

# Kuntoutuks

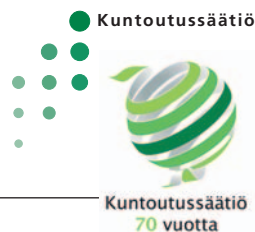
# 2015

4

Musiikki, kielellinen vuorovaikutus  
ja tablet-tietokone muistisairaiden  
kuntoutuksessa

Lastensuojelun erityisyksikköön  
sijoitettujen lasten psyykinen  
oirehdinta

Uusi työyhteisölähtöinen  
toimintamalli



## SISÄLTÖ

Kuntoutussäätiö  
70 vuotta

Juhlat jatkuvat verkossa:  
70.kuntoutussaatio.fi

### PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN  
Kuntoutusala muutoksessa 3

### TIETEELLINEN ARTIKKELI

PIRJO VANTANEN, ERJA POUTIAINEN,  
HELENA LAUNIAINEN JA MERJA KURKI  
Monimenetelmällisen ryhmäkuntoutuksen vaikutukset  
muistisairaiden kognitioon ja mielialaan 6

TIMO PASANEN, KATI KATAJAMÄKI, TUUJA ÅSTEDT JA  
IRMA JAAKKOLA  
Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen  
oirehinnan laaja-alaisuus 23

### KATSAUS

OUTI HIETALA, AULIKKI SIPPOLA, MARKKU RIIPINEN,  
PAULIINA LAMPINEN JA MARJA NEVALAINEN  
Uusi työyhteisölähtöinen toimintamalli 40

### KOULUTUSESITTELY

SALLA SIPARI, MERJA SALLINEN, TIINA HAUTALA JA  
IRA JEGLYNSKY-KANKAINEN  
Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto tuottaa  
kehittämisen- ja johtamisosaamista 46

### HANKE-ESITTELY

MAARIT KARHULA, TUULIKKI ALANKO, RIKU NIKANDER  
JA TEPPO KRÖGER  
Kuntoutuja omien tavoitteidensa laatijana 52

### TUTKIMUSESITTELY

VAPPU KARJALAINEN  
Hyvä kuntoutustutkimustyössä 56

### LECTIO PRAECURSORIA

PÄIVI RISSANEN  
Toivoton tapaus? 58

### PUHEENVUORO

NIINA HENTTONEN, VUOKKO VAINONIEMI, SALLA SIPARI  
JA ELISA MÄKINEN  
Yhteistä kuntoutusosaamista rakentamassa 62

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutusalan 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 Sipari, 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 | 38. 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.

# KUNTOUTUSALA MUUTOKSESSA

---

## PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Valtakunnallisena kuntoutusalan koordinaatioelimenä pitkään toimineen Kuntoutusasiain neuvottelukunnan (KUNK) toiminta loppui kuluvan syksyn aikana. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmien ja -toimikuntien toiminta lopetettiin jo vuoden alusta. AURA-kuntoutus lopetettiin ennen kuin se oli alkanutkaan. Alun perin pääministeri Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeeksi kaavailtu kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus putosi kärkihankelistoilta. Kuntoutusala koskettavia muutoksia on ollut viime aikoina runsaasti! Mistä on kysymys? Mitä tämä kaikki tarkoittaa?

Lopetettuja toimintoja on osin korvattu jo uusilla rakenteilla. Osa suunnitteilla olevista uudistuksista on odottanut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistustyötä raamittavia päätöksiä. Nyt yleiset sote-linjaukset on vihdoinkin tehty, ja tältäkin osin on mahdollista edetä kohti konkreettisia toimia, vaikka yksityiskohdissa riittää vielä runsaasti täsmennettävää. Kuntoutus monialaisena ja moniammatillisena, niin sosiaali- kuin terveydenhuoltoa koskettavana toimintana on erityisen haasteellinen kokonaisuus organisoitavaksi. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus menetti kärkihankestatuksen, mutta on erittäin tärkeää että kuntoutusjärjestelmää muokataan ja uudistetaan osana sote-palvelujen ja aluehallinnon uudistusta. Kuntoutuksen liittyvien toimenpiteiden tulee olla mukana kaikilla järjestelmän tasoilla. Nyt on tärkeää, että me kuntoutusalan toimijat itsekkin olemme aktiivisia ja pyrimme vaikuttamaan siihen, että kuntoutuksellinen näkökulma on mukana monenlaisissa yksilön elämän käännekohtissa. Kuntoutuksellista otetta tarvitaan ennaltaehkäisevässä työssä, silloin, kun havaitaan varhaisia merkkejä pulmien kasaantumisesta, sekä silloin, kun ongelmia on kohdattu. Niin ikään tässä vaiheessa olisi tärkeää hyödyntää jo olemassa olevaa tutkimustietoa ja sitoa uusi tutkimuksellinen tiedontuotanto kiinteäksi osaksi sote-uudistuksen konkreettista kehittämistä.

Monet asiat muuttuvat, osin huolestuttavaankin suuntaan. Muutokset voivat kuitenkin toimia myös alkusysäyksenä uudelle. Tällaisesta uusien näkökulmien esiin noususta ja uusista ideoista onkin onneksi näkynyt merkkejä, ja kuluvan vuoden aikana on virinnyt jo paljon uutta. Formaalisten rakenteiden osin hiivuttua näyttää tilalle nousevan uusia, usein kevyemmin organisoituneita yhteenliittymiä. Esimerkiksi järjestösektorilla on perustettu SOSTE:n (Suomen sosiaali ja terveys ry) ja Kuntoutussäätiön kuntoutusverkosto sekä potilasjärjestölähtöinen avokuntoutusverkosto. Niin ikään vuoden aikana useat kuntoutusalan

toimijat ovat olleet aktiivisia sosiaali- ja terveystieteiden suuntaan kuntoutuksen asian eteenpäin viemiseksi. Kuntoutusalalla on järjestetty useita laajoja tapahtumia. Esimerkiksi keväällä 2015 Suomessa järjestettiin hyvän vastaanoton saanut kansainvälinen kuntoutuksen tutkimuksen kongressi EFRR2015. Perinteiset Kuntoutuspäivät toteutettiin myös menestyksellisesti.

Edellä esitetyt esimerkit viestittävät kuntoutusalan olevan voimissaan. Näyttää vahvasti siltä, että aktiivisuus jatkuu myös tulevina vuosina. Kuntoutuksen toteutukseen liittyvät uudet yhteenliittymät vahvistavat keskinäistä vuorovaikutusta ja auttavat laajaa ja monialaista kuntoutusalaa puhaltamaan yhteen hiileen.

Kuntoutuksen alalla toteutettavat ammatilliset tutkintokoulutukset ovat tärkeitä kuntoutuksen alan kehittäjätahoja. Ne tuottavat tulevia kuntoutusosaajia ja kuntoutuksen alan tutkijoita ja kehittäjiä. Kuntoutus-lehti jatkaa edelleen alan koulutusten esittelyä – nyt on vuorossa kuntoutuksen ylempään ammattikorkeakoulututkinnon esittely. Kuntoutusalan yhteistyö toimii tässäkin, sillä esittelyn kirjoittamiseen ovat osallistuneet eri YAMK-koulutustahojen edustajat yhdessä.

Maailma ja samalla kuntoutusala muuttuvat nopeaa tahtia. Tieteellisten ja ammatillisten tutkintokoulutusten lisäksi ammatilliset, tutkijat ja kehittäjät tarvitsevat ajan tasalla pysyäkseen jatkuvaa täydennyskoulutusta. Tätä tarvetta kattamaan tarvitaan korkeatasoisia täydennyskoulutustilaisuuksia, jossa on tarjolla uusin kuntoutusalan tieto. Alan kehityksen kannalta on tarpeellista luoda myös areenoja, joissa tiedonpäivityksen lisäksi on mahdollista keskustella ja verkostoitua. Moniammatillisen ja monialaisen luonteensa vuoksi kuntoutuksen parissa työskentelevät tarvitsevat oman erityisalansa erityistietämykseen keskittyvää täydennyskoulutusta. Monialaisuus edellyttää kuitenkin myös eri ammattialojen ja eri tieteenalojen välistä yhteistyötä, jolloin tärkeiksi muodostuvat koulutustilaisuudet, joissa yhteinen tekijä on kuntoutus ja osallistujat tulevat erilaisista professioista. Valtakunnalliset kuntoutuspäivät, jotka järjestetään seuraavan kerran 17.–18.3.2016, ovat yksi merkittävä, monialaisuutta vaaliva koulutustapahtuma.

Tarvitaan kuitenkin myös selkeämmin kuntoutuksen tutkimukseen keskittyviä tapahtumia. Suomalaiset kuntoutusalan tutkijat tuottavat korkeatasoista tutkimustietoa, mistä olivat osoituksena useat hienot esitelmät tämän vuoden keväällä järjestetyssä EFRR2015-kongressissa Helsingissä. Tutkimustietoa kertyy jatkuvasti, ja olisikin tärkeää, että kuntoutusalan tutkijoilla ja kehittäjillä olisi mahdollisuus verkostoitua ja kertoa uusimmista tutkimuksen ja kehittämisen tuloksistaan säännöllisesti myös kotimaisella areenalla. Kuntoutusalalle tarvitaan säännöllisesti järjestettävä kotimainen tutkimuksen ja kehittämisen kongressi.

Myös Kuntoutus-lehti haluaa osaltaan pitää esillä kuntoutuksen asiaa ja tuoda luettavaksenne laaja-alaisesti kuntoutuksen eri aihealueita niin tutkimuksen, kehittämistyön kuin koulutuksenkin näkökulmista. Tämän lehden kirjoitukset käsittelevät kattavasti koko elämänkaarta. Saamme lukea niin lastensuojeluun sijoitettujen lasten psyykkisestä

oirehdinnasta, työikäisille kohdennetusta toimintamallista kuin ikään-  
tyvien muistisairaiden kuntoutuksesta.

Lehti ilmestyy ensi vuonna entiseen tapaan neljä kertaa. Jokaisessa numerossa julkaistaan tieteellisiä artikkeleita ja katsauksia, ja usein mukana on myös kuntoutusalan hanke-esittelyjä, lyhyitä uutisia ja kirjoituksia sekä kuvauksia kuntoutusalan väitöstöistä. Myös kuntoutusalaan liittyvien koulutusten esittelyt jatkuvat. Kuntoutus-lehden toimituksessa toivomme saavamme laaja-alaisesti kuntoutukseen liittyvien käsikirjoitusten lisäksi myös vinkkejä uusista sisältöalueista ja tavoista toteuttaa lehteä.

Taas on aika toivottaa lukijoillemme rauhaisaa joulunalusaiakaa ja onnea seuraavan vuoden haasteisiin.

# MONIMENETELMÄLLISEN RYHMÄKUNTOUTUKSEN VAIKUTUKSET MUISTISAIRAIDEN KOGNITIOON JA MIELIALAAN

---

Tutkimus Yhteinen sävel -hankkeessa kehitetyn kuntoutuksen vaikutuksista

## Johdanto

Väestön ikääntyessä erilaiset dementoivat sairaudet tulevat lisääntymään lähivuosisikymmeninä. Dementiaan liittyy muistin heikentymisen lisäksi myös muita kognitiivisia ongelmia sekä mielialaongelmia ja käytöshäiriöitä, jotka yhdessä lisäävät muistisairaasta kotona hoitavan omaisen kuormittuneisuutta (Lyket-sos ym. 2002). Omaisen jaksamisesta riippuu, miten kauan hän pystyy huolehtimaan läheisestään kotioloissa. Jos muistisairaahan psyykkistä toimintakykyä sekä kognitiivisia toimintoja, kuten muistia ja kommunikaatiota, kyetään tukemaan, muistisairaalla on paremmat edellytykset selviytyä kotonaan pidempään. Ei-lääkkeelliset terapiat tarjoavat käytännöllisiä, monipuolisia ja kustannustehokkaita menetelmiä kohentamaan Alzheimerin tautiin liittyviä muutoksia ja elämänlaatua muistisairaille ja heidän omaishoitajillaan (Olazaran ym. 2010). Nykyään myös erilaiset teknologiasovellukset mahdollistavat kuntoutuksen osallistumisen ajasta ja paikasta riippumatta, ovat helposti monistettavia, kustannustehokkaita ja mahdollistavat uudenlaisia kommunikoinnin keinoja.

Dementialla tarkoitetaan elimellisestä syystä johtuvaa, useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon etenevää heikentymis-

tä aikaisempaan suoritustasoon nähden niin, että kyky selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista, työstä tai sosiaalisista suhteista heikentyy. Alzheimerin taudissa (osuus 60–70 % dementiaista) ensioireet ovat tyypillisesti episodisen eli tapahtumamuistin ongelmia, jotka tulevat esiin uuden oppimisessa ja opitun mieleen palauttamisessa (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010). Kielelliset ongelmat painottuvat alkuvaiheessa semanttisiin virheisiin, joita myöhemmin seuraavat puheen fonologisiin ja motorisiin piirteisiin liittyvät ongelmat (Forbes-McKay ym. 2013). Kielellisen tuottamisen heikentymisen lisäksi kielelliset ongelmat heijastuvat puheen ymmärtämiseen. Heikentyvä työmuisti voi osaltaan vaikeuttaa kielen ymmärtämistä (Bayles 2003). Sujuva kommunikaatio, ymmärtäminen ja ymmärretyksi tuleminen, on tärkeää muistisairaahan ja omaisen hyvinvoinnin kannalta. Dementian vaikeusasteesta riippumatta kielelliset vaikeudet ovat yhteydessä käytösoireisiin ja psyykkisiin häiriöihin (Potkins 2003), ja muistisairaahan kokemaa sanojen löytämisen vaikeus voi lisätä sosiaalista eristäytymistä (Farrell ym. 2014). Sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseksi ja psyykkisen oireilun lieventämiseksi muistisairaahan kommunikointivaikeudet olisi hyvä huomioida mahdollisimman ai-

kaisessa vaiheessa (Potkins ym. 2003).

Alzheimerin taudissa psyykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistus, ovat tavallisia taudin alkuvaiheessa, ja käytösoireet yleistyvät taudin edetessä. Käytösoireita ovat mm. aggressiivisuus, levottomuus, aistiharhat ja harhaluulot. Levottomuus, alentunut mieliala ja epätavallinen motorinen käytös ovat merkittävästi yhteydessä kognitiivisiin ongelmiin (Mega ym. 1996). Muistisairaana ja omaisen vuorovaikutuksen ongelmat voivat lisätä käytösoireita, mutta yleensä oireet ovat vähäisempiä tutussa ja turvallisessa ympäristössä, kuten kotona (Sulkava 2010). Psykiatristen oireiden hoitaminen on usein haasteellista ja ensisijaisesti suositellaan ei-lääkkeellisiä keinoja, jotka edellyttävät perheenjäsenten neuvontaa ja hyviä vuorovaikutustaitoja potilaan hoitoon osallistuvilta (Livingston ym. 2005).

Musiikilla tiedetään olevan tärkeä asema ja sosiaalinen merkitys elämänkaaren kaikissa vaiheissa. Musiikin hyödyntäminen hoito- ja kuntoutusmuotona on saanut tukea tieteellisestä tutkimuksesta erityisesti niissä sairauksissa, jotka liittyvät emootioihin, tarkkaavaisuuteen ja sensoriikkaan, muistiin, kommunikointiin ja motoriikkaan (Särkämö & Huotilainen 2012). Musiikkiterapian avulla voidaan dementiaa yhteydessä ylläpitää ja kuntouttaa kognitiivista toimintakykyä, emotionaalista tilaa ja sosiaalisia taitoja sekä lieventää joitakin käytöshäiriöitä (Guetin ym. 2012). Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden kuntoutuksessa käytettävän musiikin tulee olla potilaalle aiemmin tuttua ja mieluisaa (Arroyo-Anlló ym. 2013). Musiikkiterapian yhteydessä on todettu laajasti myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden mielialaan. Musiikkiterapian on todettu vähentävän masennus- ja ahdistusoireita (Guetin ym. 2009, Särkämö ym. 2013, Chu ym. 2013) ja vaikuttavan lisäksi myönteisesti käytösoireisiin (Svansdottir & Snaedal 2006) ja muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin, kuten agitaatioon, harhaluuloihin, poikkeavaan motoriseen aktivaatioon ja yöaikaisiin käytöshäiriöihin (Raglio ym. 2008, Vink ym. 2014).

Musiikin on todettu vaikuttavan myös muistisairaiden kognitiivisiin toimintoihin,

joskin kognitioon liittyvä tutkimus on ollut toistaiseksi vähäisempää kuin tutkimukset vaikutuksesta dementiaan mielialaoireisiin. Musiikin käyttöön liittyvät interventiot ovat muistisairailta osoittaneet toisaalta kohenevista yleisessä kognitiivisessa tilassa, mitattuna MMSE-pistemäärällä (Van de Winckel ym. 2004, Arroyo-Anlló ym. 2013, Särkämö ym. 2013), joskaan aina myönteistä vaikutusta MMSE-pistemäärään ei ole todettu (Raglio ym. 2008). Musiikkiterapian on todettu kohentavan työmuistia ja lyhytkestoista muistia sekä orientaatiota, tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta (Särkämö ym. 2013, Chu ym. 2013). Musiikkiin perustuvat kuntoutusmuodot ovat osoittaneet sanasujuvuuden kohenevista (Van de Winckel ym. 2004, Särkämö ym. 2013). Lisäksi musiikkiterapialla on todettu myönteinen vaikutus Alzheimerin tautia sairastavien puheen sisältöön ja sujuvuuteen verrattuna pelkkiin keskustelukäynteihin terapeutin ohjauksessa (Brotons & Koger 2000).

Kognitiivisesti painottuneiden interventioiden hyödyntäminen on todettu kliinisesti tulokselliseksi ja käytännön tasolla hyödylliseksi Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla (De Vreese ym. 2001). Muistisairaiden kuntoutuksessa on hyödynnetty eri tavoin painottuneita interventioita, kuten *kognitiivista stimuloititerapiaa* (cognitive stimulation therapy), *kognitiivista harjoittelua* (cognitive training) ja *kognitiivista kuntoutusta* (cognitive rehabilitation) (Clare & Woods 2004, Woods ym. 2012, Bahar-Fuchs ym. 2013). Clare ja Woods (2004) ovat määritelleet *kognitiivisen stimuloititerapian* tarkoittavan yleensä ryhmässä toteutettavia ajattelua ja muistia tehostavia aktiviteetteja, kuten sana- ja palapelejä ja päivittäistoimintoihin liittyviä harjoitteita sekä keskusteluja menneistä ja nykyisistä tapahtumista ja muista kiinnostuksen kohteista. Sen vaikutuksesta kognitiivisiin toimintoihin, kommunikaatioon ja sosiaalisiin taitoihin sekä muistisairaana elämänlaatuun on vahvaa tieteellistä näyttöä, mutta vaikutuksia muistisairaana mielialaan tai omaisen jaksamiseen ei ole todettu (Woods ym. 2012, Aguirre ym. 2013, Aguirre ym. 2014, Mapelli ym. 2013). *Kognitiivisella harjoittelulla*, jolla tarkoitetaan koh-

dennettua kognitiivisten osa-alueiden harjoittelua, ei ole tehtyjen, tasoltaan vaihtelevien tutkimusten perusteella voitu osoittaa myönteistä näyttöä muistisairaiden kognitioon (Clare & Woods 2004, Bahar-Fuchs ym. 2013). *Kognitiivinen kuntoutus* tähtää erilaisen harjoittelun ja kompensointikeinojen avulla itsenäisen päivittäisen toimintakyvyn kohentamiseen (Clare & Woods 2004). Kognitiivisesta kuntoutuksesta on saatu myönteisiä tuloksia muistisairaille merkityksellisten tavoitteiden toteuttamisessa, tyytyväisyydessä muistin toimintaan ja yleiseen elämänlaatuun (Bahar-Fuchs ym. 2013). Omaisen osallistumisella voi olla olennainen merkitys kognitiivisen intervention myönteisten muutosten yleistymisessä muistisairaana arkeen (Neely ym. 2009). On todettu, että omaisten ryhmämuotoinen, kommunikaatio-ongelmiin liittyvien ratkaisujen opettelu lisää omaisten tietoisuutta ongelmista tehokkaammin kuin omaisten kirjallisen oppaan avulla toteutettu ohjaus (Done & Thomas 2001).

Viime vuosina tietotekniikan hyödyntäminen ikäihmisten ja muistisairaiden kuntoutuksessa on ollut lisääntyvän kiinnostuksen kohteena. Myönteistä näyttöä on saatu yhtäläisesti kohdennetun kognitiivisen harjoittelun, neuropsykologisten kuntoutusohjelmien ja videopelien avulla tapahtuvasta teknologiaavusteisesta kuntoutuksesta terveillä ikääntyneillä (Kueider ym. 2012). Tällainen kuntoutus tarjoaa mahdollisuuden yksilölliseen vaikeusasteen säätelyyn ja palautteeseen. Lisäksi on todettu, että teknologian käyttö kuntoutuksessa ei edellytä aiempaa kokemusta teknologisten välineiden käyttämisestä (Kueider ym. 2012). Tietokoneella toteutetun kognitiivisen kuntoutuksen on todettu kohentavan kognitiivisia toimintoja lievässä kognitiivisessa heikentymisessä (Talassi ym. 2007) ja Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla (Talassi ym. 2007, Cipriani ym. 2006). Muistisairaana ovat oppineet käyttämään uutta teknologiaa, kuten elektronista organisaattoria (Imbeault ym. 2014), helpottamaan muistivaikeuksista johtuvia arkielämän ongelmia. Viime vuosina yleistyneet kosketusnäytölliset tablet-tietokoneet avaavat uusia mahdollisuuksia teknologian

hyödyntämiselle muistisairaiden kuntoutuksessa. Ne ovat hinnaltaan kohtuullisia, helpokäyttöisiä ja kevyitä siirtää paikasta toiseen. Ikäihmisten on todettu oppivan helposti kosketusnäytöllisen käyttöliittymän käytön puutteellisesta motorikastakin huolimatta (Häikiö ym. 2007). Tablet-tietokoneen ja sen sovellusten käytön aktiivinen opettelu aiemmin vähäisesti tietotekniikkaa käyttäneillä vanhuk-silla vaikutti myönteisesti heidän prosessointinopeuteensa ja episodiseen muistiinsa (Chan ym. 2014).

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään musiikillisiin menetelmiin ja vaihtoehtoisesti kielelliseen kommunikaatioon painottuvan vuorovaikutuksen sekä niiden ohella kotona toteutetun itsenäisen tablet-tietokoneavusteisen harjoittelun vaikutuksia lievää dementiaa sairastavien henkilöiden kognitiiviseen toimintakykyyn ja mielialaan. Neuropsykologisessa tutkimusasetelmassa verrattiin kolmea ryhmää, jotka nimettiin musiikkipainotteiseksi ryhmäksi, yleistietopainotteiseksi ryhmäksi ja verrokkiryhmäksi. Tarkoituksena oli selvittää, voidaanko musiikkiin painottuvan tai kielelliseen kommunikaatioon painottuvan vuorovaikutuksen avulla sekä tietokonepohjaisilla ohjelmilla tukea muistisairaana mielialaa ja kognitiivisia toimintoja tai jopa kohentaa niitä verrattuna muistisairaisiin verrokkihenkilöihin. Tutkimusasetelman avulla pyrittiin myös selvittämään, eroavatko musiikkipainotteisessa ryhmässä ja yleistietopainotteisessa ryhmässä toteutetut interventiot tuloksellisuudeltaan ja miten tämä tulee esille muistisairaiden kognitiivisessa suoritusprofiilissa kuntoutusjakson ja seurannan myötä.

## Menetelmät

### Tutkimushenkilöt ja tutkimuksen kulku

Tutkimus oli osa Miina Sillanpään Säätiön Yhteinen Sävel -tutkimus- ja kehittämishanketta, joka tähtäsi kotona asuvan muistisairaana henkilön ja hänen läheisensä vuorovaikutuksen edistämiseen musiikillisen ja kielellisen kommunikoinnin keinoin. Kehittämishankkeessa vuosina 2013–2014 kokoontuneista



Taulukko 1. Interventio- ja verrokkiryhmiin osallistuneiden muistisairaiden taustatiedot.

	Musiikkipainotteinen ryhmä (n = 14)	Yleistietopainotteinen ryhmä (n = 13)	Verrokkiryhmä (n = 13)	p-arvo
<b>Demografiset muuttujat</b>				
<b>Ikä</b>	80.0 (5.0)	78.7 (5.8)	78.2 (5.2)	.804 (H)
<b>Sukupuoli (nainen/mies)</b>	5/9	8/5	5/8	.341 ( $\chi^2$ )
<b>Koulutusvuodet</b>	12.9 (3.5)	11.5 (2.8)	12.2 (3.1)	.528 (H)
<b>Siviilisääty (puoliso/ei puolisoa)</b>	12/2	10/3	12/1	.606 ( $\chi^2$ )
<b>Kliiniset muuttujat</b>				
<b>Muistisairauden etiologia (AD/VD/SMD/muu)</b>	11/0/3/0	10/2/1/0	10/1/1/1	.472 ( $\chi^2$ )
<b>Aika diagnoosista (vuosia)</b>	1.3 (0.9)	2.9 (3.1)	1.9 (1.6)	.441 (H)
<b>MMSE pisteet <sup>a)</sup></b>	22.9 (4.3)	22.1 (3.9)	23.6 (4.8)	.613 (H)
<b>GDS-15 pisteet <sup>a)</sup></b>	2.1 (1.4)	4.2 (2.5)	4.0 (3.1)	.065 (H)

Arvot ovat muodossa keskiarvo (keskihajonta) ellei mainittu toisin. MMSE = Mini Mental State Examination, GDS-15 = Geriatric depression scale-15. AD = Alzheimerin tauti, VD = vaskulaarinen dementia, SMD = sekamuotoinen dementia. (H) = Kruskal-Wallis-testi, ( $\chi^2$ ) = Khi-neliö -testi. a) alkututkimus.

pienryhmistä osa oli mukana Kuntoutussäätiön toteuttamassa neuropsykologisessa tutkimusosassa. Hankkeeseen osallistujat rekrytoitiin pääkaupunkiseudulta eri yhteistyötahojen sekä lehti-ilmoituksen avulla. Tutkimuksen avulla pyrittiin arvioimaan hankkeen tuloksellisuutta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin koordinoiva eettinen toimikunta antoi tutkimukselle puoltavan lausunnon. Muistisairaant ja heidän omaisensa antoivat kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen.

Tutkimukseen otettiin suomea äidinkielenään puhuvia yli 65-vuotiaita henkilöitä, joilla oli diagnosoitu lievässä vaiheessa oleva dementoiva sairaus (ks. taulukko 1). MMSE-pistemäärän tuli olla vähintään 17/30. Tutkittavalla ei saanut olla vakavaa psykiatrista sairautta tai päihdeongelmaa. Muistisairaant fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tuli olla riittävä kuntoutukseen ja neuropsykologisiin tutkimuksiin osallistumisen kannalta eli esimerkiksi käden halvausoireisto, kommunikointia vaikeuttava afasia tai vakavat hahmotusvaikeudet estivät tutkimukseen osallistumisen. Tutkimukseen otettiin henkilöitä, jotka

asuivat kotona ja joilla oli omaishoitaja tai muu omainen, jonka oli mahdollista osallistua kuntoutukseen yhdessä muistisairaant kanssa.

Muistisairaiden kognitiivista suoriutumista arvioitiin kolmeen kertaan neuropsykologisella tutkimuksella. Tutkimukset toteutettiin musiikkipainotteiseen ja yleistietopainotteiseen ryhmään kuuluville muistisairaille ennen ryhmäkuntoutuksen alkua (I-tutkimus), ryhmäkuntoutuksen päätyttyä kahden kuukauden kuluttua alkututkimuksesta (II-tutkimus) ja tablet-tietokoneella toteutetun neljä kuukautta kestäneen kotiharjoittelujakson jälkeen kuuden kuukauden kuluttua alkututkimuksesta (III-tutkimus). Verrokkiryhmään kuuluvat muistisairaant tutkittiin saman aikataulun mukaisesti (0, 2 kk ja 6 kk). II-tutkimus toteutettiin eri ryhmissä keskimäärin yhdeksän viikkoa alkututkimuksen jälkeen (vaihteluväli 9.1–9.5) ja III-tutkimus keskimäärin 25 viikkoa alkututkimuksen jälkeen (vaihteluväli 25.2–25.3). Ryhmien välillä ei ollut tilastollisia eroja tutkimusajankohtien suhteen.

Neuropsykologiseen tutkimusosaan osallistui alun perin yhteensä 44 muistisairaant, joista 15 kuului musiikkipainotteiseen, 14

Taulukko 2. Interventio- ja verrokkiryhmiin osallistuneiden muistisairaiden omaisten taustatiedot.

	Musiikkipainotteinen ryhmä (n = 14)	Yleistietopainotteinen ryhmä (n = 13)	Verrokkiryhmä (n = 12 <sup>a)</sup> )	p-arvo
<b>Ikä</b>	73.4 (9.2)	68.9 (18.3)	74.1 (10.4)	.822 (H)
<b>Sukupuoli (nainen/mies)</b>	10/4	6/6	7/5	.410 ( $\chi^2$ )
<b>Suhde muistisairaaseen (puoliso/lapsi/sisarus/muu)</b>	12/2/0/0	8/2/1/2	11/1/0/0	.312 ( $\chi^2$ )
<b>Tapaamistiheys (päivittäin/2-3 krt viikossa/kerran viikossa)</b>	12/1/1	8/1/4	11/0/1	.317 ( $\chi^2$ )

Arvot ovat muodossa keskiarvo (keskihajonta) ellei mainittu toisin. (H) = Kruskal-Wallis-testi, ( $\chi^2$ ) = Khi-neliö-testi. a) Verrokkiryhmässä yksi muistisairas osallistui tutkimuksiin ilman omaista.

yleistietopainotteiseen ja 15 verrokkiryhmään. I- ja II- tutkimusten välillä jokaisesta kolmesta ryhmästä yksi henkilö keskeytti tutkimukseen osallistumisen. II- ja III-tutkimuksen välillä verrokkiryhmästä tutkimukseen osallistumisen keskeytti yksi henkilö. Analysoitavassa aineistossa oli siten koko kuuden kuukauden tutkimusajanjakson läpikäyneitä yhteensä 40 muistisairasta (iältään 65–88-vuotiaita). Näistä 14 oli musiikkipainotteisessa, 13 yleistietopainotteisessa ja 13 verrokkiryhmässä. Kukaan pienryhmään osallistui 4–5 muistisairasta omaisensa kanssa. Ryhmät kokoontuivat Helsingissä Asumispalvelukeskus Wilhelmian tiloissa, Espoossa Tapiolan palvelukeskuksessa ja Kirkkonummella Palvelukesküsäätiön tiloissa. Tutkimukseen osallistuneet muistisairaajat ohjattiin joko toiseen interventoryhmistä tai verrokkiryhmään. Osallistujat sijoitettiin ryhmiin pääsääntöisesti ilmoittautumisjärjestyksen perusteella. Kun ensimmäinen alkava ryhmä oli täynnä, yli jääneet valikoituivat verrokkiryhmäksi tai jäivät odottamaan seuraavaa alkavaa interventoryhmää. Tutkittavien ryhmään sijoittumisen toiveissa ei ollut eroja interventiomuotojen välillä, vaan kummatkin interventiomuodot koettiin yhtä mieluisiksi.

Taulukkoon 1 on koottu muistisairaiden taustatiedot. Interventoryhmät ja verrokkiryhmä eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkittävästi minkään kognition kannalta

olennaisen taustamuuttujan osalta. Taulukkoon 2 on koottu muistisairaiden kanssa tutkimukseen osallistuneen omaisten taustatiedot.

### Interventiot

Muistisairas-omaispareista muodostuneet pienryhmät kokoontuivat viisi kertaa viikon välein ja lisäksi omaisille järjestettiin yksi omat ryhmätapaaminen, jossa käsiteltiin heidän jaksamistaan ja omasta hyvinvoinnista huolehtimista sekä omaishoitajan etuihin liittyviä asioita. Kokoontumisia seuranneen kolmen viikon kotiharjoittelujakson jälkeen pidettiin yksi ryhmämuotoinen kerta- ja lopetuskäynti. Ryhmäkokoontuminen kesti 90 minuuttia. Muistisairaille ja omaisille jaettiin muistiin ja kuntoutukseen liittyvää kirjallista materiaalia. Kummassakin interventoryhmässä keskityttiin muistisairaahan ja hänen omaisensa sekä ryhmän jäsenten välisen vuorovaikutuksen edistämiseen. Interventoryhmiin kuuluvilla muistisairas-omaispareilla oli kuntoutusryhmien alusta alkaen käytössään tablet-tietokone, jonka avulla itsenäinen kotiharjoittelu jatkui vielä neljä kuukautta ryhmäkokoontumisten jälkeen. Teknologiatukihenkilöt ja ryhmänohjaajat kävivät osallistujien kotona kolme kertaa yhden tunnin ajan tarjoamassa ohjausta tablet-tietokoneen käyttöön ja antoivat lisäksi etätukea kuvapuhelujen välityksellä. Tietokoneella oli hanketta varten kehitettyjä,

musiikkia hyödyntäviä muisteluharjoituksia tai yleistietoja hyödyntäviä muisteluharjoituksia sen mukaan, kumpaan interventioryhmään pari kuului. Lisäksi tablet-tietokoneelle laadittiin hyvinvointisuunnitelma kalenterimuotoon. Siihen laadittiin osallistujien omien tavoitteiden mukaisia, heidän hyvinvointiaan lisääviä toimintoja, joiden toteuttamiseen heitä kannustettiin viikoittain. Tarkempi kuvaus interventioiden sisällöstä on luettavissa tutkimuksen kohteena olleen kehittämishankkeen loppuraportista (Kurki ym. 2015).

**Musiikkipainotteinen ryhmä.** Musiikkipainotteisen ryhmän ohjaajana toimi musiikkiterapeutti. Ryhmätapaamisissa muistisairaiden ja omaisten vuorovaikutusta tuettiin musiikkiin painottuvien sisältöjen ja menetelmien avulla. Ryhmässä kuunneltiin osallistujien mielimusiikkia ja jaettiin sen avulla elämäntarinoita. Tapaamisissa opeteltiin rytmisarja ja käytiin läpi voima- ja turvalauluja sekä rentoutusta musiikin avulla. Osallistujia ohjattiin myös muistipelien käyttöön. Tietokoneella oli musiikkiin liittyvä harjoitusohjelma ”Sanat Sekaisin”. Tehtävänä oli kuunnella tarkkaavaisesti kotimaista iskelmää, joka sisälsi tauotuksia tietyissä kohdin kappaletta. Tauon alkaessa henkilön piti valita kolmesta vaihtoehdosta kappaleen sanojen oikea jatko. Tutkimuksessa mukana olleilla henkilöillä eri iskelmiä oli tarjolla kymmenen kappaletta.

**Yleistietopainotteinen ryhmä.** Yleistietopainotteisen ryhmän ohjaajana toimi puheterapeutti. Ryhmätapaamisissa muistisairaiden ja omaisten vuorovaikutusta tuettiin pelien ja keskustelujen avulla. Osallistujia kannustettiin muun muassa katselemaan vanhoja valokuvia kotonaan ja miettimään kodin turvallisuusasioita muistisairaana kannalta, ja ryhmässä käsiteltiin, miten muistisairaana muistamista voidaan tukea kotona. Osallistujia ohjattiin muistipelien käyttöön, ja ryhmässä toteutettiin vuorovaikutusta lisääviä pelejä ja tietokilpailuja. Tablet-tietokoneen harjoitukset olivat kahdeksaan eri aihealueeseen jaoteltuja tietovisakysymyksiä ja ne perustuivat aiemmin opitun yleistiedon hakemiseen pitkäkestoisesta muistista. Oikea ratkaisu tuli valita aina kolmen vaihtoehdon joukosta vastaavasti kuin

musiikkipainotteisen ryhmän musiikkia hyödyntävissä muisteluharjoituksissa.

**Verrokkiryhmä.** Verrokkiryhmään osallistuneita muistisairaita ja heidän omaisiaan kannustettiin jatkamaan tavanomaisia arkipäivän toimintojaan ja harrastuksiaan kuten ennenkin. Heille tarjottiin mahdollisuus osallistua interventioryhmiä vastaavaan kuntoutukseen kuusi kuukautta kestäneen neuropsykologisen seurantatutkimuksen päätyttyä. Verrokkiryhmään kuuluneista jätti osallistumatta myöhemmin tarjottuun kuntoutukseen vain kaksi pariskuntaa, joten kuntoutukseen osallistuminen koettiin myönteisesti.

**Toteutunut harjoittelu.** Musiikkipainotteisessa ryhmässä tablet-tietokoneella aloitettiin ryhmäkuntoutuksen (0–2 kk) aikana yhteensä 434 harjoitusta, joista loppuun asti käytiin 323 (74 %). Itsenäisen kotiharjoittelun vaiheessa (2–6 kk) aloitettiin 78 harjoitusta, joista loppuun asti käytiin 53 (68 %). Yleistietopainotteisessa ryhmässä ryhmäkuntoutuksen (0–2 kk) aikana aloitettiin 704 harjoitusta, joista loppuun asti käytiin 581 (83 %) ja itsenäisen kotiharjoittelun vaiheessa (2–6 kk) aloitettiin 249 harjoitusta, joista loppuun asti käytiin 227 (91 %). Tilastollisten tarkastelujen perusteella yleistietopainotteisessa ryhmässä aloitettujen harjoitusten määrä oli merkitsevästi musiikkipainotteista ryhmää suurempi ryhmäkuntoutuksen (0–2 kk) aikana ( $Z = -2.064, p = .039$ ). Sama trendi jatkui itsenäisen kotiharjoittelujakson (2–6 kk) aikana, mutta ryhmien välinen ero ei yltänyt aivan tilastollisesti merkitseväksi ( $Z = -1.993, p = .053$ ). Kummassakin ryhmässä aloitettujen harjoitusten määrä väheni ryhmäkuntoutusjaksoon (0–2 kk) verrattuna itsenäisen kotiharjoittelujakson (2–6 kk) aikana tilastollisesti erittäin merkitsevästi (yleistietopainotteinen:  $Z = -3.181, p < .001$ , musiikkipainotteinen:  $Z = -3.298, p < .001$ ).

#### Tutkimusmenetelmät

Neuropsykologisen tutkimuksen teki muistisairauksiin perehtynyt laillistettu psykologi. Tutkimus sisälsi pääsääntöisesti klinisessä työssä yleisesti käytettyjä standardoituja kognitiivisia tutkimusmenetelmiä (ks. taulukko 3). Tutkimuksessa arvioitiin yleistä kogni-

Taulukko 3. Neuropsykologisessa tutkimuksessa käytetyt menetelmät.

Arvioitava kognition osa-alue ja menetelmä	Menetelmän kuvaus (muuttujan arvo, vaihteluväli)	Lähdeviite
<b>Yleinen kognitio</b>		
<b>MMSE</b>	Yleistä kognitiivista tasoa arvioiva tehtäväsarja (oikeat vastaukset, 0 – 30)	Folstein ym., 1975
<b>Samankaltaisuudet (WAIS-IV)</b>	Kielellisten yläkäsitteiden muodostaminen (pistemäärä, 0 – 36)	Wechsler, 2012
<b>Kielelliset kyvyt</b>		
<b>Sanasujuvuus (CERAD)</b>	Eläinten luetteleminen 60 sekunnin ajan (tuotettu määrä)	Pulliainen ym., 1999
<b>Bostonin nimentätesti</b>	Kohteiden nimeäminen kuvista (oikeat vastaukset, 0 – 60)	Laine ym., 1997
<b>Token (lyhyt modifioitu versio)</b>	Kielellisen ymmärtämisen ja ohjeiden toteuttamisen tehtäväsarja (oikeat reaktiot, 0 – 17)	De Renzi & Vignolo, 1962 Ylikoski ym., 1998
<b>Visuaaliset kyvyt</b>		
<b>Kuutiotehtävät (WAIS-IV)</b>	Visuokonstruktiiivinen kuvioiden tuottaminen (pistemäärä, 0 – 66)	Wechsler, 2012
<b>Numeroiden yliviivaus</b>	Visuaalinen etsintä (pistemäärä, 0 – 24)	1)
<b>Muisti</b>		
<b>Numerosarjat etuperin ja takaperin (WAIS-IV)</b>	Kuultujen numerosarjojen välitön toistaminen (pistemäärä, 0 – 32)	Wechsler, 2012
<b>Sanalistatehtävä (CERAD)</b>	10 sanan oppiminen kertaamalla (muistetut sanat, 0 - 30)	Pulliainen ym., 1999
<b>Looginen muisti (WMS-R), kertomus 2</b>	Kuullun kertomuksen muistaminen (pistemäärä, 0 – 25)	Wechsler, 1996
<b>Tarkkaavaisuus ja toiminnanohjaus</b>		
<b>TM-A (Trail Making –testi)</b>	Lomakkeelta etsittävien numeroiden yhdistäminen viivalla (aika sekunteina)	Poutiainen ym., 2010
<b>FAB osiot 4 ja 5 (Frontal assessment battery)</b>	Motoriikkaa ja toiminnan ohjausta edellyttävä tehtäväsarja (oikeiden reaktioiden määrä, 0 - 20)	Dubois ym., 2000

MMSE = Mini Mental State Examination, WAIS-IV = Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition, CERAD = The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease, WMS-R = Wechsler Memory Scale – Revised. 1) Visuaalista etsintää ja tarkkaavaisuutta arvioitiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä menetelmällä, jossa tutkittavan tuli 30 sekunnin ajan riveittäin edeten etsiä ja yliviivata tietty numero muiden numeroiden joukosta.

tion tasoa, kielellisiä ja visuaalisia toimintoja, työmuistia, kielellistä muistia, oppimista sekä tarkkaavaisuutta ja toiminnan ohjausta. Tutkimus kesti keskimäärin 75 - 90 minuuttia. Muistisairaiden mielialaa arvioitiin iäkkäille soveltuvalla mieliala-asteikolla GDS-15 (Geriatric Depression Scale - lyhennetty 15 ky-

symyksen versio, Brink ym. 1982). Vastausasteikko on kaksipolttainen (kyllä/ei), ja vastaamisen helpottamiseksi väittämät esitettiin muistisairaille haastatellen. Väittämät koskivat mm. mielialaa, tyytyväisyyttä elämään, avuttomuuden kokemusta ja toiveikkuutta. Mielialan arvioinnin luotettavuuden lisää-

Taulukko 4. Yleinen kognitiivinen taso.

	Musiikkipainotteinen ryhmä (n = 14)				Yleistietopainotteinen ryhmä (n = 13)				Verrokkiryhmä (n = 13)			
	Tutkimuskerta				Tutkimuskerta				Tutkimuskerta			
Yleinen kognitiivinen taso	I	II	III	p <sup>a)</sup>	I	II	III	p <sup>a)</sup>	I	II	III	p <sup>a)</sup>
<b>MMSE</b>	22.9 (4.3)	22.4 (4.3)	21.2 (4.1)	.269	22.1 (3.9)	22.5 (4.3)	22.4 (4.0)	.385	23.6 (4.8)	23.4 (5.1)	23.5 (6.0)	.977
<b>Samankaltaisuudet (WAIS-IV)</b>	19.9 (7.5)	20.3 (8.3)	21.9 (7.6)	.096	20.5 (5.3)	20.8 (4.6)	20.5 (5.8)	.758	21.1 (8.4)	20.7 (9.1)	21.3 (9.1)	.360

Tiedot ovat muodossa keskiarvo (keskihajonta). MMSE = Minimental state examination, WAIS-IV = Wechsler's Adult Intelligence Scale - Fourth edition. a) Friedmanin testi.

miseksi käytettiin Cornellin mieliala-asteikkoa (Alexopoulos ym. 1988, modifioitu versio), joka perustuu omaisen tekemään arvioon muistisairaana mielialasta. Cornellin mieliala-asteikkoa on perinteisesti käytetty puolistrukturoituna haastattelumenetelmänä, mutta tutkimuksessa käytetty lomake laadittiin alkupe-  
räisen pohjalta siten, että omaisen oli mahdollista täyttää se itsenäisesti. Tarvittaessa epäselviä kohtia täydennettiin haastatellen. Omaisen tuli arvioida viimeisen viikon sisällä muistisairaalla ilmenneiden oireiden vakavuutta ja esiintymistiheyttä kolmiportaista asteikkoa käyttäen. Lomakkeessa on 19 kysymystä, jotka koskevat mielialaa, käyttäytymistä, ruumiillisia oireita, vuorokausirytmiiä ja vääristyneitä mielikuvia. Kummassakin mieliala-asteikossa suurempi pistemäärä kuvaa voimakkaampia mielialaoireita.

#### Tilastollinen analysointi

Taustamuuttujien ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin menetelmän mitta-asteikon mukaisesti joko Kruskal-Wallisn riippumattomien otosten epäparametrisellä testillä tai khineliö-testillä ( $\chi^2$ ). Interventoiden vaikutusta neuropsykologisiin ja mielialamuuttujiin interventio- ja verrokkiryhmien sisällä tarkasteltiin Friedmanin riippuvien otosten epäparametrisellä testillä, jossa riippumattomana muuttujana oli aika (I-tutkimus/II-tutkimus/III-tutkimus). Intensiivisen ryhmäkuntoutusjakson vaikutuksia tutkittiin I- ja II- tutkimusajankohdan välisenä vertailuna Wilcoxonin

kahden riippuvan otoksen epäparametrisellä testillä. Samalla testillä tutkittiin myös intensiivisen kuntoutusjakson jälkeisen neljän kuukauden kotiharjoittelujakson vaikutuksia vertaamalla keskenään II- ja III-tutkimusten tuloksia. Tilastolliset analyysit suoritettiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiolla 22.

#### Tulokset

##### Yleinen kognitiivinen taso

Kuusi kuukautta kestäneen intervention kokonaisvaikutuksia muistisairaiden kognitioon analysoitiin erikseen musiikkipainotteisessa ja yleistietopainotteisessa ryhmässä Friedmanin riippuvien otosten testillä, jossa riippumattomana muuttujana oli tutkimuskerta (I/II/III-tutkimus). Yleisen kognitiivisen tason kuvaajana käytettiin MMSE-kokonaispistemäärää sekä WAIS-IV samankaltaisuudet-osatestin raakapistemäärää. Tilastollisten analyysien perusteella näissä muuttujissa ei tapahtunut muutoksia kummassakaan interventio-ryhmässä. Myöskään verrokkiryhmässä ei havaittu muutoksia kuusi kuukautta kestäneen seurannan aikana (taulukko 4).

##### Kognitiiviset toiminnot

Taulukkoon 5 on koottu kielellisiä ja visuaalisia taitoja, muistia, tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta kuvaavien testimuuttujien pistemäärät ja koko kuusi kuukautta kestäneen intervention vaikutuksia kuvaavat mer-

Taulukko 5. Kognitiiviset toiminnot.

	Musiikkipainotteinen ryhmä (n = 14)				Yleistietopainotteinen ryhmä (n = 13)				Verrokkiryhmä (n = 13)			
	Tutkimuskerta				Tutkimuskerta				Tutkimuskerta			
	I	II	III	p <sup>a)</sup>	I	II	III	p <sup>a)</sup>	I	II	III	p <sup>a)</sup>
<b>Kielelliset kyvyt</b>												
<b>Sanasujuvuus (CERAD)</b>	14.9 (5.9)	12.8 (5.3)	13.1 (5.0)	.410	14.9 (4.0)	14.5 (4.9)	13.2 (5.0)	.072	14.6 (8.0)	13.6 (7.1)	14.3 (7.0)	.754
<b>Bostonin nimentätesti<sup>b)</sup></b>	47.4 (9.4)	45.6 (10.6)	46.7 (10.2)	.437	42.3 (11.0)	44.2 (9.7)	41.6 (10.1)	.041*	47.3 (7.8)	48.3 (8.9)	49.2 (9.0)	.350
<b>Token</b>	12.1 (3.3)	12.7 (3.4)	12.6 (3.7)	.358	12.9 (2.5)	14.1 (2.0)	13.5 (2.4)	.646	12.6 (3.9)	12.9 (3.0)	12.7 (4.0)	.836
<b>Visuaaliset kyvyt</b>												
<b>Kuutiotehtävät (WAIS-IV)</b>	21.9 (9.5)	22.2 (9.5)	21.1 (7.4)	.799	20.7 (8.5)	21.0 (8.6)	21.1 (6.3)	1.000	24.2 (11.6)	23.9 (12.3)	24.0 (9.3)	.807
<b>Numeroiden yliviivaus</b>	13.6 (2.8)	12.8 (3.1)	14.0 <sup>d)</sup> (2.1)	.458	13.2 (4.2)	13.0 (4.6)	13.8 (4.8)	.183	14.2 (3.6)	14.1 (3.9)	12.1 (4.0)	.003**
<b>Muisti</b>												
<b>WAIS-IV numerosarjat</b>	11.9 (2.5)	12.5 (2.2)	13.4 (3.0)	.018*	14.3 (2.2)	14.5 (1.6)	14.1 (2.8)	.915	13.5 (4.2)	13.6 (3.9)	13.3 (4.4)	.853
<b>Sanalistan summa (CERAD)</b>	14.9 (4.8)	15.2 (4.5)	14.1 (4.4)	.470	12.9 (4.4)	13.3 (5.6)	12.4 (4.5)	.502	14.6 (6.1)	15.2 (6.4)	16.5 (7.5)	.032*
<b>Looginen muisti, viive (WMS-R)<sup>d)</sup></b>	3.4 (3.3)	4.0 (4.0)	3.9 (3.8)	.978	2.5 (2.9)	2.6 (4.1)	2.4 (3.6)	.964	5.9 (5.3)	6.5 (6.2)	6.9 (7.5)	.828
<b>Tarkkaavaisuus ja toiminnan ohjaus</b>												
<b>Trail making A-osa</b>	84.2 (34.5)	78.4 (31.5)	78.7 (37.8)	.775	80.1 (38.8)	90.1 (36.0)	94.5 (39.9)	.295	80.1 (39.6)	74.2 (38.5)	79.4 (43.6)	.258
<b>FAB 4 ja 5</b>	14.2 (3.8)	14.0 (4.5)	12.6 (3.3)	.225	13.5 (3.2)	14.5 (4.0)	15.2 (3.6)	.315	15.1 (3.4)	15.1 (3.5)	12.6 (4.4)	.023*

Tiedot ovat muodossa keskiarvo (keskihajonta). CERAD = Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, WAIS-IV = Wechsler's Adult Intelligence Scale - Fourth edition, WMS-R = Wechsler's Memory Scale - Revised, FAB = Frontal Assessment Battery. a) Friedmanin testi, b) verrokkiryhmä n = 12, c) kertomus B, d) p < .05 II- ja III-tutkimusten parittainen vertailu.

\* p < .05, \*\* p < .01

kitsevyysarvot. Alkutilanteessa (I-tutkimus) musiikkipainotteinen ryhmä, yleistietopainotteinen ryhmä ja verrokkiryhmä eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi minkään kognitiivisen muuttujan osalta (Kruskall-Wallis).

Koko kuuden kuukauden seurantajaksoa tarkasteltaessa musiikkipainotteisessa ryhmässä havaittiin kohenemista auditiivista työmuistia edellyttävässä WAIS-numerosarjat tehtävässä ( $F_R = 8.000$ ,  $df = 2$ ,  $p < .05$ ). Muissa kognition osa-alueissa ei havaittu muutoksia kuuden kuukauden seurannassa. Yleistieto-

painotteisen ryhmän koko kuuden kuukauden seurantajaksoa tarkasteltaessa havaittiin Bostonin nimentätestin pistemäärissä tilastollisesti merkitsevä heikentyminen ( $F_R = 6.391$ ,  $df = 2$ ,  $p < .05$ ), muita tilastollisesti merkitseviä muutoksia ei todettu. Verrokkiryhmässä havaittiin koko kuuden kuukauden kestäneen seurannan myötä tilastollisesti merkitsevä heikentyminen visuaalista prosessointinopeutta arvioivassa numeroiden yliviivaus-tehtävässä ( $F_R = 11.455$ ,  $df = 2$ ,  $p < .01$ ) ja tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta arvi-

Taulukko 6. Mieliala.

	Musiikkipainotteinen ryhmä (n = 14)				Yleistietopainotteinen ryhmä (n = 13)				Verrokkiryhmä (n = 13)			
	Tutkimuskerta				Tutkimuskerta				Tutkimuskerta			
Mieliala	I	II	III	p <sup>a)</sup>	I	II	III	p <sup>a)</sup>	I	II	III	p <sup>a)</sup>
<b>GDS-15</b>	2.1 (1.4)	2.3 (1.2)	2.6 (2.3)	.976	4.2 (2.5)	4.2 (3.2)	3.6 (3.0)	.457	4.0 (3.1)	4.1 (3.0)	4.3 (3.1)	.683
<b>Cornell<sup>b)</sup></b>	12.4 (4.8)	10.3 <sup>c)</sup> (5.3)	12.0 (6.5)	.219	11.6 (5.9)	12.8 (5.4)	12.8 (5.9)	.571	9.0 (6.1)	8.5 (4.7)	10.7 <sup>d)</sup> (6.3)	.155

Tiedot ovat muodossa keskiarvo (keskihajonta). GDS-15 = Geriatric depression scale, muistisairaana oma arvio mielialastaan. Cornell = Cornellin mieliala-asteikko, omaisen arvio muistisairaana mielialasta. a) Friedmanin testi, b) verrokkiryhmä n = 11, c) p < .05 I- ja II- tutkimusten parittainen vertailu, d) p < .05 II- ja III-tutkimusten parittainen vertailu.

oivassa FAB-testipistemäärässä ( $F_R = 7.542$ ,  $df = 2$ ,  $p < .05$ ). Lisäksi verrokkiryhmässä todettiin kuusi kuukautta kestäneen seurannan myötä tilastollisesti merkitsevä koheneminen CERAD-tehtäväsarjan sanalistan oppimistehävässä ( $F_R = 6.865$ ,  $df = 2$ ,  $p < .05$ ).

Tämän jälkeen tutkittiin erikseen kaksi kuukautta kestäneen ryhmäkuntoutusjakson vaikutuksia sekä neljä kuukautta kestäneen, itsenäisesti tablet-tietokoneella tapahtuneen harjoittelujakson vaikutuksia. Parittaisissa vertailuissa todettiin musiikkipainotteisessa ryhmässä numeroiden yliviivaus -tehtävässä merkitsevä koheneminen itsenäisen kotiharjoittelujakson aikana (II- ja III-tutkimusten välillä) (Wilcoxon,  $Z = -2.268$ ,  $p < .05$ ). Yleistietopainotteisen ryhmän osalta ei erillisissä parivertailuissa havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta kahden kuukauden ryhmäkuntoutusjakson aikana (I- vs. II-tutkimus) eikä myöskään neljän kuukauden pituisen kotiharjoittelun aikana (II- vs. III-tutkimus). Myöskään verrokkiryhmässä ei todettu tilastollisesti merkitseviä muutoksia parittaisissa vertailuissa (I- vs. II-tutkimus ja II- vs. III-tutkimus).

## Mieliala

Mielialaa arvioitiin GDS-15-haastattelulla, joka perustui muistisairaiden omaan arvioon sekä Cornellin mieliala-asteikolla, joka perustui omaisten arvioon muistisairaana mielialasta.

Musiikkipainotteisen ryhmän, yleistietopainotteisen ryhmän tai verrokkiryhmän mielialassa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä muutoksia koko kuusi kuukautta kestäneen tutkimusseurannan aikana (taulukko 6). Tulos oli samanlainen sekä muistisairaiden itsearviointien että omaisten arviointien perusteella.

Lisäksi tarkasteltiin erikseen kahden kuukauden pituisen intensiivisen kuntoutusjakson vaikutuksia ja sitä seuranneen neljän kuukauden pituisen kotikuntoutusjakson erillisvaikutuksia mielialaan. Musiikkipainotteiseen ryhmään osallistuneiden mielialassa todettiin omaisen arvioon perustuen (Cornellin mieliala-asteikko) tilastollisesti merkitsevä koheneminen I- ja II-tutkimusten välillä (Wilcoxon:  $Z = -2.007$ ,  $p < .05$ ). Intervention neljän kuukauden itsenäisen kotiharjoittelujakson aikana (II- ja III-tutkimusten välillä) musiikkipainotteiseen ryhmään osallistuneiden mielialassa ei todettu merkitseviä muutoksia. Yleistietopainotteisessa ryhmässä ei todettu parittaisissa vertailuissa muutoksia mielialamuuttujien pistemäärissä. Sen sijaan verrokkiryhmän mielialaoireet voimistuivat omaisen arvioimina (Cornellin mieliala-asteikko) merkitsevästi II- ja III-tutkimusten välillä ( $Z = -1.97$ ,  $p < .05$ ). Muistisairaiden itsearviointiin perustuvissa GDS-15-pisteissä ei parittaisissa vertailuissa todettu muutoksia missään ryhmässä.

## Pohdinta

Neuropsykologisella seurantatutkimuksella pyrittiin selvittämään musiikillisiin menetelmiin ja vaihtoehtoisesti kielelliseen kommunikaatioon painottuvan vuorovaikutuksen sekä niitä seuranneen itsenäisen tablet-tietokoneharjoittelun vaikutuksia muistisairaiden mielialaan ja kognitiivisiin toimintoihin. Tavoitteena oli selvittää, miten musiikkipainotteisessa ja yleistietopainotteisessa ryhmässä toteutetut, muistisairaana ja omaisen välisen vuorovaikutuksen lisäämiseen tähdänneet interventiot eroavat vaikutuksiltaan. Erityisesti oltiin kiinnostuneita siitä, voidaanko interventioiden avulla lievittää muistisairaana mielialaoireita ja kielellisiä vaikeuksia ja siten helpottaa muistisairaana ja omaisen kommunikaatiota. Lisäksi haluttiin selvittää, miltä osin intensiivinen ryhmäkuntoutusjakso (0–2 kk) ja toisaalta itsenäinen kotiharjoittelujakso (2–6 kk) vaikuttavat mielialaan ja kognitioon. Koko kehittämishankkeen sisältöä ja tuloksia on kuvattu tarkemmin erillisessä raportissa (Kurki ym. 2015).

Musiikkipainotteiseen ryhmään osallistuneiden muistisairaiden kielellisessä työmuistissa havaittiin tilastollisesti merkitsevää kohentumista tarkasteltaessa kuuden kuukauden ajanjaksoa. Tulos on linjassa aiempien tutkimusten kanssa. Särkämö ym. (2013) havaitsivat laulamiseen perustuvan musiikki-intervention vaikuttavan positiivisesti lyhytkestoiseen muistiin ja työmuistiin välittömästi interventiojakson päätyttyä, mutta ei enää kuuden kuukauden kuluttua sen jälkeen. Tietokoneella esitettyjen musiikkikappaleiden sanojen seuraaminen edellytti tarkkaavaisuutta ja sanojen prosessoimista mielessä. Kappaleen tauon koittaessa muistisairaana oli kyettävä säilyttämään ennen taukoa esiintyneet sanat mielessään ja luettava samanaikaisesti läpi harjoitusohjelman tarjoamat vaihtoehdot kappaleen jatkumisesta. Onkin mahdollista, että ryhmäkuntoutuksen lisäksi tablet-tietokoneella tapahtunut musiikkiharjoittelu vaikutti myönteisesti kielelliseen työmuistiin. Työmuistin kohentumisesta teknologia-avusteisen harjoittelun yhteydessä on saatu tieteellistä näyttöä (Kueider 2012). Todettu työmuistin tehostumi-

nen sopii myös aivokuvantamistutkimusten perusteella saatuihin havaintoihin siitä, että moniäänisen musiikin kuuntelu aktivoi useita neuraalisia piirejä, joista osa liittyy työmuistiin ja tarkkaavaisuuteen (Janata ym. 2002). Toisaalta tiedetään, että masennuksen yhteydessä työmuistin toiminta voi heikentyä otsalohkopiirien toiminnan heikentyessä (Gohier ym. 2009). Siten musiikkipainotteisessa ryhmässä todetut myönteiset muutokset mielialassa ja kielellisessä työmuistissa voivat olla vuorovaikutuksessa keskenään.

Musiikkipainotteisessa ryhmässä havaittiin tilastollisesti merkitsevää kohentumista tarkkaavaisuudessa ja visuaalisessa prosessointinopeudessa itsenäisen kotiharjoittelujakson aikana (2–6 kk). Eniten näyttöä tietokoneella tapahtuvan kognitiivisen harjoittelun myönteisestä vaikutuksesta kognitioon on saatu työmuistin, toiminnan ohjauksen ja prosessointinopeuden osalta (Kueider 2012). Ikäihmisillä visuaalisen prosessointinopeuden on todettu kohentuvan kuukauden kestäneen säännöllisen ja intensiivisen tietokonepelin (Nintendo, Brain Age) pelaamisen myötä (Nouchi ym. 2012), ja tablet-tietokoneen ja sen sovellusten käytön aktiivisen opettelu on todettu vaikuttavan myönteisesti ikäihmisten prosessointinopeuteen (Chan ym. 2014). Siten nyt todettu visuaalisen prosessointinopeuden kohentuminen sopii aiemmin tieteellisissä tutkimuksissa teknologisen harjoittelun myötä todettuihin myönteisiin muutoksiin. Yleistietopainotteisessa ryhmässä näiden toimintojen taso säilyi vakaana. Sen sijaan verrokki-ryhmässä tuli esille tilastollisesti merkitsevää tarkkaavaisuuden ja visuaalisen prosessointinopeuden sekä toiminnan ohjauksen heikentymistä tarkasteltaessa kuuden kuukauden seurantajaksoa. Tablet-tietokoneella toteutettu harjoittelu mahdollisesti ylläpiti yleistietopainotteisessa ryhmässä näitä toimintoja ja musiikkipainotteisessa ryhmässä jopa kohensi tarkkaavaisuutta ja visuaalista prosessointinopeutta verrattuna verrokkeina toimineisiin muistisairaisiin. Toisaalta on kiinnostavaa, että kotiharjoittelun määrä ei selittänyt musiikkipainotteisessa ryhmässä havaittua positiivista vaikutusta, sillä harjoittelumäärät jäivät



musiikkipainotteisessa ryhmässä vähäisemmiksi kuin yleistietopainotteisessa ryhmässä.

Muistisairaiden mielialassa ei todettu misään ryhmässä tilastollisesti merkitsevää muutosta, kun tarkasteltiin koko kuusi kuukautta kestäneen kuntoutusjakson vaikutusta. Tarkasteltaessa erikseen ryhmäkuntoutusjakson ja itsenäisen kotiharjoittelujakson vaikutuksia havaittiin musiikkipainotteisessa ryhmässä mielialan kohentuneen kaksi kuukautta kestäneen ryhmäkuntoutusjakson aikana, mutta neljän kuukauden kotiharjoittelujakson aikana havaittiin trendiä oireiden palautumisesta lähelle alkutilannetta. Intensiivisemmän ryhmäkuntoutuksen aikainen mielialan kohentamiseen viittaava tulos vastaa aiempia muistisairaita koskeneita musiikkiterapiatutkimusten tuloksia (Guetin ym. 2009, Särkämö ym. 2013). Guetin ym. (2009) totesivat mielialassa myönteisiä muutoksia vielä kaksi kuukautta yksilöllisen neljä kuukautta kestäneen mielmusiikin kuunteluun perustuvan interventioon päättymisen jälkeen. Särkämö ym. (2013) taas osoittivat musiikkikuntoutuksen kohentaneen mielialaa välittömästi kymmenen viikkoa kestäneen ryhmäkuntoutusjakson päätyttyä, mutta eivät havainneet merkitsevää kohonemista enää kuusi kuukautta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Kuntoutusjakson kesto voi vaikuttaa kuntoutuksen tuloksellisuuteen (Ueda ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa todettu mielialan kohentuminen perustui omaisten tekemiin arvioihin. Toisin kuin Guetin ym.:iden (2009) tutkimuksessa, muistisairaiden itsearviointeissa (GDS-15) ei todettu muutosta kuntoutuksen myötä. On mahdollista, että tutkimustulosten erot selittyvät arviointimenetelmien eroilla. Guetin ym. käyttivät pidempää 30 kohdan kyselymenetelmää, joka voi olla erotelukyvyllään tarkempi kuin tässä tutkimuksessa käytetty lyhyempi versio GDS-15. Aivojen toiminnallisten kuvantamistutkimusten avulla on osoitettu, miten musiikin aktivoiva vaikutus tulee esille keskushermoston toiminnassa. Tunteita herättävän musiikin kuuntelemisen on havaittu aktivoivan aivojen limbisen järjestelmän osarakenteita, jotka osallistuvat tunteiden ja motivaation säätelyyn (Blood

et Zatorre 2001), ja tämä keskushermostossa todettu aktivaatio voi selittää musiikin vaikutusta mielialaan. Toisin kuin musiikkipainotteisessa ryhmässä, yleistietopainotteisessa ryhmässä ei todettu mielialan kohonemista. Yhdessä aiempien tutkimusten kanssa tämän voi tulkita vahvistavan musiikkiterapeutistien menetelmien (esim. Guetin ym. 2012) asemaa muistisairaiden mielialaoireiden lievittämisessä verrattuna kognitiivisesti painottuneisiin interventioihin (Woods ym. 2012, Bahar-Fuchs ym. 2013).

Yleistietopainotteisessa ryhmässä mieliala pysyi vakaana koko kuntoutusjakson ajan, sen sijaan verrokkiryhmässä mielialaoireet lisääntyivät kahden ja kuuden kuukauden välillä seurannan alkamisesta. Yleistietopainotteisessa ryhmässä toteutettuun interventioon osallistuminen ja itsenäinen kotiharjoittelu saattoivat siten ehkäistä mielialaoireiden lisääntymistä. Ei kuitenkaan voida poissulkea sitä, että verrokkiryhmässä tapahtunut mielialaoireiden lisääntyminen kahden ja kuuden kuukauden välillä liittyi pitkään odotusaikaan ennen kuntoutusryhmään pääsyä. Viimeaikaisten Cochrane-katsausten (Woods ym. 2012, Bahar-Fuchs ym. 2013) perusteella kognitiivisesti painottuneilla interventioilla ei ole osoitettu muistisairaiden mielialaa kohentavia vaikutuksia, vaikka näyttöä kognitiivisten toimintojen ja kommunikaation tehostumisesta sekä sosiaalisten taitojen ja elämänlaadun kohonemisesta on saatu erityisesti kognitiivisessa stimuloititerapiassa. Tässä tutkimuksessa yleistietopainotteisessa ryhmässä toteutetulla kielelliseen kommunikaatioon ja tietokilpailuihin painottuvalla interventiolla ei havaittu kognitiivisia toimintoja kohentavaa vaikutusta eikä kielellisten ongelmien lievittymistä. Vaikka yleistietopainotteiseen ryhmään osallistuneiden muistisairaiden nimeämiskyvyssä oli nähtävissä lievää kohonemistrendiä ryhmäkuntoutuksen aikana, havaittiin nimeämiskyvyn merkitsevää heikentymistä tarkasteltaessa kuuden kuukauden ajanjaksoa. Koska ryhmiin jakautuminen ei tapahtunut satunnaistamalla vaan myös osallistujien omia toiveita kuultiin, on mahdollista, että osa voimakkaammista kielellisistä vaikeuksista alun perin kär-

sineistä muistisairaista ohjautui omaisen toimomuksesta yleistietopainotteiseen ryhmään, mihin viittaa ryhmän marginaalisesti heikompi nimeämiskyky alkuvaiheessa.

Tässä tutkimuksessa yleistietopainotteisessa ryhmässä toteutettu interventiomuoto ohjautui tietämykseen Alzheimerin taudin kielellisistä ongelmista (esim. Pekkala 2004). Koska Alzheimerin taudin alkuvaiheessa tyypilliset kielelliset muutokset ovat semanttiseen muistiin liittyviä nimeämisen, sanan löytämisen ja ymmärtämisen vaikeuksia, kuntoutuksessa pyrittiin aktivoimaan sanan hakua ja sanamerkityksiä. Yleistietopainotteisessa ryhmässä toteutetulla interventiolla oli yhtymäkohdita erityisesti kognitiivisen stimuloititerapian kanssa, joka sisältää yleensä ryhmässä toteutettavia aktiviteetteja, kuten sanaharjoituksia ja pelejä, muistelua ja keskusteluja. Yleensä kuntoutus kohdistuu vain muistisairaisiin, toisin kuin nyt, kun ryhmässä olivat mukana myös omaiset. Kognitiivisen stimuloititerapian myönteisistä vaikutuksista on näyttöä interventioissa, joiden tuntimääräinen kokonaiskesto on vaihdellut kymmenen tunnin ja jopa 375 tunnin välillä (mediaani 30 tuntia), ja viikoittaiset kuntoutuskerrat ovat vaihdelleet 1–5 kerran välillä (mediaani 3 kertaa/viikko) (Woods ym. 2012). Tässä tutkimuksessa muistisairaille toteutettu intensiivinen ryhmämuotoinen kielelliseen kommunikaatioon painottuva osuus kokonaisinterventiosta oli tuntimääräiseltä kokonaiskestoltaan yhdeksän tuntia. On mahdollista, että etenevässä sairaudessa kuntoutuksen tulee olla pidempikestoista ja intensiivisempää ollakseen tuloksellista.

Tutkimustulosten merkitystä voi heikentää ryhmiin satunnaistamisen puute ja ryhmiin valikoitumiseen liittyvä mahdollinen vinoutuma, minkä vuoksi tuloksiin on suhtauduttava varovaisesti ja niitä voidaan pitää vain suuntaa antavina. Ryhmien pienestä koosta johtuen jokaisen ryhmän tuloksissa voi olla mukana satunnaisvaihtelua. Erityisesti verrokkiryhmällä osa suorituksista heikentyi, kun taas kielellinen oppiminen kohentui tutkimusjakson aikana. Vaikka keskiarvovertailun perusteella ryhmien kognitiivinen toimintakyky ei eronnut alkutilanteesta, yleisen kognitiivisen ta-

son mediaaneja tarkasteltaessa havaittiin verrokkiryhmän osalta vinoutta, jossa painottui muita ryhmiä parempi yleinen kognitiivinen suoritustaso (MMSE-pisteiden mediaani). Verrokkiryhmän marginaalisesti parempi yleinen kognitiivinen taso saattaa osin selittää havaittua kielellisen oppimisen kohentumista. Lisäksi interventioyryhmiin osallistuneet kohtasivat useita kielellisen oppimisen tilanteita osana interventioita, jolloin testitehtävä on saattanut herkemmin sekoittua muihin oppimistehtäviin. Sen sijaan verrokkiryhmä ei tutkimustilanteiden välillä todennäköisesti ole altistunut samankaltaisille sekoittaville tekijöille, jolloin toistomittauksiin liittyvä oppimisvaikutus on saattanut olla voimakkaampaa. Tutkimusmenetelmissä ei ollut mukana arjen toimintakyvyn arviointimenetelmää (ADL-toiminnot), minkä takia tulosten yleistettävyyttä muistisairaiden arkeen on epävarmaa. Tutkimuksessa oli mukana Alzheimerin tautia sairastavien lisäksi myös muutama muuta dementiaa sairastava. Alzheimerin tautia sairastavien suhteellinen osuus tutkimusjoukossa oli 78 %, joka vastaa melko hyvin sen osuutta kaikista demensioista koko väestössä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että musiikillisiin menetelmin toteutettu, vuorovaikutusta edistävä ryhmäkuntoutus voi olla hyödyllistä kognitiivisen toimintakyvyn ja mielialan osalta dementiaiden yhteydessä. Tutkimusasetelmaan liittyi kuitenkin rajoitteita. Tutkimuksessa ei käytetty satunnaistettua asetelmaa, tutkimusryhmät olivat pieniä ja vaikutuksia arkeen tutkittiin puutteellisesti. Täten saatuja tuloksia voidaan pitää vain suuntaa antavina. Jatkossa edellä mainitut seikat tulisi huomioida dementiaan liittyviä kuntoutusvaikutuksia tutkittaessa.

### Tiivistelmä

Tutkimuksessa selvitettiin musiikillisiin menetelmiin ja vaihtoehtoisesti kielelliseen kommunikaatioon painottuvan vuorovaikutuksen ja tablet-tietokoneavusteisen harjoittelun vaikutuksia lievää

dementiaa sairastavien kognitiivisiin toimintoihin ja mielialaan. Ensimmäisten kahden kuukauden aikana muistisairaat osallistuivat pienryhmissä musiikillisiin menetelmin toteutettuun interventioon tai yleistietoa hyödyntävään, kielellistä kommunikaatiota painottavaan interventioon. Lisäksi heillä oli käytössään itsenäistä harjoittelua varten tablet-tietokone koko 6 kk kestäneen tutkimusjakson ajan. Verrokkiryhmään kuuluvat eivät osallistuneet tutkimusjakson aikana kuntoutukseen. Musiikkipainotteiseen ryhmään (n = 14), yleistietopainotteiseen ryhmään (n = 13) ja verrokkiryhmään (n = 13) osallistuneille muistisairaille tehtiin neuropsykologinen tutkimus kolmesti (0 kk, 2 kk ja 6 kk). Tulokset osoittivat musiikkipainotteisessa ryhmässä työmuistin kohentuvan tarkasteltaessa 6 kk:n ajanjaksoa. Lisäksi tarkasteltaessa erikseen ryhmäkuntoutusjakson (0–2 kk) ja itsenäisen kotiharjoittelujakson vaikutuksia (2–6 kk), todettiin musiikkipainotteisessa ryhmässä mielialan kohentuvan ryhmäkuntoutusjakson ajan ja tarkkaavuuden ja visuaalisen prosessointinopeuden kohentuvan itsenäisen harjoittelun myötä. Yleistietopainotteisessa ryhmässä toteutetulla interventiolla ei todettu myönteistä vaikutusta kognitioon. Verrokkiryhmässä todettiin tarkkaavuuden ja visuaalisen prosessointinopeuden sekä toiminnan ohjauksen heikentymistä mutta oppimisen kohenemistä tarkasteltaessa 6 kk:n tutkimusjaksoa. Lisäksi erillisissä parivertailuissa todettiin mielialan heikentymistä 2–6 kk:n välillä. Musiikillisia menetelmiä sisältävä monimenetelmällinen kuntoutus voi siten olla hyödyllistä kielellisen työmuistin kohentamisessa ja mielialaoireiden lievittämisessä dementiaa sairastavien yhteydessä. Itsenäinen tablet-tietokoneella tapahtuva harjoittelu voi kohentaa tarkkaavaisuutta ja visuaalista prosessointinopeutta sekä ylläpitää toiminnan ohjauksen tasoa. Nämä alustavat tulokset tulisi jatkossa todentaa suuremmilla ryhmillä ja satunnaistetulla asetelmalla.

## Abstract

*The effects of multi-methodological group intervention on cognition and mood of subjects with dementia – A study on the rehabilitation model developed in the "Mutual Tone" project*

The aim of this study was to determine the effects of musical or alternatively verbal communication and tablet-PC assisted guidance on cognition and mood of subjects with mild dementia. During the first two months dementia patients took part in a musically oriented intervention or verbally oriented intervention carried out in small groups. In addition, for the independent training they were given tablet computers for the entire 6 months long intervention period. The control subjects did not take part in intervention. The subjects of the musically oriented group (n=14), verbally oriented group (n=13) and control group (n=13) were studied three times with neuropsychological methods (0, 2 and 6 months). The results showed improvement of working memory when studied over the 6 months intervention period in the musically oriented group. Further, the effects of group intervention period (0-2 months) and independent tablet-PC training period (2-6 months) were compared. In the musically oriented group there was an improvement of mood during the group intervention period and improvement of attention and visual processing speed during the independent training period. The verbally oriented intervention group did not show any positive effects on cognition. In the control group attention, visual processing speed and executive functions declined but learning improved when studied during the 6 months period. Further, mood deteriorated during the 2-6 months period. Thus, musically oriented multi-methodological rehabilitation methods may be useful in improving verbal working memory and alleviating mood symptoms in dementia. Independen-

dent tablet-PC training may improve attention and visual processing speed and sustain executive functions. Further studies with larger study groups and randomized design are needed to verify these preliminary results.

**Pirjo Vantanan, PsM, neuropsykologiaan erikoistuva psykologi, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (Carea) neurologian poliklinikka ja Kuntoutussäätiö**

**Erja Poutiainen, FT, kliinisen neuropsykologian dosentti, tutkimusjohtaja, Kuntoutussäätiö**

**Helena Launiainen, KM, erikoistoimintaterapeutti, kehittämispäällikkö, Miina Sillanpään Säätiö**

**Merja Kurki, PsT, psykoterapeutti, eläkkeelle jäänyt tutkimuspäällikkö, Miina Sillanpään Säätiö**

## Lähteet

- Aguirre E, Hoare Z, Spector A, Woods RT, Orrell M (2014) The effects of a cognitive stimulation therapy [CST] programme for people with dementia on family caregivers' health. *BMC Geriatrics* 14, 31–36.
- Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, Woods B, Hoe J, Orrell M (2013) Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia - who benefits most? *Int J Geriatr Psychiatry* 28, 284–290.
- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA (1988) Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry* 23, 271–284.
- Arroyo-Anlló EM, Díaz JP, Gil R (2013) Familiar music as an enhancer of self-consciousness in patients with Alzheimer's disease. *BioMed Research International*, 2013.
- Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B (2013) Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1–103. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.pub2.
- Bayles KA (2003) Effects of working memory deficits on the communicative functioning of Alzheimer's dementia patients. *Journal of Communication Disorders*, 36, 209–219.
- Blood AJ, Zatorre RJ (2001) Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98, 20, 11818–11823.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL (1982) Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist* 1, 37–43.
- Brottons M, Koger SM (2000) The Impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 3, 183–195.
- Chan M, Haber S, Drew LM, Park DC (2014) Training older adults to use tablet computers: Does it enhance cognitive function? *The Gerontologist*, gnu057.
- Chu H, Yang CY, Lin Y, Ou KL, Lee TY, O'Brien AP, Chou KR (2013) The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological research for nursing*, 1099800413485410.
- Cipriani G, Bianchetti A, Trabucchi M (2006) Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 3, 327–335.
- Clare L, Woods RT (2004) Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 4, 385–401.
- De Renzi A, Vignolo LA (1962) Token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain: A Journal of Neurology* 85, 665–678.
- De Vreese LP, Neri M, Fioravanti M, Belloi L, Zanetti O (2001) Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. *International journal of geriatric psychiatry*, 16, 8, 794–809.
- Done DJ, Thomas JA (2001) Training in communication skills for informal carers of people suffering from dementia: a cluster randomized clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 8, 816–821.
- Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B (2000) The FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology* 55, 1621–1626.
- Farrell MT, Zahodne LB, Stern Y, Dorrejo J, Yeung P, Cosentino S (2014) Subjective word-finding difficulty reduces engagement in social leisure activities in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*, 62, 1056–1063.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Minimal state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12, 189–198.
- Forbes-McKay K, Shanks MF, Venneri A (2013) Profiling spontaneous speech decline in Alzheimer's disease: a longitudinal study. *Acta Neuropsychiatrica*, 25, 6, 320–327.
- Gohier B, Ferracci L, Surguladze SA, Lawrence E, El

- Hage W, Kefi MZ, Allain P, Garre JB, Le Gall D (2009) Cognitive inhibition and working memory in unipolar depression. *Journal of affective disorders*, 116, 1, 100–105.
- Guetin S, Charras K, Berard A, Arbus C, Berthelon P, Blanc F, Blayac JP, Bonte F, Bouceffa JP, Clement S, Ducourneau G, Gzil F, Laeng N, Lecourt E, Ledoux S, Platel H, Thomas-Anterion C, Touchon J, Vrait FX, Leger JM (2012) An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: A report of a French expert group. *Dementia* 12, 5, 619–634.
- Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen AL, Cano MM, Lecourt E and Touchon J (2009) Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomised, controlled study. *Dementia Geriatr Cogn Disord*, 28, 1, 36–46.
- Häikiö J, Wallin A, Isomursu M, Ailisto H, Matinmikko T, Huomo T (2007) Touch-based user interface for elderly users. In *Proceedings of the 9th international conference on Human computer interaction with mobile devices and services* (pp. 289–296). ACM.
- Imbeault H, Bier N, Pigot H, Gagnon L, Marcotte N, Fulop T, Giroux S (2014) Electronic organiser and Alzheimer's disease: Fact or fiction? *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 1, 71–100.
- Janata P, Tillmann B, Bharucha JJ (2002) Listening to polyphonic music recruits domain-general attention and working memory circuits. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 2, 2, 121–140.
- Koger SM, Chapin K, & Brotons M (1999) Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *Journal of Music Therapy*, 36, 1, 2–15.
- Kueider AM, Parisi JM, Gross AL, Rebok GW (2012) Computerized cognitive training with older adults: A systematic review. *PloS one*, 7, 7, e40588.
- Kurki M, Launiainen H, Laitinen S, Poutiainen E, Vantanen P, Eskelinen A, Soikkeli E, Sarmas K (2015) Yhteinen Sävel – Kotona asuvan muistisairaana teknologia-avusteinen kuntoutus. Tutkimus- ja kehittämishankkeen raportointi. Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja B:38. Grano Oy, Vantaa.
- Laine M, Koivuselkä-Sallinen P, Hänninen R, Niemi J (1997) Bostonin nimentätesti. *Psykologien Kustannus Oy, Helsinki*.
- Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry (2005) Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 11, 1996–2021.
- Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S (2002) Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Jama*, 288, 12, 1475–1483.
- Mapelli D, Di Rosa E, Nocita R, Sava D (2013) Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 3, 1, 263–271.
- Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J (1996) The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 1, 130–135.
- Muistisairaudet (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 7.8.2015). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)
- Neely AS, Vikstrom S, Josephsson S (2009) Collaborative memory intervention in dementia: caregiver participation matters. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19, 5, 696–715.
- Nouchi R, Taki Y, Takeuchi H, Hashizume H, Akitsuki Y, Shigemune Y, Sekiguchi A, Kotozaki Y, Tsukiura T, Yomogida Y, Kawashima R (2012) Brain training game improves executive functions and processing speed in the elderly: a randomized controlled trial. *PloS one*, 7, 1, e29676.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñoz R (2010) Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161–178.
- Pekkala S (2004) Semantic fluency in mild and moderate Alzheimer's disease. Helsinki: Helsingin yliopiston fonetiikan laitoksen julkaisuja, 47. <http://ethesis.helsinki.fi/>
- Potkins D, Myint P, Bannister C, Tadros G, Chithramohan R, Swann A, O'Brien J, Fossey J, George E, Ballard C, Margallo-Lana M (2003) Language impairment in dementia: Impact on symptoms and care needs in residential homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 18, 11, 1002–1006.
- Poutiainen E, Kalska H, Laasonen M, Närhi V, Räsänen P (2010) Trail Making -testi. *Psykologien Kustannus Oy, Helsinki*.
- Pulliaainen V, Hokkanen L, Salo J, Hänninen T (1999) CERAD, Kognitiivinen tehtäväsarja. Suomen Alzheimer-tutkimusseura, Helsinki.

- Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D, Trabucchi M (2008) Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22, 2, 158–162.
- Sulkava R (2010) Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Teoksessa *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Svansdottir HB, Snaedal J (2006) Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *Int Psychogeriatr*, 18, 4, 613–21.
- Särkämö T, Huotilainen M (2012) Musiikkia aivoille läpi elämän. *Suomen Lääkärilehti*, 17, 1334–1339.
- Särkämö T, Tervaniemi M, Laitinen S, Numminen A, Kurki M, Johnson JK, Rantanen P (2013) Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *The Gerontologist*, 54, 4, 634–650.
- Talassi E, Guerreschi M, Feriani M, Fedi V, Bianchetti A, Trabucchi M (2007) Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 391–9.
- Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi SI (2013) Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12, 2, 628–641.
- Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W, Dom R (2004) Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18, 3, 253–260.
- Vink A, Zuidersma M, Boersma F, de Jonge P, Zuidema SU and Slaets JP (2014) Effect of music therapy versus recreational activities on neuropsychiatric symptoms in elderly adults with dementia: An exploratory randomized controlled trial. *JAGS*, 62, 2, 392–393.
- Wechsler D (1996) Wechsler Memory Scale (revised). Psykologien Kustannus Oy, Helsinki.
- Wechsler D (2012) Wechsler Adult Intelligence Scale – neljäs laitos. Psykologien Kustannus Oy, Helsinki.
- Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M (2012) Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2
- Ylikoski R, Ylikoski A, Erkinjuntti T, Sulkava R, Keski-vaara P, Raininko R, Tilvis R (1998) Differences in neuropsychological functioning, associated with age, education, neurological status, and magnetic resonance imaging findings in neurologically healthy elderly individuals. *Applied Neuropsychology* 5, 1–14.

# LASTENSUOJELUN ERITYISYKSIKKÖÖN SIJOITETTUJEN LASTEN PSYYKKISEN OIREHDINNAN LAAJA-ALAISUUS

## Intensiivihoidojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu

### Johdanto

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten mielenterveyden ongelmien erityisyys ja niiden edellyttämä kokonaisvaltainen hoito-ohjelma

Lastensuojelulain (2007) mukaan perusteet huostaanottoon ja sijaishuollon järjestämiseen täyttyvät, mikäli puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kasvuolosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai lapsi muutoin käyttäytymisellään vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään. Huostaanottoon ja sijaishuollon järjestämiseen voidaan kuitenkin ryhtyä vain, jos avohuollon palvelut eivätkä muut avohuollon tukitoimet ole lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia tai mahdollisia, taikka ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi ja sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen edun mukaista (40 §). Laitoshuolto nähdään viime sijaisena hoitopaikkana, joka järjestetään, jos lapsen sijaishuoltoa ei voida järjestää lapsen edun mukaisesti riittävien tukitoimien avulla perhehoidossa tai muualla (50 §). Sijaishuollon järjestämisessä on otettava lapsen edun mukaisella tavalla huomioon perheen jälleenyhdistämisen tavoite (4 §).

Tutkittaessa kodin ulkopuolelle sijoittami-

sen väestötasoisia riskitekijöitä (Kestilä ym. 2012) tuloksissa tuli selviä eroja perhetekijöissä ja elinoloissa syntymähetkestä nuoruuteen asti kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja väestöverrokkien välillä. Useat peri- ja neonaalitekijät sekä kasvu- ja kehitysympäristöön liittyvät tekijät ennustavat kodin ulkopuolelle sijoitetuksi joutumista. Keskeisiin sijoituskasennustaviin tekijöihin kuuluvat vanhempien kouluttamattomuus, äidin mielenterveyden ongelmat, äidin yksinhuoltajuus lapsen syntymän hetkellä sekä perheen taloudelliset vaikeudet (Kestilä ym. 2012).

Väkivalta on yleinen syy lasten sijoitukseen kodin ulkopuolelle (Minnis ym. 2006; Reinikainen 2009; Tarren-Sweeney 2008b). Lapset, jotka on sijoitettu kodin ulkopuolelle vanhempana ja jotka näin ovat olleet alttiina ennen sijoitusta tapahtuneelle kaltoinkohdelle pidempään, voivat huonommin kuin hyvin nuorella iällä sijoitetut lapset (Tarren-Sweeney 2008b; Chambers ym. 2010). Sijaishuoltoon tullessaan lapset kärsivät monista kehityksellisistä ja mielenterveyteen liittyvistä ongelmista (Chambers ym. 2010; Tarren-Sweeney 2008a), ja heidän psykiatrisen oirehdintansa on todettu olevan voimakasta (Hukkanen 2002; Kaivosoja 1996; Kitinoja 2005; Lehto-Salo 2011; Manninen 2013; Pasanen

2001; Shin 2005; Sullivan & van Zyl 2008). Keskittymisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt ovat heillä yleisiä (Tarren-Sweeney & Hazell 2006; Minnis ym. 2006; Sawyer ym. 2007). Mitä vanhempana lapsi on sijoitettu kodin ulkopuolelle, sen enemmän mielenterveysongelmia hänellä tutkimusten mukaan ilmeni (Minnis ym. 2006; Egelund & Lausten 2009; Ford ym. 2007). Lisäksi voidaan todeta, että lasten psykiatrisen oirehinnan ja vakavien traumaperäisten oiremuotojen erotusdiagnoosiikka on haasteellista, koska niissä molemmissa esiintyy paljon samantyyppisiä oireita (Wieland 2011).

Viime aikoina on korostettu, että kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset muodostavat ryhmän, jonka tarpeet ovat ainutlaatuiset ja poikkeavat luonteeltaan muiden lastenpsykiatrian asiakkaiden tarpeista näiden lasten tietynlaisen taustan vuoksi (Tarren-Sweeney 2013, 2014). Sijoitettujen lasten kohdalla voidaan puhua kumulatiivisen riskin mallista, joka on heille tyypillisten mielenterveyden ongelmien taustalla. Ne ovat luonteeltaan biopsykososiaalisia siten, että niiden syntyy vaikuttavat lapsen kehityksen aikana monet seikat, jotka liittyvät lapsen perimään, raskaudenajan olosuhteisiin sekä lapsen kokemuksiin biologisessa perheessä ja sijoituksen aikana (Tarren-Sweeney & Hazel 2006; Tarren-Sweeney 2007, 2008a, 2008b; Minnis ym. 2006). Kumulatiivisen riskin malli ulottuu myös pidemmälle lapsen taustaan siten, että lapset ovat usein lähtöisin perheestä, joissa sosiaalisen ja taloudellisen ja psyykkisen huono-osaisuuden kasautuminen on voimakasta (Kataja ym. 2014). Sosiaalisten, psykologisten ja biologisten tekijöiden yhdistelmän on arvioitu tekevän huostaan otetut lapset erityisen alttiiksi myöhemmille ongelmille, kuten mielenterveyden häiriöille (Pilowsky 1995). Lastensuojelulasten oireprofiilin erityisyyden vuoksi on todettu tarvittavan monella eri systeemillä tasolla toimivia interventioita, jotka huomioivat samanaikaisesti lapsen laaja-alaisen ja kompleksisen oirekuvan erityispiirteet ja kehitysympäristön eri puolet (Tarren-Sweeney 2014), uudelleen traumatisoitumisen riskiä pienentävät kokonaisvaltai-

set hoito-ohjelmat (Sourander ym. 1997) sekä kasvatuksellisen lähtökohdan ja psykiatrisen hoidon integroivan hoitomallin (Haapasalo-Pesu 2012; Lehto-Salo 2011; Pasanen 2001).

Laitoshoidon positiivisten vaikutusten tunnistamisen ohella on kaivattu tarkempaa tutkimusta siitä, mitkä tekijät laitoshoidossa vaikuttavat lapsen kehitystä tukevalla tavalla (Knorth ym. 2008) ja miten lasten yksilölliset erot, kuten psyykkiset sairaudet, häiriöt sekä oppimiseen ja kommunikaatioon liittyvät erityiskysymykset vaikuttavat hoitoprosessin intensiivisyyteen (Känkänen & Pösö 2009). Rinnakkaistutkimuksissamme totesimme, että vanhempien kertomien ylisukupolvisten ja varhaiskehityksen aikaisten riskitekijöiden suhteen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmät erosivat varsinkin vähän toisistaan, ja riskitekijöiden kasautuminen oli molemmissa ryhmissä huolestuttavan voimakasta (Pasanen ym. 2015b). Sijaishuollossa jatkavien lasten psykiatrisen ja neuropsykiatrisen oirehinta oli kuitenkin voimakkaampaa intensiivihoidon aikana kuin hoitajakson jälkeen kotiin palaavilla lapsilla (Pasanen ym. 2015a). Perheen yhdistymistä selitti osaltaan perheiden toimintakyky ja erityisesti vanhemmuuden vahvistuminen hoitajakson aikana (Pasanen ym. 2015b).

Aikaisemmassa tutkimuksessa totesimme, että intensiivihoidon sijoitettujen lasten oirehinta erosi selvästi verrokkiryhmän lasten oirehinnasta vanhempien täyttämien Child Behavior Checklist (CBCL) -kyselylomakevastausten ja opettajien täyttämien Teacher Report Form (TRF) -kyselylomakevastausten (Achenbach 1991a, 1991b) perusteella arvioituna. Tutkimuksen lähtötasossa vanhempien ja opettajien vastausten perusteella 70–85 prosentilla intensiivihoidon lapsista ylittyi kliinisesti hälyttävänä pidetty 60 standardipisteen raja, kun verrokkiryhmässä 60 standardipisteen rajan ylitti 12–16 prosenttia lapsista (Honkinen & Pasanen 2011). Lasten oirehinnan voimakkuus lisää vanhempien stressiä, erityisesti silloin, kun lapsi reagoi samanaikaisesti sekä internalisoivalla että eksternalisoivalla oirehinnalla (Vaughan ym. 2014). Tässä tutkimuksessamme ha-



lusimme selvittää lapsen hoidon aikaisen oireprofiilin laaja-alaisuuden ja perheen yhdistymisen välistä yhteyttä. Perheen yhdistymisellä tarkoitetaan tutkimuksessa lapsen palaamista hoitajakson jälkeen asumaan joko toisen tai molempien biologisten vanhempien muodostamaan perheeseen.

#### Lastensuojelun ja -psykiatrian välimuodon palvelu: intensiivihoido

Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perheyön palvelualueella vuodesta 1999 toiminut intensiivihoido on metropolialueen lastensuojelun sijaishuollon erityisyksiköissä toteutettavaa kuntouttavaa hoitoa traumatisoituneille ja monimuotoisesti oirehtiville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Lasten oireet ilmenevät yleisimmin kiinnittymisvaikeuksina, käytöshäiriönä ja aggressiivisuutena, masennuksena, itsetuhoisuutena, neuropsykiatrisena oirehdintana, vakavina kouluvaikeuksina sekä päihteiden käyttönä. Hoitoon tulon taustalla on usein sairaalahoitoja tai tutkimusjakso, jossa on tehty arvio psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta. Intensiivihoidossa työskennellään lastensuojelun ja terveydenhuollon välimaastossa. Pyrkimyksenä on tarjota lapselle ja perheelle heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan suunniteltu kokonaisvaltainen hoitoprosessi, jossa hoidollinen, kasvatuksellinen ja psykiatrinen hoito keskittyvät samaan kasvuympäristöön.

Intensiivihoidon perustana on luoda lapsen kiinnittymiselle turvallinen ympäristö, joka rakentuu ennakoitavista, toistuvista päivä- ja viikko-ohjelmista. Keskeiset menetelmät ovat hoitavassa yhteisössä toteutettava terapeutin ja kuntouttava yksilöhoito sekä perhe- ja verkostotyö. Perinteisen ”säilyttävän” laitoshoidon sijasta intensiivihoidossa tavoitellaan määräaikaista, laitoksen ja perheen rajavyöhykkeellä toimivaa perhetukijärjestelmää. Hoitoprosessia ohjaa tavoitteellinen lapsen hoito- ja kasvatussuunnitelma sekä perheen kuntoutumissuunnitelma. Hoito alkaa arviointi- ja kiinnittymisvaiheella (3 kk), jota seuraa hoidon syventävä vaihe (15–24 kk) ja jatkohoidon valmisteluvaihe ja hoi-

don päättäminen (6 kk). Hoitoprosessista vastaa moniammatillinen hoitotiimi, joka arvioi hoitoprosessin etenemistä säännöllisesti toteutuissa hoitotiimeissä. Osastohoidon rinnalla lapsella ja perheellä on mahdollisuus saada lasten- ja nuorisopsykiatrisia, psykologisia ja perheterapiapalveluita sekä tarpeen mukaan neuropsykologisia, kuvataide- ja toimintaterapiapalveluita.

Perheterapeutisella työskentelyllä ja perheen kuntouttamisella pyritään tukemaan lastensuojeluasiakkaiden aktiivista osallisuutta hoidon vaikutusten aikaansaamisessa ja vahvistamaan lapsen luotettujen ihmissuhteiden jatkuvuutta. Tavoitteena on kokonaisvaltainen muutos lapsen ja perheen tilanteessa, jotta lapsen kehitys voisi jatkua turvallisesti kotona tai sopivaksi arvioidussa jatkohoitopaikassa. Tutkimusajankohtana Helsingissä ja Espoossa oli intensiivihoitopaikkoja neljässä eri yksikössä, yhteensä 56 paikkaa. Lisäksi kahdessa eri yksikössä oli tarjolla laitostuotoista intensiivihoidon jatkohoittoa, yhteensä 24 paikkaa. (Helsingin Diakonissalaitoksen kotisivut; Pasanen 2001, liite 2.)

Mikäli lapsen koulunkäynnissä on suuria haasteita, koululaisuuden ja oppimisvalmiuksien perustaitojen opettelu voi lähteä liikkeelle Pitäjänmäen hoito-osastojen yhteydessä sijaitsevassa Sophie Mannerheimin koulun koulukuntouttavassa luokassa tai Espoon yksiköiden yhteydessä sijaitsevassa Keinumäen koulun koulukuntouttavassa luokassa. Koululaisuuden ja oppimisvalmiuksien tukeminen perustuu tiiville, päivittäiselle yhteistyölle koulun kanssa. Koulukuntouttavan jakson jälkeen arvioidaan yhteistyössä koulun, hoitotahon ja huoltajien kanssa, onko lapsen käyttäytyminen riittävästi tasoittunut ja oppimisen perusvalmiudet vahvistuneet, jotta hän voisi siirtyä varsinaiseen sairaalakuuluun. Sairalakuulusta lapsi puolestaan voi siirtyä nivelluokalle, sopivaan pienryhmäopetukseen tai yleisopetukseen, kun lapsen koululaistaidot ovat riittävästi vahvistuneet (Sophie Mannerheimin ja Espoon Keinumäen koulun kotisivut). (Kuva 1.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan intensiivihoidon näyttäisivät valikoituvan hoito-

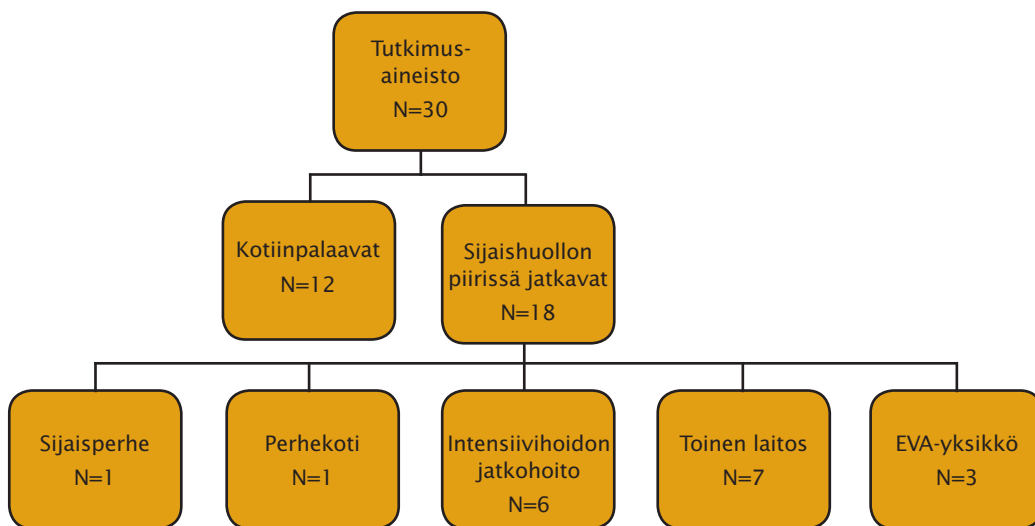


Kuva 1. Intensiivihoitomalli.

mallin tavoitteiden mukaisesti voimakkaasti oirehtivat lapset, jotka tarvitsevat intensiivihoidon tyypistä tiivistä terapeutista osastohoitoa. Tutkimustulosten mukaan 70–84 prosentilla intensiivihoidossa olevista lapsista on havaittu olevan vähintäänkin lievä psyykinen häiriö (Honkinen & Pasanen 2011; Pasanen 2001). Intensiivihoidosta tehtyjen tilastojen mukaan keskimäärin noin 30 % lapsista palaa hoitojakson jälkeen kotiin (Tilasto hoidosta lähteneistä...).

#### Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksessa selvitettiin lastensuojelun erityisyksikkösijoituksen jälkeiseen perheen yhdistymiseen vaikuttavia tekijöitä siten, että verrattiin intensiivihoidon aikaisen oireprofiilin laaja-alaisuutta sekä toimintakykyä niillä lapsilla, jotka palasivat hoitojakson jälkeen kotiin, ja niillä lapsilla, jotka jatkoivat sijaishuollon piirissä. Tutkimushypoteesina oli: *Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä psykiatrinen oireprofiili on keskimäärin laaja-alaisempi ja toimintakyky keskimäärin heikompi kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä.*



Kuva 2. Tutkimusaineisto

EVA-yksikkö on erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö. Intensiivihoidon jatkohoito on laitoshoidoa.

## Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimuksen osallistujat olivat kaikista neljästä intensiivihoidon yksiköstä kaikki 7–12-vuotiaat suomea äidinkielenään puhuvat lapset, joiden hoito alkoi välillä 1/2007–3/2009 ja joiden huoltajilta saatiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksesta tiedotettiin omahoitajille, vanhemmille ja opettajille. Intensiivihoidon käytäntöihin kuuluu Child Behavior Checklist (CBCL) - ja Teacher Report Form (TRF) -kyselylomakkeiden täyttö osana hoitoprosessia kaikkien lasten osalta. Tutkimuslupa haettiin Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupungeilta. Helsingin Diakonissalaitoksen eettinen toimikunta hyväksyi tutkimussuunnitelman ja sektorin johtaja myönsi tutkimusluvan. Yhteensä kohdeyhmän osallistujia oli 30, joista tyttöjä oli 6 ja poikia 24. Keskimäärin lasten ikä oli noin 10 vuotta (ka 10 v 4 kk, sd 1 v 9 kk) hoidon alkaessa. Tutkimuksessa verrattiin intensiivihoidojakson jälkeen kotiin palaavien (N = 12 / 40%) ja sijaishuollon piirissä jatkavien (N = 18 / 60%) lasten ryhmiä (kuva 2).

Asiakirja-aineistona toimi hoidosta vastaavan lasten- tai nuorisopsykiatrin kirjoittama hoitoyhteenveto. Lasten psyykkisen oirehinnan kartoittamisessa käytettiin Child

Behavior Checklist (CBCL) - ja Teacher Report Form (TRF) -kyselylomakkeita (Achenbach 1991a; 1991b; Achenbach & Rescorla 2001), jotka sisältävät lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia kartoittavia kysymyksiä. Lomakkeet ovat olleet tutkimuskäytössä varsin laajasti. Niiden reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi (Achenbach & Rescorla 2001). CBCL:n ja TRF:n avulla saaduista psyykkisistä oirekuvista saadaan internaalinen ja eksternaalinen oirehdinta sekä kokonaisuirehdinta. Internaalisen oirehinnan muodostavat vetäytyvyys, somaattiset oireet, ahdistuneisuus ja masentuneisuus, ja eksternaalinen oirehdinta muodostuu aggressiivisuudesta ja sääntöjä rikkovasta käyttäytymisestä. Kokonaisuirehdintaan on sisällytetty internaalisen ja eksternaalisen oirehinnan lisäksi myös sosiaaliset vaikeudet, ajatushäiriöt ja tarkkaavaisuuden ongelmat. Oirehinnasta saadun summapistemäärän kliinisesti hälyttävänä rajana on pidetty noin 60 standardipistettä ylittäviä pisteitä (Achenbach 1991a, 1991b; Achenbach & Rescorla 2001). Tarkasteltaessa erikseen oireprofiilin kahdeksan eri osa-alueen – ahdistuneisuus/masennus, vetäytyvyys/masennus, somaattinen oirehdinta, sosiaaliset vaikeudet, ajatus-

häiriöt, tarkkaavaisuus, rajoja rikkova käyttäytyminen ja aggressiivisuus – pistemääriä, kliinisesti merkittävään oirekäyttäytymiseen viittavana rajana voidaan pitää 65 standardipistemäärän ylittäviä pisteitä (Achenbach & Rescorla 2001). CBCL-kyselylomake antaa myös lapsen toimintakykyä kuvaavan summapistemäärän, joka kuvastaa lapsen aktiivisuutta, sosiaalisuutta ja koulunkäyntiä. Toimintakyvyn summapistemäärän raja-arvona voidaan pitää noin 37 standardipistettä, jonka alapuolelle jäävä pistemäärä viittaa kliinisellä ryhmällä madaltuneeseen toimintakykyyn (Achenbach & Rescorla 2001).

Kyselylomakkeiden ensimmäinen vaihe, lähtötaso, ajoittui hoidon arviointi- ja kiinnittymisvaiheeseen kuukauden päähän lapsen tulosta intensiivihoidon. Tutkimuksen seurantavaihe oli 11–17 kuukauden kuluttua ensimmäisestä vaiheesta ajoittuen hoidon syventävään vaiheeseen. Sekä lähtötasossa että seurantavaiheessa kohderyhmän osallistujien omahoitaja ja vanhemmat täyttivät CBCL-lomakkeen sekä opettajat TRF-lomakkeen. Tutkimusaineisto muodostui CBCL- ja TRF-lomakkeiden sukupuoli- ja ikästandardoiduista pisteistä. Suurimmalla osalla lapsista (83,6 %) oli biologisen äidin täyttämä lomake, mutta kolmella lapsella (5,5 %) ainoastaan biologisen isän täyttämä lomake. Näiden lasten kohdalla käytettiin isän täyttämää lomakkeita analyysissä. Molempien vanhempien täyttämät lomakkeet olivat yhteensä kuudella lapsella (10,9 %). Analyysissä käytettiin näiden lasten kohdalla pelkästään äidin täyttämää lomakkeita, koska tiedossa oli, että lapsi oli viettänyt enemmän aikaa äidin kanssa ja siten osin äidin antamien vastausten voi olettaa olevan luotettavampia.

#### Tilastollinen käsittely

Tutkimusaineistolle oli luonteenomaista, että jakaumat olivat positiivisesti vinoja, poiketen normaalijakaumasta. Aineisto oli suppea, eikä aineistoa saatu vastaamaan normaalijakaumaa, joten sen tilastollinen vertailu suoritettiin epäparametrisilla testeillä. Kahden ryhmän eroja jatkuvan muuttujan suhteen tutkittiin Mann-Whitney-testillä. Ristiintau-

lukoinnilla tutkittiin muuttujien välistä yhteyttä. Ristiintaulukoiden merkitsevyyksiä tutkittiin Fisherin tarkalla testillä. Alle 0,05 jääneet p-arvot tulkittiin tilastollisesti merkitseviksi ja p-arvot ilmaistiin kolmen desimaalin tarkkuudella. Aineiston tilastollinen käsittely tehtiin IBM SPSS Statistics 22 -tilasto-ohjelmalla.

## Tulokset

### Taustatiedot

Kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi vanhempien sosioekonomisen statuksen, sukupuolen, iän, hoidon keston, koulumuodon tai aikaisempien lastensuojelu- tai sairaalasijoitusten lukumäärän suhteen (taulukko 1). Yhtä lasta lukuun ottamatta kaikilla lapsilla oli taustassaan vähintään yksi lastensuojelusijoitus ja/tai sairaalahoitajakso ennen intensiivihoidon aloitusta. Runsaalla kolmasosalla lapsista (37 %) oli vähintään neljä aikaisempaa sijoitusta ja yhdellä lapsella kymmenen aikaisempaa lastensuojelusijoitusta ja/tai sairaalahoitajaksoa. Hoidon päättymisen vaiheessa selvä enemmistö molempien ryhmien lapsista tarvitsi erityisopetusta, kuten pienryhmää, nivelluokkaa tai sairaalakouluopetusta koulunkäyntinsä tueksi.

### Psyykkisen oirehinnan esiintyvyys kotiin palaavilla ja sijaishuollossa jatkavilla lapsilla

Sekä kotiin palaavien että sijaishuollossa jatkavien lasten internaalisen, eksternaalisen ja kokonaisoirehinnan pistemäärän keskiarvot ylittivät kliinisesti merkittävänä pidetyn 60 standardipisteen rajan kaikkien vastaajaryhmien arvioimina tutkimuksen lähtötasossa. Kotiin palaavilla lapsilla seurantavaiheessa oirehinnan keskiarvo ylitti 60 standardipisteen rajan omahoitajan internaalisen, eksternaalisen ja kokonaisoirehinnan arvioissa sekä opettajan eksternaalisen ja kokonaisoirehinnan arvioissa. Sijaishuollossa jatkavilla lapsilla seurantavaiheessa oirehinnan keski-

Taulukko 1. Taustatiedot.

	Kotiin palaavat		Sijaishuollossa jatkavat		Kaikki		p-arvo
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<b>Vanhempien työllisyys</b>							
Työtön	3	(25)	8	(44)	11	(37)	0,245
Työssä	9	(75)	10	(56)	19	(63)	
<b>Aikaisempien lastensuojelu-sijoitusten ja sairaalajaksojen lukumäärä</b>							
0–1	4	(33)	4	(22)	8	(27)	0,396
2–10	8	(67)	14	(78)	22	(73)	
<b>Sukupuoli</b>							
Tytöt	4	(33)	2	(11)	6	(20)	0,184
Pojat	8	(67)	16	(89)	24	(80)	
<b>Ikä hoidon alkaessa</b>							
< 125 kk	7	(58)	8	(44)	15	(50)	0,710
≥ 126 kk	5	(42)	10	(56)	15	(50)	
<b>Koulumuoto hoidon päättyessä</b>							
Yleisopetus	2	(17)	1	(6)	3	(10)	0,347
Erytisopetus	10	(83)	17	(94)	27	(90)	
<b>Hoidon kesto kuukautta</b>	<b>ka/Md</b>	<b>(sd)</b>	<b>ka/Md</b>	<b>(sd)</b>	<b>ka/Md</b>	<b>(sd)</b>	1,000M
	28,9/26,5	(10,1)	30,1/27,5	(10,9)	29,6/27,0	(10,5)	

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien välillä Fisherin -tarkalla testillä laskettuna, lukuun ottamatta M:llä merkittyä arvoa, joka on laskettu Mann-Whitney-testillä. Lyhenteet: ka=keskiarvo, Md=mediaani, sd=keskihajonta.

arvo ylitti 60 standardipisteen rajan kaikissa muissa paitsi opettajan internaalisten oireiden arvioissa.

Enemmistöllä kotiin palaavista ja sijaishuollossa jatkavista lapsista tutkimuksen lähtötasossa ylittyi 60 standardipisteen raja. Tutkimuksen seurantavaiheessa 60 standardipisteen rajan ylittyi 20–70 %:lla kotiin palaavista ja 50–93 %:lla sijaishuollossa jatkavista lapsista. Kokonaisuudessaan psyykkisen oirehinnan pisteet vaihtelivat kotiin menevien lasten ryhmässä 39–83 ja sijaishuollossa

jatkavien lasten ryhmässä 48–93 standardipisteen välillä.

Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta tutkimuksen *lähtötasossa* oli tilastollisesti merkitsevästi voimakkaampaa kuin kotiin palaavilla lapsilla, kun omahoitajien antamia kokonaisuirehinnan arvioita tarkastellaan Mann-Whitney-testillä. Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta tutkimuksen *seurantavaiheessa* oli tilastollisesti merkitsevästi voimakkaampaa kuin kotiin palaavilla lapsilla

Taulukko 2. Psykkisen oirehinnan standardipisteet vanhempien, omahoitajien ja opettajien arvioimana.

	Kotiin palaavat				Sijaishuollossa jatkavat				p-arvo
	Standardipisteiden vaihteluväli		Kuinka moni ylittää 60 sp N (%)		Standardipisteiden vaihteluväli		Kuinka moni ylittää 60 sp N (%)		
	ka/Md (sd)	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	ka/Md (sd)	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	
<b>Vanhempi</b>									
Internaaliset oireet	N=10 61,2/64,0 (13,3)	N=10 41-80	N=10 5 (56)	N=10 2 (20)	N=17 69,6/69,0 (8,5)	N=14 63,6/65,0 (9,7)	N=17 16 (94)	N=14 8 (57)	0,220 0,022*
Eksternaaliset oireet	N=10 67,8/70,0 (14,2)	N=10 44-83	7 (78)	6 (60)	70,7/72,0 (8,4)	65,3/66,0 (6,0)	15 (88)	11 (78)	0,874 0,235
Kokonais- oirehdinta	N=10 65,8/70,0 (13,0)	N=10 42-79	7 (78)	4 (40)	70,5/72,5 (7,9)	66,5/66,0 (6,8)	15 (88)	11 (78)	0,559 0,026*
<b>Omahoitaja</b>									
Internaaliset oireet	N=12 60,7/60,5 (7,0)	N=12 48-72	N=12 6 (50)	N=10 6 (64)	N=18 65,1/61,0 (9,4)	N=14 66,4/65,0 (7,4)	N=18 14 (78)	N=14 11 (79)	0,249 0,084
Eksternaaliset oireet	N=11 60,3/59,0 (11,0)	N=11 44-78	6 (50)	7 (70)	67,8/68,0 (8,6)	69,1/70,0 (6,6)	15 (83)	13 (93)	0,065 0,122
Kokonais- oirehdinta	N=11 60,7/62,5 (7,0)	N=11 46-71	7 (58)	7 (70)	67,4/68,0 (7,8)	69,9/71,0 (5,1)	14 (78)	13 (93)	0,022* 0,005*
<b>Opettaja</b>									
Internaaliset oireet	N=11 63,2/61,0 (9,3)	N=11 53-81	N=11 7 (64)	N=11 3 (27)	N=15 63,7/63,0 (6,9)	N=14 58,6/60,0 (6,1)	N=15 11 (73)	N=14 8 (57)	0,760 0,501
Eksternaaliset oireet	N=11 64,0/62,0 (12,8)	N=11 41-83	7 (64)	7 (64)	69,9/71,0 (9,9)	62,6/58,5 (11,2)	12 (80)	6 (43)	0,180 0,936
Kokonais- oirehdinta	N=11 64,6/65,0 (12,2)	N=11 41-81	7 (64)	7 (64)	70,0/69,0 (10,8)	61,9/59,5 (8,1)	14 (93)	7 (50)	0,330 1,000

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien välillä Mann-Whitney-testillä laskettuna.

Tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ero on merkitty asteriksilla \*.

Lyhenteet: ka=keskiarvo, Md=mediaani, sd=keskihajonta, sp=standardipisteitä.

Taulukko 3. Lapsen toimintakyky omahoitajan arvioimana hoidon alkaessa.

	Kotiin palaavat N=12			Sijaishuollossa jatkavat N=16			Kaikki N=28		p-arvo
Toimintakyky hoidon alkaessa	Standardipisteiden	Kuinka moni jää alle 37 sp		Standardipisteiden	Kuinka moni jää alle 37 sp		Standardipisteiden	0,047*	
	ka/Md (sd)	Vaihtelu- väli	N (%)	ka/Md (sd)	Vaihtelu- väli	N (%)	ka/Md (sd)		Vaihtelu- väli
	30,2/28,5 (5,3)	22–39	9 (75)	26,7/26,0 (4,6)	21–41	15 (94)	28,2/27,5 (5,1)		21–41

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien ryhmien välillä Mann-Whitney-testillä laskettuna.

Tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0,05$ ) ero on merkitty asteriksilla \*.

Lyhenteet: ka=keskiarvo, Md=mediaani, sd=keskihajonta, sp=standardipistettä.

sekä vanhempien internaalisen ja kokonais-oirehinnan arvioissa että omahoitajan kokonaisoirehinnan arvioissa Mann-Whitney-testillä tarkasteltuna. (Taulukko 2.)

Kotiin palaavien lasten aktiivisuutta, sosiaalisuutta ja koulunkäyntiä kuvaava toimintakyky hoidon alussa oli parempi kuin sijaishuollossa jatkavilla lapsilla. Mann-Whitney-testillä tarkasteltuna kotiin palaavien lasten toimintakyky oli parempi kuin sijaishuollossa jatkavilla lapsilla tilastollisesti merkitsevästi hoidon lähtötasossa tehdyssä omahoitajan CBCL-arvioinnissa (taulukko 3).

**Psyykkisen oirehinnan laaja-alaisuus kotiin palaavilla ja sijaishuollossa jatkavilla lapsilla**

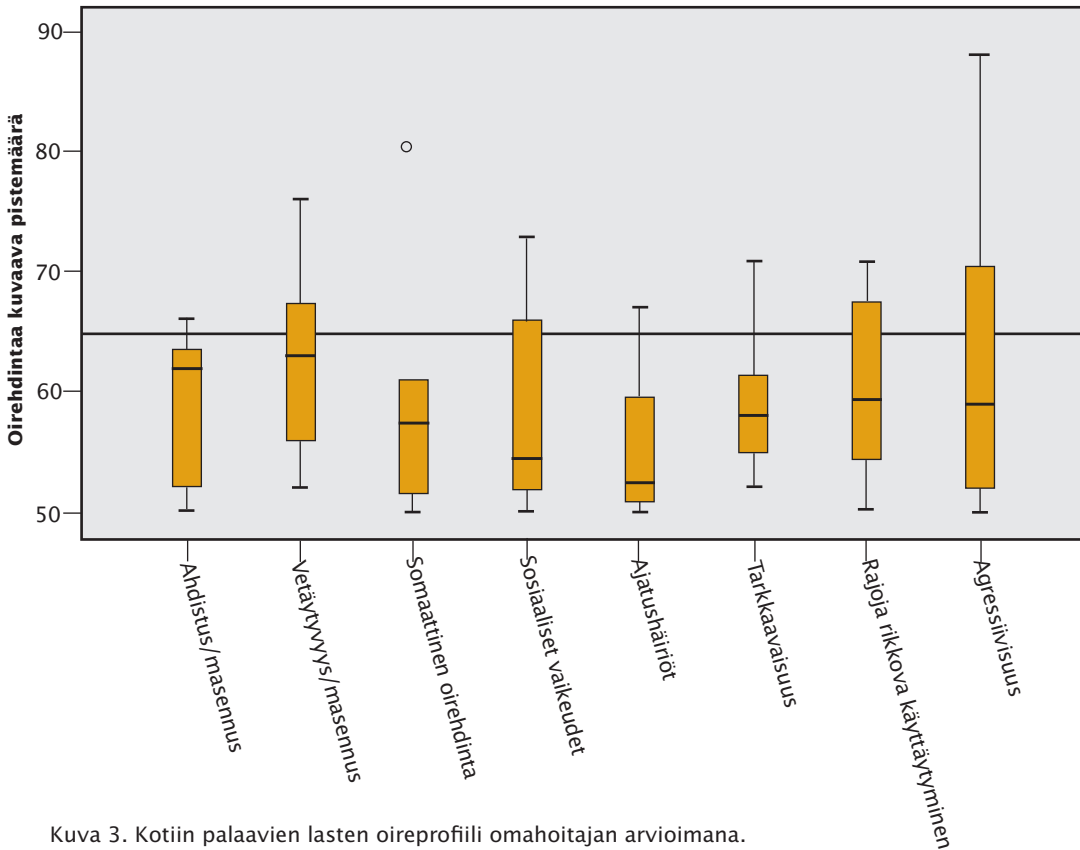
Lasten oireprofiilin laaja-alaisuutta tarkasteltiin omahoitajien lähtötason arvioinnin perusteella, joka erotteli merkitsevästi kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien ryhmät toisistaan. Verrattaessa ryhmien oireprofiilia kahdeksan eri osa-alueen suhteen voidaan huomata, että kotiin palaavien lasten enemmistön oirehdinta jäi kaikilla osa-alueilla kriteeripistemäärän (65 p) alapuolelle, vaikkakin yksittäisten lasten oirehdinta saattoi ylittää kriteeripistemäärän eri osa-alueilla (kuva 3).

Sijaishuollossa jatkavista lapsista vähintään joka toisella oirehdintaa kuvaava pistemäärä ylitti valitun kriteeripistemäärän si-

säänpäin suuntautuvan vetäytyvyys/masentuneisuus-oirehinnan ja ulospäin suuntautuvan tarkkaavaisuus-, rajoja rikkovan ja aggressiivisen oirekäyttäytymisen osalta (kuva 4).

Sijaishuollossa jatkavista lapsista joka toisella ja kotiin palaavista lapsista joka neljännellä kriteeripistemäärä 65 ylittyi vähintään neljällä eri osa-alueella. Sijaishuollossa jatkavista lapsista seitsemällä (39 %) kriteeripistemäärä ylittyi vähintään viidellä eri osa-alueella, mutta kotiin palaavista lapsista se ei ylittynyt kenenkään kohdalla. Fisherin tarkalla testillä mitattuna ryhmien välinen ero oli merkitsevä ( $p=0,016$ ).

Kun tarkastellaan lähemmin laaja-alaisen oireprofiilin omaavaa 12 lapsen ryhmää, huomataan, että heistä kaksi kolmasosaa oli poikia ja yksi kolmasosa tyttöjä. Lapsista kahdella kolmasosalla oli ensisijaisena hoidon aikaisena diagnoosina samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö (F92.8, F92.9), joka neljännellä laaja-alainen kehityshäiriö (F84.8, F84.9) ja yhdellä lapsella vaikea masennustila (F32.2). Neuropsykiatrinen oirehdinta oli moninaista siten, että kahdella lapsella oli diagnosoitu tarkkaavuuden ja ylivilkkauksen häiriö (F90.0) ja yli puolella lapsista (58 %) puheen, kielenkehityksen tai oppimiskyvyn häiriö (F80.1, F81.0, F81.1., F81.3, F81.9). Omahoitajan lähtötason arvioissa yhtä lukuun ottamatta kaikilla lapsilla esiintyi voimakasta eksternaalista



Kuva 3. Kotiin palaavien lasten oireprofiili omahoitajan arvioimana.

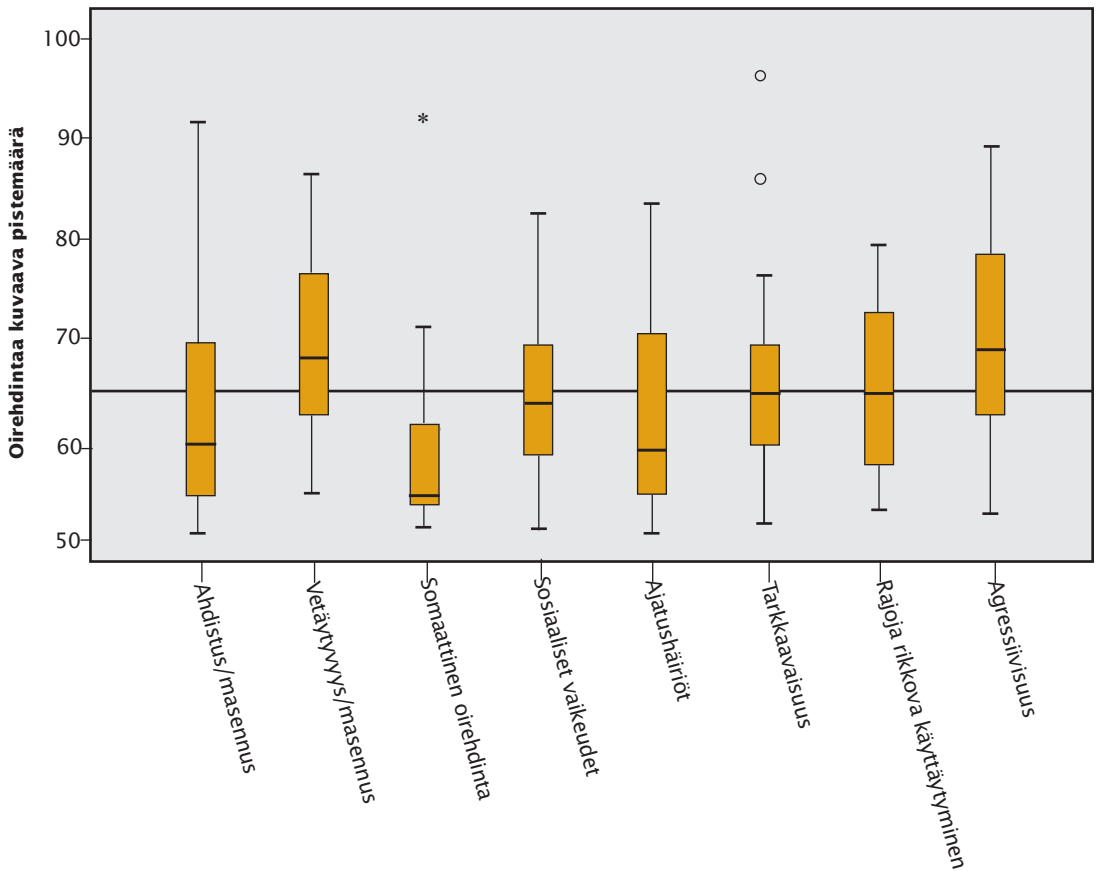
Kotiin palaavien lasten (N=12) saamat pistemäärät kahdeksalla eri osa-alueella omahoitajan lähtötason arvioissa. Osa-alueet ovat: ahdistuneisuus/masennus, vetäytyvyys/masennus, somaattinen oirehdinta, sosiaaliset vaikeudet, ajatushäiriöt, tarkkaavaisuus, rajoja rikkova käyttäytyminen ja aggressiivisuus. Kuvassa laatikoiden keskiviiva kuvaa mediaania, yläraja 75 prosenttiiliä, alaraja 25 prosenttiiliä, jolloin 50 % tapauksista sijoittuu laatikon sisäpuolelle. Laatikon ulkopuolelle piirretty jana ja yksittäiset ympyrällä o merkityt pisteet kuvaavat jakauman ääripäitä. Kriteeripistemäärän 65 kohdalle on piirretty viiva.

oirehdintaa: tarkkaavaisuuden ongelmia, rajoja rikkovaa ja/tai aggressiivista käyttäytymistä. Sen lisäksi enemmistöllä heistä esiintyi myös internalisoivaa oirehdintaa, ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta. Sosiaaliset vaikeudet ja ajatushäiriöt olivat tavallisia, ja kolmasosalla lapsista somaattinen oirehdinta ylitti kriteeripistemäärän (65 p). Intensiivihoidon jälkeen joka neljäs heistä palasi kotiin, puolet siirtyi laitoshoittoon, yksi lapsi ammatilliseen perhekotiin ja kaksi lasta EVA-yksikköön (taulukko 4).

## Pohdinta

Tutkimushypoteesi sai vahvistusta siten, että sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän oirehdinta näytti sekä omahoitajan että vanhemman arvion mukaan olevan voimakkaampaa kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä. Omahoitajan arvion mukaan sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta oli voimakkaampaa sekä tutkimuksen lähtö- että seurantavaiheessa, kun taas vanhempien arvion mukaan se oli voimakkaampaa seurantavaiheessa. Koulussa opettajien arvion mukaan kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta ei selvästi eronnut tutkimuksen lähtö- eikä





Kuva 4. Sijaishuollossa jatkavien lasten oireprofiili omahoitajan arvioimana.

Sijaishuollossa jatkavien lasten (N=18) saamat pistemäärät kahdeksalla eri osa-alueella omahoitajan lähtötason arvioissa. Osa-alueet ovat: ahdistuneisuus/masennus, vetäytyvyys/masennus, somaattinen oirehdinta, sosiaaliset vaikeudet, ajatushäiriöt, tarkkaavaisuus, rajoja rikkova käyttäytyminen ja aggressiivisuus. Kuvassa laatikoiden keskiviiva kuvaa mediaania, yläraja 75 percenttiä, alaraja 25 percenttiä, jolloin 50 % tapauksista sijoittuu laatikon sisäpuolelle. Laatikon ulkopuolelle piirretty jana ja yksittäiset asteriksilla \* ja ympyrällä o merkityt pisteet kuvaavat jakauman ääripäitä. Kriteeripistemäärän 65 kohdalle on piirretty viiva.

seurantavaiheessa, vaikkakin merkkejä voimakkaammasta ulospäin suuntautuvasta oirehdinnasta oli nähtävissä sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä.

Tutkimushypoteesi sai vahvistusta myös siten, että omahoitajan arvion mukaan kotiin palaavien lasten toimintakyky keskimäärin oli hoidon alkaessa parempi kuin sijaishuollossa jatkavilla lapsilla. Toisaalta molemmissa ryhmissä se jäi enemmistöllä varsin heikoksi ja vastasi kliinisesti oirehtivan ryhmän mataltunutta toimintakykyä (Achenbach & Rescorla 2001). Siten molempien ryhmien lapset tarvitsevat psykiatriseen hoitoon saumatto-

masti nivoutuvaa tukea sosiaalisten taitojen ja koulunkäynnin vahvistumiseksi, harrastusten aloittamiseksi ja kehitystä tukevan kaveripiirin löytämiseksi. Tarkasteltaessa lasten oireprofiileja ja toimintakykyä huomataan, että sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä oli enemmän lapsia, joiden oireprofiili oli laaja-alainen ja kompleksinen siten, että siinä esiintyi samanaikaisesti sekä voimakasta eksternalisoivaa ja internalisoivaa oirehdintaa että erilaisia sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia, realiteettitajun haurautta, psykosomaattisia oiremuotoja sekä toimintakyvyn rajoituksia. Näiden laaja-alaisen oiremuotojen

Taulukko 4. Laajan oireprofiilin omaavien lasten ryhmä, N=12.

		Psykkisen oirehinnan laaja-alaisuus omahoitajan arvioimana hoidon alussa										Ensisijainen diagnoosi	Neuro-psykiatrinen oirehdinta	Minne hoidon päätyessä
		Internaaliset oireet					Eksternaaliset oireet							
Osa- alueet ≥ 65 pm.	Ahd./ mas.	Vet./ mas.	Som. oir.	Sos. vaik.	Ajat. häir.	Tark.	Raj. rik. käyt.	Agg.	Summa pm.					
1	7	+	+	+	+	+	-	+	77	F84.8	F90.0, F80.1	Sijaishoitoon		
2	7	+	+	+	+	+	-	+	83	F92.8	-	Sijaishoitoon		
3	6	+	-	+	+	+	+	+	74	F92.9	F81.3	Sijaishoitoon		
4	6	-	+	-	+	+	+	+	72	F84.9	F84.9	Sijaishoitoon		
5	6	+	+	-	+	+	+	+	73	F92.8	F81.9	Sijaishoitoon		
6	5	-	+	-	+	+	+	+	68	F92.9	-	Sijaishoitoon		
7	5	-	+	-	+	+	+	-	71	F84.9	F90.0, F81.9	Sijaishoitoon		
8	4	+	+	+	+	-	-	-	68	F92.9	-	Sijaishoitoon		
9	4	-	-	-	+	+	+	+	73	F92.8	F81.0, F81.1	Sijaishoitoon		
10	4	-	-	-	+	+	+	+	78	F92.9	F81.0, F81.1	Kotiin		
11	4	-	+	-	+	-	+	+	69	F92.8	F81.3	Kotiin		
12	4	+	-	-	+	-	+	+	63	F32.2	-	Kotiin		

Lyhenteet: Ahd./mas.=Ahdistuneisuus/masennus, Vet./mas.=Vetäytyvyys/masennus, Som. oir.=Somaattiset oireet, Sos. vaik.=Sosiaaliset vaikeudet, Ajat. häir.=Ajatus häiriöt, Tark.=Tarkkaavaisuus, Raj. rik. käyt.=Rajoja rikkova käyttäytyminen, Agg.=Aggressiivinen käyttäytyminen.

Taulukkoon on merkitty, kuinka monella eri osa-alueella lapsen oirehdinta saavutti kriteeripistemäärän + ja kuinka monella osa-alueella se jäi kriteeripistemäärän alapuolelle - .

kuntouttaminen on tärkeää, koska esimerkiksi lapsuusiän käytöshäiriöt yhdistyessään internalisoivaan oirehdintaan lisäävät riskiä varhaisaikuisuuden mielenterveyden ongelmien ja rikollisen käyttäytymisen kasautumiselle (Sourander ym. 2007). Erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten oirekuvan laaja-alaisuus ja kompleksiseen traumareagointiin viittaavan oirehdinnan runsaus (vrt. Pasanen ym. 2015a) asettaa suuria haasteita hoitoprosessille (Wieland 2011).

Samasta aineistosta tehdyssä rinnakkais- tutkimuksessa (Pasanen ym. 2015b) kotiin palaavat ja sijaishuollossa jatkavat lapset eivät taustatietojen ja vanhempien kertomusten perusteella eronneet toisistaan kysytyjen ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden kasautumisen eivätkä myöskään kehityksellisten, käyttäytymisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksien osalta. Moninaisten varhaisten riskitekijöiden ja kehityksellisten vaikeuksien kasautuvuus oli molemmissa ryhmissä huolestuttavan voimakasta. Molemmissa ryhmissä lasten taustassa oli myös paljon toistuvia lastensuojelusijoituksia ja sairaalahoidonjaksoja, jotka osaltaan ovat voimistaneet lasten perusturvattomuuden kokemuksia (Hodges & Tizard 1989) ja sitä kautta oirekäyttäytymisen kierrettä (Ford ym. 2007; Tarren-Sweeney 2008b). Molempien ryhmien lasten kohdalla oli näkyvissä merkkejä hitaasti reagoivan (Törrönen & Mäenpää 1995; Mäenpää & Törrönen 1996), ns. ”tihkuvan” lastensuojelumallin (Hurtig 2003) toteutumisesta, jossa lapset joutuvat liian kauan odottamaan riittävän tukevia ja pitkäkestoisia hoidollisia interventioita. Tämä selittää osaltaan lasten oirekäyttäytymisen voimakkuutta (Honkinen & Pasanen 2011) ja kompleksisuutta (vrt. Tarren-Sweeney 2008b; Wieland 2011) siinä vaiheessa, kun heidät sijoitetaan intensiivihoidon erityisyksikköön.

Suppean aineistokoon ja aineistokadon lisäksi tutkimustulosten luottavuuden arvioinnissa on huomioitava lasten huostaanoton ja sijoituksen mahdollinen vaikutus kyselylomakevastauksiin. Osa vanhemmista kertoi, että heidän on vaikeata vastata kyselylomakkeisiin, kun he ovat tavanneet lastaan vähemmän

laitossijoituksen aikana, eivätkä siten niin tarkasti tiedä, miten lapsi käyttäytyy arjessa. Kotiharjoittelut sijoittuvat käytännön järjestelyiden, kuten vanhempien työvuorojen, vuoksi yleensä viikonloppuihin. Omahoitajien ja erityisluokan opettajien kyselylomakevastausten kohdalla on etukäteisohjeistuksesta huolimatta syytä huomioida keskimääräistä voimakkaammin oirehtivan viiteryhmän mahdollinen vaikutus vastauksiin. Toisaalta omahoitajien arvioiden luotettavuutta osaltaan tukee se, että jo heidän lähtöarvioinneissaan kotiin palaavien ja toisaalta sijaishuollossa jatkavien lasten oirehdinta oli keskimäärin erilaisista. Omahoitajien ja opettajien vastausten eroa selittää osaltaan se, että osastohoidon yhtenä keskeisenä tavoitteena on antaa tilaa lapsen kokemuksille ja oirehdinnalle, kun taas koulussa keskeinen tavoite oppimisen ohella on koululais- ja ryhmätaitojen vahvistuminen. Tulevaisuudessa olisi tarpeellista saada tarkempaa tietoa siitä, voidaanko lasten laaja-alaisen oiremuotojen sisällä erotella joitakin keskeisiä suojaavia ja riskitekijöitä, esimerkiksi neurokognitiivisia kykyjä/erityisvaikeuksia, joiden muuttamisella voitaisiin vaikuttaa hoitoprosessin etenemiseen. Tarkempaa tietoa tarvittaisiin myös siitä, minkälaisia interaktiivisia vaikutuksia lapsen pitkään jatkuneella laaja-alaisella oirehdinnalla on perhedynamiikkaan, kuten vanhempien voimavaroihin, toimintakykyyn ja sisarusten psyykkiseen vointiin. Ylisukupolvisten suojaavien ja riskitekijöiden vaikutusten tunnistaminen olisi myös tärkeää.

Erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten kohdalla näkyi merkkejä Tarren-Sweeneyn (2008a; 2010; 2013; 2014) tutkimuksissaan korostamista laaja-alaisista ja kompleksisista oirekäyttäytymisen muodoista, joiden kuntouttamisessa tarvitaan uudenlaisia kokonaisvaltaisia, lapsen kehitysympäristön suojaavia ja riskitekijöitä huomioivia hoitomalleja. Tarkasteltaessa sijaishuollossa jatkavien lasten sijoittumista intensiivihoidon jälkeen huomataan, että selvän enemmistön heistä arvioitiin tarvitsevan tukevaa laitoshoidoa kasvunsa ja kehityksensä tueksi vielä intensiivihoidonjakson jälkeen, joten siltä osin intensiivihoido-

näyttää asettuvan osaksi laajempaa hoitojakumoa. Samasta aineistosta tehdyssä rinnakkaistutkimuksessa (Pasanen ym. 2015b) tuli esille, että hoidon jälkeistä perheen yhdistymistä selittää osaltaan perheiden toimintakyky ja erityisesti vanhemmuutta tukevan kiintymyssuhteen vahvistuminen hoitojakson aikana. On kuitenkin tärkeää, että myös sijaishuollossa jatkavien lasten vanhempien kanssa työskennellään aktiivisesti, jolloin keskeinen osa perhetyötä liittyy mm. jatkosijoituksen ja osavanhemmuuden työstämiseen. Sijaishuollossa jatkavan lapsen pidemmän ajan identiteetin muotoutumisen kannalta osavanhemmuuden hyväksymisellä ja vahvistumisella on tärkeä merkitys ja se tukee perhesuhteiden jatkuvuutta (Ekholm 2013; Valkonen & Pasanen 2012). Perheiden tilanteiden jäsentymistä intensiivihoidon aikana kuvastaa osaltaan se, että seurantavaiheessa vanhempien arvion mukaan sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän kokonaisuirehdinta oli keskimäärin voimakkaampaa kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä.

Tulevaisuudessa lastensuojelun ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kehittämisessä olisi huomioitava entistä paremmin laaja-alaisesti oirehtivien lasten erityiset hoidon- ja kuntoutustarpeet sekä sijaishuollon aikana että ennaltaehkäisevässä työssä. Kun otetaan huomioon lasten pitkään jatkuneet moninaiset vaikeudet, oirekuvan kompleksisuus ja sijoitushistorian katkonaisuus, on selvää, että lastensuojelu- ja terveydenhuoltojärjestelmän ennaltaehkäiseviä ja varhaisen tuen integroivia palveluita täytyisi edelleen kehittää. Lasten syrjäytymisriskiä lisäävät erityisvaikeudet (Katajamäki 2015, Seppälä 2010) ja niiden negatiivinen interaktio perhedynamiikan ja muun kehitysympäristön kanssa olisi saatava jo vuosia aikaisemmin sellaisen palvelujärjestelmän piiriin, joka on kokonaisvaltainen, turvaa riittävän jatkuvuuden ja integroi joustavasti eri hoidollisia viitekehyksiä. Varhainen lapsen, perheen ja lähiverkoston voimavarojen ja kykyjen tunnistaminen ja pitkäjänteinen tukeminen voi huomattavasti vähentää kasautuneiden biopsykososiaalisten riskitekijöiden (Tarren-Sweeney 2008a, 2008b) vaikutuksia

ja ehkäistä lapsen käyttäytymisen ja perhedynamiikan negatiivisia eskalaatiokierteitä pidemmällä aikavälillä. Päivähoito- ja alakouluiäisten lasten perheille tarjottujen palveluiden supistaminen on lastensuojelun erityisyksiköiden toiminnan näkökulmasta varsin lyhytnäköistä: se johtaa säästöjen sijasta muutaman vuoden viiveellä viimesijaisten lastensuojelu- ja lastenpsykiatristen palveluiden kysynnän ja kustannusten selvään kasvuun.

### Tiivistelmä

Tutkimuksessa selvitettiin lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen oirehdinnan laaja-alaisuuden yhteyttä hoitojakson jälkeiseen perheen yhdistymiseen. Tutkimusotokseksi valittiin kaikilta intensiivihoidon osastoilta kaikki ne 7–12-vuotiaat suomea äidinkielenään puhuvat lapset ja heidän perheet, joiden hoito alkoi välillä 1/2007–3/2009. Yhteensä osallistujia oli 30, joista tyttöjä oli 6 ja poikia 24. Tutkimuksessa verrattiin hoitojakson jälkeen kotiin palaavien (N=12) ja sijaishuollossa jatkavien lasten (N=18) psyykkisen oirehdinnan laaja-alaisuutta vanhempien, omahoitajien ja opettajien täyttämien kyselylomakevastausten (CBCL ja TRF) perusteella hoidon alkaessa ja 11–17 kuukauden kuluttua hoidon alusta.

Tulosten mukaan sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän oirehdinta näytti sekä omahoitajan että vanhemman arvion mukaan olevan voimakkaampaa kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä. Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä oli enemmän lapsia, joiden oireprofiili oli laaja-alainen siten, että siinä esiintyi samanaikaisesti voimakasta eksternalisoivaa ja internalisoivaa oirehdintaa ja erilaisia sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia, realiteettitajun haurautta ja psykosomaattisia oiremuotoja. Riittävän varhainen puuttuminen lasten laaja-alaisiin oiremuotoihin olisi tärkeää, koska niiden kuntouttaminen on hidasta ja ne muodostavat voimak-

kaan riskitekijän myöhemmin ilmenevien mielenterveyden ongelmien ja rikollisen käyttäytymisen kasautumiselle.

*Avainsanat: lastensuojelun erityisyksikkö, psyykkisen oirehinnan laaja-alaisuus, perheen yhdistyminen*

## Abstract

*Mental health symptom complexity of the children placed in residential child care – Comparing children who return home and who continue in foster or residential care after intensive residential treatment*

The aim of this study was to examine the relationship between children's mental health symptom complexity to family reunion after the residential treatment. The target group consisted of all Finnish-speaking children aged 7–12 placed in intensive residential care under the Helsinki Deaconess Institute and admitted into treatment between January 2007 and March 2009. In total there were 30 participants, 6 girls and 24 boys. This study set out to compare mental health symptom complexity of children who returned home (N=12) and children who continued in foster or residential care (N=18) after the intensive residential treatment, using parents, caretakers and teachers answers in questionnaires (CBCL and TRF) at the outset of care and 11–17 months later.

According to parents and caretakers the children who continued in foster or residential care (N=18) had stronger symptoms than the children who returned home (N=12) after the intensive residential treatment. The children who continued in foster or residential care had more complex symptoms, with internal, external and overall symptoms at the same time. Early prevention would be important, because complex symptoms rehabilitation takes time and they are severe risk factors for mental health and criminal behaviour in later life.

*Keywords: intensive residential treatment, complex symptomatology, family reunion*

**Timo Pasanen, psykologi, FT, psykoanalyttikko, Helsingin Diakonissalaitos, lapsi- ja perhetyö**

**Kati Katajamäki, neuropsykologiaan erikoistuva psykologi, neuropsykologi (ET), PsM, Helsingin Diakonissalaitos, lapsi- ja perhetyö**

**Tuija Ästedt, VTM, eMBA, lapsi- ja perhetyön johtaja, Helsingin Diakonissalaitos, lapsi- ja perhetyö**

**Irma Jaakkola, psykologi, PsM, Vantaan kaupunki, lastensuojelu, Tammirinteen vastaanottokoti**

## Lähteet

- Achenbach T (1991a) Manual for the child behaviour checklist/4–18 and 1991 profile. University of Vermont.
- Achenbach T (1991b) Manual for the teacher's report form and 1991 profile. University of Vermont.
- Achenbach T, Rescorla L (2001) Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Chambers M, Saunders A, New B, Williams C, Stachurska A (2010) Assessment of children coming into care: Processes, pitfalls and partnerships. *Clinical child psychology and psychiatry* 15, 510–526.
- Egelund T, Lausten M (2009) Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and family social work* 14, 156–165.
- Ekhholm E (2013) "Mä en olisi tässä nyt." Nuorten kokemusasiatuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. HDL-raportti 1/2013. [https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL\\_Raportti1\\_2013\\_Ekhholm\\_netti.pdf](https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_Raportti1_2013_Ekhholm_netti.pdf) (luettu 18.11.2014).
- Espoon Keinumäen koulun kotisivut: <http://www.es-poo.fi/keinumaenkoulu> (luettu 19.20.2014).
- Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry* 190, 319–325.
- Haapasalo-Pesu K-M (2012) Sillan rakennusta lastensuojelulaitosten ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa: E Timonen-Kallio & T Pelander (toim.) Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinoilla. Turun ammattikorkeakoulu, Turku.
- Helsingin diakonissalaitoksen kotisivut, <https://www.hdl.fi/fi/> (luettu 20.10.2014).
- Hodges J, Tizard B (1989) Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *The Journal*

- of Child Psychology and Psychiatry 30, 77–97.
- Honkinen A, Pasanen T (2011) Intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana. *Yhteiskuntapolitiikka* 3, 251–263.
- Hukkanen R (2002) Psychosocial problems of children placed in children's homes. *Annales Universitatis Turkuensis. Series D* 524. Turun yliopisto.
- Hurtig J (2003) Lasta suojelemassa – etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Kaivosoja M (1996) Pakko auttaa: tutkimus mielen-terveyslain säätämisen heijastumisesta alaikäisten pakkoauttamiskäytäntöihin vuosina 1991–1993. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2.
- Kataja K, Ristikari T, Paananen R, Heino T, Gissler M (2014) Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 1, 38–54.
- Katajamäki K (2015) Intensiivihoidon sijoitettujen 7–12-vuotiaiden lasten neurokognitiivinen suoriutuminen vuoden hoitajakson aikana. *Julkaisematton käsikirjoitus*.
- Keinumäen koulun kotisivut, <http://www.espo.fi/keinumäenkoulu> (luettu 20.10.2014).
- Kestilä L, Paananen R, Väisänen A, Muuri A, Merikukka M, Heino T, Gissler M (2012) Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät – rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77, 34–52.
- Kitinoja M (2005) Kujan päässä koulukoti: tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasialluudesta ja kouluhistoriasta. *Tutkimuksia, Stakes* 150.
- Knorth E, Harder A, Zandberg T, Kendrick A (2008) Under one roof: a review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review* 30, 123–140.
- Känkänen M, Pösö T (2009) Lastensuojelun laitoshuollon vaikuttavuus. Teoksessa: T Heino (toim.) *Eriytyinen lapsuus – erityinen yhteiskunnallinen vastuu. Mitä lastensuojelusta tiedetään ja mitä päätöksentekijän pitäisi siitä tietää?* Taustamateriaalia sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle.
- Lastensuojelulaki, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417> (luettu 20.11.2014).
- Lehto-Salo P (2011) Koulukotisijoitus – nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämishaasteena. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Manninen M (2013) Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrisen oirekuva ja ennuste. *Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy*.
- Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M (2006) Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European child & adolescent psychiatry* 15, 63–70.
- Mäenpää J, Törrönen M (1996) Dokumentoitu Lapsi. Miten Lapsi Näkyy Lastensuojelun Asiakirjoissa? *STAKES Aiheita* 4, Helsinki.
- Pasanen T (2001) Lastenkodin asiakaskunta. Psykiatrisen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehinnasta sekä hoidon tarpeesta. Sarja C. *Scripta Lingua Fennica* Edita, Turku.
- Pasanen T, Katajamäki K, Martikainen S, Åstedt T (2015a) Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrisen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: intensiivihoidotuksen jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 80; 4: 350–364.
- Pasanen T, Katajamäki K, Åstedt T (2015b) Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoidotuksen jälkeen. *Perheterapia* 2, 22–38.
- Pilowsky D (1995) Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatric Services* 46, 906–910.
- Reinikainen S (2009) Nuorisokodista maailmalle. Kokemuksia nuorisokodissa elämisestä ja aikuisiässä selviytymisestä. Helsingin yliopisto: Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 224.
- Sawyer M, Carbone J, Searle A, Robinson P (2007) The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *Medical Journal of Australia* 186, 181–184.
- Seppälä H (2010) Oppimisvaikeudet ja syrjäytymisen uhkakuvat. Teoksessa: V Närhi, H Seppälä & P Kuikka (toim.) *Laaja-alaiset oppimisvaikeudet*. Jyväskylä, Niilo Mäki Instituutti.
- Shin S H (2005) Need for and actual use of mental health services by adolescents in the child welfare system. *Children and youth services review* 27, 1071–1083.
- Sophie Mannerheimin koulun kotisivut, <http://www.hel.fi/hki/soph/fi/Etusivu> (luettu 20.10.2014).
- Sourander A, Hukkanen R, Piha J (1997) Mental health among children in children's homes and in psychiatric hospital. *Psychiatria Fennica* 28, 183–191.
- Sourander A, Jensen P, Davies M, Niemelä S, Elonheimo H, Ristikari T, ...Almqvist F (2007) Who Is at Greatest Risk of Adverse Long-Term Outcomes? The Finnish From a Boy to a Man Study. *Jour-*

- nal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 46 (9), 1148–1161. doi:10.1097/chi.0b013e31809861e9.
- Sullivan D J, van Zyl M A (2008) The well-being of children in foster care: exploring physical and mental health needs. *Children and youth services review* doi:10.1016/j.childyouth.2007.12.005.
- Tarren-Sweeney M (2007) The Assessment Checklist for Children-ACC: A behavioural rating scale for children in foster, kinship and residential care. *Children and youth services review* 29, 672–691.
- Tarren-Sweeney M (2008a) The mental health of children in out-of-home care. *Current opinion in psychiatry* 21, 345–349.
- Tarren-Sweeney M (2008b) Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and youth services review* 30, 1–25.
- Tarren-Sweeney M (2010) It's time to rethink mental health services for children in care and those adopted from care. *Clinical child psychology and psychiatry* 15, 612–626.
- Tarren-Sweeney M (2013) An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry Hum Dev* 44, 727–741.
- Tarren-Sweeney M (2014) Our twenty-first century quest: locating effective mental health interventions for children and young people in care, and those adopted from care. Teoksessa: T Tarren-Sweeney & A Vetere (toim.) *Mental health services for vulnerable children and young people. Supporting children who are, or have been, in foster care.* Oxon, Routledge.
- Tarren-Sweeney M, Hazell P (2006) The mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of pediatrics and child health* 42, 91–99.
- Tilasto hoidosta lähteneistä lapsista ja nuorista vuosi 2001–2009. Intensiivihoidon arkisto, seuranta-tilasto.
- Törrönen M, Mäenpää J (1995) *Lapsen Tie Laitokseen.* STAKES 5, Helsinki.
- Valkonen M, Pasanen T (2012) Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 3, 302–309.
- Vaughan E, Feinn R, Bernard S, Brereton M, Kaufman J (2014) Relationships between child emotional and behavioural symptoms and caregiver strain and parenting stress. *Journal of Family Issues* 4, 534–556.
- Wieland S (2011) Dissociation in children and adolescents: what it is, how it presents, and how we can understand it. Teoksessa: S Wieland (toim.) *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions.* Routledge: New York.

# UUSI TYÖYHTEISÖLÄHTÖINEN TOIMINTAMALLI

---

## Osatyökykyisten työllistyminen voi onnistua

Työsuojelurahaston osittain rahoittama *Kaikille sopiva työ ja työyhteisö* -tutkimus- ja kehittämishanke selvitti, miten osatyökykyisten työllistymiseen luotu RATKO-malli toimii työllistymisen tukena erilaisissa työyhteisöissä. Ratko-mallia on kehitetty Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön RAY-rahoitteisessa *RATKO - Erityistä tukea tarvitsevan työnhakijan ja työtehtävän kohtaamisen mallintaminen* -hankkeessa.

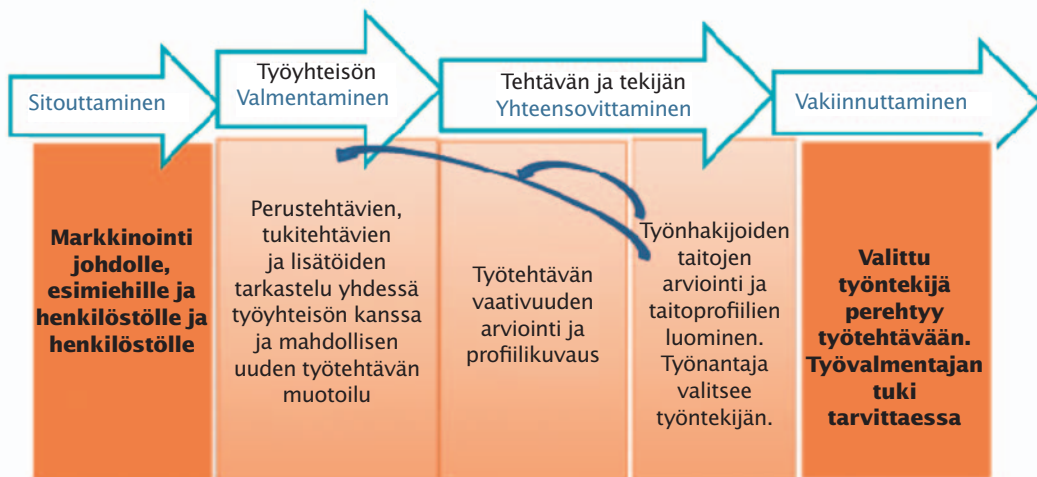
Hankkeen taustalla oli havainto, että osatyökykyisten ja vammaisten työhönvalmennus ja työhön kuntouttava toiminta keskittyvät yleensä työllistyvän yksilön valmentamiseen ja kuntouttamiseen, mutta onnistuvat heikosti sijoittamaan henkilöitä työpaikoille ja pitämään heidät työssä. Siksi lähdettiin rakentamaan työllistymisprosessien tueksi mallia, joka painottaisi työnantajien ja työyhteisöjen tarpeita. Haluttiin kehittää käytäntö, joka yhtäällä synnyttäisi osatyökykyisille sopivia uusia työpaikkoja ja tehtäviä ja toisaalta tukisi työllistyjää sekä työyhteisöä työllistyjän integroitumisessa työyhteisöön.

RATKO-malli on kehittynyt monissa vaiheissa ja sitä on sovellettu hieman eri tavoin erilaisissa työyhteisöissä. Vuoden 2014 kevääseen mennessä oli syntynyt toimintamalli, joka koostui karkeasti kahdesta keskeisestä osa-alueesta. Ensin kehitetään tietyn työpa-

jatyöskentelyn avulla työpaikoille uusia tehtäväkuvia, jotka arvioidaan Saksassa kehitettyjen työn vaativuuden arviointimenetelmien, IMBAn ja Melban, avulla. Tämän jälkeen haetaan työhön tekijä, jonka osaamisprofiili sopii parhaiten tehtäväkuvaan. Työntekijän osaamisprofiili on muodostettu samoja IMBA- ja Melba-työkaluja käyttäen, ja tällä voidaan varmistaa, että työntekijän työkyky ja osaaminen vastaavat työssä vaadittavia taitoja.

Työyhteisöjen työpajatyöskentely on RATKO-mallin ydintoimintaa. Ennen työpajan toteuttamista sovitaan organisaation johdon ja/tai muiden avainhenkilöiden kanssa, missä työyhteisöissä olisi tarvetta ja mahdollisuuksia uusille työtehtäville ja keitä työpajaan tulisi osallistua. Työpajaan voi osallistua koko työyhteisö tai yhteisöstä valittu työryhmä. Työpajatyöskentelyssä osallistujat kokoavat omista tehtävistään sekä muista työpaikan tehtävistä sellaisia yleisluonteisia tai täydentäviä tehtäviä, joiden työntekijät kokevat olevan helposti siirrettävissä uuteen tehtäväkuvaan. Nämä yleisluonteisia ja täydentäviä tehtäviä ryhmitellään ja järjestetään työpajassa uudeksi työnkuvaksi. Työskentelyssä työtehtävän muovaamista määrittävät työnantajan sekä työntekijöiden tarpeet, eivät esimerkiksi työhönvalmennusasiakkaan tarpeet.





Kuvio 1. RATKO-mallin prosessit.

### RATKO-tutkimushanke

Tutkimushankkeessa selvitettiin, millaisena RATKO-malli mukana olleiden työyhteisöjen esimiesten, toimivan johdon, työntekijöiden ja mallin kautta työyhteisöihin työllistyneiden näkökulmasta näyttäytyy. Lisäksi haluttiin saada lisää tietoa, miten mallia voitaisiin hyödyntää laajemmin työmarkkinoilla, joilla muutoksesta ja monimuotoisuudesta on tullut arkipäivää. Tulevaisuuden työyhteisöissä joudutaan yhä enemmän miettimään uusia tapoja työskennellä: miten jakaa työaika osa-aikatyöhön, etätöihin, määräaikaaisuuksiin jne. tai miten huomioida eri-ikäisiä ja eri taustoista tulevia osaajia ja taitajia. Tämä asettaa muutosvaateensa sekä organisaation työskentelyrille, toimintatavoille ja johtamiselle että sen jäsenten asenteille ja käyttäytymiselle.

Tutkimus kesti vuoden ja se koostui kolmesta osatutkimuksesta, joissa tarkasteltiin työllistymistä ensimmäistä kertaa kattavasti työyhteisöjen näkökulmasta kiinnittäen huomiota erityisesti työyhteisöjen kulttuurisiin merkityksiin, johtamiseen ja yksilöiden kokemukseen.

### Työyhteisöjen tutkimusosuus

Työyhteisötason tutkimusosuus keskittyi työyhteisöjen jäsenten tulkintoihin, jotka koskivat RATKO-mallin mukaista toimintaa, työ-

pajoja sekä niissä laadittujen tehtäväkuvien käyttöönottoa niin työyhteisöjen kuin prosessin kautta työllistyneiden henkilöiden kannalta. Tutkimuksessa keskityttiin mahdollisuuksiin ja reunaehtoihin, joita mallin soveltamiseen liittyy kyseisten yhteisöjen sosiaalisten sekä kulttuuristen ulottuvuuksien näkökulmista tarkasteltuna.

Tutkimusmenetelmänä oli työyhteisöjen arkeen osallistuminen sekä etnografiset haastattelut. Osatutkimukseen osallistui tiiviimmin kaksi työyhteisöä, joista ensimmäinen oli kunnan terveyskeskuksessa sijaitseva pitkäaikaishoidon vuodeosasto, toinen kuntoutusalalla toimivan yksityisen palveluntuottajan työ- ja päivätoiminnan yksikkö. Näihin molempiin tuli tutkimusaikana osatyökykyinen työllistyttyä, osastolle kaksi henkilöä ja yksikköön yksi henkilö.

Työyhteisöjen arkeen osallistumisen kautta saatiin tuntumaa kunkin työyhteisön sosiaalisiin suhteisiin, yhteistyötä ja toimintaa suuntaavaan logikkaan sekä kieleen. Työyhteisön kulttuurin keskeisyys työllistymisessä näkyy siinä, että uuden tulokkaan on opittava ainakin jossain määrin tulkitsemaan sitä, mitä kyseisessä työyhteisössä arvostetaan, mitä halveksutaan ja millä tavalla erilaisissa tilanteissa tulisi toimia. Kun tulokas oppii ”talon tavoille”, hänen voi siis ajatella oppivan organisaatiokulttuurin.

## Johtamisen tutkimusosuus

Johtamisen tutkimusosuudessa selvitetiin, millä tavalla RATKO-mallilla tehty interventio vaikuttaa henkilöstöjohtamiseen ja näyttäytyy monimuotoisuuden johtamisen näkökulmasta. Monimuotoisuus laajasti määriteltynä on kaikkea erilaisuutta ja ainutlaatuisuutta ihmisten välillä – sekä näkyvää että näkymätöntä – mukaan lukien kyvyt, taidot, tavat, kulutustottumukset, tarpeet ja arvot. Työntekijöiden yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen kuuluu tulevaisuuden johtamiseen ja esimiestyöhön, on kyseessä sitten eri-ikäisyys, eri sukupuolet tai sukupolvet, terveydentila, elämäntilanne, työkaaren tietty vaihe, etninen tausta, koulutustaso tai muut seikat. Yhä enemmän lisääntyvät myös uudet työn muodot ja työnteon tavat. Kun työn sisältöön ja työn tekemisen tapoihin voidaan lisäksi itse vaikuttaa, se lisää työsuorituksen onnistumista ja sitoutumista.

Johtamisen tutkimusosuus toteutettiin toimintatutkimuksena, ja sen tavoitteena oli edistää yhä monimuotoisempien työyhteisöjen johtamista ja lisätä osallistujien aihealueen ymmärrystä sekä valmiuksia pidemmän ajan muutosten aikaansaamiseen. Aineisto hankittiin kahdessa organisaatiossa, jotka käyttivät tai pilotoivat RATKO-mallia. Yleisön palvelualalla toimiva tutkimuskohde A keskittyi rekrytointiprosessin ja esimiestyön kehittämiseen. Yksityisen sosiaalipalvelualan tutkimuskohde B keskittyi strategisen monimuotoisuuden johtamiseen ja sen periaatteiden vieniin koko toimintaansa, mukaan lukien henkilöstöjohtamisen käytäntöihin ja palvelujen tuotantoon. Molemmassa kohteissa toimi kehittämisyhmä, joka koostui 7–10 henkilöstä organisaatiota kohden. Kohteessa A henkilöt edustivat esimiehiä ja kohteessa B YT-toimikunnan jäseniä. Tutkimusaineisto muodostui kehittämissyhmien työpajoissa kerätystä aineistosta.

## Yksilön näkökulma

Yksilötason tutkimusosuuden tehtävänä oli selvittää, kuinka RATKO-malli auttaa ja edistää työntekijän työkykyä, työhyvinvointia ja

työntekijän selviytymistä työssään. RATKO-mallissa ja sen soveltamisessa voi nähdä useita yksilön työhyvinvoinnin edistämiseen tähtäviä piirteitä. Mallissa työn ja sen tekijän vastaavuutta haetaan arviointimenetelmin, joissa suhteutetaan työn erilaisia psykososiaalisia ja fyysisiä vaativuustekijöitä tekijänsä vastaaviin toimintavalmiuksiin. Tällaiseen vastaavuustilaan pyrkiminen ja sen toteutuminen työssä ovat työterveyden ja työhyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen ydintä.

Malli pyrkii luomaan työelämäosallistumisen kautta osatyökykyisille edellytyksiä työllistymisen onnistumiseen siten, että työntekijän intressit, kyvyt, taidot ja osaaminen realisoituisivat työssä mahdollisimman hyvin. Hyvä työssä selviytyminen hyödyttää puolestaan sekä työllistyjää että työyhteisöä.

Tutkimuksella selvitetiin, 1) miten työnantajat tai esimiehet kokivat hankkeen, eli miksi siihen osallistuttiin ja miten sen nähtiin käytännössä sujuneen, 2) miten työntekijät kokivat hankkeen käytännöt ja voisiko hankkeella olla merkitystä heidän työhyvinvoinnilleen ja 3) miten ratkolaiset kokivat hankkeen käytännöt ja oliko hankkeella merkitystä heidän työssä ja työelämässä selviytymiselleen ja työhyvinvoinnilleen.

Yksilötason tutkimus toteutettiin haastatteluina. Tutkimuksessa haastateltiin 11 esimestä, jotka toimivat neljän työnantajan yhteensä seitsemässä toimipisteessä. Lisäksi haastateltiin kuutta työntekijää sekä seitsemää ratkolaista.

## Tuloksia

Työyhteisön näkökulmasta osatyökykyisten työllistämiseen liittyy sekä mahdollisuuksia että jännitteitä. Parhaimmillaan RATKO-mallin avulla toteutettu työllistäminen ja työllistyjän työpanos muodostuivat osaksi yhteisön yhteistä arkea, osaamista sekä haasteista selviytymistä. Onnistuminen edellytti kuitenkin työnjakojen, -käytänteiden sekä työkuultuurin yhteensovittamista työllistyjän lähtökohtiin. Yhteensovittamista helpottivat työllistyjälle tarjottujen työtehtävien muotoilu RATKO-työpajoissa sekä IMBA/Melba-arviointimene-

telmän käyttö. Näiden avulla työyhteisö pystyi valmistelemaan työn ja tekijän kohtaamista työnjaollisin perustein. Työllistyjän oli kuitenkin opittava suoriutumaan paitsi tehtävästään, myös riittävästi tulkitsemaan sitä, mitä kyseisessä työyhteisössä arvostetaan ja millä tavalla erilaisissa tilanteissa tulisi sosiaalisesta näkökulmasta toimia. Työllistymisen alkuvaiheen jälkeen niin työllistyjät kuin työyhteisöt kohtasivat haasteita, joiden ratkomisessa keskiöön nousivat työllistyjän käytännölliset tuen tarpeet ja hänen integroitumisensa osaksi työyhteisön työnjaollisia ja sosiaalisia suhteita.

Työllistymisprosessiin liittyvät haasteet nousivat erityisen vahvoina esiin työyhteisössä, jossa tiivis työtahti, niukoista resursseista johtuva kiire sekä suhteellisen vähäisen autonomian työn tekemisen ehtoihin nähden määrittävät työyhteisön arkea ja kulttuuria. Tällöin osatyökykyisen työllistämistä tulkittiin osana näitä haasteita sekä työyhteisöä yhdistävää selviytymistä. Työllistyjä voitiin parhaimmillaan nähdä yhteiseen selviytymiskamppailuun osallistujana, koska hän auttoi ydintehtävistä suoriutumista sekä helpotti niihin keskittymistä. Toisaalta varsinkin enemmän tukea tarvitseva työllistyjä näyttäytyi tästä lähtökohdasta työyhteisölle yhtenä siihen kohdistuvista, ulkoa annetuista ja ydintehtävästä suoriutumista uhkaavista vaatumuksista.

Toinen työyhteisön näkökulma virittyi sen jäseniä yhdistävän ja työyhteisön identiteettiä määrittävän osaamisen suunnalta. Työyhteisöä yhdisti tietoisuus oman työn, osaamisen ja asiantuntemuksen erityislaadusta sekä arvosta, mikä puolestaan vahvisti autonomiaa suhteessa omaan työhön ja toiminnan säätelyyn. Tästäkin lähtökohdasta RATKO-mallin lupaus liittyi mahdollisuuden keskittyä ja suoriutua paremmin ydintehtävistä. Työyhteisön kuntoutukseen liittyvää osaamista voitiin samalla hyödyntää työllistyjän tarpeiden tunnistamisessa, tukemisessa ja prosessin ohjaamisessa, jolloin mahdollisuudet onnistua olivat tavallista paremmat. Oikea-aikaisen ohjauksen ansiosta työllistyjä kykeni ratkomaan haasteet ja lunastamaan paikkansa työyhteisön työn-

jaossa. Työkulttuuria määrittävän asiantuntemuksen ja osaamisen osalta hän jäi kuitenkin ulkopuoliseksi ainakin kolmen ensimmäisen kuukauden ajaksi.

Molemmissa työyhteisöissä RATKO-mallin tarjoamat konkreettiset välineet ja keinot sekä työhönvalmentajan työyhteisölle ja työllistyjälle tarjoama joustava ja käytännöllinen tuki olivat onnistumisen kannalta oleellisia. RATKO-prosessi auttoi työyhteisöä löytämään konkreettisen ajan ja yhteisen tilan, jossa omia töitä voitiin tutkia ja osatyökykyiselle soveltuvaa työtehtävää muotoilla yhdessä. Haasteeksi jäi työllistyjän tukeminen prosessin edetessä silloin, kun tehtävästä suoriutuminen oli odotettua vaikeampaa eikä tarkoituksenmukaista tietoa hänen rajoitteistaan tai tukikeinoista ollut oikeassa vaiheessa työyhteisössä käytettävissä.

Johtamisen osatutkimuksen tuloksina saatiin, että 1) RATKO-malli aiheutti muutoksia henkilöstöjohtamiseen ja 2) monimuotoisuusjohtamisen periaatteet käytäntöön vietyinä tukivat hyvin mallin toimivuutta ja pysyvyyttä. Malli vaikutti usealla tavalla henkilöstöjohtamiseen tuoden siihen paitsi uuden rekrytointitavan, myös uudenlaisen lähtökohdan tarkastella perehdytystä, henkilöstön kehittämistä, suoritusarviointia, palkitsemista, esimiestyötä ja lähijohtamista niin osatyökykyisten kuin muunkin henkilöstön osalta. Mallia hyödyntämällä voidaan saada lisää tehokkuutta, kun henkilöstön monimuotoisuudesta nousevat hyödyt ja tarpeet saadaan näkyviksi. Mallia voidaan käyttää laajasti myös eri tarkoituksiin, muun muassa työnkuvien ja vastuiden määrittelyihin, tehtävien vaihtoon ja kehityskeskusteluihin.

Monimuotoisuutta tukevan johtamisen periaatteet tukivat puolestaan RATKO-mallia. Mallin peruselementit – työn ja työolosuhteiden räätälöinti yksilön/ratkolaisten erilaisten tarpeiden pohjalta – avasivat sekä monimuotoisuuden ja erilaisuuden käsitteitä koskevan että monimuotoisuuden johtamisen ideaa ja sisältöä koskevan keskustelun. Monimuotoisuus ymmärrettiin osaamisena ja jokaisen työntekijän potentiaalinen arvostamisena ja hyödyntämisenä. Myös kaikkien työn-

tekijöiden yksilöllisen, yhdenvertaisen kohtelun nähtiin kuuluvan normaaliin esimiestyöhön. Monimuotoisuuden johtamisen periaatteet RATKO-mallin tukena auttoivat luomaan kaikille sopivaa johtamista, työtä ja työyhteisöjä, mikä käytännössä tarkoittaa muutoksia eri HR-toiminnoissa ja prosesseissa, esimiestyössä ja johtamiskulttuurissa.

Johtamisen osatutkimuksen tulosten perusteella RATKO-malli koettiin hyvänä, koska se toi uudenlaisen tarkastelukulman työntekijään ja työn sisältöön. Se motivoi sekä työntekijää että hyödyttää organisaatiota tulosten tekemiseksi. RATKO-mallin kautta työllistyneitä pidettiin hyvinä työntekijöinä, ja heille haluttiin tarjota tilaisuus osallistua ja mennä elämässään eteenpäin. Mallin käyttö on vahvistanut myös vastuullisen rekrytoinnin merkitystä, mikä puolestaan vaikuttaa työnantajakuvaan.

Yksilö-osatutkimuksen mukaan ratkolaiset kokivat työn itselleen oikein mitoitetuksi, olivat tyytyväisiä työhönsä sekä suoriutuivat siitä hyvin. Esimiehet tarvitsivat työhönvalmentajan tukea ratkolaisten työhön opastamisessa ja rajoitteiden ymmärtämisessä. Ratkolaiset kokivat itsensä tarpeellisiksi työssään, koska tehtävät oli koottu työyhteisössä tarpeellisiksi koetuista toiminnoista. Työnkuvan selkeys toi mukanaan itsenäisyyttä ja vastuullisuutta työssä sekä mahdollisti oma-aloitteisen ennakoinnin tehtävissä. Muut työntekijät kokivat työhön tehtyjen muutosten vähentävän kiirettä ja tuovan enemmän aikaa omille ydintehtäville. Oma työnkuva koettiin mielekkäämmäksi. Hankkeessa toteutui monia työmotivaatiota ja työhyvinvointia edistäviä tekijöitä.

## Johtopäätökset

Tutkimuksessa nousi esiin työyhteisön tarve saada keskustella monimuotoisuudesta, miettiä, mitä tehtävien uudelleen järjestely tarkoittaa, ja oivaltaa, miten oma työ asettuu muuttuviin käytäntöihin. Toinen havainto oli, että onnistunut työllistäminen tai työhön paluu edellyttää sekä johdon, työllistyvän yksilön että työyhteisön näkökulmien yhtäaikaista huomioimista. Pelkän johdon monimuotoi-

suusstrategian varassa oleva toiminta ei selaisenaan vaikuta esimiesten ja kollegoiden työkäytäntöihin yksittäisillä työpaikoilla. On tärkeää, että työllistyvä tai työhön palaava henkilö kokee tullessa huomioduksi, kun työtehtävää on räätälöity ja työhön perehdyttämisen käytännöistä on sovittu.

Ehkä keskeisin johtopäätös on, että työyhteisöjen kyky vastaanottaa osatyökykyinen työntekijä on vähintään yhtä tärkeä onnistumisen kannalta kuin työllistyjän kyvyt. Jos työyhteisö voi pohtia yhdessä syitä siihen, miksi on tärkeää rekrytoida monimuotoisuutta huomioiden, ja miten organisaatio hyötyy monimuotoisuudesta ja erilaisten ihmisen osaamisista, yhteisön on helpompi oppia toimimaan uudenlaisessa tilanteessa ja luoda uudenlaisia käytäntöjä. Jos yhteisössä voidaan yhdessä miettiä, miten uudenlaiset, räätälöidyt työnkuvat täydentävät olemassa olevaa kokonaisuutta ja tuovat lisäarvoa organisaation toimintaan, tehtävät myös koetaan onnistuneina. Jos vielä voidaan sopia, miten uuden työntekijän perehdytys hoidetaan, kenelle kuuluu vastuu perehdytyksen jälkeisestä opastuksesta työssä ja mikä on mahdollisen ulkopuolisen työhönvalmentajan rooli, onnistumisen edellytykset ovat suuret.

Tutkimus antoi viitteitä siitä, että jos työyhteisön kulttuurissa korostuu erilaisista pakoista ja paineista selviytyminen, osatyökykyisten työllistäminen ja sen edellyttämät muutokset ovat haastavia. Jos mallia ei tällöin koeta myös hyödyllisenä, se näyttäytyy työyhteisölle vain ylimääräisenä työnä ja ratituksena.

Tutkimuksen aikana pohdinnan aiheeksi nousivat keskustelut kuntien ja yksityisen sektorin välisistä eroista osatyökykyisten työllistämiseksi. Voimassaoleva lainsäädäntö edellyttää kuntia tuottamaan työllistymistä tukevaa palvelua ja tarjoamaan tuettuja työtehtäviä ja mahdollisuuksia pitkäaikaistyöttömille, osatyökykyisille ja vammaisille henkilöille. Yksityisellä sektorilla näitä vaatimuksia ei ole, vaan osatyökykyisten työllistymisen motiivit lähtevät organisaatioista ja työyhteisöistä itsestään. Tietenkin myös kuntien kohdalla voi olla näin. Tutkimuksessa havaittiin,

että niissä kuntien työyhteisöissä, joissa resurssit ovat tiukoilla ja tehokkuusvaatimukset korkealla, voi olla vaikeaa löytää aikaa ja motivaatiota työyhteisön käytäntöjen kehittämiseen osatyökykyisyyttä ja moninaisuutta tukeviksi. Kuntien eri työyksiköitä ei saisi jättää yksin vastaamaan työllistämisvelvoitteesta, vaan koko kunnan johtoa myöten tulisi sitoutua rakentamaan monimuotoisuutta tukevia toimintatapoja.

RATKO-malli on herättänyt mukana olevat työyhteisöt pohtimaan monimuotoisuuden johtamista, rekrytoinnin ja perehdyttämisen käytäntöjä, työtehtävien tarkoituksenmukaista uudelleenjäsentämistä, tiedonkulun ja vuorovaikutuksen käytäntöjä sekä kunkin työntekijän roolia työyhteisön kokonaisuudessa. Kun RATKO-mallia ja siihen läheisesti liittyvää työhönvalmennusta kehitetään, työyhteisön toimintatapoihin tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota ja varmistaa, että työyhteisö on tietoinen RATKO-mallin tarkoituksesta ja uuden työntekijän roolista. Malliin kuuluvien työpajojen osallistujien kokoonpanoa tulee miettiä tarkkaan ja varmistaa, että työllistymisen kannalta keskeiset tahot ovat työpajassa edustettuina.

Viitteitä tuli myös siitä, että IMBA- ja Melba -työkyvyn ja työn vaativuuden arviointityökaluja kannattaa käyttää sekä työtehtävän että työllistyjän arviointiin. Huolellisella teh-

tävänkuvien räätälöinnillä ja osaamisprofiilien laatimisella näyttäisi olevan tärkeä rooli siinä, miten sekä uusi työntekijä että työyhteisön muut työntekijät kokevat uuden työtehtävän merkityksen ja miten he suoriutuivat työssä. Merkitykselliseksi näytti nousevan myös työhönvalmentajien rooli työntekijöiden ja esimiesten taustatukena. Jatkossa tulisikin selvittää, miten työhönvalmentajien roolia voisi selkeyttää suhteessa työyhteisön muihin työntekijöihin, erityisesti esimiehiin.

*Artikkeli on tiivistelmä Kaikille sopiva työ ja työyhteistö -tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportista, josta löytyvät myös artikkelin taustaselostus sekä lähteet. Sähköinen raportti on saatavissa verkko-osoitteesta <http://www.vamlas.fi/wordpress/wp-content/uploads/2013/03/Kaikille-sopiva-tyo.pdf>. Raportin paperiversiota voi tiedustella Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiöstä.*

**Outi Hietala, VTT, erikoistutkija-kehittäjä, Kuntoutussäätiö**

**Aulikki Sippola, KTT, monimuotoisuusjohtamisen asiantuntija, FiBS yritysvastuuverkosto**

**Markku Riipinen, FT, psykologi, Invalidisäätiö Orton Pro**

**Pauliina Lampinen, VTM, toiminnanjohtaja, Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö**

**Marja Nevalainen, TtM, kehittämisspäälikkö, Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö**

# KUNTOUTUKSEN YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO TUOTTAA KEHITTÄMIS- JA JOHTAMISOSAAMISTA

---

*Työelämässä toimivat ammattilaiset voivat syventää ja laajentaa kuntoutuksen kehittämis- ja johtamisosaamistaan ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa (YAMK). Kirjoituksessa kuvataan kuntoutuksen YAMK-ohjelman sisältöä, perusteita ja toteutusta sekä valmistuneiden sijoittumista työelämään.*

## **Yhteiskunnallinen tarveperustelu**

Esitys moniammatillisen kuntoutuksen ylempään ammattikorkeakoulututkinto-ohjelman aloittamisesta tehtiin vuonna 2008 valtakunnallisen ammattikorkeakouluverkoston yhteistyönä. Haettavan koulutusohjelman suunnittelussa olivat mukana ammattikorkeakoulujen lisäksi Kuntoutussäätiön, Kuntaliiton, Folkhälsanin, Invalidiliiton, Lapin ja Tampereen yliopistojen, Helsingin kaupungin, Espoon kaupungin, Opetusministeriön, Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Valtiokonttorin edustajat. Lisäksi erikoistumisopinnoissa olevat, sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektorien edustajat osallistuivat kuntoutuksen ylempään ammattikorkeakoulu-koulutuksen tarveperusteluun ja suunnitteluun.

Koulutuksen yhteiskunnallista tarvetta perusteltiin väestön ikääntymisen, perheiden monimuotoistumisen, monikulttuurisuuden ja nuorten syrjäytymisen näkökulmista. Toisaalta sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden moniongelmaisuuksien ja toiminta- ja työkyvyn vaikeuksien lisääntymisen myötä nimenomaan

kuntoutuksen asiantuntija-alueeseen kohdistuvan YAMK-koulutuksen koettiin olevan tarpeen. Samat perustelut koulutukselle ovat edelleen olemassa.

Työelämässä tarvitaan toiminta- ja ilmiölähtöistä kehittämis- ja johtamisosaamista, jossa palvelut rakentuvat ammattilaisten ja kansalaisten yhteistoiminnassa vastaamaan palvelujen käyttäjien tarpeita. Kuntoutuksen yhteisöllinen osaaminen kohdistuu yhteisiin ilmiöihin kuten ihmisten arkeen ja muuttuvaan toimintaympäristöön.

Eräs ylempien ammattikorkeakoulututkintojen tavoite on auttaa opiskelijaa saavuttamaan työelämän kehittämisen edellyttämät laajat tiedot omalla alallaan. Opintojen aikana opiskelijat perehtyvät työelämän tutkimisen ja kehittämisen menetelmiin sekä vastaavat oppinäytetyönä tehtävän työelämälähtöisen kehittämistyön suunnittelusta ja toteuttamisesta. Tämä vaatii luonnollisesti opiskelijalta kykyä itsenäiseen ja vaativaan asiantuntijatyöhön. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2014.) Opiskelun kautta kertyy paljon kehittämisosaamista, josta opiskelijoiden lisäksi hyötyvät myös heidän työnantajansa ja sitä kautta laajemminkin koko kuntoutusala.

Ammattikorkeakoulujen ylempistä tutkinto-ohjelmista valmistuvat voivat toimia vaativissa kuntoutuksen kehittämis- ja johtamistehtävissä, jotka edellyttävät kykyä ennakoida, arvioida ja kartuttaa alan tietoa ja uudistaa käytäntöjä innovatiivisesti sekä kansallisesti

Taulukko 1. Opintokokonaisuudet ja -jaksot ammattikorkeakouluittain.

<b>Yhteensä 90 op</b>	<b>Metropolia</b>	<b>Arcada</b>	<b>SAMK-Turku</b>
Kuntoutusasiantuntijuus / kuntoutuksen kehittämisosaaminen 25 op	Kuntoutuksen muuttuvat paradigmat 5 op	Ämnes-fördjupning 5 sp	Kuntoutuksen keskeiset käsitteet ja teoreettinen tausta 5 op
	Uudistuvat kuntoutusverkostot 5 op	Tillgänglighet, delaktighet och universal design, del 1; 5 sp	Kuntoutuksen palvelujärjestelmä, lainsäädäntö ja rahoitus 5 op
	Rajapintoja ylittävä kuntoutus 5 op	Tillgänglighet, delaktighet och universal design, del 2; 5 sp	Esteettömyyden ja osallisuuden edistäminen 5 op
	Tutkimuksellinen kehittäminen kuntoutuksessa 10 p	Strategier och metoder inom rehabiliteringen 5 sp	Näyttöön perustuva kuntoutus 5 op
		Tillgänglighet, delaktighet och universal design, del 3; 5 sp	Oman asiantuntijuusalueen työmenetelmien kehittäminen 5 op
Johtaminen / kuntoutuksen johtamisosaaminen 15 - 30 op	Työhyvinvointia tukeva johtaminen 5 op	Ledarskap och medarbetarskap för hälsa och välbefinnande 5 sp	Uudistumisen ja muutoksen johtaminen 5 op
	Strateginen ja toiminnan johtaminen 5 op		Organisaatiot ja johtaminen 5 op
	Kuntoutuksen tuloksellisuus 5 op	Kvalitets-utveckling och innovationer 5 sp	Kuntoutuksen laatu ja yrittäjyys 5 op
	Kuntoutuksen palvelutoiminnan johtaminen 5 op	Social- och hälsoekonomisk styrning, juridik och budgetering 5 sp	Talous ja prosessit 5 op
	Kuntoutuksen johtamisen tietoperusta ja työvälineet 5 op		
	Kuntoutuksen asiantuntijuus 5 op		
Tutkimus- ja kehittämismenetelmät 5-10 op	Tämä on integroitu kuntoutuksen kehittämisosaamiseen (ks. Tutkimuksellinen kehittäminen kuntoutuksessa 10 op)	Vetenskaps-filosofi, etik och metodik 15 sp	Projekti- ja viestintäosaaminen 5 op
			Työelämän tutkimus- ja kehittämismenetelmät 5 op
Opinnäytetyö 30 op	Opinnäytetyö 30 op	Masterarbete 30 sp	Opinnäytetyö 30 op
Vapaasti valittavat	Vapaasti valittavat 5 op	Valfria studier 5 sp	Vapaasti valittavat 5 op

että kansainvälisesti. Tutkinnon vaatimukset perustuvat eurooppalaiseen tutkintojen osaamisen viitekehykseen (EQF 7) ja kansalliseen viitekehykseen tutkinnoista ja muusta osaamisesta. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2009a ja 2009b.) YAMK-tutkinto on verrattavissa vastaaviin kansainvälisiin maisteritason tutkintoihin.

## **Tähtäimessä tulokselliset kuntoutuskäytännöt**

Kuntoutuksen YAMK-koulutusta toteutetaan tällä hetkellä Arcadassa, Metropolia ammattikorkeakoulussa sekä Satakunnan ja Turun ammattikorkeakouluissa. YAMK-koulutuksessa opiskelijat kehittävät työyhteisöissä ja muissa verkostoissa hyviä ja tuloksellisia kuntoutuskäytäntöjä kuntoutuksen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kuntoutuksen koulutuksessa on tavoitteena eettisesti ja taloudellisesti kestävä, yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan välisen kehittämisprosessin ja hyötyjen aikaansaaminen. Tulevaisuussuuntautuneisuus, innovatiivisuus ja teknologian hyödyntäminen ovat keskeisiä tekijöitä kuntoutuksen koulutuksessa.

Koulutuksessa painotetaan ymmärrystä kuntoutuksen ja sen järjestämisen sekä yksilön kuntoutumisen kokonaisuudesta. Koulutuksessa korostetaan toimintatapoja, jotka kunnioittavat yksilöä toimijana, ja palvelun käyttäjän osallistumista toiminnan suunnitteluun omassa arjessaan ja toimintaympäristössään.

Koulutuksen toteutus vaihtelee hieman ammattikorkeakouluittain. Lähiopetuspäiviä on 2–4 kuukaudessa ja koulutus kestää 1,5–2 vuotta. Opintojen laajuus on kokonaisuudessaan 90 opintopistettä (taulukko 1). Kuntoutuksen YAMK-koulutus on mahdollista suorittaa työn ohessa.

Arcadassa kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisosaaminen perustuu osallistumiseen, osallisuuteen, saavutettavuuteen ja ”universal design”-käsitteisiin, joita tarkastellaan laaja-alaisesti yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntasella. Opintoissa painotetaan monialaista, henkilö- ja perhelähtöistä kuntoutustoimin-

taa sekä kuntoutuksen muutoksen ymmärtämistä. Opintoissa syvennetään kuntoutuksen teoreettista ja menetelmällistä osaamista. Johtamisosaaminen sisältää muun muassa johtamisen työkaluja, jotka vastaavat kestävästä muutoksesta ja kehityksestä, terveysaloudesta ja budjetoinnista. Yhteistyö työelämän ja sen edustajien kanssa mahdollistaa kokonaisvaltaisen käsityksen ja pohdinnan työelämän monipuolisista ja haastavista muutoksista, jotka liittyvät sekä johtajuuteen että palveluiden kehittämiseen.

Metropolia ammattikorkeakoulussa kuntoutuksen kehittämisosaaminen rakentuu seuraavista kokonaisuuksista: kuntoutus yhteiskunnallisena, yhteisöllisenä ja asiakkaan yksilöllisenä muutosprosessina, teoreettinen ja menetelmällinen kuntoutuksen kehittämis- tarpeiden ennakointi- ja arviointiosaaminen sekä kuntoutuksen innovatiivinen tutkimuksellinen kehittämisosaaminen. Kuntoutuksen kehittämisosaamisen sisällöt rakentuvat kuntoutuksen muutoksen ymmärtämisestä sekä verkostojen ja rajapintoja ylittävän asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisestä. Kuntoutuksen johtamisosaaminen käsittää johtamisen organisaatioissa eri tasoilla ja asiantuntijuuden vahvistamisessa. Johtamisosaaminen sisältää kuntoutuksen asiantuntijuuden ja tuloksellisuuden lisäksi johtamisen etiikkaa ja työvälineitä, strategisen toiminnan perusteita sekä työhyvinvointia tukevaa johtamista ja palvelutoiminnan johtamista.

Satakunnan ja Turun ammattikorkeakouluissa kuntoutuksen YAMK-opinnoissa tarkastellaan laaja-alaisesti kuntoutuksen teoreettisia ja yhteiskunnallisia perusteluja, syvennetään näyttöön perustuvan työskentelyn osaamista ja paneudutaan kuntoutuksen rahoitukseen ja palvelujärjestelmää ohjaavaan lainsäädäntöön. Esteettömyyteen ja osallisuuden liittyviä teemoja tarkastellaan monista eri näkökulmista. Johtamisopintoihin kuuluu strategisen ja osaamisen johtamisen lisäksi opintoja yrittäjyydestä, laadusta ja talousprosesseista.



## **Yhteisöllisen osaamisen rakentuminen ja yksilölliset osaamispolut**

Opiskelijoiden koulutus- ja työhistoriat ovat erilaisia, mikä edistää asiantuntijuuden ja moniammatillisen yhteistyön kehittymistä ryhmässä. Opiskelijaryhmässä voi olla mukana apuvälineteknikkoja, fysioterapeutteja, geronomeja, jalkaterapeutteja, kuntoutuksen ohjaaja, kätilöjä, liikunnanohjaajia, optometristeja, osteopaatteja, sairaanhoitajia, sosionomeja, terveydenhoitajia ja toimintaterapeutteja.

Kuntoutusasiantuntijuuden vahvistamisessa painotetaan yhteiskehittelyä ja yhteisöllistä moniasiantuntijuutta (Sipari & Mäkinen 2012). Yhteiskehittely mahdollistaa moninaisten muutosten ja monitahoisten kehittämis-tehtävien hahmottamisen kuntoutustoiminnan kehittämisessä ja johtamisessa. Yhteiskehittelyssä toimijoina ovat opiskelijat, opettajat ja työelämäkumppanuudet. (Yhteiskehittelyllä hyvinvointia 2010.) Moniasiantuntijuutta korostavassa toiminnassa kuntoutujat ymmärretään keskeisinä kehittämiseen osallistuvina toimijoina (Sipari, Mäkinen & Paalasmaa 2014).

Yhteisöllisen osaamisen rinnalla kuntoutuksen koulutuksessa oppiminen on luonteeltaan myös yksilöllisen osaamisen karttumista ja pohdintaa. Oppiminen rakentuu joustavasti opiskelijan ja työelämän osaamistarpeiden mukaan osaamispoluksi (Ahonen ym. 2014). Oppimisen sosiaalisuutta ja vuorovaikutuksellisuutta tehostetaan opiskelumuodoilla, joissa järjestetään mahdollisuuksia tiedon keskinäiseen jakamiseen, keskusteluun, erilaisten tulkintojen esittämiseen ja argumentointiin. Oppimistilanteet muodostuvat työpajoista, yksin ja ryhmässä – myös työyhteisöissä – tehdyistä oppimistehtävistä, seminaareista, verkkoopinnoista ja asiantuntijaesityksistä.

Opintotehtävät lähipäivien välillä ovat laajoja ja vaativia, joten ne edellyttävät opiskelijalta kykyä itsenäiseen työskentelyyn. Opiskelijalla on mahdollisuus yksilöllisiin ratkaisuihin, joissa hän voi syventää osaamistaan valitsemalla opintoja tai tutkinnon osia toisessa ammattikorkeakoulussa tai am-

mattikorkeakoulun ulkopuolella. Työn ohella tapahtuvat opinnot edellyttävät sekä opiskelijalta että ammattikorkeakoululta joustavuutta; henkilökohtainen opiskelusuunnitelma ja aikaisemmin hankitun osaamisen tunnistaminen (AHOT) ovat välttämättömiä työvälineitä opintojen toteutuksessa.

## **Kuntoutuksen muutosagentit uusille urille**

Ammattikorkeakouluissa työelämälähtöisessä oppimisessa, osaamisen rakentumisessa ja käytännön kehittämisessä hyödynnetään ja sovelletaan yliopistojen ja sektoritutkimuslaitosten tuottamaa tutkimustietoa. Tieteellisen tutkimustiedon ja käytännön kehittämisen vuoropuhelu ja vuorovaikutteisuus ovat merkityksellistä jatkuvassa yhteiskunnallisessa muutoksessa.

Kuntoutuksen YAMK-tutkinto-ohjelmassa osaamisen vahvistuminen on onnistuneesti kytköksissä työelämän tarpeisiin. Opiskelijat tekevät opinnäytetyönsä useimmiten omalle työpaikalleen. Se on luonteeltaan kuntoutuksen työmenetelmiä, työvälineitä, työelämän käytäntöjä tai prosesseja kehittävä tutkimuksellinen tai toiminnallinen tehtävä. Opinnäytetyö voidaan tehdä myös osana laajempaa kehittämishanketta. Työ toteutetaan kolmikantana eli yhteistyönä, jonka käytännön toteutuksesta sovitaan opiskelijan, työyhteisön tai toimeksiantajan ja ammattikorkeakoulun välillä. Suvannon (2014) mukaan YAMK-opinnäytetyö tuottaa parhaimmillaan hyviä käytäntöjä työelämän systemaattiseen kehittämiseen myös jatkossa, kun opiskelija ja työyhteisö ovat saaneet uusia työkaluja organisaation kohtaamien haasteiden käsittelyyn.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä kutsutaan yleisesti tutkimuksellisiksi kehittämistöiksi (ks. Toikko & Rantanen 2009). Tutkimuksellinen kehittäminen toteutuu useimmiten työtoiminnassa siten, että opiskelija toimii muutoksen käynnistäjänä ja toimeenpanijana, mutta toteutus perustuu yhteiskehittelyyn, jossa kollegat ja kuntoutujat ovat mukana (Sipari, Mäkinen & Paalasmaa 2014; Suvanto 2014). Kehittämistoiminnan ohjaus toteute-

taan työelämän ja opettajien yhteistyönä ja luodaan ”yhdessä tekemisen meininki”.

Kehittämistoiminta edellyttää opiskelijalta kykyä ennakoida, arvioida ja kartuttaa kuntoutusalan tietoa ja uudistaa käytäntöjä innovatiivisesti ja kansainvälisesti. Yhteisöllinen ja tutkimuksellinen kehittämisote monitasoisessa sekä muuttuvassa kuntoutuksen kehittämistoiminnassa oli tyypillistä kuntoutuksen YAMK-tutkinnon opiskelijoille myös Jämsän (2014) tutkimuksessa. Jämsä kuvaakin näitä opiskelijoita kuntoutuksen muutosagenteiksi.

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelmissa valmistuneille opiskelijoille tehtiin lukuvuonna 2013–2014 kysely, jossa selvitettiin koulutuksen vaikutusta urakehitykseen heidän näkökulmastaan. Tulokset osoittivat, että työtehtävät olivat monilla muuttuneet siten, että asiantuntija- ja kehittämistehtävät olivat lisääntyneet ja tehtävät olivat aikaisempaa monipuolisempia ja vaativampia. Työyhteisön koettiin arvostavan uutta osaamista, ja palkka oli noussut. Valmistuneet ovat sijoittuneet kuntoutusalan päällikkötason tehtäviin ja kehittämistehtäviin.

Kuntoutuksen kehittäminen kiteytyy työelämästä nouseviin kuntoutuksen ajankohtaisiin ydintekijöihin, joita ovat mm. toimijuus, asiakaslähtöisyys, moniammatillinen työskentely, yhteisöllisyys ja palvelujen kustannustehokkuus (Jämsä 2014). Näihin ydintekijöihin paneutuminen johtamis- ja kehittämisopinnoissa näyttäisi olevan merkityksellistä ammattilaisten urakehityksessä.

## **Verkostoitunut koulutus**

Alusta alkaen kuntoutuksen ylempää ammatikorkeakoulukoulutusta on suunniteltu ja kehitetty valtakunnallisessa verkostossa, johon on kuulunut edustajia kaikista niistä ammatikorkeakouluista, joissa koulutusta toteutetaan. Tämä on varmistanut opetussuunnitelmien taustalle laajan näkemyksen kuntoutuksesta ja sen ajankohtaisista haasteista. Verkoston ydintoimintaa on koulutuksen laadun ja erityisesti eurooppalaisen tutkintojen osaamisen viitekehyksen (EQF) 7-tason eli maisteritason varmistus. Käytännössä tämä tarkoittaa

esimerkiksi sitä, että yamk-tutkinnon jälkeen opiskelijan on mahdollista hankkia opettajan pätevyys suorittamalla pedagogisia opintoja tai hakeutua yliopistoon jatko-opiskelijaksi.

Keskeisiä yhteistyökumppaneita kuntoutuksen koulutuksessa ovat kunkin alueen kaupungit, kuntoutuspalvelujen tuottajat ja järjestäjät sekä kehittäjätahot. Hankeyhteistyötä tehdään merkittävien valtakunnallisten kumppanien, esimerkiksi Kelan, ja alueellisten toimijoiden, kuten yliopistollisten sairaaloiden, kuntoutuskeskusten ja kuntien, kanssa.

Koulutuksen tehtävä- ja osaamiskuvaukset on tehty tulevaisuusorientoituneesti, ja ne perustuvat sosiaali- ja terveysalan kehittämisohjelmiin ja tulevaisuuden linjauksiin. Näiden lisäksi koulutuksen suunnittelua ovat ohjanneet alueelliset painopisteet sekä ammattikorkeakoulujen strategiat ja yhteiset linjaukset.

Suunnitteluun ja kehittämiseen on osallistunut työelämän edustajista koottu neuvottelukunta tai ohjausryhmä, joka vastaa osaltaan siitä, että koulutus vastaa työelämän tarpeita. Tämä kytkös on merkittävä, jotta koulutus tuottaa sitä osaamista, jota tulevaisuudessa tarvitaan yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. Tällä pyritään toisaalta takaamaan opiskelijoiden mielekäs sijoittuminen työhön ja toisaalta varmistamaan se, että työnantajat mahdollistavat opiskelun työn yhteydessä ja havaitsevat oppimisen hyödyttävän työyhteisöä.

Kuntoutuksen YAMK-tutkinto-ohjelmat ovat mukana kansainvälisessä kuntoutusosaamisen edistämisessä. Yhteistyö toteutuu asiantuntijavaihtona, konsultaationa sekä ohjausryhmätyöskentelynä. Kansainvälisyysosaaminen rakentuu ajankohtaisten aiheiden kautta eri opintojaksoissa sekä esimerkiksi kansainvälisten asiantuntijaesitysten ja hanketoiminnan kautta. Opiskelijoita kannustetaan julkaisemaan opinnäytetyönsä kansallisissa ja kansainvälisissä kongresseissa ja julkaisuissa.

Kansainvälisellä ulottuvuudella kuntoutuksen YAMK-ohjelmat ovat olleet mukana alan hankkeissa muun muassa seuraavilla kärkiosaamisen teemoilla: työterveys ja terveyden edistäminen, sosiaalinen kuntoutus, toi-

mintakyky (WHO:n ICF-luokitus), omaishoitajuus, syrjäytymisen ehkäisy, esteettömyys sekä elinikäinen oppiminen ja pedagogiikka kuntoutuksessa. Metropolia on keskittynyt erityisesti Euroopan ja Venäjän väliseen yhteistyöhön, kun taas Arcada keskittyy pohjoismaiseen yhteistyöhön. SAMKin ja Turun kansainväliset kumppanit ovat pääosin eurooppalaisia korkeakouluja.

Valtakunnallinen verkosto kuntoutuksen ylempää ammattikorkeakoulututkin- nosta on viime vuosina kutistunut. Oulusta ja Lahdesta on lopetettu kuntoutuksen tutkinto-ohjelmat. Ne on integroitu osaksi yleistä sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Tässä on se riski, että kuntoutusosaaminen ilmenee geneerisenä johtamis- ja kehittämisosaamisena ja koulutuksesta katoavat kuntoutustieteelle ominaiset, muun muassa moniammatilliset ja ihmisen yksilöllistä toimijuutta korostavat viitekehukset, joita työelämässä kuitenkin ehdotomasti tarvitaan.

Lapin yliopisto on ollut kuntoutuksen kannalta merkittävä tekijä suomalaisessa korkeakoulujärjestelmän dualimallissa. Käytännössä ja yksinkertaisimmillaan tämä tarkoittaa sitä, että yliopistot tuottavat tutkimustietoa, jota ammattikorkeakoulut hyödyntävät ja soveltavat alueellisessa kehittämistyössä. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen profiloitunutta asiantuntijuutta tarvitaan, ja yhteistyötä tulisi entisestään lisätä. Ammattikorkeakoulut tarvitsevat yliopistojen kanssa tehtävää yhteistyötä. Väyliä jatkotutkintoon tulisikin avata sujuvammiksi.

**Salla Sipari, yliopettaja, Metropolia ammattikorkeakoulu**

**Merja Sallinen, lehtori, Satakunnan ammattikorkeakoulu**

**Tiina Hautala, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu**

**Ira Jeglinsky-Kankainen, yliopettaja, Arcada ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

- Ahonen H, Kekäläinen K, Mäkinen E, Rahikka A, Sipari S (2014) Osaamispolku yhteiselle kartalle. Journal of Finnish Universities of Applied Sciences, No 4. Verkossa: <http://uasjournal.fi/index.php/uasj/article/view/1632/1556> 12.2.2015.
- Jämsä U (2014) Kuntoutuksen muutosagentit: tutkimus työelämälähtöisestä oppimisesta ylempää ammattikorkeakoulutuksessa. Acta Universitatis Ouluensis D medica 1252. Verkossa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789526204987/isbn9789526204987.pdf>
- Opetus- ja kulttuuriministeriö (2009a) Eurooppalain- en tutkintojen ja osaamisen viitekehys. Verkossa: [http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/ammattillisen\\_koulutuksen\\_koeopenhamina-prosessi/Eurooppalainen\\_tutkintojen\\_ja\\_osaamisen\\_viitekehys\\_xEQFx.html?lang=fi](http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/ammattillisen_koulutuksen_koeopenhamina-prosessi/Eurooppalainen_tutkintojen_ja_osaamisen_viitekehys_xEQFx.html?lang=fi) 29.1.2015.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö (2009b) Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Verkossa: [http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2009/Tutkintojen\\_kansallinen\\_viitekehys.html](http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2009/Tutkintojen_kansallinen_viitekehys.html) 29.1.2015.
- Sipari S, Mäkinen E (2012) Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. Verkossa: <http://www.metropolia.fi/palvelut/julkaisutoiminta/julkaisusarjat/aatos-artikkelit/sipari-ja-makinen/> 29.1.2015.
- Sipari S, Mäkinen E, Paalasmaa P (2014) Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Verkossa: <http://www.metropolia.fi/palvelut/julkaisutoiminta/julkaisusarjat/aatos-artikkelit/kuntoutettavasta-kehittajakumppaniksi/> 29.1.2015.
- Suvanto M (2014) Tutkimuksellinen kehittämissyö opinnäytetyönä. Teoksessa: Suvanto M (toim.) Uusia malleja työelämän kehittämiseen. Tutkimuksellinen kehittämissyö ylempi-amk- tutkin- nosta. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sarja D muut julkaisut 13. Verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-633-152-5>
- Toikko T, Rantanen T (2009) Tutkimuksellinen kehittäminen. Näkökulmia kehittämissyöprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: University Press.
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista (2014). Verkossa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129>. 15.10.2015.
- Yhteiskehittelyllä hyvinvointia (2010). Verkkajulkaisu: [http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla\\_hyvinvointia/](http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla_hyvinvointia/) 29.1.2015.

# KUNTOUTUJA OMIEN TAVOITTEIDENSA LAATIJANA

---

## Kuntoutujan osallisuus tavoitteenasettamiseen

Kuntoutujan osallisuus omaan kuntoutumisprosessiinsa edistää kuntoutumista ja motivoi kuntoutujaa muutokseen. Kuntoutujan osallisuutta kuntoutuksessa voidaan tarkastella niin palvelujen suunnittelun kuin kuntoutujan omaan kuntoutumisprosessiinsa osallistumisen näkökulmista (Laitila 2010, Kaseva 2011). Kuntoutumisprosessiin osallistumisen nähdään Shierin (2001) kuvaamassa mallissa lisääntyvän portaittain. Ammattilaisten rooli ja toiminta muuttuvat asteittain kuntoutujan kuuntelemisesta, mielipiteiden ilmaisun tukemisesta, kuntoutujan näkemysten huomioon ottamisesta ja kuntoutujan päätösten tukemisesta vallan ja vastuun jakamiseen. Yksittäisen ammattilaisen henkilökohdallisen toiminnan muuttaminen kuntoutujan osallisuutta tukeväksi on helpompaa, mikäli organisaatio mahdollistaa toiminnan muuttamista esimerkiksi kouluttautumisen tai muiden resurssien avulla. Organisaatio voi myös velvoittaa työntekijänsä toimimaan kuntoutujaa osallistavalla tavalla esimerkiksi sovittujen toimintamallien avulla.

Tavoitteen asettaminen on keskeinen vaihe kuntoutusprosessissa. Se konkretisoi kuntoutustarpeen ja ohjaa kuntoutuksen sisältöjä. Kuntoutujan elämälle merkityksellinen tavoite kiinnittää kuntoutuksen arkeen. Tutkimustieto osoittaa, että tavoitteiden asettaminen lisää kuntoutujan sitoutumista, ja etenkin kirjatut, spesifit ja sopivan haasteelliset tavoitteet voivat lisätä välitöntä suoriutumista. Samalla tut-

kimukset tuovat esille sen, että kuntoutujan osallistaminen tavoitteiden asettamisprosessissa on opetteluvaiheessa (Playford ym. 2009, Levack ym. 2006, Sugavanam ym. 2013).

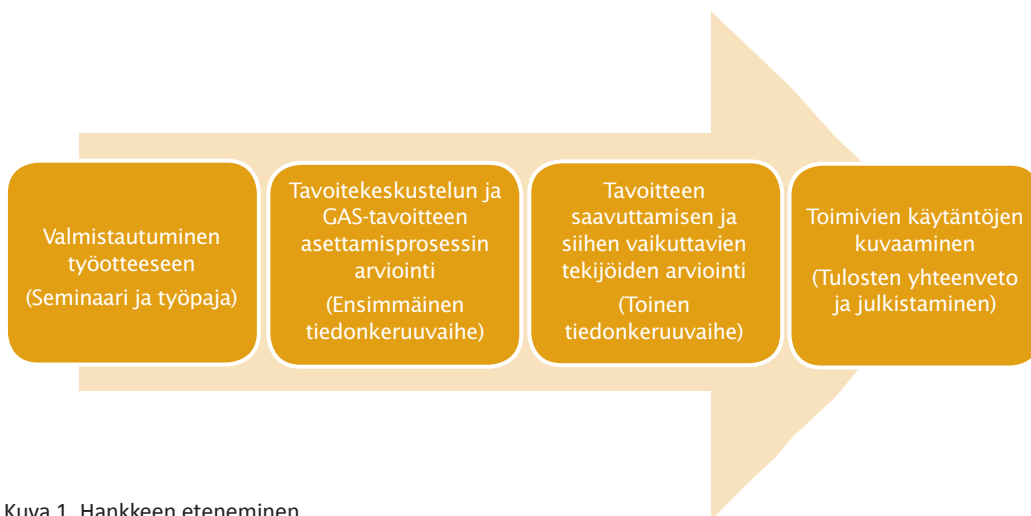
## Tavoitteena toimivat käytännöt

*Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin* -hanke on Kelan rahoittama, ja se toteutetaan Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin, Jyväskylän yliopiston, Mikkelin ammattikorkeakoulun, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntoutustoiminnan vastuualueen sekä Etevan kuntayhtymän välisenä yhteistyönä vuosina 2015 - 2016. Tutkimushankkeeseen osallistuu kaksi erilaista kuntoutujaryhmää: 1) akuutisti sairastuneet, moniammatillista kuntoutusta vaativat kuntoutujat (n = 20, Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osasto) ja 2) kehitysvammapsykiatrian yksiköiden asiakkaat, joilla on monimuotoisia, usein käyttäytymisen hallinnan ongelmia (n = 20, Eteva ky).

Tutkimushankkeessa arvioidaan Goal attainment scaling (GAS) -menetelmällä (Kiresuk 1994, Autti-Rämö ym. 2010) toteutettua kuntoutujalähtöistä, kuntoutujaa osallistavaa tavoitteenasettamisprosessia ja tavoitteen saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuksen tavoitteet ovat:

- 1) tunnistaa kuntoutujaa osallistavia tavoitteen asettamisen käytäntöjä,
- 2) arvioida tavoitteenasettamisprosessin ai-



Kuva 1. Hankkeen eteneminen.

kana käytettävien menetelmien toimivuutta, 3) tarkastella tavoitteiden saavuttamista ja saavuttamista edistäviä tekijöitä sekä 4) vertailla kahden erilaisen kuntoutujaryhmän tavoitteen asettamisen käytäntöjä ja osallistamista tukevia toimintamalleja sekä tavoitteiden saavuttamista ja saavuttamista edistäviä tekijöitä.

### Havainnot ja kokemukset kehittämisen tukena

Hanke toteutetaan arviointitutkimuksena (Anttila 2007), jossa käytetään monimenetelmäistä tutkimusotetta laadullisia menetelmiä painottaen (ks. kuva 1). Havainnointien ja eri tahojen haastattelujen ja kyselyjen avulla tunnistetaan toimivia käytäntöjä ja kehittämistä vaativia asioita sekä arvioidaan prosessin aikana käytettäviä menetelmiä. Arviointia toteutetaan sekä prosessin aikana formatiivisena arviointina että projektin lopputulosten näkökulmasta summatiivisena arviointina. Määrällistä analyysiä käytetään soveltuvin osin muun muassa aineistojen jakaumia ja prosenttiosuuksia kuvaamalla. Myös GAS-tavoitteiden saavuttamista arvioidaan T-lukuarvoja käyttäen määrällisesti. Lisäksi GAS-tavoitteiden aiheet linkitetään ICF-luokitukseen ja kuvataan, mille alueille tavoitteet kohdentuvat.

Hankkeeseen osallistuvat ammattilaiset valmennettiin työotteeseen alueellisissa alkuseminaareissa ja työpajoissa, joissa käsiteltiin kuntoutujan osallistamista sekä arkeen nivoutuvien, SMART-periaatteella (S=specific, M=measurable, A=achievable, R=relevant, T=timed) (Bovendt'Eerdts ym. 2009) laadittavien GAS-tavoitteiden laatimisprosessia. Työpajoissa osallistujat myös jakoivat hyviksi koettuja, kuntoutujaa osallistavia käytäntöjä ja pohtivat niiden soveltamista tavoitteenasettamisprosessiin.

Ensimmäisessä tiedonkeruuvaiheessa arvioidaan tavoitteenasettamista havainnoimalla kuntoutujan ja ammattilaisten tavoitekeskustelua (kuva 2). Tavoitekeskusteluun osallistujien (kuntoutuja, ammattilaiset ja mahdollisesti läheiset) näkemykset ja kokemukset tavoitekeskustelusta kerätään haastattelujen ja kyselyjen avulla. Tavoitteena on tunnistaa kuntoutujaa osallistavia tavoitteen asettamisen työtapoja ja käytäntöjä sekä arvioida tavoitteenasettamisprosessin aikana käytettävien menetelmien toimivuutta. Haastattelutilanteet toimivat tiedonkeruun lisäksi ammattilaisille foorumina reflektoida omaa toimintaansa, ja oletuksena on, että prosessin aikana tapahtuu kehittymistä ja oppimista.

Toisessa vaiheessa, puolen vuoden kuluttua tavoitteenasettamisesta, tarkastellaan ta-



Kuva 2. Tavoitteen asettaminen on kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän dialogia. (Kuvan julkaisemiseen on lupa tutkittavalta ja työntekeijöiltä.)

voitteiden saavuttamista. Tavoitteiden saavuttamisen ja sitä tukevien tekijöiden arviointi toteutuu kuntoutujan sen hetkisessä arjen ympäristössä.

### **Tuloksena toimivia käytäntöjä yksilölähtöiseen tavoitteenasettamiseen**

Hankkeessa tuotetaan tietoa kuntoutujaa osallistavista keinoista sekä siitä, miten arjen tavoitteet auttavat kuntoutumista. Kahta erilaista kuntoutujaryhmää vertailemalla saadaan tietoa näiden ryhmien samankaltaisuuksista ja eroavaisuuksista kuntoutujan osallistamisen näkökulmasta. Tuloksena saadut toimitavat käytännöt ovat siirrettävissä myös muiden kuntoutujaryhmien hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin.

*Tutkimuksen työryhmään kuuluvat kirjoittajien lisäksi Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä*

*osastonhoitaja Marja Arkela ja kuntoutuksen ylilääkäri Satu Auvinen sekä Eteva ky:stä kehittämispäällikkö Marketta Salminen ja aluepäällikkö Päivi Vuorinen.*

**Maarit Karhula, TtM, tt, TKI-asiantuntija, Mikkelin ammattikorkeakoulu**

**Tuulikki Alanko, TtM, ft, tutkija, Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter-säätiö**

**Riku Nikander, TtT, ft, gerontologian professori, johtaja; Jyväskylän yliopisto, Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter-säätiö**

**Teppo Kröger, YTT, yhteiskuntapolitiikan professori, Jyväskylän yliopisto**

### **Lähteet**

- Anttila P (2007) Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Akatiimi, Hamina.
- Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A (2010) GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. saatavilla: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/68378A01AEDED3A1C22577270](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/68378A01AEDED3A1C22577270)

- 03F01B0/\$file/GAS\_kasikirja\_100518.pdf
- Bovend'Eerd TJH, Botell RE & Wade DT (2009) Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clin Rehabil 23, 352–361.
- Kaseva K (2011) Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (1994) Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement. Erlbaum Associates, Hillside NJ.
- Laitila M (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenologinen lähestymistapa. Väitöskirja Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Publications of the University of Eastern Finland in Health Sciences 31.
- Levack WM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM (2006) Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: the need for a critical distinction. Disabil Rehabil 28,741–749.
- Playford ED, Siegert R, Levack W, Freeman J (2009) Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. Clin Rehabil 23, 334–344.
- Shier H (2001) Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. Children & Society 15, 107–117.
- Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, van Wijck F (2013) The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. Disabil Rehabil 35, 177–190.



## Suurempaa taitoa saa hakea

**Toimintamahdollisuuksien arviointi -  
Inhimillisen toiminnan mallin menetelmin**  
19.1.2016 alkaen

**Palvelutarpeen arviointi - sosiaalihuoltolaki ja  
yhteistyövelvoitteet tutuiksi** 21.1.2016 alkaen

**Yhteistoiminnalla parempiin tuloksiin - vasta-  
vuoroisen suhteen rakentaminen terapiassa,  
1 op** 18.3.2016 alkaen

**BBAT III** 18.4.2016 alkaen

**Johdatus BBAT-terapiaan** 11.5.2016

**Seksuaalineuvonta, 30 op** 18.8.2016 alkaen

**Seksuaalikasvattaja, 30 op** 25.8.2016 alkaen

**BBAT I** 10.11.2016

**MCreO**  
Metropolia Creative Opportunities  
www.facebook.com/  
mcreometropolia

**Metropolia**  
www.metropolia.fi

Kulttuuri | Liiketalous | Sosiaali- ja terveysala | Tekniikka

## HYVÄ KUNTOUTUSTUTKIMUSTYÖSSÄ

Lokakuussa tarkastettiin Jyväskylän yliopistossa Kaisa Haapakosken kiintoisa kuntoutusta käsittelevä väitöskirjatyö. Tutkimus on filosofis-yhteiskuntatieteellisesti rakentuva teoreettinen ja empiirinen analyysi hyvän käsitteestä ja sen ristiriitaisuuksista kuntoutustutkimustoiminnassa. Kyseessä on epätavallinen ja rohkea monografi kuntoutuksen tutkimuskentässä. Tiivistelmän mukaan tutkimuksen “tehtävänä on tuottaa uutta teoriaa kuntoutustyöstä nykyaikaisten kuntoutustutkimuspalvelujen kontekstissa”. Työssä empiirisen aineiston analyysi keskustelee professionalismiteorian ja filosofisen hyve-eettisen ajattelun kanssa. Empiirinen aineisto koostuu kuntoutustutkimuksia tekevien työntekijöiden haastatteluista ja heille tehdystä kyselystä. Tutkimus etenee abduktiivisen tutkimusotteen mukaisesti, eli uuden teorian muodostusta tehdään analysoimalla empiirisiä havaintoja suhteessa tutkimuksen teoreettiseen johtoajatuksen.

### **Kuntoutus professioteoreettisessa tarkastelussa**

Aluksi Haapakoski kartoittaa kuntoutuksen ja kuntoutustutkimuksen työkäytäntöjen käsitteellistämisen tapoja eri aikoina. Katsauksen jatkeena ja työnsä viitekehyyksenä tutkija hyödyntää Eliot Freidsonin professionalismiteorian uusimpia lähtökohtia. Kuntoutuksen moniammatillisessa kentässä juuri professionalismiteorian valinta osoittautuu onnistuneeksi, sillä siinä kiinnitetään huomio eri ammattien harjoittamisen ideologiseen sisältöön ja arvoihin. Se kohoaa siten professiotutkimuksen eli

eri ammattien erotteluun ja luokitteluun keskittyvän tarkastelun ylitse eräänlaiseksi metateoriaksi. Kun tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kuntoutuksen teoriakehittelyä, tutkija pääsee professionalismiteorian avulla kuntoutuksen hajanaisen asiantuntijakentän yläpuolelle (eräänlaiseen metaposition) havainnoimaan ja analysoimaan eri ammattilaisten käsitteitä työstään.

Freidson tarkastelee professionalismin ideologisia lähtökohtia suhteessa konsumerismiin ja managerismiin. Haapakoski jatkaa tämän kolmiyhteyden kehittelyä oman tutkimuksensa kontekstissa ottaen mukaan institutionaalisen etiikan kehikon. Siinä korostuvat työn ja ammatillisen toiminnan taloudelliset, poliittiset, sosiaaliset ja ideologiset suhteet sekä näihin liittyvät reunaehdot, jotka voivat tuottaa moraalisia ongelmia työssä. Reunaehtojen tullessa vastaan joudutaan työssä tekemään eettisiä valintoja. Hyvinvointipalveluissa tehdään aina valintoja, ja erityisesti taloudellisen laman aikana menettely on tuttua myös kuntoutuksen palvelukentässä. Institutionaalisen etiikan avulla tutkija siirtyy tarkastelemaan kuntoutustutkimustyön eettisiä valintoja ohjaavia ideologisia hyveitä ja/tai paheita.

### **Hyve-eettisestä keskustelusta empiiriseen analyysiin**

Tutkija hakee hyvän kuntoutustyön kysymykselle taustaa ja jäsenystä hyve-etiikan traditiosta päätyen erityisesti Gunilla Silfverbergin aristoteliseen hyvejaotteluun (tieto, taito, viisaus). Filosofinen jäsentely palvelee tutki-



muksen abduktiivista otetta ja tuottaa perustaa empirian tarkastelulle.

Tutkimuksen empiirinen aineisto käsittää kuntoutustutkimustyöntekijöiden kyselyn (N=76) ja sitä täydentävät haastattelut. Vastaajat ovat sekä lääkinnällisen kuntoutuksen tehtävissä työskenteleviä (erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusyksiköt) että ammatillisen kuntoutuksen yksiköissä (järjestöt, säätiöt tms.) toimivia kuntoutustyöntekijöitä. Analyysin erityisenä kohteena ovat kuntoutustutkimustyöntekijöiden organisaatio-, työyksikkö ja työntekijätasoiset tavoitekuvaukset. Näin avautuvat sekä kuntoutustutkimustyön rakenteelliset erot eri toimintaympäristöissä että työntekijöiden käsitykset mahdollisuuksistaan toimia hyvän kuntoutustyön periaatteiden mukaisesti omassa työssään.

Tulosten mukaan kuntoutustyöntekijöiden hyvä työ käsitteellistyy erityisesti työntekijöiden sisäiseksi vaatimukseksi. Asiakkaiden prosessit koetaan tärkeiksi ja kiinnostaviksi, vaikka tulevaisuuteen oletetaan liittyvän asiakasprosessin hallinnan vaikeuksia. Hyvään työhön liittyy ristiriitaisuutta, mutta hyvän elämän päämäärä on kuntoutustyössä keskeistä. Monimutkaisessa kuntoutusjärjestelmässä useat toimijat ja organisaatiot pyrkivät säätelemään kuntoutustapahumaa. Institutionaalisen etiikan lähtökohdat korostuvat näissä tilanteissa. Ristiriitaisuuksista huolimatta inhimillinen, hyvä työ on kuntoutustutkimuksen tehtävissä toimiville ihmisille tärkeää.

### **Hyvän kuntoutustutkimustyön teoria-aihoita**

Abduktiivisen tutkimustavan mukaisesti empiirisiä tuloksia reflektoidaan suhteessa tutkimuksen professionalism- ja hyveteoreettiseen viitekehykseen. Näin tutkija askel askelelta kehittää kuntoutustutkimustyön teoriaa. Lopputulemana on hypoteesi hyvästä kuntoutustutkimustyöstä. Sen premissit ovat: (a) hyvän elämän arvostaminen on kuntoutustyön keskeinen perusta, (b) siirryttäessä hyvän elämän arvostamisesta muodostuneista hyväksityksistä toimintaan tapahtuu aina hyvän

muunnosta ja (c) hyväksitykselliset ristiriidat ovat vahvasti hyvässä kuntoutustutkimustyössä vaikuttavia osatekijöitä.

Väitöstutkimuksen anti kulminoituu kuntoutustutkimustyön teorian hahmotteluun, joskin sen viimeistely jää vielä viitteelliseksi. Sellaisenaankin se avaa uutta näkökulmaa kuntoutuksen ymmärtämiseen yhteiskunnallisena palvelutoimintana. Kun tutkimuksen professionalismiteoreettinen viitekehys on ammatti- ja tiederajat ylittävä, mahdollistuu kuntoutustutkimustoiminnan kokonaisvaltainen teoreettinen hahmottelu. Vaikka tulos on tuotettu kuntoutustutkimustyön kontekstissa, siinä voi nähdä aihioita kuntoutuksen yleisempäänkin teoriaan. Tämä on merkityksellistä paitsi hajanaisen kuntoutusjärjestelmän tutkimuksessa ja ymmärtämisessä, myös kuntoutuksen yhteiskunnallisen ja hyvinvointipoliittisen tehtävän jäsentämisessä.

### **Lopuksi**

Kuntoutuksen monitieteisen tutkimuksen kentässä Haapakosken tutkimus on raikas tuulahdus. Se herättää uudelleen arvioimaan kuntoutuksen totunnaisia ajatuskonventioita. Kuntoutuksen kokonaisnäköyksellistä tutkimusta tarvitaan, ja ilahduttavasti sitä on viime vuosina tehtykin muun muassa Tampereen yliopistossa. Nuorelle tutkijasukupolvelle ei enää (onneksi) riitä toteamus kuntoutuksen monimutkaisesta järjestelmästä. Nyt halutaan tutkimuksenkin keinoin läpivalaista tuota monimutkaisuutta ja avata kuntoutuksen perimmäisiä sisällöllisiä pyrkimyksiä.

**Vappu Karjalainen, dosentti**

*Kaisa Haapakoski (2015) Hyvä kuntoutustutkimustyössä. Abduktiivinen tutkimus kuntoutustutkimustyön hyväksityksellisistä ristiriidoista. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 534. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.*

## TOIVOTON TAPAUS?

---

*Sairaalassa kävelen käytävää päästä päähän  
Minä vain kuljen ja kuljen  
Parvekkeen ovet käytävän molemmissa  
päässä ovat lukossa, tietenkin  
Minä jatkan levotonta kulkemistani,  
eikä kukaan pysäytä minua.*

Näin kuvasin päiväkirjassani kesää vuonna 1994. Tämän kokemuksen ja kuvauksen päätyminen omaa sairastumista ja kuntoutumista käsittelevään väitöskirjaan tai väitöstilaisuuden lection aloitukseksi ei tuolloin käynyt mielessä. Onneksi, en tiennyt, että seuraavien seitsemän vuoden aikana tulisin kuluttamaan kymmeniä osastojen käytäviä loputtomalla kulkemiselläni. En myöskään tiennyt, että vuosien painajainen päättyisi yli 20 vuoden kuluttua tähän saliin. Samaan saliin, missä olin aikaisemmin suorittanut suurimman osan maisterin opintoihini kuuluvista tenteistä.

Keväällä 1994, yli kaksikymmentä vuotta sitten, suunnitelmiini ei kuulunut psyykinen sairastuminen, ei ura pitkäaikaispotilaina eikä varsinkaan toivottomana tapauksena. Olinhan juuri valmistunut ammattiauttajaksi, sosiaalityöntekijäksi, jonka tehtävänä on auttaa muita. Toisin kävi. Ura aikuissosiaalityössä katkesi täydelliseen romahdukseen. Se vaihtui kriisihoitoon mielenterveystoimistossa, urasuunnitelmiin TE -toimistossa, hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolla, myöhemmin lukemattomiin avohoitajaksoihin ja hoitoihin psykiatrisilla osastoilla.

Tulevaisuuteni katkesi sairastumiseen. Se jätti elämäni tyhjiön ja tyhjyyden, mutta niin kuin kirjoitin päiväkirjaani, en huomannut,

mitä kaikkea jäi jäljelle. Psyykinen sairastuminen on kriisi sekä itselle että läheisille, mutta maailmanloppu se ei ole, enää.

Olen onnellinen, etten elänyt lobotomian kulta-aikana, enkä esimerkiksi 1800-luvun puolivälin Suomessa. Tuolloin olisin todennäköisesti päätenyt Seilin saarelle loppuelämäkseni, arkkulautojen kanssa, ja jäänyt ilman hoitoa sekä kuntoutusta.

Asenteet psyykkisiä sairauksia kohtaan ja niiden hoito ovat muuttuneet vuosikymmenten aikana. On kehitetty uusia hoitomuotoja ja lääkkeitä. Laitoshoitoajat ovat lyhentyneet. B-mielisairaalaverkosto on lakkautettu. Sosiaaliturva ja avohoito ovat kehittyneet. Myös hoitokulttuuri on muuttunut. Tänä päivänä puhutaan asiakkaan asemasta, toimijuudesta, osallistumisesta, osallisuudesta, asiakaslähtöisestä ja -keskeisestä työstä, aktivoimisesta sekä asiakkaan subjektiivisuudesta. Potilailta kysytään yhä useammin hoitolinjauksista, ja pakon käyttämisen varalle voidaan laatia psykiatrinen hoitotahto.

Minäkin harjoittelin arjen taitoja, kävin kehonhahmotusryhmässä, sain neurokognitiivista kuntoutusta ja psykoedukatiivista ohjausta: opettelin tunnistamaan sairauden pahenemista ennakoivia merkkejä, erottamaan ne lääkkeiden sivuvaikutuksista ja pysyvistä pitkäaikaisoireista. Retkeilin, matkailin, mökkeilin, lenkkeilin, askartelin, piirsin, maalaasin ja leivoin. Minua tutkittiin, kuvattiin, testattiin, diagnosoitiin, lääkittiin ja terapoiitiin. Kävin fysioterapiassa ja fysioakustisessa hoidossa. Minusta otettiin verinäytteitä, laadittiin lääkärinlausuntoja lääkekorvausta, sairauslo-

mia, kuntoutustukea, psykoterapiaa, eläkettä ja eläkkeensaajan hoitotukea varten. Minulle laadittiin hoitosuunnitelmia ja niitä tarkastettiin, koottiin verkostoa, kokoustettiin, minut otettiin pakkohoitoon, suljettiin erityshuoneeseen, sidottiin lepositeisiin, minua vierihoidettiin, uhkailtiin, patisteltiin, rohkaistiin ja rauhoiteltiin.

Toisaalta minun kanssani keskusteltiin, minua kuunneltiin, minut kohdattiin aidosti, minua yritettiin ymmärtää, tarjottiin turvaa, hoivaa ja huolenpitoa, minun kanssani lenkeiltiin, pelattiin ja istuttiin vieressä. Sain siis paljon hyvää hoitoa.

Kaikesta yrittämisestä huolimatta minusta tuli toistuva näky sairaaloissa, osastoilla ja avohoidossa. Vuosien kuluessa minusta tuli pitkäaikaispotilas, se toivoton tapaus, joka vain kävelee ja kävelee, ikiliikkuja, jota kukaan ei osaa pysäyttää, ja joka ei itsekään osaa pysähtyä. Syy ei ollut ainakaan hoitoyritysten puutteessa, ei myöskään resurssipulassa. Koh-tasinhan satoja ammattiauttajia ja sain apua kymmeniltä tahoilta, valitettavasti vain väärään sairauteen.

Ei tämä täysin turhaa ollut. Kuntoutumiseni on ollut kuin palapeli, jonka kokoaminen on vienyt aikaa. Aina ihminen ei kuntoudu viikoissa, kuukausissa tai edes vuosissa. Usein tarvitaan kärsivällisyyttä itseltä, auttajilta ja järjestelmältä. Eikä se, mikä ihmisen sisälle rakentuu, ole juuri sillä hetkellä näkyvissä. Koh-taamisen hedelmät voivat näkyä myöhemmin, vasta vuosien tai vuosikymmenten kuluttua.

Tänään tarkastettava väitöstutkimukseni tuo uudenlaisen näkökulman edelleenkin usein häpeälliseksi koettuun ja leimaavaan asiaan, psyykkiseen sairastumiseen. Oleellista on se, ettei tämä tutkimustarina kerro sairastamisesta ulkokohtaisesti, vaan kerron sen itseni kautta. Se on sairauden keskeyttämän elämäntarinan tilalle tullut uusi tarina, hyvin henkilökohtainen ja arka prosessi.

Ennen omaa sairastumistani olin itsekin ennakkoluuloinen. Kieltäydyin hakemasta apua vaikeuksiini, enkä halunnut psykiatriselle osastolle, koska en omasta mielestäni ollut hullu, vain väsynyt. Psykiatriseen sairaalaan joutuminen oli kriisi. Se konkretisoi pel-

koni ja ennakkoluuloni ”hulluksi tulemisesta”. Ikään kuin sairaala olisi konkreettinen portti tai raja terveyden ja hulluuden välillä, tai olisi olemassa kaksi erilaista ja erillistä maailmaa, tai sairaalan ovi erottaisi Susan Sontagin nimeämät terveyden ja sairauden valtakunnat.

Sairaalassa viettämiäni vuosien aikana uskomukseni osoittautuivat osittain tosiksi, mutta suurelta osin vääriksi. Sairaalahoido tai oikeastaan osastohoitojen arkipäiväistyminen teki minusta potilaan ja vuosien aikana koin laitostumisen sekä elin pyöröovi-ilmiön todeksi. Toisaalta sain sieltä tarvitsemäni turvan ja hoivan. Sairaala osoittautui ristiriitaiseksi paikaksi. Kirjoitinkin aikanaan päiväkirjaani: haluan täältä pois heti, enkä kuitenkaan vielä.

Yli 40 sairaalahoitokerran ja yli vuoden yhtäjaksoisen sairaalassa olon jälkeen minut siirrettiin pitkäaikaisosastolle. Saatesanoiksi sain ”täällä voi mennä monta vuotta.” Taisin olla pohjalla. En ollut motivoitunut hoitoon, kuntoutumisesta puhumattakaan. Tosin ei kukaan tainnut minua halutakaan hoitaa. Kukaan nyt vaikeaa, hankalaa ja toivotonta tapausta haluaisi hoitaa?

”Päivi, haluatko viettää loppuelämäsi sairaalassa?” oli kysymys, joka pysäytti kulke-miseni. Se pysäytti minut miettimään: ”Tätäkö haluan?” Toisaalta kysymys tarjosi toivon, mahdollisuuden johonkin muuhun. Vastaukseni oli ensimmäinen askel kohti tätä päivää. Päivää, jolloin vuosikymmenten kokemukseni, tunteeni ja elämäni on akateemisessa paketis-sa, väitöskirjana, tutkimuksena.

Tärkeää tämäkin, mutta ennen kaikkea oleellista on se, että vuosien aikana minusta kasvoi ihminen, yksilö, minä, suhteellisen kokonainen. Sen tulisikin olla hoidon ja kuntoutuksen tavoite. Voida elää elämänsä sairau-den ja oireiden kanssa tai ilman niitä, mutta elää mahdollisimman hyvää elämää, omannäköistä elämää ja aktiivista elämää.

Väitöskirjassani puhun tästä niin sanottuna toipumisajatteluna tai recovery-ajatteluna. Siinä on keskeistä potilaan kokemus ja hänen oikeutensa päättää omista asioistaan. Hoidon tavoitteena on mielekäs elämä ja kuntoutuminen nähdään prosessina, joka rakentuu yksilön voimavarojen ja vahvuuksien varaan. Ei

keskitytä heikkouksiin eikä puutteisiin, kuten diagnoosipohjaisessa ajattelussa.

Toinen sairastumiseen kiinteästi kuuluva asia on nimittäin diagnoosi. Myös diagnoosit tekivät minusta potilaan, mutta niilläkin oli positiivinen puolensa. Ne antoivat oikeuden olla sairas. Kun väsymyksestäni tuli sairaus, minun ei tarvinnut potea syyllisyyttä sairauslomalla olemisesta, töiden laiminlyömisestä eikä laiskuudesta. Diagnoosit ovat merkityksellisiä sekä hyvässä että pahassa. Jotain niiden voimasta kertoo se, että lopulta oikean diagnoosin saatuaani tunsin, että minua ymmärretään virallisestikin ja minusta tuli osittain joku muu kuin ennen.

Osaston seinät, hoitoyritykset, lääkkeet ja diagnoosit eivät kuntouttaneet minua. Niitä tärkeämpiä olivat kohtaaminen, vuorovaikutus, asiakassuhteet, vertaistuki ja mielekäs tekeminen.

*Eilen minä petyin,  
sinä et jaksanutkaan kohdata minua,  
sinä et jaksanut ottaa vastaan  
kipuani, tunteitani.  
Sinä et jaksanut olla läsnä,  
vaan minä jäin yksin,  
niin kuin monta kertaa aikaisemminkin.  
Sitä minä eilen itkin.*

Näin kirjoitin päiväkirjaani kohtaamattomuuden jälkeen. Kysymys ei todellakaan ollut välinpitämättömästä, kylmästä eikä tunteettomasta ammattiauttajasta, päinvastoin. Ehkä hän oli vain sillä hetkellä väsynyt tai oman elämänsä kanssa solmussa.

Sairastuminen oli kriisi, jossa elämältä tuntui putoavan pohja. Mutta ei kuntoutumisenkaan helppoa ollut. Myös se muutti elämää ja toi siihen uusia asioita. Kuntoutumisprosessiini liittyi tulevaisuuden ja toivon sekä pelon ja epätoivon välinen jännite. Psykoterapialla oli suuri rooli sen ratkaisemisessa:

*Olen väsynyt ja ahdistunut.  
Väsynyt taistelemaan, muuttumaan,  
etsimään uutta ja jättämään vanhan.  
Miksen voisi vain olla?  
Miksi minun pitäisi muuttua,  
kasvaa ja luopua?*

*Toisaalta:*

*Miksen lähtisi lentoon niin kuin kotka?  
Jolloin voi tuntee tyhjyyden allansa  
ja kokea sen  
henkeäsalpaavan hetken,  
jolloin jalat ovat irti entisestä, mutta siivet  
eivät vielä kannaa.*

*Ajoittain pelkään,  
että jospa olenkin vain  
pikkulintu kotkan pesässä,  
eivätkä siipeni kestäkään.*

*Terapeutille kirjoitin:*

*Kiitos, kun autoit minua luottamaan siihen,  
etten rakenna pesää sen korkeampaan  
puuhun  
tai sen korkeammalle vuorelle,  
mihin jaksan lentää.*

Välillä olen katunut sitä, mihin se pesä tuli rakennettua. Mutta joka tapauksessa niin kuntoutuminen, tämän tutkimuksen tekeminen kuin elämäkin ovat ylös ja alas meneviä polkuja. Ei ole suoraa, siloteltua tietä. Oli sitten niin sanotusti terve tai sairas, ammattilainen tai potilas. Mäet vain ovat erilaisia.

Toinen keskeinen kuntoutumisen elementti oli vertaistuki. Siinä oli tärkeää kokemus ymmärtämisestä ja ymmärretyksi tulemisesta. Se, etten ole kokemuksen enkä tunteideni yksin, sillä toisetkin ovat kokeneet jotain samankaltaista. Voimauttavaa on myös erilaisien asioiden jakamisesta syntynyt erityinen yhteys ja kumppanuus.

Vertaistoiminnan lähtökohtana on ajatus siitä, että jokaisella on jotain annettavaa. Ihmiset antavat ja saavat tukea samaan aikaan, jolloin he auttavat yhtä aikaa itseään sekä toisia. Minulle tasavertaisuus ja molempinpuolisuus toivat kokemuksen arvokkuudesta sekä ihmisarvosta. Vertaistuen toinen lähtökohta liittyy omaehtoisuuteen: ainoastaan yksilö itse voi muuttaa elämänsä suuntaa ja ajattelutapojaan. Ajatus näkyy kuntoutumisprosessissa muutoinkin. Kaikissa kuntoutumisen vaiheissa oli tärkeää saada mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä, päättää siitä ja muuttaa asioita itse.

Hoitokulttuurin muuttumisesta kertoo myös se, että nykyisin kokemusasiantuntijoita eli ihmisiä, joilla on omakohtainen kokemus psyykkisestä sairastumisesta, kuntoutumisesta, hoidossa olemisesta, asiakkuudesta tai läheisenä olemisesta, kuunnellaan yhä enemmän. Kokemusasiantuntijat ovat mukana johtoryhmissä, ohjausryhmissä, suunnittelutyöryhmissä, arvioimassa palveluja ja he toimivat vertaisina sekä ryhmän ohjaajina. Minulle kokemusasiantuntijana toimiminen oli keino nousta sieltä, minne olin sairastuessani pudonnut. Palasin sairauden valtakunnasta takaisin terveyden valtakuntaan tai niin sanotusti hullaudesta takaisin normaaliin elämään. Tämä hahmottuu myös kokemusasiantuntijuuden ytimeksi. Vaikeat ja ahdistavat kokemukset kääntyvät voimavaraksi. Nyt tutkimusaineistoksi, jonka avulla voin tuottaa uutta tietoa psyykkisestä sairastumisesta ja kuntoutumisesta, identiteetin muuttumisen prosessista ja kenties vaikuttaa asenteisiin sekä ennakkoluuloihin.

Kuntoutumisessani on erityistä oikeastaan vain se, että olen tutkinut sitä. Tärkeää oli, että valtiotieteellisessä tiedekunnassa hyväksyttiin autoetnografinen ote, omien kokemusten tutkiminen. Sain tukea ja ohjausta. Näin on kuntoutumisessakin. Kaikkeen kuntoutuja ei voi itse vaikuttaa, joskus kaikki on kiinni onnesta, siitä, että sattuu oikeaan paikkaan, oikeaan aikaan ja oikean ihmisen luo. Valitettavasti ja joskus myös onneksi.

Ihmisten tarinoiden tutkiminen tieteellisesti ei ole uutta. Niitä on tutkittu jo kauan esimerkiksi filosofiassa, sosiologiassa ja psykologiassa. Lähestymistapani erityisyytenä ja samalla sen etuna sekä haasteena on se, että olen yhtä aikaa tutkija ja tutkimuksen kohde eli tiedon tuottaja ja sen kokija. Ulkopuolinen tutkija ei välttämättä olisi ymmärtänyt kokemaani oikein. Toisaalta autoetnografisen otteen haaste ovat kysymykset: Ymmärrätkö itse itseäni ja omia kokemuksiani? Osaanko välittää kokemukseni eteenpäin? Ja onko kokemuksellani merkitystä toisille?

Tutkimukseni yleistettävyyttä rajaa myös se, että tämä on yhden ihmisen toipumistarina. Toisaalta jokainen sairastumisen kokemus on

aina jollakin tavalla erityinen, mutta niissä on myös jotain samaa. Tiedän, etten kykene kertomaan lopullista enkä yleispätevää totuutta sairastumisen ja kuntoutumisen kokemuksesta, en ole edes yrittänyt sitä. Tämä tutkimus, kuten kaikki muutkin tutkimukset, on tarina, joka kartuttaa tiettyyn hetkeen ja kulttuuriin kuuluvaa mallitarinoiden varantoa.

Tutkimuksella on tuloksensa ja tarinoilla opetuksensa. Toivottavasti tarinani opettaa ensinnäkin sen, ettei toivottomia tapauksia ole. Ei ennen kuin on yritetty vielä kerran. Ja toiseksi sen, että jokaisen potilaan, kuntoutujan tai asiakkaan sisällä on arvokas ihminen, kukaan ei ole ongelmakimppu eikä diagnoosi. Sekä kolmanneksi sen, että olin yhtä arvokas ihminen sairaalan lepositeissä kuin tässä tilaisuudessa.

”Toivottoman tapauksen” tarina jatkuu tämänkin jälkeen, kuten kertomukset yleensä. Mutta tänään tuo loputon kulkeminen päättyy, tällä kertaa, tähän tilaisuuteen, aivan kohta.

#### **Päivi Rissanen, VTL, tutkija, Mielenterveyden keskusliitto**

*Kirjoitus on Päivi Rissanen väitöstilaisuudessaan esittämä lectio praecursoria. Väitöstutkimus ”Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta” tarkastettiin Helsingin yliopiston valtiotieteellisessä tiedekunnassa 13.11.2015. Väitöskirja julkaistaan sarjassa Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015.*

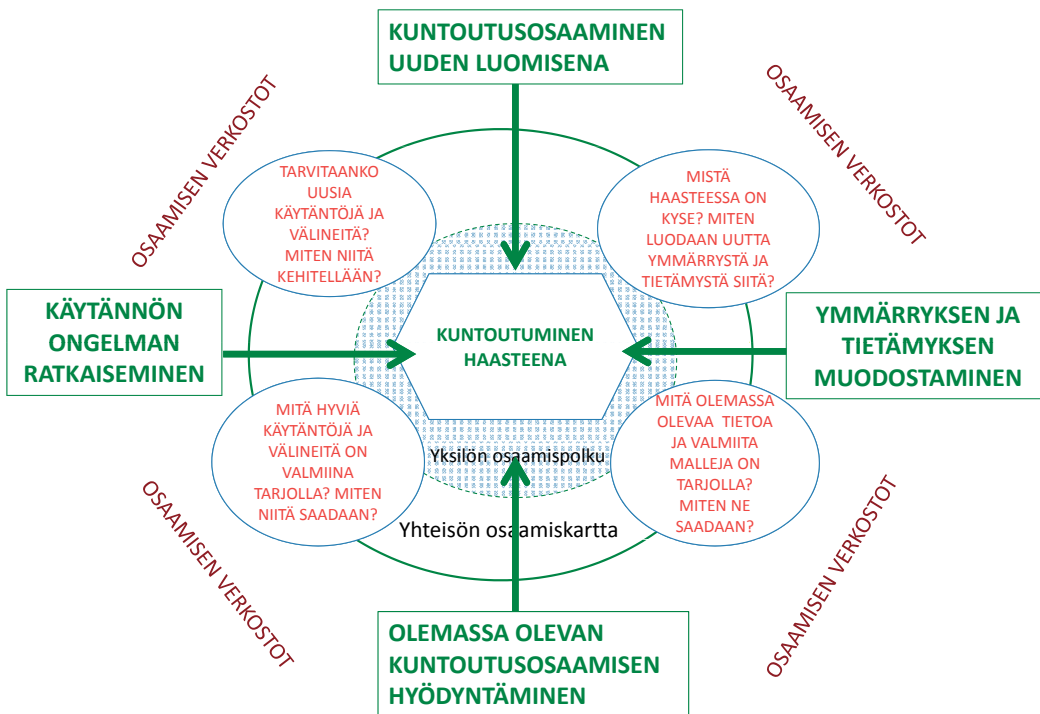
# YHTEISTÄ KUNTOUTUSOSAAMISTA RAKENTAMASSA

*Kahdessa kuntoutuskeskuksessa kehitetään kuntoutustoimintaa kuntoutujan näkökulmasta. Apuna kehittämistyön käynnistämiseksi käytettiin kuntoutusosaamisen yhteiseen suunnitteluun kehitettyä karttaa.*

Työn ja elämän monimutkaistuminen asettaa haasteita sekä työntekijöille että työyhteisöille. Kuntoutuksella on pyritty aina vastaamaan ajassa oleviin haasteisiin ja tarpeisiin. Erityises-

ti laitoskuntoutus on uusien haasteiden edessä, ja toiminnan kehittäminen muuttuvia tarpeita vastaavaksi on ajankohtaista. Uusiutuminen edellyttää uusien toimintatapojen löytämistä. Uudistuva kuntoutusosaamisen vaatii sujuvia kehittämisprosesseja ja käytännön työn kokonaisvaltaiseen hahmottamiseen soveltuvia työvälineitä. Kaisankodissa ja Kiipulan kuntoutuskeskuksessa hyödynnettiin kuntoutusosaamisen yhteisen suunnittelun karttaa jäsentämään

Kuvio 1. Kuntoutusosaamisen yhteisen suunnittelun kartta (Ahonen ym. 2014).



jo olemassa olevia hyviä toimintatapoja ja käytäntöjä sekä pohtimaan uusia tarvittavia käytäntöjä kuntoutumisen edistämiseksi.

### **Kehittämisen jäsentymisen kartan avulla**

Kaisankodin ja Kiipulan kuntoutuskeskuksissa käynnistettiin kehittäminen kuntoutusosaamisen yhteisen suunnittelun kartan avulla. Tämä väline kuntoutusosaamisen kartoittamiseen on julkaistu vuonna 2014 (kuvio 1). Ahosen ym:iden (2014) mukaan kartan avulla kuntoutumisen haastetta voidaan konkretisoida ja tehdä ymmärrettäväksi. Tällöin myös kuntoutusosaamisen johtaminen ja oppiminen tulee mahdolliseksi. Parhaimmillaan kartan avulla luodaan työyhteisölle osaamiskartta, jonka tarkoituksena on toimia yhteisenä keskustelun välineenä. Kartan avulla voi yhdessä tarkastella organisaatiossa vallitsevaa ymmärrystä, kuntoutumisen ratkaisuja ja niiden kehittämissuunnitelmia. (Ahonen ym. 2014.)

Kaisankodin ja Kiipulan kuntoutushenkilöstö koostuu eri alojen asiantuntijoista, ja työ toteutuu moniammatillisesti. Lähtökohtana kehittämistyölle pidettiin sitä, että kuntoutukseen liittyvää osaamista, tietoa ja välineitä on jo käytössä runsaasti. Siten oli perusteltua tarkastella jo käytössä olevaa osaamista ja käytäntöjä sen sijaan, että kehitettäisiin pelkästään uutta. Samalla tarkastelun kohteena oli kartan keskiöön nimetyn haasteen kannalta olennainen osaaminen. Kartta antoi mahdollisuuden jäsentää kuntoutustoimintaa erilaisista tulokulmista. Kartan avulla mahdollistui yhtälailla kuntoutujan kuin ammattilaisenkin tuottaman tiedon jäsentäminen.

Kuntoutusosaamista voidaan kartassa jäsentää sekä käytännön toiminnan että tiedon muodostuksen kautta. Kartta havainnollistaa sen, ollaanko ratkaisemassa käytännön ongelmaa vai onko kyseessä uudenlaisen tietämyksen ja ymmärryksen muodostamiseen liittyvä haaste. Toisaalta kartan avulla pystytään jäsentämään jo olemassa olevaa osaamista, käytäntöjä ja tietoa sekä pohtimaan, tarvitaanko mahdollisesti jotain uudenlaista kuntoutusosaamista, jolla haasteeseen voidaan vasta-

ta. Karttaa voidaan soveltaa sekä yksilön että työyhteisön osaamisen kartoittamiseen, ja se mahdollistaa myös koko kuntoutuksen toimintaverkoston yhteisen osaamisen tarkastelun. Kuntoutustoiminnan yhteisenä tavoitteena on kuntoutumisen edistäminen, joka kartassa on sijoitettu keskiöön. Molemmista kuntoutuslaitoksissa nimettiin haaste kuntoutumisen edistämiseksi, jota lähdettiin tarkastelemaan yhteiskehittelyn menetelmiä hyödyntäen.

Aineistoa kartalle voivat tuottaa kuntoutustyöntekijät ja kuntoutujat. Kartasta johdetut tarkentavat kysymykset sopivat hyvin kuntoutujan asiantuntijuuden hyödyntämiseen kehittämistoiminnassa ja yhteisen, kuntoutumiseen liittyvän haasteen ratkomisessa. Kuntoutuksen kehittämistoimintaa rikastuttaa se, että kuntoutujan asiantuntijuus nostetaan kuntoutuksen käytäntöjen kehittämisessä ammattilaisen näkökulman rinnalle tasavertaisena.

### **Kuntoutusosaamisen jäsentymisen Kaisankodissa**

Kaisankodissa kehitettäväksi haasteeksi nimettiin yksilöllisten kuntoutustavoitteiden saavuttaminen. Tätä haastetta lähdettiin tarkastelemaan jo olemassa olevien hyvien, moniasiantuntijuuteen perustuvien toimintatapojen sekä uusien, tulevaisuudessa tarvittavien toimintatapojen näkökulmasta. Kehittämistyön kehittämistehtävät sekä teemahaastatteluiden tarkentavat kysymykset määriteltiin kartan avulla johdettujen apukysymyksien pohjalta. Kehittämistyön tulosten analysointiin kartta toimi välineenä nimetyn haasteen kokonaisvaltaiselle tarkastelulle ja kehittämistekojen määrittämiseksi. Saadut tulokset asetettiin kartalle, jonka avulla nähtiin, mitä olemassa olevia hyviä moniasiantuntijuuteen perustuvia toimintatapoja on jo käytössä. Kartalle sijoitettiin myös uudet tulevaisuudessa tarvittavat toimintatavat. Ne voitiin sijoittaa kartalle siten, että nähtiin, onko kyse käytännön ongelmien ratkaisemisesta vai uuden ymmärryksen muodostamisesta. Kartat tehtiin sekä kuntoutujien että kuntoutustyöntekijöiden tuottaman aineiston perusteella, ja niitä pystyttiin myös vertaamaan keskenään. Kuviossa 2 on esimerkki työntekijöiden kehittämistyössä tuot-

Kuvio 2. Kuntoutusosaamisen kartta moniasiantuntijuuteen perustuvasta toimintatavasta yksilöllisten kuntoutustavoitteiden saavuttamiseksi.



taman aineiston sijoittamisesta kartalle. Kartan avulla voitiin huomata, miten paljon hyväksi koettuja toimintatapoja on käytössä, sekä se, että uuden ymmärryksen muodostamisen esteenä voi olla käytännön ongelmien ratkomista ja päinvastoin.

### Kuntoutusosaamisen jäsentyminen Kiipulassa

Kiipulassa kehittämistyön lähtökohtana oli yhteisen ymmärryksen muodostaminen kuntoutumisesta. Kuntoutumista tarkasteltiin sekä kuntoutujien että ammattilaisten näkökulmista. Aineisto kerättiin toiminnallisessa pienryhmyöskentelyssä, jonka tuloksena saatiin näkemyksiä kuntoutumisesta moninäkökulmaisesti. Kuntoutujista ja ammattilaisista koostettu kehittäjäryhmä muodosti yhteistä ymmärrystä kuntoutumisesta eri näkemysten pohjalta äänestämisen sekä dialogisen vuorovaikutuksen keinoin. Tulokseksi saatiin kuntoutumisen yhteinen viitekehys, joka Kiipulassa on työkyvyn edellytysten turvaamista, psyykkisten ja fyysisten voimavarojen lisääntymistä ja positiivinen muutos aikaisempaan toimintaan nähden.

Kartan avulla jäsennettiin myös olemassa olevaa kuntoutusosaamista. Kiipulassa ammattilaiset pohtivat, mitä hyviä, olemassa olevia käytäntöjä kumppanuudesta on jo käytössä kuntoutumisen edistämiseksi, ja muodostivat asiasta yhteisen ymmärryksen. Tulevaisuudessa tarvittavia kumppanuuskäytäntöjä tuottivat sekä kuntoutujat että ammattilaiset yhteiskehittämällä. Yhteiskehittelyn menetelmänä toimi pienryhmyöskentely, jonka lähtökohtana toimi yhteisesti määrittely ymmärrys kuntoutumisesta. Pienryhmyöskentelystä nousseita ideoita refleктоitiin koko kehittäjäryhmän kesken ja pohdittiin hyvien käytäntöjen toteuttamis- ja käyttökelpoisuutta. Kehittämistyön pohjalta syntyi kiipulainen kuntoutusymmärrys (kuvio 3), jossa yhdistyvät sekä yhteinen ymmärrys kuntoutumisesta että hyvät käytännöt kumppanuudesta.

### Kartta ohjaa yhteisen toiminnan tarkasteluun

Kartan rakenne ja sinne sijoitettava aineisto sopivat moniammatillisen työyhteisön yhteisen toiminnan tarkasteluun. Kartan avulla voidaan osallistaa koko työyhteisö yhtei-



Kuvio 3. Kiipulalainen kuntoutusymmärrys.



seen pohdintaan siitä, minkälaista osaamista, toimintatapoja ja ymmärrystä yhteisöllä on. Työstämisen vaiheet ja valmis kartta sopivat kuntoutusosaamisen johtamisen välineeksi moniammatillisissa asiantuntijaorganisaatioissa. Kuntoutujan asiantuntijuus mahdollistuu kartan avulla ja auttaa vahvistamaan kuntoutujan roolia kuntoutuksen kehittäjänä.

Karttaan sijoitetun tiedon avulla saadaan tutkitun tiedon tuloksista myös visuaalinen näkymä osaamisen ja ymmärryksen painopisteisiin. Tätä kautta voidaan organisoida tietoa ja kohdentaa kehittämistoimintaa oikeaan suuntaan. Karttaa on mahdollista tarkastella kokonaisuutena tai hyödyntää vain joitakin osa-alueita kerrallaan.

Kuntoutustoiminnan kehittämisessä on kyse laajoista kokonaisuuksista. Tästä syystä tarvitaan tämän kaltaista välinettä, joka mahdollistaa nimetyn haasteen pohtimisen erilaisista näkökulmista. Ammattilaisten tehtäväksi jää vaalia yhdessä tunnistettuja hyviä toimintatapoja ja luoda puitteet uusien, yhdessä kehitettyjen toimintatapojen toteutumiseksi tulevaisuudessa.

*Tämä kirjoitus pohjautuu Niina Henttonen ja Vuokko Vainoniemen kuntoutuksen ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen tutkimukselliseen kehittämistyöhön, jonka kehittämistehtävät olivat muodostuneet kuntoutusosaamisen yhteisen suunnit-*

telun kartan perusteella. Työt ovat saatavilla theseus-tietokannassa joulukuussa 2015.

**Niina Henttonen, kuntoutus YAMK-opiskelija, fysioterapeutti, Kiipulasäätiö kuntoutuskeskus**

**Vuokko Vainoniemi, kuntoutus YAMK-opiskelija, fysioterapeutti, Kartanokylpylä Kaisankoti**

**Salla Sipari, FT, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu**

**Elisa Mäkinen, FT, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu**

## Lähteet

Ahonen H, Kekäläinen K, Mäkinen E, Rahikka A, Sipari S (2014) Osaamispolku yhteiselle kartalle. Verkko-dokumentti: <http://uasjournal.fi/index.php/uasj/article/view/1632/1556>. Luettu 4.11.2015.

Henttonen N (2015) Kiipulalainen kuntoutusymmärrys. Yhteinen ymmärrys kuntoutumisesta rakentuu kumppanuudessa. Tutkimuksellinen kehittämistyö YAMK. Metropolia. Helsinki.

Vainoniemi V (2015) Moniasiantuntijuuteen perustuva toimintatapa yksilöllisten kuntoutustavoitteiden saavuttamiseksi. Tutkimuksellinen kehittämistyö YAMK. Metropolia. Helsinki.

# Kuntoutussäätiö kouluttaa

7.1.–25.8.2016

## **Työkykykoordinaattorikoulutus – ammatillinen täydennyskoulutus (9 pv)**

7.–8.1, 2.2, 1.3, 5.–6.4, 24.5, 24.–25.8.2016

29.1.2016

## **Ettinen asiakkaan kohtaaminen - narratiivisesti ja ratkaisukeskeisesti**

17.–18.3.2016

## **Kuntoutuspäivät 2016 – Kohti uutta työtä**

**Ohjelmat ja ilmoittautumiset:  
[www.kuntoutussaatio.fi](http://www.kuntoutussaatio.fi)**

Kuntoutuksen haasteet uuden työn mahdollisuuksiksi

Kuntoutussäätiö

# 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](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuspäivät)

44. Valtakunnalliset Kuntoutuspäivät on Kuntoutussäätiön järjestämä tapahtuma.

## Uusi laki vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta 1.1.2016, mikä muuttuu?

Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen myöntämisedellytykset muuttuvat 1.1.2016 alkaen. Kuntoutuksen nimi muuttuu vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi. Kuntoutuksen sisältöön tulee myös muutoksia.

Vielä tämän vuoden ajan kuntoutuksen myöntämisedellytyksenä on ollut sidonnaisuus vammaisetuuksiin. Vaikeavammaisen asiakkaan on pitänyt saada vähintään korotettua vammais- tai hoitotukea saadakseen vaikeavammaisen lääkinällistä kuntoutusta. Vuoden 2016 alusta tämä kytkös poistuu. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaan tulee edelleen olla alle 65-vuotias.

Vuoden alusta alkaen myöntämisedellytyksinä ovat sairaus tai vamma ja sairauteen tai vammaan liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, josta aiheutuu huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa. Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus rakentuu ICF-viitekehyksen (International Classification of Functioning, Disability and Health, eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) mukaisesti. Se huomioi kuntoutujan toimintakyvyn ja toimintarajoitteet (ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen) sekä kontekstuaaliset tekijät (ympäristö- ja yksilötekijät). Asiakkaalla tulee olla perusteltu ajankohtainen kuntoutustarve, joka kestää vähintään vuoden ajan, ja kuntoutussuunnitelma tulee laatia julkisessa terveydenhuollossa. Kuntoutustarpeen arviossa otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon henkilön toimintakykyyn vaikuttavat tekijät.

Vaativa kuntoutus on hyvän kuntoutuskäytännön mukaista, ja se pohjautuu tieteelliseen näyttöön ja/tai valtakunnallisiin hy-

vän kuntoutuksen käytäntöihin sekä erityisasiantuntemukseen. Vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa korostuu yhteistyö, arkiharjoittelu, ohjauksellinen ja valmentava terapiaote sekä asiakkaan oma toimijuus. Eri kuntoutusmuodot voivat vuorotella erilaisissa jaksoissa.

Kuntoutuksessa tehdään asiakkaan kannalta tarpeellista yhteistyötä hänelle merkityksellisten toimijoiden kanssa. Kuntoutussuunnittelun tärkeä osa on yhteistyö asiakkaan ja hänen lähiverkostonsa kanssa. Se tarkoittaa realististen ja konkreettisten tavoitteiden asettamista ja kuntoutuksen viemistä arkeen. Asiakas harjoittelee omatoimisesti toimintakykyä turvaavia ja lisääviä asioita. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan suoriutuminen arjessa sekä osallistuminen työhön ja opiskeluun.

Kela ei järjestä kuntoutuksena toimintaa, jonka tavoitteet ovat ainoastaan hoidollisia. Kela ei myöskään järjestä kuntoutusta henkilöille, jotka ovat julkisessa laitoshoidossa tai joiden kuntoutus liittyy välittömään sairaanhoitoon. Kun asiakas on laitospäiväyksessä yksikössä hoidossa, intervallipaikalla, tutkimuksessa tai muussa vastaavassa, tulee tarkistaa Kelasta, voiko Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus toteutua kyseisenä aikana.

Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteet pysyvät samoina kuin vaikeavammaisen lääkinällisen kuntoutuksen lain aikana, eli ne voivat toteutua yksilö- ja ryhmämuotoisina terapioina kuntoutujan arjen ympäristössä tai terapeutin tiloissa sekä moniammatillisina kuntoutuspalveluina kuntoutuslaitoksessa.

Jos asiakkaalla on jo voimassaoleva kun-

toutuspäätös vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta, kuntoutus jatkuu kuntoutuspäätöksen mukaisesti ilman eri toimia.

Lainmuutoksen seurauksena Kelan järjestämän lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin on arvioitu tulevan uusia kuntoutujia yhteensä noin 7700.

Muutos ei vaikuta kunnan vastuuseen jär-

jestää sairaanhoitoon liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta. Jos asiakkaan kuntoutus ei kuulu Kelan järjestämistä vastuulle, vastuu on oman kunnan julkisella terveydenhuollolla.

**Eija Haapala**

*Kirjoittaja toimii suunnittelijana Kelan terveysosastolla*

## Seksuaalikasvatuskirja erityisryhmille ja aivan kaikille

Millainen on hyvä ihmissuhde? Miten voi löytää kaverin tai kumppanin? Millaista ihmisen seksuaalisuus voi olla? Entä mitä ovat turvataidot? Miten seksiä harrastetaan? Millaiset taidot auttavat ihmissuhteiden ylläpidossa?

Yllä oleviin ja muihin muihin kysymyksiin antaa vastauksia SEKSU: Seksuaaliterveyttä ja suhdetaitoja -opas, joka on kirjoitettu etenkin autismin kirjon nuorille ja aikuisille, mutta joka soveltuu myös muille. Opas kertoo selvin sanoin ja kuvin seksuaalisuudesta ja seksistä sekä kaverisuhteista ja romanttisista suhteista. Kirja on tuotettu Autismsäätiön Yksin ja kaksin -seksuaalikasvatushankkeessa, joka on tuottanut materiaaleja seksuaalihyvinvoinnin ja ihmissuhdetaitojen opiskeluun vuosina 2013–2015. Hankkeen on rahoittanut Raha-automaattiyhdistys.

- SEKSU on kirjoitettu autismin kirjon erityispiirteet huomioiden, mutta asiat ovat meille kaikille samoja. Kirjan pääkohderyhmän huomiointi näkyy lähinnä siinä, että asioista kerrotaan selkeästi, perusteista lähtien ja käsitteet avaten. Selkeys hyödyttää kuitenkin meitä kaikkia, kertoo kirjan kirjoittaja Jonna Oksanen Autismsäätiöstä.

Kirjan teossa oli mukana alusta saakka ryhmä autismin kirjon aikuisia, jotka toimivat kokemusasiantuntijoina ja kertoivat, millaisista asioista heidän olisi ollut hyvä saada tietoa nuorina ja nuorina aikuisina. He myös valottivat sitä konkretian tasoa, jolla asioista pitäisi autismin kirjon henkilölle kertoa. Kirjan



sisältö määrittyi vuoden työn aikana.

Autismin kirjon henkilöt kaipaavat usein selkeitä toimintaohjeita erilaisiin tilanteisiin, sillä heidän itsensä voi olla hankala hahmottaa, mikä on niin sanottu normaali toimintatapa sosiaalisessa tilanteessa. SEKSU-oppaassa annetaan konkreettisia ohjeita erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin sekä valotetaan sitä, mistä toisen ihmisen toiminnassa voi olla kyse. Kirjassa myös kehoitetaan aina sanoittamaan

omat tunteet, jolloin toisen osapuolen ei tarvitse arvailla, mitä eleet ja ilmeet tarkoittavat.

Kirja palvelee niin nuorta kuin aikuistakin. Autismin kirjon henkilöllä romanttiset kiinnostukset ja halu harrastaa seksiä toisen henkilön kanssa voivat tulla ajankohtaisiksi vasta keski-ikässä, ja siksi kirjan haluttiin sopivan kaikenikäisille. Kehon murrosiässä läpikäymistä muutoksista ja heräävän hormonitoiminnan muista vaikutuksista on tärkeää kuitenkin saada tietoa jo varhaisnuoruudessa, kun muutokset alkavat.

Kirjassa kerrotaan laveasti ihmiselämässä tärkeistä asioista: muun muassa itsetuntemuksen merkityksestä, ihmissuhteissa tarvittavista tärkeistä taidoista, erilaisista ihmisen seksuaa-

li-identiteeteistä, kehon tuntemuksesta sekä seksin harrastamisesta.

Kirja soveltuu elämänmyönteisyydessään myös osaksi sosiaalista kuntoutusta. Ihmisen seksuaalisuus ja oman seksuaalisuuden toteuttaminen nähdään kirjassa myönteisenä voimavarana, ja kirjassa korostetaan myös sitä, että sosiaalisissa taidoissa voi oppia hyväksi kuka tahansa – riippumatta siitä onko luonteeltaan ujo vai sosiaaliin tilanteisiin hakeutuva.

*SEKSU-opasta saa tilata Autismisäätiöstä hintaan 7 e/ kpl laittamalla sähköpostiviesti osoitteeseen [jonna.oksanen@autismisaatio.fi](mailto:jonna.oksanen@autismisaatio.fi).*

---

## Ansiotyössä käyvilä liikuntavammaisilta ihmisiltä kysyttiin liikkumisen ja osallistumisen mahdollisuuksista

Invalidiliitto ry ja Kuntoutussäätiö selvittivät vuonna 2014 fyysisesti vammaisten suomalaisten näkemyksiä liikkumisen mahdollisuuksistaan. Invalidiliiton jäsenyhdistysten jäseniltä kysyttiin sähköisellä kyselylomakkeella joukkoliikenteen käyttämisestä, julkisesti tuettujen kuljetuspalvelujen käytöstä sekä autoon liittyvistä tuista. Lisäksi ansiotyössä käyvilä, yrittäjiltä ja opiskelijoilta kysyttiin liikkumisesta työ- tai opiskelupaikan ja kodin välillä, työ- tai opiskelupaikalla tehdyistä liikkumiseen liittyvistä järjestelyistä sekä henkilön mahdollisuuksista osallistua työ- tai opiskelupaikan tilaisuuksiin. Kyselyyn vastanneista 839 henkilöstä kolme neljäsosa oli eläkkeellä ja neljäsosa ansiotyössä, yrittäjiä, työttömiä tai opiskelijoita. Kyselyn keskeiset tulokset ja toimenpidesuosituksen on julkaistu raportissa<sup>1</sup>.

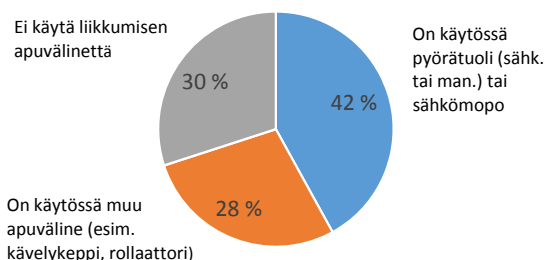
Kyselyn aineistosta otettiin erillistarkasteluun ne 80 vastaajaa, jotka olivat ansiotyössä

ja joilla oli jokin liikkumista vaikeuttava vamma tai sairaus. Eläkeläisten ohella myöskään yrittäjät, työttöminä olevat ja opiskelijat eivät siis sisältyneet tähän tarkasteluun. Tässä kirjoituksessa esitellään kyselyn päätuloksia ansiotyössä käyvien liikuntavammaisten ihmisten osalta.

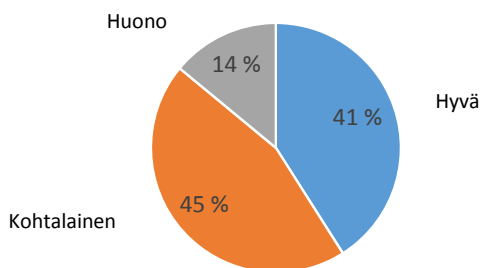
Enemmistö ansiotyössä käyvistä vastaajista käytti jotakin liikkumisen apuvälinettä, joista yleisin oli manuaalinen pyörätuoli. Vastaajista suurin ryhmä olivat ne, jotka käyttivät manuaalista tai sähköpyörätuolia tai sähkömopoa. Vajaa kolmasosa ei käyttänyt apuvälinettä liikkumisessaan. (Kuva 1.)

Vastaajia pyydettiin arvioimaan omia osallistumisen mahdollisuuksiaan kysymyssarjalla, joka käsitteli mahdollisuuksia tavata ihmisiä ja käydä sukulaisten ja ystävien luona, matkustaa ja lomailla, viettää vapaa-aikaa ja elää haluamallaan tavalla. Useimpien (65–78 %) mielestä heillä oli hyvät tai erittäin hyvät

<sup>1</sup> Puumalainen J, Laisola-Nuotio A, Ala-Kauhaluoma M (2014) Toteutuuko liikkumisen vapaus? Kokemuksia ja näkemyksiä vammaisten henkilöiden liikkumisen mahdollisuuksista Suomessa. Invalidiliiton julkaisuja R. 27. Invalidiliitto, Kuntoutussäätiö. Helsinki.



Kuva 1. Liikkumisen apuvälineiden käyttö (n = 80).



Kuva 2. Itse arvioitu mahdollisuus autonomiaan kodin ulkopuolella (n = 80).

mahdollisuudet toteuttaa näitä asioita. Kohtalaisina mahdollisuuksiaan piti yleensä 20–25 % ja huonoina 5–13 %. Kysymyksistä luotiin kodin ulkopuolella liikkumista ja osallistumista kuvaava autonomian mittari (kuva 2).

### Julkisen liikenteen saatavuudessa ja esteettömyydessä parannettavaa

Alle puolet, 39 %, ansiotyössä käyvistä vastaajista ilmoitti käyttävänsä julkista liikennettä. Oman auton käyttö oli suurin syy siihen, ettei käytä julkista liikennettä; tämän ilmoitti syyksi lähes puolet vastaajista. Muina syinä ilmoitettiin muun muassa aikataulujen, reittien tai kaluston epäsopivuus sekä se, että pysäkit ovat liian kaukana. Lisäksi mainittiin pysäkkien esteellisyys ja se, että kaluston esteettömyyteen ei voi luottaa. Noin kymmenesosalla vastaajista ei ollut asuinpaikkakunnallaan julkista liikennettä.

Vastaajat pystyivät yleensä (45 %) käyttämään tavallista julkista liikennettä itsenäisesti apuvälineen kanssa tai ilman. Esteetöntä kalustoa tarvitsi runsas viidennes ja 16 % tarvitsi toisen ihmisen apua julkisen liikenteen käyttämiseen. Vajaa viidesosa ilmoitti, ettei pysty käyttämään julkista liikennettä.

Esteettömän joukkoliikenteen osalta vastaukset olivat sangen kriittisiä. Hieman yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että heidän asuinalueellaan on liikuntavammaisille soveltuvaa joukkoliikennettä, mutta vain viidesosan mielestä sitä on riittävästi. 29 % vastasi, ettei asuinalueella ole soveltuvaa joukkoliikennettä, ja vajaa viidesosa ei tuntenut asiaa.

*”Bussiyhteydet kulkee tunnin välein. Liian harvoin. Työni puolesta tarvitsen omaa autoa töissä kulkemiseen.”*

*”Kävelen kynnärsauvoilla, ja matka lähimmälle bussipysäkille on varsinkin talven liukkailla hankala. Pelkään myös, että bussi lähtee liikkeelle niin nopeasti, etten ehdi kunnolla istumaan.”*

### Kuljetuspalvelut järjestetty korkeintaan tyydyttävästi

Ansiotyössä käyvistä vastaajista hieman yli puolet, 42 henkilöä, oli saanut myönteisen päätöksen kunnan kustantamista, vammais- palvelulakiin perustuvista kuljetuspalveluista. Lähes kaikilla päätös koski asiointi- ja vapaa-ajan matkoja ja 25 henkilöllä lisäksi työmatkoja. Muutamalla päätös koski opiskelumatkoja.

*”Työmatkojen osalta ongelma on se, että päivän aikana voin käyttää vain kaksi matkaa, työhön ja kotiin. Päivän aikana joudun kuitenkin työssäni liikkumaan eikä se onnistu ilman autoa.”*

Runsaalla puolella kuljetuspalvelua käyttäviä vastaajista matkoja, toisinaan myös työmatkoja, oli yhdistetty eli samaan kyytiin kerätään useita matkustajia. Joillekin vastaajille tämä sopi hyvin, toisille ei. Jotkut oli työn luonteen vuoksi tai muun syyn nojalla irrotettu yhdistelystä osittain tai kokonaan eli he saivat erilliskuljetusoikeuden.

*”En tykkää varsinkaan jos työmatkojen aikana yhdistellään jotakin mummojen kauppamatkakyytejä.”*

*”Ei toimi, kestää liian kauan ja apuvälineet ei mahdu, tieto työ- ja yksityisasioista tulee muille.”*

Ansiotyössä käyvät kuljetuspalvelun käyttäjät arvioivat kuntansa onnistumista kuljetuspalveluiden järjestämisessä keskimäärin kouluarvosanalla 7,3 eli jokseenkin tyydyttäväksi. Arvosanojen hajonta ulottui kuitenkin koko asteikolle 4–10.

Valtaosa niistä, jotka eivät käyttäneet kunnan kustantamia kuljetuspalveluja, ilmoitti syyksi sen, ettei tarvitse niitä. Kuitenkin noin joka kuudes vastaaja ilmoitti syyksi sen, ettei hän tiennyt sellaisista palveluista, hän ei ollut hakenut kuljetuspalveluja vaikka tarvitsi niitä, tai hakemus oli hylätty. Hakematta jättämiseen silloin, kun tarvetta olisi, saattoi olla syynä hakemisen koettu vaivalloisuus tai kaluston tai palvelun soveltumattomuus omiin tarpeisiin nähden.

### **Auton käytön tukeminen riittämättömästi**

Kaikista ansiotyössä käyvistä vastaajista 90 %:lla oli käytössään auto, ja heistä suurin osa käytti autoa työmatkoilla tai työssä. Kolmasosa oli saanut kunnalta taloudellista tukea auton hankkimiseen ja 42 % auton apuvälineisiin tai autoon liittyviin muutostöihin. Lähes puolet auton omistavista ei ollut tarvinnut tai hakenut näitä tukimuotoja. Jotkut saivat autoon liittyvät korvaukset vakuutusyhtiöltään.

Kunnan tiedotusta autoon liittyvistä tukimuodoista pidettiin yleisesti huonona: 41 % vastaajista piti tiedotusta erittäin huonona ja 18 % melko huonona, ja monet eivät osanneet arvioida tiedotusta lainkaan.

Joillakin asuinpaikkaa vaihtaneilla oli kokemusta kuntien epäyhtenäisistä käytännöistä autoon liittyvissä tuissa. Usein huomautettiin, ettei kunta varaa riittävästi tukirahoja budjetissaan silloinkaan, kun kustannuksia olisi ennakoitavissa. Toivottiin myös auton hankinta-

tuen saamista täysimääräisenä, jotta vanhan auton voisi vaihtaa uuteen sopivampaan ja turvallisempaan.

*”Kaupunki vetoaa määrärahojen puutteeseen. Oma auto olisi varmasti halvin ratkaisu, mutta sitä ei ajatella pitkällä tähtäimellä ollenkaan. Autovero pitäisi poistaa vammaiselta kokonaan.”*

### **Työmatkat sujuvat hyvin**

Nykyinen liikkuminen työpaikan ja kodin välillä oli järjestetty siten, että omaa autoa käytti valtaosa, 65 %, taksia 16 % ja julkista liikennettä 11 %. Useimpien (79 %) mielestä työmatkaliikkuminen oli vaivatonta, jonkin verran vaikeuksia koki viidesosa. Vaikeudet saattoivat olla kipuja, liikenneuhkia, julkisten liikennevälineiden esteettömyyteen liittyviä puutteita tai talvikelin aiheuttamia hankaluuksia.

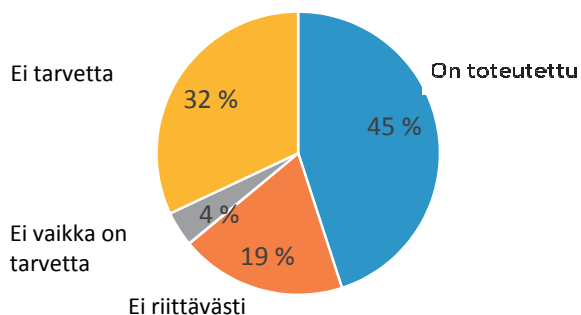
Valtaosa, 86 %, oli kaiken kaikkiaan tyytyväinen siihen, miten työpaikan ja kodin välinen liikkuminen oli järjestynyt. Muutoksia nykyiseen järjestelyyn toivoi kymmenisen vastaajaa, esimerkiksi mahdollisuutta vaihdella eri liikkumismuotoja tilanteen mukaan.

*”Jos julkisen liikenteen aikataulut sopisivat paremmin, voisin käyttää sitä ja hoitaa esimerkiksi muut asiointimatkat erikseen omalla autolla.”*

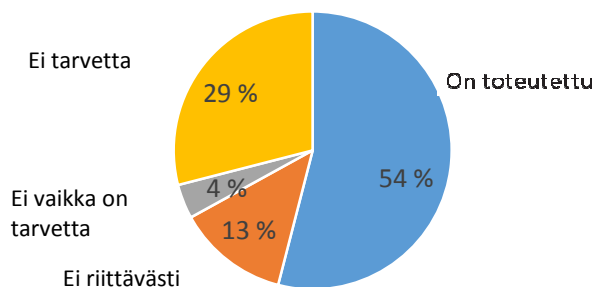
### **Esteettömyys ja osallisuus työssä hyvällä tolalla**

Niukalla vähemmistöllä vastaajista, 45 %:lla, oli toteutettu kaikki tarvittavat liikkumista helpottavat järjestelyt työssä, kuten luiskat ja esteettömät erillisreitit. Yli puolella oli toteutettu välittömään työpisteeseen liittyvät tarvittavat järjestelyt, kuten hankittu apuvälineitä ja korotettu kalusteita. Viidesosalla oli tehty joitain liikkumista helpottavia järjestelyjä ja 13 %:lla joitain työpisteen järjestelyjä, muttei vastaajien mielestä kuitenkaan riittävästi. Noin kolmasosalla ei ollut tarvetta liikkumista helpottaviin tai muihin järjestelyihin työssä. (Kuvat 3 ja 4.)

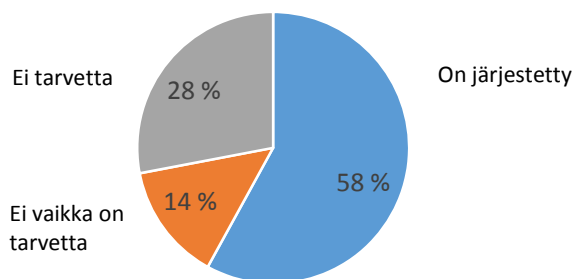




Kuva 3. Onko työpaikalla toteutettu tarvittavat liikkumisen järjestelyt? (n = 73)



Kuva 4. Onko työssäsi tehty muita järjestelyjä, kuten apuvälineitä, säädettävät pöydät tai aikajoustot? (n = 76)



Kuva 5. Onko työpaikan välitön lähiympäristö järjestetty esteettömäksi? (n = 78)

Työpaikan välitön lähiympäristö, kuten pysäköintialue ja lounasruokala, oli järjestetty esteettömäksi enemmistölle vastaajista. Runsaalla neljäsosalla ei ollut tarvetta työpaikan lähiympäristön järjestelyihin, ja 14 % ilmoitti, ettei lähiympäristöä ollut järjestetty esteettömäksi, vaikka tarvetta olisi.

Pelkkä fyysinen esteettömyyskään ei välttämättä riitä, vaan lisäksi tuli esiin tilannekohtainen tarve toisten ihmisten antamalle avulle esimerkiksi tavaroiden kantamisessa. Lisäksi monista vastauksista välittyi kuva siitä, miten liikuntavammaisen ihmisen arki edellyttää erityistä kekseliäisyyttä.

Viidellä vastaajalla oli henkilökohtainen avustaja työpaikallaan, lisäksi kuusi vastaajaa (8 %) katsoi, että heillä olisi sellaiselle tarvetta. Muut eivät tarvitse avustajaa. Esiin

tuli myös tapaus, jossa ulkopuolisen henkilön läsnäolo koettiin työpaikalla työn luonteen vuoksi niin ongelmalliseksi, että työntekijä siirtyi etätyöhön.

Vastaajat toivat esiin kokemuksia työnantajien ennakkoluuloista varsinkin työn hakemisen vaiheessa, mutta myös sen, miten vammaisuus saattaa joissain asiakastehtävissä olla luottamuksen syntymisen kannalta eduksi.

*”(- -) vammaani on useimmiten jopa helpottanut lähestymistä ja luottamuksen syntymistä. Asiakkaat ovat kokeneet, että en ole heidän yläpuolellaan ja ymmärrän elämässä eteen tulevia vaikeuksia paremmin kuin sellainen, jolla itsellä ei sellaisia kokemuksia ole.”*

Ylivoimainen enemmistö vastaajista, 87 %, oli voinut aina tai useimmiten osallistua esteettömästi työhön liittyviin matkoihin tai ulkopuolisiin tilaisuuksiin yhdenvertaisesti muiden kanssa. Jakauma oli samankaltainen, kun kysyttiin työyhteisön sosiaaliin tilanteisiin osallistumista. Kun kysyttiin, kokeeko vastaaja olevansa työyhteisönsä hyväksytty jäsen siinä missä muutkin, 81 % vastasi olevansa yhtä hyväksytty. Jonkin verran syrjintää sairautensa tai vammansa takia koki kymmenen vastaajaa ja paljon syrjintää kolme vastaajaa.

*”26 v vammaisena ja töissä ollut nyt 22 v putkeen neljällä eri työnantajalla samalla alalla. Kaikissa paikoissa on minut huomioitu hyvin.”*

## **Lopuksi**

Kyselyyn vastanneet ansiotyössä käyvät liikuntaesteiset henkilöt olivat pääosin tyytyväisiä työmatkansa järjestelyyn sekä tarvittaviin työpaikan järjestelyihin. Myös oman osallisuuden ja yhdenvertaisuuden työpaikalla koettiin toteutuvan hyvin. Useimmat olivat tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa kodin ulkopuoliseen liikkumiseen ja ihmisten tapaamiseen eli kokivat ulkoisen autonomiansa vähintään kohtalaisen hyväksi.

Eniten kritiikkiä kohdistettiin julkisen liikenteen saatavuuteen ja esteettömyyteen, kunnallisten kuljetuspalvelujen toteutukseen sekä autoon liittyvään kunnalliseen tukeen ja erityisesti siitä tiedottamiseen. Näitä asioita koskevia kehittämissuhteita on esitetty koko aineistoon pohjaavassa raportissa.

## **Annika Laisola-Nuotio**

*Kirjoittaja on Kuntoutussäätiön tutkimussihteeri ja Kuntoutus-lehden toimitussihteeri.*

# KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2016

---

*Toimitus kiittää lämpimästi lukijoita ja kirjoittajia kuluneesta vuodesta.  
Rauhallista joulua ja onnellista uutta vuotta!*

Kuntoutus-lehti ilmestyy ensi vuonna 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](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti)

[pirjo.kuoppala@kuntoutussaatio.fi](mailto: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](mailto:timo.korpela@kuntoutussaatio.fi) / p. 044 781 3128

## Tilaa Kuntoutus-lehti

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

**Tilauksen voit tehdä osoitteessa**  
**[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti)**

Voit tilata lehden myös sähköpostitse:  
[pirjo.kuoppala@kuntoutussaatio.fi](mailto: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.