

Kuntoutuks

2017

2

Tieto valinnanvapauden
edellytyksenä

Aikuisten turvapaikanhakija- ja
pakolaisasiakkaiden terapeuttisissa
keskusteluissa tekemät
ongelmanmäärittelyt

Oppiminen elintapojen
muutosprosessissa



SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN Miten kuntoutusta koskeva tutkimustieto leviää?	3
--	---

TIETEELLINEN ARTIKKELI

ANNA-MARIE PAAVONEN, JENNA MÄKINEN JA ANNA-LIISA SALMINEN Tieto valinnanvapauden edellytyksenä	5
--	---

OLLI SNELLMAN, JAAKKO SEIKKULA, JARL WAHLSTRÖM JA KATJA KURRI Aikuisten turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaiden terapeuttisissa keskusteluissa tekemät ongelmanmäärittelyt	19
---	----

KATSAUS

JUULIA LAHDENSUO JA MAARIT VIRTÄ Visuaalisten hahmotustoimintojen ryhmäinterventio koulussa	34
--	----

HELJÄ TUOMARLA Oppiminen elintapojen muutosprosessissa	40
---	----

MIKKO PERKIÖ JA ANNARIINA KOIVU Tampereen sosiaalisen kuntoutuksen mallilla toimintakykyä	48
--	----

PUHEENVUORO

SIRPPA KINOS, KIRSTI MARTIKAINEN JA REIJO MARTTILA Dystoniaa sairastavien sopeutumisvalmennus-kuntoutuskurssien pitkäaikaisvaikutusten arviointitutkimus johtaa kysymään: Miten uudistaa kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimusta?	56
---	----

MARKKU SALO Hyvien käytäntöjen hautajaiset?	61
--	----

KOULUTUSESITTELY

KAISA LAUNONEN, EIRA JANSSON-VERKASALO, ANNA-MAIJA KORPIJAAKKO-HUUHKA, SARI KUNNARI JA PIRKKO RAUTAKOSKI Logopedian koulutus puheterapeutin ammatillisen työn perustana	66
--	----

KUNTOUTUKSESSA TAPAHTUU	72
-------------------------	----

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Marketta Rajavaara, Kela; Salla Sipari, Metropolia AMK; Heikki Suoyrjö, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhahuoma, Mila Gustavsson-Lilius, Matti Tuusa. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Irtonumero á 14 € + postimaksu **JULKAISIJA** Kuntoutussäätiö | 40. vuosikerta | ISSN 0357-2390 **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Forssa Print

KUNTOUTUSSÄÄTIÖ ON KUNTOUTUKSEN TUTKIJIA, KEHITTÄJÄ, ARVIOIJA, KOULUTTAJA, TIEDOTTAJA JA KUNTOUTUSPALVELUIDEN TUOTTAJA. ERITYISIÄ OSAAMISALUEITA OVAT KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄN TOIMIVUUTEEN, KUNTOUTUSTARPEeseen, TOIMINTAKYKYYN, TYÖHYVINVOINTIIN SEKÄ OSALLISUUTEEN JA SYRJÄYTYMISEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET. TYÖ RAKENTUU VAHVOILLE KUMPPANUUKSILLE ALAN TOIMIJOIDEN KANSSA.

MITEN KUNTOUTUSTA KOSKEVA TUTKIMUSTIETO LEVIÄÄ?

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Jatkan viime vuoden viimeisessä numerossa aloittamaani pohdintaa siitä, miten tärkeää kotimainen tieteellinen tutkimus ja sen leviäminen on. Tutkimuksen tieteellistä tasoa arvioidaan asiantuntija-arvioinnin avulla. Tieteellisten lehtien käyttämä vertaisarviointi on tärkeä osa tätä prosessia. Vertaisarvioinnissa arvioidaan, täyttävätkö tutkimusasetelma, käytetyt menetelmät, tulokset, niiden tulkinta ja yleistettävyyden tieteellisen työn kriteerit. Kun käsikirjoitus on läpäissyt arviointiprosessin ja päätoimittaja on sen hyväksynyt, se on valmis julkaistavaksi tieteellisessä lehdessä. Vertaisarvioituja tutkimuksia julkaisevat tieteelliset lehdet ovat täten erittäin tärkeitä tutkimustulosten ensivaiheen levittäjiä.

Tutkimustulosten julkaisu tieteellisenä artikkelina aloittaa tieteellisen keskustelun. Tämä on kuitenkin vasta tutkimuksen ja sen tulosten levittämisen ensimmäinen vaihe. Tuloksia tulee levittää myös laajemmalle yleisölle soveltuvassa muodossa niiden yhteiskunnallisen merkittävyyden vahvistamiseksi. Tutkimuksen tulokset on tärkeää tuoda myös tiedon soveltajien ulottuville. Tulosten ensivaiheen julkaiseminen tieteellisessä lehdessä on kuitenkin edellytys sitä seuraaville sovellettavuutta korostaville levitysvaiheille. Täten on ensiarvoisen tärkeää, että on olemassa tieteellisen julkaisemisen foorumeja ja että niiden jatkuvuus turvataan.

Tutkimuksen tuloksia julkaistaan niin kansainvälisissä kuin kotimaisissakin tieteellisissä lehdissä. Kansainvälistä julkaisemista puoltaa mahdollisuus saada omalle työlle laaja kansainvälisen tiedeyhteisön palaute ja mahdollisuus levittää tuloksia kotimaata laajemmin. Toisaalta myös kansallinen tieteellinen julkaiseminen on tärkeää, sillä tällöin kotimainen yleisö tavoitetaan välittömästi ja on mahdollista aloittaa keskustelu tulosten merkityksestä ja sovellettavuudesta omassa yhteiskunnassa. On myös tieteenalaja ja aihepiirejä, joissa tutkimus kohdentuu kotimaiseen järjestelmään tai kansalliseen toimintatapaan. Tällöin myös tutkimuksen julkaiseminen ja tieteellinen keskustelu on mielekästä käydä ensisijassa kotimaisella arenalla, tutkimuksen kansallisella julkaisukanavalla.

Kuntoutus on ala, jossa kotimaisen tutkimuksen ja kotimaisen julkaisemisen merkitys korostuu. Kuntoutus toteutetaan kansallisen järjestelmän piirissä, lisäksi kuntoutuksen tavoitteet liittyvät vahvasti kuntoutujan tukemiseen hänen omassa työssään ja yhteisössään. Tällöin täysin toisenlaisessa ympäristössä toimivalta kansainväliseltä yleisöltä puuttuu kosketuspinta tutkimuksen tuloksiin, jolloin tutkimustulosten merkityksen ja sovellettavuuden kannalta tärkeää tiedeyhteisön keskustelua ei synny.

On hyvin onnekasta, että kuntoutuksen parissa tutkimusta tekevillä on mahdollisuus tutkimustulosten kotimaiseen julkaisemiseen ja täten suomalaisen kuntoutuksen alan tiedon levittämiseen. Käsissäsi oleva Kuntoutus-lehti on Suomen ainoa kuntoutusalan tutkimukseen keskittyvä tieteellis-ammattillinen lehti. Lehden sisällöllisenä erityispiirteenä on myös kuntoutuksen alalle yleisemminkin ominainen monialaisuus ja moniammatillisuus. Alkuperäistutkimusten lisäksi se julkaisee ammatillisesti merkittäviä katsauksia ja kertoo lyhyesti kuntoutuksen alaa kiinnostavista kehittämishankkeista ja tapahtumista.

Tässä lehdessä lukija voi taas tutustua aiheiltaan hyvin ajankohtaisiin ja kiinnostaviin tieteellisiin alkuperäistutkimuksiin, joista toinen käsittelee valinnanvapauden onnistumisen edellytyksiä ja toinen turva-paikanhakijoiden ja pakolaisasiakkaiden ongelmanasettelun kuvauksia. Lehden katsaukset valottavat mielenkiintoisella tavalla kuntoutuksen ammatillisen kentän eri puolia kuvaamalla lasten hahmotustoimintojen ryhmäkuntoutusta, elintapojen muutosprosessin mekanismeja sekä toimintakykyä tukevaa sosiaalista kuntoutusta. Puheenvuorot sopeutumisoljennuksen tutkimisen tavoista tai hyvien käytäntöjen haasteista antavat niin ikään ajankohtaisia mietittäväää kuntoutuksen alan toimijoille. Kuntoutusalan koulutusten esittelyssä on vuorossa puheterapeuttien koulutus.

Kuntoutus-lehdellä on pitkä historia, nyt on menossa sen 40. vuosikerta. Lehti ei kuitenkaan aio juuttua paikoilleen, vaan uudistuksia tehdään kaiken aikaa. Tänä vuonna lukijaystävällisyyttä on pyritty kasvattamaan lisäämällä tutkimusartikkelien ja katsausten loppuun tiedon sovellettavuudesta kertova lyhyt kappale. Kuntoutuksessa tapahtuu -osio taas pyrkii tarjoamaan lukijoille tietoiskuja kuntoutuksen alan kiinnostavista ajankohtaisista asioista. Lehdessä jatketaan myös lehden laajempaa leviämistä tukevien teknisten ratkaisujen selvittämistä.

Kesä lähestyy ja toivotankin kaikille lukijoille rentouttavaa kesäaikaa.

Erja Poutiainen

Kuntoutus-lehden päätoimittaja

TIETO VALINNANVAPAUDEN EDELLYTYKSENÄ

Miten Mikä Kunto? -viestintäkampanjalla onnistuttiin lisäämään tietoa nuorten kuntoutuspalveluista?

Johdanto

Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen on osa suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamista. Vuodesta 2014 alkaen asiakkaan on ollut mahdollista valita terveysasemansa ja erikoissairaanhoidon yksikkönsä kaikista julkisista terveysasemista ja sairaaloista (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Jatkossa valinnanvapaus todennäköisesti laajenee myös kolmannen sektorin palveluihin (Valtioneuvoston kanslia 2015). Suomalaisen valinnanvapausmallin valmistelun tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja palvelujen saatavuuden parantaminen. Valintaoikeudella pyritään tukemaan asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja heidän vastuunottoaan omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016.) Valinnanvapauden lisäämisen voidaan ajatella sekä vapauttavan että vastuuttavan asiakasta. Huolta on herättänyt se, saavatko kaikki palveluihin oikeudetut riittävästi tietoa palvelujen laadusta ja oikeudestaan niihin kyetäkseen valintojen tekemiseen (esim. SOSTE 2016).

Kuntoutusverkoston asiantuntijoiden mukaan (SOSTE 2016) valinnanvapaus kuntoutuspalveluissa monipuolistanee palveluvaihtoehtoja sekä lisäänee kuntoutujien hyvinvointia: kuntoutuja saa yksilöllisten tarpeidensa mukaista tukea ja palveluita. Toisaalta

valinnanvapaus saattaa kasvattaa hyvinvointieroja. Heikommassa asemassa olevat eivät välttämättä pääse nykyistä helpommin kuntoutuspalveluihin. Puutteellinen palveluohjaus, palvelupolkujen katkeaminen ja vähäinen yhteistyö sidosryhmien välillä koetaan valinnanvapauteen liittyvinä uhkina. (SOSTE 2016.) Valinnanvapausmallin valmistelussa pyritään ottamaan huomioon, että osalla asiakkaista on rajalliset mahdollisuudet käyttää valintaoikeuttaan. Näille asiakasryhmille on tarkoitus tarjota tukea päätöksentekoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016.)

Kela järjestää ammatillisia ja mielenterveyskuntoutuspalveluita niille nuorille, joiden opiskelu- tai työkyky on heikentynyt sairauden tai vamman vuoksi. Vuonna 2015 Kelan kuntoutuksen piirissä oli 14 395 iältään 16–24-vuotiasta nuorta (Kelan tilastollinen vuosikirja 2015, 235). Nuoret tuntevat kuntoutusmahdollisuudet huonosti, vaikka heillä olisi työllistymistä tai kouluttautumista vaikeuttavia toimintakyvyn rajoitteita (esim. Korkeamäki 2015). Ratkaisuna kuntoutuspalveluiden heikkoon tunnettuuteen Kela toteutti vuosien 2015 ja 2016 aikana Mikä Kunto? -viestintäkampanjan nuorten kuntoutuspalveluista. Kampanjan tavoitteena oli lisätä nuorten ja nuorten kanssa työskentelevien tietoisuutta Kelan järjestämistä kuntoutuspalveluista.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, miten Mikä Kunto? -viestintäkampanja tavoitti kohderyhmänsä ja herättikö kampanja nuorten kiinnostusta kuntoutusta kohtaan eli miten kampanja on näkynyt nuorten yhteydenotoissa ammattilaisiin. Tulosten avulla pohditaan, mitä viestintäkampanjan onnistuminen kertoo valinnanvapauden toteutumisen edellytyksistä nuorten kuntoutuspalveluissa. Kuntoutuksen todellisia hakijamääriä ei sisällytetty tutkimukseen, koska kampanjan aikana toteutuneet lakimuutokset ja muutokset palveluissa vaikeuttavat näistä luvuista tehtäviä johtopäätöksiä. Lisäksi kampanjassa markkinoitiin sosiaaliturvaetuutta, jota saadakseen asiakkaan on täytettävä tietyt myöntökriteerit, eli nuorten herännyt kiinnostus kuntoutusta kohtaan ei siten välttämättä suoraan heijastu hakijamääriin. Tutkimuksen informanteina ovat kampanjan kohderyhminä olleet 16–30-vuotiaat nuoret, nuorten kuntoutuksen palveluntuottajat, etsivät nuorisotyöntekijät ja kuntoutuksen palvelunumerossa työskentelevät Kelan työntekijät. Tutkimuksen aineisto kerättiin touko-kesäkuussa 2016 puhelinhaastatteluna ja internetkyselyin. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan Mikä Kunto? -kampanjasivuston kävijämääriä.

Tieto ja valinnanvapauden edellytykset

Valinnanvapausmallin tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveystalvueluita, kun asiakkaiden valinnat ohjaavat julkisia resursseja kohti laadukkaita palveluja (esim. Jonsson & Virtanen 2013).

Taustaoletuksena on, että asiakkaat haluavat laadukasta hoitoa mahdollisimman vähäisillä kustannuksilla. Asiakkaat vertailevat palvelujen hintoja ja tietoja hoidon laadusta ja valitsevat palveluntuottajan näiden tietojen perusteella. (Victoor ym. 2012.) Valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että asiakkaalla on tieto valintaoikeudestaan ja halu käyttää oikeutta, hänellä on vaihtoehtoja, joista valita, ja hänen saatavillaan on ymmärrettävää vertailutietoa vaihtoehtoista. Lisäksi hänen tulee tarvittaessa saada tukea valinnan tekemiseen. (Junnila ym. 2016.)

Valinnanvapaus perustuu ajatukseen toimijasta, joka kykenee vertailemaan vaihtoehtoja ja saatavilla olevan tiedon perusteella valitsemaan palvelunsa tuottajan. Ajatellaan, että mielekkäiden valintojen tekeminen on mahdollista, kun valinnan tueksi on tarjolla ymmärrettävää tietoa vaihtoehtoista (esim. Jonsson & Virtanen 2013). Suunnitellun toiminnan teoria ennustaa ihmisten käyttäytymistä ja valintoja tilanteissa, joissa he käyttävät saatavillaan olevaa tietoa valintojensa tekemiseen ja kykenevät arvioimaan valintojensa seurauksia (Ajzen 2005, 117). Teorian mukaan (Ajzen 2005, 117–127) aikomus valita ennustaa todellista valintaa. Aikomuksen taustalla ovat myönteiset asenteet käyttäytymistä ja sen seurauksia kohtaan sekä sosiaalisen ympäristön, kuten perheen ja ystävien, myönteinen suhtautuminen valintaa kohtaan ja henkilön halu toimia läheisten odotusten mukaan. Näiden lisäksi valintaa ennustaa henkilön uskomus siitä, että hän kykenee valitsemaan tai että valinnalle ei ole merkittäviä esteitä. Näiden kolmen osatekijän tärkeys riippuu henkilöstä ja siitä, millaisesta käyttäytymisen muutoksesta tai valinnasta on kyse. Teorian mukaan tieto vaikuttaa käyttäytymiseen näiden kolmen tekijän kautta henkilön muiden taustatekijöiden, kuten iän, sosioekonomisen aseman ja aiempien kokemusten, tapaan (Ajzen 2005, 134–136). Aina pelkän valintaa tukevan aikomuksen luominen ei johda todelliseen valintaan tai käyttäytymisen muutokseen (esim. Ajzen 2005, 139).

Terveysteen liittyvä päätöksenteko eroaa kuitenkin muista päätöksentekotilanteista, joita kuluttajat kohtaavat. Viitaten Kahnemanin ja Tverskyn (1979) inhimillistä päätöksentekoa avaavaan teoriaan Fotaki kumppaneineen (2008) toteaa, että terveyteen liittyviä valintoja tehdessään kuluttajan on arvioitava monimutkaista tietoa usein epävarmassa ja stressaavassa elämäntilanteessa. Tiedetään, että motivaatio ja kyky käsitellä tietoa ennustavat sitä, käsittelee henkilö saatavilla olevaa tietoa perusteellisesti vai vaikuttavako tiedonkäsittelyyn pinnallisemmat tekijät, kuten se, kuka tiedon antaa (esim. Petty & Cacioppo 1986). Asiakkaat eivät usein käytä

päätöksenteossaan kaikkea saatavilla olevaa tietoa: tietoa saattaa olla liikaa tai se on riskiäistä (Damman ym. 2009). On myös havaittu, että esimerkiksi paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat asiakkaat hyödyntävät todennäköisemmin saatavilla olevaa tietoa palveluntuottajista (Fotaki ym. 2008).

Viestintäkampanja ratkaisuna kuntoutuksen tuen huonoon tunnettuuteen

Terveys 2000 -tutkimuksessa jo nuorilla aikuisilla havaittiin väestöryhmittäisiä eroja terveydessä ja toimintakyvyssä (Martelin ym. 2005, 145). Yleisimpiä toimintakyvyn rajoitteita nuorilla ovat psyykkiset ja sosiaaliset rajoitteet (Shemeikka ym. 2015), jotka tyypillisesti kasautuvat vain perusasteen tutkinon suorittaneille (Martelin ym. 2005, 145; Shemeikka ym. 2015). Toimintakyvyn rajoitteet voivat nuorten ikäryhmässä johtaa pysyviin kehityskuluihin, kun esimerkiksi opiskeluelämän ongelmat heikentävät myöhempiä työllistymismahdollisuuksia (Shemeikka ym. 2015). Nuorisotyöttömyyden ja syrjäytymisen taustalla on usein mielenterveysongelmia tai oppimisvaikeuksia (Gustavsson-Lilius ym. 2015).

Tuusan ja kumppaneiden (2014, 21) mukaan nuorista 17 prosenttia arvioi tarvitsevasa henkistä jaksamista tukevaa kuntoutusta ja 3–5 prosenttia fyysistä jaksamista, opintoihin valmiuksia antavaa tai ammatillisia valmiuksia edistävää kuntoutusta. Harva nuori kuitenkaan tuntee kuntoutusmahdollisuudet (Korkeamäki 2015; Tuusa ym. 2014, 21). Korkeamäen (2015) tutkimuksessa kuntoutusmahdollisuuksia tunsivat vain ne nuoret, joille ammattilaiset olivat esitelleet niitä. Myös Kelan asiakastyössä on havaittu, etteivät nuoret hakeudu tai heitä ei ohjata oikea-aikaisesti Kelan kuntoutuspalveluiden piiriin. Esimerkiksi masennus- ja ahdistusoireisiin kuntoutusta tarjoavia nuorten mielenterveyskursseja on jäänyt toteutumatta osallistujamäärien vähäisyyden vuoksi.

Nuorten kohdalla kuntoutusetuus on siis todennäköisesti alikäytetty sosiaaliturvaetus. Yhtenä syynä sosiaaliturvaetuksien alikäyt-

töön on esitetty informaatiovajetta: henkilö ei tiedä oikeudestaan etuuteen tai etuuden hakuprosessi kuvitellaan todellista monimutkaisemmaksi (esim. Currie 2006, 87). Korkeamäen (2015) mukaan nuoret kokevat etuuksien hakemisen työlääksi ja kuntoutusjärjestelmän vaikeaselkoiseksi.

Mikä Kunto? -viestintäkampanja

Kelan toteuttaman Mikä Kunto? -viestintäkampanjan keskeisenä tavoitteena oli lisätä nuorten ja nuorten kanssa työskentelevien tietoisuutta Kelan järjestämistä kuntoutuspalveluista. Viestintäkampanja oli Kelalle uudennainen tapa viestiä sosiaaliturvaetuudesta. Ennen kampanjaa nuorille on tarjottu tietoa kuntoutuspalveluista pääosin esitteillä ja Kelan verkkosivustolla (kela.fi). Mainonta kohdistettiin 16–30-vuotiaille nuorille ja niille tahoille, jotka todennäköisimmin ohjaavat nuoria kuntoutuspalveluihin. Kampanjassa markkinoitiin ammatillista kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa ja mielenterveyskursseja.

Osana viestintäkampanjaa perustettiin Mikä Kunto? -verkkosivusto (nuortenkuntoutus.kela.fi). Kampanjan ilmettä ja iskulausetta (Mikä Kunto?) oli valitsemassa viisi nuorta. Kampanjasivustolla kerrottiin, millaisessa elämäntilanteessa ja miten Kelan kuntoutuspalveluihin voi hakeutua ja ohjattiin nuoria soittamaan Kelan kuntoutuksen palvelunumeroon, jos he kaipasivat lisätietoja kuntoutuksesta. Sivustolla oli tietoa siitä, missä kuntoutuspalveluita toteutetaan, ja palveluntuottajien yhteystiedot lisäkysymyksiä varten. Kuntoutuspalveluiden tuottajia myös osallistettiin kampanjaan: he saivat tuottaa sisältöä kampanjasivustolle jakamalla kuntoutusaiheisia kuvia Instagram-kuvanjakopalvelussa (#mikakunto), ja heille järjestettiin viestintäkoulutuksia muun muassa sosiaalisen median käytöstä palveluiden markkinoinnissa. Lisäksi sivustolla kerrottiin, miten etsivä nuorisotyö voi auttaa nuorta. Sivuston kautta nuori voi etsiä oman kuntansa etsivien nuorisotyöntekijöiden yhteystiedot. Suomenkielinen kampanjasivusto avattiin toukokuussa 2015 ja ruotsinkielinen tammikuussa 2016. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan suomenkielistä kampanjaa.

Mikä Kunto? -kampanjan toteuttamisessa otettiin huomioon käyttäytymisen muutosta ennustavia tekijöitä (esim. Ajzen 2005, 117–127). Kampanjassa luotiin mielikuva siitä, että kuntoutuksella voi olla myönteisiä seurauksia nuoren elämässä ja että nuorelle merkityksellisillä henkilöillä on myönteisiä kokemuksia kuntoutuksesta. Kampanjassa kerrottiin, että kuntoutuksen avulla nuori voi löytää uuden suunnan elämäänsä, kun elämä tuntuu olevan solmussa. Osana kampanjaa järjestettiin kirjoituskilpailu, jossa kuntoutuksella olleita nuoria pyydettiin kertomaan kokemuksiaan kuntoutuksesta. Lisäksi nuorten suosima videobloggaaja Eetu Pesonen kertoi kuntoutuksen hyödyistä Youtube-videopalveluun lisätyillä videoilla. Konkreettiset ohjeet siihen, miten kuntoutukseen hakeudutaan, ja muun muassa Kelan puhelinpalvelun yhteystiedot lisäkysymyksien varalle poistivat kuntoutukseen hakeutumisen tiedollisia esteitä ja tarjosivat väylän tuen hakemiseen.

Kampanjaa mainostettiin kolmena ajankohtana: toukokuussa ja elokuussa 2015 sekä tammikuussa 2016. Kahtena ensimmäisenä ajankohtana kampanjaa markkinoitiin hakusanamainonnalla, bannereilla eli internetin mainospaikoilla ja Youtubessa ja tammikuussa 2016 videomainoksella Yleisradion TV1-kanavalla, Finnkinnon elokuvateattereissa ja Youtubessa. Viimeisessä kampanjalähdössä mainonnan kohderyhmänä olivat nuorten lisäksi nuorten vanhemmat ja nuorten kanssa työskentelevät. Kaikki kampanjalähdöt kestivät noin kaksi viikkoa. Lisäksi kampanjaa mainostettiin aiheeseen liittyvissä tapahtumissa kuten Youtube-yhteisön livetapahtumassa Tubeconissa Helsingissä elokuussa 2015 ja Mielenterveysmessuilla Helsingissä marraskuussa 2015.

Kampanjan ensimmäisen mainoslähdön jälkeen kampanjan toteuttanut viestintätoimisto toteutti alkumittauksen (OMD 2015), jolla se arvioi nuorten suhtautumista kampanjamainontaan ja sitä, miten kampanja on tavoittanut nuoret. Seitsemän prosenttia tutkituista 15–29-vuotiaista nuorista (n = 312) muisti kampanjan ainoastaan nimen perusteella ja 26 prosenttia muisti nähneensä ainakin jota-

kin kampanjamainontaa mainoksien näyttämisen jälkeen. Tutkimus toteutettiin internetkyselynä kuluttajaneelille eli sen otos oli näyte kampanjan kohderyhmään kuuluneista 16–30-vuotiaista nuorista. Nuorten matalankynnyksen palvelupisteitä, Ohjaamoita, koskevassa tutkimuksessa (Paavonen & Salminen 2016) kaksi prosenttia nuorista kertoi huumanneensa kampanjan. Tutkimukseen osallistui sata Ohjaamon asiakasta.

Vastaavanlaista markkinointia on Suomessa toteutettu vähän. Sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2007–2008 toteuttaman perhevapaakampanjan tavoitteena oli lisätä tietoisuutta perhevapaauudistuksesta ja tukea isyyslomien käyttöä. Kampanjassa annettiin televisio- ja radiomainonnan lisäksi suoraa puhelinneuvontaa isyysvapaan potentiaalisille käyttäjille. Heti kampanjamainonnan jälkeen tehdyn mittauksen mukaan 99 prosenttia tuoreista isistä oli tavoitettu kampanjaviesteillä ja kampanja sai puolet vastaajista harkitsemaan isyysvapaan pitämistä. (Eloranta 2008.) Kansainvälistä tutkimustietoa sosiaalietuuksien markkinointikampanjoista on runsaasti. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vähävaraisille perheille annettu henkilökohtainen neuvonta koulutustuesta kasvatti tuen hakijamääriä, ja tukea myönnettiin useammalle (Bettinger ym. 2012).

Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, miten Mikä Kunto? -kampanja on tavoittanut kohderyhmänsä ja millaisia vaikutuksia kampanjalla on ollut. Osana jälkimmäistä kysymystä tutkimuksessa arvioidaan, herättikö kampanja nuorissa kiinnostuksen kuntoutusta kohtaan eli mahdollisesti aikomuksen hakeutua kuntoutukseen. Tätä mitataan nuorten yhteydenottojen määränä ammatilaisiin. Tulosten avulla pohditaan, riittääkö tiedon lisääminen kuntoutuksesta hyötyvien nuorten tavoittamiseksi ja ohjautumiseksi Kelan järjestämien kuntoutuspalveluiden piiriin sekä millaisia edellytyksiä valinnanvapauden toteutumiseksi on nuorten kuntoutuspalveluissa. Tutkimuskysymyksinä ovat:

1) Miten Mikä kunto? -kampanja on taivoittanut kohderyhmänsä?

2) Miten tiedon lisääminen nuorten kuntoutuspalveluista on näkynyt nuorten yhteydenotoissa ammattilaisiin?

Tutkimuksen aineisto

Artikkeli perustuu touko–kesäkuussa 2016 ke-rättyyn Mikä Kunto? -nuorten kuntoutuspalveluiden viestintäkampanjan onnistuminen -tutkimuksen aineistoon. Aineisto on moninäkökulmainen ja -menetelmällinen: aineistotriangulaation avulla kampanjan onnistumista on mahdollista arvioida kampanjan kaikkien kohderyhmien näkökulmasta (Eskola & Suoranta 2000, 68).

Palveluntuottajien, etsivien nuorisotyöntekijöiden ja Kelan palveluneuvojien internetkyselyt toteutettiin Digium-verkkokyselytyökalulla 16. toukokuuta ja 3. kesäkuuta välisenä aikana ja nuorten puhelinhaastattelu toukokuussa 2016. Kyselyaineistot analysoitiin SPSS-tilastoanalyysiohjelmalla. Tulokset ovat aineistoa kuvailevia. Kaikkien vastaajaryhmi-en asuinpaikka tai työskentelyalue luokiteltiin Euroopan tilastovirasto Eurostatin NUTS 2 -alueluokituksen mukaisesti neljään luokkaan (esim. Tilastokeskus 2015, 7). Kelan palveluneuvojilta työskentelyaluetta ei kysytty, koska Kelan palvelunumerot palvelevat valtakunnallisesti. Kyselyaineistojen avovastauksien analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä (Eskola & Suoranta 2000, 186). Viestintäkampanjan arviointia täydennetään kampanjasivuston kävijätietoja tarkastelemalla. Kampanjasivuston kävijätiedot poimittiin Google Analytics -verkkosivustojen kävijäseurantapalvelusta kesäkuussa 2016.

Nuoret

Nuorten aineiston keräsi Kelan toimeksiantosta Taloustutkimus Oy puhelinhaastatteluna. Iältään 16–30-vuotiaiden nuorten otos muodostettiin satunnaisotannalla Väestötutkimuskeskuksen rekisteristä, ja se kiintiöitiin vastaajien iän, sukupuolen ja asuinpaikan mukaan. Puhelinhaastatteluun osallistui 584 nuorta. Otos edustaa tilastollisesti 16–30-vuo-

Taulukko 1. Vastanneiden nuorten taustatiedot, % (n = 584).

Sukupuoli	
Nainen	48
Mies	52
Ikäryhmä	
16–20 vuotta	30
21–25 vuotta	35
26–30 vuotta	34
Koulutustaso	
Perusaste	20
Ammatillinen koulutus	25
Ylioppilas/lukio	28
Opistotaso	2
Ammattikorkeakoulu	11
Yliopisto/ korkeakoulu	13
Ei halua vastata	1
Suuralue	
Helsinki-Uusimaa	31
Etelä-Suomi	17
Länsi-Suomi	29
Pohjois- ja Itä-Suomi	23

tiaiden ikäryhmää Suomessa. Taustatietoina nuorilta kysyttiin sukupuolta, ikää, koulutusta ja asuinpaikkakuntaa. Tutkimukseen osallistuneiden nuorten taustatiedot esitetään taulukossa 1.

Kuntoutuksen palveluntuottajat

Internetkysely lähetettiin niille Kelan palveluntuottajarekisterissä oleville palveluntuottajille, jotka tuottavat kampanjassa mainostettuja nuorten kuntoutuspalveluita eli ammatillista ja mielenterveyskuntoutusta. Tutkimuksesta rajattiin pois ammatillisen koulutuksen ja kuntoutukspsykoterapian palveluntuottajat, koska niiden tuottajamäärät ovat useita tuhansia ja nuorten kuntoutujien määrä yhtä palveluntuottajaa kohden on tyypillisesti vähäinen. Sähköpostiosoitteet kerättiin palveluntuottajien verkkosivuilta. Kysely lähetettiin useimmiten organisaatioiden toimipaikkavastaville tai palvelupäälliköille. Yhteyshenkilöitä kehoitettiin vastaamaan kyselyyn yhdessä organisaationsa henkilökunnan kanssa tai sellaisen työntekijänsä kanssa, joka parhaiten

tuntee organisaation tuottamia Kelan järjestämiä nuorten kuntoutuspalveluita. Kysely lähetettiin 65 henkilölle ja siihen vastasi 19 henkilöä (vastausprosentti: 29).

Kuntoutuksen palveluntuottajien taustatietoina kysyttiin, millä alueella heidän toimipisteensä sijaitsee, millaisia kuntoutuspalveluita he tuottavat ja kuinka suuri osuus heidän tuottamistaan kuntoutuspalveluista on suunnattu nuorille. Suurin osa vastanneista palveluntuottajista ilmoitti toimipisteensä sijoittuvan Pohjois- ja Itä-Suomen alueelle (taulukko 2). Jakauma noudattaa palveluntuottajien perusjoukon jakaumaa. Yli puolet kyselyyn vastanneista palveluntuottajista tuotti merkittävän osan (25–50 %) palveluistaan nuorille. Hieman yli puolet vastaajista kertoi olleensa mukana kampanjassa. Palveluntuottajat olivat muun muassa osallistuneet heille järjestettyyn

Taulukko 2. Vastanneiden palveluntuottajien taustatiedot, %.

Suuralue (n = 19)	
Länsi-Suomi	16
Helsinki-Uusimaa	5
Etelä-Suomi	16
Pohjois- ja Itä-Suomi	63
Kuntoutuspalvelu, jota tuottaa (n = 19) ¹	
Ammatillinen kuntoutusselvitys	37
Ammatillinen kurssi	32
Koulutuskokeilu	0
Mielenterveyskurssi	16
Mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennus	68
Työhönvalmennus	53
Työkokeilu	58
Jokin muu	21
Nuorten kuntoutuspalveluiden osuus tuotetuista palveluista (n = 18)	
Alle 25 %	39
25–50 %	56
51–75 %	0
Yli 75 %	6
Järjestämme vain nuorten kuntoutuspalveluita	0
Kampanjassa mukanaolo (n = 19)	
Ovat olleet mukana kampanjassa	53
Eivät ole olleet mukana kampanjassa	47
Ei osaa sanoa	0
¹ Vastaajien oli mahdollista valita useita vaihtoehtoja.	

viestintäkoulutukseen tai tuottaneet sisältöä kampanjan Instagram-tilille.

Etsivät nuorisotyöntekijät

Internetkysely lähetettiin 409 etsivälle nuorisotyöntekijälle. Sähköpostiosoitteet saatiin kampanjasivustolta. Kyselyyn vastasi 102 henkilöä (vastausprosentti: 25). Taustatietoina etsiviltä nuorisotyöntekijöiltä kysyttiin, millä alueella he työskentelevät ja minkä organisaation kautta he toimivat etsivässä työssä. Eniten vastaajia oli Pohjois- ja Itä-Suomen alueelta, mikä vastaa perusjoukon alueellista jakautumista. Valtaosa (84 %) vastanneista työskenteli kunnalle. (Taulukko 3.)

Kelan palveluneuvoajat

Kuntoutuksen palvelunumero on Kelan tarjoama puhelinpalvelu, jonka kautta henkilöasiakkaat ja kuntoutuksen sidosryhmät (esimerkiksi viranomaistahot) voivat hakea tietoa Kelan kuntoutusetuuksista. Palvelunumeroa mainostettiin nuorille kampanjasivustolla. Kysely lähetettiin sekä asiakkaiden että sidosryhmien palvelunumeroon vastaaville 105 palveluneuvojalle. Kyselyyn vastasi 49 henkilöä (vastausprosentti: 47). Palveluneuvojien taustatietoina kysyttiin, vastaavatko he asiakkaiden vai sidosryhmien puheluihin. Yli puolet (55 %) kyselyyn vastanneista vastasi pelkästään asiakkailta tuleviin yhteydenottoihin. Rungas kolmannes (37 %) vastasi sekä asiakkaiden että yhteistyökumppaneiden yhteydenottoihin.

Taulukko 3. Vastanneiden etsivien nuorisotyöntekijöiden taustatiedot, % (n = 102).

Suuralue (n = 99)	
Länsi-Suomi	25
Helsinki-Uusimaa	10
Etelä-Suomi	22
Pohjois- ja Itä-Suomi	42
Työskentelyorganisaatio (n = 102)	
Kunta	84
Yhdistys tai säätiö	15
Jokin muu	1

Taulukko 4. Mikä Kunto? -kampanjan tunnettuus vastaajaryhmissä, %.

	Nuoret (n = 584)	Kuntoutuksen palveluntuottajat (n = 19)	Etsivät nuorisotyöntekijät (n = 102)	Kelan palveluneuvojat (n = 49)
On huomannut kampanjan	3	79	51	90
Ei ole huomannut kampanjaa	97	21	49	8
Ei osaa sanoa	0	0	0	2

Tulokset

Mikä Kunto? -kampanjan tunnettuus

Kampanjan tunnettuutta kartoitettiin kaikissa kohderyhmissä. Tulokset on esitetty taulukossa 4. Nuorilta kampanjan tunnettuutta tiedusteltiin kysymyksellä ”Oletko huomannut Mikä Kunto? -kampanjan jossain, kuulostaako tutulta?”. Puhelinhaastatteluun osallistuneista nuorista kolme prosenttia kertoi huomanneensa kampanjan. Kampanjan tunnettuudessa ei ollut alueellisia tai ikäryhmittäisiä eroja. Naiset olivat huomanneet kampanjan hieman miehiä paremmin: naisista kampanjan oli huomannut viisi prosenttia ja miehistä kaksi prosenttia.

Kampanjan huomanneille nuorille (n = 20) esitettiin jatkokysymyksiä, missä he olivat nähneet kampanjan ja mitä heille oli jäänyt siitä mieleen. Noin viidennes (20 %) nuorista oli huomannut kampanjan Facebookissa. Huomattavasti harvempi muisti nähneensä kampanjamainontaa Youtubessa (5 %) tai Finnkinon elokuvateattereissa (5 %). Puolet kertoi nähneensä kampanjamainontaa jossakin muualla, useimmiten internetissä tai oppilaitoksen ilmoitustaululla. Vastaajista 21 prosenttia ei osannut sanoa, missä he olivat mainontaa nähneet. Useimmille vastaajista kampanjasta oli jäänyt mieleen vain sen nimi ja positiivinen mielikuva. Osa muisti kampanjan liittyneen mielenterveyteen, johonkin tärkeään aiheeseen ja aktivoimiseen.

Tässäkin tutkimuksessa havaittiin, että tiedontarvetta kuntoutuspalveluista nuorilla kuitenkin on: enemmistö palveluntuottajista ja etsivistä nuorisotyöntekijöistä arvioi, että nuoret tuntevat huonosti Kelan järjestämiä kuntoutuspalveluita (taulukko 5). Palve-

luntuottajista 11 prosenttia ja etsivistä nuorisotyöntekijöistä 18 prosenttia arvioi, etteivät nuoret tunne kuntoutuspalveluita lainkaan. Huolimatta siitä, että nuoret eivät juuri tunne kuntoutusetuutta, enemmistö etsivistä nuorisotyöntekijöistä arvioi, että 26 prosentilla tai suuremmalla osuudella heidän asiakkaistaan olisi tarvetta Kelan järjestämälle kuntoutukselle. Noin neljäsosa etsivistä nuorisotyöntekijöistä arvioi, että jopa yli puolella heidän kohtaamistaan nuorista olisi tarvetta kuntoutukselle. Toisaalta lähes vastaava osuus arvioi, että alle neljäsosa heidän asiakkaistaan hyötyisi kuntoutuksesta.

Mikä Kunto? -kampanjaan pyrittiin osallistamaan ne palveluntuottajat, jotka tuottavat ammatillisia ja mielenterveyskuntoutuspalveluita nuorille. Kyselyyn vastanneista palveluntuottajista 79 prosenttia ilmoitti kampanjan olevan tuttu ainakin osalle heidän henkilökunnastaan. Tavoitteestaan huolimatta tieto kampanjasta ei ollut saavuttanut kaikkia palveluntuottajia.

Etsivistä nuorisotyöntekijöistä hieman yli puolet (51 %) oli huomannut Mikä Kunto? -kampanjan (taulukko 4). Kampanjan viestin

Taulukko 5. Miten hyvin nuoret tuntevat Kelan järjestämiä kuntoutuspalveluita palveluntuottajien ja etsivien nuorisotyöntekijöiden mukaan, %.

	Palveluntuottajat (n = 18)	Etsivät nuorisotyöntekijät (n = 102)
Hyvin	0	1
Kohtalaisesti	6	7
Huonosti	78	72
Eivät ollenkaan	11	18
En osaa sanoa	6	3

Taulukko 6. Missä etsivät nuorisotyöntekijät ja Kelan palveluneuvojat olivat huomanneet Mikä Kunto? -kampanjan ja mitä heille oli jäänyt siitä mieleen, %.

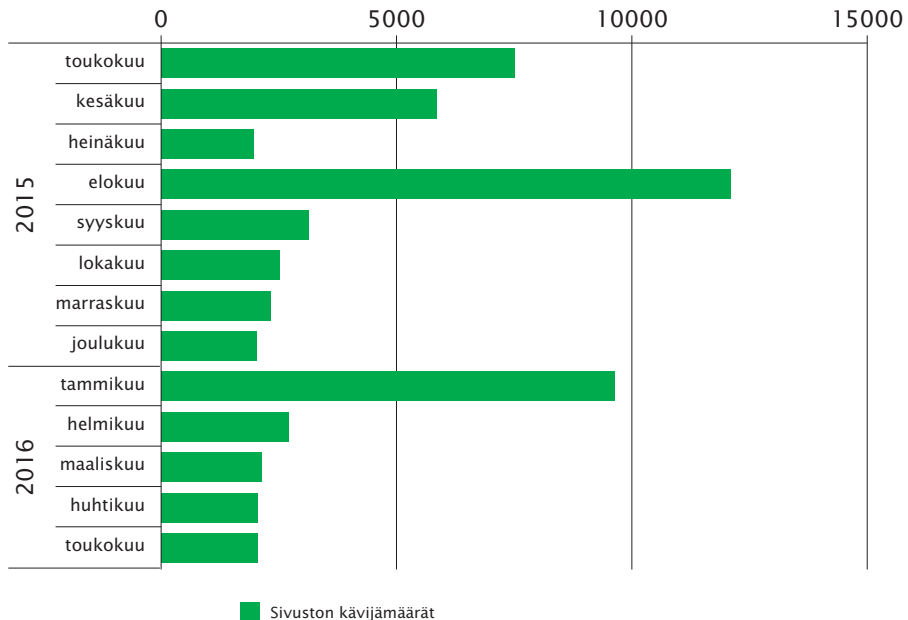
	Etsivät nuorisotyöntekijät (n = 102) ¹	Kelan palveluneuvojat (n = 49) ¹
On nähnyt kampanjasta tiedotteen Kelan intranetissä/Kela.fi:ssä.	–	59
On nähnyt kampanjan mainoksia internetissä.	17	4
On nähnyt kampanjaan liittyneitä YouTube-videoita.	6	16
On nähnyt kampanjan mainontaa elokuvissa tai televisiossa.	4	2
On käynyt nuortenkuntoutus.kela.fi -kampanjasivustolla.	21	20
Tietää, mikä kampanjan viesti ja tarkoitus on.	15	18
Kampanjan nimi kuulostaa tutulta, muttei muista kampanjasta enempää.	23	35

¹ Vastaajien oli mahdollista valita useita vaihtoehtoja.

ja tarkoituksen kertoi tietävänsä 15 prosenttia vastaajista ja viidesosa oli vierailut kampanjasivustolla (taulukko 6). Toisaalta 23 prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei heille ollut jäänyt kampanjasta mieleen muuta kuin sen nimi. Useimmiten etsivät nuorisotyöntekijät olivat huomanneet kampanjan internet-mainokset.

Kelan palveluneuvojista enemmistö (90 %) muisti kuulleensa kampanjasta (taulukko 4). Kuitenkin vain 18 prosenttia heistä ilmoitti tuntevansa kampanjan viestin ja tarkoituksen,

ja runsaalle kolmannekselle (35 %) kampanjasta oli jäänyt mieleen ainoastaan sen nimi (taulukko 6). Viidesosa palveluneuvojista oli käynyt kampanjasivustolla, ja suurin osa (59 %) oli nähnyt kampanjasta tiedotteen Kelan intranetissä tai verkkosivuilla. Tulokset viittaavat siihen, ettei kampanjaviesti ole ollut riittävän selkeä, sillä se oli jäänyt epäselväksi suurelle osalle kampanjan huomanneista etsivistä nuorisotyöntekijöistä ja Kelan palveluneuvojista.



Kuvio 1. Kampanjasivuston kävijämäärät välillä toukokuu 2015–toukokuu 2016. Tiedot kerätty 6.6.2016.

Taulukko 7. Kuinka suuri osa nuorten yhteydenotoista on vastaajaryhmien mukaan Mikä Kunto? -kampanjan vaikutusta, %.

	Palveluntuottajat (n = 19)	Etsivät nuorisotyöntekijät (n = 70)	Kelan palveluneuvojat (n = 49)
Alle 10 %	68	37	43
10–20%	5	4	12
21–30%	0	0	4
31–50%	0	0	0
Yli 50 %	0	0	0
En osaa sanoa	26	59	41

Kaiken kaikkiaan kampanja näyttää tavoittaneen kattavasti kyselyyn vastanneet Kelan kuntoutuksen palveluneuvojat, kuntoutuksen palveluntuottajat ja etsivät nuorisotyöntekijät. Kampanjan markkinointi on nähtävissä myös kampanjasivuston kävijämäärissä (kuvio 1). Toukokuun ja elokuun 2015 sekä tammikuun 2016 kampanjalähdöt näkyvät sivuston kävijämäärien selvinä nousuina. Nuoret tavoitettiin kampanjalla kuitenkin huonosti, vaikka kampanjaa mainostettiin käyttäen heille tuttuja sähköisiä viestintäkanavia.

Kampanjan vaikutukset

Palveluntuottajia, etsiviä nuorisotyöntekijöitä ja Kelan palveluneuvojia pyydettiin arvioimaan, kuinka suuri osuus heille tulleista nuorten yhteydenotoista viimeisen vuoden aikana on Mikä Kunto? -kampanjan ansiota. Kaikki vastaajaryhmät arvioivat, että kampanja on vaikuttanut nuorten yhteydenottojen määrään vain vähän. Enemmistö (68 %) palveluntuottajista, 37 prosenttia etsivistä nuorisotyöntekijöistä ja 43 prosenttia palveluneuvojista arvioi, että alle kymmenesosa nuorten yhteydenotoista on ollut Mikä Kunto? -kampanjan ansiota (taulukko 7). Pieni osa palveluntuottajista ja etsivistä nuorisotyöntekijöistä ja noin kymmenes palveluneuvojista arvioi yhteydenotoista 10–20 prosentin olleen kampanjan vaikutusta. Samoin pieni osa palveluneuvojista arvioi, että 21–30 prosenttia nuorten yhteydenotoista on kampanjan vaikutusta. Huomionarvoista on, että en osaa sanoa -vastausten osuus on suuri kaikissa vastaajaryhmissä. Tä-

mä kertonee siitä, että kampanjan vaikutusten arviointi oli asiantuntijoille hankalaa, etenkin kun arviota pyydettiin tekemään yhteydenottilanteiden jälkeen.

Etsiviltä nuorisotyöntekijöiltä tiedusteltiin lisäksi, kuinka monta nuorta he ovat ohjanneet viimeisen vuoden aikana Kelan kuntoutuspalveluihin Mikä Kunto? -kampanjan perusteella. Lähes puolet (45 %) etsivistä nuorisotyöntekijöistä arvioi ohjanneensa alle viisi nuorta Kelan järjestämiin kuntoutuspalveluihin. Pieni osa arvioi ohjanneensa 5–10 nuorta (4 %) tai 11–25 nuorta (3 %) kuntoutuspalveluihin kampanjan ansiosta. Tämänkin kysymyksen kohdalla huomattava osuus (49 %) vastaajista ei osannut arvioida kampanjan vaikutuksia.

Kuntoutuksen palveluntuottajat ja etsivät nuorisotyöntekijät antoivat kampanjasta hyvin ristiriitaista palautetta, mikä täydentää aiemmin esitettyjä tuloksia. Osa palveluntuottajista kiitti kampanjan näkyvyyttä ja uudenlaista, nuoria puhuttelevaa viestintätyyliä. Samaa tapaansa osa etsivistä nuorisotyöntekijöistä koki kampanjan erittäin myönteisenä viestintämuotona ja koki kampanjan parantaneen Kelan kuntoutuksen imagoa. Toisaalta palveluntuottajien kokemuksen mukaan kampanja ei näkynyt tarpeeksi eikä siitä tiedotettu heille riittävästi. Haasteena koettiin sosiaalisen median käyttö markkinoinnissa; palveluntuottajat kokivat, että sosiaalisen median käyttö ei ole heille yhtä arkipäiväistä ja luontevaa kuin nuorille.

Samoin valtaosa etsivistä nuorisotyöntekijöistä koki, ettei kampanja ollut tarpeeksi

näkyvä eikä sitä markkinoitu heille riittävästi. Etsivät nuorisotyöntekijät kaipasivat kampanjasta huolimatta lisää tietoa kuntoutuksesta, Kelan yhdyshenkilöä, jolta voisi kysyä kuntoutusasioista, ja mahdollisuutta kasvokkaiseen neuvontaan kuntoutusasioissa Kelan työntekijän kanssa. Osa vastaajista ehdotti, että Ohjaamoissa voitaisiin tarjota neuvontaa kuntoutusasioissa. Kuntoutusvaihtoehdoista toivottiin lisää tietoa esimerkiksi koulutusten muodossa ja neuvontaa nuorten tukemiseen heidän yksilöllisissä elämäntilanteissaan. Vaikuttaa siltä, ettei kampanja tyydyttänyt nuorten kanssa työskentelevien tiedontarvetta kuntoutusasioista. Kuntoutuksesta toivotaan räätälöityä tietoa sekä neuvontaa silloin, kun tiedontarve on ajankohtainen.

Pohdinta

Mikä Kunto? -kampanjan tavoitteena oli lisätä nuorten ja nuorten kanssa työskentelevien tietoja Kelan järjestämistä kuntoutuspalveluista. Nuorista kolme prosenttia muisti kampanjan, mikä vastaa aiempien tutkimusten löydöksiä: seitsemän prosenttia kampanjan alkumittaukseen osallistuneista nuorista (OMD 2015) ja kaksi prosenttia Ohjaamoiden asiakkaisista (Paavonen & Salminen 2016) oli huomannut kampanjan, kun kampanjan tunnettuutta kartoitettiin näyttämättä kampanjamainontaa. Enemmistö kuntoutuksen palveluntuottajista ja Kelan palveluneuvojista sekä hie-man yli puolet etsivistä nuorisotyöntekijöistä oli huomannut kampanjan. Kaikki kampanjan huomanneet etsivät nuorisotyöntekijät ja palveluneuvojat eivät kuitenkaan tienneet, mistä kampanjassa oli kyse. Ammattilaisten mukaan kampanja oli hyvä ja uudenlainen tapa viestiä kuntoutusetuudesta, mutta se ei merkittävästi lisännyt nuorten kuntoutukseen hakeutumisen aikomuksia, joita tutkimuksessa mitattiin yhteydenottojen määränä. Tämä on luonnollista, jos vain kolme prosenttia nuorista huomasi kampanjan. Tutkimus osoittaa, ettei kampanja onnistunut tavoitteissaan: kampanja jäi huonosti kohderyhmien mieleen eikä havaittavasti lisännyt nuorten aikomusta hakeutua kuntoutukseen.

Kuten alkumittauksessa (OMD 2015) havaittiin, nuoret olisivat saattaneet muistaa kampanjan paremmin, jos heille olisi näytetty sen mainoskuvia. Kampanjan nimi ei ollut jäänyt heille kuitenkaan mieleen. On mahdollista, että internetmainosten kautta nuoret ovat jopa vierailleet kampanjasivustolla, mutta Mikä Kunto? -iskulauseetta ei osattu yhdistää kampanjaan tai kuntoutuspalveluihin. Myös kampanjan kaikkia oheisvaikutuksia on vaikea arvioida. Se on esimerkiksi saattanut lisätä myönteistä suhtautumista Kelan järjestämiin kuntoutuspalveluihin, mikä tuli esille etsivien nuorisotyöntekijöiden vastauksissa.

Tutkimuksen vahvuutena on sen moninäkökulmainen aineisto. Tarkastelemalla samoja kysymyksiä erityyppisillä aineistolla ja menetelmillä saatiin toisia täydentäviä, tutkimuksen luotettavuutta vahvistavia aineistoja (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141–142). Internetkyselyiden vastausprosentit olivat alhaisia, mikä asettaa rajoituksia tulosten yleistettävyydelle. Kattavaa katoanalyysiä ei voitu tehdä, koska perusjoukoista ei ollut käytettävissä tarpeeksi taustatietoja. Palveluntuottajien ja etsivien nuorisotyöntekijöiden kyselyiden vastauskato vaikuttaa kuitenkin jakautuneen alueellisesti suhteellisen tasaisesti ja noudattavan perusjoukkojen jakaumia. Matalien vastausprosenttien vuoksi saattaa olla, että vastaajiksi ovat valikoituneet esimerkiksi mielipiteiltään ääripäitä edustavat vastaajat. Internetkyselyissä vastausprosentti jää tyypillisesti kymmenisen prosenttia alhaisemmaksi kuin postikyselyissä (Shih & Xitao 2008), joten tutkimuksen vastausprosentteja voidaan pitää internetkyselyille kohtuullisina. Poikkileikkausaineiston vuoksi tarkkaa tietoa nuorten kuntoutuspalveluiden tunnettuudesta kampanjaa edeltävältä ajalta ei ole. Aineistolla ei myöskään voida arvioida kampanjan tunnettuuden kehittymistä kampanjan aikana. Tutkimuksen toteuttamisessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2009) laatimia eettisiä periaatteita. Internetkyselyyn osallistuneet ammattilaiset saivat tiedotteen tutkimuksesta, jossa kerrottiin, että osallistumalla tutkimukseen he antavan luvan tuottamansa aineiston käyttämiseen tutkimuksessa. Taloustutkimus Oy on sitoutunut

noudattamaan alansa eettisiä ja tutkimuksen luotettavuutta koskevia ohjeistuksia. Vastaa- minen oli nuorille vapaaehtoista ja nuoria kos- keva tutkimusaineisto luovutettiin tutkijoille anonymisoituna.

Mikä Kunto? -kampanjassa pyrittiin ym- märrettävän, myönteisiä asenteita herättävän tiedon avulla tavoittamaan kuntoutukses- ta mahdollisesti hyötyvät nuoret. Nämä kei- not eivät osoittautuneet vaikuttaviksi. Kun- toutusetuuden osalta esimerkiksi etuudesta mahdollisesti hyötyvien henkilöiden kasaan- tuneet psyykkiset ja sosiaaliset rajoitteet (esim. Shemeikka ym. 2015) saattavat asettaa esteitä kuntoutukseen hakeutumiselle. Viestinnässä ja palvelujärjestelmässä tulisi panostaa asen- teiden lisäksi toimintakykyyn liittyvien esteiden (esim. Ajzen 2005, 118) poistamiseen. Valinnanvapauden toteutumiseksi kuntoutus- palveluissa saattaa olla haaste, jos mallissa luotetaan liiaksi oletukseen harkittuja valin- toja tekevästä toimijasta. Terveysteen liittyvät valinnat eivät aina perustu harkintaan, kuten valintoja selittävät teoriat (esim. Ajzen 2005, 117–127) ennustavat (esim. Fotaki ym. 2008).

Osalla elämäntilanteista kärsivistä nuorista toimijuus on vasta rakentumassa, eivätkä he koe olevansa valmiita tai kykeneviä tekemään itsenäisesti elämäänsä koskevia isoja päätök- siä (Juvonen 2015). Vasta kehityksessä ole- vat elämäntaidot ja puutteellinen elämänto- kemus saivat nuoret varovaisiksi käyttämään valinnanvapauttaan vammaisille suunnatus- sa terveys- ja hoivapalveluissa englantilaises- sa valinnanvapausjärjestelmässä (Mitchell ym. 2016). Luotettavan aikuisen, kuten vanhempi- en, tuki nähtiin tarpeellisena valintatilantees- sa. Saattaa olla, että valintoja ja elämänmuu- toksen tekemistä tukeva sosiaalinen toimin- takyky ja elämänhallinta rakentuvatkin vasta kuntoutuksen avulla (esim. Savukoski & Kau- ramäki 2012, 125).

Kohderyhmän tavoittamiseksi tarkoituk- senmukaisempaa saattaisi olla lähestyä henki- lökohtaisesti kuntoutusetuudesta mahdollises- ti hyötyviä nuoria. Aiemmissa tutkimuksissa henkilökohtaisen neuvonnan tarjoaminen on lisännyt etuuden käyttöastetta (Bettinger ym. 2012) tai se on saanut potentiaaliset käyttä-

jät harkitsemaan etuuden käyttöä (Eloranta 2008). Korkeamäen (2015) mukaan nuorten kanssa työskentelevien ammattilaisten rooli on keskeinen, jotta nuoret tietävät kuntoutus- mahdollisuuksista ja ohjautuvat käyttämään niitä. Nuorten on todettu kaipaavan palvelu- järjestelmässä henkilökohtaista kohtaamista (esim. Aaltonen ym. 2015, 130; Paavonen & Salminen 2016), matalaa kynnystä palvelui- hin ja luottamusta heitä auttavaan ammatti- laiseen (Aaltonen ym. 2015, 130). Valinnan- vapauden kontekstissa digitalisaatiota ja sen tuomia tiedon jakamisen mahdollisuuksia on esitetty vastaukseksi palveluntuottajia koske- van vertailutiedon tasavertaiseen saatavuus- teen eri väestöryhmien kesken. Pelkkien säh- köisten asiointimahdollisuuksien lisääminen saattaa nuorten kohdalla olla askel väärään suuntaan (esim. Aaltonen ym. 2015, 132).

Suomalaisessa valinnanvapausmallissa pyritään järjestämään tukea niille asiakasryh- mille, joilla on rajalliset mahdollisuudet käyt- tää valintaoikeuttaan (Sosiaali- ja terveystoimi- ministeriö & valtiovarainministeriö 2016). Val- linnanvapauden aito toteutuminen edellyttää myös asiakkaiden tietoisuutta käytettävissä olevista palveluista. Tämän tutkimuksen mu- kaan myönteisiä asenteita herättävällä vies- tintäkampanjalla ei tavoitettu nuoria, joille kuntoutuksesta voisi olla apua. Nuorten ha- keutumista kuntoutuspalveluihin voitaisiin todennäköisesti edistää paremmin panosta- malla palvelutarpeen arvioimiseen ja tar- vittavien palveluiden tunnistamiseen. Tieto kuntoutusmahdollisuuksista tulisi sisällyttää osaksi palvelujärjestelmää. Esimerkiksi Ohjaa- mot, nuorten matalan kynnyksen palvelupis- teet, voivat tulevaisuudessa olla hyvä kanava tarjota tukea kuntoutukseen hakeutumisessa. Jos tarjolla ei ole riittävästi tukea palveluis- ta saatavilla olevan tiedon hyödyntämiseen, valinnanmahdollisuudet saattavat syrjäyttää nuoren palvelujärjestelmästä voimaannutta- misen ja itsemääräämisoikeuden vahvistami- sen sijaan. Tällöin palveluntuottajan valinnas- ta tulee toissijainen kysymys.

Tulosten merkitys: Kuntoutusviestintää suunniteltaessa tulee hyödyntää viestintäkeinoihin ja sen kohderyhmään liittyvää tutkimus- ja teorian tietoa. Tiedon tarjoamisen lisäksi nuorten hakeutumista kuntoutukseen tulisi tukea henkilökohtaisella neuvonnalla. Valinnanvapauden toteutumiseksi kuntoutuspalveluissa erityistä huomiota tulisi kiinnittää tiedon tarjoamisen keinoihin.

Tiivistelmä

Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen on osa suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamista. Valinnanvapauden toteutumisen edellytyksenä on, että asiakkailla on tietoa valittavina olevista palveluista ja että he kykenevät käyttämään tietoa valintojen tekemiseen. Nuoret tuntevat kuntoutuspalvelut huonosti, vaikka heillä olisi tarvetta niille. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Kelan vuosina 2015–2016 toteuttamaa nuorten kuntoutuspalveluiden viestintäkampanjaa (Mikä Kunto?), jonka tarkoituksena oli lisätä nuorten ja nuorten kanssa työskentelevien tietämystä Kelan järjestämistä kuntoutuspalveluista. Tulosten avulla pohditaan, millainen on tiedon merkitys valinnanvapauden edellytyksenä nuorten kuntoutuspalveluissa.

Tutkimuksen aineisto kerättiin keväällä 2016 puhelinhaastatteluna ja internetkyselyin. Tutkimuksen informantteina ovat viestintäkampanjan kohderyhmänä olleet 16–30-vuotiaat nuoret (n = 584), kuntoutuksen palveluntuottajat (n = 19), etsivät nuorisotyöntekijät (n = 102) ja Kelan palveluneuvojat, jotka vastaavat kuntoutuksen palvelunumeroon (n = 49). Informanteilta kysyttiin, ovatko he huomanneet kampanjan ja onko kampanja vaikuttanut nuorten yhteydenottojen määrään ammatilaisiin kuntoutusasioissa. Lisäksi tarkasteltiin kampanjasivuston kävijämääriä.

Enemmistö kuntoutuksen palveluntuottajista ja Kelan palveluneuvojista oli huomannut kampanjan. Sen sijaan puolet etsivistä nuorisotyöntekijöistä ja kolme prosenttia nuorista muisti kampanjan. Ammattilaisten mukaan nuoret olivat olleet vain vähän yhteydessä heihin kampanjan vaikutuksesta. Kampanjasivuston markkinointi näkyi sivuston kävijämäärissä.

Viestintäkampanjan sijaan nuorten ohjautumista kuntoutuspalveluihin saattaisi olla parempi edistää tarjoamalla henkilökohtaista neuvontaa kuntoutukselta mahdollisesti hyötyville nuorille. Jos tarjolla ei ole tukea palveluista saatavilla olevan tiedon hyödyntämiseen, nuoret saattavat jäädä palveluiden ulkopuolelle, jolloin palveluntuottajan valinnasta tulee toissijainen kysymys.

Avainsanat: valinnanvapaus, tieto, kuntoutus, nuorten palvelut

Abstract

Information as a precondition for patient choice. How a marketing campaign succeeded to add knowledge on youth rehabilitation services?

Authors:

*Anna-Marie Paavonen, M.Soc.Sci, Research assistant, Research at Kela
Jenna Mäkinen, M.Soc.Sci, Research assistant, Research at Kela
Anna-Liisa Salminen, PhD, Docent, Head of Research Team, Research at Kela*

One precondition for patient choice in the public health care system is that comparative information on service providers is available. If patient choice is to improve the quality of health care patients should be able to use the available information appropriately. Finnish studies have shown that the youth is poorly informed about the vocational and mental

health rehabilitation services. This study examines the effects of a marketing campaign (Mikä Kunto?) which aimed to raise youth awareness of rehabilitation services. The campaign was carried out by the Social Insurance Institution of Finland (Kela) in 2015–2016. The results are utilized to discuss the role of information as a precondition for patient choice in the youth rehabilitation services.

The data was collected using a telephone interview and online questionnaires. The informants were young people aged 16–30 years ($n = 584$), rehabilitation providers ($n = 19$), youth workers in outreach youth work ($n = 102$) and Kela employees responsible for the rehabilitation phone services ($n = 49$). Informants' awareness of the campaign was measured and the number of contacts by the youth with the latter informants in matters of rehabilitation. The analysis is complemented with the information on the number of visitors to the campaign website.

A majority of the rehabilitation providers and Kela employees had noticed the campaign. In contrast, three percent of the youth and half of the youth workers in outreach youth work had noted it. The campaign affected only little the number of contacts by youth in matters of rehabilitation. Marketing of the campaign was shown in the number of visitors to the campaign website.

Instead of a marketing campaign it could be more efficient to increase rehabilitation take-up by providing personal counselling to the youth in detecting rehabilitation need and in case management. If support for the use of available information is not offered the youth may not get the services they need and the possibility to choose the service provider becomes an irrelevant question.

Key words: patient choice, information, rehabilitation, youth services

Anna-Marie Paavonen, VTM, tutkimusassistentti, Kelan tutkimus

Jenna Mäkinen, VTM, tutkimusassistentti, Kelan tutkimus

Anna-Liisa Salminen, PhD, dosentti, tutkimustiimin päällikkö, Kelan tutkimus

Lähteet

- Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S (2015) Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, Verkkojulkaisuja 84, Helsinki.
- Ajzen I (2005) Attitudes, Personality and Behavior. Open University Press, Maidenhead.
- Bettinger E, Bridget T, Oreopoulos P, Sanbonmatsu L (2012) The role of application assistance and information in college decisions: results from the H&R block FAFSA experiment. The Quarterly Journal of Economics 127, 7, 1205–1242.
- Currie J (2006) The Take-up of Social Benefits. Teoksessa A Auerbach, D Card, J Quigley (toim.) Public Policy and the Income Distribution. Russell Sage Foundation, New York.
- Damman O, Hendriks M, Rademakers J, Delnoij D, Groenewegen P (2009) How do health care consumers process and evaluate comparative health care information? A qualitative study using cognitive interviews. BMC Public Health 2009, 9, 423.
- Eloranta M (2008) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvitys sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 22, Helsinki.
- Escola J, Suoranta J (2000) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Jyväskylä.
- Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L (2008) What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. Journal of Health Services Research and Policy 13, 3, 178–184.
- Gustavsson-Lilius M, Lehtoranta P, Mentula T, Ketola M, Poutiainen E (2015) Mielenterveyden ja oppimisen ongelmat nuorten syrjäytymisen taustalla. Kuntoutus 37, 1, 22–27.
- Jonsson PM, Virtanen M (2013) Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 68, 1990–1993.
- Junnila M, Sinervo T, Aalto AM, Jonsson PM, Hieta-pakka L, Keskimäki I, Pekurinen M, Seppälä TT, Tynkkynen LK, Whellams A (2016) Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset as-

- keleet toteuttamisessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Päätösten tueksi 2, Helsinki.
- Juvonen T (2015) Sosiaalisesti kontrolloitu, hauraasti autonominen: nuorten toimijuuden rakentuminen etsivässä työssä. Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto, julkaisunumero 165, Helsinki.
- Kahnemann D, Tversky A (1979) Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica* 47, 2, 263–291.
- Kelan tilastollinen vuosikirja (2015) Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Korkeamäki J (2015) Nuorisotakuu haastaa kuntoutuksen. *Kuntoutus* 37, 1, 28–34.
- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A (2005) Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Teoksessa S Koskinen, L Kestilä, T Martelin, A Aromaa (toim.) Nuorten aikuisten terveys. *Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä*. Kansanterveyslaitos, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7, Helsinki.
- Mitchell W, Beresford B, Brooks J, Moran N, Glendinning C (2016) Taking on choice and control in personal care and support: the experiences of physically disabled young adults. *Journal of Social Work* 0, 0, 1–21.
- OMD (2015) Kela-kampanjamittaus. Nuorten kuntoutuspalvelut. OMD, Helsinki.
- Paavonen AM, Salminen AL (2016) Kelan ja Ohjaamoiden yhteistyö. Selvitys Kelan roolista nuorten matalan kynnyksen palveluissa. Kela, Työpapereita 103, Helsinki.
- Petty RE, Cacioppo JT (1986) Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change. Springer-Verlag, New York.
- Savukoski M, Kauramäki P (2012/2004) Nuoren sosiaalinen tukeminen omalle ammatilliselle uralle. Teoksessa V Karjalainen, I Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme – Ihmisen toimijuuden tukeminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.
- Shemeikka R, Rinne H, Sainio P, Karvonen S, Saares A, Murto J, Koskinen S, Kaikkonen R (2015) Nuorten aikuisten toimintakyvyn väestöryhmittäiset erot. *Kuntoutus* 37, 1, 6–21.
- Shih TH, Xitao F (2008) Comparing response rates from web and mail surveys: A meta-analysis. *Field methods* 20, 249–271.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö (2016) Valinnanvapauden toteuttamisen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisen jatkovalmistelu. Sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/12.+Valinnanvapaus-+ja+monikanavarahoituslinjaus+2016-06-27> (luettu 4.7.2016).
- SOSTE (2016) Kuntoutusverkoston asiantuntijat: Valinnanvapaus on kuntoutujan mahdollisuus. Suomen sosiaali ja terveys ry. <http://www.soste.fi/ajankohtaista/kuntoutusverkoston-asiantuntijat-valinnanvapaus-on-kuntoutujan-mahdollisuus.html> (luettu 27.6.2016).
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P47>. (luettu 11.8.2016).
- Tilastokeskus (2015) Kunnat ja kuntapohjaiset aluejaot 2015. Tilastokeskus, Helsinki.
- Tuomi J, Sarajärvi A (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Tuusa M, Pitkänen S, Shemeikka R, Korkeamäki J, Harju H, Saares A, Pulliainen M, Kettunen A, Piirainen K (2014) Yhdessä tekeminen tuottaa tuloksia - nuorisotakuun tutkimuksellisen tuen loppuraportti. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Helsinki.
- Valtioneuvoston kanslia (2015) Hallitus päätti soteuudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Valtioneuvoston kanslia. http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616 (luettu 29.6.2016)
- Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, Rademakers JJJM (2012) Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research* 12, 1, 272–287.

AIKUISTEN TURVAPAIKANHAKIJA- JA PAKOLAISIASIAKKAIDEN TERAPEUTTISISSA KESKUSTELUISSA TEKEMÄT ONGELMANMÄÄRITTELYT

Johdanto

Erilaiset ongelmat saavat turvapaikanhakijat ja pakolaiset hakemaan terapeutista keskusteluapua. Sen selvittämistä ja ymmärtämistä, kuinka turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaat ongelmansa itse kokevat, on pidetty keskeisenä lähtökohtana terapeuttiin keskusteluihin (esim. Murray ym. 2010). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, kuinka aikuiset turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaat kuvaavat ongelmiaan terapeuttisissa keskusteluissa. Tutkimuksen kohteena ja tiedon lähteenä ovat asiakkaiden tekemät ja tulkkien suomeksi välittämät, ongelmia kuvaavat ilmaukset. Tulkkia käytetään kielellisen vuorovaikutuksen mahdollistajana keskusteluissa silloin, kun asiakkaalla ja työntekijällä ei ole yhteistä kieltä (Tribe & Lane 2009).

Turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten ongelmia on tutkittu erityisesti selvittämällä traumaperäisen stressihäiriön, masennuksen ja ahdistuneisuuden esiintyvyyttä (Craig 2010; Snellman ym. 2014). Esimerkiksi Elsing (2017) on tutkinut Suomessa olevien turvapaikanhakijoiden kokemien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintyvyyttä. Esiintyvyyteen liittyvä tutkimus on hyödyllistä, mutta siihen liittyy myös ongelmia ja se jättää ongel-

mien käsitteellistämiseen ja ymmärtämiseen katvealueita (Miller ym. 2006). Esimerkiksi esiintyvyytutkimuksissa käytettävien länsimaisten diagnoosijärjestelmien suora sovellettavuus muunlaisista kulttuureista tulevien ihmisten kohdalla on ongelmallista (Alarcón 2014). Oireet eivät ehkä esiinny turvapaikanhakijoilla ja pakolaisilla samalla tavalla kuin diagnoosijärjestelmissä on määritelty (Hinton & Kirmayer 2013), ja heillä voi lisäksi olla aivan erityisiä kulttuurisidonnaisia ongelmia (Kirmayer 2005). Yleisesti ongelmien tarkastelu vain oirelistojen avulla ja näiden tulosten yhteen summaaminen antaa ongelmista varsin kapea-alaisen kuvan (Fava & Sonino 2010). Oireet eivät esimerkiksi kerro suoraan siitä, miten ihmiset ongelmansa ymmärtävät, millaisia merkityksiä he ongelmalleen antavat, miten he ongelmaansa suhtautuvat tai miten he ongelman kanssa toimivat (Kleinman ym. 1978). Terapeuttisissa keskusteluissa taas käsitellään keskeisesti juuri näitä yksilöllisiä kokemuksia, tulkintoja ja jäsennyksiä ongelmista (Wampold 2007).

Kleinman ja kumppanit (1978) ovat esittäneet jo liki neljäkymmentä vuotta sitten lähestymistapaa, joka tarkastelee ongelmiin liitettyjä kokemuksia, tulkintoja ja jäsennyksiä

selitysmallien (explanatory models) kautta. Selitysmallit ovat ihmisten ongelmiin liittämiä käsityksiä, ideoita ja uskomuksia (Weiss & Somma 2007). Ne ovat tapoja, joilla ihmiset ongelmia jäsentävät ja sanallisesti kuvaavat (Helman 2004). Selitysmalleihin liittyvää lähestymistä voi kuvailla etnografisesti suuntautuneeksi tarkasteluksi asiakkaan ”paikallismaailmasta”; siitä, miten hän ongelmia tulkitsee ja jäsentää, sekä siitä, mitä hän avulta odottaa ja toivoo (Kleinman & Benson 2006).

Kleinman ja kumppanit (1978) ovat määritelleet selitysmalleja selvittämään kahdeksan konkreettista kysymystä, joita työntekijä voi asiakkaalle esittää. Asiakkaalta kysytään, mitä ongelmia on, mikä on ongelman aiheuttanut, miksi ongelmat alkoivat silloin kun alkoivat, miten ongelmat vaikuttavat, miten vakavia ongelmat ovat, minkälaista apua ongelmiin pitäisi saada, mitä avun pitäisi ongelmien osalta tuottaa ja mitä pelättävää ongelmassa on. Osa kysymyksistä koskee ongelmaa ja osa sitä, mikä ongelman osalta auttaisi. Kysymysten aiheisiin, sanamuotoihin ja määrään on sittemmin esitetty myös muunlaisia mallinnuksia ja tehty uusia kysymyslistoja (esim. Weiss 1997). Esimerkiksi Bettman ym. (2015) ovat tutkineet somalitaustaisten pakolaisten ongelmiin ja auttaviin asioihin liittämiä selitysmalleja. Heidän selitysmallinsa erosivat huomattavasti tyyppillisistä länsimaisista selitysmalleista.

DSM-5-diagnoosijärjestelmän kulttuurisen diagnostisen haastattelun ohjeistuksissa painotetaan selitysmallien selvittämisen tärkeyttä (Lewis- Fernández ym. 2016). Samoin ajankohtaisissa suosituksissa painotetaan asiakkaan kulttuurin huomioivaa terapeuttista keskusteluapua (esim. Hinton & Jalal 2014). Esimerkiksi Benishin ym.:iden (2011) mukaan keskeistä vaikuttavassa, asiakkaan kulttuurin huomioivassa terapeuttisessa keskusteluvuorossa on asiakkaan ongelmaan liittämiä selitysmallien tarkastelu, niistä ja työntekijän selitysmalleista tapahtuva neuvottelu sekä vähemmän ongelmallisten selitysmallien aikaansaaminen asiakkaalle.

Turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaiden ongelmakuvauksia on aiemmin tutkittu

selitysmalleja tarkastelevan lähestymistavan kautta vain muutamissa terapeuttisen keskusteluvuorun jälkeisissä haastattelututkimuksissa (esim. Maier & Straub 2011). Suomessa ei tutkimuksia ole tehty. Tutkimustiedon vähäisyyden, ymmärryksen lisäämisen ja terapeuttisen keskusteluvuorun kehittämisen kannalta aihetta on syytä tutkia lisää. Tässä tutkimuksessa ongelmakuvauksia tarkastellaan luonnollisista terapeuttisista keskusteluista kolmen Kleinmanin ja kumppanien (1978) määrittelemän, selitysmalleja selvittävän kysymyksen aiheen osalta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiakasosallistujien selitysmalleja ensisijaisesti sen osalta, mitä ongelmia heillä on, ja lisäksi sen osalta, miten nämä ongelmat heihin vaikuttavat ja mikä ongelmat aiheuttaa.

Menetelmä

Tutkimus on osa väitöstutkimusta, jossa tarkastellaan Suomessa oleville aikuisille turvapaikanhakijoille ja pakolaisille järjestettävää terapeuttista keskusteluapua. Tutkimus on toteutettu Suomen Mielenterveysseuran ylläpitämässä kriisikeskuksessa Helsingissä. Suomen Mielenterveysseuran maahanmuuttajien kriisipalvelut ovat toimineet Helsingissä vuodesta 1989 alkaen, ja asiakkaita on tänä aikana ollut tuhansia yli sadasta maasta (Haavikko & Bremer 2009).

Terapeuttinen keskusteluapu

Haavikko ja Bremer (2009) ovat määritelleet kriisikeskuksessa maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa tehtävän keskusteluvuorun *terapeuttiseksi keskusteluksi*, jossa asiakas pohtii yhdessä työntekijän kanssa elämäntilannettaan ja he etsivät yhdessä tapaa helpottaa asiakkaan oloa. Keskusteluapu on lähtökohtaisesti lyhytkestoista kestäen yhdestä kymmeneen tapaamiskertaan. Keskustelukäynnit ovat asiakkaalle maksuttomia. Kriisikeskuksessa tehtävään keskusteluvuoroon ei ole käsikirjaa, jossa olisi tarkasti määritelty käytettävät hoidolliset elementit, tekniikat ja työmenetelmät. Keskusteluapua tässä tutkimuksessa tarjosivat kolme kriisikeskuksessa

kriisityöntekijän nimikkeellä työskentelevää työntekijää. Jokaisella heistä oli psykoterapeuttikoulutus ja psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus. Tässä tutkimuksessa keskusteluavun sisältöön ei annettu ohjeita eikä työntekijöillä ollut tietoa tutkimuksessa tarkasteltavista asioista.

Asiakkaat

Tutkimuksen asiakasosallistujina oli kuusi kriisikeskuksesta apua hakenutta aikuista turvapaikanhakijaa tai pakolaista. Terapeutin keskusteluavun alkaessa asiakkaista kolme oli turvapaikanhakijoita ja kolme pakolaista. Pakolaisella on oleskelulupa ja turvapaikanhakijalla ei ole. Kaikki asiakkaat olivat alun perin tulleet Suomeen turvapaikanhakijoina.

Taulukko 1. Tutkimuksen asiakasosallistujien sukupuoli, ikäluokka ja oleskelustatus.

Nainen	20–30 vuotta	Turvapaikanhakija
Nainen	45–55 vuotta	Turvapaikanhakija
Mies	25–35 vuotta	Turvapaikanhakija
Mies	40–50 vuotta	Pakolainen
Mies	55–65 vuotta	Pakolainen
Mies	60–70 vuotta	Pakolainen

Asiakkaat olivat eri maiden kansalaisia. Kaksi asiakkaista oli lähtöisin Lähi-idän alueelta. Pohjois-Afrikan, Länsi-Afrikan, Keski-Afrikan ja Venäjän federaation alueelta oli kustakin yksi asiakas. Asiakkaista neljä oli miehiä ja kaksi naisia. Asiakkaiden ikärakenne vaihteli nuoresta aikuisesta eläkeikäiseen. Asiakkuuden alkaessa he olivat viettäneet Suomessa eripituisia aikoja, kaikki kuitenkin alle viisi vuotta. Koulutustaustat vaihtelivat suuresti kouluja käymättömästä akateemisen koulutuksen saaneeseen. Osa oli Suomessa yksin ja osa eli parisuhteessa. Ansiotyössä asiakkaista ei ollut kukaan, mutta puolet oli jossain vaiheessa asiakkuuttaan ollut jonkinlaisessa koulutuksessa. Kaksi asiakasta asui turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksessa ja muut yksityisasunnoissa.

Kaikki tutkimuksen asiakasprosessit toteu-

tuivat vuosien 2011–2014 aikana. Tutkimuksen alkuperäinen asiakaskriteeri oli maahanmuuttajataustaisuus, mitä tarkennettiin turvapaikanhakijoihin ja pakolaisiin. Tutkimukseen tuli mukaan kuusi asiakasosallistujaa, jotka jakaantuivat tasan kolmen työntekijäosallistujan kesken. Muita kriteereitä ei ollut käytössä, ei esimerkiksi jonkinlaista raja-arvoa jollakin psyykkistä hyvinvointia mittaavalla arviointimenetelmällä. Tällaiset arviointimenetelmät eivät ole osa normaalikäytäntöä kriisikeskuksessa.

Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja oli sopinut työntekijöiden kanssa, että he kertovat ensimmäisellä käyntikerralla kaikille kriteerit täyttävälle asiakkaille tutkimuksesta ja kysyvät halukkuutta osallistua siihen. Asiakkaille kerrottiin esimerkiksi kriisikeskuksesta, anonyymi-teetistä, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että kieltäytyminen ei vaikuta saataviin palveluihin. Tämä ei kuitenkaan toteutunut täysin näin. Työntekijät eivät kertoneet tutkimuksesta kaikille asiakkaille. Tutkimukseen osallistuminen oli työntekijöille uusi kokemus ja asiakkaille kertomista arasteltiin. Niistä asiakkaista, joille kerrottiin tutkimuksesta, osa suostui mukaan ja osa ei. Kaikilta kuudelta tutkimuksessa mukana olleelta asiakasosallistujalta saatiin lupa videotallentaa heidän käyntinsä työntekijöiden luona sekä käyttää heidän aineistojaan tässä tutkimuksessa. Tutkimukselle oli myös Suomen Mielenterveysseuran myöntämä lupa.

Aineisto

Tutkimusaineiston muodostaa edellä kuvattujen kuuden asiakkaan videonauhoitetut terapeutit keskustelukäynnit työntekijöiden luona. Käynnit nauhoitettiin toisesta käyntikerrasta lähtien. Käynnit olivat yleisesti noin tunnin mittaisia. Kaikki keskustelut käytiin tulkkien välityksellä. Kaikista videotallenteista litteroitiin suomeksi sanottu puhe sanatakkasti kirjalliseen muotoon. Noin puolet puheesta tapahtui asiakkaan äidinkielellä, joka jäi litteroimatta. Yhteensä litteroitua tekstiä muodostui 320 sivua.

Terapeuttisen keskustelun käyntien mää-

rässä ja tiheydessä sekä prosessin kestossa oli asiakkaiden välillä vaihtelua. Nauhoitettujen käyntien määrä vaihteli 8 ja 18:n välillä. Yhteensä nauhoitettuja käyntejä oli 70. Käyntikertoja oli pääsääntöisesti kerran viikossa, tosin kahdessa asiakasprosessissa käynnit toteutuivat keskimäärin 3 - 4 viikon välein. Lyhyimmillään asiakasprosessi kesti noin kolme kuukautta ja pisimmillään lähes vuoden.

Analyysimenetelmä

Tutkimuksessa käytetty aineiston analyysimenetelmä on aineistolähtöinen laadullinen sisällönanalyysi (esim. Mayring 2000; Elo & Kyngäs 2008). Sisällönanalyysi valikoitui analyysimenetelmäksi, koska tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella ja kuvata aihetta tiiviissä ja yleisessä muodossa. Tutkimuksen kohteena olevat aiheet ohjasivat analyysia, ja analyysi eteni induktiivisesti alhaalta ylöspäin (esim. Mayring 2000). Analyysiyksiköt muodostettiin aineistosta. Sisällönanalyysin teki artikkelin ensimmäinen kirjoittaja. Erityisiä ennako-oletuksia sille, mitä ongelmat voisivat olla, ei ollut.

Selitysmalleja tarkasteleva lähestymistapa (Kleinman ym. 1978) ei määrittele sitä, mitä analyysissä voitaisiin hyväksyä ongelmaa kuvaaviksi ilmaisuiksi. Yleisesti asiakasosallistujien ongelmat olivat niitä asioita, jotka saivat heidät hakemaan apua kriisikeskuksesta ja käymään keskustelukäynneillä. Aineistosta ongelmaa kuvaaviksi ilmaisuiksi hyväksyttiin ne ilmaukset, joissa asiakasosallistajat kuvasivat vaikeuksia, tyytymättömyyttä, kärsimystä tai pahoinvointia. Analyysissa kiinnitettiin huomiota ilmaisujen asiayhteyteen ja ajatuskokonaisuuteen. Esimerkiksi yksittäistä ongelmaa kuvaavaa sanaa tai lausetta ilman asiayhteyttä ja ajatuskokonaisuutta ei sellaisenaan hyväksytty ongelmaa kuvaavaksi ilmaisuksi, mutta ne auttoivat tavoittamaan aineistosta näiksi hyväksytyjä kokonaisuuksia. Tämä on myös selitysmalleja tarkastelevan lähestymistavan perusajatus (Kleinman ym. 1978)

Kun ongelmiksi määriteltävissä olevat ilmaukset oli poimittu erikseen, niitä ryhmiteltiin sen mukaan, mitä ongelma koski. Sa-

malla ongelmien alle ryhmiteltiin kuvauksia niiden aiheuttajista ja seuraamuksista. Näitä kaikkia oli usein mukana samoissa kuvauksissa. Ryhmittelyssä ongelmia kiteytettiin keskeisiksi ongelmakategorioiksi ja kategoriat nimettiin sisältöä kuvaavasti. Tehtyjä tulkintoja arvioitiin säännöllisesti. Kriteerinä keskeisten ongelmakategorioiden muodostamisessa oli myös ongelman yleisyys. Kategorian kriteerinä oli sen esiintyminen yli puolella asiakasosallistujista. Kaikilla asiakasosallistujilla ei edellytetty olevan ongelmaa.

Yleinen havainto oli, että ongelmapuhe muodosti suuren osan keskusteluiden sisällöstä ja että työntekijän kysyessä ongelmista asiakasosallistajat ymmärsivät hyvin, mitä heiltä kysyttiin ja mihin heidän pitäisi vastata. Ongelmakuvaukset eivät kuitenkaan läheneet liikkeelle vain työntekijän kysymyksistä. Valtaosa asiakkaista osasi tuoda ongelmia esiin oma-aloitteisesti. Asiakkaiden ongelmat myös elivät ja muuttuivat asiakasprosessin aikana. Esimerkiksi asiakkaan käyntien aikana saamat ikävät kuulumiset kotimaasta tulivat poikkeuksetta mukaan keskusteluihin. Asiakas saattoi myös rohkaistua vasta useamman käyntikerran jälkeen kertomaan kotimaassaan mahdollisesti kokemastaan väkivallasta. Ongelmakuvaukset oli siten siivilöitävä koko asiakasprosessin ajalta.

Havaittiin myös, että asiakkailla oli vaihtelevia tapoja puhua ongelmista. Samantyyppistä ongelmaa saatettiin kuvailla erilaisilla tavoilla, mikä vaikeutti joidenkin ilmausten ryhmittelyä tiettyyn kategoriaan. Kotimaassa koettuja ongelmia kuvaavat ilmaukset olivat haastavimpia ryhmitellä. Arkisempien väärinkohtelun ja epäoikeudenmukaisuuden sekä erityisempien traumaattisten tilanteiden ja kokemusten ryhmittely oli haastavaa. Kun esimerkiksi eräs asiakas kuvasi kidutukseksi sitä, että hän menetti valtaapitävien takia työpaikkansa, menetystä ei vain kidutus-sanana käyttämisen takia määritelty traumaattiseksi kokemukseksi, vaan se tulkittiin arkisemmaksi väärinkohtelun kokemukseksi. Joissain tapauksissa olisi myös ollut liian kapea-alaista tarkastella vain asiakkaan ilmaisujen sisältöä. Esimerkiksi erään asiakkaan oli hyvin vaikea puhua prostituu-

tioon pakottamisesta ja siihen liittyvästä syvästä häpeästä. Tällöin valtaosa kuvauksesta oli työntekijän kysymyksissä ja muotoiluissa, jotka asiakas vahvasti myöntävillä äännähdyksillä ja muilla lyhyillä vastauksilla, kuten ”joo” tai ”kyllä”. Tämä olisi jäänyt määrittelemättä ongelmakuvaukseksi, mikäli työntekijän ilmaisut olisi jätetty huomiotta.

Asiakkaiden ongelmien kuvaukset saattoivat olla selkeitä ja konkreettisia mutta myös koko elämään ja pakolaisuuteen liittyviä prosessikuvauksia. Esimerkiksi asiakkaan kuvaamalle avuttomuuden tunteelle, kun hän ei päässyt kielikurssille, on helppo määritellä oma ongelmakategoriansa. Enemmän tarkastelua ja tulkintaa vaatii saman asiakkaan koko asiakasprosessin ajan esittämä kuvaus yli 15 vuotta kestäneestä ja monia elämänvaiheita ja tekijöitä sisältäneestä väärinkohtelusta.

Tulokset

Analyysin perusteella syntyi viisi ongelmakategoriaa. Ongelmakategoriat nimettiin seuraavasti sen mukaan, mitä ongelman ensisijaisesti identifioitiin koskevan: 1) kotimaassa koettu epäoikeudenmukaisuus, 2) kotimaassa koettujen traumaattisten kokemusten aiheuttama ahdistus, 3) tulevaisuuteen liittyvät huolet ja pelot, 4) huoli läheisten tilanteesta ja siihen liittyvä syyllisyys ja 5) toimijuuden, pystyvyyden ja elämänhallinnan ongelmat.

Kategoriat esitellään aineistosta poimitujen tekstinäytteiden avulla. Tekstinäytteillä pyritään kuvaamaan myös sitä, mikä ongelman aiheuttaa ja millaisia seuraamuksia ongelmalla on. Näytteistä on poistettu kaikki asiakkaiden tunnistamisen mahdollistavat tiedot. Näytteisiin on merkitty sukupuoli ja ikäluokka. Katkelmissa viitataan asiakkaaseen lyhenteellä A ja työntekijään lyhenteellä T sekä asiakkaan kotimaahan lyhenteellä XX. Merkintä – – tarkoittaa, että näytteestä on jätetty osa pois.

Kotimaassa koettu epäoikeudenmukaisuus
Tähän kategoriaan sisällytettiin ilmaukset, joissa kuvattiin epäuskoa kotimaan valtaapitävien toimintaa kohtaan, petetyksi ja vää-

rinkohtelun uhriksi joutumista, kotimaan menettämistä sekä näistä johtuvaa pettymystä, katkeruutta sekä luottamuksen menettämistä asioiden järjestymiseen. Kaikki asiakasosallistujat ilmaisivat ongelman.

Kielteistä kokemusta kotimaassa vallitsevista epäkohdista leimasi totaalisuus. Näistä oli asiakkaiden puheessa monenlaisia toisiin-
sa liittyviä kuvauksia.

”Siellä on vähän erilaista kuin täällä, siellä on vaikeaa. Siellä on korruptiota, terrorismia, räjähdyksiä. Pitäis järjestää koko yhteiskunta uudestaan.” (Mies, 55–65.)

”Yhä enemmän ihmisiä pakenee sieltä ku he eivät kestä sitä pelkoo. Siellä on täydellinen mielivalta.” (Mies, 60–70.)

Kotimaan epäkohdat yhdistyivät asiakkaiden kuvauksissa omakohtaisiin kokemuksiin väärinkohtelusta ja epäoikeudenmukaisuudesta. Asiakkaat kertoivat konkreettisia esimerkkejä kokemistaan menetyksistä, petetyksi tulemisesta ja kokemastaan asiattomasta kohtelusta kotimaan valtaapitävien taholta. Erityisen vaikeaa oli ymmärtää sitä, että maanmiehet saattoivat tuhota kotimaan ja että oman kodin ja kotimaan menetti maanmiesten oikeudettoman toiminnan johdosta. Menetyksistä näyttöä laajempaan ”kulttuurisena menetyksenä”, johon sisältyvät fyysisen kodin menettämisen lisäksi esimerkiksi identiteetin, sosiaalisten rakenteiden ja kulttuurin menetykset (esim. Eisenbruch 1990).

”Tiedätkö että XX:ssa minulta vietiin kaikki oikeudet, en saanut tehdä työtä. Epäoikeudenmukaisuus on kaikkialla XX:ssa.” (Nainen, 45–55.)

Moni kertoi kokevansa pettymystä, katkeruutta ja jopa vihaa kotimaansa vallanpitäjiä kohtaan. Vallanpitäjien tekoja kotimaata kohtaan ja itselle tapahtuneita asioita oli vaikeaa tai mahdotonta unohtaa, hyväksyä tai antaa anteeksi.

”Kyllä minulla on vihaa maani vallan-

pitäjiä kohtaan. Jos tulisi mahdollisuus osallistua aseelliseen kapinaan heitä kohtaan, en hetkeäkään epäröisi osallistua.” (Mies, 40–50.)

Asiakkaat kertoivat seuraavansa kotimaan tilannetta ja tapahtumia herkeämättä erilaisen medioiden kautta. Asioista myös juteltiin säännöllisesti Suomessa olevien maanmiesten ja mahdollisten perheenjäsenten kanssa. Tilanteen jatkuva seuraaminen ylläpiti ja vahvistivat ongelmallista kokemusta, mutta sitä oli vaikea lopettaa tai edes vähentää.

T: *”Joskus sanotaan, että kun kaukaa seuraava, niin voi olla hieman ylikierroksilla asian suhteen.”*

A: *”Se on kyllä totta.”* (Mies, 40–50.)

Myönteistä muutosta kotimaassa toivottiin, mutta erityisesti itselle tapahtuneet koettelemukset olivat poistaneet uskon ja luottamuksen sen toteutumiseen.

”– – mäkin saattasin vielä ajatella XX:ssa voi jotain hyvää tehdä, siellä voi jotaki tehdä, elää normaalisti, mut sen jälkeen mitä he minulle tekivät, en pysty ajattelemaan niin. Ei kerta kaikkiaan voi luottaa.” (Mies, 60–70.)

Kotimaassa koettujen traumaattisten kokemusten aiheuttama ahdistus

Kotimaassa koettujen traumaattisten kokemusten aiheuttaman ahdistuksen ongelmiin luokiteltiin ilmaukset, jotka liittyivät kotimaassa koettujen ikävien tilanteiden ja niihin liittyvien muistojen ja tunteiden säännölliseen mieleen palautumiseen. Nämä ajatukset tuottivat ahdistusta, turvattomuutta ja pelkoa. Lisäksi ajatuksia oli vaikea hallita myönteisellä tavalla, mikä lannisti asiakkaita. Neljä asiakasosallistujaa kuvasi ongelman.

Ahdistavista ajatuksista ja niitä aiheuttavista tilanteista oli asiakkaiden puheessa monenlaisia kuvauksia. Ahdistavat ajatukset liittyivät johonkin kotimaassa koettuun konkreettiseen, epämieluisaan tilanteeseen tai ta-

pahtumaan ja olivat psyykkisesti hankalia tai sietämättömiä. Näiden tilanteiden ja tapahtumien sekä niiden aikana koettujen ikävien tuntemusten palautuminen mieleen nykyhetkessä olivat tämän ongelman ilmentymiä.

”Sillon ku mä istuin siellä vangittuna, nii siellä oli niinku se painostus, kidutus. Yleensä se oli aina illalla ja yöllä, et päivällä sitä vaan pelkäs ja odotti – – . He saivat he ihmiset siihe tilaan, et alkoi jo toivoa että tappasivat nopeammi. Ja viimeiset päivät enne ku pääsin vapaaks, mä oli jo iha varma että tulen hulluks.” (Mies, 60–70.)

Aiemmin koetut epämieluisat tilanteet ja tapahtumat olivat paikoin liian pelottavia tai hävettäviä. Esimerkiksi yksi naisasiakkaista oli ennen Suomeen tuloaan joutunut pakotetuksi prostituutioon. Tapahtuneen käsittely saati siitä puhuminen oli ylivoimaista. Alla olevassa katkelmassa asiakkaan ongelmankuvaus näkyy erityisesti työntekijän puheenvuoroissa, jotka asiakas vahvistaa lyhyillä myöntävillä vastauksillaan:

T: *”Oliko se niin, että sun piti tehdä kaikki mitä sulta pyydettiin? Että sä et voinut vaikuttaa?”*

A: *”Joo.”*

T: *”Eli sä oot joutunu tekemään vaikka mitää?”*

A: *”Joo.”*

T: *”Miten paljon tää asia on sun mielessä täällä? Kun se häpeän tunne...”*

A: *”Ehkä joka päivä.”* (Nainen, 20–30.)

Erityisen raskasta oli näiden ahdistavien ajatusten jatkuva pyöriminen mielessä. Niiltä ei juuri saanut rauhaa. Asiakkaat kokivat ajatusten vaivaavan ympäri vuorokauden ja myös unessa. Heidän oli vaikea nukahtaa ja usea näki säännöllisesti painajaisia vanhoista tapahtumista ja tilanteista. Tämä loi jatkuvaa stressiä ja turvattomuuden tunnetta.

”Ne toistuu jatkuvasti, varsinkin ne uhkaukset, joita olen joutunut kohtamaan sen kidutuksen yhteydessä ja sen alla. Uhka-

uksista tulleet seuraamukset pyörii jatkuvasti mun mielessä. Tuntuu, että mä en ole enää ollenkaan rauhassa, mulla on jatkuva stressitila ja sitten kärsin unettomuudestaan.” (Mies, 25–35.)

Asiakkaat pyrkivät aktiivisesti näiden ajatusten hallintaan ja työntämään niitä pois mielestä. Ajatukset aiheuttivat myös ärtymistä ja kyllästyneisyyttä. Muutama asiakas kertoi ajatelleensa vanhoja asioita jo tarpeeksi. Niiden hallinta ei kuitenkaan tarkoituksellisesti juuri onnistunut. Ne pysyivät poissa mielestä lähinnä silloin, kun asiakas teki jotain muuta ja ”unohti” ajatella niitä. Epäonnistuminen ajatusten hallinnassa tuotti `demoralisaatioita` (esim. Frank 1986): se lannisti asiakkaita ja tuotti pettymystä itseensä.

”Mä olen todellakin yrittänyt kiinnittää mun huomiota eri suuntaan, harhauttaa mun mieltä – – keskittyä johonkin erilaiseen asiaan. Lukenut vaikka kirjaa. Tekemään jotain, jonka avulla voisi miettiä jotain muuta. Mutta se ei ole onnistunut.” (Mies, 25–35.)

”Se on sillo ku lähden jonnekin, hoidan jotakin asioita, tapaan joitaki. Sillon ne unohtuu ne asiat.” (Mies, 60–70.)

Tulevaisuuteen liittyvät huolet ja pelot

Kolmanteen kategoriaan kuuluviksi luokiteltiin kuvaukset, joissa epävarmuus omasta kohtalosta ja oman elämän tulevaisuuden järjestymiseen liittyvät huoliajatukset pyörivät jatkuvasti mielessä aiheuttaen rauhattomuutta, turvattomuutta ja pelkoa. Viisi asiakasosallistujaa kertoi ongelmasta.

Ongelma kiteytyi asiakkaiden kuvauksissa epävarmuuteen siitä, miten itselle tulevaisuudessa käy ja vielä konkreettisemmin siihen, saako jäädä Suomeen. Tämän koettiin olevan elämän tai kuoleman kysymys. Oma elämä ja tulevaisuus olivat muiden ihmisten käsissä, eikä siihen koettu olevan mahdollista vaikuttaa. Seurauksena oli varmuuden, ennustettavuuden ja järjestyksen puuttuminen elämästä.

”Pelkään eniten, että on epäselvä tulevaisuus. Kohtaloani.”

”Mutta ajattelen, että tulen hulluksi jos jatkan näitä ajatuksia.”

”Olo on epävarma.” (Nainen, 45–55.)

Asiakkaiden puheessa kuvautui `ruminaation` kaltainen kielteinen ajatusvyyhti (esim. Smith & Alloy 2009). Asiakkaat kuvasivat tulevaisuuden pelkonsa ja huolensa sekä luottamuksen puuttumisen asioiden järjestymiseen johtuvan kotimaassa koetuista epäoikeudenmukaisuuden kokemuksista. Epävarmuudesta kertoivat turvapaikanhakijat ja jo oleskeluluvan saaneet asiakkaat.

”Vaikka todennäköisyys – – olisi ja mut käännytettäisiin olisi vain 1 prosentti, mutta silti jo tämä riittää että pelko kasvaa mielessä.” (Mies, 25–35.)

”Se on nyttenki, vaikka sain myönteisen päätöksen ja sitä kerran pidennettyki, nii se pelko on jääny. Ja koko ajan on sellane pelko siitä ja epävarmuus siitä että se perutaan vielä.” (Mies, 60–70.)

Pelko liittyi erityisesti mahdollisuuteen joutua palaamaan takaisin kotimaahan ja siellä joutumista uudelleen valtaapitävien huonon kohtelun uhriksi. Tällaisen pelon kokemisesta kertoivat juuri ne asiakkaat, jotka olivat kokeneet kotimaassaan epämieluisia tilanteita ja tapahtumia, kuten kidutusta tai muunlaista väkivaltaa.

”Mä luulen et mun tilaan vaikuttaa se ajatus, et jos joudun uudestaan heidän käsiin. et vaikka tavallaa ei oo sellaista vaaraa, nii siitä huolimatta alitajunnassa on pelko et joudun uudestaan heidän käsiin.” (Mies, 60–70.)

Epävarmuus omasta kohtalosta näkyi myös asiakkaiden motivaatiossa ja vaikutti kielteisesti halukkuuteen tehdä asioita nykyhetkessä, jos asiakas kuitenkin joutuisi lähtemään Suomesta tai jokin asia menisi vikaan. Alla olevassa katkelmassa näyttäytyy jonkinlainen

noidankehä: elämäntilanne lamaannuttaa ja saa luopumaan niiden asioiden tekemisestä ja yrittämisestä, jotka tuottaisivat myönteisiä vaikutuksia ja mielihyvää.

A: *"Niin mut sitten pää ja mieli on siinä ajatuksessa, että lähdän kohta Suomesta, ettei kannata."*

T: *"Niin se varmaan on."*

A: *"Minä ajattelen sitä vaan, et jos aloitan koulun ja joudun lähtemään, menee se hukkaan."* (Nainen, 20–30.)

Huoli läheisten tilanteesta ja siihen liittyvä syyllisyys

Tämän kategorian kuvauksiin sisältyi jatkuva huoli perheen turvallisuudesta ja selviytymisestä kotimaassa sekä tähän tilanteeseen liittyvä syyllisyys ja häpeä. Ongelma aiheutti jännittyneisyyttä ja pahoinvointia asiakkaisissa. Kaikki asiakasosallistujat kuvasivat tämän ongelman.

Verrattuna tulevaisuuteen liittyvien huolien ja pelkojen ongelmakategoriaan huoli-ajatukset liittyivät tässä kategoriassa muihin ihmisiin ja tarkemmin ottaen omiin perheenjäseniin:

"Se on hermostuttava asia, kun toisaalta ajattelee, että kaikki menee hyvin ja toisaalta on pelko että ei. Todellakin he ovat riskialttiissa tilanteessa, se on kuin krokotiili joka voi haukata." (Mies, 40–50.)

Yhteydenpito kotimaassa oleviin perheenjäseniin toimi huolen kokemisen kannalta sekä myönteisesti että kielteisesti: sitä kautta saatu tieto vähensi epävarmuutta ja lisäsi hallinnan tunnetta, mutta tietoon tulleet mahdolliset ikävät kuulumiset lisäsivät huolta entisestään. Vaikka mitään erityisen ikävää ei olisi perheenjäsenille tapahtunut, yhteydenpito lisäsi asiakkaisissa kuitenkin perheenjäseniä kohtaan tunnettua kaipuuta.

T: *"Tänään vaikutatte hieman surumieliseltä. Onko se vain harhaa vai miltä tuntuu?"*

A: *"Tytär, joka on XX:ssa, on soittanut."*

T: *"Tuliko ikävä?"*

A: *"Joo, paljonkin."* (Nainen, 45–55.)

Koetun epävarmuuden, huolen ja jännittyneisyyden lisäksi asiakkaat ajattelivat, että heillä itsellään eivät asiat saisi olla yhtään paremmin kuin perheenjäsenillä kotimaassa eivätkä he tässä tilanteessa saisi "mennä eteenpäin" elämässä ja tavoitella mitään parempaa. Asiakkaat kertoivat tilanteesta kokemastaan syyllisyydestä. Syyllisyys johtui kuvauksissa siitä, että asiakas oli lähtenyt ja turvassa, mutta perheenjäsenet olivat jääneet ja asiakas oli jättänyt heidät vaikeisiin olosuhteisiin. Tästä kerrottiin sellaisella tavalla, joka ilmensi asian olevan hyvin vaikea ja arka. Tilanne ja oma toiminta aiheuttivat häpeää.

"Vaikea on syödä, jos lapset tulevat mieleen, jos on itse syömässä." (Mies, 45–55.)

"Joo, painajaisia tulee. Ne valvottaa kyllä. Minä en voi unohtaa minun perheenjäsenet on vaarassa. Syyllisyydentunne ja keskittymättömyys johtuu näistä." (Mies, 55–65.)

Asiakkailla oli tilanteen ja heidän oman toimintansa takia hyvin kielteinen käsitys itsestään. Syyllisyyden kokemuksesta oli vaikea puhua edes näissä luottamuksellisissa keskusteluissa. Se ei yleensä tullut esiin asiakkaiden kertomuksissa keskusteluapuprosessin alkuvaiheessa vaan vasta myöhemmillä käyntikerroilla. Vaikutti, että asiakkaat tällä tavoin halusivat suojella moraaliset "kasvonsa" ja säilyttää arvokkuutensa työntekijän edessä (esim. Ting-Toomey & Kurogi 1998).

"Minusta tuntuu, että pelkurina olen lähtenyt." (Mies, 25–35.)

Toimijuuden, pystyvyyden ja elämänhallinnan ongelmat

Viidenneksi ja viimeiseksi kategoriaksi muodostui toimijuuden, pystyvyyden ja elämänhallinnan ongelmat. Tähän kategoriassa luokitelluissa ilmauksissa kuvattiin passiivisuutta ja kyvyttömyyttä muokata omia ajattelu- ja

toimintamalleja sekä vaikeuksia viedä elämää haluttuun suuntaan nykyisessä elämäntilanteessa ja nykyisillä tiedoilla, taidoilla ja resursseilla. Tilanteessa koettiin avuttomuutta, väsymystä ja lannistumista. Kaikki asiakasosallistujat kuvasivat ongelman.

Ongelma kiteytyi asiakkaiden kuvauksissa kokemukseen siitä, että elämä menee eteenpäin eikä siihen ole mahdollisuutta vaikuttaa tai sitä hallita. Avuttomuuden ja lannistumisen kokemukset aiheuttivat ongelmaa ja olivat myös sen seurauksia. Ongelma esiintyi ajattelussa ja käytännön toiminnassa:

”Vähän kun katsoo telkkaria ja haluaisi muuttaa jotain mitä elokuvassa tapahtuu. Mutta kaukosäädin ei toimi. Minusta tuntuu että minun elämässä nämä kuvat menee vähän samalla tavalla. Ne vaan menee ja minä en pysty vaikuttamaan niihin.” (Mies, 40–50.)

”– – mut nyt kun on sellaisessa odottavassa tilassa, niin että vaan syö ja nukkuu.” (Nainen, 20–30.)

Asiakkaiden puheessa ongelma näyttäytyi toimijuuden ja pystyvyyden ongelmana (esim. Bandura 2001; Wahlström 2006): asiakkailla ei ollut mahdollisuuksia toimia tavoitteidensa suuntaisesti eikä heillä liioin ollut keinoja saavuttaa näitä tavoitteita. He eivät tehneet asioita, joita toivoivat tekevänsä, ja tekivät asioita, joita eivät toivoneet tekevänsä. Ongelman aiheuttivat samanaikaisesti asiakkaiden omat heikohkot edellytykset ja elämäntilanteen sekä uuden ympäristön olosuhteet. Kaikki asiakkaat kertoivat kuitenkin haluavansa vaikuttaa elämäänsä. Erään asiakkaan kuvaus ”en haluaisi istua toimettomana” kiteytti hyvin näitä tunteja. Käytännössä jo arjen perusasioissa pärjääminen saattoi olla asiakasosallistujille hankalaa:

T: *”Sinne [hammaslääkäri] vois soittaa, mut mä mietin voidaanko me tästä mahdollisesti...”*

A: *”Mutta en minä osaa soittaa.”*

T: *”Jo mä ajattelin, et me voidaan tän*

tapaamisen päätteeks soittaa tänne ja sanoa että tarvitaan tulkki.” (Mies, 55–65.)

Ongelmaan kuului myös kokemus siitä, että asiakas oli nyt Suomessa muiden avun varassa eikä itse kyennyt antamaan takaisin vaikka haluaisi. Tilannetta verrattiin omaan kotimaahan, jossa tällaista apua ei ollut saatavilla, ja aiempaan omaan identiteettiin toimijana ja aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä. Eräs asiakas kuvasi itseään ”elätiksi”, joka identiteettinä tuntui hänestä vieraalta. Yhteiskunnalta saadusta avusta tunnettiin kiitollisuutta, mutta omasta vähäisestä panoksesta tunnettiin häpeää.

”– – mutta se tuntuu todella kiusalliselta, en minä en ole mitään muuta tälle yhteiskunnalle tällä hetkellä kuin liikaa taakkaa. Enkä pysty antamaan sitä takaisin.” (Mies, 25–35.)

Pohdinta

Tutkimuksen kohteena olivat kuuden turvapaikanhakijan tai pakolaisen terapeutit keskustelut kriisikeskuksessa. Tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan asiakasosallistujien selitysmalleja ensisijaisesti sen osalta, mitä ongelmia heillä on, ja lisäksi sen osalta, miten nämä ongelmat heihin vaikuttavat ja mikä ongelmat aiheuttaa. Analyysin perusteella syntyi viisi ongelmakategoriaa.

Kotimaassa koettu epäoikeudenmukaisuus-kategoria sisältää ilmaukset, joissa kuvattiin epäuskoa kotimaan valtaapitävien toimintaa kohtaan, petetyksi ja väärinkohtelun uhriksi joutumista sekä kotimaan menettämistä. Jokainen asiakasosallistuja kuvasi ongelmaa, sen aiheuttajia ja seuraamuksia tavalla, joka on yhteneväinen yleisesti turvapaikanhakijoita ja pakolaisia yhdistävien, Papadopouloksen (2007) ”yhteiskunnallisen trauman” sekä Nickersonin ja kumppaneiden (2015) ”moraalisen vammautumisen” käsitteiden sisällön kanssa. Nickerson ja kumppanit (2015) toteavat moraalisen vammautumisen vaikuttavan vointiin jopa kielteisemmin kuin kotimaassa koettu väkivalta ja maahantulon jälkeiset on-

gelmat yhteensä. Tällä tavoin petetyksi tuleminen oli erityisen raskas kokemus. Sitä oli vaikeaa tai mahdotonta unohtaa ja antaa anteeksi.

Kotimaassa koettujen traumaattisten kokemusten aiheuttama ahdistus -kategorian ilmaukset liittyivät kotimaassa koettujen ikävien tilanteiden ja niihin liittyvien muistojen ja tunteiden säännölliseen mieleen palautumiseen. Tämän kategorian ongelmassa, vaikutuksissa ja sen aiheuttavissa tekijöissä on yhteneväisiä piirteitä psyykkisen traumatisoitumisen kanssa (esim. Papadopoulos 2007). Kaikilla asiakasosallistujilla ei kuitenkaan ollut tämän kategorian ongelmaa. Niiden, joilla se oli, kertoman perusteella esimerkiksi kidutus (esim. Campbell 2007) on liian kapea-alainen lähtökohta lähestyä tätä ongelmaa aiheuttavia tekijöitä. Asiakkaat kertoivat myös muunlaisista ikävistä tilanteista. Havainto saa tukea Basoglun ym.iden (2007) tutkimuksesta, jossa vertailtiin kidutuksen vaikutusten eroja muunlaiseen julmaan ja halventavaan kohteluun. Heidän tutkimuksensa mukaan eroa ei juuri ollut ja myös muulla vastaavalla toiminnalla voi olla yhtäläisiä kielteisiä vaikutuksia. Tämän tutkimuksen asiakkaiden ongelma-kuvausten sisällössä, määrässä, toistumisessa sekä voimakkuudessa oli myös huomattavaa vaihtelua. Esimerkiksi Cloitre (2015) on varoittanut niputtamasta samanlaisiksi kaikkia psyykkisesti traumatisoituneita henkilöitä.

Tulevaisuuteen liittyvät huolet ja pelot -kategorian ilmauksissa epävarmuus omasta kohtalosta ja oman elämän järjestymiseen liittyvät huoliajatukset pyörivät jatkuvasti asiakkaiden mielessä. Tämän on ajateltu olevan lähinnä turvapaikanhakijoiden ongelma (esim. Iversen ym. 2010). Ongelmaa ei niinkään ole yhdistetty pakolaisiin, koska oleskeluluvan myötä ongelman on ajateltu poistuvan. Ongelmas- ta kertoivat tutkimuksen kaikki turvapaikanhakija-asiakkaat ja kaksi pakolaisasiakasta. Myös pakolaisasiakkaat kuvasivat ongelman aiheutuvan pelosta joutua takaisin kotimaahan. Aiemmat petetyksi tulemisen kokemukset vaikeuttivat luottamasta asioiden järjestymiseen. Pakolaistaustaisten ihmisten eniten toivomia asioita on tunne siitä, että on turvassa ja elämällä on tasaiset ja rauhalliset puitteet

(esim. Ryan ym. 2008). Tämä ei täysin toteutunut tämän tutkimuksen asiakasosallistujilla.

Huoli läheisten tilanteesta ja siihen liittyvä syyllisyys -kategorian ongelman ilmaistiin johtuvan perheen tilanteesta kotimaassa. Kaikki asiakasosallistajat kuvasivat jatkuvaa huolta, mitä he kokivat perheensä turvallisuudesta ja selviytymisestä. Havainto saa tukea aiemmista tutkimuksista (esim. Bernardes ym. 2010), joiden mukaan huoli perheestä on yksi keskeisistä turvapaikanhakijoille ja pakolaisille pahoinvointia tuottavista asioista. Osa asiakkaista koki tilanteesta myös syyllisyyttä. Syyllisyyden ilmaistiin 'selviytyjän syyllisyys' käsitteen (esim. Douglas 2010) mukaisesti johtuvan kokemuksesta, että oli itse lähtenyt ja turvassa, mutta perhe oli jäänyt tai jätetty vaikeisiin olosuhteisiin. Oma toiminta aiheutti asiakkaissa häpeää ja siitä oli vaikeaa puhua. Terapeuttiset keskustelut voivat olla erityistä toimintaa, joissa asiakas voi kertoa ja käsitellä tällaisia itselleen vaikeita asioita.

Viidenneksi kategoriaksi muodostui *toimijuuden, pystyvyyden ja elämänhallinnan ongelmat*. Kaikki asiakasosallistajat kuvasivat passiivisuutta ja kyvyttömyyttä muokata omia ajattelu- ja toimintamalleja sekä vaikeuksia viedä elämäänsä haluttuun suuntaan. Myös Snellman ym. (2014) ovat raportoineet tämänkaltaisista turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten ongelmista. Turvapaikanhakija-asiakkaat kertoivat elämäntilanteen sisältävän paljon ulkoisia rajoitteita toimintamahdollisuuksille. Oleskelulupa poisti pakolaisasiakkailta näitä rajoitteita, mutta uusi tilanne toi mukanaan erilaisia ulkoisia rajoitteita, jotka vaikeuttivat toimintaa. Myös muissa maissa olevat pakolaiset ovat kertoneet samantapaisista elämän vaikeuksista oleskeluluvan saamisen jälkeen (esim. Strijk ym. 2011).

Patel ym. (2014) ovat esittäneet turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten ongelmien olevan monenlaisia ja niiden kehittyvän usean tekijän yhteisvaikutuksesta. Myös Maierin ja Straubin (2011) tekemissä terapian jälkeisissä haastatteluissa turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaat kuvasivat monenlaisia ongelmia. Nämä asiakkaat eivät ajatelleet ongelmiansa aiheutuvan vain yksittäisistä tilanteista

tai vain joko kotimaassa tai maahantulon jälke-
keen koetusta. He kokivat ongelmiansa ole-
van monen tekijän summa. Tämä näkemys ja
tutkimustulos saa tukea tästä tutkimukses-
ta. Esimerkiksi kaikkien tämän tutkimuksen
asiakasosallistujien ongelmien koostumukset
rakentuivat useammasta kuin yhdestä ongel-
makategoriasta. Kaikki asiakkaat kertoivat
ongelmista tavalla, joka ei puolla terapeutti-
seen keskusteluun mallia, jossa keskityttäisiin
kategorisesti vain joko aiemmin kotimaassa
tai maahantulon jälkeen koettuihin asioihin.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan
tehdä joitain suosituksia terapeutteja kes-
kusteluita turvapaikanhakija- ja pakolais-
asiakkaiden kanssa käyvien työntekijöiden
toimintaan. Ensinnäkin ongelmista tulisi pu-
hua keskusteluissa. Vain sitä kautta voidaan
saada ymmärrys asiakkaiden ongelmista ja
heidän niihin liittämistä selitysmalleista. Tä-
män tutkimuksen asiakasosallistujat kertoivat
ongelmista oma-aloitteisesti ja pääosin
aktiivisesti. Tämä antaa viitteitä siitä, että he
kokivat ongelmista kertomisen olevan jollai-
kin tavalla hyödyllistä ja auttavaa. Ongel-
mapuheen aikaansaamisessa keskeistä näytti
kuitenkin olevan työntekijän keskustelullinen
aktiivisuus ja asiakkaan kokemus tera-
piasuhteen turvallisuudesta. Asiakasta ei
kuitenkaan tulisi ”pakottaa” kertomaan yli-
voimaisilta ja liian vaikeilta tuntuvista asi-
oista. Toiseksi johdannossa esitellyt Klein-
manin ja kumppanien (1978) määrittelemien
selitysmalleja selvittävien kysymysten aiheet
ja ajatus näiden kysymysten systemaattises-
ti esittämisestä asiakkaalle vaikuttaa tera-
peuttisten keskustelujen kontekstissa hieman
jähmeältä ja kapea-alaiselta. Näitä kysymyksiä
on hyvä käyttää. Asiakkaiden ongelmiin
liittämistä selitysmalleja työntekijä voisi
kuitenkin pyrkiä laajemmin ja hyödyllisemmin
selvittämään ja ymmärtämään kaikista asi-
akkaiden keskusteluiden edetessä ilmaise-
mista merkityksenannoista ja suhtautumis-
tavan kuvauksista. Näin ongelmakuvaukset
ja selitysmallit eivät rajoittuisi vain ennalta
määritelyihin raameihin ja niistä keskus-
telu sopisi luonnollisemmin terapeutin
keskusteluavun vuorovaikutustapoihin sekä

ongelmat tulisivat keskusteluissa paremmin
muutostyön kohteiksi.

Tutkimuksen arviointia

Tässä tutkimuksessa asiakasosallistujien on-
gelmien tarkastelu perustui luonnollisten tera-
peuttisten keskustelujen analyysiin. Sen, et-
tä keskusteluavun sisältöön ei annettu ohjeita
eikä työntekijöillä ollut tietoa tutkimuksessa
tarkasteltavista asioista, voi ajatella tuotta-
van sen, että ongelmista puhuttiin niin kuin
ongelmista normaalisti näissä keskusteluissa
puhutaan. Vaikka esitetyt löydökset pyrkivät
olemaan mahdollisimman aineistolähtöinen
konstruktio siitä, miten asiakkaat kuvasivat
ongelmiaan, ne ovat tulkintoja ja heijastelevat
myös analyysin suorittaneen artikkelin ensim-
mäisen kirjoittajan mielenkiinnon kohteita sekä
herkkyyttä sanallisille ilmauksille. Paikoi-
tellen olisi ollut mielenkiintoista konsultoida
asiakasosallistujia ja työntekijöitä tehtyjen ha-
vaintojen suhteen.

Ongelmakuvausten luotettavuuteen liittyy
haasteita. Tulkit välittivät asiakkaiden ongel-
makuvaukset suomeksi. Tulkin tapa kääntää
ja hänen käytössään oleva sanasto voi tuoda
lisänsä ja vaihtelua kuvauksiin, vaikka tulk-
kauksen tavoitteena olisikin kääntää asiak-
kaan puhuma sanatarkasti. Esimerkiksi paljon
terapeutteja keskusteluita kääntävällä tulkil-
la voi olla ongelmiin liittyvää ammattisanas-
toa. Tämä voi tuoda kuvauksiin sellaisia on-
gelmiin liittyviä ammatti-ilmaisuja, jotka eivät
täysin vastaa asiakkaan ilmaisuja. Kaikilla tä-
män tutkimuksen tulkeilla oli aiempaa koke-
musta terapeutin keskusteluiden tulkkaa-
misesta. Myös turvapaikanhakija-asiakkaiden
ongelmakuvausten paikkansapitävyyteen voi
suhtautua jonkinlaisella varauksella. Turva-
paikanhakijalla voi olla turvapaikkahakemuks-
een liittyvä kannustin liioitella tai jopa keksiä
ongelmia. Yksikään turvapaikanhakija-asiak-
kaista ei itse kuitenkaan ollut aloitteellinen esi-
merkiksi hänen vointiaan koskevan lausunnon
laatimisen suhteen, mutta erään asiakkaan la-
kimies pyysi työntekijää laatimaan sellaisen
asiakkaan turvapaikkahakemusta varten.

Asiakkaiden ongelmakuvauksia tarkas-

teltiin johdannossa esitellyn Kleinmanin ja kumppanien (1978) selitysmalleja tarkastelevan lähestymistavan kautta. Lähestymistapa ei tarjonnut valmista tulkintamallia siihen, mitä voitiin hyväksyä ongelmaa kuvaaviksi ilmauksiksi, vaan tulkintamalli oli rakennettava itse. Taustalla olevan lähestymistavan ja rakennettun tulkintamallin voi ajatella takaavan luotettavamman ja objektiivisemmän tutkimusotteen ja analyysin. Ongelmakuvausten tunnistaminen ja ryhmittely ei tästä huolimatta ollut täysin yksiselitteistä. Joidenkin kuvausten tulkinta tietyntyyppiseksi ongelmaksi oli paikoin haastavaa. Tehtyjen tulkintojen säännöllinen arviointi auttoi ja jämäköitti ongelma kuvausten ryhmittelyä, kategorioiden muodostamista ja nimeämistä.

Tutkimuksen kannalta sekä eduksi että haikaksi määriteltävä asia on asiakkaiden pieni määrä. Suurempi asiakasjoukko olisi saattanut tuoda tässä saavutettuihin tuloksiin vielä uusia löydöksiä, mutta samalla pienen joukon etuna oli mahdollisuus tarkastella aineistoa perusteellisesti. Tässä tutkimuksessa perusteellisuus tarkoittaa ennen kaikkea huolellista perehtymistä videotallenteisiin ja niiden litterointia, tallenteiden aktiivista käyttöä ja niihin palaamista analyysissä sekä pyrkimystä kuvata tutkimuksen vaiheet ja tulokset mahdollisimman selvästi ja informatiivisesti. Keskeisintä oli kuitenkin halu ja pyrkimys ymmärtää asiakaina mukana olleiden ihmisten ongelmia ja elämäntilanteita.

Tulosten merkitys: Tämä tutkimus tuo uutta tietoa Suomessa olevien turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaiden terapeuttisissa keskusteluissa tekemistä ongelmanmäärittelyistä. Se, miten asiakas hahmottaa ongelmansa, vaikuttaa siihen, mitä hän odottaa työntekijältä ja keskusteluavulta. Se vaikuttaa myös siihen, millaisista keskusteluapukäytännöistä asiakas hyötyy. Tätä tietoa voivat hyödyntää toiminnassaan turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakkaiden kanssa terapeuttisia keskusteluita käyvät työntekijät sekä keskusteluapukäytäntöjen kehittäjät ja kouluttajat.

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, kuinka kuusi aikuista turvapaikanhakija- ja pakolaisasiakasta kuvasivat ongelmiaan terapeuttisissa keskusteluissa. Tutkimuksen kohteena ja tiedon lähteenä olivat asiakkaiden tekemät ja tulkkiin suomeksi välittämät ongelmia kuvaavat ilmaukset. Terapeuttisia keskusteluita analysoimalla pyrittiin tavoittamaan ensisijaisesti se, mitä ongelmia asiakkailla on ja lisäksi se, miten nämä ongelmat heihin vaikuttavat ja mikä ongelmat aiheuttaa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysia.

Ongelmat koskivat kotimaassa koettua epäoikeudenmukaisuutta ja kotimaassa koettujen traumaattisten kokemusten aiheuttamaa ahdistusta, tulevaisuuteen liittyviä huolia ja pelkoja, huolta läheisten tilanteesta ja siihen liittyvää syyllisyyttä sekä toimijuutta, pystyvyyttä ja elämäntähtäilyä. Ongelmat aiheutuivat niin kotimaassa koetusta kuin maahantulon jälkeisistä asioista. Ongelma oli yleensä monen tekijän summa. Tämän tutkimuksen löydökset eivät puolla terapeuttiseen keskusteluun mallia, jossa keskityttäisiin kategorisesti vain joko aiemmin kotimaassa tai maahantulon jälkeen koettuihin asioihin.

Ongelmien koostumus vaihteli eri asiakkailla. Huoli kotimaahan palautetuksi joutumisesta tuotti yleisesti pelkoa. Kotimaassa koettu epäoikeudenmukaisuus ja petetyksi tuleminen oli kaikille asiakkailla erityisen raskas asia. Sitä oli vaikeaa tai mahdotonta unohtaa ja antaa anteeksi.

Avainsanat: turvapaikanhakija, pakolainen, terapeuttinen keskustelu, ongelmat, selitysmallit

Abstract

Adult asylum seeker and refugee clients' problem definitions in therapeutic conversations.

This study examined how six adult asylum seeker and refugee clients express their problems in therapeutic conversations. This study aimed to find out primarily what kind of problems the clients present, and also how these problems affect them and what caused the problems. The research method was inductive qualitative content analysis.

Therapeutic sessions of the six clients were videotaped and the problem formulations given by the clients and as expressed by an interpreter were extracted as units of analysis. Five problem categories emerged from the analysis: experiences of injustice in home country; anxious ideations originating from past traumatic experiences; fear for the future; worries and feelings of guilt concerning relatives; and problems of self-agency, self-efficacy and life management. Both pre-migration and post-migration factors caused problems. Most often problems were caused by several interacting factors. This study do not support therapeutic conversation formats that focus solely to the issues either related to pre-migration or to post-migration stage.

Different clients had different sets and compositions of problems. Fear of deportation was a common cause for fear to clients. Experiences of injustice and betrayal in the home country caused extreme distress to all clients. Such experiences were hard to forget and hard to forgive.

Key words: asylum seeker, refugee, therapeutic conversation, problems, explanatory models

Authors:

Olli Snellman, MA, Psychotherapist, Head of Section, Finnish Immigration Service, Reception Unit

Jaakko Seikkula, PhD, Professor, University of Jyväskylä, Department of Psychology, Psychotherapy Training and Research Centre

Jarl Wahlström, PhD, Professor, emeritus, University of Jyväskylä, Department of Psychology, Psychotherapy Training and Research Centre

Katja Kurri, PhD, Researcher, Psychotherapist, University of Jyväskylä, Department of Psychology, Psychotherapy Training and Research Centre

Olli Snellman, FM, psykoterapeutti, tulosalueen johtaja, Maahanmuuttovirasto, Vastaanottoyksikkö

Jaakko Seikkula, PsT, professori, Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos, psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus

Jarl Wahlström, PsT, professori (emeritus), Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos, psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus

Katja Kurri, PsT, tutkija, psykoterapeutti, Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos, psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskus

Lähteet

- Alarcón RD (2014) Cultural inroads in DSM-5. *World Psychiatry* 13, 310-313.
- Bandura A (2001) Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C (2007) Torture vs other cruel, inhuman, and degrading treatment: is the distinction real or apparent? *Archives of General Psychiatry* 64, 277-285.
- Benish SG, Quintana S, Wampold BE (2011) Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 58, 279-289.
- Bernardes D, Wright J, Edwards C, Tomkins H, Difofoz D, Livingstone AG (2010) Asylum seekers' perspectives about their mental health and views on health and social services: contributions for service provision using a mixed-methods approach. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 6, 3-19.

- Bettman JE, Penney D, Clarkson Freeman P, Lecy N (2015) Somali refugee's perception of mental illness. *Social Work in Health Care* 54, 738–757.
- Campbell TA (2007) Psychological assessment, diagnosis, and treatment of torture survivors. *Clinical Psychology Review* 27, 628–641.
- Cloitre M (2015) The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology* 6 (27344 - doi: 10.3402/ejpt.v6.27344).
- Craig T (2010) Mental distress and psychological interventions in refugee populations. Teoksessa: Bhugra D, Craig T, Bhui K (toim.) *Mental health of refugees and asylum seekers*. Oxford University Press, New York, 9–21.
- Douglas A (2010) Identities in transition: living as an asylum seeker. *Advances in Psychiatric Treatment* 16, 238–244.
- Elo S, Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107–115.
- Eisenbruch M (1990) The Cultural Bereavement Interview: a new clinical research approach for refugees. *Psychiatric Clinics of North America* 13, 715–735.
- Elsing A (2017) The effect of trauma and discrimination on the psychological well-being among asylum-seekers in Finland. *Pro gradu -tutkielma. Psykologian oppiaine, Åbo Akademi*.
- Fava GA, Sonino N (2010) Psychosomatic medicine: a name to keep. *Psychotherapy and Psychosomatics* 79, 1–3.
- Frank JD (1986) Psychotherapy – the transformation of meanings: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine* 79, 341–346.
- Haavikko A, Bremer L (2009) Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia. *Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen*. Suomen Mielenterveysseura, SMS-Tuotanto Oy, Helsinki.
- Helman CG (2004) *Culture, Health, and Illness*. 4th edition. Hodder Arnold, London.
- Hinton DE, Jalal B (2014) Guidelines for the implementation of culturally sensitive cognitive behavioural therapy among refugees and in global contexts. *Intervention* 12, 72–93.
- Hinton DE, Kirmayer LJ (2013) Local responses to trauma: symptom, affect, and healing. *Transcultural Psychiatry* 50, 607–621.
- Iversen VC, Berg JE, Vaaler AE (2010) Expectations of the future: immigrant, asylum seeker, or refugee - does it matter? *Journal of Psychiatric Intensive Care* 6, 23–30.
- Kirmayer LJ (2005) Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 38, 192–196.
- Kleinman A, Benson P (2006) Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Plos Medicine* 3 (e294. doi:10.1371/journal.pmed.0030294).
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B (1978) Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88, 251–258.
- Lewis- Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, Hinton DE, Kirmayer LJ (toim.) (2016) *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview*. American Psychiatric Association Publishing, Arlington.
- Maier T, Straub M (2011) “My head is like a bag full of rubbish”: concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Qualitative Health Research* 21, 233–248.
- Mayring P (2000) Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research* 1(2), Art 20 (<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1089/2385>).
- Miller KE, Kulkarni M, Kushner H (2006) Beyond trauma-focused psychiatric epidemiology: bridging research and practice with war-affected populations. *American Journal of Orthopsychiatry* 76, 409–422.
- Murray KE, Davidson GR, Schweitzer RD (2010) Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry* 80, 576–585.
- Nickerson A, Schnyder U, Bryant RA, Schick M, Mueller J, Morina N (2015) Moral injury in traumatized refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84, 122–123.
- Papadopoulos RK (2007) Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 9, 301–312.
- Patel N, Kellezi B, Williams ACDC (2014) Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, issue 11 (DOI: 10.1002/14651858.CD009317.pub2).
- Ryan DA, Benson CA, Dooley BA (2008) Psychological distress and the asylum process: a longitudinal study of forced migrants in Ireland. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196, 37–45.
- Smith JM, Alloy LB (2009) A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review* 29, 116–128.
- Snellman O, Seikkula J, Wahlström J, Kurri K (2014) Aikuisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten mielenterveyden ja psyykkisten ongelmien erityispiirteet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 203–222.

- Strijk PJM, van Meijel P, Gamel CJ (2011) Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study. *Perspectives in Psychiatric Care* 47, 48–55.
- Ting-Toomey S, Kurogi A (1998) Facework competence in intercultural conflict: an updated face-negotiation theory. *Intercultural Journal of Intercultural Relations* 22, 187–225.
- Tribe R, Lane P (2009) Working with interpreters across language and culture in mental health. *Journal of Mental Health* 18, 233–241.
- Wahlström J (2006) The narrative metaphor and the quest for integration in psychotherapy. Teoksessa: O' Leary E, Murphy M (toim.) *New approaches to integration in psychotherapy*. Routledge, New York, 38–49.
- Wampold BE (2007) Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist* 62, 855–873.
- Weiss MG (1997) Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness experience. *Transcultural Psychiatry* 34, 235–263.
- Weiss MG, Somma D (2007) Explanatory models in psychiatry. Teoksessa: Bhugra D, Bhui K (toim.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge UK, 127–140.

NEURO LINGUISTIC PROGRAMMING - NLP KOULUTUSPÄIVIÄ KUNTOUTTAJILLE JA KUNTOUTUJILLE

- Tavoitteet ja tulevaisuuden kuvat kuntoutumisessa 20.10.2017, 1 pv
- Kehomieli – alitajunta yhteistyökumppanina 24.11.2017, 1 pv
- Kuntoutujan maailmankuva kuntoutumisen taustana 16.2.2018, 1 pv
- Uskomukset osana kuntoutujaa 23.3.2018, 1 pv

Koulutuspäivät toimivat itsenäisinä, mutta täydentävät toisiaan. Yksi koulutuspäivä 150 €/hlö (sis. alv). Ilmoittaudu valinnaiseen kahteen päivään, ja maksa yhteensä 240 € /hlö (sis. alv), kolme päivää 340 € /hlö (sis. alv) tai osallistu kaikkiin neljään, hintaan 420 € /hlö (sis. alv).

Lisätietoja ja ilmoittautuminen www.koivulaukka.com
kyselyt henna.laukka@koivulaukka.com

VISUAALISTEN HAHMOTUSTOIMINTOJEN RYHMÄINTERVENTIO KOULUSSA

Johdanto

Visuaaliset hahmotustoiminnot eli se, miten saamme havainnoimalla tietoa ympäröivästä maailmasta, ovat olennaisia jokapäiväisessä arjessamme. Neuropsykologisesta kirjallisuudesta visuaalisille hahmotustoiminnoille on löydettävissä monia käytössä olevia käsitteitä ja luokitteluita (mm. Allen 2003, Kaufman 2007, Hegarty & Waller 2004, Willcutt ym. 2005). Perinteisesti hahmottamisella tarkoitetaan nähdyn ymmärtämistä, kun taas havaitsemisella tarkoitetaan aistimuksen siirtymistä aivokuorelle ja sen ominaisuuksien käsittelyä (Isomäki 2015). Kun havaintoon liitetään tulkintoja ja se yhdistyy aikaisempiin tietovarastoihin, havaitseminen muuttuu hahmottamiseksi (Isomäki 2015). Nykyajan lapset ja nuoret kasvavat ympäristössä, jossa hahmottamiseen liittyvät toiminnot ovat tärkeitä esimerkiksi arjen teknologian käytössä. Voidaan olettaa, että koulussa ja tulevaisuuden työpaikoissa hyvän visuaalisen hahmotuskyvyn vaatimus tulee korostumaan.

Arjessa selviytyäksemme tarkan havaintotiedon saaminen edellyttää aistien normaalia ja häiriötöntä toimintaa sekä useiden aivoalueiden monimutkaista, yhtäaikaista ja virheetöntä yhteistyötä. Havaintotoiminnot jaetaan usein karkeasti kahteen eri järjestelmään: perifeeriseen näköjärjestelmään ja aivokuoren visuaaliseen järjestelmään (Ahonniska & Aro 2001). Perifeerinen näköjärjestelmä kattaa silmän ja näköhermon toiminnan (Vanni 2006), kun taas aivokuoren visuaaliseen näköjärjes-

telmään kuuluu useita eri alueita. Aivokuoren visuaaliseen näköjärjestelmään kuuluu takaraivolohkojen, alemman ohimolohkon sekä päälakilohkon alueita, joissa aivoihin tullutta tietoa käsitellään kahdessa suhteellisen erillisessä prosessointisysteemissä: ventraalisessa ja dorsaalisisessa radassa (Ungerleider & Mishkin 1982, Courtney & Ungerleider 1997). Visuaalisen tiedon prosessointi on suurelta osin simultaaniprosessointia eli tiettyä havaintoa tulkitaan samanaikaisesti eri puolilla aivoja.

Lasten visuaaliset hahmotusvaikeudet voivat näyttäytyä arjessa eri tavoin yksilöllisesti vaihdellen. Tämä tarkoittaa sitä, että eri aivoalueiden kehityksen ja toiminnan ongelmat voivat luoda tiedonkäsittelyn pulmia, jotka arjessa todetaan hahmottamisen häiriöinä (Isomäki 2015). Lasten hahmottamisen vaikeudet voivat esiintyä laaja-alaisina, hahmottamisen useiden eri osa-alueiden heikkoutena tai huomattavasti tarkkarajaisempina vaikeuksina (Ahonniska & Aro 2001). Yleisesti hahmotushäiriöstä voidaan puhua silloin, kun häiriö ilmenee käyttäytymisen tasolla jonkin iänmukaisen prosessoinnin oppimisen hitautena tai vaikeutena ja visuaalisen prosessoinnin taidot ovat psykologisissa tutkimuksissa mitattuina ikäryhmän normaalivaihtelua vähintään yhden keskihajonnan heikompia (Isomäki 2015). Tyypillisimmät kehitykselliset hahmottamisen häiriötyypit ovat visuaalisen tarkkaavuuden ja avaruudellisen hahmottamisen vaikeudet. Visuaalisen tarkkaavuuden vaikeus näkyy tilanteissa, joissa vaaditaan tarkkaa paikallaan

olevien tai liikkuvien visuaalisten ärsykkeiden havaitsemista. (Isomäki 2015.) Avaruudellisen hahmottamisen vaikeudella tarkoitetaan haasteita, jotka tulevat esiin lapsen kyvyssä hahmottaa visuaalista informaatiota kaksi- tai kolmiulotteisessa ympäristössä (Korkman ym. 2008). Hahmotushäiriöt voivat esiintyä myös erilaisten oppimisvaikeuksien taustalla esimerkiksi ei-kielellisenä oppimisvaikeutena (Rourke 1995).

Visuaaliset hahmotushäiriöt voivat tuottaa monenlaisia haasteita arjen toimintoihin kuten leikkiin, vapaa-ajan viettoon, itsestä huolehtimiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen (Schneck 2010). Päivittäisten toimintojen lisäksi vaikeudet voivat tulla esiin toiminnoissa, joissa käytetään erilaisia välineitä, kuten askartelussa ja ruuanlaitossa. Visuaaliset hahmotushäiriöt saattavat tulla esiin myös oppimisvaikeuksina ja tuottaa vaikeuksia esimerkiksi lukemisessa, tavuttamisessa, kirjoittamisessa sekä matematiikassa (mm. Assel ym. 2003, Cheng & Mix 2012, Holmes ym. 2008, Schneck 2010).

Lasten hahmotushäiriöiden kuntoutusta sekä interventioita on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin kieleen ja lukemiseen liittyvien vaikeuksien kuntoutusta. Yleisessä diagnoosiluokituksessa, kuten The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5:ssä (American Psychiatric Association 2015), ei tunneta hahmotusvaikeuksia. Kuitenkin viime vuosina Suomessa on alettu tutkia hahmotusvaikeuksia ja niiden kuntoutusta. Suomessa alkanut hahmotusvaikeuksien kuntoutukseen tähtäävä nelivuotinen hanke (2014–2017) on toteutettu useamman toimijan yhteistyönä (hahku.fi). Tällä hetkellä hahmotusvaikeuksia kuntoutetaan Suomessa neuropsykologisin keinoin. Mikäli lasten hahmotusvaikeudet ovat lieviä tai niitä ei ole tarkemmin tutkittu psykologin tutkimuksessa, usein ainoaksi avuksi jäävät koulun ja erityisopetuksen tarjoamat tukitoimet. Visuaalisen hahmottamisen vaikeudet eivät aina ilmene laaja-alaisina mutta voivat silti häiritä arkea ja oppimista. Lieviä haasteita omaavien sekä neuropsykologisen kuntoutuksen ulkopuolelle jäävien lasten kannalta olisi tärkeää luoda koulun sisäl-

le interventiomalleja hyödyntäen kouluissa jo olevia asiantuntijapalveluita, kuten psykologipalveluita, jotka oppilas- ja opiskeluhuoltolaki edellyttää kaikkiin peruskouluihin.

Interventiomalli

Tässä katsauksessa esittelyn kohteena on malli, jossa lievien hahmotusvaikeuksien interventio on integroitu koulun arkeen hyödyntäen koulussa jo olevia asiantuntijapalveluita. Interventiomallin avulla pyritään vahvistamaan hahmotustoimintoja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennen kuin ne mahdollisesti vaikeutuvat ja alkavat näkyä laajemmin arjen toimintakyvyssä. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä visuaalisten hahmotustoimintojen interventioita on tutkittu vielä varsin niukasti ja tutkimusta erilaisista visuaalisten hahmotustoimintojen interventioista kaitataan lisää (Chabani & Hommel 2014, Uttal ym. 2012). Suomessa on tehty kokeiluja, joissa kuntoutus ja tietyn taidon harjoittelun tukeminen on integroitu päiväkodin ja koulun päivänohjelmaan (von Wendt 2003). Kyseiset toimintamallit ovat taloudellisesti edullisia, sillä lasten on mahdollista saada enemmän tukea taitojen vahvistamiseen pienemmillä kustannuksilla kuin turvautumalla puhtaasti ostopalveluna hankittuun kuntoutukseen.

Katsauksen kohteena olevan interventiomallin tavoitteena oli antaa tukea lasten arkiympäristössä lapsille, joilla havaittiin lieviä visuaalisten hahmotustoimintojen haasteita. Osalla lapsista lievät haasteet saattavat olla itsestään korjautuvia kypsymisen myötä ja toisilla lievien haasteiden ilmaantuminen voi ennakoida syveneviä vaikutuksia. Lievienkin haasteiden tukeminen on merkityksellistä, sillä pahimmillaan visuaalisten hahmotustoimintojen vaikeuksilla on taipumus laajentua ja syventyä, mikä saattaa näkyä joidenkin lasten kohdalla myöhemmin laajoina arjen toimintarajoitteina (mm. Assel ym. 2003, Cheng & Mix 2012, Holmes ym. 2008, Schneck 2010).

Visuaalisten hahmotusvaikeuksien intervention järjestäminen mahdollistui osana Helsingin kaupungin Koulutuksellista Tasa-arvo -hanketta. Mallissa intervention kohtee-

na olivat ensimmäisen luokan oppilaat, joilla havaittiin laaja-alaisen erityisopettajan teet-
tämässä VENNY 1 -kartoituksessa (Koivula
2012) visuaaliseen hahmottamiseen mahdol-
lisesti liittyviä vaikeuksia ja jotka saivat kartoituksesta korkeintaan neljä pistettä. VEN-
NY 1 -kartoitusosio koostuu kolmesta osasta:
pisteikkö-, sarjoitus- ja palikkarakennelma-
tehtävästä. Kartoituksen maksimipistemäärä
on seitsemän pistettä. Kartoituksen kaksi en-
simmäistä osaa, pisteikkö- ja sarjoitustehtä-
vä, toteutettiin luokassa tehtävänä ryhmätes-
tauksena (kesto 45 min), ja palikkarakennel-
matehtävän oppilas suoritti yksin (kesto noin
5 - 10 min/oppilas). VENNY 1 -kartoitusosio
mittaa suhteellisen kapea-alaisesti visuaalisia
hahmotustoimintoja, mutta menetelmä valittiin
käyttöön, koska markkinoilta ei löytynyt
vielä vastaavaa tutkittua ja normitettua ryh-
mäseulontaan soveltuvaa menetelmää. Kuitenkin
laadullisesti tarkasteltuna kartoitus-
osiossa suoriutumisessa vaaditaan visuaalista
havaitsemista, spatiaalista prosessointia, vi-
suokonstruktiivisia taitoja, kokonaisuuksien
ja yksityiskohtien hahmottamista sekä visua-
alista tarkkaavaisuutta, mutta heikkoon tu-
lokseen saattavat vaikuttaa myös muut tekijät,
esimerkiksi toiminnanohjauksen haasteet,
tarkkaavuuden pulmat tai motivaation puute.

Visuaalisten hahmotustoimintojen kartoitukset
tehtiin alkusyksystä 2013 ja 2014 20:ssä
yleisopetuksen luokassa. Kartoitukseen osal-
listuneista oppilaista löytyi 55 kriteerit täyt-
tänyttä oppilasta, joista 32 oppilasta osallistui
visuaalisten hahmotustoimintojen interven-
tion. Loput 23 kriteerit täyttävää oppilasta
jätettiin intervention ulkopuolelle, jotta tule-
vaisuudessa on mahdollista tutkia interventi-
on vaikuttavuutta. Kaikille kriteerit täyttävillä
oppilaille tehtiin alkukartoituksessa käytetty
kartoitus uudelleen ensimmäisen luokan lo-
pussa. Intervention osallistuneet oppilaat va-
likoituivat niistä kouluista, joiden arjessa oli
mahdollista toteuttaa tässä katsauksessa esi-
teltävä interventiomalli.

Interventiomallin kulmakivenä oli lap-
sen aktiivinen ja systemaattinen harjoittelu
sekä visuaalisten hahmotustoimintojen tuke-
minen lapsen omassa arkiympäristössä. In-

terventiomallissa hyödynnettiin monia neu-
ropsykologisessa kuntoutuksessa käytettäviä
rinnakkaisia lähestymistapoja, kuten suoraa
kognitiivista harjoittelua, strategiaharjoitte-
lua, toiminnasta annettavaa palautetta, apu-
välineiden käytön ohjaamista ja metakogni-
tiivisten taitojen, kuten ongelmanratkaisutai-
tojen, tavoitteellisemmän toiminnan säätelyn,
oman toiminnan ohjaamisen ja monitoroinnin
sekä emotionaalisen itsesäätelyn vahvistamis-
ta (Nukari ym. 2012), mutta interventiota ei
voida kuitenkaan verrata neuropsykologiseen
kuntoutukseen. Toisena interventiomallin kes-
keisenä ajatuksena oli dynaamisen arvioinnin
viitekehys, joka perustuu Vygotskyn (1978)
sosiokulttuuriseen teoriaan, erityisesti käsi-
tykseen lähikehityksen vyöhykkeestä, sekä
Feuersteinin teoriaan ohjaavasta opetuksesta
(Feuerstein ym. 1979). Termi dynaaminen ar-
viointi viittaa ”sellaiseen lapsen näkökulman,
oppimisen, ajattelun ja ongelmanratkaisun ar-
viointiin, jossa lasta ohjataan aktiivisesti. Oh-
jauksen tavoitteena on muokata yksilön kog-
nitiivisia toimintoja ja tarkkailla muutoksia
oppimisen menetelmissä sekä ongelmanrat-
kaisun tavoissa” (Tzuril 2002).

Intervention toteutuksesta vastasivat kou-
lupsykologi ja laaja-alainen erityisopettaja.
Kuhunkin interventioyhmään osallistui 7-9
oppilasta. Interventio oli integroitu oppilai-
den koulupäiviin ja koulun puolelta resursoitu
erityisopetuksesta. Yksi interventiokerta kesti
yhden oppitunnin ajan eli 45 minuuttia ja se
toteutettiin suunnilleen viikoittain oppilaiden
ensimmäisenä lukuvuotena. Kokonaisuudes-
saan interventio kesti keskimäärin 24 viikkoa.
Jokainen yksittäinen interventiokerta sisälsi
monipuolisesti visuaalisten hahmotustaitojen
harjoittelua, kuten lajittelua, yksityiskohtien
erottamista, sarjoittamista, mallista kopioi-
mista sekä rakentelua.

Harjoittelu ja käytetyt materiaalit valittiin
kunkin interventioyhmän tarpeiden ja etene-
misen mukaan. Intervention aikana lapsia oh-
jattiin suoran harjoittelun lisäksi käyttämään
strategioita, kuten visuaalisen tarkkaavaisuu-
den suuntaamista, oman toiminnan suunnit-
telua, tarkistamista, nimeämistä ja kokonai-
suuksien pilkkomista pienempiin osiin. Lisäksi

lasten tarkoituksenmukaista toimintaa pyrittiin vahvistamaan kannustavan henkilökoh- taisen palautteen sekä myönteisen ryhmähen- gen luomisen avulla. Lasten metakognitiivi- sia taitoja vahvistettiin muun muassa ohjaa- malla lapsia havainnoimaan ja reflektoimaan omaa toimintaansa, käyttämään erilaisia on- gelmanratkaisutaitoja sekä säätelemään omaa toimintaansa ja käyttäytymistään. Interven- tiossa edettiin hiljalleen vaikeampiin tehtä- viin sitten, kun vaatimustasoltaan helpommat tehtävät olivat lapsella hallussa. Interventio- sa hyödynnettiin konkreettisenä materiaalina erilaisia visuaalisia hahmotustoimintoja vaa- tivia tehtäviä ja pelejä, kuten visuomotorisia taputusleikkejä, sekä Early Learningin (www.earlylearning.fi/product_catalog.php/hahmotus-ja-tarkkuuspelit) ja Tevella Oy:n (www.tevella.fi) visuaalisen hahmottamisen mate- riaalia sekä VENNY 2 -kuntoutusmateriaalia (Koivula 2012).

Kuvaus interventiokerrasta

1. Peilileikki: leikin tavoitteena on jäl- jittellä toisen henkilön kehon asentoa mahdollisimman tarkasti yksityis- kohdat huomioiden.
2. Tehtävätyöskentely: tehtävä, jossa tulee löytää mallin kanssa täysin sa- manlaiset kuvat ärsykekuvioiden jou- kosta.
3. Konkreettinen työskentely: eriväris- ten ja eri lajia edustavien kumieläin- ten lajittelu tietyn ominaisuuden mu- kaan.

Lopuksi

Katsauksen tarkoituksena oli esitellä malli, jossa interventio on integroitu osaksi koulun arkea jo siellä olevien asiantuntijapalveluiden turvin. Koulu on lasten luonnollinen, lähes päivittäinen toimintaympäristö, jossa on pal- jon osaamista ja asiantuntemusta lapsista ja heidän arjen toimintarajoitteistaan. Mallissa toteutettu visuaalisten hahmotustoimintojen interventio hyödyntää koulussa jo olevia re-

sursseja systemaattisemmin ja tehokkaammin vastaamaan lasten tarpeita. Interventiomal- li toteutettiin ryhmämuotoisesti, koska ryh- mässä toimiminen on kouluikäisen lapsen ja nuoren luonnollinen toimintaympäristö. Ryh- mässä lasten toiminta on usein spontaanim- paa ja vastaa paremmin lasten todellista toi- mintaa (Nieminen 1999). Ryhmässä pääsevät myös esiin lasten mahdolliset muut haasteet, kuten tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen tai sosiaalisten taitojen haasteet, joihin ryhmä tarjoaa oman tukensa. Lisäksi ryhmän tarjo- amien vertailukohtien kautta ryhmän jäsenet voivat suhteuttaa omia vaikeuksiaan muiden toimintaan ja huomata, etteivät ole vaikeuk- sineen yksin (Nieminen 1999). Ryhmässä lap- set voivat myös oppia muilta jäseniltä uusia ratkaisu- ja toimintamalleja. Lisäksi ryhmäin- terventio mahdollistaa yhdessä toimimisen ja työskentelyn erilaisten pari- ja ryhmätehtävi- en, pelien ja leikkien myötä.

Koulu ympäristönä tarjoaa luonnollisen yhteydenpitomahdollisuuden lasten huolta- jiin. Interventioon osallistuneiden lasten huol- tajiin oltiin pääasiassa yhteydessä ennen in- tervention alkua sekä sen päättymisvaiheessa. Huoltajille annettiin lisäksi tarpeen mukaan tietoa oman lapsen etenemisestä sekä kotiin mahdollisesti käyttöönotettavista tukitoimis- ta. Lisäksi osalle lapsista, joiden tuen tarve ei intervention jälkeen vähentynyt, saatettiin suositella tarkempaa psykologin tutkimusta. Tulevaisuudessa vastaavia interventiomalleja suunniteltaessa interventioon osallistuneiden lasten perhe ja muu arkiympäristö tulisi ot- taä vielä selkeämmin ja järjestelmällisemmin mukaan prosessiin. Tämä mahdollistaisi in- tervention aikana esiin tulleen tiedon ja lasta hyödyntävien tukitoimien jakamisen teho- kkaammin lapsen päivittäiseen arkeen.

Jotta interventiot saadaan koulussa koh- dennettua niitä tarvitseville lapsille, tarvi- taan parempia ja tutkittuja kartoitusmenet- miä lievien haasteiden havaitsemiseen. Mallis- sa hyödynnettiin alku- ja loppukartoitukses- sa VENNY 1 -kartoitusosioita (Koivula 2012). VENNY 1 -kartoitusosioita ei ole tutkittu tie- teellisesti, eikä mittarilla ole normiaineistoa. VENNY 1- kartoitusosio mittaa suhteellisen

kapea-alaisesti visuaalisia hahmotustoimintoja, eikä sen perusteella pystytä tutkitusti ottamaan laaja-alaisesti kantaa hahmotustointojen haasteisiin tai visuaalisiin päättelytaitoihin. Laadullisesti tarkasteltuna voidaan olettaa, että kartoitusosiossa suoriutumisessa vaaditaan erilaisia visuaalisten hahmotustointojen osa-alueita, mutta mittari on mahdollisesti herkkä myös muille väliin tuleville tekijöille. Jatkossa on tärkeää kehittää visuaalisten hahmotustointojen ryhmäseulontaan käytettäviksi soveltuvia mittareita.

Kuntouttavien interventioiden kannalta on olennaista pyrkiä saamaan tietoa, miten annettulla interventiolla tai kuntoutuksella voidaan vaikuttaa lapsen arjessa esiin tulleisiin haasteisiin (Van Der Heyden ym. 2007). Interventio itsessään antaa paljon tietoa lapsen toiminnasta, mutta usein on myös perusteltua tehdä tarkempi psykologin tutkimus. Psykologin tutkimuksesta esiin tulleen tiedon perusteella voidaan ensisijaisesti suunnitella systemaattisempia ja kohdennettuja tukimuotoja lapsen ympäristöön lapsen vahvuudet ja haasteet huomioiden. Joskus hahmotusvaikeudet voivat osoittautua niin laaja-alaisiksi ja syviksi, ettei niiden vahvistaminen tuo merkittävää muutosta toimintakykyyn (Isomäki 2015). Tällöin lapsen arkiympäristöön tuotu tuki nousee tärkeäksi keinoksi.

Tulevaisuudessa koulujen sisällä tarvittavien interventioiden tarve tulee kasvamaan, mikäli tukea tarvitsevat lapset integroituvat nykyistä enemmän lähikouluihin. Kouluissa jo olevat asiantuntijapalvelut tulee rakentaa vastaamaan lasten haasteita. Uutta tutkimustietoa erilaisista kouluihin integroiduista interventiosta tarvitaan lisää. Tulevaisuudessa olennaista olisi saada lisätietoa, miten visuaalisissa hahmotustoinnoissa mahdollisesti havaitut myönteiset muutokset siirtyvät käytännön toimintaan vaikuttavalla ja merkityksellisellä tavalla. Interventioiden siirtovaikutuksia olisi jatkossa syytä arvioida laajemmin käytännön elämän ongelmien, sosiaalisen osallistumisen, elämänlaadun, emotionaalisen tasapainoisuuden ja oppiaineiden kannalta (Nukari ym. 2012). Siirtovaikutusten lisäksi tarvitaan tutkimustietoa siitä, kuinka

pitkäkestoisia vaikutuksia interventioilla on mahdollista saavuttaa.

Tulosten merkitys: Interventiomalli havainnollistaa ja tuo tietoa siitä, miten kouluissa jo olevia asiantuntijapalveluita voidaan jatkossa kohdentaa systemaattisemmin tukemaan lasten haasteita. Mallin avulla koulujen palveluiden kohdistamista voidaan tehostaa ja suunnitella uudella tavalla.

Avainsanat: visuaalinen hahmottaminen, interventio, kouluinterventio

Juulia Lahdensuo, PsM, Helsingin kaupunki, opetusvirasto/perusopetuslinja

Maarit Virta, PsT, psykologian ja logopedian laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

Lähteet

- Ahonniska J, Aro T (2001) Hahmotusvaikeuksien kuntoutus. Teoksessa T Ahonen, T Aro (toim.) Oppimisvaikeudet: Kuntoutus ja opetus yksilöllisen kehityksen tukena. Atena, Jyväskylä.
- Allen GL (2003) Functional families of spatial abilities: Poor relations and rich prospects. *International Journal of Testing* 3, 251–262.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Assel MA, Landry SH, Swank P, Smith KE, Steelman LM (2003) Precursors to mathematical skills: Examining the roles of visual-spatial skills, executive processes, and parenting factors. *Applied Developmental Science* 7, 27–38.
- Chabani E, Hommel B (2014) Effectiveness of visual and verbal prompts in training visuospatial processing skills in school age children. *Instructional Science* 4, 5–15.
- Cheng YL, Mix KS (2012) Spatial training improves children's mathematics ability. *Journal of Cognition and Development* 1, 2–11.
- Courtney SM, Ungerleider LG (1997) What fMRI has taught us about human vision. *Current Opinion in Neurobiology* 7, 554–561.
- Feuerstein R, Rand Y, Hoffman MB (1979) The dynamic assessment of retarded performers: The learning

- potential assessment device: Theory, instruments, and techniques. University Park Press, Baltimore.
- Hahku - hahmottamisen kuntoutus [viitattu 13.01.2017]. Saatavissa: <http://www.hahku.fi>.
- Hegarty M, Waller D (2004) A dissociation between mental rotation and perspective-taking spatial abilities. *Intelligence* 32, 175–191.
- Holmes J, Adams JW, Hamilton C (2008) The relationship between visuo-spatial sketchpad capacity and children's mathematical skills. *European Journal of Cognitive Psychology* 20, 272–289.
- Isomäki H (2015) Kummi 12: Ymmärrämmekö näkemäämme – visuaalisen hahmottamisen häiriöt. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Kaufman SB (2007) Sex differences in mental rotation and spatial visualization ability: Can they be accounted for by differences in working memory capacity? *Intelligence* 35, 211–223.
- Koivula M (2012) VENNY 2 – Visuaalisten hahmotusvaikeuksien kuntoutus. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Korkman M, Kirk U, Kemp SL (2008) NEPSY-II – Lasten neuropsykologinen tutkimus, Käsikirja II. Bookwell Oy, Vaajakoski.
- Nieminen P (1999) Lasten ryhmäkuntoutus. Teoksessa T Ahonen, T Aro (toim.) Oppimisvaikeudet. Kuntoutus ja opetus yksilöllisen kehityksen tukena. Juva, Atena, 47–59.
- Nukari J, Poutiainen E, Nybo T, Hämäläinen P, Kalska H (2012) Neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. *Psykologia* 47, 1–21.
- Rourke BP (1995) Introduction: The NLD syndrome and the white matter model. Teoksessa BP Rourke (toim.) Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations. Guilford, New York, NY.
- Schneck CM (2010) Visual perception. Teoksessa J Case-Smith (toim.) Occupational Therapy for Children. Mosby, St. Louis, Missouri, 382–411.
- Tzuril D (2002) Cognitive education: The menace and hope. Teoksessa W Resing, W Ruijsenaars, D Aalsvoort (toim.) Learning potential assessment and cognitive training: Actual research perspectives in theory building and methodology. JAI Press/Elsevier, New York.
- Ungerleider LG, Mishkin M (1982) Two cortical visual systems. Teoksessa DJ Ingle, MA Goodale, RJW Mansfield (toim.) Analysis of visual behavior. MIT Press, Cambridge, MA.
- Uttal DH, Meadow NG, Tipton, E, Hand LL, Alden AR, Warren C (2012) The malleability of spatial skills: A meta-analysis of training studies. *Psychological Bulletin* 2, 352–402.
- Van Der Heyden AM, Witt JC, Gilbertson D (2007) A multi-year evaluation of the effects of a Response to Intervention (RTI) model on identification of children for special education. *Journal of School Psychology* 2, 225–256.
- Vanni S (2006) Näköjärjestelmä ja visuaalinen havaintomaailma. Teoksessa H Hämäläinen, M Laine, O Aaltonen, A Revonsuo (toim.) Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja. Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, Turun yliopisto.
- von Wendt L (2003) Lasten neurologinen kuntoutus. Teoksessa T Kallanranta, P Rissanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim, Jyväskylä.
- Vygotsky LS (1978) Interaction between Learning and Development. Teoksessa LS Vygotsky, M Cole (toim.) Mind in society. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF (2005) Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry* 57, 1336–1346.

OPPIMINEN ELINTAPOJEN MUUTOSPROSESSISSA

Kuinka ryhmässä laihduttajat jäsentävät omaa muutosprosessiaan

Johdanto

Konstruktivistinen oppimiskäsitys, johon erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmien työskentely nojaa, korostaa oppijan aktiivista kognitiivista toimintaa. Tässä katsauksessa esiteltävän tutkimuksen ryhmien ohjaajat käyttivät ohjelman ohjauksessa konstruktivismiin pohjautuvaa Brownellin LEARN-ohjelmaa (Brownell 1985). Siinä terveyskäyttäytymisen muutos hahmotetaan nelivaiheisena prosessina. Muutoksen pohdinnasta ja harkinnasta edetään motivaation löytymisen ja sitoutumisen vaiheeseen, jota seuraa laihduttaminen ja sitten vielä jatkuvuuden kannalta olennaisin vaihe eli lopputuloksen ylläpito.

Käyttäytymismuutosten toteuttaminen on prosessi, jossa ajatukset ja teot muuttuvat kertyneiden kokemusten myötä. Tämän tutkimuksen analyysissä sovelletaan konstruktivistista kognitiivista oppimiskäsitystä, joka perustuu käsitykseen siitä, että oppijan kognitiivinen toiminta pohjautuu aiempiin oppimiskokemuksiin. Konstruktivistinen, elinikäistä oppimista korostava oppimiskäsitys luo tutkimukseen sopivan teoreettisen viitekehyksen, sillä painonhallintaryhmien tavoitteena ovat pysyvät ja jatkuvat elintapamuutokset. Koska selvitämme ryhmäohjelman aikana ja sen jälkeen tapahtuvaa oppimista ja tiedonkäsittelyä, tutkimus painottuu konstruktivismin kognitiiviseen suuntaukseen, joka selvittää, kuinka

yksilöt rakentavat mentaalisia malleja maailman ilmiöistä. Uutta opitaan aikaisemman tiedon pohjalta, ja arkielämän kokemuksista muodostuu tietojen ja uskomusten skeemoja eli mentaalisia malleja, joiden mukaan toimitaan (Pennington 2005).

Oppimistilanteessa oppijalla on aktiivinen rooli tiedon valikoimisessa, tulkinnassa ja etsimisessä. Merkityksiä rakennetaan aiemman tiedon ja kokemusten pohjalta. Opetuksessa on hyvä huomioida oppijan aikaisemmat kokemukset ja käsitysrakennelmat, joita pyritään täydentämään tai muokkaamaan. Opiskelijoita kannustetaan itseohjautuvuuteen ja yhteistoiminnallisuuteen sekä kehittämään metakognitiivisia taitoja, joilla tarkoitetaan tietoisuutta omasta oppimisesta ja oppimisprosessin jatkuvuudesta (Tynjälä 1999). Ryhmäohjelmassa pyritään lisäämään ryhmästä ja ryhmän ulkopuolelta saatavaa sosiaalista tukea. Joissakin tutkimuksissa ryhmäohjausta pidetään yksilöohjausta tehokkaampana sosiaalisen tuen vuoksi (Butryn ym. 2011).

Tutkimuksen kannalta keskeisin tulkintatavan kehittäjä on Jonassen (1995), joka on kehittänyt tarkoituksenmukaisen oppimisen kriteerit. Kriteerien tarkoituksena on luoda oppimisympäristöjä, joissa oppiminen on jatkuvaa ja mielekästä. Aiemmin kriteereitä on käytetty lähinnä tutkittaessa tietoverkko-opetuksen oppimisprosesseja (Nevgi & Tirri 2003

ja 2001, Vallinen 2013), mutta myös kriteerien toteutumista teologian yliopisto-opetuksessa on selvitetty (Tirri ym. 2006). Tässä tutkimuksessa tavoitteena on hyödyntää Jonassenin kriteereitä selvitettäessä oppimisprosessin jatkuvuutta, ryhmien työskentelyä ja elintapamuutosten pysyvyyttä.

Elintapamuutoksien haaste on se, että terveydenhuoltohenkilöstön ehdottamia muutoksia ei toteuteta terveydenhuollossa asioitaessa vaan omassa arkielämässä (Verheijden ym. 2005). Hankosen (2011) väitöstutkimuksen mukaan elintapamuutoksissa ja laihtuttamisessa auttavat usko omaan pystyvyyteen ja huolellinen suunnittelu. Pystyvyyssuomuksilla tarkoitettiin sitä, että tutkittava uskoi elintapojen muutosten olevan mahdollisia arjen esteistä huolimatta. Pystyvyyssuomukset perustuvat aikaisempiin kokemuksiin siitä, miten toiminnalla voi onnistua ja selvitä haasteista (Bandura 1995). Tärkeä aiheeseen liittyvä käsite on voimaantumisen, jolla elintapojen muutosprosessissa tarkoitetaan kokemusta voimavarojen, kyvykkyyden ja itseluottamuksen vahvistumisesta sekä oman vastuun oivaltamisesta. Voimaantumisen uskotaan helpottavan opittujen asioiden soveltamista arkeen (Vänskä ym. 2011). Jotta laihtuminen lähtisi nopeasti käyntiin ja toisi onnistumisen kokemuksia, erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmät aloitetaan erittäin niukkaenergiaisen dieetin (ENED) jaksolla, jonka aikana ryhmäläiset syövät aterioiden sijaan ateriankorvikkeita. Lisäksi sallittuja ovat tietyt vähäenergiaiset kasvikset ja juomat. Nykyäänkin ENED:iä käytetään yleisesti sairaaloiden painonhallintaryhmissä lääkärin valvonnassa. Lihavuuden leikkaushoito on yleistynyt, mutta se ei sovi kaikille, ja leikkattavienkin pitää ennen leikkaukseen pääsyä laihtuttaa tavanomaisilla hoitomuodoilla, esimerkiksi ENED-ryhmässä.

Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksessa selvitetään sitä, miten erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmän laihtuttajat oppivat ja jäsenivät omaa oppimistaan painonhallintaprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa käyttiin konstruktivistiseen oppi-

miskäsitykseen pohjautuvia Jonassenin (1995) tarkoituksenmukaisen oppimisen kriteereitä. Aineistona käytettiin keskustelujen nauhoituksia, jotka on koottu kolmessa eri tilanteessa: 1) kunkin henkilön ryhmähoitoa edeltävällä yksilökäynnillä lääkärin vastaanotolla, 2) painonhallintaryhmien kokoontumisissa (17 kertaa) ja seurantakäynneillä, jotka pidettiin vuoden ja kahden vuoden kuluttua ohjelman päättymisestä sekä 3) kunkin henkilön yksilöteemahaastattelussa vuosi ryhmähoidon päättymisen jälkeen. Vastaanotoista selvitettiin valmiutta ja valmistautumista elintapojen muutosprosessiin. Ryhmäkäynneistä analysoitiin keskustelua ja ryhmien ohjausta. Haastatteluista analysoitiin kriteerien toteutumista pidemmällä aikavälillä ryhmäläisten itsensä pohtimina.

Aiemmin samasta aineistosta on selvitetty ryhmän aikaista ravitsemustiedon rakentumista ja ravitsemusasioita koskevaa keskustelua (Tuomarila & Sarlio-Lähteenkorva 2009).

Aineisto

Aineistona on kolmessa erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmässä kerätty 44 työikäisen henkilön seuranta tutkimus vuosilta 2001–2004. Tutkimuksen aineistosta on aiemmin selvitetty potilaiden käsityksiä lihavuuden syistä (Hänninen 2010). Tutkimuksen osallistajat seulottiin lääkärin läheteellä lihavuuspoliklinikalle hoitoon tulleista vaikeasti lihavista (BMI > 35 kg/m²) henkilöistä, joilla oli vähintään yksi lihavuuteen liittyvä sairaus. Lihavuuspoliklinikalla sisätautilääkäri haastatteli henkilöt ja kertoi mahdollisuudesta osallistua ryhmäohjelmaan. Lääkäri oli sama kaikilla vastaanotoilla. Halukkaat aloittivat painonhallintaryhmissä. Ryhmähoidon poissulkukriteereitä olivat erittäin niukkaenergiaisen dieetin vasta-aiheet eli raskaus, samanaikainen vaikea sairaus, nuoruustyyppin diabetes, kliininen syömishäiriö ja lääkärin määrittelemä psyykinen epätasapaino. Kaikki, jotka täyttivät tutkimuksen kriteerit, halusivat osallistua. Potilaat antoivat kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen.

Ryhmiä perustettiin kolme. Ohjelmaan si-

sältyi 17 ryhmäkäyntiä, joiden aikana keskityttiin pysyviin elintapamuutoksiin tarvittaviin tietoihin ja taitoihin. Jokaisella ryhmällä oli oma sairaanhoitajan koulutuksen saanut ohjaaja. Ryhmien opetusote oli keskustelevalta. Oli myös luentotyypistä opetusta, kirjallisia yksilötehtäviä ja pienryhmäkeskusteluja. Ryhmät kokoontuivat kerran viikossa viiden kuukauden ajan. Toisella ryhmäkäynnillä aloitettiin kymmenviikkoinen ENED-jakso. Jakson päätyttyä oli jäljellä 6–7 ryhmäkäyntiä. Vuosi ryhmäohjelman päättymisen jälkeen ryhmiin osallistuneet henkilöt osallistuivat tutkijan tekemään yksilöhaastatteluun. Tuolloin pidettiin myös ensimmäiset koko ryhmän seurantakäynnit. Toiset seurantakäynnit pidettiin kahden vuoden kuluttua ohjelman päättymisestä. Tutkimusaineistona käytettiin lääkärin vastaanottojen (44x1), painonhallintaryhmiin ryhmätapaamisten (3x17), seurantatapaamisten (3x2) sekä teemahaastattelujen (44x1) nauhoituksia. Aineistot purettiin sanatarkasti.

Metodit ja analyysi

Puheen muutosta seurattiin tutkimalla henkilöiden puheen sisältöä lääkärin vastaanotolla, ryhmäkäynneillä ja teemahaastatteluissa. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka tiedollisia käsityksiä muodostettiin ja ilmaistiin eri konteksteissa ja laihdutusprosessin eri vaiheissa. Oppimista tarkasteltiin kognitiivisen konstruktivistisen oppimiskäsityksen pohjalta selvittämällä, toteutuvatko Jonassenin (1995) tarkoituksenmukaisen oppimisen seitsemän eri kriteeriä ryhmälaihdutusohjelmassa. Kriteerit ovat aktiivisuus, konstruktivisuus, yhteistoiminnallisuus, intentionaalisuus, kontekstuaalisuus, keskustelumutoisuus ja reflektiivisyys.

Laadullista, tema-aiheisiin perustuvaa aineistoa analysoitiin käsittelemällä data tutkimuksen tutkimuskysymysten mukaisesti. Aineistosta etsittiin ja eriteltiin kriteereitä sivuaavaa puhetta keskittyen ohjelmassa esiteltyihin laihdutuksen ja painonhallinnan aihepiireihin. Jokaista kriteeriä käsiteltäessä puheesta etsittiin yleisiä tema-aiheita ja merkityssisältöjä ja pohdittiin, liittyvätkö nämä johonkin suu-

rempaan kokonaisuuteen (Cohen & Manion 1989). Tällä tavoin aineistoa pyrittiin ryhmittelemään tiettyjen teemojen ympärille, esimerkiksi Jonassenin (1995) ensimmäisen kriteerin (oppijat osallistuvat aktiivisesti tiedon prosessointiin ja ottavat vastuun oppimisestaan) kohdalla yleisiä teemoja olivat tiedonhaku, aktiivisuus, tavoitteet ja odotukset. Jotkut puheenvuorot saattoivat sivuta useita kriteereitä, esimerkiksi kriteereitä 1 (aktiivisuus) ja 4 (intentionaalisuus). Tutkimus analysoi pääasiassa keskustelua ryhmätasolla sekä ryhmien ohjauksesta ja tämän tavoitteiden toteutumista ottaen kuitenkin huomioon sen, että puheenvuoroja käyttivät yksittäiset ryhmäläiset.

Eri kriteerien kohdalla selvitettiin mahdollisuuksien mukaan, poikkesivatko laihdutusprosessissaan onnistuneiden ryhmäläisten puheenvuorot ei-onnistujien puheenvuoroista. Onnistujiksi luokiteltiin henkilöt, joiden paino oli vähintään 5 prosenttia lähtöpainoa alhaisempi kaksi vuotta ryhmäohjelman päättymisen jälkeen (Suomalainen Lääkärisseura Duodecim... 2013). Laihdutuksessa epäonnistuneiksi luokiteltiin ne, joiden paino kahden vuoden seurannan kohdalla oli alle 5 prosenttia lähtöpainoa alhaisempi. Kahden vuoden seurannoissa onnistujiksi luokiteltuja ryhmäläisiä oli neljätoista ja ei-onnistujia kuusitoista. Useiden henkilöiden onnistumisesta ei ole seurantatietoa, sillä he eivät osallistuneet kaksivuotisseurannan kokoontumiseen. Joidenkin kriteerien kohdalla aineisto on pienehkö onnistujien ja ei-onnistujien vertailuun, joten tuloksissa keskitytään vertailemaan laihdutusprosessin eri vaiheita.

Tulokset

Ohessa selvitämme erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmissä tapahtuvaa oppimista Jonassenin (1995) kriteerien näkökulmasta (ks. taulukko 1).

Aktiivisuus

Jonassenin (1995) ensimmäisen oppimiskriteerin mukaan oppijat osallistuvat aktiivisesti tiedon prosessointiin ja ottavat vastuun op-

Taulukko 1. Jonassenin kriteerit ja niiden toteutuminen erikoissairaanhoidon laihdutusryhmissä.

Jonassenin kriteeri	Kriteerin merkitys	Kriteerin toteutuminen erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmissä
Aktiivinen oppiminen	a) Oppijat osallistuvat aktiivisesti tiedon prosessointiin. b) Oppijat ottavat itse vastuun oppimisestaan.	a) Tiedon prosessointi pyritään aloittamaan jo lääkärin vastaanotolla haastamalla osallistujia pohtimaan painonhallintahistoriaansa. Ryhmässä ohjaajat kannustavat aktiiviseen tiedon prosessointiin. b) Ohjelman aikana ryhmäläiset korostavat laihduttajan omaa itsenäistä roolia. Joillakin jo vastaanotolla käsitys itsestä epäonnistuvana laihduttajana.
Oppimisen konstruktivisuus	a) Oppijat rakentavat uutta tietoa aikaisemman tietonsa ja taitonsa pohjalta. b) Oppijat pyrkivät luomaan yhdessä ymmärrystä uusista asioista.	a) Aiemmista onnistumisista ja epäonnistumisista puhutaan paljon, mutta ryhmässä niitä ei käsitellä. Ryhmässä ilmaistaan aiemman tiedon ristiriitaisuutta. b) Toisinaan nykytietämyksen vastaiset käsitykset tulevat jaetuiksi ryhmässä.
Oppimisen yhteistoiminnallisuus	Oppijat työskentelevät yhdessä ja hyödyntävät toistensa aiempia tietoja ja taitoja.	Toiset ryhmäläiset haluavat ammatillista osaamistaan hyödynnettävän ryhmässä, toiset taas eivät halua ammatin tuomia rooliodotuksia.
Oppimisen intentionaalisuus	Oppijat yrittävät aktiivisesti saavuttaa tavoitteet.	Ryhmässä ilmaistiin ohjelman tavoitteiden mukaista aktiivisuutta ja kiinnostusta eri aihepiirejä kohtaan, haastatteluissa ei-onnistujilla kielteinen käsitys itsestä laihduttajana vastoin ohjelman tavoitteita.
Oppimisen kontekstuaalisuus	Opiskeltavien asioiden siirtyminen muille elämäalueille.	Ryhmässä ja haastatteluissa onnistujat ilmaisevat ryhmässä suositeltujen elintapamuutosten siirtymistä arkielämään, ei-onnistujat kokevat, ettei arkielämä mahdollista esitettyjä muutoksia.
Keskustelumuotoisuus ja vuorovaikutteisuus	a) Oppijat oppivat osana sosiaalista yhteisöä. b) Ryhmien keskustelu on sujuvaa.	a) Ryhmäläiset ilmaisivat ryhmäkäänneillä kokevansa ryhmän tärkeäksi yhteisöksi. b) Yksittäisten henkilöiden ylenpalttinen puheliaisuus vaikeuttaa toisten puhetta.
Oppimisen reflektiivisyys	Oppijat havainnoivat omaa oppimistaan.	Ryhmäläiset pohtivat omaa oppimistaan spontaanisti ja pyydettyä.

pimisestaan. Kriteeri sopii tutkimuksen painonhallintaryhmien ajatusmaailmaan, koska ohjaajat kannustavat ryhmäläisiä aktiivisuuteen uusien terveystottumusten omaksumisessa. Tiedon prosessointi aloitettiin lääkärin vastaanotolla, jossa henkilöt haastettiin pohtimaan painonhallintahistoriaansa. Jo tuolloin joillakin oli vahva käsitys itsestä epäonnistuvana laihduttajana. Ryhmäläisten puheessa korostui käsitys siitä, että muutos on itsestä kiinni. He kertoivat toiminnan tasolla tekemistään muutoksista; tuoteselosteisiin tutustumisesta ja ravitsemusta koskevien lehtikirjoitusten lukemisesta. Ryhmässä kuvattiin

muuttuneita tottumuksia sekä aktiivista asennetta painonhallintaa kohtaan, mutta tutkijan haastateltavina onnistujillakaan ei näyttänyt olevan tarvetta esittää itseään hyvinä potilaina.

Ryhmien alussa jotkut ilmaisivat, etteivät halua edes yrittää ENED-jakson ohjeiden noudattamista. Alussa kritiikkiä sai myös ajatus painonhallintaryhmästä opettavana kokemuksena, vaikkei laihtuminen onnistuisikaan. Teemahaastatteluissa monet ei-onnistujat silti korostivat tyytyväisyyttään ohjelmaan. Ryhmäohjelman sijasta ei-onnistujat ilmaisivat voimakkaan pettymyksensä itseensä ja arki-

elämään. Näin terveystyövytydelle kuvastui sen vastakohta eli tilanne, jossa henkilö ei usko arkielämänsä mahdollistavan elintapamuutoksia, ja tuntee voimattomuutta siitä.

Konstruktivisuus

Jonassenin (1995) toisen oppimiskriteerin mukaan oppijat rakentavat uutta tietoa aikaiseman tietonsa ja taitonsa pohjalta. Oppijat pyrkivät luomaan yhdessä ymmärrystä uusista asioista. Ryhmäohjelmassa oli tilaa ohjelman aikaisista kokemuksista puhumiseen ja niiden työstämiseen. Ryhmäläisten aiempia elintapojen muutoksia pohdittiin vain lääkärin vastaanotolla ja teemahaastattelussa. Aiemmat onnistumiset näyttivät tukevan voimaantumista, sillä onnistumisista puhuessaan ryhmäläiset kokivat, että heillä itsellään oli mahdollisuus vaikuttaa.

Toisinaan ryhmässä ilmaistiin kokemusta tiedon ristiriitaisuudesta. Ryhmäläisten keskinäisissä keskusteluissa tuli esille käsityksiä, jotka eivät olleet nykyisen ravitsemustietämyksen mukaisia. Toisaalta ryhmäläiset kehittivät tiedollisista asioista muistisääntöjä. Ohjelma tarjosi ryhmäläisille välineitä painonhallinnasta ja laihdutuksesta puhumiseen. Haastattelussa tuotiin esille käsityksiä, jotka juonsivat ryhmäohjelman oppeihin. Erityisesti pohdittiin psykologisiin malleihin nojautuen omaa roolia onnistujana tai ei-onnistujana. Tämä pohdinta oli vakavampaa kuin ryhmässä, jossa laskettiin yhdessä leikkiä esimerkiksi ENED-jakson ohjeiden noudattamattomuuteen liittyvistä fysiologisista teorioista, ”nyt lähti ketoosit”.

Nevgi ja Tirri (2003) ovat pohtineet mielekkään oppimisen kriteerien kohdalla myös yksilöllisyyttä. Tällä he tarkoittavat opiskelijan aiemmista tiedoista, taidoista, osaamisesta ja motivaatiosta johtuvien erojen huomioimista opetuksen toteutuksessa. Tiedon käsittely oli haasteellista painonhallintaryhmissä. Haastattelussa osa sanoi saaneensa ryhmästä uutta tietoa, osa tienneensä jo kaiken.

Yhteistoiminnallisuus

Jonassenin (1995) kolmannen kriteerin mukaan oppijat työskentelevät yhdessä ja rakentavat uutta tietoa yhteistyössä toistensa kanssa käyttäen hyväksi toistensa tietoja ja taitoja. Tutkimuksen ryhmäohjelmassa hyödynnettiin joidenkin ryhmäläisten ammatillista osaamista. Toisinaan erilaisiin asioihin perehtyneet ryhmäläiset puhuivat spontaanisti pitkiä aikoja ”Mä näkisin tään koko kysymyksen vähän laajempaan sillä lailla, että yks pussikuuri ei muuta mejän kulttuuria mikskään. Eli käytännössä me jatketaan niitä asioita, joita meidän kulttuuri on meille tuonu..”. Ryhmissä oli muitakin, joilla oli osaamista käsitellyistä aihepiireistä. Nämä henkilöt toivat haastattelussa ilmi, että halusivat painonhallintaryhmässä irtautua ammattiroolistaan.

Intentionaalisuus

Jonassenin (1995) neljännen kriteerin mukaan oppijat yrittävät aktiivisesti ja halukkaasti saavuttaa kognitiivisen tavoitteen. Tutkittavien tavoitteet koskivat painonlaskua ja sen ylläpitämistä sekä elintapamuutoksia. Lukuun ottamatta ENED-jakson aloitusta motivaatio oli ryhmäkäynnillä korkea. Ravitsemustietoa kohtaan osoitettiin mielenkiintoa. Ei-onnistujilla motivaatio katosi ohjelman jälkeen. Haastattelussa he sanoivat laihduttamisen ja painonhallinnan jäävän muun elämän varjoon. Tietoa oli vaikea soveltaa arjessa. Monet puhuivat itsestään ikään kuin vastakohtana ohjelmassa esitetylle myönteiselle kuvaukselle jatkuvasti uutta oppivasta painonhallitsijasta.

Kontekstuaalisuus

Jonassenin (1995) viidennen kriteerin mukaan oppimisen kontekstuaalisuus eli tilannesidonnaisuus tukee opiskeltavien asioiden siirtymistä muille elämänalueille. Painonhallintaryhmien ohjauksessa pyrittiin lisäämään oppimisen tilannesidonnaisuutta. Onnistujat kertoivat haastattelussa esimerkkejä ohjelman oppien siirtämisestä arkielämään. Ei-onnistujilla muutoksen ylläpitoa vaikeuttivat ruokamieliteot, tunnesyömiseen liittyvät

tunteet sekä työajan ruokailuun liittyvät tekijät ja kiire.

Aihetta sivuaa myös Ruokamon ja Pohjoislaisen (1999) mielekkään oppimisen kriteereihin lisäämä siirtovaikutus eli transfer (alkup. Perkins & Salomon 1992). Sen mukaan oppijat harjaantuvat siirtämään oppimisen konteksteista, missä opittu on omaksuttu, ja pystyvät käyttämään tietoa muissa tilanteissa. Myös aiemmin opittua hyödynnetään uuden oppimisessa. Tavoitteena on elinikäinen oppiminen, mikä on tärkeää laihdutuksen pysyvyyden kannalta. Painonhallintaryhmien ohjaajat kannustivat ryhmäläisiä etenemään pienin askelin, suunnittelemaan tulevaa ja tarvittaessa yrittämään uudelleen. Nämä sanat eivät kuitenkaan tavoittaneet sellaisia laihduttajia, jotka kokivat muutosten tekemisen erittäin vaativaksi senhetkisessä elämässään. Erityisen vaikeaa tuntui olevan niillä, joilla mielikuva itsestä laihduttajana oli kielteinen. Näistä monet toivoivat ohjelmaan jatkuvuutta. Ihmiset kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa elintapoihinsa rajallisiksi: *”Mun tarvii ottaa siin niin montaa muuta ja monen muun tarpeet huomioon. Et siin rakosessa, kun mä voin toteuttaa, mä toteutan.”* Terveelliset elintavat saatettiin kokea lisävaatimuksena ympäröivästä maailmasta tulevien muiden vaatimusten päälle.

Keskustelumuotoisuus

Jonassenin (1995) kuudes kriteeri, keskustelumuotoinen oppiminen, tarkoittaa sosiaalista ja dialogista prosessia, jonka myötä oppijat oppivat opetustilanteessa ja sen ulkopuolella osana tietoa rakentavaa yhteisöä. Laihduttajien mielestä ryhmien työskentely sujui hyvin. Ohjaajat eivät voineet täysin vaikuttaa puheenvuorojen jakautumiseen. Kahdessa ryhmässä oli ongelmana joidenkin ryhmäläisten ylenpalttinen puheliaisuus ja halu laittaa ajatuksiaan toisten puheeseen. Kaikissa ryhmissä oli näkyvissä se, ettei vaikeista asioista haluttu puhua. Siitä huolimatta myös ei-onnistujat ilmaisivat pitäneensä ryhmissä erityisesti tunteista puhumisesta.

Erityisesti naiset ottivat oma-aloitteisesti

esille perheen tai työyhteisön sosiaalisen tuen tai sen puuttumisen. Joillakin oli vaikeuksia saada tukea mistään sosiaalisista suhteista, eivätkä nämä henkilöt onnistuneet painonhallinnassaan. Toiset saivat omasta lähipiiristään vertaistukea, joka toi tunteen ymmärrettäviksi tulemisesta. Toisinaan perhepiiristä löytyi muitakin vaikeasti ylipainoisia henkilöitä, mutta nämä eivät itse halunneet laihduttaa ja kokivat lähisukulaisensa laihduttamiseen liittyvät muutokset perheen ruokailussa kielteisinä. Hoikemmat henkilöt lähipiirissä saattoivat naureskella laihdutukseen liittyville elintapamuutoksille, tyrkyttää ruokaa tai muistuttaa ryhmäläisen olevan edelleen lihava. Onnistujilla laihduttajan toivomukset tai jopa ENED-jakson huomioiva työpaikkaruokailu tuki elintapojen muutosprosessia.

Reflektiivisyys

Seitsemäs kriteeri, oppimisen reflektiivisyys, tarkoittaa Jonassenin (1995) mukaan yksilöiden kykyä pohtia omaa oppimistaan. He ilmaisevat, mitä ovat oppineet, ja tarkastelevat oppimisprosessin edellyttämiä ajatteluprosesseja. Tutkimuksen ryhmäohjelmassa pyrittiin jatkuvaan itsearviointiin. Laihduttajat myös pohtivat oppimistaan spontaanisti.

Toisinaan reflektiivisyydestä käytetään nimeä itseohjautuvuus, jolla tarkoitetaan usein opetusjakson päättävää itsearviointia tai jakson aikana pidettävää oppimispäiväkirjaa (Nevgi & Tirri 2001). Yhdessä ryhmässä pidettiin ryhmän yhteistä päiväkirjaa. Päiväkirjan avulla vaiteliaammatkin ryhmäläiset antoivat palautetta ja keskustelun aiheita. Usein muut kuin kirjoitusvuorossa olleet ryhmäläiset ilmaisivat toisten kirjoituksia kuunnellensa saavansa omille ajatuksilleen hyväksyntää. Osa huomasi löytävänsä toisten kirjoituksista sanoja kuvaamaan tunteitaan.

Pohdinta

Tämä tutkimus selvitti oppimista ja sen jäsentämistä erikoissairaanhoidon ryhmälaihdutusohjelmassa Jonassenin (1995) kriteerien kannalta. Kriteerit selvittivät muun muassa

motivaatiota, yhteistoiminnallisuutta ja oppimisen siirtymistä arkielämään. Laihdutuksen pysyvyyden kannalta suurimpia haasteita olivat arkielämän ruokailujärjestelyt, sosiaalinen tuki sekä se, millainen kuva ryhmäläisellä oli itsestään painonhallitsijana useiden laihdutusyritysten jälkeen.

Tuloksia tarkasteltaessa tulee huomioida ensiksi se, että Jonassenin (1995) teoriaa on aiemmin käytetty lähinnä tiedollista oppimista koskeissa tutkimuksissa (Nevgi & Tirri 2003 ja 2001, Tirri ym. 2006, Vallinen 2013), kun taas tämä tutkimus selvittää elintapojen muutosprosesseja. Tulosten yleistettävyydestä yleisiin painonhallintaryhmiin tulee huomioida se, että erikoissairaanhoidon ryhmässä kaikilla jäsenillä on lihavuuden liitännäissairauksia, jolloin painonhallinnan onnistuminen on tärkeää ensisijaisesti terveyteen liittyvistä syistä. Tutkimuksen laihdutusryhmät kokoontuivat 2000-luvun alkupuolella. Tuolloin ko koontuneista ryhmistä kerättyä ääninauhamateriaalia hyödynnettiin aiemmassa tutkimuksessa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009), ja työtä haluttiin jatkaa.

Nyt tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan ryhmäohjelmien suunnittelussa tulisi kiinnittää huomiota seuraaviin asioihin:

Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus: Onnistuminen tuntui vaativan suunnitelmallisuutta; jatkuvaa tietoista muutosten toteuttamista. Tärkeää olisi löytää kullekin yksilölle sopivat muutokset, joita tämä toteuttaisi omaksi ilokseen, ei lisävaatimuksena muiden vaatimusten päälle. Hankosen (2011) väitöstudiumuksessa suunnitelmat terveellisten ruokailutottumusten ylläpidosta tukivat laihduttamiseen liittyvien elintapamuutosten toteutumista. Tämän tutkimuksen ryhmiiin osallistuneet kokivat ryhmän tukeneen lyhyemmän aikavälin suunnitelmia, mutta vain onnistujat puhuivat seurannoissa elintapamuutosten jatkuvuudesta.

Yksilöllisyys: Ei-onnistujat saattaisivat hyötyä yksilöllisemmästä ohjauksesta. Myös yleisimpien lihavuuteen liittyvien sairauksien erityispiirteitä voitaisiin käsitellä ryhmässä. Eng-

lantilaistutkimuksessa ei havaittu eroja laihtumistuloksissa tyyppin 2 diabetesta sairastavien ja sairastamattomien välillä, kun painonhallintaryhmäohjelma sisälsi riittävästi tiedollista ja sosiaalista tukea myös insuliinihoitoisille diabeetikoille (Abernethy ym. 2014). Tiedonkäsittelyä helpottaisi ravitsemusaiheisen sanaston sisältävä ennakkomateriaali, johon ryhmäläiset voisivat tutustua jo ennen ryhmäkäyntejä. Yksilöllisyyden ja suunnitelmallisuuden toteutumista voitaisiin edistää laatimalla ryhmäläisille henkilökohtaiset terveydentilan ja elämäntilanteen huomioivat suunnitelmat. Nämä sisältäisivät välitavoitteita, joita voitaisiin työstää kotona ja terveydenhuollossa myös ohjelman päätyttyä.

Jatkuvuus: Koska lihavuuden hoidossa tähdätään pysyviin elintapamuutoksiin, tulisi seurantaa ja tukipalveluita olla saatavissa vielä vuosien päästä ryhmäohjelmasta. Tämä toive nousi toistuvasti esille niiden laihduttajien keskuudessa, jotka eivät muutoin saaneet sosiaalista tukea elintapojen muutosprosessiin. Monille riittäisi mahdollisuus punnitukseen ja lyhyeen keskusteluun terveystieteiden keskuudessa. Erityisen tärkeää tämä olisi haastavassa elämäntilanteessa oleville, jo useamman kerran painonpudotuksessaan epäonnistuneille henkilöille, sillä heillä on vaikeuksia herätä painonnousun varoitusmerkkeihin. Tarvittavien korjausliikkeiden suunnittelu ja toteuttaminen eivät onnistu ilman apua, etenkin jos mieliala on masentunut (Chambers & Swanson 2012).

Johtopäätökset

Laihduttajat osoittivat motivaatiota uuden oppimista kohtaan ja tunnistivat itse arkielämästään painonhallintaa tukevia ja rajoittavia tekijöitä. He oppivat toisiltaan esimerkiksi sanoittamaan tunteitaan. Arkielämän haasteet, sosiaalisen tuen puuttuminen ja kielteinen käsitys itsestä laihduttajana vaikeuttivat painonhallintaa.

Tulosten merkitys: Tuki- ja ennakkomateriaali sekä henkilökohtaiset suunnitelmat auttaisivat laihduttajia jäsentämään oppimaansa sekä lisäisivät ohjelmaan yksilöllisyyttä ja jatkuvuutta. Mahdollisuus jatkuviin seurantakäynteihin terveyskeskuksessa olisi tärkeää erityisesti niille laihduttajille, jotka tarvitsevat yksilöllistä tukea erityisruokavalion, arkielämän haasteellisuuden tai sosiaalisen tuen puuttumisen vuoksi. Painonhallintaryhmätoiminnan osalta olisi tärkeää selvittää, millä tavoin voitaisiin vielä tehokkaammin tukea laihduttajien sisäistä motivaatiota sekä uskoa omiin voimavaroihin ja onnistumiseen.

Avainsanat: terveydenhuollon ryhmäohjelmat, painonhallinta, laihduttaminen, lihavuus, oppiminen, Jonassenin kriteerit

Heljä Tuomarla, ETM, jatko-opiskelija, Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen osasto

Lähteet

- Abernethy G, Mann V, John R (2014) Comparison of weight loss outcomes between obese patients with and without Type 2 diabetes attending a weight management focused structured educational group. *Diabetic Medicine* 31, S7.
- Bandura A (1995) Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Teoksessa: A Bandura (toim.) *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press, UK.
- Brownell KD (1985) *The LEARN manual for weight control*. University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Butryn ML, Webb V, Wadden TA (2011) Behavioral treatment of obesity. *Psychiatr Clin North Am* 34, 4, 841–59.
- Chambers JA, Swanson V (2012) Stories of weight management: factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *Br J Health Psychol* 17, 2, 223–43.
- Cohen L, Manion L (1989) *Research Methods in Education*. Routledge, London and New York.
- Hankonen N (2011) Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention Influences of gender, socioeconomic status and personality (academic dissertation). National Institute for Health and Welfare, Helsinki.
- Hänninen S (2010) Lihavuus ja laihduttaminen laihdutusmainonnassa ja vaikeasti lihaviiden ihmisten kokemana (väitöskirja). Tampere University Press.
- Jonassen D (1995) Supporting communities of learners with technology: A vision for integrating technology with learning in schools. *Educational Technology* 35, 4, 60–63.
- Nevgi A, Tirri K (2001) Oppimista edistävät ja estävät tekijät verkko-opiskelussa. Teoksessa: P Sallila, P Kalli (toim.) *Verkot ja teknologia aikuiskoulutuksen tukena*. Aikuiskasvatuksen 42. vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura.
- Nevgi A, Tirri K (2003) Hyvää verkko-opetusta etsimässä. Oppimista edistävät ja estävät tekijät verkko-oppimisympäristöissä – opiskelijoiden kokemukset ja opettajien arviot. *Kasvatusalan tutkimuksia – Research in Educational Sciences* 5. Suomen Kasvatustieteellinen Seura.
- Pennington DC (2005) *Pienryhmän sosiaalipsykologia*. Gaudeamus, Tampere.
- Perkins DN, Salomon G (1992) *Transfer of Learning*. Contribution to the International Encyclopedia of Education, Second Edition. Pergamon Press, Oxford, England.
- Ruokamo H, Pohjolainen S (1999) Etäopetus multimediativerkoissa - Kansallisen multimediaohjelman ETÄKAMU-hanke, Digitaalisen median raportti. Teknologian kehittämisskeskus TEKES, Helsinki.
- Suomalainen Lääkärisseura Duodecim ja Suomen Lihavuustutkijat ry, Pietiläinen K ym. (2013) *Lihavuus (aikuiset) - Käypä hoito -suositus*. 13.9.2013. www.kaypahoito.fi
- Tirri, Sorri H, Pruuki L (2006) Teachers' Views on Meaningful Learning in the Context of Applied Theological Studies. In: K Tirri (ed.) *Religion, Spirituality and Identity*. Peter Lang AG, International Academic Publishers, Bern, Switzerland.
- Tuomarla H, Sarlio-Lähteenkorva S (2009) Ravintoa ja syömistä käsittelevä puhe laihdutusryhmissä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46, 23–36.
- Tynjälä P (1999) Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Kirjatyttö, Helsinki.
- Vallinen S (2013) Verkko-opetuksen hyödyntäminen henkilöstökoulutuksessa. Ammatillisen opettajakoulutuksen kehittämishanke. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Verheijden MW et al. (2005) Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European Journal of Clinical Nutrition* 59, Suppl 1, S179–S186.
- Vänskä K, Laitinen-Väänänen S, Kettunen T, Mäkelä J (2011) Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita, Helsinki.

TAMPEREEN SOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN MALLILLA TOIMINTAKYKYÄ

Palvelumallin kuvaus ja kyselyaineiston analyysi

Johdanto

Mittava työttömyys, elinajan pidentyminen ja julkisen talouden kestävyys haastavat päättäjiä. Rakenneongelmiin vastattaessa huolehditaan yksilöiden hyvinvoinnista ja heidän onnen edellytyksistään. Keppi ja porkkana ovat työllisyyden edistämisen kaksi välinettä. Työmarkkinoiden syrjällä ja ulkopuolella olevien kohdalla keppi ei kuitenkaan ole mielekäs menetelmä, koska kyseistä asiakasjoukkoa määrittelevät työllistymistäkin suuremmat kysymykset. Vaikeimmin työllistettävien kohdalla toteutetaan kuntouttavaa työtoimintaa. Kriittisimmät puhuvat kuntouttavan työtoiminnan kohdalla *tempputyöllistämistä*. Kuitenkin vaikeimmin työllistyvien asiakkaiden ongelmien äärellä paljastuu, että vapaaehtoisuuteen nojaavassa kuntouttavassa ryhmätyössä todellinen *tempu* on se, miten toimintamuoto saa aikaan niin paljon hyvää pienillä kustannuksilla. Vaikeimmin syrjäytyneiden kohdalla on kyse usein kallishoitoisista ja kärsimystä aiheuttavista sairauksista sekä ylisukupolvisista vaikutuksista, jotka näkyvät lastensuojelussa ja tulevien sukupolvien heikossa suorituskyvyssä. Tämä teksti kertoo siitä, miksi porkkanaa käyttävä Tampereen sosiaalisen kuntoutuksen malli on taloudellinen, inhimillinen ja tehokas.

”Elämän ennakoitavuus, vastavuoroiset suhteet, merkityksellisyiden kokemukset ja itsenäisyys vahvistavat yhdessä yksilöllisten voimavarojen kanssa köyhien turvaverkkoa, joka estää heitä putoamasta pystymättömyyden tunteeseen ja auttaa taistelemaan aineetonta köyhyyttä vastaan. Köyhän voimavarat ja yhteydet mahdollisuuksiin ovat kuitenkin hentoja. Vaikka ne ovat tavalla tai toisella jatkuvasti olemassa, lannistuminen ja voimattomuus muuttavat turvaverkon herkästi näkymättömäksi.” (Anna-Maria Isola, Eliina Turunen ja Heikki Hiilamo 2016: Miten köyhät selviytyvät Suomessa?)

Kansainvälinen tutkimus interventioista, joilla pyritään kohentamaan työttömien asemaa, keskittyy yhtäältä työttömien työllistettävyyden lisäämiseen esimerkiksi työnhakutaitojen parantamisen avulla ja toisaalta siihen, miten interventiot lievittävät työttömyyden kielteisiä vaikutuksia mielialaan ja hyvinvointiin (Hodzic ym. 2015). Varovaisen positiivisia tuloksia on saatu interventioista, joissa on tuettu työttömien voimaantumista (Bhat 2010), tunneälytaitoja (Hodzic ym. 2015), sel-

vietyismekanismeja (Creed ym. 1999) sekä hyvinvointia ja minäpystyvyyden tunnetta (Machin & Creed 2003). Suomessa Työhön-ohjelma tuki osallistujien työnhakupystyvyyden tunnetta ja kykyä selviytyä tulevista vastoin käymisistä. Ohjelma vähensi näiden kompetenssien kautta työttömien masennusoireita (Silvonen & Vuori 1998). Työttömien psykologinen tukeminen on yksi merkittävä taustalottuvuus myös Tampereen mallissa.

Tampereen kaupunki aloitti vuonna 2012 sosiaalisen kuntoutuksen osana aikuissosiaalityötä. Toiminta tunnetaan nykyisin nimellä ”Avaimia arkeen” (Tampereen kaupunki 2016; Avaimia arkeen -esite). Kyseessä on vuonna 2015 voimaan tulleen sosiaalihuoltolain pykälän 17 mukainen toiminta, jossa ”sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostetua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi”. Tampereen mallin toiminta toteutuu kuntouttavan työtoiminnan lain puitteissa. Toimintamuoto tavoittelee inhimillistä hyvää ja taloudellista kestävyyttä.

On muodikasta puhua *etsivästä nuorisotyöstä*. Tampereen sosiaalinen kuntoutus soveltaa etsivää otetta aikuisiin. Asiakashankinnassa yhdistellään useita yhteistyöpintoja ja -kanavia. Kelan yhteistyökumppaneina (työmarkkinatuen kuntarahoituksen osalta) kunnan sosiaalityöntekijät ovat lähestyneet kirjeellä työmarkkinatukea pitkään saaneita tamperelaisia. Heille on tarjottu vapaaehtoisista mahdollisuudesta osallistua sosiaaliseen kuntoutukseen. Samoin työllisyyspalvelut – niin työllisyysneuvonantajan yksikössä (Tampereella TYPA) kuin TE-toimistossa – ovat tiedottaneet mahdollisuudesta.

Tampereen sosiaalinen kuntoutus on ryhmätoimintaa kerran viikossa neljän tunnin ajan. Kukin ryhmä kestää kolme kuukautta eli kokoontumisia on 13 kertaa. Pääosa osallistujista on työttömiä työhakijoita, mutta ryhmään osallistuu myös joitakin työkyvyttömyyseläkkeellä olevia. Pääsääntöisesti ryhmätoimintaan osallistuessaan työtön työnhakija on oikeutettu työmarkkinatukeen. Aloitusta edeltää aktivointisuunnitelma, jossa hahmo-

tellaan yhdessä asiakkaan, TE-toimiston ja sosiaalityöntekijän kesken asiakkaalle työllistymisen ja kuntoutumisen suunnitelma. Useita asiakkaita innostaa mukaan myös se, että osallistuminen täyttää työttömyysturvaan liittyvää työssäolovelvoitetta.

Tämän katsauksen tarkoitus on tarkastella Tampereen mallia yksityiskohtaisesti. Analysoimme asiakaskyselyä ja mallin keskeisiä ulottuvuuksia. Tarkastelun päämäärä on tunnistaa mallin hyviä käytäntöjä, jotta niihin voidaan peilata maan muissa kunnissa käytössä olevia toimia siinä, miten työmarkkinoiden syrjällä ja ulkopuolella olevia ihmisiä voidaan tehokkaasti kuntouttaa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen metodisena viitekehyksenä oli toimintatutkimus. Tutkija (M.P.) työskenteli kehittäjä-sosiaalityöntekijänä hankkeessa Tampereella vuoden ajan huhtikuusta 2013 toukokuuhun 2014. Hän ei toiminut ryhmän ohjaajana, mikä antaa tarvittavan etäisyyden tarkasteltavaan ilmiöön. Toisaalta kehittäjä-sosiaalityöntekijän rooli asiakkaiden alkuhaastattelijana ja ryhmien profiilien muodostajana mahdollisti toiminnan monipuolisen havainnoimisen. Kehittäjä-sosiaalityöntekijä teki myös vierailun ryhmätoiminnan puolivälissä kuhunkin ryhmään. Mallin laadullinen kuvaus perustuu pääosin näissä rooleissa tehtyihin havaintoihin.

Täydennämme mallin laadullista kuvausta asiakaskyselyn tiedoilla. Mallinkuvauksemme erittelee vuoden 2015 asiakasjoukkoa (N=802). Tästä poiketen sosiaalisen kuntoutuksen koettua merkitystä voimme arvioida laajemmalla aineistolla (N=1054), joka sisältää myös vuonna 2014 sosiaaliseen kuntoutukseen osallistuneita. Koska ryhmän koetun merkityksen arvioinnit on tehty kuntoutusryhmissä yleensä kahden viimeisen osallistumiskerran aikana, on selvää, että kaikilta kuntoutuksen läpikäyneiltä ei ole saatu arviota. Toimintaan osallistuneen sosiaalityöntekijä-tutkijan arvio tämän kadon määrästä on 10–20 prosenttia.

Vuoden 2015 asiakkaista (N=802) miehiä oli 54 prosenttia ja naisia 46 prosenttia. Aloiti-

tetun kuntoutuksen keskeytti 12 prosenttia. Jakson keskeytti ilman pätevää syytä viisi prosenttia. Perusteellinen alkuhaastattelu ja asiakkaan tarpeiden huomioiminen ryhmäsijoituksessa pienentävät keskeytysprosenttia. Pätevän syyn vuoksi keskeyttäneitä on laskettu mukaan jatko-ohjaustilastoihin, joita eritellään myöhemmin tässä katsauksessa. Alle 30-vuotiaiden osuus oli 14 prosenttia ja yli 30-vuotiaiden 86 prosenttia, mikä kertoo siitä, että hanke keskittyi nuoria aikuisia iäkkäämpiin kuntoutettaviin.

Tulokset

Tampereen mallin keskeiset piirteet

Keskeistä Tampereen mallissa on, että se perustuu ryhmätoimintaan. Ryhmän koko on enintään 12 henkilöä. Ryhmän kokoontuminen kerran viikossa neljän tunnin ajan mahdollistaa huomattavan määrän samanaikaisia ryhmiä. Tämä varmistaa mahdollisimman monelle nopeasti paikan ryhmässä. Perusryhmissä käsitellään muun muassa terveyteen, arjen sujuvuuteen, ihmissuhteisiin, päihteisiin ja työllistymisvaihtoehtoihin liittyviä kysymyksiä. Jatkoryhmissä painopiste on kullekin sopivan työ- ja koulutusreitien suunnittelussa. Ryhmässä toteutuu vertaistuen ja asiantuntija-avun yhdistelmä, jonka tarkoitus on lisätä asiakkaan ymmärrystä omasta tilanteestaan. Ryhmätoiminta vahvistaa osallistujan sosiaalisia taitoja ja itsetuntoa, arjessa pärjäämistä ja vastuunottoa omasta elämästä. Osalla ryhmäkerroista tehdään vierailuja palveluihin. Kodin läheisyys tai sujuva kulkuyhteys on mahdollista huomioida, koska ryhmiä järjestetään eri puolilla Tamperettä.

Monet sosiaalisen kuntoutuksen ryhmiä ovat niin sanottuja sekaryhmiä. Näiden lisäksi on jollakin ominaisuudella määriteltyjä ryhmiä, jotta liiallinen erilaisuus ei häiritse tehokasta kuntoutumista. Ikä on ollut yksi jakoperuste. Nuorille suunnatun palvelun lisäksi eläkeiän tuntumassa oleville, elämänsä hyvin hallitseville on oma ryhmänsä, samoin kuin vähän suomen kieltä osaaville maahanmuuttajille. Myöskin päihdeongelmallisille on

oma erityisryhmänsä. Sosiaalipsykiatriseen kuntoutukseen erikoistunut paikallinen järjestö on tarjonnut ryhmää jännittäjille ja avohoidolla tuettavista mielenterveysongelmista kärsiville.

Taulukko 1 tiivistää Tampereen mallin selkälaiset piirteet, jotka ovat näkemyksemme mukaan keskeisiä toiminnan soveltamiseksi muihin konteksteihin.

Anne Kuvaja (2012) perustelee motivaatiokysymysten tärkeyttä sosiaalisessa kuntoutuksessa. Tampereen mallin lähtökohtana ovat sosiaalityö ja järkevä yhteiskuntapolitiikka. Asiakkaan motivaation kannalta työntekijän ja asiakkaan vuoropuhelu on tärkeää. Koska osallistuminen on vapaaehtoista, jo mukaan lähtö osoittaa motivaatiota, halua muutokseen. Päihderiippuvaisten kohdalla motivoinnilla on suuri merkitys. Periaatteessa alkoholiriippuvaiselta vaaditaan vain yksi selvä nelituntinen viikossa. Kuitenkin ryhmään osallistumisessa onnistuminen saattaa merkitä isoa muutosta elämässä, esimerkiksi johtaa merkittävään päihteiden käytön vähentämiseen. Opioidikorvaushoidossa olevalta edellytetään vakaata tilannetta päihteidenkäytön osalta. Tämä varmistetaan suunnitteluvaiheen tiiviillä yhteistyöllä hoitavan tahon kanssa. Pääsy sosiaalisen kuntoutuksen ryhmään kannustaa vastuunottoon ja oman päihderiippuvuuden haastamiseen tai hallitsemiseen.

Asiakkaan osallistumiselle on useita kannustimia. Hän saa kulukorvauksen (yhdeksän euroa) läsnäolokerroilta. Ryhmätoiminnan ajaksi on käytössä Tampereen kaupunkiliikenteen työmatkalippu (50 matkaa/30 vrk). Ryhmäkerroilla tarjotaan aamukahvi ja lounas, mikä motivoi osallistumiseen ja päivärhythmin ylläpitoon.

Sosiaalisen kuntoutuksen ryhmä tukee osallisuutta. Yhtäältä tähdätään hyvinvoinnin lisääntymiseen ja toisaalta suurelle osalle asiakkaita muodostetaan suunnitelma kohti työtä tai koulutusta. Jotta pitkään vailla työtä olleet ja vähäiseen toimeliaisuuteen tottuneet asiakkaat saadaan ryhmätoimintaan mukaan, on syytä lähteä liikkeelle varovasti. Vähittäisyys, esimerkiksi yksi 4-tuntinen päivä viikossa, on tehokasta kuntoutuksessa. Huu-

Taulukko 1. Tiivistelmä Tampereen sosiaalisen kuntoutuksen mallista.

Idea yleisellä tasolla	Ryhmämuotoista toimintaa.
	Aktivoida ja integroida pitkään työmarkkinoilta poissa olleita.
	Tarjota mahdollisuuksia.
	Osallisuus
	”Pieni on suurta.”
Tuen muodot	Vertaistuen ja asiantuntija-avun yhdistelmä.
Sosiaalinen tuki	Ryhmän käytännöllinen ja eksistentiaalinen merkitys.
Laajuus	Massatuote, sopii laajoille joukoille.
Asiakas	Heikossa työmarkkina-asemassa olevat.
Organisoiva taho	Kunta
Toteuttava taho	Järjestöt (pääosin), kunnan sosiaalityöntekijöiden tuella.
Kumppanuus	Useat tahot asiakasohjauksessa. Työvoimahallinto aktivointisuunnitelman teossa; järjestöt (ja kunta) toteutuksessa.
Motivaatio	Asiakkaat pääsevät ensisijaisen sosiaaliturvan kuten työttömyysturvan piiriin kuntoutuksen ajaksi ja jotkut myös jakson jälkeen.
Vastuu	Mahdollisuus ottaa vastuuta omasta elämästä.
Materiaalisia etuja asiakkaalle	Kulukorvaus Työmatkalippu Aamukahvi ja lounas Työssäolovelvoitteen täyttyminen.
Vaikutuksia instituutioihin	Haastaa aikuissosiaalityötä, kuntouttavaa työtoimintaa ja työvoimahallintoa kehittämään. Tarjoaa mahdollisuuksia järjestöille.
Suhde työhön	Asiakkaat voivat edetä toisiin kuntoutuspalveluihin ja kohti työelämää.
Julkistalous	Kuntataloudellisesti järkevää, valtio ottaa taloudellista vastuuta aktivoituneista. Pitkällä aikavälillä säästöt ovat todennäköisiä.
Mitä tietoa tuotti?	Asiakkaat haluavat olla aktiivisia. Matalan kynnyksen palveluja tarvitaan. Onnistumisen kokemus. Merkityksellisyyskokemus.

mekuntoutujien avokuntoutuksen yhteydessä olemme käyttäneet käsitettä vähäasiakkuus, joka viittaa siihen, että asiakkaalle on annettava aikaa rakentaa luottamusta palveluun (Perkiö & Simula 2004). Joskus vähemmän on enemmän. Kuntoutumista voi rinnastaa korkeushyppyyn. Kun haluamme oppia korkeushyppyä, on saatava aikaan onnistuneita hyppyjä. Eli rima on laitettava sille korkeudelle, että siitä voi hypätä yli. Rimaa voi taitojen karttuessa nostaa. Kuntoutuspalveluihin osallistumista ei saa tehdä vaikeaksi.

Mitä sosiaalinen kuntoutus merkitsee asiakkaalle?

Aulikki Kananoja (2012, 39) sanottaa sosiaalisen kuntoutuksen juuri siten, kuin se toteutuu *Avaimia arkeen* -ryhmätoiminnassa viikoittain. Näillä Kananojan mainitsemilla, alla luetelluilla ulottuvuuksilla asiakkaat kokevat menevänsä eteenpäin:

- identiteetin ja roolien muutokset
- ihmissuhteet, muun muassa perhesuhteet ja niiden muutokset

Taulukko 2. Sosiaalisen kuntoutuksen koettu merkitys (vastaajia 1054).

Kysymys: Mitä ryhmä antoi minulle? (2751 vastausta, enintään 3 vastausta/vastaaja. Vastaajia oli 1054.)		
Vastaus	Kuinka moni vastaaja mainitsi asian?	Vastausten N
1. Sain mielekästä tekemistä arkeeni	52 %	547
2. Uusia ihmissuhteita	49 %	521
3. Sain lisää tietoa erilaisista palveluista	37 %	390
4. Muodostin toimivan jatkosuunnitelman	35 %	368
5. Edisti psyykkistä tai fyysistä terveyttäni	22 %	233
6. Sain apua ja tietoa talousasioihin liittyen	20 %	211
7. Sain paremman käsityksen työkyvyistäni ja osaamisestani	14 %	144
8. Vähensin päihteiden käyttöä	12 %	121
9. Työnhakutaitoni paranivat	7 %	73
10. Kielitaito	6 %	66
11. Muu	7 %	77
Yhteensä		2751

- harrastukset, ryhmäjäsenyydet, sitoutumiset
- sosiaalinen toimintakyky, arkielämän taidot, yhteiskunnan pelisäännöt
- osallisuus, liittymishalu ja -mahdollisuudet sekä vaikutusmahdollisuudet
- syrjäytymisriskit tai syrjäytymisen vähentäminen/poistaminen.

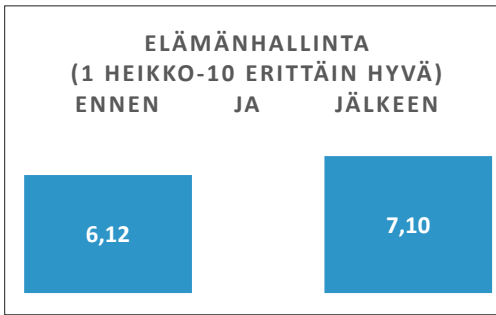
Kun asiakkaat (N=1054) valitsivat enintään kolme vaihtoehtoa kuvaamaan sitä, mitä sosiaalisen kuntoutuksen ryhmä on heille antanut, esille nousivat mielekäs tekeminen, ihmissuhteet ja tulevaisuuden suunnittelu (taulukko 2).

Tulokset siinä, mitä sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaat pitivät keskeisenä, vastaavat aiempaa tutkimusta. Mira Haapamäki (2009) tutki pro gradu -työssään sosiaalista kuntoutusta asiakaslähtöisyyden näkökulmasta haastatellen Koutsi-projektin asiakkaita. Koutsi oli Kiipulasäätiön vuosina 2004–2008 hallinnoima projekti. Siinä keskiössä oli kehittää palvelutarvearviointia ja valmennusta, jotta asiakkaat pääsisivät sellaiseen ammattiin, jossa voi työllistyä. Haapamäen saamat tulokset osuvat samoihin kolmeen teemaan, jotka myös Tampereen asiakkaat kokivat tärkeiksi tehdyssä kyselyssä: elämänhallintaan, oman tilanteen selvittämiseen ja ryhmässä toimimisen tärkeyteen.

Asiakkaiden (N=1054) kokemusta omasta sosiaalisesta kuntoutumisestaan kysyttiin palautteessa kymmenportaisella asteikolla (1 = heikko, 10 = erittäin hyvä) kahden osa-alueen osalta. Yhtäältä kysyttiin arvioita elämänhallinnasta (kuvio 1) ja toisaalta työllistymis- ja koulutustilanteesta (kuvio 2). Asiakasta pyydettiin jakson lopulla arvioimaan tilannettaan näillä osa-alueilla ennen sosiaalisen kuntoutuksen jaksoa ja vastaamisen aikana eli jakson lopulla. Molemmista ryhmistä asiakkaat kokivat merkittävää edistymistä.

Kuntoutuspolku ja vaikuttavuus

Taulukosta 3 käyvät ilmi sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaiden (N=756) jatkosuunnitelmat. Noin yksi kolmesta (36 %) jatkaa viikoittaista useampipäiväistä osallistumista edellyttävään kuntouttavaan työtoimintaan. Yhtä moni jatkaa toisen jakson sosiaalisessa kuntoutuksessa. Näiden pääväylien lisäksi yhteensä 5 % pääsee kiinni työhön, koulutukseen tai työkokeiluun. Jakson päättävistä asiakkaista syyperusteisiin palveluihin ohjautuu yksi kuudesta. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi eläkeselvittely ja terveydenhoitopalvelut. Jakson päättävistä kuudella prosentilla ei ollut käsitystä siitä, mitä he tekevät



Kuvio 1. Koettu elämänhallinta ennen sosiaalisen kuntoutuksen jaksoa ja sen jälkeen.



Kuvio 2. Koettu työllistymis- ja koulutustilanne ennen sosiaalisen kuntoutuksen jaksoa ja sen jälkeen.

jatkossa. Nämä jatko-ohjaustiedot ovat yhteneväisiä Tampereen mallia käsittelevän raportin kanssa: sosiaalisen kuntoutuksen palvelupolku on kuvattu myös Tampereen kaupungin sosiaalista kuntoutusta käsittelevän selvityksen loppuraportissa (Kesä ym. 2013, 10). Raportissa puhutaan sosiaalisen kuntoutuksen ryhmäpalvelusta, mikä tarkoittaa samaa kuin tässä tekstissä käytetty sosiaalisen kuntoutuksen käsite.

Pohdinta

Sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvät olennaisesti taloudelliset kannusteet. Yleisillä sosiaalipoliittisilla linjauksilla on merkitystä. Asiakkaiden sosiaalisen kuntoutumisen kannal-

ta on vaikutusta sillä, että työmarkkinatuki ei alene, jos kuukausitulo jää alle kolmensadan euron. Samoin perustulokeilu, jossa kahdeksan satunnaisesti valitulle työmarkkinatuen saajalle myönnetään kuukausittain ehtoitta 560 euroa, mallintaa sitä, mikä merkitys tulonsiirtojärjestelmällä on osallistumiseen ja työssäkäyntiin. Kuitenkin yksilötason kannustavuuden lisäksi valtion ja kunnan välisellä vastuunjaolla on merkitystä.

Kuntatalouden kannalta on väliä sillä, että kunnan pitää maksaa merkittäviä osuuksia pitkäaikaistyöttömiensä työmarkkinatuesta. Kun asiakas on työllistymistä edistävässä toiminnassa, kuten sosiaalisessa kuntoutuksessa, kunta on vapautettu tästä velvollisuudesta. Toiseksi kunta saa kuntouttavan työtöi-

Taulukko 3. Ohjautuminen sosiaalisen kuntoutuksen jakson jälkeen.

Mihin sosiaalisen kuntoutuksen jälkeen?	%	N
Jatkoryhmä tai toinen sosiaalisen kuntoutuksen ryhmä	36	272
Kuntouttavan työtoiminnan yksikkö	36	271
Typa:n palvelut (työllisyyden hoidon yksikkö)	2	18
Työkokeilu	2	12
Koulutus	2	14
Työ	1	8
Eläkeselvittely	3	25
Jatkaa TE-toimiston asiakkaana	5	40
Terveydenhoito (sis. terveydenhuollon, päihdekuntoutuksen ja psykiatrisen hoidon)	3	25
Sosiaalitoimiston asiakkuus jatkuu	3	23
Muu tai ei suunnitelmaa	6	48
Yhteensä	100	756

minnan järjestämisestä valtion korvauksena 10,09 euroa toimintapäivää ja kutakin kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvaa asiakasta kohti (THL 2015). Lisäksi sosiaaliseen kuntoutukseen osallistumalla työttömyysturvan maksamisen työssäolovelvoitteet täyttyvät. Kolmanneksi kunta säästää toimeentulotukimenoissa, koska osallistujista lähes kaikki saavat jakson ajan työmarkkinatukea, jonka piirissä jotkut asiakkaat eivät ole olleet ennen ryhmätoimintaa. Tämän lisäksi jotkut kurssilaisista jäävät jakson jälkeen työmarkkinatuen piiriin, vaikka he eivät olisi siihen olleet oikeutettuja ennen jaksoa.

Taloudellisten seikkojen lisäksi sosiaalinen kuntoutus on ajankohtaista monesta syystä. Kuntoutuksen kokonaisuudistus etenee osana sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamista, ja on tärkeää selvittää, miten kuntoutuksen kokonaisprosessi voidaan integroida osaksi toimivia sosiaali- ja terveyspalveluja (Poutiainen 2016). Lähiyhteisöjen murentuminen sekä väliinpuotoamisen vaara koventuneen kilpailun, nopean muutoksen ja taloudellisen niukkuuden yhteiskunnassa muuttavat asiakkaiden osallistumisen, selviytymisen sekä toiminta- ja työkyvyn kysymykset entistä monisäikeisemmiksi (Rajavaara & Karjalainen 2012). EVA:n tuoreen selvityksen mukaan työvoiman ulkopuolella on lähes 80 000 työkäistä miestä (Pyykkönen ym. 2016). Mallia voi peilata myös ajankohtaiseen keskusteluun osallistumistulosta (Hiilamo ym. 2017)

Pitkäaikaisten ja ylisukupolvisten vaikutusten arviointi on vaativa mutta tärkeä osa sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön onnistumista. Vaativuutta lisää se, että talousvaikutuksiin kytkeytyy inhimillisiä ja sosiaalisia näkökohtia. Tätä monisäikeistä dynamiikkaa kannattaisi tutkia tarkemmin. Tässä katsauksessa kuvattuun ryhmäosallistumiseen liittyvä hyvinvoinnin lisääntyminen voi tuottaa pitkäaikaisvaikutuksia, jotka voivat vähentää sairastavuutta ja erityissairaanhoidon tarvetta. Samoin lastensuojelun tarve voi vähentyä, jos vaikeuksissa olevilla vanhemmillä tai isovanhemmillä on sosiaalista tukea ja rakentavia tulevaisuudensuunnitelmia.

Kun toimeentulotuki siirtyi vuoden 2017

alusta Kelan maksettavaksi, kuntien sosiaalityöntekijöille vapautui aiempaa enemmän aikaa tukea aikuisasiakkaita muillakin tavoin kuin laskemalle heille toimeentulotukea. Uudessa tilanteessa sosiaalityöntekijät ja heidän esimiehensä tarvitsevat kuntouttavaan sosiaalityöhön koeltuja toimintatapoja, joita on helppo ottaa käyttöön. Samoin kunnan sosiaalitoimi, työllisyyspalvelut ja kolmannen sektorin toimijat kaipaavat malleja, joiden avulla voidaan yhdessä torjua syrjäytymistä. Edellä kuvattu Tampereen sosiaalinen kuntoutus tarjoaa konkreettisia keinoja järjestää vaikuttavaa toimintaa pitkäaikaistyöttömille ja muille yhteiskunnan reunalla oleville.

Lopuksi

Vuosien työttömyyden vaikutus elämään on monitahoinen ja pahimmillaan musertava. Tampereen sosiaalisen kuntoutuksen malli palvelee laajaa ja monimuotoista vaikeimmin työllistyvien joukkoa. Voiko muutama tunti viikossa ohjattua ryhmätoimintaa kolmen kuukauden ajan muuttaa jotakin olennaista? Asiakkaiden myönteiset arviot toiminnasta ovat rohkaisevia. Monet rakenteet asiakkaiden elämässä pysyvät samoina, vaikka yksilö saisikin uusia keinoja ja resursseja parantaa elämäänsä. Silti kanssaihmisyyttä ja mahdollisuuksia korostava konkreettinen toimintamuoto antaa asiakkaille uskoa, toivoa ja uusia näkökulmia.

Tulosten merkitys: Tämä katsaus osoittaa, että pitkäaikaistyöttömät ovat halukkaita osallistumaan vapaaehtoisuuteen perustuvaan ryhmämuotoiseen kuntoutustoimintaan, joka yhdistelee sosiaaliohjausta ja asiakkaiden keskinäisen vuorovaikutuksen edistämistä. Arvioidun mallin perusteella sosiaalisen kuntoutuksen vaikutus on myönteinen asiakkaiden arjessa. Vaativasta lähtötilanteesta huolimatta kolme neljästä jatkaa aktiivointitoimien piirissä, ja lopuista suuri osa jatkaa heidän tilanteeseensa sopivien sosiaali- tai terveyspalvelujen parissa. Tampereen sosiaalinen

kuntoutus on merkittävä sosiaalityön toimintamuoto, jolla on valtakunnallista – kukaties kansainvälistäkin – käyttöä.

Avainsanat: sosiaalinen kuntoutus, kuntouttava työtoiminta, osallisuus, toimintakyky, pärjääminen, aktivointi, vapaaehtoisuus

Kiitokset johtava sosiaalityöntekijä Tuija Rajalalle tutkimushankkeen tukemisesta. Lämpimät kiitokset käsikirjoituksen kommentoinnista sosiaalityöntekijöille Mira Kolajo, Heidi Korhonen, Hanna Niskanen ja Reetta Väisänen.

Mikko Perkiö, YTT, yliopisto-opettaja, Global Health and Development, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

Annariina Koivu, FT, tutkijatohtori, Global Health and Development, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

Jälkisanat: *Jutun kirjoittamisen jälkeen on saatu tieto, että Tampereen sosiaalisen kuntoutuksen ryhmämuotoinen palvelu on päättynyt huhtikuun 2017 lopulla. Kirjoittajat pahoittelevat, että kunta on luopunut tästä tuloksekkaasta toimintatavasta.*

Lähteet

- Bhat CS (2010) Assisting Unemployed Adults Find Suitable Work: A Group Intervention Embedded in Community and Grounded in Social Action. *Journal for Specialists in Group Work* 35, 3, 246–254.
- Creed PA, Machin MA, Hicks RE (1999) Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behaviour therapy based training interventions. *Journal of Organizational Behavior* 20, 963–978.
- Haapamäki M (2009) Sosiaalinen kuntoutus ja asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet Koutsu-valmennukseen osallistuneiden kertomana. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikka. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80732/gradu03657.pdf?sequence=1>
- Hiilamo H, Kathrin K, Moisiö P, Babila Sama T, Lauronen J-P, Karimo A, Mäntyneva P, Parpo A, Aaltonen H (2017) Neljä osallistuvan sosiaaliturvan mallia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 18. Helsinki.
- Hodžic S, Ripolla P, Liraa E, Zenasnib F (2015) Can intervention in emotional competences increase employability prospects of unemployed adults? *Journal of Vocational Behavior* 88, 28–37.
- Isola, A-M, Turunen E, Hiilamo H (2016) Miten köyhät selviytyvät Suomessa? *Yhteiskuntapolitiikka* 81, 2, 150–160.
- Kananoja A (2012) Sosiaalinen kuntoutus ja sosiaalihuollon uudistuksen suunta. *Kuntoutus* 4, 35–40.
- Kesä M, Kinnunen R, Ala-Kauhaluoma M, Laiho A, Müller J-E, Joutsen M (2013) Sosiaalisen Kuntoutuksen Selvitystyö. Tampereen kaupunki, Innolink, Sosiaalikehitys, Kuntoutussäätiö. http://tyollisyysportti-fi-bin.aldone.fi/@Bin/a4bc417d77dfdc283ac5c2d7775970d0/1422967346/application/pdf/100268/Loppuraportti_TYPA_sosiaalinen%20kuntoutus_10092013.pdf
- Kuvaja A (2012) Työnhakumotivaation dynamiikka: Näkökohtia motivaatiokysymysten käsittelystä sosiaalisessa kuntoutuksessa. *Kuntoutus* 4, 17–29.
- Machin MA, Creed PA (2003) Understanding the differential benefits of training for the unemployed. *Australian Journal of Psychology*, 55, 104–113.
- Perkiö M, Simula H (2004) Tampereen Matalan huumehoitomalli. A-klinikkasäätiö. *Tiimi-lehti*, 6, 4–7.
- Poutiainen E (2016) Miten kuntoutukseen liittyvä tutkimus- ja kehittämistieto leviää ja tavoittaa tiedon soveltajat? *Kuntoutus* 2, 3–4.
- Pyykkönen J, Myrskylä P, Haavisto I, Hiilamo H, Nord U (2016) Kadonneet Työmiehet. EVA-analyysi 54. http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2017/02/no_54.pdf
- Rajavaara M, Karjalainen V (2012) Sosiaalinen kuntoutus lakisäätiseksi – mikä muuttuu? *Kuntoutus* 4, 3–4.
- Silvonen J, Vuori J (1998) Työhön-ryhmien vaikutus työttömien masennusoireisiin. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 34. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Tampereen kaupunki (2016) Avaimia arkeen. <http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/sosiaalinen-tuki-ja-toimentulo/aikuissosiaalityo/avaimia-arkeen.html>
- THL (2015) Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja. <http://www.thl.fi/fi/web/kuntouttavan-tyotoiminnan-kasikirja/kuntouttavan-tyotoiminnan-kasikirja/toiminnan-rahoitus>.

DYSTONIAA SAIRASTAVIEN SOPEUTUMISVALMENNUS-KUNTOUTUSKURSSIEN PITKÄAIKAISVAIKUTUSTEN ARVIOINTITUTKIMUS JOHTAA KYSYMÄÄN: MITEN UUDISTAA KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUDEN TUTKIMUSTA?

Johdanto

Keskustelu kuntoutuksen vaikuttavuudesta on jatkunut vilkkaana 1990-luvulta alkaen (Ashorn & Miettinen 2013, 26; Tuloksellisuustarkastuskertomus 2013). Tavoitteena on ollut sellaisten työmenetelmien käyttö, joiden vaikuttavuudesta on luotettavaa tutkimusnäyttöä. Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksissa on käytetty yleensä kokeellisia tai kvasikokeellisia asetelmia, joissa vertaillaan muutosta intervention kohteena olleessa ihmisryhmässä ja taustamuuttujiltaan identtisessä verrokiryhmässä. Nämä asetelmat edellyttävät selkeästi rajattua ja määriteltävää tilannetta sekä todellisuuden jäsentämistä kausaalisten syy-seuraussuhteiden kautta. Kuntoutustoiminnan tutkimisessa lähtökohta on ongelmallinen, koska ihmiselämä ei ole pelkistettävissä yksinkertaisiksi syy-seuraussuhteiksi. Kuntoutumisen taustalla voivat olla monenlaiset muut syyt kuin kuntoutusinterventio, esimerkiksi kuntoutujan toimintakontekstissa, kuten ihmissuhteissa, tapahtuneet muutokset. (Rantanen 2009, 107.)

Kuntoutuksen vaikuttavuuden kokeelli-

sissa ja kvasikokeellisissa tutkimuksissa on hyödynnetty erilaisia geneerisiä ja sairaus-spesifejäkin mittareita. Niitä ovat muun muassa elämänlaatuun tai terveyteen liittyvään elämänlaatuun keskittyvät mittarit RAND-36, 15D ja WHOQOL-BREF. Monien mittareiden ydin muodostuu toimintakyvystä ja sen osaluista (esimerkiksi fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky), joissa tapahtuvia muutoksia pyritään kvantifioimaan. Näillä mittareilla ei ole saatu kovinkaan runsaasti luotettavaa näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Kuntoutussäätiön toimitusjohtaja Soile Kuitunen ja Kelan pääjohtaja Elli Aaltonen kritisoivat lehtikirjoituksessaan (2015) sitä, miten vähän kuntoutuksen vaikuttavuudesta tiedetään ja miten paljon siihen kuitenkin käytetään Suomessa verovarvoja (noin 1,2 miljardia vuosittain). Sama summa mainittiin jo kuntoutusselonteossa 2002, jolloin mukaan oli laskettu myös erityisopetuksen, vammaispalvelujen ja vanhusten kuljetuspalvelujen kustannukset (Kuntoutusselonteko 2002, 4–5). Kuitunen ja Aaltonen (2015) kaipaavat

kyseenalaistusta sekä uudenlaista kuntoutusajattelua, toteutustapoja ja vaikuttavuuden mittaamistapoja. Heidän mukaansa kuntoutuspalveluihin tarvitaan vaikuttavuuskriteerit eli kuvaukset siitä, mitä kuntoutuksella on saatu aikaan.

Tässä kirjoituksessa kuvataan dystoniaa sairastavien ihmisten sopeutumisvalmennus-kuntoutuskurssien pitkäaikaisvaikutusten arviointitutkimusta ja sen päätuloksia. Tutkimuksen tuloksia on aiemmin raportoitu kansainvälisissä liikehäiriötutkijoiden kongresseissa (Kinos ym. 2011, Martikainen ym. 2016). Tutkimuksen kuvauksen jälkeen pohditaan sen tulosten valossa vaihtoehtoisia ja täydentäviä tapoja, joilla voitaisiin saada tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Dystoniaa sairastavien ihmisten laitosmuotoisten sopeutumisvalmennuskuntoutuskurssien pitkäaikaisvaikutusten arviointi

Primaarista dystoniaa sairastavia arvioidaan Suomessa olevan noin 2000. Sairauden katsotaan kuuluvan harvinaissairauksiin. Dystoniaan liittyy merkittävä työkyvyn heikentyminen botuliinihoidosta huolimatta (Martikainen ym. 2010). Harvinaisia sairauksia sairastavat kaipaavat usein lisää tietoa, ja jonkun muun samaa sairautta sairastavan tapaaminen koetaan merkitykselliseksi. Sopeutumisvalmennus-kuntoutuskurssit voivat palvella näitä tarpeita.

Vuosina 2006 - 2009 selvitettiin dystoniaa sairastaville ja heidän omaisilleen järjestettyjen laitosmuotoisten sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssien vaikutuksia kuuden kuukauden välein tehdyllä kyselytutkimuksella. Tutkimusaikana järjestettiin yhteensä 17 kurssia Turussa Suvituudessa ja Petreassa sekä Joensuussa Kuntohovissa. Osallistujia oli vuosittain 35 - 54. Kurssien sisältö koostui pääosin luennoista, erilaisesta liikunnallisesta ohjelmasta ja ryhmäkeskusteluista. Lisäksi jokainen osallistuja tapasi yksilöllisesti neurologin ja fysioterapeutin sekä loppuyhteenvedossa kuntoutusryhmän.

Kyselyihin kuuden kuukauden välein vastasi

79 kurssilla ollutta ja 21 kurssipaikkaa odottavaa 226:sta kurssille hakeneesta (44 %). Näiden kahden ryhmän tuloksia verrattiin keskenään. Sairauteen sopeutuminen on monimuotoinen ja usein pitkä prosessi, eikä ollut tiedossa, millä mittarilla sopeutumisprosessin etenemistä voisi mitata. Tiedon keräämisessä käytettiin useita mittareita kuten terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselylomaketta (15D®), mielialaa kartoittavaa kyselyä (GDS-15) ja omaisen kuormitus -kyselylomaketta (Zarit).

Tutkimukseen osallistuneista työikäisistä alle puolet oli aktiivisesti työssä. Työtilanne selkiytyi jossain määrin kurssille osallistuneilla. Ryhmätasolla merkitsevästi eroava muutos seurannassa havaittiin mielialassa. Mielialan paranemista havaittiin GDS-kyselyllä mitattaessa myös kurssipaikkaa odottavilla, mutta vain kurssilla olleilla muutos oli tilastollisesti merkitsevä. Omaisen rasitus Zarit-kyselyssä ei merkitsevästi muuttunut seurannassa kummallakaan ryhmällä. Omaisten rasituksen muutos oli kuitenkin yhteydessä sairastavan mielialan muutoksiin. Sairauteen liittyvän stigman kokemus liittyi erityisesti esiintymistilanteisiin ja kaupungilla liikkumiseen. Näissä tilanteissa negatiivista suhtautumista koki lähes neljännes vastaajista. Stigman kokemisessa ei kummallakaan ryhmällä tapahtunut seurannassa merkitseviä muutoksia. Elämänlaatu oli 15D-kyselyssä heikentynyt saman ikäiseen väestöön verrattuna. Heikentymistä ikäverrokkeihin nähden oli nähtävissä erityisesti seuraavissa osioissa: tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Elämän laadussa ei kummallakaan ryhmällä tapahtunut seurannassa merkitsevää muutosta. Liikunnan harrastus, aktiivisuus kulttuuripalvelujen käytössä tai järjestötoiminnassa ei oleellisesti seurannassa muuttunut. Tulosten yleistettävyyttä heikentää alhaiseksi jäänyt osallistumisprosentti. Erityisesti verrokkiaineistoksi otettu kurssipaikkaa odottavien ryhmä jäi pieneksi eikä se ollut satunnaistettu.

Yksilölliset erot ryhmien sisällä olivat suuria. Osalla tulokset selvästi paranivat, osalla huononivat, kun taas osalla ne pysyivät sa-

moina. Mitään selkeästi ennustavaa tekijää kurssista hyötyneiden erottamiseksi vähemmän hyötyneistä ei voitu löytää. Tutkimuksessa ei tarkasteltu erikseen kaikkia sopeutusvalmennuskurssien sisältämiä elementtejä kuten tietoa sairaudesta tai vertaistukea, joista kurssin jälkeen saatava palaute on ollut yleensä hyvää. Jää epäselväksi, onko näillä tekijöillä pitkäaikaisvaikutuksia.

Johtopäätökset: Miten sopeutusvalmennusta tulisi kehittää?

Dystoniakuntoutuksessa tiedon saannilla ja vertaistuella voi olla merkitystä niissäkin dystoniatyypeissä, jotka eivät hyödy perinteisestä fysioterapiapainotteisesta kuntoutuksesta, kuten blepharospasmissa ja spasmoidissa dystoniassa. Kelan kuntoutus- ja sopeutusvalmennuskurssitarjonta dystoniaa sairastaville koostuu pelkästään parikursseista. Kaikki eivät kuitenkaan hyödy parikursseista (tässä tutkimuksessa 32 % asui yksin). Toisaalta tämän tutkimuksen perusteella myös omainen, joka ei osallistu kurssille, voi hyötyä sairastavan omaisensa mielialan paranemisesta. Dystoniaan liittyvä työkyvyn heikentyminen korostaa ammatillisen kuntoutuksen keskeistä merkitystä.

Sairauteen sopeutuminen on pitkä prosessi, jossa yksittäisen kurssin merkitystä on vaikea arvioida. Oikeaan kohtaan sattuessaan se voi olla käännteentekevä alku positiiviselle kehitykselle mutta pitkäaikais sairauksissa tuskin riittää kattamaan koko tulevaa elämää. Koska dystoniaoireisto jatkuu myös kuntoutusjakson jälkeen oleellisesti ennallaan, onkin epätodennäköistä, että yksittäisellä sopeutusvalmennus-kuntoutuskurssilla voitaisiin pysyvästi helpottaa sairauden aiheuttamaa haittaa. Sairauden luonteen takia sairauden kanssa elämisen tukemisen tulisikin olla pitkäkestoista. Kuntoutuksen ja hoidon tulisi olla kiinteässä vuorovaikutuksessa etenkin sairauksissa, joissa hoidolla on keskeinen vaikutus toimintakykyyn.

Tulevaisuudessa tullaan todennäköisesti entistä enemmän hyödyntämään myös muita

tiedon välittämisen ja vertaistuen tapoja kuin perinteisiä sopeutusvalmennus-kuntoutuskursseja. Tietoa, taitoa ja vertaisia ei harvinaisista sairauksista ole tarjolla joka paikassa. Esimerkiksi Parkinsonin tautia sairastaville käynnistetyt verkko-sopeutusvalmennuskurssit soveltunevat myös muita pitkäaikais-sairauksia kuten dystoniaa sairastaville. Arjen elämä onkin pitkälle digitalisoitunut, mutta kuntoutustoiminnassa digiloikka on edelleen tekemättä (Kuitunen & Aaltonen 2015). Huntingtonin taudissa puolestaan on saatu hyviä kokemuksia eri puolilla Suomea järjestetyistä Huntington-kahviloiksi nimetyistä vapaa-muotoisista vertaistapaamisista. Uudenlaisten kuntoutuksen toteutustapojen tarpeen nostavat esiin myös Kuitunen ja Aaltonen. Kuntoutuja voisi esimerkiksi saada kasvokkaista palvelua terveystieteiden tai hyvinvointitaloista keskeltä kaupunkia. Palvelupisteet voitaisiin rakentaa yhteistyössä kuntien, järjestöjen, säätiöiden ja yritysten kanssa. (Kuitunen & Aaltonen 2015.)

Mittareiden lisäksi tarvitaan laadullista lähestymistapaa

Tässä artikkelissa kuvatussa dystoniaa sairastavien sopeutusvalmennus-kuntoutuskurssien pitkäaikaisvaikutusten arviointitutkimuksessa ei erilaisilla mittareilla saatu vaikuttavaa näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö vaikuttavuutta voisi olla ja olisi.

Viime aikoina sosiaali- ja terveysalan menetelmällisen kehittämisen yhteydessä on korostettu työntekijöiden kokemustiedon ja asiakaspalautteen merkitystä. Kuntoutuskäytäntöä voidaan pitää tarkoituksenmukaisena ja toimivana, mikäli asiantuntijakokemukset ja käyttäjäpalautteet sitä puoltavat. Kokemustieto ymmärretään tutkimusnäyttöä täydentäväksi, ei sille vastakkaiseksi. Tämän näkemyksen taustalla on uudenlainen tietokäsitys, joka korostaa erilaisten tiedon lajien ja tiedon oikeuttamisen tapojen olemassaoloa. Myös kontekstuaalisuuden merkitys kuntoutustoiminnassa on noussut esiin. Se merkitsee huomion kiinnittämistä esimerkiksi asu-

miseen, koulutukseen, työhön, perheeseen ja muihin ihmissuhteisiin. Usein kuntoutuminen edellyttää sitä, että asiakas tulee subjektiksi yhteiskunnan eri toiminta-areenoille. Siihen tarvitaan mahdollisuuksia mielekkääseen toimintaan sekä kokemusta omasta toimijuudesta. (Rantanen 2009, 10, 110 - 113.)

Kun tarkastelemme kuntoutustoimintaa vuorovaikutteisena prosessina, tärkeäksi nousee vaikuttavien mekanismien tarkempi analysointi. Mistä asiakkaat itse kokevat hyötynensä? Mikä toimintatapa, työmuoto tai työskentelyorientaatio on osoittautunut tiettyjen asiakkaiden kohdalla toimivaksi tietyissä tilanteissa? Näitä kysymyksiä voidaan tutkia laadullisilla menetelmillä. Myös tarinallista lähestymistapaa voidaan käyttää, kun tutkitaan yksittäisten ihmisten selviytymistä ja siihen liittyviä merkityksiä (Hänninen & Valkonen 1998). Rajavaara ja Lehto (2013) muistuttavat, että todellisuus usein pakenee kontrolloituja asetelmia ja että monet tutkimusmenetelmät (esimerkiksi kyselyt) vaikuttavat väliintulevasti. Tiedonkeruussa voitaisiinkin hyödyntää muun muassa osallistuvaa havainnointia, keskusteluita ja työntekijöiden prosessikuvauksia, eikä kuntoutuksen vaikuttavuuden osa-alueita pitäisi määritellä etukäteen (Koskela 2010). Dystoniaa sairastavat kuvasivat sopeutumismennus-kuntoutuskurssin antia kirjallisessa palautteessa Suvituudessa 2016 seuraavasti:

”Osaa toimia lääkäreiden ja viranomaisten kanssa paremmin.”

”Suhteellisuuden taju omaan ja ympäristön sairauksiin. Faktatietoja sairaudesta ja sen hoidosta. Rentoutuksen tapoja ja merkitys... psyykkisen stressin kestämisen parannus.”

”Oman jaksamisen ymmärtäminen...”

”Muilta kursseilla olijoilta saatu vertaistuki!”

”Opin ymmärtämään dystonian laaja-alaisuuden.”

”Sairauden kanssa voi elää hyvää elämää. Positiivisempi ajattelu, tehdä asioita oman sai-

rauden rajoissa (mitä voi tehdä) Lepotaukoja pitäis muistaa pitää!”

Tämän tyyppisiä merkityksellisiä, koettuja vaikutuksia ei mikään tunnettu mittari onnistu vangitsemaan. Sen sijaan kuntoutujat itse osaavat kuvata niitä, kun saavat siihen mahdollisuuden.

Vaikuttavuuden arviointi on tärkeää mutta kaipaa siis uusia lähestymistapoja erilaisten toimintakyky- ja elämänlaatumittarien lisäksi. Sitä paitsi vaikuttavuudesta tarvittaisiin kriittisiä arvioita muiltakin sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilta kuin kuntoutuksesta. Sosiaalipalveluissa vaikuttavuuden tarkastelu on aivan alkutekijöissään. Hiljattain julkaistu satunnaistettu tutkimus yleisesti käytetystä polven tähytysleikkauksesta toi yllättävää tietoa (Sihvonen ym. 2016): polvivaivojen hoidossa kannattaakin usein panostaa kuntoutukseen leikkauksen sijasta. Vaikuttavuuden arvioinnin pitäisikin koskea kaikkea yhteiskunnan rahoittamaa toimintaa, jotta verorahat tuottaisivat parhaan mahdollisen hyödyn. Tällöin kustannus-vaikuttavuuden arviointi tulisi kuitenkin tehdä yli sektorirajojen, koska säästö yhdellä sektorilla johtaa helposti lisääntyneisiin kustannuksiin toisella.

**Sirppa Kinon, VTL, lehtori,
Turun ammattikorkeakoulu**

**Kirsti Martikainen, LT, neurologian dosentti,
asiantuntijalääkäri, Suomen Parkinson-liitto ry**

**Reijo Marttila, neurologian professori
(emeritus), Turun yliopisto**

Lähteet

- Ashorn U, Miettinen S (2013) Kuntoutus hyvinvointivaltion kerrostumissa. Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Hänninen V, Valkonen J (1998) Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa V Hänninen & J Valkonen (toim.) (1998) Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Tutkimuksia 59, Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Kinos S, Martikainen K, Marttila R (2011) Multidisciplinary evaluation in dystonia rehabilitation: Implementation of recommendations. 5th Dystonia Symposium 2011, Barcelona, Spain.

- Koskela T (2010) Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamisen (ja arvioinnin) haasteet. http://www.valkky.fi/tiedostot/Koskela_Esitys%2025_3_2010.pdf. [Viitattu 10.10.2016].
- Kuitunen S, Aaltonen E (2015) Kuntoutuksen vaikuttavuus pitää moninkertaistaa. Helsingin sanomat 17.8.2015.
- Kuntoutusselonteko (2002) Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle.
- Martikainen KK, Kinoshita S, Marttila RJ (2016) Long-term effects of a short inpatient rehabilitation course and peer support in dystonia. The 20th International Congress June 19 - 23, 2016, Berlin, Germany.
- Martikainen KK, Luukkaala TH, Marttila RJ (2010) Working capacity and cervical dystonia. *J Parkinsonism and Related Disorders* 2010, 16, 215 - 217.
- Rajavaara M, Lehto J (2013) Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuuko – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Rantanen T (2009) Kuntoutus, vaikuttavuus ja ”sosiaalinen”. Teoksessa T Rantanen (toim.) Kuntoutus, vaikuttavuus ja kehittäminen. Näkökulmia rikosseuraamusalan työn kehittämiseen. Edita, Helsinki.
- Sihvonen R, Englund M, Turkiewicz A, Järvinen TL (2016) Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study Group. Mechanical Symptoms and Arthroscopic Partial Meniscectomy in Patients With Degenerative Meniscus Tear: A Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2016 Apr 5;164 (7): 449–55. doi: 10.7326/M15-0899. Epub 2016 Feb 9.
- Tuloksellisuustarkastuskertomus (2013) Kuntoutus työurien pidentäjänä. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 2/2013.

HYVIEN KÄYTÄNTÖJEN HAUTAJAISET?¹

Kirjoitin artikkelissani *Asumispalvelujen hankinnan kehykset* (Kuntoutus 4/2016) seuraavasti:

”Palvelutuottajien asettaminen kilpailu- tuksissa ’samalle viivalle’ on johtanut palvelujen standardisointiin. Monet standardeista poikenneet keski-suuret ja pienet palvelun tuottajat ovat kadonneet palvelutuotannon kentältä. Standardisointi ei ole paras vaihtoehto palvelujen laadun ja tuloksellisuuden turvaamiseksi. Historiallisesti merkittävä enemmistö mielenterveys- ja päihdepalvelujen ’hyvistä käytännöistä’ on poikennut radikaalisti oman aikansa standardipalveluista.” (Salo 2016.)

Tuore matka Sosiaalipedagogisen säätiön kanssa Roomaan ja Aquilaan antoi aiheen pohdittua, onko tuntemillani mielenterveystyön hyvillä käytännöillä oleellisia yhteisiä nimittäjiä. Avaan aluksi kolmen hyvän käytännön ydintekijöitä, minkä jälkeen pohdin niiden yhteisiä piirteitä. Lopuksi palaan kysymykseen, onko hyville käytännöille elintilaa sote-Suomessa.

Italian psykiatrinen reformi

Italian reformi käynnistyi vuonna 1961, kun Gorizian mielisairaalan johtajaksi valittiin Franco Basaglia (1924–1980) kieltäytyi hyväksymästä potilaisiin kohdistettavia fyysisiä tai psyykkisiä pakkokeinoja. Sairaalan sisäistä demokratisointia edistettiin päivittäisillä yleiskokouksilla ja rakentamalla arkista vuorovai- kutusta terapeuttisen yhteisön pelisääntöjen

mukaan. Olennaista oli viljellä kuuntelemisen ja kuulemisen kulttuuria. Basaglia sovelsi fenomenologista filosofiaa ja psykiatria asetta- malla mielisairauden sulkumerkkeihin, koska emme tunne sairauden biologisia, psykologi- sia, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia vaikutus- mekanismeja. Kuntoutumisen toivo ja haaste asetettiin potilaiden käsittämättömiltä vaikut- taneiden ilmausten ymmärtämiseen, arkisen vuorovaikutuksen rakentamiseen ja yhdessä tekemiseen. (Ongaro Basaglia 1981; 1982.)

Psykiatrisen reformin ensimmäinen vaihe pysähtyi sairaalan portille, kun paikallisvi- ranomaiset kieltäytyivät tarjoamasta asuntoja uloskirjoitetuille potilaille. Työntekijät jouk- koirtisanoutuivat ja reformin eturintama löy- si – Parman epäonnistumisen jälkeen – uuden mahdollisuuden kristillisdemokraattien valis- tuneesti hallinnoimasta Triesten kaupungista. Vuonna 1971 alkanut 1200 potilaan mielisai- raalan sulkeminen kesti seitsemän vuotta. Se perustui yhteiskunnalliseen mielenterveystyö- hön, jonka kivijalka muodostui kolmesta ra- kenteesta: avomielenterveyspalveluista, sosi- aalisesta yritystoiminnasta ja kansalaisaktii- visuudesta. Triesten ”hyvässä käytännössä” näitä kolmea rakennetta jalostettiin kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Avomielenterveyspalve- lut turvasivat hoidon jatkuvuuden ja koko- naisvaltaisuuden. Sosiaalisessa yritystoimin- nassa entisistä sairaalapotilaista, jotka olivat korvauksetta siivonneet osastojen käytäviä ja hoitaneet sairaalan puutarhoja, tuli osuus- kuntien palkallisia työntekijöitä. Kansalais-

¹ Artikkelini on omistettu kansalais- ja käyttäjälähtöisen mielenterveystyön pioneerin Raimo Matikaisen (1949–2017) muistolle.

toiminnassa kuntoutujat, taiteilijat ja muut kansalaiset kohtasivat ensi kertaa tasavertaisina toimijoina ja kumppaneina. Kysymys ei enää ollut siitä, kuka oli terve ja kuka oli sairas, vaan kuinka kyetään luomaan tasavertaisuutta edistäviä yhdessä elämisen (conviviality) rakenteita. (Convivialist Manifesto 2014; Salo 1996.)

1970–1980-luvuilla mielenterveystyön hyviä käytäntöjä rakennettiin vahvasti muutamilla paikkakunnilla Italiassa (Arezzo, Ferrara, Imola, Perugia, Torino ja Trieste). 1990-luvulla luetteloon voidaan lisätä Verona ja Livorno, missä vastikään avattiin niin kutsuttu recovery-keskus. Sen tarkoituksena on rakentaa siltaa julkisista palveluista käyttäjien kansalais-toimintaan ja näin vahvistaa kuntoutumisen jatkuvuutta. (Pini 2017.)

Italian psykiatrisesta reformista muodostui suomalaiselle psykiatrikunnalle ja muille mielipidevaikuttajille kuuma peruna ja aktiivisen torjunnan kohde. Myytiksi muodostui sen ihmettely, mihin ”oikeat skitsofreenikot” on Italiassa piilotettu. Suomalaisien on ollut lähes mahdotonta ymmärtää, kuinka suurkaupunki ilman psykiatrista osastohoitoa voisi olla mahdollinen. Sen, mikä tuntuu mahdottomalta Suomessa, pitäisi olla sitä muuallakin. Onko siis tunnettu syyllisyyttä siitä, ettemme itse ole kyenneet vastaavaan?

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin avoin dialogi

Tutustuin ensi kertaa niin kutsuttuun Keroputaan malliin Torniossa vuonna 1993. Ensimmäisestä vierailupäivästäni lähtien toimintatavassa oli jotakin Suomen oloissa hyvin poikkeuksellista. Silmiinpistäväntä oli hoidollinen pyrkimys psykiatrisen sairaalahoidon ennalta ehkäisemiseen. Pyrkimys ei ollut ensisijaisesti taloudellinen eikä hallinnollinen. Hoidollisesti moniammatillinen mielenterveystyön osaaminen vietiin välittömästi, joustavasti ja liikkuvasti psyykkisesti hädänalaisten ihmisten koteihin. Hoidon jatkuvuutta ja hoitovastuun jakamattomuutta vahvistettiin verkostoitumalla muiden viranomaisten kanssa. Samalla kannustettiin hädänalaisen ihmisen

perheenjäseniä ja merkittäviä läheisiä osallistumaan hoitoon ja kuntoutukseen, mistä muutamassa vuodessa vakiintui pysyvä käytäntö.

Paneuduttuani hoitomalliin myöhemmin koulutuspalvelujen hankkijana avoimen dialogin periaatteet avautuvat seikkaperäisemmin. Psyykkisen kriisin kroonistumisen välttäminen edellyttää – paradoksaalisesti tai ei – vahvaa ammatillista epävarmuuden sietoa, sillä avoin dialogi ei perustu diagnooseille, vaan ainutkertaisen hädänlaisen tilanteen kuuntelulle, kuulemiselle ja tilanteeseen osallistuvien ymmärryksen käytölle sen tulkitsemisessa. ”Kukaan ei tiedä”, mistä on kysymys ja mikä on paras mahdollinen ulospääsyreitti hädän labyrintista. Yhdistämällä kaikkien asiansaisten voimavarat on saatu erinomaisia kuntoutustuloksia ja vältetty tarpeettomaksi osoittautunutta osastohoitoa. Merkittävä osa riittävän varhain hoidon piiriin tulleista hädänalaisista on palannut työelämään. Myös psyykelääkkeiden määrääminen ja käyttö on asettunut avoimen dialogin hyvässä käytännössä kohtuulliselle tasolle. Tämä on ymmärrettävää, sillä toiminnan ytimessä ei ole oireiden (kemiallinen) hallinta, vaan inhimillisen kokonaistilanteen ymmärtäminen ja ratkaisujen etsiminen välttämällä psyykkisen kriisin kroonistumista, joka usein johtaa sairaalakierteeseen ja yhteiskunnasta syrjäytymiseen. (Seikkula & Alakare 2012.)

Tapaamani brasilialaiset, italialaiset ja saksalaiset mielenterveystyön ammattilaiset ovat pääsääntöisesti olettaneet, että avoimen dialogin hoitomalli on vallitseva käytäntö koko Suomessa. Näin ei ole asianlaita, vaikka avoimen dialogin pioneirit ovat järjestäneet jo vuosikymmeniä koulutusta kotimaisilla ja ulkomaisilla areenoilla. Kuten Italiassa, hyvät käytännöt eivät ota levitäkseen – muutoin kuin niin, että käytännön sisäistäneet ja riittävän vaikutusvaltaiset toimijat ovat siirtyneet työskentelemään paikkakunnalta toiselle.

Tornion seudun avoimen dialogin käytännöstä on muodostunut suomalaisessa valtaviertapsykiatriassa epäilyn ja aktiivisen torjunnan kohde. Toimintatapaa on arvosteltu kustannustehottomaksi tai epätäydelliseksi. Käsitksen mukaan sen, mikä tuntuu mahdottom-

malta muualla Suomessa, tulisi olla sitä Torniossakin. Standardikäytännöissä ei ole kyetty psyykkisten kriisien keston lyhentämiseen, ja kroonikoistuminen on siirretty kasvavien asumispalvelumarkkinoiden kontolle. Psykiatrisen hoidon tulokset eli niiden puute on näppärästi siirretty hoitojärjestelmän ulkopuolelle – eikä näköpiirissä ole, että sote-uudistus muuttaisi asiointitilaa ratkaisevasti.

Mielenterveyden keskusliiton kokemustutkimus- ja arviointitoiminta

Vuosina 2007–2010 koulutin mielenterveys- ja päihdekuntoutujia sekä pitkäaikaisasunnottomia ja johdin neljää kokemustutkimuksen ja -arviointin tutkimus- ja kehittämishanketta. Aloittaessani havahtuin melko nopeasti siihen, etteivät omaksumani akateemiset ja muut opetusmenetelmät toimineet. Koulutettavan tulisi kyetä erottamaan oma kokemuksensa muiden kokemuksista, jotta hän kykenisi hyödyntämään kokemustaan asianmukaisesti tutkimusasetelmien laadinnassa, tutkimushaastatteluissa ja -analyysissä. Tämä edellytti luottamuksellista oman elämäntarinan läpikäyntiä pienryhmissä.

Havahtuin myös siihen, ettei mielenterveysinstituutioiden historia tai mielenterveys-sosiologia toimi opetuksen pääsisältönä. Kun tavoitteena oli luoda edellytyksiä kokemuksesta kumpuaville merkittävälle tutkimuskysymyksille, kouluttajan rooli muuttui ”enemmän tietävästä vähimmin tietäväksi”. Kokemuskoulutuksen sokraattisen toiminnan ytimessä on yksilöllisen ja jaetun yhteisöllisen kokemuksen kuunteleminen ja kuuleminen – unohtamatta sitä, että kokemusten erilaisuus luo aina mahdollisuuden olennaisen tutkimuskysymyksen muodostumiselle.

”Kokemus” osoittautui perin moniulotteiseksi ilmiöksi. Omaa yksilöllistä ja tutkimusryhmässä jaettua yhteisöllistä kokemusta voitiin käyttää tutkimusmenetelmänä. Omalle ja muiden kokemuksille perustuvat elämäntarinat voitiin asettaa myös tutkimuksen kohteiksi. Kolmanneksi, reflektoidun kokemuksen avulla voitiin arvioida psykiatrisen ja hoito-opillisen tiedon puutteita ja systemaattisia

väärinymmärryksiä, testata tiedon ja kokemuksen vastaavuutta ja analysoida vastamattomuuden syitä. Lopuksi, reflektoitua kokemusta voitiin käyttää arviointitiedon tuottamisessa. (Salo 2010.)

Kokemustutkimuksen merkitys ei koske vain sitä, ketkä tietoa tuottavat ja mistä lähtökohdista. Vasta hankkeiden päättymisen jälkeen kykenin ymmärtämään, että (kokemus) asiantuntijana mielenterveyskuntoutujalla on mahdollisuus siirtyä yhteiskunnan marginaalista sen keskiöön, tutkijana, arvioitsijana ja aktiivisena kansalaisena. Asiantuntijan tulisi saada yhteiskunnalle ja palvelujärjestelmälle tekemistään palveluksista ja vaivannäöstä ansaitsemansa taloudellinen korvaus. Osuvimmin asian on tiivistänyt yhteiskuntafilosofi Nancy Fraser, joka liittyy toisiinsa taloudellisen uusjaon (redistribution), kulttuurisen tunnustetuksi tulemisen (recognition) ja poliittisiin prosesseihin osallistumisen (representation). Tiivistetysti, ”kokemusasiantuntijan” tittelillä on kovin vähän merkitystä, ellei siitä seuraa taloudellisen tilanteen kohentumista ja poliittisten vaikutusmahdollisuuksien lisääntymistä. Sanomattakin on selvää, että asiantuntijan on ansaittava asemansa käyttämällä asiantuntemustaan, ei esimerkiksi nimeämällä itsensä asiantuntijaksi – tai vielä pahemmassa tilanteessa antamalla muiden tehdä niin. (Fraser 2009.)

Kokemustutkimuksen ja -arviointin kariroituminen Suomessa oli monitahoinen ilmiö. Yhdeksi rintamalinjaksi muodostui nyt itsenäisenä toimijana lakkautetun Raha-automaattiyhdistyksen hyvinvointipoliittinen linjanmuutos: mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokemusasiantuntijat kuuluvat kansalaisyhteiskuntaan. Kokemustutkimus loi mahdollisuuden sillan rakentamiseen kansalaisyhteiskunnasta julkishallintoon, vaikuttamiseen ja markkinoille, esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden sosiaalisen yritystoiminnan ja yhteisöllisen työvoiman myynnin muodossa. Onko sillanrakennus elvytettävissä sote-Suomessa, missä viimeiset aidon itsenäisen roolin kantajat ovat tilaaja-managereita, jotka puolestaan ovat vain ja ainoastaan tilaamisen asiantuntijoita? (Salo 2016.)

Hyvien käytäntöjen yhteiset nimittäjät

Edellä kuvattujen ja varsin erilaisten hyvien käytäntöjen ensimmäistä yhteistä nimittäjää kutsun ”radikaalin ei:n periaatteeksi”. Hyvät käytännöt ovat ponnistaneet vallinneiden asiointilojen sietämättömyydestä ja kielloista: ”ei pakkokeinojen käytölle”, ”ei osastohoidolle ja psyykkisten kriisien pitkittämiselle”, ”ei kokemuksen kiellolle ja koulutettujen ylivallalle”. Toista kutsun ”kuuntelemisen ja kuulemisen periaatteeksi”. Kiintoisaa on, että dialogisen vuorovaikutuksen avautuminen on seurannut välittömästi radikaalista kiellon periaatteesta. Yhteisöllinen kuunteleminen ja kuuleminen on demokratisoitumiskehityksen merkittävä avain.

Hädänalaisten ja sorrettujen hoito, kuntoutus ja pedagogiikka edellyttävät tieto- ja valta-asetelman tuolle puolen avautuvaa dialogisuutta. Se on muodostanut kompassin kohti demokraattista vuorovaikutusta ja kulttuuria. Paolo Freiren sorrettujen pedagogiikalla ja Keroputaan avoimen dialogin periaatteilla on yllyttävän paljon yhteistä, mikä selittyy sillä, että molempien aatehistoriallisesta taustasta löytyy Mihail Bahtinin ja Søren Kierkegaardin vaikutusta.

Kolmanneksi, yhteistä on ollut tiedon muodostuminen paikallisesti. Vaikka Italian reformistit ottivat vaikutteita Maxwell Jonesin terapeuttisista yhteisöistä, torniolaiset Milanon perheterapeuttiselta koulukunnalta ja kokemustutkimus sen brittiläisiltä pioneereilta, ratkaisevaa oli toiminnan teorian ja käytännön vuorovaikutteinen kehittyminen paikallisesti. Kehitystä ei tapahdu ilman onnistumisten ja epäonnistumisen analyysiä, tarvittavia kurssin muutoksia, tavoitteiden tarkistusta ja jatkuvaa seuranta. Tiedon tuotannon kannalta monet hyvät käytännöt ovat kompassuneet dokumentoinnin heikkoon laatuun tai olemattomuuteen.

Neljänneksi, edellä kuvatut käytännöt sisältävät rakenteellisten muutosten siemeniä. Italian reformin merkitys on painoarvoltaan merkittävin, sillä avoimen dialogin ja kokemusasiatuntemuksen käytännöt olisivat

hyötyneet sosiaalisen yritystoiminnan rakenteista. Nyt Italian (viimeiset?) reformistit opiskelevat ahkerasti suomalaista avointa dialogia. Italialaisen kulttuurin paternalistisuus on ehkäissyt merkittävästi kokemusasiatuntemuksen läpimurtoa. Hyvistä käytännöistä voisi tulla ”parempia käytäntöjä” transkulttuurisen rakenteellisen mielenterveystyön ja kulttuurivaihdon välityksellä.

Reformisti sote-maassa

Onko näillä pohdinnoilla yhteyttä suomalaisen mielenterveystyön nykytodellisuuteen? Hyvien käytäntöjen mahdollisuudet on Suomessa työnnetty marginaaliin, mikä on aiheutunut hallinnollisista ja väärin ymmärretyistä taloudellisista syistä. Tilaa- ja tuottaja-mallin managerialismi estää rakenteellisesti hyvien käytäntöjen muodostumista, sillä managerialismia ei voida rakentaa edellä kuvattua kaltaiselle tietämättömyydelle (vaikka tilaajat eivät tunnekaan mielenterveystyön todellisuutta riittävästi). Sitä ei voida rakentaa dialogin periaatteelle, ainakaan niin kauan kuin monikansalliset suuryritykset saavat irtisanoutua vuoropuhelusta liikesalaisuuksiin vetoamalla. Tilaa- ja managerit eivät ole omaksuneet toimintatapoja, joissa kaikilla asianosaisryhmillä olisi mahdollisuus osallistua palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja päätöksentekoon. Kuvaavaa on, että edellä kuvatuissa hyvisissä käytännöissä päätöksenteko, taloudellinen vastuu ja palvelutuotanto olivat pääosin samoissa käsissä, minkä mahdollisuuden tilaa- ja tuottaja-managerialismi purkaa.

Dialogisuuden puute, päätöksenteon epädemokraattisuus ja sen erkaantuminen käytännön hoito-, kuntoutus- ja kehittämistyöstä tulevat vakavasti rajoittamaan uusien hyvien käytäntöjen muodostumista. Vahvin este on kuitenkin kustannustietoisuuden väärinymmärtäminen managerialismissa. Liikkeelle lähdetään kustannussäästöistä (”kuka tuottaa palvelut edullisimmin”), ei siitä, että hyvien käytäntöjen ansiosta kustannuksissa voidaan säästää. Hyvät käytännöt eivät ole olleet edullisimpia eivätkä kalleimpia, koska niissä on tähdätty käyttäjien elämänhallinnan voittokulkuun,

ei yritysten taloudelliseen voittoon. Taloudellisen aseman kohentuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa soveltuu ainoastaan käyttäjien ja perushenkilöstön asemaan. Nykysuhdanteessa taloudellista tulosta tehdään myös heidän kustannuksellaan. Siksi sotessa tarvitaan siirtymistä yksikanavaiseen rahoitusjärjestelmään. Päätöksentekoa tulisi uudistaa niin, että siihen osallistuvat myös perushenkilöstö, palvelujen käyttäjät ja omaiset. Henkilökohtaisen valinnanvapauden retoriikan viljely järjestelmässä, joka tukee suur yritysten voiton tavoittelua, on samaa kuin loppuun kalutun luun nimittäminen vaurauden tyhjentymättömäksi lähteeksi.

(L)opetukseksi

Hyvien käytäntöjen siirtämisestä tai jopa monistamisesta on muodostunut hämmentävän piintynyt myytti. Ainakaan mielenterveyden historiaan paneutuminen ei tue myyttiä. Hyvistä käytännöistä voidaan toki ottaa oppia, mutta erilaisissa sosiokulttuurisissa todellisuuksissa uudistaminen on aina aloitettava alusta – sieltä, minne radikaali kielto on juuri noissa oloissa kohdistettava. Toinen asia on, että standardikäytäntöihin ja taloudelliseen voitontavoitteluun kannustava tilaaja-tuottaja-malli muodostuu uusien hyvien käytäntöjen ja innovaatioiden esteeksi.

Monikansallisten hoivayritysten verotusta koskevassa ajankohtaisessa keskustelussa on jäänyt täysin huomiotta, että yksityisen voiton tavoitteluun perustuva toiminta tuottaa korkeintaan ”brändi-innovaatioita”, jotka loppupelissä muodostuvat valtion ja kansalaisten lisääntyviksi kustannuseriksi. Terveessä yhteiskunnassa valtion, markkinoiden ja kansalaisyhteiskunnan välillä vallitsee kohtuuteen perustuva tasapaino ja kolmikantainen tili-velvollisuus. Yksi hyvien käytäntöjen tuloksellisuuden kriteeri on ollut, että ne ovat onnistuneet edes pienimuotoisesti rakentamaan tasapainoisemman yhteiskunnan kehitysmahdollisuuksia.

Hyviinkin käytäntöihin sisältyy aina demagogisoitumisen, oikeaoppisuuden ja taantumisen mahdollisuus. Usein uudistajia seu-

ranneet sukupolvet ovat kadottaneet koskeuksensa siihen kokemukselliseen yhteyteen, mistä hyvä käytäntö on kummunnut. Ulkoisten olosuhteiden muuttuessa käytäntöjen uudistaminen ja uudelleen arviointi on siksi kaksin verroin hankalampaa – ja tärkeämpää. Yhteiskunnallisen epäoikeudenmukaisuuden, psyykkisen kärsimyksen ja toivonriikkaan rakenteellisen mielenterveytyön liikevoimat voivat aina jämähtää paikoilleen, jolloin reformista jää jäljelle pelkkä julkisivu, dialogisesta liikkeestä pelkkä koulutustuotteenä myytävä metodi tai kokemusasiantunteuksesta vaihtoarvoton nimike. Siinä tilanteesta on syytä palata lähtöruutuun ja kysyä, keitä varten, miten ja miksi.

Markku Salo, YTT, vapaa tutkija

Lähteet

- Ongaro Basaglia F (toim.) (1981) Franco Basaglia. Scritti I: 1953–1968. Dalla psichiatria fenomenologica all' esperienza di Gorizia. Einaudi, Torino.
- Ongaro Basaglia F (toim.) (1982) Franco Basaglia. Scritti II: 1968–1980. Dall' apertura del manicomio alla nuova legge sull' assistenza psichiatrica. Einaudi, Torino.
- Convivialist Manifesto (2014) A Declaration of Interdependence. Centre for Global Cooperation Research. Duisburg. (60 intellektuellin allekirjoittama teksti.)
- Fraser N (2009) Scales of Justice: Reimagining Political Space in a Globalizing World. Columbia University Press, New York.
- Pini P (2017) Suullinen tiedonanto. Rooma 4.3.2017.
- Salo M (1996) Sietämisestä solidaarisuuteen. Mieli-sairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino, Tampere.
- Salo M (2010) Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Raportti 22. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Salo M (2016) Asumispalvelujen hankinnan kehukset. Kuntoutus 4, 17–28.
- Seikkula J, Alakare B (2012) Open Dialogues Mobilizes the Resources of the Family and the Patient. Teoksessa M Romme, S Escher. Psychosis as a Personal Crisis. An Experience-Based Practice. Routledge, London.

LOGOPEDIAN KOULUTUS PUHETERAPEUTIN AMMATILLISEN TYÖN PERUSTANA

Puheterapeutteja koulutetaan Suomessa viiden yliopiston logopedian koulutusohjelmassa: Helsingin, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistossa sekä Åbo Akademiassa. Puheterapeutin pätevyyden antaa jossakin näistä yliopistoissa suoritettu maisterin tutkinto, jonka tieteenalana on ollut logopedia. Maisterin tutkinnon suoritettuaan henkilö voi hakea Valviran laillistusta, joka oikeuttaa hänet toimimaan terveydenhuollon ammattilaisena, puheterapeutina.

Puheterapeutin työtehtävien suuri kirjo edellyttää työn tekijöiltä monipuolisia taitoja, joihin kaikkiin koulutuksen pitäisi antaa riittävät perusvalmiudet. Puheterapeutit tutkivat, arvioivat ja kuntouttavat ainakin sellaisia ihmisiä, lapsia ja aikuisia, joilla on vuorovaikutuksen, viestinnän, puheen, kielen moninaisten ilmiöiden tai äänen häiriöitä. Puheterapiatyön erityisalueita ovat lisäksi muun muassa syömis- ja nielemishäiriöt, puhetta tukevan ja korvaavan viestinnän ilmenemismuodot sekä monikielisyys ja -kulttuurisuus puheterapeutin muihin työtehtäviin liittyvinä ilmiöinä. Häiriöiden taustalla voi olla kehityksellisiä syitä, sellaisia kuin kielenkehityksen erityisvaikeudet, kuuloviat, kehitys- ja CP-vammat tai autismin kirjon muodot, tai häiriön on voinut aiheuttaa jokin tapaturma tai sairaus, aikuisväestöllä esimerkiksi aivoverenkiertohäiriö tai etenevä muistisairaus. Erityisesti meluisassa

ympäristössä työtä tekevät ihmiset, esimerkiksi opettajat, voivat saada työperäisiä äänihäiriöitä, joiden helpottamiseen he tarvitsevat puheterapeutin apua.

Puheterapiassa vuorovaikutus ja kieli ovat paitsi työn kohteena myös sen välineinä. Puheterapeutti tekee usein työtään suorassa kontaktissa kuntoutusasiakkaidensa kanssa, mutta yksilökuntoutuskin sisältää yleensä paljon työskentelyä, ohjausta ja konsultointia, terapiassa olevan lapsen vanhempien ja päiväkodin tai koulun henkilöstön kanssa tai terapiassa olevan aikuisen omaisten kanssa. Lisäksi puheterapeutit tekevät lähes aina moniammatillista tiimityötä, usein monissakin terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työryhmissä. Puheterapeutilta edellytetäänkin erittäin hyviä ja monipuolisia vuorovaikutustaitoja näiden erilaisten työtehtävien hoitamiseen.

Puheterapeuttikoulutuksen tulee antaa perusvalmiudet kaikkien edellä mainittujen alueiden kaikkien työtehtävien hoitamiseen. Vastavalmistuneen puheterapeutin voidaan siis edellyttää selviävän mistä tahansa puheterapeutin työtehtävästä, mutta hän ei voi vielä hallita syvällisesti kaikkia alueita. Ammattitaito syvenee ja laajenee karttuvan työkokemuksen, täydennyskoulutuksen ja työnohjauksen myötä. Täydennyskoulutus on tärkeää myös siksi, että logopedian alan tieto uusiutuu esimerkiksi kuntoutustutkimusten kehittymisen myötä nopeasti. Puheterapeutit

käyvätkin ahkerasti täydennyskoulutuksessa sekä kotimaassa että ulkomailla. Erikoistumiskoulutusta puheterapeuteille on toistaiseksi järjestetty vähän, muutamia yksittäisiä kursseja 1900-luvun loppupuolella, liseniaatin tutkintoon johtanut yliopistollinen koulutus (lasten- ja aikuisneurologia erikoistumisaloina) vuosina 2004–2007 sekä eurooppalaiseen kliniseen erikoistumiskoulutukseen (www.ecsf.eu) liittyvä klininen erikoistumiskoulutusjakso puheen sujuvuuden alalta vuonna 2016–2017.

Puheterapeutit tekevät siis työssään yleensä tiivistä moniammatillista yhteistyötä erilaisten terveys-, sosiaali- ja opetusalan ammattilaisten kanssa. Tulevien puheterapeuttien koulutuskin on luonteeltaan hyvin monitieteistä ja sisältää logopedian ydinopintojen lisäksi ainakin psykologian, lääketieteen ja kielitieteiden opintoja, valinnaisina usein muitakin, erityisesti käyttäytymistieteiden alojen opintoja. Logopedian monitieteisyydestä konkreettisena esimerkkinä voidaan pitää myös sitä, että logopedian koulutusohjelma on sijoitettuna eri yliopistoissa erilaisiin tiedekuntiin: Helsingissä lääketieteelliseen, Oulussa humanistiseen, Tampereella ja Turussa yhteiskuntatieteelliseen sekä Åbo Akademiassa humanististen tieteiden, psykologian ja teologian tiedekuntaan. Lisäksi logopedian tutkijat toimivat usein monitieteisissä tutkimusryhmissä yhdessä erityisesti lääkärin ja psykologien kanssa.

Kaksivaiheinen tutkinto

Kaikkien Suomen yliopistojen perustutkintorakenne on hyvin samanlainen ja noudattaa vuonna 1999 allekirjoitetun Bolognan julistuksen periaatteita, joiden avulla eurooppalaisen korkeakoulualueen koulutusjärjestelmät pyrittiin yhdistämään valtioiden välisen liikkuvuuden parantamiseksi. Bolognan prosessin mukainen tutkintorakenne muodostuu toisiaan seuraavista kandi-, maisteri- ja tohtoritutkinnoista (lukuun ottamatta lääketieteitä, joiden ammattipätevyuden antava suomalainen perustutkinto on liseniaatin tutkinto). Puheterapeutin pätevyyteen vaaditaan mais-

teritutkinto, mutta kaikki logopedian opiskelijatkin suorittavat ensin humanististen tieteiden kandidaatin ja sen jälkeen filosofian maisterin tutkinnon. Logopedian opiskelijat ovat hyvin motivoituneita ja sitoutuvat vahvasti opintoihinsa. Opintonsa keskeyttäneiden määrä on hyvin pieni, eli lähes kaikki logopedian opinnot aloittaneet myös valmistuvat maisteriksi logopedian tieteenalalta. Kandi- ja maisteriopintojen ohjeellinen kesto on 3 + 2 vuotta, mutta käytännössä monet logopedian opiskelijat käyttävät opiskeluunsa hiukan pitemmän ajan, viisi ja puoli tai kuusikin vuotta.

Kaikkien yliopistollisten koulutusohjelmien tulee alasta riippumatta antaa tutkimukseen perustuvaa opetusta. Logopedian tutkimukseen perustuvaan opetukseen kuuluu tärkeänä osana opiskelijoiden perehdyttäminen näyttöön perustuviin kuntoutuskäytäntöihin (evidence-based practice). Tätä ajattelua pyritään kuljettamaan opintojen läpi punaisena lankana ja toivotaan, että näin tulevat puheterapeutit omaksuisivat myös kliniseen työhönsä tutkimusnäyttöön perustuvan ajattelun. Muutenkin logopedian koulutusohjelmassa kytketään perusopinnoista alkaen teoreettiset ja kliiniset opinnot toisiinsa siten, että puheterapeutin työ perustuisi aina häiriöiden ja kuntoutuksen teoreettisten perusteiden ymmärtämiseen. Lisäksi logopedian opintoihin liittyvät metodiset opinnot liitetään teoreettisten ja kliinisten opintojen jatkumon osaksi.

Logopedian koulutusohjelmissa opintojen sisältö ja suoritustavat on yleensä määritelty hyvin tarkasti; valinnaisuutta ja kokonaan vapaa opintoja on vain vähän. Tällä on pyritty takaamaan, että jokaisella logopedian opiskelijalla on valmistuttuaan riittävät tiedot ja taidot hakeutua mille tahansa puheterapiatyön alueelle töihin ja myös vaihtaa toiselle alalle työuransa aikana. Logopedian opintojen lisäksi tutkintoon kuuluu pakollisena psykologian, lääketieteen ja kielitieteiden opintoja. Psykologiasta logopedian opiskelijat suorittavat perus- ja aineopintoja, joiden opintopistemäärä voi yksittäisellä opiskelijalla nousta jopa 45 pisteeseen, kun vapaavalintaiset psykologian opinnot lasketaan mukaan. Lääketieteen opintojen määrä on 15–20 opintopistettä yli-

opistosta riippuen. Myös fonetiikan ja muiden kielitieteiden opintopistemäärä vaihtelee eri yliopistoissa jonkin verran.

Kandiopinnot

Ensimmäisen opiskeluvuoden aikana opiskelijat suorittavat yleensä kokonaisuudessaan logopedian perusopinnot, 25 opintopistettä. Perusopintojen vaiheessa opiskelijan on tarkoitus omaksua tieteenalansa peruskäsitteet ja luoda muutenkin kokonaiskuva opiskelemaan aineesta. Tavoitteena on, että logopedian opiskelija oppii ymmärtämään, kuinka puhe, kieli ja viestintä kehittyvät ja kuinka puhe-elimistö normaalisti toimii. Opiskelija perehtyy myös logopedisen tutkimuksen keskeisiin kysymyksiin ja saa perusvalmiudet tieteelliseen lukemiseen ja kirjoittamiseen. Ensimmäisen ja viimeistään toisen opiskeluvuoden aikana logopedian opiskelijat suorittavat myös lääketieteen opintonsa, joiden tarjoama perusta on tarpeen logopedian aineopintojen monien opintojaksojen suorittamisessa. Lääketieteen opintoja suorittaessaan opiskelija oppii ymmärtämään, kuinka puheeseen, kieleen ja viestintään liittyvät logopediset ilmiöt linkittyvät lääketieteeseen ja sen osa-alueista erityisesti neurologiaan, psykiatriaan, korva-, nenä- ja kurkkutauteihin sekä foniatriaan ja audiologiaan, hiukan vaihtelevin painotuksin ja yhdistelmin eri yliopistoissa.

Toisena ja kolmantena opiskeluvuonna suoritetaan aineopinnot, joiden aikana logopedian opiskelijoiden on tarkoitus omaksua teoreettiset perustiedot kaikista keskeisistä puheterapiatyön alueista ja alkaa kehittää puheterapeutin käytännön taitojaan kliinisten harjoittelujaksojen avulla. He oppivat logopedisen diagnostiikan ja kuntoutuksen perusteet sekä harjaantuvat teoreettisten ja kliinisten ongelmien ratkaisemiseen. Aineopintoihin kuuluva kandidaatin tutkielmaa tehdessään logopedian opiskelija alkaa rakentaa oman tieteellisen työskentelynsä perusvalmiuksia.

Teoreettiset aineopinnot on eri yliopistoissa ryhmitelty hiukan erilaisiin ja eri tavoin nimettyihin kokonaisuuksiin. Niiden keskeistä sisältöä ovat moninaiset kielelliset häiriöt,

joihin kuuluvat esimerkiksi lasten ja nuorten kehitykselliset kielelliset häiriöt, kirjoitetun kielen häiriöt, kuulovammoihin liittyvät kielelliset ilmiöt sekä afasiaan, eteneviin muistisairauksiin ja muihin aikuisiällä syntyneisiin tiloihin liittyvät kielen häiriöt. Muita aineopinnoissa käsiteltyjä häiriöalueita ovat esimerkiksi motoriset puhehäiriöt, puheen sujuvuuden ongelmat, syömis- ja nielemistoimintojen häiriöt, puhe-elinten rakenteellisista poikkeavuuksista johtuvat puheen ja äänen häiriöt sekä muut äänentuoton häiriöt. Lisäksi aineopinnoissa voi olla esimerkiksi monikielisyteen ja -kulttuurisuuteen, puhetta tukevaan ja korvaavaan viestintään liittyviä sekä logopedisen arvioinnin teoreettisia lähtökohтия ja käytännön sovellusta koskevia opintojaksoja.

Aineopintojen kliinisissä opinnoissa opiskelijat perehtyvät puheterapeutin ammatillisen toiminnan ja ammattiroolissa toimimisen perusteisiin. He harjoittelevat puheterapeutina toimimista kliinisillä harjoittelujaksoilla yksittäisten asiakkaiden tai pienten ryhmien kanssa laillistetun puheterapeutin ohjauksessa. Asiakkaina on sekä lapsia että aikuisia, joiden häiriödiagnoosit vaihtelevat.

Aineopintojen metodiopinnoissaan logopedian opiskelijat perehtyvät keskeisiin tieteellisiin tutkimusmetodeihin ja niiden soveltamiseen logopedisiin aineistoihin. Kandidaatin tutkielma on joissakin yliopistoissa kirjallisuuskatsaus, joissakin se taas perustuu pieneen empiiriseen tutkimusaineistoon.

Logopedian perus- ja aineopinnot, lääketieteen, psykologian ja kielitieteen pakolliset opinnot sekä kaikille yliopisto-opiskelijoille pakolliset yleisopinnot (esimerkiksi viestintä- ja kieliopinnot sekä tieto- ja viestintätekniikan opinnot) muodostavat logopedian opiskelijan humanististen tieteiden kandidaatin tutkinnon. Tämän tutkinnon suoritettuaan logopedian opiskelijat jatkavat suoraan syventäviin opintoihin, jotka suoritettuaan he saavat filosofian maisterin tutkintotodistuksen.

Maisteri- ja jatko-opinnot

Syventävissä opinnoissa logopedian opiskeli-

ja oppii tarkastelemaan kriittisesti alan tutkimusta, suunnittelemaan ja toteuttamaan kuntoutusta sekä tuottamaan itse tietoa erilaisten teoreettisten ja kliinisten ongelmien ratkaisemiseksi. Opintoihin kuuluu logopedisen tutkimuksen erityiskysymyksiä tarkastelevia teoreettisia opintojaksoja, pro gradu -tutkielma ja sen tekemistä tukevia metodiopintoja sekä kliinisiä opintojaksoja, joista viimeinen on laajin, neljän kuukauden mittainen kokopäiväinen harjoittelu jossakin sellaisessa työpaikassa, jonka laillistettu puheterapeutti toimii opiskelijan harjoittelun ohjaajana. Pro gradu -tutkielmien pohjana on pääsääntöisesti pieni empiirinen tutkimus, joka perustuu joko tekijänsä itse keräämään tutkimusaineistoon tai logopedian opettajien tai tutkimusryhmien aineistoihin. Gradujen aiheiden kirjo on logopedian opintojen ja puheterapeutin työn moninaisten tehtävien tavoin laaja. Opinnäytetyön luonteestaan huolimatta logopedian gradut tuottavat usein hyödyllistä uutta tietoa sekä logopediselle tutkimukselle että erityisesti suomalaisen puheterapiatyön kentälle. Gradujen korkeasta tasosta ja niiden tuottaman tutkimustiedon kiinnostavuudesta kertoo sekin, että vuosittain monet logopedian graduntekijät työstävät, usein yhdessä ohjaajansa kanssa, gradun valmistuttua tutkimuksestaan vielä artikkelin puheterapeuttien ammatilliseen lehteen tai johonkin alan tieteelliseen julkaisuun tai esityksen tieteelliseen kongressiin tai seminaariin.

Suurin osa logopedian tieteenalaopiskelijoista tähtää opinnoillaan puheterapeutin pätevyuden antavaan maisterin tutkintoon. He näkevät logopedian koulutusohjelman ennen kaikkea ammattipätevyuden antavana koulutuksena. Logopedian tieteenalalta suoritettu maisterin tutkinto luo kuitenkin hyvän pohjan myös monenlaisiin muihin, erityisesti sosiaali- ja terveysalan hallinnon ja koulutuksen työtehtäviin, joihin edellytetään ylempää korkeakoulututkintoa. Lisäksi pieni osa logopediasta maisterin tutkinnon suorittaneista jatkaa jossain vaiheessa tutkijakoulutukseen, jonka tuloksena he suorittavat tohtorin tutkinnon logopedian alalta. Suurin osa näistä tutkijoista työllistyy nykyisellään yliopisto-

jen logopedian yksiköihin opettaja-tutkijoiksi. Yliopiston opettajilta edellytetään tehtävänimikkeestä riippumatta pääsääntöisesti tohtorin tutkintoa. Tohtorin tutkintojen määrän mukaan arvioiden logopedia on tieteenalana vielä varsin nuori. Ensimmäiset puheterapeutin pätevyyteen johtavan koulutuksen aikaiset väitöskirjat valmistuivat vuonna 1996, ja reilun 20 vuoden aikana logopedian alan tohtorien määrä on kasvanut vähitellen noin viiteen kymmeneen. Suurin osa puheterapeuttitohtoreista on väitellyt logopedian opiaineesta jossakin viidestä koulutuspaikasta, mutta suomalaisia puheterapeuttikoulutuksen saaneita henkilöitä on väitellyt myös ainakin lääketieteen, psykologian, fonetiikan, yleisen kielitieteen ja erityispedagogiikan aloilla. Tämä kuvastaa jälleen logopedia-tieteenalan monitieteisyyttä ja puheterapeuttien ammatin moniammatillisia kytkentöjä.

Pyrkiminen ja valinnat

Suomen viiteen logopedian koulutusyksikköön otetaan vuonna 2017 yhteensä 112 uutta opiskelijaa (Helsinki 25, Oulu 30, Tampere 15, Turku 28, Åbo 14). Suomenkielisillä yliopistoilla on yhteinen kirjallinen koe, joka pidetään samaan aikaan kaikissa paikoissa, mutta hakea voi vain yhteen yliopistoon. Turussa on kirjallisen kokeen lisäksi suullinen koe, johon osallistujat valitaan kirjallisessa kokeessa menestymisen perusteella. Åbo Akademi on kokonaan oma valintakokeensa. Sekin on kaksiosainen ja sisältää kirjallisen kokeen lisäksi haastattelun (logopedian valinnoista tarkemmin ks. Opintopolku.fi).

Logopedia on valtakunnallisesti hyvin suosittu hakukohde. Hakijoiden ja valittujen suhteellisia määriä tarkasteltaessa voidaan todeta, että logopediasta on usein vaikeampi päästä opiskelemaan kuin esimerkiksi vaikeana hakukohteena pidettyä lääketiedettä. Logopedian suosiota selittää logopedian alan ja puheterapeutin ammatin yleisen kiinnostavuuden ja monipuolisesti haastavan luonteen lisäksi se, että puheterapeutiksi valmistuva henkilö työllistyy lähes varmasti. Puheterapeuttien tarve on suuri koko maassa, ja isoimpia kaupunke-

ja lukuun ottamatta monilla seuduilla puheterapeuteista on suoranaista pulaa. Tilanne on jatkunut pitkään, eikä sitä ratkaissut kolmen uuden opiskelupaikan, Tampereen ja Turun yliopiston sekä Åbo Akademin, koulutuksen käynnistäminen vuonna 2005, koska samoihin aikoihin puheterapeuttien nuorehkon ammattikunnan vanhimpien edustajien eläköityminen alkoi vähentää työntekijöitä työuran toisesta päästä.

Puheterapeuttipulasta keskusteltaessa ihmetellään usein nykyisten koulutuspaikkojen pieniä opiskelijakiintiöitä ja ehdotetaan ratkaisuksi sisään otettavien uusien opiskelijoiden määrän kasvattamista. Koulutuspaikatkin tuntevat hyvin aloituspaikkojen lisäämisen tarpeen ja paineen, mutta nykyisillä opettajamäärillä lisääminen ei ole mahdollista, vaan opiskelijamäärien kasvattaminen edellyttäisi myös selvää henkilökuntaresurssien lisäystä.

Yliopistojen yksilölliset profiilit

Koska kaikissa logopedian viidessä koulutusyksikössä suoritettuna logopedian kandi- ja maisteritutkinnon tulee antaa yhtäläinen puheterapeutin pätevyys, koulutusyksiköt tekevät tiivistä yhteistyötä riittävän samansisällöisen ja laadukkaan koulutuksen takaamiseksi. Tätä ja muita yhteistyötarpeita varten on luotu valtakunnallinen Logonet-verkosto, jonka virallinen yhteistyösopimus allekirjoitettiin syksyllä 2009. Logonetin johtoryhmä kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa, ja eräänä sen keskeisenä tehtävänä voidaan pitää juuri suomalaisen logopedian opetuksen laadun valvomista ja kehittämistä.

Logopedian monialaisen koulutuksen kehittämisen kannalta on kuitenkin eduksi myös se, että kaikki viisi yliopistoyksikköä eivät kouluta ja tutki aivan samalla tavalla ja samoja asioita, vaan että kukin luo myös omaa profiliaan. Kun eri paikoissa syvennetään logopedista tietoa ainakin jossain määrin eri aloilta, valtakunnallisesti yhdessä tuotettu uusi ja ajantasainen tutkimustieto on laajempaa ja rikkaampaa kuin jos jokainen yksikkö pyrkisi tutkimaan ja kehittämään samoja logopedian aloja.

Helsingin yliopiston logopedian koulutusyksikkö on Suomen vanhin. Sen alku voidaan ajoittaa vuoteen 1947, jolloin fonetiikan oppiaine jaettiin virallisesti kahteen linjaan: kielitieteellis-akustiseen sekä puhe- ja äänifysiologiseen. Jo sitä ennen, ainakin 1930-luvulta lähtien, fonetiikassa oli mahdollista opiskella joko yleisen linjan tai kuuromyökkäinopettajan koulutuslinjan mukaan, joten suomalaisen puheterapeuttikoulutuksen varhaisimmat juuret voidaan ajoittaa jo lähes sadan vuoden taakse. Vuoteen 2003 asti Helsingin yliopiston logopedia kuului humanistiseen tiedekuntaan ja sen jälkeen vuoden 2016 loppuun käyttäytymistieteelliseen tiedekuntaan. Vuoden 2017 alussa se siirtyi yhdessä psykologian koulutuksen kanssa lääketieteelliseen tiedekuntaan, johon näin on keskitetty merkittävä osa Helsingin yliopiston terveydenhuollon ammatteihin pätevöittävästä koulutuksesta. Samalla myös logopedian tutkijoille syntyy entistä paremmat mahdollisuudet liittyä esimerkiksi korkeatasoista aivotutkimusta tekeviin monitieteisiin tutkimusryhmiin. Helsingin yliopiston logopedia on määritellyt keskeisiksi tutkimuskohteikseen vuorovaikutuksen, kuntoutuksen sekä puheen, kielen ja viestinnän ja niiden häiriöt. Tutkimuksen erityisaloina voidaan mainita keskosena syntyneiden lasten kielen kehitys, aikuisneurologiset kielen ja viestinnän häiriöt, mukaan lukien ikääntymiseen ja muistisairauksiin liittyvät kysymykset, sekä puhetta tukevaan ja korvaavaan viestintään liittyvä problematiikka.

Oulun yliopiston logopedian koulutus alkoi vuonna 1981. Logopedian tutkinto-ohjelma on kuulunut alusta asti humanistiseen tiedekuntaan. Oulun yliopiston logopedian tutkimusyksikössä on toiminut vuodesta 2009 lähtien Lapsenkielen tutkimuskeskus (www.ouluclrc.fi). Niinpä Oulussa tehtävä tutkimus painottuukin pitkälti lasten puheen ja kielen kehityksen ja sen häiriöiden tutkimiseen. Tutkimuskeskuksella on neljä tutkimuksen painopistealuetta: 1) tyypillisen, viivästyneen ja poikkeavan puheen- ja kielenkehityksen erotusdiagnostiikka, 2) ennenaikaisina ja pienipainoisina syntyneiden lasten puheen ja kielen kehitys sekä oppiminen, 3) auditiivinen

puheen prosessointi ja kuulovikaisten lasten puhutun kielen kehitys ja 4) pragmaattinen kehitys ja sen häiriöt. Tutkimusta toteutetaan monitieteisissä tutkimusryhmissä. Varsinaisten tutkimushankkeiden lisäksi keskuksessa tehdään myös aktiivista arviointi- ja testimenetelmien kehitystyötä.

Tampereen yliopiston logopedian koulutus käynnistyi vuonna 2005 humanistisessa tiedekunnassa. Yliopiston lukuisten rakennemuutosten jälkeen logopedia on yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan hyvinvointitieteitä yhdessä psykologian ja sosiaalityön tutkimuksen kanssa. Nämä kolme tutkinto-ohjelmaa tekevät yhteistyötä erityisesti asiakastyön taitojen opetuksessa. Tampereen yliopiston logopedian tutkimuksella on kaksi pääsuuntaa: ääniergonomia ja neurologopedia. Näissä on kehitetty arviointimenetelmiä, kuten luokkahuoneiden ääniergonomiakartoitus ja eri-ikäisten puhujien kertovan kielenkäytön mittarit. Tampereen neurologopedisessa tutkimuksessa korostuu laadullinen kielitieteellinen tarkastelu, erityisesti eri-ikäisten ihmisten kertovan kielenkäytön tavanomaisten ja poikkeavien piirteiden kuvailu.

Turun yliopiston logopedian koulutusohjelma on aloittanut niin ikään vuonna 2005 ja kuuluu yhteiskuntatieteelliseen tiedekuntaan muodostaen psykologian kanssa yhteisen laitoksen. Opetus- ja tutkimusyhteistyö psykologian oppiaineen kanssa on erityisen tunnusomaista Turun yliopiston logopedian toiminnalle. Teoriaopetuksen lisäksi tiivis yhteistyö näkyy kliinisten opintojen osa-alueella. Esimerkiksi moniammatillisessa klinikkatoiminnassa logopedian opiskelijat yhdessä psykologian, sosiaalityön sekä lääke- ja terveystieteen opiskelijoiden kanssa arvioivat klinikalle tulevia asiakkaita. Turun yliopiston logopedian tutkimus on profiloitunut ja sitoutunut vahvasti neurokognitiiviseen ja kokeelliseen tutkimussuuntaukseen sekä monikielisuuden ja monikulttuurisuuden tutkimukseen. Lisäksi sen tutkimusalueen piiriin kuuluu erilaisten arviointimenetelmien kehittämistä sekä aikuisille että lapsille.

*Åbo Akademi*ssa logopedian koulutusohjelma (utbildningslinjen för logopedi) käynnistyi samoin vuonna 2005, ja se kuuluu humanististen tieteiden, psykologian ja teologian tiedekuntaan. Åbo Akademi on Suomen ruotsinkielinen yliopisto, joten opetus annetaan pääasiassa ruotsin kielellä. Syventävien opintojen vaiheessa opetusta annetaan jonkin verran myös englannin kielellä. Opiskelijat ovat äidinkieleltään ruotsinkielisiä tai kaksikielisiä (suomi-ruotsi). Tutkimuksen painopiste on äänihäiriöiden tutkimisessa, mikä näkyy myös kurssitarjonnassa. Äänihäiriökurssit ovat laajempia kuin muiden yliopistojen koulutusohjelmissa. Muita tutkimusalueita ovat kaksikielisyys ja aikuisneurologisiin kommunikointihäiriöihin liittyvä kuntoutus.

Kaisa Launonen, professori, Helsingin yliopisto

Eira Jansson-Verkasalo, professori, Turun yliopisto

Anna-Maija Korpijaako-Huuhka, professori, Tampereen yliopisto

Sari Kunnari, professori, Oulun yliopisto

Pirkko Rautakoski, professori, Åbo Akademi

Avokuntoutusverkosto yhdistää kuntoutuksen ammattilaiset

Kuntoutuksen uudistusten ja kuntoutusajattelun muutoksen myötä avomuotoisen, lähellä kuntoutujan omaa elinympäristöä tapahtuvan kuntoutuksen merkitys ja vaikutukset tunnistetaan entistä paremmin. Työkäisten ja ikääntyneiden avo- ja ryhmämuotoista kuntoutusta järjestävät ja kehittävät ammattilaiset muodostavat eri sektoreilla työskentelevän, monipuolisen osaajien joukon.

Vuodesta 2014 toimineen Avokuntoutusverkoston tarkoituksena on vahvistaa ammattilaisten verkostoitumista ja avokuntoutustoiminnan kehittämistä yli sektorirajojen. Verkoston jäsenten oman työn kehittämistarpeet muodostavat pohjan toiminnalle. Keskiössä on hyvien käytäntöjen jakaminen ja niiden eteenpäin rakentaminen. Avo- ja ryhmämuotoiseen kuntoutukseen kytkeytyy laajoja mahdollisuuksia: Kuntoutuspalveluja voidaan esimerkiksi kehittää yhdessä kuntoutujien kanssa ja kuntoutumista tukea vertaistuen avulla. Samalla mahdollisuudet kuitenkin haastavat uudenlaiseen ajatteluun ja toimintatapoihin. Yhteiselle keskustelulle on nähty merkittävä tarve, sillä vaikka avomuotoista kuntoutusta järjestävät ammattilaiset toimivat erilaisissa verkostoissa ja toimintaympäristöissä, kehittämistarpeet ovat yhteneviä.

Avoin ja vapaamuotoinen verkosto muodostuu tällä hetkellä 113:sta eri puolella Suomea toimivasta kuntoutuksen ammattilaisesta ja asiantuntijasta. Mukana on toimijoita esimerkiksi kunnista, järjestöistä, säätiöistä, yrityksistä, oppilaitoksista, Kelasta ja STEAsta. Vuosina 2017–2018 Avokuntoutusverkostoa koordinoi Sydänliiton, Luustoliiton, Mielen terveyden keskusliiton, Polioliiton ja Neuroliiton muodostama yhteistyöryhmä. Luustoliitto

avo?kuntoutus

ylläpitää verkoston sähköpostilistaa, verkkosivustoa ja hiljattain avattua Facebook-keskusteluryhmää.

Luustoliitto on järjestänyt STEA:n tuella ja avokuntoutusverkoston kanssa yhteistyössä kahdesti ammattilaisten seminaari- ja verkostoitumispäivän, Avokuntoutusfoorumin. Foorumit ovat koonneet yhteen yli 300 ammattilaista ajankohtaisten teemojen ympärille. Vuonna 2016 Avokuntoutusfoorumin teemoja olivat muun muassa kokemusasiantuntijat kuntoutuspalveluiden kehittäjinä, ikääntyneiden omien kuntoutustavoitteiden laatimisen erityispiirteet sekä etäkuntoutuksen mahdollisuudet.

Kaikille avoimia Avokuntoutusverkoston tapaamisia järjestetään ajankohtaisten tarpeiden ja teemojen mukaan noin kerran vuodessa. Kevään 2017 verkostotapaamisessa kuntoutuksen arvioinnista oli alustamassa erikoistutkija ja voimavarasuunnittelija Mila Gustavsson-Lilius Kuntoutussäätiöstä. Ryhmätyömenetelmien avulla käytiin vilkasta keskustelua erilaisista arviointikohteista avomuotoisessa kuntoutuksessa sekä käytössä olevien arviointimenetelmien soveltuvuudesta kuntoutuksen vaikutusten osoittamiseen. Yhdessä määritellyt kehittämistarpeet sisälsivät kattavasti asioita yksilöllisen tavoitteen laatimisen keinoista aina kuntoutuksen laajempien ja pitkäaikaisempien vaikutusten todentamiseen saakka.

Avokuntoutusverkoston tapaamisiin osallistuneiden kuntoutuksen ammattilaisten mukaan verkostolla on selkeä rooli myös

jatkossa oman työn ammatillisena tukena, vuoropuhelun mahdollistajana käytännön työn, tutkimuksen ja kuntoutuspalveluiden rahoittajan välillä sekä kuntoutuksen kehittämisessä. Verkostossa voi jakaa hyviä käytäntöjä, saada vahvistusta tekemälleen työlle ja oppia uutta. Yhdessä olemme enemmän!

Avokuntoutusverkoston sähköpostilistalle pääset liittymään osoitteessa: www.luustoliitto.fi/avokuntoutus/avokuntoutusverkosto

Avokuntoutusverkoston keskusteluryhmä löytyy Facebookista hakusanalla 'Avokuntoutusverkosto'.

Tervetuloa mukaan verkostoon!

Vuokko Mäkitalo
omahoidon suunnittelija
Suomen Luustoliitto ry
vuokko.makitalo@luustoliitto.fi

Kuntoutuksen koulutus sai kansainvälistä tunnustusta

Metropolia ammattikorkeakoulun kuntoutuksen ylempi amk -tutkinto-ohjelma osallistui kansainväliseen auditointiin yhtenä näyttökohteena. Auditoinnin toteutti Kansallinen koulutuksen arviointikeskus 8.–10.1.2016. Auditointi kohdistui laadunhallintaan ja sisälsi kirjallisen itsearvioinnin ja tutkinto-ohjelman toteutuksen dokumentaation toimitamisen sekä henkilöstön, opiskelijoiden ja tutkinto-ohjelmasta valmistuneiden asiantuntijoiden haastattelun. Kansainvälisen auditointiryhmän arviot on julkaistu verkossa: <https://karvi.fi/publication/audit-of-metropolia-university-of-applied-sciences-2017>. Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma ylsi auditoinnissa korkeimmalle eli edistyneelle tasolle.

Auditointiryhmä tunnisti kuntoutuksen tutkinto-ohjelman avainvahvuudeksi kolme keskeistä asiaa, jotka ovat yhteiskehittely, merkityksellinen yhteys työelämään sekä tutkimus- ja kehittämistyön vahva rooli koulutuksessa. Tutkinto-ohjelma on onnistunut mahdollistamaan opettajien, opiskelijoiden, alumnien, työelämän edustajista muodostetun ohjausryhmän sekä erilaisten verkostojen ja sidosryhmien aktiivisen osallistumisen ja sitoutumisen tutkinnon suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja kehittämiseen. Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma perustuu työelämästä nouseviin tarpeisiin ja on kiinteästi nivottu työelämän kontekstiin. Auditointiryhmän arvioiden mukaan moniammatillisuus ja oppimisympäristöt on integroitu taitavasti työelämän

ympäristöihin. Lisäksi arviointiryhmä havaitsi, miten hyvin tutkinto-ohjelma tunnisti vaihtuksensa kuntoutuksen kehittämiseen ja opiskelijoiden urakehitykseen.

Kuntoutuksen työelämä – opiskelijoiden työtoiminta – on koulutuksen ensisijainen oppimisympäristö. Näiden ympäristöjen arviointi ja kehittäminen toteutuvat yhteiskehittelyn kautta. Lähes kaikki opiskelijoiden oppimistehtävät sekä tutkimuksellinen kehittämistyö (opinnäytetyö) on suunniteltu toteutettaviksi työelämässä ja sitä hyödyttäen. Auditointiryhmän palautteen mukaan tutkinto-ohjelman tulisi jo opiskelijoiden rekrytointivaiheessa tiedottaa siitä, kuinka tiiviisti koulutus sitouttaa työyhteisön mukaan osaamisen vahvistamiseen oppimistehtävien kautta. Opiskelijat kuvasivat, että innovatiivisten käytäntöjen ja yhteiskehittelyn vieminen työelämään ei ole aina helppoa, vaikka opiskelijat pitävät yhteiskehittelystä erittäin paljon. Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma pohtii ja suunnittelee parhaillaan, miten myös kuntoutujat saataisiin mukaan yhteistoimintaan entistä aktiivisemmin.

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma on onnistunut toteuttamaan useita kansallisia ja kansainvälisiä, ulkopuolista rahoitusta saaneita hankkeita koulutuksen yhteydessä. Tutkimus- ja kehittämistyön tuloksia on implementoitu opetukseen ja kuntoutuksen käytäntöihin ja niistä on tehty julkaisuja. Auditointiryhmä korosti erityisen hyvänä käytäntönä julkai-

suja, jotka on kirjoitettu opiskelijoiden kanssa yhdessä.

Auditointiryhmä nimesi myös muita tutkinto-ohjelman hyviä käytäntöjä. Näitä ovat opiskelijoiden tekemä oppimisprosessinsa itsearviointi, jossa he refleктоivat osaamista-voitteiden saavuttamista. Itsearviointi mahdollistaa vahvuuksien ja kehittämistarpeiden tunnistamisen, jolloin yksilöllistä oppimissuunnitelmaa voidaan tarkentaa jatkuvasti. Toinen arviointiin liittyvä hyvä käytäntö on arvioinnin ja palautteen välinen vastavuoroisuus, jossa opiskelijat voivat lukea sähköiseltä alustalta toistensa oppimistehtäviä ja tutoropettajien antamia sanallisia arvioita ja palautteita. Opiskelijoiden haastattelun mukaan tämä käytäntö edistää yhteistä oppimista. Moniammatillisessa ryhmässä on onnistuttu luomaan avoin ja toisia kannustava ilmapiiri jakamisen avulla. Yhdessä opiskelijoiden ja ohjausryhmän kanssa laadittujen oppimistehtävien ja kehittämistyön arviointikriteereiden todettiin olevan selkeät ja vastaavan työelämässä tarvittavaa osaamista. Osaamisen vahvistumisen arviointi on luonteeltaan jatkuvaa ja kehittävää.

Poikkeuksellisen hyvänä käytäntönä auditointiryhmä piti sitä, että opettajat keskustelivat opiskelijoiden kanssa edellisen ryhmän antamasta palautteesta ja yhdessä pohditaan, aiheuttaako se toimenpiteitä nykyisen ryhmän kanssa. Jokaiselle ryhmälle perustetaan oma sähköinen Moodle-alusta, johon kootaan kaikki oppimiseen liittyvät asiat. Moodlea mahdollistuu myös keskustelu ja on-line-oppiminen lähijaksojen välillä. Moodlen käyttö mainittiin myös muualle soveltamisen arvoisena hyvänä käytäntönä.

Kuntoutuksen koulutus huolehtii sekä opiskelijoiden että opettajien hyvinvoinnista.

Tutkinto-ohjelman luonteen mukaisesti opettajat kutsuvat itseään tutor-opettajiksi. Opiskelijat kuvasivat tutor-opettajia timanteiksi, jotka seuraavat, konsultoivat ja tukevat yksilöllisen osaamisen kehittymistä ammatillisessa kasvussa koko opintojen ajan. Opettajat puolestaan kokivat hyvinvointinsa vahvistuvan yhteiskehittelyn ja yhdessä tuotetun kuntoutus- ja pedagogisen osaamisen kautta.

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma sai kiitosta siitä, että koko oppimisprosessi on näyttöön perustuvaa ja todentaa European Qualifications Framework (EQF) 7 -tasoa eli maisteritason koulutusta. Auditointiryhmän yhteenvedossa todetaan, että tutkinto-ohjelma on korkealaatuinen, itse-refleктоiva ja veto-voimainen.

Erityisen kiitoksen kuntoutuksen tutkinto-ohjelma saikin innovatiivisesta yhteiskehittelyn filosofiasta, konseptista ja käytännöstä, jonka mainittiin olevan laadunhallinnan «powerhouse», joka luo yhdessä tekemisen hengen. Auditointiryhmä kannusti levittämään yhteiskehittelyn käytäntöä sekä kansallisesti että kansainvälisesti ainutlaatuisena toimintatapana.

Kuntoutuksen ylempi amk -tutkinto-ohjelma on käynnistynyt vuonna 2008. Koulutus sisältää kuntoutuksen kehittämis- ja johtamisopintoja yhteensä 90 opintopistettä 1,5 vuoden aikana moniammatillisessa ryhmässä. Lisätietoa: <http://www.metropolia.fi/haku/koulutustarjonta-aikuiset-sosiaali-ja-terveysala/kuntoutus-yamk/>

Salla Sipari, FT, yliopettaja Metropolia ammattikorkeakoulu

Pekka Paalasmaa, FT, yliopettaja Metropolia ammattikorkeakoulu

Sopeutumisvalmennustoimintaa kehitetään järjestöissä

Syöpäjärjestöjen, Sydänliiton ja Kuntoutussäätiön yhteistyö käynnistyi Raha-automaattiyhdistyksen tukemana sopeutumisvalmennuksen arvioinnin kysymyksillä. Aluksi pohdinnassa olleet elämänlaadun tai toimintakyvyn kyselyt eivät kuitenkaan osoittautuneet riittäviksi ratkaisuksi. Melko nopeasti päädyttiinkin tarkastelemaan järjestämiskriteerejä ja sitä kautta koko sopeutumisvalmennuksen prosessia. Selvitettäväksi kokonaisuuksiksi hahmottuivat siis ensinnäkin, mikä on tämän avustetun toiminnan asema isossa kuvassa, sekä toiseksi, mitkä ovat yksittäisen kurssin olennaiset vaiheet, miten niissä toimitaan ja tietenkin osallistujien näkökulmat.

Näihin ylätasoin kysymyksiin löytyi melko hyviä vastauksia samoihin aikoihin muussa yhteistyössä syntyneestä Sopeutumisvalmennus-julkaisusta (Streng 2014). Tämän julkaisun Vilkkumaan kirjoittamassa artikkelissa kiteytetään hyvin terveydenhuollon, Kansaneläkelaitoksen ja silloisen RAY:n tuella järjestöjen järjestämien sopeutumisvalmennuksien eri tehtävät, rahoituskanavat ja kehittämislogiikat. Pelkistetysti ensisijaisessa terveydenhuollon sopeutumisvalmennuksessa toimitaan lääketieteellisin perustein ja mielellään Käypä hoito -suositusten mukaisesti. Kelan järjestämä sopeutumisvalmennus toteutuu pääasiassa harkinnanvaraisena kuntoutuksena ja perustuu palvelukuvauksiin, standardeihin ja tarjouskilpailuihin. Ideaalitulanteessa Kelan järjestämään kuntoutukseen haetaan terveydenhuollon tekemällä B-lausunnolla, kuntoutuksen tarvearviolla, tilannekuvauksella ja mieluiten valmiilla tavoitteenasettelullakin. Järjestöjen avustettu sopeutumisvalmennustoiminta on sitten luonteeltaan näitä täydentävää, (STM:n) kehysuunnitelmaan, järjestöjen näkemyksiin, osallistujien odotuksiin ja rahoittajan seurantaan perustuvaa.

Edellä mainitun julkaisun toisessa artikkelissa (Jalava, Mykrä) pohditaan rajanvetoa avustetun kansalaisjärjestötoiminnan ja lakisääteisen kuntoutusjärjestelmän välillä. Uutta nimeä ei kuitenkaan ehdoteta, vaan artikkelissa esitetään (RAY:n avustaman) sopeutumis-

valmennuksen alustavat linjaukset, jotka sittemmin ovat hieman tarkentuneet avustetun sopeutumisvalmennuksen laatusuosituksiksi. Näitä tunnuspiirteitä ovat muun muassa tavoitteisuus, asiantuntijuus, asiakaslähtöisyys, ryhmämuotoisuus, joustavuus, teemallisuus ja vertaistuen hyödyntäminen.

Yksinkertaistettuna yksittäisen kurssin tarkempaan tarkasteluun voitiin siis lähteä pitäen mielessä tuo edellä mainittu työnjako, mainitut yleiset linjaukset ja meneillään olevien kurssien toteutus. Sydänliiton vuosikymmenien mittainen toiminta kuntoutusasioissa ja sen kehittämiskierrokset ovat tuottaneet runsaasti hyvää materiaalia, ja löytyi sisältökriteerejä ja ohjeita, yhteyksiä terveydenhuoltoon sekä verkkomateriaalia ja kehittämishankkeiden tuloksia. Sopeutumisvalmennustoiminnan toteutuksen (kohderyhmät, teemakurssit, avoimuotoiset kurssit jne.) monipuolistuessa Syöpäjärjestöissä haluttiin uudistaa kaikki ”lomakkeet” ja arvioinnin menettelytavat yhteinäisiksi, jotta yksittäisistä kurseista saadaan yhteismitallista tietoa ja päästään helpommin koostamaan koko toimintaa kuvaavaa tietoa sekä arvioita raportoinnin ja edelleen kehittämisen tarpeisiin. Syöpäjärjestöjen työryhmä tuotti tässä kehittämistyössä omaan sisäiseen käyttöönsä päivitetyn ja kattavan käsikirjan menettelytavoistaan sopeutumisvalmennustoiminnassa. Tätä kehittämistoimintaa laajennettiin myöhemmin muutama uuteen, tällaisesta yhteistyöstä kiinnostuneeseen järjestöön, ja vastaavanlaista tarkastelua tehdään edelleen yhteiskehittämisenä.

Kuntoutussäätiössä haluttiin lähteä tällaiseen järjestöyhteistyöhön ja tehdä siitä yksi kohdennetun avustuksen toimintamuoto. Omalla kohdallani yhteiskehittämiseen lähdön kynnystä madalsi muiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden sekä kouluttautumisen kautta kertynyt, näihin sairausryhmiin liittyvä kuntoutusosaaminen. Myös järjestöihin ja kuntoutusjärjestelmään liittyneet aiemmat tehtävät autoivat. Lähtökohtana toimi tietenkin kaikkien osapuolten ilmaistu yhteistyöhalukkuus ja toiminnan myötä syntynyt

luottamus. Roolikseni muodostui ensisijaisesti sparraus eli asiantuntijana kysyminen, haastaminen ja kuuntelu sekä yhdessä prosessien ylläpito.

Sosiaali- ja terveystuudistuksen sekä kuntoutuskomitean työn myötä työnjaot ja tehtävät ovat taas mahdollisesti muuttumassa. Eriyisesti sopeutumisvalmennuksen työnjaosta julkaistiin (Miettinen ym. 2016) raportti, jossa esitetään myös suosituksia. Myös Kela tutkii omaa sopeutumisvalmennustoimintaansa ja on julkaissut tästä hiljattain artikkelin Kuntoutuslehdessäkin (Härkääpää ym. 2016). Myös Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) linjaa varmaankin lähiaikoina tarkemmin toimintaansa. Vireillä olevien asioiden tilasta sopeutumisvalmennuksen näkökulmasta voitaisiin kokoontua keskustelemaan loppu-

vuodesta, vaikkapa tämän kohdennetun toiminnon piirissä tai mahdollisesti kuntoutusverkoston kokoontumisen yhteydessä.

Timo Saarinen
tutkija, kehittäjä
timo.saarinen@kuntoutussaatio.fi

Lähteitä:

- Härkääpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A, Martin M, Autti-Rämö I (2016)
Sairauskäsitykset, elämänhallinta ja sopeutumisvalmennusta koskevat odotukset. Kuntoutus 3, 6–20.
Miettinen S, Sirkkola M, Rämö S (2016) Sopeutumisvalmennuksen työnjako. Kela työpapereita 100.
Streng H (toim.) (2014) Sopeutumisvalmennus. Suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys.

.....

STM:n asettama kuntoutusta uudistava komitea järjesti kuulemistilaisuuden, jossa tuotiin esiin näkemyksiä siitä, mitä komitean on syytä huomioida työstäessään kuntoutuksen kokonaisuudistusta. Seuraavassa esitetään Kuntoutusverkoston sekä Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisyhdistys KUTKE ry:n kannanottojen lyhennelmät.

Kuntoutusverkosto KUVEn kannanotto kuntoutuksen uudistamiskomitean kuulemistilaisuudessa 9.5.2017

Kuntoutusverkosto KUVEn haluaa varmistaa moniammatilliselle kuntoutukselle ja kansalaisen kuntoutumiselle vahvan aseman sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien sekä maakuntien uudistuksessa:

- Kuntoutus tulee tunnistaa osana palvelukokonaisuuksia omalla ammattimaisella toimintanaan, jolla on laajakantoiset vaikutukset ihmisten työ- ja toimintakykyyn sekä osallisuuteen.
- Kuntoutus ei ole pelkästään sosiaali- ja terveydenhuoltoa, vaan lisäksi työllistymistä, koulutusta, vertaistukea ja osallistumista yhteiskuntaan ja sen eri toimintoihin elämänkulun eri vaiheissa.
- Kuntoutus tulee tunnistaa omassa kuntoutusta koskevassa puitelaissa, jonka

alle erillislainsäädäntö kootaan. Samalla lainsäädännön sitovuutta tulee lisätä. Uudistuksessa tulee huolehtia siitä, ettei eri puolille Suomea synny 18 erilaista kuntoutusjärjestelmää. Maakuntia tulee velvoittaa huolehtimaan kuntoutuksesta ja maakunnan asukkaiden kuntoutumisesta. Osa kuntoutuksesta tulee jatkossakin olemaan kuntien vastuulla.

- Puitelakiin tulee sisällyttää kirjaus kuntoutustakuusta eli subjektiivisesta oikeudesta kuntoutumiseen. Samoin puitelakiin tulee kirjata kuntoutujien oma rooli kuntoutumisprosessinsa aktiivisina suunnittelijoina ja osallisina.
- Järjestöt tuottavat tällä hetkellä enemmän kuntoutuspalveluja kuin yritykset.

Järjestöissä tehdään paljon myös vapaaehtoistyötä, jota ei voi myydä markkinoilla. Järjestöjen erityisrooli kuntoutumisen asiantuntijoina, vertaistukijoina ja kehittäjinä tulee tunnistaa ja niiden toimintaedellytykset turvata.

- Stea on tärkeä järjestölähtöisen kuntoutustoiminnan rahoittaja ja uudistamisen tukija. Stean rahoituksella on toteutettu sopeutumisvalmennusta, auttamistyötä ja monipuolista vertaistukea kuntoutujien hyväksi. Stea ei voi kuitenkaan jäädä ainoaksi järjestötoiminnan rahoittajaksi, vaan maakunta- ja sote-järjestämislakeihin tulee saada kirjaukset maakuntien ja kuntien velvoitteesta tehdä yhteistyötä järjestöjen kanssa ja myös turvata järjestöjen toimintaedellytyksiä taloudellisesti.
- Kelan rooli uudistuksissa tulee varmistaa vahvana kuntoutuksen järjestäjänä, tutkijana ja kehittäjänä. Yli satatuhatta suomalaista osallistuu vuosittain Kelan järjestämään kuntoutukseen. Kelan kuntoutusalan osaamisen tulee olla saatavilla valtakunnallisesti.
- Työeläkeyhtiöiden roolia ja vastuuta työttömien työhön kuntoutumisesta tulee

kasvattaa. Työttömät tulee saada nykyistä paremmin ohjautumaan työeläkeyhtiöiden järjestämään kuntoutukseen mm. lisäämällä palveluihin ohjaavien viranomaisten tietoisuutta tarjolla olevista palveluista.

- Työttömien kuntoutustarpeen tunnistaminen tulee tehdä valtakunnallisesti yhdenmukaisesti esim. Kelan toimesta tai vahvistamalla maakuntien järjestämisvelvoitetta tältä osin. Tällöin myös kuntoutukseen ohjaaminen tehostuu, ja suurin siilo kuntoutusjärjestelmässä työttömien ja työllisten välillä pienenee tai poistuu.

Kuntoutusverkosto (KUVE) on SOSTEn ja Kuntoutussäätiön koordinoima vaikuttajaverkosto, johon kuuluu 80 kuntoutuksen toimijaa, järjestöä ja viranomaistahoa. Tämä on toimituksen lyhennelmä 40 kansalaisjärjestön ja muun toimijan allekirjoittamasta kannanotosta, joka on kokonaisuudessaan nähtävissä verkko-osoitteessa https://www.soste.fi/media/pdf/tiedotteet/kuntoutuskomitean-kuuleminen-090517_kuve-final.pdf

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys KUTKE ry:n kannanotto kuntoutuksen uudistamisen toimenpiteisiin

Tuleva sote-uudistus antaa mahdollisuuden kehittää pirstaleista kuntoutuksen palvelujärjestelmäämme yhtenäisemmäksi niin, että kuntoutuksen toteutuminen varmentuu ja kuntoutus integroituu paremmin hoitoon. Hoito- ja kuntoutusprosesseissa korostuu case management -tyyppisen eli yksilökohtaisen palveluohjauksen vahvistaminen, jossa kuntoutusohjaajilla ja muilla palveluohjaajilla on keskeinen rooli kuntoutumisen toteutumisessa ja sen seurannassa. Valinnanvapauden ja palveluntuottajien kirjon laajentuessa kuntoutukseen liittyvän palveluohjauksen merkitys korostuu entisestään, ja sen toteutuminen tu-

lisi turvata lainsäädännöllisin keinoin. Palveluohjaukseen liittyviä jo olemassa olevia rakenteita (mm. julkisen terveydenhuollon kuntoutusohjaajat, Kelan työkykyneuvojat) ei tule purkaa vaan vahvistaa.

Erityisenä huolenamme on laaja-alaista tukea tarvitsevien henkilöiden kuntoutuspalveluiden turvaaminen uudessa palvelujärjestelmässä. Tämä koskee niin syrjäytymisvaarassa olevia nuoria kuin mielenterveys- ja päihdeongelmaisia. Perustason sote-keskuksiin tarvitaan tunnistamismekanismeja, jolloin ongelmiin voidaan puuttua mahdollisimman varhain ennen kuin ongelmat ja syrjäyty-

miskehitys ovat edenneet liian pitkälle. Myös ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen palveluihin tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Kuntoutuksen osaamista on julkisessa palvelujärjestelmässämme liian vähän, eikä yksityisen sektorin ja järjestöjen panos riitä korvaamaan tätä kuntoutuksen osaamisvajetta. Tarvitaan kuntoutuksen koulutuksen nostetta kaikilla koulutuksen tasoilla: ammatillisessa peruskoulutuksessa, ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa. Myös yhteisen moniammatillisen kuntoutuksen alan pätevyitymisen tarve on ilmeinen. Tällä hetkellä kuntoutuksen koulutusjärjestelmämme on kaikilla tasoilla rapautunut eikä ammatillinen täydennyskoulutukseen riitä parantamaan tilannetta. Erityisesti lääkäreiden ja muun hoitohenkilöstön (sairaanhoitajien, perushoitajien yms.) kykyä toimintarajoitteiden tunnistamiseen ja kuntoutustarpeen havaitsemiseen tulee parantaa selvästi, jotta tulevaisuuden haasteisiin pystyttäisiin vastaamaan.

Kuntoutuksen ammatillisen osaamisen ja koulutuksen perustana olevaa tieteellistä tutkimusta tulisi vahvistaa. Hallituksen vastikään tekemä päätös lisätä tutkimusrahoitusta tulee todelliseen tarpeeseen. Kuntoutuksen tutkimusta tehdään Suomessa, mutta sen edellytysten turvaaminen ja laadullinen kehittyminen vaatii erityishuomiota. Kuntoutuksen tutkimus ei pysty tällä hetkellä kilpailemaan tasa-

vertaisesti korkeatasoisen biolääketieteen tutkimuksen kanssa. Sen vuoksi olisi suotavaa, että Kelan tutkimusrahoitusta suunnattaisiin jatkossakin kuntoutuksen tutkimukseen. Kuntoutussäätiön kustantama Kuntoutus-lehti on toiminut ainoana lehtimuotoisena julkaisuforumina laadukkaalle kuntoutuksen alan tutkimukselle Suomessa. Kuntoutus-lehden julkaisemisen turvaaminen on tärkeää koko kuntoutusalan tutkimuksen menestymiselle Suomessa.

Tämä on toimituksen lyhennelmä KUTKE ry:n hallituksen 27.4.2017 allekirjoittamasta kannanotosta.

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys (KUTKE) ry on perustettu vuonna 2003. Aikaisemmalta nimeltään se oli Suomen lääkinnällisen kuntoutuksen yhdistys ja perustettu 1985. Yhdistyksessä oli vuonna 2016 henkilöjäseniä 196 ja yhteisöjäseniä 18. Yhdistyksen tarkoituksena on sääntöjensä mukaan edistää vammaisten, vajaakuntoisten ja ikääntyvien henkilöiden kuntoutumista palvelujärjestelmiä kehittämällä; kehittää yhteistyötä kuntoutuksen koulutuksessa; toimia asiantuntija- ja yhteistyöelimenä kuntoutuksen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistyössä; sekä edistää monitieteellistä kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2017

Kuntoutus-lehti ilmestyy tänä vuonna totutusta poikkeavasti kolme kertaa – marraskuun lehti on kaksoisnumero. Tilaushinnat ovat ennallaan. Tilaamalla lehden seuraat alan tutkimusta ja ajankohtaisuuksia sekä saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistaviksi lehdessämme!
Katso uusittu kirjoitusohje verkkosivulta:
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/kirjoitusohjeet.

Tilaushinnat vuonna 2017

Kestotilaus 54 euroa

Vuositilaus 58 euroa

Opiskelijat 27 euroa

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa.

Irtonumero 14 euroa/kpl + postimaksu.

Ilmestymisaikataulu

Nro	Ilmestyy	Ilmoitusaineistot
1	viikko 10	viikko 7
2	viikko 22	viikko 19
3–4	viikko 47	viikko 44

Tilaukset ja osoitteenmuutokset

www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi | puh. 040 739 7183

Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat väri-ilmoituksia:
1/1 sivu (176×250 mm): 200 euroa
½ sivua, (88 x 125 mm): 120 euroa
¼ sivua (44 x 62 mm): 100 euroa

Lisätietoja: timo.korpela@kuntoutussaatio.fi / p. 044 781 3128



Kuntoutussäätiö

Kuntoutus

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

Tilauksen voit tehdä osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa

Lehteä voi tilata myös irtonumerona, á 14 euroa + postimaksu.