

Kuntoutuks

2016

1

Sopeutumisvalmennuskursseille osallistuvien lasten vanhempien arvioita hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja kurssiodotuksista

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapeuttinen ohjaus fysioterapeuttien kuvaamana

Kokemuksen kautta osaamiseen: Vapaaehtoisuus, vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus



Kuntoutussäätiö

Kuntoutussäätiö
70 vuotta

SISÄLTÖ

**Juhlat jatkuvat verkossa:
70.kuntoutussaatio.fi**

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN
Kansalaisjärjestöt sosiaalisten innovaatioiden tuottajina 3

TIETEELLINEN ARTIKKELI

ANU KIPPOLA-PÄÄKKÖNEN, KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ,
AILA JÄRVIKOSKI JA ILONA AUTTI-RÄMÖ
Sopeutumisvalmennuskursseille osallistuvien lasten vanhempien
arvioita hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja kurssiodotuksista 6

RIIKKA HOLOPAINEN, ANU KESKILÄ, RAILI VÄLIMAA JA
ARJA PIIRAINEN
Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapeuttinen
ohjaus fysioterapeuttien kuvaamana 22

KATSAUS

MAARI PARKKINEN, RIIKKA SHEMEIKKA,
AURORA SAARES JA HANNA RINNE
Vaihtelevaa, autonomista ja sisällöltään tärkeää työtä
määräaikaisissa työsuhteissa 36

SUVI SAARINEN JA NINA KILKKU
Tuetun asumisen palvelun piirissä olevien
mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tarpeet 44

PÄIVI RISSANEN JA JOUNI PUUMALAINEN
Kokemuksen kautta osaamiseen:
Vapaaehtoisuus, vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus 52

PUHEENVUORO

LARISSA FRANZ-KOIVISTO
Vammaisen lapsen ja hänen perheensä
kotoutumisen tukeminen ETU-hankkeessa 60

KOULUTUSESITTELY

MERJA KOIVUNIEMI, TEPPO KARAPALO,
PIRJO WALDEN JA AILA PIKKARAINEN
Kuntoutuksen ohjaajat (AMK) – osaajina kuntoutuksen
koordinoititehtävissä 65

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutuksen tutkimus tieteellis-ammattilinen 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 Sipilä, Metropolia AMK; Heikki Suoyrjö, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhaluoma, Minna Mattila-Aalto, 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 14 € postituskuluineen **JULKAISIJA** Kuntoutussäätiö | 39. 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.

KANSALAI SJÄRJESTÖT SOSIAALISTEN INNOVAATIOIDEN TUOTTAJINA

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Kansalaisjärjestöjen panos suomalaisen yhteiskunnan ja sen toimintojen kehittämisessä on ollut merkittävä. Kansalaisjärjestöt ovat perinteisesti olleet uusien toimintamallien ja toimintatapojen ennakkoluulottomia kehittäjiä ja toteuttajia. Kehitettyjen mallien toimivuutta kuvaa se, että monissa tapauksissa ne on vähitellen liitetty osaksi suomalaista palvelujärjestelmää.

Yksi alun perin järjestöjen kehittämä, vahvasti kansalaisten tarpeista lähtenyt innovaatio on ollut sosiaali- ja terveysalan järjestöjen piirissä 1950- ja -60-luvuilla kehittynyt kuntoutuksellinen toimintamalli, jota myöhemmin on alettu kutsua sopeutumisvalmennukseksi. Kehitetty malli perustui alkuvaiheessa erityisesti vammaisjärjestöjen piirissä tunnistettuun tarpeeseen. Vähitellen sopeutumisvalmennustoiminta vakiinnutettiin osaksi Invalidihuoltolakia ja Kansaneläkelakia. Sopeutumisvalmennuksen sisällöllisiä määrittämiä muokattiin myös kaiken aikaa. Vähitellen vakiintuivat pääsääntöisesti Kansaneläkelaitoksen rahoittama, lääkinnällisenä kuntoutuksena toteutettava sopeutumisvalmennus sekä Raha-automaattiyhdistyksen järjestöille kanavoiman rahoituksen kautta sosiaalisena kuntoutuksena toteutettu sopeutumisvalmennus. Kummassakin tapauksessa toiminnan yleisenä tavoitteena on pidetty osallistujan sairauteen tai vammaan liittyvän tiedon lisäämistä ja psykososiaalisen toimintakyvyn kohentamista siten, että kuntoutujan ja hänen läheistensä arjessa selviytymisen keinot vahvistuvat. Toiminnassa on korostettu moniammatillisuutta, ryhmätyötä ja vertaistukea. Vuonna 2014 ilmestynyt, sopeutumisvalmennusta esittelevä kirja antaa kattavan kuvan sopeutumisvalmennuksesta ja sen eri näkökulmista.

Sopeutumisvalmennus on merkittävällä tavalla suomalainen innovaatio: vastaavaa asiantuntijaohjattua kurssitoimintaa ei löydy muualta, vaikka sairastumisen jälkeisen psyykkisen ja sosiaalisen sopeutumisen teemoja käsitteleviä kuntoutuskursseja on toki olemassa. Sopeutumisvalmennusta on järjestetty pitkään, ja sen sisältöjä on kehitetty tutkimustietoon pohjautuen hiottu toimivaksi kokonaisuudeksi. Sen sisällä olevista eri komponenteista, kuten coping-keinojen muodostumisesta, vertaisuudesta tai elämänhallinnan lisääntymisestä, on tutkimustietoa. Sopeutumisvalmennuksen kokonaisuuden vaikutusten tutkimus on kuitenkin ollut vähäistä, vaikka interventioiden vaikuttavuuden tutkimuksellista selvittämistä pidetään yleisesti tärkeänä. Kuntoutus-lehden käsillä oleva numero paikkaa osaltaan tätä aukkoa. Tutkimusta tarvitaan kuitenkin lisää, tärkeää olisi esimerkiksi tutkia, miten lää-

kinnällisenä kuntoutuksena ja sosiaalisena kuntoutuksena toteutetun sopeutumisvalmennuksen yhteiset ja niitä erottavat tekijät vaikuttavat intervention tuloksellisuuteen.

Toinen kansalaisjärjestöjen piiristä lähtenyt tärkeä, osin myös sopeutumisvalmennukseen liittyvä, näkökulma on tukea tarvitsevan henkilön vertaistuen merkityksen tunnistaminen ja vertaisuuden edelleen kehittäminen. Tätä nykyä vertaistuen merkitys on laajasti tunnistettu, ja sitä toteutetaan organisoidusti. Vertaistyössä lähtökohtana on omasta sairaudesta, vammasta tai tuen tarpeesta olemassa olevan omakohtaisen kokemuksen jakaminen. Vertaisuutta ja siitä edelleen kehitettyä kokemusasiatuntijuuden käsitettä jäsennetään selkeästi tässä lehdessä ilmestyvässä katsauksessa. Vertaistuen positiivisista kuntoutusvaikutuksista on jossain määrin tutkimustietoa, mutta lisää tutkimusta tarvitaan esimerkiksi vertaistuen erilaisista toteutusmuodoista tai niistä haasteista, joita omakohtaisen kokemuksen mukanaolo saattaa tuoda psyykkisesti vaativaan vertaisryhmäprosessiin. Kokemusasiantuntijuutta on tutkittu vielä hyvin vähän. Vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden näkökulmat ovat kansalaisjärjestöjen toiminnan olennaisia elementtejä, ja niiden tulisi kuulua järjestölähtöisen tutkimuksen keskeisiin kohdealueisiin.

Kansalaisjärjestöjen piirissä kyetään muun muassa yllä kuvattujen esimerkkien perusteella usein tuottamaan merkittäviä sosiaalisia innovaatioita. Mistä tämä järjestöjen vahvuus ja innovatiivisuus kumpuaa? Tässä lehdessä ilmestyvä katsaus nostaa esiin yhden mahdollisen innovatiivisuutta selittävän näkökulman, sillä selvityksen mukaan kolmannen sektorin työntekijät kokivat työnsä autonomiseksi ja motivoivaksi, vaikka he työskentelivät julkiseen ja yksityiseen sektoriin verrattuna useammin epävarmoissa määräaikaissa työsuhteissa.

Kuntoutus-lehden linjana on kuntoutuksen eri näkökulmien monipuolinen esittely. Linja toteutuu myös käsillä olevan lehden sisällyksessä. Lehden kirjoitukset ovat toimineet edellä kuvaamieni ajatusten inspiraatioina. Lisäksi kuntoutusammattilaisten näkökulmaa tuo esiin tutkimus, jossa kuvataan fysioterapia-ammattilaisten näkemyksiä ohjaustoiminnastaan, samoin kuin kuntoutuksen ohjaajien koulutuksen esittely. Asiakasnäkökulma taas korostuu kirjoituksissa, joissa kuvataan tukea tarvitsevien lasten sopeutumisvalmennukseen osallistuneiden vanhempien näkemyksiä ja kokemuksia, vammaisten tai erityistä tukea tarvitsevien maahanmuuttajataustaisten lasten vanhempien kokemuksia suomalaisesta palvelujärjestelmästä tai tuetun asumisen palveluissa olevien päihde- ja mielenterveyskuntoutujien tarpeita.

Toivotan vuoden ensimmäisen Kuntoutus-lehden lukijoille monipuolisesti antoisia lukuhetkiä!



Nyt mahdollisuus saada vertaistukea ja tietoa omalta kotisohvalta käsin!

Suomen Parkinson-liitto järjestää sopeutumisvalmennuskursseja verkossa

Oletko saanut Parkinson-diagnoosin?

Kaipaatko vertaistukea muilta saman kokeneilta?

Haluaisitko saada eri asiantuntijoiden tietoa taudista?

Onko sinun vaikeaa tai mahdotonta esim. töiden takia lähteä viiden päivän sopeutumisvalmennuskurssille?

Asutko kaukana kurssipaikoista?

Koetko perinteisen kurssin osallistumiskynnyksen liian korkeaksi?

Oletko tottunut käyttämään tietokonetta ja internetiä työssäsi ja/tai vapaalla?

Tule verkkosopeutumisvalmennuskurssille ja ole mukana kehittämässä uudenlaista kurssimuotoa!

Kohderyhmä ja laitesuositukset:

- Parkinsonin tautia sairastava (diagnoosi alle 7 v)
- perustiedot ja -taidot tietokoneen ja internetin käytöstä
- alle 3 vuotta vanha kannettava tai pöytätietokone (tai tablettitietokone)
- hyvin toimiva internetyhteys (miehellään kiinteä, esim. ADSL tai kaapeli)
- webkamera ja kuulokemikrofoni

Tekninen tuki apuna kurssin alussa ja tarvittaessa myös kurssin aikana!

Viimeinen Verkkosova-kurssi:

Syksy 2016:

Kurssinnumero 2516 Aika 31.8.–19.10.2016 Haku päättyy 1.8.2016

- Ainoastaan verkkotapaamisina
- Verkkotapaamiset (8kpl) keskiviikkoisin klo 17–18.30, poikkeuksena ti 11.10. (muutokset mahdollisia)

Hakuohjeet: <https://www.parkinson.fi/hakeutuminen>

Kurssihakemus: <https://www.parkinson.fi/kurssihakemus>

Kurssi on osallistujille maksuton!

Lisätietoja Verkkosova-projektista ja -kursseista:

Projektityöntekijä Laura Jussila, p. 02 2740 405 / 050 463

8278, laura.jussila@parkinson.fi tai <https://www.parkinson.fi/hankkeet>



Suomen Parkinson-liitto ry
Finlands Parkinson-förbund rf

2015–2016 teemana 
"Oikeutena asiantunteva hoito."

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES 

SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSEILLE OSALLISTUVIEN LASTEN VANHEMPIEN ARVIOITA HYVINVOINNISTA, TOIMINTAKYVYSTÄ JA KURSSIODOTUKSISTA

Johdanto

Sopeutumisvalmennuskurssit ovat osa psykososiaalista kuntoutusta. Kurseja järjestetään eri ikäisille henkilöille, joilla on jokin sairaus tai vamma ja siihen liittyvä toimintakyvyn rajoite, joka vaikeuttaa osallistumista ympäristössä ja yhteiskunnassa. Lasten ja usein nuortenkin kurseilla koko perhe on mukana kuntoutuksessa. Sopeutumisvalmennuksen tavoitteena on antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, etsiä keinoja kuntoutujan ja hänen läheistensä omien voimavarojen vahvistumiseen ja tarjota vertaistukea eli kokemusten jakamista toisten kurssilaisten kanssa. Valmennuksella voidaan auttaa lasta ja perhettä hyväksymään sairaus tai vamma ja sopeutumaan sen aiheuttamaan haittaan. (Ahlgren & Poikkeus 2014, Järvi Koski & Härköpää 2014, Mäenpää 2014.)

Sopeutumisvalmennuskurssit toteutetaan terveydenhuollon, Kelan ja Raha-automaattiyhdistyksen järjestäminä. Internaatimuotoista sopeutumisvalmennusta on pidetty erityisesti suomalaisena mallina (esim. Ruutiainen 2003, Nylén ym. 2009). Samanlaisia tavoitteita ja toimintamuotoja sisältyy kansainvälisessä kirjallisuudessa useimmiten avomuotoisesti toteutettuihin psykoedukaatiivisiin ja psykososiaalisiin interventioihin (esim. Dagnan 2007, Montoya ym. 2011, Morawska ym. 2015).

Pitkäaikaissairaudella voi olla päivittäisiin rutiineihin ja sosioemotionaaliseen hyvinvointiin liittyviä kielteisiä vaikutuksia lapsen elämään (esim. Morawska ym. 2015). Lapsen pitkäaikaissairaudet (esim. Cousino & Hazen 2013) tai kehityksen häiriöt (esim. Theule ym. 2012, Giovagnoli ym. 2015, Miodrag ym. 2015) voivat lisätä vanhempien kokemaa stressiä, joka voi puolestaan heikentää lasten ja vanhempienkin selviytymistä sairauden kanssa (Cousino & Hazen 2013). Myös vanhempien ja sisarusten tuen tarpeisiin ja selviytymiskeinoihin tulisi interventioita kehitettäessä kiinnittää huomiota (Burton ym. 2008, Compas ym. 2012, Giallo ym. 2014). Kannustamalla vanhempia huolehtimaan yhdessä lapsen kanssa sairauden tai vamman hoito-ohjeiden toteutuksesta voidaan vähentää vanhempien stressiä ja saada parempia hoitotuloksia (Cousino & Hazen 2013). Psykososiaalisilla interventioilla on katsottu voitavan parantaa esimerkiksi diabetesta sairastavien lasten vanhempien selviytymistä ja elämänlaatua (Grey ym. 2011), vaikuttaa myönteisesti pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien käyttäytymiseen (Law ym. 2014), tukea ADHD-oireisten lasten myönteistä käyttäytymistä sekä vähentää vanhempien kokemaa stressiä ja vahvistaa luottamusta omaan vanhemmuuteen (Zwi ym. 2011).

Valtaistumista tai voimaantumista (empowerment) voidaan tarkastella osana sairautteen tai vammaan sopeutumista. Valtaistuminen hahmotetaan usein henkilön lisääntyvinä mahdollisuuksina ja kykyinä määrittää omaa elämänlaatuaan ja vaikuttaa elämäänsä koskeviin asioihin. Tiedon lisääntyminen ja henkilökohtaisten hallintakeinojen vahvistaminen voivat edistää valtaistumista. (Tengland 2008.) Koren ym. (1992) tarkastelevat valtaistumista kolmella eri tasolla: perheen, palvelujärjestelmän ja yhteisön tai politiikan tasolla. Kullakin tasolla valtaistuminen ilmenee sekä asenteina, tietoina että käyttäytymisenä. Eri-laiset perheeseen tai palveluihin liittyvät taustatekijät ovat yhteydessä vanhempien valtaistumiseen tai osallisuuteen (Vuorenmaa 2016). Vanhempien valtaistuminen on tutkimusten mukaan yhteydessä esimerkiksi vanhempien parempaan hyvinvointiin (Benson & Kersh 2011) ja vähäisempään stressiin (Nachshen & Minnes 2005). Perheen valtaistaminen liittyy läheisesti perhekeskeisen ajattelutavan mukaiseen toimintaan (Rantala 2002). Sopeutumisvalmennuksella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia esimerkiksi astmaa sairastavien perheiden valtaistumiseen (Homan-Helenius 2005).

Perhekeskeisessä hoidossa ja kuntoutuksessa pyritään tarjoamaan perheiden koettuja tarpeita ja odotuksia vastaavia palveluita ja tukea. Perheiden tarpeilla tarkoitetaan sellaisia tiedon ja tuen tarpeita, jotka ovat perheen tai vanhempien itse ilmaisemia ja joiden avulla perhe kokee voivansa saavuttaa itselleen tärkeitä tavoitteita. (Almasri ym. 2011.) Vammaisten lasten vanhemmat raportoivat yleensä enemmän tuen ja palveluiden tarpeita kuin niin sanottujen terveiden lasten vanhemmat (Nachshen & Minnes 2005, Houtrow ym. 2011). Onkin tärkeää, että niin ammattilaisten kuin pitkäaikaissairaiden lasten vanhempienkin käsityksiä palvelutarpeista ja palveluiden toteutuksesta tutkitaan palveluiden toimeenpanoa kehitettäessä (Morawska ym. 2015).

Sopeutumisvalmennukseen tulevilla lapsilla ja heidän perheillään voi olla monenlaisia tarpeita, kurssin sisältöön kohdistuvia toiveita ja kurssin vaikutuksia koskevia odotuksia.

Aiemman tutkimuksen mukaan vanhempien kurssiodotukset ovat liittyneet erityisesti vertaistukeen ja sairauden hoitoa sekä kuntoutusta ja palveluita koskevaan tietoon (Autti-Rämö ym. 2015). Kurssin koetut hyödyt ovat liittyneet erityisesti vertaistukeen tai sairautta koskevan tiedon ja hoitokeinojen vahvistamiseen (Homan-Helenius 2005, Autti-Rämö ym. 2015).

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tämä tutkimus on osa laajempaa Kelan järjestämää sopeutumisvalmennusta koskevaa tutkimushanketta, jossa selvitetään muun muassa sopeutumisvalmennukseen kohdistuvia odotuksia sekä kursseilta saatuja hyötyjä ja koettuja vaikutuksia. Tutkimushankkeen toteuttajana on Lapin yliopisto ja rahoittajana Kela. Tutkimus on hyväksytty Kelan tutkimuseettisessä toimikunnassa. Tutkimus toteutetaan seurantatutkimuksena, joka sisältää alku-, loppu- ja seurantakyselyt. Käsillä oleva artikkeli perustuu sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden lasten vanhemmille ennen kurssin alkua tehtyyn alkukyselyyn, jossa tiedusteltiin lapsen ja perheen tilannetta sekä kurssiodotuksia ja tuen tarpeita. Tutkimuksen tarkoituksena oli:

- 1) selvittää eri kurssiryhmiin osallistuneiden lasten psykososiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä vanhempien arvioimana,
- 2) arvioida eri kurssiryhmiin osallistuneiden lasten vanhempien omaa hyvinvointia ja perheiden valtaistumista ja
- 3) selvittää sopeutumisvalmennukseen kohdistuvia odotuksia ja tuen tarpeita sekä sitä, millaiset lasten ja perheiden hyvinvointiin liittyvät tekijät ovat yhteydessä odotuksiin.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen kohteena olivat diabetesta sairastavien lasten kurssit (D), moni- ja liikuntavammaisten ((MLV; mm. CP-vamma, kehitysvammat) lasten kurssit sekä kurssit lapsille, joilla oli oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriö (OPK; aktiivisuuden ja tarkkaavai-

suuden häiriö ADHD, Aspergerin oireyhtymä, autismi, kielelliset erityisvaikeudet)¹. Aineisto kerättiin vuosina 2014–15 kolmen palveluntuottajan kurseilta. Tutkimusta koskeva tiedote, alkukysely- ja suostumuslomakkeet lähetettiin palveluntuottajan toimesta kurssin kutsukirjeen mukana kurssille osallistuneiden lasten vanhemmille. Lomakkeet oli mahdollista täyttää ennen kurssia tai ensimmäisenä kurssipäivänä palveluntuottajan antaman, tutkimusta koskevan infon jälkeen. Alkukyselylomakkeet palautettiin tutkijoille ja suostumuslomakkeet Kelaan.

Kurssit toteutettiin Kelan kuntoutusta ohjaavien kurssikohtaisten standardien mukaisesti; kurssien tavoitteissa, sisällöissä sekä rakenteissa oli eroja kohderyhmittäin (Kela 2013). Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten kurssit sekä moni- ja liikuntavammaisten lasten kurssit olivat kestoaltaan viisi päivää. Moni- ja liikuntavammaisten nuorten kurssit sekä kaikki kurssit, jotka järjestettiin niille lapsille ja nuorille, joilla oli oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöitä, toteutettiin kahdessa viiden päivän jaksossa.

Tutkimukseen valituille kurseille osallistui yhteensä 602 lasta. Tämän tutkimuksen aineisto koostuu niistä alle 18-vuotiaiden lasten vanhemmista tai muista huoltajista, jotka antoivat suostumuksensa osallistua tutkimukseen ja vastasivat ennen kurssin alkua tehtyyn lomakekyselyyn (n = 357, 59 %). Alkukyselyyn vastanneiden vanhempien lukumäärät eri kurssimuodoittain olivat 80 (D), 177 (OPK) ja 100 (MLV) ja vastausprosentit vastaavasti 61 % (D), 65 % (OPK) ja 50 % (MLV). Kaikkiaan 347 lapsen (97 %) vanhemmat osallistui- vat lapsen kurssijaksoon kokonaan, muiden vanhemmat olivat mukana osittain tai eivät lainkaan.

Lomakkeen täyttäjä oli useimmiten äiti (67 %) tai molemmat vanhemmat yhdessä (27 %). Isä oli lomakkeen täyttäjä viidessä prosentissa tapauksista. Kurssiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja siinä, kuka huoltajista oli täyttänyt lomakkeen. Äitien

keski-ikä oli 39.1 vuotta; iässä ei ollut eroja ryhmien välillä. Äideistä 16 %:lla oli yliopistotasoinen koulutus, 73 %:lla jokin ammatillinen koulutus ja 11 %:lla koulutuksena oli peruskoulu tai lukio. D-ryhmän lasten äidit olivat useammin työssä (68 %) kuin muiden ryhmien äidit (59–60 %). MLV-ryhmän äideistä yli viidennes oli perhevapaalla tai omaishoitajana, kun muissa ryhmissä vastaavat osuudet olivat 10 % (D) ja 12 % (OPK). Työttöminä oli äideistä 12 %.

Alkukyselylomakkeella tiedusteltiin yleisten taustatietojen lisäksi arvioita lapsen terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista, perheen tai vanhempien hyvinvoinnista, perheen valtaistumisesta sekä kurssiodotuksista seuraavasti:

Lapsen terveys, toimintakyky ja hyvinvointi

- *Lapsen terveydentilaa* arvioitiin asteikolla 1–5 (1 = hyvä, ..., 5 = huono).
- *Toimintakyvyn rajoitteita a) omassa kodissa b) kodin ulkopuolella toimiessa* arvioitiin asteikolla 1–4 (1 = ei rajoitteita, ..., 4 = paljon rajoitteita).
- *Toimintakyvyn rajoitteen haittaavuutta* arvioitiin asteikolla 0–10, jossa ääripää oli nimetty (0 = vaikein mahdollinen haitta, 10 = ei lainkaan haittaava).
- *Lapsen hyvinvointia ja elämänlaatua* arvioitiin asteikolla 4–10, jossa ääripää oli nimetty (4 = huono tai epätydyttävä, 10 = erinomainen).
- Lapsen psykososiaalista hyvinvointia, vahvuuksia ja vaikeuksia vanhemmat arvioivat 4–17-vuotiaiden lasten osalta *Strengths and Difficulties Questionnaire* -kyselyllä (SDQ; ks. Goodman 1997, 2001). Se koostuu 25 väittämästä, jotka jakautuvat viiteen osa-asteikkoon: tunne-elämän oireet, käytösoireet, yliaktiivisuuden/tarkkaavaisuuden oireet, kaverisuhteiden ongelmat ja lapsen vahvuudet. Neljän ensimmäisen osa-asteikon summana muodostettu kokonaispistemäärä (vaihteluväli 0–40) suositellaan luokiteltavaksi seuraavasti:

¹ Tekstissä käytetään lyhenteitä D = diabetes, OPK = oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöt, MLV = moni- ja liikuntavammat.

vasti: ei merkittävää oireilua (0–13), jonkin verran oireilua (14–16), kliinisesti merkittävää oireilua (17–40) (SDQ 2016). Mittarin suomalaista versiota on käytetty useissa tutkimuksissa (esim. Koskelainen ym. 2000, 2001, Linnakangas ym. 2010, Borg ym. 2012).

Vanhempien tai perheen hyvinvointi ja valtaistuminen

- *Vanhempien hyvinvointia, voimavaroja ja tyytyväisyyttä elämään sekä sisarusten hyvinvointia* arvioitiin kutakin asteikolla 4–10 (4 = huono tai epätydyttävä, 10 = erinomainen).
- *Perheiden valtaistumista* arvioitiin 10-osi-oisella kysymyssarjalla, jonka pohjana käytettiin Korenin ym.:iden (1992) perheen valtaistumisen mittaria (Family Empowerment Scale). Kutakin osiota arvioitiin asteikolla 1–5 (1 = ei pidä lainkaan paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkansa). Faktorianalyysin perusteella (pääkomponenttianalyysi, varimax-rotatio) muodostettiin kolme summamuuttujaa, joista ensimmäinen koski sairauden tiedollista hallintaa (4 osiota, esim. ”Tunnen, että minulla on riittävästi tietoa lapseni sairauden hoidosta ja kuntoutuksesta”, Cronbachin alfa $\alpha = 0.76$), toinen itsearvostusta ja valmiutta sairaudesta puhumiseen (4 osiota, esim. ”Minun ja lapseni mielipiteen tulee olla yhtä tärkeä kuin asiantuntijan päätettäessä millaisia palveluja lapsi tarvitsee”, $\alpha = 0.61$) ja kolmas perheen selviytymisen tunnetta ja ongelmien hallintaa (2 osiota, esim. ”Perheemme pystyy keskittymään hyvin asioihin elämässä, ei vain ongelmiin”, Spearman-Brown (SB) = 0.67). Summamuuttujat jaettiin osioiden määrällä, joten niiden vaihteluväli on 1–5.

Kurssiodotukset

- Kursseihin kohdistuvia odotuksia kartoitettiin 24 osion kysymyssarjalla, jonka laadinnassa käytettiin hyväksi aiempia tutkimuksia (Linnakangas ym. 2010, Autti-Rämö ym. 2015). Kunkin kurssiodotuksen voimakkuutta arvioitiin asteikolla 1–4 (1

= en yhtään/ei tarvetta, 4 = erittäin paljon). Faktorianalyysin (pääkomponenttianalyysi, varimax-rotatio) tulosten perusteella muodostettiin kuusi odotusfaktoria laskemalla yhteen osioiden pistemäärät ja jakamalla summa osioiden määrällä; kunkin faktorin vaihteluväli oli siten 1–4. Odotusfaktorit (F) koskivat F1) tietoa tutkimuksista ja palveluista (7 osiota, $\alpha = 0.86$); F2) tukea vanhemmille ja perheelle (4 osiota, $\alpha = 0.78$); F3) lapsen kasvun ja kehityksen tukemista (4 osiota, $\alpha = 0.76$); F4) vertaistukea ja yhdessäoloa (3 osiota, $\alpha = 0.66$); F5) tietoa ja ohjausta sairauteen ja hoitoon (3 osiota, $\alpha = 0.64$); sekä F6) opastusta kouluasioihin ja tulevaisuuteen (2 osiota, SB = 0.58). Yksi osio (sisarusten tarpeiden huomioonottaminen) jätettiin odotusfaktoreiden ulkopuolelle, koska sen kommunaliteetti oli pieni.

Tilastollinen analyysi

Analyyseissa käytettiin frekvenssijakautumia, ristiintaulukointeja ja Khiin neliö -testiä, Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa, riippumattomien ryhmien t-testiä, yksisuuntaista varianssianalyysiä, kovarianssianalyysiä ja logistista regressioanalyysiä. Analyyseja varten joitakin muuttujaluokkia yhdistettiin.

Logistisessa regressioanalyysissä selitettävänä muuttujina käytettiin kurssiodotusten viittä ensimmäistä odotusfaktoria. Analyysissä ennustettiin odotusten suurempaa määrää. Faktorit dikotomisoitiin analyyseja varten seuraavasti: F1: raja-arvo ≥ 2.4 (55 %), F2: raja-arvo ≥ 2.6 (46 %), F3: raja-arvo ≥ 2.6 (50 %), F4: raja-arvo ≥ 3.4 (50 %), F5: raja-arvo ≥ 2.8 (48 %).

Analyysissä selvitettiin ensin kunkin yksittäisen selittävän muuttujan yhteys selitettävään muuttujaan. Sen jälkeen kokonaismalliin valittiin ne muuttujat, joilla oli yksittäisissä analyyseissä tilastollisesti merkitsevä yhteys selitettävään muuttujaan. Kokonaismallissa kovariantteina käytettiin lapsen ikää ja kurssiryhmiä. Analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiolla 21.

Tulokset

Osallistujat

Kursseille osallistuneista lapsista (n = 357) lähes 70 % oli poikia. OPK-kursseilla poikien osuus oli suurempi (80 %) kuin kahdessa muussa kurssiryhmässä. Valtaosa kurssilaisista oli alakoululaisia tai alle kouluikäisiä. MLV-kurssien osallistujista yli puolet oli alle kouluikäisiä, muilla kursseilla osuus oli pienempi. Lapsista 72 % asui molempien vanhempien kanssa samassa taloudessa ja 88 %:lla oli sisarusia perheessä. Kelan vammaistukea sai 93 % lapsista; MLV-ryhmän lapsista yli 90 % sai korotettua tai ylintä vammaistukea. Valtaosa OPK- ja MLV-kursseille osallistuneista kouluikäisistä lapsista sai jotain erityistä tukea koulussa, esimerkiksi erityisopetusta, avustajan tukea, pienryhmäopetusta ja oppiaineiden helpottamista. Kolmannes lapsista oli osallistunut sopeutumisvalmennuskursseille myös aiemmin. (Taulukko 1.)

Lasten terveydentila, hyvinvointi ja toimintakyky

Vanhemmista vajaa 80 % arvioi lapsen terveydentilan hyväksi tai melko hyväksi, ja ainoastaan muutama prosentti arvioi sen huonoksi. Kurssiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja terveydentilan arvioissa. (Taulukko 2.) Tyttöjen terveydentila arvioitiin jonkin verran paremmaksi kuin poikien (p < .05).

Toimintakyvyn rajoitteita lapsella arvioitiin olevan omassa kodissa toimiessa 80 %:lla ja kodin ulkopuolella toimiessa 91 %:lla. Rajoitteiden aiheuttama haitta arvioitiin vaikeaksi (arvot 0–3 asteikolla 0–10) 27 %:lla ja lieväksi (arvot 8–10) 18 %:lla. Toimintakyvyn rajoitteet arvioitiin suurimmiksi MLV-ryhmässä ja pienimmiksi D-ryhmässä. Lasten hyvinvointi ja elämänlaatu arvioitiin yleensä hyväksi tai tyydyttäväksi. SDQ-kyselyn mukaan OPK-ryhmässä oli eniten kliinisesti merkittävää oireilua (58 %:lla). (Taulukko 2.) Kaikki kurssiryhmien

Taulukko 1. Perustietoja kurssiryhmittäin¹, %.

	Kurssiryhmä			Kaikki (n=345–356)	p ²
	D (n=74–80)	OPK (n=172–177)	MLV (n=99–100)		
Lapsen sukupuoli: poikia	58.2	80.2	58.0	69.1	<.001
Lapsen ikä vuosina					<.001
1–6	19.0	24.9	54.0	31.7	
7–11	54.4	46.9	36.0	45.5	
12–17	26.6	28.2	10.0	22.8	
	100	100	100	100	
Lapsen pääasiallinen asuminen					.087
molempien vanhemp. luona samassa taloudessa	75.9	66.7	78.0	71.9	
muu vaihtoehto	24.1	33.3	22.0	28.1	
	100	100	100	100	
Sisarusia: kyllä	92.4	84.7	90.9	88.1	.126
Lapselle myönnetty Kelan vammaistuki					
ei	5.4	11.0	-	6.7	<.001
perustuki	16.2	32.0	8.1	21.7	
korotettu tuki	68.9	53.5	80.8	64.6	
ylin tuki	9.5	3.5	11.1	7.0	
	100	100	100	100	
Koulussa olevan lapsen saama erityinen tuki (n=247): kyllä	31.7	85.7	86.3	72.1	<.001
Aiempi sopeutumisvalmennus: kyllä	36.3	28.2	48.5	35.7	.003

¹ D = diabetes, OPK = oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöt, MLV = moni- ja liikuntavammaisuus

² x²-testi

väliset erot säilyivät myös ikävakioiden jälkeä. Myös kurssiryhmien sisällä terveydentilan, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin arviot vaihtelivat runsaasti; useilla muuttujilla arviot jakautuivat asteikon kaikkiin osiin.

Alle 7-vuotiaiden lasten ryhmässä, jossa moni- ja liikuntavammaisten lasten osuus oli suurin, oli vanhempien arvioiden mukaan enemmän toimintakyvyn rajoitteita kuin vanhemmilla lapsilla. Nuorempien lasten hyvin-

vointi arvioitiin kuitenkin paremmaksi kuin vanhempien ikäryhmien. Tyttöjen hyvinvointi oli SDQ-kyselyn mukaan hieman poikaa parempi ($p < .05$).

Vanhempien ja perheen koettu hyvinvointi ja valtaistuminen

Vanhemmat arvioivat oman hyvinvointinsa, voimavarat ja tyytyväisyyden elämään keski-

Taulukko 2. Vanhempien arviot lapsen terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista kurssiryhmittäin¹, %.

	Kurssiryhmä			Kaikki (n=345–356)	p ²
	D (n=77–80)	OPK (n=174–176)	MLV (n=96–98)		
Lapsen terveydentila					.829
hyvä/melko hyvä	83.8	77.8	78.6	79.4	
keskitasoinen	13.8	19.3	19.4	18.1	
melko huono/huono	2.5	2.8	2.0	2.5	
	100	100	100	100	
Toimintakyvyn rajoitteet omassa kodissa toimiessa					<.001
ei	40.5	17.7	7.3	20.0	
jonkin verran	51.9	54.3	46.9	51.7	
melko paljon/paljon	7.6	28.0	45.8	28.3	
	100	100	100	100	
Toimintakyvyn rajoitteet kodin ulkopuolella toimiessa					<.001
ei	22.8	7.5	2.1	9.5	
jonkin verran	55.7	46.0	30.2	43.8	
melko paljon /paljon	21.5	46.6	67.7	46.7	
	100	100	100	100	
Toimintakyvyn rajoitteen haittaavuus					<.001
0–3 (vaikea haitta)	10.4	25.6	42.7	26.9	
4–7	49.4	63.1	46.9	55.6	
8–10 (ei haittaava)	40.3	11.4	10.4	17.5	
	100	100	100	100	
Lapsen hyvinvointi ja elämänlaatu					<.001
4–6 (huono, epätydyttävä)	1.3	8.0	9.1	6.8	
7–8	38.0	68.0	46.0	55.2	
9–10 (erinomainen)	60.8	24.0	45.0	38.0	
	100	100	100	100	
SDQ-pistemäärä (4–17-vuotiaat, n=305)					<.001
ei merkittävää oireilua (0–13 p)	78.6	19.5	39.5	38.0	
jonkin verran oireilua (14–16 p)	7.1	22.6	18.4	18.0	
kliinisesti merkittävää oireilua (17–40 p)	14.3	57.9	42.1	43.9	
	100	100	100	100	

¹ D = diabetes, OPK = oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöt, MLV = moni- ja liikuntavammaisuus

² χ^2 -testi

määrin hyväksi tai tyydyttäväksi. Lapsen sisarusten hyvinvointi arvioitiin jonkin verran vanhempien hyvinvointia paremmaksi. Vanhempien arviot omasta ja lapsen sisarusten hyvinvoinnista olivat D-ryhmässä myönteisimmät ja erosivat tilastollisesti merkitsevästi OPK-ryhmän vanhempien arvioista. Perheiden valtaistumismittarin osa-asteikoilla OPK-ryhmän keskiarvot olivat matalimmat. (Taulukko 3.) Arviot vaihtelivat myös kaikkien kurssiryhmien sisällä.

Vanhempien arvio omasta hyvinvoinnistaan korreloi lapsen hyvinvointia ($r = 0.51, p < .01$) ja hänen sisarustensa hyvinvointia ($r = 0.53, p < .01$) koskevien arvioiden kanssa. Lapsen SDQ-pistemäärä korreloi negatiivisesti sisarusten hyvinvointiin ($r = -0.41, p < .01$) sekä perheiden valtaistumismittarin selviytymistä ja ongelmien hallintaa koskevan summamuuttujan kanssa ($r = -0.42, p < .01$).

Kurssiodotukset

Kuvio 1 esittää vanhempien odotuksia sopeutumisvalmennuskursseilta saatavasta tuesta eri kurssiryhmissä odotusfaktoreiden mukaan ryhmiteltynä. Eniten odotuksia kaikissa ryhmissä kohdistui vertaistuen saamiseen sekä

virkistymiseen ja yhdessäoloon, joita 81–99 % lasten vanhemmista odotti saavansa melko tai erittäin paljon. Kaikissa ryhmissä 71–75 %:a vanhemmista odotti saavansa myös paljon tietoa lapsen sairauden hoidosta ja kuntoutuksesta. OPK- ja MLV-ryhmän vanhemmat toivoivat usein saavansa kurssilta tukea omaan jaksamiseen vanhempana. Heillä oli myös enemmän tukimuotoihin, perheen tukemiseen, kouluasioihin ja tulevaisuuden suunnitteluun liittyviä odotuksia kuin D-ryhmän vanhemmilla. OPK-ryhmän vanhemmat odottivat usein tukea myös lapsen tunnetilojen käsittelyyn. D-ryhmän vanhemmat pitivät tärkeänä erityisesti lapselle saatavaa vertaistukea. Myös tukea ja ohjausta lapsen sairauden hyväksymisessä odotettiin D-ryhmässä hie-män muita ryhmiä useammin. (Kuvio 1.)

Tukimuotoja ja palveluita (F1) sekä sairauden hoitoa ja kuntoutusta (F5) koskevien odotusten todennäköisyyttä vähensi lapsen korkeampi ikä, lapsen toimintakyvyn vähäisemmät rajoitteet sekä vanhempien parempi hyvinvointi ja valtaistuminen. Tukimuotoihin ja palveluihin liittyvien runsaiden odotusten todennäköisyyttä lisäsivät lapsen kuuluminen OPK- tai MLV-ryhmään. (Taulukko 4.)

Vanhempien ja perheen saamaan tukeen

Taulukko 3. Vanhempien ja perheen hyvinvointia koskevat arviot kurssiryhmittäin¹. Keskiarvot (keskihajonnat) ja keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p).

Psykososiaaliset tekijät	Kurssiryhmä			Kaikki	F	p ²
	D (n=78–79)	OPK (n=174–176)	MLV (n=98–99)			
Hyvinvointi ja voimavarat						
vanhempien hyvinvointi	7.81 (1.05) ^a	7.27 (1,26) ^a	7.55 (1.14)	7.47 (1.20)	5.85	.003
vanhempien voimavarat	7.54 (1.09) ^a	7.09 (1.23) ^a	7.32 (1.06)	7.25 (1.17)	4.42	.013
tyytyväisyys elämään	8.19 (0.99) ^a	7.56 (1.12) ^a	7.85 (1.15)	7.78 (1.13)	9.17	<.001
sisarusten hyvinvointi (n=307)	8.69 (0.74) ^a	7.91 (1.26) ^{ab}	8.31 (0.96) ^b	8.21 (1.12)	16.30 ³	<.001
Perheiden valtaistuminen						
sairauden tiedollinen hallinta	3.84 (0.57) ^a	3.42 (0.75) ^a	3.61 (0.61)	3.57 (0.69)	11.73 ³	<.001
itsearvostus ja valmius sairaudesta puhumiseen	4.35 (0.48) ^a	4.02 (0.61) ^a	4.18 (0.56)	4.14 (0.58)	9.07	<.001
selviytymisen tunne ja ongelmien hallinta	4.30 (0.60) ^a	3.88 (0.73) ^{ab}	4.16 (0.67) ^b	4.05 (0.71)	12.02	<.001

¹ D = diabetes, OPK = oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöt, MLV = moni- ja liikuntavammaisuus

² Ryhmäerojen merkitsevyyden testauksessa käytetty yksisuuntaista varianssianalyysiä

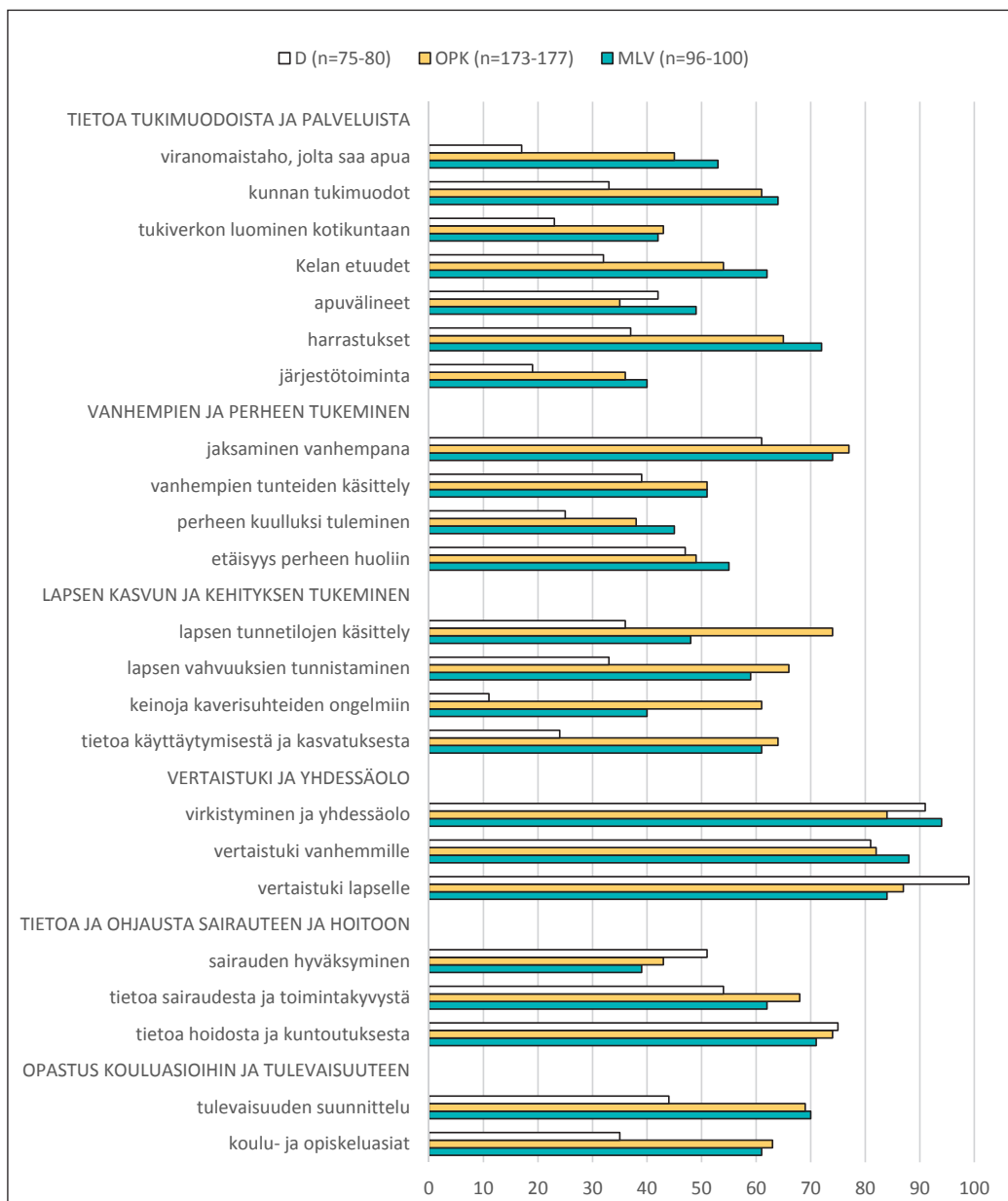
³ F-testin sijaan käytetty Brown-Forsythe-testiä, koska ryhmien varianssit erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi

^a D- ja OPK-ryhmien ero vähintään $p < .05$

^b OPK- ja MLV-ryhmien ero vähintään $p < .05$

(F2) liittyviä odotuksia lisäsi lapsen kuuluminen MLV-ryhmään, lapsen toimintakyvyn suuremmat rajoitukset, vanhempien heikompi hyvinvointi sekä perheen heikompi selviytymisen tunne ja ongelmien hallinta. Lapsen kasvun ja kehityksen tukemiseen (F3) liittyviä odotuksia lisäsivät myös lapsen heikom-

pi psykososiaalinen hyvinvointi (SDQ), lapsen kuuluminen OPK- tai MLV-ryhmään sekä heikompi valtaistuminen kaikilla valtaistumisen osa-alueilla. Vertaistukeen liittyvien odotusten (F4) todennäköisyyttä lisäsivät perheen vahvempi valtaistuminen, erityisesti itsearvostuksen ja keskusteluvalmiuden sekä



Kuvio 1. Odotukset sopeutumisvalmennuskurseilta saatavasta tuesta kurssiryhmittäin: D = diabetes, OPK = oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöt, MLV = moni- ja liikuntavammaisuus, ("melko paljon" tai "erittäin paljon" odotuksia raportoineet), %.

Taulukko 4. Palvelutietoa, sairautta ja sen hoitoa koskevien odotusfaktoreiden selittäviä tekijöitä: logistisen regressioanalyysin ristitulosuhteet (OR) ja luottamusvälit (lv) yksittäisissä analyyseissa (0-malli) ja kokonaismallissa (kovariantteina lapsen ikä ja kurssiryhmä).

Selittäviä muuttujia	F1: Tietoa tukimuodoista ja palveluista				F5: Tietoa ja ohjausta sairauteen ja hoitoon			
	Yksittäin		Kokonaismalli		Yksittäin		Kokonaismalli	
	OR	95 % lv	OR	95 % lv	OR	95 % lv	OR	95 % lv
Lapsen ikä: korkeampi	0.92*	0.87–0.98	0.93*	0.88–1.00	0.93*	0.87–0.98	0.92**	0.86–0.98
Kurssiryhmä								
diabetes	1		1		1			
opp ja psyyk keh häir	2.71**	1.54–4.78	2.96***	1.66–5.27	0.93	0.54–1.58	-	-
moni- ja liikuntavamma	4.19***	2.21–7.98	3.89***	2.01–7.52	0.91	0.50–1.64	-	-
Toimintakyvyn rajoitteen haittaavuus: vähäisempi	0.89*	0.81–0.99	0.96	0.86–1.07	0.90*	0.82–0.99	0.88*	0.79–0.98
SDQ kp (4–17 v): korkeammat oirepisteet	1.03	0.98–1.07	-	-	0.99	0.96–1.02	-	-
Vanhempien hyvinvointi: parempi	0.83*	0.69–0.99	0.86	0.71–1.04	0.79*	0.66–0.95	0.79*	0.66–0.96
Perheiden valtaistuminen: parempi								
sairauden tiedollinen hallinta	0.64**	0.47–0.88	0.71*	0.51–0.98	0.57**	0.41–0.78	0.56**	0.40–0.78
itsearvostus ja valmius sairaudesta puhumiseen	0.65*	0.44–0.94	0.74	0.50–1.11	0.69*	0.48–0.99	0.72	0.49–1.05
selviytymisen tunne ja ongelmien hallinta	0.88	0.65–1.19	-	-	0.61**	0.44–0.83	0.55***	0.40–0.77

Tilastolliset merkitsevyydet: * p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.001.

Lapsen sukupuolella ja aikaisemmalla sopeutumisvalmennuksella ei ollut yhteyttä kurssiodotuksiin.

perheen selviytymisen ja ongelmien hallinnan osiot. (Taulukko 5.)

Pohdinta

Tutkimuksessa selvitettiin sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden lasten vanhempien arvioita lapsen ja perheen hyvinvoinnista, kurssiodotuksiin liittyvistä tuen tarpeista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksen kohteena olivat Kelan järjestämät diabetes-, oppimisen- ja psyykkisen kehityksen häiriöiden sekä moni- ja liikuntavammaisten kurssit, joille lapset osallistuivat yleensä yhdessä perheenjäsenten kanssa. Aineistossa pojat olivat yliedustettuina kaikissa ryhmissä, mutta erityisesti oppimisen ja psyykkisen kehityksen häiriöiden kursseilla. Pojilla esiintyykin tyttöjä useammin erilaisia kehityksellisiä häiriöitä ja erityispalveluiden tarvetta (esim. Gyllenberg ym. 2014).

Valtaosa vanhemmista arvioi lapsensa terveydentilan hyväksi, vaikka erilaisia toimin-

nallisia rajoituksia lapsilla arvioitiin esiintyvän melko paljon. Kurssiryhmät eivät eronneet toisistaan terveydentilan suhteen eikä terveydentilan arviolla myöskään ollut vahvaa yhteyttä lapsen toimintarajoitteiden määrään tai haittaavuuden asteeseen. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa vammaisten lasten terveydentila on arvioitu kohtalaisen hyväksi silloinkin, kun vamman haittaavuus on ollut varsin suuri tai siihen on liittynyt erilaisia rajoitteita (Notko ym. 2009, Almasri ym. 2011, 2014). Tässä tutkimuksessa lapsen toimintakyky ja hyvinvointi arvioitiin diabetesta sairastavilla lapsilla paremmiksi kuin lapsilla, joilla oli ns. kehityksellinen häiriö. Myös Varnin ym.:iden (2007) tutkimuksessa diabetesta sairastavien lasten omat ja vanhempien arviot lasten elämänlaadusta olivat myönteisemmät kuin lapsilla, joilla oli kehityksellisiä ongelmia. Toisaalta useat tutkimukset osoittavat, että lapsen elämänlaatu voi olla hyvä vammojen ja sairauksien aiheuttamista haitoista huolimatta (Dickinson ym. 2007, Notko ym. 2009, Böling ym. 2016).

Taulukko 5. Psykososiaalista tukea koskevien odotusfaktoreiden selittäviä tekijöitä: logistisen regressioanalyysin ristitulosuhteet (OR) ja luottamusvälit (lv) yksittäisissä analyyseissa (0-malli) ja kokonaismallissa (kovariantteina lapsen ikä ja kurssiryhmä).

Selittäviä muuttujia	F2: Vanhempien ja perheen tukeminen				F3: Lapsen kasvun ja kehityksen tukeminen				F4: Vertaistuki ja yhdessäolo			
	Yksittäin		Kokonaismalli		Yksittäin		Kokonaismalli		Yksittäin		Kokonaismalli	
	OR	95 % lv	OR	95 % lv	OR	95 % lv	OR	95 % lv	OR	95 % lv	OR	95 % lv
Lapsen ikä: korkeampi	0.96	0.90–1.01	-	-	1.02	0.96–1.08	-	-	0.98	0.93–1.04	-	-
Kurssiryhmä	1											
diabetes	1		1		1		1		1			
opp ja psyyk keh häir	1.49	0.86–2.57	1.57	0.90–2.73	8.33***	4.37–15.88	8.93***	4.62–17.29	0.67	0.39–1.14	-	-
moni- ja liikuntavamma	1.87*	1.02–3.44	1.79	0.96–3.35	3.47***	1.74–6.95	3.70***	1.80–7.60	0.67	0.37–1.21	-	-
Toimintakyvyn rajoitteen haittaavuus: vähäisempi	0.87**	0.78–0.96	0.88*	0.79–0.98	0.87**	0.79–0.96	0.93	0.83–1.05	0.91	0.83–1.00	-	-
SDQ kp (4–17 v): korkeammat oirepisteet	1.02	0.99–1.06	-	-	1.13***	1.08–1.17	1.09***	1.04–1.14	0.98	0.95–1.01	-	-
Vanhempien hyvinvointi: parempi	0.62***	0.51–0.76	0.63***	0.51–0.77	0.78**	0.65–0.94	0.86	0.71–1.05	1.07	0.90–1.28	-	-
Perheiden valtaistuminen: parempi												
sairauden tiedollinen hallinta	0.94	0.69–1.28	-	-	0.60**	0.44–0.83	0.74	0.53–1.05	1.38*	1.01–1.87	1.34	0.97–1.84
itsearvostus ja valmius sairaudesta puhumiseen	1.01	0.70–1.46	-	-	0.55**	0.38–0.81	0.70	0.46–1.06	1.80**	1.23–2.63	1.80**	1.22–2.66
selvitymisen tunne ja ongelmien hallinta	0.54***	0.39–0.74	0.51***	0.37–0.72	0.54***	0.39–0.74	0.66*	0.47–0.93	1.42*	1.05–1.92	1.38*	1.01–1.89

Tilastolliset merkitsevyydet: * p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.001.

Lapsen sukupuoli ja aikaisemalla sopeutumisvalmennuksella ei ollut yhteyttä kurssiin.

Kaikissa kurssiryhmissä vanhemmat arvioivat oman ja perheen hyvinvoinnin kohtalaisen hyväksi, diabetesryhmässä arviot olivat kuitenkin muita ryhmiä myönteisemmät. Vanhempien hyvinvointiin vaikuttavat lapsen käyttäytymisen ohella muun muassa palvelujen perhekeskeisyys, sosiaalinen tuki sekä erilaiset sosioekologiset ja taloudelliset tekijät (esim. King ym. 1999, Sloper & Beresford 2006). Tässä tutkimuksessa vanhempien arvio omasta hyvinvoinnistaan korreloi melko vahvasti sekä lapsen että sisarusten hyvinvointia koskeviin arvioihin. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimustuloksia, joiden mukaan lapsen sairauden tai vammaisuuden perusteella toteutettavia interventioita kehitettäessä tulisi kiinnittää huomiota koko perheen hyvinvointiin ja selviytymiskeinoihin (Compas ym. 2012, Giallo ym. 2014, Morawska ym. 2015).

Perhekeskeisten palveluiden ydinajatuksena on, että perhe on lapsen paras asiantuntija, lasta autetaan parhaiten auttamalla koko perhettä ja palveluiden tulisi vastata perheiden tarpeisiin (Perrin ym. 2007, Dempsey & Keen 2008). Tarveperustaisia ja perhekeskeisiä käytäntöjä on pidetty ns. parhaina käytäntöinä lasten kuntoutuksessa (Almasri ym. 2011). Vanhempien ja lasten tarpeiden ja toiveiden huomioonotto kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on yhteydessä perheiden tyytyväisyyteen ja parempiin koettuihin kuntoutustuloksiin (Järvikoski ym. 2013, 2015). Tässä tutkimuksessa vanhemmilla oli monenlaisia odotuksia sopeutumisvalmennuskurssin sisällöistä ja hyödyistä. Eniten odotuksia kohdistui toisaalta sopeutumisvalmennuskursseilta saatavaan vertaistukeen, yhdessäoloon ja virkistämiseen, toisaalta lapsen sairautta koskevaan tietoon ja tukeen.

Vertaistukeen liittyvät odotukset ja tuen merkityksellisyys erityistä tukea tarvitsevien lasten perheille on tunnistettu myös aikaisemmissa suomalaisissa tutkimuksissa (esim. Linnakangas ym. 2010, Autti-Rämö ym. 2015). Vanhemmat voivat vertaistuen kautta jakaa sosiaalista identiteettiä, oppia toisten kokemuksista ja kokea henkilökohtaista kasvua ja valtaistumista. He saavat myös mahdollisuuden tukea toisia, mikä voi lisätä itsearvostuk-

sen tunnetta. (Esim. Shilling ym. 2013.) Vertaistuki voi olla sekä tiedollista että emotionaalista, ja se voi vahvistaa osallistujien selviytymiskeinoja ja hyvinvointia (esim. Pfeiffer ym. 2011, Embuldeniya ym. 2013). Tämän tutkimuksen vanhemmat odottivat kurssilta myös virkistäytymistä ja mukavaa yhdessäoloa. Tämä on ymmärrettävää, sillä lapsen pitkäaikaissairaus aiheuttaa usein perheille lisäkuormitusta. Hengähdystaukoa hoidosta ja vanhempien omaa aikaa pidettiin tärkeänä esimerkiksi perheissä, joissa lapsilla esiintyi autismitilaa (Hodgetts ym. 2015).

Vanhemmat tarvitsivat myös tietoa sairauden hoidosta ja kuntoutuksesta - myös silloin, kun perhe oli jo aikaisemmin osallistunut sopeutumisvalmennuskurssille. Erityistä tukea tarvitsevien lasten vanhempien tarpeeseen saada tietoa toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä, hoidosta ja palveluista on kiinnitetty huomiota perhekeskeisiä kuntoutuskäytäntöjä selvittävässä tutkimuksessa (esim. Jeglinsky ym. 2012, Alsem ym. 2014, Hodgetts ym. 2015). Tässä tutkimuksessa palveluja koskevat tiedon tarpeet olivat vähäisemmät diabetesta sairastavien lasten vanhemmilla kuin ns. kehityksellisten häiriöiden kurssiryhmissä. Vuorenmaa (2016) on todennut, että mitä paremmaksi vanhemmat arvioivat tiedonsaantinsa palveluista, sitä vahvemiksi he arvioivat oman osallisuutensa tai valtaistumisensa niin perheessään kuin palveluissa.

Tutkimuksessa selvitettiin, millaiset tekijät olivat yhteydessä kurssiodotuksiin. Pienten lasten vanhemmat odottivat palveluihin ja sairauden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää tietoa ja tukea enemmän kuin vanhempien lasten vanhemmat. Myös lapsen hyvinvoinnin tai toimintakyvyn ongelmat lisäsivät laaja-alaiseen ammatilliseen tukeen ja tietoon liittyviä odotuksia ja tarpeita. Tutkimuksen keskeinen tulos koski perheen valtaistumisen ja kurssiin kohdistuneiden odotusten välisiä yhteyksiä. Tarvetta ammatilliseen asiantuntijuuteen perustuvaan tietoon, psykososiaaliseen tukeen ja ohjaukseen ilmaisivat erityisen voimakkaasti ne perheet, joilla tilanteen tiedollinen hallinta ja valtaistumisen tunne olivat keskimääräistä heikommät. Sen sijaan

ne vanhemmat, joilla oman tilanteen tuntemus ja tiedollinen hallinta oli keskimääräistä parempi, odottivat kurssilta muita useammin vertaistukea, virkistäytymistä ja yhdessäoloa. Perheiden valtaistuminen, vanhempien aktiivinen osallisuus palveluissa ja heidän valmiutensa selviytyä arjen haasteista lapsen kanssa ovat tärkeitä tavoitteita palveluiden kehittämistyössä (Koren ym. 1992, Vuorenmaa 2016). Vähemmän on kuitenkin kiinnitetty huomiota siihen, että valtaistumisensa suhteen eri tilanteissa olevat perheet tarvitsevat ja pystyvät käyttämään hyödykseen erilaista tukea. Mielenkiintoista on myös, että aikaisemmissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota vertaistuen mahdollisuuteen tukea ja vahvistaa valtaistumista (Banach ym. 2010, Embuldeniya ym. 2013, Shilling ym. 2013, Vuorenmaa 2016). Tämän tutkimuksen mukaan vahvemmin valtaistuneet perheet odottivat kurssilta erityisesti vertaistukea, kun taas vähemmän valtaistuneiden perheiden tarpeet ja odotukset liittyvät enemmän ammatillisen tuen saamiseen. Valtaistumisen, vertaistuen ja ammatillisen tuen vaikutusyhteyksiä olisikin tärkeää tarkemmin jatkotutkimuksissa.

Tutkimuksen rajoitukset on otettava huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Vastausprosentti (59 %) jäi vain kohtalaiseksi ja vaihteli kurssikohtaisesti; matalin (50 %) se oli monija liikuntavammaisten lasten kurseilla. Vastaamattomuuden taustalla on todennäköisesti erilaisia syitä. Ne voivat liittyä perheiden tilanteeseen, tiedonkeruun tapaan tai palveluntuottajien toimintaan. Lomakkeeseen vastaajina olivat useimmiten äidit, kuten useissa muissakin erityistä tukea tarvitsevien lasten tarpeita selvittävässä tutkimuksissa (esim. Almasri 2011, Alsem 2014). Tulokset voisivat olla osittain erilaisia, jos isät olisivat olleet useammin mukana vastaajina. On kuitenkin tutkimuksia, joiden mukaan äitien ja isien arvioissa omasta hyvinvoinnistaan (esim. Ha ym. 2008) tai saadusta tuesta (Jansen ym. 2012) ei ole merkittäviä eroja. Tutkitut kurssiryhmät erosivat toisistaan iän suhteen, ja pienten lasten tuen tarpeet voivat olla erilaisia kuin vanhempien lasten. Iän kontrollointi ei kuitenkaan muuttanut oleellisesti ryhmien välisiä eroja.

Kurssiryhmien välillä oli myös muita eroja, joiden vaikutuksia arvioihin ei voitu kontrolloida. Kurssiryhmien odotuksia verrattaessa on myös huomattava, että Kelan kurssikohtaiset standardit (Kela 2013) painottavat osittain erilaisia asioita eri kohderyhmien sopeutumisvalmennuksen toteutuksessa.

Rajoituksista huolimatta tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että erityistä tukea tarvitsevien lasten vanhemmilla on sopeutumisvalmennukseen tullessaan monenlaisia odotuksia, yleisimpinä vertaistuki, virkistäytyminen sekä sairautta ja palveluja koskevan informaation saanti. Vanhempien arviot omasta ja lapsen hyvinvoinnista, lapsen toimintakyvyn rajoitteiden luonne ja perheiden terveyteen liittyvä valtaistuminen vaikuttavat siihen, millaista tukea kurssilta odotetaan saatavan. Perheet, joilla valtaistuminen on heikompaa, odottavat saavansa kurseilta muita useammin ammatillista psykososiaalista tukea ja tietoa. Vahva valtaistumisen tunne liittyy suurempiin odotuksiin vertaistuesta ja vähäisempiin odotuksiin asiantuntijatiedosta tai -tuesta. Sopeutumisvalmennuksen toteutuksessa on tärkeää ottaa huomioon perheiden erilaiset tarpeet sekä tunnistaa niiden taustalla olevia yksilöllisiä ja sosiaalisia tekijöitä.

Tiivistelmä

Sopeutumisvalmennus on psykososiaalista kuntoutusta, joka tarjoaa tietoa ja tukea sairaudesta tai vammasta, sen hoidosta ja selviytymiskeinoista. Lapset ja nuoret, joilla on pitkäaikaissairaus tai kehityksen häiriöitä, osallistuvat sopeutumisvalmennukseen useimmiten perheenjäsentensä kanssa. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli 1) selvittää vanhempien käsityksiä lasten hyvinvoinnista ja toimintakyvystä, 2) arvioida vanhempien omaa hyvinvointia ja perheiden valtaistumista ja 3) selvittää kurssiodotuksia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimus kohdistui Kelan kuntoutuksena vuosina 2014–15 toteutettuihin diabeteskurseihin, oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöiden kurseihin.

hin sekä moni- ja liikuntavammaisten lasten kursseihin. Lasten vanhemmat vastasivat kurssin alussa lomakekyselyyn (n = 357, vastausprosentti 59 %).

Kaikissa kurssiryhmissä useimmat vanhemmat arvioivat lapsen terveydentilan hyväksi tai melko hyväksi. Vanhempien arviot niin omasta kuin lapsenkin hyvinvoinnista erosivat kurssiryhmittäin, mutta myös kurssiryhmien sisällä ilmeni vaihtelua. Vanhemmat, joiden lapsella oli diabetes, arvioivat hyvinvointia myönteisemmin kuin vanhemmat, joiden lapsella oli kehityksellinen häiriö. Vanhempien arviot omasta hyvinvoinnistaan korreloivat melko vahvasti lasta koskeviin hyvinvointiarvioihin. Sopeutumisvalmennukseen liittyvät odotukset ja tuen tarpeet koskivat erityisesti vertaistukea ja virkistäytymistä sekä tiedon saantia sairaudesta ja sen hoidosta ja kuntoutuksesta. Kurssiryhmä, lapsen toimintakyvyn rajoitteet, vanhempien hyvinvointi ja perheiden valtaistuminen olivat yhteydessä perheiden odotuksiin ja tuen tarpeisiin. Tutkimuksen keskeinen tulos koski perheen valtaistumisen ja kurssiodotusten välistä yhteyttä. Tarve ammatilliseen asiantuntijuuteen pohjautuvaan tietoon ja psykososiaaliseen tukeen oli vahvempaa niillä perheillä, joilla valtaistumisen tunne oli heikompaa. Sen sijaan ne perheet, joilla valtaistuminen oli voimakkaampaa, odottivat kursseilta vähemmän asiantuntijan tukea ja enemmän vertaistukea ja virkistäytymistä.

Abstract

Parents' evaluations of their children's wellbeing and functioning and identified expectations for psychosocial rehabilitation

Authors:

*Anu Kippola-Pääkkönen, M.Soc.Sc., researcher, University of Lapland
Kristiina Härkäpää, PhD, professor, Uni-*

versity of Lapland

Aila Järvikoski, D.Soc.Sc., professor emerita, University of Lapland

Ilona Autti-Rämö, MD, medical director, research professor, The Social Insurance Institution of Finland

Finnish adaptation training represents psychosocial rehabilitation, which aims to offer information and guidance for living with an illness or disability as well as promoting coping skills. Children and adolescents with chronic illnesses or developmental disorders participate adaptation training mostly with their family members. The aim of this study was to 1) examine the parents' perceptions of their child's wellbeing and functioning, 2) depict their assessments on their own wellbeing and family empowerment, and 3) investigate their needs and expectations for the adaptation training as well as factors connected with different expectations. The study focused on three courses arranged for children either with diabetes, learning or psychological development disorders or multiple or mobility disabilities. The courses were organized in three rehabilitation centers. The parents answered the questionnaire at the beginning of the course (n=357, response rate 59 %).

In all course groups most parents perceived their child's health fairly good or good. The parents of children with diabetes evaluated their child's wellbeing more positively than the parents of children with developmental disorders. The parents' wellbeing correlated positively with the children's wellbeing. Strongest rehabilitation needs and expectations were related to the domains of peer support and recreation, and information about illness or disability and its treatment. The course group, disability of the child, wellbeing of parents and children, and family empowerment were associated with the expectations and needs factors. The main finding of this study addressed the relationship of

the family empowerment to the expectation domains. Families with weaker empowerment expressed more expectations and needs for professional information and support. More strongly empowered families expressed less needs for professional support and information but more expectations for peer support and recreation.

Anu Kippola-Pääkkönen, YTM, tutkija, Lapin yliopisto

Kristiina Härkäpää, FT, professori, Lapin yliopisto

Aila Järvikoski, YTT, professori (emerita), Lapin yliopisto

Ilona Autti-Rämö, LT, johtava ylilääkäri, tutkimusprofessori, Kansaneläkelaitos

Lähteet

- Ahlgren T, Poikkeus L (2014) Terveydenhuolto, Kela ja RAY sopeutumisvalmennuksen mahdollistajana: Kela. Teoksessa H Streng (toim.) Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Espoo.
- Almasri NA, O'Neil M, Palisano RJ (2014) Predictors of needs for families of children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil* 36, 3, 210–219.
- Almasri NA, Palisano RJ, Dunst CJ, Chiarello LA, O'Neil ME, Polansky M (2011) Determinants of needs of families of children and youth with cerebral palsy. *Child Health Care*, 40, 130–154.
- Alsem MW, Siebes RC, Gorter JW, Jongmans MJ, Nijhuis BGJ, Ketelaar M (2014) Assessment of family needs in children with physical disabilities: development of a family needs inventory. *Child Care Health Dev*, 40,1, 498–506.
- Autti-Rämö I, Kippola-Pääkkönen A, Valkonen J, Tuulio-Henriksson A, Härkäpää K (2015) Narkolepsiin sairastuneiden lasten ja nuorten perheiden arki ja sopeutumisvalmennuskurssilta saatu tuki. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 90. Kela, Helsinki.
- Banach M, Iudice J, Conway L, Couse LI (2010) Family support and empowerment: post autism diagnosis support group for parents. *Soc Work Groups* 33, 1, 69–83.
- Benson PR, Kersh J (2011) Marital quality and psychological adjustment among mothers of children with ASD: cross-sectional and longitudinal relationships. *J Autism Dev Disord*, 41, 1675–1685.
- Borg AM, Kaukonen P, Salmelin R, Joukamaa M, Tamminen T (2012) Reliability of the strengths and difficulties questionnaire among Finnish 4–9-year-old children. *Nord J Psychiatry*, 66, 6, 403–413.
- Burton P, Lethbridge L and Phipps S (2008) Children with disabilities and chronic conditions and longer-term parental health. *J Socio Econ* 37, 3, 1168–1186.
- Böling S, Varho T, Kiviranta T, Haataja L (2016) Quality of life of Finnish children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*, 38,7, 683–688.
- Compas BE, Jaser SS., Dunn MJ, Rodrigueaz EM (2012) Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*, 8, 455–480.
- Cousino MK & Hazen RA (2013) Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatric Psychol*, 38, 8, 809–828.
- Dagnan D (2007) Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental ill-health. *Curr Opin Psychiatry* 20, 5, 456–460.
- Dempsey I, Keen D (2008) A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics Early Child Spec Educ*, 28, 1, 42–52.
- Dickinson HO, Parkinson KN, Ravens-Sieber U, Schirripa G, Thyen U, Arnaud C et al. (2007) Self-reported quality of life of 8–12 – year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Lancet*, 369, 2171–2178.
- Embuldeniya G, Veinot P, Bell E, Bell M, Nyhof-Young J, Sale JEM and Britten N (2013) The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Educ Couns* 92, 1, 3–12.
- Giallo R, Roberts R, Emerson E, Wood C, Gavidinia-Payne S (2014) The emotional and behavioural functioning of siblings of children with special health care needs across childhood. *Res Dev Disabil*, 35, 4, 814–825.
- Giovagnoli G, Postorino V, Fatta LM, Sanges V, De Pappo L, Vassena L, De Rose P, Vicari S, Mazzone L (2015) Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*, 45–46, 411–421.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman R (2001) Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad*

- Child Adolesc Psychiatry, 40, 11, 1337–1345.
- Grey M, Jaser SS, Whittemore R, Jeon S, Lindemann E (2011) Coping skills training for parents of children with type 1 diabetes: 12-month outcomes. *Nurs res*, 60, 3, 173–181. Saatavissa: < doi: 10.1097/NNR.0b013e3182159c8f >. Viitattu 13.1.2016.
- Gyllenberg D, Gissler M, Malm H, Artama M, Hinkka-Yli-Salomäki S, Brown AS, Sourander A (2014) Specialized service use for psychiatric and neurodevelopmental disorders by age 14 in Finland. *Psych Serv* 65, 3, 367–373.
- Ha JH, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS (2008) Age and gender differences in the well-being of mid-life and aging parents with children with mental health or developmental problems: Report of a national study. *J Health Social Behav*, 49, 3, 301–316.
- Hodgetts S, Zwaigebaum L, Nicholas D (2015) Profile and predictors of service needs for families of children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19, 6, 673–683.
- Homan-Helenius P (2005) Empowering families of children with asthma through adaptation training. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis Sarja D, osa 669*. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.
- Houtrow AJ, Okumura MJ, Hilton JF, Rehm RS (2011) Profiling health and health-related services for children with special health care needs with and without disabilities. *Acad Pediatr*, 11, 508–516.
- Jansen SLG, van der Putten AAJ, Vlaskamp C (2012) What parents find important in the support of a child with profound intellectual and multiple disabilities. *Child Care Health Dev* 39, 3, 432–441.
- Jeglinisky I, Autti-Rämö I, Brogren Carlberg E (2012) Two sides of the mirror: parents' and service providers' view on the family-centredness of the care for the children with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*, 38, 1, 79–86.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2014) Teoreettisia näkökulmia psykososiaaliseen sopeutumiseen ja sopeutumisvalmennukseen. Teoksessa H Streng (toim.) *Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus*. Raha-automaattiyhdistys, Espoo.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Martin M, Vasari P (2015) Service characteristics as predictors of parents' perceptions of child rehabilitation outcomes. *J Child Health Care*, 19, 1, 106–117.
- Järvikoski A, Martin M, Autti-Rämö I, Härkäpää K (2013) Shared agency and collaboration between the family and professionals in medical rehabilitation of children with severe disabilities. *Int J Rehabil Res*, 36, 30–37.
- Kela (2013) Kuntoutuksen standardit. Saatavissa: < http://www.kela.fi/standardit_hyvaksytyt-standardit >. Viitattu 13.1.2016.
- King G, King S, Rosenbaum P, Goffin R (1999) Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. *J Pediatr Psychol*, 24, 1, 41–53.
- Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen A (2000) The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 4, 277–284.
- Koskelainen M, Sourander A, Vauras M (2001) Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10, 3, 180–185.
- Koren PE, DeChillo N, Friesen BJ (1992) Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabil Psychol*, 37, 4, 305–321.
- Law EF, Fisher E, Fales J, Noel M, Eccleston C (2014) Systematic review and meta-analysis of parent and family-based interventions for children and adolescents with chronic medical conditions. *J Pediatr Psychol*, 39, 8, 866–886.
- Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A (2010) Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109. Kela, Helsinki.
- Miodrag N, Burke M, Tanner-Smith E, Hodapp RM (2015) Adverse health in parents of children with disabilities and chronic health conditions: a meta-analysis using the parenting stress index's health sub-domain. *J Intellectual Disabil Res*, 59, 3, 257–271.
- Montoya A, Colom F, Ferrin M (2011) Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry*, 26, 166–175.
- Morawska A, Calam R, Fraser J (2015) Parenting interventions for childhood chronic illness: A review and recommendations for intervention design and delivery. *J Child Health Care*, 19, 1, 5–17.
- Mäenpää H (2014) Terveysturva, Kela ja RAY sopeutumisvalmennuksen mahdollistajana: Terveysturvan näkökulma. Teoksessa H Streng (toim.) *Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus*. Raha-automaattiyhdistys, Espoo.
- Nachshen JS, Minnes P (2005) Empowerment in parents of school-aged children with and without developmental disabilities. *J Intellectual Disabil Res*, 49, 12, 889–904.
- Notko T, Martin M, Puumalainen J (2009) Kelan kuntoutuksen osallistuneiden lasten elämäntilanne.

- Teoksessa A Järvikoski, L Hokkanen, K Härkäpää (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutukselta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Nylén M, Tervonen S, Leino E (2009) Hoidonohjauksen ja kuntoutuksen merkitys epilepsiapotilaan kannalta. *Duodecim*, 125, 2543–2551.
- Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MA and Valenstein M (2011) Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 33, 1, 29–36.
- Perrin JM, Romm D, Bloom SR, Homer CJ, Kuhlthau KA, Cooley C., ym. (2007) A family-centered, community-based system of services for children and youth with special health care needs. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161, 10, 933–936.
- Rantala A (2002) Perhekeskeisyys –puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. *Jyväskylän tutkimuskeskuksen tutkimuksia ja tutkimusraportteja* 198. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Ruutiainen J (2003) Kuntoutus kannattaa MS-taudissa. *Suomen Lääkärilehti*, 58, 5055–5058.
- SDQ. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires Saatavissa: < <http://www.sdqinfo.com> >. Viitattu 13.1.2016.
- Shilling V, Morris C, Thompson-Coon J, Ukoumunne O, Rogers M and Logan S (2013) Peer support for parents of children with chronic disabling conditions: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Dev Med Child Neurol* 55, 7, 602–609.
- Sloper T, Beresford B (2006) Families with disabled children. *BMJ* 4, 333, 7575, 928–929.
- Tengland PA (2008) Empowerment: A Conceptual Discussion, *Health Care Anal*, 16, 2, 77–96.
- Theule J, Wieners J, Tannock R, Jenkins JM (2012) Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *J Emot Beh Disord*, 21, 1, 3–17.
- Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM (2007) Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes*, 5,43. Saatavissa: < doi: 10.1186/1477-7525-5-43 >. Viitattu 24.1.2016.
- Vuorenmaa M (2016) Äitien ja isien osallisuus perheessä ja lasten palveluissa sekä osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät. *Acta Universitatis Tampereensis* 2134. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA (2011) Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*, 7,12, CD003018.

LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEINEN FYSIOTERAPEUTTINEN OHJAUS FYSIOTERAPEUTTIIEN KUVAAMANA

Johdanto

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvää kuntoutusta fysioterapeuttisen ohjauksen näkökulmasta. Kuntoutuksella tarkoitetaan pyrkimystä ihmisen toimintakykyisyyden, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistämiseen. Kuntoutumisprosessi lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä voidaan nähdä yksilöllisenä oppimisprosessina, jossa kuntoutuminen merkitsee uudelleen orientoitumista ja oppimista (vrt. Järvikoski & Härkäpää 2011, 8, 14–16). Pedagogisen suhteen rakentaminen kuntoutujan ja asiantuntijan kesken onkin edellytys kuntoutujan aktiiviselle osallistumiselle tähän prosessiin (Tynjälä ym. 2016). Potilaskeskeinen kuntoutumisprosessi huomioi kuntoutujan aktiivisena toimijana omassa toimintaympäristössään. Fysioterapeutin roolina on olla kuntoutujan tukena ja antaa tietoa, jotta kuntoutujan ymmärrys omasta tilanteestaan kasvaa ja hänellä on mahdollisuus tehdä omaa kuntoutumistaan koskevia päätöksiä ja asettaa tavoitteita. Tällöin vuorovaikutussuhde on tasa-arvoinen, ja kuntoutusprosessi etenee kohti kuntoutujan valtaistumista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 188–190.)

Fysioterapian tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa kuntoutujan fyysistä toimintakykyä ennen ja jälkeen leikkauksen sekä tukea terveyteen liittyvien käyttäytymis- ja uskomusmallien sekä taitojen omaksumista (Suomen

Fysioterapeutit 2013). Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen sisältö on paljolti harjoitteiden ohjaamista sanallisin ohjein sekä manuaalisen ohjauksen keinoin (vrt. Suomen Fysioterapeutit 2013). Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla pyritään terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämiseen. Kuntoutujan oppimista ja hänen voimavarojensa suuntaamista yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi voidaan edistää vaikuttamalla hänen tietämykseensä sekä terveystietäytymiseensä opettamisen ja ohjaamisen keinoin (Bartlett 1985, Fysioterapianimikkeistö 2007).

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen sisällön osalta on todettu, että sairaalavaiheessa sängyssä tehtävä harjoittelu ei anna lisäarvoa alkuvaiheen kuntoutumiseen eikä se lyhennä sairaalassaoloaika (Jesudason & Stiller 2002). Kotiutumisen jälkeen tapahtuvan harjoittelun tulisi olla tehokasta, spesifää ja säännöllistä (Jan ym. 2004, Trudelle-Jackson & Smith 2004, Unlu ym. 2006, Stockton & Mengersen 2009), ja harjoittelun jatkaminen pitkään leikkauksen jälkeen joko kotona tai laitoksessa edistää tutkimusten mukaan kuntoutumista (Unlu ym. 2006, Stockton & Mengersen 2009). Tavanomaisen harjoittelun lisäksi hyödyllisiä näyttäisivät olevan mm. vesiterapia (Wang ym. 2002, Giaquinto ym. 2010, Rahmann ym.

2009), voimaharjoittelu (Husby ym. 2009, 2010), osakuormitteinen kävelymattoharjoittelu (Hesse ym. 2003), sähköstimulaatiohoito (Suetta ym. 2004, Gremeaux 2008) sekä käsi-ergometriharjoittelu (Maire ym. 2003).

Sen sijaan fysioterapeuttisen ohjauksen (Rindflesch 2009), fysioterapeutin ja kuntoutujan välisen vuorovaikutuksen (Grant ym. 2009) sekä fysioterapeuttien vuorovaikutuskäytäntöjen (Opsommer & Schoeb 2014) tutkimus on vähäistä. Kuntoutujan autonomia arvostava vuorovaikutus sekä kuntoutujan aktiivinen osallistuminen korreloivat potilastyytyväisyyden kanssa, ja potilaskeskeinen hoito lisää kuntoutujien sitoutumista hoitoon ja heidän kontrollin tunnettaan omasta terveydestään (Barron ym. 2007, Hall 2010, Oliveira ym. 2012).

Vuorovaikutuksen onnistumisella on merkittävä vaikutus kuntoutujan positiiviseen kokemukseen fysioterapiasta. Kuntoutujien mielestä hyvät vuorovaikutustaidot, opetustaidot sekä käytöstavat ovat fysioterapeutin tärkeitä ominaisuuksia. (Potter ym. 2003.) Myös fysioterapeuttien mielestä hyvä potilas–terapeutti-suhde (Stenmar & Nordholm 1994) sekä fysioterapeuttien kyky osoittaa empatiaa, kunnioitusta ja todellista kuuntelemista ovat olennaisia tekijöitä hyvien hoitotulosten saamiseksi (Gyllenstein ym. 1999). Fysioterapeuttien käsitysten mukaan kuntoutujan negatiivisten tunteiden, kuten pelon, huomiointi ja ymmärtäminen voi olla myös edellytys hyvälle hoitotuloksille (Gard ym. 2000).

Kuntoutusparadigma on muuttunut kuntoutujan omaa aktiivisuutta, toimijuutta ja valtaistumista sekä perheen osallisuutta ja kuntoutustyön moniammatillisuutta korostavaksi (Glazier ym. 2004), joten on tärkeää tutkia myös sitä, näkyykö muutos fysioterapeuttien käsityksissä. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen sisällön lisäksi on tärkeää tutkia myös vuorovaikutusta, ohjauksen pedagogiikkaa ja potilaslähtöisyyttä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia käsityksiä akuuttisairaalan fysioterapeuteilla on lonkan tekonivelleikatun kuntoutumiseen liittyvästä fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Tutkimuksen

tavoitteena oli tuottaa tietoa fysioterapeuttisen ohjauksen ja fysioterapiakoulutuksen kehittämiseksi.

Aineisto ja menetelmät

Akuuttisairaalan fysioterapeuttien käsitysten esiin saamiseksi tutkimusta varten haastateltiin neljää suomalaisessa erikoissairaanhoidon yksikössä lonkan tekonivelleikkattujen kanssa työskentelevää fysioterapeuttia, joiden keski-ikä oli 44 vuotta ja joilla oli työkokemusta alaltaan 24 vuotta. Haastattelut olivat avoimia, haastateltavalähtöisiä recall-haastatteluja (ks. Dempsey 2010). Tutkimuksessa käytettiin kuvanauhoja yhteensä seitsemästä fysioterapeuttisesta ohjaustilanteesta, joissa haastatellut fysioterapeutit olivat eri potilaiden kanssa. Kunkin fysioterapeutin ohjaustilanteista oli yhdestä kahteen videota, näitä käytettiin haastattelujen tueksi palauttamaan fysioterapeutin asiakastilanne uudelleen mieleen. Haastattelujen aiheena oli fysioterapeuttinen ohjaus, jota käsiteltiin ensin yleisemmällä tasolla, jolloin avainkysymyksenä oli ”Mitä fysioterapeuttinen ohjaus on?” Videoiden katsomisen jälkeen haastateltavat nostivat esiin ohjaustilanteiden pohjalta itselleen merkityksellisiä ohjaukseen ja omiin ohjauskäytäntöihinsä liittyviä aiheita. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin sanataarkasti tutkimusaineistoksi.

Haastatteluaineisto, jota kertyi yhteensä 104 sivua (fontti 12, riviväli 1,5) kerättiin tammikuussa 2013. Kuvanauhojen kokonaiskesto oli 5 tuntia ja 24 sekuntia ja vaihteli 64 minuutista 83 minuuttiin haastateltavaa kohden. Kustakin videosta valittiin katsottavaksi fysioterapeuttisen ohjauksen kannalta keskeisiä kohtia 34 minuuttia 23 sekuntia, keskimäärin noin 8,5 minuuttia fysioterapeuttia kohden. Katsottaviksi kohdiksi valittiin ohjauksesta tilanteita, joissa tapahtui aktiivista fysioterapeuttista ohjausta sekä fysioterapeutin ja kuntoutujan välistä kommunikaatiota. Tutkimukselle on myönnetty sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto.

Tutkimusaineisto analysoitiin fenomenografisella tutkimusotteella, joka soveltuu hyvin käsitysten tutkimiseen (Marton & Booth

2009, 110–114). Ihmisen käsityksissä ovat mukana hänen kokemuksensa. Käsitteillä on laajempi ja syvempi merkitys kuin mielipiteillä: käsitteet nähdään ymmärryksenä tietystä ilmiöstä. Uudet käsitteet rakentuvat yksilön aikaisempien tietojen, kokemusten ja käsitysten pohjalle, ja ne ovat kontekstisidonnaisia ja relationaalisia. (Marton & Booth 2009, 111–112; Niikko 2003, 24–29; Åkerlind 2005, 2008.)

Aineiston analyysissä sovellettiin Åkerlindin esittämää fenomenografista analyysiotetta, jonka tarkoituksena on laadullisesti kuvata erilaisia tapoja, joilla tutkittavat jäsentävät kohdeilmiöt (Åkerlind 2005, Paakkari 2012). Analyysi oli kaksiosainen. Ensimmäisessä vaiheessa kaikkien tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien fysioterapeuttista ohjausta käsittelevästä puheesta muodostui kuusi teemaa (taulukko 1). Teemoja olivat esimerkiksi potilaan osallistuminen, eettisyys ohjaussuhteissa ja fysioterapeuttin asiantuntijuus. Analyysin toisessa vaiheessa kukin teema osoitettiin systemaattisesti hierarkkisesti muuntu- vaksi siten, että edellinen teema sisältyi aina seuraavaan. Täten aineistosta nousevien teemojen variaatiot muodostivat fysioterapeuttista ohjausta hierarkkisesti kuvaavan ilmiön kokonaisuuden eli (I) asiantuntijälähtöisen, (II) potilaan yksilöllisyyttä arvostavan fysioterapeuttisen ohjauksen sekä (III) fysioterapeuttisen ohjauksen osana potilaan kuntoutumista. (ks. Åkerlind 2005, Paakkari 2012.) Tässä artikkelissa käytämme termiä ”potilas” tulososassa, koska haastateltavat puhuivat potilaista. Muutoin käytämme termiä ”kuntoutuja”. Nämä tarkoittavat tässä tutkimuksessa samaa asiaa. Tulososassa käytettyjen autenttisten lainausten perässä on suluisia ilmaistu haastateltavat kirjainkoodeilla A – D, numero viittaa litteraation sivunumeroon.

Aineiston fenomenografisen analyysin luotettavuudessa on kyse siitä, kuinka hyvin se vastaa ihmisten kyseistä ilmiötä koskeviin käsityksiin (Uljens 1996), tässä tapauksessa fysioterapeuttista ohjausta koskeviin käsityksiin. Luotettavuuden lisäämiseksi fysioterapeuttien käsitysten teemoista ja fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategorioista

ja niiden hierarkkisuudesta keskusteltiin tutkijaryhmässä analyysin eri vaiheissa (vrt. Kvale & Brinkman 2009, Åkerlind 2005, 2008). Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, ja autenttisia lainauksia on liitetty mukaan analyysin tuloksiin, jotta lukija voisi seurata analyysin johtopäätöksiä. Tutkimusaineiston heikkoutena on, että se on hankittu yhdestä sairaalasta; tosin fenomenografisessa tutkimuksessa lukumäärän kasvattaminen ei lisää tutkimuksen luotettavuutta, vaan liiallisen aineiston on todettu jopa heikentävän tutkimuksen luotettavuutta (vrt. Mason 2010, Täks 2015, 48–49). Aineistossa on mukana kuvanauhoja useista potilaan ja fysioterapeuttin ohjaustilanteista, joten kerätty aineisto auttoi fysioterapeutteja palauttamaan mieleensä autenttiset tilanteet ja kertomaan käsityksensä niistä. Näin videoiden käytön voidaan katsoa lisäävän tutkimuksen luotettavuutta.

Tulokset

Aineiston analyysin perusteella muodostui fysioterapeuttista ohjausta kuvaavat kuusi teemaa, joita fysioterapeuttien käsitykset koskivat: potilaan osallistuminen, kehollinen ohjaus, eettisyys ohjaussuhteissa, fysioterapeuttin asiantuntijuus, yhteistyö ja terveydenhuoltojärjestelmän eettisyys. Teemoista jokainen varioi niin, että niistä muodostui kolme hierarkkista fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategoriaa, jotka olivat suppeimmasta laajimpaan seuraavat: asiantuntijälähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus, potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus ja fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista. (Taulukko 1.)

Asiantuntijälähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus

Asiantuntijälähtöisen fysioterapeuttisen ohjauksen teemassa korostui fysioterapeuttien käsitys kaavamaisesta osaamisesta, joka on sitä, että potilaan tarpeet tunnustetaan mutta yksilöllisyys fysioterapeuttisen ohjauksen toteutuksessa jää heikoksi (taulukko 1 ja kuvio 1).

Taulukko 1. Fysioterapeuttien käsityksistä muodostuneet teemat ja niiden variaatiot ja niistä analysissää muodostuneet kolme hierarkkista fysioterapeuttisen ohjauksen ilmiön kuvauskategoriaa.

Teema	I Asiantuntijälähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus	II Potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus	III Fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista
POTILAAN OSALLISTUMINEN	Potilaan lähtökohtien tunnistaminen	Fysioterapeutti huomioi potilaan yksilölliset tavoitteet ja toiveet	Potilaan vastuunotto omasta kuntoutumisestaan
KEHOLLINEN OHJAUS	Fysioterapeutti tunnistaa potilaiden erilaisuuden	Fysioterapeutilla yksilöllinen ohjaustapa	Potilaan oman kehon toiminnan ymmärrystä edistävä ohjaus
EETTISYYS OHJAUSSUHTEESSA	Fysioterapeutti tunnistaa potilaan merkityksen kuntoutumisessa	Empaattinen ohjaus	Potilaan situationalisuuden hyväksyminen
FYSIOTERAPEUTIN ASIAANTUNTIJUUS	Fysioterapeutin kaavamainen ammatillinen osaaminen	Fysioterapeutin joustava toimintatapa	Potilaan sujuvaa arjen haltuunottoa edistävä toiminta
YHTEISTYÖ	Ammattirajojen näkyminen moniammatillisessa yhteistyössä	Ammattirajat ylittävä yhteistyö	Kuntoutumisen moniammatillinen jatkuminen yli sairaalan rajojen
TERVEYDENHUOLTO-JÄRJESTELMÄN EETTISYYS	Fysioterapeutin ristiriita omien ammattieettisten periaatteiden kanssa	Fysioterapeutti ratkaisee ohjauksen sisällön yksilöllisesti ammatillisen osaamisensa ja arvomaailmansa pohjalta	Kriittisyys järjestelmän mahdollisuuksia kohtaan

Asiantuntijälähtöisen fysioterapeuttisen ohjauksen teemassa potilaan osallistumisen nähtiin mahdollistuvan, kun fysioterapeutti tunnisti hänen lähtökohtansa. Fysioterapeutit tunnistivat potilaan lähtökohtien, voinnin ja motivaation vaikutuksia siihen, että potilas osallistui omaan kuntoutumiseensa. Potilaan kokema kipu ja huonovointisuus koettiin haasteena ohjauksen toteutuksessa, koska silloin hänen vastaanottokykynsä oli heikentynyt eikä hän aina voinut toimia toivotulla, omaa kuntoutumistaan edistävällä tavalla. *“Siin on semmonen tietty yritys ja halu joskus se kipu estää sen sujuvan toiminnan mutta se että sill on se yritys taustalla et sen näkee se on vähän niin kuin lapsella, et siin on liikku- misen riemu” (C-1).*

Kehollisen ohjauksen teemaa koskevis- sa käsityksissä korostui potilaan erilaisuuden tunnistaminen. Fysioterapeutit tunnistivat, että potilaat olivat ihmisinä ja persoonina erilaisia ja että heidän jaksamisensa vaihteli kunkin lähtökohtien ja leikkauksen jälkeisen voinnin mukaan. Fysioterapeuttinen ohjaus oli kuitenkin samanlaista huolimatta ihmisten erilai- suudesta. *“...periaatteessa niinku ne ne samat vuodejumat sitte tota vähän riippuu sitte mi- hin painottaa enemmän sitte niissä muissa et onko lonkassa kauheesti ojennusvajausta tai... ihan ihan vähän miltä se näyttää se potilaan kävely...vähän lähtee kartottaa että mikä on sopiva...sopiva harjoittelu sitten...mutta kaik- kihan ne sen saman ohjeen kuitenkin saa ja kyllä mä ne silleen käyn läpi” (D-13).*

Eettisyys ohjaussuhteessa ilmeni siten, et- tä fysioterapeutti tunnisti potilaan aktiivisen osallistumisen merkityksen kuntoutumises- sa. Eettisenä haasteena fysioterapeutit koki- vat, että he eivät tulleet kaikkien potilaiden kanssa yhtä hyvin toimeen, jolloin potilaan pelkojen ja epävarmuuden huomioon ottami- nen ei aina onnistunut. Fysioterapeutit tun- nistivat potilaille pelkoa aiheuttavina asioina erityisesti kaatumisen, nivelen sijoiltaan me- non ja päivittäisistä toimista, kuten kaupassa käynnistä, selviytymisen. Potilaan kanssa toi- meen tulemisen esteinä koettiin olevan ”kemi- oiden” tai huumorintajun kohtaamattomuus sekä potilaan muistamattomuus. Terapeutit

kaipasivatkin enemmän koulutusta tällaisten tilanteiden ratkaisemiseen. He kokivat, ettei fysioterapeutin peruskoulutus ole tässä suh- teessa riittävää. *“Mutta tota jos henkilökemia ei kohtaa niin se on vähän töks töks no niin mennään tästä näin noi, siin mennään vähän joskus siitä mist on aita matalin, et saadaan nyt se perusjuttu käyntiin” (C-2).*

Fysioterapeutit käsittivät oman asiantun- tijuutensa kaavamaisena ammatillisena osaa- misena, mikä tarkoitti heille anatomian ja fy- siologian osaamista, ihmisen perusliikkumisen ymmärtämistä sekä havainnointitaitoja. Am- matilliset taidot käsitettiin pyrkimyksenä toi- mia sovitujen ohjeiden ja raamien mukaan. Fysioterapeutit pitivät tärkeänä ohjauksen sisällön eli sen ymmärtämistä, miksi kullekin potilaalle ohjattiin tietynlaisia liikkeitä, mut- ta toisaalta he kokivat haasteena yksilöllisen ohjauksen sisällön toteuttamisen käytännössä. Uhkana tässä kategoriassa ilmeni vanhoihin totuttuihin tapoihin urautuminen ammatilli- sessa toiminnassa. *“Hyvä perusliikkuminen, hyvä kävely, turvallinen hyvä nivelen käyttö... hänen pitää oppia et se että jättää ettei onnu sen jalan kanssa ja ne sauvat on siinä tukena se että hän kävelee niinku mahdollisimman normaalisti ja totanoin nousee ylös sängys- tä normaalisti ja tuolista normaalisti eikä tee mitään kommervenkkejä” (A-9).*

Yhteistyön teema käsitettiin ammattirajo- jen näkymisenä moniammatillisessa yhteis- työssä. Ammattiryhmien välisen työnjaon on- gelmat käsitettiin yhteistyön haasteiksi po- tilaan hoidossa. Fysioterapeuttien käsitysten mukaan hoitohenkilökunta saattoi ohjata po- tilasta huomioimatta muita työntekijäryhmiä, jolloin lopputulos ei fysioterapeuttien mukaan välttämättä ollut potilaan kuntoutumisen kan- nalta edullinen. Työnteon kulttuurua kuvasi itsenäinen tekeminen, eikä toistenkaan teke- miseen puututtu. *“Lääkäri yleensä vain käy ja toteaa, että kaikki on hyvin, (röntgen) kuvassa ei ollu mitään ihmeellistä, mutta tota siin ei oikeen voi hoitaja ja jumppari puhuu samaan aikaan omista (ammatillisista) asioistaan. Et se ei toimi, ei siinä jää toiselle (potilalle) yh- tään mitään mieleen” (C-11).*

Fysioterapeuttien käsitykset terveyden-

huoltojärjestelmän eettisyydestä olivat ristiriitaisia heidän omien ammattieettisten periaatteidensa kanssa. Käytännön työssä nämä ristiriidat käsitettiin muun muassa resurssipulan tai kiireen seurauksiksi, jolloin fysioterapeutti koki joutuvansa tekemään työssään priorisointeja vastoin omaa ammattietiikkaansa. Näiden ristiriitojen he käsittivät tulevan esiin esimerkiksi ohjauksen jatkuvuuden katkoksinä, jotka heidän mukaansa johtuivat terapeuttien useista vaihtumisista potilaan hoitojakson aikana. *“Sit vielä osastolla niin saattaa olla et eri päivinä käy eri terapeutti jopa niin et aamu- ja iltapäivällä voi olla eri terapeutti se on hirveen huono asia, mutta se on tän päivän realiteetti” (B-4).*

Yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus

Yksilöllisyyttä arvostavan fysioterapeuttisen ohjauksen kategoria eroaa ensimmäisestä, suppeimmasta kategoriasta siten, että fysioterapeuttien käsityksissä näkökulmat laajenivat huomioimaan yksilölliset tekijät ohjaustyössä. Fysioterapeuttien käsityksissä ilmeni enemmän potilaskeskeisyyden elementtejä sekä toimivan moniammatillisen yhteistyön ymmärtämistä, jolloin potilaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet tulevat huomioituiksi.

Osallistumisen teemassa yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus näkyi potilaan tavoitteiden ja toiveiden huomioimisena, joka fysioterapeuttien mukaan tuli mahdolliseksi vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Fysioterapeutit toivat esiin, että potilas osallistui omaan kuntoutumiseensa motivoituneesti, ja tavoitteena saattoi olla esimerkiksi kotona pärjääminen, pyöräily, hiihto tai golfin pelaaminen. *“Juttelee potilaan kanssa et mitkä on omat tavoitteensa ja sen pohjalta se sit tehdään. Potilaat tuovat usein itsekkin niitä toiveita esille” (C-5).*

Kehollisen ohjauksen teemassa fysioterapeutit korostivat ohjauksen olevan fysioterapeutin yksilöllinen ohjaustapa, joka ei ollut vielä tiedostettua vaan intuitiivista. Tärkeinä piirteinä fysioterapeutit pitivät rauhallisuutta, potilaan kannustamista sekä havain-

nointi-, keskustelu- ja kuuntelutaitoja, joiden avulla ohjaus toteutui potilaan jaksamisen ja yksilöllisen tilanteen mukaan. Turvallisuuden tunnetta fysioterapeutit loivat tarvittaessa olemalla fyysisesti lähellä potilasta esimerkiksi porraskävelyä harjoiteltaessa. Yksilöllisessä fysioterapeuttisessa ohjauksessa kehollinen ohjaus toteutui sekä sanallisesti että sanottomasti huomioiden potilaiden erilaiset oppimistavat. *“...joittenki kanssa ehkä se puhuminen on enemmän ja joittenki kans tekeminen, et antaa potilaan, ehkä... et oo... itte ensimmäisenä äänessä vaan antaa sen potilaan niinku sieltä... tuottaa sitä...niitä omia juttuja tai kysymyksiä” (D-7).*

Fysioterapeutit käsittivät eettisyyden ohjaussuhteessa potilaan empaattisena ohjauksena. Tärkeänä ei nähty ainoastaan kuuntelemista, vaan fysioterapeutit kertoivat arvostavansa potilaita myös kuulemalla heitä ja olemalla aidosti läsnä. Näin he kokivat ottavansa huomioon potilaan ohjaustilanteessa osoittaman pelon ja epävarmuuden esimerkiksi kannustamalla, kehumalla ja rohkaisemalla häntä, jolloin potilas sai varmuutta toimintaansa. Eettisyys käsitettiin myös potilaan mahdollisuutena vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa. *“Tällanen potilaan niinku sellanen huomiointi niinku ku ne itse kuitenkin voi itseki päättää asioistaan että ei me olla koko ajan sitä mikä mitä vaan sanotaan ja tehdään vaan ne voi siinä omassa toiminnassa päättää vähän” (D-11).*

Fysioterapeutin asiantuntijuus käsitettiin fysioterapeutin yksilöllisyyttä arvostavana, joustavana toimintatapana. Toimintatavan valintaan vaikuttivat fysioterapeuttien mukaan ammatillisen osaamisen lisäksi fysioterapeutin kokemuksen kautta ja asiantuntijuuden osana saavuttama intuitio ja ”hiljainen tieto”. Lisäksi fysioterapeutit kokivat arvioivansa ja ottavansa huomioon potilaan yksilöllisen tilanteen, esimerkiksi leikkauksesta johtuvat rajoitukset ja ennen kaikkea liikkumisen turvallisuuden. *“...just et ymmärtää minkä takia sä juuri tuolle potilaalle annat tuota liikettä tai miksi ei tota noin vielä vaan katotaan huomenna.. niin siinä tarvitaan sitä silmää.. ja se on semmonen joka tulee vasta sitte kokemuk-*

sen mukaan kun sä tapaavat paljon potilaita ja opit näkemään” (B-12).

Fysioterapeutit korostivat sairaalassa tehtävää, ammattirajoja ylittävää yhteistyötä, jota he kertoivat tekevänsä potilaan hyväksi esimerkiksi siten, että aikatauluista sovittiin joustavasti. Lisäksi he kertoivat pystyvänsä keskittymään ohjauksessaan fysioterapeuttista asiantuntemusta vaativaan potilaan liikuttamiseen ja toiminnan laatuun, kun sairaanhoitajat toimivat kuntouttavan työotteen mukaisesti. Fysioterapeutit näkivät ammattirajojen madaltuneen hyvällä tavalla potilaan kuntoutumista ajatellen, kuten seuraavasta sitaattista ilmenee: *”Hoitajat ja lääkärit et me ollaan kuitenkin yhteistyössä ja tehdään sellasta tiimityötä että tietysti tää nopea mobilisoituminen on mahdollistanut sen että me päästään siihen ydintehtäväämme nopeemmin ja tehokkaammin oikeestaan”* (A-9).

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen eettisyysdesä fysioterapeutit kertoivat, kuinka he ohjasivat potilaita kunnioittaen heidän yksilöllistä arvomaailmaansa, oman osaamisensa sekä ammattietiikkansa mukaisesti. Fysioterapeutit näkivät potilaat ihmisinä, ei vain diagnoosien kantajina. Vaikka niukat resurssit vaikuttivat fysioterapeuttien tekemisiin valintoihin ohjaustilanteissa, he osasivat tehdä potilaan kannalta toimivia valintoja. *”Se toiminnallisuushan tulee vaan siitä että meillä ei ole kertakaikkiaan aikaa lähteä jotain lonkan fleksiota harjoittamaan erikseen...”* (B-16).

Fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista

Laajin fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategoria huomioi potilaan kuntoutumisprosessin aikaisen autenttisen ympäristön ja elämäntilanteen, toisin kuin edellisissä kategorioissa. Fysioterapeuttinen ohjaus ulottui potilaan omiin mahdollisuuksiin ja aktiiviseen toimintaan sairaalan rajojen ulkopuolella.

Osallistumisen teemassa fysioterapeutit kertoivat, että potilaan autenttisen ympäristön ja elämäntilanteen huomioiva ohjaustapa edisti sitä, että potilas otti vastuuta omasta kuntoutumisestaan ja potilas luotti omaan

tekemiseensä ja kotona pärjäämiseensä. Fysioterapeutit näkivät onnistumisen kokemukset tärkeänä siltana kohti omatoimisuutta. He pyrkivät tukemaan potilasta itsenäisen selviytymisen kokemusten saavuttamiseksi ja samalla siirsivät vastuuta vähitellen potilaalle. Fysioterapeutin tehtävänä oli vakuuttaa potilas tämän kyvystä ottaa vastuuta kuntoutumisestaan. Fysioterapeuttinen ohjaus valmisti fysioterapeuttien mukaan potilasta ymmärtämään omaa tilannettaan ja sen vaatimuksia kotiutumisen jälkeisessä kuntoutumisprosessissa. *”Luottamusta siihen niinku omaan tekemiseen, omaan pärjäämiseen että et... ymmärtää se koko prosessin et se ei oo hetkessä valmis se tekonivel vaan se... kestää aikaa se toipuminen ja tota se on pitkä prosessi että semmosta ymmärrystä siltä potilaaltakin et hän ei oo kunnossa kun hän täältä lähtee vaan hän on toipilas...”* (A-2).

Kehollisen ohjauksen tavoitteeksi fysioterapeutit näkivät sen, että kuntoutumisen edessä potilaan tietoisuus oman kehonsa toiminnasta lisääntyy. Tällöin potilas osaa fysioterapeuttien mielestä konkreettisesti huomioida muun muassa liikerajoituksensa sekä liikkua ja harjoitella oman jaksamisensa mukaan myös kotiuduttuaan. *”...että potilaat oppii kuuntelemaan sitä omaa kehoansa et se on... sellanen tärkein mittari siinä siinä että tosiaan kaikki ei jaksa niinku samalla tavalla kaikkea ja sitte se että se potilas ymmärtää myöskin että hän on toipilas... et vähän se prosessin ymmärtäminen myös et se potilas ymmärtää”* (A-15).

Eettisyys ohjaussuhteessa näkyi potilaan situationaalisuuden eli elämäntilanteen huomioon ottamisena. Ohjauksen käsitettiin sisältävän potilaan tarpeen mukaan perusteluja sille, miksi tiettyjä asioita tehdään. Tärkeänä nähtiin myös se, että potilaalle annetaan tilaisuus esittää kysymyksiä. Läsnaolo ja potilaan hyväksyminen sellaisena, kuin hän on, nähtiin keskeisinä tekijöinä luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin luomisessa. *”Kuunnella potilasta mitä hän niinku kysyy ja yrittää sitä kautta et se tulee kans ehkä just sen kokemuksen myötä että oppii tunnus...tunnustelemaan ja havainnoimaan et mimmonen onks tää nyt*

tämmönen arempi ihminen” (B-15).

Fysioterapeutin asiantuntijuus näkyi fysioterapeuttien käsityksissä pyrkimyksenä edistää potilaan arjen sujuvuutta eri toimintaympäristöissä. Fysioterapeutit pitivät tärkeänä ottaa huomioon potilaan arkiset elämän olosuhteet, joihin potilas palaa sairaalassaolon jälkeen. Korostettiin konkreettisten ja tarkoituksenmukaisten kotona selviytymisen keinojen opettamista. *“Niin on erilaisia tarpeita sinä liikkumisessa että joku jollain riittää sillä et hän käy ruokakaupassa vaikka kivut ja tulee takaisin ja joku haluaa taas sitten niinku harrastaa ja mennä golfaamaan ja tehdä kaikkea että tämmöset tarvii sitten vähän niinku enemmän ohjausta..täytyy vähän suhteuttaa näinki et kaikki ei saa samanlaista pakettia ja kaikki ei tarvitse samanlaista pakettia myöskään” (A-13).*

Fysioterapeutit käsittivät yhteistyön olevan kuntouttamisen jatkamista moniammatillisesti sairaalavaiheen jälkeenkin. Yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa fysioterapeutit varmistivat, että potilaalla oli kotiutuksessaan tarvittavat tiedot ja taidot itsenäiseen toimintaan. Erityisen tärkeänä fysioterapeutit pitivät potilaan elämäntilanteen sekä tuki- ja hoitajien huomiointia, joten yhteistyön teema laajeni tässä kategoriassa ottamaan huomioon myös potilaan sairaalan ulkopuolisen elämäntilanteen ja tuen kuntoutumisen jatkumisen kannalta. Fysioterapeutit käsittivät, että kuntoutumista tukeva yhteistyö voi toteutua läheisten tuen lisäksi muun muassa fysioterapian jatkumisena kotiutumisen jälkeen. *“Ja ennen kaikkea hän ei jääny yksin sinne (kotiin) sekin on aika ratkaisevaa hänel on kuitenkin mies kotona” (C-3).*

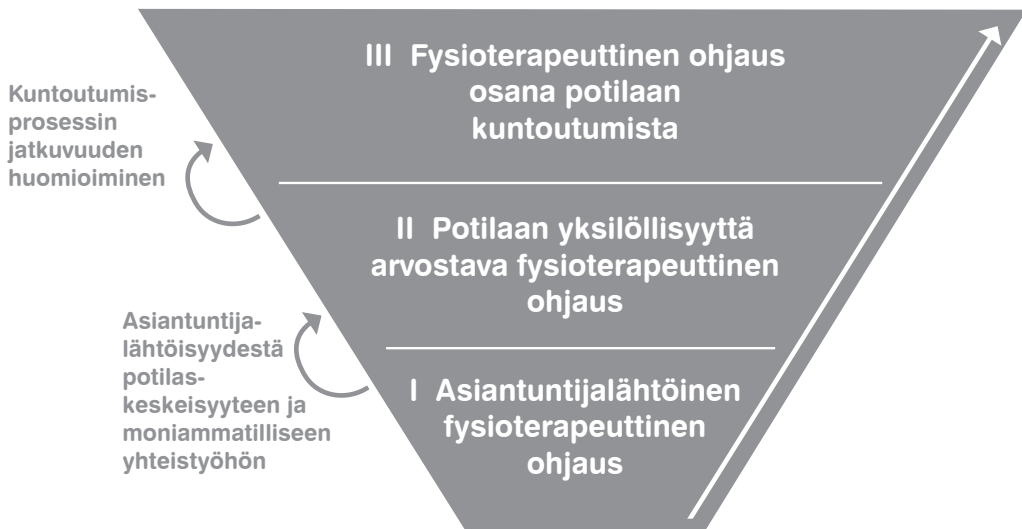
Fysioterapeutit olivat ohjauksen teemaa käsiteltäessä kriittisiä terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa kohtaan. Fysioterapeutit toivat esiin huolensa leikkauksen jälkeisen jatkoseurannan puutteesta. Nykyisessä järjestelmässä ei heidän mukaansa ole yhtenäistä kotiuttamisen käytäntöä. Potilas ei sairaalasta kotiuduttuaan enää kohtaa fysioterapeutia, ellei lääkäri näe siihen erikseen tarvetta. Fysioterapeutit kertoivat, että potilailla on jälkeenpäin mahdollisuus soittaa ohjanneel-

le fysioterapeutille, ja puheluita tulee heille kohtalaisen paljon. Ohjeita on fysioterapeuttien mielestä usein jäänyt sisäistämättä, vaikka potilaille annetaan suurin osa tarvittavasta tiedosta ja ohjeista myös kirjallisesti. *“Joo ei täällä X seudulla [ei ole sovittua tapaamista fysioterapeutin kanssa] et Y on organisoitu tän oikeen hyvin tän jälkikontrollin et niillä on... on siellä kuuden viikon ja neljänkin viikon päästä tulee tietty ryhmä ja tota nyt luin just yhtä tekstiä ni en tiiä onko vielä mut Z:lla oli, niinku vielä sellanen niinku kahden kuukauden tarkastus, että mäkin oon niitä joskus tehnyt. Mutta ne on resurssipulan takia sitten niinku heivattu pois” (A-14).*

Johtopäätökset ja pohdinta

Fysioterapeuttisen ohjauksen ilmiö rakentui tutkimuksen monikerroksisen fenomenografisen analyysin tuloksena kolmeksi hierarkkiseksi kuvauskategoriaksi, joiden välillä oli selkeitä laadullisia eroja. Nimitämme näitä Åkerlindin (2005) mukaan kriittisiksi eroiksi, jotka osoittavat sen, että suppeampi kuvauskategoria sisältyy aina laajempaan, mutta ei toisinpäin. Fysioterapeuttien näkökulma laajenee ensimmäisessä kategoriassa esiin tulevasta fysioterapeutin asiantuntijalähtöisestä, yksittäisen harjoitteen ohjaamisen fokukselta toisessa kategoriassa esiin tulevaan kuntoutuksen yksilöllisyyden kunnioittamiseen moniammatillisessa yhteistyössä ja kolmannessa kategoriassa esiin nousevaan sairaalan ulkopuoliseen toimintaympäristöön ulottuvaan kuntoutusprosessiin. Kuviossa on esitetty fysioterapeuttisen ohjauksen ilmiön kuvauskategorioiden kriittisiä eroja fysioterapeuttien näkökulmasta kuvaavat keskeiset tekijät (kuvio 1).

Suppein asiantuntijalähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus -kuvauskategoria voidaan nähdä perustana fysioterapeutin käytännön työlle. Fysioterapeuttien käsityksissä ilmenee asiantuntijalähtöisyyden elementtejä. Myös potilaskeskeisyys näkyy terapeuttien käsityksissä, mutta tässä kategoriassa fysioterapeuteilla oli vaikeuksia löytää ja toteuttaa sopivia yksilöllisiä ohjaustapoja. Asiantuntijalähtöiset toimintatavat ovatkin kuntoutuksessa edel-



Kuvio 1. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategorioita laadullisesti erottavat kriittiset tekijät.

leen valta-asemassa (Järvikoski & Karjalainen 2008). Fysioterapeuteilla on myös aiempien tutkimusten mukaan todettu olevan vaikeuksia tunnistaa ja ottaa huomioon kuntoutujan psykososiaalisia tarpeita (Sanders ym. 2013) sekä kuunnella ja ymmärtää kuntoutujan näkökulmaa, kuten kivun syitä koskevia uskomuksia ja tulevaisuutta koskevia huolia tai odotuksia (Opsommer & Schoeb 2014). Fysioterapeutit myös kysyvät vain harvoin avoimia kysymyksiä, keskeyttävät kuntoutujan puheen, dominoivat päätöksentekoa ja johtavat vuorovaikutusta (Hiller ym. 2015). Tämänkaltaisissa fysioterapiatilanteissa on aiemmissa tutkimuksissa havaittu hyvin vähän dialogista, vastavuoroista ja tasa-arvoista vuorovaikutusta. Epätasa-arvoiset valtasuhteet fysioterapiassa vaikeuttavat kuntoutujan aktiivisen osallisuuden syntyä omassa kuntoutumisessaan (Talvitie & Pyöriä 2006, 187–188).

Toinen, potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus -kuvauskategoria laajenee huomioimaan eettisyyden ja ihmisten erilaisuuden, jolloin kuntoutujan aktiivinen osallistuminen ja moniammatillinen yhteistyö sairaalassa tulevat mahdollisiksi. Fysioterapeuttien käsityksissä oli tässä kategoriassa myös toiminnan tasolla paljon potilaskeskeisyyden elementtejä, joiden voidaan olettaa

edistävän kuntoutujan toipumista leikkauksesta sairaalaympäristössä. Tämän tutkimuksen tulokset olivat hyvin yhteneväiset aiempien, kuntoutujan näkökulmasta tehtyjen, potilaskeskeisyyttä koskevien tutkimusten kanssa. Kidd:n ym:iden (2011) tutkimuksessa potilaskeskeistä fysioterapiaa luonnehtivat hyvät vuorovaikutustaidot, terapeutin ja kuntoutujan itseluottamus, fysioterapeutin osaaminen ja ammattimaisuus, fysioterapeutin kyky ymmärtää ihmisiä ja olla empaattinen sekä kuntoutusprosessin ja fysioterapian tulosten läpinäkyvyys. Vuorovaikutustaidot ovat myös aiemmissa tutkimuksissa näyttäytyneet erityisen tärkeinä (Potter ym. 2003, Cooper ym. 2008). Lisäksi Cooperin ym:iden (2008) tutkimuksessa kuntoutujat pitivät tärkeinä potilaskeskeisyyden elementteinä yksilöllistä hoitoa, yhteisymmärrystä päätöksenteon tavoista ja hoidon hyvää saatavuutta. Kaikki nämä teemat tulivat esiin myös käsillä olevassa tutkimuksessa.

Potilaskeskeisellä hoidolla ja terapiasuhteella on yhteisiä elementtejä itseohjautuvuusteorian kanssa (ks. Pinto ym. 2012). Itseohjautuvuusteorian mukaan autonomian, kompetenssin ja yhteenkuuluvuuden kokemukset tukevat ihmisen psykologista kasvua, fyysistä terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia

(Ryan & Deci 2000). Tämän tutkimuksen mukaan fysioterapeuttien käsitykset potilaskeskisistä, yksilöllisyyttä arvostavasta fysioterapeuttisesta ohjauksesta sisältävät autonomian, kompetenssin ja yhteenkuuluvuuden kokemuksia mahdollistavia elementtejä. Autonomian kokemuksesta tukee fysioterapeuttien käsityksissä näkynyt kuntoutujan omien toiveiden ja tavoitteiden huomiointi niin, että kuntoutuja voi itse osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kompetenssin kokemuksia edisti se, että fysioterapeutit auttoivat kuntoutujaa saamaan onnistumisen kokemuksia ja tiedostamaan omat kykynsä. Nämä ulottuvuudet eivät näkyneet aiemmassa Pinton ym.iden (2012) tutkimuksessa. Yhteenkuuluvuuden kokemuksesta edistävät fysioterapeutin ja kuntoutujan välisen luottamuksen kehittyminen, fysioterapeutin empaattisuus ja huomion kiinnittäminen emotionaalisiin vihjeisiin. Näitä elementtejä esiintyi sekä tässä että aiemmassa tutkimuksessa (ks. Pinto ym. 2012, McLeod 2009). Autonomian merkitys näkyy myös Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan Etenen (2011, 9) ohjeissa: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden eettisenä lähtökohtana on kunnioittaa asiakkaidensa ja potilaidensa perusoikeuksia, arvostaa itsemääräämistä ja oikeutta tehdä valintoja sekä kohdella heitä yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti”. Kuntoutujan autonomian kunnioittamisen ja sen varmistamiseen tähtäävän prosessin tulisikin olla kiinteä osa itse kuntoutuksen määrittelyä (Järvikoski & Karjalainen 2008).

Laajin, fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista -kuvauskategoria sisälsi myös sairaalasta ulospäin suuntautuvan moniammatillisen yhteistyön erilaisten kuntoutujan toimintaa tukevien verkostojen, lähipiirin ja ammattilaisten kanssa. Siinä huolehdittiin kuntoutumisprosessin jatkuvuudesta erilaisissa ympäristöissä, jolloin kuntoutujan aktiivinen toimijuus kotiutumisen jälkeenkin mahdollistui ja hän voi ottaa vastuuta kuntoutumisestaan. Kuntoutujan leikkauksen jälkeisen kotona toimimisen kannalta olisikin tulosten mukaan tärkeää, että hän tiedostaisi ja hyväksyisi omat vahvuutensa ja heikkouten-

sa. Samoin olisi tärkeää, että fysioterapeutti ymmärtäisi ja arvostaisi kuntoutujaa osoittamalla empatiaa ja luomalla uskoa kuntoutujan omiin kykyihin.

Fysioterapeuttien käsityksien mukaan osalla kuntoutujista ei kotiutuessaan ollut tarpeeksi tietoa siitä, miten heidän pitäisi leikkauksen jälkeen toimia. Kuntoutujan lyhennetty sairaalassaoloaika on johtanut fysioterapeuttisten ohjauksetojen vähentymiseen, jolloin fysioterapiassa keskitytään toiminnallisen harjoittelun yleiseen ohjaamiseen, ja aikaa yksittäisten liikkeiden analyysiin ja ohjaamiseen on vähän (ks. Louw ym. 2013, Sendir ym. 2013). Aiempien tutkimusten mukaan yksilöllisesti suunnitellun ohjauksen tulisi täyttää kuntoutujan oppimistarve ja taata hänelle riittävä tietämys hänen kotiutuessaan (Montin ym. 2010). Pedagogisessa ohjaussuhteessa olennaisia ovat tilanteet, joissa kuntoutuja oivaltaa jotain itselleen merkityksellistä (Tynjälä ym. 2016). Yksilöllisten tavoitteiden kuuleminen on myös tärkeää (Brander & Stulberg 2006, Montin 2007, Grant ym. 2009), jotta kuntoutus voisi parhaalla mahdollisella tavalla tukea kuntoutujan selviytymistä hänen omassa toimintaympäristössään.

Tässä tutkimuksessa fysioterapeutit kokivat, että kiireen vuoksi he eivät aina voineet antaa kuntoutujalle niin paljon ohjausta kuin hän heidän mielestään olisi tarvinnut. Myös fysioterapeutin vaihtuminen kesken kuntoutujan hoitajakson koettiin haasteelliseksi optimaalisen kuntoutumisen kannalta. Kun sama fysioterapeutti näki kuntoutujan useamman kerran, hän oppi tuntemaan tämän, mikä puolestaan mahdollisti hänen kohtaamisensa ihmisenä, ei pelkkänä numerona. Sama fysioterapeutin vaihtumisen haaste on noussut esiin aiemmin Cooperin ym.iden (2008) tutkimuksessa. Myös kuntoutujat kertoivat terveydenhuollon resurssipulan näkyvän siten, että fysioterapeuteilla oli riittämättömät aika- ja henkilökuntaresurssit suhteessa potilasmääriin (Knaapi-Junnila ym. 2015). Fysioterapeutit koettiin kiireisiksi, ja kuntoutujat toivoivat enemmän yhteistä aikaa fysioterapeutin kanssa (Cooper ym. 2008). Tilanne synnytti kuntoutujissa epäoikeudenmukaisuuden ja pet-

tymyksen sekä turvattomuuden kokemuksia. (Knaapi-Junnila ym. 2015).

Tämän tutkimuksen tuloksissa näkyy fysioterapeuttien käsitys itsestään ohjaajan roolissa kuntoutujan yksilöllisessä kuntoutusprosessissa. Tulokset ovat yhteneväisiä Talvitien ja Pyöriän (2006) saamiin tuloksiin, joiden mukaan kuntoutusprosessissa on olennaista yhteyden dialogisuus, hiljainen tietäminen, yhteisymmärrys ja kielellistäminen sekä asiakkaan tutustuminen oman kehonsa toimintaan. Kun fysioterapeutit auttavat kuntoutujaa ymmärtämään kuntoutusprosessin pitkäkestoisuuden, kuntoutujien luottamus omaan toimintaansa vahvistuu (Talvitie & Pyöriä 2006, 187–188). Onnistuneen ohjausprosessin perustana on kuntoutujan oman aktiivisuuden ja ymmärryksen sekä omien vahvuuksien tukeminen ja omien ajattelu- ja toimintatapojen tunnistaminen (Tynjälä ym. 2016).

Tämän tutkimuksen tuloksena syntyneitä kuvauskategoriakokonaisuutta voidaan käyttää analysoitaessa ja kehitettäessä akuuttisairaalan fysioterapeuttista ohjausta. Jokainen kuvauskategorian teema antaa näkökulmaa siihen, millaisin käytännön järjestelyin ja koulutuksin fysioterapian ohjausta voidaan kehittää.

Ohjauksen tulisi tämän tutkimuksen tulosten mukaan olla potilaskeskeistä sekä ulottua sairaalasta kotiin ja kuntoutujan sosiaaliin suhteisiin ja verkostoihin. Tämä tarkoittaa käytännössä kuntoutujan arjen ympäristön ja tukiverkon huomioimista ohjauksessa niin itse fyysisessä harjoittelussa kuin arjen toimivuuden ennakoinnissa ja suunnittelussa. Myös digitaalisten ohjaus- ja neuvontakäytänteiden luominen voisi antaa lisää joustavuutta fysioterapeuttiseen ohjaukseen, jos sitä voisi jatkaa myös kotona. Olisi tärkeää saada lisää tietoa siitä, millaista ohjauksen sisällön, ohjaustapojen ja vuorovaikutuksen tulisi olla, jotta voidaan paremmin tunnistaa ja ohjata niitä, joiden leikkauksen jälkeinen toipuminen ei etene toivotulla tavalla.

Tiivistelmä

Lonkan tekonivelleikkausten sekä leikkauksen jälkeistä fysioterapiaa tarvitsevien määrä kasvaa väestön ikääntyessä. Kuntoutumisen kannalta fysioterapeuttinen ohjaus on tärkeää. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella fysioterapeuttien käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Laadullisen tutkimuksen aineistona oli fysioterapeuttisten ohjaustilanteiden (n=7) kuvanauhojen pohjalta tehdyt recall-haastattelut. Aineiston fenomenografisessa analyysissä muodostettiin kolme hierarkkista kuvauskategoriaa, jotka olivat suppeammasta laajempaan: asiantuntijalähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus, potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus sekä fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista. Nämä kategoriat sisälsivät kuusi ohjaustilanteita kuvaavaa teemaa ja niiden variaatiot: potilaan osallistuminen, kehollinen ohjaus, eettisyys ohjaussuhteessa, fysioterapeutin asiantuntijuus, yhteistyö ja terveydenhuoltojärjestelmän eettisyys. Fysioterapeuttisen ohjauksen onnistumisen kannalta kriittiset tekijät fysioterapeuttien ohjauskäsityksissä olivat potilaskeskeisyys, moniammatillinen yhteistyö ja kuntoutumisprosessin jatkuvuus.

Abstract

Physiotherapists' perceptions of patient counseling after total hip arthroplasty (THA)

Authors:

Riikka Holopainen, Master of Health Science, physiotherapist, University of Jyväskylä, Department of Health Sciences
Anu Keskilä, Master of Health Science, physiotherapist, University of Jyväskylä, Department of Health Sciences
Raili Välimaa, Doctor of Health Science, Docent, Lecturer, University of Jyväskylä,

Department of Health Sciences

Arja Piirainen, Doctor of Philosophy, Lecturer, University of Jyväskylä, Department of Health Sciences

The number of total hip arthroplasties is growing due to the fact that THA is a cost-effective procedure moving people quickly from poor to good functional capacity. The aim of the qualitative study was to explore physiotherapists' perceptions of post-operative patient counseling. The data of this study consisted of seven physiotherapy situations with inpatients in hospital setting. Data were collected by open recall-interviews based on videotapes of patient counseling situations. The data were analyzed according to phenomenographic approach, which revealed three hierarchical categories: therapist-centered patient counseling, patient counseling which values patient' individuality and patient counseling as part of individual rehabilitation process.

Six themes that varied hierarchically in three categories describing different ways of understanding patient counseling were found: patients' active participation, counseling for movement awareness, ethical counseling relationship, physiotherapy expertise, cooperation, and ethicality of national health care system. The critical variation between categories manifested as patient-centeredness, multiprofessional cooperation and the continuity of rehabilitation process.

Riikka Holopainen, TtM, ft, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Anu Keskilä, TtM, ft, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Raili Välimaa, TtT, dos., lehtori, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Arja Piirainen, FT, lehtori, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Lähteet

- Bartlett EE (1985) At last, a definition (editorial). *Patient Educ Couns* 7, 323–324.
- Barron C, Klaber Moffet J, Potter M (2007) Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice* 23, 1, 37–46.
- Brander V, Stulberg SD (2006) Rehabilitation after hip- and knee- joint replacement. An experience- and evidence-based approach to care. *Am J Phys Med Rehabil*. 85 (suppl), S98–S118.
- Cooper K, Smith B, Hancock E (2008) Patient-centeredness in physiotherapy from perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy* 94, 244–252.
- Dempsey NP (2010) Simulated recall interviews in Ethnography. *Qual Sociol* 33, 349–367.
- ETENE (2011) Sosiaali- ja terveystieteiden perusta. ETENE-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Fysioterapianimikkeistö (2007) Suomen Kuntaliitto & Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/sfy/sfy00001a.pdf> [luettu 16.2.2016]
- Gard G, Lundvik Gyllenstein A, Salford E, Ekdahl C (2000) Physical Therapists' Emotional Expressions in Interviews about Factors Important for Interaction with Patients. *Physiotherapy* 86, 229–240.
- Giaquinto S, Ciotola E, Dall'armi V, Margutti F (2010) Hydrotherapy after total hip arthroplasty: A follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* 50, 92–95.
- Glazier SR, Schuman J, Keltz E, Vally A, Glazier RH (2004) Taking next steps in goal ascertainment: a prospective study of patient, team, and family perspectives using a comprehensive standardized menu in a geriatric assessment and treatment unit. *J Am Geriatr Soc* 52, 284–289.
- Grant S, St John W, Patterson E (2009) Recovery from total hip replacement surgery. "It's not just physical" *Qual Health Res* 19, 11, 1612–20.
- Gremeaux V, Renault J, Pardon L, Deley G, Lepers R, Casillas J-M (2008) Low-frequency Electric Stimulation Combined With Physical Therapy After Total Hip Arthroplasty for Hip Osteoarthritis in Elderly Patients: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 89, 2265–73.
- Gyllenstein AL, Gard G, Salford E, Ekdahl C (1999) Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy research international* 4, 2, 89–109.
- Hall A, Ferreira P, Maher C, Latimer J, Ferreira M

- (2010) The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A systematic Review. *Phys Ther* 90, 8, 1099–1110.
- Hesse S, Werner C, Seiberl H, von Frankenberg S, Kappel E-M, Kirker S, Käding M (2003) Treadmill Training With Partial Body-Weight Support After Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 84, 1767–73.
- Hiller A, Guillemin M, Delany C (2015) Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling* 98, 1222–1228.
- Husby VS, Helgerud J, Björger S, Husby O, Benum P, Hoff J (2009) Early Maximal Strength Training Is an Efficient Treatment for Patients With Total Hip Arthroplasty. *Arch Phys Med Rehab* 90, 1658–67.
- Husby VS, Helgerud J, Björger S, Husby O, Benum P, Hoff J (2010) Early Postoperative Maximal Strength Training Improves Work Efficiency 6–12 Months after Osteoarthritis - Induced Total Hip Arthroplasty in Patients Younger than 60 Years. *Am J Phys Med Rehab* 89, 304–314.
- Jan M-H, Hung J-Y, Lin J C-H, Wang S-F, Liu T-K, Tang P-F (2004) Effects of home program on strength, walking speed, and function after total hip replacement. *Arch Phys Med Rehab* 85, 1943–51.
- Jesudason C, Stiller K (2002) Are bed exercises necessary following hip arthroplasty? *Austr J Physiother* 48, 73–81.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro.
- Järvikoski A, Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitehteenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 80–93.
- Kidd M, Bond C, Bell M (2011) Patient's perspectives of patient-centeredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study. *Physiotherapy* 97, 154–162.
- Knaapi-Junnila S, Jäppinen A-M, Välimaa R, Piirainen A (2015) Kuntoutujat toimijoina – Neljä tarinamallia kuntoutumisesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 15, 20–32.
- Kvale S, Brinkmann S (2009) Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Louw A, Diener I, Butler D, Puentedura E (2013) Systematic review - Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory and Practice* 29, 3, 175–194.
- Maire J, Dugue B, Faillenot-Maire A, Tordi N, Parratte B, Smolander J, Ruoillon J (2003) Recovery after total hip joint arthroplasty in elderly patients with osteoarthritis: Positive effect of upper limb interval-training. *J Rehabil Med* 35, 174–179.
- Marton F, Booth S (2009) Learning and Awareness. New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Mason M (2010) Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Qualitative Social Research* 11, no 3. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/index>.
- McLeod J (2009) An introduction to counselling. Philadelphia: Open university press.
- Montin L (2007) Patient-perceived health-related quality of life during recovery after total hip arthroplasty – a 6-month follow-up study. Department of Nursing Science, University of Turku. Turku: Painosalama Oy.
- Montin L, Johansson K, Kettunen J, Katajisto J, Leino-Kilpi H (2010) Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care. *Orthop Nurs* 29, 4, 246–253.
- Niikko A (2003) Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 85.
- Opsommer E, Schoeb V (2014) “Tell me About Your Troubles”: Description of Patient-Physiotherapist Interaction During Initial Encounters. *Physiother Res.* 19, 205–221.
- Oliveira V, Refshauge K, Ferreira M, Pinto R, Beckenkamp P, Negrao Filho R, Ferreira P (2012) Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 58, 215–229.
- Paakkari L (2012) Widening horizons. A Phenomenographic Study of Student Teachers' Conceptions of Health (2012) Education and Its Teaching and Learning. Studies in sport, physical education and health 179. University of Jyväskylä. Jyväskylä.
- Pinto R, Ferreira M, Oliveira V, Franco M, Adams R, Maher C, Ferreira P (2012) Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 58, 77–87.
- Potter M, Gordon S, Hamer P (2003) The physiotherapy experience in private practice: The Patients' Perspective. *Aust J Physiother* 49, 195–202.
- Rahmann A, Brauer S, Nitz J (2009) A Specific Inpatient Aquatic Physiotherapy Program Improves Strength After Total Hip or Knee Replacement Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 90, 745–55.
- Rindfleisch A (2009) A Grounded-theory investigation of patient education in physical therapy practice.

- Physiotherapy theory and Practice 25, 3, 193–202.
- Ryan RM, Deci EL (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 5, 68–78.
- Sanders T, Foster NE, Bishop A, Ong BN (2013) Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskelet. Dis.* 14, 1–10.
- Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D (2013) Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Rehabil Nurs* 38, 265–271.
- Stenmar L, Nordholm L (1994) Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work. *Phys Ther* 74, 1034–1039.
- Stockton KA, Mengersen KA (2009) Effect of multiple physiotherapy sessions on functional outcomes in the initial postoperative period after primary total hip replacement: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehab* 90, 1652–7.
- Suetta C, Magnusson P, Rosted A, Aagaard P, Jakobsen A, Duus B, Kjaer M (2004) Resistance Training in Early Postoperative Phase Reduces Hospitalization and Leads to Muscle Hypertrophy in Elderly Hip Surgery Patients - A Controlled Randomized Study. *J Am Geriatr Soc* 52, 2016–22.
- Suomen Fysioterapeutit (2013) Polven- ja lonkan nivelrikon fysioterapia: Hyvä fysioterapiakäytäntö 13.2.2013. Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry:n asettama työryhmä Jyrki Kettunen, Petri Salo, Mika Ulaska, Heli Kangas ja Sirpa Ahtola. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001 [luettu 16.2.2016]
- Talvitie U, Pyöriä O (2006) Discourse analytic study of Counseling Sessions in Stroke Physiotherapy. *Health Communication* 20, 2, 187–196.
- Trudelle-Jackson E, Smith S (2004) Effects of a Late-Phase Exercise Program After Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 85, 1056–1062.
- Tynjälä P, Piirainen A, Kurunsaari M, Merikoski H (2016) Ohjaus ja neuvonta kuntoutuksessa - pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa Autti-Rämö I, Ylinen A, Salminen A-L, Rajavaara M. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim (painossa).
- Täks M (2015) Engineering students' experiences of entrepreneurship education. A qualitative approach Institute of Education, Faculty of Social Sciences and Education. University of Tartu, Estonia.
- Uljens M (1996) On the philosophical foundations of phenomenography. Teoksessa: Dall'Alba G, Hasselgren B (Eds.), *Reflections on phenomenography: Toward a methodology?* (Gothenburg Studies in Educational Sciences No. 109). Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Unlu E, Eksioğlu E, Aydog E, Aydoğ S, Atay G (2007) The effect of exercise on hip muscle strength, gait speed and cadance in patients with total hip arthroplasty: a randomized controlled study. *Clin Rehabil* 21, 706–711.
- Wang A, Gilbey H, Ackland T (2002) Perioperative Exercise Programs Improve Early Return of Ambulatory Function After Total Hip Arthroplasty. A Randomized, Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehab* 81, 801–806.
- Åkerlind G (2005) Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development* 24, 4, 21–334.
- Åkerlind G (2008) An academic perspective on research and being a researcher: an integration of the literature. *Studies in Higher Education* 33, 1, 17–31.

VAIHTELEVAA, AUTONOMISTA JA SISÄLLÖLTÄÄN TÄRKEÄÄ TYÖTÄ MÄÄRÄAIKAISISSA TYÖSUHTEISSA

Katsaus kolmannen sektorin työoloihin

Kolmas sektori myllerryksessä

Kolmannen sektorin merkitys työllistäjänä on kasvanut viimeisten 20 vuoden aikana. Työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) julkaiseman selvityksen mukaan työnantajina toimivien järjestöjen määrä kaksinkertaistui 1990-luvulta 2010-luvulle. Vuonna 2011 kolmannella sektorilla tehtiin palkkatyönä viisi prosenttia kansantaloudessa tehdyistä henkilötyövuosista. (Ruuskanen ym. 2013, 10.)

Kolmannen sektorin kasvava rooli työllistäjänä liittyy väestön ikärakenteen muutokseen, 1990-luvulla toteutettuun julkisen palvelutuotannon rahoitusmallin uudistukseen sekä Suomen liittymiseen Euroopan Unioniin (Ruuskanen ym. 2013). Väestön ikärakenteen muutoksesta seurannut kasvava palveluiden tarve yhdessä julkisten palveluiden rahoitusmallin muutosten kanssa on ohjannut rahoitusta kolmannelle sektorille ja siten ammatillistanut sen toimintaa. Kunnat, valtio, Euroopan sosiaalirahasto ja RAY ovat merkittäviä kolmannen sektorin ammatillisen toiminnan rahoittajia. (Pihlaja 2010, 11–12; Ruuskanen ym. 2013, 19–24, 93–94.) Kolmannen sektorin rooli on uudistusten myötä kasvanut kulttuuri-, harrastus- sekä sosiaali- ja terveystalouden tarjoajana julkisen ja yksityisen sektorin rinnalla (Pihlaja 2010, 34–35; Ruuskanen ym. 2013, 21–24).

Kolmannen sektorin työoloja ja työssä jaksamista ei ole toistaiseksi juurikaan tutkittu verrattuna esimerkiksi yksityisen ja julkisen sektorin työoloihin. Kolmas sektori ei työoloiltaan välttämättä suoraan vastaa julkista tai yksityistä sektoria, sillä sen rahoitus nojaa yksityistä ja julkista sektoria useammin projektituonteisiin rahoituksiin, lahjoituksiin, tukiin ja jäsenmaksuihin. Kolmannen sektorin erityispiirteitä ovat juridinen yksityisyys, voittoa tavoittelemattomuus, itsehallinnollisuus, instituutionaalisuus ja vapaaehtoisuus (Saukkonen 2013). Kolmannen sektorin toiminta on kuitenkin saanut uusia muotoja, joissa kaikki edellä mainitut kriteerit eivät välttämättä tiukasti tarkasteltuna täyty (emt).

TEM:n selvityksessä (Ruuskanen ym. 2013) kävi ilmi, että kolmannen sektorin työntekijät kokevat muita sektoreita enemmän kiirettä, vähemmän mahdollisuuksia vaikuttaa työnsä sisältöön sekä enemmän ongelmia työn ja perheen yhteensovittamisessa. Työn jatkuvuutta koskeva epätietoisuus ja työn sisältöjen muutokset lisäävät epävarmuuden kokemuksia kolmannella sektorilla verrattuna julkiseen ja yksityiseen sektoriin, ja kolmannen sektorin työntekijät pohtivat muiden sektoreiden työntekijöitä useammin työpaikan vaihtamista. Selvityksessä vertailtiin kolmannelta sektorilta erillisotoksella kerättyjä tietoja Tilasto-

keskuksen Työolotutkimus 2008 -aineistoon.

Kolmannen sektorin työntekijöiden työolojen kehittäminen on tärkeää sekä inhimillisistä syistä että lahjakkaiden työntekijöiden houkuttelemiseksi sektorille, joka tekee merkittävää työtä suomalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Tilanteesta on saatavilla uutta tietoa, sillä Tilastokeskuksen uusimman, vuonna 2013 suoritetun haastattelukierroksen kyselylomaketta muokattiin Kuntoutussäätiön ja muun asiantuntijaryhmän toimesta siten, että se mahdollistaa kolmannella sektorilla työskentelevien työolojen tarkastelun sekä vertailun muilla sektoreilla työskenteleviin. Tätä uutta aineistoa hyödynnetään tässä katsauksessa. Katsaus tuo tärkeää uutta tietoa sekä Suomessa että kansainvälisesti vähän tutkitusta aiheesta. Tarkastelun tuloksia voidaan hyödyntää kolmannen sektorin työoloihin liittyvien haasteiden tunnistamisessa ja työolojen kehittämisessä.

Tavoitteena on selvittää, 1) eroavatko kolmannen sektorin työntekijöiden työolot, asennoituminen työhön ja kuntoutustarpeet muista sektoreista ja 2) miten kolmas sektori vertautuu yksittäisiin sektoreihin työolojen, työhön asennoitumisen ja kuntoutustarpeiden osalta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin Tilastokeskuksen Työolotutkimuksen vuoden 2013 aineistolla, jossa on mukana kolmannen sektorin työntekijöiden tunnistamisen mahdollistava muuttuja. Työolotutkimus toteutetaan käyntihaastatteluin viiden vuoden välein osana Tilastokeskuksen työvoimatutkimusta (SVT 2013). Työolo-tutkimuksen kohdejoukko on 15–64-vuotiaat suomen- tai ruotsinkieliset palkansaajat, jotka työskentelevät vähintään 10 tuntia viikossa. Vuonna 2013 vastausprosentti oli naisilla 68,7 ja miehillä 67. Vastausaktiivisuus vaihteli eri ikäryhmissä 59–78 prosentin välillä. (Emt.)

Vuonna 2013 Työolotutkimukseen osallistui yhteensä 4876 henkilöä. Tässä tarkastelussa ovat mukana 20–64-vuotiaat vastaajat, 4815 henkilöä. Kolmannen sektorin työnte-

kijöitä oli tarkastelussa mukana 137 eli 2,9 prosenttia kaikista vastanneista. Kolmanteen sektoriin kuuluvien osuus oli hieman pienempi kuin kolmannella sektorilla tehtävien henkilötövuosien osuus (5 prosenttia) kaikista tehdyistä henkilötövuosista vuonna 2011 (Ruuskanen ym. 2013, 10). Kolmatta sektoria ei ole erikseen rekisteröity Tilastokeskuksen ylläpitämään yritysrekisteriin, mutta Työolotutkimuksen vuoden 2013 kyselylomakkeeseen oli lisätty kysymyksen ”Onko nykyinen työnantajanne” vaihtoehtoksi ”kolmas sektori”, jonka lomakkeessa tarkennettiin viittaavan esimerkiksi yhdistykseen, säätiöön, uusosuuskuntaan tai sosiaaliseen yritykseen (SVT 2013). Tilastokeskuksen yritysrekisteriin ja aineiston vastauksiin perustuvan muuttujan avulla voitiin erotella työnantajiksi ns. ”budjettivaltio” (N = 255), kunta (N = 1328), yliopisto tai korkeakoulu (N = 108), yksityinen sektori (N = 2987) ja kolmas sektori (N = 137).

Tarkastelussa verrattiin kolmannen sektorin työntekijöiden motivaatiota, työoloja ja kuntoutustarpeita muihin sektoreihin sekä yhdessä että erikseen.

Työoloja ja motivaatiota mitattiin Työterveyslaitoksella kehitetyn työkykytalon luokittelujen pohjalta (Ilmarinen ym. 2006, 22–25). Työkykytalo kuvastaa työkykyyn vaikuttavia tekijöitä neljän kerroksen avulla. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin kolmanteen ja neljänteen kerrokseen luokiteltavia tekijöitä. Kolmas kerros kuvastaa yksilön asenteita ja työhön liittyvää arvomaailmaa sekä työhön motivoivia tekijöitä. Neljäs kerros taas ilmentää varsinaista työyhteisöä, johtamista ja työoloja. (Emt.)

Työhön ja työoloihin liittyvistä tekijöistä kartoitettiin *työsuhteen laatua, etenemismahdollisuuksia, työssä koettua autonomiaa ja työtehtävien vaihtelevuutta*. Työssä koettua autonomiaa tarkasteltiin summamuuttujalla, jossa oli huomioitu vaikutusmahdollisuudet työtehtäviin, työn tekemisen järjestykseen, työtahtiin, työmenetelmiin, työnjakoon, työtovereihin, aikauteluihin, työaikoihin ja työ määrään (Crohnbachin alfa = 0,84). Johtamiseen ja työyhteisöön liittyvistä tekijöistä tarkasteltiin *työpaikkakiusaamisen yleisyyttä*

ja työn organisointia. Työhön liittyvää motivaatiota mitattiin oman työn merkittävyyttä ja työn sisällön ja palkan välistä suhdetta kartoittavien muuttujien avulla. Lopuksi tarkasteltiin vielä kuntoutustarvetta, kuntoutukseen osallistumista ja tyydyttämätöntä kuntoutustarvetta kolmannella ja muilla sektoreilla. Tyydyttämätön kuntoutustarve viittaa tässä tilanteeseen, jossa henkilö kokee tarvitsevasa kuntoutusta, mutta ei ole osallistunut kuntoutukseen viimeisten 12 kuukauden aikana.

Menetelminä käytettiin ristiintaulukointia, 95 prosentin luottamusvälejä ja -testiä. Tarkasteluja ei tehty sukupuolille erikseen aineiston voiman säilyttämiseksi. Kolmannella sektorilla työskentelevistä 137 vastaajasta miehiä oli ainoastaan 46. Osuudet on ikävakioidu, vakioväestönä on käytetty vuoden 2013 työllisiä (SVT 2016).

Yksityistä sektoria enemmän määräaikaisia työsuhteita, keskimääräiset etenemismahdollisuudet ja yllättävän paljon työpaikkakiusaamista

Kolmannella sektorilla työskentelevistä vastaajista naisia oli 66 prosenttia, joka oli selvästi enemmän kuin muilla sektoreilla, joilla naisia oli hieman yli puolet vastaajista. Kolmannen sektorin vastaajien keski-ikä oli 46 vuotta, mikä oli korkeampi kuin muiden sektoreiden työntekijöiden keski-ikä, 44 vuotta. Kolmannella sektorilla työskentelevistä kolme viidestä työskenteli alle 20 henkilön toimipaikassa, kun muilla sektoreilla alle 20 henkilön toimipaikoissa työskenteleviä oli kaksi viidestä.

Kolmannella sektorilla viidennes työskenteli määräaikaisessa työsuhteessa, kun muilla sektoreilla määräaikainen työsuhteiden yleisyydessä oli selkeitä eroja eri sektoreiden välillä (kuvio 1). Yleisimpiä ne olivat yliopistoissa ja korkeakouluissa (46 %) ja kunnissa (25 %), mutta ainoastaan erot yliopistojen ja kolmannen sektorin työntekijöiden sekä yksityisen ja kolmannen sektorin välillä olivat tilastollisesti merkitseviä. Osuus oli pienin yksityisellä sektorilla, jolla vain seitsemän prosenttia oli mää-

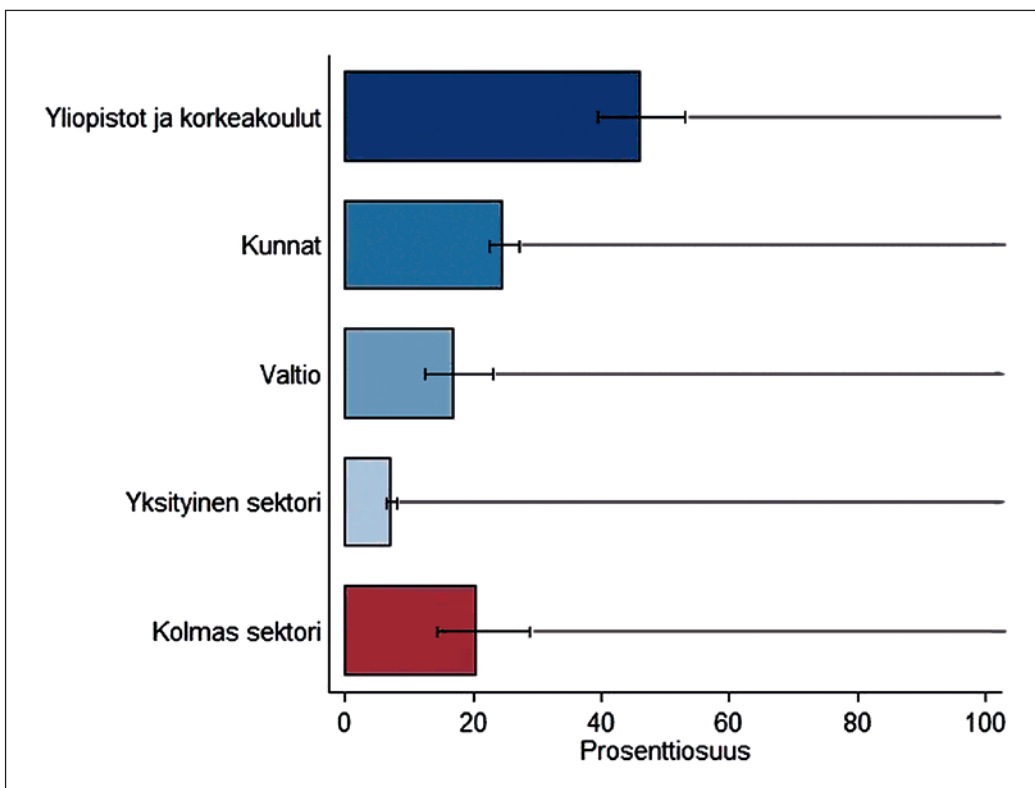
räaikaisessa työsuhteessa. (Kuvio 1.)

Kolmannella sektorilla reilu puolet, yhtä moni kuin muilla sektoreilla, koki etenemismahdollisuutensa heikoiksi. Etenemismahdollisuuksien suhteen vaihtelu oli kuitenkin suurehkoa sektoreiden välillä. Etenemismahdollisuutensa heikoiksi kokevien osuus oli pieni yliopistoissa tai korkeakouluissa työskentelevillä (42 %) ja suurin kuntasektorilla työskentelevillä (63 %). Sen sijaan kolmas sektori ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi mistään yksittäisestä sektorista.

Työpaikkakiusaamista mitattiin kysymyksellä, jossa vastaajaa pyydettiin määrittelemään, esiintyikö hänen työpaikallaan työpaikkakiusaamista jatkuvasti, joskus vai ei ollenkaan. Kolmannella sektorilla jatkuvaa kiusaamista esiintyi keskimääräistä enemmän. Jopa 13 prosenttia raportoi jatkuvasta kiusaamisesta, kun muilla sektoreilla osuus oli 6 prosenttia. Kolmas sektori erosi jatkuvan kiusaamisen yleisyydessä tilastollisesti merkitsevästi vain yksityisestä sektorista. Kolmannen sektorin työntekijöiden vastaukset painottuivat muita sektoreita vahvemmin kiusaamisen ääripäihin, eli joko sitä ei esiintynyt ollenkaan tai se oli jatkuvaa. Kolmannella sektorilla työskentelevissä oli kunnassa työskenteleviin verrattaessa enemmän niitä, jotka eivät kokeneet työpaikallaan ollenkaan kiusaamista.

Vaihtelevaa ja autonomista työtä

Työnsä erittäin vaihtelevaksi kokeminen oli kolmannella sektorilla muita sektoreita yleisempää. Peräti 46 prosenttia koki työtehtävänsä erittäin vaihteleviksi, kun muilla sektoreilla työskentelevistä keskimäärin kolmannes koki työnsä erittäin vaihtelevaksi. Sektorikohtaisessa vertailussa kolmannen sektorin työnsä vaihtelevaksi kokevien osuus oli edelleen korkein, ja sitä lähimmiksi ylsivät kunnat, joissa työskentelevistä 41 prosenttia koki työnsä erittäin vaihtelevaksi (kuvio 2). Työnsä erittäin vaihtelevaksi koki kolmannella sektorilla useampi kuin yksityisellä sektorilla. Sen sijaan kolmannen sektorin, julkisen sektorin sekä yliopistojen ja korkeakoulujen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Kolman-



Kuvio 1. Työntekijöiden työsuhteen määräaikaisuus, osuudet (%) sektoreittain ja 95 %:n luottamusvälit, ikävakioitu.

nella sektorilla työskentelevien joukossa oli hieman enemmän myös niitä, jotka kokivat työnsä melko yksitoikkoiseksi (kuvio 2).

Kolmannen sektorin työntekijöiden työssään kokema autonomia poikkesi selkeästi muiden sektoreiden työntekijöiden autonomiasta. Kolmannen sektorin työntekijöistä jopa 39 prosentilla oli korkea autonomia työssään, kun muiden sektoreiden työntekijöistä näin oli joka neljännellä. Työssään korkea autonomiaa kokevien osuus oli kolmannella sektorilla merkittävästi korkeampi kuin julkisella ja yksityisellä sektorilla. Sen sijaan vielä korkeampaa autonomiaa koettiin yliopistoilla ja korkeakouluissa, joissa korkeasta autonomiasta nautti 41 prosenttia työntekijöistä.

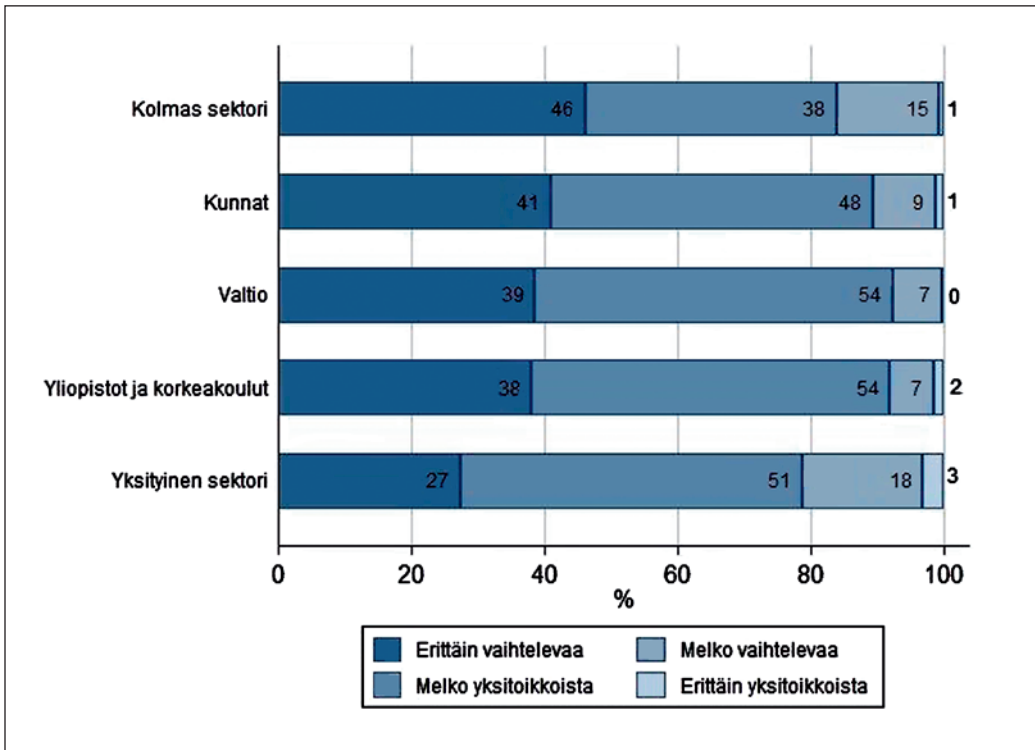
Kolmannen sektorin työntekijöistä neljä viidestä oli jokseenkin samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että heidän työpaikallaan työt on organisoitu hyvin. Eroa muihin sektoreihin ei

löytynyt. Myöskään yksittäisten sektoreiden välillä ei ollut eroa tyytyväisyydessä töiden organisoimiseen.

Merkittäväksi koettua työtä, jossa työn sisältö on palkkaa tärkeämpi

Kolmannella sektorilla työ koettiin merkittäväksi ja työn sisältöä arvostettiin palkkaa enemmän. 41 prosenttia kolmannen sektorin työntekijöistä koki työnsä erittäin merkittäväksi, mikä vastasi suunnilleen muiden sektorien keskiarvoa. Lisäksi vähemmän kuin 7 prosenttia oli sellaisia, jotka eivät kokeneet työtään erityisen tai lainkaan merkittäväksi, mikä vastasi muiden sektoreiden lukuja.

Kun kokemusta työn merkittävyydestä tarkasteltiin sektorikohtaisesti, ilmeni selkeitä eroja sektoreiden välillä. Kunnalla työskentelevistä jopa 55 prosenttia koki työnsä erittäin



Kuvio 2. Työn vaihtelevuus, osuudet (%) sektoreittain, ikävakioitu.

merkittäväksi ja vain 2 prosenttia piti työtään vain vähän tai ei lainkaan merkittävänä. Ero kolmanteen sektoriin oli tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan valtiolla, yliopistoilla ja yksityisellä sektorilla työskentelevistä vain vajaa kolmannes koki työnsä erittäin merkittäväksi. Ainoastaan yksityisellä ja kolmannella sektorilla työskentelevien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero.

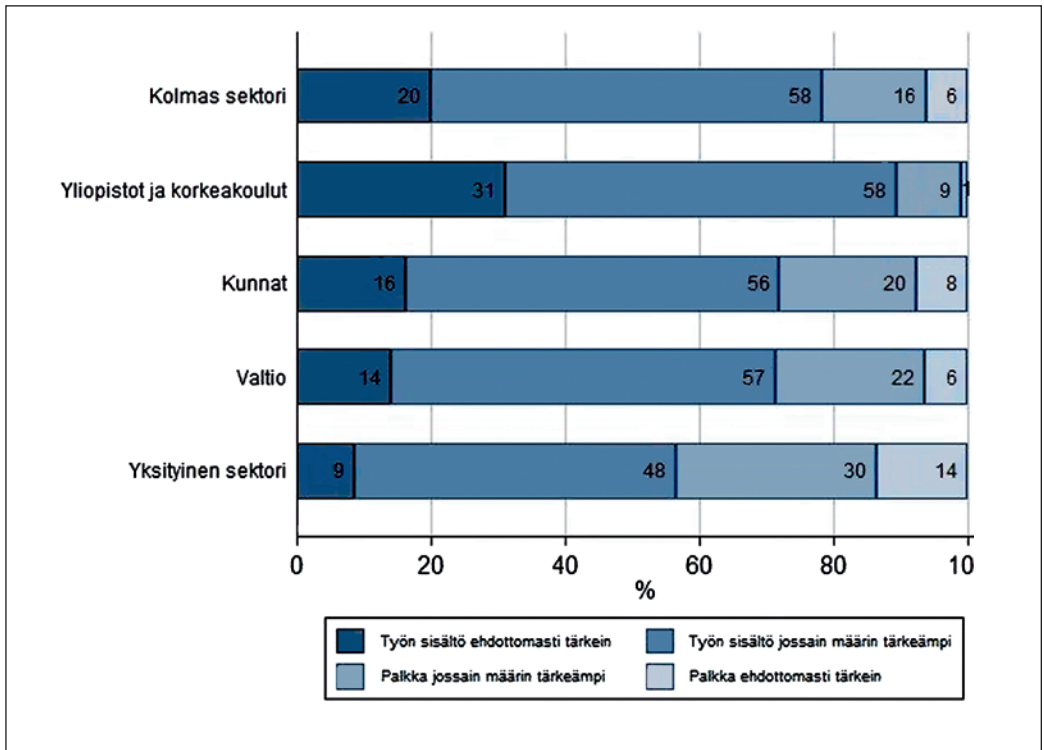
Kolmannella sektorilla työskentelevät pitivät työn sisältöä palkkaa tärkeämpänä selvästi yleisemmin kuin muilla sektoreilla työskentelevät. Lähes neljä viidestä kolmannella sektorilla työskentelevästä piti työn sisältöä jossain määrin tai ehdottomasti palkkaa tärkeämpänä, kun muilla sektoreilla vastaava osuus oli kolme viidestä. Ero muihin sektoreihin oli tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Sektoreiden välillä oli selkeitä eroja myös siinä, miten tärkeäksi palkka koettiin suhteessa työn sisältöön (kuvio 3). Työn sisältöä painottivat eniten yliopistoilla tai korkeakou-

lussa työskentelevät, joista melkein yhdeksän kymmenestä koki työn sisällön palkkaa tärkeämmäksi. Seuraavaksi suurin osuus oli kolmannella sektorilla ja julkisella sektorilla työskentelevillä. Kolmannen sektorin ero julkisella sektorilla tai yliopistoissa ja korkeakouluissa työskenteleviin ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Yksityinen sektori erottui selkeästi muista sektoreista palkkaa enemmän painottavien suuremmalla osuudella. Yksityisellä sektorilla työskentelevistä 57 prosenttia piti työn sisältöä palkkaa merkittävämpänä, kun kaikilla muilla sektoreilla vastaava osuus oli yli 70 prosenttia.

Kuntoutustarve samansuuntainen kaikilla sektoreilla

Kuntoutustarpeen ja kuntoutukseen osallistumisen osalta kolmannen sektorin vastaajat eivät erottuneet muista vastaajista (kuvio 4). Kolmannella sektorilla vajaa viidennes koki



Kuvio 3. Vastaajien mielipidettä työstä parhaiten kuvaava vaihtoehto (palkka vai työnsisältö tärkein/tärkeämpi), osuudet (%) sektoreittain, ikävakioitu.

tarvitsevansa työ- ja toimintakykyä parantavaa kuntoutusta, ja noin viisi prosenttia oli osallistunut kuntoutukseen viimeisten 12 kuukauden aikana. Suhteessa eniten kuntoutusta tarvitsivat kunnalla työskentelevät, 23 prosenttia, ja vähiten yliopistolla tai korkeakoulussa työskentelevät, joista noin 16 prosenttia arvioi tarvitsevansa kuntoutusta.

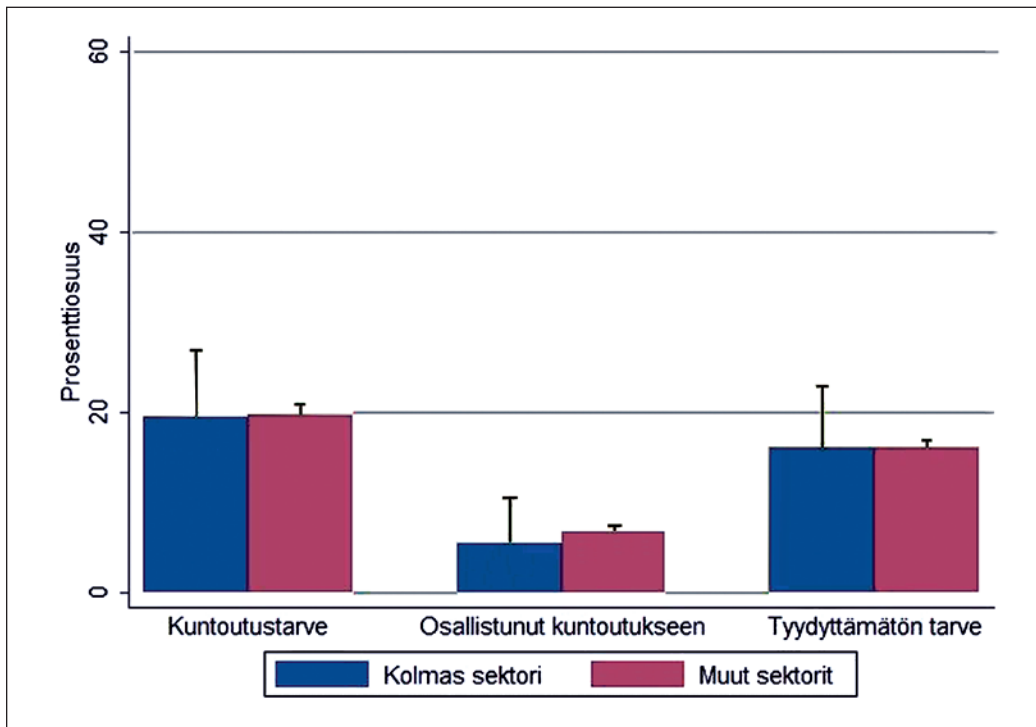
Tyydyttämätöntä kuntoutustarvetta tarkasteltiin niiden osuutena, jotka kokivat tarvitsevansa kuntoutusta mutta eivät kuitenkaan olleet osallistuneet kuntoutukseen viimeisten 12 kuukauden aikana. Tyydyttämätöntä kuntoutustarvetta kokevien osuus oli kolmannella sektorilla noin 16 prosenttia, joka oli sama kuin muilla sektoreilla työskentelevillä keskimäärin (kuvio 4). Sektorien välillä oli kuitenkin eroja. Harvinaisinta tyydyttämätön tarve oli yliopistoissa tai korkeakouluissa työskentelevien joukossa, josta joka kymmenes koki tarvitsevansa kuntoutusta mutta ei ollut osallistunut kuntoutukseen. Yleisintä

tyyydyttämätön tarve oli kuntasektorilla, jolla viidennes koki tyydyttämätöntä kuntoutustarvetta.

Johtopäätökset: Autonomiaa, sisäistä motivaatiota ja vaihtelevaa työtä määräaikaisissa työsuhteissa

Kolmannen sektorin työntekijöillä oli muilla sektoreilla työskenteleviä yleisemmin autonomiaa ja vaihtelevaa työtä. He myös korostivat muita useammin työn sisältöä palkkaa tärkeämpänä tekijänä. Toisaalta määräaikaiset työsuhteet olivat kolmannella sektorilla yksityistä sektoria yleisempiä. Kolmannen sektorin työntekijöiden kuntoutustarve ei poikennut muista sektoreista. Jatkuva kiusaamista esiintyi kolmannella sektorilla hieman useammin kuin muilla sektoreilla.

Sektorikohtaisessa tarkastelussa ilmeni, että kolmannen sektorin työolot ja työtä kohtaan koetut asenteet olivat usein lähellä jul-



Kuvio 4. Itse arvioitu kuntoutuksen tarve, viim. 12 kk:n aikana kuntoutukseen osallistuneet ja tyydyttämätön kuntoutustarve, osuudet (%) kolmas sektori ja muut sektorit, 95 %:n luottamusväli, ikävakioitu.

kisella sektorilla työskentelevien ja useimmiten myös yliopistoilla tai korkeakouluissa työskentelevien työoloja ja asenteita. Sen sijaan yksityisen sektorin työolot ja työtä kohtaan koetut asenteet poikkesivat usein kaikista edellä mainituista sektoreista.

Kolmannen sektorin työntekijöitä yhdistää korkea autonomia ja työtä kohtaan tunnettu sisäinen motivaatio. Kummatkin tulokset ovat yhteneviä TEM:n selvityksen kanssa (Ruuskanen ym. 2013, 46, 59–60). Autonomia työssä oli kolmannella sektorilla suurta, ja ainoastaan yliopistolla ja korkeakouluissa nautittiin kolmatta sektoria useammin suurta autonomiaa. TEM:n selvityksessä kolmannella sektorilla koettu suuri autonomia liittyi työtehtävien sisältöön ja menetelmiin sekä työaikoihin, kun taas oman osaamisen soveltaminen oli kolmannella sektorilla heikompaa kuin yksityisellä sektorilla (Ruuskanen ym. 2013, 59–60). Tässä tarkastelussa autonomian ulottuvuusia ei eroteltu.

Sisäinen motivaatio oli sekä TEM:n selvityksessä että tässä tarkastelussa yleistä kolmannen sektorin työntekijöillä. Jopa neljä viidestä tässä tarkastelussa ja kolme neljästä TEM:n selvityksessä piti työn sisältöä palkkaa tärkeämpänä (Ruuskanen ym. 2013). Työn sisältöä palkkaa enemmän arvostettiin tässä tarkastelussa kolmatta sektoria useammin vain yliopistoissa ja korkeakouluissa. Lisäksi omaa työtään ei erityisen merkittäväksi tai ei lainkaan merkittäväksi kokevien osuus oli kolmatta sektoria (6 %) pienempi ainoastaan kunnissa (2 %).

Kolmas sektori ei eronnut kuntoutustarpeeltaan, kuntoutukseen osallistumiseltaan tai tyydyttämättömältä kuntoutustarpeeltaan muista sektoreista tilastollisesti merkittävästi. Vaikka tässä tarkastelussa ei eroja kuntoutustarpeessa tai kuntoutukseen osallistumisessa löytynyt, kolmannen sektorin työntekijöiden koettua kuntoutustarvetta olisi hyvä kartoittaa jatkossakin. Lisäksi hieman huolestuttava

havainto oli jatkuvaa kiusaamista kokeneiden yleisyys kolmannella sektorilla. Myös TEM:n selvityksessä ilmeni, että kolmannen sektorin työntekijät olivat julkiseen ja yksityiseen sektoriin verrattuina tyytymättömpiä työilma- piiriin (Ruuskanen ym. 2013, 54).

Kolmas sektori on käsitteenä vaikeasti määriteltävä, ja se sisältää hyvin monimuotoista toimintaa, mikä hankaloittaa työoloihin liittyvää tutkimusta. Kolmannella sektorilla työtä tehdään hyvin erilaisissa organisaatioissa julkisen sektorin palveluntuotantoa vastaavista yhdistyksistä lähes vapaaehtoisvoimin toimiviin paikallisyhdistyksiin (ks. esim. Pihlaja 2013, 92–93). Kolmannen sektorin työntekijöiden vastausten painottuminen vastausvaihtoehtojen ääri-laidoille kielii kolmannella sektorilla tehdyn työn monimuotoisuudesta. Tarkastelun analyyseissa sukupuolia ei eroteltu, mikä on osittain saattanut vaikuttaa tuloksiin. Erityisesti yksityisellä sektorilla miehiä oli selvästi enemmän suhteessa muihin sektoreihin. Jatkotutkimuksissa hyödyllistä olisi tarkastella naisten ja miesten erojen lisäksi työpaikan koon yhteyttä kolmannen sektorin työoloihin ja työtä kohtaan koettuihin asenteisiin eri sektoreilla. Esimerkiksi töiden vaihtelevuus voi osittain johtua siitä, että kolmannella sektorilla työskennelleiden työpaikat olivat kooltaan keskimäärin pienempiä (vrt. Ruuskanen ym. 2013). Kiinnostavaa olisikin selvittää, mitkä tekijät selittävät kolmannen sektorin eroa muihin sektoreihin erityisesti sisäisessä motivaatiossa ja suuressa autonomiassa. Myös työyhteisöön liittyvien tekijöiden, kuten jatkuvan kiusaamisen, yhteyttä koettuun kuntoutustarpeeseen voisi olla hyödyllistä tarkastella lisää.

Maari Parkkinen, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Riikka Shemeikka, VTT, johtaja, tutkimus, Kuntoutussäätiö

Aurora Saares, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Hanna Rinne, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Ilmarinen J, Gould R, Järviskoski A, J Järvisalo (2006) Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa R Gould, J Ilmarinen, J Järvisalo, S Koskinen (toim.) (2006) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos. Hakapaino Oy, Helsinki, 17–34.
- Pihlaja R (2012) Kolmas sektori ja julkinen valta. Kunnallisalan kehittämissäätöjen tutkimusjulkaisut, nro 61. Verkkojulkaisu, viitattu 3.2.2016. Saantitapa: <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2061.pdf>
- Ruuskanen P, Selander K, T Anttila (2013) Palkkatyössä kolmannella sektorilla. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja Työ ja yritteliäisyys 20. Verkkojulkaisu, viitattu: 25.1.2016. Saantitapa: https://www.tem.fi/files/37094/TEMjul_20_2013_web_27062013.pdf
- Saukkonen P (2013) Kolmas sektori – Vanha ja uusi. Kansalaisyhteiskunta 1, 6–31.
- SVT (Suomen virallinen tilasto) (2012) Väestöennuste. Liitetaulukko 1, Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). Tilastokeskus, Helsinki. Verkkojulkaisu, viitattu 27.1.2016 Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_fi.html
- SVT (Suomen virallinen tilasto) (2013) Työolotutkimus 2013, Laatuseloste. Tilastokeskus, Helsinki. Verkkojulkaisu, viitattu: 25.1.2016. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/tyoolot/laa.html>
- SVT (Suomen virallinen tilasto) (2016) Väestö pääasiällisen toiminnan, sukupuolen, iän (1-v) ja vuoden mukaan 1987–2014. Työlliset/Väestö. Osataulukko. Tilastokeskus. Viitattu: 8.2.2016. Saantitapa: StatFin-tietokanta.

TUETUN ASUMISEN PALVELUN PIIRISSÄ OLEVIEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJIIEN TARPEET

Selvitys asiakkaan, palvelun tilaajan ja tuottajan näkökulmista

Johdanto

Tämä katsaus pohjautuu selvitykseen, jossa paneuduttiin tuetun asumisen mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tuen tarpeisiin kolmesta eri näkökulmasta. Selvityksen taustana olivat mielenterveys- ja päihdepalveluissa tapahtuneet muutokset. Yhteiskunnalliset, taloudelliset ja kulttuuriset seikat ovat vaikuttaneet hyvin erilaisia palveluja sisältävän palvelujärjestelmän syntymiseen. Sama kehitys on ollut nähtävissä niin Suomessa kuin kansainvälistikin. (Killaspy ym. 2008; Hyvönen 2008; Chilvers ym. 2010.) Kehitykseen ovat vaikuttaneet muun muassa laitoshoidosta avohoittoon siirtyminen (Knapp ym. 2007) sekä ongelmien monimuotoisuus ja kasautuminen samoille asiakkaille (Moring ym. 2012). Erilaisia asiakkaiden tarpeita vastaavia palveluja tarvitaan nykyisin niin avo- kuin laitoshoidossa (Killaspy ym. 2008).

Asiakkaiden kuntoutustarpeeseen vastaamiseksi tarvitaan huolellista tarpeen arviointia ja yhteistyötä niin asiakkaan kanssa kuin eri palvelujen tarjoajien välillä. Mikäli käytössä on tilaaja-tuottaja-malli (Hakari 2013; Tynkynen ym. 2013), kuten tämän selvityksen yhteistyötahoilla oli, eri tahojen välisen yhteistyön merkitys asiakkaan tarpeita parhaiten vastaavan palvelukokonaisuuden luomiseksi nousee erityisesti esiin. Palvelujen valin-

ta saattaa vaikuttaa muun muassa asiakkaan elämänlaatuun ja yksinäisyyden kokemukseen (Weiner ym. 2010).

Kuntouttavaa toimintaa ja kuntoutumista tukevaa asumista koskevat kuntoutujan tarpeet muuttuvat ajan kuluessa, kuntoutumisen edetessä. Asumismuodon valintaan vaikuttavat erilaisten asumispalvelujen saataavuus, hoitavan tahon mielipide ja asiakkaan omat mieltymykset (Chilvers ym. 2010; Tsai ym. 2010). Kuntouttavia asumispalveluja voivat olla esimerkiksi tuettu asuminen, palveluasuminen sekä tehostettu palveluasuminen (Asumista ja kuntoutusta 2007).

Kuntouttavan asumisen monet muodot

Yksittäisen kuntoutujan kohdalla kuntoutus muodostuu usein monen eri julkisen ja yksityisen tahon järjestämistä avo- ja laitoshoidon palveluista. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa tehdään usein myös yhteistyötä yhdistysten kanssa (Kuntoutusselonteko 2002; Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002; Paatero ym. 2008; Puumalainen 2008). Myös vastuu kuntoutuksen järjestämisestä jakautuu monelle eri taholle. Näiden eri tahojen vastuut ja tehtävät määrittelee lainsäädäntö, mielenterveys- ja päihdekuntoutukses-

sa erityisesti mielenterveyslaki (1116/1990) ja päihdehuoltolaki (41/1986). Riittävän hoidon ja palveluiden ohella mielenterveyskuntoutujille tulee järjestää mahdollisuus kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen (Mielenterveyslaki 1116/1990). Asumispalveluiden järjestämisvelvollisuudesta on säädetty lisäksi sosiaalihuollon lainsäädännössä (Sosiaalihuoltolaki 1301/2015). Asumispalvelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään: tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen (Asumista ja kuntoutusta 2007). Päihdepalveluiden laatusuosituksissa (2002) asumispalvelut kuvataan palvelu- ja tukiasumisena.

Tuetulla asumisella tarkoitetaan itsenäisen asumisen muotoa, jossa asuminen ja kuntouttavat palvelut muodostavat palvelukokonaisuuden (Asumista ja kuntoutusta 2007). Lähtökohtaisesti tuetussa asumisessa kuntoutujalle järjestetään kuntouttavia palveluita hänen omassa kodissaan (Nikkonen ym. 2001; Virtanen 2005). Kuntoutuksen tulee olla säännöllistä ja perustua kuntoutussuunnitelmaan. Kuntouttavat palvelut tukevat päivittäisten toimintojen harjoittelussa sekä kodin ulkopuolisten palveluiden käyttämisessä. Tavoitteena on, että kuntoutuja opettelee hallitsemaan oireitaan kuntoutuksen avulla (Asumista ja kuntoutusta 2007). Kuntoutusprosessissa ammattihenkilöt toimivat kuntoutujan yhteistyökumppaneina. Heidän tehtävänä on tukea, motivoida, ohjata ja rohkaista kuntoutujaa. (Asumista ja kuntoutusta 2007; Holopainen 2008.) Tavoitteena on, että kuntoutuksen jälkeen kuntoutuja tarvitsee mahdollisimman vähän heidän tukeaan arjessa (Rössler 2006).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007) yhdistää suosituksessaan tuettuun asumiseen mielenterveyskuntoutuksen, mutta kuntoutusmuoto voi olla jokin muukin, kuten sosiaalinen kuntoutus tai päihdekuntoutus. Sosiaali- ja terveysministeriö kuvaa verkkosivullaan sosiaalista kuntoutusta siten, että sillä ”tuetaan vaikeasti syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä” (STM 2015). Päihdekuntoutuk-

sen tavoitteena on, että kuntoutuja sisäistää uudenlaisen suhtautumisen riippuvuutta aiheuttavaan päihteeseen. Kuntoutujaa tuetaan ratkaisemaan elämänhallinnallisia ongelmia. Mielenterveyskuntoutuksen tavoin päihdekuntoutus on monialaisten palveluiden kokonaisuus. (Holopainen 2008.)

Tuetussa asumisessa lähtökohtana on asiakkaiden tukeminen asumisen onnistumisessa, toimeentulon turvaamisessa sekä terveydentilaan ja lääkitykseen liittyvissä asioissa. Lisäksi asiakasta autetaan palveluiden piiriin sekä toimitaan tarvittaessa yhteistyön rakentajina. (Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma 2013.) Asiakkaiden tuen tarpeet voivat liittyä myös kotona olemisen vaikeuteen, itsenäistymiseen, vastuun kantamiseen, aloitekyvyn ja päätöksenteon vaikeuteen, sosiaalisiin tilanteisiin ja muisti- sekä keskittymiskyvyn ongelmiin (Virtanen 2005). Lisäksi kuntoutujilla voi esiintyä tuen tarpeita arjessa toimimisessa, kuten siivouksessa, ruuanlaittoissa ja talousasioiden hoitamisessa (Nikkonen ym. 2001).

Selvityksen toteutus

Selvityksessä tarkasteltiin kuntoutumisen tarpeita kuntoutujan, palvelun tilaajan ja tuottajan näkökulmista. Samalla pilotoitiin yksi menetelmällinen ratkaisu tämän tyyppiselle selvitykselle, joten saatuja tuloksia voidaan hyödyntää myös menetelmän edelleen kehittämässä.

Pilotointi toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä survey-tutkimuksena (asiakkaat) ja kartoittavana tutkimuksena (palvelun tilaaja ja tuottaja) keväällä 2014 Pirkanmaalla yhteistyössä tuetun asumisen palvelun piirissä olevien mielenterveys- ja päihdekuntoutujien, palvelun tilaajan ja yksityisen palveluntuottajan kanssa. Selvitykseen osallistuneet mielenterveys- ja päihdekuntoutajat olivat kaikki yhden yksityisen palveluntuottajan palvelujen piirissä aineiston keruun aikana. Aineiston keruusta vastasi toinen kirjoittajista.

Aineistonkeruumenetelminä olivat tätä varten laadittu strukturoitu kysely tuetun asumisen asiakkaille (N = 28) ja valmiit aineis-

si, sillä yli puolet vastaajista ilmoitti tarvitse- vansa tukea keskustelun avulla. Mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten elämänlaatu onkin usein huono fyysisellä ja psyykkisellä alueella, tähän liittyy muun muassa alentunut työkyky, somaattiset ja psyykkiset sairaudet ja masennusoireet (Saharinen 2013).

Elämänhallintaan liittyvissä asioissa tukea kaivattiin erityisesti itseluottamuksen vahvistamisessa ja aloitteen tekemisen lisäämisessä. Näiden tuen tarpeiden lisäksi aiempi selvitys (Virtanen 2005) osoittaa, että asiakkaat tarvitsevat usein tukea vastuun kantamisessa, päätöksenteossa sekä muisti- ja keskittymisvaikeuksien hallitsemisessa; asioissa, jotka eivät tässä selvityksessä tulleet vastaavalla tavalla esiin.

Suurin osa vastaajista kaipasi lisää tietoa toiminnallisuuteen liittyvistä mahdollisuuksista, kuten päivä- ja työtoiminnasta, harrastustoiminnoista ja kurssimuotoisista toiminnoista. Myös liikunnan lisäämisessä koettiin tuen tarvetta. Toiminnallisuuteen liittyvät asiat olivat esillä myös Nikkosen ym:iden (2001) ja Virtasen (2005) tutkimuksissa, mutta ne sisälsivät erityisesti kodin ulkopuolella liikkumisen ja päivittäisten toimintojen tukemisen, toisin kuin tässä selvityksessä.

Talouteen ja toimeentuloon liittyvissä asioissa tuetun asumisen asiakkaat kokivat tarvitsevänsä tukea. Myös Nikkonen ym. (2001) ja Heikkinen (2008) kuvaavat asiakkailta olevan talouteen ja toimeentuloon liittyviä tarpeita. Talouteen liittyvissä asioissa tuen tarvetta esiintyi etuuskien, kuten kuntoutustuen tai toimeentulotuen, selvittämisessä sekä erilaisten hakemusten täyttämisen. Edunvalvonnan hakemista ei kokenut täysin tarpeelliseksi yksikään vastaajista, toisin kuin Nikkosen ym:iden (2001) tutkimuksessa. Tämä selitynee ainakin osittain sillä, että osalle asiakkaista oli jo edunvalvonta järjestetty.

Tuen tarpeet palvelun tilaajan näkökulmasta

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden suosituksessa määritellään palvelun lähtökoh- tana kuntoutujan tarve saada tukea itsenäiseen asumiseen, ja tuen tarpeet voivat liittyä

päivittäisten toimintojen harjoitteluun ja oireiden hallintaan (Asumista ja kuntoutusta 2007). Palvelun tilaajan kuvauksen mukaan kuntoutujilla esiintyi eniten tuen tarvetta kodin ulkopuolella liikkumisessa sekä elämänhallintaan, arjen hallintaan, asumiseen ja kodinhoitoon liittyvissä asioissa. Kodin ulkopuolella liikkumisessa tukea tarvittiin päivittäisissä asioinneissa ja kotona poistumisessa sekä sosiaali- ja terveystoimissa asioinnissa. Elämänhallinnallisissa asioissa tuen tarve kohdistui tulevaisuuden suunnitteluun. Palvelun tilaajan näkökulmasta asiakkaat tarvitsivat tukea yleisessä arjen hallinnassa, asioiden hoitamisen ja itsenäisesti arjesta selviytymiseen. Kodinhoidollisissa asioissa tuen tarvetta esiintyi kodin kunnan tarkistamisessa ja kodin siisteyden ylläpitämisessä ja toteuttamisessa.

Asumisessa tukea kaivattiin asunnon saamisessa, vuokranmaksun seurannassa ja yleisesti itsenäisessä asumisessa. Asiakkaita tulisi ottaa enemmän mukaan asumiseen liittyvään päätöksentekoon, jotta asumismuodon valinta tukisi asiakkaan osallisuutta ja kuntoutumista (Tsai ym. 2010; Drake ym. 2014).

Tuen tarpeet palvelun tuottajan näkökulmasta

Palvelun tuottajan kuvauksen mukaan tuetun asumisen asiakkailta esiintyi eniten tuen tarvetta toiminnallisuuteen, kodin ulkopuolella liikkumiseen, elämänhallintaan, kodin hoitoon ja talouteen liittyvissä asioissa. Toiminnallisuuteen liittyviä tuen tarpeita olivat päivätoimintaan tutustuminen tai hakeminen sekä liikunnan lisääminen. Lisäksi tuen tarvetta ilmeni kodin ulkopuolisen toiminnan tukemisessa ja toiminnallisuuden lisäämisessä. Elämänhallinnallisissa asioissa asiakkaiden tuen tarpeiden kuvattiin liittyvän keskustelutukeen, muistin tukemiseen ja tulevaisuuden tavoitteiden luomiseen ja eteenpäin viemiseen. Vastavalla tavalla Pihlaja (2008) kuvaa sosiaalisten kontaktien ylläpitämisen, psykososiaaliseen ja fyysiseen toimintakykyyn liittyvät asiat ja toiminnallisuuden sekä arjen askareet kuntoutumisen tarpeiksi.

Kodin ulkopuolella liikkumisessa tukea ku-

TAULUKKO 1. Keskeiset tuen tarpeet asiakkaiden, palvelun tilaajan ja tuottajan kuvaamina.

	Asiakkaiden itsensä asettamat kuntoutumiseen liittyvät tuen tarpeet	Palvelun tilaajan asettamat asiakkaiden kuntoutumiseen liittyvät tuen tarpeet	Palvelun tuottajan asettamat asiakkaiden kuntoutumiseen liittyvät tuen tarpeet
1.	Psykkiseen terveydentilaan liittyvät asiat	Liikkuminen kodin ulkopuolella	Toiminnallisuuteen liittyvät asiat
2.	Elämänhallinnalliset asiat	Elämänhallinnalliset asiat	Talousasiat
3.	Toiminnallisuuteen liittyvät asiat	Arjen hallintaan liittyvät asiat	Elämänhallinnalliset asiat
4.	Talousasiat	Kodin hoitoon liittyvät asiat	Liikkuminen kodin ulkopuolella
5.		Asumiseen liittyvät asiat	Kodinhuollolliset asiat

vattiin tarvittavan erityisesti kotoa poistumiseen ja yleisesti liikkumiseen kodin ulkopuolella. Asiointiapua päivittäisissä asioinneissa sekä asioinneissa sosiaali- ja terveystoimen kanssa kuvattiin myös. Kodinhuolossa tuen tarpeet liittyivät kodin siisteyden ylläpitoon tai siivoukseen sekä yleiseen kodinhuoltoon. Myös Nikkosen ym:iden (2001) tutkimuksessa hoitohenkilökunta arvioi kuntoutujien tarvitsevan tukea liikkumisessa kodin ulkopuolella ja erilaisissa kodinhuollollisissa asioissa.

Talousasioiden hoitoon ja talouden hallintaan liittyvissä asioissa eniten tukea kaivattiin hakemusten täyttämässä. Talouteen liittyvät tuen tarpeet ovatkin yleisiä aikuisosiaalityön asiakkailta (Kylmänen 2014) ja mielenterveyskuntoutujilla (Pihlaja 2008).

Eri näkökulmien tarkastelu

Tuetun asumisen asiakkaiden kuntoutumiseen liittyvät keskeiset tuen tarpeet asiakkaiden, palvelun tilaajan ja tuottajan näkökulmista on kuvattu taulukossa 1 esiintyvyyksien mukaisessa järjestyksessä. Tämä mahdollistaa tarpeiden keskinäisen tarkastelun ja kertoo eri tahojen asettaman tarpeiden tärkeysjärjestyksen.

Eniten eroavaisuuksia oli palvelun tilaajan ja asiakkaiden kuvaamissa tuen tarpeissa.

Kaikki tahot toivat esiin elämänhallintaan liittyviä tuen tarpeita. Asiakkaat kuvasivat eniten psyykkiseen terveydentilaan liittyviä tarpeita, kun taas palvelun tilaajan ja tuottajan palvelupyynnöissä ja -suunnitelmissa näitä ei mainittu.

Lopuksi

Esitellyn selvityksen tarkoituksena oli kuvata tuetun asumisen piirissä olevien asiakkaiden tuen tarpeita asiakkaiden itsensä, palvelujen tilaajan ja palvelun tuottajan näkökulmista, ja tuottaa näin sekä uutta tietoa että pilotinomaisesti kokeilla menetelmän toimivuutta tarpeiden esiin saamiseksi. Tuloksia ei voida yleistää tai pitää tilastollisesti merkittävinä vaan suuntaa antavina ja menetelmän jatkokehittelyn mahdollistavina. Tutkittavien vähäinen määrä rajoitti kvantitatiivisten menetelmien käyttöä.

On myös huomioitava, että tuetun asumisen palvelua tarjotaan muillekin asiakasryhmille ja käsitettä käytetään myös muunlaisten asumispalveluiden yhteydessä kuin tässä tarkoitettujen. Tämä osaltaan vaikutti myös lähteiden valintaan.

Tuen tarpeita voidaan lähestyä myös toimintakyky-käsitteen kautta. Tätä hyvin eri tavoin määrittävää käsitettä (ks. mm. International Classification of Functioning, Disability

and Health 2001; Järvikoski 2013; Toimintakyvyn arviointi 2014) ei kuitenkaan käytetty selvityksen lähtökohtana, mutta yhtymäkoh-tia tuloksiin on mahdollista havaita, ja jatko-tutkimuksissa tämä näkökulma kannattaa ot-taa huomioon.

Palvelun tilaajan ja tuottajan sekä asiak-kaiden kuvaamisen tuen tarpeissa oli eroja, mutta myös yhteneväisyyksiä. Jotta kuntou-tuminen ja osallisuus (Laitila 2010) mahdollis-tuisi, asiakkaita tulisi ottaa enemmän mukaan palveluiden kehittämiseen, ja palvelupyynnöt sekä palvelusuunnitelmat tulisi laatia aina yh-dessä asiakkaan kanssa. Tämä edellyttää pal-velujen järjestäjien vastuunjaon selkeyttämistä sekä yhteistyön edelleen kehittämistä.

Selvitystä tehtäessä havaittiin mielenter-veys- ja päihdekuntoutujien tuetun asumi-sen palveluista Suomessa olevan vähän tut-kimuksia saatavilla. Yleisesti avomuotoisesta mielenterveyskuntoutuksesta ja asumispalve-luista on tehty Suomessa viime vuosina jon-kin verran tutkimuksia ja selvityksiä (Virtanen 2005; Lemola 2008; Fröjd & Ahonen 2009; Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittä-minen 2012). Käynnissä on myös valtakun-nallisia hankkeita (Mielenterveyskuntoutujien asumisen tukeminen, tavoitteena itsenäisyys-hanke 2013; Avomuotoisen mielenterveys-kuntoutuksen kehittämishanke 2014). Kaiken kaikkiaan tuettua asumista ja sen kuntoutta-vaa vaikuttavuutta on tutkittu vähän, ja lisää tutkimusta eri näkökulmista tarvitaan (Chil-vers ym. 2010).

Suvi Saarinen, sairaanhoitaja (AMK, YAMK), Kangasalan kunta

Nina Kilkku, TtT, yliopettaja, Tampereen ammattikorkeakoulu

Lähteet

Asumista ja kuntoutusta (2007) Mielenterveyskun-toutujien asumispalveluita koskeva kehittämis-suositus. STM:n julkaisuja 2007:13. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.

Avomuotoisen mielenterveyskuntoutuksen kehittä-mishanke (AMI) (2013) Kansaneläkelaitos <http://www.kela.fi/ajankohtaista/> Viitattu 23.2.2015.

Chilvers R, Macdonald G, Hayes A (2010) Supported housing for people with severe mental disorders.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Edited (no change to conclusions), pub-lished in Issue 12, 2010.

- Drake RE, Whitley R (2014) Recovery and Severe Men-tal Illness: Description and Analysis. Canadian Journal of Psychiatry 59, 5, 236–242.
- Fröjd S, Ahonen J (2009) Pirkanmaan mielenterveys-kuntoutujien asumispalveluselvytys. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja. Julkaisut 5/2009.
- Hakari K (2013) Uusi julkinen hallinta – kuntien hal-linnon uudistusten kolmas aalto? Tutkimus Tam-pereen toimintamallista. Acta Universitatis Tam-perensis 1871. Johtamiskorkeakoulu. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Heikkinen A-J (2008) Asiakkaan hyvinvointi ja kun-touttava sosiaalityö. Suunnitelmallinen ja kun-touttava sosiaalityö projektiin osallistuneiden asi-akkaiden hyvinvoinnista. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Sosiaalityö. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Holopainen A (2008) Alkoholiongelmat. Teoksessa: P Rissanen, T Kallaranta, A Suikkanen (toim.) Kun-toutus. Duodecim, Helsinki.
- Hyvönen J (2008) Suomen psykiatrisen hoitojärjestel-mä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmas-ta. Kuopion yliopiston julkaisuja D lääketiede 440. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- International Classification of Functioning, Disabil-ity and Health (2011) World Health Organisation, Geneva.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden raportte-ja ja muistioita 2013:43. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Killaspy H, Rambarran D, Bledin K (2008) Mental health needs of clients of rehabilitation services: A survey in one Trust. Journal of Mental Health 17, 2, 207–218.
- Knapp M, McDavid D, Mossialos E, Thornicroft G (toim.) (2007) Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press, Maid-enhead, UK. Verkkojulkaisu osoitteessa: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/old-abstracts/mental-health-policy-and-practice-across-europe>. Viitattu 22.2.2015.
- Kuntoutuskeskus (2002) Valtioneuvoston kun-toutuskeskus eduskunnalle. STM:n julkaisuja 2002:6. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Kylmänen A (2014) Sosiaalisen tuen tarpeet ja elemen-tit aikuissosiaalityössä. Mixed methods -tutkielma

- sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityö. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Laitila M (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenologinen lähestymistapa. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Lemola L (2008) Yhdessä eteenpäin. Kotona asuvien psykoosisairausten kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Mielenterveyskuntoutujan asumisen tukeminen, tavoitteena itsenäisyys -hanke (MATTI) (2013) Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat>. Viitattu 25.2.2015.
- Mielenterveyskuntoutujan asumisen kehittäminen (2012). Ympäristöministeriön raportteja 10/2012. Ympäristöministeriö, Helsinki.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Moring J, Martins A, Partanen A, Bergman V, Nordling E (toim.) (2012) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Raportti 46/2012. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Nikkonen M, Hiltunen K, Härkönen P, Kylmänen J, Palonen L (2001) Psykiatrinen kotikuntoutus. Sairaanhoidaja. 5, 74, 24–26.
- Paatero H, Lehmijoki P, Kivekäs J, Ståhl T (2008) Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa: P Rissanen, T Kallaranta, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim, Helsinki.
- Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma (PAAVO) (2013) Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus. www.ara.fi. Viitattu 18.10.2014.
- Peltomaa M (2005) Kuntoutumisvalmius. Tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perusta. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 49. Lapin yliopisto.
- Pihlaja K (2008) ”Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ”. Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta. Kasvatustieteiden laitos. Erityispedagogiikan yksikkö. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Puumalainen J (2008) Kuntoutuksen historia. Teoksessa P Rissanen, T Kallaranta, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim, Helsinki.
- Päihdehuoltolaki 41/1986.
- Päihdepalveluiden laatusuosituksen (2002) STM:n julkaisuja 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Rössler W (2006) Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry* 5, 3, 151–157.
- Saharinen T (2013) Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2015.
- STM (2015) Kuntoutus. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>. Viitattu 2.5.2015.
- Toimintakyvyn arviointi (2014) Vammaispalvelujen käsikirja. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>. Viitattu 6.5.2014.
- Tsai J, Bond GR, Salyers MP, Godfrey JL, Davis KE (2010) Housing Preferences and Choices Among Adults with Mental Illness and Substance Use Disorders: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal* 46, 381–388.
- Tynkkynen L-K, Keskimäki I, Lehto J (2013) Purchaser-provider splits in health care – The case of Finland. *Health Policy* 111, 3, 221–225.
- Virtanen A (2005) Kuntoutuksen auttamismenetelmät mielenterveyskuntoutuksessa.. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Weiner A, Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Baloush-Kleinman V, Maoz H, Yanos PT (2010) Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life. *Community Mental Health Journal* 46, 389–397.

Kohti uutta työtä

Kuntoutuspäivät 2016

17.–18.3.2016
Finlandiatalo
Helsinki

Työryhmät

Torstai 17.3.2016

Tukea työkykyyn läpi työuran
Kuntoutuksella osallisuutta ja arjessa selviytymistä
Julkisen talouden kestävyysvaje ja yksityiset kuntoutuspalvelut

Perjantai 18.3.2016

Työssäkäyvien kuntoutuksen tulevaisuus
Kaikille sopiva työ: kuntoutuksen ja työllistämisen uusia mahdollisuuksia
Muuttaako sote- ja kuntoutuksen kokonaisuudistus kuntoutustyötä?

Tarkempi ohjelma, ilmoittautuminen ja osallistumismaksut:
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuspäivät

44. Valtakunnalliset Kuntoutuspäivät on Kuntoutussäätiön järjestämä tapahtuma.

KOKEMUKSEN KAUTTA OSAAMISEEN: VAPAAEHTOISUUS, VERTAISUUS JA KOKEMUSASIAANTUNTIJUUS

Johdanto

Suomessa on toiminut jo kauan erilaisia vertaistukeen ja vapaaehtoisuuteen perustuvia ryhmiä, esimerkiksi AA-ryhmiä ja mielenterveyskuntoutujien yhdistyksiä. Potilas-, vammais- ja asiakasjärjestöissä vapaaehtoisuus, vertaistuki sekä jäsenten osallistuminen toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen on aina ollut tärkeässä roolissa. Viime vuosina omaehtoisen kokemuksen tuoman asiantuntijuuden merkitys ja arvo on ymmärretty myös julkisella sektorilla. Kokemusasiantuntijuus onkin vakiintunut sosiaali- ja terveydenhuollon keskusteluun, ja sitä on alettu hyödyntää palvelujen tuottamisessa, kehittämisessä, arvioimisessa sekä suunnittelussa yhä enemmän (esim. STM 2009).

Vapaaehtoisuuteen, vertaisuuteen ja kokemusasiantuntijuuteen liittyvät käsitteet sekä määritelmät ovat moninaisia, vaihtelevia ja jopa ristiriitaisia. Myös vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden raja voi olla hyvinkin häilyvä. Näin ollen käsitteitä olisi tärkeä määritellä ja selkiyttää. Tässä artikkelissa pyrimme hahmottamaan järjestöjen vapaaehtois- ja vertaistoiminnan sekä kokemusasiantuntijuuden käsitettä eri näkökulmista. Tekstissä käy-

tettävät lainaukset on otettu päihde- ja mielenterveysjärjestöjen yhteisen tutkimushankkeen (MIPA) työpajojen tuotoksista¹.

Vapaaehtoistyö

Vapaaehtoistoiminta tai vapaaehtoistyö on moniulotteinen ilmiö, joka on noussut kolmannen sektorin merkityksen lisääntymisen myötä tärkeäksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi (Marjovuo 2014). Käsitteenä vapaaehtoistyö on vastinpari palkkatyölle. Vapaaehtoistoiminta on taas ajatuksellisesti enemmän kuin palkaton työ. Esimerkiksi lähimmäisen tukemista kriisissä omalla läsnäololla ei oikein voi rinnastaa työhön. Vapaaehtoistoiminta on siis kattavampi käsite ja vapaaehtoistyön voidaan katsoa sisältyvän siihen.

Marjovuo (2014) tarkastelee vapaaehtoistyöhön liittyvää kansainvälistä keskustelua paradigmojen avulla. Rochesteriin ym. (2010) viitaten Marjovuo toteaa, että vallitseva paradigma tarkastelee vapaaehtoisuutta rekisteröityjen yhdistysten tasolla. Tällöin vapaaehtoistyö nähdään altruistisena toimintana, jossa pyritään tuottamaan sosiaalista hyvinvointia. Vapaaehtoisten tarve nähdään ”lisäresurssi-

¹ Katsaus on osa Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman päihde- ja mielenterveysjärjestöjen MIPA-hankkeen (2015–2018) raportointia. Hankkeen tavoitteena on tarkastella ja kehittää järjestöissä tapahtuvaa tutkimustoimintaa sekä järjestöjen välistä yhteistyötä. Siihen sisältyy kolme erilaista tutkimushanketta, joiden aiheina ovat: 1) järjestöjen toiminta, 2) järjestöjen tavoittamat kansalaiset sekä 3) järjestöissä tapahtuva vapaaehtois-, vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta. Hankkeessa olevat mukana: A-Kiltojen liitto ry, EHYT ry, Irti Huumeista ry, Mielenterveyden keskusliitto, FinFami-Uusimaa ry, Sininauhaliitto, Suomen Mielenterveysseura, Tukikohta ry, A-klinikkasäätiö, Kuntoutussäätiö ja Diakonia ammattikorkeakoulu DIAK.

na palkkatyöntekijälle” (Marjovuo 2014). Vapaaehtoisuutta organisoivien toimijoiden (yhdistykset, laitokset) toiminta on vertikaalista, ylhäältä alas suunnattua, teiltä meille -toimintaa, jossa vilahtaa hyväntekeväisyyden harjoittaminen. Näkökulma on suppeudesta huolimatta tärkeä, sillä vapaaehtoistoimintaa on perinteisesti kehitetty ja viety eteenpäin suurissa organisaatioissa.

Yeungin (2002) tutkimuksessa vapaaehtoistyö määrittyy järjestöissä tapahtuvaksi vapaaehtoistoinnaksi. Tärkeänä näyttäytyy myös itse organisoitu talkootyö ja muu suuriin organisaatioihin liittymätön vapaaehtoistoiminta. Rochester ym. (2010) nimeävät näkemys, joka koostuu järjestöjen toiminnasta ja toisaalta keskinäiseen apuun perustuvasta kansalaistoiminnasta (meiltä meille -toimintaa), kansalaisyhteiskuntaparadigmaksi.

Vaikka tutkimuksen näkökulmasta paradigmat ovat hyödyllisiä käsitteiden selvittäjiä, ne eivät välttämättä todellisessa elämässä esiinny ”puhtaina”. Suurissa järjestöissä voidaan myös organisoida ja antaa tilaa kansalaisten oma-apuiselle toiminnalle. Silloin organisaatio ei määritä toiminnan sisältöä eikä värvää valmiiseen tehtävään vaan tarjoaa toiminnalle puitteet ja mahdollisuuden. Nylundin (2000) tutkimuksessa suomalaisten järjestöjen vapaaehtoistoiminnan organisoinnista näkyy, että osassa järjestöjä olivat erotettavissa auttajat ja autetut, kun taas toisissa nämä ryhmät sulautuivat ja limittyivät.

Vapaaehtoisuutta voidaan tarkastella myös vapaa-ajankäytön näkökulmasta. Voidaan puhua sekoitetuista malleista eli hybridimalleista, joissa on viitteitä kaikista paradigmoista. Hybridimallissa voidaan vapaaehtoistyö nähdä yhtäältä palkattomana työnä ja palveluna tai toisaalta aktivismina tai kolmanneksi vakavasti käytettynä vapaa-aikana (Rochester ym. 2010).

Mikä motivoi ihmisiä lähtemään mukaan vapaaehtoistyöhön? MIPA-hankkeen ensimmäisessä järjestötyöpajassa elokuussa 2015 osallistujat kuvasivat monitahoisesti syitä toimia vapaaehtoisena: ”*motiivina halu auttaa*”, ”*saa itselle sisältöä elämään (rytmiä ja toimintaa)*”, ”*ns. omien velkojen maksaminen*”,

”*mielekäs tekeminen, kuuluminen johonkin*”, ”*halu kehittyä omassa elämässä*”, ”*halu muuttaa maailmaa*” (Puumalainen 2015). Vapaaehtoistyön motiiveista puhuttaessa viitataan usein ihmisen altruismiin, jonka voisi kääntää uhrautumiseksi toisten puolesta. Mutta onko halu auttaa aina altruismia? Ei välttämättä, sillä kuten Batson (1991) toteaa, ihmisen auttamishalun takana voi olla egoistisia eli itsekkäitä syitä, kuten voidaan havaita myös edellä olevista sitaateista sisällön saamisesta omaan elämään tai kehittymisestä omassa elämässä. Vapaaehtoistyön motiivien pohdiskelu ei vähennä vapaaehtoistyön arvoa ja merkitystä. On tärkeää ymmärtää, että sen taustalla voi olla monia tiedostettuja tai tiedostamattomia tarpeita ja haluja. Tärkeintä on, ettei vapaaehtoistyö johda ulossulkemiseen (eksklusiivisuus), kuten vaikkapa rasistista toimintaa kannattavan yhdistyksen vapaaehtoistointa, vaan sisään ottamiseen (inklusiivisuus) (Marjovuo 2014). Vapaaehtoistoiminnan tarkoituksena on tuottaa yleistä hyvää ja lisäarvoa kaikille osallisille (ToimintaSuomi).

Vapaaehtoistyön vetovoiman vähentymisestä on keskusteltu 2000-luvun alusta alkaen, jolloin Putnam (2000) esitti, että nuorempi sukupolvi ei sitoudu vapaaehtoistyöhön niin innokkaasti kuin vanhempi sukupolvi. Toisaalta Marjovuo (2014) osoittaa, että kyse saattaa olla vapaaehtoistyöhön liittyvien paradigmojen tasapainon muutoksesta. Kiinnostus järjestöjen jäsenyyteen voi olla vähenemässä, mutta ei välttämättä kiinnostus järjestöjen ulkopuolella tapahtuvaan tai järjestöihin löyhästi liittyvään lyhytaikaiseen vapaaehtoistyöhön. Macduff (2005) on tuonut lyhytaikaisen vapaaehtoistyön tilalle käsitteen episodinen vapaaehtoistyö. Se kuvaakin paremmin ilmiötä, sillä kyseessä voi olla säännöllisestikin toistuva mutta lyhytaikainen vapaaehtoistyö.

Vapaaehtoisille on tarjolla monenlaisia tehtäviä: esimerkiksi tapahtumajärjestely- ja toimitsijatehtäviä, tiedotus, viestintä, kampanjat, myynti ja markkinointi, opetus ja koulutus, tietotekniset tehtävät, ruoanlaitto, taloustyöt, siistimistehtävät, tempaukset, hallinto- ja toimistotehtävät sekä kehittämistä ja projektitehtävät. Tarjolla on myös tehtä-

viä, joissa voi kohdata ihmisiä ja toimia heidän tukenaan, kuten ryhmän, kerhon tai leirin avustaminen tai ohjaaminen, ystävä- ja viriketoiminta, tukihenkilötoiminta, puhelimitse tapahtuva auttaminen ja tukeminen ja jopa kriisityö. Internetin yleistyessä tehtäviä on rakentunut myös sen varaan, kuten netti-neuvonta, chattailu IRC-Gallerian yksilöchattissa, verkko vaikuttaminen eli kannanottojen esittäminen netissä tai blogien kirjoittaminen. (ToimintaSuomi.)

Vertaistoiminta

Vertaistoiminta on vapaaehtoistoiminnan erityinen muoto. Laajasti määriteltynä vertaistuki tarkoittaa kaikkea inhimillistä vuorovaikutusta, jossa yksilöt keskustelevalle omasta elämäntilanteestaan. Varsinaisesti vertaistuki määritellään organisoiduksi toiminnaksi, jossa samanlaisissa tilanteissa olevat tai samantyyppisiä ongelmia tai saman sairauden omaavat jakavat kokemuksiaan. (Nylund 1996.) Vertaisuuteen liittyy kiinteästi myös taito ymmärtää toisia kokemuksellisuuden kautta (Arminen 1998; Hietala 2013). Ymmärtäminen ja ymmärretyksi tuleminen (Koskisuu & Narumo 2004) voi tarkoittaa myös tunnetta siitä, ettei ole yksin, sillä toisetkin ovat kokeneet jotain samankaltaista (Rissanen 2015b). Mahdollisuus jakaa kokemuksia, koska ne eivät ole vain yksilöllisiä ja niillä on yleistä merkitystä, yhdistetään AA-liikkeen periaatteissa toipujan identiteetin kehittämiseen (Arminen 1998).

Vertaistuessa on olennaista se, että ihmiset saavat toisiltaan senkaltaista tukea, jota muut tahot kuten julkiset palvelut, ammattiauttajat ystävät tai sukulaiset eivät pysty antamaan, koska heiltä puuttuu omakohtainen kokemus (Nylund 1996). Kuntoutujat kuvaavatkin usein erityistä yhteyttä, joka syntyy kokemusten jakamisesta (Rissanen 2015b).

Vertaistuki toteutuu usein ryhmätoimintana, jossa ihmiset jakavat kokemuksiaan ja ajatuksiaan, eli he yrittävät yhdessä toisiaan tuken selvittää sairauden tuomista ongelmista. Sen arvoja ja ominaisuuksia ovat tasavertaisuus, tasa-arvoisuus, molemminpuolisuus, omaeh-

toisuus, aktiivisuus ja vapaaehtoisuus. Nämä ominaisuudet vaikuttavat eri tavoilla toimijoihin. Esimerkiksi tasavertaisuus, vastavuoroisuus ja molemminpuolisuus tarkoittavat sitä, että vertaisuus vaikuttaa jokaiseen osallistujaan tai ryhmäläiseen. (Nylund 1996; Hokkanen 2014.) Vertaisryhmissä ei myöskään arvoteta eikä arvostella itseä eikä toisia. Kukaan ei ole toista parempi tai huonompi, erilaisuuksista huolimatta. (Kulmala 2004.) Näin vertaisryhmä tarjoaa osallistujilleen mahdollisuuden muokata identiteettiään sellaisen yhteisöllisen tarinan kautta, joka muodostuu omasta ja muiden tarinoista. Tässä tarinassa kellään ei ole yliveraista asemaa, vaan kysymys on mukana olosta ja rinnalla kulkemisesta.

Vertaistoiminnan lähtökohtana on ajatus siitä, että jokaisella on jotain annettavaa. Ryhmäläiset antavat ja saavat tukea samaan aikaan, jolloin he auttavat yhtä aikaa sekä itseään että toisia. Toinen vertaistuen lähtökohdista liittyy omaehtoisuuteen. Vain ihminen itse voi valita ja muuttaa elämänsä suuntaa ja ajattelutapoja. (Nylund 1996; Arminen 1998; Koskisuu & Narumo 2004.) Vertaistuellla ja vertaisryhmään kuulumisella on myös mahdollista vastata sosiaalisiin menetyksiin, yksinäisyyteen, eristäytymiseen, häpeään ja syyllisyyteen, jotka liittyvät usein esimerkiksi psyykkiseen sairastumiseen (Hietala-Paalasmaa & Vuorela 2004; Savukoski 2008). Tosin vaikuttaa siltä, että vertaistuen piiriin hakeutuvat todennäköisemmin ne, joilla jo on sosiaalista pääomaa (Hokkanen 2014).

Vertaistuki voi olla myös vaikuttamista. Tällöin se tarkoittaa konkreettista tukea, neuvoja ja apua sosiaalisiin oikeuksiin tai sosiaaliturvaetuuksiin liittyvissä asioissa tai hoitoon pääsemisessä tai mahdollisuutta vaikuttaa kuntoutujien asemaan ja yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. (Hietala-Paalasmaa & Vuorela 2004.) Vaikuttamistoiminnan haasteena on kuntoutujien voimavarojen ja uskotavuuden riittävyys (Nylund 1996).

Vertaistoiminnan sisäisenä haasteena on sosiaalistumis- ja sosiaalistamisprosessien yhdistyminen eli se, että yksilöt samaan aikaan sekä saavat että tuottavat sosiaalista tukea. Tämä voi olla ongelmallista, jos se uhkaa yk-

silön autonomiaa. (Kinnunen 1999.) Näin olen vertaistuen eettisyydestä, vastuusta, toimijoiden ”ammattillisesta” pätevydestä sekä vertaistuen institutionaalistumisen vaihtokuksista on tärkeää keskustella (Rissanen 2015b). Vertaisuuteen tuovat haasteensa myös sen myönteiset ominaisuudet, kuten yhteenkuuluvuuden tunne, molemminpuolinen ymmärtäminen, mahdollisuus jakaa kokemuksia ja ryhmän merkitys. Ne voivat johtaa nimitäin siihen, että itseltä ja toisilta vaaditaan samankaltaisuutta, yhdenmukaisia kokemuksia ja samanlaisia tulkintoja erilaisista kokemuksista. (Hokkanen 2003.)

Kokemusasiantuntijatoiminta

Kun vertaiset toimivat pääasiassa toisten vertaisten kanssa, kokemusasiantuntijat puolestaan laajentavat toimintakenttäänsä esimerkiksi palvelujärjestelmän kehittämiseen. Kokemusasiantuntijuuden käsitettä ei ole määriteltä tarkasti eikä yksiselitteisesti. Laajasti ajateltuna jokainen meistä on oman elämänsä ja kokemuksensa asiantuntija. Kokemusasiantuntijuutta käytetään usein kattokäsitteenä kokemusasiantuntijan rooleille ja tehtäville (Hietala & Rissanen 2015) tai toiminnan eri muodolle, jolloin puhutaan esimerkiksi kokemuskouluttajista tai kokemusarvioijista. Tässä katsauksessa käytämme määritelmää, jonka mukaan kokemusasiantuntijalla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmasta, joko sitä sairastavana, siitä kuntoutuvana tai toipuvana, palvelun käyttäjänä tai läheisenä (STM 2009). Tärkeää kokemusasiantuntijatoiminnassa on halu osallistua palvelujärjestelmän kehittämiseen eri tavoin.

Oleellista kokemusasiantuntijuudessa on se, että yksilöllä on omakohtaista kokemusta jostakin, kuten sairastumisesta, toipumisesta, ongelmasta, elämästä, kohtaamisesta, kriisistä, asiakkuudesta tai palvelun käyttämisestä. ”Asiat ovat itse koettuja.” (Rissanen 2015a.) Kokemusasiantuntijuus ei siis perustu akateemisiin opintoihin eikä ammattilliseen koulutukseen (Beresford & Salo 2008). Kokemusasiantuntijuuteen kuuluu kokemuksen jalostaminen, jakaminen, hyödyntäminen tai sen

avulla vaikuttaminen. Kokemuksesta on siis oltava muille jotain hyötyä. Kokemusasiantuntijuuden määritelmään voi siis liittää sen, että kokemusasiantuntijalla on halu jakaa kokemuksia tai kertoa siitä, miten hän itse on selviytynyt jostakin ongelmasta (Rissanen 2013).

Kokemusasiantuntijuus voidaan jakaa yksilön, järjestelmän ja yhteiskunnan tasoille. Kokemusasiantuntijan näkökulmasta toiminta on osa toipumisprosessia. Se voi olla askel eteenpäin, keino työllistyä tai tilaisuus omaan kasvamiseen ja kehittymiseen. Esimerkiksi oman tarinan työstäminen on keino jäsentää omaa sairastumista. (Rissanen 2015b.) Kokemusasiantuntijana toimimisessa on omat haasteensa. Kokemusasiantuntijana toimiminen voi kahlita yksilön tiettyyn rooliin: hänet nähdään ja hän toimii vain kokemusasiantuntijana. Toisaalta kokemusasiantuntija voi väsyä tai palaa loppuun. Sen ehkäisemisessä työnohjaus ja tuki on tärkeää. Kokemusasiantuntijan onkin tärkeää huolehtia omasta jaksamisestaan ja rajanvedosta. Keskeinen voimavara on myös ryhmän tuki ja ryhmään kuuluminen (Hietala & Rissanen 2015).

Järjestelmän tasolla kokemusasiantuntijuus tarkoittaa kokemusasiantuntijoiden tehtäviä ja rooleja palvelujärjestelmässä (Rissanen 2015b). Aitojen ja todellisten kokemusten sekä tarinoiden kuuleminen on tärkeää ammattiauttajille. Kokemustarinat ovat koskettavia ja pysäyttäviä ja ne antavat uutta perspektiiviä asioihin (Hankkila 2012). Ammattilaisten ymmärryksen lisääntyminen voi parantaa asiakastyön laatua ja lisätä työtyytyväisyyttä sekä palvelujen asiakaslähtöisyyttä (Simpson & House 2003). Useissa maissa, kuten Australiassa, Kanadassa ja USA:ssa, on käytetty kokemusasiantuntijoita ammattilaisten koulutuksessa ja palvelujen arvioinnissa jo kauan. Tämän on todettu vähentäneen sairaalahoitojen tarvetta, mielenterveyspalvelujen käyttöä ja psyykkistä kärsimystä, lisänneen elämänlaatua ja työllisyyttä sekä olevan kustannustehokasta. (Peters 2010.)

Kokemusasiantuntijatoiminnalla voi olla myös yhteiskunnallista merkitystä. Tarinoiden kertominen ja niiden kuuleminen voi murtaa ennakkoluuloja ja pelkoja erilaisuutta koh-

taan sekä vähentää mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa ja syrjintää. Palvelun käyttäjien kansalaisoikeudet voivat toteutua kokemusasiantuntijatoiminnan avulla. Se voi myös vahvistaa osallisuutta ja on yksi keino pidentää työuria. (Peters 2010; Rissanen 2015b.)

Kokemusasiantuntijatoiminnan vaikuttavuutta on tutkittu vain vähän ja tulokset ovat ristiriitaisia (Rissanen 2015b). Kokemusasiantuntijuus voi avata uusia toimintamalleja ja hyödyttää kaikkia osapuolia, kuten kokemusasiantuntijaa itseään, toisia kuntoutujia, yhteistyökumppaneita, ammattiauttajia sekä työ- ja toimintatapoja. Sillä nähdään olevan myönteisiä vaikutuksia palveluihin, osastoympäristöön, avohoitoon ja kriisipalveluihin. Toiminnan avulla on tehty parannuksia, jotka ovat palvelleet asiakkaiden tarpeita (Rutter ym. 2004). Toisenlaisiakin tuloksia on saatu. On esimerkiksi todettu, ettei palvelun käyttäjien osallistumisen vaikutuksesta terveystalvelujen laatuun ole saatu varmaa eikä vakuuttavaa näyttöä (Simces ym. 2003). Käyttäjien osallistumisen myönteiset vaikutukset näyttäisivät liittyvät toivon ja voimaantumiseen. (Lloyd-Evans ym. 2014.)

Haasteet ja tulevaisuus

Järjestöissä on käsitys siitä, että vapaaehtoistyön merkitys, tilaus ja tarve ovat kasvussa (Pessi & Oravasaari 2010). Todennäköistä kuitenkin on se, että vapaaehtoistyö tulee muuttamaan muotoaan. Vapaaehtoistyö muuttunee entistä sirpaleisemmaksi ja lyhytkestoisemmaksi. Vielä selkeämpi muutos tulee olemaan netissä tapahtuvan toiminnan lisääntyminen. Jonkinasteista muutosta toimintatavoissa vaatinee myös nuorten saaminen toimintaan mukaan entistä aktiivisemmin. Suomessa tehty kyselytutkimus (Pessi & Saari 2008) osoitti, että vaikka nuoret tekevät muita ikäluokkia vähemmän vapaaehtoistyötä, heidän valmiutensa siihen on vähintään samaa luokkaa kuin muilla ikäryhmillä.

Kiinnostus kolmatta sektoria kohtaan on kasvanut viime vuosikymmenten aikana. Helander (1998) näki kiinnostuksen kasvuun kolme hyvinvointivaltion kriisiin liittyvää syytä.

Järjestelmäkriisi on syntynyt siksi, ettei bruttokansantuote enää riitä pyörittämään hyvinvointivaltion taloutta, joten on keksittävä taloudellisempia ratkaisuja. Toimintakriisi johtuu hierarkkisten ja jäykkien rakenteiden tuottamasta tehottomuudesta, joka puolestaan on kasvattanut kustannuksia. Legitimiteettikriisi taas on juontunut siitä, että valtiokoneisto on etääntynyt tavallisista ihmisistä, joten ihmisetkin kokevat sen etäiseksi ja sitä kautta epätyytyttäväksi. Tämä kaikki on johtanut pohtimaan yhdistysten mahdollisuuksia tuottaa palveluja ja tukea lähempänä kansalaisia, vieläpä entistä tehokkaammin sekä taloudellisemmin.

Järjestötoiminnassa tämänkaltainen pohdinta saattaa herättää epäluuloja, kuten seuraavista MIPA-hankkeen ensimmäisen järjestöpajan kommentteista voidaan nähdä: *”yhdistykset tekevät palvelujärjestelmälle kuuluvia tehtäviä ja vieläpä vapaaehtoisvoimin”, ”vapaaehtoistyönä hoidetaan yhteiskunnan tehtävät”* (Puumalainen 2015). Muutokset toisivat epäilemättä omat haasteensa. Ne vaikuttaisivat ainakin yhdistysten käytäntöihin, toiminnan suuntaamiseen (Koskinen 1999) ja niiden rooliin kuntoutujien edunvalvojina. Yhdistykset voivat etääntyä perinteisistä arvoistaan muuttamalla osaksi järjestelmää (Roivainen 2004). Vastaavaa kritiikkiä on esitetty kokemusasiantuntijuutta kohtaan; muuttuminen osaksi järjestelmää saattaa jähmettää kokemusasiantuntijana toimimista. Tärkeää on, etteivät muutokset uhkaa vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden tärkeintä kykyä eli ihmisten kokonaisvaltaista kohtaamista (Hokkanen 1999).

Kehittämiseen tarjoaa tiettyjä mahdollisuuksia mutta myös haasteita se, etteivät kokemusasiantuntijuus, kolmannen sektorin toiminta ja vertaistuki vastaa perinteisten lähiyhteisöjen, julkisen sosiaalipolitiikan eivätkä markkinoiden toimintaa (Matthies 1991; Rissanen 2015b). Kolmatta sektoria onkin luonnehdittu samaan aikaan vanhaksi ja uudeksi mahdollisuudeksi (Rönnberg 1998), moniaineksiseksi, liukuvaksi (Matthies 1991) sekä ”toisin toimimisen alueeksi” (Matthies 1996).

Kansalaisjärjestöillä on joka tapauksessa

tärkeä rooli heikommassa asemassa olevien ja esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien tukijoina sekä heidän etujensa ajajina. Yhteiskunnan näkökulmasta kansalaisaktiivisuus voi synnyttää sosiaalista pääomaa, joka edistää terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalisuutta. Se tuottaa konkreettisia taloudellisia hyötyjä ehkäistessään ja vähentäessään sairauksia ja sosiaalisia ongelmia sekä niihin kohdistuvaa palvelutarvetta. (STM 2011.)

Päivi Rissanen, VTT, tutkija, Mielenterveyden keskusliitto

Jouni Puumalainen, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Lähteet

- Arminen I (1998) *Therapeutic Interaction: A Study of Mutual Help in the Meetings of Alcoholics Anonymous*. Akateeminen väitöskirja. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 45. Helsinki.
- Batson D (1991) *The Altruism Question. Toward a Social-Psychological Answer*. University of Kansas. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.
- Beresford P, Salo M (2008) Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki.
- Hankkila K (2012) (toim.) *Epävakaudesta elämään. Kokemusasiantuntijat ja ammattilaiset kertovat*. Prometheus kustannus Oy. Tallinna.
- Helander V (1998) Kolmas sektori. Käsitteistä, ulottuvuuksista ja tulkinnoista. Gaudeamus. Helsinki.
- Hietala O (2013) A-klinikan asiakaskahvilassa: etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. Akateeminen väitöskirja. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A. Tutkimuksia 37. Helsinki.
- Hietala O, Rissanen P (2015) *Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palvelujen kehittäjäksi*. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden Keskusliitto. Helsinki.
- Hietala-Paalasmaa O, Vuorela M (2004) *Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osallisuuden oikeutta*. Kuntoutus 27(3), 29–41.
- Hokkanen L (1999) *Palkattu vertaistuki*. Teoksessa Hokkanen L, Kinnunen P, Siisiäinen M (toim.) *Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 136–163. Helsinki.
- Hokkanen L (2003) *Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen*. Teoksessa Laitinen M, Pohjola A (toim.) *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut*. PS-kustannus, 254–274. Jyväskylä.
- Hokkanen L (2014) *Autetuksi tuleminen. Valtaistavan sosiaalisen asianajon edellyttämät toimijuudet*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 278. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Kinnunen P (1999) *Sosiaalinen tuki ja kolmas sektori*. Teoksessa Hokkanen L, Kinnunen P, Siisiäinen M (toim.) *Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 102–114. Helsinki.
- Koskinen S (1999) *Työntekijä ja työnantaja kolmannella sektorilla*. Teoksessa Hokkanen L, Kinnunen P, Siisiäinen M (toim.) *Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 206–232. Helsinki.
- Koskisuus J, Narumo R (2004) *Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen mielenterveyskuntoutuksessa*. Kuntoutus 27(3), 17–23.
- Kulmala A (2004) *Toiset identiteettiä rakentamassa*. *Yhteiskuntapolitiikka* 69(3), 231–241.
- Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, Johnson S, Kendall T (2014) *A Systematic Review and Meta-analysis of Randomised controlled trials of peer support from people with severe mental illness*. *BMC Psychiatry* 14(39). doi: 10.1186/1471-244X-14-39.
- Macduff N (2005) *Societal Changes and the Rise of the Episodic Volunteer*. Teoksessa Brudney J (toim.) *Emerging Areas of Volunteering*. *Arnova Occasional Paper Series* 1(2). Indianapolis.
- Marjovuo A (2014) *Vapaaehtoistyön ytimessä. Järjestömuotoinen vapaaehtoistyö sosiaalisten representaatioiden näkökulmasta*. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Helsinki.
- Matthies A-L (1991) *Julkisen avautuminen epäviralliseen – hyppy pimeään?* Teoksessa Matthies A-L (toim.) *Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen*. Sosiaaliturvan Keskusliitto, 38–50. Helsinki.
- Matthies A-L (1996) *Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät organisaatiot*. Teoksessa Matthies A-L, Kotakari U, Nylund M (toim.) *Välittävät verkostot*. *Vastapaino*, 11–29. Tampere.
- Nylund M (1996) *Suomalaisia oma-apuryhmiä*. Teoksessa Matthies A-L, Kotakari U, Nylund M (toim.) *Välittävät verkostot*. *Vastapaino*, 193–205. Tampere.
- Nylund M (2000) *Varieties of Mutual Support. A Study of Finnish Self-Help Groups and Volunteers*. The

- Finnish Federation for Social Welfare and Health. Helsinki.
- Pessi A, Oravaaari T (2010) Kansalaisjärjestötoiminnan ytimessä. Tutkimus RAY:n avustamien sosiaali- ja terveysjärjestöjen vapaaehtoistoiminnasta. Avustustoiminnan raportteja 23. RAY. Helsinki.
- Pessi A, Saari J (2008) Hyvä tahto. Auttamisen asenteet ja rakenteet Suomessa. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki.
- Peters J (2010) A Summary of Peer Support Activities in Some IIMHL Countries (International Initiative for Mental Health Leaders). Te Pou, National Centre for Research, Information and Workforce Development. New Zealand.
- Putnam R (2000) Bowling alone. The collapse and revival of American community. Simon and Schuster. New York.
- Puumalainen J (2015) Muistiinpanot MIPA-hankkeen ensimmäisestä työpajasta Diakonia- ammattikorkeakoulun auditoriossa Helsingissä 18.8.2015. Julkaisenaton dokumentti.
- Rissanen P (2013) Mitä on kokemusasiantuntijuus? Teoksessa Falk H, Kurki M, Rissanen P, Kankaanpää S, Sinkkonen N (toim.) Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Työpäpaperi 39. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 14–19. Helsinki.
- Rissanen P (2015a) Muistiinpanot MIPA-hankkeen ensimmäisestä työpajasta Diakonia- ammattikorkeakoulun auditoriossa Helsingissä 18.8.2015. Julkaisenaton dokumentti.
- Rissanen P (2015b) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiö tutkimuksia 88/2015. Helsinki.
- Rochester C, Paine A, Howlett S, Zimmeck M (2010) Volunteering and Society in the 21st Century. Palgrave Macmillan. Basingtone.
- Roivainen I (2004) Setlementti välissä olemisen tilana. Teoksessa Helne T, Hänninen S, Karjalainen J (toim.) Seis yhteiskunta – tahdon sisään! SoPhi 80. Jyväskylän yliopisto, 149–165. Jyväskylä.
- Rutter D, Manley C, Weaver T, Crawford M, Fulop N (2004) Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science & Medicine* 58 (10), 1973–1984.
- Rönningberg L (1998) Hyvinvointi ja kolmas sektori. Teoksessa Kinnunen P, Laitinen R (toim.) Näkyvätön kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 10–22. Helsinki.
- Savukoski M (2008) Vapaaksi anoreksian kahleista: Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Laponiensis* 142. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Simces Z ym. (2003) Exploring the Link Between Public Involvement/Citizen Engagement and Quality Health Care. A Review and Analysis of the Current Literature. Prepared for Health Canada Health Human Resources Strategies Division Ottawa Prepared by Zena Simces & Associates. May 27, 2003.
- Simpson EL, House AO (2003) User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. *British Journal of Psychiatry* 183 (2), 89–91.
- STM (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.
- STM (2011) Sosiaali- ja terveysalan kansalaisjärjestöt sosiaali- ja terveysministeriön kumppaneina. Sosiaali- ja terveysministeriön järjestöpoliittiset linjaukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 5. Helsinki.
- ToimintaSuomi-verkkosivusto: Vapaaehtoistoiminta. http://www.toimintasuomi.fi/vapaaehtoistointa-a?&kiinnostuksen_kohteet%5B%5D=p%3%A4ihteet+ja+riippuvuudet&r%5B%5D=1380111151780&tut%5B%5D=%E2%9C%93&page=2 Katsottu 26.01.2016.
- Yeung A (2002) Vapaaehtoistyö osana kansalaisyhteiskuntaa – ihanteita vai todellisuutta. Tutkimus suomalaisten asennoitumisesta ja osallistumisesta vapaaehtoistoimintaan. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki.



Metropolia Master's - Certified Degree for your Professional Career

**Metropolian ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot
- Maisteritason tutkinto ammattilaisen urakehitykseen**

Kuntoutus, ylempi AMK

Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto on ammattilaisille tarkoitettu koulutus, jossa pääset syventämään ja laajentamaan kuntoutuksen kehittämis- ja johtamisosaamistasi moniammatillisessa ryhmässä.

Koulutus toteutuu tiiviissä yhteistyössä työelämän kanssa ja tutkinto on mahdollista suorittaa työn ohessa. Opintojen laajuus on 90 opintopistettä.

Hae koulutukseen!

Hakuaika 16.3.- 6.4.2016

Katso lisätietoja ja hakuohjeet osoitteesta:
metropolia.fi/kuntoutus-yamk

Lisätietoa:

Tutkintovastaava
Salla Sipari
040 334 2027
salla.sipari@metropolia.fi



VAMMAISEN LAPSEN JA HÄNEN PERHEENSÄ KOTOUTUMISEN TUKEMINEN ETU-HANKKEESSA

Kotoutuminen on aina kaksisuuntainen prosessi, joka haastaa sekä maahan muuttaneet ihmiset että vastaanottavan yhteiskunnan ja sen toimijat. Suomalainen yhteiskunta pyrkii edistämään ihmisten kotoutumista erilaisin palveluin ja tukitoimin, mutta palvelut ovat hajallaan, jakaantuneet usealle eri toimijalle ja niiden saatavuus vaihtelee kunnittain, mikä vaikeuttaa kotouttamisprosessia yksilötasolla. Kun kyseessä on perhe, jossa on vammaisen lapsi, kotoutumisen rinnalla voi kulkea monia päällekkäisiä prosesseja, kuten lapsen kuntoutusprosessi, koulunkäynnin haasteet, vanhempien traumojen käsittelyyn liittyvät terapiat ja suomen kielen oppiminen.

Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiössä (Vamlas) toteutettiin vuosina 2013–2015 ETU-hanke, jonka tavoitteena oli edistää ja tukea maahanmuuttajataustaisen vammaisen lapsen ja hänen perheensä kokonaisvaltaista kotoutumista. Hankkeessa myös kerättiin kehittämissuorituksen tueksi tietoa siitä, miten julkinen palvelujärjestelmä tukee perheitä. Rahoittaja oli RAY ja yhteistyökumppaneina olivat Väestöliitto ry, Autismi- ja Aspergerliitto ry, Kehitysvammaisten tukiliitto ry, Tukikeskus HILMA sekä Helsingin ja Hyvinkään kaupungit.

Hankkeeseen otettiin kymmenen pilottiperhettä kahdesta pilottikunnasta, Helsingistä ja Hyvinkäältä. Perheet ohjautuivat hankkeeseen pääosin kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden kautta. Perheiden tilanteet olivat hyvin hete-

rogeeniset. Yhdistävänä tekijänä oli kuitenkin maahanmuuttotausta sekä se, että kaikissa perheissä oli lapsi tai lapsia, joilla oli jonkinasteinen vamma tai erityistuen tarve. Suurimmalla osalla perheistä oli pakolaistausta, mutta osa perheistä oli muuttanut Suomeen työn vuoksi.

Hankkeessa työskennellyt kotoutumisneuvoja seurasi ja tuki perheitä ja auttoi niitä saamaan sopivia ja niille kuuluvia palveluja yli kahden vuoden ajan. Kotouttamisneuvojan työn fokuksena oli perheen toimijuuden ja vuorovaikutuksen tukeminen. Hankkeen tavoitteena oli saada myös perheiden omaa ääntä kuuluviin, ja kotoutumisneuvoja piti päiväkirjaa perheiden kanssa tehtävästä asiakastyöstä koko hankkeen ajan.

Havainnot perhetyöstä

Hankkeen pilottiperheet asioivat monissa eri palveluissa, monien eri viranomaisten kanssa. Perheiden ympärillä oli suuri määrä toimijoita, mutta kolmas sektori ja järjestöt olivat perheille vieraita ja näkymättömiä. Perheille eri viranomaisten toiminta näyttäytyi epäselvänä. Eri viranomaisten roolit olivat kapeita ja rajattuja, ja palvelut nähtiin hyvin eriytyneinä. Kokonaisvaltainen lähestymistapa perheen asioihin puuttui. Erilaiset päällekkäiset prosessit olivat erityisen haasteellisia esimerkiksi lapsen kuntoutusjakson osuessa päällekkäin vanhemman suomen kielen kurssin kanssa. Viranomaisten

ei nähty joustavan tai tulevan vastaan perheiden yksilöllisten tilanteiden vaatimalla tavalla viranomaisten omaa työtä määrittävien reunaehto- jien vuoksi. Perheet eivät saaneet palvelua tarpeidensa mukaan, vaan kaikille tarjottiin samaa palvelua, saman verran.

Perheiltä saattoi puuttua tieto lapsen lähtömaassaan saamista diagnoosista. Palveluissa perheiden kuitenkin oletettiin tietävän niin lapsen diagnoosin kuin ne keinot, joilla suomalainen palvelujärjestelmä tukee lasta ja perhettä. Perheet tulevat palvelujärjestelmän asiakkaiksi niin sanotusti kesken prosessin, jolloin tietoa diagnoosista voi olla vaikea saada. Palveluissa vuorovaikutus ja annettava tieto eivät ole aina esteettömiä. Järjestelmässä on myös paljon poissulkevia käytäntöjä, jotka vaikeuttavat esimerkiksi luku- ja kirjoitustaidottomien hyöty- mistä palveluista. Näistä tyypillinen esimerkki ovat erilaiset internetvarausjärjestelmät ja internetin kautta tehtävät hakemukset. Perheet törmäsivät myös kulttuuristamiseen: ajoittain nämä ihmiset nähtiin palveluissa vain jonkin tietyn kulttuurin edustajina, vaikka jokaisessa perheessä on omat tapansa ja perheiden sosio- ekonominen tausta vaihteli.

Samantyyppisiä havaintoja on tehty muu- allakin. Kanadalainen tutkimusryhmä selvitti sellaisten maahanmuuttajataustaisten perheiden, joissa on vammaisen lapsi, palveluihin pääsyä ja kokemuksia niistä. Verrattuna syn- typeräisiin kanadalaisperheisiin näiden perheiden jäsenet kokivat useammin, että heidän tarpeisiinsa ei pystytä vastaamaan. He myös saivat muita harvemmin perhekeskeistä palvelua. Tutkimuksen mukaan maahanmuuttajataustaiset perheet, joissa on vammaisen lapsi, ovat muita epäedullisemmässä asemassa. Syitä tähän ovat muun muassa uudessa maassa asuminen sekä sosiaaliset tekijät, kuten köyhyys ja syrjintä. (King ym. 2011.)

Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Suomesta muutamista aiheeseen liittyvästä sel- vityksistä. Vammaisten maahanmuuttajien tu- kikeskuksen Hilman (2012) selvityksessä, joka koski vammaisten maahanmuuttajien kotou- tumista, todettiin, että vammaisia henkilöitä ei huomioida kotoutumistoimenpiteitä suun- niteltaessa ja että vammaisten henkilöiden ko-

toutumiskoulutuksen saavutettavuus ja järjes- tettyjen tukitoimien taso vaihtelevat kunnit- tain. Lisäksi VAPAA-hanke (2010) selvitti pa- kolaistaustaisten vammaisten, pitkäaikaissai- raiden ja mielenterveyskuntoutujien kotoutu- mista ja elinoloja. Hankkeen selvityksessä il- meni, että vaikkakin suomalainen vammais- palvelu- ja sosiaalijärjestelmä on kattava, se on myös monimutkainen ja sektoroitunut. Tämän vuoksi palveluiden hahmottaminen on vaike- aa, ne näyttävät monimutkaisina etenkin juuri maahan muuttaneelle eikä tietoa palve- luista ole saatavilla esteettömästi ja kattavasti. (Päivinen 2010.)

ETU-hankkeessa määrittelimme tavoitteek- si, että jokainen asiakas olisi oman prosessinsa haltija. Oikealla tuella ja ohjauksella tämä on- nistuu useimpien perheiden kohdalla, mutta ei kaikkien. Olisikin tärkeää tunnustaa, että osa perheistä ei välttämättä tule koskaan pärjää- mään itsenäisesti. Näiden ihmisten sosioeko- nominen tausta ja heidän yhteiskunnassam- me toimimista koskevat tietonsa, taitonsa ja voimavaransa ovat hyvin erilaiset kuin palve- lujärjestelmässämme on totuttu. Toisaalta tu- lisi pyrkiä välttämään tilannetta, jossa niistä asiakkaista, joilla on enemmän voimavaroja, tulee passiivisia palvelujärjestelmän suoritta- jia. Aina asiakas ei ymmärrä, miksi jotakin ta- pahtuu, vaan hän toimii viranomaisten vel- voitteesta. Raadollisimmillaan ihmiset opete- taan ensin pärjäämään ja sukkuloimaan hy- vinvointipalvelujen viidakossa, minkä jälkeen heistä tulee viranomaisriippuvaisia ja pal- veluiden kestotarvitsijoita – heidän elämästään päättävät muut tahot kuin he itse. Palvelujär- jestelmässä, mukaan luettuna kuntoutuspalve- luissa, tulisikin kiinnittää erityistä huomiota maahanmuuttajataustaisen asiakkaan oman näkökulman esiin tuomiseen, hänen äänensä kuulemiseen ja sen vahvistamiseen, jotta myös maahanmuuttaja-asiakkaat voisivat osallistua omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon.

Ammattilaisten näkemyksiä perheiden tukemisesta

Julkisissa palveluissa työskentelevien näkö- kulman kartoittamiseksi hankkeessa tehtiin

Vamlasin ja Kuntoutussäätiön yhteistyönä selvitys siitä, miten eri kunnat ovat järjestäneet kotoutumispalveluita sekä sosiaali- ja terveyspalveluita maahan muuttaneille perheille, joissa on vammaisen lapsi, sekä minkälainen rooli kolmannella sektorilla on palveluiden toteuttajana. Selvityksen aineisto kerättiin kuntien maahanmuutto- ja vammaispalveluiden johdolle ja asiakastyöntekijöille osoitetulla kyselyllä. Vastauksia saatiin yhteensä 58 kunnasta (N=67).

Kyselyn tulosten mukaan näyttää siltä, että kunnan palveluissa työskentelevien ammattilaisten näkökulmasta lapsen ja hänen perheensä palvelut pystytään järjestämään ja turvaamaan melko hyvin. Kieli- ja kulttuurikysymykset herättivät silti epävarmuutta ja avoimia kysymyksiä. Lisäksi perheillä on usein moninaisia palvelutarpeita ja asiakkaita monissa eri palveluissa. Vastuukysymykset hajanaisessa palvelujärjestelmässä näyttäytyivät epäselvinä myös perheiden kanssa työskenteleville ammattilaisille. Kyselyyn vastanneet nostivat esiin huolen siitä, onko kukaan selvillä perheen kokonaistilanteesta. Tähän huoleen pyrkii vastaamaan sosiaalihuoltolain uudistus, joka astui voimaan 1.4.2015. Kaikkia ongelmia lain uudistaminen ei kuitenkaan poista. Suurin haaste lienee palvelukulttuurin ja ajattelutavan muutos.

Yksi mahdollisuus vastata kieli- ja kulttuurikysymysten aiheuttamiin haasteisiin asiakastyössä on lisätä tietoa ja koulutusta siitä, miten paremmin ottaa huomioon asiakkaiden moninaiset taustat. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä, vaan lisäksi tarvitaan laajempia rakenteellisia muutoksia ja linjauksia siitä, miten hyvät, laadukkaat ja yhdenvertaiset julkiset palvelut voidaan taata eri kielellisistä, kulttuurisista ja sosioekonomisista taustoista tuleville ihmisille. Eri toimijoiden välille tarvitaan tiiviimpää yhteistyötä, ja vastuukysymyksiä olisi selkeytettävä. Myös perhekeskeinen lähestymistapa voi edistää palveluista hyötymistä ja helpottaa perheen asettautumista uuteen asuinmaahan.

Perheen kokemukset tulisi tiedostaa ja ottaa paremmin huomioon. Yhteisöllisistä maista tulevat perheet ovat saattaneet tottua isoon tukiverkoston ja laajaan perheeseen. Suomessa

perhe-elämä kapeutuu ydinperheeksi, ja uuden tukiverkoston muodostavatkin viranomaiset. Perheet eivät välttämättä koe viranomaisverkostoa kuitenkaan tukena vaan jopa rasisuksena (vrt. Katisko 2013). Tästä syystä avun tarvetta ei aina osata ilmaista oikein, vaan perhe pärjää, vaikka todellisuudessa arjen raskaus tulee yllätyksenä sokkelossa, jossa nivoutuvat yhteen opiskelut, viranomais- ja terveystaapaamiset sekä eri sektoreiden erilaiset asiakassuunnitelmat. Arki on yksinäistä puurtamista, kiireistä ja aikataulutettua.

Tulee myös muistaa, että psyykkiset ongelmat voivat vaikeuttaa palveluista hyötymistä ja esimerkiksi osallistumista kotoutumista edistäviin palveluihin. Psyky ei aina jaksa silloin kuin pitäisi. Maahanmuuton aiheuttama stressi, lähtömaassa koetut asiat ja huoli kotimaassa olevien sukulaisten ja perheenjäsenten kohtalosta kuormittavat. Samoista syistä esimerkiksi uuden kielen oppiminen saattaa vaikeutua.

Erilaiset käsitykset vammaisuudesta ja vammaisuuteen joissain kulttuureissa liittyvä stigma näkyvät vammaispalvelujen arjessa maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa työskennellessä. Lapsen vamma saattaa olla perheen sisällä tabu, ja vammaisen lapsen oikeudet esimerkiksi koulunkäyntiin ja itsenäistymiseen saattavat tulla perheelle uutena asiana. Suurissa perheissä, joissa on paljon muita lapsia, vammaisen lapsen tarpeita, esimerkiksi mahdollisuuksia harrastaa, ei välttämättä ole asetettu tärkeysjärjestyksessä kovin korkealle. Myös näistä asioista tulisi voida keskustella rohkeasti perheiden kanssa, eikä vain juuttua omiin oletuksiin ja kertoa, kuinka Suomessa vammaisen lapsen perheet elävät. Elävät esimerkit ja aidot kohtaamiset auttavat parhaiten, pelkän valituksen ja hämmästelyn sijasta.

Hankkeen suositukset kunnille ja järjestötoimijoille

ETU-hanke toimi sillanrakentajana toisaalta kotoutuvan perheen ja yhteiskunnan ja toisaalta viranomaisten ja järjestöjen välillä. ETU-hankkeen tavoitteena oli, että hankkeessa kerättävä ja levitettävä tieto auttaa kuntia ja

järjestöjä kehittämään ja suunnittelemaan entistä parempia palveluita maahan muuttaneille perheille vammaisuusnäkökulmaa unohtamatta. Hanke kokosi viisi suositusta sekä kuntien että järjestötoimijoiden tueksi palveluiden parantamiseen.

1. Siirtyminen perhekeskeiseen ja kokonaisvaltaiseen työskentelytapaan asiakkaan yksilöllisyys huomioon ottaen

Perhekeskeisessä työskentelyssä on aina otettava huomioon moninaiset perheeseen vaikuttavat tekijät, esimerkiksi perheen sosioekonominen tausta. Samoin kotoutumisprosessiin vaikuttavat aina myös muuton jälkeen tapahtuvat asiat, kuten vastaanottavan yhteiskunnan monikulttuurisuuspolitiikka tai jatko-oleskelulupien myönnöt. Myös muut erilaiset perhettä koskevat prosessit vaikuttavat perhekeskeiseen työskentelyyn. Näistä mainittakoon perhesuhteissa tapahtuneet muutokset, perheenjäsenten eritahtinen kotoutuminen sekä erilaiset taustalla vaikuttavat kokemukset, kuten trauma- ja syrjintäkokemukset.

2. Huomion kiinnittäminen vuorovaikutukseen, sen vastuullisuuteen sekä vaikuttavuuteen

Tulkkia tulee käyttää aina silloin, kun tulkin käyttö on perusteltua ja tarpeellista. On myös mahdollista käyttää selkokieltä sekä vaihtoehtoisia kommunikaatiomenetelmiä. Kieltä pidetään liian usein syynä siihen, miksi joitain asioita tai toiminnallista ohjausta ei voida tarjota tai järjestää. On syytä myös miettiä, milloin kirjallisen materiaalin jakaminen on tarkoituksenmukaista. Perhe, jossa on hyvin heikko luku- ja kirjoitustaito tai hyvin matala koulutustaso, ei hyödy diagnoosia esittelevästä lehtisestä tai lääkärintodistuksesta, vaikka ne olisikin käännetty perheen omalle äidinkielelle. Viranomaisten vastuu tiedottamisesta ei myöskään poistu esitteen jakamisella tai lääkärintodistuksen kääntämisellä. Perheen lähtökohdat tulee aina huomioida tietoa siirrettäessä ja jaettaessa. Ammattilaisten tulee olla kunnioittavia ja pystyä toimimaan myös niiden perheiden kanssa, joilla on puutteel-

linen kielitaito. Ymmärtämisvaikeudet eivät ole riittävä syy käännättää perhettä pois palvelusta, vaikka tulkkia ei olisikaan saatavilla. Ensikohtaaminen on hyvä mahdollisuus pyhäytyä kuuntelemaan ja näin rakentaa luottamusta asiakkaaseen. Järjestöjen toiminnallisiin tapahtumiin voi osallistua myös puutteellisella kielitaidolla. Yhteisölliset tapahtumat ovat tärkeä osa kotouttamisprosessia ja vahvistavat osallisuutta yksilötasolla.

3. Osallisuuden ja toimijuuden vahvistaminen yksilö- ja yhteisötasolla

Osallisuuden ja toimijuuden vahvistaminen sekä irtautuminen ”me ja muut” -ajattelusta on tärkeää. Liian usein maahanmuuttajataustaiset ihmiset ovat objekteja, joille ”tarvitsisi tehdä jotain”. Heitä ei nähdä itsenäisinä subjekteina, jotka pystyisivät toimimaan itsenäisesti ja vaikuttamaan itseään koskeviin asioihin. Yhteiskunnassamme maahanmuuttajille on puolueiden sisällä omat järjestönsä, kansalaisjärjestöt ovat jakaantuneet kantaväestön järjestöihin ja maahanmuuttajien järjestöihin. Myös kotouttamispalvelut on eriytetty muista palveluista, vaikka niiden tavoitteena onkin, että asiakas siirtyy kotouttamisajan jälkeen normaalipalveluperiaatteen mukaan peruspalveluiden asiakkaaksi. Eriyttämisen ajattelu on vahva erilaisia palveluita suunniteltaessa (ks. Buchert 2015), esimerkkinä maahanmuuttajaitien ryhmät ja vammaisten maahanmuuttajien palvelupiste. Lisäksi erillisten palveluiden järjestäjinä ovat usein kantasuomalaiset. Eriytetyillä palveluilla ja ryhmillä on oma paikkansa ja tarpeensa, mutta tämä ei saisi jäädä pysyväksi käytännöksi. Yhtenäinen, kaikkien osallisuutta ja toimijuutta vahvistava yhteiskunta on viime kädessä kaikkien etu.

4. Työn ja asiakkaiden toimintaympäristöjen tasa-arvoisuus ja syrjimättömyys

Palvelujärjestelmää tulisi rakentaa asiakaslähtöisesti siten, että se ei syrji ketään. Kaikkia ei voi kohdella samalla tavalla. Ei voida esimerkiksi olettaa, että kaikilla on edellytyksiä selviytyä sähköisestä asioinnista. Rinnalle tulee

kehittää ja jättää myös vaihtoehtoisia menetelmiä. Palvelujärjestelmässä ei voida myöskään eriyttää maahanmuuttajataustaisten kanssa tehtävää työtä tiettyjen ammattilaisten tehtäväksi, vaan kaikkien tulisi pystyä ja pärjätä kaikkien asiakkaiden kanssa. Esimiehet tarvitsevat aikaa ja heidän tulee huomioida arvopohjainen työskentelytapa työyhteisössä. Ei riitä, että työyksiköt ja organisaatiot ovat kirjanneet arvot paperille. Työyhteisössä täytyy myös työstää ammattilaisten ennakkoluuloja ja asenteita sekä tarjota heille aika ja paikka omien käsitysten ja tunteiden käsittelyyn.

5. Kolmannen sektorin mahdollisuuksien hyödyntäminen

Vaikka kunta onkin vastuussa kotouttamisajan palveluista, kolmannen sektorin mahdollisuudet ovat usein käyttämätön resurssi. Järjestöissä, tässä tapauksessa erilaisissa etuja vammaisjärjestöissä, on valtavasti käytännön osaamista, tietoa ja taitoa sekä sellaista toimintaa, johon myös maahan muuttaneet perheet voisivat osallistua. Kunnan tulisi aktiivisemmin ottaa järjestöt mukaan yhteistyöhön, ohjata asiakkaita kolmannen sektorin toimijoiden piiriin ja näin kotouttaa asiakkaita osallisiksi yhteiskuntaan. Järjestöissä on lisäksi valtava määrä osaamista, joka liittyy erityisryhmien kanssa työskentelyyn. Vaativassa asiakastyössä tulisikin hyödyntää toistemme osaamista yli sektorirajojen.

Johtopäätökset

Suomessa on valtavasti hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja erilaisten perheiden auttamiseksi – paljon on jo tehty. Silti on vielä parannettavaa. Suurimpia haasteita ovat varmasti luomamme palvelukulttuuri, kapeat käsitykset siitä, kuinka kuuluu toimia missäkin tilanteessa, sekä ennakkoluulot ja asenteet. Virkamiehen roolin taakse on helppo vetäytyä ja vedota työtä ohjaavaan lakiin. Asiakkaan aito kohtaaminen ja tarpeeseen vastaaminen on kuitenkin paljon laajempi kokonaisuus.

ETU-hankkeen suosituksia toteutetaan käytännön tasolla monin paikoin hyvin ja ammattitaitoisesti. Kehittämislle ja uusille ajatuksille on kuitenkin edelleen tilaa ja tarvetta. Näihin tarpeisiin toivottavasti reagoidaan niin julkisen palvelujärjestelmän kuin kolmannen sektorin toimijoiden piirissä.

Larissa Franz-Koivisto, VTM, projektipäällikkö, Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö

Kirjallisuus

- Buchert U (2015) Maahanmuuttajuuden institutionaaliset kategoriat (sosiologinen väitöskirja). Kuntoutussäätiön tutkimuksia 87. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- King G, Lindsay S, Klassen A, Esses V, Mesterman R (2011) Barriers to Health Service Utilization by Immigrant Families Raising a Disabled Child. Final Report to Citizenship and Immigration Canada, Canada.
- Katisko M (2013) Maahanmuuttajataustaiset perheet lastensuojelun asiakkaina. C Katsauksia ja aineistoja. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Päivinen P (toim.) (2010) Vammaisten pakolaisten elämää Suomessa. Sisäasiainministeriön julkaisu 38. Sisäasiainministeriö, Helsinki.



Kuntoutussäätiö

Koulutuksemme 2016

- Maahanmuutto, moninaisuus ja mielenterveys 14.4.
- Ratkaisukeskeinen työhyvinvointi ja työyhteisösovittelu 10.5.
- Toiminnalliset menetelmät kuntoutuksessa 20.5. ja 3.6.
- Työterveyden ja kuntoutuksen rajoilla 27.5.
- Psykkisen työkyvyn arviointi 1.-2.6.
- Eettinen asiakkaan kohtaaminen – narratiivisesti ja ratkaisukeskeisesti 2.9.

Ohjelmat ja ilmoittautumiset: www.kuntoutussaatio.fi

KUNTOUTUKSEN OHJAAJAT (AMK) – OSAAJINA KUNTOUTUKSEN KOORDINOINTITEHTÄVISSÄ

Kuntoutusprosessin ohjaukselle on tarvetta

Kuntoutuksen yhteiskunnalliset perusteet ja kohderyhmät ovat muuttuneet ja laajentuneet 2000-luvulla. Kuntoutuksen perusteena ovat entistä useammin erilaiset sosiaaliset syyt ja ihmisen kokonaistilanteen huomiointiin liittyvät seikat. Kuntoutuksen keskeisiä tehtäviä ovat muun muassa erilaisten perheiden tukeminen, ikääntyneiden kotona asumisen ja toimintakyvyn tukeminen, osatyökykyisten työllistymisen ja työssä jatkamisen edistäminen sekä työttömien työkyvyn arviointi, kuntoutustarpeen tunnistaminen ja kuntoutukseen pääsyn varmistaminen. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2015.) Haasteita kuntoutukselle tuovat myös mielenterveys- ja päihdeongelmien lisääntyminen, nuorten syrjäytyminen ja maahanmuuttajataustaisen työvoiman työkyvyn turvaaminen. Moninaistuneet kuntoutuksen kohderyhmät ja palvelut vaativat palveluiden ohjaamista ja koordinoitua, jotta palveluiden tarpeessa olevat saavat vaikuttavia kuntoutuspalveluita oikea-aikaisesti.

Kuntoutuksen ohjaus ja neuvonta ovat osa yksilöllistä kuntoutusprosessia. Kuntoutusohjauksen tavoitteena on tukea kuntoutujaa ja läheisiä arjen sujumisessa, osallisuudessa ja parhaan mahdollisen työ- tai toimintakyvyn saavuttamisessa muuttuneessa elämäntilanteessa. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010.) Kuntoutuksen koordinoitua ja ohjaavaa kun-

toutuskumppanuutta tarvitaan etenkin silloin, kun kuntoutuminen edellyttää kuntoutujalta pitkäaikaista muutosprosessia ja yhteiskunnan monen eri palvelusektorin yhteistyötä. Kuntoutusta ohjaavalta henkilöltä edellytetään kykyä toimia ohjaustyössä suunnitelmallisesti ja kuntoutujalähtöisesti sovitettaessa yhteen kuntoutustarpeita ja kuntoutusmahdollisuuksia.

Järvikoski (2013) nostaa esiin kuntoutusprosessin ohjaukseen liittyvän vastuuhenkilökäsymyksen, joka on vuosien kuluessa ilmennyt kehittämisedotuksena eri kuntoutuksen sektoreilta tehdyissä selvityksissä ja tutkimuksissa. Tämä ns. kuntoutuskoordinaattori toimisi nimettynä yhdyshenkilönä sekä kuntoutujaan että kuntouttajaverkoston suuntaan. Järvikoski (2013) kuitenkin huomauttaa, ettei ratkaisua pidä etsiä kouluttamalla jokaiselle kuntoutussektorille omaa vastuuhenkilöä.

Kuntoutuminen on suunnitelmallista ja tavoitteellista yhteistyötä. Terveystieteiden tutkimusten mukaan kuntoutussuunnitelman laatiminen ja kuntoutusyhdyshenkilön nimeäminen kuuluvat hoidosta vastaavalle taholle. Terveystieteiden tutkimusten mukaan kuntoutussuunnitelmia koskevissa tutkimuksissa on noussut esille tarve kehittää ja terävöittää kuntoutussuunnitelmia ja varmistaa kuntoutujan, tarvittaessa myös hänen läheistensä, osallisuus suunnitelman tekemisessä (Nikkanen 2010; Järvikoski

ym. 2009). Kuntoutussuunnitelmat eivät aina vastaa hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia suosituksia, ja kuntoutuksen yhdyshenkilö on jäänyt suunnitelmista nimeämättä (Paltamaa ym. 2011).

Kuntoutuksen tarpeen tunnistamisen ja kuntoutusprosessin käynnistämisen kannalta keskeinen ammattiryhmä ovat terveydenhuollossa lääkärit ja ikääntyneiden palveluissa palveluohjaajat. Lääkäreille tehdystä kyselyssä todetaan, että enemmistö vastanneista koki kuntoutuspalveluja koskevan tiedon olevan vaikeasti löydettävissä. Lääkärit kaipasivat lisää tietoa kuntoutukselta kaikille kuntoutustoimijoille ja ehdottivat erityisten kuntoutuskoordinaattorien nimeämistä. Koordinaattorin toiminta parantaisi lääkärien mukaan kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien yhteen saattamista. (Shemeikka ym. 2013.)

Koukkari (2010) kartoitti tutkimuksessaan kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutumiseen liittyvänä puutteena nousi esiin kuntoutusprosessiin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan vähäisyys tai puuttuminen sekä epävarmuus siitä, kuka ajaa kuntoutujan asioita tai keneen kuntoutuja voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Kuntoutusta koordinoivan henkilön puuttuessa tätä tehtävää joutui hoitamaan omainen.

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä työ- ja elinkeinoministeriö toteuttivat vuosina 2013–2015 mittavan osatyökykyisten työllistymisen edistämiseen liittyvän hankkeen. Osatyökykyiset työssä toimintamallin (OSKU) keskeinen työrukkanen on työkykykoordinaattori, joka toimii TE-hallinnossa, työpaikoilla, työterveyshuollossa tai oppilaitoksessa. Työkykykoordinaattorimallin on todettu lisäävän osatyökykyisten osallisuutta muutosprosessissa. Hankeraportissa esitetään yhteistyötä eri palvelusektoreiden välillä ja hyväksi havaitun mallin laajentamista. (Nevala ym. 2015.) Hankkeen tuloksena on käynnistetty työkykykoordinaattorikoulutus. (STM 2015.)

Kuntoutusohjausta lähellä oleva käsite on palvelu- tai asiakasohjaus. Palveluohjaus on asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoitua, jolla edistetään yhteistoimintaa eri or-

ganisaatioiden ja hallinnonalojen välillä. Palveluohjaukseen sisältyy sekä asiakaslähtöinen asiakastyö (*case management*) että palveluiden yhteensovittaminen organisaatioiden tasolla (*service coordination*). (Hänninen 2007). Palveluohjausta tehdään myös sosiaalihuoltolain (L1301/2014) ja vanhuspalvelulain (L980/2012) mukaisessa palvelutarpeen arvioinnissa, ohjauksessa ja seurannassa.

Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) koulutus ja osaaminen

Kuntoutuksen ohjaajia (AMK) on koulutettu vuodesta 1997 lähtien, ja tällä hetkellä koulutusta järjestävät Jyväskylän ja Satakunnan ammattikorkeakoulut. Koulutuksen aloittamisen lähtökohtina olivat USA:ssa ja joissakin Euroopan maissa hyväksi koetut ”case manageri” (palveluohjaaja) -tyyppiset koulutukset, joiden todettiin vaikuttavan kuntoutuksen tehostumiseen, kehittämiseen ja yhteiskunnallisten kulujen hillitsemiseen. (Kuntoutuksen suunnittelun ja ohjauksen suuntautumisvaihtoehdon opetussuunnitelma 1997.) Koulutusta ovat vuosien varrella kehittäneet kansalliset koulutuslinjaukset ja vuonna 2003 ilmestynyt Suomen Kuntaliiton kuntoutusohjausnimikkeistö. Myös kansainväliset laatuvaatimukset (EQF 6) ovat vaikuttaneet koulutusohjelman, nykyisen tutkinto-ohjelman, suunnittelutyöhön. Muuttuvat alueelliset tarpeet ja ammattikorkeakoulujen omat painopistealueet ovat myös olleet vaikuttamassa koulutusten kehitykseen.

Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) koulutus on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Tutkinto rakentuu perus- ja ammattiopinnoista, harjoittelusta, opinnäytetyöstä ja vapaasti valitavista opinnoista. Opiskelu on käytännönläheistä ja aikaisemmin hankittu osaaminen huomioidaan henkilökohtaisissa opintosuunnitelmissa. Koulutuksessa on mahdollista syventää ammatillista osaamistaan kuntoutuksen ohjauksen eri alueilla harjoittelujen, projektien, hankkeiden ja opinnäytetyön kautta. (Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) tutkinto-ohjelmat 2015, Kuntoutusohjaaja koulutuksen opetussuunnitelma 2016–2017.) Koulutuksen

opetussuunnitelmat (JAMK ja SAMK) ovat sisällöllisessä vertailussa ja osaamistavoitteissa hyvin lähellä toisiaan. Koulutuksen toteutuksessa korkeakoulujen välillä on jonkin verran eroja korkeakoulujen omien painotusten ja alueellisten lähtökohtien mukaan.

Ammattikorkeakoulusta valmistuneita kuntoutuksen ohjaajia on noin 600, ja heitä toimii kaikilla kuntoutuksen sektoreilla; toimintakyvyn, ammatillisen, sosiaalisen sekä kasvatuksellisen kuntoutuksen tehtävissä. Kuntoutuksen ohjaajaksi valmistuneet toimivat työelämässä monilla kymmenillä eri ammattinimikkeillä. He ovat työllistyneet muun muassa erikoissairaanhoidon, ammatilliseen kuntoutukseen, vammaispalveluihin, kuntouttavaan työtoimintaan, kehitysvamma-, päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin tai työtoiminnan ohjaukseen, kuntoutuskeskuksiin, Kelaan ja työterveyshuoltoon (Laine & Nappa 2014; Renfors 2014).

Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) tutkintokoulutuksessa kuntoutus nähdään laajasti, ihmisen kaikkiin elämänalueisiin liittyvänä monitieteisenä ja -alaisena toimintana, jossa hyödynnetään kansainvälistä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden viitekehystä (ICF). Kuntoutus voi käynnistyä lääketieteellisten kriteerien lisäksi suorituksiin, osallisuuteen, ympäristötekijöihin tai yksilöllisiin (vrt. ICF) tekijöihin liittyvien rajoitteiden pohjalta (Pikkarainen 2015). Kuntoutuksen kohteena tulee olla aina myös yksilön ympäristö, ei vain yksilö irrallisena toimenpiteiden kohteena. (Järvikoski 2013.)

Ohjaus voidaan ymmärtää ammatteihin liittyvänä yleisenä ohjaustyönä, tai ohjausta voidaan tarkastella erityisosaamisena (Vänskä 2012). Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) -koulutus tuottaa ohjauksen erityisosaamista, joka ei sisälly yhtä laajana osaamisena muihin kuntoutusalan koulutuksiin. Kuntoutusohjaus ei ole terapiaa, mutta hyvä ohjauskohtaaminen sisältää kuntoutujaa arvostavan läsnäolon, kuuntelun taidon ja kuntoutujan voimaantumista edistävän vuorovaikutuksen. Ohjaukseen liittyvät erityispiirteet muodostuvat ohjauksen merkityksestä, kuntoutujan ja kuntoutujan toimintakontekstin ymmärtämi-

sestä sekä motivoivasta ohjausosaamisesta ja ohjauksen kontekstin huomioimisesta. Pelkkä kuntoutusjärjestelmän, -lainsäädännön ja -palvelujen tunteminen ei riitä. Kuntoutuksen ohjaajan tulee ymmärtää myös kuntoutujan muutos- ja oppimisprosessia ja osata soveltaa ohjaustaitojaan muuttuvissa tilanteissa ja moniammatillisissa verkostoissa.

Valmistuvan kuntoutuksen ohjaajan (AMK) osaaminen esitetään opetussuunnitelmassa kompetensseina (pätevyyksinä, osaamisina). Tutkinto-ohjelman tuottamat osaamiset jaotellaan sosiaali- ja terveysalan yhteisiin ja ammattispesifisiin osaamisiin (JAMK) tai perus- ja ammatillisiin opintoihin (SAMK). Yhteisiä osaamisia ovat muun muassa kansainvälisyys-, yrittäjäyys-, viestintä- ja tiedonhallintaosaaminen. Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) tutkinto-ohjelman ammattispesifisissä osaamistavoitteissa on kuvattu kuntoutuksen ohjaajan keskeiset osaamiset (taulukko 1).

Korkeakoulutuksen merkittävimmät muutokset seuraavien vuosien aikana ovat oppimisen muutos, digitalisaatio, kansainvälisyys, yrittäjäyys, julkisen sektorin uudet toimintamallit sekä korkeakoulurakenteiden muutos (Halttunen 2015). Tämä tulee näkyämään selkeästi myös kuntoutuksen ohjauksen koulutuksessa tulevaisuudessa.

Kuntoutuksen ohjaajasta ”kopin ottajaksi”

Kuntoutuksen ohjaus on aina tähdännyt yli sektorirajojen tapahtuvaan koordinoituun toimintaan, joten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan mallin kehittämisessä ja toteuttamisessa kuntoutuksen ohjauksella on paikkansa. Uudessa mallissa tarvitaan uudenlaisia osaamisia, jolloin henkilöstön rekrytointivaiheessa olisi pysähdyttävä kysymään, millaista ajankohtaista tai täydentävää osaamista tarvitaan uutta työntekijää valittaessa, ei siis, mitä vanhaa virkaa tai työpaikkaa ollaan täyttämässä. Kuntoutuksen ohjauksen laaja-alaisella osaamisella voidaan uudessa sote-mallissa olla jalkauttamassa maakunnallisia uudenlaisia kuntoutuksen ja ennen kaikkea kuntoutumisen palveluita.

Taulukko 1. Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) ammatilliset osaamisalueet.

<p>Kuntoutuksen asiakastyön osaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuntee kuntoutuksen kohderyhmät ja asiakkuudet ▪ Toimii ohjaustyössään kuntoutujalähtöisesti vahvistaen kuntoutujan osallisuutta ▪ Hallitsee dialogisen vuorovaikutus- ja yhteistyösuhteen ja tukee kuntoutujaa ja hänen läheisiään kuntoutusprosessin aikana
<p>Kuntoutuksen palvelujärjestelmäosaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyödyntää tietoa kuntoutuksen palvelujärjestelmästä, palveluista, toimintamuodoista ja toimijoista ▪ Osaa soveltaa ohjaustyössään kuntoutuksen lainsäädäntöä ja muuta ohjeistusta kuntoutusmahdollisuuksia arvioitaessa ▪ On selvillä kuntoutustoiminnan vastuunjaosta, kustannuksista ja rahoituskanavista ▪ On selvillä kuntoutuksen asemasta ja merkityksestä kansallisesti ja kansainvälisesti
<p>Kuntoutustarpeiden ja -mahdollisuuksien arviointiosaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ymmärtää ja osaa tunnistaa erilaisia kuntoutustarpeita aiheuttavia tekijöitä yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla ▪ Osaa arvioida laaja-alaisesti kuntoutujan työ- ja toimintakykyä ja arjessa selviytymistä, erityisesti suorituksia, osallisuutta ja ympäristöä ▪ Osaa arvioida kuntoutumisen tarpeita, odotuksia ja kuntoutusmahdollisuuksia ▪ Käyttää näyttöön ja hyviin toimintakäytäntöihin perustuvia menetelmiä ▪ Selvittää kuntoutujan kuntoutukseen liittyvät etuudet ja sosiaaliturvan
<p>Ohjaus- ja opetusosaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osaa käyttää ja soveltaa erilaisia ohjausmenetelmiä kuntoutusprosessin vaiheissa tarkoituksenmukaisesti, eettisesti ja tavoitteellisesti ▪ Valmentaa kuntoutujaa ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan ▪ Motivoi, ohjaa, opettaa ja tukee kuntoutujaa ja hänen sosiaalista verkostoaan kuntoutumisprosessissa ▪ Ohjaa kuntoutujaa käyttämään tarkoituksenmukaisia palveluja ▪ Osaa toimia kouluttajana ja asiantuntijatehtävissä
<p>Kuntoutuksen suunnittelu- ja johtamisosaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suunnittelee kuntoutumisprosesseja yhdessä asiakkaan ja moniammatillisen asiantuntijatyöryhmän kanssa ▪ Osaa laatia hyvän kuntoutuskäytännön mukaisen kuntoutus-suunnitelman moniammatillisesti ▪ Arvioi ja edistää kuntoutuksen ja kuntoutusohjauksen laatua ja vaikuttavuutta ▪ Omaa taloudellista, hallinnollista ja työnjohdollista osaamista ▪ Suunnittelee ja toteuttaa erilaisia projekteja
<p>Moniammatillinen yhteistyöosaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valmentaa kuntoutujaa moniammatilliseen yhteistyöhön ▪ Käynnistää ja koordinoi monialaista ja -amatillista yhteistyötä ja toimii erilaisissa kuntoutusverkostoissa ▪ Osaa arvostaa ja hyödyntää työssään kuntoutuksen moniammatillista toimijaverkosta ▪ Käyttää moniammatillisen yhteistyön menetelmiä
<p>Työelämän kehittämisosaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tunnistaa kuntoutus- ja kuntoutumisprosesseissa kehittämishaasteita ja osaa kehittää toimintaa itsenäisesti tai osana moniammatillista tiimiä ▪ Omaa valmiudet kuntoutuksen ohjauksen ja palvelujen kehittämiseen ▪ Tukeutuu tutkittuun tai näyttöön perustuvaan tietoon kehittämistyössään ▪ Kehittää omaa ammatillista osaamistaan

Sote-uudistuksen käynnistyessä kuntoutuksen kenttä erilaisine lakeineen, ohjeistuksineen, toimintakäytänteineen ja ammatteineen sekä työn perusteineen on hajanainen. Kuntoutusasiakas joutuu kärsimään hajanaisuudesta paitsi kuntoutustarpeiden tunnistamisen vaiheessa ja kuntoutuspolun katkoksisissa, myös seikkaillessaan monialaisten kuntoutuspalveluiden viidakossa etsimässä itselleen sisällön, kuntoutusmuodon ja käytettävien menetelmien suhteen tarkoituksenmukaisia palveluita. Kuntoutuksen palveluja ei koordinoi suunitelmallisesti yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin kesken.

Kuntoutukseen tarvitaan ”kopin ottaja”, joka koordinoi kuntoutujan hoitoketjun toteutumista (Piirainen & Sjögren 2015). Koukari (2010) haastaa kuntoutuksen kehittäjät ja toimijat tunnistamaan kuntoutusprosessin ohjaukseen liittyvät erityiskysymykset ja kehittämään ohjaustoimintaa. Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) tutkinto vastaa jo nykyisine sisältöineen hyvin tutkijoiden esittämään kuntoutuskoordinaattorin tai ”kopin ottajan” tehtävän haasteeseen (Piirainen & Sjögren 2015; Järvikoski 2013; Shemeikka ym.2013; Koukari 2010).

Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) koulutus – opiskelijoiden kokemuksia

”Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) opintojen ensimmäisenä vuonna rakentuu pohja moniammatillisen yhteistyön ja asiakaslähtöisen toiminnan valmiuksille. Moniammatillisissa tiimeissä opiskelu auttaa tarkastelemaan asioita useasta näkökulmasta. Kuntoutuksen ohjaaja -opiskelijalle kuntoutus toimintaympäristöineen näyttäytyy aluksi erittäin laajana kokonaisuutena. Tulevaa omaa roolia sosiaali- ja terveysalan palveluissa on aluksi vaikea hahmottaa, kun muiden koulutusohjelmien opiskelijoiden ammatillinen näkökulma ja identiteetti tuntuvat muodostuvan jo varhain. Itse koen tämän haastavan vaiheen läpikäymisen vahvuutena, koska

samaan aikaan opinnoissa työestetään sitä, mitä asiakaslähtöisyys on. Vähitellen kuntoutuksen ohjaaja -opiskelijalle muodostuu kokonaisvaltainen käsitys kuntoutusprosessista: ei ole pelkästään tärkeää se mitä minulla on kuntoutujalle tarjota, vaan huomioida se, mistä kuntoutuja hyötyisi ja miten me yhteistyössä eri palveluiden ja ammattiryhmien kanssa voimme vastata kuntoutujan tarpeisiin. Tämä on myös se näkökulma, jolle opintojen edetessä rakentuu kuntoutuksen ohjauksen ammatillisia valmiuksia, tietoa ja toimintamalleja, jotka konkretisoituvat käytännössä työelämälähtöisten projektien ja harjoittelun kautta.” (Lasse Rantala, päiväkoulutus, JAMK.)

”Tulin opintoihini lääkinnällisen kuntoutuksen kentältä yli 20 vuoden työkokemuksella vahvojen kuntoutuksen asiantuntijoiden moniammatillisesta tiimistä. Opintoja tarvitsemme juuri tässä sote-myllerryksen tiimellyksessä, jotta kuntoutuksellinen ote säilyy ja vahvistuu. Toiminta- ja työkyvyn arviointi -kursilla asiakaslähtöisyys oli keskiössä, samoin ICF:stä ja GAS:sta opitut tiedot ja taidot. Kuntoutuksen ohjauksen prosessien ja työmenetelmien avulla olen saanut kuntoutussuunnitelmien laadintaan valtavasti tietoa. Asiakaslähtöinen kuntoutusohjaus toteutuu varmasti näiden ohjeiden perusteella. Harjoittelussa olen tutustunut laajasti kuntoutuksen monimuotoisuuteen: ammatilliseen, kasvatukselliseen ja psykiatriseen kuntoutukseen esimerkiksi työvoiman palvelukeskuksessa, päiväkodissa lasten kasvatuksellisessa kuntoutuksessa ja psykiatrisessa monimuotoyksikössä. Kuntoutuksen suunnittelun ja johtamisen harjoittelussa perehdyin keskussairaalan kuntoutukseen ja kuntoutussuunnittelijan työhön. Verkostotyö ja uudet yhteistyökumppanit ovat tärkeitä kuntoutusohjaukseen kuuluvia asioita, jotka ovat opintojen avulla saaneet uuden painoarvon.” (Marianne From, monimuotokoulutus, JAMK.)

Merja Koivuniemi, KM, lehtori, Satakunnan ammattikorkeakoulu

Teppo Karapalo, TtM, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Pirjo Walden, THM, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Aila Pikkarainen, THM, KM, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Halttunen J (2015) Jyväskylän ammattikorkeakoulun lukuvuoden 2015–2016 avaus. <http://www.jamk.fi/fi/Tapahtumat/avajaiset/halttunen-puhe/17.1.2016>.
- Hänninen K (2007) Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, Helsinki.
- Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim.) (2009) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, Helsinki.
- Koukkari M (2010) Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Rovaniemi.
- Kuntoutuksen ohjaajan ja ohjauksen suuntautumisvaihtoehdon opetussuunnitelma 1997. Kuntoutusalan koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) tutkinto-ohjelma 2015. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <http://opinto-oppaat.jamk.fi/fi/opinto-opas-amk/tutkinto-ohjelmat-ja-opintotarjonta/suomenkieliset-opsit/2015-2016/kuntoutuksen-ohjaaja/> 30.1.2016.
- Kuntoutusasianneuvottelukunta (2015) Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 18, Helsinki.
- Kuntoutusohjaaja koulutuksen opetussuunnitelma 2016–2017. Satakunnan ammattikorkeakoulu. https://samk.solenovo.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjSel/tab/tab/sea?koulohj_id=2300555&ryhmyttyp=1&lukuvuosi=2384239&tstack=push 31.1.2016.
- Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010. Opas sisältöön ja käyttöön. Suomen Kuntaliitto.
- Laine M, Nappa N (2014) JAMK:sta vuosina 2007–2013 valmistuneiden kuntoutuksen ohjaajien (AMK) työllistyminen, työelämässä koetut haasteet ja koulutuksen kehittämisideat. AMK-opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014090113688> 21.1.2016.
- Nevala N, Turunen J, Tiainen R, Mattila-Wiro P (2015) Osatyökykyiset työssä toimintamallin (OSKU) toteutuminen ja hyödyt erilaisissa toimintaympäristöissä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 48, Helsinki.
- Nikkanen P (2010) Vaikeavammaisten henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 71. Kelan tutkimusosasto.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto.
- Piirainen A, Sjögren T (2015) Jyväskylä 3.3.2015 Hyvinvointialojen dialogi kuntoutusalan koulutuksen tulevaisuus OKM 4.3.2015. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tapahtumakalenteri/2015/03/Hyvinvointialojen_dialogi_kuntoutus_liitteet/Kuntoutuksen_osaaminen_-_tutkimuksen_tulokset_Tiivistelmä_Piirainen_ ja_Sjxgren.pdf 30.1.2016.
- Pikkarainen A (2015) Monialaisen kuntoutuksen uudistamistarpeet Keski-Suomessa. Keski-Suomen SOTE2020-hankkeen raportti 30.4.2015.
- Renfors S-K (2014) Satakunnan ammattikorkeakoulusta kuntoutuksen ohjaaja (AMK) tutkinnon suorittaneiden työllistyminen, nykyinen työnkuva ja osaamisen haasteet. AMK-opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014112116231> 6.1.2016.
- Shemeikka R, Rinne H, Saares A, Parmanne P, Valkonen VP, Poutiainen E (2013) Lääkäreiden näkemyksiä kuntoutuksen haasteista ja kehittämisideoista. Kuntoutus 3, 20–30.
- STM (2015) Työkykykoordinaattori osatyökykyisten tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. <https://stm.fi/osatyokykyiset/osatyokykyiset/tyokykykoordinaattori> 30.1.2016.
- Vänskä K (2012) Ohjauksen osaajat – miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Väitöstutkimus. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132.

Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto tuo uutta työuralle

Kuntoutuksen ammattilaiset kartuttavat kehittämisen- ja johtamisosaamistaan kuntoutuksen ylempässä ammattikorkeakoulututkinnossa. Kirjoituksessa kuvataan tutkinnon suorittaneiden kokemusten pohjalta sitä, mikä koulutuksessa on ollut merkityksellistä ja miten koulutus on hyödyttänyt urakehitystä.

Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto – uusi toimija

Ammattikorkeakoulujen ja kuntoutusalan toimijoiden kanssa yhteistyönä suunniteltu kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK) on ollut vuodesta 2008 alkaen yhtäjaksoisesti Metropolian, Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Turun ammattikorkeakoulun ja vuodesta 2010 Arcadan koulutustarjonnassa. Koulutuksen suunnittelun lähtökohtana oli yhtäältä perusteellisesti tehty, moniääninen koulutuksen tarveperustelu ja toisaalta tieto siitä, että opintoihin hakeutumisen syynä on työelämän muutoksen aiheuttama ammatillisen kehittymisen tarve (Okkonen 2005; Ojala & Ahola 2008). Näitä näkökulmia hyödyntäen jokainen ammattikorkeakoulu laati oman opetussuunnitelman (Sipari ym. 2015). Ylemmälle ammattikorkeakoulututkinnolle lainsäätäjä on asettanut tavoitteet, joiden saavuttamista tutkinnot, ammattikorkeakoulut ja Suomen korkeakoulujärjestelmää arvioivat tahot ovat arvioineet eri keinoin (ks. Ojala & Ahola 2009; Kirjalainen 2010). Tutkinnoista vastaavien tahojen tärkeimpänä keinona koulutusta koskevan arviointitiedon hankkimiseksi ovat opintojaksoihin ja koko tutkintoon kohdistuvat opiskelijapalautteet, joita on käytetty koulutuksen

kehittämisessä muun muassa tutkinnon ohjausryhmässä tai neuvottelukunnassa. Tämän lisäksi uusien kuntoutuksen YAMK-tutkintojen aktiivisesti koulutustaan kehittävät vastuutahot ovat arvioineet ja kehittäneet koulutuksen ”työelämärelevantanssia” ja kuntoutuksen hyötyä julkaisujen ja seminaarien käynnistämällä keskusteluilla (ks. Hautala ym. 2012; Sipari ym. 2014). Tämä arviointitoiminta on ollut kuntoutuksen YAMK-tutkinnon jatkuvuuden takaamiseksi tärkeää.

Yhteiskehittelyllä kysely urakehityksestä

Kuntoutuksen YAMK-tutkinnon opiskelijamäärät ovat pieniä, ja opettajakunta tuntee koulutuksen aloittaneista osan työhistorian, ja entuudestaan tuntemattomiin se tutustuu koulutuksen aikana. Tutkinnoista vastaavat tahot pitivät kuitenkin tärkeänä kuvata kaikille valmistuneille lähetetyn kyselyn avulla, millaisia muutoksia tutkinnon suorittaneiden työuralla tapahtui. Tätä tietoa oli tarkoitus käyttää erityisesti koulutuksen kehittämistyössä ja opiskelijoiden oman asiantuntijuuden reflektiossa. Selainpohjainen kysely yhteiskehiteltiin osana Metropolian *tutkimuksellinen kehittäminen kuntoutuksessa* -opintoja vuonna 2013. Tämä mahdollisti opettajakunnan ja opiskelijoiden – kuntoutuksen asiantuntijoiden – näkemysten yhdistämisen kysymyksiksi. Metropoliaassa tehdyn kyselyn jälkeen kuntoutuksen ylempään ammattikorkeakouluverkoston muut ammattikorkeakoulut muokkasivat kyselyä omiin tarkoituksiinsa. Aineistot kerättiin vuosina 2012–2015 siihen mennessä valmistuneilta opiskelijoilta. Kysely lähetettiin yh-

teensä 92 henkilölle, ja vastaus saatiin 62 henkilöltä. Kyselyn saate oli kirjoitettu tietoisuuden suostumuksen periaatteen mukaisesti.

Kyselyn ohjaavana kysymyksenä oli ”*Miten tutkinnon suorittaminen on vaikuttanut työhösi?*” Työn muutoksia selvitettiin kyselyn väittämällä:

- tehtävänimikkeeni on muuttunut
- palkkani on noussut
- olen siirtynyt toisen työnantajan palvelukseen
- tehtäväni on muuttunut saman työnantajan palveluksessa
- olen hakenut tutkintoa vastaavaa työtä
- työyhteisö arvostaa asiantuntijuuttani
- työni sisältö on monipuolisempaa
- asiantuntijatehtäväni ovat lisääntyneet
- työtehtäväni ovat vaativampia
- teen koulutustani vastaavaa työtä.

Kuntoutuksen YAMK-tutkinnolla tavoitellaan kehittämis- ja johtamisosaamista, ja tästä syystä kyselyssä kartoitettiin näiden työtehtävien osuutta (0 - 100 %) työtehtävissä kysymyksellä ”*Toimin kehittämistehtävissä työajastani*” ja ”*Toimin johtamistehtävissä työajastani*”. Kyselyllä selvitettiin lisäksi, mikä vaikutus kehittämis- ja johtamisosaamisella on ollut urakehitykseen kysymyksillä ”*Koulutuksen aikana rakentuneella kehittämisosaamisella on ollut vaikutusta urakehitykseeni*” ja ”*Koulutuksen aikana rakentuneella johtamisosaamisella on ollut vaikutusta urakehitykseeni*”.

Jokainen ammattikorkeakoulu muokkasi omia kysymyksiään ja asteikkojaan, joten kyselyt esitetään tässä sanallisesti tiivistäen.

Uusi urani

Aineiston perusteella koulutuksen vaikutus urakehitykseen hahmottuu seuraavasti: ”*Koulutuksen aikana rakentuneella osaamisella on ollut vaikutusta urakehitykseeni, ja teen koulutustani vastaavaa työtä. Palkkani on noussut, mutta tehtävänimikkeeni on pysynyt samana. Työyhteisöni arvostaa asiantuntijuuttani, ja asiantuntijatehtäväni ovat lisääntyneet. Työtehtäväni ovat vaativampia ja mo-*

nipuolisempia – teen enemmän kehittämis- ja johtamistehtäviä. Arvioin, että koulutuksen aikana rakentuneella kehittämisosaamisella on ollut enemmän vaikutusta urakehitykseeni kuin johtamisosaamisella”.

Koulutuksen hyödyt

Kuntoutuksen YAMK-tutkinto-ohjelmasta valmistuneet ammattilaiset kuvasivat koulutuksen rakentavan työyhteisöä hyödyntäviä kehittämis- ja johtamisvalmiuksia: ”*Erytisesti koulutuksen tutkimuksellinen kehittämistyö – opinnäytetyö – on tuottanut hyötyä työyhteisölleni, ja tämän myötä olen päässyt tekemään enemmän kehittämis- ja tutkimustehtäviä*”. Koulutuksen hyöty oli tullut esille myös siirryttäessä työtehtävissä pois omalta mukavuusalueelta eli kun henkilö oli tarjoutunut ottamaan vastuuta erilaisista kehittämisprojekteista ja muutoinkin toiminut uusin tavoin. Koulutuksesta nähtiin olevan hyötyä työllistymisessä ja työtehtäviä haettaessa. Kyselyn vastaajat kehottivat valmistuvia opiskelijoita hakemaan laaja-alaisesti uusia työtehtäviä. Vastauksissa tuotiin esille, että kuntoutusalan osaajia tullaan varmasti tarvitsemaan tulevaisuudessa niin esimiehinä kuin asiantuntijoinakin. Lisäksi todettiin, että urakehitys on paljon itsestä kiinni eli kiinni aktiivisuudesta ja uskalluksesta, jotka koulutuksen myötä vahvistuvat. ”*Tarvitaan valtavasti työtä, jotta osaamista ymmärretään arvostaa*”, totesi yksi vastaajista.

Koulutuksen moninäkökulmaisuus ymmärrettiin valttina tulevia työuria ajatellen. Koulutuksessa realisoitui, mitä eri toimijat kuntoutuksesta ajattelevat, ja tätä kautta kommunikoinnin ja yhteisen ymmärryksen luomisen arvioitiin olevan tulevaisuudessa helpompaa. Yhteisen ymmärryksen rakentamisen rinnalla koulutuksessa rakentui osaamista, joka koostui aikaisemmista koulutuksista ja osaamisista. Pidettiin tärkeänä juuri kuntoutuksen tutkinnon suorittamista, ja merkityksellisinä pidettiin sisältöä ja kiinnostavuutta. Koulutus on myös lisännyt työmotivaatiota ja työtyytyväisyyttä.

Koulutuksen aseman vahvistaminen

Vastaajien mukaan kuntoutuksen YAMK-tutkinto on vielä varsin tuntematon työelämässä, ja tutkintonimike koettiin hankalana ja toivottiin maisteri-nimikettä. Koulutuksesta valmistuneiden myötä koulutus on noteerattu työelämässä. Erityisesti esimiesten tulisi tietää, millaiset valmiudet koulutus antaa. Toisaalta koettiin, että työnhakutilanteissa on oltu maistereiden kanssa ”samalla viivalla” ja että yhdenvertaisuutta voisi toteuttaa jo koulutuksen aikana yhteisinä opintopolkuina yliopistolaisten kanssa.

Kannustavaa palautetta

Kyselyn avoimessa palautekohdassa tuli paljon ”tsemppaus”-näkökulmaa. Kuntoutuksen YAMK-tutkinto-ohjelmasta valmistuneet ammattilaiset rohkaisivat opiskelijoita suorittamaan koulutuksen, vaikka se tuntuisi vaativalta ja rankalta. Opiskelusta suositeltiin ottamaan kaikki oppi irti, koska se koettiin hyödyllisenä ja avartavana.

Lopuksi

Kuntoutuksen kehittämis- ja johtamisosaimisen vahvistuminen ilmenee kyselyn perusteella yhteiskunnallisena, yhteisöllisenä ja yksilön hyötyinä. Tutkinnon suorittaneiden arvioiden mukaan osaamista on pystytty hyödyntämään työyhteisöissä. YAMK-koulutusta vastaavien tehtävien lisääntyminen kuvaa koulutuksen onnistumista työelämän kannalta relevantin osaamisen rakentamisessa. Tulokset ovat samankaltaisia kuin Jämsän (2014) tutkimuksessa, jossa todettiin, että kuntoutuksen YAMK-opintoihin haetaan itsensä kehittämisen, työyhteisön kehittämisen ja kuntoutustyön kehittämisen takia. Sosiaali- ja terveysministeriön tuoreessa Monialainen kuntoutus - tilannekatsauksessa todetaan, että kuntoutusosaamista tulee vahvistaa kautta linjan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Opiskelijat pyrkivät kehittämään myös alueellista verkostojen kuntoutustoimintaa, jolloin tiivis, rajoja ylittävä yhteistyö työelämän ja koulutuksen kesken on tärkeää (Jämsä 2014).

Jatkossakin tullaan tarvitsemaan (myös) kuntoutuksen erityisosaajia, joilla on kuntoutuksen kentästä laaja näkemys ja riittävästi kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisprosessien vaatimaa osaamista.

Pekka Paalasmaa, yliopettaja, Metropolia ammattikorkeakoulu

Merja Sallinen, lehtori, Satakunnan ammattikorkeakoulu

Tiina Hautala, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu

Ira Jeglinsky-Kankainen, yliopettaja, Arcada ammattikorkeakoulu

Lähteet

- Hautala T, Ojalehto M, Saarinen J (toim.) (2012) Työelämää kehittämässä. Ammattikorkeakoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina. Turun Ammattikorkeakoulu, oppimateriaaleja 67. Verkossa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162625.pdf> 10.1.2016.
- Jämsä U (2014) Kuntoutuksen muutosagentit: tutkimus työelämälähtöisestä oppimisesta ylemmässä ammattikorkeakoulutuksessa. Acta Universitatis Ouluensis D medica 1252. Verkossa: <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526204987.pdf>
- Kirjalainen E (2010) Viisi vuotta valmistumisesta – ammattikorkeakoulusta valmistuneiden urakehitys. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Verkossa: https://www.jamk.fi/globalassets/tietoa-jamkista--about-jamk/laatu/final_uraseuranta_raportti_maaliskuu2010.pdf. 7.2.2016.
- Okkonen E (2005) Hyvä koulutus työkokemusta hankkineille. Teoksessa Okkonen E (toim.) Ammattikorkeakoulun jatkotutkinto – tulokset ja tulevaisuus. HAMKin julkaisusarja 3:200–207.
- Ojala K, Ahola S (2008) Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot – kokeilusta kokemuksiin. Koulutus- sosiologian tutkimuskeskuksen raportti 71. Turku: Turun yliopisto.
- Ojala K, Ahola S (2009) Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot työmarkkinoilla. Valmistuneiden kokemukset ja koulutuksen vaikuttavuus. Projektin väliraportti 03/09. Verkossa: <http://ruse.utu.fi/pdfrepo/YAMKvaliraportti.pdf>. 7.2.2016.
- Sipari S, Mäkinen E, Paalasmaa P (2014) Kuntouttavasta kehittäjäkumppaniksi. Verkossa: <http://www.metropolia.fi/palvelut/julkaisutoiminta/julkaisusarjat/aaos-artikkelit/kuntouttavasta-kehittäjäkumppaniksi/>. 15.1.2016.

Sipari S, Sallinen M, Hautala T, Jeglinsky-Kankainen I (2015) Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto tuottaa kehittämis- ja johtamisosamista. Kuntoutus 4, 46–51.

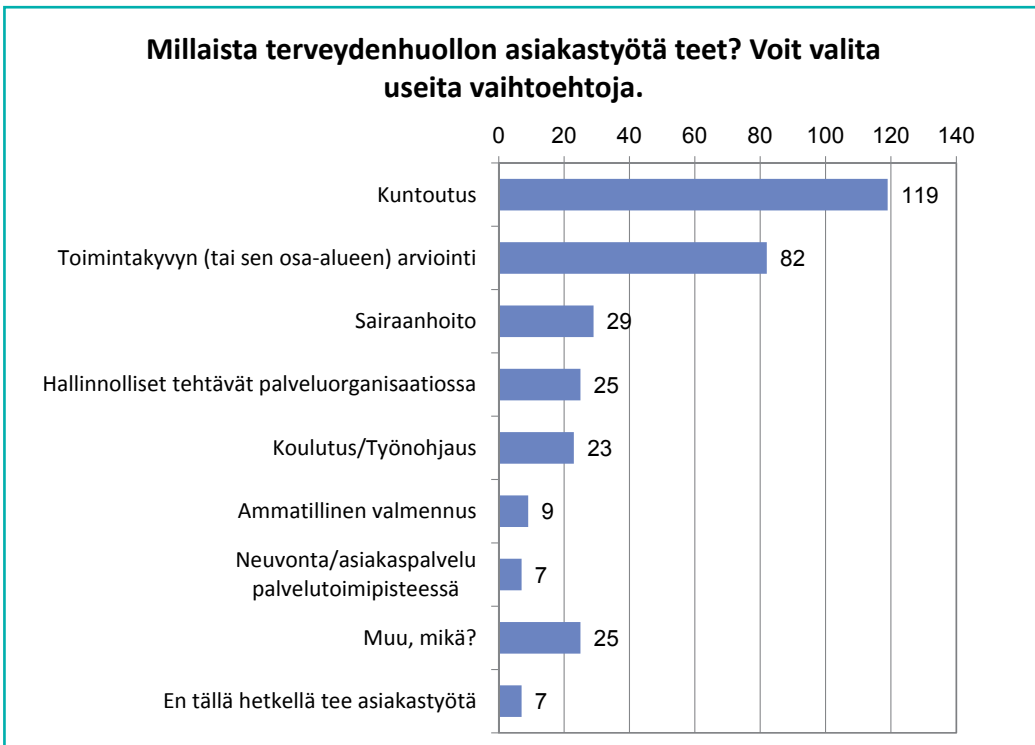
Sosiaali- ja terveysministeriö (2015) Monialainen kuntoutus – Tilannekatsaus. Verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3509-9>. 10.1.2016.

ICF-luokitusjärjestelmän rooli terveydenhuollon asiakastyössä

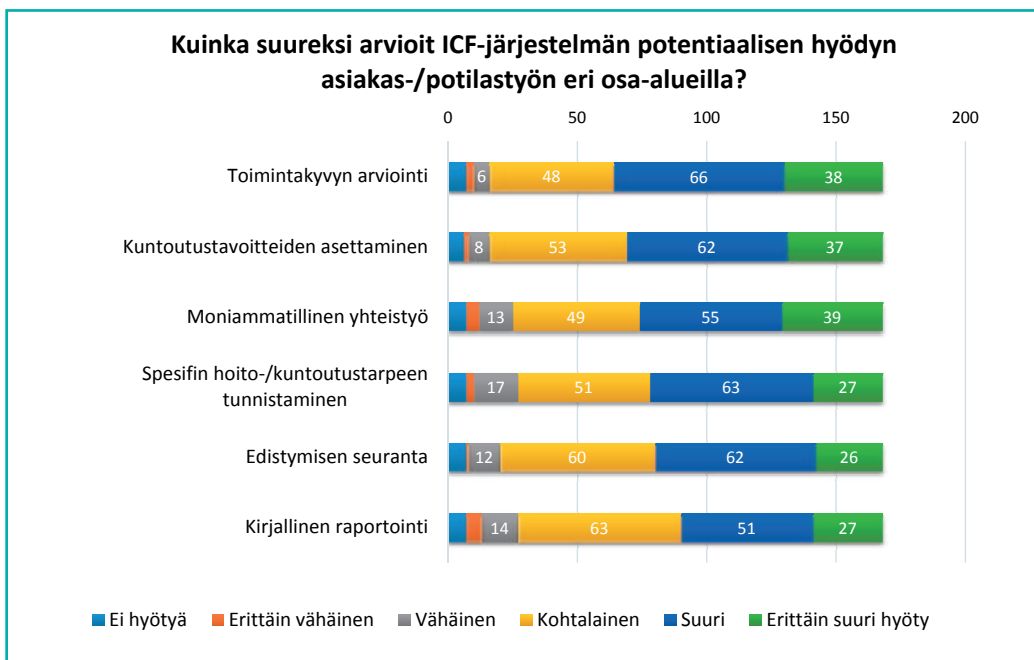
Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusjärjestelmä ICF julkaistiin vuonna 2001 ja käännettiin suomeksi vuonna 2004, mutta sen käyttöön ottaminen on edennyt Suomessa hitaasti. Kartoitimme ICF:n ajankohtaista käyttöä asiakastyössä osana Kelan tukemaa Tulevaisuus pelissä -kehittämishanketta (Koskinen 2015). Tavoitteena oli tarkastella ICF-luokituksen ajankohtaista roolia erityisesti yksilöllisen kuntoutustavoitteen määrittämisessä ja kuntou-

tuksen etenemisen seurannassa. Kartoitus toteutettiin keväällä 2015 verkkokyselyllä, jota levitettiin sairaanhoitopiirien ja ammattiyhdistysten kautta maanlaajuisesti. Kohderyhmänä olivat terveydenhuollon ammattilaiset, jotka toimivat tällä hetkellä tai ovat joskus toimineet asiakastyössä ja lisäksi tunsivat pääpiirteissään ICF-luokitusjärjestelmän.

Vastauksia saatiin yhteensä 178. Suurin osa vastaajista (44 %) oli Etelä-Suomen alueelta. Vastaajat olivat iältään 23–74-vuotiaita



Kuva 1. Vastaajien työnkuva.



Kuva 2. Vastaajien arvioima ICF-luokituksen teoreettinen hyöty asiakastyössä.



Kuva 3. Vastaajien arviot ICF-luokituksen käyttöönottoa jarruttavista tekijöistä.

(ka 49, kh 9.8). Vastaajista psykologeja oli 29 % ja fysioterapeutteja 12 %. Muita vastaajaryhmiä olivat muun muassa kuntoutusohjaajat (7 %), lääkärit (6 %) ja toimintaterapeutit (4 %). Neljäsosa ei ilmoittanut ammattiaan. Suurimmaksi osaksi vastaajat työskentelivät kun-

toutuksen ja toimintakyvyn arvioinnin parissa (kuva 1). Yli puolet vastaajista (54 %) oli työskennellyt nykyisessä työssään yli kymmenen vuotta ja vain 6 % vastaajista alle vuoden. Vastaajat olivat melko korkeasti koulutettuja, sillä runsas kolmasosa vastaajista (35 %) oli

suorittanut ylemmän korkeakoulututkinnon, vajaa kolmasosa (28 %) ammattikorkeakoulututkinnon tai ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon ja vajaa viidesosa (17 %) lisensiaatin tai tohtorin tutkinnon.

Vajaa viidennes (17 %) vastaajista ei ollut perehtynyt ICF-järjestelmän teoriaan tai käyttänyt sitä työssään. Runsaalle puolelle vastaajista (53 %) ICF oli teoriassa tuttu, mutta käytännön työssä se ei näkynyt. Kolmasosa raportoi käyttäneensä ICF:ää työssään, viidesosa (19 %) vähintään kuukausittain. Erilaiset ICF-työkalut (tarkastuslistat, arviointilomake, interventiotaulukko ym.) olivat pääasiallisesti vastaajille vieraita. Noin puolet vastaajista (47 %) raportoi käyttävänsä tulevaisuudessa mielellään kohderyhmälleen sopivaa, ICF-luokitusjärjestelmään pohjautuvaa työkalua.

ICF-luokitusjärjestelmä koettiin vastaajien keskuudessa teoriassa varsin hyödylliseksi. Etenkin toimintakyvyn arvioinnissa ja kuntoutustavoitteiden asettamisessa ICF-luokitusjärjestelmä koettiin potentiaalisena apukeinona (kuva 2). Vastaajat kokivat, että ICF-järjestelmän käyttöönottoa jarruttavat eniten palvelujärjestelmän passiivisuus sekä ICF-järjestelmän käytön työläisyys ja hitaus (kuva 3). Myös valmiiden työkalujen puute sekä spesifeille kohderyhmille räätälöityjen ratkaisujen puuttuminen koettiin käyttöönottoa merkittävästi jarruttaviksi tekijöiksi. Kaksi kolmannesta (63 %) vastaajista oli sitä mieltä, että konkreettiset työkalut voisivat helpottaa tavoitteiden asettamista. Noin puolet vastaajista raportoi, että ICF:n käyttö helpottaisi eri ammattiryhmien välistä kommunikaatiota. Puolet vastaajista koki, että ICF mahdollistaisi systemaattiseman ja tehokkaamman tavoitteen asettamisen.

Tavoitteita asetettaessa ICF:n osa-alueista erittäin oleelliseksi koettiin ruumiin ja mielen toimintojen rajoitteet sekä suoriutuminen tietyissä tehtävissä. Yhteisöön osallistuminen sekä terveyteen vaikuttavat yksilölliset ja ympäristön tekijät koettiin kohtalaisen oleelliseksi. Asiakkaiden tosiasiallisten kuntoutustavoitteiden sisältöjen raportointiin olevan pitkälti juuri näitä oleelliseksi koettuja sisältöjä, tärkeimpinä ruumiin ja mielen toimintojen rajoitteet sekä suoriutuminen tietyissä tehtävissä.

Vaikka yhteisöön osallistuminen koettiin tavoitteiden kannalta varsin tärkeäksi, se sisältyi käytännön tavoitteisiin harvemmin kuin edellä mainitut toimintakyvyn osa-alueet. Ympäristötekijät (esim. elinolot tai taloudellinen tilanne) ja yksilölliset taustatekijät (esim. ikä tai sukupuoli) koettiin vastaajien keskuudessa yksilöllisten tavoitteiden kannalta vähemmän oleellisiksi tekijöiksi.

Vastaajaryhmissä oli eroja niin, että muista vastaajaryhmistä poiketen psykologit kokivat terveyteen liittyvät yksilölliset persoonallisuustekijät oleellisempina sisältönä tavoitteissa kuin muut vastaajaryhmät. Psykologit myös raportoivat useammin kuin muut, että yksilölliset persoonallisuustekijät esiintyivät kuntoutustavoitteissa.

Kyselymme tulokset ovat yhteneväisiä Kellan tuoreen selvityksen (Paltamaa & Perttinen 2015) tulosten kanssa. Kyseisen selvityksen johtopäätöksenä oli, että ICF tunnetaan nimenä ja koetaan teoriassa hyödylliseksi ja tarpeelliseksi mutta toisaalta irrallisena tiimien ja organisaatioiden toiminnasta. Nykykäytäntöjen muuttaminen vaatii palveluita järjestävien tahojen panosta ja valmiita, ICF-teoriaa konkreettisia helpokäyttöisiä työkaluja.

Kirjoittajat:

Kuntoutussäätiö:

Johanna Stenberg, Viliina Rantaniska, Kirsi Niitymäki, Hely Yli-Kaitala, Erja Poutiainen

MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö:

Mari Saarinen

Lähteet:

Koskinen J (2015) Tulevaisuus pelissä: ICF-pohjainen lautapeli kuntoutuksen suunnannäyttäjänä. Kuntoutus 2, 66–70.

Paltamaa J, Perttinen P (toim.) (2015) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137.

Verkkosopeutusvalmennuskursseja Parkinsonin tautia sairastaville



VERKKOSOVA on Suomen Parkinson-liiton hallinnoima ja RAY:n rahoittama kaksivuotinen projekti (2015–2016), jossa kehitetään verkossa (internetissä) toteutettava sopeutusvalmennuskurssi Parkinsonin tautia sairastaville.

Verkkokurssin avulla pyritään mahdollistamaan entistä useamman osallistuminen sopeutusvalmennuskurssille asuinpaikasta sekä työ- ja elämäntilanteesta riippumatta. Kursien tavoitteena on tukea osallistujia sopeutumaan parantumattoman ja etenevän sairauden tuomiin muutoksiin ja hyväksymään ne osaksi omaa elämää. Tehtävien ja ryhmäkeskustelujen avulla pyritään jakamaan ja sisäistämään tietoa ja taitoa yhdessä asiantuntijoiden ja vertaisten kanssa.

Verkkokursseja toteutetaan projektin aikana neljä, joista kahdessa on kurssin alussa viikonlopun mittainen lähitapaaminen (syksy 2015 ja kevät 2016) ja lopuissa kahdessa tapaamiset ovat ainoastaan verkossa videoryhmäkeskustelun muodossa (kevät 2016 ja syksy 2016). Kullekin kurssille valitaan seitsemän osallistujaa.

Kurssi sisältää yhteensä kahdeksan tapaamista joko video- tai lähitapaamisen muodossa kerran viikossa. Ennen kurssia ja sen alussa osallistujat saavat ohjeistuksen kurssilla vaadittavaan tekniikkaan, ja tekninen tuki on tarvit-

taessa saatavilla kurssin ajanakin. Videotapaamisissa on aina mukana kurssiohjaaja ja joku erityisasiantuntija, kuten neurologi, psykologi, sosiaalityöntekijä, fysio-, ravitsemus- tai seksuaaliterapeutti. Ryhmätapaamisten välissä kurssilaiset valmistautuvat seuraavan kerran aiheeseen tekemällä välitehtäviä. Tehtävien tarkoitus on antaa eväitä asian käsittelyyn ja siitä puhumiseen sekä auttaa tulevan aihekokonaisuuden ymmärtämisessä.

Kurssien sisältö on suunniteltu olemassa olevien sopeutusvalmennusmateriaalien ja -kurssien sekä Edupark-projektin (Psykososiaalinen valmennusohjelma Parkinsonin tautia sairastaville ja heidän läheisilleen) pohjalta. Projektin aikana sisältöä kehitetään kurssilta saatujen kokemusten ja palautteiden perusteella.

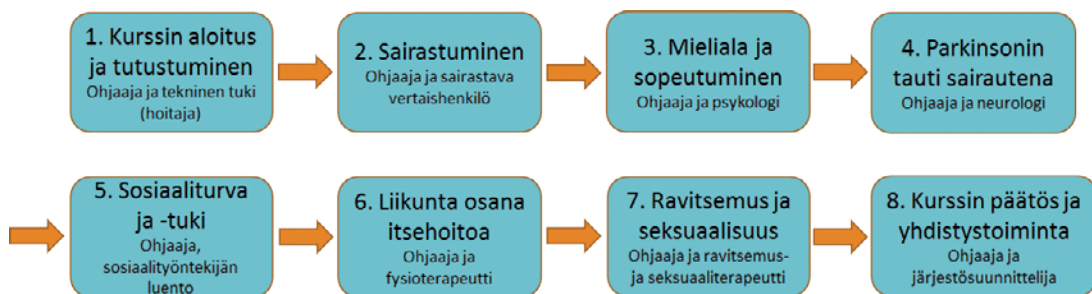
Laura Jussila, Verkkosova-projektityöntekijä, fysioterapeutti AMK

laura.jussila@parkinson.fi p. 0504638278

Lisätietoa osoitteessa:

<https://www.parkinson.fi/hankkeet>

Videotapaamisten aiheet ja asiantuntijat:



Kurssi aikataulut:

Kurssi 2415 17.10.–01.12.2015 (Viikonlopputapaaminen Suvituulella 17.–18.10.2015)

Kurssi 2316 21.01.–10.03.2016 (Ainoastaan verkkotapaamisina)

Kurssi 2416 19.03.–12.05.2016 (Viikonlopputapaaminen Suvituulella 19.–20.3.2016)

Kurssi 2516 31.08.–19.10.2016 (Ainoastaan verkkotapaamisina) Haku päättyy 1.8.2016

Moninaisuus on uusi normaali

VTT, erikoistutkija Ulla Buchertin mukaan maahanmuuttajien erillispalveluista pitäisi siirtyä eteenpäin myös kuntoutuksessa. Maahanmuuttajaksi lokeroiminen hyvinvointipalveluissa tuottaa toiseutta eikä palvele asiakasta tai ammattilaista.

”Jos rakennetaan maahanmuuttajien erillispalveluja, tuotetaan erillisyyttä, erilaisuutta ja toiseutta. Erillispalveluille on tarvetta, mutta niitä pitäisi järjestää palvelutarpeen, ei ihmisen taustan perusteella”, Ulla Buchert toteaa.

Buchertin lokakuussa Helsingin yliopistossa tarkastettu väitöskirja *Maahanmuuttajuuden institutionaaliset kategoriat* osoitti, että julkisissa hyvinvointipalveluissa kutsutaan maahanmuuttajiksi asiakkaita ja maahanmuuttajatyöksi ammatillisia tehtäviä, joilla on lopulta kovin vähän yhteistä

Kun 1990-luvun alussa ensimmäiset, silloin suurina pidetyt ryhmät turvapaikanhakijoita saapuivat Suomeen, koko vastaanotto toimintaa alettiin rakentaa lähes tyhjästä. Erillispalvelut ovat olleet Buchertin mukaan tärkeä välivaihe. Niiden avulla pidettiin huoli, etteivät ihmiset jää kokonaan hyvinvointipalveluiden ulkopuolelle muuttuneessa tilanteessa.

Buchert kuitenkin korostaa, että Suomessa asuvien kielelliset, kulttuuriset ja yhteiskunnalliset taustat ovat sittemmin moninaistuneet. Maahanmuuttajat on kaikkea muuta kuin yhtenäinen ryhmä. Kuvitelmasta, että maahanmuuttajille nimettyjen erillispalveluiden avulla ihmiset voidaan muuntaa sellaisiksi, että heidät voi jossain vaiheessa rinnastaa palveluiden käyttäjinä Suomessa aina asuneisiin, pitäisi päästä eroon.

”Maahanmuutto moninaistaa väestöämme ja se pitäisi vain tunnustaa. Se on asia, jota täytyy miettiä palveluissakin”, Buchert sanoo. ”Jos maahanmuuttajataustaisille järjestetään aina omia palveluja, se myös vapautta peruspalvelut vastuusta: niin kauan kun ei ole keskivertosuomalainen, ajatellaan että asiakas ei kuulu peruspalveluiden piiriin.”

Lähde: Kuntoutusportin teema-artikkeli 21.12.2015/Hannamari Uotila <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/teema?bid=1393>

Buchert U (2015) Maahanmuuttajuuden institutionaaliset kategoriat. Tutkimuksia 87, Kuntoutussäätiö. Verkossa: <http://www.kuntoutussaatio.fi/files/2085/buchert-maahanmuuttajuuden.pdf>

Miina Sillanpään 150-vuotisjuhlavuosi on avattu

Miina Sillanpään syntymästä on tänä vuonna kulunut 150 vuotta. Miina Sillanpää oli Suomen ensimmäinen naisministeri ja pitkäaikainen kansanedustaja. Sillanpään perintö näkyy nykyäänkin monissa yhteiskunnan palveluissa ja esimerkiksi järjestöjen toiminnassa.

Juhlavuoden tilaisuuksien sarja käynnistyi 4.2. Helsingissä pidetyllä avajaistilaisuudella. Juhlavuoden suojelijana on presidentti Tarja

Halonon, ja juhlavuotta on valmisteltu laajas- sa kansalaisjärjestöjen yhteistyössä.

Miina Sillanpään Seura esitti tilaisuudessa vetoamuksen valtiolle, kunnille ja kansalaisyhteiskunnan toimijoille turvaa hakevien lapsiperheiden puolesta.

<http://miinasillanpaaseura.fi/juhlavuosi/>

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2016

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

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!

Tilaushinnat vuonna 2016

Kestotilaus 54 euroa

Vuositilaus 58 euroa

Opiskelijat 27 euroa

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa.

Irtonumero 14 euroa/kpl postituskuluineen.

Ilmestymisaikataulu

Nro	Ilmestyy	Ilmoitusaineistot
1	viikko 10	viikko 7
2	viikko 25	viikko 22
3	viikko 43	viikko 40
4	viikko 50	viikko 47

Tilaukset ja osoitteenmuutokset

www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

pirjo.kuoppala@kuntoutussaatio.fi | puh. 040 823 0058

Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat väri-ilmoituksia:

1/1 sivu (176x250 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

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

Tilauksen voit tehdä osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

Voit tilata lehden myös sähköpostitse:
pirjo.kuoppala@kuntoutussaatio.fi
tai puhelimitse: 040 823 0058 / Pirjo Kuoppala

Hinnat:
Kestotilaus 54 euroa
Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa
Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa

Lehteä voi tilata myös irtonumerona, á 14 euroa postituskuluineen.

Kuntoutus