

Kuntoutus

2015

2

Vaikean aivovamman saaneen
asiakkaan interaktiivinen
neuropsykologinen etäohjaus

Kuntoutuksen teorioista ja
ICF-mallista

Hevosavusteinen kuntoutus- ja
terapiatoiminta Suomessa:
kehitys ja haasteet

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

- ERJA POUTIAINEN
Millaisella tietoperustalla kuntoutusta toteutetaan? 3

TIETEELLINEN ARTIKKELI

- LIISA MARTTILA, MIA TUOMAINEN JA SINIKKA PEURALA
Vaikean aivovamman saaneen asiakkaan interaktiivinen
neuropsykologinen etäohjaus 5

KATSAUS

- AILA JÄRVIKOSKI, KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ
JA ANNA-LIISA SALMINEN
Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista 18

- MAARIT KARHULA, RIIKKA PELTONEN, TIINA SUOMELA-
MARKKANEN JA ANNA-LIISA SALMINEN
Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden seurantamenetelmän
(KAARI) kehittäminen 33

- PÄIVI LAINE, ANNE LAITINEN, SANNA MÄKI-TUURI JA
PAULIINA RAENTO
Hevosavusteinen kuntoutus- ja terapiatoiminta Suomessa:
kehitys ja haasteet 42

- KIRSI VAINIEMI, MARIA ÄTTMAN-HUHTAMÄKI, MARJAANA
PAJUNEN, MAIJA RAUMA JA MARJUT HEVOSMAA
Nuori opiskelemaan ja työhön Kelan ammatillisen
kuntoutuksen tuella 54

KOULUESITTELY

- KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ, MARJATTA MARTIN JA
AILA JÄRVIKOSKI
Kuntoutustiede yliopistojen oppiaineena – yliopistoverkoston
yhteistyönä? 62

HANKE-ESITTELY

- JOHANNA KOSKINEN
Tulevaisuus pelissä – ICF-pohjainen lautapeli kuntoutuksen
suunnannäyttäjänä 66

Aikakauslehtien Liiton jäsen

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto, Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Marketta Rajavaara, Kela; Salla Sipari, Metropolia AMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhaluoma, Minna Mattila-Aalto, Matti Tuusa. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Irtonumero 14 € postituskuluineen **JULKAISIJA** Kuntoutussäätiö | 38. vuosikerta | ISSN 0357-2390 **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Forssa Print

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

MILLAISELLA TIETOPERUSTALLA KUNTOUTUSTA TOTEUTETAAN?

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Pääministeri Sipilän hallitusohjelmasta löytyy kuntoutukseen ja sen lähialoihin liittyviä mainintoja. Työllisyys ja työllisyyspalvelut ovat odotetusti keskeisellä sijalla. On mukava huomata, että tässä yhteydessä korostetaan tieteellisen vaikuttavuustiedon tuottamisen tärkeyttä ja tämän työn riittävää resursointia. Niin ikään osatyökykyisten työllistymismahdollisuuksien tukemiseen liittyvät linjaukset ovat tärkeitä kuntoutusalaa sivuavia teemoja. Toisaalta on ollut hämmentävää lukea systemaattisen tutkimus- ja kehittämistyön pohjalta luodun uuden AURA-kuntoutuksen jäädyttämisaikeista.

Nuorten tukeminen on vahvasti tämänkin hallitusohjelman agendalla. Positiivista on muun muassa etsivän nuorisotyön, työnetsijätoiminnan ja nuorten mielenterveyspalvelujen vahvistaminen sekä pyrkimys löytää malli, jossa vastuu tukea tarvitsevan nuoren asioista on yhdellä taholla.

Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen toimeenpano on kirjattu ohjelmaan osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja eriarvoisuuden vähentämisen toimia. On kiinnostavaa seurata, mitä kokonaisuudistuksella käytännössä tarkoitetaan. Kuntoutusta ja kuntoutusjärjestelmää koskevan tieteellisen tutkimuksen ja tutkimukseen perustuvan systemaattisen kehittämistyön tulisi olla tämän uudistustyön perustana ja samalla myös oleellinen osa uudistusten toimeenpanon seurantaa.

Kuntoutusjärjestelmä on hajanainen ja sen uudistamiselle on perusteensa. Kuntoutustoiminta kohdentuu kuitenkin moniin erityyppisiin tilanteisiin ja tuen tarpeisiin, jolloin myös kuntoutukseen ohjaava tai siitä vastaava järjestelmä, samoin kuin kuntoutusammattilaisten erityisosaaminen, on moninaista. Kuntoutus ei koskaan tule olemaan yhtenäinen toimintamuoto, vaan moniammatillista osaamista edellyttävä ja monialaisista verkostoista koostuva vuorovaikutteinen kokonaisuus. Tämä tosiasia asettaa haasteita kuntoutusjärjestelmän yhtenäisyydelle. Samat monialaisuuden haasteet koskevat myös kuntoutusalan koulutusta.

Kuntoutuksen tutkija ja kehittäjä samoin kuin kuntoutusta toteuttava ammattilainen toimii aina jonkin teoreettisen viitekehyksen ja taustaolettamusten ohjaamana. Tämä viitekehys muotoutuu koulutuksen myötä. Tärkeä kysymys onkin, miten kuntoutuksen koulutus Suomessa toteutuu nyt ja tulevaisuudessa. Kuntoutusta opetetaan ja tutkitaan tiedeyliopistoissa. Lisäksi ammattikorkeakoulut samoin kuin ammatikoulut kouluttavat monille eri erikoisaloille suuntautuvia kuntoutusammattilaisia. Ammattikorkeakoulut tarjoavat myös perustutkin-toja syventävää kuntoutuksen alaan kohdennettua koulutusta. Lisäksi

useissa muissa terveydenhoidon tutkinnoissa ja erikoistumiskoulutuksissa on mukana kuntoutuksen teemoja.

Piiraisen ja Sjögrenin (2015) opetus- ja kulttuuriministeriölle tekemässä, ammattikorkeakoulujen kuntoutusalan koulutuksen nykytilaa ja tulevaisuuden tarpeita koskevassa selvityksessä eri kuntoutuksen alan toimijoista koostuvat vastaajat korostivat hyvinkin yksimielisesti kuntoutuksen yhteisen tietoperustan ja yhteisten käsitteistön tarvetta. Suuri yksimielisyys vallitsi myös siitä, että kuntoutusta koskevan koulutustarjonnan tulisi jatkua perustasosta aina yliopistolliseen jatkotutkintoon asti ja että tieteellinen tutkimus on ammatin kehittymisen kannalta välttämätöntä. Kuntoutuksen yhteisen tietoperustan rinnalla nähtiin tärkeänä myös erityisalueiden vahva osaaminen sekä se, että näyttöön perustuvaa osaamista ja moniammatillista työskentelyä vahvistetaan.

Kuntoutuksen alan toimijoilla on edellä referoidun selvityksen mukaan tietyiltä osin varsin yhtenäinen näkemys siitä, mitä elementtejä kuntoutuksen alan koulutuksen tulisi sisältää. Voidaan kuitenkin kysyä, toteutuvatko nämä visiot nykyisessä kuntoutusalan koulutustarjonnassa tai mitä tiedämme vallitsevista kuntoutusalan koulutuksista, niiden sisällöistä sekä tulevaisuuden suunnitelmista.

Nykyisen kuntoutukseen liittyvän koulutustarjonnan jäsentämiseksi Kuntoutus-lehti aloittaa tässä vuoden 2015 toisessa numerossa alan koulutuksia esittelevän juttusarjan. Sarjan tavoitteena on jakaa tietämystä erilaisista kuntoutukseen liittyvistä koulutuksista sekä herättää keskustelua siitä, mihin alan koulutusta tulisi kehittää tulevaisuudessa. Esittelyn aloittaa tiedeyliopistojen kuntoutuksen alan opetusta ja tutkimusta käsittelevä kirjoitus. Käsillä olevassa lehdessä julkaistaan myös aihetta syventävä kuntoutuksen teoriaperustaa kuvaava katsaus. Tulevissa Kuntoutus-lehden numeroissa jatkamme kuntoutusalan koulutusten monipuolista esittelyä.

Monialaisen asiantuntijaverkoston pyörteessä on tärkeää pitää mielessä kuntoutusasiakkaan oma näkökulma kuntoutukseensa. Tiedetään, että kuntoutujan omaehtoisen toimijuuden lisääminen edistää kuntoutusmotivaatiota ja edesauttaa kuntoutustavoitteiden saavuttamista. Täten on tärkeää kehittää asiakkaan tarpeita ja elämäntilannetta huomiioon ottavia uusia kuntoutusmuotoja sekä tunnistaa kuntoutustilanteet, joissa asiakkaan oman toimijuuden ja elämänhallinnan kokemus toteutuu mahdollisimman hyvin. Käsillä olevassa lehdessä edellä mainittuja teemoja käsitellään esimerkiksi katsauksessa, joka kuvaa kuntoutujan näkökulmaa korostavaa kuntoutuksen seurantamenetelmää. Lehdessä tarjotaan myös näkökulmia kuntoutuksen uusiin muotoihin, kuten etäkuntoutukseen tai eläinavusteiseen kuntoutukseen.

Toivotan kaikille Kuntoutus-lehden lukijoille innostavia hetkiä lehden parissa sekä rentouttavaa ja virkistävää kesäaikaa. Syyskuussa ilmestyvä seuraava Kuntoutus-lehti on työhön kuntoutusta käsittelevä teemanumero.

Erja Poutiainen
päätoimittaja

VAIKEAN AIVOVAMMAN SAANEEN ASIAKKAAN INTERAKTIIVINEN NEUROPSYKOLOGINEN ETÄOHJAUS

Johdanto

Tekniikan ja tietoliikenneyhteyksien kehittyminen on mahdollistanut ihmisten välisen yhteydenpidon ja sosiaalisen osallistumisen erilaisten teknisten apuohjelmien avulla fyysisestä asuinpaikasta riippumatta. Kuntoutuksen viitekehuksesta katsottuna tämä kehitys laajentaa mahdollisuuksia toteuttaa käytännön asiakastyötä etäkuntoutuksena edellyttäen, että käytössä on suojattu yhteys salassapitoon liittyvien eettisten näkökohtien vuoksi. Tarkoituksena ei ole korvata perinteistä kuntoutusta vaan tarjota innovatiivinen vaihtoehto kuntoutuksen toteuttamiseen (Forducey ym. 2003, Caltagirone & Zannino 2008, Ricker ym. 2002, Ricker 2003). Etäkuntoutuksen avulla on alun perin pyritty mahdollistamaan kuntoutuspalveluiden tarjoaminen myös harvaanasuilla alueilla. Etäkuntoutuksen kehittymisen myötä fokukseen on tullut myös kuntoutuspalveluiden laadun parantaminen (Theodoros & Russell 2008).

Etäkuntoutuksella voidaan optimoida kuntoutuksen ajoitusta, intensiteettiä ja jaksottamista, minkä ansiosta kuntoutuksen tuloksellisuutta voidaan parantaa (Theodoros & Russell, 2008). Asiakkaan kuntoutumisen arvioinnin on todettu etäkuntoutuksen keinoin tarkentuneen (Forducey ym. 2003). Etäkuntoutuksen käyttö on tutkitusti myös kustannustehokasta (McGrath ym. 2008). Caltagirone ja Zanni-

non (2008) mukaan etäkuntoutuksen käytöllä saatettaisiin pystyä vähentämään hoitokuluja niillä asiakkailla, jotka tarvitsevat kognitiivista kuntoutusta. Etäkuntoutuksella on todettu olevan potentiaalia tarjota tulevaisuudessa asiakkaan tarpeisiin räätälöityjä palveluita (Theodoros & Russell 2008).

Etäkuntoutuksen rajoituksia tai esteitä voidaan tarkastella ammatillisista näkökohdista. Kuntoutuksessa tarvittavan fyysisen kontaktin määrä voi käytännössä rajoittaa kuntoutuksen järjestämistä etälaitteen välityksellä. Asiakkaiden valinnassa olisi syytä kiinnittää huomiota siihen, että mitä suurempi vamman aste on, sitä vaikeampaa kuntoutus on toteuttaa etämuotoisena. Esimerkiksi lyhytkestoisen muistin merkittävät kognitiiviset defektit, tarkkaavuuden häiriöalttius ja impulsiivisuus voivat estää osallistumisen etäkuntoutukseen (Theodoros & Russell 2008). On kuitenkin merkille pantavaa, että Forduceyn ym.:iden (2003) kuvaamassa tapaustutkimuksessa vaikea-asteisen traumaattisen aivovamman saaneen asiakkaan sekä fyysinen että neuropsykologinen tilanne kohentuivat fysioterapeutin toteuttaman etäkuntoutuksen ansiosta 13 vuotta vammautumisen jälkeen. Etäkuntoutuksen rahoituksen järjestymistä on hankaloittanut kontrolloitujen ja satunnaistettujen laaja-alaisten tutkimusasetelmien puuttuminen (Ricker 2003). Tutkimus- ja kuntoutustyössä tarvittavien ammatillisten työkalujen kehittä-

täminen etäkäyttöön sopiviksi on edellytys etäkuntoutuksen kehittymiselle (Theodoros & Russell 2008).

Interaktiivisessa etäkuntoutuksessa on kyse videoneuvottelusovelluksesta, jossa kuntoutuja ja kuntouttaja ovat reaaliaikaisessa näkö- ja kuuloyhteydessä toisiinsa. Forducey ym. (2003) jaottelevat etäkuntoutuksen sovellukset intervention tyyppin mukaan etämentorointiin (TeleMentoring), etäseurantaan (TeleMonitoring), etäkonsultointiin (TeleConsultation), etäkoulutukseen (TeleEducation), etävalvontaan (TeleSupervision) ja etäterapiaan (TeleTherapy). Etäterapia voidaan jakaa fyysisen intervention kautta tapahtuvaan terapiaan, jossa potilaan toimintakykyä pyritään edistämään fyysisen ohjauksen kautta, ja ilman fyysistä interventiota tapahtuvaan terapiaan, jossa ohjaus tapahtuu suullisesti. Fyysisellä ohjauksella tarkoitetaan liikkeiden ohjaamista asiakkaalle etäyhteyden kautta. Tässä artikkelissa käsiteltävä tutkimus on näistä käsitteistä lähinnä etäterapiaa, ja siinä ohjaus on tapahtunut suullisesti.

Aivovamman saaneiden asiakkaiden kognitiivisten toimintojen etäkuntoutuksesta on suhteellisen vähän tieteellisesti tutkittua tietoa (Kairy ym. 2009). Kairyn ym.:iden (2009) kokoamassa, etäkuntoutusta käsittelevien tieteellisten artikkelien katsauksessa on raportoitu kaksi tutkimusta (Tam ym. 2003, Man ym. 2006), joissa on hyödynnetty etäkuntoutusta aivovammapotilaiden kognitiivisten toimintojen kuntoutuksessa. Tam´n ym.:iden (2003) tutkimuksessa kuvattiin kolmen tapausesimerkin kautta etäkuntoutusta, joka räätälöitiin asiakaskohtaisesti ja jossa tavoitteena oli sanantunnistuksen tai muistin kohentuminen. Kaikissa kolmessa tapauksessa etäkuntoutuksesta osoitettiin olevan hyötyä (Tam ym. 2003). Man´n ym.:iden (2006) tutkimuksessa käsiteltiin aivovammapotilaiden ongelmanratkaisutaitoihin kohdistuvaa etäkuntoutusta. Ng ym. (2013) ovat kuvanneet ensimmäisinä toiminnanohjauksen taitojen etäkuntoutukseen soveltuvan menetelmän toimivuutta (CO-OP).

Etäteknologian sovellutuksia aivovamman saaneiden asiakkaiden kognitiivisten toimintojen kuntoutuksessa on kuvattu inter-

netissä tapahtuvan pikaviestinpalvelun kautta (instant messaging system) (Berqvist ym. 2008, Berqvist ym. 2009), puhelimen välityksellä (Bourgeois ym. 2007), internet-pohjaisen virtuaalisen kuntoutuskeskuksen kautta (Diamond ym. 2003) ja etävalvonnan avulla (McGrath ym. 2008). Aivovamman saaneiden asiakkaiden ryhmämuotoisesta tunteiden säätelyn kuntoutuksesta ovat ensimmäisinä raportoineet Tsousides ym. (2014).

Suomessa on tehty tutkimuksia etäteknologian käytöstä esimerkiksi ikääntyvien kuntoutuksessa (esim. Karppi & Nyfors 2012). Tutkimuksia neuropsykologisen, interaktiivisen etäkuntoutuksen käytöstä ei ole Suomessa kirjallisuuden perusteella aikaisemmin raportoitu.

Invalidiliiton avomuotoisen etäkuntoutuksen projektin tavoitteena oli kehittää aivovamman saaneiden asiakkaiden avomuotoista kuntoutusta etäterapiana ja etäkuntoutuksena. Tässä artikkelissa käsiteltävän interaktiivisen neuropsykologisen etäohjauksen tavoitteena oli

1. saada havaintoja neuropsykologisen yksilökuntoutuksen tarjoamista mahdollisuuksista asiakkaan etäohjauksessa sekä arvioida näiden toimintamuotojen toimivuutta kyseisellä tavalla toteutetussa asiakastyössä
2. simuloida neuropsykologinen face-to-face-yksilökuntoutustilanne etäohjausjärjestelmän avulla vaikeavammaisella asiakkaalla ja toteuttaa asiakkaan neuropsykologiset yksilökäynnit etälaitteen kautta.

Neuropsykologisessa asiakastyössä oli lisäksi tullut esille tarve kartoittaa etämuotoisen ohjauksen edellytyksiä, koska neuropsykologista yksilökuntoutusta ei ole saatavilla kaikilla paikkakunnilla, ja asiakkaan matka kuntoutukseen asuinpaikkakunnaltaan voi muodostua hyvinkin pitkäksi.

Tämä tutkimus on kirjoittajien tiedossa oleva ensimmäinen tutkimus, jossa on pyritty simuloimaan face-to-face-tyyppinen neuropsykologinen yksilöohjauksjakso vaikeavammaisella asiakkaalla etäohjausjärjestelmän kautta ja kerätty havaintoja tieteel-

lisesti tutkittuun neuropsykologiseen tietoon perustuvan kognitiivisen, tietokoneavusteisen kuntoutusmenetelmän toimivuudesta interaktiivisessa neuropsykologisessa etäohjauksessa. Hankkeen pilottiluonteisuuden takia tässä artikkelissa käytetään termiä ”neuropsykologinen etäohjaus” termin ”neuropsykologinen kuntoutus” sijaan. Artikkelissa kuvataan Invalidiliiton avomuotoinen etäkuntoutus -projektin neuropsykologista osuutta yksittäistapaustutkimuksen kautta.

Aineisto ja menetelmät

Invalidiliiton avomuotoisen etäkuntoutuksen projekti toteutettiin vuosina 2013–2014. Projektiin osallistuivat Invalidiliiton Lahden kuntoutuskeskus (nykyään Validia Kuntoutus Lahti), Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus (nykyään Validia Kuntoutus Helsinki) ja Validia Asumisen Tampereen asumispalveluyksikkö. Projektiin osallistui seitsemän asiakasta, joista kuudella oli traumaattinen aivovamma ja yhdellä epilepsian aiheuttama aivovaurio.

Projektissa kerättiin havaintoja sekä toimintaterapian, fysioterapian että neuropsykologisen etäohjauksen osalta. Kolme asiakasta sai yksilöllistä neuropsykologista etäohjausta, ja kahdella heistä oli traumaattinen aivovamma. Tässä artikkelissa käsiteltäväksi asiakastapaukseksi valittiin asiakas, jonka etäohjauksesta oli saatavilla eniten dataa käyntimäärien perusteella. Tapausesimerkistä tehtävä aineistonkeruu käynnistyi lokakuussa 2013 ja päättyi huhtikuussa 2014. Syksyllä 2013 toteutuneista, pilottiluonteisista ohjauksen käynnistä saatuja havaintojen pohjalta huhtikuussa käynnistyneen hankkeen toisen osan ohjauksen käynnitettiin mahdollisimman tarkasti face-to-face-kuntoutuskäyntiä vastaavaksi. Etäohjauksessa käytetty FORAMENRehab-kuntoutusohjelma on neuropsykologian erikoispsykologien Jaana Sarajuuren ja Sanna Koskisen kehittämä ohjelma aivojen vaurioista tai toimintahäiriöistä aiheutuvien kognitiivisten häiriöiden kuntoutukseen ja perustuu tieteellisesti tutkittuun neuropsykologiseen tietoon (<http://www.intressi.com/foramen/>). Kognitiivisen kuntoutuksen mal-

leja ja teorioita on tarkemmin kuvattu Ciceronen ym:iden (2011) kokoamassa artikkelissa.

Asumispalveluyksikön moniammatillisessa työryhmässä käytyjen keskustelujen pohjalta saatiin ehdotus Invalidiliiton avomuotoisen etäkuntoutuksen projektin potentiaalisista osallistujista. Näiden asiakkaiden kiinnostusta osallistua hankkeeseen kysyttiin hankkeesta annetun sanallisen ja kirjallisen informaation jälkeen, ja osallistumaan halukkaat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen.

Hankkeen käynnistyessä tässä artikkelissa käsiteltävästä, neuropsykologiseen etäohjaukseen osallistuneesta asiakkaasta saadut tiedot perustuivat asiakkaan kanssa työskentelevien hoitohenkilökunnan jäsenten havaintoihin. Asiakkaan neuropsykologisesta oirekuvasta ja arjessa selviytymisestä hankittiin lisätietoja haastatteleamalla hänen edunvalvojaansa etäyhteyden kautta. Yksittäistapaustutkimukseen osallistunut, interaktiivista neuropsykologista etäohjausta saanut asiakas oli 35-vuotias mies, jolle oli vuonna 2012 tullut vaikea traumaattinen aivovamma korkeaenergisestä tapaturman seurauksena. Asiakas leikkautettiin kaksi kertaa neurokirurgian osastolla aivopaineiden tasaamiseksi. Asiakkaalla oli alussa totaalinen vasen hemipareesi, ja vasen puoli oli edelleen oikeaa heikompi. Hän liikkui tutkimuksen alkuvaiheessa pyörätuolilla ja keski- ja loppuvaiheessa rollaattorilla. Asiakas asui tuetussa asumispalveluyksikössä, jossa oli saatavilla ympärivuorokautista apua. Neuropsykologisessa oirekuvassa oli keskeisenä amnesiatasoinen muistivaikeus, orientaation ja oiretiedostuksen puutteet, toiminnanohjauksen vaikeudet ja vasemman puolen huomiotta jääminen eli vasen neglect-oireisto. Toiminnanohjauksen osalta asiakkaalla todettiin juuttuvuutta ja käyttäytymisen kontrollin vaikeutta. Asiakkaalla oli asumispalveluyksikössä omassa asunnossaan käytössään kalenteri ja muistilappuja, jotka tukivat hänen paikkaan orientaatiotaan ja muistiaan (esimerkiksi sen muistamista, miten hän oli vammautunut).

Neuropsykologista etäohjausta suunniteltiin annettavaksi vuonna 2013 noin yhden kuukauden ajanjaksolla tunti viikossa, pilottivaiheessa yhteensä viisi kertaa, ja vuonna

2014 kuuden viikon ajanjaksolla yhteensä seitsemän kertaa. Käytännössä tämä toteutui muutoin suunnitelmaa vastaavasti, mutta aikataulullisista syistä yhdeksännen ohjauskerran pituudeksi tuli 30 minuuttia.

Etäohjaus tapahtui etäohjausjärjestelmän¹ avulla, jolloin yhdistettiin Lahdessa sijaitsevan lähetyksen ryhmätilassa olevat kaksi 52-tuumaista tietokone näyttöä asiakkaan asuinpaikan ryhmätilassa oleviin vastaaviin näyttöihin. Lahdessa sijaitsevassa lähetyksen tekniset vaatimukset olivat näyttöjen lisäksi koodekki eli yhteensovituslaite, mikrofoni ja internet-yhteys. Asiakkaan asuinpaikan lähetyksen tai vastaanottokeskuksessa avattiin lisäksi dedikoitu eli rajattu tietoliikenneyhteys. Molemmista keskuksista oli myös kannettavat tietokoneet, jotka yhdistettiin etäohjausjärjestelmän lähetyksen laitteisiin materiaalia jaettaessa. Käytännössä tämä tarkoitti neuropsykologisen kuntoutusohjelman² jakamista asiakkaan tehdessä neuropsykologin hänelle valitsemia tehtäväosioita, jolloin neuropsykologi pystyi seuraamaan reaaliajassa asiakkaan työskentelyä suurelta näytöltä lähetyksen keskuksessa.

Samalla kun neuropsykologi ohjasi asiakasta lähetyksen keskuksista, asiakkaan kanssa samassa fyysisessä tilassa oli käytävissä avustava ohjaaja asiakkaan neuropsykologisen oireiston vaatimuksen vuoksi. Asiakkaan apuna ohjausjakson alkuvaiheessa oli lähihoitaja tai

puhevammaisten tulkki ja ohjauksen keski- ja loppuvaiheessa puhevammaisten tulkki.

Etälaitteella toteutetun neuropsykologisen yksilöohjauksen tavoitteet muotoutuivat moniammatillisen työryhmän asiakkaasta saamien havaintojen, haastattelutilanteesta tehdyn havainnoinnin sekä asiakkaan, edunvalvojan ja avustajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Yksilöohjauksen tavoitteet olivat 1) orientaation ja oiretiedostuksen vahvistaminen sekä 2) muistin tukeminen päivittäisten tapahtumien mieleenpalautuksessa. Menetelmänä käytettiin tietokoneavusteista kuntoutusta, joka toteutettiin edellä mainitulla neuropsykologisella kuntoutusohjelmalla, supportiivista ohjauksella sekä aivovamman neuropsykologisia oireita ja niiden ilmenemistä koskevaa psykoedukaatiota. Supportiivinen ohjaus tarkoitti käytännössä kannustavan ilmapiirin luomista asiakkaan tehdessä tietokoneavusteisia tehtäviä.

Ensimmäisen ohjauskerran tavoitteena oli alkuhaastattelun tekeminen ja kontaktin luominen asiakkaaseen. Ohjauskerrat 2–5 ja 7–11 toteutettiin samana toistuvan, taulukossa 1 kuvatuun strukturiin mukaisesti. Kuudennessa ohjauskerrasta alkaen käytettiin face-to-face-simulointia, jolloin kyseinen ohjauskerta koostui haastattelusta ja aivovamman neuropsykologisia jälkioireita koskevasta psykoedukaatiosta. Viimeisellä ohjauskerralla asiakkaan kanssa käytiin palautekeskustelu toteutuneesta ohjausjaksosta.

Taulukko 1. Etäohjauksen ohjauskertojen rakenne ja tavoitteet ohjauskerroilla 2–5 ja 7–11.

Ohjauskerran sisältö	Kesto	Tavoitteet
1. Ohjauskerran aloitus, haastattelu, keskustelu ^{b)}	10 min	Orientaation ja muistin tukeminen
2. Tietokoneavusteinen kuntoutus ^{a) b)}	45 min	Ohjauskertakohtaisesti valittujen kognitiivisten toimintojen osa-alueiden kuntoutus
3. Ohjauskerran päätös, lyhyt suullinen yhteenveto tehdyistä tehtävistä	5 min	Muistin tukeminen, oiretiedostuksen vahvistaminen, psykoedukaatio aivovamman neuropsykologisista oireista

^{a)} Huom. Kahdeksannella ohjauskerralla tehtiin perinteisiä, ns. kynä-paperitehtäviä.

^{b)} Huom. Poikkeuksena yhdeksäs ohjauskerta, joka oli kestoltaan 30 min (aikataulullisista syistä). Tuolloin tietokoneavusteisia tehtäviä tehtiin 25 min, ja avustava ohjaaja suoritti ohjauskerran aloituksen.

¹ Elisa Virtual Health Care, Elisa Videra, Helsinki

² Cognitive Rehabilitation Software, FORAMENRehab®, Helsinki

Etäohjauksessa saadut havainnot asiakkaan neuropsykologisesta oirekuvasta sekä tutkimuksessa käytetyn tietokoneavusteisen kuntoutusohjelman modulit ja osatehtävät on koottu taulukkoon 2. Valittujen ”Tarkkaavuus”, ”Muisti” ja ”Visuaalinen havaitseminen ja visuospatiaaliset toiminnot” -modulien ja niiden osatehtävien avulla pyrittiin kuntoutamaan asiakkaan tarkkaavuuden kohdentamista, ylläpitämistä ja jakamista, työmuistia ja pitkäkestoista muistia sekä visuaalista havaitsemista. Havaitsemisen ja tarkkaavuuden harjoitusten valinnan perusteena oli muistin toiminnan tukeminen näitä osa-alueita kuntouttamalla. Asiakkaan kanssa käytiin tehtävän instruktio yhdessä läpi, minkä jälkeen katsottiin mallisuoritus ennen varsinaisen tehtävän aloittamista. Asiakkaan tarkkaavuutta ja toiminnanohjausta tuettiin myös kielellistämällä tehtäviä ja pilkkomalla niitä pienempiin osiin. Vasemman neglectin kuntoutumista tuettiin ohjaamalla sanallisesti asiakasta kääntämään päätään vasemmalle.

Ohjausjakson loppuvaiheessa asiakasta ohjeistettiin tekemään ohjauskertojen välinen välitehtävä, jossa hän avustajan tukemana kirjasi yhdellä tai kahdella lauseella päivittäisiä toimintojaan. Asiakas sai lisäksi sekä fysioterapiaa että toimintaterapiaa kaksi kertaa viikossa. Hankkeen loppuvaiheessa asiakkaalla alkoi musiikkiterapia. Etäkuntoutusprojektissa asiakas osallistui neuropsykologisen etäohjauksen alkuvaiheen jälkeen kaksi kertaa ryhmämuotoiseen fysioterapiaan ja yhden kerran toimintaterapiaryhmään. Asiakkaalla oli lisäksi neuropsykologisen etäohjauksen alkuvaiheen jälkeen kolme etätoimintaterapiaohjausta ja hankkeen loppuvaiheessa kaksi toimintaterapiaohjausta.

Ohjaustilanteissa asiakas tarvitsi samaan fyysiseen tilaan avustajan tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen tueksi. Ohjausjakson alkuvaiheessa avustajan manuaalinen ohjaus oli tarpeen asiakkaan vaikea-asteisen neuropsykologisen oirekuvan vuoksi. Avustaja konkreettisesti toteutti asiakkaan puolesta tämän valinnat neuropsykologisesta kuntoutusohjelmasta siten, että asiakas osoitti oikeaa valintaa ja ilmaisi valintansa sanallisesti. Ohjauksen

loppupuolella asiakas käytti itse tietokonetta ja teki valinnat kuntoutusohjelmasta. Avustajan osuus oli merkittävä asiakkaan muistin tukemisessa, sillä avustajalla oli tieto asiakkaan päiväkulusta ja hän pystyi antamaan asiakkaalle muistivihjeitä mieleenpalautuksen tukemiseksi.

Tulokset

Tuloksia voidaan tarkastella sekä menetelmää koskevien eli etäohjauksen käytettävyyden tulosten että neuropsykologisessa etäohjauksessa saavutettujen tulosten kautta. Menetelmää koskevista tuloksista on laadittu yhteenveto taulukkoon 3.

Kontaktin luominen asiakkaaseen onnistui hyvin etälaitteen välityksellä, kun asiakkaan neuropsykologinen oirekuva ja siitä johtuvat rajoitukset otettiin huomioon ohjaustilanteessa. Asiakas tarvitsi vahvaa ulkoista ohjausta tarkkaavuuden suuntaamisen ja ylläpitämisen sekä toiminnanohjauksen tukemiseksi. Häntä ohjattiin sanallisesti katsomaan kameraan ja tietokoneen näyttöön. Asiakas hyötyi näissä tilanteissa myös avustajan taktillisesta tuesta eli kosketustunnon käyttämisestä asiakkaan ohjaamisessa. Asiakkaan kontaktissa pysyminen vaihteli tarkkaavuuden säätelyn vaikeuksien, vireystilan vaihteluiden ja aivotoiminnan muutokseen liittyvän väsyvyyden vuoksi, jolloin samassa fyysisessä tilassa olevan avustajan antaman ohjauksen merkitys korostui. Asiakkaan yleisessä toimintaotteessa oli merkittävää hitautta.

Avustajan antaman manuaalisen ohjauksen tarve väheni ensimmäisen vaiheen ohjausjaksoon verrattuna, mikä näkyi asiakkaan toiminnanohjauksen taitojen, kuten toimintojen käynnistämisen ja jatkamisen, edistymisenä. Käytännössä tämä ilmeni siten, että asiakas käytti pääosin itse tietokonetta ja teki ohjaustilanteissa tietokoneella valintoja. Samassa fyysisessä tilassa olevan avustajan merkitys ilmeni selvästi yhdellä tapaamiskerralla, jossa kokeiltiin etäohjausta siten, että avustaja oli osan aikaa (25 minuuttia) pois. Asiakas käytti tuolloin hyvin itse tietokonetta harjoitustehtävien tekemiseen, mutta

Taulukko 2. Etäohjauksessa saadut havainnot asiakkaan neuropsykologisesta oirekuuvasta ohjauksenerroilla 1-12 sekä tutkimuksessa käytetyt tietokoneavusteisen kuntoutusohjelman moduulit ja osatehtävät.

<p>1. Alkuhaastattelu, kontaktin luominen. Asiakkaalla amnesiatasoinen muistihäiriö, orientoitumisen vahvistaminen tarpeen ajan ja paikan suhteen. Merkittävät oireitodostuksen puutteet. Vahva perseveraatiodenssi. Toiminnanohjauksen mittavat vaikeudet: suunnittelu, työskentelyn aloittaminen, sujuva eteneminen, oman toiminnan arviointi. Lukemisessa perseveraatiota, ei kirjain-äänneväärityksiä. FORAMENrehab: Tarkkaavuus-moduuli: Tarkkaavuuden kohdentaminen: Visuaalinen reaktioaikatehtävä, Visuaalinen reaktioaikatehtävä ja auditiivinen ennakköärsyke, Auditiivinen valintatehtävä.</p>	<p>2. Vasen neglect esiin tietokoneavusteisissa tehtävissä, viitettä herkkyydestä äänille auditiivisessa valintatehtävässä. Tehtävien sanallistaminen, pilkkominen pienempiin osiin. Sanallinen ohjaus pään kääntämiseksi vasemmalle. FORAMENrehab: Muisti-moduuli: Lyhytkestoinen muisti/työmuisti: Sarjajamuisittehtävät: Auditiivinen sarjajamuisi Tarkkaavuus-moduuli: Tarkkaavuuden kohdentaminen, Auditiivinen valintatehtävä, Visuaalinen monivalintatehtävä. Tarkkaavuuden ylläpitäminen: Kirjainetsintä.</p>
<p>3. Tietokoneavusteisissa muistitehtävissä esiin huomattavat häiriöt sekä työmuistin että pitkäkestoinen muistin osalta. Laadullisena piirteenä ilmenee muistaineksen sekoittumista. FORAMENrehab: Muisti-moduuli: Lyhytkestoinen muisti/työmuisti: Sarjajamuisittehtävät: Visuaalinen sarjajamuisi; ärsykkeet peräkkäin. Pitkäkestoinen muisti: Luokittelutehtävät: Luokittelutehtävä; sanojen vapaa mieleenpalautus, Luokittelutehtävä; sanojen tunnistaminen Pitkäkestoinen muisti: Havainnointi ja mieleenpalautus: Tekstiviesti</p>	<p>4. Visuaalisissa etsintätehtävissä vahva vasen neglect. Hoitaja raportoi neglectin ilmenevän asiakkaan arjessa pukemisessa, liikkumisessa ja puheen havaitsemisessa. FORAMENrehab: Visuaalinen havaitseminen ja visuospatiaaliset toiminnot-moduuli: Visuaalinen attentio: Spatiaalinen havaitseminen: pisteen koordinaatti, Vilkin viivat / kuntoutussovellus Muisti-moduuli: Pitkäkestoinen muisti: KIM-tehtävät: KIM Pitkäkestoinen muisti: Havainnointi ja mieleenpalautus: Tekstiviesti</p>
<p>5. Väsyvyys, tarkkaavuuden ylläpitämisessä vaihtelua. Vasemman puolen huomiointi edellisertorja parempaa. Muistitehtävissä erittäin vahva sekoittuminen. FORAMENrehab: Muisti-moduuli: Pitkäkestoinen muisti: Havainnointi ja mieleenpalautus: Tekstiviesti KIM-tehtävät:KIM; oppimustehtävä Tarkkaavuus-moduuli: Tarkkaavuuden kohdentaminen: Visuaalinen valintatehtävä</p>	<p>6. Face-to-face simulointi alkaa. Keskusteltu asiakkaan neuropsykologisesta oireistosta, psykoedukaatio aivovamman neuropsykologisista jälkioireista.</p>
<p>7. Tietokoneavusteisia muistitehtäviä. FORAMENrehab: Muisti-moduuli: Lyhytkestoinen muisti/työmuisti: Sarjajamuisittehtävät: Auditiivinen sarjajamuisi Pitkäkestoinen muisti: Havainnointi ja mieleenpalautus: Tekstiviesti</p>	<p>8. Etäohjauksen kautta harjoiteltu muististrategioita ja assosiativista oppimista perinteis-ten, ns. kynä-paperitehtävien kautta. Asiakkaalle luetujen sanojen välittömässä mieleenpalautuksessa 3/10 sanaa, toiston jälkeen 4/10 sanaa, visuaalisen muististrategian käytön jälkeen 0/10 sanaa, vihjeiden avulla mieleenpalautus hieman kohenee: 3/10 sanaa, kuvat näkyvissä: mieleenpalautus 2/10 sanaa.</p>
<p>9. Tietokoneavusteisia tarkkaavuuden säätelyyn liittyviä harjoitteita. FORAMENrehab: Tarkkaavuus-moduuli: Tarkkaavuuden siirtäminen: Yhteenlaskutehtävä; yksi tarkkailtava kohde Sanojentunnistustehtävä; yksi tarkkailtava kohde</p>	<p>10. Tietokoneavusteisia muisti- ja tarkkaavuusharjoitteita. Asiakas palautti ilman muistivihjetä juuri yksilöaikaa edeltäneen tapahtuman, muutoin tarvitsi muistivihjetä samana päivänä tapahtuneiden asioiden mieleenpalautukseen. Vasen neglect lievittynyt selvästi 11/2013 verrattuna ja tarkkaavuuden ylläpitämisessä on kohentumista. Vasen neglect kuitenkin edelleen nähtävissä virheiden paljoudessa vasemmalle puolelle. FORAMENrehab: Tarkkaavuus-moduuli: Tarkkaavuuden ylläpitäminen: Kirjainetsintä, Numeroetsintä</p>

Taulukko 3. Menetelmää koskevat eli etäohjauksen käytettävyyden tulokset.

Etäohjauksessa hyvin toimivat elementit	Etäohjauksessa haasteita tuottavat elementit
<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktin luominen asiakkaaseen - Rauhallisen ilmapiirin luominen - Luottamuksen rakentaminen asiakassuhteessa - Asiakkaan motivaatio etäohjaukseen - Asiakkaan suoriutumisen seuraaminen reaaliajassa - Tietokoneavusteisen kuntoutusohjelman toimivuus - Tekniikan toimivuus 	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaan neuropsykologisen oirekuvan vaikea-asteisuus - Tarkkaavuuden kohdentaminen ja ylläpitäminen - Toiminnanohjaus: erityisesti työskentelyn aloittaminen ja sujuva eteneminen - Amnesiatasoinen muistihäiriö: rajoitteet keskusteluille sekä päivittäisistä tapahtumista että neuropsykologisista oireista

paikkaan orientaatioissa ilmeni korostuneemmin vaikeuksia. Avustajan ollessa fyysisesti poissa asiakkaalla esiintyi ajoittaista impulssikontrollin vaikeutta.

Asiakas oli motivoitunut etäohjaukseen. Hän koki harjoitteet kertomansa mukaan kivoina ja mielenkiintoisina.

Etäohjauksella pyrittiin vahvistamaan asiakkaan orientaatiota, jonka kehitys on aikaan orientaation osalta kuvattu taulukossa 4. Tulosten perusteella orientaatioissa ilmeni edelleen tuentarvetta myös ohjauksjakson loppupuolella, vaikkakin vähemmän. Paikkaan orientaatioissa oli vaihtelua ohjauksjakson aikana, ja vaikeuksia oli lopussa edelleen ajoittain. Oiretiedostuksessa oli havaittavissa hyvin lievää heräämistä strukturoiduissa tilanteissa, joissa asiakas sai suoraan palautteen suoriutumisestaan ja ulkopuolisten ärsykkeiden määrä oli minimoitu. Kuitenkin oiretiedostus oli kokonaisuudessaan edelleen vahvasti puutteellista. Oiretiedostuksesta saadut tulokset eri mittausajankohtina on tiivistetty taulukkoon 5.

Asiakkaan auditiivisen sarjakuistin muistikaari kontrolloitiin tietokoneavusteisen kuntoutusohjelman osatehtävällä sekä hankkeen alku- että loppuvaiheessa, ja se oli neljä yksikköä numeroiden

Taulukko 4. Asiakkaan aikaan orientaatio eri mittauskerroilla.

Tutkimusajankohta	Päivän numero	Kuukausi	Vuosi
1. Alkumittaus	v	v	o
2. Face-to-face-simuloinnin aloitus	v	o	v
3. Loppumittaus	v	o	o

o = oikein, v = väärin

Taulukko 5. Oiretiedostus neuropsykologisista oireista eri mittauskerroilla.

Tutkimusajankohta	Asteikko*
1. Alkumittaus	0
2. Face-to-face-simuloinnin aloitus	1
3. Loppumittaus	1

*Asteikko 0-1:

0 = Asiakas ei tunnista kysyttäessä lainkaan neuropsykologisia oireitaan.

1 = Asiakas tuo kysyttäessä esiin vähintään yhden neuropsykologisen oireen.

muistamisella tarkasteltuna. Tietokoneavusteisilla tehtävillä pyrittiin tukemaan asiakkaan muistin toimintaa arkitilanteissa. Seuraavassa käsitellään esimerkinomaisesti asiakkaan suoriutumista tekstiivestin³ muistamisessa ohjauksen alkuvaiheessa ja keskivaiheessa. Tarkoituksena on osoittaa tarkkaavuuden kohdentamisen ja toiston vaikutus asiakkaan muistisuoriutumiseen.

³ FORAMENRehab: Muisti-moduli: Pitkäkestoinen muisti: Havainnointi ja mieleenpalautus: Tekstiviesti

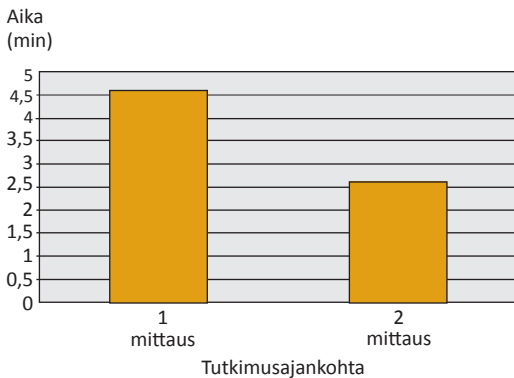
11.

Tietokoneavusteisia visuaalisia tehtäviä, tarkennettu visuaalista neglektia. Kokeiltu työskentelyä ilman ulkoista ohjausta samassa fyysisessä tilassa. Tietokoneen itsenäinen käyttö onnistuu neuropsykologin suullisesti antamalla ohjeilla, työskentelyotteessa ajoittaisia impulssikontrollin vaikeutta, orientaatio paikkaan heikkoa ilman avustajaa samassa tilassa.

FORAMENRehab: Visuaalinen havaitseminen ja visuospatiaaliset toiminnot: Visuaalinen attentio: Spatiaalinen havaitseminen: pisteen koordinaatti

12.

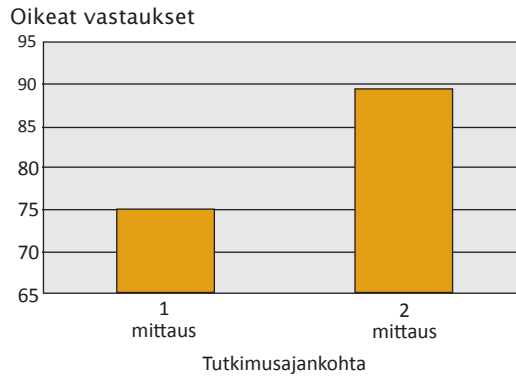
Väsyvyys, jonka myötä tarkkaavuuden suuntaamisen ja ylläpitämisen vaikeudet selvästi esille. Keskustelu ohjauksen tavoitteiden toteutumisesta, supportio, psykoedukatio aivo- vammasta. Esille emotionaalisen tuen tarve vammautumisen seuranneisiin muutoksiin liittyen.



Etsittyjen kirjainten lukumäärä on 1. Kohteiden lukumäärä on 96 kpl.

Kuvio 1. Tarkkaavuuden ylläpitämisen tehtävässä suoriutuminen käytetyn ajan funktiona tarkasteltuna ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla.

Ohjauksen alkuvaiheessa asiakas sai kolmesta visuaalisesti esitetyistä tekstiviestistä oikein 2/5, 0/5 ja 0/5. Tekstiviestit olivat erilaiset jokaisella esityskerralla, ja yhden viestin näyttöajaksi valittiin kaksi minuuttia, jotta asiakas ehti lukea sen ääneen. Valittu aika oli kuitenkin melko pitkä, joten seuraavalla ohjaukskerralla viestin näyttöajaksi päätettiin valita vakiomäärittysten mukainen 40 sekuntia. Laadullisena piirteenä ilmeni vahvaa kontaminaatiota eli sekoittumista siten, että asiakas palautti toisessa viestissä ensimmäisen viestin vastauksia. Seuraavalla ohjaukskerralla tekstiviestejä valittiin viisi kappaletta, ja asiakkaan suoriutuminen oli esitetyissä tekstiviesteissä 1/5, 3/5, 0/5, 1/5 ja 3/5. Muistiaineuksen vahva sekoittuminen tuli edelleen esille. Ohjauksen keskivaiheilla asiakkaan suoriutumista tarkasteltiin uudestaan kahden minuutin esitysajalla ja ohjattiin asiakasta kertaamaan tekstiviestiä. Asiakkaan suoriutuminen oli 3/5, 1/5 ja 4/5. Viimeisen viestin kohdalla kokeiltiin tarkkaavuuden tietoista kohdentamista suullisen ohjauksen avulla olennaisiin asioihin ja viestin pilkkomista pienempiin osiin sekä viestin esittämistä uudelleen, jolloin suoriutuminen oli neljä asiaa viidestä oikein, kun tekstiviestiä näytettiin kahdella toistokerralla yhteensä



Kuvio 2. Oikeiden vastausten lukumäärä tarkkaavuuden ylläpitämisen tehtävässä ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla.

neljä minuuttia. Muistiaines sekoittui vahvasti yhä. Asiakkaan suoriutumisen vaihtelu selittyi tarkkaavuuden kohdentamisen ja ylläpitämisen vaikeuksilla.

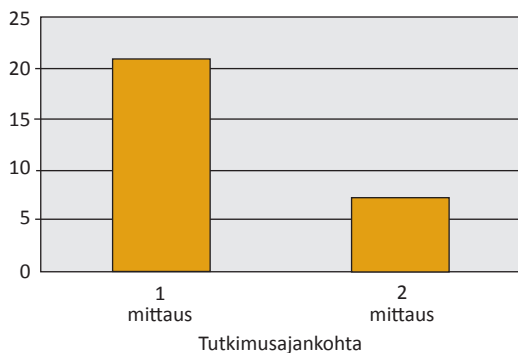
Vaikean yleisen (amnestisen) muistihäiriön vuoksi asiakas hyötyi selkeistä ja lyhyistä muistivihjeistä päivittäisten tapahtumien mieleenpalauttamiseksi. Ohjauksjakson loppuvaiheessa asiakas palautti mieleensä ilman muistivihjetä juuri ennen ohjaukskerta tapahtuneen yhden tapahtuman. Muistihäiriön vaikea-asteisuuden vuoksi tämä ei kuitenkaan yleistynyt, vaan jo samalla ohjaukskerralla asiakas tarvitsi muistivihjeitä toisen päivittäisen tapahtuman mieleenpalautukseen.

Asiakkaan tarkkaavuuden säätelyn kohentamiseen pyrittiin vaikuttamaan tietokoneavusteisella neuropsykologisella etäohjauksella. Tarkkaavuuden ylläpitämistä tarkasteltiin tietokoneavusteisen kuntoutusohjelman ”Kirjainetsintä”-osatehtävän⁴ kautta ohjauksjakson alku- ja loppuvaiheessa, koska tarkkaavuuden ylläpitämisen kehittymistä pidettiin tärkeänä muistin tukemiseen päivittäisissä toiminnoissa. Tarkkaavuuden ylläpitämisessä todettiin ohjauksjakson aikana kohentumista (kuviot 1–3). Asiakas sai kymmenestä tehtävästä kaikki oikein ohjauksjakson loppuvaiheessa tehdyssä ”Yhteenlaskutehtävä; yksi tarkkailtava kohde” -osatehtävässä⁵ jossa yhteenlas-

⁴ FORAMENRehab: Tarkkaavuus-moduli: Tarkkaavuuden ylläpitäminen: Kirjainetsintä

⁵ FORAMENRehab: Tarkkaavuus-moduli: Tarkkaavuuden siirtäminen: Yhteenlaskutehtävä; yksi tarkkailtava kohde

Puuttuvat valinnat



Kuvio 3. Puuttuvien valintojen lukumäärä tarkkaavuuden ylläpitämisen tehtävässä ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla.

kettavat neljä numeroa esitettiin yksitellen, minkä jälkeen ne tuli laskea yhteen.

Tarkkaavuuden säätelyssä havaittiin kuitenkin laadullisesti arvioituna edelleen selvät vaikeudet tarkkaavuuden kohdentamisessa, ylläpitämisessä ja jakamisessa. Tarkkaavuus oli häiriöaltista siten, että se kiinnittyi ympäristön epäolennaisiin ärsykkeisiin. Asiakkaalla havaittiin lievittymistä alkuvaiheen ohjausjaksoon verrattuna myös vasemman puoleisessa neglectissä (kuviot 1–3), mutta vasen neglect oli edelleen nähtävissä siinä, että kaikki puuttuvat valinnat sijaitsivat vasemmalla puolella ”Kirjainetsintä”-tehtävässä. Oli havaittavissa, että orgaanisperäisen väsyvyyden myötä vasen neglect korostui. Ohjauskerralla, jossa kokeiltiin työskentelyä ilman avustavaa ohjaajaa, asiakkaan vasen neglect tuli selvemmin esille kuin ohjausjakson alkuvaiheessa ”Spatiaalisen havaitsemisen” tehtävässä⁶, jossa asiakas seurasi pisteen ilmestymistä havaintokenttään ja antoi vastauksessaan pisteen koordinaatit (taulukko 6).

Suoriutuminen ohjausjakson loppuvaiheessa voi osaltaan selittyä kognitiivisella kuormittumisella asiakkaan tehdessä tehtävän täysin itsenäisesti ilman avustavan ohjaajan ohjausta ja läsnäoloa. Puheen tuottamisessa oli edelleen selvää hitautta ja vahvaa juuttu-

Taulukko 6. Visuaalisen neglectin tarkastelu tietokoneavusteisessa spatiaalisen havaitsemisen tehtävässä kahdella eri ohjauskerralla.

Alkuvaihe	Vasen ylä 60 %	Oikea ylä 80 %
Loppuvaihe	Vasen ylä 40 %	Oikea ylä 60 %
Alkuvaihe	Vasen ala 20 %	Oikea ala 80 %
Loppuvaihe	Vasen ala 20 %	Oikea ala 80 %

Tehtävien lukumäärä 20. Oikeita vastauksia alkuvaiheessa 12/20 ja loppuvaiheessa 10/20. Loppuvaiheessa kuntoutuja teki tehtävät itsenäisesti ilman avustavan ohjaajan fyysistä läsnäoloa. Taulukon %-osuus viittaa suoriutumisen suhteelliseen oikeellisuuteen tietyssä havaintokentän osassa.

vuutta tiettyihin aihealueisiin. Yhteenvetona voidaan todeta, että asiakkaan neuropsykologisesta oirekuvasta etälaitteen välityksellä saatujen havaintojen perusteella asiakkaalla todettiin edelleen erittäin vaikea-asteinen, aivoammattomien jälkitilaan liittyvä frontotemporaalipainotteinen, aivojen etu- ja sivuosien vauriolle tyypillinen, neuropsykologinen oirekuva.

Etäohjauksessa toteutuneissa asiakastilanteissa nousi ohjauksen loppuvaiheessa esille asiakkaan psyykkisen tuen tarve aivoammattomien aiheutuneiden neuropsykologisten muutosten käsittelyssä. Asiakas tuli kuulluksi ja sai tuotua esille näkökantojaan hänelle merkityksellisistä aihealueista, mutta amnesia-asteinen muistihäiriö rajoitti merkittävästi keskustelun läpikäyntiä. Elämässä tapahtuneet muutokset, kuten roolien muuttuminen vanhempana ja puolisona, olivat asiakkaalle tärkeitä teemoja. Musiikin kokeminen ja tuottaminen oli hänelle selkeä voimavara.

Asiakkaan puolison kanssa alun perin sovitun etäyhteyden kautta pidettävä palautekeskustelu toteutui puhelimitse. Puhelimitse toteutetun palautekeskustelun vaikutelmak-

⁶ FORAMENRehab: Visuaalinen havaitseminen ja visuospatiaaliset toiminnot -moduli: Visuaalinen attentio: Spatiaalinen havaitseminen: pisteen koordinaatit

si tuli, että siinä kyettiin välittämään saman verran tietoa kuin etälaitteen kautta. Edunvalvojan haastattelemisen etälaitteen välityksellä, kuten ohjausjakson alkuvaiheessa tehtiin, oli näköyhteyden ansiosta kuitenkin ”asiakasystävällisempi” menetelmä kuin puhelinhaastattelu. Vaikka alkuhaastatteluun ja palautekeskusteluun osallistui eri henkilö, tiedonsiirto asiakkaan asioista mahdollistui heidän välillään. Loppuvaiheen palautekeskustelussa puoliso kuvasi, että asiakkaalla ei ollut edelleenkään oiretiedostusta arjessa juuri lainkaan, juuttuvuus puheessa oli vahvaa ja keskittymiskyvyssä oli merkittäviä vaikeuksia. Puoliso koki asiakkaan aggressionhallinnan edistyneen vammautumisen alkutilanteeseen verrattuna. Asiakas oli aiemmin ilmaissut verbaalista aggressiota asuinympäristössään, ei kuitenkaan oman perheensä piirissä.

Asiakas antoi etäohjauksesta suullista ja kirjallista palautetta ohjausjakson loppuvaiheessa. Hän kertoi pitävänsä sosiaalisena ihmisenä perinteisessä kuntoutuksessa siitä, että sai olla samassa tilassa kuntouttajan kanssa. Etäohjauksen hyvänä puolena oli asiakkaan mukaan se, että hän koki itse olevansa avoimempi.

Pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin etälaitteen kautta toteutettavan neuropsykologisen etäohjauksen toteutumista ja toimivuutta kliinisessä asiakastyössä yksittäistapaustutkimuksen näkökulmasta. Neuropsykologinen etäohjaus onnistui kokonaisuutena arvioituna hyvin. Teknisesti kahden näytön ratkaisut toimivat moitteettomasti. Atk-tukihenkilön saatavilla olo koettiin tärkeäksi mahdollisissa teknisissä kysymyksissä. Kameroihin tottui nopeasti, ja vuorovaikutus asiakkaan, avustavan ohjaajan ja kuntoutustyöntekijän välillä oli luontevaa. Rauhallisen ja luottavaisen ilmapiirin luominen asiakassuhteessa oli mahdollista etälaitteen välityksellä.

Kuntoutustyöntekijän aktiivinen läsnäolo osoittautui tärkeäksi tekijäksi etäohjauksen onnistumisessa, kuten Cicerone ym. (2011) ovat todenneet yleisesti kuntoutuksen osalta.

Ohjauskerran ja tietokoneavusteisten tehtävien kielellistäminen oli tarpeellista sekä asiakkaan tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksien vuoksi että etälaitteen kautta tapahtuvan ohjauksen sujuvuuden varmistamiseksi. Verrattuna perinteiseen neuropsykologiseen kuntoutukseen vaikutelmaksi tuli, että kielellistämisen tarve tuli vielä korostuneemmin esille tilanteessa, jossa kuntoutustyöntekijä ja kuntoutuja eivät olleet samassa fyysisessä tilassa. Ohjauskertojen sisällöllinen osuus jäljitteli perinteistä neuropsykologista kuntoutusta, vaikka ohjauskerrat järjestettiin etäyhteyden kautta.

Asiakkaan kanssa samassa fyysisessä tilassa työskentelevän avustavan ohjaajan rooli oli merkittävä ilmapiirin luomisessa ja käytännön asioissa, kuten projektin alkuvaiheessa tietokoneen käytössä sekä aikatauluista tiedottamisessa ja asiakkaan saamisessa paikalle oikeaan aikaan. Avustavan ohjaajan läsnäolo oli näin ollen vaikeavammaisen asiakkaan neuropsykologisen etäohjauksen onnistumisen yhtenä edellytyksenä. Toisena keskeisenä edellytyksenä oli asiakkaan motivaatio etäohjaukseen. Hänen kokemuksensa tietokoneavusteisista harjoitteista etäkuntoutuskokeilussa oli myönteinen. Asiakkaan osoittama mielenkiinto etäkuntoutuskokeiluun sopii Rickerin ym:iden (2002) tutkimuksen tuloksiin, joiden mukaan aivovamman saaneilla asiakkailla on kiinnostusta etäkuntoutuspalveluihin.

Etäyhteyden kautta tapahtuneen neuropsykologisen etäohjauksen eettiset ja tietosuoja-asiat huomioitiin tutkimushankkeen suunnitteluvaiheessa, ja ohjaus toteutui kliinisen asiakastyön eettisten periaatteiden mukaisesti. Eettisiä näkökantoja pohdittaessa tuli jatkossa tarkkaan arvioida ne asiakastilanteet, joissa käytetään neuropsykologista etäohjausta. Lisätutkimuksia tarvitaan siitä, kenelle neuropsykologinen etäohjaus tai kuntoutus soveltuu, jotta voidaan tarkentaa yleisiä ohjeita etäkuntoutuksen toteuttamisen kriteereistä. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset tukevat oletusta, että etäohjaus sopii myös vaikea-asteisen aivovamman saaneelle asiakkaalle, kun hänen neuropsykologisen oi-

rekuansa erityispiirteet on otettu huomioon ohjaustilanteessa. Forduceyn ym:iden (2003) tutkimuksessa saatiin vastaavaa näyttöä sillä erolla, että kyseessä oli fysioterapeutin suorittama interventio.

Asiakkaan amnesiatasoinen muistihäiriö rajoitti neuropsykologisessa etäohjauksessa merkittävästi supporttiivisia keskusteluja ja vaikutelmaksi tuli, että kuntoutusvaikutusten siirtyminen asiakkaan arkeen on heikkoa. Tästä huolimatta kokemuksellinen hyöty ja laadulliset havainnot sekä tietokoneavusteisessa kuntoutuksessa saadut tulokset asiakkaan suoriutumisen edistymisestä ohjausjakson aikana tukivat käsitystä siitä, että ohjausjakso oli asiakkaalle hyödyllinen. Kirjoittajien näkemyksen mukaan etäohjauksella oli mahdollista saavuttaa vastaavia tuloksia kuin perinteisessä neuropsykologisessa kuntoutuksessa, mutta tämän oletuksen todentamiseen tarvitaan jatkotutkimuksia. Toisaalta asiakas olisi saattanut paikkaan orientaation osalta hyötyä enemmän siitä, että myös kuntoutustyöntekijä olisi ollut samassa fyysisessä tilassa. Asiakkaan neuropsykologisia oireita oli muutoin mahdollista havainnoida etäohjauksessa, mutta etäyhteyden kautta tapahtuvassa vuorovaikutuksessa oli haastavaa arvioida, miten asiakas tulkitsee kuntoutustyöntekijän antamat sosiaaliset vihjeet. Tähän olivat osaltaan vaikuttamassa myös asiakkaan tarkkaavuuden säätelyn vaikeudet. Perinteisessä neuropsykologisessa kuntoutuksessa sosiaalisten vihjeiden arviointi olisi ollut helpompaa. Asumispalveluyksikön ryhmätilassa, jossa asiakas oli osallistuuksaan neuropsykologiseen etäohjaukseen, ympäristön ärsykkeiden määrää oli helpompi rajata, minkä vuoksi ärsykeitä ei ollut yhtä paljon kuin kodeissa tavallisesti on. Siksi jatkossa olisi mielenkiintoista saada havainnot etäohjauksen toimivuudesta myös muissa arjen ympäristöissä.

Tietokoneavusteisen kuntoutusohjelman käyttö neuropsykologisessa etäohjauksessa osoittautui toimivaksi ratkaisuksi. Tietokoneavusteisella kuntoutusohjelmalla tehtyjen harjoitteiden myötä tiedot asiakkaan neuropsykologisesta oirekuvasta tarkentuvat, jolloin kuntoutusta pystyttiin kohden-

tamaan täsmällisemmin ja seuraamaan asiakkaan edistymistä reaaliajassa. Asiakkaan edistymisen arvioinnissa on kuitenkin otettava huomioon samaan aikaan käynnissä olleiden muiden kuntoutusmuotojen päällekkäisyys, jonka vuoksi on vaikea arvioida, joutuuko asiakkaan edistyminen jostakin tietyistä kuntoutusmuodosta vai usean eri kuntoutuksen yhteisvaikutuksesta. Tutkimuksen puutteena on se, että siinä ei ole standardoituja alku- ja loppumittauksia. Näiden tekijöiden vuoksi kontrolloidut tutkimukset isommilla aineistoilla ovat jatkossa suositeltavia.

Neuropsykologisella etäkuntoutuksella on runsaasti potentiaalia, jota tulisi jatkossa tieteilisin tutkimuksin tarkentaa. Näin saataisiin tämäntyypisen kuntoutuksen tekemiseen yhdenmukaiset, asiantuntijoiden laatimat toimintasuositukset, jollaiset Yhdysvalloissa on laadittu yleisesti etäkuntoutukselle (Brennan ym. 2011). Tässä tutkimuksessa käsitelty interaktiivinen neuropsykologinen etäohjaus on maassamme tietyvästi ensimmäinen laatuaan. Etäkuntoutus tarjoaa mahdollisuuden toteuttaa neuropsykologista kuntoutusta maantieteellisestä sijainnista riippumatta, ja näin se vahvistaa neuropsykologista kuntoutusta tarvitsevien asiakkaiden yhdenvertaisuutta kuntoutuspalvelujen saannissa. Mikäli asiakkaalla on aivovammaan usein liittyvää orgaanisperäistä väsyvyyttä ja fyysinen välimatka kuntouttavan neuropsykologin vastaanotolle on pitkä, tulisi harkita, hyötyisikö hän enemmän neuropsykologisesta etäkuntoutuksesta. Neuropsykologisen etäkuntoutuksen mahdollisuuksia tulisi arvioida jatkotutkimuksissa, kun mietitään, miten kuntoutusvaikutuksia saisi siirtymään asiakkaan arkeen. Neuropsykologinen etäkuntoutus on yksi keino, jolla aivovamman neuropsykologisia oireita koskevaa psykoedukaatiota voi jakaa asiakkaan omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Olisi hyödyllistä saada kokemuksia myös neuropsykologisen etäkuntoutuksen ryhmämuotoisesta toteutuksesta esimerkiksi niiden aivovamman saaneiden nuorten aikuisten osalta, joiden asuinpaikkakunnalla ei ole tarjolla neuropsykologista kuntoutusta ja jotka toivovat vertaistukea.

Teknologian kehitys laajentaa perinteisiä kuntoutuksen toteuttamistapoja. Neuropsykologinen etäkuntoutus ei ole perinteisen neuropsykologisen kuntoutuksen kilpailija vaan parhaimmillaan sitä täydentävä ja uusia, luovia ratkaisuja tarjoava menetelmä, jonka keskiössä ovat edelleen asiakaslähtöisyys ja asiakaskohtaisesti määritellyt kuntoutuksen tavoitteet.

Tiivistelmä

Tutkimuksessa käsiteltävän Invalidilii-ton avomuotoisen etäkuntoutus-projek-tin tarkoituksena oli kehittää aivovam-man saaneiden asiakkaiden avomuotois-ta kuntoutusta etäterapiana ja etäkuntou-tuksena. Interaktiivisen neuropsykologi-sen etäohjauksen tavoitteena oli hank-keen pilottivaiheesta saatujen havainto-jen jälkeen simuloida neuropsykologinen face-fo-face-yksilökuntoutustilanne etä-ohjausjärjestelmää hyödyntäen ja toteut-taa asiakkaan neuropsykologiset yksilö-käynnit etälaitteen kautta. Tässä tutki-muksessa käsitellään yhtä asiakastapaus-ta. Kuntoutuksen menetelminä käytettiin neuropsykologisella kuntoutusohjelmalla tapahtunutta tietokoneavusteista kuntou-tusta, supportiivista ohjausta ja aivovam-man neuropsykologisia jälkioireita ja nii-den ilmenemistä koskevaa psykoedukaa-tiota. Interaktiivinen neuropsykologinen etäohjaus osoittautui hyödylliseksi toi-mintatavaksi myös vaikea-asteisesta ai-vovammasta kärsivällä asiakkaalla, kun neuropsykologisen oirekuvan erityispiir-teet huomioitiin ohjaustilanteissa ja kun asiakkaan kanssa samassa fyysisessä ti-lassa oli käytettävissä ohjaava avustaja. Asiakkaan neuropsykologisessa oireku-vassa todettiin edistymisestä huolimatta edelleen merkittävät häiriöt. Tämä tutki-mus on tiettävästi ensimmäinen, jossa on simuloitu face-to-face-neuropsykologi-nen yksilöohjausjakso vaikeavammaisel-la asiakkaalla etäohjausjärjestelmän kaut-ta ja saatu havaintoja tieteellisesti tutkit-

tuun neuropsykologiseen tietoon perus-tuvan kognitiivisen, tietokoneavusteisen kuntoutusmenetelmän toimivuudesta in-teraktiivisessa neuropsykologisessa etä-ohjauksessa.

Avainsanat: interaktiivinen neuropsy-kologinen etäohjaus, traumaattinen aivo-vamma, tietokoneavusteinen kognitiivis-ten toimintojen kuntoutus, yksittäistä-paustutkimus

Abstract

Interactive neuropsychological telerehabilitation of a client with severe TBI

The aim of a telerehabilitation project of Finnish Association of people with physical disabilities (FPD) was to develop telerehabilitation of traumatic brain injury (TBI) clients in the area of teletherapy and telerehabilitation. In the present study the objective was to simulate face-to-face neuropsychological rehabilitation sessions via an Internet-based videoconferencing telerehabilitation system on the ground of the experiences observed during the pilot phase of the project. The client was a 35-year-old male with severe TBI as a result of a high energy accident occurred in May 2012. He participated in 12 neuropsychological telerehabilitation sessions at a frequency of a 60 minute session weekly including 5 sessions during the pilot phase of the project and 7 sessions during the face-to-face simulation sessions. The procedures included computer-based rehabilitation of cognitive functions, supportive guidance and psychoeducation of neuropsychological consequences of TBI. Interactive neuropsychological telerehabilitation of the client with severe TBI proved to be a useful procedure when the specific features of the client's neuropsychological outcome after TBI were taken into account and there was an assistant worker in the same physical environment of the client. Nevertheless, in spite of the progress the degree of neuropsychological disorders was still severe.

This is presumably the first study to report the observations of simulated face-to-face neuropsychological sessions via an Internet-based videoconferencing telerehabilitation system with evidence-based computer-assisted training of cognitive functions for the client with severe TBI.

Keywords: interactive neuropsychological telerehabilitation, traumatic brain injury, computer-based rehabilitation of cognitive functions, single-case study

Liisa Marttila, PsM, neuropsykologi (ET), Invalidiliiton Kuntoutus Oy, Validia Kuntoutus Lahti

Mia Tuomainen, toimintaterapeutti, Invalidiliiton Kuntoutus Oy, Validia Kuntoutus Helsinki

Sinikka H. Peurala, FT, tutkimusjohtaja, Invalidiliitto-konserni

Lähteet

- Bergqvist T, Gehl C, Lepore S, Holzworth N, Beaulieu W (2008) Internet-based cognitive rehabilitation in individuals with acquired brain injury: A pilot feasibility study. *Brain Injury*, 22, 11, 891–897.
- Bergqvist T, Gehl C, Mandrekar J, Lepore S, Sherrie H, Osten A, Beaulieu W (2009) The effect of internet-based cognitive rehabilitation in persons with memory impairments after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 23, 10, 790–799.
- Brennan DM, Tindall L, Theodoros D, Brown J, Cambell M, Christiana D, Smith D, Cason J, Lee A (2011) A blueprint for telerehabilitation guidelines –October 2010. *Telemedicine Journal and e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 17, 662–665.
- Bourgeois MS, Lenius K, Turkstra L, Camp C (2007) The effects of cognitive teletherapy on reported everyday memory behaviours of persons with chronic traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21, 1245–1257.
- Caltagirone C, Zannino GD (2008) Telecommunications technology in cognitive rehabilitation. *Functional Neurology*. 23 (4), p. 195–199.
- Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, Felicetti T, Laatsch L, Harley JP, Bergqvist T, Azulay J, Cantor J, Ashman T (2011) Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Update Review of the Literature From 2003 Through 2008). *Arch Phys Med Rehabil*, 92.
- Diamond BJ, Shreve GM, Bonilla JM, Johnston MV, Morodan J, Branneck R (2003) Telerehabilitation, cognition and user-accessibility. *NeuroRehabilitation*, 18, 171–177.
- Fordeucey PG, Ruwe WD, Dawson SJ, Scheideman-Miller C, McDonald NB, Hantla MR (2003) Using telerehabilitation to promote TBI recovery and transfer of knowledge. *NeuroRehabilitation* 18, 103–111.
- Kairy D, Lehoux P, Vincent C, Visintin M (2009) A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 31, 6, 427–447.
- Karppi M, Nyfors H (2012) Interaktiivinen etäkuntoutus tukee iäkkään ihmisen kotona selviytymistä. *Kuntoutus* 2, 5–12.
- Man DWK, Soong WYL, Tam SF, Hui-Chan CWY (2006) A randomized clinical trial study on the effectiveness of a tele-analogy-based problem-solving programme for people with acquired brain injury (ABI). *Neurorehabilitation* 21, 205–217.
- McGrath N, Dowds MMJr, Goldstein R (2008) Clinical Supervision of a Client With Traumatic Brain Injury in a Host Home Placement Using Video Teleconferencing: A Case Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6, 388–393.
- Ng EMW, Polatajko HJ, Marziali E, Hunt A, Dawson DR (2013) Telerehabilitation for addressing executive functions after traumatic brain injury. *Brain injury*, 27, 5, 548–564.
- Ricker JH (2003) Clinical and methodological considerations in the application of telerehabilitation after traumatic brain injury: A commentary. *Neuro-Rehabilitation* 18, 179–181.
- Ricker JH, Rosenthal M, Garay E, DeLuca J, Germain A, Abraham-Fuchs K, Schmidt KU (2002) Telerehabilitation Needs: A Survey of Persons with Acquired Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17, 3, 242–250.
- Tam SF, Man WK, Hui-Chan CWY, Lau A, Yip B, Cheung W (2003) Evaluating the efficacy of telecognitive rehabilitation for functional performance in three case studies. *Occupational Therapy International*, 10, 1, 20–38.
- Theodoros D, Russell T (2008) Telerehabilitation: Current Perspectives. Latifi, R, ed. *Studies in Health Technology and Informatics*. Volume 131: Current Principles and Practices of Telemedicine and e-Health. Amsterdam, NLD: IOS Press.
- Tsaousides T, D’Antonio E, Varbanova V, Spielman L (2014) Delivering group treatment via videoconferencing to individuals with traumatic brain injury: A feasibility study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 5, 784–803.

KUNTOUTUKSEN TEORIOISTA JA ICF-MALLISTA

Johdanto

Kuntoutus on monitieteellistä ja moniammatillista toimintaa. Eurooppalaiset kuntoutus-tutkijat ovat kuvanneet kuntoutuksen tutkimuksen laaja-alaisuutta todeten, että sen tulisi ulottua solutasolta yhteiskuntaan saakka (Stucki & Grimby 2007). Kuten Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa (2003) aikanaan todettiin, kuntoutuksen tutkimuksen erityinen haaste on mikro- ja makrotasoisien tutkimuksen integrointi: vaikka pääosa kuntoutuksesta toteutuu yksilötyönä, kuntoutuksen toimeenpanon käytännöt ja tulokset ovat sidoksissa toimintaympäristöihin ja yhteiskunnallisiin ratkaisuihin. Kuntoutuksen yhteisen teoriaperustan mahdollisuuksia on pohdittu 2000-luvulla (esim. Siegert ym. 2005, Worrall 2005, Wade 2005, Whyte 2007, 2014). Sen etsimistä on pidetty tarpeellisenä monesta eri syystä – muun muassa toiminnan vaikuttavuuden parantamiseksi ja kuntoutuksen yleisen arvostuksen nostamiseksi.

Siegert ym. (2007) tarkastelevat kuntoutuksen teorian edellytyksiä artikkelissa, jossa he samalla esittelevät *Good Lives* -malliksi nimetyn kuntoutusintervention perustan.¹ He toteavat kuntoutuksen teorian edellyttävän kolmenlaisia olettamuksia. Perustason olettamukset ovat yleisiä taustaolettamuksia, jotka

koskevat muun muassa kuntoutuksen arvoja ja ihmiskäsitystä sekä *ontologisia ja epistemologisia sitoumuksia*. Toisen tason olettamukset ovat ns. *etiologisia olettamuksia* ihmisen toimintaan ja toimintakykyyn vaikuttavista – mahdollistavista ja ehkäisevistä – tekijöistä. Esimerkiksi ICF-malli tai Työterveyslaitoksen työkykytalo kuvaavat kumpikin omalla tavallaan niitä tekijöitä, joilla on merkitystä toimintakyvyn tai työkyvyn kehityksessä. Kolmannelle tasolle sijoittuvat itse *kuntoutustoimintaa ja sen vaikutuksia koskevat teoriat ja olettamukset*. Olettamukset voivat koskea yksittäisiä menetelmiä, yhteistyösuhteita, toiminnan jatkuvuuden varmistamista tai kuntoutuksen aikaisen toimeentulon järjestämistä.

Kahden jälkimmäisen tason kysymyksiin palaamme myöhemmin; seuraavassa muutama havainto perustason sitoumuksista. Kuntoutuksen arvoihin katsotaan yleensä kuuluvan hyvinvointi, oikeudenmukaisuus ja kuntoutujan autonomia. Nykyisen kuntoutusparadigman mukaan asiakas ymmärretään aktiivisena toimijana, jonka henkilökohtaiset tavoitteet ovat kuntoutustoiminnan lähtökohtana. Se tarkoittaa asiakkaan osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä asiakkaan ja työntekijän yhteistyötä.

¹ Tony Wardin *Good Lives* -kuntoutusmalli on kehitetty vankien, erityisesti seksuaalirikoksia tehneiden, kuntoutuksen perustaksi, mutta Siegert ym. (2007) soveltavat sitä laajemmin.

Samalla painotetaan kuntoutuksen liittymistä asiakkaan arkeen sekä osallisuutta ja valtaistumista kuntoutuksen tuloksena. Siegertin ym. (2007) mukaan kuntoutuksen tarkoituksena on edistää kuntoutujan hyvinvointia ja pitää samalla huolta siitä, että kuntoutujan autonomia ja itsenäisyys eivät vaarannu prosessin missään vaiheessa. Nämä perusasiat sisältyvät nykyään kuntoutuksen tavallisiin diskursseihin, vaikka monet empiiriset tutkimukset viittaavat siihen, että ne eivät käytännön toiminnassa aina toteudu.

Kuntoutusammattilaiset ja kuntoutuksen tutkijat perustavat työnsä monenlaisiin ontologisiin ja epistemologisiin sitoumuksiin. Tuskin juuri kukaan enää vannoo positivistisen tiedonintressin nimeen. Kuntoutustyössä tiedetään, että objektiiviset löydökset eivät riitä asiakkaan tuskan ja kärsimyksen arviointiin. Asiakkaan kokemuksen merkityksen tunnistamisen myötä erilaiset relativistiset käsitykset todellisuudesta ovat vallanneet alaa ja samalla erilaiset konstruktivistiset, ymmärtävät ja tulkitsevat lähestymistavat kuntoutuksen tutkimuksessa. Oma käsityksemme on kuitenkin, että kuntoutuksen monialaisessa tutkimusyhteistyössä yhteinen perusta löytyy maltillisten realististen suuntausten, esimerkiksi kriittisen tai tieteellisen realismin (esim. Archer 1995, Pawson & Tilley 1997, Bhaskar & Danermark 2006) tai pragmatismien (ks. Kivinen & Piironen 2007, Pihlström 2014, Shaw ym. 2010) piiristä, jolloin haetaan jonkinlaista keskitietä vahvan realismin ja tiukkojen relativististen tulkintojen välillä. Mäntysaari (2006) toteaa, että nimenomaan realismi mahdollistaa perusteisiin käyvän analyysin myös yhteiskunnallisista ilmiöistä.

Maltillisen realismin sisällä on lukuisia orientaatioita. Kriittisen realismin oletuksia kuvataan usein käsitteillä ontologinen realismi (oletetaan tarkkailijoista riippumaton fyysinen ja sosiaalinen todellisuus) ja epistemologinen relativismi, jonka mukaan empiirisen tutkimuksen tai kokemuksen tuottama tieto tästä todellisuudesta on aina epätäydellistä, eri tavoin konstruoitua ja tulkittua. Luonnontieteellisten ja sosiaalisten ilmiöiden ajatellaan olevan yhtä todellisia; kumpaakin koskeva tie-

to on sosiaalisesti määrittyä. Erilaisia tulkintoja ja todellisuutta koskevia teorioita on kuitenkin mahdollista arvioida ja pitää jotakin teoriaa totuudenmukaisempana tai vahvempaa kuin jotakin toista. Clark ym. (2007) ja Bergin ym. (2011) tarkastelevat kriittisen realismin lähtökohtia kahden eri asiakasryhmän tilanteissa. Realistisessa arviointitutkimuksessa pyritään löytämään ne havaintojemme ja kokemustemme takana olevat rakenteet ja mekanismit, jotka mahdollistavat ja ehkäisevät tavoiteltuja vaikutuksia (vrt. Rostila 2001).

Pragmatismien eri suuntauksille on yhteistä käytännön merkityksen painottaminen ja ihmisen tarkastelu toimivana olentona, joka kiinnittyy todellisuuteen toimintansa ja käytäntöjensä kautta. Lähtökohtana on ihmisen toiminta, ja käsitteet ovat välineitä, joita toimivat ihmiset käyttävät pyrkiessään ratkaisemaan kohtaamiaan ongelmia. Sosiaalipsykologi G.H. Meadin lauseen "truth is synonymous with the solution to a problem" on katsottu kuvaavan hyvin pragmatistin ajattelutapaa. Vastaavasti pragmatismiin nojauksessa tutkimuksessa painotetaan käytännönläheisiä ja toimintakeskeisiä lähestymistapoja, jotka tukevat tutkijan yrityksiä auttaa sosiaalisen elämän ongelmien ratkaisemisessa (Kivinen & Piironen 2006). Teorioiden ja käsittejärjestelmien arviointi perustuu niiden toimivuuteen, ei niinkään siihen, millä tavoin ne heijastavat "maailmaa sinänsä"; pragmatisti ei kuitenkaan voi täysin hylätä realismia, koska kaikki tutkiminen ja oppiminen, etenkin taitojen ja toiminnan tapojen omaksuminen, tapahtuu aina jo maailmassa, jonka "kovat faktat" on otettava huomioon (Pihlström 2007/2014). Monella kuntoutusalan ammattilaisella on motivoivana tekijänä ollut pyrkimys muuttaa ihmisten elämää paremmaksi, ja siksi käytännönläheinen, käytännön muutoksiin fokuoiva taustafilosofia tarjoaa hyvän lähtökohdan (vrt. DeForge & Shaw 2012).

Kuntoutuksen monitasoiset teoriat

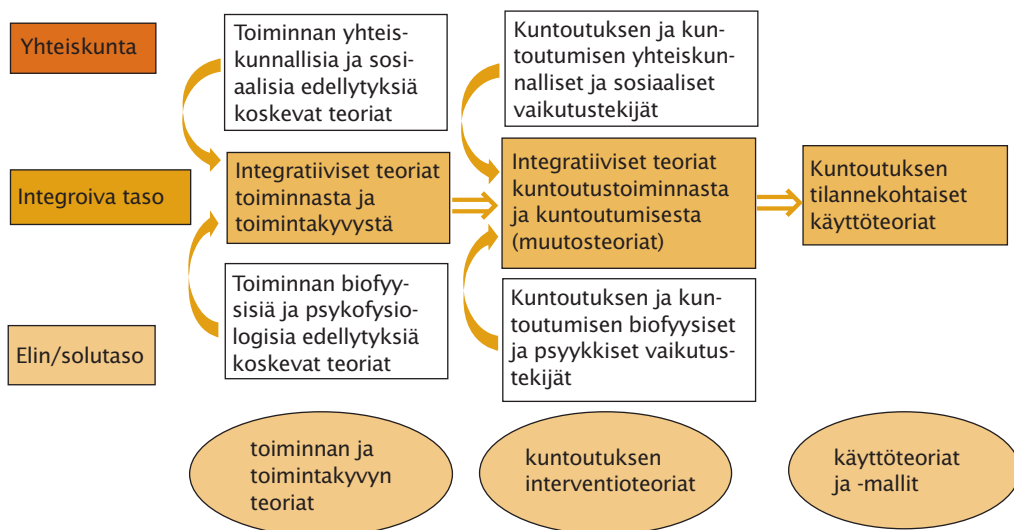
Kuntoutustyössä käytössä olevia teorioita "mikrosta makroon" jäsennetään kuviossa 1 (vrt. Stucki ym. 2007). Useimmat kuntoutuk-

sessä käytetyt teoriat ovat yleisiä toimintaa, toimintakykyä ja toiminnan edellytyksiä koskevia teorioita, joita on kuvattu kuvion vasemmassa laidassa. Ne voivat vaihdella toiminnan ja toimintakyvyn yhteiskunnallisia ja rakenteellisia edellytyksiä koskevista teorioista teorioihin, jotka kuvaavat ihmisen toiminnan biofysisiä edellytyksiä ja elinten ja elinjärjestelmien toimintaa. Näissä teorioissa huomio on ilmiöiden tai osatekijöiden välisissä suhteissa yleensä, ei kuntoutusinterventioissa, niiden sisällössä ja niiden vaikutuksissa, eli ne sisältävät Siegertin ym:iden (2007) jaottelussa toiselle tasolle sijoitettavia oletuksia. Tämän tason oletuksia sisältyy esimerkiksi moniin sosiaalisten tekijöiden ja selviytymisen yhteyksiä kuvaaviin sosiaalisiin teorioihin, oppimisteorioihin, käyttäytymisen muutosta koskeviin teorioihin tai neurotieteen teorioihin (McPherson ym. 2015).

Kuvion 1 keskiosassa on kuvattu varsinaiset kuntoutuksen muutos- tai interventioteoriat, jotka sisältävät oletuksia siitä, millaisin kuntoutuksen keinoin saadaan aikaan tavoiteltuja vaikutuksia, millaisten mekanismien kautta muutokset syntyvät ja millaiset toimintaympäristöt mahdollistavat tai ehkäisevät hyvien vaikutusten syntymisen (Siegertin ym:iden kolmannen tason olettamukset).

Makrotasolla teoriat voivat koskea esimerkiksi yhteiskunnan arvojen, asenteiden ja normien, palvelujärjestelmien tai erilaisten ympäristömuutosten vaikutuksia kuntoutumistapahtumaan tai kuntoutuksen toteutukseen, elintasolla esimerkiksi erilaisten stimulaatiohoitojen tai raajan pakotetun käytön sovelluksia kuntoutuksessa.

Kuviossa 2 on kuntoutuksen interventioteorioiden perusajatus visualisoitu arviointitutkimuksissa usein käytetyllä tavalla (ks. Whyte ym. 2014). Toteutetulla kuntoutuksella on tietty ydinsisältö, jonka avulla pyritään saamaan aikaan toivottuja tuloksia ja jonka vaikutuksista on tutkimustietoa tai käytännön kokemusta. Myös muilla kuntoutuksen osatekijöillä voi olla vaikutusta tuloksiin, silloinkin kun niihin ei kiinnitetä erityistä huomiota. Kuntoutukseen voi myös sisältyä joukko osatekijöitä, joilla ei ole merkitystä tulosten kannalta huolimatta siitä, että ne kuuluvat perinteisesti kyseiseen kuntoutusmuotoon. Kuntoutuksen onnistumisen edellytys on, että tunnetaan yksilöllisten mekanismien lisäksi erilaiset toimintaympäristöön ja yhteisöihin liittyvät mekanismit. Eri tasojen integrointi on tarpeellista ihmisen toiminnan ja toiminnan ym:iden kolmannen tason olettamukset).



Kuvio 1. Yleiset toiminnan ja toimintakyvyn edellytysten teoriat, kuntoutuksen ja kuntoutumisen muutosteoriat ja kuntoutuksen tilannekohtaiset käyttöteoriat (ks. myös Stucki ym. 2007).

takyvyn yleisessä tarkastelussa mutta myös kuntoutuksen toteutuksessa ja kehittämisessä.

Kuvion 1 oikeanpuoleiseen laitaan on sijoitettu erilaiset tilannekohtaiset käyttö- tai käytäntöteoriat, jotka koskevat rajattuja tilanteita, asiakasryhmiä ja toimintaympäristöjä. Ne ovat tilannekohtaisia olosuhteita varten sovellettuja yhdistelmiä relevanteiksi arvioituista teorioista ja viitekehyksistä, esimerkiksi tietyn asiakaskunnan tarpeisiin sovellettuja kuntoutusprosessin etenemistä kuvaavia vaihe- tai prosessimalleja.

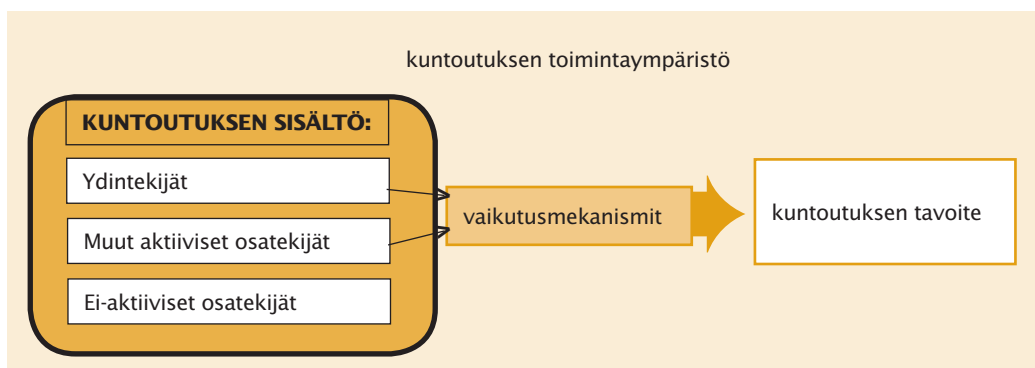
ICF-malli terveisperusteisen toimintakyvyn yleismallina

Kuntoutuksen yleiseksi teoreettiseksi viitekehykseksi on viime vuosina sovitettu Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn ja terveyden luokitusjärjestelmää (ICF), joka kuvaa terveyteen liittyvää toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Sitä laadittaessa on pyritty ns. lääketieteellisen mallin ja ns. sosiaalisen mallin synteesiin, joka tarjoaisi tasapainoisen kuvan terveyden ja toimintakyvyn eri puolista ja kattaisi sekä biologisen, yksilopsykologisen että yhteiskunnallisen näkökulman.

ICF:ää koskevissa kriittisimmissä puheenvuoroissa on painotettu, että ICF ei ole kuntoutuksen teoria vaan vain luokitusjärjestelmä (esim. Turunen ym. 2004). Whyte (2008) on verrannut sitä Linnén taksonomiaan. Mutta vaikka ICF:n kehitystyössä resurssija on suunnattu erityisesti luokitusjärjestelmän kehittä-

miseen, ICF on paitsi luokitusjärjestelmä myös karkea systeeminen tai interaktiivinen malli (vrt. Taylor & Geyh 2012), vaikkakin monelta osin puutteellinen. Tämän mallin mukaan terveydentila ja erilaiset yksilölliset ja ympäristötekijät vaikuttavat sekä ruumiin ja kehon funktioihin että ihmisen suorituksiin ja osallistumiseen, ja vastaavasti yksilön oma toiminta ja toimintakyky vaikuttavat sekä hänen henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa ja terveyteensä että myös siihen ympäristöön, jossa hän elää.

Viime vuosina ICF:ää on toistuvasti nimetty kuntoutuksen holistiseksi tai biopsykososiaaliseksi malliksi – sisältäähän se sekä fyysisiä, psyykkisiä että sosiaalisia konstruktioita yksilön toiminnassa ja toimintaympäristössä, vaikka ei integroikaan käytettyjä konstruktioita yhtenäiseksi synteesiksi (vrt. Gzil ym. 2007). Tällaisena ICF tarjoaa kuntoutuksen ammattilaisille yhteisen kehyksen ja käsitteistön sekä systemaattisen apuvälineen kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien tai kuntoutuksen esteiden paikallistamiseksi ja vastaavasti kuntoutujan tilanteeseen ja kontekstiin liittyvien vahvuuksien analysoimiseksi. Sen avulla eri ammattien edustajista muodostuva työryhmä voi jäsentää työnsä kohteita ja sopia keskinäisen työnjakonsa perusteista (vrt. Järvikoski & Karjalainen 2008, Dean ym. 2012). Kun nykyinen kuntoutusparadigma painottaa kuntoutuksen tavoitteina työssä selviytymistä, sosiaalista osallisuutta ja valtaistumista, myös ICF-mallissa huomion



Kuvio 2. Yleinen malli kuntoutuksen interventioteorioista (ks. myös Whyte ym. 2013, Hart ym. 2013).

tulisi kiinnittyä erityisesti suoritusten ja osallistumisen osa-alueisiin.

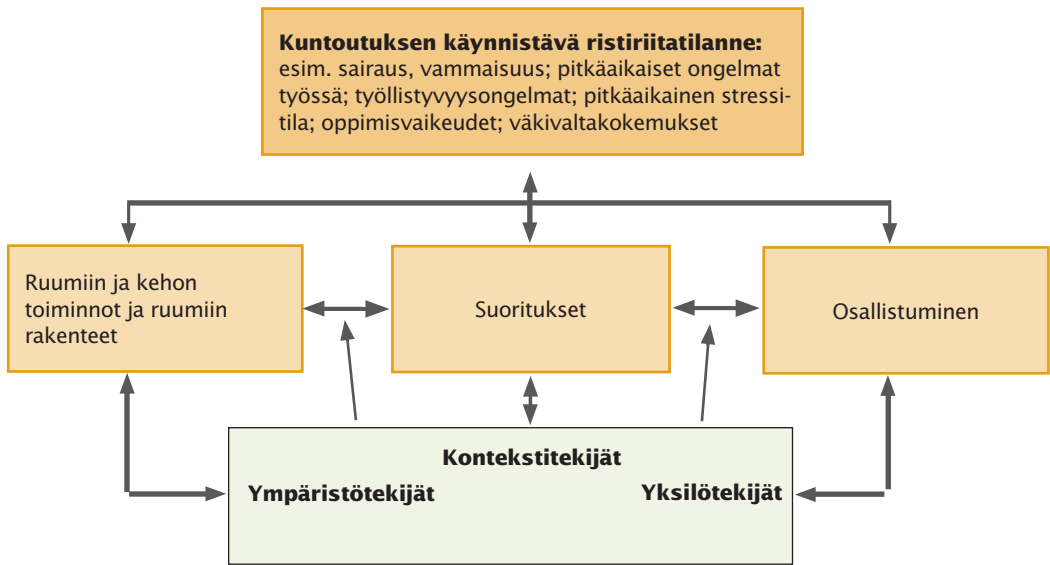
ICF-malli sisältää kontekstitekijöinä, toisen sanoen terveyteen, toimintaan ja toimintakykyyn potentiaalisesti vaikuttavina tekijöinä, erilaiset yksilö- ja ympäristötekijät. Yksilötekijät on siinä kuvattu pelkkänä luettelona. Ympäristötekijät on jaettu viiteen pääluokkaan, jotka sisältävät sekä fyysisen että sosiaalisen ja asenneympäristön ja vaihtelevat makrotasoisista mikrotasoihin: 1) tuotteet ja teknologiat, 2) luonnonmukainen ja ihmisen tekemä ympäristö, 3) sosiaalinen tuki ja verkostot, 4) asenteet (ideologiat, arvot, normit) sekä viimeisenä 5) yhteiskunnan palvelut, hallinto ja politiikat. Empiirinen tutkimus on osoittanut monien kontekstitekijöiden merkityksen ihmisen osallistumis- ja työllistymismahdollisuuksien kannalta. Hyvin suunnitellun koti- ja asuinympäristön tiedetään lisäävän suoritusten ja osallistumisen mahdollisuuksia vammaisella ja iäkkäällä väestöllä. Sosiaalisen tuen, stigman ja syrjinnän vaikutukset tunnetaan sekä yhteiskunnassa yleensä että sen palvelujen piirissä.

Monet kirjoittajat ovat pitäneet ICF:ää tärkeänä edistysaskelena kuntoutuksen yleisen teorian kehityksessä (esim. Wade 2005). ICF ei kuitenkaan ole luonteeltaan kuntoutuksen interventiteoria. Se sisältää yleisiä toimintaa ja toimintakykyä koskevia etiologisia olettamuksia ja on esimerkki toimintaa ja toimintakykyä koskevista yleismalleista. Kuntoutuspalvelut ja niiden vaikutukset eivät ole mallissa huomiota kohteena vaan kuuluvat mallissa muiden palvelujen ja hallinnon ohella niin sanottuihin kontekstitekijöihin.

ICF-luokituksen suosio on ollut sosiaali- ja kasvatustieteissä vähäisempi kuin esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä. Yksisyys tälle on todennäköisesti se, että ICF-mallissa toimintakykyä tarkastellaan terveydentilan kautta: terveydentila on siinä, muista yksilöllisistä tekijöistä poiketen, erityisessä toimintakykyä ja toiminnan ongelmia tarkasteltaessa. Luokituksessa päähuomio on terveydentilan häiriöön tai tautiin liittyvien ongelmien kuvauksessa, ei ihmisen toimintakyvyssä ja sen alentumisessa yleisemmin.

Tältä osin malli heijastelee perinteistä kuntoutuskäsitystä, jonka mukaan kuntoutustarve perustuu sairauden tai vamman aiheuttamiin haittoihin. Nykyinen kuntoutuskäsitys on Suomessa jonkin verran laajempi. Esimerkiksi vankeuslakiin ja uuteen sosiaalihuoltolakiin sisältyvän sosiaalisen kuntoutuksen lähtökohdina voivat olla myös muut kuin sairauden tai vamman aiheuttamat tuen tarpeet. Vankeuslain kohderyhmänä ovat rikoksentekijät, jotka tarvitsevat tukea onnistuakseen palaamaan yhteiskuntaan, ja sosiaalihuollon sosiaalinen kuntoutus on tarkoitettu muun muassa pitkään työttöminä olleille tai väkivallan kohteeksi joutuneille, riippumatta lääketieteellisestä terveydentilasta. Kuviossa 3 ICF-mallia on alustavasti muunnettu siten, että siinä on esitetty terveydentilaa kuvaavan ruudun sijasta kuntoutustarpeen syitä kuvaava ruutu.

ICF-malliin on kohdistettu myös muunlaista kritiikkiä. Tavoitteet, intentiot ja tavoitteiden suuntainen toiminta ovat kuntoutuksessa keskeisiä asioita. Mallin on katsottu tukevan asiantuntijakeskeisiä toimintatapoja, joissa asiakkaan tilannetta arvioidaan ottamatta näkyvästi huomioon hänen tavoitteitaan, motivaatiotaan ja toimijuuttaan. Esimerkiksi Nordenfelt (2003) katsoo ihmisen tahdon ja toimijuuden unohtuneen ICF:stä ja pitää tärkeänä yhdistää malliin kykyisyyden lisäksi myös filosofisen toiminnan teorian kaksi muuta modaliteettia: halut ja toimintaympäristön antamat mahdollisuudet. Üeda ja Okawa (2003) puolestaan kysyivät, minne mallista on unohtunut yksilön kokemus, ja ehdottavat, että malliin tulisi konstruoida asiantuntija-arvioiden rinnalle kuntoutujan kokemusta kuvaava vastaava kehikko. On kuitenkin huomattava, että se empiirinen kehitystyö, jota on viime vuosikymmenen kuluessa tehty muun muassa sairausrhytmittain, on yleensä perustunut sekä kuntoutujan kokemukseen, moniammatillisen ryhmän arviointiin että monialaiseen tutkimukseen. On selvää, että ICF-luokitusta voidaan sellaisenaan käyttää apuna myös tavoitteiden asettamisen pohjana lisäämällä nykytilannetta kuvaavan arvion rinnalle tavoiteltua tilannetta koskeva merkintä.



Kuvio 3. Sovellus ICF-mallista.

Kuntoutuksen kannalta on tärkeä huomata, että kuntoutus ei ole ICF-mallissa muutosta tuottava tekijä vaan yksi toimintakontekstin osa muiden ympäristötekijöiden rinnalla. Malli ei sisällä Siegertin ym.:iden (2007) mainitsemia kolmannen tason oletuksia kuntoutusinterventio ja muutosten välisistä suhteista, vaan sen pääviesti on ”kaikki voi vaikuttaa kaikkeen”.

Kuntoutustyön tueksi soveltuvia teorioita

Kuntoutustyössä käytetään monenlaisia, eri tieteenaloilla kehitettyjä teorioita. Salminen ym. (2015) jäsentävät niitä kahdeksan otsikon – lääketieteellisen, biomekaanisen, motorisen kontrollin, kognitiivis-behavioraalisen, psykodynaamisen, pedagogisen, sosiaalisen ja holistisen viitekehyksen – alle. Ei ole harvinaista, että sama ammattilainen käyttää työssään useita teorioita yhdistellen niitä kuntoutustilanteiden mukaan. Palveluihin hakeutumista, tavoitteiden asettamista ja päätöksentekoa koskevia teorioita voidaan soveltaa muun muassa kuntoutustarpeen havaitsemisen ja kuntoutuksen käynnistymisen yhtey-

dessä. Motivaatioteoriat ovat hyödyllisiä mietittäessä kuntoutukseen sitoutumista ja sen keskeyttämisen ongelmia. Esimerkiksi neuropsykologisessa kuntoutuksessa käytetään hyväksi monenlaisia teorioita, kuten kognitiivisen toiminnan ja informaation prosessoinnin teorioita, emotionaalisen toiminnan ja sopeutumisen teorioita, oppimisteorioita, psykiatrisia teorioita sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja organisaatioteorioita, ja usein kyse on niiden tilannekohtaisesta synteisistä (Wilson & Gracey 2009). Kuntoutuksen yhteiskunnallisen näkökulman ymmärtämisen kannalta hyödyllisiä voivat olla erilaiset sosiaaliset vammaisuusteoriat, sosiaalisen tuen muotoja (mm. vertaistukea) ja vaikutuksia koskevat teoriat, leimautumisteoriat, sosiaalisen vaihdon teoriat tai terveyden eriarvoisuuden perusteita koskevat mallit, mutta myös toimijaverkostoteoriat, organisaatioteoriat ja erilaiset työn muutosta ja työelämän murrosta koskevat tulkinnat. Kuntoutustyössä on kuitenkin varottava käyttämästä eri teoriapohjien käsitteitä voileipäpöytänä (*“cafeteria-style research”*), josta yksittäisiä konstruktioita poimitaan pyrkimättä ymmärtämään niiden asemaa laajemmassa viitekehyksessä.

Valitsimme tästä moninaisesta teorioiden valikoimasta neljä teoriaa tai mallia lyhyeen tarkasteluun. Ne ovat toimintavalmiuksien teoria, toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, empowerment-teorioiden ryhmä sekä sosiokognitiivinen teoria. Kaikkiin niihin sisältyy – ainakin implisiittisesti – sekä yksilöettä yhteisönäkökulma. Osassa niistä on myös interventioteorian piirteitä.

Toimintavalmiuksien teoria. Toimintavalmiuksien teorian (esim. Sen 1985, Nussbaum & Sen 1993) keskeisellä käsitteellä, toimintavalmiuksilla (capabilities), tarkoitetaan ihmisen mahdollisuuksia saavuttaa erilaisia olosuhteita tai suorittaa erilaisia toimintoja. Se ei viittaa ihmisen kykyihin vaan käytännöllisiin mahdollisuuksiin. Toimintavalmiuksien perusteella ihminen voi toimia ja saavuttaa arvokkaana pitämiään tavoitteita. Ihmisen hyvinvointi rakentuu hänen saavuttamistaan toiminnoista (achieved functionings), joita voivat olla terveys ja hyvinvointi mutta myös esimerkiksi itsekunnioitus ja onnellisuus. Toimintavalmiuksilla ja toiminnoilla on perustansa ulkoisten ehtojen ja toimijan henkilökohtaisten valmiuksien välisessä vuorovaikutuksessa, mutta myös ihmisen arvoilla, tavoitteilla ja valinnoilla on teoriassa tärkeä rooli. Toimintavalmius liittyy myös vapauteen ja mahdollisuuteen elää arvostamaansa elämää, ja siksi siihen yhdistyvät myös valtaistumisen ja toimijuuden käsitteet (Reindal 2009, Trani ym. 2011).

Useat kirjoittajat ovat viime vuosina vertailleet toisiinsa toimintavalmiuksien teoriaa ja ICF-mallia arvioiden niiden etuja ja ongelmia erityispedagogiikassa, kuntoutuksessa ja sosiaali- ja terveydenhuollossa (esim. Burchardt 2004, Mitra 2006, Reindal 2009, Lindh & Suikkanen 2012, Bickenbach 2014). Kuntoutuksen näkökulmasta toimintavalmiuksien teorian selvä etu ICF-malliin verrattuna on, että edellinen ottaa huomioon myös ihmisen arvot, tavoitteet ja valinnat.

Toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (COPM-E). Kanadalaisten toimintaterapeuttien kehittämä toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli on systeemiteoreettinen malli, joka muodostuu kolmesta osatekijästä: ihmises-

tä, ympäristöstä ja toiminnasta (esim. Polatajko ym. 2007: 23). Ihmistä kuvataan fyysisen, kognitiivisen ja affektiivisen kokonaisuutena; tämän kokonaisuuden ytimessä on henkisyys, joka yhdistää eri komponentit toisiinsa ja jolla viitataan ihmisen minään, toimijuuteen ja itsemääräämiseen. Ympäristö muodostuu kulttuurisesta, institutionaalista, fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä. Toiminta jakautuu sisällöllisesti kolmeen osaan: itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Toiminta yhdistää ihmisen ympäristöönsä, ja toiminnan kautta ihminen luo ympäristöään ja ympäristö määrittää ihmistä. Ihmisen toiminnallisuus perustuu ihmisen, ympäristön ja toiminnan dynaamiseen vuorovaikutukseen. Toiminnallisuuden vaikuttavien tekijöiden lisäksi mallissa kuvataan toimintaan sitoutumista, johon liittyvät kuntoutujan roolit, tyytyväisyys, identiteetti, kehitys, suorituskyky, voimavarat ja historia.

Malli ja siihen kuuluvat konkreettiset työvälineet on suunniteltu ohjaamaan toimintaterapian käytäntöjä, ja malliin sisältyy myös selviä interventioteorian piirteitä. Mallina se soveltuu kuntoutustyön perustaksi yleisemminkin. Se tarkastelee ihmisen toimintaa, mutta siinä ei ole myöskään unohdettu ihmisen minuutta ja toimijuutta. Asiakslähtöisyys on kuulunut alusta alkaen mallin periaatteisiin.

Valtaistumisteoriat ja sosiaalinen laatu. Empowerment-teorioissa yhdistyvät yleensä vallan, yksilön toimijuuden ja yhteisöllisten rakenteiden konstruktio. Yksilötasolla valtaistuminen merkitsee muun muassa mahdollisuutta omien asioiden ajamiseen ja hallintaan, kriittistä tietoisuutta niistä tekijöistä, jotka tukevat tai estävät arkielämän hallinnan mahdollisuuksia, sekä mahdollisuutta osallistua suunnitteluun, päätöksentekoon ja toimeenpanoon (Zimmerman & Warschausky 1998). Rakenteellinen *empowerment* tarkoittaa muutuskäsitteenä tasa-arvoisten ja osallistumismahdollisuuksia tarjoavien rakenteiden luomista organisaatioihin tai yhteiskunnallisiin instituutioihin (tai esimerkiksi kuntoutusorganisaatioihin) (vrt. Masterson & Owen 2006). Rakenteellinen valtaistuminen viittaa

siten yhteisön, organisaation tai palvelujärjestelmän ominaisuuksiin, yksilöllinen tai psykologinen valtaistuminen puolestaan yksilön ja ympäristön väliseen suhteeseen tai henkilökohtaisiin prosesseihin, joita yhteisölliset prosessit tukevat. Kuntoutusorganisaation arvot ja toimintaperiaatteet määrittävät sekä kuntoutusammattilaisten mahdollisuuksia että kuntoutujien mahdollisuuksia osallistua ja valtaistua. Valtaistumisen käsitettä on tarkasteltu paljon nimenomaan kuntoutuksen näkökulmasta (ks. myös Kosciulek 1999).

Valtaistumisen teorian pohjalta voidaan olettaa, että asiakkaan sitoutuminen, valtaistuminen ja osallistuminen tulevat mahdollisiksi, jos kuntoutuksessa (a) etsitään hyvän elämän mahdollisuuksia ja tavoitteita yhdessä kuntoutujan kanssa, (b) asiakkaalla on mahdollisuus osallistua kuntoutusprosessinsa suunnitteluun, sitä koskevaan päätöksentekoon, sen toteutukseen ja seurantaan, (c) asiakkaalle luodaan mahdollisuuksia omien voimavarojen etsimiseen, tunnistamiseen ja käyttöön ottoon sekä (d) tuetaan hänen mahdollisuuksiensa nähdä itsensä aktiivisena toimijana omassa elämässään. Tällaisia periaatteita sovelletaan asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa ja voimavarasuuntautuneessa asiakastyössä (strengths-based client work; ks. esim. Rapp & Goscha 2006).

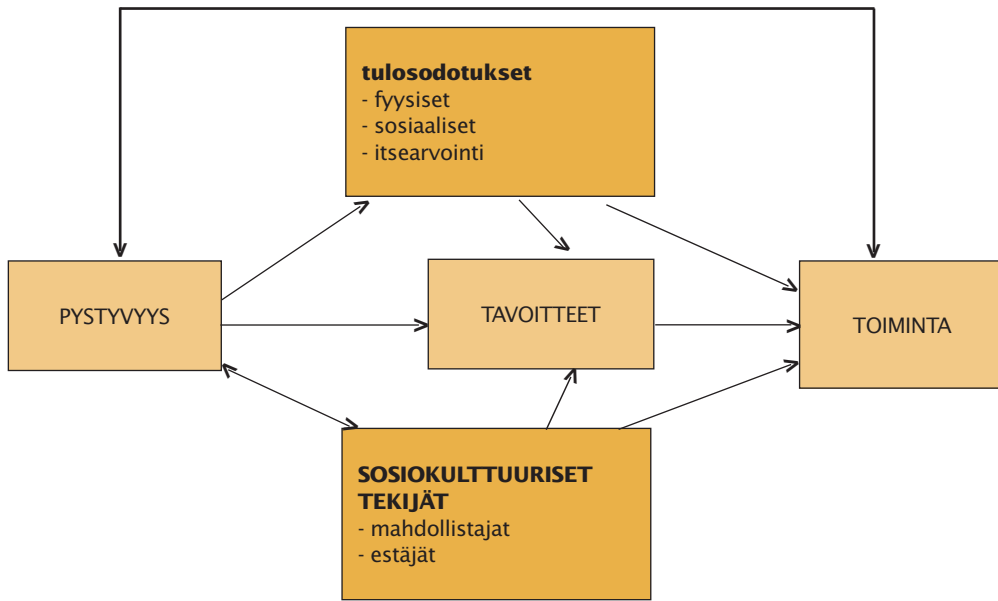
Empowerment-käsite sisältyy myös eurooppalaisten tutkijoiden kehittämään sosiaalisen laadun teoriaan (*social quality theory*), jonka tavoitteena on ollut löytää yhteiskunnan rakenteiden ja kansalaisten toimijuuden ulottuvuuksien pohjalta se ”sosiaalinen”, joka luo mahdollisuuksia myös yksilöiden elämänlaadulle, hyvinvoinnille ja osallisuudelle (esim. Walker 2009, Ward ym. 2011). Teoria kiteytyy neljään osa-alueeseen, turvallisuuteen, sosiaaliseen koheesioon, valtaistumiseen ja sosiaaliseen osallisuuteen, ja sen ytimenä on yksilön ja yhteisön vuorovaikutus. Teorian tarjoamaa tarkastelukehikkoa ei ole juuri sovellettu kuntoutuksessa, vaikka se saattaisi soveltua siihen erityisen hyvin.

Käyttäytymisen muutoksen teorialat. Monet terveys- ja sosiaalipsykologiset teorialat ja mallit kohdistuvat ihmisen käyttäytymisen muu-

toksiin. Sen jälkeen, kun kuntoutumista on alettu tulkita ”kuntoutujan matkana”, ihmisen aikomusten, tavoitteiden, sitoutumisen ja toiminnan merkitys on korostunut myös kuntoutuksessa. Esimerkkejä paljon sovelletuista teorioista ovat Carverin ja Scheierin (1982, 2001) itsesäätely- tai kontrolliteoria, joka käsittelee tavoitteen suuntaista toimintaa, Locken ja Lathamien (2006) tavoitteiden asettamisen teoria, erilaiset käyttäytymisen muutoksen vaihemallit (esim. transteoreettinen vaihemalli, DiClemente & Prochaska 1998), Rogersin suojelumotivaatioteoria (Milne ym. 2000), Ajzenin suunnitellun käyttäytymisen teoria (Ajzen & Manstead 2007), terveysuskomusmalli (esim. Becker & Janz 1985) ja sosiokognitiivinen teoria (Bandura 1986, 1999). Decin ja Ryanin (1985, 2008) itsemääräämisteoriat on sovellettu muun muassa liikuntakäyttäytymisen ja työssä jaksamisen ymmärtämisessä mutta myös pohdittaessa kuntoutumisen ja asiakaslähtöisen kuntoutuksen teoreettisia perusteita (Mancini 2008).

Engelmana näissä kysymyksissä ei ole niinkään teorioiden puute vaan niiden moninaisuus ja toisaalta se, että teorialat usein keskittyvät vain johonkin osaan kokonaisprosessia. Viime aikoina onkin todettu, että parhaita tuloksia saavutetaan eri teorioita yhdistämällä (Glanz & Bishop 2010, Schwarzer ym. 2008, Webb ym. 2010), ja näistä yrityksistä on viime vuosien kirjallisuudessa useita kiinnostavia esimerkkejä.

Edellä mainittu Banduran sosiokognitiivinen teoria on saavuttanut aseman yhtenä suosituimmista teorioista terveyskäyttäytymisen ja kuntoutuksen alueella. Kuntoutuksen kannalta kiinnostavuutta lisäävät sen keskeiset konstruktiot toimijuus, pystyvyys ja sitoutuminen, joilla näyttää olevan merkitystä sekä kuntoutusprosessissa että elämänkulussa yleisemmin. Yksilön toimijuuden ohella teoria ottaa huomioon myös kollektiivisen toimijuuden samoin kuin sosiaalisen rakenteen ja toimijuuden vuorovaikutuksen. Sosiokognitiivista teoriaa ei tässä kirjoituksessa tarkastella yksityiskohtaisemmin; kuvion 4 yksinkertainen malli kuvaa kuitenkin eräitä teorian konstruktioita.



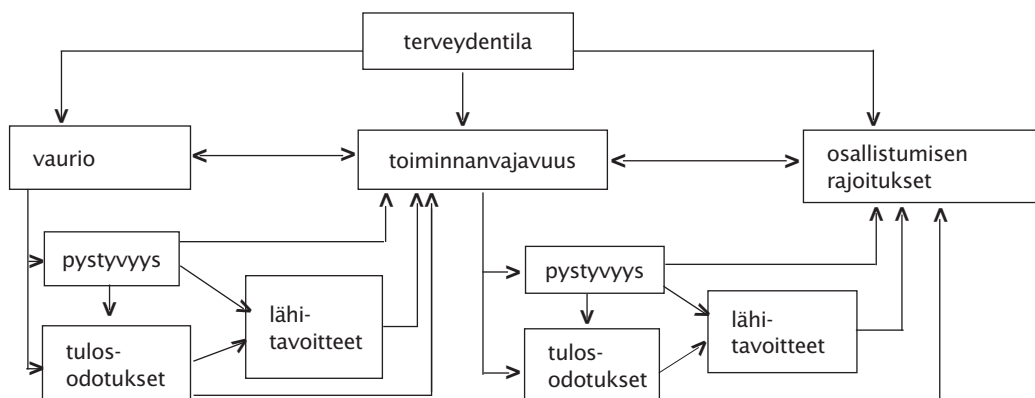
Kuvio 4. Yksinkertainen malli sosiokognitiivisen teorian keskeisistä konstruktioista (Bandura 2012).

Kohti ICF:n ja käyttäytymisen muutosta tarkastelevien teorioiden yhdistelmiä?

Viime vuosina muutamat tutkijaryhmät ovat kehittäneet ICF-mallia kuntoutuksen mallina yhdistämällä ICF:n rakenteen erilaisiin ihmisen toimintaa ja käyttäytymisen muutosta selittäviin teorioihin. Yksi kysymyksistä on ollut, millaista lisäarvoa yksilön käyttäytymistä selittävät teoriat tuovat elintasoisten toimintojen ja suoritusten/osallistumisen välisen suhteen ymmärtämiselle. Brittiläinen tutkijaryhmä (esim. Dixon ym. 2012, Johnston & Dixon 2014) integroi ICF-malliin (ja sitä edeltäneeseen ICIDH-malliin) kaksi käyttäytymisen muutosta kuvaavaa teoriaa, toisaalta sosiokognitiivisen teorian (Bandura 1999, 2001) ja toisaalta suunnitellun käyttäytymisen teorian (theory of planned behaviour; Ajzen 1991). Oletuksena oli, että ihmisen osallistumiseen vaikuttavat elinolojen rajoitusten ohella erilaiset sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, jotka välittyvät ihmisen kokemusten ja käsitysten (pystyvyyden tunteen, tulosodotusten, toiminnan kontrollin, intentioiden jne.) kautta. Empiirisenä aineistona tutkija-

ryhmä käytti muun muassa tekonivelleikkauksista toipuvien seurantatietoja. Keskeinen tulos oli, että molemmat integroidut mallit selittivät empiirisiä tuloksia – elinolojen toimintakyvyn ja osallistumisen rajoitusten välistä suhdetta – paremmin kuin ICF-malli tai kyseinen sosiaalipsykologinen malli yksinään. Vaikuttaa siltä, että ICF-malli voisi tarjota perustan, jonka varaan voitaisiin rakentaa myös kuntoutuksen muutosteorioita.

Scobbie ja Dixon (2015) pitävät ICF-mallia tavoitesuuntautuneen toiminnan kannalta staattisena, koska se ei ota huomioon ajan merkitystä. Dynaamisemmaksi malli tulee, kun sosiokognitiivinen malli tavoitteineen ja motivaatioineen integroidaan siihen (kuvio 5). Tutkijat kuvaavat tilannetta esimerkiksi, joka on kuntoutustilanteissa sangen tuttu. Aivohalvauksesta toipuvan miehen luottamus omaan selviytymiseensä (pystyvyyksäisyys) on selvästi heikentynyt, ja hän pelkää kaatuvansa joutuessaan epätasaiselle alustalle (tulosodotus). Niinpä hän on taipuvainen muokkaamaan toimintaansa ja tavoitteitaan niin, että hän ei joudu tilanteisiin, joista hän ei odota selviytyvänsä. Sen vuoksi hän luopuu



Kuvio 5. Sosiokognitiivisen teorian integrointi ICF-malliin Scobbien ja Dixonin (2015) tapaan.

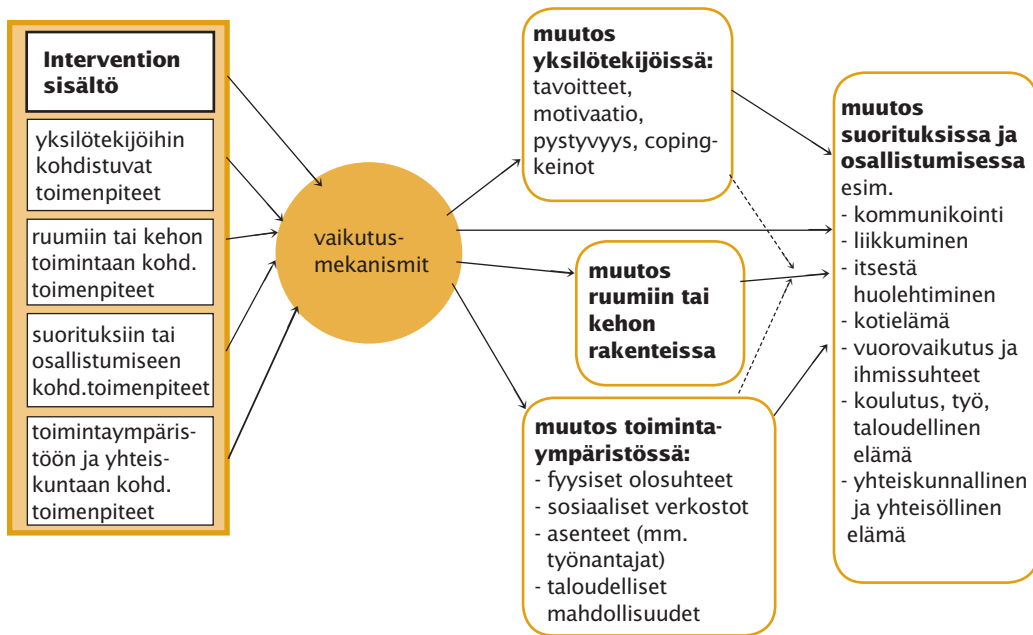
fyysisistä harrastuksistaan, esimerkiksi golfin peluusta. Se merkitsee, että hän ei saa riittävää harjoitusta ja hänen toimintakykynsä heikenee entisestään. Samalla tavoin toiminnanvajavuus heijastuu erilaisina osallistumisen rajoituksina.

Geidl ym. (2014) analysoivat fyysiseen harjoitukseen perustuvien kuntoutusohjelmien pitkäaikaisvaikutuksia. Perinteisesti terapeuttinen harjoittelu perustuu biomedikaaliseen sairauskäsitykseen: perusolettamuksena on, että samalla kun harjoitus vaikuttaa suotuisasti ruumiin rakenteisiin ja toimintoihin, sen vaikutukset näkyvät myös suoritusten ja osallistumisen tasolla. Tyypillistä on kuitenkin, että suhteellisen lyhytkin kuntoutusjakso tuottaa hyviä vaikutuksia elinten toiminnan tasolla, mutta vaikutukset jäävät lyhytkestoisiksi eivätkä siirry suoritusten ja osallistumisen tasolle. Pitkäaikaiset muutokset edellyttävät kuntoutujan toimintatapojen muutosta: sitä, että hän motivoituu ja pystyy jatkamaan harjoittelua myös itsenäisesti kuntoutusjakson jälkeen. Tämä tarkoittaa, että perinteinen terapeuttinen harjoittelu on korvattava tai sitä on täydennettävä toimintatavalla, jonka teorettisena perustana on ICF-mallin integroiminen tavoitteita, motivaatiota ja käyttäytymisen muutosta koskeviin teorioihin.

Muutosmekanismit toimivat monin tavoin

Kuntoutuksen muutosteorioissa (vrt. kuviot 1 ja 2) keskeinen kysymys on, mitkä tai millaiset interventiot tai kuntoutuksen osatekijät (olennaiset ydinsisällöt) saavat aikaan toivottuja muutoksia ihmisen suorituksissa ja osallistumisessa ja millaiset mekanismit tässä muutoksessa toimivat. Yhtä tärkeä kysymys on, millaiset kuntoutujan yksilölliset ja toimintaympäristöön liittyvät tekijät ovat tässä muutoksessa olennaisia ja miten ne voidaan ottaa huomioon kuntoutustoimintaa suunniteltaessa. Hyvä interventioteoriatulkitsee ihmisen toimintaa yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen pohjalta, mutta sisältää myös tietoon perustuvia oletuksia siitä, millaiset kuntoutuspalvelut tai interventiot tuottavat positiivisia muutoksia eri osa-alueilla ja mitkä vaikutusmekanismit eri tilanteissa toimivat.

Monialaisessa kuntoutustoiminnassa pyritään perimmäiseen tavoitteeseen, suoritusten ja osallistumisen parantumiseen (joko yleensä tai jollakin osa-alueella), eri reittejä myöten (kuvio 6). Asetettavat välitavoitteet voivat siten olla hyvinkin erilaisia. Biomedikaalisiin, terapeuttisiin ja kognitiivisen psykologian toimenpitein pyritään saamaan aikaan haluttuja muutoksia ruumiin ja kehon rakenteissa ja toimintoissa, ja usein niissä tapahtuneita



Kuvio 6. Kuntoutustoiminnan päätavoite ja sen saavuttamisen väylät (vrt. Worrall 2007, Järvikoski & Härkäpää 2011).

den muutosten oletetaan sellaisenaan johtavan perimmäisen tavoitteen saavuttamiseen. Voidaan myös pyrkiä vaikuttamaan yksilötekijöihin: toiminnan tulisi tukea kuntoutujan motivaatiota ja pystyvyyttä (self-efficacy) tai auttaa häntä löytämään keinoja ongelmien käsittelyyn (coping). Muutos yksilötekijöissä voi vaikuttaa osallistumiseen suoraan, mutta se vaikuttaa myös epäsuorasti vaikuttamalla ruumiin ja kehon toimintoihin tai niiden ja osallistumisen väliseen yhteyteen. Perimmäiseen tavoitteeseen voidaan pyrkiä myös vaikuttamalla ympäristötekijöihin. Apuvälineiden avulla voidaan parantaa suorituksia, vaikka ruumiin ja kehon rakenteissa tai toiminnoissa ei sinänsä tapahdu muutoksia. Työympäristön suunnittelu, työnantajien työllistämishalukkuuteen vaikuttaminen, asuin ympäristön esteettömyys ja asumista helpottavat ratkaisut kotona vaikuttavat suoraan suorituksiin ja osallistumisen eri ulottuvuuksiin. Myös olosuhteiden muutoksella on usein samalla epäsuoria vaikutuksia. Tyypillistä kuntoutukselle on, että pyritään vaikuttamaan samanaikaisesti usein eri tavoin – sekä terapeutin ja kasvattavin keinoin että luomalla

osallistumismahdollisuuksia ja vaikuttamalla ympäristöön.

Vaikutusmekanismit viittaavat kuviossa 6 niihin prosesseihin, joiden kautta kuntoutusintervention eri osatekijät tuottavat muutoksia ICF-mallin eri osa-alueilla. Kuntoutuksen interventioteoriana hahmoteltaessa tärkeä kysymys on myös, miten kuntoutuspalvelun ”ydinsisältö” eri tilanteissa määritellään. Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusta on syystä kritikoitu ”black box”-ongelmasta: vaikka tiedetään, että interventio vaikuttaa, ei tiedetä, mikä siinä vaikuttaa. Viime aikoina onkin kehitelty myös teoriaperusteisia kuntoutusinterventioiden ja käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden luokitusjärjestelmiä, joiden tarkoituksena on avata kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten ”mustaa laatikkoa” ja löytää tätä kautta teoreettinen pohja eri interventioiden tulosten tarkasteluun (Michie ym. 2011, 2013, Hart ym. 2014). Vaikka monet vaikutuksista ovat yksilöllisiä tai kontekstisidonnaisia, toiminnan ja yksittäisten toimenpiteiden jatkuva arviointi on tarpeen. On olennaisen tärkeää saada tutkimustietoa toiminnan tuloksista, mutta samal-

la tarvitaan ymmärrystä niistä mekanismeista, joiden kautta positiiviset muutokset syntyvät.

Whyte ja Barrett (2012) puhuvat kahdentyyppisistä muutosteorioista: toisaalta interventioteorioista, toisaalta ns. mahdollistavista teorioista (*enablement theories*). Vaikka kuntoutuksen lopputavoite (aim) on yleensä suorituksissa tai osallistumisessa tapahtuvissa muutoksissa, kuntoutusintervention kohde (target) on usein kuitenkin lähempänä: esimerkiksi lihasvoiman tai sanasujuvuuden parantumisessa tai uusissa oppimiskokemuksissa. Interventioteorioissa pyritään määrittelemään ne mekanismit, joiden välityksellä intervention aktiiviset osatekijät, ingredientit, tuottavat muutoksia siinä kohteessa ja sillä toiminnan osa-alueella, johon interventiolla pyritään välittömästi vaikuttamaan. Se, saavutetaanko interventiolla kuntoutuksen lopputavoite, on kuitenkin riippuvainen paitsi interventiosta myös erilaisista yksilöllisistä tai kuntoutujan sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön liittyvistä tekijöistä, joihin interventio ei useinkaan suoranaisesti kohdistu.

Whyte (2014) pitää tärkeänä sekä interventioteorioiden että mahdollistavien teorioiden kehittämistä kuntoutuksessa, mutta pitää niiden yhdistämistä haasteellisenä tai tuskin mahdollisena. Oma käsityksemme kuitenkin on, että kuntoutuksen suuri kysymys on, miten ”mahdollistavia ratkaisuja” pystytään kuntoutuksen osana toteuttamaan. Muuten jäädään aina tilanteisiin, joissa kuntoutus sinänsä – elintasolla – onnistuu hyvin, mutta osallistumistuloksia ei muodostu, sillä kuntoutujan integroituminen kotiympäristöön, yhteiskuntaan tai työhön ei kuntoutuksen tuloksena onnistu.

Tiivistelmä

Kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä tarvitaan monitasoisia teorioita, jotka ulottuvat mikrotasoisista makrotasoihin. ICF on ensi sijassa luokittelujärjestelmä mutta samalla yksinkertainen systeeminen ja interaktiivinen malli. Kuntoutustyössä käytetään monenlaisia,

eri tieteenaloilla kehitettyjä teorioita. ICF voi toimia kuntoutuksen interventioteorian perustana, jos se integroidaan muutosteorioihin, esimerkiksi tavoitteenasettelun, käyttäytymisen muutoksen tai valtautumisen teorioihin.

Abstract

Rehabilitation theories and the ICF.

In rehabilitation research and practice, comprehensive theories are needed, ranging from micro-level to macro-level. The ICF is a classification system, but also a simple systemic model of human functioning. In rehabilitation, many kinds of theories are used, developed in different disciplines. The ICF can serve as a basis of a rehabilitation intervention theory if it is integrated with theories focusing on change, e.g., those focusing on the goal-setting, behavior change and empowerment.

Aila Järvikoski, kuntoutustieteen professori emerita, Lapin yliopisto

Kristiina Härkäpää, kuntoutustieteen professori, Lapin yliopisto

Anna-Liisa Salminen, PhD, tt, kuntoutustieteen dosentti, johtava tutkija, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto

Lähteet

- Ajzen I (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 2, 179–211.
- Ajzen I & Manstead SR (2007) Changing health-related behaviours: An approach based on the theory of planned behavior. Teoksessa: Hewstone M ym. (eds.) *The scope of social psychology: Theory and applications*. Psychology Press, New York, 43–63.
- Archer MS (1995) *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*. Cambridge University Press, Cambridge
- Bandura A (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

- Bandura A (1999) Self-efficacy. The exercise of control. Freeman, New York.
- Bandura A (2001) Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 52, 1–26.
- Bandura A (2012) On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management* 38, 1, 9–44.
- Bhaskar R & Danermark B (2006) Metatheory, interdisciplinarity and disability research: a critical realist perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research* 8, 4, 278–297.
- Becker MH & Janz NK (1985) The health belief model applied to understanding diabetes regimen compliance. *The Diabetes Educator* 11, 1, 41–47.
- Bergin M, Wells JSG & Owen S (2011) Critical realism: a philosophical framework for the study of gender and mental health. *Nursing Philosophy* 2008, 9, 169–179.
- Bickenbach J (2014) Reconciling the capability approach and the ICF. *ALTER, European Journal of Disability Research* 8, 10–23.
- Burchardt T (2004) Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability. *Disability & Society* 19, 7, 735–751.
- Carver CS & Scheier MF (1982) Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin* 92, 1, 111–135.
- Carver CS & Scheier MF (2001) On the self-regulation of human behavior. Cambridge University Press.
- Clark AM, MacIntyre PD & Cruickshank J (2007) A critical realist approach to understanding and evaluating heart health programmes. *Health* 11, 4, 513–539.
- Dahlgren G & Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm.
- Dean SG, Siegert RJ & Taylor WJ (2012) Conclusion: rethinking rehabilitation. Teoksessa: Dean SG, Siegert RJ & Taylor WJ (eds.) *Interprofessional rehabilitation. A person-centred approach*. Wiley-Blackwell, 167–184.
- Deci EL & Ryan RM (1985) Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Plenum, New York.
- Deci EL & Ryan RM (2008) Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology* 49, 3, 182–185.
- DeForge R & Shaw J (2011) Back- and fore-grounding ontology: exploring the linkages between critical realism, pragmatism, and methodologies in health and rehabilitation sciences. *Nursing Inquiry* 19, 1, 83–95.
- DiClemente CC & Prochaska JO (1998) Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. Teoksessa: Miller WR & Heather N (eds.) *Treating addictive behaviors*. Applied clinical psychology. Plenum Press, New York, 3–24.
- Dixon D, Johnston M, Elliott A & Hannaford P (2012) Testing integrated behavioural and biomedical models of activity and activity limitations in a population-based sample. *Disability and Rehabilitation* 34, 14, 1157–1166.
- Geidl W, Semrau J & Pfeifer K (2014) Health behaviour change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation* 2014 (DOI: 10.3109/09638288.2014.891056).
- Glanz K & Bishop DB (2010) The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health* 31, 399–418.
- Gzil F, Lefevre C, Cammelli M, Pachoud B, Ravaud JF & Lepage A (2007) Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability & Rehabilitation* 29, 20–21, 1616–1624.
- Hart T, Tsaousides T, Zanca JM ym. (2014) Toward a theory-driven classification of rehabilitation treatments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 1, Suppl, S33–44.
- Järvikoski A & Härköpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet: näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. WSOYpro, Helsinki.
- Järvikoski A & Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus*. Duodecim, Helsinki.
- Johnston M & Dixon D (2014) Developing an integrated biomedical and behavioural theory of functioning and disability: adding models of behaviour to the ICF framework. *Health Psychology Review* 8, 4, 381–403.
- Kivinen O & Piironen T (2007) Sociologizing metaphysics and mind: A pragmatist point of view on the methodology of the social sciences. *Human Studies* 30, 97–114.
- Kosciulek J (1999) Consumer direction in disability policy formulation and rehabilitation service delivery. *Journal of Rehabilitation* 1999, 2, 4–9.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma (2003) Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Lindh J & Suikkanen A (2012) Vammaisuuden teorian ja kuntoutuksen problematiikka. Teoksessa: Järvikoski A, Lindh J & Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopistokustannus,

- Rovaniemi, 121-134.
- Locke EA & Latham GP (2006) New directions in goal-setting theory. *Current Directions in Psychological Science* 15, 5, 265-268.
- Masterson S & Owen S (2006) Mental health service user's social and individual empowerment: using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health* 15, 1, 19-34.
- McPherson K, Gibson BE & Leplege A (2015) Rethinking Rehabilitation: Theory, Practice, History - And the Future. Teoksessa: McPherson K, Gibson BE & Leplege A (eds.) *Rethinking Rehabilitation: Theory and Practice*. CRC-Press.
- Michie S, Abraham C, Eccles MP ym. (2011) Methods for strengthening evaluation and implementation: Specifying components of behaviour change interventions: A study protocol. *Implementation Science*, 6, 10.
- Michie S, Richardson M, Johnston M ym. (2013) The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 46, 81-95.
- Milne S, Sheeran P & Orbell S (2000) Prediction and intervention in health-related behavior: a meta-analytical review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology* 30, 1, 106-143.
- Mitra S (2006) The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies* 16, 4, 236-247.
- Nordenfelt L (2003) Action theory, disability and ICF. *Disability & Rehabilitation* 25, 18, 1075-1079.
- Nussbaum M & Sen A (eds.) (1993) *The quality of life*. Oxford, Oxford University Press.
- Pawson R & Tilley N (1997) *Realistic evaluation*. Sage.
- Pihlström S (2007/2014) Pragmatismi. *Filosofia.fi*. Portti filosofiaan. www.Filosofia.fi/node/2409.
- Polatajko HJ, Townsend EA (eds.) (2007) *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. CAOT Publ, Ottawa.
- Rapp CA & Goscha RJ (2006) *The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities*. Oxford University Press, New York.
- Reindal SM (2009) Disability, capability, and special education: towards a capability-based theory. *European Journal of Special Needs Education* 24, 2, 155-168.
- Rostila I (2001) Realistinen arviointitutkimus toimintamallin kehittämistyössä. Teoksessa: Järviskoski A, Härkäpää K & Nouko-Juvonen S (toim.) *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin*. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Salminen A-L, Järviskoski A & Härkäpää K (2015) Teori-at, viitekehukset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. *Käsikirjoitus (hyväksytty julkaistavaksi)*.
- Schwarzer R, Luszczynska A, Ziegelmann JP ym. (2008) Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology* 27, 1, Suppl, S54-S63.
- Scobbie L & Dixon D (2015) Theory-based approach to goal setting. Teoksessa: Siegert RJ, Levack WMM (eds.) *Rehabilitation goal setting. Theory, practice and evidence*. CRC Press, Boca Raton.
- Sen A (1985) *Commodities and capabilities*. Oxford, North-Holland.
- Shaw JA, Connelly DM & Zecevic AA (2010) Pragmatism in practice: Mixed methods research for physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 26, 8, 510-518.
- Siegert RJ, McPherson KM & Dean SG (2005) Theory development and a science of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27, 24, 1493-1501.
- Siegert RJ, Ward T, Levack WHM & McPherson KM (2007) A Good Lives Model of clinical and community rehabilitation. *Disability & Rehabilitation* 29, 20-21, 1604-1615.
- Stucki G & Grimby G (2007) Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part I: Developing a comprehensive structure from the cell to society. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 4, 293-298.
- Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G & Melvin J (2007) Developing "Human functioning and rehabilitation research" from the comprehensive perspective. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 9, 665-671.
- Taylor WJ & Geyh S (2012) *A rehabilitation framework: the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Teoksessa: Dean SG, Siegert R & Taylor WJ (eds.) *Interprofessional rehabilitation. A person-centred approach*. Wiley-Blackwell, 9-44.
- Trani J-F, Bakhshi P, Bellanca N ym. (2011) Disabilities through the capability approach lens: Implications for public policies. *ALTER, European Journal of Disability Research* 5, 143-157.
- Turunen J, Piikivi L & Mäkitalo J (2004) *Sosiosomaatiikka - uusi näkökulma laaja-alaisten oirekuvien hallintaan*. *Duodecim* 120, 17, 2063-2071.
- Üeda S & Okawa Y (2003) The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability & Rehabilitation* 25, 11-12, 596-601.
- Wade DT (2005) Describing rehabilitation interventions. Editorial. *Clinical Rehabilitation* 19, 811-818.
- Walker A (2009) *The social quality approach: brid-*

- ging Asia and Europe. *Development and Society* 38, 2, 209–235.
- Ward PR, Meter SB, Verity F ym. (2011) Complex problems require complex solutions: the utility of social quality theory for addressing the Social Determinants of Health. *BMC Public Health* 11, 630–638.
- Webb TL, Sniehotta FF & Michie S (2010) Using theories of behavior change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction* 105, 1879–92.
- WHO (2001) International classification of functioning, disability and health. Geneva.
- Whyte J (2007) A grand unified theory of rehabilitation (we wish!). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89, 203–209.
- Whyte J (2014) Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 1, Suppl 1, S17–523.
- Whyte J & Barrett AM (2012) Advancing the evidence base of rehabilitation treatments: a developmental approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93, 8, Suppl, S101–S110.
- Whyte J, Dijkers MP, Hart T ym. (2014) Development of a theory-driven rehabilitation treatment taxonomy: conceptual issues. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, Suppl 1, S24–32.
- Wilson BA & Gracey F (2009) Towards a comprehensive model of neuropsychological rehabilitation. *Teoksessa: Wilson BA ym. Neuropsychological rehabilitation. Theory, models, therapy and outcome.* Cambridge University Press, Cambridge, 1–21.
- Worrall L (2005) Unifying rehabilitation theory through theory development. *Disability and Rehabilitation* 27, 24, 1515–1516.
- Zimmerman MA & Warschausky S (1998) Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology* 43, 1, 3–16.

KUNTOUTUKSEN ASIAKASLÄHTÖISYYDEN SEURANTAMENETELMÄN (KAARI) KEHITTÄMINEN

Johdanto

Hyvän kuntoutuskäytännön tavoitteena on asiakkaan paras mahdollinen ja vaikuttava kuntoutus. Hyvä kuntoutuskäytäntö perustuu näyttöön, joka hyödyntää ja yhdistää vaikutavuustutkimuksista, kuntoutuksen ammattilaisten kokemuksista ja kuntoutujalta tai hänen läheisiltään saatua tietoa sekä ottaa huomioon kuntoutujan yksilölliset tarpeet (Law ym. 2004, 14, Paltamaa ym. 2011, 35). Hyvän kuntoutuskäytännön on tunnistettu perustuvan asiakkaan yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittamiseen, oikeaan ajoitukseen, asiakkaan ongelmien ja vahvuuksien tunnistamiseen, tiedon ja kokemusten soveltamiseen, kuntoutujan ja myös perheen tai omaisten osallistumiseen ja sitoutumiseen sekä järjestelmien avoimeen yhteistyöhön (Paltamaa ym. 2011, 35).

Asiakaslähtöisyys on hyvän kuntoutuskäytännön lähtökohta. Asiakaslähtöisyydellä tässä tarkoitetaan sitä, että asiakkaan tilanne ja tarve määrittävät toimintaa ja että asiakas on aktiivinen toimija omassa kuntoutuksessaan ja sen suunnittelussa. Tämä edellyttää, että kuntoutuja ja ammattilaiset yhteistyössä tunnistavat kuntoutustarpeet, laativat tavoitteet ja suunnittelevat kuntoutumista edistävät toimet. Ammattilaisilta asiakaslähtöisyys edellyttää tiedon ja vallan jakamista kuntoutujan kanssa tavalla, joka mahdollistaa yhteisen päätöksenteon. Olennaista on kuunnella kuntoutujaa ja luoda avointa kommunikointia sekä yhteistä päätöksentekoa mahdollistava

ilmapiiri koko kuntoutusprosessin ajan. Asiakaslähtöisesti työskennellessään ammattilainen ottaa huomioon kuntoutujan kokemukset ja antaa mahdollisuuden tehdä erilaisia valintoja. Tärkeää on, että ammattilainen ylläpitää toivoa. Kuntoutujan ja ammattilaisen kumppanuussuhteesta muodostuu parhaimmillaan tasavertainen, neuvotteleva suhde, johon kumpikin tuo oman asiantuntemuksensa ja jossa muodostetaan yhteinen näkemys ja suunnitelma tarvittavista kuntoutumista edistävistä toimista. (Esim. Corring & Cook 1999, Sumsion & Law 2006, Alaranta ym. 2008, Virtanen ym. 2011.)

Kuntoutusta voidaan seurata useasta näkökulmasta, joita voivat olla muun muassa käytettävien menetelmien ja lähestymistapojen vaikuttavuus, kuntoutuksen tavoitteiden saavuttaminen tai hyvän kuntoutuskäytännön osatekijöiden toteutumisen arviointi. Tietoa voidaan kerätä esimerkiksi kirjallisuuskatsauksen keinoin, käyttämällä erilaisia mittareita ja tilastotietoa tai kuulemalla kuntoutuksen palveluntuottajien tai asiakkaiden mielipiteitä haastattelemalla tai kyselylomakkein. Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden arvioinnissa parhaita asiantuntijoita ovat luonnollisesti asiakkaat itse.

Hyvää kuntoutuskäytäntöä kehitettiin vuosina 2006–2013 Kelan toteuttamassa laajassa kehittämishankkeessa (VAKE-hanke). Hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen arviointi ja kehittäminen edellyttävät seurantamenetelmiä. Kuntoutuskäytännöis-

tä saatua seurantatietoa tarvitsevat kuntoutujat, hoidosta vastaava taho, kuntoutuksen järjestäjä ja kuntoutuksen palveluntuottajat sekä muut kuntoutusalaan kehittävät tahot. Kelassa pidettiin tärkeänä, että hyvän kuntoutuskäytännön kehittämisessä kuullaan asiakkaiden näkemyksiä kuntoutuksen toteutumisesta. Kela käynnisti vuonna 2012 hankkeen, jossa kehitettiin verkkopohjainen, sähköisesti täytettävä, Kelan järjestämän kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden jatkuvaan seurantaan soveltuva kyselylomake. Kyselyyn vastataan ilman henkilötunneita ja tiedot käsitellään kuntoutujaryhmittäin. Tiedot tallentuvat Kelan palvelimelle. Kysely mahdollistaa myös palveluntuottajakohtaisen tiedon kertymisen, jolloin palveluntuottajat voivat käyttää tietoa omassa kehittämistyössään.

Tässä katsauksessa kuvataan sähköisesti täytettävän kyselylomakkeen kehittämisen prosessi, kyselylomakkeen eri versioita koskevien tutkimusten tuloksia sekä lopullinen kyselylomake. Hankkeen loppuraportti on luettavissa Kelan internetsivuilla (Karhula & Salminen 2014). Raportissa lopullinen kyselylomake on liitteessä 8.

Kyselylomakkeen kehittämisprosessi

Kyselylomakkeen kehittäminen toteutettiin monivaiheisena systemaattisena prosessina (kuvio 1), jossa noudatettiin kyselylomakkeiden kehittämiseen ja toiseen kulttuuriin siirtämiseen liittyviä hyviä tutkimuskäytäntöjä (esim. Streiner & Norman 2006, Acquardo ym. 2004). Kehittämisprosessista vastasi projektiryhmä ja tutkimuksista tämän katsauksen ensimmäinen kirjoittaja.

Kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyttä arvioivalta kyselylomakkeelta edellytettiin, että se on lyhyt ja nopea täyttää. Lisäksi projektiryhmä päätti, että uutta kyselyä ei kehitetä ennen kuin on arvioitu, voiko Kelan käyttöön tulevan kyselylomakkeen kääntää tai kehittää olemassa olevien kyselylomakkeiden pohjalta. Kehittämisvaiheessa haluttiin tunnistaa joko sellaisenaan käyttökelpoinen kyselylomake tai yksittäisiä kysymyksiä tai osa-alueita, joita voidaan hyödyntää lopullisessa kyselylomak-

keessa. Kyselylomakkeen kehittämisessä kiinnitettiin huomiota tarkasteltavan ilmiön esiin saamiseen, kysymysten sisällölliseen ymmärrettävyyteen, kyselylomakkeiden psykometriisiin ominaisuuksiin sekä lomakkeiden käytettävyyteen ja käytäntöön soveltavuuteen.

Kokeiltava kyselylomake muotoutui järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen (Jeglinsky ym. 2013) perusteella kokeiluun valituista kahdesta asiakaslähtöisyyttä arvioivasta kyselylomakkeesta sekä projektiryhmän laatimista, kuntoutuksen laatua ja vaikutuksia koskevista kysymyksistä. Kyselyä kokeiltiin kolmessa vaiheessa. Kaksi ensimmäistä vaihetta muodostivat tutkimuksen varsinaisen tiedonkeruun, ja niihin saatiin Kelan eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Ensimmäiseen tiedonkeruuseen osallistuville annettiin tietoa tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisessa tiedotteessa, minkä lisäksi he allekirjoittivat toisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Toisessa vaiheessa osallistujia tiedotettiin samoin kuin ensimmäisessä vaiheessa, mutta he eivät allekirjoittaneet suostumusta, koska heidän henkilötietojaan ei kysytty tutkimuksen missään vaiheessa. Kolmannessa kokeilussa selvitetiin käyttöön otettavan kyselyn vastaamiseen kuluva aikaa.

Tutkimukseen osallistuvat kuntoutujaryhmät valittiin Kelan järjestämän kuntoutuksen suurimmista asiakasryhmistä. Tutkimukseen osallistui Tules-kurssilaisia (TULES), mielen-terveyskurssilaisia (MT) ja vaikeavammaisten yksilöllisten kuntoutusjaksojen kuntoutujia (VV). Keskenään erilaiset kuntoutujaryhmät monipuolistivat kyselyn laadun ja toimivuuden arviointia. Kyselylomakkeen kokeiluihin osallistuvista kuntoutujista ei kerätty henkilötunneita.

Kokeiltavat kyselylomakkeet

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen (Jeglinsky ym. 2013) perusteella kokeiltaviksi valituissa kyselylomakkeissa oli Kelan järjestämään kuntoutukseen soveltuvia kysymyksiä asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin osaluista. Kysymykset kartoittivat kuntoutujan kokemuksia kuulluksi tulemisesta, osalli-



Kuvio 1. Kyselylomakkeen kehittämisprosessi

suudesta, ammattilaisten luotettavuudesta ja asiantuntijuudesta, selkeän ja ymmärrettävän tiedon jakamisesta sekä kuntoutuksen hyödyntämisestä ja arkeen siirtymisestä.

Kanadassa kehitetty Measure of Processes of Care – Adults (MPOC-A) -kyselylomake (Bamm ym. 2010) sisältää 34 kysymystä, joihin vastataan 7-portaisella asteikolla (1 = ei lainkaan, 7 = hyvin paljon). Kysymykset jakautuvat viiteen osa-alueeseen: 1) asiakaslähtöisyyden mahdollistaminen ja kumppanuussuhteessa toimiminen, 2) yleisen tiedon tarjoaminen, 3) erityisen tiedon tarjoaminen, 4) koordinoitu ja kokonaisvaltainen hoito ja 5) kunnioitettava ja tukea antava hoito. MPOC-A käännettiin suomen kielelle kyselylomakkeen kehittäjän luvalla. Kielenkääntäjä ja sisällönasiantuntija tekivät toisistaan riippumattomat käännökset. Projektiryhmä arvioi kahta käännöstä ja alkuperäistä englanninkielistä lomaketta ja muodosti konsensuksen kysymysten muodosta kysymyskohtaisesti. Kyselylomakkeessa ollut lääkitykseen liittyvä kysymys jätettiin pois kokeilusta, koska lääkitys ei ole ensisijaisesti kuntoutuksen vastuualuetta.

Toinen kokeiltava kyselylomake perustuu Taiwanissa kehitettyyn Diabetes Empowerment Process Scale (DEPS) -kyselylomakkeeseen (Chen ym. 2010). Se sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan 5-portaisella asteikolla (5 = täysin eri mieltä ja 1 = täysin samaa mieltä). DEPS-kyselylomake arvioi diabetesta sairastavan henkilön psykososiaalisia valmiuksia huolehtia omaan sairauteensa liittyvistä asioista sekä kartoittaa kokemuksia siitä, miten hänen voimaantumistaan on tuettu hoitoprosessin aikana. DEPS-kyselylomakkeessa on väittämiä (esim. ”Kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeisiini ja tavoitteisiini”), jotka jakautuvat seuraaviin neljään osa-alueeseen: 1) vastavuoroinen osallistuminen, 2) tietoisuuden lisääminen, 3) tarpeellisen tiedon tarjoaminen ja 4) avoin kommunikaatio. Kyselylomakkeen kehittäjä antoi luvan käyttää ja muokata menetelmää kuntoutuksen arviointiin soveltuvaksi. Käännösprosessin ja lomakkeen muokkaamisen kuntoutuksen arviointiin toteutti sisällönasiantuntija projektiryhmän ohjauksessa. Projektiryhmä arvioi käännök-

sen ja muodosti siitä yhteisen näkemyksen. Tässä katsauksessa ja testauksen aikana käytettiin muokatusta DEPS-lomakkeesta nimeä DEPSmod, käyttöön otettava lomake nimettiin myöhemmin uudelleen.

Kahteen kyselyyn sisältyvien kysymysten lisäksi projektiryhmä halusi kysyä kuntoutuksen näkemyksiä kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta, siitä, miten kuntoutuksen sisältö vastasi tarpeisiin, henkilökunnan ammattitaidosta sekä kuntoutuksen vaikutuksista. Näiden kuuden lisäkysymyksen väittämiin vastattiin 5-portaisella asteikolla (5 = täysin eri mieltä, 1 = täysin samaa mieltä).

Kokeilun toteutuminen ja eri vaiheiden tulokset

Ensimmäinen kokeilu: Kahden lomakkeen ja lisäkysymysten testaaminen

Ensimmäisen kokeilun sähköinen kysely koostui MPOC-A-kyselystä, DEPSmod-kyselystä ja projektiryhmän laatimista lisäkysymyksistä. Kyselylomake sisälsi tässä vaiheessa 54 kysymystä. Taustatietoina kysyttiin kuntoutujan syntymävuosi, sukupuoli, kuntoutuspaikka, jossa kuntoutus toteutui, sekä kuntoutuksen muoto. Kokeilussa kartoitettiin kymmenen VV-kuntoutujan ja yhdeksän TULES-kuntoutujan näkemyksiä kyselylomakkeen kysymysten (n = 54) ja käsitteiden ymmärrettävyydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta. Kuntoutuja vastasi itsenäisesti ja anonymisti sähköisessä muodossa toteutettuun kyselyyn, minkä jälkeen tutkija haastatteli kuntoutujaa kognitiivisen haastattelun menetelmällä (Godenhjelm 2002). Haastattelun teemat olivat: 1) kysymysten, käytettyjen termien, käsitteiden ja vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyys, 2) niiden tarkoituksenmukaisuus sekä 3) kysymyksiin vastaamisen koettu raskaus ja ponnistelun määrä.

Kyselyyn vastaamiseen ja sen jälkeiseen haastatteluun kului aikaa kuntoutujittain vaihdellen 30–90 minuuttia. TULES-kuntoutujat arvioivat sekä kysymykset että vastausvaihtoehdot ymmärrettäviksi ja kyselyyn vas-

taamisen helpoksi, eivätkä he tarvinneet apua kyselyyn vastaamiseen. VV-kuntoutujien arvioissa oli enemmän vaihtelua ja myös heidän tarvitsemansa apu kyselyn täyttämisesä vaihteli. Kyselyyn vastaaminen ei vaatinut erityistä ponnistelua edes niiden henkilöiden mielestä, jotka tarvitsivat fyysisten rajoitteiden vuoksi enemmän apua ja joilla vastaaminen kesti pidempään kuin muilla.

Ensimmäisen kokeiluvaiheen tulosten perusteella projektiryhmä teki kyselylomakkeeseen kokeilussa esille tulleet, tarvittavat muutokset. Vastauskaalojen suunnat tarkistettiin ja yhdeksi vastausvaihtoehdoksi kaikkiin kysymyksiin lisättiin ”ei koske minua”. Kyselyn loppuun lisättiin kysymys kyselyyn vastaamiseen tarvitusta avusta. Lisäksi laadittiin kysymyksiä, jotka liittyivät ICF-luokituksen ”suoritus ja osallistuminen” -osa-alueen pääluokkiin sekä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Tässä vaiheessa kyselylomake sisälsi 63 kysymystä.

Toinen kokeilu: 63 kysymyksen testaaminen

Toisessa kokeilussa arvioitiin kokeiltavien kyselylomakkeiden psykometrisiä ominaisuuksia, kyselylomakkeen kysymysten (n = 63) toimivuutta, lomakkeiden käytettävyyttä ja soveltuvuutta kuntoutuksen seurantaan. Tiedonkeruuseen osallistui 12 Kelan järjestämän kuntoutuksen palveluntuottajaa. Tiedonkeruu toteutettiin sähköisessä muodossa kuntoutuksen päätösjaksolla. Palveluntuottajat tiedottivat kyselystä 858 kuntoutujalle. Kyselyyn vastasi 554 kuntoutujaa 19.9.2013–4.4.2014 välisenä aikana. Vastausprosentti oli 65. Vastaaajista kaksi kolmasosaa oli naisia ja vastaajien keski-ikä oli 52 vuotta.

Psykometrinen ominaisuuksien tarkastelu. Hyvä kyselylomake mittaa kattavasti ja tehokkaasti sitä ilmiötä, jota kyselyn toivotaan mittaavan (validiteetti) niin, että mittaaminen on mahdollisimman luotettavaa ja tarkkaa (reliabiliteetti) (Metsämuuronen 2006, Heikkilä 2008). Kokeiltavien kahden kyselyn validiteetin tarkastelussa keskityttiin kyselyiden rakenteiden arviointiin (konstruktio- eli rakenne-

validiteetti) ja sen arviointiin, mittaako kaksi kyselyä samaa asiaa (rinnakkaisvaliditeetti). Kyselyiden rakenne eli kysymysten liittyminen tiettyihin osa-alueisiin (eli faktoreihin) on tiedossa, minkä vuoksi tarkastelun kohteena on se, voiko suomen kielelle käännettyjen kyselyiden rakenteita pitää samoina kuin alkuperäisiä. Rakennevaliditeetin tarkastelu toteutettiin konfirmatorisella faktorianalyysillä. Lisäksi tarkasteltiin kyselyn osioiden keskimääräisen sopivuusindeksin (person infit) avulla, että kyselyiden rakenne on sama kaikilla kokeiluun osallistuvilla asiakasryhmillä. Rinnakkaisvaliditeetin tarkastelussa käytettiin kyselyiden välisten korrelaatioiden tarkastelua.

Kyselyiden osa-alueiden reliabiliteettia tarkasteltiin osa-alueiden yhteneväisyyden eli konsistenssin osalta käyttäen tunnuslukuina Cronbachin alfaa, joka perustuu muuttujien välisten korrelaatioiden laskemiseen. Mitä suurempi on alfan arvo, sitä yhtenäisempi on kysely. On esitetty, että arvon tulisi olla yli 0,7 (Heikkilä 2008), mutta yksiselitteisiä raja-arvoja ei ole olemassa. Mitä suurempi on otoskoko, sitä luotettavampi on myös alfan arvo (Metsämuuronen 2006).

Konfirmatorisessa faktorianalyysissä MPOC-A- ja DEPSmod-kyselylomakkeiden teoreettiset rakenteet eli MPOC-A:n viiden osa-alueen rakenne ja DEPSmod:n neljän osa-alueen rakenne vahvistuivat tällä aineistolla. Kyselylomakkeiden osiot korreloivat keskenään, mikä onkin odotettavissa, koska eri osiot mittaavat saman ilmiön eri ulottuvuuksia. Konfirmatorisessa faktorianalyysissä myös kummankin lomakkeen yhden faktorin yleisfaktorimallit vahvistuivat, eli myös kyselyiden kokonaispistemäärää voi käyttää kuvaamaan kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden toteutumista.

Kummankin kyselylomakkeen eri osioiden ja koko kyselyiden faktorilataukset (vaihdellen 0.60 - 0.91) ja selitysasteet (vaihdellen osiottain 0.36 - 0.83) olivat korkeat. Myös osa-alueiden ja koko kyselyiden reliabiliteetit olivat hyvät arvioituna Cronbachin alfalla (0.43 - 0.93). Kyselyiden rinnakkaisvaliditeetti oli hyvä. MPOC-A:n ja DEPSmod:n summapistemäärien välinen korrelaatio oli tilastollisesti

merkitsevä ($p < 0.001$). Kumpikin kyselylomake toimi samoin riippumatta vastaajan sukupuolesta tai iästä.

Eri ryhmiä verrattaessa MPOC-A-kyselyn osioiden keskimääräisen sopivuusindeksin (person infit) vertailut osoittivat, että VV-kuntoutujien ryhmä erosi selkeimmin muista ryhmistä (kaikki ryhmävertailut $p < 0.001$). Merkitsevä ero löytyi myös TULES-kuntoutuskurssille osallistuneiden välillä verrattaessa työssä olevia työstä poissa oleviin ($p = 0.009$). DEPSmod-kyselyssä eri ryhmien keskimääräisissä sopivuusindekseissä ei havaittu eroja ryhmien välillä. Näin ollen DEPSmod toimi eri ryhmillä paremmin kuin MPOC-A.

Kyselylomakkeen käytettävyyden ja soveltuvuuden tarkastelu. Kyselylomakkeen käytettävyyttä ja soveltuvuutta kuntoutuksen seurantaan tarkasteltiin kyselyn täyttämiseen tarvittua avun, kyselyn vastaamiseen kuluneen ajan sekä palveluntuottajien kokemusten näkökulmista. Avun tarvetta kyselyyn vastaamisessa kysyttiin kuntoutujilta kyselylomakkeen lopussa. Kyselyyn vastaamiseen kulunut aika kirjautui automaattisesti kuntoutujan vastatessa kyselyyn. Palveluntuottajien kokemuksia kartoitettiin toisen kokeiluvaiheen loputtua kyselyllä, jossa kysyttiin palveluntuottajien näkemyksiä kyselyn käytännön toimivuudesta sekä kehittämisehdotuksia kyselyn sisällyttämisestä kuntoutusjakson ohjelmaan. Palveluntuottajille sähköpostitse lähetettyyn kyselyyn vastasi 11 palveluntuottajaa 12:sta. Kahdeksan palveluntuottajaa vastasi TULES-kursseja, viisi MT-kursseja ja neljä VV-jaksoja koskeviin kysymyksiin. Palveluntuottajien vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä tuomalla esille yhtenevät ja eriävät näkemykset (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Suurin osa (88 %) kuntoutujista täytti sähköisen kyselylomakkeen itsenäisesti. Eniten apua tarvitsivat VV-kuntoutajat, joista 40 prosenttia tarvitsi jonkinlaista apua. Yleisimmin he tarvitsivat apua kysymysten lukemiseen ja tietokoneen hiiren käyttämiseen. Vastaamiseen kulunut mediaaniaika oli VV-kuntoutujilla 18 minuuttia, TULES-kuntoutujilla 10 minuuttia ja MT-kuntoutujilla 12 minuuttia.

Käytännön toteutus ja tiedottaminen. Yhdeksän palveluntuottajaa arvioi, että sähköiseen kyselyyn vastaaminen onnistui kuntoutujilta helposti. Kaksi palveluntuottajaa ilmoitti, että ATK-tilojen puutteet haittasivat kyselyn täyttämistä. TULES- ja MT-kuntoutujille kyselystä tiedotettiin ryhmäkohtaisesti kurssin tuloinfossa ja/tai kirjallisesti kurssin viimeisen jakson alussa. VV-kuntoutujille kyselystä tiedotettiin henkilökohtaisesti kirjallisesti tai tuloinfossa, yksi palveluntuottaja tiedotti kyselystä ryhmäkohtaisesti infotilaisuuden yhteydessä. Tiedottamisen koettiin hoituneen sujuvasti.

Vastaamisajankohta ja sijoittaminen kurssiohjelmaan. Lähes kaikki TULES- ja MT-kuntoutajat vastasivat kyselyyn ryhmän päätös-palaverin yhteydessä osana kurssiohjelmaa. Yksi palveluntuottaja oli järjestänyt kyselyyn vastaamisen kurssiohjelman ulkopuolelle, jolloin vastausprosentti jäi heikommaksi kuin muissa paikoissa. VV-kuntoutujien kyselyyn vastaaminen toteutui parhaiten yksilöllisesti omaohjaajan palautekeskustelun yhteydessä, jolloin myös vastausprosentti oli ryhmätilan-teissa vastaamiseen verrattuna parempi. Yksi palveluntuottaja ehdotti, että kokeiltaisiin kyselyn täyttämistä kotona.

Henkilöstön ajankäyttö ja kuntoutujien motivointi. Palveluntuottajat arvioivat, että TULES- ja MT-kuntoutujien informointiin ja ohjaamiseen kului melko vähän aikaa (vaihdellen yhdestä minuutista 20 minuuttiin). Kuntoutujien motivointi koettiin pääosin helpoksi, vaikka kaksi palveluntuottajaa kertoi kuntoutujien kokevan, että heillä teetetään liikaa kyselyitä. Kyselyyn vastaamisen prosentti oli korkeampi niissä kuntoutuspaikoissa, joissa informointiin oli käytetty enemmän aikaa. VV-kuntoutujien tiedottamiseen ja ohjaamiseen kulunut aika vaihteli kuntoutujakohtaisesti, osa oli tarvinnut runsaasti apua ja työntekijän aikaa, osa ei juuri ollenkaan.

Kyselyn hyödynnettävyys palveluntuottajan toiminnassa ja suhde asiakaspalautejärjestelmään. TULES- ja MT-kuntoutusta toteuttavista palveluntuottajista suurin osa koki, että kysely on hyödynnettävissä, yksi ei nähnyt kyselyn tuovan lisähyötyä omiin palautekes-

kusteluihin ja kaksi palveluntuottajaa oli epävarmoja. Palveluntuottajat korostivat, että kysymysten tulee olla tarkkaan mietittyjä, jotta kyselystä saatu palaute auttaa kehittämään työryhmän jäsenten työskentelyä. Hyödynnettävyyden ehtona koettiin, että kyselyjen palveluntuottajakohtaisten tulosten tulisi olla palveluntuottajien saatavilla helposti ja säännöllisesti. VV-kuntoutusta toteuttavat palveluntuottajat pitivät kyselyä hyödynnettävänä ja oman toiminnan kehittämiskohteita esille nostavana. Kyselyn suhteesta kuntoutuspaikkojen omaan asiakaspalautejärjestelmään saatiin monenlaisia arvioita. Osa palveluntuottajista koki, että kuntoutuspaikkojen omat palautekyselyt kohdentuvat eri asioihin. Osa koki, että kyseisiä asioita kysytään kuntoutuji- ta, mutta ei systemaattisesti. Osa ilmaisi, että kokeiltavassa sähköisessä kyselyssä ja omissa palautekyselyissä on päällekkäisyyttä.

Kolmas kokeilu:

Lopullisen lomakkeen testaus

Lopulliseksi lomakkeeksi toisen kokeiluvaiheen tulosten perusteella päädyttiin ottamaan DEPSmod-kyselylomake ja täydentävät lisäkysymykset, jotka liittyvät kuntoutujan tarpeisiin vastaamiseen. Lomakkeen täyttämiseen kulunut aikaa testattiin pienellä otoksella kuntoutujia (VV-kuntoutujia 13 ja TULES-kuntoutujia 9). VV-ryhmällä vastaamiseen kului aikaa keskimäärin 13 minuuttia (mediaani 11 minuuttia) ja enimmillään 31 minuuttia. TULES-kuntoutujat vastasivat kyselyyn keskimäärin neljässä minuutissa (mediaani neljä minuuttia), ja hitainkin vastaaja käytti aikaa ainoastaan viisi minuuttia.

Yhteenveto

Hankkeen tavoitteena oli kehittää Kelan järjestämän kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden seurantaan soveltuva sähköinen kyselylomake, jonka kuntoutuja täyttää kuntoutusjakson lopussa.

Kehitettävältä kyselylomakkeelta edellytettiin, että se kohdentuu kuntoutuksen aikaisen kuntoutuskäytäntöjen asiakaslähtöisyy-

den arviointiin ja on helppokäyttöinen, sujuvasti kuntoutusjakson kokonaisuuteen nivoutuva, riittävän lyhyt ja samalla kattava sekä psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyvä.

Kyselylomakkeen kohdentumista varmistettiin analysoimalla kysymysten sisältöjä ja määrää kaikissa kehittämissvaiheissa. Toisen kokeiluvaiheen tulokset kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden toteutumisesta kertoivat myös osaltaan siitä, kohdentuiko kysely oikeisiin asioihin. Käyttäjäystävällisyyttä kehitettiin muun muassa sen perusteella, miten paljon vastaaminen vei aikaa ja vaati apua sekä mitä näkemyksiä palveluntuottajilla oli lomakkeen toimivuudesta. Psykometrisiä ominaisuuksia arvioitiin toisessa kokeiluvaiheessa.

MPOC-A- ja DEPSmod-kyselylomakkeet osoittautuivat psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyväksyttäväksi. MPOC-A kyselylomake ja sen osa-alueet sisältävät verrattain paljon kysymyksiä, mikä voi heikentää kyselylomakkeen luotettavuutta. Kun tarkasteltiin kyselyiden soveltuvuutta kuntoutuksen seurantaan psykometristen ominaisuuksien näkökulmasta, vaikutti siltä, että DEPSmod-kyselyä voisi käyttää sellaisenaan. MPOC-A:n käyttökel- poisuutta seurannan välineenä heikensi kysymysten suuri määrä, 34 kysymystä, verrattuna DEPSmod:n 15 kysymykseen.

Toisen kokeilun jälkeen valittiin käytäntöön sopivaksi DEPSmod-kyselylomake täydentävine lisäkysymyksineen. Lopullinen kyselylomake koostuu 19 kysymyksestä.

Kyselyn kehittäminen oli lähes kahden vuoden pituinen prosessi, joka toteutettiin systemaattisesti kokeiluvaiheiden ja niistä saatavan tiedon avulla. Prosessin toteutti projektiryhmä, joka koostui useiden alojen asiantuntijoista. Lähes 600 kuntoutujaa osallistui kyselyn kehittämisprosessiin vastaamalla kolmessa kokeiluvaiheessa toteutettuihin kyselyihin 12 kuntoutuslaitoksessa. Pääosin palveluntuottajat sitoutuivat tiedonkeruuseen hyvin. Kyselylomakkeen kehittämisprosessi psykometrisine tarkasteluineen oli poikkeuksellisen perusteellinen moniin muihin Suomessa kuntoutuksen vakiintuneessa käytössä oleviin arviointimenetelmiin verrattuna.

Ensimmäisessä ja toisessa kokeilussa olleet sähköiset kyselyt olivat huomattavasti pidempiä kuin käyttöön otettava kysely. On mahdollista, että keskittyminen verrattain pitkään kokeiluvaiheen kyselyyn on saattanut olla vaikeaa osalle kuntoutujista. Koska kokeiluvaiheen kyselyt muutenkin poikkesivat lopullisesta kyselystä, on tarkoituksenmukaista tarkastella lopullisen lomakkeen validiteettia ja reliabiliteettia uudelleen, kun lomakkeella kerättyä aineistoa karttuu.

Subjekttiivisten arviointimenetelmien käyttöön liittyy aina harhan riskejä. Yksilön omat sisäiset standardit ja arvot saattavat muuttua ajan kuluessa (Schwartz 2010). Arviointi voi vaihdella myös tilannekohtaisesti, esimerkiksi kiire tai arvioijan mieliala voivat vaikuttaa arviointiin. Arvioitavan tapahtuman ja arviointitilanteen välinen aika vaikuttavat myös arviointiin. Toisaalta ryhmätason arvioinneissa tilannekohtaisuudet yleensä tasoittuvat. Osa vaikeavammaisten yksilöllisille kuntoutusjaksoille osallistuneista kuntoutujista tarvitsi apua kyselyn täyttämiseen. Palveluntuottajan edustajan läsnäolo on saattanut heidän osaltaan vaikuttaa vastauksiin.

Kun Kela ottaa kyselyn käyttöön, tarvitaan selkeä ohjeistus siitä, miten ja missä vaiheessa kysely tulee täyttää ja mitkä ovat palveluntuottajan tehtävät. Kysely on tarkoitettu ensisijaisesti kehittämisen välineeksi. Palveluntuottajat saavat näin tietoa, miten asiakaslähäinen kuntoutusprosessi heidän laitoksessaan toteutuu ja he voivat verrata tietoa kuntoutuspaikkojen keskimääriin tuloksiin. Säännöllinen palautetieto motivoi palveluntuottajia kyselyn käyttöön. Kyselystä saadaan tietoa myös Kelan järjestämän kuntoutuksen määrittelyyn, suunnitteluun ja kehittämiseen sekä standardien laatimiseen. Suunnitteilla on lisäksi, että kuntoutujille voidaan tarjota tietoa palveluntuottajan toteuttamasta kuntoutuksesta kuntoutuspaikan valinnan tueksi. Kehittämistyötä jatketaan kokeilemalla lomaketta myös muilla asiakasyhmillä.

Käyttöön valittu DEPS-lomake lisäkysymyksineen tullaan liittämään osaksi Kelassa parhaillaan kehitettävää laajempaa sähköistä tiedonkeruujärjestelmää (AKVA), jolla kerä-

tään tietoa Kelan järjestämän kuntoutuksen seuraamiseksi ja kehittämisen tueksi. Lomakkeelle on annettu tässä yhteydessä nimeksi KAARI, joka viittaa kuntoutuksen asiakaslähetöisyyden arviointiin.

Kiitokset kuntoutujille ja palveluntuottajille, jotka osallistuivat tiedonkeruun eri vaiheisiin. Kiitämme projektiryhmän muita jäseniä, jotka ovat Kelan Terveysosaston kuntoutusryhmästä Tuulikki Karhu, Seija Sukula, Veli-Matti Vaden ja Irja Kiisseli, Kelan terveysosaston lääkäriryhmästä Paula Melart ja Tanja Laukka-la, Kelan tutkimusosastolta Annamari Tuulio-Henriksson ja Iлона Autti-Rämö sekä lisäksi Ira Jeglinsky-Kankainen (Ammattikoulu Arcada) ja Sinikka Peurala (Validia Kuntoutus Lahti). Kiitokset myös Kelan tutkimusosaston Vesa-Pekka Juutilaiselle, joka vastasi lomakkeen siirtämisestä sähköiseen muotoon sekä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen Timo Törmäkankaalle, joka antoi tukea tilastollisten analyysien toteuttamisessa. Tutkimusyhteistyöstä kiitämme Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenteriä.

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

Riikka Peltonen, sh, kuntoutuksen ohjaaja, pääsuunnittelija, Kela, terveysosasto, kuntoutusryhmä

Tiina Suomela-Markkanen, LL, asiantuntija-lääkäri, Kela, terveysosasto, lääkäriryhmä

Anna-Liisa Salminen, tt, PhD, dosentti, johtava tutkija, Kela, tutkimusosasto

Lähteet

- Acquardo C, Conway K, Giroulet C, Mear I (2004) Linguistic validation manual for patient-reported outcomes (pro) instruments. Lyon: Mapi Institute.
- Alaranta H, Lindberg H, Holma T (2008) Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen P, Kallaranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Bamm EL, Rosenbaum P, Stratford P (2010) Validation of the Measure of Processes of Care for Adults: A measure of family-centeredness of health care services. *Int J Qual Health Care* 22, 302 - 309.
- Chen M-F, Wang R-H, Cheng C-P, Chin C-C, Stocker J, Tang S-M, Chen S-W (2010) Diabetes Empow-

- erment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version. *J Adv Nurs* 67, 204 - 214.
- Corring D, Cook J (1999) Client-centered care means that I am a valued human being. *Can J Occup Ther* 66, 71 - 82.
- Godenhjelm P (2002) Kognitiiviset haastattelut. Teoksessa Ahola A, Godenhjelm P, Lehtinen M (toim.) Kysymisen taito. Surveylaboratorio lomaketutkimusten kehittämisessä. Tilastokeskus. Katsauksia 2002/2.
- Heikkilä T (2008) Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Jeglinsky I, Karhula M, Autti-Rämö I (2013) Kuntoutusprosessi kuntoutuajan arvioimana. *Kuntoutus* 36, 37 - 52.
- Karhula M, Salminen A-L (2014) Kyselylomake kuntoutusprosessin asiakaslähtöisyyden seurantaan Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Julkaisematon raportti, luettavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Loppuraportti_HKK-kyseily_03102014.pdf/55c2b0f0-697d-4307-9a9c-971d03266f74
- Law M, Pollock N, Stewart D (2004) Evidence-based occupational therapy: concepts and strategies. *New Zealand J Occup Ther* 51, 14 - 22.
- Metsämuuronen J (2006) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (2011) (toim.) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 35 - 36.
- Schwartz C (2010) Applications of response shift theory and methods to participation measurement: a brief history of a young field. *Arch Phys Med Rehabil* 91 (Suppl 1), 38 - 43.
- Streiner DL, Norman GF (2006) Health measurement scales. A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press.
- Sumsion T, Law M (2006) A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Can J Occup Ther* 73, 153 - 62.
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P, Suokas M (2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekesin katsaus 281. <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMIS-TOIMINTA/TOIMKYKIKAAANTYMINEN/HANKE-HALLINTO124270/MUUT124539/LIITE%202%20MATKAOPAS%5B1%5D.PDF> poimittu 11.7.2014.

HEVOSAVUSTEINEN KUNTOUTUS- JA TERAPIATOIMINTA SUOMESSA: KEHITYS JA HAASTEET

Hevosella on useita ominaisuuksia, jotka tekevät siitä suosituksen kuntoutus- ja terapiaeläimen. Seurallisena laumaeläimenä se luo kontaktin ihmiseen ja reagoi herkästi hänen käyttökseen. Suuri koko herättää kunnioitusta ja ohjaa harkintaan. Toisaalta ison eläimen hallitseminen voi vahvistaa itsetuntoa. Liikuntarajoitteiselle hevonen antaa jalat. Hevonen ei syrji vaan vastaa saamaansa kohteluun, ja toimiminen sen kanssa ja talliympäristössä vaatii fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia taitoja (Hippolis 2015). Hevonen tukee myös kuntoutus- ja terapiatyössä hyödynnettävää tarinallisuutta. Suomessa erityisesti suomenhevonen kiinnittyy kansakunnan kokemuksiin yhteisöllisyydestä, yhteen kuulumisen tunteista ja kärsimyksestä (Raento 2014, ks. Savikko 2014).

Hevosien käyttö näihin tarkoituksiin on laajentunut Suomessa 2000-luvulla, mutta kokonaiskuva puuttuu. Toiminta myös herättää vahvoja mielikuvia, ja tutkittua tietoa on suomeksi vähän. Haluamme parantaa tilannetta esittelemällä alan rakenteita ja niiden kehittämistä. Raportoimme tuloksia kyselystä, jolla profiloitiin palveluntarjoajia ja selvitettiin heidän näkemyksiään. Lajissaan ensimmäinen kysely kumpusi hevosalan koulutus-, tutkimus- ja kehittämisorganisaatioiden tarpeesta selkeyttää asetelmaa ja kuulla palveluntarjoajia työnsä tueksi. Tärkeä motiivi kyselyn taustalla oli kentältä saatu palaute. Yhtäältä palveluntarjoajat valittivat, että yh-

teys rahoittajiin oli heikko. Toisaalta vaikutti siltä, että esimerkiksi kunnissa potentiaalisesti kiinnostavaa kenttää pidettiin sekavana, ja tietoa toimijoiden laadusta ja toiminnan vaikuttavuudesta oli vaikea löytää.

Katsauksemme selvittää suomalaisen hevosavusteisen kuntoutus- ja terapiatoiminnan kehitystä, nykytilaa ja haasteita. Samalla koamme yhteen kotimaista kirjallista materiaalia ja laajennamme alan hoitomuoto- ja asiakasryhmäkeskeistä otetta osoittamalla kehittyvien rakenteiden, ongelmien ja mahdollisuuksien tuntemuksen tarpeen.

Toiminnan laajeneminen

Hevosavusteisen kuntoutus- ja terapiatoiminnan nousu liittyy terveyden, hyvinvoinnin ja kestävä kehityksen korostumiseen länsimaisessa kulutuskulttuurissa 2000-luvulla. Valinnoissa arvostetaan yksilöllisyyttä, ainutkertaisuutta, elämyksiä ja eettisyyttä – ja palveluntuotannon kustannustehokkuutta. Esimerkiksi sosiaalisyössä kustannustehokkuus ja yksilökeskeisyys ovat edistäneet avohuoltoa, osallistamista ja toiminnallisten menetelmien käyttöä (Hyvätti 2009, 77). Ongelmien ehkäiseminen on ymmärretty halvemmaksi kuin niiden ratkomisen. Toisaalta medikalisaatio, lääketieteen aseman vahvistuminen yhteiskunnassa, on lisännyt sosiaali- ja terveystieteiden kysyntää (Duodecim 2003).

Yhdistäessään ihmisen hyvinvoinnin, luonnon ja maaseudun hevosavusteinen toiminta on yksi Green Caren edelläkävijä Suomessa (Vehmasto 2014, GCF 2015). Tämä havainnollistaa ”uutta hevostaloutta”, hevosen ja muun yhteiskunnan laajenevaa vuorovaikutusta. Vaihtoehdot ovat lisääntyneet, koska kiinnostus hevosiin, ratsastukseen ja elvyttäviin ympäristöihin on kasvanut. Samalla on syntynyt tilaisuus sosiaali- ja terveysalan koulutuksen ja hevosharrastuksen taloudellisesti tavoitteelliseen yhdistämiseen. Kiinnostusta hevoseen kuntouttajana ja ihmisen peilinä on saattanut lisätä myös ”hevoskuiskaukseksi” kutsuttujen käsittelymenetelmien tunnettuuden kasvu, muun muassa Robert Redfordin tähdittämän *Hevoskuiskaaja*-elokuvan (v. 1998) suosion myötä.

Toiminnan muodot ja korvattavuus

Kansainvälisten vaikutteiden innoittamana Suomen Kuntoutusliitto järjesti ensimmäisen vammaisratsastusleirin vuonna 1972. Taustalla olivat kiinnostus fyysiseen kuntoutukseen ja kokeilunhalu (Selvinen 2011). Ajatuksena oli tarjota erityisryhmille esteettömiä liikunnallisia elämyksiä, jotka vaalivat tai kohottivat kuntoa, virkistivät mieltä ja koettelivat omia rajoja. Tavoitteena oli oppia ratsastamaan vamman sallimissa rajoissa. Vammaisratsastuksessa laji – esimerkiksi kouluratsastus – säilyy ennallaan, mutta varusteita ja opetuksen tapaa voidaan muokata olosuhteisiin sopiviksi. Vammaisratsastaja voi käyttää esimerkiksi avustajaa ja satulan lisävarusteita (SRL 2015; VAU 2015). Suomen Kuntoutusliiton ja Suomen Ratsastajainliiton julkaisut välittivät kansainvälistä tietoa kotimaahan (Hevonen vammaisen palveluksessa 1987, Peterson 1993, Törmälehto 1994).

Myönteiset kokemukset laajensivat lähestymistapoja ja kohderyhmiä. Ratsastaminen yhdistettiin fysio- ja toimintaterapiaan, mikä toi mukaan motorisia, kasvatuksellisia tai psykologisia tavoitteita ja kokonaisvaltaisen lähestymistavan kehon, mielen ja käyttäytymisen hallinnan oppimiseen (Purjesalo 1991, Mattila-Rautiainen 2011). Ratsastusterapias-

sa ei opetella ratsastamaan vaan parannetaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä osana asiakkaan lääkinnällistä kokonaiskuntoutusta. Ratsastusterapialla on tuettu neliraajahalvautuneiden, aivovamman saaneiden ja CP-vammaisten motorista kuntoutusta sekä autistien sosiaalista toimintakykyä (Mattila-Rautiainen 2011, Laitinen & Mäki-Tuuri 2014, 93–94). Kokemuksista on kirjoitettu varsinkin pro graduja (Halonen 1992, Törmälehto 1993, Julkunen 1995, Haapalainen 1996, Rummukainen 1996, Honkavaara 1997, Sandström 2000, Aro 2003, Palola 2003).

Rakenteet kehittyivät toiminnan laajetessa. Oppia haettiin saksankielisestä Euroopasta, ja ensimmäinen ratsastusterapiakurssi järjestettiin vuosina 1988–1990 (Selvinen 2011). Ratsastusterapia tuli Kela-korvauksen piiriin 1991, ja vuosikymmenen puolivälissä koulutus keskitettiin Ypäjän Hevosopistoon. Tämä lisäsi alan arvostusta ja tunnettuutta, mikä helpotti ulkomaisten asiantuntijoiden saamista Suomeen. Merkkejä kypsymisestä olivat opetuskielen vaihtuminen saksasta suomeksi (Selvinen 2011) ja koulutettujen ratsastusterapeuttien järjestäytyminen yhdistykseksi vuonna 2000 (SRT 2014). Kiinnostus hevosavusteisen toiminnan tutkimiseen laajeni mutta pysyi kehittämisselvitysten ja projektiraporttien varassa (Kokkala ym. 2000, Tauriainen & Nikanne 2000, Koistinen 2003, Palola 2005). Lisäksi kirjoitettiin uusia erityispedagogiikan, sosiaaliteorian, kasvatustieteen ja psykologian pro graduja sekä keskiasteen opinnäytteitä (Pärnä 2004, Miettinen 2005, Kärämä 2007, Saastamoinen 2007, Mustonen 2008, Orava 2010).

Uudella vuosituohannella hevonen on osallistunut syrjäytymisen ehkäisyyn ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen. Sosiaalipedagogisessa hevostoiminnassa on opeteltu tunteiden hallintaa ja sosiaalista vuorovaikutusta, korjattu oppimis- ja käytöshäiriöitä ja hoidettu masennusta (Pärnä 2004, Okulov & Koukari 2005, Hyvätti 2009). Toiminta nojaa ihmisen ja hevosen väliseen vuorovaikutukseen ja tallin sosiaaliseen yhteisöön. Sosiaalipedagogista teoriaa seuraten ”yhteisöllisyys, elämyksellisyys, toiminnallisuus ja dialogisuus” painottuvat (Laitinen & Mäki-Tuuri 2014, 95).



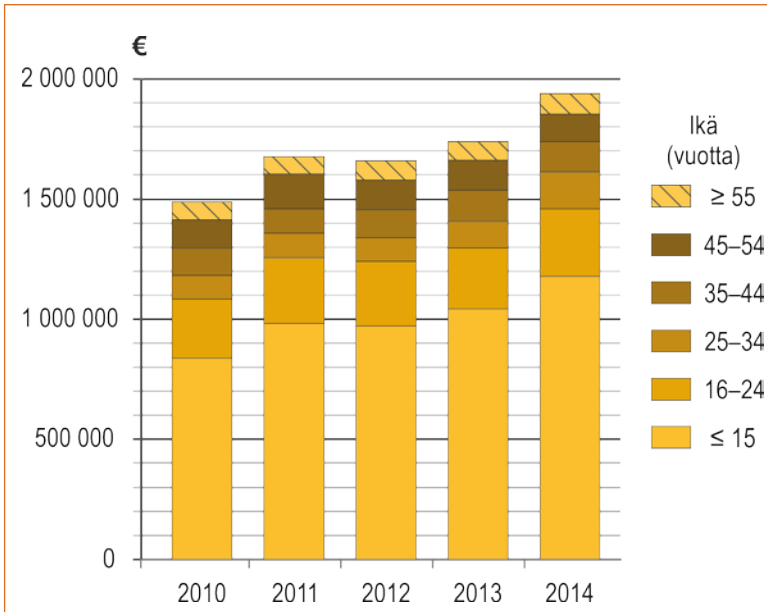
Kuva 1. SRT-ratsastusterapiaa käytännössä. Kuva on otettu julkaisukäyttöä varten osallisten suostumuksella.
Kuva: Hippolis / Sirpa Korhonen.

Hevosen tarvitsema hoito auttaa osoittamaan säännöllisten arkirutiinien merkityksen hyvinvoinnille ja voi tukea esimerkiksi psykoterapiaa. 2010-luvulle tultaessa hevosia käytettiin ennaltaehkäisevässä työssä ja avohuollon tukena, toimintakyvyn ylläpidossa, vanhus-ten aktivoinnissa, lastensuojelussa ja perhekoodissa (Laitinen & Mäki-Tuuri 2014, luku 8, Hippolis 2015, Toiska 2015). Sosiaalipedagogisen hevostoiminnan harjoittajien yhdistys merkittiin yhdistysrekisteriin vuonna 2004 (SPHT 2014). Kotimaisten julkaisujen aiheet ja tutkimuksellinen ote laajenivat 2010-luvulla (Mattila-Rautiainen 2011, Ikäheimo 2013).

Kela-korvauksia maksetaan ratsastusterapiasta, jonka toteuttaa SRT-koulutettu fysioterapeutti (kuva 1). Vuonna 2014 Kela korvasi näitä kuluja 1,94 miljoonalla eurolla, mikä on 450 000 euroa enemmän kuin vuosikymmenen alussa (kuva 2). Summasta suurin osa kului fysioterapiaan. Toimintate-

rapian osuus on kasvussa ja oli viime vuonna ensimmäistä kertaa yli 10 % kustannuksista (13 %). Korvausta sai noin tuhat kuntoutettavaa, eli summa oli keskimäärin 1825 euroa henkeä kohden vuodessa. Vuosina 2010–2014 noin 60 % heistä oli alle 15-vuotiaita, kun taas 55 vuotta täyttäneiden osuus korvauksista on jäänyt alle 5 %:n. (Kela 2015.) Vammaisratsastukseen on saatavilla maksusitoumuksia järjestöjen virkistystoiminnan kautta. Sosiaalipedagogista hevostoimintaa voi tukea esimerkiksi kunta tai sairaanhoitopiiri, kun sitä käytetään avohuollon tukitoimena, kuntoutuksessa tai lastensuojelussa. Joissakin kunnissa palvelun tarjoaa kunnan työntekijä, jolla on tarvittava pätevyys (Laitinen & Mäki-Tuuri 2014, 96–97).

Kuvaamamme päälinjat kätkevät pirstaleisen ja epäselvän kokonaisuuden (vrt. Lerner & Silfverberg 2014, 180). Hajanaisuuteen on useita syitä, joita esittelemämme kehitys ha-



Kuva 2. Ratsastusterapian Kela-korvaukset ikäryhmittäin vuosina 2010-2014. Vuonna 2014 korvaussumma oli 1,94 miljoonaa euroa. Lähde: Kela 2015.

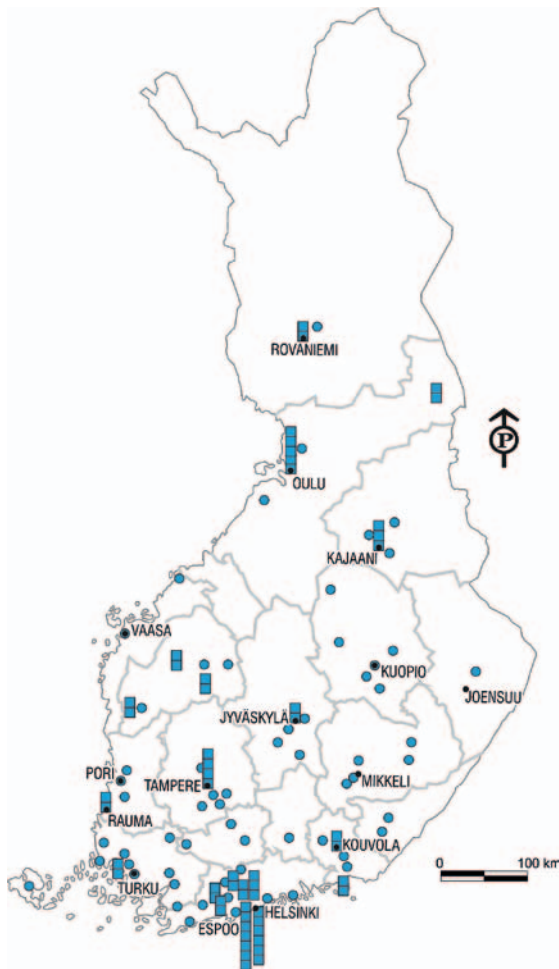
vainnollistaa. Ala on kehittynyt toimintamuoto kerrallaan sote- ja hevosalan välimaastossa ilman ohjausta. Koulutus on kummunnut käytännön tarpeista niin, että sen ihanteet, sisältö ja laatu vaihtelevat. Teorianmuodostus puuttuu, vaikutteita haetaan useilta tieteenaloilta, käsitteellistäminen on kesken ja kriittistä tutkimusosaamista on ani harvalla. Siten hevosavusteinen toiminta ei kokonaisuutena edusta yhdenkään tausta-alansa ydintä eikä ”kuulu” kenellekään. Toisaalta raha – erityisesti kelpoisuus Kela-korvaukseen – on aiheuttanut kitkaa. Yhteistyötä ovat vaivanneet toimijoiden kirjava koulutus- ja osaamispohja ja heidän määränsä nopea kasvu. Toiminta on edennyt projektiluonteisesti ja riippuvaisena yksittäisistä toimijoista ja heidän agendoistaan. Hevosalan itsellinen, vahvojen mielipiteiden perinne on sekin hankaloittanut yhteistyötä vaikeassa taloustilanteessa (Raento & Härmälä 2014). Kokonaisuuden haltuun ottamiselle on kuitenkin tarvetta, jota eräs vastaaja seuraavaksi esiteltävässä kyselyssä perusteli näin:

”Uusia hevosavusteisia toiminnanmuotoja on tullut paljon lisää, maksajatahot eivät enää ymmärrä eri muotojen eroja ja mistä maksavat.”

Kyselyn aineisto

Hevosavusteisen toiminnan kenttää kartoitettiin kesällä 2014 avoimella nettikyselyllä (5.6.–3.8.) osana hevosalan osaamiskeskus Hippoloksen Hevonen ja yhteiskunta -hanketta (2012–2014). Kyselyn valmisteluun osallistui myös Hevonen kuntouttajana -verkosto, jossa on mukana koulutus- ja tutkimusorganisaatioita, kuten Hevosopisto, Maa- ja elintarviketalouden tutkimuskeskus MTT (nykyisin Luonnonvarakeskus Luke) sekä Itä-Suomen (Kuopio) ja Turun yliopistot, yrityksiä sekä yhdistykset Green Care Finland, SPHT ja SRT. Yhteisenä haluna oli selvittää, mitä hevosavusteisen toiminnan toteuttajat tekevät ja kuinka alaa pitäisi heidän mielestään kehittää.

Vastauksia saatiin 118. Avoimen nettikyselyn vastausprosenttia on mahdotonta määrittellä täsmällisesti, mutta vastaajien määrä voidaan suhteuttaa siihen, mitä kohderyhmästä tiedetään. Vuoden 2013 lopulla koulutettuja ratsastusterapeutteja oli 160, sosiaalipedagogisen hevostoiminnan täydennyskoulutuksen käyneitä 170 ja koulutettuja vammaisratsastusohjaajia 75. Suhteutettuna tähän 405 ihmisen joukkoon vastausprosentiksi saataisiin 29. Luku nousee, mikäli vastausten määrää



Kuva 3. Suomen ratsastusterapeutit ry:n (vasemmalla) ja Sosiaalipedagoginen Hevostoiminta ry:n jäsenten sijainti havainnollistaa hevosavusteisten kuntoutus- ja terapiapalvelujen alueellista saatavuutta vuonna 2014. Lähteet: SPHT 2014, SRT 2014.

verrataan yhdistysten jäsenmäärään: SRT:n verkkosivu listaa 126 Suomessa toimivaa SRT-ratsastusterapeuttia, ja SPHT:n sivuilla jäseniä on 53 (kuva 3). Kentällä toimii aktiivisesti arviolta 80 ratsastusterapeuttia ja 70 sosiaalipedagogisen hevostoiminnan toteuttajaa. Kyselyyn vastasi myös tutkijoita ja hallintoväkeä, joten karkea arvio ”kolmannes alan toimijoista” kuvaa todennukaisesti kyselyn tavoitavuutta.

Luottamusta edustavuuteen vahvistaa se, että vastaajien määrä ylitti odotukset. Ne olivat maltillisia, koska hevosalan työtä luonnehtivat jatkuva tekeminen ja tunne kiireestä,

joten kyselyihin saadaan yleensä vähän vastauksia. Muihin hevosalan kyselyihin verrattuna pitkät vastaukset kertovat kiinnostuksesta oman alan ja toimintaympäristön kehittämiseen. Ne viestivät myös huomion vähäisyydestä.

Tulokset

Toimijat

Kysely vahvistaa mielikuvan, jonka mukaan hevosavusteisen toiminnan parissa työskentelee keski-ikäisiä eteläsuomalaisia naisia. Vas-

taajista 96 % oli naisia ja 80 % oli 35–55-vuotiaita. Vastaajia oli koko Manner-Suomesta, mutta 28 % toimi Uudellamaalla ja yli puolet maan eteläisimmän viidenneksen alueella. Tulos on lähellä SRT:n ja SPHT:n jäsenistön alueellisia jakaumia, jotka voi kuvata paikakunnittain (kuva 3). Etelän ja suurten keskusten lähiympäristöjen korostuminen vastaa hevosten sijoittumista Suomessa (Laitinen & Mäki-Tuuri 2014, 12) sekä avohuollon tuki-toimien alueellisia painopisteitä.

Vastaajien toimenkuva on monipuolinen ja monella on useampi kuin yksi ammatti. Tyypillisimmin työskennellään ohjaaja- ja asiantuntijatehtävissä kuntoutuksen ja lastensuojelun piirissä, opettajana ja kouluttajana tai talliyrittäjänä. 42 % toimii ensisijaisesti sosiaalipedagogisen hevostoiminnan, 30 % erityisryhmien ratsastuksen ja 23 % ratsastusterapian piirissä. Lakisääteisen kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuu vajaa kolmannes vastaajista (30 %).

Vastaajien ylin tutkinto oli ammattikorkeakoulusta tai opistosta, joskin mukana oli myös ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita. He olivat opiskelleet jotakin sote- tai kasvatus- ja opetustoiminnan alaa. Yleisimpiä tutkintonimikkeitä olivat fysioterapeutti (17 %), sosionomi (14 %) ja sairaanhoitaja (11 %).

Ammatillista lisäkoulutusta hevososalta tai hevosavusteisesta toiminnasta oli hankittu vaihtelevasti ja monilla oli useita hevosalan pätevyyskursseja. Vastanneista 40 % oli opiskellut sosiaalipedagogista hevostoimintaa. Tämä on ammatillista täydennyskoulutusta, jota tarjoaa Ypäjän Hevosopisto yhteistyössä Turun yliopiston Brahea-keskuksen ja SPHT ry:n kanssa (seuraavaksi 2015–2016) sekä SPHT yhdessä Itä-Suomen yliopiston Aducate-yksikön kanssa (2014–2015). 25 opintopisteen laajuinen koulutus on suunnattu ”sosiaali-, terveys- ja opetusalan ammattilaisille, joilla on vankka hevoskokemus”. Sen tarkoituksena on lisätä ”valmiuksia omasta ammattitoiminnasta lähtien tehdä työtä sosiaalisen tuen tarpeessa olevien lasten ja nuorten kanssa” (YHO 2014).

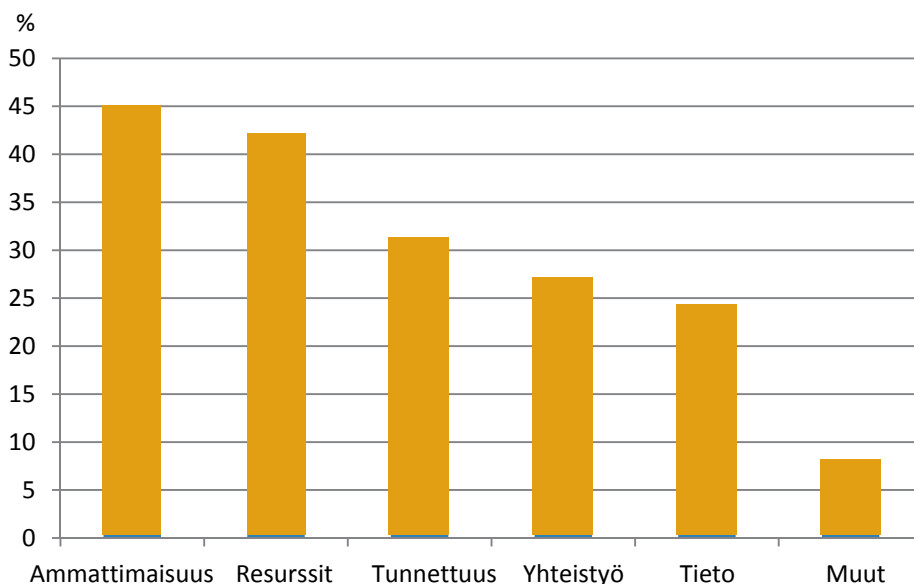
Alan laajin koulutus ja SRT-ratsastusterapeutin suojattu ammattinimike oli 23 %:lla vastanneista. Kolmivuotisen koulutuksen jär-

jestävät Hevosopisto ja SRT ry (2013–2015, 2015–2017). Koulutukseen hakeutuvilla on oltava ”vähintään AMK-tason koulutus opetus-, sosiaali- tai terveydenhuollon alalta, sekä vähintään kahden vuoden työkokemus oman ammattinsa käytännön koulutusosalta”. Pääsyvaatimuksia ovat myös ”vahva hevosalan perusosaaminen ja hyvä perusratsastustaito” (YHO 2014).

Vastaajista 23 % oli kurssittautunut vammairatsastuksen ohjaajaksi. Koulutuksen järjestävät Suomen Ratsastajainliitto ja Hevosopisto (SRL 2015). 13 % oli hankkinut yksityisesti tunnetaitokasvatusosaamista (Experiential Social-Emotional Learning, EASEL).

Suurin osa vastaajista työllistää itsensä koko- tai osa-aikaisesti: 65 % oli yrittäjiä. Vastaajista 19 % kertoi palkkatyönsä liittyvän hevosavusteiseen toimintaan ja 8 % opiskeli alaa. Yritysten ikä kuvastaa alan uutuutta ja kasvua. Vanhin maininta yritystoiminnasta on vuodelta 1990, mutta lähes kolme neljänestä (72 %) on perustanut yrityksensä 2000-luvun puolivälin jälkeen. Puolet (49 %) yrittäjistä oli aloittanut toimintansa 2010-luvulla.

Osa-aikaisuuden syyt jakautuivat karkeasti kahtia mutta olivat osittain päällekkäisiä. Yhtäältä ne ovat taloudellisia ja liittyvät saatavilla olevan työn määrään ja hevosten ylläpitokustannuksiin. Päätyö pidetään, koska se ”elättää paremmin” ja koska ”jostain on saatava rahaakin”. Jotkut osa-aikaisista yrittäjistä eivät ”uskalla luopua ns. varmasta tulosta”, koska yritys on nuori, asiakaskunta rakenteilla ja kansantalous vaikeuksissa. Osa olisi kuitenkin valmis kokoaikaisuuteen, mikäli työtunnit riittäisivät. Toisaalta osa-aikainen yrittäjyys valitaan, koska se sopii omiin olosuhteisiin ja mieltymyksiin: haluan tehdä monipuolisuudessaan ”mielenkiintoista ja antoisaa” työtä ja sovittaa yhteen työelämän, perheen ja oman terveydentilan vaatimuksia. Vastausten perusteella toimijat ovat alalleen omistautuneita ja haluavat pitää sen elämässään huolimatta muista töistä ja heikosta kannattavuudesta.



Kuva 4. Hevosavusteisen toiminnan kehittämisen suurimmat haasteet lähitulevaisuudessa (Q20).

Koulutus, tutkimus ja kehittäminen

Vastaukset tekivät selväksi, että lisäkoulutukselle ja tutkitulle tiedolle on kentällä polttava tarve. Kyselyssä eriteltyt lisäkoulutustemat arvioitiin yleisesti melko tai erittäin tärkeiksi niin, että näiden vaihtoehtojen yhteen laskettu osuus oli alimmillaan 64 % (ihmisen hoitoetiikka). Eräs vastaaja kiteytti puutteet seuraavasti: *"[H]evosavusteinen työ edellyttää enemmän ja erityisempää osaamista kuin hyvä ratsastustaito + sopiva siviiliammatti."*

Eryteisesti kolmesta aihepiiristä haluttiin oppia lisää. Yhtäältä 85 % vastaajista piti vähintään melko tärkeinä parempia hevosmies-taitoja. Ne ovat suorassa yhteydessä asiakkaiden (ja palveluntarjoajien omaan) turvallisuuteen: *"kyse on kuitenkin suuresta eläimestä joka voi taitamattomien käsissä olla hyvinkin vaarallinen"*. Toiseksi vastaajat pitivät liiketoimintaosaamistaan puutteellisena ja kokivat, että alan koulutus vastaa huonosti käytännön työn vaatimuksiin. Lisäoppia haluttiin erityisesti rahoituksesta (79 %) sekä hinnoittelusta, markkinoinnista ja yritys- ja sidosryhmäyhteistyöstä (kukin 76 %). Myös lainsäädäntöä ja raportointia pidettiin tärkeinä (79 %). Kol-

manneksi kaivattiin lisää näyttöön perustuvaa tietoa ja koulutusta sen hyödyntämisessä: tätä piti vähintään melko tärkeänä 79 % vastaajista. Heidän mielestään tutkimustieto auttaisi vakuuttamaan rahoittajat toiminnan vaikuttavuudesta. Se myös kehittäisi oman työn kriittisen arvioinnin taitoja ja siten laadun valvontaa. Oppilaitoksilta toivottiin sisällöllistä yhteistyötä.

Kehittämistyön kärkeen vastaajat nostivat alansa tunnettuuden parantamisen: 98 % piti tätä melko tai erittäin tärkeänä. He priorisoivat palvelun ostajille suunnatun tiedottamisen lisäämisen (93 %) ja internetsivuston, johon olisi koottu tietoa toimintamuodoista ja niiden toteuttajista (92 %). Lisäksi haluttiin lisätä palveluntarjoajien keskinäistä yhteistyötä (91 %) ja sisällyttää kuntoutus- ja terapiatyö hevosalan ja sidosryhmien strategioihin (85 %). Vastausten perusteella suurin kiinnostus kohdistuu valtakunnalliseen (89 %) ja alueelliseen (81 %) verkottumiseen, eikä aika vielä ole kypsä kansainvälisyydelle (50 %).

Kehittämistoimintaa koskevaan avoimeen kysymykseen "Mitkä asiat ovat isoimmat haasteet toiminnan kehittämiseksi lähitule-

vaisuudessa?” otti kantaa 73 % vastaajista. Pitkät vastaukset täsmensivät prioriteetteja ja erittelivät haasteita. Ne edustivat viittä pääteemaa (kuva 4).

Suurimpana haasteena pidettiin alan ammattimaisuuden kehittämistä niin, että nykyinen rakenteellinen ”viidakko” selkeytyisi, käsitteet ja menetelmät vakiintuisivat ja laatua voitaisiin sekä parantaa että valvoa nykyistä tarkemmin (ks. Lerner & Silfverberg 2014, 178–180). Tätä mieltä oli 52 % avoimeen kysymyksen vastanneista. Huolta kannettiin toiminnan johdonmukaisuudesta, turvallisuudesta ja luotettavuudesta ja tätä kautta uskottavuudesta ja imagosta rahoittajien ja asiakkaiden silmissä. Vastaajat korostivat, että alalta puuttuvat ”toiminnan ja ammatillisuuden yhteiset käsitteet sekä niihin liittyvät laatu- ja tavoitekriteerit”. Niiden luomista pidettiin kuitenkin vaikeana, koska ”tekijöitä on monenlaisia” ja standardien puuttuessa ”tuntuu että jokainen tavallinen tallaja voikin kohta tarjota hevosavusteista jotain juttua”. Kurinalaisuutta pidettiin taloudellisesti tärkeänä asiana, koska muuten on hankalaa tuottaa ”[l]aadukasta toimintaa, josta palvelun ostajat ovat myös valmiita maksamaan”. Laatu ja ammattitaito siis vaihtelee ja uskottavuus myös kärsii ellei tavoitteellista ammattimaista otetta ole.”

Puolet (49 %) vastaajista nosti esiin toiminnan resurssit – rahoituksen, kannattavuuden, kustannusten nousun ja vaikean taloustilanteen vaikutuksen alan kehittämiseen ja päättäjien kiinnostukseen ostaa palveluja. Rahoituksen, kannattavuuden, laadun ja uskottavuuden välillä nähtiin selvä yhteys, erityisesti asiakkaiden saamisen näkökulmasta. Pulmana tästä näkökulmasta on myös toiminnan tunnettuuden parantaminen, jota piti lähitulevaisuuden haasteena 36 % vastaajista. Rahan ja tunnettuuden keskinäisriippuvuus ja rakenteellisten tekijöiden monimutkainen rooli paljastuvat seuraavassa omakohtaisessa kuvauksessa:

”[Sairaanhoidopiirini] on rajannut sellaiset palveluntarjoajat pois listoiltaan, jotka toimivat sivutoimisesti, eivätkä yksityisten tulojen pienuuden vuoksi kuulu yrittäjä-

eläkevakuutuksen piiriin. Itse olen juuri tällainen palveluntarjoaja. En voi myöskään ottaa asiakkuuksia esim. lastensuojelusta, koska se on kaupungin toimintaa ja olen itse kaupungin työntekijä. Näin ollen olen itsemaksavien asiakkaiden varassa, ja heitä ei ole paljoa. Yksityishenkilöt eivät tiedä, mitä mahdollisuuksia sos. ped. hevos toiminta kuntoutumiselle voisi tarjota.”

Kolmanneksessa (31 %) vastauksista mainittiin yhteistyö, jota hiertävät ”mustasukkaisuus ja vähäisistä resursseista kilpailu”. Kentän näkemysten perusteella yhteistyötä tarvitaan kaikkien osallisten välillä. Yhtäältä haluttaisiin tarttua rakentavasti palveluntarjoajien keskinäiseen vuorovaikutukseen, koska ”[n]yt jäädytään liian helposti toimimaan vain oman ryhmän sisälle” eri asiantuntemusten yhdistämisen sijasta (Mattila-Rautiainen & Rähälä 2014) tai ”varjellaan omaa tilaa niin kuin ei olisi muita hyviä tekijöitä”. Toisaalta haasteita ovat julkisen sektorin mukaan saaminen ja nykyistä vahvempi ja monipuolisempi dialogi palvelun tarjoajien, ostajien ja koulutusorganisaatioiden välillä.

Eräs vastaaja toi esille ammattimaisuuden, yhteistyön ja tunnettuuden toisiinsa kietoutuvan merkityksen seuraavasti:

”[Haasteena on e]ri koulutus pohjilla toimivien hevosavusteisten toimijoiden omien erityisosaamisalueiden selkiyttäminen ja rooli asiakkaan kuntoutuspolussa. Nyt monesti tuntuu, että eri koulutuksilla toimivat ammattilaiset eivät aina itsekään hahmota omaa rooliaan ja mahdollisuuksiaan toimia toisiaan täydentävästi kuntoutuksessa ennaltaehkäisystä kuntoutukseen ja hoitoon ja sitä kautta jälkihoitoon. Tähän tarvittaisiin lisää eri hevosavusteisten koulutusten välistä dialogia ja ajatusten vaihtoa siitä, miten kukin oman roolinsa näkee.”

Ammattimaisuuden, tunnettuuden ja yhteistyön ja tätä kautta resurssien parantaminen edellyttää vahvaa tietopohjaa. Tiedontuotannon (tutkimuksen, näytön ja niitä soveltavan koulutuksen) puutteet mainittiin 28

%:ssa vastauksista, ja olipa mukana niitäkin, joiden mielestä tutkimustiedon lisääminen on suurin haaste. Tutkimuksen tärkeimpänä tehtävänä pidettiin vaikuttavuuden luotettavaa osoittamista (vrt. Lerner & Silfverberg 2014, 181–184). Yhtäältä olisi selvitettävä, mikä on hevosavusteisen toiminnan ja ihmisen hyvinvoinnin suhde. Tätä piti erittäin tärkeänä 76 % vastaajista. Vielä on epäselvää, miten hevonen (tai talliympäristö) vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin, varsinkin kun mahdollisista kielteisistä tuloksista ei raportoida (Kern-Godal 2014). Toisaalta halutaan konkreettista tietoa taloudellisesta vaikutuksesta – kustannustehokkuudesta, jolla toimintaa voitaisiin perustella rahoittajille. Tämän selvittämistä piti erittäin tärkeänä 59 % vastaajista.

Läpi kyselyn kannettiin huolta imagoista, koska *"[t]ällä hetkellä eläinten kanssa toimiminen mielletään kukkahattutätien hommaksi"*. Vastaajat tunnistivat naisvaltaisiin hoiva-aloihin, kasvatukseen ja ratsastukseen liittyviä ennakkoluuloja ja kielteisiä mielikuvia, jotka kertautuvat hevosavusteisessa kuntoutuksessa ja terapiassa. He näkivät alan sirpaleisen kehityshistorian ja puutteellisen liiketoimintaosaamisen yhteyden imagoon ja tunnustivat, että alalla *"on lähdetty laajentamaan asiakkaskuntaa into edellä ennen kuin on luotu kunnolla perusteltu tuote"*. Samalla harmiteltiin, että käytäntöjen ja laadun kirjavuus uhkaa toiminnan uskottavaa kehittämistä. Imagon muokkaamista ammattimaisemmaksi ja uskottavammaksi pidettiin yleisesti tärkeänä taloudelliselle kannattavuudelle ja vuoropuhelle julkisen sektorin päättäjien kanssa.

Tulevaisuus

Vaikeuksista huolimatta vastaajat luottavat tulevaisuuteen. He ennustavat, että hevosavusteinen toiminta kasvaa ja erikoistuu ja sen tunnettuus paranee. Vastaajien mielestä erikoistuminen ei kuitenkaan lisää pirstaleisuutta, koska he uskovat selvemmän, standardisoidun ja siten ammattimaisemman otteen vahvistavan alan uskottavuutta. Tämä helpottaa hevosen integroimista sosiaaliseen kuntoutukseen, terapiatyöhön ja koulutuk-

seen. Vastaajat uskovat, että muutokset houkuttelevat rahoitusta kokeiluille ja tutkimus- ja kehittämistyöhön. Omaa tulevaisuuttaan he kuvasivat sangen myönteisesti. Eräs yhdisti visioimansa yleisen rakenteellisen kehityksen omiin odotuksiinsa seuraavasti:

"Hevostoiminta on vakiintunut päätyökseksi. Minulla on vahva asiakkaskunta ja hevostoiminnan vaikuttavuus on myös päättäjien ja maksajatahojen tiedossa. Olen kouluttautunut lisää."

Riskeinä pidettiin palveluntarjoajien omaa hyvinvointia, työkyvyn ylläpitämistä ja henkistä jaksamista. Niitä koetellaan, koska kilpailu ja laatuvaatimukset kiristyvät ja kannattavuus edellyttää yrittäjältä jatkuvaa omaa työpanosta. Asiakkaiden, hevosten ja yrityksen hyvinvoinnin lisäksi on huolehdittava oman ja perheen arjen sujuvuudesta, ja monen on myös tehtävä muuta ansiotyötä. Vastaajia huolestuttivat yleinen kustannustason nousu ja hevosalouden kannattamattomuus. Jotkut kantoivat huolta hintojen noususta varsinkin suurissa kaupungeissa, joissa elinkustannukset ovat korkeat. Pelkona on, että palvelujen kalleus rajoittaa kuntoutukselta hyötyvien mahdollisuuksia osallistua siihen.

Myös naisvaltaisuutta pidettiin riskinä. Yhtäältä homogeenisuus voi luoda yhteisöllisyyttä mutta toisaalta kaventaa näkökulmia ja toiminnan muotoja. Yleisesti tiedetään, että hevosharrastus ja -urheilu ovat vahvasti sukupuolittuneita niin, että karkea sosiaalinen ja kulttuurinen jako kulkee naisvaltaisen ratsastuksen ja imagoiltaan miehemmän raviurheilun välillä. Perinteisten ratsastuskoulujen toiminta ja talleilla vallitseva tyttökuultuuri karsivat joukosta poikia (Ojanen 2011), joita kyselyyn vastanneet halusivat motivoida. Vastauksissa nousikin esiin ravitallien osallistaminen hevosavusteiseen kuntoutukseen ja terapiaan.

Keskustelu ja päätelmät

Esittelemämme kyselyn perusteella on ilmeistä, että hevosavusteisessa kuntoutus- ja tera-

piatyössä on käyttämätöntä potentiaalia, jonka hyödyntämistä kentän hajanaisuus häiritsee. Yksittäisten palveluntarjoajien ja alan koulutus- ja kehittämisorganisaatioiden näkökulmasta suurimpia haasteita ovat laadun ammattimainen standardointi, rahoitus, yhteistyö, vaikuttavuuden todentaminen ja tätä kautta imago ja kannattavuus. Toiminta on naisvaltaista ja asiakkaiden enemmistö on lapsia ja nuoria. Haasteena on saada tarjonta kohtaamaan kysyntä sekä laajentaa asiakaskuntaa siitä nyt puuttuviin ryhmiin.

Asiakaskunnan ja rahoituspuhjan laajentaminen edellyttää ”*kunnolla perusteltua tuotetta*”, joka alalta vielä laajalti puuttuu. Sen kehittämisessä tarvitaan tietoa asiakkaista ja heidän tarpeistaan, joten asiakasryhmistä keskusteleminen on ajankohtaista. Palveluiden tuottajia se voi auttaa palvelujen ja markkinoinnin kohdentamisessa, yhteistyössä sekä lajikohtaisten ja kulttuuristen rajojen ylittämisessä. Asiakkaiden ja tilaajien näkökulmasta tarjolla olisi enemmän motivoivia vaihtoehtoja, joita voidaan sovittaa paikallisiin ja yksilöllisiin tarpeisiin. Ehdotetusta kuntoutus- ja terapiatyöstä ravitallilla on hyviä kokemuksia Ruotsista (Forsling 2011), mutta Suomessa tätä vielä vierastetaan.

Kasvava potentiaalinen asiakasryhmä, ikääntyvät ja vanhukset, jäi kyselyssä vaille mainintoja. Tämä vastaa toiminnan nykytilaa; esimerkiksi Kelan korvausten piirissä on vain kourallinen yli 55-vuotiaita ratsastusterapia-asiakkaita (kuva 1). Pidimme tämän ryhmän sivuuttamista kuitenkin yllättävänä, koska suomalaiset ikääntyvät ja tarve toimintakyvyn ylläpitoon ja virkistäytymiseen kasvaa. Hevosavusteisten palvelujen tarjoajat myös jatkavat aktiivisesti uusien asiakasryhmien etsintää, ja yhä suurempi osa väestöstä osaa ratsastaa tai on muuten kiinnostunut hevosalan palveluiden kuluttamisesta. Suomen Ratsastajainliitto kartoittaakin ratsastuskoulujen halua ja valmiuksia tarjota palveluja ikääntyville (Kestinnmäki 2014).

Vastaajien näkökulma on ihmiskeskeisempi kuin Green Caren, uuden hevostalouden ja alan yhdistysten ihanteissa korostuva kokonaisvaltainen hyvinvointi (Schuurman 2012,

Vehmasto 2014, SPHT 2014). Lisäksi keskustelukumppanien piiri on pieni, kuten jotkut si- taateistamme havainnollistavat. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistä toivottiin läpi kyselyn, mutta silti huomio rajautui alan sisäisten rajojen ylittämiseen. Toiminnan laatu ja eettisyys haluttiin varmistaa suhteessa toisiin ihmisiin ja palvelun rahoittajiin, mutta hevosen hyvinvoinnin toteutuminen terapiatyössä huolestutti vain paria vastaajaa – huolimatta siitä, että omat hevosmiestaidot arvioitiin puutteellisiksi. Lisäksi kotimaisten kokeilujen ansiosta tiedetään, että esimerkiksi ratsastusterapeutin ja kengittäjän yhteistyö voi parantaa tarjotun palvelun laatua varmistamalla, että työhön osallistuva hevonen on kengitetty oikein ja kävelee rennosti (Mattila-Rautiainen & Rähälä 2014). Keskustelu hyvinvoinnista, etiikasta ja standardeista kaipaa siis laajentamista osana ammattimaisuuden ja imagon vahvistamista (ks. Lerner & Silfverberg 2014). Kiinnittämällä tarkempaa huomiota hevoseen voidaan myös pohtia vaikuttavuuden ilmentymiä.

Laajempi verkottuminen ja tiedollisen pohjan vahvistaminen on ilmeisen tärkeää ”putkinäön” välttämiseksi. Puutteet auttavat ymmärtämään asiakkaan ja rahoittajan hämmennystä nykyisen ”viidakon” reunalla. Rahoittajaa keskustelu palveluntarjoajan kanssa ohjaa ymmärtämään toiminnan sisältöä ja kysymään lopputuloksen laadun varmistavia kriittisiä kysymyksiä. Tiedon lisäämisessä myös kansallisten rajojen ylittäminen on hyödyllistä, vaikka huomio keskittyy nyt kotimaahan.

Kyselyn tulosten perusteella hevosavusteisen kuntoutus- ja terapiatoiminnan kehittämisessä olisi alan omasta näkökulmasta vastattava ainakin seuraaviin rakenteellisiin kysymyksiin vuorovaikutuksesta:

- 1) Mikä on toimivin tapa järjestää tarvittava koulutus?
- 2) Kuinka edistää koulutusorganisaatioiden yhteistyötä?
- 3) Kuinka luoda kumppanuuksia, jotka tuovat yhteen alan kouluttajat, koulutuksesta ja opetusohjelmista vastaavat viranomai-

- set ja palveluntarjoajat?
- 4) Kuinka taataan avoin ja kaikkia osapuolia hyödyttävä viestintä?
 - 5) Kuinka mahdolliset rahoittajat saadaan vakuuttamaan hevosavusteisen toiminnan arvosta?
 - 6) Kuinka alan tunnettuutta laajennetaan kunnissa ja sote-alan kansalaisjärjestöissä?

Vastausten löytämiseksi tarvitaan ensi vaiheessa lisää tutkittua tietoa käsitteistä, menetelmistä ja vaikuttavuudesta sekä hyvien käytäntöjen tuntemusta. Aihepiiri kaipaa tieteellistä huomiota ja myös rahoittajien ja asiakkaiden näkemysten selvittämistä. Kuten eräs vastaaja ehdotti ”[t]utkijoiden tulisi olla [myös] hevosalan ulkopuolelta, jotta tutkimus olisi objektiivista”.

**Päivi Laine, kehittämisspäällikkö,
Hevosopisto Oy**

**Anne Laitinen, projektipäällikkö,
Hevosalan osaamiskeskus Hippolis**

**Sanna Mäki-Tuuri, projektikoordinaattori,
Hevosalan osaamiskeskus Hippolis**

**Pauliina Raento, kulttuurimaantieteen
professori, Helsingin yliopisto**

Kiitokset

Kiitämme kuvien 2 ja 3 viimeistelystä Arttu Paarlahtea (Helsingin yliopisto) ja neuvoista Tuukka Tammea (THL). Kiitos myös muille kuvien tuottamiseen osallisille. Professori Raennon tutkimushanketta ”Hevonen Suomessa: yhteiskunta, kieli ja kulttuuri” tukee Koneen säätiö. Hippoloksen Hevonen ja yhteiskunta -hanketta (2012–2014) rahoittivat Hämeen ja Uudenmaan ELY-keskukset, EU-osarahoitteinen Manner-Suomen maaseudun kehittämisohjelma sekä Forssan Seudun Kehittämiskeskus.

Lähteet

Aro J (2003) Hevonen – terapeutti ja työtoveri. Ratsastusterapeutin kokemuksia ratsastusterapiasta. Erityispedagogiikan pro gradu, Jyväskylä.

- Duodecim (2003) Teema: medikalisaatio. Toim. Mustajoki P, Louhiala P. Duodecim 119, 9, 1855–1905.
- Forsling S (2011) The Frossarbo Therapeutic Model (FTM) – an experiment within the institutional care system of juvenile delinquents in Sweden. Sci Ed J Therapeutic Riding 2011, 25–35.
- GCF = Green Care Finland (2015) www.gcfinland.fi. Luettu 16.1.
- Haapalainen J (1996) Ratsastusterapia osana cp-vammaisen lapsen kuntoutusta. Erityiskasvatuksen pro gradu, Joensuu.
- Halonen S (1992) Hevonen terapeutina. Psykologian pro gradu, Tampere.
- Hevonen vammaisen palveluksessa (1987) Suom. R Lamm. SRL, Helsinki.
- Hippolis (2015) www.hippolis.fi Luettu 16.1.
- Honkavaara M (1997) Short term effects of riding therapy on gait in children with cerebral palsy. Urheilopedagogiikan pro gradu, Jyväskylä.
- Hyvätti N (2009) Ohjat omiin käsiin. Hevonen lastensuojelun sosiaalityön tukena. SRL, Helsinki.
- Ikäheimo K (toim.) (2013) Karvaterapiaa. Eläinavusteinen toiminta Suomessa. Solution Models House, Helsinki.
- Julkunen K (1995) Ratsastusterapia vammaisen lapsen kuntoutusmuotona. Tapaustutkimus. Erityispedagogiikan pro gradu, Jyväskylä.
- Kela (2015) Kuntoutuksen terapioiden saajat ja kustannukset ikäryhmittäin 2010–2014. Tilausaineisto.
- Kern-Godal A (2014) The impact of horse assisted therapy (HAT): A mixed method study with young adults in treatment for substance use. Teoksessa H Lerner (toim.) Proceedings of the Second Nordic Seminar on Equine Assisted Therapy. Ersta Sköndal University College, Stockholm.
- Kestinmäki K (2014) Suullinen tiedonanto 16.12.
- Koistinen K (2003) Sosiaalipedagoginen hevostoiminta lasten ja nuorten sosiaalisen kasvun ja hyvinvoinnin edistäjänä. Raportti Ratsastuspedagogiikkahankkeen 2. vaiheen tuloksista 2002–2003. SRL, Helsinki.
- Kokkala H, Kulola T, Pohjalainen K (2000) Hevonen kuljettaa kuntoutumisen tielle. Kehittämisselvitys. Suomen Kuntoutusliitto, Helsinki.
- Kärsämä H-L (2007) Toisenlaista terapiaa: katsaus eläin-avusteiseen terapiaan, ratsastusterapiaan ja hevosavusteiseen psykoterapiaan. Pro gradu, Joensuu.
- Laitinen A, Mäki-Tuuri S (toim.) (2014) Hevoset ja kunta – rajapintoja. Hippolis, Ypäjä.
- Lerner H, Silfverberg G (2014) Design och utvärdering av forskning och praktisk verksamhet. Teoksessa

- G Silfverberg, H Lerner (toim.) Hästen, hundens och den mänskliga hälsan. Ersta Sköndal Högskola, Stockholm.
- Mattila-Rautiainen S (toim.) (2011) Ratsastusterapia. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Mattila-Rautiainen S, Riihämä J (2014) Low back pain and muscle activity in varied equine gait rhythm and speed added to equine correct hoof trimming and shoe fitting. Teoksessa H Lerner (toim.) Proceedings of the Second Nordic Seminar on Equine Assisted Therapy. Ersta Sköndal University College, Stockholm.
- Miettinen M (2005) Sosiaalipedagoginen hevostoiminta nuorten sosiaalisen kuntoutuksen muotona. Sosiaalityön pro gradu, Kuopio.
- Mustonen L (2008) Oletko katsonut hevosta silmiin? Sosiaalipedagoginen hevostoiminta erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten kuntoutuksessa. Kasvatustieteen pro gradu, Tampere.
- Ojanen K (2011) Tyttöjen toinen koti. Etnografinen tutkimus tyttökulttuurista ratsastustalleilla. SKS, Helsinki.
- Okulov S, Koukkari K (toim.) (2005) Ratsastuspedagogiikasta sosiaalipedagogiseksi hevostoiminnaksi. Sosiaalipedagogisen hevostoiminnan perusteet ja sovellukset täydennyskoulutuksen kokemuksina. Kuopion yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia ja selvityksiä 7/2005.
- Orava J (2010) Sosiaalipedagogisen hevostoiminnan päämäärät ja toteutus hevostoiminnan ohjaajien kuvaamana. Erityispedagogiikan pro gradu, Itä-Suomi.
- Palola L (2003) Ratsastusterapia psykososiaalisena kuntoutuksena. Teoksessa O Linnossuo (toim.) Sosiaalinen ja toiminnallis-terapeuttinen työ nuorten kanssa. Turun ammattikorkeakoulu, Turku.
- Palola L (2005) Laukki-projektin loppuraportti. Auran kerhokeskus, Turku.
- Peterson A (1993) Vammainen ratsastajana. Suom. H Leisti. Suomen Kuntoutusliitto, Helsinki.
- Purjesalo K (1991) Ratsastus hoito- ja kuntoutusmuotona. Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia B 9.
- Pärnä K (2004) Sosiaalipedagoginen hevostoiminta sosiaalityön menetelmänä käytöshäiriöisten nuorten sosiaalisessa kuntoutuksessa. Sosiaalityön pro gradu, Kuopio.
- Raento P (2014) Hevostarinat voimavarana. Esitelmä YKES:n Eläintutkimuspäivillä. Helsinki 10.4.
- Raento P, Härmälä L (2014) The contested structural change in Finnish trotter racing and betting in the 2000s. Teoksessa P Raento (toim.) Gambling in Finland. Gaudeamus, Helsinki.
- Rummukainen T (1996) Ratsastusterapia kuntoutusmuotona: ratsastusterapian nykytila sekä tavoitteet ja menetelmät Suomessa. Psykologian pro gradu, Joensuu.
- Saastamoinen K (2007) Sosiaalipedagogisen hevostoiminnan mahdollisuudet psykososiaalisen toimintakyvyn tukemisessa. Sosiaalityön pro gradu, Kuopio.
- Sandström M (2000) Ratsastusterapian vaikutukset neurofysiologian ja tutkimustulosten näkökulmasta. Suomen Kuntoutusliitto, Helsinki.
- Savikko S (toim.) (2014) Suomenhevonen – arjen sankari. Amanita, Somerniemi.
- Schuurman N (2012) "Hevoset hevosina." Eläimen ja sen hyvinvoinnin tulkinta. Publ U East Finland, Diss Soc Sci Business Stud 37.
- Selvinen S (2011) Johdanto. Teoksessa S Mattila-Rautiainen (toim.) Ratsastusterapia. PS-kustannus, Jyväskylä.
- SPHT = Sosiaalipedagoginen Hevostoimintayhdistys ry (2014) www.hevostoiminta.net. Luettu 14.10.
- SRL = Suomen Ratsastajainliitto ry (2015) Vammaisratsastus. www.ratsastus.fi/lajit/vammaisratsastus. Luettu 16.1.
- SRT = Suomen ratsastusterapeutit ry (2014) www.suomenratsastusterapeutit.net. Luettu 14.10.
- Tauriainen L, Nikanne J (2000) Yli vuorien harpataan, poikki merien kahlataan. Ratsastusterapiastako apua masennukseen? Projektin loppuraportti 30.5.2000. Suomen Kuntoutusliitto, Helsinki.
- Toiska (2015). Perhekoti Toiska. www.perhekotitoiska.fi. Luettu 16.1.
- Törmälehto E (1993) Ratsastusterapia autististen lasten kuntoutusmuotona. Erityispedagogiikan pro gradu, Jyväskylä.
- Törmälehto E (toim.) (1994) Ratsastusterapia: kirjallisuusotteita I. Suomen Kuntoutusliitto, Helsinki.
- VAU = Suomen vammaisurheilu ja -liikunta ry (2015) Vammaisratsastus. www.vammaisurheilu.fi/liikunta-ja-urheilu/lajit/ratsastus. Luettu 16.1.
- Vehmasto E (toim.) (2014) Green Care -toimintatavan suuntaviivat Suomessa. MTT Kasvu 20.
- YHO = Ypäjän Hevosopisto (2014). Aikuiskoulutus. www.hevosopisto.fi/fin/opiskelu/aikuiskoulutus. Luettu 15.12.

NUORI OPISKELEMAAN JA TYÖHÖN KELAN AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN TUELLA

Johdanto

Tässä katsauksessa käsitellään sitä, mitä Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluita nuori voi saada ja minkälaisin edellytyksin, millaisin lainsäädäntömuutoksia nuoria pyritään tukemaan esimerkiksi syrjäytymiseltä ja mitä lainmuutokset tarkoittavat käytännössä. Nuorten syrjäytymisen ehkäisy on osa valtakunnallista tahtotilaa. Nuorten syrjäytymisestä aiheutuu merkittäviä taloudellisia seuraamuksia yhteiskunnalle. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomuksen (2007) mukaan koko työiän kestoinen eli noin 40 vuotta kestävä syrjäytyminen maksaa yhteiskunnalle noin 1 130 000 euroa. Kustannus koostuu sekä kansantulon että julkisen talouden menetyksistä.

Syrjäytymisprosessi voi aiheuttaa merkittäviä seuraamuksia nuorelle, kun hän on pudonnut esimerkiksi koulutuksesta, työstä tai sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Syrjäytyminen on sekä yhteiskunnallinen että yksilöllinen prosessi, ja sitä pyritään ehkäisemään eritasoisin interventioin (Järvikoski & Härkäpää 2011).

Kela on tehnyt lainsäädännön kehittämishdotuksia, jotka tukevat nuorten pääsyä kuntoutukseen ja samalla ovat osaltaan ehkäisemässä nuorten syrjäytymistä. Tästä on esimerkkinä Kelan ammatillisen kuntoutuksen lainmuutos, jonka seurauksena ammatillisen kuntoutuksen myöntöedellytykset ovat

lieventyneet 1.1.2014 alkaen (säädosmuutos 973/2013). Lisäksi viime vuosina nuoret on suunnitelmallisesti huomioitu Kelan kuntoutuspalveluiden erilaisissa kehittämishankkeissa, joissa on pyritty löytämään heille soveltuvia kuntoutusmuotoja. Samanaikaisesti Kelassa on paneuduttu parantamaan sidosryhmien kanssa tehtävää yhteistyötä ja pyritty henkilökohtaisen neuvonnan kautta auttamaan hankalissa elämäntilanteissa olevia nuoria.

Nuoret Kelan ammatillisen kuntoutuksen kohderyhmänä

Kirjallisuudessa nuoruusikä on esitetty useita ikäperusteisia määritelmiä ja sen mukaisia ajanjaksoja. Ylösen (2014) mukaan eri maissa nuoruuden alkamiseksi määritellään pakollisen koulutuksen päättymisikä. Kelan kuntoutusetuuksien tilastoinnissa nuoruusiän jaksoksi on katsottu 16–29 vuotta, kun taas Kelan kuntoutuslaissa ei ole määritelty erikseen ikäryhmää, jolle ammatillisia kuntoutuspalveluja tarjotaan. Kelan järjestämä ammatillinen kuntoutus voi alkaa aikaisintaan esimerkiksi yläkoulun 7.-luokkalaiselle apuvälinetarpeen arviointina tai yläkoulun 9.-luokkalaiselle ammatillisena kuntoutuspalvelutyksenä.

Kelan tehtävänä on selvittää terveydenhuollosta ja muilta tahoilta ohjautuneiden vammaisten sekä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kuntoutuksen tarve. Kuntoutuksen ohjaavia tahoja voivat olla tervey-

denhuollon lisäksi esimerkiksi oppilaitokset, TE-toimistot ja kuntien sosiaalitoimi. Kelassa nuoren kuntoutustarpeen selvittäminen voi tulla ajankohtaiseksi esimerkiksi sairauspäiväraha-, työkyvyttömyyseläke- tai työttömyysturva-asian yhteydessä tai nuoren asioidessa Kela-neuvojan tai työkykyneuvojan kanssa. Oikeus Kelan kuntoutuspalveluihin on selvitettävä aina ennen työkyvyttömyyseläkepäättökseen antamista 1.1.2015 voimaan tulleen lainmuutoksen myötä (Kansaneläkelaki 568/2007).

Tyypillinen Kelan ammatillisen kuntoutuksen asiakas on nuori, jolla on ilmennyt sairauden tai vamman lisäksi haasteita ammatillisessa etenemisessä ja mahdollisesti myös elämänhallinnassa. Nuori voi olla esimerkiksi peruskoulun jälkeen vailla ammatillista suunnitelmaa ja koulutusta, tai nuori aikuinen on voinut keskeyttää opintonsa jo useaan kertaan. On mahdollista, että nuori on hankkinut toisen asteen tai korkeakoulututkinnon, mutta hän tarvitsee kuntoutuksellista tukea koulutuksen jälkeen työelämään siirtymisessä. Kohderyhmään kuuluu myös nuoria, jotka ovat määräaikaisella tai toistaiseksi myönnetyllä työkyvyttömyyseläkkeellä ja joiden suunnitelmissa on palata työelämään.

Mikä muuttui lainsäädännön uudistuksen myötä?

Ennen 1.1.2014 voimaan tullutta lainmuutosta Kelan kuntoutuslaki (566/2005) oli ollut voimassa melkein kolmekymmentä vuotta ja siihen tehtiin uudistuksia vuosien saatossa. Vuoden 2005 uudistuksessa Kelan kuntoutuslakiin lisättiin työkyvyttömyyden uhka-kriteeri yhteneväisesti työeläkekuntoutuksen myöntöedellytysten kanssa. Tarkoituksena oli, että ammatillinen kuntoutus käynnistettäisiin työkyvyttömyyden uhkan vuoksi samoilla perusteilla sekä työeläkelaitoksissa että Kelassa. Käytäntö kuitenkin osoitti, että kriteeri ei ollut toimiva Kelan ammatillista kuntoutusta hakevien nuorten kohdalla. Työkyvyttömyyden uhkaa ei pystytty todentamaan työelämään kiinnittymättömien nuorten kohdalla, koska työkykyä oli vaikea arvioida suhteessa sairau-

den aiheuttamiin rajoituksiin ammatin ja työn valinnassa, kun nuorella ei ollut aikaisempaa koulutusta tai ammattia. (HE 3/2005 vp.)

Nuorten ohjautuminen Kelan ammatilliseen kuntoutukseen on näyttänyt olevan viime vuosina sattumanvaraista, ja on ilmeistä, että osa kuntoutusta tarvitsevista nuorista ei ole päässyt palveluiden piiriin. Näin siitäkin huolimatta, että soveltuvia kuntoutuspalveluja on ollut tarjolla. Koska työkyvyttömyyden uhka -kriteerin avulla ei pystytty varmistamaan erityisesti nuorten pääsyä ammatilliseen kuntoutukseen, myöntöedellytyksiä oli tarvetta muuttaa. Vuoden 2014 uudistuksen myötä opiskelukyvyyn heikentyminen lisättiin Kelan ammatillisen kuntoutuksen käynnistämisen yhdeksi perusteeksi. Uudet myöntöedellytykset ovat aikaisempaa lievemmiä, mahdollistavat kuntoutuksen varhaisemman aloittamisen sekä ottavat paremmin huomioon nuoren kokonaistilanteen. Kun arvioidaan, ovatko nuoren työ- tai opiskelukyky ja ansiomahdollisuudet olennaisesti heikentyneet sairauden tai vamman vuoksi, tarkastellaan myös nuoren kokonaistilannetta kuten sitä, onko nuoren psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky alentunut ja onko elämäntilanteessa muita kuormittavia tekijöitä, kuten opintojen keskeytykset tai pitkittynyt työttömyys. (HE 128/2013 vp.)

Ammatillisen kuntoutuksen arvioinnissa huomioidaan myös kuntoutuksen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus. Esimerkiksi vähäinen opintojen viivästyminen tai opinnoissa jälkeen jääminen ei vielä täytä kuntoutuksen myöntöedellytyksiä. Ammatillisen kuntoutuksen koulutusvaihtoehtoja terveydenhuollossa arvioitaessa on otettava huomioon, että eri ammattitutkinnoissa asetetaan terveydentilalle tiettyjä vaatimuksia. Koulutussuunnitelmien tulisi olla realistisia ja tarkoituksenmukaisia. Mikäli nuorella on jo jokin ammattitutkinto, tulisi aina miettiä, voiko hän sen pohjalta jatkaa työelämässä. Kela ei järjestä nuorelle ammatillisena kuntoutuksena koulutusta toiseen ammattiin vain siksi, että työllistymistilanne nuoren ammattialalla on heikentynyt. Muistettakoon, että nuorten osalta päihdehoidon ja -kuntoutuksen vakiin-

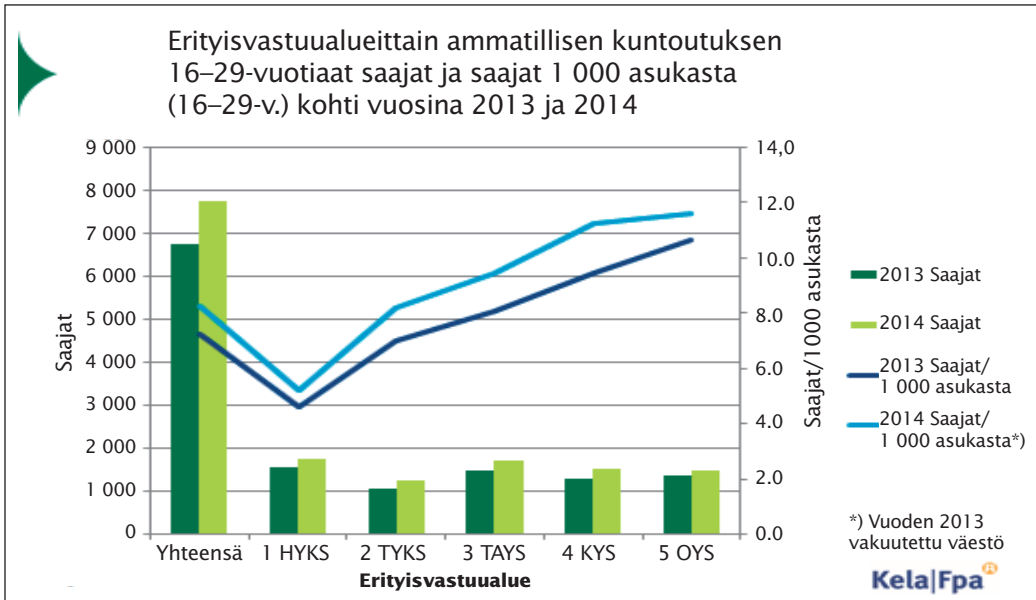
tuessa myös ammatillinen kuntoutus voi tulla kysymykseen niiden ohella.

Miltä näyttää lainmuutoksen jalkautuminen käytäntöön?

Vuonna 2014 nuoria (16–29-vuotiaita) osallistui ammatilliseen kuntoutukseen yhteensä 7736 kuntoutujaa (kuvio 1). Tilastojen perusteella voidaan todeta, että nuoret saavat aikaisempaa enemmän kuntoutuspalveluja. Nuorten ammatillisen kuntoutuksen saajien määrä on noussut 14,5 %:a vuonna 2014 verrattuna edelliseen vuoteen. Nuorten ohjautumisen Kelan ammatilliseen kuntoutukseen odotetaan kasvavan, kun uudet myöntöedellytykset tulevat ohjaaville tahoille tutummiksi. Lainmuutoksen onnistunutta toimeenpanoa tukee se, että ohjaava taho huomioisi Kelaan lähetettävissä lausunnoissaan nuoren kokonaistilanteen.

Vaativa lääkinällinen kuntoutus tekee tuloaan

Kela on aktiivisesti pyrkinyt myös muiden lainmuutoksien avulla parantamaan syrjäytymisvaarassa olevien nuorten asemaa. 1.1.2016 voimaan tulevan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen myötä vammaisuuskytkös poistuu Kelan järjestämistä vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen myöntöedellytyksistä. Lainmuutos mahdollistaa jatkossa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisen myös niille nuorille, joilla on kuntoutuksen tarve, mutta ohjauksen ja avun tarve ei ole riittänyt tarvittavan korotetun tai ylimmän vammaistuen myöntämiseen, ja he ovat tämän vuoksi jääneet kyseisen kuntoutuksen kohderyhmän ulkopuolelle. Myöntöedellytyksinä jatkossa ovat sairaus tai vamma ja sairauteen tai vammaan liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, rajoitteesta aiheutuvat huomattavat vaikeudet arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa sekä perusteltu kuntoutustarve. Myös kuntoutuksen nimi muuttuu vaikeavammaisten



Kuvio 1. Ammatillisen kuntoutuksen 16–29-vuotiaat saajat sekä saajat 1000 asukasta (16–29-vuotiaat) kohti erityisvastuualueittain vuosina 2013 ja 2014.

lääkinnällisestä kuntoutuksesta vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi. (Säädös-muutos 145/2015.)

Kelan tarjoamat ammatillisen kuntoutuksen palvelut nuorille

Kela järjestää 16–29-vuotiaille nuorille va- jaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen lisäksi vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa ja har- kinnanvaraista kuntoutusta sekä tukee 16–19-vuotiaan¹ nuoren ammatillista etene- mistä nuoren kuntoutusrahalta. Kelan amma- tillisen kuntoutuksen palvelut voidaan jakaa pääpiirteissään nuoren tilanteen selvittämi- seen, opintojen tukemiseen ja työn kokeilemi- seen sekä valmennukseen kohdistuviin palve- luihin. Kelan ammatillista kuntoutusta toteut- tavat Kelan hyväksymät kuntoutuspalvelun- tuottajat eri puolilla Suomea.

Ammatillinen kuntoutus selvitys kestää noin 12 vuorokautta. Se auttaa nuorta esi- merkiksi silloin, kun hänen kokonaistilanteen- sa vaatii laaja-alaista selvittelyä ja ammatilli- sen suunnitelman laatimista. Esimerkiksi pe- ruskouluaan päättävällä nuorella saattaa olla jokin oppimiskyvyn häiriö, psyykinen sai- raus tai aistivamma, jonka takia siirtyminen yläkoulusta ammatillisiin opintoihin tai jatko- opintoihin korkea-asteelle vaikeutuu. Tällöin nuori tarvitsee kuntoutuksellista tukea, jotta hänellä olisi erilaisia ammatillisia vaihtoehto- ja valittavanaan.

Työkokeilu kestää noin kaksi kuukautta. Se sopii nuorelle, joka tarvitsee tukea itsel- leen soveltuvan ammattialan, työtehtävän tai opiskelualan valintaan ja selvittämiseen. Alan soveltuvuuden varmistamiseksi nuori kokeilee työtä 1–3 työpaikassa. Työkokeilun jälkeen suunnitellaan, mihin nuori jatkaa palvelun jälkeen, ja häntä tuetaan jatkosuunnitelman toteuttamisessa.

Koulutuskokeilu kestää muutamasta päi- västä kahteen viikkoon. Se sopii nuorelle, jolla on tarve selvittää koulutusmahdollii-

suuksia ja tutustua kouluelämään. Kokeilun avulla nuori saa kuvan koulutuksen ja kysei- sen ammattialan vaatimuksista. Koulutusko- keilu toteutetaan ammatillisissa erityisoppi- laitoksissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa.

Kela tukee tutkintoon johtavaa koulutusta, tarpeellista lisä- ja uudelleen koulutusta sekä valmentavaa koulutusta. Opiskelupaikkoina voivat olla ammatilliset oppilaitokset tai eri- tyisoppilaitokset, kansanopistojen ammatilli- set linjat, ammattikorkeakoulut tai yliopistot. Lisäksi Kela voi maksaa kuntoutusrahaa, jos nuori opiskelee ammattia oppisopimuskoulu- tuksessa. Vuonna 2014 Kela tuki koulutusta yhteensä 6257 nuorelle (kuvio 2).

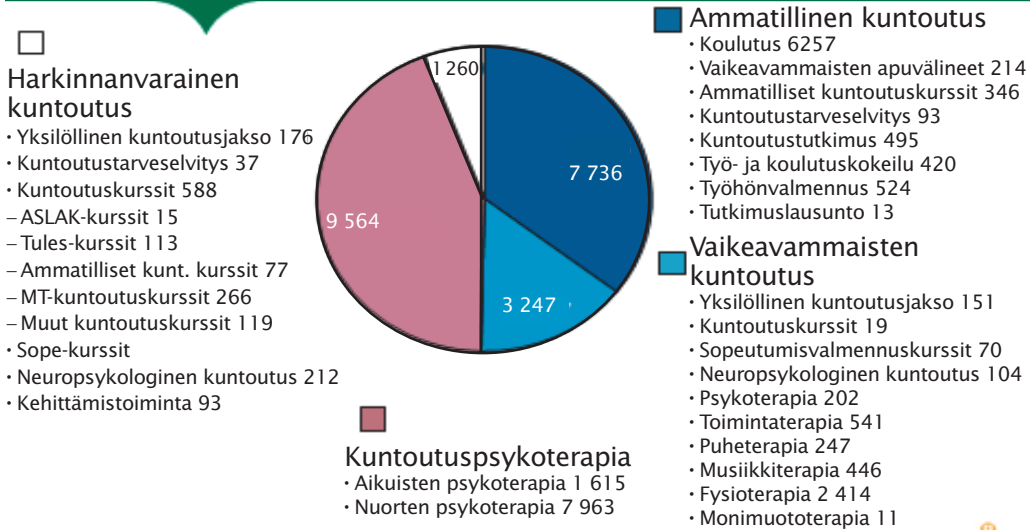
Työhönvalmennus kestää noin kuusi kuu- kautta, ja se sopii nuorelle, jonka tavoitteena on löytää palkkatyö. Työhönvalmennus toteu- tetaan vähintään yhdessä työpaikassa. Työ- hönvalmennuksessa nuori saa tukea ja ohjaus- ta työnhaku- ja työelämätaitojen vahvistami- seen, työpaikan etsimiseen, työelämään siirty- miseen, työn tekemiseen ja työssä jatkamiseen. Nuoren kanssa pohditaan, mihin hän jatkaa työhönvalmennuksen jälkeen. Myös työnan- taja tuetaan nuoren työllistämässä.

Mielenterveyskuntoutujien työhönvalmen- nus on sisällöltään samanlaista kuin työhön- valmennus, mutta se kestää pidempään, kes- kimäärin vuoden. Mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennus soveltuu nuorelle, jolla on työkykyä heikentävä ja työllistymistä heiken- tävä psyykinen sairaus. Sairauden hoidon tu- lee olla sellaisessa vaiheessa, että nuori voi si- toutua työpaikalla tapahtuvaan työskentelyyn.

Ammatillisilla kuntoutuskursseilla on nu- orista (18–25-v.) koottuja ryhmiä tai nuorille ai- kuisille sekä aikuisille (18–60-v.) koottuja am- matillisen kuntoutuksen ryhmiä, joissa mm. kuntoutujien keskinäinen vertaistuki on osoit- tautunut eteenpäin vieväksi voimaksi. Kuntou- tuskursseja järjestetään valtakunnallisesti ym- päri vuoden. Kurssin kesto on noin 8–12 kuu- kautta. Kurssin aikana nuoren on tarkoitus saa- da realistinen käsitys valitsemastaan ammati- alasta tai työstä sekä omasta jaksamisestaan.

¹ Nuoren kuntoutusrahaa maksetaan 16-19-vuotiaalle, kuitenkin sen kuukauden loppuun, kun nuori täyttää 20 vuotta, ja pidemmälle, jos hänen kuntoutuksensa on kesken.

Kuntoutuksen saajat ikäryhmässä 16-29 v Vuosi 2014



Kuntoutuksen saaja on voinut saada useampia kuntoutustoimenpiteitä.

Kela|Fpa

Kuvio 2. Kuntoutuksen saajat 16–29-vuotiaiden ikäryhmässä vuonna 2014.

Lisäksi Kela tukee nuoria opiskelussa yläkouluiäkäisestä alkaen opiskelussa tai työssä tarvittavin apuvälinein.

Nuoren kuntoutusraha ammatillisen kuntoutumisen varmistamiseksi ja työllistymisen edistämiseksi

Kelan maksaman nuoren kuntoutusrahan tarkoituksena on varmistaa 16–19-vuotiaan nuoren ammatillista kuntoutumista ja edistää työllistymistä, kun hänen työ- tai opiskelukyönsä on olennaisesti heikentynyt sairauden, vian tai vamman vuoksi ja hän tarvitsee erityisiä tukitoimia selviytyäkseen ammatillisen kuntoutumisen haasteista. Nuoren kuntoutusrahan myöntäminen ei edellytä kuntoutuspäätöstä. Nuorella tulee olla kotikunnassa laadittu henkilökohtainen opiskelu- ja kuntoutus-suunnitelma, johon on koottu muun muassa ammatillisen kuntoutumisen tavoitteet, suunniteltu koulutus tai muu vastaava kuntoutus

sekä tukitoimet ja erityisjärjestelyt, joita nuori tarvitsee ammatillisen kuntoutumisensa tueksi (VNA 646/2005 3 ja 4 §).

Nuoren kuntoutusrahan osalta nuoren sairautta ja vammaa arvioidaan samoilla perusteilla kuin Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa, ja siten 1.1.2014 voimaan tullut ammatillisen kuntoutuksen lainmuutoksen lisäys opiskelukyvyn heikkenemisestä ja kokonaistilanteen arvioinnista koskee myös nuoren kuntoutusrahaa. Sen sijaan nuoren kuntoutusrahaa arvioitaessa ei edelleenkään sovelleta tarkoituksenmukaisuus-kriteeriä kuten ammatillisessa kuntoutuksessa. Nuoren kuntoutusrahan vähimmäistavoitteena on, että koulutuksen tai muun kuntoutuksen avulla nuori voi saada joitain merkityksellisiä lisätuloja, vaikka eläke turvaisi jatkossa hänen toimeentuloaan.

Nuoren kuntoutusrahan sijaan ammatillisen kuntoutuksen ajalta voidaan maksaa kuntoutusrahaa, joka vähimmäismääräisenä on 24,02 euroa arkipäivältä (vuonna 2015).

1.10.2015 alkaen Kela voi maksaa puolet kuntoutusrahan määrästä (osakuntoutusraha) sellaiselta kuntoutuspäivältä, jona nuori on osallistunut sekä kuntoutukseen että tehnyt työtä. Osakuntoutusrahaa maksetaan, kun henkilö työskentelee kuntoutuspäivänä enintään 60 % normaalista työajasta palkkatyössään tai omissa yrityksissään. Muutoksen jälkeenkin kuntoutusraha maksetaan täysimääräisenä, jos kuntoutus estää työskentelyn kokonaan ja kuntoutuspäivä kestää vähintään neljä tuntia matkoineen. (Säädösmuutos 1236/2014 ja HE 201/2014 vp.)

Miten nuoret jatkossa tavoittavat paremmin Kelan kuntoutuspalvelut?

Nuorisotakuun tutkimuksellisen tuen loppuraportin (Tuusa ym. 2014) mukaan heikoimmin saatavia ja toimivia palveluita nuorisotakuussa olivat Kelan ammatillisen kuntoutuksen palvelut, kun tarkasteltiin kyselyn perusteella muiden viranomaisten näkemyksiä. Viranomaisten vastauksissa mainittiin, että Kelan palvelut ovat nuorille etäisiä ja sisältävät paperisotaa. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että Kelan tulisi parantaa tiedotusta. Tulosten perusteella harva nuorista tunsi Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluita. Tässä yhteydessä on syytä tuoda esille, että Kelassa on ryhdytty toimenpiteisiin nuorten palvelujen näkyvyyden ja saatavuuden parantamiseksi. Kuntoutuksen tiedottamisen pääpainopisteenä ovat nyt nuoret. Kela on aloittanut toukuussa 2015 nuorille suunnatun Mikä kunto? -kampanjan. Kampanja on osa nuorten yhteiskuntatakuuta, ja se kertoo nuorille kuntoutuksen eri palveluista. *Nuortenkuntoutus.kela.fi*-sivusto esittelee kattavasti Kelan ammatillista kuntoutusta ja mielenterveyskuntoutusta. Sivuille tulee videoita ja ohjeita kuntoutuksen hakeutumiseen sekä nuorten omia kuntoutustarinoita.

Lisäksi nuorisotakuun osalta Kelassa suunnitellaan otettavaksi käyttöön vuoden 2015 kuluessa keskeisesti nuorten eri elämäntilanteisiin suunniteltu hoitomalli, jonka avulla Kelan työntekijät saavat paremmat valmiudet tunnistaa nuorten tarpeet eri sosiaalietuuksia

hoidettaessa ja sen myötä selvittää nuoren tilannetta.

Nuorten parissa työskentelevien kehitettävä yhteistyö

Nuorten parissa työskentelevien yhteistyön parantaminen on keskeisesti esillä syrjäytymistä ja ammatillista kuntoutusta käsittelevässä kirjallisuudessa. Tuoreen tutkimuksen mukaan työkykyongelmien hallinta ja kuntoutusprosessien toimivuus edellyttävät eri toimijoiden tiivistä integroitumista ja verkostomaista työskentelyä (Liukko & Kuuva 2015). Tärkeää olisikin, että eri toimijat suunnittelisivat yhteistyössä ja yhdessä nuoren kanssa hänelle sopivan palvelukokonaisuuden. Tämä edellyttää nuorten parissa toimivilta tahoilta yhteistä tahtotilaa rakentaa ja räätälöidä palvelukokonaisuus nuoren tarpeiden mukaisesti.

Kela on tiivistänyt muun muassa työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) sekä TE-palveluiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Osatyökykyisten loppuraportin (2013) suosituksen seurauksena Kelan terveysosasto ja TEM laativat yhteisen osatyökykyisiä työttömiä koskevan kuntoutuksen ja TE-palveluihin ohjaavan ohjeen. Kelan kuntoutuskäsittelijät ja TE-toimistojen asiantuntijat ottavat kyseisen ohjeen käyttöön viimeistään syksyllä 2015. Ohjeen tavoitteena on selkeyttää kummankin toimijan palveluiden sisältöjä ja palveluiden saamisen edellytyksiä. Kelan ja TE-toimistojen yhteistyössä korostuu asiakkaan palvelutarpeen perusteella luotu etenemismalli, jossa myös asiakas osallistuu kuntoutus- ja TE-palveluiden eteenpäin viemiseen.

Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta tuli voimaan 1.1.2015 (TYP-laki 1369/2014). TYP-toiminnassa on keskeistä Kelan, TE-toimiston ja kunnan välinen monialainen verkostomainen yhteistyöote nuorten työttömien tukemiseksi. TYP:ssä Kela osallistuu nuorten asiakkaiden yhteiseen palvelutarvearvioon ja sen perusteella kantaa osaltaan vastuun kuntoutuspalveluiden tarjoamisesta ja niiden järjestämisestä osana nuoren työllistymissuunnitelmaa.

Kirsi Vainiemi, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri, Kela, terveysosasto

Maria Ättman-Huhtamäki, OTM, lakimies, Kela, terveysosasto

Marjaana Pajunen, sairaanhoitaja AMK, suunnittelija, Kela, terveysosasto

Maija Rauma, TTM, YTM, suunnittelija, Kela, terveysosasto

Marjut Hevosmaa, sosionomi AMK, erikoissairaanhoitaja, suunnittelija, Kela, terveysosasto

Nuorisotakuun tutkimuksellisen tuen loppuraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu. Työ ja yrittäjyys 15/2014.

Valtioneuvoston asetus Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (646/2005)

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2007) Nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Toiminnantarkastuskertomus 146/2007. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ylönen V (2014) Nuorten toimeentuloturvan taso ja käyttö. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 86. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Lähteet

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista, HE 3/2005 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta, HE 201/2014 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta, HE 128/2013 vp.

Järvikoski A, Härkäpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy. Kansaneläkelaki (568/2007)

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005)

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta (973/2013)

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta (145/2015)

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta (1236/2014)

Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014)

Liukko J, Kuuva N (2015) Toimijoiden yhteistyö työkyökyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03/2015. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Osatyökykyiset työssä -ohjelma (2013) Osatyökykyisten työllistymistä edistävien säädösmuutostarpeiden ja palvelujen arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 37.

Tuusa M, Pitkänen S, Shemeikka S, Korkeamäki J, Harju H, Saares A, Pulliainen M, Kettunen A, Piirainen K (2014) Yhdessä tekeminen tuottaa tuloksia.



Kuntoutussäätiön koulutukset 2015

Kuntoutuksen kirjo I - ammatillinen kuntoutus 2.9.

Traumaperäisen stressireaktion vaikutukset työ- ja toimintakykyyn 10.9.

Eläkepäätöksen hylkääminen - miten edetä, mistä tukea? 7.10.

Kuntouttavan työtoiminnan kehittämispäivät - kuntouttava työtoiminta uuden työn virrassa 14.–15.10.

BBAT-koulutus (Basic Body Awareness Therapy) -työfysioterapeuteille 23.–24.10, 27.–28.11. ja 22.–23.1.2016

Ajelehtivan nuoren palveluverkko -hyvät työmenetelmät ja toimintamallit käyttöön 27.10.

Avokuntoutus ja sopeutumisvalmennus – trendit ja tulevaisuus 28.10.

Kuntoutuksen kirjo II - toimintakykykuntoutus 4.11.

Oppimisen vaikeudet nuorilla ja aikuisilla - tunnistus ja tuki 20.11.

Merkkaathan jo kalenteriin:

Valtakunnalliset kuntoutuspäivät 17.–18.3.2016, Finlandia-talo

Ohjelmat ja ilmoittautumiset: **www.kuntoutussaatio.fi**

KUNTOUTUSTIEDE YLIOPISTOJEN OPPIAINEENA – YLIOPISTOVERKOSTON YHTEISTYÖNÄ?

Opetusministeriö käynnisti vuonna 2014 selvityksen, jonka tarkoituksena oli tuottaa pohjatiedot kuntoutusalan (apuvälinetekniikan, fysioterapian, toimintaterapian, naprapatian, osteopatian, jalkaterapian ja kuntoutuksen ohjauksen) koulutuksen nykytilasta ja tulevaisuuden tarpeista ministeriön sekä ammattikorkeakoulujen sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan kouluttajien päätöksenteon tueksi. Arja Piiraisen ja Tuulikki Sjögrenin (2015) selvityksessä vastaajat näkivät oleellisena kuntoutuksen koulutuksen saumattoman jatkumisen perustasosta tohtoritutkintoon saakka, jotta kuntoutuksen yhteisen tietoperustan rakentuminen olisi mahdollista. Yhteinen tietoperusta edellyttää vastaajien mukaan kuntoutusalan maisteri- ja tohtoritason koulutusta. Erityisesti tulevaisuuden kannalta kuntoutuksen yhteinen tietoperusta nähtiin tärkeänä. Kuntoutuksen ammattilaisen katsotaan tarvitsevan monitieteellistä osaamista. Teoreettisen ja tutkimukseen perustuvan tiedon merkitystä on korostettu kuntoutusalan työkäytäntöjen kehittämisessä.

Kuntoutustiede on eri tieteenalojen teorioita ja lähestymistapoja yhdistävä oppiaine ja tieteenala, jonka kohteena on kuntoutus ja kuntoutuminen. Monitieteisessä oppiaineessa käytetään hyväksi yhteiskunta-, käyttäytymis- ja terveystieteiden teorioita ja tietopohjaa. Kuntoutuksen eurooppalaiset tutkijat painottavat kuntoutuksen tutkimuksen kohdealueen ulottumista ”solusta yhteiskuntaan”. Työssä jaksamisen ja työhön paluun tukemi-

nen sekä työkyvyttömyyden ehkäisy ovat tällä hetkellä kuntoutuksen ja kuntoutustieteen keskeisiä kysymyksiä. Yhtä tärkeitä alueita ovat eri tavoin vammaisten henkilöiden toimijuus, elämänhallinta ja sosiaalinen osallisuus, joiden tukeminen lähellä ihmisen arkea on erityisen tärkeää. Sekä työurien pidentämisen että väestön sosiaalisen osallisuuden ylläpidon tavoitteet edellyttävät eri palvelujärjestelmien toiminnan, koordinoinnin ja suunnittelun asiantuntemusta. Niin sanottu asiakaslähtöinen, kuntoutujan omaa osallistumista korostava ja kuntoutujan arkielämään sijoittuva, kuntoutus kuuluu kuntoutuksen ja kuntoutustieteen ajankohtaisiin kehitystehtäviin.

Suomessa kuntoutuksen tai kuntoutustieteen yliopisto-opetus käynnistyi 2000-luvun alkupuolella Lapin ja Oulun yliopistojen yhteistyössä opetusministeriön pienen hankemäärärahan turvin. Tavoitteena oli monialainen ja monitieteinen näkökulma kuntoutukseen ja kuntoutumiseen, jossa Lapin yliopisto tarjosi yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden näkökulmaa, Oulun yliopisto terveys- ja lääketieteellistä. Tavoitteeksi otettiin yliopistojen pääosin yhteinen kuntoutuksen opetus, joka voisi olla Lapin yliopistossa pääaineena yhteiskuntatieteiden maisterin tutkinnossa ja Oulun yliopistossa terveys- tai kasvatustieteiden maisterin tutkinnossa. Oulun yliopistossa esitys ei kuitenkaan saanut riittävästi tukea. Opetusta jatkettiin kuitenkin avoimessa yliopistossa ja osana lääkärinkoulutusta, osallistamisen professuurin turvin. Lapin yliopistossa

kuntoutus hyväksyttiin yhdeksi yhteiskuntatieteiden tiedekunnan pääaineista vuonna 2004. Oppiaineen nimi muutettiin – opiskelijoiden toivomuksesta – kuntoutustieteeksi muutaman vuoden päästä vastaamaan muiden maiden yliopistojen käytäntöjä (esim. rehabilitation science, Rehabilitationwissenschaft).

Vuosikymmenen puolivälissä tavoiteltiin kuntoutustieteen vakiinnuttamista yliopistolliseksi oppiaineeksi Suomessa. Yliopistojen yhteistyönä laadittiin muun muassa suunnitelma kuntoutuksen yliopistoverkoston perustamisesta, johon haettiin opetusministeriöltä rahoitusta. Ajatuksena oli silloin, että Suomessa monitieteisen kuntoutuksen pitäisi tapahtua usean yliopiston verkostoyhteistyönä, jossa opetusvastuut jakautuisivat eri yliopistojen painoalueiden mukaisesti. Suunnitelma ei kuitenkaan saanut myönteistä vastaanottoa opetusministeriöltä.

Yhteistyömallien kariutuessa kuntoutustiede alkoi myös Lapin yliopistossa menettää asemansa. Se menetti pääainestatuksensa: kuntoutustieteen uusia pääaineopiskelijoita otettiin tällä tietoa viimeisen kerran vuonna 2010. Päätösten taustalla lienevät vaikuttaneet toisaalta yliopistojen rakenteellinen kehittäminen, toisaalta sosiaalityön opetuksen laajentaminen, jotka molemmat olivat opetusministeriön agendalla. Lapin yliopistossa maisteriopintonsa kuntoutustieteessä aloittaneilla on nykyisten päätösten voimassa ollen vielä kolmen vuotta aikaa saattaa opintonsa päätökseen. Sen jälkeen kuntoutustieteen opetusta järjestettäneen vain sivuaineena. Kuntoutustieteen perus- ja aineopintoja on myös mahdollista suorittaa avoimessa yliopistossa verkko-opintoina. Perusopinnot järjestetään yliopistojen välisenä yhteistyönä: opetuksesta vastaavat Itä-Suomen, Lapin ja Oulun yliopistot yhdessä. Aineopintoja järjestetään Lapin yliopiston avoimessa yliopistossa. Avoimien yliopistojen kuntoutustieteen opintoihin osallistuu vuosittain noin sata opiskelijaa.

Yliopistojen autonomia merkitsee, että jokainen yliopisto tekee omat ratkaisunsa. Kuntoutusalan oppiaineista fysioterapia on vahvistunut voimakkaasti Jyväskylän yliopistossa, mutta toimintaterapian opetus päätettiin siellä lopettaa. Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitokseen perustettiin vammaisjärjestöjen tuella vammaistutkimuksen professori. Helsingin yliopistossa on

tällä hetkellä myös neurologisen kuntoutuksen osa-aikainen professori, Tampereen yliopistossa kuntoutuksen, erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksien professori ja Oulun yliopistossa lääketieteellisen kuntoutuksen osa-aikainen professori. Lisäksi on syytä muistaa, että kuntouttavalla sosiaalityöllä on professorinsa ja erityispedagogiikka on oppiaineena useissa yliopistoissa. Kuntoutusalan väitöskirjoja valmistuu eri yliopistoissa myös psykologiassa, sosiaalityössä, sosiologiassa, sosiaalipolitiikassa, kasvatustieteessä ja lääketieteessä usealla erityisalalla, muun muassa geriatriassa. Kuntoutus- ja vammaisalan osaamista on siis varsin paljon, mutta selvänä ongelmana on sen hajanaisuus, sijoittuminen useihin yliopistoihin ja yhtenäisemmän teoriaperustan puuttuminen.

Kuntoutustieteen ensimmäisissä Lapin yliopistossa tehdyissä väitöskirjoissa on käsitelty monialaisen kuntoutuksen haasteita (Koukkari 2010) ja terapeutista yhteistoimintaa (Harra 2014). Parin seuraavan vuoden aikana valmistuu väitöskirjoja muun muassa asiakkaan toimijuutta vahvistavasta työotteesta fysioterapiassa, vaikeavammaisen kuntoutusasiakkaan osallisuudesta, vammaisten nuorten elämäkulusta ja kuntoutuksen roolista siinä, vammaisen ihmisen valtaistumista tukevasta vuorovaikutuksesta, moniammatillisesta yhteistyöstä ja kuntoutustyöntekijöiden osaamishaasteista. Yksi oppiaineen tutkimusintresseistä kohdistuu työkykyä ylläpitävään ja ammatilliseen kuntoutukseen ja tuettuun työllistymiseen, mutta väitöskirjatöitä ei sillä alueella ole toistaiseksi käynnistynyt.

Monella jatko-opintoja suorittavalla on useampi kuin yksi maisterintutkinto. Niiden pääaineita ovat kuntoutustieteen lisäksi olleet toimintaterapia, fysioterapia, terveystieteet, kasvatustieteet sekä yhteiskuntatieteistä muun muassa sosiologia ja sosiaalityö. Myös ammattikorkeakoulujen ylemmän tutkinnon suorittaneilta on tullut joukko jatko-opintoja koskevia tiedusteluja. Ylemmän amk-tutkinnon suorittaneilla on mahdollisuus jatkaa tohtoriopintoihin, mutta opinto-oikeuden myöntämisen perusteena ovat yleensä sitä ennen suoritettujen oppiaineen teoreettisten opintojen lisäksi muun muassa tutkimusmenetelmäopinnot.

Mikä voisi olla kuntoutustieteen tulevaisuus yliopistoissa? Perusteluna kuntoutustieteen yliopisto-opetukselle on edelleen kuntoutuksen yh-

teisen tietoperustan luominen biopsykososiaalisen lähestymistavan ja kuntoutuksen valtaistavan ja ekologisen toimintamallin pohjalta. Käsitksemme mukaan olisi perusteltua käynnistää esimerkiksi useamman yliopiston yhteistyönä kuntoutustieteen maisteriopinnot (120 op), joiden pääsyaatimuksena on sopivalla aineyhdistelmällä suoritettu kandidaatin tutkinto tai vaihtoehtoisesti amk-tutkinto, johon liitetään kuntoutustieteen opintoja ja tutkimusmenetelmäopintoja käsittävät riittävän laajat siltaopinnot. Kuntoutuksen eri alojen amk-tutkintoja suorittaneista osa hakeutuu kuntoutuksen ylempää amk-tutkintoa suorittamaan ammattikorkeakouluihin ja osa erikoistumisalansa opintoihin (mm. Jyväskylän yliopiston fysioterapian opintoihin). Selvä aukkopaiikka on kuitenkin laaja-alaisemman orientaation tarjoavissa kuntoutuksen tai kuntoutustieteen opinnoissa, joihin sisältyy monialaisen kuntoutuksen lisäksi myös ammatillisen ja työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen sekä tuetun työllistymisen teoreettis-käytännöllinen perusta.

Löytyykö poliittista tahtoa kuntoutustieteen maisteriopetuksen järjestämiselle ja missä muodossa? Varteenotettava ratkaisu olisi kuntoutustieteen opintojen järjestäminen yliopistojen välisenä monialaisena yhteistyönä. Kun Suomi kärvistelee taantuman kourissa ja työurien pidentäminen on vaikeaa ja kun vammaisuus ja kasautuvat sosiaaliset ongelmat tuottavat monille työmarkkinoilta syrjäytymisen kierteen, olisi tarpeen arvioida uudelleen hyötyjä, joita kuntoutustieteen opetuksen järjestäminen yliopistoverkoston yhteistyönä tuottaisi.

Kristiina Härkäpää, kuntoutustieteen professori, Lapin yliopisto

Marjatta Martin, kuntoutustieteen yliopisto-opettaja, Lapin yliopisto

Aila Järvikoski, kuntoutustieteen professori emerita, Lapin yliopisto



TUTORIS

yksilöllisesti yhdessä

Etäkuntoutuksen seminaari -

VÄLIMATKOISTA VÄLITTÄMÄTTÄ

Helsingissä 17.-18.9.2015, Marina Congress Center

Mahdollisuus osallistua myös etälaittein

*Tule kuuntelemaan kansainvälisiä asiantuntijoita
USA:sta ja Ruotsista sekä saamaan tietoa Suomen
etäkuntoutuksesta puhe-, toiminta- ja fysioterapian
näkökulmasta.*

Osallistumismaksu: 1 pv 190€ (+alv) 2 pv 340€ (+alv)

Osallistuminen etäyhteyksin: 1 pv 165€ (+alv) 2 pv 280€ (+alv)

*Katso koko ohjelma ja ilmoittaudu mukaan
nettisivuillamme:*

www.tutoris.fi

TULEVAISUUS PELISSÄ – ICF-POHJAINEN LAUTAPELI KUNTOUTUKSEN SUUNNANNÄYTTÄJÄNÄ

Kuntoutusta suunniteltaessa kuntoutujan yksilöllinen toimintakyky on pyrittävä ottamaan huomioon mahdollisimman laaja-alaisesti. Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen alusta lähtien on tärkeää hänen henkilökohtaisesti relevanteiksi kokemiansa kuntoutustavoitteiden määrittämiseksi ja saavuttamiseksi. Tuloksellinen kuntoutus edellyttää erilaisia lähestymistapoja ja tehokkaita työkaluja muun muassa kyseessä olevan toimintakyvyn rajoitteen, kuntoutumuodon ja yksilöllisten taustatekijöiden mukaan.

Tulevaisuus pelissä -kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa lautapelimuotoinen, teoriaan perustuva menetelmä ryhmämuotoisen kuntoutuksen tavoitteiden konkretisoinnin tueksi. Hankkeen kohderyhminä ovat psyykkiseltä toimintakyvyltään rajoitteiset nuoret ja nuoret aikuiset, jotka saavat kuntoutusta joko mielenterveydellisiin tai neuropsykiatriisiin ongelmiin. Hanketta rahoittaa Kela ja toteuttaa Kuntoutussäätiö yhteistyössä Lempäälän kunnan psykiatrian yksikön ja MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön kanssa. Tässä kirjoituksessa esitellään kehittämistyön vaiheita ja alustavia kokemuksia kuntoutusryhmistä.

Erilaiset viitekehykset tavoitteen asettelun tukena

Kelan tukemassa kuntoutuksessa tavoitteet asetetaan GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling; Kiresuk & Sherman 1968) avulla.

Strukturoidun GAS-menetelmän avulla kuntoutukselle voidaan kirjata selkeitä, yksilöllisiä ja konkreettisia tavoitteita sekä seurata niiden saavuttamista kuntoutusprosessin edetessä. Lisäksi Kela suosittaa kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusjärjestelmän (ICF) käyttämistä toimintakyvyn arvioinnissa ja kuntoutuksen toteuttamisessa (Kela 2013). ICF-luokitusjärjestelmä on hierarkkinen kooditusjärjestelmä, joka käsittelee toimintakyvyn ja sen rajoitteet laaja-alaisesti erilaisten yksilö- ja ympäristötekijöiden vaikutusten alaisena vuorovaikutuksellisenä tilana. ICF:n hyödyntämistä kuntoutustyössä on pidetty mahdollisuutena vahvistaa asiakkaan asemaa kuntoutumisprosessissa ja edistää moniammatillista yhteistyötä kaikissa kuntoutusprosessin vaiheissa (Paltamaa ym. 2011; Pärnä ym. 2011).

Edellä mainittujen menetelmien hallinta vaatii tietämystä ja koulutusta. Kelan edellytysten myötä GAS:n käyttö on vakiintunut osaksi palvelujärjestelmiä, mutta suosituksista huolimatta ICF-luokituksen käyttöönotto on ollut jähmeää. Teoreettisen järjestelmän käytännöllistämiseksi ja juurruttamiseksi kuntoutusprosessin eri vaiheisiin tarvitaan tehokkaita välineitä. ICF:n yhdistämiseksi kuntoutujan toimintakyvyn kuvaamiseen ja esimerkiksi GAS-tavoitteiden muodostamiseen tarvitaan käytännöllisiä, erilaisille kohderyhmille soveltuvia toimintamalleja. Esimerkiksi lasten näkövammaiskuntoutuksen kentälle on kehitetty edellä mainit-

tujen viitekehyksien yhteiskäyttöä edistänyt ja siinä haasteita tunnistanut moniammatillinen työmenetelmä (ns. Lapsen arjen kartta[®], Lampi-Pyötsiä 2013).

Tulevaisuus pelissä -hanke pyrkii osaltaan edistämään ICF:n juurruttamista kuntoutuksen kentälle ja helpottamaan GAS-tavoitteiden konkretisoimista. Hankkeen tavoitteena on kehittää kaikille saatavilla oleva käytännönläheinen ICF-pohjainen työkalu, joka auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ja kuntoutujia selkeiden, asiakaslähteisten tavoitteiden löytämisessä.

Lautapeli kuntoutuksen työkaluna

Erilaisia pelejä ja leikkimielisiä interventioita käytetään vakiintuneesti ryhmämuotoisen kuntoutuksen yhteistoiminnan edistämiseksi. Pelilliset innovaatiot ovat kansainvälisesti lisääntymässä terveydenhuollon konteksteissa (King ym. 2013; Pereira ym. 2014), ja esimerkiksi videopelit täydentävät yksilöllistä kuntoutusta yhä enemmän (mm. Taylor ym. 2011). Erilaisia lautapelimenetelmiä on aiemmin kehitelty esimerkiksi sairastumiseen sopeutumisen tueksi (Pon 2010) ja kuntoutuksen työkaluiksi muun muassa sosiaalisten taitojen harjoitteluun (Torres ym. 2002). Kokemukset ovat olleet myönteisiä.

Tulevaisuus pelissä -hankkeen pohjana on kuntoutusohjaaja (YAMK) Kirsi Niittymäen opinnäytetyönään (Niittymäki 2013) luoma SPIRAL-lautapeli, joka tuotettiin alun perin kuntoutuksen tavoitteiden konkretisoinnin apuvälineeksi Lempäälän kunnan psykiatrian yksikköön. ICF-viitekehykseen pohjautuva SPIRAL-lautapeli suunniteltiin psykiatrisista häiriöistä kärsivien nuorten aikuisten käyttöön, mutta Niittymäki piti hyvien kokemustensa myötä kokeilemisen arvoisena sen jatkokehittämistä muille kohderyhmille sopivaksi. Kehittämishanketta suunniteltaessa hanketyöryhmä arveli, että myös menetelmän levittämisen ja juurruttamisen kannalta on tärkeää selvittää sen toimivuutta muissakin potentiaalisissa kohderyhmissä. Neuropsykiatriset häiriöt ovat suuri mutta melko vähäiselle huomiolle jää-

nyt kohderyhmä kuntoutuksen kentällä. Tulevaisuus pelissä -hankkeen tavoitteena on ollut paitsi kehittää SPIRAL-lautapeliä yhä paremmin aikuisille mielenterveyskuntoutujille soveltuvaksi, myös selvittää sen toimivuutta 13–18-vuotiailla neuropsykiatrisilla kuntoutujilla.

SPIRAL-lautapelin idea

SPIRAL-pelin avulla yksilöllisiä kuntoutussuunnitelmia voidaan pohjustaa vuorovaikutuksellisesti ja mielekkäästi. Pelin ideana on kannustaa kuntoutujaa arvioimaan omaa toimintakykyään kokonaisvaltaisesti ja tunnistamaan siinä kehityskohteita. Ryhmätilanteessa kerättyjä arvioita voidaan myöhemmin käsitellä yksilöllisemmin ja pohtia, mihin osaluueeseen kunkin osallistujan kuntoutuksessa kannattaisi keskittyä.

Peliin kuuluu pelilauta, jossa on metsämaisemaan sijoitettu spiraalin muotoinen polku, jonka ajatellaan kuvaavan kuntoutujan taivalta kohti parempaa toimintakykyä. Lisäksi peliin sisältyy toimintakyvyn eri puolia kuvaavia kysymyskortteja, joiden avulla pelaajat pelin sääntöjen mukaisesti edeten arvioivat itseään henkilökohtaisella arviointilomakkeella. Määrättyihin pelin osa-alueisiin liittyy myös tehtäviä, jotka toimivat aktiivoina, keskustelua tauottavana virikkeenä.

SPIRAL on ilmainen ja helposti ja nopeasti omaksuttava menetelmä. Pelimateriaalit tulevat olemaan sähköisessä muodossa yleisesti terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla. Tulostettavan materiaalin lisäksi pelissä tarvitaan noppia, pelinappuloita ja kyniä.

Hankkeen eteneminen

SPIRAL-lautapelin toimivuutta GAS-tavoitteiden konkretisoinnissa selvitetään mielen-terveyden häiriöistä kärsivien nuorten osalta Kuntoutussäätiön kuntoutuspalveluyksikössä ja Lempäälän kunnassa toteutettavilla nuorten mielenterveyskuntoutujien avokuntoutuskursseilla. Neuropsykiatristen kuntoutujien osalta hanke toteutetaan MLL:n Lasten ja

Nuorten Kuntoutussäätiön järjestämällä autismin kirjon häiriöiden sopeutumisvalmennuskursseilla.

Lokakuussa 2014 alkaneen kehittämiss-hankkeen ensimmäinen vaihe saatiin päätökseen vuoden lopussa. Sen aikana kartoitettiin alkuperäisen SPIRAL-lautapelin kehittämis-kohteita muun muassa perehtymällä yhteistyötahojen kuntoutuskäytäntöihin ja hankkeen kohderyhmien erityispiirteisiin pelitekni-sen suunnittelun näkökulmasta. Lisäksi alku-peräisistä suunnitelmista poiketen päädyttiin ”esipilotoimaan” pelin raakaversioita kaikissa kuntoutusryhmissä, jotta saatiin aitoja koke-muksia kohderyhmiltä jo alustavaan kehittä-misvaiheeseen. Kerättyjen kokemusten poh-jalta hahmoteltiin yhteistyötahojen kuntou-tuskursseille testikäyttöön tulevan pelin ra-kenne, valittiin käytännössä toimivimmiksi todetut pelimateriaalit ja tuotettiin graafikon avulla ensimmäinen luonnos pelin visuaali-sesta ilmeestä.

Kehittämisvaiheessa SPIRAL-peliin tuotetiin kaksi erillistä sisältökokonaisuutta: toinen nuorille mielenterveyskuntoutujille ja toinen yläkouluikäisille autismin kirjon häiriöistä kärsiville. Molemmille kohderyhmille koostettiin ICF-koodeihin perustuvat listaukset, jotka kattavat toimintakyvyn neljäkymmentä eri osa-alueita. Mielenterveyskuntoutujien kannalta oleellisten osa-alueiden valinta perustui eri psykiatrisille häiriöille laadittuihin ICF-ydinlistauksiin (”ICF core set”), joihin on kansainvälisen tutkimusprotokollan (Selb ym. 2015) mukaisesti koottu ICF-kuvauskohteiden se minimimäärä, joka tarvitaan kuvaamaan tietyn sairauden tai taudin aiheuttamaa toimintakyvyn vajausta. Kehittämisvaiheen ajankohtana käytettävissä olivat depression (Cieza ym. 2004) ja bipolaarihäiriön (Ayuso-Mateos ym. 2013) ydinlistaukset. Autismin kirjon häiriöille Ruotsin Karoliinisessa Instituutissa työn alla olevat ydinlistaukset (Bölte ym. 2014) eivät vielä ole valmistuneet, joten tämän kohderyhmän osalta osa-alueet valikoitiin ICF-luokituksesta diagnostisten kriteereiden ja kliinisen asiantuntemuksen pohjalta.

Hanketyöryhmän asiantuntijat (kuntoutusohjaaja, psykologi, neuropsykologi) karsi-

vat ja muotoilivat kielellisesti lopulliset osa-alueet ottaen huomioon yhteistyötahojen kuntoutustiimien näkemykset. Kohderyhmi-en erityispiirteet pyrittiin huomioimaan muo-toilemalla pelissä käytetty kieli ja kysymykset mahdollisimman yksiselitteisiksi ja konkreet-tisiksi, jotta pelaajien olisi helpompi kokea tee-mat arkisiksi ja itseään koskettaviksi. Jokainen toimintakyvyn osa-alue pyrittiin otsikoimaan ytimekkäästi, ja kunkin otsikon alle luotiin mahdollisimman avaavia apukysymyksiä ja tarvittaessa valaisevia esimerkkejä.

Kehittämisvaiheessa tuotetun pelin toimi-vuutta selvitetään vuoden 2015 aikana yh-teensä kuudella mielenterveyskuntoutujien kurssilla ja kolmella neuropsykiatrisella kun-toutuskurssilla. Kunkin yhteistyötahon kol-mesta kurssista kahdessa testataan SPIRAL-menetelmää ja yksi ryhmä toimii kontrolliryh-mänä. SPIRAL-ryhmissä kunkin kuntoutujan GAS-tavoitteita pohjustetaan ryhmässä lauta-pelin avulla, ja kontrolliryhmissä GAS-tavoit-teet asetetaan ilman peliä. Pelin toimivuutta tavoitteen asettelussa arvioidaan käyttäjäko-kemushaastattelujen ja kyselyjen avulla. Li-säksi systemaattisin kyselymenetelmin selvi-tetään, kuinka SPIRAL-pelin pelaaminen vai-kuttaa kuntoutujien ryhmäprosessiin ja itsear-viointiin kehittymiseen. Kerätyn tiedon perusteella SPIRAL-lautapelistä kehitetään lopulli-set, näille kohderyhmille soveltuvat versiot.

Kokemuksia SPIRAL-lautapelistä mielenterveyskuntoutusryhmissä

SPIRAL-peliä on kehitetty kahden mielen-terveyskuntoutustoimintaa järjestävän tahon kuntoutusryhmissä. Lempäälän psykiatrian yksikössä kuntoutusryhmiin ohjautuu poti-laita yksikön kuntoutusohjaajien suosituk-sesta, ja osin kuntouttava ryhmätoiminta os-tetaan Lempäälän Ehtookoto ry:ltä, joka tarjo-aa tukiasumista ja päivätoimintaa työikäisille mielenterveyskuntoutujille. Kuntoutussäätiön kuntoutuspalveluyksikössä toteutettavat AS-KEL-kurssit ovat ahdistuksesta, paniikkihäiri-öistä ja masennuksesta kärsiville eteläsuoma-laisille nuorille suunnattuja ryhmämuotoisia avokuntoutuskursseja. Pelaajat ja läsnä olleet

kuntoutustyöntekijät ovat suhtautuneet hankkeeseen myönteisesti ja olleet motivoituneita osallistumaan kehitystyöhön.

Pelin pelaamiseen ja palautekeskusteluihin on käytetty kullakin kurssilla kahtena eri päivänä yhteensä kolme tuntia. Peliä on pelattu 4–10 henkilön ryhmissä. Alustava vaikutelma on, että mielenterveyskuntoutujien kohderyhmä omaksuu pelimuotoisen itsearviointin luontevaksi pohjaksi avoimelle keskustelulle ja ryhmäytymiselle. SPIRAL näyttää toimivan mukavasti myös yksilöllisten tavoitekeskustelujen pohjana. Myöhempää kehittämistyötä ajatellen esiin on noussut runsaasti muun muassa peliteknisiä yksityiskohtia ja pelin ulkoasun hienosäätöä koskevia näkemyksiä. Innokkuus ja yksilöllinen suhtautuminen pelin pelaamiseen on odotetusti ollut vaihtelevaa, mutta hiljaisemmissakin ryhmissä peli on näyttänyt lisäävän aktiivisuutta ja toiminnut näin vuorovaikutuksen ”jäänmurtajana”.

Kokemuksia SPIRAL-lautapelistä autismin kirjon häiriöiden kuntoutuksessa

Neuropsykiatrisen kuntoutuksen alueelta hankkeeseen on osallistunut yläkouluikäisiä nuoria, joilla on todettu Aspergerin oireyhtymä ja jotka osallistuvat MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön toteuttamalle perhesopeutumisvalmennuskurssille. SPIRAL-pelin alustavaa versiota on pelattu kurseilla noin 1,5 tunnin ajan kahdessa erillisessä pienryhmässä, joissa peliin on osallistunut 3–4 nuorta ja 1–2 ohjaajaa.

Kursseille osallistuneet nuoret ovat suhtautuneet hankkeeseen myönteisesti. Ensimmäisten havaintojen perusteella näyttää siltä, että pelattaessa tuotettu itsearviointilomake toimii selkeänä pohjamateriaalina tavoitekeskusteluissa, vaikka läsnä olisivat eri työntekijät kuin pelin aikana. SPIRAL näyttäisi tuovan nuoren omaa ääntä kuuluviin vanhempien kanssa käytävissä, kuntoutusta ohjailevissa keskusteluissa. Nuorten keskuudesta on saatu hyviä kehittämisideoita pelin elävöittämiseksi ja yleisen seikkailullisuuden lisäämiseksi. MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön

työntekijät ovat olleet kiinnostuneita sovel-lutusten kehittämisestä myös hankkeen ulkopuolisille ryhmille ja muille kohderyhmille.

Yhteenvetoa kehittämishankkeen alustavista tuloksista

ICF-pohjainen SPIRAL-lautapeli tuntuu selkeyttävän ja laajentavan kuntoutujan näkökulmaa omasta toimintakyvystään. Kohderyhmäkohtaisesti räätälöity toimintakyvyn arviointiaihio näyttää tavoittavan kuntoutujien omia kehittämiskohteita hyvin ja luovan näin selkeää, konkreettista pohjaa tavoitekeskusteluille. Ryhmämuotoinen työkalu on koettu hyvänä tutustumisen ja ryhmäytymisen välineenä, joten se sopii ongelmattomasti kuntoutusprosessin alkuun. Yleisesti pelillisuus vaikuttaa helpottavan pitkästyttäväksi tai hankaliksi koettujen asioiden käsittelyä.

Hankkeen aikana kuntoutusryhmistä on saatu käytännön kokemuksia pelin teknisistä haasteista sekä runsaasti rakentavaa, osin kriittistäkin pelin kehitystarpeisiin liittyvää palautetta. Kerätyn palautteen perusteella tullaan kehittämään lopulliset versiot mielenterveys- ja autismin kirjon häiriöiden kuntoutuksen tueksi tuotettavista SPIRAL-peleistä. Toimintakyvyn eri osa-alueiden relevanssia tavoitteenasettelussa tullaan edelleen pohtimaan hanketyöryhmän ja kuntoutustyöntekijöiden kesken. Hankkeen sisäisten pohdintojen tueksi on kerätty asiakastyötä tekevien terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä nykyisistä kuntoutuskäytännöistä verkko-kyselyn avulla. Erityisesti on kartoitettu ICF-luokituksen mahdollisuuksia ja haasteita kuntoutustavoitteiden asettelussa. Tämän kyselyn tulokset suuntaavat myöhempää kehittämistyötä hankkeen aikana saatujen käytännön kokemusten lisäksi.

Lopuksi

SPIRAL-lautapelimenetelmän avulla pyritään tarjoamaan mielenterveyden ongelmista ja neuropsykiatrisista vaikeuksista kärsiville nuorille yksilöllisempää kuntoutusta. Tulevaisuus pelissä -hanke pyrkii osaltaan lisäämään

ICF-koodiston käyttöönottoa ja GAS-menetelmän toimivuutta kehittämällä käsitejärjestelmiä integroivaa helppokäyttöistä ja vuorovaikutuksellista menetelmää. Alustavat kokemukset SPIRAL-pelistä ovat olleet lupaavia. Systemaattisempaa tietoa menetelmän toivuudesta saadaan hankkeen myöhemmissä vaiheissa keväeseen 2016 mennessä, jolloin menetelmää myös tullaan juurruttamaan terveydenhuoltojärjestelmään kuntoutustyöntekijöiden vapaaseen käyttöön. Hankkeen tulosten pohjalta voidaan suunnitella SPIRAL-pelin jatko kehittämistä myös muille kuntoutukselta hyötyville kohderyhmille. Lisäksi olisi kiinnostavaa kartoittaa edellytyksiä SPIRAL-pelin internet-pohjaiselle sovellutukselle.

**Johanna Koskinen, PsM, psykologitutkija,
Kuntoutussäätiö**

Lisätietoja:

johanna.koskinen@kuntoutussaatio.fi

Lähteet

- Ayuso-Mateos JL, Ávila CC, Anaya C, Cieza A, Vieta E (2013) Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health core sets for bipolar disorders: results of an international consensus process. *Disability & Rehabilitation* 35, 25, 2138–2146.
- Bölte S, Schipper E, Robison JE, Wong VC, Selb M, Singhal N, ..., Zwaigenbaum L (2014) Classification of functioning and impairment: the development of ICF core sets for autism spectrum disorder. *Autism Research* 7, 1, 167–172.
- Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, Herceg M, Melvin J, ..., de Bie R (2004) ICF Core Sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine* 36, 0, 128–134.
- Kela (2013) Suunnitelma Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen varojen käytöstä vuosina 2014–2016. Haettu 12.5.15 osoitteesta <http://www.kela.fi/documents/10180/157956/Harkinnanvaraisen+kuntoutuksen+suunnitelma+2014-2016.pdf>
- King D, Greaves F, Exeter C, Darzi A (2013) 'Gamification': Influencing health behaviours with games. *Journal of the Royal Society of Medicine* 106, 3, 76–78.
- Kiresuk TJ, Sherman MRE (1968) Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4, 6, 443–453.
- Lampi-Pyötsiä P (2013) ICF-viitekehyksen ja GAS-menetelmän yhteiskäytön kehittäminen kuntoutumisprosessin tueksi. Opinnäytetyö, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Helsinki.
- Niittymäki K (2013) Spiral – kuntoutuksen spiraali: ICF-pohjainen lautapeli mielenterveyskuntoutukseen. Opinnäytetyö, Satakunnan Ammattikorkeakoulu, Pori.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Pereira P, Duarte E, Rebelo F, Noriega P (2014) A Review of Gamification for Health-Related Contexts. In *Design, User Experience, and Usability. Teoksessa User Experience Design for Diverse Interaction Platforms and Environments*. Springer International Publishing, 742–753.
- Pon AK (2010) My Wonderful Life: A board game for patients with advanced cancer. *Illness, Crisis, & Loss* 18, 2, 147–161.
- Pärnä K, Saarinen M, Mellenius N, Antikainen P (2011) ICF ja perhekuntoutuksen arviointi. *Kuntoutus* 34, 3, 12–21.
- Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Ustün B, Cieza A (2015) A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *European journal of physical and rehabilitation medicine* 51, 1, 105–117.
- Taylor MJ, McCormick D, Impson R, Shawis T, Griffin M (2011) Activity Promoting Gaming Systems in Exercise and Rehabilitation. *Journal of rehabilitation research and development* 48, 10, 1171–1186.
- Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA (2002) Rehab Rounds: Improving Social Functioning in Schizophrenia by Playing the Train Game. *Psychiatric Services* 53, 7, 799–801.

KYKYRI – Palvelutarpeen arvioinnin kysymystyökalu

Suomen CP-liiton *Itsenäiseen elämään sopivien palveluin* -hankkeessa (2011–2014) on kehitetty uudenlainen palvelutarpeen arvioinnin kysymystyökalu KYKYRI helpottamaan vammaisten henkilöiden toimintarajoitteiden ja avuntarpeiden tunnistamista. Erittäin tärkeänä osana Kykyrin kehittämistä on ollut asiakkaiden kokemustiedon merkityksellisyys ja oman elämänsä asiantuntijuus. Kykyri on kehitetty hankkeen aikana asiakkailta saadun kokemustiedon mukaan, ja sitä on kehittämisen aikana testattu asiakkaiden sekä sosiaalialan ammattilaisten ja opiskelijoiden kanssa. Näillä keinoin on mahdollistettu ulkoasun ja sisällön selkeys, Kykyri:ssä on pyritty helposti hahmotettaviin kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin. Kykyristä on kaksi versiota, joista yksi on tarkoitettu itsearviointiin ja toinen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille yhdessä asiakkaan kanssa täytettäväksi. Molemmat versiot toimivat joko yksin tai yhdessä käytettynä. Kykyri on käytännönläheinen, helpokäyttöinen ja maksuton arjen työkalu, jonka käyttöön ei tarvita koulutusta. Kykyri on vapaasti saatavilla Suomen CP-liiton verkkosivuilta.

Kykyri ei keskity ainoastaan liikuntavamasta aiheutuviin toimintarajoitteisiin vaan kartoittaa myös liitännäisvammojen ja -oireiden, kuten esimerkiksi hahmottamisen vaikeuksien, oman toiminnan ohjauksen haasteiden sekä tasapaino-ongelmien aiheuttamia avuntarpeita. Kykyri:ssä on pilkottu toimintakokonaisuudet pienempiin osiin, jolloin saadaan mahdollisimman kattava ja realistinen kuva toimintakyvystä sekä arjessa selviytymisestä palvelutarpeen kartoittamista varten. Kykyri:ssä huomioidaan tärkeänä asiana se, että avun tarvetta on myös ohjauksen ja tuen tarve, ei ainoastaan fyysisen avun tarve. Kykyri



soveltuu useille erilaisille vamma ryhmille tai eri tavoin toimintarajoitteisille henkilöille. Sen avulla myös lievästi vammaiset henkilöt voivat tuoda esiin usein näkymättömiksi jääviä, vamman liitännäisoireista aiheutuvia avun ja tuen tarpeita, sekä perustella niistä aiheutuva palvelutarvetta. Kykyriä kannattaa hyödyntää ennen palvelusuunnitelman tekoa sekä silloin, kun elämäntilanteessa ja palvelutarpeessa tapahtuu muutoksia. Kykyrin avulla voidaan mahdollistaa vammaisille henkilöille yksilöllisesti sopiva, oikein kohdennettu palvelukokonaisuus, liian raskaita palvelukokonaisuuksia välttäen.

Kykyri, kuten kaikki IESP-hankkeen aikana kehitetty maksuton materiaali, löytyy CP-liiton verkkosivuilta.

Hannele Kataja, toimintaterapeutti AMK

Kirjoittaja on projektityöntekijä Suomen CP-liitto ry:n Itsenäiseen elämään sopivien palveluin -hankkeessa.

Lisätiedot osoitteesta:
CP-liitto.fi/iesp.

Maahanmuuttajuuden institutionaalinen kategoria

Suomessa tehdään paljon maahanmuuttajia ja julkisia hyvinvointipalveluja koskevaa tutkimusta. Tutkimuksissa tavataan ensin määritellä, keitä siinä kutsutaan maahanmuuttajiksi, ja tutkia sitten näiden ihmisten hyvinvointipalvelujen tarvetta, käyttöä tai kokemuksia. Kansainvälisen etnisyyttä, rotua ja kansakuntaa koskevan tutkimuksen piirissä meneillään olevan paradigman muutoksen (Brubaker 2009) innoittamana käänän kuitenkin väitöstutkimuksessani tämän asetelman ikään kuin ympäri, ja tutkin maahanmuuttajuuden määrittymistä hyvinvointipalveluissa.

Tutkimukseni kohteena ovat suomalaisen julkisten hyvinvointipalvelujen järjestelmään maahanmuuttajiksi kutsutuille asiakkaille perustetut erillispalvelut, jotka käsitteellistän tutkimuksessani maahanmuuttajuuden institutionaaliseksi kategoriaksi. Tutkimuskysymyksiäni ovat: Millaisia määritelmiä ja merkityksiä maahanmuuttajuudelle rakentuu sille omistetussa institutionaalisisessa kategoriassa? Kuinka ne ovat muuttuneet ajan myötä? Rakenne tutkimukseni hyvinvointivaltion instituutioita (Lipsky 1980), ammatillista työtä (Abbott 1988) sekä institutionaalisia kategorioita ja kategorisointia (Bowker & Star 1999, Gieryn 1999) koskevien teoreettisten lähestymistapojen varaan. Tutkimukseni aineisto on kerätty Kuntoutussäätiön toteuttamassa ja Kelan rahoittamassa tutkimushankkeessa. Aineisto koostuu julkisissa hyvinvointipalveluissa ja muutamissa palveluja tuottavissa järjestöissä työskentelevien ammattilaisten teema-astatteluista (n = 56). Aineiston analyysimenetelmänä käytän teoriaohjaavaa sisälönanalyysiä.

Tutkimukseni tulokset osoittavat, että maahanmuuttajuudelle rakentuu sille kotouttamisen, ammatillisen kuntoutuksen ja mielenterveyskuntoutuksen kentillä omistetussa institutionaalisisessa kategoriassa toisistaan eroavia määritelmiä ja merkityksiä. Lisäksi tulokset osoittavat, että nämä määritelmät ja merkitykset ovat jatkuvassa muutoksessa. Tulkin tani mukaan hyvinvointipalveluissa työskentelevät ammatillaiset tekevät jatkuvasti maa-

hanmuuttajuuden määritelmiä ja merkityksiä koskevaa rajatyötä (Gieryn 1999). Maahanmuuttajuuden institutionaalisen kategorian tulkitsen toimivan rajaobjektina (Bowker & Star 1999), jonka tehtävänä on ottaa mukaan hyvinvointipalveluihin myös niiden piirissä epätyypilliseksi määrittyvää asiakkuutta ja ammatillista työtä.

Maahanmuuttajuuden institutionaalisen kategorian suurimpana ansiona onkin, että sen avulla hyvinvointipalvelujen piiriin kyetään ottamaan myös asiakkaita, jotka ovat muutoin vaarassa jäädä niiden ulkopuolelle. Kategoria on myös tarjonnut ainakin osalle ammatillisista mahdollisuuden kehittää työtään ja erikoistua ammatillisesti. Toisaalta kategorian ongelmana on, että se liittää maahanmuuttajuuteen ja toisiinsa asiakkaita, ammatillista työtä ja palveluja, joilla on itse asiassa hyvin vähän yhteistä. Toiseksi kategoria jakaa hyvinvointipalvelujen järjestelmän kahteen maahanmuuttajuuteen ja ei-maahanmuuttajuuteen liittyvään osaan, mikä tavallaan vapauttaa jälkimmäisen tarpeesta mukautua maahanmuuton monimuotoistamaan asiakkuuteen ja ammatilliseen työhön. Lisäksi kategoria luo siihen luokitelluille asiakkaille palveluita koskevia umpikujia ja stigmoja sekä tuottaa toiseutta.

Suosittelen tutkimukseni tuottamien tulosten perusteella, että maahanmuuttajuuden institutionaalinen kategoria puretaan erottamalla toisistaan kategorian nimi, eli maahanmuuttajuus, ja sen sisältö, eli suomalaisten hyvinvointipalvelujen piirissä epätyypilliseksi määrittyvä asiakkuus ja ammatillinen työ. Ei ole tarpeen nimetä asiakkaita, ammatillista työtä ja palveluja maahanmuuttajuuteen liittyviksi, vaikka julkisten hyvinvointipalvelujen onkin kyettävä mukautumaan nykyistä paremmin maahanmuuton myötä lisääntyneeseen monimuotoisuuteen.

Tutkija, VTM Ulla Buchert, Kuntoutussäätiö

Kirjoitus perustuu syksyllä julkaistavan väitöskirjan tuloksia käsitelleeseen esitelmään, jonka kirjoittaja piti Helsingissä järjestetyssä

European Forum for Research in Rehabilitation 2015 -konferenssissa.

Lähteet

Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press, Chicago.

Bowker, Geoffrey & Star, Susan Leigh (1999) *Sort-*

ing things out. Classification and its consequences. MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London.

Brubaker, Rogers (2009) *Ethnicity, Race and Nationalism*. *The Annual Review of Sociology*, 35, 21–42.

Gieryn, Thomas F (1999) *Cultural boundaries of science. Credibility on the line*. The University of Chicago Press, Chicago & London.

Lipsky, Michael (1980) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation, New York.

Maahanmuuttajataustaisen vammaisen lapsen ja hänen perheensä kotoutumisen tukeminen

Kotoutuminen on kaksisuuntainen prosessi, joka haastaa sekä maahan muuttaneet ihmiset että vastaanottavan yhteiskunnan ja sen toimijat. Suomalainen yhteiskunta pyrkii edistämään ihmisten kotoutumista erilaisin palveluin ja tukitoimin, mutta palvelut ovat hajallaan ja niiden saatavuus vaihtelee kunnittain. Maahan muuttaneilla ihmisillä voi myös olla terveydellisiä rajoitteita tai vammoja, joiden takia he tarvitsevat erilaisia tukimuotoja. Kun kyseessä ovat maahanmuuttajataustainen vammaisen lapsi ja hänen perheensä, he ovat monella tavalla marginaalissa.

Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätöön (Vamlas) ETU-hankkeessa (2013–15) edistetään ja tuetaan maahanmuuttajataustaisen vammaisen lapsen ja hänen perheensä kokonaisvaltaista kotoutumista. Hankkeessa työskentelevä kotoutumisneuvoja seuraa ja tukee perheitä ja auttaa heitä saamaan sopivia ja heille kuuluvia palveluja. Hanke toimii silnanrakentajana toisaalta kotoutuvan perheen ja yhteiskunnan ja toisaalta viranomaisten ja järjestöjen välillä. ETU-hankkeesta kerätään tietoa julkisten palveluiden järjestämisestä ja käytöstä sekä maahan muuttaneen perheen että palveluissa työskentelevien näkökulmasta. Hanketta rahoittaa RAY ja sen kumppaneita ovat Väestöliitto ry, Autismi- ja Aspergerliitto ry, Kehitysvammaisten tukiliitto ry, Tukikeskus HILMA sekä Helsingin ja Hyvinkään kaupungit.

Julkisissa palveluissa työskentelevien näkökulman kartoittamiseksi hankkeessa tehtiin Vamlasin ja Kuntoutussäätiön yhteistyönä selvitys siitä, miten eri kunnat ovat järjestäneet kotoutumispalveluita sekä sosiaali- ja terveyspalveluita maahanmuuttajataustaiselle vammaiselle lapselle ja hänen perheelleen ja minkälainen rooli kolmannella sektorilla on palveluiden toteuttajana. Selvityksen aineisto kerättiin kuntien maahanmuutto- ja vammaispalveluiden johdolle ja asiakastyöntekijöille osoitetulla kyselyllä. Vastauksia saatiin yhteensä 58 kunnasta (N = 67).

Kyselyn tulosten mukaan näyttää siltä, että maahanmuuttajataustaisen vammaisen lapsen ja hänen perheensä palvelut pystytään järjestämään ja turvaamaan kunnissa melko hyvin. Kieli- ja kulttuurikysymykset herättävät silti epävarmuutta ja avoimia kysymyksiä. Perheillä voi lisäksi olla moninaisia palvelutarpeita ja asiakkuuksia monissa eri palveluissa. Vastauksikysymykset hajanaisessa palvelujärjestelmässä näyttävät olevan epäselviä niin perheille kuin heidän kanssaan työskenteleville asiakastyöntekijöillekin. Kyselyyn vastaajat nostivat esiin huolen siitä, onko kukaan selvillä perheen kokonaistilanteesta.

Yksi mahdollisuus vastata kieli- ja kulttuurikysymysten aiheuttamiin haasteisiin asiakastyössä on lisätä tietoa ja koulutusta siitä, miten asiakkaiden moninaiset taustat voidaan paremmin ottaa huomioon. Tämä ei kuiten-

kaan yksin riittää, vaan lisäksi tarvitaan laajempia rakenteellisia muutoksia ja linjauksia siitä, miten hyvät, laadukkaat ja yhdenvertaiset julkiset palvelut voidaan taata eri kielellisistä, kulttuurisista ja sosiaalisista taustoista tuleville ihmisille. Eri toimijoiden välille tarvitaan tiiviimpää yhteistyötä, ja vastuukysymyksiä olisi selkeytettävä. Maahanmuuttajataustaisen vammaisen lapsen ja hänen perheensä kohdalla myös perhekeskeinen lähestymistapa voi edistää palveluista hyötymistä ja helpottaa perheen asettautumista uuteen asuinmaahan.

Huhtikuussa 2015 voimaan tullessa uudessa sosiaalihuoltolaissa on otettu huomioon vastuukysymykset ja entistä toimivampi yhteistyö. Myös ETU-hankkeessa saatujen kokemusten pohjalta sosiaalihuoltolakiin tehdyt uudistukset ovat tarpeellisia, ja hankkeen

suositukset tulevat olemaan samansuuntaisia näiden uudistusten kanssa. Toivoa on, että tiiviimmän yhteistyön, vastuiden selkeyttämisen ja asiakaslähtöisyyden myötä voidaan taata entistä laadukkaammat palvelut kaikille. ETU-hankkeen tavoitteena on, että hankkeessa kerättävä ja levitettävä tieto auttaa julkisen ja kolmannen sektorin toimijoita kehittämään ja tarjoamaan entistä parempia palveluita maahanmuuttajataustaisille perheille vammaisuusnäkökulmaa unohtamatta.

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

Tutkija, YTM Mirikka Vuorento, Kuntoutussäätiö

Kirjoitus perustuu Helsingissä järjestetyssä European Forum for Research in Rehabilitation 2015 -konferenssissa pidettyyn esitelmään.

EFRR-kongressin antia: ammatillinen kuntoutus ja työhön paluu

European Forum for Research in Rehabilitation, EFRR, järjesti kumppaneidensa kanssa kuntoutuksen tutkimusta koskevan kansainvälisen kongressin Helsingissä 6.–9.5.2015. EFRR on eurooppalainen kuntoutusalan toimijoiden yhteistyöverkosto, jossa Suomi on aktiivisena jäsenenä. Kongressissa oli yhteensä 370 osallistujaa 31 maasta. Esityksiä oli 26 maasta.

Kongressin monista teemoista ammatillista kuntoutusta ja työhön paluun ohjelmia käsiteltiin kahtena päivänä sekä yleisesityksissä että rinnakkaissessioissa. Seuraavassa on koottu joidenkin näitä teemoja koskevien esitysten pääkohtia.

Saksan väestöstä 20 % on maahanmuuttajataustaista, ja tästä joukosta puolella on ulkomaan kansalaisuus. Kymmenen vuoden ajanjakson kattaneessa rekisteritutkimuksessa selvisi, että ulkomaiden kansalaiset käyttävät Saksan kansalaisia harvemmin lääkinnällistä kuntoutusta, mutta saadun kuntoutuksen määrässä ja sisällössä ei ollut eroa. Työhön paluussa suurin merkitys oli kuntoutusta edeltävässä työllisyydessä, eikä kansalaisuudella ollut itsenäistä vaikutusta. Vieras-

maalaiset työllistyvät muuta väestöä harvemmin pysyviin työsuhteisiin. Tulosten mukaan työhön paluun näkökulmasta tärkeintä on työsuhteen säilyttäminen kuntoutuksen ajaksi kansalaisuudesta riippumatta. (*Differences in provision of medical rehabilitation in German and foreign patients. Rolf Buschmann-Steinhage et al.*)

Suomalaisen hajautetun ammatillisen kuntoutuksen järjestelmän erityinen haaste on toimijoiden välinen yhteistyö. Eläketurvakeskus tutki tätä haastattelemalla asiakas- ja asiantuntijatyötä tekeviä työkykyasioiden ammattilaisia siitä, miten he kokivat toimijoiden keskinäisen yhteistyön. Tulosten mukaan ongelmia on ammatillisen kuntoutuksen vastuunjaossa ja toimijoiden välisessä kommunikaatiossa. Esiin saatiin myös useita yhteistyön kehittämisen kohteita. Tutkijoiden mukaan tutkimus vahvistaa käsitystä, että työkyky ei ole vain lääkinnällinen kysymys vaan myös sosiaalinen, oikeudellinen ja organisatorinen asia. (*Uncertainties in the cooperation of return-to-work professionals in Finland. Jyri Liukko*)

Lääkinnällisen kuntoutuksen jälkeisen porrastetun työhön paluun (osittain sairauslomalla ja osittain työssä) vaikuttavuutta tutkittiin kohorttikyselyssä vertaamalla porrastetusti työhön palaavia kuntoutusta saaneita henkilöitä sellaisiin vastaaviin kontrollihenkilöihin, joilla porrastusta ei ollut. Analyysi osoitti selkeästi porrastetun työhön paluun tehokkaammaksi, kun kysyttiin työssä olemista 15 kuukautta kuntoutuksen jälkeen. (*Effects of graded return to work on successful occupational reintegration after medical rehabilitation. A propensity score matched analysis. Uwe Egner et al.*)

Eri elämäalueille osallistumisen koetun tärkeyden merkitystä työhön paluulle tutkittiin ammatillista kuntoutusta saaneille henkilöille tehdyillä kyselyillä ennen ja jälkeen intervention ja 6–12 kuukauden seurannassa. Vapaa-ajan aktiviteetteihin ja perhe-elämään osallistumisen koettu tärkeys korreloi negatiivisesti täysaikaiseen työhönpaluuseen, kun taas työhön osallistumisen kokeminen tärkeäksi korreloi työhönpaluuseen positiivisesti. Työhönpaluuseen vaikuttivat myös sukupuoli, lasten lukumäärä ja koettu terveys. Tulosten mukaan osallisuuden koetulla tärkeydellä on merkitystä työhön paluun onnistumiselle, ja se voi myös selittää sukupuolieroja työhön paluun ohjelmien tuloksellisuudessa. (*Importance of participation in major life areas matters for return to work. Lisbeth Kvam et al.*)

Työkyvyttömyyden ehkäisyn koordinaation todettiin vaihtelevan alueellisesti Työterveyslaitoksen tutkimuksessa, jossa selvitettiin terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä viiden sairaanhoitopiirin alueella. Alustavien tulosten mukaan on tarvetta parantaa alueellisten toimijoiden välistä yhteistyötä työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Tutkimus tuo esiin erilaisia ratkaisumahdollisuuksia terveydenhuollon ja kuntoutuksen palveluntarjoajien yhteistyön parantamiseen. Samoin tuodaan esiin työhönpaluuseen liittyviä esteitä. (*Leaving no stone unturned - preventing work disability calls for regional cooperation. Kimmo Tarvainen et al.*)

Yleislääkäreiden antamia arvioita lääkinnällisen kuntoutuksen tuloksellisuudesta verrat-

tiin potilaiden työhön paluun onnistumiseen haastattelu- ja rekisteritutkimuksessa. Lääkärit olivat pääosin hyvin tyytyväisiä kroonisesti sairaiden potilaidensa kuntoutustulokseen. Lääkäreiden arvioilla oli selkeä yhteys potilaiden kuntoutuksen jälkeiseen tulotasoon, mikä kertoo onnistuneen kuntoutuksen tuottamasta hyödyttä työhönpaluun kannalta. (*On the relation between general practitioners' judgement of medical rehabilitation outcome and return to work: an analysis of German pension insurance data. Rainer Kaluscha et al.*)

Mielenterveystyössä käytetyn yksilökohtaisen palveluohjauksen (case management) viisi päämallia esiteltiin seuraavin englanninkielisin nimin: *intensive case management (ICM)*, *strengths*, *broker*, *clinical* ja *rehabilitation*. Näihin malleihin liittyvän empiirisen tutkimustiedon todettiin olevan niukkaa muiden kuin ICM:n ja *strengths*-ohjelmien osalta. Alkavassa kanadalaisessa tutkimuksessa selvitetään *strengths*-mallin yhteyttä elämänlaatuun ja kustannuksiin. Tutkimus dokumentoi myös mallin toteutusta. (*The strengths model of case management as a way of structuring intensive case management: A brief review. Eric Latimer*)

Kiinnostus yksilökohtaiseen palveluohjaukseen on yhä lisääntynyt. Se on perinteisesti nähty keino-
nona tehostaa resurssien koordinoitua ja jakamista. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa käsitellään arkielämän eri alueita kuten terveyttä, työtä, asumista, perhettä ja vapaa-aikaa. Jotkin mallit keskittyvät pikemminkin ongelmiin ja niiden ratkaisemiseen kuin yksilön ja yhteisön voimavaroihin. Voimavaroihin keskittyvä malli on tutkimusten mukaan vähentänyt asiakkaidensa sairausperusteisten etuuksien käyttöä, parantanut sosiaalisia suhteita, vähentänyt päihteiden käyttöä, lisännyt työkykyä ja parantanut elämänlaatua. Mallissa painotetaan myös hyvän ja luottamuksellisen asiakassuhteen tärkeyttä. (*Case Management. Sven-Uno Marnetoft*)

Suomessa tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutusta toteuttaa vakuutusyhtiöiden perustama voittoa tavoittelematon palveluyritys Vakuutuskuntoutus VKK ry. Se toimii välittäjänä

vakuutuslaitoksen ja kuntoutujan välillä suunnitteleamalla ja toteuttamalla vakuutuslaitosten asiakkailleen tarjoamia kuntoutuspalveluita sekä tukemalla kuntoutujaa hänen työhön paluusaan. VKK:n tarjoama ammatillinen kuntoutus tähtää siihen, että kuntoutuja palaa joko omaan työhönsä tai monessa tapauksessa uudelleen-koulutuksen kautta uuteen työhön. (*Case management at the Finnish Insurance Rehabilitation Association (VKK). Juha Mikkola*)

Terapeuttien työn tueksi on kehitetty merkitysperspektiivin muutoksen mallia (*the meaning perspectives transformation model*), joka perustuu fyysisesti pitkäaikaissairaiden tai vammautuneiden potilasryhmien parissa tehtyjen tutkimusten meta-analyysiin. Malli havainnollistaa niitä vaiheita, joiden kautta asiakkaan muutosprosessi etenee ja joiden myötä asiakkaan arvot, näkemykset ja tunteet muuttuvat arkielämän saadessa uusia merkityksiä. Malli ohjaa terapeutteja havaitsemaan asiakkaiden merkitysperspektiivien muutoksen ja sen merkityksen ammatillisen kuntoutuksen työhön liittyville tavoitteille. (*The meaning perspectives transformation model: a process for being, doing and life participation with an acquired physical disability. Claire-Jehanne Dubouloz*)

Työhön liittyvien interventioiden tehokkuus lääkinnällisen kuntoutuksen yhteydessä on osoitettu tutkimuksissa, samoin se, että riittävän jälkihoidon puuttuminen heikentää tehtyjen interventioiden pitkän aikavälin tehoa. Saksalaisessa tutkimuksessa kokeiltiin psykoterapeuttista, verkon kautta annettavaa jälkihoito-ohjelmaa satunnaistetuilla interventio- ja verrokkiryhmillä. Tulosten mukaan verkon kautta annettava jälkihoito paransi lääkinnällisen kuntoutuksen vaikutuksia sekä työhön liittyvien tuloskriteerien että psykologisen stressin osalta ja siten antoi pitkäaikaista tukea työkyvyn ylläpitämiseen. (*Efficacy of an online aftercare program to improve vocational reintegration after inpatient medical rehabilitation. Rüdiger Zwerenz et al.*)

Sloveniassa on vuodesta 2006 toteutettu sosiaalisen inklusion ohjelmaa vaikeasti työllisyydelle vammaisille henkilöille, joilla on vaka-

via terveystoimintaa ja alentunut kognitiivinen kyvykkyys. Ohjelma pyrkii sekä ylläpitämään työelämässä tarvittavia taitoja että tarjoamaan psykososiaalista tukea. Ohjelmassa toimiville palveluntarjoajille ja palvelujen käyttäjille tehyillä haastattelulla ja lomakekyselyllä saatiin selville, että ohjelman työtehtävät mahdollistavat työtaitojen vaiheittaisen kehittymisen ja psykososiaalinen tuki puolestaan parantaa kognitiivisia kykyjä ja lisää itsenäistä selviytymistä. Myös sosiaaliset verkostot vahvistuivat ja koettu elämänlaatu parani merkittävästi. Vaikka työmarkkinoille päätyi vain harva, ohjelmalla nähdään olevan hyötyä vammaisten ihmisten sosiaalisen arvostuksen ja itsetunnon kohottamisessa. Ohjelmaa ollaan juurruttamassa pysyväksi toimintamalliksi yhteiskuntaan. (*Promoting social inclusion strategies for persons with disabilities in Slovenia. Valentina Breclj et al.*)

Haastattelututkimuksessa selvitettiin ammatin-vaihdon, uudelleenorientoitumisen ja osallisuuden muutosten prosesseja ihmisillä, jotka eivät kroonisen sairauden tähden pystyneet enää jatkamaan ammatissaan. Tulosten mukaan terveysperustaisten häiriöiden vaikutukset ammatilliselle uralle ovat moniulotteisia, epälineaarisia ja aiheuttavat erilaisia rekonstruktion prosesseja. Näihin vaikuttavat mm. ikä, ammatti, elämäntavoitteet ja sairauteen ja työhön liitetyt käsitykset. Onnistumisen ja osallisuuden käsitteitä tulisikin tarkastella kriittisesti ottaen huomioon kunkin henkilön omassa elämänvaiheessaan näille asioille antamat merkitykset. Tulisi myös ottaa huomioon kroonisen sairauden kulun ennustamattomuus, joka jättää ihmisen epävarmaan asemaan ja vaatii jatkuvaa uudelleen sopeutumista. (*Illness-related disruptions in professional life. A qualitative study on professional reorientation and participation. Susanne Bartel*)

Saksalaisessa rekisteritutkimuksessa tutkittiin ammatillisena kuntoutuksena annettua uudelleen-koulutuksen keston vaikutusta vertaamalla yhden ja kahden vuoden koulutuksen saaneiden tilannetta 4-5 vuotta kuntoutusohjelman aloittamisen jälkeen. Tulosten mukaan ryhmät eivät eronneet toisistaan vuosittaisten tulojen, sosiaalietuuksien käytön ja työkyvyttömyys-

eläkkeen riskin osalta. Pidemmän aikavälin kumuloituvia tietoja tarkasteltaessa perinteisellä kahden vuoden ohjelmalla oli negatiivinen vaikutus. Voidaan päätellä, että negatiivinen vaikutus johtuu osallistujien pidemmästä poissaolosta työelämästä ja että vallitseva kahden vuoden ohjelma aiheuttaa lisäkustannuksia ilman lisähyötyjä. *(Are two-year vocational retraining programs really better than one-year programs? A propensity score matched analysis. Matthias Bethge et al.)*

Vankeinhoidossa korostetaan yhä enemmän vankien integrointia normaalielämään, mikä tuo vanginvartijoiden työhön keskenään risti-riittäisiä valvonnan ja kuntoutuksen elementtejä. Suomalaisstudiumissa selvitettiin vartijoiden vuorovaikutusta vankien kanssa ja siihen sisältyviä kuntoutuksellisia mahdollisuuksia. Tulosten mukaan valvontaan liittyvät tilanteet voivat sekä estää että edistää positiivista vuorovaikutusta ja vankien tukemista. Vuorovaikutuksellinen työ on usein näkymätöntä ja epävirallista, kuitenkin vartijat näkivät kuntoutuksen erillisinä toimenpiteinä. Vartijoiden työn kuntouttavan näkökulman vahvistaminen edellyttäisi vuorovaikutustyön tarkempaa jäsentämistä ja keskusteluun tuomista. *(Examining prison officers' interactive (rehabilitative) work with prisoners. Hilikka Ylisassi et al.)*

Asiakaskeskeisessä (client-centred) toimintatavassa asiakas nähdään oman kuntoutuksensa asiantuntijana ja toimijana, ei kohteena. Jaetun toimijuuden käsitteellä viitataan asiakkaan ja ammattilaisten aktiiviseen yhteistyöhön. Se edellyttää yhteisiä pyrkimyksiä ja päätöksentekoa, vastavuoroista tiedonvaihtoa, kokemusta kuulluksi ja arvostetuksi tulemisesta sekä vastuunjaosta sopimista. Kuntoutusasiakkaan motivaation puute on usein ymmärretty yksilölliseksi piirteeksi ja kuntoutuksen onnistumisen esteeksi. Toisaalta motivoitumattomuus tai haluttomuus yhteistyöhön voi johtua siitä, että asiakkaan omat tavoitteet poikkeavat kuntouttaja-ammattilaisen tavoitteista. Myös sosiaaliset tekijät, työpaikalta saatu tuki ja elämäntilanne vaikuttavat kuntoutusmotivaatioon. Ammatillisen kuntoutuksen asiakaskeskeisyys edellyttää riittävää tiedonsaantia, pitkäkestoista tukea ja mahdollisuutta valita vaihtoehtoisista ammatillisista tavoitteista. *(Shared agency and motivation in vocational rehabilitation. Kristiina Härkäpää)*

*Englanninkielisten esitysten pohjalta koonnut
Annika Laisola-Nuotio*

KIRJOITUSOHJEET

Kuntoutus on tieteellis-ammattillinen lehti, joka julkaisee kuntoutuksesta ja sitä sivuavista aloista vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita sekä vertaisarvioimattomia katsauksia, puheenvuoroja, hanke-esittelyjä, kirja-arvioita, lectio praecursorioita ja muita lehden alaan liittyviä kirjoituksia. Kuntoutus-lehteä julkaisee Kuntoutussäätiö. Lehti ilmestyy neljä kertaa vuodessa.

Lehteen tarjottavat käsikirjoitukset lähetetään sähköpostitse (mieluiten Word-tiedostona) toimittussihteerille: annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi. Mainitse viestissä, tarjoatko käsikirjoitusta tieteellisenä artikkelina vai jonain muuna kirjoituksena.

Kirjoittajille ei makseta palkkioita. Kullekin kirjoittajalle lähetetään tekijänkappale siitä lehden numerosta, jossa teksti on julkaistu.

Tieteellinen artikkeli

Artikkeli on itsenäinen tieteellinen *alkuperäistutkimus*. Se voi olla myös *systemaattinen katsaus*, jossa jo olemassa olevaa tieteellistä tietoa kerätään, luokitellaan ja analysoidaan systemaattisesti siten, että syntyy uusi jäsenys.

Artikkelikäsikirjoituksen tulee noudattaa rakenteeltaan tavanomaista tieteellisen artikkelin jäsenystä. Toimitus päättää soveltuvuudesta vertaisarviointiin. Kirjoitus lähetetään arvioijille nimettömänä. Lausunto artikkelista toimitetaan kirjoittajalle mahdollisia korjauksia varten. Artikkelin julkaisemisesta päättää päätoimittaja. Tieteellisen artikkelin suositeltava enimmäispituus on lähdeluettelo mukaan laskien 40 000 merkkiä välilyönteineen.

Tieteelliseen artikkeliin tulee liittää myös suomen- ja englanninkieliset tiivistelmät, joiden pituus on noin 2 000 merkkiä välilyönnit mukaan laskien. Tiivistelmässä kiteytetään tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja aineisto sekä keskeiset tulokset ja johtopäätökset. Englanninkieliseen tiivistelmään lisätään artikkelin englanninkielinen otsikko sekä englanninkieliset kirjoittajatiedot.

Katsaus ja muut asiantuntijakirjoitukset

Katsaus voi olla tutkimuskirjallisuuteen perustuva kuvaus jonkin aiheen käsittelystä tai empiiriseen aineistoon perustuva jäsennelty kuvaus. Lisäksi katsaus voi olla ammatillisesti painottunut, käytännön työhön perustuva kuvaus, esimerkiksi tapausselostus. Katsauksiin ei sovelleta vertaisarviointia.

Otamme mielellämme vastaan myös laajasti kuntoutuksen alaan liittyviä **puheenvuoroja, hanke-esittelyjä, kirja-arvioita ja lectio praecursorioita**. Julkaisemme myös ilmoituksia ja mainoksia.

Laajahkojen asiantuntijakirjoitusten, kuten katsausten ja puheenvuorojen, rakenne voi olla tieteellistä artikkelia vapaamuotoisempi. Niiden suositeltava enimmäispituus on 20 000 merkkiä välilyönteineen.

Kaikista kirjoituksista tarvitaan vähintään seuraavat tiedot:

- kirjoittajatiedot: etu- ja sukunimi, tutkinnon lyhenne, toimi, työpaikka
- otsikko ja mahdolliset alaotsikot
- leipäteksti
- lähdeluettelo, jos tekstissä on viittauksia

Kieliasu

Kirjoituksen on oltava sujuvaa suomen kieltä. Lyhenteiden ja alaviitteiden käyttöä on vältettävä. Tekstissä saa käyttää vain väliotsikoita ja niiden alaotsikoita.

Tarkemmat kirjoittajaohjeet ovat nähtävissä verkko-osoitteessa:

http://www.kuntoutussaatio.fi/viestinta_ja_tietopalvelu/kuntoutus-lehti/kirjoitusohjeet

Kuntoutustiedon kokoava portaali

Kuntoutusportti on kuntoutuksen maksuton verkkopalvelu, joka sisältää uutisia, tapahtumia, artikkeleja ja näkökulmia.

Tutkimus- ja hanketietokanta sisältää Suomessa julkaistuja kuntoutuksen verkkojulkaisuja, tutkimuksia ja hankkeita.

Kuntoutusportin uutiskirje kokoaa yhteen ajankohtaiset asiat ja tapahtumat.

Kuntoutussäätiö



kuntoutusalankirjasto.fi

Kuntoutusalan kirjasto on kaikille avoin erikoiskirjasto

Kokoelmassa painottuvat kuntoutus ja sen lähialat, työ- ja toimintakyky, oppimisvaikeudet, elämäntilanne ja hyvinvointi.

Kuntoutusalan kirjasto ja Kuntoutusportti muodostavat kokonaisuuden, joka sisältää suomalaiset kuntoutuksen julkaisut.

Kuntoutussäätiö



Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat väri-ilmoituksia:

1/1 sivu (176x250 mm): 200 euroa

½ sivua, (88 x 125 mm): 120 euroa

¼ sivua (44 x 62 mm): 100 euroa

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

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

Tilauksen voit tehdä osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

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

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

Lehteä voi tilata myös irtonumerona, á 14 euroa postituskuluineen.