

TUTKIMUKSESTA TUKEA SOTE-SUUNNITTELUUN

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia pohtiva parlamentaarinen ohjausryhmä teki marraskuun puolivälissä päätöksiä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuusta sekä tuottamisvastuusta. Päätöksen mukaan järjestämisvastuu siirretään viidelle sosiaali- ja terveysalueelle. Sen sijaan tuottamisvastuuseen ovat päätöksen mukaan oikeutettuja kuntayhtymät tai sen sijasta tuottamisvastuualueen vas- tuukunta, mikäli kaikki alueen kunnat niin yksimielisesti sopivat. Tule- vaisuudessa siis nämä viisi sote- aluetta päättävät alueellaan tuottamis- vastuussa olevista kuntayhtymistä sekä siitä, millaisia tehtäviä näillä yhtymillä on. Päätöksen mukaan jokaisella sote-alueella voi olla kor- keintaan kolmesta viiteen tuottamisvastuullista kuntayhtymää. Määrä vaihtelee sote-alueen mukaisesti, esimerkiksi HYKS-erva-alueella kun- tayhtymiä voi olla enintään kolme ja OYS-erva-alueella korkeintaan viisi. Mallin hienosäätöä jatketaan nyt tiiviisti. Vaikka tämän kirjoituk- sen julkaisuajankohtana tiedämme todennäköisesti sote-uudistuksen raameista huomattavasti enemmän, keskustelun palvelujen tuottami- sen konkreettisista toimenpiteistä voinee aloittaa jo nyt.

Palvelujen tuottamisesta vastuussa olevalle kuntayhtymälle on asetettu runsaasti vaatimuksia. Sen on vastattava ehkäisevistä, kor- jaavista ja hoitavista sekä kuntouttavista ja muista palveluista. Pal- velut käsittävät niin sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon palvelut, jotka kaikki tulee lakiesityksen mukaan toteuttaa yhtenä kokonaisuutena. Tässä kohden muun muassa kun- toutusjärjestelmän nykyisen pirstaleisuuden tunteva havahtuu. Miten ihmeessä nämä nyt erilliset palvelut saadaan toimimaan yhtenä ko- konaisuutena?

Lakiluonnoksen mukaan tiettyjen yhdenmukaisten korvausperus- teiden lisäksi tuotantoalueen rahoituksen perustana olisivat myös pal- velutuotannon vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimukset. Taas herää ky- symys, mistä tällaiset vaikuttavuustiedot saadaan.

Nyt olisi soveltavalla tieteellisellä tutkimuksella paljon annettavaa niin palvelurakenteiden muutostarpeiden kuin palvelujen vaikutta- vuuden selvittämiseen.

Uusien sote-alueiden on suunniteltu aloittavan toimintansa vuo- den 2016 alussa ja palvelujen tuottamisesta vastaavien kuntayhtymien vuoden 2017 alusta. Aikataulu on hyvin tiukka ja useat lakiluonnok- sesta lausuneet tahot ovatkin toivoneet siihen pidennystä sekä riittävää muutostukea uudistuksen toimeenpanoon. Vuoden 2015 aikana tullaan pohtimaan kuumeisesti, miten uudistus toteutetaan ja millaisia kun- tayhtymiä synnytetään. Erittäin suuri kysymys on, miten sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuus saadaan sovitettua siten, että kansalais-

ten palveluntarve tulee huomioiduksi ja palvelut kyetään tarjoamaan kansalaisille oikeudenmukaisesti, oikea-aikaisesti ja laadukkaasti.

Samaan aikaan ollaan kumoamassa kuntoutuksen asiakasyhteistyötä käsittelevää lakia. Nykyisen lain tarkoitus on ollut auttaa kuntoutujaa saamaan tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja edistää viranomaisen yhteistyötä, mikäli kuntoutuja on tarvinnut eri toimijoiden järjestämiä kuntoutustoimenpiteitä. Hallituksen esitys lain kumoamisesta on annettu eduskunnalle lokakuussa 2014 ja asiakasyhteistyötä koskevien uusien toimenpiteiden ja säädösten on tarkoitus astua voimaan 1.1.2015. Uudistuksen tavoitteena on siirtää nykyisen lain mukaisten asiakasyhteistyöryhmien tehtäviä työvoiman palvelukeskuksiin (TYP) sekä muilta osin kuntien tehtäviksi. Alueellisen ja valtakunnallisen tason koordinaatiotehtäviä taas on kaavailtu siirrettäväksi sote-alueiden tuleviin tehtäviin tai uudelleen arvioitaviksi sote-lainsäädännön yhteydessä. Myös tämän kuntoutusta koskevan uudistuksen vaikutukset olisi tärkeä selvittää tutkimuksen keinoin.

Sote-palveluihin ja kuntoutukseen liittyvien merkittävien muutosten dokumentointiin ja muutosten pulmakohtien tunnistamiseen olisi paikallaan käyttää relevanttia tieteellistä tutkimusta ja tutkimukseen perustuvaa kehittämistyötä. Täten olisi mahdollista kartoittaa esimerkiksi asiakkaan tarpeita vastaavien palvelujen tuotantoa ja siinä ilmenneviä aukkoja sekä kuntoutuspalvelujen vaikuttavuutta. Niin ikään olisi mahdollista selvittää nykyisten palvelukokonaisuuksien toimivuutta ja toimimattomuutta sekä tuottaa ehdotuksia toimintojen ja niiden koordinaation parantamiseksi.

Kuntoutus-lehti julkaisee kuntoutuksen ja sen lähialojen tutkimuksia ja muita asiantuntijakirjoituksia tukemalla ja edistämällä omalta osaltaan kuntoutuksen alan tutkimus- ja asiantuntijatiedon leviämistä. Vuonna 2015 lehti julkaisee totuttuun tapaan neljä numeroa, joista kaksi on yhteiskunnallisen keskustelun keskiössä olevaan aihepiiriin liittyvää teemanumeroa. Vuoden ensimmäisessä lehdessä paneudutaan nuorten kuntoutusteemaan ja vuoden kolmannessa numerossa aiheena ovat työhönkuntoutuksen uudet tuulet.

Rauhallista ja virkistävää joulunaikaa ja vuoden vaihdetta Kuntoutus-lehden lukijoille!

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

ODOTUKSET, OSALLISUUS JA KOETUT VAIKUTUKSET: OSALLISTUJIIEN KOKEMUKSIA VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLISESTÄ KUNTOUTUKSESTA

Johdanto

Kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa, ja sen tavoitteet vaihtelevat kuntoutusmuodon ja asiakaskunnan mukaan. Vuoden 2002 valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (STM 2002) todetaan kuntoutuksen tavoitteena olevan auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutuksen tavoitteiksi on määriteltä muun muassa parempi toimintakyky, sosiaalinen integraatio, itsenäisyys, elämäntilanne ja parempi elämänlaatu.

Kuntoutusintervention tai -palvelun vaikuttavuutta arvioidaan yleensä suhteessa vertailuinterventioon tai tilanteeseen, jossa kyseistä toimenpidettä ei ole tehty. Vaikuttavuutta selvitetään yleensä objektiivisilla, usein numeerisilla mittareilla, joilla tilannetta mitataan ennen interventiota ja sen jälkeen, esimerkiksi eläkkeelle jäämisen ilmaantuvuutta, sairaspöissaoloja, elämänlaatua tai sairauden aiheuttamia haittoja. Optimivaikuttavuudella (efficacy) tarkoitetaan kuntoutuksen vaikuttavuutta ihanneolosuhteissa, esimerkiksi tarkan valintaseulan läpäisseillä henkilöillä satunnaistetussa koetilanteessa. Kuntoutuksen vaikuttavuus (effectiveness) arkielämässä, tavanomaisissa olosuhteissa, on yleensä pienempi kuin optimivaikuttavuus. (Pohjolainen & Malmivaara 2008.) Pohjolainen ja Malmivaara

toteavat, että monialaisten kuntoutustoimintojen prosessien ja vaikutusmekanismien tutkiminen edellyttää omaa tutkimusmetodologiaansa. Suomessa kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimiseen soveltuvia mittareita on kerätty toimia-verkostossa (www.toimia.fi) yleiseen käyttöön. Esimerkiksi aikuisten generiset elämänlaatumittarit (Aalto ym. 2013) soveltuvat muun muassa kuntoutuspalvelujen vaikutusten arviointiin.

Lähestymistapa on toisenlainen silloin, kun tarkastellaan kuntoutukselle asetettuja yksilöllisiä tavoitteita tai odotuksia ja näiden toteutumista. Tavoitteiden asettamisen ja toteutumisen arvioinnissa on usein käytetty GAS-menetelmää (Goal attainment scaling; Kiresuk & Sherman 1968; Kiresuk ym. 1994; Autti-Rämö ym. 2011b), jossa tavoitteet pyritään asettamaan niin konkreettisiksi, että kuntoutuja ja kuntoutustyöntekijä voivat täsmällisesti todeta niiden saavuttamisen tason.

On myös tärkeää saada tietoa kuntoutujien kuntoutusta koskevista kokemuksista. Asiakas- ja arviointitutkimuksissa selvitetään yleensä kuntoutujien subjektiivisia kokemuksia kuntoutuksen merkityksestä, tyytyväisyyttä palveluihin sekä koettuja hyötyjä ja vaikutuksia (ks. Viitanen & Piirainen 2013; Jalava & Vaitinen 2010; Valkonen & Harju 2005). Koet-

tuja vaikutuksia voidaan selvittää laadullisen tutkimuksen keinoin, mutta myös kvantitatiivisesti. Kuntoutuksen koetut hyödyt tai vaikutukset perustuvat silloin kuntoutujan kuntoutusintervention jälkeen tekemiin arvioihin siitä, mikä merkitys kuntoutuksella on heille ollut. Erilaisia koettuja vaikutuksia raportoidaan usein silloinkin, kun ennen - jälkeenasetelma ei osoita muutoksia (esim. Härkäpää & Järvikoski 1981).

Koettujen vaikutusten tutkimisen merkitystä perustelee kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä koskeva keskustelu (esim. Suikkanen ja Piirainen 1995; Cott 2004; McPherson & Siegert 2007; Viitanen & Piirainen 2013). Kuntoutuksen koettujen vaikutusten tutkiminen liittyy siten myös kuntoutujien osallisuuteen. Cott (2008) tarkastelee asiakaslähtöisyyttä kahdella tasolla: asiakkaan tasolla kyse on kuntoutujan osallisuudesta oman kuntoutuksensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, organisaation tasolla toiminnasta, joka pyrkii sitomaan kuntoutujan näkökulmat ja palautteet kiinteäksi osaksi palvelutuotantoa. Kuntoutujien kuntoutusodotusten ja vaikutuskokemusten selvittäminen on tarpeellista sekä yksilöllisen kuntoutusprosessin etenemisen että kuntoutusintervention kehittämisen kannalta. Osallisuuden varmistaminen merkitsee vammaisen henkilön autonomian – niin päätöksenteon autonomian kuin toimeenpanon autonomian – kunnioittamista (Cardol ym. 2002). Tärkeä kysymys on, miten kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden toteutuminen heijastuu kuntoutuksen koettuihin vaikutuksiin ja vaikuttavuuteen. Kyse on myös kuntoutuksen eettisistä periaatteista ja vammaisten ihmisten oikeuksista (Airaksinen 2008; Skempes ym. 2014). Kuntoutujan osallistuessa kuntoutuksensa suunnitteluun ja vaikuttaessa myös sen toteutukseen hänen osallisuutensa yhteisönsä ja yhteiskuntaan tulee näkyväksi. Vammaisten asemaa kansalaisina on tarkasteltu Suomessa viime vuosina esimerkiksi heidän omana käsityksenään aktiivisesta kansalaisuudesta (Puumalainen 2011) tai eduskunnassa käydyssä keskustelun perusteella (Hästbacka & Nygård 2013).

Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena

on Kelan vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus. Tämä kuntoutuskokonaisuus palvelee monenlaisia vammaisia tai pitkäaikaissairaita asiakkaita ja asiakasryhmiä, joilla on huomattavia vaikeuksia tai rasituksia selviytymisessä jokapäiväisissä toimissa kotona, opinnoissa, työelämässä tai muussa elämäntilanteessa. Kuntoutuksen myöntäminen on myös sidoksissa vammais- tai hoitotuen saamiseen. Vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy monenlaista kuntoutusta sekä laitos- että avomuotoisena, jolloin yksittäiset kuntoutustoimenpiteet vaihtelevat kuntoutuslaitosjaksoista ja sopeutumisvalmennuksesta fysioterapiaan, toimintaterapiaan ja muihin avomuotoisiin kuntoutusjaksoihin.

Kelan järjestämää vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta on tutkittu jonkin verran (esim. Autti-Rämö ym. 2011a; Nikkanen 2010; Paltamaa ym. 2011; Pensola ym. 2012). Kuntoutuksen koettuja vaikutuksia koskeva tutkimus on yleensä ollut sairaus- tai vamma-ryhmäkohtaista. Käsillä oleva tutkimus perustuu kuntoutukseen osallistuneille tehtyyn survey-tutkimukseen, joka toteutettiin vuonna 2007 (Järvikoski ym. 2009). Kuntoutuksessa olleilta tiedusteltiin 1 - 2 vuotta kuntoutuspäätöksen jälkeen lomakekyselyllä toisaalta niitä toiveita ja odotuksia, joita heillä oli ollut kuntoutukseen tullessaan, toisaalta niitä vaikutuksia, joita he kokivat ja arvioivat kuntoutuksella olleen itselleen. Sekä kuntoutujien toiveita ja odotuksia että kuntoutuksen koettuja vaikutuksia tiedusteltiin fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja arjen hallintaa koskevien ulottuvuuksien osalta. Saman kuntoutujaryhmän kokemuksia kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä on aikaisemmin tarkasteltu Hokkasen ym.:iden (2009) artikkelissa, jossa kuntoutuksen merkityksiä ja pitkäaikaisvaikutuksia analysoitiin myös kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää:

- millaisia toiveita ja odotuksia lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneilla oli kuntoutukseen tullessaan ja millaisia vaikutuksia erilaisia odotuksia asettaneet ko-

- millaiset osallistujan elämäntilannetta kuvaavat tekijät olivat yhteydessä koettuihin vaikutuksiin eri osa-alueilla,
- millaiset kuntoutuksen toteutukseen liittyvät tekijät, esimerkiksi kuntoutujan osallistumismahdollisuudet, kuntoutuksen innostavuus ja vertaistuki, olivat yhteydessä koettuihin vaikutuksiin eri osa-alueilla.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen perusjoukkona olivat 20–64-vuotiaat henkilöt, jotka olivat vuonna 2005 saaneet myönteisen päätöksen Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Otos ($n = 1443$) poimittiin ositettua otantaa käyttäen systemaattisella poiminnalla Kelan rekisteristä iän, sukupuolen, vammaisuuden, diagnoosin ja kielen mukaan lajitelluista ryhmistä. Vuonna 2007 tehtyyn postikyseilyyn vastasi 818 henkilöä (vastausprosentti 57). Jälkiosituksena muodostettiin etuusryhmän, sukupuolen ja iän mukaisissa ryhmissä painokertoimet, joiden avulla korjattiin myös eri ryhmien erilaisen kadon vaikutukset. Aineistoa koskevat perustulokset on raportoitu aikaisemmin (Järvikoski ym. 2009).

Vastauksista 42 % oli kuntoutujan itsenäisesti täyttämää, 47 % oli vastannut lomakkeeseen yhdessä omaisen tai muun avustajan kanssa ja 11 %:lla lomakkeen oli täyttänyt toinen henkilö kuntoutujan puolesta. Käsillä olevassa osatutkimuksessa vastaukset ovat mukana riippumatta siitä, miten lomake oli täytetty. Ei siis haluttu sulkea pois sellaisia lomakkeita, jotka oli täytetty toisen henkilön avustuksella tai toimesta, vaikka tunnistettiin myös ratkaisuun sisältyneet ongelmat (ks. esim. Ball ym. 2001; Mendes da Costa ym. 2014). Sen sijaan ne lomakkeet, joissa ei ollut lainkaan vastattu kuntoutuksen vaikutuksia koskeviin kysymyksiin, poistettiin jatkoanalyseista (6 % vastanneista). Tutkimukseen osallistuneiden kokonaismäärä oli siten 769, joka on 53 % otoksesta.

Sekä *kuntoutuksen kohdistuneita toiveita ja odotuksia* että *kuntoutuksen koettuja vaikutuksia* selvitettiin neljällätoista osiolla. Osiot

muotoiltiin Asiakkaan ääni -projektin tutkijaryhmän yhteistyönä käyttäen työskentelyn pohjana ICF-luokituksen (Stakes 2004) suoritusten ja osallistumisen osa-alueiden jaottelea. Osiot koskivat 1) tulevaisuuden suunnitelmien jäsentymistä, 2) itsenäistä selviytymistä arkielämän tilanteissa, 3) vamman tai sairauden tuntemista ja oppimista elämään sen kanssa, 4) liikkumiskyvyn ja -mahdollisuuksien paranemista, 5) fyysisen kunnan ja toimintakyvyn kohenemista, 6) psyykkisen terveyden ja hyvinvoinnin paranemista, 7) psyykkisten ja kognitiivisten toimintojen paranemista (oppiminen, muistaminen jne.), 8) kommunikaatiotaitojen paranemista, 9) vuorovaikutuksen paranemista perheessä tai läheisten kanssa, 10) sosiaalisen rohkeuden lisääntymistä ja yksinäisyyden voittamista, 11) työssä selviytymisen paranemista, 12) työllistymismahdollisuuksien paranemista, 13) opiskeluvalmiuksien paranemista sekä 14) elämänpiiriin laajenemista (harrastusmahdollisuudet, kansalais-toiminta). Kuntoutujan toiveiden ja odotusten osalta osioiden vastausvaihtoehdot olivat: 0 = ei lainkaan odotuksia, 1 = jonkin verran odotuksia, 2 = paljon odotuksia, ja kuntoutuksen koettujen vaikutusten osalta: 0 = ei ole ollut vaikutuksia, 1 = jonkin verran vaikutuksia, 2 = erittäin paljon vaikutuksia.

Selitettävien muuttujien muodostaminen. Vaikutuksia koskevien osioiden faktorianalyysi (pääkomponenttianalyysi, varimax-rotatio) tuotti neljä helposti tulkittavaa faktoria, joiden yhteinen selitysosuus oli 66 %. Osio 14 (elämänpiiriin laajeneminen) ei latautunut riittävän vahvasti yhdellekään faktorille, joten se jäi faktoriratkaisun ulkopuolelle. Faktoriratkaisun perusteella muodostettiin neljä summamuuttujaa, joiden reliabiliteetit laskettiin Cronbachin alfa -kertoimina ja fyysisten vaikutusten osalta (2 osiota) Spearman-Brownin kaavalla (ks. Eisinga ym. 2013). Fyysisten vaikutusten summamuuttujan reliabiliteetti jäi matalaksi, mutta muuttuja hyväksyttiin kuitenkin jatkoanalyysiin. Summamuuttajat olivat:

- koetut fyysiset vaikutukset (osiot: 4 ja 5); reliabiliteetti (Spearman-Brown) = 0,624;
- koetut psykososiaaliset vaikutukset (osiot:

- 6, 7, 8, 9, 10); alfa = 0,861;
- koetut vaikutukset arkielämän hallinnassa (osiot: 1, 2, 3); alfa = 0,700;
- koetut vaikutukset työssä ja opiskelussa (osiot: 11, 12 ja 13); alfa = 0,760.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vain kolmea ensimmäistä faktoria: vaikeavammaisten lääkinnällisellä kuntoutuksella ei ole varsinaisia työhön liittyviä tavoitteita ja sitä koskevat vaikutukset olivat harvinaisia. Lopullisia faktoripistemääriä laskettaessa yksittäisten puuttuvien tietojen katsottiin tarkoittavan, että vaikutuksia ei kyseisellä osa-alueella ollut, toisin sanoen puuttuvat tiedot osioissa korvattiin summamuuttujia muodostettaessa nolllalla. Tarkistusajojen yhteydessä logistiset regressioanalyysit tehtiin myös ilman puuttuvien tietojen korvaamista eikä se muuttanut tuloksia olennaisesti.

Logistisia regressioanalyysieja varten vaikutusmuuttujat dikotomisoitiin seuraavasti: fyysiset vaikutukset (1 = 4 p. [48 %]; 0 = 0 - 3 p.); psykososiaaliset vaikutukset (1 = 3 - 10 p. [48 %]; 0 = 0 - 2 p.); vaikutukset arkielämän hallinnassa (1 = 4 - 6 p. [40 %]; 0 = 0 - 3 p.).

Selittävät muuttujat. Selittävinä muuttujina käytettiin toisaalta kuntoutujan elämäntilannetta, toisaalta kuntoutuspalvelun toteutusta koskevia muuttujia.

Kuntoutujan elämäntilannetta kuvaavia muuttujia (taulukko 1) olivat ikä, sukupuoli, peruskoulutus, asuinpaikkaa kuvaavina muuttujina kuntaryhmä (luokiteltu: 1 = kaupunkimainen, 2 = taajaan asuttu, 3 = maaseutumainen) ja suuralue, taloudellinen toimeentulo (luokiteltu: 1 = tulot riittävät omiin tarpeisiin, 2 = joutuu tinkimään jossain määrin kulutuksesta, 3 = joutuu tinkimään paljon tai ei tule toimeen omilla tuloilla), elämäntilanne (työssä/eläkkeellä) sekä osallistuminen kansalaistoimintaan (luokiteltu: 0 = ei osallistu, 1 = osallistuu melko passiivisesti eli kuuluu yhdistykseen jäsenmaksun maksajana ja/tai äänestää yleisissä vaaleissa, 2 = osallistuu aktiivisesti eli toimii aktiivisena jäsenenä yhdistystoiminnassa tai vaikuttaa asioihin puoluetoiminnan tai seurakunnallisen toiminnan kautta), arvio vamman häiätaavuudesta (asteikolla 0-10), vammaisuus (luokiteltu: 1 = erityis-

tuki, 2 = korotettu tuki) sekä ikä sairauden tai vamman alkaessa (luokiteltu: 1 = alle 1 vuotta, 2 = 1-20 vuotta, 3 = vähintään 21 vuotta).

Selittäviin muuttujiin kuului myös kolme toimintakykyindeksiä. Ne muodostettiin faktorianalyysin avulla 21 osiosta, joissa vastaja arvioi selviytymistään erilaisista toiminnoista (1 = pystyn vaikeuksitta,..., 4 = en pysty lainkaan tai vain avustajan kanssa). Osiot laadittiin käyttäen apuna toisaalta tavalisimpia päivittäisten toimintojen mittareita (IADL, FIM), toisaalta ICF-luokituksen (Stakes 2004) suoritusten ja osallistumisen osaluokituksen luokitusta. Muodostetut indeksit olivat perustoimintojen indeksi (6 osiota: liikkuminen asunnossa, syöminen, peseytyminen, WC:ssä asiointi, pukeminen ja riisuminen sekä vuoteeseen asettuminen ja sieltä nouseminen), kommunikoinnin ja kognitiivisten taitojen indeksi (7 osiota: lukeminen, kirjoittaminen, uusien asioiden oppiminen, keskittymistä vaativat tehtävät, puhelimen käyttäminen sekä asioiden esittäminen vieraille ihmisille) sekä asiointin ja vaativien kotitöiden indeksi (6 osiota: asiointi pankissa tai virastossa tms., asiointi kaupassa, liikkuminen omalla autolla, liikkuminen julkisilla kulkuvälineillä, siivoaminen sekä ruoan valmistaminen). Analyysieja varten indeksit luokiteltiin 3-luokkaisiksi.

Selittävinä muuttujina käytettiin myös kuntoutujan itse ilmoittamia sairauksia ja vammoja.

Kuntoutuspalvelun toteutusta kuvaavia muuttujia oli kahdeksan. Viisi alun perin viisiluokkaista muuttujaa dikotomisoitiin niiden vinouden takia (muuttujat 2-6):

- 1) Oma osallistuminen viimeksi laaditun kuntoutussuunnitelman laatimiseen (0 = ei; 1 = jossain määrin; 2 = merkittävästi);
- 2) Kuntoutujan mielipiteen huomioon ottaminen viimeksi laaditun kuntoutussuunnitelman sisällössä (erittäin hyvin, ..., erittäin huonosti);
- 3) Miten kuntoutussuunnitelma tukee kuntoutujan henkilökohtaisia tavoitteita (erittäin hyvin, ..., erittäin huonosti);
- 4) Onko saatu kuntoutus vastannut sisällöltään kuntoutujan toiveita ja tarpeita (erittäin hyvin,..., erittäin huonosti);

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneita kuvaavia perustietoja, %

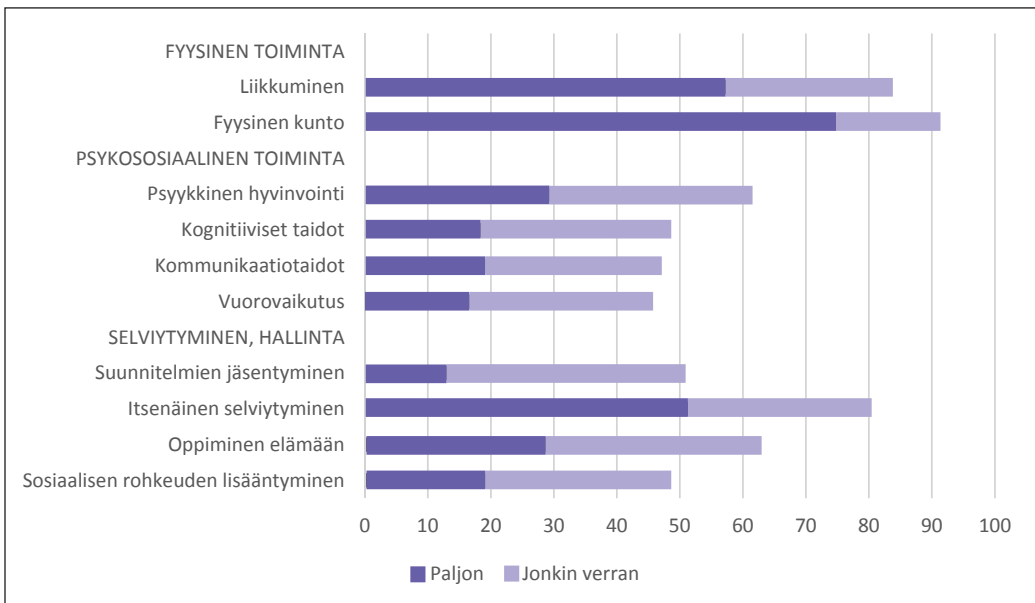
| | | Miehet | Naiset | Kaikki (n) | p |
|--|--|---|---|---|--|
| Sukupuoli | | 52,7 | 47,3 | 100,0 (769) | |
| Ikä | 20–29 30–44 45–54 55–64 | 13,3 24,1 24,7 38,0 | 14,0 21,9 28,4 35,7 | 13,6 23,0 26,6 36,7 | >.10 |
| Peruskoulutus | Kansakoulu/vapautettu Keski- tai peruskoulu Ylioppilas | 44,2 39,5 16,4 | 28,9 41,7 29,4 | 36,1 40,7 23,2 | .000 |
| Asuinkunnan laatu | Kaupunki Taajama Maaseutu | 59,8 16,1 24,1 | 64,6 16,7 18,8 | 62,3 16,4 21,3 | >.10 |
| Asumisalue | Etelä-Suomi Länsi-Suomi Itä-Suomi Pohjois-Suomi | 42,5 27,8 16,7 13,0 | 46,5 30,1 9,9 13,5 | 44,6 29,0 13,1 13,3 | .055 |
| Taloudellinen toimeentulo | Rahat riittävät tarpeisiin Joutuu tinkimään Joutuu tinkimään paljon/ei tule toimeen omilla tuloilla | 46,4 24,6 28,9 | 37,9 26,1 36,1 | 42,1 25,3 32,6 | .043 |
| Elämäntilanne | Työssä Eläkkeellä | 8,0 92,0 | 12,5 87,5 | 10,4 89,6 | .043 |
| Osallistuminen kansalaistoimintaan | Ei osallistu Osallistuu vähän Osallistuu aktiivisesti | 45,2 35,6 19,2 | 36,1 43,5 20,4 | 40,5 39,7 19,8 | .041 |
| Oma arvio vamman haittaavuudesta (0–10) | 0–3 (huonoin) 4–6 7–10 (paras) | 59,4 35,0 5,7 | 47,6 41,3 11,1 | 53,1 38,3 8,6 | .001 |
| Vammaisetuus | Korotettu vammaistuki Erytysvammaistuki Eläkkeensaajan korotettu hoitotuki Eläkkeensaajan erityishoitotuki | 5,5 3,0 60,1 31,3 | 8,0 2,5 61,9 27,6 | 6,8 2,8 61,1 29,4 | >.10 |
| Ikä vamman/sairauden alkaessa | Alle 1-vuotiaana 1–20-vuotiaana Myöhemmin | 28,5 13,3 58,2 | 23,0 24,7 52,3 | 26,6 19,3 55,1 | .000 |
| Kommunikoinnin ja kognitiiviset ongelmat | Runsaasti Kohtalaisesti Vähän/ei ongelmia | 24,7 31,6 43,8 | 16,2 23,4 60,4 | 20,2 27,3 52,6 | .000 |
| Ongelmat perustoiminnoissa | Runsaasti Kohtalaisesti Vähän/ei ongelmia | 23,8 28,5 47,6 | 19,2 23,4 57,5 | 21,4 25,8 52,8 | .025 |
| Itse ilmoitetut sairaudet | Aineenvaihduntasairaus MS-tauti Epilepsia Kehitysvamma CP-vamma Aivoverenkierron häiriö Muu verenkiertoel. sair. Hengityselinten sairaus Näkövamma Nivelreuma Muu tuki- ja liik.el. sair Tapaturmavamma | 9,2 11,5 17,4 20,5 13,8 21,3 13,7 8,7 12,9 5,3 25,0 13,2 | 14,2 23,9 15,5 9,9 8,7 12,4 11,5 11,5 11,9 18,6 27,3 6,1 | 11,9 18,0 16,4 14,9 11,1 16,6 12,4 10,1 12,4 12,3 26,2 9,5 | .034 .000 >.10 .000 .026 .001 >.10 >.10 >.10 .000 >.10 .001 |

- 5) Onko kuntoutusta toteuttanut taho (laitos, terapeutti) kuunnellut kuntoutujan toiveita kuntoutuksen tai terapian toteutuksessa (erittäin hyvin, ..., erittäin huonosti);
- 6) Onko kuntoutujan kokenut kuntoutukseen osallistumisen innostavaksi ja mielekkääksi (erittäin innostavaksi, ..., erittäin vähän innostavaksi);
- 7) Vertaistuen ja kokemusten vaihdon toteutuminen saadun kuntoutuksen aikana. Lomakkeella tiedusteltiin vertaistuen toteutumista toisaalta saadussa a) laituskuntoutuksessa, toisaalta b) avomuotoisessa kuntoutuksessa tai terapiassa (0 = ei kuulunut kuntoutukseen tai ei onnistunut, 1 = onnistui kohtalaisesti 2 = onnistui hyvin). Osioista muodostettiin yhdistelmämuuttuja (2 = ilmoitti saaneensa hyvin tukea, 1= ilmoitti saaneensa kohtalaisesti tukea, 0= ei ilmoittanut saaneensa tukea). Vastaamatta jättäneet saivat siten muuttujalla arvon 0.
- 8) Saadun kuntoutuksen laatu (1 = avokuntoutus, 2 = laituskuntoutus, 3 = sekä avo- että laituskuntoutus).

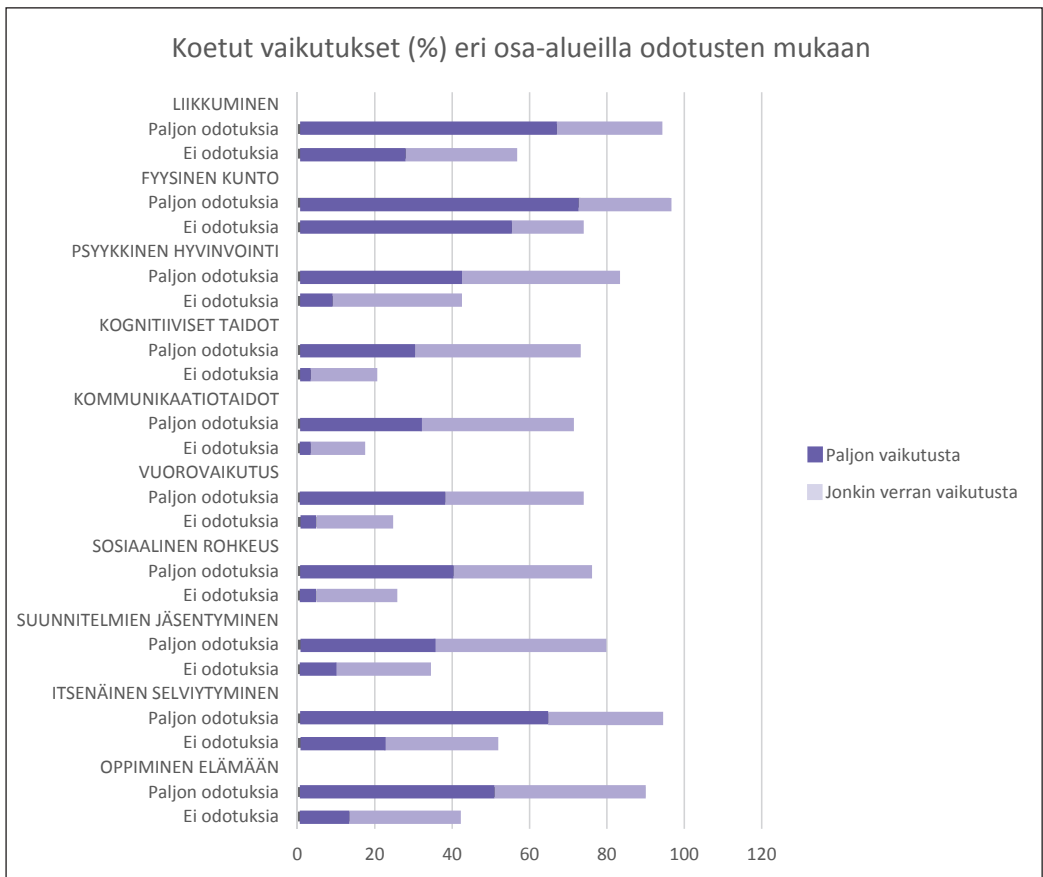
Logistiset regressioanalyysit. Analyysit tehtiin kahdessa osassa: toisessa käytettiin selittäjinä kuntoutujan elämäntilannetta kuvaavia muuttujia, toisessa kuntoutuspalvelumuuttujia. Aluksi selvitettiin kunkin selittävän muuttujan ikävakioitu yhteys selitettävään muuttujaan (mallit A). Taulukoissa esitetään vain muuttujat, joilla yhteys on tilastollisesti merkitsevä. Sen jälkeen muodostettiin kokonaismalli (malli B) muuttujista, joiden ikävakioitu yhteys selitettävään muuttujaan oli tilastollisesti merkitsevä. Ikä ja sukupuoli olivat aina mukana kokonaismalleissa.

Eri vamma- tai sairausryhmiin kuuluvien koettuja vaikutuksia tarkasteltiin erikseen. Tilan puutteen vuoksi näitä analyysejä ei esitetä taulukkomuodossa.

Analyysit tehtiin tilasto-ohjelmisto PASW Statistics 18:lla. Yksittäisten muuttujien osuuden merkitsevyyttä logistisissa malleissa arvioitiin Waldin testillä (tuloksissa esitetään vain p-arvot). Mallien soveltuvuus (goodness-of-fit) testattiin Hosmer-Lemeshowin menetelmällä.



Kuvio 1. Odotukset Kelan vaikeavammaisten kuntoutukselta saatavasta tuesta elämisen eri osa-alueille (% kaikista eli puuttuvat tiedot sisältyvät kantalukuun, josta prosentit on laskettu).



Kuvio 2. Koetut vaikutukset elämisen eri osa-alueilla henkilöillä, joilla oli paljon tai ei lainkaan odotuksia kullakin alueella saatavasta tuesta (% kaikista eli puuttuvat tiedot sisältyvät kantaluukuun, josta prosentit on laskettu).

Tulokset

Kuntoutujien perustiedot. Tutkimukseen osallistuneissa oli jonkin verran enemmän naisia kuin miehiä. Rungas kolmannes oli alle 45-vuotiaita, ja vastaavasti rungas kolmannes oli vähintään 55-vuotiaita. Ylioppilaita oli lähes neljännes ja enintään kansakoulun käyneitä 36 %. Naisten peruskoulutus oli parempi kuin miesten. Valtaosa vastaajista oli eläkkeellä ja sai eläkkeensaajan hoitotukea; kymmenesosa sai vammaistukea. Lähes kaksi kolmännestä oli kotoisin kaupungeista ja 45 % Etelä-Suomen alueelta. Miehet arvioivat vamman haittaavuuden jonkin verran suuremmaksi kuin naiset. Noin kolmasosa osallistuneista arvioi taloudellisen toimeentulonsa

heikoksi: he joutuivat tinkimään paljon menoistaan tai eivät pärjänneet omilla tuloillaan. (Taulukko 1.)

Kuntoutujien vammaisuuden laatu ja terveydelliset ongelmat vaihtelivat paljon (taulukko 1). Kehitysvamma, aivoverenkiertoelinten sairaus ja tapaturmavamma olivat miehillä yleisempiä kuin naisilla, MS-tauti, nivelreuma ja aineenvaihduntasairaus olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä.

Kuntoutujien odotuksista yleisimmät kohdistuivat fyysisen kunnon ja liikkumismahdollisuuksien paranemiseen sekä itsenäiseen selviytymiseen arkielämässä. Lähes kaksi kolmännestä odotti kuntoutukselta myös parempaa psyykkistä hyvinvointia sekä oman

sairauden tai vamman kanssa elämään oppimista. Lähes puolella kuntoutujista oli ainakin jonkin verran odotuksia myös kommunikaation ja vuorovaikutuksen sekä erilaisten kognitiivisten taitojen kehittymisen suhteen. (Kuvio 1.)

Koetut vaikutukset suhteessa odotuksiin. Kuvio 2 esittää osallistujien kokemuksia kuntoutuksen vaikutuksista sen mukaan, oliko heillä paljon tai ei lainkaan odotuksia kyseisellä osa-alueella tapahtuneista muutoksista. Niistä, joilla oli paljon odotuksia fyysisen kuntoutuksen paranemisen, liikkumismahdollisuuksien paranemisen ja itsenäisen selviytymisen suhteen, noin kaksi kolmasosaa katsoi kuntoutuksella olleen paljon vaikutuksia ja yli 90 % ainakin jonkin verran vaikutuksia; vaikutuksia kokivat myös ne, joilla ei ollut niiden suhteen odotuksia. Psykykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä koskevien tekijöiden suhteen paljon odotuksia ilmoittaneista runsas 70 % ilmoitti kuntoutuksella olleen ainakin jonkin verran vaikutuksia; niillä, joilla ei ollut odotuksia, vaikutuksia esiintyi harvoin.

Elämäntilannemuuttajien yhteys vaikutuksiin. Taulukossa 2 on esitetty elämäntilannetta kuvaavien muuttajien ja koettujen vaikutusten väliset yhteydet logististen regressioanalyysien mukaan. Peruskoulutuksella, vammaisuudella, vamman haittaavuudella, perustoiminnoissa esiintyneillä ongelmilla ja osallistumisella kansalaistoimintaan oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$) ikävakiointi yhteys (malli A) koettuihin fyysisiin vaikutuksiin. Kokonaismallin B mukaan mahdollisuutta parempiin fyysisiin vaikutuksiin lisäsi ylioppilastutkintoa lyhempi peruskoulutus ja aktiivinen osallistuminen kansalaistoimintaan.

Ylioppilastutkintoa lyhempi peruskoulutus, eläkkeellä olo, heikko taloudellinen tilanne, vamman tai sairauden ilmaantuminen vasta aikuisiällä sekä kommunikoinnin ja kognitiivisen suorituskyvyn ongelmat lisäsivät kokonaismallin B mukaan mahdollisuutta parempiin psykososiaalisiin vaikutuksiin.

Heikko taloudellinen tilanne, korotetun vammaistuen saaminen, vamman tai sairauden alkaminen vasta aikuisiällä, lievemmät suorituskyvyn ongelmat sekä perustoimin-

noissa että kommunikoinnissa ja kognitiivisissa suorituksissa sekä aktiivinen osallistuminen kansalaistoimintaan lisäsivät mahdollisuutta parempiin vaikutuksiin arkielämässä selviytymisessä. Kokonaismallissa vain vamman tai sairauden alkamisiin ja kansalaistoimintaan osallistumisen yhteys koettuihin vaikutuksiin jäi tilastollisesti merkitseväksi. (Taulukko 2.)

Vammaryhmittäinen tarkastelu osoitti joitakin eroja ikävakioiduissa vaikutuskokemuksissa. Kuntoutuksensa fyysisiä vaikutuksia ilmoittivat nivelreumaa ja muita tuki- ja liikuntaelinten sairauksia potevat keskimääräistä enemmän mutta MS-tautia sairastavat keskimääräistä vähemmän. Psykososiaalisia vaikutuksia esiintyi keskimääräistä enemmän mielenterveyden ongelmia, autismia ja aivoverenkierron häiriöitä ilmoittaneilla, keskimääräistä vähemmän CP-vammaisilla. Arkielämässä selviytymiseen liittyviä vaikutuksia esiintyi keskimääräistä harvemmin kehitysvammaisten ryhmässä.

Kuntoutusmuuttajien yhteys vaikutuksiin. Taulukossa 3 on esitetty kuntoutuspalvelumuuttajien yhteydet koettuihin vaikutuksiin. Itsenäisten mallien (A) mukaan kaikki kuntoutuspalvelumuuttajat olivat yhteydessä koettuihin fyysisiin ja koettuihin arkielämässä selviytymisen vaikutuksiin. Psykososiaalisiin vaikutuksiin olivat yhteydessä kuntoutuksen innostavuus, kuntoutuksen vastaavuus toiveisiin sekä vertaistuen saaminen kuntoutuksen aikana. Kuntoutusmuodon yhteys vaikutusmuuttajiin vaihteli. Pelkästään laituskuntoutukseen osallistuneilla fyysiset vaikutukset olivat heikommät kuin avokuntoutukseen osallistuneilla. Parempia psykososiaalisia vaikutuksia ennakoiti osallistuminen laituskuntoutukseen tai osallistuminen sekä avo- että laituskuntoutukseen ja parempia arkielämässä selviytymisen vaikutuksia osallistuminen sekä avo- että laituskuntoutukseen.

Samanaikaisissa malleissa (B) kuntoutuksen innostavuus oli yhteydessä koettuihin fyysisiin vaikutuksiin ja innostavuus, kuntoutuksen vastaavuus toiveisiin, vertaistuen saaminen ja osallistuminen laitoshoitoon koettuihin psykososiaalisiin vaikutuksiin. Vertaistuen saaminen ja osallistuminen sekä avo- että

Taulukko 2. Vastaajan elämäntilannetta kuvaavien muuttujien yhteydet koettuihin fyysisiin, psykososiaalisiin ja arkielämässä selviytymisen vaikutuksiin logististen regressioanalyysien mukaan. Malleissa A (ikävakioidut) esitetään muuttujien itsenäiset yhteydet selittävään muuttujaan ja malleissa B ovat itsenäisesti merkitsevät muuttujat samanaikaisesti mukana. Kokonaismalleissa ovat ikä ja sukupuoli aina mukana.

| | Fyysiset vaikutukset | | Psykososiaaliset vaik. | | Arkielämässä selv. | |
|--|----------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|
| | itsenäiset mallit A | samanaik. malli B (n=681) | itsenäiset mallit A | samanaik. malli B (n=677) | itsenäiset mallit A | samanaik. malli B (n=683) |
| | OR, p | OR, p | OR, p | OR, p | OR, p | OR, p |
| Ikä: | | | | | | |
| 20–29 | 1 | 1 | 1 | | 1 | |
| 30–44 | 1,616 | 1,617 | 1,238 | | 1,689 | |
| 45–54 | 1,878* | 1,851* | 1,606* | | 3,409*** | |
| 55–64 | 1,572 | 1,365 | 1,052 | | 2,720*** | |
| Peruskoulutus: | | | | | | |
| ylioppilastutkinto | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| kansakoulu/vapautus | 1,375 | 2,045** | 1,755** | 1,239 | | |
| keski- tai peruskoulu | 1,684** | 2,162*** | 2,152*** | 1,634* | | |
| Elämäntilanne: | | | | | | |
| työssä | | | 1 | 1 | | |
| eläkkeellä | | | 3,498*** | 2,496** | | |
| Taloudellinen toimeentulo: | | | | | | |
| rahat riittävät tarpeisiin | | | 1 | 1 | 1 | |
| joutuu jonkin verran tinkimään | | | 1,055 | 1,269 | 1,377 | |
| tinkii paljon/rahat eivät riitä | | | 1,437* | 1,515* | 1,461* | |
| Kuntaryhmä: | | | | | | |
| kaupunkimainen | | | 1 | | | |
| taajaan asuttu | | | 1,121 | | | |
| maaseutumainen | | | 1,486* | | | |
| Vammaisuus: | | | | | | |
| erityistuki | 1 | | | | 1 | |
| korotettu tuki | 1,951*** | | | | 1,770** | |
| Ikä vamman/sairauden alkaessa: | | | | | | |
| alle 1 v. | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 1–20 v. | | | 1,146 | 1,239 | 1,365 | 1,453 |
| myöhemmin | | | 1,662* | 1,735* | 1,867** | 1,946** |
| Vamman haittaavuus: | | | | | | |
| 0–3 | 1 | | | | 1 | |
| 4–6 | 1,276 | | | | 1,508* | |
| 7–10 | 1,939* | | | | 0,938 | |
| Kommunikoinnin yms. ongelmat: | | | | | | |
| paljon ongelmia | | | 1 | 1 | 1 | |
| kohtalaisesti | | | 0,874 | 0,718 | 1,783* | |
| vähän, ei ongelmia | | | 0,497*** | 0,423*** | 2,402*** | |
| Ongelmat perustoiminnoissa: | | | | | | |
| paljon ongelmia | 1 | | | | 1 | |
| kohtalaisesti | 2,119** | | | | 1,936** | |
| vähän, ei ongelmia | 2,515*** | | | | 2,471*** | |
| Osallistuminen kansalaistoimintaan: | | | | | | |
| ei osallistu | 1 | 1 | | | 1 | 1 |
| osallistuu vähän | 1,278 | 1,212 | | | 1,363 | 1,282 |
| osallistuu aktiivisesti | 1,610* | 1,742* | | | 2,107** | 2,156** |

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

laitoskuntoutukseen lisäsivät mahdollisuutta hyvien vaikutusten esiintymiseen arkielämässä selviytymisessä.

Pohdinta

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat aikuiset vaikeavammaiset henkilöt, jotka olivat osallistuneet Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin kuntoutujien odotuksia kuntoutukselta, heidän kokemuksiaan kuntoutuksen vaikutuksista sekä elämäntilanteen ja saatua kuntoutusta koskevien muuttujien yhteyksiä koettuihin vaikutuksiin. Niin sanottuina kuntoutusmuuttujina käytettiin kuntoutujien omaa osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun, kuntoutuksen toteutusta kuvaavia muuttujia kuntoutujan oman osallistumisen kannalta sekä vertaistuen merkitystä. Koetuista vaikutuksista muodostettiin kolme indeksiä: koetut fyysiset vaikutukset, koetut psykososiaaliset vaikutukset ja koetut vaikutukset arkielämän hallinnassa.

Odotusten ja niiden toteutumisen suhdetta on terveydenhuollossa tarkasteltu terveydenhuollon kuluttajamallin pohjalta. Odotukset vaihtelevat ja kaikilla asiakkailla niitä ei ole lainkaan (esim. Baron-Epel ym. 2001). Monet Kelan vaikeavammaisten kuntoutukseen osallistuvat ovat saaneet kuntoutusta jo vuosia, joten heidän kuntoutusta koskevilla odotuksillaan on todennäköisesti usein tiedollinen perusta. Odotukset kohdistuivat suurelta osalta fyysisen kunnan ja liikuntamahdollisuuksien paranemiseen sekä arkielämässä selviytymisen kohenemiseen. Näihin kuntoutuksen katsottiin myös useimmin vaikuttaneen. Vaikutuksia koettiin olleen myös psykososiaalisella alueella, kuten psyykkisessä hyvinvoinnissa, kognitiivisissa toiminnoissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Fyysisiä vaikutuksia raportoi myös huomattava osa niistä, joiden odotukset eivät varsinaisesti kohdistuneet fyysiseen toimintakykyyn, psykososiaalisia vaikutuksia pääasiassa ne, joiden toiveet ja odotukset kohdistuivat niihin.

Tutkimusryhmä oli vammaisuuden laadun ja toiminnanrajoitusten suhteen hyvin hetero-

geeninen, eikä tässä tutkimuksessa painopiste ollut sairaus- tai vammaryhmittäisessä tarkastelussa. On kuitenkin syytä panna merkille, että hyviä fyysisiä ja arkielämässä selviytymisen vaikutuksia ovat kokeneet henkilöt, joilla on vähemmän ongelmia päivittäisissä perustoiminnoissa; hyviä psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia ovat puolestaan kokeneet ne, joilla kommunikoinnin ja kognitiivisen suorituskyvyn ongelmat ovat suurimmat, muun muassa mielenterveyden ongelmia, autismia ja aivoverenkiertoelinten häiriöitä ilmoittaneet.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan aikuisina sairastuneet tai vammautuneet kokevat vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen vaikutukset psykososiaalisessa toiminnassa ja arkielämän hallinnassa paremmiksi kuin syntymästään saakka vammaiset tai nuorella iällä vammautuneet. Uppal (2006) toteaa laajan survey-tutkimuksensa perusteella, että aikuisiällä sairastuneiden tai vammautuneiden yleinen hyvinvointi on huonompi syntymästään saakka vammaisiin henkilöihin verrattuna. He tarvitsevat ja todennäköisesti myös saavat kuntoutukselta tukea myös tapahtuneiden muutosten käsittelyssä ja arkielämänsä uudelleen organisoinnissa.

Vanhemmat ikäryhmät, ylioppilastutkintoa lyhemmän peruskoulutuksen saaneet ja osin myös heikossa taloudellisessa asemassa olevat ja maaseudulla asuvat henkilöt raportoivat suhteellisesti enemmän kuntoutusvaikutuksia kuin nuoret, pitkälle koulutetut ja hyvin toimeentulevat. Toisaalta Puumalaisen ym:iden (2014) tutkimuksessa todettiin, että Kelaan kuntoutuksen järjestäjänä suhtautuivat myönteisimmin taloudellisesti hyvin toimeentulevat ihmiset, kun taas esimerkiksi iällä tai koulutustasolla ei ollut suhtautumisessa merkitystä. Kokonaiskuva näyttäytyy siis koettuja vaikutuksia tarkasteltaessa toisenlaisena kuin selvitettäessä yleisempiä asenteita ja suhtautumista Kelan toimintaan. Hokkasen ym:iden (2009) mukaan Kelan kuntoutuksella on erityisen suuri taloudellinen merkitys köyhille kuntoutujille, joille arki näyttäytyi taloudellisesti ahtaana ja myös henkisesti ankeana. Oma merkityksensä on sillä, että taloudellisesti huonommassa asemassa olevilla

Taulukko 3. Kuntoutusta kuvaavien muuttujien yhteydet koettuihin fyysisiin, psykososiaalisiin ja arkielämässä selviytymisen vaikutuksiin logistisen regressioanalyysin mukaan. Malleissa A (ikävakioidut) esitetään muuttujien itsenäiset yhteydet selittävään muuttujaan ja malleissa B ovat itsenäisesti merkitsevät muuttujat samanaikaisesti mukana. Kokonaismalleissa ovat ikä ja sukupuoli aina mukana.

| | | Fyysiset vaikutukset | | Psykososiaaliset vaikutukset | | Arkielämässä selviytyminen | |
|--|---|-------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | | itsenäiset mallit A | samanaik. malli B (n=602) | itsenäiset mallit A | samanaik. malli B (n=715) | itsenäiset mallit A | samanaik. malli B (n=602) |
| | | OR, p | OR, p | OR, p | OR, p | OR, p | OR, p |
| Ikä | 20–29 | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| | 30–44 | 1,616 | | 1,238 | | 1,689 | 1,431 |
| | 45–54 | 1,878* | | 1,606* | | 3,409*** | 2,947** |
| | 55–64 | 1,572 | | 1,052 | | 2,720*** | 2,696** |
| SUUNNITTELU | | | | | | | |
| Osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun | Ei Jossain määrin Merkittävästi | 1 2,153* 2,491* | | | | 1 1,556 2,616* | |
| Mielipiteen huomioon otto suunnittelussa | Ei erittäin hyvin Erittäin hyvin | 1 1,709** | | | | 1 1,787*** | |
| Tukeeko k-suunn. omia tavoitteita | Ei erittäin hyvin Erittäin hyvin | 1 1,521* | | | | 1 2,102*** | |
| TOTEUTUS | | | | | | | |
| Onko kuntoutus vastannut toiveita | Ei erittäin hyvin Erittäin hyvin | 1 1,727** | | 1 1,721** | 1 1,494* | 1 1,624** | |
| Onko toteuttaja kuunnellut toiveita | Ei erittäin hyvin Erittäin hyvin | 1 1,366* | | | | 1 1,552** | |
| INNOSTAVUUS | Ei erittäin innostavaa Erittäin innostavaa | 1 4,313*** | 1 4,530*** | 1 2,366** | 1 1,834* | 1 3,142*** | |
| VERTAISTUKI | Ei (0) Jonkin verran (1) Hyvin (2–4) | 1 1,925** 1,814** | | 1 1,364 2,885*** | 1 1,337 2,441*** | 1 2,041** 2,966*** | 1 1,620 1,836* |
| KUNTOUTUS-MUOTO | Avokuntoutus Laitoskuntoutus Avo- ja laitoskuntoutus | 1 0,529* 1,201 | | 1 2,330** 1,471* | 1 2,262** 1,210 | 1 1,329 2,487*** | 1 1,471 1,794* |

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Kelan kuntoutus on ainoa tarjolla oleva vaihtoehto (ks. Rajavaara 2008), kun taas muut käyttävät todennäköisemmin myös toisenlaisia terveys- ja kuntoutuspalveluja hyväkseen. Hyvät kokemukset kuntoutuksesta eivät näytä heijastuvan yleisempiin asenteisiin, joihin todennäköisesti vaikuttavat muutkin tekijät

kuin suoranaiset kokemukset kuntoutuksen merkityksestä.

Ne, jotka kertoivat toimivansa kansalaisina aktiivisesti, kokivat muita useammin, että kuntoutuksella oli vaikutuksia fyysisiin toimintoihin ja arkielämässä selviytymiseen. Aktiivinen yhteiskunnallinen osallisuus voi tar-

jota ihmiselle sellaisia motivaation lähteitä, jotka tukevat häntä myös kuntoutuspalvelujen hyödyntämisessä. Toisaalta hyvien kuntoutusvaikutusten tuottama parempi toimintakyky voi tarjota myös parempia mahdollisuuksia sosiaaliseen osallistumiseen. Syy- ja seuraussuhteiden tulkintaan ei poikkileikkaustutkimus anna mahdollisuuksia.

Kuntoutusmuodolla on tarkastellussa aiheistossa merkittävä yhteys siihen, millaisia vaikutuksia kuntoutuksella koetaan olleen. Avokuntoutus terapioineen näyttää edistävän parhaiten fyysistä suoriutumista, kun taas psykososiaaliset vaikutukset näkyvät laitospseudokuntoutuksessa selvemmin kuin avokuntoutuksessa. Arkielämässä selviytymistä puolestaan tuetaan tämän tutkimuksen tulosten perusteella parhaiten silloin, kun käytetään sekä laitos- että avomuotoista kuntoutusta. Laitos- ja avomuotoista kuntoutusta on verrattu toisiinsa suhteellisen harvoin. Merkesdahl ym. (2003) saivat selkäkuntoutusta koskevassa, kontrolloidulla asetelmalla tehdyssä tutkimuksessa samansuuntaisia tuloksia. He päättelivät (ks. myös Järvikoski ym. 1986), että laitospseudokuntoutukselta saattaisivat hyötyä erityisesti henkilöt, joilla on ongelmia tai tarpeita psyykkisellä tai sosiaalisella alueella, kun taas muut voisivat hyötyä suhteellisesti enemmän avomuotoisesta toiminnasta. Käsillä olevassa tutkimuksessa vaikutuskokemuksiin vaikuttavat paitsi laitos- ja avomuotoisen toiminnan sisältö ja erilaiset epäspesifiset tekijät, myös eri kuntoutusmuotoihin valikoituminen. Laitospseudokuntoutukselle on tyypillistä monialainen toiminta ja moniammatillisen työryhmän ohjaus. Se voi sisältää ryhmämuotoista liikuntaa, keskusteluita, ohjausta ja vertaistuen mahdollisuuksia. Avokuntoutus tapahtuu tavallisimmin yhden kuntoutustyöntekijän ohjauksessa, mutta se on pitempikestoista ja voi perustua systemaattiseen ja tavoitteelliseen työskentelyyn ja tulosten seurantaan.

Kuntoutuksen innostavuudella näyttää olevan suuri merkitys koettujen vaikutusten kannalta. Ne, jotka kokivat saamansa kuntoutuksen innostavaksi, kokivat muita useammin kuntoutuksensa niin fyysisesti kuin psyykkisesti vaikuttavaksi ja kokivat kuntoutuksella

olleen myös vaikutusta arjen hallintaan. Tältä osin tulos on samanlainen kuin lasten kuntoutuksessa vanhempien arvioissa kuntoutusta ja sen vaikutuksia (Järvikoski ym. 2013). Tulos kertoo omalta osaltaan motivaation merkityksestä kuntoutuksessa ja myös siitä, että olisi tärkeää löytää kullekin kuntoutujalle hänen omien taipumustensa ja kiinnostustensa mukaiset harjoitteet (vrt. Nair 2003). Sisäisiä motivaatiolähteitä (Ryan ym. 2011) tarjoava kuntoutus kannustaa kuntoutujaa osallistumaan aktiivisemmin ohjelmaan, jolloin myös tulokset näyttävät hänelle parempina. Kuntoutuksen innostavuuteen viittaavat myös kuntoutujien kuvaukset avokuntoutuksesta ”viikon kohokohtana” tai laitospseudokuntoutusjaksosta ”henkireikä” (Hokkanen ym. 2009).

Vertaistuen ja kokemusten vaihdon merkitys koettujen kuntoutusvaikutusten kannalta näkyy tässä tutkimuksessa erityisesti psykososiaalisella ja arkielämässä selviytymisen alueella. Vertaistuki tarjoaa sekä tiedollista että emotionaalista tukea (esim. Thoits 2011). Sen tyypillisiin piirteisiin kuuluu, että annettu tuki on vastavaroista ja kohdistuu yhteisten ongelmien ratkaisuun ja sopivien vaihtoehtojen löytämiseen (Heisler 2008). Vertaistuen mahdollisuuksien monipuolinen käyttö on tärkeää kuntoutuksen toimintamuotojen kehittämisen kannalta.

Kuntoutujan kuulemisella ja kuntoutuksen aikaisilla vaikutusmahdollisuuksilla näyttää tämänkin tutkimuksen mukaan olevan merkitystä koettujen vaikutusten kannalta. Yhteydet näkyvät kuitenkin pääasiassa yksittäisissä analyyseissa, ja kokonaisanalyysissä kuntoutuksen innostavuuden ja sosiaalisen tuen merkitys tulee selvemmin esiin. Valinnan mahdollisuuksien ja itsemääräämisen merkitys näkyy erityisen selvästi Stanhopen ym.:iden (2013) tutkimuksessa, jossa tarkastellaan mielenterveyspalvelujen toteutusta suhteessa koettuihin vaikutuksiin. Myös vaikeavammaisten lasten kuntoutuksessa perheen vaikutusmahdollisuudet näyttävät vanhemmille tärkeinä kuntoutustulosten kannalta (Järvikoski ym. 2013). Davidson ym. (2012) toteavat katsauksessaan viimeaikaisen tutkimuksen osoittavan, että jos ihmisille annetaan valinnanmah-

dollisuuksia hoidossaan ja kuntoutuksessaan, he todennäköisemmin osallistuvat siihen aktiivisesti, käyttävät sitä hyödykseen ja myös kokevat hyötyvänsä siitä enemmän.

Tutkimuksella on rajoituksia, jotka on otettava huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Kyseessä on poikkileikkaustutkimus, joten tulintoja havaittujen yhteyksien suunnasta ei voida tehdä. Kun koettuja vaikutuksia tiedustellaan vuosi tai kaksi kuntoutuksen jälkeen, ajallinen viive voi vaikuttaa vastaajien kokemuksiin. On myös mahdollista, että vastaajilla, joilla oli takanaan jo useamman vuoden kokemus vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta, vaikutusarviot eivät kiinnity pelkästään viimeksi saatuun kuntoutukseen vaan yleisempiin kokemuksiin. On myös kriittisesti kysyttävä, ovatko vuonna 2007 kootut tulokset vielä relevantteja, kun Kelassa on sen jälkeen panostettu vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämiseen (ks. Paltamaa ym. 2011). Oma käsityksemme on, että muutokset kuntoutuksen käytännöissä ja käytäntöjen ja vaikutusten välisissä suhteissa tapahtuvat hyvin hitaasti.

Tutkimuksen rajoituksista huolimatta tulokset korostavat osaltaan sitä, että kuntoutusta kannattaa suunnitella räätälöidysti niin, että kuntoutuja saa juuri sellaista kuntoutusta kuin hänen tarpeisiinsa sopii. Kuntoutuksen suunnitteluun ja kuntoutuksen toteutukseen on myös tärkeä ottaa kuntoutuja itse mukaan. Tällä tavoin varmistetaan, että kuntoutuja on sitoutunut kuntoutukseen ja kokee kuntoutuksen mielekkääksi ja innostavaksi. Lisäksi näin osaltaan varmistetaan, että kuntoutuja kokee kuntoutuksen myös vaikuttavaksi.

Tiivistelmä

Kansaneläkelaitos järjestää vaikeavammaisille henkilöille lääkinnällistä kuntoutusta. Tutkimuksessa selvitettiin kuntoutukseen osallistuneiden aikuisten odotuksia kuntoutukselta, kuntoutuksen koettuja vaikutuksia sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimusaineisto muodostettiin ositetulla otannalla ja tiedot kerättiin lo-

makekyselyllä. Aineisto koostui 769 vastanneesta (53 % otoksesta). Faktorianaalysin avulla muodostettiin kolme kuntoutuksen koettuja vaikutuksia kuvaavaa summamuuttujaa. Logistisella regressioanalyysillä tutkittiin elämäntilannemuuttujien ja kuntoutuspalvelumuuttujien yhteyksiä koettuihin kuntoutuksen vaikutuksiin. Koetut vaikutukset olivat yhteydessä kuntoutujan omien toiveiden huomioon ottamiseen kuntoutuksen suunnittelussa sekä kuntoutuksen mielekkyyteen ja innostavuuteen. Tuloksissa korostuu asiakkaan ja kuntoutuksen ammattilaisen hyvän yhteistyön tärkeys kuntoutuksen suunnittelussa.

Abstract

Expectations, participation and rehabilitation outcomes. Client experiences of medical rehabilitation for persons with severe disabilities.

The Social Insurance Institution of Finland arranges medical rehabilitation for people with severe disabilities. The study aimed to find out what kind of expectations persons with disabilities had of their medical rehabilitation, what were their experiences on the outcomes of rehabilitation and what factors were associated with subjective outcomes. The study group was chosen using stratified sampling from among rehabilitation clients. The data was gathered using a questionnaire survey. The number of respondents was 769 (53 % of the sample). Based on factor analysis, three outcome variables were formed. Logistic regression analysis was used to identify the life situation variables and the service characteristics that were associated with the perceived outcomes. Perceived outcomes are closely connected to the correspondence between one's wishes and the planning of rehabilitation, its meaningfulness and one's enthusiasm to take part in the reha-

bilitation. The results emphasize the significance of establishing a good partnership between the client and the professionals in rehabilitation planning.

Jouni Puumalainen, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö

Kristiina Härkäpää, kuntoutustieteen professori, Lapin yliopisto

Aila Järvikoski, kuntoutustieteen professori emerita, Lapin yliopisto

Lähteet

- Aalto A-M, Korpilahti U, Sainio P, Malmivaara A, Koskinen S, Saarni S, Valkeinen H, Luoma M (2013) Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia_QOL_suositus_131031.pdf. Luettu 23.10.2014.
- Airaksinen T (2008) Kuntoutuksen etiikka. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus, 111–119. Duodecim. Helsinki.
- Autti-Rämö I, Faurie M, Saksliin M (2011a) Vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus Suomessa. Aihetta lainsäädännön muutokseen? Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 79. Kelan tutkimusosasto. Tampere.
- Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A (2011b). Gas-menetelmä. Käsikirja, versio 2. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf Luettu 20.10.2014.
- Ball AE, Russell EM, Seymour DG, Primrose WR, Garratt AM (2001) Problems in using health survey questionnaires in older patients with physical disabilities. *Gerontology* 47, 6, 334–340.
- Baron-Epel O, Dushenet M, Friedman N (2001) Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care* 13, 4, 317–323.
- Cardol M, de Jong BA, Ward CD (2002) On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24, 18, 970–974.
- Cott CA (2004) Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 26, 24, 1411–1422.
- Cott CA (2008) Editorial. Client-centred rehabilitation: what is it and how do we measure it? *Physiotherapy* 94, 2, 89–90.
- Davidson L, Roe D, Stern E, Zisman-Hani Y, O'Connell M, Corrigan P (2012) If I choose it am I more likely to use it? The role of choice in medication and service use. *International Journal of Person Centered Medicine* 3, 2, 577–592.
- Eisinga R, te Grotenhuis M, Pelzer B (2013) The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health* 58, 4, 637–642.
- Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD (2010) Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 153, 8, 507–515.
- Hokkanen L, Nikkanen P, Notko T, Puumalainen J (2009) Kokemukset kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä. Teoksessa Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. 93–145. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80. Helsinki.
- Härkäpää K, Järvikoski A (1981) Metallityöväen liiton kuntoloman jälkiseuranta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 18, 112–122.
- Hästbacka E, Nygård M (2013) Disability and citizenship. Politicians' views on disabled persons' citizenship in Finland. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15, 2, 125–142.
- Jalava J, Vaittinen E (2010) Kuntoutuspalveluohjauksen haasteet: Itella kuntoutuspalveluohjauksen hankkeen arviointi. Kuntoutussäätiön arviointiraportteja 4. Helsinki.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Martin M, Vasari P, Autti-Rämö I (2013) Service characteristics as predictors of parents' perceptions of child rehabilitation outcomes. *Journal of Child Health Care*. doi:10.1177/1367493513503579.
- Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K (toim.) (2009) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80. Helsinki.
- Järvikoski A, Härkäpää A, Mellin G (1986) Symptoms of psychological distress and treatment effects with low back pain patients. *Pain* 25, 3, 345–355.
- Kiresuk TJ, Sherman RE (1968) Goal Attainment Scaling: a general method for evaluating community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4, 6, 443–453.
- Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE (1994) Goal Attainment Scaling: applications, theory, and measurement. L Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- McPherson K, Siegert R (2007) Person-centred rehabilitation: rhetoric or reality? *Disability and Re-*

- habilitation 29, 20-21, 1551-1554.
- Mendes da Costa E, Godin I, Peppersack T, Dramaix M, Coppieters Y, Bantuelle M, Levêque A (2014) Influence of proxies on the reported frequency of falls, fear of falling and activity restriction in older people. *Health*. DOI:10.4236/health.2014.612186.
- Merkesdal S, Busche T, Bauer J, Mau W (2003) Changes in quality of life according to the SF36 Health Survey of persons with back pain six months after orthopedic in- and outpatient rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 3, 183-189.
- Nair KPS (2003) Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 17, 2, 797-803.
- Nikkanen P (2010) Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 71. Helsinki.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta: käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnöissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86. Helsinki.
- Pohjolainen T, Malmivaara A (2008) Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus, 658-663. Duodecim. Keuruu.
- Puumalainen (2011) Participation in community and political life of persons with severe disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research* 34, 4, 274-281.
- Puumalainen J, Härkäpää K, Järvikoski A (2014) Lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä Kelasta kuntoutuksen järjestäjänä. *Kuntoutus* 37, 2, 18-32.
- Rajavaara M (2008) Unohdettu ihminen? Asiakslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. *Kuntoutus* 31, 2, 43-47.
- Ryan RM, Lynch MF, Vansteenkiste M, Deci EL (2011) Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist* 39, 2, 193-260.
- Skempes D, Stucki G, Bickenbach J (2014) Health related rehabilitation and human rights: Analyzing States' obligations under the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Published Online: August 14, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.07.410>
- Stakes (2004) ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Oppaita ja luokituksia 4. Jyväskylä.
- Stanhope V, Barranger SL, Salzer MS, Marcus SC (2013) Examining the Relationship between Choice, Therapeutic Alliance and Outcomes in Mental Health Services. *Journal of Personalized Medicine* 3, 3, 191-202.
- STM (2002) Kuntoutusselonteko 2002: valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 6. Helsinki.
- Suikkanen A, Piirainen K (1995) Kuntoutuja kansalaisyhteisönä, kuluttajana ja asiakkaana. Teoksessa Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet. 29-48. WSOY. Juva.
- Thoits P (2011) Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 52, 2, 145-161.
- Uppal S (2006) Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. *Social Science and Medicine* 63, 2, 525-539.
- Valkonen J, Harju S (2005) Ihmisen arvoinen diili: tuettuna työllistymisen hankkeen toimeenpano ja tulokset. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 73. Helsinki.
- Viitanen E, Piirainen A (2013) Kuntoutuksen palvelujärjestelmä kuntoutujan näkökulmasta Teoksessa Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? 112-127. Kelan tutkimusosasto. Tampere.

MITEN TOIMINNANOHJAUSTA TULISI ARVIOIDA AIVOVAMMAN JÄLKEEN? KATSAUS KESKEISIIN PSYKOLOGISIIN KYSELYMITTAREIHIN

Johdanto

Traumaattinen aivovamma (traumatic brain injury, TBI) on aivovaurio, joka syntyy tapaturmaisesti päähän kohdistuvan ulkoisen voiman vaikutuksesta (Menon ym., 2010). Suomessa traumaattisen aivovamman saa vuosittain arviolta noin 15 000–20 000 henkilöä. Kuolinsyytilastoissa aivovamma on pääsyyntä noin 1000 henkilöllä vuosittain ja se on Suomessa alle 45-vuotiaiden aikuisten yleisin välitön kuolinsyy. Arviolta 100 000 henkilöä elää maassamme pysyvän ja oireilevan aivovamman jälkitilan kanssa (Käypä hoito, 2008). Aivovammat aiheuttavat merkittävää sosiaalista ja taloudellista rasitetta yhteiskunnalle muun muassa hoidon ja kuntoutuksen kustannuksien sekä menetetyt työvoiman takia. Aivovammojen aiheuttama oirekuva on usein moninainen. Niihin voi liittyä fyysisiä oireita ja kipuja mutta erityisesti kognitiivisia, emotionaalisia ja sosiaalisia häiriöitä, jotka voivat vaikeuttaa vammautuneen henkilön elämää huomattavasti (Lezak ym., 2012). Aivojen otsalohkoihin kohdistuneen aivovamman yleisenä seurauksena esiintyvänä tiedonkäsittelyn oireena ovat toiminnanohjauksen vaikeudet, kuten aloitekyvyn ja suunnittelu- ja organisoitokyvyn heikentyminen, toiminnan hitaus

ja juuttuvuus sekä vaikeudet arvioida omaa toimintaansa (Bennett ym., 2005; Stus, 2011a).

Toiminnanohjauksen neuropsykologiaa

Neuropsykologiselta näkökannalta toiminnanohjauksen käsite on vaikeasti määriteltävissä (Elliott, 2003), ja sitä käytetään sateenvarjokäsitteenä useille monimutkaisille kognitiivisille prosesseille. Yleisesti hyväksyttyä kokoavaa teoriaa toiminnanohjauksesta ei toistaiseksi ole olemassa (Miyake ym., 2000). Keskeisinä toiminnanohjauksen osa-alueina kirjallisuudessa pidetään kuitenkin joustavaa siirtymistä tehtävästä tai toiminnosta toiseen (shifting), oman toiminnan arviointia (monitoring) ja automaattisen vastaus- tai toimintatavan estämistä (inhibition). Lisäksi työmuisilla katsotaan olevan keskeinen merkitys toiminnanohjauksen kannalta (Rabbitt, 1997; Miyake ym., 2000). Stussin mukaan toiminnanohjauksen käsite voidaan jakaa neljään selkeästi määriteltävään osa-alueeseen, joiden taustalla on myös anatominen lokalisaatio (Cicerone ym., 2006; Stuss, 2011b). Nämä osa-alueet ovat 1) *toimintaa ohjaavat kognitiiviset funktiot (executive cognitive functions)*, joihin

kuuluvat toiminnan suunnittelu, organisointi ja toiminnan joustavuus, 2) *käyttäytymisen ja tunteiden säätely* (behavioral/emotional self-regulation), johon kuuluvat tunteiden säätely ja toiminnan syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen, 3) *aktiivisuuden säätely* (activation regulating functions, energization), johon liittyvät mm. aloitteisuus ja vireystila sekä 4) *metakognitiiviset prosessit* (metacognitive processes), jotka pitävät sisällään oiretiedotuksen ja episodisen muistin. Häiriöt toimintaa ohjaavissa kognitiivisissa funktioissa liittyvät etenkin etuotsalohkon sivu- ja yläosien (dorsolateraalisten) alueiden vaurioon, kun taas käyttäytymisen säätelyn häiriöiden taustalla on useimmiten etuotsalohkon sisä- ja alaosien (ventromediaalisten tai orbitofrontaalisten) alueiden vaurio. Vauriot otsalohkon sivu- ja sisäosissa (dorsomediaaliset alueet, ml. pihti-poimu) ja etukärjessä (frontopolaariset alueet) aiheuttavat puolestaan vaikeuksia aktiivisuustason säätelyssä ja metakognitiivisissa prosesseissa (Cicerone ym., 2006; Stuss, 2011b).

Vaikka toiminnanohjauksen käsitteen määrittelyssä on toisistaan eroavia näkemyksiä, on ilmeistä, että häiriötön toiminnanohjaus mahdollistaa henkilön suunnitelmallisen ja päämääräsuuntautuneen toiminnan. Lievätkin puutteet toiminnanohjauksessa voivat vaikeuttaa huomattavasti yksilön työssä, sosiaalisissa tilanteissa ja arjessa selviytymistä. Siten ne usein johtavat syrjäytymiseen sosiaalisista suhteista ja työelämään sekä yhteiskuntaan osallistumisesta ja alentavat elämänlaatua. Aivovamman seurauksena saaduista rajoitteista juuri toiminnanohjauksen vaikeuksien katsotaan eniten vaikeuttavan itsenäistä työhön paluuta ja arjessa osallistumista (Kennedy ym., 2008). Näin ollen toiminnanohjauksen vaikeuksien tarkka tunnistaminen ja niiden kuntouttaminen on sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta äärimmäisen tärkeää.

Toiminnanohjauksen on yleisesti todettu olevan yhteydessä aivojen otsalohkojen toimintaan, mutta sen yksittäisten osatoimintojen paikantaminen erityisille aivoalueille on osoittautunut vaikeaksi (Duncan & Owen, 2000; Funahashi & Andreau, 2013; Hsu ym., 2014). Liittyen aivoalueiden voimakkaaseen

konnektiivisuuteen on myös muiden kuin aivojen frontaalisten alueiden vaurioiden todettu tuottavan toiminnanohjauksen vaikeuksia (Stuss, 2011b). Otsalohkojen yhteydet muihin aivoalueisiin muodostavat erilaisia säätelypiirejä, joiden vammat eivät välttämättä näy otsalohkojen rakenteellisina vaurioina kuvanettaessa, mutta voivat silti tuottaa toiminnanohjauksen vaikeuksia (Sbordone, 2010). Aivokuvantamismenetelmien tuottaman tiedon perusteella onkin usein vaikeaa ennakoita tai arvioida mahdollisia häiriöitä toiminnanohjauksessa, mistä johtuen häiriöiden neuropsykologinen arvioiminen on edelleen avainasemassa.

Toiminnanohjauksen arvioinnin haasteita

Kun toiminnanohjauksen paikallistaminen fysiologisella tasolla on vaikeaa ja käsitteenmäärittely epätarkkaa, on sen arvioiminenkin monimutkaista. Yksikään yksittäinen testi ei riitä toiminnanohjauksen arvioimiseen, vaan se edellyttää useiden erilaisten menetelmien käyttöä (Phillips, 1997). Perinteisen neuropsykologisen testipatteriston menetelmät ovat osoittautuneet usein riittämättömiksi, sillä ne eivät tavoita toiminnanohjauksen vaikeuksien luonnetta arkielämän tilanteissa (Stuss & Benson, 1986). On hyvin mahdollista, että otsalohkovamman saanut henkilö voi suoriutua moitteettomasti neuropsykologisessa tutkimuksessa, jopa standardoiduissa toiminnanohjaukselta mittaavissa testeissä. Tästä huolimatta hänellä voi olla arkielämää suuresti haittaavia toiminnanohjauksellisia vaikeuksia (Stuss & Alexander, 2000; Lezak ym., 2012). Strukturoitu ja rauhallinen testaus-tilanne, jota neuropsykologi johtaa, ei edellytä potilaalta samanlaista oman toiminnan ohjaamista kuin arjen tilanteet, jotka voivat olla monimutkaisia, hälyisiä ja yllätyksellisiä. Lisäksi kognitiivisten testien ongelmana on, että ne pyrkivät erottelemaan monimutkaisia integroituja toimintoja irrallisiin osatekijöihin (Burgess, 1997). Tutkittava voi suoriutua erillisiä kognitiivisia osatoimintoja mittaavista testeistä tai testiosioista hyvin, mutta ei ky-

kenekään käyttämään taitojaan aloitteellisesti ja suunnitelmallisesti tai selviämään tilanteissa, joissa näiden toimintojen koordinoitua tarvitaan. Testisuoriutumisen merkityksensä on myös vamman sijainnilla: perinteiset neuropsykologiset testit ovat herkempiä dorsolateraalisen etuoslohkon vammojen aiheuttamille toiminnanohjauksen vaikeuksille, jotka näkyvät esimerkiksi tarkkaavuuden suuntaamisen, tavoitteiden asettelun ja suunnittelun vaikeuksina, kuin orbitofrontaalialueen vammojen usein tuottamille käyttäytymisen säätelyn ja arjen päätöksenteon vaikeuksille (Cicerone ym., 2006; Stuss, 2011b).

Aivovamman saaneiden henkilöiden toiminnanohjauksen arvioiminen neuropsykologisin testimenetelmin voi näin ollen tuottaa väärienlaisen käsityksen henkilön toiminnanohjauksen tilanteesta. Voidaan ajatella myös esimerkiksi kuntoutustarpeen arvioimisen olevan harhaanjohtavaa, jos arviointi tapahtuu ainoastaan neuropsykologisen testisuoriutumisen perusteella. On mahdollista todeta ikäodotusten mukaisen testisuoriutumisen perusteella, ettei tarvetta neuropsykologiselle kuntoutukselle ole, vaikka henkilön arkea haittaisivat huomattavat toiminnanohjauksen vaikeudet. Myös aivovamman saaneen henkilön työelämässä toimimista tai etuuksia ja korvauksia koskevia päätöksiä saatetaan tehdä hänen kannaltaan epäoikeudenmukaisesti, jos ne pohjautuvat vain neuropsykologisen testisuoriutumisen tuloksiin (Sbordone, 2010).

Toiminnanohjauksen häiriöiden vaikea todennettavuus asettaa haasteen myös kuntoutuksen suunnittelun ja tavoitteiden asettelun näkökulmasta. Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälinen toimintakykyluokitus ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) korostaa henkilön toimintaa ja osallisuutta yhteiskunnassa ja jokapäiväisessä elämässä (WHO, 2013). Myös Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemian (2008) laatimassa konsensuslausumassa *Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus* todetaan, että kuntoutuksen on vastattava kuntoutujan arjen tarpeisiin ja kuntoutuksessa harjoiteltuja asioita olisi voitava soveltaa arjen tilanteisiin. Näin kuntou-

tukselle asettuu vaatimuksia, jotka liittyvät yksilön parempaan arjessa selviytymiseen, itsenäisyyteen ja osallisuuteen. Jotta näihin vaatimuksiin päästään vastaamaan, on tärkeää saada realistinen ja luotettava käsitys henkilön toiminnasta arjessa ja siitä, miten toiminnanohjauksen vaikeudet haittaavat jokapäiväistä elämää. Oletettavasti parasta tietoa voitaisiin saada observoimalla henkilöä kotitai työympäristössä tai suorittamassa tehtäviä, jotka liittyvät jokapäiväisessä elämässä suoriutumiseen, kuten ostosten tekemiseen. Käytännössä tällaisten observointien sisällyttäminen neuropsykologin työhön olisi hankalaa mm. aikataullisista syistä. Siksi kuntoutuksen perustaksi tarvitaan mittareita, joilla toiminnanohjauksen arkea haittaavat vaikeudet voidaan muilla keinoin saada näkyviksi ja joiden pohjalta kuntoutusta voidaan suunnitella ja kohdentaa niin, että se vastaa kuntoutujan arjen tarpeisiin.

Mittareita tarvitaan myös kuntoutuksen käynnistyttyä sen tuottamien muutosten seuraamiseen ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioimiseen. Kuntoutusta rahoittavat tahot edellyttävät lisääntyvästi vaikuttavuuden osoittamista. Suomessa Kansaneläkelaitos on aloittanut vuonna 2011 Goal Attainment Scaling (GAS) -menetelmän asteittaisen käyttöönoton kustantamassaan kuntoutuksessa (Autti-Rämö ym., 2010). Tavoitteena on luoda Suomeen yleisesti käytössä oleva menetelmä kuntoutuksen vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointiin. GAS on 1960-luvulla USA:ssa psykologi Thomas Kiresukin ja tilastotieteilijä Robert E. Shermanin alun perin mielenterveyspotilaiden kuntoutuksen arviointiin kehittämä menetelmä, jonka avulla voidaan määritellä kuntoutujan tavoitteet ja tilastollisia menetelmiä hyväksi käyttäen tarkastella tavoitteiden toteutumista. Tavoitteiden tulisi olla tarkasti määriteltyjä, mitattavissa ja saavutettavissa olevia, realistisia ja kuntoutujan kannalta merkityksellisiä sekä mahdollisia aikatauluttaa. Aivovamman jälkeisten toiminnanohjauksen vaikeuksien kuntoutuksen tavoitteiden määrittely ja muutoksen indikaattoreiden valinta ja mitattavaksi tekeminen ei kuitenkaan ole aina käytännössä

ongelmatonta. Tutkimuksissa on todettu, että toiminnanohjaukseen kohdistuvien kuntoutusinterventioiden vaikutukset ovat paremmin todettavissa henkilön aktiivisuuden ja arkielämään osallistumisen perusteella kuin standardoidun testisuoriutumisen kohentumisena (Kennedy ym., 2008). Ongelmana voi kuitenkin olla näiden arjessa tapahtuvien muutosten mitattavaksi tekeminen.

Kyselymittari toiminnanohjauksen arvioinnissa

Jotta toiminnanohjauksen vaikeudet arjessa saataisiin näkyviksi, on kehitetty erilaisia toiminnanohjausta arvioivia kyselyitä. Kyselylomakkeilla voidaan ajatella saatavan neuropsykologista testisuoriutumista paremmin arkitodellisuutta vastaavaa, ekologisesti validimpaa tietoa toiminnanohjauksesta. On kuitenkin huomioitava, että aivovamman seurauksena henkilön itsearviointikyky ja oiretiedostus voi olla heikentynyt; henkilö voi esimerkiksi arvioida toiminnanohjauksensa vaikeudet vähäisiksi, koska ei ole tietoinen niissä tapahtuneista muutoksista (Burgess ym., 1998). Siksi on tärkeää ottaa huomioon myös omaisen tai läheisen näkökulma toiminnanohjausta arvioidessa, ja potilaan toiminnanohjauksen kyselyn rinnalla tulisi olla käytettävissä myös omaisen versio. Omaisen voidaan ajatella pystyvän realistisemmin arvioimaan henkilön arjessa näkyviä toiminnanohjauksen vaikeuksia erityisesti, jos hän on ollut läheisesti tekemisissä potilaan kanssa pitkään. Omaisen arviointi voi toimia empiirisenä perustana, jota vasten voidaan peilata tutkittavan henkilön oiretiedostuksen tilannetta ja tasoa (Roth ym., 2005) ja toisaalta saada luotettavaa tietoa arjen vaikeuksista. Kirjallisuudessa yleisimmin esiintyvät aikuisten toiminnanohjausta arvioivat kyselymittarit ovat Behavior Rating Inventory of Executive Function - Adult Version (BRIEF-A), Dysexecutive Questionnaire (DEX) ja Frontal Systems Behaviour Scale (FrSBe).

Katsauksen tavoite

Tämän katsauksen tarkoituksena on koota

ja arvioida olemassa olevaa tietoa aivovamman jälkeisen toiminnanohjauksen arviointiin käytettävistä aikuisten kyselylomakkeista sekä pohtia niiden käytettävyyttä neuropsykologin kliinisessä työssä. Katsauksessa keskitytään kahteen keskeiseen aikuisille suunnattuun toiminnanohjauksen kyselymittariin: DEX- ja BRIEF-A-mittareihin. Molemmat ovat kansainvälisesti tunnettuja ja käytettyjä mittareita, jotka on suunniteltu erityisesti toiminnanohjauksen arviointiin. Molemmat kyselymittarit on käännetty suomeksi, mutta niiden käyttö ei toistaiseksi ole laajasti jalkautunut kliiniseen neuropsykologin työhön Suomessa. Sekä BRIEF-A:sta että DEX:stä on olemassa myös lasten versiot BRIEF ja DEX-C.

Menetelmät

Katsausta varten tehtiin systemaattiset kirjallisuushaut PsycInfo- ja Academic Search Elite -tietokannoista. BRIEF-A:n osalta haku tehtiin hakusanalla ”behavior rating inventory of executive function adult version AND traumatic brain injury”. Haku tehtiin BRIEF-A:n julkaisun jälkeisille vuosille 2005–2014 ja se tuotti 18 hakutulosta PsycInfo- ja 2 hakutulosta Academic Search Elite -tietokannoissa. DEX:n osalta haku tehtiin julkaisun jälkeisille vuosille hakusanalla ”dysexecutive questionnaire AND traumatic brain injury” vuosille 1996–2014 ja se tuotti 90 tulosta PsycInfo- ja 10 tulosta Academic Search Elite -tietokannoissa. Kaikki löydettyt artikkelit olivat tieteellisen vertaisarvioinnin läpikäyneitä.

Koska tarkoituksena on arvioida mittareiden toimivuutta nimenomaan traumaattisen aivovamman saaneilla henkilöillä, hakuja ei tehty käyttämällä yksittäisinä asiasanoina mittareiden nimiä. Hakujen tuloksena saaduista artikkeleista rajattiin katsauksen ulkopuolelle tutkimukset, jotka oli tehty kokonaan muilla mittareilla, lapsilla tai nuorilla (koko aineiston ikä < 18 vuotta), muilla neurologisilla ryhmillä kuin traumaattisilla aivovammoilla tai lievän aivovamman saaneilla. Lisäksi tapautkimukset suljettiin pois. Mukaan käsitelyyn otettiin tutkimukset, joissa oli mukana sekä traumaattisen aivovamman saaneita et-

tä muusta neurologisesta sairaudesta kärsiviä potilaita, sillä puhtaasti traumaattisen aivovamman saaneiden aineistoilla tehtyjä tutkimuksia on hyvin vähän.

Näiden rajausten kautta tarkasteluun valikoitui lopulta 25 artikkelia (taulukko 1 ja taulukko 2). Lisäksi mukaan otettiin kokonaisperspektiivin luomiseksi mittareiden käsitteet. Analyysivaiheessa tutkimusten sisällöt käytiin läpi jaotellen niistä saatuja tuloksia seuraavien otsikoiden alle: *reliabiliteetti, validiteetti, faktorirakenne, normit, erot potilaiden ja omaisten arvioissa ja yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen*. Reliabiliteetin osalta käsittely on rajattu sisäisen yhtenevyyden tarkasteluun. Tutkimukset eivät ole toistensa kanssa suoraan yhteismitallisia tutkimusasetelmien ja -kysymysten vaihdellessa. Näin ollen kaikista tutkimuksista ei ole saatu tietoja kaikkien mainittujen otsikoiden alle.

Tulokset

Dysexecutive Questionnaire (DEX)

DEX (Wilson ym., 1996) on ensimmäinen standardoitu kyselymittari, joka suunniteltiin mittaamaan neuropatologian tuottamia muutoksia toiminnanohjauksessa. Se on osa Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) -patteristoa, joka koostuu kuudesta kognitiivisesta testistä, joiden tavoitteena on ennustaa toiminnanohjauksen vaikeuksien tuottamia arjessa selviytymisen haasteita. Testiosiot jäljittelevät erilaisia arjen toimintoja: niissä mitataan käytännölläheisillä tehtävillä kykyä arvioida tilanteiden kestoa (Temporal Judgement), vaihtaa toimintamallia (Rule Shift Cards), ratkaista ongelmia (Action Program), muodostaa toimintastrategioita (Key Search), suunnitella (Zoo Map) sekä jaksottaa ja monitoroida omaa toimintaa (Modified Six Elements). DEX on testiosioita täydentävä, 20 osiota sisältävä kyselylomake, jota ei sisällytetä mukaan suoritusprofiilia laskettaessa. DEX sisältää sekä potilaan (DEX-Self, DEX-S) että omaisen tai läheisen kyselylomakkeet (DEX-Informant, DEX-I). DEX:n osioiden ajatellaan mittaavan abstraktin ajattelun vaikeutta, impulsiivisuutta, konfabulaa-

tiota, toiminnan suunnittelun vaikeuksia, euforisuutta, ajan jäsenystä, oiretiedostuksen puutetta, apatiaa, inhibition vaikeutta, impulssikontrollin heikkoutta, vaikeutta näyttää tunteita, aggressiota, kiinnostuksen puutetta, juuttuvuutta, levottomuutta, tiedon ja toiminnan ristiriitaa, häiriöherkkyyttä, päättämättömyyttä ja sosiaalisten sääntöjen noudattamisen vaikeutta. Arviointi tehdään viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = ei koskaan, 2 = silloin tällöin, 3 = joskus, 4 = melko usein, 5 = hyvin usein).

Faktorirakenne. DEX-mittarilla tehdyissä laajoissa tutkimuksissa (Burgess ym. 1998; Chan, 2008; Chaytor ym. 2007; Bodenbun & Dopsloff, 2008), joihin on osallistunut terveitä henkilöitä (n = 216) ja neurologisia potilaita (n = 46–191), on DEX-pisteiden raportoitu jakautuvan vaihtelevasti 3–5 faktoriin, joita ovat mm. käyttäytymisen inhibitio (behavioural inhibition), toiminnan tavoitteellisuus (intentionality, goal-directed behavior), työmuisti (executive memory), tunnetila (emotion, positive/negative affect), levottomuus (agitation/hyperactivity, excitability), oiretiedostuksen puute (lack of awareness) ja sosiaalinen säätely (social regulation, regard for social standards). Tuoreimmassa ja tähän asti laajimmassa (363 henkilöä, joista aivovammapotilaita 248) tutkimuksessa (Simblett & Bateman, 2011) tarkasteltiin DEX:n faktorirakennetta psykometrisen Rasch-analyysin avulla ja esitettiin, että DEX-pisteet voidaan jaotella kolmeen, Stussin otsalohkotoiminnan jaoteltua seuraavaan osa-asteikkoon: *toimintaa ohjaava kognitio, käyttäytymisen ja tunteiden säätely ja metakognitio*.

Reliabiliteetti. DEX suunniteltiin alun perin kvalitatiiviseksi mittariksi, eikä BADS:n käsikirjassa ole esitetty reliabiliteettitietoja DEX:lle (Wilson ym., 1996). Myöhemmin DEX:iä on alettu käyttää myös kvantitatiivisena työkaluna ja sen psykometriikkaa on tutkittu. Puhtaasti aivovamman saaneiden aineistoilla tai etiologialtaan erilaisia neuropatologioita sisältävillä aineistoilla tehdyissä tutkimuksissa DEX:n reliabiliteetti on todettu hyväksi tai erinomaiseksi. Bennett ym. (2005a) totesivat aivovammapotilaiden aineistolla (n

Taulukko 1. Katsauksessa mukana olevat DEX-menetelmää käsittelevät artikkelit

| Tutkimus | Diagnostinen ryhmä (ikä / keskiarvo) | N | Pääasiallinen tutkimuskohde |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|
| Barker ym. 2011 | Neurologinen sekaryhmä (35,6) | N = 60, joista aivovamma = 57 | Reliabiliteetti |
| Bayen ym. 2013 Bennett ym. 2005a | Aivovamma (42) Aivovamma (32,72) | N = 66 N = 64 | Validiteetti Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen, reliabiliteetti |
| Bennett ym. 2005b | Aivovamma (32,72) | N = 64 | Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |
| Bodenburg & Dopsloff 2008 | Neurologinen sekaryhmä (42,5) | N = 191 | Faktorirakenne, normit |
| Boelen ym. 2009 | Aivovamma (47,84) | N = 81 | Validiteetti, erot potilaiden ja omaisten arvioissa, yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |
| Burgess ym. 1998 | Neurologinen sekaryhmä (38,5) | N = 92, joista aivovamma = 52 | Faktorirakenne, validiteetti, erot potilaiden ja omaisten arvioissa, yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |
| Chan & Bode 2008 | Aivovamma (37,6) | N = 92 | Faktorirakenne, erot potilaiden ja omaisten arvioissa |
| Chaytor ym. 2006 | Neurologinen sekaryhmä (40,87) | N = 46, aivovamma = 12 | Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |
| Chaytor & Edgecombe 2007 | Neurologinen sekaryhmä (40,87) | N = 46 omaiset | Faktorirakenne |
| Hart ym. 2005 | Aivovamma (34,4) | N = 36 | Validiteti, erot potilaiden ja omaisten arvioissa |
| Jourdan ym. 2013 | Aivovamma (42) | N = 134 | Validiteetti |
| Levine ym. 2011 | Aivovamma, Goal Management Therapy-ryhmä (48,91), Brain Health Workshop-ryhmä (49,25) | N = 19, joista aivovamma = 4 | Kuntoutuksen vaikuttavuus |
| McBrinn ym. 2008 | Neurologinen sekaryhmä (keskiarvoa ei ilmoitettu, 18-65 -vuotiaita) | N = 54 | Erot potilaiden ja omaisten arvioissa |
| Norris & Tate 2000 | Neurologinen sekaryhmä (39,36) | N = 36, joista aivovamma = 19 | Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |
| Simblett & Bateman 2011 | Neurologinen sekaryhmä (37) | N = 363, joista aivovamma = 248 | Faktorirakenne |
| Wilson ym. 1998 | Neurologinen sekaryhmä (46,6) | N = 78 | Erot potilaiden ja omaisten arvioissa, yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |
| Wood & Lioffi 2006 | Aivovamma (33,86) | N = 59 | Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |

Taulukko 2. Katsauksessa mukana olevat BRIEF-A-menetelmää käsittelevät artikkelit

| Tutkimus | Diagnostinen ryhmä | N | Pääasiallinen tutkimuskohde |
|------------------------|---|-------------------------------|--|
| García-Molina ym. 2012 | Aivovamma (30,73) | N = 32 | Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen, erot potilaiden ja omaisten arvioissa, normit |
| Kim ym. 2013 | Aivovamma (mediaani-ikä 44) | N = 13 | Erot potilaiden ja omaisten arvioissa |
| Løvstad ym. 2012 | Aivovamma, orbitofrontaalivamma (47,1), lateraalinen prefrontaalivamma (42,9) | N = 24 | Erot potilaiden ja omaisten arvioissa, yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen, |
| Matheson 2010 | Aivovamma (ei ilmoitettu) | N = 62 | Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen, erot potilaiden ja omaisten arvioissa |
| Ragsdale ym. 2013 | Aivovamma (35,48) | N = 96, joista aivovamma = 40 | Validiteetti |
| Sbordone 2010 | Kriittinen arviointi, ei tutkimusryhmää | - | Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen |
| Waid-Ebbs ym. 2012 | Aivovamma (38,2) | N = 89 | Reliabiliteetti, normit |

= 64) DEX:n sisäisen yhtenevyyden vaihtelevan välillä 0.92 - 0.95 niin potilaiden, omaisten kuin terapeuttien täyttämässä kyselyissä. Myös Bodenburg ja Dopsflaff (2008) raportoivat mittarin sisäisen yhtenevyyden hyväksi (Cronbachin alfa = 0.85) tutkimuksessa, jossa he selvittivät DEX:n psykometriikkaa aivovamman saaneiden aineistolla (n = 191). Samoin Barker ym. (2011) totesivat sekä DEX-S:n että DEX-I:n sisäisen yhtenevyyden olevan erinomainen (Cronbachin alfa = 0.92 ja 0.93) tutkimuksessa, jossa vertailtiin etiologialtaan erilaisten neurologisten potilaiden (n = 60) ja heidän omaistensa tai hoitajiensa aineistossa vastaajien välistä johdonmukaisuutta.

Validiteetti. Burgess ym. (1998) ja Boelen ym. (2009) totesivat tutkimuksissaan neurologisilla potilailla (n = 92 ja n = 81) ja terveillä verrokeilla (n = 216 ja n = 57) neurologisten potilaiden DEX-pistemäärät tilastollisesti merkitsevästi korkeammiksi kuin verrokeiden. DEX:n ennustevaliditeettia ei ole tutkittu paljon eivätkä tulokset sen suhteen ole kovin selkeitä. Eräissä aivovammapotilaiden (n = 66) tutkimuksessa, jossa selvitettiin, mitkä tekijät

ennustivat aivovamman vaikeusastetta ja työhön paluuta vuosi vammautumisen jälkeen, DEX-I:n ei havaittu ennustavan näitä tekijöitä (Jourdan ym., 2013). Samasta aineistosta tehdyssä toisessa tutkimuksessa todettiin kuitenkin DEX:llä mitattujen toiminnanohjauksen vaikeuksien korreloivan merkitsevästi omaisen suurempana koetun rasittuneisuuden kanssa vuosi vammautumisen jälkeen (Bayen ym., 2013). Muista toiminnanohjausta koskevista kyselylomakkeista DEX:n on todettu korreloivan BRIEF-A:n (Roth ym. 2005) ja Brock Adaptive Functioning Questionnaire (Chaytor & Schmitter-Edgecombe, 2007) kanssa.

Normit. DEX:llä ei ole alunperin standardeoituja normeja, eikä sen pistemäärälle ole esitetty raja-arvoa, joka erottelisi normaalin tuloksen epänormaalista tuloksesta. On kuitenkin esitetty persenttiilit, jotka perustuvat BADS:n kehittäessä käytettyyn otokseen (216 normaaliväestön henkilöä ja 78 neurologista potilasta, joista 59 % aivovamman saaneita). Bodenburg ja Dopsflaff (2008) muodostivat tutkimuksensa pohjalta DEX:n kvartaali-

rajat, joiden avulla voidaan arvioida toiminnanohjauksen vaikeuksien astetta kliinisessä työssä. Nämä rajat ovat 25 % (20 pistettä) = lievä, 50 % (28 pistettä) = keskivahva ja 75 % (36 pistettä) = vahva. Kvartaalirajat laskettiin myös jokaiselle osa-asteikolle erikseen. Kliinisen käytön kannalta on hyvä huomioida, että pelkän DEX- kokonaispistemäärän käyttäminen voi kadottaa tietoa, jota saataisiin tarkastelemalla jokaista faktoria erikseen. Chanin ja Boden (2008) tutkimuksessa todettiin, että vaikka potilaan ja omaisen arvioiden keskimääräinen kokonaispistemäärä oli suurin piirtein sama, potilaat ja omaiset olivat arvioineet eri osioita eri tavoin. Näin ollen voidaan sanoa, että pelkän kokonaispistemäärän perusteella tehdyt DEX-arviot voivat olla harhaanjohtavia, eivätkä kokonaispistemäärältään samansuuruiset arviot todellisuudessa ole välttämättä sisällöllisesti tai laadullisesti yhteneväisiä. Tämän perusteella voidaan ajatella, että kliinisessä käytössä on parempi tarkastella DEX:n faktoreita erillisinä kuin kokonaispistemäärää johtopäätöksiä tehtäessä.

Erot potilaiden itsearvioissa ja omaisen arvioissa. Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaan ja omaisen arviot toiminnanohjauksesta DEX:llä arvioituna eivät ole yhteneväisiä. Tulokset ovat pääasiassa olleet linjassa sen oletuksen kanssa, että aivovamman saaneet arvioivat itsellään olevan vähemmän ja laadultaan lievempiä toiminnanohjauksen pulmia verrattuna omaisten arvioihin, johtuen puutteellisesta oiretiedostuksesta (Wilson ym., 1998; Burgess ym., 1998; Hart ym., 2005; McBrinn ym., 2008, Barker ym., 2011). Kuitenkin aiemmista poiketen Chanin (2008) ja Boelen ym:iden (2009) tutkimuksessa ei todettu tilastollisesti merkitseviä eroja DEX-S- ja DEX-I-arvioiden välillä. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta olevan perusteltua käyttää aina omaisen arviota itsearviointin rinnalla. DEX-S:n ja DEX-I:n erojen perusteella voidaan saada tietoa potilaan oiretiedostuksesta ja sen muutoksista.

Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen. BADS:n validointitutkimuksen yhteydessä (Wilson ym., 1998), joka tehtiin sekakoosteisella neuropatologioiden ryhmällä (n = 78,

aivovamman saaneiden osuus 59 %) todettiin DEX-I:n korreloivan tilastollisesti merkitsevästi negatiivisesti kaikkien BADS:n osatestien kanssa (vaihdellen välillä -.31 ja -.46) sekä kokonaispistemäärän kanssa (-.62). Tämän tuloksen replikoiminen on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi siitä huolimatta, että BADS:n testien on ajateltu olevan vähemmän strukturoituja ja ekologisesti validimpia moniin muihin neuropsykologisiin testeihin nähden. Tutkimuksissa on löydetty joko matalia tai ei lainkaan korrelaatioita DEX-S:n ja DEX-I:n ja BADS:n pistemäärien välillä: Norris ja Tate (2000) totesivat tutkimuksessaan neurologisella sekaryhmällä (n = 36) ainoastaan Zoo Map -testin korreloivan DEX-I:n kanssa. Wood ja Lioffi (2006) eivät puolestaan löytäneet lainkaan tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita BADS-osatestien (Zoo Map ja Key Search) ja DEX-I:n välillä vaikean aivovamman saaneilla potilailla (n = 59). Bennettin ym:iden (2005) aivovammapotilaiden (n = 64) tutkimuksessa, jossa DEX:n täyttivät potilaiden kanssa työskennelleet neuropsykologit, sen sijaan löydettiin melko pienet mutta tilastollisesti merkitsevät negatiiviset korrelaatiot (välillä -.32 ja -.37) niin BADS:in osatestien (Rule Shift- Action Program- ja Modifies Six Elements) kuin kokonaispistemäärän ja DEX-I:n välillä. Boelen ym:iden (2009) tutkimuksessa neurologisella sekaryhmällä (n = 81) sen sijaan ainoastaan Rule Shift -testi korreloi tilastollisesti merkitsevästi sekä DEX-S:n että DEX-I:n kanssa. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että BADS-osatestien kyky ennustaa arjen toiminnanohjauksen vaikeuksia aivovamman saaneilla on vähintäänkin rajattu.

DEX-I:n ja muiden yleisesti käytössä olevien toiminnanohjauksen kognitiivisten mitareiden korrelaatioista on myös saatu vaihtelevia tuloksia. Burgessin ym:iden (1998) tutkimuksessa DEX-I korreloi tilastollisesti merkitsevästi kaikkiin tutkimuksessa käytettyihin toiminnanohjausta, yleistä älykkyyttä, visuaalista hahmottamista ja kieltä mittaaviin kognitiivisiin testeihin (mm. Modified Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, Wechsler Adult Intelligence Scale Revised [WAIS-R], Vi-

sual Object and Space Perception Battery ja Verbal Fluency Test). Ainoastaan muistites-tisuoriutumisen (Recognition Memory Test ja Rivermead Behavioural Memory Test) ja DEX-I:n välillä ei havaittu merkitseviä korrelaatioita. Myös Bennettin ym:iden (2005) tutkimuksessa todettiin useiden kognitiivisten testien korreloivan maltillisesti neuropsykologin täyttämän DEX-I:n kanssa. Selkeimmät yhteydet havaittiin suunnittelua, päättelyä, arviointia ja joustavuutta mittaavissa testeissä (Porteus Maze Test, Wisconsin Card Sorting Test, Cognitive Estimation Test, Revised Tinker Toy Test), joskin kahden testin kohdalla (Trail Making Test, Controlled Oral Word Association Test) ei korrelaatioita havaittu lainkaan. Chaytorin ym:iden (2006) neurologisilla potilailla (n = 46, aivovammapotilaita 12) tehdyssä tutkimuksessa DEX-I korreloi käytetystä neljästä eksekutiivisesta testistä merkitsevästi ainoastaan yhden (Stroop Color and Word Test, $r = .35$) kanssa, ja Boelen ym:iden (2009) tutkimuksessa (n = 81, aivovammapotilaita 34) samoin yhden (Tower of London) kanssa. Koska kirjallisuuden perusteella on arvioitu, että omaisen arvio potilaan toiminnanohjauksesta on luotettavampi kuin itsearvio, osassa tutkimuksista ei ole verrattu lainkaan DEX-S:n ja kognitiivisten testien välisiä korrelaatioita. Burgessin (1998) tutkimuksessa ei yhtä muistitestiä (Recognition Memory Test) lukuun ottamatta DEX-S:n ja neuropsykologisten testien välillä löydetty lainkaan tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita ja Boelen ym:iden (2009) tutkimuksessa löytyi korrelaatio ainoastaan Tower of London-testin ja DEX-S:n välillä. Tämä viittaa siihen, että yhteys toiminnanohjauksen itsearviointin ja testipohjaisen arvioinnin välillä on heikko. Kyselylomake tavoittaa toiminnanohjauksen vaikeuksien emotionaaliset ja sosiaaliset aspektit, kun taas toiminnanohjauksen neuropsykologiset testit tavoittavat toiminnanohjauksen kognitiivisen puolen.

Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult Version (BRIEF-A)

BRIEF-A (Roth ym., 2005) on standardoitu itsearviointimittari, jonka avulla saadaan tietoa

aikuisten toiminnanohjauksesta arkielämän tilanteissa. Mittari on tarkoitettu 18–90-vuotiaiden aikuisten täytettäväksi. Sitä voivat käyttää myös henkilöt, joilla on erilaisia kehityksellisiä erityisvaikeuksia ja neurologisia tai psykiatrisia sairauksia. BRIEF-A:han kuuluu rinnakkainen omaisen arviointilomake. Mittarin 70 osiota on jaettu yhdeksälle skaalalle: *inhibitio* (inhibiton), *toiminnan joustavuus* (*shift*), *tunteiden hallinta* (emotional control), *itsearviointi* (self-monitor), *aloitteisuus* (initiate), *työmuisti* (working memory), *suunnittelu ja organisointi* (plan/organize), *tavoitteellisuus* (task monitor) ja *materiaalien organisointi* (organization of materials). Näistä muodostuu kaksi osa-asteikkoa: *käyttäytymisen säätely* (Behavioral Regulation Index, BRI) ja *metakognitio* (Metacognition Index, MI). Osa-asteikot yhdessä muodostavat mittarin kokonaisasteikon (Global Executive Composite, GEC). Lisäksi viisi osiota on suunniteltu mittaamaan vastaustavan epäjohtomukaisuutta ja negatiivisuutta. Osioiden arvioinnissa käytetään käyttäytymisen yleisyyttä arvioivaa kolmiportaista skaalaa (1 = ei koskaan, 2 = joskus, 3 = usein).

BRIEF-A:n kehittälyssä päädyttiin kahden faktorin rakenteeseen etiologialtaan erilaisen neuropatologioiden sekaryhmän otoksella (Roth ym., 2005). Myöhemmin Waid-Ebbs ym. (2012) totesivat konfirmatorisen faktorianalyysin perusteella kahden faktorin mallin pätevän yhtä hyvin myös puhtaasti aivovamman saaneiden aineistossa tunnuslukujen vaihdellessa välillä .91 - .95.

Reliabiliteetti. BRIEF-A on kansainvälisesti tunnettu ja myös laajasti tutkimustyössä käytetty mittari, jonka perustana on aiemmin kehitetty lasten mittari BRIEF. Käsikirjassa on raportoitu BRIEF-A:n itsearviointimittarin sisäisen johdonmukaisuuden olevan hyvä terveiden henkilöiden normitusaineistolla mitattuna (GEC $\alpha = .96$, BRI $\alpha = .93$, MI $\alpha = .94$). Korkeammat kertoimet saatiin otoksella, jossa oli mukana terveitä aikuisia ja aikuisia, joilla oli etiologialtaan erilaisia neuropatologioita (GEC $\alpha = .98$, BRI $\alpha = .96$, MI $\alpha = .97$). Omaisen lomakkeen sisäinen yhteneväisyys todettiin myös hyväksi normiaineistossa ($\alpha = .95$).

- .98). BRIEF-A:n psykometriikasta on vain vähän tutkimustietoa puhtaasti aivovammapotilaiden aineistoista. Waid-Ebbs ym. (2012) ovat ensimmäisinä tutkineet sopiiko BRIEF-A käytettäväksi aivovamman saaneiden toiminnanohjauksen arviointiin. Tutkimuksessa BRIEF-A:n sisäinen yhteneväisyys todettiin korkeaksi (BRI $\alpha = .94$ ja MI $\alpha = .96$). Waid-Ebbsin aineisto oli melko suuri ($n = 89$) ja tulokset tukevat käsitystä siitä, että BRIEF-A olisi psykometriikaltaan turvallinen mittari myös aivovamma-aineistossa. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimustietoa, jotta vahvempien johdopäätösten tekeminen olisi mahdollista. Esimerkiksi joidenkin osioiden (esim. motorinen levottomuus) sopivuus toiminnanohjauksen arviointiin aivovamman saaneilla jäi tutkimuksen jälkeen vielä epävarmaksi.

Validiteetti. BRIEF-A:n validointitutkimuksessa todettiin sen korreloivan kauttaaltaan tai osittain muiden toiminnanohjausta kartoittavien mittareiden (DEX, Frontal Systems Behavior Scale, Cognitive Failures Questionnaire) kanssa tilastollisesti merkitsevästi (Roth ym., 2005). Myöhemmin Løvstadin ym.:iden (2012) tutkimuksessa BRIEF-A:n havaittiin korreloivan voimakkaasti yleisen oirekyselyn (Symptom Checklist-90) kanssa. Alkuperäisen validointitutkimuksen yhteydessä todettiin BRIEF-A:n tuottavan raja-arvon ylittäviä kokonaispistemääriä erilaisissa neurologisissa diagnoosiryhmissä, joihin voi liittyä toiminnanohjauksen vaikeuksia (ADHD, Alzheimerin tauti, MS-tauti ja traumaattinen aivovamma). Ragsdale ym. (2013) tutkivat posttraumaattisesta oireyhtymästä kärsiviä sotaveteraaneja mutta eivät havainneet BRIEF-A-pisteissä eroa aivovamman saaneiden ja vammautumattomien veteraanien välillä. Sen sijaan posttraumaattista stressireaktiota kartoittavassa kyselyssä aivovamman saaneiden veteraanien pisteet olivat vammattomia korkeammat. BRIEF-A:n kehittäjät toteavat käsikirjassaan, että BRIEF-A ei ole tarkoitettu diagnostiseksi välineeksi yksittäisenä mittarina käytettynä (Roth ym., 2005).

Normit. BRIEF-A:n normitusotos koostui 1196 Yhdysvaltojen normaaliväestön henkilöstä, jotka täyttivät itsearviointilomakkeen,

ja 1215 henkilöstä, jotka täyttivät omaisversion. Analyysien perusteella todettiin tarve eri ikäryhmien erillisille normeille, mutta sukupuolella ei ollut merkitystä normien kannalta. BRIEF-A:n käsikirjasta löytyvät normitiedot eri ikäryhmille (18–90-vuotta). Osa-asteikkojen ja koko mittarin raakapisteeset muutetaan ns. T-lukuarvoiksi, joiden voidaan tulkita viittaavan normaalista poikkeavaan toiminnanohjaukseen, mikäli arvo on ≥ 65 . Tuloksia tulkittaessa on suositeltavaa laskea ja tarkastella skaalojen ja osa-asteikkojen arvoja erikseen eikä ainoastaan koko mittarin kokonaisarvoa. On todettu, että vaikka koko mittarin T-lukuarvo jäisi alle 65:n, mittarin eri skaaloilla ja osa-asteikoissa voi kuitenkin tulla esiin normaalivaihtelusta poikkeavia tuloksia, mikä kertoo vaikeuksista tietyillä toiminnanohjauksen osa-alueilla (García-Molina ym., 2012; Waid-Ebbs ym., 2012). Pelkän kokonaisarvon tarkastelu voi kadottaa kliinisesti merkittävää informaatiota. Waid-Ebbs ym. (2012) ovat ehdottaneet, että pistemäärien perusteella voitaisiin määrittää kykytaso, joka auttaisi häiriön asteen määrittelyssä. Tutkimuksen perusteella osa-asteikkojen tulokset jakoivat henkilöt viiteen kykytasoon, jotka ovat erinomainen, normaali, lievästi heikentynyt, keskivaikeasti heikentynyt ja vaikeasti heikentynyt. Kliinisessä työssä potilaiden kanssa tämä tasomäärittely voi olla paljon informatiivisempi kuin pelkän raja-arvon mukaan määritelty normaali vs. epänormaali tulos -jaottelu.

Erot potilaiden itsearvioissa ja omaisten arvioissa. Useissa tutkimuksissa on havaittu potilaan ja omaisten arvioiden korreloivan toistensa kanssa vähintään joidenkin skaalojen osalta. Kimin ym.:iden (2013) tutkimuksessa ($n = 13$) vaikean aivovamman saaneiden henkilöiden ja heidän omaistensa arviot tavoitteellisuusskaalalla (task monitoring) korreloivat toistensa kanssa. Løvstadin ym.:iden (2012) ja García-Molinan ym.:iden (2012) tutkimuksissa ($n = 24$ ja $n = 32$) ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja itsearvioinnin ja omaisen arvion välillä. Tulokset poikkeavat siitä oletuksesta, että potilaat arvioisivat toiminnanohjauksensa vahvemmasi omaisiin verrattuna. On mahdollista, että BRIEF-A:n

arviointiasteikko on liian väljä tuottaakseen näkyviin eroja arvioissa.

Yhteys kognitiiviseen testisuoriutumiseen. Useissa tutkimuksissa on todettu neuropsykologisten kognitiivisten testien ja BRIEF-A:n välisten korrelaatioiden olevan heikkoja aivovamman saaneilla henkilöillä (Løvstad ym., 2012; García-Molina ym., 2012; Matheson, 2010; Sbordone, 2010). Matheson (2010) tutki aivovammapotilailla (n = 62) BRIEF-A:lla mitattujen toiminnanohjauksen vaikeuksien yhteyttä vamman vaikeusasteeseen ja potilaiden päättelysuoriutumiseen (WAIS). BRIEF-A:n havaittiin olevan yhteydessä vaikeusasteeseen, mutta ei päättelysuoriutumiseen potilaan itsearviointin osalta. Omaisten BRIEF-A-arviot sen sijaan korreloivat päättelysuoriutumiseen. Løvstad ym. (2012) vertasivat tutkimuksessaan orbitofrontaalivammapotilaiden (OFC, n = 14), lateraalisen etuoslohkovammapotilaiden (LPFC, n = 10) ja terveiden verrokkien (n = 21) BRIEF-A-tuloksia neuropsykologisten testien kanssa. LPFC-potilaat suoriutuivat OFC-potilaita heikommin neuropsykologisissa testeissä (esim. Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence ja Wechsler Adult Intelligence Scale-osatestit, Delis-Kaplan Executive Function System -osatestit), kun taas OFC-potilaat raportoivat enemmän arkielämän itsesääntelyn vaikeuksia BRIEF-A:ssa kuin LPFC-potilaat ja verrokkit. Neuropsykologisten testien ja BRIEF-A:n väliset yhteydet olivat kuitenkin heikkoja. Tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita ei löytynyt minkään käytetyn päättelytestiosion tai toiminnanohjauksen testien ja BRIEF-A:n välillä. Ainoastaan OFC-potilailla BRIEF-A:n kokonais- ja metakognitioasteikkojen havaittiin korreloivan kielellisen työmuistin (WAIS-III:n numerosarjat) kanssa. Korrelaatioita ei löytynyt myöskään omaisen BRIEF-A:n ja kognitiivisten testien välillä. Vastaavasti García-Molinan ym.:iden (2012) espanjankielisten aivovammapotilaiden (n = 32) tutkimuksessa BRIEF-A:n omaisversio korreloi viidestä käytetystä testistä ainoastaan kahden (Trail Making Test ja Controlled Oral Word Association Test) kanssa. On jossain määrin yllättävää, ettei BRIEF-A:n metakognitioasteikon ja toiminnanohjauksen arviointiin suunniteltujen

kognitiivisten testien välillä löytynyt korrelaatioita, sillä juuri toimintaa ohjaavien kognitiivisten toimintojen, kuten suunnittelun, organisoinnin ja työmuistin vaikeuksien, on ajateltu näkyvän perinteisissä toiminnanohjauksen testeissä. Näyttää siltä, että BRIEF-A tavoittaa näistä toiminnoista eri ulottuvuuden kuin neuropsykologiset testit.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Erilaisia tutkimustuloksia tulkittaessa ja verrattaessa on päällimmäisenä hankaluutena se, etteivät tutkimusasetelmat ja otokset ole keskenään yhteismitallisia. Otosten koot ja koostumukset sekä tutkimuskysymykset vaihtelevat huomattavasti. Vaikka tämän katsauksen yhteydessä rajattiin tarkasteltavat tutkimukset sellaisiin, joissa BRIEF-A:ta ja DEX:iä on käytetty aivovamman saaneiden otoksissa, joukossa on kuitenkin myös neurologisia sekaryhmiä, joissa aivovamma on vain osalla otoksesta. Monien tutkimusten pulmana on niiden pieni otoskoko. Tämän vuoksi selkeiden ja luotettavien johtopäätösten tekeminen on hankalaa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että sekä BRIEF-A:n että DEX:n osalta on saatu tutkimustuloksia aivovammapotilaiden aineistoilla, joissa todetaan mittareiden sisäisen johdonmukaisuuden olevan hyvä. Tulokset ovat lupaavia sen suhteen, että molemmat kyselymittarit toimivat myös aivovamman jälkeisen toiminnanohjauksen arviointiin. Lisää tutkimustietoa kuitenkin tarvittaisiin puhtaasti aivovamman saaneiden otoksilla. BRIEF-A:n ja DEX:n etuna on, että molemmissa kyselyissä on rinnakkainen omaisen lomake. Kirjallisuudessa on todettu aivovamman saaneiden henkilöiden usein aliarvioivan vaikeuksiensa vakavuutta verrattuna omaisten arviointeihin, mikä johtuu oiretiedostuksen puutteista. BRIEF-A:n kohdalla on kuitenkin saatu tuloksia, joiden mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa potilaan ja omaisen vastausten välillä ei välttämättä ole löytynyt (García-Molina ym., 2011; Kim ym., 2013). Tässä selittävänä tekijänä voi olla BRIEF-A:n vastausvaihtoehtojen rajallisuus (ei koskaan, joskus, usein), joka voi

vaikuttaa siten, etteivät erot arvioinneissa tule esiin. DEX:ssä arviointi tapahtuu viisiportaisella asteikolla ja tutkimustulokset viittaavat siihen, että itsearviointien ja omaisen arviointien välillä on tilastollisesti merkitseviä eroja (Burgess ym., 1998; Mc Brinn ym., 2008). Vaikka monet tutkijat ovat päätyneet käyttämään DEX-I:tä esimerkiksi vertailussa muiden kognitiivisten testien kanssa, koska ajatellaan omaisen arvion olevan luotettavampi, vaikuttaisi kuitenkin perustellulta käyttää sekä itsearviointia että omaisen arvioita kliinisessä työssä. Molempia arvioita käyttämällä voidaan saada tietoa potilaan oiretiedostuksesta. Toisaalta kuntoutusta ajatellen myös kuntoutujan itsearviointilla on perusteltu sijansa, sillä kuntoutuksen tavoitteiden asettelu tulisi perustua henkilön omiin tarpeisiin, ja hänen käyttämänsä kyselylomake antaa tästä näkökulmasta tietoa, jota omaiselta ei voi saada.

BRIEF-A:n rakenteen sopivuutta aivovamman saaneiden aineistoissa ei ole toistaiseksi paljon tutkittu, mutta saadut tulokset puoltavat rakenteen sopivuutta aivovamman saaneille. DEX:n rakenteesta on esitetty erilaisia versioita vaihdellen kolmen ja viiden faktorin välillä. Viimeisimmän näkemyksen esittäneiden Simbletin ja Batemanin (2011) mukaan DEX:tä tulisi tarkastella kolmena erillisenä osa-asteikkona, jotka perustuvat Stussin (Cicerone ym., 2006; Stuss, 2011b) esittämään toiminnanohjauksen teoreettiseen jaotteluun. Tämä tukee aikaisemmissa tutkimuksissa todettua näkemystä siitä, että sekä BRIEF-A:n että DEX:n tarkastelu olisi paras tehdä erillisiä osa-asteikkoja hyväksikäyttäen. Kokonaispistemäärä voi antaa harhaanjohtavaa tietoa, sillä kumpikaan mittari ei ole yksiulotteinen, kuten ei toiminnanohjaus käsitteenäkään. Sama kokonaispistemäärä voi eri henkilöillä koostua laadullisesti hyvin eri tavoilla, ja eri henkilöillä voivat korostua erilaiset toiminnanohjauksen aspektit. Kuntoutuksen suunnittelun ja kohdentamisen kannalta on tärkeää pystyä tarkastelemaan, millä toiminnanohjauksen osa-alueella vaikeudet ovat, jotta voitaisiin tehokkaasti suunnata kuntoutusinterventioita oikeisiin toimintoihin.

BRIEF-A:lle on olemassa standardoidut

normit, jotka helpottavat tulosten tulkintaa. DEX:lle ei ole olemassa normitietoja, sillä mittari on alun perin suunniteltu kvalitatiiviseksi työkaluksi. Molemmille mittareille on tutkimusten perusteella ehdotettu häiriön vaikeusastetta kuvaavaa luokittelua, joka voisi kliinisessä käytössä selventää ja auttaa tulkitsemaan saatuja pistemääriä. Vaikeusasteen arviointi pelkän BRIEF-A:n T-pistearvon sijaan antaisi myös esimerkiksi neuropsykologisen lausunnon lukijalle informatiivisemmän kuvan. Näiden osalta on kuitenkin saatava vielä lisää tutkimustietoa, sillä sekä BRIEF-A:n että DEX:n osalta esitetyt vammaan vaikeusasteen luokitteluja ei ole muissa tutkimuksissa replikoitu.

Tutkimuksissa on saatu ristiriitaista tietoa kyselymittareiden ja kognitiivisten testien korrelaatioista. Osassa tutkimuksista on raportoitu korrelaatioita DEX-I:n ja joidenkin neuropsykologisten toiminnanohjausta mittaavien testien välillä, toisaalta monissa tutkimuksissa ei ole löydetty lainkaan korrelaatioita BRIEF-A:n ja neuropsykologisten testien välillä. On mahdollista, että mikäli vertailuja tehtäisiin DEX:n ehdotetuille osa-asteikoille erikseen, tulokset olisivat erilaiset ja enemmän korrelaatioita voisi löytyä. Koska toiminnanohjaus on niin monipolvinen käsite ja kokonaisuus, voi olla mahdoton rakentaa mittaria, joka voisi ottaa huomioon kaikki sen ulottuvuudet. Siten täydellisiä korrelaatioita neuropsykologisten testien ja kyselymittareiden kokonaispistemäärän välillä ei voitaisi odottaakaan löydetävän. Tutkimustiedon valossa näyttääkin erityisen tärkeältä sisällyttää potilaan arviointiin neuropsykologisten testien lisäksi standardoitu kyselylomake, sillä vaikuttaa ilmeiseltä, että testit ja kyselylomakkeet tavoittavat erilaiset toiminnanohjauksen ulottuvuudet.

Tutkimuksen perusteella on saatu viitettä siitä, että BRIEF-A voisi auttaa erottelemaan dorsolateraalaisia vammoja orbitofrontaalisista vammoista. Løvstadin ym.:iden (2012) tutkimuksessa OFC-potilaat raportoivat enemmän arjessa esiin tulevia toiminnanohjauksen vaikeuksia kuin LPFC-potilaat. BRIEF-A tuotti siten erityisesti OFC-potilaiden osalta tärkeää in-

formaatiota, jota ei pelkän testisuoriutumisen perusteella saatu esiin. On kuitenkin tärkeää huomata, että BRIEF-A:ta ei voida yksilötasolla pitää diagnostisena menetelmänä, varsinkaan yksittäisenä mittarina käytettynä. Lisää tutkimusta tarvittaisiin BRIEF-A:n potentiaalista erotella erilaisia vammansijainteja.

Sekä BRIEF-A että DEX on käännetty suomeksi ja ne ovat siten periaatteessa otettavissa helposti käyttöön. Mittareiden esittäminen tutkittavalle on yksinkertaista eikä edellytä erityistä koulutusta tai välineistöä. Tulosten tulkinta vaatii luonnollisesti tietämystä ja ymmärrystä neuropsykologiasta ja aivovammoihin liittyvistä toiminnanohjauksen vaikeuksista. DEX sisältää vain 20 osiota ja on siten nopea täyttää. BRIEF-A sisältää 75 osiota, joiden täyttämiseen ei kuitenkaan kulu huomattavan pitkää aikaa. BRIEF-A:sta voi olla tulevaisuudessa mahdollista rakentaa kuitenkin vielä lyhyempi kliiniseen käyttöön soveltuva versio, joka voisi olla kevyemmin täytettävänä paremmin soveltuva erityisesti vaikean aivovamman saaneille. Lasten BRIEF:stä on jo laadittu lyhytversio (LeJeune ym., 2010). On kuitenkin arvioitava tarkkaan, kattaisiko lyhempi versio riittävän tarkasti toiminnanohjauksen osa-alueet aikuisten versiossa.

Kun pohditaan mittareiden toimivuutta kuntoutuksen tuottamien muutosten arvioimisessa, jää vielä epävarmaksi, ovatko BRIEF-A ja DEX riittävän herkkiä mittareita muutoksille. Erityisesti BRIEF-A:n kolmiportainen vastausasteikko voi olla liian väljä tuottaakseen näkyviin mahdollisia hienovaraisia muutoksia, joilla kuitenkin voi olla selkeä merkitys arjen sujuvuuden kannalta. Tieteellistä tutkimustietoa BRIEF-A:n tai DEX:n käytöstä toiminnanohjauksen kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa ei ole toistaiseksi kovin paljon olemassa. Levinen ym.:iden (2011) tutkimuksessa (n = 19, joista aivovamma 4:llä) neurologiset potilaat saivat seitsemän kerran jakson Goal Management -terapiaa toiminnanohjauksen vahvistamiseksi. Terapian vaikutukset eivät näkyneet potilaiden DEX-arvioiden kohentumisena. On mahdollista, että tämä liittyy oiretiedostuksen vaikeuksiin siten, että potilaat eivät tiedosta ongelmiaan toimin-

nanohjauksessa eivätkä pysty niitä realistisesti arvioimaan. Toisaalta voi olla, että terapian myötä potilaiden oiretiedostus on parantunut, jolloin he havaitsivat itsellään enemmän toiminnanohjauksen ongelmia kuin ennen terapiaa. Tällöin näennäinen tulos kuntoutuksen vaikuttamattomuudesta onkin harhaanjohtava. Tämä antaa perusteet todeta, että mikäli BRIEF-A:ta tai DEX:iä käytetään toiminnanohjauksen kuntoutumisen arviointiin aivovammapotilailla, on tärkeä saada käyttöön myös omaisen versio. Näin voidaan paremmin arvioida, mistä muutokset tai niiden puuttuminen kyselymittareiden tuloksissa johtuvat.

Standardoiduilla kyselylomakkeilla sekä potilaalta että omaiselta kerättävä tieto antaa käsitystä potilaan toiminnanohjauksesta arjen tilanteissa. Vaikka on selvää, että tämänkaltaista tietoa saadaan myös haastattelulla vapaamuotoisesti potilasta ja hänen omaistaan, haastattelussa ei välttämättä tulla ottaneeksi huomioon kaikkia tärkeitä toiminnanohjauksen osa-alueita. Lisäksi voidaan ajatella, että standardoidun kyselyn avulla raportoiduilla havainnoilla on vahvempi painoarvo tehtäessä esimerkiksi potilaan asumista, työtä ja ajokorttiasioita koskevia virallisia päätöksiä. Haastattelun perusteella saatujen tietojen ja testitulanteissa tehtyjen havaintojen laadullista kuvausta ei välttämättä pidetä riittävän objektiivisena tietona. Kun tämä tieto saadaan muutettua kvantitatiiviseksi ja raportoitua käyttämällä standardoitua mittaria, sen voidaan ajatella olevan painoarvoltaan vahvempaa.

Vaikka sekä DEX:stä että BRIEF-A:sta on olemassa tutkittua tietoa, on selvää, että molempien mittareiden osalta tarvittaisiin lisää tutkimusta aivovammapotilaiden aineistoilla. Tällä hetkellä Suomessa on tekeillä tutkimus, jossa BRIEF-A:ta käytetään yhtenä mittarina toiminnanohjauksen arvioinnissa aivovammapotilailla kuntoutuksen edetessä. Tutkimus on osa laajempaa Soittavat ja kuntoutuvat aivot -tutkimushanketta, jossa tutkitaan musiikkiterapian vaikuttavuutta ja neuraalisia mekanismeja traumaattisen aivovamman kuntoutuksessa. Tutkimuksen aineistonkeruu on parhaillaan käynnissä.

Tiivistelmä

Traumaattinen aivovamma on aivovaurio, joka syntyy tapaturmaisesti päähän kohdistuvan ulkoisen voiman vaikutuksesta. Yleisenä aivovammoihin liittyvänä tiedonkäsittelyn oireena ovat toiminnanohjauksen vaikeudet, kuten aloitekyvyn ja suunnittelu- ja organisointikyvyn heikentyminen, toiminnan juuttuvuus ja vaikeudet arvioida omaa toimintaa. Nämä vaikeudet hankaloittavat usein huomattavasti esimerkiksi vammautuneen työhön paluuta ja arjessa osallistumista. Aivovammojen tuottamien toiminnanohjauksen vaikeuksien tunnistaminen ja kuntouttaminen onkin sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta tärkeää. Toiminnanohjauksen arviointiin sekä kuntoutuksen kohdentamiseen ja vaikuttavuuden arviointiin liittyy kuitenkin haasteita, johtuen toiminnanohjauksen fysiologisen paikantamisen sekä neuropsykologisen mittaamisen rajoitteista. Näiden rajoitteiden kompensoimiseksi on kehitetty toiminnanohjauksen kyselymittareita, joiden avulla voidaan ajatella saatavan validia tietoa yksilön toiminnanohjauksen vaikeuksista arjen tilanteissa. Tässä katsauksessa tarkastellaan kahta keskeistä mittaria: Dysexecutive Questionnaire (DEX) ja Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A). Katsauksen tarkoituksena on koota ja arvioida olemassa olevaa tutkimustietoa kyseisistä mittareista ja pohtia tulosten valossa mittareiden käytettävyyttä neuropsykologin työssä Suomessa. Kirjallisuusanalyysin perusteella molemmat mittarit näyttävät lupaavina työkaluina toiminnanohjauksen arvioinnissa aivovamman jälkeen. Lisää tutkimustietoa tarvittaisiin kuitenkin muun muassa niiden kyvystä erottaa erilaisia vamman sijainteja ja erityisesti mittareiden käytettävyydestä toiminnanohjauksen muutosten arvioinnissa kuntoutuksen edetessä.

Abstract

Traumatic brain injury (TBI) is an alteration in brain function caused by an external force. A common cognitive deficit following TBI is executive dysfunction such as problems in initiating, planning, organizing and monitoring actions. Problems in executive function often set a significant barrier in returning to work and participating in daily life. Identifying and rehabilitating the executive dysfunction is thus an important issue from the individual's as well as from the society's point of view. There are however challenges in assessing executive dysfunction and in directing and evaluating the rehabilitation interventions due to the difficulties in physiologically locating and neuropsychologically measuring the executive function. Questionnaires of executive function have been developed in order to compensate these difficulties and to quantify the impact of executive dysfunction in everyday life. This review focuses on two common questionnaires: the Dysexecutive Questionnaire (DEX) and the Behavior Rating Inventory of Executive Function -Adult Version (BRIEF-A). The aim of the review is to collect and evaluate the existing research and to consider the application of these questionnaires in Finland. Both questionnaires appear to be promising tools in measuring the executive dysfunction after traumatic brain injury. More research is needed especially in evaluating whether these questionnaires can be used in assessing the outcome of rehabilitation.

Katja Ala-Kauhaluoma, PsM, psykologi, Neuropsykologipalvelu LUDUS Oy

Teppo Särkämö, PsT, psykologian dosentti, tutkija, kognitiivisen aivotutkimuksen yksikkö, käyttäytymistieteiden laitos, Helsingin yliopisto

Sanna Koskinen, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, yliopistonlehtori, käyttäytymistieteiden laitos, Helsingin yliopisto

Lähteet

- Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A (2010) GAS-menetelmä, käsikirja, versio 2.
- Barker LA, Morton N, Morrison TG, McGuire BE (2011) Inter-rater reliability of the Dysexecutive Questionnaire (DEX): comparative data from non-clinician respondents – all raters are not equal. *Brain Inj* 25, 10, 997-1004.
- Bayen E, Pradat-Diehl P, Jourdan C, Ghout I, Bosserelle V, Azerad S, ym. (2013) Predictors of informal care burden 1year after a severe traumatic brain injury: results from the PariS-TBI study. *J Head Trauma Rehabil* 28, 6, 408-418.
- Bennett PC, Ong B, Ponsford J (2005a) Measuring executive dysfunction in an acute rehabilitation setting: Using the dysexecutive questionnaire (DEX). *J Int Neuropsychol Soc* 11, 4, 376-385.
- Bennett PC, Ong B, Ponsford J (2005b) Assessment of executive dysfunction following traumatic brain injury: comparison of the BADS with other clinical neuropsychological measures. *J Int Neuropsychol Soc* 11, 5, 606-613.
- Bodenburg S, Dopslaff N (2008) The Dysexecutive Questionnaire advanced: item and test score characteristics, 4-factor solution, and severity classification. *J Nerv Ment Dis* 196, 1, 75-78.
- Boelen DH, Spikman JM, Rietveld AC, Fasotti L (2009) Executive dysfunction in chronic brain-injured patients: assessment in outpatient rehabilitation. *Neuropsychol Rehabil* 19, 5, 625-644.
- Burgess PW (1997) Theory and methodology in executive function research. Teoksessa Rabbitt P (toim.) *Methodology of frontal and executive function*. Psychology Press.
- Burgess PW, Alderman N, Evans J, Emslie H, Wilson BA (1998) The ecological validity of tests of executive function. *J Int Neuropsychol Soc* 4, 6, 547-558.
- Chan RC, Bode RK (2008) Analysis of patients and proxy ratings on the Dysexecutive Questionnaire: an application of Rasch analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 79, 1, 86-88.
- Chaytor N, Scmitter-Edgecombe M (2007) Fractionation of the dysexecutive syndrome in a heterogeneous neurological sample: comparing the Dysexecutive Questionnaire and the Brock Adaptive Functioning Questionnaire. *Brain Inj* 21, 6, 615-621.
- Chaytor N, Scmitter-Edgecombe M, Burr R (2006) Improving the ecological validity of executive functioning assessment. *Arch Clin Neuropsychol* 21, 3, 217-227.
- Cicerone K, Levin H, Malec J, Stuss D, Whyte J (2006) Cognitive rehabilitation interventions for executive function: moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury. *J Cogn Neurosci* 18, 7, 1212-1222.
- Duncan J, Owen AM (2000) Common regions of the human frontal lobe recruited by diverse cognitive demands. *Trends Neurosci* 23, 10, 475-483.
- Elliott R (2003) Executive functions and their disorders. *Br Med Bull* 65, 49-59.
- Funahashi S, Andreau JM (2013) Prefrontal cortex and neural mechanisms of executive function. *J Physiol Paris* 107, 6, 471-82.
- García-Molina A, Tormos JM, Bernabeu M, Junqué C, Roig-Rovira T (2012) Do traditional executive measures tell us anything about daily-life functioning after traumatic brain injury in Spanish-speaking individuals? *Brain Inj* 26, 6, 864-874.
- Hart T, Whyte J, Kim J, Vaccaro M (2005) Executive function and self-awareness of “real-world” behavior and attention deficits following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 20, 4, 333-347.
- Hsu NS, Novick JM, Jaeggi SM (2014) The development and malleability of executive control abilities. *Front Behav Neurosci* 8, 221.
- Jourdan C, Bosserelle V, Azerad S, Ghout I, Bayen E (2013) Predictive factors for 1-year outcome of a cohort of patients with severe traumatic brain injury (TBI): Results from the PariS-TBI study. *Brain Inj* 27, 9, 1000-1007.
- Kennedy MR, Coelho C, Turkstra L, Ylvisaker M, Moore Sohlberg M, Yorkston K, ym (2008) Intervention for executive function after traumatic brain injury: a systematic review, meta-analysis and clinical recommendations. *Neuropsychol Rehabil* 18, 3, 257-299.
- Kim S, Zemon V, Cavallo MM, Rath JF, McCraty R, Foley FW (2013) Heart rate variability biofeedback, executive functioning and chronic brain injury. *Brain Inj* 27, 2, 209-222.
- LeJeune B, Beebe D, Noll J, Kenealy I, Isquith P, Gioia G (2010) Psychometric support for an abbreviated version of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) parent form. *Child Neuropsychol* 16, 2, 182-201.
- Levine B, Schweizer TA, O'Connor C, Turner G, Gillingham S, Stuss DT, ym (2011) Rehabilitation of executive functioning in patients with frontal lobe brain damage with goal management training. *Front Hum Neurosci* 5, 9.
- Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D (2012) *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.

- Løvstad M, Funderud I, Endestad T, Due-Tønnessen P, Meling TR, Lindgren M, ym (2012) Executive functions after orbital or lateral prefrontal lesions: neuropsychological profiles and self-reported executive functions in everyday living. *Brain Inj* 26, 13-14, 1586-98.
- Matheson L (2010) Executive dysfunction, severity of traumatic brain injury, and IQ in workers with disabilities. *Work* 36, 4, 413-422
- McBrinn J, Wilson C, Caldwell S, Carton S, Delargy M, McCann J, ym (2008) Emotional distress and awareness following acquired brain injury: an exploratory analysis. *Brain Inj* 22, 10, 765-772.
- Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI, Demographics and Clinical Assessment Working Group of the International and Interagency Initiative toward Common Data Elements for Research on Traumatic Brain Injury and Psychological Health (2010) Position statement: definition of traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 91, 11, 1637-1640.
- Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. (2000) The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol* 41, 49-100.
- Norris G, Tate RL (2000) The Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS): ecological, concurrent and construct validity. *Neuropsychol Rehabil* 10, 1, 33-45.
- Phillips L (1997) Do "frontal tests" measure executive function?: Issues of assessment and evidence from fluency tests. Teoksessa Rabbitt P. (toim) *Methodology of frontal and executive function*. Psychology Press.
- Rabbitt P (1997) Methodologies and models in the study of executive function. Teoksessa Rabbitt P. (toim.) *Methodology of frontal and executive function*. Psychology Press.
- Ragsdale KA, Neer SM, Beidel DC, Frueh BC, Stout JW (2013) Posttraumatic stress disorder in OEF/OIF veterans with and without traumatic brain injury. *J Anxiety Disord* 27, 4, 420-426.
- Roth RM, Isquith PK, Gioia GA (2005) Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult Version. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Sbordone RJ (2010) Neuropsychological tests are poor at assessing the frontal lobes, executive functions, and neurobehavioral symptoms of traumatically brain-injured patients. *Psychol Inj Law* 3, 1, 25-35.
- Simblett SK, Bateman A (2011) Dimensions of the Dysexecutive Questionnaire (DEX) examined using Rasch Analysis. *Neuropsychol Rehabil* 21, 1, 1-25.
- Stuss DT (2011a) Traumatic brain injury: relation to executive dysfunction and the frontal lobes. *Curr Opin Neurol* 24, 6, 584-589.
- Stuss DT (2011b) Functions of the frontal lobes: relation to executive functions. *J Int Neuropsychol Soc* 17,5, 759-765.
- Stuss DT, Alexander MP (2000) Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. *Psychol Res* 63, 3-4, 289-298.
- Stuss DT, Benson DF (1986) *The frontal lobes*. New York. Raven Press.
- Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ym. asettama työryhmä (2008) *Aivovammat: Käypä hoito-suositus*. Helsinki: Duodecim www.kaypahoito.fi, poimittu 19.11.2014
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemian (2008) *Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat*. www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksen-konsensuslausuma2008.pdf, poimittu 19.11.2014.
- Waid-Ebbs JK, Wen PS, Heaton SC, Donovan NJ, Velozo C (2012) The item level psychometrics of the behavior rating inventory of executive function-adult (BRIEF-A) in a TBI sample. *Brain Inj* 26, 13-14, 1646-57.
- WHO (2013) *How to use the ICF: a practical manual for using the international classification of functioning, disability and health (ICF)*. Exposure draft for comment. Geneva: World Health Organization, www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf, poimittu 19.11.2014.
- Wilson BA, Alderman N, Burgess PW, Emslie HC, Evans JJ (1996) *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*. London: The Thames Valley Test Company.
- Wilson BA, Evans JJ, Emslie H, Alderman N, Burgess P (1998) The development of an ecologically valid test for assessing patients with a dysexecutive syndrome. *Neuropsychol Rehabil* 8, 3, 213-228.
- Wood RLI, Liossi C (2006) The ecological validity of executive tests in a severely brain injured sample. *Arch Clin Neuropsychol* 21, 5, 429-437.

KEHITYSVAMMAISUUS JA PSYKOLOGINEN OIREILU: SOVELLETUN KÄYTTÄYTYMISANALYYSIN JA PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN KEINOT KEHITYSVAMMAISEN LAPSEN JA NUOREN KÄYTTÄYTYMISEN SÄÄTELYN OPPIMISESSÄ

Kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy tutkitusti enemmän mielenterveyden ja käytöksen häiriöitä kuin neurotyypillisillä henkilöillä. Neurotyypillisillä henkilöillä viitataan ei-kehitysvammaisiin henkilöihin. Kliinissä työssä mielenterveys- ja käytöshäiriöt näkyvät haastavana käyttäytymisenä, joka vaihtelee verbaalisesta hyökkäävyydestä ympäristön vahingoittamiseen. Pahimmillaan haastava käyttäytyminen näkyy fyysisenä väkivaltaisuuksena itseä tai muita ihmisiä kohtaan.

Terhi Koskentausta on tutkinut 155 lasta vuonna 2006 Pääjärven kuntoutuskeskuksessa tarkoituksenaan selvittää psykologisen oireilun esiintyvyyttä, tyyppisiä ja riskitekijöitä kehitysvammaisilla lapsilla. Ennen tutkimusta heistä 11 %:lla oli psykiatrinen diagnoosi, tutkimuksen jälkeen luku nousi 33 %:iin. Näistä lapsista 13 %:lle asetettiin autismin kirjon diagnoosi ja 6 %:lle hyperkinesia-diagnoosi. Tunteiden ja käyttäytymisen säätelyyn liittyvää erilaista oireilua, esimerkiksi hyperaktiivisuutta, hyperkinesiaa ja impulsiivisuutta, esiintyi 10 %:lla. Näillä 10 %:lla oireilu oli selvää, mutta se ei täyttänyt ICD-10-kriteeristöä diagnoosin asettamiseksi. (Kos-

kentausta 2006, 40.)

Koskentaustan tutkimustulokset psykologisen oireilun esiintyvyydestä kehitysvammaisilla lapsilla ja nuorilla ovat samankaltaisia muualla tehtyjen tutkimusten kanssa. Emerson tutki 264 kehitysvammaista lasta Isossa-Britanniassa. Psykologista oireilua esiintyi 39 %:lla, näistä emotionaalisia häiriöitä 9,5 %:lla ja käytöshäiriöitä 25 %:lla. Emerson toteaaakin, että yksi psykologisen oireilun riskitekijä on kehitysvammaisuus. Kehitysvammaisilla lapsilla on yli seitsenkertainen riski psykiatriseen diagnoosiin kuin neurotyypillisillä lapsilla. (Emerson 2003, 56.)

Sevin, Bowers-Stephens ja Carfton (2003) tutkivat 150 nuorta, joilla oli diagnoosina sekä kehitysvamma että psykiatrinen häiriö. Tutkimuksen tavoitteena oli muun muassa tutkia mielenterveysongelmien esiintyvyyttä kyseisillä henkilöillä ja heidän diagnostista historiaansa. Tulosten mukaan tyypillisin diagnoosi oli käytöshäiriö, yleisimpänä niistä uhkaavuushäiriö. Käytöshäiriöitä oli 32 %:lla nuorista ja tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö 17 %:lla. Masentuneisuutta esiintyi 24 %:lla. Kolmasosa henkilöistä sai mielialaongelmaksi luokiteltavan diagnoosin. Näiden yleisimpien

diagnoosien lisäksi diagnosoitiin muun muassa nykysoireyhtymää, pelkotiloja ja trauma-peräistä stressioireyhtymää. (Sevin ym. 2003, 147–161.)

Koskentaustan, Emersonin ja Sevinin tulokset ovat samankaltaisia. Psykologisen oireilun esiintyvyys kehitysvammaisilla lapsilla ja nuorilla vaihtelee 30–40 %:n välillä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammanhuollon toimialueen Ylisen hoiva- ja kuntoutuspalvelujen asiakkailta esiintyy samankaltaista psykologista oireilua. Oireilua esiintyy kaikissa ikäluokissa. Tämän vuoksi haluttiin etsiä keinoja vähentää alaikäisten kehitysvammaisten asiakkaiden haastavaa käyttäytymistä ja heihin kohdistuvia pakkotoimenpiteitä. Keinoja lähdettiin etsimään Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen -hankkeen kautta.

Kehittämishankkeen taustaa

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on toteutettu Näyttöön perustuvan toiminnan hanketta vuodesta 2012. Hankkeen tarkoituksena on ollut kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Kehitysvammanhuollon toimialue osallistui vuonna 2013 hankkeeseen selvittämällä, kuinka kehitysvammaisten lasten ja nuorten käyttäytymisen säätelyn taitoja voitaisiin edistää sovelletun käyttäytymisanalyysin ja psykofyysisen fysioterapian keinoin. Kehittämishankkeen tavoitteena oli opettaa asiakkaille käyttäytymisen säätelyn taitoja niin, että haastava käyttäytyminen ja sen myötä asiakkaisiin kohdistuvat pakkotoimenpiteet vähenisivät. Teoriaperusta hankkeelle saatiin kasvatus- ja sosiaalitieteiden, psykologian sekä terveystieteiden alueilta.

Sovellettu käyttäytymisanalyysi on näyttöön perustuva interventiomuoto, jolla tutkitaan ja pyritään muuttamaan käyttäytymistä suotuisammaksi. Sovelletussa käyttäytymisanalyysissa keskitytään havaittavissa oleviin suhteisiin ympäristön ja käyttäytymisen välillä. (Meyer 2012, 6–7.) Asiakkaiden haastavaan käyttäytymiseen vastataan käyttäytymisanalyyttisten periaatteiden

mukaan. Näiden mukaan käyttäytyminen vahvistuu, heikkenee tai sammuu sen mukaan, mitä siitä seuraa. Perusolettamuksena oli myös se, että käyttäytymistä on helpompaa muuttaa positiivisten kuin negatiivisten seurausten kautta tai negatiivisten seurausten välttämisen kautta.

Käyttäytymisanalyyttisistä menetelmistä otettiin käyttöön toivotun kohdekäyttäytymisen vahvistaminen positiivisen vahvistuksen avulla. Menetelmä perustuu operanttiin oppimiseen. Siinä vahvisteiden ilmaantuminen tai lisääntyminen kohdekäyttäytymisen jälkeen lisää vastaavan käyttäytymisen todennäköisyyttä tulevaisuudessa. (Tuomisto ym. 2005, 30.) Esimerkiksi jos lapsi käyttäytyy hyvin ruokapöydässä (kohdekäyttäytyminen) ja ohjaaja kiittää lasta siitä ja antaa positiivista palautetta (vahviste), on todennäköisempää, että lapsi käyttäytyy tulevaisuudessa ruokapöydässä hyvin.

Rahaketalous on käyttäytymistä muuttava hoito-ohjelma, jonka perustana on myös operantti oppiminen. Asiakkaan kanssa sovitaan rahakkeesta, joka toimii yleistyneenä ehdollistuneena vahvisteena. Yleistyneet ehdollistuneet vahvisteet (tässä tapauksessa rahakkeet) ovat vahvisteita, jotka ovat liittyneet muihin asiakkaan vahvisteisiin. Rahakkeet voivat olla esimerkiksi tarroja, merkkejä tai kuponkeja. Asiakas voi kerätä rahakkeita ja vaihtaa ne sitten lunastusvahvisteeseen. Lunastusvahvisteena voi toimia jokin kulutushyödyke, esimerkiksi syötävä herkku. Lunastusvahvisteena voivat toimia myös tavarat, esimerkiksi lehdet, tai mahdollisuus tehdä itselle mieluisaa toimintoa, esimerkiksi pelata pelikonsolilla. (Kadzin 1977, 3, 47–49.)

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Asiakkaan toimintakykyä ja voimavaroja tuetaan ja vahvistetaan. Asiakkaan keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tunteet ja ajatukset vaikuttavat kehoon ja luovat kokemuksen omasta kehosta. Toisaalta kehon tuntemukset vaikuttavat mieleen. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, asioita tarkastellaan asiakkaan elämys-

ten ja kokemusten kautta. (Talvitie ym. 2006, 256.) Psykofyysisen fysioterapian harjoitteista osa muistuttaa hyvin pitkälle erilaisia tietoisuuden läsnäolon taitoja (mindfulness). Tietoisuuden läsnäolon vaikuttavuutta kehitysvammaisten asiakkaiden kuntoutusmenetelmänä on tutkittu paljon viimeisten viiden vuoden aikana. Tulokset ovat lupaavia. Tietoisuuden läsnäolon harjoitteiden avulla on esimerkiksi pystytty vähentämään kehitysvammaisten ja psykoottisten aikuisten aggressiivista käyttäytymistä (Singh ym. 2003), fyysistä ja verbaalista hyökkävyyttä (Singh ym. 2008) sekä estetty asiakkaan siirtoa laitokseen avohoidosta (Adkins ym. 2010, Singh ym. 2007). (Hwang & Kearney 2013.)

Interventio

Intervention alkuvaiheessa kerättiin kuu-kauden mittainen pohjatieto viikoilla 36–39 vuonna 2013. Tänä aikana laskettiin asiakkaisiin kohdistuneiden pakkotoimenpiteiden määrä viikkotasolla ja tehtiin kaksi arviota Cohen–Mansfieldin levottomuusasteikolla (CMAI) sekä toteutettiin psykofyysisen ryhmän alkukysely. Asiakkaita kehittämishankkeeseen valikoitui neljä. Kaikki asiakkaat olivat pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia kehitysvammaisia poikia iältään 10–16 vuotta. Kaikilla heistä esiintyi impulsiivista käyttäytymistä sekä puutteita sosiaalisissa taidoissa.

Interventio toteutettiin käyttämällä sovelletun käyttäytymisanalyysin menetelmiä (positiivinen vahvistaminen, sammuttaminen, rahaketalous) ja psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Sovelletussa käyttäytymisanalyysissa jokaiselle asiakkaalle määriteltiin ennen intervention aloittamista ne kohdekäyttäytymisen muodot, joita haluttiin vahvistaa. Osaston henkilökunnalle annettiin yksityiskohtaiset ohjeet siitä, kuinka kohdekäyttäytymistä vahvistetaan. Henkilökunta seurasi antamiensa vahvisteiden määrää mekaanisilla laskureilla, ja merkitsivät laskurin antaman vahvisteiden määrän työvuoronsa päätteeksi seurantalomakkeeseen. Hankkeeseen osallistuvilla asiakkailla oli jokaisella käytössään myös hänelle räätälöity rahaketelouden sovel-

lus. Esimerkiksi kolme helmeä keräämällä asiakas ansaitsi itselleen ylimääräistä aikaa pelikonsolilla pelaamiseen. Psykofyysinen fysioterapia toteutui kehittämishankkeessa kymmenen ryhmäkerran sekä osastolla tehtävien harjoitteiden muodossa. Ryhmässä tehtävät harjoitteet olivat maadoitus-, hengitys-, rentoutus-, liike- ja kehotietoisuusharjoitteita. Ennen intervention aloittamista osaston henkilökuntaa koulutettiin. Koulutusten sisältönä olivat edellä mainitut hanketta ohjaavat menetelmät, toivotun kohdekäyttäytymisen tehokas vahvistaminen sekä osastolla tehtävät psykofyysisen fysioterapian harjoitteet.

Interventio toteutettiin viikoilla 40–48. Tänä aikana asiakkaat osallistuivat kymmenen kertaa psykofyysisen fysioterapian ryhmään ja tekivät harjoitteita lähes päivittäin osastolla henkilökunnan ohjaamina. Toimintaterapeutti oli jalkautuneena asiakkaiden pienryhmään 2–3 aamuna viikossa aamutoimien ajan ennen asiakkaiden kouluun lähtöä ohjaten henkilökuntaa kohdekäyttäytymisen vahvistamisessa. Henkilökunta seurasi koko kehittämishankkeen ajan antamiensa vahvisteiden lukumäärää mekaanisilla laskureilla.

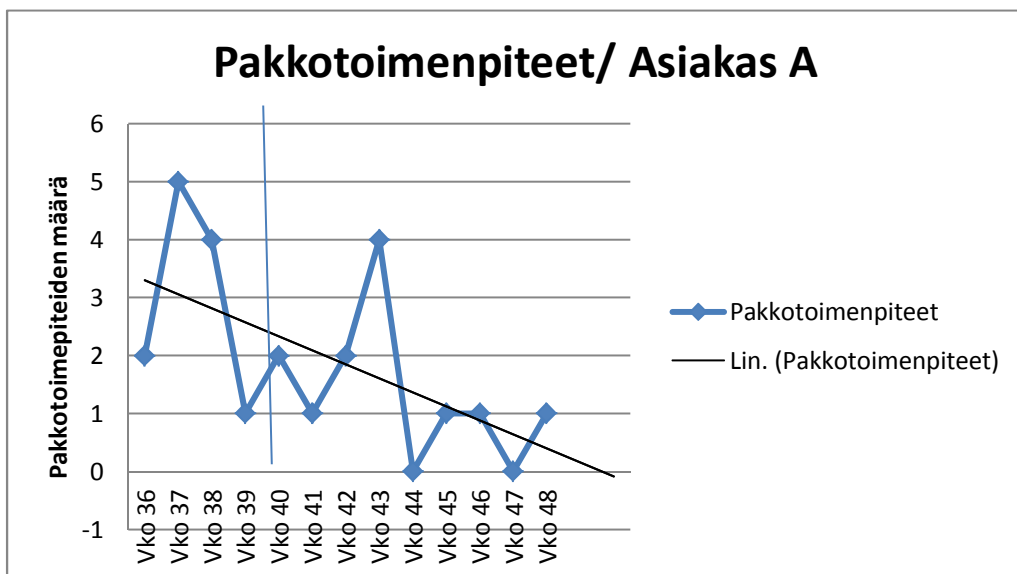
Intervention vaikuttavuutta mitattiin Cohen–Mansfieldin levottomuusasteikolla (Cohen–Mansfield Agitation Inventory, CMAI), asiakkaisiin kohdistuneiden pakkotoimenpiteiden määrällä sekä psykofyysisen fysioterapian ryhmän alku- ja loppukyselyllä. CMAI on alun perin kehitetty ikääntyneiden asiakkaiden levottoman käyttäytymisen esiintyvyyshäyhtymien mittaamiseen. Nykyään sitä käytetään levottomuusoireiden vaikeusasteen arvioimiseen hoiva- ja asumisyksiköissä asuville henkilöille. CMAI-kysely sisältää 29 yleistä levottomuusoiretta. (THL 2014.) Mittari otettiin käyttöön vaikka kohderyhmä on eri, koska arvioitavat käyttäytymisen muodot olivat niitä, joita hankkeeseen osallistuvilla asiakkailla esiintyi. Osaston henkilökunta teki CMAI-arviot kahden viikon välein. Pakkotoimenpiteitä seurattiin potilastietojärjestelmästä viikoittain. Psykofyysisen fysioterapian alku- ja loppukyselyt olivat ryhmää ohjanneen fysioterapeutin itse laatimia. Alkukysely suoritettiin ennen ryhmän aloittamista ja loppukysely vii-

meisellä ryhmäkerralla. Jälkiseuranta tapahtui kuukauden kuluttua intervention päättymisestä yhden kerran CMAI-arviolla.

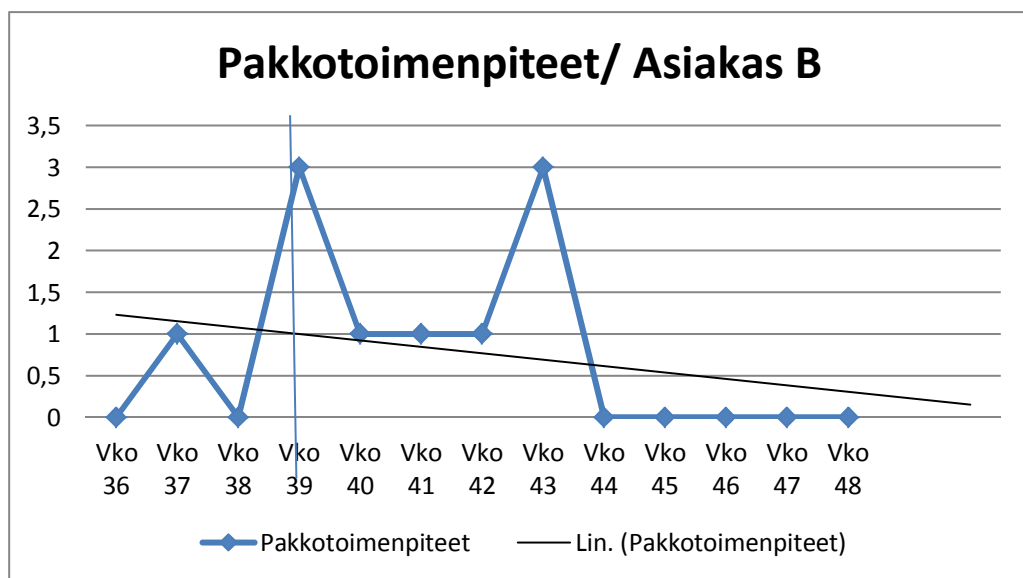
Tulokset

Kehittämishankkeen aikana asiakkaiden haastava käyttäytyminen kokonaisuutena ja pak-

kotoimenpiteiden määrä vähenivät kaikilla asiakkailla. Kehittämishankkeeseen osallistuneista neljästä asiakkaasta vain kahdella jouduttiin turvautumaan pakkotoimenpiteisiin, mutta niiden lukumäärä laski molemmilla. Asiakas A:n pakkotoimenpiteet laskivat lähtötilanteen keskimääräisestä kolmesta yhteen. Asiakas B:llä muutos oli keskimääräisestä yh-



Kuva 1. Pakkotoimenpiteet; asiakas A.



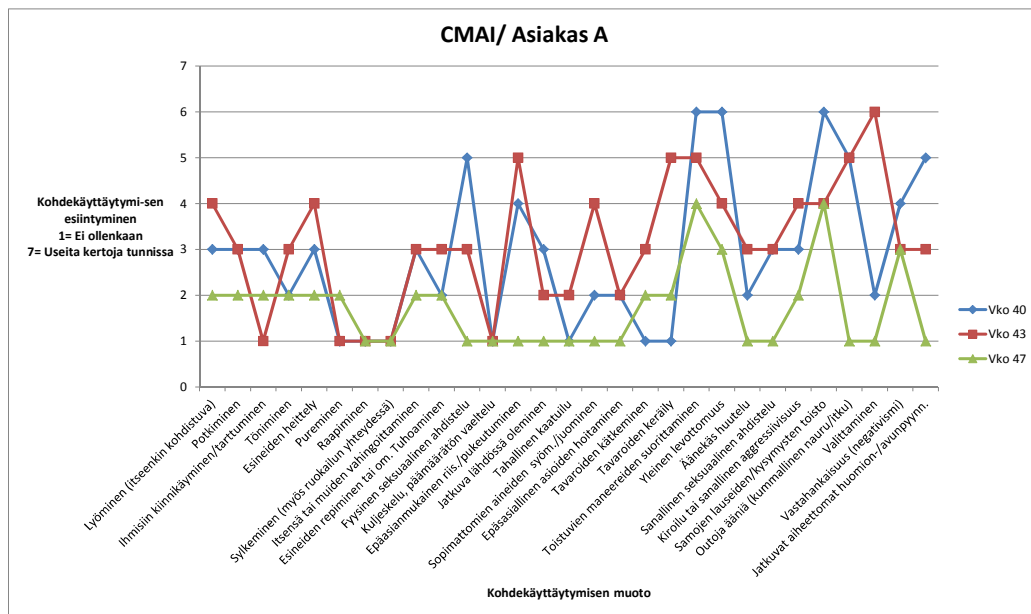
Kuva 2. Pakkotoimenpiteet; asiakas B.

destä nollaan. Huomattavaa kuitenkin on, että asiakas B:llä intervention kahdeksasta viikosta viisi viimeistä sujuivat ilman pakkotoimenpiteitä. Molempien asiakkaiden tulostrendi oli laskeva.

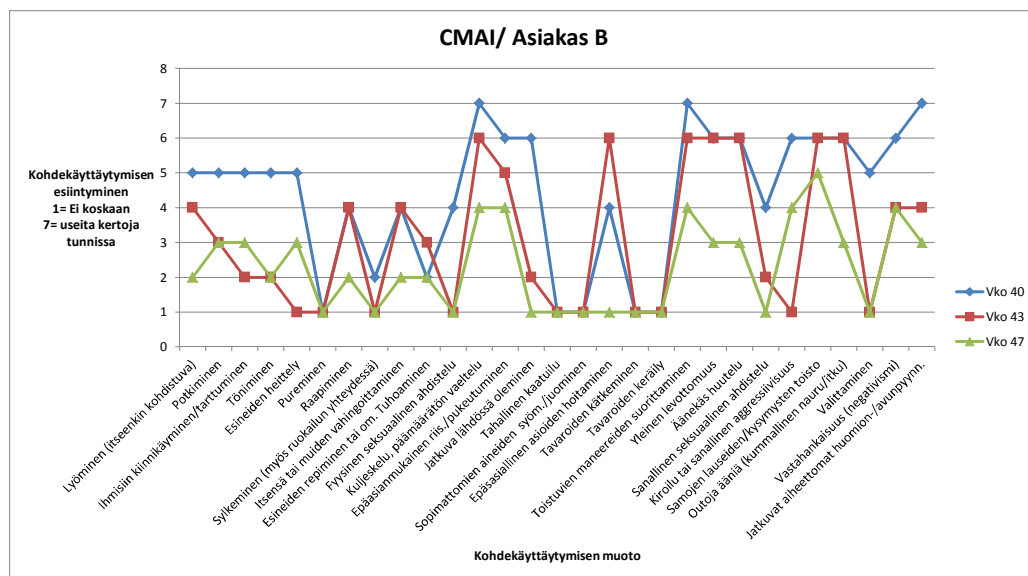
CMAI-tulosten arvioinnin helpottamiseksi asiakkailla eniten esiintyneet käyttäyty-

mismuodot luokiteltiin viiteen eri käyttäytymisloukkaan. Nämä käyttäytymisloukat olivat maneereiden toisto, yleinen levottomuus, verbaalinen hyökkävyys, lievä fyysinen aggressiivisuus ja fyysinen aggressiivisuus.

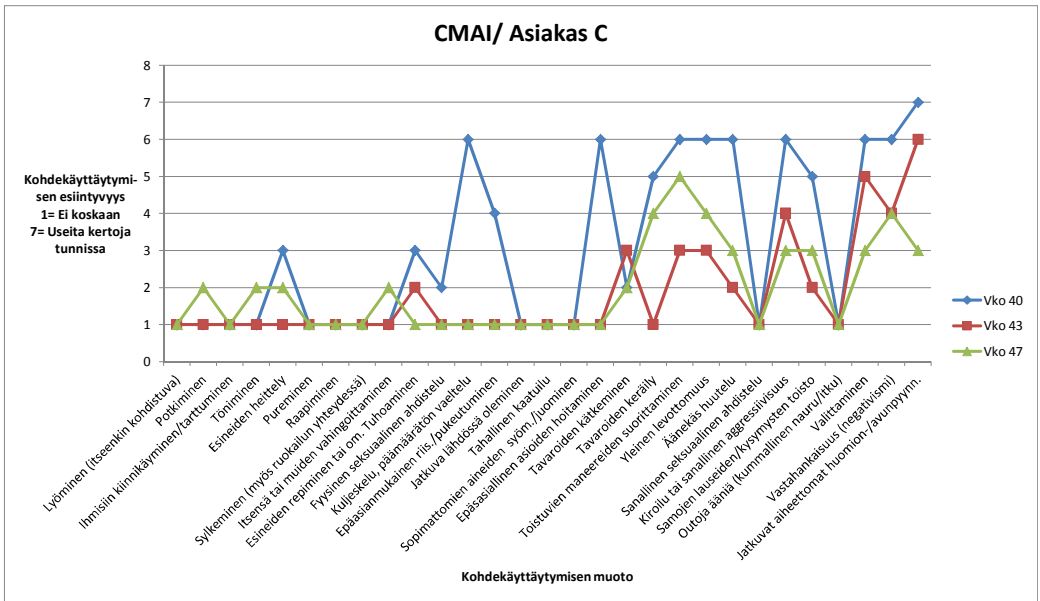
Asiakkaan A ongelmakäyttäytyminen väheni selvästi: verbaalinen hyökkävyys, yle-



Kuva 3. CMAI intervention aikana; asiakas A.



Kuva 4. CMAI intervention aikana; asiakas B.



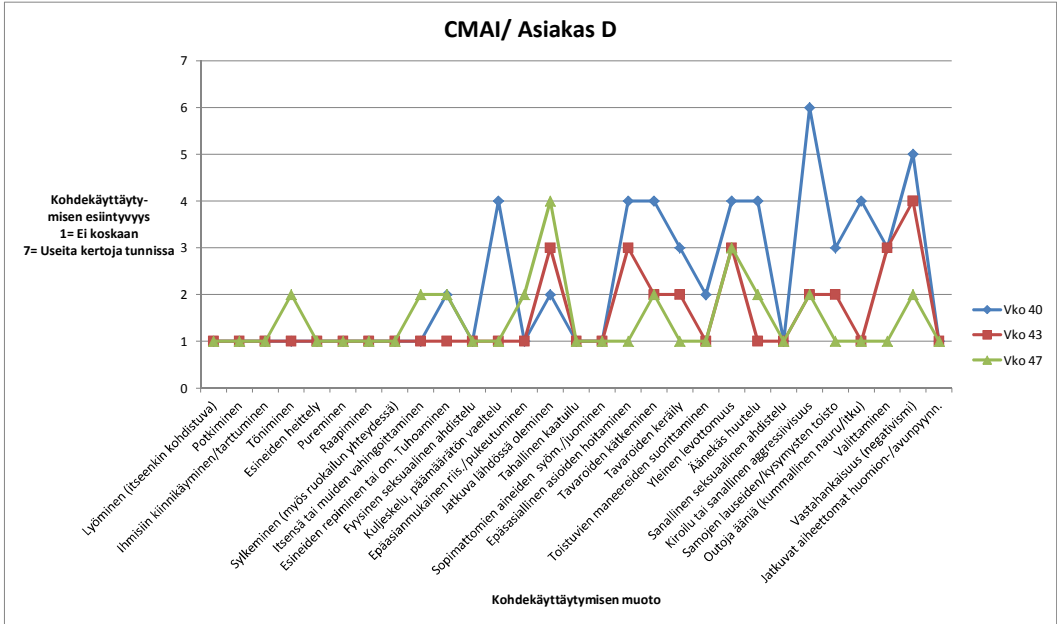
Kuva 5. CMAI intervention aikana; asiakas C.

nen levottomuus, fyysinen seksuaalinen ahdistelu sekä maneereiden toisto vähenivät. Epätoivottava käyttäytyminen ei lisääntynyt missään CMAI-asteikon käyttäytymisen muodossa.

Asiakkaalla B eniten vähenivät verbaa-

linen hyökkävyys ja yleinen levottomuus. Epätoivottava käyttäytyminen ei lisääntynyt.

Asiakkaalla C eniten väheni verbaalinen hyökkävyys. Myös yleinen levottomuus väheni, mutta fyysinen aggressiivisuus lisääntyi hieman intervention aikana.



Kuva 6. CMAI intervention aikana; asiakas D.

Asiakkaalla D eniten väheni verbaalinen hyökkävyys. Yleisen levottomuuden käyttäytymislukossa väheni kuljeskelu ja päämäärätön vaeltelu, toisaalta jatkuva lähdössä oleminen lisääntyi hieman. Myös fyysisen aggressiivisuuden käyttäytymislukossa ei-toivottu käyttäytyminen lisääntyi lievästi.

Psykofyysisen fysioterapian alku- ja loppuarvioinneissa näkyi myös muutos. Kyseilyssä arvioitiin janalla omaa päivittäistä selviytymistä, fyysistä kuntoa, suhtautumista omaan kehoon, somaattista ja psykologista oireilua sekä ryhmässä viihtymistä. Kolme neljästä koki selviytyvänsä paremmin päivittäisistä askareista ja arvioi fyysisen kuntosuurensa paremmaksi. Kaksi osallistujista koki suhtautumisensa omaan kehoonsa paremmaksi. Kehoa kuvailevien tuntemusten määrittelyssä oli tapahtunut muutosta. Alkukyselyssä asiakkaat kuvailivat kehoaan sanoilla vahva, ylpeä, jäykkä, pehmeä, sopiva, heikko, painava ja taipuisa. Loppukyselyssä kehoa kuvattiin sanoilla vahva, pehmeä, painava, taipuisa ja pieni. Sanoja heikko ja jäykkä ei käyttänyt kukaan. Kaksi asiakasta ei ollut kokenut hermostuneisuutta viimeisen kuukauden aikana. Yksi asiakkaista koki lihasjännityksensä vähentyneen. Ahdistuneisuudessa, väsymyksen tunteessa ja nukahtamisvaikeuksissa ei tapahtunut muutosta. Osallistajat viihtyivät psykofyysisen fysioterapian ryhmässä hyvin.

Jälkiseuranta toteutettiin CMAI-asteikolla mitattuna neljän viikon kuluttua intervention päättymisestä. Jälkiseurannassa näkyi haastavan käyttäytymisen palaamista. Eniten lisääntyi verbaalinen hyökkävyys, hieman lisääntyi myös lievä fyysinen ja selkeämpi fyysinen aggressiivisuus. Intervention aikana ongelmakäyttäytyminen vähentyi kokonaisuutena kaikilla asiakkailla, ja pakkotoimenpiteiden määrä laski. Asiakkaiden hyvinvoinnin lisääntyminen näkyi myös psykofyysisen ryhmän alku- ja loppuarvioita vertailtaessa.

Pohdinta

Kehitysvammaisten lasten ja nuorten riski psykologiseen oireiluun ja käyttäytymisen säätelyyn ongelmiin on seitsenkertainen

neurotyypillisiin lapsiin ja nuoriin verrattuna. Tämä on otettava huomioon kehitysvammaisten lasten ja nuorten kanssa työskennellessä. Psykologinen oireilu ja käyttäytymisen säätelyn ongelmat näkyvät jokapäiväisessä elämässä esimerkiksi keskittymisen ongelmina, ärtyneisyytenä, vetäytymisenä tai hyperaktiivisuutena. Stressitilanteissa nämä ongelmat saattavat eskaloitua haastavaksi käyttäytymiseksi, joka pahimmillaan ilmenee fyysisenä aggressiivisuutena itseä, ympäristöä tai muita ihmisiä kohtaan. Haastavasti käyttäytyvä kehitysvammaisen lapsi ja nuori herättää ympäristössään monenlaisia tunteita; esimerkiksi hätäannystä, surua, hämmennystä ja ahdistusta. Yleinen tunne on myös keinottomuuden tunne lasta tai nuorta autettaessa.

Käyttäytymisanalyttiset menetelmät tarjoavat uuden näkökulman haastavaan käyttäytymiseen perinteisten kasvatustekniikoiden rinnalle. Käyttäytymisanalyttisistä menetelmistä erilaiset suoraan ongelmakäyttäytymisen vähentämiseen tarkoitetut seurausjärjestelmät ovat tuttuja kehitysvamma-alalla työskenteleville. Käytännössä usein ensisijaisesti turvaututaan negatiivisen ja positiivisen heikentämisen menetelmiin käyttäytymisen hallinnassa. Negatiivisessa heikentämisessä pyritään vähentämään käyttäytymistä eväämällä asiakkaalta käyttäytymisen seurauksena jokin miellyttävä asia. Käytännössä tällä tarkoitetaan esimerkiksi pelikieltoa tai viikkorahan pidättämistä. Myös ”jäähyt” laskeaan negatiivisen heikentämisen menetelmiin. Positiivisessa heikentämisessä käyttäytymistä pyritään vähentämään lisäämällä käyttäytymisen jälkeen jokin epämiellyttävä seuraus. Esimerkiksi kun lapsi kiroilee, häntä torutaan. Negatiivisen ja positiivisen heikentämisen menetelmiin turvaututaan, koska niiden avulla käyttäytyminen yleensä saadaan pysäytettyä ja se saattaa pysyä jonkin aikaa poissa. Ongelmana on se, että näillä menetelmillä asiakas ei opi uusia taitoja käyttäytymisensä hallintaan. Näiden menetelmien seurauksena on, että asiakas pahimmillaan oppii itse käyttämään rankaisemista keinona ongelmiensa ratkaisuun, alkaa vetäytyä seurausten pelossa, hänen käyttäytymisvalikoimansa ka-

peutuu, aggressiivisuus saattaa lisääntyä ja itsetunto laskea. (Meyer ym. 2012, 627–632.)

Haastavaa käyttäytymistä voidaan pyrkiä vähentämään myös sammuttamalla. Kliinises- sä työssä tästä käytetään usein termiä ”huomiotta jättäminen”. Olettamuksena on, että haastava käyttäytyminen sammuu, kun käyttäytymisestä ei seuraa mitään. Kaikkien edellä mainittujen keinojen heikkoutena on se, että ne eivät opeta asiakkaalle uutta käyttäytymistä ja uusia taitoja haastavan käyttäytymisen tilalle. Tämän takia on tärkeitä opettaa asiakkaalle uusia tapoja toimia tilanteissa, jotka hän kokee epämiellyttävänä tai kuormittavana. Pelkkä haastavan käyttäytymisen heikentäminen tai sammuttaminen ei riitä. Asiakkaalle on opetettava uusia taitoja, joita hän voi tarpeen vaatiessa käyttää. Haastava käyttäytyminen pyritään muuttamaan harjoitteiden avulla taitavaksi käyttäytymiseksi.

Taitoharjoittelua tehostettiin kehittämishankkeessa vahvistamalla toivottua kohde- käyttäytymistä. Kun asiakas käyttäytyi toivotulla tavalla, häntä kiitettiin ja toivottu käyttäytyminen huomioitiin. Asiakkailta oli mahdollisuus myös ansaita helmiä taitoharjoittelun avulla. Intervention aikana keskityttiin toivotun käyttäytymisen vahvistamiseen ja uusien taitojen opetteluun haastavaan käyttäytymiseen puuttumisen sijasta. Haastava käyttäytyminen pyrittiin sammuttamaan huomiotta jättämisen keinoin kuitenkin aina kun se oli mahdollista. Jos tilanne vaati työntekijän puuttumista, pyrittiin ensisijaisesti pysäyttämään haastava käyttäytyminen ja ohjaamaan asiakas toimimaan toivotulla tavalla. Vain viime kädessä puututtiin tilanteeseen rangaistusten avulla, esimerkiksi kun fyysistä väkivaltaa esiintyi.

Sidney W. Bijou'n sanoin: ”Tutkimukset ovat osoittaneet, että tehokkain keino vähentää ongelmallista käyttäytymistä lapsilla on vahvistaa toivottua käyttäytymistä positiivisen vahvistamisen keinoin sen sijaan, että pyrittäisiin vähentämään ei-toivottua käyttäytymistä käyttämällä vastentahtoisia tai negatiivisia prosesseja.” (Latham 2012, 201.) Tämä oli koko kehittämishankkeen ydin.

Kasvatus- ja kuntoutustyössä keskitytään

liikaa ongelmalliseen käyttäytymiseen ja pyritään sen vähentämiseen. Näkökulma on edelleen liian ongelma- ja oirekeskeinen. Hyvästä käyttäytymisestä 95–97 % jää vahvistamatta, eli siihen ei kiinnitetä mitään huomiota. Palautteen antamisessa suositellaan, että jokaista yhtä negatiivista palautetta kohden tulisi antaa kahdeksan positiivista palautetta. Ihmiset haluavat elää positiivisessa ympäristössä nauttien elämästään, eivätkä negatiivisessa ympäristössä rangaistuksia vältellen. (Tuomisto 2013.)

Kehittämishankkeen toteuttamisessa pyrittiin mahdollisimman suureen mittauksen ja arvioinnin luotettavuuteen. Pakkotoimenpiteiden lukumääräinen mittaaminen potilastietojärjestelmästä on hyvä tapa seurata pakkotoimenpiteisiin liittyviä muutoksia. CMAI valittiin käyttöön, koska se on TOIMIA-tietokannassa luokiteltu luotettavaksi mittariksi. Alku- ja loppukyselyyn ei löytynyt tarkoituksenmukaista välinettä, joten fysioterapeutti laati sen itse. Samaa lomaketta käytettiin ryhmän alku- ja loppuvaiheessa. Intervention toteuttamisessa toimintaterapeutti ohjasi osaston henkilökuntaa kohde- käyttäytymisen vahvistamisessa. Henkilökunnalla oli käytössään mekaaniset laskurit, joilla he seurasivat antamiensa vahvistajien määrää. Osaston henkilökunta merkitsi työvuoronsa päättyessä mittarin näyttämän vahvistajien määrän nimettömänä seurantalomakkeeseen. Kaikki neljä asiakasta osallistuivat säännöllisesti psykofyysisen fysioterapian ryhmään, ja tekivät harjoitteita säännöllisesti osastolla henkilökunnan ohjauksessa. Näillä keinoin pyrittiin mahdollisimman hyvään luotettavuuteen mittaamisessa sekä varmistamaan intervention jatkuvuus.

Intervention aikana haastava käyttäytyminen vähentyi kaikilla neljällä asiakkaalla intervention edetessä. Intervention jälkeen suoritettiin jälkiseuranta neljä viikkoa viimeisestä mittaamisesta. Jälkiseurannan mittaamisen ajankohta oli huono, koska se osui joulunalusviikolle. Tällöin asiakkaiden joululoma alkoi ja useat odottivat mahdollista kotilomaansa. Jälkiseurannassa näkyi haastavan käyttäytymisen palaamista, joka saattoi johtua enna-

koimattomasta asetelman alkutilanteen palautuksesta (intervention puuttuminen). Intervention keskeytyi viikolla 50. Osaston pienryhmässä työskentelevästä henkilökunnasta kuusi koulutettiin toteuttamaan interventiota. Jälkiseurannan kahden viimeisen viikon aikana heistä vain kolme työskenteli pienryhmässä, yksi työskenteli ainoastaan yövuoroissa. Käytännössä vahvistamista ei tapahtunut siis jälkiseurannan kahdella viimeisellä viikolla yhtä paljon kuin intervention aikana. Myös psykofyysisen fysioterapian ryhmä oli tauolla. Rahaketalouden toteuttamista oli jatkettu intervention päättymisen jälkeen. Vaikka asetelman lähtötilanteen palauttaminen ja intervention tilapäinen keskeytyminen on eettisesti huono asia asiakkaiden ollessa alaikäisiä lapsia, se antaa viitteitä intervention tuloksellisuudesta. Asetelman lähtötilanteen palauttamista ei suunniteltu, vaan se tapahtui työvuorojärjestelyjen vuoksi.

On vaikeata sanoa miten eri tekijät (asetelman palautus vs. mittaamisen ajankohta) ovat vaikuttaneet haastavan käyttäytymisen lievään lisääntymiseen asetelman lähtötilanteen palauttamisen jälkeen. Huomattavaa kuitenkin on, että haastava käyttäytyminen lisääntyi eniten verbaalisena hyökkäävyytenä. Lievä fyysinen aggressiivisuus ja fyysinen aggressiivisuus lisääntyivät hieman. Verbaalinen hyökkävyys ei ole toivottua käyttäytymistä, mutta se on kuitenkin vähemmän itseä ja ympäristöä vahingoittavaa kuin fyysinen aggressiivisuus. Vihaisuuden osoittaminen verbaalisesti on taitavampaa käyttäytymistä kuin sen osoittaminen fyysisesti. Asiakkaat osasivat toisin sanoen ilmaista vihaisuuttaan taitavammin jatkoseurannan aikana kuin ennen interventiota. Kaikkein taitavin käyttäytymisen säätely liittyi intervention loppuun. Tämä kertoo siitä, että pitkäjänteisen, ohjatun taitoharjoittelun avulla asiakkaat oppivat tunnesäätelyn taitoja.

Kehittämishankkeen myötä osoitettiin, että sovelletun käyttäytymisanalyysin ja psykofyysisen fysioterapian keinoin voidaan opettaa käyttäytymisen säätelyn keinoja kehitysvammaisille lapsille ja nuorille. Kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet saavutet-

tiin pakkotoimenpiteiden määrän ja haastavan käyttäytymisen vähenemisen myötä. Kehittämishanke onnistui hyvin, koska hankkeeseen osallistunut henkilökunta sitoutui menetelmien käyttöön. Hoitohenkilökunta kertoi motivaation työhönsä kasvaneen, kun työn tulokset näkyivät asiakkaiden käyttäytymisessä. On vaikeata analysoida, kumpi komponentti vaikutti hyvään tulokseen enemmän, käyttäytymisanalyttiset vai psykofyysisen fysioterapian menetelmät. Tällä ei työryhmälle ollut merkitystä. Tärkeintä on, että asiakkaat oppivat uusia taitoja ja kuntoutumisen kautta ovat lähempänä kohti paluuta omiin kohteihinsa.

Satu Heikkinen, toimintaterapeutti AMK, suorittaa sovelletun ja kliinisen käyttäytymisanalyysin opintoja Tampereen yliopistossa

Martti Tuomisto, Med. dr. (PhD), nimikesuojattu psykoterapeutti (vaativa erityistaso), terveystieteiden dosentti (Tampereen yliopisto), psykoterapiakouluttaja

Lähteet

- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51–58.
- Hwang, Yoon-Suk & Keraney, Patrick (2013). A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-Term practice and long lasting effects. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 314–326.
- Kadzin, Alan E. (1977). *The Token Economy. A Review and Evaluation*. New York: Plenum Press.
- Koskentausta, Terhi (2006). *Psychiatric disturbances in children with intellectual disabilities. Prevalence, risk factors and analysis*. Helsinki: Lammi-Paino Oy.
- Latham, Glenn I. (2012). *The Power of Positive Parenting*. USA: P & T Ink.
- Meyer, G. Roy, Sulzer-Azaroff, Beth & Wallace, Michele (2013). *Behavior Analysis for lasting change*. 2nd. edition. New York: Sloan Publishing, LLC.
- Sevin, Jay A., Bowers-Stephens, Cheryl & Crafton, Clifford G. (2003). Psychiatric Disorders in Adolescents with Developmental Disabilities: Lognitudal Data of Diagnostic Disagreement in 150 Clients. *Child Psychiatry and Human Development*, 3(24), 147–163.
- Talvitie, Ulla, Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki,

- Tarja (2006). Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- THL (2014). Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tiedosto ladattavissa osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/86/>. Noudettu 12.11.2014.
- Tuomisto, Martti T. (2013) Positiivinen vanhemmuus. Luento Tampereen yliopistossa 11.2.2013.
- Tuomisto, M. T., Lappalainen, R. & Timonen, T. (2005). Funktionaalisen käyttäytymis-analyysin perusteet sovellettua käyttäytymistiedettä varten. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.



13th Congress of European Forum
for Research in Rehabilitation
Marina Congress Center, Helsinki, Finland, 6-9 May 2015

EFRR2015 www.efrr2015.org

***“Being,
Doing,
Participating”***

Further information:
efrr2015@confedent.fi



ITSEARVIOINTIIN JA SEURANTATIEDON TUOTTAMISEEN LIITTYVÄT HAASTEET JA NIIHIN VASTAAMINEN PIENISSÄ SOSIAALI- JA TERVEYSALAN JÄRJESTÖISSÄ

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen itsearviointi ja tuloksellisuuden seuranta

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on merkittävä rooli suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja ylläpitämisessä. Sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavien valtakunnallisten ja paikallisten järjestöjen toiminta on hyvin monipuolista. On sanottu, että sosiaali- ja terveysjärjestöt täydentävät julkisen sektorin palvelutarjontaa ja tarjoavat palveluita myös niille, joille tukea ei ole saatavilla mistään muualta. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuu melkein miljoona suomalaista luottamushenkilönä, vapaaehtoisina ja vertaistukihenkilönä (SOSTE 2012). Osallistuminen järjestökentän toimintaan voi tarkoittaa osallistujille osaamisen ja ajan antamista hyötykäyttöön, vaikuttamista ja osallistumista. Paikallisyhdistykset tarjoavat vertaistukea ja käytännössä myös yhteisön ihmisille, joilta sellainen muutoin puuttuisi. Syrjäytymisen ehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen ovat sosiaali- ja terveysjärjestöjen tavoitteita siinä missä palvelujen tuottaminen, koulutus ja vaikuttamistyö.

Valtaosa Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluista tuotetaan kuntien, kuntayhtymien tai valtion toimesta. Kunnat ostavat palveluja yleishyödyllisiltä yhteisöiltä tai järjestöiltä, ja esimerkiksi kuntoutuksen osal-

ta kunnat ovatkin selkeästi yleisin rahoittaja kolmannen sektorin tuottamissa palveluissa. (Ala-Kauhaluoma ym. 2013.) Viime vuosikymmenten aikana järjestöjen rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana on kasvanut selvästi. Palveluja rahoittavat myös Kansaneläkelaitos sekä Raha-automaattiyhdistys, jälkimmäinen myös muita sosiaali- ja terveysalan järjestöjen perustoimintoja.

Seuranta ja arviointi ovat viime vuosikymmeninä tulleet mukaan erityisesti järjestöjen usein projektiluonteiseen kehittämistoimintaan mutta myös osaksi jatkuvaluonteisia toimintoja. RAY-rahoitteisen toiminnan piirissä avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja vaikutusten arviointi on RAY:n lakisääteinen tehtävä, mikä heijastuu vääjäämättä rahoitetujen järjestöjen arviointikäytäntöihin. Avustusta saavien järjestöjen tulee tuottaa seurantatietoa toiminnastaan ja arvioida sen tuloksellisuutta. Toisin sanoen on kysymys itsearvioinnin toteuttamisesta.

Mitä itsearviointi tarkoittaa järjestöissä?

Itsearviointi on osa oman toiminnan kehittämistä ja suunnittelua. Sen avulla tuotetaan tietoa omasta toiminnasta, sen tuloksista sekä toimintaan liittyvistä kehittämistarpeista. Tuloksellisuutta koskevan tiedon lisäksi itsear-

viointiprosessi voi käynnistää uutta ajattelua, oppimista ja muutosta. Se voi lisätä ymmärrystä kokonaisvaltaisesta kehittämisestä sekä lisätä rohkeutta asettaa aiempaa korkeampia tavoitteita toiminnalle. Itsearviointin kautta on myös mahdollista tuoda näkyväksi ja dokumentoida henkilöstön hiljaista tietoa ja kokemuksia. Arviointitiedon hyödyntämiseen liittyy voimakkaasti ajatus laadun parantamisesta ja toiminnan vastuuttamisesta järjestösä nimetyille henkilöille.

Arviointikäytännöt sosiaali- ja terveysjärjestöissä ovat vaihtelevia, eikä arviointia välttämättä nähdä vielä oman toiminnan tai hanketoiminnan kehittämisen ja tuloksellisuuden varmistamisen välineenä. Koskelan selvityksen mukaan noin kolmannes vuosina 2009–2010 RAY:n kehittämishankkeita toteuttaneista järjestöistä ei ollut toteuttanut lainkaan hankkeiden arviointia (Koskela 2012). Tämä voi johtua arviointia koskevan osaamisen tai resurssien puutteesta. Tällöin olisi mahdollista turvautua ulkoiseen arviointiin, mutta se taas puolestaan vaatii taloudellisia resursseja, joita harvalta pieneltä järjestöltä löytyy tähän tarkoitukseen. Vaikka järjestöillä olisi tahtoa ja resursseja itsearviointiin, kompastuskiveksi voi muodostua taitojen, konkreettisten välineiden ja toimintatapojen puute. Kaikilla järjestöillä ei ole valmiuksia ja osaamista luoda omia seurantakäytäntöjä. Erityisesti tämä koskee pieniä järjestöjä, joilla palkattua henkilökuntaa on vain muutama työntekijä.

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto (STKL) sekä Terveyden edistämisen keskus (Tekry) toteuttivat yhteistyönä vuosina 2005–2009 järjestöjen arviointitoiminnan tukemiseksi tarkoitetun JÄRVI-kehittämishankkeen. Hankkeen päämääränä oli kehittää arviointin työkaluja sosiaali- ja terveysjärjestöjen arviointin tueksi. Sittemmin SOSTE on tarjonnut JÄRVI-hankkeen perintönä järjestöille arviointikoulutusta ja matalan kynnyksen kohtaamis- ja kehittämispaikkoja sekä verkostoja ja mentoritoimintaa. Arviointiapua kaipaavia järjestöjä on kuitenkin paljon ja tuen tarpeita on monenlaisia.

Arviointi ja tiedon tuottaminen systemaattiseksi sosiaali- ja terveysalojen järjestöihin 2013–2016 (ARTSI-projekti)

ARTSI-projektissa viedään arviointin työkalujen ja itsearviointin kehittäminen ja räätälöinti aiempaa konkreettisemmalle tasolle ja mahdollistetaan järjestöjen omien tarpeiden ja olemassa olevien käytäntöjen aiempaa parempi huomioon ottaminen. Projektin pää tavoitteena on lisätä pienten sosiaali- ja terveysjärjestöjen valmiuksia oman toiminnan systemaattiseen kehittämiseen ja samalla luoda edellytykset toiminnan tuloksia ja vaikutuksia koskevan seurantatiedon tuottamiseen RAY:n linjausten mukaisesti. ARTSI-projektin tärkeimmät yhteistyökumppanit mukana olevien järjestöjen ohella ovat projektin kehittämisryhmään kuuluvat RAY:n seurannan ja SOSTE:n arviointin asiantuntijat.

Tavoitteena on tukea järjestöjä niiden oman toiminnan kehittämisessä arviointitietoa hyödyntäen. Projektissa luodaan yhteistyössä järjestöjen kanssa tarkoituksenmukaiset keinot palautteen keräämiseen ja sen analysointiin sekä toiminnan itsearviointiin kerättyä palautetta hyödyntäen. Tarkoituksena on, että luodut mallit jäävät elämään järjestön toimintaan ja päivittyvät ja kehittyvät muun toiminnan mukana. Samalla saadaan tarvittavat tiedot RAY:n raportoinnin edellyttämään tuloksellisuus- ja vaikutus selvitykseen. Kun itsearviointijärjestelmä on olemassa, se tuottaa parhaimmillaan sisältöjä myös toimintakertomuksiin ja -suunnitelmiin.

Verkostokehittäminen edellyttää järjestöiltä aktiivista roolia

ARTSI-projektissa kehitetään palautteenkeruun ja itsearviointin malleja yhteistyössä järjestöjen kanssa siten, että ARTSI-projekti ei ole ”ylhäältä päin” kertomassa, miten järjestöjen tulee toimia. Jokainen järjestö on oman alansa ja kohderyhmänsä asiantuntija ja työstää yhteistyössä ARTSI-projektin arviointin asiantuntijoiden kanssa itselleen mielekkäät ja tarpeenmukaiset työkalut, lomakkeet ja käytännöt.

Projektissa työskennellään siis verkostokehittämisen periaatteiden mukaisesti (ks. Järvensivu ym. 2010). Siinä itsenäisten toimijoiden väliset suhteet perustuvat luottamukseen ja sitoutumiseen, ja toimijoiden autonomiaa päätöksenteossa kunnioitetaan. Rooleja ei ole määritelty sopimustasolla, vaan ne voivat kehittämissäytymisen aikana vaihdella. Verkostot eivät ole hierarkkisesti ylhäältä-alas johdettuja ennalta määriteltyjen ideoiden toteuttamiskoneistoja vaan joustavia, neuvotellen parhaisiin ratkaisuihin pyrkiviä yhteistyöalustoja, joissa hyödynnetään kaikkien relevanttien toimijoiden osaamista.

ARTSI-projektin arvioinnin asiantuntijat työskentelevät verkostokehittämisen pääperiaatteiden mukaisesti yhteistyössä järjestöjen toiminnanjohtajien ja muiden järjestön työntekijöiden kanssa. Projektissa mukana oleminen edellyttääkin järjestöiltä sitoutumista ja motivaatiota. Hakiessaan mukaan projektiin järjestöt sitoutuvat kehittämistyöhön: mallien kehittämiseen, pilotointiin, käyttöönottoon sekä niiden jatkokehittämiseen ja vakiinnuttamiseen. Pienten järjestöjen itsearvioinnin akilleen kantapää on usein kerätyn palautteen hyödyntäminen. Tähän keskitytään ARTSI-projektissa erilaisin työkaluin ja menetelmin sekä selvitetään yhdessä kohdejärjestön kanssa arvioinnin toteuttamiseen liittyvät vastuut.

Projektin toimenpiteet ja keskeiset sisällöt

ARTSI-kehittämissäytymisen ensisijaiseksi kohderyhmäksi valitaan avoimen haun perusteella vuosina 2013–2016 noin kolmekymmentä sosiaali- ja terveysalan järjestöä eri puolilta Suomea. Kohdejärjestöt ovat henkilöstömäärältään pieniä, alle kymmenen työntekijän järjestöjä. ARTSI-projekti valitsee mukaan RAY:n yleisavustusta (Ay) tai kohdennettua toimintaavustusta (Ak) saavia tahoja, jotta luodut käytännöt vakiintuisivat. Pelkästään projekti- eli C-rahoitusta saavia tahoja ei valita mukaan. Avoin haku toteutetaan projektin aikana yhteensä kolme kertaa yhteistyössä RAY:n kanssa tiedottamalla järjestöille mahdollisuudesta osallistua projektiin ja saada tukea omien toi-

mintojensa kehittämiseen. Oleellista on saada mukaan sellaisia järjestöjä, joilla arvioiva ajattelu ja arviointikäytännöt eivät vielä ole kiinteä osa toimintaa.

Ensimmäinen haku toteutettiin huhtikuussa 2013, tuolloin yhteensä 26 järjestöä ilmoitti haluavansa mukaan projektiin, näistä kuusi valittiin mukaan. Toinen hakukierros toteutettiin joulukuussa 2013, tuolloin mukaan haki 32 järjestöä, joista 15 valittiin. Kolmas hakukerta toteutetaan joulukuussa 2014. Projektin toissijaisena kohderyhmänä ovat laajemmin kaikki sosiaali- ja terveysalojen järjestöt. Projektin aikana tuotetut mallit ja kokemukset kootaan yhteen, ja materiaali on vapaasti saatavilla sekä julkaisuna että sähköisenä verkkoversiona. Osa tähän mennessä luodusta työkaluista on jo kaikkien hyödynnettävissä ARTSI-projektin kotisivuilla. Vuoden 2015 aikana kootaan ja julkaistaan myös tiivis itsearviointiopas.

Mukaan valituille järjestöille järjestetään yhteinen aloitustapaaminen. Tätä ennen järjestöt saavat täytettäväkseen sähköisen alkukartoituskyselyn, jolla kartoitetaan järjestöjen olemassa olevia arviointi- ja palautteen keräämisen käytäntöjä sekä niihin liittyviä tarpeita. Järjestökohtaisia tapaamisia on 2 - 4 kpl jokaisen järjestön kanssa. Tapaamisissa kartoitetaan olemassa olevat arviointi- ja seurantaikäytännöt sekä kehitetään ja räätälöidään järjestön tarpeisiin soveltuvat itsearviointi- ja palautteen keräämisen menetelmät yhdessä järjestön henkilöstön kanssa. Joidenkin järjestöjen kohdalla voi olla tarpeen laatia ensin myös järjestön toiminnankuvaus. Se auttaa selkeyttämään toiminnan tavoitteita, toimenpiteitä ja tuloksia. Järjestöille luodut itsearviointijärjestelmät pilotoidaan ja pyritään juurruttamaan osaksi järjestön pysyvää toimintaa. Tarpeen mukaan järjestöille annetaan myös ohjeistusta arviointikäytäntöihin kiinteästi liittyvän RAY:n tuloksellisuus- ja vaikutusselvityksen täyttämiseen.

Yhteinen kehittämistyö kestää noin vuoden, jonka päätteeksi järjestöt kutsutaan koolle yhteiseen päätöstapaamiseen. Kehittämissäytymisen jakautuessa vuoden mittaiselle ajanjaksolle järjestöille jää riittävästi aikaa sisäistä

opitut asiat ja pilotoida uudet arvioinnin työkalut. Arviointitoiminnan pysyvyyttä pidetään kehittämistyössä esillä ja lähtökohtana aloitustapaamisesta lähtien.

Järjestöjen itsearviointia koskevat tarpeet ja niihin vastaaminen ARTSI-projektissa

Projektin aikana saadut kokemukset ovat vastanneet projektihenkilöstöllä aiemmin ollutta käsitystä pienten sosiaali- ja terveysjärjestöjen arviointiosaamisen vaihtelevuudesta. On järjestöjä, joissa arvioiva ajattelu ja toiminnan kehittäminen saadun palautteen perusteella tapahtuu luontevasti ja vähäeleisesti. Toimintaa ei välttämättä tunnusteta arvioinniksi, eikä palautteen kerääminen aina ole systemaattista tai dokumentoitua. Palautteen saanti ja hyödyntäminen voivat tapahtua kuin itseksensä. Tällaisissa tapauksissa ARTSI-projektin tehtävä on tehdä arvioinnista systemaattista ja läpinäkyvää. Suullisesti saatu palaute on yhtä arvokasta kuin kirjallinenkin, mutta on tärkeää, että se kirjataan ylös ja jaetaan järjestön muun henkilöstön, hallituksen ja rahoittajan kanssa.

Toisilla järjestöillä tuen tarve arviointiasioissa on laajempi. Toiminnan kuvaaminen ja toimintojen auki kirjoittaminen on ollut joillekin järjestöille tarpeen. Tällä tavoin on jäsennetty paremmin järjestön tavoitteet ja se, mitä toimenpiteitä tavoitteisiin pääseminen vaatii. Niissä järjestöissä, joissa on tehty toiminnan kuvaus, prosessi on saadun palautteen perusteella koettu hyödylliseksi. Arkityössä ei aina välttämättä tule ajatelleeksi tavoite-keino-tulos-ketjua suhteessa järjestön rahoitushakemukseen kirjattuihin tavoitteisiin. Tällöin päivittäinen, sinänsä arvokas toiminta ja resurssit saattavat painottua epäsuhtaisesti toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin nähden. Toiminnan kuvaamisen ja selkeän jäsentämisen myötä toiminnan itsearviointikin on helpompaa, kun kaikilla toimijoilla on selkeä kuva siitä, mitä ollaan tekemässä.

Usein järjestö tunnistaa, että arviointia tulee kehittää, mutta tehtävä on yksin liian haastava toteutettavaksi. Toisinaan riittää, et-

tä muodostetaan yhdessä kokonaiskuva tarvittavista tiedon keräämisen työkaluista tai päivitetään työkalut. Joillakin järjestöillä on käytössä erilaisia palautteen keräämisen menetelmiä, mutta kerätyn palautteen kunnollinen hyödyntäminen voi jäädä tekemättä. Paperilomakkeet voivat jäädä pinoon odottamaan analyysiä resurssien, innostuksen tai osaamisen puutteen vuoksi. Palautelomakkeita suunniteltaessa on erityisen tärkeää huomioida palautteen analysointiin käytössä olevat resurssit. ARTSI-projektissa mukana olevien järjestöjen kanssa onkin kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että palautteen keruun menetelmät ja itsearviointijärjestelmä laaditaan aina vastaamaan kunkin järjestön tarpeita ja resursseja. Itsearviointijärjestelmän tulee olla toimiva, mahdollisimman vähän järjestön henkilökuntaa kuormittava mutta aidosti myös kehittämisideoita esiin nostava kokonaisuus. Kehittämiskohteita monesti tunnistetaan, mutta henkilöstö turhautuu, kun asiat jäävät roikkumaan. Arviointitiedon ja palautteen hyödyntämiseen on luotu ARTSI-projektissa yksinkertaisia työkaluja.

Kaiken kaikkiaan avun ja tuen tarve arviointiasioissa on pienten järjestöjen kohdalla selkeä. ARTSI-projektin järjestökohtaiselle räätälöinnille tilaa jättävät raamit mahdollistavat näihin moninasiin tarpeisiin vastaamisen hyvin. ARTSI-projekti on saavuttanut hyvin kohderyhmänsä eli pienet järjestöt, sillä mukaan on hakenut enemmän järjestöjä kuin on pystytty ottamaan. Tämä kertoo myös olemassa olevasta tuen tarpeesta ainakin pienten järjestöjen keskuudessa.

Tähän asti saadun palautteen mukaan ARTSI-projekti on näyttäytynyt mukana olleille järjestöille erittäin hyödyllisenä. Projektin avulla järjestöt ovat hahmottaneet, mikä arvioinnissa on olennaista ja millä tavalla hyvin tehty arviointityö palvelee rahoittajien vaatimusten lisäksi järjestön oman toiminnan kehittämistä. Järjestöt ovatkin kokeneet erityisen arvokkaana sen tuen ja panostuksen, jolla työkalut saadaan luotua ja systemaattinen itsearviointi käynnistettyä. Projektin aikana tehdyn kehittämistyön jälkeen arvioinnin toteutuksen ja välineiden päivityksen pitäisi

onnistua järjestöissä kohtuullisin resurssein.

Projektissa mukana olevat järjestöt ovat arvioineet myös RAY:n tuloksellisuus- ja vaikutus selvityksen (TVS-lomake) täyttämiseen saadun ohjeistuksen olleen erittäin hyödyllistä. Palautetta antaneet järjestöt arvioivat, että ohjeistuksen jälkeen TVS-lomake on heille helpompi täyttää.

Samalla kun kehitetään palautteenkeruumalleja, vahvistetaan myös toimijoiden amatillista itsetuntoa sekä samalla koko sosiaali- ja terveysalan järjestökentän profiilia. Palautteenkeruun avulla toimijat saavat näkyväksi sen, kuinka paljon hyvää tehdään ja saadaan aikaan pienilläkin panoksilla ja resursseilla. Järjestöt oppivat näkemään oman työn tulokset ja pystyvät kehittämään näin omaa toimintaansa.

Arvioivan ajattelun lisääntyminen järjestöissä

ARTSI-projektissa juurruttamistyö on sisäänkirjoitettu kehittämistyön prosesseihin: tarkoitus on luoda pysyviä itsearviointijärjestelmiä järjestöille, jotta toiminnan paremmasta laadusta hyötyisivät järjestö ja lopulta myös järjestöjen toiminnan kohderyhmät. Yhtenä projektin osatavoitteena on integroida arvioiva ajattelu ja toimintatavat kiinteäksi osaksi kohdejärjestöjen toimintaa. Tämä voi edellyttää muutosta järjestön toimintakulttuurissa. Arvioinnin omaksuminen toiminnan ohjauksen ja kehittämisen yhdeksi näkökulmaksi ei ole välttämättä aiemmin ollut osa kaikkien järjestöjen toimintatapoja (Mykrä 2012).

Yksi ARTSI-projektin osatavoite on arviointikäytäntöjä ja arviointitiedon hyödyntämistä koskevan tietouden lisääminen yleisemmin sosiaali- ja terveysalan järjestöjen keskuudessa. Myös tämä liittyy aiemmin mainittuihin verkostokehittämisen periaatteisiin. Verkosto voidaan ymmärtää myös laajemmin, jolloin voidaan ajatella järjestöjen olevan yksiköitä osana kehittämisen kohteena olevaa verkostollista kokonaisuutta. Tämä kokonaisuus puolestaan organisoiu jatkuvasti uudelleen järjestöjen ja yhdistysten omien päätösten ja toimintastrategioiden toteuttamisen

myötä (Suikkanen & Lindh 2008, 71–73). Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä organisoiu toimintatavoiltaan ja reflektiokyvyltään uudelleen, kun arviointikäytännöt ja arviointitiedon hyödyntämistä koskeva tietous on yleisemmin lisääntynyt niiden keskuudessa.

Arviointitiedon ja -osaamisen lisääminen muidenkin kuin projektissa mukana olevien järjestöjen keskuudessa tapahtuu pääasiassa luotujen arvioinnin työkalujen jakamisella projektin kotisivuilla sekä vuonna 2015 ilmestyvän järjestöille suunnatun itsearviointioppaan avulla. ARTSI-projektin keskeinen missio on myös tuoda arviointi lähemmäksi järjestöjä – tekemällä siitä riittävän yksinkertaista. Itsearviointi järjestöissä on parhaimmillaan hyvin käytännönläheistä, osallistavaa ja motivoivaa. Tämä on ollut kantava periaate myös ARTSI-projektin työkaluja ja malleja suunniteltaessa.

ARTSI-projektin nettisivut:
<http://www.kuntoutussaatio.fi/artsi>

Haku

Artsi-projektiin mukaan haluaville järjestöille järjestetään haku seuraavan kerran joulukuussa 2014 (valitaan 10–13 järjestöä, hakuaika 1.12.– 31.12.2014)

Lisätietoa projektihausta nettisivuilla.

Malleja

Täältä löydät ARTSI-projektissa kehitettyjä malleja ja ideoita järjestöjen itsearviointiin ja tiedon tuottamiseen:

<http://www.kuntoutussaatio.fi/artsi/mallit>
Mallit ovat kaikkien vapaasti hyödynnettävissä, ja sivusto päivittyy jatkuvasti.

**VTM Mikko Henriksson, projektipäällikkö,
Kuntoutussäätiö**

**YTM Henna Harju, arviointipäällikkö,
Kuntoutussäätiö**

Lähteet

Ala-Kauhaluoma M, Henriksson M, Saarinen T (2013) Kolmas sektori kuntoutuksen toimijana. Teoksessa Rajavaara M, Autti-Rämö I, Ashorn U (toim.) Kuntoutus muuttuu - entä kuntoutusjärjestelmä?

Kelan tutkimusosasto: Helsinki.
Järvensivu T, Nykänen K, Rajala R (2010) Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen -hankkeen julkaisu. Aalto-yliopiston kaupapakorkeakoulu.
Koskela T (2012) Kehittämishankkeiden arvioinnin tila. Motiivit ja arviointitiedon hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalojen järjestöissä. Avustustoiminnan raportteja 28, RAY. 2012.
Mykrä P (2012) Esipuhe. Teoksessa: Koskela T (2012) Kehittämishankkeiden arvioinnin tila. Motiivit ja arviointitiedon hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalojen järjestöissä. Avustustoiminnan raportteja 28, RAY.

SOSTE (2012) Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvoinnin rakentajina. Vaasa.

Suikkanen A, Lindh J (2008) Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa Kallanranta T, Rissanen P, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Helsinki.



Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennus

Vuorovaikutus ja kommunikaatio kuulovammaisen lapsen perheessä. Koko perheelle tukea, ohjausta, vahvuuksia ja voimavaroja.

kuntoutus  **auris**

LASTEN JA NUORTEN KUNTOUTUS

Ilkantie 4, 00400 Helsinki

Lisätietoja: 050 511 8046, 040 590 8293

www.kuuloliitto.fi ▶ Kuntoutus-Auris ▶ Kurssit ▶ Lapset ja nuoret

OMA VÄYLÄ -HANKE KEHITTÄÄ NEUROPSYKIATRISTA KUNTOUTUSTA

Kela kehittää neuropsykiatrista kuntoutusta nuorille aikuisille, joilla on diagnosoitu aktiivisuuden tai tarkkaavuuden häiriö (ADHD) tai autismikirjon häiriöihin kuuluva Aspergerin oireyhtymä

Yhtenä kuntoutuksen kehittämisalueena on Kelassa viime vuosina ollut neuropsykiatrisen kuntoutuksen. Tähän kokonaisuuteen kuuluvia aiempia hankkeita ovat vuosien 2010 - 2018 aikana toteutettavat Laku ja Etä-Laku (5 - 12-vuotiaiden lasten perhekuntoutuksen kehittämishanke) ja NUKU (13 - 15-vuotiaiden nuorten ryhmämuotoisesti painottuvan kuntoutuksen pilotti). Uusin neuropsykiatrisen kuntoutuksen kehittämishanke on Oma väylä, jossa kohderyhmänä ovat 18 - 35-vuotiaat nuoret ja nuoret aikuiset, joilla on joko aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) tai Aspergerin oireyhtymä. Hankkeen kuntoutustoiminta käynnistyy maaliskuussa 2015. Kuntoutuksen tavoitteena on opiskelu- ja työelämävalmiuksien ja sosiaalisten taitojen kohentaminen.

Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt

Kehityksellisistä neuropsykiatrisista häiriöistä yleisimpiä ovat ADHD, autismikirjon häiriöihin kuuluva Aspergerin oireyhtymä sekä Touretten oireyhtymä (Rintahaka 2007). Kehityksellisissä neuropsykiatrisissa häiriöissä oireet ovat havaittavissa jo varhaislapsuudessa, ja häiriöiden esiintyvyys lapsuudessa on suurempaa kuin aikuisuudessa. Vaikka oireet usein lieviytyvät lapsuus- ja nuoruusiän

jälkeen, ne vaikuttavat toimintakykyyn usein merkittävästi vielä aikuisenakin (Rintahaka 2007, Koski ym. 2013).

ADHD ilmenee kehitystasoon nähden liiallisina ja haittaavina tarkkaavuuden ongelmoina ja/tai ylivilkkautena sekä impulsiivisuutena. Lapsilla ADHD:n esiintyvyys on noin 5/100, ja diagnoosi on pojilla 3 - 6 kertaa yleisempi kuin tytöillä. Noin puolella ADHD-lapsista oireet ovat häiritseviä vielä aikuisena (Koski ym. 2013, Korkeila 2013). Joskus oireilun haittaavuus voi jopa lisääntyä iän karttuessa ja yksilölle asetetun vaatimustason noustessa: heikko koulumenestys voi johtaa vähäisempiin mahdollisuuksiin jatko-opinnoissa, vaikuttaa kielteisesti työmarkkinoille sijoittumiseen ja siten lisätä syrjäytymisen riskiä (Koski ym. 2013, Korkeila 2013). ADHD:n hoidossa käytetään potilaan yksilöllisen arvioinnin pohjalta suunniteltua lääkehoitoa ja psykososiaalisia hoitomuotoja. Tutkimusnäyttö lääkehoidon vaikutuksesta ADHD:n ydinoireisiin on vankinta, mutta on viitettä siitä, että lääkehoidon yhdistäminen psykososiaalisiin hoitomuotoihin tuottaisi potilaan kannalta parhaan tuloksen (Korkeila 2013, ADHD Käypä hoito-suositus 2013).

Aspergerin oireyhtymä on autismikirjon ilmiö. Sen ominaispiirteitä ovat mm. sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation laadulliset poikkeavuudet, kaavamainen käyttäyty-

minen ja riippuvuus rutiineista (Tani 2004, Moilanen ym. 2012). Aspergerin oireyhtymän esiintyvyyden on arvioitu olevan Suomessa noin 4 - 6/1000. Toukokuussa 2013 julkaistusta Amerikan psykiatriyhdistyksen DSM-5 tautiluokituksesta Aspergerin oireyhtymä omalla diagnoosinaan jäi pois, ja se sisällytettiin osaksi autismikirjon häiriöiden luokkaa (Lepämäki ym. 2014). Aspergerin oireyhtymälle tyypillisiä piirteitä on havaittavissa jo lapsuudessa, mutta joskus oireyhtymä tunnustetaan vasta murrosiän jälkeen, kun elämän sosiaaliset vaatimukset lisääntyvät (Attwood 2012). Elämän nivelvaiheet, kuten siirtyminen nuoruudesta aikuisikään, ovat usein AS-henkilöille ongelmallisia, ja aikuisuudessa on usein uhkana opintojen kesken jääminen, heikko suorittuminen työssä tai sosiaalinen eristäytyminen (Tani ym. 2004). Aspergerin oireyhtymän ydinoireisiin ei ole olemassa lääkitystä. Kuntoutuksella on yleensä pyritty vaikuttamaan vuorovaikutuksessa, kommunikaatiossa ja arjen taidoissa ilmeneviin ongelmiin mm. neuropsykiatrisen valmennuksen, sosiaalisen tai neuropsykologisen kuntoutuksen keinoin.

Kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyy usein samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä (Rintahaka 2007). ADHD-potilaalla tavallisia samanaikaisia diagnooseja ovat ahdistuneisuushäiriö, päihdehäiriö, masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö (Korkeila 2013, Sihvola 2013). Aikuisikäisellä Asperger-potilaalla voi esiintyä depressiota, pakko-oireisia häiriöitä tai lyhytaikaisia psykoottisia reaktioita (Tani ym. 2004). Psykiatrisen samanaikaissairastavuus voi vaikeuttaa neuropsykiatrisen häiriön diagnostiikkaa.

Neuropsykiatristen häiriöiden kuntoutuksesta vähän tutkimustietoa

Neuropsykiatristen häiriöiden kuntoutuksesta, sen toteutustavoista ja tuloksellisuudesta on tarjolla varsin vähän tutkimustietoa. Osana Oma väylä -hanketta Kela toteutti kirjallisuuskatsaukset, joissa selvitettiin hankkeen kohdeyhmän henkilöiden opintojen etenemistä ja työelämässä selviämistä parantavia toimenpiteitä. Nämä katsaukset on vastikään julkaistu

Kuntoutus-lehdessä ja Suomen Lääkärilehdessä. Katsauksissa todettiin, että tutkimuksissa raportoidut neuropsykiatristen häiriöiden kuntoutustoimenpiteet ovat usein olleet lyhytaikaisia, eikä kuntoutuksen pidempiaikaista hyötyä ole arvioitu. Autismikirjon henkilöiden osalta kuntoutuksella on pyritty muuttamaan sosiaalisen vuorovaikutuksen laatua, kognitiivisia taitoja ja itsesäätelyä sekä opettamaan työnhakua ja työtaitoja. Katsauksessa todettiin, että kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen harjoittelu tuotti usein myönteisiä tuloksia ja osallistujat, heidän lähipiirinsä ja työnantajat arvioivat interventiot hyödyllisiksi (Kirjanen ym. 2014). ADHD-kuntoutujilla raportoituja työllistymiseen tai työelämässä pysymiseen kohdistettuja kuntoutustoimenpiteitä ei löytynyt lainkaan. Käytetyt kuntoutusmenetelmät olivat myös varsin kirjavia, yleisimpiä raportoituja menetelmiä olivat valmennus ja EEG-biopalautehoito. Tieteellisesti arvioiden tutkimukset olivat yleisesti melko heikkolaa-tuisia, eikä vankkaa tutkimusnäyttöä minkään yksittäisen menetelmän tehokkuudesta kirjallisuuskatsauksen perusteella ollut löydettävissä (Kirjanen ym. 2014).

Kuntoutuksen alueellisessa saatavuudessa on Suomessa suurta vaihtelua. Suuremmis-sa kaupungeissa on vaihdellen tarjolla neuropsykologista kuntoutusta ja neuropsykiatrista valmennusta, nämä usein suurelta osin yksityisten toimijoiden ja kolmannen sektorin tuottamana. Kela on voinut tarjota kohdeyhmän kuntoutujille sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja, neuropsykologista kuntoutusta ja tarvittaessa kuntoutuspsykoterapiaa.

Oma väylä -hankkeen kuntoutus on yksilö- ja ryhmämuotoista

Oma väylä -hankkeen kuntoutus on yhdistelmä yksilö- ja ryhmämuotoista kuntoutusta. Kuntoutusjakson kokonaiskesto on 1,5 vuotta. Ensimmäisen kuntoutusvuoden aikana yksilö- ja ryhmämuotoista kuntoutusta toteutetaan rinnakkain. Kuntoutusjakson lopussa on puolen vuoden pituinen seurantajakso. Yksilökäyntejä mallissa on joustavasti kuntoutu-

jan tarpeesta riippuen 10 - 25 ja ryhmäkäyn-
tejä 12. Lisäksi kuntoutukseen sisältyy kaksi
läheisten ryhmätapaamista. Hankkeen aikana
kuntoutuspalveluja toteutetaan Helsingissä,
Espoossa, Vantaalla, Jyväskylässä, Oulussa ja
Rovaniemellä. Kuntoutukseen voivat osallis-
tua myös näiden kaupunkien lähialueilla asu-
vat henkilöt. Hankkeeseen valitut kuntoutuk-
sen palveluntuottajat on ilmoitettu hankkeen
www-sivuilla.

Hankkeessa toteutettavan kuntoutuksen
tavoitteena on parantaa kuntoutujien opiske-
lualmiuksia, tukea opintojen etenemistä ja
niiden loppuun saattamista ja tarjota tukea
myös työelämän alkutaipaleella. Näiden ta-
voitteiden saavuttamiseksi kuntoutuksessa tu-
etaan myös sosiaalisten taitojen ja arjen toi-
mintataitojen kohenemistä. Kuntoutusta to-
teuttaa pääasiassa työpari, joista toinen työn-
tekijä nimetään kuntoutujan omaohjaajaksi.
Työparin työskentelyn tukena ja hankkee-
seen liittyvän kehittämistyön yhtenä toteut-
tajana toimii psykologi tai neuropsykologi.
Nämä kolme henkilöä muodostavat palvelun
toteutuksessa moniammatillisen työryhmän.
Työryhmällä on lisäksi tukena työelämä-
asiantuntija, jotta ammatillisten suunnitelmi-
en arviointi ja tekeminen nivoutuisi kiinteästi
osaksi muuta kuntoutusta. Kuntoutuspalvelun
toteuttamisen lisäksi kuntoutustyötä tekevä
ja kuntoutusta kehittävä työryhmä luo mallit
kuntoutukseen ohjautumisen sujuvista käy-
tännöistä, kuntoutujan motivoinnin toimivis-
ta työtavoista, kuntoutuksen toteuttamisesta
kuntoutujan arjen toimintaympäristössä sekä
ryhmämuotoisen kuntoutuksen hyvistä ja toi-
mivista käytännöistä.

Oma väylä -hankkeeseen liittyy Terveiden
ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kelan tutkimus-
osaston yhteistyönä toteutettava arviointituk-
kimus, joka arvioi sekä hankkeessa pilotoidun
kuntoutuspalvelumallin toimivuutta kohde-

ryhmän kuntoutuksessa että hankkeen aika-
na toteutettavan kehittämistyön toteutumista
ja tuloksia. Tavoitteena on, että hankevaiheen
jälkeen kuntoutusmalli olisi jalkautettavissa
osaksi Kelan vakiintunutta kuntoutusta. Kun-
toutusmallia toivotaan jatkossa voitavan so-
veltaa myös muihin sairausryhmiin.

**LKT Katariina Kallio-Laine, asiantuntijalääkäri,
neurologian erikoislääkäri, Kela**

Ajankohtaista tietoa hankkeesta:
www.kela.fi/omavayla

Lähteet

- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset
ja nuoret). Käypä hoito -suositus 2013.
- Attwood T (2012) Aspergerin oireyhtymä lapsuudesta
aikuisuuteen. Kehitysvammaliitto.
- Kirjanen S, Nissinen H, Rintanen S, Pappila J (2014)
Kirjallisuuskatsaus opintoja ja työllistymistä tu-
kevista toimenpiteistä nuorille aikuisille, joilla on
ADHD. Kuntoutus 2, 33 - 41.
- Kirjanen S, Tuulio-Henriksson A ja Autti-Rämö I
(2014) Miten tukea opintoja ja työllistymistä, kun
nuorella on autismikirjon häiriö. Suomen Lääkäri-
rilehti 34, 2039 - 2044.
- Korkeila J (2013) Aikuisiän tarkkaavuushäiriö. Best-
Practice kesäkuu 2013.
- Koski A ja Leppämäki S (2013) Aikuisen ADHD -diag-
noosista hoitoon. Suomen Lääkärilehti 48, 3155
- 3161.
- Moilanen I, Mattila ML, Loukusa S, Kielinen M (2012)
Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Duode-
cim 128, 1453-62.
- Rintahaka P (2007) Nuorten neuropsykiatriset häiri-
öt - ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja unihäiriöt.
Duodecim 123, 215-22.
- Sihvola E (2013) Strukturoidut diagnostiset haastat-
telut auttavat aikuisiän ADHD-tutkimuksessa.
BestPractice marraskuu 2013.
- Tani P, Nieminen-von Wendt T, Lindberg N ja von
Wendt L (2004) Aspergerin oireyhtymä aikuisiäs-
sä. Duodecim 120, 693-8.

PERSOONALLISUUDEN TOIMINTA JA PSYKOTERAPIAN TULOKSELLISUUS

Kukaan ei selviä elämässään vain omin voimin. Ne sisäiset voimavarat ja selviytymiskeinot, joihin turvaudumme ongelmia kohdattessamme, ovat aikaisempien elämänvaiheiden aikana kehittyneitä. Niiden luomiseen ovat osallistuneet elämämme tärkeät ihmiset ja se laajempi yhteisö missä olemme eläneet, omine vahvuuksineen ja heikkouksineen. Vuorovaikutuskokemukset luovat pohjan myös sille, minkälaisia perusmielikuvia meille syntyy itsestämme ja toisista. Näistä mielikuvista tulee sisäisessä mielen maailmassa vahvoja vaikutajia, jotka muokkaavat persoonallisuutta, ohjaavat käyttäytymistä, vaikuttavat ajatuksiin ja tunnetiloihin. Jos ne ovat voittopuolisesti myönteisiä – perustuvat pitkälti huolenpitoon, vakaisiin kasvuoloihin ja kunkin ikäkauden osalta lapsen tarpeita ja kasvupyrkimyksiä tukevaan suhtautumistapaan – suhtautumista itseän ja muihin tulee luonnehtimaan pääosin rakentava tapa, mikä edesauttaa selviytymistä vaikeiden tunnetilojen ja ristiriitojen käsitteystä (Kealy ym. 2011).

Erityisesti kasautuessaan epäsuotuisat, traumaattisina koetut elämänaikaiset tapahtumat ja ihmissuhteisiin ja itsearvostukseen liittyvät ongelmat voivat aiheuttaa pitkäaikaisia tai toistuvia masennus- ja ahdistusoireita ja -häiriöitä sekä heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä (Huprich ym. 2007, Twomey ym. 2000). Elämänsä aikana arviolta joka viidennelle suomalaiselle kehittyy masennustila, ja erilaiset ahdistuneisuushäiriöt ovat yhtä lailla varsin yleisiä. Kyse on aina inhimillisestä kärsimyksestä, joka koskettaa sekä potilasta

itseään että hänen lähipiiriään.

”En vaan tunnu jaksavan tätä elämää, yksinkertaisesti sulkeudun makuuhuoneeseen, jätän lapset huutamaan. Hätä on niilläkin, pieniä kun ovat. Kyllä sen ymmärrän, ettei tää ole oikein, tulee hirveä syyllisyys, itseinho. Saan sitten jotenkin koottua itseäni, yritän taas sinnitellä.”

”Pärjään kyllä muiden parissa, kun on vanhoja tuttuja ja puhutaan konkreettista asioista, mutta jos menee vähänkin henkilökohtaisemmalle tasolle, menen kippsiin, jännitän niin etten saa mitään ulos suustani. Voi tulla se paniikki silloin, mietin vaan että miten pääsisin pois siitä tilanteesta.”

Muiden apu on tarpeen, jotta selviytyisi masennuksen kuilusta tai häpeäkokemusten, huonommuuden tunteiden, elämässä epäonnistumisen kokemuksen tai pelkojen aiheuttamista ansoista. Ne voivat johtaa sytjätymiseen, elämänhallinnan ja pahimmillaan elämänhalun menettämiseen. Pysyvän toipumisen varmistamiseksi terveydenhuollossa on tärkeä huolehtia siitä, että potilas saa itselleen soveltuvan, riittävän avun. Koska persoonallisuus on se maaperä, johon perussuhtautumisemme elämään perustuu ja koska muutokset siinä ilmaantuvat hitaammin hoidon seurauksena kuin oiremuutokset, persoonallisuuden toiminnan arviointi on arvokasta nimenomaan pitkäaikaisten muutosten selvit-

tämisessä (Blatt ym. 2010) sekä lyhyiden ja pitkien terapioiden vaikuttavuuden arvioinnissa. Vaillinainen toipuminen on riskitekijä myös sille, ettei työ- ja toimintakyky palaudu ennalleen tai parane aiemmasta.

Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat monitekijäisiä oireyhtymiä, joiden syntyyn vaikuttavat biologiset, perinnölliset alttiudet ja erilaiset ympäristötekijät. Samaan lääketieteelliseen diagnoosiin voidaan päätyä hyvin erilaisen oirekuvan kautta, mikä korostaa tarvetta tunnistaa yksilölliset erot siinä, minkälaiset tekijät ovat kulloinkin keskeisiä. Hoidon suunnittelun kannalta diagnoosin rinnalla on suuri merkitys sillä, minkälainen on se yksilö, joka kärsii masennuksesta tai ahdistuneisuudesta. Tällaiset 'transdiagnostiset' tekijät käsittävät mm. potilaan persoonallisuuden ja hänen odotuksensa, valmiutensa ja motivaationsa asioidensa selvittelyyn – mitkä kaikki voivat vaikuttaa siihen, minkälaista ja kuinka pitkäkestoista psykoterapiaa tarvitaan.

Interpersoonallisen psykiatrian näkökulmasta ihmisen persoonallisuuden nähdään syntyvän vuorovaikutuskokemusten pohjalta ja olevan suhteellisen pysyvä tapa kokea itsensä ja suhteensa muihin (Sullivan 1953). Psykoanalyysiin pohjautuvat, vastavuoroisuuden laadun kehityksellistä merkitystä korostavat teoreettiset näkemykset (Greenberg ja Mitchell 1983) ja kiintymyssuhdeteoria (Bowlby 1973) painottavat erityisesti varhaisten ja pitkän ajan kuluessa syntyneiden vuorovaikutusmallien ja -kokemusten merkitystä persoonallisuuden muotoutumisessa. Yksi keskeinen persoonallisuuden ulottuvuus on minäkuva, itseen liittyvien käsitysten kokonaisuus. Muutosta minäkuvassa voidaan arvioida mm. itseensä suhtautumisen jatkumolla itsevihasta itsensä rakastamiseen: luonnehtiiko minäkuva pääasiallisesti hyväksyvä, itseään arvostava, myötätuntoinen ja rakastava suhtautuminen vai taipumus korostuneen kielteiseen, omaa arvoa ja merkitystä väheksyvään, jopa vihamieliseen suhtautumiseen (Benjamin 1996). Kielteisen minäkuvan lisäksi ahdistus- ja masennustiloihin liittyy usein itsensä laiminlyöntiä, syyttämistä, vähättelemistä tai kohtuuttomia itseen ja muihin kohdistuvia

odotuksia. Ne ovat yleisiä syitä psykoterapiaan hakeutumiseen ja muutokset niissä ovat keskeisiä potilaiden toivomia vaikutuksia.

Erilaisten terapioiden tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä henkilön valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan. Kaikki psykoterapiat perustuvat vuorovaikutukselle, mutta niiden pohjana on erilaisia teoreettisia näkemyksiä siitä, mitä tarvitaan muutosprosessien käynnistämiseksi, toipumiseksi ja lisääntyneen hyvinvoinnin saavuttamiseksi. Psykodynaamiset terapiat ovat Suomessa yleinen psykoterapian suuntaus: noin puolet yksilöpsykoterapiaa toteuttavista psykoterapeuteista on koulutautunut tämän suuntauksen mukaisesti (Valkonen ym. 2011). Psykodynaamista psykoterapiaa luonnehtii pyrkimys lisätä potilaan ymmärrystä oman mielensä toiminnasta ja ongelmien kytkeytymisestä pitkälti tiedostamattomiin, aiempien elämänvaiheiden tapahtumien saamiin merkityksiin. Pitkäkestoisessa psykodynaamisessa terapiassa tavoitteet liittyvät usein siihen, että terapiasta tulisi kasvu- ja kehitysprosessi, jossa olisi mahdollisuus monipuolisesti edistää persoonallisuuden toimintakykyä. Vastaavasti lyhyessä psykodynaamisessa terapiassa pyritään keskittymään valitun ongelma-alueen työstämiseen terapeuttisessa vuorovaikutuksessa, ja auttamaan yhtä lailla ongelmien kehityksellisen taustan parempaan ymmärtämiseen ja uudenlaisten toimintatapojen kehittymiseen. Ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa keskeiseksi nähdään puolestaan se, että keskitytään näkökulman muutokseen: miten asiat ovat, kun ne ovat hyvin. Painopiste on resurssien korostamisessa ja potilaan näkökulman muuttamisessa onnistumisiin ja voimavarakeskeisyyteen. Toisin kuin psykodynaamisissa terapioiden, siinä korostetaan sitä, että nykyisyys ja tulevaisuus ovat tärkeitä, eikä pidetä tarpeellisena selvittää aiempien elämänvaiheiden kohtaloita ja vuorovaikutussuhteiden kehityskulkuja.

Vaikka terapioiden näkökulmat ovat näin erilaisia, minäkuvamuutoksiin pyritään kaikissa niissä, erilaisia prosesseja hyödyntäen. Minkälaisen avun erilaiset lyhytterapiat tarjo-

avat? Tarjoaako pitkä psykoterapia potilaalle näissä pyrkimyksissä joitain etuja verrattuna lyhyisiin terapioihin? Miten lyhyt ja pitkä terapia soveltuvat hoitomuodoiksi potilaille arvioituna sen pohjalta, kuinka merkittäviä minäkuvaan ja vuorovaikutussuhteisiin liittyviä ongelmia heillä on?

Tämän väitöstutkimuksen tavoitteena oli verrata lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuutta persoonallisuuden toimintaan ja tutkia, miten persoonallisuuden toiminta ennustaa terapioiden tulokellisuutta ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöstä kärsivien potilaiden hoidossa kolmen vuoden seurannassa hoitojen alkamisesta.

Tutkimusaineisto koostui 326 avohoitoipotilaasta, jotka ohjattiin vuosina 1994–2000 Helsingin Psykoterapiatutkimukseen (HPS, Helsinki Psychotherapy Study) ahdistuneisuus- tai mielialahäiriön vuoksi (Knekt ja Lindfors 2004). Potilaat satunnaistettiin joko lyhyeen, noin puoli vuotta kestävään voimavarasuuntautuneeseen, ratkaisukeskeiseen terapiaan tai lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan tai noin kolme vuotta kestäväään pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan. Potilaiden ominaisuuksia ja psyykkisen voinnin ja persoonallisuuden toiminnan muutoksia arvioitiin ennen satunnaistamista ja kaikkiaan seitsemän kertaa kolmen vuoden seurannan aikana alkuarvion jälkeen.

Ensimmäisessä, metodologisessa osatutkimuksessa tutkittiin vuorovaikutussuhteiden laadun haastattelumenetelmän (Quality of Object Relations Scale, QORS; Azim ym. 1991) toimivuutta ja sen yhdenmukaisuutta menetelmän teoreettisten taustaoletusten kanssa. Osoittautui, että alhaista vuorovaikutussuhteiden laatua ennustivat, teoreettisesti johdonmukaisesti, parhaiten ihmissuhteiden epäjatkuvuus ja mitätöivän suhtautumisen esiintyminen vuorovaikutuksessa. Näin ollen haastattelumenetelmää voitiin luotettavasti käyttää väitöstutkimuksen muissa osissa.

Toisessa ja kolmannessa osatutkimuksessa verrattiin satunnaistetussa kliinisessä koeksessa lyhyiden terapioiden ja pitkän psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuutta minäkäsitykseen ja selvitettiin, millä ta-

voin vuorovaikutussuhteiden laatu muokkaa näitä muutoksia eri terapioissa. Myönteisiä muutoksia minäkuvassa ilmeni nopeammin ensimmäisen seurantavuoden aikana lyhyissä terapioissa kuin pitkässä terapiassa. Kolmen vuoden seurannassa kuitenkin pitkässä terapiassa havaittiin suurempaa minäkuvan myönteisyyttä, itsensä kannustamista ja vähäisempää taipumusta itsensä syyttämiseen ja laiminlyöntiin kuin ratkaisukeskeiseen terapiaan ohjautuneilla. Eroja lyhyiden terapioiden välillä ei havaittu missään seurantavaiheessa. Osoittautui, että ratkaisukeskeisestä terapiasta hyötyivät erityisesti potilaat, joilla ei ollut isoja vuorovaikutussuhteiden ongelmia. Pitkästä terapiasta puolestaan hyötyivät enemmän persoonallisuuden toiminnaltaan ongelmallisemmat potilaat terapian alkuvaiheessa, eivätkä heidän hoitotuloksensa olleet heikompia kuin muilla kolmen vuoden terapian päätyttyä. Siten psykoterapian psykodynaaminen suuntaus ja mahdollisesti pidempi kesto näyttivät olevan enemmän hyödyksi minäkuvamuutoksille kuin lyhyt, tuen antamiseen painottunut terapia.

Lopuksi, neljäs osatutkimus osoitti kolmen vuoden seurannassa kielteisen minäkuvan ennustavan suurempaa oireiden vähene mistä pitkässä kuin kahdessa erilaisessa lyhyessä terapiassa, joiden välillä ei tässäkin osatutkimuksessa ilmennyt eroja. Pitkän terapian lisähyötyä verrattuna lyhyeen terapiaan ilmeni rajallisempina myös potilailla, joilla oli korostunut itsekontrolli ja paljon vuorovaikutussuhteiden ongelmia. Lisäksi potilailla, joiden persoonallisuuden toiminta, masennus- tai ahdistuneisuushäiriöstä huolimatta, oli kohtalaisen hyvä, työkyky parani kauttaaltaan ja oireilu väheni valtaosin enemmän pitkän kuin lyhyen terapian ryhmässä.

Tutkimus osoitti siten, että lyhyen terapian nopeampien myönteisten muutosten takia se antaa osalle potilaista tehokkaan ja riittävän avun suotuisten minäkuva-, oire- ja työkykymuutosten kehittymiseksi. Lyhyttä terapiaa soveltuvampi hoitomuoto näyttää varmemmin olevan pitkä terapia silloin, kun potilaalla on korostuneen kielteinen minäkuva. Myös potilaan psykologiset voimavarat ja persoo-

nallisuuden toiminnan muut ongelmat osoitautuivat olevan tekijöitä, jotka tulisi huomioida yksilöllisessä terapiaan ohjaamisessa.

Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä yksilölliseen hoidon tarpeen arviointiin perustuvia psykoterapiaan ohjaamisen käytäntöjä ja hoitotulosten seurantaa, niin että terveydenhuollon resursseja suunnattaisiin sellaiseen terapiaan, joka ilmeisimmin tuottaisi kullekin henkilölle riittävän ja mahdollisimman pysyvän hyödyn. Edelleen tarvitaan jatkotutkimusta siitä, mikä on persoonallisuuden toiminnan eri osa-alueiden suhteellinen merkitys lyhyestä tai pitkästä psykoterapiasta hyötymiselle verrattuna muihin potilastekijöihin ja terapeuttitekijöihin. Lisääntyvä ymmärrys terapioiden soveltuvuustekijöistä tulee olemaan merkittävä apu kehitettäessä entistä toimivampia psykoterapian muotoja.

**Olavi Lindfors, PsT, kehittämisspällikkö,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

Kirjoitus on lectio praecursoria, jonka kirjoittaja esitti väitöstilaisuudessa Helsingin yliopistossa 24.5.2014. Väitöskirjan nimi on Personality functioning and psychotherapy outcome (National Institute for Health and Welfare, Research 127/2014, Helsinki). Väitöskirja verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-181-5>

Lähteet

- Azim HF, Piper WE, Segal PM, Nixon GW, Duncan SC (1991) The Quality of Object Relations Scale. Bulletin of the Menninger Clinic 55, 323-343.
- Benjamin LS (1996) A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: structural analysis of social behavior (SASB). Journal of Personality Assessment, 66, 248-266.
- Blatt SJ, Zuroff DC, Hawley LL, Auerbach JS (2010) Predictors of sustained therapeutic change. Psychotherapy Research, 20: 37-54
- Greenberg JR, Mitchell SA (1983) Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Huprich SK, Porcerelli JH, Binienda J, Karana D, Kamoo R (2007) Parental representations, object relations and their relationship to depressive personality disorder and dysthymia. Personality and Individual Differences, 43, 2171-2181.
- Kealy D, Ogrodniczuk JS, Howell-Jones G (2011) Object relations and emotional processing deficits among psychiatric outpatients. Journal of Nervous and Mental Disease, 199, 132-135.
- Knekt P, Lindfors O (Eds.) (2004) A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Helsinki, The Social Insurance Institution, Studies in social security and health 77.
- Sullivan HS (1953) The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton.
- Twomey HB, Kaslow NJ, Croft S (2000) Childhood maltreatment, object relations and suicidal behavior in women. Psychoanalytic Psychology, 17, 313-335.
- Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I (2011) Psykoterapeutit Suomessa. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74/2011.

TERAPEUTTISEN YHTEISTOIMINNAN TEORIA

Johdanto

Tämän päivän ilmiö on yhteistoiminta. Yhteistoiminnasta puhutaan innostuneesti, mutta toisaalta siitä tiedetään vielä kovin vähän. Yhteistoimintaa pidetään tärkeänä etsittäessä kestäviä ja käyttökelpoisia ratkaisuja, ja 'pirullisten ongelmien' ratkaisemisessa se on välttämättömyys. Mitä siis yhteistoiminta on? Mitä on terapeutin yhteistoiminta? "Not to, not for, but with."

Adolph Meyer esitti otsikon yhteistoimintakehityksensä terapeuteille (Leighton 1952, xvii). Sen mukaan terapeutin tehtävä on toimia yhdessä asiakkaan kanssa ja mahdollistaa asiakkaan osallistuminen oman terapiansa ja elämänsä suunnitteluun ja sen elämiseen. Tehtävä ei ole aivan yksinkertainen, sillä institutionaalisessa terapiasuhteessa asiakkaalla ja terapeutilla on vallan, tiedon ja päätöksentekomahdollisuuksien suhteen erilaiset oikeudet ja velvollisuudet. Miten siis asiakas ja terapeutti voivat tällaisessa epäsymmetrisessä suhteessa (vrt. Rittel & Webber 1973) toimia yhteistoiminnassa ja rakentaa vastavuoroista vuorovaikutussuhdetta, jossa kaikkien äänet tulevat kuulluiksi ja kunnioitetuiksi? Vastaukseni tähän on yksinkertainen ja Aristoteleelta (1989) lainattu: siinä määrin kuin he kohtaavat toinen toisensa ihmisenä.

Meyerin kehoitukseen sisältyy itse asiassa vahva, ihmisoikeuksiin perustuva vaatimus. Terapeuttisessa yhteistoiminnassa ei ole kyse päälle liimatusta trendistä tai hihasta vedetystä sloganista, vaan toimintaterapian filosofian kovasta ytimestä, joka on käyttökelpoinen ja

myös laajasti monenlaisiin vuorovaikutussuhteisiin sovellettavissa oleva lähestymistapa.

Yhteistoiminta onnistuu myös sairaalassa

Kiinnostukseni yhteistoimintaa kohtaan heräsi viime vuosituhannen lopulla työskennellessäni yli kymmenen vuotta toimintaterapeutina erikoissairaanhoidon neurologisella osastolla. Tuolta ajalta muistan edelleen, miten nuoren miehen kanssa suunnittelimme ja toteutimme hänelle tärkeän onkiretken läheisen järven rantaan, jotta hän kykenisi keskittymään edes hetkeksi johonkin tekemiseen. Toisen miehen kanssa loimme lunta sairaalan pääoven edestä, sillä se oli hänelle mielekäs toiminta ja fyysisesti riittävän kuormittava. Sinkkuopettajan kanssa leivoimme kakkua vierailemaan tulossa olevalle ystävälle, ja pohjanmaalaisen yrittäjäröuvan kanssa kitkimme rikkaruohoja sairaalan kukkapenkistä, sillä hän oli pitkän sairaalassaolonsa aikana kaivannut vain, että saisi painaa sormensa tuoreeseen multa.

Mielekkään toiminnan lisäksi jokaiseen toteutukseen sisältyi yksityiskohtainen toiminnan ohjailun harjoitus. Kaikki toiminnot oli suunniteltu yhdessä kuntoutujan kanssa palvelemaan hänen kuntoutumistaan aivoverenkiertohäiriön aiheuttamista muutoksista, mutta samalla ne olivat hänelle mielekkäitä ja haluttuja asioita. Ne eivät olleet pelkkää kivaa puuhastelua, vaikka tuottivatkin mielihyvää – meille molemmille. Kuntoutujalle tuotti tyydytystä, kun hän sai tehdä itselleen

tärkeää asiaa, ja minä koin tyytyväisyyttä siitä, että pystyin tarjoamaan hänelle toimintamahdollisuuksia ja tilaisuuden käyttää omaa kyvykkyyttään. Näissä toiminnoissa olimme fyysisesti yhdessä, huomiomme oli kohdistuneena yhteiseen asiaan ja pyrimme samaan päämäärään.

Nuo onnistumisen kokemukset ovat kantanelleet tämän tutkimuksen tekemistä: olen halunnut etsiä perustaa toiminnalle, joka tuotti kuntoutumisen lisäksi yhdessä rakennettuja onnistumisen kokemuksia meille molemmille. Toisaalta tutkimustani ovat kannatelleet ne monet terapiasuhteet, joissa vastaavanlaiset kokemukset jäivät kokematta. Toistuva kysymys onkin ollut, mitä tapahtui? Olisinko voinut tehdä jotain toisin?

Terapia pirullisten ongelmien ratkaisemisena

Lähtökohtaisesti uskon siihen, että ammattilaisilla on pyrkimys toimia asiakkaan hyväksi ja pyrkimys auttaa asiakasta. Uskon myös, että terapialla tavoitellaan oikeiden asioiden tekemistä asiakkaan toimintaan liittyvän tilanteen muuttamiseksi paremmaksi. Kyse on siis tietynlaisesta 'pirullisesta ongelmasta', jota yksi ihminen ei yksin kykene ratkaisemaan (Rittel & Webber 1973, 163–167). Pirullisten ongelmien ratkaiseminen vaatii laaja-alaisesti asianosaisten osallistumista ongelman ratkaisemiseksi tarvittavan tiedon tuottamiseen ja ratkaisun suunnittelemiseen, sillä jokainen ratkaisu johtaa aina uusiin seurauksiin eikä tehtyjä ratkaisuja saada tekemättömäksi.

Kun asiakkaan ongelman pirullisuuteen lisätään vielä jokaisen ihmisen oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, ei terapeutilla yksinkertaisesti ole oikeutta tehdä päätöksiä asiakkaan puolesta. Asiakkaan toimintamahdollisuuksien rajoittaminen liittyy muun muassa tilanteisiin, joissa asiakkaan asioista päätetään ilman hänen läsnäoloaan tai hänelle ei anneta edes puheoikeutta, vaikka hänellä olisi valmiudet osallistua keskusteluun ja päätöksentekoon: ”Ensin me sovitaan tiimissä potilaan tavoitteet ja sitten sovitaan, kuka kertoo ne potilaille.”

Yhteistoiminta kannattaa

Asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnan vuorovaikutuksen tekee mielenkiintoiseksi siitä saadut positiiviset tieteelliset näytöt. Erityisesti kroonisten sairauksien itsehoidon avaintekijäksi on tunnustettu terveydenhuollon ammattilaisten ja palvelujen käyttäjien aktiivinen yhteistoiminta (Kemp 2011) esimerkiksi astman (Butz ym. 2007; Newcomb ym. 2010), sydänsairauksien (Winder ym. 2004), mielenterveyden (Borg & Kristiansen 2004; Sumsion & Lencucha 2007; Kemp 2011; McCloughen ym. 2011; Romakkaniemi & Järvikoski 2012), kivun, masennuksen ja ahdistuksen hoidossa myös pidemmällä aikavälillä (Dibbelt ym. 2009) sekä lasten sairauksien ja kuntoutuksen hoidossa (Hanna & Rodger 2002; Øien ym. 2009), sillä se vahvistaa asiakkaan sitoutumista yhdessä laadittujen suunnitelmien toteuttamiseen. Psykoterapian vaikuttavuustutkimuksissa asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksella on todettu olevan kaksi kertaa suurempi merkitys kuin menetelmällä (Norcross 2002). Myös kuntoutuksen asiakkaiden, ammattilaisten ja vertaisten yhteistoimintakokemuksilla on ollut monin tavoin positiivinen ja pidempiaikainen vaikutus kuntoutuksen ja toimintaterapian onnistumiseen (Dibbelt ym. 2009; Cole & McLean 2003; Holmqvist ym. 2009; Taylor ym. 2011; Wressle & Samuelsson 2004; Hanna & Rodger 2002).

Kuntoutuksen ja hoidon onnistumisen kannalta asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan osallistumista ja yhteistoimintaa onkin pidetty maailmanlaajuisesti tärkeänä. Miksi siis hyvää tahtovat terapeutit toimivat käytännössä toisin ja organisaatiot jättävät käyttämättä toiminnan kannattavuuden kannalta merkittävän tekijän?

Yhtenä selittävänä tekijänä saattaa olla se, että organisaatiot ja terapeutit ovat tähän asti pyrkineet vain asiakaslähtöisyyden toteuttamiseen sen merkityksessä, jolloin sillä tarkoitetaan ensisijaisesti vain asiakkaan kuuntelemista ja kunnioittamista. Vahvemmassa muodossa asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon sekä omaa hoitoaan ja kuntoutustaan koskevaan suunnitteluun (vrt. Kjellberg ym. 2012).

Toisena selittävänä tekijänä saattaa olla te-

rapeuttien kokemus vuorovaikutusosaamisensa riittämättömyydestä, vastavuoroista vuorovaikutusta koskevan tiedon vähäisyydestä, koulutuksen puutteellisuudesta ja organisaatioiden heikosta tuesta käytäntöjen muuttamiseksi (Taylor ym. 2009; Kjellberg ym. 2012). Pelkkä pyrkimys hyvinvointiin ja toisin toimimisen mahdollisuus ei siis riitä tuottamaan toisenlaista toimintaa ja toimijuutta. Sen lisäksi tarvitaan tietoa, koulutusta, harjoitusta ja organisaation tukea.

Tutkimuksen toteutus

Terapeuttista yhteistoimintaa koskenut tutkimukseni rakentui kahdesta päävaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa, filosofian lisensiaatin tutkimuksessa etsin fenomenologisen analyysin avulla yhteistoiminnan toteutumisen ehtoja vaikeaan aivoverenvuotoon sairastuneen naisen pitkässä terapiasuhteessa. Tuloksena syntyi alustava käsitys terapeuttisen yhteistoiminnan tekijöistä ja ehdoista (Harra 2005). Jatkoain alustavan käsitykseni kehittämistä väitöskirjatutkimuksessani (Harra 2014), jonka avulla tuotin ensinnäkin toimintaterapian käytäntöä palvelemaan tarkoitettua aineistolähtöisen teorian. Lisäksi olen sisällyttänyt teoriaan riittävän määrän yleisiä käsitteitä, jotta se soveltuisi myös erilaisiin tilanteisiin käytettäväksi erilaisten ihmisten kanssa (vrt. Glaser & Strauss 1967).

Tutkimukseni etsi vastausta yhteen pääkysymykseen, joka oli: *Millainen on aineistolähtöinen terapeuttisen yhteistoiminnan teoria?* Lisäksi hain konkreettisia tarkennuksia kolmen alakysymyksen avulla: 1) *Mitkä ovat onnistuneen terapeuttisen yhteistoiminnan tekijät toimintaterapiassa?* 2) *Missä suhteissa onnistuneen terapeuttisen yhteistoiminnan tekijät ovat keskenään?* Ja 3) *Miten terapeuttisen yhteistoiminnan prosessi etenee yksin tekemisestä mielekkääksi yhdessä toimimiseksi?*

Pragmatistisen lähestymistapani mukaisesti testasin ensimmäisen vaiheen tuottamien käsitteiden ymmärrettävyyttä ja käyttökelpoisuutta kahdeksassa teorialähtöisessä ryhmäkeskustelussa toimintaterapeuttien (N=13) kanssa (vrt. Alhanen 2013, 46–49). Keskus-

telut jäsenyivät pääasiassa alustavaan käsitykseeni perustuneiden herkistävien käsitteiden avulla.

Kokosin yhteen kahdeksasta keskustelusta koostuneen aineiston grounded theory -pohjaiseen jatkuvaan analyttiseen vertailuun perustuvan synteessin avulla. Kahdeksaa keskustelua kokoava synteesisprosessi rakentui askel askeleelta nelivaiheiseksi prosessiksi. Vaiheet olivat: I keskustelusynteesi, II kuvausten synteesi, III keskeisten käsitteiden synteesi ja IV alustavan teorian ja ulkopuolisen materiaalin synteesi. Kussakin synteisvaiheessa käytin tarkoituksenmukaisesti neljää erilaista analyysitapaa, jotka ovat avoin analyysi, valikoiva vertailu, jäsentävä vertailu ja teoreettinen vertailu. Koko prosessia ohjasivat aineistolähtöisyys, ristiriidattomuus sekä sisällöllinen konsistenssi eli yhteenkuuluvuus. Jäsenin metodin avulla aineistosta nousevat käsitteet ja abstrahoin sen jälkeen käsitteiden keskinäisten suhteiden tarkastelun avulla terapeuttista yhteistoimintaa kuvaavan teorian. Lisäksi abstrahoin kolme käsitteellistä ja käytäntöä palvelevaa mallia: terapeuttisen yhteistoiminnan käsitteellinen malli ja prosessimalli sekä toiminnan luonteen analyysimalli.

Terapeuttisen yhteistoiminnan teoria ja kolme käytäntöä palvelevaa mallia

Terapeuttinen yhteistoiminta tarkoittaa asiakkaan ja terapeutin yhdessä harkitsemaa ja toteuttamaa tekemistä asiakkaan toimintaan liittyvän ongelman ratkaisemiseksi mielekkäällä ja tarkoituksenmukaisella tavalla siten, että muutoksen toteutusprosessi tuottaa siihen osallistuville kyvykkyyttä, hyvää elämää ja hyvinvointia sekä lisää heidän toimintamahdollisuuksiaan. Terapeuttisen yhteistoiminnan teorian kolme keskeistä osatekijää ovat toimintakontekstin reunaehdot, vastavuoroinen yhteistoimijuus ja vastavuoroisuuden prosessit. Teorian käyttäjän on aina huomioitava kyseisen toimintakontekstin reunaehtoihin sekä vastavuoroiseen yhteistoimijuuteen liittyvät erityispiirteet.

Toimintaterapiassa, kuten muissakin toi-

mintakonteksteissa reunaehdot eli ympäristötekijät jäsenyivät ainakin kolmelle tasolle. *Systemitason* näkökulmasta muun muassa koulutus, lainsäädäntä, ammattieettiset koodit ja poliittiset ohjelmat rajaavat toimintaterapian toimintamahdollisuuksia, ja vaikuttavat siihen, millaisena toimintaterapian ammatti toteutuu, mutta tiukasti ottaen nämä ehdot eivät määrää sitä, miten yksittäinen terapiatilanne toteutuu. *Organisaatiotason* strategiat ja toimintaohjeet määrittävät terapeutin toimintamahdollisuuksia ja toimintaympäristötekijät vaikuttavat siihen, millaiseksi terapeutin yhteistoiminta kehittyi, mutta nekään eivät lopulta riitä määräämään sitä, millaiseksi yhteistoiminta muodostuu. Keskeisin yhteistoiminnan toteutumiseen vaikuttava taso on toimijoiden välinen *vuorovaikutustaso* ja siinä erityisesti yhteistoimijuutta rakentavat tekijät.

Vastavuoroiseen yhteistoimijuuteen liittyvät tekijät ovat epäsymmetria, vuorovaikutuksen säätelyherkkyys ja säätelyn keinot sekä vastavuoroisuuden hyveet. Institutionaalisessa terapiasuhteessa asiakas on toimintaan liittyvään ongelmaansa apua hakeva tai tarvitseva kansalainen ja terapeutti on terveydenhuollon laillistetun koulutuksen saanut ammatinharjoittaja. Molemmilla on erilaisia aiempia kokemuksia, joilla on olennainen merkitys heidän pyrkimyksiinsä ja arvostuksiinsa niin tavoitteiden asettelussa kuin keinojen valinnassakin.

Toisen ihmisen autonomian loukkaamattomuus ja autenttisuuden eli itsenään olemisen kunnioitus on kaikkien ihmisten ihmis-oikeuksien perusasia. Uskallus asettua vastavuoroiseen yhteistoimintasuhteeseen edellyttää luottamusta siihen, että toinen toimii vastavuoroisuuden hyveiden mukaisesti. Hyvän tahtominen toiselle tarkoittaa lähtökohteisesti myönteistä asennoitumista sekä kiinnostusta ja halua toimia toisen kanssa. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa terapiasuhteissa ymmärrystä asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioonottamisesta. Kohtuunmukaisuus tarkoittaa tilannekohtaista joustamista, suopeutta sekä tarvittaessa omista oikeuksista pidättäytymistä.

Vastavuoroisuuden prosessit, jotka olen

kuvannut myös prosessimallin avulla, toteutuvat kolmen päävaiheen kautta. Päävaiheet ovat vastavuoroisen suhteen rakentaminen, keskusteleva harkinta ja muutoksen toteutus. Päävaiheet rakentuvat siten, että ensimmäinen vaihe on välttämätön ehto kahdelle seuraavalle ja keskusteleva harkinta ennakoii muutoksen toteutusta. Se on myös yhteistoiminnassa toteutettavan muutoksen välttämätön ehto.

Vastavuoroisen suhteen rakentaminen koostuu kolmesta alavaiheesta, joiden kautta rakentuu vastavuoroisuuden hyveisiin perustuva luottamus ja toisen ihmisen autonomiaa kunnioittava suhde, joka mahdollistaa sekä keskustelevan harkinnan että myös konkreettisen yhteistoiminnan haluttujen muutosten aikaansaamiseksi.

Keskusteleva harkinta tähtää yhdessä laaditun suunnitelman luomiseen. Tilanteen erityisyyden tunnistaminen edellyttää, että toimijat jakavat käsityksiään sekä nykytilasta että halutusta tavoitetilasta. Muutoksen kohteena oleva ongelma on itse asiassa nykytilan ja tavoitetilan väliin jäävä aukko, jonka silloittamiseksi terapiaa tarvitaan. Yhteisen käsityksen luominen muutoksen tarpeesta olevasta kohteesta tehdään ensin ilman priorisointia tai arvottamista. Vasta yhteisen ennakkoinnin vaiheessa toimijat asettavat yhdessä kriteereitä halutun asiantilan saavuttamiseksi ja parhaiden keinojen valitsemiseksi.

Muutoksen toteutus on konkreettista toimintaa, jotta haluttu asiantila saavutettaisiin. Muutosta voidaan tavoitella ainakin neljällä perusluonteeltaan erilaisella tavalla eli *tekemällä yksin tai yhdessä sekä mielekkään toiminnan avulla yksin tai yhteistoiminnassa*. Yksin tekemisellä pyritään saamaan aikaan tekemisestä erillään olevia päämääriä ja se ei edellytä toimijan vapaehtoisuutta tai halukkuutta. Mielekkäessä toiminnassa tekeminen sisältää myös päämäärän itsessään. Se on toimijan vapaasti valitsemaa tarkoituksenmukaista ja merkityksellistä tekemistä. Yhdessä tekeminen voi rakentua molemmista edellä esitetyistä toiminnan luonteista. Olennaista on, että jos toimijat tekevät jotain tiettyä asiaa yhdessä, on kyseinen tekeminen heille joko annettu tai heidät on siihen pakotettu.

Jos toiminta on yksittäiselle toimijalle mielekästä, niin olennainen ero suhteessa yhteistoimintaan on siinä, että yhdessä tekeminen ei perustu yhdessä keskustellen laadittuun ja vapaasti valittuun suunnitelmaan. Mielekkäässä yhteistoiminnassa toimijat ovat suunnitelleet itse tarkoituksenmukaisen ja merkityksellisen toiminnan päämäärän ja toteutuksen yhdessä, ja he ovat mukana vapaaehtoisesti ja toteuttavat suunnitelmaa yhdessä. Toimintaterapeutin tehtävänä on kyetä tunnistamaan, minkä luonteisessa muutokseen tähtäävässä toiminnassa hän on asiakkaan kanssa. Tätä tarkoitusta varten loin toiminnan luonteen analyysimallin.

Terapeuttisen yhteistoiminnan teorian merkitys

Kaikkien terapeuttisen yhteistoiminnan tekijöiden välillä vallitsee molempiin suuntiin vaikuttava suhde. Sen lisäksi kaikki edellä kuvatut terapeuttisen yhteistoiminnan tekijät ovat keskenään kiasmaattisesti palautuvassa suhteessa (vrt. Parviainen 2006), millä tässä yhteydessä tarkoitan sitä, että jokainen teko ja liike sekä niitä rakentavat tekijät vaikuttavat aina myös tekijään itseensä, samoin kuin myös tekemättä jättäminen. Terapeuttiseen yhteistoimintaan sisältyvä käsitys tekijöiden välisistä suhteista asettaa kyseenalaiseksi yksisuuntaisiin vaikutusmekanismeihin perustuvat tuloksellisuuden ja tehokkuuden osoittamiseen tarkoitetut mallit.

Aiempaan tutkimuskirjallisuuteen tutustuminen osoitti, että tunnistetut yhteistoiminnan tekijät ovat hyvin samankaltaiset terveydenhuollon toimintasuhteissa, vaikka ne on tuotettu eri konteksteissa ja erilaisissa suhteissa. Tulosten yhtenevyys ja samansuuntaisuus tarjoaa viitteitä siitä, että yhteistoimintaan liittyy geneerisiä tekijöitä, kuten jakaminen, kumppanuus, keskinäinen riippuvuus ja kollektiivinen prosessi. Tämä huomio vahvistaa oletusta teorian sovellettavuudesta myös ammattilaisten välisen yhteistoiminnan edistämiseen. Terapeuttisen yhteistoiminnan teoriaa voidaan käyttää ymmärryksen apuvälineenä käytännöllisten ongelmien ratkai-

semisessä, terapiatilanteiden uudistamisessa ja kuntoutuksen onnistumisen edistämässä (vrt. Dewey 2012, 168–169; Paavola & Hakkarainen 2008, 162–164). Teoriaa voidaan hyödyntää myös laajemmin siirtymän edistämiseksi kohti yhteistoiminnallista toimintakulttuuria ja kansalaisten toimintaoikeuksien turvaamista ainakin terveydenhuollossa, jossa potilaan toimintakyvyn heikkouksista ja puutteista sekä ammattilaisten institutionaalista asemasta johtuen on aina tavallista suurempi riski joutua kohtaamaan epäoikeudenmukais- ta kohtelua itseä koskevassa päätöksenteossa.

WHO:n ihmisoikeusjulistuksen (1978) mukaisen ja maailmanlaajuisesti tavoitellun muutoksen aikaansaamisessa ei ole kyse vain yksittäisen terapeutin toimintatyylin muuttamisesta. Kyse ei ole vain yksittäisestä, käytännön toimintaa ohjaavan mallin käyttöönotosta, vaan huomattavasti perusteellisemmasta muutoksesta, jonka tulisi läpäistä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös koulutus ja tutkimus. Positiivisen siirtymän mahdollistamiseksi tarvitaan muutakin kuin vain uudenlaista teoriaa ja yhteistoimintaa edistäviä käytännön malleja. Piercen ym.:iden (2010) mukaan tilanteen muuttaminen edellyttää radikaalia näkökulman muutosta käytännön lisäksi myös tieteessä ja koulutuksessa.

Uudenlaisen lähestymistavan asettuminen osaksi käytäntöjä edellyttää määrätietoista, yhteiseen ymmärrykseen tähtäävää arvoja, perusoletuksia ja hyväksyttäviä menetelmiä koskevaa monialaista keskustelua sekä yhdessä laadittujen muutossuunnitelmien mukais- ta hoidon, kuntoutuksen ja terapian toimintakulttuurin, eettisten ja käytännöllisten toimintaperiaatteiden, -rakenteiden ja -prosessien konkreettista muutosta. Sitä varten asiakkaan ja terapeutin yhteistoiminnan edistämiseksi tarvitaan vielä huomattavan paljon lisätutkimusta ja käytännön työtä palvelevaa tietoa ja ymmärrystä.

Yhteistoimintaan perustuvaan käytäntöön siirtymistä eivät siis haittaa ammattilaisten asenteet, vaan perinteiset yksisuuntaisen vaikuttamisen malleihin perustuvat terapiakäytännöt sekä ammattilaisen asiantuntijuutta korostavat lähestymistavat. Tästä huolimatta

yksittäisissä kohtaamistilanteissa toisin toimimisen mahdollisuus on terapeuttien mukaan aina olemassa. Näin ollen terapeutilla on mahdollisuus toimia toisin.

Toini Harra, FL, toimintaterapeutti, työnohjaaja, Metropolia Ammattikorkeakoulun yliopettaja

Kirjoitus on lectio praecursoria, jonka kirjoittaja esitti väitöstilaisuudessa Lapin yliopistossa 31.10.2014. Väitöskirjan nimi on Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa (Acta Universitatis Lapponiensis 288/2014. Lapin yliopisto, Rovaniemi). Verkkoversio (pdf): Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 156.

Lähteet

- Aristoteles. (1989). Nikomakhoksen etiikka. (S. Knuutila, Käänt.) Helsinki: Gaudeamus.
- Alhanen, K. (2013). John Dewey'n kokemusfilosofia. Helsinki: Gaudeamus.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-Oriented Professionals: Helping Relationships in Mental Health Services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505.
- Butz, A. M.; Walker, J. M.; Pulsifer, M. & Winkelstein, M. (2007). Shared Decision Making in School Age Children with Asthma. *Pediatric Nursing*, 33(2), 111–116.
- Cole, M. B. & McLean, V. (2003). Therapeutic Relationships Re-Defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19 (2), 33–56.
- Dewey, J. (2012). Filosofian uudistaminen. T. Perhoniemi, (Käänt.) Tampere: Vastapaino.
- Dibbelt, S.; Schaidhammer, M.; Fleicher, C. & Greitmann, B. (2009). Patient-Doctor Interaction in Rehabilitation: The Relationship between Perceived Interaction Quality and Long-Term Treatment Results. *Patient Education Counseling*, 328–335.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Hanna, K. & Rodger, S. (2002). Towards Family-Centred Practice in Pediatric Occupational Therapy: A Review of the Literature on Parent-Therapist Collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, 14–24.
- Harra, T. (2005). Terapeuttinen yhteistoiminta. Terapeuttisen yhteistoiminnan ehdoista. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Harra, T. (2014). Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Holmqvist, K.; Kamwendo, K. & Ivarsson, A. B. (2009). Occupational Therapists' Descriptions of Their Work with Persons Suffering Cognitive Impairment Acquired Brain Injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 16), 13–24.
- Kemp, V. (2011). Use of 'Chronic Self-Management Strategies' in Mental Healthcare. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(2), 144–148.
- Kjellberg, A.; Kåhlin, I; Haglund, L. & Taylor, R.R. (2012). The Myth of Participation in Occupational Therapy: Reconceptualizing a Client-Centred Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 421–427.
- Leighton, A. H. (1952). Introduction. Teoksessa E. E. Winters (Toim.), *The Collected Papers of Adolf Meyer (Osa/vuosik. IV Mental Hygiene)*. Baltimore: John Hopkins Press.
- McCloughen, A.; Gillies, D. & O'Brien, L. (2011). Collaboration between Mental Health Consumers and Nurses: Shared Understandings, Dissimilar Experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 47–55.
- Newcomb, P. A.; McGrath, K. W.; Covington, J. K.; Lazarus, S. C. & Janson, S. L. (2010). Barriers to Patient-Clinician Collaboration in Asthma Management: The Patient Experience. *Journal of Asthma*, 47, 192–197.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Paavola, S. & Hakkarainen, K. (2008). Pragmatistinen välittyneisyys uuden luomisen perustana. Teoksessa E. Kilpinen; O. Kivinen & S. Pihlström (Toim.), *Pragmatismi filosofiassa ja yhteiskuntatieteissä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Parviainen, J. (2006). Kollektiivinen tiedonrakentaminen asiantuntijatyössä. Teoksessa J. Parviainen (Toim.), *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampere: Tampere University Press.
- Pierce, D.; Adler, K.; Baltisberger, J.; Fehring, E.; Hunter, E.; Malkawi, S. & Parr, T. (2010). Occupational Science: A Data-based American Perspective. *Journal of Occupational Science*, 17(4), 204–215.
- Rittel, H. W. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* (4), 155–169.
- Romakkaniemi, M. & Järvikoski, A. (2012). Service User's Perceptions of Shared Agency in Mental Health Services. *European Journal of Psychothe-*

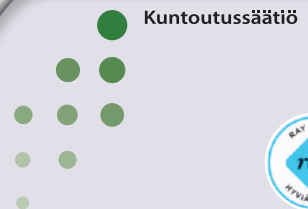
- rapy and Councelling, 14(4), 1–2.
- Sumsion, T. & Lencucha, R. (2007). Balancing Challenges and Facilitating Factors when Implementing Client-Centred Collaboration in a Mental Health Setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 513–520.
- Taylor, R.R.; Lee, S.W. & Kielhofner, G. (2011). Practitioner’s Use of Interpersonal Modes within the Therapeutic Relationship: Results from a Nationwide Study. *Occupational Therapy Journal Research*, 31(1), 6–14.
- Winder, P.A.; Hiltunen, E.F.; Sethares, K.A. & Butzlaff, A. (2004). Partnerships in Mending Hearts. Nurse and Peer Intervention for Recovering Cardiac Elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 184–191.
- Wressle, E. & Samuelsson, K. (2004). Barriers and Bridges to Client-Centred Occupational Therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11(1), 12–16.
- Øien, I.; Fallang, B. & Østensjø, S. (2009). Goal-Setting in Paediatric Rehabilitation: Perceptions of Parents and Professional. *Child: care, health and development*, 36(4), 558–565.

kuntoutusalankirjasto.fi

Kuntoutusalan kirjasto on kaikille avoin erikoiskirjasto

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

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



Kuntoutussäätiö



Työurien jatkamisen tuki (JAMIT) -hanke järjesti päätösseminaarin 30.10.2014

Työurien jatkamisen tuki (JAMIT) -hankkeen 2012–2014 kehittämistyön tavoitteena oli edistää työhyvinvointia ja tukea työkykyä. Kehittämistyö jakautui kolmeen osatavoitteeseen: 1) saada työpaikat työkyvyn tukijoiksi, 2) löytää keinoja osatyökykyisten työssä jatkamisen tueksi sekä 3) kehittää kunnallisten työterveyshuoltojen ja muiden toimijoiden yhteistyötä työkyvyn tukemisessa.

Jamit-hanke oli Kuntoutussäätiön hallinnoima ja sitä toteuttivat Kuntoutussäätiön lisäksi Tampereen yliopiston Johtamiskorkeakoulun Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Avire Oy ja Härmän Kuntokeskus sekä viisi kunnallista työterveyshuoltoa Uudelta maalta ja Etelä-Pohjanmaalta.

Osatyökykyisen tukemisen käytäntöjen ja siihen liittyvän työluotsityön kehittämisen lisäksi hanke järjesti yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön Osatyökykyiset työssä -hankkeen kanssa työkykykoordinaattori/työluotsikoulutuksen. Pilotoitua koulutusmallia on tarkoitus toteuttaa jatkossakin. Hanketta on

rahoittanut Euroopan sosiaalirahasto ja sosiaali- ja terveysministeriö Terveenä ja osaavana työssä -kehittämisohjelmastaan.

Hankkeen aikana on tuotettu kaikkiaan kuusi opasta työpaikkojen ja työkyvyn tukemisen ammattilaisten käyttöön: Yhteisöllisyydellä menestykseen – opas työpaikan sosiaalisen pääoman kehittämiseen (myös englanninkielisenä), Opas työkykyä tukevasta kuntoutuksesta, Työhyvinvointia työpaikoille – opas terveyden, turvallisuuden ja työkyvyn edistämiseen pientyöpaikoilla (myös ruotsin- ja englanninkielisenä), opas Työssä jatkaminen – tukea ratkaisukeskeisesti sekä opas Voimavarat käyttöön – miten kehittää sosiaalista pääomaa?

Oppaita voi tilata hankkeen päättymisen jälkeenkin hankkeen nettisivujen materiaalisivun kautta.

Lisätietoa hankkeesta:

www.kuntoutussaatio.fi/jamit

Body Mind Center kouluttaa 

1,5 v (monimuoto-opetus)

BodyMind Akupuntiohoitaja
koulutus alkaa korva-akupunktion ja rentoutusterapian kurssipäivillä
10.–11.1.2015 Kulttuurikeskus Sofiassa, Helsingissä
(Kallvikinniementie 35, 00980 Hki)

– Koulutus on tarkoitettu hoitoalan ammattilaisille –
Tiedustelut ja ilmoittautumiset
2.1.2015 mennessä

**KOKONAISVALTAINEN PSYKO-
FYYSINEN TERAPIA JA HOITO**
Kimmo Peltola osteopaatti
puh. 0400 015622 www.mielikeho.net
kimmo@mielikeho.net • Ostolantie 4
(Monitorin yläkerta) 63700 Ähtäri

Uusia oppaita lukivaikeudesta ja matematiikan oppimisvaikeuksista

Lapsille, nuorille ja heidän vanhemmilleen ei ole juuri ollut tarjolla painettua tietoa oppimisvaikeuksista, vaikka oppimisvaikeudet vaikuttavat usein laajasti lasten, nuorten ja perheiden elämään.

Niilo Mäki Instituutti on julkaissut oppaita kolmelle eri kohderyhmälle – lapsille, yläkouluikäisille nuorille ja heidän vanhemmilleen. Lukivaikeuden ohella matematiikkavaikeudet ovat saaneet omat oppaansa.

Vaikeudet oppimisessa heijastuvat koulukäynnin lisäksi lapsen käsitykseen itsestään sekä kaverisuhteisiin. Lapsilla, joilla on oppimisvaikeuksia, on usein heikompi itsetunto kuin ikätovereillaan sekä enemmän ahdistusta, masentuneisuutta ja käyttäytymisongelmia. Vanhemmilta saatu tuki on havaittu yhdeksi suojaavaksi tekijäksi oppimisen vaikeuksissa.

Oppaissa kerrotaan yleistajuisesti lukivaikeuden ja matematiikkavaikeuksien keskeisistä piirteistä sekä niihin liittyvistä kokemuksista ja tunteista. Lisäksi oppaissa kerrotaan,

miten taitoja voi harjoitella ja millaista tukea koulusta on saatavilla. Vanhemmille muistutetaan, että opettaminen on koulun tehtävä ja joskus on tärkeää keskittyä lapsen ja nuoren kanssa mukavaan yhdessäoloon.

Oppaat on julkaistu OMIS-hankkeessa (2011–2013), joka oli Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama kehittämishanke. Hankkeen tavoitteena oli lisätä tietoisuutta lasten ja nuorten omien kokemusten merkityksestä oppimisvaikeuksien yhteydessä sekä kerätä tietoa näistä kokemuksista ja lasten ja nuorten tukemisen keinoista.

Opassarjan voi tilata painettuna tai tulostaa ilmaiseksi Niilo Mäki Instituutin verkkosivuilta: <http://www.nmi.fi/julkaisut/ilmaiset-materiaalit/omis-oppaat>

Tutkija-kehittäjä, VTM Johanna Korkeamäki

Kirjoittaja työskentelee nuorten ja aikuisten oppimisvaikeuksiin liittyvissä tutkimus- ja kehittämishankkeissa Kuntoutussäätiössä.

Kelan Tules-kurssien standardeja kehitetään tutkimuksen tuella

Kelan kuntoutusryhmän aloitteesta toteutettiin tutkimus, jonka tavoitteena oli tuottaa tietoa Kelan Tules-kurssien standardien kehittämistä varten. Tutkimus tukee standardien kehittämistä sekä tutkimusnäytön perusteella että kuulemalla palveluntuottajia ja palveluja käyttäneitä asiakkaita. Standardien kehittämisen tarkoituksena on, että Kelan järjestämät kuntoutuspalvelut voisivat olla entistä vaikuttavampia. Tutkimus koostui viidestä osatutkimuksesta (kirjallisuuskatsaus, kuntoutujien fokusryhmät, palveluntuottajien haastattelut, GAS-tavoitteiden analyysi ja hyvät kuntoutuskäytännöt -kysely). Osatutkimuksista koottu ja analysoidun tutkimustiedon perusteella koottiin suosituksia sisällöistä, joita standardien kehittämisessä voisi huomioida. Suositukset esiteltiin palveluntuottajien edustajille

Kelan kuntoutusryhmän järjestämässä työkokouksessa. Yhdeksässä tutkimustietoon pohjautuvassa suosituksessa kiinnitetään huomiota seuraaviin, nykyisessäkin standardissa esiintyvien teemojen sisältöihin: tavoitteen asettelu, mittausten määrä, aloitusjakson rakenne ja resurssit, ryhmät, sisällöt, välityöskentely, työelämäyhteys, asiakkaan osallistaminen ja kuntoutuksen seuranta.

Osatutkimuksissa tuotettua tietoa voidaan soveltaa hyvinä kuntoutuskäytäntöinä päivittäisessä työssä kuntoutujien kanssa. Kelan kuntoutusryhmän vastuulla on arvioida, millä tavalla tutkimuksessa esille tuodut suositukset voidaan huomioida, muiden standardin laatimiseen vaikuttavien tekijöiden ohella, tulevissa Tules-kurssien standardeissa. Tutkimus on ensimmäinen Kelan vakiintuneen toimin-

nan standardien kehittämisen tueksi toteutettu tutkimus. Tutkimuksellisesti eri lähestymistavoilla kerätty tieto on täydentänyt toisiaan ja osoittanut, että standardien kehittämisen tueksi nostetut suositukset saavat vahvistusta useamman näkökulman kautta. Tutkimuksessa käytettyä toimintamallia voi soveltaa mui-

denkin Kelan vakiintuneen toiminnan standardien kehittämiseen.

Salminen A-L, Karhula M, Häkkinen A (2014) Tules-kurssien standardien kehittäminen. Suositukset standardiin. Työpapereita 66, Kelan tutkimusosasto, Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/136301>

Väitös: Kuntoutuspalveluja kehitetään uudella tavalla asiantuntijuudella ja yhteistyöllä

Ulla Jämsän väitöskirjatutkimuksessa kuvailaan, millaista uutta kuntoutuksen asiantuntijaosaamista ylemmän ammattikorkeakoulutason eli Master-tason tutkinto tuotti yhden moniammatillisen opiskelijaryhmän ja sen kehittämistehtävien näkökulmasta.

Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on tuottaa työntekijöitä muuttuvan työelämän tarpeisiin ja toimia alueensa kehittäjinä. Ylempään ammattikorkeakoulutukseen kohdistuu vielä perustutkintoa korostetummin paineita kehittää työikäntöjää yhteistoiminnassa työelämän kanssa. Koulutuksessa korostetaan vahvaa teoreettiseen ja tutkimukselliseen kehittämiseen pohjautuvaa työskentelymallia. Ylempi ammattikorkeakoulutus antaa saman pätevyyden kuin yliopiston maisteritutkinto.

Tutkimustulosten mukaan opiskelijat ilmaisivat saaneensa sekä teoreettisia että käytännön valmiuksia kuntoutuksen kehittämiseen. He kuvasivat oppineensa rakentamaan aitoa vuoropuhelua asiakkaiden ja työtoverien kanssa omassa työyhteisössään. Koulutus rakentui niin, että opiskelijat veivät itse koulutuksessa opittuja asioita osaksi omia työyhteisöjään opintoihin liittyvän kehittämistehtävän kautta. Työyhteisössä kehitettiin kuntoutustyössä käytettäviä menetelmiä asiakaslähtöisemmiksi. Kehittämistyöhön osallistuneet työntekijät kiinnittivät aikaisempaa enemmän huomiota toiminnan tavoitteellisuuteen, suunnitelmallisuuteen ja arviointiin. Työnte-

kijät kokivat tärkeäksi, että heille muodostui yhteinen teoreettinen pohja ja lähtökohdat kuntoutustyöhön. Kehittämistehtävän aikana tehtävä yhteistyö edisti hyvää työilmapiiriä ja työntekijöiden työhyvinvointia.

Tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että Master-tason koulutus tuotti kuntoutuksen palvelujen kehittämiseen uudenlaista asiantuntijuutta, joka onnistui yhdistämään teoria- ja tutkimustiedon käytännön työelämän kehittämiseen. Kuntoutuksen merkitys yhteiskunnassa vahvistuu koko ajan ja siihen kohdistuu yhteiskunnan palveluna vaatimuksia toiminnan vaikuttavuudesta. Asiakaslähtöisellä, oikea-aikaisella ja oikein kohdennetulla kuntoutuksella on merkitystä sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta, kun kuntoutuksen painopiste siirtyy korjaavasta kuntoutuksesta terveyttä edistävään kuntoutukseen. Kuntoutuspalveluiden kehittäminen edellyttää vahvaa kuntoutuksen tietopohjaa, jota kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulutus voi tarjota.

Ulla Jämsän väitöskirja "Kuntoutuksen muutosagentit. Tutkimus työelämästä oppimisesta ylemmässä ammattikorkeakoulutuksessa" tarkastettiin Oulun yliopistossa 22.8.2014. Väitöskirja on julkaistu sarjassa: Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica 1252. Väitöskirja verkossa: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526204987>

Tutkittu maahanmuuttajien suomen kielen taidon huomioon ottamista kuntoutus- ja työllistymispalveluissa

Suomessa asuvien maahanmuuttajien määrä on kaksinkertaistunut viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana. Suomen väestöstä on vieraskielisiä, siis muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea äidinkielenään puhuvia runsas 5 %, ja toisin kuin kantaväestö, valtaosa maahanmuuttajista on työikäisiä. Vielä on kuitenkin vain vähän tietoa siitä, miten suomalainen palvelujärjestelmä – erityisesti sosiaali- ja terveydenhuolto ja työllistymistä tukevat palvelut – on reagoinut palvelujen käyttäjäkunnan monipuolistumiseen ja sen mukanaan tuomiin muutostarpeisiin. Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu, että maahanmuuttajat hakeutuvat joihinkin palveluihin kantaväestöä harvemmin, käyttävät vain vähän kuntoutuspalveluja runsaasta kuntoutustarpeesta huolimatta ja että ammatillista kuntoutusta myönnetään maahanmuuttajille harvemmin kuin kantaväestölle. Palveluihin hakeutumisen, niihin pääsyn tai niistä hyötymisen esteenä voi olla palvelujärjestelmän vaikeus kohdata suomen kieltä heikosti osaava asiakas.

Tutkimuksessa selvitettiin kuntoutus-, työllistymis- ja koulutuspalvelujen toteuttajien kokemuksia suomen kielen taidon hu-

mioon ottamisesta asiakastyössään sekä henkilöstön kulttuurista osaamista. Tutkimuksen tulokset perustuvat 60 organisaation edustajan haastatteluun. Suomen kielen huomioon ottaminen palveluissa voidaan haastattelujen perusteella jakaa kolmeen ryhmään: kielenopetus tai kielivalmennus, oma- tai muunkieliset palvelut sekä ohjauksen ja muun toiminnan toteuttaminen suomen kielellä. Tulokset viittaavat siihen, että maahanmuuttajataustaisten palvelujen käyttäjien suomen kielen osaamiseen, kielen oppimiseen ja kulttuuritaustan huomioon ottamiseen kiinnitetään palveluissa liian vähän huomiota. Vaikka moni haastateltu totesi esimerkiksi, että palvelussa käytetään selkokieltä, olivat käsitykset selkokielestä sangen vaihtelevia eikä suuri osa palveluissa toimivista ollut saanut siihen tai kulttuuriseen osaamiseen liittyvää koulutusta.

Härkäpää K (2014) Kokemuksia ja näkemyksiä maahanmuuttajien suomen kielen taidon huomioon ottamisesta kuntoutus- ja työllistymispalveluissa. Työpapereita 67, Kellan tutkimusosasto, Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/136420>

Toimintakyvyn vahvistaminen on kriittistä osaamista tulevaisuudessa

Mitä jos kuntoutusosaamista tarvitaan tulevaisuudessa kaikkialla? Ajatushautomon tehtävä on ottaa selvää suurista, yhteiskuntaan vaikuttavista ilmiöistä ja tehdä niistä tартuttavia. Juuri nyt me ajatushautomo Demos Helsingissä tutkimme terveyttä ja sen tulevaisuutta.

Terveyden tulevaisuus ei ole aivan helppo asia ratkottavaksi. Terveyden merkitys yhteiskunnan jatkuvuudelle on kuitenkin niin keskeinen, että vaihtoehtoja ei ole. Uusia avauksia tarvitaan. Terveyden tulevaisuudet -hankkeessa me tutkimme terveyden nykytilaa ja työstämme osallistuvien menetelmin monialaisen joukon kanssa tulevaisuusskenaarioita. Ske-

naariot ovat työkalu systeemisen muutoksen tarkasteluun ja päätösten ja muutostiloihin vaikutusten käsittelyyn. Skenaariot ulottuvat vuoteen 2050 saakka ja kuvaavat kukin reittejä siihen, kuinka koettu terveys on tuplaantunut kustannuksia kasvattamatta. Skenaariotyö on parhaillaan käynnissä ja sen tulokset julkaistaan keväällä 2015.

Havaintomme on, että useimmat terveyden määritelmistä liittävät terveyden ihmisen toimintakykyyn ja ihmisellä käytettävissä oleviin voimavaroihin. Terveys on ihmisen potentiaalia toimia itselleen merkityksellisillä tavoilla.

Samaan aikaan julkinen keskustelu tervey-

destä liittyy usein sairauteen ja sairauksista aiheutuviin kustannuksiin. Mitä jos terveys käsitettäisiinkin ihmislähtöisemmin?

Ihmisten näkökulmasta täydellisen terveyden tavoittelu ei ole realistista. Useimmissa ihmisissä onkin terveyttä ja sairautta yhtäaikaaisesti. Tärkeintä on ihmisen kokemus omasta tilanteestaan: mikä on sairaudesta tai vammasta aiheutuva haitta arjen sujuvuudelle ja mitä jäljellä olevalla toimintakyvyllä voi tehdä?

Kuntoutus tukee kompleksisissa tilanteissa olevia yksilöitä, joiden toimintavalmiudet ovat rajalliset. Se on määritelmän mukaisesti ”muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen.” (Matinvesi 2010, Koukkari 2010, THL 2014.)

Tulevaisuuden yhteiskunnille toimintakyky on voimavara, joka voi myös käydä vähiin. Ikääntyvässä ja elämäntapasairauksien rasittamassa väestössä toimintakyvyn vahvistaminen on tapa lisätä myös yhteiskunnan voimavaroja. Tämä lisää kuntoutusosaamisen kysyntää.

Toimintakyky-ajattelu huomioi ne ympäristöt, joissa ihminen toimii. Sosiaalisella, rakennetulla ja elinympäristöllä on vaikutusta ihmisten toimintakykyyn: ne voivat joko edistää tai heikentää sitä. Lisäksi on oltava reittejä, joilla ihmiset osallistuvat ja vaikuttavat osana yhteisöjä.

Parhaillaan ympäristöt, joissa terveytemme rakentuu, ovat muutoksessa. Muutos tuo terveyden kannalta mukanaan niin mahdollisuuksia kuin haasteita.

Megatrendeillä tarkoitetaan laajasti toimintaympäristöihin vaikuttavia muutostekijöitä (Naisbitt 1982). Terveyden kannalta merkittäviä megatrendejä ovat suuret väestörakenteen muutokset, yksilöiden ja yhteisöjen suhteen muutos, luonnonvarojen niukkeneminen, teknologinen planetarismi ja globaali talous. Niiden vaikutuksesta väestö on keskimäärin osaavampi, iäkkäämpi, teknologian käyttöön tottuneempi, kaupunkilaisempi ja usein työelämän ulkopuolella.

Kun kuntoutusta mietitään suhteessa megatrendien muuttamaan maailmaan, joka tarjoaa yhtäältä monenlaisia yksilöllisiä mah-

dollisuuksia, toisaalta suurta epävarmuutta, huomataan, että sillä on potentiaalia terveyden lisääjänä ja mahdollistajana. Vaikka kuntoutus on nykyisin vahvasti kiinni todetuissa sairauksissa, sen potentiaalia kannattaa ehdottomasti tutkia myös ennaltaehkäisyssä ja kokonaan uusilla toiminta-alueilla.

Missä sinä voisit työskennellä 2030? Entä 2050?

Satu Korhonen

Kirjoittaja on tutkija ajatushautomo Demos Helsingissä ja johtaa Terveyden tulevaisuudet -tutkimushanketta.

Lähteet

- Koukkari M (2010) Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 56, Rovaniemi. Lapin yliopisto.
- Matinvesi S (2010) Prosessin ja ajoittaminen ongelmat kuntoutuksessa – ICF:n tulkintaa. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 58, Rovaniemi. Lapin yliopisto.
- Naisbitt J (1982) Megatrends. New York: Warner Books.
- THL (2014) Vammaispalvelujen käsikirja. <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja>. Haettu 17.11.2014.

Vammaispolitiikan tavoitteet muuttuivat yksilöiden sopeuttamisesta osallistumisen edistämiseen sodanjälkeisessä Suomessa (Väitös: VTM Heli Leppälä, 29.11.2014, poliittinen historia)

Suomalaisessa vammaispolitiikassa ja vammaisten kansalaisasemassa tapahtui suuria muutoksia toisen maailmansodan jälkeisellä hyvinvointivaltion rakentamisen kaudella. Siitä huolimatta, että vammaishuollon järjestelmä rakentui vuosikymmeniä voimassa olleiden invalidihuoltolain ja vajaamielislain varaan, huoltoa ohjaavien periaatteiden muutokset sekä pienemmät lakiuudistukset heijastuivat vammaisten asemaan. Asia paljastuu valtiotieteiden maisteri Heli Leppälän tuoreessa väitöstutkimuksessa.

Leppälä tarkastelee väitöstutkimuksessaan vammaisiksi määriteltyjen ihmisten kansalaisasemaa suomalaisessa, toisen maailmansodan jälkeisessä, vammaispoliittisessa keskustelussa.

Leppälä tarkasteli tutkimuksessaan molemmista suomalaisen vammaishuollon päälinjoista, eli invalidihuollosta sekä vajaamielis- ja kehitysvammahuollosta, käytyjä keskusteluja. Tutkimuksen aikarajauksena toimii niin kutsuttu invalidihuollon kausi, joka ulottuu lakisääteisen vammaishuollon tarpeesta 1940-luvun taitteesta virinneestä keskustelusta vuoteen 1987. Tuolloin säädettiin edeltävään lainsäädäntöön verrattuna periaatteiltaan aivan uudenlainen laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.

Leppälän tutkimus paljastaa suomalaisen vammaispolitiikan ja vammaisten kansalaisaseman kehityksessä tutkimusajankohtana kolme vaihetta.

- 1940–1950-lukujen yhteiskunnassa korostettiin kansakunnan etua, jonka hyvinvoinnille yksilö oli alisteinen. Rationalisointia ja sosiaalisten ongelmien vähentämistä painottaneella ennaltaehkäisevän huoltopolitiikan kaudella vammaiset ihmiset hahmotettiin yhteiskunnan reunamilla tai ulkopuolella olevaksi erityisryhmäksi, joka tuli pyrkiä huollon toimenpiteillä integroimaan omalle paikalleen yhteiskunnan kokonaisuuteen, Leppälä sanoo.

Lisäksi kokonaisuuden etua painottaneessa

vammaispolitiikassa eri vammairyhmien asema määrittyi erilaiseksi riippuen siitä, millaisiksi arvioitiin yksilön mahdollisuudet kuntoutua työkykyiseksi ja yhteiskuntaa hyödyttäväksi kansalaiseksi. Potentiaalisesti työkykyisiksi arvioituille yksilöille tarjottiin kuntoutusta, mutta työkyvyttömiä ajateltiin olevan ennen kaikkea suojattujen laitosolosuhteiden ja hyväntoimisen hoidon tarpeessa.

1960-luvulla tämä ajatustapa pyörähti ympäri.

- Yksilön oikeudet korostuivat aikakaudella ja vammaispolitiikka alettiin hahmottaa yksilön etua ajavaksi sosiaalisten oikeuksien laajentamisen projektiksi. Kuntoutusjärjestelmä nähtiin tarpeelliseksi laajentaa myös niihin yksilöihin, joista ei tulisi työkykyisiä mutta joiden elämänlaatua voitaisiin kuntoutuksen toimenpitein parantaa.

Suojatyöjärjestelmä syntyi, kun ajateltiin valtion olevan velvollinen järjestämään yksilölle töitä, vaikka se ei olisi taloudellisesti kannattavaa, Leppälä sanoo.

Kolmas ajanjakso alkaa 1970-luvulla, jolloin alettiin luopua kuntoutusajattelun mukaisesta vammaisille tarkoitettujen erityisjärjestelmien luomisen ihanteesta. Enää ei ajateltu kuntoutukseen osallistumisen olevan ehtona yhteiskuntaan osallistumiselle.

- 1970–1980-lukujen normalisaation periaatetta painottaneessa vammaispolitiikassa tavoitteeksi otettiin vammaisille tarkoitettujen erityisjärjestelmien purkamisen sekä vammaisten tasa-arvoisen kansalaisaseman turvaaminen heidän osallistumismahdollisuksiinsa parantavilla tukitoimenpiteillä, Leppälä sanoo.

Leppälä lähestyy tutkimuksessaan vammaisuuden käsitettä yhtenä modernin sosiaalipoliittisen lainsäädännön kategorioista, jotka ovat vapauttaneet kansalaisen velvollisuudesta itsensä ja perheensä elättämiseen ja oikeuttaneet hänet toimeentulossaan sosiaaliturvaan. Tutkimuksessa pyritään hahmottamaan millaiseksi tutkimuksen kohteena olevi-

en vammaisten ryhmien kansalaisasema tutkimusajankohtana ymmärrettiin.

Tarkastelussa keskitytään kansalaisuuden käsitteen sisältöön analysoimalla tutkimuksen kohteena olevissa keskusteluissa esiintyneitä kansalaisuuden ideaaleja ja käsityksiä kansalaisen ja valtion suhteesta. Tutkimusaihetta lähestytään etsimällä vastausta kysymyksiin: 1) Mihin yhteiskunnallisiin ongelmiin invalidihuollosta ja vajaamielis- tai kehitysvammahuollosta käydyissä asiantuntijakeskusteluissa haettiin ratkaisuja? 2) Millaisia tavoitteita huollolle asetettiin? 3) Millaiseksi hahmotettiin huollon kohderyhmien asema ja tehtävät yhteiskunnassa?

Leppälä keskittyi analyysissaan huollosta

käydyn asiantuntijakeskustelun tarkasteluun. Tutkimuksen keskeisin lähdeaineisto muodostuu tutkimusajankohdan vammaishuoltoa käsittelevästä lainsäädännöstä, sen valmistelun materiaaleista sekä vammaisjärjestöjen ja muiden alan asiantuntijoiden vammaishuollosta julkisuudessa käymästä keskustelusta.

Valtiotieteen maisteri Heli Leppälän väitöskirja "Vammaisuus hyvinvointivaltiossa. Invalideiksi, vajaamieliseksi tai kehitysvammaiseksi määriteltujen kansalaisasema suomalaisessa vammaispolitiikassa 1940-luvun taitteesta vuoteen 1987" tarkastetaan 29.11.2014 Turun yliopistossa.

Lähde: Turun yliopiston tiedote 20.11.2014

kuntoutusportti.fi

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





Kuntoutussäätiö

KUNTOUTUSPOLKUJA



43. Valtakunnalliset
kuntoutuspäivät
9.–10.3.2015

Helsingin Messukeskus,
kongressisiipi

www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuspaivat

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_tie-topalvelu/kuntoutus-lehti/kirjoitusohjeet