyttö on vähäisintä, ja nelosryhmässä josta-kuinkin keskitasoa; avopalveluiden asiakasmäärä korostuu jonkin verran.

Seuraavassa vaiheessa ryhmittelyanalyysin tuloksille tehtiin erotteluanalyysi (discriminant analysis) hyödyntäen erilaisia selittäviä taustamuuttujia. Erotteluanalyysillä taustamuuttujista luodaan funktio, joka parhaiten erottelee ryhmiä toisistaan. Tällöin saadaan tietoa siitä, mikä on luonteenomaista kullekin ryhmälle. (Jokivuori & Hietala

Taulukko 1. Ryhmittelyanalyysin tuottamat kuntaryhmät ja ryhmien mittarikeskiarvot; vertailuarvo 100 kuvastaa Suomen keskitasoa.

Kuntaryhmät (Yhteensä 295 kuntaa) <sup>1</sup>	Ryhmä 1 (72 kuntaa)	Ryhmä 2 (29 kuntaa)	Ryhmä 3 (106 kuntaa)	Ryhmä 4 (88 kuntaa)
Päihdeiden vuoksi vuodeosastoilla hoidetut (vertailuarvo) <sup>2</sup>	157,6	113,3	73	103,1
Päihdehuollon avopalveluiden asiakkaat (vertailuarvo) <sup>2</sup>	25,8	373,7	61,3	206,7
Päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset (€/asukas) <sup>3</sup>	15,4	35,6	15,8	24,4

<sup>1</sup> Ryhmittelymenetelmän k-keskiarvon ryhmittelyanalyysi (k-means cluster analysis)  
<sup>2</sup> Lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo mediaanisuhteutettuna (lisätietoa [www.diak.fi/eriarvoisuus](http://www.diak.fi/eriarvoisuus))  
<sup>3</sup> Lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo

Taulukko 2. Erotteluanalyysin tuottamat funktiot sekä funktioiden erottelupisteet.

Erotteluanalyysin funktiot <sup>1</sup>	1	2	3
Ominaisarvo	0,48	0,346	0,064
% varianssista	53,9	38,9	7,2
Kanoninen korrelaatio	0,57	0,507	0,246
Yksinasuvat <sup>2</sup>	,748*		
Syrjäisyyskerroin	,658*		
Asukasluvun muutos	-,613*		
Perheen keskikoko	-,377*		
Tilastollinen kuntaryhmitys		,703*	
Taajama-aste		,678*	
Väkiluku			-,435*
Funktioiden kuntaryhmittäiset <sup>3</sup> erottelupisteet	1	2	3
Ryhmä 1 <sup>4</sup>	0,864	-0,721	0,004
Ryhmä 2	0,497	0,921	0,625
Ryhmä 3	-0,851	-0,26	0,06
Ryhmä 4	0,154	0,599	-0,282

<sup>1</sup> Mitä suurempi erottelufunktion arvo taustamuuttujalla on, sitä merkittävämpi vaikutus sillä on kyseisessä funktiossa.  
<sup>2</sup> Erotteluanalyysissä oli mukana useita erilaisia kuntien rakennetta ja väestöä kuvastavia taustamuuttujia, joista analyysin myötä löytyi seitsemän parhaiten erottelevaa taustamuuttujaa.  
<sup>3</sup> Kuntaryhmit on muodostettu 295 Manner-Suomen kunnasta k-keskiarvon ryhmittelyanalyysillä (k-means cluster analysis) käyttämällä kolmea muuttujaa: päihneiden vuoksi vuodeosastoilla hoidetut (lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo mediaanisuhteutettuna), päihdehuollon avopalveluiden asiakkaat (lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo mediaanisuhteutettuna), päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset (lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo)  
<sup>4</sup> Mitä suurempi on erottelupisteen arvo, sitä suurempi vaikutus kunkin erottelufunktion muuttujilla on kullekin kuntaryhmälle.

2007, 119–232.) Erotteluanalyysissä oli mukana useita erilaisia, kuntien rakennetta ja väestöä kuvastavia taustamuuttujia, ja niistä käytettiin vuosien 2016–2018 keskiarvoa, mikäli se oli mahdollista.

Erotteluanalyysin tulokset ovat nähtävissä taulukossa 2. Usean taustamuuttujan joukko supistui seitsemään olennaisimpaan, jotka muodostivat kolme aineistoa selittävää erottelufunktiota. Näiden kolmen yhteenlaskettu selitysaste on sata prosenttia. Ensimmäinen funktio koostuu yksinasuvien osuudesta, kunnan syrjäisyyskertoimesta (ks. Lavapuro ym. 2016, 20–26), asukasluvun muutoksesta ja perheen keskikoosta. Toinen funktio koostuu tilastollisesta kuntaryhmästä ja taajama-asteesta. Kolmas funktio, jonka selitysaste on vähäinen eli vain alle kymmenen prosenttia, koostuu kunnan väkiluvusta.

Taulukon 2 jälkipuolisko kertoo siitä, mitkä erottelufunktiot kuvastavat parhaiten kutakin kuntaryhmää. Ykkösyhmän kuntia, joissa korostui päihdepalveluiden vuodeosastokeskeisyys, kuvastavat muita kuntia suurempi syrjäisyyskerroin, voimakkaasti vähenevä väestö, yksin asuvien korkea osuus ja muita kuntia jonkin verran pienempi perhekokoo. Lisäksi ne ovat maa-

seutumaisia kuntia, joilla on muita kuntia pienempi taajama-aste. Avopalvelupainotteisia kakkosryhmän kuntia kuvastavat kaupunkimaisuus ja muita kuntia suurempi taajama-aste. Kolmosryhmän kunnissa, joissa päihdepalvelujen käyttö on vähäisintä, on muita vähemmän yksinasuvia ja muihin kuntiin verrattuna suurempia perheitä, ja ne ovat ei-syrjäisiä kasvavan väestön kuntia. Nelosryhmän kunnissa on muita kuntia jonkin verran suurempi taajama-aste, ja ne ovat tilastollisessa kuntaryhmityksessä pääasiallisesti taajaan asuttuja kuntia.

Tilastoaineistojen analyysi tuotti siis kiinnostavan havainnon siitä, että syrjäisissä vähenevän väestön kunnissa, joissa on paljon yksin asuvia, korostuu päihdeasiakkuuksien hoito terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla. Toinen kiinnostava havainto, joka ei suoranaisesti liity palvelujen tarjontaan vaan niiden kysyntään, tulee ryhmästä kolme. Vähäisimmän päihdepalvelujen tarpeen kuntia kuvastaa yksinasuvien pieni osuus, ei-syrjäisyys, kasvava väestö ja muita kuntia suurempi perhekokoo. Erilaisissa kunnissa on erilainen palvelujen kysyntä ja tarjonta, eikä palvelujen tarjonta välttämättä vastaa kysyntää.

## Laadullisen aineiston analyysi ja tulokset

Laadullista aineistoa käsiteltiin teoriasidon-  
naisen sisällönanalyysin avulla. Analyysin  
ensimmäisessä vaiheessa aineistosta poimit-  
tiin kuvauksia ja tulkintoja kuntien tarjoa-  
mista päihdepalveluista. Kuvauksista oli jo  
ensimmäisessä vaiheessa havaittavissa päih-  
depalvelujen tarjonnan kuntakohtaiset erot.  
Seuraavassa vaiheessa työntekijöiden kerto-  
mia samankaltaisia kuvauksia ja tulkintoja  
yhdisteltiin ja ryhmiteltiin. Samalla tarkas-  
teltiin, oliko tulkinnoissa ammattiryhmä-  
kohtaisia tai organisaatioista johtuvia eroja.  
Analyysin viimeisessä vaiheessa yhdisteltiin  
kuntakohtaisten erojen selvittäviä tekijöitä.  
Näistä merkittävimmiksi tekijöiksi nousivat  
niukat resurssit, kunnan taloudellinen tilan-  
ne ja palvelujen priorisointi.

Laadullisen aineiston mukaan päihdepal-  
velujen kunnittaiset erot ovat merkittäviä.  
Tämä näkemys oli samankaltainen ammat-  
tiryhmästä ja organisaatiosta riippumatta.  
Työntekijät kuvailivat, kuinka pienemmissä  
kunnissa päihdetyötä tekevät ammattilaiset  
ovat harvemmin saatavilla ja palveluja tar-  
jotaan käytännössä terveyskeskuksen päi-  
vystyksessä ja vuodeosastolla. Pienemmissä  
kunnissa on kiertäviä päihdetyöntekijöitä,  
joita voi tavata muutaman viikon välein.  
Jos asiakkaalla on tiiviimmän tuen tarvet-  
ta, päihdetyöntekijällä ei ole mahdollisuut-  
ta vastata tarpeeseen. Itsehoitoryhmistä on  
haastateltujen mukaan puutetta, mikä voi  
haitata toipumista esimerkiksi asiakkaan  
palatessa kotiin päihdekuntoutusjaksonsa  
jälkeen. Vastaavasti isommilla paikkakun-  
nilla on työntekijöiden mukaan saatavilla  
monipuolisemmin päihdepalveluja, vertais-  
tukea ja itsehoitoryhmiä. Näillä paikkakun-  
nilla asiakkaat saavat maksusitoumuksen ja  
voivat valita palvelutarjonnasta, mihin pal-  
veluun haluavat kiinnittyä.

Päihdetyötä tekevät ammattilaiset tiedos-  
tivat haastatteluissa hyvin ihmisten päihde-  
palvelujen tarpeen ja lainsäädännöstä tulevat  
velvoitteet tarjota palveluja. Kuntien heikko  
taloudellinen tilanne nähtiin kuitenkin este-  
eksi palveluihin pääsyssä. Julkisen sektorin  
sosiaalityöntekijä kertoi, kuinka kunnassa on  
tarjolla katkaisuhoidon terveyskeskuksessa,

mutta päihdekuntoutuksesta hän puhuu vain  
niille, joiden oma talous on siinä kunnossa,  
että he pystyvät itse maksamaan päihdekun-  
tousjakson. Haastateltu työntekijä ei halua  
esittää asiakkailleen turhia toiveita sosiaali-  
ja terveydenhuollon maksamaan päihdekun-  
toutukseen pääsystä, sillä maksusitoumusta  
ei kuulemma monikaan saa, vaikka palve-  
lutarve täytyisi.

Raha nousi esiin myös hoidon ja kuntou-  
tuksen sisältöä ja pituutta määrittelevänä tek-  
ijänä. Työntekijät näkivät lyhyiden maksu-  
sitoumuksien olevan ristiriidassa sen osalta,  
millaista hoitoa ja tukea asiakkaat mones-  
sa tilanteessa todellisuudessa tarvitsisivat.  
Aiemmin hoito- ja kuntoutusjaksot olivat  
yli puolen vuoden mittaisia, mutta nykyisin  
suurin osa jaksoista on vain muutaman kuu-  
kauden pituisia, haastateltavat kertoivat.

*”On joutunut kipuilemaan sen kanssa,  
että tää asiakas kyllä kuntoutuu, jos sille  
annettaisiin vain aikaa, mutta kun ei ole  
rahaa antaa aikaa.” (Haastateltava)*

Asiakkaiden pitää työntekijöiden mukaan  
pystyä myös vakuuttamaan, että he sitoutu-  
vat päihdehoitoon, eikä hoitojakso tule ole-  
maan turha. Jos avuntarpeessa oleva joutuu  
vannomaan sitoutumistaan hoitoon, se voi  
nostaa monen asiakkaan kynnystä lähteä  
hakemaan apua. Sosiaali- ja terveyspalve-  
lujen perusluonteeseen kuitenkin kuuluu se,  
että niitä tarjotaan niille, jotka eivät itse ky-  
kene pitämään kiinni oikeuksistaan ja hake-  
maan tarvitsemiaan palveluja.

*”Jotenkin, että sun pitää hirveesti ikään  
kuin asiakkaana pystyä vakuuttamaan  
ja vähän niinku vannomaankin. Mä nyt  
olen ihan varmasti tosissaan ja mä ihan  
varmasti paranen, jos mä sinne pääsen.”  
(Haastateltava)*

Palvelujen priorisointi oli yksi selittävä tek-  
ijä, joka vaikuttaa kuntakohtaisiin eroihin.  
Työntekijät kertoivat, miten kuntalaisille  
ensin tarjotaan subjektiivisten oikeuksien  
myötä tulevat palvelut ja sitten katsotaan,  
jääkö rahaa muihin palvelutarpeisiin. Haas-  
tatteluissa nousivat esiin lastensuojelulliset

tarpeet, vammaisten ja kehitysvammaisten oikeudet sekä mielenterveyspalvelujen kysyntä. Nämä asiakasryhmät menevät priorisoinnissa edelle, ja niiden jälkeen tarkastellaan, mitä päihderiippuvaisille asiakkaille voidaan tarjota. Päihdeongelmista kärsivät asiakkaat eivät ole ensimmäisinä vaatimassa oikeuksiaan, mikä työntekijöiden mukaan helpottaa priorisointia.

## **Päihdepalveluihin panostaminen kannattaa**

Sekä tilastollinen että laadullinen aineisto vahvistavat kuntakohtaiset erot päihdepalvelujen toteutumisessa. Työntekijät tiedostavat lainsäädännöstä tulevat velvoitteet ja ymmärtävät asiakkaiden palvelu- ja erityistarpeita, sensitiivisen työn merkityksen ja päihdepalvelujen kehittämistarpeita mutta perustelevat nykytilaa paljolti talouden kautta. Pienissä kunnissa resurssit ovat niukat, eikä palveluja tarjota asiakkaille kustannussyihin vedoten. Asiakkaita voidaan myös tietoisesti ohjata sellaisiin palveluihin, jotka eivät vastaa heidän tarpeisiinsa. Voidaan-kin kysyä, määritteleekö palvelujen saannin kunnan resurssit vai asiakkaan palvelutarve?

Useissa tilanteissa ennalta ehkäisevä työ ja avohoidon palvelut ovat riittäviä, mutta lisäksi tarvitaan päihdehoidon ja -kuntoutuksen kehittämistyötä. Haastatteluaineisto paljastaa työntekijöiden huolen siitä, miten eri kuntien päihdepalvelujen erot vaikuttavat asiakkaiden hyvinvointiin ja kuntoutumiseen. Pienemmällä paikkakunnilla päihdepalvelut eivät ole riittäviä tarpeeseen nähden, mikä huolestuttaa päihdetyötä tekeviä työntekijöitä kautta linjan. Tulossa on monenlaisia muutoksia, mutta nähtäväksi jää, miten esimerkiksi kansallinen päihdestrategia ja sote-uudistus vaikuttavat päihdepalvelujen kehittämiseen. Tällä hetkellä eri kuntien päihdepalvelujen asiakkaat ovat toisiinsa nähden eriarvoisessa asemassa.

Kuntatalous on tiukilla, mutta panostamalla päihdepalveluihin kunnat voivat saada huomattavia säästöjä sosiaali- ja terveystieteissä (Rautiainen 2021). Alkoholinkäytön kustannukset julkiselle sektorille lähestyvät

miljardia euroa. Vaikka kustannukset ovat olleet laskusuunnassa 2010-luvulla, muiden päihdeiden, kuten huumeiden ja lääkkeiden, kustannukset ovat olleet nousussa. (Eronen ym. 2020, 91.) Asiaa tulee tarkastella pidemmällä aikavälillä. Kustannussäästöjä syntyy, kun ihmisten osallisuus ja hyvinvointi vahvistuvat ja sen myötä heidän tulevaisuudennäkymänsä kohenevat. Näin ollen päihdepalveluihin, jotka vastaavat asiakas- tarpeisiin, kannattaa panostaa.

**Tulosten merkitys:** Päihdepalvelujen kehittäminen ja yhtenäistäminen on edelleen tarpeen. Kuntakohtaiset erot päihdepalvelujen tarjonnassa ovat suuria, eivätkä pienissä kunnissa palvelut vastaa asiakas- tarpeisiin: lainsäädännöstä tulevat velvoitteet eivät näissä kunnissa täyty. Päihdepalveluihin kannattaa panostaa, mutta positiiviset tulokset ja ihmisten hyvinvoinnin vahvistuminen näkyvät vasta pidemmällä aikavälillä.

## **Tiivistelmä**

Lainsäädäntö velvoittaa kuntia tarjoamaan asiakkaiden tarpeita vastaavia päihdepalveluita. Tässä katsauksessa tuodaan esille, miten kuntien välillä on silti suuria eroja päihdepalvelujen tarjonnassa. Aineistona käytetään 32 päihdetyön ammattilaisen haastatteluja, sekä tilastollisia aineistoja. Haastatteluaineisto on analysoitu teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä, ja tilastoaineistot K-keskiarvon ryhmittelyanalyysillä sekä erotteluanalyysillä. Tilastoaineiston analyysit paljastavat, että etenkin syrjäisissä vähenevän väestön kunnissa painottuu päihdeasiakkuuksien vuodeosastohoito, ja päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärät ovat pieniä. Haastatteluaineisto tuo esille, että ammattilaiset tiedostavat lainsäädännön velvoitteet, mutta niukat resurssit ja taloudelliset syyt estävät tarvelähtöisten palvelujen tarjoamisen. Lainsäädännön

velvoitteet eivät siis täyty kaikkialla, ja on vaikea sanoa tuoko tulevaisuuskaan parannuksia tullessaan.

*Avainsanat:* päihdepalvelut, päihdetyö, kuntakohtaiset erot, eriarvoisuus

**Elina Pekonen, YTL, aluekoordinaattori,  
Sokra -hanke & Diakonia-ammattikorkeakoulu;  
jatko-opiskelija, Lapin yliopisto**

**Joakim Zitting, YTM, tutkija, Sokra -hanke &  
Diakonia-ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

- Eronen A, Hiilamo H, Ilmarinen K, Jokela M, Karjalainen P, Karvonen S, Kivipelto M, Koponen E, Leemann L, Londén P, Saikku P (2020) Sosiaalibarometri 2020. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.
- Jokivuori P, Hietala R (2007) Määrällisiä tarinoita – Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY, Helsinki.
- Lavapuro J, Ojanen T, Rautiainen P, Valtonen V (2016) Sivistykselliset ja sosiaaliset perusoikeudet syrjäkunnissa. Kunnallissalan kehittämissäätiö KAKS, Helsinki.
- L 41/1986. Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Metsämuuronen J (2008) Monimuuttujamenetelmien perusteet. International Methelp Ky, Helsinki.
- Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ (2013) Performing data analysis using IBM SPSS. John Wileys & Sons, Hoboken New Jersey.
- Rautiainen E (2021) Health service use, care costs, and associated care outcomes of patients with alcohol use disorder in North Karelia, Finland: A register-based study. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 606. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Saari J, Eskelinen N, Björklund L (2020) Raskas perintö – Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa. Gaudeamus, Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavana [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) Luettu 30.5.2017 & 15.4.2021
- Uusikylä P, Laine J (2020) Palvelulabyrintistä asiakkaan tarpeisiin – Suomalaisen päihdehuollon nykytilan systeminen tarkastelu. Myllyhoitoyhdistys, Helsinki.

# KAIKKI KEINOT KÄYTTÖÖN – HELPOTTAISIKO SUUALUEEN MOTORIIKAN PASSIIVINEN HARJOITTELU KORJAAMAAN SITKEITÄ ÄÄNEVIRHEITÄ?

---

## Johdanto

Äännevirheitä pidetään yleensä lievinä puhehäiriöinä, jotka korjaantuvat viimeistään ohjauksen avulla. Näin ei ole kuitenkaan kaikkien lasten kohdalla. Etenkin jos lapsella on suun alueella rakenteellisia tai sensomotorisia poikkeavuuksia, äännevirheiden korjaaminen voi olla uuvuttavaa ponnistelua, joka koettelee niin pienen harjoittelijan kuin myös kuntouttajan ja harjoittelijan kotiväenkin uskoa ja sisua. Tällöin mikä tahansa keino, joka antaa uutta puhtia harjoitteluun, otetaan innokkaasti vastaan riippumatta siitä, perustuuko harjoitusmenetelmän vaikuttavuus näyttöön vai onko uusi konsti pelkästään kuntouttajan kollegan kokemukseen pohjautuva vinkkaus.

Tässä esiteltävän kokeilumme innoittajana oli puheterapeutin ehdotus ottaa käyttöön 7-vuotiaalle lapselle FaceFormer (FF), koje, joka on kehitetty vähentämään kuorsaus- ta, uniapneaa ja hampaiden narskuttelua ja joka kojeen valmistajan mukaan vahvistaa suualueen ja kasvojen lihaksia. Lapsella on korjattu huuli- ja suulakihalkio, ja hän on ollut useita vuosia FF:ia ehdottaneen puheterapeutin kuntoutuksessa epäselvän puheen ja useiden äännevirheiden vuoksi.

## Halkiolapsen oraalimotoriikka

Suulakihalkio vaikuttaa monin tavoin lapsen kehitykseen. Äänteellisen kehityksen lisäksi halkio voi vaikuttaa lapsen syömisen, kuulon ja hampaiden kehitykseen (Flynn ym. 2009, Hardin-Jones & Chapman 2014, Kunnari & Savinainen-Makkonen 2012, 17–23). Suulakihalkio voi hidastaa artikulaation ja äänteellisen tietoisuuden kehitystä, mitkä puolestaan viivästyttävät puheen kehitystä (Chapman 1993, Hutter ym. 2001, Scherer ym. 2012). Halkiolapsille erityisesti konsonanttien tuottaminen on haasteellista. Lapsi saattaa tuottaa äänneitä poikkeavalla tavalla ja poikkeavassa paikassa (Hardin-Jones & Chapman 2014, Jones ym. 2003, Scherer ym. 2012). Suualueen aktivoinnista on todettu olevan apua halkiolasten äännevirheiden hoidossa (Haapanen 2003).

## Suun ja kasvojen alueen aktivointi

Lasten haasteellisten puhehäiriöiden hoidossa on käytetty jo vuosien ajan suun ja kasvojen alueen sensomotorista aktivointia eli orofakiaalista säätelyterapiaa. Hoidossa suuta ja kasvojen aluetta voidaan stimuloida kahdella tavalla: manuaalisesti tai suu-



hun asetettavan kojeen avulla. Manuaalisesti stimuloimalla on vahvistettu vauvojen imemistä (esim. Selley & Boxall 1986), tuettu pään asentoa ja nielemistä CP-lapsilla (Gisel ym. 2001, Gisel 2008) sekä parannettu suun, kielen ja huulien lihastonusta ja toimintaa Downin syndrooma -lapsilla (Carlstedt ym. 2003, Carlstedt ym. 2001, Hohoff & Ehmer 1999, Korbmacher ym. 2006, Schuster & Giese 2001). Aktivointia on käytetty menestyksekkäästi myös aikuisilla, joilla on ollut sitkeitä artikulaatio-ongelmia (Ray 2003), ja lapsilla, joilla on ollut avopurentaa ja joiden kielen asento ja liikkeet ovat tarvinneet harjoittamista (Van Dyck ym. 2016).

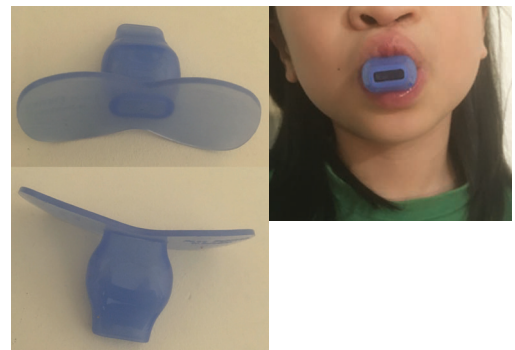
Suualuetta aktivoidaan myös kojeiden avulla. Suomessa pitkään käytetty laite on suun sisään asetettava niin sanottu ORA-koje (oraalimotorinen aktivaattori), joka muodostuu suulakilevystä ja siihen kiinnitetyistä aktivaattoreista (esim. helmiä, nystyjä tai renkaita). Aktivaattorit toimivat ikään kuin ohjaimina, jotka houkuttelevat kieltä liikkumaan (Haapanen 2003, Toivanen ym. 2013). ORA-kojeen käytön on osoitettu parantavaan suualueen motoriikkaa. Haapasen (2003) tutkimuksessa lähes kaikilla ORA-hoitoa saaneilla lapsilla (n = 36) oli vaikeuksia tuottaa ylähammasvallilla ääntyviä äänneitä (/r/, /s/, /l/, /d/), ja lisäksi kahdella kolmasosalla oli halkiotausta. Lapset käyttivät ORA-kojetta 0,5–1 tuntia päivässä 4–5 päivänä viikossa keskimäärin kolmen kuukauden ajan. Käytön jälkeen lähes kaikilla lapsilla (92 %) kielen motoriikka oli parantunut ja äännevirheissä oli tapahtunut korjautumista. Myös suulaen vajaatoiminnasta tai halkiosta kärsivät lapset hyötyivät kojeen käytöstä.

Toivasen ja kollegoiden (2013) tutkimukseen osallistuneilla lapsilla (n = 57) oli vaikea äännevirhe tai heidän kielensä motoriikka oli kömpelöä. Lapset käyttivät kojetta kotona päivittäin (2 x 20 min.) sekä puheterapiatilanteissa. Hoito kesti keskimäärin 5,7 kuukautta. Jakson loputtua suurimmalla osalla lapsista (70 %) puhe oli selkiytynyt ja lähes puolella myös kielen liikkeet tarkentuneet. Erityisesti hammasvallilla ääntyvien äänneiden tuottaminen parani. Vastaavallaisia tuloksia ORA-kojeen käytöstä saivat myös Koskimies, Pahkala ja Myllykangas

(2011). Heidän tutkimukseensa osallistuneilla lapsilla (n = 168) oli lieviä tai keskivaikeita äännevirheitä tai muita oraalimotoriikan ongelmia. Hoitoajan (keskimäärin 4,4 kk) jälkeen noin puolella lapsista artikulaatio ja kielen asento olivat parantuneet ja noin kolmasosalla huulisulku tiivistynyt. Erityisesti /r/:n ääntäminen tarkentui. Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa ainakin osa lapsista sai kojenhoidon aikana myös puheterapiaa. ORA-hoidon aikana annetulla puheterapialla ei ollut vaikutusta hoidon vasteeseen (Haapanen 2003).

Toisenlainen suualuetta stimuloiva laite on FF, jonka vaikutusmekanismi poikkeaa ORA-kojeen toimintaperiaatteesta. FF asetetaan hampaiden ja huulten väliin (kuva 1), ja sitä voidaan käyttää aktiivisesti päivällä tai passiivisesti yöaikaan (FaceFormer 2020, Starck 2020). Laitteen valmistajan mukaan FF:n käyttö luo suuhun alipaineen, jolloin kielen lepoasento siirtyy automaattisesti suulakeen. Koje on kehitetty alun perin kuorsauksen, uniapnean ja hampaiden narskutuksen vähentämiseksi, ja valmistaja on laatinut harjoitusohjelman kojeen käyttäjälle. Aktiivisiin päiväharjoituksiin kuuluu esimerkiksi huulten puristaminen FF:n kiilaa vasten. Lisäksi harjoitukset sisältävät FF:n vetämistä käsillä eri suuntiin, jolloin kojeen käyttäjä samaan aikaan vastustaa vetoa puristamalla huulet yhteen. Yöaikaisen käytön ajatuksena puolestaan on se, että nukuttaessa suun alue aktivoituu useiden tuntien ajan.

FF ei siis aktivoi kielenkärkeä, kuten varsinaiset ORA-kojeet, vaan FF:n tarkoituksena



Kuva 1. FF (vasemmalla) ja kokeilun osallistuja kokeilemassa FF:n käyttöä (oikealla).

on, että lapsen kielen lepoasento vahvistuu oikealle paikalle (FaceFormer 2020). Eräissä aiemassa tutkimuksessa kojeen avulla pyrittiin vaikuttamaan huulion sulkkuun ja kielen nostoon niellessä (Korbmacher ym. 2004). Molemmat taidot edistyivät nopeammin FF:ia käyttäneillä lapsilla kuin niillä, jotka saivat perinteistä myofunktionaalista terapiaa. Tekemämme kirjallisuushaun perusteella muuta tutkimusta FF:n käytön vaikutuksesta kielen ja leuan liikkeiden eriytymiseen ei ole saatavilla Suomessa eikä kansainvälisesti.

Tässä kokeilussa seurattiin 12 viikon ajan FF:n passiivista yökäyttöä 7-vuotiaalla osallistujalla, jolla on osittain rakenteellisista syistä vaikeuksia tuottaa äänneitä, joihin tarvitaan kielen kärjen nostoa ylähammasvallille. FF:ia käytettiin siis toisin kuin laitteen valmistaja on tarkoittanut. Kokeilun avulla oli tarkoitus saada tietoa FF:n käytön vaikutuksista lapsen suun motoriikkaan ja myös siitä, miten osallistuja koki kojeen käytön. FF on kliinisessä käytössä suomalaisilla puheterapeuteilla, mutta tutkittua tietoa sen vaikutuksesta puuttuu. Kokeilussa seurattiin, onko muutoksia siinä, (1) kuinka pitkän ajan osallistujan kielenkärki pysyy hammasvallilla, ja (2) nouseeko kielenkärki hammasvallille myös spontaanipuheessa ja yksittäisissä sanoissa. Lisäksi arvioitiin, (3) miltä FF:n yökäyttö tuntuu osallistujasta ja (4) kuinka helppoa tai vaikeaa kielenkärjen pitäminen ylähammasvallilla on.

## Menetelmät

### *Osallistuja*

Osallistuja oli 7-vuotias poika, jonka vasemmanpuoleinen huulihalkio oli korjattu muutaman kuukauden iässä ja suulakihalkio 2 vuoden ja 10 kuukauden iässä. Hänellä oli todettu 4- ja 5-vuotiaana vaikea-asteisia vaikeuksia puheen tuotossa (äännesysteemin epäselvyyttä sekä puhe- ja oraalimotoriikan vaikeutta). Puheterapia oli kokeilujakson alkaessa jatkunut vajaan kolmen vuoden ajan. Foniatrian erikoislääkärin lausunnon mukaan lapsen suulaki oli rakenteeltaan poikkeava, sen liikkeet olivat kypsyneet myöhään ja ilman ohjautumisen haasteet heijastuvat

suuhun. Leuan ja kielen liikkeet olivat kokeilun alkaessa eriytymättömät.

Ennen FF:n käyttöönottoa äänneet /l/ (ääntymäpaikka ylähammasvalli) ja /t/ (ääntymäpaikka osittain myös hampaiden välissä) onnistuivat vain aikuisen visuaalisen mallin tai taktiilisen tuen avulla, mutta /r/-ja /s/-äänneet eivät onnistuneet tuettuna. FF:n käyttö oli osa puheterapeutin toteuttamaa lapsen puheen kuntoutusta. FF:iin päädyttiin, koska lapsella oli tuntoaistin yliherkkyyttä, minkä vuoksi hän koki kehoonsa kohdistuvan koskettamisen epämiellyttävänä. Hän vastusti erilaisia fyysisiä toimenpiteitä, jolloin esimerkiksi mallin ottaminen ORA-kojetta varten olisi ollut vaikeaa. Tämän vuoksi ainoa vaihtoehto oraalimotoriikan harjoittamiseksi oli FF:n kaltainen laite. Kokeilun toteutti kotona lapsen äiti, jolla on tutkijakoulutus (dosentti) ja tietoa oraalimotoriikan häiriöistä (logopedian opiskelija). Lapsi osallistui kokeiluun vapaaehtoisesti.

### *FF:n käyttö ja arviointimenetelmät*

Kokeilujaksoksi valittiin 12 viikkoa, joka vastasi Haapasen (2003) tutkimusjaksoa ORA-kojeen käytöstä. Osallistuja kävi samaan aikaan puheterapiassa, jossa ei kuitenkaan harjoiteltu kielen nostoa vaan keskityttiin /s/-äännettä pohjustaviin harjoituksiin, kuten mielikuvien luomiseen erilaisista suhinoista. Lisäksi puheterapiasta oli noin kuukauden tauko joulun vuoksi (n. 40 % FF:n kokeilujaksosta). Osallistuja kokeili FF:ia suuhunsa muutamia kertoja ennen jakson alkamista, minkä jälkeen hän käytti kojetta ainoastaan öisin. Hän laittoi FF:n itse suuhunsa aina mennessään nukkumaan ja otti sen pois aamulla herättyään. Alkuperäinen syy rajata käyttö pelkästään passiiviseen yökäyttöön oli arjen helpottaminen. Osallistuja teki puheterapiaharjoituksia arjessaan lähes päivittäin, jolloin aktiivinen lisäharjoittelu FF:lla olisi ollut liian kuormittavaa.

Lapsen kielen motoriikan kehitystä arviointiin kotona ja puheterapiassa. Kotona arvioitiin viikoittain (14 arviointikertaa) suunnilleen samaan aikaan iltapäivästä lapsen vireystilan vaihtelun minimoimiseksi. Ensimmäinen mittaus tehtiin ennen harjoitus-

jakson alkua, ja osallistuja käytti FF:ia heti mittauksen jälkeisenä yönä. Lasta kuntouttava puheterapeutti arvioi lapsen motoriikkaa jakson alussa, puolivälissä (6. viikolla) ja lopussa (12. viikolla).

Kielen motoriikan viikoittaista kehittymistä arvioitiin tehtävän avulla, joka kehitettiin tätä kokeilua varten. Lapselle annettiin muro ja häntä pyydettiin pitämään sitä kielen avulla ylähampaiden takana. Muro auttoi lasta hahmottamaan taktiilisesti kielen asentoa. Jatkossa arvioinnista käytetään nimitystä *murotesti*. Murotestissä mitattiin, kuinka pitkään osallistuja kykeni pitämään kielenkärkeään hammasvallilla, kun hän samalla piti leukaa alhaalla. Mittauksen aikana lapsi istui tuolilla ja piti käsiä rennosti sylissä. Niska oli suorassa, leuka oli niskaan nähden 90° kulmassa, ja asento oli ryhdikäs. Tehtävän alussa lapsi laski leuan alas, asetti muron hammasvallille ja piti kielenkärjen avulla muroa paikallaan mahdollisimman pitkään. Testin ajanotto aloitettiin oikean asennon löydyttyä ja lopetettiin heti, kun leuka ei pysynyt alhaalla, kielenkärki ylhäällä tai vartalo lähti heilumaan. Kun kieli väsyi, lapsi alkoi tukea sen ylhäällä pysymistä esimerkiksi heittämällä päätään taakse eli pyrki kompensoimaan pään liikkeellä sitä, ettei enää hallinnut kielen asentoa. Tätä ei enää laskettu mukaan suoritukseen. Jokaisella mittauskerralla tehtiin viisi kielen nostoa.

Murotestin lisäksi osallistuja vastasi viikoittain kahteen kysymykseen: (1) *miltä FF:n käyttö öisin tuntuu?* ja (2) *miltä kielenkärjen nosto murotestissä tuntuu?* Vastaus-

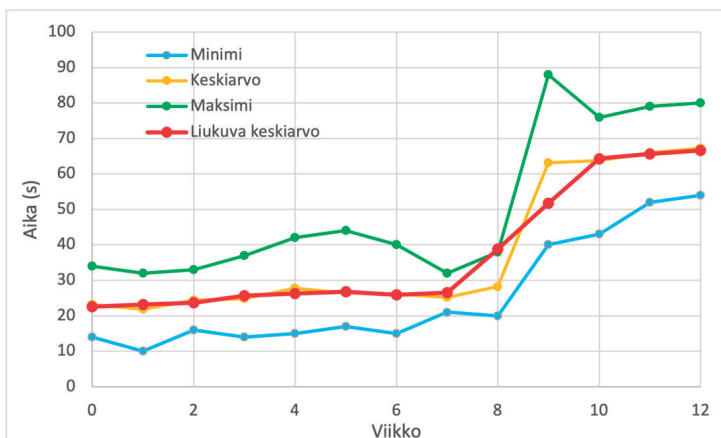
asteikko molempiin kysymyksiin oli viisiporainen (vaihtoehdot kysymykseen 1: *Käyttö on tosi hankalaa, vähän hankalaa, ei hankalaa mutta ei kivaakaan, ihan kivaa, tosi kivaa*; vaihtoehdot kysymykseen 2: *Kielen kärjen nosto on tosi vaikeaa, vähän vaikeaa, ei vaikeaa eikä helppoa, ihan helppoa, tosi helppoa*). Kysymykset ja vaihtoehdot luettiin lapselle ääneen, ja vastausasteikko oli myös näkyvillä paperilla. Lisäksi osallistujalla oli mahdollisuus spontaaniin kommentointiin. Ensimmäinen kysely tehtiin, kun FF oli ollut käytössä yhden yön. Muuten kysely suoritettiin aina murotestin yhteydessä.

Kuntouttava puheterapeutti arvioi osallistujan oraalmotoriikkaa puheterapiakertojen yhteydessä. Puhenäytteinä olivat spontaanipuhe ja puheterapeutin perässä toistetut yksittäiset sanat, jotka sisälsivät hammasvallilla ääntyviä äänneitä (/l/, /t/, /d/) ja olivat lapselle tuttuja, kuten *pallo*, *kettu*, *dino* ja *lappu*. Osallistujalle ei annettu visuaalisia tai taktiilisia vihjeitä puhetehtävien aikana. Puheterapeutti arvioi suoriutumista visuaalisesti ja kuuntelemalla. Puhenäytteitä ei tallennettu. Arvio oli dikotominen: kielen kärjen nosto onnistuu / ei onnistu.

## Tulokset

### Mittaustulokset

Murotestissä mitattu aika nousi hitaasti ensimmäisten viikkojen ajan, ja kahdeksanteen viikkoon mennessä aikojen keskiarvo nousi viisi sekuntia eli kasvoi noin 22 prosenttia



Kuva 2. Minimi-, keskiarvo- ja maksimiaika, jonka osallistuja pystyi pitämään kieltään hammasvallilla murotestissä. Punainen käyrä kuvaa mittausaikojen 3 viikon liukuvaa keskiarvoa, ts. jokaisen viikon mittaustulos on kolmen peräkkäisen viikon mittaustuloksen keskiarvo.

(keskiarvo kuvassa 2). Yhdeksännellä viikolla murotestin tuloksissa tapahtui iso harppaus: ajan keskiarvo nousi alle 30 sekunnin tuloksista yli 60 sekunnin tuloksiin. Myös minimitulokset nousi 40 sekuntiin. Seuraavilla viikoilla keskiarvo- ja minimitulokset olivat yhtä hyviä tai hieman parempia, joten kyse ei ollut satunnaisesti paremmasta tuloksesta.

### Kuntouttavan puheterapeutin arvio

Kokeilun alussa osallistujan kielenkärki ei noussut hammasvallille koskaan spontaanipuheessa eikä myöskään toistotehtävässä ilman aikuisen antamaa tukea. Tilanne oli ennallaan viikon 6 arvioinnissa, mutta viimeinen arviointi toi esille muutoksen kielen liikkeessä: lapsi toisti oikein yksittäisiä sanoja ilman aikuisen antamaa visuaalista mallia tai taktiillista tukea. Spontaanipuheeseen kielenkärjen nosto ei kuitenkaan ollut yleistynyt.

### Osallistujan tuntemukset

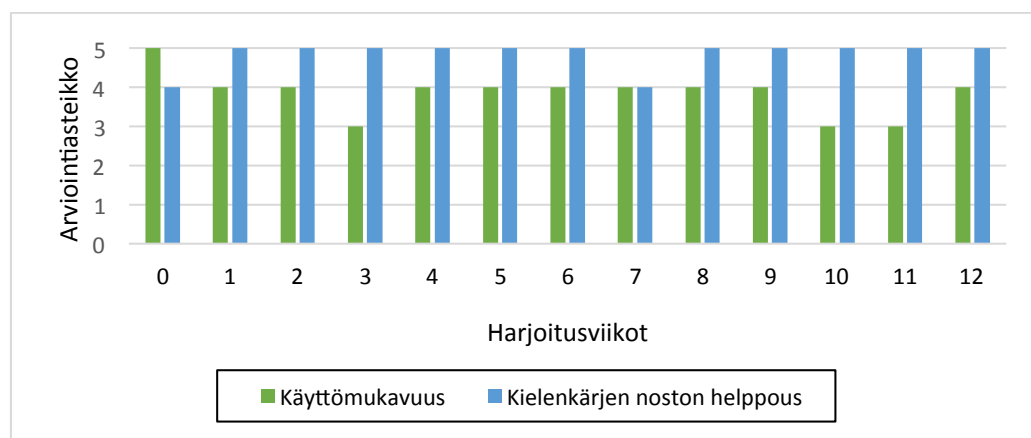
FF:n käyttö sujui ensimmäisestä yöstä alkaen hyvin. Lapsi koki käytön miellyttävänä, ja 12 viikon seurantajakson aikana käyttö unohtui vain kolmena tai neljänä yönä. Osallistujan antamien arvosanojen mukaan hän koki käytön melko vaivattomaksi (arvosana pääasiassa 4; kuva 3), vaikkakin hän mainitsi kylästyksensä jatkuvaan käyttöön muutamilla

viikoilla (arvosana 3). Osallistuja määritteli kielenkärjen nostamisen murotestissä helpoksi koko jakson ajan (arvosanat 4 ja 5).

Spontaaneissa kommentteissaan osallistuja ilmaisi useasti tyytyväisyytensä omaan suoriutumiseensa murotestissä (taulukko 1). Hän myös huomasi eron oraalimotoriikas-

Taulukko 1. Murotestin viikoittaiset mittaustulokset (viiden mittauksen keskiarvo) ja osallistujan viikoittaiset spontaanit kommentit.

VIIKKO	AIKA (S)	SPONTAANI KOMMENTTI
0	23	Hauskaa käyttää laitetta nukkuessa
1	22	Kivaa kun muro pysyy yli puoli minuuttia
2	24	Murotesti on kiva
3	25	Heiluva hammas häiritsee (FF:n) käyttöä
4	29	Uusi ennätys muron kanssa, jee
5	26	Kivaa saada taas uusi muroennätys
6	26	-
7	25	-
8	28	Heiluva hammas vähän haittaa (FF:n) käyttöä
9	63	Wautsi, uusi muroennätys
10	63	FF on alkanut ärsyttää
11	66	Kivaa kun olen oppinut laittamaan kielen oikein
12	69	Oli kiva kokeilu, nyt pidän taukoa FF:sta



Kuva 3. Osallistujan viikoittainen arvio FF:n käyttömukavuudesta (1 = tosi hankala käyttää, 5 = tosi kiva käyttää) ja kielenkärjen noston helpoudesta (1 = tosi vaikeaa, 5 = tosi helppoa). Viikko 0 = mittauspiste ennen harjoitusjakson alkua.

saan ja totesi viikolla 11 oppineensa laittamaan kielen oikein. Viimeisinä viikkoina FF:n jatkuva käyttö alkoi häntä hieman ärsyttää, mutta silti hän halusi jatkaa seurantaajakson loppuun. Hän mainitsi myös heiluvan hampaan häiritsevän käyttöä hieman. Viimeisessä mittauksessa lapsi kertoi aikovansa pitää taukoa FF:n käytöstä.

## Lopuksi

Kokeilun tavoitteena oli arvioida, miten kasvojen ja suun alueen lihaksia vahvistavan laitteen (tuotemerkki FaceFormer) passiivinen yökäyttö vaikuttaa kielenkärjen nostamiseen hammasvallille ja tässä paikassa tapahtuvien äänteiden tuottamiseen. Osallistujana oli 7-vuotias lapsi, jonka puhe oli epäselvää ja jolta kielen nostaminen ei onnistunut. Poikkeavan oraalimotoriikan taustalla oli malliltaan poikkeava suulaki ja korjattu huuli-suulakihalkio.

Saadut havainnot kannustavat FF:n käyttöön, vaikka ne toimivatkin vasta lähtökohtana FF:n passiivisen yökäytön mahdollisuuksien tutkimiseen. Sekuntien määrä, jonka lapsi jaksoi pitää kielenkärkeä hammasvallilla, kasvoi hitaasti ensimmäisten viikkojen ajan, mutta yhdeksännen viikon kohdalla kielenasennon hallinta selvästi parani, ja kieli pysyi ylhäällä huomattavasti aiempaa pitempään. Seuraavien viikkojen aikana tapahtui jälleen vain pientä kehitystä. Tämänkaltaisesta motorisesta oppimisesta Jaakkola (2013) käyttää nimitystä s-muotoinen oppimiskäyrä. Harjoittelun alussa kehitystä ei juurikaan tapahdu, mutta harjoittelun jatkuessa tiettyssä vaiheessa tulokset kääntyvät selvään kasvuun, jonka jälkeen oppiminen taas hidastuu. Hidas kehitys alkuvaiheessa viittaa Jaakkolan mukaan siihen, että motoriseen liikkeeseen tarvittavia hermoyhteyksiä ei vielä ole riittävästi, vaan hermosto joutuu rakentamaan yhteydet lähes alusta. Harjoittelun jatkuessa hermoyhteydet vahvistuvat, jolloin muodostuu juuri tästä motorisesta taidosta vastaava hermoverkko. Verkon rakentumista uutta kehitystä ei enää tapahdu yhtä nopeassa tahdissa. Koska motoristen taitojen oppiminen on hyvin yksilöllistä (Jaakkola 2013), on tärkeää kannustaa pitkäaikaiseen

harjoitteluun etenkin niitä lapsia, joilla taidon oppiminen on haastavaa, kuten oli kokeilussamme olleella lapsella. Niin ikään on osoitettu, että motorinen oppiminen nopeutuu, kun harjoittelu alkuvaiheessa toistuu samanlaisena (Duffy 2007).

Kokeilussamme olleen lapsen kielenkärjen nousu hammasvallille siirtyi osittain myös puheeseen, joten kokeilun tulokset, sekä objektiivisesti mitatut että subjektiivisesti arvioidut, ovat yhtenäiset. Kokeilun osallistuja koki FF:n käytön helpoksi. Hän oli erittäin tyytyväinen edistymiseensä, ja huomasi itsekkin muutoksen suunsa motoriikassa. Kielen kärjen pysyminen hammasvallilla eli murotestin uudet ennätykset toimivat kannustimena FF:n käytön jatkamiseen. Palaute taidon kehittymisestä onkin osoitettu olevan juuri motorisen harjoittelun alkuvaiheessa tärkeää (Duffy 2007).

Puhehäiriöiden kuntoutuksesta on ristiriitaista tietoa siitä, voiko ääniteitä kuntouttaa harjoituksilla, joissa ei käytetä puhetta (McCauley ym. 2009), sillä näyttöä on puolesta (Haapanen 2003) ja vastaan (Lass & Pannbacker 2008, Lof & Watson 2008). Kliininen kokemus on osoittanut, että jos lapsen oraalimotoriikka on eriytymätöntä, hänen kanssaan kannattaa harjoitella kielen ja leuan liikkeiden eriyttämistä myös irrallaan kielenaineuksesta. Lähes kaikki Haapasen (2003) tutkimuksessa ORA-kojehoitoa saaneet lapset kärsivät hammasvalliaännevirheistä, joita oli yritetty korjata puheterapialla ennen ORA-hoidon aloittamista. Kojeseen oli päädytty, koska puheterapian avulla ei saavutettu haluttuja tavoitteita.

Tämän kokeilun tulokset vastaavat aiempien tutkimusten havaintoja, joiden mukaan puheterapiaan yhdistetty ORA-kojehoito auttaa lapsia korjaamaan äännevirheitään ja selkeyttämään puhettaan (Koskimies ym. 2011, Toivanen ym. 2013). Vaikka aiemmissa tutkimuksissa käytetyt kojeet ovatkin olleet erilaisia, näyttäisi siltä, että suun alueen aktiivoinnilla voidaan vaikuttaa usean lihaksen toimintaan. Koska Suomessa puheterapiaresurssit ovat rajalliset, vaikuttaa ORA-kojeiden käyttö puheterapian tehostamisessa houkuttelevalta vaihtoehdolta (Koskimies ym. 2011).

Kokeilussa käytetty 12 viikon aika on varsin lyhyt. Pidempiaikaisen käytön testaus olisi tärkeää, mutta lasten motivointi useita viikkoja jatkuvaan käyttöön voi olla haasteellista. Koska tulokset alkoivat parantua vasta yhdeksännellä viikolla, olisi edistymisen jäänyt näkemättä, mikäli osallistujia olisi päättänyt lopettaa tutkimuksen aiemmin. Tulokset kannustavat siis FF:n pitkäaikaiseen käyttöön ja tutkimaan käyttöä lapsilla, joilla on sitkeitä oraalmotoriikan haasteita.

Kokeilun ollessa käynnissä puheterapiassa ei harjoiteltu varsinaisesti kielen nostoa ylös, vaan osallistujana toimineen lapsen puheterapia keskittyi pääasiassa mielikuviin siinä ja sen tuottamisesta – jotka kuitenkin jossakin määrin aktivoivat kielen nostamista. Kun ilmiötä havainnoidaan aidoissa arjen tilanteissa, ihanteista täytyy tinkiä, kuten kokeilussamme jouduimme tekemään. Yksiselitteisempiä tuloksia olisi tuonut asetelma, jossa osallistujia olisi käyttänyt ensin vain FF:ia tietyn ajanjakson, jonka jälkeen hän olisi saanut pelkästään puheterapiaa. Toisaalta aiemmissä tutkimuksissa juuri ORA-kojeen ja puheterapian yhdistelmä on tuottanut hyviä tuloksia äännevirheiden kuntoutuksessa ja puheen selkeyttämisessä (Koskimies ym. 2011, Toivanen ym. 2013). Vaikka ORA-kojeiden ja FF:n käyttö ei olekaan verrattavissa toisiinsa, puheterapian ja FF:n yhdistelmä on mielestämme kiinnostava tulevaisuuden tutkimusaihe.

Hoitokokeilu osoitti, että kielen nosto alkoi ensiksi onnistua motorisena liikkeenä murotestissä, minkä jälkeen taito siirtyi yksittäisten sanojen tuottamiseen. On mahdollista vaikkakaan ei kovin todennäköistä, että viikoittainen murotesti itsessään harjoitti kielen liikettä. Kielen liikkeen arvioinnin luotettavuutta voitaisiin parantaa harvennämällä murotestin tekoa. Toisaalta kerran viikossa tehdyn mittauksen etuna oli, että tulosten seuraaminen kannusti osallistujaa FF:n käyttöön. Motivaation onkin havaittu olevan tärkeä onnistumista ennustava tekijä suualuetta aktivoivien laitteiden käytössä (Toivanen ym. 2013).

FF on edullinen ja helppokäyttöinen väline. Vaikka FF:n passiivinen öinen käyttö puoltaakin paikkaansa helppoudellaan, olisi

hyödyllistä tutkia myös laitteen aktiivisten päiväharjoitusten vaikutuksia. Niin ikään FF:n mahdollisuuksia kannattaisi tutkia muidenkin oraalmotoriikan ongelmien hoidossa. Esimerkiksi tulokset ORA-kojeiden hyödyistä Downin syndrooma -lapsilla (Carlstedt ym. 2001, Carlstedt ym. 2003, Hohoff & Ehmer 1999, Korbmacher ym. 2006) kannustavat kokeilemaan FF:n käyttöä myös näillä lapsilla. Katsauksemme tuo lisäksi esille sen, että kuntoutustyön menetelmien vaikutusta kannattaa arvioida pienilläkin, matalan kynnyksen hoitokokeiluilla. Kuntoutustyön arjen ajatus *kaikki keinot käyttöön* on hyödyllinen, mutta keinovalikoimasta on tärkeää osata seuloa esiin ne harjoittelutavat, jotka aidosti vaikuttavat.

**Tulosten merkitys:** Kokeilumme osoitti, että FaceFormer -koje voi tukea sitkeitä äännevirheistä kärsivän lapsen kuntoutumista. Vaikka laitteen käyttäminen on vanhempien vastuulla, se ei todennäköisesti kuormita perhettä kovin paljon: koje on edullinen, ja varsinkin sen yökäyttö on vaivatonta. Laitteesta ja sen erilaisista soveltamismahdollisuuksista kaivataan kuitenkin vielä tutkittua tietoa.

### **Tiivistelmä**

Vaikka kuntoutusmenetelmien pitäisi pohjautua näyttöön perustuvaan toimintaan, kuntouttajan työkalupakkiin eksyy välillä keinoja, jotka on napattu muun toiminnan alueelta. Yksi tällainen harjoitteluväline on suun alueen lihaksia vahvistava, alun perin kuorsaukseen ja uniapnean hoitoon kehitetty laite, FaceFormer (FF). Puheterapeutit käyttävät laitetta erityisesti niiden lasten kanssa, joilla äänneiden oppiminen on huomattavan hidasta ja työlästä. Tässä artikkelissa esittelemme kokeilun, jossa arvioitiin, edistykö kielen liikkeen hallinta 7-vuotiaalla huuli- ja suulakihalkiolapsella, kun hän käytti FF:ia 12 viikon ajan öisin. Harjoittelujakson tavoitteena oli, että lapsi nostaa kielensä hammasvallille

(esim. /r/:n, /s/:n ja /l/:n ääntymäpaikka) ja pitää sitä siinä mahdollisimman pitkään ilman leuan myötäliikkeitä. Kielen nostoa arviointiin viikoittain, ja lapsi vastasi samalla kyselyyn siitä, miltä kojeen käyttö ja kielen liike tuntuivat. Lisäksi lasta hoitava puheterapeutti arvioi leuan ja kielen liikkeiden eriytymisen kehittymistä. Kokeilussa tehtyjen havaintojen mukaan lapsen kielen motoriikka parani: kielenkärki pysyi hammasvallilla pitempään kuin ennen FF:n käyttöä. Varsinkin yhdeksän viikon kohdalla motoriikassa tapahtui selvä harppaus: kielenkärki pysyi tavoitepaikassa kaksinkertaisen ajan verrattuna aiempiin mittauksiin. Kielenkärjen nosto hammasvallille alkoi onnistua myös puheen aikana arviointitilanteessa ilman, että lapselle annettiin hänen aiemmin tarvitsemaansa visuaalista tai taktiillista tukea. Lapsen oma kokemus laitteen käytöstä oli pääasiassa myönteinen, ja myös kielen kärjen nosto tuntui hänestä helpolta.

*Avainsanat:* FaceFormer, hammasvaliänteet, kielen ja leuan liikkeiden eriytyminen, oraalmotoriikka, ORA-koje, suulakihalkio

**Johanna Virkki, TkT, dosentti, akatemitutkija, Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta**

**Leena Rantala, FT, dosentti, yliopistonlehtori, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta (logopedia)**

## Lähteet

- Carlstedt K, Henningsson G, Dahllöf G (2003) A four-year longitudinal study of palatal plate therapy in children with Down syndrome: effects on oral motor function, articulation and communication preferences. *Acta Odontologica Scandinavica* 61, 39–46. <https://doi.org/10.1080/ode.61.1.39.46>
- Carlstedt K, Henningsson G, McAllister A, Dahllöf G (2001) Long-term effect of palatal plate therapy and oral motor function in children with Down syndrome evaluated by video registration. *Acta Odontologica Scandinavica* 59, 63–68. <https://doi.org/10.1080/000163501750157117>
- Chapman K (1993) Phonologic processes in children with cleft palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 30, 64–72.
- Duffy JR (2007) History, current practice, and future trends and goals. Teoksessa G Weismar (toim.) *Motor speech disorders* (s. 7–56). Oxfordshire, UK: Plural Publishing.
- FaceFormer (8.2.2020) Saatavilla: <https://faceformer.de/en/about-us-dr-berndsen-medical/scientific-contributions/>
- Flynn T, Möller C, Jönsson R, Lohmander A (2009) The high prevalence of otitis media with effusion in children with cleft lip and palate as compared to children without clefts. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 73, 1441–1446. [10.1016/j.ijporl.2009.07.015](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.07.015)
- Gisel E (2008) Interventions and outcomes for children with dysphagia. *Developmental Disabilities Research Reviews* 14, 165–73.
- Gisel E, Haberfellner H, Schwartz S (2001) Impact of oral appliance therapy: are oral skills and growth maintained one year after termination of therapy? *Dysphagia* 16, 296–307.
- Haapanen M-L (2003) Suunsisäisen irtokojeen käytön aiheet ja hoitovaste puhehäiriöissä. *Suomen Lääkärelehti* 58, 3877v3881.
- Hardin-Jones M, Chapman K (2014) Early lexical characteristics of toddlers with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 51, 622–631. <https://doi.org/10.1597/13-076>
- Hohoff A, Ehmer U (1999) Short-term and long-term results after early treatment with the Castillo Morales stimulating plate. *Journal of Orofacial Orthopedics* 60, 2–12.
- Hutters B, Bau A, Brøndsted K (2001) A longitudinal group study of speech development in Danish children born with and without cleft lip and palate. *International Journal of Language & Communication Disorders* 36, 447–470. <https://doi.org/10.1080/13682820110074999>
- Jaakkola T (2013) Liikuntataitojen oppiminen. Teoksessa T Jaakkola, J Luukkonen, A Sääkslahti (toim.) *Liikuntapedagogiikka* (s. 144–162). Jyväskylä, Suomi: PS-kustannus.
- Jones C, Chapman K, Hardin-Jones M (2003) Speech development of children with cleft palate before and after palatal surgery. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 40, 19–31. [https://doi.org/10.1597/1545-1569\\_2003\\_040\\_0019\\_sdocwc\\_2.0.co\\_2](https://doi.org/10.1597/1545-1569_2003_040_0019_sdocwc_2.0.co_2)
- Korbmayer H, Limbrock J, Kahl-Nieke B (2006) Long term evaluation of orofacial function in children with Down syndrome after treatment with stimulating plate according to Castillo Morales. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 30, 325–328.
- Korbmayer H, Schwan M, Berndsen S, Bull J, Kahl-Nieke B (2004) Evaluation of a new concept of myofunctional therapy in children. *The International Journal of Orofacial Myology* 30, 39–52.
- Koskimies M, Pakkala R, Myllykangas R (2011) Palatal training appliances in children with mild to moderate oral dysfunctions. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 36, 149–153. <https://doi.org/10.17796/jcpd.36.2.3753247813803702>
- Kunnari S, Savinainen-Makkonen T (2012) Äänneellisen kehityksen peruskäsitteet. Teoksessa S Kunnari, T Savinainen-Makkonen (toim.) *Pienten sanat – Lasten äänneellinen kehitys* (s. 17–23). Jyväskylä, Suomi: PS-kustannus.

- Lass NJ, Pannbacker M (2008) The application of evidence-based practice to nonspeech oral motor treatments. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 39, 408–421.
- Lof GL, Watson MM (2008) A nationwide survey of nonspeech oral motor exercise use: implications for evidence-based practice. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 39, 392–407.
- McCauley RJ, Strand E, Lof GG, Schooling T, Frymark T (2009) Evidence-based systematic review: effects of nonspeech oral motor exercises on speech. *American Journal of Speech-Language Pathology* 18, 343–360.
- Ray J (2003) Effects of orofacial myofunctional therapy on speech intelligibility in individuals with persistent articulatory impairments. *The International Journal of Orofacial Myology* 29, 5–14.
- Scherer N, Williams L, Stoel-Gammon C, Kaiser A (2012) Assessment of single-word production for children under three years of age: comparison of children with and without cleft palate. *International Journal of Otolaryngology*, article ID 724214. <https://doi.org/10.1155/2012/724214>
- Schuster G, Giese R (2001) Retrospective clinical investigation of the impact of early treatment of children with Down's syndrome according to Castillo-Morales. *Journal of Orofacial Orthopedics* 62, 255–263.
- Selley WG, Boxall J (1986) A new way to treat sucking and swallowing difficulties in babies. *The Lancet* 327, 1182–1184.
- Starck M (8.2.2020) Prolingua Oy: FF. Saatavilla: <https://prolingua.fi/product/face-former/>
- Toivanen S, Raveikko L, Qvanström M, Myllykangas R, Pahkala R (2013) ORA-kojeet puheterapian apuna. *Suomen Hammaslääkärilehti* 7, 22–27.
- Van Dyck C, Dekeyser A, Vantricht E, Manders E, Goeleven A, Fieuws S, Willems G (2016) The effect of orofacial myofunctional treatment in children with anterior open bite and tongue dysfunction: a pilot study. *European Journal of Orthodontics* 38, 227–234. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjv044>



## TURVALLISUUDEN MONINAISUUS GREEN CARE -TOIMINNASSA

---

Kiinnostus Green Care -palveluita kohtaan on voimakkaasti lisääntynyt viime vuosina. Green Care -palvelut ovat toimintaa, jossa terveyttä ja hyvinvointia edistetään luontoa ja luontolähtöisiä menetelmiä käyttäen. Toiminnan laajenemisen myötä on syntynyt tarve arvioida Green Care -palvelujen laatua. Palvelujen laadun arvioinnissa varmistetaan, että Green Care -toiminta on asiakaslähtöistä, vastuullista ja tavoitteellista. Lisäksi tarkastellaan, että toiminnassa on huomioitu ympäristö ja mahdollisesti mukana olevien eläinten hyvinvointi sekä palvelun turvallisuus. (Green Care Finland ry. 2020, Ilmarinen & Salonen 2019, Salonen ym. 2020.)

Tässä keskustelun avauksessa kirjoittajat, eli Green Care -laatulautakunnan jäsenet, jäsensivät turvallisuuden eri tasoja ja nostavat esille turvallisuuteen liittyvää moninaisuutta Green Care -palveluissa. Toivomme, että turvallisuuteen liittyvien näkökulmien avaaminen auttaa Green Care -toimijoita hahmottamaan ja arvioimaan palveluidensa turvallisuutta eri näkökulmista – näin myös mahdollisten turvallisuusriskien ennakoiminen ja välttäminen helpottuu, mikä lisää palveluiden laatua. Toivon mukaan voimme myös hälventää mielikuvia luontolähtöisten menetelmien (mm. metsässä liikkumisen) riskeistä osana kasvatusta- sekä sosiaali- ja terveysalan käytäntöjä. Havaintojemme mukaan

nimittäin myös ammattilaisten keskuudessa elää edelleen virheellisiä käsityksiä turvallisuusriskeistä, jotka liittyvät esimerkiksi luontoympäristön käyttöön terapiatyössä. Tällöin ajatellaan, että esimerkiksi salassapitovelvollisuutta ei voisi toteuttaa muualla kuin suljettujen ovien ja verhottujen ikkunoiden takana vastaanottotiloissa.

Turvallisuudella Green Care -laatutyössä tarkoitetaan asiakkaan fyysistä sekä psyykkistä ja sosiaalista turvallisuutta. Turvallisuuden nelikentässä (taulukko 1) on kuvattu, mitä fyysinen sekä psyykinen ja sosiaalinen turvallisuus tarkoittavat fyysisen ympäristön (luontoympäristön, eläinten ja rakennetun ympäristön) sekä sosiaalisen ympäristön (ihmissuhteiden eli henkilökunnan, ohjaajan ja ryhmän) näkökulmasta. Käsillä olevassa kirjoituksessa keskitymme erityisesti psyykkiseen ja sosiaaliseen turvallisuuteen, koska nämä puolet turvallisuudesta ovat olleet keskustelussa Green Care -laadusta toistaiseksi vähemmällä huomiolla.

Laadukas Green Care -toiminta edellyttää ennakoivaa turvallisuussuunnittelua esimerkiksi silloin, kun toimitaan etäällä asumuksesta olevissa luontokohteissa tai eläinten kanssa. Näin varmistetaan fyysinen turvallisuus rakennetussa ja luonnon ympäristössä (Turvallisuus- ja kemikaalivirasto 2020). Sosiaalisen ympäristön näkökulmasta taas on

Taulukko 1. Turvallisuuden nelikenttä Green Care -toiminnassa.

	1. FYYSINEN YMPÄRISTÖ (LUONTOYMPÄRISTÖ/ELÄIMET JA RAKENNETTU YMPÄRISTÖ)	2. SOSIAALINEN YMPÄRISTÖ (IHMISSUHTEET: HENKILÖKUNTA, OHJAAJA, RYHMÄ)
<b>A</b> <b>Fyysinen turvallisuus</b>	Riskit: esim. eksyminen, tapaturmat Green Care -palvelussa on tärkeää: – Huolehtia fyysisestä turvallisuudesta: esimerkiksi etäällä asumuksista olevissa luontokohteissa tai eläinten kanssa toimiessa edellytetään ennakoivaa turvallisuussuunnittelua (ks. Tukesin www-sivut).	Riskit: esim. puutteet henkilökunnan mitoituksessa Green Care -palvelussa on tärkeää: – Huolehtia, että on riittävästi henkilökuntaa, jolla on myös tarvittava GC-koulutus. – Ympäristö mahdollistaa eri vuorovaikutuksen muodot (luontoyhteyden, yksilö- ja ryhmätyöskentelyn ohjaaminen).
<b>B</b> <b>Psyykinen ja sosiaalinen turvallisuus</b>	Riskit: esim. luontoon tai ilmastonmuutokseen liittyvät pelot Green Care -palvelussa on tärkeää: – Asiakkaiden mahdollisten pelkojen huomioiminen, vaikka kyseessä olisivatkin esim. irratiooniset pelot tai globaali ilmastonmuutos. – Huolehtia psyykkisestä turvallisuudesta silloinkin, kun pyritään laajentamaan totuttuja kokemisen tapoja (ns. mukavuusaluetta); ohjaaja ammattitaitonsa pohjalta arvioi voiko lähteä turvallisesti altistamaan pelolle. – Tutkimusten mukaan mm. sosiaalinen tuki (ohjaaja + ryhmä) vähentää ja lievittää pelkoja. – Mahdollisista riskeistä kertominen sekä ohjeet hätätilanteissa toimimisen varalle.	Riskit: esim. turvaton ilmapiiri tai epäluottamusta ohjausta tai ryhmää kohtaan Green Care -palvelussa on tärkeää: – Ammattitaitoinen ohjaus, joka tarkoittaa mm. seuraavaa: – Sallivan, turvallisen, tasa-arvoisen ja kunnioittavan ilmapiirin luominen sekä turvallisuuden tunteen ylläpitäminen toiminnassa (ohjaajan saatavilla olo) ja jo suunnitteluvaiheessa (esim. erityistarpeet kommunikoinnissa) – Osallisuuden kokemuksen (mm. vaikutusmahdollisuudet) ja itsemääräämisoikeuden mahdollistaminen henkilön yksilölliset tarpeet huomioiden. – Luottamuksellinen yhteydenpito asiakkaan ja hänen tukiverkostonsa kanssa (esim. salassapitovelvollisuus). – Suunnitelma, miten toimitaan, jos turvallisuuden tunne ei toteudu.

tärkeää huolehtia esimerkiksi työntekijöiden riittävästä määrästä. Green Care -palvelussa tämä tarkoittaa myös riittävää määrää sellaista henkilökuntaa, jolla on Green Care -koulutus. Green Care -osaaminen varmistaa, että henkilökunnalla on tiedot ja taidot ohjata osallistujaa luontoyhteyteen, sosiaalisen vuorovaikutuksen lisäksi.

Psyykinen ja sosiaalinen turvallisuus tarkoittaa kokemusta turvallisuudesta. Fyysinen ympäristö, esimerkiksi metsä, saattaa pelottaa osallistujaa, vaikka todellista uhkaa, esimerkiksi vaarallisia hämähäkkejä, ei välttämättä luonnossa olisikaan. Tutkimuksessa on tullut esille, että luontointerventioiden avulla luontoon liittyvät kielteiset tunteet, kuten luontopelot, vähenevät tai poistuvat kokonaan (Salonen ym. 2020). Tulosten mukaan erityisesti ristiriitaisesti luontoa kokevat, joilla luonto herättää elpymisen lisäksi myös kielteisiä tunteita, hyötyvät heille suunnatuista luontointerventioista. Heillä esimerkiksi luontoon liittyvät kielteiset tunteet ja ulkoiluun liittyvät esteet vähenevät.

Toisaalta myös globaalit ympäristöuhat – ilmastonmuutos ja luonnon monimuotoisuuden väheneminen – voivat aiheuttaa

huolta, ahdistusta tai pelkoa henkilökohtaisella tasolla. Tämän lisäksi Green Care -toiminnassa voi olla tekijöitä, jotka tuottavat osallistujassa huolen kokemuksia, esimerkiksi hoivamaatilojen tehotuotannossa olevat eläimet (Salonen ym. 2020). Laadukkaassa Green Care -toiminnassa asiakkaan ympäristöön tai elämiin liittyvät kielteiset tunteet on syytä huomioida ja tarjota mahdollisuuksia niiden käsittelyyn.

Turvallisuuden tunne voi heikentyä muun muassa vähäisen luottamuksen tai ohjauksessa ilmenevän epäkunnioittavan suhtautumisen takia. Sosiaalisen ympäristön eli ihmissuhteiden näkökulmasta psyykinen ja sosiaalinen turvallisuus tarkoittaa luottamuksellista, sallivaa, tasa-arvoista ja kunnioittavaa ilmapiiriä ja arvostavaa suhtautumista asiakkaaseen toiminnan jokaisessa vaiheessa. Tällöin ammattimaisen ohjauksen merkitys on erityisen tärkeää.

Mikäli kyseessä on sosiaali- ja terveysalan palvelu, salassapitoasiat ovat tärkeitä seikkoja ottaa huomioon. Suomen Psykologiliitto (suullinen tiedonanto 11.11.2016) selvitti yhdessä eko- ja ympäristöpsykologian työryhmän kanssa sosiaali- ja terveysminis-

teriön kantaa siihen, onko terveydenhuollon ammattilaisen mahdollista olla asiakkaan kanssa muualla kuin vastaanotolla. Ministeriön kanta oli seuraava: ”Terveydenhuollon ammattihenkilö voi työskennellä asiakkaan kanssa myös muualla kuin vastaanotolla, mikäli päätös siitä perustuu asiakkaan ja työntekijän yhteisymmärrykseen ja sopimukseen. Oleellista on, että asiakkaan kanssa ensin keskustellaan täysin avoimesti siitä, että muualla tapaamisessa on se riski, että asiakkuus tulee ilmi. Jos asiakas hyväksyy sen, voidaan tavata muualla.”

Psyykinen ja sosiaalinen turvallisuus ihmissuhteissa tarkoittaa myös sitä, että ohjauksessa otetaan huomioon asiakkaiden tarpeet ja mahdollistetaan osallisuutta. Green Care -palvelussa osallisuus voi olla myös yhteyden tunnetta itselle merkitykselliseen luontokohteeseen sekä mahdollisuuksia vaikuttaa luontointervention valintaan ja tapahtumien kulkuun. Osallisuuden eri muotoja on tärkeää kunnioittaa, jolloin luotamuksen tunne mahdollistuu ja vahvistuu.

Turvallisuuden nelikenttä -taulukko kehitettiin alun perin Green Care -laatulautakunnan omaan käyttöön, mutta nelikentän avulla erilaisia luontointerventioita hyödyntävät Green Care -toimijat voivat myös itse arvioida toimintansa turvallisuutta ja mahdollisuuksia luontointerventioiden käyttöönotolle ja niiden kehittämiseksi. On oletettavaa, että fyysisen ympäristön uhat fyysiselle turvallisuudelle (esimerkiksi liukkailla kallioilla kaatuminen) ovat toimijoille tutumpia kuin näkökulmat psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta. Ehdotammekin, että esimerkiksi luontopelkoihin tai ilmastoahdistukseen suhtauduttaisiin samalla tavalla kuin sosiaali- ja terveysalalla suhtaudutaan rajoitaviin sosiaalisiin pelkoihin. Eihän rajoittavia sosiaalisia pelkojakaan jätetä hoitamatta terveydenhuollossa ajatellen, että ihmissuhteet eivät vain sovi sosiaalisista peloista kärsivälle henkilölle. Emme myöskään ajattele sosiaalisten pelkojen olevan este turvallisten ja eheyttävien ihmissuhteiden luomiselle nykyisydessä, vaan hoidossa myös altistetaan ja kannustetaan turvallisesti ihmissuhteille. Samalla tavalla olisi tärkeää myös kielteisten luonto- ja ympäristökokemusten osalta käsi-

tellä niitä ja altistaa osallistujaa turvallisesti luontoyhteyden kokemuksiin. Parhaimmillaan luontointerventiossa mahdollistetaan turvallista ja hyvinvointia tukevaa yhteyden tunnetta sekä ihmisiin että luontoon taval- la, jolla kunnioitetaan myös ympäristön ja eläinten hyvinvointia.

**Kirsi Salonen, PsT, psykologi, psykoterapeutti, tutkijatohtori, Tampereen yliopisto, psykologia, Psykologipalvelut Hyvän MielenTila**

**Johanna Hirvonen, FT, YTM, yliopettaja, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö**

**Katja Ilmarinen, FT, KtM, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

**Jane-Veera Paakkolanvaara, PsM, psykologi, projektitutkija, Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos, ammatinharjoittaja**

**Teemu Peuraniemi, fysioterapeutti, AMO (ammattillinen opettaja), terapiapalveluiden päällikkö, Attendo terapia Oy**

**Suvi Saarinen, sosionomi, psykiatrisen yksikön johtaja, Jst Solum Oy**

## Lähteet

- Green Care Finland ry (2020) Green Care Finland ry:n verkkosivut. Haettu 13.10.2020 osoitteesta: <http://www.gcf Finland.fi/palveluntuottajat/palvelut/>
- Ilmarinen K, Salonen K (2019) Näkökulmia laadukkaaseen Green Care -palveluun. Teoksessa M Ylilauri, A Yli-Viikari (toim.) Kohti luonnollista hyvinvointia. Näkökulmia luontoperustaisen toiminnan kehittämiseen. Levón-instituutin julkaisuja 143. Vaasan yliopisto, 201–209. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-861-0>
- Salonen K, Hyvönen K, Korpela K, Saranpää H, Nieminen J, Muotka J (2020) Luonnosta Virtaa -interventio: osallistujien kokemukset ja tunnetilan muutokset. *Psykologia* 1, 25–42.
- Turvallisuus- ja kemikaalivirasto (2020) Turvallisuusasiakirjan laatiminen ja täyttäminen. Haettu 15.10.2020 osoitteesta: <https://tukes.fi/ tuotteet- ja- palvelut/ kuluttajille- tarjottavat- palvelut/ palveluntarjoajan- velvollisuudet/ turvallisuus- asiakirja#907df098>

## AISTIMODULAATIO OSANA MIELEN- TERVEYSKUNTOUTUJIIEN ASUMISPALVELUA

### Hankkeen taustaa

Kiinnostus aistien hyödyntämiseen kuntoutuksessa on lisääntynyt viime vuosina kansainvälisellä tasolla aikuispsykiatristen asiakkaiden kanssa työskentelevien toimintaterapeuttien keskuudessa (Brown ym. 2018). On osoitettu, että aikuisilla mielenterveyskuntoutujilla on haasteita aistitiedon käsittelyssä, mikä osaltaan vaikeuttaa heidän osallistumistaan itselleen merkityksellisiin sosiaalisiin toimintoihin. Aistitiedon käsittelyn ongelmat voivat vaikuttaa myös esimerkiksi kognitiiviseen suoriutumiseen. (Baillard & Whigham 2017, Andersson ym. 2020.)

Lisääntyvä tutkimusnäyttö osoittaa, että aistimodulaation käytöllä voidaan tukea muun muassa mielenterveyskuntoutujien itsesääätelykeinojen oppimista sekä hyvinvoinnin ja motivaation lisääntymistä. Psykiatrisessa osastohoidossa aistimodulaation avulla voidaan vähentää rajoitustoimenpi-

teiden käyttöä. (Meredith ym. 2018, Williamson & Ennals 2020.)

Tässä esiteltävä hanke toteutettiin Turussa sijaitsevassa mielenterveyskuntoutujien asumispalvelua tarjoavassa yksityisessä yrityksessä. Yrityksessä on ollut käynnissä aistimodulaation käyttöönottoon liittyvä projekti loppuvuodesta 2019. Projektin alkusysäyksenä toimi kahden toimintaterapeutin (kirjoittajat) osallistuminen aiheeseen liittyvään koulutukseen Lontoossa ja SI-practitioner-opintojen aloittaminen. Projektin eri vaiheiksi suunniteltiin henkilökunnan koulutusta, aistilaukkujen koostamista, aistimodulaatiohuonetta ja puolistrukturoitua aistimodulaatioryhmää. Yrityksessä on jo useamman vuoden ajan ollut käytössä aistipuutarha. Tässä esitellään lyhyesti näitä projektin eri osioita ja nostetaan esiin projektissa hyviksi koettuja aistimodulaation käytäntöjä (kuvio 1).

### Aistimodulaation hyviä käytäntöjä

Henkilökunnan koulutus	Aistilaukut (sensory kit)	Aistihuone	Aistimodulaatio-ryhmä	Muut: Toimintaterapia Aistipuutarha Asiakkaiden koulutus
------------------------	---------------------------	------------	-----------------------	---

Kuvio 1. Aistimodulaation hyviä käytäntöjä hankkeessa.

## Henkilökunnan koulutus

Aistimodulaation käyttöönottoa mietittäessä on otettava huomioon työyhteisön kulttuuri. Kulttuurilla tässä viitataan henkilökunnan asenteisiin ja motivaatioon perinteisten käytäntöjen muuttamiseksi. Henkilökunnan koulutus on ensimmäinen keino kulttuurisen muutoksen edesauttamiseksi. (Meredith ym. 2018.) Yrityksen toimintaterapeutit järjestivät henkilökunnalle aistimodulaatioon liittyvän osallistavan koulutuksen projektin alkuvaiheessa. Koulutus piti sisällään perustietoa aistijärjestelmästä, aistitiedon käsittelystä sekä aistitiedon käsittelyn häiriöistä erityisesti mielenterveyskuntoutujilla. Koulutuksessa korostettiin, että aistimodulaation on tarkoitus olla koko työyhteisön yhteinen menetelmä asiakkaiden hyvinvoinnin ja kuntoutumisen edistämiseksi. Tärkeää on määritellä eri ammattiryhmien roolit aistimodulaation toteutuksessa (Wright ym. 2020). Yrityksessä aistimodulaatiomenetelmiä voivat käyttää kaikki hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvat työntekijät, toimintaterapeuttien toimiessa niin sanottuina tukihenkilöinä. Koulutukseen osallistuvilla oli mahdollisuus kokeilla erilaisia aistivälineitä ja toimintoja, joita voidaan hyödyntää aistimodulaatioissa. Lisäksi koulutuksen aikana henkilökunta sai toivoa välineitä ja materiaaleja omien tiimiensä aistilaukkuihin.

Tiimien omien aistilaukkujen käyttöön tarjottiin koulutusta ja perehtymistä välinekohtaisesti. Koulutus toteutettiin tiimikohtaisilla raporteilla, joissa laukkujen sisältöä käytiin tarkemmin läpi toimintaterapeuttien toimesta. Aistihuoneen valmistuttua tarjottiin koulutusta sen käytöstä joko yksilöllisesti tai pienryhmittäin sekä henkilökunnalle että asiakkaille. Tällä pyrittiin madaltamaan kynnystä huoneen ja sen välineiden käyttöönottoon.

On todettu, että koulutuksessa saadun tiedon siirto käytännön työhön voi olla usein vaikeaa (Wright ym. 2020). Projektin aikana yritykseen perustettiin uusi asumispalveluyksikkö, jonne rekrytoitiin uusia työntekijöitä. Projektin aikana havaittiin, että sekä uusien että vanhojen työntekijöiden oli haastavaa ottaa käyttöön aistimodulaation keinoja asiakkaiden kanssa. Tämän myötä yritys tilasi

Turun ammattikorkeakoulun opiskelijoilta opinnäytetyön aistimodulaation jalkauttamisesta. Opinnäytetyö valmistuu vuoden 2021 aikana.

Kaiken kaikkiaan aistimodulaation kouluttamisessa korostui käytännönläheisyys ja erilaisten välineiden, toimintojen ja tilojen kokeileminen itse. Taustateorian ymmärtäminen koettiin tärkeäksi, jotta henkilökunta motivoituisi käyttämään menetelmää ja osaisi kertoa menetelmästä myös asiakkaille. Riittävien tietojen ja taitojen saaminen aiheesta on todettu tärkeäksi aistimodulaation käyttöönotossa, ja esimerkiksi täydennyskoulutukset ovat merkittävä keino työntekijöiden itsevarmuuden lisäämiseksi aistimodulaation käyttöön asiakastyössä (Wright ym.2020, Martin & Suane 2012). Aistimodulaatio on yksi osa yrityksen osaamiskarttaa, ja sen hyödyntämiseen saa tukea jatkossa säännöllisillä päivityskoulutuksilla. Koulutus suunnattiin alkuvaiheessa henkilökunnalle, mutta projektin edetessä aistimodulaatiosta ja sen mahdollisuuksista on lisääntyvissä määrin informoitu myös asiakkaita.

## Aistilaukut

Aistilaukut (sensory-kit) ovat yksilöllisesti suunniteltuja yhdistelmiä erilaisista aistivälineistä, harjoituksista ja menetelmistä. Aistilaukut on suunniteltu olotilan muuttamiseen erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä, niin sanotusti ”in situ”. (O’Sullivan & Fitzgibbon 2018.) Aistilaukut tulee aina suunnitella yksilöllisesti, jotta niiden sisältö vastaa käyttäjiensä tarpeita.

Yrityksessä tiimien ohjaajat saivat toivoa sisältöä omien yksiköidensä aistilaukkuihin henkilökunnalle suunnatun koulutuksen yhteydessä. Koulutuksessa esiteltiin henkilökunnalle yhteisiin tiloihin koostettu aistilauku ja demonstroitiin sen käyttöä. Yleisen aistilaukun ja muiden koulutuksessa esiteltyjen aistivälineiden perusteella henkilökunnan oli helpompi toivoa aistivälineitä, jotka soveltuisivat parhaiten juuri heidän tiimiensä asiakkaille. Yhtenä yhteisenä tavoitteena oli vähentää tarvittavien lääkkeiden käyttöä tarjoamalla aistimodulaatiokeinoja ensisijaisesti esimerkiksi ahdistuneisuuden

lieventämiseen. Wrightin ym.iden (2020) tutkimuksessa on nostettu esiin, että sekä henkilökunnan että mielenterveyskuntoutujien omasta mielestä aistimodulaation avulla on mahdollista vähentää tarvittavan lääkeytyksen käyttöä.

Aistilaukku sisälsi aistivälineiden lisäksi 3 minuutin tiimalasin, jonka avulla asiakkaat voivat helpommin mitata aistivälineiden käyttöön kulutettua aikaa. Koulutuksessa ehdotettiin, että asiakkaat voisivat käyttää kutakin itse valitsemaansa aistivälinettä kolmen minuutin ajan yhteisissä tiloissa. Ohjaajan läsnäolo tilanteessa ei ole välttämätöntä, mikäli asiakas on jo saanut perehdytystä välineiden käyttöön. Tärkeäksi asiaksi aistilaukkujen käytössä nousi riskien arviointi, välineiden turvallisuus ja puhtaus. Turvallisuuskäsitelmä ja riskien arviointi on nostettu esiin myös aistimodulaatioon liittyvissä kirjoituksissa (mm. O'Sullivan & Fitzgibbon 2018, Wright ym. 2020, Machingura ym. 2021, Machingura & Lloyd 2017).

Aistilaukut koostettiin toiveiden mukaisesti, ja ne esiteltiin henkilökunnalle myöhemmin niiden valmistuttua tiimikohtaisilla raporteilla. Henkilökunta esitteli aistilaukkujen sisältöä asiakkaille asiakaskokouksissa ja aamunavauksissa. Aistilaukut sisälsivät aistivälineiden lisäksi esitteet aistivälineistä ja ohjeet, miten välineitä voisi hyödyntää. On todettu, että aistimodulaatiokeinojen käyttöönottoon vaikuttaa niiden helppo saatavuus ja yksinkertaiset käyttöohjeet (Wright ym. 2020).

## Aistihuone

Aistimodulaatiohuoneen suunnitelmaa on esitelty erikseen Kuntoutus-lehdessä 2/2020 (Katajisto-Korhonen ym. 2020). Suunnitelma laadittiin opinnäytetyönä yhteistyössä toimintaterapeuttipiskelijoiden kanssa. Suunnitelman valmistuttua aistihuone rakennettiin hoitokotiin suunnitelmaa hieman soveltaen. Asiakkaiden toiveesta huoneen pääasialliseksi teemaksi valittiin metsä. Aistihuoneen valmistuttua toimintaterapeutit kouluttivat yrityksen henkilökuntaa aistihuoneen ja sen välineiden käyttöön. Ajatuksena oli, että henkilökunta edelleen

kouluttaa omia asiakkaitaan aistihuoneen käyttöön. Aistihuoneesta löytyvät turvallisuusohjeet, yksinkertaisia toimintaohjeita ja -ideoita, ohjeet eri välineiden käyttöön sekä "fiilismittari" voinnin arvioimiseksi ennen ja jälkeen huoneen käytön.

Aistimodulaation käyttöön vaikuttavat menetelmien, materiaalien ja tilojen saatavilla olo sekä välineiden huolto (Wright ym. 2020). Aistihuone on asumispalveluyksikössä erillisessä rakennuksessa, jossa asuu muutamia asiakkaita. Huoneeseen päästäkseen asiakkaiden tulee hakea ohjaajilta avain rakennukseen. Aistihuoneen siisteydestä ja välineistä huolehditaan viikoittain, toimintaterapeutin kautta on mahdollista hankkia lisää välineitä. Optimaalisen käytön mahdollistamiseksi tilan tulisi olla helpommin saatavilla, mutta resursseista johtuen huoneen sijaintia ei voida toistaiseksi muuttaa.

## Aistimodulaatioryhmä

Yrityksen SI-practitioner-koulutuksen käyneet toimintaterapeutit suunnittelivat rungon kymmenen kerran ryhmätoteutukselle. Ryhmän yleisiksi tavoitteiksi asetettiin aistivälineisiin ja aistihuoneeseen tutustuminen, itselle sopivien aistimodulaatiokeinojen löytäminen ja niiden hyödyntäminen oman voinnin muuttamiseksi sekä ahdistuksen lieveneminen aistimodulaation avulla. Lisäksi ryhmäläiset saivat asettaa yksilöllisiä tavoitteita itselleen. Esimerkiksi yksi ryhmäläinen halusi lisätä omaa kärsivällisyyttään, ja toisen toiveena oli rentoutuminen aistimodulaation avulla. Ryhmän alku- ja lopuarvioinnissa hyödynnettiin WHODAS 2.0 -terveyden ja toimintarajoitteiden arviointia osallistumisen tason vaikuttavuuden mittaamiseksi sekä GAD-7-mittaria ahdistuneisuuden tason selvittämiseksi. Ryhmän lopussa ryhmäläiset täyttivät vielä palautelomakkeen, jossa he arvioivat ryhmän tavoitteiden toteutumista omalla kohdallaan ja saivat antaa avointa palautetta.

Ryhmäkerrat koostuivat ryhmäläisten oman voinnin arvioinnista (0–10 asteikolla), psykoedukatiivisesta osuudesta ja keskustelusta, aistivälineiden ja toimintojen kokeiluista sekä palautekeskustelusta sisältäen

voinnin arvioinnin uudelleen (0–10 asteikolla). Numeerisen arviointiasteikon käyttöä on hyödynnetty myös muissa tutkimuksissa ennen ja jälkeen aistimodulaatiointervention (mm. Wallis ym. 2018, Champagne 2017). Jokainen ryhmäläinen sai oman vihon, johon lisättiin ryhmäkerran materiaaleja ja tietoja. Ennen toimintojen kokeilemista ryhmäläisiä kannustettiin miettimään omia aistimuksiin liittyviä mieltymyksiään. Tällä pyrittiin ennaltaehkäisemään mahdollisten epämiellyttävien tuntemusten tai traumaattisten kokemusten nousemista pintaan ryhmätilanteessa. Psykoedukaatiivinen osuus sisälsi teoriaa aistimodulaatiosta yleisesti ja aistikohdistaisesti (tuntoaisti, tasapainoaisti, asento- ja liikeaisti, haju- ja makuaisti, näkö- ja kuuloaisti) sekä teemoittain ryhmäläisten toiveiden mukaisesti (esimerkiksi rauhoittuminen/rentoutuminen, oireidenhallinta, ankkuroituminen/maadoittuminen). Ryhmän aikana jokainen ryhmäläinen sai itselleen oman aistilaukun, joka oli hänen toiveidensa mukaan koostettu – osa materiaaleista oli ostettu ja osa tehtiin itse ryhmäkerroilla.

Ryhmärungon suunnitellut toimintaterapeutit toteuttivat ryhmän yhdessä toisten toimintaterapeuttien kanssa tiedon siirtämiseksi. Ajatuksena oli, että jatkossa toiset toimintaterapeutit voivat perehdyttää uusia ryhmänohjaajia aistimodulaatioryhmän ohjaamiseen. Vuoden 2020 aikana ryhmätoiveuksia oli kaksi, joihin osallistui yhteensä kymmenen asiakasta. Ryhmäläisten palautteet ryhmästä olivat kokonaisuudessaan positiivisia. Esimerkiksi numeerisen arviointiasteikon avulla ryhmäläisille hahmottui hyvin, miten ryhmäkertojen toiminnot olivat vaikuttaneet heidän vointiinsa positiivisesti. Yksittäisen ryhmäkerran aikana ryhmäläisen arvio voinnistaan saattoi kohentua jopa kolmella numerolla asteikolla 0–10.

### **Muut projektiin liittyvät toimenpiteet**

Projektin aikana yrityksen toimintaterapeutit ovat syventäneet tietämystään siitä, miten aikuisten mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn arvioinnissa voidaan ottaa paremmin huomioon myös aistien vaikutus heidän

toiminnallisuuteensa. Yritykseen on hankittu tähän uusia arviointimenetelmiä.

Aistimodulaatiokeinoja on otettu käyttöön myös yksilöllisissä toimintaterapia-interventioissa, joiden toteutuksissa on hyödynnetty osittain samoja materiaaleja kuin aistimodulaatioryhmässä. SI-practitioner-koulutukseen osallistuminen olisi mahdollistanut myös sensorisen integraation intervention toteuttamisen asiakkaille. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista arviointimittareiden ja tilojen laatuvaatimusten puolesta (ASI Fidelity, Schaaf & Mailloux 2015). Yksilöterapioiden yhteydessä asiakkaiden kanssa tehtiin yksilölliset aistilaukut, joita he voivat hyödyntää omassa arjessaan vointinsa muuttamiseksi. Lisäksi heidän kanssaan suunniteltiin aistiohjelmaa (sensory diets, kotiharjoitteluohjelma, turvasuunnitelma), joissa aistien hyödyntäminen tuotiin osaksi arjen päiväohjelmaa tukemaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Asiakkailta saadun palautteen mukaan erityisesti tietämys omasta aistisäätelystä on ollut heille merkityksellinen, kuten yksilöllisesti suunnitellut aistimodulaatiokeinotkin.

Asiakkaiden koulutus aistien hyödyntämisessä on avain aistimodulaation käyttöön. Asiakkaan tulee osata tunnistaa omien mieltymistensä mukaiset aistimukset, jotta hän osaisi hyödyntää itselleen sopivia menetelmiä esimerkiksi oireidenhallinnassa. Asiakkaalle tulee tarjota mahdollisuuksia eri välineiden ja menetelmien kokeiluun, sillä on yksilöllistä, miten eri aistimukset ihmisillä vaikuttavat. (Machingura ym. 2021, Andersson ym. 2020, Williamson & Ennals 2020.) Asumispalvelun asiakkaat ovat saaneet tietoa aistimodulaation mahdollisuuksista sekä yleisten infojen ja koulutusten kautta että yksilöllisen perehdytyksen avulla. Yksilöllisissä toimintaterapia-interventioissa asiakkaan kanssa arvioitiin kattavammin hänen aistisäätelyään ja aistitiedon prosessointiaan. Saadun palautteen mukaan tiedon lisääntyminen aiheesta on ollut asiakkaille merkityksellistä.

Aistimodulaation vaikuttavuutta haluttiin mitata erikseen, joten sitä varten laadittiin oma mittari. Mittarissa kysyttiin asiakkaan vointia ennen ja jälkeen aistimodulaation

(aistihuone tai aistilaukku) hyödyntämisen sekä syytä aistimodulaation hyödyntämiseen. Jos asiakkaan syy aistimodulaation käyttöön oli ”tarvittavan lääkkeen sijaan”, lomakkeessa kysytään myös, tarvitsiko asiakas kyseistä lääkettä aistimodulaation hyödyntämisen jälkeen. Lisäksi lomakkeen avulla seurataan aistimodulaatioon käytettyä aikaa. Asiakas sai täyttää lomakkeen itsenäisesti tai henkilökunnan avustamana. Lomake suunniteltiin täytettäväksi aina avaimen lainauksen ja palautuksen yhteydessä. Covid-19-pandemian takia aistihuoneen käyttö on ollut vaihtelevaa, eikä tila ole ollut käytössä suunnitellusti. Tämä vaikutti myös siihen, että näyttö vaikuttavuudesta jäi vähäiseksi, sillä täytettyjä mittareita saatiin vain muutama. Saaduissa palautteissa oli nähtävissä, että huoneen käytöllä oli ollut asiakkaisiin positiivista vaikutusta.

## Lopuksi

Projektiin valitut aistimodulaatiokeinoet koettiin hyväksi ja asiakasryhmälle sopiviksi. Saadut asiakaspalautteet ovat olleet erittäin positiivisia ja asiakkaat ovat olleet vastaanottavaisia aistimodulaatiokeinojen kokeiluun ja käyttöönottoon. Aistimodulaatiokeinojen käytön on todettu voivan vaikuttaa positiivisesti myös asiakkaiden motivaatioon ja vireystilaan (Machingura ym. 2021, Andersson ym. 2020, Williamson & Ennals 2020), mikä on ollut toimintaterapeuttien arvion ja asiakaspalautteiden mukaan nähtävissä myös tähän projektiin osallistuneissa asiakkaissa.

Isoksi haasteeksi aistimodulaatiokeinojen käyttöönotossa on noussut pandemiatilanne. Tilanne on tuonut haasteita sekä menetelmien käyttöön että niiden vaikuttavuuden tilastointiin. Yksi aistimodulaatiokeinojen käyttöönoton haaste kansainvälisesti on ollut koulutusten puute aiheesta (Wright ym. 2020). Suomessa aistimodulaatioon keskittävää koulutusta ei ole ollut saatavilla aikuisten mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevälle henkilöstölle. Tästä syystä SI-practitioner-koulutuksen käyneet toimintaterapeutit ovat laatineet sisäisen koulutusmallin itse. Tulevaisuudessa olisi tärkeää,

että peruskoulutusta aistimodulaation käyttöön olisi tarjolla laajasti sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille.

**Irina Katajisto-Korhonen, toimintaterapeutti (Yamk), AmO (ammattillinen opettaja), SI-practitioner (PGCert), lehtori, Turun ammattikorkeakoulu**

**Riikka Takala, toimintaterapeutti (AMK), SI-practitioner (PGCert), yksikön johtaja, Hoitokoti Peltola-Sävelkuja Oy**

## Lähteet

- Andersson H, Sutton D, Bejerholm U, Argentzell E (2020) Experiences of sensory input in daily occupations for people with serious mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
- Baillard A, Whigham S (2017) Linking neuroscience, function and intervention: A scoping review of sensory processing and mental illness. *American Journal of Occupational Therapy* 71, 5.
- Brown A, Tse T, Fortune T (2018) Defining sensory modulation: A review of the concept and a contemporary definition for application by occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
- Champagne T (2017) Sensory modulation & environment: Essential elements of occupation. 3. painos. Pearson, Australia.
- Katajisto-Korhonen I, Tigerstedt H, Eerola J, Löfgren M, Pykälä-Aho A (2020) Aistimodulaation hyödyntäminen mielenterveyskuntoutuksessa – aistimodulaatiohuoneen suunnittelu. *Kuntoutus* 43, 2, 46–49.
- Machingura T, Lloyd C, Murphy K, Goulder S, Shum D, Green H (2021) Views about sensory modulation from people with schizophrenia and treating staff: A multisite qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy* 0, 0 1–11.
- Machingura T, Lloyd C (2017) A reflection on success factors in implementing sensory modulation in an acute mental health setting. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 24, 1, 2–6.
- Martin B, Suane S (2012) Effect of training on sensory room and cart usage. *Occupational Therapy in Mental Health* 28, 118–128.
- Meredith P, Yeates H, Greaves A, Taylor M, Slattey M, Charters M, Hill M (2018) Preparing mental health professionals for new directions in mental health practice: Evaluating the sensory approaches e-learning training package. *International Journal of Mental Health Nursing* 27, 106–115.
- O’Sullivan J, Fitzgibbon C (2018) Sensory modulation resource manual. Changing how you feel through using your senses. Sensory Modulation Brisbane.
- Schaaf R, Mailloux Z (2015) Clinician’s guide for implementing Ayres Sensory Integration®: Promoting participation for children with autism. American Occupational Therapy, Maryland.
- Wallis K, Sutton D, Bassett S (2018) Sensory modulation for people with anxiety in a community mental health setting. *Occupational Therapy in*



- Mental Health 34, 2, 122–137.
- Williamson P, Ennals P (2020) Making sense of it together: Youth & families co-create sensory modulation assessment and intervention in community mental health settings to optimise daily life. *Australian Occupational Therapy Journal* 67, 458–469.
- Wright L, Bennett S, Meredith P (2020) Why didn't you just give them PRN? A qualitative study investigating the factors influencing implementation of sensory modulation approaches in inpatient mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing* 29, 608–621.

## TAKAISIN OIKEALLE RAITEELLE

---

Työuupumuksesta on tullut yksi nyky-yhteiskunnan yleisimmistä työelämän ongelmista. Pelkkä vilkaisu tiedotusvälineisiin riittää antamaan kuvan tilan yleisyydestä ja haitallisista vaikutuksista työntekijöiden terveyteen, työkykyyn ja ihmissuhteisiin.

Globalisaatio, työn tehostuminen ja taloudellisen kasvun tavoittelu ovat johtaneet työntekijöihin kohdistuvien vaatimusten lisääntymiseen ja paineeseen sopeutua jatkuviin muutoksiin. Tämän seurauksena ammatillinen stressi kasautuu, jättää vähemmän aikaa toipumiseen ja johtaa lopulta työuupumuksen kehittymiseen. Työuupumus on stressiperäinen tila, jota luonnehtii uupumusasteinen väsymys, kyynisyys ja alentunut ammatillinen itsetunto. Suomessa vuonna 2011 tehdyn kansallisen tutkimuksen mukaan kaksi prosenttia miehistä ja kolme prosenttia naisista on kärsinyt vakavasta työuupumuksesta, kun taas lievästä työuupumuksesta kärsineiden osuus oli paljon suurempi: 23 prosenttia miehistä ja 24 prosenttia naisista. Kansainvälisissä tutkimuksissa on raportoitu lääkäreiden ja mielenterveysalan työntekijöiden osalta 50 prosentin tai jopa 60 prosentin osuuksia.

Tutkimus on osoittanut, että työuupumus on melko krooninen tila hoitamattomana. Suomessa työuupumukseen on tarjottu kuntoutuskursseja niille työssäkäyville, joiden työkyky on ollut vaarantunut. Kuntoutus-

terventioilla on Suomessa pitkät perinteet. Taloudellinen tuki sekä työpaikan säilyminen kuntoutuksen aikana ovat tekijöitä, jotka toimivat kannustimena hakeutumisessa kuntoutuksen piiriin.

Työuupumusinterventiot voidaan luokitella kolmeen ryhmään: yksilösuuntautuneisiin (jolloin työuupumusta hoidetaan erilaisin rentoutus- ja tietoisuusmenetelmin, kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisin keinoin ja lisäämällä itsehyväksyntää ja itsearmollisuutta); organisatorisiin (jolloin toteutetaan muutoksia työpaikalla, muutetaan työrakenteita ja parannetaan tiimin toimivuutta, johtajuutta ym.); ja näiden kahden yhdistelmiin. Systemaattiset katsaukset eivät ole tuottaneet yksiselitteisiä todisteita tietyn interventiotyyppin tehokkuudesta muihin verrattaessa. Tiedetyt tutkimukset ovat osoittaneet, että yksilökeskeiset interventiot ovat tehokkaampia kuin organisaatiosuuntautuneet, kun taas osan mukaan molemmat interventiot tuottavat samansuuntaisia tuloksia tai organisaatiokeskeiset ovat tehokkaampia. On myös esitetty johtopäätöksiä, että yksilökeskeisillä interventioilla ei ole vaikutusta työuupumuksen lievittymiseen.

Vaikka työuupumusta on tutkittu suhteellisen pitkään ja laajasti, toipuminen siitä on edelleen alue, joka vaatii lisää tutkimusta. Tämän väitöskirjan kolmen osatutkimuksen tavoitteena oli tutkia yksilöllisiä kokemuk-

sia työuupumuksesta toipumisesta kuntoutuskontekstissa. Tutkimuksessa selvitettiin työuupumuksesta toipumisen kokemusta kuntoutuskurssin aikana ja kaksi vuotta sen päättymisen jälkeen. Kolmantena tavoitteena oli tutkia työuupuneiden puolisoiden kokemuksia sekä työuupumuksesta että toipumisprosessista. Lisäksi tutkimus pyrki selvittämään miten nämä prosessit – työuupumus ja siitä toipuminen – vaikuttavat puolisoiden väliseen suhteeseen puolisoiden kokemana.

Tutkimuksen kannalta keskeiseksi nousi toimijuuden käsite. Toimijuus on määritelty luottamukseksi siihen, että ihminen voi saavuttaa tavoitteensa ja vaikuttaa ympäristöön. Toimijuutta on kolmea eri tyyppiä: henkilökohtaista, lähitoimijuutta ja kollektiivista. Henkilökohtainen toimijuus tarkoittaa uskoa siihen, että kukin voi itse saavuttaa halutut tavoitteet. Kun tämä ei ole mahdollista, voidaan turvautua läheisen henkilön tai esimiehen apuun. Kollektiivinen toimijuus heijastaa uskoa siihen, että tietyn ihmisryhmän resursseja ja ponnisteluja voidaan käyttää haluttujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutuskurssit pyrkivät nimenomaan kuntoutujan toimijuuden vahvistamiseen.

Osatutkimus I tarkasteli kahdenoista kuntoutujan kokemuksia toipumisesta kuntoutuskurssin aikana. Kuntoutajat rekrytoitiin tutkimukseen kolmelta eri kuntoutuskurssilta eräästä Keski-Suomen kuntoutuskeskuksesta. Kriteeri tutkimukseen osallistumiseen oli työuupumuspisteiden väheneminen ainakin yhdellä luokalla. Muutokset työuupumuspisteissä mitattiin Bergen Burnout Indicator (BBI-15) -kyselymenetelmällä. Tulokset osoittivat, että kuntoutajat hyötyivät kuntoutuskurssista. Sisällönanalyysi tuotti yhden yläteeman, *Hyvinvointi omissa käsissäni*, ja neljä kategoriaa: *tuki, tietoisuus, hyväksyntä ja palautunut ilo*. Yläteema kuvasi toipumisen kokonaisprosessia fyysisine ja psyykkisine muutoksineen ja ilmaisi kuntoutujien kokemaa oivallusta, että he itse ovat vastuussa omasta hyvinvoinnistaan. Muut kategoriat rakentuivat toistensa varaan kuvaten toipumisen prosessia. *Tuki* viittasi kuntoutusammattilaisilta sekä vertaistukiryhmästä saatuun kannustukseen. Kuntoutajat kokivat, että heidän kokemuksi-

aan kuultiin ja ymmärrettiin validoiden näin heidän kokemaansa kärsimystä ja tuoden lohtua, etteivät he ole yksin. *Tietoisuus* kuvasi lisääntyntä tietoa työuupumuksesta, sen oireista ja kulusta sekä korostunutta sensitiivisyyttä omaa kehoa ja mieltä kohtaan. *Hyväksyntä* sisälsi itsehyväksynnän ja itsearmon lisääntymisen sekä omien tarpeiden ja rajojen tunnistamista. Toipumisprosessi kulminoitui *palautuneeseen elämäniloon*, sosiaalisen vuorovaikutuksen elävöittämiseen ja uudenlaiseen asenteeseen työhön ja elämän prioriteetteihin.

Osatutkimus II laajensi tietoutta toipumisprosessista tutkimalla neljän kuntoutujan toipumisprosessin jatkoa ja toimijuuden ilmentymiä 1,5 ja 2 vuotta kuntoutuskurssin jälkeen. Tutkimuksessa tarkasteltiin kuntoutujien narratiiveja pitkittäistutkimusasetelmalla. Osallistujat tähän osatutkimukseen valittiin harkinnanvaraisella otannalla (*purposeful sampling*) noudattaen kahta kriteeriä: jatkunut toipuminen vs. pahentunut työuupumus sekä työpaikan vaihto vs. ei työpaikan vaihtoa. Tutkimukseen valittiin neljä kuntoutujaa, joista kaksi oli jatkanut toipumisen tiellä ja kahdella työuupumuspisteet olivat nousseet seurantajaksolla. Heistä kaksi oli vaihtanut työpaikkaa ja kaksi oli jäänyt edelliseen työpaikkaansa. Työpaikan vaihto ei välttämättä kuitenkaan taannut toipumispolulla pysymistä. Kokonaisuudessaan voi todeta, että toipumisen polut kuntoutuskurssin jälkeen olivat hyvin heterogeenisiä ja yksilöllisiä, mikä osoittaa työuupumuksen monisyisyyttä. Vaikuttaa siltä, että toipumisen polku oli suotuisin silloin, kun henkilökohtainen ja lähitoimijuus olivat vahvoja ja muut elämän osa-alueet, kuten esimies, työympäristö ja perheenjäsenet, edesauttoivat toipumista ja toipumisen polulla pysymistä. Työpaikan vaihto ei toisaalta osoittautunut ratkaisevaksi tekijäksi toipumisen pysyvyyden kannalta, vaan nimenomaan työpaikalla toteutetut muutokset tukivat toipumista tai johtivat työuupumuksen pahenemiseen.

Osatutkimus III tutki puolestaan osaluuetta, joka on jäänyt pitkälti tarkastelematta työuupumuskirjallisuudessa eli puolisoisten kokemuksia työuupumuksesta ja siitä toipumisen prosesseista. Työuupumusta on

tutkittu pitkään yksilön tai organisaation näkökulmasta, mutta vaikutus perheenjäseniin ja tarkemmin puolisoihin on jäänyt lähes huomiotta. Tulokset osoittivat, että kokemukset asettuvat yksilö- ja parisuhdetasolle ja luonteeltaan ne olivat sekä negatiivisia että positiivisia. Temaattinen analyysi tuotti kolme teemaa yksilötasolla: *puolisot turvasatamana, kuormitus puolisoilla ja validaatio*, ja kaksi teemaa parisuhdetasolla: *sitoutuminen parisuhteeseen ja negatiivinen vaikutus parisuhteeseen*. Puolisoilla oli tärkeä rooli erityisesti työuupumusvaiheessa, jolloin puoliset tarjosivat tukea, kompensatiota ja ennaltaehkäisyä. Puolisot ottivat paljon vastuuta perheen ja talouden pyörittämisestä erityisesti silloin, kun työuupuneen kunto oli huonoimmillaan. Lisäksi puolisoilla oli mahdollisuus tarkastella työuupumusoireita riittävän läheisenä mutta silti ulkopuolisena tahona ja näin ehkäistä työuupumuksen uusiutumista. Kolikon käänttöpuolena puoliset kokivat paljon ahdinkoa työuupumuksen aikana ja joutuivat miettimään omaa hyvinvointiaan vetämällä rajoja puolison työuupumuksen ja oman mielenterveyden välille. Varsin tärkeänä teemana nousi esiin validaatio eli puolison kokemus kuulluksi tulemisesta kuntoutuskurssin puolisoille varattuna päivänä. Vaikka vain pieni osa puolisoista oli hyödyntänyt tätä mahdollisuutta, kokemukset siitä olivat hyvin myönteisiä ja vahvistivat puolisoitten toimintaa ja tekojen oikeellisuuden. Parisuhteen osalta puoliset kokivat, että työuupumus ei ole horjuttanut lojaliteettia puolisoa kohtaan, ja he olivat kaiken lisäksi löytäneet uusia merkityksiä ja mahdollisuuksia parantaa puolisoitten välistä kommunikaatiota ja avoimuutta. Negatiivisina seurauksina puoliset nostivat konfliktit sekä stagnaation parisuhteessa. Konflikti ei ollut vahingollisin seuraus vaan erityisen vaurioittavana nähtiin stagnaatio, sillä se tyrehdytti puolisoitten yhteisen ajan. Kaiken kaikkiaan työuupumus vaikutti parisuhteeseen lievemmin kuin oletettiin, minkä voi selittää osaltaan tutkimukseen valikoituminen: vain pariskunnat, joiden parisuhde oli vankalla pohjalla, osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen.

Kokonaisuudessaan väitöskirja osoitti, et-

tä toipuminen työuupumuksesta on moniulotteinen prosessi, johon vaikuttaa usea tekijä. Kuntoutuskurssi oli omiaan käynnistämään toipumisen prosessia ja osa kuntoutujista kykeni ylläpitämään hyvinvointiaan esimerkiksi korkean henkilökohtaisen tai lähi-toimijuuden ansiosta. Toipumisessa on kuitenkin äärimmäisen tärkeää huomioida muut elämän osa-alueet, erityisesti työympäristö, mutta myös perheeseen liittyvät tekijät. Voi todeta, että työuupumus vaikuttaa myös perheenjäseniin, vaikka se ei ole yhtä lamauttava kuin vakavat somaattiset tai mielenterveysongelmat.

Tulevan tutkimuksen täytyy kiinnittää entistä paremmin huomiota työuupumuksen laajakantoisiin vaikutuksiin ja kattavasti työuupuneiden työ- ja perheympäristöön. Kuntoutuskurssit olivat erittäin hyödyllisiä toipumisen prosessin käynnistämässä, ja niiden turvaaminen myös tulevaisuudessa on suotavaa. Näihin ohjelmiin kuuluu tällä hetkellä perheenjäsenelle omistettu päivä, jota valitettavasti vain harvat käyttävät. Osallistumista tähän päivään olisi kannustettava, koska tällaisen päivän myönteiset vaikutukset ovat huomattavat ja ne voivat olla positiivinen lisä uupuneiden henkilöiden toipumiseen. Myös puolisoitten rooli voidaan ottaa paremmin huomioon työhön paluuta koskevissa säädöksissä ja ohjeissa.

Yhteiskunnallinen tavoite Suomessa on ollut pidentää työuria samalla kun yhä useampi jää pois työelämästä työuupumuksen tai masennuksen vuoksi. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi työuupumuksesta toipumisen mekanismeja tulee ymmärtää paremmin, jotta voitaisiin vaikuttaa juuri niihin, joilla toipumisen ylläpito on vaikeaa.

**Stela Salminen, PsM, VTM, KTK, psykologi, HUS**

*Kirjoitus on yhteenvedo kirjoittajan väitöskirjasta ”Back on the right track’: Rehabilitees’ and spouses’ experiences of burnout and recovery”, joka tarkastettiin Jyväskylän yliopiston Kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunnassa 7.5.2021. Väitös julkaistiin JYU Dissertations -sarjassa, numero 366. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8588-2>*

## YHTEISELLÄ LÖYTÖRETKELLÄ OSALLISUUTEEN

---

Osallisuus on lapsen oikeus. Osallisuudella on lasta suojaava ja itsenäistymistä edesauttava tehtävä. Osallisuuden kautta lapsi oppii lopulta ohjaamaan omaa elämänpurtaan aikuisten ja vertaisten tukemana. Osallisuus tarkoittaa sitä, että voi olla osa yhteisöä yhdenvertaisena jäsenenä sekä olla osallisena omassa elämässään. Tämän vuoksi pysähtyminen lapsen osallisuuden äärelle on merkityksellistä.

Osallisuuden käsitettä käytetään hyvin kirjavasti osallistamisesta osallisuuden mahdollistamiseen. Osallisuuden käsitteen määrittäminen ei ole yksinkertaista, eikä sille ole olemassa yhteisesti sovittua ja täsmällistä määritelmää. Osallisuus on yhteensopivuutta ja mukaan ottamista. Se on liittymistä, suhteissa olemista, kuulumista, yhteisyyttä, osallistumista ja siihen liittyvää vaikuttamista ja demokratiaa. Osallisuus rinnastuu näin toimijuuteen, aktiiviseen osallistamiseen sekä oikeuteen tulla kuulluksi. Osallisuuden käsite onkin muotoutunut niin sanotuksi sateenvarjokäsitteeksi, joka kokoaa alleen erilaisia osallisuuteen liittyviä näkökulmia ja lähestymistapoja. Osallisuus on siis käsitteenä tunnustettu ennen kaikkea mahdollisuudeksi vaikuttaa oman elämän kulkuun, mahdollisuuksiin ja toimintoihin.

Kaikki lapset haluavat olla mukana ja osallisena yhteisössään. He haluavat tulla

ymmärretyiksi ja saada tietoa siitä, mitä ympärillä tapahtuu. Lasten osallistumisen oikeus kiinnittyy vahvasti perus- ja ihmisoikeussääntelyyn. Sekä YK:n lapsen oikeuksien sopimus että YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva sopimus velvoittavat valtioita toimenpiteisiin, joilla lasten osallisuutta voidaan vahvistaa ja tukea. Suomen perustuslain mukaan lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilönä ja heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti. Lapsen osallisuus onkin noussut tärkeäksi käsitteeksi ja tavoitteeksi nyky-yhteiskunnan toiminnoissa, strategioissa ja ohjelmissa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa asiakkaan osallisuus ja toimijuus oman asiakasprosessin omistajana ovat vahvistuneet. Tärkeäksi osallisuuden vahvistamisen tekijäksi on nostettu palveluiden sekä tarvittavan tuen yhteen sovittuminen; ennen kaikkea palveluiden ja tuen tulisi sovittua perheiden ja lasten yksilölliseen arkeen. Lapsi tunnustetaan siis omaa elämäänsä, oppimistaan ja tulevaisuuttaan muovaavana yksilönä. Perheen merkitys tässä kasvussa on merkityksellinen. Parhaimmillaan osallisuus tuottaa lapselle terveyttä ja hyvinvointia sekä mahdollistaa turvallisen, hyvän ja kehittävän kasvualustan. Lapsen osallisuus ja kasvaminen täysiin mahdollisuuksiinsa eivät kuiten-

kaan tapahdu yhtäkkisesti tai tyhjiössä vaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Kasvamiseen ja osallisuuden mahdollistumiseen kaikki lapset tarvitsevat aikuisten tukea. Lapsen oppiminen ja kasvamisen tapahtuu kaikissa elämän konteksteissa. Aikuiset ovat ratkaisevassa asemassa siinä, miten hyvin lapsen osallisuus mahdollistuu. Lapsen kanssa toimivien tulisi luoda niitä tilanteita, joissa lapsen ajatukset sekä toiminta otetaan vakavasti, sillä näin aikuinen antaa tukensa lapsen toimijuudelle sekä yhdenvertaiselle osallisuudelle. Erityistä huomiota lapsen toimijuuden ja osallisuuden vahvistamiseen tulee kiinnittää silloin, kun kyseessä on erityistä tukea tarvitseva lapsi. Näiden lasten osallisuuden rakentumisessa aikuisten yhteistoiminta on merkityksellistä.

Erityistä tukea tarvitseva lapsi saa tukea kasvamiseen, kehitykseen ja oppimiseen eri ihmisiltä, joiden toimintaa määrittelevät eri tieteiden paradigmat ja toimintatavat. Tutkimuksessani lapsen arki rakentui koulun, kodin ja kuntoutuksen konteksteissa. Näiden kontekstien risteyskohdassa kohtaavat eri tieteenalat, paradigmat sekä erilaiset lähestymistavat käsitteineen. Käsitteet vaihtelevat ekokulttuurisesta teoriasta toimintakyvyn ja inklusion kautta pedagogiseen kuntoutukseen. Tämä käsitteiden, kielten ja toimintatapojen moninaisuus haastaa lapsen ympärillä toimivia aikuisia. Silloin kun lapsella on todettu erityinen tuen tarve, moniammatillisen ja monitoimijaisen yhteistyön merkitys korostuu. Yhteistyön keskiössä on lasten ja perheiden sekä ammattilaisten jaettu asiantuntijuus, jolloin tietoa käytetään monitasoisesti ja -suuntaisesti. Erilaisten tieteenalojen toimintakulttuurien kohtaaminen vaatii mukautumis- ja sulautumiskykyä, jotta pystytään tarjoamaan paras mahdollinen tuki ja kasvualusta lapselle. Tämä edellyttää lasten ja vanhempien kanssa toimivilta asiantuntijoilta monialaista työskentelykulttuuria, jossa vanhemmat ja lapset tunnustetaan kumppaneina, omien asioidensa parhaina asiantuntijoina. Yhteisen toiminnan rakentaminen arjessa vaatii halua mukauttaa omaa toimintaansa yhteisiä tavoitteita palvelevaksi. Yhteistyötä haastaa kuitenkin palvelujärjestelmä ja palveluiden erillisuus.

Kun perheessä on erityistä tukea tarvitseva lapsi, hänen palvelunsa tuotetaan usein erillisinä kokonaisuuksina. Kaikille toimijoille ei näin synny kokonaiskuvaa lapsen tarpeista. Esimerkiksi kuntoutusta ja terapiaa ei voida erottaa opetuksesta ja kasvatuksesta erillään olevaksi toiminnaksi, koska nämä kaikki yhdessä tukevat lapsen meneillään olevaa kehitystä.

Tutkimukseni paikantuu kouluikäisen, erityistä tukea tarvitsevan lapsen arkeen ja toimintaympäristöihin. Tutkimuksessani tarkastelin kouluikäisen erityistä tukea tarvitsevan lapsen osallisuuden rakentumista kotona, koulussa ja terapiassa. Tavoitteena oli tutkia vanhempien, opettajien ja terapeuttien käsityksiä osallisuudesta ja erityisesti tutkia heidän käsityksiään lapsen osallisuuden mahdollistamisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda substantiivinen teoria lapsen osallisuutta edistävästä yhteistoiminnasta. Lähestyin tutkimuskohdetta neljän tutkimuskysymyksen kautta:

1. Millainen on osallistujien käsitys lapsen osallisuudesta?
2. Miten osallistujat tukevat lapsen osallisuutta koulussa, kotona ja terapiassa tutkimushetkellä ja tulevaisuudessa?
3. Mitkä tekijät estävät lapsen osallisuuden toteutumista koulussa, kotona ja terapiassa tutkimushetkellä ja tulevaisuudessa?
4. Miten yhteistoiminnalla voidaan edistää lapsen osallisuutta koulussa, kotona ja terapiassa?

Empiirisen havainnoinnin ja keskustelujen avulla tutkimuksessa pyrittiin kehittämään uutta teoratietoa. Tämän vuoksi tutkimusmenetelmäksi valikoitui grounded theory -menetelmä. Tutkimuksen tavoitteena oli todentaa osallisuuden ilmiötä ihmisten omasta merkityks maailmasta käsin. Tutkimus eteni jatkuvalla vertailulla etsien ja löytäen merkityksellisiä tekijöitä. Tutkimuksen analyysiprosessi eteni aksiaaliseen koodaukseen selektiiviseen koodaukseen, ja analyysiprosessin loppuksi muodostin substantiivisen teorian kouluikäisen erityistä tukea tarvitsevan lapsen osallisuuden todellisuudesta ja sitä mahdollistavasta yhteistoiminnasta.

Tutkimukseen osallistui viisi erityistä tukea tarvitsevan lapsen vanhempaa, kolme terapeuttia ja kaksi opettajaa. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden, yksilohaastattelujen, ryhmäkeskustelujen sekä ryhmätyö-materiaalien avulla. Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosien 2015–2016 aikana osallistujien yhteistoimintaprosessissa.

Tutkimuksen tuloksena syntyi substantiivinen teoramalli kouluikäisen erityistä tukea tarvitsevan lapsen osallisuutta mahdollistavasta yhteistoiminnasta. Tulosten pohjalta näyttää siltä, että lapsen osallisuuden mahdollistavaan yhteistoimintaan olisi hyvä kiinnittää huomiota jo varhaislapsuudessa. Yhteistoimintaa edistäviä ja sitä estäviä tekijöitä tarkastelemalla voidaan löytää osallisuutta mahdollistavia yhteistoimintatapoja. Osallisuutta mahdollistava yhteistoiminta näyttäytyy toimijoiden keskinäisenä vuorovaikutusprosessina, jonka ytimessä on lapsi. Yhteistoiminnan avaintekijöiden määrittäminen mahdollistaa toiminnan kehittämisen.

Tutkimuksen tuloksena syntyneessä, osallisuutta mahdollistavassa yhteistoimintamallissa lapsi on tärkeä osa oman osallisuuden rakentumisesta. Yhteistoiminnan edellytys on, että toimijat tunnistavat lapsilähtöisyyden perustavanlaatuisiksi lähtökohdaksi toiminnan ja rakentavat sitä kautta yhteistoimintaa tavoitteenaan lapsen mahdollisimman hyvä osallisuus. Lapsilähtöisyys sisältää pyrkimyksen työskennellä lapsen maailmasta käsin hänen toiveensa ja yksilölliset tarpeensa tunnistaen. Lapsi nähdään siis aktiivisena toimijana ja ennen kaikkea lapsena, yksilöllisenä persoonana.

Yhteistoiminnan avaintekijäksi tunnistettiin lapsen aito kohtaaminen vuorovaikutuksessa. Se edellyttää aikuisilta mahdollisuutta keskittyä, olla läsnä ja antaa aikaa lapselle sekä kykyä kuunnella lapsen toiveita ja tarpeita sekä herkkyyttä vastata niihin. Lapselle tulee myös syntyä tunne asioiden etenemisestä ja hänen mahdollisuuksistaan vaikuttaa omiin asioihinsa. Lapsen vahvuuksien tunnistaminen on tärkeää. Vahvuuksien ja rajoitteiden tasapainosta syntyy oppimista, toimintakykyä ja kasvua mahdollistava prosessi, jossa lapsi voimaantuu, kasvaa ja kehittyy. Kannustamalla ja rohkaisemalla

lasta päivittäisissä toiminnoissa luotsataan häntä myös itsenäiseen toimintaan ja päätöksentekoon. Lisäksi lapsen olisi hyvä saada kantaa vastuuta omasta toiminnastaan. Se, että lapsi saa osallistua itse toimintaa ohjauvien sopimusten tekemiseen, motivoi häntä ja kasvattaa kohti tulevaisuutta. Toiminnan tavoitteiden olisikin hyvä olla aidosti lapsilähtöisiä ja yhdessä luotuja. Tämä tarkoittaa sitä, että aikuisten toiminnan tulee olla lapsesta lähtöisin olevaa ja hänelle sopivia vaihtoehtoisia toimintatapoja etsivää. Kaikessa toiminnassa tulisi tukea myös kaverisuhteita ja hyödyntää vertaistukea.

Yhteistoiminnassa toimijoiden olisi hyvä tunnistaa oma tehtävänsä ja roolinsa ja jakaa omaa osaamistaan tässä yhteistyössä. Ammattirajat ylittävä tiedon ja osaamisen jakaminen toimijoiden kiinteässä vuorovaikutuksessa on merkityksellistä. Esimerkiksi terapeutin osallistuminen luokkaopetukseen vahvistaa sekä opettajan että terapeutin tietoja ja taitoja yhdistäen toimintakyvyn ja oppimisen tuen sekä osallisuuden mahdollistamisen. Olennaista yhteistoimintaprosessissa on siis pysähtyä tarkastelemaan sekä omaa että yhteistä toimintaa. Kyky asettua toisen asemaan mahdollistaa lapsen arjen ymmärtämisen ja myönteisen lähestymisen.

Osallisuutta mahdollistavalla toiminnalla voidaan nähdä olevan kauaskantoiset vaikutukset. Toiminnalla tähdätään lapsen turvalliseen kasvuun ja kehitykseen kohti osallistuvaa, mahdollisimman itsenäistä aikuisuutta. Aineistosta voidaan päätellä, että lapsen osallisuutta mahdollistavaan yhteistoimintaan tulisi panostaa heti elämänkaaren alkumetreiltä saakka yhteisin toimintaperiaattein. Yhteistoiminnan ytimessä ovat osallisuuden edellytykset, lapsi oman osallisuutensa rakentajana, osallisuuden mahdollistavat toimintatavat, osallisuuden esteet sekä lapsen osallisuus aikuisuudessa. Substantiivinen teoria on viitekehys, jonka avulla lapsen kanssa toimivat aikuiset voivat tarkastella omaa ja toisten toimintaa sekä kehittää osallisuuteen vaikuttavia toimintatapoja.

Tutkimuksen kautta saadun tiedon avulla aikuiset voivat tarkastella ja jäsentää omaa ja yhteisönsä toimintaa erityistä tukea tarvitsevan koululaisen toiminnan suunnitte-

lussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa. Teorian kautta aikuisten on mahdollista jäsentää käytännön toimia osallisuuden vahvistamisessa ja sitä kautta lisätä tietoisuuttaan sekä omasta että yhteisestä toiminnastaan. Yhteistyön ja toimintatapojen tarkastelu on olennaista voidaksemme ymmärtää, mitä osallisuus todella on ilmiönä, miten eri toimijat ajattelevat osallisuuden mahdollistuvan ja mitkä ovat yhteistoiminnan avaintekijät. Yhteistoimintamallin tuottamia avaintekijöitä voidaan hyödyntää esimerkiksi muistilistana yhteistoiminnan tarkastelussa. Olemassa olevat toimintakulttuurit tarvitsevat muutosta pystyäkseen vahvistamaan aidosti erityistä tukea tarvitsevan lapsen osallisuutta. Yhdyspinnoilla rakentuviin toimintamalleihin ja ruohonjuuritasolla tapahtuvaan lasten, perheiden ja asiantuntijoiden välisen yhteistyön kehittämiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tämä yhteistyön kehittäminen mahdollistaa myös paremmin lapsille ja perheille tarjottavien palveluiden laadun ja saavutettavuuden.

Osallisuuden mahdollistaminen näytättyy näin taitolajina, joka vaatii harjoittelua, monien asioiden yhteensovittamista, yhteisen kielen löytämistä, heittäytymistä ja rohkeutta. Osallisuuden eri muodot ja tasot elävät hetkissä ja lapsissa. Osallisuus ei ole staattinen, pysyvä ”tila”, vaan arjen eri ympäristöissä ja tilanteissa muotoutuva ”ilmiö”. Osallisuuden mahdollistaminen vaatii aikuiselta taitoa olla hiljaa, kuunnella ja aidosti kuulla lasta sekä taitoa löytöretkeillä lapsen maailmaan.

**Anu Kinnunen, ft, TtM (väitellyt),  
koulutuspäällikkö, Savonia-ammattikorkeakoulu**

*Kirjoitus on Anu Kinnusen väitöstilaisuudessaan esittämä lectio praecursoria. Väitöstutkimus ”Löytöretkellä lapsen osallisuuden. Substantiivinen teorian kouluikäisen erityistä tukea tarvitsevan lapsen osallisuutta mahdollistavasta yhteistoiminnasta” tarkastettiin Itä- Suomen yliopiston filosofisessa tiedekunnassa 30.4.2021.*

*Saatavissa: <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/24872/1618897272756967245.pdf>*



## YHTEINEN PÄÄTÖKSENTEKO MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN YTIMESSÄ

---

*Lindholm, Camilla & Stevanovic, Melisa & Weiste, Elina (toim.) (2020)  
Joint Decision making in Mental Health. An Interactional Approach.  
Palgrave Macmillan.*

Osallisuus ja kuntoutujien osallistuminen ovat kuntoutuksenkin kentässä nousseet yhä tärkeämmiksi asioiksi ja myös kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi. Camilla Lindholmin, Melisa Stevanovicin ja Elina Weisten toimittama kirja yhteisestä päätöksenteosta mielenterveyspalveluissa on siksi tärkeä avaus osallisuutta koskevaan tutkimukseen sekä keskusteluun. Kirjan keskusteluanalyysin tutkimustraditioon perustuvia artikkeleita yhdistää kiinnostus sellaisiin hoidon ja -kuntoutuksen tilanteisiin, joissa neuvotellaan vallasta ja auktoriteetista. Kirjoittajat edustavat laajasti mielenterveyskentän sekä kuntoutuksen tutkimusta ja tämä tarjoaakin lukijalle mahdollisuuden päästä tutustumaan aiheeseen monipuolisesti.

Toimitustyöstä vastanneet kolme tutkijaa määrittelevät kirjan tavoitteeksi tarkastella vuorovaikutukseen osallistumista Erving Goffmanin hengessä mikrotasolla, todellisissa tilanteissa ja kasvokkaisissa sosiaalisissa kohtaamisissa. Näin halutaan tuoda monipuolisesti esiin sekä päätöksentekoon osallistumisen reunaehdot ja myös sen seuraamuksia mielenterveyspalveluissa siten, että taustalla vaikuttavat vuorovaikutukselliset prosessit saadaan näkyviin.

### **Vuorovaikutusta tutkimassa**

Artikkelien pohjana olevien tutkimusaineistojen analysoinnissa pureudutaan syvällisesti niihin käytänteisiin ja toimintoihin, joiden avulla sosiaalista vuorovaikutusta rakennetaan, suunnataan ja jäsennetään päätöksenteon eri vaiheissa. Tämä on tärkeää varsinkin silloin, kun asiakkaiden kyky ja valmiudet osallistua päätöksentekoon ovat heikentyneet psyykkisen sairauden sekä usein myös lääkityksen aiheuttamien kognitiivisten muutosten vuoksi. Artikkelit tarjoavat kiinnostavia näkökulmia asiakkaiden ja työntekijöiden väliseen vuorovaikutukseen sekä päätöksentekoon toki myös muussa kuntoutuksessa.

Johdantoluvussa kirjan artikkeleita yhdistävää tutkimusintressiä taustoitetaan kertomalla, miten potilaiden ja kuntoutujien osallisuuden vahvistaminen päätöksenteossa asettuu osaksi psykiatrian ja muuta ammatilaisten ylivaltaa haastavaa historiallista jatkumoa. Jo 1940-luvulla tuotiin esiin potilaiden ihmisoikeuksiin liittyvät epäkohdat psykiatrisessa hoidossa ja ryhdyttiin haastamaan asiantuntija- sekä laitoskeskeisyyttä. Samaa pyrkimystä edustavat myös sosiaa-

lipsykiatrian painotukset, joiden mukaan potilaiden patologiseen puoleen keskittymisen rinnalle ja sen sijasta huomio tulee kiinnittää sairastumisen ja toipumisen sosiaalisiin ehtoihin sekä ympäristöön. Myös antipsykiatrinen sekä survivor-selviytyjien liike ja toisaalta palveluissa kasvava kiinnostus asiakkaiden näkökulmia sekä kokemusasiantuntemusta kohtaan kytkeytyvät näihin pyrkimykseen.

Johdantoluvussa kuvataan myös, miten päätöksistä neuvotellaan mielenterveyskuntoutuksessa ja miten merkittävästi päätösten tekotapa sekä niiden toimeenpano vaikuttavat kuntoutujan sosiaaliseen ja taloudelliseen tilanteeseen. Kuntoutujan oikeus osallistua omia palveluita koskevaan päätöksentekoon on keskeistä paitsi kuntoutujan osallisuuden myös kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta. Ottamalla yhteinen päätöksenteko esimerkiksi kuntoutuksen suunnittelussa lähtökohdaksi voidaan välttää tilanteet, joissa kuntoutuja on tietämätön hänelle laaditusta kuntoutussuunnitelmasta eikä siksi voi sitoutua siihen. Vallan siirtäminen asiantuntijoilta niille, joita päätöksenteko koskee, valtaannuttaa heitä tunnistamaan ja tuomaan esiin omia arvojaan, toiveitaan ja pyrkimyksiään.

### **Yhteinen päätöksenteko vahvistaa kuntoutujan osallisuutta**

Kirjan yksitoista tutkimusartikkelia on jaettu kolmeen temaattiseen kokonaisuuteen, joista jokaisessa keskitytään yhteen ulottuvuuteen mielenterveysasiakkaiden ja ammattilaisten yhteisessä päätöksenteossa. Viidessä kirjan kahdestatoista luvusta paneudutaan erilaisiin päätöksentekotilanteisiin Klubitalojen kontekstissa. Klubitalomallihan perustuu ajatukseen, että niin kuntoutujat kuin henkilökunta ovat kaikki yhteisön jäseniä ja kaikki päätökset tehdään konsensusperiaatteella. Tarkoituksena on ottaa huomioon kaikkien Klubitalon kuntoutujajäsenten näkemykset sekä näin tukea heidän kuntoutumistaan. Klubitalojen kansainvälisten standardien mukaan kaikilla jäsenillä on myös sekä oikeus että velvollisuus osallistua päätöksentekoon. Siksi Klubitaloissa tapahtuva päätök-

senteko ja sitä motivoiva pyrkimys kaventaa valtaeroja ammattilaisten ja kuntoutujien välillä tarjoaa hedelmällisen mahdollisuuden tarkastella kuntoutujien osallisuuden toteutumista. Ja koska me molemmat kirjoittajat toimimme klubitalokentässä, keskityimme seuraavassa tarkastelemaan tämän aihepiirin artikkeleita.

### **Haasteena vaikeneminen ja vastarinta**

Kirjan ensimmäinen temaattinen kokonaisuus keskittyy asiakkaiden hiljaisuuteen ja vastarintaan päätöksenteossa sekä siihen, miten työntekijät pyrkivät ratkomaan tästä syntyviä haasteita. Sen ensimmäisessä artikkelissa (Promoting Client Participation and Constructing Decisions in Mental Health Rehabilitation Meetings) pureudutaan esimerkiksi käytäntöihin, joiden avulla Klubitalon työntekijät fasilitoivat kuntoutujien osallistumista ja päätöksentekoa ryhmätilanteissa. Artikkelissa käsitellään myös kiinnostavaa dilemmaa, joka syntyy kuntoutujien päätöksentekoon osallistumisen edistämisen sekä heidän vaikenemisensa ja näin ilmaiseman vastarinnan välille. Artikkelissa tätä dilemmaa peilataan kiinnostavasti työntekijöiden pyrkimykseen edistää kuntoutujien osallisuutta päätöksenteossa: kun kuntoutujia yhä enemmän rohkaistaan osallistumaan, jääkö heille mahdollisuutta niin halutessaan myös vaieta ilman, että se heikentää heidän asemaansa yhteisössä.

Artikkeli herättää kysymyksen, voisiko kuntoutujan vaikeneminen varsinkin oman arvon tunteen tai toimintakyvyn ollessa hyvin heikko liittyä tarpeeseen pysytellä tarkkailijan asemassa sen sijaan, että asettuisi valokeilaan ilmaisemalla ajatuksiaan tai toiveitaan. Menetelmällisesti kiinnostava kysymys on myös se, miten kieli- ja puhekeskeinen keskusteluanalyysi tunnistaa litteroidussa aineistossa esimerkiksi tämän intressin osallistua vuorovaikutukseen tarkkailijana. Ja kuntoutuksen ammattilaisten kannalta voi pohtia, mihin tarkkailijan kokemus osallisuudesta voi perustua ja onko sitä edes mahdollista edistää kuntoutuksessa?

Kolmessa muussa ensimmäisen temaattisen kokonaisuuden artikkelissa tarkastellaan

muun muassa ADHD-diagnoosin saaneen lapsen osallistumista omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, asiakkaan osallistumista muutostavoitteiden asettamiseen kognitiivis-behavioraalisisessa terapiassa sekä potilaiden hoitopäätöksiin kohdistamaa vastarintaa, joka ei kuitenkaan avoimesti kyseenalaista psykiatrin auktoriteettia.

### **Tasapainoilua yksilöllisen ja yhteisen välillä**

Toisessa artikkelikokonaisuudessa keskitytään siihen, miten asiakkaat toimivat päätöksenteossa aloitteentekijöinä sekä siihen, miten psykiatrian ammattilaiset puolestaan vastaavat heidän aloitteisiinsa. Näissä kolmessa artikkelissa tuodaankin monipuolisesti esiin ammattilaisten haasteet toisaalta vahvistaa asiakkaiden toimijuutta ja toisaalta varmistaa omien ammatillisten velvoitteidensa toteutuminen. Tätä haastetta tarkastellaan esimerkiksi kuntoutujien ehdotuksiin suhtautumista ja siinä ilmenevää tasapainoilua käsittelevässä artikkelissa (Taking a Proposal Seriously: Orientations to Agenda and Agency in Support Worker's Responses to Client's Proposals). Artikkelissa kuvataan ja analysoidaan vuorovaikutusta, joissa työntekijät pyrkivät ottamaan kuntoutujien ehdotukset "vakavasti" ja samalla huolehtimaan siitä, että jokaisen jäsenen näkemykset, ideat ja ehdotukset tulevat kuulluiksi yhteisiä päätöksiä tehtäessä.

Ryhmätilanteessa työntekijä saattaa esimerkiksi hidastaa päätöksen tekemistä, jotta kaikilla olisi mahdollisuus osallistua siihen. Hän voi myös mahdollistaa tai heikentää kuntoutujien osallistumista päätöksentekoon avaamalla tai sulkemalla heiltä tiedon sekä näkökulmien jakamisen mahdollisuuksia vuorovaikutuksessa. Artikkelissa todetaankin työntekijän tasapainoilijan sen suhteen, miten hänen tulisi sekä noteerata yksittäisen kuntoutujan ehdotus ja suhtautua positiivisesti hänen aloitteellisuuteensa että yrittää saada muutkin kuntoutujat osallistumaan keskusteluun ja yhteiseen päätöksentekoon. Jossain tilanteessa työntekijä esimerkiksi innostui ja keskittyi kehuun kuntoutujan ehdotusta, mikä sai muut osallistujat

näkemään asian jo päätettynä ja sulki heidät ulos keskustelusta. Tämä sai aikaan myös sen, että ehdotuksen tehnyt kuntoutuja jäi ikään kuin yksin vastuuseen päätöksestä.

Toisessa tilanteessa työntekijä taas pidättäytyi ilmaisemasta samanmielisyyttä ensimmäisen ehdotuksen suhteen ja sen sijaan rohkaisi muita kuntoutujia kertomaan ajatuksiaan aiheesta. Tämä sai ehdotuksen tekijän ajautumaan keskustelussa eräänlaiseksi altavastaajaksi, jonka ehdotus unohtui keskustelun edetessä. Kolmas toimintatapa oli se, että työntekijä sekä ilmaisi innostusta ja samanmielisyyttä ehdotusta kohtaan että esitti omia ideoitaan kyseisen ehdotuksen pohjalta. Tästä seurasi, että myös muut alkoivat tuoda esiin ehdotusta täydentäviä ideoitaan, jolloin päätökseen edettiin vaihe vaiheelta. Artikkelissa kuvatus perusteella yhteinen päätöksenteko vaatii Klubitalojen työntekijöiltä kykyä oman ja yhteisen toiminnan reflektointiin sekä valmiutta tämän pohjalta suunnata prosessia, mikä on myös ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa tärkeää.

### **Diskurssien hyödyntäminen konsensuksen tavoittelussa**

Kirjan kolmannen temaattisen kokonaisuuden muodostavissa neljässä artikkelissa keskitytään siihen, miten päätöksenteossa kieleen perustuvat diskursiiviset resurssit tuodaan yhteen vuorovaikutuksen ideologisen, normien ja arvojen muodostaman perustan kanssa. Joskus tämä diskurssien ja ideologioiden kytkeytyminen voi päätöksenteossa paradoksaalisesti toteutua myös niin, että hyödynnetään arvopohjaltaan jopa toisilleen vastakkaisia ideologisia aineksia.

Esimerkiksi konsensusperustaista päätöksentekoa Klubitalossa käsittelevässä artikkelissa (Standards of Interaction in Mental Health Rehabilitation: The Case of "Consensus-based Decisions") keskitytään siihen, miten Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teorian mukaiseen konsensusideaaliin perustuva päätöksenteko ilmenee Klubitalolla tapahtuvassa vuorovaikutuksessa ja kuinka erimielisyyttä käsitellään päätöksentekoprosessissa. Aineisto koostuu Klubitaloilla videoituista kuntoutujien ja työntekijöiden

keskusteluista, joissa tarkoituksena on saada aikaan jokin yhteinen päätös.

Analyyysin perusteella konsensusperustainen päätöksenteko Klubitaloissa perustuu erimielisyyksien hallintaan eli keinoihin löytää yhdessä sellainen vaihtoehto ja päätös, jota kukaan ei vastusta. Artikkelissa kuvataan, miten työntekijä sekä pohjustaa yhteistä päätöksen tekoa että sen saavuttamisen jälkeen kuvailee osallistujille vielä kerran siihen johtaneen prosessin. Hän ikään kuin vakuuttaa päätöksen perustuvan yhteiseen pyrkimykseen ja samalla nostaa lopputuloksen vielä kerran yhteisesti arvioitavaksi. Näin toimimalla hän pyrkii sekä kaventamaan kuntoutujien osallistumisvalmiuksiin liittyviä eroja että sovittamaan päätöksenteon etenemisen konsensusideaalin mukaiseksi. Paradoksaalisesti hän voi kuitenkin samalla pyrkiä edistämään sitä, että keskustelussa nousisi esiin tietynlaisia vastauksia.

Keskustelun suuntaaminen konsensusideaalin mukaisesti osallistumisvalmiuksiltaan heterogeenisessä ryhmässä onkin usein varsin haastavaa ja edellyttää kirjoittajien mukaan tietynlaista metahallintaa. Tämä haaste on osallisuuden näkökulmasta keskeinen muussakin ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. Artikkelit saakin pohtimaan, miten työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus kuntoutusryhmässä tapahtuvassa päätöksenteossa voi toteutua niin, että siihen eri lähtökohdista ja erilaisin valmiuksin osallistuvat kykenevät kaikki tavoittelemaan konsensusta mutta samalla niin, ettei ammattilaisen pyrkimys tukea tai suunnata prosessia tee konsensuksesta näennäistä.

## **Reflektion aineksia kuntoutuksen ammattilaisille**

Lopuksi voikin todeta, että kirjan artikkelien perusteella klubitalomalliin sisältyvän konsensusideaalin toteuttaminen talojen päätöksenteossa on usein haastavaa ja ehkä juuri siksi ensisijaisesti työntekijöiden vastuulla. Aidosti yhteinen päätöksenteko edellyttää kaikilta kuntoutuskentän työntekijöiltä hyviä vuorovaikutustaitoja ja valmiutta niin oman kuin asiakkaiden toiminnan reflektointiin. Kirjan artikkelit eivät luonnollisesti

tarjoa näihin haasteisiin valmiita vastauksia tai ratkaisuja. Niistä voi kuitenkin löytää elävää peilipintaa oman toimintansa tarkasteluun hiukan etäämpää ja haastaa näin omia rutiinejaan sekä arkiajattelua. Tämän uskoisi kiinnostavan paitsi Klubitaloissa myös muissa mielenterveys- ja kuntoutuspalveluissa työskenteleviä, jotka pyrkivät vahvistamaan asiakkaidensa osallisuutta palveluissa ja ennen kaikkea heitä koskevassa päätöksenteossa.

Kirjan artikkelit synnyttävät siis runsaasti hedelmällisiä pohdintoja. Ainoa hankaluus syntyy siitä, että suomenkielisen, akateemisen esitystavan ja keskusteluanalyysin suhteen etäisemmän lukijan voi olla hetkittäin vaikeaa päästä sisään tutkijayhteisölle suunnattuun esitystapaan ja keskusteluanalyysin englanninkieliseen terminologiaan. Toisaalta ainakin Klubitalo- ja koskevia tuloksia on artikkeleiden kirjoittajien toimesta ansiokkaasti kuvattu talojen jäsenille ja henkilökunnalle yleistajuisten kirjoitusten ja esitysten avulla.

**Outi Hietala, VTT, projektipäällikkö,  
Suomen Klubitalot ry**

**Päivi Lepistö, YTM, projektipäällikkö,  
Suomen Klubitalot ry**

## **Kirjoituskutsu: "Erityistä tukea nuorille: nykytila ja tulevaisuus" (4/2022)**

Etsimme kirjoittajia Kuntoutus-lehden teemanumeroon 4/2022, joka käsittelee haastavassa tilanteessa olevien nuorten tuen nykytilaa ja tulevaisuutta. Teemanumero julkaistaan joulukuussa 2022.

Nuorten tuki sisältää kuntoutumista edistäviä keinoja, joiden tulisi toteutua oikea-aikaisesti, matalalla kynnyksellä ja osana arkea. Palvelun palasista tulee päästä joustavaan kokonaisuuteen, jossa myös kuntoutuksen vaikuttavuus on otettu huomioon.

Toivomme saavamme teemanumeroon tieteellisiä artikkeleita, katsauksia ja analyyseja sekä muita kirjoituksia, joissa kuvataan nuorille tarjottavan tuen nykytilaa monenlaisista näkökulmista ja niiden kautta otetaan kantaa tulevaisuuteen. Tekstien kautta luodaan laaja näkökulma nuorten tarvitseman tuen kokonaisuuteen.

Kuntoutus-lehti noudattaa vertaisarviointia. Vertaisarvioitujen tutkimusartikkelien lisäksi julkaisemme muun muassa vertaisarvioimattomia katsauksia ja analyyseja, puheenvuoroja, lektioita sekä kirja-arvosteluita.

Lähetä tieteellisen artikkelin abstrakti – työotsikko ja kuvaus artikkelin sisällöstä (ml. teoreettinen viitekehys, tutkimustehtävä ja -aineisto, menetelmät sekä keskeiset tulokset) – sähköpostin liitetiedostona 15.11.2021 mennessä toimitussihteerille osoitteeseen [kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi](mailto:kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi). Abstraktin pituus on noin 2 000 merkkiä välilyönnit mukaan laskien. Ilmoitamme abstraktin hyväksynnästä teemanumeroon 20.12.2021 mennessä.

Abstraktin pohjalta alustavasti hyväksytty ja Kuntoutus-lehden kirjoittajaohjeiden mukaan laadittu *tieteellinen artikkelikäsikirjoitus* lähetetään toimitussihteerille 31.3.2022 mennessä, minkä jälkeen käsikirjoitukset lähetetään vertaisarviointiin. Toimitus päättää käsikirjoituksen julkaisemisesta vertaisarviointiprosessin jälkeen. Kirjoitusohjeet: <https://journal.fi/kuntoutus/about/submissions>.

Muihin osastoihin tarkoitetut käsikirjoitukset tulee lähettää sähköpostin liitetiedostona 16.5.2022 mennessä toimitussihteerille osoitteeseen [kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi](mailto:kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi).

*Lisätietoja: teemanumeron toimittaja Sari Miettinen ([sari.miettinen@kela.fi](mailto:sari.miettinen@kela.fi)) sekä päätoimittajat Erja Poutiainen ([erja.poutiainen@kuntoutussaatio.fi](mailto:erja.poutiainen@kuntoutussaatio.fi)) ja Mika Pekkonen ([mika.pekkonen@verve.fi](mailto:mika.pekkonen@verve.fi)).*

# Etäsopeutumisvalmennus järjestöjen asiakkaille -hankkeen seminaari toteutuksista ja tuloksista

keskiviikkona 15.9.2021

Kymmenen järjestöä kehittivät yhdessä sopeutumisvalmennusta vuosina 2018–2021 hankkeessa, jonka päätavoite oli tuottaa hyvinvointia verkkokursseille osallistuville asiakkaille. Seminaarissa kuullaan hankkeen kokemuksia, tuloksia ja uusia oivalluksia. Tule mukaan!

- 12.30–12.50 Yhdessä kehittäen ja oppien: Alkusanat ja prosessi, *Tutkimusjohtaja Sinikka Hiekkala / Invalidiliitto*
- 12.50–13.30 Mitä paljastuu kyselyiden takaa: Tutkimuksen tuloksia, *Tutkija Piia Pietilä / Kuntoutussäätiö*
- 13.30–14.00 Tulevaisuustyöpajat hankkeessa: *Emerita professori Vilma Hänninen / Itä-Suomen yliopisto*
- 14.00–14.15 Tauko
- 14.15–14.45 Lämpöä, vertaistukea ja ajattelemisen aihetta: Osallistujan ja ohjaajan kokemuksia kursseista
- 14.45–15.15 Kokemuksista koottua: Hankkeen tuotokset, *Koordinatiivinen kurssiohjaaja Emma Lappi / Invalidiliitto*
- 15.15–15.30 Me tehtiin se: *Erytysiantuntija Maria Finstörn-Haanpää / STEA*
- 15.30–15.45 Yhteenveto ja päätös: *Tutkimusjohtaja Sinikka Hiekkala / Invalidiliitto*

Seminaari toteutetaan Teams-kokouksena. [Ilmoittaudu mukaan osoitteessa etasope.fi](https://www.etasope.fi)

Yhteistyössä:



## 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>
2	viikolla 24
3 teema	viikolla 41
4 teema	viikolla 50

## 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 kehittämissyhistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Yhteisötilaukset 300 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhistys  
Kutke ry