

Kuntoutus

2022

2

Kuntoutujan muutosvalmiuden yhteys työeläkekuntoutusprosessin etenemiseen

Autismikirjon häiriön varhaiskuntoutuksen toteutuminen ja toimivuus Suomessa


Osteopatia Suomessa

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

- ERJA POUTIAINEN
Kuntoutukseen ohjaamiseen tarvitaan yhtenäiset
ja selkeät käytänteet 3

TIETEELLISET ARTIKKELIT

-  SUSANNA SARANLINNA, MINNA ARVELIN,
HEIDI RUOTSALAINEN JA MAARIT VIRTANEN
Kuntoutujan muutosvalmiuden yhteys
työeläkekuntoutusprosessin etenemiseen 5

KATSAUKSET JA ANALYSIT

- ANNELI YLIHERVA, LEENA RANTALA, ELLA VAKKILA,
HANNA EBELING, MIKA GISSLER, TARJA PARVIAINEN JA
IRMA MOILANEN
Autismikirjon häiriön varhaiskuntoutuksen toteutuminen
ja toimivuus Suomessa – kysely vanhemmille 17

- KAROLIINA KOSKENVUO, HANNA RINNE JA JENNI BLOMGREN
Nuoren kuntoutusrahaa saavat ovat usein myös
muiden etuuskien ja sosiaali- ja terveyspalvelujen saajia 24

- ELINA ANTTILA, KATI HELIN, IDA HERRANEN JA KARI KAURANEN
Taideterapian mahdollisuudet aivoverenkierto-
häiriökuntoutuksessa 33

- ELESSAR HOPEAPUU JA ANSSI ULVINEN
Mitä osteopatia on? Osa 1: Osteopatia Suomessa 39

- JENNI SILLANTAKA, MARKETTA RAJAVAARA, AIJA TÖYTÄRI,
ANNA-LIISA SALMINEN JA PIRJO VUOSKOSKI
Kuntoutuksen koulutuksen tutkimus Suomessa
kirjallisuuskatsauksen valossa 47

KUNTOUTUKSEEN OHJAAMISEEN TARVITAAN YHTENÄISET JA SELKEÄT KÄYTÄNTEET

Kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutukseen ohjaamisen käytännöissä on ollut epäsystemaattisuutta. Terveystieteiden ja sosiaalitoimen eri toimipisteissä ja eri alueilla käytännöt ovat vaihdelleet. Jo pitkään on tunnustettu tarve yhtenäistää valtakunnallisesti kuntoutukseen ja muuhun tukeen ohjaamisen käytäntöjä. Onneksi tähän on nyt paneuduttu. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettaman Lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjautumisen perusteet -työryhmän työn tuloksena on valmistumassa lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen opas, jonka luonnos esiteltiin ensimmäistä kertaa julkisesti toukokuun lopulla STM:n organisoimassa seminaarissa. Oppaan tavoitteena on selkeyttää ja yhtenäistää kuntoutukseen ohjaamisen periaatteita ja käytäntöjä. Parhaimmillaan oppaasta tulee jokaisen sosiaali- ja terveysalalla toimivan ammattilaisen käyttämä käsikirja – kullan arvoinen silloin, kun herää kysymys siitä, tarvitseeko potilas tai asiakas tukea tai kuntoutusta, millaisia palveluja on tarjolla ja miten eri tilanteissa on hyvä toimia.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen opasluonnos tulee lausuntokierrokselle kesäkuun alkupuolella oikeusministeriön ylläpitämässä lausuntopalvelu.fi-portaalissa. Lausuntoja on mahdollisuus antaa 12.8.2022 asti. On erittäin tärkeää, että kuntoutuksen alan ammattilaiset ja muut toimijat käyttäisivät nyt hyväkseen mahdollisuutta lausua huomioitaan. Kommenttien avulla oppaasta muokkautuu ammattilaisille laajasti käyttökelpoinen työväline. Nyt valmistella oleva opas käsittelee lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamista. On kuitenkin selvää, että samantyyppisestä käytäntöjen yhtenäistämisestä hyötyisivät myös esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen toimijat.

Käsillä oleva Kuntoutus-lehti tarjoaa taas kattavan paketin kuntoutusta koskevaa tietoa. Tutkimusartikkelissa selvitettiin kuntoutujan muutosvalmiutta sekä sen yhteyttä työeläkekuntoutusprosessin etenemiseen ja havaittiin, että kuntoutusprosessin alkuvaiheen vahvalla muutosvalmiudella on yhteys työeläkekuntoutuksen sujuvaan etenemiseen. Lehti tarjoaa luettavaksi myös viisi katsausta

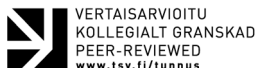
tai analyysia. Ensimmäisessä katsauksessa selvitettiin autismikirjon häiriön varhaiskuntoutuksen toteutumista ja toimivuutta Suomessa vanhempien ja läheisten näkökulmasta. Toisessa katsauksessa kuvataan, kuinka nuoren kuntoutusrahaa saavat ovat usein myös muiden etuuksien ja sosiaali- ja terveyspalvelujen saajia. Saamme lukea myös kokeilusta, jossa selvitettiin kuvataiteen hyötyjä ja mahdollisuuksia yläraajan toimintahäiriöissä kuntoutujilla, joilla on aivoverenkiertohäiriö. Lisäksi tarjolla on kattava katsaus osteopatiasta Suomessa. Kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa taas selvitetään, millaista on kuntoutuksen koulutuksen tutkimus Suomessa, ja esitetään tulosten perusteella huomioita siitä, miten kuntoutuksen koulutusta tulisi tulevaisuudessa kehittää.

Toivotan lukijoille rentouttavaa kesää ja mukavia lukuhetkiä lehden monipuolisen tarjonnan parissa!

Erja Poutiainen

päätoimittaja

FT, dosentti, johtava tutkija, Kuntoutussäätiö



KUNTOUTUJAN MUUTOSVALMIUDEN YHTEYS TYÖELÄKEKUNTOUTUSPROSESSIN ETENEMISEEN

Johdanto

Suomessa huoltosuhde heikkenee väestön ikääntymisen, syntyvyyden laskun ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien osuuden kasvun myötä. Lähivuosina yhteiskunnan veronmaksukykyisellä väestöosalla on yhä suurempi paine kustantaa veronmaksukyvyltään alentuneen osan julkiset palvelut, kun työssä olevien määrä vähenee. (Keskimäki ym. 2019, 8, Saarnio 2019, Vauramo & Ryytänen 2019, 12.) Vaikuttava työeläkekuntoutus on tärkeä tekijä työurien jatkumisen turvaamisessa.

Työeläkekuntoutus on ammatillista kuntoutusta, jota työeläkevakuuttajat järjestävät ja kustantavat silloin, kun henkilöllä on diagnosoidun sairauden vuoksi heikentynyt työkyky. Työeläkekuntoutusprosessi käynnistyy, kun lääkäri toteaa työkyvyttömyyden tai sen uhan. Tämän jälkeen kuntoutuja hakee työeläkelaitokselta oikeutta ammatilliseen kuntoutukseen. Työeläkelaitos voi myös, jos se hylkää työkyvyttömyyseläkehakemuksen, myöntää oikeuden ammatilliseen kuntoutukseen. Työeläkevakuuttaja voi tarvittaessa tilata kuntoutujalle palveluntuottajan järjestämää valmennuspalvelua kuntoutusprosessin tueksi. Prosessin alussa palveluntuottaja nimeää kuntoutujalle

valmentajan eli asiantuntijan, joka tukee, ohjaa ja neuvoo kuntoutujaa läpi prosessin vaiheiden. (Työeläkevakuuttajat TELA ry 2021, viitattu 1.4.2021.)

Työeläkekuntoutuksen kokonaiskustannukset koostuvat kuntoutusajan toimeentulokorvauksista ja kuntoutuspalvelukuluista (Saarnio 2019, 25–29). Pitkän aikavälin kokonaiskustannuksiin vaikuttavat muun muassa kuntoutujan ikä ja sukupuoli sekä se, onko kuntoutuja kokonaan, osittain vai lainkaan työelämässä kuntoutuksen aikana, millaisia muita mahdollisia etuuksia kuntoutuja kuntoutuksen aikana saa, millaisia toimenpiteitä kuntoutuksen aikana tehdään ja kuinka kauan kuntoutus kestää. Keskimäärin yhden asiakkaan onnistuneen kuntoutusprosessin kustannukset ovat 19 000 euroa. (Saarnio 2020, 11.) Lasketaan, että noin vuoden kestävä työssäoloaika kuntoutuksen jälkeen riittää maksamaan kuntoutuskustannukset takaisin (Saarnio 2019, 29). Vuonna 2019 Suomessa oli 18 500 työeläkekuntoutujaa. Kyseisen vuoden aikana kuntoutusprosessi päättyi 7900 henkilöllä, joista työllistyneitä tai työnhakijaksi työmarkkinoille sijoittuneita oli 71 prosenttia. (Saarnio 2020, 11.) Leinonen ym. (2019) puolestaan toteavat, että työeläkekuntoutuksen vaikuttavuus työllistymiseen on varsin pieni ja sen hyöty

suhteutettuna siihen käytettyyn rahalliseen panokseen vähäinen. Tämän vuoksi työeläkekuntoutus tulee suunnitella ja toteuttaa oikea-aikaisesti, tarkoituksenmukaisesti ja joustavasti sen vaikuttavuuden lisäämiseksi. Kuntoutujan yksilölliset ominaisuudet ja voimavarat tulee tunnistaa ja hyödyntää ennistä paremmin kuntoutuksen onnistumiseksi.

Tässä tutkimuksessa kuntoutujan yksilöllisistä ominaisuuksista erityisenä mielenkiinnon kohteena on muutosvalmius. Käsitteen määrittely ei ole yksiselitteistä. Suomenkielistä muutosvalmius-termiä käytetään yleisimmin muutos- ja itsensä johtamisen sekä elämäntaitovalmennuksen yhteydessä. Englannin kielessä muutosvalmiudesta käytetään termiä "readiness to/for change", joka liitetään kiinteämmin muutosvaihemalliin ja terveydentilaan liittyvän käyttäytymisen tietoiseen muuttamiseen (Prochaska ym. 1992). Prochaskan ja DiClementen (1983) transteoreettista muutosvaihemallia käytetään laajasti koko ihmistieteiden kentällä selittämään ihmisen motivaatiota ja käyttäytymisen syitä. Muutosvaihemalli käsittää neljästä seitsemään vaihetta: esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta, ylläpito, repsahdus ja päätös. Muutosvalmius voidaan ymmärtää erityisesti valmisteluvaiheessa olevan ihmisen motivaationa muutoksen tavoitteluun. Sitä aiemmissa vaiheissa olevat eivät yleensä koe muutosvalmiutta. (Prochaska ym. 1992.) Muutosvalmius-termiä käytetään yleisesti tutkimuksissa, joissa selvitetään työkyvyttömyyteen tai sen uhkaan liittyviä tekijöitä (mm. Braathen ym. 2014, Franche ym. 2007, Iwanaga ym. 2020, Lam ym. 2010). Tässä tutkimuksessa muutosvalmiudella tarkoitetaan ammatillisen kuntoutuksen viitekehityksessä kuntoutujan valmiutta muutoksen aktiiviseen suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä uskoa omien voimavarojen riittävyteen (Muutosvalmiuskysely 2019).

Tutkimuksen tarkoituksena on kuva- ta erään suomalaisen työeläkekuntoutuksen palveluntuottajan asiakkaiden muutosvalmiutta ja taustatekijöitä sekä niiden mahdollista yhteyttä työeläkekuntoutusprosessin sujuvaan etenemiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tulosten perusteella kehittää palvelua

entistä yksilöllisemmäksi, tarkoituksenmukaisemmaksi ja oikea-aikaisemmaksi. Tutkimuskysymykset ovat: 1. Millainen on työeläkekuntoutuksen prosessiin osallistuneiden asiakkaiden muutosvalmius muutosvalmiuskyselyllä osoitettuna? 2. Miten työeläkekuntoutuksen asiakkaan taustatekijät ovat yhteydessä henkilön muutosvalmiuteen? 3. Miten työeläkekuntoutuksen asiakkaan muutosvalmius on yhteydessä kuntoutusprosessin etenemiseen? 4. Miten työeläkekuntoutuksen asiakkaan taustatekijät ovat yhteydessä kuntoutusprosessin etenemiseen?

Työeläkekuntoutuksen prosessi ja työhön paluuseen vaikuttavat tekijät

Suomessa työeläkekuntoutuksen prosessi koostuu alkuhaastattelu-, suunnitelma-, toimenpide- ja päättämisvaiheista. Vaiheiden sisällöt ja kestot ovat yksilöllisiä. Alkuhaastatteluvaiheessa kartoitetaan kuntoutujan elämäntilannetta, koulutus- ja työkokemustaustaa, terveydentilaa työ- ja toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi sekä valmiutta prosessin edistämiseen. Suunnitelmavaiheessa työstetään konkreettinen, vaiheistettu ja aikataulutettu suunnitelma työhön paluulle. Toimenpidevaihe sisältää suunnitelman toteuttamisen, jonka keinoina voivat olla työkokeilu, työhönvalmennus, koulutus ja yrittäjäyys. Päättämisvaiheessa tehdään yhteenveto prosessin etenemisestä sekä lopputuloksesta. (Työeläkevakuuttajat TELA ry, Internet-sivut. Viitattu 1.4.2021.) Kuntoutusprosessi katsotaan onnistuneeksi, mikäli työkyvyttömyyseläke saadaan estettyä tai myöhennettyä tai jos työkyvyttömyyseläkkeen sijaan kuntoutuja jää osatyökyvyttömyyseläkkeelle. (Saarnio 2019, 36–39.) Tässä tutkimuksessa kuntoutusprosessin katsotaan etenevän sekä työeläkevakuuttajan, kuntoutujan että palveluntuottajan kannalta tarkoituksenmukaisesti, tavoitteellisesti ja sujuvasti silloin, kun kuntoutuja on suunnitelmansa mukaisessa toimenpiteessä puoli vuotta prosessin aloittamisen jälkeen.

Ammatillisen kuntoutuksen interventiot ja tukijärjestelmät vaihtelevat maittain (Berlin ym. 2016). Katsaus aiempiin tutkimuksiin

osoittaa, että järjestelmästä riippumatta on löydettävissä yksilöllisiä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä kuntoutuksen lopputulokseen. Itse kuntoutusprosessin etenemisestä, sujuvuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä ei löytynyt tutkimuksia. Vaikka tutkimukset keskittyvät työhönpaluuseen vaikuttaviin tekijöihin, niistä käy ilmi, että samat tekijät usein sujuvoittavat myös prosessin etenemistä. Korkeampi koulutus ja sosioekonominen asema sekä nuori ikä ovat selkeästi työhön paluuta edistäviä tekijöitä (Cancelliere ym. 2016, Dekkers-Sánchez ym. 2010, Etuknwa ym. 2019, Heikinheimo & Tuisku 2014, Raitasalo ym. 2010, Saarnio 2020, Victor ym. 2017). Sukupuolen yhteydestä työhön paluuseen on ristiriitaisia tuloksia: Cancellieren ja kumppaneiden (2016) mukaan naissukupuoli on työhön paluuta hankaloittava tekijä, mutta esimerkiksi masennusta sairastavien kohdalla sukupuolella ei ole havaittu yhteyttä työhön paluuseen (Raitasalo ym. 2010). Saarnion (2019) katsauksen mukaan miehet työllistyivät naisia heikommin, kun oikeus työeläkekuntoutukseen oli annettu työkyvyttömyyseläkeratkaisun yhteydessä. Muissa tapauksissa sukupuolella ei ollut merkitystä. Itse diagnoosilla ei ole todettu olevan vaikutusta työhön paluuseen tai työssä pysyvyyteen (Cancelliere ym. 2016, Saarnio 2019), mutta sairauden oireiden vähäisyys edistää työhön paluuta (Cancelliere ym. 2016, Dekkers-Sánchez ym. 2010, Mahmood ym. 2019). Kuntoutujan sosiaaliset ja psyykkiset ongelmat, kuten ajankohtaisen elämäntilanteen vaikeudet, voimakas uupumus ja mielialan lasku, vaikeuttavat työhön paluuta (Cancelliere ym. 2016, Dekkers-Sánchez ym. 2010, Sikora ym. 2019, Wolvers ym. 2017).

Muutosvalmius näyttäytyy työntekijän korkeana minäpystyvyytenä ja työkykyään koskevana positiivisena arviona, jotka ennustavat varhaista ja onnistunutta työhön paluuta. (Brouwer ym. 2011, Cancelliere ym. 2016, Dekkers-Sánchez ym. 2010, Esteban ym. 2018, Etuknwa ym. 2019, Iwanaga ym. 2020, Sikora ym. 2019, Victor ym. 2017, Wolvers ym. 2017.) Merkitykselliseksi työhön paluun onnistumisen kannalta nousevat myös työntekijän voimavarat muutoksen

toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi, kuten motivaatio, aloitteellisuus ja aktiivisuus työhön paluuseen liittyvissä toiminna sekä konkreettinen varautuminen mahdollisesti tuleviin ongelmiin. (Brouwer ym. 2011, Dekkers-Sánchez ym. 2010, Esteban ym. 2018, Heikinheimo & Tuisku 2014, Iwanaga ym. 2020, Saari 2012, Sikora ym. 2019.) Sen sijaan heikompi minäpystyvyyden tunne ja aktiivisuuden vähäisyys hankaloittavat työhön paluuta (Dekkers-Sánchez ym. 2010, Iwanaga ym. 2020, Wolvers ym. 2017).

Työhön paluun onnistumiseen vaikuttavat myös työhön liittyvät tekijät. Näistä tärkeimpinä useissa tutkimuksissa mainitaan työnantajan tuki, mahdollisuus työajan ja työolojen joustavaan suunnitteluun sekä hyvä vuorovaikutus työpaikalla. (Dekkers-Sánchez ym. 2010, Esteban ym. 2018, Etuknwa ym. 2019, Heikinheimo & Tuisku 2014, Saari 2012, Sikora ym. 2019, Vuorento & Terävä 2014.) Lyhyempi työstä poissaoloaika niin ikään ennustaa työhön paluun onnistumista (Curtis ym. 2016, Ferdiana ym. 2014, Heikinheimo & Tuisku 2014, Mahmood ym. 2019, Saari 2012, Vuorento & Terävä 2014). Työhön paluuta hankaloittavat sairauslomien pitkittyminen sekä työn suuret fyysiset vaatimukset (Cancelliere ym. 2016, Saari ym. 2012). Moniammatillinen, koordinoitu, henkilökohtainen ja oikea-aikainen tuki on avainasemassa kuntoutuksen onnistumisen kannalta (Cancelliere ym. 2016, Esteban ym. 2018, Sikora ym. 2019, Vuorento & Terävä 2014).

Aineisto ja menetelmät

Tässä esiteltävän tutkimuksen asetelmana on määrällinen retrospektiivinen tutkimus. Tutkimuksen aineisto koostuu erään suomalaisen työeläkekuntoutuksen palveluntuottajan kuntoutujien muutosvalmiuskyselyyn antamista vastauksista sekä näiden kuntoutujien taustatiedoista. Tutkimukseen valikoitui-
vat kaikki palveluntuottajan kuntoutujat (N = 154), jotka vastasivat muutosvalmiuskyselyyn oman työeläkekuntoutusprosessinsa aikana vuonna 2019. Tutkimuksessa haluttiin selvittää kuntoutujan alkuvaiheen muutosvalmiutta ennen kuin kuntoutusinterventio

mahdollisesti vaikuttaisi siihen, minkä vuoksi aineistosta karsittiin pois ne kuntoutujat, joille muutosvalmiuskysely tehtiin neljänellä tai sitä myöhemmällä kerralla kuntoutusprosessin aloittamisen jälkeen. Lisäksi aineistosta karsittiin pois ne kuntoutujat, joiden taustatietoja ei järjestelmästä löytynyt, mikä johtui vuosi prosessin päättymisen jälkeen tehtävästä, tietoturvakäytännön mukaisesta tietojen anonymisoinnista. Karsiutuneita oli yhteensä 17. Lopullisen aineiston otoksen koko on 137 henkilöä.

Muutosvalmiuskyselyn on kehittänyt palveluntuottajan palveluksessa ollut kuntoutuspsykologi. Kysely on ollut käytössä vuoden 2019 alusta lähtien, ja sen tarkoituksena on toimia kuntoutujan muutosvalmiuden arvioinnin työkaluna kuntoutusprosessin alkuvaiheessa. Tutkimustarkoitusta varten kysely on käytössä ensimmäisen kerran, ja sitä kehitetään edelleen. Kysely koostuu 12 väittämästä, jotka on jaoteltu kolmeen osa-alueeseen: 1) ”Muutosvaihe” (väittämät 1–4), 2) ”Ajatukset ja uskomukset muutosta kohtaan” (väittämät 5–8) sekä 3) ”Voimavarat muutoksen toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi” (väittämät 9–12). Ensimmäisen osa-alueen väittämät kartoittavat sitä, millaisessa muutosvaiheessa vastaaja on. Toisen osa-alueen väittämät kartoittavat vastaajan uskoa terveytensä, osaamisensa ja työnhakutaitojensa riittävyteen suhteessa työhön paluuseen. Kolmannen osa-alueen väittämät kartoittavat vastaajan voimavaroja ja tuen tarpeen tunnistamista. Väittämiin vastataan viisiporraisella Likert-asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en samaa enkä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Muutosvalmius luokitellaan saadun pistemäärän mukaan heikkoon (keskiarvo 1–2,24), kohtalaiseen (ka 2,25–3,74) tai vahvaan (ka 3,75–5). Kysely täytetään alkuhaastatteluvaiheessa. Kyselyn kehittämisessä on hyödynnetty aikaisempaa työllistymiseen ja muutosvalmiuteen liittyvää tutkimusta. (Pura 2019.)

Taustatekijöistä selvitettiin kuntoutujan ikä, sukupuoli, asuinpaikkakunta, diagnoosi, sosioekonominen asema ja ammatti. Diagnoosiluokka (ICD-10-luokituksesta) valittiin eläkevakuutusyhtiön toimeksiannossa

mainitun diagnoosin perusteella. Mikäli kuntoutujalla oli useita diagnooseja, valittiin ensimmäisenä mainittu tai se, joka toimeksiannon perusteella osoittautui ensisijaiseksi työeläkekuntoutuksen syyksi. Ammatit luokiteltiin Tilastokeskuksen Ammattiluokitus 2010 -luokituksen mukaisesti (Tilastokeskus 2020a, viitattu 10.4.2020). Sosioekonomisen aseman luokittelussa käytettiin Tilastokeskuksen Sosioekonominen asema 1989 -luokitusta (Tilastokeskus 2020b, viitattu 10.4.2020). Lisäksi selvitettiin, missä vaiheessa kuntoutusprosessiaan kuntoutuja oli kuusi kuukautta kyselyyn vastaamisen jälkeen.

Kyselyn vastaukset sekä vastaajien tausta- ja tilannetiedot on saatu palveluntuottajan käyttämistä tietokannoista. Kuntoutusprosessin alkaessa jokainen kuntoutuja on antanut suostumuksen tietojensa käyttöön ja arkistointiin sekä hyödyntämiseen anonymisti tutkimustarkoituksessa. Saatuja tietoja on käsitelty luottamuksellisesti ja hyviä tietosuojakäytänteitä noudattaen. Tutkittavien nimet ja tunnistetiedot on anonymisoitu ja tutkimustulokset esitellään niin, että yksittäisiä tutkittavia ei voi tunnistaa. (Vrt. Kohonen ym. 2019.) Erillistä eettistä ennakoarviota ei tehty, koska tutkimuksen ei oletettu tuottavan haittaa tai riskejä tutkittaville (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019).

Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 26 -tilastoanalyysiohjelmalla. Muuttujia tarkasteltiin kuvailevien tunnuslukujen avulla. Muutosvalmiutta ja sen kolmea osa-aluetta tarkasteltiin tekemällä niistä keskiarvosummamuuttujat. Muutosvalmiutta ja sen osa-alueita tarkasteltiin myös luokiteltuna muuttujana kyselyn pistemäärän luokituksen mukaisesti. Kyselyn sisäistä konsistenssia arvioitiin Cronbachin alfalla. Kirjallisuudessa hyväksyttävän alfan arvon raja vaihtelee välillä 0,61–0,70, jolloin suurempi luku osoittaa suurempaa konsistenssia. Blandin ja Altmanin (1997) mukaan 0,61:n arvoa voidaan pitää luotettavana rajana.

Kuntoutusprosessin vaihetta kuvaavat muuttajat dikotomisoitiin suunnitelman mu-

kaiseen toimenpiteeseen ja ei-suunnitelman mukaiseen toimenpiteeseen. Suunnitelman mukainen toimenpide tarkoittaa työllistymistä, työkokeilua, työhönvalmennusta, yrittäjyyttä, opiskelua tai opintoihin hakeutumista. Ei-suunnitelman mukainen toimenpide tarkoittaa alkuhaastatteluvaihetta, taukoa prosessissa tai prosessin keskeyttämistä joko terveydellisten tai sosiaalisten syiden vuoksi. Kuuden vastaajan kohdalla tauon syyksi on mainittu koronavirustartunta.

Ryhmiin välisiin vertailuihin käytettiin ei-parametrisiä testejä, sillä jakaumat eivät noudattaneet normaalijakaumaa. Kuntoutusprosessin vaiheen ja taustamuuttujien keskinäistä riippuvuutta tutkittiin khiin neliöriippumattomuustestillä. Muutosvalmiuden ja kuntoutusprosessin vaiheen keskinäistä riippuvuutta tutkittiin Mann-Whitneyn U-testillä. Muutosvalmiuden ja taustamuuttujien keskinäistä riippuvuutta tutkittiin Mann-Whitneyn U-testillä tai Kruskal-Wallis H-testillä. Tilastollisesti merkitsevänä testien raja-arvona käytettiin p-arvoa < 0,05. (Ks. Munro 2001.)

Tulokset

Vastaajien ikäjakauma oli 25–62 vuotta ja keski-ikä 46 vuotta (kh 9,9). Naisia ja miehiä oli lähes yhtä paljon. Yleisimpinä diagnoosiryhminä (ICD-10) oli tuki- ja liikuntaelämistön sairaus (57 %, n = 78) ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (26 %, n = 36). Nämä diagnoosiryhmät muodostivat 83 prosenttia aineistosta. Muita diagnoosiryhmiä oli 10, jotka esitetään taulukossa muutosvalmiuden ryhmänä. Valtaosa vastanneista edusti sosioekonomiselta asemaltaan työntekijöitä (79 %, n = 108). Ammattiteistä yleisimmät olivat palvelu- ja myyntityöntekijä, rakennus-

Taulukko 1. Vastaajien (n = 137) taustatiedot.

Taustatieto	% (n)
Sukupuoli nainen mies	51 (70) 49 (67)
Diagnoosi tuki- ja liikuntaelämistön sairaus psykiatrinen sairaus muu	57 (78) 26 (36) 17 (23)
Sosioekonominen asema työntekijä alempi toimihenkilö ylempi toimihenkilö tai yrittäjä	79 (108) 15 (21) 6 (8)
Ammatti palvelu- ja myyntityöntekijä rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijä prosessi- ja kuljetustyöntekijä muu	34 (47) 27 (37) 18 (25) 21 (28)
Maakunta Uusimaa Pohjois-Savo Pohjois-Pohjanmaa Pirkanmaa muu	31 (42) 13 (18) 12 (16) 7 (10) 37 (51)

korjaus- ja valmistustyöntekijä sekä prosessi- ja kuljetustyöntekijä, jotka muodostivat 80 prosenttia aineistosta. Muita ammattiryhmiä oli kuusi. Vastaajista kolmannes asui Uudellamaalla. Kaiken kaikkiaan maakuntia oli 17 ja kuntia 63. Tarkemmat tiedot vastaajista löytyvät taulukosta 1.

Kaikkien vastaajien muutosvalmiuden mediaani oli 4 ja keskiarvo 3,95 (keskihajonta 0,7). Osa-alueiden keskiarvot olivat: 1) muutosvaihe 4,16 (kh 0,76), 2) ajatukset ja uskomukset muutosta kohtaan 3,71 (kh 0,88) ja 3) voimavarat muutoksen toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi 3,97 (kh 0,78). Luokiteltuna muutosvalmius oli vahvaa lukuun ottamatta osa-alueita 2, jossa se oli kohtalaista. Kyselyn ja sen osioiden sisäinen konsistenssi oli Cronbachin alfalla tarkasteltuna hyvä, alfat vaihtelivat välillä 0,66–0,86. Taulukossa 2 kuvataan edellä mainitut tulokset kokonaisuudessaan. Heikon ja kohtalaisen muutosvalmiuden ryhmät on yhdistetty.

Taulukko 2. Muutosvalmiuden ja sen osa-alueiden keskiarvo ja keskihajonta, luokittelun jakauma ja sisäinen konsistenssi.

	Keskiarvo (kh)	Heikko % (n)	Kohtalainen % (n)	Vahva % (n)	Cronbachin alfa
Muutosvalmius	3,95 (0,7)	4 (5)	26 (36)	70 (96)	0,857
Osa-alue 1: Muutosvaihe	4,16 (0,76)	2 (3)	20 (27)	78 (107)	0,658
Osa-alue 2: Ajatukset ja uskomukset muutosta kohtaan	3,71 (0,88)	6 (8)	36 (49)	58 (80)	0,673
Osa-alue 3: Voimavarat muutoksen toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi	3,97 (0,78)	3 (4)	25 (34)	72 (99)	0,756

Tutkittavista 44 prosenttia (n = 60) oli kuntoutusprosessissaan puolen vuoden päästä aloittamisesta suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä, 56 prosenttia (n = 77) ei ollut suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä. Kuntoutusprosessin vaiheen ja muutosalmiuden välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Mitä vahvempi muutosalmius työeläkekuntoutusprosessin alkuvaiheessa oli, sitä varmemmin tutkittava oli suunnitelmansa mukaisessa toimenpiteessä puoli vuotta aloituksesta, $p < 0,001$. Tilastollinen merkitsevyys todettiin myös muutosalmiuden kunkin osa-alueen ja kuntoutusprosessin vaiheen välillä (muutosvaihe $p = 0,002$, ajatukset ja uskomukset muutosta kohtaan $p < 0,001$, voimavarat muutoksen toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi $p < 0,001$).

Toimenpiteessä olleista 88 prosentilla oli luokiteltuna vahva muutosalmius ja 12 prosentilla kohtalainen. Heikon muutosalmiuden omaavista kukaan ei ollut suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä puolen vuoden päästä. Kohtalaisen muutosalmiuden omaavista 19 prosenttia (n = 7) oli suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä ja vahvan muutosalmiuden omaavista 55 prosenttia (n = 53). Tutkittavat eivät eronneet taustatekijöiden osalta muutosalmiuden pistemäärässä.

Taustatekijöiltään erilaiset tutkittavat eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi tarkasteltaessa sitä, missä vaiheessa kuntoutusprosessiaan he olivat. Asuinmaakunta näyttäytyi melkein merkitsevästi tekijänä suhteessa kuntoutusprosessin vaiheeseen ($p = 0,021$). Taulukossa 3 on kuvattu taustatekijöiden jakaumat suhteessa kuntoutusprosessin vaiheeseen sekä niiden välinen tilastollinen merkitsevyys. Taulukossa on kuvattu omina ryhminään ne taustatekijät, joiden joita esiintyi enemmän kuin 10, tätä pienemmät ryhmät on yhdistetty ryhmäksi ”muut”.

Johtopäätökset

Tutkimus osoittaa, että työeläkekuntoutusprosessin alkuvaiheessa mitatulla vahvalla muutosalmiudella, sekä kokonaisuutena että osa-alueittain arvioituna, on tilastollisesti merkitsevä yhteys kuntoutuksen sujuvaan etenemiseen. Tutkimuksessa ei löydetty yhteyttä kuntoutujien taustatekijöiden ja muutosalmiuden eikä taustatekijöiden ja työeläkekuntoutusprosessin sujuvan etenemisen välillä. Vahva muutosalmius alkuvaiheessa viittaa siihen, että työeläkekuntoutusprosessi on alkanut oikea-aikaisesti ja sen etenemiselle on edellytyksiä. Muutosalmiuskyselyn laajempi hyödyntäminen

Taulukko 3. Taustatekijät suhteessa kuntoutusprosessin vaiheeseen.

Taustatekijä	n	Suunnitelman mukainen toimenpide % (n)	Ei-suunnitelman mukainen toimenpide % (n)
Koko aineisto	137	44 (60)	56 (77)
Sukupuoli			
nainen	70	47 (33)	53 (37)
mies	67	40 (27)	60 (40)
Ikäluokka			
alle 40-vuotiaat	54	56 (30)	44 (24)
41–50-vuotiaat	35	47 (16)	53 (19)
yli 51-vuotiaat	59	36 (21)	60 (40)
Diagnoosi			
tuki- ja liikuntaelämistön sairaus	78	44 (34)	56 (44)
muut	59	44 (26)	56 (33)
Sosioekonominen asema			
työntekijä	108	44 (48)	66 (60)
muut	29	41 (12)	59 (17)
Ammatti			
palvelu- ja myyntityöntekijä	47	45 (21)	55 (26)
rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijä	37	43 (16)	57 (21)
prosessi- ja kuljetustyöntekijä	25	52 (13)	48 (12)
muut	28	36 (10)	64 (18)

työeläkekuntoutusprosessissa näyttää perustellulta, mutta jatkotutkimusta tarvitaan vahvistamaan tämän tutkimuksen havain- toja.

Tutkimuksen aineistossa vastaajien taustatekijät (sukupuoli, ikä, sosioekonominen asema, ammatti ja asuinpaikkakunta) jakautuivat pääpiirteittäin tutkimusvuoden 2019 Eläketurvakeskuksen työeläkekuntoutustilastoinnin taustatekijöiden mukaisesti (Saarnio 2020). Näin ollen tutkimuksen aineisto on kansallisesti vertailukelpoinen. Tässä tutkimuksessa tuki- ja liikuntaelämisen sairauksien osuus korostuu ja on kaikista diagnooseista 57 prosenttia, mikä on hieman enemmän kuin Eläketurvakeskuksen tilastoissa (46 prosenttia). Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosi on tutkimuksessa ja tilastoissa yhtä yleinen, noin neljäsosa kaikista diagnooseista.

Taustatekijöiltään erilaiset tutkittavat eivät eronneet tilastollisesti merkittävästi tarkasteltaessa sitä, missä vaiheessa kuntoutusprosessiaan he olivat puoli vuotta aloituksen jälkeen. Maakunnan ja kuntoutusprosessin vaiheen välillä kuitenkin havaittiin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys. Pohjois-Pohjanmaalla suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä puoli vuotta prosessin aloittamisesta oli 81 prosenttia (n = 13) vastaajista, kun koko aineistossa vastaava luku oli 44 prosenttia. Pohjois-Pohjanmaan vastaajien muutosvalmius ei poikennut koko aineiston muutosvalmiudesta. Alueellisia eroja koskevien päätelmien tekeminen ei ole pienen otoskoon takia perusteltua. Näin ollen jatkossa on tarpeen tutkia alueellisia eroja ja niihin mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi kunkin alueen työmarkkinatilannetta tai toteutettuja kuntoutusinterventioita. Kuntoutusprosessiin liittyy olennaisesti kuntoutujan ja valmentajan välinen vuorovaikutussuhde, jonka yhteyttä prosessin sujuvuuteen olisi myös mielenkiintoista jatkossa tutkia. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että nuorempi ikä on työhön paluuta edistävä tekijä (mm. Cancelliere ym. 2016, Etuknwa ym. 2019, Saarnio 2020). Tässä tutkimuksessa kahdessa ikäryhmässä yli puolet kuntoutujista oli suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä, alle 35-vuotiaiden ikäryhmässä 59

prosenttia ja 46–50-vuotiaiden ikäryhmässä 53 prosenttia. Iän vaikutusta työhön paluuseen on syytä tutkia jatkossa pidemmällä aikavälillä ja laajemmalla otoksella.

Aineistossa muutosvalmiuskyselyn toisen osa-alueen keskiarvo on muita matalampi. Tämä osa-alue kartoittaa vastaajan uskoa terveytensä, osaamisensa ja työnhakutaitojensa riittävyteen työhön paluuta ajatellen. Heikko usko edellä mainittuihin resurssihin heikentää motivaatiota ja minäpystyvyyden tunnetta, jotka on tutkimuksissa todettu tärkeiksi työhön paluuta edistäviksi tekijöiksi (Brouwer ym. 2011, Cancelliere ym. 2016, Dekkers-Sánchez ym. 2010, Esteban ym. 2018, Etuknwa ym. 2019, Iwanaga ym. 2020, Sikora ym. 2019, Victor ym. 2017, Wolvers ym. 2017). Työeläkekuntoutuksen interventioilla voidaan vaikuttaa positiivisesti näihin tekijöihin ohjaamalla ja kannustamalla kuntoutujaa oman osaamisensa ja vahvuuksiensa tunnistamisessa. Näin voidaan lisätä kuntoutujan uskoa osaamisensa ja työnhakutaitojensa riittävyteen. Terveystilaan ei työeläkekuntoutuksen keinoin pystytä suoranaisesti vaikuttamaan. Diagnoosilla ei ole todettu olevan vaikutusta työhön paluuseen, mutta sairauden oireiden vähäisyys on työhön paluuta edistävä tekijä (Cancelliere ym. 2016, Dekkers-Sánchez ym. 2010, Mahmood ym. 2019, Saarnio 2019). Tässäkään tutkimuksessa ei löydetty yhteyttä diagnoosin ja kuntoutusprosessin etenemisen välillä. Prosessin alusta lähtien on tärkeää sanoittaa kuntoutujalle, että diagnoosi itsessään ei ole työhön paluun kannalta ratkaiseva tekijä vaan se, miten se vaikuttaa toimintakykyyn ja miten kuntoutuja itse siihen suhtautuu. Kuntoutujan on tärkeää oivaltaa, että hänellä itsellään on työhön paluuta edistäviä voimavaroja, joita voidaan kuntoutuksella tukea ja lisätä.

Tutkimus tuottaa tuoretta tietoa työkyvyttömyysuhan alla olevien suomalaisten työllisten yksilöllisistä tekijöistä ja niiden yhteydestä työeläkekuntoutusprosessin etenemiseen. Muutosvalmiuden yhteyttä työeläkekuntoutusprosessin etenemiseen tai työhön paluuseen työkyvyttömyyden jälkeen on tutkittu verrattain vähän suomalaisessa väestössä. Kansainvälisesti kuntoutujien

muutosvalmiutta työhön paluuseen tähtäävässä prosessissa on tutkittu laajemmin ja työhönpaluun valmiutta arvioivia mittareita on kehitetty runsaammin (Iwanaga ym. 2020). Tässä tutkimuksessa aineiston keruussa käytetty muutosvalmiuskysely oli käytössä ensimmäistä kertaa. Sitä kehitetään edelleen.

Tällä aineistolla koko kyselyn sekä sen osa-alueiden sisäinen konsistenssi oli hyvä, mutta on kuitenkin tarpeen tutkia vielä suuremmalla otoskoolla muutosvalmiuskyselyn validiteettia ja reliabiliteettia. Tässä tutkimuksessa Likert-asteikollisista kyselyvastauksista muodostettiin keskiarvosummuuttajat, koska kyselyn käyttöönotossa vastausten keskiarvo ja niiden luokittelu on valittu tavaksi osoittaa muutosvalmiuden vahvuutta. Keskiarvojen muodostaminen kuitenkin hävittää yksityiskohtaisempaa tietoa muun muassa vastausten jakautumisesta. Kyselyn jatkokehittämisessä ja jatkotutkimuksessa tämä on otettava huomioon.

Työhön paluu on monimuotoinen prosessi, johon vaikuttavat eri tekijät itsenäisesti mutta myös yhteisvaikutuksessa toistensa kanssa. Kuntoutujalla voi olla motivaatiota ja työkykyyn liittyviä mahdollisuuksia työllistyä, mutta esimerkiksi alueellinen työmarkkinatilanne voi olla rakenteellinen tekijä, joka estää työhön paluun. Merkitystä työllistymiseen on myös sillä, millä taustalla kuntoutuja tulee työeläkekuntoutusprosessiin. Kuntoutujat, jotka tulevat kuntoutukseen työelämästä, työllistyvät nopeammin ja todennäköisemmin kuin ne kuntoutujat, jotka tulevat sairauslomalta tai eläkkeeltä (Cancelliere ym. 2016, Saarnio 2019). Ne, jotka hakevat kuntoutusta itse, työllistyvät varmemmin kuin ne, jotka saavat kuntoutuspäätöksen työeläkehakemuksen hylkäämisen yhteydessä (Saarnio 2019). Sairausloman pidempi kesto hankaloittaa työhön paluuta (Cancelliere ym. 2016, Saari 2012). Tässä tutkimuksessa kerättiin taustatietoina ne tiedot, jotka olivat saatavissa palveluntuottajan järjestelmistä. Näistä järjestelmistä ei ollut mahdollista saada jokaisen vastaajan osalta tietoa esimerkiksi aiemmista sairauslomista, niiden kestoista tai määrittä, toimeentulosta ennen kuntoutusta, työn

kuormittavuudesta, aiemmasta kuntoutushistoriasta tai kuntoutukseen ohjautumisesta. Edellä mainitut nousivat tutkimusprosessin aikana esiin tekijöinä, joilla voi olla vaikutusta muutosvalmiuteen sekä kuntoutusprosessin etenemiseen ja sen lopputulokseen, ja ne on syytä ottaa huomioon jatkotutkimuksessa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tarkastella, miten kuntoutujien työeläkekuntoutusprosessin alkuvaiheen muutosvalmius vaikuttaa työhön paluuseen ja työssä pysymiseen pidemmällä aikavälillä ja millä tavalla prosessin eteneminen on yhteydessä muutosvalmiuteen prosessin lopussa. Jatkotutkimuksen ja muutosvalmiuskyselyn kehittämisen myötä kyselyä voitaisiin hyödyntää esimerkiksi työeläkekuntoutusprosessin käynnistämisen ajankohtaa koskevassa päätöksenteossa. Jatkotutkimuksessa on syytä hyödyntää monimuuttujamenetelmiä selvittämään taustatekijöiden yhteisvaikutusta kuntoutusprosessin etenemiseen ja lopputulokseen.

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on huomattava, että tutkimuksen aineisto on sekundaarista eli se kerättiin ensisijaisesti työeläkekuntoutuksen palveluntuottajan kuntoutusprosessien yhteydessä yksittäisten kuntoutujien muutosvalmiuden arvioimiseksi. Muutosvalmiuskysely otettiin käyttöön vuoden 2019 alussa, eikä sitä vielä systemaattisesti ohjattu kaikille työeläkekuntoutujille täytettäväksi. Tämän vuoksi otoskoko oli suhteellisen pieni ja otantaa saattoivat ohjata kuntoutuksen valmentajaan, kuntoutujaan ja kuntoutusprosessiin liittyvät tekijät. Toinen tutkijoista oli sidonnaisuudeltaan kyseisen palveluntuottajan työeläkekuntoutusta toteuttava asiantuntija.

Tulosten merkitys: Kuntoutujien vahva muutosvalmius alkuvaiheessa viittaa siihen, että työeläkekuntoutusprosessia toteutetaan oikea-aikaisesti. Muutosvalmiuskyselyä kehitetään edelleen, jotta sitä voitaisiin hyödyntää laajemminkin ammatillisen kuntoutuksen toimijoiden työkaluna esimerkiksi määriteltäessä kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja ajankoh-taisia edellytyksiä.

Tiivistelmä

Johdanto. Huoltosuhteen heikkenemisen myötä työeläkekuntoutuksen vaikuttavuuden tärkeys Suomessa korostuu, koska sillä mahdollistetaan työurien jatkuminen työkyvyn muutoksista huolimatta. Tässä tutkimuksessa tutkittiin kuntoutujan muutosvalmiutta sekä sen yhteyttä työeläkekuntoutusprosessin etenemiseen. Muutosvalmius ymmärretään muutosvaihemallin viitekehyksessä valmisteluvaiheessa olevan ihmisen motivaationa muutoksen tavoittelemiseen.

Menetelmät. Tutkimuksen aineisto kerättiin erään suomalaisen työeläkekuntoutuksen palveluntuottajan asiakkailta, jotka vastasivat muutosvalmiuskyselyyn vuonna 2019 (n = 137). Kyselyssä on 12 väittämää, joihin vastataan Likert-asteikolla 1–5. Vastauksista laadittiin keskiarvosummamuuttujat sekä luokitellut muuttujat (heikko-kohtalainen-vahva). Taustatekijöinä selvitettiin ikä, sukupuoli, diagnoosi, ammatti, sosioekonominen asema ja asuinpaikkakunta. Lisäksi selvitettiin, missä vaiheessa kuntoutusprosessiaan tutkittavat olivat puoli vuotta aloittamisen jälkeen. Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin khiin neliö -riippuvuustestillä, Mann-Whitneyn U-testillä ja Kruskal Wallisin H-testillä.

Tulokset. Tutkimus osoittaa, että tutkittavista 70 prosentilla muutosvalmius oli vahvaa. Ne, joiden muutosvalmius oli vahvaa, olivat useammin työeläkekuntoutusprosessissaan suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä kuin ne, joilla muutosvalmius oli kohtalaista tai heikkoa. Tutkittavista 44 prosenttia oli työeläkekuntoutusprosessissaan suunnitelman mukaisessa toimenpiteessä puoli vuotta aloituksesta, ja heistä 88 prosentilla muutosvalmius oli vahvaa. Tutkittavat eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi taustatekijöiden suhteen muutosvalmiudessa tai kuntoutusprosessin vaiheessa.

Johtopäätökset. Vahvalla muutosvalmiudella kuntoutusprosessin alkuvaiheessa on yhteys työeläkekuntoutuksen sujuvaan

etenemiseen tarkasteltaessa prosessin vaihetta puoli vuotta kuntoutuksen aloittamisen jälkeen. Muutosvalmius oli työeläkekuntoutusprosessin etenemisen kannalta merkittävämpi tekijä kuin mikään muu tässä tutkimuksessa käytetyistä taustamuuttujista. Syytä olisikin tutkia, miten muutosvalmiutta on mahdollista edistää kuntoutusprosessien sujuvoittamiseksi. Pienen otoskoon takia tutkimuksesta ei kuitenkaan voi tehdä kauaskantoisia johtopäätöksiä. Jatkotutkimuksessa tarkennetaan tämän tutkimuksen havaintoja sekä arvioidaan palveluntuottajan kehittämisen muutosvalmiuskyselyn validiteettia ja reliabiliteettia.

Asiasanat: työhönpaluu, muutosvalmius, ammatillinen kuntoutus, työeläkekuntoutus

Abstract

Connection between readiness for change and the fluency of the progress in vocational rehabilitation arranged and paid for by authorized pension providers

Introduction. As the dependency ratio weakens it is important to develop vocational rehabilitation, so that employees could continue their careers despite possible limitations in their ability to work. We studied the relationship between readiness for change and rehabilitees' progress in vocational rehabilitation arranged and paid for by authorized pension providers. Readiness for change is a term used in the integrative model of change to describe the motivation of a person in a preparation stage.

Methods. Rehabilitees (n=137) of a Finnish provider of vocational rehabilitation answered a readiness to change questionnaire during the year 2019. The questionnaire consists of 12 claims which are answered by five-point Likert Scale. The scores of the questionnaire were set

as mean sum variables and classified as weak, average and strong. Age, gender, diagnosis, occupation, socio-economic status and place of residence were collected as socio-demographic characteristics. The rehabilitees' progress in rehabilitation was checked 6 months after the rehabilitation started. The variables were compared to each other using chi-square test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H test.

Results. The study shows that 70 % of the subjects had a strong readiness for change. Those who had a strong readiness for change had a more fluent progress in their vocational rehabilitation process after 6 months compared to those whose readiness for change was average or weak. After 6 months, 44 % were at the action stage of their rehabilitation as planned. 88 % of them had a strong readiness for change. When studying readiness for change or the progress of rehabilitation there were no statistically significant difference between rehabilitees considering their socio-demographic characteristics.

Conclusion. A strong readiness for change at the beginning of vocational rehabilitation has a connection to fluent progress in the rehabilitation process after 6 months. Readiness for change is more significant for the fluency of the vocational rehabilitation process than any other factor studied. It would be worth exploring how it is possible to promote readiness for change in order to streamline rehabilitation processes. Due to small sample size far-reaching conclusions cannot be made. Future studies are warranted using larger sample size to specify observations of this study and to assess the validity and reliability of the questionnaire.

Keywords: vocational rehabilitation, return to work, readiness for change

**Susanna Saranlinna, sosionomi (AMK),
työkykyasiantuntija, työuravalmentaja,
Barona Työkykypalvelut Oy**

**Minna Arvelin, fysioterapeutti (AMK),
fysioterapeutti, Oulun yliopistollinen sairaala**

**Heidi Ruotsalainen, TtT, TtM, VtM, ft,
yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu**

**Maarit Virtanen, KM, tt, lehtori,
Oulun ammattikorkeakoulu Oy**

Lähteet

- Belin A, Dupont C, Oulès L, Kuipers Y, Fries-Tersch E (2016) Rehabilitation and return to work: analysis report on EU policies, strategies and programmes. Euroopan työterveys- ja työturvallisuusviraston raportteja. <https://doi.org/10.2802/48176>
- Bland JM, Altman DG (1997) Statistics notes. Chronbach's alpha. *BMJ* 314:572.
- Braathen TN, Brage S, Tellnes G, Oveflaten I (2014) A Prospective Study of the Association Between the Readiness for Return to Work Scale and Future Work Participation in Norway. *J Occup Rehab* 24, 650–657. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9497-y>
- Brouwer S, Franche R-L, Hogg-Johnson S, Lee H, Krause N, Shaw WS (2011) Return-to-Work Self-Efficacy: Development and Validation of a Scale in Claimants with Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil* 21, 2, 244–258. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9262-4>
- Cancelliere C, Donovan J, Stockendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, Cassidy JD (2016) Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap* 24, 32. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
- Curtis E, Gibbon P, Katsikitis M (2016) Group identity and readiness to change unemployment status. *JEC* 53, 2, 50–59. <https://doi.org/10.1002/jo-ec.12027>
- Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW (2010) A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med* 42, 6, 544–552. <https://doi.org/10.2340/16501977-0544>
- Esteban E, Coenen M, Ito E, Gruber S, Scaratti C, Lenardi M, Roka O, Vasilou E, Muñoz-Murillo A, Ávila CC, Kovačič DS, Ivandic I, Sabariego C (2018) Views and Experiences of Persons with Chronic Diseases about Strategies that Aim to Integrate and Re-Integrate Them into Work: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Int J Environ Res Public Health*, 15, 5, 1022. <https://doi.org/10.3390/ijerph15051022>

- Etukw A, Daniels K, Eib C (2019) Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *J Occup Rehabil* 29, 679–700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Ferdiana A, Post MWM, de Groot S, Bültmann U, van der Klink JJJ (2014) Predictors of return to work 5 years after discharge for wheelchair-dependent individuals with spinal cord injury. *J Rehabil Med*. 46, 10, 984–90. <https://doi.org/10.2340/16501977-1873>
- Franche R-L, Corbière M, Lee H (2007) The Readiness for Return-To-Work (RRTW) scale: Development and Validation of a Self-report Staging Scale in Lost-time Claimants with Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil* 17, 450–472. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9097-9>
- Heikinheimo S, Tuisku K (2014) Kuntoutustulokset ja työhön paluu psykiatrisen työkykyarvion jälkeen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 130, 3, 258–64. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11482>
- Iwanaga K, Rumrill P, Roessler R, Gala BR, Tansy TN, Chan F (2020) Assessing Readiness for Employment in Vocational Rehabilitation: An Abbreviated Measure. *J of Rehabil* 86, 1, 12–19.
- Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M (2019) Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 21, 2, 1–166.
- Kohonen I, Kuula-Luumi A, Spoof SK (toim.) (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3.
- Lam CS, Wiley AH, Siu A, Emmett J (2010) Assessing readiness to work from a stages of change perspective: Implications for return to work. *Work* 37, 321–329. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1085>
- Leinonen T, Viikari-Juntura E, Husgavfel-Pursiainen K, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Solovieva S (2019) The effectiveness of vocational rehabilitation on work participation: a propensity score matched analysis using nationwide register data. *Scand J Work Environ Health* 45, 6, 651–660. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3823>
- Mahmood Z, Keller AV, Burton CZ, Vella L, Matt GE, McGurk SR, Twamley EW (2019) Modifiable predictors of supported employment outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1, 70, 9, 782–792. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800562>
- Munro B (2001) Statistical method for health research. Lippincott. 4th edition. 109–129.
- Muutosvalmiuskysely 2019. Julkaisematon materiaali. Anni Pura, Barona Työkykypalvelut Oy.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 3, 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.51.3.390>
- Prochaska J, DiClemente C, Norcross J (1992) In search how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47, 1102–1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Raitasalo R, Toikka T, Saarijärvi S, Salminen JK (2010) Masennus ja työssäkäynti – Viiden vuoden seurantatutkimus. *Lääkärilehti* 6, 65, 481–484. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/masennus-ja-tyossakaynti-viiden-vuoden-seurantatutkimus/?public=63b34fc51ed3ea1bcfd8757c2bb360a5>
- Saari P (2012) Onnistuneesti takaisin työhön ammatillisella kuntoutuksella. Työntekijöiden ja työnantajien näkemyksiä onnistuneesta työhön paluusta. Kevan tutkimuksia 2. Helsinki.
- Saarnio L (2019) Työeläkekuntoutus vuonna 2018. Eläketurvakeskuksen tilastoja 05/2019. Viitattu 8.1.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061119901>
- Saarnio L (2020) Työeläkekuntoutus vuonna 2019. Eläketurvakeskuksen tilastoja 04/2020. Viitattu 7.1.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020042422383>
- Sikora A, Schneider G, Stegmann R, Wegewitz U (2019) Returning to work after sickness absence due to common mental disorders: study design and baseline findings from an 18 months mixed methods follow-up study in Germany. *BMC Public Health* 19, 1653. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7999-z>
- Tilastokeskus (2020a) Ammattiluokitus 2010. Viitattu 10.4.2020. <https://www.stat.fi/fi/luokitukset/ammatti/>
- Tilastokeskus (2020b) Sosioekonominen asema 1989. Viitattu 10.4.2020. https://www.stat.fi/fi/luokitukset/sosioekon_asema/
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Työeläkevakuuttajat TELA ry (2021) Viitattu 1.4.2021. www.tela.fi
- Vauramo E, Ryyänänen OP (2019) Sote – pyramidista palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus. Kunnallissalan kehittämissäätiön Julkaisu 29.
- Victor M, Lau B, Ruud T (2017) Predictors of Return to Work 6 Months After the End of Treatment in Patients with Common Mental Disorders: A Cohort Study. *J occup rehabil* 28, 3, 548–558. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9747-5>
- Vuorento M, Terävä K (2014) Osatyökykyisen työssä jatkamisen ja työllistymisen tukeminen – kirjallisuuskatsaus ja haastattelututkimus. Kuntoutussäätiön työselosteita 48.

Wolvers MDJ, Leensen MCJ, Groeneveld IF, Frings-Dresen MHW, De Boer AGEM (2017) Predictors for earlier return to work of cancer patients. *J Cancer Surviv.* 12, 2, 169–177. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0655-7>

AUTISMIKIRJON HÄIRIÖN VARHAIS- KUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN JA TOIMI- VUUS SUOMESSA – KYSELY VANHEMMILLE

Autismikirjon häiriö ja varhaiskuntoutus

Autismikirjon häiriö on laaja-alainen kehityshäiriö, jolle on tyypillistä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation vaikeudet sekä toistava ja rajoittunut käyttäytyminen (APA 2013, Zwaigenbaum ym. 2013). Autismikirjon häiriöön liittyy laaja-alaista toimintakyvyn heikentymistä, minkä vuoksi kuntoutuksen varhainen aloittaminen on lapsen kehityksen kannalta tärkeää (Kosken-tausta ym. 2013, Moilanen ym. 2012). Etenkin kommunikaatiotaitojen kuntoutus tulisi aloittaa varhain, sillä niiden on havaittu vaikuttavan lapsen elämänlaatuun (Moilanen & Rintahaka 2016). Varhaiskuntoutuksen on myös havaittu helpottavan vanhempien kokemaa stressiä ja huolta lapsesta etenkin silloin, kun kuntoutus pyrkii vähentämään autismiin monesti kuuluvaa haastavaa käyttäytymistä (Estes ym. 2009).

Autismikuntoutusta ja sen saatavuutta on tutkittu yhä enemmän katsausten perusteella (Matson & Konst 2014, Gillon ym. 2017). Esimerkiksi amerikkalaisessa kartoitustutkimuksessa (Becerra ym. 2017) selvisi, että lapset saivat enimmäkseen puhe- ja toimintaterapiaa ja että käytetyt menetelmät

vaihtelivat. Yksilöterapiaa sai vain pieni osa 0-4-vuotiaista autismikirjon lapsista (9 %), samoin kuin 5-14-vuotiaista lapsista (15 %), ja ryhmäterapian määrät olivat yksilöterapiaakin vähäisemmät sekä alle 4-vuotiailla (5 %) että 5-14-vuotiailla (6 %). Kuntoutusta tarjotaan 4,5 tunnista intensiiviseen 20-40 tuntiin viikossa riippuen menetelmästä (Matson & Konst 2014). Autismikirjon lasten kuntoutuksen määrä siis vaihtelee suuresti viikkotasolla. Suomessa lastenneurologien yhdistyksen työryhmä suosittelee vuonna 2016 yksilöllisen kuntoutuksen lisäksi autismikirjon lapsen ympäristön henkilöiden ohjausta (Kiviranta ym. 2016). Tämä on yleinen suuntaus useissa muissakin EU-maissa ja lisää vanhempien tyytyväisyyttä kuntoutusprosessiin (Bejarano-Mártin ym. 2020).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vanhemmille suunnatun kyselyn avulla autismikirjon lasten kuntoutuksen toteutumista ja sitä, millaisia kokemuksia vanhemmilla ja läheisillä on autismikirjon lapsen kuntoutusprosessin toimivuudesta. Erityisesti tutkimuksessa tarkastellaan, millä tavalla ja kuinka usein autismikirjon lasten kuntoutus on toteutunut, millaisia kuntoutusmuotoja on

käytetty sekä millaisia kokemuksia vanhemmillä ja läheisillä on kuntoutukseen osallistumisesta, kuntoutuskertojen määrästä sekä kuntoutusohjelmiin liittyvästä tiedon saamisesta. Kyselytutkimukselle on saatu Pohjois-Pohjanmaan eettisen toimikunnan puoltava lausunto vuonna 2017.

Kysely autismikirjon häiriön varhaiskuntoutuksesta

Tämä tutkimus oli osa Euroopan unionin rahoittamaa kolmivuotista *The Autism spectrum disorders in the European Union (ASDEU)* -hanketta (2015–2018), jonka tarkoituksena oli muun muassa tutkia Euroopan maiden toimintatapoja autismikirjon lasten tunnistamisen, diagnosoinnin ja kuntoutuksen osalta (Yliherva ym. 2018). Tutkimusaineisto kerättiin 12 EU-maasta autismikirjon lasten vanhemmille suunnatulla kyselyllä. Suomessa hankkeesta vastasi Oulun yliopistosairaalan Lastenpsykiatrian klinikka. Lisäksi mukana olivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsingin yliopistosairaala sekä Autismiliitto ry. Kyselyn lomake saatiin EU-hankkeen koordinaattorina toimivan Salamancan yliopiston kautta, ja se käännettiin suomeksi suomalaisen kuntoutusjärjestelmään muokattuna. Kyselyä jaettiin verkkopohjaisena muun muassa kehitysvammasektorille, yliopistosairaaloihin, yksityissektorille sekä yliopistoihin. Kyselyä mainostettiin myös Autismiliiton *Autismilehdessä*, jotta tavoitettaisiin perheet mahdollisimman laajasti.

Kuntoutusta koskevaan kyselyyn vastasi yhteensä 41 henkilöä. Vastaja oli useimmiten lapsen vanhempi (95 %). Kahdessa tapauksessa lomakkeen täytti joku muu lapsen hyvin tunteva läheinen. Kyselyyn vastanneiden lapsista poikia oli 33 (81 %) ja tyttöjä 8 (20 %). Lasten iän keskiarvo oli 5,3 vuotta (keskihajonta 1,7 vuotta, vaihteluväli 2,9–10,2 vuotta). Eniten vastauksia saatiin vähintään 150 000 asukkaan kunnista (42 %) ja kunnista, joissa oli 10 000–49 999 asukasta (39 %). Kaupungeista, joissa asukkaita oli 50 000–149 999, saatiin kuusi vastausta ja alle 10 000 asukkaan kunnista kaksi.

Kyselyn tuloksia

Autismikirjon lasten kuntoutuksen toteutumisen

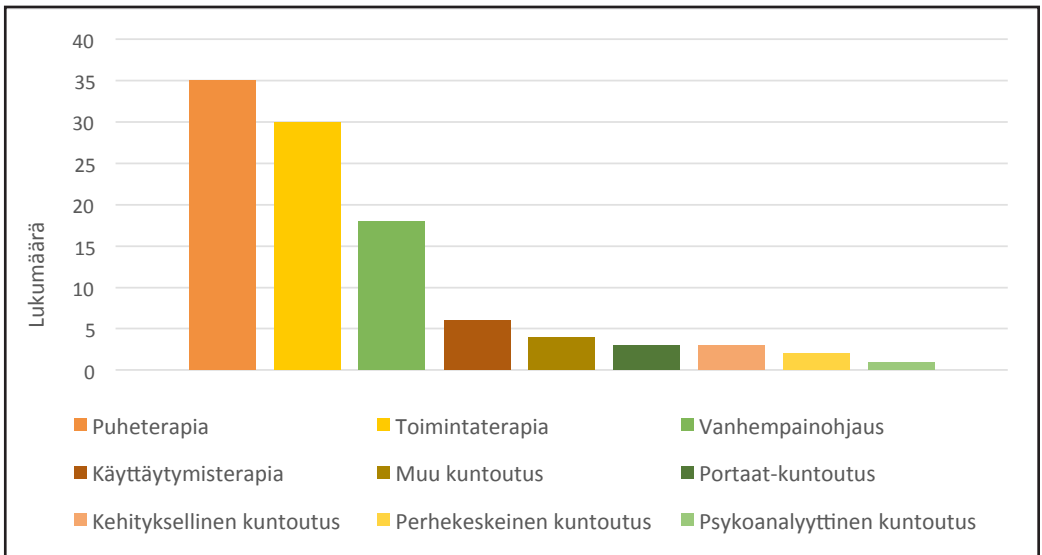
Lapsista suurin osa sai varhaiskuntoutusta (85 %). Kuusi lasta ei saanut ollenkaan kuntoutusta vastaushetkellä (15 %), mutta kaksi heistä oli kuitenkin saanut kuntoutusta kuluneen vuoden aikana ja kolme jonkin verran myöhemmin. Ainoastaan yksi lapsi ei ollut saanut minkäänlaista kuntoutusta ennen diagnoosin asettamista tai sen jälkeen.

Kyselyn perusteella 90 prosenttia lapsista oli saanut kuntoutusta, joka toteutettiin pääosin yksilöllisesti (95 %). Ryhmäkuntoutusta oli saanut vain 8 prosenttia lapsista ja kolmasosa lapsista jotakin muuta kuntouttavaa toimintaa (35 %), joka sisälsi esimerkiksi koti-, päiväkotij- ja koulukäyntejä. Yhden lapsen kuntoutus järjestettiin yhteisterapiana toisen lapsen kanssa. Muita lapsen kehitystä tukevia toimia olivat osallistuminen päiväkodin integroidun erityisryhmän toimintaan (16 %), tuen saaminen omaohjaajalta (5 %), sopeutumisvalmennuskursseille osallistuminen (3 %) ja tukiviittomaopetukseen osallistuminen (5 %).

Kysymykseen kuntoutuksen toteutumisesta julkisen tai yksityisen puolen kautta vastasi 37 vanhempaa tai läheistä. Kuntoutus oli toteutunut 32 prosentilla lapsista julkisen puolen kautta ja liki 38 prosentilla yksityisen puolen järjestämänä. Osa vanhemmista kertoi lapsensa kuntoutuksen toteutuneen sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.

Suurin osa lapsista sai kuntoutusta kerran viikossa (julkisella sektorilla 39 %, yksityisellä sektorilla 60 %), ja vajaa kolmannes kaksi kertaa viikossa (julkisella sektorilla 26 %, yksityisellä sektorilla 28 %). Vain muutama lapsi sai kuntoutusta enemmän kuin kaksi kertaa viikossa. Julkisella puolella hieman alle kolmasosa lapsista sai kuntoutusta harvemmin kuin kerran viikossa (30 %), kun taas yksityisellä puolella harvemmin kuin kerran viikossa terapiaa sai vain yksi lapsi (4 %).

Lasten kuntoutus koostui monipuolisesti erilaisista menetelmistä (kuvio 1). Liki kaikki lapset kävivät puheterapiassa (85 %) ja suurin osa myös toimintaterapiassa

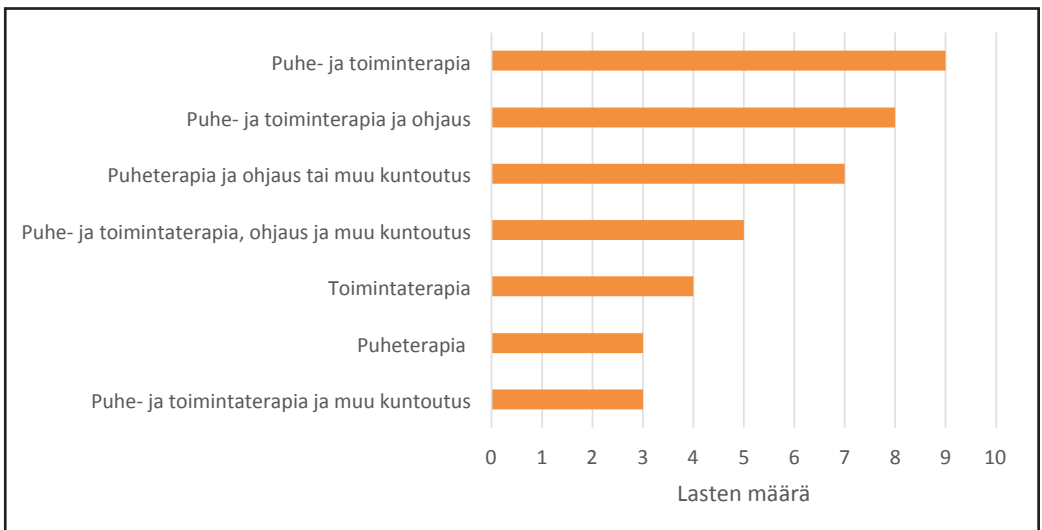


Kuvio 1. Autismikirjon lasten (N = 41) kuntoutusmuodot (yhteensä sekä julkisella että yksityisellä puolella).

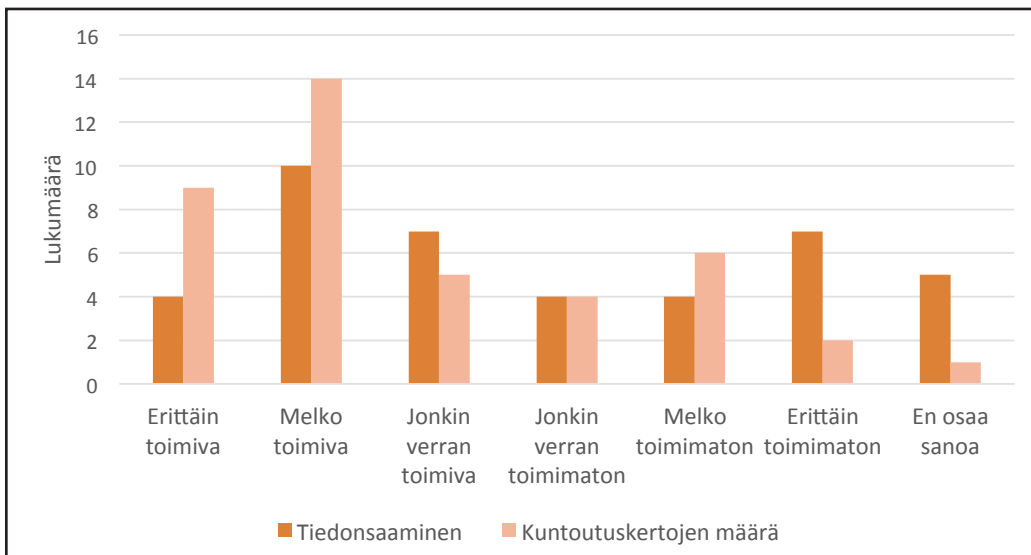
(73 %). Ohjausta tai neuvontaa lapsen kanssa toimimiseen oli saanut hieman alle puolet (44 %). Muita harvemmin tarjottuja kuntoutusmuotoja olivat käyttätymisterapia, kehityksellinen kuntoutus, perhekeskeinen kuntoutus, Portaat-kuntoutus (suomalainen sovellus yhdysvaltalaisesta Portage Guide to Early Education varhaiskuntoutusmallista, jonka tavoitteet ankkuroituvat lapsen

kehitysvaiheisiin) ja psykoanalyttinen kuntoutus. Alle kymmenen prosenttia lapsista sai jotakin muuta kuntoutusta, jonka sisältöä ei kyselyssä pyydetty määrittelemään tarkemmin.

Erilaisten kuntoutusmuotojen yhdisteleminen oli hyvin yleistä. Autismikirjon lapsen arjessa näyttikin olevan tavallisempaa se, että hän kävi kahdessa tai useammassa



Kuvio 2. Autismikirjon lasten kuntoutusmuotojen yhdistelmät (vastausten lukumäärä N = 41).



Kuvio 3. Vastaajien (N = 41) kokemus siitä, kuinka toimivaa oli tiedon saaminen eri kuntoutusohjelmista ja kuinka toimivana pidettiin kuntoutuskertojen määrää.

terapiassa samanaikaisesti sen sijaan, että hän olisi saanut vain puhe- tai toimintaterapiaa (kuvio 2). Lisäksi lähes puolet (49 %) kyselyyn vastanneista vanhemmista sai neuvontaa ja ohjausta.

Vanhempien kokemus kuntoutuksesta

Kyselyn perusteella vanhemmat olivat melko tyytyväisiä kuntoutuskertojen määrään. Vastaajista 56 prosenttia koki kuntoutusprosessin määrän erittäin tai melko toimivaksi (kuvio 3). Toisaalta viidennes vanhemmista koki kuntoutuskertojen määrän olleen erittäin tai melko vähäistä. Myös vanhempien kokemus tiedon saamisesta eri kuntoutusohjelmista vaihteli, ja 27 prosenttia vanhemmista koki tiedonsaannin olleen riittämätöntä. Kuitenkin kolmasosa vanhemmista koki saaneensa erittäin tai melko hyvin tietoa eri kuntoutusohjelmista (34 %).

Kuntoutuskerroille vain viisi prosenttia lasten vanhemmista tai läheisistä osallistui erittäin aktiivisesti, 27 prosenttia aktiivisesti, hieman alle puolet (41 %) satunnaisesti ja 27 prosenttia ei ollenkaan. Suurin osa vanhemmista oli myös erittäin tai melko tyytyväisiä omaan osallistumiseensa lapsen kuntoutuskerroille (44 %), ja vain pieni osa koki

osallistumisensa toimimattomaksi (12 %).

Erittäin aktiivisesti tai aktiivisesti kuntoutuskerroille osallistuneet vanhemmat ja läheiset kertoivat perusteeksi tiedonkulun tärkeyden perheen ja terapeutin välillä sekä terapiaan osallistumisesta saatavan tiedon ja ohjauksen merkityksen. Osassa tapauksista lapsi ei halunnut jäädä terapiaan ilman vanhempaa, ja yhdessä perheessä pitkä matka terapiaan sai vanhemman osallistumaan terapiaan aktiivisesti. Vanhemmat ja läheiset, jotka osallistuivat terapiaan satunnaisesti tai eivät ollenkaan, kertoivat syyksi useimmiten kuntoutuksen toteutumisen päivääikaan, lapsen heikon keskittymisen vanhemman ollessa läsnä tai sen, ettei heillä ollut tarvetta olla mukana tai heitä ei haluttu seuraamaan terapiaa.

Vastauksissa varhaiskuntoutukseen ja sen toteuttamiseen liittyvistä kommentteista nousi esiin vanhempien epätietoisuus kuntoutusmahdollisuuksista ja myös kannanottoja kuntoutusohjelmista. Kritiikkiä esitettiin esimerkiksi kuntoutuskerran keston rajoittamisesta 60 minuuttiin, joka koettiin joskus riittämättömäksi. Muutama vanhempi oli epätietoinen eri kuntoutusohjelmista ja toivoi saavansa enemmän tietoa niistä ja myös siitä, onko vanhempien mahdollista

vaikuttaa niiden valintaan. Myös ohjauskäynnejä toivottiin enemmän. Vastauksissa korostui neuropsykiatrisen valmennuksen tärkeys ja toivottiin, että vanhemmat saisivat tietoa erilaisten kuntoutusohjelmien sisällöistä ja mahdollisuudesta valita lapselleen sopiva ohjelma.

Tiedon ja ohjauksen tarve korostui vanhempien vastauksissa

Kyselyn perusteella ilmeni, että yhdeksän kymmenestä lapsesta oli saanut kuntoutusta sen vuoden aikana, jolloin lapsen vanhempi vastasi kyselyyn. Kuntoutus oli järjestetty pääosin yksilökuntoutuksena, ja vain pieni osa lapsista sai ryhmäkuntoutusta. Vain kolmasosalle oli järjestetty kuntoutuksen lisäksi ohjausta koti-, päiväkotij- ja koulukäynneillä. Yhteistyötä kodin, päiväkodin ja koulun kanssa pidetään kuitenkin tärkeänä autismikirjon lapsen kuntoutuksessa (Moilanen ym. 2012).

Yleisimmät autismikirjon lasten kuntoutuksuodot olivat puheterapia ja toimintaterapia, mikä vastaa Kivirannan ja kumppaneiden (2016) laatimia kuntoutussuosituksia. Lapsista 60 prosenttia oli saanut puheterapiaa ja 55 prosenttia toimintaterapiaa. Neuvontaa ja ohjausta oli saanut vanhemmista vain hieman alle puolet, vaikka vanhempien on todettu hyötyvän siitä (Moilanen ym. 2012, Kiviranta ym. 2016). Becerran ja kumppaneiden (2017) Yhdysvaltoja koskevassa tutkimuksessa vanhempien saama ohjauksen määrä oli vieläkin pienempi kuin tässä tutkimuksessa. On tärkeää, että vanhemmat ymmärtäisivät oman toimintansa olevan osa lapsensa kuntoutusta, jotta lapsi pärjäisi myös arjen tilanteissa (Gillon ym. 2017).

Kysely osoitti, että osalla lapsista kuntoutus oli toteutunut julkisen ja osalla yksityisen sektorin tarjoamana ja osalla molemmilla sektoreilla. Suurin osa lapsista sai kuntoutusta kerran tai kaksi kertaa viikossa, mikä vastaa Kivirannan ja kumppaneiden (2016) suosituksia autismin kirjon lasten kuntoutuksesta 3-7-vuotialle lapsille. Myös vanhemmat olivat tutkimuksen perusteella melko tyytyväisiä kuntoutuskertojen määrään

(56 % vastaajista). Euroopan tasolla on myös tutkittu vanhempien tyytyväisyyttä saatuihin kuntoutuspalveluihin (Bejarano-Mártin ym. 2020), ja mukana olleiden 12 maan tulokset olivat kokonaisuudessaan negatiivisempia kuin tässä tutkimuksessa. Suurin syy vähäisempään tyytyväisyyteen oli kuitenkin diagnoosin viivästyminen, mikä viivästyttää myös varhaisen kuntoutuksen aloitusta. Suomessakin autismidiaagnoosin asettaminen saattaa kestää kaksi vuotta vanhempien huolen heräämisestä, ja diagnosointi-ikä voi olla keskimäärin 3,9 vuotta (Yliherva ym. 2018).

Vanhemmista vain noin kolmasosa kertoi osallistuvansa erittäin aktiivisesti tai aktiivisesti lapsensa kuntoutuskerroille, kun taas toinen kolmannes ei osallistunut lapsensa kuntoutuskerroille ollenkaan. Autismikuntoutuksessa korostetaan kuitenkin vanhempien merkitystä kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa (Moilanen ym. 2012), mikä olisi tärkeää ottaa huomioon kuntoutuksessa. Asiaan saattaa vaikuttaa se, että Suomessa tyypillisesti molemmat vanhemmat ovat työelämässä, joten kuntoutuskerroille osallistuminen on haastavaa. Yhteistyö vanhempien ja kuntoutusta toteuttavien terapeuttien välillä olisi kuitenkin välttämätöntä, jotta kuntoutusta voitaisiin toteuttaa myös kotona ja opitut taidot siirtyisivät arkikäyttöön (Vanhala 2015). Kuntoutus tulisi suunnitella yksilöllisesti, ja tavoitteena pitäisi olla perheen elämän laadun ja toimintakyvyn kehittäminen tukemalla lapsen kehitystä ja oppimista sekä kehittämällä lapsen sosiaalisia taitoja ja kommunikointia (Meng-Chuan ym. 2014).

Suomessa ei juuri ole tutkimuksia, joissa olisi tarkasteltu autismikirjon lasten kuntoutuksen saatavuutta tai laatua. Virallisia kansallisia suosituksia autismikirjon lasten varhaiskuntoutuksesta ei vielä ole saatavilla (Lämsä ym. 2015), mutta ne ovat työn alla. Autismikirjon häiriön Käypä hoito -suositusten laatimiseen on koottu työryhmä, jonka tavoitteena on saada ohjeistus valmiiksi vuoden 2022 loppuun mennessä (ks. Tulossa Käypä hoito -suositus autismikirjolle - Autismiliitto, Duodecim, Käypä hoito -toimitus).

Tulosten merkitys: Kyselyyn vastaneiden vanhempien mukaan autismikirjon lapsen varhaiskuntoutusta pidettiin toimivana, mutta tiedon saaminen kuntoutuksesta koettiin riittämättömäksi. Lisäksi kaivattiin enemmän vanhempien ohjausta lapsen kuntoutuksessa. Nämä seikat olisi hyvä ottaa huomioon autismikirjon lapsen varhaiskuntoutuksessa.

Tiivistelmä

Johdanto: Autismikirjon lapselle suositellaan yksilökuntoutusta ja lähi-ihmisten ohjausta laaja-alaisten toimintavaikkeuksien vuoksi. Kuitenkaan suositusten toteutumisesta perheiden näkökulmasta ei ole tietoa Suomessa tai muissakaan Euroopan maissa, minkä vuoksi EU käynnisti 12 maassa hankkeen, johon suomalainen kartoitustutkimuksemme kuuluu.

Aineisto ja menetelmät: Varhaiskuntoutusta koskevaan kyselyyn vastasi 41 henkilöä. Tavoitteena oli tutkia autismikirjon lasten kuntoutuksen toteutumista ja vanhempien sekä läheisten kokemuksia autismikirjon lapsen kuntoutusprosessin toimivuudesta.

Tulokset: Lähes kaikki lapset olivat saaneet jotakin kuntoutusta yksilökuntoutuksena (95 %) tai ryhmäkuntoutuksena (8 %) kerran viikossa (39 %). Useimmat lapset kävivät puheterapiassa (85 %) ja myös toimintaterapiassa (73 %). Kuntoutus oli toteutunut 32 prosentilla julkisella ja 38 prosentilla yksityisellä puolella. Yli puolet vastanneista (56 %) oli tyytyväisiä lapsensa kuntoutukseen, mutta toivoivat lisätietoa kuntoutusohjelmista.

Avainsanat: autismikirjon häiriö, vanhempi, varhaiskuntoutus, ASDEU

Kiitämme lämpimästi professori Ricardo Canal Bediaa (Salamancan yliopisto, Espanja), professori Manuel Posadaa (Madridin yliopisto, Espanja) ja tutkija Álvaro Bejarano-Martínia (Salamancan yliopisto, Espanja) kaikesta avusta hankkeen aikana.

Anneli Yliherva, dosentti (logopedia), yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

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

Ella Vakkila, FM, puheterapeutti, Terapiamerkurius, Tampere

Hanna Ebeling, emeritaprofessori, LT, PEDEGO-tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto; Lastenpsykiatrian klinikka, Oulun yliopistollinen sairaala

Mika Gissler, tutkimusprofessori, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, tietopalveluosasto, Helsinki; Karoliininen instituutti, Molekyylilääketieteen ja -kirurgian osasto, Tukholma, Ruotsi

Tarja Parviainen, toiminnanjohtaja, Suomen Autismiliitto ry

Irma Moilanen, emeritaprofessori, LKT, PEDEGO-tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto; Lastenpsykiatrian klinikka, Oulun yliopistollinen sairaala

Lähteet

- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Becerra TA, Massolo ML, Yau VM, Owen-Smith AA, Lynch FL, Crawford PM, Pearson KA, Pomichowski ME, Quinn VP, Yoshida CK, Croen LS (2017) A survey of parents with children on the autism spectrum: experience with services and treatments. *The Perm J* 21, 16-009. doi: 10.7812/TPP/16-009.
- Bejarano-Martín A, Canal Bedia R, Mágan-Maganto M ym. (2020) Early detection, Diagnosis and Intervention Services for Young Children with Autism Spectrum Disorder in the European Union (ASDEU): Family and Professional Perspectives. *J Autism Dev Disord* 50, 2, 3380-3394. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04253-0>
- Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou XH, Abbott R (2009) Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism* 13, 375-387.
- Gillon G, Hyter Y, Fernandes FD, Ferman S, Hus Y, Petinou K, Segal O, Tumanova T, Vogindroukas I, Westby C, Westerveld M (2017) International survey of speech-language pathologists' practices in working with children with autism

- spectrum disorder. *Folia Phoniatri et Logop* 69, 8–19.
- Kiviranta T, Sättilä H, Suhonen-Polvi H, Kilpinen-Loisa P, Mäenpää H (2016) Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Suomen Lastenneurologinen yhdistys. Haettu osoitteesta: <https://www.phhyky.fi/.../Lasten-neuro-SLNY-Lapsen-ja-nuoren-hyva-kuntoutus.pdf>. pdf. Lasten-neuro-SLNY-Lapsen-ja-nuoren-hyva-kuntoutus.pdf (phhyky.fi). Viitattu 8.10.2021.
- Koskentausta T, Sauna-Aho O, Varkila-Saukkola L (2013) Autististen lasten ja nuorten hoito ja kuntoutus. *Suomen Lääkärelehti* 68, 587-592.
- Lämsä R, Santalahti P, Haravuori H, Penttimikko A, Tuulio-Henriksson A, Huurre T, Marttunen M (2015) Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa. Työpaperiä 78, Kela, Helsinki.
- Matson JL, Konst MJ (2014) Early intervention for autism: Who provides treatment and in what settings. *RASD* 8, 1585–1590.
- Meng-Chuan L, Lombardo MV, Baron-Cohen S (2014) Autism. *Lancet* 383, 896–910.
- Moilanen I, Mattila ML, Loukusa S, Kielinen M (2012) Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 128, 1453-1462.
- Moilanen I, Rintahaka P (2016) Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Kirjassa K Kumpulainen, E Aronen, H Ebeling ym. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 217-232.
- Vanhala R (2015) Autismikirjon häiriöt. Kirjassa H Pihko, L Haataja, H Rantala (toim.) Lastenneurologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 83-89.
- Zwaigenbaum L, Bryson S, Garon S (2013) Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research* 251, 133-146.
- Yliherva A, Rantala L, Ebeling H, Gissler M, Parviainen T, Tani P, Moilanen I (2018) Autismin tunnistaminen ja diagnosointi alle kouluikäisillä lapsilla Suomessa – perheiden näkemys. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134, 2047–2054.

NUOREN KUNTOUTUSRAHAA SAAVAT OVAT USEIN MYÖS MUIDEN ETUUKSIEN JA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN SAAJIA

Kartoittava rekisteritutkimus Oulun väestössä vuonna 2018

Nuoren kuntoutusrahaa maksetaan opiskelun tai muun työelämään tähtäävän kuntoutuksen ajalta

Nuoren kuntoutusrahaa maksetaan 16–19-vuotiaille, joiden työ- tai opiskelukyky tai ammatin valitsemisen mahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet ja joilla on tehostetun kuntoutuksen eli erityisten tukitoimien tarve. Nuoren kuntoutusrahan tavoitteena on varmistaa nuoren ammatillisen kuntoutumisen käynnistyminen ja toteutuminen, parantaa nuoren työllistymisedellytyksiä sekä turvata toimeentuloa. Etuutta maksetaan opiskelun tai muun työelämään tähtäävän kuntoutuksen ajalta (esim. työkokeilu tai -harjoittelu). Ammatillisen kuntoutuksen varmistamiseksi nuorelle on voitu maksaa kuntoutusrahaa 1.8.1999 alkaen (HE 87/1998, KRL 611/1991 5a §). Nuoren kuntoutusrahasta on 1.10.2005 alkaen säädetty laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (KKRL 566/2005 20 §).

Nuoren kuntoutusrahan saaminen edellyttää nuorelle kotikunnassa laadittua henkilökohtaista opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelmaa ja hakuvaiheessa lääkärinlausuntoa, josta käy ilmi, miten terveydentila vaikuttaa nuoren työkykyyn ja ammatinvalintaan. Alle 20-vuotiailla nuoren kuntoutusraha on ensisijainen etuus työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Nuoren kuntoutusrahan saaminen edellyttää, että nuori osallistuu suunniteltuun kuntoutukseen. Kela maksaa nuoren kuntoutusrahaa sen kuukauden loppuun, jolloin nuori täyttää 20 vuotta, tai siihen asti, kun opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelman mukainen tutkinto on suoritettu. Tästä syystä nuoren kuntoutusrahaa voivat vielä saada yli 20-vuotiaatkin nuoret. Vuoden 2017 alusta nuoren kuntoutusrahan vähimmäismäärää korotettiin takuueläkkeen tasolle (vuoden 2021 tasossa 837,59 €/kk). (Kela 2021a.)

Nuoren kuntoutusrahan saajien määrä on kasvanut viime vuosina. Saajamäärien kas-

vua on lisännyt erityisesti vuoden 2014 ammatillisen kuntoutuksen lainmuutos (HE 128/2013), jonka myötä työkyvyttömyyden uhka -kriteeri poistui ja kuntoutuksen myöntöedellytyksiin lisättiin opiskelukyvyyn heikkeneminen sekä kokonaistilanteen huomioon ottaminen (Partio 2019, Haavisto ym. 2021). Vuoden 2020 lopussa nuoren kuntoutusrahan saajia oli 12 382 (Kelasto 2021).

Sairausperusteet nuoren kuntoutusrahan saamiselle liittyvät yleisimmin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin, synnynnäisiin epämuodostumiin ja kromosomipoikkeavuuksiin sekä hermoston sairauksiin. Vuoden 2020 lopussa nuoren kuntoutusrahaa saaneista noin 90 prosenttia sai etuutta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi (ICD-10: F00–F99). Yleisimmät yksittäiset diagnoosit mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden sairauspuoryhmässä olivat masennustila, hyperkineettiset häiriöt (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt, ADHD), lievä älyllinen kehitysvammaisuus ja laaja-alaiset kehityshäiriöt. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvien sairauksien ohella nuoren kuntoutusrahan perusteena olivat usein myös synnynnäiset epämuodostumat ja kromosomipoikkeavuudet (esim. Downin oireyhtymä) ja hermoston sairaudet (esim. CP-oireyhtymä ja epilepsia). Nuoren kuntoutusrahaa saadaan myös muun muassa silmän ja korvan sairauksien ja tiettyjen lapsuus- ja nuoruusiässä ilmaantuvien tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, kuten lastenreuman, perusteella. (Kelasto 2021.)

Nuorilla erilaiset psyykkisen kehityksen häiriöt sekä käytös- ja tunnehäiriöt, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt (ADHD), ovat lisääntyneet sairausperusteisten etuuksien, kuten työkyvyttömyys-, kuntoutus- ja vammaisetuuksien, perusteina. Tämä näkyy myös nuoren kuntoutusrahan sairausperusteissa. Nuoren kuntoutusrahan saamisen sairausperusteilla on merkitystä eri etuuksien saamisen yleisyydessä nuoren kuntoutusrahan päättymisen jälkeen, kuten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä, joka on nuoren kuntoutusrahaa saaneilla vähentynyt aiempaan verrattuna (Koskenvuo ym. 2011, Haavisto ym. 2021).

Tutkimus- ja tilastotietoa on saatavilla nuoren kuntoutusrahan saajamäärien kehityksestä ja siitä, mitä nuorille rekisteritietojen perusteella tapahtuu nuoren kuntoutusrahan päättymisen jälkeen. Tutkimustietoa kuitenkin puuttuu siitä, mitä muita sosiaaliturvaetuksia ja sosiaali- ja terveystalvueluita nuoren kuntoutusrahan saajat ovat saaneet ja miten etuuksien ja palvelujen käyttö eroaa muista saman ikäisistä nuorista.

Tutkimuksen tavoite

Tässä esiteltävän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata monipuolisen rekisteriaineiston avulla, mitä muita sosiaaliturvaetuksia ja sosiaali- ja terveystalvueluja nuoren kuntoutusrahaa saaneet olivat saaneet. Lisäksi tavoitteena oli tarkastella, miten nuoren kuntoutusrahaa saaneiden henkilöiden etuuksien ja palvelujen käyttö erosi muista saman ikäisistä nuorista. Aiempaa kattavampaan rekisteriaineistoon perustuva tutkimus tuotti uutta tietoa nuoren kuntoutusrahan saajista ja mahdollisesti myös laajemmin osatyökykyisten ja kuntoutusetuuksien tarpeessa olevien nuorten etuus- ja palvelutarpeista.

Yhteiskunnassa on laajasti tiedostettu monialaisesti palveluja tarvitsevien tunnistamisen tärkeys eri sektoreilla, kuten sosiaali- ja terveydenhuollossa, jonka asiakkaista noin kymmenelle prosentille kertyy 80 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön kustannuksista (Leskelä ym. 2013, Haula & Peltola 2020). Palvelutarpeiden tunnistamisesta ja yhteensovittamisesta on arvioitu olevan hyötyä erityisesti niille asiakkaille, jotka käyttävät paljon tai monialaisesti palveluja.

Palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen on yksi sosiaaliturvakomitean määrittämistä sosiaaliturvan keskeisistä haasteista. Yhteensovittamisen kehittämiseksi tarvitaan tutkimustietoja ja asiakassegmentointia, jossa väestöä ryhmitellään samankaltaisten palvelutarpeiden perusteella. (THL 2021, STM 2021.) Aiempaa monipuolisempi näkemys etuus- ja palvelukokonaisuuksista nuorilla, joiden työ- tai opiskelukyky on heikentynyt ja joilla on tarve erityisille tukitoimille,

tukee etuus- ja palvelujärjestelmien kehittämistä. Tämän tutkimuksen tietoa nuoren kuntoutusrahan saajien etuuksien ja palveluiden käytöstä voidaan hyödyntää muun muassa sote-uudistuksessa ja sosiaaliturvan uudistamisessa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistona on rekisteriaineisto kaikista Oulussa vuoden 2018 ajan asuneista 16–21-vuotiaista (N = 14 063). Nuorten osaineisto on poimittu laajemmasta tutkimusaineistosta, johon on liitetty tietoja etuuksien ja palvelujen käytöstä useista eri rekistereistä (Blomgren & Jäppinen 2020). Tämän tutkimuksen kohteena olivat nuoren kuntoutusrahaa vuoden 2018 aikana saaneet (N = 311). Vertailuryhmänä tutkimuksessa olivat kaikki muut saman ikäiset (N = 13 752). Tieto nuoren kuntoutusrahaa saaneista saatiin Kelan rekistereistä. Nuorten etuuksien ja palvelujen käyttöä tarkasteltiin vuoden 2018 aikana. Kaikki etuus- ja palvelumuuttajat diktomisoitiin (saanut etuutta tai palvelua: ei/kyllä).

Oulun kaupungin järjestämien julkisten terveys- ja sosiaalipalvelujen osalta hyödynnettiin tietoja perusterveydenhuollon avosairaanhoidokäynneistä, päivystyskäynneistä, suun terveydenhuollosta, mielenterveyspalveluista, päihdepalveluista ja kuntoutuksesta (fysioterapia, puheterapia, toimintaterapia), sosiaalihuollon palveluista (kuljetuspalvelut, kuntouttava työtoiminta, sosiaalityö ja -ohjaus) sekä vammaisten ja kehitysvammaisten palveluista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisteritiedoista (terveys-Hilmo ja Avohilmo) käytettiin tietoja erikoissairaanhoidon avokäynneistä ja laitoshoidojaksoista. Hilmon tietoja laitoshoidojaksoista täydennettiin Oulun kaupungin rekisteritiedoilla. Kelan rekistereistä poimittiin tiedot sairaanhoidokorvauksista (yksityislääkärin palkkiot, yksityinen hammashoito, yksityinen tutkimus ja hoito sekä fysioterapia, lääkekorvaukset, matkakorvaukset), tietoja kuntoutusetuuksien (ammattillinen kuntoutus, vaativa lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia), sairauspäivärahan, vammaistuen, Kelan

työkyvyttömyyseläkkeen (toistaiseksi myönnetty työkyvyttömyyseläke ja kuntoutustuki) sekä perustoimeentulotuen saamisesta (ks. tarkemmin Blomgren & Jäppinen 2020).

Taulukossa 1 esitetään nuoren kuntoutusrahaa vuonna 2018 saaneiden ja vastaavan ikäisen muun Oulussa asuneen väestön jakaumat sukupuolen, iän ja nuoren kuntoutusrahan perusteena olevan sairauspäryhmän mukaan. Ikä tarkoittaa ikää vuoden 2018 lopussa. Sairauspääryhmä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt F00–F99 on jaettu alaryhmiin. Nuoren kuntoutusrahan saajissa oli enemmän miehiä (53 %) kuin naisia. Kuntoutusrahan saaminen oli yleisintä 17–19-vuotiailla. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden pääryhmässä yleisimmät diagnoosit nuoren kuntoutusrahan perusteena liittyivät psyykkisen kehityksen häiriöihin (33 %) ja älylliseen kehitysvammaisuuteen (21 %).

Taulukko 1. Tutkimusväestön jakaumat sukupuolen, iän ja diagnoosin mukaan 16–21-vuotiailla nuoren kuntoutusrahan saajilla ja muilla saman ikäisillä vuonna 2018, %.

	Nuoren kuntoutusrahaa saaneet	Muut saman ikäiset nuoret
Sukupuoli		
Mies	53	51
Nainen	47	49
Ikä		
16	12	16
17	23	15
18	22	16
19	23	17
20	14	16
21	6	20
Nuoren kuntoutusrahan diagnoosi (ICD-10)		
Mielialahäiriöt (F3)	10	
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F4)	13	
Älyllinen kehitysvammaisuus (F7)	21	
Psyykkisen kehityksen häiriöt (F8)	33	
Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- tai tunnehäiriöt (F9)	11	
Muu mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö	3	
Hermoston sairaudet (G)	5	
Silmän tai korvan sairaudet (H)	2	
Synnyynnäiset epämuodostumat, epämuotoisuudet ja kromosomipoikkeavuudet (Q)	2	
Muu diagnoosi	2	
Yhteensä, %	100	100
N	311	13 752

Eettinen pohdinta

Tutkimuksessa hyödynnettiin vain rekisteritietoja, joten eettistä ennakoarviointia ei tarvittu. Aineistoihin on käyttöluvut asianomaisilta rekisterinpitäjiltä. Aineistoja käsiteltiin hyvää tutkimustapaa noudattaen ja tutkittavien tietosuojasta huolehtien. Tulokset raportoitiin ryhmätasolla siten, ettei yksittäisiä henkilöitä voida tunnistaa tuloksista.

Tulokset

Kuviossa 1 on esitetty palveluita käyttäneiden ja eri etuuksia saaneiden ikävakioidut osuudet (%) ja niiden 95 prosentin luottamusvälit 16–21-vuotiailla nuoren kuntoutusrahan saajilla ja muilla saman ikäisillä vuonna 2018. Nuoren kuntoutusrahaa saaneiden etuuksien ja sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö erosi selvästi muiden saman ikäisten etuuksien ja palvelujen käytöstä. Nuoren kuntoutusrahaa saaneilla sekä avosairaanhoidon että erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö oli selvästi yleisempää kuin muilla saman ikäisillä nuorilla. Selvä ero saman ikäisiin nuoriin verrattuna oli myös mielenterveyspalvelujen käytön yleisyydessä: nuoren kuntoutusrahan saajista mielenterveyspalveluja oli käyttänyt 40 prosenttia ja saman ikäisistä nuorista kymmenen prosenttia. Päihdepalvelujen käyttö oli sekä nuoren kuntoutusrahaa saaneilla että muilla saman ikäisillä nuorilla harvinaista. Laitoshoidotaksoja nuoren kuntoutusrahan saajista oli ollut hieman alle viidesosalla ja muista saman ikäisistä muutamalla prosentilla.

Yksityisen sektorin terveydenhuollon palvelujen käyttö oli nuoren kuntoutusrahan saajilla harvinaisempaa kuin muilla saman ikäisillä – esimerkiksi nuoren kuntoutusrahaa saaneilla ei ollut lainkaan korvattuja yksityisen hammashoidon käyntejä. Muillakin saman ikäisillä nuorilla yksityisen hammashoidon käyttö tosin oli harvinaista.

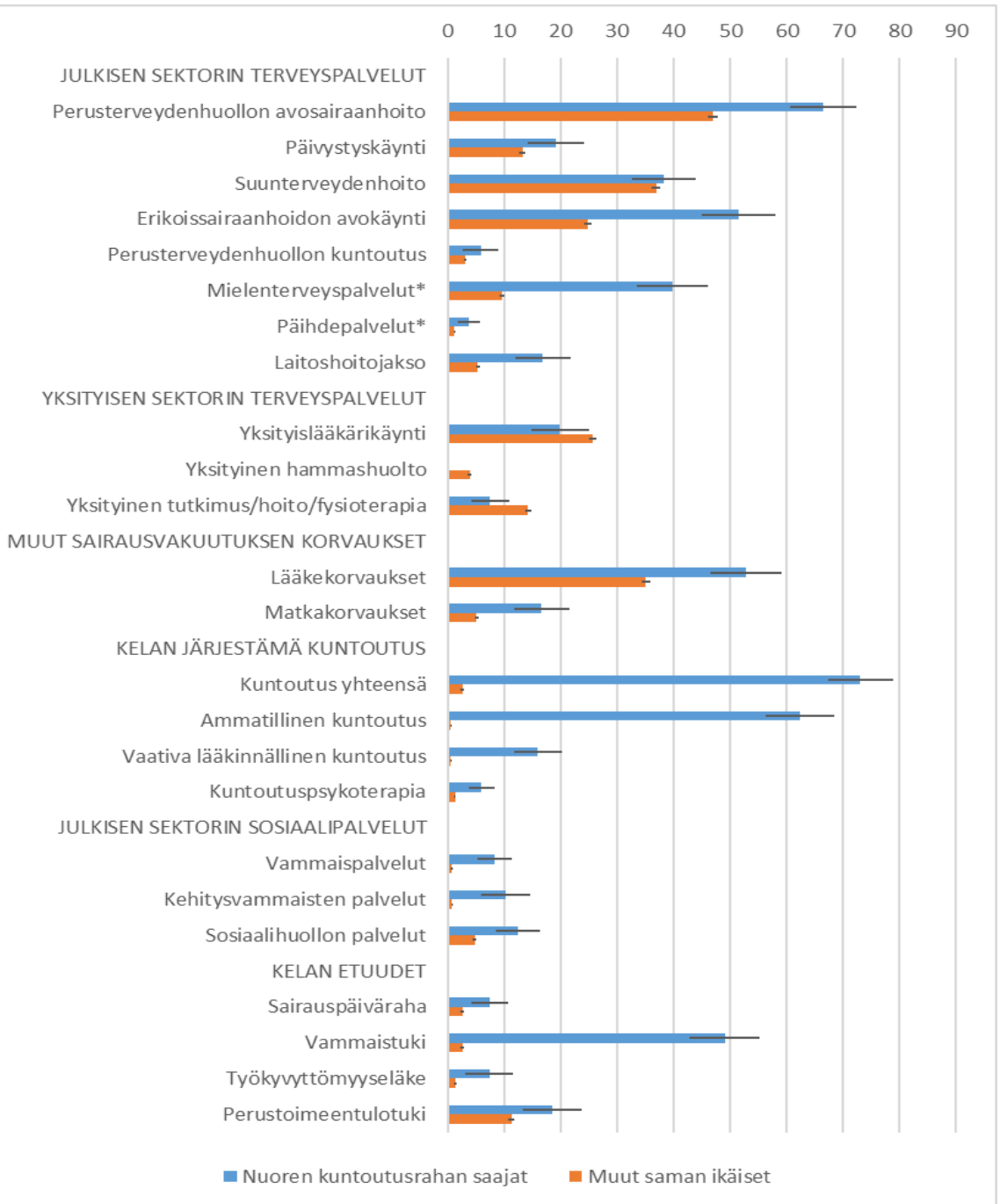
Kelan lääkekorvauksia avosektorin reseptilääkeostoista oli 53 prosentilla nuoren kuntoutusrahan saajista ja 35 prosentilla muista saman ikäisistä. Kelan matkakorvauksia nuoren kuntoutusrahan saajat olivat saaneet useammin kuin muut saman ikäiset nuoret.

Jos nuoren kuntoutusrahaa on myönnetty opiskeluun, Kela selvittää samalla, onko nuorella oikeus korvaukseen opiskelun kannalta tarpeellisista koulutarvikekustannuksista ja koulutukseen liittyvistä matkakustannuksista, jolloin voidaan antaa myös Kelan ammatillisen kuntoutuksen päätös koulutuksesta. Nuoren kuntoutusrahaa saadaan useimmiten opiskeluun, ja nuoren kuntoutusrahaa saaneista 62 prosenttia sai myös Kelan ammatillista kuntoutusta. Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian saaminen oli myös yleisempää nuoren kuntoutusrahan saajilla kuin muilla saman ikäisillä. Nuoren kuntoutusrahan saajista vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta oli saanut 16 prosenttia ja kuntoutuspsykoterapiaa kuusi prosenttia. Muista saman ikäisistä Kelan ammatillista kuntoutusta oli saanut yksi prosentti nuorista, samoin vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta tai kuntoutuspsykoterapiaa. (Kuvio 1.)

Vammaispalveluita käyttäneitä oli nuoren kuntoutusrahan saajissa kahdeksan prosenttia ja kehitysvammaispalveluita käyttäneitä kymmenen prosenttia. Muista saman ikäisistä vain erittäin harva oli käyttänyt vammais- tai kehitysvammais- tai palveluita. Sosiaalihuollon palveluita oli käyttänyt nuoren kuntoutusrahan saajista hieman yli kymmenen prosenttia ja muista saman ikäisistä noin puolet vähemmän.

Kelan vammaistukea oli saanut 49 prosenttia nuoren kuntoutusrahan saajista ja kolme prosenttia muista saman ikäisistä nuorista. Työkyvyttömyyseläkettä (toistaiseksi myönnettyä tai kuntoutustukea eli määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä) oli saanut seitsemän prosenttia nuoren kuntoutusrahaa saaneista ja yksi prosentti muista saman ikäisistä nuorista. Kelan maksaman perustoimeentulotuen saaminen oli nuoren kuntoutusrahaa saaneilla yleisempää kuin muilla saman ikäisillä: 19 prosenttia nuoren kuntoutusrahan saajista ja 11 prosenttia muista saman ikäisistä sai perustoimeentulotukea. (Kuvio 1.)

Tarkastelut nuorten etuuksien ja palvelujen käytöstä vuoden 2018 aikana osoittivat, että palveluita tai etuuksia käyttämättömiä nuoria oli vain vähän: vähintään yhtä



*Sisältää myös sosiaalipalvelut.

Kuvio 1. Palveluiden käytön ja etuuksien saajien ikävakioitu osuus (% 95 % LV) 16–21-vuotiailla nuoren kuntoutusrahan saajilla ja muilla saman ikäisillä vuonna 2018.

kuviossa 1 mainittua palvelua tai etuutta oli saanut muista saman ikäisistä nuorista 82 prosenttia ja nuoren kuntoutusrahaa saaneista 99 prosenttia, mukaan lukien Kelan ammatillinen kuntoutus, jota nuoren kuntoutusrahaa saaneelle on voitu myöntää opiskeluun liittyviin koulutarvike- ja matkakustannuksiin.

Pohdinta

Nuoruus on merkittävä siirtymävaihe elämässä lapsuudesta aikuisuuteen, opintoihin ja työelämään. Valtaosa nuorista jatkaa peruskoulun päättymisen jälkeen toisen asteen opintoihin ja pääsee etenemään opiskelu- ja työelämäpoluilla. Osa nuorista jää kuitenkin jo varhain syrjään jatko-opinnoista ja työelämästä ja opinnot keskeytyvät, ja osalla nuorista on terveyteen, toimintakykyyn sekä opiskelu- ja työkykyyn liittyviä haasteita. Nuorella voi olla synnynnäinen vamma, psyykkisen kehityksen häiriö, lapsuus- tai nuoruusiässä alkanut käytös- tai tunnehäiriö (esim. ADHD), muu mielenterveyden häiriö, kuten nuoruusiässä ilmaantunut masennus, tai jokin fyysinen sairaus, esimerkiksi hermoston sairauksiin kuuluva epilepsia tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin kuuluva lastenreuma. Sosiaaliturvajärjestelmään sisältyy monia palveluja ja etuuksia, kuten kuntoutusetuuksia, joilla voidaan tukea sairastuneen tai vammautuneen lapsen tai nuoren arjessa selviytymistä, toimintakykyä ja erilaisten taitojen kehittymistä sekä aikuisikää lähestyttäessä nuoren opiskelua ja työllistymisedellytyksiä.

Alle 20-vuotiailla nuoren kuntoutusraha on ensisijainen etuus työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Vuonna 1999 voimaan tulleen nuoren kuntoutusrahaa koskevan lain tavoitteena oli parantaa osatyökykyisten nuorten mahdollisuutta opiskeluun ja työllistymiseen työkyvyttömyyseläkkeen sijaan. Tarkoituksena oli varmistaa nuoren ammatillisen kuntoutumisen käynnistyminen ja toteutuminen.

Tavoitteet ammatillisen kuntoutuksen käynnistymisen varmistamisesta ja opiskelu- ja työllistymisvalmiuksien parantamisesta ovat olleet myös myöhemmin voimaan

tulleiden Kelan ammatillista kuntoutusta koskeneiden lakimuutosten taustalla. Vuoden 2014 lakimuutoksessa työkyvyttömyyden uhan kriteeri poistui ja myöntöedellytyksiin lisättiin opiskelukyvyyn heikkeneminen sekä kokonaistilanteen huomioon ottaminen. Lakimuutos on vaikuttanut myös nuoren kuntoutusrahan saajamääriin. Yhä useammalla osatyökykyisellä nuorella on ollut mahdollisuus saada nuoren kuntoutusrahaa ja tukea opiskeluun tai muuhun työelämään tähtäävään kuntoutukseen.

Vuoden 2019 alusta voimaan tullut lakimuutos nuoren ammatillisesta kuntoutuksesta on helpottanut nuorten pääsyä ammatilliseen kuntoutukseen. Nuoren ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on tukea ja edistää nuoren toimintakykyä, elämänhallintaa sekä opiskelu- ja työllistymisvalmiuksia. Lakimuutoksen myötä 16–29-vuotias nuori, jonka toimintakyky on olennaisesti heikentynyt ja jolla on kuntoutuksen tarve, on voinut saada tiettyjä Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluja ja toimeentuloa turvaavaa kuntoutusrahaa ilman sairaus- tai vammadiagnoosia. (HE 133/2018, KKRL 566/2005 7a §, Kela 2021b.)

Aikaisemmissa selvityksissä ja tutkimuksissa on seurattu nuoren kuntoutusrahan saajamäärien kehitystä ja tutkittu, mitä nuorille tapahtuu nuoren kuntoutusrahan päättymisen jälkeen (Koskenvuo ym. 2011, Kokkonen & Koskenvuo 2015, Partio 2019, Haavisto ym. 2021). Verrattaessa aiempien tarkastelujen ja tutkimusten tuloksia tuorempiin käy ilmi, että yhä useampi nuori on saanut nuoren kuntoutusrahaa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella, esimerkiksi masennustilojen, psyykkisen kehityksen häiriöiden (esim. oppimiskyvyn häiriöiden ja autismikirjon) sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavien käytös- ja tunnehäiriöiden (esim. ADHD:n) perusteella. Nuoren kuntoutusrahaa saadaan edelleen usein myös mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin kuuluvan älyllisen kehitysvammaisuuden perusteella, synnynnäisten epämuodostumien ja kromosomipoikkeavuuksien sekä hermoston sairauksien perusteella.

Tuoreen rekisteriseurannan (Haavisto ym. 2021) tulokset osoittivat, että nuoren kun-

toutusrahan tavoitteet näyttävät nykyään toteutuvan paremmin kuin aikaisemmin. Yhä useampi nuori jatkaa opiskelua tai pyrkii työmarkkinoille ja harvempi siirtyy työkyvyttömyyseläkkeelle nuoren kuntoutusrahan päätyttyä. Seuranta ei sisältänyt tietoja ansiotuloista ja työllistymisestä, joka osatyökykyisillä nuorilla on muihin nuoriin verrattuna selvästi haasteellisempaa. Nuoren kuntoutusrahasa vähimmäistavoite on, että nuori ammatillisen kuntoutumisen avulla saa mahdollisuuden hankkia joitakin toimeentulon kannalta merkityksellisiä lisäansioita mahdollisen työkyvyttömyyseläkkeen lisäksi. Lisäansioita koskeva tavoite on matalampi kuin ammatillisessa kuntoutuksessa, eikä tarkoituksenmukaisuutta arvioida samalla tavalla.

Nuoret, joilla on opiskelu-, toiminta- tai työkykyyn liittyviä haasteita, eivät usein ole ennättäneet kerryttää ansioturvaa ja ovat siksi yleensä Kelan vähimmäisetuuksien piirissä. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen nuorena tarkoittaa vähimmäiseläketurvan saamista ehkä vuosikymmeniä ennen vanhuuseläkeiän täyttymistä. Määräaikaiselta työkyvyttömyyseläkkeeltä eli kuntoutustuesta siirrytään enää harvoin työelämään (Koskenvuo ym. 2021).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että nuoren kuntoutusrahaa saaneilla muiden sosiaaliturvaan kuuluvien etuuskien ja palvelujen käyttö on merkittävästi yleisempää muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna. Nuoren kuntoutusrahaa saaneilla sekä avosairaanhoidon että erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö oli selvästi yleisempää kuin muilla saman ikäisillä. Nuoren kuntoutusrahan saajista noin puolet oli saanut myös Kelan myöntämää vammaistukea, jonka tavoitteena on helpottaa 16 vuotta täyttäneen vammaisen tai pitkäaikaisesti sairaan henkilön jokapäiväistä elämää, työtä tai opiskelua (Kela 2021c). Ero saman ikäiseen väestöön terveydenhuollon palvelujen, vammaistuen sekä vammais- ja kehitysvammais- palvelujen saamisen yleisyydessä on ymmärrettävä tulos, kun otetaan huomioon nuoren kuntoutusrahan myöntämisen edellytykset.

Kelan ammatillisen kuntoutuksen saamisen yleisyys nuoren kuntoutusrahaa saa-

neilla selittyy sillä, että jos kuntoutusrahaa on myönnetty opiskeluun, Kela selvittää samalla, onko nuorella oikeus korvaukseen opiskelun kannalta tarpeellisista koulutarvikekustannuksista ja koulutukseen liittyvistä matkakustannuksista, jolloin voidaan antaa myös Kelan ammatillisen kuntoutuksen päätös koulutuksesta. Oppivelvollisuuden laajeneminen (oppivelvollisuusiän nosto ja toisen asteen opintojen maksuttomuus laajennetun oppivelvollisuuden piiriin kuuluville nuorille) vaikuttaa jatkossa koulutuksen kustannusten korvaamiseen.

Nuoren kuntoutusrahaa saaneet saivat saman ikäisiin verrattuna myös useammin Kelan järjestämää vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa. Kuntoutuspsykoterapian saaminen oli kuitenkin suhteellisen harvinaista sekä nuoren kuntoutusrahaa saaneilla, joilla etuuden perusteena ovat useimmiten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, että muilla saman ikäisillä nuorilla. Kuntoutuspsykoterapian saamisen harvinaisuus saattaa osaltaan kuvata psykoterapiaan pääsemisen haasteita, vaikka psykoterapian on arvioitu olevan vaikuttava hoito- ja kuntoutusmuoto erityisesti masennus- ja ahdistuneisuushäiriöissä (Tuulio-Henriksson 2017, Wahlbeck 2019, Käypä hoito 2021a ja 2021b). Terveydenhuollon psykoterapian saatavuuden haasteet ja rajoitteet on tunnistettu jo pitkään, ja Kelan kuntoutuspsykoterapialla on niin sanotusti paikattu kuntien puutteellista hoidollista psykoterapiatarjontaa (Tuulio-Henriksson 2016). On kuitenkin mahdollista, että nuoret ovat päässeet muuhun psykoterapiaan kuin Kelan kuntoutuspsykoterapiaan, koska aineistossa ei ollut tietoja kaupungin ostopalveluna hankituista psykoterapioista.

Kunnallisten mielenterveyspalveluiden käyttö oli nuoren kuntoutusrahan saajilla merkittävästi yleisempää kuin muilla saman ikäisillä, joista kuitenkin kymmenen prosenttia oli käyttänyt mielenterveyspalveluja. Tätä tulosta voidaan tulkita niin, että nuoret ovat suhteellisen usein päässeet mielenterveyspalvelujen piiriin – tosin palvelujen koettuun riittävyteen tai laatuun ei tämän tutkimuksen rekisteriaineisto anna mahdollisuuksia vastata. Päihdepalvelujen käyttö

oli harvinaista sekä nuoren kuntoutusrahaa saaneilla että muilla saman ikäisillä nuorilla. Tulosten tulkinnaassa tulee ottaa huomioon se, että jos nuoren kuntoutusrahan hakijalla on hoitamaton ja akuutti päihdesairaus, opiskeluun tai työelämään tähtäävään kuntoutukseen sitoutumisen valmiudet ovat heikot, eivätkä nuoren kuntoutusrahan tavoitteet ja ammatillisen kuntoutumisen varmistamisen ja työllistymisen edistämisen kriteerit täyty.

Perustoimeentulotuen saaminen oli nuoren kuntoutusrahan saajilla yleisempää kuin muilla saman ikäisillä. Toimeentulotuki on viimesijainen taloudellinen tuki, jonka varaan jääminen pitkäaikaisesti on merkittävä haaste ja ongelma yhteiskunnassa. Perustoimeentulotuen käyttö painottuu nuoriin ikäluokkiin, tosin nuoret keskimäärin saavat yleensä tukea vain lyhyen aikaa (Kela 2021d). Nuorilla, joilla on opiskelu-, toiminta- tai työkykyyn liittyviä haasteita, riski päätyä pitkäaikaisemmin toimeentulotuen saajaksi tai työkyvyttömyyseläkkeelle on kohonnut.

Nuoren kuntoutusrahan ja ammatillista kuntoutusta koskeneiden myöhempien lakimuutosten tavoitteena on ollut varmistaa ammatillisen kuntoutuksen ja tukitoimien käynnistyminen sekä edistää nuorten työllistymistä. Jatkotutkimusta tarvitaan erityisesti siitä, mitkä palvelut ja toimintamallit auttaisivat nuoria etenemään opiskelu- ja työllistymispoluilla nuoren kuntoutusrahan päättymisen jälkeen.

Tulosten merkitys: Kattavaan ja monipuoliseen rekisteriaineistoon perustuva tutkimus tuotti uutta tietoa nuoren kuntoutusrahan saajien muiden sosiaaliturvaan kuuluvien etuuksien ja palvelujen käytöstä. Yhteiskunnassa on laajasti tiedostettu monialaisesti palveluja tarvitsevien tunnistamisen tärkeys eri sektoreilla. Aiempaa monipuolisempi näkemys etuus- ja palvelukokonaisuuksista nuorilla, joiden työ- tai opiskelukyky on heikentynyt ja joilla on tarve erityisille tukitoimille, tukee etuus- ja palvelujärjestelmien kehittämistyötä. Tämän tutkimuksen tuloksia

nuoren kuntoutusrahan saajien etuuksien ja palveluiden käytöstä verrattuna muihin saman ikäisiin voidaan hyödyntää muun muassa sote-uudistuksessa ja sosiaaliturvan uudistamistyössä.

Tiivistelmä

Nuoren kuntoutusrahaa maksetaan 16–19-vuotiaille, joiden työ- tai opiskelukyky tai ammatin valitsemisen mahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet ja joilla on tarve tehostetulle kuntoutukselle eli erityisille tukitoimille. Nuoren kuntoutusrahaa maksetaan opiskelun tai muun työelämään tähtäävän kuntoutuksen ajalta. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata nuoren kuntoutusrahaa saaneiden sosiaaliturvaetuuksien ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä monipuolisella rekisteriaineistolla ja tarkastella sitä, miten nuoren kuntoutusrahaa saaneiden etuuksien ja palvelujen käyttö eroaa muista saman ikäisistä nuorista. Tutkimuksessa hyödynnetään rekisteriaineistoa Oulussa vuoden 2018 ajan asuneista. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että nuoren kuntoutusrahaa saaneilla muiden sosiaaliturvaan kuuluvien etuuksien ja palvelujen käyttö on merkittävästi yleisempää verrattuna saman ikäisiin nuoriin. Nuoren kuntoutusrahaa saaneet ovat muita saman ikäisiä useammin muun muassa vammaistuen ja lääkekorvausten saajia ja ovat käyttäneet useammin julkisen sektorin terveyspalveluja. Terveyspalveluihin verrattuna julkisen sektorin sosiaalipalvelujen käyttö on ylipäänsä nuorilla vähäisempää, mutta nuoren kuntoutusrahaa saaneilla kuitenkin muihin saman ikäisiin nuoriin verrattuna yleisempää. Tutkimuksen tuottamaa kokonaisvaltaisempaa tietoa osatyökyisten ja tehostetumman kuntoutuksen tarpeessa olevien nuorten etuuksien ja palvelujen käytöstä voidaan hyödyntää muun muassa sosiaaliturvan uudistamistyössä, jossa yhtenä keskeisenä tavoitteena on etuuksien ja palvelujen toimiva yhteensovittaminen.

Avainsanat: nuoren kuntoutusraha, ammatillinen kuntoutus, sosiaaliturvaetudet ja -palvelut

Karoliina Koskenvuo, FT, dosentti, tutkimuspäällikkö, Kelan tutkimus

Hanna Rinne, VTM, tutkija, Kelan tutkimus

Jenni Blomgren, VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö, Kelan tutkimus

Lähteet

- Blomgren J, Jäppinen S (2020) Sosiaali- ja terveyspalveluiden ja etuuksien käyttö Oulussa 2013–2018. Tutkimushankkeen aineiston yleiskuvaus. Kelan työpapereita 154, Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020062345435>
- Haavisto A, Koskenvuo K, Laihanen J, Hevosmaa M, Leväniemi J, Myllylä L (2021) Nuoren kuntoutusrahalta siirrytään aiempaa harvemmin työkyvyttömyyseläkkeelle. Kelan tutkimusblogi 30.8.2021. Saatavissa: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6129>
- Haula T, Peltola M (2020) Monialainen tai kallis palvelujen käyttö Suomessa. Teoksessa J Koivisto J, Juha Koivisto, H Tiirinki (toim.) Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-908-0>
- HE 87/1998. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi vammaisten henkilöiden työllistymisen ja koulutuksen edistämiseksi. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1998/19980087>
- HE 128/2013. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130128>
- HE 133/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180133>
- Kela (2021a) Nuoren kuntoutusraha. Saatavissa: <https://www.kela.fi/nuoren-kuntoutusraha>
- Kela (2021b) Nuoren ammatillinen kuntoutus. Saatavissa: <https://www.kela.fi/nuoren-ammattillinen-kuntoutus-tietopaketti>
- Kela (2021c) 16 vuotta täyttäneen vammaistuki. Saatavissa: <https://www.kela.fi/vammaistuki-aikuiselle>
- Kela (2021d) Toimeentulotuen tietopaketti. Saatavissa: <https://www.kela.fi/toimeentulotuen-tietopaketti>
- Kelasto (2021) Kelan tilastotietokanta.
- KKRL 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>
- Kokkonen V, Koskenvuo K (2015) Nuoren kuntoutusrahaa saa yhä useampi. Sosiaalivakuutus 1, 29. Saatavissa: <https://sosiaalivakuutus.fi/nuoren-kuntoutusrahaa-saa-yha-useampi/>
- Koskenvuo K, Hytti H, Autti-Rämö I (2011) Seuran-
tatutkimus nuorten kuntoutusrahasta ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä. Kuntoutus 3, 22–30.
- Koskenvuo K, Laaksonen M, Blomgren J, Pöösö R, Seppänen-Järvelä R, Näsi E (2021) Selvitys kuntoutustukea saaneista. Aiempi tutkimus ja rekisteriseuranta vuonna 2015 kuntoutustuen aloittaneista. Kelan työpapereita 163, Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021061036324>
- KRL 611/1991. Kuntoutusrahalaki (kumottu). Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1991/19910611#L2P5a>
- Käypä hoito (2021a) Depressio. Käypä hoito -suositus. Julkaistu 11.03.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Käypä hoito (2021b) Käypä hoito -suositus. Ahdistuneisuushäiriöt. Julkaistu 07.01.2019. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
- Leskelä RL, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A Olli SL, Ylitalo-Katajisto K (2013) Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 68, 48/2013, 3163–3169.
- Partio T (2019) Nuoren kuntoutusrahan saajien määrä kaksinkertaistunut 2010-luvulla. Kelan tilastokatsaus. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/299520/Nuoren_kuntoutusrahan_saajien_maara_on_kaksinkertaistunut_2010_luvulla.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- STM (2021) Sosiaaliturvakomitean keskustelussa palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen. Tiedote 26.3.2021. Saatavissa: <https://stm.fi/-/sosiaaliturvakomitean-keskustelussa-palvelujen-ja-etuuksien-yhteensovittaminen>
- THL (2021) Sote-palvelujen integraatio. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>
- Tuulio-Henriksson A (2016) Psykoterapian järjestämistä halutaan uudistaa. Kelan tutkimusblogi 7.11.2016. Saatavissa: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3470>
- Tuulio-Henriksson A (2017) Yhä useampi saa kuntoutuspsykoterapiaa ahdistuneisuushäiriön vuoksi. Kelan tutkimusblogi 20.4.2017. Saatavissa: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3842>
- Wahlbeck K (2019) Kansalaiset haluavat ja ansaitsevat psykoterapiaa. Lääkärilehti 74, 40/2019, 2199.

TAIDETERAPIAN MAHDOLLISUUDET AIVO- VERENKIERTOHÄIRIÖKUNTOUTUKSESSA

Johdanto

Taideterapia käsitteenä sisältää kuvataideterapian, taidepsykoterapian sekä taidekeskeisen terapian (Tuisku 2009). Luova taide-terapia sisältää erilaisia aktiviteetteja kuten tanssi, teatteri, meditaatio ja kuvataide, jotka voidaan yhdistää musiikkiin (Kongkasuwan ym. 2015). Taideterapia hyödyntää taiteellista itseilmaisua, ja sen perustan muodostavat luovan toiminnan eheyttävä ja aktivoiva vaikutus, vuorovaikutus taideilmaisun kautta ja psykoterapiamenetelmät. Yleisimmin taideterapiaa käytetään psyykkisten häiriöiden, elämäntilannekriisien, psykosomaattisten stressioireiden ja vuorovaikutusongelmien hoitoon ja kuntoutukseen sekä vakavien fyysisten sairauksien sopeutumisvalmennuksessa. Taiteellisella toiminnalla on todettu olevan väestötasolla positiivisia psyykkisiä ja fysiologisia vaikutuksia terveydentilaan. (Tuisku 2009.)

Visuaalisen taiteellisen toiminnan aikana aivoalueilla on todettu erityistä aktivaatiota (Demarin ym. 2016, 343, 345). Taidelajien harrastaminen voi muuttaa aivojen morfologiaa ja nopeuttaa sitä kautta toipumista esimerkiksi hermovauriosta. Kuvataiteen kautta tuotettu luovuus voi stimuloida mielikuvitusta ja antaa mahdollisuuden itseilmaisulle

sekä identiteetin rakentamiselle. Luovuus nähdään voimaantumisen keinona, joka voi auttaa ihmisiä kohtaamaan ongelmiaan. Taideteen avulla on mahdollista kokea erilaisia tunteita ja aistimuksia, kuten ahdistusta ja kipua. Lisäksi sillä on todettu olevan positiivinen yhteys parantuneeseen emotionaaliseen terveyteen ja hyvinvointiin. (Howarth 2018, 20, 105.) Taiteellisella toiminnalla on työhyvinvointia ja työkykyä edistävä vaikutus (Tuisku 2009). Australialaisen tutkimuksen mukaan aivoverenkiertohäiriö (AVH) -kuntoutujan osallistuminen piirtämiseen ja maalaamiseen keskittyviin ryhmiin stimuloi osallistujien fyysisiä ja kognitiivisia kykyjä ja vahvisti samalla elämänlaatua, itseluottamusta ja itsemääräämisoikeutta (Howarth 2018, 20, 105).

Aivoverenkiertohäiriö ja yläraajan toimintakyky

Aivoverenkiertohäiriö on yhteisnimitys aivoverisuonten tai aivoverenkierron sairauksille. Riskitekijöinä ovat muun muassa tupakointi, keskivartalolihavuus, korkea verenpaine, vähäinen liikunta sekä diabetes. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2020.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain noin 25 000 suomalaista, ja määrän on ennustettu kasvavan väestön

ikäntyessä. Suomessa käytetään vuosittain 1,1 miljardia euroa AVH-kuntoutujien hoitoon. (THL 2017.) Aivoverenkiertohäiriöistä 70–80 prosenttia aiheutuu aivoinfarktista, joka johtuu useimmiten aivovaltimon veritulpasta. Veritulpan taustalla taas on usein ateroskleroosi eli valtimonkovettumatauti. (Kauhanen 2015, Atula & Vaalamo 2019.) Aivoinfarktin yleisimpänä oireena on äkillisesti ilmaantunut toispuolihalvaus eli hemipareesi, joka voi ilmetä yhdessä tai molemmissa saman puolen raajoissa (Jehkonen ym. 2020a).

Yläraajan toimintahäiriöt ovat yksi yleisimmistä AVH:n aiheuttamista ongelmista, ja ne vaikeuttavat päivittäistä elämää noin 85 prosentilla AVH-kuntoutujista. (Liu ym. 2020, Jehkonen ym. 2020b). Yläraajan toimintahäiriön saaneista 5–20 prosenttia saavuttaa yläraajan täyden toimintakyvyn. Yläraajojen toimintakyvyllä on suuri merkitys arjessa selviytymiseen, sillä tätä toimintakykyä vaaditaan monessa toiminnossa, kuten syömisessä, pukeutumisessa ja itsestään huolehtimisessa (Teasell ym. 2020). Lisäksi yläraajojen toimintakyvyllä on vaikutusta muun muassa asennonhallintaan ja liikkumiskykyyn (Shummway-Cook & Woollacott 1995, 357).

Yläraajan kuntouttaminen aivoverenkiertohäiriössä

AVH-kuntoutuksen yhtenä tavoitteena on parantaa kuntoutujan toimintakykyä ja vähentää oireiden aiheuttamia haittoja (Numminen 1998, 29–32). Noin 70 prosentilla kuntoutujista käden näppäryys palautuu jonkin verran kuuden kuukauden kuluessa vauriosta. Vaikea yläraajan vajaatoiminta antaa kuitenkin heikon ennusteen palautumiselle, sillä tässä ryhmässä noin 60 prosentilla näppäryys ei palaudu puolen vuoden sisällä juuri lainkaan. Noin 5–20 prosenttia toipuu toiminnallisesti täysin aivohalvauksesta kuuden kuukauden sisällä.

Yläraajan kuntoutuksessa mielekkäät, toistuvat, progressiiviset, tehtäväkohtaiset ja tavoitteelliset harjoitukset tehostavat yläraajan motorista toimintaa sekä palauttavat sensomotorisia toimintoja tehokkaimmin.

Harjoittelun tulisi kannustaa käyttämään yläraajaa toiminnallisissa motorisissa tehtävissä ja simuloida päivittäisiä toimintoja, kuten napitusta, taittamista, kaatamista ja nostamista. (Teasell ym. 2020, 771–772.) Yläraajan harjoitusmenetelmät pohjautuvat aktiivisuuden lisäämiseen vaurioituneella liikeaivokuorella ja aktiivisuuden vähenemiseen vastakkaisella liikeaivokuorella. Yläraajan edustuksen pysyminen vaurioituneella liikeaivokuorella saattaa ennaltaehkäistä halvaantumisen yläraajan opittua käyttämättömyyttä. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito-suositus 2020.)

AVH-kuntoutuksessa käytetään lihasvoima- ja mielikuvaharjoittelua, akupunktioita, venyttelyä, erilaisia aistiharjoitteita sekä tehtäväkeskeistä harjoittelua. Oli kuntoutusmuoto mikä tahansa, Talvitie ym. (2006, 374) toteavat, että terapiassa tulee käyttää hyväksien motorisen oppimisen periaatteita. Motorisen oppimisen edellytyksenä on harjoittelu, oikeanlainen ja oikein ajoitettu palaute sekä muistin riittävä toimintakyky. Kuntoutuksessa on tärkeää saavuttaa sellainen tiedon ja taidon taso, joka auttaa selviytymään jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä. (Talvitie ym. 2006, 86–87, 374.)

Taideterapia osana aivoverenkiertohäiriön kuntoutusta

AVH:n tuomien fyysisten muutosten myötä kuntoutujilla voi olla vaikeuksia tarkkuutta vaativissa tehtävissä. Taidemenetelmistä maalaaminen, savityöt ja paperimosaiikit soveltuvat AVH-kuntoutujille, koska ne eivät vaadi kovin tarkkaa motorista kontrollia. (Eum & Yim 2015, 19–20.) Erilaiset taidemenetelmät ovat tehokkaita AVH-kuntoutujien psyykkisten toimintojen kuntoutuksessa, ja eri menetelmät voivat lisätä osallistuvuutta ja joustavuutta kuntoutujan arjessa. (Lo ym. 2019.) Kongkasuwan ym. (2015) tutkivat luovan taideterapian ja perinteisen fysioterapian yhdistelmää verrattuna pelkkään fysioterapiaan AVH-kuntoutuksessa, ja tulokset osoittivat luovan taideterapian ja fysioterapian yhdistelmän parantavan masennusta ($p < 0.001$), elämänlaatua ($p < 0.001$) ja toimintakykyä ($p < 0.05$). Tutkimukseen

osallistujat kertoivat luovan taideterapian parantaneen myös keskittymiskykyä, itse-tuntoa, motivaatiota ja tunne-elämää sekä vähentäneen kipuja. Molemmissa ryhmissä ahdistuksen ja masennuksen koettiin lieventyneen. (Kongkasuwan ym. 2015, 2.) WHO:n (2019) laajassa katsauksessa, joka käsitte-li taiteen roolia hyvinvoinnin edistämässä, todetaan eri taideterapiamenetelmillä olevan monia myönteisiä vaikutuksia AVH-kuntoutujille. Taideterapia auttaa hyväksymään aivovaurion aiheuttamia kognitiivisia häiriöitä. Eri taidemenetelmien, kuten maalaa-misen, on todettu kohentavan masentunut-ta mielialaa sekä parantavan hyvinvointia, elinvoimaisuutta ja yleistä terveydentilaa. (Fancourt & Finn 2019, 8–9, 41–42.) Ros-wiyani ym. (2017) tutkivat visuaalisen taide-terapian ja liikunnan yhdistelmän vaikutusta ikääntyneisiin, ja fyysisen harjoittelun ja ku-vataiteen yhdistelmän todettiin parantavan elämänlaatua ja kohentavan mielialaa.

Taidemenetelmien vaikutuksia AVH-kun-toutujien fyysiseen toimintakykyyn on tut-kittu vähän. Kuvataiteen tiedetään vaikutta-van yleisesti psyykkiseen hyvinvointiin, ja tässä katsauksessa esiteltävän kokeilun tar-koituksena oli selvittää AVH-kuntoutujien kokemusten avulla kuvataiteen vaikutuksia yläraajan toimintakykyyn, kuten ADL-toi-mintoihin ja hienomotoriikkaan. Kokemus-ten pohjalta selvitetään myös kuvataiteen mahdollisuuksia kuntoutuksessa ja tulevai-suuden fysioterapiamenetelmänä.

Kokeilulla haettiin vastauksia seuraaviin ky-symyksiin:

1. Millaisia vaikutuksia kuvataiteen hyö-dyntämisellä on koettu olevan AVH-poti-laan yläraajan toimintakykyyn fysiotera-peuttisen kuntoutuksen rinnalla?
Alakysymyksinä olivat:
 - 1.1. Miten kuvataide vaikuttaa AVH-potilaan ADL-toimintoihin?
 - 1.2. Miten kuvataide vaikuttaa AVH-potilaan yläraajan hienomotoriikkaan?
2. Millaisia mahdollisuuksia kuvataide an-taa AVH kuntoutukseseen?
3. Miten kuvataide sopii yhdeksi tulevai-suuden fysioterapiamenetelmistä?

Aineisto

Kokeilu toteutettiin yhteistyössä Etelä-Kar-jalan sairaanhoitopiirin (EKSOTE) kanssa. Kokeilu toteutettiin noudattaen hyvää tie-teellistä käytäntöä, ja se sai Eksoten eettisel-tä lautakunnalta puoltavan lausunnon. Si-säänottokriteereinä oli kuvataiteen käyttö halvaantuneella yläraajalla, kommunikoin-tikyky suomeksi tai englanniksi sekä aivo-verenkiertohäiriöön sairastuminen kymme-nen vuoden sisällä. Haastatteluun osallistui kolme aivoverenkiertohäiriöön sairastunut-ta 30–60-vuotiasta naista, jotka olivat ennen kuntoutusta ja sen aikana luoneet kuvatai-detta. Yksi kuntoutuja täytti kaikki sisäänot-tokriteerit. Haastatteluun otettiin kaksi kun-toutujaa sisäänottokriteereiden ulkopuolelta monipuolisemman näkökulman saamiseksi. Toinen heistä käytti oireetonta yläraajaa ku-vataiteen tekemiseen, ja toisella ei esiintynyt motorisia halvausoireita. Yhdellä heistä on myös taiteeseen suuntautunut ammatti.

Menetelmät

Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jonka teemat valittiin kokeilun kysymysten pohjalta. Teemoiksi muodostuivat kuvataide ja yläraajan toimintakyky, kuvataide AVH-kuntoutuksessa sekä kuvataide ja fysiotera-pian tulevaisuus. Teemahaastattelussa kes-kustelu eteni valittujen teemojen mukaan, jotka olivat kaikille haastateltaville samat. Oletuksena oli, että haastateltavan ajatuksia, tunteita, uskomuksia ja kokemuksia voidaan tällä menetelmällä kartoittaa. Kokeilun ase-telma perustui haastateltavan ja haastatteli-jan vuorovaikutukseen. Haastattelun aikana oli mahdollista syventää ja tarkentaa vas-tauksia sekä motivoida haastateltavia. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2015.)

Kolmea kuntoutujaa haastateltiin yksit-täin yhden kerran. Haastattelijoina toimivat kokeilun tekijät, joilla jokaisella oli oma vas-tualue haastattelussa. Oman vastualueen lisäksi jokainen esitti lisäkysymyksiä esil-le tulleista asioista. Kokeilun haastattelijat osallistuivat yhdessä kaikkiin haastattelui-hin. Haastattelut nauhoitettiin.

Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin kvalitatiivisin menetelmin aineistolähtöisellä otteella. Yhteensä kolme tuntia haastatteluaineistoa litte- roitiin, minkä jälkeen aineisto redusoitiin eli siitä poimittiin oppinäytetyön kannalta olennaiset asiat. Poimitut ilmaisut tai lauseet pelkistettiin yksinkertaisempaan muotoon. Redusoinnin jälkeen aineisto klusteroitiin eli pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin. Klusteroinnilla pystyttiin muodostamaan yksi havainto tai havaintojen joukko, ja niille luotiin ala- ja yläkategoria. Lopuksi tulokset muodostettiin teoriaksi eli se abstrahoitettiin.

Tulokset

Kuvataiteen vaikutukset yläraajan toimintakykyyn

Kuvataiteen vaikutukset yläraajan toimintakykyyn ilmenivät taitojen kehittymisen ja ADL-toimintojen kautta. Hienomotoriikka ja tarkkuus paranivat uusien toimintamallien ja asentojen oppimisen myötä. Maalaamisen kerrottiin vaatineen hienomotoriikkaa ja tarkkuutta. Kuitenkin kuntoutujien oli haastavaa erottaa, kuinka suuri osa yläraajan kuntoutustuloksesta oli saavutettu maalaamisen avulla. Joka tapauksessa halvaantuneen ja ei-halvaantuneen yläraajan koettiin kehittyneen kuntoutuksessa.

Kuvataiteen mahdollisuudet AVH-kuntoutuksessa

Kuvataiteen mahdollisuudet liittyivät psyykkiseen hyvinvointiin, ja kuvataiteen koettiin vaikuttavan psyykeen positiivisesti. Aineistosta nousi erityisesti esille kuvataiteen vaikutus minäkuvaan, elämänhallintaan sekä elämänlaatuun. Maalaamisen kuvattiin olevan terapian kaltaista, se toi arkeen iloa ja kohotti mielialaa. Maalaamisen avulla pystyi hetkeksi irrottautumaan arjesta, niin ettei tarvinnut ajatella mitään muuta. Maalaamisen kerrottiin auttaneen AVH:n tuomien muutosten hyväksymisessä ja pääsemään elämässä eteenpäin. Se toi voimaa ja voimaantumisen tunteita sekä antoi energiaa. Tätä kautta sen koettiin vaikuttavan positiivi-

sesti elämänlaatuun ja -hallintaan. Kuvataide liitettiin vahvasti minäpystyvyyteen ja itsetuntoon. Sen ei kuitenkaan koettu antavan suoraan lisäenergiaa muuhun tekemiseen.

Kuvataide fysioterapiamenetelmänä

Kuvataidetta fysioterapiamenetelmänä tulkittiin kuntoutumisen kautta. Keskeisiksi tekijöiksi aineistosta nousivat motivaatio ja psykofyysinen hyvinvointi. Maalaamisen koettiin tukevan kuntoutusta, sen avulla kuntoutuminen voisi tapahtua ”puolivahingossa”. Maalaamisen koettiin lisäävän pitkäjänteisyyttä ja keskittymiskykyä. Kuntoutujien mukaan maalaaminen voisi olla voimaannuttava, iloa ja lohtua tuova harrastus, joka auttaa jaksamaan haastavassa elämäntilanteessa. Halvaantuneella raajalla maalaamisen ajateltiin tuovan mahdollisesti negatiivisiakin tunteita. Maalaamisen ja itsensä ilmaiseminen vaikeus voi lisätä turhautumista. Toisaalta sen ajateltiin voivan tukea kuntoutumista jo alkumetreillä, vaikka maalaaminen ei onnistuisi normaalilla tavalla. Esille nousi myös muiden luovien keinojen käyttäminen erityisesti tunteiden ilmaisun välineenä.

Pohdinta

Haastatteluissa nousi esiin paljon psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. Erityisesti masentuneisuuden väheneminen, pitkäjänteisyyden, mielialan, itsetunnon ja elämänlaadun kohentuminen sekä tilanteen ja sairauden hyväksyminen nousivat esiin. Lisäksi esille tuli motivaation ja toimintakyvyn kohentuminen sekä elinvoimaisuuden lisääntyminen. Tältä osin tulokset ovat yhteeneväisiä aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa (Kongkasuwan ym. 2015, Roswiyani ym. 2017, Fancourt & Finn 2019, Lo ym. 2019).

Maalaamisen aikana haastateltavat eivät ajatelleet kuntouttavansa yläraajaa vaan tekivät itselleen mieluisaa toimintaa. Yhdellä haastateltavista ei ollut yläraajaoireita ja yksi ei ollut käyttänyt halvaantunutta raajaa maalaamiseen. Yläraajan halvausoireiden suuruus voi vaikuttaa kokemukseen kuvataiteen käyttömahdollisuuksista

fysioterapiassa. Edellä mainitut seikat voivat hankaloittaa kokemusten tulkintaa maalauksen fyysisistä vaikutuksista.

AVH-kuntoutuksen tavoitteena on parantaa sairastuneen toimintakykyä ja vähentää oireiden aiheuttamaa haittaa. Kuvataide voisi olla hyvä menetelmä tukemaan kuntoutusta. Saatujen tulosten perusteella kuvataide vahvistaa motivaatiota, pitkäjänteisyyttä ja keskittymiskykyä. Kyseiset ominaisuudet ovat AVH-kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita. Lisäksi tulosten perusteella kuvataidetta voi suositella fysioterapian tueksi parantamaan yläraajan motoriikka ja kohentamaan mielialaa AVH-kuntoutuksessa. Kuvataide voisi sopia myös hienomotoriikan harjoittamiseen. Aihe vaatii lisätutkimuksia, sillä tutkimustieto kuvataiteen vaikutuksista yläraajan kuntoutumiseen on toistaiseksi vähäistä.

Vaikka fysioterapia on muuttumassa ihmistä yhä kokonaisvaltaisemmin tarkastelemaan suuntaan, fysioterapeutit eivät välttämättä tiedosta luovien menetelmien mahdollisuuksia kuntoutuksessa. Tietoisuuden lisääntyminen tästä näkökulmasta voisi auttaa tuomaan fysioterapiaan uusia, asiakaslähtöisempiä menetelmiä.

Tulosten merkitys: Kuntoutuksen rinnalla toteutetun kuvataiteen avulla kuntoutujat voisivat oppia uusia toimintamalleja ja asentoja sekä kehittää yläraajan hienomotoriikkaa. Kuvataiteen positiiviset psyykkiset vaikutukset voisivat vähentää kuntoutujan masentuneisuutta ja kohentaa elämänlaatua ja itsetuntoa. Sen avulla voitaisiin lisätä keskittymiskykyä, motivaatiota ja toimintakykyä, ja näin ollen kuvataide voisi menetelmänä tuoda uusia kokonaisvaltaisia ja yksilöllisiä keinoja kuntoutukseen.

Tiivistelmä

Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuu vuosittain 25 000 suomalaista. Yläraajan toimintahäiriöt ovat yleisiä sairastumisen jälkeen, ja ne vaikeuttavat päivittäistä

elämää noin 85 prosentilla AVH-kuntoutujista. Yläraajan toimintahäiriön saaneista 5–20 prosenttia saavuttaa yläraajan täyden toimintakyvyn. Tässä esiteltävän kokeilun tavoitteena oli selvittää kuvataiteen hyötyjä ja mahdollisuuksia yläraajan toimintahäiriöissä AVH-kuntoutujilla. Kuvataiteen positiivisista psyykkisistä vaikutuksista on runsaasti tutkimuksia, mutta tutkimustieto kuvataiteesta motoriikan edistäjänä on puutteellista. Kokeilussa kysyttiin kokemuksia kolmelta AVH-kuntoutujalta, jotka harrastivat kuvataidetta kuntoutuksensa ohella. Kokeilu toteutettiin teemahaastatteluilta, ja kuntoutujat haastateltiin yksittäin. Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin. Kokeilun tuloksista käy ilmi, että kuvataiteen avulla muun muassa keskittymiskyky ja pitkäjänteisyys kehittyivät sekä yläraajan hienomotoriset toiminnot tarkentuivat. Kuitenkin kuvataiteen vaikutuksia yläraajan toimintakykyyn on vaikea erotella perinteisellä fysioterapialla saaduista vaikutuksista. Haastateltavat kokivat kuvataiteella olevan vaikutuksia moneen psyykkiseen tekijään, kuten tilanteen hyväksymiseen, jaksamiseen ja masennuksen vähentymiseen. Kuvataidetta voisi hyödyntää kuntoutuksessa positiivisten psyykkisten vaikutusten johdosta sekä hienomotoriikan ja uusien toimintamallien edistämisessä.

Avainsanat: aivoverenkiertohäiriö, kuvataide, kuntoutus

Elina Anttila, fysioterapeutti AMK

Kati Helin, fysioterapeutti AMK

Ida Herranen, fysioterapeutti AMK

**Kari Kauranen, FT, dosentti, yliopettaja,
LAB-ammattikorkeakoulu**

Lähteet

- Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus (2020) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50051#s17>.
- Atula S, Vaalamo M (2019) Aivohalvaus (Aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001.
- Demarin V, Bedeković MR, Puretić MP, Pašić M (2016) Arts, brain and cognition. *Psychiatra Danubina* 28, 4, 343–347. http://www.psychiatra-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol28_no4/dnb_vol28_no4_343.pdf.
- Eum Y, Yim J (2015) Literature and Art Therapy in Post-Stroke Psychological Disorders. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 19–20. DOI: 10.1620/tjem.235.17.
- Fancourt D, Finn S (2019) What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? Scoping review. WHO Regional Office for Europe. Kööpenhamina. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553773/>.
- Hirsjärvi S, Hurme H (2015) Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Oy Yliopistokustannus, Helsinki.
- Howarth L (2018) Creative health: the arts for health and wellbeing. *Perspectives in public health* 138, 1, 26–27. DOI: 10.1177/1757913917736680.
- Jehkonen M, Nurmi L, Nurmi M (2020a) Kliininen neuropsykologia. Aivoverenkiertohäiriöt ja niiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/npg01302/do?p_haku=avh#q=avh.
- Jehkonen M, Nurmi L, Nurmi M (2020b) Kliininen neuropsykologia. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvä oirekuva. Kustannus Oy Duodecim. https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/npg01304/do?p_haku=avh#q=avh.
- Kauhanen M-L (2015) Aivoverenkiertohäiriöt. *Fysiatra*. Kustannus Oy Duodecim. https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/fys00016/do?p_haku=avh#q=avh.
- Kongkasuwan R, Voraakhom K, Pisolayabutra P, Maneechai P, Boonin J, Kuptniratsaikul V (2015) Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. DOI: 10.1177/0269215515607072.
- Liu Y, Song Q, Li C, Guan X, Ji L (2020) Quantitative Assessment of Motor Function for Patients with a Stroke by an End-Effector Upper Limb Rehabilitation Robot. *BioMed research international*. DOI: 10.1155/2020/5425741.
- Lo T, Lee J, Ho R (2019) Creative Arts-Based Therapies for Stroke Survivors: A Qualitative Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01646.
- Numminen H (1998) Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus – opas potilaille ja heidän omaisilleen. Suomen sydäntautiliitto ry, Helsinki.
- Roswiyani R, Kwakkenbos L, Spijker J, Witteman C (2017) The Effectiveness of Combining Visual Art Activities and Physical Exercise for Older Adults on Well-Being or Quality of Life and Mood: A Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology* 38, 12, 1784–1804. DOI: 10.1177/0733464817743332.
- Shummway-Cook A, Woollacott M (1995) Motor control – Theory and practical applications. Second edition. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
- Talvitie U, Karppi S-L, Mansikkamäki T (2006) Fysioterapia. 2 painos. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, de Jong A, ym. (2020) Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke. 6th Edition Update 2019. *International Journal of Stroke* 15, 7, 763–788. Epub 2020 Jan 27. DOI: 10.1177/1747493019897843.
- THL (2017) Aivohalvaus (stroke). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivu (päivitetty: 9.2.2017) osoitteessa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/aivohalvaus-stroke>
- Tuisku K (2009) Taideterapia – terveyden edistämisestä kuntoutukseen. *Työterveyslääkäri* 27, 2. https://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00616#s3.

MITÄ OSTEOPATIA ON?

OSA 1: OSTEOPATIA SUOMESSA

Johdanto

Suomessa on laillistettujen terveydenhuollon henkilöiden, kuten lääkärien ja fysioterapeuttien, lisäksi nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattilaisia, joista osa on keskittynyt manuaaliseen eli käsillä tehtävään hoitoon. Näitä manuaaliterapian ammattialoja ovat osteopatia, naprapatia ja kiropraktiikka sekä koulutettu hieronta. Koulutetuille hierojille ei ole koulutuksen laajuutta koskevia vaatimuksia, vaan heidän tulee suorittaa näyttötutkinto nimikesuojauksen saamiseksi. Hierojien koulutus on tyypillisesti kestoltaan 6–12 kuukautta. Sen sijaan muilla manuaaliterapian aloilla koulutusvaatimuksena on vähintään 240 opintopisteen laajuinen suoritettu koulutus. (Valvira 2021c.)

Pitkän koulutuksen aloista osteopatia on Suomessa suurin, ja opetusta järjestetään yhdessä ammattikorkeakoulussa ja kahdessa yksityisessä oppilaitoksessa. Naprapatiaa opetetaan ammattikorkeakoulussa Kotkassa. Kiropraktiikkaa ei Suomessa voi opiskella, vaan Suomessa toimivat nimikesuojatut kiropraktikot ovat saaneet koulutuksensa ulkomailla.

Tässä katsauksessa tutustutaan lyhyesti osteopatian historiaan. Lisäksi perehdytään suomalaisen osteopatian aiempiin ja nykyisiin koulutuksiin ja valmistuneiden määrään sekä osteopatian edunvalvontajärjestöihin.

Historia

Osteopatia syntyi 1800-luvun lopulla sen aikaista lääketiedettä vastustavaksi vaihtoehtoiseksi hoitomuodoksi Yhdysvaltojen Keskilännessä. Alkuperäiseen osteopatiaan eivät kuuluneet lääkkeet eivätkä kirurgiset operaatiot, vaan tavoitteena oli manuaalisella hoidolla parantaa lääketieteen piiriin kuuluvia sairauksia, kuten astmaa, infektiota ja verenkiertohäiriöitä. Osteopatian kehittäjä Andrew Taylor Still (1828–1917) oli alun perin saanut oppinsa lääkäri-isältään ilman muodollista koulutusta ja toimi tämän jälkeen vuosikymmeniä eräänlaisena maalaislääkärinä tai välskärinä ja Yhdysvaltain sisällissodassa myös kirurgin avustajana. Hän oli kuitenkin pettynyt sen aikaisiin lääketieteellisiin hoitomuotoihin niiden vaarallisuuden ja tehottomuuden vuoksi ja hylkäsi lääkärin ammatin. Yhdistelemällä jäsenkoulutuksen tekniikoita, magneettiparannusta ja erilaisia vaihtoehtohoitoja hän kehitti oman anatomiaan pohjaavan hoitomuotonsa ja nimesi sen osteopatiaksi. Ensimmäinen osteopatian oppilaitos perustettiin vuonna 1892 Kirksvilleen Missourin osavaltioon. Nopeasti osteopatian koulutus alkoi täältä levitä myös muihin osavaltioihin. (Still 1897, 94–95, 102–103, Still 1910, 436–439, Ylinen ym. 1996, Gevitz 2004, 17–24, AT-SU 2021.)

Vaikka osteopatia kehittyi alun perin lääketieteen vastavoimaksi, jo 1900-luvun alussa osteopatia alkoi synnyinmaassaan lähentyä lääketiedettä. Syynä tähän oli lääketieteen harppausmainen kehittyminen eteenpäin useiden uusien, tehokkaampien hoitomuotojen tullessa käyttöön. Tämä osteopatian ja lääketieteen lähentyminen huipentui Yhdysvalloissa siihen, että viime vuosisadan loppuun mennessä osteopaattiset lääkärit (DO) olivat jo yhtenäisessä asemassa lääkärin (MD) kanssa. Molemmat ammattikunnat toimivat nykyään niin perus- kuin erikoissairaanhoidossa, tekevät diagnooseja ja määräävät lääkkeitä sekä tekevät kirurgisia operaatioita. Koulukunnat kuitenkin opiskelevat eri yliopistoissa ja saavat eri toimiluvat, vaikka opiskelevat ja tekevät käytännössä samoja asioita. Osteopaattisen lääkärin koulutukseen on hieman helpompi päästä kuin lääkärin. Merkittävin käytännön ero lienee siinä, että osteopaateille opetetaan myös erilaisia manuaalisia hoitotekniikoita, kuten nivelkäsittelyitä, ja osteopaattista hoitofilosofiaa. (Gevitz 2004, 105–118, 165–181.)

Eurooppaan osteopatia päätyi Ison-Britannian kautta Yhdysvalloissa opiskelleen englantilaisen lääkärin ja osteopaatin perustaessa Lontooseen vuonna 1915 ensimmäisen oppilaitoksen (iO 2021, UCO 2021). Toisin kuin synnyinmaassaan, Euroopassa osteopatia on koko olemassaolonsa ajan pitänyt selvän pesäeron muihin hoitoaloihin ja pysynyt omanlaisenaan manuaalisen terapian alana. Osassa Euroopan maista, kuten Suomessa ja Isossa-Britanniassa, osteopatia on tunnustettu terveydenhuollon alaksi siinä missä kiropraktiikka tai jalkaterapiakin. Sen sijaan monessa maassa osteopaatteja ei ole hyväksytty osaksi terveydenhuollon ammattihenkilöitä, vaan se on sääntelemätöntä terveydenhuollon ulkopuolista toimintaa kuten energiahoitajien ja jäsenkorjaajien antama hoito. (Wiesener ym. 2012, EFFO 2021b.)

Vuodesta 1994 saakka suomalaiset osteopaatit ovat olleet osa terveydenhuoltoa nimikesuojattuina ammatillisina, ensin nimikkeellä koulutettu osteopaatti ja vuodesta 2008 alkaen lyhyemmin termillä osteopaatti ilman etuliitettä. Samaan aikaan nimikesuojauksen saivat koulutetun naprapaatin

(nykyisin naprapaatin) ja koulutetun kiropraktikon (nykyisin kiropraktikon) ammatinimikkeet. (Finlex 1994 ja 2007, Valvira 2021a).

Osteopaattien koulutus Suomessa

Suomessa osteopatiaan tutustuttiin ensimmäisen kerran jo vuonna 1934, kun Yhdysvalloissa osteopatiaa oletetusti opiskellut henkilö halusi aloittaa oman praktiikan ylläpidon. Hän ei kuitenkaan saanut oikeutta ammatinharjoittamiseen. 1900-luvun puolivälin jälkeen Suomessa toimi muutamia ulkomailla opiskelleita osteopaatteja, mutta heidän määränsä oli tiettävästi hyvin vähäinen. (Lehtonen 2021, 234–235, 250, 271–277) Määrä alkoi kasvaa, kun osteopatiakoulutus Suomessa alkoi yksityisessä Kairon instituutissa 1980-luvun lopussa. (Pellas 1997, 13, SOL 2021c).

Kaironin jalanjäljissä Suomessa käynnistyi muillakin tahoilla osteopatian koulutusta. 1990-luvun alussa eri tahot järjestivät joitakin lyhyitä osteopatian kursseja (Pellas 1997, 13). Ei ole tarkkaa tietoa, kuinka monta lyhytkurssin käynnystä on saanut Valviran laillistuksen. 1990-luvun puolivälissä oli mahdollista saavuttaa koulutetun osteopaatin nimikesuojaus Valviran edeltäjältä Terveystieteiden tutkimuskeskus TEOLta, mikäli näyttötutkinnossa kykeni osoittamaan omaavansa tarvittavat tiedot muun muassa anatomiasta, biomekaniikasta sekä osteopaattisista tutkimis- ja hoitomenetelmistä (Rantala 2021). Lyhytkurssien tai näyttötutkinnon kautta nimikesuojauksen saaneita osteopaatteja on ollut ilmeisesti vain kourallinen – jos sitäkään.

Osteopatian kenttä laajeni vuosina 1996 ja 2000. Ensin käynnistyi nelivuotisen ortopedisen osteopatian koulutusohjelma Seinäjoen Selkäkeskuksessa ja sittemmin osteopatian ammattikorkeakouluopetus Stadiassa Helsingissä. Molemmat koulutusohjelmat ovat edelleen toiminnassa mutta eri nimissä oppilaitoksissa.

Kairon Instituutti

Kairon Instituutissa opetus alkoi elokuussa

1988. Alkuun koulutus oli kolmivuotinen mutta muuttui vuodesta 1992 alkaen nelivuotiseksi. Koulutus suunnattiin henkilöille, jotka työskentelivät jo terveys- tai hyvinvointialalla. Ensimmäisessä kahdessa opetusryhmässä osteopatian opetus painotui enemmän nivelten manipulaatiohoitoin kuin myöhemmässä vaiheessa. Instituutin rehtorin Antti Pietiäisen mukaan hoito oli alussa lähellä kiropraktiikkaa tai myöhempää osteopatian suuntausta ortopedista osteopatiaa. Pietiäinen kuitenkin vaati, että opetetun hoitomuodon tulisi muuttua pehmeämpään suuntaan tai muutoin osteopatian opetus koulussa lakkaisi. Pääopettaja Christer Pellas lähtikin tämän myötä opiskelemaan klassista osteopatiaa, kuten kranaaliosteopatiaa, Englantiin. (Pellas 1997, Pietiäinen 2021.)

Kaironin uusi opetussuunnitelma valmistui vuonna 1992. Opettajina ja kehittäjinä merkittävässä roolissa toimivat Pellaksen ja Pietiäisen lisäksi ruotsalainen Sten Bolin ja englantilainen Margaret Bowyer. Hoitomuotoa alettiin kutsua tällöin klassiseksi osteopatiaksi. Sen ajateltiin olevan lähellä osteopatian alkuperäisten oppi-isien hoitoja ja filosofioita. Osteopatian kehittäjän oppilashan oli perustanut koulun Lontooseen ensimmäisen maailmansodan aikana, ja klassinen osteopatia oli siten suoraan alenevassa polvessa tulevaa tietotaitoa. (Kairon Instituutti 2009, Pietiäinen 2021.)

Osteopaattien nimikesuojauksen taustalla oli Pietiäisen ja Pellaksen pitkäaikainen työ TEO:n suuntaan 1990-luvun alussa. Samalla avautui ovi myös naprapaattien ja kiropraktikkojen nimikesuojaukselle. (Pietiäinen 2021.)

Opetus Kairon Instituutissa sisälsi valtaosan toiminta-ajastaan 32 lähiopetusviikkoa neljän vuoden aikana eli kahdeksan viikkoa vuodessa. Viides opiskeluvuosi otettiin käyttöön 2000-luvulla, kun ohjattu klinikkaharjoittelu tuli osaksi opetussuunnitelmaa. Lähiviikkojen määrä nousi ohjatun harjoittelun myötä neljällä, mutta varsinaisten opetusviikkojen määrä säilyi ennallaan. (Kairon Instituutti 2009, Pietiäinen 2021.)

Kaironissa järjestettiin yhteensä 13 osteopatian koulutusryhmää vuosien 1988–2009 välisenä aikana. Rehtori Pietiäinen

päätti luopua 2000-luvun lopussa osteopatian opetuksesta Instituutissa halutessaan keskittyä kehittämänsä tunneterapiakoulutuksen järjestämiseen. Osittain syynä oli myös pääopettajana toimineen Pellaksen vaihtuminen. (Pietiäinen 2021.)

Osteopatiakoulu Atlas

Klassisen osteopatian opetus ei päättynyt Suomessa Kairon Instituutin päätöksen myötä. Viimeisessä, vuonna 2009 valmistuneessa, Kaironin opiskelijaryhmässä ollut opiskelija halusi perustaa oman klassisen osteopatian koulun. Vuonna 2009 Espoossa aloittikin Osteopatiakoulu Atlas. Moni Kaironissa aiemmin toiminut opettaja siirtyi opettamaan tässä uudessa oppilaitoksessa. (Osteopatiakoulu Atlas 2021a, Pietiäinen 2021.)

Osteopatiakoulu Atlaksessa (Atlas) opetus on Kaironin esimerkin mukaisesti suunnattu terveydenhuollossa jo toimiville henkilöille, kuten koulutetuille hierojille ja fysioterapeuteille. Laajuus on 240 opintopistettä ja kesto neljä vuotta. Atlaksesta on valmistunut syksyyn 2021 mennessä kahdeksan ryhmää. Yhtä vuotta lukuun ottamatta joka vuosi on aloittanut uusi vuosikurssi. (Lehmuskoski 2021a ja 2021b, Osteopatiakoulu Atlas 2021b.)

Opetus pohjautuu nykyään osteopatian eurooppalaiseen CEN-standardiin, ja koulutus on auditoitu tätä varten. CEN-standardi sisältää laajasti erilaisia osteopaattisia hoitomenetelmiä – niin uudempia kuin perinteisiä. Esimerkiksi kranaali- ja viskeraaliosteopatia kuuluvat standardin opetussisältöön. Viskeraaliosteopatia on 1980-luvulla Ranskassa kehitetty osteopaattinen hoitomenetelmä, jossa käsitellään sisäelinten alueita. (Guillaud ym. 2018, Lehmuskoski 2021a.)

Klassista osteopatiaa ei standardin myötä Atlaksessa enää tuoda samalla tavalla esille, vaan on päätetty käyttää termiä osteopatia ilman etuliitteitä. Koulutus sisältää kuitenkin entiseen tapaan kaikki klassisen osteopatian sisällöt. (Lehmuskoski 2021a.)

Neljän vuoden koulutuksen aikana yhdellä ryhmällä on opetusta kahdeksan viikkoa vuodessa. Opettajina toimii sekä suomalaisia että ulkomaisia osteopaatteja. Koulutuksen

hinta neljän vuoden ajalta on 31 158,19 euroa. Opetukseen ei kuulu korkeakouluopintoja. (Osteopatiakoulu Atlas 2021a, 2021b.)

Seinäjoen Selkäkeskus

Vuonna 1989 alkoi Jämsässä Timo Rantalan järjestämänä kaksi vuotta kestävä nivelmanipulaatiokoulutus. Rantala oli niitä harvoja, jotka saivat koulutetun osteopaatin nimikesuojauksen TEOLta ilman virallisen koulutuksen suorittamista. Kahden ensimmäisen lyhytkurssin jälkeen koulutus siirtyi ensin Seinäjoelle ja sittemmin Peräseinäjoelle. Opetuksen järjestäjänä toimi Seinäjoen Selkäkeskus. Opetus laajeni nelivuotiseksi vuonna 1996, ja suuntausta alettiin kutsua ortopediseksi osteopatiaksi. Toinen nelivuotinen ryhmä aloitti vuonna 1999, ja tällöin koulutukseen otettiin mukaan ammattikorkeakouluopinnot. Ne järjestettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulussa ja olivat laajuudeltaan noin puolen vuoden mittaiset (Rantala 2021.)

”Ortopedisen” koulutussuunnan kehittäjä Rantala ei halunnut sekoittaa hoitomuotoa klassiseen osteopatiaan suurien hoitotekniikoiden ja hoitofilosofien eroavaisuuksien vuoksi. Ortopedinen osteopatia pohjautui alusta saakka voimakkaasti ortopedisiin kliinisiin testeihin, neurologian ja anatomian osaamiseen sekä radiologian. Pääopettajana toimi Rantala, mutta sen lisäksi erikoislääkäreillä ja ammattikorkeakoululla oli merkittävä osuus opetuksessa. Taustalla oli silloisen TEO:n kanssa tehty sopimus, jolla varmistettiin monipuolinen terveydenhuollon koulutus ja mahdollistettiin koulutetun osteopaatin nimikesuojaus. (Rantala 2021.)

Seitsemäs ja viimeinen nelivuotinen koulutus käynnistyi vuonna 2006. Vastuupettaja Rantala halusi kuitenkin vähentää työtaakkaansa ja luopua opetuksen järjestämistä vastuusta. Hän päätyi myymään koulutuksen kahdelle silloiselle opiskelijalleen, jotka toimivat hierontakoulun opettajina Helsingissä. Sopimukseen kuului, että Rantala vastaisi vielä kahden ensimmäisen ryhmän opettamisesta uudessa oppilaitoksessa. Ortopedisen osteopatian opetus jatkuikin Helsingissä Pasilassa. (Rantala 2021.)

Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus

Osteopatian opetus Ortopedisen osteopatian koulutuskeskuksessa (OOKK) alkoi vuoden 2008 helmikuussa. Ensimmäiset kolme ryhmää, eli vuosina 2008, 2009 ja 2010 aloittaneet, suorittivat ammattikorkeakouluopinnot vanhaan malliin vielä Seinäjoen ammattikorkeakoulussa. Vuodesta 2013 eteenpäin järjestämisestä on vastannut Laurea-ammattikorkeakoulu. Opetus järjestetään Laurean Tikkurilan kampuksella. Osteopaatin 240 opintopisteen tutkinnosta Laureassa on opiskeltu 34–38 opintopistettä. Aineet ovat sisältäneet muu muassa terveydenhuollon lainsäädäntöä, vieraita kieliä ja erikoislääkäreiden luentoja. (Haikonen 2021, Laurea 2016 ja 2019.)

Opetussuunnitelma OOKK:ssa jatkui aluksi samankaltaisena kuin se oli ollut Seinäjoen Selkäkeskuksessa aiemmin. Pääsyvaatimuksena myös säilyi aiempi terveydenhuollon tutkinto. Vuodesta 2015 alkaen opetussuunnitelmaa uudistettiin nykyaikaista näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa korostavaksi. Joistakin tutkittuun tietoon perustumattomista hoitomuodoista luovuttiin, ja opetus keskittyi tuki- ja liikuntaelinvaikeiden hoitoon sekä yleiseen terveyden edistämiseen. Manuaaliterapian lisäksi terapeuttisen harjoittelun ja kuntoutuksen roolia nostettiin merkittävästi. Passiivinen hoito-ote vaihtui aktiivisempaan, kuntoutujan omaa roolia korostavaan suuntaan. (Haikonen 2021, OOKK 2021b.)

CEN-standardia OOKK:ssa ei ole toistaiseksi haluttu ottaa käyttöön, koska auditointi vaatisi kraniaali- ja viskeraaliosteopatian opettamista osana koulutusohjelmaa. OOKK:n näkemyksen mukaan tutkimusnäyttöä ei ole tarpeeksi perustelemaan hoitojen vaikuttavuutta. (Haikonen 2021.)

Osteopatiaopiskelijoilla on opetusta 44 lähiopetusviikkoa neljän vuoden aikana. Näistä kymmenen järjestetään Laureassa. Lähiopetusviikkojen lisäksi on erikoislääkäri- tai asiantuntijaluentoja muutamina viikonloppuina sekä etäseminaareja tietyistä teoria-aiheista lähiopetusviikkojen ulkopuolella. Koulutuksen hinta neljän vuoden ajalta on 22 400 euroa. Vuoden 2021 syksyyn mennessä

OOKK:sta on valmistunut kymmenen ryhmää. Lisäksi neljä ryhmää opiskelee tällä hetkellä rinnakkain. (Haikonen 2021, OOKK 2021a, Opetussuunnitelma OOKK 2021.)

Ammattikorkeakoulu – Stadia ja Metropolia

Ammattikorkeakoulu Stadiassa Helsingissä alkoi vuonna 2000 ensimmäinen, ja toistaiseksi ainoa, ammattikorkeakoulutasoinen osteopatian opetus Suomessa. Oppilaitos vaihtoi nimensä vuonna 2008 Metropolia Ammattikorkeakouluksi. (Metropolia 2015.)

Osteopatian opetus on Metropoliaassa nelivuotista päiväopiskelua. Aiempaa terveydenhuollon tutkintoa ei tarvita opintojen aloittamiseen. Haku-aika on kerran vuodessa, ja opiskelu on yksityisistä oppilaitoksista poiketen ilmaista. Metropolia on auditoitu CEN-standardiin. Opetus sisältää niin klassisen kuin viskeraaliosteopatian, erilaisia pehmytkudostekniikoita ja nivelmanipulaatioita. Opiskeluihin kuuluva työharjoittelu toteutetaan Metropolian omissa HyMy-kyläissä. (Metropolia 2021a ja 2021b.)

Metropoliaassa alkoi vuoden 2021 syksyllä ensimmäinen Suomessa järjestetty osteopatian ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Koulutuksen Metropolia järjestää yhteistyössä ruotsalaisen Skandinaviska Osteopathögskolanin kanssa. Tutkinnon laajuus on 90 opintopistettä, ja sen suorittamalla saa tutkinnon osteopaatti (yamk). Koulutukseen hakukelpoisia olivat suomalaisessa ammattikorkeakoulussa tai ulkomaisessa korkeakoulussa opiskelleet sekä suomalaisesta CEN-standardia noudattavasta muusta kuin ammattikorkeakoulusta valmistuneet osteopaattit. (Metropolia 2021c, Rinne 2021.)

Määrä ja koulutustausta

Valvira merkitsee suoraan kaikki ammattikorkeakoulusta valmistuneet osteopaattit Terhikki-rekisteriin nimikesuojatuiksi terveydenhuollon ammattilaisiksi. Sen sijaan sääntelemättömistä eli yksityisistä oppilaitoksista valmistuneet joutuvat hakemaan nimikesuojausta Valviralta erikseen. (Valvira 2021b ja 2021c).

Vaikka kaikki nimikesuojatut osteopaattit Suomessa näkyvät Terhikin rekisterissä osteopaatteina, Valvira merkitsee valmistuneet eri tavoin. Valvirasta saadun tiedon mukaan ”Osteopaatti AMK” rekisterimerkinnän saavat vain ammattikorkeakoulusta valmistuneet osteopaattit. Osteopatiakoulu Atlaksesta ja Ortopedisestä osteopaatin koulutuskeskuksesta valmistuneet kirjataan rekisteriin merkinnällä «osteopaatin koulutus». (Mikkonen 2018.) Lisäksi ulkomailta valmistuneet merkitään vielä erikseen (Kairakari 2021.)

Suomessa oli 15.10.2021 nimikesuojattu osteopaatin ammattioikeus voimassa 621 henkilöllä. Heistä 574 oli alle 65-vuotiaita. Nimikesuojattuja naprapaateja oli rekisterissä 232 henkilöä, joista 206 oli alle 65-vuotiaita. Nimikesuojattuja kiropraktikkoja puolestaan oli rekisterissä 126 henkilöä, ja näistä 114 oli alle 65-vuotiaita. (Kairakari 2021.)

Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita osteopaateja, eli Stadiassa tai Metropoliaassa opiskelleita, oli 232 henkilöä, mikä on hieman yli kolmannes kaikista valmistuneista. Ulkomailla tutkinnon oli opiskellut 15 henkilöä. 374 henkilöä oli suorittanut sääntelemättömän tutkinnon kotimaassa. (Kairakari 2021.)

Yhdistykset

Osteopaateilla on Suomessa kaksi edunvalvontayhdistystä: Suomen Osteopaattiliitto ry (SOL) ja Suomen ortopediset osteopaattit ry (Soory). Jäsenet ovat jakautuneet melko tasaisesti kahteen yhdistykseen: SOL:ssa jäseniä oli 140 valmistunutta sekä lisäksi 30 opiskelijajäsentä, Sooryssä puolestaan 124 valmistunutta ja 22 opiskelijaa. (EFFO 2021c, Lindholm 2021, Soory 2021.) Järjestäytymisaste osteopaateilla on siis noin 45 prosenttia.

Yhdistykset ovat perinteisesti olleet vain tietyistä kouluista valmistuneiden osteopaattien edunvalvojia ja ottaneet ainoastaan näitä jäsenikseen: SOL ammattikorkeakoulusta ja Atlaksesta sekä tämän edeltäjästä, Kairon Instituutista. Soory puolestaan hyväksyy vain Ortopedisestä osteopatian koulutuskeskuksessa ja tämän edeltäjässä Seinäjoen Selkäkeskuksessa opiskelleet. Vuodesta 2021

alkaen SOL on sallinut myös ortopedisten osteopaattien liittyä jäsenikseen. (SOL 2021b, Soory 2021.)

Yhdistykset ovat myös hyvin integroituneita edustamiinsa oppilaitoksiin: SOLin hallituksen seitsemästä varsinaisesta jäsenestä puheenjohtaja sekä kolme rivijäsentä toimii osteopatian opettajana joko ammattikorkeakoulu Metropoliasissa, Osteopatiakoulu Atlaksessa tai molemmissa (SOL 2021a). Sooryn hallituksen viidestä jäsenestä yksi on opettajana OOKK:ssa (Soory 2021). SOL:ssa siis 57 prosenttia ja Sooryssa 20 prosenttia hallituksen jäsenistä ovat osteopatian opettajia.

Edunvalvonnan lisäksi yhdistykset antavat lausuntoja edustamiensa oppilaitosten koulutuksista. Esimerkiksi vuonna 2014 SOL antoi Valviralle Atlaksen koulutusohjelmaa puoltavan lausunnon Valviran selvitettyä osteopatiakoulujen toimintaa. (Mikkonen 2018.)

Lopuksi

Osteopatia on suurin suomalaisen pitkän koulutuksen vaativista manuaaliterapian aloista. Määrä on yli 2,5-kertainen naprapaattien ja viisinkertainen kiropraktikkojen määrään nähden. Tästä huolimatta pitkän koulutuksen saaneiden manuaaliterapian ammattilaisten kokonaismäärä Suomessa on vähäinen. Tämä on tietäksemme ensimmäinen katsaus, jossa pyritään selvittämään laajemmin osteopatian historiaa ja valmistuneiden ammattilaisten määriä Suomessa.

Osteopatian kenttä Suomessa on kirjava, ja eri oppilaitosten välillä on eroja opetussuunnitelmien tasolla. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon asettamat vaatimukset ulottuvat kuitenkin kaikkien Valviran hyväksymien, terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten toimintaan ja asettavat raamit koulutuksille. Suomalaiset osteopatian järjestöt eivät ole toistaiseksi ottaneet julkisesti kantaa tai tehneet näyttöön perustuvia arvioita osteopatiassa käytettyjen hoitomuotojen tehosta ja vaikuttavuudesta.

Tämän artikkelisarjan toisessa osassa tarkastelemme osteopaattikoulutuksessa olevia erilaisia hoitomenetelmiä. Lisäksi

tutustumme interventioista esitettyihin vaikutusmekanismeihin ja filosofioihin.

Tulosten merkitys: Osteopatia on kasvattanut jalansijaa manuaaliterapian alana Suomessa viimeisen 30-vuoden aikana. Alan ammattilaisten määrä kasvaa vuosittain, mutta pysynee alle tuhannessa vielä pitkään. Kuntoutuksen kokonaistenäkökulmasta manuaaliterapian alat – osteopatia, naprapatia ja kiropraktiikka – ovat toistaiseksi pysyneet vähäisessä roolissa, kun manuaaliterapeutit toimivat vain yksityisellä sektorilla.

Tiivistelmä

Osteopatia on manuaaliterapiaan eli käsin tehtävään hoitoon perustuva terveydenhuollon ala. Osteopaatit ovat nimikesuojattuja ammattihenkilöitä, jotka rekisteröidään Valviran Terhikki-rekisteriin. Osteopatian juuret ovat 1800-luvun lopun Yhdysvalloissa, josta se kulkeutui 1900-luvulla Eurooppaan. Suomessa osteopaatteja on koulutettu vuodesta 1988, ja nimikesuojauksen osteopaatit saivat vuonna 1994 samaan aikaan naprapaattien ja kiropraktikkojen kanssa. Tällä hetkellä osteopatiaa opetetaan Suomessa kolmessa oppilaitoksessa: yhdessä ammattikorkeakoulussa ja kahdessa yksityisessä osteopatiakoulussa. Yhteensä Terhikkiin rekisteröityjä osteopaatteja on 621, joista ammattikorkeakoulusta valmistuneita on 232 ja yksityisistä oppilaitoksista 374.

Asiasanat: osteopatia, manuaaliterapia, koulutus, historia, ammattilaisten määrä

Kiitokset

Haluamme kiittää kaikkia tietolähteitämme, jotka mahdollistivat tämän artikkelin kirjoittamisen. Erityisesti haluamme osoittaa arvostuksemme vastauksista Kairon Instituutin rehtorille Antti Pietiäiselle ja ortopedisen osteopatian kehittäjälle Timo Rantalalle, jotka antoivat meille

merkittävästi uutta tietoa osteopatian suomalaisesta historiasta 1980-luvulta alkaen. Lisäksi haluamme kiittää hammaslääkäri Vladimir Heiskasta ja toimittaja Juha Matias Lehtosta arvokkaista kommentteista ja neuvoista artikkelin kirjoittamiseen liittyen.

Elessar Hopeapuu, TtM, fysioterapeutti, osteopaatti, koulutettu hieroja, tutkintovastava, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus (Helsinki), Tarton yliopisto

Anssi Ulvinen, jalkaterapeutti, osteopaatti, opintosuunnittelija, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus (Helsinki)

Lähteet

- ATSU – Andrew Taylor Still University of Health Sciences (2021) A.T. Still Biography. Verkkosivusto: <https://www.atsu.edu/museum-of-osteopathic-medicine/museum-at-still>. Viitattu 20.10.2021.
- EFFO – European Federation of Forum for Osteopathy (2021a) Description of Osteopathy. Verkkosivusto: <https://www.effo.eu/description-of-osteopathy/>. Viitattu 8.10.2021.
- EFFO – European Federation of Forum for Osteopathy (2021b) Regulation of Osteopathy in Europe. Verkkosivusto: <https://www.effo.eu/regulation-in-europe/>. Viitattu 8.10.2021.
- EFFO – European Federation of Forum for Osteopathy (2021c) Suomen Osteopaattiliitto Ry – Finlands Osteopatiförbundet Rf. Verkkosivusto: <https://www.effo.eu/members/suomen-osteopaattiliitto-ry-finlands-osteopatiforbund-rf/>. Viitattu 13.10.2021.
- Finlex (1994) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Finlex (2007) Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1 §, 20.12.2007/1338. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940564>.
- Gevitz N (2004) The DOs: Osteopathic Medicine in America. 2nd ed. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, U.S.A.
- Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N (2018) Reliability of diagnosis and clinical efficacy of visceral osteopathy: a systematic review. BMC Complement Altern Med 18, 1, 65. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2098-8>.
- Haikonen J (2021) Puhelinkeskustelu E. H.:n kanssa 24.10.2021.
- io – The Institute of Osteopathy (2021) History of Osteopathy. Verkkosivusto: <https://www.ioosteopathy.org/the-io/history-of-osteopathy/>. Viitattu 30.10.2021.
- Kairakari A (2021) Sosiaali- ja terveystieteiden valvontavirasto Valvira. Sähköinen tiedonanto 18.10.2021.
- Kairon instituutti (2009) Klassisen osteopatian OPS, diplomiosteopaatin koulutusohjelma.
- Laurea – Laurea-ammattikorkeakoulu (2016) Ortopedinen osteopatia – AMK-opinnot 2016–2018.
- Laurea – Laurea-ammattikorkeakoulu (2019) Ortopedinen osteopatia – AMK-opinnot 2019–2021.
- Lehmuskoski T (2021a) Puhelinkeskustelu A. U.:n kanssa 27.10.2021.
- Lehmuskoski T (2021b) Sähköinen tiedonanto 29.10.2021.
- Lehtonen JM (2021) Terveys ja humpuuki. Kaikki mikä parantamisessa on mennyt vikaan. Tammi, Helsinki.
- Lindholm M (2021) Puhelinkeskustelu E. H.:n kanssa 20.10.2021.
- Metropolia (2015) Osteopatian tutkinnon 15-vuotinen menestystarina. 28.09.2015. Verkkosivusto: https://www.metropolia.fi/ajankohtaista/uutiset/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=5213&cHash=6847260b158f6212f387ef8ca7510b96. Viitattu 9.10.2021.
- Metropolia (2021a) Opetussuunnitelmat osteopatia. Verkkosivusto: <https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70310/SXF21S1/year/2021>. Viitattu 30.10.2021.
- Metropolia (2021b) Osteopatiapalvelut opiskelijatyönä. Verkkosivusto: <https://www.metropolia.fi/fi/asiakastyot-ja-palvelut/hyvinvointi-ja-terveyskyla/osteopatiapalvelut>. Viitattu 30.10.2021.
- Metropolia (2021c) Osteopatia, ylempi AMK-tutkinto, Master's Degree in Osteopathy. Verkkosivusto: <https://www.metropolia.fi/fi/opiskelu-metropoliassa/ylemmat-amk-tutkinnot/osteopatia>. Viitattu 30.10.2021.
- Mikkonen M (2018) Ryhmäpäällikkö, Valvira. Sähköinen tiedonanto 29.10.2018.
- OOKK – Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus (2021a) Koulutus. Verkkosivusto: <https://www.oookk.fi/koulutus>. Viitattu 30.10.2021.
- OOKK – Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus (2021b) Ortopedinen osteopatia. Verkkosivusto: <https://www.oookk.fi/ortopedinen-osteopatia>. Viitattu 30.10.2021.
- Opetussuunnitelma OOKK (2021) Opetussuunnitelma 2021–2025. Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus.
- Osteopatiakoulu Atlas (2021a) Koulu. Verkkosivusto: <https://osteopatiakoulu.fi/koulu/>. Viitattu 30.10.2021.
- Osteopatiakoulu Atlas (2021b) Opiskelu. Verkkosivusto: <https://osteopatiakoulu.fi/opiskelu/>. Viitattu 30.10.2021.
- Pellas C (1997) Klassisen osteopatian perusteet. Natura Medicina, Espoo.
- Pietiäinen A (2021) Rehtori. Kairon Instituutti. Puhelinkeskustelu E. H.:n kanssa 19.10.2021.
- Rantala T (2021) Puhelinkeskustelu E. H.:n kanssa 9.10. ja 24.10.2021.

- Rinne S (2021) Metropolian tutkintovastaava. Sähköinen tiedonanto 19.1.2021.
- SOL – Suomen osteopaattiliitto (2021a) Hallitus. Verkkosivusto: <https://osteopaattiliitto.fi/hallitus/>. Viitattu 14.10.2021.
- SOL – Suomen osteopaattiliitto (2021b) Osteopaattiliiton jäsenyys. Verkkosivusto: <https://osteopaattiliitto.fi/liity-jaseneksi/>. Viitattu 14.10.2021.
- SOL – Suomen osteopaattiliitto (2021c) Osteopatian historia. Verkkosivusto: <https://osteopaattiliitto.fi/historia/>. Viitattu 8.10.2021.
- Soory – Suomen ortopedisen osteopaatit ry (2021) Sähköiset tiedonannot 13.10.2021 ja 1.11.2021, puheenjohtaja Mia Lindholm.
- Still AT (1897) *Autobiography of A. T. Still*. Published by the author, Kirksville, U.S.A.
- Still AT (1910) *Osteopathy Research and Practice*. Published by the author, Kirksville, U.S.A.
- UCO – University College of Osteopathy (2021) A brief history of osteopathy. <https://www.uco.ac.uk/about-osteopathy/what-osteopathy/brief-history-osteopathy>. Viitattu 30.10.2021.
- Valvira (2021a) Ammattioikeudet. Verkkosivusto: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>. Viitattu 9.10.2021.
- Valvira (2021b) Osteopaatit. Verkkosivusto: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/osteopaatit. Viitattu 9.10.2021.
- Valvira (2021c) Koulutus Suomessa. Verkkosivusto: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/koulutus-suomessa>. Viitattu 9.10.2021.
- Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi H, Hök J, Roberti di Sarsina P, Fønnebo V (2012) Legal status and regulation of CAM in Europe. Part I - CAM regulations in the European countries. https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/CAMBrella-WP2-part_1final.pdf. Viitattu 9.10.2021.
- Ylinen J, Piispanen J, Silen K, Airaksinen O (1996) Manipulaatiokoulukunnat kiropraktiikka, naprapatia ja osteopatia - vaihtoehtohoidoista lääketieteeseen. *Duodecim* 112, 14, 1264–1273.

KUNTOUTUKSEN KOULUTUKSEN TUTKIMUS SUOMESSA KIRJALLISUUS- KATSAUKSEN VALOSSA

Viime vuosina ajankohtainen kuntoutuksen uudistaminen on tuonut kuntoutuksen osaamista tuottavat koulutukset huomion kohteeksi. Tilannekuvaa tarvitaan, jotta kuntoutuksen koulutusten toimivuutta sekä tutkimusta voidaan kehittää. Maaliskuussa 2021 toimintansa aloittaneessa Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumissa (KunFo) tarkastelun kohteena ovat useat eri kuntoutuksen ammattilaiset. Tämän artikkelin kirjallisuuskatsaus on tehty osana KunFo:n toimintaa. Katsauksen tarkoituksena oli koota kuntoutuksen koulutuksesta Suomessa saatavilla olevaa tutkimustietoa, jotta voitaisiin tehdä päätelmiä tutkimustiedon mahdollisista puutteista sekä kuntoutuksen koulutuksen tutkimus- ja kehittämistarpeista. Järjestelmällisen tiedonhaun jälkeen katsaukseen mukaan otettuja artikkeleita oli 50. Tutkimuksissa korostuvia aiheita olivat kuntoutuksen yhteinen osaaminen, moniammatillisuus ja monialaisuus, työelämäyhteistyö, koulutuksen kehittämisverkoston luominen sekä digitaalisuus. Tutkimustiedon vähäisyys koski erityisesti moniammatillisiin ja monialaisiin kuntoutuksen opintoihin kohdentuvaa tutkimusta.

Kuntoutusjärjestelmää uudistetaan sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2017 asettaman kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotusten perusteella (STM 2020). Tavoitteena on yhdenvertainen, oikea-aikainen, kustannustehokas ja ohjattava järjestelmä, jonka avulla vahvistetaan kuntoutujaa pärjäämään omassa toimintaympäristössään. Uudistamiskomitean ehdotukset koskevat muun muassa kuntoutusprosessien kehittämistä, etäkuntoutusta, kuntoutuspalveluiden järjestämistä sekä kuntoutuksen koulutusta ja tutkimusta (STM 2021).

Uudistamiskomitean ehdotuksiin pohjautuen opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM)

sekä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi (KunFo) aloitti toimintansa maaliskuussa 2021. Foorumin tavoitteena on luoda suunnitelma kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämiseksi vuosille 2024–2030. Foorumin tehtäviin sisältyy selvitys työelämän kehittämistarpeista, ehdotukset perustutkintokoulutuksen ja sitä täydentävän koulutuksen rakenteen kehittämisestä sekä ehdotus kuntoutuksen ja sen koulutuksen tutkimusstrategiaksi. (Valtioneuvosto 2021.) Foorumin työskentelyssä on pidetty tärkeänä yhteisen näkemyksen muodostamista kuntoutuksen

koulutuksen ja tutkimuksen nykytilasta sekä osaamis- ja työelämätarpeista. Tämän vuoksi tarkastelun kohteena ovat moniammatillisesti koko kuntoutuksen koulutusketju ja sen ammattilaiset. Foorumin yksi työryhmä on keskittynyt kuntoutuksen koulutuksen nykytilan tarkasteluun ja on sen ohella kartoittanut kuntoutuksen koulutuksen tutkimusta Suomessa.

Tämä artikkeli pohjautuu kartoittavaan kirjallisuuskatsaukseen, jossa selvitettiin kuntoutuksen koulutuksen tutkimusta Suomessa vuosina 2000–2021 sekä koottiin tutkimuksissa esiin nousseita tutkimus- ja kehittämistarpeita. Artikkelit ei edusta laajemmin KunFo:ssa myöhemmin esitettäviä ehdotuksia.

Kartoittavan katsauksen toteutus

Katsauksen tutkimuskysymyksenä oli selvittää, millaista tutkimusta kuntoutuksen koulutuksesta on tehty Suomessa vuosina 2000–2021 sekä millaisia kuntoutuksen koulutuksen tutkimus- ja kehittämistarpeita tutkimuksissa esitetään. Tässä artikkelissa keskitytään jälkimmäisen tutkimuskysymyksen tulosten tarkasteluun. Katsaustyyppiä valittiin kartoittava katsaus (Peters ym. 2020), koska tavoitteena oli etsiä aihealueesta tehtyjä tutkimuksia mahdollisimman kattavasti, ilman valittavalle aineistolle asetettuja metodisia vaatimuksia. Lisäksi tavoitteena oli tarkastella olemassa olevaa tutkimusta ja tutkimuksellisia lähestymistapoja mahdollisimman laaja-alaisesti pyrkien tunnistamaan tutkimusaukkoja sekä lisätutkimuksen tarpeita. Kirjallisuuskatsaus aloitettiin luomalla tutkimusprotokolla, jossa määriteltiin katsauksen tavoitteet, tutkimuskysymys ja menetelmät. Katsauksen raportti kirjoitettiin PRISMA-ScR:ää mukaillen, ja katsaus on tehty noudattaen Joanna Briggs Instituutin (JBI) ohjeistusta kartoittavasta kirjallisuuskatsauksesta (scoping review) (Tricco ym. 2018, Peters ym. 2020).

Tiedonhaku suoritettiin 14.6.2021 käyttämällä tietokantoja Arto, Medic ja Finna. Tutkimuksen kohteena olivat Suomessa vuosina 2000–2021 tehdyt, kuntoutuksen koulutusta koskevat tutkimukset ja selvitykset.

Tutkimuksiin osallistuneiden informanttien joukkoa ei ennakoon määritelty, mutta heidän oletettiin olevan esimerkiksi kuntoutusalan koulutusorganisaatioiden opetushenkilöstöön, opiskelijoihin tai työelämän sidosryhmiin kuuluvia henkilöitä. Kuntoutuksen ammattialoihin tai -nimikkeisiin katsottiin kuuluvan esimerkiksi fysioterapia, toimintaterapia, naprapatia, osteopatia, sosionomi, sosiaalityö, jalkaterapia, kuntoutusohjaus ja geronomi. Tämän katsauksen ulkopuolelle jäivät esimerkiksi lääkäri- ja psykologikoulutus sekä sairaanhoitajakoulutus. Katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten ja selvitysten tuli olla julkaistu suomeksi tai englanniksi. Tutkimukset rajattiin tieteellisen vertaisarvioinnin läpikäyneisiin tutkimusartikkeleihin ja väitöskirjatutkimuksiin sekä sellaisiin selvityksiin ja hanke- ja raportteihin, joihin sisältyi tutkimuksellisia osioita. Aineiston ulkopuolelle jäivät esimerkiksi yliopistojen pro gradu- ja kandidaattitutkimukset sekä ammattikorkeakoulujen opinnäytteet. Katsaukseen sisällytettävien tutkimusten menetelmällisiä lähestymistapoja ei rajattu.

Tietokantojen hakutulokset tuottivat yhteensä 1484 hakutulosta, joista otsikon ja tiivistelmän perusteella hylättiin 1415 artikkelia. Koko tekstin perusteella karsittiin vielä 31 artikkelia. Poissulkemisen syitä olivat muun muassa seuraavat: väärä kohderyhmä, hakutulos ei ollut tutkimus tai viranomais selvitys, kontekstina ei ollut kuntoutusalan koulutus tai julkaisun koko tekstiä ei ollut saatavilla. Katsaukseen valittujen tutkimusten lähdeluetteloiden pohjalta tehtiin vielä erilliset manuaaliset haut, joiden tuottamat 18 hakutulosta lisättiin katsaukseen sisällytettäviin artikkeleihin, joita oli yhteenlasketuna 50. (Ks. kuvio 1 liitteessä.) Hakutulosten seulonta eteni prosessin jokaisessa vaiheessa aina ensin kahden tutkijan (JS ja PV) itsenäisenä työskentelynä, jota seurasi tutkijoiden yhteisymmärrykseen perustuva päätöksenteko.

Tutkimuksia kuvailevat tulokset

Katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten (n = 50) julkaisuvuodet jakaantuivat

tasaisesti viimeisten 20 vuoden ajalle, mutta julkaisujen määrä oli kuitenkin kasvussa. Vuodesta 2015 alkaen tutkimuksia oli julkaistu 28 kappaletta, joka on hieman yli puolet (56 %) kaikista tutkimuksista. Laadullisia tutkimusmenetelmiä käytti 62 prosenttia tutkimuksista. Tutkimuksen kohteena olivat koulutusasteista alempi korkeakoulutus (AMK n = 37), ylempi korkeakoulutus (YAMK n = 4, yliopisto n = 8), ammatillinen koulutus (n = 5) sekä erikoistumiskoulutus (n = 1). Katsauksen artikkeleissa kuntoutusalan opiskelijat ja opettajat edustivat seuraavia kuntoutuksen aloja ja ammattilaisia: fysioterapia (n = 18), sosionomi (n = 14), sosiaalityö (n = 6), toimintaterapia (n = 5), kuntoutusohjaus (n = 5), apuvälinetekniikka (n = 4), naprapatia (n = 4), osteopatia (n = 4), jalkaterapia (n = 4). Kolmessatoista artikkelissa tutkimuksen kohteena oli useita eri kuntoutusalan ammattilaisia, joita ei eritelty.

Kuntoutuksen koulutuksen kehittämisehdotukset

Katsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa tehtiin useita ehdotuksia kuntoutuksen ja sen koulutuksen kehittämiseksi. Näitä olivat:

Teknologia ja digitalisaatio

Katsauksen perusteella teknologiaosaaminen nähdään kuntoutusalan yhtenä keskeisenä tulevaisuuden osaamistarpeena, johon tulisi kiinnittää huomiota niin tutkintorakenteita suunniteltaessa kuin opettajien osaamista ja opetusmetodeja kehitettäessä (Hakala ym. 2012, Jauhiainen ym. 2017, OKM 2019, Holvikivi ym. 2020, Lintula & Paalasmaa 2020). Opettajien tulisi pyrkiä yhdistämään tarkoituksenmukaisia pedagogisia ja teknologisia näkökulmia, ja heidän digiosaamistaan tulisi kehittää ja tukea. Lisäksi opettajien tietoisuutta erilaisista digitaalisista oppimisympäristöistä ja työkaluista tulisi lisätä. (Huhtasalo 2019, Mikkonen ym. 2019, Männistö ym. 2020, Rajalahti ym. 2020, Mikkonen ym. 2021). Koulutusrakenteissa teknologian katsottiin tuovan lisää mahdollisuuksia kuntoutusalojen yhteisten verkko-opintojen sekä oppilaitosten välisen avoimen tiedonjaon kehittämiseksi (Kokkonen & Holvikivi

2018, Holvikivi ym. 2020, Lintula & Paalasmaa 2020). Kuntoutuksen tulevaisuuden kehittämistarpeiden näkökulmasta mainittiin muun muassa digikuntoutus, etäohjaus, digimateriaalin tuottaminen sekä erilaiset teknologiset ratkaisut kuntoutuksen tukena (Holvikivi ym. 2020).

Työelämälähtöisyys ja -yhteistyö

Kehittämisehdotusten perusteella kuntoutuksen koulutusta ja koulutusohjelmia tulisi kehittää työelämälähtöisesti ja työelämän edustajia tulisi osallistaa kehittämistyöhön, jotta kuntoutuksen koulutus voisi vastata tarkoituksenmukaisella tavalla työelämän muuttuviin osaamistarpeisiin (Kananoja 2007, Juntunen 2010, Helminen 2014). Koulutuksen ja työelämän välillä tulisi olla joustavaa yhteistoimijuutta, ja tahojen välistä dialogia tulisi ehdotusten mukaan vahvistaa (Katisko ym. 2014, Piirainen & Sjögren 2016, OKM 2019). Opettajien tulisi nähdä keskeisenä työnsä sisältönä työpaikkavierailut, työelämän kehittäminen ja yhteistyökumppanuuksien luominen (19, 22). Ohjatussa harjoittelussa ja työssä oppimisen konteksteissa tulisi kehittää arviointia ja opiskelijoiden ja ohjaajien reflektiotaitoja sekä kartoittaa diskursiivisten metodien hyötyjä opiskelijoiden oppimisprosessien tukemisessa (Laitinen-Väänänen 2008, Jämsä 2014, Poikela & Vuoskoski 2016). Yleisesti voidaan todeta, että tutkimuksissa korostettiin tarvetta työelämälähtöisen tutkimuksen lisäämiseksi, esimerkiksi kartoittamaan työelämän mielipiteitä kuntoutuksen koulutuksen tulevaisuuden kehittämislinoista, koulutuksen tuottamasta osaamisesta tai työelämän ja oppilaitosten yhteistyöstä. Katsauksessa mukana olleista tutkimuksista 36 prosentissa hyödynnettiin tutkimusinformantteina työelämän edustajia.

Moniammatillinen ja monialainen yhteistyö

Katsauksen perusteella moniammatillista yhteistyötä tulisi lisätä niin koulutusorganisaatioiden sisällä kuin eri koulutusasteiden ja oppilaitosten välillä. Moniammatillisia ja monialaisia opintoja ja tutkintoja tulisi kehittää, ja niissä tulisi käyttää reflektiivisiä menetelmiä ja yhteistoiminnallisia

toteutustapoja. Moniammatilliseen ja monialaiseen yhteistyöhön ja työskentelykulttuuriin tulisi tottua jo opintojen aikana, sillä kuntoutusalalla tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän monitoimijaisia verkostoja, yhteistoimintaosaamista sekä monimuotoisia yhteistyötaitoja. (Kananoja 2007, Katis-ko ym. 2014, Harra ym. 2016, Piirainen & Sjögren 2016, Jauhiainen ym. 2017, Kangasniemi ym. 2018, Kokkonen & Holvikivi 2018, OKM 2019, Holvikivi ym. 2020, 26). Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan osaamista myös muilta aloilta, kuten käyttäytymistieteistä, teknologiasta, taloustieteistä ja palvelumuotoilusta (Kangasniemi ym. 2018). Yhteistyön osalta korostettiin tulevaisuuden osaamistarpeena verkostotyöskentelytaitoja. Katsottiin, että yhteistyötä edistäviä vuorovaikutustaitoja voidaan oppia moniammatillisissa oppimisprojekteissa (Paukkunen 2003, Hirvonen & Laitinen 2006, Asteljoki 2010, Juntunen 2010, Kangasniemi ym. 2018). Lisäksi todettiin, että koulutusyhteistyötä tulisi lisätä sujuvoittamaan joustavia opintopolkuja ja jatkuvaa oppimista sekä siirtymistä koulutusasteelta toiselle (Piirainen & Sjögren 2016, OKM 2019).

Kuntoutuksen yhteinen tietoperusta ja käsitteet

Moniammatillisuuden edistämiseksi esitettiin kuntoutuksen yhteisen tietoperustan ja käsitteiden luomista, jonka vuoksi koulutukseen tulisi sisällyttää kaikille kuntoutusalan ammattilaisille yhteisiä opintoja ja pedagogisia ratkaisuja (Harra ym. 2016, Piirainen & Sjögren 2016, OKM 2019, Holvikivi ym. 2020). Tästä mainittiin esimerkkinä teknologinen osaaminen ja verkkopedagogiikka (Holvikivi ym. 2016, Holvikivi ym. 2020, Lintula & Paalasmaa 2020). Kehittämisehdotuksissa todettiin, että kuntoutuksen ammattilaisilla tulisi olla yhteinen käsitys kuntoutuksen teoriasta sekä yhteisten teoreettisten käsitteiden käytöstä (Piirainen & Sjögren 2016, Lintula & Paalasmaa 2020). Tätä ajatusta tukevat muun muassa ehdotukset moniammatillisten osaamiskeskusten ja koulutuksen kehittämisverkoston luomiseksi (Kananoja 2007, Harra ym. 2016, Holvikivi ym. 2016). Lisäksi nähtiin, että kuntoutuksen eri koulutustahojen

toimintakulttuureja ja toimintakäytänteitä tulisi yhtenäistää, koska niiden eroavaisuudet voivat olla moniammatillisen toiminnan esteenä (Hirvonen & Laitinen 2006, Asteljoki 2010, Juntunen 2010).

Joustavat koulutusrakenteet

Tutkimuksissa esitettyjen kehittämissuhteiden perusteella kuntoutuksen koulutusrakenteiden tulisi olla joustavia ja nopeasti toimintaympäristön muutoksiin reagoivia, jotta koulutuksella pystyttäisiin vastaamaan työn muuttuviin osaamistarpeisiin mahdollisimman tehokkaasti. Opintoja tulisi pystyä suorittamaan hyödyntäen eri oppilaitosten opintotarjontaa, ja jatkokoulutukseen pääsyn tulisi olla joustavaa, myös jo työelämässä oleville. Joustavuutta opiskeluun toisi myös opiskelijan elämäntilanteen, tavoitteiden ja aikaisempien kokemusten ottaminen huomioon opintojen suunnittelussa, tutorinnissa ja opiskelussa. (Helminen 2014, Harra ym. 2016, Piirainen & Sjögren 2016, Kokkonen & Holvikivi 2018, OKM 2019, Lintula & Paalasmaa 2020).

Johtopäätökset

Katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten perusteella kuntoutuksen koulutuksen tutkimuksessa ja kehittämisessä tulisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota työelämälähtöisyyden lisäämiseen, teknologiaosaamisen korostamiseen, moniammatilliseen ja monialaiseen yhteistyöosaamiseen sekä kuntoutuksen yhteisen tietoperustan luomiseen. Tutkimustoiminnassa tulisi lisätä moniammatillisuuden ja monialaisuuden tarkastelua kuntoutuksen koulutuksissa: toteutuvatko moniammatilliset ja monialaiset opintojen toteutustavat kuntoutuksen koulutuksessa tarkoituksenmukaisella tavalla, tuottavatko ne tavoiteltua osaamista ja perehdytetäänkö kuntoutuksen opiskelijat moniammatilliseen ja -alaiseen yhteistyöhön ja toimintakulttuuriin riittävästi jo opintojen aikana? Lisäksi tutkimustoiminnan yhtenäistä kehittämistä tarvitaan katsauksen tulosten perusteella erityisesti kuntoutuksen koulutuksen tuottamaa osaamista ja ammatillista identiteettiä koskevissa tutkimuksissa. Kuntoutuksen

koulutusta tarkastelevan laadullisen tutkimuksen rinnalla on tarvetta lisätä myös määrällisen tutkimuksen volyymia. Määrällisesti voidaan tarkastella muun muassa koulutusmääriä, opetussisältöjen tuntimääriä, työllistyneiden määriä, työvoimatarpeen määrää tai opiskelun keskeyttäneiden määrää. Kokeellisten tutkimusasetelmien avulla saataisiin myös tietoa koulutusinterventioiden (esim. monialainen koulutus) mahdollisesti tuottamasta muutoksesta oppijoiden tiedoissa, taidoissa tai asenteissa. Myös monimenetelmäinen lähestymistapa voisi tuottaa lisäarvoa tarkasteltavien ilmiöiden entistä laaja-alaisempaan ja moninäkökulmaiseen ymmärtämiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset ja katsauksen tulokset tukevat hyvin toisiaan. Uudistamiskomitea totesi kuntoutuksen tutkimuksen olevan hajanaista (STM 2017). Hajanaisuus ilmenee myös tämän katsauksen tuloksissa. Erityisesti koulutuksen tuottamaan osaamiseen ja ammatilliseen identiteettiin keskittyneet tutkimukset ja niiden aihealueet olivat pirstaleisia. Tutkimuksista ei löytynyt selkeää yhteistä tutkimuskohdetta tai kehitysehdotusta. Yhtenäisyyttä oli kuitenkin havaittavissa koulutusorganisaatioiden ja opetussuunnitelmien tutkimuksissa, joissa korostuvia tutkimus- ja kehittämis-teemoja olivat kuntoutuksen tulevaisuuden osaamistarpeet ja koulutuksen muutostarpeet. Myös koulutushenkilöstöön kohdistuvassa tutkimuksessa selkeitä yhteisiä linjoja olivat teknologian käyttö opetuksessa sekä opettajien oman osaamisen kehittäminen ja arviointi. Tähän isona kokonaisuutena vaikutti valtakunnallisesti tehty TerOpe-kärkihanke, jossa pyrittiin kehittämään valtakunnalliset sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan opettajien osaamisvaatimukset ja oman osaamisen itsearviointimittari sekä luomaan osaamisen kehittämisen malli (Mikkonen ym. 2019, Kotilainen ym. 2020, Mikkonen ym. 2020, Mikkonen ym. 2021).

Katsauksen tulokset tukevat meneillään olevien kuntoutuksen kehittämishankkeiden perustamisen lähtökohtia. Tällä hetkellä valmistelun alla on kuntoutusalan osaamiskeskittymän (OsKu) Kuntoutuksen tiekartta

2030, jonka tavoitteena on kuntoutusosaamisen uudistaminen, jatkuvan oppimisen mahdollisuuksien kehittäminen sekä kuntoutusalan TKI-toiminnan vahvistaminen. Kuntoutusalan osaamiskeskittymän tarkoituksena on kehittää kuntoutusalan koulutusta ja tutkimusta yhteistyössä yliopistojen, tutkimusorganisaatioiden ja toisen asteen kanssa. (STM 2020.) Vuoden 2021 loppuun asti kestävässä SOTETIE-hankkeessa puolestaan kehitetään sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille joustavaa, työelämälähtöistä ja jatkuvaa oppimista tukeva toimintamalli, sähköinen tiekartta, joka tekee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutuksen tarpeen arvioinnin ja opintojen löytämisen nopeaksi ja helpoksi (SOTETIE 2021). Tämä tukee katsauksen tuloksissa esiin nousseita ehdotuksia valtakunnallisen kehittämisverkoston, toimintaverkostomallin ja osaamiskeskusten perustamisesta. Joustavan opiskelun mahdollistamisen tärkeys mainittiin useissa katsauksen tutkimuksissa.

Moniammatillisuus ja monialaisuus sekä siihen kohdistuva tutkimus tulivat katsauksessa esiin yllättävän vähän. Niitä ei myöskään ole mainittu kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksissa, vaikkakin komitean yleisessä kuulemistilaisuudessa ehdotettiin, että uusien maakuntien palveluihin tulisi lisätä kuntoutukseen erikoistuneita moniammatillisia tiimejä. Lisäksi kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelmassa moniammatillisuus mainitaan tärkeänä osana kuntoutuksen suunnittelussa, hyvissä kuntoutuskäytänteissä, varhaisen tuen toteutuksessa ja kuntouttavissa työotteissa. (STM 2020.) Sen ilmenemistä kuntoutuksen koulutuksen opetuksessa ja koulutusrakenteissa ei kuitenkaan ole laajemmin tutkittu. Viimeisinä vuosina aihetta käsitteleviä tutkimuksia löytyi vain yksi kappale (Raukola-Linblom ym. 2021). Tämä herättää pohdintoja siitä, otetaanko moniammatillinen ja monialainen osaaminen jo liiankin itsestäänselvyyttenä, minkä vuoksi se on ollut tähän mennessä vain vähäisen tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteena. Ovatko moniammatillisuus ja monialainen työskentely lähinnä retoriikkaa teorian ja strategian tasolla, ja missä määrin ne näyttäytyvät käytännön toteutuksissa

niin työelämässä, kuntoutuksen koulutuksessa kuin kuntoutuksen opettajankoulutuksessa? Näitä teemoja tulisi tulevaisuudessa tarkastella, jotta kuntoutuksen koulutus voisi mahdollisimman tehokkaasti vastata Kuntoutuksen uudistamiskomitean toimintasuunnitelmaan ja ehdotuksiin kuntoutusalan kehittämiseksi.

Tulosten merkitys: Kuntoutuksen koulutuksissa tulee laajasti ottaa huomioon kuntoutuksen moniammatillisuus ja monialaisuus. Jatkossa tulisi pohtia ja tarkastella, miten koulutuksissa saadaan aikaan monialaisuutta ja vuoropuhelua. Koulutusjärjestelmien yhteistyö sekä eri alojen tuominen yhteen myös koulutuksen aikana on tärkeää, jotta kuntoutuksen moniammatillisuus voisi toteutua.

Tiivistelmä

Kartoittavan katsauksen kirjallisuushaussa kuntoutuksen koulutuksesta Suomessa löytyi yhteensä 50 tutkimusta, selvitystä ja raporttia. Ajallisesti tarkasteltuna tutkimusten määrässä oli nouseva trendi. Katsauksessa kuntoutuksen ammattilaisten joukkoa oli rajattu ja koulutusasteista tutkimuskohteina esiintyivät enemmistöinä ammattikorkeakoulut. Vähiten tutkitu osa-alue oli moniammatillisuuden toteutuminen kuntoutuksen koulutuksissa. Kuntoutuksen koulutuksen kehittämisessä tulisi erityisesti kiinnittää huomiota teknologiaan ja digitalisaatioon, työelämäyhteistyöhön sekä moniammatilliseen ja monialaiseen yhteistyöhön. Moniammatillisuuden edistämiseksi kuntoutuksen ammattilaisilla tulisi olla yhteinen tietoperusta ja teoreettisten käsitteiden käyttö. Tämän vuoksi kuntoutusalojen koulutuksessa tulisi olla yhteisiä opintoja ja pedagogisia ratkaisuja.

Asiasanat: kuntoutus, koulutus, moniammatillisuus, kirjallisuuskatsaus

Jenni Sillantaka, ft (AMK), TtM

Marketta Rajavaara, professori, VTT, Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta

Aija Töytäri, TtT, opetusneuvos, Korkeakoulu- ja tiedepolitiikan osasto, opetus- ja kulttuuriministeriö

Anna-Liisa Salminen, PhD, dosentti, tutkimusprofessori, Kelan tutkimusyksikkö

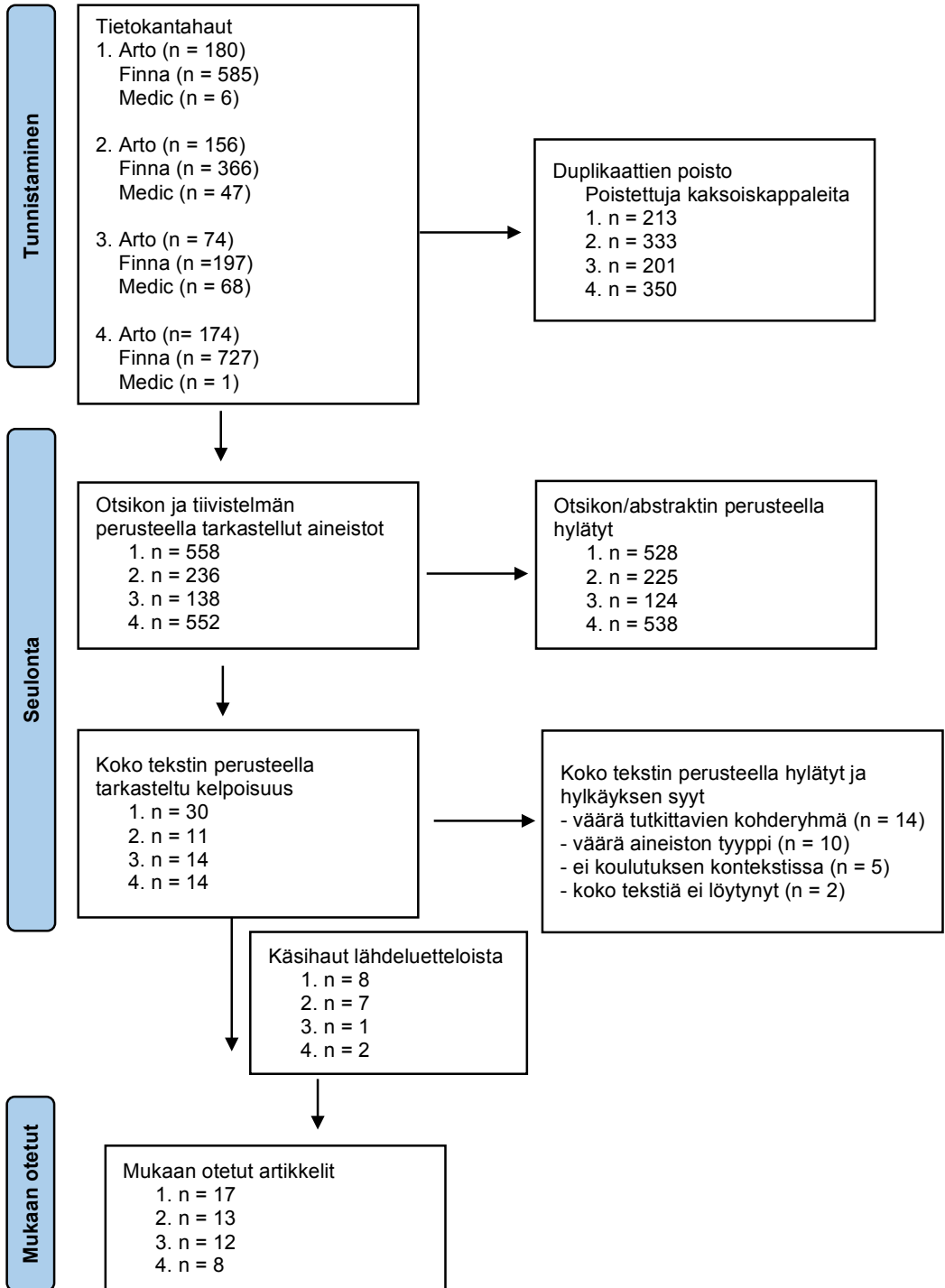
Pirjo Vuoskoski, yliopistonlehtori, FT, liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto

Lähteet

- Asteljoki S (2010) Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan palvelutoiminta yrittäjämäisen ja yhteistoiminnallisen toimintatavan rajapinnassa. Turun yliopisto, Turku.
- Hakala R, Tahvanainen S, Virtanen K (2012) Sosiaali-, terveys- sekä kuntoutus- ja liikunta-alan osaamistarpeiden ennakointi. Oulun seudun ammattiopisto, Tampereen ammattiopisto.
- Harra T, Holvikivi J, Hyrkkänen U, Immonen M, Kiviaho-Tiippa A, Pikkarainen A, Sallinen M, Sihvonen S (2016) Kuntoutusalan koulutuksen uudistaminen ammattikorkeakouluissa: Dialogityöskentelyn tulokset. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä.
- Helminen J (2014) Sosiaalialan työmenetelmien ja kehittämistoiminnan osaajat – Ammattikorkeakoulujen sosiaalialan erikoistumiskoulutukset vahvistamassa ammatillista osaamista. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 8.
- Hirvonen R, Laitinen A (2006) ARVOTEKO – Moniammatillisuus Savonia-ammattikorkeakoulussa ARVO-projektin aikana. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D 6, Kuopio.
- Holvikivi J, Harra T, Kiventausta K, Sipari S (2016) Kuntoutusalan koulutus. Valtakunnallinen selvitys kuntoutusalan koulutuksesta ammattikorkeakouluissa 2015. Metropolia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Holvikivi J, Huovinen J, Katajapuu N, Kinnunen A, Kiviaho-Tiippa A, Kuisma R, Kärkkäinen R, Leskelä J, Lähteenmäki M, Lällä K (2020) Kuntoutuksen osaamisen uudistumisen tulevaisuuden näkymiä. Metropolia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. TAITO-sarja 71.
- Huhtasalo J (2019) Opettajan asiantuntijuus muutoksessa – asiantuntijuus ja sen jakamisen diskurssit digitaalisessa oppimisympäristössä. Kasvatus & Aika 3, 4, 45–64.
- Jauhiainen A, Sihvo P, Jääskeläinen H, Ojasalo J, Hämäläinen S (2017) Skenaariotyöskentelyllä tietoa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluista ja osaamistarpeista. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 9, 2–3, 136–147.
- Juntunen A-L (2010) Uusia työtapoja päiväkotityöhön – tutkimus sosionomi (amk) -koulutuksen asiakastyön harjoittelusta. Oulun yliopisto, Oulu.

- Jämsä U (2014) Kuntoutuksen muutosagentit tutkimus työelämälähtöisestä oppimisesta ylemmässä ammattikorkeakoulutuksessa. Oulun yliopisto, Oulu.
- Kananoja U (2007) Sosiaalialan korkeakoulutuksen suunta. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 43.
- Kangasniemi M, Hipp K, Häggman-Laitila A, Kallio H, Karki S, Kinnunen P, Pietilä A, Saarnio R, Viinamäki L, Voutilainen A, Waldén A (2018) Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39.
- Katisko M, Kolkka M, Vuokila-Oikkonen P (2014) Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Opetushallituksen raportit ja selvitykset 2.
- Kokkonen L, Holvikivi J (2018) Opiskelijoiden ja alumnien toiveet kuntoutuksen opintojen tulevaisuudesta Metropolia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Helsinki.
- Kotilainen A, Mikkonen K, Sjögren T, Korpi H, Koskinen C, Koskinen M, Koivula M, Koskimäki M, Lähteenmäki M-L, Saaranen T, Sormunen M, Salminen L, Mäki-Hakola H, Wallin O, Kuivila H, Tuomikoski A-M, Holopainen A, Kääriäinen M (2020) Sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan opettajien itsearvioitu osaaminen. Oulun yliopisto, Oulu.
- Laitinen-Väänänen S (2008) The construction of supervision and physiotherapy expertise: A qualitative study of physiotherapy students' learning sessions in clinical education. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Lintula L, Paalasmaa P (2020) Osaamista kuntoutukseen kuntoutujan parhaaksi. Metropolia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. TAITO-sarja 72.
- Mikkonen K, Koivula M, Sjögren Y, Korpi H, Koskinen C, Koskinen M, Kuivila H-M, Lähteenmäki M-L, Koskimäki M, Mäki-Hakola H, Wallin O, Saaranen T, Sormunen M, Kokkonen K-M, Kiikeri J, Salminen L, Ryhti I, Elonen I, Kääriäinen M (2019) TerOpe-kärkihanke - Sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan opettajien osaaminen ja sen kehittäminen. Oulun yliopisto, Oulu.
- Mikkonen K, Kuivila H, Sjögren T, Korpi H, Koskinen C, Koskinen M, Koivula M, Koskimäki M, Lähteenmäki M-L, Saaranen T, Sormunen M, Salminen L, Mäki-Hakola H, Wallin O, Holopainen A, Tuomikoski A-M, Kääriäinen M (2021) Social, health care and rehabilitation educators' competence in professional education—Empirical testing of a model. *Wiley Health Sos Care Community*, 00, 1–11. doi:10.1111/hsc.13414.
- Mikkonen K, Tuomikoski A, Sjögren T, Koivula M, Koskimäki M, Lähteenmäki M, Mäki-Hakola H, Wallin O, Sormunen M, Saaranen T, Koskinen C, Koskinen M, Salminen L, Holopainen A, Kääriäinen M (2020) Development and testing of an instrument (HeSoEduCo) for health and social care educators' competence in professional education. *Nurse Education Today* 84.
- Männistö M, Mikkonen K, Kuivila H-M, Koskinen C, Koivula M, Sjögren T, Salminen L, Saaranen T, Kyngäs H, Kääriäinen M (2020) Health and Social Care Educators' Competence in Digital Collaborative Learning: A Cross-Sectional Survey. *SAGE Open* 2020, 1–11.
- OKM (2019) Tutkintoon johtavan koulutuksen kehittäminen tukemaan sosiaali- ja terveystalvelujen uudistamista. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 24.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD ym. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021.
- Paukkunen L (2003) Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen – koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H (2020) Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). Teoksessa E Aromataris, Z Munn (toim.) JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Piirainen A, Sjögren T (2016) Laaja-alainen ja monikerroksinen kuntoutuksen osaaminen. *Jyväskylän yliopisto julkaisuja* 6, Jyväskylä.
- Poikela S, Vuoskoski P (2016) Korkeakoulutuksen arvioinnin käytäntöjä kehittämässä. *Ammattikasvatuksen aikakauskirja* 18, 4, 24–39.
- Rajalahti E, Heinonen J, Eloranta S, Ahonen O, Hinkkanen L, Tiainen M, Kinnunen U-M (2020) Ammattikorkeakouluopettajien monialainen sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan osaaminen. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 12, 3, 198–211.
- Raukola-Lindblom M, Salminen J, Kaukinen M-A, Tuominen M, Österholm E, Karrasch M (2021) Monialaisen koulutuksen hyödyt monin veroin panoksia suuremmat. *Yliopistopedagogiikka* 2021.
- SOTETIE (2021) Hankkeen kuvaus, yhteystiedot ja toimijat. Savonia ammattikorkeakoulu, Kuopio. Blogikirjoitus osoitteessa: <https://blogi.savonia.fi/sotetie/yhteystiedot-ja-toimijat/>
- STM (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41.
- STM (2020) Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 39.
- STM (2021) Kuntoutuksen uudistus. Verkkosivusto osoitteessa: <https://stm.fi/kuntoutuksen-uudistus>
- Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Levac D (2018) PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 169, 467–473. doi: 10.7326/M18-0850.
- Valtioneuvosto (2021) Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi (KunFo) 2021–2023.

Liite.



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen vuokaavio. PRISMA 2020 flow chart (Page ym. 2021).

Kutke ry järjestää

Kuntoutuksen tutkimusseminaari 2023 – Kuntoutus paikallaan ja liikkeessä 23.3.2023

Ohjelmassa erillisluentoja, suullisia esityksiä ja posteriesityksiä
Tule kuuntelemaan ja kertomaan omasta kuntoutuksen tutkimuksestasi!

Tieteellisten tutkimusten ja arviointitutkimusten abstraktien viimeinen
jättöpäivä on 15. tammikuuta 2023. Lisätietoja seminaarista,
ilmoittautumisesta ja abstraktien jättämisestä päivitetään elokuussa.

Seuraa Kutken sivuja www.kutke.fi

Kuntoutus-lehti vuonna 2022

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2022 tuttuun tapaan neljänä numerona, digitaalisesti.
Lehden joulukuun numero 4/2022 on teemanumero ”Erityistä tukea nuorille:
nykytila ja tulevaisuus”.

Tilauksetkäytännöt ja tilaushinnat säilyvät ennallaan.
Lehti luopui maksullisten ilmoitusten julkaisemisesta vuoden 2021 alussa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi
lehdessämme!

kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi

Ilmestymisaikataulu 2022

Nro	Ilmestyy
3	viikolla 41
4 teema	viikolla 50

Kuntoutus 2 | 2022 | 45. vuosikerta
ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu)

Kuntoutus

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

**Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti TAI
tilaukset, osoitteen muutokset ja peruutukset:
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh.0404397183**

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Yhteisötilaukset 300 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry